



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

Tuulikki Vehko  
Tiina Kortteisto  
Ilmo Keskimäki (toim.)

# Terveydenhuoltotutkimuksen päivät 2011

## Tutkimuspaperit

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)  
[www.thl.fi](http://www.thl.fi)

**ABSTRAKTIKIRJA · ABSTRAKTBOK · BOOK OF ABSTRACTS**

**Toimittajat: Tuulikki Vehko, Tiina Kortteisto, Ilmo Keskimäki**

**TERVEYDENHUOLTOTUTKIMUKSEN  
PÄIVÄT**

**TAMPERE 24.–25.11.2011**



**TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS**

Toimittajat: Tuulikki Vehko, Tiina Kortteisto, Ilmo Keskimäki  
© Kirjoittajat ja THL

Taitto: Juvenes Print

Kirjapaino: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print  
Tampere 2011

# Terveydenhuoltotutkimuksen päivät 24.–25.11.2011

Terveydenhuoltotutkimuksen päivien tutkimusseminaarin (24.11.) ohjelmassa pureudutaan kahteen aiheeseen. Aloitamme teemalla terveydenhuollon kokonaisuudistus ja sen eteneminen. Koska asia on monitahoinen, on puheenvuorot pyydetty useilta eri asiantuntijoilta siten, että kuulemme ajankohtaisen näkemyksen tilanteesta Sosiaali- ja terveysministeriöstä, kuntakentältä sekä tutkimustyön ja kehittämistyön edustajilta.

Iltapäivällä tutkimusseminaarissa tartutaan arviointitutkimus terveydenhuollossa teemaan suomalaisten esimerkkien kautta. Toinen esimerkeistä on useissa eri sairaanhoitopiireissä toteutettu Diabeteksen ehkäisy ja hoidon kehittämisohjelma (DEHKO 2000–2010). Diabetesepidemian jatkuessa länsimaissa ovat hankkeen arviointitulokset herättäneet kansainvälistä kiinnostusta. ([www.dehko.fi](http://www.dehko.fi))

Toisena esimerkkinä on arviointisuunnitelma 61 kunnassa toteutettavasta POTKU hankkeesta. POTKUn tavoitteena on terveyshyötymallin avulla parantaa pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisyä ja hoitoa. Tämä Väli-Suomessa meneillään oleva (2010–2012) terveyshyötymallin (Chronic Care Model) käyttöönoton tavoitteena on johdatella potilasta kuljettajan paikalle päättämään omasta hoidostaan ja toteuttamaan sitä. ([www.potkuhanke.fi](http://www.potkuhanke.fi))

Myöhemmin iltapäivällä jatkamme arviointitutkimus terveydenhuollossa teemaa kansainvälisten puhujavieraittemme kanssa. Professori Roland Friele Hollannista (NIVEL, Tilburg University) puhuu aiheesta: Evaluating system changes in health care: why and how? Professori John Øvretveit Ruotsista (Karolinska Institute) esittelee aiheen: Using reforms to improve quality and save money - at the same time: the research evidence.

Jatko-opintokurssilla (25.11) perehdytään arviointitutkimukseen Professori Roland Friele luennon ja Professori John Øvretveitin työryhmätyöskentelyn avulla. Kurssi päättyy YTT Sanna Laulaisen luentoon realistisesta arviointitutkimuksesta.

Terveydenhuoltotutkimuksen päivien järjestäjinä toimivat Tampereen yliopiston Terveystieteiden yksikkö, Kansanterveyden tutkijakoulu, Sosiaalilääketieteen yhdistys sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Joka toinen vuosi järjestettävälle Terveydenhuoltotutkimuksen päiville on aikaisempina vuosina osallistunut noin 150 henkilöä, toivomme että myös tänä vuonna terveydenhuoltotutkimusta tekevät löytäisivät tilaisuuteen keskustellakseen ajankohtaisista aiheista, verkostoituakseen ja esitelläkseen tutkimuksiaan. Julkaisu sisältää Terveydenhuoltotutkimuksen päivien tutkimuspapereiden lyhennelmät. Verkkoersio julkaisusta ja luentodioja tallennetaan määrääjäksi Sosiaalilääketieteen yhdistyksen kotisivuille [www.socialmedicine.fi](http://www.socialmedicine.fi)

Tervetuloa Terveydenhuoltotutkimuksen päiville!

Tuulikki Vehko

Tiina Kortteisto

Ilmo Keskimäki

## TERVEYDENHUOLTOTUTKIMUKSEN PÄIVÄT 2011

Järjestäjät: Terveystieteiden yksikkö/TAY, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL),  
Sosiaalilääketieteen yhdistys (SLY), Kansanterveyden tutkijakoulu (DPPH)

### TORSTAI 24.11.2011 TERVEYSTIETEIDEN YKSIKKÖ, MEDISIINARINKATU 3, LUENTOSALI, TAMPERE

9.30–11.30	<b>TERVEYDENHUOLTOTUTKIMUKSEN SEMINAARIN AVAUS</b> <b>SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON KOKONAISUUDISTUS</b> <b>Sosiaali- ja terveystieteiden näkökulma</b> Päivi Sillanaukee, LT, osastopäällikkö, Sosiaali- ja terveystieteiden yksikkö, STM <b>Tutkimuksen ja asiantuntijatoiminnan näkökulma</b> Martti Kekomäki, Professori <b>Kunnan näkökulma</b> Oskari Auvinen, Kansliapäällikkö, Pirkkalan kunta <b>Palvelurakennetyön näkökulma</b> Simo Kokko, Kehittämispäällikkö, THL
11.30–12.30	Lounas
12.30–14.00	<b>Tapausesimerkkejä arvioinnista</b> Markku Peltonen, Erikoistutkija, THL, DEHKO hanke ( <a href="http://www.dehko.fi">www.dehko.fi</a> ) Erja Oksman, Hankejohtaja, POTKU hanke, Kaste ohjelma ( <a href="http://www.potkuhanke.fi">www.potkuhanke.fi</a> )
14.00–14.10	<b>Terveystieteiden tutkimusryhmien tunnustuspalkinnon jakaminen</b>
14.10–14.30	Kahvi
14.30–16.00	<b>RINNAKKAISSESSIOT (A–G)</b>
16.00–16.45	<b>Evaluating system changes in health care: why and how?</b> Professor Roland Friele, Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL) and Tilburg University
16.45–17.30	<b>Using reforms to improve quality and save money – at the same time: the research evidence</b> Professor John Øvretveit, Karolinska Institute, Stockholm
17.30	<b>Sosiaalilääketieteen yhdistyksen syyskokous</b>

### PERJANTAI 25.11.2011 TERVEYDENHUOLLON ARVIOINTI JA ARVIOINTITUTKIMUS

#### TERVEYSTIETEIDEN YKSIKKÖ, MEDISIINARINKATU 3, LUENTOSALI

9.00–10.30	<b>Evaluating the impact of national policies in health care – methods and resources for researchers</b> Professor Roland Friele, Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL) and Tilburg University
10.30–11.00	Refreshments
11.00–12.30	<b>Workshop “Evaluating health interventions – methods and resources for researchers”</b> Professor John Øvretveit, Karolinska Institute, Stockholm
12.30–13.30	Lunch
13.30–14.45	<b>Workshop continues</b>
14.45–15.00	Kahvi
15.00–16.00	<b>Realistinen arviointitutkimus</b> Sanna Laulainen, YTT, Itä-Suomen yliopisto

## Sisällys • Innehåll • Contents

Esipuhe	3
Ohjelma	4
Sisällys	5
Riikka Lämsä: Terveyskeskusten lääkäripula: Syinä työn hajanaisuus ja potilasaineksen marginalisoituminen?	9
Outi Kanste: Alle 9-vuotiaiden lasten ja perheiden sosiaali- ja terveyspalvelujenkäyttöön yhteydessä olevat tekijät	10
Lauri Kokkinen: Työntekijän työkyky sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksessa	11
Nina Halme: Miten lasten ja perheiden palvelut vastaavat tarpeita? vanhempien huolet ja niiden kasaantumiseen yhteydessä olevat tekijät	12
Sirpa Tuomi: Terveyden edistäminen kunnassa strategioista tekoihin ja teoista strategioihin	13
Liina-Kaisa Tynkkynen: Framing the decision to outsource health care and social services – an analysis of the motivations behind the decision	14
Riitta-Liisa Larjovuori: Asiakasfoorumit kunnallisen palvelun kehittäjänä – case Pirkkalan perusturvapalvelut	15
Petri Leiponen: Ulkoistetun terveystaseman benchmarking ja laatusuranta	16
Simo Kokko: Perusterveydenhuollon viisi kansainvälistä mallia – EU-hankkeessa kehitelty ehdotus luokitukseksi	17
Yrjö Mattila: Mitä Suomen terveydenhuollon historiasta on opittavissa terveydenhuoltoa kehitettäessä?	18
Mika Keinänen: Kansallinen terveydenhuollon tuotantopoliittiset vaihtoehdot (TUOTA) -hanke	19
Johanna Joensuu: Lasten ja perheiden palvelujen yhteensovittaminen kunnallisten toimialajohtajien näkökulmasta	20
Ilkka Vohlonen: Sairaanhoidon kustannusten kuntakohtainen ennakoitavuus ja rahoituksen vakauttaminen (VAKKA)	21
Ilkka Vohlonen: Ehkäistävissä olevat ennen aikaisesti menetetyt elinvuodet (potential years of life lost ”PYLL”) apuna kuntalaisen terveyden edistämisessä	22
Leena Forma: Iäkkäiden ihmisten pitkäaikaishoidon käyttö kahtena viimeisenä elinvuotena, muutos vuodesta 1996 vuoteen 2008	23
Katja Louhio: Principles for tackling health inequalities	24
Sonja Lumme: Sosioekonomisen eriarvoisuus terveydenhuollon keinoin vältettävissä olevassa kuolleisuudessa 1992–2008	25
Kristiina Manderbacka: Kasautuva huono-osaisuus ja terveydenhuollon keinoin vältettävissä oleva kuolleisuus	26
Katri Aaltonen: Kotitalouksien lääkemenojen kehitys ja tuloryhmittäiset erot Kulutustutkimuksen mukaan Suomessa 1985-2006	27
Tuulikki Vehko: Lipidilääkkeiden käyttö ennen ja jälkeen diabetesdiagnoosin vuosikohorteittain (2000–2006) sepelvaltimotaudin ja sosioekonomisen aseman mukaan	28
Sakari Suominen: Vertaileva tutkimus tyyppi 2 diabetesta sairastavien potilaiden hoitoon sitoutumisesta ja hoidon vaikuttavuudesta	29
Nina Nevanperä: Työuupumuksen, syömiskäyttäytymisen ja painon väliset yhteydet työikäisillä naisilla	30
Ulla-Sisko Lehto: Syöpäpotilaiden sosiaalinen pääoma, hyvinvointi ja elämänlaatu	31
Anna-Niina Yli-Kuha: Sairaalahoitajaksot psykiatristen diagnoosien takia lapsettomuushoitoihin (IVF, ICSI, FET) osallistuneilla naisilla	32

Elena Regushevskaya: Reasons of postponing first birth among women in ST. Petersburg, Estonia and Finland . . . . .	33
Reija Klemetti: Mothers' abortion history and perinatal health at first birth . . . . .	34
Suvi Nipuli: Opiskelijoiden suhtautuminen hedelmällisyysneuvontaan ja lasten hankintaan. . . . .	35
Miina Keski-Petäjä: Abortin hakeminen 1950–60-lukujen Suomessa. . . . .	36

## ABSTRAKTIT

# Terveyskeskusten lääkäripula: Syinä työn hajanaisuus ja potilasaineksen marginalisoituminen?

**Riikka Lämsä, VTM, tutkija, THL**  
**Meri Larivaara, LL, FM, tutkija, THL**  
**Hannamaria Kuusio, FM, tutkija, THL**  
**Tarja Heponiemi, PsT, Dos, erikoistutkija, THL**  
**Marko Elovainio, VTT, Dos, Tutkimusprofessori, THL**

Tutkimuksen kohteena on suomalainen terveyskeskuslääkäripula ja siihen liittyvät mikro- ja makrotason tekijät. Aikaisemmissa tutkimuksissa ongelma on paikallistettu nimenomaan mesotasolle, terveyskeskusten työskentelyolosuhteisiin. Tässä tutkimuksessa keskitytään siihen, miten muutokset terveydenhuoltojärjestelmän rakenteessa ja toiminnassa ovat vaikuttaneet työn sisällön muuttumiseen.

Tutkimus on osa Suomen Akatemian rahoittamaa tutkimusprojektia ”Terveyskeskuslääkärin työn tulevaisuus”. Tutkimuksen empiirinen aineisto on kerätty haastattelemalla 27 terveyskeskuslääkärää vuosien 2009 ja 2010 aikana. Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on jaettu teoreettisesti vertikaaliseen ja horisontaaliseen järjestelmään. Vertikaalinen järjestelmä jakaantuu perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon ja horisontaalinen järjestelmä sisältää kunnallisen perusterveydenhuollon, työterveyshuollon ja yksityiset palvelut.

