

# Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo terveyspalvelujen saatavuudesta?

Sosiaali- ja terveyspalvelujen saatavuus on monitahoinen käsite, vaikka sitä on usein mitattu palvelujen käytöllä. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää aikuisväestön palveluiden saatavuutta käyttäen itse arvioitua tyydyttämätöntä avoterveydenhuollon lääkäripalvelujen tarvetta saatavuuden mittarina. Samalla arvioimme palvelutarpeen yhteyttä sosiodemografisiin tekijöihin. Aineistona käytetään vuoden 2010 Alueellinen hyvinvointi ja terveys-kyselyaineistoa Turusta, Oulun seudulta ja Kainuun seutukunnasta (n = 26 000, vastausprosentti n. 55). Ne, joilla ei palvelutarvetta ollut, poistettiin aineistosta ja analysoitavaksi jäi 6042 henkilön aineisto. Analyysimenetelmänä käytettiin logistista regressioanalyysiä. Tyydyttämätöntä palvelutarvetta oli erityisesti taloudellista uhkaa kokevilla, työttömillä työikäisillä sekä huonon terveydentilan omaavilla. Aiemmin avoterveydenhuollon palvelujen käytössä on todettu sosiaaliryhmittäisiä eroja. Tämän tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että käytön tarkastelu aliarvioi sosiaaliryhmittäisiä eroja palvelujen saatavuudessa.

**KRISTIINA MANDERBACKA, ANU MUURI, ILMO KESKIMÄKI, RISTO KAIKKONEN,  
MARKO ELOVAINIO**

## JOHDANTO

Sosiaali- ja terveyspalvelujen oikeudenmukainen saatavuus – tarpeen mukaan maksukyvyystä riippumatta – on tärkeä hyvinvointipoliittinen tavoite sekä Suomessa että kansainvälisesti. Palvelujen saatavuus on monitahoinen käsite, vaikka saatavuutta onkin usein mitattu palvelujen käytöllä. Käytölle voi kuitenkin olla erilaisia esteitä, jotka hankaloittavat saatavuuden arviointia sen avulla. Asiakkaaseen liittyviä käytön esteitä voivat olla muun muassa sosioekonomiset tekijät, ikä, aiemmat kokemukset palveluista ja asenteet. Tällöin asiakas ei ehkä hakeudu tarvitsemiinsa palveluihin. Esteet voivat liittyä myös palvelurakenteeseen, kuten palvelujen järjestämisen tapoihin, niiden kustannuksiin ja asiakas/potilasjonoihin. (Gulliford ym. 2002, Allin ja Masseria 2009) Suomessa avoterveydenhuollon palvelut järjestetään kolmen erillisen kanavan kautta terveyskeskuksissa, työterveyshuollossa ja sairausvakuutuksen osin kompensoimina yksityisinä palveluina.

Kolmikanavaisesta rakenteesta voi seurata esteitä eri väestöryhmien palvelujen käytölle. Työterveyshuollon lääkäripalvelut ovat käyttäjille maksuttomia ja niiden saatavuuden on arvioitu olevan hyvä, mutta vain työssä käyvät ovat niihin oikeutettuja. Yksityisiä lääkäripalveluja on tarjolla hyvin ainakin kaupungeissa ja kuntakeskuksissa. Asiakkaan maksuosuus on sairausvakuutuskorvauksesta huolimatta suuri. Terveyskeskukset ovat ainoa kaikille asukkaille avoin palvelukanava. Terveyskeskusmaksut ovat säilyneet kohtuullisen alhaisina, mutta saatavuudessa on todettu ongelmia (ks. esim. Klavus 2010). Avohoidon lääkäripalvelujen käytössä on raportoitu viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana varsin pysyviä eroja. Suurituloiset käyttävät tarve huomioon ottaen työterveydenhuollon ja yksityisiä lääkäripalveluja pienituloisempia enemmän, kun taas terveyskeskusten lääkäripalvelut painottuvat pienituloisiin. (esim. Häkkinen ja Nguyen 2010, Kaikkonen ym. 2008a.) Suomessa erot ovat kansain-

välisesti katsoen poikkeuksellisen suuret. Muun muassa OECD:n koordinoimassa kansainvälisessä vertailututkimuksessa suurituloiset käyttivät lääkäripalveluja suhteessa tarpeeseen tutkimukseen osallistuneista maista eniten Suomessa, USA:ssa ja Portugalissa (van Doorslaer ym. 2004). Yleissairaalapalvelujen käytön on todettu jakautuvan samoin kuin sairastavuuden eli käyttö on ollut sitä suurempaa, mitä alemmasta sosioekonomisesta ryhmästä on kysymys ja sairaalapoliiklinikkojen lääkäripalvelut jakautuvat kutakuinkin neutraalisti tulojen suhteen (esim. Häkkinen ja Nguyen 2010). Hoidon sisällössä on kuitenkin havaittu systemaattisia, tarpeella selitymättömiä eroja hyväosaisten eduksi, sekä kaikessa kirurgisessa hoidossa (Keskimäki 1997, 2003) että spesifisesti esimerkiksi joissakin yleisissä elektiiivisissä kirurgisissa toimenpiteissä (Manderbacka ym. 2009, Kaikkonen ym. 2008a) ja sepelvaltimotaudin hoidossa (Hetemaa ym. 2004, Hetemaa ym. 2006, Hetemaa ym. 2003, Kaikkonen ym. 2008a, Salomaa ym. 2001). Tosin joissakin toimenpiteissä, joiden määrä on kasvanut voimakkaasti, käyttö näyttää 2000-luvun alussa jakautuneen tulojen suhteen neutraalisti (Manderbacka ym. 2009).

