



Hoitosuhteiden jatkuvuuden muutostrendit ja jatkuvuuteen yhteydessä olevat tekijät yksityisissä lääkäri- ja hammaslääkäripalveluissa

Hoitosuhteiden jatkuvuus on tärkeä hoidon laadun ulottuvuus. Perusterveydenhuollon vastaanotoilla sen on todettu Suomessa heikentyneen, mutta jatkuvuuden kehityksestä yksityisissä lääkäri- ja hammaslääkäripalveluissa tarvitaan lisätietoa.

Kelan rekisteritiedoista laskettiin eri alojen lääkäri- ja hammaslääkäripalveluita vähintään kolme kontaktia käyttäneiden potilaiden keskimääräinen Continuity of Care Index (COCI) kahden ja viiden vuoden jaksoilla vuosina 2003–2022. Regressioanalyysillä tutkittiin iän, sukupuolen, etäkontaktien osuuden ja asuinpaikan yhteyttä hoidon jatkuvuuteen.

Vuosina 2003–2022 COCI:n keskiarvo laski kaikissa analysoiduissa käyntimääriltään suurimmissa lääkäriryhmissä. Hammaslääkäreillä COCI:n keskiarvo pysyi vakaampana laskien vain vähän. Potilaan nuorempi ikä, yliopistosairaala-kaupungissa asuminen ja suuri etäkäyntien osuus nuoremmista ikäluokissa olivat yhteydessä vähäisempään jatkuvuuteen erikoistumattomilla lääkäreillä. Vanhemmissa ikäryhmissä etäkontaktien suuri määrä oli yhteydessä korkeampaan COCI:n arvoon.

Hoitosuhteiden jatkuvuus on heikentynyt yksityisissä lääkäripalveluissa 2003–2022 monilla aloilla, mutta heikentynyt hammaslääkäreillä vain vähän. Ikääntyneillä potilailla hoitosuhteiden jatkuvuus toteutuu nuorempia paremmin.

ASIASANAT: hoidon jatkuvuus, yksityinen vastaanotto, lääkäri-potilassuhteet, hammaslääkäri-potilassuhteet

TERO KUJANPÄÄ, MIKKO NURMINEN, RIITTA LUOTO, HENNAMARI MIKKOLA

YDINASIAT

- Hoitosuhteen jatkuvuus on tärkeä hoidon laatuun vaikuttava tekijä.
- Aiemmin suomalaisessa perusterveydenhuollossa hoitosuhteiden jatkuvuuden on todettu heikentyneen viime vuosina.
- Yksityisissä palveluissa hoitosuhteiden jatkuvuus on heikentynyt 20 vuoden aikana etenkin erikoistumattomilla lääkäreillä, lievemmin myös monilla erikoislääkäreillä, mutta hammaslääkäreillä vain vähän.
- Vanhemmilla potilailla hoitosuhteet ovat jatkuvampia kuin nuoremmilla.

JOHDANTO

Potilas-lääkärisuhteen jatkuvuus on tärkeä hoidon laadun ulottuvuus. Sillä tarkoitetaan pitkäaikaista ja henkilökohtaista hoitosuhdetta potilaan ja lääkärin välillä, joka on yksi hoidon jatkuvuuden kolmesta ulottuvuudesta tiedollisen ja hoidon hallinnallisen jatkuvuuden kanssa (1). Perusterveydenhuollossa hoitosuhteen jatkuvuuden on todettu olevan yhteydessä parempiin hoitotuloksiin ja pienempiin kustannuksiin (2–4). Jopa kuolleisuus on ollut vähäisempää, kun hoitosuhde yleis- tai erikoislääkäriin on ollut jatkuvampi (5).

Suomalaisessa perusterveydenhuollossa hoidon jatkuvuus on kuitenkin päässyt heikkenemään (6). Aiempina vuosikymmeninä hyviä kokemuksia hoidon jatkuvuudesta saatiin erilaisissa omalääkärimalleissa (7,8). Osassa hyvinvointialueista on lähdetty rakentamaan uutta hoidonjatkuvuusmallia, jolle pohjaa loi sosiaali- ja terveysministeriön tilaama omalääkäri 2.0 -selvitys (8).

Julkisen perusterveydenhuollon rinnalla Suomessa tarjotaan avosairaanhoidon palveluita osana työterveyshuoltoa ja yksityisinä palveluina. Vuonna 2022 väestöstä 26,5 % sai Kelan sairausvakuutuksen korvauksia yksityisistä lääkäripalveluista ja 17 % yksityisistä hammashoidon palveluista (9).

Kyselytutkimuksen mukaan hoitosuhteiden jatkuvuus työikäisillä potilailla vaihtelee merkittävästi pääasiallisen asiointipaikan mukaan (10). Pääsääntöisesti terveyskeskuksissa asioivista potilaista 32 % tapasi yleensä saman lääkärin, ja pääsääntöisesti yksityisissä palveluissa asioivista vastaavasti 50 % tapasi pääsääntöisesti saman lääkärin (10). Palvelujärjestelmien välillä on myös merkittävää rinnakkaiskäyttöä (11).

Yksityisissä lääkäri- ja hammaslääkäripalveluissa hoidon jatkuvuutta ei Suomessa ole aiemmin kattavasti tutkittu. Hoitosuhteiden jatkuvuuden tutkimus on painottunut perusterveydenhuollon lääkäripalveluihin (5), mutta myös erikoissairaanhoidon osalta on tuloksia paremman jatkuvuuden yhteydestä niin pienempään kuolleisuuteen (5) kuin pienempiin kustannuksiinkin (12). Myös hammashoidossa potilaan ja hammaslääkärin suhde on keskeinen osa potilaslähtöistä hoitoa (13). Hoidon jatkuvuutta onkin peräänkuulutettu kaikissa terveyspalveluissa (14).

Hoitosuhteen jatkuvuus tukee luottamuksen, vuorovaikutuksen ja yhteisen ymmärryksen kehittymistä (1). Jatkuvuudella tavoitellaan vahvoja ja kestäviä potilas-lääkärisuhteita ja sen kautta parempaa hoitoa (15). Hoitosuhteiden jatkuvuuden heikentyminen on nähty yhteiskunnallisen ja hoitojärjestelmien kehityksen epätarkoituksenmukaisena seurauksena, jossa potilaan hoito pirstoutuu (16). Hoitoa järjestettäessä joudutaankin yhteensovittamaan sen saavutettavuutta ja hoidon jatkuvuutta (1).

Hoidon laadun ulottuvuutena hoitosuhteiden jatkuvuuden kehityksestä tarvitaan tietoa

terveyspalveluita kehitettäessä ja seurattaessa. Viime vuosina lisääntyneiden etäpalveluiden on koettu uhkaavan hoitosuhteiden jatkuvuutta (17). Itse terveyspalveluiden lisäksi myös muut yhteiskunnan muutokset kuten väestön ikääntyminen ja kaupungistuminen voivat vaikuttaa hoidon jatkuvuuteen. Aiemmin muun muassa potilaan iän, hoitoyksikön koon ja aukiolojen laajuuden on havaittu olevan yhteydessä hoitosuhteiden jatkuvuuteen (18).

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää hoitosuhteiden jatkuvuuteen yhteydessä olevia tekijöitä sekä jatkuvuuden ajallista kehitystä yksityisissä lääkäri- ja hammaslääkäripalveluissa vuosina 2003-2022.

MENETELMÄT

Sairaanhoitokorvausrekisteristä haettiin yksityisistä lääkäri- tai hammaslääkäripalveluista vuosina 2003-2022 sairausvakuutuskorvausta saaneen väestön tiedot korvatuista tapahtumista ja hoitaneiden lääkärin tai hammaslääkärin pseudonymisoitu SV-numero ja erikoisala.

Hoitosuhteiden jatkuvuutta mitattiin laske-malla Bice-Boxerman Continuity of Care Index (COCI) (19), joka kuvaa hoitokontaktien hajaantumista eri lääkäreille. Se on kansainvälisesti yksi käytetyimmistä hoitosuhteen jatkuvuuden mittareista, jota Suomessa käytetään myös kansallisena mittarina perusterveydenhuollon jatkuvuudesta (20).

COCI-indeksin voi laskea eri mittaisille ajanjaksoille, mutta eniten on käytetty kahden vuoden laskentajaksoja kuten myös Suomessa perusterveydenhuollossa kansallisena mittarina (19,20). Pitkäaikaista jatkuvuutta on kuitenkin tutkittu pidemmälläkin 3-7 vuoden jaksoilla (21). Koska etenkin erikoislääkäripalveluissa seurantavälit voivat olla pitkiä ja osalla erikoisaloista toistuvasti lääkärin kanssa asioineiden osuudet kahden vuoden jaksoilla olivat melko pieniä, lasimme pitkäaikaisen jatkuvuuden arvioimiseksi COCI:n sekä kahden että viiden vuoden jaksoilla.