Haastatteluista löytyi viisi terveyskeskuslääkärin työlle ominaista piirrettä, joita nimitämme yhteisesti hajanaisuudeksi. Työn sisällöllinen hajanaisuus on seurausta terveyskeskuksen ensi- ja viimesijaisesta roolista vertikaalisessa terveydenhuoltojärjestelmässä. Viime aikojen muutokset horisontaalisessa järjestelmässä ovat johtaneet terveyskeskusten potilasaineksen marginalisoitumiseen ja sen myötä hajanaisuuden lisääntymiseen. Yhteenvedona esitämme, että terveyskeskuksen rooli on muuttumassa residuaaliseksi. Jotta lääkäreitä saataisiin houkutelua töihin terveyskeskukseen, jatkossa kehittämistyössä on huomioitava työjärjestelyjen ja työolojen lisäksi koko terveyspalvelujärjestelmä.

# Alle 9-vuotiaiden lasten ja perheiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöön yhteydessä olevat tekijät

**Outi Kanste, erikoistutkija, dosentti, THL**

**Nina Halme, erikoistutkija, TtT, THL**

**Marja-Leena Perälä, Tutkimusprofessori, dosentti, THL**

## **Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävä**

Tarkoituksena on kuvata alle 9-vuotiaiden lasten ja perheiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöön yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimustehtävänä on: Miten lapsen ja perheeseen liittyvät tekijät ovat yhteydessä alle 9-vuotiaiden lasten ja perheiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöön? Tutkimus tuottaa tietoa lasten ja perheiden palvelujen käyttöön yhteydessä olevista tekijöistä kunnissa lasten vanhempien näkökulmasta. Tutkimus on osa laajaa Lasten ja perheiden palvelut ja niiden johtaminen (LapsYTY) -hanketta.

## **Aineisto ja menetelmät**

Poikkileikkausaineisto (n = 955) kerättiin postikyselyllä alle 9-vuotiaiden lasten äideiltä (n = 571) ja isiltä (n = 384) Suomesta Ahvenanmaata lukuun ottamatta kesällä 2009. Osallistujat poimittiin osittua satunnaisotantaa hyödyntäen Väestörekisterikeskuksen väestötietojärjestelmästä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä tarkasteltiin käyntimäärinä tutkimukseen valitun lapsen osalta viimeisen vuoden ajalta. Palvelujen käyttöä tarkasteltiin laaja-alaisesti: ehkäisevinä ja edistävinä sekä korjaavina palveluina. Ehkäisevinä ja edistävinä palveluina tarkasteltiin koko ikäryhmälle tarkoitettuja universaaleja palveluita ja kohdennettuja erityisen tuen palveluita. Korjaavina palveluina tarkasteltiin sairauden hoitoon liittyviä palveluita ja intensiivisen tuen palveluita.

## **Keskeiset tulokset**

Alustavien tulosten perusteella havaittiin useiden lapsen ja perheeseen liittyvien tekijöiden olevan yhteydessä alle 9-vuotiaiden lasten ja perheiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöön. Esimerkiksi lapsen yleinen terveydentila, sairaudet, kasvun ja kehityksen poikkeavuudet sekä perheen tilannetta kuvaavat tekijät, kuten perhemuoto, yhteisen ajan riittävyys ja arjen toimivuus sekä lapsen ja perheeseen liittyvät huolet, olivat yhteydessä sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöön. Esityksessä tarkastellaan tuloksia yksityiskohtaisemmin.

## **Johtopäätökset**

Lapset ja perheet ovat merkittävä ja paljon palveluita tarvitseva sosiaali- ja terveydenhuollon käyttäjäryhmä. Haasteena on palvelukokonaisuuden rakentaminen lasten ja perheiden kannalta eheäksi kokonaisuudeksi, jossa on huomioitu palvelujen käytön taustalla vaikuttavat lapsen ja perheeseen liittyvät tekijät. Palvelujärjestelmän tavoitteena on ehkäistä lasten eriarvoistumista ja terveyserojen lisääntymistä.

# Työntekijän työkyky sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksessa

**Lauri Kokkinen, TtM, Työterveyslaitos**  
**Anne Konu, FT, Tampereen yliopisto**

Suomalainen sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmä on pääosin luotu 1960- ja 1970-luvuilla, eikä sen institutionaalinen perusrakenne ole tähän päivään mennessä juurikaan muuttunut. Yksittäisten organisaatioiden tasolla muutosvauhti on kuitenkin jo pitkään ollut hurja. Palvelutuotannon rakenteita ja työn organisointia on kehitetty jatkuvasti. Organisaatiotasolla viime vuosina toteutetut muutokset ovat saattaneet olla kokonaisvaltaisia ja koskea kaikkea toimintaa, hyvin eriytyneitä ja projektimaaisia, tai kaikkea tältä väliltä. Aiemmasta tutkimuskirjallisuudesta löytyy todistustaakkaa tiettyjen radikaalien muutosten - kuten henkilöstöleikkausten ja yksityistämisten - yhteydestä työntekijöiden työmotivaatioon ja terveyteen. Vähän on sen sijaan toistaiseksi tutkittu organisatoristen muutosten yhteyttä työntekijöiden kokemuksiin siltä osin, kun kyseessä eivät ole vain kriisi-tyyppiset tai muutoin hyvin radikaalit muutokset. Laadullisen otteen tutkimusraporteissa kyllä kuvataan toimintaympäristöä, jossa pahimmillaan edellistäkään organisaatiomuutosta ei olla saatu loppuun, kun seuraavaa ajetaan jo sisään. Tässä tutkimuksessa pyrimme huomioimaan kaikki suomalaisella sosiaali- ja terveysalalla työskentelevien ammattilaisten omilla työpaikoillaan tunnistamat viimeaikaiset organisatoriset muutokset, ja tarkastelimme muutosten yhteyttä heidän työkykynsä. Itse organisatoristen muutosten lisäksi kiinnitimme huomiota työntekijöiden kokemuksiin kohtaamiensa muutosten ymmärrettävyydestä, sekä heidän kokemuksiinsa osallistumismahdollisuuksiin muutosten suunnittelemisessa ja toteuttamisessa.

Käytimme tutkimustehtävän suorittamiseen kyselytutkimusta. Alkuvuodesta 2010 pyysimme sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia (n=2429) tunnistamaan heidän työpaikoillaan viimeisen kahden vuoden aikana tapahtuneet organisatoriset muutokset sekä arvioimaan muutosten ymmärrettävyyttä ja omia muutoksiin osallistumismahdollisuuksiaan. Lisäksi pyysimme vastaajia arvioimaan työkykyään ja työkyvyn eri osatekijöihin liittyvien väittämien paikkaansa pitävyttä kyselyhetkellä. Analyysimenetelmänä käytimme logistista regressioanalyysia.

Sukupuolen, iän, siviilisäädyn, ammatillisen koulutuksen ja esimiesasemassa toimimisen suhteen vakioiduissa malleissa organisatorisia muutoksia kohdanneilla vastaajilla oli suurempi riski kokea työkykynsä puutteellisiksi (OR 1.49), kuin niillä vastaajilla, joiden työpaikoilla muutoksia ei ollut tapahtunut. Muutokset ei-ymmärrettäviksi kokeneilla vastaajilla riski puutteelliseen itse koettuun työkykyyn oli muutokset ymmärrettäviksi kokeneita suurempi (OR 1.99), ja muutoksiin osallistumismahdollisuutensa huonoiksi kokeneilla vastaajilla osallistumismahdollisuutensa hyväiksi kokeneita suurempi (OR 2.16).

Löydöksemme viittaavat siihen, että sosiaali- ja terveysalan organisatorisiin muutoksiin saattaa etenkin huonosti toteutettuna liittyä kustannuksia, joihin on toistaiseksi kiinnitetty puutteellisesti huomiota.

# Miten lasten ja perheiden palvelut vastaavat tarpeita? vanhempien huolet ja niiden kasaantumiseen yhteydessä olevat tekijät

**Perälä Marja-Leena, THT, Dos., Tutkimusprofessori, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos**  
**Halme Nina, TtT, erikoistutkija, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos**  
**Salonen Anne, TtT, Tutkijatohtori, Tampereen yliopisto**

Tuen tarpeiden tunnistaminen mahdollisimman varhain ja oikea aikaisen tuen tarjoaminen vahvistaa lasten ja perheiden terveyttä ja hyvinvointia sekä ehkäisee terveys- ja hyvinvointierojen syntymistä ja syrjäytymistä. Varhainen huolten tunnistaminen ja niihin puuttuminen on perheiden tukemisen ja ongelmien ehkäisyn kannalta keskeistä. Arjen pienet huolet voivat olla ongelmallisia etenkin niiden kasaantuessa. Tämän vuoksi vanhempien ilmaisemaan lieväänkin huoleen tulisi aina suhtautua vakavasti. Vaikka melko kattavaa tutkimusnäyttöä on olemassa tekijöistä, jotka vaikuttavat lapsen kasvuun ja kehitykseen, niin tietoa siitä, millaisiin perheisiin huolet kasaantuvat, on olemassa vain vähän. Tätä tietoa kuitenkin tarvitaan, jotta voidaan entistä varhaisemmassa vaiheessa tunnistaa ne perheet, jotka tarvitsevat tukea.

Tässä tutkimuksessa keskitytään a) kuvaamaan vanhempien itsensä kokemia lapsen kasvuun ja kehitykseen sekä vanhempiana toimimiseen liittyviä lieviä tai suuria huolia, b) tunnistamaan niitä tekijöitä, jotka ovat yhteydessä huolten kasaantumiseen sekä c) selvittämään miten työntekijät tunnistavat näitä huolia.

Tarkastelu perustuu Lasten ja perheiden palvelut ja niiden johtaminen (LapsYTY) -tutkimushankkeessa vuonna 2009 kerättyihin kahteen laajaan kansalliseen survey -aineistoon. Tutkimukseen osallistui 955 alle 9-vuotiaan lapsen vanhempaa sekä 454 lasten ja perheiden kanssa toimivaa työntekijää. Aineiston analysoinnissa käytettiin binaarista logistista mallintamista.

Alle 9-vuotiaiden lasten vanhemmista yli puolet oli ollut huolissaan viimeisen vuoden aikana omasta jaksamisestaan. Vanhempiana toimimiseen liittyvät muut tavallisimmat huolet liittyivät yhteisen ajan riittävyyteen lapsen kanssa, vanhemmuuden taitoihin ja vanhemman maltin menettämiseen ristiriitatilanteissa. Lapsen liittyvät tekijät aiheuttivat yleisesti huomattavasti vähemmän huolta kuin vanhempiana toimimiseen liittyvät asiat vanhempien näkökulmasta. Nämä huolen aiheet liittyivät lapsen fyysiseen terveyteen, psykososiaaliseen kehitykseen, sosiaalisiin suhteisiin ja tunne-elämään. Työntekijät kohtasivat työssään huomattavasti useammin lapsen kuin vanhempiana toimimiseen liittyviä huolia. Huolten kasaantumiseen oli yhteydessä yhteisen ajan riittämättömyys, lapsen kiusaaminen, lapsen käyttäytymisen, tarkkaavaisuuden ja kaverisuhteiden vaikeudet, pärjäämättömyys vanhempiana, vanhemman kokema psyykkinen stressi, alkoholin käyttö, sosiaalisen tukiverkoston kapeus sekä omassa lapsuusajan perheessä esiintyneet vaikeudet.

Palvelujen tuottamisessa painopisteen siirtäminen korjaavasta työstä ennakoivaan ja ehkäisevään toimintaan on edelleen tarpeen. Tämän mahdollistamiseksi tulee toimintaa kehittää kaikilla tasoilla, niin päivittäisessä asiakastyössä, työntekijöiden välisessä yhteistyössä kuin myös organisaation rakenteiden ja sovittujen käytäntöjen kautta.

# Terveyden edistäminen kunnassa strategioista tekoihin ja teoista strategioihin

**Sirpa Tuomi, TtT, Jyväskylän ammattikorkeakoulu**  
**Mari Punna, TtM, Jyväskylän ammattikorkeakoulu**

## **Kehittämishankkeen tarkoitus ja tutkimustehtävä**

PoHeFa-hankkeessa selvitetään terveyden edistämisen näkyvyyttä kuntapäätöksenteon ja toiminnan tasoilla lasten ylipainon ennalta ehkäisyn ja perheiden terveyden edistämisen näkökulmista. Hanke on EU:n rahoittama kansainvälinen terveyden edistämisen hanke. Ensimmäisenä tutkimustehtävänä tarkastellaan sitä, miten lasten ja perheiden terveyden edistäminen näkyy kuntien päätöksenteossa ja toiseksi kuinka kuntien strategiat ja ohjelmat jalkautuvat käytäntöön lasten ja perheiden terveyden edistämisen näkökulmasta.

## **Aineisto ja menetelmät**

Kahdesta pilottikunnasta kerättiin keväällä 2010 sekä päätöksentekoon liittyvää dokumenttiaineistoa että haastatteluaineistoa. Yksilöhaastatteluilla kerättiin aineistoa hallinnon ja johtamisen tasolta ja ryhmähaastatteluilla toiminnan tasolta. Haastattelut valittiin kuntien kontaktihenkilöiden kanssa PoHeFa-hankkeen valintakriteereiden mukaisesti. Haastattelut toteutettiin puolistrukturoituina haastatteluina. Aineistot analysoitiin laadullisesti päätöksenteon, toiminnan, lasten ylipainon ennaltaehkäisyn ja perheiden terveyden edistämisen näkökulmista.

