

6 PALVELUJEN KÄYTTÖ

6 PALVELUJEN KÄYTTÖ.....	1
6.1 Yhteiset perusraportit	3
6.1.001 Perusraportti terveyspalvelujen käytöstä tärkeimpien taustamuuttujien suhteen Terveys 2000 –tutkimuksessa.....	3
6.2 Muut tieteelliset julkaisut	3
6.2.001 Tyydyttämätön terveyspalvelujen tarve ja sosiaalinen oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa.....	3
6.2.002 Palvelujen käyttö, tarve ja kustannukset ja terveyteen liittyvä elämänlaatu tärkeimmissä sairausryhmissä.....	3
6.2.003 Can differences in treatment between SES-groups be explained by differences in comorbidity or disease severity in treatment of coronary hearth disease	4
6.2.004 Pathways to treatment as narrative descriptions	5
6.2.005 Sairaan- ja terveydenhoitajien osuus terveyspalveluissa – ketkä käyttävät hoitajapalveluja?	5
6.2.006 Lisääntymisterveyden merkitys naisten terveyspalvelujen käytössä.....	5
6.2.007 Syöpien varhaistoteamisen käytännöt	6
6.2.008 Työttömyyden yhteys terveyspalvelujen tarpeeseen ja käyttöön	6
6.2.009 Miesten HT:n ja vanhenemisen hoitamisen käytön diffuusio, nykyisyys ja tulevaisuus peilattuna naisten HT:n käytön diffuusioon	7
6.2.010 Työterveyshuollon palvelujen käyttö ja siihen yhteydessä olevat tekijät	8
6.2.011 Terveydenedistämispalvelujen kysynnän terveystaloustieteellinen mallintaminen.....	8
6.2.012 Astmalääkkeiden käyttö olympiaurheilijoilla	9
6.2.013 Suomalaisten olympiaurheilijoiden lääkkeiden käyttö	9
6.2.014 Olympiaurheilijoiden käyttämät lisäravinteet	10
6.2.015 Työ ja terveys 2003	10
6.2.016 Suomalaisten luontaistuotteiden käyttö vuosina 1995 ja 2000	11
6.2.017 Hoidontarpeen tyydyttyminen tärkeimmissä kansansairauksissa	11
6.2.018 Aluekohtainen yksityisten ja julkisten lääkäripalvelujen käyttö Manner-Suomessa pienalue-estimointia hyödyntäen	12
6.2.019 Vasta-aine seulonnalla löydettyyn oireettomaan keliakiaan liittyvät riskit — oireettoman keliakikion terveyspalvelujen käyttö	12
6.2.020 The profile of inequity in health and health care utilization among reproductive age women in St. Petersburg. Comparative analysis with neighboring Finland and Estonia.....	13
6.2.021 Pitkäaikaishoidon kysynnän tarve- ja riskitekijät	13

6.2.022 Pitkäaikaishoidon kysyntää ja pitkäaikaishoitoon siirtymistä ennustavat tekijät – T2011 & T2000 laitosdata.....	14
6.2.023 Tyydyttämätön terveystalouden tarve.....	34
6.2.024 Miesten ja naisten terveystalouden ikäryhmittäin 2011	36
6.2.025 Väestön näkemuserot hoiva- ja terveystalouden rahoituksessa	37
6.2.026 Avofysioterapian käytön aiheet Suomessa vuonna 2011	39
6.2.027 Eläkkeellä olevien henkilöiden avofysioterapian käyttö Suomessa vuosina 2000 ja 2011	40
6.2.028 Työssä olevan väestön avofysioterapiapalvelujen käyttö Suomessa vuosina 2000 ja 2011	42
6.2.029 Avofysioterapiapalvelujen tuottajat vuosina 2000 ja 2011 ja asiakkaiden/potilaiden näkemykset vuonna 2011 saaduista palveluista.....	43
6.2.030 Kuulon tarkkuuden yhteys terveystalouden käyttöön ja avun saantiin ja tarpeeseen.....	44
6.2.031 Suomalainen näkövammaisuus: sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttö ja kustannukset	47
6.3 Väitöskirjat.....	48
6.3.001 Miesten vaihdevuosien hormonihoidon lääkehoito yksilön yhteiskunnallisena valintana	48
6.3.002 Suomalaisen huippu-urheilijoiden lääke- ja nautintoaineiden sekä lisäravinteiden käyttö	49
6.3.003 Työterveyshuollon sairaanhoidon yhteys työntekijän terveyteen ja työkykyyn - tutkimus Terveystalouden 2011- aineistoa hyödyntäen.....	49

6.1 Yhteiset perusraportit

6.1.001 Perusraportti terveystalvelujen käytöstä tärkeimpien taustamuuttujien suhteen Terveys 2000 –tutkimuksessa

(13.2.2003)

Tarkoitus/tavoitteet: Tuotettavassa julkaisussa raportoidaan Terveys 2000 -tutkimuksen keskeisimmät terveystalvelujen käyttöä koskevat tulokset tärkeimpien sosiodemografisten yms. taustamuuttujien suhteen.

Aineisto: Terveys 2000 -aineiston terveystalvelujen käyttöä ja tarvetta sekä terveydentilaa ja sosiaalisia olosuhteita ja asemaa kuvaavat tiedot.

Tekijät: Palvelujen käyttöä ja tarvetta käsittelevä suunnitteluryhmä osallistuu tutkimukseen kokonaisuudessaan (Unto Häkkinen, Ilmo Keskimäki, Timo Klaukka, Kimmo Räsänen, Päivikki Koponen ja Pirkko Alha).

Aikataulu: Vuoden 2003 puolella, jolloin käytössä ovat myös nuorten tiedot.

Julkaisumuoto: Lääkärilehden artikkeli

Kieli: suomi

Voimavarat: Kukin ryhmässä edustettavina olevista tutkimuslaitoksista vastaa omista kustannuksistaan.

Julkaistu:

Häkkinen U, Alha P, toim. Terveystalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/2006. Helsinki 2006.

<http://ktlwww.ktl.fi/terveys2000>

6.2 Muut tieteelliset julkaisut

6.2.001 Tyydyttämätön terveystalvelujen tarve ja sosiaalinen oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa

(13.2.2003)

Tarkoitus/tavoitteet: Tutkimuksessa selvitetään Terveys 2000 tutkimusaineiston avulla terveystalvelujen käytön ja palvelujen tarpeen sosiaaliryhmäeroja sekä pyritään arvioimaan terveystalvelujen tarpeen mukaiseen käyttöön tähtäävän tasa-arvotavoitteen toteutumista terveydenhuollossa.

Aineisto: Terveys 2000 -aineiston terveystalvelujen käyttöä ja tarvetta sekä terveydentilaa ja sosiaalisia olosuhteita ja asemaa kuvaavat tiedot.

Tekijät: Ilmo Keskimäki ja tutkijaryhmä (?),

Aikataulu: 2002-2003 (odottaa rekisteritietoja)

Julkaisumuoto: Tieteellinen artikkeli

Kieli: Englanti

Voimavarat: Tarvittavista voimavaroista ei ole tehty päätöstä.

Julkaistu:

Manderbacka K, Häkkinen U, Nguyen L, Pirkola S, Ostamo A, Keskimäki I. Terveystalvelut kirjassa; Terveyden eriarvoisuus Suomessa, Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. STM Julkaisuja 2007:23.

6.2.002 Palvelujen käyttö, tarve ja kustannukset ja terveyteen liittyvä elämänlaatu tärkeimmissä sairausryhmissä

(13.2.2003)

Tarkoitus/tavoitteet: Tautiryhmittäistä palvelujen käyttöä ja niistä aiheutuneita kustannuksia arvioidaan vertaamalla tautia sairastavien palvelujen kokonaiskäyttöä muun väestön palvelujen käyttöön. Lisäksi arvioidaan, miten palvelujen käyttö, kustannukset ja arvioitu hoidon tarve riippuvat taudin vaikeusasteesta ym. tutkimuksessa kerättävästä epidemiologisesta tiedosta sekä miten nämä tekijät ovat yhteydessä terveyteen liittyvään elämänlaatuun, jota terveydenhuollon taloudellisissa arviointitutkimuksessa yleisesti käytetään vaikuttavuusmittarina.

Aineisto: Terveys 2000 -aineiston terveyspalvelujen käyttöä, tarvetta ja kustannuksia sekä terveydentilaa ja sosiaalisia olosuhteita ja asemaa kuvaavat tiedot.

Tekijät: Unto Häkkinen ja tutkijaryhmä

Aikataulu: 2002-2003 (odottaa rekisteritietoja)

Julkaisumuoto: Tieteellinen artikkeli

Kieli: Englanti

Voimavarat: Tarvittavista voimavaroista ei ole päätöstä.

6.2.003 Can differences in treatment between SES-groups be explained by differences in comorbidity or disease severity in treatment of coronary hearth disease

(13.2.2003)

Tarkoitus/tavoitteet: Tutkimuksen tarkoituksena on Terveys 2000 -aineistoa, tarkemmin sen sepelvaltimotautia sairastavien osaotosta, selvittää voidaanko sosioekonomiset erot selittää eroilla taudin vaikeusasteessa tai rinnakkaissairauksissa. Arviomme mukaan sepelvaltimotautia sairastavia tulee Terveys 2000 -aineistoon n. 200- 250. Tarkoituksena on käyttää haastattelu- ja kyselyaineistoja sekä lääketieteellistä tutkimusta.

Tekijät: Artikkelin tekemiseen osallistuvat alustavien suunnitelmien mukaan Ilmo Keskimäki (Stakes), Timo Klaukka (Kela), Seppo Koskinen (KTL), Antti Reunanen (KTL) ja Kristiina Manderbacka. Tutkimus toteutetaan osa Stakesin, KTL:n ja KELA:n yhteistyöhanketta 'Differences in treatment, and in treatment pathways, outcomes and cost-effectiveness among coronary heart disease patients – does socioeconomic status have an effect?'.
Aineisto: Tutkimusaineistona on tarkoitus käyttää Terveys 2000 -aineistoa, tarkemmin sen sepelvaltimotautia sairastavien osaotosta Arviomme mukaan sepelvaltimotautia sairastavia tulee Terveys 2000 -aineistoon n. 200- 250. Tarkoituksena on käyttää sekä kyselyaineistoa että lääketieteellistä tutkimusta.

Aikataulu: Tutkimus ajoittuu vuosiin 2002-2003 (odottaa rekisteritietoja)

Julkaisumuoto: Tieteellinen artikkeli

Kieli: Englanti

Voimavarat: Tutkimukseen osallistuvat tekevät sen oman työnsä puitteissa, Kristiina Manderbackalla on Suomen Akatemian tutkijatohtorin määräraha 1.8.2002 saakka mm. tämän tutkimuksen koordinointiin.

Julkaistu:

Ilmo Keskimäki, Anna-Mari Aalto, Unto Häkkinen, Timo Klaukka, Kristiina Manderbacka, Antti Reunanen, Tuulikki Vehko. Sepelvaltimotauti ja eriarvoisuus. Kyselytutkimus sepelvaltimotautia sairastavien oireilusta, hoidosta ja elämäntavoista. Raportteja 286, Stakes 2004

6.2.004 Pathways to treatment as narrative descriptions

(13.2.2003)

Tarkoitus/tavoitteet: Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia sepelvaltimotaudin diagnosointia ja hoitoa potilaan kokemuksen näkökulmasta. Miten sepelvaltimotaudin hoitoketju kerrotaan, miten diagnoosin teko, keitä henkilöitä kertomukseen otetaan, millaisia sepelvaltimotautitarinat ovat?

Aineisto: Aineistona on tarkoitus käyttää Terveys 2000 –tutkimuksen vastaajista n. 30 hengelle tehtävää laadullista seurantahaastattelua, jossa pyritään erityisesti keräämään tietoja potilaan kokemuksista hoidon kulusta.

Tekijät: Tutkimuksesta vastaa Kristiina Manderbacka (Stakes). Tutkimus toteutetaan osa Stakesin, KTL:n ja KELA:n yhteistyöhanketta 'Differences in treatment, and in treatment pathways, outcomes and cost-effectiveness among coronary heart disease patients – does socioeconomic status have an effect?'

Aikataulu: Tutkimus on käynnissä. Ensimmäinen käsikirjoitus on tehty.

Julkaisumuoto: Tutkimuksesta on tarkoitus julkaista englanninkielinen tieteellinen artikkeli.

Kieli: Englanti

Voimavarat: Suomen Akatemian rahoituksen turvin.

Julkaistu:

Kristiina Manderbacka. Exploring gender and socioeconomic differences in treatment of coronary heart disease. [Eur J Public Health](#). 2005 Dec;15(6):634-9.

6.2.005 Saira- ja terveydenhoitajien osuus terveystalouksissa – ketkä käyttävät hoitajapalveluja?

(13.2.2003)

Tarkoitus/tavoitteet: Tarkoituksena on tutkia kuinka suurella osalla väestöstä on tietty terveyden tai sairaanhoitaja, johon he yleensä ottavat yhteyttä (ns. omahoitaja) ja miten tämä osuus vaihtelee asuinalueen, terveydentilan (koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus), elinolojen ja sosioekonomisen aseman mukaan. Lisäksi selvitetään muuta terveyden- ja sairaanhoitajien palvelujen käyttöä sekä näiden palvelujen käytön yhteyttä asuinalueeseen, terveydentilaan sekä elinoloihin ja sosioekonomiseen asemaan. Tuloksia verrataan soveltuvin osin vuosien 1989-1992 Väestövastuukokeilujen (VPK-projekti) väestöhaastatteluaineistoon.

Aineisto:

Tekijät: Päivikki Koponen ym.

Aikataulu: 2003

Julkaisumuoto: Referee artikkelit (1-2)

Kieli/kielet: Englanti/suomi

Voimavarat: 2-3 kk työpanos, rahoitusta haetaan

6.2.006 Lisäntymisterveyden merkitys naisten terveystalouksien käytössä

(13.2.2003)

Tarkoitus/tavoitteet: Tarkoituksena on selvittää lisäntymisterveyteen liittyvien käytösten osuutta naisten terveystalouksien käytöstä (gynekologikäynnit, lisäntymisterveys sairaalahoidon tai viimeisimmän lääkäri/hoitajakäynnin syynä, lisäntymisterveyteen liittyvät terveystarkastukset ja seulontatutkimukset).

Aineisto:**Tekijät:** Päivikki Koponen, Riitta Luoto ym.**Aikataulu:** 2003**Julkaisumuoto:** Referee artikkelit (1-2)**Kieli/kielet:** Englanti/suomi**Voimavarat:** 2-3 kk työpanos, rahoitusta haetaan**6.2.007 Syöpien varhaistoteamisen käytännöt**

(13.2.2003)

Tarkoitus/Tavoitteet: Korkea osallistumisaktiivisuus on keskeistä syöpien joukkotarkastusten onnistumisen kannalta. Siksi tarvitaan tietoa osallistumisaktiivisuuteen liittyvistä tekijöistä. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää sukupuolispesifien syöpien omatarkkailua, kliinistä tarkkailua ja/tai seulontoihin osallistumista sekä niitä selittäviä terveydentilaan, elintapoihin liittyviä sekä psykososiaalisia tekijöitä. Syövästä kohteina ovat rintasyöpä ja kohdunkaulan syöpä naisilla sekä eturauhas- ja kivessyöpä miehillä.

Aineisto: Terveys2000 30+ aineisto. Joukkotarkastuksena tehtäviä tutkimuksia ei ole eroteltu kliinisistä tutkimuksista. Naisilta on kysytty PAPA –koetta ja gynekologista tutkimusta sekä mammografiassa käyntiä ja rintojen ultraäänitutkimusta, lääkärin tai terveydenhoitajan tekemää rintojen palpaatiotutkimusta sekä rintojen omatarkkailua. Miehiltä on kysytty PSA –tutkimusta sekä lääkärin tekemää kivesten palpaatiotutkimusta ja kivesten omatarkkailua. Selittävät tekijöitä ovat: sosiodemografiset tekijät (ikä, koulutus ja asuinalue) koettu terveys, diagnosoidut omat sairaudet (etenkin syövät, mutta myös muut vakavat sairaudet), vanhempien mahdolliset kuolinsyyt (erityisesti syöpä) sekä vakavat sairaudet lapsuuden perheessä, suhtautuminen terveyteen, elintapoihin liittyvät syöpien riskitekijät (tupakointi, alkoholi ja liikunta, BMI) sekä psykososiaaliset tekijät (masennus (BDI) ja psyykinen rasittuneisuus (GHQ) ja sosiaalinen tuki). Lisäksi otetaan mukaan muita ehkäisevän terveystyöskäytännön osoittimia (hampaiden harjaus ja hammaslääkäri käynnit).

Tekijät: Aalto A-M (Stakes, vastaava tutkija, aineiston käsittely), Absetz P (KTL) Schreck M, (KTL, aineiston käsittely), Koponen P (KTL), Arja Aro (KTL/ University of Southern Denmark).

Aikataulu: Vuodet 2005-06, alkamassa**Julkaisumuoto:** Yksi suomalainen artikkeli, yksi kansainvälinen artikkeli**Voimavarat:** Tarvitaan tilastotieteilijän (Jani Raitanen) työpanosta arviolta pari päivä, n 4kk tutkija työpanosta (STAKES/ KTL).**6.2.008 Työttömyyden yhteys terveystalvelujen tarpeeseen ja käyttöön**

(13.2.2003)

Aiemmissa tutkimuksissa on käynyt ilmi, että työttömien subjektiivinen terveys on huonompi kuin työssäkäyvien. Työttömyys ei kuitenkaan ole Suomessa selkeästi yhteydessä lisääntyneeseen terveystalvelujen käyttöön; päinvastoin nuorilla työttömyydestä on seurannut terveystalvelujen käytön vähenemistä. (Virtanen P. Unemployment, re-employment and the use of primary health care services. Scandinavian Journal of Primary Care 1993;11:228-233.) Aiemmin on saatu viitteitä siitä, että työttömät käyttävät terveystalveluja vähemmän kuin olisi tarve, minkä vuoksi sairauksia on jäänyt keskimääräistä useammin havaitsematta (Cook D, Bartley M, Cummings R, Shaper A. Health of unemployed middle-aged men in Great-Britain. Lancet;5:1290-1294). Olisi tärkeää selvittää, onko työttömillä sellaista terveystalvelujen tarvetta, johon ei ole vastattu

ja mihin tämä terveystalvelujen käyttämättömyys olisi yhteydessä. Terveys-2000 aineisto antaa erittäin hyvät mahdollisuudet vertailla mittauksin saatuja terveystalveluindikaattorien tuloksia eri ryhmissä sekä vastaajien terveystalvelujen käyttöä.

Tarkoitus/tavoitteet: Tarkoituksena on analysoida työttömyyden yhteyttä ennaltaehkäisevään sekä hoitavaan terveystalvelujen tarpeeseen ja käyttöön. Tutkimuskysymyksiä ovat seuraavat: Onko työttömien subjektiivinen terveys, toimintakyky huonompi kuin työssäkäyvien terveys ja toimintakyky ja onko heillä enemmän oireita. Selittääkö työttömyys terveystalvelujen käyttämättömyyttä. Koskiko tämä terveystalvelujen vajaakäyttö terveystalveluhoitoa vai sairauksien hoitoa.

Aineisto:

Tekijä: Juha Nyman

Aikataulu: 2003-2004

Julkaisumuoto: Tieteellinen artikkeli (Scandinavian Journal of Primary Care)

Kieli: Englanti

Voimavarat: Tällä hetkellä erillistä rahoitusta ei ole, mutta olen anonut työpaikaltani yhden kuukauden työpanosta vastaavan määrän työaikaä käyttäväksi analyysiin. Tarkoituksena on anoa apurahaa Juho Vainion säätiöltä.

Sisältö: Tutkimuksen ikärajaus on 15-64-vuotiaat. Alustava lista muuttujista, joita tarvitaan: A: (taustatiedot, sukupuoli, ikä, siviilisäätö), AC01-AC03 (koulutus), AD: AD01-AD08 (pääasiallinen toiminta, ammatti), AF: AF01 (työaika ja palkkaus), AH: AH01-AH05 (työttömyys), AJ: AJ01-AJ02 (tulot), B-sarjan kysymykset: BA (terveydentila ja sairaudet) ja BB (sairauksien hoito, sairaalahoidot), D: DA-DF (terveystalvelut). Lisäksi kysymykseen tulevat osa toimintakykytutkimuksen muuttujista. Verenpainemittauksen tulokset sekä oirehaastattelun muuttujia. 1. Kyselyn muuttujista kysymykseen tulee kysymykset 24, 25, 52-59 ja 61. Suunnitellut analyysimenetelmät: Ristiintalvelukointi, korrelaatio, ja logistinen regressio.

Julkaistu:

Abstrakti: Nyman J, Hakkinen U, Keskimäki I, Alha P. Differences in the Patterns of Health Care Use Between the Unemployed and the Employed. Some results from Health 2000 study in Finland. Bremen ICOH Expert Conference 23.-25.09.2004

6.2.009 Miesten HT:n ja vanhenemisen hoitamisen käytön diffuusio, nykyisyys ja tulevaisuus peilattuna naisten HT:n käytön diffuusion

(13.2.2003)

Tarkoitus/tavoitteet: Osatutkimuksen IV tavoite on selvittää miesten hormonihoidon käyttöaste ja levinneisyys maassamme ja selvittää innovaation diffuusion vaihe. Tavoitteena on verrata miesten ja naisten hormonihoidon leviämisen vaiheisuutta toisiinsa.

Aineisto: Tämän osatutkimuksen (IV) aineisto on kvantitatiivista: Tarkastelen Lääkelaitoksen lääkemyyntirekisteriä miesten hormonihoidon osin sekä Kelan lääkekorvaustalveluista miesten HT:n osin. Jos mahdollista, pyrin myös saamaan tietoja rahamääristä lääketeollisuuden puolelta – paljonko rahaa uhrataan tuotekehittelyyn ja markkinointiin? Vertailen lukuja naisten HT:n tilaan. Otan mukaan myös naisten HT:n käytön nykyisen asteen lääkekulutustalveluista – Kelan talveluista. Aiemmat tiedot saan Päivi Topon tutkimuksista. Vertaan innovaation diffuusiota naisten ja miesten osin.

Uusia aineistoja ovat Kansanterveyslaitoksen Terveys 2000 –aineisto ja mahdollisesti Turku Aging Male –aineisto, johon pääsystä parhaillaan neuvotellaan. Näistä aineistoista saan tiedon, kuka käyttää miesten HT:ta ja missä sekä analogiset tiedot naisten HT:n

osin. Aineiston pyrin yhdistämään taustatietoihin, asuinpaikkaan, ikään sekä sosiaaliseen asemaan. Osatutkimuksessa pyritään tekemään perusteltu prognoosi siitä, tuleeko miesten HT lyömään läpi yhtä voimakkaasti kuin naisten.

