



Työikäisten monikanavainen perusterveydenhuolto Suomessa

PÄÄLÖYDÖKSET

- Valtaosa (84 %) työikäisistä oli asioinut vuoden aikana vähintään kerran avoterveydenhuollon palveluissa.
- Noin kolmasosa asioi pääasiassa terveysasemilla, ja suunnilleen saman verran pääasiassa työterveyshuollossa.
- Terveysteen ja hyvinvointiin liittyvät palvelutarpeet olivat yleisempiä julkisella sektorilla asioivilla.
- Tyydyttymätön lääkäri- ja hoitajapalvelujen tarve oli suurempi pääasiallisesti terveysasemalla asioivien joukossa verrattuna työterveyshuollossa asioiviin. Työterveyshuollossa asioivat arvioivat hoidon jatkuvuuden paremmaksi kuin terveysasemilla asioivat.

Anna-Mari Aalto

Päivikki Koponen

Visa Väisänen

Marko Elovainio

Timo Sinervo

Juhani Sulander

Suomessa avoterveydenhuollon palveluja tuotetaan kunnallisen perusterveydenhuollon, yksityisten terveyspalveluyritysten ja työterveyshuollon kautta eli kolmen eri palveluntuottaja-sektorin kautta. Kunnallinen perusterveydenhuolto tuotti perusterveydenhuollon palvelut asumisperusteisesti koko väestölle vuoden 2022 loppuun saakka. Julkisen perusterveydenhuollon järjestämisvastuu siirtyi uuden vuoden 2023 voimaan astuvan sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain myötä kunnilta uusille hyvinvointialueille ([Laki hyvinvointialueesta](#)). Suurin osa julkisen perusterveydenhuollon palvelujen järjestäjästä perii asiakasmaksun. Suomessa asuvat voivat hankkia avoterveydenhuollon palveluja myös yksityiseltä sektorilta joko omakustanteisesti tai yksityisen vakuutuksen turvin. Yksityisten terveyspalvelujen käyttäjä voi saada Kelan korvauksen hoidosta Kelan korvaustaksan mukaisesti (Kela 2022).

Valtaosalla työssäkäyvistä on julkisen ja yksityisen sektorin palvelujen lisäksi käytettävissä työterveyshuollon palvelut, jota rahoittavat palkansaajat sekä työnantaja. Lakisääteiseen työterveyshuoltoon kuuluu työhön liittyvät terveystarkastukset, työkyvyn tukeminen, työhön liittyvien oireiden ja sairauksien selvittely sekä työpaikkaselvitykset ([Työterveyslaki](#)). Lakisääteisen työterveyshuollon lisäksi työnantaja voi tarjota työntekijöilleen yleislääkäritasoisia sairaanhoitopalveluita. Laajempia, myös sairaanhoitopalveluja kattavia työterveyshuoltosopimuksia oli vuoden 2018 lopussa noin 71 % solmituista työterveyshuoltosopimuksista (Takala ym. 2019).

Suomalainen työterveyshuolto on kansainvälisesti ainutlaatuinen ja sitä on arvosteltu sen eriarvoistavasta vaikutuksesta ja tehottomuuden aiheuttamisesta koko järjestelmän tasolla (Pekurinen ym. 2011; OECD 2021). Kun palvelujen tarvetekijöiden vaikutus on huomioidu, työterveyshuollon käytön on todettu olevan yleisempää paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevilla. Työelämän ulkopuolella olevat, joilla on usein enemmän ja vaikeampia terveysongelmia, hankkivat terveyspalvelut julkiselta sektorilta tai kustantavat palvelunsa itse tai vakuutuksen turvin yksityisellä sektorilla (Manderbacka ym. 2017, Holster & Ngyen 2022).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata työikäisten (2064-vuotiaiden) avoterveydenhuollon palveluiden asiakasrakennetta ja kokemuksia palvelujen toimivuudesta. Asiakasrakennetekijät jaoteltiin Andersenin mallin (Andersen 2008) mukaisesti altistavien (ikä, sukupuoli), mahdollistavien (koulutus, asuinalue, kaupungistumisaste, työmarkkina-asema) ja tarvetekijöiden (pitkäaikaissairaus, huono psyykinen hyvinvointi, lihavuus ja tupakointi) mukaisesti. Palvelukokemuksia tarkastellaan palvelujen riittävyyden, jatkuvuuden ja saatavuuden näkökulmasta. Lisäksi tarkastellaan kokemuksia riittävän nopeasta palveluun pääsystä, vuorovaikutuksesta henkilöstön kanssa ja palveluprosessin sujuvuudesta. Tutkimus toimii taustamateriaalina Terveysteen ja hyvinvoinnin laitoksen selvitykselle työterveyshuollossa järjestetyn sairaanhoidon asemasta suomalaisessa palvelujärjestelmässä ja perustuu FinSote 2017–2018 aineistoon.

Terveysasemilla asioivilla enemmän palveluntarvetta kuin muilla sektoreilla asioivilla

Valtaosa (84 %) työikäisistä vastaajista oli käynyt lääkärin tai hoitajan vastaanotolla avoterveydenhuollossa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Kolmannes vastaajista (34 %) asioi pääsääntöisesti työterveyshuollossa ja suunnilleen saman verran asioi pääosin terveysasemalla (32 %). Noin 11 prosenttia asioi pääasiassa yksityissektorilla ja 7 prosenttia sairaalan poliklinikalla. Pienelle osalle vastaajista (15 %) ei pystytty määrittämään pääasiallista asiointipaikkaa, koska he asioivat useammalla sektorilla suunnilleen yhtä paljon.

Näin tutkimus tehtiin

FinSote -väestökyselyyn poimittiin jokaisesta maakunnasta 3300 henkilöä. Jotta iäkkäitä henkilöitä saataisiin riittävästi aineistoon, painotettiin heidän osuuttaan poimimalla jokaisesta maakunnasta 1000 henkilöä vanhimmaasta ikäryhmästä (75+ -vuotiaat) ja 2300 henkilöä 20–74-vuotiaista. Vastausprosentti kyselyssä oli 45 %, vastausaktiivisuus oli korkein 75 vuotta täyttäneillä (57 %) ja matalin alle 55-vuotiailla (28 %). Vastaajista puolet (51 %) oli naisia ja 56 % alle 55-vuotiaita. Analyysissä huomioitiin otanta-asetelma. Lisäksi kadon vaikutusta pyrittiin korjaamaan painottamalla tuloksia vastaamaan väestön ikä-, sukupuoli-, siviilisääty-, koulutusaste-, asuinmaakunta- ja asuinkunnan taajama-aste-jakaumaa.

Pääasiallisen avoterveydenhuollon asiointisektoreiden eroja asiakaskokemuksissa tarkasteltiin asiakaskokemuksia kuvaavien muuttujien prosenttiosuuksina eri asiointisektoreilla. Erojen tilastollista merkittävyyttä testattiin χ^2 -testillä. Lisäksi asiointisektoreiden eroja asiakaskokemuksissa tarkasteltiin siten, että asiakasrakenteeseen liittyvien tekijöiden vaikutus on vakioitu. Logistisissa regressioanalyysissä asiakaskokemusmuuttujat (9 muuttujaa) olivat vuorollaan selitettävänä muuttujana ja pääasiallinen asiointisektori sekä asiakasrakennetta kuvaavat tekijät selittävinä muuttujina. Kollineaarisuutta kuvaavat VIF-arvot vaihtelivat analyysistä riippuen välillä 1.0–2.0, joten vakavaa kollineaarisuusongelmaa ei missään analyysistä ollut.

Tutkimuksessa käytetyt muuttujat ja niiden muodostaminen on kuvattu liitteessä 2.

Asiakasrakennetta kuvaavien tekijöiden mukaisten ryhmien prosenttiosuudet pääasiallisen avoterveydenhuollon asiointisektorin mukaisesti ilmenevät Taulukosta 1. Terveysasemalla pääasiallisesti asioivat olivat useammin joko alle 35-vuotiaita tai 50 vuotta täyttäneitä, kun taas yksityisellä sektorilla ja työterveyshuollossa asioivat olivat useammin vähintään 35 vuotta täyttäneitä. Sairaalan poliklinikalla asioivat taas muita useammin 50 vuotta täyttäneet. Työterveyshuollossa asioivat useammin miehet, kun taas terveysasemalla useammin naiset. Koulutustasoltaan terveysasemilla asioivat olivat useammin matalasti koulutettuja, kun taas yksityisissä palveluissa asioivilla oli useammin korkeampi koulutusaste kuin muilla sektoreilla asioivilla. Terveysasemilla asioivista alle puolet oli työelämässä, reilu viidennes oli eläkkeellä ja noin joka kymmenes työtön. Yksityissektorilla asioivista kaksi kolmasosaa on työelämässä, työttömiä tai eläkkeellä oli pieni osa yksityissektorilla asioivista. Työterveyshuollon asiakkaista lähes kaikki olivat työssä kyselyyn vastatessaan (koska palvelujen käyttöä kysyttiin viimeksi kuluneiden 12 kuukauden ajalta, pieni osa eläkeläisistä ja työttömistä tuli myös luokitelluksi työterveyshuollossa asioiviksi ennen työelämästä pois jäämistään tapahtuneen palvelujen käytön perusteella). Yksityissektorilla ja työterveyshuollossa asioivat asuivat muita useammin kaupunkimaisissa kunnissa. Sen sijaan terveysasemalla asioivien joukossa oli enemmän maaseutumaisissa kunnissa asuvia kuin yksityissektorilla ja työterveyshuollossa asioivien joukossa.