## **Keskeiset tulokset**

Pilottikunnissa on hyvät mahdollisuudet terveyttä edistävään toimintaan. Kunnissa tarjotaan erilaisia palveluita, jotka edistävät kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia. Tosin sektorirajat ylittävä keskustelu ja yhteistyö terveyden edistämisen näkökulmasta oli vähäistä. Terveyden edistämisen nähtiin kuuluvan terveydenhuollon ammattilaisille, eikä sitä pidetty hallintorajat ylittävänä toimintana. Systemaattinen koko kuntaa koskeva koordinoitu suunnittelu ja seuranta kuntalaisten terveyden edistämiseksi oli vähäistä. Kunnista puuttui kaikkia kuntalaisia koskeva hyvinvointistrategia seurantaindikaattoreineen eikä kuntalaisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi ei ollut päätöksenteon tukena kummassakaan pilottikunnassa.

## **Johtopäätökset**

Ensimmäiseksi kunnissa tulee käynnistää keskustelu terveyden edistämisestä hallinnonrajat ylittävänä toimintana. Toiseksi saatujen tulosten perusteella voidaan todeta, että kunnissa tulee ottaa käyttöön kuntalaisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi osaksi päätöksentekoprosesseja. Kolmanneksi kuntien tulee ottaa käyttöön hyvinvointistrategia ja tehdä kuntalaisten terveyteen liittyvää seurantaan hyvinvointistrategiassa sovittujen seurantalukujen avulla. Systemaattisella terveyden edistämisen toiminnalla voidaan säästää kustannuksia siirtämällä painopiste korjaavasta toiminnasta ennaltaehkäisyyn.

# Framing the decision to outsource health care and social services – an analysis of the motivations behind the decisions

**Liina-Kaisa Tynkkynen, TtM, Tampereen yliopisto/terveystieteiden yksikkö,  
Juhani Lehto Professori, VTT, Tampereen yliopisto/terveystieteiden yksikkö  
Sari Miettinen, TtT, THL**

Outsourcing of public services has gained substantial popularity among several countries such as the Nordic countries, the United Kingdom, New Zealand, Australia and Canada. These kinds of changes in the provision patterns may create an environment in which the public-private boundaries start to melt and in which health care and social service systems consequently become more private in nature. It has indeed been argued that, during the past decades, health care and social service systems in Europe have become more private in terms of provision, financing, management and investments. However, as far as health care and social services are concerned, not much literature studying the motivations driving the decisions to privatize exists. The decisions on the delivery patterns are, however, of great importance as they have a potential to influence the access to the services as well as to affect the health of the citizens.

In this paper, we explore the justifications the local authorities give for their outsourcing decisions. In the analysis we employ frame analysis, which provides a tool to reveal the rationales, beliefs, perceptions and appreciations behind the decisions. The study is a part of a research project exploring the separation of purchasing and provision functions in health care and social services in Finland. The main focus of the project is on primary health care and elderly care services. In this paper we use interview data collected as a part of the project in six municipalities in Finland. The interviewees represented civil servants responsible for purchasing health and social services and elected officials responsible for setting the annual budget for health and social care and for the political decisions on purchasing services from private providers.

The initial analysis suggests that local authorities use five major frames to ground their decisions. It seems that the most important factors driving the decisions relate to the benefits the municipality can gain through outsourcing rather than to what is best for the local people as such.

# Asiakasfoorumit kunnallisen palvelun kehittäjänä – case Pirkkalan perusturvapalvelut

**KTM Riitta-Liisa Larjovuori**  
**KM Sanna Nuutinen**  
**KT Kirsi Heikkilä-Tammi**  
**FT Marja-Liisa Manka**  
**(Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos, Tampereen yliopisto)**

Tarve luoda käytäntöjä asiakkaiden ottamiseksi mukaan kuntapalveluiden kehittämiseen ja toteuttamiseen on noussut viime vuosina yhä lisääntyvässä määrin esille. Pirkkalan perusturvapalveluissa on vuosina 2009 - 2011 toteutettu Tekesin rahoittamaa ”Terveellä järjellä - Parasta perusturvaa” -hanketta, jonka keskeisenä osana on ollut kolmen eri asiakasryhmiä edustavan asiakasfoorumin (Juniorifoorumi, Aikuisfoorumi ja Seniorifoorumi) perustaminen. Asiakasfoorumeiden tarkoituksena on toimia linkkinä asiakkaiden ja päättäjien sekä asiakkaiden ja virkamiesten välillä ja tuoda asiakasnäkökulmaa palveluiden kehittämiseen.

Foorumitoiminnan käynnistämistä on tuettu tutkimuksella, jonka tavoitteena on osallistuvan kehittämisen lisäksi ollut mallintaa ja arvioida asiakasfoorumien toimintaa. Arvioinnin keskeisiä näkökulmia ovat olleet toiminnan tuloksellisuus ja vaikuttavuus, osallistavuus ja demokraattisuus sekä prosessin toimivuus. Tutkimusmenetelminä on käytetty osallistuvan havainnoinnin lisäksi keskeisten toimijoiden henkilökohtaisia ja -ryhmähaastatteluja sekä kyselyitä hankkeen eri vaiheissa.

Asiakkaiden osallistuminen kehittämistyöhön siten, että virkamiehet, päättäjät ja asiakkaat työskentelevät yhdessä ja tasavertaisina, on omiaan muokkaamaan kunnan organisaatiokulttuuria ja viranhaltijoiden ajatusmaailmaa asiakaslähtöisemmäksi. Käytännön palveluiden kehittämisessä virkamiesnäkökulmasta erityisen hyödylliseksi on koettu asiakkaiden näkemykset siitä, miten asioista tiedotetaan ja kerrotaan. Konkreettisenä esimerkkinä foorumien näkemysten pohjalta toteutetusta uudesta palvelumuodosta on ikäihmisille suunnatun terveysneuvonta-puhelinpalvelun aloittaminen.

Foorumien kuntalaisjäsenet ovat pääosin kokeneet toiminnan mielekkääksi ja hyödylliseksi. Toiminnan kehittämiskohteena nousee esille etenkin, että virkamiesten tulisi antaa kuntalaisille yksilöidympää palautetta siitä, miten foorumin työstämät asiat ovat edenneet tai millaisia vaikutuksia foorumien näkemyksillä on ollut. Toimiva asiakkaiden osallistaminen vaatiikin kuntaorganisaatiossa vahvan yhteisen tahtotilan toiminnan tavoitteista ja periaatteista, riittävät resurssit toiminnan toteuttamiseen sekä osallistamisen prosessin ja menetelmien hallintaa. Asiakkaiden ilmaisemien tarpeiden ja ehdotusten poikkihallinnollinen luonne haastaa kunnallisen organisaation rakenteen, ja toimiminen pelkästään perusturvaosaston alla on asettanut tiettyjä rajoituksia asiakasfoorumitoiminnan vaikuttavuudelle. Asiakasfoorumitoiminnan haasteena on myös riittävän kirkkaan mission löytäminen nimenomaan asiakkuuteen kytkeytyvänä uudenlaisena osallistumismuotona (vs. poliittinen päätöksenteko) ja osallistumisen motivaatiopohjan tunnistaminen ja vahvistaminen nimenomaan tästä näkökulmasta.

# Ulkoistetun terveysaseman benchmarking ja laatus seuranta

**Petri Leiponen, LL, Attendo MedOne / Tampereen Yliopisto**

Tutkimus käsittelee terveysaseman avovastaanottopalveluiden ulkoistamista osana Tampereen kaupungin monituottajamallia sekä ulkoistetusta toiminnasta saatuja tuloksia ja toiminnan seuranta. Tampereen kaupunki kilpailutti syksyllä 2008 n. 4000 asukkaan väestön Hervannan kaupunginosassa. Palveluntuottajaksi valittiin Attendo MedOne Oy kolmen + kahden vuoden sopimuksella. Tampere ostaa vastaavia palveluita lisäksi toiselta yksityiseltä toimijalta keskustassa. Tutkimuksen tehtävänä on tuottaa vertailukelpoista tietoa kunnallisen järjestämistä vastuun alaisten julkisten ja yksityisten organisaatioiden toimesta tuotettujen terveyspalveluiden palveluntuotannosta.

## **Aineisto ja menetelmät**

Tampereen kaupungin tilaajaryhmä seuraa ja vertailee 11 kunnallisen ja kahden yksityiselle toimijalle ulkoistetun väestön terveysaseman toimintaa toisiaan vastaavin hinta- ja laatumittarein. Pääasialliset mittarit ovat asiakastytyväisyys (THL), jonotilanne, asukas-, asiakas-, ja käyntikohtainen hinta, keskitetyn päivystyksen käyttö, diagnostiikan käyttömäärät, lähetemäärät sekä palvelun peittävyys (osuus väestöstä, joka käyttää kalenterivuoden aikana kunnan järjestämää palvelua). Tutkimuksen aineisto on Tampereen kaupungin tilaajaryhmän aineistoa, jota kaupunki on julkaissut osatuloksina kevästä 2011 alkaen (lähteet 1.-3.).

## **Keskeiset tulokset**

Ulkoistetut terveysasemat sijoittuivat 13 terveysaseman vertailussa seuraavasti:

Asiakastytyväisyys (N=1543): 1. ja 2.

Jonotilanne (4 eri mittausajankohtaa) 1. ja 10.

Asukaskohtainen hinta: 2. ja 3.

Käyntikohtainen hinta: 1. ja 4.

Käytettyjen diagnostisten tutkimusten ja lähetteen määrä: 1. ja 2.

Palvelun peittävyys: 3. ja 9.

## **Johtopäätökset**

Tutkimuksen mukaan ulkoistettu palveluntuotanto on Tampereella sekä edullisempaa, että laadukkaampaa verrattuna julkiseen palveluntuotantoon. Joensuun vastaavan julkaisemattoman aineiston mukaan kunta pystyi kehittämään omaa tuotantoaan yksityisen kannustaessa. Tästä on merkkejä myös Tampereella. Terveysasemalaitosten ulkoistuksista tarvitaan vastaavaa objektiivisten tahojen tuottamaa vertailutietoa ja lisätutkimusta. Vertailemalla eri tuotantotapoja yksityisten toimijoiden toivotaan tuottavan kustannustehokkaita ratkaisuja perusterveydenhuoltoon sekä kannustavan julkista palveluntuotantoa parempiin suorituksiin.

## **Lähteet**

1. Tampereen kaupunki: Vastaanotto toiminnan nykytila ja kehittäminen –seminaari 10.6.2011. Asiakastytyväisyys terveysasemilla 2010
2. Kuntamaisema Oy: Ensiapu Acutan perusterveydenhuollon vastuualueen toiminnan ja talouden arviointi 3.5.2011
3. <http://www.tampere.fi/terveyspalvelut/terveysasemat/vaihtaminen.html>

# Perusterveydenhuollon viisi kansainvälistä mallia – EU-hankkeessa kehitelty ehdotus luokitukseksi

**Teppo Heikkilä, LL, tutkija, KYS**  
**Simo Kokko, LKT, dos, kehittämispäällikkö, THL**

EU Primecare-hankkeessa, jossa THL on mukana, on tavoitteena tarkastella perusterveydenhuollon toteutusmallien, kustannusten ja palvelujen laadun yhteyttä. Hankkeeseen osallistuu 8 organisaatiota 7 eri maasta. Näillä perusterveydenhuolto on järjestetty keskenään kovin erilaisin tavoin.

Hankkeen alkuvaiheista lähtien törmättiin toistuvasti peruskysymyksiin siitä, mitä perusterveydenhuolto on, sekä mitkä palvelut eri maissa luetaan perusterveydenhuolloksi. Sekavalta näyttäneen kokonaiskuvan selkeyttämiseksi toteutettiin lopulta kartoitus, jossa jokainen maa luokitteli 68 eri palvelua tai palvelulajia, jotka oli poimittu Suomen perusterveydenhuollosta, jonka palveluvalikoima on selvästi laajin ko. maiden joukossa.

Kun 68 palvelulle löydettiin kunkin maan palveluiden kartalta paikka, alkoi hahmottua neljä kansallista perusterveydenhuollon yleismallia. Näiden lisäksi päätettiin lisätä alla olevan luettelon viides malli, koska se on merkittävä vaihtoehto sekä Itä-Euroopassa että myös Yhdysvalloissa. Mallit ovat seuraavat.

1. Yhden yksityislääkärin (yleislääkäri tai jonkin erikoisalalan erikoislääkäri) itsenäiseen ammattinharjoittamiseen perustuva malli, jota täydentävät paikallishallinnon ehkäisevät palvelut ja vanhuspalvelut
2. Yleislääkärin ammattinharjoittamiseen perustuva malli, jossa yleislääkärillä on merkittävä portinvartijarooli. Palveluja täydentävät tässäkin tapauksessa paikallishallinnon ehkäisevät palvelut ja vanhuspalvelut
3. Toimialaltaan laajentunut ja laajentuva moniammatilliseen työhön perustuva yksityiseen praktiikkaan perustuva palvelu, jossa praktiikan vastuulle on siirtynyt palveluja paikallishallinnolta.
4. Terveyskeskus-konseptille perustuva, suomalaisille tuttu malli
5. Poliklinikkaperusteinen malli, jossa perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoidon avopalvelut toimivat yhdessä

Malli näytti kohtuullisen hyvin luokittelevan osallistuvien seitsemän maan perusterveydenhuollon ratkaisut. Sen selvittämiseksi, miten yleispätevä malli voisi olla, mallia testattiin sovittamalla sitä 49 WHO:n Euroopan alueen maahan, joista on saatavilla ajan tasalla oleva yhtenäisen formaatin mukaisesti tehty HiT-maaraportti.

