



Hoitoon pääsy potilaiden kokemana: läsnä-, puhelin- ja digivastaanottojen vertailu

PÄÄTULOKSET

- Potilaat, jotka ovat hoitaneet edellisen vastaanottokäyntinsä viimeisten 12 kuukauden aikana puhelin- tai digivastaanotolla (video, chat), olivat päässeet hoitoon ilman aiheetonta viivytystä harvemmin kuin läsnävastaanotolla käyneet.
- Yksityisten lääkäriasemien ja työterveyshuollon potilaat olivat päässeet hoitoon ilman aiheetonta viivytystä useammin kuin terveyskeskusten potilaat. Tutkimuksessa analysoitiin terveyskeskuksessa, yksityisellä lääkäriasemalla, työterveyshuollossa tai sairaalan poliklinikalla käyneiden potilaiden kokemuksia.
- Sairaanhoitajan vastaanotto oli saatavilla helpommin kuin lääkärin vastaanotto muiden kuin digivastaanottojen (esim. video, chat) osalta.
- Maaseutumaisissa ja taajaan asutuissa kunnissa asuvat potilaat olivat päässeet terveydenhuollon palvelujen piiriin ilman aiheetonta viivytystä useammin kuin kaupunkilaiset. Maaseutumaisissa kunnissa asuvilla näytti kuitenkin olevan vaikeuksia puhelin- tai digivastaanottoajan saamisessa ilman aiheetonta viivytystä.

Maiju Kyytsönen

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Anna-Mari Aalto

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Lotta Virtanen

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Emma Kainiemi

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Tuulikki Vehko

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Hoitoon pääsyyn kohdistuu haasteita kaikkialla maailmassa terveydenhuollon rajallisten resurssien vuoksi. Korkean tulotason maissa näihin haasteisiin pyritään vastaamaan säännöstelemällä hoitoa, asettamalla terveydenhuollon tarpeet tärkeysjärjestykseen ja käyttämällä jonotuslistoja. (Dawkins ym., 2021.) Lisäksi digipalvelujen tarjoaminen on määritelty keskeiseksi strategiaksi perusterveydenhuollon palvelujen saatavuuden parantamiseksi (Kruse ym., 2021), erityisesti maaseudulla (Gizaw ym., 2022). Kuitenkin digivastaanottojen käyttö näyttää olevan kaupunkimaisilla alueilla yleisempää kuin maaseudulla (Khairat ym., 2019; Vehko ym., 2022). Digivastaanottojen tarjoaminen vaikuttaa edistävän hoitoon pääsyä siksi, että sovittuja vastaanottoaikoja jää vähemmän käyttämättä, mikä on havaittu myös yhteiskunnallisesti heikossa asemassa olevien ja vähemmistöihin kuuluvien potilaiden joukossa (Sumarsono ym., 2023; Abou Ali ym., 2023). Kun potilaat käyttävät heille varatut terveydenhuollon ammattilaisten vastaanottoajat, ammattilaisten aikaa ei hukata käyttämättä jääneisiin ajanvarauksiin. Toinen syy voi liittyä digivastaanottojen usein alhaisempiin kustannuksiin verrattuna läsnävastaanottoihin, joissa ammattilainen ja potilas ovat samassa fyysisessä tilassa (Kruse ym., 2017; Hakanen ym., 2023). Palvelujen järjestäminen pienemmillä kustannuksilla voi viime kädessä parantaa terveydenhuoltojärjestelmän valmiuksia tarjota palveluja kaikille niitä tarvitseville potilaille.

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) aikoo edistää digitaalisten palvelujen ensisijaista roolia Suomen terveydenhuoltojärjestelmässä pääministeri Petteri Orpon hallitusohjelman (Saario & Vuokko, 2023) mukaisesti. Digitaaliset yhteydenotot (puhelin, video, chat) yleistyivät Suomessa erityisesti koronaepidemian ensimmäisenä vuonna; 38 prosenttia kontakteista sairaanhoitajan ja 22 prosenttia kontakteista avoterveydenhuollon lääkäreiden kanssa oli vuonna 2020 digitaalisia (Kyytsönen ym., 2021). Sen jälkeen digitaalisten yhteydenottojen osuus on kasvanut erityisen merkittävästi lääkäreiden kohdalla (Sotkanen 2020, Avohilmo, 2023a). On myös todennäköistä, että lisääntynyt digipalvelujen tarjonta (video, chat) on vaikuttanut puhelinpalveluihin tottuneeseen asiakaskuntaan. Osa puhelinvastaanottoja suosineista on saattanut siirtyä käyttämään digivastaanottoja. Vastaavasti digivastaanottoihin osoitetut ammatilliset resurssit poikkeavat tällä hetkellä laajuudesta, jolla niitä käytetään (Pennanen ym., 2023), mikä voi haitata hoitoon pääsyä digivastaanoton kautta. Haasteena on myös yleinen työvoimapula terveydenhuoltoalalla (Tevameri, 2022). Toisaalta digitaaliset työmahdollisuudet on tunnustettu terveydenhuollon ammattilaisten rekrytoinnissa vetovoimatekijäksi (Pennanen ym., 2023). Tämä voisi olla erityisen tärkeää suomalaisessa perusterveydenhuollossa, jossa palveluihin pääsy on ollut jatkuva ongelma (Tynkkynen ym., 2023; Aalto ym., 2022; Aalto ym., 2023).

Lääkäreiden videovastaanottojen käyttöönottotaso on Pohjois-Euroopassa edelleen alhainen (Assing Hvidt ym., 2023). Vastaava havainto on raportoitu suomalaisessa sairaanhoitajia käsittelevässä tutkimuksessa (Kainiemi ym., 2023). Digipalveluihin perehtyneet ammattilaiset ja tutkijat ovat havainneet, että keskeinen este videovastaanottojen käytölle on videovestien ja potilastietojärjestelmien välisen integroinnin puute. Lisäksi he ovat esittäneet, että videovastaanottojen laajempi käyttöönotto edellyttää, että ammattilaiset pohivat ammatti-identiteettiään ja käsityksiään kultaista standardista hoidossa sekä henkilökohtaisesti että kollektiivisesti digipalvelujen käytössä. (Assing Hvidt ym., 2023) Terveydenhuollon ammattilaiset tarvitsevat vakiintuneita käytäntöjä (lääkäreille, ks. esim. Terho & Tikkanen, 2023) siitä, keitä voidaan hoitaa digivastaanotoilla ja ymmärrystä siitä, miksi puhelinsoiton sijaan kannattaa valita tietty digitaalinen yhteydenottokanava. Terveydenhuollon digitalisointi edellyttää uusia taitoja paitsi potilailta myös terveydenhuollon ammattilaisilta (Kaihlainen ym. 2023).

Hoitoon pääsyn parantaminen edellyttää syvällistä ymmärrystä potilaiden kokemuksista hoitoon pääsystä ilman aiheetonta viivytystä. Hoitoon pääsyä korkean tulotason maissa

Tutkimuksen toteuttaminen 1/2:

Terve Suomi -kysely koskee Suomessa asuvien 20 vuotta täyttäneiden aikuisten terveyttä, hyvinvointia ja palvelujen käyttöä. Kyselyyn voi tutustua [verkossa](#). THL:n arviointilautakunta on tarkastanut tutkimuksen (THL/72/6.02.01/2022). Satunnaisotannalla valittu otos oli 61 600 ja vastausprosentti 46,3 (n=28 154). Kyselyyn vastaaminen tapahtui joko postitse tai verkossa syyskuun 2022 ja helmikuun 2023 välisenä aikana. (Koskela ym., 2023.)

Kaikki riippumattomat muuttujat sisällytettiin ensimmäiseen binääri-logistiseen regressiomalliin ja mallivalinta tehtiin eliminoimalla taaksepäin riippumattomia muuttujia, jotka eivät olleet tilastollisesti merkitseviä Waldin testin p-arvon mukaan ($p \leq 0,05$). Mallin 1 poissuljettuja itsenäisiä muuttujia olivat sukupuoli ($p=0,85$), koulutusaste ($p=0,23$), pitkäaikaissairaus ja säännöllinen hoidontarve ($p=0,14$). Digitaalisten palvelujen osalta p-arvo oli rajalla (0,06), mutta ne sisällytettiin malliin vakioinnin takia. Lopulliseen malliin 2 (taulukko 2) ei sisällynyt häiritsevää multikollinearisuutta (variانسin estimointikertoimet: 1,12–2,02). Mallia 2 täydennettiin yksitellen vastaanottotyyppiin ja a) hoitohenkilön ja b) kaupungistumisen asteella, jotta vastaanottotyyppiin mahdollista yhdysvaikutusta voitiin analysoida.

