

HYVINVOINTIYHTEISKUNNAN LUPAUS OIKEUDENMUKAISISTA
JA TASA-ARVOISISTA TERVEYSPALVELUISTA
– MITEN SE ON TOTEUTUNUT FYSIOTERAPIASSA v. 2000?

Sosiologia
Turun yliopisto
Pro gradu -tutkielma
Monica Röberg
Kesäkuu 2009
Turku

TURUN YLIOPISTO

Sosiologian laitos/ yhteiskuntatieteellinen tiedekunta

MONICA RÖBERG: Hyvinvointiyhteiskunnan lupaus oikeudenmukaisista ja tasa-arvoisista terveyspalveluista – miten se on toteutunut fysioterapiassa v. 2000?

Pro gradu -tutkielma, 106 s., 32 liites.

Sosiologia

Kesäkuu 2009

Fysioterapia sisällytettiin terveydenhuoltoon vuonna 1945. Sosiaalipolitiikan linjausten mukaisesti yhteiskunnasta alettiin 1960-luvulta lähtien rakentaa pohjoismaista hyvinvointivaltiota, jossa tavoitteena oli kansalaisten paras ja johtavat arvot olivat universaalisuus, oikeudenmukaisuus ja tasa-arvoisuus. Terveyspolitiikassa oikeudenmukaisuus tarkoittaa, että yhtäläisessä hoidon tarpeessa olevilla on yhtäläinen pääsy tarjolla olevaan hoitoon ja yhtäläinen mahdollisuus käyttää palveluja. Oikeudenmukaisuus johtaa tasa-arvoisuuteen. Terveyspolitiikassa, terveyspalvelujärjestelmissä ja fysioterapiassa tapahtuneet muutokset kytkeytyivät lääketieteen ja fysioterapian menetelmien edistymiseen ja yhteiskunnan kehitykseen. Terveyspalvelujen käytössä ja saatavuudessa on osoitettu olevan sosiaalista valikointumista. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella fysioterapiapalvelujen oikeudenmukaista käyttöä ja fysioterapian tarpeen tyydyttymistä, eli sitä, miten hyvinvointiyhteiskunnan lupaus on toteutunut fysioterapiassa. Lisäksi tutkimuksessa pohdittiin, miten palvelujärjestelmien muutokset ovat vaikuttaneet palvelujen oikeudenmukaisuuteen.

Tutkimus perustui *Terveys 2000* -tutkimuksen aineistoon, joka on edustava otos 30 vuotta täyttäneistä suomalaisista. Aineiston naisista (n=3925, 56 %) 15 % oli käyttänyt fysioterapiaa ja 24 % koki sen tarvetta. Aineiston 3162 miehestä 9 % oli käyttänyt fysioterapiaa ja 19 % koki sen tarvetta. Fysioterapian käytön (kyllä/ei) ja sen koetun tarpeen (kyllä/ei) perusteella muodostettiin neljä tarkasteltavaa ryhmää. Vertailuryhmään kuuluvat (n=5008) eivät olleet saaneet fysioterapiaa eivätkä kokeneet sitä tarvitsevansa. Selviytyjiksi nimettyyn ryhmään kuuluvat (n=537) olivat saaneet fysioterapiaa eivätkä enää sitä tarvinneet. Vajaakuntoisiksi nimettyyn ryhmään kuuluvat (n=332) olivat saaneet ja kokivat yhä tarvitsevansa fysioterapiaa. Hoitamattomiksi nimettyyn ryhmään kuuluvat (n=1542) eivät olleet saaneet fysioterapiaa, mutta kokivat tarvitsevansa sitä. Fysioterapian tarvetta arvioitiin suhteessa ilmoitettuihin terveysongelmiin ja toimintakyvyn rajoituksiin. Sosiodemografisina ominaispiirteinä tarkasteltiin sukupuolta, ikää, sosioekonomista asemaa ja asuinalueita.

Fysioterapian käyttö oli merkitsevässä yhteydessä ikään ja sosioekonomiseen asemaan, fysioterapian tarpeen yhteydet tarkasteltuihin muuttujiin olivat kaikilta osin merkitseviä. Ylimmissä tuloluokissa fysioterapian käyttö oli yleisintä ja sen tarve vähäisintä, kun taas alimmissa tuloluokissa käyttö oli vähäisintä ja tarve yleisintä. Vajaakuntoisten ja hoitamattomien ryhmät eivät eronneet tosistaan terveysongelmien tai toimintakyvyn rajoitusten suhteen. Fysioterapian tarve oli yhtäläistä, mutta toiseen ryhmään kuuluvat olivat jääneet hoidotta. Oikeudenmukainen kohtelu ei ollut toteutunut. Hoitamattomien ryhmän naiset olivat muita vanhempia, heillä oli alhaisempi koulutus- ja tulotaso ja he olivat muita useammin eläkkeellä. Miesten ryhmässä sosiodemografiset erot olivat samansuuntaisia, mutta vähäisempiä. Fysioterapian käyttö ja saatavuus kehittyivät tasa-arvoiseen suuntaan 1990-luvun lamaan asti, minkä jälkeen kunnissa alettiin supistaa varsinaiseen sairaanhoitoon kuulumattomia terveyspalveluja. Fysioterapiasta alkoi jälleen tulla hyväosaisten etuoikeus.

Asiasanat: fysioterapia, kuntoutus, toimintakyky, terveys, oikeudenmukaisuus, tasa-arvo, terveydenhuolto, terveystieteet, sosiologia.

SISÄLLYS

1	TERVEYDENHUOLLON KEHITYSKULKU HYVINVOINTIVALTIOSSA	1
2	KOHTI HYVINVOINTIVALTIOTA	2
2.1	Sosiaalinen oikeus ja oikeudenmukaisuus	2
2.2	Suomesta pohjoismainen hyvinvointivaltio	4
2.3	Sosiaali- ja terveystalouden muotoutuminen.....	6
2.4	Fysioterapian tie terveydenhuollon palveluksi	7
2.5	Terveyden ja terveystalouden oikeudenmukaisuus.....	8
2.6	Hyvinvointiyhteiskunnan lupaus.....	9
3	FYSIOTERAPIAN KÄYTTÖÖN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ	11
4	TERVEYS JA TOIMINTAKYKY – KÄSITTEITÄ JA KÄSITYKSIÄ	13
4.1	Terveys sosiaalilääketieteessä sekä sosiaali- ja terveystaloudessa.....	14
4.2	Yhteiskunnallisia näkemyksiä terveydestä ja sairaudesta.....	16
4.3	Sairauskäsitysten muuntumisesta – vammaisuus ja medikalisaatio.....	19
4.4	Koettu terveys	22
4.5	Toimintakyky fysioterapian näkökulmasta	24
4.6	Pitkäaikaissairauksien ja toimintakyvyn rajoitusten yhteyksiä.....	25
5	FYSIOTERAPIA OSANA TERVEYDENHUOLTOPALVELUJA	27
5.1	Fysioterapian työmenetelmiä	27
5.2	Terveydenhuolto- ja fysioterapiapalvelujen tarpeen arviointi	29
5.3	Selvityksiä fysioterapian tarpeesta.....	31
5.4	Fysioterapian käyttö.....	34
6	TERVEYDENHUOLLON NELJÄ VUOSIKYMMENTÄ	40
6.1	1960-luku: sairausvakuutus.....	40
6.2	1970-luku: kansanterveyslaki	41
6.3	1980-luku: vastuiden uusjako ja kansainväliset terveysohjelmat	44
6.4	1990-luku: taitekohtana lama.....	47
6.5	Vuosituhanne vaihtuessa.....	50
7	TUTKIMUKSEN TAVOITTEET	54
8	AINEISTO JA MENETELMÄT	55
8.1	Otos ja tiedonkeruu	55
8.2	Tutkimuksen muuttujat ja aineiston kuvaus.....	56
8.3	Tutkittavien ryhmien muodostamiseksi: fysioterapian käyttö ja tarve	60

8.4	Tutkimusasetelma	65
8.5	Tilastolliset menetelmät	66
9	TULOKSET	67
9.1	Terveysongelmien yleisyys.....	67
9.2	Fyysisesti painottuneen suorituskyvyn rajoituksia.....	70
9.3	Liikkumiskyvyn rajoituksia	73
9.4	Oikeudenmukaisuuden toteutus fysioterapiaryhmissä.....	76
9.5	Ikä, siviilisääty ja sosioekonominen tilanne	78
9.6	Asuinalueiden maantieteellinen vaihtelu	85
9.7	Tasa-arvon toteutuminen fysioterapiaryhmissä	86
10	TULOSTEN TARKASTELO JA POHDINTA.....	89
10.1	Oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo fysioterapiassa.....	90
10.2	Terveydenhuollon ja fysioterapian vuorovaikutus.....	97
10.3	Tutkimuksen vahvuuksia ja heikkouksia	102

KIRJALLISUUS

Tutkimuskirjallisuus

LIITTEET

Liite 1. *Helsingin Sanomien* lukijoiden kirjoituksia:

1/3 HS 1.10.2007 MieliPidesivu: Päihdehuolto jättää hädässä heitteille.

2/3 HS 14.10.2007 MieliPidesivu: Päihdehuollon palveluissa parantamisen varaa.

3/3 HS 16.10.2007 Vieraskynä: Peruspalvelujen vastattava tarpeita.

Liite 2. Tutkimuskysymykset ja vastausvaihtoehtojen luokitus

Liite 3. Väestön sosiodemografinen perusjakauma

Liite 4. Fysioterapian käyttö ja koettu tarve väestön sosiodemografisten tekijöiden mukaan

Liite 5. Terveysongelmat ja toimintakyvyn rajoitukset väestön sosiodemografisissa ryhmissä

Liite 6. Terveysongelmat ja toimintakyvyn rajoitukset fysioterapiaryhmissä

Liite 7. Fysioterapiaryhmien sosiodemografiset jakaumat

1 TERVEYDENHUOLLON KEHITYSKULKU HYVINVOINTIVALTIOSSA

Yhteiskunnan historialliset vaiheet ovat muovanneet ne normit ja arvot sekä ohjannut niitä valintoja, joiden perustalle hyvinvointivaltio on rakentunut. Durkheimin mukaan jokaisessa kehittyneessä yhteiskunnassa on kollektiivisia tuntemuksia ja yhteistajuntaa, joita ei voida palauttaa yksilöiden ominaisuuksiksi. Ne ovat yksilöistä riippumattomia ja yhteiskunnassa pysyviä tuntemuksia, jotka näyttäytyvät arvosuuntauksina, normeina ja sääntöinä. Kollektiivinen tajunta on vahvempi kuin vallitsevat olosuhteet. Se ei muutu vaan yhdistää sukupolvet toisiinsa. (Durkheim 1990, 84–85.) ”Saman yhteiskunnan keskimääräisille jäsenille yhteisten uskomusten ja tuntemusten kokonaisuus on määrätty järjestelmä, jolla on oma elämänsä. Sitä voidaan kutsua kollektiiviseksi tai yhteiseksi tajunnaksi” (mt., 84). ”Historia on välttämätön lähtökohta ymmärtää nykyisyyttä” (Anttonen & Sipilä 2000, 21). Julkunen (2001, 30) nimittää henkisiä perinteitä mentaaliseksi malleiksi: ”Sosiaalipolitiikka on sidoksissa historiallisesti muovautuneisiin sosiaalideologioihin, sosiaaliseen eetokseen, ajattelun malleihin ja kehykseen”.

Yhteiskuntatieteiden maailma on jatkuvasti muuttuva. Toisen maailmansodan jälkeen alkanut suomalaisen yhteiskunnan kehitys oli valtava kaikilla yhteiskunnan areenoilla. Sosiaalipolitiikan uudistamisen ”kolmas aalto” alkoi 1960-luvulla, jolloin sosiaalipolitiikkaa kehitettiin universaalisen tulontasausmallin periaatteiden mukaan ja sosiaalipolitiikan asema vahvistui yhteiskuntapolitiikan osana. (Waris 1968, 126; Karisto, Takala & Haapola 1999, 286–288.) Suomi sijoittui 1980-luvulla Pohjoismaiden hyvinvointivaltioiden ryhmään (Esping-Andersen 1990, 48–54). Yhteiskunnan arvot oikeudenmukaisuudesta ja tasa-arvoisuudesta terveystieteissä konkretisoituivat 1960-luvulla sairausvakuutuslakiin ja 1970-luvulla kansanterveyslakiin. Ne olivat laajoja ja toisiaan täydentäviä lainsäädäntöhankkeita, jotka viitoittivat terveydenhuollon kehitystä ja suuntasivat käytännön toimenpiteiden toteuttamista kymmeniksi vuosiksi eteenpäin. Uudistusten vaikutusten seuraamiseksi Kela aloitti järjestelmällisen ja toistuvan väestötutkimusohjelman. Tähän väestötutkimustraditioon kuuluu väestötutkimus *Terveys 2000*, joka toteutettiin julkishallinnon eri tutkimustahojen laajana yhteistyöhankkeena Kansanterveyslaitoksen (KTL) johdolla (Aromaa & Koskinen 2002, 1–2).

Tämän tutkimuksen lähtökohta on yhteiskuntatieteellinen ja terveystieteellinen. Terveystieteologia on ”väljästi määriteltynä terveyteen, sairauteen, lääketieteeseen ja terveydenhuoltoon kohdistuvaa sosiologista tutkimusta”. Terveystieteologia tutkii ”terveyden ja sairauden alueen vallan, normien, sosiaalisen epätasa-arvon ja terveyspalvelujen jakautumista eri sosiaaliluokkien ja väestöryhmien kesken”. (Kangas, Karvonen & Lillrank 2000, 7–8.) Terveystieteologia konkretisoituu lainsäädännön kautta. Eri järjestelmien asiantuntijat toteuttavat toimeksiannot ja suunnitelmat. Toteutukset ovat sosiaalisen toiminnan tulos (Liite 1). Terveystieteologian tavoitteet ja tulokset voivat olla yhteneviä, mutta hyvä tavoite ei välttämättä aina johda toivottuun tulokseen. Terveystieteologian ja terveydenhuoltojärjestelmän tarkastelu kattaa tässä työssä neljä vuosikymmentä. Sairausvakuutuksen ja kansanterveystieteen lisäksi käsitellään terveyspalvelujen laajentumista 1980-luvulla ja 1990-luvun talouden taantumien eli laman vaikutuksia.

Terveystieteologian kuvauksessa fysioterapia toimii muutosten konkreettisena esimerkkinä. Fysioterapia on terveydenhuoltoon kuuluva itsenäinen terapiamuoto, jonka keskeisiä tavoitteita ovat parantaa, palauttaa tai edistää ihmisen toimintakykyä tai hidastaa sen alenemista. Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää, miten terveydenhuollon läpikäymät muutokset ovat vaikuttaneet fysioterapiaan ja miten yhteiskunnan lupaus kansalaisten oikeudenmukaisesta ja tasa-arvoisesta kohtelusta on toteutunut fysioterapiassa vuonna 2000. Tutkimuksen teoreettiseen osuuteen sisältyy kuvaus terveydenhuollon ja fysioterapian kehitysvaiheista. Sen tarkoitus on antaa syvempi ymmärrys siitä, miten yhteiskuntapolitiikan muutokset vaikuttivat palvelujen järjestämiseen. Tutkimuksen empiirinen osuus on kvantitatiivinen poikkileikkaustutkimus, jossa yhteiskuntalupauksen toteutumisen indikaattorina on väestöryhmien oikeudenmukainen ja tasa-arvoinen fysioterapiapalvelujen käyttö.

2 KOHTI HYVINVOINTIVALTIOTA

2.1 Sosiaalinen oikeus ja oikeudenmukaisuus

T.H. Marshallin mukaan kansalaisoikeuksiin sisältyy kolmenlaisia oikeuksia. Vanhimmat niistä ovat siviilioikeudet, kuten yhdenvertaisuus lain edessä, mielipide-, puhe- ja

uskonnonvapaus sekä omistus- ja sopimusoikeus. Toiseen kategoriaan kuuluvat poliittiset oikeudet, kuten oikeus osallistua poliittiseen toimintaan ja äänestys-oikeus. Kolmas ja historiallisesti uusin oikeus ovat sosiaaliset oikeudet, joilla tarkoitetaan hyvinvointiin liittyviä oikeuksia, kuten oikeutta terveydenhoitoon ja turvallisuuteen sekä koulutukseen, työhön ja tuloihin. (Marshall 1950, 10–14, 28–29.) Yhdistyneiden kansakuntien (YK) ihmisoikeuksien julistuksen artiklassa 25 sanotaan: ”Jokaisella on oikeus elintason, joka on riittävä turvaamaan hänen ja hänen perheensä terveyttä ja hyvinvointia” (UN 1948). Maailman terveysjärjestön (WHO) järjestämässä Alma-Atan kokouksessa terveys julistettiin perustavanlaatuiseksi ihmisoikeudeksi (WHO 1978). Suomessa perustuslain 19 § määrittää sosiaaliset oikeudet (L 731/1999). Perustavanlaatuisia oikeuksia voidaan turvata ”vain epäsuorasti, valtion yksilöille antamien sosiaalisten ja taloudellisten oikeuksien avulla ja poliittiseen päätöksentekoon (ei aina joskin useimmiten) perustuvien julkisten instituutioiden kautta” (Kuçuradi 1998).

Sosiaalinen oikeus muodostuu niistä yleispätevistä ehdoista, jotka ovat välttämättömiä takaamaan jokaiselle mahdollisuus optimaalisesti kehittää omia edellytyksiään. Näitä ehtoja ovat oikeus koulutukseen ja työhön sekä oikeus hyvän terveyden mahdollistamaan elintason. Valtiot määrittelevät kansalaistensa sosiaalisia oikeuksia eri tavalla (Karisto ym. 1999, 224). Sosiaalinen oikeudenmukaisuus määräytyy sen mukaan, miten yhteiskunnalliset ja taloudelliset oikeudet on järjestetty lailla ja miten näitä lakeja käytetään sekä sen perusteella, miten julkiset instituutiot on järjestetty ja miten ne toimivat.

Tasa-arvoisuus liittyy distributiivisen oikeuden oikeudenmukaiseen toteutumiseen. Oikeudenmukaisuuden edellytyksenä on, että säännöt ovat kaikille samat ja että eduista ja velvoitteista sovitaan yhteisesti ja avoimesti ja ne määritellään yhdenmukaisten mittapuiden mukaan. Oikeudenmukaisuuden toteutumista voidaan kuvata siten, että kaikkia yhteiskunnan jäseniä kohdellaan eri tilanteissa ja elämänvaiheissa tasapuolisesti ja samojen periaatteiden mukaan. (Kuçuradi 1998.) Sosiaalinen oikeudenmukaisuus tarkoittaa, että jokainen saa sen, mitä yhteiskunnassa on sovittu, ei enempää eikä vähempää. Tasa-arvoisuus on sosiaalisen oikeudenmukaisuuden tulos (Chang 2002). Ihmisten terveydenhoitoon liittyvät tarpeet vaihtelevat sekä laadullisesti että määrällisesti. Oikeudenmukaisuuden kannalta olennaista on, että yhtäläiseen tarpeeseen vastataan yhtäläisellä hoidolla.

