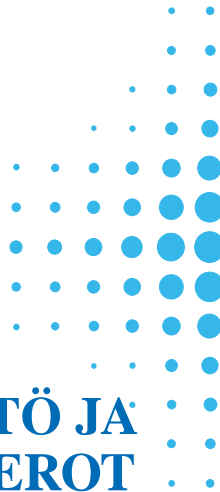


TERVEYS  
HÄLSA  
HEALTH  
**2000**



# TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ JA SEN VÄESTÖRYHMITÄISET EROT

Terveys 2000 -tutkimus

Helsinki  
2006





Kansanterveyslaitos  
Folkhälsoinstitutet  
National Public Health Institute

Kansanterveyslaitoksen julkaisuja

B 10/2006

---

Publications of the National Public Health Institute

# **TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ JA SEN VÄESTÖRYHMITÄISET EROT**

## **Terveys 2000 -tutkimus**

Unto Häkkinen ja Pirkko Alha, toim.

Kansanterveyslaitos  
Terveysten ja toimintakyvyn osasto

KTL-National Public Health Institute, Finland  
Department of Health and Functional Capacity

Helsinki 2006

Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B 10/2006  
Copyright National Public Health Institute

**Julkaisija – Utgivare – Publisher**

**Kansanterveyslaitos (KTL)**

Mannerheimintie 166  
00300 Helsinki  
Puh. vaihde (09) 47 441, faksi (09) 4744 8408

**Folkhälsoinstitutet**

Mannerheimvägen 166  
00300 Helsingfors  
Tel. växel (09) 47 441, telefax (09) 4744 8408

**National Public Health Institute**

Mannerheimintie 166  
FI-00300 Helsinki  
FINLAND  
Telephone + 358 9 47 441, telefax + 358 9 4744 8408

ISBN 951-740-640-1 (print)  
ISBN 951-740-641-X (pdf)  
ISSN 0359-3576  
<http://www.ktl.fi/terveys2000>  
<http://www.ktl.fi/portal/2920>

Taitto: Riitta Nieminen

Hakapaino Oy, Helsinki 2006

Häkkinen U, Alha P, toim.

TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ JA SEN VÄESTÖRYHMITTÄISET EROT.

Terveys 2000 -tutkimus.

Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B 10/2006, 168 sivua

ISBN 951-740-640-1 (print); ISBN 951-740-641-X (pdf)

ISSN 0359-3576

## TIIVISTELMÄ

Raportti kokoaa yhteen Terveys 2000 -tutkimuksen palvelujen käyttöä koskevat keskeiset väestöryhmittäiset tulokset. Tulokset esitetään sukupuolen, iän, alueen, siviilisäädyn, koulutusasteen, kunnan taajama-asteen ja tulojen mukaan muodostetuissa väestöryhmissä.

Tulosten mukaan aikuisväestöstä 71 % oli ollut terveystarkastuksessa ja 90 % seulontatutkimuksessa viimeisten viiden vuoden aikana. Vuoden aikana aikuisväestö kävi lääkärissä keskimäärin 2,9 kertaa, terveydenhoitajan tai sairaanhoitajan luona 1,6 kertaa sekä hammaslääkärissä 1,3 kertaa. Edeltäneen vuoden aikana sairaalan vuodeosastolla oli käynyt 11 %, mielenterveyspalveluja käyttänyt 5,4 % sekä fysikaalisessa hoidossa käynyt 11 % aikuisväestöstä. Haastatteluhetkellä aikuisväestöstä 58 % käytti vähintään yhtä reseptilääkettä, 53 % itsehoitolääkettä ja 28 % luontaistuotetta.

Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on yhä sosioekonomisesti eriarvoinen. Enemmän koulutetut ja ylempiin tulojoukkoihin kuuluvat henkilöt käyvät muita useammin terveystarkastuksissa, seulontatutkimuksissa, hammashoidossa ja fysikaalisessa hoidossa. Myös lääkäripalveluissa käyttö oli suurituloisia suosivaa, kun se suhteutetaan sairastavuuden perusteella arvioituun tarpeeseen. Vähemmän koulutetut ja pienituloiset ilmoittavat muita useammin sairastavansa tautia, johon he eivät saa hoitoa. Toisaalta sosioekonomisia eroja havaittiin myös sellaisissa hoitomuodoissa ja palveluissa (vitamiinivalmisteet, luontaistuotteet sekä vaihtoehtoiset hoitomuodot), joiden hyödyistä ei yksimielisyyttä ole saavutettu.

**Asiasanat:** Väestökysely, terveyspalvelujen käyttö, väestöryhmittäiset erot

Häkkinen U, Alha P, red.

## SKILLNADERNA MELLAN OLIKA BEFOLKNINGSGRUPPERS UTNYTTJANDE AV HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSTJÄNSTER.

Hälsa 2000 -undersökningen.

Folkhälsoinstitutets publikationer, B 10/2006, 168 sidor

ISBN 951-740-640-1; ISBN 951-740-641-X (pdf)

ISSN 0359-3576

## SAMMANDRAG

Rapporten sammanställer de viktigaste resultaten från undersökningen Hälsa 2000 när det gäller olika befolkningsgruppers utnyttjande av tjänster. Resultaten presenteras indelade efter kön, ålder, region, civilstånd, utbildningsnivå, kommunens tätortsgrad samt inkomster.

Enligt resultaten hade 71% av den vuxna befolkningen genomgått hälsokontroll och 90% deltagit i en screeningundersökning under de senaste fem åren. Under året hade den vuxna befolkningen besökt läkare minst 2,9 gånger, hälsovårdare eller sjukskötare 1,6 gånger och tandläkare 1,3 gånger. Under det föregående året hade 11 procent av den vuxna befolkningen varit inlagd på sjukhus, 5,4% hade utnyttjat mentalvårdstjänster och 11% hade fått fysioterapi. Vid tidpunkten för intervjun intog 58% av den vuxna befolkningen minst en receptbelagd medicin, 53% ett egenvårdsläkemedel och 28% ett naturmedel.

Det finländska hälso- och sjukvårdssystemet är fortfarande socioekonomiskt sett orättvist. Personer med högre utbildning och inkomster besöker oftare än andra hälsokontroller, screeningundersökningar, tandvård och fysioterapi. När utnyttjandet av läkartjänster ställdes i relation till det uppskattade behovet enligt sjukligheten, framgick det att höginkomsttagare gynnades mer. Personer med lägre utbildning och inkomster uppgav oftare än de andra att de lider av en sjukdom som de inte får behandling för. Socioekonomiska skillnader konstaterades emellertid också inom sådana vårdformer och tjänster (vitaminpreparat, naturmedel och alternativa vårdformer), om vars nytta det ännu inte råder enighet.

**Nyckelord:** Befolkningsenkät, utnyttjande av hälso- och sjukvårdstjänster, skillnader mellan befolkningsgrupper

Häkkinen U, Alha P, eds.

HEALTH SERVICE UTILIZATION AND ITS SOCIOECONOMIC DETERMINANTS. Health 2000 Survey.

Publications of the National Public Health Institute, B 10/2006, 168 Pages

ISBN 951-740-640-1; ISBN 951-740-641-X (pdf)

ISSN 0359-3576

## ABSTRACT

The report describes the main results of Health 2000 study concerning the use of health services according to key population groups. The results are presented according to gender, age, region, marital status, educational level, population density, and income group.

According to the results 71% of population have been in health examinations and 90% in screening examinations during the last five years. During the last year adults visited a doctor 2,9 times, a nurse or public health nurse 1,6 times and a dentists 1,3 times, on average. During the last year 11% of adults had been in hospital as an inpatient, 5,4% had used mental health services and 11% had used physiotherapists services. At the time of interview 58% of the interviewed used at least one prescribed medicine, 53% non-prescription medicines and 28% natural medicines.

Socioeconomic inequity still prevails in the Finnish health care system. More educated and those belonging to the highest income quintiles used more often than others health examinations, screening, dental services and physiotherapy. Also use of physician services was distributed pro rich when the use was related to need for services. On the other hand, there were socioeconomic differences also in services (such as use of vitamins, natural medicines, alternative medicine) or whose benefits are controversial.

**Keywords:** population survey, use of health services, differences between population groups





# SISÄLLYSLUETTELO

<b>TIIVISTELMÄ</b> .....	<b>3</b>
<b>SAMMANDRAG</b> .....	<b>4</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>5</b>
<b>1 JOHDANTO</b> .....	<b>9</b>
<b>2 AINEISTO JA MENETELMÄT</b> .....	<b>10</b>
2.1. Otanta ja tiedonkeruu .....	10
2.2. Liitetaulukoissa käytetyt taustamuuttujat.....	13
2.3. Tilastolliset menetelmät .....	21
<b>3 TERVEYSTARKASTUKSET, SEULONTATUTKIMUKSET JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN</b> .....	<b>22</b>
3.1. Terveystarkastukset .....	23
3.2. Seulontatutkimuksissa käynti .....	25
3.3. Osallistuminen terveyttä edistävään ryhmätoimintaan .....	28
3.4. Pohdinta.....	29
<b>4 AVOHOITOPALVELUT</b> .....	<b>32</b>
4.1. Omalääkärijärjestelmä ja hoitoon hakeutuminen .....	32
4.2. Käynnit avohoidossa sairauksien ja oireiden vuoksi .....	33
4.3. Palvelujen käyttö eräissä sairauksissa.....	39
4.4. Pohdinta.....	43
<b>5 SAIRAALAHOIDOT JA LEIKKAUKSET</b> .....	<b>44</b>
5.1. Sairaalahoidot.....	44
5.2. Leikkaukset .....	47
5.3. Pohdinta.....	49
<b>6 MIELENTERVEYSPALVELUT</b> .....	<b>51</b>
6.1. Mielenterveyspalvelujen käyttö hoidonantajan mukaan.....	51
6.2. Mielenterveyspalvelujen käyttö hoitopaikan mukaan .....	51
6.3. Nuorten aikuisten (18–29-vuotiaat) mielenterveyspalvelujen käyttö.....	53
6.4. Pohdinta.....	54
<b>7 HAMMASHOITOPALVELUT</b> .....	<b>55</b>
7.1. Johdanto .....	55
7.2. Menetelmät .....	55
7.3. Tulokset.....	57
7.4. Pohdinta.....	65

<b>8</b>	<b>RESEPTI- JA ITSEHOITOLÄÄKKEET</b> .....	<b>68</b>
8.1.	Lääkkeiden käyttö.....	68
8.2.	Pohdinta.....	74
<b>9</b>	<b>VITAMIINI- JA KIVENNÄISAINEMISEET, RAVINTOLISÄT JA LUONTAISTUOTTEET</b> .....	<b>76</b>
9.1.	Käsitteitä.....	76
9.2.	Tulokset.....	77
9.3.	Pohdinta.....	78
<b>10</b>	<b>FYSIOTERAPIAPALVELUJEN KÄYTTÖ</b> .....	<b>80</b>
10.1.	Tulokset.....	80
10.2.	Pohdinta.....	82
<b>11</b>	<b>VAIHTOEHTOISTEN HOITOJEN KÄYTTÖ</b> .....	<b>83</b>
11.1.	Hieronta .....	83
11.2.	Muut vaihtoehtoiset hoidot.....	84
11.3.	Pohdinta.....	85
<b>12</b>	<b>KOETTU HOIDONTARVE JA SEN TYYDYTTYMINEN</b> .....	<b>86</b>
<b>13</b>	<b>JOHTOPÄÄTÖKSET</b> .....	<b>90</b>
<b>14</b>	<b>LIITETAULUKOT</b> .....	<b>93</b>
	<b>LÄHTEET</b> .....	<b>165</b>

# 1 JOHDANTO

Suomen väestön terveydentilaa ja terveystalvelujen käyttöä on arvioitu järjestelmällisesti 1960 luvulta lähtien. Kansaneläkelaitoksen ensimmäisen kerran vuonna 1964 tekemä Terveydenhuollon väestötutkimus toteutettiin myös vuosina 1968, 1978 ja 1987 (Purola ym. 1967 ja 1971, Kalimo 1982, 1989 ja 1992) sekä viimeisin yhdessä Stakesin kanssa, vuosina 1995 ja 1996 (Arinen ym. 1998). Lisäksi Stakes teki vuosina 1991–1994 aikuisväestön terveyttä ja terveystalvelujen käyttöä koskevat, puhelinhaastatteluun perustuneet tutkimukset (Aro ym. 1992, 1993, 1994, Häkkinen ym. 1996). Uusin Stakesin puhelinhaastattelu (Suomalaisten hyvinvointi- ja talvelut -kysely) tehtiin vuonna 2004 (Kautto 2006). Se sisälsi myös terveystalvelujen käyttöä koskevia kysymyksiä.

Terveydenhuollon kehittämistä varten tarvitaan luotettavaa tietoa. Vaikka Suomessa terveydenhuollon rekisterit ovat kattavampia kuin useassa muussa maassa, ei niiden avulla ole toistaiseksi pystytty tuottamaan kaikkea tarvittavaa tietoa. Esi-merkiksi terveystarkastuksista, perusterveydenhuollon ja mielenterveystalvelujen avohoitokäynneistä, itsehoitolääkkeistä ja vaihtoehtoishoidosta ei ole saatavilla rekisteritietoa. Tämän takia väestötutkimuksiin perustuvia haastatteluja ja kyselyjä tarvitaan edelleenkin. Tiedonkeruu kattaa kaikki väestöryhmät ja myös ne, jotka eivät ole käyttäneet terveystalveluja. Tämä mahdollistaa terveystalvelujärjestelmän arvioimisen väestön näkökulmasta.

Tässä raportissa kuvataan terveystalvelujen käyttöön liittyviä tuloksia vuosina 2000–01 toteutetusta Terveys 2000 -tutkimuksesta. Kansanterveyslaitos yhteistyössä monien muiden laitosten kanssa toteutti tämän tutkimuksen, jonka yleisenä tavoitteena oli hankkia ajankohtaiset tiedot väestön tärkeimmistä kansansairauksista, niiden syistä ja hoidosta sekä väestön työ- ja toimintakyvystä. Tutkimuksen perustuloksia koskevat raportit (Aromaa ja Koskinen 2002, Koskinen ym. 2005) sisältävät myös terveystalvelujen käyttöä koskevia tietoja. Lisäksi hammas- ja fysioterapia talveluita koskevia tuloksia on jo raportoitu erillisissä julkaisuissa (Suominen-Taipale ym. 2004, Hakulinen 2004, Suominen-Taipale ym. 2005). Nämä julkaisut eivät kuitenkaan sisällä sekä alle 30-vuotiaita että tätä vanhempia koskevaa kokonaistarkastelua, minkä takia tähän raporttiin on sisällytetty kaikkia terveystalveluita koskevat tulokset. Tässä raportissa kootaan yhteen Terveys 2000 -tutkimuksen talvelujen käyttöä koskevat keskeiset väestöryhmittäiset tulokset. Raportin liitetaulukossa on esitetty tärkeimmät yli 18-vuotiaiden terveystalvelujen käyttöä ja hoidon tarvetta koskevat tiedot sukupuolen, iän, alueen, siviilisäädyn, koulutusasteen, kunnan taajama-asteen ja tulojen mukaan muodostetuissa väestöryhmissä. Näihin tietoihin nojautuen ovat Terveys 2000 -tutkimuksen terveystalvelujen tutkimusryhmän jäsenet sekä eräät muut hankkeen tutkijat laatineet erilliset artikkelit keskeisistä talvelujen käytön osa-alueista.

## 2 AINEISTO JA MENETELMÄT

*Pirkko Alha*

Terveys 2000 -tutkimuksen aineisto ja menetelmät on perusteellisesti kuvattu Terveys 2000 -julkaisusarjan Menetelmäraportissa (Heistaro 2005). Seuraavassa esitellään tässä raportissa käytettyä aineistoa ja sen analysointia. Kaikki tutkimuksessa käytetyt lomakkeet ovat saatavilla Terveys 2000 -tutkimuksen kotisivuilta ([www.ktl.fi/terveys2000](http://www.ktl.fi/terveys2000)).

### 2.1. Otanta ja tiedonkeruu

Terveys 2000 -tutkimuksen perusjoukoksi valittiin Manner-Suomessa 1.7.2000 asuva 18 vuotta täyttänyt aikuisväestö. Tilastokeskuksessa suunniteltiin kaksivaiheinen otanta-asetelma. Tutkimuksen alueyksiköiksi valittiin viisi ns. miljoonapiiriä (yliopistosairaalaapiirit). Perusjoukko ositettiin alueellisesti miljoonapiirien mukaan käyttäen väestömäärään suhteutettua suhteellista kiintiötä. Koko maasta mukaan tuli 80 terveyskeskuspiiriä (160 kuntaa). Niistä valittiin otos tutkittavia systemaattisen otannan avulla. Suurten kaupunkien otoskoko suhteutettiin väestön määrään. Otokseen poimittiin kaksinkertainen määrä 80 vuotta täyttäneitä heidän väestöosuuteensa nähden. Kansaneläkelaitos poimi otoksen ja siinä oli 30 vuotta täyttäneitä (aikuiset) 8028 ja 18–29-vuotiaita (nuoret) 1894. Otos sisälsi myös laitoksissa asuvan väestön. (Laiho ja Djerf 2004)

Tilastokeskuksen haastattelijat tekivät tietokoneavusteisen kotihaastattelun sekä 30 vuotta täyttäneille (T2001, tutkimuslomakkeen numero) että nuorten aikuisten (T2142) otokselle. Tämän jälkeen haastatelluille jätettiin kyselylomake kotona täytettäväksi. Nuorten otokseen kuuluvat henkilöt postittivat lomakkeen (kysely nuorille aikuisille T2140) Kansanterveyslaitokselle. 30 vuotta täyttäneiden otokseen kuuluvat henkilöt toivat lomakkeen (kysely 1 T2002) mukanaan terveystarkastukseen. Jos tutkittava ei osallistunut kotihaastatteluun, tehtiin terveystarkastuksessa lyhyt kotihaastattelu (T2075). Ne, jotka eivät jaksaneet tulla terveystarkastukseen, täyttivät kotiterveystarkastuksessa annetun lyhyen kyselyn 1 (T2070) kotonaan. Jos otokseen kuuluva henkilö ei osallistunut mihinkään edellä mainittuun osioon, yritettiin häntä tavoittaa puhelimitse ja tehdä puhelinhaastattelu (T2077). Jollei tämäkään onnistunut, lähetettiin postitse jälkikysely (T2095). Osallistumattomille nuorille aikuisille lähetettiin myös jälkikysely (terveyskysely nuorille aikuisille T2145).

Kotihaastattelu 30 vuotta täyttäneille tehtiin syyskuun 2000 ja heinäkuun 2001 välisenä aikana. Nuorten haastattelut tehtiin maaliskuu-heinäkuussa 2001. Pääosa palvelujen

käyttöä koskevista kysymyksistä sisältyi kotihaastattelulomakkeeseen tai sitä korvaaviin lyhennettyihin lomakeversioihin. Ainoastaan terveyden edistämistä koskevat kysymykset olivat kysely 1 -lomakkeessa tai sitä korvaavissa lomakeversioissa.

**Taulukko 2.1.1. Poimintahetken otos ja terveyshaastatteluihin ja kyselyihin osallistuneet ikäryhmittäin ja sukupuolittain.**

Ikä	Otos	Pitkä tai lyhyt kotihaastattelu	Puhelinhaastattelu tai jälkikysely	Osallistuneet <sup>1</sup> (%)
<b>Miehet</b>				
18–24	589	474	56	90
25–34	807	638	65	87
35–44	901	758	47	89
45–54	963	842	38	91
55–64	612	549	24	94
65–74	422	384	16	95
75–84	244	215	5	90
85+	80	67	2	86
<b>Yhteensä</b>	<b>4 618</b>	<b>3 927</b>	<b>253</b>	<b>91</b>
<b>Naiset</b>				
18–24	549	440	75	94
25–34	805	698	47	93
35–44	912	811	28	92
45–54	957	876	23	94
55–64	670	616	20	95
65–74	571	507	22	93
75–84	554	480	28	92
85+	286	235	15	87
<b>Yhteensä</b>	<b>5 304</b>	<b>4 663</b>	<b>258</b>	<b>93</b>
<b>Kaikki yhteensä</b>	<b>9 922</b>	<b>8 590</b>	<b>511</b>	<b>92</b>

<sup>1</sup> Osallistunut pitkään tai lyhyeen kotihaastatteluun, puhelinhaastatteluun tai jälkikyselyyn

Koko otoksesta 86 %:lta saatiin tietoa pitkällä tai lyhyellä kotihaastattelulla. Tämän lisäksi 5 % otokseen kuuluvista henkilöistä tavoitettiin puhelinhaastattelulla tai jälkikyselyllä, joten kaikkiaan käytettävissä oli tietoa 92 %:sta otoksesta (taulukko 2.1.1.). Osallistumisaste oli muita korkeampi 55–74-vuotiailla sekä Itä- ja Pohjois-Suomessa asuvilla (taulukko 2.1.2.). Osallistumisaste oli 92,9 % yli 30 vuotta täyttäneiden aineistossa (taulukko 2.1.3.) ja 90,3 % nuorten aineistossa (taulukko 2.1.4.).

**Taulukko 2.1.2. Poimintahetken otos ja terveystarkastusteluihin ja kyselyihin osallistuneet miljoonapiireittäin (miljoonapiirit 31.12.2000).**

Miljoonapiiri	Otos	Pitkä tai lyhyt kotihaastattelu	Puhelinhaastattelu tai jälkikysely	Osallistuneet <sup>1</sup> (%)
HUS (Helsinki)	3 299	2 744	198	89
TYKS (Turku)	1 343	1 177	62	92
TaYS (Tampere)	2 240	1 915	139	92
KYS (Kuopio)	1 681	1 514	63	94
OYS (Oulu)	1 359	1 240	49	95
Yhteensä	9 922	8 590	511	92

<sup>1</sup>Osallistunut pitkään tai lyhyeen kotihaastatteluun, puhelinhaastatteluun tai jälkikyselyyn

**Taulukko 2.1.3. 30 vuotta täyttäneiden otos, osallistuminen tiedonkeruun eri vaiheisiin ja kato.**

	Lukumäärä	%
Otos	8 028	
ennen kenttätöiden alkua kuolleet	49	
Lopullinen otos	7 979	100,0
Kotihaastatteluun osallistuneet	7 087	88,8
pitkä haastattelu	6 986	87,6
lyhyt haastattelu	101	1,3
Terveystarkastukseen osallistuneet	6 354	79,6
Varsinaista terveystarkastusta korvaavaankoti terveystarkastukseen osallistuneet	417	5,2
Kyselyihin vastanneet		
peruskysely (kysely 1)	6 736	84,4
Puhelinhaastatteluun tai jälkikyselyyn osallistuneet	306	3,8
puhelinhaastattelu	243	3,0
jälkikysely	63	0,8
Johonkin tiedonkeruun vaiheeseen osallistuneet	7 415	92,9
Kato	564	7,1
kieltäytyneet	451	5,4
ulkomailla	30	0,4
ei tavoitettu	68	1,1
muu syy	15	0,2

**Taulukko 2.1.4. 18–29-vuotiaiden otos, osallistuminen tiedonkeruun eri vaiheisiin ja kato.**

	Lukumäärä	%
Otos	1 894	
ennen tutkimusta kuolleet	0	
Lopullinen otos	1 894	100,0
Osallistuneet		
haastatteluun	1 503	79,4
peruskyselyyn	1 282	67,7
jälkikyselyyn	205	10,8
Johonkin tiedonkeruun vaiheeseen osallistuneet	1 710	90,3
Kato	184	9,7
kieltäytyneet	114	6,2
ulkomailla	12	0,6
ei tavoitettu	55	2,9
muu syy	3	0,2

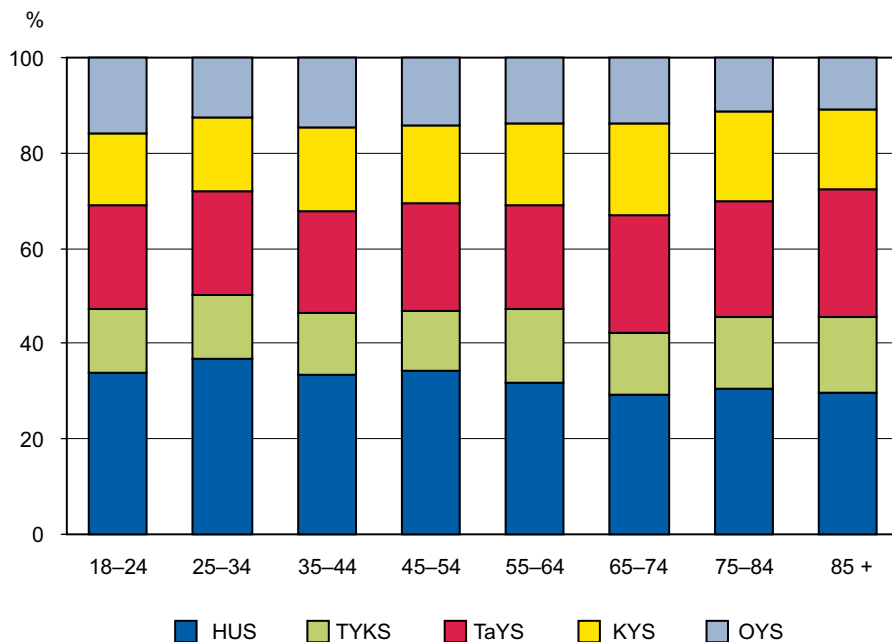
## 2.2. Liitetaulukoissa käytetyt taustamuuttujat

Liitetaulukoissa 3.1.–11.2. ovat raportin keskeiset tulokset esitetty väestöryhmittäisinä ikävakioituina keskiarvoina ja osuuksina ikä- ja sukupuoliryhmittäin, alueittain sekä siviilisäädyn, koulutusasteen, asuinpaikan taajama-asteen ja tuloluokan mukaan. Taulukoissa ja kuvioissa tulokset on esitetty ikävakioituina, ellei muuta erikseen mainita. Taulukoissa oleva (\*) tarkoittaa, että sukupuolen ja iän yhdysvaikutus on tilastollisesti merkitsevä ( $p > 0.05$ ). Kuvioissa 2.2.1.–2.2.10. on havainnollistettu eräitä taustatekijöiden (pääosin iän ja muiden taustatekijöiden) välisiä yhteyksiä, jotka on joissain tapauksessa syytä ottaa huomioon tuloksia arvioitaessa.

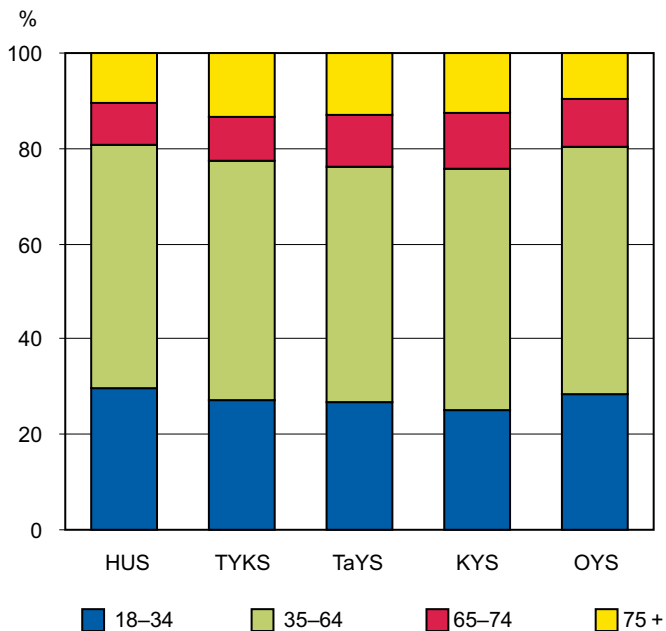
### Ikäryhmät

Raportissa käytetään erilaisia ikäryhmittelyjä riippuen tarkastelun kohteesta. Liitetaulukoissa on useimmiten käytetty 8-luokkaista ryhmittelyä, (18–24, 25–34, 35–44, 45–54, 55–64, 65–74, 75–84, 85+ vuotta), mutta joissain tarkasteluissa 4-luokkaista (18–34, 35–64, 65–74, 75+ vuotta.) Hammashoidon tulokset esitetään ikäryhmittäin myös sen mukaan, kuuluiko vastaaja kansanterveysasetuksella säädettyyn hoidon ensisijaisuus-ikäryhmään (18–44-vuotiaat) ja ellei kuulunut, oliko hän alle 65-vuotias (45–64-vuotiaat) vai eläkeikäinen (65 vuotta täyttäneet).

**Kuvio 2.2.1. Aineiston ikäryhmien jakaantuminen miljoonapiireittäin (%).**



**Kuvio 2.2.2 Miljoonapiirien aineiston jakautuminen ikäryhmittäin (%).**





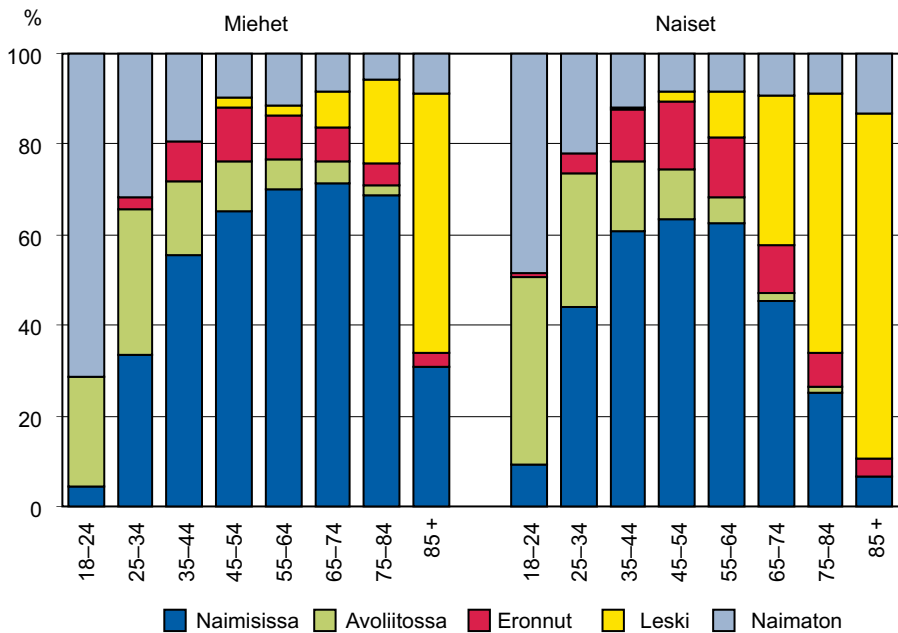
## Miljoonapiiri

Alueellisessa tarkastelussa maa jaettiin viiteen osaan ns. miljoonapiirien perusteella: 1) HUS-piiri eli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin vastuualue, 2) TYKS eli Turun yliopistollisen keskussairaalan vastuualue, 3) TaYS eli Tampereen yliopistollisen sairaalan vastuualue, 4) KYS eli Kuopion yliopistollisen sairaalan vastuualue ja 5) OYS eli Oulun yliopistollisen sairaalan vastuualue (kuvio 2.2.2).

## Siviilisäät

Raportissa käytettävä siviilisäätiryhmittely muodostettiin yhdistämällä alkuperäisestä 5-luokkaisesta ryhmittelystä eronneet tai asumiserossa olevat ja lesket yhdeksi luokaksi, koska nuorista hyvin pieni osa oli leskiä (kuvio 2.2.3). Käytetty ryhmittely oli 1) naimisissa, 2) avoliitossa, 3) eronnut tai asumuserossa tai leski ja 5) naimaton.

**Kuvio 2.2.3. Aineiston ikäryhmien jakautuminen (%) siviilisäädyn mukaan miehillä ja naisilla.**

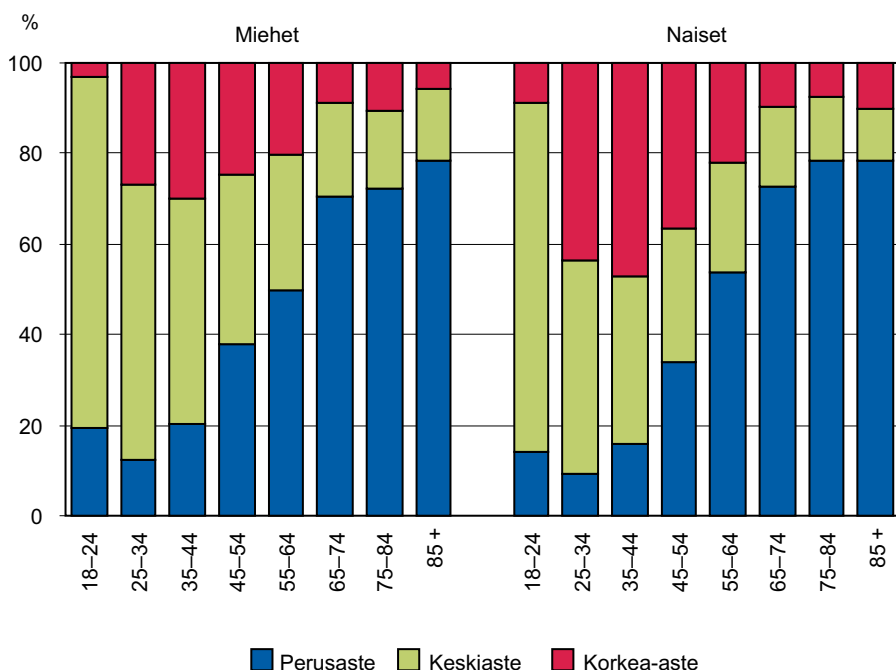


## Koulutusaste

Nuorten osalta koulutustietojen tarkastelua hankaloitti se, että monella olivat vielä opinnot kesken. Tässä raportissa käytettiin koulutusmuuttujaa, joka oli muodos-

tettu suoritettujen tutkintojen mukaan. Nuorten aineistossa koulutus oli ryhmitelty neljään luokkaan (perusaste, keskiaste, ammatillinen korkea-aste ja akateeminen korkea-aste), kun 30 vuotta täyttäneiden aineisto oli jaettu kolmeen luokkaan (perusaste, keskiaste ja korkea-aste). Tämän vuoksi koulutusluokittelut yhdistettiin siten, että nuorten aineistossa ammatillinen korkea-aste jaettiin ylempään ja alempaan luokkaan siten, että ammatillinen opistotutkinto luokiteltiin keskiasteeseen ja ammattikorkeakoulututkinto korkea-asteeseen (kuvio 2.2.4).

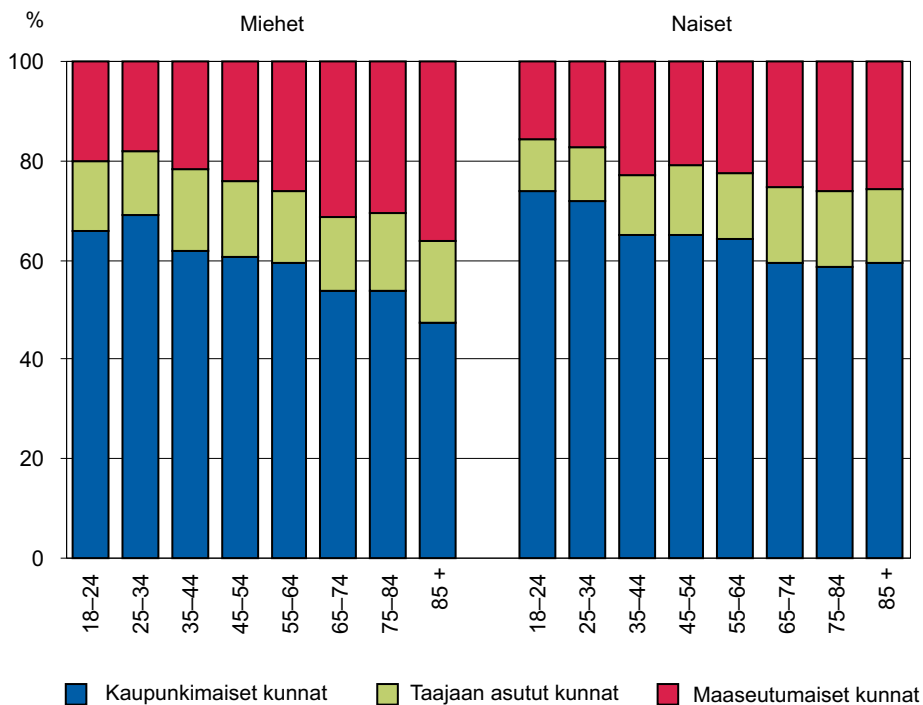
**Kuvio 2.2.4. Aineiston ikäryhmien jakautuminen koulutusasteen mukaan (%) miehillä ja naisilla.**



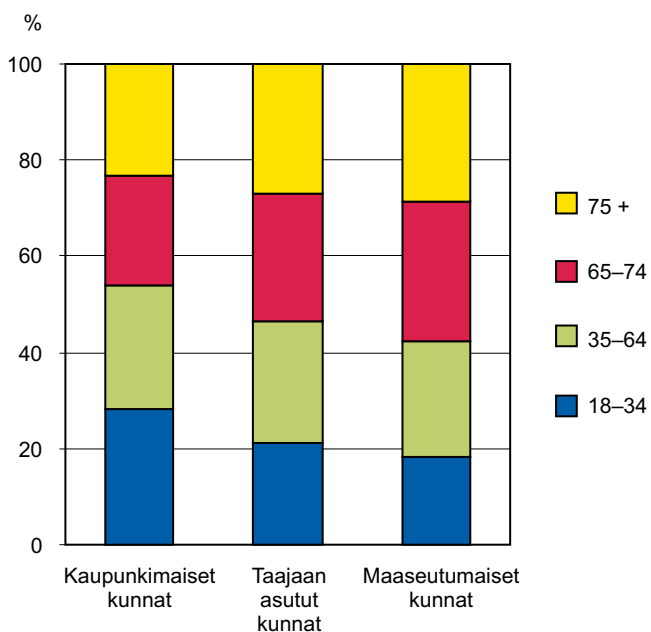
## Taajama-aste

Taajama-aste kuvaa asuinkunnan kaupunkimaisuutta. Luokittelu perustuu Tilastokeskuksen tilastolliseen kuntaryhmitykseen. Se jakaa kunnat taajamaväestön osuuden ja suurimman taajaman väkiluvun perusteella kaupunkimaisiin, taajaan asuttuihin ja maaseutumaisiin kuntiin ([http://www.stat.fi/tk/tt/luokitukset/index\\_alue\\_keh.html](http://www.stat.fi/tk/tt/luokitukset/index_alue_keh.html)). (Kuviot 2.2.5., 2.2.6. ja 2.2.7.)