Käytimme SPSS-ohjelman versiota 29 (kuvaileva analyysi) ja R-ohjelman versiota 4.2.2 (regressioanalyysi). Kaikissa analyyseissä käytettiin rekisteritietoihin perustuvia väestöpainokertoimia. Kertoimet on muodostettu käänteistodennäköisyyspainotuksella (Inverse Probability Weighting method), ja ne korjaavat vastauskatoa sukupuolen, iän, kielen, koulutuksen, alueen ja siviilisäädyn osalta.

koskeva tutkimus keskittyy kuitenkin usein tiettyihin alaryhmiin (Dawkins ym., 2021), ja vastaava suuntaus on havaittavissa digi- ja läsnävastaanottojen käyttöä vertailevissa tutkimuksissa (Acoba ym., 2022; Tilmon ym., 2023). Siksi terveydenhuoltopalvelujen saatavuuteen tarvitaan kokonaisvaltaisempaa näkökulmaa. Kokonaisvaltaisen näkökulman soveltaminen Suomen monikanavaisen terveydenhuoltojärjestelmän tarkastelussa on kuitenkin haasteellista. Suomessa terveydenhuoltoa tarjotaan pääasiassa kolmen kanavan kautta: 1) hyvinvointialueiden järjestämä julkinen terveydenhuolto (kunnittain ja sairaanhoitopiireittäin vuoteen 2022 asti), 2) yksityisen sektorin järjestämät yksityiset palvelut ja 3) työnantajien järjestämä työterveyshuolto. (Tynkkynen ym., 2023.) Tällainen järjestelmä suosii ylempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvia potilaita, koska he voivat päästä nopeammin hoitoon työterveyshuollon ja yksityisten lääkäriasemien kautta (OECD, 2021). Lisäksi julkisilla ja yksityisillä palveluntuottajilla on erilaiset resurssit hoidon tarjoamiseen, mikä on otettava huomioon luotaessa kokonaiskuvaa siitä, millainen mahdollisuus potilailla on ollut päästä hoitoon.

Potilaiden käyttämien vastaanottotyyppien huomioon ottaminen on myös tärkeää, kun arvioidaan hoitoon pääsyä, sillä digivastaanotot ovat viime vuosina kasvattaneet suosiotaan kaikissa ikäryhmissä (Sotkanet, 2017-2022; Kyytsönen ym., 2023). Vaikka digivastaanottojen käyttö on yleisempää nuoremmassa ikäryhmissä, niitä käyttävät kaikenikäiset. Esimerkiksi 75 vuotta täyttäneistä miehistä 16 prosenttia ja naisista 10 prosenttia oli käyttänyt digivastaanottoa vuonna 2022. (Kyytsönen ym., 2023.)

Digipalvelujen käyttö internetissä tai sovelluksessa edellyttää digitaatioita (Heponiemi ym., 2022). Lisäksi heikot digitaatit rajoittavat potilaiden mahdollisuuksia valita yhteydenotto-kanava terveydenhuoltopalveluihin, mikä voi estää oikea-aikaisen hoitoon pääsyn aina ensimmäisestä yhteydenotosta vastaanottotyyppiin valintaan. Jotkin julkisen terveydenhuollon palveluntuottajat tarjoavat esimerkiksi verkko-oirearviopalveluja, joihin sisältyy joissakin tapauksissa mahdollisuus varata aika terveydenhuollon ammattilaiselle arviointiprosessin jälkeen.

Tutkimuksessamme hyödynnetään laajojen väestötutkimusten tuottamaa tietoa 20 vuotta täyttäneistä aikuisista Suomessa. Tutkimusotos rajattiin niihin, jotka olivat käyttäneet terveydenhuoltopalveluja viimeisten 12 kuukauden aikana ja joilla on ollut ajanvaraus terveydenhuollon ammattilaiselle. Tutkimuksen tavoitteena on analysoida viimeksi toteutuneen vastaanottokäynnin ominaisuuksien (**tyyppi**: digivastaanotto, puhelinvastaanotto, läsnävastaanotto; **paikka**: terveyskeskus, yksityinen lääkäriasema, työterveyshuolto, sairaalan poliklinikka; **hoitohenkilö**: lääkäri, sairaanhoitaja, muu) yhteyksiä **kokemukseen hoitoon pääsystä ilman aiheetonta viivytystä**. Tässä raportissa digivastaanotolla tarkoitetaan esimerkiksi video- tai chat-yhteydellä toteutettua vastaanottoa, mutta ei puhelinsoittoja. Perinteisinä puhelinsoitoina toteutetut vastaanottokäynnit raportoidaan erikseen. Analyyssissä vakioidaan tilastollisesti merkitsevien sosiodemografisten tekijöiden ja yksilön terveyteen liittyvien tekijöiden vaikutus Koska digivastaanottojen odotetaan parantavan hoitoon pääsyä erityisesti syrjäisillä ja harvaan asutuilla alueilla, joilla on usein pulaa terveydenhuoltohenkilöstöstä, tutkimme lisäksi sitä, millainen yhdysvaikutus vastaanottotyyppillä on hoitoon pääsyn ja a) hoitohenkilön ja b) kunnan kaupungistumisen asteen kanssa. Hoitoon pääsyä tarkastellaan myös vastaanottotyypeittäin hyvinvointialueilla.

Tutkimuksen lähtökohdat

Suurin osa potilaista (88 %, 95 % luottamusväli (LV) 86,9–88,3, N=19,715) arvioi, että he olivat voineet varata viimeisimmän vastaanottokäynnin (kiireetön tai kiireellinen hoito) terveydenhuollon ammattilaiselle ilman aiheetonta viivytystä. Tutkimusaineisto rajoittui potilaisiin, jotka

1. olivat viimeisten 12 kuukauden aikana käyttäneet terveydenhuoltopalveluja,
2. tapasivat terveydenhuollon ammattilaisen terveyskeskuksessa, yksityisellä lääkäriasemalla, työterveyshuollossa tai sairaalan poliklinikalla, ja
3. vastasivat kysymykseen: ”Saitko vastaanottoajan riittävän nopeasti?” eivätkä vastanneet ”en osaa sanoa”.

Tutkimuksen toteuttaminen 2/2:

Lopputulostuottajien perustui kysymykseen, joka esitettiin vain niille, jotka edellisessä kysymyksessä ilmoittivat käyttäneensä terveydenhuoltopalveluja viimeisten 12 kuukauden aikana: ”Saitko vastaanottoajan riittävän nopeasti?” Kysymyksessä tutkittiin kokemuksia hoitoon pääsystä viimeisimmän terveydenhuollon ammattilaisen vastaanoton yhteydessä (ehdottomasti kyllä/ jossain määrin/ ei oikeastaan/ ehdottomasti ei/ en osaa sanoa). ”Ehdottomasti kyllä”- ja ”jossain määrin”-vastaukset edustivat oikea-aikaista hoitoon pääsyä. Vastaajat, jotka vastasivat ”en osaa sanoa”, jätettiin analyysin ulkopuolelle.

Rippumattomia muuttujia olivat sukupuoli, ikäryhmä (rekisteritiedot), koulutusaste, digitaidot, pitkäaikaissairaudet ja säännöllinen hoidontarve, itsearvio terveydentilasta, kaupungistumisaste (rekisteritieto), viimeksi toteutuneen vastaanottokäynnin vastaanottoaika, vastaanottotyyppi jätävattu terveydenhuollon ammattilainen. Digitaidoista kysyttiin seuraavasti: ”Miten arvioisit taitojasi käyttää verkkopalveluita (tietokoneella tai älypuhelimella)?” (ei taitoja/ heikot taidot/ kohtalaiset raidot/ hyvät taidot/ erittäin hyvät taidot). Säännöllisestä hoidontarpeesta kysyttiin seuraavasti: ”Edellyttääkö pitkäaikaissairautesi tai terveysongelmasi terveydenhuollon ammattilaisen (esim. lääkärin tai sairaanhoitajan) säännöllistä hoitoa tai seurantaa?” (kyllä/ei). Kysymys yhdistettiin edellisen kysymyksen kanssa ”Onko sinulla pitkäaikaissairauksia tai pitkäaikaisia terveysongelmia?” (kyllä/ei). Itsearvio terveydentilasta perustuu kysymykseen: ”Miten kuvailisit terveydentilaasi tällä hetkellä?” (hyvä/ melko hyvä/kohtalainen/ melko huono/ huono). Vastausvaihtoehdot ”hyvä, melko hyvä ja kohtalainen” sekä ”melko huono” ja ”huono” yhdistettiin keskenään analyysia varten. Vastaanottotyyppiä kysyttiin seuraavasti: ”Miten hoidit asiiasi?” (läsnävastaaotolla/ etänä puhelimitse/ sähköisen asioinnin kautta (video tai chat).