2.2 Suomesta pohjoismainen hyvinvointivaltio

Esping-Andersen (1990) esittää hyvinvointivaltioiden typologiassaan, että valtioiden historialliset perinteet ovat vaikuttaneet niiden hyvinvointimallien erilaiseen muotoutumiseen. Hän näkee uskonnon, aristokratian ja autoritäärisen hallintojärjestelmän yhdistetyt taustat konservatiivisen regimin (esim. Saksa ja Ranska) parhaaksi selittäjäksi. Mallin tyypillinen piirre on, että sosiaaliturva on sidoksissa työssäkäyntiin. Anglosaksisten maiden (mm. Yhdysvallat, Kanada, Iso-Britannia ja Australia) pitkä liberalistinen tausta, hallitsijan heikko valta yhdistettynä porvareiden ”laissez-faire” -periaatteeseen, muovasi näiden maiden yhteiskuntamallia. Julkiset palvelut ja tulonsiirtojärjestelmät ovat tarveharkintaisia ja rakentuvat minimiturvan varaan. Sosiaalidemokraattisissa regiimeissä eli pohjoismaisissa hyvinvointivaltioissa mallin selittäviä tekijöitä ovat työväenluokan mobilisaatio ja vasemmistoliikkeiden vaikutus lainsäädäntöön. Esping-Andersenin mukaan valta on nähtävä suhteena ja rakenteena. Hän lähestyy käsitettä ”työväenluokan mobilisaatio” yhteiskunnan demokratisoitumisprosessina, jonka taustalla on eri valtarakenteiden muodostelmia eri poliittisina yhteenliittyminä ja työväenliikkeiden rakenteina. (Mt., 53, 108–110, 133–137.)

Hyvinvointiyhteiskuntien analyysissä Esping-Andersenin lähtökohtana ovat kansalaisuuteen liittyvät universaalit ja kaikkia kansalaisia kattavat sosiaaliset oikeudet. Ne ovat lainsäädännössä määriteltyjä ja loukkaamattomia sekä perustuvat suoritusten sijaan kansalaisuuteen. Sosiaalisten oikeuksien tavoitteena on vapauttaa tai vähentää ihmisten riippuvuutta markkinavallasta (dekommodifikaatio). Universalismin toteuttaminen on yhteiskuntaluokkia tasoittava voima, kun pyritään turvaamaan kaikille kohtuullinen toimeentulo valtionhallinnon tulonsiirtojen kautta. Sosiaaliseen kansalaisuuteen perustuva järjestelmä muuttaa kansalaisuuden ja sosiaaliluokkien välistä suhdetta ja heikentää tai hävittää vanhaa sosiaaliluokkajärjestelmää. Järjestelmä muuttaa myös valtion, markkinoiden ja perheen välisiä suhteita. (Esping-Andersen 1990, 69, 19, 21–23.) Anttonen ja Sipilä (2000) referoivat Esping-Andersenia: ”[...] hyvinvointivaltio on enemmän kuin sosiaalipolitiikka; se on ainutlaatuinen historiallinen konstruktio, jossa on määritelty uudelleen se, mistä valtiossa on kysymys. Hyvinvointivaltioprojekti on tavalla tai toisella kokonaisuus, jossa valtio yhdistelee erilaisia toimintoja tavoitteena kansalaisten hyvinvoinnin kohottaminen.” (Mt., 14.)

Pohjoismaiden verovaroin tuotetuilla sosiaalipoliittisilla tasoitusjärjestelmillä on korkeat korvaustasot. Sosiaaliset palvelut ja tuet ovat laajat ja ulottuvat pidemmälle kuin koulutukseen ja sosiaali- ja terveystalouteihin. Suomessa esimerkiksi asumistuki ja lasten yksilöllinen oikeus päivähöitoon kuuluvat sosiaalisiin oikeuksiin. Pohjoismaiden perhepolitiikka kannustaa sukupuolten väliseen tasa-arvoon ja naisten osallistumiseen työelämään. Pohjoismaat ovat vahvasti sitoutuneet täystyölliseen makrotalouspolitiikkaan. Työsuhdeturva on säädelty, vaikkakin eritasoisena eri maissa. Työllisyyspolitiikassa painotetaan ammatillista koulutusta sidottuna yleiseen koulutukseen. Pohjoismaissa myös työmarkkinajärjestöt ovat vahvoja, ja niiden sopimustraditiot ovat vakiintuneita. Suomessa keskitetyt työehtosopimukset, pitkät sopimusjaksot ja kolmikantamenettely (työnantaja- ja työntekijäjärjestöt sekä valtio) olivat yleisiä vielä 2000-luvun alussa. (Hemerjick 2002, 179.) Pauli Kettunen (2001) pitää mallia hyvinvointivaltion sekä työmarkkina- ja sukupuolijärjestelmän monimuotoisena sekoituksena. Skandinaavisessa luokkakompromississa sovitettiin yhteen kolme mentaalista juonetta eli ”vapaan talonpojan perintö, kapitalismin henki ja sosialismin utopia”. (Mt., 239.) ”Hyvinvointivaltiossa on kyse tietynlaisesta kansalaisten ja valtion välisestä suhteesta, joka ilmenee kansalaisuudelle annettuna merkityksenä ja sisältönä” (Anttonen & Sipilä 2000, 14).

Sisällissodan jälkimainingeissa Suomen poliittiset yhteenliittymät ja tahdot toimivat voimasuhteissa, joissa agraaripuolue ja sosiaalidemokraatit vaihtelevissa ryhmittymissä välillä puolsivat sosiaalipoliittisia muutoksia ja välillä estivät niiden syntyä. Esping-Andersenin (2006) käsityksen mukaan ratkaiseva tekijä, joka sai suomalaiset sosiaalidemokraatit omaksumaan universalistisen mallin, oli heidän historiallinen yhteytensä agraaripuolueeseen. Suomalaisen sosiaalipolitiikan rakentamisvaihetta luonnehti rationaalinen suunnitelmallisuus ja kompromissit. Kettusen (2001, 243) mukaan demokratian, tasa-arvon ja taloudellisen kasvun positiivinen kierre mahdollisti tilanteen, jossa sosiaalisen ja taloudellisen vastakkaisuudet hävitettiin ja luotiin perusta tietoiselle sosiaalipolitiikalle. Raija Julkunen (2006, 36) viittaa Kettusen kiteytykseen: ”Käsitehistorian näkökulmasta hyvän kehän ajatuksessa sulautettiin toisiinsa yhteiskunta, joka syntyi markkinatalouden tarkoittamattomana seurauksena (kansantalous), ja yhteiskunta, jota markkinatalous uhkasi (sosiaalinen yhteisö)”. Kettusen (2001, 232) mukaan Suomen geopoliittinen asema ja suurvaltojen käymä kylmä sota myötävaikutti siihen, että Suomi halusi osoittaa kuuluvansa länsimaihin kehittämällä yhteiskuntaa pohjoismaisen hyvinvointivaltiomallin suuntaan.

2.3 Sosiaali- ja terveystalouden muotoutuminen

Ennen 1960-lukua havahduttiin tietoon, että suomalaisten terveys oli Euroopan huonoimpia. Suomalaisten 25–54-vuotiaiden miesten kuolleisuus oli kaksinkertainen muiden Skandinavian maiden miehiin verrattuna. Lääkäritiheys oli Euroopan maiden alhaisimpia. (Kuusi 1961, 256, 258, 263.) Pekka Kuusi toteaa:

Terveystaloudellisuus on siis toimintana kaksitahoista. Väestön yleisestä terveydestä vastaten yhteiskunta toisaalta huolehtii siitä, että kaikkien kansalaisten saatavilla on terveyden ylläpitämiseksi ja palauttamiseksi tarvittavia erilaisia palveluja. Toisaalta taas yhteiskunta huolehtii siitä, että lääkinnällisiin palveluksiin turvautuminen ei johda kansalaista taloudellisiin vaikeuksiin. (Kuusi 1961, 252.)

Väestön hyvinvoinnin ja kansantalouden näkökulmasta Kuusi piti terveystalouden ensisijaisena tehtävänä kansalaisten terveyden kohentamista (Kuusi 1961, 253). Terveystalouden järjestämisen tarpeen hän liittyy kansanterveyden edistämiseen: ”Kansanterveys ei ratkaisevasti kohene vielä siitä, että hyvät lääkärit parantavat huonoja potilaita ajanmukaisissa sairaaloissa. Kansanterveyden kohottamiseksi on olennaisinta se, että sairauksien syntymistä ehkäistään”. (Mt., 264.) Näkemys avohoidon saatavuuden parantamisen tarpeesta oli seuraavanlainen: ”Keskussairaalain väliseen maastoon tulisi pystytettäväksi terveysasemia, joiden sijainti määräytyisi kokonaan väestökeskusten ja liikenneyhteyksien mukaan” (mt., 282). Kuusen visio toteutui kansanterveyslaissa.

Terveystaloudellisuudesta Kuusi toteaa, että ”[s]airausten aiheuttamista taloudellisista kokonaismenetyksistä katetaan yhteiskunnan varoin vain kolmannes, joten sairaan väestön kulutustaso on maassamme erittäin vähäinen”. Hän huomautti, että sairaalahoidon yksipuolinen tukeminen on jättänyt avohoitopalvelut ja sairauksien ehkäisytyön tukitoimenpiteiden ulkopuolelle. Sairastamisen taloudelliset menetykset hidastavat ja estävät hoitoon hakeutumista. Sairastuessa kokeillaan ensin kotilääkitystä. ”Elleivät kotirohdot auta, hankitaan apteekista uusia”. Kuusi arveli, että ”lääkärikunnan käsiin joutuvat koti- ja apteekkihoidon piirissä ennen kaikkea epäonnistuneet tapaukset”. (Kuusi 1961, 270–272.) Hän piti olennaisena aktiiviselle terveystaloudelle sitä, että huolehditaan paitsi lääkintä- ja muiden palvelujen laadusta ja riittävydestä myös niiden käyttömahdollisuuksista. Silloin määrätietoinen terveystaloudellisuus ohjaisi kansalaiset käyttämään näitä palveluja. (Mt., 275–276.)

2.4 Fysioterapian tie terveydenhuollon palveluksi

Fysioterapiasta ja fysioterapeuteista on eri aikoina käytetty eri nimikkeitä. Ruotsalaisen perinteen mukaan ensimmäinen nimike oli *sjukgymnast*, sairasvoimistelija. Suomalaisessa ohjeistuksessa otettiin käyttöön nimike lääkitysvoimistelija (*medikalgymnast*) ja lääkitysvoimistelu (*medikalgymnastik*), sittemmin lääkintävoimistelija ja lääkintävoimistelu, jonka yhtenä alueena oli fysikaalinen hoito (*fysikalisk terapi*). Ensimmäisissä väestötutkimuksissa käytettiin vaihtelevasti nimityksiä fysikaalinen hoito tai kuntoutus, kun kyseessä oli lääkintävoimistelijan tekemä toimenpide. Tässä tutkimuksessa käytetään joko kuvattuna aikana käytettyä nimikettä tai vuonna 1990 virallistettuja nimikkeitä fysioterapeutti ja fysioterapia (L 152/1990).

Ruotsalaisen Per Henrik Lingin 1800-luvun alussa filantropistiselle aatepohjalle kehitetty voimistelu ja sairasvoimistelu saavuttivat suurta huomiota Euroopassa, Yhdysvalloissa ja Venäjällä. Myös suomalaisia kävi Tukholmassa Gymnastiska Centralinstituteissa tutustumassa uuteen aiheeseen ja saamassa oppia. Helsingin yliopiston miekkailunopettaja W. Bergholm teki aloitteen voimistelunopettajien ja sairasvoimistelijoiden koulutuksen aloittamisesta yliopistossa. Koulutus alkoi vuonna 1882 ”Keisarillisen Majesteetin Armollisen Julistuksen” nojalla. Nimikettä lääkitysvoimistelu käytettiin ensimmäisen kerran vuonna 1898 Lääkintöhallituksen sairasvoimistelukoulutuksen kehittämistä koskevissa asiakirjoissa. Vuonna 1908 annetussa asetuksessa tarkennettiin lääkitysvoimistelun ja hieronnan oppimäärää. Tämä katsotaan lääkitysvoimistelijan ja hierojan ammatillisen koulutuksen alkamisvuodeksi Suomessa. (Talvitie 1991, 7–9.)

Liikuntaa, hierontaa ja kylpyjä on käytetty yleisesti terveyden edistämiseen ja sairauksista toipumiseen. Ne ovat kautta historian olleet rikkaiden ja ylhäisten hoito- ja virkistysmuotoja. Muutamat lääkärit Suomessa oivalsivat myös aktiivisen liikunnan merkityksen sairauksien jälkihoidossa. Lääkintävoimistelua annettiin ainoastaan yksityisissä hoitolaitoksissa, ja hoito oli suhteellisen kallista. Suomessa vain yhteiskunnan hyväosaisten oli siihen varaa, joten lääkintävoimistelu pysyi toiseen maailmansotaan asti hyväosaisten hoitomuotona. Helsingin yliopiston lääkitysvoimistelijakoulutus lakkautettiin tarpeettomana vuonna 1942. (Talvitie 1991, 14.)

Lääkitysvoimistelun tarpeellisuus tuli esille sotainvalidien kuntoutuksessa. Invalidisäätiön sotasairaalassa Helsingissä oli vuodesta 1943 lähtien integroitu kuntoutukseen ammatinvalinnanohjausta, soveltuvuustestejä ja työkokeilua. Kuntoutus toteutettiin moniammatillisena tiimityönä, ja lääkintävoimistelijat olivat kuntoutustiimien jäseniä. (Tamminen 1994.) Vuonna 1945 perustettiin Invalidisäätiön Lääkitysvoimisteluopisto, josta valmistui vuosittain noin 25 lääkintävoimistelijaa. Samana vuonna astui voimaan ensimmäinen laki lääkintävoimistelijan ja hierojan ammatin harjoittamisesta ja koulutuksesta (L 1231 /1945). Tuolloin kirjattiin rekisteriin 114 yliopistossa tutkintonsa suorittanutta lääkintävoimistelijaa (Talvitie 1991, 18). Tästä lähtien fysioterapia on kuulunut terveystalouteen ja kansalaisten sosiaalisiin oikeuksiin.

2.5 Terveyden ja terveystalouden oikeudenmukaisuus

Terveys ja sairaus muodostuvat yhteiskunnan sosiaalisten rakennelmien vuorovaikutuksessa ja niitä tarkastellaan sitä eriarvoisuuden mallia vasten, joka löytyy eri yhteiskunnista. Riittävät poliittiset, taloudelliset ja sosiaaliset resurssit ovat terveen elämän edellytyksiä. Niiden eriarvoinen jakauma näkyy kansalaisten terveydentilan tasossa ja toimii terveyden sosiaalisena mittarina. (White 2002, 1, 17.) Terveyden epäoikeudenmukaisuus on seurausta niiden resurssien jakamisen tai muiden prosessien epäoikeudenmukaisuudesta, jotka aikaansaavat systemaattisia eroja väestöryhmien terveydentilassa (Palosuo, Sihto, Keskimäki, Koskinen, Lahelma, Manderbacka & Prättälä 2004, 17–18).

WHO:n terveysohjelma ”Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä” (TK-2000) julkaistiin vuonna 1978 (WHO, UNCF 1978). Ohjelma viritti WHO:n Euroopan toimistossa tarpeen luoda yhtenevä käsitteistö terveyden ja terveydenhuollon oikeudenmukaisuudelle ja tasa-arvoisuudelle. Aluetoimiston toimintaohjelman mukaan terveyden oikeudenmukaisuus edellyttää, että jokaisella on mahdollisuus saavuttaa hänelle paras mahdollinen terveys ja että terveystalouden tavoitteena tulisi olla väestöryhmien terveyserojen kaventaminen. Oikeudenmukaisuus johtaa tasa-arvoisuuteen. (Whitehead 1990, 1, 5, 9–14.) ”Terveyden epäoikeudenmukaisuudella on moraalinen ja eettinen ulottuvuus. Se viittaa eroihin, jotka ovat tarpeettomia ja vältettäviä ja joita voidaan pitää kohtuuttomina tai epäreiluinä.”(mt., 5.) Terveystalouden oikeudenmukaisuudella tarkoitetaan, että (a)

yhtäläisessä tarpeessa olevilla on yhtäläinen pääsy tarjolla olevaan hoitoon, (b) yhtäläinen palvelujen käyttö ja (c) kaikille yhtäläinen hoidon laatu (mt., 11.)

Epäoikeudenmukaisuus terveystalvelujen saatavuudessa tarkoittaa, että eri väestöryhmien terveystalvelujen tarpeisiin vastataan eri tavalla tai niihin jätetään kokonaan vastaamatta (Starfield 2001). Ihmiset eroavat toisistaan terveyden suhteen, eivätkä kaikki terveyden erot ole vältettävissä. Ne erot, jotka johtuvat biologisista ja psykofyysisistä syistä, katsotaan väistämättömiksi, ei epäoikeudenmukaisiksi. Perimään liittyviä sairastumismalleja ei voi kuvata epäoikeudenmukaisiksi. Suomessa naisten osuus terveydenhuoltopalvelujen avohoidon käynneistä on 55 prosenttia ja sen syiden arvioidaan olevan yhteydessä sukupuolen biologisiin, reproduktiivisiin ja kulttuurisiin tekijöihin. (Gissler 2003, 284–286.) Toisaalta sukupuoli (*gender*) on sosiaalinen rakennelma erotukseksi biologisesta sukupuolesta (*sex*), ja sukupuolen sosiaaliseen ulottuvuuteen liittyviin terveyseroihin voidaan vaikuttaa terveyden determinanttien kautta (Sihto 2007).

Terveyserojen epäoikeudenmukaisuus määräytyy sen mukaan, pystyykö ihminen omilla valinnoillaan vaikuttamaan terveyteensä. Työttömyys ja köyhyys, aliravitsemus, huonot asunto-olot ja epähygieeninen ympäristö ovat tekijöitä, jotka kasautuvat heikossa sosioekonomisessa asemassa oleville väestöryhmille ja altistavat heidät sairastumiselle. Näihin terveysriskeihin ihmiset eivät pysty vaikuttamaan omilla valinnoillaan, vaan siihen tarvitaan yhteiskunnan toimenpiteitä. Tilanne on käännettävissä, ja siten altistus terveysvaaroihin on epäoikeudenmukainen. (Whitehead 1990, 5–8.) Maantieteelliset, taloudelliset ja kulttuuriset tekijät voivat vaikeuttaa terveystalvelujen käyttöä. Käytön, eli terveystalvelujen saatavuuden esteet voivat lisäksi olla kielellisiä, uskonnollisia tai kulttuuriin liittyviä tekijöitä. Ne voivat myös johtua terveydenhuollon asiantuntijoiden vajaasta tietoisuudesta ja ymmärryksestä niistä jokapäiväisen elämän koettelemuksista, jotka ovat vähäosaisten, työttömien, vähemmän koulutettujen ihmisten rasituksina. (Whitehead & Dahlgren 2006, 9.)

2.6 Hyvinvointiyhteiskunnan lupaus

Minkälainen oli hyvinvointiyhteiskunnan lupaus? Lupausta ei annettu tietynä hetkenä eikä konkreettisena julistuksena, vaan se muotoutui vähitellen kansan kollektiivisessa

tajunnassa maan historiallisen kehityksen myötä poliittisen retoriikan konkretisoituessa lainsäädännössä ja poliittisen tavoiteasettelun jatkumossa. Riikka Niemi tiivistää analyysinsä tulokset referoimalla Anna Metterin näkemystä, ”että hyvinvointivaltiomme lakien ja säädösten perusteluina ovat olleet kansalaisten tasa-arvoisten mahdollisuuksien ja oikeudenmukaisuuksien periaate sekä ajatus, että julkisella vallalla on vastuu kansalaisten hyvinvoinnista” (Niemi 2006, 61). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista oli ensimmäisiä säädöksiä, joissa oli kirjattu oikeudeksi potilaan tasavertainen kohtelu, kuuleminen ja osallistumisoikeus hoitoon (L 785/1992). Hyvinvointivaltion lupaus konkretisoitui Suomen perustuslain pykälissä 6–23 (L 731/1999). Sen taustalla olevat arvot ovat edelleen universaalisuus, yhteisvastuu, oikeudenmukaisuus ja tasavertaisuus.

