

PÄIVI SAINIO, SUVI PARIKKA, OONA PENTALA-NIKULAINEN,
SANNA AHOLA, ANNA-MARI AALTO, ANU MUURI,
PÄIVI NURMI-KOIKKALAINEN, TUIJA MARTELIN,
TIMO KOSKELA JA SEPPO KOSKINEN

15

Toimintarajoitteisten ihmisten kokemuksia terveyspalveluista

Suomessa on arvioitu olevan lähes puoli miljoonaa henkilöä, joilla oman arvionsa mukaan on huomattavia rajoitteita perustoiminnoissa, kuten näössä, kuulossa, liikkumisessa tai tiedonkäsittelyssä. Toimintarajoitteisten ihmisten elämäntilanne poikkeaa monella tavoin muun väestön tilanteesta: heidän keskimääräinen koulutustasonsa on matalampi, työssäolonsa harvinaisempaa ja taloudelliset ongelmat yleisempiä. Myös monet terveys- ja hyvinvointiongelmat ovat heillä muuta väestöä yleisempiä. Tässä luvussa havaittiin, että terveydenhuollossa toimintarajoitteisten ihmisten palvelutarpeet jäävät useammin tyydyttymättä, ja hoitoon pääsemisessä ja hoidon sujuvuudessa on ongelmia yleisemmin kuin muulla väestöllä. Myös osallistuminen omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin toteutuu harvemmin kuin muilla. Tulokset osoittavat, että yhdenvertaisuus ei toteudu terveyspalveluissa. Tarvitaan määrätietoista poliittista otetta sekä palvelujärjestelmän kehittämistä siten, että vammaisten ja toimintakyvyltään heikentyneiden ihmisten tarpeet otetaan huomioon.

Suomessa on arvioitu olevan lähes puoli miljoonaa henkilöä, joiden toimintakyky on selvästi heikentynyt (Sainio ym. 2017). Suurin osa toimintarajoitteisista ihmisistä käyttää samoja sosiaali- ja terveyspalveluja kuin muukin väestö. Aiemmat tutkimukset osoittavat, että toimintarajoitteisten ihmisten elämäntilanne poikkeaa muun väestön tilanteesta: heidän keskimääräinen koulutustasonsa on matalampi, työssäolonsa harvinaisempaa ja taloudelliset ongelmat yleisempiä. Toimintarajoitteiset henkilöt kärsivät muuta väestöä useammin myös erilaisista terveyden ja muun hyvinvoinnin ongelmista (Sainio ym. 2017; Kanste ym. 2017; Kanste ym. 2018a). Toimintarajoitteisilla henkilöillä on todettu olevan muita yleisemmin tyydyttymätöntä avun- ja palvelujen tarvetta (Mikkola ym. 2016; Sainio ym. 2017; Kanste ym. 2018b) ja he kohtaavat palveluihin pääsyn esteitä useammin: esimerkiksi korkeat kustannukset, huono fyysinen saavutettavuus ja heikot kulkuyhteydet haittaavat heitä enemmän kuin muita (Gulley ym. 2008; WHO and World Bank 2011; Popplewell ym. 2014; Vries McClintock ym. 2016; Sakellariou ym. 2017).

Kansalaisten sosiaali- ja terveyspalvelut ovat lähivuosina suuressa murroksessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus (sote-uudistus) ja useat muut lainsäädäntömuutokset (ml. vammaispalvelulakiuudistus) tulevat vaikuttamaan myös toimintarajoitteisten henkilöiden palvelujen järjestämiseen ja saantiin. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on arvioinut sekä sote-järjestämislain että valinnanvapauslain luonnosten vaikutuksia toimintarajoitteisten henkilöiden asemaan (THL 2016–2017). Arvioissa todettiin, että palvelujen esteettömyyteen ja saavutettavuuteen ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota. Esteettömyys oli ymmärretty varsin kapeasti lähinnä rakennetun ympäristön esteettömyytenä ja saavutettavuus esimerkiksi viestinnässä ja tiedonsaannissa oli jäänyt vähemmälle huomiolle. Huomiota olisi kiinnitettävä myös palvelujen tarjoamistapaan, sillä digitalisaatio voi aiheuttaa vaikeuksia erityisesti niille henkilöille, joilla on kognitiivisia tai neurologisia ongelmia.

Suomessa julkisella vallalla on lakiin perustuva velvoite järjestää riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut jokaiselle¹. Julkisen vallan toiminnan lainmukaisuuden seuraamiseksi on tärkeää saada tietoa siitä, ovatko sosiaali- ja terveyspalvelut yhdenvertaisesti saatavilla esimerkiksi eri tavoin toimintarajoitteisille henkilöille. YK:n taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevassa yleissopimuksessa linjataan valtion velvollisuudeksi taata syrjimätön pääsy terveyspalveluihin (ks. tarkemmin Karvonen ym. luku 14 tässä teoksessa). Suomen ratifioima YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden² oikeuksista (vammaisopimus, SopS

1 Perustuslaki 731/1999; yhdenvertaisuuslaki 1325/2014; sosiaalihuoltolaki 1301/2014; terveydenhuoltolaki 1326/2010).

2 Vammaisilla henkilöillä tarkoitetaan sopimuksessa henkilöitä, joilla on sellainen pitkäaikainen ruumiillinen, henkinen, älyllinen tai aisteihin liittyvä vamma, joka vuorovaikutuksessa erilaisten esteiden kanssa voi estää heidän täysimääräisen ja tehokkaan osallistumisensa yhteiskuntaan yhdenvertaisesti muiden kanssa.

26–27/2016) edellyttää vammaisten henkilöiden oikeuksien vahvistamista ja syrjimättömyyttä sekä seurantatiedon keräämistä vammaisten ihmisten tilanteesta. Seurantatietoa tarvitaan, jotta voidaan tunnistaa vammaisten ihmisten kohtaama eriarvoisuutta ja syrjintää, suunnitella yhdenvertaisuuden toteutumiseksi tarvittavia toimenpiteitä, seurata niiden vaikutuksia ja siten myös sopimuksen tavoitteiden toteutumista (Nurmi-Koikkalainen ym. 2017). Seurantatietoa saadaan esimerkiksi kansallisista väestötutkimuksista, joissa vammaisuutta lähestytään toimintarajoitteiden kautta: toimintakykyä koskevien kysymysten avulla on mahdollista tunnistaa henkilöt, joilla vaikeudet perustoiminnoissa voivat vaarantaa heidän yhdenvertaisen osallisuutensa. Vertaamalla heidän tilannettaan muuhun väestöön saadaan tietoa eroista, joihin yhteiskunnassa tulisi puuttua yhtäläisten osallistumismahdollisuuksien takaamiseksi kaikille. (WG 2018.)

Tässä luvussa kuvataan 20 vuotta täyttäneiden toimintarajoitteisten ihmisten kokemuksia terveyspalveluista verrattuna muuhun väestöön. Luku tuottaa siten osaltaan vammaissopimuksen edellyttämää seurantatietoa. Samalla saadaan tietoa siitä, miten julkisen vallan velvoite järjestää yhdenvertaisesti terveyspalveluja on toteutunut. Tarkastelun kohteina ovat terveyspalvelujen saanti, sujuvuus ja asiakaslähtöisyys sekä sähköisen asioinnin yleisyys terveydenhuollon ammattilaisten kanssa.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen aineistona on THL:n vuosina 2017–2018 toteuttama Kansallinen terveys, hyvinvointi ja palvelut (FinSote) -tutkimus (N = 26 405). Kysely lähetettiin Suomessa asuvaa 20 vuotta täyttänyttä väestöä edustavalle 59 400 henkilön otokselle (3 300 henkilöä/maakunta). Koska iäkkäät henkilöt muodostavat ison osan sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakkaista, poimittiin otokseen jokaisesta maakunnasta tuhat 75 vuotta täyttänyttä henkilöä sen varmistamiseksi, että heidän tilanteestaan saadaan riittävän luotettava kuva.