Potilaiden ja suomalaista väestöä edustavan kokonaisotoksen ominaisuudet on esitetty liitteessä 1. Tässä tutkimuksessa terveydenhuollon palveluja viimeisen 12 kuukauden aikana käyttäneet potilaat erosivat kokonaisotoksesta vain hieman.

Läsnä-, puhelin- ja digivastaaottojen käyttö

Potilaiden vastaanottotyyppien käyttö vaihtelee vastaanottoaikaan mukaan (taulukko 1). Lähivastaaottoja käytettiin eniten. Puhelinvastaaottoja käytettiin jonkin verran enemmän terveyskeskuksissa ja työterveyshuollossa. Digivastaaottoja (esim. video tai chat) käytettiin useammin työterveyshuollossa.

Taulukko 1. Viimeisimmän vastaanoton tyyppi hoitopaikoittain

	Terveyskeskus	Yksityinen lääkäriasema	Työterveys-huolto	Sairaalan poliklinikka
Läsnävastaaotto (%)	87,6	90,2	74,1	92,9
Puhelinvastaaotto (%)	10,6	5,3	13,8	6,6
Digivastaaotto (%)	1,7	4,6	12,1	0,5
Yhteensä (n)	7 006	3 519	5 661	3 182

Tietolähde: Terve Suomi -tutkimus 2022–2023

Eri ikäryhmiin kuuluvat potilaat käyttivät vastaanottotyyppiä eriasteisesti (taulukko 2). Digivastaaottojen käyttö oli sitä vähäisempää, mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse, ja niitä käyttivätkin lähes yksinomaan 20–60-vuotiaat. Puhelinvastaaottojen käyttö jakautui tasaisemmin eri ikäryhmien kesken.

Taulukko 2. Viimeisimmän vastaanoton tyyppi ikäryhmittäin

Ikäryhmä	20–40	41–60	61–70	71–80	81–89
Läsnävastaaotto (%)	80,6	82,9	89,5	93,0	93,8
Puhelinvastaaotto (%)	10,6	11,2	9,4	6,6	5,8
Digivastaaotto (%)	8,8	5,9	1,1	0,4	0,4
Yhteensä (n)	6 149	6 722	3 338	2 311	847

Tietolähde: Terve Suomi -tutkimus 2022–2023

Hoitoon pääsyyn vaikuttavat tekijät

Viimeksi toteutuneen vastaanottokäyntiin liittyvät tekijät olivat yhteydessä kokemuksiin hoitoon pääsystä (taulukko 3). Potilaat, jotka ovat hoitaneet edellisen vastaanottokäyntinsä puhelin- tai digivastaaotolla, olivat päässeet harvemmin hoitoon ilman aiheutonta viivytystä kuin läsnävastaaotolla käyneet. Yksityisten lääkäriasemien potilaat olivat päässeet hoitoon ilman aiheutonta viivytystä keskimäärin 5,4 kertaa ja työterveyshuollon potilaat keskimäärin 3,5 kertaa useammin kuin terveyskeskusten potilaat. Lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen kuin sairaanhoitajan edellisellä käynnillä tavanneet olivat päässeet hoitoon ilman aiheutonta viivytystä harvemmin kuin sairaanhoitajalla käyneet.

Jotkin sosiodemografiset tekijät ja yksi terveyteen liittyvä tekijä olivat yhteydessä hoitoon pääsyyn (taulukko 3). Yli 60-vuotiaat olivat päässeet hoitoon ilman aiheutonta viivytystä useammin kuin 20–40-vuotiaat. Potilaat, joiden itsearvio terveydentilasta oli kohtalainen tai hyvä, olivat päässeet hoitoon ilman aiheutonta viivytystä useammin kuin ne, joiden itsearvio terveydentilasta oli huono. Taajaan asutuissa kunnissa ja maaseutumaisissa kunnissa asuvat pääsivät hoitoon ilman aiheutonta viivytystä useammin kuin kaupunkimaisissa kunnissa asuvat. Sukupuolella, koulutusasteella, digitaidoilla tai pitkäaikaissairauksilla ja säännöllisellä hoidontarpeella ei havaittu olevan tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä hoitoon pääsyyn.

Taulukko 3. Hoitoon pääsyyn ilman aiheetonta viivytystä liittyvät tekijät kaksiarvoinen logistinen regressiomalli 2 (binary logistic regression model)

	OR (95% CI)	p-arvo
Ikäryhmä		0,003
20–40	viiteryhmä	
41–60	1,15 (0,94–1,41)	0,164
61–70	1,38 (1,12–1,71)	0,003
71–80	1,29 (1,03–1,60)	0,025
81–89	1,67 (1,27–2,19)	<0,001
Digitaidot		0,061
Hyvät tai erinomaiset	viiteryhmä	
Kohtalaiset tai heikommat	0,85 (0,72–1,01)	
Koettu terves		<0,001
Huono	viiteryhmä	
Keskitasoinen	1,46 (1,21–1,77)	<0,001
Hyvä	2,14 (1,78–2,57)	<0,001
Kaupungistumisaste		<0,001
Kaupunkimaiset kunnat	viiteryhmä	
Taajaan asutut kunnat	1,43 (1,19–1,71)	<0,001
Maaseutumaiset kunnat	1,44 (1,20–1,73)	<0,001
Vastaanottotyyppi		<0,001
Läsnävastaanotto	viiteryhmä	
Puhelinvastaanotto	0,61 (0,50–0,75)	<0,001
Digivastaanotto	0,66 (0,44–0,97)	0,035
Vastaanottoaika		<0,001
Terveyskeskus	viiteryhmä	
Yksityinen lääkäriasema	5,36 (4,05–7,09)	<0,001
Työterveyshuolto	3,48 (2,81–4,30)	<0,001
Sairaalan poliklinikka	1,03 (0,87–1,23)	0,697
Hoitohenkilö		0,002
Sairaanhoitaja*	viiteryhmä	
Lääkäri**	0,75 (0,63–0,89)	0,001
Muu terveydenhuollon ammattilainen	0,66 (0,47–0,94)	0,020

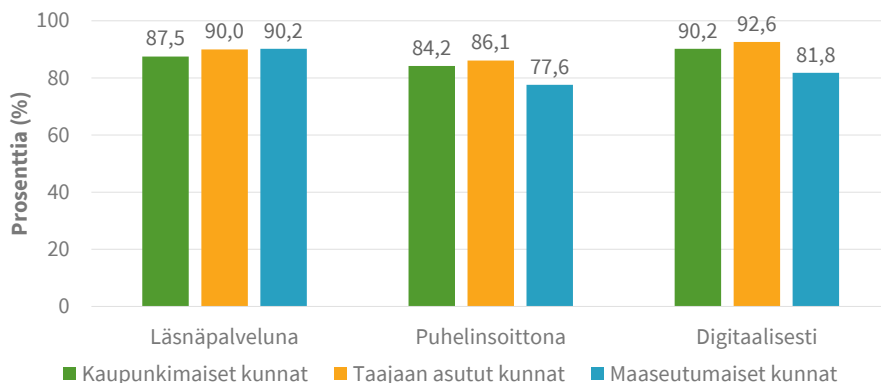
* Sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja
 ** Yleislääkäri tai erikoislääkäri

Tietolähde: Terve Suomi -tutkimus 2022–2023

Vastaanottotyypin yhdysvaikutus

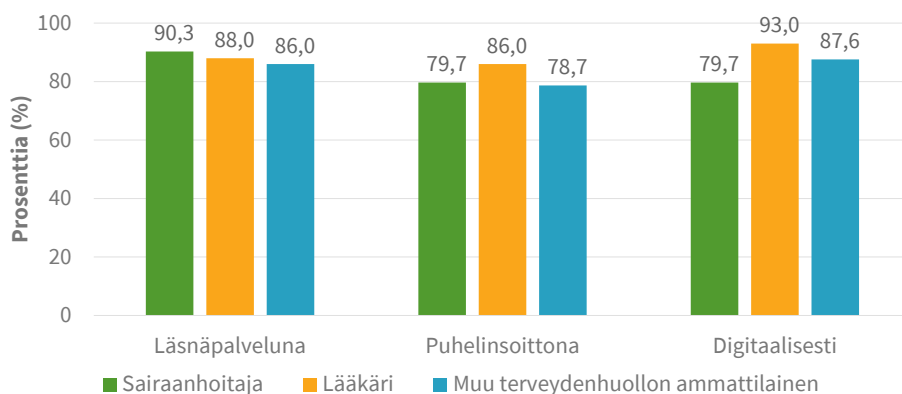
Hoitohenkilöllä (p<0,001) ja kaupungistumisen asteella (p<0,001) oli vastaanottotyypin kanssa yhdysvaikutus oikea-aikaiseen hoitoon pääsyyn. Vastaanottotyypin vaikutus näihin yhteyksiin on esitetty kuvioissa 1 ja 2.