Noin kolme neljännestä testatuista maista pystyttiin tyydyttävästi luokittelemaan mallin avulla. Luokittelun ongelmia syntyi lähinnä siitä, että maiden sisällä oli käytössä useita erilaisia ratkaisuja, joko maantieteellisin perustein tai esimerkiksi eri vakuutusjärjestelmiin kuulumisen pohjalta. Itä-Euroopan maissa järjestelmien nopeat muutokset ovat johtaneet siihen, että samassa maassa voi olla voimassa samanaikaisesti reformien eri vaiheista peräisin olevia järjestelmiä.

Mallit voisivat olla hyödyllisiä rakenteiden ja palvelukokonaisuuden hahmottamisen työkaluja myös suomalaisessa terveydenhuoltoa koskevassa keskustelussa. Vertailu osoitti mm. sen, että suomalainen terveyskeskus ei ratkaisuna ole niin erilainen kuin maassamme yleensä luullaan. Maiden väliset erot ovat pitkälti eroja sen suhteen sijoittuvatko palvelut saman vai useamman hallinnollisen katon alle.

# Mitä Suomen terveydenhuollon historiasta on opittavissa terveydenhuoltoa kehitettäessä?

## Yrjö Mattila, VTT, OTL, Kelan tutkimusosasto

Olen väitöskirjassani ”Suuria käännekohtia vai tasaista kehitystä? Tutkimus Suomen terveydenhuollon suuntaviivoista” (Helsinki 2011) pyrkinyt selvittämään, onko Suomen terveydenhuolto kehittynyt nykyiseen muotoonsa suurten käännteiden vai tasaisen kehityksen kautta. Suomi on 1800 – luvulta lähtien toteuttanut verorahoitteista ja kunnalliseen, paikalliseen päätöksentekoon perustuvaa järjestelmää. Paikallinen itsehallinto on heti alkuvaiheessaan saanut merkittävän tehtävän, joka muissa maissa annettiin yleensä suuremmille yksiköille. Valtion rooliksi koettiin keskussairaaloiden rakentaminen, joka alkoi kuitenkin 1950 – luvulla. Työ sujui hitaasti, sillä keskussairaalamverkosto oli valmis vasta 1970 – luvun lopulla.

Vuoden 1993 valtionosuusuudistuksessa valta terveystalvueluissa siirrettiin kunnallispoliitikoille. Lääkintöhallitus keskusvirastona lakkautettiin. Terveydenhuoltoa annettiin kunnissa ”voimavarojen puitteissa”. Keskustelu terveydenhuollosta suuntautui kuntien talouden ja rahoituksen ympärille eivätkä kansalaisten ongelmat hoitoon pääsyssä tai hoidon tasossa saaneet huomiota. 2000 – luvulla toteutettu hoitotakuu ei ottanut huomioon potilaan oikeuksia, vaan järjestelmä perustui viranomaisvalvontaan.

Palvelujärjestelmämme on jakautunut kolmeen suureen lohkoon. Vuonna 2008 toteutui:

- noin yhdeksän miljoonaa terveystalvueluikäntiä (julkinen terveydenhuolto)
- lähes neljä miljoonaa yksityislääkärikäyntiä
- lähes kolme miljoonaa hammaslääkärikäyntiä
- lähes puolitoista miljoonaa tutkimuksen ja hoidon ja fysioterapian käyntiä (yksityinen terveydenhuolto) ja
- noin kolme miljoonaa työterveyshuollon sairaanhoitokäyntiä (työterveyshuollon piirissä oli lähes 1,9 miljoonaa suomalaista).

Yksityiseen ja työterveyshuoltoon kului vuonna 2008 korvauksina noin 500 miljoonaa euroa. Yhteiskunta sai hyvin pienellä panostuksella paljon palvelua julkisen terveydenhuollon täydennyksenä. Vuonna 2008 julkisen perusterveydenhuollon kustannukset olivat noin 2400 miljoonaa euroa ja erikoissairaanhoidon kustannukset noin 4500 miljoonaa euroa. STM:n työryhmä esitti huhtikuun lopussa, että sairausvakuutus ja työterveyshuolto lopetetaan ja siihen käytetyt rahat siirretään kunnille valtionosuutena. Noin 500 miljoonalla eurolla julkisen terveydenhuollon tulisi hoitaa noin 12 miljoonaa uutta terveydenhuollon käyntiä aiemman 9 miljoonan käynnin lisäksi. On oletettavaa, että potilaiden asema ei ainakaan parane muutoksessa. Ongelmien syynä pidetty rahoituksen monikanavaisuus tosin poistuisi, joskaan ei kokonaan (esimerkiksi vakuutusyhtiöiden korvaukset ja kansalaisten omavastuuosuudet säilyisivät edelleen).

STM:n esittämä sairausvakuutuksen lopettaminen ei ainakaan eksplisiittisesti ole kirjattu uuteen hallitusohjelmaan. Ohjelma sisältää kuitenkin monia muutostavoitteita. terveydenhuoltoa nyt jälleen kerran uudistettaessa tulisi ottaa oppia aiemmin tehdyistä virheistä. Uudistuksen lähtökohtana tulisi tällä kertaa olla potilaan oikeuksien lisääminen ja hänen laadukkaan ja riittävän hoidon saamisensa takaaminen.

# Kansallinen terveydenhuollon tuotantopoliittiset vaihtoehdot (TUOTA) -hanke

**Keinänen Mika, DI, erityisasiantuntija**  
**Vohlonen Ilkka, Professori, Itä-Suomen yliopisto**

## Tausta ja tarkoitus

Kansallisessa Terveydenhuollon tuotantopoliittiset vaihtoehdot (TUOTA) -hankkeessa arvioidaan erikoissairaanhoidon palveluiden kysyntää, hintatasoa sekä kiinteitä ja muuttuvia kustannuksia kohdeväestöjen koon mukaan. Arviointi tehdään kohdistuen DRG-ryhmiin (Diagnosis Related Grouping) siten, että tarkasteltavien potilaiden hoidon kustannukset muodostavat noin 80 % kokonaiskustannuksista. Tuotantotaloudellisen laskennan lisäksi tarkastellaan myös muita tuotantopolitiikan tekijöitä, kuten palveluiden alueellista ja sosioekonomista saavutettavuutta, henkilöstöpolitiikkaa ja päivitys- palvelujen järjestämistä.

## Aineisto ja menetelmät

DRG-ryhmäkohtainen erikoissairaanhoidon tarve kohdeväestölle määritellään pohjautuen sairaanhoitopiirien kymmenen viime vuoden HILMO-rekisteritietoihin. Kustannuksia ja hintatasoa sekä erikseen pyydyttäviä tarkempia tuloslaskelmatietoja tarkastellaan sairaanhoitopiireiltä saatavien kustannustietojen perusteella. Perustuen tuotantotalouden peruskaavaan, ja sen edellä mainittuihin komponentteihin, selvitetään DRG-ryhmäkohtaisesti ja sairaanhoitopiireittäin kysyntään perustuvien tulojen sekä kokonaiskustannusten tasapaino – nk. break-even-point. Laskelmissa tukeudutaan yhteen kaavan neljästä eri lähestymistavasta riippuen siitä, onko kyseisen hoidon (DRG-ryhmä) muuttuvat vai kiinteät kustannukset keskeinen hinnan tasoon vaikuttava tekijä.

## Tulokset

Tuotantotaloudelliset laskelmat tuovat esille kysyntään perustuvien tulojen ja menojen tasapainon tarkasteltavissa erikoissairaanhoidon tuotantoyksiköissä. Esitutkimuksen tulokset ovat osoittaneet, että korkea hintataso usein selittyy liian pieneen kysyntään perustuvien korkeiden kiinteiden kustannusten kattamisella.

## Johtopäätökset

Tulokset osoittavat, mitkä erikoissairaanhoidon toiminnot voidaan hajauttaa tai keskittää skaalaetujen sekä muiden tuotantopoliittisten tekijöiden perusteella. Kansallisella tasolla laskenta osoittaa vallitsevan yli- tai alikapasiteetin. ERVA-alueilla tuotantotaloudellisia laskelmia käytetään sairaanhoitopiirien välisen työnjaon suunnitteluun muiden tuotantopolitiikan osa-alueiden arvioinnin kanssa.

# Lasten ja perheiden palvelujen yhteensovittaminen kunnallisten toimialajohtajien näkökulmasta

**Joensuu Johanna, FM, jatko-opiskelija, Terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto**  
**Halme Nina, TtT, erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos**  
**Perälä Marja-Leena, THT, Dos; Tutkimusprofessori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos**  
**Nummi Tapio, FT, Dos; Professori, Terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto**

Lasten ja perheiden palvelut sijoittuvat monille eri toimialoille, joiden saaminen eheäksi toiminnalliseksi kokonaisuudeksi on haaste kunnille. Lasten ja perheiden terveyden edistäminen palvelujärjestelmää kehittämällä vaatii kokonaiskuvaava palveluiden yhteensovittamisesta ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä.

Tutkimuksessa kehitettiin ja arvioitiin rakenneyhtälömalli, joka kuvaa alle 9-vuotiaiden lasten ja perheiden palvelujen yhteensovittamista kunnissa. Tarkoituksena oli arvioida millaisia yhteyksiä lasten ja perheiden palveluihin liittyvillä yhteistyörakenteilla, sovitulla toimintakäytännöllä ja vanhempien osallisuudella oli palvelujen yhteensovittamiseen, lasten ja perheiden palveluissa toimivien tahojen väliseen yhteistyöhön sekä kuntien palvelujen tuntemiseen ja niiden riittävyteen.

Tutkimuksessa käytettävä aineisto kerättiin strukturoiduilla kyselylomakkeilla Suomen kuntien lasten ja perheiden palveluista (sosiaali-, terveys- ja opetuspalvelut) vastaavilta toimialajohtajilta (N=327). Aineisto edustaa 85 prosenttia Suomen kunnista, joten tulokset voidaan tietyin varauksin yleistää maan sisällä. Aineiston analyysi suoritettiin rakenneyhtälömalleilla. Tietämyksemme mukaan tämä on ensimmäinen yritys mallintaa lasten ja perheiden palvelujen yhteensovittamista sekä teoreettisesti että empiriseen aineistoon pohjautuen.

Tarve lasten ja perheiden palvelujen kehittämiseksi on tutkimuksen mukaan ilmeinen. Yli kolmannes vastaajista oli sitä mieltä, että palvelut eivät nykyisellään muodosta lasten ja perheiden näkökulmasta yhtenäistä kokonaisuutta. Tutkimustulokset osoittavat, että palvelujen yhteensovittaminen vaatii yhteistyötä tukevien rakenteiden lisäksi eri toimijoiden välisiä yhteisesti sovittuja toimintatapoja. Palvelujen yhteensovittaminen ei siis käytännön tasolla toteudu pelkästään hallinnollisilla rakenteiden yhdistämisillä vaan se vaatii huomion kiinnittämistä toimijoiden välisten toimintatapojen yhtenäistämiseen.

Keskeinen tulos osoittaa, että yhteen sovitut palvelut eivät yksinään riitä takaamaan palvelujen riittävyttä vaan ne yhdessä toimijoiden välisen yhteistyön kanssa parantavat kokemusta palvelujen riittävydestä. Saadut tulokset vahvistavat myös näkemystä siitä, että vanhempien osallisuus ja vaikuttamismahdollisuudet palvelujen kehittämiseen ovat merkittävässä roolissa kehitettäessä vaikuttavia lasten ja perheiden palveluja.

# Sairaanhoidon kustannusten kuntakohtainen ennakoitavuus ja rahoituksen vakauttaminen (VAKKA)

**Ilkka Vohlonen, Professori, Itä-Suomen yliopisto**  
**Jan Klavus, dosentti, Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos**

## Tausta

VAKKA-tutkimuksessa arvioitiin kuinka nykyinen kuntarahoitukseen perustuva rahoitusjärjestelmä mahdollistaa väestön odotettavissa olevaan sairastamiseen perustuvan rahoituksen suunnittelun.

## Tavoite

Tutkimuksessa tarkasteltiin kustannusvaikutuksiltaan merkittävien DRG-ryhmien vuotuista ilmaantuvuutta ja hoidon kustannuksia. Tavoitteena oli laskea sairaustapausten/hoitajaksojen odotettavissa oleva määrä ja niitä vastaavat kustannukset sekä arvioida oliko erikoissairaanhoidon kustannusten vaihteluun liittyvä epävarmuus suurempaa asukasluvultaan pienemmissä kunnissa ja optimoida kohdeväestön koko tästä näkökulmasta.

## Aineisto

Tutkimusaineiston muodostivat seitsemän sairaanhoitopiirin poistoilmoitusrekisteritiedot (HILMO) vuosilta 2001 – 2009, kansallisesti käytetyt DRG-painokertoimet ja sairaanhoitopiirien tilinpäätöstiedot. Mukana hankkeessa oli 7 sairaanhoitopiiriä, yhteensä 125 kuntaa, joista osa oli suurimpia ja osa pienempiä kuntia. Kuntien yhteenlasketun väestön ikä- ja sukupuolijakauma edusti hyvin koko maata.