COCI laskettiin palvelua vähintään kolme kertaa tarkastelujaksolla käyttäneille. Tämä on yleinen käytäntö, jotta indeksi ei painottuisi ääripäihin (20). Koska potilaalla saattoi olla useampi korvattu tapahtuma samalle lääkärille yhden päivän aikana, rajoitettiin potilaiden kontaktit jokaiselle lääkärille korkeintaan yhteen jokaiselle päivälle. Kaikki kontaktit huomioitiin

riippumatta, olivatko ne toteutuneet vastaanotokäynteinä tai etäkontaktina kuten puheluna, videovastaanottona tai chat-kontaktina.

COCI laskettiin erikseen erikoistumattomien lääkärin kontakteille ja kunkin eri erikoisanalan lääkärin kontakteille potilasmääriltään suurimmilla erikoisaloilla. Erikoistumattomiksi lääkäreiksi katsottiin kaikki lääkärit, joilla ei ollut erikoislääkärin oikeuksia riippumatta mahdollisesta käynnissä olevasta erikoislääkärikoulutuksesta, josta käytettävissämme ei ollut tietoa. Näin ollen osalla erikoistumattomista lääkäreistä toiminta on saattanut painottua rajatumpiin potilasryhmiin, kun taas osa on ottanut vastaan valikoitumattomammin potilaita. Siksi myös yleislääketieteen erikoislääkärit analysoitiin erillään erikoistumattomista lääkäreistä. Hammaslääkärikäyntien osalta COCI:a laskettaessa erikoistumattomat hammaslääkärit, terveydenhuollon erikoishammaslääkärit ja hammaslääketieteen diagnostiikan erikoishammaslääkärit tarkasteltiin samassa ryhmässä. Näin meneteltiin, koska yksityisiä hammaslääkärin vastaanottopalveluja tarjotessaan nämä usein hoitavat samankaltaisia tehtäviä, kun varsinaiset diagnostiset laboratorio- ja kuvantamistutkimukset olivat tarkastelun ulkopuolella. Muiden hammaslääketieteen erikoisalojen osalta COCI laskettiin erikseen kullakin erikoisalalla. Suu- ja leukakirurgian erikoislääkäreiden osalta kontaktit tarkasteltiin samassa ryhmässä, olipa niistä korvattu lääkärin tai hammaslääkärin palkkioita.

Jokaiselle potilaalle muodostettiin COCI kaavalla
$$COCI = \frac{(\sum_{i=1}^P n_i^2) - N}{N(N-1)}$$
, missä n_i on kontaktien määrä kunkin yksittäisen kyseisen erikoisanalan edustajan kanssa, P on eri hoitaneiden lääkäreiden määrä kyseisellä erikoisalalla ja N on kontaktien kokonaismäärä kyseisellä erikoisalalla. Kullekin erikoisalalle laskettiin erikseen keskiarvot jokaiselle kahden ja viiden vuoden tarkastelujaksolle.

COCI:n jakauman tunnuslukujen (keskiarvo, kvartiilit) erotukset laskettiin seurannan ensimmäisen ja viimeisen tarkastelujakson välillä (2003-2004 ja 2021-2022 välillä 2-vuotisjaksoilla sekä 2003-2007 ja 2018-2022 välillä 5-vuotisjaksoilla). Keskiarvojen erojen tilastollista merkitsevyyttä arvioitiin Mann-Whitneyn U-testillä ja siihen liittyen muutoksen vahvuutta kuvattiin Rank-Biserial-korrelaatioilla.

Erikoistumattomien lääkärin ja hammaslääkärin joukossa analysoitiin vuosille 2021-2022 laskettuun COCI:iin yhteydessä olevia tekijöitä. Etäkontaktit on laadullisissa tutkimuksissa koettu uhkaksi hoitosuhteiden jatkuvuudelle (17). Lisäksi aiemmissa tutkimuksissa Englannissa ja Kanadassa potilaan korkeampi ikä ja terveydenhuollon pienempi yksikkökokoko ovat olleet yhteydessä parempaan hoitosuhteiden jatkuvuuteen, kun taas sukupuolen osalta tulokset ovat vaihdelleet ja riippuneet myös muista huomioitavista tekijöistä (18,22). Yksikkökokoa ei ollut suoraan käytettävissämme, mutta yliopistosairaalakaupungeissa on suurempi lääkärimäärä ja suurempi yksikkökokoko myös yksityisissä lääkäripalveluissa. Lisäksi hyvinvointialueiden olosuhteet vaihtelevat, ja otimme tämän huomioon analyysissämme.

Analysoimme sukupuolen, ikäryhmän, yliopistosairaalakaupungissa asumisen ja yli puolen kontakteista etänä (puhelu, videovastaanotto, chat) toteutumisen yhteyttä COCI:iin erikseen erikoistumattomilla lääkäreillä ja hammaslääkäreillä, jotka ottavat vastaan lääkäriryymistä valikoitumattomimpia potilaita. Käytimme tähän moninkertaista lineaarista regressioanalyysiä, jolla voidaan samanaikaisesti huomioida useita selittäviä tekijöitä. Koska eri sukupuolilla iän vaikutus terveyspalveluiden käyttöön voi vaihdella ja etäpalveluiden käyttö voi olla erilaista eri ikäryhmissä, analysoimme myös sukupuolen ja ikäryhmän sekä etäpalveluiden käytön ja ikäryhmän väliset yhdysvaikutukset samassa mallissa. Hammaslääkäreillä etäkontaktit olivat kuitenkin harvinaisia, sillä potilaita, joilla etäkontakteja oli yli puolet käynneistä, oli vain hyvin vähän (122 henkilöä). Tästä syystä etäkontakteja ei otettu mukaan regressiomalliin hammaslääkärin kohdalla. Analyysit tehtiin R-statistics -ohjelmistolla.

Tutkimuksessa on käytetty vain Kelan tietovarastoon valmiiksi tallennettuja tietoja, eikä niitä ole yhdistetty ulkopuolisiin rekistereihin. Se on tehty Kelan sisäisen tutkimusluvan perusteella. Yksilöjä koskevat tiedot ovat olleet pseudonymisoituja, eivätkä tutkimusryhmän tunnistettavissa. Tästä tutkimuksesta on tehty tieteellisen tutkimuksen tietosuojaan vaikutustenarviointi.

TULOKSET

Yksityisistä lääkäri- ja hammaslääkäripalveluita Kelan sairausvakuutuskorvauksia saaneiden

ihmisten määrät, analyysieihin mukaan otettujen vähintään kolme kontaktia kaksivuotiskausilla 2003-2022 asioineiden osuudet kunkin alan pal-

velua käyttäneistä sekä käyntimäärien keskiarvot on kuvattu taulukossa 1. Vastaavat tiedot viisi-vuotiskausilla 2003-2022 on kuvattu liitetaulu-

Taulukko 1. Kelan sairauskuluvakuutuksesta korvattuja yksityisiä lääkäri- ja hammaslääkäripalveluita käyttäneiden määrät ja jakaumat 2-vuotisjaksoilla vuosina 2003-2022.