Hoitoon pääsy ilman aiheetonta viivytystä läsnävastaanotolle oli yleisempää taajaan asutuissa kunnissa tai maaseutumaisissa kunnissa. Hoitoon pääsy ilman aiheetonta viivytystä puhelinvastaanotolle oli yleisintä taajaan asutuissa kunnissa. Hoitoon pääsy ilman aiheetonta viivytystä digivastaanotolle oli selvästi yleisintä kaupunkimaisissa kunnissa ja taajaan asutuissa kunnissa. (Kuvio 1)



Kuvio 1. Hoitoon pääsy ilman aiheetonta viivytystä vastaanottotyypin ja kunnan kaupungistumisen asteen mukaan ryhmiteltynä (n=19 368).

Läsnävastaanottojen yhteydessä hoitoon pääsystä ilman aiheetonta viivytystä ilmoittivat useimmiten potilaat, jotka olivat tavanneet sairaanhoitajan. Lääkärikäynnit toteutuivat ilman aiheetonta viivytystä useimmin digivastaanotolla. (Kuvio 2)



Kuvio 2. Hoitoon pääsy ilman aiheetonta viivytystä vastaanottotyypin ja hoitohenkilön mukaan ryhmiteltynä (n=18 874).

Hoitoon pääsy hyvinvointialueilla

Keski-Pohjanmaan, Etelä-Savon ja Etelä-Pohjanmaan asukkaat raportoivat useimmin (92–93 %) päässeensä oikea-aikaisesti hoitoon läsnävastaanotolle. Pirkanmaan asukkaat raportoivat useimmin (93 %) päässeensä oikea-aikaisesti hoitoon puhelinvastaanotoille. Päijät-Hämeen, Länsi-Uudenmaan, Itä-Uudenmaan, Pohjois-Savon, Pohjois-Pohjanmaan ja Pohjois-Karjalan asukkaat raportoivat useimmin (96–98 %) päässeensä oikea-aikaisesti hoitoon digivastaanotoille. Hoitoon pääsy potilaiden kokemana hyvinvointialueilla vastaanototyyppittäin on esitetty tarkemmin liitteessä 2.

Pohdintaa päätuloksista

Enemmistö (85 %) potilaista oli hoitanut viimeisimmän vastaanottokäyntinsä läsnävastaanotolla. Puhelinvastaanottoa käytti 10 prosenttia. Vain viisi prosenttia oli hoitanut edellisen vastaanottokäyntinsä digivastaanotona (esim. video, chat). Digivastaanottoa olivat käyttäneet pääosin 20–60-vuotiaat ja puhelinvastaanottoja kaikenikäiset potilaat. Terveydenhuollon palvelujen digitalisointi on nopeutunut etenkin covid-19-pandemian puhkeamisen jälkeen (Sotkanet, 2017–2022). Aiemman tutkimuksen mukaan verkkopalvelujen käyttö oli korkealla tasolla vuonna 2022, kun sosiaali- tai terveydenhuollon verkkopalveluja oli käyttänyt miehistä kolmasosa ja naisista kaksi viidestä, mikä oli huomattavasti enemmän kuin vuonna 2020 (Kyytsönen ym., 2023). Muutos on johtanut tilanteeseen, jossa digit

aalisten palvelujen asettamisesta terveydenhuollon palvelujen ensisijaiseksi kanavaksi on huomion kohteena (Saario & Vuokko, 2023).

Potilaat, jotka ovat hoitaneet edellisen vastaanottokäyntinsä puhelin- tai digivastaanotolla, olivat päässeet hoitoon ilman aiheetonta viivytystä harvemmin. Tässä analyysissä meillä ei ollut tietoa vastaajien aiemmasta palvelujen käytöstä. Jos vastaaja ei ole onnistunut saamaan haluamaansa lähivastaanottoa ja joutuu sen vuoksi hakemaan etävastaanottoa, tämä voi selittää hänen tyytymättömyyttään prosessiin. Toisaalta tulosten perusteella digivastaanotot eivät välttämättä ole riittävästi resursoituja vastaamaan kasvavaan kysyntään. On myös mahdollista, että potilailla, jotka mieluummin hoitavat asioitaan etänä, on suuremmat odotukset digivastaanottojen joustavuudesta ja nopeudesta. Lisäksi digivastaanottojen käyttö edellyttää terveydenhuollon ammattilaisten arvioivan potilaan kelpoisuuden digitaalisten palveluiden käyttöön ja selvittävän, onko fyysinen tutkimus tarpeen (Valvira). Siksi voidaan olettaa, että potilaiden, joilla on monimutkaisia sairauksia ja liitännäissairauksia, on muita useammin käytävä yhdellä tai useammalla läsnävastaanotolla.

Läsnävastaanotot olivat terveyskeskusten, yksityisten lääkäriasemien, työterveyshuollon ja sairaalan poliklinikoiden ensisijainen vastaanottotyyppi. Vastaanottotyypit eivät kuitenkaan jakautuneet tasaisesti eri hoitopaikoissa. Työterveyshuollossa useampi kuin joka kymmenes vastaanotto hoidettiin digitaalisesti, kun taas yksityisillä lääkäriasemilla näin oli vain joka 20. vastaanoton kohdalla. Terveyskeskuksissa ja sairaalan poliklinikoilla digivastaanottoja käytettiin vain harvoin.

Hoitoon pääsystä ilman aiheetonta viivytystä ilmoittivat huomattavasti useammin potilaat, jotka olivat tavanneet terveydenhuollon ammattilaisen yksityisellä lääkäriasemalla tai työterveyshuollossa, verrattuna terveyskeskuksissa asioineisiin. Johtuen Suomen monikanavaisesta terveydenhuoltojärjestelmästä, eri hoitopaikoissa olevien potilaiden välillä on sosioekonomisia eroja (Holster ym., 2022; Koponen & Tynkkynen, 2023). Rekisteritutkimuksen mukaan työssäkäyvät käyttävät pääasiassa työterveyshuoltoa, kun taas työttömät turvautuvat terveyskeskuksiin ja tarvitsevat enemmän hoitoa kuin työssäkäyvät (Blomgren ym., 2022). Työterveyshuollon potilaiden tuloaso on myös tyypillisesti korkeampi (Holster ym., 2022), ja he pääsevät työterveyshuollon läheteellä nopeammin julkiseen erikoissairaanhoidon (Holster ym., 2022; Koponen & Tynkkynen, 2023).

Aiempi tutkimus osoittaa että useimmilla 15–79-vuotiailla ensisijainen vaihtoehto on terveyskeskus (46 %) tai työterveyshuolto (42 %), kun taas yksityiset lääkäriasemat ovat ensisijainen vaihtoehto vain kahdeksalle prosentille (Nurmela, 2021). Tässä tutkimuksessa saamamme tulokset viittaavat kuitenkin siihen, että terveyskeskukset eivät pysty vastaamaan potilaiden hoidontarpeisiin potilaan näkökulmasta oikea-aikaisesti, joten ne, joilla ei ole oikeutta työterveyshuoltoon tai jotka eivät pysty maksamaan yksityisistä palveluista, ovat epäedullisessa asemassa. Vuonna 2021 useampi kuin joka kolmas ilmoitti joutuneensa turvautumaan yksityiseen lääkäriasemaan julkisen terveydenhuollon saavutettavuusongelmien vuoksi (Nurmela, 2021). Terveyskeskuksiin tukeutuvat erityisesti pienituloiset ja vanhuuseläkkeellä olevat (Nurmela, 2021), mikä näkyy työterveyshuollon ja terveyskeskusten erilaisena asiakasrakenteena.