Heikki Waris luonnehti 1960-luvun tapahtumia ”sosiaalipolitiikan uudistuksen kolmanneksi aalloksi”, jossa korostettiin sosiaalista turvallisuutta ja kansalaisten oikeuksia lisääntyvin tulonsiirroin ja tehostuvien suojelukeinoin ja sopeuttamismenetelmin (Waris 1968, 126, 139). Hän siteeraa Armas Niemisen määritelmää vuodelta 1955:

Sosiaalipolitiikka käsittää pyrkimykset ja toimenpiteet, joitten tarkoituksena on kohtuulliseksi katsotun elintason, sosiaalisen turvallisuuden ja viihtyvyyden takaaminen eri yhteiskuntaryhmille, perheille ja yksilöille (Waris 1968, 132).

Pekka Kuusi (1961) muotoili kirjassaan *60-luvun sosiaalipolitiikka* yhteiskuntapolitiikan tulevaisuuden linjauksia, jotka hyvin pitkälle myös toteutuivat. Hän tiivisti tarpeelliseksi katsomansa kehityksen kulkua seuraavasti: ”Sosiaalipolitiikan ylimpänä tavoitteena tulee olla kansalaisen paras ja järjestyksessä seuraavat tavoitteet ovat kansantulon kartuttaminen ja kansantulon tasoittaminen” (mt., 20, 28). Sosiaaliturva oli aikaisemmin nähty vain taloudellisena rasitteena. Kuusen näkemyksessä ”[k]ansanvalta, sosiaalinen tasoitus ja taloudellinen kasvu näyttävät nyky-yhteiskunnassa kytkeytyvän onnellisella tavalla toisiinsa” (mt., 8). Ajatustavan muutos, jossa talouselämän kilpailukyky on yhteydessä työhön ja täystyöllisyyteen, elintasoon ja sosiaaliturvaan, antoi edellytykset sosiaalipolitiikan kehittämiseksi (Karisto ym. 1999, 286–287).

Suomalaisen terveystalouden tavoitteet konkretisoituivat *Terveys 2000* -ohjelmassa (STM 1986). ”Suomalaisen terveystalouden keskeisenä päämääränä on niin sanottu tasetavoite eli väestön keskimääräisen terveydentilan parantaminen ja odotettavissa olevan elinajan pidentäminen. Terveystalouden toinen julkilausuttu päämäärä on niin sa-

nottu jakaumatavoite eli sosioekonomisten ja muiden väestöryhmittäisten terveyserojen kaventaminen ja terveyden tasainen jakautuminen”. (Kangas, Keskimäki, Koskinen, Lahelma, Manderbacka, Prättälä & Sihto 2002, 12.) *Terveys 2000* -ohjelman toteutumisen arvioinnissa todettiin, että kansanterveyden monessa suhteessa myönteisen kehityksen huolestuttava piirre oli sosioekonomisten ryhmien välisten terveyserojen kasvaminen (STM 2000:7). Väestöryhmien terveyserojen kaventaminen on etusijalla *Terveys 2015* -kansanterveysohjelmassa (Terveys 2015, 11–14). Tämä on terveystieteissä hyvinvointiyhteiskunnan lupaus.

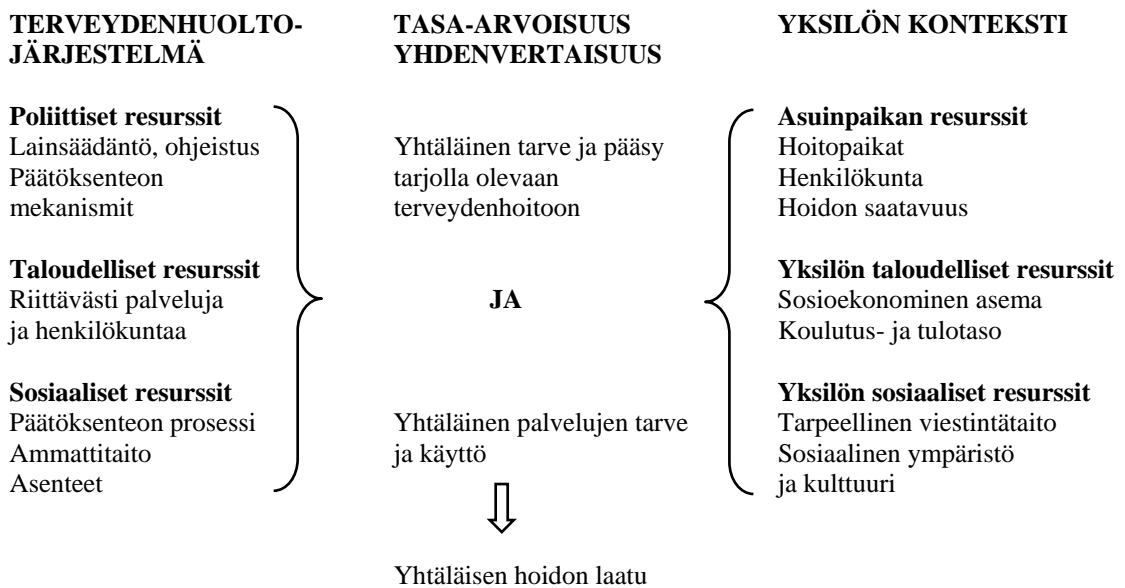
3 FYSIOTERAPIAN KÄYTTÖÖN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan fysioterapian kohdentumista osana terveydenhuoltojärjestelmää (Kuvio 1). ”Terveyspalvelujen tutkimus on moniammatillinen tieteellinen tutkimusala, joka selvittää, miten sosiaaliset tekijät, taloudelliset järjestelyt, organisatoriset rakenteet ja prosessit, terveysteknologia ja yksilökohtaiset käyttäytymistavat vaikuttavat terveyspalvelujen saatavuuteen ja käyttöön, terveydenhuollon laatuun ja kustannuksiin ja viime kädessä terveyteen ja hyvinvointiin. Tutkimuskohteina ovat yksilöt, perheet, organisaatiot, laitokset, yhdyskunnat ja väestöt.” (Lohr & Steinwachs 2000.)

Terveydenhuoltopalvelut jaetaan yleensä kahteen kokonaisuuteen: lääkintälaitokseen ja terveydenhuoltoon. Lääkintälaitoksella tarkoitetaan sitä hallinnollista kokonaisuutta, joka kattaa alan viranomaiset, laitokset ja henkilöstön. Terveydenhuollolla tarkoitetaan terveyspalveluja. Terveydenhuolto jakautuu terveydenhoitoon, sairaanhoitoon ja lääkinnälliseen kuntoutukseen. (Vauhkonen 1992, 189.) Fysioterapia sisältyy kaikkiin terveydenhuollon perinteisiin osa-alueisiin. Työterveyshuollossa sen toiminta-alue ulottuu työhygieniaan ja ympäristöterveydenhuoltoon. Suositukset esteettömyyden edistämiseksi yhteiskunnassa laajentavat toimintakenttää apuvälinetoiminnasta ympäristösuunnitteluun (Kemppainen 2008, 38–44).

Suomessa otettiin 1960-luvulla hallintojärjestelmäksi pohjoismaisen hyvinvointivaltion malli. Mallissa sovitut ja sovelletut linjaukset, periaatteet ja normit muodostavat kehyksen, joka ohjaa yhteiskunnassa tapahtuvaa päätöksentekoa. Eettisten näkökulmien tulisi

olla ensisijaisia terveystalitiikkaa ja terveydenhuoltoa koskevissa päätöksissä. Valta-kunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan mukaan etiikka sijaitsee terveydenhuollossa realismin ja idealismin välisessä jännitteessä. Etiikalla on suhteessa lakiin kaksi funktiota: yhteiskunnan prosessoima eettinen keskustelu voi konkretisoitua laeiksi ja toisaalta yhteiskunnan legitimizeetti edellyttää, että lainsäädäntö perustuu hyväksytyyn ja arvostettuun moraaliseen todellisuuteen. (ETENE 2001, 7.)



Kuvio 1. Tutkimuksen kontekstuaalinen viitekehys: fysioterapian oikeudenmukaisuuteen ja tasa-arvoisuuteen vaikuttavia tekijöitä (White 2002; Whitehead 1990).

Kuvio 1 muodostaa mallin, joka kuvaa terveydenhoitojärjestelmän eriarvoisuuteen ja oikeudenmukaisuuteen vaikuttavia tekijöitä. Viranomaisten säädökset, suositukset ja vaatimukset ohjaavat terveydenhuoltojärjestelmän palvelujen toimittamista (Kuvio 1, vasen sarake). Kuntien oikeus päättää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen rajoista ja resursseista ohjaa ja rajoittaa verhotusti palvelujen saatavuutta ja käyttöä. Monitasoiset päätökset palvelujen resursoinnista, kuten valtion budjetti, kuntaliittymien ja kuntien budjettipäätökset ja resurssien allokointi kunnan eri sektoreille sekä palvelujen paikallinen järjestely ja käytetyt kriteerit, vaikuttavat palvelujen saatavuuteen ja niiden käyttöön. Seurauksena on kuntien välisiä vaihteluja palvelujen tarjonnassa ja siitä johtuva alueellinen eriarvoisuus. (Vuorenkoski & Saarni 2006, 36; Kempainen 2008, 38–44.)

Terveydenhuoltotyön käytännön toteutukseen vaikuttavat eri tavoin eri paikkakunnilla ammattihenkilöiden koulutus ja heidän näkemyksensä palvelujen tarpeellisuudesta ja tuottamistavoista eli paikallinen palvelukulttuuri (Kuvio 1, oikea sarake). Palvelujen hakemiseen ja niiden käyttöön vaikuttaa lisäksi niiden käyttäjä ja hänen elinolosuhteensa, kuten asuinpaikan terveystarpeiden tarjonta ja saatavuus, käyttäjän tietoiset ja taloudelliset edellytykset hakea palveluja, hänen käsityksensä sairaudesta ja terveydestä ja omaksumansa sairauskäyttäytymismalli sekä hänen kykynsä viestittää terveystarpeistaan. (Kalimo 1969, 18; Purola 1971, 5; Whitehead & Dahlgren 2006, 7.)

Hoidon laatua voidaan määritellä useasta näkökulmasta ja erilaisin indikaattorein (Kuvio 1, keskimmäinen sarake). Tässä tutkimuksessa yhtäläisellä hoidon laadulla tarkoitetaan, että eri väestöryhmien fysioterapian käyttö toteutuu ja sen tarpeeseen vastataan oikeudenmukaisella ja tasa-arvoisella tavalla (Whitehead 1990, 11). Laatuksien täytyessä hyvinvointiyhteiskunnan antama lupaus toteutuu.

Terveys 2000 -tutkimuksen aineisto ei anna mahdollisuuksia tarkastella suoraan yksilötasolla koetun fysioterapiatarpeen tyydyttymiseen tai tyydyttymättä jäämiseen vaikuttavia tekijöitä. Vastaus kysymykseen oikeudenmukaisesta ja tasa-arvoisesta kohtelusta täytyy etsiä epäsuorasti. Voidaanko eri väestöryhmien demografisten tekijöiden, sosioekonomisten tilanteiden tai asuinpaikan sijaintien kautta löytää yhteys fysioterapiapalvelujen käyttöön, niiden koetun tarpeen tyydyttymiseen tai tyydyttymättä jäämiseen? Koettu terveys ja toimintakykyä alentavien pitkäaikaissairauksien esiintyvyys sekä toimintakyvyn rajoitukset valaisevat hoidon tarpeen yhtäläisyys eri väestöryhmissä.

4 TERVEYS JA TOIMINTAKYKY – KÄSITTEITÄ JA KÄSITYKSIÄ

Terveydellä on monia määritelmiä. Ne liittyvät termien käyttöalueeseen ja yhteiskunnassa vallitsevaan sosiaaliseen, kulttuuriseen ja taloudelliseen tilanteeseen (Nutbeam 1998). WHO:n perustamiskokouksessa määriteltiin ensimmäistä kertaa terveyden käsite: ”Terveys on täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä pelkästään sairauden tai vajaakuntoisuuden puute ” (WHO 1948). Terveystieteessä ja erityisesti sairaanhoidossa biolääketieteellinen määritelmä ”terveys on sairauden puu-

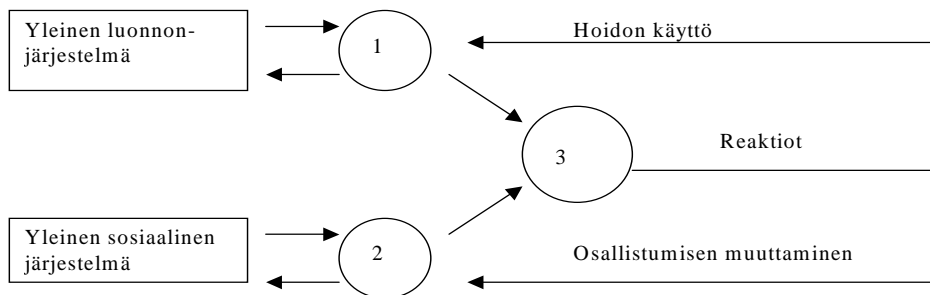
te” ohjaa ajatusmallia. Nykyisessä terveysdiskurssissa puhutaan kokonaisvaltaisesta terveydestä, jolloin tarkastelun kohteena on ihmisen biopsykososiaalinen minä hänen fyysisessä, psyykkisessä ja sosiaalisessa ympäristössään (Talo, Wikström & Metteri 2001). Toimintakyky on ihmisen kyky selviytyä jokapäiväisen elämän tehtävistä ja vaatimuksista kotona, työssä ja vapaa-aikana. Se on osa henkilön elämän ja elämisen laatua, kykyä toimia haluamallaan tavalla erilaisissa elämäntilanteissa. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 1999, 58.) Terveysteen vaikuttavien tekijöiden tarkastelu on 2000-luvulla laajentunut kattamaan koko yhteiskuntaelämä ja ekologiset ympäristötekijät, eli kokonaisuus, joka tuottaa optimaalisen terveyden, hyvinvoinnin ja hyvän elämän. (Ståhl, Wismar, Ollila, Lahtinen & Leppo 2006.) Terveiden ja sairauden raja on epäselvä, ja sitä hämärtävät lisäksi erilaiset kulttuuriset, sosiaaliset ja psykologiset vaikuttimet.

4.1 Terveys sosiaalilääketieteessä sekä sosiaali- ja terveystaloudessa

Suomessa universaali oikeus terveydenhuoltoon toimii eriarvoisuutta tasoittavasti tulonsiirtojen kautta. Työkyvyttömyyden ja sairauden aiheuttamat sosiaaliset riskit minimoidaan verovaroin rahoitetuilla sairausvakuutus- ja eläkejärjestelmän kompensatioilla. Tavoitteena on, että oma tai perheen alhainen tulotaso tai varattomuus ei estä terveyspalvelujen käyttöä. (Purola, Kalimo, Sievers & Nyman 1967, 9; Kuusi 1961, 252.)

Sosiaalipolitiikassa ja terveydenhuollossa käytetään Purolan mallia terveydentilan arvioinnissa ja päätöksenteossa (Kuvio 2). Mallissa yhdistyvät biolääketieteellinen paradigma, Talcott Parsonsin strukturaalis-funktionaalinen malli sairaan roolista ja ihmisen omaan arvioon perustuva sairaanhoitopalvelujen tarve. Malli on toimiva ja käytännöllinen. Sairaus, vika tai vamma oikeuttaa hoitoon, sosiaalipoliittiseen tukeen tai työkyvyttömyyden kompensatioon, mikäli henkilön tilanne vastaa määriteltyjä kriteerejä. Auktorisoitu ammattihenkilö eli lääkäri tekee arvioinnin kriteerien täyttymisestä ja päättäjille suositukset sosiaalipoliittisten etuuksien hyväksymiseksi tai hylkäämiseksi. Varmistetaan, että yhteiskunnan varoja käytetään säädösten mukaan. Arvioinnissa otetaan huomioon lääketieteellisten tekijöiden lisäksi henkilön jokapäiväiset työt ja tehtävät sekä muut yhteiskunnalliset velvoitteet.

”Kaiken kaikkiaan sairaus voidaan nähdä häiriöprosessina kolme-elementtisessä systeemissä ja vastaavasti terveys on tämän systeemin harmoninen tila” (Purola 1971, 5). ”Ne häiriöprosessit, taudit, jotka esiintyvät ihmisen psykofyysisessä järjestelmässä saavat täyden sisällön vasta sen takia, että ihminen on kytketty myös sosiaaliseen järjestelmään. Sosiaalisesta järjestelmästä on jo peräisin se tieto, joka määrittelee mitä tautina pidetään” (mt., 4). Yksilön päätös hakeutua lääkärin hoitoon selitetään reaktiona koettuun ristiriitaan hänen sisäisen psykofyysisen järjestelmänsä ja ulkoisen sosiaalisen järjestelmän ja sen edellyttämien rooli-odotusten (mm. työn) vaatimusten välillä. (Purola, Nyman, Kalimo & Sievers 1971, 20.)



1. Yksilön psykofyysinen järjestelmä/sairaus luonnontieteellisenä tilana
2. Yksilön sosiaaliset kytkennät/sairaus sosiaalisena tilana
3. Yksilön tiedostus/sairaus koettuna tilana

Kuvio 2. Sairauden käsitettä määrittävä kaavio (Purola, Nyman, Kalimo & Sievers 1971, 21).

Lähiyhteisö ja sosiaaliset normit vaikuttavat siihen, mitä pidetään sairautena ja minkälaisien oireiden ilmetessä henkilö voi kääntyä lääkärin puoleen. Omaksuttu sairauskäyttäytyminen määrää käyttäytymistä ylipäättään: hakeutuuko sairas lääketieteelliseen tai vaihtoehtoiseen hoitoon, hoitaako hän sairautta itse ja kotikonstein vai jättääkö hän sairautensa hoitamatta. Yksilön valitsema hoitoon hakeutumisen ajankohta voidaan nähdä lääketieteellisen hoidon kannalta turhana tai liian aikaisena, sopivana tai liian myöhäisenä. (Stoeckle, Zola & Davidson, 1963; Mechanic 1962.) Suomalaisessa sosiaalilääketieteessä sairauskäyttäytymisen ymmärretään olevan ”yksilön perimien ominaisuuksien, häneen aikaisemmin vaikuttaneiden ärsykkeiden ja tarkastellulla hetkellä kohdistuvien ärsykkeiden yhteistulokseksi. Jälkimmäiseen tekijäryhmään luetaan myös yhteisön sosiaalisesta rakenteesta riippuvat yksilön sosiaaliset edellytykset, jotka säätelevät hänen reaktiomahdollisuuksiaan”. (Kalimo 1969, 27–28.)

4.2 Yhteiskunnallisia näkemyksiä terveydestä ja sairaudesta

Sosiologiassa terveyttä ja sairautta tarkastellaan yhteiskuntaperspektiivistä. Sairaudet eivät johdu ainoastaan luonnosta tai biologisista tekijöistä, vaan niitä tuotetaan ja levitetään yhteiskunnan sosiaalisissa järjestelyissä sekä konkreettisissa oloissa ja toiminnoissa. Terveyden ja sairauksien sosiologisessa diskurssissa on useita lähestymissuuntauksia. Sosiaalisen konstruktionismin mukaan sairaudeksi määritellyt tilat tuotetaan siten, miten asiantuntijaryhmät eri ajallisissa ja kulttuurisissa ympäristöissä määrittelevät ihmisten elämäntilanteet, voinnit ja vaivat. (White 2002, 1–2.)