Ryhmä	Suure	2003 2004	2005 2006	2007 2008	2009 2010	2011 2012	2013 2014	2015 2016	2017 2018	2019 2020	2021 2022
Erikoistuma- ton lääkäri	N ¹	525	530	573	583	605	627	641	643	586	594
	N3/N (%) ²	19,8	19,8	20,0	19,9	20,0	19,6	18,1	17,3	16,0	17,2
	keskiarvo ³	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	1,9	1,8	1,8	1,8
Yleislääket.	N ¹	265	279	329	349	360	346	334	331	298	294
	N3/N (%) ²	15,7	15,1	15,1	14,8	14,9	14,0	13,2	12,6	11,7	11,9
	keskiarvo ³	1,8	1,7	1,7	1,7	1,7	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6
Ortopedia	N ¹	144	156	190	203	225	243	252	268	284	309
	N3/N (%) ²	19,6	19,6	20,5	20,4	21,2	21,5	22,4	23,5	25,5	26,3
	keskiarvo ³	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	2,0	2,0	2,0	2,2	2,2
Kardiologia	N ¹	23	26	35	40	41	45	44	44	49	60
	N3/N (%) ²	14,1	13,7	13,5	13,2	12,4	11,4	11,4	11,7	10,9	11,5
	keskiarvo ³	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,5	1,5	1,6	1,5	1,5
Lastentaudit	N ¹	141	150	167	179	185	180	181	177	164	163
	N3/N (%) ²	32,7	34,1	36,0	36,7	37,3	37,3	36,9	37,3	33,1	35,4
	keskiarvo ³	2,7	2,8	2,9	2,9	3,0	2,9	2,9	2,9	2,6	2,8
Naistentaud.	N ¹	597	592	602	607	602	594	567	532	508	486
	N3/N (%) ²	11,0	9,9	9,7	9,3	8,7	8,4	7,9	6,9	6,9	7,1
	keskiarvo ³	1,7	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,5	1,5	1,4	1,4
Silmätaudit	N ¹	675	692	719	733	722	730	733	711	682	688
	N3/N (%) ²	11,6	11,0	10,2	9,8	9,9	9,2	8,9	8,6	7,7	7,8
	keskiarvo ³	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
KNK	N ¹	234	232	245	255	259	247	241	231	213	214
	N3/N (%) ²	19,9	19,8	20,6	20,5	21,3	20,2	20,0	19,1	17,2	16,8
	keskiarvo ³	2,0	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,0	1,9	1,9
Ihotaudit	N ¹	182	192	202	218	225	228	236	233	230	226
	N3/N (%) ²	9,7	9,8	9,9	9,5	9,2	8,9	8,7	8,4	8,2	8,5
	keskiarvo ³	1,5	1,5	1,5	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Psykiatria	N ¹	52	54	53	56	56	57	55	57	57	58
	N3/N (%) ²	45,1	43,5	45,4	43,3	43,1	39,9	37,5	33,3	31,5	31,6
	keskiarvo ³	8,0	7,3	7,5	6,9	5,5	4,9	4,6	3,8	3,5	3,3
Hammaslää- kärit	N ¹	1256	1242	1264	1257	1272	1286	1246	1173	1142	1144
	N3/N (%) ²	62,3	61,2	60,9	58,5	54,2	53,4	49,9	47,8	44,5	42,2
	keskiarvo ³	4,1	4,0	4,0	3,8	3,5	3,5	3,3	3,1	2,9	2,8
Kliininen hammashoit	N ¹	124	131	136	134	129	132	131	125	118	117
	N3/N (%) ²	56,2	54,3	53,2	50,3	48,0	47,0	44,1	41,6	38,0	37,0
	keskiarvo ³	3,8	3,7	3,6	3,4	3,3	3,2	3,0	2,8	2,6	2,6
Oikomishoit.	N ¹	14	14	14	14	11	10	8	4	3	4
	N3/N (%) ²	31,3	30,4	27,3	22,2	18,9	15,4	13,1	19,9	17,7	15,2
	keskiarvo ³	2,8	2,6	2,4	2,2	1,9	1,7	1,7	1,9	1,8	1,7
Suu- ja leukakirurgia	N ¹	56	57	62	67	68	70	70	62	60	62
	N3/N (%) ²	26,0	24,4	25,1	23,3	22,0	21,0	19,7	16,0	12,1	12,0
	keskiarvo ³	2,2	2,1	2,1	2,0	1,9	1,9	1,8	1,7	1,6	1,5

¹kyseisen alan palvelua käyttäneiden henkilöiden lukumäärä (tuhatta henkilöä).

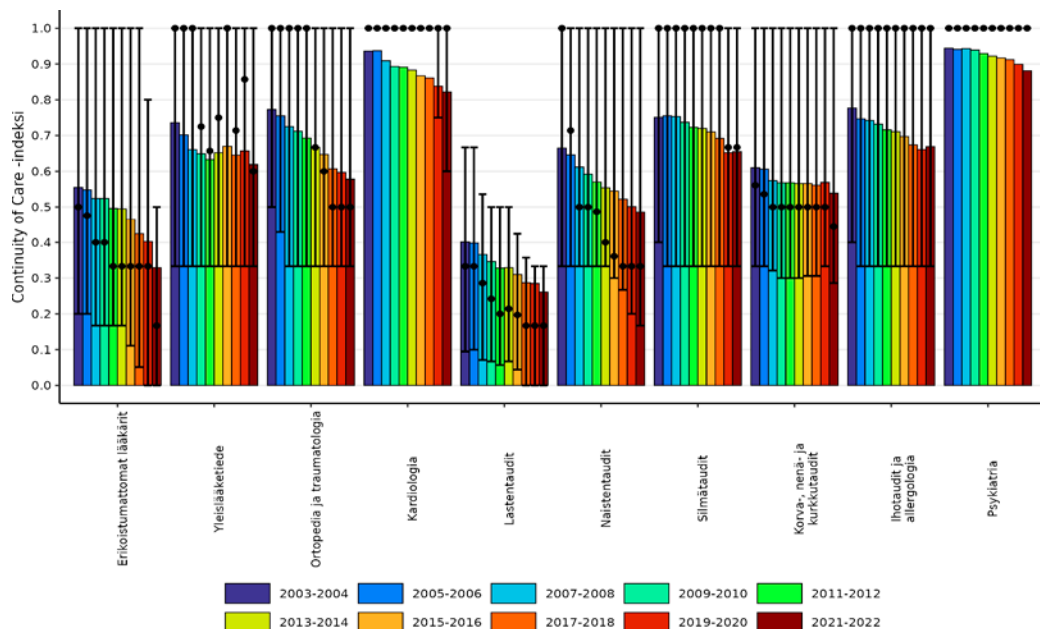
²Vähintään 3 kertaa kyseisen alan palvelua käyttäneiden osuus (%) kaikista kyseistä palvelua käyttäneistä.

³Porilaskohtaisten käyntimäärien keskiarvo kyseisellä alalla.

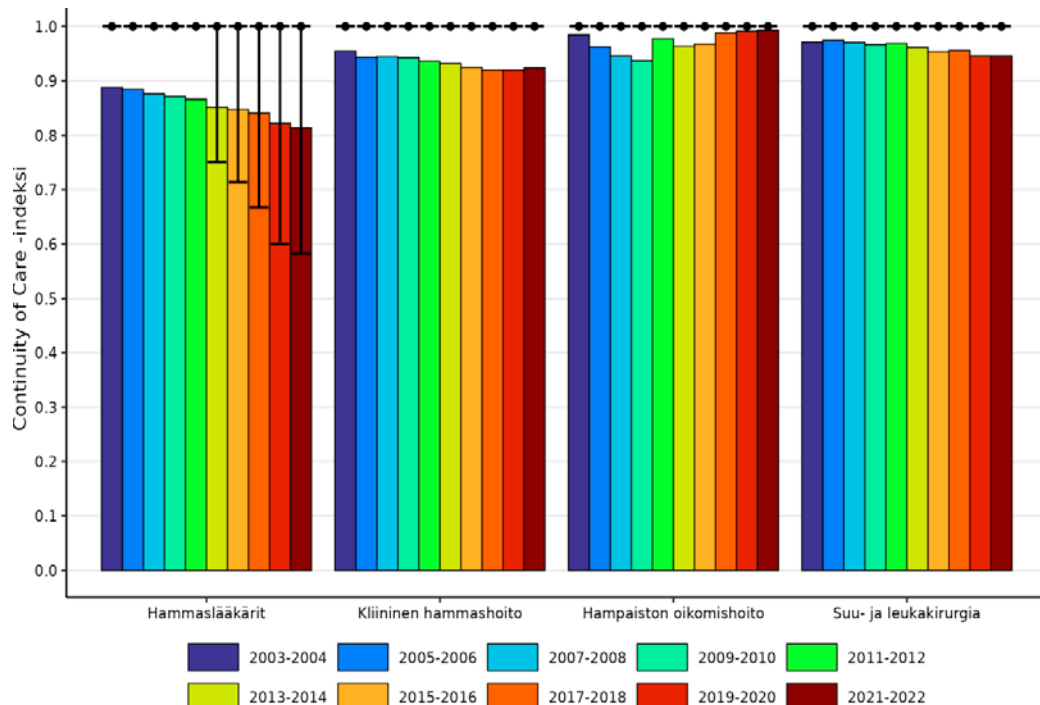
kossa 1.

Kahden vuoden jaksoille lasketun COCI:n kehitys vuosina 2003-2022 on kuvattu erikoistumattomilla lääkäreillä ja suurimmilla lääketieteen

erikoisaloilla kuviossa 1 ja hammaslääkäreillä ja eri klinisen hammaslääketieteen aloilla kuviossa 2. Kuvioissa on esitetty erikseen keskiarvot sekä kvartiilit. Kaikissa muissa analysoiduissa



Kuvio 1. Yksityisiä lääkäripalveluita käyttäneiden Continuity of Care -indeksin keskiarvot pylväsdiagrammina ja virhepalkkeina mediaanit ja kvartiilivälit 2-vuotisjaksoilla 2003-2022 eri lääkiryhmissä.