Terveyspalvelujen ja vanhuspalvelujen saataavuuden arvioinnin puutteita on pyritty viime vuosina kansainvälisessä kirjallisuudessa paikkaamaan tarkastelemalla käytön sijasta tyydyttämätöntä palvelutarvetta (mm. Allin ja Masseria 2009, Allin ym. 2010, Bryant ym. 2009, Lee 2007, Kadushin ja Egan 2006, Lee 2007, Mayer ym. 2005). Tutkimuksissa on esimerkiksi arvioitu tutkittavien terveydentilaa ja suhteutettu näin arvioitu palvelutarve toteutuneeseen käyttöön. Palvelutarvetta on myös kysytty asiakkaiden itse arvioimana palvelutarpeen tyydytyksenä (Allin ym. 2010). Allin ja Masseria (2009) raportoivat väestön arvioimasta tyydyttämättömästä terveyspalvelujen tarpeesta EU-maissa ja totesivat Suomessa tyydyttämättömän palvelutarpeen keskittyvän alempiin tuloryhmiin, vaikka tarve-erot otettiin huomioon. Ulkomaisissa tutkimuksissa on myös todettu erilaisten sosiodemografisten tekijöiden olevan yhteydessä koettuun tyydyttämättömään palvelutarpeeseen. Tällaisia ovat sukupuoli, sosioekonominen asema, psykososiaaliset tekijät, terveyskäyttäytymiseen liittyvät tekijät sekä harvaanasutulla maaseudulla asuminen (Allin ja Masseria 2009, Bryant ym. 2009, Leucht ym. 2007, Mayer ym. 2005, Shi ja Stevens 2005).

Erilaiset huono-osaisuuden riskiä lisäävät tekijät näyttävät tutkimusten mukaan kasautuvan elämänkaarella (mm. Kestilä 2008). Pienituloisuuden on havaittu olevan yhteydessä muun huono-osaisuuden riskiin (Rintala ja Karvonen 2003, Karvonen ym. 2006) ja pitkittyneen tai toistuvan työttömyyden, toimeentulo-ongelmien sekä sosiaalisen syrjäytymisen kietoutuvan yhteen (Kangas ja Ritakallio 1996, Penttilä ym. 2003). Vastaavasti näillä tekijöillä on havaittu selkeä yhteys myös keskeisiin kroonisiin sairauksiin, terveyteen yleensä sekä terveyden ja hyvinvoinnin riskitekijöihin (Palosuo ym. 2007, Vaarama ym. 2010). Suomessa syrjäytymisriskiä lisäävien tekijöiden on todettu olevan erityisesti miehillä myös yhteydessä terveyspalvelujen käyttöön ja laatuun. Tuloköyhyillä, pitkäaikaistyöttömillä, ja yksin asuvilla on raportoitu muita pienempi todennäköisyys päätyä joihinkin yleisiin toimenpiteisiin, kuten sepelvaltimoimenpiteisiin, kaihileikkauksiin ja lonkan ja polven endoproteesileikkauksiin (Manderbacka ym. 2008). Esimerkiksi sepelvaltimotoimenpiteitä toteutetaan tasaisesti kaikille koulutusryhmille, mutta kuolleisuus ja terveyspalvelujen tarve sepelvaltimotaudissa on selvästi yleisempää alemmilla koulutusryhmillä (Kaikkonen ym. 2008b).

Tässä tutkimuksessa tavoitteena on arvioida kunnallisten terveyspalvelujen saatavuutta itse arvioitun tyydyttämättömän palvelutarpeen avulla. Tarkoituksena on selvittää tuoko tyydyttämättömän palvelutarve lisävalaistusta saatavuuden arviointiin aiemmissä tutkimuksissa raportoituihin palvelujen käyttöeroihin verrattuna. Tutkimme tyydyttämätöntä kunnallisten avoterveydenhuollon lääkäripalvelujen tarvetta suomalaisella aikuisväestöllä kolmella alueella. Tarkastelemme lisäksi sitä, onko tyydyttämättömän palvelutarve yhteydessä sosioekonomiseen asemaan sekä syrjäytymisriskiä lisääviin tekijöihin, kuten työttömyyteen, yksin asumiseen tai koettuun taloudelliseen uhkaan ja sitä, vaihtelee ko tyydyttämättömän palvelutarve kunnan kaupunkimaisuusasteen mukaan.

## AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimuksen aineistona käytetään Alueellinen hyvinvointi ja terveys (ATH) kyselyaineistoa, joka on koottu kolmelta alueelta vuonna 2010. Käyttämämme satunnaisotannalla poimittu aineisto on koottu Turusta, Pohjanmaalta (Oulun seutukunta ja Oulun Eteläisen alue) ja Kainuun seutukunnasta vähintään 20 vuotta täyttäneestä

väestöstä. Alueet ovat toimineet terveyserojen kaventamishjelmassa yhteistyötahoina ja siksi osallistuneet kyselyyn (ks. [www.teroka.fi](http://www.teroka.fi)). Jokaisessa alueosittessa oli lisäksi sukupuoliositus ja 75 vuotta täyttäneiden pienempää väestöosuutta korjattiin asettamalla heille kaksinkertainen poimintatodennäköisyys. Otoksen suuruus oli näillä alueilla yhteensä 26 000. Vastausaktiivisuudeksi saatiin koko otoksessa hieman alle 55 prosenttia ja vastausaktiivisuus oli vanhemmissa ryhmissä suurempi (yli 60 %) kuin nuorissa (alle 50 %). Heikoin vastausaktiivisuus oli nuorilla vähän koulutetuilla miehillä. Otanta-asetelmaa, äärellisen populaation korjausta sekä vastausaktiivisuutta puuttuvan tiedon osalta huomioitiin toteuttamalla katoa korjaavat painokertoimet inverse probability weighting (IPW) -menetelmällä huomioimalla rekisteritietoina ikä, sukupuoli, siviilisäätty, tutkinto ja tutkimusalue sekä perusjoukon koko. Kaupunkimaisen Turun, maaseutumaisen Kainuun ja molempia edellä mainittuja piirteitä sisältävän Pohjois-Pohjanmaan alueiden voidaan ajatella ottavan ainakin jossain määrin huomioon suomalaisen yhteiskunnan ja sen palvelujärjestelmän eroja erityyppisillä alueilla.

Ikä on laskettu itse ilmoitetun syntymävuoden perusteella ja sitä tarkastellaan 5-vuotisikäryhmissä. Koulutusmuuttuja muodostettiin itse ilmoitettujen päätoimisten koulunkäynti- tai opiskeluvuosien avulla, ja luokiteltiin kolmeen ryhmään, perusaste (enintään 9 vuotta koulutusta), keskiaste (10–12 vuotta) ja korkea-aste (13 vuotta tai enemmän). Alustavissa analyyseissä kokeiltiin myös 10-vuotisikäryhmittäin muodostettuja koulutustertilejä, mutta koska tulokset olivat samanlaiset kuin itse ilmoitettua koulutusta koskevat, ei tuloksia esitetä. Tutkimuslomakkeella asuinpaikan kaupunkimaisuusastetta kysyttiin: 'Asutteko (1) kaupungin keskustassa, (2) esikaupunkialueella tai lähiössä, (3) kuntakeskuksessa tai muussa taajamassa ja (4) maaseudun haja-asutusalueella tai kylässä.' Yksin asumista koskeva dikotominen muuttuja muodostettiin kysymyksestä: 'Kuinka monta jäsentä kuuluu kotitalouteen tällä hetkellä teidät itsenne mukaan lukien?' valiten vain yhden henkilön kotitaloudet. Työmarkkina-asemaa koskeva muuttuja muodostettiin alle 60-vuotiaille pääasiallista toimintaa kuvaavasta kysymyksestä, ja luokiteltiin kolmeen ryhmään (1) työssä, (2) työtön ja (3) eläkkeellä. Koettua taloudellista uhkaa koskeva kysymys kuului: 'Kotitaloudella voi olla erilaisia tuloläh-

teitä ja useammalla jäsenellä tuloja. Kun kotitaloutenne kaikki tulot otetaan huomioon, onko menojen kattaminen näillä tuloilla: (1) erittäin hankalaa, (2) hankalaa, (3) melko hankalaa, (4) melko helppoa, (5) helppoa vai (6) hyvin helppoa?' Koettua terveyttä koskeva kysymys kuului: 'Onko terveydentilanne mielestänne nykyisin: (1) hyvä, (2) melko hyvä, (3) keskitasoinen, (4) melko huono vai (5) huono?'. Se dikotomisoitiin yhdistämällä luokat 1–3 kuvaamaan keskitasoista tai hyvää terveyttä ja luokat 4–5 kuvaamaan huonoa koettua terveyttä (Ikäryhmäkohtaiset kyselylomakkeet löytyvät osoitteesta [www.terveytemme.fi/ath/lomakkeet](http://www.terveytemme.fi/ath/lomakkeet)).

Tyydyttämätöntä palvelutarvetta kuvaava muuttuja muodostettiin kysymyksestä: 'Oletteko mielestänne saanut riittävästi seuraavia sosiaali- ja terveyspalveluja 12 viime kuukauden aikana?' Kysymyksessä oli eroteltu kukin sosiaali- ja terveyspalvelu omaksi rivikseen ja tässä tutkimuksessa käytimme terveyskeskuslääkärin vastaanottoa koskevaa osiota. Vastausvaihtoehdot olivat (1) ei ole tarvittu, (2) olisi tarvittu, mutta palvelua ei saatu, (3) on käytetty, palvelu ei ollut riittävää ja (4) käytetty, palvelu oli riittävää. Tyydyttämätöntä palvelutarvetta arvioitiin olevan, jos vastausvaihtoehdoista oli valittu 2 tai 3. Ne, jotka arvioivat, että palvelutarvetta ei ollut, jätettiin pois analyyseistä, jolloin aineiston kooksi muodostui 6042 henkilöä.