Vastanneiden osuus oli koko aineistossa 45,3 prosenttia, mutta osuus vaihteli iän mukaan: 20–54-vuotiailla se oli 28 prosenttia, 55–74-vuotiailla 58,4 prosenttia ja 75 vuotta täyttäneillä 57,3 prosenttia (Pentala-Nikulainen ym. 2018a). Liitetaulukossa 15.1 on esitetty otos ja osallistuneiden lukumäärät ikä- ja sukupuoli-ryhmittäin. Tässä luvussa esitetyt prosenttiosuudet on laskettu käyttämällä kadon vaikutuksia korjaavia painokertoimia³, mutta on huomioitava, että toimintakyvyltään rajoittuneet henkilöt saattavat olla aineistossa aliedustettuina keskimääräistä suuremman vastauskadon takia, mitä painotus ei täysin korjaa.

3 Vastauskatoa korjattiin painokertoimilla, joiden laskentaan on käytetty seuraavia koko otokselle saatavissa olevia tietoja: ikä, sukupuoli, siviilisäätö, koulutusaste, asuinmaakunta ja asuinkunnan taajama-aste (Härkänen ym. 2014). Painokertoimien laskennassa huomioitiin myös eri ikäryhmien erilaiset poimintatodennäköisyydet.

Toimintarajoitteita ja terveyspalveluja koskevat kysymykset

Toimintarajoitteita kartoitettiin kahdella moniosaisella kysymyksellä:

1. ”Pystyttekö yleensä seuraaviin suorituksiin?” Kysymyssarjan alakysymyksinä esitettiin a) kävelemään noin puolen kilometrin matkan levähtämättä, b) lukemaan tavallista sanomalehtitekstiä (silmälaseilla tai ilman), c) kuulemaan, mitä usean henkilön välisessä keskustelussa sanotaan (kuulokojeen kanssa tai ilman). Vastausvaihdot olivat 1) pystyn vaikeuksista, 2) pystyn, mutta vaikeuksia on jonkin verran, 3) pystyn, mutta se on minulle erittäin vaikeaa ja 4) en pysty lainkaan. (McWhinnie 1981.)
2. ”Seuraavaksi kysymme Teiltä muistiin, oppimiseen ja keskittymiseen liittyviä kysymyksiä”, jotka olivat a) muistini toimii..., b) uusien tietojen omaksuminen ja asioiden oppiminen sujuu minulta..., c) pystyn yleensä keskittymään asioihin... Vastausvaihdot olivat 1) erittäin hyvin 2) hyvin 3) tyydyttävästi 4) huonosti 5) erittäin huonosti. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariverio/47/>

Toimintarajoitteisiksi henkilöiksi luokiteltiin ne, jotka valitsivat ensimmäisen kysymyksen yhdessä tai useammassa alakohdassa vaihtoehdon 3) pystyn, mutta se on minulle erittäin vaikeaa tai 4) en pysty lainkaan, sekä ne, jotka valitsivat toisen kysymyksen yhdessä tai useammassa alakohdassa vaihtoehdon 4) huonosti tai 5) erittäin huonosti. Kysymykset ovat olleet pitkään käytössä THL:n väestötutkimuksissa ja ne perustuvat kansainvälistä toimintarajoitteisuuden tilastointia kehittävän YK:n alaisen Washington Groupin suositukseen siitä, millaisilla kysymyksillä voidaan tunnistaa ainakin suurin osa toimintarajoitteisista ihmisistä (Berger ym. 2016; WG 2018).

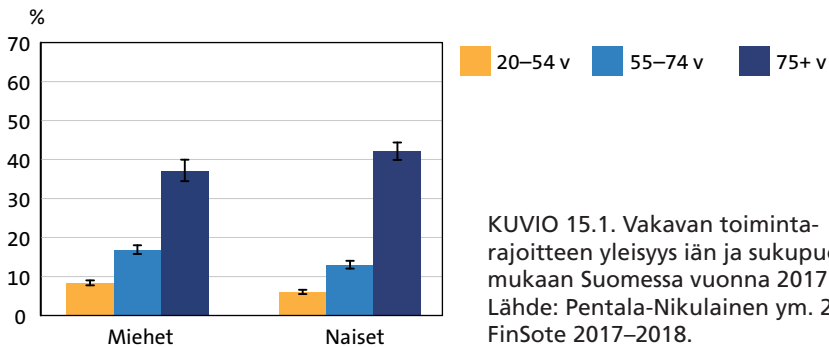
Terveyspalveluja koskevilla kysymyksillä kartoitettiin tyydyttymätöntä terveyspalvelujen tarvetta, saatavuutta ja saavutettavuutta, sujuvuutta, asiakaslähtöisyyttä sekä sähköisen asioinnin yleisyyttä. Muuttujat on tarkemmin kuvattu liitteessä 15.1.

Tilastolliset analyysit ja tulosten esittäminen

Toimintarajoitteiden yleisyyttä koskevat tulokset esitetään väestöä edustavina osuuksina. Logistisella regressioanalyysillä tarkasteltiin terveyspalvelukokemusten yhteyttä toimintarajoitteeseen sekä sukupuolen ja toimintarajoitteen sekä iän ja toimintarajoitteen välisiä yhdysvaikutuksia. Terveyspalvelukokemuksia koskevat tulokset esitetään ikävakioituina osuuksina sukupuolen ja toimintarajoitteen mukaan. Molempia sukupuolia koskevat tulokset on ikä- ja sukupuolivakioitu. Taulukoihin merkitty toimintarajoitteisten ja muiden välisen eron tilastollinen merkitsevyys koskee molempia sukupuolia yhteensä, ja se perustuu Waldin testiin mallissa, jossa on ikä, sukupuoli ja toimintarajoite. Ikäryhmittäiset, vakioimattomat tulokset sukupuolen mukaan on raportoitu liitetaulukossa 15.2.

Toimintarajoitteisuuden yleisyys

Vakavia toimintarajoitteita koki noin 14 prosenttia suomalaisista aikuisista. Toimintarajoitteisuus yleistyi iän myötä jyrkästi: nuorimmassa 20–54-vuotiaiden ikäryhmässä vakavia rajoitteita koki seitsemän prosenttia, 55–74-vuotaista 15 prosenttia, ja 75 vuotta täyttäneistä vajaa puolet (40 %) (kuvio 15.1). Yleisimpiä rajoitteita olivat kävelyvaikeudet ja keskittymis- ja oppimiskyvyn ongelmat (taulukko 15.1). Naiset kokivat vaikeuksia puolen kilometrin kävelyssä miehiä useammin, kun miehillä muistin ja keskittymiskyvyn ongelmat olivat hieman yleisempiä kuin naisilla.



KUVIO 15.1. Vakavan toimintarajoitteen yleisyys iän ja sukupuolen mukaan Suomessa vuonna 2017. Lähde: Pentala-Nikulainen ym. 2018b. FinSote 2017–2018.

TAULUKKO 15.1. Toimintarajoitteita kokevien osuus (%) 20 vuotta täyttäneessä väestössä. Lähde: FinSote 2017–2018.