Kuvio 2. Yksityisiä hammaslääkäripalveluita käyttäneiden Continuity of Care -indeksin keskiarvot pylväsdiagrammina ja virhepalkkeina mediaanit ja kvartiilivälit 2-vuotisjaksoilla 2003-2022.

ryhmissä paitsi hampaiston oikomishoidossa, jossa myös potilasmäärät ovat pienentyneet, on COCI:n keskiarvo viimeisellä tarkastelujaksolla ensimmäistä matalampi. Eri hammaslääkäreiden ja erikoishammaslääkäreiden ryhmissä muutokset ovat kuitenkin pieniä. Keskiarvot ovat heikentyneet kohtalaisesti erikoistumattomien lääkäreiden, ortopedien, lastenlääkäreiden ja naistentautilääkäreiden ryhmissä. Lääketieteen erikoisaloista psykiatrian, silmätautien ja korvanenä, kurkkutautien erikoislääkärien ryhmissä laskua on vain vähän. Myös COCI:n mediaanit ovat heikentyneet erikoistumattomien lääkäreiden, ortopedien, lastenlääkärien, naistentautilääkärien, silmälääkärien ja yleislääketieteen erikoislääkärien ryhmissä. Liiteaineiston liitekuvioiden 1 ja 2 on esitetty vastaavasti COCI-indeksin arvot laskettuna viiden vuoden tarkastelujaksoilla. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin kahden vuoden jaksoilla.

Liitetaulukko 2 esittää Mann-Whitney U-testin p-arvot ja Rank-Biserial-korrelaation arvot COCI:n jakauman muutoksessa ensimmäisen jakson 2003-2004 ja viimeisen jakson 2021-2022

välillä. Ryhmien sisäiset erot COCI:n jakaumissa jaksojen välillä olivat vahvasti tilastollisesti merkitseviä (kaikissa muissa analysoiduissa ryhmissä $p < 0,001$, paitsi hampaiston oikomishoidossa $p < 0,05$). Myös Rank-Biserial-korrelaation arvot viittaavat suuruusluokaltaan merkityksellisiin eroihin, paitsi hampaiston oikomishoidossa, suu- ja leukakirurgiassa, kliinisessä hammashoidossa ja psykiatriassa, joissa erojen vahvuus oli heikompi (larvol $< 0,1$).

Verrattaessa COCI:n arvoja pidemmällä viiden vuoden jaksoilla laskettuna (2003-2007 ja 2018-2022) olivat tulokset samankaltaisia kuin kahden vuoden jaksoilla (Liitetaulukko 3). Näin laskettuna myös hampaiston oikomishoidossa oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,001$) ero COCI:n ollessa myöhemmällä jaksolla suurempi. Rank-Biserial-korrelaation (-0,044) perusteella eron vahvuus oli tässä kuitenkin vähäinen.

Taulukossa 2 on kuvattu regressioanalyysin tulokset COCI:n arvoon yhteydessä olevista tekijöistä kahden vuoden jaksolla vuosina 2021-2022 erikoistumattomilla lääkäreillä ja hammaslääkäreillä. Taulukossa on kuvattu additiiviset

Taulukko 2. Regressiotaulukko vuosilta 2021-2022. Selitettävä muuttuja on Continuity of Care -indeksi. Regressioissa on kontrolloitu lisäksi potilaan hyvinvointialue ja 95 % luottamusvälit (LV) on laskettu heteroskedastisuus-robusteista keskivirheistä. Havaintojen lukumäärä erikoistumattomilla lääkäreillä on 102 261, jossa "Etäkontaktit > 50 %" on 31 749 (31,0 %). Havaintojen määrä hammaslääkäreillä on 482 870.

Muuttuja	Erikoistumaton lääkäri			Hammaslääkäri		
	Kerroin	95 % LV	P-arvo	Kerroin	95 % LV	P-arvo
Ikä 18-34	0,062	(0,053; 0,072)	< 0,000	0,029	(0,001; 0,056)	0,040
Ikä 35-49	0,128	(0,118; 0,139)	< 0,000	0,036	(0,009; 0,063)	0,010
Ikä 50-64	0,248	(0,238; 0,259)	< 0,000	0,042	(0,015; 0,069)	0,002
Ikä 65-80	0,381	(0,370; 0,392)	< 0,000	0,074	(0,047; 0,101)	< 0,000
Ikä > 80	0,412	(0,392; 0,431)	< 0,000	0,085	(0,057; 0,112)	< 0,000
Naiset	0,004	(-0,004; 0,011)	0,328	0,032	(-0,006; 0,071)	0,097
Naiset X Ikä 18-34	-0,047	(-0,058; -0,036)	< 0,000	-0,071	(-0,110; -0,032)	< 0,000
Naiset X Ikä 35-49	-0,021	(-0,033; -0,009)	0,001	-0,056	(-0,095; -0,018)	0,004
Naiset X Ikä 50-64	-0,048	(-0,061; -0,035)	< 0,000	-0,045	(-0,083; -0,006)	0,023
Naiset X Ikä 65-80	-0,044	(-0,057; -0,030)	< 0,000	-0,039	(-0,077; 0,000)	0,048
Naiset X Ikä > 80	-0,007	(-0,030; 0,017)	0,565	-0,039	(-0,078; 0,000)	0,048
Etäkontakteja > 50 %	-0,106	(-0,113; -0,098)	< 0,000			
Etäkontakteja > 50 % X Ikä 18-34	0,015	(0,004; 0,026)	0,005			
Etäkontakteja > 50 % X Ikä 35-49	0,012	(0,000; 0,025)	0,052			
Etäkontakteja > 50 % X Ikä 50-64	0,048	(0,033; 0,063)	< 0,000			
Etäkontakteja > 50 % X Ikä 65-80	0,147	(0,128; 0,167)	< 0,000			
Etäkontakteja > 50 % X Ikä > 80	0,267	(0,234; 0,300)	< 0,000			
Yliopistosairaalaupunki	-0,106	(-0,115; -0,098)	< 0,000	0,010	(0,007; 0,013)	< 0,000

regressiokertoimet siten, että vakiona mallissa on miessukupuoli, 0-17-vuoden ikä, yli puolen käynneistä toteutuminen läsnävastaanotolla ja yliopistosairaalakaupungin ulkopuolella asuminen.

Miehillä korkeampi ikä oli positiivisesti yhteydessä korkeampaan COCI:n arvoon. Ikäluokan 18–34-vuotiailla miehillä kerroin oli 0,062 ja yli 80-vuotiailla miehillä 0,412 suurempi kuin alle 18-vuotiailla miehillä. Naisilla COCI:n arvot olivat eri ikäryhmissä tilastollisesti merkitsevästi hieman pienempiä kuin miehillä vastaavissa ikäryhmissä, lukuun ottamatta alle 18-vuotiaiden ja yli 80-vuotiaiden ryhmää. Myös ikäluokan ja yli puolen kontakteista etänä toteutumisen interaktiotermin kertoimien välillä oli eroja: suurempien ikäluokkien kohdalla kertoimet olivat korkeampia. Erityisesti vanhimmissa ikäluokissa (65-80 ja yli 80) yli puolen kontakteista etänä oli yhteydessä korkeampaan COCI:n arvoon verrattuna alle 18-vuotiaisiin (vastaavat kertoimet 0,147 ja 0,267). Yliopistosairaalakaupungissa asuminen oli yhteydessä alhaisempaan COCI:n arvoon.

Kuten erikoistumattomien lääkäreiden kohdalla, myös hammaslääkärikontakteissa miesten korkeampi ikä oli yhteydessä korkeampaan COCI:n arvoon, joskin kertoimet olivat pienempiä. Myös naisilla yli 18-vuotiaiden ikäluokissa COCI:n arvot olivat pienempiä kuin miesten vastaavissa ikäryhmissä ($p < 0,05$). Yliopistokaupungissa asumisen yhteys oli päinvastainen kuin erikoistumattomien lääkäreiden kohdalla, joskin heikko, mutta tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,01$). Tulokset olivat samankaltaisia laskettaessa COCI viiden vuoden ajanjaksolta 2018-2022 (Liitetaulukko 4).