## Menetelmä

Uusien sairaustapausten ilmaantuvuuden ja kustannusten odotusarvoa sekä vuosivaihtelua käyttäen laskettiin aineistosta regressiomallilla piste-estimaatit kullekin DRG-ryhmälle ja vastaava tilastollinen luottamusväli (95 %). Luottamusvälin tulkittiin kuvaavan sitä kuntakohtaista vaihtelua, jonka ala- ja ylärajan sisällä uusien hoitajaksojen määrä ja hoidon kustannukset tulevat 95 prosentin todennäköisyydellä seuraavana vuonna olemaan. Kohdeväestön koon vaihtelua kuvattiin kuntien välisen väestökoon vaihteluna.

## Tulokset

Tutkimus osoitti, että väestöpohjaltaan pienissä kunnissa erikoissairaanhoidon vuositason kustannukset vaihtelivat sattumanvaraisesti. Vuosivaihtelun satunnaisuus pieneni selvästi kunnan asukasluvun ollessa noin 20,000 asukasta ja väheni edelleen kun kuntakoko oli 40,000 asukasta tai enemmän. Hoitajaksojen ja kustannusten ennustettavuus ei enää oleellisesti parantunut suurissa, yli 100,000 asukkaalla kunnissa.

## Johtopäätökset

Erot sairastumisen kustannusten vaihtelussa ja ennakoitavuudessa asettavat terveydenhuollon rahoitus- ja järjestämisvastuulliset kunnat hyvin erilaiseen asemaan. Nykyinen hajautettu rahoitusjärjestelmä tekee erikoissairaanhoidon menojen mitoittamisen ja taloudellisen suunnittelun ongelmalliseksi ellei lähes mahdottomaksi pienissä kunnissa, joissa epävarmuuteen liittyvä rahoitusriski on monikermainen suuren kunnan rahoitusriskiin verrattuna. Erikoissairaanhoidon menojen ennakoitavuuden ja rahoituksellisen vakauden saavuttamiseksi tarvitaan vähintään 20,000 asukkaan väestöpohja, mutta tutkimustulokset eivät tukeneet laajan kansallisen tason rahoitusjärjestelmän tarpeellisuutta.

# Ehkäistävissä olevat ennenaikaisesti menetetyt elinvuodet (potential years of life lost "PYLL") apuna kuntalaisen terveyden edistämisessä

**Ilkka Vohlonen, Professori, Itä-Suomen yliopisto**  
**Vienonen Mikko, LKT, Oy Audiapro Ab**

## **Kehittämistyön tarkoitus**

Ehkäistävissä olevat ennenaikaisesti menetetyt elinvuodet (PYLL) on indikaattori, joka kuvaa väestön inhimillisen pääoman menetyksiä perustuen WHO:n määritelmiin 28 kuolinsyryryhmästä, joiden tiedetään olevan ehkäistävissä 0-69 ikävuoden aikana. PYLLin avulla saadaan selville kuntalaisten ehkäistävissä olevien kansanterveysongelmien tärkeysjärjestys.

## **Aineisto ja menetelmät**

Väestöryhmän PYLL-arvo lasketaan kuolinikien ja oletusiän (70 vuotta) erotuksesta, tulos ikävakioidaan, suhteutetaan 100 000 elinvuotta kohden ja määritellään 95% luottamusväli. PYLL-kehitys lasketaan viimeisten 30 vuoden ajalta ja verrataan koko maan kehitykseen, sekä kohdeväestön aikaisempaan tilanteeseen 10 vuotta aikaisemmin. Maassamme käytetään viiden vuoden kumulatiivisia kuolinsyytietoja.

## **Keskeiset tulokset**

PYLL-analyysijä on käytetty Suomessa laajalti viimeisten 10 vuoden aikana kansanterveystyön tukena päätöksenteossa ja tulosten seurannassa. Menetelmä sopii hyvin kuntapäätäjien motivointiin vaikeidenkin terveystoimien päätösten tekemisessä. Käytännön esimerkkien valossa demonstroidaan, millaisen tilannekuvan PYLL-analyysi kunnan tai alueen väestöstä antaa, ja millaisiin johtopäätöksiin ja toimenpiteisiin sen pohjalta on ryhdytty. PYLL-arvojen pohjalta voidaan myös demonstroida mitä merkitsee ja kuinka kalliiksi tulee, ellei mitään tehdä. Tässä valossa monet kuntien säästötoimet sosiaali- ja terveyssektorilla näyttäytyvätkin todellisuudessa pahimman laatuisten resurssien tuhlausena. Säästämällä euro täällä menetetäänkin 1000 euroa toisaalla.

## **Johtopäätökset**

Väestöpohjainen PYLL-analyysi soveltuu hyvin väestön hyvinvoinnin edistämiseen, sosiaali- ja terveyssektorin työntekijöiden motivointiin ja työn tuloksellisuuden seurantaan. Sitä voidaan käyttää poikkihallinnollisen yhteistyön edistäjänä ja terveyttä kaikissa politiikoissa korostavien interventioiden liikkeelle panevana voimana. Kunta-, maakunta- ja läänikohtaisen systemaattisen PYLL-tiedoston puuttuminen kuitenkin vähentää valtakunnallisen kansanterveystyön tehokkuutta, koska tietoa ja ohjausta kipeimmin tarvitsevat kunnat eivät useinkaan ole ensimmäisiä, jotka ovat tiedosta kiinnostuneita.

# lääkäiden ihmisten pitkäaikaishoidon käyttö kahtena viimeisenä elinvuotena, muutos vuodesta 1996 vuoteen 2008

**Leena Forma, TtM**  
**Marja Jylhä, LT**  
**Jani Raitanen, FM**  
**Pekka Rissanen, FT**  
**Terveystieteiden yksikkö, Tampereen yliopisto**

Tutkimuksessa kuvataan ja analysoidaan, miten vanhojen ihmisten pitkäaikaishoidon käyttö ja kustannukset kahtena viimeisenä elinvuotena muuttuivat vuosina 1996–2008. Pitkäaikaishoidon käyttöä ja kustannuksia analysoidaan kokonaisuudessaan ja kolmen eri hoitomuodon käyttöä ja kustannuksia erikseen. Hoitomuodot ovat terveyskeskuksen pitkäaikainen vuodeosastohoito (≥90 päivää), vanhainkotihoito ja tehostettu palveluasuminen.

Aineisto on kerätty Tilastokeskuksen Kuolinsyyrekisteristä ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen hoitoilmoitusrekistereistä. Se sisältää kaikki vuosina 1998 ja 2002–2008 70-vuotiaana tai vanhempana kuolleet suomalaiset sekä 40 % satunnaisotoksen vuosina 1999–2001 70-vuotiaana tai vanhempana kuolleista suomalaisista. Palvelujen käyttöä tutkitaan kahden viimeisen elinvuoden ajalta, siten vuodesta 1996 alkaen. Vanhainkodin ja tehostetun palveluasumisen käyttö voitiin analysoida erikseen vuodesta 2002 alkaen. Kustannukset laskettiin Sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2007–julkaisussa (THL) raportoituja tietoja käyttäen vuoden 2008 kustannuksin. Tilastollisena menetelmänä käytettiin binääristä logistista regressioanalyysia. Palvelujenkäyttöä ja kustannuksia selittävinä tekijöinä analyysissä olivat ikä, sukupuoli ja kuolinvuosi.

Aineisto sisälsi 316 639 henkilöä. Heistä 46.7 % oli käyttänyt jotain pitkäaikaishoitopalvelua vähintään kerran kahtena viimeisenä elinvuotenaan. Pitkäaikaishoitoa käyttäneiden osuus kasvoi tutkimusaikana 43.2 prosentista 48.9 prosenttiin. Terveyskeskuksen vuodeosastohoidon käyttäjien osuus ei muuttunut tutkimusaikana (1998 kuolleista 16.8 %, 2008 kuolleista 16.7 %). Vanhainkodin käyttäjien osuus väheni (26.0, 22.0) ja tehostetun palveluasumisen käyttäjien osuus lisääntyi (7.9, 14.0). Kaikkien pitkäaikaishoitomuotojen käyttö oli yleisempää vanhemmilla ja naisilla kuin nuoremmilla ja miehillä, samoin kustannukset olivat korkeammat vanhemmilla ja naisilla. Hoitopäivien määrä palvelua käyttäneiden joukossa väheni tutkimusaikana hieman kaikissa tutkituissa palveluissa. Kiintein hinnoin laskettuna kahta viimeistä elinvuottaan elävien pitkäaikaishoidon kustannukset pienenevät hieman vuodesta 2002 vuoteen 2008. Palveluasumisen osuus kokonaiskustannuksista kasvoi ja vanhainkodin osuus pieneni.

Pitkäaikaishoidon käytössä ja kustannuksissa tutkimusaikana tapahtuneen muutoksen taustalla saattaa olla joko ikärakenteen tai palvelujärjestelmän muutos. Kun analyysissä vakioitiin ikä, kuolinvuoden yhteys palvelujen käyttöön oli edelleen tilastollisesti merkitsevä. Näin ollen näyttää siltä, että ainakin osa käytön muutoksesta liittyy palvelujärjestelmän muutokseen. Vanhainkotihoitoa on korvattu tehostetulla palveluasumisella, jonka yksikkökustannukset ovat pienemmät. Ei ole kuitenkaan selvää, sisältävätkö käytetyt yksikkökustannukset tehostetun palveluasumisen kaikki, erityisesti palvelun käyttäjälle aiheutuvat, kustannukset.

# Principles for tackling health inequalities

**Katja Louhio, MSc, Departments of Public Health, University of Helsinki**  
**Ritva Laamanen, PhD, adjunct professor, Departments of Public Health, University of Helsinki**  
**Sakari Suominen, MD, PhD, adjunct professor, Folkhälsan Research Centre, Helsinki**

## Objective

This study aimed at identifying methods for narrowing health differences.

## Introduction

Socio-economic health differences have been widely studied in Europe and Finland. The studies have described the level and development of these differences but have barely at all focused on methods to reduce these disparities. The disparities are clear and studies highlight the inequality of the health distribution.

## Methods

In this review we took a closer look at some of the central findings in literature on the social determinants of health and health inequalities and health promotion strategies at a municipal level. Original articles in Finnish, English and Swedish published from 2000 to 2010 were retrieved from Medline and Ovid databases.

## Results

There is need for knowledge of factors responsible for the socio-economical health inequalities. The knowledge about the determinants could then be applied in the reduction of these inequalities. The creation of an efficient health strategy requires simultaneous use of multiple targeted procedures aimed at high-risk and all population groups by developing equity of service accessibility and national health promoting programs.

## Conclusions

Health promotion implies investment in health and also inclusion of health aspects to policy makers agendas and actions. Various actors exist in the field as the healthcare organizations; the municipalities, non-governmental organizations and private companies.

## Key Words

Health inequalities, health promotion, health equity, healthy cities, social determinants, health planning methods, urban health, health policy, ways to narrow health differences

# Sosioekonominen eriarvoisuus terveydenhuollon keinoin vältettävissä olevassa kuolleisuudessa 1992–2008

**Sonja Lumme, VTM (tilastotiede), Terveyden ja hyvinvoinnin laitos**  
**Reijo Sund, VTT (tilastotiede), Terveyden ja hyvinvoinnin laitos**  
**Alastair Leyland, PhD, MRC Social and Public Health Sciences Unit, Glasgow, UK**  
**Ilmo Keskimäki, LT, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos**

Tarkastelemme tutkimuksessa sosioekonomista eriarvoisuutta ja sen kehitystä vuosina 1992–2008 terveydenhuollon keinoin vältettävissä olevassa kuolleisuudessa Suomessa. Vältettävissä olevilla kuolemissa tarkoitetaan kuolemia, joita ei pitäisi tapahtua 1–74-vuotiailla, jos terveyspalvelut ovat vaikuttavia ja oikea-aikaisia. Lisäksi arvioimme aineiston rajauksien ja sosioekonomisen muuttujan luokittelun vaikutuksia käyttämämme oikeudenmukaisuuden mittarin arvoihin. Rajauksina meillä on ikä (poistettu alle 25-vuotiaat) ja asuntoväestöön kuulumattomat (esim. laitospöytä).

Aineisto on muodostettu yhdistelemällä tietoja useista hallinnollisista rekistereistä. Kuolemat on poimittu kuolemansyrekistereistä ja sosiodemografiset tiedot väestölaskennoista ja työvoimatilastoista. Sosioekonomisen aseman mittarina käytämme luokiteltuja (5–20 luokkaa) perheen tulotietoja ja aineisto on ikävakioitu 5-vuotiskäryhmittäin. Oikeudenmukaisuutta mittaamme konsentraatiokertoimella.

Vältettävissä olevia kuolemia kirjattiin 25–74-vuotiailla asuntoväestöllä vuonna 1992 3849 (49 % naisilla). Kuolleisuus (100000 henkilövuotta kohti) laski noin 40 % tarkastelujaksolla. Erikoissairaanhoidon keinoin vältettävissä oleva kuolleisuus laski enemmän kuin perusterveydenhuollon keinoin vältettävissä oleva kuolleisuus. Suhteelliset erot kuolleisuudessa kasvoivat tuloryhmien välillä merkitsevästi. Konsentraatiokertoimella arvioiden eriarvoisuus lisääntyi; vuonna 1992 indeksi oli naisilla -0.10 (95 % luottamusväli -0.13 – -0.07) ja miehillä -0.14 (-0.16 – -0.11) ja seurannan lopussa -0.19 (-0.23 – -0.15) ja -0.25 (-0.28 – -0.22). Erikoissairaanhoidon keinoin vältettävissä oleva kuolleisuus jakautui tulostemme mukaan eriarvoisemmin kuin perusterveydenhuollon keinoin vältettävissä oleva kuolleisuus.