Toimintarajoite	Naiset		Miehet		Yhteensä	
	%	95 %:n LV ¹	%	95 %:n LV ¹	%	95 %:n LV ¹
Sanomalehtitekstin näkeminen ²	2,2	1,9–2,4	2,2	1,9–2,4	2,2	2,0–2,4
Usean henkilön välisen keskustelun kuuleminen ²	2,7	2,4–3,0	2,9	2,6–3,2	2,8	2,6–3,0
Puolen kilometrin käveleminen ²	6,6	6,2–7,1	4,9	4,5–5,3	5,8	5,5–6,1
Muistaminen ³	2,4	2,2–2,7	3,1	2,8–3,4	2,8	2,6–3,0
Keskittyminen ³	3,4	3,0–3,9	4,7	4,2–5,1	4	3,7–4,6
Oppiminen ³	4,7	4,2–5,0	4,9	4,5–5,7	4,8	4,3–5,5
Jokin em. toimintarajoite ⁴ , % (N)	13,5 (2 012)	12,9–14,1	14,0 (1 610)	13,4–14,6	13,7 (3 617)	13,3–14,1
Tutkimukseen osallistuneet N	14 904		11 501		26 405	

¹ 95 %:n luottamusväli

² Oma arvio: suuria vaikeuksia tai ei pysty

³ Oma arvio: huono tai erittäin huono

⁴ Toimintarajoite: suuria vaikeuksia/ei pysty näkemään sanomalehtitekstiä, kuulemaan keskustelua, kävelemään 0,5 km, tai oma arvio muistista, oppimisesta tai keskittymisestä huono/erittäin huono

Tyydyttymätön terveystalvelujen tarve ja hoidon saannin esteet

Suurempi osa toimintarajoitteisista henkilöistä (92 %) kuin muusta väestöstä (88 %) on tarvinnut terveystalveluja. He kuitenkin kokivat harvemmin kuin muut saaneensa näitä talveluja riittävästi (taulukko 15.2). Lähes joka kolmas toimintarajoitteisista henkilöistä ilmoitti, ettei ollut saanut lääkäritalveluja tarpeeseensa nähden riittävästi, kun muusta väestöstä näin koki noin joka seitsemäs. Suhteellisesti suurin ero toimintarajoitteisten ja muiden henkilöiden välillä oli hoitajan vastaanottotalveluissa. Pienin ero oli hammaslääkärin talveluissa, mutta niissäkin tyydyttymätön talvelutarve oli toimintarajoitteisilla henkilöillä kaksi kertaa niin yleistä kuin muulla väestöllä. Suhteelliset erot näyttävät nuorimmassa ryhmässä (20–54-vuotiaat) jonkin verran jyrkemmiltä kuin vanhimmassa ikäryhmässä (liitetaulukko 15.2).

Ongelmat vastaanottoajan tai tutkimusten ja hoidon saamisessa olivat yleisempiä toimintarajoitteisilla henkilöillä kuin muilla (taulukko 15.3). Vastaanottoajan saamisen nopeuteen oli tyytyväisiä vain runsas neljännes toimintarajoitteisista ja runsas kolmannes muusta väestöstä. Monet erilaiset syyt, etenkin korkeat asiakasmaksut mutta myös hankalat matkat ja aukioloajat, vaikeuttivat hoidon saamista toimintarajoitteisilla henkilöillä useammin kuin muilla (kuvio 15.2). Suhteelliset erot hankalissa aukioloajoissa ja korkeissa asiakasmaksuissa olivat suurimmat nuorimmassa ikäryhmässä, jossa esimerkiksi korkeat asiakasmaksut koki ongelmaksi noin 44 prosenttia toimintarajoitteisista, kun vanhimmista toimintarajoitteisista näin koki 27 prosenttia (liitetaulukko 15.2). Useiden hoidon saantia ja sen

TAULUKKO 15.2. Tyydyttämätön terveystalvelujen tarve toimintarajoitteisuuden¹ mukaan, osuus talvelua tarvinneista (%). Lähde: FinSote 2017–2018.

	Miehet ²		Naiset ²		Yhteensä ³	
	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %
Lääkärin vastaanottotalvelut ^{4,5} (N = 19 215) ⁶	24,4	11,9	33,7	14,9	29,2	13,5
Hoitajan vastaanottotalvelut ⁴ (N = 17 646) ⁶	21,0	8,4	23	9,1	22,0	8,8
Hammaslääkärin talvelut ⁴ (N = 14 761) ⁶	28,8	15,7	35,1	17,7	32,1	16,8

¹ Toimintarajoite: suuria vaikeuksia/ei pysty näkemään sanomalehtitekstiä, kuulemaan keskustelua, kävelemään 0,5 km, tai oma arvio muistista, oppimisesta tai keskittymisestä huono/erittäin huono

² Ikävakiointu

³ Ikä- ja sukupuolivakiointu

⁴ Toimintarajoitteisten ja muun väestön välinen tasoero tilastollisesti erittäin merkitsevä (p<0,001)

⁵ Tilastollisesti merkitsevä ikä x toimintarajoite -yhdyksvaikutus (p<0,05)

⁶ Talvelua tarvinneiden lukumäärä

esteitä koskevien muuttujien kohdalla suhteelliset erot näyttävät olevan miehillä jyrkemmät kuin naisilla, mutta vain hankalien aukioloaikojen kohdalla yhdysvaikutus oli tilastollisesti merkitsevä.

TAULUKKO 15.3. Terveyspalvelujen saatavuus toimintarajoitteisuuden¹ mukaan, osuus terveyspalveluja käyttäneistä (%). Lähde: FinSote 2017–2018.

	Miehet ²		Naiset ²		Yhteensä ³	
	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %
Sai yhteyden hoitopaikkaan riittävän nopeasti ⁴ (N = 19 403) ⁵	35,4	46	28,4	38,7	31,7	42,1
Sai vastaanottoajan riittävän nopeasti ⁴ (N = 20 853) ⁵	25,9	39,7	22,1	32,6	23,8	35,9
Pääsi tutkimuksiin ja hoitoihin riittävän nopeasti ⁴ (N = 19 861) ⁵	30,2	46,0	30,9	40,7	30,3	43,1

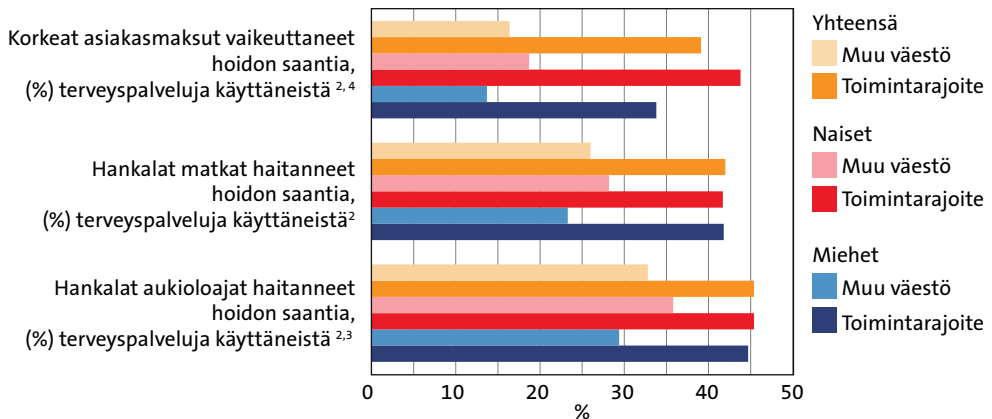
¹ Toimintarajoite: suuria vaikeuksia/ei pysty näkemään sanomalehtitekstiä, kuulemaan keskustelua, kävelemään 0,5 km, tai oma arvio muistista, oppimisesta tai keskittymisestä huono/erittäin huono

² Ikävakioitu

³ Ikä- ja sukupuolivakioitu

⁴ Toimintarajoitteisten ja muun väestön välinen tasoero tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < 0,001$)

⁵ Terveyspalveluja käyttäneiden lukumäärä



¹ Toimintarajoite: suuria vaikeuksia/ei pysty näkemään sanomalehtitekstiä, kuulemaan keskustelua, kävelemään 0,5 km, tai oma arvio muistista, oppimisesta tai keskittymisestä huono/erittäin huono

² Toimintarajoitteisten ja muun väestön välinen tasoero tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < 0,001$)

³ Tilastollisesti merkitsevä sukupuoli x toimintarajoite yhdysvaikutus ($p < 0,05$)

⁴ Tilastollisesti merkitsevä ikä x toimintarajoite yhdysvaikutus ($p < 0,05$)

KUVIO 15.2. Hoidon saannin esteitä kokeneiden osuus toimintarajoitteisuuden¹ mukaan, osuus terveyspalveluja käyttäneistä (%). Lähde: FinSote 2017–2018.