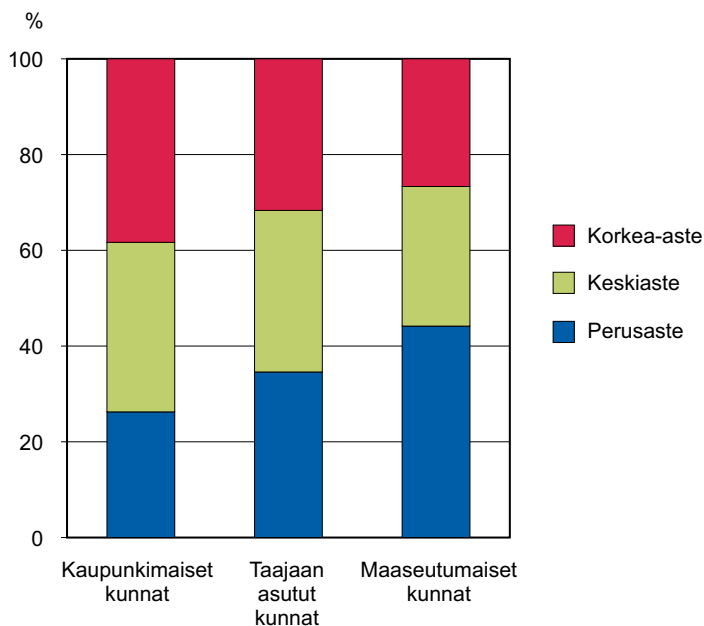
**Kuvio 2.2.5. Aineiston ikäryhmien jakautuminen taajama-asteen mukaan (%) miehillä ja naisilla.**



**Kuvio 2.2.6. Aineiston henkilöiden kotikunnan taajama-asteryhmien jakautuminen ikäryhmittäin (%).**



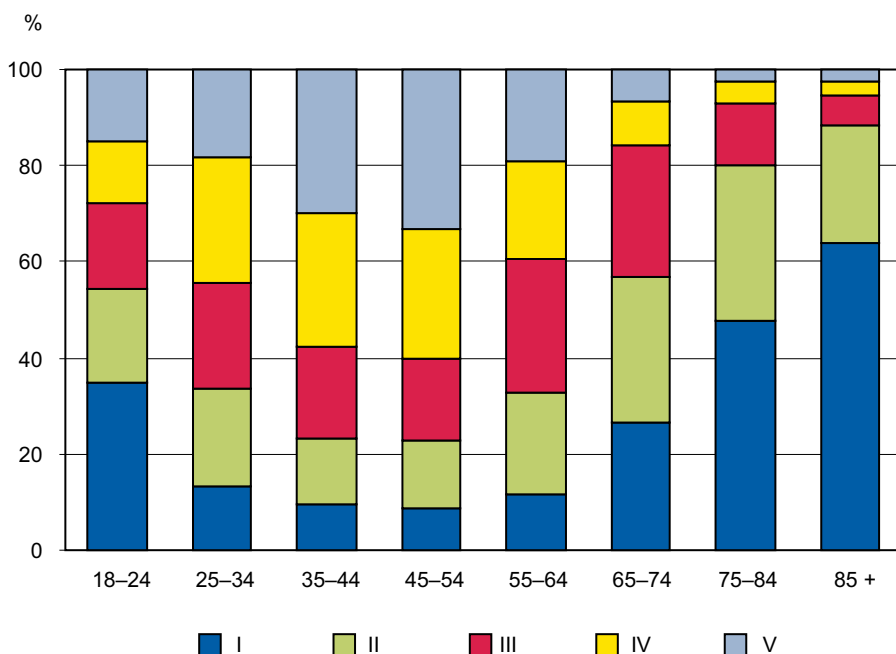
**Kuvio 2.2.7. Aineiston henkilöiden kotikunnan taajama-asteryhmien jakautuminen koulutusasteen mukaan (%).**



## Tuloluokitus

Tuloluokittaisessa tarkastelussa aineisto jaettiin viiteen yhtä suureen osaan eli tuloviidennekseen henkilön kotitalouden kulutusyksikköä kohti laskettujen käytettävissä olevien tulojen perusteella (kuviot 2.2.8., 2.2.9. ja 2.2.10.). Tutkimuksessa sovellettiin kulutusyksikköä, jossa kotitalouden ensimmäinen aikuinen saa arvon 1, muu aikuinen arvon 0,7 ja alle 18-vuotias lapsi arvon 0,5 (<https://www.tilastokeskus.fi/til/ktutk/kas.html>). Tulotiedot perustuivat verohallituksen vuoden 2000 henkilöverotuksen tulotietoihin. Käytettävissä olevat tulot sisälsivät kotitalouden ansio- ja pääomatulot, joista oli vähennetty verot. Joissakin tarkasteluissa käytettiin myös henkilöiden omiin tuloihin perustuvaa tuloluokitusta. Luokkien raja-arvot on esitetty taulukoissa 2.2.1. ja 2.2.2.

**Kuvio 2.2.8. Aineiston ikäryhmien jakautuminen tuloluokkiin (%).**



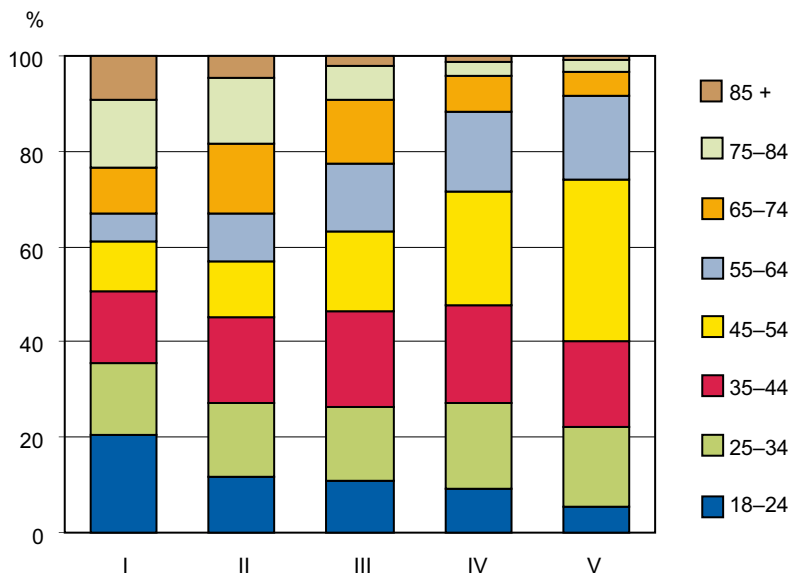
**Taulukko 2.2.1. Kotitalouksien kulutusyksikköä kohti laskettuihin tuloihin perustuvien tuloviidennesten tulorajat, tulot euroa/vuosi.**

Tuloviidennes	Minimi	Maksimi
I alin		< 6 485
II	6 485	9 486
III	9 486	12 398
IV	12 399	16 289
V ylin	> 16 290	

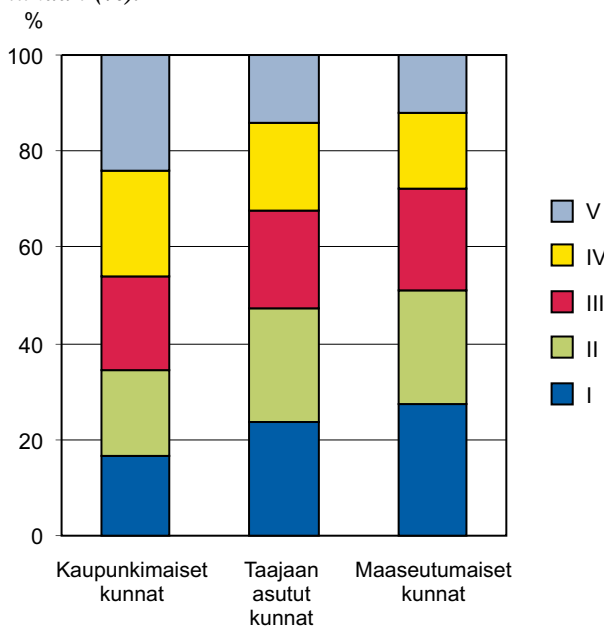
**Taulukko 2.2.2. Haastateltavan omiin tuloihin perustuvien tuloviidennesten tulorajat euroa/vuosi.**

Tuloviidennes	Minimi	Maksimi
I alin		< 5 150
II	5 150	8 929
III	8 930	12 719
IV	12 720	16 634
V ylin	> 16 635	

**Kuvio 2.2.9. Kotitalouden tuloihin perustuvien tuloviidennesten jakautuminen ikäryhmiin (%).**



**Kuvio 2.2.10. Aineiston henkilöiden kotikunnan taajama-asteryhmien jakautuminen tuloviidennesten mukaan (%).**



### 2.3. Tilastolliset menetelmät

Tulokset taulukoitiin keskiarvoina tai esiintyvyyksilukuina käyttäen SUDAANin proseduureja, jotka ottavat käytetyn otanta-asetelman huomioon (Research Triangle Institute 2001; Djerf ym. 2004). Sekoittavien tekijöiden suhteen vakioituneet tunnusluvut estimoidtiin logistisen tai lineaarisen mallin avulla käyttäen REGRESS, LOGISTIC ja MULTILOG proseduureja. Vakioinneissa laskettiin prediktiviset marginaalit kiinnittämällä sekoittavien tekijöiden arvot. Testaamisessa käytettiin F-tunnuslukua 2. asteen Satterthwaite-korjatuilla vapausasteilla, joka ottaa huomioon pienestä terveyskeskuspiirien määrästä johtuvan mahdollisen testin epävakauden (Lehtonen ja Pahkinen 1995; Research Triangle Institute 2001).

Analysoinnissa on käytetty yleensä painoja (ns. kaikki painot), joissa kohdehenkilön osallistumiskriteerinä oli osallistuminen terveyshaastatteluun tai kyselyihin tai puhelinhaastatteluun tai jälkikyselyyn. Joissain analyyseissä on käytetty painoja (ns. unioni-painoja), joissa kohdehenkilön osallistumiskriteerinä oli osallistuminen joko terveyshaastatteluun tai kyselyihin. Tutkittavien lukumäärä vaihtelee tarkasteltavasta ilmiöstä riippuen, koska joitakin palvelujen käyttöä koskevia kysymyksiä sisältyi myös puhelinhaastattelu- ja jälkikyselylomakkeisiin, mutta osa kysymyksistä esiintyi vain laajimmissa lomakeversioissa. Tutkittujen lukumäärää koskeva tieto on merkitty taulukoihin (N).

### 3 TERVEYSTARKASTUKSET, SEULONTATUTKIMUKSET JA TERVEYDEN EDISTÄMINEN

*Päivikki Koponen ja Pirkko Alha*

Väestön terveystarkastusten käyttöä kuvaavissa tutkimuksissa painopiste on yleisimmin ollut sairauksien hoidossa tai lääkärissä käynneissä ilman erottelua käynnin syyn mukaan. Esimerkiksi Suomalaisen aikuisväestön terveystarkastus ja terveyskyselytutkimuksissa (AVTK) kysytään käyntien määrää lääkärin vastaanotolla viimeksi kuluneen vuoden aikana (Helakorpi ym. 2005). Lisäksi kysytään milloin viimeksi on mitattu verenpainetta ja tutkittu veren kolesterolipitoisuutta ja veren sokeripitoisuutta.

Vain muutamissa aiemmissa suomalaisissa väestötutkimuksissa on tarkasteltu tarkemmin määriteltyjä sairauksien ennaltaehkäisyyn ja terveyden edistämiseen liittyviä terveystarkastuksia. Nämä palvelut on rajattu ja määritelty eri tutkimuksissa eri tavoin. Lisäksi tutkimusten vertailtavuutta heikentävät erot palvelujen käytön tarkasteluajankohdissa.

Vuoden 1996 terveydenhuollon väestötutkimuksessa (Arinen ym. 1998) kysyttiin lääkärin suorittamassa terveystarkastuksessa käyntiä viimeisten viiden kuukauden aikana. Työ ja terveys -haastattelututkimuksissa (Piiirainen ym. 2003) on kysytty työterveyshuollon terveystarkastuksissa käyntiä erottelematta niitä lääkärin tai työterveyshoitajan tekemiksi. Lisäksi Työ ja terveys -tutkimuksissa on selvitetty osallistumista viime vuosina työterveyshuollon järjestämiin ryhmätilaisuuksiin, esimerkiksi laihdutus-, niska- tai irti tupakasta ryhmiin. Ryhmän aihepiiriä, tavoitetta tai osallistumisen ajankohtaa ei ole tarkennettu. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksessa (Kunttu ja Huttunen 2001) on kysytty osallistumista ensimmäisen vuoden opiskelijoille suunnattuun terveystarkastukseen tai hammastarkastukseen.

Finriski-tutkimuksissa on selvitetty milloin tutkittava on viimeksi ollut terveystarkastuksessa tai lääkärin tarkastuksessa, jonka syynä eivät olleet oireet tai sairaus (Laatikainen ym. 2003). Lisäksi on kysytty onko koskaan ja milloin viimeksi on tutkittu veren kolesterolipitoisuutta tai veren sokeripitoisuutta, tai mitattu verenpainetta.

Terveystarkastus 2000 -tutkimuksessa ennaltaehkäisevien terveystarkastusten käyttöä selvitettiin terveystarkastuksina, seulontatutkimuksina ja terveyttä edistävään ryhmätoimintaan osallistumisena. Yksittäisten eri syistä tehtyjen terveystarkastusten ja tutkimusten osalta tarkasteluajankohdaksi käytettiin viimeisintä viittä vuotta, mikä



vastaa useimmille seulontatutkimuksille ja terveystarkastuksille suositeltua tai tyyppillistä aikaväliä. Viimeisen vuoden aikana tapahtuneita terveystarkastuksia, seulontatutkimuksia tai ryhmätoimintaan osallistumista ei tarkasteltu erikseen syiden mukaan. Syöpien varhaistoteamiseen kohdistuneiden seulontatutkimuksien tuloksia on kuvattu myös aiemmassa raportissa (Koponen ja Luoto 2004). Seuraavassa esitettävät tulokset pohjautuvat hieman erilaisiin taustamuuttujien luokituksiin, mistä johtuen joissain tuloksissa on pieniä eroja aiemmin julkaistuihin tietoihin verrattuna.

### 3.1. Terveystarkastukset

Haastatelluista 71 % oli osallistunut ainakin yhteen eri syistä tehtyyn terveystarkastukseen viimeisten viiden vuoden aikana, ja 31 % oli osallistunut terveystarkastukseen viimeisen vuoden aikana (taulukko 3.1.1., liitetaulukot 3.1. ja 3.4.). Terveystarkastuksissa olivat käyneet muita useammin naimisissa olevat ja korkea-asteen tutkinnon suorittaneet. Terveystarkastuksissa käyminen yleisty siirryttäessä alemmista ylempiin tuloluokkiin. Naisilla tuloluokkien erot olivat suurempia kuin miehillä.

**Taulukko 3.1.1. Vähintään yhdessä terveystarkastuksessa käyneiden osuus (%) väestöstä.**

	5 vuoden aikana		1 vuoden aikana	
	Mies	Nainen	Mies	Nainen
Siviilisäätö				
Naimisissa	74,4	73,3	25,3	39,1
Avoliitossa	70,4	70,6	22,6	36,8
Eronnut tai leski	69,6	66,0	24,2	33,3
Naimaton	67,3	57,7	26,8	28,7
	p=0,003*	p<0,001*	p=0,600*	p<0,001*
Koulutusaste				
Perusaste	67,6	64,6	24,9	32,6
Keskiaste	73,8	70,0	23,5	35,4
Korkea-aste	74,6	76,7	26,2	40,2
	p<0,001*	p<0,001*	p=0,376*	p<0,001*
Tuloluokka				
I alin	59,8	56,2	22,2	27,4
II	69,9	64,4	25,1	33,6
III	72,8	68,2	24,1	36,0
IV	74,0	76,5	25,7	39,3
V ylin	78,8	78,8	25,0	42,2
	p<0,001*	p<0,001	p=0,623	p<0,001*
Kaikki	70,4	70,5	23,8	37,0
N	3 928	4 665	3 927	4 665

Terveystarkastuksista yleisimpiä olivat työhön tai opiskeluun liittyvät tarkastukset, joissa viimeisten viiden vuoden aikana oli käynyt ainakin kerran 42 % työikäisistä miehistä ja 39 % naisista (taulukko 3.1.1.). Ajokortin hankintaan tai uusintaan liittyviä terveystarkastuksia viimeisten viiden vuoden aikana oli nuorimpaan ikäryhmään kuuluneista ja 45–64-vuotiaista noin puolella, miehillä useammin kuin naisilla (liitetaulukko 3.2.).

Tietylle ikäryhmälle tehtävät terveystarkastukset olivat yleisimpiä niiden naisten keskuudessa, jotka kuuluvat syöpäseulontojen kohderyhmiin. 35–64-vuotiaista naisista 36–45 % oli käynyt ikäryhmäterveystarkastuksessa viimeisten viiden vuoden aikana, vastaavan ikäisistä miehistä vain 6–12 %. Yli puolet 18–34-vuotiaista naisista oli käynyt raskauden ehkäisyyn liittyvässä terveystarkastuksessa. Lisäksi raskauteen ja synnytykseen liittyviä terveystarkastuksia oli viimeisten viiden vuoden aikana 44 %:lla 25–34-vuotiaista naisista.

Noin kolmannes yli 64-vuotiaista miehistä oli käynyt viimeisten viiden vuoden aikana sotaveteraanien terveystarkastuksissa. Muissa terveystarkastuksissa, kuten työttömille tai kutsuntaikäisille kohdennetuissa terveystarkastuksissa tai muissa oma-aloitteisissa tarkastuksissa oli viimeisten viiden vuoden aikana käynyt alle 10 % tutkimukseen osallistuneista.

**Taulukko 3.1.2. Terveystarkastuksissa viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana käyneet (%) sukupuolen mukaan.**

	Miehet (%)	Naiset (%)
Työhön tai opiskeluun liittyvä terveystarkastus (ikä alle 65 v)	39	42
Ajokorttitarkastus	39	22
Tietylle ikäryhmälle tehtävä tarkastus (ikä 25 + v)	8	32
Veteraanien terveystarkastus (ikä 65 + v)	27	
Raskauden ehkäisy (ikä alle 55 v)	0,2	33
Raskauteen, lapsen syntymään tai synnytykseen liittyvä terveystarkastus (ikä alle 45 v)	0,9	29
Muut terveystarkastukset	8	10
N	3881	4557

Terveystarkastuksissa käyminen ei vaihdellut miljoonapiireittäin eikä taajama-as-teittain (liitetaulukko 3.1.). Terveystarkastuksissa käyminen oli yleisintä korkea-asteen tutkinnon suorittaneiden, suurituloisten sekä naimisissa olevien ryhmässä. Tuloluokkien väliset erot eivät olleet yhtä systemaattisia veteraanien terveystarkas-tuksissa (liitetaulukko 3.2.). Toisen poikkeuksen muodostivat naisten koulutus- ja tuloryhmittäiset erot raskauteen tai synnytykseen liittyvissä terveystarkastuksissa, jotka olivat harvinaisempia ylimmissä tuloluokissa ja yleisimpiä vähiten koulute-tuilla nuorilla eli 18–24-vuotiailla. Heitä vanhemmilla naisilla ne olivat yleisempiä korkeammin koulutetuilla. Nämä erot heijastivat koulutusryhmittäisiä eroja lasten hankinnan ajoituksessa.

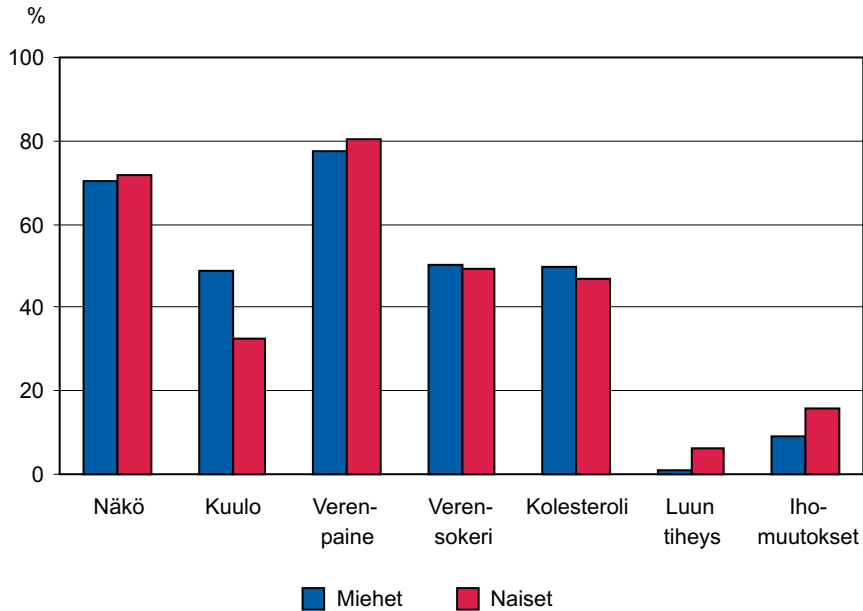
### 3.2. Seulontatutkimuksissa käynti

Yleisimpien kansantautien riskitekijöihin sekä näköön ja kuuloon liittyviä seulon-tatutkimuksia ja mittauksia kysyttiin kaikilta haastatteluun osallistuneilta. Kysy-myksissä ei tarkemmin eritelty oliko mittaukset tehty laajemman terveystarkas-tuksen tai lääkärikäynnin yhteydessä vai erillisinä mittauksina, esim. apteekissa tehtävinä pikamittauksina. Ainakin yhdessä tällaisessa seulontatutkimuksessa oli viimeisten viiden vuoden aikana käynyt 88 % miehistä ja 92 % naisista (kuvio 3.2.1., liitetaulukko 3.3. ja liitetaulukko 3.4.).

Verenpaineen mittaus ja näön tutkimus oli viimeisen vuoden aikana tehty kaikissa ikäryhmissä enemmistölle tutkimukseen osallistuneista (liitetaulukko 3.3.). Miehet olivat naisia useammin käyneet kuulon tutkimuksessa ja veren kolesteroliarvojen määrittämisessä. Naisten ja miesten välinen ero kolesterolimittausten yleisyydes-sä oli selkein kahdessa vanhimmassa ikäryhmässä, joissa naisilla oli vähemmän näitä tutkimuksia. Naiset olivat selvästi miehiä useammin käyneet verenpaineen mittauksessa, erityisesti nuorimmissa ikäryhmissä, joissa ero selittynee raskauden ehkäisyyn ja raskauden seurantaan liittyvillä mittauksilla. Naisilla myös luun ti-heysmittaukset sekä luomien tai muiden ihon epäilyttävien muutosten tutkimukset olivat yleisempiä kuin miehillä. Alle 30-vuotiailta kysyttiin myös huumeuseulontaa. Nuorista miehistä 6 % ja naisista 4 % oli ollut huumeuseulatutkimuksessa viimeis-ten viiden vuoden aikana.

Seulontatutkimusten yleisyydessä ei havaittu merkitseviä eroja asuinalueen suh-teen. Lähes kaikki seulontatutkimukset olivat yleisimpiä naimisissa olevilla ja korkeimmin koulutetuilla. Kaikissa seulontatutkimuksissa käynnit yleistyivät tu-loluokan mukaan niin, että ne olivat yleisimpiä ylimpään tuloluokkaan kuuluvilla. Tuloluokkien väliset erot olivat suurimmillaan naisilla tarkasteltaessa tutkittavan omia tuloja.

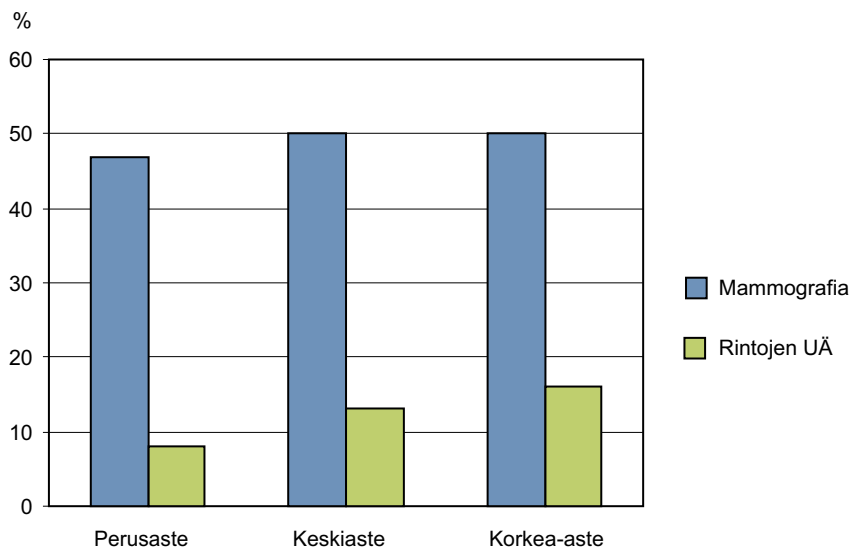
**Kuvio 3.2.1. Seulontatutkimuksissa viimeisten viiden vuoden aikana käyneet (%) sukupuolen mukaan.**



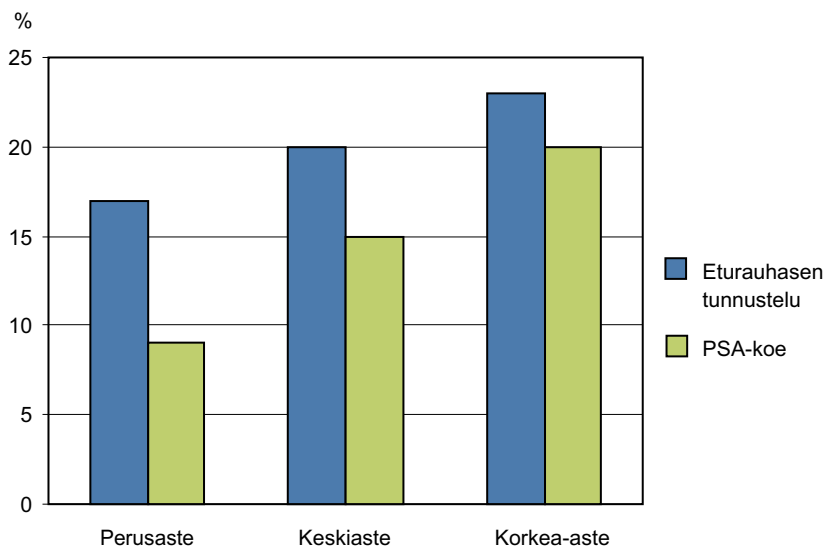
Sukupuolen perusteella suunnatuissa seulontatutkimuksissa kävivät muita useammin syöpien varhaistoteamiskäytäntöihin liittyvien suositusten kohderyhmiin kuuluvat, eli keski-ikäiset naiset, joista enemmistö oli käynyt ko. tutkimuksissa viimeisten viiden vuoden aikana (liitetaulukot 3.3. ja 3.4.). Kohdunkaulan irtosolututkimuksessa ja yleisessä gynekologisessa tutkimuksessa oli viimeisten viiden vuoden aikana käynyt myös enemmistö nuorimpiin ikäryhmiin kuuluvista naisista mikä selittyy mm. raskauden ehkäisyyn ja erityisesti e-pillerien käyttöön liittyväällä seurannalla. Eturauhassyövän varhaistoteamiseen liittyvät seulontatutkimukset eivät ole yhtä selkeään tutkimusnäyttöön ja suosituksiin perustuvia, joten niissä oli viimeisten viiden vuoden aikana käynyt vain alle viidennes kaikista miehistä ja 30–43 % yli 54-vuotiaista.

Joissakin sukupuolen mukaan suunnatuissa seulontatutkimuksissa (rintojen tutkimukset eri menetelmin, kohdunkaulan irtosolututkimukset ja/tai gynekologiset tutkimukset) oli viimeisten viiden vuoden aikana käynyt 85 % naisista. Viimeisten 12 kuukauden aikana jossakin tällaisessa tutkimuksessa oli käynyt 55 % naisista. Jossakin miesten seulontatutkimuksessa (eturauhasen tutkimus eri menetelmin tai syövän varhaistoteamiseen liittyvä PSA-arvon määrittäminen) oli käynyt viimeisten viiden vuoden aikana lähes neljännes (23 %) yli 25-vuotiaista miehistä ja lähes puolet 65–84-vuotiaista. Viimeisten 12 kuukauden aikana jossakin miesten seulontatutkimuksessa oli käynyt 11 % yli 25-vuotiaista miehistä.

**Kuvio 3.2.2. Mammografia- ja rintojen ultraäänitutkimuksissa viimeisten viiden vuoden aikana käyneet koulutusryhmittään, yli 24-vuotiaat naiset (%).**



**Kuvio 3.2.3. Eturauhasen syöpäseulontatutkimuksissa viimeisten viiden vuoden aikana käyneet koulutusryhmittään, yli 24-vuotiaat miehet (%).**



Näissä sukupuolen perusteella suunnatuissa seulontatutkimuksissa käyneiden osuuksissa koulutus- ja tuloluokkien väliset erot olivat samansuuntaisia mutta hieman suurempia kuin muissa seulontatutkimuksissa. Myös näissä tutkimuksissa kävivät muita useammin naimisissa olevat. Tutkimuksissa käynti yleistyi koulutuk-

sen pidentyessä ja tulojen kasvaessa. Poikkeuksen muodosti vain mammografia, jossa koulutusryhmien väliset erot olivat pieniä (kuviot 3.2.2. ja 3.2.3.). Mammo- grafiassakin kävivät kuitenkin useimmin suurituloisimmat. Rintojen tutkimuksis- sa, gynekologisissa tutkimuksissa ja eturauhassyövän seulontaan liittyvissä PSA- tutkimuksissa olivat muita useammin käyneet kaupunkimaisissa kunnissa asuvat. (Liitetaulukko 3.3.)

### 3.3. Osallistuminen terveyttä edistävään ryhmätoimintaan

Kyselyssä terveyttä edistävään ryhmätoimintaan osallistumisen edellytettiin olleen ainakin jonkin aikaa säännöllistä, eli yksittäistä terveysterveystuntia, keskustelu- tai liikuntatilaisuutta ei otettu huomioon. Eri ryhmämuodoista liikunta- tai kuntoryhmät olivat suosituimpia (taulukko 3.3.1.). Väestöryhmien välisten erojen tarkastelun kohteena oli osallistuminen viimeisten 12 kuukauden aikana tai aiem- min vähintään yhteen terveyttä edistävään ryhmätoimintaan (liitetaulukko 3.1.).

**Taulukko 3.3.1. Terveyttä edistävään ryhmätoimintaan edellisenä vuonna ja/tai sitä aikaisemmin osallistuneet (% , N = 8 687).**

Ryhmätoiminta	Viimeisten 12 kk aikana	Yli 12 kk sitten
Niskan- tai selän kuntoryhmä <sup>1</sup>	2,3	3,2
Muu liikunta- tai kuntoryhmä <sup>1</sup>	12,2	4,9
Laihdutusryhmä tai -kurssi <sup>1</sup>	2,4	3,2
Tupakoinnin lopettamiseen tähtäävä ryhmä tai kurssi <sup>1</sup>	0,2	0,5
Muu ryhmä <sup>1</sup>	2,4	2,3
Vähintään yksi ryhmä	16,4	29,6 <sup>2</sup>
Miehet	10,9	18,6
Naiset	21,4	39,5
	p<0,001*	p<0,001*

<sup>1</sup> luvut vakioimattomia

<sup>2</sup> joko 12 kk aikana tai aiemmin

Naisista 40 % ja miehistä 19 % oli joskus osallistunut johonkin terveyttä edistä- vään ryhmään. Liikunta- tai kuntoryhmiin oli joskus osallistunut 12 % miehistä ja 28 % naisista. Muita useammin ryhmätoimintoihin olivat osallistuneet naimisissa olevat ja korkeimmin koulutetut. Ryhmätoimintaan osallistuminen yleistyi tulojen

kasvaessa. Koulutus- ja tuloluokkien mukaiset erot ryhmätoimintaan osallistumisessa olivat suurimpia työikäisillä naisilla (liitetaulukko 3.1).

### 3.4. Pohdinta

Tutkimuksen tulokset terveystarkastuksiin, seurantatutkimuksiin tai terveyttä edistävään ryhmätoimintaan osallistumisesta eivät ole suoraan vertailukelpoisia aiempiin tutkimustuloksiin nähden. Vertailukelpoisuutta rajoittavat erot kysymysmuodoissa ja tarkasteluajanjaksoissa, sekä erot tutkimusten erilaisissa kohderyhmissä, otannassa ja vastausprosentteissa. Terveys 2000 -tutkimuksen poikkeuksellisen korkea osallistumisaktiivisuus antaa hyvän pohjan tutkia myös ennaltaehkäisevien ja terveyttä edistävien palvelujen käyttöä eri väestöryhmissä.

Terveys 2000 -tutkimuksen tulokset antoivat viitteitä varsin systemaattisista eroista ennaltaehkäisevien ja terveyttä edistävien palvelujen käytössä sukupuolten sekä eri koulutus- ja tuloluokkien välillä. Näiden palvelujen käyttö oli yleisintä naisilla, enemmän koulutetuilla ja ylimmissä tuloluokissa. Useiden palvelujen osalta käyttö oli myös yleisempää naimisissa olevilla kuin naimattomilla. Nämä väestöryhmien väliset erot olivat tässä tutkimuksessa selkeämpiä kuin aiemmissä tutkimuksissa.

Vuoden 1996 tutkimuksessa lääkärin suorittamassa terveystarkastuksessa viimeisten viiden kuukauden aikana oli käynyt 11 % yli 15-vuotiaista, miehistä hieman suurempi osa kuin naisista. Terveystarkastuksissa käynti oli yleisintä 15–24-vuotiailla miehillä ja hieman yleisempää ylemmissä kuin alemmissä tuloluokissa. (Arienen ym. 1998)

Terveystarkastuskäyntien yleisyyden osalta tämän tutkimuksen tulokset olivat samansuuntaisia kuin Finriski 2002 tutkimuksessa, jonka mukaan eri maakunnissa vaihdellen 29 - 35 % vastaajista oli viimeisen vuoden aikana osallistunut terveystarkastukseen tai lääkärin tarkastukseen, jonka syynä eivät olleet oireet tai sairaus (Laatikainen ym. 2003). Viimeisten viiden vuoden aikana terveystarkastukseen oli osallistunut 70–75 % Finriski 2002 tutkimuksen vastaajista. Terveystarkastukset olivat Finriski-tutkimuksen mukaan yleisimpiä Pohjois-Savossa ja Oulun läänissä, ja harvinaisimpia pääkaupunkiseudulla (Helsinki ja Vantaa). Lähes kaikilla Finriski-tutkimuksen alueilla terveystarkastuksissa käynnit olivat yleisempiä miehillä kuin naisilla, tosin sukupuolten väliset erot olivat pieniä.

Vuoden 2003 tutkimuksessa työterveyshuollon terveystarkastus viimeisten kolmen vuoden aikana oli tehty 62 %:lle työterveyspalvelujen piiriin kuuluvista, jotka olivat olleet nykyisessä työpaikassaan vähintään kolme vuotta. Lähes joka kymmenennelle työterveyshuollon terveystarkastusta ei ollut tehty koskaan. Se, ettei työterveyshuollon terveystarkastusta oltu tehty lainkaan, oli hieman yleisempää naisilla ja kor-

keammin koulutetuilla. Työterveyshuollon ryhmätilaisuuksiin oli viime vuosina osallistunut 7 % vastanneista, harvimminkin korkeimmin koulutetut. (Pirainen ym. 2003) Tämä havainto poikkeaa tämän tutkimuksen tuloksista, joiden mukaan korkeimmin koulutetut osallistuivat muita yleisemmin terveyttä edistävään ryhmätöimintaan. Ero tulosten välillä johtunee siitä, että tässä tutkimuksessa oli mukana myös muita kuin työterveyshuollon piirissä olleita henkilöitä ja tarkastelussa olivat myös muut kuin työterveyshuollon piirissä järjestetyt ryhmätöiminnat, kuten henkilöiden itse kustantamat ryhmät.

Tässä tutkimuksessa havaittu naisten miehiä yleisempi aktiivisuus ehkäisevien terveyspalvelujen käytössä on samansuuntainen kuin korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksessa (Kunttu ja Huttunen 2001), jossa ensimmäisen vuoden opiskelijoille suunnattuun terveys- tai hammastarkastukseen oli osallistunut tai aikoi osallistua 61 % miehistä ja 70 % naisista. Lisäksi 8 % oli osallistunut tai aikoi osallistua vain terveystarkastukseen.