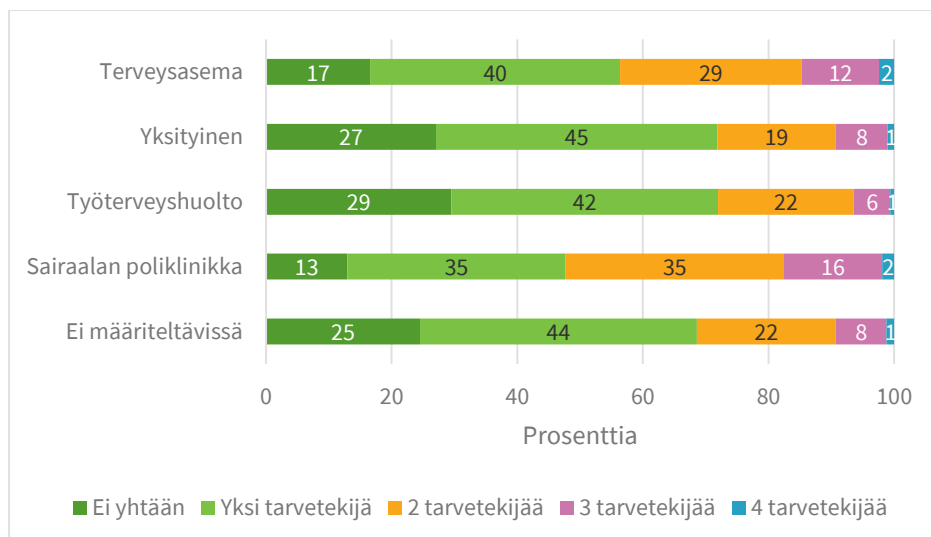
Niiden osuus, joilla oli jokin pitkäaikainen sairaus tai muu pitkäaikainen terveysongelma, joka vaatii terveydenhuollon ammattilaisen seurantaa (jatkossa pitkäaikaissairaat) oli suurin sairaalan poliklinikalla asioivien joukossa, joista lähes 60 prosentilla oli jokin pitkäaikais-sairaus. Terveysasemalla asioivilla noin 40 prosentilla oli jokin pitkäaikainen sairaus, kun yksityisellä sektorilla ja työterveyshuollossa asioivien joukossa pitkäaikaissairaus oli vain noin joka neljännellä. Psykkisen hyvinvointinsa koki huonoksi terveysasemalla asioivista noin 40 prosenttia, yksityissektorilla ja työterveyshuollossa psykkisen hyvinvointinsa huonoksi kokenneiden osuus oli kymmenen prosenttiyksikköä alhaisempi. Lihavien osuus oli suurin sairaalanpoliklinikalla asioivien joukossa, joista 27 prosentilla painoindeksi (BMI) oli vähintään 30. Terveysasemalla asioivista lihavia oli joka neljäs. Vähiten lihavia oli työterveyshuollossa asioivien joukossa. Päivittäin tupakoivia oli eniten terveysasemalla asioivien joukossa sekä ryhmässä, jonka pääasiallista asiointipaikkaa ei voitu määrittellä. Monimuuttuja-analyysin, jossa kaikki asiakasrakennetta kuvaavat tekijät huomioitiin saman aikaisesti, tulokset (Liite 1) terveysasemilla asioivien eroista muilla sektoreilla asioiviin olivat samaan suuntaiset kuin taulukossa 1 esitetyt taustatekijöiden yksittäiset yhteydet pääasialliseen asiointisektoriin.

Tarkastelimme lisäksi palveluntarvetta kuvaavien tekijöiden (pitkäaikaissairaus, huono psyykinen hyvinvointi, lihavuus ja tupakointi) kasautumista avoterveydenhuollon pääasiallisen asiointipaikan mukaan. Kuvioista 1 ilmenee palveluntarvetta kuvaavien tekijöiden lukumäärä pääasiallisen asiointipaikan mukaan. Yksityisellä sektorilla ja työterveyshuollossa asioivien joukossa oli eniten niitä, joilla ei ollut yhtäkään tässä tutkimuksessa käyetyistä palvelutarpeeseen liittyvistä tekijöistä. Vastaavasti terveysasemalla ja sairaalanpoliklinikalla asioivien joukossa oli enemmän niitä, joilla oli useita palveluntarvetta kuvaavia tekijöitä.

Kun eroja palvelun tarvetekijöiden kasautumisessa eri asiointisektoreilla tarkasteltiin logistisessa regressioanalyysissä, jossa asiakasrakennetta kuvaavien tekijöiden vaikutus on vakioitu (Kuvio 2), yksityisissä palveluissa ja työterveyshuollossa asioivien joukossa oli vähemmän vähintään 3 palvelun tarvetta kuvaavaa tekijää verrattuna terveysasemilla asioiviin.

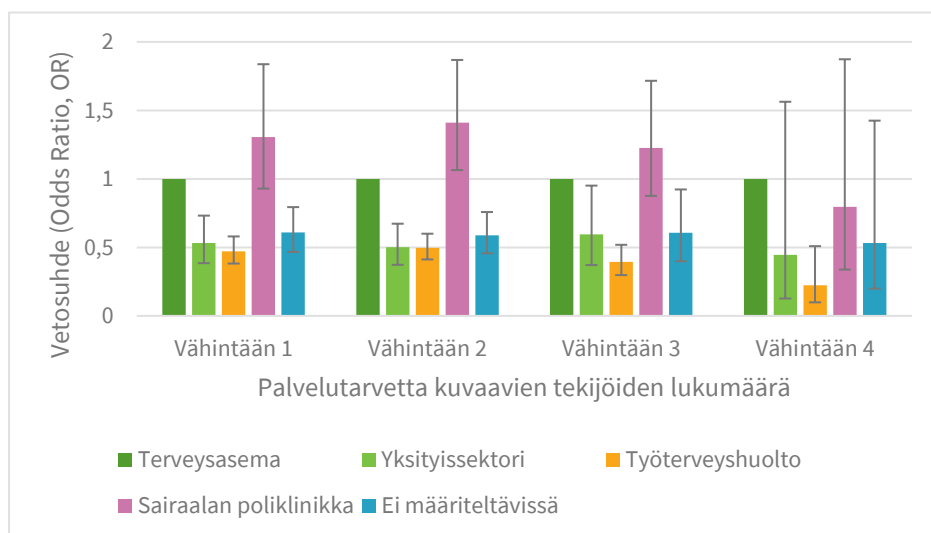
Taulukko 1. Asiakasrakenne avoterveydenhuollon pääasiallisen asiointisektorin mukaan

		Pääasiallinen avoterveydenhuollon asiointipaikka					
		Terveys- asema	Yksityi- nen sek- tori	Työter- veys- huolto	Sairaalan polikli- nikka	Muut	
		%	%	%	%	%	p
Ikäryhmä	20–34	37	25	27	29	33	<.0001
	35–49	24	37	37	28	31	
	50–64	39	37	36	43	37	
Sukupuoli	Naiset	56	52	50	57	51	0.0241
	Miehet	44	48	50	43	49	
Koulutus	Matala	44	29	35	43	38	<.0001
	Keski- taso	31	35	32	27	30	
	Korkea	25	36	32	30	32	
Työmark- kina-asema	Työssä	39	67	90	50	69	<.0001
	Eläk- keellä	22	20	4	19	11	
	Työtön	12	8	1	11	7	
	Muu	28	14	5	20	13	
Asuinkunta	Kau- punki	68	81	75	74	75	<.0001
	Taajama	16	12	16	13	14	
	Maa- seutu	16	8	9	13	11	
Pitkäaikai- nen sairaus	Ei	61	75	76	41	72	<.0001
	Kyllä	39	25	24	59	28	
Huono psykinen hyvinvointi	Ei	36	46	46	39	44	<.0001
	Kyllä	64	54	54	61	56	
Lihavuus (BMI >= 30)	Ei	75	79	82	73	81	0.0001
	Kyllä	25	21	18	27	19	
Päivittäinen tupakointi	Ei	84	89	89	87	85	0.0025
	Kyllä	16	11	11	13	15	



Kuvio 1. Palvelutarvetta kuvaavien tekijöiden (pitkäaikainen sairaus, huono psyykinen hyvinvointi, ylipainoisuus ja tupakointi) osuudet pääasiallisen avoterveydenhuollon asiointisektorin mukaan työikäisessä väestössä (20 - 64 vuotiaat).

Kun eroja palvelun tarvetekijöiden kasautumisessa eri asiointisektoreilla tarkasteltiin logistisessa regressioanalyysissä, jossa asiakasrakennetta kuvaavien tekijöiden vaikutus on vakioitu (Kuvio 2), yksityisissä palveluissa ja työterveyshuollossa asioivien joukossa oli vähemmän vähintään kolmea palvelun tarvetta kuvaavaa tekijää verrattuna terveysasemilla asioiviin.

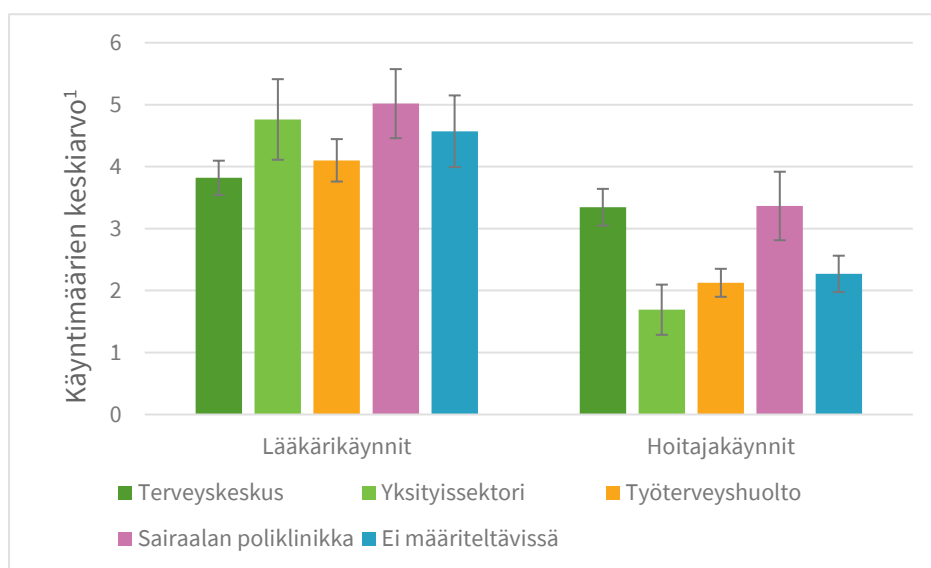


Kuvio 2. Palvelun tarvetekijöiden lukumäärä (pitkäaikainen sairaus, psyykinen rasittuneisuus, ylipainoisuus ja tupakointi) pääasiallisen avoterveydenhuollon asiointisektorin mukaan työikäisessä väestössä (20-64 -vuotiaat). Logistinen regressiomalli, jossa altistavat, mahdollistavat ja tarvetekijät on vakioitu samanaikaisesti. Vetosuhteet (Odds Ratio) ja 95 % luottamusvälit.