Kokemukset terveystalvelujen sujuvuudesta ja asiakaslhtöisyydestä

Hoidon saantia haitanneista tekijöistä toimintarajoitteiset asiakkaat kokivat tiedonkulun ongelmat, pompottelun palvelupisteestä toiseen ja tietojen kyselyn mo-
neen kertaan useammin ongelmaksi kuin muut (taulukko 15.4). Erot olivat suu-
ria: esimerkiksi pompottelua palvelupisteestä toiseen raportoi lähes joka toinen
toimintarajoitteisista henkilöistä, mutta muusta väestöstä noin joka neljäs.

Taulukossa 15.5 kuvataan asiakaslhtöisyyden toteutumista terveystalveluissa. Yleisesti ottaen toimintarajoitteiset henkilöt kokivat siinä ongelmia muuta väes-
töä useammin. Esimerkiksi riittävästi aikaa vastaanotolla koki saaneensa noin 40
prosenttia toimintarajoitteisista asiakkaista kun muista asiakkaista näin koki 55
prosenttia. Omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon sai mielestään riittävästi
osallistua vajaa kolmannes toimintarajoitteisista asiakkaista, mutta muusta väes-
töstä vajaa puolet.

Sähköinen asiointi

Noin joka seitsemäs koko väestöstä on ollut internetin välityksellä yhteydessä
lääkäriin tai hoitajaan (taulukko 15.6). Kun nuorimmassa ikäryhmässä hieman
useampi toimintarajoitteisista kuin muista samanikäisistä oli käyttänyt internetiä
yhteydenotossaan lääkäriin tai hoitajaan, niin vanhimmassa ikäryhmässä tilanne
oli päinvastainen (liitetaulukko 15.2).

TAULUKKO 15.4. Terveystalvelujen toimivuus toimintarajoitteisuuden¹ mukaan, osuus terveystalveluja käyttäneistä (%). Lähde: FinSote 2017–2018.

	Miehet ²		Naiset ²		Yhteensä ³	
	Toiminta- rajoite, %	Muu väestö, %	Toiminta- rajoite, %	Muu väestö, %	Toiminta- rajoite, %	Muu väestö, %
Tiedonkulussa ongelmia/hoido ei sujuvaa ⁴ (N = 19 210) ⁵	64,4	51,6	70	56,3	67,4	54,1
Pompoteltiin palvelupisteestä toiseen ⁴ (N = 20 239) ⁵	41,1	23,5	46,8	28,1	44,1	25,9
Tietoja kyseltiin useaan kertaan ⁴ (N = 20 212) ⁵	57,9	41,0	66,6	49,9	62,5	45,8

¹ Toimintarajoite: suuria vaikeuksia/ei pysty näkemään sanomalehtitekstiä, kuulemaan keskustelua, kävelemään 0,5 km, tai oma arvio muistista, oppimisesta tai keskittymisestä huono/erittäin huono

² Ikävakiointu

³ Ikä- ja sukupuolivakiointu

⁴ Toimintarajoitteisten ja muun väestön välinen tasoero tilastollisesti erittäin merkitsevä (p<0,001)

⁵ Terveystalveluja käyttäneiden lukumäärä

TAULUKKO 15.5. Terveyspalvelujen asiakaslähtöisyyden toteutuminen toimintarajoitteisuuden¹ mukaan, osuus terveyspalveluja käyttäneistä (%).
Lähde: FinSote 2017–2018.

	Miehet ²		Naiset ²		Yhteensä ³	
	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %
Riittävä vastaanottoaika ⁴ (N = 21 438) ⁵	44,8	57,6	36,6	51,8	40,4	54,5
Riittävästi aikaa kysyä terveydestä ja hoidosta ⁴ (N = 21 253) ⁵	43,7	57,4	33,6	51,4	38,4	54,2
Asiat selitettiin ymmärrettävästi ⁴ (N = 21 440) ⁵	46,5	58,8	36,4	56,1	41,2	57,3
Sai osallistua hoitopäätöksiin ⁴ (N = 20 617) ⁵	33,2	48,8	29,2	44,3	31,0	46,4

¹ Toimintarajoite: suuria vaikeuksia/ei pysty näkemään sanomalehtitekstiä, kuulemaan keskustelua, kävelemään 0,5 km, tai oma arvio muistista, oppimisesta tai keskittymisestä huono/erittäin huono

² Ikävakioitu

³ Ikä- ja sukupuolivakioitu

⁴ Toimintarajoitteisten ja muun väestön välinen tasoero tilastollisesti erittäin merkitsevä (p<0,001)

⁵ Terveyspalveluja käyttäneiden lukumäärä

TAULUKKO 15.6. Sähköinen asiointi terveyspalveluissa toimintarajoitteisuuden¹ mukaan (%). Lähde: FinSote 2017–2018.

	Miehet ²		Naiset ²		Yhteensä ³	
	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %
Asioinut lääkärin kanssa internetin välityksellä ⁴ (N = 22 652) ⁶	14,3	13,3	16,9	15,2	15,7	14,2
Asioinut hoitajan kanssa internetin välityksellä ⁴ (N = 22 703) ⁶	14,5	13,2	22,1	16,5	18,1	14,9
Asioinut muun terveydenhuollon ammattilaisen kanssa internetin välityksellä ⁵ (N = 22 184) ⁶	10,0	8,2	13,6	7,8	11,6	8,0

¹ Toimintarajoite: suuria vaikeuksia/ei pysty näkemään sanomalehtitekstiä, kuulemaan keskustelua, kävelemään 0,5 km, tai oma arvio muistista, oppimisesta tai keskittymisestä huono/erittäin huono

² Ikävakioitu

³ Ikä- ja sukupuolivakioitu

⁴ Tilastollisesti merkitsevä ikä x toimintarajoite-yhdysvaikutus (p<0,05)

⁵ Toimintarajoitteisten ja muun väestön välinen tasoero tilastollisesti merkitsevä (p=0,0019)

⁶ Vastanneiden lukumäärä

Pohdinta

Henkilöillä, joilla on oman arvionsa mukaan huomattavia toimintarajoitteita perustoinnoissa, kuten näössä, kuulossa, liikkumisessa tai tiedonkäsittelyssä, on selvästi kielteisempiä kokemuksia terveyspalveluista kuin muulla väestöllä. Tähän väestönosaan kuuluu joka seitsemäs, joten tulokset koskevat merkittävää väestöryhmää. Toimintarajoitteisten ihmisten palvelutarpeet jäävät useammin tyydyttymättä, ja hoitoon pääsemisessä ja hoidon sujuvuudessa on useammin ongelmia. Toimintarajoitteiset ihmiset kokevat muita useammin, että vastaanotolla ei ole riittävästi aikaa eikä terveydentilasta tai hoidosta saa riittävästi ymmärrettävää tietoa. Myös osallistuminen omaa hoitoa koskeviin päätöksiin on harvinaisempaa kuin muilla.

Toimintarajoitteisten ihmisten muuta väestöä kielteisemmät kokemukset voivat osin selittyä heidän runsaammalla palvelujen käytöllään, sillä paljon palveluja käyttävälle ehtii todennäköisemmin kertyä kielteisiä kokemuksia. Kokemukset myös helpottavat arvioinnissa, ja henkilöllä, jolla on paljon kokemuksia, vaatimustaso voi olla korkeampi kuin kokemattomammilla asiakkailla. Aiemmassa väestökyselyssä paljon palveluja käyttävillä oli huonompia kokemuksia terveyspalvelujen asiakaslähtöisyydestä kuin palveluja harvoin käyttävillä (Aalto ym. 2017).