Tekijät: YTM, LK Kirsi Vainionpää, Lapin yliopisto, Yhteiskuntatutkimuksen laitos

Tämä artikkeli toteutetaan yhdessä VTT, dosentti Päivi Topon ja muiden yhteistyötahojen kanssa

Aikataulu: Osatutkimus IV ajoittuu loppuvuodelle 2003 ja vuodelle 2004.

Julkaisumuoto: Artikkel (osa väitöskirjaa 6.3.001)

Kieli: Englanti

Voimavarat: Tutkimukselle on haettu rahoitusta useista eri paikoista, mm. Avohoidon tutkimussäätiöstä. Lapin yliopisto yhteiskuntatutkimuksen laitos osallistuu myös rahoitukseen.

6.2.010 Työterveyshuollon palvelujen käyttö ja siihen yhteydessä olevat tekijät

(13.2.2003, päiv. 11.1.2008)

Tavoite: Tutkimuksessa tarkastellaan työterveyshuollon palvelujen käyttöä osana työssä-käyvän väestönosan avohoidon palvelujen kokonaiskäyttöä. Tarkastelun kohteena on paitsi työterveyspalvelujen kokonaiskäyttö, myös sen jakautuminen työterveyslääkärin ja työterveyshoitajan vastaanotolle tehtyihin käynteihin.

Aineisto: Terveys 2000 aineisto. Tarkastelua tehdään sosiodemografisten taustamuuttujien, työolojen, palvelujen tarpeen (esim. pitkäaikaissairastavuus, työ- ja toimintakyky), maantieteellisen alueen (esim. maaseutu-kaupunki) sekä työterveyspalvelujen järjestämistavan mukaan. Eriyistarkasteluun otetaan joitakin työterveyshuollon kannalta keskeisiä sairausryhmiä, esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinsairaudet, hengityselinsairaudet ja mielenterveydenhäiriöt. Valittavissa sairausryhmissä tarkastellaan työntekijöiden hoitopalvelujen käytön jakautumista avohoidon eri sektoreille ja työterveyshuollossa lääkärin ja hoitajan vastaanotolle. Aineistoa on tältä osin tarkoitus hyödyntää LL Annukka Kimasen työterveyshuollon alaan kuuluvan väitöskirjan osa-aineistona.

Tekijät ja voimavarat: Annukka Kimanen (TTL ja Lääkärikeskus -yhtymä), Pirjo Manninen (TTL), Päivi Husman (TTL), Kimmo Räsänen (TTL), Kaj Husman (TTL), Maria Rautio (TTL), Anneli Ojajarvi (TTL) ja Pirkko Alha (KTL)

Aikataulu: 2007-8

Julkaisumuoto: Tutkimukset julkaistaan artikkeleina kotimaisissa tieteellisissä aikakausisarjoissa.

6.2.011 Terveystaloustieteellisen mallin kysynnän terveystaloustieteellinen mallintaminen

(15.4.2003)

Tarkoitus/tavoitteet: Selvittää terveydenedistämisyhmäpalvelujen käyttöön vaikuttavia tekijöitä terveystaloustieteellisen kysyntämallin avulla sekä arvioida ko. palvelujen vaikutuksia yksilöiden terveysvalintoihin ja hoitopalvelujen käyttöön. Tutkimus kohdistuu ensisijaisesti nuoriin aikuisiin.

Aineisto: 18 – 29 -vuotiaat Terveys 2000 osallistujat (nuorten otos), sekä 30 – 39 -vuotiaat Terveys 2000 osallistujat.

Tekijät ja voimavarat: Urpo Kiiskinen, Päivikki Koponen, Arja R Aro, Pilvikki Absetz, Seppo Koskinen, Tuija Martelin ja Unto Häkkinen

10-12 henkilötyökuukautta, ulkopuolista rahoitusta haetaan.

Aikataulu: 2004-2005
Julkaisumuoto: 1-2 artikkelia
Kieli: Englanti

6.2.012 Astmalääkkeiden käyttö olympiaurheilijoilla

(15.4.2003)

Tarkoitus/tavoitteet: Kansainvälinen Olympiakomitea on äskettäin v. 2002 tarkentanut astmalääkkeiden käyttöön liittyviä rajoituksia. Tarkkaa tietoa astmalääkkeiden käytöstä olympiaurheilijoilla ei kuitenkaan ole käytettävissä. Tutkimuksella selvitetään astmalääkkeiden käytön yleisyys huippu-urheilija otoksessa ja kuvata lajityypin, sukupuolen, iän ja kilpailukauden (talvi/kesälaji) vaikutusta lääkkeiden käyttöön. Vertailuaineistona käytetään Terveys 2000 tutkimuksen 18-29-vuotiaiden tietoja.

Aineisto: Olympiaurheilijoiden lääke- ja terveystutkimus 2002 sekä Terveys 2000 tutkimus 18-29-vuotiaiden aineisto.

Tekijät: Antti Alaranta, Hannu Alaranta, Ilkka Helenius, Timo Klaukka ja Pirkko Alha

Aikataulu: Toukokuu 2003

Julkaisumuoto: Kansainvälinen julkaisusarja (esim. Thorax, International Journal of Sports Medicine). Abstrakti lähetetty American College of Sports Medicineen kokoukseen (toukokuu 2003). Alustava käsikirjoitus on olemassa. (väitöskirjatyön osajulkaisu)

Kieli: Englanti

Voimavarat: A Alaranta Helsingin yliopiston palveluksessa huhtikuun 2003 loppuun, minkä jälkeen virkavapaalla. Apurahaa haettu opetusministeriöltä ja farmasian alan yksityisistä säätiöstä.

H Alaranta ja I Helenius osallistuvat suunnittelu- ja raportointityöhön oman työnsä ohella.

Yhteistyö: KTL.

Julkaistu:

Abstrakti: Helenius I, Alaranta A, Patja K, Palmu P, Alaranta H. Snuff use and smoking in Finnish Olympic Athletes. Med Sci Sports Exerc 2004;36, S311.

Alaranta A, Alaranta H, Palmu P, Alha P, Pietilä K, Heliövaara M, Helenius I. Asthma medication in Finnish olympic athletes: no signs of inhaled beta2-agonist overuse. Med Sci Sports Exerc. 2004 Jun; 36(6):9191-24.

Alaranta A, Alaranta H, Heliövaara M, Alha P, Palmu P, Helenius I. Allergic Rhinitis and Pharmacological Management in Elite Athletes. Med Sci Sports Exerc. 2005;37(5):707-711.

6.2.013 Suomalaisten olympiaurheilijoiden lääkkeiden käyttö

(15.4.2003)

Tarkoitus/tavoitteet: Tutkimuksella selvitetään olympiavalmennettävien lääkkeiden käyttöä. Astmalääkkeitä lukuun ottamatta huippu-urheilijoiden lääkkeiden käytöstä tiedetään varsin vähän.

Vertailuaineistona käytetään Terveys 2000 tutkimuksen 18-29-vuotiaiden tietoja lääkkeiden käytön osalta.

Aineisto: Olympiaurheilijoiden lääke- ja terveystutkimus 2002 sekä Terveys 2000 tutkimuksen 18-29-vuotiaiden aineisto.

Tekijät: Antti Alaranta, Hannu Alaranta, Ilkka Helenius, Timo Klaukka ja Pirkko Alha

Aikataulu: Kesä 2003

Julkaisumuoto: Kansainvälinen julkaisusarja (esim. Medicine and Science in Sports & Exercise) (väitöskirjatyön osajulkaisu)

Kieli: Englanti

Voimavarat: A Alaranta Helsingin yliopiston palveluksessa huhtikuun 2003 loppuun, minkä jälkeen virkavapaalla. Apurahaa haettu opetusministeriöltä ja farmasian alan yksityisistä säätiöstä.

H Alaranta ja I Helenius osallistuvat suunnittelu- ja raportointityöhön oman työnsä ohella.

Yhteistyö: KTL

Julkaistu:

Abstrakti: Alaranta A, Alaranta H, Palmu P, Pietilä K, Heliövaara M, Helenius I. Use of medication in Finnish Olympic Athletes. *Med Sci Sports Exerc* 2004;36, S311.

Alaranta A, Alaranta H, Heliövaara M, Airaksinen M, Helenius I. Ample Use of Physician-Prescribed Medications in Finnish Elite Athletes. *Int J Sports Med.* 2006 Nov;27(11):919-25.

6.2.014 Olympiaurheilijoiden käyttämät lisäravinteet

(15.4.2003)

Tarkoitus/tavoitteet: Tutkimuksella selvitetään huippu-urheilijoiden lisäravinteiden ja luontaistuotteiden käyttöä. Urheilijat käyttävät monenlaisia lisäravinteita parantaakseen suorituskykyään ja ehkäistäkseen sairastumisia. Näiden käytöstä on varsin vähän julkaistua tutkimustietoa. Vertailuaineistona käytetään Terveys 2000 aineiston 18-29-vuotiaiden tietoja.

Aineisto: Olympiaurheilijoiden lääke- ja terveystutkimus 2002 sekä Terveys 2000 tutkimuksen 18-29-vuotiaiden aineisto.

Tekijät: Antti Alaranta, Hannu Alaranta, Ilkka Helenius, Anna-Liisa Enkovaara ja Pirkko Alha.

Aikataulu: 2003

Julkaisumuoto: Kansainvälinen julkaisusarja (esim. Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports) (väitöskirjatyön osajulkaisu)

Kieli: Englanti

Voimavarat: A Alaranta Helsingin yliopiston palveluksessa huhtikuun 2003 loppuun, minkä jälkeen virkavapaalla. Apurahaa haettu opetusministeriöltä ja farmasian alan yksityisistä säätiöstä.

H Alaranta ja I Helenius osallistuvat suunnittelu- ja raportointityöhön oman työnsä ohella.

Yhteistyö: KTL

6.2.015 Työ ja terveys 2003

(15.4.2003)

Tavoite: Työterveyslaitoksessa tehdään 3 vuoden välein tiedonkeruu työikäisen (25-64 v) väestön puhelinhaastatteluina. Haastattelun aihealueina on fyysiset ja psykososiaaliset työolot, terveyspalvelujen käyttö, työterveyshuollon toimivuus, koettu terveys ja työkyky, terveyteen liittyvät elintavat. Parhaillaan kerätään vuoden 2003 aineistoa, josta julkaistaan perustulokset taulukkoraporttina syyskuussa 2003. Lisäksi aineistoa käytetään marraskuussa ilmestyvään Työ ja terveys ajankohtaiskatsaukseen ja erillisiin tarkasteluihin, joita julkaistaan esim. artikkeleina. Haastattelussa kysytään pitkäaikaissairausten laatua vain niiltä, joilla sairaus on työtä haittaava. Vertailutiedoksi

tarvittaisiin tietoa eri pitkäaikaissairauksien esiintymisestä työikäisessä väestössä. Tätä prevalenssitietoa haluttaisiin saada Terveys-2000 tutkimuksesta.

Aineisto: T2000 nuoret+ aikuiset, pitkäaikaissairauksien prevalensseja koskevaa tietoa olisi tarve luokitella eri taustamuuttujien mukaan (lähinnä: ikä, sukupuoli, työssäolo, Tilastokeskuksen ammattipääryhmä, työnantajasektori, sosioekonominen asema).

Tekijät ja voimavarat: Työ ja terveys –haastattelun vastuuhenkilö Helena Piirainen (myös Terveys 2000 palvelujen käyttö ja hoidon tarve –ryhmän jäsen) sekä TTL:n työterveyshuolto-osaston ATK-suunnittelija tekevät virkatyönä Terveys 2000 –hankkeesta saatavan vertailudatan analysoinnin ja taulukoinnin sekä Pirkko Alha (KTL/TTO).

Aikataulu: Vertailuaineiston käsittely elokuussa 2003.

Julkaistu:

Työ ja terveys 2003

6.2.016 Suomalaisten luontaistuotteiden käyttö vuosina 1995 ja 2000

(15.4.2003)

Tarkoitus: Selvitetään suomalaisten luontaistuotteiden käyttö vuosina 1995 ja 2000 ja onko tänä aikana käytössä tapahtunut muutoksia. Vuoden 1995 käyttö saadaan KELAn ja STAKESin toteuttamasta terveydenhuollon väestötutkimuksesta 1995/96 (1). Selvitetään, onko tuotteiden käytössä eroja sukupuolen, iän, koulutuksen, terveydentilan, terveystalvelujen käytön, elintapojen, lääkkeiden käytön tai asuinpaikan suhteen. Selvitetään myös, mitä luontaistuotteita käytetään. Lisäksi selvitetään, miten yleistä on luontaistuotteiden ja resepti- tai itsehoitolääkkeiden yhteiskäyttö.

1. Arinen S ym. Suomalaisten terveys ja terveystalvelujen käyttö. Terveydenhuollon väestötutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. Terveys 1998:5.

Aineisto: Terveys 2000 tutkimuksen 30 täyttäneiden aineisto, Terveys 2000 tutkimuksen 18 – 29-vuotiaiden aineisto

Tekijät: Anna-Liisa Enkovaara , Pirkko Alha ...

Aikataulu: 2003 – 2004

Julkaisumuoto: 1-2 artikkelia kansainvälisissä julkaisuissa

Kieli: Englanti

Voimavarat: Oman työn ohella. Ulkopuolista rahoitusta selvitetään.

6.2.017 Hoidontarpeen tyydyttyminen tärkeimmissä kansansairauksissa

(23.11.2005)

Tutkimuksen tarkoitus/tavoitteet: DONAU-hankkeeseen liittyen selvitetään suurten kansansairauksien esiintyvyyttä, hoitoa ja tyydyttämätöntä hoidon tarvetta. Lisäksi Terveys 2000 –aineiston perusteella lasketaan sairaus-spesifien mittareiden ja sairauksien seulontakysymysten ominaisuuksia (herkkyys, tarkkuus, positiivinen ja negatiivinen ennustearvo). Laskelmia käytetään DONAU-väestötutkimuksen suunnittelussa.

Aineisto: Terveys 2000 (30+ ja nuorten aineisto)

Tekijät: Sirkku Vuorma, Päivikki Koponen, Vesa Tanskanen ja DONAU-työryhmä

Aikataulu: 2005

Julkaisumuoto: artikkeli

Kieli: suomi

Voimavarat: virkatyönä

Julkaistu:

Vuorma S, Aromaa A, Laakso A ja DONAU-tutkimusryhmä. Miksi terveystalvelujen tarvetta arvoidaan ja miten sitä on tehty? Suom Lääkäril 2006;12;1389-92

6.2.018 Aluekohtainen yksityisten ja julkisten lääkäripalvelujen käyttö Manner-Suomessa pienalue-estimointia hyödyntäen

(30.6.2004)

Tavoite: Selvitetään yksityisten ja julkisten lääkäripalvelujen käyttöön vaikuttavia väestön demografisia tekijöitä

Aineistot: Terveys 2000:n haastatteluaineisto (nuoret ja 30+) sekä Kelan sv-rekisteritiedot tutkittavien yksityislääkärikäyntien osalta

Tekijät: Fil.YO Jukka Karhunen (Jyväskylän yliopisto). Ohjaajat: Risto Lehtonen (JYU) ja Timo Klaukka (KELA)

Aikataulu: Toteutetaan kahdessa osassa; 1.6.-1.9.2004 ja 1.1.-1.4.2005

Julkaisumuoto: pro gradu-tutkielma ja Kelan julkaisu

Kieli: suomi

Yhteistyö: Jyväskylän yliopisto, Kansaneläkelaitoksen tutkimusosasto

Julkaistu:

Karhunen J. Aluekohtainen lääkäripalvelujen käyttö pienalue-estimointia hyödyntäen. Pro gradu –tutkielma. Jyväskylän yliopisto, matematiikan ja tilastotieteen laitos, 2005

6.2.019 Vasta-aine seulonnalla löydettyyn oireettomaan keliakiaan liittyvät riskit — oireettoman keliakikon terveystalvelujen käyttö

(22.5.2007)

Tarkoitus/tavoitteet: Tutkimuksen tarkoituksena on tarkastella seulonnalla löydettyjen keliakikkojen terveystalveluiden käyttöä verrattuna muuhun väestöön. Mikäli seulonnalla löydetty keliakikot ovat todella oireettomia, heidän terveystalveluiden käyttönsä pitäisi olla suunnilleen samanlaista, kuin muunkin väestön, kunhan ikä ja muutamat krooniset sairaudet on vakioitu. Pidämme kuitenkin mahdollisena, että seulonnan perusteella diagnosoidut keliakikot kärsivät joistakin epämääräisistä oireista, jotka saavat heidät käyttämään terveystalveluita tavallista enemmän. Mikäli tämä oletuksemme pitää paikkansa, terveydenhuollolle asetetaan uusia haasteita epätyypillisten keliakiatapausten diagnosoimiseksi.

Tutkimuksessa tarkastellaan rekisteritietojen pohjalta oireettomien keliakikkojen terveystalveluiden käyttöä 12 kuukauden ajalla ennen diagnoosia; kuinka usein talveluja on käytetty, mihin yhteyttä on otettu ja millaisten oireiden vuoksi. Oireettomien keliakikkojen tuloksia verrataan ei-keliakikkoväestön tuloksiin.

Aineisto: Suunnitteilla oleva tutkimus perustuu Kansanterveyslaitoksen Terveys 2000 projektin yhteydessä kerättyyn suomalaista aikuisväestöä edustavaan 6500 tutkittavan keliakia vasta-aine seulottuun materiaaliin

Tekijä(t): Minna Hällström, LT, Kirsi Mustalahti, LT ja Markku Mäki, prof. Talvelujen käyttö ryhmästä mukana ryhmän puheenjohtaja Unto Häkkinen (Stakes) ja ryhmän sihteeri Pirkko Alha (KTL)

Aikataulu: 1.5.2007-31.12.2007

Julkaisumuoto/-muodot: tieteellinen artikkeli

Kieli/kielet: suomi, englanti

Voimavarat: apurahat, EVO-rahoitus

Yhteistyö: Tutkimus toteutetaan Tampereen yliopiston lastentautien tutkimuskeskuksen keliakiatutkimusryhmän toimesta yhteistyössä KTL:n kanssa

6.2.020 The profile of inequity in health and health care utilization among reproductive age women in St. Petersburg. Comparative analysis with neighboring Finland and Estonia

(7.1.2008)

Given the dramatic changes in stratification of post-soviet Russian society along with tremendous changes in health care organization and new status of physician profession it is of interest to analyze current inequity patterns in health and health care utilization in comparison to these of western societies (Finland and Estonia, respectively).

Previous studies have shown that the greatest class gap in mortality could be found among young and middle age people (Shkolnikov, 1998). Hence, our target population is reproductive age citizens. We have chosen women because the burden of disease is more severe for female than for male (HFA-DB, 2005). The focus of the present study is the obstetric gynaecology service in St. Petersburg, as the demand in this service is especially high for this group of population.

In our analysis we will also pay special attention to the quality of reproductive health care practice. An important question is to what extent medical care givers take into consideration the individual particularity of the health care consumer.

Specific objectives

1. To assess the connection of different dimensions of SES and health (self-rated health and chronic morbidity) in St. Petersburg, Finland and Estonia.
2. To assess socioeconomic determinants of smoking in three studied populations.
3. To assess health care utilization (preventive medical care vs. treatment in hospital) by SES in three studied societies.
4. To estimate how does quality of services vary by SES using family planning service as an example (the indicator is acknowledgement of contraindications to pills – smoking, hypertension, diabetes, obesity).

Data: Several cross-sectional studies will be used.

REFER group data (St. Petersburg 2004, Estonia 2004)

KTL data (Health 2000)

Expected results: The analysis will help to outline the health implications of socio-economic status in St Petersburg. The findings will contribute to assembling the information basis needed for devising effective ways to decrease the socioeconomic inequalities in health and health care use. The results will also have methodological value as they will help future epidemiologic research to select appropriate indicators of SES and the factors mediating its effects on health and health care use.

Participants: Professor Elina Hemminki, Dr. Seppo Koskinen, PhD student Tatiana Dubikaytis, in collaboration with PhD student Meri Larivaara and Estonian researchers: Professor Helle Karo and PhD student Made Laanpere.

Schedule: Data analysis will be conducted mainly during 2008 and the manuscripts will be completed during 2008-2009.

6.2.021 Pitkäaikaishoidon kysynnän tarve- ja riskitekijät

(15.4.2011)

Tavoite/Tausta: Työn tavoitteena on tutkia ikääntyvien henkilöiden pitkäaikaishoidon kysyntään, tarjontaan ja riskeihin vaikuttavia taloudellisia tekijöitä ja kannustimia kontrolloiden tarvittavat taustatekijät. Pitkäaikaishoidon riskiä mallinnetaan ekonometristen menetelmien avulla. Taustamuuttujina käytetään tutkittavien henkilöiden sosio-ekonomista

asemaa, terveydentilaa, toimintakykyä ja palvelujen käyttöä. Tutkimuksen teoreettisena taustakirjallisuutena hyödynnetään taloustieteellistä, pitkäaikaishoidon kysyntää, tarjontaa ja hoivavakuutusta käsittelevää kirjallisuutta.

Aineisto: Terveys 2000 tutkimuksen sosio-ekonomista asemaa, terveydentilaa, toimintakykyä, palvelujen, omaishoidon ja lääkkeiden käyttöä kuvaavat muuttujat, Terveys- ja Sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisterien tiedot pitkäaikaishoidon palvelujen käytöstä vuosilta 2000 – 2010,

Tekijät: Eero Siljander, Ismo Linnosmaa, Unto Häkkinen

Yhteistyötahot: Seppo Koskinen, Tuija Martelin, Reijo Sund, Päivi Sainio, Pekka Martikainen (Helsingin yliopisto), Jenni Blomgren (KELA). Viittaukset Terveys2000 - tutkimussuunnitelmiin 1.2.1.013 (Elinot pitkäaikaiseen laitoshoittoon siirtymisen ennustajina iäkkäillä) ja 10.2.2.014 (Toimintakyvyn rajoitteet pitkäaikaiseen laitoshoittoon siirtymisen ennustajina iäkkäillä).

Aikataulu: 2011-2012

Julkaisumuoto: Tieteellinen artikkeli(t) kotimaisessa julkaisussa ja kansainvälisessä terveystaloustieteellisessä refereer –prosessin edellyttävässä julkaisussa/lehdessä.