Terveysasemalla asioivat kokevat saamansa lääkäripalvelut useammin riittämättömiksi kuin työterveyshuollossa asioivat

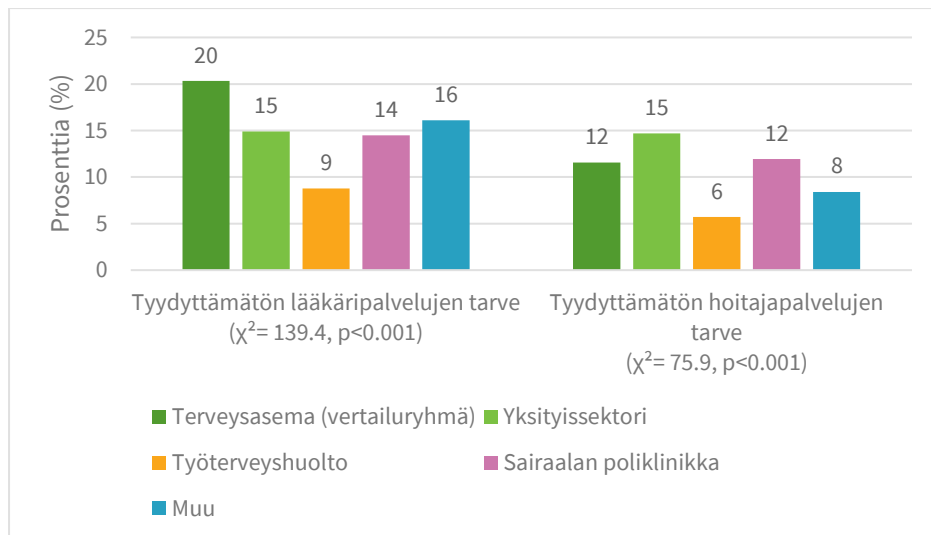
Pääasiassa terveysasemalla asioivat olivat käyneet lääkärissä kuluneen vuoden aikana (mukaan lukien kaikki lääkärikäynnit, myös muilla sektoreilla) kaiken kaikkiaan 3,6 kertaa, yksityisellä sektorilla asioivat 4,1 kertaa ja työterveyshuollossa asioivat 3,4 kertaa ja sairaalan poliklinikalla asioivat 5,1 kertaa. Terveysasemilla asioivien

lääkärikäyntimäärät eivät kuitenkaan eronneet tilastollisesti yksityissektorilla tai työterveyshuollossa asioivien käyntimääristä. Hoitajan vastaanotolla olivat terveysasemilla asioivat (kaikki hoitajakäynnit mukaan lukien) käyneet keskimäärin 3,0 kertaa kun yksityissektorilla asioivat olivat käyneet hoitajan vastaanotolla 1,2 kertaa, työterveyshuollossa asioivat 1,6 kertaa ja sairaalan poliklinikalla asioivat 3,3 kertaa. Terveysasemalla asioivien ero yksityissektorilla asioiviin ja työterveyshuollossa asioiviin oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0.001$). Mahdollistavien, altistavien ja tarvetekijöiden vaikutuksen vakiointi (kuvio 3) ei juurikaan vaikuttanut käyntimäärien eroihin eri sektoriella. Yksityissektorilla asioivat olivat käyneet terveysasemilla asioivia jonkin verran useammin lääkärissä, mutta työterveyshuollossa asioivat eivät eronneet terveyskeskuksissa asioivista lääkärikäyntien määrän suhteeseen. Hoitajan vastaanottokäyntejä oli terveysasemilla asioivilla enemmän kuin yksityissektorilla ja työterveyshuollossa.



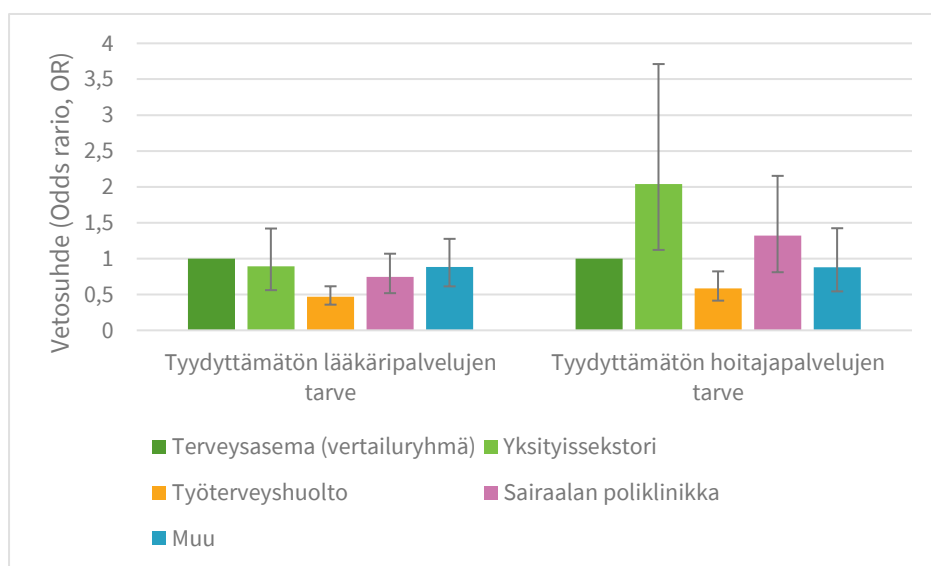
Kuvio 3. Lääkäri- ja hoitajakäynnit viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana pääasiallisen asiointisektorin mukaan. Käyntimäärien keskiarvot (ja 95 %:n luottamusvälit) joissa altistavien, mahdollistavien ja tarvetekijöiden vaikutus on vakioitu.

Kaiken kaikkiaan 15 prosenttia työikäisistä avoterveydenhuollon palveluja käyttäneistä arvioi saaneensa riittämättömästi lääkäripalveluja ja 10 prosenttia arvioi saamansa hoitajapalvelut riittämättömiksi. Kuviossa 4 on esitetty tyydyttymätöntä lääkärin ja hoitajan vastaanottopalvelujen tarvetta raportoineet pääasiallisen avoterveydenhuollon asiointisektorin mukaan. Tyydyttymätön lääkäripalvelujen tarve oli yleisintä pääasiallisesti terveysasemalla asioivilla ja vähäisintä työterveyshuollossa asioivilla. Tyydyttymätön hoitajapalveluiden tarve oli yleisintä pääasiassa yksityisellä sektorilla asioivilla ja vähäisintä työterveyshuollossa asioivilla.



Kuvio 4. Tyydyttymätön lääkäri- ja hoitajapalvelujen tarve pääasiallisen avoterveydenhuollon asiointisektorin mukaan työikäisessä väestössä (20-64 -vuotiaat).

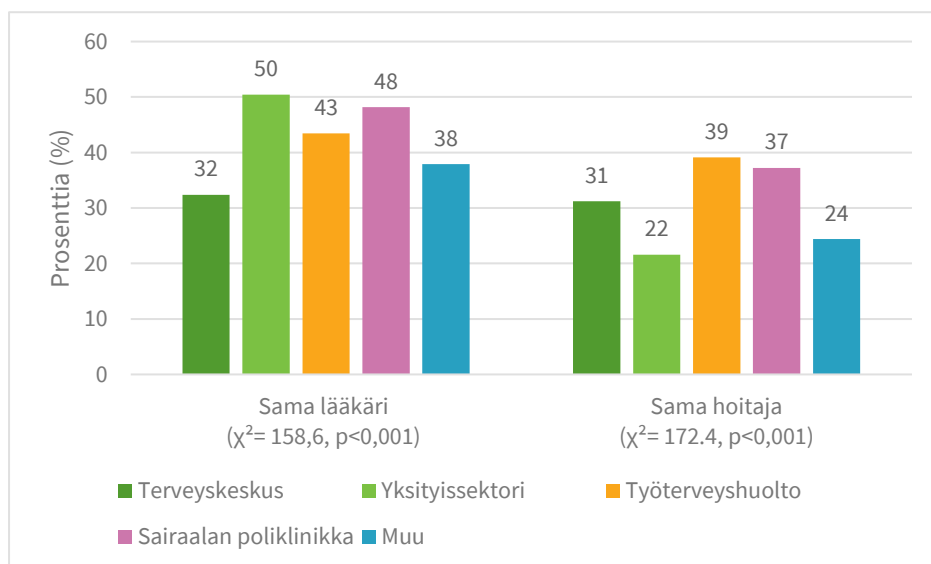
Eroja tyydyttymättömässä palvelutarpeessa eri asiointisektoreilla tarkasteltiin logistisessa regressioanalyysissä siten, että asiakasrakennetta kuvaavien tekijöiden vaikutus vakioitiin (Kuvio 5). Työterveyshuollossa asioivat raportoivat harvemmin sekä tyydyttämätöntä lääkäripalvelujen että hoitajapalvelujen tarvetta verrattuna terveysasemalla asioiviin



Kuvio 5. Tyydyttymätön lääkäri- ja hoitajapalvelujen tarve pääasiallisen avoterveydenhuollon asiointisektorin mukaan työikäisessä väestössä (20-64 -vuotiaat). Logistinen regressiomalli, jossa altistavat, mahdollistavat ja tarvetekijät on vakioitu samanaikaisesti. Vetosuhteet (Odds Ratio) ja 95 % luottamusvälit).