Tulokset terveyspalvelukokemuksista saavat tukea aiemmista melko harvalukuisista suomalaisista väestötasoisista tutkimuksista, joissa terveyspalvelujen yhdenvertaisuutta on tarkasteltu toimintarajoitteisten ihmisten näkökulmasta. Terveys 2011 -tutkimuksen mukaan tyydyttymätön lääkärin hoidon tarve oli toimintarajoitteisilla henkilöillä kaksi kertaa niin yleistä kuin muussa väestössä, ja he kokivat korkeat palvelumaksut selvästi useammin hoidon saannin esteeksi kuin muu väestö (Sainio ym. 2017). Mikkolan ym. (2016) tutkimuksessa terveyspalvelujen tyydyttymätön tarve oli selvästi yleisempää kuulovaikeuksia kokeneillä iäkkäillä ihmisillä kuin muilla samanikäisillä. Kansteen ym. (2018) kouluterveydenhuollon terveydenhoitajan ja lääkärin palveluja koskevassa tutkimuksessa todettiin, että toimintarajoitteisilla nuorilla tyydyttämätön tuen ja avun tarve oli yli kaksi kertaa yleisempää muihin nuoriin verrattuna. Myös monissa muissa maissa toimintarajoitteisten ihmisten kokema tyydyttymätön palvelutarve ja huonot palvelukokemukset ovat yleisempiä kuin muussa väestössä (Gulley ym. 2008; WHO 2011; Casey 2015; Sakellariou ym. 2017).

Tulokset osoittavat, että yhdenvertaisuus ei toteudu terveyspalveluissa. Yhdenvertaisuuden ytimenä on syrjinnän kieltäminen. Lain mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan esimerkiksi terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella (Suomen perustuslaki 6 §, yhdenvertaisuuslaki 8 §). Viranomaisen on arvioitava yhdenvertaisuuden toteutumista toiminnassaan ja ryhdyttävä tarvittaviin toimenpiteisiin yhdenvertaisuuden toteutumisen edistämiseksi (Yhdenvertaisuuslaki 5 §). Tosiasiallisella yhdenvertaisuudella tarkoitetaan yhdenvertaisuuden aktiivista edistämistä tarvittaessa niin,

että muutetaan yhdenvertaisuutta estäviä olosuhteita⁴. Terveyspalveluissa toimintatarjoitteisten ihmisten tosiasiallisen yhdenvertaisuuden toteutuminen edellyttää usein muun muassa esteettömyyteen, saavutettavuuteen, asennekasvatukseen ja asiantuntemuksen kasvattamiseen liittyviä aktiivisia toimia.

Viranomaisten palvelujen saavutettavuutta onkin edistetty kansainvälisesti. Euroopan parlamentin ja neuvoston saavutettavuusdirektiivissä säädetään julkisen hallinnon verkkosivustojen ja mobiilisovellusten saavutettavuuden minimitasosta sekä keinoista, joilla saavutettavuuden toteutumista valvotaan (EU 2016/2102). Direktiivi ja sitä seuraava kansallinen lainsäädäntö vaativat viranomaisia tekemään digitaaliset palvelut saavutettaviksi. Suomessa hallituksen esitys laiksi digitaalisten palveluiden tarjoamisesta on annettu eduskunnalle 3.5.2018. Saavutettavuusvaatimusten soveltaminen käynnistyy portaittain 23.9.2019. Tämä on selvä edistysaskel, joka voi lisätä toimintatarjoitteisten ihmisten mahdollisuuksia saada palveluja yhdenvertaisesti muiden kanssa, kun digitaalinen asiointi terveyspalveluissa tulee edelleen yleistymään. Digitaaliset ratkaisut voivat myös helpottaa toimintatarjoitteisten ihmisten asiointia: esimerkiksi älypuhelimet ja tabletit auttavat kommunikoinnissa kuvien avulla (<http://papunet.net/>), jos puhuminen ei onnistu. Tämän tutkimuksen mukaan sähköinen asiointi terveyspalveluissa oli vielä yleensä ottaen melko harvinaista, mutta aiemman väestökyselyn tulosten perusteella vammais- palveluja käyttäneistä kaksi kolmasosaa hyödynsi aktiivisesti sähköisiä palveluja ja suurin osa piti niitä hyödyllisinä (Hyppönen & Ilmarinen 2016; ks. myös Hyppönen & Ilmarinen luku 17 tässä teoksessa). Yhdenvertaisuuden kannalta on tärkeää kehittää digitaalisten palvelujen rinnalla myös muita asiointitapoja, sillä iäkkäästä väestöstä yli kolmannes ei käytä internetiä asiointiin (Sainio & Koskinen 2018).

Terveyspalvelujen saavutettavuuden esteistä kulkuongelmat nousevat kansainvälisessä kirjallisuudessa merkittäväksi tyydyttymättömän palvelutarpeen selitykseksi (Scheer ym. 2003; de Vries McClintock ym. 2016). Myös tämän tutkimuksen tuloksissa hankalat matkat terveyspalveluihin haittasivat toimintatarjoitteisia ihmisiä merkittävästi enemmän kuin muita. Usein myös hankaliksi koetut aukioloajat heijastavat kulkemisen ongelmia palveluihin. FinTerveys 2017 -tutkimuksen mukaan 70 vuotta täyttäneistä ihmisistä joka kymmenennelle ongelmia tuottivat pitkät etäisyydet palveluihin ja joka viidettä haittasivat huonot liikenneyhteydet (Vilkko ym. 2018). Kulkemismahdollisuuksien parantamisen niin joukkoliikenteessä kuin taksin avulla tulisi olla poliittisten päätöksentekijöiden prioriteettitilillä, mutta ainakin toistaiseksi liikennekaaren taksipalveluja koskevat uudistukset (Laki liikenteen palveluista, 2017/320) ovat tuoneet vammaisten ihmisten kulkemiseen lisää epävarmuutta. Nähtäväksi jää, kuinka kansalaisten yhdenvertaisuus ja turvallisuus liikkumisessa tulevaisuudessa toteutuvat.

Toimintatarjoitteisten ihmisten kokemukset palvelupisteestä toiseen pomppotellusta ja tiedonkulun ongelmista osoittavat palvelujen integraatiossa olevan paran-

4 <http://yhdenvertaisuus.finlex.fi/yhdenvertaisuuden-arviointi/mita-arvioidaan/>

tamisen varaa. Kokemukset liiallisesta kiireestä vastaanotolla ja omaa terveydentilaa ja hoitoa koskevasta riittämättömästä tiedonsaannista saattavat johtaa jopa terveyspalvelujen käytön vähentämiseen, millä puolestaan on haitallisia seurauksia hyvinvoinnille (Scheer ym. 2003). Lisäksi toimintarajoitteiset henkilöt kokivat muita yleisemmin, etteivät saaneet riittävästi osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Edellä kuvatut toimintarajoitteisten ihmisten kohtaamat ongelmat voivat kertoa siitä, että heidän tarpeitaan ei kuulla riittävästi terveydenhuollossa eikä heidän kykynsä tehdä omaa elämäänsä koskevia päätöksiä uskota. Asennekasvatus ja tietoisuuden lisääminen vammaisista ihmisistä terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutuksessa vahvistaisi vammaisten ja toimintarajoitteisten oikeuksien ja yhdenvertaisuuden toteutumista (Vammaissopimus).