Pääsystä hoitoon ilman aiheetonta viivytystä ilmoittivat useammin sairaanhoitajan kuin lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattilaisen tavanneet. Tulos on linjassa rekisteritietojen kanssa, joista ilmenee, että perusterveydenhuollon sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat (2022–2023: 94 %) ovat onnistuneet tapaamaan potilaat 14 vuorokauden kuluessa useammin lääkäreihin verrattuna (2022: 68 %, 2023: 62 %) (Avohilmo, 2023b). Yhtenä syynä näihin tuloksiin voi olla suomalaisen perusterveydenhuollon huomattava epäsuhta lääkäreiden ja sairaanhoitajien välillä (OECD, 2018; Syrjä ym., 2020; Huhtakangas ym., 2023). Tällanne on saattanut edistää lääkäreiden ja sairaanhoitajien roolien muutosta, sillä suomalaiset sairaanhoitajat ovat kansainvälisen vertailun mukaan laajassa mittakaavassa omaksuneet vaativamman tason tehtäviä lääkäreiltä (Maier & Aiken, 2016). Esimerkiksi perusterveydenhuollossa potilaan hoidontarpeen ja kiireellisyyden arvioinnista vastaava ammattiryhmä ovat pääsääntöisesti sairaanhoitajat, siinä missä lääkärit osallistuvat päätöksentekoon konsultoitaessa (Mölläri & Marttila, 2023; Huhtakangas ym., 2023). Huomionarvoista on myös se, että aiemman, terveyskeskuspotilaita koskeneen, tutkimuksen mukaan neljä

viidestä katsoi, että ohjautuminen ensin sairaanhoitajan vastaanotolle ei ollut vaikeuttanut vastaanottoajan saamista lääkäriltä (Nurmela, 2021).

Ajanvaraus ilman aiheetonta viivytystä oli helpompaa saada sairaanhoitajan läsnävastaanotolle, kun taas digivastaanotolle potilaat olivat saaneet ajanvarauksen lääkärille ilman aiheetonta viivytystä useammin kuin sairaanhoitajalle. Tulos saattaa liittyä siihen, että työterveyshuollon kautta pääsy lääkärille on yleisesti ottaen nopeaa (Koponen & Tynkkynen, 2023), koska digivastaanottojen osuus työterveyshuollossa oli suurempi kuin muissa hoitopaikoissa. Lisäksi työterveyshuollon potilaiden on raportoitu olevan terveempiä (Blomgren ym., 2022; Holster ym., 2022), jolloin on helpompi valita lääkärin digivastaanotto (puhelin, video, chat) kuin läsnävastaanotto esimerkiksi fyysistä tarkastusta varten. Toisaalta lääkäreiden tarjoamien digipalveluiden osuus on rekisteritietojen mukaan kasvanut merkittävästi vuosina 2019–2023 (Avohilmo, 2023a), vaikka digitaalisten yhteydenottojen osuus kaikista yhteydenotoista kasvoi kaikissa ammattiryhmissä vain 1,4 prosenttiyksikköä vuosina 2019–2022 (Sotkanet, 2022). On siis mahdollista, että sairaanhoitajien digipalveluihin ei ole osoitettu riittävästi resursseja. Aiemmassa tutkimuksessa todettiin myös, että sairaanhoitajien videovastaanottojen hyödyntäminen on harvinaista (Kainiemi ym., 2023). Nämä tiedot tukevat tulkintaamme siitä, että lääkäreiden digipalveluita on resursoitu paremmin kuin sairaanhoitajien.

Pohdintaa sosiodemografisista ja terveyteen liittyvistä tekijöistä terveydenhuoltopalveluja viimeisten 12 kuukauden aikana käyttäneiden keskuudessa

Havaintamme, että potilaiden iällä, itsearvioidulla terveydentilalla ja asuinalueella oli yhteys siihen, että terveydenhuoltopalveluja viimeisten 12 kuukauden aikana käyttäneet potilaat olivat kokeneet hoitoon pääsystä oikea-aikaiseksi ja että he olivat tavanneet terveydenhuollon ammattilaisen. Näitä tuloksia voidaan tulkita vain logistisen regressiomallin kontekstissa, jossa otetaan samanaikaisesti huomioon kaikki mukana olevat tekijät. Kokonaisvaltainen näkökulma kokemukseen hoitoon pääsystä sisältää eri palvelutarjoajien (terveyskeskus, yksityinen lääkäriasema, työterveyshuolto ja sairaalan poliklinikka) potilaat. Näin ollen tulosten avulla voidaan arvioida, millaiset potilaat ovat kokeneet hoitoon pääsystä oikea-aikaiseksi koko Suomen terveydenhuoltojärjestelmän kontekstissa, kun otetaan huomioon raportoidut luotettavuuskysymykset (ks. kohta Tulosten luotettavuus).

Yli 60-vuotiaat, erityisesti yli 80-vuotiaat, olivat päässeet hoitoon ilman aiheetonta viivytystä hieman useammin kuin 20–40-vuotiaat. Aiemmassa tutkimuksessa todettiin, että työikäisestä väestöstä neljä viidestä käyttää terveydenhuoltopalveluja vähän tai melko vähän ja että tähän ryhmään kuulumisen on todennäköisempää, jos henkilön tulotaso on korkea, hän on iältään nuorempi, hän ei saa sosiaaliturvatuksia ja on vakaasti mukana työelämässä (Blomgren ym., 2023). Ikääntyneemmällä aikuisilla saattaa myös olla useammin liitännäissairauksia, mikä voi johtaa siihen, että korkeammalla iällä voi olla yhteys oikea-aikaiseen hoitoon pääsyyn. Analyysissä ei otettu huomioon liitännäissairauksia, elleivät ne tulleet esiin itsearvion terveydentilan itsearvion yhteydessä. Aiemmin liian pitkiä odotusajkoja ovat useammin ilmoittaneet ikääntyneet ja matalan koulutustason aikuiset (Aalto ym., 2023), jotka ovat kaksi terveyskeskuksiin tyypillisemmin tukeutuvaa ryhmää (Nurmela, 2021). Tässä analyysissä hoitopaikan vaikutus vakioitiin, mikä saattaa selittää havaittua eroa jonkin verran. Lisäksi tutkimuksessamme keskityttiin hyvään kokemukseen hoitoon pääsystä huonon kokemuksen sijasta.

Potilaat, jotka arvioivat terveydentilansa hyväksi, olivat päässeet hoitoon ilman aiheetonta viivytystä 2,1 kertaa useammin kuin potilaat, jotka arvioivat terveydentilansa keskinkertaiseksi tai sitä huonommaksi. Pienituloiset arvioivat terveydentilansa heikommaksi useammin kuin suurempituloiset (Karvonen ym., 2018). Tulos voi siis liittyä tutkimuspopulaatioon, josta lähes puolet oli käyttänyt yksityisen lääkäriaseman tai työterveyshuollon palveluja. OECD:n raportissa todettiin, että Suomen terveydenhuoltojärjestelmä vahvistaa eriarvoisuutta, sillä työterveyshuolto ja yksityiset lääkäriasemat tarjoavat nopeamman pääsyn terveydenhuoltoon ylempien sosioekonomisten ryhmien potilaille (OECD, 2021).

Kannattaa myös pohtia, tulisiko potilaiden oma arvio terveydentilastaan ottaa systemaattisemmin huomioon potilaan hoidontarvetta arvioitaessa. Terveydenhuoltolaissa (2010)

todetaan, että kun potilas ottaa yhteyttä perusterveydenhuoltoon, terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tehdä yksilöllinen arvio potilaan hoidon tarpeesta ja kiireellisyydestä (51 §, 2023). Laissa ei edellytetä, että ammattihenkilö ottaa huomioon potilaan oman arvion omasta tilanteestaan toisin kuin sosiaalihuoltolaissa (2014), jossa sosiaalihuollon ammattihenkilö veloitetaan tekemään palvelutarpeen arviointi yhteistyössä asiakkaan kanssa ja ottamaan arvioinnissa huomioon asiakkaan toivomukset ja mielipiteet (36 §, 2023). Toisaalta potilaan asemasta ja oikeuksista annetussa laissa (1992) todetaan, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan (6 §). Tämän poikkileikkaustutkimuksen tuloksia tulkittaessa ei voida tietää oliko terveydentilansa hyväksi arvioineiden itsearvio terveydentilastaan parempi jo ennen hoitoa vai oliko paremmaksi arvioitu terveydentila seurausta oikea-aikaisesta hoidosta. On myös mahdollista, että potilaat, joilla on liitännäissairauksia, eivät saa integroitua hoitoa, joka pystyisi yhdellä vastaanottokerralla vastaamaan potilaan kaikkiin palvelutarpeisiin. Tämä voi johtaa siihen, että joudutaan odottamaan useita tapaamiskertoja, jotta kaikkiin hoitotarpeisiin voidaan vastata. Joka tapauksessa tämän yhteyden ymmärtäminen edellyttää lisätutkimuksia.