POHDINTA

Yksityisissä lääkäripalveluissa hoitosuhteiden jatkuvuus on COCI:lla mitattuna heikentynyt vuosina 2003-2022. Yksityisten hammaslääkäreiden osalta COCI on pysynyt melko vakaana, vaikka lievä tilastollisesti merkitsevä lasku todettiin myös hammaslääkäreillä. Matalampi ikä, yliopistosairaalakaupungissa asuminen ja yli puolen kontakteista toteutuminen etänä nuoremmissa ikäryhmissä olivat yhteydessä heikompaan hoitosuhteiden jatkuvuuteen erikoistumattomilla lääkäreillä. Vanhimmissa ikäryhmissä etäkontaktit olivat yhteydessä korkeampaan COCI:n arvoon.

Tässä tutkimuksessa havaittu heikentynyt hoitosuhteiden jatkuvuus yksityisillä lääkäreillä kuvastaa yksityisissä palveluissa samankaltaisia haasteita hoitosuhteiden jatkuvuudessa kuin aiemmin on perusterveydenhuollon avosairaanhoidossa raportoitu kansallisessa seurannassa koko väestössä 2019-2022 (6) sekä yli 65-vuotiailla Avohilmo-tietoihin perustuen vuosina 2015-2018 (23). Erilaisissa olosuhteissa lasketut COCI-arvot eivät ole kuitenkaan suoraan verrattavissa. Indeksien laskentatavasta johtuen se on taipuvainen olemaan pienempi tarkasteltaessa suuremmalle lääkärijoukolle hajaantuvia käyntejä. Lisäksi palveluja käyttävät eroavat niin ikärakenteeltaan kuin sosioekonomiselta asemaltaan. Yksityisiä palveluita käyttävät enemmän suurempituloiset ja paremmassa työmarkkina-asemassa olevat (11,24).

Vaikka eri aloilla lasketut COCI-arvot eivät ole toiminnan erojen vuoksi suoraan verrattavissa, ovat alojen sisällä ajassa tapahtuneet muutokset olleet merkittäviä ja näissä on myös eroja. Vaikka erikoislääkärille hakeutumiseen ei tarvita lähetettä, hakeutuu suppeille erikoisaloille vaivoiltaan valikoituneita potilaita, jotka ovat voineet valita lääkärinsä tämän erityisosaamisen perusteella. Käynnit jakautuvat tällöin pienemmälle lääkäriryhmälle ja hoidotkin voivat vaatia toistuvia käyntejä, jolloin COCI nousee.

Erikoislääkäripalveluissa COCI on heikentynyt kohtalaisesti osalla erikoisaloista kuten lastentaudeilla, naistentaudeilla ja ortopedialla. Näillä aloilla, kuten erikoistumattomilla lääkäreilläkin, kiireellistä hoitoa vaativien sairauksien osuus saattaa heikentää jatkuvuutta. On mahdollista, että julkisten päivystyspisteiden keskittäminen ja ruuhkautuminen olisi vaikuttanut kiireellisten potilaiden hoitoon yksityislääkäreillä ja näkyisi kiireellisen hoidon tarpeen korostumisen kautta jatkuvuudessa. Etenkin ortopedian alalla on myös lisääntynyt alan sisäinen eriytyminen suppeampiin osaamisalueisiin, jolloin potilaan hoidon kokonaisuus voi vaatia useamman ortopedin arviota eri vaiheissa.

Toisilla erikoisaloilla, kuten psykiatrian alalla, COCI on laskenut vain vähän. Tämän alan toiminnassa korostuu hoitosuhteen merkitys, mikä on saattanut vaikuttaa hoitosuhteen jatkuvuuden pysymiseen vakaampana. Potilaslähtöinen hoitoon hakeutuminen yksityisissä palveluissa mahdollistaa potilaan valita halutessaan tutun

lääkäriin, mutta toisaalta aikatauluihin liittyvät tekijät voivat vaikuttaa jatkuvuutta heikentävästi.

Työterveyshuollossa puolestaan sairaanhoitokäynnit ovat vähentyneet, ja lisääntynyt osa työnantajista ostaa palvelut yksityisiltä terveyspalveluyrityksiltä (25). Tämä on voinut johtaa muutoin työterveyden sairaanhoitopalveluita käyttävien lisääntyneisiin yksityiskäynneihin työterveyspalveluihin kuulumattomilta osin. Myös tämä saattaa tässä tutkimuksessa vaikuttaa COCI:n arvoa laskevasti, sillä työterveyshuollon tiedot eivät ole tässä mukana.

Hammaslääkäreillä hoidot vaativat usein sarjakäyntejä, mikä nostaa COCI:a. Aiemmin Suomessa on haastattelututkimuksella selvitetty hammaslääkäripalveluja käyttäneiden hoidon jatkuvuutta eri hoitajaksojen välillä vuosina 1976-1981 (26). Silloin puolet niistä, joilla oli useampi hoitajakso, hakeutui samalle hammaslääkärille uudestaan 5 vuoden seurannassa.

Vaikka COCI:n muutoksen voimakkuus vaihteli eri aloilla, havaittiin hampaiston oikomishoitoa lukuun ottamatta kaikilla aloilla jatkuvasti laskeva trendi. Tällaiseen muutokseen voi vaikuttaa myös yhteiskunnan muutokset kuten muuttoliike, kaupungistuminen, työpaikkasidonaisuuden heikentyminen ja digitalisaatio. Lääkärien määrä Suomessa on myös yksityisissä lääkäripalveluissa lisääntynyt (27,28), mikä osaltaan saattaa lisätä vaihtuvuutta lääkärikäynteissä.

Palveluiden digitalisoituminen voi sekä haastaa että tukea hoidon jatkuvuutta. Nopeasti tarjolla olevat sijainnista riippumattomat palvelukanavat voivat lisätä kontakteja vaihtuville lääkäreille, mutta toisaalta digitaaliset palvelukanavat voivat olla myös sujuva väylä tavoittaa hoitanut lääkäri jatkokokontaktiin. Nuoremmissa ikäluokissa etäkontaktien suuri osuus oli tässä tutkimuksessa erikoistumattomien lääkäreiden osalta yhteydessä heikompaan hoitosuhteen jatkuvuuteen, mikä kuitenkin kertoo myös etäpalveluiden haasteesta jatkuvuudelle. Voimakaimmin hoitosuhteen jatkuvuuteen oli yhteydessä potilaan korkeampi ikä. Ikääntymisen myötä lisääntyvät myös pitkäaikaissairaudet, jotka usein vaativat säännöllistä seurantaa ja voivat johtaa myös pysyvämmän potilas-lääkärisuhteen muodostumiseen. Nuorten ja vanhempien ikäluokkien erilainen etäkontaktien yhteys

hoitosuhteen jatkuvuuteen saattaa myös heijastaa ikäryhmien eroja etäpalvelujen käytössä.

Tämän tutkimuksen vahvuutena on kattava kaikki Kelan sairausvakuutuksesta korvatut yksityiset lääkärikäynnit sisältävä aineisto pitkältä 20 vuoden seuranta-ajalta, joka mahdollistaa hoitosuhteiden jatkuvuudessa tapahtuneiden muutosten arvioinnin. Aineisto ei kuitenkaan sisällä tietoja työterveyspalveluina toteutetuista käynneistä, joihin potilaiden hoitopolkuja yksityisissä palveluissa myös liittyy. Monissa analysoituissa lääkäri- ja hammaslääkäriryhmissä palvelua toistuvasti käyttäneiden osuudet olivat verrattain pieniä. Näin ollen hoitosuhteiden jatkuvuutta ylipäänsä on vain palvelua toistuvasti käyttävällä vähemmistöllä. Vaikka analyysihin otettiin mukaan vain vähintään 3 kontaktia kulakin tarkastelujaksolla asioineet, painottuu vain muutamia kertoja asioineet, mikä näkyy myös COCI-arvojen laajoina kvartaaliväleinä.

COCI:a käytetään hoitosuhteiden jatkuvuuden kansallisena mittarina perusterveydenhuollon avopalveluissa, mutta kansallisen seurannan kehittämistä eri yksikkö- ja aluetasolle sekä myös muihin palveluihin on suunniteltu (29). Tässä tutkimuksessa COCI:n muutosta hyödyntäen voitiin nähdä merkittäviä muutoksia hoitosuhteiden jatkuvuudessa yksityisissä lääkäripalveluissa. Tällaiselle seurantatiedolle on tarvetta huomioiden hoitosuhteiden jatkuvuuden merkitys niin potilaille, ammattilaisille kuin myös yhteiskunnallisesti sen vaikutusten kautta.