Vuoden 2005 AVTK-tutkimuksessa kuluneen vuoden aikana verenpaine oli mitattu 65 %:lta 15–64-vuotiaista miehistä ja 71 %:lta naisista (Helakorpi ym. 2005). Viiden vuoden aikana verenpaine oli mitattu 95 %:lta miehistä ja 97 %:lta naisista, mikä oli yleisempää kuin tässä tutkimuksessa. Vuoden 2005 AVTK-tutkimuksen mukaan kuluneen vuoden aikana veren kolesterolipitoisuus oli tutkittu 35 %:lta miehistä ja 31 %:lta naisista (vastaavasti viiden vuoden aikana 67 %:lta miehistä ja 65 %:lta naisista). Tarkasteltaessa viimeisten viiden vuoden aikana verenpaineen tai kolesteroliarvojen tai veren sokeripitoisuuden mittauksissa käyneiden osuutta AVTK-tutkimuksessa ei ollut selkeitä eroja tutkittavan koulutuksen, asuinalueen tai sosioekonomisen aseman mukaan. Sen sijaan AVTK-tutkimuksessa kolesteroliarvojen ja veren sokeriarvojen tutkimukset olivat harvinaisimpia naimattomilla.

Edellä kuvatut erot tuloksissa saattavat selittyä tutkimusten välisillä eroilla vastausaktiivisuudessa, joka oli aiemmissa tutkimuksissa alhaisempi kuin tässä tutkimuksessa. Terveystutkimusten katoon jäävät usein juuri sellaiset henkilöt, jotka muutenkin ovat vähän kiinnostuneita tai kykeneviä huolehtimaan terveydestään, sairauksien ehkäisystä ja terveyden edistämisestä (Koponen ja Aromaa ym. 2003).

Mammografiatutkimus oli ainoa seulontatutkimus, jossa selkeitä koulutusryhmien välisiä eroja ei Terveys 2000 -tutkimuksessa havaittu, vaikka tuloluokkien väliset erot olivat siinäkin selkeät. Rintasyöpäseulontojen eduista on selkeää tutkimusnäyttöä, josta naisia on aktiivisesti informoitu mm. mamaohjelman avulla (<http://www.promama.fi/>). Myös naisia, jotka eivät kuulu lakisääteisten seulontojen piiriin on kannustettu hakeutumaan omaehtoisesti tutkimuksiin. Korkeammin koulutetut hakeutuvat kuitenkin useammin tutkimuksiin yksityissektorilla (Aro ym. 1999). Vaikka mammografiatutkimusten järjestäminen kuuluu kuntien lakisääteisiin velvoitteisiin, on seulontaohjelmissa paikallisia eroja siinä mitä ikäryhmiä tutkimuk-



seen kutsutaan, mikä saattaa synnyttää alueellisia eroja (Absetz ja Aro 2004). Syöpärekisterin tilastotietojen mukaan rintasyövän seulontaohjelmaan osallistuminen on ollut viime vuosina aktiivisempaa kuin kohdunkaulan syöpää ehkäisevään seulontaohjelmaan osallistuminen. Rintasyövän seulontaohjelmaan osallistui vuonna 2003 kutsutuista 45–74-vuotiaista 88 %, kun kohdunkaulan syöpää ehkäisevään seulontaohjelmaan osallistui 72 % kutsutuista 30–60-vuotiaista naisista ([www.cancerregistry.fi/](http://www.cancerregistry.fi/)).

Terveyttä edistävään toimintaan osallistumiseen ja sairauksien ehkäisyyn tähtäävien palvelujen käyttöön liittyvät kysymykset koskevat eurooppalaisissa väestön terveystutkimuksissa lähinnä syöpäseulontoihin osallistumista ja saatuja rokotuksia (Aromaa ym. 2003). Kun terveyden edistäminen ja terveysongelmien ennaltaehkäisy on asetettu yhdeksi terveyspolitiikan painopistealueeksi, olisi tärkeää, että näitä tavoitteita tukevien terveystutkimusten käyttöä tutkittaisiin aiempaa laajemmin väestön terveystutkimusten yhteydessä. Tältä alueelta kuitenkin puuttuvat toistaiseksi yhtenäiset, standardoidut kysely- tai haastattelumenetelmät. Kysymysten laadintaa hankaloittaa terveyttä edistävien ja sairauden ehkäisyyn liittyvien palvelujen vakiintumattomuus ja käytettyjen käsitteiden moninaisuus niin Suomessa kuin kansainvälisestikin (Aromaa ym. 2003, Kramers ym. 2005).

## 4 AVOHOITOPALVELUT

*Unto Häkkinen ja Pirkko Alha*

Tässä luvussa tarkastellaan avopalvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta mm. omalääkärijärjestelmän kattavuuden ja käytön perusteella. Hoitoon hakeutumista kartoitetaan myös sen perusteella, mille lääkärielle tai hoitajalle väestö ensisijaisesti hakeutuu apua tai neuvoja tarvitessaan. Lisäksi tarkastellaan sairauden ja oireiden takia tehtyjä käyntejä lääkärin, terveyden- ja sairaanhoitajan luona ja terveyden- ja sairaanhoitajan kotikäyntejä sekä sitä, miten nämä palvelut kohdentuvat eri sairauksiin.

### 4.1. Omalääkärijärjestelmä ja hoitoon hakeutuminen

Haastateltavilta kysyttiin ”Onko kuntanne nimennyt Teille ns. omalääkäriin?” Nimetty omalääkäri oli 51 %:lla vastanneista, mikä on 11 prosenttiyksikköä suurempi osuus kuin vuonna 1995–96 (Arinen ym. 1998). Omalääkäri oli muita useammin keskiasteen tutkinnon suorittaneiden, kaupunkimaisissa kunnissa asuvien, ylimpiin tuloluokkiin kuuluvien sekä HUS-piirissä asuvien ryhmissä. (Liitetaulukko 4.1.)

Ensisijaisesti tälle nimetylle omalääkärielle ilmoitti hakeutuvansa 40 % vastanneista (35 % miehistä ja 44 % naisista). Yleisimmin omalääkärielle ilmoittivat hakeutuvansa naimattomat, alimpaan koulutusryhmään ja alimpiin tuloluokkiin kuuluvat sekä yli 65-vuotiaat. Muulle terveyskeskuslääkärielle kuin omalääkärielle ilmoitti hakeutuvansa 8 % vastanneista. Tähän ryhmään kuuluvia oli eniten KYS-piirissä, maaseutumaisien kuntien asukkaissa ja alimmissa tuloluokissa. Jollei omalääkäri ollut ensisijainen lääkäri, jonka vastaanotolle hakeuduttiin, tiedusteltiin seuraavaksi oliko tutkittavalla joku muu lääkäri, jonka vastaanotolle hän hakeutui ja kuka tämä lääkäri oli. Työterveyslääkärielle hakeutui 21 % vastanneista. Tähän ryhmään kuulumisen oli yleisintä naimisissa olevien, ylimpään koulutus- ja tuloluokkaan kuuluvien sekä HUS-piirissä asuvien keskuudessa. Yksityislääkärielle hakeutui 6 % vastanneista, yleisimmin ylimpään koulutusluokkaan kuuluvat. Muille lääkäreille hakeutuminen oli vähäisempää: sairaalan poliklinikan lääkärielle hakeutui 1,5 %, tuttava- tai sukulaislääkäriin luo 2,5 % ja opiskelijaterveydenhuollon lääkärielle 1,5 % vastanneista. (Liitetaulukko 4.1.)

Runsas kolmannes (35 %) vastanneista ilmoitti, että heillä on tietty hoitaja, johon he voivat ottaa ensisijaisesti yhteyttä apua ja neuvoja tarvitessaan. Tällainen hoitaja oli yleisimmin naimisissa olevilla, sekä ylimpään koulutusluokkaan ja ylimpään tuloluokkaan kuuluvilla. Nämä samat väestöryhmät myös käyttivät yleisimmin

työterveyshoitajan palveluja. Terveyskeskuksen hoitajalla kävivät yleisimmin yli 65-vuotiaat, maaseutumaisissa kunnissa asuvat ja alimpiin tuloluokkiin kuuluvat. Terveyskeskuksen hoitajalle hakeutui 9,5 %, työterveyshoitajalle 19,5 % ja muulle hoitajalle 5 % vastanneista. (Liitetaulukko 4.2.)

## 4.2. Käynnit avohoidossa sairauksien ja oireiden vuoksi

### Kaikki käynnit

Yli 18-vuotias väestö kävi vuoden aikana sairauden vuoksi lääkärissä keskimäärin 2,9 kertaa ja hoitajan luona 1,6 kertaa. Hoitajien kotikäyntejä oli henkeä kohti keskimäärin 0,7, yli 65-vuotiailla 3,0 (liitetaulukko 4.5.). Siten kaikkiaan edellä mainittuja avohoitokäyntejä oli vuodessa henkeä kohti keskimäärin 5,2. Miehillä lääkärillä ja hoitajalla käyntien määrä lisääntyi iän myötä (kuvio 4.2.1.). Naisilla käytön yhteys ei ollut yhtä selvästi yhteydessä ikään ja hoitajalla käyntien määrä oli jopa vähäisintä yli 75-vuotiailla (kuvio 4.2.2.).

Puhelimitse yhteydessä lääkäriin viimeisen vuoden aikana olivat miehet olleet 0,5 kertaa ja naiset 0,8 kertaa (liitetaulukko 4.3.). Tietoverkon kautta lääkäriin oli oltu yhteydessä keskimäärin 0,2 kertaa.

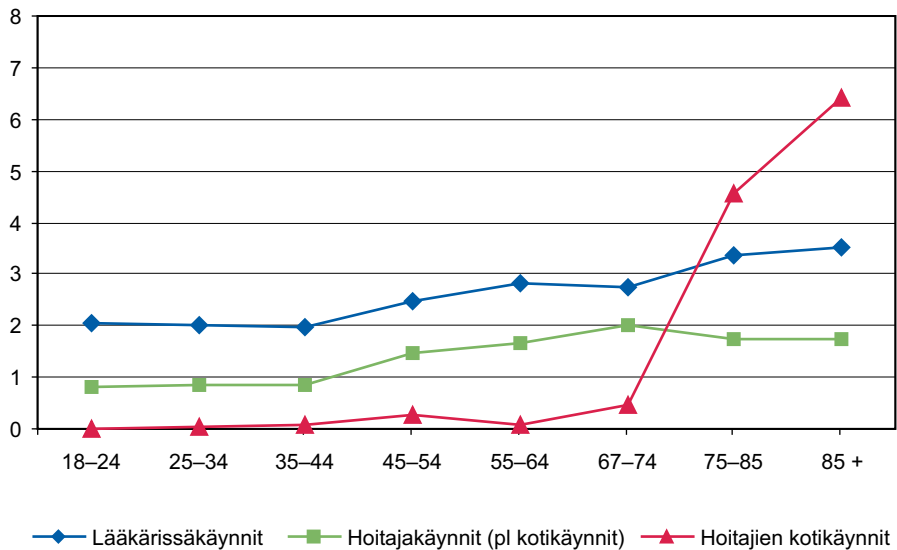
### Lääkärissäkäynnit

Naiset kävivät miehiä useammin (3,5 vs. 2,4 kertaa) lääkärissä, ja sukupuolten välinen ero korostui alle 65-vuotiaiden keskuudessa. Miesten käyntimäärät henkeä kohti ylittivät naisten määrät ainoastaan yli 84-vuotiaalla, sekä ei-pitkäaikaissairaille yli 64-vuotiailla (kuvio 4.2.3.). Naisilla oli käyntejä eniten HUS- ja TYKS-piireissä ja miehillä TYKS-piirissä. Käyntejä oli muita enemmän eronneiden ja leskien ryhmään kuuluvilla sekä kaupunkiseudun keskuksissa asuvilla. (Liitetaulukko 4.3.)

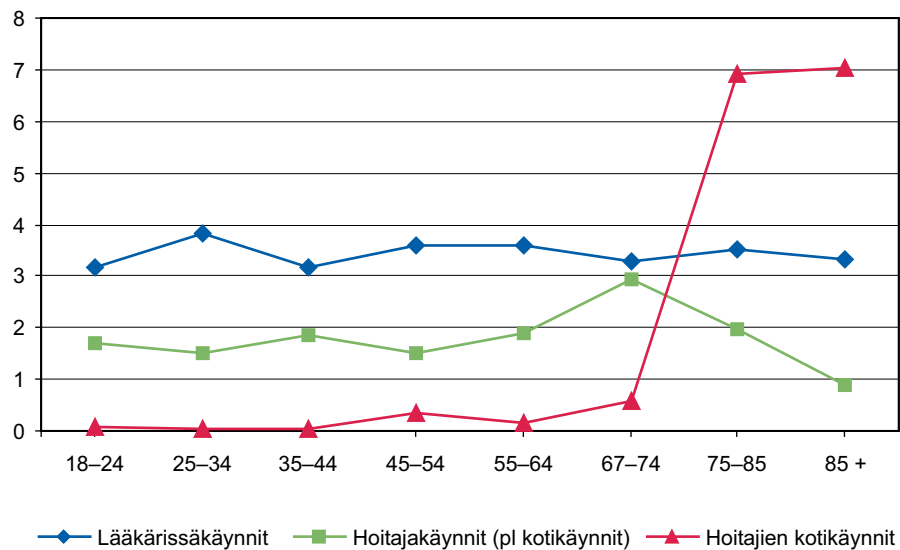
Lääkärikäynneistä tapahtui noin 40 % terveyskeskuksissa, 20 % sairaalan poliklinikalla, 15 % työterveyshuollossa ja 15 % yksityislääkärissä. Näiden lisäksi lääkärikontakteja oli jokunen muuallakin.

Ikääntyneet käyttivät enemmän terveyskeskuksen ja sairaaloiden poliklinikan palveluja, kun työikäisillä korostuivat työterveyshuollossa sekä yksityissektorilla tapahtuneet käynnit. Työterveys- ja yksityislääkärin palveluja käyttivät yleisemmin naimisissa olevat, ylimpään koulutus- ja tuloluokkiin kuuluvat sekä, kaupunkimaisten kuntien asukkaat. Erityisesti työikäiset naiset kävivät miehiä useammin yksityislääkärissä. (Liitetaulukko 4.4.)

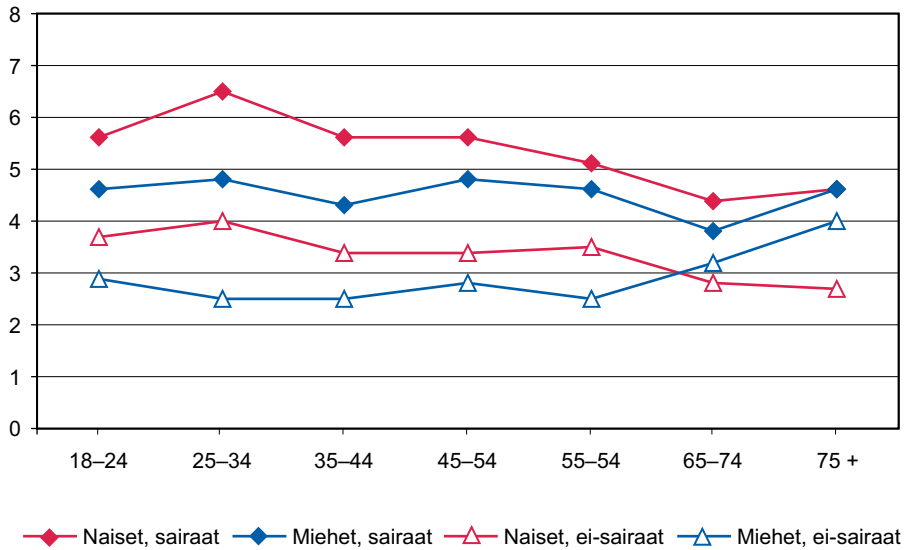
**Kuvio 4.2.1. Miesten avohoidon käynnit henkeä kohti käyntityypeittäin iän mukaan.**



**Kuvio 4.2.2. Naisten avohoidon käynnit henkeä kohti käyntityypeittäin iän mukaan.**

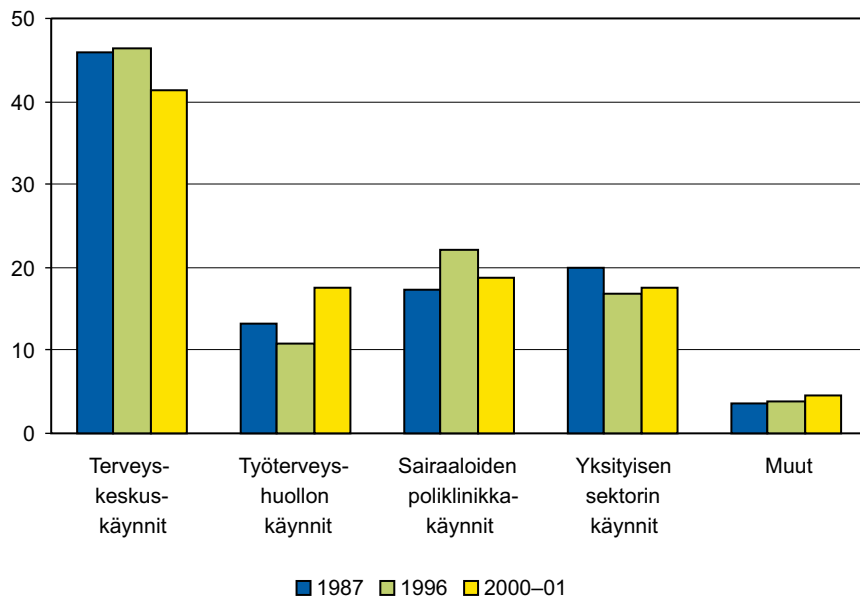


**Kuvio 4.2.3. Lääkärissäkäynnit henkeä kohti iän ja pitkäaikaissairastavuuden mukaan**



Lääkärissäkäyntien palvelun tuottajan mukaisesta jakautumisesta on saatavilla tietoa aikaisemmista terveystutkimuksista. Terveyskeskuslääkärikäynnit ovat aina olleet pääosin yleislääkärikäyntejä, jotka muuttuivat useassa kunnassa maksullisiksi vuoden 1993 jälkeen. Terveyskeskuslääkärikäyntien osuus kaikista lääkärikäynneistä pienentyi 1990-luvulla 45 %:sta 40 %:iin (kuvio 4.2.4.). Sairaaloiden poliklinikkakäynnit ovat pääosin maksullisia erikoislääkärikäyntejä, jotka yleensä edellyttävät lähetteen terveyskeskus- tai yksityislääkäriltä. Ne ovat muodostaneet noin viidenneksen kaikista lääkärikäynneistä viime vuosikymmenten aikana. Yksityislääkärikäynnit, joissa potilaiden maksuosuus on suurin, ovat suurelta osin erikoislääkärikäyntejä. Niiden osuus kaikista lääkärikäynneistä on ollut 15–20 %. Viime vuosina selvimmin osuuttaan lääkärikäynneistä ovat lisänneet työterveyslääkärikäynnit, jotka ovat ilmaisia käyttäjille. Niiden käyttömahdollisuus on ainoastaan henkilöillä, joille työnantaja vapaaehtoisesti tarjoaa sairaanhoitopalveluja.

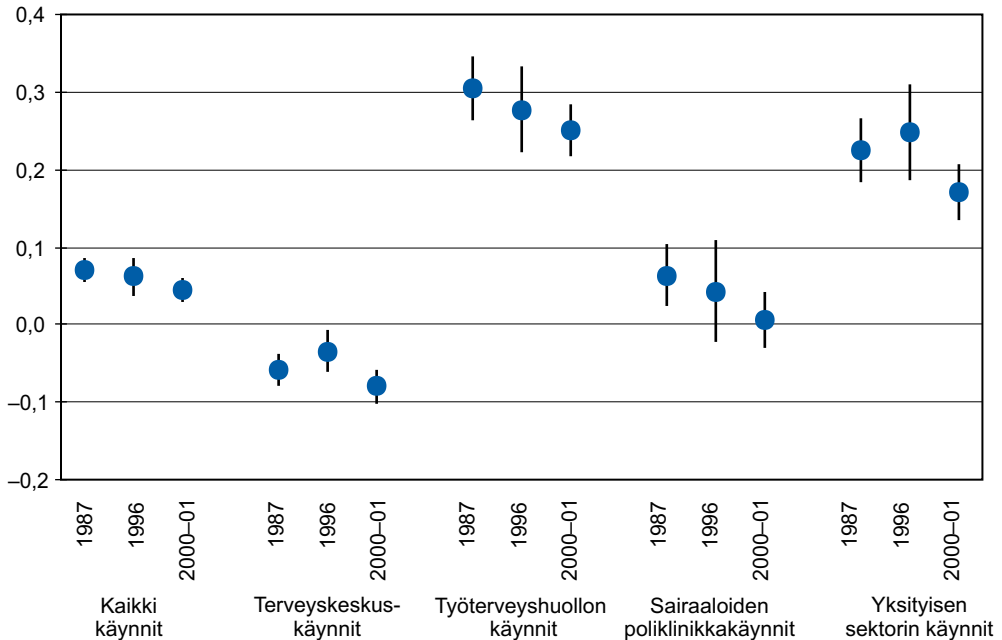
**Kuvio 4.2.4. Lääkärissäkäyntien jakaantuminen sektoreittain vuosina 1987, 1996 ja 2000–01.**



Lääkärissäkäynnit ovat tuloluokittain jakaantuneet suhteellisen tasaisesti. Tämän perusteella ei kuitenkaan voida päätellä, että käynnit olisivat jakautuneet suhteessa tarpeeseen, sillä sairastavuus on yleisempää alemmissa tuloluokissa. Terveyspalvelujen käytön tuloihin liittyvää eriarvoisuutta voidaan mitata horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksillä, jossa palvelujen käyttö suhteutetaan sairastavuuden sekä ikä- ja sukupuolirakenteen perusteella arvioituun tarpeeseen (Häkkinen 1992, van Doorslaer ja Masseria 2004). Indeksi vaihtelee  $-1:n$  ja  $+1:n$  välillä. Jos indeksi on positiivinen (negatiivinen), eriarvoisuus suosii suurituloisia (pienituloisia). Positiivinen indeksi on sitä suurempi mitä enemmän suurituloiset käyttävät palveluja suhteessa tarpeeseen kuin pienituloiset, ja negatiivinen indeksi on sitä pienempi mitä enemmän vastaavasti pienituloiset käyttävät palveluja. Indeksien nolla-arvo kuvaa tasa-arvoa palvelujen käytön suhteen. Kuviossa 4.2.5. on esitetty Terveydenhuollon väestötutkimuksista 1987 ja 1996 sekä Terveys 2000 -tutkimuksesta lasketut horisontaalisen eriarvoisuuden indeksit kaikille lääkärisäkäynneille sekä erikseen käyntisektorien mukaan<sup>1</sup>. Lääkärissäkäynnit kokonaisuudessaan ovat Suomessa viime vuosikymmeninä jakautuneet hieman suurituloisia suosivasti. Vuosina 2000–01 kaikkien lääkärisäkäyntien indeksi oli 0,04, mikä voidaan tulkita siten, että palvelujen käytön tasa-arvon toteutumiseksi 3 prosenttia kaikkien lääkärisäkäynneistä tulisi ”uudelleen jakaa” rikkailta köyhille (Koolman ja van Doorslaer 2004).

<sup>1</sup> Menetelmä on kuvattu mm. OECD-julkaisussa (van Doorslaer ja Masseria 2004). Kuvion 4.2.5. eriarvoisuuden indeksien laskelmissa on tarpeen indikaattoreina käytetty ikää, sukupuolta, pitkäaikaissairastavuutta ja koettua terveydentilaa.

**Kuvio 4.2.5. Lääkärikäyntien horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksit ja niiden 95 % luottamusvälit sektoreittain Suomessa vuosina 1987–2001.**



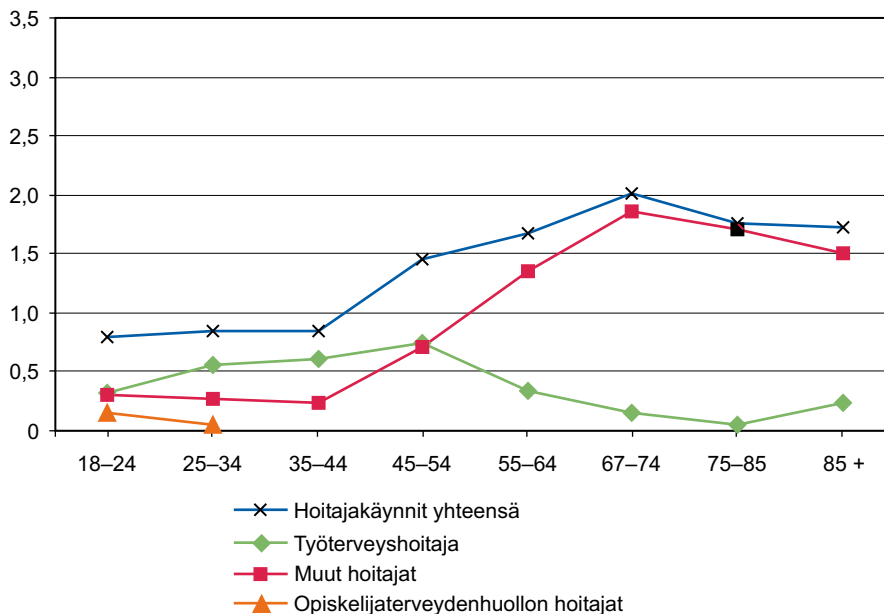
Sektoreittain lasketut eriarvoisuusindeksit eivät juuri ole muuttuneet vuoden 1987 jälkeen. 2000-luvulla näyttäisi lähes kaikilla sektoreilla tapahtuneen lievää pienituloisten suhteellisen käytön lisääntymistä. Tämä ilmenee indeksien arvojen pienenemisenä, joskaan muutokset eivät ole tilastollisesti merkitseviä. Sairaaloiden poliklinikkakäynnit ovat tuloluokittain jakautuneet suurin piirtein tasaisesti. Terveyskeskuslääkärikäynnit ovat jakaantuneet pienituloisia suosivasti, kun taas yksityislääkärikäynnit ja erityisesti työterveyshuollon käynnit ovat jakaantuneet suurituloisia suosivasti. Nämä palvelujen käytön sektorikohtaiset rakenteet ovat siten pysyvä ilmiö suomalaisessa järjestelmässä.

### Hoitajakäynnit

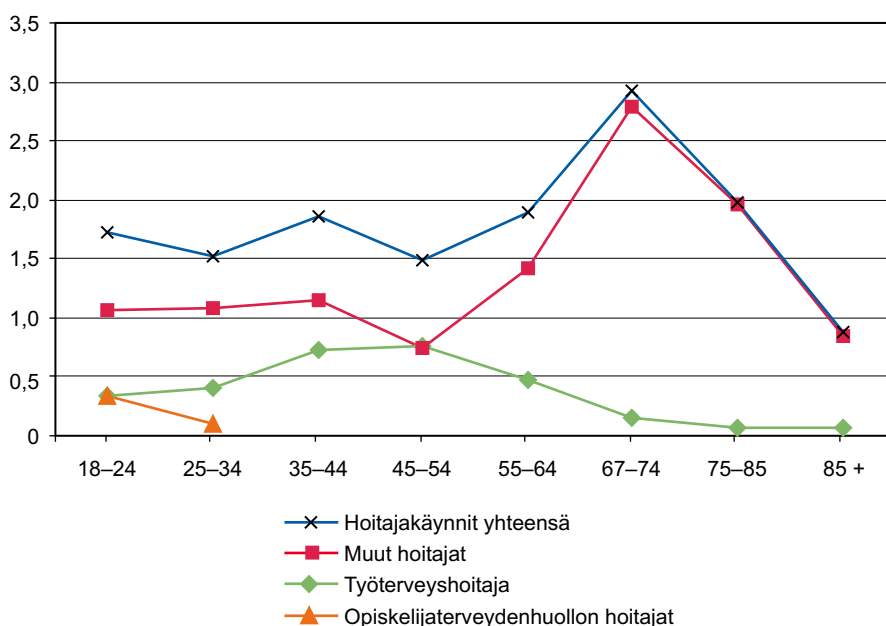
Terveysten- tai sairaanhoitajan vastaanotolla käynneistä noin kolmasosa tapahtui työterveyshuollossa ja kaksi kolmasosaa muualla, pääosin terveyskeskuksissa. Hoitajakäynntejä oli eniten naisilla, 55–84-vuotiailla ja KYS-piirissä asuvilla (liitetaulukko 4.5.). Naiset ja miehet kävivät työterveyshoitajalla yhtä usein (0,5 kertaa vuodessa), mutta alle 45-vuotiaat naiset kävivät muiden hoitajien luona selvästi useammin kuin samanikäiset miehet (kuviot 4.2.6. ja 4.2.7.). Kotona hoitajan olivat yleisimmin tavanneet 75 vuotta täyttäneet, naimattomat tai eronneet tai lesket, alimpaan koulutusasteeseen ja alimpaan tuloluokkaan kuuluvat.

Puhelimitse yhteydessä hoitajaan viimeisen vuoden aikana olivat vastaajat olleet 0,4 kertaa (liitetaulukko 4.5). Tietoverkon kautta hoitajaan oli oltu yhteydessä hyvin vähän.

**Kuvio 4.2.6. Hoitajakäynnit iän mukaan, miehet.**



**Kuvio 4.2.7. Hoitajakäynnit iän mukaan, naiset.**





### 4.3. Palvelujen käyttö eräissä sairauksissa

Seuraavassa tarkastellaan merkittävimpiin sairauksiin liittyvää palvelujen käyttöä kahdella tavalla. Ensimmäinen tarkastelu perustuu haastateltavien ilmoittamaan viimeisen lääkärisäkäynnin ja hoitajakäynnin syyhyn. Merkittävimpiä sairauksia koskevaa palvelujen käyttöä arvioidaan toiseksi sen perusteella, miten haastateltavat ovat itse ilmoittaneet saaneensa palveluja kyseisen sairauden hoitoon. Taulukossa 4.3.1. on kuvattu viimeisen lääkärisäkäynnin pääasiallista syytä ja taulukossa 4.3.2. vastaavasti viimeisen hoitajakäynnin syytä. Taulukkoja tarkasteltaessa on otettava huomioon, ettei niiden perusteella voida tarkasti arvioida palvelujen käytön jakaantumista sairauksittain, koska käyntimäärät vaihtelevat haastateltavittain. Tällöin taulukon luvut aliarvioivat syitä, joiden takia sama henkilö on käyttänyt palveluja useita kertoja. Lääkärisäkäyntien tärkeimpiä syitä olivat hengityselinten sairaudet (20 %), tuki ja liikuntaelin sairaudet (19 %) verenkiertoelinten taudit (12 %) sekä hermoston ja aistimien sairaudet (11 %). Hoitajakäyntien tärkeimpänä syynä olivat verenkiertoelinten sairaudet (28 %). Lääkärisäkäyntien jakaantuminen sairauksittain ei juuri poikennut vuoden 1996 Terveysturvan väestötutkimuksesta lasketuista jakaumista (Arinen ym. 1998).

Taulukossa 4.3.3. on esitetty arviot koko maan tasolla tärkeimpiä tauteja sairastavien henkilöiden määrästä, haastatteluhetkellä lääkärin hoidossa sekä lääkehoidossa olevien henkilöiden määrästä sekä sairauksiin liittyvien lääkärisäkäyntien määrät. Liitetaulukossa S1 on esitetty yksityiskohtaisempaa tietoa samoista sairauksista sukupuolittain. Liitetaulukossa S2 on tärkeimmistä sairauksista esitetty tietoa myöskin, sukupuolen ja taudin toteamisen ajankohdan mukaan jaoteltuna. Nämä tiedot perustuvat haastateltavien itse ilmoittamaan sairastavuuteen ja siihen liittyvään palvelujen käyttöön. Näiden tietojen perusteella yleisin vaiva on selkäsairaus tai selkävika, joista ilmoitti kärsivänsä 28 % väestöstä. Koko maan väestössä tämä merkitsee noin 1,1 miljoonaa henkeä. Palvelujen käytön kannalta merkittävin yksittäinen sairaus oli kuitenkin verenpainetauti, jonka takia tehtiin lähes miljoona lääkärisäkäyntiä. Yli puoli miljoonaa suomalaista oli taudin takia lääkärihoidossa ja jatkuvassa lääkehoidossa. Luku vastaa hyvin verenpainetaudin vuoksi erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeutettujen määrää. Lääkärisäkäyntejä tehtiin paljon myös selkäsairauksien, psyykkisten sairauksien ja haittaavan allergian takia. Lääkehoidossa olevien perusteella arvioiden merkittäviä sairauksia olivat myös vaikea päänsärky, astma ja pitkäaikainen ihosairaus.

Tiedoista ei voida kuitenkaan yksiselitteisesti määritellä palvelujen käytön jakautumista sairauksittain. On todennäköistä, että luvut yliarvioivat eri sairauksiin liittyvää palvelujen käyttöä, sillä yhdellä lääkärikäynnillä voi olla useampi syy. Esimerkiksi viimeisimmän lääkärikäynnin pääasiallinen syy oli verenpainetauti 5,8 %:lla käynneistä (taulukko 4.3.1.). Sen sijaan taulukosta 4.3.3. laskettuna päädytään siihen, että verenpainetaudin takia ilmoitettuja käyntejä tehtiin noin 8,4 % (taulukko 4.3.3.).

**Taulukko 4.3.1. Itse ilmoitettu viimeisimmän lääkärillä käynnin syy (%).**

Sairaus	Miehet	Naiset	Yhteensä
Tartunta- ja loistaudit	1,7	1,9	1,8
Kasvaimet	2,0	4,5	3,3
Umpieritys- ja aineenvaihduntasairaudet	4,0	5,1	4,6
...joista diabetes	2,5	2,1	2,3
Vertamuodostavien elinten ja veren taudit	0,1	0,3	0,2
Mielenterveyden häiriöt	3,3	5,1	4,2
Hermoston ja aistimien taudit	8,5	13,3	11,0
Verenkiertoelinten taudit	12,6	12,2	12,4
...joista verenpainetauti	4,8	6,6	5,8
Hengityselinten taudit	16,5	22,7	19,6
... joista infektio	12,9	17,9	15,4
... joista astma	1,5	2,7	2,1
Ruoansulatuselimistön sairaudet	5,3	8,0	6,7
Virtsan ja sukuelinten taudit	3,2	16,5	10,0
Raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan lisätaudit	0	7,1	3,5
Ihon ja ihonalaiskudoksen tulehdukset	3,7	4,2	4,0
Allergiat	2,5	4,7	3,6
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	16,3	20,7	18,6
...joista selkäsairaudet	7,2	9,6	8,4
Oireita ja epämääräisesti määriteltyjä tapauksia	1,6	1,7	1,6
Väkivallan ja myrkyttämisen aiheuttamat vammat	6,9	4,2	5,6
Terveystarkastukset, tarkemmin määrittelemättömät käynnit	6,2	7,2	6,8

**Taulukko 4.3.2. Itse ilmoitettu viimeisimmän hoitajalla käynnin syy (%).**

Sairaus	Miehet	Naiset	Yhteensä
Tartunta- ja loistaudit	1,1	1,1	1,1
Kasvaimet	0,4	1,1	0,8
Umpieritys- ja aineenvaihduntasairaudet	5,9	5,0	5,4
...joista diabetes	4,9	3,1	3,8
Vertamuodostavien elinten ja veren taudit	0,5	0,8	0,7
Mielenterveyden häiriöt	2,4	2,9	2,7
Hermoston ja aistimien taudit	6,6	4,8	5,5
Verenkiertoelinten taudit	28,7	27,8	28,2
...joista verenpainetauti	26,2	26,0	26,0
Hengityselinten taudit	15,9	11,3	13,3
... joista infektio	14,6	10,2	12,1
... joista astma	0,6	0,6	0,6
Ruoansulatuselimistön sairaudet	2,3	1,7	2,0
Virtsan- ja sukuelinten taudit	1,0	4,4	2,9
Raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan lisätaudit	0	8,3	4,7
Ihon ja ihonalaiskudoksen tulehdukset	1,1	1,8	1,5
Allergiat	2,2	1,8	2,0
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	6,1	5,7	5,9
...joista selkäsairaudet	2,9	2,0	2,4
Oireita ja epämääräisesti määriteltyjä tapauksia	2,3	1,5	1,9
Väkivallan ja myrkyttämisen aiheuttamat vammat	4,2	1,9	2,9
Terveystarkastukset, tarkemmin määrittelemättömät käynnit	19,0	18,1	18,5

**Taulukko 4.3.3. Eräiden sairauksien itse ilmoitettu esiintyvyys sekä niihin liittyvä terveystalvelujen käyttö koko maan aikuisväestössä. Luvut on korotettu koko maan tasolle. Kolme yleisintä alleviivattu.**

Sairaus	Sairaiden lukumäärä	Lääkärin- hoidossa olevat potilaat	Lääkärissä- käynnit vuoden aikana	Lääkehoi- dossa olevat potilaat
Astma	346 300	<u>153 500</u>	415 900	218 900
Krooninen keuhkoputken tulehdus	159 100	23 100	144 500	25 900
Sydäninfarkti	135 300	82 200	183 300	104 300
Sepelvaltimotauti	212 600	150 700	368 900	176 000
Sydämen vajaatoiminta	148 600	88 300	194 000	105 100
Sydämen rytmihäiriö	488 500	140 400	346 800	166 800
Verenpainetauti	<u>1 049 800</u>	<u>501 000</u>	<u>964 800</u>	<u>550 100</u>
Alaraajan suonikohjut	472 700	14 400	72 300	14 900
Nivelkuluma, nivelrikko	696 900	124 600	613 300	171 100
Selkäsairaus tai selkävika	<u>1 105 500</u>	109 900	<u>738 500</u>	175 400
Niskasairaus tai niskavika	573 300	58 400	364 600	100 200
Psyykinen sairaus	478 900	143 600	<u>721 200</u>	198 100
Diabetes	198 400	143 100	378 300	133 000
Haittaava allergia	<u>873 700</u>	<u>161 800</u>	471 800	<u>349 800</u>
Pitkäaikainen ihosairaus	445 600	98 600	278 900	199 700
Sappikivet tai sappirakon tulehdus	297 600	11 900	45 900	15 800
Maha- tai pohjukaissuolihaava	213 900	25 200	79 600	40 200
Syöpätauti	162 800	74 300	279 400	27 200
Kohdun hyvänlaatuinen kasvain	392 200	45 700	127 100	
Harmaakaihi	264 600	77 300	205 600	
Kuulovika tai -vamma	543 500	44 200	180 400	
Häiritsevä korvien soiminen	369 000	21 000	91 500	
Vaikea päänsärky	531 800	65 700	238 200	<u>262 300</u>
Virtsarakon, -teiden tai munuaisaltaan tulehdus	825 100	59 400	368 800	54 700
Eturauhasen liikakasvu	144 200	47 700	91 900	38 700

#### 4.4. Pohdinta

Yli 18-vuotias väestö kävi sairauden vuoksi lääkärissä keskimäärin 2,9 kertaa vuoden aikana, mikä on huomattavasti vähemmän kuin muissa kehittyneissä maissa. Vuonna 2003 OECD-maiden keskiarvo oli noin 7 käyntiä asukasta kohti (OECD 2005). Muista maista ei ole saatavilla tietoja käynneistä terveydenhoitajan tai sairaanhoitajan luona. Suomessa näitä käyntejä oli henkeä kohti 1,7 eli avokäyntien kokonaismäärä oli 4,6, mikä on selvästi pienempi kuin edellä mainittu OECD-maiden keskimääräinen lääkärissäkäyntien määrä.