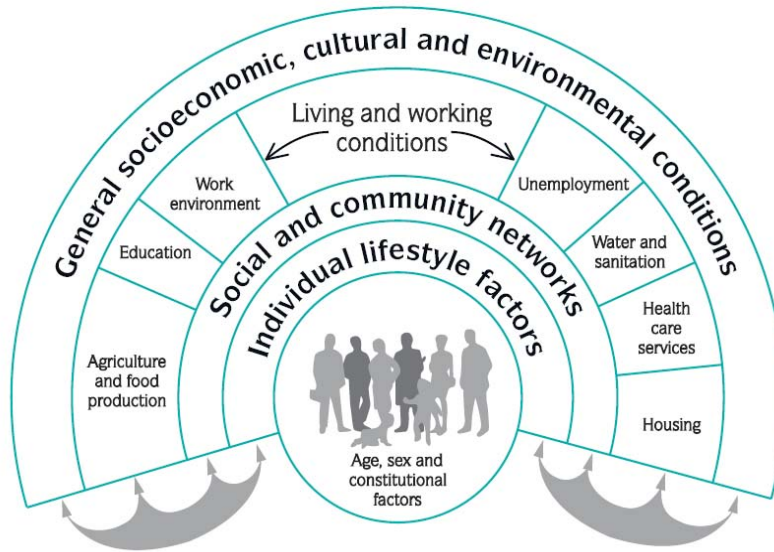
Puhtaasti luonnonperäisten tautien – kuten geeniperäisten sairauksien tai elinten ja kudosten kehityshäiriöiden ja heikkouksien – olemassaoloa ei voi kieltää. Voidaan kuitenkin pohtia, ovatko esimerkiksi tartuntataudit vain biologisperäisiä vai onko tartunta yhteydessä kehnoihin sosiaalisiin elinoloihin, kuten köyhyyteen ja huonoon ympäristöhygieniaan. Taudit hoidetaan lääketieteellisin keinoin, mutta tartuntatautien ehkäisyssä on lisäksi usein puututtava käytäntöihin, jotka liittyvät yhteisön tapa- ja kulttuurikysymyksiin. Sairastumiselle ei ole yksinkertaista syy–seuraus-selitystä tai yhteyttä biologisten ja yksilöllisten tekijöiden välillä. Vaihtelu on laajaa ja koostuu erilaisista välittävistä ja eri tavalla vaikuttavista tekijöistä, kuten elintasosta ja elintavoista, työstä, työolosuhteista, elinympäristöstä, psykososiaalisista kokemuksista sekä yhteiskunnan valtasuhteista ja kulttuurista. Ne vaikuttavat yhteisön ja yksilön käsityksiin terveydestä ja sairaudesta sekä sairaus- ja terveyskäyttäytymiseen. (White 2002, 2.)

Terveyden sosiaaliset determinantit

Laaja näkemys terveyteen vaikuttavista tekijöistä konkretisoituu terveyden sosiaalisia determinantteja kuvaavassa mallissa (Kuvio 3). Terveyden ja elinolojen yhteyttä ei enää kiistetä (WHO 2007). Terveyden sosiaalisia determinantteja kutsutaan ”syiden syiksi”, koska useimmat terveyden riskitekijät on jäljitettävissä ihmisten elinoloihin ja elämäntilanteeseen (Marmot 2007). ”Kysymys on siitä, miten ihmiset kasvavat, elävät, tekevät työtä ja vanhenevat” (Sihto, Ollila & Koivusalo 2006, 5).

Terveyden determinantit voivat toimia positiivisina eli terveyttä edistävinä ja suojaavina tekijöinä tai myös negatiivisina eli terveyden riskitekijöinä (Dahlgren 1994, 12). Ter-

veyden sosiaalisia determinanteja kuvaavassa mallissa konkretisoituvat eritasoisten tekijöiden vaikutukset toistensa kautta ja niiden keskinäiset interaktiot. Yksilölliset terveysvalinnat ovat sidoksissa sosiaalisiin normeihin ja verkostoihin, elinolosuhteisiin ja työelämään sekä laajempaan sosiokulttuuriseen ja -poliittiseen ympäristöön, joka muotoutuu kansallisista ja alueellisista sosiaalisista, taloudellisista ja poliittisista järjestelmistä. (Dahlgren & Whitehead 2006, 19; Acheson 1998.)



Kuvio 3. Terveyden determinantit (Dahlgren 1994; Dahlgren & Whitehead 2006).

Sosiaalisten determinanttien yhteys terveyteen on todennettu, mutta sairauksien kehitysprosessissa niiden vaikutusmekanismit ovat vaihtelevia ja monisyisiä ja vielä riittämättömästi selvitettyjä. Syy–seuraus-suhteista on esitetty useita erilaisia selitysmalleja. (Marmot 2004, 49; Siegrist & Marmot 2004; Kelly, Morgan, Bonnefoy, Butt & Bergman ja työryhmä 2007, 10–15; Lahelma, Rahkonen, Koskinen, Martelin & Palosuo 2007, 31–33, 36.) Kausaalisuhteiden uusia tutkimussuuntia ovat muun muassa biologisten polkujen todentaminen, kuten psykososiaalisten reaktioiden neuroendokriiniset yhteydet terveyteen (Marmot & Wilkinson 2001; Steptoe & Marmot 2002). Terveyteen vaikuttaa lisäksi tekijöitä, jotka ovat terveydenhuollon ulkopuolella ja jotka edellyttävät panostusta yhteiskunnan muilla poliittisilla areenoilla (Chang 2002; Ståhl ym. 2006).

Terveyteen vaikuttavia tekijöitä pidetään vaikutusmekanismiltaan erilaisina kuin terveyden eriarvoisuuteen johtavia tekijöitä. Sukupuoleen liittyvinä terveyseroina naisilla

on yleensä miehiä pidempi eliniän odote, mutta miehillä on naisia pidempi terveiden elinvuosien odote (Sihvonen, Koskinen & Martelin 2007, 125; EU/ICHI 2006). Sosioekonomista asemaa pidetään keskeisimpänä terveyden eriarvoisuutta selittävänä tekijänä (Acheson 1998; Wilkinson & Marmot 2003; Graham & Kelly 2004; WHO 2007). Sosioekonomisen aseman alimmilla portaita olevilla henkilöillä on lyhyempi elinaika ja enemmän sairauksia, ja he kuolevat useammin ehkäistävissä oleviin sairauksiin kuin askelman ylemmillä portaita olevat henkilöt (Marmot & Wilkinson 1999, 10–12; White 2002, 1). Elämänkaaren aikainen sosioekonominen asema, sikiöstä loppuelämään asti, vaikuttaa terveyteen. Aikuisiän hyvä sosioekonominen asema voi parantaa hyvän terveyden edellytyksiä elämän epäedullisesta alkuvaiheesta huolimatta. (Barker, Forsén, Uutela, Osmond & Eriksson 2001; Graham 2002; Lahelma ym. 2007,33.)

Suomessa on sama portaittainen ero sosioekonomisten ryhmien terveydessä ja hyvinvoinnissa kuin muualla Euroopassa (Mackenbach, Kunst, Cavelaars, Groenhof & Geurts ja työryhmä 1997; Lahelma, Kivelä, Roos, Tuominen, Dahl & Diedrichsen, Elstad, Lissau, Lundberg, Rahkonen, Rasmussen & Åberg-Yngwe 2002). Suomalaisten terveys on hiljalleen parantunut, mutta terveyden sosioekonomiset erot ovat pysyneet ennallaan ja jopa kasvaneet (Valkonen 2003; Aromaa, Huttunen, Koskinen & Teperi 2005b, 452–453; Valkonen, Ahonen, Martikainen & Remes 2007). Sosioekonomista asemaa määrittävät muun muassa koulutustaso, ammattiasema ja työmarkkina-asema sekä tulot ja varallisuus (Galobardes, Shaw, Lawlor, Lynch & Smith 2006). Suomessa koulutus lasketaan ensisijaiseksi määrittäjäksi. Koulutustaso määrää useimmiten ammatin ja ammattiaseman, jotka vuorostaan ovat yhteydessä palkkatasoon. Sosioekonomisen aseman eri ulottuvuudet ovat yhteydessä toisiinsa, mutta niillä on myös oma ja erillinen kytkeänsä terveyteen. (Lahelma, Martikainen, Laaksonen & Aittomäki 2004; Lahelma ym. 2007, 26.) Tässä tutkimuksessa käytetään henkilön koulutus- ja tulotasoja sekä työmarkkina-asemaa selvittäessä sosioekonomisen aseman yhteyttä fysioterapian käyttöön ja sen koettuun tarpeeseen.

Yksilöiden ja yhteisöjen näkemyksiä terveydestä ja sairaudesta

Ihmisten uskomukset sairaudesta, terveydestä ja niiden merkityksestä ulottuvat pitkälle historiaan. Tavallisen kansalaisen eli maallikon näkemykset terveydestä viittaavat ”niihin ajatuksiin ja ulottuvuuksiin, joita yhteiskunnan jäsenet käyttävät tulkitsemaan sai-

rauden ja terveyden kokemuksia jokapäiväisessä elämässään” (Gabe, Bury & Elston 2004, 135). Gabe ja hänen työryhmänsä viittaavat Herzlichin teoksiin, joissa hän esitti, että yksilöiden käsitykset terveydestä ja sairaudesta ovat sosiaalisia representaatioita Durkheimin teoriasta yhteiskunnallisesta yhteistajunnasta. Herzlichin mukaan käsitykset eivät ole ”primitiivisiä residuaaleja” vaan monivivahteisia tietokorpuksia, jotka edustavat kontekstuaalista rationaalisuutta ja ovat keskeisiä yhteisön ja sen kulttuurin ymmärtämisessä. Yhteistajunnan sosiaalisessa representaatiossa ilmenevät ihmisten käytännön lähestymistavat arkipäivän elämään, ja niiden kautta he hahmottavat sairautta ja terveyttä itsessään, perheessään ja yhteisössä. Sekä syiden että seurausten kokonaisvaltaista ymmärrystä etsitään laajemmista dimensioista kuin vain itse sairaustapahtumasta, kuten moraalikysymyksistä, politiikasta ja maailmankatsomuksista. (Mt., 135–139.)

Herzlichin (1995) mukaan sairauden aikaisempi vahva ankkurointi uskontoon, perheeseen ja sukulaisuussuhteisiin on nykyään löystynyt. Nyky-yhteiskunnassa sairaus on individualisoitunut. Se ei ole enää hyökkäys yhteiskuntaa vaan yksilöä vastaan. Sairaus on lainsäädännöllä sosialisoitu kollektiiviseksi hallintokokonaisuudeksi. Lääketieteellisten selitysten lisäksi tarvitaan yhä yksilölähtöinen sairauden merkityksen tulkinta, joka kattaa kaiken ruumiiseen ja ihmiselämään liittyvän. Kollektiivisessä keskustelussa on oma logiikkansa, joka on riippumaton lääketieteellisistä malleista. Keskustelussa käsitys sairaudesta muokataan metaforaksi, jossa asetetaan haasteita yhteiskunnalle ja yksilöiden yhteiskunnalliselle suhteelle. Tämä vaatii edellä mainittua tulkintaa, jossa sairaus saa merkityksensä ja jolla osoitetaan yksilön suhde sosiaaliseen järjestykseen. Terveyden sosiohistorialliseksi merkitykseksi on tullut kyky tehdä työtä ja sairauden merkitykseksi on puolestaan muotoutunut työkyvyttömyys. Työkyvyn uudessa hahmossa sairauden hoidosta on tullut arvostettu palvelu- ja ansiomuoto. (Mt., 160–165.)

4.3 Sairauskäsitysten muuntumisesta – vammaisuus ja medikalisaatio

Vammaisuus

Käsityksiä vammaisuudesta on historiamme kuluessa mielletty monella tavalla, ja käsitykset ilmiön luonteesta ovat monesti muuttuneet. Historian alkuvaiheina esimerkiksi rannat, sokeat, mykät ja vajaamieliset olivat omalaatuisia ihmisiä, eivät sen ihmeelli-

sempiä. Kirkon aseman vahvistuessa vammaisuuden eri muotoja ryhdyttiin pitämään rangaistuksena syntisestä elämästä. Tilastotieteen kehittyessä sen käsite ”normaali” loi normeja myös ihmisen ulkonäölle ja käyttäytymiselle. Vammaisia ihmisiä luokiteltiin epänormaaleiksi. (Jauho 2003; Vehmas 2005.) Lääketiede kehittyi kliiniseksi tarkasteltavaksi, jossa niin sanottu objektiivinen rajanveto normaalin ja epänormaalin välillä muodostui sairauden mittariksi. Sairauden puuttuminen oli normaali ja tavoiteltava tila. Kun sairaus todettiin, se tuli hoitaa pois, jotta ihminen saisi normaalitilansa takaisin. (Jauho 2003, 53.)

Michael Oliverin (1990) mukaan siirtyminen feodaalisesta teolliseen yhteiskuntaan oli osasy syy vammaisten henkilöiden syrjäyttämiseen. Teollistuminen tapahtui eri maissa eri aikoina mutta noudattaen silti yhdenmukaista kaavaa, jossa työnteke siirtyi kotipiiristä kaupunkien ja asutuskeskusten tuotantolaitoksiin. Koneellistuminen esti raajarikkoisten, sokeiden ja hitaiden osallistumisen tuotantoon. Vaurastuvassa Euroopassa vallitsivat protestanttista työetiikkaa korostavat arvot. Kapitalistisessa työ- ja suorituskeskeisessä yhteiskunnassa ei löytynyt tilaa niille, jotka eivät osallistuneet tuotantoon. Syrjäytyminen ja medikalisaatio olivat ratkaisu uuteen sosiaaliseen ongelmaan. Epänormaaleiksi ja alempiarvoisiksi luokitellut ihmiset määriteltiin sairaksi ja sijoitettiin laitoksiin ja vauvaostoihin. Vammaisuudesta tuli häpeällinen tila. Keskiajalla papeilla oli valta päättää kuka on sairas, kuka terve, kuka hädetään yhteiskunnasta tai kenelle osoitetaan kristillistä laupeutta. Nyt valta siirtyi lääkäreille ja virkamiehille. Foucault nimittää tätä biovallaksi. (Oliver 1990, 26–35; Vehmas 2005, 54–59.)

YK:n yleisten ihmisoikeuksien julistaminen oli alkua vammaisten henkilöiden elinolojen kehittämiseksi ja ihmisarvon palauttamiseksi (UN 1948). YK:n vaikutuksesta vammaisuutta ryhdyttiin vähitellen tarkastelemaan yhdenvertaisuuskysymyksenä (UN 1982). Vuonna 1993 YK:n yleiskokous hyväksyi vammaisten henkilöiden yhdenvertaistamista koskevat yleisohjeet ja vuonna 2002 täsmennettiin periaatteet, joiden mukaan vammaisten henkilöiden tulisi saada samanlaiset ja tasavertaiset taloudelliset, juridiset ja yhteiskunnalliset oikeudet ja osallistumisen mahdollisuudet kuin muilla kansalaisilla (UN 1993; UN 2002; UN 2008). YK:n vuonna 2006 hyväksymässä uudessa sosiaalisessa mallissa katsotaan, etteivät vammaiset henkilöt ole potilaita vaan yhdenvertaisia kansalaisia. ”Vammaisiin henkilöihin kuuluvat ne, joilla on sellainen pitkäaikainen ruumiillinen, henkinen, älyllinen tai aisteihin liittyvä vamma, jonka vuorovaikutus erilaisten

esteiden kanssa voi estää heidän täysimääräisen ja tehokkaan osallistumisensa yhteiskuntaan yhdenvertaisesti muiden kanssa” (UN 2006). Lyhyesti konkretisoituna: vammaisuus on ihmisoikeuskysymys ja sosiaalinen konstruktio.

Medikalisaatio

”Medikalisaatiossa on kysymys siitä, että lääketieteellinen asiantuntijuus ulotetaan sairauksien ulkopuolelle ja yhä useampi ilmiö määritellään terveyden ja sairauden termin” (Hemminki, Kangas & Topo 1992, 96). Medikalisaatiota voidaan lähestyä myös siitä näkökulmasta, että tulisiko sosiaalisiksi ongelmiksi nähtyjä asioita oikeastaan tarkastella lääketieteen näkökulmasta? Moni biolääketieteen keinoin todennettavissa oleva biofyziologinen poikkeama on saanut diagnoosinumeron viime vuosikymmenien aikana. Näitä ovat ADHD, jota kutsutaan ”tarkkaavaisuus- ja yliaktiivisuushäiriöksi” ja dysleksia eli lukihäiriö. Häiriöiden taustalla on neurologinen poikkeavuus tai neurobiologinen kehityshäiriö. Ennen diagnoosin virallistamista ja hyväksymistä tautiluetteloon näitä lapsia pidettiin kouluissa kurittomina, mahdottomina häirikköinä tai yksinkertaisesti tyhminä. (Voutilainen, Sourander & Lundström 2004.) Fibromyalgiasta kärsiviä pidettiin luulosairaina ja he kulkivat ”diagnoosilla” JPK (”joka paikka kipeä”). Nyt he ovat tunnustetusti sairaita (Bachmann & Haanpää 2008). Sellaisia oireita ja vaivoja, joilla ei ole lääketieteellistä selitystä, on hankala käsitellä. Legitimoimaton sairauskäyttäytyminen ei ole yhteiskunnan normien mukaista ja on siten poikkeavaa käytöstä. (Nettleton 2006.)

Yhteiskunnan normit muuttuvat. Medikalisaation perinteisessä merkityksessä homoseksuaalisuus on eri aikoina ollut rikos, synti ja lopulta sairaus, joka poistettiin tautiluettelosta 1982. Keskustelu kohdistuu nykyisin esimerkiksi alkoholismin diagnoosiin – onko kyseessä sairaus vai yksilön heikkous ja elämäntapavalinta? Onko tämän diagnoosin taustalla biovallan harjoittaminen? Saadessaan diagnoosin asianomainen joutuu tai pääsee lääketieteen piiriin. Onko tämä hyväksi vai pahaksi? Hyvänä puolena voidaan pitää yksilön mahdollisuutta päästä kuntoutukseen ja hoitoon, mutta pääseekö hän sinne? (Liite 1, HS 2007). Lain mukaan kaikilla diagnoosin saaneilla henkilöillä on oikeus sosiaali- ja terveydenhuoltoon ja tasavertaiseen kohteluun (L 785/1992). Voidaanko puhua ”sosiovallasta” sellaisissa tapauksissa, joissa lääketieteen hyväksymä diagnoosi ei käytännössä johda oikeutettuihin sosiaalipoliittisiin etuihin tai käypään hoitoon?