Otanta-asetelma ja painokertoimet otettiin analyyseissä huomioon. Aineistoa analysoitiin ristiintaulukoimalla tyydyttämätöntä palvelutarvetta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Analyysejä täydennettiin binäärisellä logistisella regressioanalyysillä, koska vaste oli dikotominen. Koska alustavassa tarkastelussa todettiin selviä eroja työikäisten (20–59-vuotiaiden) ja vanhempien (60-vuotiaiden ja vanhempien) ikäluokkien välillä, analyysejä tehtiin työ- ja eläkeikäisille erikseen. Muuttujat lisättiin malliin, jossa ikä ja sukupuoli oli vakioitu, sillä alustavissa analyyseissä sukupuolten välillä ei havaittu eroja muiden tekijöiden yhteyksissä koettuun palvelutarpeeseen. Tulokset raportoidaan ristitulosuhteina (OR) ja niille esitetään 95 prosentin luottamusvälit. Lopullisiin malleihin valittiin ne muuttujat, jotka ikä ja sukupuoli vakioituna osoittautuivat tilastollisesti merkitseviksi selitettäessä tyydyttämätöntä palvelutarvetta ja yhteydet esitetään muut tekijät samanaikaisesti vakioiden. Aineiston analysoinnissa käytettiin SPSS/PASW-ohjelmiston versiota 18.0.

## TULOKSET

Taulukossa 1 esitetään prosenttijakaumat tyydyttämättömästä palvelutarpeesta. Tyydyttämätöntä avoterveydenhuollon lääkäripalvelujen tarvetta oli miehillä ja naisilla suunnilleen saman verran, mutta ikäryhmittäin palvelutarpeessa todettiin selviä eroja työkäisten ja vanhempien ikäluokien välillä. Tyydyttämätöntä palvelutarvetta ilmoitti kokeneensa alle 60-vuotiaista kolmannes ja 60-vuotiaista tai vanhemmista neljännes (Taulukko 1) ja iäkkäämmillä miehillä tyydyttämätöntä palvelutarvetta oli vähemmän kuin naisilla. Mitä enemmän koettiin pulmia tulojen riittävydessä sitä yleisempää oli tyydyttämätön palvelu-

tarve. Tulokset olivat molemmissa ikäryhmissä samanlaisia tulojen riittävyden osalta. Työikäisistä, jotka raportoivat terveytensä huonoksi tai melko huonoksi jopa joka toinen raportoi myös tyydyttämätöntä palvelutarvetta ja vähintään 60 vuotta täyttäneistä näin arvioi joka kolmas. Koska ikäryhmittäiset erot olivat selvät ja työmarkkina-aseman yhteyksiä palvelutarpeeseen on mielekästä tarkastella vain työikäisellä väestöllä, tarkastelimme mallinnuksessa näitä kahta ikäryhmää erikseen. Koulutus, asuinpaikan kaupunkimaisuusaste ja yksin asuminen eivät olleet yhteydessä tyydyttämättömään palvelutarpeeseen kummassakaan ikäryhmässä.

### Taulukko 1.

Tyydyttämätöntä palvelutarvetta ilmoittaneiden osuus (%) työikäisillä ja vanhemmilla ikäryhmillä 2010

		Työikäiset (20–59-v.) (n = 1180–1241) %	60- vuotiaat ja vanhemmat (n = 546–597) %
Sukupuoli	Miehet	34	23
	Naiset	34	27
Ikä	20–24	32	
	25–29	33	
	30–34	37	
	35–39	34	
	40–44	41	
	45–49	33	
	50–54	30	
	55–59	31	
	60–64		29
	65–69		28
	70–74		21
	75–79		25
	80–85		23
	85+		19
Menojen kattaminen	Erittäin hankalaa	51	46
	Hankalaa	43	39
	Melko hankalaa	36	34
	Melko helppoa	28	23
	Helppoa	27	18
	Hyvin helppoa	30	15
Koettu terveys	Huono tai melko huono	50	34
	Keskitasoinen tai parempi	32	23
Yksin asuminen	Kyllä	33	25
	Ei	34	26
Asuinpaikan kaupunkimaisuusaste	Kaupungin keskusta	32	22
	Esikaupunki/lähiö	36	27
	Kuntakeskus/muu taajama	30	21
	Maaseudun haja-asutusalue tai kylä	36	28
Koulutus	Korkea-aste	33	25
	Keskiaste	33	27
	Perusaste	34	24
Työmarkkina-asema	Työtön	32	
	Eläkkeellä	42	
	Työssä	34	

## Taulukko 2.

Tyydyttämättömän palvelutarpeen ristitulosuhde (OR) eri sosiodemografisissa ryhmissä työikäisillä