Kieli: Suomi/Englanti

Voimavarat: TEKESin rahoituksen turvin.

Muuta: Rahoitusta Eero Siljanderin väitöskirjahankkeeseen nimeltä: ”Vanhuspalveluiden kustannusvaikuttavuus ja -tehokkuus, kysynnän riskitekijät ja palvelujen laatu.” on haettu ja haetaan tutkimusta varten myös tieteellisiltä säätiöiltä kuten Yrjö Jahnssoonin säätiö.

Julkaistu: Siljander E, Häkkinen U ja Linnosmaa I. Toimintakyky, terveydentila ja tulot laitoshoittoon hakeutumisen selittäjinä: kirjallisuuskatsaus ja uusia suomalaisia tuloksia. Kirjassa: Valkonen T. (toim.) Hoivariskit ja hoivavakuutukset, ETLA B253, Helsinki 2012.

6.2.022 Pitkäaikaishoidon kysyntää ja pitkäaikaishoittoon siirtymistä ennustavat tekijät – T2011 & T2000 laitosdata.

(22.4.2013)

Ismo Linnosmaa, Eero Siljander, Seppo Koskinen, Markku Heliövaara, Reijo Sund, Pirkko Alha, Harri Rissanen, muut?

1. TIIVISTELMÄ

Tämä on tutkimussuunnitelma THL:n terveys- ja sosiaalitalouden (CHESS), väestön terveydentila (VETY) ja palvelujärjestelmän tutkimusyksikön (PALT) ikääntyneiden pitkäaikaishoittoa, erityisesti niiden riskejä, vaikuttavuutta ja kustannuksia tarkastelevaksi tutkimukseksi. Tavoitteena on tuottaa uutta tietoa ikääntyvän väestön pitkäaikaishoidon palvelutarpeista, tuotetuista palveluista ja niihin liittyvistä tekijöistä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on tutkia ikääntyneiden pitkäaikaishoidon sosio-ekonomisiin tekijöihin, terveyteen ja toimintakykyyn liittyviä riskejä. Lisäksi pyritään tarkastelemaan eri hoitomuotojen välistä korvattavuutta ja täydentävyyttä. Laitoshoidon ennustavia tekijöitä, eri hoitomuotojen vaikuttavuutta ja kustannuksia analysoidaan taloustieteen näkökulmasta tarkastellen.

Tässä tutkimuksessa kehitetään menetelmiä ikääntyneiden laitoshoidon ennakoimiseen ja eri hoitomuotojen välisen korvattavuuden tarkastelemiseen. Tutkimus tuottaa tietoa siitä, mitkä politiikkatoimenpiteet olisivat tehokkaimpia käyttää ikääntyneiden laitoshoidon ehkäisyssä, kun toimenpiteiden arvioinnissa huomioidaan sekä kustannukset että vaikuttavuus. Tuotettua tietoa voivat hyödyntää sekä ikääntyneiden palveluista vastaavat päätöksentekijät että tutkimuslaitoksissa ja yliopistoissa toimivat tutkijat.

2. JOHDANTO

Ikääntyneiden pitkäaikaishoidon tarve on lisääntynyt voimakkaasti 2000 luvun aikana, mikä näkyy avo- ja laitoshoidon palvelujen lisääntyneenä kysyntänä mutta myös omaishoidettavien määrän kasvuna. Kehitystä selittää pääasiassa voimakas ikääntymiskehitys, mutta myös muutokset ikääntyneiden sosio-ekonomisessa asemassa, terveydessä ja toimintakyvyssä. Näiden tekijöiden lisäksi on huomiotava muuttuneet ikäihmisten hoidon laatusuosituksen ja hoitokäytännöt.

Suomessa on vähän tutkittua tietoa tulojen, terveyden ja toimintakyvyn yhteydestä laitoshoidon käyttöön. Rekistereihin perustuen on arvioitu, miten tulot, siviilisäät ja erilaiset sairastavuusindikaattorit vaikuttavat laitoshoidon riskiin (Martikainen ym. 2009, Einiö 2010). Näissä tutkimuksissa ei kuitenkaan huomioida yksilön toimintakykyä ja terveyteen liittyvää elämänlaatua laitoshoidon riskiin vaikuttavana taustatekijänä. Lääkekorvaukset antavat arvokasta tietoa sairastavuudesta, mutta tämä ei välttämättä kuvaa yksilön toimintakykyä ja selviytymistä jokapäiväisistä toiminnoista.

Tässä tutkimuksessa arvioidaan laitoshoidon kysyntään vaikuttavia tekijöitä sekä aiemman tutkimuskirjallisuuden että suomalaisen aineiston perusteella. Erityisen kiinnostuksen kohteena on terveyden, toimintakyvyn ja tulojen vaikutus pitkäaikaishoidon ja laitospalvelujen käyttöön suomalaisessa palvelujärjestelmässä. Työn empiirisessä osassa hyödynnetään Terveys 2011 - ja Terveys 2000 -aineistoa, joka antaa monipuoliset mahdollisuudet arvioida terveys- ja toimintakykytekijöiden ja tulojen vaikutusta laitoshoidon todennäköisyyteen.

3. TUTKIMUKSEN TAUSTA

Palvelutarve

Suomessa käynnissä oleva voimakas väestön ikääntymiskehitys lisää kustannuksia sosiaali- ja terveydenhuollossa. Siksi on tärkeää saada tietoa siitä, miten vanhusten pitkäaikainen laitos-, koti- ja omaishoito järjestetään mahdollisimman kustannustehokkaasti ja vaikuttavasti. Tämä on erityisen tärkeää julkisen talouden pitkän aikavälin talouspoliittisen kestävyuden sekä sosiaalipoliittisesti kestävänsä yhteiskuntarakenteen kannalta. Jo tällä hetkellä verotukseen kohdistuu voimakkaita korotuspaineita, ja valtion ja kuntien menoihin leikkauspaineita. Kustannusvaikuttavat, laadukkaat ja tehokkaat vanhuspalvelut sekä yleisemmin sosiaali- ja terveyspalvelut ovat Sosiaali- ja terveysministeriön kirjattujen tavoitteiden joukossa (Pekurinen & Sintonen 2009, STM -julkaisuja 2005:10).

Tavoitteena sosiaali- ja terveydenhuollossa on turvata vanhusten asuminen kotonaan mahdollisimman pitkään ja tarjota laadukkaat ja kustannusvaikuttavat laitoshoidon palvelut. Myös

ikäihmisten itsensä kannalta on mielekästä asua kotona tai kodinomaisissa olosuhteissa mahdollisimman myöhäiselle iälle asti. Kun tämä ei ole enää terveyden ja toimintakyvyn kannalta lääketieteellisesti ja sosiaaliset palvelutarpeet arvioituna perusteltua, on palvelu- tai laitosasuminen paras asumisen muoto ikääntyneen kannalta. On tärkeää tunnistaa ja puuttua laitoshoidon riskitekijöihin varhaisessa vaiheessa, sillä THL:n ikääntyneiden palveluiden laatusuosituksen (STM 2001) mukaan tavoitteena on lisätä vanhusten asumista kotona ja vähentää laitoshoitopaikoilla olevien määrää.

Pitkäaikaishoidolla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa vanhusten laitoshoidon, kotihoiton ja kotisairaanhoidon palveluja sekä omaishoidon rahallisia etuuksia. Vanhusten pitkäaikaishoitoa voidaan tuottaa joko laitoshoidona tai kotihoitona, mutta tässä työssä pääasiallinen kiinnostus kohdistuu laitoshoidon kysyntään, riskeihin ja kustannus-vaikuttavuuteen. Vanhusten laitostumiseen vaikuttavia riskitekijöitä ovat aiemman tutkimuksen perusteella mm.: alempi sosioekonominen tausta (tuloköyhyys, vähäinen koulutus), puutteelliset asuinolot, vähäinen tuki perheeltä ja läheisiltä, yksin asuminen ja puolison kuoleman läheisyys. Lääketieteellisten diagnoosien kuten dementian, Parkinsonin taudin, aivohalvauksen, psyykkisten sairauksien, nivelmurtumien ja diabeteksen olemassaolo taustatekijöinä aiheuttaa laitoshoidon kysyntää ja lisääntynyttä tarvetta. Sairastavuuden varhaiseen ehkäisyyn ja hyvään hoitoon panostaminen säästää merkittävästi kuntien resursseja ja estää ikääntyneiden laitostumista.

Kustannukset

Vanhusten hoivaan ja toimeentuloon käytettävät resurssit voidaan esittää sosiaaliturvamenojen jaolla etuus- ja palvelumenoihin. Vanhusten sosiaaliturvan menoista valtaosan, 14,4 mrd. euroa tai 88 % kokonaismenoista, muodostavat eläkkeet ja niihin verrannolliset maksettavat etuudet (benefits in cash). Huomattavasti pienempi, mutta kansantaloudellisesti kuitenkin erittäin huomattava osuus menoista, kohdistuu vanhushoivapalveluihin (benefits in kind), joiden yhteenlaskettu rahallinen arvo on 1,9 mrd. euroa tai 12 % vanhuuteen liittyvistä kokonaismenoista (Sotkanet, THL, 2010). Tuoreimpien ennusteiden mukaan vanhusten pitkäaikaishoidon menot kasvavat 60 %:lla vuodesta 2007 vuoteen 2039 mennessä (Häkkinen, Martikainen, ym., 2008).

Yhteensä vanhuuteen liittyviksi sosiaaliturvamenoina voidaan lukea 16,3 mrd. euroa, mikä on noin 34 % yhteenlasketuista sosiaalimenoina (48,6 mrd. euroa) vuonna 2008. Vanhusten palvelut ovat Suomessa keskittyneet laitotasumiseen, kotipalveluihin, omaishoidon tukeen ja muihin palveluihin. Vuonna 2008 vanhusten laitoshoidon menot olivat 743 milj. euroa käyvin hinnoin, joista yksityisen laitoshoidon menot olivat 22 %. Kotihoitoon sisältäen kotipalvelut ja kotisairaanhoidon käytettiin 451 milj. euroa ja omaishoidon tukien yhteissumma oli 84 milj. euroa. Sekalaisten ja erittelemättömien menojen osuudeksi muodostui 609 milj. euroa (Esspros-tilastot 2008; Sotkanet THL). Nämä vanhuuteen liittyvät sosiaalimenot ovat kasvaneet vuosina 1980-2008 yhteensä 214 % kiintein hinnoin ja BKT-osuuden muutos on ollut samana ajanjaksona tasan 1 %-yksikkö (v.2008 yhteensä 8,8 % Bkt:sta).

Yhteiskunnalliset vaikutukset ja terveystaloudellisuus

Vaikka kyseessä on inhimillisiltä ja rahallisilta kustannuksilta huomattavasta kysymyksestä, ei objektiivista empiiristä tietoa ikääntyneiden laitoshoidon yksilötason syistä ole paljoa käytettävissä. Tähän mennessä tehdyissä kotimaisissa tutkimuksissa ei

ole huomioitu objektiivisesti mitattua terveydentilaa (lääkärintarkastus, laboratoriokokeet, toimintakyvyn mittaukset). Mikä on sosio-ekonomisen aseman, terveyden ja toimintakyvyn vaikutus laitoshoitoon siirtymiseen ja kuolleisuuteen, jota voidaan usein arvioida vasta vuosien seurannan jälkeen?

Emme myöskään tunne tarpeeksi hyvin taloudellisia syitä ja taustoja, joita ikääntymiseen liittyvä laitoshoidon pitää sisällään. Onko sosio-ekonomisella asemalla ratkaisevaa vaikutusta terveydentilan ja toimintakyvyn lisäksi? Suomen laajat rekisterijärjestelmät mahdollistavat laitoshoitoon siirtyneiden henkilöiden pitkäaikaisseurannan, jonka avulla voidaan päästä käsiksi edellä mainittuihin kysymyksiin. Samalla voidaan kontrolloida ja vakioida simultaaninen kuolleisuusriski.

4. PITKÄAIKAISHOIDON KYSYNTÄ

Pitkäaikaishoidon palvelujen kysyntää on silloin, kun niistä ollaan valmiita maksamaan tai uhraamaan muita voimavaroja. Kysyntään vaikuttavat tarvetekijöiden ja sosioekonomisten tekijöiden ohella yksilöiden preferenssit koskien palveluja ja niiden laatua (Norton 2000, Kuhn ja Nuscheler 2011). Palvelujen toteutuneeseen käyttöön vaikuttavat kysynnän ohella palvelujen tarjonta ja muut institutionaaliset tekijät (Scanlon 1980, Nyman 1985, Hirth 1999). Laitoshoidon riskillä puolestaan tarkoitetaan laitoshoitoon siirtymisen todennäköisyyttä. Usein etsitään parhaimpia riskiä ennustavia tekijöitä, kiinnittämättä huomiota taustalla olevaan kausaalisuuteen. Näitä kolmea käsitettä käytetään kirjallisuudessa vaihtelevasti ja laitoshoidon koskevissa empiirisissä analyyseissä niitä on usein mitattu samalla muuttujalla (laitoshoidon todennäköisyydellä).

Taloustieteelliset mallit tarkastelevat laitoshoidon olettamaa, että ikääntyneet asiakkaat ja heidän omaisensa tekevät hyötyä maksimoivia päätöksiä, joiden perusteella määräytyy iäkkään henkilön virallisen (formal) hoivan kysyntä ja omaisten tuottaman epävirallisen (informal) hoivan tarjonta. Virallisella hoivalla tarkoitetaan koulutettujen ammattihenkilöiden hoivaa, jota tuotetaan korvausta vastaan. Esimerkkejä virallisesta hoivasta ovat laitoshoidon ja kotiin hankitut tukipalvelut. Epävirallisella hoivalla puolestaan tarkoitetaan hoivapalvelujen tuottamiseen kouluttamattomien henkilöiden tarjoamaa hoivaa, josta ei suoriteta maksua.

Seuraavissa kohdissa eritellään terveystaloustieteellisen kirjallisuuden perusteella keskeisiksi laitoshoidon ja muun pitkäaikaishoidon kysyntää ennustaviksi ja selittäviksi tekijöiksi havaittuja asiakokonaisuuksia.

5. TUTKIMUKSEN TARVE JA HYÖDYNNETTÄVYYS

Terveys- ja sosiaalipalveluiden rahoitusjärjestelmän osalta tutkimus tuottaa uutta tietoa taloudellisten kannustimien optimaalisesta käytöstä ikääntyneen väestön hoidon ja hoivan järjestämisessä kustannustehokkaalla ja vaikuttavalla tavalla. Tarkastelussa ovat avoimesti esillä julkisten vanhustalouden, yksityisen terveys- ja sosiaalivakuutuksen ja kotihoidon sekä omaishoivan järjestämistavat niin, että yhteiskunnalliset resurssit tulevat allokatiivisen tehokkaasti kohdennettua. Tutkimus tuottaa valtion ja kuntien

päätöksentekijöille, palveluiden tuottajille ja kuntien asukkaille monipuolisesti vanhushpalveluja koskevaa tietoa.

Lukuisat tutkimukset, kuten ”Suomalaisten hyvinvointi 2010” -kirja (Vaarama, Karvonen toim., 2010) ovat osoittaneet, että ikääntynyt väestö haluaa asua omassa kodissaan mahdollisimman myöhäiseen ikään saakka. Siksi laitoshoidon käytön vähentämisen, kodinomaisen asumisen, omaishoidon ja kotihoidon järjestämisen taloudelliset kannustimet ovat keskeisellä sijalla lähitulevaisuudessa.

Tutkimuksesta saatujen tulosten ja kokemusten perusteella arvioidaan, minkälaisin edellytyksin pitkäaikaishoitoa voidaan ennakoida sekä vaikuttavuutta ja kustannuksia mitata koko maassa sekä arvioida erilaisten taloudellisten hoidon vaikuttavuutta parantavien kannustimien soveltuvuutta eri palvelumuotoihin. Tutkimuksessa voidaan hyödyntää valtiolla ja kunnissa meneillään olevia sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksia, palvelujen tuotteistusta koskevia hankkeita ja niistä saatuja kokemuksia. Hankkeen tuottamaa tietoa voidaan käyttää myöhemmin myös sosiaalipalveluiden rahoitusta ja tuotteistusta koskevassa arviointityössä.

6. TUTKIMUKSEN SISÄLTÖ JA AINEISTO

Tavoite

Tavoitteena on kehittää monitahoinen tutkimuskokonaisuus, joka tarkastelee ikääntyneiden pitkäaikaishoidon syitä ja seurauksia monesta näkökulmasta. Tutkimuskokonaisuus voidaan jakaa kolmeen pääteemaan, joilla pyritään tarkastelemaan pitkäaikaishoitoa, sen vaikuttavuutta, kustannuksia ja palvelujärjestelmää ikääntyneiden, perheiden, kuntien ja koko yhteiskunnan kannalta.

Tutkimusosiot:

- 1) Pitkäaikaishoitoa ennakoivat ja selittävät sosio-ekonomiset riskitekijät,
- 2) terveydentilaan, toimintakykyyn ja elämänlaatuun liittyvät riskitekijät,
- 3) sosio-demografisten tekijöiden ja perhetaustan vaikutus
- 4) alueelliset erot ja tarjontatekijät,
- 5) muut tutkimuksen aikana esille nousevat kysymykset.

Tutkimusaineisto

Tutkimusaineisto perustuu vuosina 2010-2011 ja 2000–2001 toteutettuihin Terveys 2011 ja Terveys2000 -tutkimuksiin, joiden aineistot edustavat Suomen koko 30 vuotta täyttänyttä väestöä (Koskinen ym., 2012; Aromaa & Koskinen, 2002). Toimintakykyä on käytettävissä aineistoissa mitattu monipuolisesti. Ne sisältävät tietoja tutkittujen ilmoittamasta toimintakyvystä (päivittäistoiminnot, liikkumiskyky, aisti- ja kognitiiviset toiminnot, toimintakyvyn sosiaaliset edellytykset jne.) sekä lisäksi tulokset erilaisista toimintakyvyn mittauksista vakio-olosuhteissa. Terveystilasta ja sairauksista on saatavilla haastatteluun, kliniseen lääkäriin, hammaslääkäriin tai terveydenhoitajan tutkimukseen perustuvat tiedot sekä mittauksiin perustuvat tiedot eri riskitekijöistä (mm. kolesteroli, verenpaine, painoindeksi). Lisäksi

aineistoissa on sosiodemografiset taustatiedot, monipuoliset tiedot elintavoista (mm. tupakointi, alkoholin- ja ravinnonkäyttö sekä fyysinen aktiivisuus) ja runsaasti tietoja elinoloista sekä palvelujen käytöstä.

Terveys 2011 ja terveys 2000 –tutkimuksen yli 50 –vuotiaista laitoshoidon riskissä olevista henkilöistä muodostetaan yksilötason aineisto, johon liitetään laitoshoidoaineiston taloudellisia, sosiaalisia, terveydentilaa, toimintakykyä ja palvelujen ja lääkkeiden käyttöä kuvaavat muuttujat terveyden- ja sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisterien perusteella (Hilmo, SosiaaliHilmo, AvoHilmo). Nämä sisältävät tiedot pitkäaikaishoidon palvelujen käytöstä vuosilta 2000 – (2015?)

Aineistoihin liitetään Kelasta saadut, väestörekisteriin pohjautuvat tiedot kuolinajasta vuoden 2015? loppuun asti. Lisäksi Kelan rekistereistä liitetään lääkkeiden erityiskorvausoikeuksia koskevat tiedot, tiedot Kelan korvaamista lääkeostoista ja vammaisuuksista. Tilastokeskuksen rekisteristä liitetään kuolemansyytiedot sekä koulutus- ja ammattitiedot. Tarkemmat tiedot aineistojen yhdistämisestä linkittämällä eri rekisterit keskenään kryptatun henkilötunnuksen perusteella on esitetty liitteessä 1.

Laitoshoidtoa kuvaavat päätetapahtumamuuttujat

Ylläkuvausta hoitoilmoitusrekisterien tiedoista jalostetaan ns. päätetapahtumamuuttujat:

- tieto siitä, onko henkilö pitkäaikaisessa tai satunnaisessa laitoshoidossa
- koska laitoshoido on alkanut
- mitä palvelua on käytetty

Vain nämä päätetapahtumamuuttujat liitetään lopulliseen tutkimusaineistoon.

Laitoshoidon alkamista kuvaava päätetapahtumamuuttuja (täsmennetään myöhemmin): 1=90 päivän keskeytymätön hoitajakso tai hoitajaksojen yhdistelmä tai pitkäaikaishoitopäätös, 2=jatkuva hoidon tarve (esim. vähintään 50 % ajasta laitoshoidossa tai tehostetussa palveluasumisessa); 3=satunnainen hoidon tarve (alle 50 % ajasta laitoshoidossa tai tehostetussa palveluasumisessa); 4=ei hoidon tarvetta. Lisäksi liitetään 1- ja 2-luokkien alkamispäivämäärät ja palvelutyypin jakauma 90 päivän kuluessa. Palvelutyypit ovat sairaala, terveyskeskus, vanhainkoti ja tehostettu palveluasuminen.

Menetelmät

Työn tavoitteena on tutkia ikääntyvien henkilöiden pitkäaikaishoidon kysyntään ja riskeihin vaikuttavia taloudellisia tekijöitä ja kannustimia. Pitkäaikaishoidon riskiä ja kestoja mallinnetaan ekonometristen menetelmien avulla. Taustamuuttujina käytetään tutkittavien henkilöiden sosio-ekonomista ja sosio-demografista asemaa, terveydentilaa, toimintakykyä, lääkkeiden ja palvelujen käyttöä kuvaavia muuttujia.

Tilastolliset analyysit tehdään SPSS 20, SAS 9.1- ja Stata 12 -ohjelmalla. Aluksi selvitetään ikäryhmän ja sukupuolen mukaan taustatekijöiden yleisyys taulukoimalla, ristiintaulukoimalla ja raportoidaan keskeiset aineistoa kuvaavat tunnusluvut ja niiden luottamusvälit. Lisäksi esitetään keskeisten muuttujien jakaumat ja niistä laskettavien tunnuslukujen luottamusvälit.

Sosiodemografisten, sosioekonomisten ja elinoloihin liittyvien taustatekijöiden yhteyttä selitettäviin tekijöihin kuten laitostumisen riskiin tutkitaan erilaisten duraatiomallien (hasardifunktioiden mallinnus), mm. Coxin ja kilpailevien riskien (Fine & Gray, 1999; Cox,

1972) regressioanalyysin avulla. Hoitopäätöstä mallinnetaan todennäköisyysmallien avulla, mm. logistisen regressioanalyysin avulla.