Toimintakyvyn ongelmat tulevat yleistymään väestön ikääntyessä. Monet terveysongelmat ovat keskimäärin yleisempiä toimintarajoitteisilla henkilöillä ja siten myös terveyspalvelujen tarve on heillä suurempi muihin verrattuna. Kun toimintarajoitteisten ihmisten palvelutarpeet jäävät useammin tyydyttymättä kuin muun väestön, johtaa väestörakenteen muutos tyydyttymättömän palvelutarpeen kasvuun, ellei asiaan puututa pikaisesti. Terveyspalvelujen saannin esteitä on mahdollista poistaa ja vähentää, sillä ainakin osa niistä on rakenteellisia, palvelujärjestelmään liittyviä esteitä, kuten jonot, hankalat matkat ja korkeat palvelumaksut (Casey ym. 2015). Vammaisten ja toimintarajoitteisten ihmisten tarpeiden huomiointiin ottaminen edellyttää määrätietoista poliittista otetta sekä palvelujärjestelmän kehittämistä. Esteettömyys ja saavutettavuus on nähtävä terveyspalveluissa itseltään selvinä asioina – ei poikkeuksina.

Toteutuessaan maakunta- ja sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen uudistukset (sote-uudistus) tulevat mullistamaan terveyspalvelujen järjestämisen, toteuttamisen ja rahoituksen ennennäkemättömällä tavalla. Tässä muutoksessa on muistettava, että rakenteet ja järjestämisen tavat rahoituksesta puhumattakaan eivät ole itseisarvoja. Ne eivät voi ohittaa niitä oikeuksia, joita ihmisillä perustuslain, Suomea sitovien ihmisoikeussopimusten ja terveyspalveluja koskevan kansallisen lainsäädännön nojalla on. Sote-uudistusta suunniteltaessa ja toteutettaessa on, tarvittaessa aktiivisin toimenpitein ja lisäresurssein, varmistettava palveluihin pääsy ja niiden laatu ja sopivuus kaikille asiakkaille.

Lähteet

- Aalto, Anna-Mari & Vehko, Tuulikki & Sinervo, Timo & Sainio, Salla & Muuri, Anu & Elovainio, Marko & Pekurinen, Markku (2018): Terveydenhuollon asiakaslähtöisyys. Palvelujen käyttäjien kokemuksia terveystalvelujen toiminnasta. Tutkimuksesta tiiviisti 12/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-880-7>
- Berger, Nicolas & Robine, Jean-Marie & Ojima, Toshiyuki & Madans, Jennifer & Van Oyen, Herman (2016): Harmonising summary measures of population health using global survey instruments. *Journal of Epidemiology and Community Health* 70:1039–1044. Doi:10.1136/jech-2015-206870
- Casey, Rebecca (2015): Disability and unmet health care needs in Canada: A longitudinal analysis. *Disability and Health Journal* 8:175–81.
- EU 2016/2102. Euroopan parlamentin ja neuvoston saavutettavuus direktiivi 2016/2102. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=CELEX%3A32016L2102>
- Gulley, Stephen & Altman, Barbara (2008): Disability in two health care systems: Access, quality, satisfaction, and physician contacts among working-age Canadians and Americans with disabilities. *Disability and Health Journal* 1:196–208.
- Hypönen, Hannele & Ilmarinen, Katja (2016): Sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaatio. Tutkimuksesta tiiviisti 22/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-739-8>.
- Härkänen, Tommi & Kaikkonen, Risto & Virtala, Esa & Koskinen, Seppo (2014): Inverse probability weighting and doubly robust methods in correcting the effects of non-response in the reimbursed medication and self-reported turnout estimates in the ATH survey. *BMC Public Health* 14:1150. Doi:10.1186/1471-2458-14-1150
- Kanste, Outi & Sainio, Päivi & Halme, Nina & Nurmi-Koikkalainen, Päivi (2017): Toimintarajoitteisten nuorten hyvinvointi ja avun saaminen – Toteutuuko yhdenvertaisuus? Kouluterveyskyselyn tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 24/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-838-8>
- Kanste, Outi & Sainio, Päivi & Halme, Nina & Nurmi-Koikkalainen, Päivi (2018a): Erilaisia toimintarajoitteita kokevien nuorten hyvinvointi ja kasvuymppäristön turvallisuus. Tutkimuksesta tiiviisti 24/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-156-0>
- Kanste, Outi & Halme, Nina & Sainio, Päivi (2018b): Tyydyttämätön tuen ja avun tarve toimintarajoitteisilla ja muilla nuorilla koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, tulossa.
- McWhinnie, JR (1981): Disability assessment in population surveys: results of the O.E.C.D. Common Development Effort. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 29: 413–419.
- Mikkola Tuija & Polku Hannele & Sainio Päivi & Koponen Päivikki & Koskinen Seppo & Viljanen, Anne (2016): Hearing loss and use of health services: a population-based cross-sectional study among Finnish older adults. *BMC Geriatrics* 16:182. doi:10.1186/s12877-016-0356-5
- Nurmi-Koikkalainen, Päivi (2017): Tiedontarve vammaisuudesta. Teoksessa: Päivi Nurmi-Koikkalainen & Sanna Ahola & Mika Gissler & Nina Halme & Seppo Koskinen & Minna-Liisa Luoma & Antti Malmivaara & Anu Muuri & Päivi Sainio & Katri Sääksjärvi & Riikka Väyrynen: Tietoa ja tietotarpeita vammaisuudesta. Analyysia THL:n tietotuotannosta. Työpöytäpaperi 38/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 13–19. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-946-0>
- Pentala-Nikulainen, Oona & Koskela, Timo & Parikka, Suvi & Aalto, Anna-Mari & Muuri, Anu (2018a): Alueelliset erot aikuisväestön palvelukokemuksissa ja hyvinvoinnissa: FinSote 2018. Tilastoraportti 21/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2018060125085>
- Pentala-Nikulainen, Oona & Koskela, Timo & Parikka, Suvi & Kilpeläinen, Heikki & Koskeniemi, Timo & Aalto, Anna-Mari & Muuri, Anu & Koskinen, Seppo & Lounamaa, Anne (2018b): Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2017–2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkojulkaisu: thl.fi/finnote.

- Popplewell, Nicola & Rechel, Boika & Abel, Gary (2014): How do adults with physical disability experience primary care? A nationwide cross-sectional survey of access among patients in England. *BMJ Open* 4:e004714. doi:10.1136/bmjopen-2013-004714.
- Sainio, Päivi & Sääksjärvi, Katri & Nurmi-Koikkalainen, Päivi & Ahola, Sanna & Koskinen, Seppo (2017): Toimintarajoitteisuuden yleisyys ja toimintarajoitteisten henkilöiden hyvinvointi – tuloksia Terveys 2011 -tutkimuksesta. Teoksessa: Päivi Nurmi-Koikkalainen & Sanna Ahola & Mika Gissler & Nina Halme & Seppo Koskinen & Minna-Liisa Luoma & Antti Malmivaara & Anu Muuri & Päivi Sainio & Katri Sääksjärvi & Riikka Väyrynen: Tietoa ja tietotarpeita vammaisuudesta. Analyysia THL:n tietotuotannosta. Työpäperi 38/2017. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 34–52. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-946-0>
- Sainio, Päivi & Koskinen, Seppo (2018): Arki-toimista suoriutuminen. Teoksessa: Päivikki Koponen & Katja Borodulin & Annamari Lundqvist & Katri Sääksjärvi & Seppo Koskinen (toim.): Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. *FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 164–167.
- Sakellariou, Dikaios & Rotarou, Elena (2017): Access to healthcare for men and women with disabilities in the UK: secondary analysis of cross-sectional data. *BMJ Open* 7:e016614. Doi:10.1136/bmjopen-2017-016614.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 1§. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>.
- Suomen perustuslaki 731/1999, 6 § ja 19§. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- Terveystieteiden tutkimuskeskus (2010): Terveystieteiden tutkimuskeskus. *Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 2 §*. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- THL (2016–2017). THL:n laatimat ennakkoarviot. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-jarjestaminen/sote-jarjestamislaki-ja-thl-n-ennakkoarviot>, <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/valinnanvapaus>
- Vammaissopimus, SopS 26–27/2016. <https://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/2016/20160027>.
- Valentine, Nicole & Bonsel, Gouke J & Murray, Christopher JL (2007): Measuring quality of health care from the user's perspective in 41 countries: psychometric properties of WHO's questions on health systems responsiveness. *Quality of Life Research* 16(7):1107–25.
- Vilkko, Anni & Sainio, Päivi & Hammar, Teija & Vainio, Suvi (2018): Asuinympäristö. Teoksessa: Päivikki Koponen & Katja Borodulin & Annamari Lundqvist & Katri Sääksjärvi & Seppo Koskinen (toim.): Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. *FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 168–173.
- de VriesMcClintock, Heather & Barg, Frances & Katz, Sam & Stineman, Margaret & Krueger, Alice & Colletti, Patrice & Boellstorff, Tom & Bogner, Hillary (2016): Health care experiences and perceptions among people with and without disabilities. *Disability and Health Journal* 9:74–82.
- WG (2018). Washington Group on Disability Statistics. Luettu 28.9.2018. <http://www.washingtongroup-disability.com/>
- WHO and World Bank (2011). World report on disability. World Health Organization and the World Bank. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf?ua=1
- Yhdenvertaisuuslaki 1325/2014, 5 §. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141325>.