		95% CI			95% CI		
		OR <sup>1</sup>	Alempi	Ylempi	OR <sup>2</sup>	Alempi	Ylempi
Sukupuoli	Miehet	1.00	0.80	1.25	0.92	0.73	1.15
	Naiset	1.00			1.00		
Ikä	20–24	1.04	0.66	1.63	1.17	0.75	1.81
	25–29	1.29	0.82	2.03	1.21	0.82	1.80
	30–34	1.37	0.67	1.69	1.46	0.99	2.16
	35–39	1.51	0.95	2.38	1.34	0.90	1.99
	40–44	1.07	0.69	1.67	1.61	1.10	2.37
	45–49	0.97	0.63	1.50	1.03	0.70	1.51
	50–54	0.92	0.61	1.40	0.96	0.67	1.38
	55–59	1.00			1.00		
Menojen kattaminen	Erittäin hankalaa	2.47	1.41	4.22	2.24	1.25	4.01
	Hankalaa	1.88	1.13	3.11	1.72	1.03	2.88
	Melko hankalaa	1.40	0.89	2.21	1.35	0.86	2.14
	Melko helppoa	0.98	0.63	1.52	0.95	0.61	1.48
	Helppoa	0.88	0.54	1.43	0.92	0.56	1.50
	Hyvin helppoa	1.00			1.00		
Koettu terveys	Huono tai melko huono	2.37	1.78	3.16	1.96	1.44	2.67
	Keskitasoinen tai parempi	1.00			1.00		
Työmarkkina-asema	Työtön	1.55	1.13	2.12	1.09	0.78	1.51
	Eläkkeellä	1.10	2.12	1.40	0.83	0.65	1.07
	Työssä	1.00			1.00		

<sup>1</sup> Mallissa vakioitu sukupuoli, ikä ja kukin muuttuja yksinään. <sup>2</sup> Kaikki muuttujat vakioitu samanaikaisesti.

Taulukossa 2 esitetään palvelutarpeen vaihtelu vakioiden pelkästään sukupuoli ja ikä sekä vakioiden kaikki muuttujat, joilla oli yhteyttä palvelutarpeeseen työikäisillä (20–59-vuotiailla). Tyydyttämättömässä palvelutarpeessa ei todettu eroja miesten ja naisten välillä. Vaikka tyydyttämättömän palvelutarpeeseen kasvoi nuoremmista ikäryhmistä keski-ikäisiin, eivät erot olleet tilastollisesti merkitseviä. Koettu taloudellinen uhka oli yhteydessä tyydyttämättömään palvelutarpeeseen: mitä hankalammaksi menojen kattamisen olemassa olevilla tuloilla vastaajat kokivat, sitä suurempi oli tyydyttämättömän palvelutarpeen todennäköisyys. Jos menojen kattaminen tuloilla koettiin melko helpoksi tai helpommaksi, ei eroja palvelutarpeessa havaittu. Vaikka työttömillä oli tyydyttämättömää palvelutarvetta muita todennäköisemmin, eivät erot tyydyttämättömässä palvelutarpeessa työllisiin verrattuna enää olleet tilastollisesti merkitseviä kun terveydentila ja koettu taloudellinen uhka vakioitiin. Terveytensä melko huonoksi tai huonoksi kokeneilla tyydyttämättömää palvelutarvetta oli selvästi muita todennäköisemmin.

Ikäkkäämmillä (60 vuotta täyttäneillä) naisilla tyydyttämättömää palvelutarvetta oli miehiä toden-

näköisemmin (Taulukko 3). Ikäryhmittäiset erot olivat myös selvät. Nuoremmilla iäkkäillä (60–69 v.) tyydyttämättömää palvelutarvetta oli muita iäkkäitä todennäköisemmin. Koettua taloudellista uhkaa koskevat tulokset olivat hyvin samansuuntaiset työikäisten tulosten kanssa ja tyydyttämättömän palvelutarpeen todennäköisyys kasvoi portaittaisesti sen mukaan mitä hankalammaksi vastaaja menojen kattamisen tuloillaan koki. Toisin kuin työikäisillä, portaittainen kasvu alkoi jo menojen kattamisen melko helpoksi kokeneista. Koetun terveyden yhteys tyydyttämättömään palvelutarpeeseen oli samansuuntainen kuin työikäisessä väestössä eli terveytensä huonoksi kokeneilla oli muita todennäköisemmin tyydyttämättömää palvelutarvetta. Muiden muuttujien vakioiminen pienensi hieman ristitulosuhdetta.

## PÄÄTELMÄT

Tässä tutkimuksessa selvitimme palvelujen saataavuutta ja siinä olevia väestöryhmittäisiä eroja käyttäen mittarina koettua tyydyttämättömää kunnallisen avoterveydenhuollon lääkäripalvelujen tarvetta suomalaisella aikuisväestöllä kolmella alueella: Turussa, Oulun seudulla ja Kainuussa. Tyydyttämättömää palvelutarvetta todettiin erityi-

### Taulukko 3.

Tyydyttämättömän palvelutarpeen ristitulo Suhde (OR) eri sosiodemografisissa ryhmissä eläkeikäisillä

		OR <sup>1</sup>	Alempi	Ylempi	OR <sup>2</sup>	Alempi	Ylempi
Sukupuoli	Miehet	0.76	0.62	0.93	0.75	0.61	0.91
	Naiset	1.00			1.00		
Ikä	60–64	1.71	1.15	2.54	1.73	1.15	2.60
	65–69	1.61	1.10	2.41	1.71	1.12	2.61
	70–74	1.10	0.71	1.64	1.10	0.71	1.70
	75–79	1.40	0.95	2.10	1.42	0.95	2.13
	80–85	1.25	0.82	1.90	1.26	0.82	1.95
	85+	1.00			1.00		
Menojen kattaminen	Erittäin hankalaa	4.91	2.38	10.2	3.73	1.81	7.70
	Hankalaa	3.35	1.85	6.04	3.26	1.83	5.82
	Melko hankalaa	2.82	1.75	4.55	2.73	1.70	4.38
	Melko helppoa	1.69	1.07	2.66	1.71	1.09	2.66
	Helppoa	1.23	0.75	2.03	1.21	0.75	1.96
	Hyvin helppoa	1.00			1.00		
Koettu terveys	Huono tai melko huono	1.86	1.49	2.33	1.59	1.26	2.01
	Keskitasoinen tai parempi	1.00			1.00		