Mahdollisuuksien mukaan sovelletaan rekisteriaineiston havaintojen kaltaistamista (propensity score matching) ja niistä muodostettuihin koe- ja kontrolliryhmien välisiin eroihin perustuvaa menetelmää (difference in -differences). Tarkempi kuvaus sovellettavista ekonometrisistä menetelmistä löytyy lähdeviitteistä (Cameron & Trivedi, 2005; Guo & Fraser, 2010).

Aikataulu ja resurssit

Terveys 2000- ja Terveys 2011 -aineiston tietojen keruu on päättynyt vuoden 2012 loppuun mennessä ja perusraportit valmistuneet (Koskinen ym., 2012; Aromaa ym., 2002) Tähän tutkimukseen liittyvän laitospdatan keräys on käynnistynyt vuoden 2013 alusta ja aineiston tilastollinen tutkimus on tarkoitus aloittaa vuonna 2014. Tutkimus on tarkoitus suorittaa niin, että ensimmäiset tulokset voidaan esittää THL:n julkaisuissa viimeistään vuoden 2015 lopussa ja tätä seuraavina vuosina.

Tutkimuksen kustannukset koostuvat pääosin THL:n sisällä käytetystä työpanoksesta. KELAn ja Tilastokeskuksen aineistoista ja resursseista sovitaan erikseen. Merkittäviä ylimääräisiä aineistokuluja ei tähän osioon synny, vaan kustannukset määräytyvät pääosin laitosten sisäisesti tutkijoiden työpanoksen mukaan. Tämän suunnitelman mukaiset tutkimukset suoritetaan yhteistyössä eri Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen yksiköiden, tutkijoiden ja asiantuntijoiden kanssa kuitenkin niin, että laitoshoidon koskevan tutkimuksen vastuuhenkilönä toimii erikoistutkija Eero Siljander Sosiaali- ja terveystalouden -yksiköstä.

Vuosien 2013-2015 aikana on tavoitteena laatia kolme vertaisarvioitua käsikirjoitusta tieteellisiin lehtiin. Lisäksi tuloksista raportoidaan THL:n julkaisuissa.

Eettiset kysymykset

Tutkimusaineisto on eettiseltä kannalta hyvin sensitiivistä. Eettiset näkökulmat otetaan vahvasti huomioon suunniteltaessa ja toteutettaessa tätä tutkimusta. Tämä suunnitelma muuttujaluetteloinen viedään THL:n tutkimuseettisen työryhmän käsittelyyn. Tämän jälkeen THL:n sisäinen käyttö lupa haetaan rekisteriviranomaisen edellyttämän prosessin mukaisesti sekä haetaan luvat rekisteriaineistojen käyttöön tarvittavilta muilta rekisterien ylläpitäjiltä.

Tutkimuksen aineisto koostuu rekisteriaineistoista. Näitä rekisteritietoja yhdistellään käyttämällä henkilöiden henkilötunnuksia. Rekisteriaineistojen yhdistelemisestä vastaa THL. Aineisto luovutetaan tutkijoille tunnistetietojen poistamisen jälkeen. Lopullinen aineisto ei siis sisällä mitään henkilön identifiointitietoja. Alkuperäiset identifiointinumerot arkistoidaan THL:ssä tulevaa käyttöä varten sen jälkeen, kun arkistointia varten tarvittavat luvat on saatu.

Tutkimuksessa noudatetaan THL:n aineiston suojelun sääntöjä ja käytäntöjä. Tarkoituksena on olla loukkaamatta ja vaarantamatta tutkittavan väestön yksityisyyttä ja luottamuksellisten tietojen leviämistä.

Tutkimusosio 1: Laitoshoidon ja muun pitkäaikaishoidon käyttöön vaikuttavat sosio-ekonomiset tekijät

Tavoite

Tavoitteena on tuottaa uutta ja koota uusinta tutkimustietoa laitoshoidon kysynnän tarve- ja riskitekijöistä. Tavoitteena on tutkia laitoshoidon ennaltaehkäisyn ja välttämisen taloudellisia ja talouspoliittisia kannustimia ja toimenpiteitä, ja siten vähentää laitoshoidon joutumisen todennäköisyyttä väestössä. Keskeisiä kirjallisia lähteitä ovat kaikissa tutkimusosioissa ikääntyneiden pitkäaikaista hoitoa koskeva terveystaloustieteellinen ja epidemiologinen tutkimuskirjallisuus. Näitä soveltaen ja aineiston vahvuuksia hyödyntäen muodostetaan ekonometriset ja tilastolliset mallit sekä testataan tutkimushypoteeseja.

Osiolle voidaan asettaa seuraavat tutkimuskysymykset:

A) Mitkä ovat keskeiset sosio-ekonomiset laitoshoidon ja muuta pitkäaikaishoitoa selittävät tekijät, kun terveyttä ja toimintakykyä kontrolloidaan yksilötasolla?

B) Mitkä ovat taloudelliset kannustimet pitkäaikaisen laitoshoidon ennaltaehkäisyn suhteen yhteiskunnan näkökulmasta? Miten yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä voidaan taloudellisesti kannustaa välttämään suuria kustannuksia?

Aiempi kirjallisuus

Laitoshoidon ennustaviksi sosio-ekonomisiksi tekijöiksi luetaan tässä kotitalouskohtainen ja henkilökohtainen varallisuus, tulot ja koulutustaso. Tulot ja varallisuus vähentävät laitoshoidon käyttöä lähes kaikissa terveystaloustieteellisessä kirjallisuudessa raportoiduissa tutkimuksissa. Yksinomaan laitoshoidon käsittelevissä tutkimuksissa (Norton 2000, Headen 1993, Börsch-Supan ym. 1992, Einiö 2010) on havaittu, että omistusasunnossa asuvat ja korkeamman tulotason henkilöt käyttävät vähemmän laitoshoidon kuin pienituloiset. Tämä tulos pätee myös, kun huomioidaan tarjontatekijät (Einiö 2010). Tutkimustulokset viittaavat siihen, että laitoshoidon on luonteeltaan inferiorinen hyödyke, jonka kysyntä alenee, kun asiakkaiden tulot nousevat.

Omaishoidon ja maksetun kotihoidon huomioivien tutkimusten mukaan tulot ja varallisuus lisäävät maksetun kotihoidon kysyntää ja vähentävät laitoshoidon käyttöä. Kun vanhuksen tuloja pidetään eksogeenisenä tekijänä, niin korkeamman tulotason on havaittu olevan yhteydessä suurempaan maksetun kotihoidon käyttöön (Ettner 1994, Kemper 1992). Mikäli tuloja pidetään endogeenisenä muuttujana, joka instrumentoidaan sosiaaliturvaan liittyvillä muuttujilla, tulotason nousu kasvattaa kotihoidon kysyntää ja vähentää laitoshoidon kysyntää (Goda ym. 2011). Tämän tutkimuksen mukaan tulojen noustessa laitoshoidon korvataan maksetulla kotihoidolla.

Korkeammat tulot mahdollistavat maksetun kotihoidon palvelujen hankinnan ja vaihtoehtoiset pitkäaikaishoidon valinnat ja hoitopolut. Kotihoidon palvelujen käyttö luo edellytyksiä itsenäiselle selviytymiselle ja kotona asumiselle sekä alentaa laitoshoidon todennäköisyyttä (Bolin ym. 2008, Greene ja Ondrich 1990, Grundy ja Glaser 1997). Laitoshoidon osalta on havaittu, että palvelujen käyttö joustaa tulojen ja varallisuuden suhteen enemmän pariskuntien, korkeammin koulutettujen ja paremman toimintakyvyn omaavien ryhmissä (Reschovsky 1998).

Tulotason ja varallisuuden kasvun voidaan nähdä antavan perintömotiiville (Bernheim ym. 1985, Hurd 1989, Zweifel ja Struwe 1998) erityistä voimaa, koska ne mahdollistavat perinnöllä ”kiristämisen” ja omaishoidon vaatimuksen vanhuksen puolelta, jolloin laitoshoidon merkitys vähenee ja yksityisen hoivan, omaishoidon ja itse kustannetun palvelutaloasumisen merkitys korostuu. Perintöjen ja lapsille suunnattujen lahjoitusten (ennakkoperinnöt) kautta tapahtuvan suunnittelun motiivit ovat kirjallisuudessa hyvin tunnetut ns. strategisena perintömotiivina (Zweifel ja Struwe 1998, Eisen ja Sloan 1996). Tämän perintömotiivin perusteella vanhukset voivat luottaa tai ainakin toivoa saavansa omais- ja läheishoivaa perillisiltään. Suomessa (Kruhse-Lehtonen 1995) on saatu viitteitä perintömotiivien merkitsevyydestä, eli lapselliset (perikunnalliset) pariskunnat säästävät elinkaaren aikana huomattavasti suuremmat omaisuusarvot vanhuuden varalle eivätkä kuluta niitä ikääntyneinä samassa suhteessa kuten lapsettomat parit. Tämä tulos pohjautuu Tilastokeskuksen kuluttajatutkimuksen tietoihin ja siitä on viitteitä myös muista maista (Lassila ym. 2002, Gale ja Slemrod 2001).

McCallin ym. (1998) ja Kenkelin (1990) tutkimusten mukaan korkeampi koulutus- ja tulotaso lisäävät pitkäaikaishoidon, terveydenhuollon ja hoivavakuutuksen kysyntää, kun käsitykset vanhuuden hoivan tarpeesta muuttuvat realistisemmiksi tiedon hankkimisen, oppimisen ja tiedottamisen myötä. Tuoreessa suomalaisessa tutkimuksessa havaittiin, että korkeampi koulutustaso oli yhteydessä vähentyneeseen laitoshoidon riskiin ainoastaan miesten osalta, kun sosio-ekonomiset tekijät ja sairaustaustat kontrolloitiin (Einiö 2010).

Tutkimusosio 2: Laitoshoidon ja muun pitkäaikaishoidon käyttöön vaikuttavat terveyteen ja toimintakykyyn ja elintapoihin liittyvät tekijät

Tavoite

Tavoitteena on tutkia laitoshoidon ennaltaehkäisyn terveyteen liittyviä ja terveystaloudellisia kannustimia ja toimenpiteitä, ja siten vähentää laitoshoidon joutumisen todennäköisyyttä väestössä. Tässä osiossa tuotetaan tietoja toimintakyvyn eri ulottuvuuksien, sairauksien, biologisten vaaratekijöiden, elintapojen ja elinolojen merkityksestä laitoshoidon siirtymiseen vaikuttavina tekijöinä iäkkäillä 2010-luvun alussa.

Osiolle voidaan asettaa seuraavat tutkimuskysymykset:

A) Mitkä ovat keskeiset terveyden, toimintakyvyn ja elintapojen laitoshoidon ja muuta pitkäaikaishoidon selittävät tekijät, kun sosio-ekonomista ja sosio-demografista asemaa kontrolloidaan yksilötasolla?

B) Mitkä ovat terveystaloudelliset kannustimet pitkäaikaisen laitoshoidon ennaltaehkäisyn suhteen yhteiskunnan näkökulmasta? Miten yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä voidaan kannustaa ennaltaehkäisemään terveyden ja toimintakyvyn vajeita?

Aiempi kirjallisuus

Toimintakyvyn rajoitukset ovat keskeisiä iäkkäiden avun tarvetta ja laitoshoidon riskiä lisääviä tekijöitä (Jette ym. 1992, Tomiak ym. 2000, Hancock ym. 2002, Guralnik ym.

1994, Vaarama 2009, Vaarama ym. 1999, 2008 ja 2010). Terveystila ja sen muutokset ovat keskeisin toimintakyvyn rajoitusten selittäjä. Uusimmat laitoshoidon riskiä koskevat tutkimukset viittaavat siihen (Sarma ym., 2007, 2009), että terveyteen liittyvä elämänlaatu (HUI -indeksillä mitattuna, Terveys 2011- ja Terveys 2000- aineistoissa 15D) sekä koetun terveystilan ennustearvo laitosriskin ennakoijina ovat tilastollisesti merkitseviä ehkä aiempaa arvioitua suurempia. Mitä korkeampi HUI-indeksi, sitä pienempi riski siirtyä laitoshoitoon.

On hyvin todennäköistä, että vastaava ilmiö on todennettavissa myös suomalaisella aineistolla, sillä ikääntyneiden terveyden, kroonisen sairastavuuden ja elämänlaadun yhteydestä on vahvoja viitteitä 15D-, EQ5D ja WHOQoL –Bref mittaristolla mitattuna (Saarni ym., 2006,2007; Vaarama ym., 2010a, 2010b).

Laitos- ja kotihoidon asiakkaiden hoivatarpeen arviointiin käytetyn RAI-instrumentin päivittäisen toiminnan toimintakykyä mittaavien ADL-mittareiden (MDS-ADL) ja kognitiivisten muistikokeiden (MMSE, CPS) arvojen ja laitoshoidon käytön välinen yhteys on havaittu sekä suomalaisissa että kansainvälisissä tutkimuksissa. Näiden mittareiden on todettu myös ennustavan ikääntymisen aiheuttamaa sairastavuutta (Finne-Soveri ym. 2005, Finne-Soveri 2008, Morris ym. 1999).

Sairastavuus muodostaa toisen keskeisen ennustavien tekijöiden ryhmän (Martikainen ym. 2009, Nihtilä ja Martikainen 2007 ja 2008, Einiö 2010). Muistiin ja kognitioon liittyvien sairauksien (kuten dementia, Parkinsonin ja Alzheimerin tauti) ilmenemisen väestössä on osoitettu lisäävän pitkäaikaisen laitoshoidon riskiä. Muistisairaat tai holhouksessa olevat vanhukset olivat neljä kertaa todennäköisemmin laitoshoidossa kuin normaalilla kognition tasolla olevat. Kognitiivisesti heikkokuntoiset saivat myös kolme kertaa enemmän formaalia ja epäformaalia hoitoa kuin normaalitasoiset vanhukset. (Hoerger ym. 1996) Nämä muuttujat ovat kiinteästi yhteydessä fyysiseen ja erityisesti psyykkiseen toimintakykyyn ja terveyteen (Finne-Soveri ym. 2005 ja Finne-Soveri 2008). Myös muiden lääketieteellisten diagnoosien kuten aivohalvauksen, psyykkisten sairauksien, nivelmurtumien ja diabeteksen esiintyvyys aiheuttaa laitoshoidon riskiä (Nihtilä ym. 2007,2008; Martikainen ym. 2009, Einiö 2010).

Epäterveellisten elintapojen vaikutusta laitoshoitoon siirtymiseen olisi myös tärkeää tutkia, sillä esimerkiksi lihavuuden ja diabeteksen yleistyminen nuorten ja keski-ikäisten keskuudessa (King ym. 1998; Lahti-Koski ym. 2001; Männistö ym. 2004; Reunanen 2003) uhkaa tulevien ikäihmisten terveyttä ja toimintakykyä, ja näiden tekijöiden merkityksen ymmärtäminen luo edellytyksiä puuttua niihin entistä tehokkaammin riittävän aikaisessa vaiheessa. Toimintakyvyn ja suunterveyden yhteydestä on viitteitä (Avlund ym. 2001), mutta suunterveyttä laitoshoidon riskitekijänä ei ole tutkittu. Myös tiedot eriasteisten liikkumisrajoitteiden sekä kognitiivisen toimintakyvyn yhteyksistä laitoshoitoon siirtymiseen ovat puutteellisia.

Tutkimusosio 3: Laitoshoidon ja muun pitkäaikaishoidon käyttöön vaikuttavat sosio-demografiset tekijät

Tavoite

Tavoitteena on tutkia laitoshoidon ennaltaehkäisyn perhetaustaan liittyviä, ja väestöpoliittisia kannustimia ja toimenpiteitä, ja siten vähentää laitoshoitoon joutumisen todennäköisyyttä väestössä.

Osiolle voidaan asettaa seuraavat tutkimuskysymykset:

A) Mitkä ovat keskeiset sosio-demografista aseman laitoshoidon ja muuta pitkäaikaishoitoa selittävät tekijät, kun terveyden ja toimintakyvyn tekijät, ja sosio-ekonominen asema kontrolloidaan yksilötasolla?

B) Mitkä ovat väestöpoliittiset kannustimet pitkäaikaisen laitoshoidon ennaltaehkäisyn suhteen yhteiskunnan näkökulmasta? Miten yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä voidaan kannustaa ennaltaehkäisemään laitoshoidon lähipiirissään?

Aiempi kirjallisuus:

Hyvinvointiyhteiskunnan ja perheen tarjoama hoito ja tuki nähdään useiden teoreettisten tutkimusten perusteella substituutteina, eli toisiaan kokonaan tai osittain korvaavina asioina. Usein voidaan perustellusti olettaa, että perheiden sisäinen dynamiikka, altruismi ja välittäminen luovat otolliset olosuhteet omaishoidolle (Pestieau ja Sato 2008, Van Houtven ja Norton 2004). Näitä täydentävät perintömotiivit sekä yhteiskunnan rahallinen ja palvelullinen tuki (Zweifel ja Struwe 1998, Eisen ja Sloan 1996).

Omaishoito, sukupuoli ja pitkäaikaisen laitoshoidon riski kulkevat käsi kädessä. Nortonin (2000) mukaan tällä on erityisesti vaikutusta miesten osalta, sillä he saavat useimmiten omaishoitoa puolisoiltaan ja lapsiltaan kuolemaansa asti. Siksi miehet päätyvät laitoshoitoon harvemmin ja kuolevat useammin kotona kuin naiset (Einiö 2010, Stern 1995, Hiedemann ja Stern 1998). Tutkimusten perusteella on myös todettu, että yleisimmin omaishoitajana toimii nainen: joko puoliso tai vanhin tytär (Eisen ja Sloan 1996, Engers ja Stern 2002). Naisilla laitoshoidon riski on huomattavasti suurempi kuin miehillä, koska he joutuvat laitoshoitoon myöhäisemmällä iällä, huonommassa kunnossa ja usein yksinasuvana leskenä (Norton 2000, Einiö 2010, Martikainen ym. 2009).

Suomea (Einiö, 2010) koskevien tulosten mukaan elossa olevan puolison olemassaolo vähensi ja leskeksi jääminen lisäsi laitoshoidon todennäköisyyttä huomattavasti. Lesken todennäköisyys oli yli kolminkertainen, kun puolison kuolemasta oli kulunut enintään kuusi kuukautta verrattuna niihin, joiden puoliso oli elossa. Laitoshoidon riski laski, kun puolison kuolemasta kului aikaa. Miesten ja naisten tulokset olivat samansuuntaisia. Suuret tulot tai korkea koulutus eivät suojaaneet riskiltä joutua laitoshoitoon puolison kuoltua.

Puolison kuolema näyttää lisäävän hoidon tarvetta, kun kotona ei ole enää puolisoa tukemassa ja huolehtimassa kodin askareista. Omaishoidon tuella on tässä keskeinen merkitys, sillä on arvioitu, että Suomessa oli vuonna 2010 yhteensä 300 000 omaishoitajaa, joista omaishoidon tuen piirissä oli hieman alle 10 % (STM, www.stm.fi). Toisaalta Einiön tulokset osoittavat, että laitoshoidon tarve vähenee, jos ja kun lesket ajan kuluessa oppivat elämään yksin. Tutkimustulokset saattavat viitata myös siihen, että

kaikkein huonokuntoisimmat lesket, jotka eivät pärjää yksin asuessaan, siirtyvät laitoshoidon hyvin nopeasti puolison kuoltua. Yleisesti voidaan todeta, että laitoshoidon käyttöä selittävistä tekijöistä ikä ja sukupuoli eivät ole niin olennaisia kuin terveydentila, toimintakyky tai siviilisääty, koska ne vaikuttavat pääasiassa viimeksi mainittujen kautta (Norton 2000).

Sukupolvien välistä solidaarisuutta ja hyvinvointivaltion etuusjärjestelmää käsittelevä OASIS-tutkimus ei kuitenkaan tue sitä olettamusta, että yhteiskunnan etuudet syrjäyttävät perheen (tai suvun) sisäistä hoitoa, avunantoa ja tukea (Motel-Klingebiel ym., 2005). Samoin Bolin ym. (2008) päätyvät tulokseen, että omaishoito toimii eräiden sosiaali- ja terveystalouden palveluiden substituuttina (korvaavana palveluna), mutta pääosin kuitenkin komplementtina (täydentävänä palveluna). Stabile ym. (2006) saivat sen sijaan Kanadan osalta ja Viitanen (2007) EU-maita koskevan ECHP-paneelin osalta tuloksen, jonka mukaan julkiset palvelut korvaavat omaishoitoa. Julkisen sektorin ns. ”alan valtaus” -hypoteesille koti- ja omaishoidon sekä yhteiskunnan laitospalveluiden välillä löytyy siis kirjallisuudesta tukea puolesta ja vastaan.

Eurooppaa ja Yhdysvaltoja koskevan tutkimuksen mukaan 10 prosentin kasvu omaishoidon panoksessa vähentää kotihoidon todennäköisyyttä noin yhdellä prosenttiyksiköllä (8,3 prosentin todennäköisyydestä) ja vanhainkodissa vietettyjä päiviä 2 päivällä (25 päivän suhteen) (Bolin ym. 2008). Omaishoito vähentää laitoseriskiä erityisesti 70–80-vuotiaiden ikäryhmässä ja niin kauan kuin puoliso on elossa. Tämä pätee erityisesti miehillä, jotka elävät useammin kotona elämänsä loppuun asti ja saavat useammin omaishoitoa puolisoltaan kuin naiset. Yli 80-vuotiailla omaishoito on kuitenkin vain komplementaarinen palvelu viimeisten elinvuosien aikana (Van Houtven ja Norton 2004, 2008). Tämä tulos koskee erityisesti miesten pitkäaikaishoitoa, jossa omaishoidon rooli on merkittävin (Engers ja Stern 2002, Stern 1995). Naiset joutuvat useimmiten leskenä (ja yli 80-vuotiaana) laitoshoidon palveluiden piiriin.

Suomea käsittelevässä tutkimuksessaan Viitanen (2007) päätyy siihen, että julkinen laitoshoido ja kotihoito vähentävät merkittävästi 45–59-vuotiaiden naisten antamaa omaishoitoa ja sen määrää. Hänen laskelmiensa mukaan 1 000 euron julkisten menojen kasvu pitkäaikaishoidon palveluissa vähentää omaishoidon todennäköisyyttä 6 prosenttiyksiköllä. Niinpä Viitanen päättelee, että omaishoito ja julkinen pitkäaikaishoito korvaavat merkittävässä määrin toisiaan. Ruotsalaiset tutkijat ovat havainneet dementiapotilaiden osalta, että omaishoitajien systemaattinen koulutus lisää kotona asumisen pituutta ja vähentää laitoshoidon tarvetta parhaimmillaan noin puolella vuodella (Andren ja Elmståhl 2008).