Perusterveydenhuollossa hoitosuhteiden heikkenemiseen on reagoitu esittelemällä erilaisia jatkuvuutta parantavia omalääkärimalleja (8). Lisäksi suomalaisessa tutkimuksessa on arvioitu simulaatioiden avulla, että omalääkärimallilla voidaan saavuttaa perusterveydenhuollon avopalveluissa selvästi parempi hoidon jatkuvuus kuin tiimimallilla tai jakamattomalla toimintamallilla (30). Suomalaisessa perusterveydenhuollossa nimetty omalääkäri on myös turvannut tarpeellisten palveluiden saatavuutta (31) ja lääkehoidon toteutumista (32). Parhaillaan sosiaali- ja terveysministeriön koordinoiman omalääkäriohjelman tukemana hyvinvointialueilla pyritään kehittämään hoitosuhteiden jatkuvuutta (33). Samaan aikaan myös yksityisten palveluiden Kela-korvauksia ollaan kehittämässä (34). Näiden vaikutuksia hoitosuhteiden jatkuvuuteen olisi hyvä seurata. Mittarina COCI soveltuu

ajassa tapahtuvien muutosten seuraamiseen.

Tämä tutkimus tuo tärkeää tietoa hoitosuhteiden jatkuvuuden kehityksestä yksityisissä lääkäri- ja hammaslääkäripalveluissa viime vuosikymmeninä. Jatkossa olisi tarve myös tutkimuksille, jotka arvioisivat hoitosuhteiden jatkuvuutta koko palvelujärjestelmän tasolla. Hoitosuhteiden jatkuvuuden seurannassa voidaan käyttää COCI:a, mutta rakenteellisiin eroihin ja kohdejoukkojen huolelliseen määrittelyyn on syytä kiinnittää huomiota.

RAHOITTAJAT:

Kansaneläkelaitos on rahoittanut tutkimusta KKRL 12 §:n mukaisista tutkimusvaroista.

KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIT:

Kaikki kirjoittajat ovat osallistuneet tutkimuksen suunniteluun, tulosten analysointiin ja käsikirjoituksen kommentointiin. Kujanpää on kirjoittanut käsikirjoituksen ensimmäisen version ja muokannut sitä. Nurminen on käsitellyt aineistoa ja tehnyt tilastolliset analyysit.

Kujanpää, T., Nurminen, M., Luoto, R., Mikkola H. Trends in Continuity of Care and Associated Factors in Private Medical and Dental Services from 2003 to 2022. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2026; 63: 225–239.

Continuity of care is a key dimension of health-care quality. While a decline has been observed in Finnish public primary care less is known about developments in private medical and dental services.

Using register data from the Social Insurance Institution of Finland (Kela), we calculated the average Continuity of Care Index (COCI) for patients who had utilized medical or dental services with at least 3 contacts in two- and five-year intervals 2003–2022. Regression analysis was conducted to examine the associations between COCI and age, sex, proportion of remote consultations, and place of residence.

Between 2003 and 2022, average COCI declined across all major physician groups, while remaining relatively stable among dentists. Among

non-specialist physicians, lower COCI was associated with younger age, university hospital city residence, and higher proportion of remote contacts in younger patients. Among older age groups, high proportion of remote contacts was positively associated with COCI.

Continuity of care has declined in many private medical specialties over the past two decades, while remaining more stable in dental care. Older patients experienced better continuity than younger ones.

Keywords: continuity of patient care, private practice, physician-patient relations, dentist-patient relations

Saapunut 04.02.2025

Hyväksytty 22.12.2025

LÄHTEET

- (1) Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, ym. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003;327:1219–21. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- (2) van Walraven C, Oake N, Jennings A, ym. The association between continuity of care and outcomes: a systematic and critical review. *J Eval Clin Pract* 2010;16(5):947–56. doi: [10.1111/j.1365-2753.2009.01235.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2009.01235.x)
- (3) Bazemore A, Petterson S, Peterson LE, ym. Higher Primary Care Physician Continuity is Associated With Lower Costs and Hospitalizations. *Ann Fam Med*. 2018;16(6):492–7. doi: [10.1370/afm.2308](https://doi.org/10.1370/afm.2308)
- (4) Chan KS, Wan EYF, Chin WY, ym. Effects of continuity of care on health outcomes among patients with diabetes mellitus and/or hypertension: a systematic review. *BMC Fam Pract*. 2021;22(1):145. doi: [10.1186/s12875-021-01493-x](https://doi.org/10.1186/s12875-021-01493-x)
- (5) Gray DJP, Sidaway-Lee K, White E, ym. Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*. 2018;8(6):e021161. doi: [10.1136/bmjopen-2017-021161](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021161)
- (6) Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa 2022 - THL. Viitattu 29.11.2023. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/terveyspalvelut/hoidon-jatkuvuus-perusterveydenhuollossa>
- (7) Aromaa A, Linnala A, Maljanen T, ym. Yksityislääkärit omalääkäreinä : Raportti Kansaneläkelaitoksen omalääkärikokeilusta.

1998. Viitattu 24.11.2024.
<http://hdl.handle.net/10250/3344>
- (8) Eskola P, Tuompo W, Riekkilä M, ym. Hoidon jatkuvuusmalli – Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriö. Raportteja ja muistioita 2022:17.
 - (9) Kela. Kelan sairausvakuutus tilasto 2022. <https://helda.helsinki.fi/items/da366014-7a5c-4ac0-945d-2e438c416ae0>
 - (10) Aalto A-M, Koponen P, Väisänen V, ym. Työikäisten monikanavainen perusterveydenhuolto Suomessa. Tutkimuksesta tiiviisti 11/2023. THL 2023. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-052-1>
 - (11) Blomgren J, Jäppinen S, Lahdensuo K. Avosairaanhoidon palvelujen käyttö on vahvasti eriytynyt työmarkkina-aseman mukaan. Suomen Lääkärilehti 2022;77(e30509).
 - (12) Romaine MA, Haber SG, Wensky SG, ym. Primary Care and Specialty Providers: An Assessment of Continuity of Care, Utilization, and Expenditures. Medical Care 2014;52(12):1042–9. doi: 10.1097/MLR.0000000000000246
 - (13) Mills I, Frost J, Kay E, ym. Person-centred care in dentistry - the patients' perspective. Br Dent J 2015;218(7):407–13. doi: 10.1038/sj.bdj.2015.248
 - (14) Goodwin JS. Continuity of Care Matters in All Health Care Settings. JAMA Netw Open 2021;4(3):e213842. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.3842
 - (15) Saultz JW. Defining and Measuring Interpersonal Continuity of Care. Ann Fam Med 2003;1(3):134–43. doi: 10.1370/afm.23
 - (16) Philipsen H, Stevens FCJ. Modernization, Rationality and Continuity of Care: Theoretical Concepts and Empirical Findings. Sociological Focus 1997;30(2):189–204. doi: 10.1080/00380237.1997.10570691
 - (17) Ladds E, Khan M, Moore L, ym. The impact of remote care approaches on continuity in primary care: a mixed-studies systematic review. Br J Gen Pract. 2023;73(730):e374–83. doi: 10.3399/BJGP.2022.0398
 - (18) Kristjansson E, Hogg W, Dahrouge S, ym. Predictors of relational continuity in primary care: patient, provider and practice factors. BMC Family Practice 2013;14(1):72. doi: 10.1186/1471-2296-14-72
 - (19) Bice TW, Boxerman SB. A quantitative measure of continuity of care. Med Care 1977;15(4):347–9. doi: 10.1097/00005650-197704000-00010
 - (20) Suomela T, Mikkola A. Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa 2022. Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa jatkaa heikentymistään- asiakas tapaa entistä useammin eri henkilön. THL 2023. Raporttinumero 16/2023.
 - (21) Choo E, Choi E, Lee J, ym. Assessment of the effects of methodological choice in continuity of care research: a real-world example with dyslipidaemia cohort. BMJ Open 2021;11(12):e053140. doi: 10.1136/bmjopen-2021-053140
 - (22) Hull SA, Williams C, Schofield P, ym. Measuring continuity of care in general practice: a comparison of two methods using routinely collected data. Br J Gen Pract 2022;72(724):e773–9. doi: 10.3399/BJGP.2022.004
 - (23) Suomela T, Linnosmaa I. Rekisteritietoa seurantaan: 65 vuotta täyttäneiden hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa. Suomen Lääkärilehti 2020;75(35):1691–700.
 - (24) Kajantie M. Tilastokeskus - Lääkäripalveluiden käyttö jakaa väestöä. Tilastokeskus; 2014. Viitattu 11.9.2024. https://stat.fi/artikkelit/2014/art_2014-12-08_002.html
 - (25) Luoto R, Kujanpää T, Hujanen T, ym. Uusi hallitusohjelma tukee työikäisten työkykyä -mielenterveys erityisenä teemana. Kelan tutkimusblogi 8.9.2023. <https://tietotarjotin.fi/tutkimusblogi/785000/uusi-hallitusohjelma-tukee-tyoikaisten-tyokyky-mielenterveys-erityisen-teemana?types=tutkimusblogi&from=1693947600000&to=1698875999999>
 - (26) Nyyssönen V, Herranen K, Rimpelä M. Attendance pattern and continuity of dental care of Finnish adults over a 5 year period. Soc Sci Med 1984;19(7):677–81. doi: 10.1016/0277-9536(84)90239-9
 - (27) Vänskä J, Hyppölä H, Halila H, ym. Lääkäri 2003. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2005:9. Helsinki; 2005.
 - (28) Lääkäriliitto. Yksityisvastaanotto ja perityt palkkiot. Työmarkkinatutkimus 2022. Viitattu 15.2.2024]. https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/tyomarkkinatutkimus_2022_yksityisvastaanotto_verkkoon.pdf
 - (29) Suomela T. Hoidon jatkuvuuden mittaaminen perusterveydenhuollon avo-sairaanhoidossa: Kansallisten rekisteripohjaisten mittarien sisältö ja käyttöönotto. Työpaperi 29/2024. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Helsinki; 2024.
 - (30) Tuompo W, Timonen M, Ruotsalainen K, ym. Väestön jakaminen omalääkäreille parantaa hoidon jatkuvuutta. Suom Lääkäril 2025;80:e42796. www.laakarilehti.fi/e42796
 - (31) Lautamatti E, Mattila K, Suominen S, ym. A named GP increases self-reported access to health care services. BMC Health Serv Res. 2022;22(1):1262. doi: 10.1186/s12913-022-08660-5
 - (32) Lautamatti E, Mattila K, Sumanen M. Kokemus omalääkäristä on yhteydessä lääkityksen säännölliseen käyttöön. Yleislääkäri 2023;38(7):23–30.
 - (33) Sosiaali- ja terveysministeriö. Omalääkäri-ohjelma. Viitattu 28.5.2025. <https://stm.fi/omalaakariohjelma>
 - (34) Sosiaali- ja terveysministeriö. Hallitus uudistaa Kela-korvauksia. 2024. Viitattu 28.5.2025. <https://stm.fi/-/hallitus-uudistaa-kela-korvauksia>