<sup>1</sup> Mallissa vakioitu sukupuoli, ikä ja kukin muuttuja yksinään. <sup>2</sup> Kaikki muuttujat vakioitu samanaikaisesti.

sesti taloudellista uhkaa kokevilla, työttömillä työikäisillä sekä huonon terveydentilan omaavilla. Tulokset ovat samansuuntaiset Allinin ja Maserian (2009) koko Suomesta raportoimien tuloryhmittäin laskettujen tulosten kanssa. Tässä tutkimuksessa vastaajan taloudellista tilannetta mitattiin koetun taloudellisen uhkan ja koulutuksen avulla. Käytettävissä ei ollut suoranaisesti tuloihin tai tuloköyhyyteen liittyvää mittaria ja koulutus ei sosioekonomisen aseman mittarina reagoi muutoksiin henkilön tilanteessa koulutusvuosien jälkeen. Koulutus ei tässä tutkimuksessa ollut yhteydessä tyydyttämättömään palvelutarpeeseen. Sen sijaan arvio menojen kattamisen hankaluudesta nykyisillä tuloilla voi kuvata palvelujen saatavuuden esteitä, kuten köyhyyttä koulutusta paremmin. Aiemmissä tutkimuksissa on raportoitu, että tuloköyhät saattavat jättää käyttämättä palveluja omavastuuosuuden tai matkakustannusten takia (Hiilamo ym. 2011).

Tulojen riittävydellä mitatun koetun taloudellisen uhkan ja työttömyyden yhteys tyydyttämättömään palvelutarpeeseen on ymmärrettävä Suomen kolmeen sektoriin jakautuneessa terveyspalvelujärjestelmässä. Työllisten lääkäripalvelujen tarpeet kun katetaan pitkälti työterveyshuollon avulla ja palvelujen käyttö on asiakkaille maksutonta. Yksityis palveluita on kyllä tarjolla erityisesti kaupungeissa ja kuntakeskuksissa, mutta asiakkaalle koituvat kustannukset ovat korkeat ja vähentänevät ainakin kaikkein heikoimmassa asemassa olevien palvelujen käyttöä. Terveyskes-

kukset ovat ainoa kaikille asukkaille tarjolla oleva palvelukanava ja käyttäjämaksut ovat edelleen melko alhaisia, mutta vaikuttanevat kaikkein vähävaraisimpien lääkärissä käynteihin (ks. esim. Hiilamo ym. 2011). Suurempi ongelma lienee kuitenkin terveyskeskuspalvelujen heikko saatavuus. Viimeaikaisten tutkimustulosten mukaan kohtuuttoman kauan hoitoon pääsyä jouduttiin odottamaan erityisesti terveyskeskuslääkärin vastaanotolle, vaikka tilanne onkin jonkin verran parantunut viime vuosina (Klavus 2010).

Terveytensä huonoksi tai melko huonoksi kokeneet raportoivat selvästi muita useammin tyydyttämättömää palvelutarvetta molemmissa ikäryhmissä. Tämä voi liittyä paitsi kunnallisten terveyspalvelujen saatavuuden ongelmiin myös palvelujen sisältöön. Avoterveydenhuollolla voi olla vaikeuksia vastata juuri kroonisesti sairaiden ja erityisesti monisairaiden ongelmiin. Aiempien tutkimustulosten mukaan sekä julkisten että yksityisten avopalvelujen laatua pitivät muita todennäköisemmin huonona juuri pitkäaikaissairaat (Klavus 2010). Kroonisia tauteja sairastavien ja monisairaiden asiakkaiden hoito asettaakin palvelujärjestelmälle haasteita yhtäältä hoidon jatkuvuuden ja toisaalta hoito- ja palvelukäytöjen sekä vuorovaikutuksen osalta.

Tutkimuksemme tulokset koskevat kolmea aluetta Suomessa eli Turkuja, Oulun seutua ja Kainuuta eivätkä ne siksi ole suoraan yleistettävissä muille alueille. ATH-tutkimuksen vastausprosentti oli hieman alle 55 prosenttia. Vaikka

painokertoimia on käytetty kadon aiheuttaman virheen korjaamiseksi, painokertoimet eivät kovin hyvin korjaa mielipidekysymyksissä vastamatta jättämistä ja on todennäköistä, että vastamatta jättäneissä on muita enemmän myös suuren palvelutarpeen omaavia.