Taajaan asutuissa kunnissa tai maaseutumaisissa kunnissa asuvat potilaat olivat päässeet hoitoon ilman aiheutonta viivytystä useammin kuin kaupunkimaisissa kunnissa asuvat. Havainto ei ole linjassa aiemman tutkimuksen kanssa, jonka mukaan taajaan asutuissa kunnissa ja maaseutumaisissa kunnissa asuvilla on useammin vaikeuksia päästä hoitoon, koska hoitopaikat ovat vaikeasti saavutettavissa ja aukioloajat ovat hankalat (Aalto ym., 2022). Lisäksi yksityisten palveluntarjoajien palvelut ovat helpommin kaupunkimaisissa kunnissa asuvien saatavilla. Näin ollen havainto voi liittyä siihen, että keskenään eriasteisesti kaupungistuneissa kunnissa asuvien potilaiden subjektiiviset kokemukset siitä, mitä voidaan pitää ”hoitoon pääsynä riittävän nopeasti”, voivat erota toisistaan. Kokemusta hoitoon pääsystä ja sen tasoa on kuitenkin seurattava. Erityisesti kaupunkimaisten nettomuutokuntien tulisi pystyä vastaamaan riittävästi palvelujen kasvavaan kysyntään.

Maaseutumaisissa kunnissa asuvat olivat taajaan asutuissa kunnissa ja kaupunkimaisissa kunnissa asuviin verrattuna selvästi harvemmin päässeet hoitoon ilman aiheutonta viivytystä, kun kyse oli puhelin- tai digivastaanotoista. Väestötutkimusaineistoa vuodelta 2020 hyödyntävässä aiemmassa tutkimuksessa saatiin vastaava tulos, jonka mukaan kaupunkimaisissa alueilla asuvat käyttivät digivastaanottoja useammin kuin maaseutumaisissa alueilla asuvat (Vehko ym., 2022). Nämä tulokset herättävät muun muassa seuraavia kysymyksiä: 1) Onko maaseutumaisissa kunnissa asuville tarjolla vähemmän digipalveluja? 2) Ovatko maaseutumaisissa kunnissa asuvat tietoisia digipalveluista? 3) Onko nykyiset digipalvelut resursoitu riittävästi maaseutumaisissa kunnissa?

Hyvinvointialueiden väliset erot hoitoon pääsystä olivat maltillisia lukuun ottamatta joitakin yksittäisiä hyvinvointialueita, joissa hoitoon pääsy ilman aiheutonta viivytystä oli selvästi yleisempää tai harvinaisempaa sellaisten potilaiden kohdalla, jotka olivat hoitaneet asiansa läsnävastaanotolla, puhelinvastaanotolla tai digivastaanotolla.

Tulosten luotettavuus

Tutkimuksessa analysoitiin viimeisimmän terveydenhuollon vastaanottokäynnin oikea-aikaisuutta potilailla, jotka olivat käyttäneet terveydenhuoltopalveluja viimeisten 12 kuukauden aikana. Tutkimuksessa on kaksi merkittävää rajoitusta. Se ei ensinnäkään koske henkilöitä, jotka eivät yrityksistä huolimatta ole päässeet hoitoon. Toiseksi emme voi raportoida tietoa siitä, ovatko viimeisten 12 kuukauden aikana hoitoon päässeet potilaat yrittäneet päästä hoitoon uudelleen siinä onnistumatta.

Sosioekonomiset erot hoidon saatavuudessa Suomessa ovat kansainvälisessä vertailussa monikanavaisen terveydenhuoltojärjestelmän seurauksena huomattavat (Aalto ym., 2022; OECD, 2021; Huhtakangas ym., 2023). Työelämässä olevat pääsevät perusterveydenhuollon palveluihin maksutta työterveyshuollon kautta (Koponen & Tynkkynen, 2023), kun taas muut väestöryhmät saavat perusterveydenhuollon palvelut pääosin julkiselta sektorilta (Nurmela, 2021), jota kuormittavat pitkät odotusajat (Tynkkynen ym., 2023) ja jossa potilaat maksavat osan hoidosta (OECD, 2021).

Suomen 15–79-vuotiasta väestöä koskevissa aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että vuonna 2021 vain kahdeksan prosenttia ja vuonna 2017 11 prosenttia käytti yksityisiä terveydenhuoltopalveluja ensisijaisena terveydenhuollon vaihtoehtona (Nurmela, 2021). Toisessa väestötutkimuksessa (30 vuotta täyttäneet) havaittiin, että vuonna 2017 14 prosenttia miehistä ja 12 prosenttia naisista piti yksityisiä palveluja ensisijaisena terveydenhuollon vaihtoehtona (Aalto & Koponen, 2018). Tässä tutkimuksessa yksityistä lääkäriasemaa oli viimeksi käyttänyt 18 prosenttia potilaista. Näiden prosenttiosuuksien välinen ero voi liittyä toiseen Nurmelan (2021) tulokseen, jonka mukaan useampi kuin joka kolmas Suomessa ilmoitti joutuneensa turvautumaan yksityiseen lääkäriasemaan julkisen terveydenhuollon saavutettavuusongelmien vuoksi (Nurmela, 2021).

Vaikutukset terveydenhuollon palvelupolitiikkaan

Viimeisimmän terveyskeskuksessa, yksityisellä lääkäriasemalla, työterveyshuollossa tai sairaalan poliklinikalla tapahtuneen terveydenhuollon ammattilaisen vastaanoton perusteella arvioituna hoitoon pääsy koettiin yleisesti tyydyttäväksi. Kuitenkin jopa niistä, jotka olivat päässeet terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolle, ja jotka olivat yleisesti käyttäneet terveydenhuoltopalveluja viimeisten 12 kuukauden aikana, joka kahdeksas koki, ettei ollut päässyt hoitoon riittävän nopeasti. Siksi ehdotamme tutkimuksen tulosten perusteella seuraavia toimia hoitoon pääsyn parantamiseksi tulevaisuudessa:

- Eri vastaanottotyyppeihin (läsnävastaanotto, puhelinvastaanotto ja digivastaanotto) kohdennettujen resurssien tulee vastata kysyntään ja kysynnän tasoa tulee seurata säännöllisesti.
- Oikea-aikaisen hoitoon pääsyn parantamiseksi terveyskeskuksissa tarvitaan toimenpiteitä hoidon tasapuolisuuden parantamiseksi Suomessa.
- On pantava täytäntöön strategioita, joilla parannetaan oikea-aikaista pääsyä lääkärin vastaanotolle. Sairaanhoitajien roolia digivastaanottopalveluissa (esim. video, chat) tulee vahvistaa.

Lähteet

Aalto, A-M., Ilmarinen, K., Muuri, A. & Ikonen, J. (2022.) Sosiaali- ja terveystalouden saavutus ja asiakaskokemukset. Teoksessa Karvonen, S., Kestilä, L. & Saikkonen, P. (toim.) Suomalaisten hyvinvointi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-996-2>

Aalto, A-M., Ilmarinen, K. & Sinervo, T. (2023). Sosiaali- ja terveystalouden käyttö ja kokemukset hoidosta: Palvelujen saatavuus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos Ilmiöraportti, Terve Suomi -työryhmä. <http://thl.fi/terveysuomi/tulokset>

Abou Ali, A. N., Abdul Malak, O. M., Hafeez, M. S., Habib, S., Cherfan, P., Salem, K. M., Hager, E., Avgerinos, E., & Sridharan, N. (2023). Improved outpatient medical visit compliance with sociodemographic discrepancies in vascular telehealth evaluations. *Journal of vascular surgery*, 77(4), 1238–1244. <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2022.11.039>

Acoba, J. D., Yin, C., Meno, M., Abe, J., Pagano, I., Tamashiro, S., Fujinaga, K., Braun-Inglis, C., & Fukui, J. (2022). Racial Disparities in Patient-Provider Communication During Telehealth Visits Versus Face-to-face Visits Among Asian and Native Hawaiian and Other Pacific Islander Patients With Cancer: Cross-sectional Analysis. *JMIR Cancer*, 8(4), 1–12. <https://doi.org/10.2196/37272>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Assing Hvidt, E., Atherton, H., Keuper, J., Kristiansen, E., Lüchau, E. C., Lønnebakke Norberg, B., Steinhäuser, J., van den Heuvel, J., & van Tuyl, L. (2023). Low Adoption of Video Consultations in Post-COVID-19 General Practice in Northern Europe: Barriers to Use and Potential Action Points. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e47173. <https://doi.org/10.2196/47173>