Lääkärissäkäyntien sosioekonomiset erot eivät juuri ole muuttuneet. Lääkärissäkäynnit ovat kokonaisuudessaan jakaantuneet viime vuosikymmeninä suurituloisia suosivasti kun sairastavuuteen perustuva palvelutarve otetaan huomioon. OECD:n vuoden 2000 tutkimusaineistoihin perustuvan tutkimuksen mukaan kaikkien lääkärissäkäyntien horisontaalista eriarvoisuutta kuvaava indeksi oli Suomessa suurin (0,073), ja samaa luokkaa kuin Yhdysvalloissa ja Portugalissa (van Doorslaer 2004). Terveys 2000 -tutkimuksesta laskettu Suomen indeksi arvo oli hieman pienempi (0,04) kuin OECD tutkimuksessa, mutta ei poikennut siitä tilastollisesti eikä juuri muuta Suomen asemaa kansainvälisessä vertailussa.

Palvelujen tuottajan mukaan lasketut eriarvoisuusindeksit eivät juuri ole muuttuneet vuoden 1987 jälkeen. Terveyskeskuslääkärissäkäynnit ovat jakaantuneet pienituloisia suosivasti, sairaaloiden poliklinikkakäynnit suurin piirtein tasaisesti tuloluokittain, yksityislääkärissäkäynnit ja erityisesti työterveyshuollon käynnit suurituloisia suosivasti. Siten tuloluokittainen eriarvoisuus lääkärissäkäyntien kokonaismäärässä liittyy lähinnä yksityiseen sektoriin ja työterveyshuoltoon. Nämä palvelujen käytön sektorikohtaiset rakenteet ovat siten pysyvä ilmiö suomalaisessa järjestelmässä. Työssäkäyvässä väestössä lääkäripalvelujen saatavuus on parempi ja palveluja käytetään enemmän kuin työttömien ja muiden työelämän ulkopuolella olevien ryhmässä (Häkkinen 2002). Tämä tosin voi osittain johtua siitä, että useiden työssäkäyvien täytyy käydä lääkärissä sairauslomatoistuksen takia, mikä on osoitettu lisäävän lääkärissäkäyntien määrää (Häkkinen ym. 1996).

## 5 SAIRAALAHOIDOT JA LEIKKAUKSET

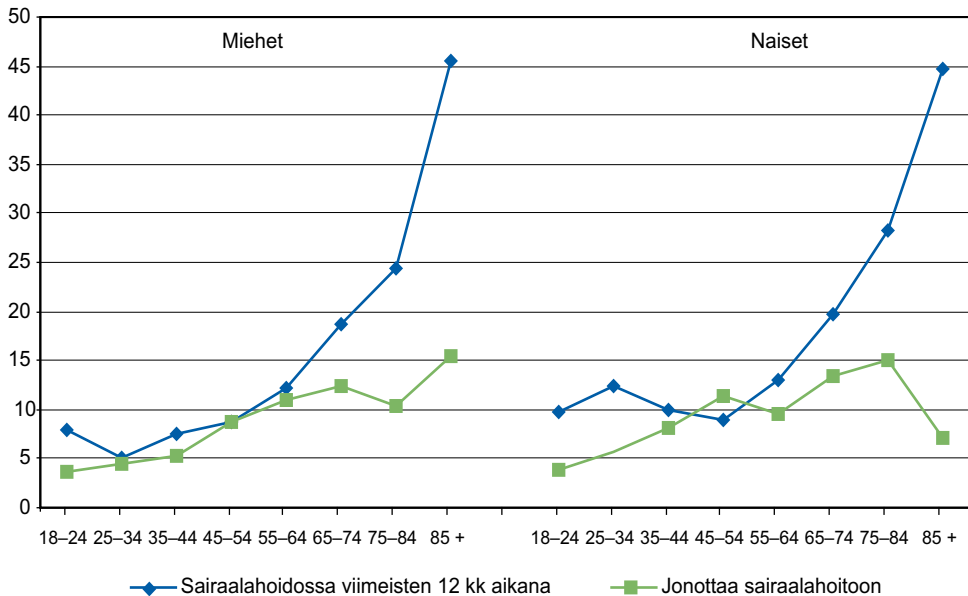
*Ilmo Keskimäki ja Pirkko Alha*

Verrattuna avoterveydenhuollon palvelujen käyttöön sairaalahoito on väestötasolla suhteellisen harvinaista. Keskimäärin vuodeosastohoidossa Suomessa on vuoden aikana noin 13–14 % koko väestöstä. Terveys 2000 -tutkimuksen kaltainen haastattelu- ja kyselytutkimus ei parhaalla mahdollisella tavalla sovellu sairaalapalvelujen käytön ja kohdentumisen selvittämiseen. Yksityiskohtainen sairaalapalvelujen käytön toimenpide- tai diagnoosikohtainen tutkimus edellyttäisi laajempia, esimerkiksi sairaaloiden hoitoilmoitustietoihin perustuvia aineistoja. Terveys 2000 -tutkimuksessa kysytyjä sairaalahoitoja sekä niihin jonottamista voidaan kuitenkin muiden osoittimien ohella käyttää sairastavuuden ja palvelutarpeen arviointiperusteina. Terveys 2000 -tutkimuksessa voitiin selvittää myös pitkän aikavälin sairaalapalvelujen käyttöä ja saatiin tietoja muun muassa koko elinaikana suoritetuista kirurgisista toimenpiteistä. Seuraavassa esitellään Terveys 2000 -tutkimuksen tietoja 18 vuotta täyttäneen väestön sairaalapalvelujen käytöstä.

### 5.1. Sairaalahoidot

Terveys 2000 -tutkimuksen vastanneista miehistä 10,8 % ja naisista 13,5 % oli ollut edeltävien 12 kuukauden aikana sairaalan vuodeostolla hoidossa. Ikäryhmittäin tarkasteltuna sairaalahoidossa olleiden osuus säilyi sekä miehillä että naisilla varsin samalla tasolla aina 55. ikävuoteen saakka. Alle 55-vuotiaista miehistä sairaalahoidossa oli edeltäneen vuoden aikana ollut noin 5–10 %. Naisilla sairaalahoidossa olleiden osuus oli muutaman prosenttiyksikön korkeampi. Sen sijaan 55. ikävuoden jälkeen sairaalahoidossa olleiden osuus kasvoi voimakkaasti. Vanhimmassa ikäryhmässä viimeksi kuluneen vuoden aikana sairaalahoidossa olleiden osuus oli molemmilla sukupuolilla 45 % (kuvio 5.1.1.). Edeltävän vuoden aikana sairaalahoidossa olleilla naisilla ja miehillä oli keskimäärin 1,7 hoitojaksoa, joista hoitopäiviä kertyi yhteensä miehillä 17,5 ja naisilla 21,8. Sairaalahoitojaksojen ja hoitopäivien määrä kasvoi vanhemmissa ikäryhmissä. Yli 75-vuotiaille sairaalahoidossa olleille oli edellisen vuoden aikana sairaalahoitopäiviä kertynyt keskimäärin yli 50. Kolmekymmentä vuotta täyttäneiltä tutkimukseen osallistuneilta kysyttiin myös päiväkirurgisia hoitoja. Miehistä 6,6 %:lle ja naisista 7,4 %:lle oli tehty edellisen vuoden aikana jokin päiväkirurginen toimenpide (liitetaulukko 4.3.).

**Kuvio 5.1.1. Viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana sairaalahoidossa olleiden ja sairaalahoitoon jonottavien osuus (%) miehistä ja naisista ikäryhmittäin.**



Yleisin sairaalahoidon syy oli verenkiertoelinten taudit. Niiden takia hoidossa oli vastaajista ollut viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana 2,5 % miehistä ja 2,0 % naisista. Muita yleisiä sairaalahoitoon johtaneita sairausryhmiä olivat tuki- ja liikuntaelinten, ruoansulatuselimistön, hermoston ja aistimien sekä virtsa- ja sukupuolielinten taudit (taulukko 5.1.1).

**Taulukko 5.1.1. Yleisimmät sairaudet, joiden vuoksi haastatellut ilmoittivat olleensa edeltävän vuoden aikana sairaalahoidossa (%). A-sarake: laskettu suhteessa kaikkiin vastanneisiin (N=8 583). B-sarake: laskettu suhteessa sairaalahoidossa olleisiin (N=1 228).**

Sairaus	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	A	B	A	B	A	B
Verenkiertoelinten taudit	2,5	20,8	2,0	14,7	2,2	17,1
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	1,5	13,3	1,9	13,1	1,7	13,2
Ruoansulatuselimistön sairaudet	1,3	11,2	1,6	11,0	1,5	11,1
Hermoston ja aistimien taudit	1,2	10,1	1,1	7,5	1,1	8,5
Virtsa- ja sukupuolielinten taudit	0,7	6,3	1,5	9,8	1,1	8,4
Hengityselinten taudit	1,0	8,9	0,9	6,2	0,9	7,3
Kasvaimet	0,4	4,0	1,0	6,8	0,7	5,7

Viimeksi kuluneen vuoden aikana sairaalahoidossa olleiden osuudessa oli tilastollisesti merkitsevää vaihtelua yliopistosairaaloiden vastuualueen, siviilisäädyn ja perheen tulojen mukaan (liitetaulukko 5.1.). Eniten sairaalahoidossa olleita oli alimmassa tuloviidenneksessä, jossa 17 % vastanneista oli ollut vuoden aikana sairaalahoidossa. Ylimmässä viidenneksessä sairaalahoidossa oli ollut noin 9 % vastaajista. Keskimääräistä useammin sairaalahoidossa olivat olleet myös eronneet ja lesket. Nämä tulo- ja siviilisäätiryhmien väliset erot sairaalahoidon käytössä ovat suhteellisesti hyvin samanlaisia kuin aiemmissa tutkimuksissa todetut erot ryhmien sairastavuudessa. Yliopistosairaaloiden vastuualueiden välillä sairaalassa hoidettujen osuudet vaihtelivat Oulun yliopistosairaalan 14,6 %:sta Tampereen yliopistosairaalan 10,2 %:iin. Tulo- ja siviilisäätiryhmien sekä yliopistosairaaloiden vastuualueiden väliset suhteelliset erot sairaalahoidossa olleiden osuudessa säilyivät samansuuntaisina tarkasteltaessa vastaajien ilmoittamaa sairaalahoitoa viimeksi kuluneen viiden vuoden aikana. Päiväkirurgisessa hoidossa edellisen vuoden aikana olleiden osuuksissa ei ollut systemaattisia eroja alueellisten tai sosiodemografisten taustamuuttujien suhteen (liitetaulukko 4.3.).

**Taulukko 5.1.2. Yleisimmät sairaudet, joiden vuoksi tutkittavat ilmoittivat jonottavansa sairaalahoitoon eli tutkimuksiin, leikkaukseen tai johonkin toimenpiteeseen (%). A-sarake: laskettu suhteessa kaikkiin vastanneisiin (N=8 581). B-sarake: laskettu suhteessa hoitoa jonottaviin (N=731).**

Sairaus	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	A	B	A	B	A	B
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	2,2	28,1	2,3	25,4	2,3	26,6
Hermoston ja aistimien taudit	1,6	20,1	1,7	19,0	1,7	19,5
Ruoansulatuselimistön sairaudet	1,0	13,1	1,4	15,3	1,2	14,4
Verenkiertoelinten taudit	1,3	16,5	0,9	9,9	1,1	12,7
Virtsan- ja sukuelinten taudit	0,5	6,8	1,0	10,8	0,8	9,0

Terveys 2000 -tutkimuksen vastaajista sairaalahoitoon jonotti tutkimushetkellä 7,8 % miehistä ja 9,1 % naisista. Sairaalahoitoon jonottavista miehistä 48 %:lla ja naisista 42 %:lla oli sovittu hoitopääsyaika. Ikäryhmittäin jonoissa olevien määrä vaihteli selvästi 18–24-vuotiaiden 3,8 %:sta 75–84-vuotiaiden 13,4 %:iin. Naisilla sairaalahoitoon jonottavien osuus oli jonkin verran suurempi kuin miehillä. Tämä johtui naisten miehiä suuremmasta hoitojonossa olevien osuudesta 35–54-vuotiaiden ja 65–84-vuotiaiden ikäryhmissä (kuviokuva 5.1.1.). Yliopistosairaaloiden vastuualueiden, siviilisäätö-, koulutus- ja perheen tuloryhmien sekä asuinalueen taajama-asteen suhteen sairaalahoitoon jonottavien osuuksissa tai hoitoon pääsyn ajan sopimisessa ei ollut tilastollisesti merkitsevää vaihtelua (liitetaulukko 5.1.).



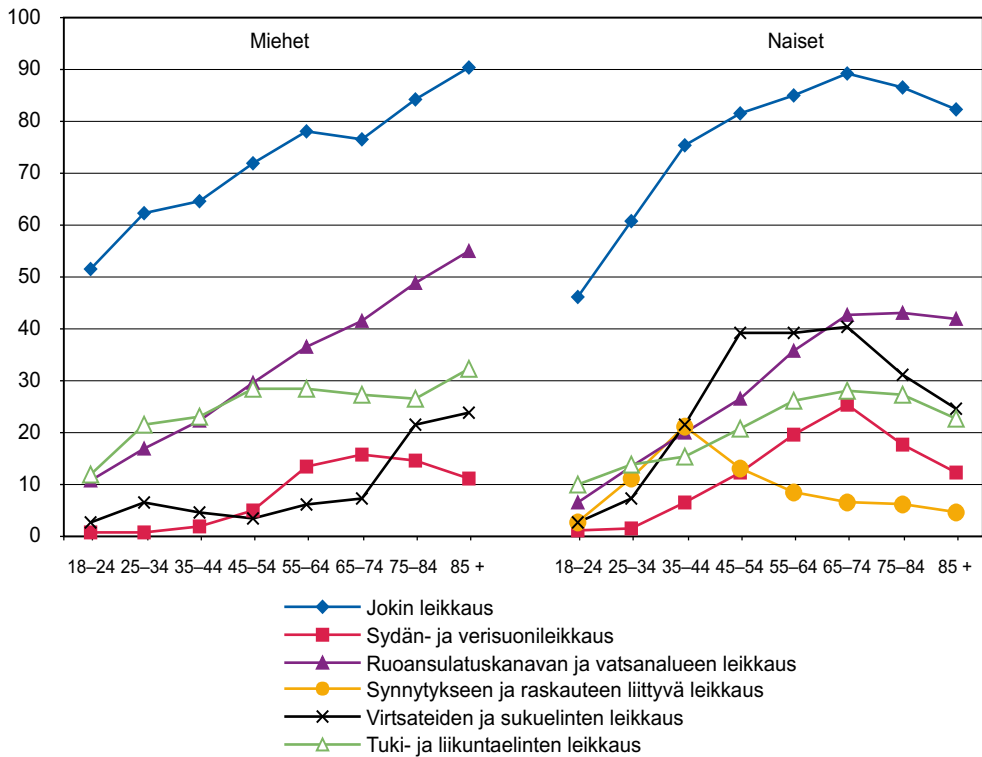
Yleisimmät sairaudet, joiden takia vastaajat jonottivat sairaalahoitoon, olivat tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä hermoston ja aistimien taudit. Tämä heijastaa toimenpiteiden suurta merkitystä mm. kaihin, nivelrikon ja muiden tuki- ja liikuntaelin tautien hoidossa. Sairaalahoitoon jonottavista miehistä 28 % ja naisista 25 % oli hoitojonossa tuki- ja liikuntaelinten ja 20 % miehistä ja 19 % naisista hermoston ja aistimien sairauksien takia (taulukko 5.1.2.). Muita yleisiä sairaalahoitoon jonottamisen syitä olivat ruoansulatuselimistön sairaudet, joiden takia sairaalahoitoa odottavista naisista 13 % ja miehistä 15 % oli asetettu hoitojonoon, sekä veronkierroelinten sairaudet ja naisilla virtsateiden ja sukuelinten taudit.

## 5.2. Leikkaukset

Terveys 2000 -tutkimukseen osallistuneista miehistä 69,3 %:lle ja naisista 74,5 %:lle oli koko elämän aikana tehty jokin leikkaus. Sukupuolten välinen ero johtui lähinnä siitä, että yli neljännekselle naisista oli tehty virtsateiden ja sukuelinten leikkaus ja noin 11 %:lle synnytykseen tai raskauteen liittyvä leikkaus. Miehillä virtsateiden ja sukuelinten leikkaukset olivat harvinaisempia. Vain 6 %:lle miehistä oli tehty jokin tämän alueen leikkaus (liitetaulukko 5.2.).

Leikkaushoidossa joskus olleiden osuus suureni iän mukana: 18–24-vuotiaista noin puolet, mutta vanhimpiin ikäryhmiin kuuluvista 80–90 % oli ollut leikkaushoidossa. Eri kehonalueiden leikkauksissa olleiden osuuksien vaihtelu näytti heijastavan iän ja mahdollisen ikään liittyvän muistamis- ja raportointiharhan ohella vastaajien elämän aikana tapahtuneita muutoksia operatiivisten palvelujen tarjonnassa ja hoitokäytännöissä. Kyselyaineiston laajuus ei mahdollista yksityiskohtaista toimenpidetähtäistä analysointia, mutta esimerkiksi synnytykseen ja raskauteen liittyviä toimenpiteitä oli tehty huomattavasti useammin 35–44-vuotiaille kuin tätä vanhemmille naisille, mikä heijastanee näiden toimenpiteiden määrän lisääntymistä terveydenhuollossa parin viimevuosikymmenen aikana (kuvio 5.1.2.). Vastaavainen ikäriippuvuus on naisilla virtsateiden ja sukuelinten leikkausten sekä sydän- ja verisuonileikkausten yleisyydessä.

**Kuvio 5.2.1. Elämän aikana tehdyt leikkaukset (%) miehillä ja naisilla ikäryhmittäin.**



Elämän aikana leikkaushoidossa olleiden osuudet vaihtelivat jonkin verran tarkasteltujen taustamuuttujien suhteen. Osin nämä ryhmäerot olivat samansuuntaisia kuin mitä on havaittu esimerkiksi rekisteriaineistoihin perustuvissa tutkimuksissa. Perheen käytettävissä olevien tulojen mukaan leikkaushoidossa olleiden osuus oli suurempi ylimmissä tuloryhmissä ja hoidossa olleita oli vähiten alimmissa tuloviidenneksessä (liitetaulukko 5.2.). Erot olivat samansuuntaisia koulutuksen suhteen, ja siviilisäätyryhmissä vähiten leikkaushoidossa olleita oli naimattomien joukossa. Samoin erot olivat pääosin samantapaisia, kun tarkasteltiin yksittäisiä toimenpideryhmiä. Erityisen selviä olivat tuloryhmien väliset erot sydän- ja verisuonileikkauksissa, joissa oli ollut 10 % ylimpään ja 6 % alimpaan tuloviidennekseen kuuluvista, sekä naisten virtsateiden ja sukuelinten leikkauksissa, joissa oli ollut 32 % ylimpään ja 19 % alimpaan tuloviidennekseen kuuluvista.

### 5.3. Pohdinta

Terveys 2000 -tutkimuksen kaltainen väestötutkimus ei kaikilta osin sovellu sairaalapalvelujen käytön tutkimukseen. Vaikka tutkimuksen mukaan 18 vuotta täyttäneessä aikuisväestössä miehistä noin 11 % ja naisista noin 14 % oli ollut sairaalahoidossa haastattelua edeltävän 12 kuukauden aikana, niin yksittäisiä hoidonsyitä tarkastellessa sairaalahoidot ovat kuitenkin suhteellisen harvinaisia, minkä takia palvelujen käyttöä ja kohdentumista voidaan tarkastella vain pääpiirteissään. Yleisimmänkin laajan tautiryhmän eli verenkiertoelinten tautien takia sairaalahoidossa edellisen 12 kuukauden aikana olleita oli tutkimuksessa vain hieman yli 2 % vastanneista.

Verrattuna vuosina 1978–1980 toteutettuun 30 täyttäneeseen väestöön kohdistuneeseen Mini-Suomi-tutkimuksen tuloksiin sairaalahoidossa edellisen vuoden aikana olleiden osuus oli vuonna 2000 vähentynyt lukuun ottamatta 65 täyttäneitä naisia, joilla hoidossa olleiden osuus oli molemmissa tutkimuksissa samalla tasolla (Aromaa ym. 1989). Osin tämä sairaalapalvelujen käytön lasku on seurausta aiemmissä tutkimuksissa todettua väestön terveydentilan paranemisesta. Toisaalta tutkimusten välillä on sairaalapalvelujen muun muassa kirurgisten hoitojen tarjonta lisääntynyt, on otettu käyttöön uusia hoitomuotoja ja hoitokäytännöt ovat muuttuneet muun muassa avohoitokäynneillä toteuttavien hoitomuotojen kehittymisen seurauksena.

Kirurgisissa hoidoissa terveydenhuollon toimintaan liittyvät muutokset sairaalapalvelujen käytössä näkyivät tutkimustuloksissa esimerkiksi eräänlaisina kohorttivaikutuksina tarkasteltaessa koko elämän aikana leikkauksissa olleiden määriä. Yksittäisistä toimenpideryhmistä palvelujen tarjontaan liittyvät muutokset tulivat esiin tuloksissa erityisen selvästi raskauteen ja synnytykseen liittyvissä toimenpiteissä, joita oli yli 55-vuotiailla naisille suoritettu vain alle 10 %:lle mutta 35–44-vuotiaista naisista noin viidennekselle. Vastaava kohortti-ilmio oli havaittavissa 45–74-vuotiaiden naisten virtsateiden ja sukuelinten leikkauksissa sekä 65–74-vuotiaiden naisten sydän ja verisuonileikkauksissa. 45–74-vuotiaista naisista virtsateiden ja sukuelinten leikkauksia oli suoritettu jopa 40 %:lle, kun taas vanhemmille ikäryhmille toimenpiteitä oli suoritettu vähemmän. Ikäryhmien erot heijastanevat ainakin osin kohdunpoistojen määrän voimakasta lisääntymistä 1980-luvulla ja 1990-luvun alussa (Vuorma ym. 1998). Sydän- ja verisuonileikkauksissa ikäryhmäerot puolestaan ovat seurausta muun muassa naisten sepelvaltimoiden ohitusleikkausten määrän nopeasta kasvusta 1990-luvulla.

Väestöryhmittäinen vaihtelu sairaalahoidossa olleiden osuuksissa esimerkiksi siivilisäätö ja tuloryhmittäin vastasi kutakuinkin aiempia tietoja ryhmien välisistä sairastavuuseroista ja vastaavia tuloksia on saatu aiemmissä tutkimuksissa (Keski-

mäki 2003, Keskimäki ym.1995). Sen sijaan kun tarkasteltiin leikkaushoitoja, niin tulokset osoittivat eroja, jotka eivät täysin vastanne sairastavuudessa olevaa vaihtelua. Ylipäätään leikkaushoidossa olleita oli enemmän ylimmissä tulo- ja koulutusryhmissä. Erot tulivat selvemmin esiin tarkasteltaessa yksittäisiä toimenpideryhmiä. Ylimmässä tuloviidenneksessä naiset olivat olleet lähes kaksi kertaa niin usein virtsateiden ja sukuelinten leikkauksia kuin alimmassa tuloviidenneksessä. Samansuuntaisia eroja oli raskauteen ja synnytykseen liittyvissä leikkauksissa sekä sydän- ja verisuonileikkauksissa. Samankaltaisia sosioekonomisia eroja on havaittu kirurgisten sairaalapalvelujen käytössä tutkittaessa palvelujen käyttöä laajoilla rekisteriaineistoilla. Toimenpidetasolla nämä heijastanevat aiemmissä tutkimuksissa havaittuja eroja muun muassa sepelvaltimoiden ohitusleikkauksien sekä kohdunpoistojen yleisyydessä sosiaaliryhmien välillä (Hetemaa ym. 2003, Keskimäki 2003, Keskimäki ym. 2004, Luoto ym. 1997). Mainituissa tutkimuksissa on kuitenkin tarkasteltu toimenpiteiden yleisyyttä vuositasolla. Tämän tutkimuksen tiedot elämänaikaisten toimenpidemäärien hyvin selvistä sosioekonomisista eroista viittaavatkin siihen, että sosioekonomiset erot kirurgiseen hoitoon pääsyssä ovat olleet suhteellisen pysyvä ilmiö suomalaisessa terveydenhuollossa.

## 6 MIELENTERVEYSPALVELUT

*Pirkko Alha ja Sami Pirkola*

Terveys 2000 -tutkimuksessa mielenterveyspalvelujen käyttöä selvitettiin haastattelemalla. Aikuisten ja nuorten otoksen kysymykset vastasivat toisiaan. Lisäksi nuorille esitettiin muutama ylimääräinen kysymys. Kaiken kaikkiaan mielenterveyspalveluiden käyttöä koskeviin kysymyksiin vastasi 7 077 tutkittavaa 30 vuotta täyttäneiden aineistosta ja 1 705 tutkittavaa 18–29-vuotiaiden aineistosta. Haastateltavilta kysyttiin, olivatko he käyttäneet terveyspalveluja mielenterveydellisten ongelmien takia viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Mielenterveyspalveluja oli kaikista vastanneista käyttänyt 5,4 %. Ero miesten (4,0 %) ja naisten (6,9 %) välillä oli merkitsevä. Naimattomat ja etenkin eronneet, asumuserossa olevat ja lesket olivat käyttäneet mielenterveyspalveluja yleisemmin kuin avio- tai avoliitossa olevat. Alimpaan tuloluokkaan kuuluvat käyttivät eniten mielenterveyspalveluja riippumatta siitä, oliko tuloluokat muodostettu kotitalouden tai omien tulojen perusteella. (Liitetaulukko 6.1.)

### 6.1. Mielenterveyspalvelujen käyttö hoidonantajan mukaan

Vastanneista psykiatrilla oli hoitoa saanut 2,2 %, muulla lääkäriellä 1,9 % ja sairaan- tai terveydenhoitajan luona 1,6 %. Muun ammattihenkilön, esimerkiksi psykologin, antamaa hoitoa ilmoitti saaneensa 1,6 % vastanneista.

Mielenterveysongelmien hoitoon tarvittavaa lääkehoitoa oli edeltävän vuoden aikana saanut 4 % haastatelluista, 3,3 % miehistä ja 4,6 % naisista. Kysymykseen käyttätekö tällä hetkellä lääkehoitoa mielenterveysongelmiin, vastasi 3,1 % vastanneista myöntävästi. Eniten lääkehoitoa käyttivät eronneet, asumuserossa olevat, lesket ja naimattomat. Alimpaan tuloviidennekseen kuuluvilla oli eniten mielenterveyslääkkeitä käytössä vastaushetkellä. (Liitetaulukko 6.1.)

### 6.2. Mielenterveyspalvelujen käyttö hoitopaikan mukaan

Tarkasteltaessa hoitopaikan perusteella viimeksi kuluneiden 12 kk aikana saatua hoitoa, on hoitopaikat liitetaulukossa 6.2. jaettu kolmeen ryhmään; terveyskeskuksen yleisvastaanotto, mielenterveystoimisto tai psykiatrian poliklinikka ja muu paikka.

Terveyskeskuksessa hoitoa mielenterveysongelmiin oli edeltävän vuoden aikana saanut 2,1 % vastanneista, 1,4 % miehistä ja 2,8 % naisista. Hoitokertoja oli terveystieteiden tutkimuskeskuksessa hoidossa olleilla vuoden aikana keskimäärin 4,8.

Mielenterveystoimistossa tai psykiatrian poliklinikalla hoitoa oli saanut 2,2 % haastatelluista, 1,8 % miehistä ja 2,6 % naisista. Eronneet, lesket ja naimattomat käyttivät näitä palveluja yleisemmin kuin avio- tai avoliitossa olevat. Alimpaan tuloiluokkaan kuuluvat käyttivät eniten mielenterveystoimistojen ja psykiatrian poliklinikan palveluja. Hoidossa olleilla oli hoitokertoja vuoden aikana keskimäärin 10. Ylimpään koulutusluokkaan kuuluvilla oli kuitenkin hoitokertoja kaksinkertaisesti muihin verrattuna.

Muun hoitopaikan ryhmään jäi laaja kirjo erilaisia mielenterveys- tai päihdepalveluita, kuten työterveyshuolto, opiskelijaterveydenhuolto, A-klinikka, perhe- tai kasvatusneuvola, lääkärin tai psykiatrin yksityisvastaanotto, psykiatrin sairaala, muu sairaala, kuntoutuslaitos ja muu hoitopaikka (taulukko 6.2.1.). Mielenterveysongelmien takia näitä hoitopaikkoja oli käyttänyt 3,1 % kaikista tutkituista. Hoidossa olleilla hoitokertoja oli vuoden aikana keskimäärin 9.

**Taulukko 6.2.1. Mielenterveyspalveluja viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyttäneiden (N=459) jakaantuminen hoitopaikan mukaan, käyntikertojen määrä, hoidon päättymisen ja sisältö.**<sup>1</sup>

Hoitopaikka	Hoidossa käyneet		Käyntikertoja vuoden aikana		Hoito päättynyt		Hoito sisälsi terapiaa <sup>2</sup>	
	N	%	N	Kertaa	N	%	N	%
Terveystieteiden tutkimuskeskus	179	39	172	4,8	64	37	66	38
Työterveyshuolto	59	13	59	3,4	36	61	14	24
Opiskelijaterveydenhuolto	13	17	13	3,6	10	77	7	54
Mielenterveystoimisto tai psykiatrian poliklinikka	180	39	172	9,6	54	31	109	62
A-klinikka	21	5	21	6,8	9	43	11	52
Perhe- tai kasvatusneuvola	16	3	16	7,3	12	75	11	69
Lääkärin tai psykologin yksityisvastaanotto	122	26	118	10,2	48	40	54	45
Psykiatrin sairaala	47	10	41	2,4	31	70	33	77
Muu sairaala	17	4	16	3,3	9	56	6	40
Kuntoutuslaitos	10	2	10	1,2	1	10	4	40

<sup>1</sup> Luvut vakioimattomia ja laskettu kuhunkin kysymykseen vastanneista.

<sup>2</sup> Keskusteluapua ja terapiaa (tapaamisia yli kuukauden ajalla ja ainakin kerran viikossa).

Runsas 60 % vastanneista koki saaneensa joko erittäin tai melko paljon apua saamastaan hoidosta (taulukko 6.2.2.).

**Taulukko 6.2.2. Vastaajien kokema mielenterveyspalveluista saatu apu (% , N = 442).**

Hoidosta saatu apu	Miehet	Naiset	Yhteensä
Erittäin paljon	27,9	34,9	32,5
Melko paljon	25,1	32,3	29,8
Jonkin verran	28,5	22,0	24,2
Melko vähän	7,9	4,9	5,9
Hyvin vähän tai ei lainkaan	10,6	6,0	7,5

### 6.3. Nuorten aikuisten (18–29-vuotiaat) mielenterveyspalvelujen käyttö

Nuorilta aikuisilta kysyttiin edellä tarkasteltujen kysymysten lisäksi ”Oletko koskaan saanut asiantuntija-apua tai hoitoa jonkun mielenterveydellisen tai psyykkisen ongelman vuoksi?” Nuorista aikuisista 12 % kertoi saaneensa asiantuntija-apua, miehistä 7,3 % ja naisista 16,8 %. Eronneiden ja alimpaan tuloluokkaan kuuluvien keskuudessa palvelujen käyttö oli yleisintä. Ikä, jolloin apua oli ensimmäisen kerran saatu, oli keskimäärin 20 vuotta. (Liitetaulukko 6.3.)

Yleisin palvelujen hakemisen taustalla oleva ongelma oli masennus. Seuraavaksi yleisimpiä syitä olivat ahdistus ja sosiaaliseen tai muuhun elämäntilanteeseen liittyvät asiat (taulukko 6.3.1.).

**Taulukko 6.3.1. 18–29-vuotiaiden ilmoittamat syyt, joiden vuoksi oli saanut joskus hoitoa tai asiantuntija-apua mielenterveysongelmaansa.<sup>1</sup>**

Ongelma	N	%
Masennus	88	46,3
Ahdistus	31	16,3
Sosiaaliseen tai muuhun elämäntilanteeseen liittyvät syyt	28	14,7
Käytöshäiriö	12	6,3
Syömishäiriö	11	5,8
Muu mielenterveyteen liittyvä ongelma	8	4,2
Alkoholin ja/tai huumeiden käyttö	4	2,1
Psykoosi	2	1,1
Muu syy	6	3,2
Yhteensä	190	100,0

<sup>1</sup> Luvut vakioimattomia.

Kysyttäessä nuorilta aikuisilta millaista hoitoa tai apua he olivat saaneet, yli puolet ilmoitti käyneensä lääkärin, psykologin tai vastaavan asiantuntijan vastaanotolla muutaman kerran. Noin kolmasosa oli käynyt lääkärin, psykologin tai vastaavan asiantuntijan vastaanotolla useiden kuukausien ajan. Vajaa 10 % oli ollut sairaalassa tai muussa hoitolaitoksessa. (Taulukko 6.3.2.)

**Taulukko 6.3.2. 18–29-vuotiaiden mielenterveysongelmien takia saatu palvelu (% , N=169).**

Mielenterveyspalvelu	Miehet	Naiset	Yhteensä
Käynyt muutaman kerran lääkärin, psykologin tai vastaavan asiantuntijan vastaanotolla	57,4	60,1	59,4
Käynyt useamman kuukauden ajan lääkärin, psykologin tai vastaavan asiantuntijan vastaanotolla	22,5	35,8	32,1
Ollut sairaalassa tai muussa hoitolaitoksessa	20,1	4,2	8,5

Nuurilta kysyttiin myös arvioivatko he tarvitsevansa tällä hetkellä jotain palveluja mielenterveyden ongelmien takia. Vastanneista 3,4 %, miehistä 2,6 % ja naisista 4,2 % ilmoitti tarvitsevansa tällaisia palveluja (liitetaulukko 6.3.).

## 6.4. Pohdinta

Terveys 2000 -tutkimuksessa kerättiin tietoa mielenterveyspalveluiden käytöstä viimeksi kuluneen vuoden ajalta. Vertailukelpoista tietoa ei ole aikaisemmista tutkimuksista käytettävissä. Tässä tutkimuksessa ei kerätty tietoa hoidon tai palveluiden tarpeesta eikä palvelujen käytön taustalla mahdollisesti esiintyvistä mielenterveyshäiriöistä. Pitemmälle menevien päätelmien tekemistä vaikeuttaa myös aineiston pieni koko.

Palvelujen käyttö mielenterveydellisten ongelmien takia jakaantui melko laajalti erilaisille palvelujen tuottajille. Keskeisimmät tuottajat ovat terveyskeskukset, mielenterveystoimistot ja kirjava valikoima muita tuottajia. Eri palvelujen käyttäjien yleisyys vaihteli esimerkiksi siviilisäädyn ja iän suhteen, mikä voi ainakin osittain heijastaa väestöryhmien välisiä eroja palvelun tarpeeseen johtavien mielenterveysongelmien laadussa. Kaikkein vanhimmissa ikäluokissa mielenterveyspalvelujen käyttö painottui merkittävässä määrin terveyskeskuksiin ja mielenterveystoimiston sekä muiden erikoistuneiden mielenterveyspalveluiden osuus oli vähäinen.



## 7 HAMMASHOITOPALVELUT

*Liisa Suominen-Taipale, Anne Nordblad, Miira Vehkalahti ja Sirkka-Sisko Arinen*

### 7.1. Johdanto

Terveys 2000 -tutkimuksen tiedot kerättiin juuri ennen vuosina 2001–2002 toteutettua hammashoitouudistusta, jolla julkisin varoin tuettu hammashoito laajennettiin koskemaan koko väestöä. Siihen asti aikuisista vain 18–44-vuotiailla oli mahdollisuus hakeutua terveystieteiden hammashoitoon tai vaihtoehtoisesti saada korvauksia yksityishammaslääkärin antamasta hoidosta. Terveystieteiden hammashoidosta perittiin enintään asetuksella säädetty maksut, jotka olivat yksityishammashoidosta perittäviä maksuja vähäisemmät. Yksityishammaslääkärillä tehdystä proteettisesta hoidosta (s.o. irrotettavien hammasproteesien, kiinteiden kruunujen sekä hammassiltojen valmistus ja korjaus) tai hampaiden oikomishoidosta ei maksettu korvausta edes korvaukseen oikeutetuissa ikäryhmissä, elleivät nämä olleet lääkärin toteamaa yleissairauden parantamiseksi välttämätöntä hoitoa. Poikkeuksen muodostivat sotaveteraanit, joille korvattiin proteettista hoitoa. Ennen uudistusta noin kolmannes väestöstä asui paikkakunnilla, joilla terveystieteiden palvelut tarjosivat suun terveydenhoitoa kaikille iästä riippumatta. Toinen kolmannes asui kunnissa, joissa palveluja tarjottiin tuolloin voimassa olleen kansanterveysasetuksen mukaisesti ensisijaisesti vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneille. Kolmannes väestöstä asui sellaisissa kunnissa, usein suurissa kaupungeissa, joissa suun terveydenhoitopalveluita oli rajoitettu asetusta nuorempiin ikäryhmiin.