TERO KUJANPÄÄ
LT, tutkijalääkäri
Kansaneläkelaitos
Tutkimusyksikkö

MIKKO NURMINEN
VTT, erikoistutkija
Kansaneläkelaitos
Tutkimusyksikkö

RIITTA LUOTO
LT, dosentti, ylilääkäri
Kansaneläkelaitos
Tutkimusyksikkö

HENNAMARI MIKKOLA
KTT, dosentti, professori, yksikön päällikkö
Kansaneläkelaitos
Tutkimusyksikkö

Liitetaulukko 1. Kelan sairauskuluvakuutuksesta korvattuja yksityisiä lääkäri- ja hammaslääkäripalveluita käyttäneiden määrät ja jakaumat 5-vuotisjaksoilla vuosina 2003-2022.

Ryhmä	Suure	2003-2007	2008-2012	2013-2017	2018-2022
Erikoistumaton lääkäri	N ¹	962	1069	1151	1104
	N3/N (%) ²	28,4	29,0	27,7	25,4
	keskiarvo ³	2,7	2,7	2,5	2,3
Yleislääketiede	N ¹	562	700	673	637
	N3/N (%) ²	21,4	21,7	20,2	18,3
	keskiarvo ³	2,2	2,2	2,1	1,9
Ortopedia	N ¹	336	445	514	594
	N3/N (%) ²	25,4	27,0	29,2	33,3
	keskiarvo ³	2,2	2,3	2,4	2,7
Kardiologia	N ¹	53	80	91	110
	N3/N (%) ²	20,5	19,7	18,7	17,7
	keskiarvo ³	2,0	2,0	1,9	1,9
Lastentaudit	N ¹	262	303	299	282
	N3/N (%) ²	43,4	46,4	47,8	46,9
	keskiarvo ³	4,0	4,4	4,4	4,0
Naistentaudit	N ¹	891	913	887	818
	N3/N (%) ²	42,1	39,8	35,9	28,0
	keskiarvo ³	2,7	2,6	2,5	2,2
Silmätaudit	N ¹	1251	1286	1274	1207
	N3/N (%) ²	23,6	23,9	24,1	23,9
	keskiarvo ³	2,1	2,1	2,0	2,0
KNK	N ¹	474	507	481	442
	N3/N (%) ²	25,4	26,1	25,4	23,3
	keskiarvo ³	2,6	2,7	2,6	2,3
Ihotaudit	N ¹	401	455	483	467
	N3/N (%) ²	16,4	16,5	16,3	16,2
	keskiarvo ³	1,7	1,7	1,7	1,7
Psykiatria	N ¹	100	102	108	113
	N3/N (%) ²	46,4	47,3	41,1	37,5
	keskiarvo ³	10,1	8,8	6,0	4,4
Hammaslääkärit	N ¹	1721	1737	1727	1635
	N3/N (%) ²	75,7	73,3	69,7	63,6
	keskiarvo ³	7,4	6,8	6,0	5,1
Kliininen hammas- hoito	N ¹	208	219	215	202
	N3/N (%) ²	62,2	58,0	55,0	49,5
	keskiarvo ³	5,9	5,2	4,6	3,9
Oikomishoito	N ¹	27	25	17	7
	N3/N (%) ²	36,9	27,1	19,4	23,7
	keskiarvo ³	3,5	2,7	2,1	2,2
Suu- ja leukakirurgia	N ¹	123	143	149	137
	N3/N (%) ²	28,9	27,8	24,3	17,3
	keskiarvo ³	2,5	2,4	2,1	1,8

¹kyseisen alan palvelua käyttäneiden henkilöiden lukumäärä (tuhatta henkilöä).

²Vähintään 3 kertaa kyseisen alan palvelua käyttäneiden osuus (%) kaikista kyseistä palvelua käyttäneistä.

³Potilaskohtaisten käyntimäärien keskiarvo kyseisellä alalla.

Liitetaulukko 2. Erot COCI-arvon jakaumatunnusluvuissa (keskiarvo, mediaani, kvartiilivälit) ja tilastolliset testitulokset (Mann-Whitney U testi ja Rank-Biserial korrelaatio) vuosiparien 2003-2004 ja 2021-2022 välillä.

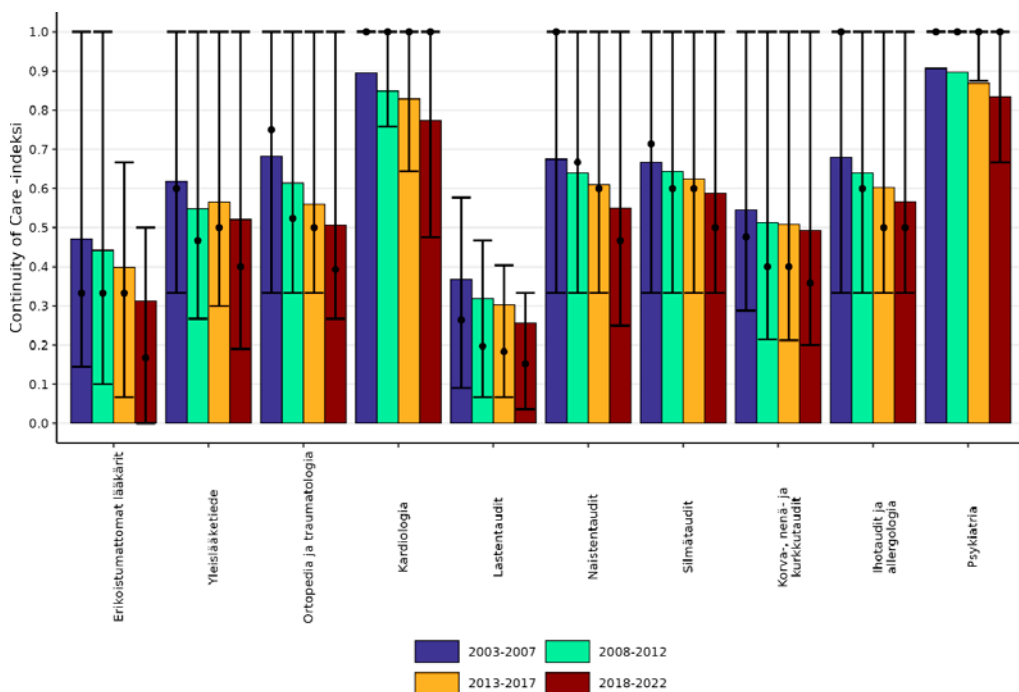
Erikoisala	Ero ka.	Ero med	Ero Q1	Ero Q3	P-arvo	R-B korrelaatio
Erikoistumattomat lääkärit	0,226	0,333	0,200	0,500	< 0,000	0,332
Yleislääketiede	0,116	0,400	0,000	0,000	< 0,000	0,162
Ortopedia ja traumatologia	0,195	0,500	0,167	0,000	< 0,000	0,307
Kardiologia	0,114	0,000	0,400	0,000	< 0,000	0,175
Lastentaudit	0,140	0,167	0,095	0,333	< 0,000	0,227
Naistentaudit	0,179	0,667	0,167	0,000	< 0,000	0,264
Silmätaudit	0,096	0,333	0,067	0,000	< 0,000	0,144
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	0,072	0,117	0,048	0,000	< 0,000	0,111
Ihotaudit	0,108	0,000	0,067	0,000	< 0,000	0,156
Psykiatria	0,063	0,000	0,000	0,000	< 0,000	0,095
Hammaslääkärit	0,074	0,000	0,417	0,000	< 0,000	0,113
Klininen hammashoito	0,031	0,000	0,000	0,000	< 0,000	0,050
Hampaiston oikomishoito	-0,007	0,000	0,000	0,000	0,031	-0,016
Suu- ja leukakirurgia	0,026	0,000	0,000	0,000	< 0,000	0,039