Alle 25-vuotiaiden poisto aineistosta nosti selvästi kuolleisuuden tasoa kaikissa tuloluokissa, mutta ei vaikuttanut eriarvoisuustuloksiin, sillä kuolleisuuden jakauman muoto ei muuttunut. Koska asuntoväestöön kuulumattomat ovat suurimmaksi osaksi pienituloisia, heidän poistonsa pienensi mitattua eriarvoisuutta. Tuloluokkien lukumäärän vaikutus eriarvoisuusindeksiin vaihteli, riippuen erityisesti alimpien tuloluokkien kuolleisuuksien jakaumasta. Vuoteen 2004 asti 20 tuloluokkaa käyttäen indeksit olivat keskimäärin 20 % (naisilla) ja 14 % (miehillä) suuremmat kuin viidellä tuloluokalla. Sen jälkeen erot olivat vain 9 % ja 5 %.

Tutkimuksesta käy ilmi, että vaikka vältettävissä oleva kuolleisuus väheni, oli kuolleisuudessa kaikkina tarkastelujakson vuosina huomattavaa sosioekonomista eriarvoisuutta. Alle 25-vuotiaiden poisto aineistosta voi olla tarpeen tulotietojen luotettavuuden takaamiseksi, eikä poistolla näyttänyt olevan vaikutusta eriarvoisuuden tuloksiin. Sosioekonomisen aseman luokkien määrällä voi sen sijaan olla vaikutusta tuloksiin, jos kuolleisuuden taso vaihtelee paljon tuloluokittain.

# Kasautuva huono-osaisuus ja terveydenhuollon keinoin vältettävissä oleva kuolleisuus

**Manderbacka Kristiina (VTT, dos.)  
Arffman Martti (VTM), Sund Reijo (VTT, dos.)  
Karvonen Sakari (VTT, dos.), Terveyden ja hyvinvoinnin laitos**

## Tarkoitus ja tutkimustehtävä

Köyhyyden, matalan koulutustason ja ammattiaseman sekä heikon työmarkkina-aseman on toistuvasti todettu olevan terveysriski kaikissa länsimaissa ja suuria sosioekonomisia eroja onkin raportoitu sekä sairastavuudessa että kuolleisuudessa. Terveydenhuollon keinoin vältettävissä olevaa kuolleisuutta eli kuolemia, jotka voitaisiin välttää oikea-aikaisilla ja vaikuttavilla terveyspalveluilla on enenevässä määrin käytetty terveydenhuollon vaikuttavuuden epäsuoran arvioinnin välineenä. Vältettävissä olevassa kuolleisuudessa onkin aiemmissa tutkimuksissa todettu suuria ja kasvamassa olevia tuloeroja. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on arvioida huono-osaisuuteen liittyvien tekijöiden yhteyttä vältettävissä olevaan kuolleisuuteen. Arvioimme materiaalsen huono-osaisuuden ja vältettävissä olevan kuolleisuuden yhteyden vaihtelua alueellisesti Suomessa kolmena kuusivuotisjaksona vuosina 1991-2008. Vastaavasti tarkastellaan psykososiaalisia tekijöitä.

## Aineisto ja menetelmät

Tutkimus perustuu kuolemansyyrekisterin tietoihin 25-74 -vuotiaiden suomalaisten kuolemista vältettävänä pidettyihin kuolemansyihin 1991-2008 sekä sosiodemografisiin tietoihin työssäkäyntitilastoista. Koska nämä kuolemansyyt ovat melko harvinaisia, taulukoitiin aineisto sosiodemografisten tekijöiden suhteen epäsuoran tunnistamisen välttämiseksi. Kuolleisuuseroja tarkasteltiin sukupuoli ja ikä vakioituina 100 000 asukasta kohden.

## Tulokset

Tulo-, koulutus- ja sosiaaliryhmittäiset erot vältettävissä olevassa kuolleisuudessa olivat selvät koko tarkastelujaksolla: mitä alempi sosiaalinen asema sitä suurempi kuolleisuus. Naimattomilla ja yksinasuvilla kuolleisuus oli muuta asuntoväestöä suurempaa koko tarkastelujakson ajan. Merkittäviä alueellisia tai asuinpaikan kaupungistumisasteen mukaisia eroja ei havaittu. Pitkäaikaistyöttömien vältettävissä oleva kuolleisuus oli muita työvoimaan kuuluvia korkeammalla tasolla. Alustavien analyysien mukaan pienituloisuus kärjisti eroja muissa syrjäytymisriskiä lisäävissä tekijöissä: perustason koulutuksen saaneiden, pitkäaikaistyöttömien sekä naimattomien ja yksinasuvien erot muihin ryhmiin olivat pienituloisilla suuremmat kuin ylemmissä tuloryhmissä.

## Johtopäätökset

Alustavat tulokset viittaavat siihen, että tuloköyhyys korostaa muiden huono-osaisuuteen liittyvien tekijöiden vaikutuksia vältettävissä olevaan kuolleisuuteen.

# Kotitalouksien lääkemenojen kehitys ja tuloryhmittäiset erot Kulutustutkimuksen mukaan Suomessa 1985-2006

Katri Aaltonen<sup>1,2</sup> MSc, Mikko Niemelä<sup>1,3</sup> PhD, Sirpa Hartikainen MD, PhD<sup>2,4</sup>

<sup>1</sup>Kansaneläkelaitos

<sup>2</sup>Geriatrisen hoidon tutkimuskeskus, Farmasian laitos, Terveystieteiden tiedekunta, Itä-Suomen yliopisto

<sup>3</sup>Tampereen yliopisto

<sup>4</sup>Kliinisen farmakologian ja geriatrisen lääkehoidon yksikkö, Farmasian laitos, Terveystieteiden tiedekunta, Itä-Suomen yliopisto

Suomessa lääkekustannusten kasvu 90-luvun laman aikaan johti useisiin toimiin, joilla sairausvakuutuksen maksuosaa siirrettiin potilaiden itse maksettavaksi (korvausosuuden alentaminen, verovähennysoikeuden poisto, lääkkeiden siirto itsehoitoon, lääkkeiden arvonlisävero). Potilaan maksuosuuden kasvattamisen on tutkimuksissa todettu alentavan jossain määrin lääkkeiden käyttöä, mutta vaikutus ei kohdistu johdonmukaisesti tarpeettomiin vaan myös elintärkeisiin lääkkeisiin ja saattaa siten johtaa kustannusten kasvuun muualla terveydenhuollossa. Lisäksi vaikutus kohdistuu erityisesti pienituloisiin ja sairaisiin henkilöihin ja vähentää siten järjestelmän oikeudenmukaisuutta. Myöhemmin 90-luvun lopussa ja 2000-luvulla lääkekorvauksia hillitsevissä toimenpiteissä onkin pyritty vaikuttamaan lääkkeen määräämiseen (rationaalisen lääkehoidon ohjelmat, korvattavuuden rajoitukset), sekä lääkkeiden tukku- ja vähittäismyyntihintoihin (tukkuhinnan alennukset, apteekkien marginaalin muutokset, lääkevaihto, korvattavuuspäätökset). Kansainvälisesti verrattuna potilaan maksuosuus on silti ollut Suomessa korkea, eikä sen vaikutuksia lääkkeiden käyttöön eri väestöryhmissä ole kattavasti tutkittu. Tässä tutkimuksessa selvitettiin kotitalouksien kokonaislääkemenoja, sekä lääkemenojen jakautumista tuloryhmittäin.

Tilastokeskuksen kulutustutkimusaineistosta vuosilta 1985, 1990, 1995, 2001 ja 2006 laskettiin keskimääräiset kotitalouksien maksamat lääkemenot reseptilääkkeille ja itsehoitolääkkeille (pois lukien vitamiinit ja hivenainevalmisteet). Taustamuuttujina käytettiin kotitalouden referenssihenkilön ikää, kotitalouden käytettävissä olevia tuloja ja kotitalouden kokonaiskulutusmenoja. Lääkemenoja verrattiin eri vuosina absoluuttisina summina ja suhteellisenä osuutena kokonaiskulutuksesta. Lääkemenojen jakautumista väestöryhmissä verrattiin ikävakioiduissa tulokvintileissä. Tuloryhmien välisen eron muutosta mitattiin variaatiokertoimella. Kaikki kulut vakioitiin 2006 hinnoiksi elinkustannusindeksin mukaan.

Kotitalouksien lääkemenot kasvoivat kaikissa tuloryhmissä, keskimäärin 2,7-kertaisiksi vuodesta 1985 vuoteen 2006. Absoluuttinen muutos vuoden 2006 rahassa laskettuna oli keskimäärin 240 euroa kokonaislääkemenoissa ja 160 euroa reseptilääkemenoissa. Suhteellinen osuus kokonaisuudesta kasvoi 0,8 %:sta 1,6 %:iin. Alimmissa ikävakioiduissa tuloryhmässä kasvu oli suhteellisesti suurinta, lääkkeiden osuus menoista kasvoi 1,1 %:sta 2,2 %:iin. Variaatiokertoimella mitattuna erot lääkemenoissa tuloryhmien välillä kasvoivat 90-luvulla ja kapenivat hieman 2000-luvulla. Ensimmäisissä kahdessa tutkimuspisteessä ainoastaan alin kvintiili poikkesi selkeästi muista, sen jälkeen tulokvinttiilit eriytyivät toisistaan kautta linjan. Keskimääräiset resepti- ja itsehoitolääkemenot olivat alimman tulokvintiilin kotitalouksissa koko ajanjaksolla selkeästi pienemmät kuin vastaavat menot muissa tuloryhmissä.

Kulutustutkimusaineiston perusteella pienituloiset kotitaloudet käyttivät koko ajanjaksolla vähemmän rahaa lääkkeisiin kuin suurituloiset, vaikkakin suhteellisesti lääkkeiden osuus menoista oli pienituloisilla suurin. Tutkimukset sosioekonomisista terveyseroista tukevat kuitenkin tarpeen keskittymistä pienituloisille. Tutkimusjakson alussa erot tuloryhmien välillä olivat alinta tulokvintiilia lukuun ottamatta pieniä, kun taas tutkimusjakson lopulla erot jakautuivat tasaisemmin kaikkien tuloryhmien välille.

# Lipidilääkkeiden käyttö ennen ja jälkeen diabetesdiagnoosin vuosikohorteittain (2000–2006) sepelvaltimotaudin ja sosioekonomisen aseman mukaan

**Tuulikki Vehko (TtM)**  
**Sund Reijo (VTT, dos.)**  
**Arffman Martti (VTM)**  
**Manderbacka Kristiina (VTT, dos.)**  
**Ilmo Keskimäki (Tutkimusprofessori)**  
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

## Tutkimuksen tarkoitus

Tarkastelemme kuinka lipidilääkkeitä käytetään diabetesdiagnoosin saaneissa vuosikohorteissa ennen ja jälkeen diagnoosin sen mukaan onko henkilöillä sepelvaltimotautia. Tutkimme myös onko lääkkeiden käytössä sosioekonomisia eroja. Hoitosuosituksissa diabeetikoille suositellaan korkean riskin potilaina lipidilääkitystä ja sepelvaltimotautipotilaille lääkitystä suositellaan osaksi hoitoa.

## Aineisto ja menetelmät

Diabetesta sairastava väestö koottiin FinDM II -hankkeessa useista valtakunnallisista rekistereistä. Tätä tutkimusta varten muodostettiin vuosittaiset (2000–2006) kohortit uusista 30–79 -vuotiaista diabeetikoista (N=121053). Laitospotilaat rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle. Lipidilääkkeiden käyttöä mitattiin lunastettuna reseptiostona (C10) ja sitä tarkasteltiin kolmessa joukossa: diabeetikoilla, joilla ei ollut sepelvaltimotautia; diabeetikoilla, joilla oli sepelvaltimotauti ennen diabetesta; ja diabeetikoilla, joilla sepelvaltimotauti ja diabetes oli todettu yhtäaikaaisesti. Tutkimme myös sosioekonomisia eroja lipidilääkkeiden käytössä vuosikohorteittain näissä ryhmissä ikä- ja sairastavuusvakioidulla sekä yleisen lipidilääkkeiden käytön kasvun huomioivalla mallinnuksella.

## Tulokset

Diabetesdiagnoosi lisäsi lipidilääkkeen käyttöä jokaisessa vuosikohortissa. Vuoden 2006 kohortissa käyttö oli suurinta: kun henkilöillä ei ollut sepelvaltimotautia 16 % käytti lipidilääkitystä ennen diabetesdiagnoosia ja 39 % diabetesdiagnoosin jälkeen; kun sepelvaltimotauti oli todettu ennen diabetesta, osuudet olivat 63 % vs. 77 % ja kun sepelvaltimotauti oli todettu diabeteksen kanssa yhtäaikaaisesti 17 % vs. 79 %.

Vakioidussa mallissa lipidilääkkeiden käyttö diabetesdiagnoosin jälkeen kasvoi keskimäärin noin 20 % potilailla, joilla ei ollut sepelvaltimotautia, samoin potilailla joilla oli jo entuudestaan sepelvaltimotauti. Lipidilääkkeen käyttö kasvoi diabetesdiagnoosin myötä noin 50 % niillä, jolla sepelvaltimotauti todettiin diabeteksen kanssa yhtäaikaaisesti. Tuloryhmittäiset erot lipidilääkkeiden käytössä niillä, joilla sepelvaltimotauti oli todettu ennen diabetesdiagnoosia, olivat selvät koko tarkastelujaksolla: mitä alempi sosiaalinen asema sitä matalampaa oli lipidilääkkeiden käyttö.