Terveys 2000 -tutkimukseen perustuen hammashoitopalvelujen käyttöä on aiemmin kuvattu kahdessa raportissa: erikseen 18–29-vuotiaiden (Suominen-Taipale ym. 2005) ja 30 vuotta täyttäneiden osalta (Suominen-Taipale ym. 2004).

Tässä luvussa kuvataan hammashoitopalvelujen käyttöä koko Terveys 2000 -tutkimuksen kohdejoukossa ottaen huomioon julkisin varoin tuettuun hammashoitoon oikeutettujen ikäryhmät. Lisäksi selvitetään aiempaa tarkemmin asuinpaikan ja siviilisäädyn sekä koulutus- ja tulotason yhteyksiä hammashoitopalvelujen käyttöön.

### 7.2. Menetelmät

Hammashoitopalvelujen käyttöä koskevat kysymykset selvittivät käyntikertoja ja hoitopaikkaa, viimeisimmän käynnin ajankohtaa, hoidossa käymisen säännöllisyyttä, omahammaslääkärinä, hoitoon hakeutumistapaa sekä mahdollista oikomishoitoa.

Hammashoitopalvelujen käyttöä selvitettiin kysymyksillä ”Kuinka monta kertaa olette viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käynyt: 1) terveystieteiden hammaslääkärillä, 2) yksityisellä hammaslääkärillä, 3) muulla hammaslääkärillä

(Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö eli YTHS, puolustusvoimat, yliopisto, sairaala, jne.), 4) hammasteknikolla ja 5) muussa hammashoidossa?” Vuoden aikana hammashoidossa käyneiksi katsottiin ne, jotka ilmoittivat vähintään yhden käynnin johonkin kohdista 1–5 ja hammaslääkärillä käyneiksi ne, joilla jossakin kohdista 1–3 oli vähintään yksi käynti. Ellei kohdissa 1–3 ollut käyntejä, tutkittavalta kysyttiin, milloin hän oli viimeksi käynyt hammaslääkärissä ja vastausvaihtoehdot olivat 1) 1–2 vuotta sitten, 2) 3–5 vuotta sitten, 3) yli 5 vuotta sitten ja 4) en ole koskaan käynyt hammaslääkärissä.

Hammashoidossa käyntitapaa selvitettiin kysymällä ”Onko Teillä tapana käydä hammaslääkärissä 1) säännöllisesti tarkastusta varten, 2) vain silloin kun, Teillä on särkyä tai jotakin vaivaa, 3) ei koskaan?” Säännöllisesti tarkastusta varten kävijöiltä kysyttiin edelleen ”Käyttekö hammaslääkärissä tarkastusta varten: 1) noin kerran vuodessa, 2) noin kahden vuoden välein, 3) harvemmin?” Kokoproteesien käyttäjiltä kysyttiin ”Käyttekö tarkastuttamassa hammasproteesinne (tietämättä itse, onko niissä vikaa): 1) noin kerran vuodessa, 2) ainakin kerran viidessä vuodessa, 3) harvemmin, 4) ei koskaan?”

Haastatelluilta kysyttiin ”Onko Teillä joku tietty hammaslääkäri, johon otatte yhteyttä tarvitessanne hammashoitoa? Myöntävästi vastanneilla katsottiin olevan omahammaslääkäri ja heiltä kysyttiin onko tämä hammaslääkäri 1) terveyskeskushammaslääkäri, 2) yksityishammaslääkäri vai 3) jokin muu hammaslääkäri.

Hoitoajan sopimisesta viimeisintä hammashoitojaksoa varten kysyttiin: ”1) Tila-sitteko ajan itse, 2) kutsuiko hammaslääkäri Teidät, 3) oliko ajasta sovittu jo aikaisemmin vai 4) menittekö vastaanotolle ilman ajanvarausta?” Haastateltavilta kysyttiin myös ”Oletteko koskaan saanut hampaiden oikomishoitoa?” ja vastausvaihtoehdot olivat kyllä ja ei.

Tulokset esitetään ikäryhmittäin sen mukaan, kuuluiko vastaaja kansanterveysasetuksella säädettyyn hoitoa ensisijaisesti saavaan ikäryhmään (18–44-vuotiaat) ja ellei kuulunut, oliko hän alle 65-vuotias (45–64-vuotiaat) vai eläkeikäinen (65 vuotta täyttäneet). Tämä siksi, että huomattava osa 65 vuotta täyttäneistä on hampaattomia (Suominen-Taipale ym. 2004), ja hampaattomuuden on todettu vähentävän hammashoitopalvelujen käyttöä merkittävästi.

Tieto tutkittavien hampaallisuudesta tai hampaattomuudesta perustuu terveystaustatutkimuksessa esitettyyn kysymykseen. Hampaallisiksi katsottiin ne vastaajat, jotka ilmoittivat että heillä oli omia hampaita, muut katsottiin hampaattomiksi. Liitetaulukoissa ikäryhmittäiset tulokset esitetään kahdeksalle ryhmälle: 18–24-, 25–34-, 35–44-, 45–54-, 55–64-, 65–74-, 75–84-vuotiaat sekä 85 vuotta täyttäneet. Muut tässä luvussa käytetyt taustamuuttujat on kuvattu luvussa 2.2.

### 7.3. Tulokset

#### Hammashoidossa vuoden aikana käyneet

Yli puolet (55 %) haastatelluista ilmoitti käyneensä hammashoidossa edeltäneen vuoden aikana, naisista suurempi osa kuin miehistä. Hampaallisista haastatelluista 60 % oli käynyt hoidossa, hampaattomista 21 %. 65 vuotta täyttäneet käyttivät muita vähemmän palveluita; heistä 39 % oli käynyt hoidossa. 18–44-vuotiaista oli vuoden aikana käynyt hammashoidossa muihin ikäryhmiin verrattuna pienempi osuus hampaallisista, mutta suurempi osuus hampaattomista. Suurinta palvelujen käyttö oli 45–64-vuotiaiden hampaallisten naisten ryhmässä (taulukko 7.3.1). Hoidossa käyneiden osuudet olivat suurimmat (63–60 %) 35–44- ja 55–64-vuotiaiden ikäryhmissä sekä pienimmät (34–25 %) 75–84-vuotiaiden ja 85 vuotta täyttäneiden ryhmissä (liitetaulukko 7.1).

**Taulukko 7.3.1. Hammashoidossa vuoden aikana käyneiden osuus (%) hampaallisuuden, ikäryhmän ja sukupuolen mukaan.**

Hampaallisuus	Ikäryhmä	Miehet	Naiset	Kaikki
Kaikki (N = 8561)	Kaikki	49,8 <sup>1</sup>	59,0 <sup>1</sup>	54,6
	18–44 <sup>2</sup>	51,0	63,9	57,3
	45–64	53,5	65,1	59,4
	65+	40,4	38,1	39,0
Hampaalliset (N = 7151)	Kaikki	54,2 <sup>1</sup>	66,2 <sup>1</sup>	60,2
	18–44 <sup>2</sup>	51,1	64,0	57,4
	45–64	57,5	71,2	64,3
	65+	58,3	62,1	60,5
Hampaattomat (N = 1407)	Kaikki	19,4 <sup>1</sup>	22,8 <sup>1</sup>	21,4
	18–44 <sup>2</sup>	44,2 <sup>3</sup>	61,3	54,4
	45–64	25,6	26,4	26,0
	65+	14,9	16,3	15,8

<sup>1</sup> ikävakioitu, <sup>2</sup> oikeutettu julkisin varoin tuettuun hammashoittoon, <sup>3</sup> < 50 vastannutta

#### Hammashoidossa vuoden aikana käyneiden hoitopaikka

Yleisin käyntipaikka oli yksityishammaslääkärin vastaanotto, jossa oli käynyt 31 % haastatelluista. Vuoden aikana 21 % oli käynyt terveystieteiden keskuksen hammaslääkäri-

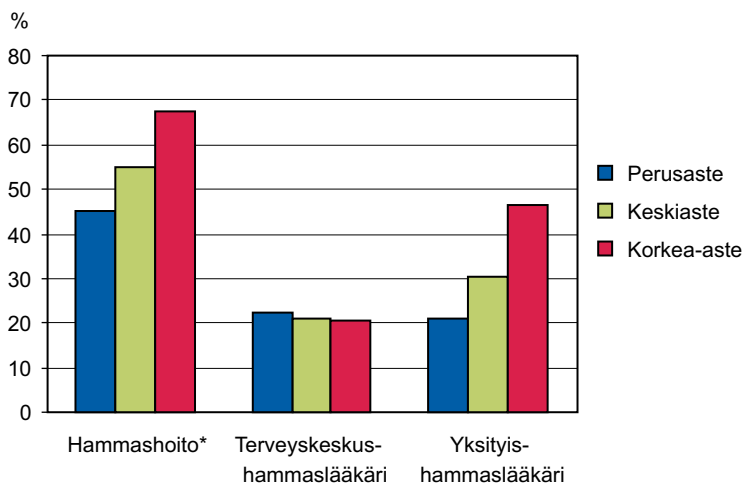
rillä, 3 % muulla hammaslääkärillä, 3 % hammasteknikolla ja 3 % muussa hammashoidossa (taulukko 7.3.2.). Joka kolmas 18–24-vuotiaista oli käynyt terveysterveyskeskushammaslääkärillä, 10 % oli käynyt yksityishammaslääkärillä ja 13 % muulla hammaslääkärillä (liitetaulukko 7.1.). Yksityishammaslääkärin vastaanotto oli yleisin (43 %) hoitopaikka 45–64-vuotiaiden ryhmässä, joista 15 % ilmoitti käyneensä terveysterveyskeskushammaslääkärillä.

**Taulukko 7.3.2. Hammashoidossa vuoden aikana käyneiden osuus (%) hoitopaikan, ikäryhmän ja sukupuolen mukaan.**

Hoitopaikka	Ikäryhmä	Miehet	Naiset	Kaikki
Terveysterveyskeskushammaslääkäri	Kaikki	18,4 <sup>1</sup>	24,1 <sup>1</sup>	21,3
	18–44 <sup>2</sup>	25,6	35,6	30,5
	45–64	12,9	16,0	14,5
	65+	12,4	10,8	11,4
Yksityishammaslääkäri	Kaikki	28,5 <sup>1</sup>	32,5 <sup>1</sup>	30,5
	18–44 <sup>2</sup>	21,7	26,2	23,9
	45–64	38,6	47,2	42,9
	65+	23,9	23,7	23,8
Muu hammaslääkäri <sup>3</sup>	Kaikki	3,2 <sup>1</sup>	2,5 <sup>1</sup>	2,9
	18–44 <sup>2</sup>	5,7	4,0	4,9
	45–64	1,1	1,4	1,2
	65+	1,3	0,9	1,0
Hammasteknikko	Kaikki	2,7 <sup>1</sup>	2,7 <sup>1</sup>	2,7
	18–44 <sup>2</sup>	0,5	0,5	0,5
	45–64	3,1	3,5	3,3
	65+	7,2	7,3	7,2
Muu hammashoito <sup>4</sup>	Kaikki	2,3 <sup>1</sup>	4,1 <sup>1</sup>	3,2
	18–44 <sup>2</sup>	1,9	4,9	3,3
	45–64	3,3	4,1	3,7
	65+	1,4	2,4	2,0

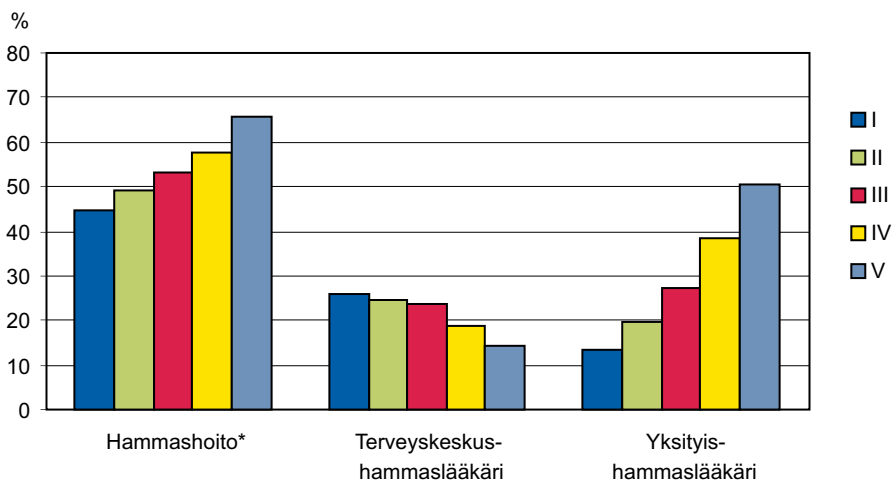
<sup>1</sup> ikävakiointu, <sup>2</sup> oikeutettu julkisin varoin tuettuun hammashoitoon, <sup>3</sup> YTHS, puolustusvoimat, yliopisto, sairaala jne., <sup>4</sup> suuhygienisti tai hammashoitaja

**Kuvio 7.3.1. Hammashoidossa, terveystakeskushammaslääkärillä tai yksityishammaslääkärillä vuoden aikana käyneiden osuus (%) koulutusasteen mukaan.**



\* Terveystakeskukseen hammaslääkär, yksityinen hammaslääkär, muu hammaslääkär (YTHS, puolustusvoimat, yliopisto, sairaala, jne.), hammasteknikko tai muu hammashoito (suuhygienisti, hammashoitaja).

**Kuvio 7.3.2. Hammashoidossa, terveystakeskushammaslääkärillä tai yksityishammaslääkärillä vuoden aikana käyneiden osuus (%) tuloluokittain.**



\* Terveystakeskukseen hammaslääkär, yksityinen hammaslääkär, muu hammaslääkär (YTHS, puolustusvoimat, yliopisto, sairaala, jne.), hammasteknikko tai muu hammashoito (suuhygienisti, hammashoitaja)

Hammashoidossa käynti vaihteli asuinpaikan, siviilisäädyn, koulutuksen ja tulotason mukaan (liitetaulukko 7.1.). Hammashoidossa käyneiden osuudet olivat Itä- ja Pohjois-Suomessa muuta Suomea pienempiä (49 % vs. 56–59 %) sekä kaupunkimaisissa kunnissa muita kuntia suurempia (57 % vs. 51 %). Naimisissa olevista suurempi osa (60 %) kuin avoliitossa tai yksin asuvista (50 %) oli käynyt vuoden aikana hammashoidossa. Hammashoidossa käyminen oli sitä yleisempää mitä enemmän haastateltavalla oli koulutusta tai kotitaloudella tuloja (liitetaulukko 7.1., kuvat 7.3.1., 7.3.2.).

Terveyskeskushammaslääkärillä käyneiden osuudet olivat suurimmat Itä-Suomessa (28 %) ja maaseutumaisissa kunnissa (33 %) sekä pienimmät Etelä- ja Keski-Suomessa (HUS 17 %, TaYS 20 %) ja kaupunkimaisissa kunnissa (16 %), kun taas yksityishammaslääkärillä käyneiden osuudet olivat suurimmat Etelä-Suomessa (37 %) ja kaupunkimaisissa kunnissa (38 %) (liitetaulukko 7.1.). Naimisissa olevista 36 %, ja avoliitossa tai yksin asuvista 24–27 % oli käynyt yksityishammaslääkärillä.

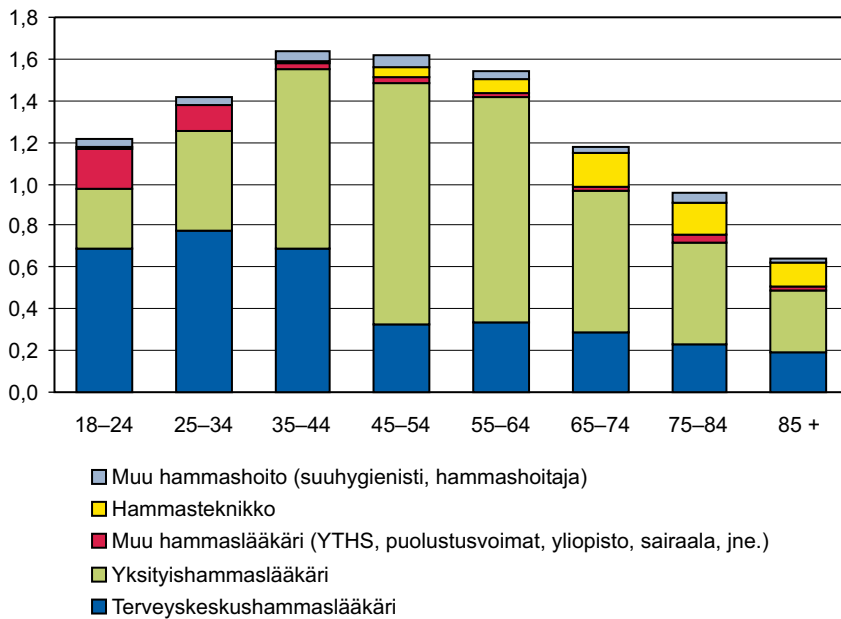
Koulutusasteiden ja tulotasojen väliset erot palvelujen käytössä olivat suurimmat yksityishammaslääkärillä käymisessä. Yksityishammaslääkärillä käyneitä oli sitä suurempi osuus, mitä enemmän haastatelluilla oli koulutusta tai kotitaloudella tuloja, terveyskeskuksessa käyneiden osuudet erosivat vain tuloluokkien mukaan (liitetaulukko 7.1., kuvat 7.3.1. ja 7.3.2.).

### Hammashoidossa käyntien määrä vuoden aikana

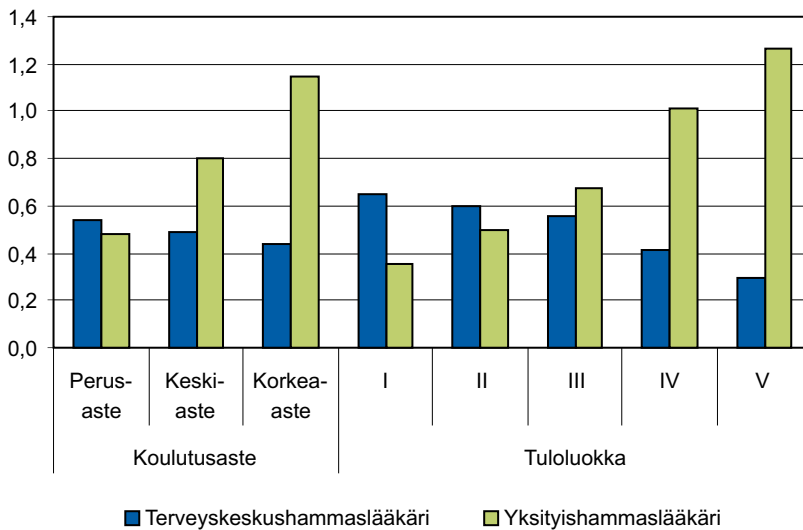
Hammashoitokäyntien määrä vuoden aikana haastateltavaa kohti oli 1,4, joista 0,8 oli yksityishammaslääkärillä ja 0,5 terveyskeskushammaslääkärillä käyntejä. Eniten käyntejä oli 35–54-vuotiaiden ikäryhmissä. Eniten terveyskeskushammaslääkärillä käyntejä oli 25–34-vuotiaiden ikäryhmissä, ja eniten yksityishammaslääkärillä käyntejä 45–54-vuotiaiden ikäryhmässä. (Kuvio 7.3.3.)

Käyntejä yksityishammaslääkärille oli sitä enemmän, mitä korkeampi haastateltujen koulutusaste tai tuloluokka oli (kuvio 7.3.4.). Ylimpään tuloluokkaan kuuluvat olivat alimpaan tuloluokkaan verrattuina tehneet lähes nelinkertaisen määrän käyntejä yksityishammaslääkärille. Erot terveyskeskushammaslääkärikäyntien määrissä olivat pieniä sekä koulutusasteiden että tuloluokkien välillä lukuun ottamatta ylintä tuloluokkaa, jossa käyntimäärä oli pienempi.

**Kuvio 7.3.3. Hammashoidossa käyntien määrä vuoden aikana henkilöä kohti hoitopaikan, ikäryhmän ja sukupuolen mukaan.**



**Kuvio 7.3.4. Hammashoitokäynnit vuoden aikana henkilöä kohti terveyskeskus- ja yksityishammaslääkärillä koulutusasteen ja tuloluokan mukaan.**



## Hammaslääkärillä käynnistä kulunut aika

Tutkimusta edeltäneiden kahden vuoden aikana 71 % kaikista haastatelluista, 76 % naisista ja 66 % miehistä, oli käynyt hammaslääkärillä. Joka kuudes tutkittu, 19 % miehistä ja 14 % naisista, ilmoitti hammaslääkärillä käynnistään kuluneen enemmän kuin viisi vuotta (taulukko 7.3.3.).

18–44-vuotiaiden ryhmässä 80 %, naisista 87 % ja miehistä 73 % ilmoitti käyneensä hammaslääkärillä kahden viimeksi kuluneen vuoden aikana. Vastaavat luvut 45–64-vuotiaiden ryhmässä olivat 72 %, 77 % ja 66 %, sekä 65 vuotta täyttäneiden ryhmässä 49 %, 48 % ja 50 %. (Taulukko 7.3.3.)

Hampaallisista henkilöistä 79 % ilmoitti hammaslääkärillä käynnistään kuluneen enintään kaksi vuotta, 13 % ilmoitti 3-5 vuotta ja 8 % enemmän kuin viisi vuotta. Hampaattomilla vastaavat luvut olivat 25 %, 13 % ja 63 %.

**Taulukko 7.3.3. Hammaslääkärillä käynnistä kulunut aika iän ja sukupuolen mukaan (N=8981).**

	Käynnistä kulunut aika	Ikäryhmä			Kaikki <sup>2</sup>
		18–44 <sup>1</sup>	45–64	65+	
Kaikki	≤ 1 vuosi	54,6	55,5	34,6	51,2
	1–2 vuotta	24,8	16,1	14,1	19,8
	3–5 vuotta	14,8	12,2	10,6	13,1
	> 5 vuotta	5,9	16,2	40,7	15,9
Miehet	≤ 1 vuosi	48,5	49,7	35,9	46,3
	1–2 vuotta	24,0	16,5	14,2	19,3
	3–5 vuotta	18,4	14,0	12,8	15,7
	> 5 vuotta	9,2	19,9	37,1	18,7
Naiset	≤ 1 vuosi	61,0	61,1	33,8	55,7
	1–2 vuotta	25,6	15,8	14,1	20,2
	3–5 vuotta	11,0	10,4	9,2	10,6
	> 5 vuotta	2,4	12,7	43,0	13,5

<sup>1</sup> Oikeutettu julkisin varoin tuettuun hammashoittoon, <sup>2</sup> ikävakioitu

## Hammaslääkärissä käynnin syy

Hampaallisista haastateltavista 55 % ilmoitti käyvänsä säännöllisesti hammaslääkärin tarkastuksessa, 43 % vain silloin kun heillä oli särkyä tai jotain vaivaa ja 3 %



ei koskaan. Naisista suurempi osa kuin miehistä ilmoitti käyvänsä säännöllisesti tarkastuksissa. Miesten ryhmässä suurempi osa 45–64-vuotiaista kuin heitä nuoremista ja vanhemmista ikäryhmistä ilmoitti tavakseen säännölliset hammaslääkärin tarkastukset (taulukko 7.3.4.).

**Taulukko 7.3.4. Säännöllisesti hammaslääkärin tarkastuksessa käyvien osuus (%) hampaallisista haastatelluista ikäryhmän ja sukupuolen mukaan (N = 7385).**

	Miehet	Naiset	Kaikki
Ikäryhmä			
Kaikki	47,1 <sup>1</sup>	62,3 <sup>1</sup>	54,7
18–44 <sup>2</sup>	45,2	64,2	54,4
45–64	50,8	64,9	57,9
65+	43,8	48,3	46,4

<sup>1</sup>ikävakioitu, <sup>2</sup>oikeutettu julkisin varoin tuettuun hammashoittoon

Yleisintä säännöllisesti hammaslääkärin tarkastuksissa käyminen oli 35–64 -vuotiaiden ryhmissä, joissa 57–61 % ilmoitti sen tavakseen. Vähiten tämän tavan ilmoittaneita oli 85 vuotta täyttäneiden (22 %) sekä 18–24-vuotiaiden (44 %) ikäryhmissä (liitetaulukko 7.2.).

Säännöllisesti hammaslääkärin tarkastuksissa käyminen oli Lounais-Suomessa tai kaupunkimaisissa kunnissa asuvilla yleisempää kuin muilla alueilla asuvilla, sekä naimisissa olevilla yleisempää kuin avoliitossa asuvilla tai yksin elävillä. Säännölliset tarkastukset olivat sitä yleisempiä mitä enemmän haastateltavalla oli koulutusta tai tuloja (liitetaulukko 7.2.).

Säännöllisesti tarkastuksessa kävijöistä 70 % ilmoitti käyvänsä tarkastuksessa vuosittain, 26 % kahden vuoden välein ja 5 % harvemmin. Vuosittain tarkastuksessa käyminen oli yleisempää vanhemmissa kuin nuoremmista ikäryhmissä.

Kokoproteesien käyttäjistä 6 % sanoi tarkastuttavansa hammasproteesinsa kerran vuodessa, 25 % kerran viidessä vuodessa, 39 % harvemmin ja 31 % ei koskaan. Hammasproteesein tarkistaminen vähintään viiden vuoden välein oli harvinaisinta vanhimmissa ikäryhmissä. (Liitetaulukko 7.2.)

## Omahammaslääkäri ja toimipaikka

Kaikista haastatelluista 59 %, naisista 63 % ja miehistä 55 %, ilmoitti, että heillä oli omahammaslääkäri. 18–44-vuotiaista näin ilmoitti 56 %, ja 45–64-vuotiaista 68 % (taulukko 7.3.5.).

Omahammaslääkäri oli yleisin 35–54-vuotiaiden ikäryhmissä ja harvinaisin 18–24-vuotiaiden sekä 85 vuotta täyttäneiden ikäryhmissä (liitetaulukko 7.3.). Henkilöillä oli omahammaslääkäri sitä yleisemmin mitä enemmän heillä oli koulutusta tai kotitaloudella tuloja. Lounais-Suomessa tai kaupunkimaisissa kunnissa asuvilla ja naimisissa olevilla oli keskimääräistä yleisemmin omahammaslääkäri.

Haastatelluista 66 % ilmoitti omahammaslääkäriin olevan yksityishammaslääkäri (taulukko 7.3.5.). 18–44-vuotiailla omahammaslääkäri oli yhtä usein terveyskeskushammaslääkäri kuin yksityishammaslääkäri. Valtaosa 45 vuotta täyttäneiden omahammaslääkäreistä oli yksityishammaslääkäreitä.

Nuorimman (18–24-vuotiaat) ikäryhmän omahammaslääkäreistä 66 % toimi terveyskeskuksessa, 21 % yksityisvastaanotolla ja 13 % muulla vastaanotolla (YTHS, puolustusvoimat, yliopisto, sairaala, jne.). Omahammaslääkäriin ilmoittaneista Itä-Suomessa asuvista 50 % ilmoitti tämän toimipaikaksi terveyskeskuksen, 49 % yksityisvastaanoton, Etelä-Suomessa asuvien vastaavat luvut olivat 24 % ja 73 %. Kaupunkimaisissa kunnissa asuvien omahammaslääkäreistä 20 % toimi terveyskeskuksessa ja 77 % yksityisvastaanotolla. Koulutusasteesta riippumatta omahammaslääkäriin ilmoittaneiden enemmistö (60–74 %) sanoi tämän olevan yksityishammaslääkäri. Alimmassa tuloluokassa 53 % haastatelluista ilmoitti tämän toimipaikaksi terveyskeskuksen, 43 % yksityisvastaanoton; muiden tuloluokkien tutkituista enemmistöllä oli omahammaslääkäriinä yksityishammaslääkäri (liitetaulukko 7.3.).

**Taulukko 7.3.5. Omahammaslääkäriin ilmoittaneiden osuus (%) sekä omahammaslääkäriin toimipaikan jakaantuminen sektoreittain ikäryhmän mukaan (N = 7 470).**

Ikäryhmä	Omahammaslääkäriin ilmoittaneet (%)	Omahammaslääkäriin toimipaikka		
		Terveyskeskus	Yksityisvastaanotto	Joku muu
Kaikki	58,9 <sup>1</sup>	32,2 <sup>1</sup>	65,7 <sup>1</sup>	2,1 <sup>1</sup>
18–44 <sup>2</sup>	56,0	48,3	48,5	3,2
45–64	68,1	20,4	78,4	1,3
65+	47,4	25,9	72,2	1,9

<sup>1</sup> ikävakioitu, <sup>2</sup> oikeutettu julkisin varoin tuettuun hammashoittoon

## Hoitoajasta sopiminen viimeisen hoitojakson alkaessa

Suurin osa vastaajista (71 %) ilmoitti tilanneensa ajan viimeisintä hammashoitotaksoaan varten itse ja 26 % sanoi hammaslääkäriin kutsuneen heidät hoitoon. Hammaslääkäriin kutsumenettely kattoi kolmanneksen 18–24-vuotiaista, mutta vain 20 % 25–34-vuotiaista ja 65 vuotta täyttäneistä (taulukko 7.3.6., liitetaulukko 7.3.).

**Taulukko 7.3.6. Hoitoajasta sopiminen ikäryhmittäin (N = 6948).**

Ikäryhmä	Ajasta sopiminen viimeisimmän hoitajakson alkaessa			
	Tilasi itse (%)	Hammaslääkäri kutsui (%)	Sovittiin edellisen käynnin yhteydessä (%)	Ilman ajanvarausta (%)
Kaikki	70,7 <sup>1</sup>	26,0 <sup>1</sup>	1,9 <sup>1</sup>	1,5 <sup>1</sup>
18–44 <sup>2</sup>	70,5	26,4	2,1	1,4
45–64	69,3	27,6	1,6	1,5
65+	76,9	19,5	2,0	1,6

<sup>1</sup> ikävakiointu, <sup>2</sup> oikeutettu julkisin varoin tuettuun hammashoitoon

## Oikomishoito

Vastaajista 14 % ilmoitti saaneensa oikomishoitoa, suurempi osa naisista (16 %) kuin miehistä (12 %). Oikomishoitoa ilmoitti saaneensa 43 % 18–24-vuotiaista, 30 % 25–34-vuotiaista ja 15 % 35–44-vuotiaista. Oikomishoitoa saaneiden osuus kasvoi koulutusasteen tai tuloluokan mukana.

## 7.4. Pohdinta

Aikuisten vuosittaista hammashoitopalvelujen käyttöä Suomessa on väestötasolla seurattu useissa haastattelu- ja kyselytutkimuksissa (Nyman 1975, Nyman 1990, Vehkalahti ym. 1991, Aro ym. 1994, Arinen ym. 1998, Vartiainen ym. 1998, Laatikainen ym. 2003, Helakorpi ym. 2005, Kiiskinen ym. 2005, Sulander ym. 2006). Tietoja on kerätty myös julkiseen tukeen oikeutettujen hoidossa käyneiden palveluista sekä yksityis- että terveyskeskussektorilta (Nordblad ym. 2004, Widström ym. 2005). Vuonna 2000 terveyskeskuksissa hammashoidossa kävi noin 1,8 miljoonaa henkeä, joista 18 vuotta täyttäneitä oli noin 815 000 edustaen noin viidennestä tämän ikäisistä. Yksityissektorilla kävijöiden määräksi on arvioitu olleen noin 1 miljoonaa henkilöä. Sairausvakuutuksesta korvauksia saaneiden määrä vuonna 2000 oli heistä noin puolet eli 470 000 henkilöä. Selvitysten perusteella vuosittainen hammashoitopalvelujen käyttö Suomessa on kasvanut, vaikka muutokset ovat olleet hitaita ja palvelujen käyttö on ollut vielä vähäisempää kuin muissa Pohjoismaissa.

Terveys 2000 -tutkimuksen tulokset palvelujen käytöstä vuoden aikana ja säännöllisyydestä ovat samansuuntaisia kuin muissa samaan aikaan tehdyissä väestötutkimuksissa (Helakorpi ym. 2001, Laatikainen ym. 2003, Kiiskinen ym. 2005). Korkeampia palvelujen käyttötuloksia on saatu kuitenkin eläkeikäisille suunnatus-

sa Kansanterveyslaitoksen kyselytutkimuksessa (Sulander ym. 2006), jossa eläkeikäisten vuosittainen palvelujen käyttö oli yli 10 % korkeammalla tasolla kuin Terveys 2000 -tutkimuksessa. Myös työikäisille suunnatussa kyselyssä (Helakorpi ym. 2001) nuorimman ikäryhmän (15–24-vuotiaat) palvelujen käyttö oli runsaampaa, jota tulosta selittää alle 18-vuotiaiden maksuton hammashoito ja sen myötä runsaampi palvelujen käyttö.

Suomen perustuslain mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Tämä turvataan yhdenvertaisella palvelujen saatavuudella iästä, asuinpaikasta tai tuloista riippumatta. Terveys 2000 -tutkimuksen aikaan suun terveydenhuollon palvelujen saatavuus ei toteutunut näiden periaatteiden mukaisesti, vaan palvelut oli kohdennettu iän tai sairauden perusteella. Terveys 2000 -tutkimustulosten mukaan hintasubventioiden vaikutus palvelujen käyttöön ei erottunut selvästi. Hoitopalvelujen ensisijaisena kohderyhmänä ollut ikäryhmä (18–44-vuotiaat) oli käynyt edeltäneen vuoden aikana yhtä usein hammashoidossa kuin tätä vanhemmat työikäiset (45–64-vuotiaat). 18–35-vuotiaiden ryhmässä palvelujen käyttö oli vähäisempää. Eniten ja säännöllisimmin palveluja ilmoittivat käyttävänsä 35–44-vuotiaat, jotka olivat vanhin julkiseen tukeen oikeutettu ikäryhmä. Subventioiden merkityksen arviointia vaikeuttavat terveyskeskushoitoon pääsyä koskevat rajoitukset, subventiosta huolimatta hoidon korkeampi hinta yksityishammaslääkärillä ja sairausvakuutuskorvausten puute proteettisen hammashoidon osalta.

Säännöllisesti hammaslääkärin tarkastuksissa käyvien osuus nuorista aikuisista väheni runsaat 10 prosenttiyksikköä 1987–1996 välisenä aikana (Arinen ym. 1998), ja väheneminen jatkui 2000-luvun alkuun. Sekä nuorten säännöllisesti hammaslääkärissä käyvien osuuden pieneen määrään että vanhempiin ikäryhmiin nähden vähäisempään hoidossa käyneiden osuuteen vaikuttanee nuorten aikuisten parantunut suunterveys sekä 1990-luvun lopulla annetut suositukset yksilöllisistä, pidemmistä tarkastus- ja hoitoväleistä (Eerola ym. 1998), jotka näyttävät nuorimilla toteutuneen.

Suositukset yksilöllisistä hoitoväleistä vaikuttavat vuosittain hoidossa käyneiden määrään. Hoidossa käyntiä tulisikin arvioida kahden vuoden aikana hoidossa käymisen mukaan. Kahden vuoden aikana suun terveydenhuollon palvelujen käyttöaste on jo huomattavasti korkeammalla tasolla. Kahden vuoden aikana hoitopalveluita olivat käyttäneet enemmän juuri julkisen tuen piiriin kuuluneet ikäryhmät.

Palvelujen käytössä tapahtuneesta myönteisestä kehityksestä huolimatta sosioekonomiset erot palvelujen käytössä olivat suuria suosien suurempituloisia ja korkeammin koulutettuja. Hammashoidosta maksettava korkea hinta vaikuttaa eniten sen väestön osan palvelujen käyttöön, jolle taloudellisilla tekijöillä on suurempi merkitys. Hintasubventioiden merkitys ja erityisesti pääsy hinnaltaan halvempaan

terveyskeskushoitoon korostuu tässä väestön osassa. Subventoitua proteettista hammashoitoa on mahdollista saada vain terveyskeskuksissa. Vuonna 2000 koulutuksen merkitys suunterveyden määrittäjänä oli selkeä: eniten koulutetuilla oli muita parempi suunterveys ja koulutusryhmien väliset erot olivat 20 vuodessa vain voimistuneet (Vehkalahti 2004).

Hoitoon kutsu ei ole kovin yleistä, vaikka tutkimusten mukaan se vaikuttaa merkittävästi hoitoon hakeutumiseen (Sintonen ja Maljanen 1995, Ngyuen ym. 2005). Noin viidesosa tutkituista ilmoitti, että hammaslääkäri oli kutsunut heidät hoitoon, mikä oli saman verran kuin kymmenen vuotta aikaisemmin (Nguyen ym. 2005). Merkitys korostuu korkeammin koulutetuilla ja parempituloisilla, jotka käyttävät enemmän yksityishammaslääkärin palveluja, missä kutsujärjestelmä on yleisemmin käytössä kuin terveyskeskuksissa (Suominen-Taipale ym. 2004). Kutsujärjestelmän avulla voidaan edistää myös huonommassa sosioekonomisessa asemassa olevien palvelujen käyttöä. Käytännöt ainakin 1990-luvun puolivälissä vielä toimivat parempituloisia suosien (Nguyen ja Häkkinen 2004). Hyvässä sosioekonomisessa asemassa olevien suurempi osuus ruuhka-Suomessa ja kaupunkitaajamissa osin selittää todettuja alue-eroja palvelujen käytössä. Myös todetut erot siviilisäätyjen välillä mahdollisesti selittyvät naimisissa olevien suuremmilla tuloilla.