Tässä tutkimuksessa tyydyttämättömän palvelutarpeen mittarina käytettiin yhteen kysymykseen perustuvaa itsearviota. Samaa tutkimusmenetelmää on käytetty monissa kansainvälisissä tutkimuksissa, joissa palvelutarvetta on arvioitu juuri asukkaille osoitetuilla suorilla kysymyksillä. Näiden tutkimusten tulokset ovat melko yhteneviä tämän tutkimuksen tulosten kanssa (Allin ja Masseria 2009, Bryant ym. 2009, Shi ja Stevens 2005). Toisaalta tyydyttämätöntä palvelutarvetta on myös arvioitu suhteuttamalla kliinisesti todettua tai itse arvioitua terveydentilaa toteutuneeseen käyttöön (Allin ym. 2010). Molemmilla mitaustavoilla on omat etunsa ja rajoituksensa. Yksilön kokemusta omasta palvelutarpeestaan ja sen tyydyttymisestä ei voida yksilöstä riippumatta arvioida. Toisaalta yksilöt ja ryhmät voivat käyttää arviota tehdessään erilaista arviointikehikkoa ja mitta-asteikkoa, sekä verrata palvelutarvettaan erilaisiin ryhmiin, jolloin arviot eivät välttämättä ole yhteismitallisia. Kokonaiskuvan

saamiseksi tyydyttämättömästä palvelutarpeesta voi olla tarpeen käyttää useampia mittaustmenetelmiä ja analysoida itse ilmoitettujen ja sairastavuuteen suhteutettujen tietojen lisäksi myös esimerkiksi erilaisia rekisteritietoja.

Palvelujen saatavuus on monitahoinen käsite vaikka terveystarpeiden saatavuutta on usein mitattu pelkästään palvelujen käytöllä. Käytölle voi kuitenkin olla erilaisia asiakkaaseen liittyviä esteitä, joiden takia henkilö ei hakeudu palveluihin. Tässä tutkimuksessa saatiin viitteitä siitä, että taloudelliset tekijät voivat muodostaa tällaisen esteen ainakin heikoimmassa taloudellisessa tilanteessa oleville, vaikka palvelumaksut ovat suhteellisen pieniä. Palvelujen kolmikanavainen rakenne voi myös vaikuttaa julkisesti tuotettujen palvelujen kysyntään. Tästä syystä saatavuuden arviointi palvelujen käytön avulla jää puutteelliseksi. Tyydyttämättömän palvelutarpeen tutkimus tarjoaakin lisävalaistusta terveystarpeiden saatavuutta arvioitaessa. Kun aiemmin avoterveydenhuollon palvelujen käytössä on todettu sosiaaliryhmittäisiä eroja, niin tämän tutkimuksen tulokset viittaavat siihen, että pelkästään palvelujen käytön tarkastelu aliarvioi sosiaaliryhmittäisiä eroja palvelujen saatavuudessa.

Manderbacka K, Muuri A, Keskimäki I, Kaikkonen R, Elovainio M. Unmet need as a measure of access to health care  
Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2012;49:4–12

It is difficult to measure access to health care and it is often measured as use of services as an indirect proxy. The aim of this study was to analyze self-assessed unmet need for public ambulatory health services in the adult population. We also examined the associations of unmet need with respondents' sociodemographic characteristics. The data come from the Regional Welfare and Health Survey conducted in 2010 in three areas in Finland: Turku, Oulu region and the Kainuu region (n=26000, response rate ca 55). Those who reported having had no need for health services were excluded from the analyses. The final sample size was 6042. We analyzed the data with

logistic regression controlling for gender and age only and for all sociodemographic factors simultaneously. The analyses were conducted separately for those aged 20–59 years and those 60 years or older. The odds for unmet need was larger in persons reporting difficulties making the ends meet with their current income, the unemployed and among those with poor self-rated health. Education, living alone, and the urbanity of municipality of residence were not associated with unmet need. Earlier research has reported differences in the use of services. Our results suggest that there are even larger differences in access to services.