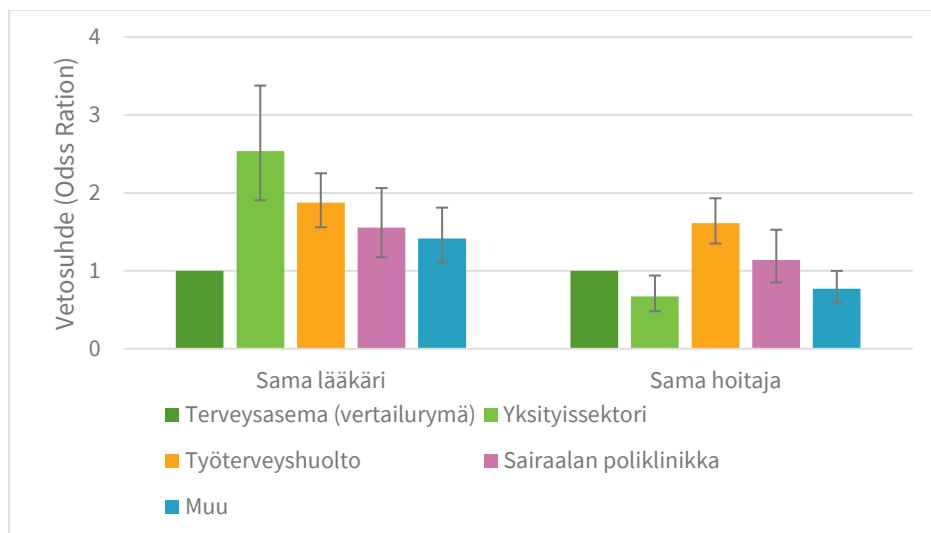
Saman lääkärin tapaavat useimmiten yksityisellä sektorilla tai työterveyshuollossa asioivat

Kaiken kaikkiaan 40 prosenttia työikäisistä avoterveydenhuollon palvelujen käyttäjistä tapasi useimmiten saman lääkärin ja 32 prosenttia saman hoitajan. Kuviosta 6 ilmenee saman lääkärin ja hoitajan useimmiten tapaavien osuudet pääasiallisen asiointipaikan mukaan. Yksityisissä palveluissa ja sairaalan poliklinikalla asioivista noin puolet tapasi useimmiten saman lääkärin, kun taas terveysasemalla asioivista vastaava osuus oli vain noin kolmannes. Saman hoitajan tapasivat useimmiten työterveyshuollossa ja sairaalan poliklinikalla asioivat.



Kuvio 6. Saman lääkärin tai hoitajan tapaaminen useimmiten pääasiallisen avoterveydenhuollon asiointisektorin mukaan työikäisessä väestössä (20-64 -vuotiaat).

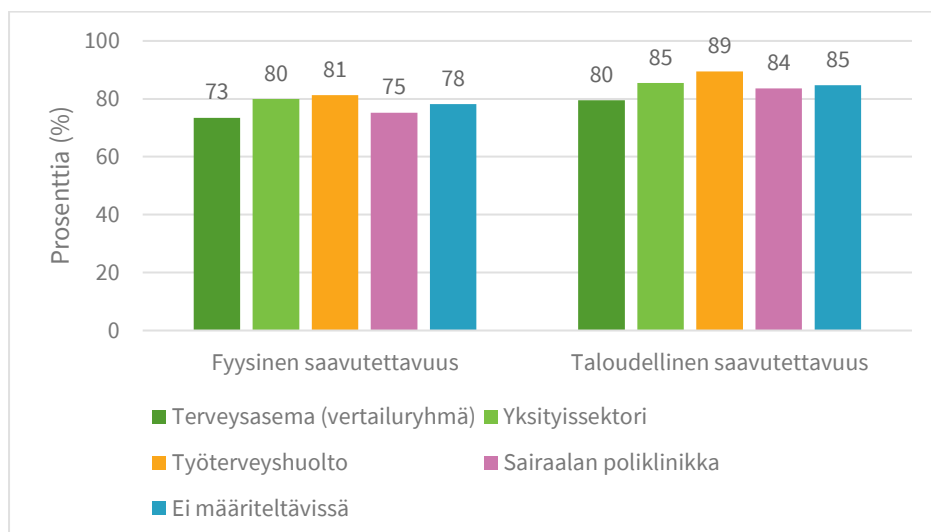
Kun pääasiallisen asiointipaikan ja hoidon jatkuvuutta kuvaavien indikaattoreiden yhteyttä tarkasteltiin logistisessa regressioanalyysissä, jossa asiakasrakennetta kuvaavien tekijöiden vaikutus oli vakioitu (Kuvio 7), saman lääkärin tapaaminen oli yleisempää yksityisellä sektorilla, työterveyshuollossa ja sairaalan poliklinikalla asioivilla verrattuna terveysasemalla asioiviin. Saman hoitajan tapaaminen oli työterveyshuollossa asioivien joukossa yleisempää kuin terveysasemalla.



Kuvio 7. Saman lääkärin tai hoitajan tapaaminen useimmiten pääasiallisen avoterveydenhuollon asiointisektorin mukaan työikäisessä väestössä (20-64 -vuotiaat). Logistinen regressiomalli, jossa asiakasrakennetta kuvaavat tekijät on vakioitu. Vetosuhteet (Odds Ratio) ja 95 % luottamusvälit.

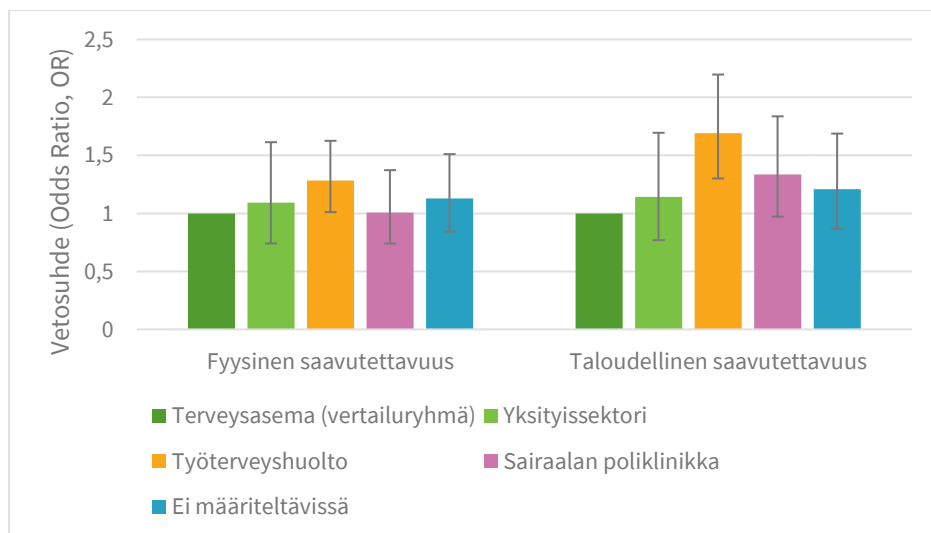
Palvelujen saavutettavuus, palveluun pääsy ja palvelujen sujuvuus parempi työterveyshuollossa kuin terveysasemilla

Kaiken kaikkiaan 77 prosenttia terveyspalveluita viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyttäneistä työikäisistä arvioi terveyspalveluiden fyysisen saavutettavuuden (matkat tai aukioloajat) hyväksi ja 84 prosenttia arvioi taloudellisen saavutettavuuden (maksut) hyväksi. Kuviossa 8 on kuvattu fyysisen ja taloudellisen saavutettavuuden hyväksi arvioineiden osuudet pääasiallisen avoterveydenhuollon asiointipaikan mukaisesti. Työterveyshuollossa tai yksityisellä sektorilla asioivat arvioivat fyysisen ja taloudellisen saavutettavuuden useammin hyväksi kuin terveysasemalla asioivat.



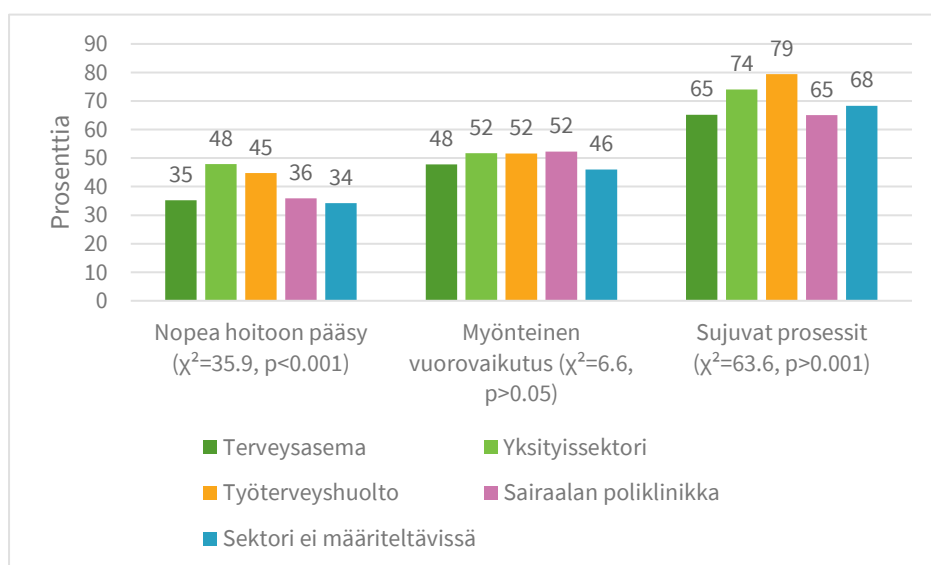
Kuvio 8. Hyvä palvelujen saavutettavuus pääasiallisen avoterveydenhuollon asiointisektorin mukaan työikäisessä väestössä (20-64 -vuotiaat).

Eroja palveluiden saavutettavuudessa tarkasteltiin pääasiallisen asiointipaikan mukaan logistisessa regressioanalyysissä, jossa asiakasrakennetta kuvaavien tekijöiden vaikutus oli vakioitu (Kuvio 9). Työterveyshuollossa asioivat arvioivat palvelujen fyysisen ja erityisesti taloudellisen saavutettavuuden paremmaksi kuin terveysasemalla asioivat



Kuvio 9. Hyvä fyysinen ja taloudellinen saavutettavuus pääasiallisen avoterveydenhuollon asiointisektorin mukaan työikäisessä väestössä (20-64 -vuotiaat). Logistinen regressioalli, jossa asiakasrakennetta kuvaavat tekijät oli vakioitu. Vetosuhteet (Odds Ratio) ja 95% luottamusvälit.