Avohilmo (2023a). Perusterveydenhuollon hoitoonpääsyn 14 vuorokauden enimmäisajan toteutuminen. Tiedot päivitetty 17.10.2023. https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/avohpaasy/pthjono01/fact_ahil_pthjono01?row=palveluntuottaja-26624.&column=odotusaika-25575.&column=aika-87596&column=yhteystapa-484427&column=ammatti-110048#

Avohilmo (2023b). Perusterveydenhuollon hoitoonpääsyn 14 vuorokauden enimmäisajan toteutuminen. Tiedot päivitetty 17.10.2023. https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/avohpaasy/pthjono01/fact_ahil_pthjono01?row=palveluntuottaja-26624.&row=ammatti-110048.109990.&row=aika-660839.835338.&column=odotusaika-25575#

Blomgren, J., Jäppinen, S. & Lahdensuo, K. (2022). Avosairaanhoidon palveluiden käyttö on vahvasti eriytynyt työmarkkina-aseman mukaan. *Suomen Lääkärilehti* 2022; 77, : e30509 www.laakarilehti.fi/e30509

Blomgren, J., Jäppinen, S. & Lahdensuo, K. (2023). Identifying user profiles of healthcare, social and employment services in a working-age population: A cluster analysis with linked individual-level register data from Finland. *PloS one*, 18(11), e0293622. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0293622>

Dawkins, B., Renwick, C., Ensor, T., Shinkins, B., Jayne, D., & Meads, D. (2021). What factors affect patients' ability to access healthcare? An overview of systematic reviews. *Tropical medicine & international health: TM & IH*, 26(10), 1177–1188.

Gizaw, Z., Astale, T., & Kassie, G. M. (2022). What improves access to primary healthcare services in rural communities? A systematic review. *BMC Primary Care*, 23(1), 1–16. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01919-0>

Hakanen, O., Tolvi, M., & Torkki, P. (2023). Cost analysis of face-to-face visits, virtual visits, and a digital care pathway in the treatment of tonsillitis patients. *American journal of otolaryngology*, 44(4), 103868. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2023.103868>

Terveydenhuoltolaki (1326/2010), <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Heponiemi, T., Kaihlanen, A.-M., Kouvonen, A., Leemann, L., Taipale, S., & Gluschkoff, K. (2022). The role of age and digital competence on the use of online health and social care services: A cross-sectional population-based survey. *Digital Health*, 8, 20552076221074484. <https://doi.org/10.1177/20552076221074485>

Holster, T., Nguyen, L. & Häkkinen, U. (2021). The role of occupational health care in ambulatory health care in Finland. *Nordic Journal of Health Economics*. <https://doi.org/10.5617/njhe.8561>

Huhtakangas, M., Sinervo, T., Michelutti, P., Vitello, F., Kovacs, E., Chevillard, G. & Brinzac, M-G. (2023). Report of the state of art of desertification in Europe and ways to mitigate desertification. OASES. <https://oasesproject.eu/wp-content/uploads/2023/08/D5.3.-Report-of-the-state-of-art-of-desertification-in-Europe-and-ways-to-mitigate-desertification.pdf>

Kaihlanen, A. M., Laukka, E., Nadav, J., Närvänen, J., Saukkonen, P., Koivisto, J., & Heponiemi, T. (2023). The effects of digitalisation on health and social care work: a qualitative descriptive study of the perceptions of professionals and managers. *BMC health services research*, 23(1), 714. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09730-y>

Kainiemi, E., Kyytsönen, M., Kaihlanen, A.-M., Virtanen, L., Heponiemi, T. & Vehko, T. (2023). Sairaanhoidajat digitaalisen asiakastyön tekijöinä sosiaali- ja terveydenhuollossa. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tutkimuksesta tiiviisti* 56/2023. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-212-9>

Karvonen, S., Martelin, T., Kestilä, L. & Junna, L. (2018). Tulotason mukaiset terveyserot. Teoksessa Kestilä, L. & Karvonen, S. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, teema* 31/2018. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-256-7>

Khairat, S., Haithcoat, T., Liu, S., Zaman, T., Edson, B., Gianforcaro, R., & Shyu, C. R. (2019). Advancing health equity and access using telemedicine: a geospatial assessment. *Journal*

of the American Medical Informatics Association: *JAMIA*, 26(8-9), 796–805.
<https://doi.org/10.1093/jamia/ocz108>

Koponen, P & Tynkkynen, L-K. (toim.) (2023). Työterveyshuollon sairaanhoitopalvelut. Näkökulmia suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän oikeudenmukaisuuteen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, työpaperi 8/2023. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-040-8>

Koskela, T., Ikonen, J. & Parikka, S. (2023). Aikuisväestön hyvinvointi ja terveys – Terve Suomi 2022: Lääkärille pääsy koetaan yhä vaikeammaksi – työikäisten psyykinen kuormittuneisuus lisääntynyt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, tilastoraportti 45/2023. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2023052547866>

Kruse, C. S., Krowski, N., Rodriguez, B., Tran, L., Vela, J., & Brooks, M. (2017). Telehealth and patient satisfaction: a systematic review and narrative analysis. *BMJ open*, 7(8), e016242. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016242>

Kruse, C., Williams, K., Bohls, J. & Shamsi, W. (2021). Telemedicine and health policy: A systematic review. *Health Policy and Technology*, 10(1), <https://doi.org/10.1016/j.hlpt.2020.10.006>

Kyytsönen, M., Vehko, T., Jormanainen, V., Aalto, A., & Mölläri, K. (2021). Terveydenhuollon etäasioinnin trendit vuosien 2013–2020 Avohilmon aineistossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tutkimuksesta tiiviisti 13/2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-639-8>

Kyytsönen, M., Aalto, A., Sääksjärvi, K. & Vehko, T. (2023). Digitaaliset palvelut ja digitaalinen asiointi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Ilmiöraportti, Terve Suomi -työryhmä. <http://thl.fi/terveysuomi/tulokset>

Maier, C. B., & Aiken, L. H. (2016). Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *European journal of public health*, 26(6), 927–934. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw098>

Mölläri, K. & Marttila T. (2023). Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa keväällä 2023. Kii-reettömistä lääkärikäynneistä puolet toteutui viikossa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, tilastoraportti 25/2023. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2023052347204>

Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Etäpalvelut sosiaali- ja terveydenhuollossa. Viitattu 29.11.2023. <https://valvira.fi/sosiaali-ja-terveydenhuolto/etapalvelut>

Nurmela, S. (2021). Väestökysely hoitoon pääsystä 2021. Lääkäriliitto & Kantar TNS, raportti. https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5227/220408258_laakariliitto_vaestokysely_2021_yhteenveto.pdf

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

Pennanen, P., Jansson, M., Torkki, P., Harjumaa, M., Pajari, I., Laukka, E., Lakoma, S., Härkönen H., Verho, A., Martikainen, S., Kouvonen, A. & Leskelä, R-L. (2023). Digitaalisten palvelujen vaikutukset sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 52/2023. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-059-2>

Saario, M. & Vuokko, R. (2023). Digitalisaatio tuo joustoa ja turvaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen saatavuutta. Sosiaali- ja terveysministeriö, kolumni. <https://stm.fi/-/digitalisaatio-tuo-joustoa-ja-turvaa-sosiaali-ja-terveydenhuollon-palvelujen-saata-vuutta>

Saastamoinen, P. (2023). Terveyskeskusten lääkitilanne 2022. Lääkäriliitto, PowerPoint. Julkaistu 26.1.2023. https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5223/2022_terveyskeskusten_laakaritalanne_final3.pdf

Sosiaalihuoltolaki (1301/2014), <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2014/20141301>

Sotkanet (2017–2022). Indikaattorit: 1) Etäasiointikäynnit, % perusterveydenhuollon avohoidon käynneistä, 2) Asiointu digitaalisesti sosiaali- tai terveydenhuollon ammattilaisen kanssa, (%) palveluja käyttäneistä. Viitattu 1.11.2023. <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/tau->

[lukko/?indicator=szbM9bTWtSgHAA==®ion=s07MtDZxBwA=&year=sy5zttY1stY1BgA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.1.1&buildTimestamp=202309010633](https://sotkanet.fi/sotkanet/en/taulukko/?indicator=szbM9bTWtSgHAA==®ion=s07MtDZxBwA=&year=sy5zttY1stY1BgA=&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.1.1&buildTimestamp=202309010633)

Sotkanet (2017–2022). Etäasiantuntijakäynnit, % perusterveydenhuollon avohoidon käynteistä. <https://sotkanet.fi/sotkanet/en/taulukko/?indicator=sZMTQYA®ion=s07MtDZxBwA=&year=sy5ztjbW0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.1.1&buildTimestamp=202309010633>

<https://sotkanet.fi/sotkanet/en/taulukko/?indicator=sZMTQYA®ion=s07MtDZxBwA=&year=sy5ztjbW0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f&buildVersion=3.1.1&buildTimestamp=202309010633>

Sumarsono, A., Case, M., Kassa, S., & Moran, B. (2023). Telehealth as a Tool to Improve Access and Reduce No-Show Rates in a Large Safety-Net Population in the USA. *Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine*, 100(2), 398–407. <https://doi.org/10.1007/s11524-023-00721-2>

Syrjä, V., Parviainen, L. & Niemi, A. (2020). Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt 2019: Ulkoistukset, henkilöstö, työpanokset ja tehtäväsiirrot. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Tutkimuksesta tiiviisti 21/2020. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-442-4>

Terho, H. & Tikkanen, J. (2023). Etävastaanotto. Lääkäriin käsikirja. Julkaistu 14.11.2023.