## KIRJALLISUUS

- Allin S, Masseria C. Unmet need as an indicator of health care access. *Eurohealth* 2009;15:7–9.
- Allin S, Grignon M, Le Grand J. Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications? *Soc Sci Med* 2010;70:465–472.
- Bryant T, Leaver C, Dunn J. Unmet healthcare need, gender, and health inequalities in Canada. *Health Policy* 2009;91:24–32.
- van Doorslaer E, Masseria C, OECD Health Equity Research Group. Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. Teoksessa OECD (toim.) *The OECD Health Project. Towards high-performing health systems.* OECD, Paris 2004.
- Gulliford M, Figueroa-Munoz J, Morgan M, Hughes D, Gibson B, Beech R, Hudson M. What does 'access to health care' mean? *J Health Serv Res Policy* 2002;7:186–188.
- Hetema T, Keskimäki I, Salomaa V, Mähönen M, Manderbacka K, Koskinen S. Socioeconomic inequities in invasive cardiac procedures after first myocardial infarction in Finland in 1995. *Journal of Clinical Epidemiology* 2004;57:178–185.
- Hetema T, Manderbacka K, Reunanen A, Koskinen S, Keskimäki I. Socioeconomic inequities in invasive cardiac procedures among patients with incident angina pectoris or myocardial infarction. *Scand J Public Health* 2006;34:116–123.
- Hetema T, Keskimäki I, Manderbacka K, Leyland AH, Koskinen S. How did the recent increase in the supply of coronary operations in Finland affect socio-economic and gender equity in their use? *J Epidemiol Community Health* 2003;57:178–185.
- Hiilamo H, Hänninen S, Kinnunen K. Huono-osaisuuden ja sairastavuuden kytkennästä diakonian asiakkailta. *Sosiaalilääk Aikak* 2011;48:4–21.
- Häkkinen U, Nguyen L. Rikas käy edelleen lääkärissä köyhää enemmän. *Optimi* 2010. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/yksikot/terveys\\_ ja\\_sosiaalitalous/optimi/2010/laakarissakaynnit](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/yksikot/terveys_ ja_sosiaalitalous/optimi/2010/laakarissakaynnit). [Luettu 11.04.2011].
- Kadushin G, Egan M. Unmet patient need in home care under managed care. *J Gerontol Soc Work* 2006;47:103–120.
- Kaikkonen R, Prättälä R, Helakorpi S, Arffman M, Pietikäinen M, Koskinen S. Sosioekonomisiin terveyseroihin vaikuttavia tekijöitä. Teoksessa Kaikkonen R, Kostiaainen E, Linnanmäki E, Martelin T, Prättälä R, Koskinen S. (toim.) (2008) *Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 27.* Yliopistopaino, Helsinki 2008a, 127–190.
- Kaikkonen R, Linnanmäki E, Kostiaainen E, Murto J, Koskinen S. Yhteenvedo ja päätelmät. Teoksessa Kaikkonen R, Kostiaainen E, Linnanmäki E, Martelin T, Prättälä R, Koskinen S. (toim.) *Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B27.* Helsinki 2008b, 269–280.
- Kangas O, Ritakallio V. Eri menetelmät – eri tulokset? Köyhyyden monimuotoisuus. Teoksessa Kangas O, Ritakallio V. (toim.) *Kuka on köyhä?* Stakes, Helsinki 1996.
- Karvonen S, Lahelma E, Winter T. Työikäisten terveys ja hyvinvointi 2000-luvun alussa. Teoksessa Kautto M. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2006.* Gummerus, Vaajakoski 2006.
- Keskimäki I. How did Finland's economic recession in the early 1990s affect socio-economic equity in the use of hospital care? *Soc Sci Med* 2003;56:1517–30.
- Keskimäki I. Social equity in the use of hospital inpatient care in Finland. *STAKES*, Helsinki 1997.
- Kestilä L. Pathways to health. Determinants of health, health behaviour and health inequalities in early adulthood. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja A 23/2008.* Yliopistopaino, Helsinki 2008.
- Klavus J. Suomalaisten terveys, terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset palveluista. Teoksessa Vaarama M, Moisio P, Karvonen S. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Yliopistopaino, Helsinki 2010.*
- Lee JS. The unmet needs of the elderly with diabetes in home health care. *Soc Work Health Care* 2007;45:1–17.
- Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand* 2007;116:317–333.
- Manderbacka K, Arffman M, Karvonen S, Keskimäki I. Huono-osaisuus terveydenhuollossa. *Sosioekonomiset erot elektiviisessä kirurgiassa. Suomen Lääkärilehti* 2008;63:2025–31.
- Manderbacka K, Arffman M, Leyland A, McCallum A, Keskimäki I. Change and persistence in healthcare inequities: Access to elective surgery in Finland in 1992–2003. *Scand J Public Health* 2009;37:131–138.
- Mayer ML, Slifkin RT, Skinner AC. The effects of rural residence and other social vulnerabilities on subjective measures of unmet need. *Med Care Res Rev* 2005;62:617–628.
- Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E. (toim.) *Terveiden eriarvoisuus Suomessa – Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23,* Helsinki 2007.
- Penttilä I, Kangas O, Nordberg L, Ritakallio V. Suomalainen köyhyys 1990-luvun lopulla: Väliaikaista vai pysyvää. *Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki 2003.*
- Rintala T, Karvonen S. Koetun huono-osaisuuden kasautuminen erilaisissa kuntatyypeissä. *Yhteiskuntapolitiikka* 2003;68:454–65.
- Salomaa V, Miettinen H, Niemelä M, Ketonen M, Mähönen M, Immonen-Räihä P, Lehto S, Vuorenmaa T, Koskinen S, Palomäki P, Mustaniemi H, Kaarsalo E, Arstila M, Torppa J,



Kuulasmaa K, Puska P, Pyörälä K, Tuomilehto J. Relation of socioeconomic position to the case fatality, prognosis and treatment of myocardial infarction events; the FINMONICA MI Register Study. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:475–82.

Shi L, Stevens GD. Vulnerability and unmet health care needs. The influence of multiple risk factors. *J Gen Intern Med* 2005;20:148–154.

Vaarama M, Moisio P, ja Karvonen S. (toim.)  
Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja. Teema 11/2010. Helsinki: Yliopistopaino.

**KRISTIINA MANDERBACKA**

*VTT, dosentti*

*Palvelujärjestelmän tutkimus*

*Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*

**ANU MUURI**

*VTT, dosentti*

*Menetelmien ja käytäntöjen arviointiyksikkö*

*Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*

**ILMO KESKIMÄKI**

*LT, tutkimusprofessori*

*Palvelujärjestelmäosasto*

*Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*

**RISTO KAIKKONEN**

*VTM, projektipäällikkö*

*Toimintakyky-yksikkö*

*Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*

**MARKO ELOVAINIO**

*VTT, tutkimusprofessori*

*Palvelujärjestelmän tutkimus*

*Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*