Vaikka omaishoitajien työtuntimäärää kasvatettaisiin kymmenellä prosentilla (13 tuntia lisää 132 kuukausittaiseen tuntiin), vähentää tämä kotihoidon todennäköisyyttä 0,6 prosenttiyksiköä (yli 70-vuotiailla yhden prosenttiyksikön) ja laitoshoidon riskiä ainoastaan muutamia prosenttiyksiköitä eurooppalaisen SHARE-tutkimuksen tulosten perusteella (Bolin ym. 2008).

Tutkimusosio 4: Laitoshoidon ja muun pitkäaikaishoidon käytön alueelliset erot

Tavoite

Tavoitteena on tutkia laitoshoidon ennaltaehkäisyn alueellisiin eroihin liittyviä, ja maantieteellisiä eroja, ja siten vähentää laitoshoitoon joutumisen todennäköisyyttä väestössä.

Osiolle voidaan asettaa seuraavat tutkimuskysymykset:

A) Mitkä ovat keskeiset laitoshoittoa ja muuta pitkäaikaishoittoa selittävät alueelliset tekijät, kun terveyden ja toimintakyvyn tekijät, sosio-demografista aseman ja sosio-ekonomisen asema kontrolloidaan yksilötasolla?

B) Mitkä ovat aluepoliittiset kannustimet pitkäaikaisen laitoshoidon ennaltaehkäisyn suhteen yhteiskunnan näkökulmasta? Miten yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä voidaan kannustaa ennaltaehkäisemään laitoshoittoa lähipiirissään?

Aikaisempi kirjallisuus:

Sosiaali- ja terveyspalveluiden käytön vaikutus laitostumisen todennäköisyyteen on tutkimuskirjallisuuden näytön valossa toistaiseksi vaikutukseltaan epäselvä. Tämä saattaa johtua ns. valikoitumisharhasta, eli siitä, että huonokuntoisemmat ja heikosta kognitiivisesta toimintakyvystä kärsivät vanhuksset ovat niitä, jotka saavat sekä kotihoidon että laitoshoidon julkisia palveluita. Näin ollen heikko terveys aiheuttaa palveluiden käyttöä ja tutkijalla ei ole tietoa niistä useimmiten terveimmistä henkilöistä, jotka saavat omaishoittoa tai ostavat hoivapalveluita markkinoilta. Dementiasta kärsivien vanhusten osalta tutkimustulokset viittaavat epävarmuuteen palveluiden vaikutuksista (Gaugner 2009). Myös palveluiden tarjonnassa tapahtuvat muutokset johtavat palveluiden käyttöasteiden muutoksiin (Grundy ja Glaser 1997). Näiden tekijöiden heiketessä laitoshoittoon siirtymisen riski kasvaa.

Väestön ikääntyminen yksistään ja sinällään ei siis tutkimusten perusteella (Einiö 2010) aiheuta pitkäaikaishoidon ja laitoshoidon kustannusten kasvua, vaan erityisesti sairauksien esiintyvyyden ja vaikeusasteen kasvu ja sosio-ekonomiset sekä alueelliset erot ikääntyneen väestön keskuudessa. Tutkimuskirjallisuudessa esitetäänkin usein johtopäätöksenä, että geriatriaan erikoistuneita lääkäreitä tarvitaan tulevaisuudessa suhteellisesti enemmän, samoin kuin kuntouttavaan työotteeseen painottuvia ikääntyneiden hoitoyksiköitä suurimman vanhusväestön ja pitkäaikaissairastavuuden alueellisiin keskittymiin kuten Itä- ja Pohjois-Suomeen (Lahti-Koski ym., 2001).

LÄHTEET

Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?

J Health

Soc Behav 1995;36:1–10.

Andersen, R. M. (1968), "A behavioral model of families' use of health services", University of Chicago, Research Series 25, Chicago.

Andersen RM, McCutcheon A, Aday LA, Chiu GY, Bell R. Exploring dimensions of access to medical care.

Health Services Research 1983;18:49–73.

Andren, S. ja Elmståhl, S. (2008), "Effective psychosocial intervention for family caregivers lengthens time elapsed before nursing home placement of individuals with dementia: a five year follow-up study", *International psychogeriatrics*, 20: 1177–1192.

Angrist, J. D. ja Pischke, J-S. (2009), "Mostly harmless econometrics – an empiricist's companion", Princeton University Press.

Aromaa A, Koskinen S, toim. Terveys ja toimintakyky Suomessa (2002). Terveys 2000 – tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002.

<http://www.terveys2000.fi/>

Avlund K, Holm-Pedersen P, Schroll M. Functional ability and oral health among older people: a

longitudinal study from age 75 to 80. *J Am Geriatric Soc* 2001;49:1000-1.

Bernheim, B. D., Shleifer, A. ja Summers, L. H. (1985), "The Strategic Bequest Motive", *Journal of Political Economy*, 93: 1045–1076.

Bolin, K., Lindgren, B. ja Lundborg, P. (2008), "Informal and formal care among single-living elderly in Europe", *Health Economics*, 17: 393–409.

Börsch-Supan, A., Hajivassiliou, V., Kotlikoff, L. J. ja Morris, J. N. (1992), "Health, children, and elderly living arrangements: a multiperiod-multinomial probit model with unobserved heterogeneity and autocorrelated errors", Teoksessa Wise, D. A. (toim.), *Topics in the Economics of Aging*, University of Chicago Press, Chicago, 79–104.

Cameron C.A. & Trivedi P.K. (2005) *Microeconometrics, Methods and Applications*, Cambridge university press, New York.

Cox D. Regression models and life-tables. *J R Stat Soc B* 1972;34:187–220.

Einiö, E. K. (2010), "Determinants of institutional care at older ages in Finland", *Finnish Yearbook of Population Research*, XLV 2010 Supplement.

Eisen, R., Sloan, F.A., (toim.) (1996), "Long-Term Care: Economic Issues and Policy Solutions", Kluwer Academic Publishers, Boston.

- Engers, M., Stern, S. (2002), "Long-term care and family bargaining", *International Economic Review*, 43: 73-114.
- Ettner, S. L. (1994), "The effect of the medicaid home care benefit on long-term care choices of the elderly", *Economic Inquiry*, 32: 103–127.
- Fine J. P., Gray R. J. (1999), "A Proportional Hazards Model for the Subdistribution of a Competing Risk", *Journal of the American Statistical Association*, Volume 94, Issue 446, 1999
- Finne-Soveri, H. (2008), "Toimintakyvyn kognitiivisen ulottuvuuden arviointi osana tuen ja palvelujen tarpeen arviointia", *Gerontologia*,4/2008.
- Finne-Soveri, H., Noro, A., Björkgren, M. ja Vähäkangas, P. (toim.) (2005), "Ikääntyneiden laitoshoidon laatu ja tuottavuus – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä", *Stakes, Gummerus Kirjapaino. Saarijärvi*.
- Gale, W. G. ja Slemrod, J. (2001), "Rethinking the estate and gift tax: an overview". NBER working paper No. 8205, Cambridge.
- Goda, G. S., Golberstein, E. ja Grabowski D. C. (2011), "Income and the utilization of long-term care services: Evidence from the Social Security benefit notch", *Journal of Health Economics*, 30: 719–729.
- Greene, V. L. ja Ondrich, J. I. (1990), "Risk factors for nursing home admissions and exits: a discrete-time hazard function approach", *Journal of Gerontology*, 45:250–8.
- Grossman, M. (1972), "The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation", *National Bureau of Economic Research, New York*.
- Grossman, M. ja Rand, E. (1974), "Consumer incentives for health services in chronic illness." Teoksessa Mushkin, S.J. (toim.), *Consumer Incentives for Health Care, Milbank Memorial Fund, New York*, 114–151.
- Grundy, E. ja Glaser, K. (1997), "Trends in, and transitions to, institutional residence among older people in England and Wales 1971-91", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 51: 531–40.
- Guralnik, J. M., Simonsick, E. M. ja Ferrucci L. (1994), "A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission", *Journal of Gerontology*, 49: 85–94.

- Hancock, R., Arthur, A., Jagger, C. ja Matthews R. (2002), "The effect of older people's economic resources on care home entry under the United Kingdom's long-term financing system", *Journal of Gerontology & Psychological Science*, 57: 285–93.
- Hayashi, F. (2000), "Econometrics", Princeton University Press.
- Headen, A. E. Jr. (1993), "Economic disability and health determinants of the hazard of nursing home entry", *The Journal of Human Resources*, 28: 80–110.
- Hiedemann, B. ja Stern, S. (1999), "Strategic play among family members when making long-term care decisions", *Journal of Economic Behavior & Organization*, 40: 29–57.
- Hirth, R. A. (1999), "Consumer information and competition between nonprofit and for-profit nursing homes", *Journal of Health Economics*, 18: 219–240.
- Hoerger, T. J., Picone, G. A. ja Sloan, F. A. (1996), "Public subsidies, private provision of care and living arrangements of the elderly", *Review of Economics and Statistics*, 78: 428–440.
- Hurd, M. D. (1989), "Mortality Risk and Bequests", *Econometrica*, 57: 779–813.
- Häkkinen, U., Martikainen, P., Noro, A., Nihtilä, E. ja Peltola, M., (2008), "Aging, health expenditure, proximity to death, and income in Finland", *Health Economics, Policy and Law*, 3: 165–195.
- Jette, A. M., Branch, L. G., Sleeper, L. A., Feldman, H. ja L. M. Sullivan (1992), "High-risk profiles for nursing home admission", *The Gerontologist*, 32: 634–640.
- Karvonen, S., Moisio, P. ja Vaarama, M. (toim.) (2010), "Suomalaisten hyvinvointi 2010", THL, Helsinki.
- Kemper, P. (1992), "The use of formal and informal home care by the disabled elderly", *Health Services Research*, 27: 421–451.
- Kenkel, D. (1990), "Consumer health information and the demand for medical care", *Review of Economics and Statistics*, 72: 587–595.
- King H, Aubert RE and Herman WH. Global burden of diabetes, 1995-2025: prevalence, numerical estimates, and projections. *Diabetes Care* 1998;21:1414–31.
- Koskinen, S., Lundqvist, A., Ristiluoma, N. (2012), "Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011", raportti: 68, THL, 2012. <http://www.terveys2011.info/>
- Kruhse-Lehtonen, U. (1995), "Perinnönjättömotiivit Suomessa – Kotitaloustiedusteluun 1990 perustuva empiirinen tutkimus." ETLA Keskusteluaiheita No. 538.

Kuhn, M. ja Nuscheler, R. (2011), "Optimal provision of nursing homes and the role of information", *Journal of Health Economics*, 30: 795–810.

Lassila, J. ja Valkonen, T. (2010), "Vanhalle pierulle varahaksi, durvaksi dutisevalle – Hyvinvointivaltiota täydentämässä." ETLA B246, Helsinki.

Lassila, J., Rantanen, O. ja Valkonen, T. (2002), "Varallisuus, verotus ja väestön ikääntyminen", ETLA B194, Helsinki.

Lahti-Koski M, Jousilahti P, Pietinen P. Secular trends in body mass index by birth cohort in eastern Finland from 1972 to 1997. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25:727–34.

Martikainen, P., Moustgaard, H., Murphy, M., Einiö, E. K., Koskinen, S., Martelin T. ja Noro, A. (2009), "Gender, living arrangements, and social circumstances as determinants of entry into and exit from long-term institutional care at older ages: a 6-year follow-up study of older Finns", *The Gerontologist*, 49: 34–45.

McCall, N., Mangle, S., Bauer, E. ja Knickman, J. (1998), "Factors Important in the Purchase of Partnership Long-Term Care Insurance", *Health Services Research*, 33 (2 Pt 1): 187–203.

Morris, J. N, Fries, B. E. ja Morris, S. A. (1999), "Scaling ADLs within the MDS", *The Journal of Gerontology; Medical Sciences*, 54A: M546–53.

Motel-Klingebiel, A., Tesch-Roemer, C. ja von Kondratowitz, H. (2005), "Welfare states do not crowd out the family: evidence for mixed responsibility from comparative analyses.", *Ageing & Society*, 25: 863–882.

Männistö S, Lahti-Koski M, Tapanainen H, Laatikainen T, Vartiainen E. Lihavuus ja sen taustat

Suomessa – liikakilot kasvavana haasteena. *Suom Lääkäril* 2004;59:777–81.

Reunanen A. Tyypin 2 diabetes – uusi maailmanlaajuinen epidemia. *Duodecim* 2003;119:1409–10.

Nihtilä, E. ja Martikainen, P. (2007), "Household income and other socio- economic determinants of long-term institutional care among older adults in Finland", *Population studies* 61: 299–314.

Nihtilä, E. ja Martikainen, P. (2008), "Institutionalization of older adults after the death of a spouse", *American Journal of Public Health*, 98: 1228–1234.

Norton, E. C. (2000), "Long-term care", Teoksessa Culyer A. J. ja Newhouse J. P. (toim.): Handbook of Health Economics, 955–994. Elsevier.

Nyman, J. A. (1985), "Prospective and 'cost-plus' Medicaid reimbursement, excess Medicaid demand, and the quality of nursing home care", Journal of Health Economics, 4: 237–259.

Pestieau, P. ja Sato, M. (2008), "Long term care: the state and the family", Economica, 75: 435–454.

OECD (2011), "Help Wanted? Paying and providing for LTC", OECD Publishing, Paris.

Reschovsky, J. D. (1998), "The roles of Medicaid and economic factors in the demand for nursing home care", Health Services Research, 33: 787–813.

Saarni S.I., Suvisaari J., Sintonen H., Koskinen S., Härkänen T., Lönnqvist J., Aromaa A. (2006), "The impact of 29 chronic conditions on health-related quality of life: A general population survey in Finland using 15D and EQ-5D", Quality of Life Research, 15:1403–1414.

Saarni S.I., Suvisaari J., Sintonen H., Koskinen S., Härkänen T., Lönnqvist J. (2007), "The health-related quality-of-life impact of chronic conditions varied with age in general population", Journal of Clinical Epidemiology 60, 1288-1297.

Sarma, S., Hawley, G. ja Basu, K. (2009), "Transitions in Living Arrangements of Canadian Seniors: Findings From NPHS Longitudinal Data", Social Science and Medicine, 68: 1106–1113.

Sarma, S. ja Simpson, W. (2007), "A Panel Multinomial Logit Analysis of Elderly Living Arrangements: Evidence From Aging in Manitoba Longitudinal Data Canada", Social Science and Medicine, 65: 2539–552.

Scanlon, W. J. (1980), "A theory of the nursing home market", Inquiry, 17: 25–41.

Sintonen H. ja Pekurinen M. (2006), "Terveystaloustiede", WSOY, Helsinki – Porvoo.

Stabile, M., Laporte, A. ja Coyte, P. C. (2006), "Household responses to public home care programs", Journal of Health Economics, 25: 674–701.

Stern, S. (1995), "Estimating Family Long-Term Care Decisions in the Presence of Endogenous Child Characteristics", Journal of Human Resources, 30: 551–580.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2012), "Sosiaalimenot ja rahoitus 2012", Suomen virallinen tilasto (Sosiaaliturva 2012), Tilastoraportti 4/2012, Helsinki.

- Tomiak, M., Berthelot, J. M., Guimond, E. ja Mustard, C. A. (2000), "Factors associated with nursing-home entry for elders in Manitoba, Canada", *The journal of gerontology, Biological sciences and medical sciences*, 55A: M279–87.
- Vaarama, M., Luoma, M-L., Meriläinen-Porras, S. ja Siljander E., (2010), "80 vuotta täyttäneiden koettu elämänlaatu" Teoksessa Karvonen, S., Moisio, P. ja Vaarama, M. (toim.): *Suomalaisten huvinvointi 2010*. THL, Helsinki. 150–167.
- Vaarama, M., Hakkarainen, A. ja Laaksonen, S. (1999), "Vanhusbarometri 1998", Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Vaarama, M., Pieper, R. ja Sixsmith, A. (2008), "Care-related quality of life in old age: concepts, models and empirical findings", Springer, New York, NY.
- Vaarama, M. (2009), "Care-related quality of life in old age", *European Journal of Ageing*, 6: 113–125.
- Van Houtven, C. H. ja Norton, E. C. (2004), "Informal care and health care use of older adults", *Journal of Health Economics*, 23: 1159–1180.
- Van Houtven, C. H. ja Norton, E. C. (2008), "Informal care and Medicare expenditures: Testing for heterogeneous treatment effects", *Journal of Health Economics*, 27: 134–156.
- Viitanen T. (2007), "Informal and formal care in Europe", IZA Discussion Paper No. 2648, February 2007.
- Wolinsky, F. D., Callahan, C. M., Fitzgerald, J. F. ja Johnson, R. J. (1992), "The risk of nursing home placement and subsequent death among older adults", *Journal of Gerontology*, 47: S173–82.
- Zwifel, P., Felder, S. ja Meiers, M. (1999), "Ageing of population and health care expenditure: A red herring?", *Health Economics*, 8: 485–496.
- Zweifel, P., Felder, S. ja Werblow, A. (2004), "Population ageing and health care expenditure: New evidence on the "red herring"", *Geneva papers on risk and insurance: issues and practice*, 29: 652–666.
- Zweifel, P. ja Struwe, W. (1998), "Long-term care insurance in a two-generation model", *Journal of Risk and Insurance*, 65: 13–32.
- Zweifel, P. ja Struwe, W. (1996), "Long-term care insurance and bequests as instruments for shaping intergenerational relationships", *Journal of Risk and Uncertainty*, 12: 65–76.

Vaarama M., Siljander, E., Luoma, M-L & Meriläinen S. (2010a) The quality of life of Finnish 80+ population (in Finnish). In Karvonen S., Moisio P., Vaarama M. (eds.): Welfare of the Finnish People 2010. Helsinki. THL, 150-167.

Vaarama M., Siljander E., Luoma M-L & Meriläinen S. (2010b) The quality of life in the Finnish general population (in Finnish). In Karvonen S., Moisio P., Vaarama M. (eds.): Welfare of the Finnish People 2010. Helsinki. THL, 126-149.

Vaarama M, Kaitsaari T. Ikääntyneiden toimintakyky ja koettu hyvinvointi. Teoksessa: Heikkilä M, Kautto M (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2002. Jyväskylä: STAKES, 2002,ss 120-48.

LIITE 1. Muuttujalista pitkäaikaishoidon (laitoshoidon tai ympärivuorokautisen asumispalvelun) rekisteritutkimukseen

THL: Terveys 2011 & Terveys 2000

- henkilötunnus
- sukupuoli
- ikä
- haastattelutiedot
- terveystarkastus
- toimintakyvyn mittaukset
- laboratoriotulokset

THL: HILMO

- henkilötunnus
- Hoitoon tulon syy / pääsyy
- Diagnoosit
- ulkoinen syy
- Potilaalla on pitkäaikaishoidon päätös (kyllä/ei)
- Potilas on psykiatrian erikoisalan potilas (kyllä/ei)
- Hoitoon saapumis- ja lähtöpäivä
- Hoidon alkamis- ja päättymispäivät
- palveluala
- hoidon tarve

Kela: Lääkkeet ja etuudet

- henkilötunnus
- henkilötiedot
- perhesuhdetiedot
- asuinkunta
- erityiskorvausoikeudet
- korvatut lääkeostot
- verotustiedot
- työtulo- ja omaisuustiedot
- ennakonpidätystiedot

(Verohallinto: verotiedot?)

- henkilötunnus
- asiakkaan tiedot
- ennakonpidätystiedot
- Tulotiedot: ansiotulot, palkat, eläkkeet, muu ansiotulo, sosiaalietuudet, pääomatulot, luovutusvoitot, vuokratulot, korkotulot, osingot, muut pääomatulot

Tilastokeskus (& Väestörekisterikeskus?)

- henkilötunnus
 - henkilötiedot
 - kuolinaika
 - kuolinsyy
 - siviilisääty
 - siviilisäädyn muutokset
- muuta?
mitä, mistä, milloin ?

6.2.023 Tyydyttämätön terveystalvönelujen tarve

(7.5.2013)

Tutkimuksen taustaa

Sosiaali- ja terveystalvönelujen oikeudenmukaisen saatavuuden tarpeen mukaan riippumatta maksukyvyistä on katsottu olevan tärkeä hyvinvointipoliittinen tavoite sekä Suomessa että kansainvälisesti. Erityisesti avoterveydenhuollon palveluissa tavoitteen toteutumista sosiaaliryhmittäin on myös seurattu systemaattisesti tutkimuksen keinoin sekä Suomessa että kansainvälisesti. Sairaalapalvelujen saatavuutta on tarkasteltu erillistutkimuksin. Terveystalvönelujen käytössä on Suomessa todettu systemaattisia sosioekonomisia eroja. Avohoidon lääkäripalvelujen käytössä on raportoitu viimeisen kahdenkymmenen aikana jatkuvasti ylempiä tuloluokkia suosivia eroja palvelujen käytössä kun palvelujen tarve otetaan huomioon (esim. Häkkinen ja Nguyen 2010). Erojen on myös todettu säilyneen melkein ennallaan 1980-luvun lopulta 2000-luvulle. Erot ovat kansainvälisesti katsoen poikkeuksellisen suuret, Suomessa lääkäripalvelujen käyttö jakautui kaikista OECD-maista eniten suurituloisia suosivasti ja regressiivisyyden aste oli samalla tasolla kuin USA:ssa ja Portugalissa (van Doorslaer ym. 2004). Yleissairaalapalvelujen on todettu jakautuvan samoin kuin sairastavuuden eli käyttö on ollut sitä suurempaa mitä alemmasta sosioekonomisesta ryhmästä on kysymys, mutta hoidon laadussa on havaittu systemaattisia tarpeella selittymättömiä hyväosaisia suosivia eroja sekä yleisesti ottaen (Keskimäki 1997, Keskimäki 2003) että spesifisesti sepelvaltimotaudin hoidossa (Salomaa ym. 2001, Hetemaa ym. 2004, Hetemaa ym. 2006, Hetemaa ym. 2003) ja joissakin elektiivisissä toimenpiteissä vaikka erityisesti joissakin toimenpiteissä, joiden määrä on kasvanut voimakkaasti, käyttö näyttää 2000-luvun alussa jakautuneen tuloneutraalisti (Luoto ym. 1994, Manderbacka ym. 2009).