4.4 Koettu terveys

Kysymys siitä, millaiseksi henkilö itse arvioi terveytensä, on yleisesti käytetty mittari kansainvälisissä ja kansallisissa tutkimuksissa. Mittarin asteikko on esitetty Liitteessä 2. Vastaus on vastaajan prosessoitu yhteenvedo siitä, minkälaiseksi kokonaisuudeksi henkilön lukuisat objektiiviset ja subjektiiviset näkökannat, tuntemukset ja tiedot omasta terveydestä yhdistyvät hänen kontekstuaalisen tiedostamisensa kehikkoon. (Manderbacka 1998; Kaplan & Baron-Epel 2003). Marja Jylhä näkee sairauksien määritelmät formaalisina ja terveyden määritelmät sosiaalisina ja kontekstuaalisina konstruktioina. Vastatessaan kysymykseen, vastaajan täytyy ensin määritellä itselleen, mitä terveys hänelle merkitsee, minkä pohjalta hän muodostaa vastauksensa. Tässä prosessissa terveyden määrittely, kuvaus ja arviointi ovat erottamattomia. (Jylhä 1994.) Itsearviointin moniulotteinen luonne on pikemminkin terveyden kokonaisvaltainen mittari kuin ei-terveyteen liittyvä mittari (Singh-Manoux, Martikainen, Ferrie, Zins, Marmot & Goldberg 2006). Arviointi on luonteeltaan dynaamista ja perustuu tietoon ja kokemukseen, joka rakentuu elämänkaaren aikana. Itse arvioitu terveys on laajempi ja tarkempi terveydentilan ja terveyden riskitekijöiden mittari kuin objektiivisissa mittauksissa yleisesti käytettyjen kovarianttien yhteisarvo. Arvio heijastaa niiden voimavarojen läsnä- tai poissaoloa, jotka voivat vaikuttaa terveyden alenemiseen. (Idler & Benyamini 1997.) Sairaushistoria, toimintakyvyn rajoitukset, uupumus ja energian puute sekä vähäinen fyysinen aktiivisuus ovat merkittäviä terveyden alentumisen kokemiseen vaikuttavia tekijöitä. (Benyamini & Idler 1999).

Mossey ja Shaphiro (1982) todensivat ensimmäisinä, että itse arvioitu terveydentila ennustaa itsenäisesti kuolleisuutta riippumatta objektiivisen terveydentilan arvioinnin tuloksesta. Tulos on verifioitu lukuisia kertoja (Kaplan, Goldberg, Everson, Cohen, Salonen, Tuomilehto & Salonen 1996; Benyamini, Lewenthal & Lewenthal 1999; Strawbridge & Wallhagen 1999; Heistaro, Jousilahti, Vartiainen & Puska 2001). Huonoksi koettu terveydentila ennustaa lisäksi sairastavuutta, alenevaa toimintakykyä ja fyysisistä inaktiviteettia, hakeutumista lääkärin hoitoon sekä joutumista laitoshiitoon (Weinberger, Darnell, Tierney, Martz, Hiner, Barker & Neill 1986; Idler & Benyamini 1997; Miilunpalo, Vuori, Oja, Pasanen & Urponen 1997; Idler, Russel & Davis 2000; Leinonen, Heikkinen & Jylhä 2002; Minicuci, Noale, Pluijim, Zunzunegui, Blumstein, Deeg, Bardage & Jylhä 2004). Arvioinnin yhteys kuolleisuuteen saa vaikutteita sairauksien

vakavuusasteesta ja sairauksien kasautumisesta. Kuolinsyistä vahvimmin yhteydessä huonoksi arvioituun terveyteen ovat diabetes, hengityselinten sairaudet ja infektioaudit. Yhteys on vahva myös sydänkuolleisuuteen, aivoverenvuotoon sekä aivohalvaukseen ja syöpään. (Benjamins, Hummer, Erbstein & Nam 2004.) Ihmisen fyysisen ja henkisen tilan positiiviset ja negatiiviset dimensiot eivät ole toistensa vastakohtia vaan vaikuttavat itsenäisesti koettuun terveyteen. Negatiivinen elämänasenne nostaa molempien sukupuolten kuolleisuusriskiä. (Tessler & Mechanic 1978; Benyamini & Idler 1999.)

Koetun terveyden on toistuvasti todettu olevan luotettava ja itsenäinen kokonaisvaltaisen terveyden mittari (Martikainen, Aromaa, Heliövaara, Klaukka, Knekt, Maatela & Lahelma 1999; Heistaro ym. 2001; Clarke & Ryan 2006). Koetulla terveydellä on lineaarinen yhteys niihin tekijöihin, joita yleensä käytetään hyvän ja huonon terveyden osoittimina, kuten sosioekonomiseen asemaan, odotettuun elinikään, terveen elinajan odotteeseen sekä laitoshiitoon joutumiseen (Valkonen, Sihvonen & Lahelma 1997; Manderbacka, Lahelma & Martikainen 1998; Sihvonen, Koskinen & Martelin 2007, 122–127; Mackenbach, Stirbu, Roskam, Schaap, Menville, Leinslau & Kunst 2008). Terveyden arviointi ”huonoksi” on todettu ennustavan kuolleisuutta yhtä hyvin kaikissa sosiaaliluokissa (Bjurström & Fredlund 2001).

Suomessa käytetään termiä koettu terveys (Koskinen & Aromaa 2002, 37–38). Sitä koskeva kysymys on sisällynyt suomalaisiin väestötutkimuksiin vuodesta 1964 lähtien, jolloin 15 vuotta täyttäneestä väestöstä 58 prosenttia koki terveytensä hyväksi ja 11 prosenttia huonoksi. (Kalimo 1969, 218.) Vuosina 1980–1981 *Mini-Suomi* -tutkimuksessa 30 vuotta täyttäneestä väestöstä noin 18 prosenttia koki terveytensä melko huonoksi tai huonoksi (Aromaa, Heliövaara, Impivaara, Knekt, Maatela, Joukamaa, Klaukka, Lehtinen, Melkas, Mälkiä, Nyman, Paunio, Reunanen, Sievers, Kalimo & Kallio 1989, 216–217). Vuosina 1987 ja 1995/1996 tehdyissä väestötutkimuksissa 15 vuotta täyttäneestä väestöstä 11 prosenttia koki terveytensä melko huonoksi tai huonoksi ja 66 prosenttia koki terveytensä hyväksi tai melko hyväksi (Arinen, Häkkinen, Klaukka, Klavus, Lehtonen & Aro 1998, 29, 91). Aikavälillä 1979–2004 suomalaisten koettu terveys on siis parantunut. Koettu terveys noudattaa sosioekonomisen asteikon jakaumaa. (Rahkonen, Talala, Sulander, Laaksonen, Lahelma, Uutela & Prättälä 2007, 66–71.)

Koettu terveys ja toimintakykyä rajoittavien pitkäaikaissairauksien esiintyvyys ovat käytetyimpiä mittareita eurooppalaisissa terveyseroja koskevissa tutkimuksissa (Lahelma ym. 2002). Taloudellinen lama koettiin 1990-luvulla kaikissa Pohjoismaissa, mutta universaalit sosiaalipoliittiset tulonsiirtojärjestelmät toimivat puskureina koetun terveyden alenemista vastaan (Lahelma, Lundberg, Manderbacka & Roos 2001; Lahelma ym. 2002). Koetusta terveydestä käytetään myös nimikkeitä itse arvioitu terveys, globaalinen terveys ja yleinen terveydentila. Kysymys itse arvioidusta, koetusta terveydestä on tehokas ja taloudellinen mittari väestön terveyden seurantaan. Bowlingin mukaan: ”Just one question: If one question works, why ask several?” (Bowling 2005).

4.5 Toimintakyky fysioterapian näkökulmasta

Toiminta ja kyky yhdistyvät substantiiviksi toimintakyky ja verbiksi kyky toimia. Termi on käytännöstä lähtevä: toiminta viittaa tekemiseen, kyky kykenemiseen. Kyky toimia sitoo yksilöä siihen, mitä juuri hänen tulisi pystyä tekemään. Yleistä ja abstraktia toimintakykyä tai työkykyä ei ole olemassa, vaan ne on sidottu yksilön ajalliseen ja kontekstuaaliseen tilaan. Toimintakyky on yksilökohtainen, dynaaminen ja muuttuva tila, joka muokkautuu yksilö-, ympäristö- ja tilannetekijöiden sekä yhteiskuntien muuttuvien olosuhteiden mukana.

Toimintakyvyllä tarkoitetaan kolmen ulottuvuuden eli fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn kokonaisuutta. Toimintakyvyn edellytyksiin liittyvät aistien toiminta, havainto- ja hahmotuskyky sekä älylliset toiminnot. (Martelin, Sainio & Koskinen 2004, 117.) Toimintakyky on erilainen ihmisen elämänkaaren eri vaiheissa. Lapsen työtä on oppiminen, kehittyminen ja leikkiminen, kun taas vanhuksen tärkein tavoite ja huolenaihe voi olla se, että hän kykenee huolehtimaan itsestään ja jokapäiväisistä askareistaan ja asumaan mahdollisimman kauan omassa kodissaan. Työikäisen toimintakykyyn kuuluu puolestaan työkyky eli kyky selviytyä eri työtehtävien erilaisista vaatimuksista. (Talvitie ym. 1999, 57–60.) Ihmisen toimintakyvyn palauttaminen, parantaminen, edistäminen tai sen alenemisen estäminen ovat fysioterapian keskeisiä toimintakohtia. Fysioterapian tavoitteet ja tehtävät toimintakyvyn ylläpitämisessä ja edistämässä muodostuvat yksilön tarpeista liikkua ja toimia elinympäristössään, hänen kyvystään huo-

lehtia omista perustarpeistaan ja selviytymisestään koti- ja työrooleissaan ja tehtävissään. (Talvitie, Karppi & Mansikkamäki 2006, 121–122.)

Pysyvästi ja vakavasti alentuneen toimintakyvyn ulottuvuudet ja variaatiot on koottu vammaisuuskäsitteen alle. Vammaisuuden ydin muodostuu toimintakyvyn jonkun tai sen useiden eri osa-alueiden eriasteisista vajeista tai toiminnallisista rajoituksista. Kaikki pitkäaikaissairaat eivät ole vammaisia, mutta kaikilla vammaisilla henkilöillä on pitkäaikainen tai pysyvästi toimintakykyä alentava tila, joka sosiaalilainsäädännössä on määritelty sairaudeksi, viaksi tai vammaksi. Raja vammaisuuden ja toimintakyvyn vaikean rajoittuneisuuden välillä on liukuva. Luokituksesta on myös näkemyseroja. Nykyaajan nuoret aikuiset, joilta esimerkiksi puuttuu raaja tai raajan osia, eivät välttämättä koe itseään vammaisiksi. He ovat vain anatomiselta rakenteeltaan erilaisia. Luokitus olisi turha, elleivät sosiaaliset etuudet (kalliit apuvälineet, kuljetusapu, kuntoutus, ammatillinen koulutus tai toimentulotuki jne.) sitä edellyttäisi.

WHO hyväksyi vuonna 2001 uuden luokitusjärjestelmän, ”toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen” (*International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF*). Luokitus rakentuu YK:n vuonna 2006 hyväksymään vammaisuuden sosiaaliseen paradigmaan. Luokituksessa pyritään synteysiin, joka tarjoaa tasapainoisen kuvan toimintakyvyn eri puolista kattaen niin biologisen, psykologisen kuin yhteiskunnallisen ulottuvuuden eli nyky nimellä ”biopsykososiaalisen mallin”. (Talo ym. 2001.) Luokituksen alueet ovat kehon toiminnot ja rakenteet sekä suoritukset ja osallistuminen, joita tarkastellaan ympäristön ja yksilötekijöiden kontekstissa. Luokituksen tavoitteena on kansallisesti ja kansainvälisesti jäsentää ja yhtenäistää toimintakyvyn ja sen rajoitusten käsitteistöä. (Stakes & WHO 2004.)

4.6 Pitkäaikaissairauksien ja toimintakyvyn rajoitusten yhteyksiä

Paradoksaalisesti moderni lääketiede myötävaikuttaa siihen, että toiminta- ja työkykyä alentavien pitkäaikaissairauksien määrä lisääntyy. Lääkkeet, teknisesti korkeatasoiset leikkaukset ja lääkintäteknologia pystyvät säästämään ihmiselämiä sellaisten sairauksien sattuessa, jotka aikaisemmin johtivat kuolemaan (Laatikainen, Critchley, Vartiainen Salomaa, Ketonen & Capewell 2005). Akuutin sydän- ja aivoinfarktin tai aivoveren-

vuodon jälkeen tarvitaan lääkinnällistä kuntoutusta, jotta sairastunut henkilö saavuttaisi optimaalisen toimintakyvyn. Kuntoutukseen kuuluu pitkään kestävä tai elinikäinen lääkehoito yhdistettynä toimintakyvyn ylläpitämiseen, kehittämiseen ja seurantaan. (Sivenius & Jolkkonen 2004; Rantala & Virtanen 2008.) Hitaasti toimintakykyä alentavia pitkäaikaisia sairauksia ovat muun muassa hengityselinten sairaudet, diabetes sekä tuki- ja liikuntaelinten oireet ja sairaudet. Fysioterapialla voidaan hidastaa sairauksista johtuvaa toimintakyvyn alenemista. (Martelin ym. 2004, 118; Hagelberg & Valjakka, 2008; Stenholm, Rantanen, Sainio & Koskinen 2008.) Syntymävaurioiden seurauksena kehitysvammaisten lasten suoriutumiskyvyssä esiintyy toimintakyvyn rajoituksia ja puutteita. Fysioterapialla on oma tehtävänsä moniammatillisessa prosessissa, jonka tarkoituksena on saattaa heidät mahdollisimman omatoimiseen elämään.

Pitkäaikaissairauksien yleisyys

Kolmessa ensimmäisessä väestötutkimuksessa vuosina 1964, 1968 ja 1976 selvisi, että noin kolmasosalla 15 vuotta täyttäneestä väestöstä oli pitkäaikaissairauksia (Kalimo, Nyman, Klaukka, Tuomikoski & Savolainen 1982, 63). Vuoden 1987 väestötutkimuksessa pitkäaikaissairaiden määrä oli noussut 36 prosenttiin ja vuoden 1995/1996 tutkimuksessa 44 prosenttiin (Ariinen ym. 1998, 22, 83). *Mini-Suomi* -tutkimuksessa pitkäaikaisten sairauksien osuus 30 vuotta täyttäneessä väestössä oli 58 prosenttia, ja heillä oli keskimäärin 2,1 sairautta henkilöä kohti (Aromaa ym. 1989, 218). *Terveys 2000* -tutkimuksessa yli puolet aikuisista ilmoitti heillä olevan ainakin yhden pitkäaikaissairauden. Pitkäaikaissairaudet lisääntyvät systemaattisesti ikääntymisen myötä. (Ariinen ym. 1998, 22,83; Koskinen & Aromaa 2002, 38.) Tuki- ja liikuntaelinten (TULE) sairaudet ja oireilu ovat merkittävin syy fysioterapian käyttöön. Niiden esiintyvyys oli 20 vuoden seurantajakson aikana vähentynyt. (Heliövaara, Impivaara, Nykyri & Kröger 2007a, 60–63; Heliövaara, Arokoski, Nykyri & Kröger 2007b, 58–59.)

Terveys 2000 -tutkimuksen työkyvyn tarkastelussa todettiin, että joka toisella 30–64-vuotiaalla on ainakin yksi työkykyä alentava pitkäaikainen sairaus (Koskinen, Martelin, Sainio & Gould 2006, 114–118). Toimintakyvyn rajoitukset lisääntyvät ikääntymisen myötä. Päivittäisiä perustoimintoja (ADL) ovat esimerkiksi vuoteeseen asettuminen ja sieltä nouseminen, pukeutuminen ja riisuutuminen sekä syöminen ja itsensä peseminen. *Mini-Suomi* -tutkimuksen mukaan ainakin yhden ADL-toiminnon vaikea rajoitus tai

suorituskyvyttömyys oli 74–84-vuotiaiden ikäryhmässä 21 prosenttia ja sitä vanhempien ryhmässä 35 prosenttia. Rajoitukset alkoivat lisääntyä ihmisten täytettyä 65 vuotta. *Terveys 2000* -tutkimuksessa rajoitusten esiintyvyys oli vähentynyt 13 prosenttiin ikäryhmässä 74–84-vuotiaat. Sitä vanhemmissa ikäryhmässä esiintyvyys oli sama. (Lafor-tune & Balestat and the Disability Study Expert Group Members 2007, 31–32.)

Terveillä 45–78-vuotiailla naisilla on absoluuttista lihasvoimaa noin 53–74 prosenttia samanikäisten miesten lihasvoiman määrästä. Lihasvoima vähenee iän myötä. (Frontera, Hughes, Lutz & Evans 1991.) Fyysisesti raskaissa toiminnoissa, kuten puolen kilometrin kävelyssä ja portaiden nousussa, noin 18 prosentilla miehistä oli vuonna 1986 ikäryhmässä 65–74 vuotta vähintään yksi toimintavaikeus; naisilla vastaava luku oli noin 25 prosenttia. Yli 75-vuotiaiden keskuudessa toimintavajauksen yleisyys oli miehillä noin 46 prosenttia ja naisilla noin 52 prosenttia. Vuonna 1994 toimintavajaudet olivat vähentyneet kaikissa ryhmissä. (Aromaa, Gould, Hytti & Koskinen 2005c, 136–137.)

5 FYSIOTERAPIA OSANA TERVEYDENHUOLTOPALVELUJA

5.1 Fysioterapian työmenetelmiä

Fysioterapia on osa julkista ja yksityistä sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmää. Se on erillinen ja itsenäinen terapiamuoto, jota laillistettu fysioterapeutti antaa yksilö- tai ryhmäterapiana potilaille, kuntoutujille tai asiakkaille (jatkossa asiakas) (L 559/ 1994). Fysioterapeutin ammattitutkinto on noin 3,5 vuotta kestävä alempi korkeakoulututkinto. Ylempi korkeakoulututkinto ja terveystieteen opettajan opinnot, pääaineopintoina fysioterapia, antavat pätevyyden myös tutkimus- ja hallinnollisiin tehtäviin. Väitelleitä fysioterapeutteja on noin 50 henkilöä (Suomen fysioterapeutit ry. 2006).

”Fysioterapia perustuu terveyden, liikkumisen ja toimintakyvyn edellytysten tuntemiseen ja parhaaseen saatavilla olevaan tietoon. Fysioterapian perustana on fysioterapiatiede ja siinä sovelletaan monen tieteenalan tutkimustietoa ”(Suomen Fysioterapeutit ry, 2007). Asiakkaat hakeutuvat usein fysioterapiaan kivun takia, jonka taustalla ovat useimmiten TULE-sairaudet tai -oireet (Mälkiä, Alaranta, Heinonen, Häkkinen, Kaura-

nen, Kujala, Kuukkanen, Nevala, Satka & Ylinen 2004). Liike- ja liikuntahäiriöllä tarkoitetaan sellaisia ongelmia, jotka hankaloittavat selviytymistä arjessa ja sen tavanomaisissa toiminnoissa, kuten peseytymisessä, pukeutumisessa tai päivän lehden selailussa. Liikkumisongelmien taustalla voi olla haurastuminen vanhenemisen myötä, TULE-sairaudet, halvaukset, neurologiset sairaudet, tapaturmien jälkitilat tai alentunut yleiskunto esimerkiksi sydänsairauden tai runsaan ylipainon takia.

Fysioterapiaprosessi alkaa asiakkaan ongelmasta lähtevällä fysioterapeuttisella tutkimuksella, jonka perusteella fysioterapeutti tekee yhteistyössä asiakkaan kanssa tälle soveltuvan terapiasuunnitelman. Fysioterapian menetelmiä ovat muun muassa liikkumiseen, terveyteen ja hyvinvointiin liittyvä ohjaus ja neuvonta mukaan lukien konkreettinen harjoitusohjaus, terapeuttinen harjoittelu, manuaalinen terapia ja fysikaalinen terapia, kuten hieronta sekä lämpö- ja elektroterapiat. Kiinteä osa fysioterapiaa ovat apuvälinepalvelut sekä asumis- ja työympäristön arviointi ja muutosten suunnittelu asiakkaan omatoimisen selviytymisen varmistamiseksi. Terapia painottuu asiakkaan iän, ongelman ja sairauden eri vaiheiden mukaan ja etenee osatavoitteiden ja väliarviointien kautta. (Suomen fysioterapeutit ry. 2007, 10–12; Talvitie ym. 2006.)