## Johtopäätökset

Diabetesdiagnoosi lisäsi lipidilääkkeiden käyttöä kaikissa tarkastelluissa ryhmissä, mutta erityisesti niiden keskuudessa, joilla diabetes ja sepelvaltimotauti todettiin samanaikaisesti. Sosioekonomisia eroja lipidilääkkeiden käytössä oli sepelvaltimotautipotilailla, olipa tauti todettu ennen diabetesdiagnoosia tai sen jälkeen.

# Vertaileva tutkimus tyyppi 2 diabetesta sairastavien potilaiden hoitoon sitoutumisesta ja hoidon vaikuttavuudesta

**Sakari Suominen, LT, dosentti, Turun yliopisto ja Folkhälsanin (FH) tutkimuskeskus**  
**Anne Koponen VTT, FH tutkimuskeskus ja Hjelt-instituutti,**  
**Kansanterveystieteen osasto (KTTO), Helsingin yliopisto (HY)**  
**Nina Simonsen-Rehn THM, Hjelt-instituutti, KTTO, HY ja FH tutkimuskeskus**  
**Ritva Laamanen, THT, dosentti, FH tutkimuskeskus ja Hjelt-instituutti, KTTO, HY**

## Tarkoitus

Tutkimuksen tavoitteena on kuvata ja verrata erityyppisissä hoito-organisaatioissa (kunnalliset terveysasemat, työterveysasemat, yksityiset lääkäriasemat) hoidettavien tyyppi 2 diabetesta sairastavien potilaiden 1) kokemuksia hoidon laadusta 2) sitoutumista omahoitoon ja terveellisiin elintapoihin ja 3) hoidon vaikuttavuutta sekä tutkia 4) hoitohenkilökunnan työhyvinvoinnin (kunnalliset terveysasemat), hoidon laadun, hoitoon sitoutumisen ja hoidon vaikuttavuuden välisiä yhteyksiä, kun potilaan elämäntilanne ja yksilölliset tekijät on otettu huomioon.

## Aineistot

- Kyselytutkimus v. 2011 KELAn rekisteristä poimituille 20-75-vuotiaille 2 tyyppiin diabetesta sairastaville, joiden asuinkunta on Espoo, Nokia, Tampere, Valkeakoski tai Virrat. He voivat olla potilaina joko kunnallisilla terveysasemilla, yritysten työterveysasemilla tai yksityisillä lääkäriasemilla. Kyselylomakkeella kartoitetaan sosiodemografisia tekijöitä ja muita kontrollimuuttujia, pääasiallista hoitopaikkaa, hoidon laatua, hoidon vaikuttavuutta ja hoitoon sitoutumista.
- Aineisto v. 2010 edellä mainittujen kuntien kunnallisista terveyskeskuksista (18 terveysasemaa). Henkilöstön kyselyt työhyvinvoinnista, työoloista, töiden organisoinnista ja johtamisesta professori Jussi Vahteran johtamasta Kunta10-tutkimuksesta. Henkilöstön työhyvinvointitiedot (Kunta10) voidaan yhdistää kyselytutkimusaineistoon työyksikkötasolla.
- KELAn rekisteristä tiedot hoitomyöntyvyydestä eli lääkeostoista v. 2010 koskien tyyppi 2 diabeteksen hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä, kolesterolilääkkeitä ja veren hyytymistä estäviä lääkkeitä.

## Menetelmät

Vertailut kuvailevilla menetelmillä (khii2-testi, t-testi, varianssianalyysit), korrelaatiot, lineaarinen ja logistinen regressioanalyysi. Lääkäreiden ja hoitajien työhyvinvointitiedoista muodostetaan aggregaattimuuttujat terveysasemittain, analyysi monitasomalleilla.

## Tulokset

Ensimmäiset tulokset saadaan v. 2012. Tutkimuksessa saadaan tärkeää tietoa mm. siitä, eroaako ja millä tavoin diabeteksen hoidon laatu ja vaikuttavuus eri tavoin järjestetyssä työterveyshuollossa ja terveyskeskuksessa (myös yksityislääkäriässä ja sairaalassa) ja mitkä tekijät selittävät eroja. Lopullisten tutkimustulosten perusteella tuodaan esiin hoito-organisaatioon liittyviä tekijöitä, joilla voidaan edistää paljon resursseja vaativan kansantaudin hyvää hoitoa.

# Työuupumuksen, syömiskäyttäytymisen ja painon väliset yhteydet työikäisillä naisilla

**Nevanperä Nina, TtM, Työterveyslaitos**  
**Hopsu Leila, MMM, Työterveyslaitos**  
**Kuosma Eeva, VTM, Työterveyslaitos**  
**Uitti Jukka, dosentti, LT, Työterveyslaitos**  
**Ukkola Olavi, dosentti, LT, Oulun yliopisto ja Oulun yliopistollinen sairaala**  
**Laitinen Jaana, dosentti, FT, Työterveyslaitos.**

## Tarkoitus

Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää työuupumuksen, syömiskäyttäytymisen ja painon välisiä yhteyksiä työikäisillä naisilla sekä työuupumuksen vaikutusta syömiskäyttäytymisen ja painon muutoksiin vuoden aikana.

Aikaisemmin on todettu, että syömiskäyttäytyminen vaikuttaa painoon ja voi olla este laihtumiselle. Stressillä on havaittu yhteyksiä syömiskäyttäytymiseen ja ruoankäyttöön, mutta tutkimuksia työuupumuksen yhteydestä syömiskäyttäytymiseen ei ole. Tunnesyömisellä ja impulsiivisella syömisellä on havaittu positiivinen ja tietoisella syömisellä rajoittamisella negatiivinen yhteys painoon. Työuupumus saattaa myös olla este positiivisille muutoksille syömiskäyttäytymisessä ja siten laihtumisessa.

## Aineisto ja menetelmät

Kaikkiaan 352 Espoon kaupungin työntekijää, joilla oli motivaatiota tehdä elintapamuutos ja riski elintapasairauksille (riski tyyppi 2 diabetekselle tai kaksi seuraavista: BMI yli 27, alkoholin riskikäyttö, uniongelmia, vähäinen liikkuminen, tupakointi tai vähäinen kasvien, hedelmien ja marjojen syöminen) satunnaistettiin interventiotutkimukseen (Nuadu). Syömiskäyttäytymistä selvitettiin Three Factor Eating Behavior Questionnaire-18:lla (TFEQ-18) ja työuupumusta Bergen Burnout Indicator-15:llä alussa ja 12 kuukauden kuluttua. Paino, vyötärön ympärys ja rasvaprosentti mitattiin alussa ja 12 kuukauden kuluttua. Tutkittavista naiset (n=230) otettiin mukaan analyysiin.

## Tulokset

Naiset, joilla esiintyi työuupumusta (n=51) saivat korkeammat pisteet tunnesyömisessä (p=0.003) ja impulsiivisessa syömisessä (p=0.001) kuin naiset, joilla työuupumusta ei esiintynyt (n=179). Impulsiivinen syöminen väheni tilastollisesti merkitsevästi 12 kuukauden aikana naisilla, joilla ei esiintynyt työuupumusta (p=0.001). Painoluokan ja työuupumuksen välillä havaittiin merkitsevä yhteys alussa (p=0.04). Lähes 50 % naisista, joilla oli työuupumus, oli normaalipainoisia (BMI < 25kg/m<sup>2</sup>), kun 30 % naisista, joilla ei ollut työuupumusta, oli normaalipainoisia. Kolmannes naisista, joilla oli työuupumus ja kolmannes naisista, joilla ei ollut työuupumusta, olivat puolestaan lihavia (BMI ≥ 30 kg/m<sup>2</sup>).

## Johtopäätökset

Naisilla, joilla on työuupumus, saattaa esiintyä herkemmin tunnesyömistä ja impulsiivista syömistä, ja olla heikommat mahdollisuudet tehdä muutoksia syömiskäyttäytymiseensä. Tämän vuoksi työuupumus tulisi arvioida lihavuuden hoidossa, ja tarvittaessa hoitaa ennen lihavuuden hoitoa. Myös syömiskäyttäytymisen arvioiminen on tarpeen, jotta oma käyttäytyminen tiedostetaan ja siihen voidaan vaikuttaa.

# Syöpäpotilaiden sosiaalinen pääoma, hyvinvointi ja elämänlaatu

**Ulla-Sisko Lehto, FT, THL**

**Riikka Koivisto, YtM, THL**

**Tarja Nieminen, THM, THL**

**Markku Ojanen, YT, Tampereen yliopisto**

**Taina Turpeenniemi-Hujanen, LKT, Oulun yliopisto ja OYS**

Sosiaaliset suhteet ovat tärkeitä tuottavuudelle, kehitykselle ja hyvinvoinnille. Sosiaalisen pääoman (social capital) käsitettä tarkasteltiin alun perin taloudellisesta ja sosiologisesta näkökulmasta. 1990-luvulta lähtien sitä on tutkittu myös terveyttä edistävänä tekijänä. Sosiaalisen pääoman keskeisimmät osatekijät ovat sosiaaliset verkostot (social network), luottamus (trust) ja vastavuoroisuus (reciprocity). Luottamus voi olla yksilön tai yhteisön ominaisuus. Sosiaaliset verkostot ovat välttämätön mutta ei riittävä ehto sosiaalisen pääoman olemassaololle, kun taas luottamus ja vastavuoroisuus ovat siitä syntyviä kognitiivisia ulottuvuuksia. Jokaisella syöpään sairastuneella on oma sosiaalinen ympäristönsä ja omat sosiaaliset resurssit, joista osa on henkilön ja osa ympäristön ominaisuuksia. Syöpäpotilaiden hyvinvoinnin voidaan olettaa liittyvän heidän sosiaaliseen pääomaansa, mutta sitä ei ole juurikaan tutkittu.

## **Tutkimuksen tarkoitus**

Syöpään sairastuneiden sosiaalisten resurssien tutkiminen on tärkeää koska heitä on hoitojen parantuksessa ja eliniän noustessa yhä suurempi osa väestöstä, mutta yhä harvempi on syövän alkuvaiheen jälkeen terveydenhuoltopalveluiden piirissä. Pyrimme tulosten avulla parantamaan syövästä toipuvien ja parantuneiden hyvinvointia ja terveyttä tulevaisuuden terveydenhuoltojärjestelmässä sekä sitä tukevissa järjestelmissä (esim. potilasjärjestöt).

Tutkimme etenevässä kliinisessä aineistossa (OYS) 1) millaisia ovat syöpäpotilaiden hyvinvointi, elämänlaatu ja sosiaalinen pääoma syöpäsairauden toteamisvaiheessa sekä 2) miten ne ennakoivat potilaiden hyvinvointia usean vuoden seuranta-aikana ja miten ne muuttuvat ajan myötä. 3) Etsimme keinoja parantaa syövästä toipuvien ja parantuneiden hyvinvointia sekä tukea potilaan omaa selviytymistä. 4) Kehitämme myös sosiaalisen pääoman teoriaa.

## **Aineisto ja menetelmät**

Kaikkia OYS:n syöpätautien klinikkaan kevästä 2011 lähtien hoitoon tulevia uusia rintasyöpää, lymfoomia ja eturauhassyöpää sairastavia potilaita pyydetään osallistumaan haastatteluun pari kuukautta diagnoosin jälkeen. Potilaat täyttävät ammattihenkilön suorittaman haastattelun yhteydessä atk-avusteisesti useita validoituja kyselyitä. Mittaus toistetaan vuosittain postikyselynä, ad 3 (5) vuotta. Mittausmenetelmät ovat: yleinen luottamus (European Social Survey A8), luottamus ihmissuhteissa, vastavuoroisuus, sosiaalinen verkosto (SFSS), sosiaalinen tuki, yleinen elämänlaatu (WHOQOL-BREF) ja syöpäspesifi elämänlaatu (EORTC QOL-C30), psyykinen hyvinvointi (GHQ-12), masentuneisuus (DEPS), tyytyväisyys elämään (SWLS), Optimismi (LOT-R) ja turvallisuus.

Esitämme alustavia tuloksia.

# Sairaalahoitajakset psykiatristen diagnoosien takia lapsettomuushoitoihin (IVF, ICSI, FET) osallistuneilla naisilla

**Anna-Niina Yli-Kuha, LL, LuK<sup>a</sup>**  
**Mika Gissler, Tutkimusprofessori, FT<sup>b</sup>**  
**Reija Klemetti FT<sup>b</sup>**  
**Riitta Luoto, dosentti, LT<sup>c</sup>**  
**Elina Hemminki, Tutkimusprofessori, LT<sup>b</sup>**

<sup>a</sup> Tampereen yliopisto, Terveystieteiden yksikkö,

<sup>b</sup> Terveyden ja Hyvinvoinnin Laitos

<sup>c</sup> UKK-Instituutti

## Tutkimuksen tarkoitus

Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, onko koeputkihedelmöityshoitoja (IVF), siittiön mikroinjektiohoitoja (ICSI) tai pakastetun alkion siirtoja (FET) vuosina 1996-1998 saaneilla naisilla enemmän sairaalahoitajaksoja psykiatristen diagnoosien vuoksi kuin kontrolleilla ennen ja jälkeen lapsettomuushoitoja.