Palvelujen saatavuus on monimutkainen käsite, joka yhdistää palvelujen tarjonnan palvelujen tarpeeseen ja muihin kysyntään vaikuttaviin tekijöihin (Habicht 2010, 17; Gulliford et al 2002). Tutkimuksissa palvelujen saatavuutta on tarkasteltu monin tavoin: on tarkasteltu palvelujen käyttöä suhteessa jollakin tavoin mitattuun tarpeeseen, odotusaikoja, jonoja, käytössä olevia resursseja tai asiakasmaksuja. (Habicht 2010, 18). Palvelujen

käyttö suhteessa tarpeeseen ei ota huomioon niiden palvelutarvetta, jotka eivät palveluihin pääse tai hakeudu. Tätä puutetta on pyritty paikkaamaan suorilla kysymyksillä palveluntarpeen tyydyttymisestä. Kansainvälisessä kirjallisuudessa yhtenä ratkaisuna ongelmiin, jotka liittyvät palvelujen käytön analysointiin palvelujen saatavuuden mittarina on tarjottu tyydyttämätöntä palvelutarvetta. Esimerkiksi Allin ja Masseria (2009) mittaavat tyydyttämätöntä terveystarpeiden tarvetta suorilla väestölle osoitetuilla kysymyksillä itse arvioidusta tyydyttämättömästä palvelutarpeesta.

Tutkimuskysymykset

Tässä tutkimuksessa on tarkoituksena tarkastella itse ilmoitettua tyydyttämätöntä terveystarpeiden tarvetta sekä syitä tyydyttämättömään palvelutarpeeseen. Tarkastelemme myös tyydyttämättömään palvelutarpeeseen liittyviä tekijöitä, kuten sosiodemografisia tekijöitä (sukupuoli, ikä, koulutus, tulot), terveydentilaa (koettu terveys, pa-sairastavuus). Tarkastelemme myös alueellisia eroja tyydyttämättömässä palvelutarpeessa sekä erilaisten syrjäytymisriskiä lisäävien tekijöiden (työttömyys, yksin asuminen, syrjäseudulla asuminen, heikko sosiaalinen pääoma) yhteyttä tyydyttämättömään palvelutarpeeseen.

Aineisto ja menetelmät

Aineistona on tarkoitus käyttää Terveys 2011 –aineistoa, johon on yhdistetty koulutus- ja tulotiedot Tilastokeskuksen rekisteritiedoista. Vastemuuttajat on tarkoitus muodostaa kysymyksistä BB01A (T4001, T4142, T4075, T4077), kys21 (T4145), BB01C (T4001, T4142, T4075, T4077), kys 22 (T4145), BB01e_1 (T4001, T4142), BB01e_2 (T4001, T4142), BB01e_3 (T4001, T4142), BB01e_4 (T4001, T4142) ja BB01e_5 (T4001, T4142). Aineistoa analysoidaan tilastollisin monimuuttujamenetelmin.

Tutkimusryhmä

Tutkimusryhmän jäseninä toimivat Kristiina Manderbacka (VTT, dos), Anu Muuri (VTT), Ilmo Keskimäki, (LT, professori), Marko Elovainio (VTT, professori) ja Päivikki Koponen (THT, tutkimuspäällikkö). KM ja AM osallistuvat tutkimuksen suunnitteluun ja vastaavat aineiston analyysistä ja käsikirjoitusten valmistelusta, IK ja ME osallistuvat tutkimuksen suunnitteluun ja kommentoivat käsikirjoitusta. Tutkimusryhmä on aiemmin tarkastellut tyydyttämätöntä avohoidon lääkäripalvelujen tarvetta ATH-tutkimuksessa. Siinä puutteena oli yhtäältä aineiston alueellisuus ja toisaalta 'objektiivisten' sosioekonomisen aseman mittarien puute. Palvelutarpeen tyydyttämättömyyden syitä (jonot, matkat, jne) ei myöskään voitu aiemmin selvittää. Tutkimusryhmä on tehnyt samantyyppistä tutkimusta ATH-aineistolla vuonna 2011 (Manderbacka ym. 2012).

Tutkimuksen aikataulu

Tutkimuksessa on tarkoituksena valmistella yksi kansainvälinen artikkeli julkaistavaksi tieteellisissä referee-menettelyä käyttävissä lehdissä. Tutkimus on tarkoitus aloittaa syksyllä 2012, jos/kun aineisto on valmistunut ja linkkaukset tehty. Artikkelikäsikirjoituksen arvioidaan valmistuvan vuoden 2013 aikana.

Policy-relevanssi

Tutkimus tarjoaa uuden näkökulman terveydenhuollon palvelujen saatavuuden sosioekonomisten erojen tarkasteluun aikuisväestössä. Lisäarvoa tutkimukseen tuottaa mahdollisuus sosiaalisten rakenteiden ja syrjäytymisriskiä lisäävien tekijöiden ja yksilöön liittyvien tekijöiden yhtäaikaiseen tarkasteluun.

Kirjallisuus

Allin S, Masseria C. Unmet need as an indicator of health care access. Eurohealth 2009;15:7-9.

Habicht J. Health care utilisation in Estonia: socioeconomic determinants and financial burden of out-of-pocket payments. Dissertations Medicinæ Universitatis Tartuensis 175, Tartu University Press, Tartu 2010.

Hetemaa T, Keskimäki I, Salomaa V, Mähönen M, Manderbacka K, Koskinen S. Socioeconomic inequities in invasive cardiac procedures after first myocardial infarction in Finland in 1995. *Journal of Clinical Epidemiology* 2004;57:178-185.

Hetemaa T, Manderbacka K, Reunanen A, Koskinen S, Keskimäki I. Socioeconomic inequities in invasive cardiac procedures among patients with incident angina pectoris or myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Public Health* 2006;34:116-123.

Hetemaa T, Keskimäki I, Manderbacka K, Leyland AH, Koskinen S. How did the recent increase in the supply of coronary operations in Finland affect socio-economic and gender equity in their use? *J Epidemiol Community Health* 2003;57:178-185.

Häkkinen U, Nguyen L. Rikas käy edelleen lääkärissä köyhää enemmän. *Optimi* 2010 [11.04.2011]. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/yksikot/terveys_ja_sosiaalitalous/optimi/2010/laakarissakaynnit.

Keskimäki I. How did Finland's economic recession in the early 1990s affect socio-economic equity in the use of hospital care? *Social Science & Medicine* 2003;56:1517-30.

Keskimäki I, Aalto A-, Häkkinen U, Klaukka T, Manderbacka K, Reunanen A, Vehko T. Sepelvaltimotauti ja eriarvoisuus. Kyselytutkimus sepelvaltimotautia sairastavien oireilusta, hoidosta ja elämäntavoista. Gummerus, Saarijärvi 2004.

Keskimäki I. Social equity in the use of hospital inpatient care in Finland. STAKES, Helsinki 1997.

Luoto R, Pekkanen J, Uutela A, Tuomilehto J. Cardiovascular risks and socioeconomic status: differences between men and women in Finland. *J Epidemiol Community Health* 1994;48:348-354.

Manderbacka K, Muuri A, Keskimäki I, Kaikkonen R, Elovainio M. Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo terveystalouden saatavuudesta? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2012;49: 4-12.

Manderbacka K, Arffman M, Leyland A, McCallum A, Keskimäki I. Change and persistence in healthcare inequities: Access to elective surgery in Finland in 1992-2003. *Scand J Public Health* 2009:.

Manderbacka K, Keskimäki I, Reunanen A, Klaukka T. Equity in the use of antithrombotic drugs, beta-blockers and statins among Finnish coronary patients. *Int J Equity Health* 2008;7:16.

Salomaa V, Miettinen H, Niemelä M, Ketonen M, Mähönen M, Immonen-Räihä P, Lehto S, Vuorenmaa T, Koskinen S, Palomäki P, Mustaniemi H, Kaarsalo E, Arstila M, Torppa J, Kuulasmaa K, Puska P, Pyörälä K, Tuomilehto J. Relation of socioeconomic position to the case fatality, prognosis and treatment of myocardial infarction events; the FINMONICA MI Register Study. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:475-82.

van Doorslaer E, Masseria C, OECD Health Equity Research Group. Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries. Teoksessa OECD. (toim.) The OECD Health Project. Towards high-performing health systems. OECD, Paris 2004.

6.2.024 Miesten ja naisten terveystalot ikäryhmittäin 2011

(4.9.2013)

1. Tutkimuksen tavoitteet

Väestön ikääntymisen myötä terveystalotien kysyntä lisääntyy tulevaisuudessa, minkä seurauksena terveystalot kasvavat. Erilaisten terveystalotien kysyntään vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa henkilöiden ikä ja sukupuoli. Etenkin iäkkäämpien henkilöiden kohdalla ikä selittää merkittävästi asiakkaiden palvelutarpeita. Jotta tulevaisuuden terveyden- ja vanhustenhuollon menotarpeet pystyttäisiin tiedostamaan ja näihin tarpeisiin voitaisiin varautua paremmin, tarvitaan tietoa terveystalotien jakautumisesta ikä- ja sukupuoliryhmittäin sekä palveluittain.

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuottaa selvitys terveystalotien ikä- ja sukupuoliryhmittäisestä jakautumisesta palveluittain. Selvitystä voidaan jatkossa hyödyntää monenlaisissa tutkimus- ja kehittämishankkeissa, muun muassa tulevaisuuden menokehitystä ennustettaessa tai erilaisten toimintavaihtoehtojen vaikutuksia arvioitaessa. Selvityksen tietoja voidaan hyödyntää myös ennaltaehkäisevien palveluiden suunnittelussa ja niiden kohdentamisessa eri ikä- ja sukupuoliryhmille. Tutkimushanke tuottaa siten erityisen tärkeää tietoa tutkijoiden ja muiden asiantuntijoiden käytettäväksi.

2. Tutkimuksessa käytettävät aineistot

Tutkimuksessa arvioidaan vuoden 2011 terveyden- ja vanhustenhuollon menojen jakautumista palveluittain 0-99-vuotiaille miehille ja naisille. Laskelmissa käytetään hyväksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tuottamia rekistereitä, kuten Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteriä (HILMO) sekä Perusterveydenhuollon avohoidon hoitoilmoitusrekisteriä (AvoHILMO), sekä THL:n Terveys- ja sosiaalitalouden yksikössä (CHESS) valmisteilla olevaa raporttia terveyden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannuksista Suomessa vuonna 2011. Tietojen laskemisessa käytetään hyödyksi myös Kansaneläkelaitoksen ja Tilastokeskuksen aineistoja sekä erilaisia väestökyselyjä ja kuntien tietoja.

Tutkimukseen saadaan erikoissairaanhoidon potilaskohtaiset menot koko maan tasolla. Lisäksi Kansaneläkelaitokselta saadaan yksilökohtaiset tiedot sairausvakuutuksen korvaamista menoista. Perusterveydenhuollon menoista ei ole saatavilla yksilötasoisia tietoja koko maan tasolla, mutta perusterveydenhuollon kohdalla tutkimusaineisto kattaa yli kolmen miljoonan asukkaan palveluiden käytön. Tätä voidaan pitää riittävän suurena aineistona luotettavien tietojen laskemiseksi.

Tutkimuksen rakenteen ja sisällysluettelon pohjana käytetään aiheeseen liittyvää aikaisempaa julkaisua: Hujanen, T., Peltola, M., Häkkinen, U. & Pekurinen, M. 2008. Miesten ja naisten terveystenot ikäryhmittäin 2006. Stakesin työpapereita 37/2008.

3. Tutkimuksen toteutus ja loppuraportti

Tutkimus toteutetaan THL:n CHESS-yksikössä ja tutkimuksen tekemiseen osallistuvat CHESS:in tutkijat Satu Kapiainen ja Janne Eskelinen.

Selvityksestä tehdään suomenkielinen loppuraportti, joka julkaistaan THL:n julkaisusarjassa. Julkaisemisen jälkeen raportti tulee olemaan kaikkien saatavilla Internetissä.

4. Tutkimuksen aikataulu

Hanke aloitetaan vuoden 2013 huhtikuussa, jolloin terveyden- ja sosiaalihuollon vuotta 2011 koskeva yksikkökustannusraportti on saatu valmiiksi. Selvityksen tekemiseen kuluu noin aikaa 3 kuukautta, joten hankkeen alustava raportti ika- ja sukupuoliryhmittäisistä terveystennoista valmistuu heinäkuun loppuun mennessä. Selvityksen loppuraportti on tarkoitus julkaista syyskuun loppuun mennessä.

Luovutetaan ikä- ja sukupuolittaiset prevalenssitiedot 1-vuotisikäryhmittäin seuraavista T2011-muuttujista: DF07, EA05, HG02, HG03, HG04, HG05, HG07, HG08 JA HG09. Muuttujia käytetään taulukoissa, joissa esitetään terveystennoja euroina.

6.2.025 Väestön näkemyserot hoiva- ja terveystennojen rahoituksessa

(21.5.2014)

Tutkimussuunnitelma

1. Tutkimussuunnitelman numero:
2. Tutkimuksen otsikko:
 - Väestön näkemyserot hoiva- ja terveystennojen rahoituksessa
3. Tutkimuksen tarkoitus/tavoitteet

- Tutkimussuunnitelma
Väestön näkemuserot hoiva- ja terveyspalvelujen rahoituksessa
Tekijät: Tutkimuspäällikkö Timo T. Seppälä, THL/CHESS
Tutkimuksen tavoite: Tutkia ja kuvata väestön näkemuseroja hoivan ja terveyspalveluiden rahoituksen järjestämisestä. Samassa yhteydessä raportoidaan tähän asti raportoimatta jääneet ”Hoiva- ja terveys-palvelujen rahoitus” –kyselyosion tiedot Terveys 2011 -tutkimuksen rahoittajalle, Finanssialan keskus-liitolle. tiedoilla. Tutkimus ja näkemuserojen kuvaaminen suoritetaan sekä kvantitatiivisia menetelmiä hyödyntäen että ryhmittelemällä vastauksia mielekkäästi sosiodemografisten perustietojen avulla.
Aineistot: Terveys 2011 -aineistot.
Muuttujat: Sosiodemografiset perustiedot (T2011 kyselyn taustatiedot), Ikä ja sukupuoli sekä ”Hoiva- ja terveyspalvelujen rahoitus” –kyselyosion kaikki muuttujat.
Rahoitus: Virkatyönä
Aikataulu: 2014 kuluessa.
Julkaisusuunnitelma: Raportti demografisten perustietojen avulla.

4. Aineisto

Terveys 2011 (lisätietoja)

5. Rajataanko aineisto muulla tavoin?

ei

6. Mitä aihepiirejä koskevia haastattelussa, kyselylomakkeilla ja/tai terveystarkastuksessa kerättyjä tietoja tutkimusaineistoon tarvitaan?

Sosiodemografiset tekijät ja elinolot
Toiminta- ja työkyky
Palveluiden käyttö ja tarve
Muu, mikä?

Avoimet vastaukset: Muu, mikä?

- Hoiva- ja terveyspalveluiden rahoitus

7. Tarvitaanko tutkimuksessa näyteaineistoja?

ei

8. Tarvitaanko tutkimuksessa rekisteritietoja?

ei

9. Tutkimusasetelma

Poikkileikkaustutkimus

10. Tutkimussuunnitelmasta vastuussa olevan henkilön yhteystiedot: Timo T. Seppälä, THL/CHESS

11. Muut tekijä(t)

- NONE

12. Aikataulu

Aloitusaikajankohta:	Valmistumisaikajankohta:
2014	2014

13. Julkaisumuoto:

muu, mikä:

Avoimet vastaukset: muu, mikä:

- Raportti
- 14. Lisätietoja:
- NONE

6.2.026 Avofysioterapian käytön aiheet Suomessa vuonna 2011

(15.10.2014)

Tutkimuksen otsikko:

Avofysioterapian käytön aiheet Suomessa vuonna 2011

Tutkimuksen tarkoitus/tavoitteet

Tausta. Vuonna 2011 korvattiin Kelan tilastojen mukaan 2 014 939 fysioterapian avohuollon hoitotoimenpidettä ja terveyskeskuksien avohuollossa tehtiin 1 071 415 avohuollon fysioterapian käyntiä. Fysioterapiakäyntien syitä on arvioitu viimeksi 1980-luvulla tiettyjen sairaus- ja oireryhmien hoidon tarpeen näkökulmasta (Saloheimo ym. 1986, Aromaa ym.1989). Suomessa ei kuitenkaan koskaan tutkittu sitä mihin oireisiin suomalaiset ovat fysioterapiaa oikeastaan saaneet. Aiempien tutkimusaineistojen valossa on pystytty selvittämään ainoastaan kuinka yleistä fysioterapiapalvelujen käyttö on eri sairausryhmiä sairastavien potilaiden keskuudessa on ollut (esim. Hakulinen 2004.)

Kuvaus. Terveys 2000- väestötutkimuksessa kysyttiin fysioterapian käytöstä seuraavasti: "Oletko viimeksi kuluneiden 12 kk aikana ollut lääkärin läheteellä fysioterapiassa?" Terveys 2011-tutkimuksessa kysyttiin lisäksi: "Oletko viimeksi kuluneiden 12 kk aikana ollut ilman lääkärin lähetettä fysioterapiassa?" Kysymys täsmennettiin tarkoittavan "Avoterveydenhuollon käyntejä, ei sairaala -tai kuntoutuslaitoshoitoja". Terveys 2011-lomakkeessa oli avokysymys: "Mikä sairaus, oire, vaiva tai vamma oli viimeisimmän fysioterapiakäyntinne syynä?" Vastausten luokitus perustui vastaajien itse ilmoittamiin syihin fysioterapiaan hakeutumiseen. Käynnin syyksi mainittiin mm. vaivan tai oireen anatominen sijainti (esim. polvet tai niskakipu), tai tutuksi tullut pitkäaikainen sairaus (esim. aivohalvaus tai ms-tauti). Luokitus perustui Antti Reunasen sairauksien avovastausten luokitukseen, joka sovellettiin vastaamaan fysioterapian toiminnallisia tavoitteita. Fysioterapian keskeinen vaikutusalue on toimintakyky, joka ilmenee selviytymisenä arjessa, työssä ja liikkumisessa.

Tutkimuksen tavoite: Selvittää mihin oireisiin suomalaiset saavat avofysioterapiaa (4 pääluokkaa) ja miten käyttö jakautuu eri sosiodemografisissa ryhmissä. Tuloksia tarkastellaan sukupuolen, iän (30-44, 45-54, 55-64, 65-74, 75+), koulutusryhmän (perusaste, keskiaste, korkea-aste), pääasiallisen toiminnan (työssä 60%, eläkkeellä 30%, muu 10%), tulojen (OECD 1982) sekä viiden ERVA-alueen mukaan

Aineisto

Terveys 2011 (lisätietoja)

Rajataanko aineisto muulla tavoin?

ei

Mitä aihepiirejä koskevia haastattelussa, kyselylomakkeilla ja/tai terveystarkastuksessa kerättyjä tietoja tutkimusaineistoon tarvitaan?

Palveluiden käyttö ja tarve

Tarvitaanko tutkimuksessa näyteaineistoja?

ei

Tarvitaanko tutkimuksessa rekisteritietoja?

kyllä, mistä rekistereistä ja mitä tietoja niistä?

Avoimet vastaukset: kyllä, mistä rekistereistä ja mitä tietoja niistä?

Tilastokeskuksen tekemät OECD:n kulutusyksikköön perustuvat tulot jaettuna viidenneksiin.

Tutkimusasetelma

Poikkileikkaustutkimus

Tutkimussuunnitelmasta vastuussa olevan henkilön yhteystiedot:

Monica Röberg, THL

Muut tekijä(t)

Raportti on perusselvitys tutkittavasta ilmiöstä eli kuvaus avofysioterapiapalvelujen käytön syistä. Käytön aiheet on luokiteltu periaatteella, että luokitus voidaan hyödyntää myös tulevilla väestötutkimuksissa. Luokituksen tekijät ovat Monica Röberg, Pirkko Alha ja Markku Heliövaara. Katri Kilpeläinen osallistuu tulosten analyysiin ja tutkimusraportin kirjoittamiseen, sekä myöhemmin tehtäviin fysioterapian käyttöä selvittäviin raportteihin. Päivi Sainio on luvannut toimia taustavoimana.

Aikataulu

Aloitusaikajankohta: marraskuu 2014
Valmistumisajankohta: huhtikuu 2015

Julkaisumuoto:

muu tieteellinen artikkeli

Lisätietoja:

Aiheiden luokituksen kuvaus jakautuu kahteen osaan, a. luokkien ja luokitusperiaatteiden kuvaus perusteluineen ja b. jakaumat eri väestöryhmissä. Luokituksen kuvaus perusteluineen voidaan ajatella nettijulkaisuna fysioterapian tulevaa tutkimustoimintaa varten. Jakaumat eri väestöryhmissä raportoidaan tieteellisenä artikkelina alan ammattilehdessä.

6.2.027 Eläkkeellä olevien henkilöiden avofysioterapian käyttö Suomessa vuosina 2000 ja 2011

(15.10.2014)

Tutkimuksen otsikko:

Eläkkeellä olevien henkilöiden avofysioterapian käyttö Suomessa vuosina 2000 ja 2011

Tutkimuksen tarkoitus/tavoitteet

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää miten eläkkeellä olevien henkilöiden avofysioterapian käyttö lääkärin lähettämänä on muuttunut vuoden 2000 ja 2011 välisenä aikana. Vuoden 2011 tutkimukseen osallistuneista 30 % oli eläkkeellä, ja heistä kolmannes alle 65-vuotiaita. Tutkimuksessa selvitetään avofysioterapiapalvelujen käytön muutoksia seurantajakson aikana suhteessa sukupuoleen, ikään (64 v ja alle, 65-74 v, 75+ v), koulutustasoon (perusaste, keskiaste, korkea-aste), tulotasoon (OECD:n tulot kulutusyksikköä kohden jaetuna viidenneksiin) sekä ERVA -alueisiin.

Vuoden 2000 analyysissä ei ollut mukana alle 65-vuotiaita eläkeläisiä, joita tässä seurannassa sisällytetään analysoitavaan aineistoon (T2000 kys AD01_4). Sosiodemografisten tekijöiden lisäsitutkimuksessa selvitetään eläkeläisten liikuntatottumusten, painon , koetun terveyden, pitkäaikaissairauksien, itsenäisen liikkumiskyvyn (HB02), kaupassa käynnin (HA02_H) ja asioiden hoitamisen (pankki, apteekki, HA02_M) yhteyttä avofysioterapian käyttöön. Vuonna 2011 kerätyn datan avulla on ensimmäistä kertaa mahdollista seurata myös mihin oireisiin ja vaivoihin avofysioterapiapalveluja on käytetty (iän, sukupuolen , koulutustason, tulojen ja ERVA-alueen mukaan).