Voimavarojen niukkuuden ja hammassairauksien yleisyyden takia julkisesti tuettu hammashoito kohdennettiin alkuvaiheessa ensisijaisesti lasten ja nuorten hammashoitoon. Terveys 2000 -tutkimuksen aikaan terveyskeskushoito keskittyi vielä nuorempiin ikäryhmiin. Vuosina 2000–01 toteutetun hammashoitouudistuksen avulla voimavaroja pyritään suuntaamaan aikaisempaa enemmän aikuisten suun terveydenhuoltoon. Uudistuksen myötä terveystalouden painopisteet ovat muuttuneet siten, että myös kunnallisten palvelujen hoitoon pääsyn perusteena on ensisijaisesti hoidon tarve. Ensimmäisten arvioiden mukaan (Kiiskinen ym. 2005) kehityksen suunta on uudistukselle ennalta asetettujen tavoitteiden mukainen eli hammashoitopalvelujen käyttö kasvoi eniten väestöryhmissä, jotka aikaisemmin olivat tuetun hoidon ulkopuolella. Tässä raportissa myös vähemmän koulutettujen ja alimpaan tuloluokkaan kuuluvien hammashoitopalvelujen käyttö kasvoi. Tämän katsottiin tukevan pyrkimyksiä sosioekonomisten erojen kaventamiseen. Stakesin tutkijoiden mukaan sen sijaan hammashoitouudistus näyttää vähentäneen tuloihin liittyvää eriarvoisuutta varsin vähän, koska heidän tulostensa mukaan tuloryhmittäiset erot palvelujen käytössä eivät näytä juurikaan muuttuneen (Nguyen ja Häkkinen 2005). Täsmällisemmän kuvan saamiseksi uudistuksen vaikutuksista väestöryhmien väliseen eriarvoisuuteen tarvitaan pidempiaikaista seuranta, ja Terveys 2000 -tutkimuksessa kerätyt tiedot uudistusta edeltävältä ajalta muodostavat sille hyvän pohjan.

## 8 RESEPTI- JA ITSEHOITOLÄÄKKEET

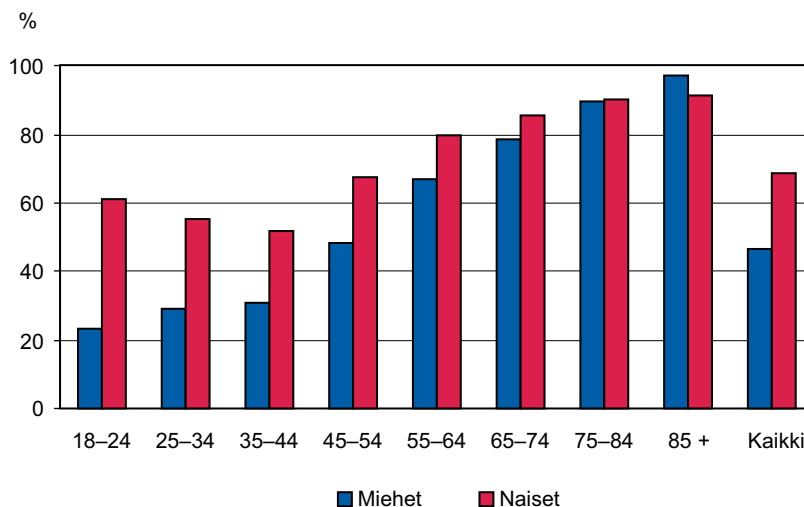
Timo Klaukka

### 8.1. Lääkkeiden käyttö

Suomalaiset aikuiset käyttävät lääkkeitä yleisesti. Sairausvakuutuksen korvaamaa reseptilääkitystä saa vuosittain lähes kaksi kolmasosaa väestöstä (Suomen lääketilasto 2004, 2005). Vanhimmissa ikäryhmissä käytössä olevien lääkkeiden määrä on suurin, ja monikäyttäjien määrä on kasvanut (Linjakumpu ym. 2002, Jyrkkä ym. 2006).

Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan haastattelua edeltäneiden 12 kuukauden aikana oli jotakin reseptilääkettä käyttänyt 18 vuotta täyttäneistä 77 %. Osuus oli naisista 84 % ja miehistä 70 %, ja ero sukupuolten välillä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä. (Liitetaulukko 8.1.)

**Kuvio 8.1.1. Haastatteluhetkellä reseptilääkettä käyttäneiden osuus iän ja sukupuolen mukaan, (%).**



Haastatteluhetkellä oli jokin reseptilääke käytössään kaikista tutkituista 58 %:lla. Naisista osuus oli 69 % ja miehistä 46 % (kuvio 8.1.1). Naisten luku oli siten 1,2 kertaa suurempi kuin miesten. Ero sukupuolten välillä oli suurimmillaan nuorilla aikuisilla, sillä 18–24-vuotiaiden keskuudessa naisista käytti reseptilääkkeitä 61 %, mutta miehistä vain 24 %, eli suhdeluku oli 2,6. Miehillä reseptilääkitys alkoi

yleistyä nopeasti 45–54-vuotiaiden ikäryhmän kohdalla, ja 75. ikävuoden jälkeen käyttö oli miehillä ja naisilla yhtä yleistä. Naisilla käyttötiheys pieneni iän mukaan 35–44-vuotiaisiin saakka, minkä jälkeen se alkoi nopeasti suurentua.

Reseptilääkkeiden käyttö oli vain vähän yhteydessä erilaisiin taustamuuttujiin, ja ikävakiointi pienensi vielä tätäkin vaihtelua selvästi. Yliopistosairaaloiden vastuualueiden välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja reseptilääkkeitä käyttävien osuudessa. Siviilisäätty erotteli käyttäjiä tilastollisesti merkitsevästi myös ikävakiointujen lukujen mukaan. Siviilisäättyjen jakauma poikkeaa kuitenkin nuorimpien ja vanhimpien ikäryhmissä suuresti, mikä tekee tämän taustatekijän ja lääkkeiden käytön välisten yhteyksien tarkastelun vaikeaksi. Asuinpaikan taajama-asteella ei ollut yhteyttä reseptilääkkeiden käyttöön.

Miesten keskuudessa koulutustaso ei aiheuttanut ikävakiointujen lukujen mukaan käyttöön tilastollisesti merkitsevää vaihtelua. Naisilla sen sijaan korkeimmin koulutetut käyttivät hieman harvemmin reseptilääkitystä kuin muiden kahden koulutustason naiset. Käyttö oli kuitenkin yleisintä keskimmaisessä koulutusluokassa, eli se ei ollut systemaattisesti yhteydessä koulutustasoon myöskään naisilla.

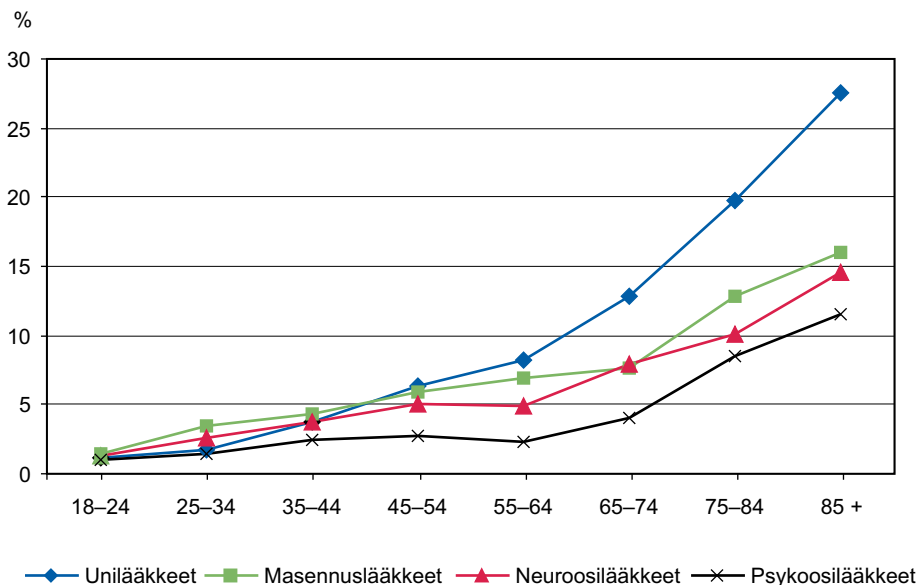
Tuloluokittain erot olivat miehillä pieniä, eikä niillä ikävakiointuina ollut tilastollista merkitsevyyttä. Naisilla sen sijaan käyttö muuttui harvinaisemmaksi siirryttäessä alimmasta kahteen ylimpään tuloviidennekseen.

## Eräiden lääkeryhmien käytön yleisyys

Aineistosta tarkasteltiin lähemmin eräiden yleisimpien lääkeryhmien käyttöä, lähinnä vaihtelua iän ja sukupuolen mukaan. Muiden taustamuuttujien yhteys lääkkeiden käyttöön noudattaa suurelta osin kyseisillä lääkkeillä hoidettavien sairauksien väestöryhmittäistä yleisyyttä.

Psykykenlääkkeiden tärkeimmät neljä ryhmää ovat unilääkkeet, neuroosilääkkeet, psykoosilääkkeet ja masennuslääkkeet. Niiden kaikkien käyttö yleistyi voimakkaasti siirryttäessä vanhimpiin ikäryhmiin (kuvio 8.1.2.). Unilääkkeitä käytettiin psykykenlääkkeistä yleisimmin, ja niiden käyttö yleistyi nopeasti eläkeiän saavuttamisen jälkeen. Unilääke oli haastatteluhetkellä käytössä 85 vuotta täyttäneistä naisista 28 %:lla ja miehistä 25 %:lla. Masennuslääkkeitä käytettiin toiseksi eniten; niiden käyttäjiä oli naisista 7 % ja miehistä 4 %. Vanhimman ikäryhmän naisista 16 %:lla ja miehistä 15 %:lla oli käytössään masennuslääke. Verrattuna 65–74-vuotiaisiin 85 vuotta täyttäneillä lääkkeitä käyttävien osuus oli yli kaksinkertainen ja 75–84-vuotiaisiinkin nähden 1,25-kertainen.

**Kuvio 8.1.2. Psykenlääkkeitä haastatteluhetkellä käyttäneiden osuudet (%) ikäryhmittäin.**

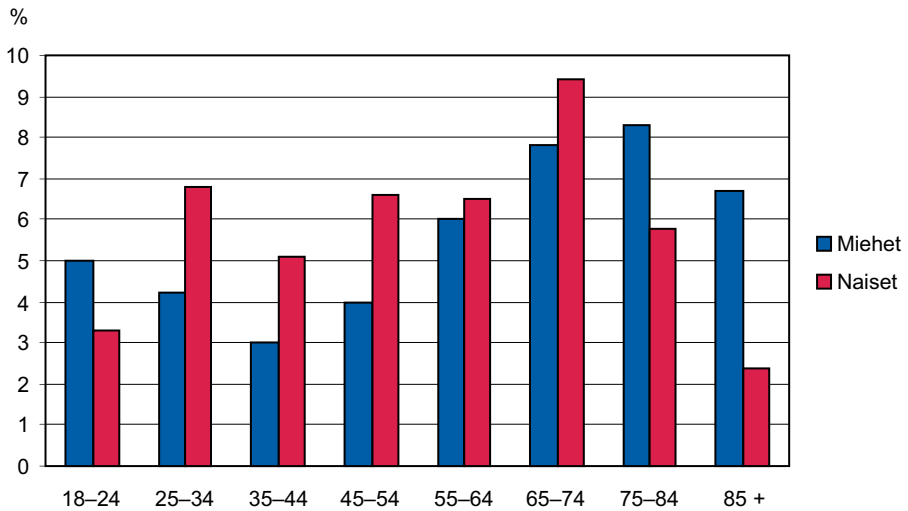


Astmalääkitys ei ollut suoraviivaisesti yhteydessä ikään, vaan lääkityksen ikäriippuvuutta kuvaava käyrä oli kaksihuippuinen (kuvio 8.1.3.). Nuorimpien ikäryhmien korkein luku oli 25–34-vuotiailla, ja ikääntyneiden keskuudessa 65–74-vuotiailla. Murrosiässä allergioiden oireet vähenevät, mutta nuorten aikuisten keskuudessa astmaoireet näyttävät olevan erityisen yleisiä. Ikääntyneillä puolestaan astma on yleistynyt, mutta lääkkeiden käyttö vähenee siirryttäessä 65–74-vuotiaiden keskuudesta vanhempiin ikäryhmiin. Kyseessä voi olla sukupolvien välinen ero tai iän karttumiseen liittyvä ilmiö, joka saattaa johtua siitä, että muutenkin paljon lääkkeitä käyttävät vanhimmat henkilöt vähentävät astmalääkitystään.

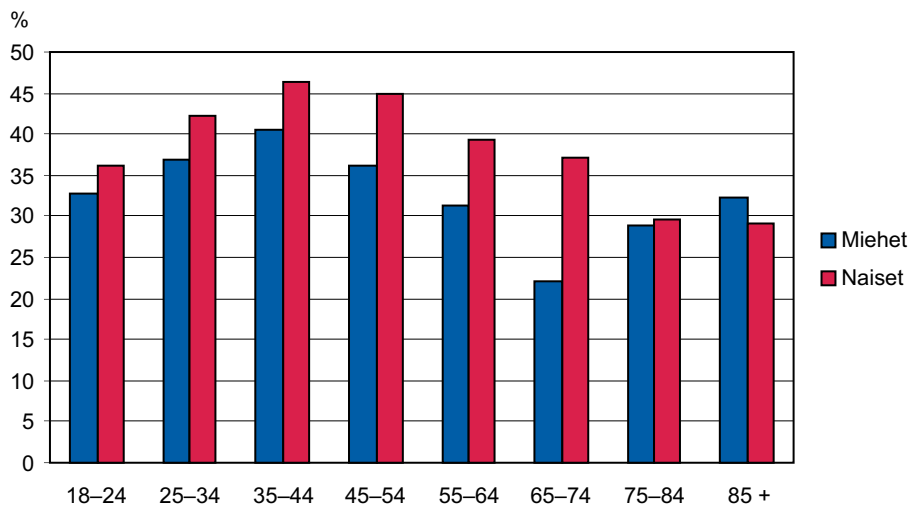
Tulehduskipulääkitystä haastatteluhetkellä saaneiden osuus oli suuri, 38 % (kuvio 8.1.4.). Taustalla on lähinnä tukielinten sairauksia, kuten nivelrikko ja selkäsairaudet (vrt taulukko 4.3.3.). Näitä lääkkeitä käyttivät yleisimmin keski-ikäiset, joilla tätä voivat selittää lähinnä selkäsairaudet ja naisilla lisäksi mm. kuukautiskivut.



**Kuvio 8.1.3. Astmalääkkeitä käyttäneiden osuus (%) ikäryhmittäin.**

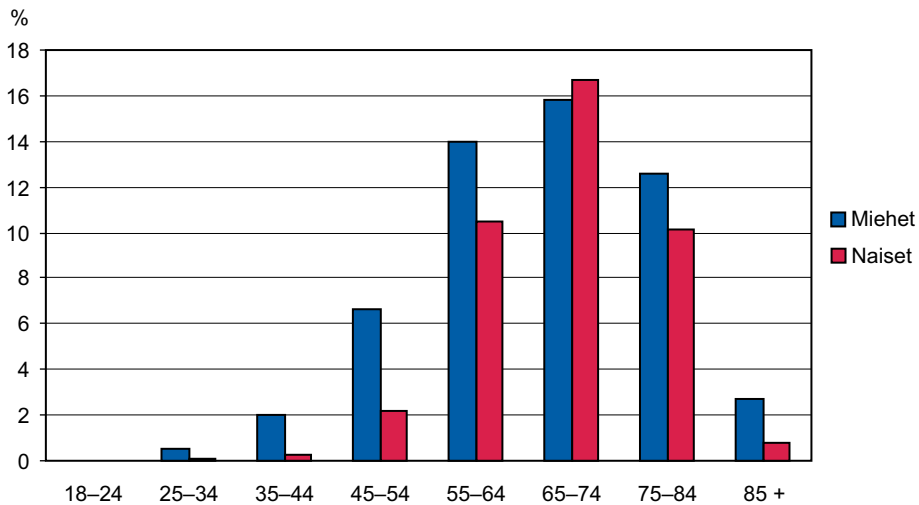


**Kuvio 8.1.4. Tulehduskipulääkkeitä käyttäneiden osuus (%) ikäryhmittäin.**



Kolesterolia alentavien lääkkeiden käyttö on yleistynyt erityisen nopeasti jo toistakymmentä vuotta (Klaukka ja Helin-Salmivaara 2006). Vuonna 2000 oli näiden lääkkeiden käyttäjiä 5,5 % aikuisista, miehistä 6,3 % ja naisista 4,9 %. Etenkin työikäiset miehet käyttivät kolesterolilääkkeitä selvästi enemmän kuin naiset. Alle 45-vuotiailla lääkitys oli etenkin naisilla suhteellisen harvinaista, mutta yleistyi nopeasti iän mukana 65–74-vuotiaiden ikäryhmään saakka (kuvio 8.1.5).

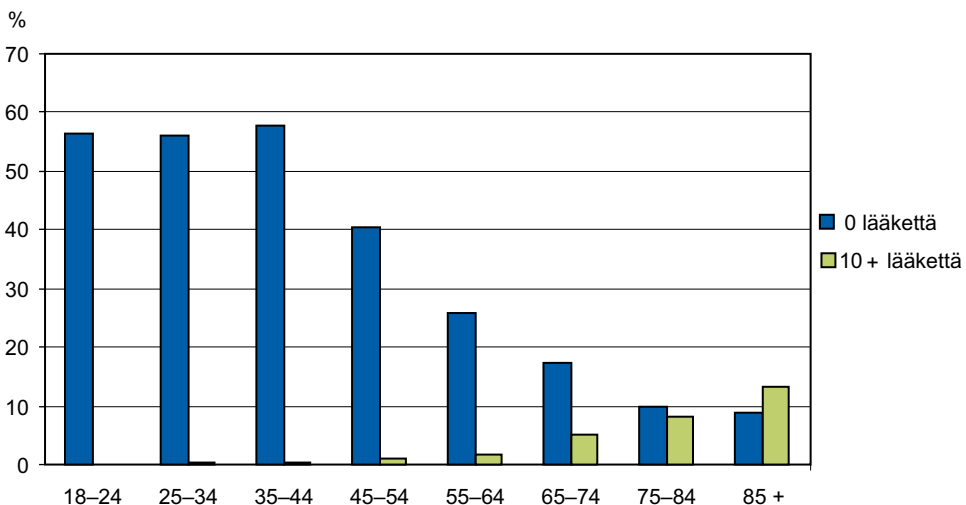
**Kuvio 8.1.5. Kolesterolilääkkeitä käyttäneiden osuus (%) iän ja sukupuolen mukaan.**



### Usean lääkkeen samanaikainen käyttö

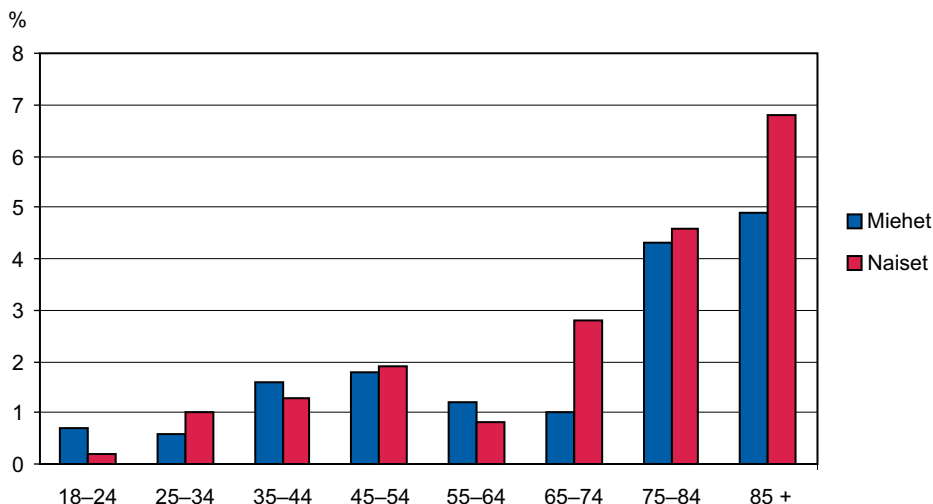
Monilääkitys eli usean reseptilääkkeen samanaikainen käyttö on yleistä etenkin vanhuksilla. Terveys 2000 -tutkimuksen aineistosta 12 %:lla oli haastatteluhetkellä käytössään vähintään kuusi reseptilääkettä, ja vähintään kymmentä reseptilääkettä käytti lähes 3 %. Lääkemäärä lisääntyi jyrkästi siirryttäessä vanhimpiin ikäryhmiin (kuvio 8.1.6). 85 vuotta täyttäneiden ryhmässä käytti ainakin 10 reseptilääkettä 13 %, ja vähintään kuuden lääkkeen käyttäjiä oli tässä ryhmässä lähes joka toinen (48 %), miehistä 54 % ja naisista 46 %.

**Kuvio 8.1.6. Haastatteluhetkellä käytössä olleiden reseptilääkkeiden määrä: ei yhtään ja vähintään 10 lääkettä käyttäneiden osuus (%).**



Psykykenlääkkeiden neljästä pääryhmästä oli vähintään kahden ryhmän käyttö erityisen yleistä 85 vuotta täyttäneillä: osuus oli miehistä 5 % ja naisista 7 % (kuvio 8.1.7).

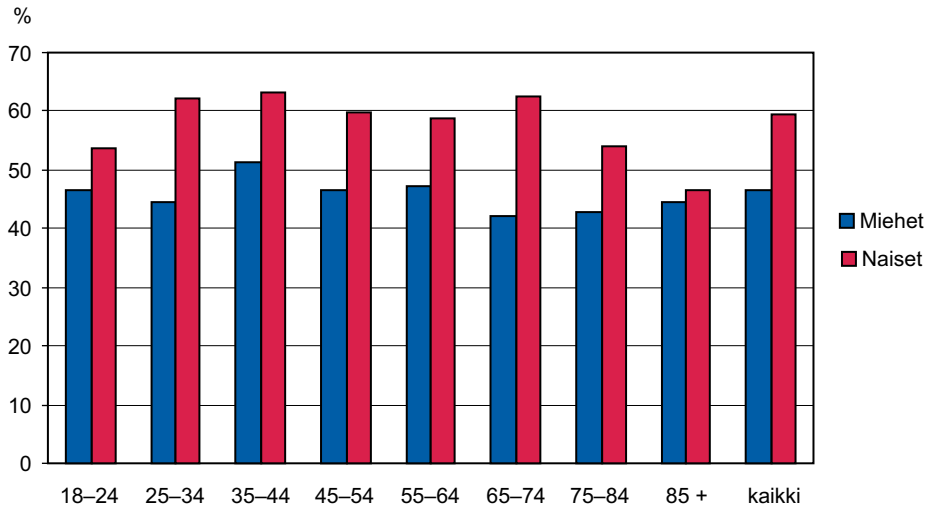
**Kuvio 8.1.7. Vähintään kahta, eri pääryhmään kuuluvaa psykykenlääkettä samanaikaisesti käyttäneiden osuus iän ja sukupuolen mukaan (%).**



## Itsehoitolääkkeet

Haastatteluhetkellä 53 %:lla tutkittavista oli käytössään jokin ilman reseptiä hankittu lääke, naisista 60 %:lla ja miehistä 47 %:lla. Käytön yleisyys selittyy suurelta osin vitamiini- ja hivenaineiden suhteellisen runsaalla kulutuksella. Iän mukainen vaihtelu oli selvästi vähäisempää kuin reseptilääkkeiden käytössä (kuvio 8.1.8). Naisista ikääntyneet käyttivät muita ikäryhmiä vähemmän itsehoitolääkkeitä. Vastaavasti reseptilääkitys oli vanhimmissa ikäryhmissä hyvin yleistä. Käyttö vaihteli taustamuuttujien suhteen tilastollisesti merkitsevästi lähinnä siten, että luontais- tuotteita ja vitamiinivalmisteita käyttivät yleisimmin eniten koulutetut, kaupunkimaisissa kunnissa asuvat ja ylimpiin tuloviidenneksiin kuuluvat.

**Kuvio 8.1.8. Itsehoitolääkitystä haastatteluhetkellä käyttäneiden osuus (%) iän ja sukupuolen mukaan.**



## 8.2. Pohdinta

Lääkkeiden käyttö on aikuisten keskuudessa huomattavan yleistä. Vähintään yhtä reseptilääkettä käytti haastatteluhetkellä aikuisväestöstä 58 %, naisista 69 % ja miehistä 46 %. Vuosien 1995–96 tilanteeseen verrattuna käyttö oli yleistynyt, sillä tuolloin oli reseptilääke käytössään 44 %:lla vähintään 15-vuotiaista haastatelluista. Osuus oli naisista 52 % ja miehistä 35 % (Arinen ym. 1998). Terveystutkimuksen alaikäraja on Terveys 2000 -tutkimukseen verrattuna siis hieman alempi, mutta tämän vaikutus tuloksiin on pieni. Viime vuosina käyttäjämääriltään nopeimmin kasvaneita reseptilääkkeiden ryhmiä ovat kolesteroli-, masennus- ja diabeteslääkkeet.

Vanhusten monilääkitys on ollut erityisen huolen kohteena jo pitkään, ja erityisesti rauhoittavan lääkkityksen kokonaismäärästä on kannettu huolta (Hartikainen ym. 2000). Terveys 2000 -tutkimus toi selvästi esiin lääkkeiden paljouden vanhimmissa ikäryhmissä. Sen taustalla on sairauksien määrän kasvu iän karttuessa. Lääkkeiden suuri määrä voi olla yhteydessä myös hoitosuhteen satunnaisuuteen ja reseptien uusimiseen mekaanisena toimenpiteenä ilman paneutumista lääkkityksen jatkamisen tarpeellisuuteen (Sairanen ym. 2006).

Terveys 2000 -tutkimus osoitti useamman kuin yhden psyykenlääkkeen käytön keskittyvän voimakkaasti vanhimpiin ikäryhmiin. Ikääntyneillä lääkkeiden rau-

hoittava vaikutus heikentää tarkkaavaisuutta ja kognitiivisia toimintoja ja lisää myös mm. kaatumisen ja siihen liittyvän lonkkamurtuman vaaraa.

Reseptilääkkeiden käytön yleisyys nuorten ikäryhmien naisilla miehiin verrattuna selittyy valtaosin naisen biologisilla tekijöillä. Nuoret naiset käyttävät yleisesti reseptillä saatavia lääkkeitä raskauden ehkäisyyn, eikä miehillä ole vastaavaa lääkeryhmää saatavilla. Myös kuukautiskivut ja raskaus sekä erilaiset gynekologiset vaivat aiheuttavat naisille runsaasti oireilua, ja myös virtsateiden ja sukuelinten tulehduksia on naisilla miehiä yleisemmin.

Pitkäaikaissairaudet alkavat ilmaantua keski-ikässä, mitä osoittaa reseptilääkityksen käytön yleistymisen sekä miehillä että naisilla 45–54-vuotiaiden ikäryhmässä. Naisilla tätä vaikutusta lisäävät vaihdevuodet niiden oireisiin käytettyine hormoni- valmisteineen.

## 9 VITAMIINI- JA KIVENNÄISAINEMISEET, RAVINTOLISÄT JA LUONTAISTUOTTEET

*Anna-Liisa Enkovaara ja Pirkko Alha*

### 9.1. Käsitteitä

#### Luontaistuotteet ja ravintolisät

Suomessa oli haastatteluvuosina 2000–01 kaupan noin 3 000 luontaistuotetta. Luontaistuotetta ei ollut silloin eikä ole nykyäänkään määritelty lainsäädännössä. Luontaistuotteilla tarkoitetaan lääkkeen tavoin käytettäviä pillereitä, puristeita ja nesteitä, jotka eivät kuitenkaan ole lääkkeitä. Tuotteita myydään päivittäistavara-kaupoissa, luontaistuotekaupoissa ja apteekeissa. Lainsäädännössä suurin osa tuotteista kuului vuosina 2000–01 elintarvikelain alaisiin erityisvalmisteisiin ja ravintoainevalmisteisiin. Kesällä 2003 voimaan tullessa ravintolisäasetuksessa nimet on korvattu yhteisnimellä ”ravintolisä” (food supplement, dietary supplement).

Terveys 2000 -haastattelussa tuoteryhmää ei käsitteen epäselvyyden vuoksi nimetty luontaistuotteiksi, vaan haastateltavilta kysyttiin ”vitamiinivalmisteiden, luonnolääkkeiden, yrtti- tai rohdosvalmisteiden tai homeopaattisen valmisteiden” käyttöä.

#### Erytisvalmisteet

Vuosina 1983–2003 osa elintarvikkeina myytävistä luontaistuotteista oli niin sanottuja erityisvalmisteita. Nämä sisälsivät muun muassa kasviuutteita, uutteista eristettyjä aineosia, kuituja, bakteereita ja rasvahappoja. Uudessa ravintolisäasetuksessa erityisvalmisteet nimettiin uudelleen ravintolisiksi.

#### Vitamiini- ja kivennäisainemiseet ja ravintoainevalmisteet

Vuosina 2000–01 osa elintarvikkeina myytävistä luontaistuotteista oli kaupan niin sanottuja ravintoainevalmisteina. Vuoteen 1988 asti vitamiinivalmisteet olivat Suomen lainsäädännössä lääkkeitä eikä niitä saanut myydä elintarvikelain alaisina luontaistuotteina. Valmisteet olivat myynnissä, kuten muutkin lääkkeet, niin sanottuina farmaseuttisina erikoisvalmisteina. Vuoden 1988 jälkeen vitamiineja sisältäviä valmisteita on voinut myydä myös elintarvikkeina, jolloin ne on tarkoitettu täydentämään puutteellista ravintoa. Vuosina 1988–2003 elintarvikkeina myytäviä vitamiini- ja kivennäisainemiseita kutsuttiin ravintoainevalmisteiksi ja kesästä 2003 lähtien uuden ravintolisäasetuksen mukaisesti ravintolisiksi.

Haastatteluvuonna osa vitamiini- ja kivennäisainevalmisteista oli edelleen kaupan myyntiluvan vaativina itsehoitolääkkeitä ja osa oli kaupan vapaasti, elintarvikelain alaisina ravintoainevalmisteina.

## Rohdosvalmisteet ja homeopaattiset ja antroposofiset valmisteet

Vuosina 2000–01 pieni osa luontaistuotteista luokiteltiin lääkelain alaisiksi rohdosvalmisteiksi. Rohdosvalmisteita oli tällöin noin 150 ja ne sisälsivät lähinnä eräitä kasviuutteita, kuten ginseng-, mäkikuisma- ja neidonhiuspuu-uutteita. Rohdosvalmisteet, toisin kuin muut luontaistuotteet, vaativat Lääkelaitoksen myyntiluvan. Niitä myytiin Lääkelaitoksen valmistekohtaisten päätösten mukaisesti joko ainoastaan apteekkeissa tai myös apteekkien ulkopuolella. Vuonna 2005 rohdosvalmisteet nimettiin lääkelain muutoksen yhteydessä ”perinteisiksi kasvirohdosvalmisteiksi”.

Erityisvalmisteiden, ravintoainevalmisteiden ja rohdosvalmisteiden lisäksi luontaistuotteiksi miellettiin ja mielletään edelleen usein myös homeopaattiset ja antroposofiset valmisteet, joita Suomessa oli vuonna 2000–01 rekisteröity noin 1 000 valmistetta (edellä mainittujen 3 000 luontaistuotteen lisäksi).

## 9.2. Tulokset

Haastateltavista 28 % ilmoitti haastatteluhetkellä käyttävänsä yhtä tai useampaa luontaistuotetta (erityisvalmisteet, ravintoainevalmisteet, rohdosvalmisteet ja homeopaattiset/antroposofiset valmisteet). Kuten edellä on esitetty luontaistuotteisiin luettiin myös erityisvalmisteina myytävät vitamiini- ja kivennäisainevalmisteet, mutta ei itsehoitolääkkeinä myytäviä vitamiini- ja kivennäisainevalmisteita. Naisilla luontaistuotteiden käyttö oli merkittävästi yleisempää (38 %) kuin miehillä (18 %) (kuvio 9.2.1, liitetaulukko 9.1.). Naisilla luontaistuotteiden käyttö oli yleisintä 45–64-vuotiailla (44–47 %) ja miehillä 65–74-vuotiailla (24 %).

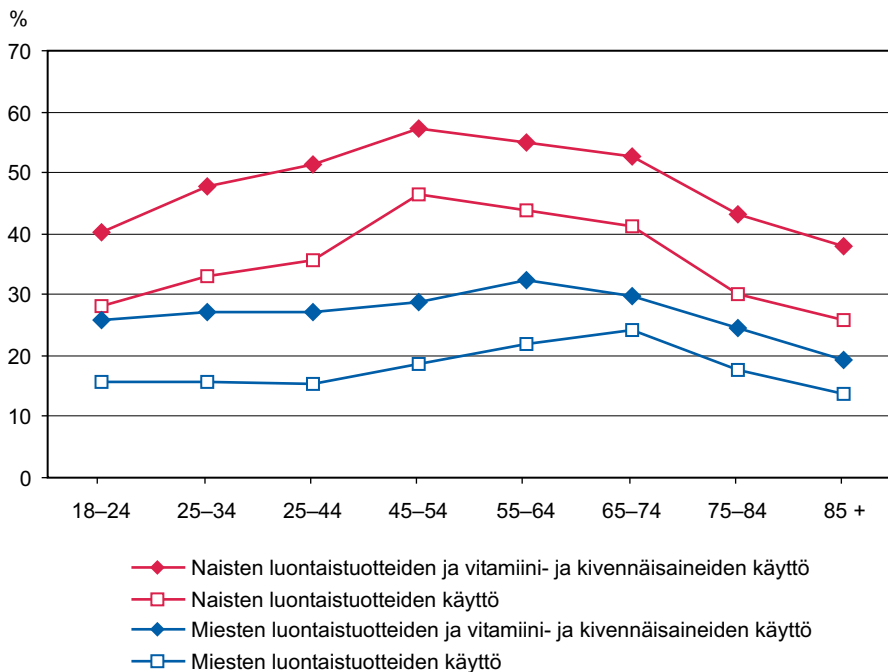
Korkeasti koulutetut haastateltavat käyttivät merkittävästi enemmän luontaistuotteita kuin keski- ja perusasteen koulutuksen saaneet. Koulutusryhmien erot olivat merkittäviä sekä naisilla että miehillä.

Miehistä naimisissa tai avoliitossa olevat käyttivät vähän enemmän luontaistuotteita kuin eronneet tai naimattomat miehet. Naisilla erot eri siviilisäätöjen välillä olivat vieläkin vähäisempiä. Miehistä luontaistuotteita käyttivät eniten kaupunkimaisten kuntien asukkaat, mutta naisilla vastaava eroa ei havaittu.

Kotitalouksien tuloihin perustuvan ryhmittelyn mukaan ylimpään eli viidenteen tuloluokkaan kuuluvat käyttivät eniten luontaistuotteita. Haastateltavien omiin tuloihin perustuvan ryhmittelyn perusteella naisista eniten käyttäjiä oli tuloluokassa 4 ja miehistä tuloluokissa 3 ja 5. Kummallakin sukupuolella vähiten käyttäjiä oli alimmassa tuloluokassa riippumatta siitä, tarkasteltiinko kotitalouden vai haastateltavan tuloja.

Otettaessa tarkasteluun mukaan myös itsehoitolääkkeinä myydyt vitamiini- tai kivennäisainevalmisteet, käytti 40 % haastateltavista haastatteluhetkellä yhtä tai useampaa luontaistuotetta ja/tai vitamiini- tai kivennäisainevalmistetta; 51 % naisista ja 28 % miehistä. (kuvio 9.2.1., liitetaulukko 9.1.)

**Kuvio 9.2.1. Käyttäjät (%), jotka haastatteluhetkellä ilmoittivat käyttävänsä yhtä tai useampaa luontaistuotetta ryhmiteltyinä iän ja sukupuolen mukaan.**



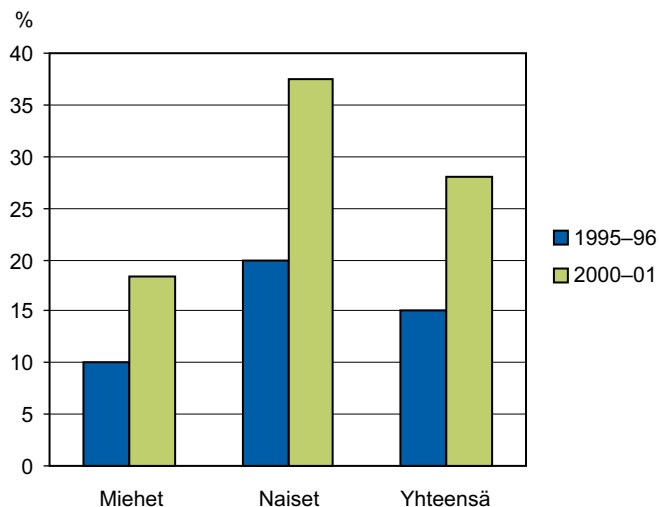
### 9.3. Pohdinta

Luontaistuotteita säännöllisesti käyttäneiden osuus vuosina 2000–01 oli 28 %. Tämä on 13 % suurempi kuin viisi vuotta aikaisemmin (kuvio 9.3.1.). Terveydenhuollon väestötutkimuksessa (1995–96) 15 % haastatelluista ilmoitti käyttäneensä haastattelua edeltäneen kahden vuorokauden aikana yhtä tai useampaa luontaistuotetta (erityisvalmisteet, ravintoainevalmisteet, rohdosvalmisteet ja homeopaatti-



set/antroposofiset valmisteet, Arinen ym. 1998.) Sekä 1990-luvun puolivälissä että 2000-luvun alussa käyttö oli yleisintä 25–64-vuotiailla naisilla ja 65–74-vuotiailla miehillä. Kumpanakin jaksona käyttö oli yleisintä ylimmässä tuloviidenneksessä.