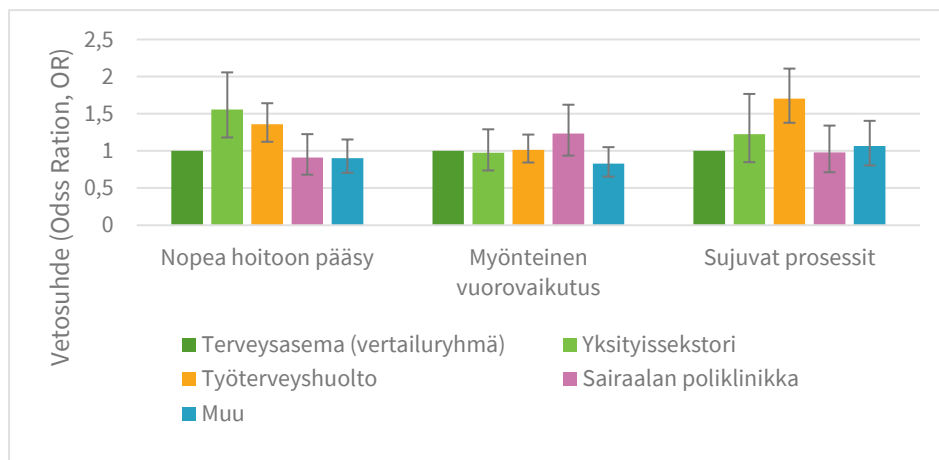
Hieman yli kolmannes (36 %) työikäisistä avoterveydenhuollon palveluiden käyttäjistä arvioi hoitoon pääsyn toteutuneen hyvin ja 44 prosenttia arvioi vuorovaikutuksen henkilöstön kanssa toteutuneen hyvin. Parhaiten toteutui palvelujen sujuvuus, jonka 71 prosenttia arvioi toteutuneen hyvin. Kuviossa 10 on esitetty palvelujen käyttäjien arviot asiakaskokemuksista pääasiallisen asiointipaikan mukaisesti. Hoitoon pääsy toteutui parhaiten yksityissektorilla ja työterveyshuollossa asioivilla: Näillä sektoreilla asioivista hieman alle puolet koki päässeensä hoitoon riittävän nopeasti. Terveysasemalla ja sairaalan poliklinikalla asioivista noin joka kolmas katsoi päässeensä hoitoon riittävän nopeasti. Erot hyvässä vuorovaikutuksessa henkilöstön kanssa eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Palvelujen sujuvuus toteutui parhaiten työterveyshuollossa ja heikoiten terveysasemalla asioivilla.



Kuvio 10. Palvelukokemukset pääasiallisen avoterveydenhuollon asiointisektorin mukaan työikäisessä väestössä (20-64 -vuotiaat).

Kun asiakasrakenteeseen liittyvät tekijät vakioitiin logistisessa regressioanalyysissä (Kuvio 11) yksityisellä sektorilla ja työterveyshuollossa asioivat arvioivat hoitoon pääsyn toteutuneen paremmin kuin terveysasemalla asioivat. Vuorovaikutuksessa henkilöstön kanssa ei esiintynyt tilastollisesti merkitseviä eroja terveysasemalla ja muilla sektoreilla asioivien

välillä. Palveluprosessin sujuvuus toteutui paremmin työterveyshuollossa kuin terveysasemalla asioivilla.



Kuvio 11. Palvelukokemukset pääasiallisen avoterveydenhuollon asiointisektorin mukaan työikäisessä väestössä (20-64 -vuotiaat). Logistinen regressioalli, jossa asiakasrakennetta kuvaavat tekijät oli vakioitu. Vetosuhteet (Odds Ratio) ja 95% luottamusvälit.

Yhteenveto

Tutkimuksessa tarkasteltiin työikäisen väestön avoterveydenhuollon palveluiden käyttöä, palvelutarvetta ja palvelukokemuksia pääasiallisen asiointisektorin mukaan. Tulosten mukaan pääasiassa julkisessa terveydenhuollossa asioivilla työikäisillä on todennäköisesti enemmän palvelutarvetta kuin yksityisellä sektorilla tai työterveyshuollossa. Pääasiassa työterveyshuollossa asioivat kokivat saamansa palvelut useammin riittäviksi, sekä hoidon jatkuvuuden toteutuvan paremmin kuin terveysasemilla asioivat. Työterveyshuollossa asioivat arvioivat myös palvelujen saavutettavuuden paremmaksi ja hoitoon pääsyn sekä hoitoprosessin sujuvuuden paremmaksi terveysasemalla asioiviin verrattuna. Asiakasrakenteeseen liittyvät erot eivät selittäneet näitä eroja asiakaskokemuksissa työterveyshuollossa ja terveysasemalla pääasiallisesti asioivien välillä.

Aiemmat väestötutkimukset ovat osoittaneet, että parempituloiset käyttävät enemmän avoterveydenhuollon palveluja tarpeeseensa nähden verrattuna pienituloisiin (manderbacka ym 2017, Holster ja Ngyen 2022). Vaikka terveyskeskuspalveluiden käyttö on jonkin verran yleisempää pienituloisten joukossa, parempituloisten runsaampi työterveyshuollon ja yksityisten palvelujen käyttö vaikuttaa siten, että avoterveydenhuollon palvelujen kokonaiskäyttö on suurituloisia suosiva (Manderbacka ym. 2017; Holster ja Lien 2022). Tässä tutkimuksessa ei ollut käytettävissä tuloja koskevia tietoja, mutta monet alhaisempaan sosioekonomiseen asemaan usein yhdistetyt tekijät, kuten matala koulutustaso, korkeampi sairastavuus sekä terveyden riskitekijät ja myös palvelutarpeiden kasautuminen olivat tässä tutkimuksessa yleisempiä pääasiallisesti terveyskeskuksissa asioivilla verrattuna yksityisellä sektorilla tai työterveyshuollossa asioiviin.

Myös tämän tutkimuksen palvelujen tarvetta, käyttöä ja niiden riittävyttä koskevat tulokset tukevat aiempien tutkimusten tuloksia siitä, että palvelujen tarjonta ja tarpeet eivät kohtaa. Vaikka palvelutarpeet olivat terveyskeskuksissa asioivilla yleisempiä kuin työterveyshuollossa, lääkärikäynneissä ei havaittu eroja, mutta lääkärin vastaanottopalvelut koettiin useammin riittämättömäksi terveyskeskuksissa asioivien joukossa verrattuna työterveyshuollossa asioiviin. Toisaalta hoitajakäynnit olivat selvästi yleisempiä terveysasemalla asioivilla. Terveysasemilla on viime vuosina siirrytty yhä yleisemmin hoitaja- ja tiimipainotteisiin toimintamalleihin, joissa potilaat ovat yleisesti ensin yhteydessä heidän hoitoaan koordinoivaan hoitajaan ja joissa lääkäriellä on enemmän konsultoiva rooli. Potilailla voi kuitenkin olla vahva odotus siitä, että nimenomaan lääkärin antama hoito vastaa paremmin heidän lääketieteellisiin tarpeisiinsa (Laurant ym. 2008), mikä voi heijastua kokemuksena riittämättömistä lääkäripalveluista.

Vähintään yhden pitkäaikaissairauden omaavien asiakkaiden asiakkuus painottui terveysasemille. Tämä voi johtua siitä, että terveysasema vastaa erityisesti työelämän ulkopuolella olevien työikäisten hoidosta, joilla ei ole käytettävissä työterveyshuollon suurimmalle osalle työllisistä tarjoamaa maksutonta ja nopeaa pääsyä lääkärin tai hoitajan vastaanotolle. Tässä joukossa korostuu työttömien ja ennen aikaisesti eläkkeelle jääneiden osuus. Työttömyys on yhteydessä terveysongelmiin ja sairastavuuteen sekä runsaampaan sosiaali- ja terveystalouden käyttöön (Väisänen ja Sinervo 2021). Yhteydet sairastavuuteen voivat johtua valikoitumisesta, siten että erityisesti heikko psyykinen terveydentila aiheuttaa työmarkkinoilta syrjäytymistä (Lunna 2022). Toisaalta erityisesti pitkäaikainen työttömyys sinänsä on heikkenevän terveyden riskitekijä (Stauder 2018). Lisäksi pitkäaikaissairauksia sairastavat työssäkäyvät voivat käyttää julkisen perusterveydenhuollon palveluja erityisesti oman sairautensa hoidossa. Kokko ym. (2015) raportoivat, että diabetesta sairastavista kolmella neljästä hoidon koordinaatiovastuu oli terveyskeskuksessa, mutta esimerkiksi verenpainepotilailla vain hieman yli puolella. Pitkäaikaissairauksien, kuten diabeteksen, hoitotarvikejakelu voi olla sidoksissa julkiseen terveydenhuoltoon. Työterveyshuoltosopimukset eivät välttämättä kata pitkäaikaissairauksien hoitoa ja seurantaa.