Liitetaulukko 3. Erot COCI-arvon jakaumatunnusluvuissa (keskiarvo, mediaani, kvartiilivälit) ja tilastolliset testitulokset (Mann-Whitney U testi ja Rank-Biserial korrelaatio) vuosiparien 2003-2007 ja 2018-2022 välillä.

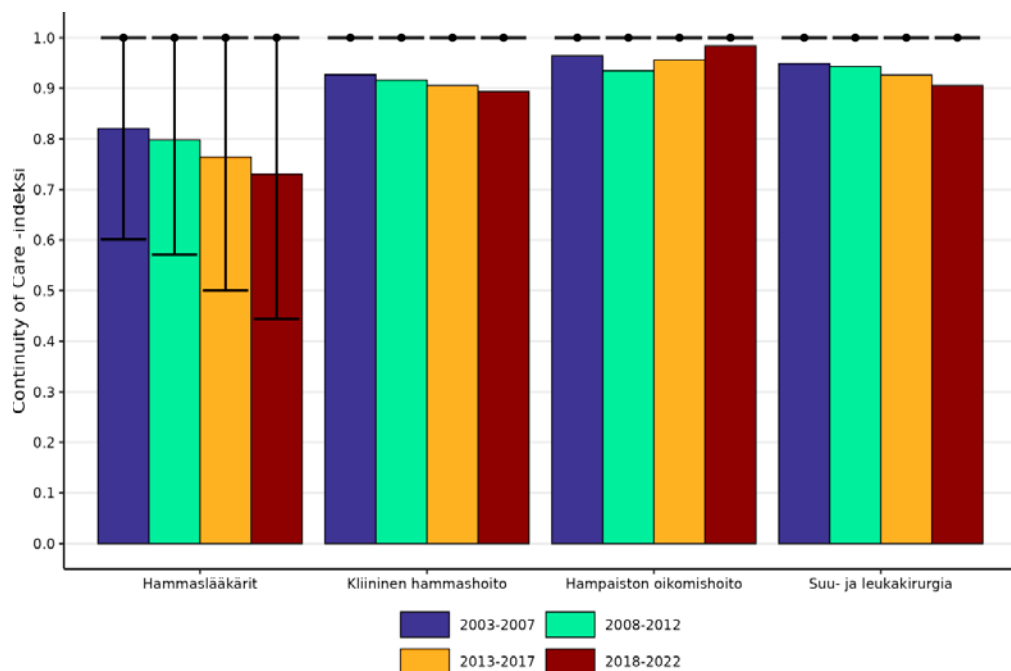
Erikoisala	Ero ka.	Ero med	Ero Q1	Ero Q3	P-arvo	R-B korrelaatio
Erikoistumattomat lääkärit	0,159	0,167	0,145	0,500	< 0,000	0,257
Yleislääketiede	0,097	0,200	0,143	0,000	< 0,000	0,142
Ortopedia ja traumatologia	0,176	0,357	0,067	0,000	< 0,000	0,284
Kardiologia	0,122	0,000	0,524	0,000	< 0,000	0,193
Lastentaudit	0,110	0,112	0,055	0,244	< 0,000	0,193
Naistentaudit	0,124	0,533	0,083	0,000	< 0,000	0,181
Silmätaudit	0,079	0,214	0,000	0,000	< 0,000	0,122
Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	0,053	0,118	0,088	0,000	< 0,000	0,083
Ihotaudit	0,113	0,500	0,000	0,000	< 0,000	0,170
Psykiatria	0,072	0,000	0,333	0,000	< 0,000	0,110
Hammaslääkärit	0,091	0,000	0,157	0,000	< 0,000	0,148
Klininen hammashoito	0,034	0,000	0,000	0,000	< 0,000	0,054
Hampaiston oikomishoito	-0,019	0,000	0,000	0,000	< 0,000	-0,044
Suu- ja leukakirurgia	0,044	0,000	0,000	0,000	< 0,000	0,069

Liitetaulukko 4. Regressiotaulukko vuosilta 2018-2022. Selitettävä muuttuja on COCI. Regressioissa on kontrolloitu lisäksi potilaan hyvinvointialue. 95 % luottamusvälit (LV) on laskettu heteroskedastisuus-robusteista keskivirheistä. Havaintojen määrä erikoistumattomilla lääkäreillä on 280 900, jossa "Etäkontaktit > 50 %" on 39 488 (14.0 %). Havaintojen määrä hammaslääkäreillä on 1 040 422.

Muuttuja	Erikoistumaton lääkäri			Hammaslääkäri		
	Kerroin	95 % LV	P-arvo	Kerroin	95 % LV	P-arvo
Ikä 18-34	0,040	(0,035; 0,045)	< 0,000	0,026	(0,010; 0,042)	0,001
Ikä 35-49	0,086	(0,081; 0,092)	< 0,000	0,038	(0,022; 0,053)	< 0,000
Ikä 50-64	0,192	(0,186; 0,198)	< 0,000	0,056	(0,040; 0,071)	< 0,000
Ikä 65-80	0,302	(0,296; 0,308)	< 0,000	0,095	(0,080; 0,111)	< 0,000
Ikä > 80	0,340	(0,329; 0,352)	< 0,000	0,109	(0,093; 0,125)	< 0,000
Naiset	-0,001	(-0,006; 0,003)	0,573	0,016	(-0,006; 0,038)	0,149
Naiset X Ikä 18-34	-0,042	(-0,049; -0,036)	< 0,000	-0,069	(-0,092; -0,047)	< 0,000
Naiset X Ikä 35-49	-0,018	(-0,025; -0,011)	< 0,000	-0,043	(-0,065; -0,020)	< 0,000
Naiset X Ikä 50-64	-0,039	(-0,047; -0,032)	< 0,000	-0,033	(-0,055; -0,011)	0,004
Naiset X Ikä 65-80	-0,040	(-0,047; -0,032)	< 0,000	-0,026	(-0,049; -0,004)	0,020
Naiset X Ikä > 80	-0,014	(-0,029; 0,000)	0,050	-0,023	(-0,046; -0,001)	0,044
Etäkontakteja > 50 %	-0,067	(-0,072; -0,062)	< 0,000			
Etäkontakteja > 50 % X Ikä 18-34	0,028	(0,020; 0,036)	< 0,000			
Etäkontakteja > 50 % X Ikä 35-49	0,051	(0,041; 0,060)	< 0,000			
Etäkontakteja > 50 % X Ikä 50-64	0,099	(0,087; 0,111)	< 0,000			
Etäkontakteja > 50 % X Ikä 65-80	0,182	(0,167; 0,197)	< 0,000			
Etäkontakteja > 50 % X Ikä > 80	0,284	(0,260; 0,309)	< 0,000			
Yliopistosairaala-kaupunki	-0,096	(-0,099; -0,093)	< 0,000	-0,014	(-0,015; -0,012)	< 0,000



Liitekuvio 1. Yksityisiä lääkäripalveluita käyttäneiden Continuity of Care -indeksin keskiarvot, mediaanit ja kvartiilivälit 5-vuotiskauskoilla 2003-2022 eri lääkäriryhmissä.



Liitekuvio 2. Yksityisiä hammaslääkäripalveluita käyttäneiden Continuity of Care -indeksin keskiarvot, mediaanit ja kvartiilivälit 5-vuotisjaksoilla 2003-2022 eri erikoisaloilla