**Kuvio 9.3.1. Luontaistuotteiden käyttö Suomessa vuosina 1995–96 ja 2000–01.**



Käsitteistön sekavuus ja kirjavuus sekä erot käytetyissä tutkimusmenetelmissä vaikeuttavat luontaistuotteiden käyttöä koskevien tutkimusten vertailua toisiinsa. Terveystutkimuksen väestötutkimuksen tulokset ovat kuitenkin vertailukelpoisia Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksien kanssa. Molemmissa tutkimuksissa tulokset perustuvat henkilökohtaisiin haastatteluihin ja kohderyhmänä on koko maan aikuisväestö, edellisessä yli 15-vuotiaat ja jälkimmäisessä yli 18-vuotiaat. Kummasakin tutkimuksessa kysyttiin vitamiinivalmisteiden, luonnonlääkkeiden, yrtti- tai rohdosvalmisteiden taikka homeopaattisten valmisteiden käyttöä joko 'nykyisin' tai haastattelua edeltäneiden kahden vuorokauden aikana.

Ruotsissa luontaistuotteita käytetään yhtä paljon kuin Suomessa. Vuonna 1999 luontaistuotteita oli viimeksi kuluneiden kahden viikon aikana käyttänyt 30,5 % 25–74-vuotiaista ruotsalaisista; 38,5 % naisista ja 22,2 % miehistä (Nilsson ym. 2001). Myös Ruotsissa korkeasti koulutetut käyttivät luontaistuotteita useammin kuin vähemmän koulutetut. Sen sijaan ikä ei Ruotsissa merkitsevästi vaikuttanut luontaistuotteiden käyttöön. Ruotsalaisessa tutkimuksessa luontaistuotteella tarkoitettiin samaa valmisteryhmää kuin Terveys 2000 -tutkimuksessa (erityisvalmisteet, ravintoainevalmisteet, rohdosvalmisteet ja homeopaattiset/antroposofiset valmisteet).

# 10 FYSIOTERAPIAPALVELUJEN KÄYTTÖ

*Pirkko Alha ja Katri Hakulinen*

Fysikaalisen hoidon käyttöä selvitettiin sekä aikuisten että nuorten otoksessa samantlaisilla haastattelukysymyksillä. Tässä luvussa fysikaalisesta hoidosta käytetään termiä fysioterapia, koska se laajassa merkityksessä pitää sisällään fysikaalisen hoidon, harjoittelun, neuvonnan ja ohjauksen avulla annettavan liikkumis- ja toimintakykyä ylläpitävän hoidon (Lääketieteen termit, 2002). Fysioterapiapalvelujen käyttöä on aiemmin tutkittu 1990-luvun puolivälissä suomalaisten terveyttä ja terveystalouden käyttöä koskevassa tutkimuksessa (Arinen ym. 1998). Lisäksi fysioterapiapalvelujen käyttöä on laajasti selvitetty Hakulisen (Hakulinen 2004, Hakulinen ym. 2006) avofysioterapiaa käsittelevissä tutkimuksissa. Tässä luvussa tarkastellaan kaikkia 18 vuotta täyttäneitä, kun taas Hakulisen tutkimuksessa olivat mukana 30 vuotta täyttäneet, jotka eivät olleet laitoshoidossa.

## 10.1. Tulokset

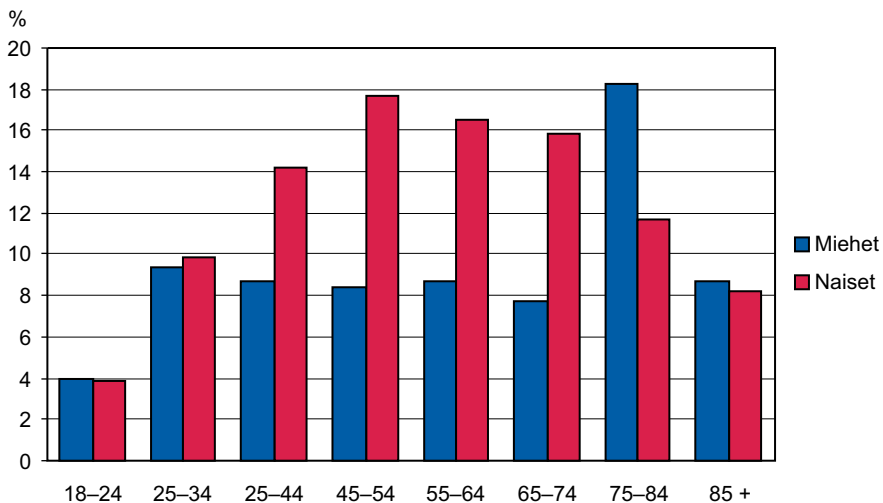
Haastattelussa kysyttiin: ”Oletteko viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana ollut lääkärin läheteellä lääkintävoimistelussa tai muussa fysikaalisessa hoidossa, muulloin kuin sairaala- tai kuntoutuslaitoshoidossa ollessanne?” Vastanneista 11 % oli käyttänyt fysioterapiapalveluja, 9 % miehistä ja 13 % naisista (kuvio 10.1.1., liitetaulukko 10.1). Fysioterapiapalveluja käyttivät eniten eronneet ja lesket ja ylimpiin koulutus- ja tuloluokkiin kuuluvat. Vähäisintä käyttöä oli alimmissa tuloluokissa. Hoitokertoja oli keskimäärin 11. Fysioterapiapalveluja oli käyttänyt 16 % pitkäaikaissairaista ja 7 % ei-pitkäaikaissairaista (kuvio 10.1.2. ).

Fysioterapiapalveluja terveystaloudessa oli käyttänyt 2,4 % vastanneista, 1,4 % miehistä ja 3,2 % naisista. Terveystalouden fysioterapiapalveluja olivat yleisimmin käyttäneet eronneet ja lesket. Terveystalouden oli hoitopaikkana 18 %:lla hoidossa olleista (kuvio 10.1.3.)

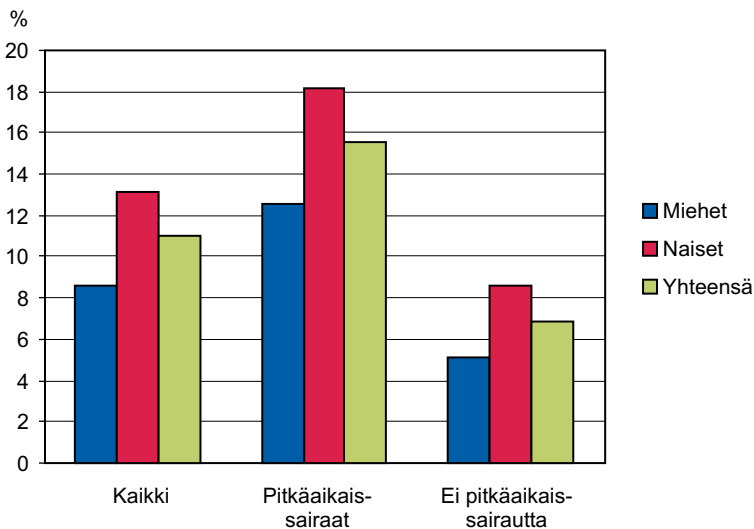
Yksityisessä fysikaalisessa hoitolaitoksessa hoitoa oli saanut 7,5 % vastanneista, 6,2 % miehistä ja 8,8 % naisista. Yksityisten palvelujen käyttöä oli yleisintä ylimmän koulutusryhmän, ylimmän tuloluokan ja naimisissa olevien keskuudessa. Yksityinen hoitolaitos oli hoitopaikkana 67 %:lla hoidossa olleista.

Muulla hoitopaikalla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa sairaalan poliklinikkaa, työpaikan työterveysasemaa, opiskelijaterveydenhuoltoa tai muuta paikkaa. Näissä hoitopaikoissa hoitoa oli saanut 1,8 % vastanneista. Tämän ryhmän palveluja käytettiin eniten HUS-piirin alueella. (Liitetaulukko 10.1.)

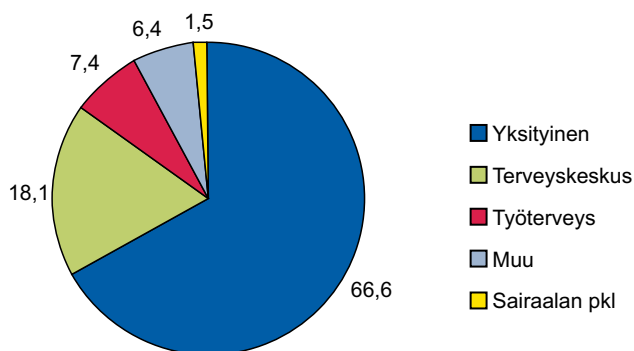
**Kuvio 10.1.1. Fysioterapiapalveluja viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneet iän ja sukupuolen mukaan (%).**



**Kuvio 10.1.2. Fysioterapiapalveluja viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneet pitkäaikais-sairauden mukaan (%).**



**Kuvio 10.1.3. Fysioterapiaa saaneiden hoitopaikat (%).**



## 10.2 Pohdinta

Vuonna 1996 oli 5,6 % vastanneista käyttänyt fysikaalisia hoitoja edeltävien viiden kuukauden aikana. Vastaava osuus vuonna 1987 oli 8 % (Arinen ym. 1998). Terveys 2000 -tutkimuksen perusteella fysikaalista hoitoa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana oli saanut 11 % vastanneista. Vuonna 1996 ei fysioterapiapalvelujen käyttö juurikaan vaihdellut tuloluokittain. Terveys 2000 tutkimuksessa palvelujen käyttö oli selvästi keskittynyt ylempiin tuloluokkiin. Sen sijaan alueellisesti fysioterapiapalvelujen käyttö jakautui tasaisesti sekä vuonna 1996 että 2000-luvun alussa.

# 11 VAIHTOEHTOISTEN HOITOJEN KÄYTTÖ

*Pirkko Alha*

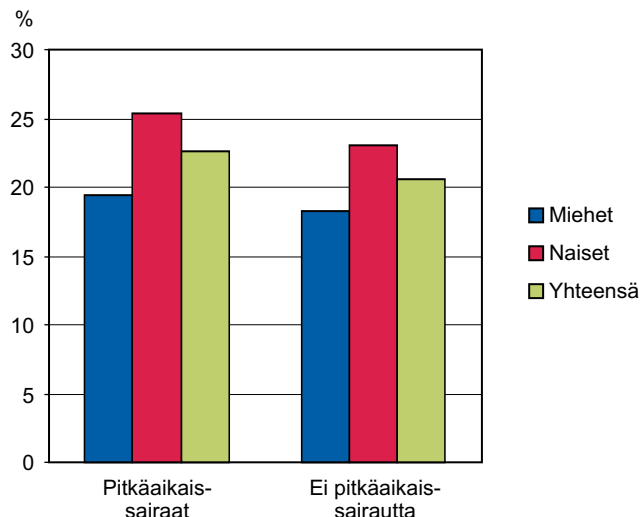
Vaihtoehtoisen hoidon käyttöä on aiemmin tutkittu suomalaisten terveyttä ja terveyspalvelujen käyttöä 1990-luvun puolivälissä kuvaavassa tutkimuksessa (Ari-nen ym. 1998). Siinä kysyttiin kiropraktikon, naprapaatin, hierojan ja yhdistettynä kansanparantajan, vyöhyketerapeutin tai vastaavan luona käymistä. Terveys 2000-tutkimuksessa jokainen vaihtoehtoishoitopaikka kysyttiin erikseen.

## 11.1 Hieronta

Hieronta käsitellään tässä omana kokonaisuutenaan, koska se on muita tarkastel-tavia hoitoja yleisempää. Monet käyvät hieronnassa fysikaalisessa hoitolaitoksessa ilman lähetettä ja osa käy muissa hierontapalveluja tarjoavissa hoitopaikoissa.

Hierojalla oli 12 kuukauden aikana käynyt 22 % vastanneista, 19 % miehistä ja 24 % naisista. Hierojalla käyminen oli yleisintä 25–44-vuotiaiden ikäryhmässä (liitetaulukko 11.1.). Miljoonapiireittäin tarkasteltuna hierojalla käyneiden osuus oli suurin Oulun yliopistollisen sairaalan vastuualueella ja pienin Turun yliopistollisen keskussairaalan vastuualueella. Naimisissa olevat ja ylimpään tuloluokkaan kuulu-vat käyttivät eniten hierojan palveluja. Hoitokertoja hierojan luona oli keskimäärin seitsemän. Pitkäaikaissairastavuudella oli vain heikko yhteys hierojalla käymiseen: 23 % pitkäaikaissairaista ja 21 % ei-pitkäaikaissairaista oli käynyt hierojalla (ku-vio 11.1.1.).

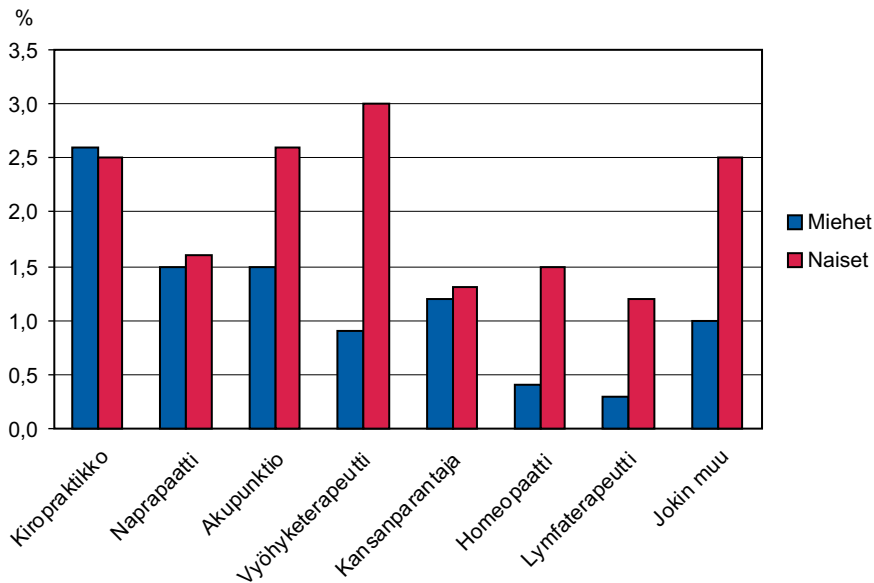
**Kuvio 11.1.1. Hierontapalvelujen käyttö pitkäaikaissairauden mukaan (%).**



## 11.2 Muut vaihtoehtoiset hoidot

Tutkimuksessa selvitettiin viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana tehtyjä käyn- tejä kiropraktikon, naprapaatin, kansanparantajan, vyöhyketerapeutin, homeopaa- tin ja lymfaterapeutin vastaanotolle sekä akupunktiohoidon tai jonkin muun vaih- toehtoishoidon saantia (kuvio 11.2.1). Jossain näin määritellyssä vaihtoehtoishoi- dossa (pois lukien hieronta) oli käynyt 10 % vastanneista, 8 % miehistä ja 13 % naisista (liitetaulukko 11.1). Vaihtoehtoisessa hoidossa käyneiden osuus oli suurin työikäisten, naimisissa olevien, ylipäähän koulutusluokkaan kuuluvien ja ylimpiin tuloluokkiin kuuluvien ryhmässä.

**Kuvio 11.2.1. Vuoden aikana jossain vaihtoehtoisessa hoidossa käyneet sukupuolen mukaan (% , hieronta poisluettuna).**



Tarkasteltavista vaihtoehtoisista hoitomuodoista käytiin eniten kiropraktikon (2,5 %) ja vyöhyketerapeutin (2 %) vastaanotolla sekä akupunktiohoidossa (2 %). Naiset kävivät miehiä enemmän akupunktiohoidossa, vyöhyke- ja lymfaterapeuttil- la sekä homeopaaatin vastaanotolla (liitetaulukko 11.1). Kun hierontaa ja vaihtoeh- toishoitoja tarkastellaan yhdessä, oli käyttäjiä 27 % vastanneista (23 % miehistä ja 31 % naisista). Näin laajasti määritellyssä vaihtoehtoisessa hoidossa olivat käyneet useimmin työikäiset, naimisissa olevat, ylipäähän koulutusryhmään ja ylimpiin tu- loluokkiin kuuluvat.

### 11.3 Pohdinta

Suomalaisten terveyttä ja terveystalvelujen käyttöä kuvaavassa tutkimuksessa (Arinen ym. 1998) tarkastelujakso oli viisi kuukautta, kun Terveys 2000 -tutkimuksessa se oli viimeiset 12 kuukautta. Vuonna 1996 kansanparantajan, kiropraktikon ja naprapaatin hoidossa oli viiden kuukauden aikana käynyt 4,3 % vastanneista (Arinen ym. 1998), kun vuosina 2000–01 jossain vaihtoehtoisessa hoidossa, pois lukien hieronta, oli edeltävän vuoden aikana käynyt 10,2 % vastanneista. Tulosten vertaamista hankaloittaa eripituinen kyselyajanjakso ja se, että Terveys 2000 -tutkimuksessa on lueteltu useampi vaihtoehtoishoitopaikka kuin vuoden 1996 tutkimuksessa.

Vaihtoehtoisista hoidoista hieronnassa käynti ei ole samalla tavalla yhteydessä pitkäaikaissairastavuuteen kuten fysikaalisessa hoidossa käynti (vrt. kuviot 10.1.2. ja 11.1.1.). Hieronnassa saatetaan käydä terveyden ylläpidon vuoksi, kun fysioterapiaan lääkärin läheteellä hakeudutaan sairauden vuoksi. Fysioterapia palveluja käyttivät eniten eronneet, lesket tai asumuserossa olevat, kun taas vaihtoehtoisissa hoidoissa kävivät eniten naimisissa olevat.

## 12 KOETTU HOIDONTARVE JA SEN TYYDYTTYMINEN

*Ilmo Keskimäki ja Pirkko Alha*

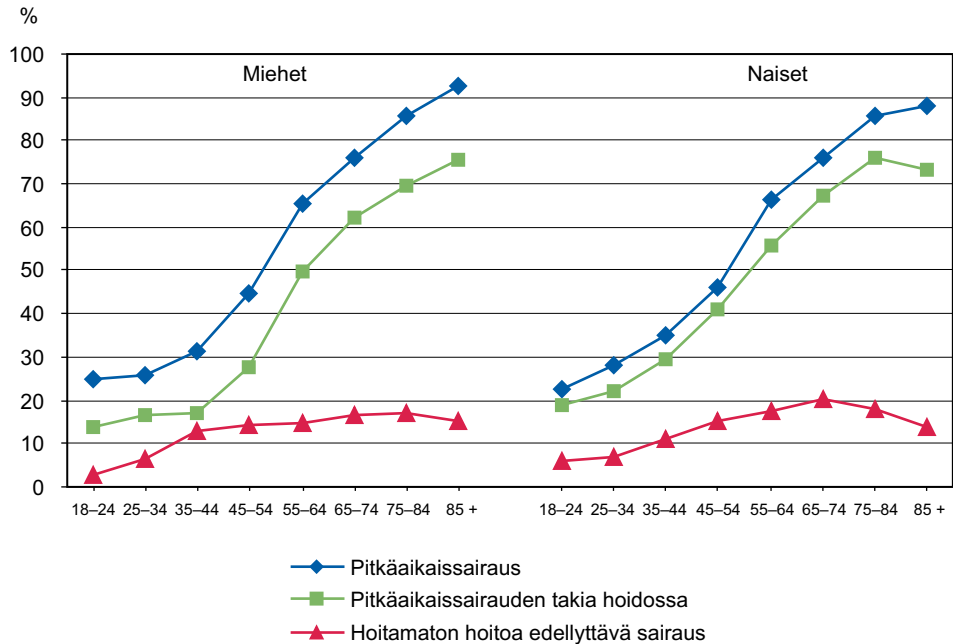
Terveys 2000 -tutkimuksessa pitkäaikaissairauksia koskevien kysymyksien yhteydessä tutkimukseen osallistuneilta tiedusteltiin myös tarvitsevatko he jatkuvaa lääkärinhoitoa jonkin pitkäaikaisen sairauden, vian tai vamman takia ja oliko joku näistä sairauksista sellainen, johon tutkittava ei saanut jatkuvaa hoitoa vaikka halusikin. Kolmekymmentä vuotta täyttäneiltä kysyttiin myös koettua lisähoidon tarvetta yksityiskohtaisemmin eriteltyinä hoidon tyyppin mukaan.

Kaikista vastaajista lähes puolella oli jokin pitkäaikaissairaus, miehistä 47 %:lla ja naisista 48 %:lla. Hoitoa johonkin pitkäaikaissairauteen sai 34 % miehistä ja 42 % naisista. Sekä pitkäaikaissairaudet että niiden hoito lisääntyivät voimakkaasti vastaajan iän myötä. Kuitenkin myös nuorimmissa eli 18–34-vuotiaiden ikäryhmissä vastaajista oli hoidossa jonkin pitkäaikaissairauden takia miehistä 13–17 % ja naisista 18–22 %. Yli 75-vuotiaista miehistä sekä naisista pitkäaikaissairauden takia hoidossa oli sekä miehistä että naisista yli 70 % vastaajista (kuvio 12.1). Vastaajista noin 13 %:lla oli sellainen sairaus, johon eivät kokeneet saavansa riittävästi hoitoa, vaikka halusivat. Hoidon puutteita kokevia oli hieman enemmän naisvastaajissa, mutta sukupuolten välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Nuorimmassa, alle 25-vuotiaiden ikäryhmässä hoitoon tyytymättömiä oli alle 5 % ja eniten puutteita kokivat 65–74-vuotiaat haastateltavat (liitetaulukko 12.1).

Sosiodemografisten tekijöiden mukaan pitkäaikaissairastavuus vaihteli samalla tavoin kuin aiemmissa tutkimuksissa on todettu. Pitkäaikaissairastavuus oli yleisempää alemmissä koulutus- ja tuloryhmissä ja eronneiden ja naimattomien parissa. Erot olivat samansuuntaiset myös pitkäaikaissairauden takia hoidossa olevien suhteen. Sen sijaan siviilisääty- ja koulutusryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa pitkäaikaissairaiden vastaajien osuudessa, joka ei saanut haluaansa hoitoa. Tuloryhmien välillä erot tyydyttämättömän hoidon tarpeen tutkimuksissa olivat selvät. Alimmassa tuloviidenneksessä 15,7 % mutta ylimmässä 10,9 % vastaajista ilmoitti sairastavansa tautia, johon ei saa hoitoa, vaikka haluaisi (liitetaulukko 12.1). Alueellisesti puuttuvaa hoitoa kokevia oli muuta maata enemmän Pohjois-Suomessa Oulun yliopistollisen sairaalan vastuualueella sekä erityisesti harvaan asutulla maaseudulla.



**Kuvio 12.1. Osuudet (%) vastaajista, joilla oli jokin pitkäaikaissairaus, jotka olivat hoidossa pitkäaikaissairauden takia tai jotka kokivat, että heillä on hoitoa edellyttävää mutta hoitamaton sairaus.**



Yleisimmät sairaudet, joiden hoitoa vastaajat kokivat jäävänsä paitsi, olivat tuki- ja liikuntaelinten ja verenkiertoelinten sairaudet sekä hermoston ja aistimien ja ruoansulatuselimistön taudit (taulukko 12.1.). Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien hoidon puuttumisesta ilmoitti 5,5 % vastaajista. Näistä noin puolet koki puutteita selkäsairauden hoidossa. Miesten ja naisten välillä ei ollut systemaattisia eroja sairauksissa, joiden lääkärihoidossa koettiin puutteita.

Terveys 2000 -tutkimuksissa tiedusteltiin 30 vuotta täyttäneiltä vastaajilta myös, oliko heillä jokin sairaus, johon he eivät saaneet halumaansa hoitoa. Tähän kysymykseen miehistä 10 % ja naisista 13 % vastasi myöntävästi. Iän myötä halutun hoidon puutteen kokeminen lisääntyi jonkin verran. Ikäryhmistä 75–84-vuotiaat vastaajat kertoivat useimmin (15 %) sairastavansa jotain sairautta, johon ei saa halumaansa hoitoa (liitetaulukko 12.2.). Alueellisesti halutun hoidon puutteita koeneita oli eniten Pohjois-Suomessa Oulun yliopistosairaalan vastualueella. Eroja hoidon puutteiden kokemisessa oli myös koulutuksen ja tulojen mukaan. Ylimmässä koulutusryhmässä ja tuloviidenneksessä vastaajista noin 9 % ilmoitti sairastavansa sairautta, johon ei saa haluamaansa hoitoa, mutta alimmissa koulutus ja tuloryhmissä osuus oli nelisen prosenttiyksikköä korkeampi.

**Taulukko 12.1. Itse ilmoitetut sairaudet, joihin haastateltavat eivät saaneet lääkärin-  
hoitoa, vaikka haluaisivat saada ( %).**

Sairaus	Miehet	Naiset	Yhteensä
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	5,1	5,8	5,5
...joista selkäsairaudet	2,8	2,6	2,7
Verenkiertoelinten taudit	2,0	1,9	1,9
...joista verenpainetauti	0,6	0,5	0,5
Hermoston ja aistimien taudit	1,1	1,6	1,4
Ruoansulatuselimistön sairaudet	1,2	1,6	1,4
Virtsan- ja sukuelinten taudit	1,1	1,3	1,2
Mielenterveyden häiriöt	0,9	0,8	0,8
Hengityselinten taudit	0,6	0,8	0,7
... joista infektio	0,1	0,2	0,1
... joista astma	0,1	0,3	0,2
Oireita ja epämääräisesti määriteltyjä tapauksia	0,5	0,7	0,6
Allergiat	0,6	0,7	0,6
Umpieritys- ja aineenvaihduntasairaudet	0,5	0,6	0,6
...joista diabetes	0,1	0,1	0,1
Ihon ja ihonalaiskudoksen tulehdukset	0,6	0,3	0,4

Kysymystä halutun hoidon puutteista täsmennettiin tiedustelemalla edelleen, millaista hoitoa vastaaja koki tarvitsevansa lisää. Koettu lisähoidon tarve kohdistui pääasiassa fysikaaliseen hoitoon ja kuntoutukseen. Lisää fysikaalista hoitoa koki hoidon puutetta raportoineista tarvitsevansa 68 % miehistä ja 75 % naisista. Lisää kuntoutusta mielestään tarvitsevia oli hoidon puutetta raportoineista miehistä sekä naisista 58 %. Lisää terveysneuvontaa koki tarvitsevansa miehistä 12 % ja naisista 15 %. Muita hoitomuotoja, lääke-, leikkaus- tai muuta sairaalahoitoa tai, apuvälinepalveluita mielestään lisää tarvitsevia oli vähemmän, vaihdellen 4 %:sta 11 %:iin (liitetaulukko 12.2.).

Terveys 2000 -tutkimukseen osallistuneista 18 vuotta täyttäneistä henkilöistä lähes puolella (47 %) oli jokin pitkäaikaissairaus. Lähes kaksi viidennestä (39 %) kaikista vastanneista eli yli 80 % jotain pitkäaikaissairautta sairastavista oli sairautensa takia hoidossa. Verrattuna Mini-Suomi-tutkimuksen tietoihin hoidon piirissä olevien osuus pitkäaikaissairaista näyttää selvästi lisääntyneen. Mini-Suomi-tutkimuksen mukaan jatkuvassa hoidossa oli vain vajaa kolmasosa kaikista vastaajista, ja hieman yli 60 % pitkäaikaissairaista (Aromaa ym. 1989).

Hoidon piirissä olevien suuresta osuudesta huolimatta myös koetut hoidon puutteet olivat vastaajien joukossa yleisiä. Vastaajista 11,5 %:lla oli sellainen sairaus, johon ei saa hoitoa, vaikka haluaakin, tai johon ei saa haluamaansa hoitoa. Noin puolet vastaajista, jotka vastasivat sairastavansa sairautta, johon eivät saaneet hoitoa vaikka halusivatkin, ilmoitti puutteellisesti hoidetuksi sairaudeksi jonkin tuki- ja liikuntaelinsairauden. Vastaavasti suurin osa koetusta lisähoidon tarpeesta kohdistui fysikaaliseen hoitoon ja kuntoutukseen. Sen sijaan vain vajaa kymmenesosa hoidon puutteita kokevista ilmoitti jäävänsä paitsi hoitoa mielenterveyden häiriöiden takia.

Tässä tarkasteltua vastaajien itse ilmoittamaa hoidon tarvetta koskevia tietoja ei voida suoraan käyttää hoidon kattavuuden tai riittävyuden arviointiin, vaan ne kuvastavat pikemminkin ainakin osin vastaajien tyytyväisyyttä saamiinsa terveyspalveluihin. On luultavaa, että ammattihenkilöstön arvio olisi poikennut vastaajien itsensä arvioimista hoidon puutteista esimerkiksi mielenterveydenhäiriöissä, joiden hoidon tarpeessa on todettu usein aliraportointia kysyttäessä tarvetta suoraan väestökyselyissä. Väestökyselyt eivät myöskään välttämättä anna kattavaa kuvaa hoidon puutteista verenpainetaudin tai diabeteksen kaltaisissa pitkäaikaissairauksissa, joissa oikea hoitotasapaino on riittävän hoidon kriteeri.

## 13 JOHTOPÄÄTÖKSET

Raportissa on kuvattu väestöryhmittäisiä eroja terveyspalveluiden käytössä vuosina 2000–01. Osallistumisaste tutkimukseen oli erittäin suuri (92 %), joten tuloksia voidaan siinä mielessä pitää luotettavina. Lisäksi tutkimuksessa on kerätty systemaattisesti tietoja eräistä sellaista palveluista (ennaltaehkäisevät palvelut, mielenterveyspalvelut, luontaistuotteet ja vaihtoehtoiset hoitomuodot), jotka eivät ole sisältyneet aikaisempiin tutkimuksiin tai ovat niissä olleet mukana karkeammalla tasolla. Tosin osassa näistä palveluista käyttäjiä on väestötasolla suhteellisen vähän ja heitä koskevia tietoja on ollut saatavilla enintään vain muutamasta sadasta henkilöstä. Tämän takia näiden palvelujen käyttöä kuvaileva sekä käytön taustalla olevien tekijöiden analyysi on nähtävä suuntaa antavana.

Hoidon tarpeen parempaan tyydyttymiseen viittaa se, että vuosituhannen vaihteessa hoidon piirissä olleiden pitkäaikaissairaiden osuus oli 40 % kun vastaava osuus 20 vuotta aikaisemmin oli 33 %, vaikka kaikkien pitkäaikaissairaiden väestöosuus pieneni samalla jaksolla 55,3 %:sta 47,4 %:iin (30–64-vuotiailla 47,8 %:sta 44,2 %:iin, Aromaa ym. 1989). Toisaalta hoidon saatavuudessa koettiin oleva yhä vieläkin puutteita, sillä noin 12 % aikuisväestöstä oli sellainen sairaus, johon hän ei ollut saanut hoitoa, tai johon ei ole saanut haluamaansa hoitoa.

Verrattaessa tuloksia viittä vuotta aiemmin tehtyyn Terveysturvan väestötutkimukseen havaitaan, että resepti- ja itsehoito lääkkeitä säännöllisesti käyttäneiden osuus väestöstä on kasvanut. Vuosituhannen alussa aikuisväestöstä 58 % käytti vähintään yhtä reseptilääkettä, 53 % itsehoitolääkettä ja 28 % luontaistuotetta. Sen sijaan käytön selvää lisääntymistä ei ole havaittavissa avokäynneissä. Yli 18-vuotias väestö kävi sairauden vuoksi lääkärissä keskimäärin 2,9 kertaa vuoden aikana, mikä on huomattavasti vähemmän kuin muissa kehittyneissä teollisuusmaissa (OECD 2005). Hammaslääkärissä suomalainen aikuinen kävi keskimäärin 1,3 kertaa vuodessa, mikä on OECD maiden keskitasoa mutta selvästi muita Pohjoismaita vähäisempää.

Tulosten mukaan suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on yhä sosioekonomisesti eriarvoinen. Enemmän koulutetut ja ylempiin tuloiluokkiin kuuluvat henkilöt käyvät muita useammin terveystarkastuksissa ja seulontatutkimuksissa (näön ja kuulon tutkimuksissa, verensokeri- ja kolesteroliarvojen määrittämisessä, luomien tai muiden ihon epämiellyttävien muutosten tutkimuksissa, rintojen ultraäänitutkimuksessa, kohdunkaulan irtosolututkimuksessa, PSA tutkimuksessa), hammashoidossa ja fysikaalisessa hoidossa. Myös lääkäripalvelujen käyttö oli suurituloisia suosivaa, kun se suhteutetaan sairastavuuden perusteella arvioituun tarpeeseen. Vähemmän koulutetut ja pienituloiset ilmoittavat muita useammin sairastavansa tautia, johon he eivät saa hoitoa. Toisaalta sosioekonomisia eroja havaittiin myös

sellaisissa hoitomuodoissa ja palveluissa (vitamiinivalmisteet, luontaistuotteet sekä vaihtoehtoiset hoitomuodot), joiden hyödyistä ei yksimielisyyttä ole saavutettu.

Avohoidon lääkäripalveluissa ja hammashoidossa sosioekonomiset erot ovat olleet pysyvä ilmiö, eivätkä ne juurikaan ole muuttuneet viime vuosikymmenien aikana. Ne ovat osittain seurausta palvelujärjestelmän rakenteista. Toimiva työterveyshuolto on taannut työssäkäyville ilmaisen ja helpon tavan päästä lääkärille ja terveystarkastuksiin. Sen sijaan terveyskeskukset eivät ole pystyneet tarjoamaan muulle väestölle yhtä vaivatonta pääsyä avohoidonlääkärille eivätkä myöskään tarjoamaan riittävästi hammashoidon palveluja koko aikuisväestölle. Yksityinen sektori on tarjonnut mahdollisuuden päästä nopeasti hoitoon lähinnä paremmassa sosioekonomisessa asemassa oleville ja siten myös maksukykyiselle väestön osalle.

Reseptilääkkeiden kokonaiskäyttö oli lähes ainoa poikkeus, jossa sosioekonomisia eroja ei havaittu. Tämä johtunee siitä, että reseptilääkkeiden käyttö sinänsä on erittäin yleistä. Sosioekonomisia eroja on tosin havaittu yksittäisiä lääkeryhmiä, kuten sepelvaltimotautipotilaiden kolesterolilääkkeitä koskevissa tarkasteluissa (Keskimäki ym. 2004). Myös tässä tutkimuksessa näiden lääkkeiden käyttö vaihteli tulo-oluokittain, mutta ei systemaattisesti. Lääkkeiden osalta keskeisenä huolena onkin niiden monikäyttö, mikä on yleistynyt erityisesti vanhuksilla.