## Aineisto ja menetelmät

9175 IVF-, ICSI- tai FET-hoitoa saanutta naista (IVF-naiset) kerättiin KELA:n Lääkekorvausrekisteristä. Kontrollit poimittiin Väestörekisteristä ja kaltaistettiin iän ja asuinpaikan ja vakioitiin siviilisäädyn ja sosioekonomisen aseman suhteen. Psykiatriset hoitajakset poimittiin Hoitoilmoitusrekisteristä.

## Tulokset

Ennen lapsettomuushoitoja IVF-naisilla oli vähemmän sairaalahoitajaksoja kaikkien diagnoosien vuoksi kuin kontrolleilla. Ero oli tilastollisesti merkitsevä psykoottisten häiriöiden kohdalla. Hoitojen jälkeen erot olivat pääosin vastaavat, mutta IVF-naisilla oli tilastollisesti enemmän sairaalahoitajaksoja sopeutumishäiriöiden takia. Niillä IVF-naisilla, jotka saivat lapsen hoitojen jälkeen, oli kaikkien diagnoosien takia vähemmän sairaalahoitajaksoja kuin niillä lapsettomuushoidoissa olleilla naisilla, jotka eivät lasta saaneet. Ero oli tilastollisesti merkitsevä masennuksen, ahdistuneisuushäiriöiden ja alkoholin ja muiden päihteiden väärinkäytön kohdalla.

## Johtopäätökset

Lapsettomuushoitoihin osallistuneet naiset ovat yleisesti keskimääräistä terveempiä ja tämä ns. Terve potilas -ilmiö selittää erot sairaalahoitajaksoissa psykiatristen diagnoosien vuoksi. Lapsen saaminen hoitojen tuloksena näyttäisi vähentävän riskiä vakavaan, sairaalahoitoa vaativaan psykiatriseen sairastavuuteen.

# Reasons of postponing first birth among women in ST. Petersburg, Estonia and Finland

**Regushevskaya Elena, THL**  
**Miettinen Anneli, Family Federation**  
**Klemetti Reija, THL**  
**Rotkirch Anna, Family Federation**  
**Haavio-Mannila Elina, University of Helsinki**  
**Hemminki Elina, THL**

## **Aim**

To study childbearing intentions and reasons for postponing first birth in St. Petersburg, Estonia and Finland.

## **Method**

Data from three population-based postal surveys were used (Finland in 2002; St. Petersburg in 2003; Estonia in 2004). In Finland response rate was 56% (n=7000 including men and women), 68% in St. Petersburg (n=1147) 54% in Estonia (n=5190). Childbearing intentions were studied among women aged 18-44, not pregnant and without children (369 women from Finland, 376 women from St. Petersburg and 1029 women from Estonia).

## **Results**

In all areas plans for childbearing decreased with increasing age. In all areas in the age 18-24 years postponement of parenthood was similarly related to unfinished education, uncertainty of job and "no suitable house". In the age group 25 to 34 years, finishing education and no suitable partner were important reasons in both Estonia and St. Petersburg, while economic reasons and career ambitions were related to postponement in Finland in this age group. In Estonia the proportion of 35-44 years old women planning to have children was the highest. In Estonia more women than in other areas wanted to complete education before having a child. The most important reason was 'not having a suitable partner' in all three areas, followed by economic reasons. In all areas, important reasons varied by educational attainment. Highly educated women were more likely to postpone birth because of "wishes to have stable work"; and students because of "having education first". In Estonia unlike other areas more educated women were more likely to postpone birth because of "economic situation". In Finland unlike other areas unemployed women were less likely than employed to postpone birth because of "career" and married/cohabiting women were more likely than women without couple relationships because of "having stable work" and less likely because of "economic situation".

## **Conclusion**

In all areas young women postponed birth due to the many reasons and needed more support. In Finland, educated women and in St. Petersburg and Estonia students need more attention and support from policy makers because they postponed birth due to the education and uncertainty of job.

# Mothers' abortion history and perinatal health at first birth

**Klemetti Reija, PhD, THL**  
**Gissler Mika, PhD, THL**  
**Elina Hemminki, Research Professor, THL**

## **Purpose**

To study perinatal health of first born children by mother's abortion history in Finland with good abortion and birth services and relatively few abortions.

## **Methods**

Nationwide registers covering all births and induced abortions were used. All first time mothers in Medical Birth Register (1996-2008) were linked to Abortion Register (1983-2008). The perinatal health of children was compared by the number of mother's abortions adjusting by stepwise logistic regression firstly for social background; mothers' age, marital status, socioeconomic position, urbanity and smoking, secondly also for previous miscarriages and ectopic pregnancies, thirdly additionally for method of abortion (surgical, medical), and timing of the abortion (<12 or ≥12 weeks).

## **Results**

Of the 300 858 mothers, 31 083 (10.3%) had one, 4 417 (1.5%) two, 942 (0.3%) three or more abortions. Of abortions, 88 % were surgical, 91% were made <12 weeks, and 97% were made for social reasons. Compared to mothers with no previous abortion and adjusted for social background, risks for extremely preterm birth (< 28 weeks) and perinatal mortality were increased but only the last one statistically significantly. Among women having two previous abortions extremely preterm, very low birth weight (< 1500g) and perinatal mortality were increased, but only the first one statistically significantly. All perinatal health problems were more common among mothers having had three or more abortions but risks for low Apgar scores and perinatal mortality did not reach statistical significance. Adjustment for history of miscarriage or ectopic pregnancy as well as timing of abortion and abortion method did not change the results.

## **Conclusions**

One previous abortion did not significantly increase perinatal problems at first birth with the exception of perinatal death, but three or more did; two were in between. This may be due to mothers' characteristics not controlled for or due to sequel of repeated abortions.

# Opiskelijoiden suhtautuminen hedelmällisyysneuvontaan ja lasten hankintaan

**Suvi Nipuli YTK, THL**  
**Elina Hemminki LKT, Tutkimusprofessori, THL**  
**Reija Klemetti FT, TtM, erikoistutkija, THL**

## **Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävä**

Tutkimuksen tarkoitus on selvittää, miten yliopisto-opiskelijat suhtautuvat hedelmällisyysneuvontaan, jossa jaetaan tietoa hedelmällisyydestä ja raskauden sujumisesta sekä niihin vaikuttavista tekijöistä. Tutkimuksessa selvitetään, ovatko opiskelijat valmiita vastaanottamaan hedelmällisyysneuvontaa ja missä tilanteissa ja kuinka he sitä haluaisivat.

Tutkimuksessa saadaan tietoa myös siitä, mitä yliopisto-opiskelijat tietävät hedelmällisyyteen ja raskauden kulkuun vaikuttavista tekijöistä. Samalla selvitetään, millä aikavälillä yliopisto-opiskelijat suunnittelevat oman perheen perustamista ja syitä siihen, miksi perheen perustamista lykätään yhä vanhemmalle iälle. Tutkimus on osa laajempaa tutkimushanketta, jossa selvitetään varttuneen vanhemmuuden merkitystä terveyteen ja terveystalvelujen käyttöön.

## **Aineisto ja menetelmät**

Tutkimuksen aineisto kerättiin yhdeksästä eri yliopistosta elokuun ja lokakuun välillä 2011. Aineisto kerättiin satunnaisesti valituilta (consecutive sample) tietyinä päivinä/päivinä opintotoimistossa tai ylioppilaskunnan toimipisteessä asioivilta opiskelijoilta, jotka hakivat opiskelijakorttiin uuden lukuvuositaran, tulivat ilmoittautumaan läsnä olevaksi opiskelijaksi tai tilaamaan/noutamaan uutta opiskelijakorttia.

Yhteensä 2057 opiskelijaa pyydettiin osallistumaan tutkimukseen. Heistä 85 % otti kyselylomakkeen vastaan. Opiskelijoita pyydettiin ensisijaisesti täyttämään kyselylomake saman tien paikan päällä. Mikäli vastaaja ei halunnut/voinut täyttää lomaketta heti, pyydettiin häntä täyttämään lomake myöhemmin ja palauttamaan se postitse. Sekä tutkimukseen osallistujien että siitä kieltäytyneiden sukupuoli ja ikä kirjattiin ylös. Osallistujien kohdalta merkittiin myös kyselylomakkeen palautustapa (heti/postitse).

Tutkimuksen vastausprosentti oli 66 %. Heti lomakkeen palautti 53 % ja postitse 13 %. Yliopistokohtaiset erot vastausprosentissa olivat suuret, vaihdellen 48 % ja 77 %:n välillä.

## **Alustavat tulokset**

Terveydenhuoltotutkimuksen päivillä tullaan esittelemään tutkimuksen alustavia havaintoja ja tutkimustuloksia.

# Abortin hakeminen 1950–60-lukujen Suomessa

**Miina Keski-Petäjä, Valtiotieteiden kandidaatti, Helsingin yliopisto, valtiotieteellinen tiedekunta, talous- ja sosiaalhistoria, Väestöliitto, Väestöntutkimuslaitos**

## Tutkimushanke

Väestöliiton Väestöntutkimuslaitoksen tutkimushanke käsittelee abortin hakemista Suomessa 1950–70-luvuilla. Tutkimushanke perustuu Väestöliiton sosiaalineuvoloiden vuosien 1952–1973 potilasasiakirjoihin. Tutkimushankkeeseen on perustettu ohjausryhmä keväällä 2010, johon kuuluu asian-tuntijoita sekä Väestöliitosta että Helsingin yliopiston yhteiskuntahistorian osastolta.

Tässä esiteltävä tutkimus on sekä pro gradu -tutkielma talous- ja sosiaalhistorian oppiaineeseen että tutkimushankkeen ensimmäinen, potilasaineistoa hyödyntävä tutkimus.

## Tutkimuksen tavoitteet

Tutkimus kuvaa abortin hakemista Suomessa 1950–60-luvuilla, jolloin raskauden keskeytys oli vuoden 1950 lain mukaan mahdollista suorittaa rajatuin, lähinnä lääketieteellisin, perustein.

## Tutkimustehtävä

Millaiset olivat aborttia anoneiden naisten elämäntilanteet ja mahdollisuudet vaikuttaa lapsilukuunsa? Millaisia olivat naisten aborttihalun syyt ja abortin myöntämiskäytänteet vuonna 1955 ja vastaavasti vuonna 1968?

## Aineisto ja menetelmät

Aineisto koostuu Väestöliiton Tampereen sosiaalineuvolan raskaudenkeskeytyspyyntöihin liittyvistä potilaskertomuksista vuosilta 1955 ja 1968. Tutkimusmenetelmä on aineistolähtöinen laadullinen sisällön analyysi yhdistettynä määrälliseen analyysiin. Potilasaineisto on keskeisten muuttujien osalta taulukoitu (mm. siviilisääty, ikä, ammatti, lapsiluku, ehkäisykeinot, terveydentila ja abortin hakusyyt). Muuttujista on laskettu tiettyjä tunnuslukuja ja riippuvuuksia, joiden perusteella aineistoa on tyypitelty. Lisäksi pienemmän otoksen avulla on tutkittu naisten sosiaalisia ja taloudellisia oloja sisällön analyysin keinoin.

## Tulokset

Vuoden 1955 hakijat olivat pääosin monilapsisten perheiden äitejä, jotka olivat ei-toivotusti raskaana vähäisen ehkäisytiedouden ja ehkäisyn saatavuuden sekä perhe-elämän suunnitteleamattomuuden vuoksi. Aborttitoiveiden perusteena oli heikko terveyden tila sekä uupumus, joka johtui usein vaikeista perheoloista, sillä naiset kantoivat usein yksin vastuun perheen arjesta ja toimeentulosta. Vuonna 1955 murto-osa hakijoista oli nuoria ja perheettömiä, jotka harvemmin vetosivat terveydentilaan. Siviilisäädylly oli vaikutusta potilaiden kohteluun: Naimattomien kanssa keskusteltiin ehkäisystä vähemmän, eikä heitä aina ohjattu lääkärin vastaanotolle. He saivat myös aborttipyyntöönsä todennäköisemmin kielteisen päätöksen. Vaikka vuoden 1968 potilasaineisto sisältää enemmän nuorten ja opiskelijoiden aborttihakemuksia, olivat perheenäidit edelleen suurin asiakasryhmä. Tämä ei vastaa julkisessa keskustelussa esitettyä kuvaa muuttuneesta seksuaalikäyttäytymisestä tai abortinhakijoista nuorina vapaamielisinä naisina. Vuonna 1968, uutta vapaampaa aborttilainsäädäntöä jo suunniteltaessa, abortin saaminen helpottui. Myönteisen päätöksen aborttihakemuksensa sai vuonna 1955 15,8 % ja vuonna 1968 41,6 % sosiaalineuvolan potilaista.

## Johtopäätökset

Koska sosiaalineuvolassa pyrittiin ensisijaisesti abortintorjuntatyöhön ja äitien tukemiseen, jäi valtaosa naisten aborttitoiveista täyttymättä. Vaikka abortin hakijat saivat neuvolassa osakseen tukea ja ymmärrystä, olivat yhteiskunnan väestöpoliittiset tavoitteet ja abortin myöntämisen käytänteet jyrkästi ristiriidassa naisten elämäntilanteiden ja odotusten kanssa. Myös vuosien 1955 ja 1968 väliset muutokset abortinhakijoissa ovat sosiaalineuvolan osalta maltillisia.