Fysioterapian tutkimuksen perusta on kvantitatiivinen tutkimus. Fysioterapian menetelmät perustuvat enenevässä määrin osoitettuun vaikuttavuuden näyttöön, ja tutkimustuloksia kerätään kansainvälisiin Cochrane-katsauksiin ja PEDro-tietokantaan sekä hyödynnetään Käypä hoito -suosituksissa. Kvalitatiivinen tutkimus tuo uusia ulottuvuuksia fysioterapiatutkimukseen, ja sitä käytetään esimerkiksi terapiatilanteiden vuorovaikutuksen analysoinnissa ja kuntoutujan intension selvityksissä. (Mälkiä ym. 2004.)

Fysioterapia ja kuntoutus

Fysioterapiaa ja kuntoutusta on toiminnallisesti vaikea erottaa toisistaan, koska ei ole määriteltävissä, miten tai milloin esimerkiksi sairaanhoidon osana aloitettu fysioterapia muuttuu lääkinälliseksi kuntoutukseksi. Fysioterapian ja kuntoutuksen keskinäistä suhdetta voidaan tarkastella myös toimenpiteiden näkökulmasta: fysioterapia voi olla kuntoutujan ainoa ja riittävä kuntoutustoimenpide tai yksi useamman kuntoutustoimenpiteen joukossa. Kuntoutus voi koostua toimenpiteistä vailla fysioterapiaa. Raja hoidon

ja kuntoutuksen välillä on epämääräinen, ”eikä jyrkkää rajanvetoa aina ole mahdollista tai edes tarpeellista tehdä” (Kuntoutusselonteko 2002, 3).

Kuntoutusselonteossa mainitaan, että lakisääteisen kuntoutuksen ulkopuolelle jää useita ihmisen toimintakyvyn kannalta merkittäviä ja fysioterapiassa huomattavia toiminta-alueita, kuten ”terveyden edistäminen, toimintakykyä yleisesti ylläpitävät toimenpiteet tai vaikuttaminen ympäristön edellytyksiin” (Kuntoutusselonteko 2002, 4). Valtioneuvoston selonteossa nimetään kuntoutuksen rajapintoja, joita ovat muun muassa työterveyshuolto, työkykyä ylläpitävä toiminta, työsuojelu sekä vapaaehtois- ja harrastustoiminta (mt.). Kuntoutuksen ja fysioterapian muuntuva raja hahmottuu myös siten, että molemmat perustuvat kokonaisvaltaiseen suunnitelmaan, jossa lähtökohtana on kuntoutujan ”kaikkien voimavarojen tunnistaminen ja käyttövoimana on niiden vahvistaminen elämänhallinnan ja -laadun tarpeisiin” (Rissanen 2008, 677). Terapian ja kuntoutuksen kohteena on aina ”ihminen kaikkine tarpeineen ja rajoituksineen.” (mt., 677; 673–679.)

5.2 Terveydenhuolto- ja fysioterapiapalvelujen tarpeen arviointi

Väestön terveydenhuollolliset tarpeet ovat tarpeita, joihin voidaan vastata terveystalouden keinoin. Näitä ovat terveyden edistäminen, ohjaus ja neuvonta, sairauksien ehkäisy, diagnosointi ja hoito, terapiat sekä kuntoutus. (Wright, Williams & Wilkinson 1998.) Terveydenhuollon tarvetta voidaan tarkastella sairauslähtöisesti, jolloin potilaan terveysongelma edellyttää terveydenhuollon toimenpiteitä, joista on hänelle terveyshyötyä. Tarjontalähtöisestä näkökulmasta tarkasteltuna palvelujen tarve on olemassa, kun sairauteen on tarjolla vaikuttava hoito. Käyttäjälähtöisessä näkökulmassa koettu tarve on keskeinen tarpeen määrittelyssä. (Mäntyranta, Elonheimo & Brommels 2005.) Tarpeeseen liitetään yleisesti kyky hyötyä toimenpiteistä. Palvelujen tarjonnalla voidaan vastata tai olla vastaamatta tarpeisiin. (Wright ym. 1998; Mäntyranta ym. 2005.) Termi ”objektiivinen tarve” liittyy lähinnä sosiaalipoliittiseen päätöksentekoon ja sairauskäyttäytymiseen. Esimerkkinä 1990-luvun laman aikana fysioterapian ja lääkkeiden käyttö väheni, kuten myös hammashoidossa säännöllisesti käyvien määrä, vaikka pitkäaikais-sairastavuus ja psyykkiset ongelmat lisääntyivät väestössä (Arinen ym. 1998, 22, 25, 45–46, 51; Klaukka 2006, 74). Ns. objektiivisen hoidon tarve oli olemassa, mutta jäi

todentamatta siksi, etteivät ihmiset käyneet lääkärissä ei-kiireellisten hoitotarpeen takia, tai ettei heillä ollut varaa kalliisiin hoitotoimenpiteisiin (vrt. s. 6 ja s. 38).

Terveyspalvelujen tarpeiden lähtökohdat ovat laajempia kuin lääketieteen määrittelemiä terveyden tai toimintakyvyn vajeita. Ne voivat olla moninaisia yhdistelmiä terveyden ja fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn vajeista. Näiden syitä tai seurauksia ei ehkä voida poistaa tai korjata, mutta henkilöiden toimintakykyä ja elämänlaatua voidaan yleensä parantaa. Realistisessa tavoitteenasettelussa kirkastuu toivottu vaikutus tai terveyshyöty, ja se, miten tavoitteen saavuttamista on mahdollista määritellä ja mitata. Pitkäaikaissairauksien hallinnassa ja toimintakyvyn ylläpitämisessä henkilön konkreettinen ohjaus, neuvonta ja tuki voivat muodostua keskeisimmiksi terveyspalvelun tarpeiksi. (Asadi-Lari, Tamburini & Gray 2004; Woolf ja EU-työryhmä 2007; Vuorma, Keskinen, Koponen, Lehtonen, Koskinen & Aromaa 2007; Sinervo 2008, 84–85.)

Palvelutarve terveydenhuollon suunnittelussa

Väestötarpeeseen perustuvan terveydenhuolto- ja fysioterapiapalvelujen suunnittelun oli tarkoitus alkaa kansanterveyslain myötä vuonna 1972, kun kunnille ja kuntayhtymille siirtyi vastuu perusterveydenhuollon järjestämisestä (L 66/1972; As. 205/1972, 8 §; LKH 1572/ 1974, 29). Kansanterveyslain sisältämää kokonaisvastuuta väestön terveydestä ei osattu hahmottaa terveyskeskuksissa. Vastuu maantieteellisesti määritellyn väestön terveydestä oli käsitteenä liian abstrakti ja uusi, koska aikaisemmin toiminta oli keskittynyt sairauksien hoitoon. Elina Viitasen (1994) mukaan terveyskeskusten fysioterapiayksiköissä ei ollut vuonna 1991 tietoa kunnan tai kuntayhtymän väestön rakenteesta, sairastavuudesta ja fysioterapian käytöstä eikä sen jakautumisesta eri palveluntuottajien kesken eikä myöskään tietoa fysioterapian tarpeesta. Fysioterapian suunnittelu rajoittui päivittäisen työn järjestämiseen eli potilasvirtojen hallintaan. (Mt., 51–53, 57.)

Sairaanhoitopiireissä heräsi vasta 1990-luvun loppupuolella ajatus terveydenhuollon tarpeen arvioinnista, joka perustuisi väestörakenteen laskennalliseen muutokseen, sairastavuuteen sekä sairausprofiilien ja palvelujen käyttöä kuvaaviin tietoihin (Luoto, Laine, Alha, Koskinen, Martelin, Reunanen, Virtala & Aromaa ja projektiryhmä 2001). Hallinnollisella tasolla tehty terveyspalvelujen tarpeen arviointi perustuu julkishallinnon

tehokkuusnäkemykseen, jossa tasa-arvoisuuden näkökulma voi jäädä taustalle. Ristiriita on hankala osoittaa ja käsitellä, sillä hyvien olosuhteiden vallitessa pystytään byrokraattisin keinoin kohtelevaan ihmisiä tasapuolisesti ja oikeudenmukaisesti, mutta niukassa taloudellisessa tilanteessa palvelujen käyttöä voidaan näkymättömästi rajata ja ohjata hallinnollisin ratkaisuin (Vuorenkoski & Saarni 2006, 36).

Terveyspalvelujen tuotteistamisen, ostosopimusten, tulosityksikköjen ja palvelujen hin-
tamäärittelyn sekä laskutuskäytäntöjen tarpeeseen on nykyään luotu yhä tarkempia työ-
välineitä palvelujen taloudelliseen suunnitteluun ja seurantaan (Ovaskainen 2005, 11–
29). Vuonna 2006 valmistui kuntien ja sairaanhoitopiirien terveydenhuollon ja vanhus-
tenhuollon suunnittelun avuksi laskentamenetelmä, joka perustuu tarvevakioituihin me-
notietoihin. Tarvetekijöiden uudistaminen on osa valtionosuusjärjestelmän uudistamisen
suunnittelua. (Hujanen, Pekurinen & Häkkinen 2006, 9; Häkkinen, Nguyen, Pekurinen
& Peltola 2009, 3.) Perusterveydenhuollossa lääkinnällisen kuntoutuksen ja fysiotera-
piapalvelujen hallinnollisen tarpeen arviointi on yhä epävarmalla pohjalla. Tietoja löy-
tyy vain potilaiden ja hoitokäyntien määristä, mikä on auttamatta vanhentunutta (Stakes
2004, 4). ”Pelkkien käyntimäärien vertailulla mitataan saranoiden kulumista eikä vai-
kuttavuutta ja terveyshyötyä” (Hujanen 2007, 3).

5.3 Selvityksiä fysioterapian tarpeesta

Kelan väestötutkimukset vuosilta 1964 ja 1968 ”osoittivat yhtäpitävästi, että koettu sai-
rastavuus osoittautui tärkeimmäksi lääkintäpalvelusten käytön vaihtelua ’selittäväksi’
tekijäksi”. Koetun sairastavuuden esiintyvyys ja lääkintäpalvelujen käyttö oli pysynyt
samalla tasolla molempina tutkimuskertoina. (Purola ym. 1971, 291.)

Pitkäaikaissairauksien toiminnalliset seuraukset selvitettiin kuntoutustarpeen muodossa
vuonna 1968 toteutetussa väestötutkimuksessa. Syventävä tutkimus kohdistui 15–54-
vuotiaiden itse koettuun ja kliinisesti todettuun kuntoutustarpeeseen. Menetelmien yh-
tenevyys todettiin hyväksi. Kliinisesti määritelty kuntoutustarve oli koettua tarvetta suu-
rempi. Tuolloin kuntoutuksen tarve oli väestössä 6 prosenttia ja pitkäaikaissairaiden
ryhmässä 40 prosenttia. Tyydyttymättä jäänyttä kuntoutuksen tarvetta oli pitkäaikaissai-
raista 8 prosentilla. (Raitasalo ja ryhmä 1971, 63–66, 180, 138.) Vuoden 1976 väestö-

tutkimuksessa arvio väestön riittämättömästä kuntoutuksesta ja fysikaalisesta hoidosta oli 8 prosenttia. (Kalimo ym. 1982, 422).

Vuosina 1978–1980 toteutetussa *Mini-Suomi* -väestötutkimuksessa työikäisten miesten kuntoutuksen tai fysikaalisen hoidon tarve oli 8 prosenttia ja sitä vanhemmilla 12 prosenttia. Työikäisten ja sitä vanhempien naisten fysioterapian tarve oli 9 prosenttia. Ikäryhmässä 50–70 vuotta terapian tarve ylitti 10 prosentin. Kliinisessä tutkimuksessa ilmeni, että 30 vuotta täyttäneiden keskuudessa TULE-sairauksien esiintyvyys oli 41 prosenttia ja noin kolmanneksella oli tyydyttämätön hoidon tarve. Tarve oli suurin ikäluokassa 45–64 vuotta, eikä sukupuolten välillä ollut eroa. TULE-potilaat saavat yleisesti riittämättömästi kuntoutusta ja fysioterapiaa, mutta toisaalta he olivat myös palvelujen suurkuluttajia. (Aromaa ym. 1989, 283–295, 320–321, 325.)

Terveys 2000 -tutkimuksessa 10 prosenttia miehistä ja 13 prosenttia naisista ilmoitti, että heillä oli pitkäaikaissairaus, johon he eivät olleet saaneet haluamaansa hoitoa. Hoidon saamattomuus oli yhteydessä tulotasoon ja keskussairaaloiden muodostamiin miljoonapiireihin. Hoitamattomia TULE-sairauksia oli 6 prosenttia, verenkiertoelinten tautteja 2 prosenttia ja hermoston ja aistielinten tautteja 2 prosenttia. Hoidon tarpeesta ilmoittaneista miehistä 68 prosenttia ja naisista 75 prosenttia halusi kuntoutusta tai fysioterapiaa. (Keskimäki & Alha 2006, 87–88, 140–143.) Fysioterapian ja kuntoutuksen käytön ja koetun tarpeen välinen epäsuhta kielii tyydyttämättömästä tarpeesta (Sainio, Karppi, Vaara & Hakulinen 2002).

Vastaamattomuus fysioterapian tarpeeseen: alihoidetut ja hoidotta jääneet

Tutkimuksessa pitkäaikaissairauksien (astma, sepelvaltimotauti, masennus ja nivelrikko) hoidon ja hoitosuosituksen kliinisessä vertailussa todettiin, että useimpien potilaiden hoito vastasi huonosti annettuja hoitosuosituksia. Alustavaan kyselyyn vastasi yli tuhat henkilöä, joista kaksi kolmasosaa oli pitkäaikaissairaita. Pitkäaikaissairaista 16 prosenttia olisi halunnut jatkuvaa lääkärinhoitoa mutta ei ollut saanut sitä. Sepelvaltimotautipotilaista 34 prosenttia koki olevansa riittävässä hoidossa. Heistä vain 11 prosenttia oli osallistunut sydänpotilaiden kuntoutukseen ja noin viidennes ilmoitti tarvitsevansa ohjausta ja lisää tietoa sairaudestaan. Nivelrikkodiagnoosin saaneista potilaista riittävässä hoidossa oli noin kolmannes, joista vajaa puolet oli saanut fysioterapiaa, 14 prosenttia

tarvitsi hoitoa ja 37 prosenttia tarvitsi lisää tietoa tai ohjausta. Lääkärissä käyntien määrä oli noin puolet suositusten mukaisista määristä. Terveyspalvelujen käyttö vaihteli maan eri osissa, eikä sairastavuus kokonaan selittänyt eroja. Potilaat eivät olleet saaneet riittävästi Käypä hoito -suositusten mukaista hoitoa. (Vuorma ym. 2007.) Syy siihen, miksi potilaat olivat jääneet vailla hoitoa, ei käynyt ilmi tutkimuksessa.

Anja Noron ja Harriet Finne-Soverin (2006) tutkimuksessa todettiin, että 88 prosenttia kotona asuvista ikäihmisistä, joilla oli kuntoutumispotentiaalia, eivät saaneet fysioterapiaa, toimintaterapiaa tai liikuntaterapiaa. Noin joka kymmenennellä ei ollut tarvitsemiinsa liikkumisen apuvälineitä. Kotona asuvista ikäihmisistä neljänneksellä oli vakavia kipuja ja viidenneksellä heistä oli riittämätön kivunhoito. (Mt., 97–102.) Ikäihmiset jäivät myös vailla hoitoa siitä syystä, ettei heillä ollut tietoa saatavissa olevista palveluista ja hoidoista. Huono näkö ja alkava dementia voivat ikäihmisellä olla tiedon saamisen tai ymmärtämisen esteenä. Lisäksi havaittiin ikäsyryntää, eli ennakkoasenteet ja uskomukset olivat myös syynä tarpeellisen hoidon toteutumatta jäämiseen. (Wahlbeck, Manderbacka, Vuorenkoski, Kuusio, Luoma & Widström 2008, 55.)

Asiakas ei välttämättä tiedä, että hänellä saattaa olla hoitosuositusten mukaan oikeus kuntoutukseen ja pitkäaikaissairautensa järjestelmälliseen hoitoon. Pohjois-Euroopassa noin 70 prosentille sairaalassa sepelvaltimotaudin takia hoidetuista potilaista järjestetään sydänkuntoutusta. Suomessa sepelvaltimotautiin sairastuu vuosittain noin 50 000 henkilöä, ja heistä vain 16 prosenttia saa sydänkuntoutusta. Muissa pohjoiseurooppalaisissa maissa noin puolet sairastuneista saa kuntoutusta (20–84 %). Muita ongelmia hoidon jatkuvuudessa ovat epäselvyys hoidon vastuutahosta, hoidosta vastaavan lääkärin puute ja hoitoketjun katkeaminen. (Hämäläinen & Röberg 2007.) TULE-sairaudet aiheuttavat vuosittain Suomessa työkyvyttömyyskustannuksia noin 925 miljoonaa euroa. ”Vaikuttavuusnäytön perusteella perusterveydenhuollon – erityisesti työterveyshuollon – kuntoutustoimenpiteiden tehostaminen näissä potilasryhmissä olisi aiheellista” (Pohjolainen, Seitsalo, Sund & Kautiainen 2007). Käypä hoito -suositukset korostavat elintapoihin vaikuttamisen tärkeyttä. Ketola peräänkuuluttaa, miten sairauksien primääri-preventiota voidaan tehostaa perusterveydenhuollossa. ”Väestömme lihoo, liikkuu liian vähän ja vanhenee, joten elämäntapasairaudet eivät ainakaan vähene [...] Suomen terveyskeskuksia uhkaa paitsi henkilökuntapula myös elämäntapasairauksia potevien tulva”. (Ketola 2003, 1501.) Mälkiän ja työryhmän (2004, 10–11) mukaan ”[r]uumiin ra-

kenteiden ja toimintojen osalta aistitoimintojen funktioiden kehittämisen välttämättömyyttä on alettu ymmärtää eräänä fysioterapian perustehtävänä, jotta motoriselle suori-tuskyyvylle ja liikkumiskyvylle välttämätön motorinen oppiminen olisi mahdollista”.

5.4 Fysioterapian käyttö

Taulukko 1. Työikäiset fysioterapeutit ja heidän määränsä asukasta kohti vuosina 1960–2000. Lähde: Suomen Tilastolliset Vuosikirjat [STV] vuosina 1967–2006.

Vuosi	FT määrä, n	FT/asukasta kohti
1960	203	21 902
1965	325	14 061
1970	756	6 082
1975	1 267	3 726
1980	3 410	1 404
1985	4 557	1 078
1990	6 232	802
1995	8 135	629
2000	10 088	514

Tarkastelujakson alkupuolella lääkintävoimistelijoiden vähyys vaikutti fysioterapian saatavuuteen (Taulukko 1). Työelämässä aktiivisista fysioterapeuteista oli vuonna 2005 noin yksi kolmesta julkishallinnon tehtävissä ja kaksi kolmesta oli yksityissektorilla. Hieman yli 5 prosenttia oli hallinnollisissa tehtävissä. (Hautamäki 2007, 11.)