Aineisto

Terveys 2000 (lisätietoja)

Terveys 2011 (lisätietoja)

Rajataanko aineisto muulla tavoin?

ei

Mitä aihepiirejä koskevia haastattelussa, kyselylomakkeilla ja/tai terveystarkastuksessa kerättyjä tietoja tutkimusaineistoon tarvitaan?

Palveluiden käyttö ja tarve

Tarvitaanko tutkimuksessa näyteaineistoja?

ei

Tarvitaanko tutkimuksessa rekisteritietoja?

kyllä, mistä rekistereistä ja mitä tietoja niistä?

Voimet vastaukset: kyllä, mistä rekistereistä ja mitä tietoja niistä?

Tilastokeskuksen tekemät OECD:n kulutusyksikköön perustuvat tulot jaettuna viidenneksiin.

Tutkimusasetelma

Kohorttitutkimus (Seuranta-aikana terveyttä koskevissa rekistereissä ilmaantuneiden tapahtumien, esim. kuolema tai sairaalahoitajakso, ennustaminen/selittäminen seurannan alussa mitatuilla tiedoilla)

Tutkimussuunnitelmasta vastuussa olevan henkilön yhteystiedot:

Nimi Sähköposti Puhelinnumero Yritys / Organisaatio

Monica Röberg, THL

Muut tekijä(t)

Monica Röberg ja Katri Kilpeläinen. Päivi Sainio on taustatukena

Aikataulu

Aloitusaikajankohta: joulukuu 2014
Valmistumisajankohta: marraskuu 2015

Julkaisumuoto:

muu tieteellinen artikkeli

6.2.028 Työssä olevan väestön avofysioterapiapalvelujen käyttö Suomessa vuosina 2000 ja 2011

(Hyväksytty 22.10.2014)

Tutkimuksen tarkoitus/tavoitteet

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää miten työssä olevien henkilöiden avofysioterapian käyttö lääkärin lähettämänä on muuttunut vuoden 2000 ja 2011 välisenä aikana. Tutkimukseen osallistuneista henkilöistä 60 % oli työssä. Tutkimuksessa selvitetään miten työssä olevien suomalaisten avofysioterapian käyttö on muuttunut vuodesta 2000 vuoteen 2011. Tuloksia tarkastellaan suhteessa sukupuoleen, ikään (30-44 v, 45-54 v, 55-64 v ja 65+), koulutustasoon (perusaste, keskiaste, korkea-aste), tulotasoon (OECD:n tulot kulutusyksikköä kohden jaettuna viidenneksiin) sekä ERVA -alueisiin.

Tutkimuksessa keskitytään niihin muuttujiin, joilla todettiin olevan vaikutusta avofysioterapiapalveluiden käyttöön vuonna 2000 (Hakulinen 2004). Näitä muuttujia olivat työn luonnetta kuvaavat muuttujat (toimistotyypinen työ), raskas ruumiillinen työ, vapaa-ajan liikunta ja tutkittavan paino.

Uusia mallintamiseen mukaan otettavia muuttujia, joilla saattaa olla yhteyksiä avofysioterapian käyttöön, ovat haastateltavan koettu terveys (BA01), työhön liittyvät tekijät (fyysiset ja henkiset vaatimukset) työntekoa haittaavat sairaudet tai vammat (Kys IB09, IB10, IB11), irtisanomisen uhka (KD87D), ja henkisen väkivallan uhka (K87F). Lisäksi tutkimuksessa selvitetään, ensimmäistä kertaa Suomessa, mihin oireisiin työssä käyvät suomalaiset saivat avofysioterapiaa v. 2011(kysymys ei ollut mukana v.2000). Kaikki muuttujat saadaan T2000 ja T2011 haastattelulomaieista

Aineisto

Terveys 2000 (lisätietoja)

Terveys 2011 (lisätietoja)

Rajataanko aineisto muulla tavoin?

ei

Mitä aihepiirejä koskevia haastattelussa, kyselylomakkeilla ja/tai terveystarkastuksessa kerättyjä tietoja tutkimusaineistoon tarvitaan?

Toiminta- ja työkyky

Palveluiden käyttö ja tarve

Tarvitaanko tutkimuksessa näyteaineistoja

ei

Tarvitaanko tutkimuksessa rekisteritietoja?

kyllä, mistä rekistereistä ja mitä tietoja niistä?

Avoimet vastaukset: kyllä, mistä rekistereistä ja mitä tietoja niistä?

Tilastokeskuksen tekemiä OECD:n kulutusyksikköön perustuvat tulot jaettuna viidenneksiin.

Tutkimusasetelma

Kohorttitutkimus (Seuranta-aikana terveyttä koskevissa rekistereissä ilmaantuneiden tapahtumien, esim. kuolema tai sairaalahoitajakso, ennustaminen/selittäminen seurannan alussa mitatuilla tiedoilla)

Tutkimussuunnitelmasta vastuussa olevan henkilön yhteystiedot:

Monica Röberg, THL

Muut tekijä(t)

Tutkijaryhmään kuuluu Monica Röberg ja Katri Kilpeläinen sekä Päivi Sainio taustatukena

Aikataulu

Aloitusaikajankohta: Valmistumisajankohta:
joulukuu 2014 elokuu 2015

Julkaisumuoto:

muu tieteellinen artikkeli

6.2.029 Avofysioterapiapalvelujen tuottajat vuosina 2000 ja 2011 ja asiakkaiden/potilaiden näkemykset vuonna 2011 saaduista palveluista

(Hyväksytty 5.11.2014)

Tutkimuksen tarkoitus/tavoitteet

Terveys 2000 -tutkimuksessa selvitettiin mitkä tahot tuottivat suomalaisten saamia avofysioterapiapalveluja (Hakulinen 2004, s. 72). Tässä raportissa selvitetään eri palvelutahojen käytön muutoksia seuranta-aikana. Vuonna 2011 kysyttiin asiakkaiden/potilaiden näkemyksiä saaduista palveluista. Asiakkaiden/potilaiden valitsemia palveluntuottajia (DE03) ja käyttäjien näkemyksiä saaduista palveluista (DE03_1) tarkastellaan sukupuolen, iän (30-44 v, 45-54 v, 55-64 v, 65-74 v, 75+ v), koulutuksen (perusaste, keskiaste, korkea-aste), pääasiallisen toiminnan (työssä 60 %, eläkkeellä 30 %, muu 10 %), tulojen (OECD:n kulutusyksikköön perustuviin viiteen tuloluokkaan) ja ERVA-alueiden mukaan. Tutkimuksessa selvitetään miten avofysioterapiapalvelujen hoidot jakautuvat eri palveluntuottajille ja asiakkaiden/potilaiden tyytyväisyyteen niihin.

Aineisto

Terveys 2000 (lisätietoja)

Terveys 2011 (lisätietoja)

Rajataanko aineisto muulla tavoin?

ei

Mitä aihepiirejä koskevia haastattelussa, kyselylomakkeilla ja/tai terveystarkastuksessa kerättyjä tietoja tutkimusaineistoon tarvitaan?

Palveluiden käyttö ja tarve

Tarvitaanko tutkimuksessa näyteaineistoja?

ei

Tarvitaanko tutkimuksessa rekisteritietoja?

kyllä, mistä rekistereistä ja mitä tietoja niistä?

Avoimet vastaukset: kyllä, mistä rekistereistä ja mitä tietoja niistä?

Tilastokeskuksen tekemät OECD:n kulutusyksikköön perustuvat tulot jaettuna viidenneksiin.

Tutkimusasetelma

Poikkileikkaustutkimus

Kohorttitutkimus (Seuranta-aikana terveyttä koskevissa rekistereissä ilmaantuneiden tapahtumien, esim. kuolema tai sairaalahoitajakso, ennustaminen/selittäminen seurannan alussa mitatuilla tiedoilla)

Tutkimussuunnitelmasta vastuussa olevan henkilön yhteystiedot:

Nimi	Sähköposti	Puhelinnumero	Yritys / Organisaatio
Monica Röberg	monica.roberg@thl.fi	040 5695929	THL

Muut tekijä(t)

Vastuuhenkilö Monica Röberg, Katri Kilpeläinen on kakkoiskirjoittaja ja Päivi Sainio toimii onneksemme taustaryhmänä

Aikataulu

Aloitusaikankohda:	Valmistumisajankohda:
joulukuu 2014	syyskuu 2015

Julkaisumuoto:

muu tieteellinen artikkeli

Lisätietoja:

Pyrin työstämään jokseenkin rinnakkain avofysioterapiapalvelujen käytöstä tehtyä neljää tutkimussuunnitelmaa.

Otan mielelläni vastaan kokeneempien tutkijoiden näkemyksiä suunnitelmien rakenteesta ja sisällöstä

6.2.030 Kuulon tarkkuuden yhteys terveyspalveluiden käyttöön ja avun saantiin ja tarpeeseen

(Hyväksytty 10.12.2014)

Tutkimuksen tarkoitus/tavoitteet

Kuulovaikeudet ovat yleisiä ikäihmisillä. Yli 75-vuotiaista useammalla kuin joka toisella on kuulon alenema (1, 2). Heikentyneen kuulon aiheuttamat vaikeudet kommunikaatiossa voivat johtaa sosiaalisten tilanteiden välttämiseen (3). Yhtä lailla kuulovaikeudet voivat vähentää halukkuutta hakeutua terveyspalveluihin. Toisaalta kuulovaikeudet voivat lisätä joidenkin terveyspalveluiden käyttöä, koska kuulovaikeudet lisäävät mm. masennusoireita

(4). Kuulon yhteyttä terveystalveluiden käyttöön ja avun tarpeeseen ja saantiin on tutkittu vain vähän ja tulokset ovat osin ristiriitaisia (5, 6).

Tutkimuskysymykset ovat

- 1) Onko mitattu/itsearvioitu kuulo yhteydessä terveystalvelujen käyttöön ja avun tarpeeseen?
- 2) Ennustaako mitattu/itsearvioitu kuulo terveystalvelujen käyttöä ja avun tarvetta 11 vuoden seurannassa?
- 3) Onko kuulokojeella vaikutusta kuulon, terveystalvelujen käytön ja avun tarpeen yhteyksiin?

Aineisto: Pääennustaja on vuoden 2000 mitattujen kuulokynnysarvojen keskiarvo paremmassa korvassa sekä itse arvioitu kuuloa (HC04-06) (2000 ja 2011). Päävastemuuttajat ovat terveystalvelujen käyttö ja koettu avun tarve ja avun saanti (2000 ja 2011). Analyysseissa testataan, muokkaako kuulokojeen ja muiden kuulon apuvälineiden käyttö (HG03, HG03_1)(2000 ja 2011) kuulon ja vastemuuttajien yhteyttä. Kuolleisuustietoja käytetään tunnistamaan kuolemasta johtuva puuttuva tieto. Sosiodemografisia, terveydentilaan liittyviä tietoja (BMI, sepelvaltimotauti BA09, sydäninfarkti BA08, kohonnut verenpaine BA13, diabetes BA26, aivohalvaus BA14, artroosi BA19, nivelreuma BA18, syöpä BA32, pysyvä vamma BA24, kaukonäön tarkkuus), toimintakykyä (fyys. toimintakyky, arkitoimista suoriutuminen) sekä elämäntapatietoja (tupakointi FB03-04, alkoholin käyttö) käytetään vakioivina muuttujina. Kuulovika/-vamma-muuttujia (BA40, BA40A) käytetään kuvattaessa otosta.

Vastemuuttajat

Terveystalvelut

- lääkärikäynnit (DB01-DB03)
- lääkärikäynnit kuulovian vuoksi (BA40D)
- terveyden-/sairaanhoidajalla käynnit(DB08)
- mielenterveystalvelut (DC01)
- talvelujen tarve mielenterveydellisten ongelmien takia (DC12)
- Käynti terveystarkastuksessa (DD01a-h, mikä tahansa tarkastus, erikseen a, b, e, h)
- tutkimuksissa ja tarkastuksissa käynti (DD04a-f, h, k, i, o)
- fysio-, toiminta-, ja puheterapia (DE01, DE01_1, DE03_2a, DE03_2b)
- Hammashoito (EC06)
- terveyttä edistävät ryhmät (Kys1_K6101-K6106, Kys1_K6108, Kys1_K6110, T11_Kys1_K40_8)

Avun tarve ja saanti

- toistuvan avun saanti tavallisissa toimissa (HD01)
- avun tarve (HD02)
- kuinka usein avun tarve (HD03)
- Kuinka usein apua (HD06)
- Saako riittävästi apua HD08)

Lähteet

1. Mitchell et al. Ear Hear. 2011;32:251-257.
2. Aromaa A. Kansanterveyslaitos, Terveyden ja toimintakyvyn osasto; 2002.
3. Mikkola et al. J Aging Health. 2014;In Press.
4. Kramer et al. J Aging Health. 2002;14:122-137.
5. Kendall et al. J Rehab Res Dev. 2008;45:1349-1360.
6. Nachttegaal et al. Int J Audiol. 2010;49:881-890.

Aineisto

Terveys 2000 (lisätietoja)

Terveys 2011 (lisätietoja)

Rajataanko aineisto muulla tavoin?

ei

Mitä aihepiirejä koskevia haastattelussa, kyselylomakkeilla ja/tai terveystarkastuksessa kerättyjä tietoja tutkimusaineistoon tarvitaan?

Sosiodemografiset tekijät ja elinolot

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet

Toiminta- ja työkyky

Avun ja kuntoutuksen tarve

Palveluiden käyttö ja tarve

Elintavat (ravitseminen, liikunta, päihteet ja uni)

Lihavuus ja kehon koostumus

Sydän- ja verisuonitaudit sekä diabetes

Tarvitaanko tutkimuksessa näyteaineistoja?

ei

Tarvitaanko tutkimuksessa rekisteritietoja?

kyllä, mistä rekistereistä ja mitä tietoja niistä?

Avoimet vastaukset: kyllä, mistä rekistereistä ja mitä tietoja niistä?

kuolleet (Tilastokeskus)

Tutkimusasetelma

Poikkileikkaustutkimus

Toistomittaustutkimus (Muuttujasta on vähintään kaksi mittausta samalta tutkittavalta, vain Mini-Suomi/Terveys2000/Terveys 2011)

Kohorttitutkimus (Seuranta-aikana terveyttä koskevissa rekistereissä ilmaantuneiden tapahtumien, esim. kuolema tai sairaalahoitajakso, ennustaminen/selittäminen seurannan alussa mitatuilla tiedoilla)

Tutkimussuunnitelmasta vastuussa olevan henkilön yhteystiedot:

Tuija Mikkola, Jyväskylän yliopisto

Muut tekijä(t)

Seppo Koskinen, Päivi Sainio, Päivikki Koponen, Anne Viljanen (Jyväskylän yliopisto JY), Hannele Polku (JY)

Aikataulu

Aloitussajankohta: Valmistumisajankohta:

12/2014 12/2015

Julkaisumuoto:

muu tieteellinen artikkeli

Lisätietoja:

Tutkimus on osa Jyväskylän yliopiston Kuulo, muisti ja hyvinvointi -konsortiotutkimusta (PI Anne Viljanen). Tutkimusta rahoittaa Suomen Akatemia.

6.2.031 Suomalainen näkövammaisuus: sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttö ja kustannukset

(15.6.2016)

1. Tutkimussuunnitelman numero: Ei vastauksia.

2. Tutkimuksen otsikko: Suomalainen näkövammaisuus: sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttö ja kustannukset

3. Tutkimuksen tarkoitus/tavoitteet

Heikentynyt näkökyky aiheuttaa ongelmia elämän eri alueilla – näkövamma tuo haasteita liikkumiseen, sosiaalisten suhteiden luomiseen ja arkielämän rutiineihin. Näkövammaisuus aiheuttaa sekä suoria että epäsuoria kustannuksia: suorat kustannukset johtuvat pääasiassa hoitotarpeista ja lääkekuluista, kun taas korkeampi työttömyys ja alhaisempi työ- ja toimintakyky aiheuttavat epäsuoria kustannuksia. Kaiken kaikkiaan, näkövammaisuudella ja sokeudella on taloudellisesta suuruudesta jokaiselle yksittäiselle näkövammaiselle, mutta myös heidän perheille, hoitajille, ja koko yhteiskunnalle. Kustannuksia määrittämällä on mahdollista havainnollistaa miten tärkeitä on vähentää ja hidastaa näkövammaisuuden etenemistä kehittämällä uusia lääkkeitä ja hoitoja. Suomessa tämän tyyppistä tutkimusta ei ole ennen tehty, ja myös kansainvälisellä tasolla tutkimustuloksia on hyvin vähän.

Tässä tutkimuksessa pyritään selvittämään:

1) Minkä tyyppisiä suoria ja epäsuoria kustannuksia, mukaan lukien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen käyttö, aiheuttaa näkövammaisuudesta ja sokeudesta Suomessa suhteessa koko väestöön?

2) Mitkä ovat näkövammaisten ja sokeiden sairastavuuden, saatujen hoitojen ja koulutuksen profiilit ja kehitystrendit, ja miten ne eroavat koko väestöstä?

3) Onko näkövammaisten ja sokeiden elinajanodote kasvanut samalla tavalla kuin koko väestöllä, ja onko terveiden vuosien määrä keskimäärin kasvanut?

4) Kaikki suorat ja epäsuorat kustannukset lasketaan ja ilmoitetaan euroina (€), ja tuloksia verrataan ulkomaisiin tutkimuksiin.

Aineisto: Tämä tutkimus hyödyntää THL:n toteuttamia Terveys 2000 ja Terveys 2011 seurantatutkimuksia, näkövammarekisteriä, sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteriä (HILMO), sekä Kelan ja Tilastokeskuksen rekisteritietoja. Erityisen keskeisiä seikkoja ovat tutkittavien taustatiedot, terveystila ja sairaudet, elintavat, elinympäristö, toimintakyky, työkyky, kuntoutus, käytetyt terveysterveystilat, sekä näkökyvyn mittaukset. Näkövammarekisterin sisältämät näkövammaisten ja sokeiden henkilöiden diagnoosit ja vammautumisiät on tarkoitus käyttää perustana muiden rekisteritietojen analyysiin. HILMO:n avulla selvitetään rekisteröityjen näkövammaisten tiedot laitoshoidoista, ja sitä kautta arvioidaan terveydenhuollon kustannukset. Kelalta tärkeimmät rekisteritiedot koskevat näkövammaisille ja sokeille myönnettyjä vammaisuuksia, kuntoutumistukia, hoitotukia, työkyvyttömyyseläkkeitä ja lääkekorvauksia. Tilastokeskuksesta on tarkoitus selvittää rekisteröityjen näkövammaisten sosiaalista asemaa kuvaavat tiedot, eli heidän työllisyys ja koulutustaso, ja myös näkövammaisten kuolinssyyt.

4. Aineisto: Terveys 2000, Terveys 2011

5. Rajataanko aineisto muulla tavoin? ei

6. Mitä aihepiirejä koskevia haastattelussa, kyselylomakkeilla ja/tai terveystarkastuksessa kerättyjä tietoja tutkimusaineistoon tarvitaan?

Sosiodemografiset tekijät ja elinolot, Hengityselimistön sairaudet ja allergiat, Koettu terveys ja elämänlaatu, Tuki- ja liikuntaelinsairaudet, Sosiaaliset suhteet ja sosiaalinen hyvinvointi, Mielenterveys ja psyykinen hyvinvointi, Syrjintä – ja väkivaltakokemukset, Toiminta- ja työkyky, Suun terveys, Avun ja kuntoutuksen tarve, Infektiotaudit, Palveluiden käyttö ja tarve, Syöpätaudit, Elintavat (ravitsemus, liikunta, päihteet ja uni), Lihavuus ja kehon koostumus, Muut laboratorioanalyysit, Sydän- ja verisuonitaudit sekä diabetes

7. Tarvitaanko tutkimuksessa näyteaineistoja? ei

8. Tarvitaanko tutkimuksessa rekisteritietoja?

Avoimet vastaukset: kyllä, mistä rekistereistä ja mitä tietoja niistä?

- Näkövammarekisteri, HILMO, Kela ja Tilastokeskus, linkattuna T2000 ja T2011 aineistoon
9. Tutkimusasetelma: Tapaus-verrokkitutkimus, Toistomittaus tutkimus (Muuttujasta on vähintään kaksi mittausta samalta tutkittavalta, vain Mini-Suomi/Terveys2000/Terveys 2011), Kohorttitutkimus (Seuranta-aikana terveyttä koskevilla rekistereillä ilmaantuneiden tapahtumien, esim. kuolema tai sairaalahoitojakso, ennustaminen/selittäminen seurannan alussa mitatuilla tiedoilla)
10. Tutkimussuunnitelmasta vastuussa oleva henkilö: Hannu Uusitalo, Tampereen yliopisto
11. Muut tekijä(t): Alexandra Mikhailova (Näkövammaisten liitto ja Tampereen yliopisto), Matti Ojamo (Näkövammaisten liitto), Seppo Koskinen, Mika Gissler, Harri Rissanen ja Päivi Sainio (THL)
12. Aikataulu: Kesäkuu 2016- Helmikuu 2018
13. Julkaisumuoto:
- Avoimet vastaukset: muu, mikä:**
- Tulokset raportoidaan rahoittajalle
14. Lisätietoja: Ei vastauksia.

6.3 Väitöskirjat

6.3.001 Miesten vaihdevuosien hormonihoito: lääkehoito yksilön yhteiskunnallisena valintana

(13.2.2003)

Tarkoitus/tavoitteet: Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millainen yhteiskunnallinen tilanne on miesten vanhenemisen hormonihoitolla, vaikuttaako teknologiapainotteinen yhteiskuntamme lääkehoidon suosioon, onko spatiaalisilla ulottuvuuksilla merkitystä miesten hormoni-hoidon käyttöön ja nähdäänkö hormonihoito miehen hyvinvointia lisäävänä tekijänä yhteis-kunnassamme.

Aineisto:

Tekijät: YTM, LK Kirsi Vainionpää, Lapin yliopisto, Yhteiskuntatutkimuksen laitos, dosentti Päivi Topo, VTT ja muiden yhteistyötahojen kanssa

Aikataulu: Tutkimus ajoittuu vuosille 2002–2004. Osatutkimus IV ajoittuu loppuvuodelle 2003 ja vuodelle 2004.