Tyydyttymättömässä palvelutarpeessa on aiemmin raportoitu eroja työmarkkina-aseman suhteen. Manderbackan ym. (2012) väestöpohjaisessa tutkimuksessa tyydyttymätön lääkäripalvelujen tarve oli suurempi työttömillä ja eläkkeellä olevilla verrattuna työssäkäyviin, mutta erot selittyivät osittain näiden väestöryhmien välisillä eroilla taloudellisessa tilanteessa ja terveydentilassa. Tässä tutkimuksessa työikäisten palveluja käyttäneiden joukossa tyydyttymätön lääkäri- ja hoitajapalvelujen tarve oli suurempi pääasiallisesti terveysasemalla asioivien joukossa verrattuna työterveyshuollossa asioiviin. Tulosten tulkinnassa on huomioitava, että ne ovat yleistettävissä vain palvelujen piirissä oleviin työikäisiin. Todellinen tyydyttymätön palvelutarve on siksi todennäköisesti suurempaa koska ne, jotka eivät ole lainkaan päässeet palvelujen piiriin, eivät ole analyysissä mukana. Erityisesti julkisen terveydenhuollon varaan jäävät työttömät voivat syrjäytyä kokonaan palvelujen käytöstä. Hiilamo ym. (2011) totesivat, että taloudellisesti vaikeassa tilanteessa olevat voivat jättää hakeutumatta palveluihin julkisessa terveydenhuollossa perittävän omavastuuosuu- den tai esimerkiksi matkakustannusten vuoksi. Saikun ym. (2022) tutkimuksessa neljännes työttömistä ei ollut käyttänyt lainkaan julkisia palveluita. Tähän ryhmään kuului keskimääräistä enemmän korkeasti koulutettuja ja parempituloisia, joten heillä ei ehkä ole ollut palvelutarvetta tai ovat hankkineet palvelunsa muualta kuin julkiselta sektorilta. Osan kohdalla voi myös olla kyse siitä, että he eivät ole osanneet hakeutua palveluiden piiriin. Tässäkin tutkimuksessa terveysasemalla pääasiassa asioivat kokivat enemmän ongelmia hoitoon pääsyssä kuin yksityissektorilla tai työterveyshuollossa asioivat. Lisäksi myös palvelujen taloudellisessa ja fyysisessä saavutettavuudessa terveysasemilla asioivat raportoivat enemmän ongelmia kuin työterveyshuollossa asioivat.

Hoitosuhteen laadussa erityisesti hoidon jatkuvuuden merkitystä on korostettu hoidon onnistuneeseen lopputulokseen vaikuttavana tekijänä. Hoidon jatkuvuus koostuu pitkäaikaisesta hoitosuhteesta, tiedonkulusta ja hoidon järjestämisestä (Raivio 2017). Hoidon jatkuvuuden on osoitettu olevan yhteydessä parempaan potilastyytyväisyyteen, vähäisempään sairaala- ja päivystyspalvelujen käyttöön, sekä korkeampaan ennaltaehkäisevien palveluiden käyttöön, erityisesti pitkäaikaissairailta (Cabin 2004). Tässä tutkimuksessa pitkäaikainen hoitosuhde näytti toteutuvan paremmin työterveyshuollossa kuin terveyskeskuksissa, sillä työterveyshuollossa asioivat tapasivat saman lääkärin ja hoitajan useammin kuin terveyskeskuksissa asioivat. Tulos on huolestuttava, sillä terveysasemilla asioivilla on muualla asioivia useammin jokin pitkäaikainen sairaus, ja hoitosuhteen jatkuvuus on tärkeää erityisesti pitkäaikaissairaiden ja paljon palveluja käyttävien asiakkaiden joukossa. (Huhtakangas ym. 2021). Toisaalta hoidon jatkuvuus voi olla erityisen tärkeää myös työterveyshuollossa asioivilla, jos kyseessä on sellainen työhön liittyvä terveysongelma, joka ei välttämättä tullut esiin tässä tutkimuksessa. Hoitosuhteen jatkuvuuden merkitystä on korostettu myös Omalääkärimalli 2.0 -koskevassa selvityksessä (Eskola ym. 2022). Terveysasemilla hoitosuhteen jatkuvuuden merkitys on tunnistettu, mutta sen toteutumista vaikeuttaa erityisesti lääkäreiden vaihtuvuus (Syrjä ym. 2020).

Myös hoidon sujuvuus, joka liittyy läheisesti hoidon laatuun ja jatkuvuuteen, toteutui paremmin työterveyshuollossa kuin terveysasemalla asioivilla. Terveysasemalla pääasiallisesti asioivat kokivat työterveyshuollossa asioivia useammin, että joutuivat selvittämään

asioitaan toistuvasti ja tullessa pompotelluiksi palvelupisteestä toiseen. Terveyskeskusasiakkailla oli tässä tutkimuksessa useammin erilaisia palvelutarpeita mikä voi selittää havaittuja eroja. Henkilöt, joilla on monimuotoisia, usein eri ammattilaisten osaamista vaativia palvelutarpeita, joutuvat todennäköisesti useammin kohtaamaan tilanteita, joissa hoitoon osallistuvien ammattilaisten välinen tiedonkulku ei toimi ja asiakas joutuu toimimaan omana hoitonsa koordinaattorina ja tiedonvälittäjänä eri ammattilaisten välillä. Paljon palveluita käyttävien hoidon integraation ongelmat on tunnustettu myös sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten taholta: Parempi Arki -hankkeessa monialaisia tiimejä edustavista sote-alan toimijoista valtaosa katsoi, että asiakas joutuu toistamaan ongelmansa usealle asiantuntijalle ja heidät ohjataan usein paikasta toiseen (Hujala ym. 2019). Vuorovaikutuksessa henkilöstön kanssa ei sen sijaan esiintynyt eroja pääasiallisen asiointisektorin mukaan.

Erot terveysasemilla ja työterveyshuollossa asioivien välillä voivat selittyä myös erilaisilla resursseilla terveysasemilla ja työterveyshuollossa. Työikäisten terveyskeskuksia käyttävien lisäksi terveysasemat pääsääntöisesti vastaavat myös ikääntyneiden avoterveydenhuollon palveluista. Hoitoon pääsyn ongelmat ovat julkisessa perusterveydenhuollossa jatkuneet pitkään. FinSote 2017–2018 tiedonkeruun aikana syksyllä 2017 noin 40 prosenttia kiireettömistä lääkärin avosairaanhoidon vastaanottokäynneistä toteutui viikon kuluessa hoidon tarpeen arviosta (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2017). Hoitoon pääsyn helpottaminen julkisessa avoterveydenhuollossa on ollut myös sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen keskeinen tavoite. Myös henkilöstörakenteessa ja hoitokäytännöissä voi olla eroja julkisen, yksityisen ja työterveyshuollon välillä. Tässä tutkimuksessa hoitajakäynnit olivat selvästi yleisempiä terveyskeskuksissa asioivilla verrattuna työterveyshuollossa tai yksityisellä sektorilla asioiviin. Tämä vastaa myös Kelan työterveyshuoltotilastossa esitettyjä käyntimääriä (Kela 2022).

Tämän tutkimuksen tulokset tukevat osin aiempia väestötutkimusten tuloksia eri avoterveydenhuollon sektoreiden eroista asiakaskokemuksissa, joiden mukaan kokemukset työterveyshuollon ja yksityisen sektorin palveluista ovat myönteisempiä verrattuna terveyskeskuksissa asioivien kokemuksiin (Oksanen ym. 2015). Tyytyväisyyttä hoitoon pääsyyn ja vuorovaikutukseen ammattilaisten kanssa oli tässä tutkimuksessa kuitenkin kaiken kaikkiaan heikompi, mikä voi johtua siitä, että Oksanen ym. Terveys 2011 -aineistoon perustavassa tutkimuksessa kysyttiin kokemuksia viimeksi toteutuneelta käynniltä, kun taas tässä tutkimuksessa kokemuksia kysyttiin viimeksi kuluneiden 12 kuukauden ajalta.

Tutkimusaineisto perustuu ajallisesti COVID-19-epidemiaa edeltäneeseen väestötiedonkeruuseen. COVID-19-epidemia on vaikuttanut ja muokannut palvelujen tarjontaa ja aiheuttanut merkittävää hoitovelkaa (Kestilä ym. 2022). Digitaalisten palveluiden nopea yleistyminen epidemian aikana (Kyytsönen ym. 2021) on muuttanut palveluntarjonnan väyliä todennäköisesti pysyvästi, jolla voi olla vaikutuksia väestöryhmien välisiin eroihin, sillä eri avoterveydenhuollon sektoreilla asioivilla voi olla erilaiset mahdollisuudet käyttää digitaalisia palveluja (Kaihlainen ym. 2021).

Tutkimustuloksia tulkittaessa on huomioitava aineistoon ja tutkimusasetelmaan liittyvät puutteet. Tutkimusaineisto perustuu poikkileikkausasetelmaan, jonka vuoksi siitä ei voida tehdä kausaalisia päätelmiä. Palvelutarpeisiin liittyvien erojen vaikutusta palvelukoemuksiin on pyritty hallitsemaan vakioimalla joukko erilaisia palvelutarpeeseen vaikuttavia tekijöitä. Tulosten tulkinnessa erityisesti työterveyshuollon osalta on huomioitava myös se, että väestötutkimuksissa ei ole voitu erotella työterveyshuollon käytössä lakisäänteiseen työterveyshuoltoon liittyvää palvelujen käyttöä (esim. työterveystarkastukset ja työkyvyn arviointi sekä työstä mahdollisesti aiheutuvat terveysongelmat) työnantajien laajasti tarjoamista vapaaehtoisista sairaanhoitopalveluista. Osa työterveyshuollon lääkärikäynneistä voi myös liittyä sairauspoissaoloihin tarvittaviin todistuksiin. Toisaalta myös työelämän ulkopuolella oleville työikäisille järjestetään ennaltaehkäiseviä palveluja, kuten työttömien terveystarkastuksia.

Yhteenvetona voidaan todeta, että tutkimuksen tulosten mukaan työterveyshuollossa pääasiallisesti asioivien palvelutarpeet ja -kokemukset palveluista eroavat terveyskeskuksissa asioivien työikäisten palvelutarpeista ja -kokemuksista. Vuoden 2023 alussa voimaan astunut sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistus kokoaa julkisten terveyspalvelujen järjestämisen isommille yksiköille, hyvinvointialueille. Uudistuksen tarkoituksena on

parantaa hoitoon pääsyä ja palvelujen integraatiota. Uudistuksen ulkopuolelle on kuitenkin jäänyt työterveyshuolto, joka laajasti vastaa työssäkäyvän väestön osan avoterveydenhuollon palveluista. Jatkossa on tärkeää selvittää työterveyshuollon merkitystä koko terveydenhuoltojärjestelmän näkökulmasta.

Lähteet

Andersen R.M. National health surveys and the behavioral model of health services use *Med Care*, 46 (2008), pp. 647-653

Cabana Michael D ja Jee Sandra H (2004). Does continuity of care improve patients outcomes? *The Journal of Family Practice* 53: 974-980.