Liitteet

LIITETAULUKKO 15.1. Otos ja osallistuneiden lukumäärät ikä- ja sukupuoliryhmittäin, lkm. Lähde: FinSote 2017–2018.

Ikäryhmä	Otos	Osallistuneet
20–54 yhteensä	24 543	6 870
miehet	12 602	2 886
naiset	11 941	3 984
55–74 yhteensä	16 715	9 768
miehet	8 200	4 446
naiset	8 515	5 322
75+ yhteensä	17 050	9 767
miehet	6 789	4 169
naiset	10 261	5 598

Ylipeitto (kuolleet, ulkomaille muuttaneet) yhteensä: 1 092

LIITETAULUKKO 15.2. Terveyspalveluja koskevat muuttujat toimintarajoitteisuuden¹ mukaan ikä- ja sukupuoliryhmittäin (%). Lähde: FinSote 2017–2018.

	Ikäryhmä					
	20–54		55–74		75 +	
	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %
Lääkärin vastaanottopalveluja riittämättömästi saaneiden osuus, (%) palvelua tarvinneista						
Miehet	31,5	11,1	19,7	12,9	22,5	13,3
Naiset	44,3	16,6	31,1	13,0	22,5	13,6
Yhteensä	37,3	14,2	24,9	12,9	22,5	13,5
Hoitajan vastaanottopalveluja riittämättömästi saaneiden osuus, (%) palvelua tarvinneista						
Miehet	23,9	8,6	20,1	8,0	19,1	10,6
Naiset	29,2	8,9	22,5	9,2	18,9	10,3
Yhteensä	26,6	8,7	21,1	8,7	19,0	10,4
Hammaslääkärin palveluja riittämättömästi saaneiden osuus, (%) palvelua tarvinneista						
Miehet	29,8	15,3	29,2	16,1	25,0	17,5
Naiset	46,5	20,1	26,5	15,7	25,1	13,8
Yhteensä	38,1	17,9	27,8	15,9	25,0	15,3
Hoitopaikkaan riittävän nopeasti yhteyden saaneiden osuus (%)						
Miehet	38,6	45,9	33,4	47,7	31,8	41,0
Naiset	26,3	36,9	29,8	41,5	31,2	40,0
Yhteensä	32,8	41,0	31,8	44,5	31,4	40,4
Vastaanottoajan riittävän nopeasti terveydenhuollossa saaneiden osuus (%)						
Miehet	18,7	41,3	30,2	38,7	26,0	33,1
Naiset	20,2	31,4	21,8	35,0	23,8	31,8
Yhteensä	19,4	36,0	26,5	36,7	24,6	32,4

¹ Toimintarajoite: koettu vakava rajoite näkemisessä, kuulemisessa, 0,5 km kävelyssä, muistamisessa, oppimisessa tai keskittymisessä.

LIITETAULUKKO 15.2. jatkuu

	Ikäryhmä					
	20–54		55–74		75 +	
	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %
Tutkimuksiin ja hoitoihin riittävän nopeasti terveydenhuollossa päässeiden osuus (%)						
Miehet	23,3	43,5	34,9	49,6	35,2	44,7
Naiset	27,9	38,8	31,4	43,0	34,2	42,4
Yhteensä	25,2	40,9	33,3	46,1	34,6	43,3
Hankalat audioloajat haittaaneet hoidon saantia, (%) terveystalvija käyttäneistä						
Miehet	50,8	31,5	40,5	26,3	38,1	28,3
Naiset	56,9	42,1	33,2	28,4	35,5	27,2
Yhteensä	53,6	37,2	37,3	27,4	36,5	27,7
Hankalat matkat haittaaneet hoidon saantia (%), terveystalvija käyttäneistä						
Miehet	43,1	24,3	41,0	21,2	42,2	25,2
Naiset	45,0	28,1	39,0	27,6	43,2	30,7
Yhteensä	44,0	26,3	40,0	24,6	42,8	28,3
Korkeat asiakasmaksut vaikeuttaneet hoidon saantia (%), terveystalvija käyttäneistä						
Miehet	31,9	12,7	40,0	15,0	26,5	15,3
Naiset	58,0	20,4	37,3	17,4	27,1	16,7
Yhteensä	44,4	16,8	38,8	16,3	26,9	16,1
Tiedonkulussa ongelmia/hoito ei sujuvaa (%)						
Miehet	67,2	55,6	61,9	47,7	55,5	42,8
Naiset	76,3	60,5	61,8	53,2	59,3	46,4
Yhteensä	71,3	58,2	64,5	50,6	57,9	44,9
Hoidon saantia haittasi pompottelu palvelupisteestä toiseen (%), terveystalvija käyttäneistä						
Miehet	43,9	24,8	41,1	21,6	34,3	22,7
Naiset	56,9	31,3	40,5	25,1	33,7	23,3
Yhteensä	50,2	28,3	40,9	23,5	33,9	23,0
Hoidon saantia haittasi tietojen kysely useaan kertaan (%), terveystalvija käyttäneistä						
Miehet	62,6	44,5	53,8	36,5	50,7	37,5
Naiset	74,8	56,6	60,2	43,2	52,5	39,3
Yhteensä	68,5	51,0	56,6	40,1	51,8	38,5
Riittävä vastaanottoaika (%)						
Miehet	50,9	58,7	39,4	57,0	41,7	54,1
Naiset	31,7	52,4	37,2	51,3	38,8	50,1
Yhteensä	41,9	55,3	38,4	53,9	39,9	51,8
Riittävästi aikaa kysyä terveydentilasta ja hoidosta (%)						
Miehet	46,0	57,5	41,7	58,0	42,1	54,6
Naiset	28,3	51,2	33,3	51,7	38,2	50,5
Yhteensä	37,8	54,2	38,0	54,7	39,6	52,2

¹ Toimintarajoite: koettu vakava rajoite näkemisessä, kuulemisessa, 0,5 km kävelyssä, muistamisessa, oppimisessa tai keskittymisessä.