Julkaisumuoto: Artikkelit ja väitöskirja

Väitöstutkimukseni käsittelee miesten vaihdevuosien hormonihoitoa lääkityksenä yhteiskunnallisesta perspektiivistä. Tutkimukseni koostuu seuraavista osatutkimuksista ja niiden tuloksia esittelevistä artikkeleista:

I **Miesten vaihdevuosien hormonihoito innovaationa – miehen vaihdevuosien ja hormonihoiton kehityskaari suomalaisessa maallikoille suunnatussa lehdistössä**

II **Asiantuntijatieto miesten hormonihoitoissa: suomalaisten lääkäreiden näkemyksen rakentuminen miesten vaihdevuosista ja hormonihoitoista 1986–2002.**

III **Miehen ruumiin hallinta vaihdevuosihormonihoitolla. Hormonihoito foucaultlaisena vallan välineenä.**

IV **Miesten HT:n ja vanhenemisen hoitamisen käytön diffuusio, nykyisyys ja tulevaisuus peilattuna naisten HT:n käytön diffuusioon. (artikkeli 6.2.009)**

Kieli: Väitöskirjatyö kokonaisuudessaan kirjoitetaan englanniksi.

Voimavarat: Tutkimukselle on haettu rahoitusta useista eri paikoista, mm. Avohoidon tutkimussäätiöstä. Lapin yliopisto yhteiskuntatutkimuksen laitos osallistuu myös rahoitukseen.

Julkaistu:

Vainionpää Kirsi: **Male Menopause. The Birth of a new illness. Rovaniemi 2006. Acta Universitatis Lapponiensis 109.**

6.3.002 Suomalaisen huippu-urheilijoiden lääke- ja nautintoaineiden sekä lisäravinteiden käyttö

(20.10.2003)

Tarkoitus/tavoitteet: Tutkimuksella selvitetään suomalaisten huippu-urheilijoiden:

- 1) Lääkeaineiden käyttöä, astmalääkkeiden käytön yleisyys eri lajityyppien urheilijoilla mahdolliset erot astmalääkkeiden käytössä talvi- ja kesälajien urheilijoilla
- sukupuolen vaikutus astman ja astmalääkityksen yleisyyteen huippu-urheilijoilla
- astman vaikutus urheilijan menestymiseen kansainvälisellä huipulla,
- 2) Vitamiinien ja kivennäisaineiden käyttöä,
- 3) Lisäravinteiden käyttöä,
- 4) Nautintoaineiden käyttöä,
- 5) Suhtautumista kiellettyihin aineisiin ja menetelmiin

Aineisto: Olympiaurheilijoiden lääke- ja terveystutkimus 2002 sekä Terveys 2000 tutkimus 18-29 vuotiaiden aineisto.

Tekijät: Antti Alaranta, proviisori, ¹Helsingin yliopisto, Farmasian laitos

Ohjaajat: Ilkka Helenius, LT, ¹Helsingin yliopisto, Kirurgian klinikka, Hannu Alaranta, LKT, dos., Invalidiliiton Käpylän kuntoutuskeskus.

Aikataulu: 2002 - 2003

Julkaisumuoto: Väitöskirja, tieteelliset artikkelit

Osajulkaisut:

1. Astmalääkkeiden käyttö olympiaurheilijoilla, artikkeli 6.2.012
2. Suomalaisen olympiaurheilijoiden lääkkeiden käyttö, artikkeli 6.2.013
3. Olympiaurheilijoiden käyttämät lisäravinteet, artikkeli 6.2.014
4. Nuuskan ja tupakoinnin yleisyys olympiaurheilijoilla, artikkeli 9.2.004
5. Olympiaurheilijoiden alkoholin käyttö ja huumeokeilut, artikkeli
6. Olympiaurheilijoiden asenteet kiellettyjä aineita ja menetelmiä kohtaan

Kieli: Englanti

Voimavarat: A Alaranta Helsingin yliopiston palveluksessa huhtikuun 2003 loppuun, minkä jälkeen virkavapaalla. Apurahaa haettu opetusministeriöltä ja farmasian alan yksityisistä säätiöstä. H Alaranta ja I Helenius osallistuvat suunnittelu- ja raportointityöhön oman työnsä ohella.

Yhteistyö:

Väitöskirja julkaistu:

Alaranta A. Medication use in elite athletes. Helsingin yliopisto, farmasian laitos, Helsinki, 2006.

<http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/far/farma/vk/alaranta/medicati.pdf>

6.3.003 Työterveyshuollon sairaanhoidon yhteys työntekijän terveyteen ja työkykyyn - tutkimus Terveys 2011- aineistoa hyödyntäen

(04.12.2013)

Tarkoitus/tavoitteet: Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää työterveyshuollon sairaanhoidon yhteyttä työntekijöiden terveyteen ja työkykyyn. Tutkimusryhmä muodostuu työssäkävijöistä, jotka nimeävät ensisijaiseksi lääkärikseen työterveyslääkärin ja vertailuryhmät työntekijöistä, jotka nimeävät ensisijaiseksi lääkärikseen terveyskeskuslääkärin, jonkun muun lääkärin tai eivät nimeä lainkaan ensisijaista lääkäriä.

Tutkimus jakaantuu neljään eri osatyöhön. Ensimmäisen osatyön tavoitteena on tarkastella mahdollisia eroja työntekijöiden koetussa toiminta- ja työkyvyssä, sairauspoissaoloissa, kuntoutukseen ohjautumisessa, eläkeasenteissa ja työpaikalla tehtyjen toimenpiteiden määrissä.

Toisessa osatutkimuksessa kartoitetaan hoidon saatavuus- ja tyytyväisyyseroja hyödyntäen tietoja mm. viimeisestä lääkärisäkäynnistä.

Kolmannessa osatyössä kartoitetaan työterveyshuollon sairaanhoidon merkitystä tuki- ja liikuntaelinoireista kärsivien työntekijöiden hoidossa ja koetussa toiminta- ja työkyvyssä.

Neljännessä osatyössä tarkastellaan ryhmien välisiä mahdollisia eroja työikäisten keskeisten kansantautien eli metabolinen oireyhtymän, diabeteksen ja verenpainetaudin hoidon osalta.

Aineisto: Tarvittavat osa-alueet Terveys 2011-aineistoista

Tekijät: Katri Oksanen, Riitta Sauni, Kimmo Räsänen ja Pauliina Toivio.

Aikataulu:

Julkaisumuoto: Tieteellisiä artikkeleita suomalaisissa / kansainvälisissä julkaisuissa / osa väitöskirjaa

Kieli: Suomi/englanti

Tutkimussuunnitelma

1. Johdanto

Työterveyshuoltolaki vuodelta 2001 velvoittaa kaikkia työnantajia järjestämään työntekijöilleen kustannuksellaan lakisääteisen työterveyshuollon. Lakisääteiseen työterveyshuoltoon kuuluvat mm. työpaikkaselvitykset, terveystarkastukset, osatyökykyisten työkyvyn seuranta ja tarvittaessa kuntoutukseen ohjaaminen ja uusimpana lakimuutoksena velvoite selvittää työntekijän jäljellä oleva työkyky ja työhön palaamismahdollisuudet yhdessä työnantajan kanssa pitkien n. 3 kk kestäneiden sairauspoissaolojen yhteydessä (2012). Lakisääteinen työterveyshuolto mahdollistaa siis varsin kattavasti työntekijän terveyden ja työkyvyn edistämisen. Työterveyshuolto on järjestetty n. 90 % palkansaajista, eli n. 10 % palkansaajista ei lainvastaisesti kuulu lakisääteisen työterveyshuollon piiriin.

Lakisääteisen työterveyshuollon lisäksi työnantaja voi kustannuksellaan järjestää työntekijöille myös sairaanhoito- tai muita terveydenhuoltopalveluita. 82 %:lla työterveyshuoltoon kuuluvista työntekijöistä on mahdollisuus myös sairaanhoitoon. Sairaanhoitosopimuksella yritykset usein odottavat joustavaa tutkimuksiin ja hoitoon pääsyä ja nopeaa työkyvyn palautumista työkyvyttömyystilanteissa.

Työterveyshuollon sairaanhoitoa on kuitenkin kritisoitu eriarvoistavana, koska sairaanhoitosopimuksen ajatellaan takaavan nopeamman ja perusteellisemmän tutkimuksen ja hoidon kuin mitä julkisen terveydenhuollon puolella on mahdollista tarjota. Työterveyshuollon sairaanhoitoa on pidetty myös tehottomana, kun lähtökohtaisesti kohtalaisen terveen ja hyväosaisen kansanosan pientenkin oireiden ja sairauksien tutkimuksiin käytetään paljon voimavaroja, jotka lisäävät työnantajan kustannuksia. Myös yhteiskunnan kustannusten on arvioitu lisääntyvän, koska rajallisten sairaanhoitosopimusten vuoksi työterveyshuolloista lähetetään potilaita jatkotutkimuksiin erikoissairaanhoidon puolelle herkemmin ja vähäisemmin esitutkimuksin kuin terveyskeskuksista. Toisaalta työterveyshuollon ammattilaisten asiantuntemus eri sairauksien hoidossa voi olla heikompi ja paine työnantajien puolelta suurempi kuin muulla terveydenhuoltohenkilöstöllä, mikä myös voi näkyä tutkimus- ja lähetekäytännöissä. Työterveyshuoltojen ammattihenkilöt ovat ensisijaisesti työkyvyn ja työelämän

asiantuntijoita, eikä heillä välttämättä ole mahdollisuutta hallita koko yleislääketieteen kenttää yhtä monipuolisesti kuin tähän erikoistuneilla ammattilaisilla.

Työterveyshuollon sairaanhoitoa on kritisoitu myös siitä, että se vie työterveyshuoltojen voimavaroja lakisääteiseltä työltä. Perusteltuina vastakommenteina on kuitenkin esitetty, että sairaanhoitokäyntien yhteydessä tehdään myös työkyky- ja kuntoutusarvioita sekä työpaikkoihin kohdistuvia toimenpiteitä. Sairaanhoitokäynneiltä työterveyshuoltoyksiköt saavat myös arvokasta tietoa siitä, mihin suuntaan lakisääteisistä toimintaa kannattaa kehittää.

Lisäksi sairaanhoitokäynnit mahdollistavat niin työterveyshuollossa kuin muussakin terveydenhuollossa elintapoihin vaikuttamisen huomattavasti useammin kuin mitä pelkät terveystarkastukset mahdollistaisivat. Työikäisillä nimenomaan riskitekijöihin, kuten tupakointiin, alkoholin käyttöön, vähäisiin liikunta-tottumuksiin, lihavuuteen ja esidiabetekseen vaikuttaminen on tärkeää, koska siten voidaan ehkäistä pitkäaikaissairauksien syntyä tai siirtää niihin sairastumista myöhemmäksi.

Työterveyshuollon sairaanhoidon vaikuttavuudesta on siis esitetty mielipiteitä puolesta ja vastaan, mutta kovin perusteellisesti asiaa ei Suomessa ole aiemmin tutkittu. Annukka Ikkosen väitöskirjassa 2012 on todettu, että työterveyshuollon sairaanhoitokäynnit usein liittyvät työhön tai työkykyyn ja edesauttavat ennaltaehkäisevää työtä. Kuitenkaan esimerkiksi työntekijöiden terveydentilan tai työkyvyn osalta ei työterveyshuollon sairaanhoidon vaikuttavuutta ole tutkittu.

Terveys 2011-hankkeessa on kerätty laajat tutkimusaineistot kansalaisten elintavoista, terveydentilasta ja hyvinvoinnista. Aineistoja voidaan hyödyntää myös työterveyshuollon sairaanhoidon vaikuttavuutta tutkittaessa.

2. Tutkimuksen tavoite

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, onko työterveyshuollon sairaanhoito yhteydessä työntekijöiden terveydentilaan, sairauspoissaolojen määrään, kuntoutuksen oikea-aikaisuuteen ja työkykyyn. Terveys 2011-aineistosta johtuen näihin kysymyksiin ei ole mahdollista tässä tutkimuksessa vastata yksiselitteisesti, koska mm. tietoa työterveyshuollon sairaanhoitosopimuksista ei ole ja koska aineisto perustuu pitkälti tutkittavien omiin ilmoituksiin sairauksien, työkyvyn ja kuntoutuksen osalta, joiden osalta haastattelu on muutenkin varsin suppea.

Aineiston perusteella työterveyspalvelujen käyttäjiä voidaan verrata muiden lääkäreiden hoidossa oleviin sen mukaan, kenet he ovat nimenneet lääkäriksi, jonka luona yleensä käyvät.

Tavoitteena on tarkastella, onko eri hoitopaikoissa hoidettujen työntekijöiden välillä eroja sairauspoissaoloissa, kuntoutusten määrissä ja oikea-aikaisuudessa, koetussa työkyvyssä ja eläkeasenteissa. Lisäksi voidaan vertailla työpaikalla tehtyjä toimenpiteitä ja hoitotytytyväisyyttä eri hoitoyksiköiden välillä.

Tutkimuksen keskeinen tavoite olisi arvioida työterveyshuollon sairaanhoidon merkitystä erityisesti mielenterveysongelmien ja tuki- ja liikuntaelinsairauksien osalta, jotka ovat keskeisimmät työkyvyttömyyseläkkeelle ajautumisen syyt. Näiden osalta aineisto on kuitenkin varsin suppea. Tuki- ja liikuntaelinoireista kärsivien oma arvio toiminta- ja työkyvystään on kysytty, mutta vastaavaa tarkastelua mielenterveysongelmien osalta ei aineisto yksiselitteisesti mahdollista. Tässä tutkimuksessa rajoitutaankin vertailemaan hoitoa sekä koettua toiminta- ja työkykyä vain tuki- ja liikuntaelinoireisten osalta.

Aineiston perusteella voidaan myös kartoittaa työntekijöiden elintapoja sekä jossain määrin myös perussairauksia ja niiden hoitoa. Tässä tutkimuksessa on tarkoitus keskittyä erityisesti työikäisten kansanterveydellisesti merkittävämpien sairauksien eli MBO:n,

diabeteksen ja verenpainetaudin hoitovertauun sen mukaan, onko työntekijä pääasiassa hoidossa työterveyshuollossa vai muualla.

3. Aineisto ja menetelmät

Terveys 2011-aineisto koostuu elossa olevista Terveys 2000-tutkimukseen osallistuneista, jotka v. 2011 olivat vähintään 29-vuotiaita sekä uudesta 18-28-vuotiaiden otoksesta (n = 837). Terveys 2000-tutkimukseen osallistui 9125 henkilöä, joista 5806 Terveys 2011-tutkimukseen. Näistä n. puolet oli töissä Terveys 2011-tutkimuksen haastatteluhetkellä. Tämän tutkimuksen aineisto koostuu Terveys 2011-tutkimuksen terveystarkastukseen ja haastatteluun osallistuneista, jotka haastatteluhetkellä olivat työelämässä tai olivat olleet työelämässä viimeisen vuoden aikana.

Osatyö 1: Onko työterveyshuollon sairaanhoidolla yhteyttä työntekijän terveyteen ja työkykyyn?

Tutkitaan Terveys 2011-tutkimukseen osallistuneita vähintään 18-vuotiaita, jotka haastatteluhetkellä ilmoittivat olevansa tai olivat olleet viimeisen vuoden aikana työelämässä.

AD01: kokoaikatyö, osa-aikatyö, AD05: ansiotyö/12 kk

Nämä jaetaan ryhmiin sen mukaan, kenet he ilmoittivat ensisijaiseksi lääkäriin (työterveyslääkäri / terveyskeskuslääkäri / muu lääkäri / ei ensisijaista lääkäriä)

DA00: onko ensisijaista lääkäriä?, DA04: kuka?

Ryhmät vakioidaan sukupuolen, iän ja koulutusasteen (Raportti 68/2012 s. 30) suhteen. Ryhmien välillä vertaillaan terveyteen, koettuun työkykyyn ja kuntoutukseen liittyvien vastausten eroja Terveys 2011-tutkimuksen kyselyissä ja haastattelussa. Selvitetään myös, onko ryhmien välillä eroja työpaikoilla tehtyjen toimenpiteiden osalta. (Taulukko 1.)

Selittävä muuttuja (ensisijainen lääkäri)	Selitettävä muuttuja	
Työterveyslääkäri Terveyskeskuslääkäri Muu lääkäri Ei ensisijaista lääkäriä	Terveys ja toimintakyky	BA01: terveydentila omasta mielestä BA02: krooninen sairaus, vika, vamma *Kys1_K04: Pitkäaikainen sairaus, vika, vamma *Kys1_K0501-K0502: Haitta harrastuksissa, kotitöissä 0-10 **1. Pitkäaikainen sairaus, vika, vamma **2. Haitta harrastuksissa, kotitöissä 0-10
	Haastattelu * Kysely 1 (aikuiset) ** Kysely 1 (nuoret)	Työkyky
	Haastattelu * Kysely 1 (aikuiset) ** Kysely 1 (nuoret)	*Kys 1_K0503: Haitta työssä 0-10 **2. Haitta työssä 0-10 IB04: työkykypistemäärä 0-10, IB07: työssä selviytymättömyyden syyt, IB09: työkyky ruumiillisesti, IB10: työkyky henkisesti, IB11: sairaus, josta haittaa työssä, IB12: kuinka paljon haittaa, IB13: sairauspoissaolopäivät/v, IB14: sairaana työssä-päivät/v, IB15: arvio työkyvystä 2v BA03b: ammatin tai työtehtävän vaihto tai muutos terveydellisistä syistä
	Kuntoutus Haastattelu	JA01Aa: TYK/ASLAK, JA01Bb: uudelleen koulutus, JA01C: muu kuntoutus, JB01: koettu kuntoutuksen tarve, JB06: kuntoutusasia vireillä
Työpaikalla tehdyt toimenpiteet Haastattelu	JA07: Työn kuormitusta vähentävät ja työturvallisuutta parantavat toimenpiteet työpaikalla	

	Eläkeasenteet Haastattelu	ID01, ID02: eläkeasenteet
--	------------------------------	---------------------------

Osatyö 2: Hoidon tarve ja tyytyväisyys viimeisimpään lääkärisäkäyntiin

Tutkitaan Terveys 2011-tutkimukseen osallistuneiden 18-65-vuotiaiden tyytyväisyyttä viimeisimpään lääkärisäkäyntiin DB05_2 sen mukaan, missä oli viimeksi käynyt lääkärin vastaanotolla (terveyskeskus / sairaalan pkl / työterveyshuolto / opiskelijaterveydenhuolto / yksityinen) DB05_1

Hoidon tarve ja saatavuus-vertailu sen mukaan, kenet nimeää ensisijaiseksi lääkäriseen (ryhmäjako kuten osatyö 1:ssä)

BB01A: jatkuva lääkärin hoidon tarve, BB01C: tarve, mutta ei saa hoitoa, BB01e: miksei saa hoitoa

Osatyö 3: Työterveyshuollon sairaanhoidon yhteys työkykyyn tuki- ja liikuntaelinvaivoissa.

Ryhmäjako ja vakiointi kuten osatyö 1:ssä. Näistä poimitaan tuki- ja liikuntaelinsairauksista ilmoittaneet.

Tuki- ja liikuntaelinsairauksien osalta selvitetään, onko näistä kärsivien potilaiden osalta eroja koetussa toiminta- ja työkyvyssä. Nivelrikon, selkäsairauden ja niskasairauden osalta kartoitetaan myös hoitolinjauksia ja mahdollisia eroja niissä. (Taulukko 2.)

Selittävä muuttuja (ensisijainen lääkäri)	Selitettävä muuttuja	
Työterveyslääkäri	Tule-oireiden prevalenssi	
Terveyskeskuslääkäri	Kyselyt 2 ja 4	
Muu lääkäri	Tule-oireiden aiheuttama haitta	*oire_65A-B: Tule-oireista aiheutuva haitta vapaa-aikana 0-10
Ei ensisijaista lääkäreitä	vapaa-aikana Kyselyt 2 ja 4 (*aikuiset, **nuoret)	**35. Tule-oireiden aiheuttama haitta vapaa-aikana 0-10
	Tule-oireiden aiheuttama haitta työssä	*oire_65A-B: Tule-oireista aiheutuva haitta työssä 0-10
	Kyselyt 2 ja 4 (*aikuiset, **nuoret)	**35. Tule-oireiden aiheuttama haitta työssä 0-10
	Hoito -nivelrikko -selkäsairaus -niskasairaus Haastattelu	BA 19: nivelrikko, BA 19B: leikkaus, BA 19F: fysioterapia/muu kuntoutus BA 21: selkäsairaus, BA 21B: leikkaus, BA 21D: lääkehoito, BA 21E1: fysioterapia/muu kuntoutus BA 21F: niskasairaus, BA 21H: leikkaus, BA 21L: fysioterapia/muu kuntoutus
	Operatiivisen hoidon osuus -nivelrikko -selkäsairaus -niskasairaus Haastattelu	BA 19: nivelrikko, BA 19B: leikkaus, BA 21: selkäsairaus, BA 21B: leikkaus BA 21F: niskasairaus, BA 21H: leikkaus

Osatyö 4: Onko haastateltujen MBO:n, diabeteksen tai verenpainetaudin hoidossa eroja riippuen ensisijaisesta hoitopaikasta?

Ryhmäjako ja vakiointi kuten osatyö 1:ssä. Näistä poimitaan MBO:a, diabetesta tai verenpainetautiä sairastavat ja vertaillaan hoidon tasoa eri ryhmien välillä.

- MBO:n, diabeteksen ja verenpainetaudin prevalenssi

BA13: verenpainetauti, BA13C: lääkehoito

BA26: diabetes, useita kysymyksiä

- Mahdolliset diagnosoimattomat diabetekset ja verenpainetaudit verensokeri- ja RR-arvojen perusteella

- Elintapahoito: liikunta, rasvojen käyttö, tupakointi

Kys1_K28: Liikuntaa vähintään puoli tuntia hengästyen

23. Liikuntaa vähintään puoli tuntia hengästyen

FA05a: leipärasva, FA05b: ruoan valmistusrasva

FB05: tupakointi, FB08: lopettamisyrietykset

- Lääkehoito erityisesti metformiinin käytön osalta

DF03: lääkitys yksityiskohtaisesti

- BMI, vy, RR, laboratoriotulokset (S-Gluk, HDL, LDL)

- komplikaatiot (MCC, AVH, silmänpohjamuutokset, proteinuria)

BA08: Sydäninfarkti, BA09: MCC, BA14: AVH, BA26F: Silmänpohjamuutokset, DM, BA26I: Proteinuria, DM