Tevameri, T. (2022). Sosiaali- ja terveyspalvelualan työvoima ja yritys kenttä. Työ- ja elinkeinoministeriö, toimialaraportti 2/2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-626-0>

Tilmon, J. C., Farooq, H., Metzger, C. M., Schlecht, S. H., & Klitzman, R. G. (2023). Telehealth in Orthopedic Sports Medicine: A Survey Study on Patient Satisfaction and Experience. *Telemedicine & E-Health*, 29(6), 943–946. <https://doi.org/10.1089/tmj.2022.0193>

Tynkkynen, L.-K., Keskimäki, I., Karanikolos, M. & Litvinova, Y. (2023). Finland: Health System Summary 2023. Sarjassa Maresso, A. (toim.) European Observatory on Health Systems and Policies. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366710/9789289059398-eng.pdf?sequence=1>

Vehko, T., Kyytsönen, M., Ikonen, J., Koskela, T., Kainiemi, E., & Parikka, S. (2022). Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisten vastaanottopalveluiden käyttö kaupunki-maaseutu-alueuokituksen mukaan Suomessa. *Finnish Journal of EHealth and EWellfare*, 14(3), 309–325. <https://journal.fi/finjehew/article/view/114017>

Tämän julkaisun viite:

Kyytsönen M, Aalto A-M, Virtanen L, Kainiemi E, Vehko T (2024) Hoitoon pääsy potilaiden kokemana: läsnä-, puhelin- ja digivastaanottojen vertailu. Tutkimuksesta tiiviisti 21/2024 Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki

Tutkimus toteutettiin osana THL:n jatkuvaan toimintaan kuuluvaa Digitaalisen sosiaali- ja terveydenhuollon seuranta -hanketta sekä DigiIN-hanketta.

Tutkimusta tuki taloudellisesti Suomen Akatemian strategisen tutkimuksen neuvosto (DigiIN-hankkeen apuraha 352501). Rahoittaja ei ole vaikuttanut tutkimuksen suunnitteluun, tietojen keräämiseen, analysointiin ja tulkintaan eikä päätelmiin.

DigiIN Palvelukulttuuria uudistamalla
kaikki mukaan digitaaliseen yhteiskuntaan
Towards socially inclusive digital society



Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-408-309-6 (verkkojulkaisu)

ISSN 2323-5179 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-408-309-6>

Liite 1. Tutkimusotoksen ja kokonaisotoksen ominaisuudet

	Tutkimusotos*		Kokonaisotos	
	%	n	%	n
Ikäryhmä		19 715		28 153
20–40	31,3	6 170	33,0	9 279
41–60	34,5	6 802	30,6	8 617
61–70	17,4	3 436	16,3	4 598
71–80	12,3	2 416	13,5	3 807
81–98	4,5	891	6,6	1 852
Sukupuoli		19 277		26 882
Mies	46,8	9 028	48,7	13 082
Nainen	52,8	10 176	50,9	13 672
Muu	0,4	73	0,5	128
Koulutusaste		19 436		27 518
Matala	40,0	7 770	42,2	11 611
Keskitaso	31,1	6 041	30,4	8 367
Korkea	28,9	5 624	27,4	7 540
Digitaidot		19 356		26 903
Hyvät tai erinomaiset	64,4	12 461	61,0	16 422
Kohtalaiset tai heikommat	35,6	6 895	39,0	10 481
Kaupungistumisen aste		19 715		28 153
Kaupunkimaiset kunnat	73,2	14 422	72,8	20 496
Taajaan asutut kunnat	11,8	2 334	14,9	4 195
Maaseutumaiset kunnat	15,0	2 960	12,3	3 462
Pitkäaikaissairaudet ja säännöllinen hoidontarve		19 405		27 160
Ei pitkäaikaissairauksia	39,9	7 743	43,0	11 679
Pitkäaikaissairaus ilman säännöllistä hoidontarvetta	21,7	4 218	21,3	5 785
Pitkäaikaissairaus ja säännöllinen hoidontarve	38,4	7 444	35,7	9 696
Itsearvio terveydentilasta		19 613		27 584
Huono	10,5	2 065	10,2	2 809
Keskitasoinen	26,5	5 207	26,6	7 351
Hyvä	62,9	12 342	63,2	17 425
Vastaanottotyyppi		19 368		
Läsnävastaanotto	85,0	16 461		
Puhelinvastaanotto	9,9	1 921		
Digivastaanotto	5,1	986		
Vastaanottoaika		19 715		
Terveyskeskus	36,5	7 193		
Yksityinen lääkäriasema	18,1	3 560		
Työterveyshuolto	29,1	5 734		

Sairaalan poliklinikka	16,4	3 228
Hoitohenkilö		19 104
Sairaanhoitaja**	21,8	4 174
Lääkäri***	73,8	14 103
Muu terveydenhuollon ammattilainen	4,3	828

* Tutkimusotoksella viitataan niihin, jotka 1) ovat käyttäneet terveydenhuoltopalveluja viimeisten 12 kuukauden aikana, 2) ovat tavanneet terveydenhuollon ammattilaisen terveyskeskuksessa, yksityisellä lääkäriasemalla, työterveyshuollossa tai sairaalan poliklinikalla ja 3) ovat vastanneet kysymykseen: "Saitko vastaanottoajan riittävän nopeasti?" eivätkä ole vastanneet "en osaa sanoa".

** Sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja

*** Yleislääkäri tai erikoislääkäri

Tietolähde: Terve Suomi -tutkimus 2022–2023

Liite 2. Hyväksi koettu hoitoon pääsy vastaanottotyypeittäin hyvinvointi-alueiden potilailla*

	Läsnävastaanotto		Puhelinvastaanotto		Digivastaanotto	
	Pro-senttia	n	%	n	%**	n
Kaikki hyvinvointialueet	88,2	16 319	83,3	1 927	89,9	935
Keski-Pohjanmaa	92,5	713	84,5	70		24
Etelä-Savo	92,3	723	84,1	83		29
Etelä-Pohjanmaa	92,3	719	86,5	45		29
Pohjois-Savo	91,1	823	84,7	94	95,7	32
Kanta-Häme	90,2	796	89,1	102	93,3	31
Pohjois-Pohjanmaa	89,7	791	88,2	65	96,0	38
Lappi	89,2	699	85,5	68	86,0	41
Satakunta	89,0	788	81,3	61	82,2	33
Pirkanmaa	89,0	846	93,0	86	91,6	56
Keski-Suomi	88,4	794	80,8	75	83,5	50
Varsinais-Suomi	87,8	797	81,8	89	84,7	43
Vantaa ja Kerava	87,7	684	77,6	90	86,3	79
Pohjanmaa	87,5	646	77,5	62		17
Helsingin kaupunki	87,1	829	86,7	116	86,3	69
Päijät-Häme	87,0	731	81,9	85	97,7	53
Keski-Uusimaa	86,6	655	71,1	147	90,6	85
Länsi-Uusimaa	86,5	780	80,1	110	97,7	32
Kymenlaakso	86,2	714	87,7	62		22
Pohjois-Karjala	85,2	659	83,3	116	96,0	51
Etelä-Karjala	85,1	802	85,3	90	94,6	41
Itä-Uusimaa	84,8	736	88,3	93	96,5	41
Kainuu	83,4	592	83,4	120	67,7	39

*Hyvinvointialueita varten suunniteltujen painokertoimien mukaisesti analysoidut tiedot

**arvo piilotettu, jos n<30

Tietolähde: Terve Suomi -tutkimus 2022–2023