Fysioterapian käyttäjät

Vuosina 1981–1992 naiset käyttivät miehiä yleisemmin yksityisen avohuollon fysioterapiaa; naisten osuus fysioterapian käyttäjistä oli 65–66 prosenttia (Kela, SV erityisotanta 1982; 1985; 1989; 1990; 1993). Kelan väestötutkimussarjan kolmannessa vaiheessa vuonna 1976 fysioterapiaa käsiteltiin vain sairausjaksoihin kuuluvana toimenpiteenä, ja se oli ollut osana 7 prosentissa kaikista hoitajaksoista. Fysioterapiaa oli saanut TULE-sairauksia potevista 35 prosenttia, muista pitkäaikaissairaista 11 prosenttia ja muita sairauksia potevista 4 prosenttia. (Savolainen 1982, 273, 422.)

Vuonna 1987 naisten fysioterapian käyttö oli väestötasolla 9 prosenttia, miesten 7 prosenttia. TULE-sairaudet olivat tärkein syy hoitoon hakeutumisen. Fysioterapiaa käyttäneistä ihmisistä 52 prosenttia oli selkäsairaita, muita TULE-sairauksia potevia oli 31

prosenttia ja 5 prosentilla oli muita pitkäaikaissairauksia. (Sievers, Klaukka & Mäkelä 1990, 21; Arinen ym. 1998, 109.) Vuosina 1991 ja 1992 fysioterapian käyttö väestössä oli 9 prosenttia (Aro, Byckling, Häkkinen, Notkola & Ollila 1992; Aro, Noro, Byckling, Häkkinen, Salinto & Kerppilä 1993).

Lama vähensi fysioterapian käyttöä. Vuoden 1995/1996 väestötutkimuksen mukaan 6 prosenttia naisista ja 5 prosenttia miehistä oli käyttänyt fysioterapiaa. Vähennys oli suurin 25–74 vuotta täyttäneiden ikäluokassa ja näkyi kaikissa muissa tuloluokissa paitsi keskimmaisessa tuloviidenneksessä. Käyntien tarve ei selkeästi ollut poistunut, sillä käynnit vaihtoehtoisissa hoidoissa lähes kaksinkertaistuivat. Vastaava palvelujen käytön väheneminen (8 %) havaittiin säännöllisesti hammashoidossa käyneiden hampaallisten aikuisten keskuudessa, vaikka hammassäryn ja -vaivojen esiintyminen aikuisilla oli kasvanut. Voidaan olettaa, että näiden käyntien vähenemisen syyt liittyivät henkilöiden taloudelliseen tilanteeseen. (Ariinen ym. 1998, 95, 103, 109–110.)

Terveys 2000 -tutkimuksessa 30 vuotta täyttäneen väestön avofysioterapiapalvelujen käyttö oli 12 prosenttia (naiset 15 %, miehet 9 %). Alueellisesti yhtä fysioterapeuttia kohden oli 470–502 asukasta, ja fysioterapeuttien jakautuminen maan sisällä oli tasaisinta. Lähes puolet ylimpiin tuloluokkiin kuuluvista sai fysioterapiaa työpaikan työterveysasemalla, toiseksi alhaisimpaan tuloluokkaan kuuluvien kohdalla luku oli 10 prosenttia ja alhaisimpaan tuloluokkaan kuuluvilla vain yksi prosentti. (Hakulinen 2004, 12, 63–65.) Fysioterapian käyttö 18 vuotta täyttäneiden henkilöiden keskuudessa oli yleisin henkilöillä, joilla oli pitkäaikaissairauksia. Heistä 16 prosenttia oli käyttänyt fysioterapiaa, ja vastaava prosenttiosuus muilla oli 7. (Alha & Hakulinen 2006, 80–81.)

Fysioterapian alueellinen käyttö

Vuonna 1985 sairaaloissa ja terveyskeskuksissa oli noin 20 prosentin vajaus lääkintävoimistelijoissa; täyttämättömät sijaisuudet mukaan lukien luku oli 34 prosenttia. Siellä, missä oli eniten pitkäaikaissairaita (Keski-, Itä- ja Koillis-Suomessa), oli määrällisesti vähiten fysioterapiahenkilöstöä. (Häkkinen 1986.) Vuoden 1987 väestötutkimuksen mukaan fysioterapian käytössä ei ollut enää merkitsevää alueellista eroa. Fysioterapian käyttö koko maassa oli 8 prosenttia ja se oli suurinta (9–10,5 %) maan keskiosassa (Oulun, Pohjois-Karjalan, Keski-Suomen ja Vaasan lääneissä). Näitä läänejä etelämpänä

olevilla alueilla sekä Lapin läänissä oli pienin käyttöaste (6–7 %). (Kalimo, Häkkinen, Klaukka, Lehtonen & Nyman 1989a, 48–49.) Vuonna 1995/1996 eli laman aikana tehdyssä väestötutkimuksessa fysioterapian käyttö oli merkittävästi vähentynyt kaikilla vakuutusalueilla pääkaupunkiseutua lukuun ottamatta. Käyttö oli alhaisinta Itä-Suomessa, jossa luku oli 5 prosenttia. (Arinen ym. 1998, 109.) Fysioterapian käytön maantieteellinen eriarvoisuus oli palannut laman myötä.

Taulukko 2. Kelan korvaamien fysikaalisten hoitajaksojen määrä 1000 vakuutettua kohti eri vakuutusalueilla vuosina 1974–1989.

Vakuutusalueet	1974	1981	1984*	1988*	1989
Pohjois-Suomi	1,8	3,3	5,2	5,0	4,6
Länsi-Suomi	1,9	4,4	5,4	5,4	5,1
Itä-Suomi	2,1	4,0	6,8	6,6	6,7
Lounais-Suomi	2,8	3,0	5,9	5,8	5,7
Etelä-Suomi	3,2	4,1	5,7	5,1	4,5
Koko maa	2,6	4,0	5,8	5,5	5,2

* Näiden vuosien SV-taksojen alueelliset korvausprosentit on esitetty Taulukossa 3.

Kelan korvaamien fysioterapian avopalvelujen tilastoseuranta vuosilta 1974–1989 on yksi osoitin fysioterapiakäytön maantieteellisestä jakaumasta (Taulukko 2). Käytön jakaumassa peilautui vuonna 1974 maan terveydenhuoltopalvelujen käyttö: etelässä ja lounaassa käyttö oli suurinta ja se väheni tasaisesti idän ja pohjoisen suuntaan. Alueellinen jakauma alkoi tasaantua yksityissektorilla vuonna 1981, ja fysioterapian käyttö oli suurimmillaan vuonna 1984. Sen jälkeen alkanut käytön vähennys oli alkuvuosina korvaustekninen, sillä terveyskeskusten palveluista ei vuoden 1984 jälkeen enää oikeuttanut SV-korvauksiin. Terveyskeskuksille tuli erillisiä palvelumaksuja. Pohjois-Suomen ja Länsi-Suomen alueilla oli etelää korkeampi sairastavuus mutta vähäisempi fysioterapian käyttö. Itä-Suomessa fysioterapian käyttö oli yleisintä. (Kela, SV erityisotanta 1976; 1982; 1985; 1989; 1990.) *Mini-Suomi*-tutkimuksen mukaan miesten liikkumiskyky ja fyysisesti raskaat toiminnot olivat eniten rajoittuneita Pohjois- ja Itä-Suomessa. Naisilla trendi ei ollut niin selvä. (Aromaa ym. 1989, 670–673.)

Fysioterapian käytön kustannuksia

Sairausvakuutuslain korvaus avohuollossa annetusta fysioterapiasta määräytyy toimenpiteiden laskennallisesta taksasta, josta Kela korvaa 75 prosenttia. Kelan laskennallisten taksojen korotus seurasi yleistä hinnankorotustasoa. Kelan laskennallinen korvaustaksa

tarkistettiin ja sitä nostettiin säännöllisin välein vuoteen 1986 asti. Vuoden 1986 taksa-
tarkastuksen jälkeen fysioterapian asiakaskustannukset alkoivat konkreettisesti nousta,
sillä fysioterapian hintataso nousi yleisen hintatason mukaan, mutta laskennallista tak-
saa ei nostettu, ennen kuin markka muuttui euroksi. Käytännössä palvelumaksujen kor-
vausprosentti laski jatkuvasti yleisen hintatason nousua myöten. (STM 2007:34, 119.)

Taulukko 3. Fysioterapian alueelliset korvausprosentit (%) Kelan vakuutuspiireissä vuo-
sina 1984, 1988 ja 1992* hoitolaitoksissa annetuista hoidoista ja yksityisen lääkintä-
voimistelijan luona saaduista hoidoista (Kela, SV erityisotanta 1985; 1989; 1993).

Kelan vakuutuspiirit	Hoitolaitos, %			Yksityinen lääk. voim. %		
	1984	1988	1992	1984	1988	1992
Pohjois-Suomi	51	41	39	59	43	43
Länsi-Suomi	53	47	42	59	49	53
Itä-Suomi	48	42	43	47	35	38
Lounais-Suomi	47	43	40	52	44	36
Etelä—Suomi,	44	36		51	42	
E-S, ilman Helsinki	43	37	31	53	44	39
Helsinki	44	35	26	48	36	31
Koko maa	47	41	38	54	43	39

* Korkea korvausprosentti tarkoittaa fysioterapiamaksun alemmaa hintaa

Vuonna 1984 asiakkaan korvausprosentit olivat korkeimmillaan ja siten markkamääräi-
set fysioterapiakustannukset olivat alhaisimmat Pohjois- ja Länsi-Suomen vakuutuspii-
reissä (Taulukko 3). Vuonna 1988 fysioterapian keskimääräinen korvausprosentti oli
koko maassa laskenut keskimäärin 6 prosenttia, ja se laski vuonna 1992 vielä 3 prosent-
tia lisää. Etelä-Suomessa terapian kustannukset olivat seuranta-aikana korkeimmat. Hin-
tojen korotus alkoi Pohjois- ja Itä-Suomessa Länsi-Suomea aikaisemmin. Länsi-
Suomessa korotus pysyi maltillisella tasolla. Vuonna 1991 siirryttiin fysioterapian aika-
taksoitukseen, joten tilastojen vertailua vaikeutui. Raija Pajusen (2007) mukaan vuonna
1996 keskimääräinen toimenpidekohtainen korvausprosentti oli 41 ja vuonna 2000 se
oli 38. Fysioterapian hoitokertaan sisältyi yleensä 2–3 toimenpidettä.

Vuonna 1990 terveyskeskusten yksilöllisen fysioterapian avohuollon maksu oli kym-
menen markkaa, vuonna 1992 taksa nousi 20 markkaan hoitokerralta ja kaksi vuotta
myöhemmin 30 markkaan. Julkishallinnon yksilöllisen fysioterapian kertamaksu avo-
huollossa kolminkertaistui neljässä vuodessa. (As. 1130/ 1989; As. 1611/1991; As.
912/1992.) Vuonna 2000 kymmenen kerran hoitosarjan kustannus oli sekä yksityissek-
torilla että julkishallinnossa noin 300 markkaa. Kela korvaa yhtenevästi sekä yleisen

että yksityissektorin fysioterapian hoitomatkojen kustannuksia. Vuonna 2000 korvattiin yli 45 markkaa maksavasta yksisuuntaisesta matkasta siitä ylimenevä osuus. Pitkämatalaisilla fysioterapiasarjan kustannukset saattoivat siten olla $300 + 900 = 1\,200$ markkaa kymmenen kerran hoitojaksosta.

Epäoikeudenmukaisuuden piirteitä palvelujen käytössä ja saatavuudessa

Terveyspalvelujen käytössä ja saatavuudessa on osoitettu olevan myös Suomessa sosiaalista valikoitumista. Vaikka ”terveyspalvelujen käytön sosioekonomisista eroista on tietoja, niin palvelujen tarpeesta ja sen tyydyttämisestä eri sosioekonomisissa ryhmissä tiedetään hyvin vähän”. (Palosuo, Koskinen, Lahelma, Prättälä, Martelin, Ostamo, Keskimäki, Sihto, Talala, Hyvönen & Linnanmäki 2007, 228.) Terveysongelmat ja toimintakyvyn rajoitukset ovat yhteydessä alhaisiin koulutus- ja tulotasoihin, ja ne lisääntyvät systemaattisesti ikääntymisen myötä (Koskinen & Aromaa 2002, 37–38; Lahelma ym. 2004; Martelin, Sainio, Sulander, Helakorpi, Tuomi & Koskinen 2007, 110–111; Mackenbach ym. 2008).

Kansalliset selvitykset terveyspalvelujen kohdentumisesta ovat osoittaneet vuosikymmeniä samanlaisena jatkuneen eriarvoisuuden trendin hyvätuloisten eduksi (Manderbacka, Gissler, Husman, Husman, Häkkinen, Keskimäki, Nguyen, Pirkola, Ostamo, Wahlbeck & Widström 2006, 42–45; Häkkinen & Alha 2006; Teperi & Keskimäki 2007). Unto Häkkinen (1991) totesi jo vuoden 1987 väestötutkimuksen tietojen perusteella, että suurituloisille olivat kohdentuneet useimmat yksityissektorin palvelut, kuten lääkärikäynnit, työterveyshuollon käynnit, yksityinen tutkimus ja hoito sekä fysikaalinen hoito. Lääkärikäyntien tuloluokittainen kohdentuminen 21 OECD-maassa osoitti, että hyvätuloisia suosivia järjestelmiä löytyi kolmanneksi eniten Suomesta. Terveysterveyspalvelujen rahoitus kääntyi regressiiviseksi 1990-luvun alkupuolella, mikä merkitsi sitä, että pienituloiset käyttivät suurituloisia merkittävämmän osan tuloistaan terveydenhuollon rahoittamiseen. (van Doorslaer & Masseria & the OECD Health Equity Research Group Members 2004, 25, 72; Klavus & Jämsén 2006, 158; Kapiainen & Klavus 2007.) Kaikki terveysterveyspalveluihin liittyvät maksut ja omavastuuosuudet olivat regressiivisiä vuosina 1990 ja 1996 (Teperi 2005, 83).

Perusterveydenhuollon palvelut toteutetaan rinnakkain toimivilla rahoitusjärjestelmillä (terveyskeskukset, työterveyshuolto ja yksityiset yleislääkärit sekä heidän määrääminänsä tuotetut yksityispalvelut), mistä seuraa, että hyvätuloiset käyttävät muita enemmän työterveyshuollon ja yksityisen sektorin palveluja ja vähävaraiset puolestaan terveyskeskuksen palveluja (Klavus, Kapiainen, Nguyen & Pekurinen 2008, 184–187; Teperi & Keskimäki 2007, 281). Vuonna 1990 asiakasmaksujen nousu kohdistui tuntuvin alempiin tuloluokkiin. Katastrofaalisen korkeiksi määritellään terveydenhuoltomaksut, jotka ovat vähintään 40 prosenttia kotitalouden maksukyvyistä. Suomalaisista kotitalouksista 0,44 prosenttia kuului tähän ryhmään vuonna 1998. (Xu, Evans, Kawabata, Zeramdini, Klavus & Murray 2003.) Vuoden 2004 laskelmien mukaan noin 24 000 kotitaloudessa terveydenhuollon asiakasmaksujen osuudet olivat katastrofaalisen korkeat ja ne koskivat kahta alimpaa tuloviidennestä (Klavus, Pekurinen, Nguyen & Häkkinen 2006, 203; Kapiainen & Klavus 2007, 4–5). Katastrofaaliset asiakasmaksut ovat yhteydessä ikään ja pieneen eläkkeeseen (Wahlbeck ym. 2008, 32, 55–56).

Uudenmaan terveydenhoitotarpeen selvityksessä todettiin, että palvelujen käyttö riippuu terveysongelmien lisäksi palvelun tarjonnasta ja saatavuudesta sekä hoitoon hakeutumiseen ja hoitoon ottamisen kulttuurista (Luoto ym. 2000, 2). Implisiittinen priorisointi ”tapahtuu muuhun päätöksentekoon verhottuna tarkemmin määrittelemättömien perusteiden ja prosessien tuloksena” (Vuorenkoski & Saarni 2006, 37). Paikallinen ohjeistus ja hallinnolliset käytännöt, ammatti- ja hallinnollinen kulttuuri sekä yksittäisten asiantuntijoiden arviot saattavat ohjata käytännön päätöksiä siten, että tulos on yksilön kohdalla eriarvoinen ja epäoikeudenmukainen. (Mt., 36–37.)

Fysioterapian käyttö oli 1990-luvun taloudelliseen lamaan asti kehittynyt koko maassa alueellisesti ja väestöryhmien välillä tasa-arvoiseen suuntaan. 1990-luvun laman aikana moni kunta lopetti tai vähensi voimakkaasti perusterveydenhuollon palveluja, kuten kansanterveyden edistämistä, fysioterapiaa ja mielenterveyden avopalveluja. Kansalaisten kannalta laman taloudelliset vaikutukset olivat vaikeimmat vuonna 1994, jolloin valtionosuudet muutettiin ja kunnissa supistettiin palvelutarjontaa. (Laamanen 1994, 89; WHO 2002, 13; Wahlbeck ym. 2008, 14.) Vuonna 2001 puuttui edelleen 24 terveyskeskuksesta (9 %) fysioterapian avopalveluja (Vesterinen 2003). Vuosiin 1991 ja 1992 verrattuna (9 %) fysioterapian käyttö oli vuonna 2000 yleistynyt (12 %), mutta palvelujen käyttö oli keskittynyt ylempiin tuloluokkiin (Alha & Hakulinen 2004, 82).

6 TERVEYDENHUOLLON NELJÄ VUOSIKYMMENTÄ

6.1 1960-luku: sairausvakuutus

Valtioneuvoston ensimmäinen ehdotus sairausvakuutuslaiksi tyrmättiin jo vuonna 1911 (Kuusi 1961, 267). Vuosikymmenien ”juupas-eipäs”-vaiheiden jälkeen sairausvakuutuslaki ja asetus vihdoinkin hyväksyttiin, ja ne astuivat voimaan alkuvuodesta 1964 (L 364/1963, As. 473/1963). Etuuksien ja palvelujen kriteerit määriteltiin yksityiskohtaisesti säädöksissä. Sosiaalietuuksien ratkaisuihin lääkärit ovat lääketieteellisten kriteereiden virallisia tulkitsijoita ja päätöksentekijöitä tai toimivat asiantuntijoina päätöksenteossa.

Sairausvakuutuslain keskeiset kohdat

Sairausvakuutuslaissa ”[t]yökyvyttömyydellä tarkoitetaan sellaista sairaudesta johtuvaa tilaa, jonka kestäessä vakuutettu on sairauden edelleen jatkuessa kykenemätön tekemään tavallista työtään tai työtä, joka on siihen läheisesti verrattavaa” (L 364/1963, 14 §).

Lainsäädännössä oli otettu käyttöön uusi sosiaalipoliittinen käsite muodossa ”sairaus, vika tai vamma”, joka tuli keskeiseksi kriteeriksi esimerkiksi työkyvyttömyyseläkkeitä tai kuntoutusta koskevissa päätöksissä (L 347/1956, L 610/1991). Sairauden käsitettä ei katsottu tarpeelliseksi määritellä, ”vaan se on jätetty sosiaalivakuutuksen alalla jo vakiintuneen käytännön varaan” (KM 1961, 5). Sairausvakuutuksella korvataan sairaudesta johtuvia tutkimus- ja hoitokustannuksia ja kompensoidaan sairauden aiheuttamasta työkyvyttömyydestä johtuvaa ansiotulojen menettämistä. Synnytys rinnastettiin sairautteen. Hoito- ja tutkimustoimenpiteiden (laboratorio, röntgen, fysikaalinen hoito) tulee olla lääkärin tarpeelliseksi katsomia, eli tarvitaan lääkärin lähete korvauksen saamiseksi. Hoito- ja tutkimustoimenpiteitä sekä matkakustannuksia ei korvata kokonaan, vaan korvattaviksi katsotaan ainoastaan määrätyn kattotaksan ylittävät kustannukset. Lääkkeet korvataan osittain tai kokonaan. (L 364/1963; As. 473/1963.)