LIITETAULUKKO 15.2. jatkuu

	Ikäryhmä					
	20–54		55–74		75 +	
	Toiminta- rajoite, %	Muu väestö, %	Toiminta- rajoite, %	Muu väestö, %	Toiminta- rajoite, %	Muu väestö, %
Asiat selitettiin ymmärrettävästi (%)						
Miehet	51,6	58,6	43,4	59,0	44,1	60,2
Naiset	31,6	54,4	33,3	57,6	44,0	58,2
Yhteensä	42,3	56,4	39,6	58,2	44,1	59,0
Sai osallistua omaa hoitoa ja tutkimuksia koskeviin päätöksiin(%)						
Miehet	32,2	49,3	31,9	48,8	34,6	46,4
Naiset	26,4	43,6	29,1	45,2	31,8	44,6
Yhteensä	29,4	46,2	30,7	46,9	32,8	45,4
Asioinut lääkärin kanssa internetin välityksellä (%)						
Miehet	13,8	11,7	17,3	15,3	13,2	16,2
Naiset	19,2	15,5	17,7	15,6	9,9	13,8
Yhteensä	16,2	13,7	17,5	15,5	11,1	14,8
Asioinut hoitajan kanssa internetin välityksellä (%)						
Miehet	12,8	9,7	19,0	17,6	19,0	20,0
Naiset	23,7	15,4	26,3	18,1	14,6	18,9
Yhteensä	17,5	12,6	22,1	17,8	16,2	19,4
Asioinut muun terveydenhuollon ammattilaisen kanssa internetin välityksellä (%)						
Miehet	9,1	7,1	11,2	9,7	11,7	10,1
Naiset	15,7	7,5	13,7	8,2	10,1	9,6
Yhteensä	11,9	7,3	12,3	9,0	10,7	9,8

¹ Toimintarajoite: koettu vakava rajoite näkemisessä, kuulemisessa, 0,5 km kävelyssä, muistamisessa, oppimisessa tai keskittymisessä.

Liite 15.1. Terveyspalveluja koskevien kysymysten kuvaus

Tyydyttymätöntä terveyspalvelujen tarvetta kartoitettiin kysymällä vastaajilta, olivatko he mielestään saaneet riittävästi seuraavia terveyspalveluja 12 viime kuukauden aikana: a) lääkärin vastaanottopalvelut, b) sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanottopalvelut c) hammaslääkäripalvelut. Vastausvaihtoehdot olivat 1) en ole tarvinnut palveluja, 2) olisin tarvinnut mutta palvelua ei saatu, 3) olen käyttänyt, palvelu ei ollut riittävää, 4) olen käyttänyt, palvelu oli riittävää. Vastajia pyydettiin huomioimaan sekä kunnan että yksityisen palveluntarjoajan palvelut. Tyydyttymättömän palvelutarpeen yleisyys palvelua tarvinneiden keskuudessa laskettiin jakamalla vastausvaihtoehdon 2 tai 3 valinneiden henkilöiden lukumäärä vastausvaihtoehdon 2, 3 tai 4 valinneiden määrällä. Terveyspalveluja tarvinneeksi luokiteltiin ne, jotka vastasivat tarvinneensa tai saaneensa lääkärin vastaanottopalveluja, hoitajan palveluja tai hammaslääkäripalveluja (vastausvaihtoehdot 2, 3 tai 4).

Kokemuksia terveyspalvelujen saatavuudesta kartoitettiin pyytämällä vastaajia arvioimaan, kuinka hyvin seuraavat väittämät olivat toteutuneet heidän kohdallaan: a) sain yhteyden hoitopaikkaan riittävän nopeasti, b) sain vastaanottoajan riittävän nopeasti ja c) pääsin tutkimuksiin riittävän nopeasti (esim. laboratoriokokeet, röntgen, ultraäänitutkimus). Vastausvaihtoehdot olivat: 1) aina, 2) useimmiten, 3) joskus, 4) ei koskaan, 5) ei koske minua (en ole käyttänyt terveyspalveluja). Terveyspalvelujen saatavuuden kriteerinä pidettiin ”optimaalista” tilannetta eli sitä että hoitoon pääsy riittävän hyvin toteutui aina. Näin ollen terveyspalvelujen saatavuuden hyväksi arvioineiden osuus laskettiin jakamalla vastausvaihtoehdon 1 valinneiden henkilöiden lukumäärä vastausvaihtoehdon 1, 2, 3 tai 4 valinneiden määrällä.

Terveyspalvelujen saannin esteitä kartoitettiin pyytämällä vastaajia arvioimaan, olivatko hoidon saantia haitanneet 12 viime kuukauden aikana a) hankalat aukioloajat, b) hankalat matkat, c) korkeat asiakasmaksut. Vastausvaihtoehdot olivat 1) aina, 2) useimmiten, 3) joskus, 4) ei koskaan, 5) ei koske minua (en ole käyttänyt terveyspalveluja). Terveyspalvelujen saannin koettujen esteiden yleisyys laskettiin jakamalla vastausvaihtoehdon 1, 2 tai 3 valinneiden henkilöiden lukumäärä vastausvaihtoehdon 1, 2, 3 tai 4 valinneiden määrällä.

Terveyspalvelujen sujumista kartoitettiin kysymällä a) kuinka usein asiat hoidettiin sujuvasti ja tieto kulki ammattilaisten välillä; sekä kuinka usein hoidon saantia oli haitannut b) pompottelu palvelupisteestä toiseen ja c) oman tilanteen selvittäminen usealle työntekijälle tai moneen kertaan. Vastausvaihtoehdot olivat: 1) aina, 2) useimmiten, 3) joskus, 4) ei koskaan, 5) ei koske minua (en ole käyttänyt terveyspalveluja). Terveyspalvelujen sujuvuusongelmien yleisyys laskettiin a-kysymyksen kohdalla jakamalla vaihtoehdon 2, 3 tai 4 valinneiden henkilöiden lukumäärä vaihtoehdon 1, 2, 3 tai 4 valinneiden määrällä; b- ja c-kysymyksissä sujuvuusongelmia kokeneiden osuus laskettiin jakamalla vastausvaihtoehdon 1, 2 tai 3 valinneiden henkilöiden lukumäärä vastausvaihtoehdon 1, 2, 3 tai 4 valinneiden määrällä.

Kokemuksia terveystalvelujen asiakaslhtöisyydestä kartoitettiin neljällä vaitämällä, joita on käytetty WHO:n terveydenhuollon asiakaslhtöisyyskyselyssä (Valentine, Bonsel, & Murray, 2007). Vastaavia kysymyksiä on käytetty myös OECD:n potilaskokemuksen laatuindikaattoreina (<http://www.oecd.org/els/health-systems/hcqi-responsiveness-and-patient-experiences.htm>). Vastaajia pyydettiin ajattelemaan kokemuksiin hoitohenkilöstöstä (lääkärit, hoitajat tai muu hoitava henkilöstö) 12 viime kuukauden ajalta ja arvioimaan, kuinka seuraavat asiat olivat toteutuneet heidän kohdallaan: a) kanssani vietettiin riittävästi aikaa vastaanottokäynnillä, b) asiat selitettiin ymmärrettävästi c) sain tarpeeksi aikaa kysyä terveydentilastani tai saamistani hoidoista, d) sain osallistua hoitoani tai tehtyjä tutkimuksia koskeviin päätöksiin niin paljon kuin halusin. Vastausvaihtoehdot olivat 1) aina, 2) useimmiten, 3) joskus, 4) ei koskaan, 5) ei koske minua (en ole käyttänyt terveystalveluja). Terveystalvelujen asiakaslhtöisyyden hyväksi arvioineiden osuus laskettiin jakamalla kussakin kysymyksessä vastausvaihtoehdon 1 valinneiden henkilöiden lukumäärä vastausvaihtoehdon 1, 2, 3 tai 4 valinneiden määrällä.

Sähköistä asiointia kartoitettiin kysymällä, kuinka monta kertaa vastaaja on ollut yhteydessä terveydenhuollon ammattilaiseen 12 viime kuukauden aikana internetin välityksellä (tietokoneella, kännykällä tai muulla laitteella) a) lääkäriin b) terveyden- tai sairaanhoitajaan ja c) muuhun terveydenhuollon ammattilaiseen. Vastausvaihtoehdot olivat: 1) en kertaakaan, 2) yhden kerran, 3) 2–3 kertaa, 4) 4–6 kertaa, 5) yli 6 kertaa. Sähköisen asioinnin yleisyys on laskettu niistä vastaajista, jotka ovat vastanneet kohtiin a, b ja c vaihtoehdon 2, 3, 4 tai 5.