## 14 LIITETAULUKOT

**Liitetaulukko 3.1. Terveystarkastuksissa ja seulontatutkimuksissa käyneiden osuus (%) väestöryhmittäin.**

	Terveystarkastus viimeisten 5 vuoden aikana	Terveystarkastus viimeisen 1 vuoden vuoden aikana	Seulontatutkimus viimeisten 5 vuoden aikana	Seulontatutkimus viimeisen 1 vuoden aikana	Ryhmätoimintaan osallistuminen viimei- sen 1 vuoden aikana
<b>Yhteensä</b>	70,5	30,5	90,3	66,9	16,4
<b>Sukupuoli</b>					
Mies	70,4	23,8	88,4	60,7	10,9
Nainen	70,5	37,0	92,0	72,6	21,4
	p=0,974*	p<0,001*	p<0,001*	p<0,001*	p<0,001*
<b>Ikä</b>					
18–24	92,1	51,8	92,3	64,6	17,7
25–34	75,8	38,8	88,4	59,4	17,9
35–44	69,8	32,7	86,4	57,9	20,7
45–54	78,8	28,1	92,4	65,7	15,9
55–64	75,9	24,7	93,6	73,3	15,0
65–74	47,3	14,2	90,7	79,8	11,9
75–84	35,1	19,1	89,1	81,4	13,0
85+	18,5	9,7	84,8	73,3	8,1
<b>Miljoonapiiri</b>					
HUS	69,4	31,7	90,6	67,7	17,8
TYKS	72,6	30,3	92,3	67,8	13,9
TaYS	70,1	29,8	90,3	66,3	16,3
KYS	70,6	30,6	88,6	67,2	16,0
OYS	74,1	28,6	89,4	64,1	16,6
	p=0,431	p=0,399	p=0,296	p=0,449	p=0,096
<b>Siviilisäätty</b>					
Naimisissa	75,5	39,1	91,7	67,4	18,3
Avoliitossa	70,4	36,8	90,2	67,7	14,2
Eronnut/Leski	64,4	33,3	89,6	67,9	17,0
Naimaton	60,8	28,7	87,1	63,9	13,0
	p<0,001*	p<0,001*	p<0,001*	p=0,069*	p<0,001



<b>Koulutusaste</b>					
Perusaste	65,5	28,4	87,9	65,4	11,6
Keskiaste	71,6	29,0	90,8	66,9	16,2
Korkea-aste	77,4	35,5	92,8	68,6	23,2
	p<0,001*	p<0,001	p<0,001*	p=0,072	p<0,001
<b>Taajama-aste</b>					
Kaupunkimaiset kunnat	70,7	31,4	90,7	67,9	16,8
Taajaan asutut kunnat	69,3	30,4	90,2	66,8	15,2
Maaseutumaiset kunnat	70,5	27,9	89,0	63,9	16,2
	p=0,645	p=0,034	p=0,409	p=0,069	p=0,511
<b>Tuloviidennes</b>					
I	57,4	25,3	85,5	62,5	11,9
II	66,0	29,2	88,8	65,4	15,8
III	70,7	30,6	90,0	66,4	16,0
IV	75,9	32,8	91,8	69,6	18,1
V	79,5	33,4	94,4	69,4	19,4
	p<0,001*	p <0,001*	p<0,001*	p<0,001	p<0,001*
<b>N</b>	5 910 / 8 594	2 572 / 8 594	7 723 / 8 567	5 761 / 8 565	1 290 / 7 898

\* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) iän ja selittävän tekijän yhdysvaikutus

**Liitetaulukko 3.2. Terveystarkastuksissa viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana käyneet (%).**

	Ajokortin hankintaan tai uusintaan liittyvä tarkastus	Työhön- tai opiskeluun liittyvä tarkastus (vain alle 65-vuotiaat)	Tietylle ikäryhmälle tehtävä tarkastus (vain 25+ vuotiaat)	Veteraanien tarkastus (vain 65+ vuotiaat miehet)	Raskauden ehkäisyyn liittyvä tarkastus (vain alle 55 vuotiaat naiset)	Raskauteen tai synnytykseen liittyvä tarkastus (vain alle 45 vuotiaat naiset)	Työttömien ja muut terveystarkastukset
<b>Yhteensä</b>	30,4	40,7	20,1	(12,0)			9,0
<b>Sukupuoli</b>							
Mies	39,4	42,0	8,2	27,5			8,0
Nainen	22,2	39,3	31,5	(4,0)	33,3	28,6	9,9
	p<0,001*	p<0,014	p<0,001*				p=0,001*
<b>Ikä</b>							
18–24	54,8	46,6			55,7	18,6	12,4
25–34	4,0	49,5	16,3		51,3	43,9	8,3
35–44	4,5	43,7	22,9		32,3	21,1	8,6
45–54	46,5	40,9	28,2		7,9		8,8
55–64	51,7	21,7	25,9				11,0
65–74	38,2		8,0	12,7			7,2
75–84	22,7		2,5	38,3			5,0
85+	5,8		1,8	27,3			5,8
<b>Miljoonapiiri</b>							
HUS	30,1	40,8	21,7	25,8	33,1	28,9	9,1
TYKS	32,8	43,8	17,1	25,8	34,3	27,0	9,9
TaYS	30,0	38,5	20,5	23,8	34,3	27,1	7,9
KYS	28,4	42,9	20,4	27,8	34,4	27,1	8,0
OYS	32,4	38,5	18,5	33,0	29,2	34,1	10,5
	p=0,070*	p=0,144*	p=0,247	p=0,836	p=0,543*	p=0,372*	p=0,275

<b>Siviilisäät</b>							
Naimisissa	31,8	44,6	22,5	29,8	37,6	48,3	9,1
Avoliitossa	29,6	41,8	16,9	17,6	36,6	24,2	7,9
Eronnut/Leski	21,2	33,4	19,3	23,3	36,2	25,0	8,9
Naimaton	36,6	34,4	13,6	14,9	20,5	7,1	9,7
	p<0,001*	p<0,001*	p<0,001*	p=0,151	p<0,001*	p<0,001*	p=0,411*
<b>Koulutusaste</b>							
Perusaste	32,1	32,2	17,0	24,2	27,1	27,5	7,8
Keskiaste	32,8	41,7	18,8	31,7	33,0	26,5	9,1
Korkea-aste	24,3	47,0	25,8	38,7	36,2	32,2	10,5
	p<0,001*	p<0,001*	p<0,001*	p=0,132	p=0,001	p<0,051*	p=0,011
<b>Taajama-aste</b>							
Kaupunkimaiset kunnat	29,9	40,8	22,0	25,2	33,3	27,2	9,8
Taajaan asutut kunnat	30,6	40,8	16,2	32,1	32,4	27,9	7,5
Maaseutumaiset kunnat	31,9	40,4	17,8	25,9	33,3	34,3	7,4
	p=0,264	p=0,972	p=0,008*	p=0,627	p=0,955	p=0,049	p=0,021
<b>Tuloviidennes</b>							
I	25,8	22,7	13,0	20,6	28,6	28,8	8,9
II	25,2	35,3	17,4	31,6	32,7	32,9	8,4
III	30,2	40,3	18,5	23,5	35,3	31,5	8,2
IV	33,3	46,9	23,1	35,8	33,9	24,2	9,0
V	36,6	51,8	25,4	24,6	35,8	25,0	10,2
	p<0,001*	p<0,001*	p<0,001*	p=0,265	p<0,054*	p=0,043*	p=0,218*
<b>N</b>	2 493 / 8 468	2 705 / 6 703	1 374 / 6 953	111 / 405	922 / 2 806	563 / 1 935	767 / 8 617

\* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) iän ja selittävän tekijän yhdysvaikutus

**Liitetaulukko 3.3. Seulontatutkimuksissa viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana käyneet (%).**

	Näön tutkimus	Kuulon tutkimus	Verenpaineen mittaus	Verensokeriarvojen määrittäminen	Veren kolesteroliarvojen määrittäminen	Luuntiheysmittaus (vain 25+ vuotiaat)	Luomien tai muiden ihon epäilyttävien muutosten tutkimus
<b>Yhteensä</b>	71,1	40,5	79,0	49,8	48,3	3,7	12,4
<b>Sukupuoli</b>							
Mies	70,2	48,8	77,3	50,1	50,1	1,0	8,9
Nainen	72,0	32,6	80,6	49,5	46,8	6,0	15,7
	p=0,060*	p<0,001	p<0,001*	p=0,642*	p=0,002*	p<0,001	p<0,001*
<b>Ikä</b>							
18–24	80,3	61,7	81,9	37,7	20,5		14,2
25–34	67,2	39,5	76,3	43,3	33,5	0,9	14,4
35–44	63,9	39,2	73,8	43,6	47,2	1,3	12,3
45–54	79,9	47,5	79,1	50,3	58,1	3,6	10,3
55–64	73,6	40,0	82,5	60,1	64,8	6,2	13,9
65–74	67,1	22,7	81,8	60,8	62,3	5,6	11,3
75–84	61,6	21,8	83,1	61,4	51,4	5,6	9,4
85+	56,3	23,6	78,7	58,1	30,2	4,8	10,4
<b>Miljoonapiiri</b>							
HUS	70,1	37,7	78,5	51,3	49,9	3,4	14,1
TYKS	72,1	40,1	81,2	50,5	47,9	5,7	9,2
TaYS	72,8	42,6	79,4	49,7	43,6	3,3	11,5
KYS	69,9	41,1	79,1	48,0	50,3	2,8	12,6
OYS	71,3	43,7	77,3	47,8	50,1	4,3	12,2
	p=0,582	p=0,104	p=0,643	p=0,521	p=0,008	p=0,028	p=0,001*

<b>Siviilisäät</b>							
Naimisissa	72,9	41,7	80,5	52,4	53,6	3,8	13,3
Avoliitossa	70,6	40,2	78,4	48,2	47,8	2,7	12,8
Eronnut/Leski	67,6	35,7	78,1	47,5	41,1	3,6	11,9
Naimaton	69,7	41,6	76,3	46,1	40,3	4,4	10,0
	p=0,001*	p=0,008*	p=0,016*	p<0,001	p<0,001*	p=0,446*	p=0,012
<b>Koulutusaste</b>							
Perusaste	66,3	38,1	77,5	47,4	44,4	3,5	10,2
Keskiaste	73,0	44,5	79,7	50,3	48,2	3,3	11,5
Korkea-aste	75,2	37,4	80,1	52,3	53,9	4,8	16,8
	p<0,001*	p<0,001*	p=0,098*	p=0,004	p<0,001*	p=0,059*	p<0,001
<b>Taajama-aste</b>							
Kaupunkimaiset kunnat	72,0	39,2	79,1	49,8	49,0	4,0	13,2
Taajaan asutut kunnat	70,4	42,1	78,9	50,4	47,6	2,9	10,8
Maaseutumaiset kunnat	69,0	43,4	78,8	49,4	46,9	3,5	10,9
	p=0,174*	p=0,074*	p=0,975	p=0,900	p=0,529*	p=0,340	p=0,007
<b>Tuloviidennes</b>							
I	61,8	30,3	74,6	44,9	32,7	2,1	10,4
II	67,2	36,8	76,8	48,8	42,7	3,0	10,8
III	70,1	41,7	79,2	48,1	48,3	4,4	12,8
IV	75,4	46,3	80,2	50,9	53,5	4,8	12,3
V	79,4	45,4	83,3	55,2	60,2	4,2	14,9
	p<0,001*	p<0,001*	p<0,001*	p<0,001	p<0,001*	p=0,002	p<0,001
<b>N</b>	6 020 / 8 545	3 374 / 8 523	6 753 / 8 546	4 189 / 8 373	4 008 / 8 370	265 / 7 018	1 047 / 8 483

\* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) iän ja selittävän tekijän yhdysvaikutus

**Liitetaulukko 3.4. Sukupuolen perusteella suunnatuissa seulontatutkimuksissa viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana käyneet (%).**

	Mammografia (vain 25+ vuoti- aat naiset)	Rintojen tutkimus käsin tunnustelemalla (25+ vuotiaat naiset)	Rintojen tutkimus ultraäänellä (25+ vuotiaat naiset)	Kohdunkaulan irtosolunäyte (18+ vuotiaat naiset)	Gynekologinen tutkimus (18+ vuotiaat naiset)	Eturauhasen tunnustelu (25+ vuotiaat miehet)	Eturauhasen ultraääni- tutkimus (25+ vuotiaat miehet)	PSA-arvo (25+ vuotiaat miehet)
<b>Yhteensä</b>								
<b>Sukupuoli</b>								
Mies						19,1	7,5	12,6
Nainen	48,4	48,7	11,9	73,8	69,5			
<b>Ikä</b>								
18–24				76,7	83,2			
25–34	11,2	53,5	8,3	91,9	91,7	5,2	1,2	0,6
35–44	24,1	55,2	12,4	91,7	82,6	7,9	2,7	2,8
45–54	71,3	59,5	15,7	89,2	77,6	14,1	5,0	8,2
55–64	91,4	54,0	13,3	76,4	65,6	29,9	13,7	24,9
65–74	49,2	38,0	11,7	37,8	40,3	38,8	16,5	31,8
75–84	17,9	18,2	5,6	19,4	23,1	41,1	14,4	23,0
85+	8,0	8,3	1,9	6,7	8,9	43,0	15,8	12,8
<b>Miljoonapiiri</b>								
HUS	48,0	48,3	12,6	77,0	73,0	18,3	6,8	13,5
TYKS	56,6	54,0	8,3	73,3	73,0	23,1	7,3	14,6
TaYS	47,5	53,3	12,8	72,0	69,8	18,8	7,9	12,8
KYS	44,5	42,1	10,8	72,2	65,1	29,2	8,1	9,8
OYS	47,5	44,4	13,6	71,7	62,4	17,5	8,1	11,6
	p=0,004*	p<0,001*	p=0,078	p=0,052*	p<0,001	p=0,258	p=0,841*	p=0,115

<b>Siviilisäät</b>								
Naimisissa	54,6	53,9	13,5	80,4	74,7	19,8	7,7	13,8
Avoliitossa	44,1	47,1	11,3	74,1	73,5	19,1	7,0	11,0
Eronnut/Leski	39,8	41,5	8,7	70,0	65,7	18,8	9,7	11,2
Naimaton	42,3	40,1	11,9	54,1	53,0	15,3	4,5	8,1
	p<0,001*	p<0,001*	p=0,008*	p<0,001*	p<0,001*	p=0,309	p=0,071*	p=0,025*
<b>Koulutusaste</b>								
Perusaste	46,8	41,3	8,4	69,9	63,4	17,1	6,8	8,9
Keskiaste	50,1	51,4	12,8	72,1	69,5	20,1	8,5	14,7
Korkea-aste	49,4	56,3	15,9	83,1	79,8	22,5	8,0	19,8
	p=0,293*	p<0,001*	p<0,001*	p<0,001*	p<0,001*	p=0,012*	p=0,331*	p=0,001*
<b>Taajama-aste</b>								
Kaupunkimaiset kunnat	49,3	51,3	13,5	75,0	72,6	20,0	8,2	14,5
Taajaan asutut kunnat	50,4	47,8	10,0	73,1	65,9	19,0	7,4	10,8
Maaseutumaiset kunnat	44,7	42,2	8,5	70,9	63,3	17,3	6,2	9,7
	p=0,058*	p=0,003*	p=0,003	p=0,118	p<0,001	p=0,291	p=0,215	p=0,001*
<b>Tuloviidennes</b>								
I	25,6	30,9	7,3	59,0	54,5	16,1	4,6	6,1
II	36,4	40,1	8,3	69,3	63,4	17,3	7,5	8,8
III	49,2	49,4	9,8	74,5	69,1	16,9	7,7	9,5
IV	59,4	54,2	13,7	79,6	74,6	19,4	7,2	14,5
V	66,3	63,7	19,0	84,7	83,9	23,8	9,8	21,3
	p<0,001*	p<0,001*	p<0,001*	p<0,001	p<0,001	p=0,002*	p=0,019*	p<0,001*
<b>N</b>	1 756 / 3 882	1 781 / 3 812	435 / 3 816	3 220 / 4 531	3 039 / 4 543	613 / 3 104	243 / 3 094	390 / 3 025

\* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) iän ja selittävän tekijän yhdysvaikutus

**Liitetaulukko 4.1. Osuus väestöstä, jolla on nimetty omalääkäri (%) sekä osuus väestöstä, joka hakeutuu eri paikoissa toimiville lääkäreille (%).**

	Nimetty omalääkäri	Omalääkärille hakeutuvat	Muulle terveyskeskuslääkärille hakeutuvat	Työterveyslääkärille hakeutuvat	Yksityislääkärille hakeutuvat	Sairaalan poliklinikan lääkärille hakeutuvat	Tuttava, sukulais- tai muulle lääkärille hakeutuvat	Opiskelijaterveydenhuollon lääkärille hakeutuvat
<b>Yhteensä</b>	51,2	39,6	8,0	20,9	5,7	1,5	2,5	1,5
<b>Sukupuoli</b>								
Mies	46,6	35,1	7,3	22,2	5,6	1,8	2,8	0,8
Nainen	55,4	43,7	8,6	19,7	5,8	1,2	2,2	2,2
	p<0,001*	p<0,001*	p=0,031	p=0,006	p=0,623	p=0,011	p=0,107	p<0,001*
<b>Ikä</b>								
18–24	41,8	29,3	5,5	9,7	3,6	1,1	3,3	6,9
25–34	48,7	29,9	4,7	26,8	5,3	0,8	2,8	2,2
35–44	48,6	29,7	5,3	32,1	4,4	0,8	3,0	
45–54	51,8	31,9	6,6	32,4	6,5	1,4	2,2	
55–64	54,1	48,0	9,8	17,8	6,2	2,2	1,6	
65–74	57,7	64,9	14,7	0,8	6,9	2,2	1,6	
75–84	59,0	66,1	15,8	0,6	7,4	2,2	3,1	
85+	57,2	63,9	13,8	0	8,3	3,1	4,1	
<b>Miljoonapiiri</b>								
HUS	65,8	42,9	4,4	26,1	7,4	1,2	2,8	1,9
TYKS	40,1	36,5	10,5	19,5	5,7	1,0	2,9	1,3
TaYS	52,6	41,8	7,8	20,5	5,2	1,7	2,3	1,4
KYS	41,1	39,1	12,1	16,4	3,9	1,6	1,8	1,2
OYS	37,0	31,4	9,0	15,9	4,8	1,9	2,7	1,1
	p=0,005	p=0,220	p=0,002*	p<0,001*	p=0,016	p=0,438	p=0,277	p=0,395



<b>Siviilisäät</b>								
Naimisissa	51,9	37,9	7,8	25,9	6,3	1,3	2,3	0,7
Avoliitossa	50,4	39,1	8,2	19,8	5,0	2,5	2,3	1,8
Eronnut/Leski	53,0	42,0	8,1	17,7	4,9	1,1	2,6	0,8
Naimaton	48,2	42,5	8,5	12,9	5,3	1,8	3,2	1,6
	p=0,129	p=0,004*	p=0,870	p<0,001*	p=0,067	p=0,076	p=0,297	p=0,178
<b>Koulutusaste</b>								
Perusaste	48,2	43,9	10,2	12,4	4,2	1,8	2,0	0,2
Keskiaste	53,6	40,5	6,6	20,7	6,0	1,1	1,7	1,8
Korkea-aste	51,8	31,6	5,9	32,3	7,9	1,3	4,3	1,9
	p=0,004*	p<0,001*	p<0,001	p<0,001*	p<0,001*	p=0,103	p<0,001	p=0,009
<b>Taajama-aste</b>								
Kaupunkimaiset kunnat	62,6	41,2	3,9	26,6	6,1	1,5	3,0	2,0
Taajaan asutut kunnat	54,2	46,7	9,1	14,0	3,5	0,6	2,1	0,9
Maaseutumaiset kunnat	18,8	31,0	17,5	9,1	6,0	1,8	1,3	0,3
	p<0,001*	p=0,014	p<0,001*	p<0,001	p=0,220	p=0,024	p=0,002	p<0,001
<b>Tuloviidennes</b>								
I	45,9	45,8	10,6	2,9	3,4	1,3	3,3	1,7
II	51,3	46,7	9,7	10,2	4,9	1,8	1,5	2,0
III	53,3	42,6	7,7	18,5	5,7	1,5	2,4	1,8
IV	54,3	37,9	7,4	29,1	6,1	1,6	2,0	0,9
V	50,5	27,0	4,8	39,6	8,1	1,1	3,3	0,5
	p<0,001*	p<0,001*	p<0,001*	p<0,001*	p<0,001	p=0,401	p=0,002	p=0,048
<b>N</b>	4 378 / 8 586	3 442 / 8 536	709 / 8 536	1 697 / 8 536	491 / 8 536	128 / 8 536	219 / 8 536	84 / 8 536

\* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) iän ja selittävän tekijän yhdysvaikutus

*Liitetaulukko 4.2. Osuus väestöstä, jolla on tietty terveyden- tai sairaanhoitaja, johon ottaa ensisijaisesti yhteyttä sekä osuus väestöstä, joka hakeutuu eri paikoissa toimiville hoitajille (%).*

	Tietty hoitaja, johon ottaa yhteyttä	Terveyskeskuksen hoitajalle hakeutuvat	Työterveyshoitajalle hakeutuvat	Muulle hoitajalle hakeutuvat
<b>Yhteensä</b>	35,4	9,5	19,5	5,0
<b>Sukupuoli</b>				
Mies	33,2	7,6	20,0	4,9
Nainen	37,4	11,2	19,0	5,1
	p<0,001	p<0,001*	p=0,247	p=0,673
<b>Ikä</b>				
18–24	25,6	5,8	7,5	5,5
25–34	36,0	6,5	23,2	5,3
35–44	37,9	5,8	29,7	3,6
45–54	44,1	6,7	33,0	4,1
55–64	32,3	11,7	16,5	3,8
65–74	22,8	16,4	0,3	5,5
75–84	34,7	24,0	0,2	7,7
85+	44,0	20,8	0	19,3
<b>Miljoonapiiri</b>				
HUS	36,8	9,8	21,4	4,6
TYKS	35,6	9,1	20,0	5,1
TaYS	36,5	8,3	21,1	4,7
KYS	33,2	10,0	16,5	5,5
OYS	32,8	11,0	15,4	5,4
	p=0,349	p=0,517	p=0,008*	p=0,737
<b>Siviilisääty</b>				
Naimisissa	37,9	9,3	24,9	4,1
Avoliitossa	33,5	8,8	17,1	5,0
Eronnut/Leski	35,4	10,6	16,0	5,6
Naimaton	30,2	9,4	11,5	7,0
	p<0,001*	p=0,484	p<0,001*	p=0,001*

<b>Koulutusaste</b>				
Perusaste	29,5	10,6	11,6	4,5
Keskiaste	35,6	9,4	19,5	4,7
Korkea-aste	43,7	7,6	29,8	5,9
	p<0,001*	p=0,015	p<0,001*	p=0,102*
<b>Taajama-aste</b>				
Kaupunkimaiset kunnat	38,7	8,6	23,3	5,2
Taajaan asutut kunnat	32,9	10,7	16,5	4,8
Maaseutumaiset kunnat	27,8	11,3	10,6	4,5
	p<0,001	p=0,016*	p<0,001	p=0,496
<b>Tuloviidennes</b>				
I	22,9	11,0	2,2	6,2
II	28,9	12,3	8,9	5,5
III	32,8	9,1	18,1	4,3
IV	40,7	9,9	26,2	4,2
V	48,9	5,7	38,0	4,9
	p<0,001*	p<0,001	p<0,001*	p=0,039
<b>N</b>	3 039 / 8 560	867 / 8 560	1 589 / 8 560	456 / 8 560

\* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) iän ja selittävän tekijän yhdysvaikutus

**Liitetaulukko 4.3. Lääkärikäynnit viimeksi kuluneiden 12 kk aikana.**

	Käynyt lääkäriissä (%)	Käyntikerrat henkeä kohti niillä, jotka ovat käyneet lääkärin vastaanotolla	Käyntikerrat henkeä kohti kaikista vastanneista	Käynyt päiväkirurgisessa toimenpiteessä (kysytty 30 vuotta täyttäneiltä, %)	Yhteydet lääkäriin puhelimitse henkeä kohti kaikista vastanneista
<b>Yhteensä</b>	72,1	4,1	2,9	7,0	0,6
<b>Sukupuoli</b>					
Mies	65,6	3,6	2,4	6,6	0,5
Nainen	78,2	4,4	3,5	7,4	0,8
	p<0,001*	p<0,001*	p<0,001*	p=0,283	p<0,001
<b>Ikä</b>					
18–24	67,0	3,8	2,6	0	0,5
25–34	70,9	4,1	2,9	6,9	0,7
35–44	67,9	3,8	2,6	5,9	0,5
45–54	72,2	4,2	3,0	6,3	0,6
55–64	74,3	4,3	3,2	7,6	0,7
65–74	78,3	3,9	3,1	9,2	0,7
75–84	80,4	4,3	3,5	8,1	0,8
85+	71,7	4,8	3,4	7,2	0,4
<b>Miljoonapiiri</b>					
HUS	74,1	4,3	3,2	7,9	0,7
TYKS	72,1	4,6	3,3	6,0	0,9
TaYS	71,4	3,8	2,7	6,6	0,6
KYS	71,2	4,0	2,9	8,0	0,6
OYS	69,1	3,7	2,5	5,5	0,5
	p=0,060	p<0,001	p<0,001	p=0,185	p<0,001

<b>Siviilisäät</b>					
Naimisissa	73,3	4,0	3,0	7,2	0,6
Avoliitossa	73,1	4,0	2,9	6,8	0,5
Eronnut/Leski	76,0	4,3	3,2	7,1	0,8
Naimaton	64,9	4,1	2,7	6,0	0,6
	p<0,001	p=0,587	p=0,014	p=0,707	p=0,044
<b>Koulutusaste</b>					
Perusaste	71,1	4,2	3,0	6,4	0,6
Keskiaste	72,0	4,0	2,9	7,6	0,7
Korkea-aste	73,7	4,1	3,0	7,3	0,7
	p=0,170	p=0,552*	p=0,662*	p=0,336	p=0,095
<b>Taajama-aste</b>					
Kaupunkimaiset kunnat	73,6	4,2	3,1	7,6	0,7
Taajaan asutut kunnat	68,9	3,7	2,5	5,3	0,5
Maaseutumaiset kunnat	69,6	3,9	2,7	6,7	0,5
	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p=0,151	p<0,001
<b>Tuloviidennes</b>					
I	66,4	4,3	2,9	6,8	0,6
II	71,4	3,9	2,7	6,5	0,6
III	72,9	4,1	3,0	7,4	0,6
IV	75,2	4,1	3,1	7,5	0,7
V	73,5	4,1	3,0	6,9	0,7
	p<0,001	p=0,095	p=0,183	p=0,858*	p=0,762
<b>N</b>	6 534 / 9 057	6 476	8 999	483/6 933	8 448

\* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) iän ja selittävän tekijän yhdysvaikutus

**Litetaulukko 4.4. Lääkärikäynnit henkeä kohti viimeksi kuluneiden 12 kk aikana .**

	Käynnit terveyskeskuslääkärillä	Käynnit poliklinikan lääkäriellä	Käynnit työterveyslääkärillä	Käynnit yksityislääkärillä
<b>Yhteensä</b>	1,2	0,5	0,5	0,5
<b>Sukupuoli</b>				
Mies	1,0	0,5	0,5	0,4
Nainen	1,5	0,6	0,6	0,7
	p<0,001*	p<0,001*	p=0,008	p<0,001
<b>Ikä</b>				
18–24	1,2	0,4	0,3	0,3
25–34	1,1	0,5	0,6	0,5
35–44	0,9	0,4	0,7	0,4
45–54	1,0	0,6	0,8	0,6
55–64	1,4	0,6	0,5	0,6
65–74	1,7	0,7	0,1	0,5
75–84	2,0	0,5	0,1	0,6
85+	1,8	0,5	0,0	0,3
<b>Miljoonapiiri</b>				
HUS	1,1	0,6	0,7	0,6
TYKS	1,4	0,6	0,5	0,7
TaYS	1,2	0,5	0,5	0,5
KYS	1,3	0,6	0,4	0,4
OYS	1,2	0,6	0,3	0,3
	p=0,039	p=0,224*	p<0,001*	p<0,001
<b>Siviilisääty</b>				
Naimisissa	1,1	0,6	0,6	0,6
Avoliitossa	1,3	0,6	0,5	0,4
Eronnut/Leski	1,5	0,5	0,5	0,5
Naimaton	1,2	0,5	0,3	0,4
	p=0,001	p=0,526	p<0,001*	p=0,039*

<b>Koulutusaste</b>				
Perusaste	1,5	0,6	0,3	0,4
Keskiaste	1,1	0,5	0,5	0,5
Korkea-aste	0,9	0,6	0,7	0,7
	p<0,001	p=0,645*	p<0,001*	p<0,001*
<b>Taajama-aste</b>				
Kaupunkimaiset kunnat	1,1	0,6	0,7	0,6
Taajaan asutut kunnat	1,2	0,4	0,3	0,4
Maaseutumaiset kunnat	1,4	0,6	0,2	0,4
	p<0,001	p=0,012	p<0,001*	p<0,001*
<b>Tuloviidennes</b>				
I	1,7	0,5	0,1	0,3
II	1,4	0,5	0,3	0,4
III	1,3	0,6	0,5	0,5
IV	1,1	0,6	0,7	0,6
V	0,7	0,5	0,9	0,8
	p<0,001	p=0,168	p<0,001*	p<0,001*
<b>N</b>	8 613	8 631	8 646	8 638

\* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) iän ja selittävän tekijän yhdysvaikutus

**Liitetaulukko 4.5. Käynnit ja yhteydenotot hoitajiin viimeksi kuluneiden 12 kk aikana.**

	Hoitajakäynnit henkeä kohti yhteensä	Käynnit henkeä kohti työterveyshoitajan vastaanotolla	Käynnit henkeä kohti muun hoitajan vastaanotolla	Hoitajan kotikäynnit henkeä kohti	Puhelut hoitajalle henkeä kohti
<b>Yhteensä</b>	1,5	0,5	1,1	0,7	0,4
<b>Sukupuoli</b>					
Mies	1,3	0,5	0,8	0,5	0,3
Nainen	1,8	0,5	1,3	0,8	0,5
Yhteensä	p<0,001*	p=0,953	p<0,001*	p=0,084*	p<0,001*
<b>Ikä</b>					
18–24	1,2	0,3	0,7	0,0	0,3
25–34	1,2	0,5	0,7	0,0	0,5
35–44	1,3	0,7	0,7	0,1	0,4
45–54	1,5	0,8	0,7	0,3	0,4
55–64	1,8	0,4	1,4	0,1	0,3
65–74	2,5	0,2	2,4	0,5	0,3
75–84	1,9	0,1	1,9	6,3	0,4
85+	1,1	0,1	1,0	6,9	0,5
<b>Miljoonapiiri</b>					
HUS	1,4	0,5	0,9	0,5	0,4
TYKS	1,5	0,5	0,9	0,9	0,4
TaYS	1,3	0,4	0,9	0,5	0,3
KYS	2,2	0,5	1,7	0,6	0,5
OYS	1,5	0,4	1,1	1,1	0,4
	p=0,007*	p=0,519	p=0,003*	p=0,378	p=0,186
<b>Siviilisäätty</b>					
Naimisissa	1,5	0,6	0,9	0,0	0,4
Avoliitossa	1,7	0,4	1,2	1,0	0,4
Eronnut/asumusero	1,9	0,4	1,4	1,5	0,5
Naimaton	1,3	0,3	0,9	1,4	0,3
	p=0,068	p=0,003*	p=0,037	p<0,001*	p=0,202



<b>Koulutusaste</b>					
Perusaste	1,5	0,4	1,1	0,9	0,3
Keskiaste	1,6	0,5	1,0	0,6	0,5
Korkea-aste	1,6	0,6	1,0	0,2	0,4
	p=0,886	p<0,001*	p=0,730	p<0,001*	p=0,001
<b>Taajama-aste</b>					
Kaupunkimaiset kunnat	1,5	0,6	0,9	0,6	0,4
Taajaan asutut kunnat	1,8	0,4	1,3	0,5	0,3
Maaseutumaiset kunnat	1,5	0,3	1,2	0,9	0,4
	p=0,591*	p<0,001	p=0,220*	p=0,422	p=0,537*
<b>Tuloviidennes</b>					
I	1,4	0,1	1,2	1,9	0,4
II	1,5	0,3	1,2	0,9	0,4
III	1,6	0,5	1,1	0,4	0,4
IV	1,6	0,7	0,9	0,3	0,4
V	1,5	0,7	0,8	0,1	0,4
	p=0,785	p<0,001*	p=0,063	p<0,001*	p=0,938
<b>N</b>	9 020	8 987	8 935	8 925	8 449

\* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) iän ja selittävän tekijän yhdysvaikutus

**Liitetaulukko 5.1. Sairaalahoitoon jonottamassa olevat ja sairaalapalvelujen käyttö.**

	Haastatteluhetkellä sairaalahoitoon jonottamassa (%)	Jonossa olevilla aika sairaalahoitoon on sovittu (%)	Sairaalahoidossa viimeisten 5 vuoden aikana olleet (%)	Sairaalahoidossa viimeisen vuoden aikana olleet (%)	Sairaalahoitojaksot sairaalassa olleilla viimeisen vuoden aikana	Hoitopäivät sairaalassa olleilla viimeisen vuoden aikana
<b>Yhteensä</b>	8,5	44,0	37,3	12,3	1,7	20,1
<b>Sukupuoli</b>						
Mies	7,8	47,7	34,0	10,8	1,7	17,5
Nainen	9,1	41,5	40,3	13,5	1,7	21,8
	p=0,038*	p=0,144	p<0,001*	p<0,001	p=0,920	p=0,118*
<b>Ikä</b>						
18–24	3,8	51,9	29,1	8,9	1,3	6,1
25–34	5,0	47,2	32,0	8,7	1,2	6,5
35–44	6,7	46,1	29,6	8,8	1,3	9,3
45–54	10,0	40,0	34,9	8,8	1,4	10,6
55–64	10,2	47,9	39,4	12,7	1,5	12,1
65–74	12,9	41,2	48,6	19,3	1,9	20,6
75–84	13,4	38,8	61,6	26,9	2,7	47,2
85+	9,2	58,5	72,4	45,0	2,3	65,4
<b>Miljoonapiiri</b>						
HUS	8,0	44,9	34,8	11,7	1,4	21,1
TYKS	7,5	46,5	40,2	13,3	1,4	14,9
TaYS	9,1	44,0	35,3	10,2	1,7	21,1
KYS	9,1	35,1	40,6	13,2	2,0	21,1
OYS	8,7	51,4	39,2	14,6	2,1	20,2
	p=0,401*	p=0,272	p=0,019	p=0,004*	p=0,111*	p=0,692

<b>Siviilisäät</b>						
Naimisissa	8,8	45,4	36,0	10,9	1,6	13,7
Avoliitossa	6,9	52,6	36,1	11,7	1,6	21,9
Eronnut/Leski	9,3	42,8	43,1	15,0	1,6	23,0
Naimaton	7,5	34,2	36,4	13,6	2,2	31,8
	p=0,170	p=0,092	p<0,001*	p<0,001*	p=0,296	p=0,002*
<b>Koulutusaste</b>						
Perusaste	8,5	40,6	38,0	13,1	1,8	20,1
Keskiaste	8,4	49,4	37,8	12,1	1,7	20,4
Korkea-aste	8,6	42,6	35,2	10,8	1,4	16,7
	p=0,959	p=0,139	p=0,108	p=0,089*	p=0,111	p=0,571*
<b>Taajama-aste</b>						
Kaupunkimaiset kunnat	8,6	42,9	36,8	12,0	1,6	19,8
Taajaan asutut kunnat	8,3	39,0	37,0	12,4	2,0	18,7
Maaseutumaiset kunnat	8,3	49,5	38,8	12,8	1,8	21,5
	p=0,872	p=0,260*	p=0,458	p=0,644*	p=0,463	p=0,773
<b>Tuloviidennes</b>						
I	8,0	40,3	42,3	16,8	2,2	32,6
II	8,0	46,8	39,9	13,1	1,9	20,5
III	10,4	44,6	38,7	11,6	1,4	14,0
IV	7,9	44,9	33,7	11,1	1,5	16,8
V	7,9	42,5	33,0	9,2	1,3	11,5
	p=0,030	p=0,863	p<0,001	p<0,001	p<0,052	p<0,001*
<b>N</b>	731 / 8 581	318 / 720	3 265 / 8 478	1 119 / 8 478	1 140	1 199

\* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) iän ja selittävän tekijän yhdysvaikutus

**Liitetaulukko 5.2. Osuus väestöstä, jolle on tehty elämän aikana eri leikkaustoimenpiteitä (%).**

	Osuus väestöstä, jolle on tehty ainakin yksi leikkaus elämän aikana	Osuus väestöstä, jolle on tehty pään ja kaulan alueen leikkaus	Osuus väestöstä, jolle on tehty sydän- ja verisuoni-leikkaus	Osuus väestöstä, jolle on tehty keuhkojen ja henkitorven leikkaus	Osuus väestöstä, jolle on tehty ruoansulatuskanvan ja vatsan alueen leikkaus	Osuus väestöstä, jolle on tehty synnytykseen ja raskauteen liittyvä leikkaus, <b>naiset</b>
<b>Yhteensä</b>	71,9	28,6	8,8	0,6	26,7	
<b>Sukupuoli</b>						
Mies	69,2	28,7	6,4	0,6	28,3	
Nainen	74,5	28,4	10,6	0,6	25,2	10,8
	p<0,001*	p=0,734	p<0,001*	p=0,793	p<0,001	
<b>Ikä</b>						
18–24	48,9	27,4	0,9	0,1	8,8	2,7
25–34	61,5	29,9	1,0	0,1	15,2	11,2
35–44	69,7	28,4	4,1	0,4	21,3	21,1
45–54	76,6	27,0	8,7	0,6	28,3	12,9
55–64	81,7	28,5	16,6	0,7	36,1	8,3
65–74	83,7	29,0	21,4	1,2	42,5	6,6
75–84	85,7	29,8	16,9	1,9	45,6	6,3
85+	84,3	37,7	12,3	0,3	46,0	4,7
<b>Miljoonapiiri</b>						
HUS	71,1	29,9	7,6	0,8	25,8	12,6
TYKS	78,0	32,2	8,6	0,2	27,0	9,3
TaYS	71,1	25,3	9,1	0,6	23,8	9,6
KYS	70,1	28,1	10,7	0,3	26,2	10,7
OYS	71,4	27,9	8,3	0,5	26,3	9,9
	p<0,001	p<0,001*	p=0,023	p=0,107	p=0,515*	p=0,108

<b>Siviilisäät</b>						
Naimisissa	74,1	28,6	9,7	0,6	27,9	14,7
Avoliitossa	71,8	30,5	7,1	0,4	25,8	6,7
Eronnut/Leski	73,1	27,2	8,9	0,5	26,8	12,6
Naimaton	66,1	28,3	5,9	0,5	23,2	3,4
	p<0,001	p=0,394*	p<0,001*	p=0,829	p=0,010	p<0,001*
<b>Koulutusaste</b>						
Perusaste	69,2	25,6	9,3	0,5	25,5	10,2
Keskiaste	71,8	29,0	8,8	0,5	27,1	10,5
Korkea-aste	75,2	32,2	7,4	0,7	28,2	12,1
	p<0,001*	p<0,001	p=0,090*	p=0,626	p=0,088*	p=0,251*
<b>Taajama-aste</b>						
Kaupunkimaiset kunnat	73,2	29,6	8,7	0,5	26,3	10,6
Taajaan asutut kunnat	70,3	27,4	9,6	0,8	28,9	12,1
Maaseutumaiset kunnat	69,2	26,5	8,4	0,7	26,2	10,8
	p=0,001	p=0,017	p=0,534*	p=0,252	p=0,253	p=0,560
<b>Tuloviidennes</b>						
I	68,5	25,8	6,2	0,6	24,3	10,6
II	71,5	28,5	9,0	0,4	27,0	11,7
III	72,7	28,9	9,8	0,5	27,3	10,6
IV	73,2	28,1	9,4	0,6	29,1	12,3
V	74,5	31,0	10,1	0,8	26,7	9,4
	p<0,004*	p=0,032	p<0,001*	p=0,712	p=0,062	p=0,286
<b>N</b>	6 215 / 8 569	2 463 / 8 569	778 / 8 569	52 / 8 569	2 355 / 8 569	499 / 4 647

\* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) iän ja selittävän tekijän yhdysvaikutus



























































































