Eskola Pasi, Tuompo Walteri, Riekkö Marianne, Timonen Markku, Auvinen Juha (2020) Hoidon jatkuvuusmalli Omalääkäri 2.0 -selvityksen loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2022:17. https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/164291/STM_2022_17_rap.pdf

Holster T, Nguyen L, Häkkinen U. The role of occupational healthcare in ambulatory healthcare in Finland. *Nordic Journal of Health Economics – Early view* 1. Online July 2022. <https://doi.org/10.5617/njhe.8561>

Huhtakangas Moona, Tuomikoski Anna-Maria, Kyngäs Helvi, Kanste Outi (2020) Frequent attenders' experiences of encounters with healthcare personnel: A systematic review of qualitative studies. *Nurs Health Sci*, 23(1):53-68. doi: 10.1111/nhs.12784. Epub 2020 Oct 26.

Hujala Anneli, Taskinen Helena, Oksman Erja, Kuronen Risto, Karttunen Anna ja Lammintakanen Johanna (2019). Sote-ammattilaisten monialainen yhteistyö Paljon palveluja tarvitsevat asiakkaat etusijalle. *Yhteiskuntapolitiikka* 84: 5-6. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019112744444>

Kaihlanen A, Virtanen L, Valkonen P, Kilpinen J, Hietapakka L, Buchert U, Hörhammer I, Isola A-M, Laukka E, Kouvonen A, Kujala S & Heponiemi T. Tutkimuksesta tiiviisti 33/2021. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki*

Kela (2022). Kelan työterveyshuoltotilasto 2020. Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2022, Kela. file://helfs01.thl.fi/documents/Tyoterveyshuoltoselvitys/Materiaaleja/Kelan_tyoterveyshuoltotilasto_2020.pdf

Kela (2023) Sairaanhoitokorvausten taksaluettelot. <https://www.kela.fi/yhteistyokumppanit-terveydenhuolto-sairaanhoitokorvaukset-taksaluettelot>

Kestilä Laura, Kapiainen Satu, Mesiäislehto Merita, Rissanen Pekka (toim.) (2022) Covid-2019 epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. *terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 4/2022.*

Kokko Simo, Virta Lauri, Vehko Tuulikki (2015). Terveyskeskuksen hoitovastuu tyypin 2 diabetesta ja verenpainetautia sairastavista. *Suomen Lääkärilehti* 70: 2945- 2949a

Kyytsönen M, Vehko T, Jormanainen V, Aalto A, Mölläri K (2021) Terveidenhuollon etäasiointin trendit vuosien 2013–2020 Avohilmon aineistossa. Tutkimuksesta tiiviisti 13/2021. *THL, Helsinki*

Laurant Miranda GH, Hermes Rosella PMG, Braspenning Jozé C C, Akkermans RP, Sibbald Bonnie, Grol Richard P T M (2008) An overview of patients' preference for, and satisfaction with, care provided by general practitioners and nurse practitioners. *J Clin Nurs*. 2008 Oct;17(20):2690-8. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02288.x. Epub 2008 Jul 17.

Lunna Liina (2021) Unemployment, health and mortality. Evidence from a longitudinal register data. Doctoral thesis. Publications of the Faculty of Social Sciences 211, University of Helsinki

Manderbacka Kristiina, Murui Anu, Keskimäki Ilmo, Kaikkonen Risto, Elovainio Marko (2012). Mitä tyydyttymätän terveystapojen tarve kertoo terveystapojen saatavuudesta? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 49: 4–12. <https://journal.fi/sla/article/view/9341>

Manderbacka K, Aalto A-M, Kestilä L, Muuri A, Häkkinen U. Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), Finland: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/2e74e317-en>.

Osanen Katri, Sauni Riitta, Koskinen Aki, Aalto Anna-Mari, Räsänen Kimmo. Työikäisten arviot avohoidon lääkärikäynneistä. Suomen Lääkärilehti 42/2015 vsk 70. <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2015/SLL422015-2777.pdf>

Pekurinen Markku, Erhola Marina, Häkkinen Unto, Jonsson Pia Maria, Keskimäki Ilmo, Kokko Simo, Kärkkäinen Jukka, Widström Eeva, Vuorenkoski Lauri. Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 4/2011.

Raivio Risto (2017). Hoidon jatkuvuus perusterveydenhuollossa Duodecim, 133:1563–9

Saikku Peppi, Väisänen Visa, Sinervo Leini (2022). Työttämien sosiaali ja terveyspalveluiden käyttö ja kustannukset. Kirjassa Sakari Karvonen, Laura Kestilä, Paula Saikkonen (toim) Suomalaisten hyvinvointi 2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-996-2>

Stauder Johannes (2019). Unemployment, unemployment duration, and health: selection or causation?. The European Journal of Health Economics (2019) 20:59–73 <https://doi.org/10.1007/s10198-018-0982-2>

Syrjä V, Parviainen L & Niemi, A. Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt 2019 – Vastaanotto toiminnan käytännöt. Tutkimuksesta tiiviisti 4, 2020. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Takala Esa-Pekka, Leino Timo, Harjunpää Kaisa, Hirvonen Maria, Kauranen Tiina, Liljeström Krista, Syyrimaa Susanna, Österbacka Owe. Työterveyshuollon toiminta ja laatu Suomessa 2018. Työterveyslaitos 2019, <https://urn.fi/URN:ISBN:9789522618917>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2017). Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa loka-kuussa 2017. Tilastoraportti 47/2017. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2017121555868>

Väisänen V & Sinervo L (2021). Työttömien sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttö rekisteritietojen valossa. Tutkimuksesta tiiviisti 76/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Tämän julkaisun viite:

Aalto A-M, Koponen P, Väisänen V, Elovainio M, Sinervo T, Sulander J. Työikäisten monikanavainen perusterveydenhuolto Suomessa. Tutkimuksesta tiiviisti 11/2023. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, Helsinki



Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-408-052-1 (verkko)

ISSN 2323-5179 (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-052-1>

LIITE 1: Tutkimuksessa käytetyt muuttajat

Pääasiallinen avohuollon asiointipaikka

Muuttuja muodostettiin kahdeksasta osakysymyksestä. Vastaajilta kysyttiin: Kuinka monta kertaa olette käynyt oman sairautenne (tai raskauden tai synnytyksen) vuoksi 12 viime kuukauden aikana lääkärin, terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla tai tavannut lääkärin tai hoitajan kotonanne? Jos ette ole käynyt kertaakaan, merkitkää 0 kertaa. Mukaan ei lasketa niitä kertoja, jolloin olette ollut sairaalassa sisään otettuna potilaana. Vastaajia pyydettiin ilmoittamaan erikseen sekä lääkäri ja hoitajakäyntien lukumäärä terveysasemalla (hammaslääkärikäynnit pois lukien), yksityiseltä lääkäriasemalta, työterveyshuollosta ja sairaalan poliklinikalta. Kunkin sektorin asiointikerrat (lääkäri- ja hoitajakäynnit) laskettiin yhteen ja pääasiallinen asiointipaikka määritettiin sen mukaan, missä vähintään 80% käynneistä oli toteutunut. Ne, joille pääasiallista asiointipaikkaa ei voitu määrittellä (millään sektorilla ei yli 80% kaikista käynneistä) luokiteltiin omaan luokkaansa.

Ikä ja sukupuoli

Tieto iästä perustuu väestötietojärjestelmään. Tutkimus rajattiin koskemaan työikäisiä (20-64 vuotiaat). Ikä luokiteltiin kolmeen luokkaan (20-34, 35-49 ja 50-64 vuotiaat). Myös tieto sukupuolesta perustui väestötietojärjestelmään

Koulutustaso

Koulutusta tarkasteltiin kysymyksellä ”Kuinka monta vuotta olet yhteensä käynyt koulua tai opiskellut päätoimisesti? Kansa- ja peruskoulu lasketaan mukaan. ____ vuotta.” Jokaiselle vastaajalle laskettiin oman sukupuoli- ja ikäluokan (10-vuotisikäluokat) koulutustasoon suhteutettu koulutustaso (matala/keskitasoinen/korkea)

Asuinkunnan kaupungistumisaste

Asuin kunnan kaupungistumisastetta kuvaava muuttuja perustuu Tilastokeskuksen kaupungistumisastetta kuvaavaan 3-luokkaiseen luokittukseen: kaupunkimaiset kunnat, taajaan asutut kunnat ja maaseutumaiset kunnat.

Pitkäaikainen sairaus

Pitkäaikaisairausta kuvaava muuttuja muodostettiin kahdesta kysymyksestä: 1) Onko sinulla jokin pitkäaikainen sairaus (vastausvaihtoehdot ”Ei” ja ”Kyllä”) ja niiltä kotka vastasivat kysymykseen ”Kyllä” kysyttiin lisäksi 2) vaatiiko sairaus terveydenhuollon ammattilaisen antamaa hoitoa ja seurantaa. Pitkäaikaisairauksi luokiteltiin vastaajat, jotka vastasivat molempiin ”Kyllä”.

Psyykinen hyvinvointi

Psyykkistä rasittuneisuutta kysyttiin RAN36-mittarin (Aalto ym. 1999) psyykkistä hyvinvointia kartoittavalla 5 kysymyksellä, jotka kartoittavat ahdistuneisuutta, masentuneisuutta ja positiivista mielialaa. Vastaajilta kysyttiin ”Kuinka suuren osan ajasta olet 4 viime viikon aikana: ” a) ollut hyvin hermostunut, b) tuntenut mielialasi niin matalaksi, ettei mikään ole voinut piristää sinua c) tuntenut itsesi tyyneksi ja rauhalliseksi d) tuntenut itsesi alakuloiseksi ja apeaksi ja e) ollut onnellinen. Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) koko ajan, 2) suurimman osan aikaa, 3) huomattavan osan aikaa, 4) jonkin aikaa, 5) vähän aikaa, 6) en lainkaan. Kysymysten e ja c vastauksen uudelleen koodattiin käänteiseen järjestykseen ja kysymysten vastauksista laskettiin arvojen 1-6 välillä vaihteleva keskiarvo, jonka mediaani oli 1,8. Mediaanin yläpuolella olevat vastaukset luokiteltiin kuvaamaan huonoa psyykkistä hyvinvointia

Lihavuus

Painoindeksin laskemiseksi vastaajilta kysyttiin painoa ja pituutta. Lihavuuteen luokiteltiin kuvaamaan painoindeksin arvot 30 ja suuremmat.

Tupakointi

Vastaajilta kysyttiin tupakoivatko he nykyisin (savukkeita, sikareita tai piippua, vastausvaihtoehdot kyllä päivittäin/satunnaisesti, en lainkaan,/ en ole koskaan tupakoinut). Tupakointia kuvaavaan muuttujan luokiteltiin päivittäin tupakoivat.

Lääkäri- ja hoitajakäynnit

Lääkäri- ja hoitaja käyntein yhteismäärää kuvaavat muuttujat muodostettiin kahdeksasta osakysymyksestä jotka on kuvattu ”Pääasiallinen avoterveydenhuollon asiointipaikka”- muuttujan kohdella. Terveysasemalla, yksityissektorilla, työterveyshuollossa ja sairaalan poliklinikalla totetuneet lääkärikäyntimäärät ja hoitajakäyntimäärät laskettiin kummatkin yhteen omaksi summamuuttujakseen.

Tyydyttymätön palvelutarve

Vastaajilta kysyttiin: ”Oletteko mielestänne saanut riittävästi seuraavia terveyspalveluita 12 viime kuukauden aikana? Huomioikaa kunnan ja yksityisen palveluntarjoajan tuottamat palvelut”. Arviotavia palveluja olivat a) lääkärin vastaanottopalvelut ja b) hoitajan vastaanottopalvelut. Vastausvaihtoehdot olivat (1) en ole tarvinnut (2) olisin tarvinnut, mutta palvelua ei saatu (3) olen käyttänyt mutta palvelu ei ollut riittävä (4) olen käyttänyt ja palvelu on riittävä. Analyysiä varten muodostettiin tyydyttymätöntä lääkäri- ja hoitajapalvelun tarvetta kuvaamaan muuttujat, jotka saivat arvon yksi, jos tarvittavaa palvelua ei oltu saatu tai se ei ollut riittävä ja muussa tapauksessa arvon nolla.

Hoidon jatkuvuus

Hoidon jatkuvuutta tarkasteltiin kysymällä vastaajilta: Kun käytätte terveyspalveluita, tapaatteko yleensä ... a) saman lääkärin, b) saman hoitajan. Ehdot olivat (1) aina, (2) usein, (3) joskus (4). Hoidon jatkuvuutta kuvataan kummassakin kysymyksessä ”aina” tai ”usein” vastanneiden osuudella.

Terveyspalvelujen saavutettavuus

Saavutettavuutta koskevat kysymykset sisältyivät kysymyssarjaan, jossa vastaajilta kysyttiin: Ovatko seuraavat asiat haitanneet hoidon saamistanne 12 viime kuukauden aikana? Fyysistä saavutettavuutta kartoitettiin kahdella alakysymyksellä a) aukioloajat olivat hankalat ja b) hoitopaikka oli hankalan matkan päässä. Taloudellista saavutettavuutta kartoitettiin alakysymyksillä a) oma taloudellinen tilanteeni vaikeutti hoidon saamista ja b) liian korkeat asiakasmaksut vaikeuttivat hoidon saamista. Vastausvaihtoehdot olivat 1) aina, 2) useimmiten 3) joskus 4) ei koskaan ja 5) ei koske minua (en ole käyttänyt palveluita). Fyysistä ja taloudellista saavutettavuutta kuvaamaan laskettiin ensin kummankin muuttujan osakysymysten 1.4 välillä vaihteleva keskiarvo, joka luokiteltiin siten että pistemäärät 3.5-4 kuvaavat hyvää saavutettavuutta

Palvelukokemukset

Hoitoon pääsyä kysyttiin kysymyksellä: Ajatelkaa kokemuksianne terveyspalveluiden käytöstä 12 viime kuukauden ajalta. Kuinka alla olevat asiat ovat toteutuneet Teidän kohdallanne? Hoitoon pääsyä koskevat alakysymykset olivat a) sain yhteyden hoitopaikkaan sujuvasti, b) Sain vastaanottoajan riittävän nopeasti ja c) pääsin tutkimuksiin riittävän nopeasti. Vastaus vaihtoehdot olivat 1) Aina 2) usein miten 3) joskus 4) ei koskaan. Hoitoon pääsyä kuvaamaan laskettiin vastattujen kysymysten asteikolle 1-4 sijoittuja keskiarvo, joka luokiteltiin siten että hyvää hoitoon pääsyä kuvasivat pistemäärät 1-1.5.

Kokemuksia vuorovaikutuksesta henkilöstön kanssa kysyttiin kysymyksellä: Ajatelkaa kokemuksianne hoitohenkilöstöstä (lääkärit, hoitajat tai muu hoitava henkilöstö) 12 viime kuukauden. Kuinka alla olevat asiat ovat toteutuneet Teidän kohdallanne? Mukaan huomioitua alakysymykset olivat a) kanssani vietettiin riittävästi aikaa vastaanottokäynnillä, b) sain tarpeeksi aikaa kysyä terveydentilastani ja saamistani hoidoista, c) asiat selitettiin minulle ymmärrettävästi d) sain osallistua hoitoani tai tehtyjä tutkimuksia koskeviin päätöksiin niin paljon kuin halusin. Vastaus vaihtoehdot olivat 1) Aina 2) usein miten 3) joskus 4) ei koskaan. Vuorovaikutuskokemuksia kuvaamaan laskettiin vastattujen kysymysten asteikolle 1-4 sijoittuja keskiarvo, joka luokiteltiin siten että myönteistä vuorovaikutusta kuvasivat pistemäärät 1-1.5.

Palveluprosessien sujuvuutta tarkasteltiin kahdella kysymyksellä, jotka kuuluivat alakysymyksinä palvelujen saavutettavuutta koskevaan kysymyssarjaan (kts yllä). Prosessien sujuvuutta kuvaavat alakysymykset olivat a) minua pompoteltiin palvelupisteestä toiseen asiani hoitamiseksi ja b) jouduin selvittämään tilannettani useammal työntekijälle ja useampaan kertaan. Vastaus vaihtoehdot olivat 1) Aina 2) usein miten 3) joskus 4) ei koskaan. Vuorovaikutuskokemuksia kuvaamaan laskettiin vastattujen kysymysten asteikolle 1-4 sijoittuja keskiarvo, joka luokiteltiin siten että myönteistä vuorovaikutusta kuvasivat pistemäärät 3.5-4.

Liite 2. Multinominaalinen logistinen regressioanalyysi ¹ jolla kuvataan pääasiallisen asiointisektorin (terveysasemalla asiointi vertailuryhmänä) mukaisia eroja avoterveydenhuoltopalvelujen käyttäjien taustatekijöissä. Vetosuhtet (Odds ratio, OR) ja 95 prosentin luottamamsvälit.

		Yksityissektorilla asi- oivat (vs.terveyskes- kuksessa asioidvat)		Työterveyshuollossa asioivat (vs.terveys- keskuksessa asioi- vat)		Sairaalan polikli- kalla asioivat (vs.ter- veyskeskuksessa asi- oivat)		Muut ² (vs.terveys- keskuksessa asioi- vat)	
		OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI	OR	95% CI
ikä	20-34	1		1		1		1	
	35-49	1.45	(1.04-2.01)	1.41	(1.14-1.73)	1.18	(0.84-1.66)	1.27	(0.97-1.67)
	50-64	0.58	(0.42-0.82)	0.61	(0.48-0.76)	0.78	(0.55-1.10)	0.79	(0.60-1.05)
Sukupuoli	Mies	1		1		1		1	
	Nainen	1.20	(0.91-1.58)	1.27	(1.05-1.52)	1.12	(0.85-1.48)	1.26	(1.00-1.61)
Koulutus	Matala	1		1		1		1	
	Keskitasoi- nen	1.64	(1.16-2.32)	1.21	(0.98-1.50)	0.88	(0.63-1.23)	1.05	(0.79-1.41)
	Korkea	1.65	(1.17-2.31)	1.24	(0.99-1.55)	1.10	(0.78-1.55)	1.24	(0.92-1.66)
Asunkunta	Kaupunki	1		1		1		1	
	Taajama	0.61	(0.41-0.91)	0.85	(0.68-1.07)	0.82	(0.54-1.25)	0.77	(0.57-1.03)
	Maaseutu	0.40	(0.29-0.55)	0.49	(0.41-0.60)	0.77	(0.55-1.07)	0.62	(0.49-0.79)
Pitkäaikainen sairaus	Ei	1		1		1		1	
	Kyllä	0.51	(0.38-0.68)	0.50	(0.41-0.61)	2.33	(1.73-3.13)	0.62	(0.48-0.80)
Psyykinen kuormittunei- suus	Ei	1		1		1		1	
	Kyllä	0.77	(0.58-1.01)	0.78	(0.65-0.93)	0.87	(0.65-1.17)	0.76	(0.60-0.96)
Ylipaino	Ei	1		1		1		1	
	Kyllä	0.87	(0.61-1.25)	0.66	(0.53-0.83)	0.86	(0.62-1.21)	0.76	(0.57-1.01)
Tupakointi	Ei	1		1		1		1	
	Kyllä	0.73	(0.47-1.31)	0.66	(0.52-0.85)	0.76	(0.54-1.07)	1.00	(0.68-1.45)

1 Kaikki taustatekijät huomioitu mallissa samanaikaisesti

2 Rymän muut muodostavat ne joille pääasiallista asiointisektoria ei voitu määrittellä (esim aointia usamalla sektorilla yhtä paljon)

HUOM: Työmarkkina-asema ei ole mukana taustatekijöiden joukossa (vertaa tulukko 1 tekstissä), koska sen yhteys pääasialliseen asiointisektoriin on vahva ja käsitteellisesti päällekkäinen koska työttömillä ja eläkeläisillä ei ole pääsyä työterveyshuolon palveluihin.