Sairausvakuutuslain 60 §:n mukaan sairausvakuutusrahaston varoista voidaan vuosittain käyttää kaksi prosenttia kuntouttavaan toimintaan. Lakiin sisällytettiin kuntoutus ja fysioterapia, joiden käyttö tuli nyt taloudellisesti mahdolliseksi valtaosalle kansalaisista. Sairausvakuutus teki fysioterapiasta yleisen ja kaikkien saatavilla olevan avohuollon terapian. (Kalimo ym. 1982, 112.) Lääkintävoimistelijoita oli vähän, ja nyt panostettiin

koulutuksen kehittämiseen (ks. Taulukot 1 ja 4). Sairausvakuutuslaki myötävaikutti siihen, että lääkintävoimistelijat ryhtyivät yksityisyrittäjiksi tai perustivat yksityisiä fyysisiä hoitolaitoksia. Sairaaloissa oli edelleen vain vähän virkoja.

Väestötutkimusten aloittaminen

Kela aloitti vuonna 1964 väestötutkimussarjan, jossa ensimmäinen tavoite oli luoda yleiskuva väestön sairastavuudesta ja lääkintäpalvelujen käytöstä ennen sairausvakuutuslain voimaantuloa. Pitkäaikaissairaiden lääkäriissäkäynti oli 3.4-kertainen muihin verrattuna. (Purola ym. 1967,13, 147–151.) Vähäosaisten tilaa kuvataan raportissa: ”Mitä enemmän oli sairastettu, sitä pienemmät olivat tulot, sitä epäedullisempi oli hoidon tarpeen ja saadun hoidon välinen suhde, sitä suurempi oli kuitenkin lääkintäkustannusten osuus tuloista ja sitä useammin oli sairaskulujen vuoksi tarvittu lainaa tai sosiaalihuollon apua” (mt., 295). Vuoden 1968 tutkimuksessa sairastavuus oli Etelä-Suomessa edelleen vähäisempää kuin muilla alueilla ja siellä myös käytettiin eniten terveystalvöjula. Sairastavuuden ja lääkintäpalvelujen käytön suhteet olivat pysyneet samanlaisina kuin edellisessä tutkimuksessa. Vähäosaisten lääkintäpalvelujen käyttö oli lisääntynyt, joten kehitys oli edennyt toivottuun suuntaan. (Purola ym. 1971, 297–299.)

Tutkijat (Purola ym. 1971, 299–304) korostivat, että kansainvälisissä vertailuissa Suomen terveystilanne ja terveystalvöjula käyttö oli poikkeuksellisen huonolla tasolla. ”Siinä tavassa, jolla Suomessa käytetään terveydenhuollon resursseja, täytyy olla jotain poikkeuksellista” (mt., 300). Vertailut osoittivat, että sairauksien määrä kasvaa iän mukana suomalaisessa väestössä nopeammin kuin muiden tutkimusalueiden väestössä. Tutkijat totesivat: ”Avohoidon kehittymättömyyden olisi pitänyt olla sairausvakuutuksen toteuttamisen eikä sen lykkäämisen pääasiallinen perustelu” (mt., 303).

6.2 1970-luku: kansanterveyslaki

Suomessa olivat ainoastaan imeväis- ja äitiyskuolleisuus kansainvälisesti hyvällä tasolla. Maassa oli yli miljoona pitkäaikaissairasta, ja eurooppalaisittain poikkeuksellisen suuri osa työikäisestä väestöstä oli työkyvyttömyyseläkkeellä. (HE 1971, yleisperustelut.) Kansanterveyslaissa (L 66/1972, § 1.) kansanterveystyö määriteltiin seuraavasti:

Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön ja hänen elinympäristöönsä kohdistuvaa terveydenhoitoa ja yksilön sairaanhoitoa sekä niihin liittyvää toimintaa, jonka tarkoituksena on väestön terveydentilan ylläpitäminen ja edistäminen.

Lain tavoitteena oli siirtää terveyspalvelut sairaaloista avohoitoon sekä panostaa väestön terveyden edistämiseen. Terveyttä edistävät tehtävät olivat laajat. Kansanterveyslakiin sisällytettiin vähitellen lisää vastuualueita, kuten vastuu ympäristöterveydenhuollosta, elintarvikkeiden turvallisuudesta ja eläinlääkintähuollosta. Kuntien ja kuntainliittojen tehtäväksi tuli perusterveydenhuoltopalvelujen järjestäminen. Palveluja voitiin antaa avohoitona, kotisairaanhoitona ja sairaalahoitona terveyskeskusten vuodeosastoilla. Tehtävään soveltuvia kunnallis- ja kaupunkisairaaloihin muutettiin terveyskeskuksiksi, ja uusia terveyskeskuksia rakennettiin koko maahan pohjoisesta alkaen. Viimeiset uudet terveyskeskusrakennukset valmistuivat 1980-luvulla.

Kansanterveystyössä lääkinnällinen kuntoutus määriteltiin ja ohjeistettiin lääkintöhallituksen (LKH) yleiskirjeessä (LKH 1572/1972). Kansanterveislain mukaan tiukennettiin terveydenhuoltopalvelujen viranomaisohjausta. Niin sanottu normiohjaus konkretisoitui valtakunnallisina viisivuotissuunnitelmina, joita tarkastettiin vuosittain ja joiden mukaan kuntien ja kuntainliittojen oli tehtävä omat suunnitelmansa. Valtionosuusjärjestelmä eli valtion tuki kunnille terveyspalvelujen järjestämisessä oli valtioneuvoston päätöksissä yksityiskohtaisesti määritelty. (Esim. VNP 1978.)

Fysioterapia kansanterveystyössä

Kansanterveislain voimaantulo merkitsi lääkintävoimistelijoiden virkojen perustamista terveyskeskuksiin ja heidän tehtäväkenttensä merkittävää laajentumista. Fysioterapeuttien koulutus lisääntyi ja laajeni. Vuosina 1972 ja 1975 toteutettiin julkishallinnossa lääkintävoimistelijavirkojen porrastus. (Taulukko 4.) Kansanterveystyön lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvat toiminnot ja sisältö ohjeistettiin lääkintöhallituksen yleiskirjeessä ja yleisissä ohjeissa. Niiden mukaan fysioterapiaan kuuluivat fysioterapeuttiset tutkimukset, hoidontarpeen määrittelyt, fysikaaliset käsittelyt, liike- ja liikuntahoidot sekä ehkäisevä toiminta ja hoitoon liittyvä ohjaus ja neuvonta. Läkintävoimistelijoiden uusiksi tehtäväalueiksi tulivat muun muassa äitiys- ja neuvolatoiminta, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto, apuvälineiden lainaustoiminta sekä kuntoutujan kuntoutustarpeen

selvitykseen ja kuntoutussuunnitelmien tekoon osallistuminen kuntoutustyöryhmissä. (LKH yleiskirje 1572/74; LKH:n yleisohjeet 9927/522/72 ja 8360/02/75.)

LKH:n yleisohjeissa terveyskeskusten toimintojen järjestämisestä painotettiin joustavaa ja tarkoituksenmukaista työnjakoa terveyskeskusten ja sairaaloiden välillä, työntekijän työkokemuksen ja henkilökohtaisten kykyjen huomioonottamista työnjaossa sekä sitä, että tehtäväkenttää tulisi rajata mahdollisimman vähän. Varsin modernilta tuntuu huomio, jossa ”[e]räiden kroonisten sairauksien toistuvat kontrollit tulisikin terveyskeskuksissa mahdollisuuksien mukaan siirtää terveydenhoitajien tai sairaanhoitajien suoritettavaksi”. (LKH yleisohje 3126/02/75, 9–10.) Yleisohjeessa todettiin lääkintävoimistelijoiden vähyys ja tähdennettiin, että lääkinnällinen kuntoutus kuuluu kaikkien terveydenhuollon viranhaltijoiden tehtäviin. ”Hoitotarpeen tyydyttämiseksi on vähäisen lääkintävoimistelijakunnan avulla pyrittävä toimipaikkakoulutukseen, neuvonnan ja työhöngityksen keinoin edistämään muun henkilökunnan valmiuksia kuntoutustoiminnassa. Kuntoutus on muutenkin nähtävä koko henkilökunnan tehtävänä”. (Mt., 13.) Terveyskeskuksissa ryhdyttiin pitämään selkä- ja niskakouluja, sydänkuntoutusryhmiä ja muuta ryhmätoimintaa. Aikaisemmin oli toteutettu lähes yksinomaan yksilökohtaista terapiaa.

Ensimmäisessä työterveyshuoltolaissa vuodelta 1978 työnantajat veloitettiin järjestämään työterveyshuoltoa työntekijöilleen (L 743/1978). Työterveysyksiköiden toiminta oli painottunut sairaanhoitoon, ja uusi työterveyshuoltolaki siirsi painopisteen ehkäisevään terveydenhuoltoon. Noin 60 prosenttia pientyöpaikoista teki työterveyshuoltosopimuksen terveyskeskuksen kanssa, pohjoisessa yleisemmin kuin Etelä-Suomessa. (Kallimo, Karisto, Klaukka, Tuomikoski & Savolainen 1989b, 74, 125.) Työterveyshuollon fysioterapiasta tuli oma erikoisalansa, johon sisältyy arviointia työn, työympäristön ja työolosuhteiden vaikutuksista työntekijöiden terveyteen ja työkykyyn sekä ergonomisten muutosten suunnittelua työpaikoilla.

SV-lainsäädännössä terveyskeskukset hyväksyttiin terveydenhuoltopalvelujen antajiksi, joten kunta tai kuntayhtymä sai SV-lain mukaista korvausta terveyskeskuksissa toteutetuista tutkimus- ja hoitotoimenpiteistä vuoteen 1983 asti. Terveyskeskusten palvelut olivat kuntalaisille ilmaisia, mutta SV-lähetteellä potilaat maksoivat lain mukaisen taksan ja saivat asianmukaisen korvauksen. Entisen sairaalan poliklinikkapotilaat saattoivat jatkaa fysioterapiaansa samoissa tiloissa ja samojen lääkintävoimistelijoiden kanssa,

eikä kumpikaan osapuoli huomannut olevansa terveystieteiden potilas tai terapeutti. Fysioterapian ajatusmallit olivat näissä paikoissa juuttuneet sairaalatyöskentelyyn eli kuratiiviseen ja korjaavaan työhön. Useassa terveystieteidenkeskuksessa ryhdyttiin laajennetun toiminta-alueen kehittämiseen. (Talvitie 1991, 76–77; Viitanen 1994.)

6.3 1980-luku: vastuiden uusjako ja kansainväliset terveysohjelmat

Terveystieteiden perustamis- ja rakentamisvaihe oli ohi 1980-luvun alussa, ja 1970-luvun lopulla tehtiin pohjatyö uudistuksiin, jotka luetaan 1980-luvun aikaansaannoksiksi. VALTAVA-uudistuksen suunnittelu oli aloitettu 1975. Uutta terveydenhuollossa oli orientoituminen kansainväliseen yhteistyöhön.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta (L 677/1982) ja sosiaalihuoltolaki (L 710/1982) olivat keskeisimmät lakiuudistukset (Lammi 1982; Forma & Kuivalainen & Niemelä & Saarinen 2007, 21). Valtio oli korvannut kuntien ylläpitämien sairaaloiden käyttökustannukset (Vauhkonen 1992, 277). Rahoitusjärjestelmä uusittiin ja vastuu perusterveydenhuollon taloudesta palautettiin kunnille. Käytännössä kuntien saama valtionapu pieneni huomattavasti. Terveydenhuoltoa ohjattiin lääkintöhallituksen ohjeistuksilla ja valtakunnallisilla suunnitelmilla (L 677/1982). Kansanterveysasetukseen tehty lisäys antoi kunnille mahdollisuuden hankkia lääkinnällisiä kuntoutuspalveluja ostopalveluna (Lammi 1982; Lääkintöhallitus 1986, 3). Vuodesta 1972 lähtien myönnetty Kelan SV-korvaus terveystieteidenkeskuksissa annetuista fysioterapian avopalveluista loppui vuonna 1983 rahoitusuudistuksen myötä (L 1070/1983). Julkishallinnolle määrättiin erillinen maksu fysikaalisesta hoidosta. Julkishallinnon ja yksityissektorin roolit selkeytyivät.

Fysioterapian tehtäväkentän laajennus

Rintamaveteraanit saivat vuonna 1988 laajemman kuntoutusoikeuden, joka toteutettiin laituskuntoutuksena ja joka usein jatkui avohoidossa toteutettuna fysioterapiana (L 1184/1988). Invalidihuoltona järjestetty vammaisten ja vajaakuntoisten henkilöiden lääkinnällinen kuntoutus eli vammaispalvelut muutettiin sekä kunnan perusterveydenhuoltoon että sosiaalipalveluihin kuuluviksi (Lääkintöhallitus 1986:81, 5; L 380/1987).

Fysioterapeuttien tehtäviin kuului esimerkiksi apuvälinetarpeen ja lääkinnällisen kuntoutustarpeen arviointia. Työnjaossa perusterveydenhuolto toimi lausunnon antajana ja sosiaalihuolto päätöksentekijänä ja maksajana. Kunnan eri sektoreilla saattoi olla erilaisia tulkintoja ja sisäisiä ohjeita oikeuksien tulkinnasta. Lääkintöhallituksen uusi yleiskirje lääkinnällisestä kuntoutuksesta kattoi kaikkien kuntoutusta toteuttavien tahojen toiminnan. (LKH 1823/83.)

Terveyskeskusten uusi asiakasryhmä eli entisen invalidihuoltolain piiriin kuuluneet asiakkaat lisäsivät fysioterapiapalvelujen tarvetta. Lääkintävoimistelijoiden uusia virkoja perustettiin vain kymmenkunta vuosittain, joten yksityisten fysikaalisten hoitolaitosten perustaminen ja lääkintävoimistelijoiden siirtyminen ammatinharjoittajiksi vilkastui. Kuntien siirtyminen ostopalvelujen käyttöön oli kunnalle taloudellisempi vaihtoehto kuin uusien virkojen perustaminen.

WHO: ”Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä”

WHO:n yleiskokous Alma Atassa 1978 käynnisti maailmanlaajuisen ohjelman ”Terveyttä kaikille vuoteen 2000 mennessä” (WHO 1978). Ohjelman tavoitteena oli luoda järjestelmä, joka kykenisi tuottamaan kansallisia ja koko väestöä kattavia terveysohjelmia. WHO:n Euroopan aluetoimiston kolme strategialinjaa olivat (1) terveydellisten elämäntapojen edistäminen, (2) ehkäistävissä olevien terveysongelmien vähentäminen ja (3) terveyspalvelujärjestelmän tarkoituksenmukainen kehittäminen. Ohjelma rakentui 34 laajasta toimintalinjasta. Suomi vahvisti strategian ja toimi WHO:n pilottimaana ohjelman käyttöönotossa. (STM 1986, 21–25.)

Suomalaisen ohjelman kiteytynyt iskulause oli toimintalinjassa (1): ”Lisää vuosia elämään, lisää terveyttä elämään, lisää elämää vuosiin” (STM 1986, 53). Toimintalinjassa painottui väestön mahdollisimman hyvä terveys ja toimintakyky (tasotavoite) sekä yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden ja eriarvoisuuden vähentämisen tavoite eli terveyden mahdollisimman tasainen jakautuminen (jakaumatavoite) (mt., 51–53, 69). Tavoitteita asetettaessa ja toimintalinjoja suunniteltaessa tuli kiinnittää erityistä huomiota ”väestöryhmittäisten erojen vähentämiseen ja nimenomaan toimenpiteiden ensisijaiseen kohdentamiseen niihin ryhmiin, joissa riskit ja ongelmat ovat suurimmat” (mt., 51). Oh-

selman vaikutus terveydenhuoltopolitiikkaan, valtakunnallisiin suunnitelmiin ja käytännön työhön jäi kuitenkin vähäiseksi (Sihto 1997; Kokko 2000, 31–32).

WHO: Terveyden edistämisen yleisohjelma, Ottawan julistus

WHO:n Ottawan julistuksessa tarkennettiin, että terveyden perusedellytyksiä ovat rauha, turvallisuus, ravinto, tulot, vakaat ekologiset olosuhteet, koulutus, sosiaalinen oikeudenmukaisuus ja tasa-arvoisuus (WHO 1986). Terveys nähtiin arkielämän voimavarana ja terveyden edistäminen tuli kohdistua laajemmin yhteiskuntaan kuin pelkästään yksilöiden terveyden edistämiseen (Kalimo ja Vertio 1987, 4–8). Valtakunnallisessa suunnitelmassa kansanterveystyön järjestämiseksi vuosina 1979–1983 oli uutena toiminta-alueena terveystieteiden kehittäminen (VNP 2.5.1978). Terveyden edistäminen ei ollut vieras käsite, mutta käytännön työssä tämä ymmärrettiin sairauksien ehkäisemisenä eli riskiryhmien elintapojen muuttamistarpeena. Yhteiskunnallinen, sosioekonominen ja ympäristötekijöiden näkökulma puuttui. (Sihto 2003.)

Geoffrey Rosen (1985) preventioparadoksin mukaan suuri määrä ihmisiä matalalla riskitasolla aiheuttaa useampia sairastumistapahtumia kuin pieni määrä ihmisiä korkealla riskitasolla. Populaatiostrategia on toimenpide, joka aikaansaa suuria hyötyjä yhteiskunnalle mutta tarjoaa vähän jokaiselle osallistuvalla yksilöllä (esim. tupakan ja alkoholin verotus). Korkean riskitason strategia kohdistuu yksilön terveyden edistämiseen tai sairaanhoitoon (esim. verenpaineen alentaminen, painon pudotus), jolloin saavutetaan yksilötasolla suuri mutta populaatiotasolla pieni hyöty. Sairauden ehkäisy ja kansanterveyden parantaminen ovat erillisiä asioita ja edellyttävät omia strategioitaan ja menetelmiään. (Mt.) Molempia tarvitaan kansanterveystyössä.

WHO:n ensimmäinen terveyden edistämistä käsittelevä globaali konferenssi pidettiin Ottawassa 1986. Terveyden toiminta-alaa laajennettiin kattamaan sekä sairauksien hoito että terveyden edistäminen. Terveyden todettiin olevan ”jokapäiväisen arkielämän voimavara, ei elämisen tavoitteena.” (WHO 1986; Kalimo & Vertio 1987, 4–5.) Terveyden edistämisen tavoitteena oli lisätä ihmisten mahdollisuuksia oman terveytensä hallintaan ja sen parantamiseen. Terveyden edistämiseen tähtäävät toiminnot ovat laajempia, kuin mihin terveydenhuolto yksinään pystyy, joten siihen tulee sovittaa yhteen muiden terveyteen vaikuttavien toimien, kuten työllisyys, koulutus- ja ympäristöpolitiikka sekä sosiaali-

ja terveystalitiikka. Terveyden edistaminen ei saanut jada yksinomaan terveydenhuollon vastuulle. (Kalimo & Vertio 1987; WHO1986.)

Vuosikymmenen terveyssaldo

Kelan vuoden 1987 väestötutkimuksen mukaan terveydenhuoltopalvelujen saatavuus oli parantunut ja tasa-arvoisuus terveydenhuoltopalvelujen käytössä lisaantynyt, mutta terveystalitiikan tulostavoitteiden saavutukset jäivät vähäisiksi (Kalimo, Klaukka, Lehtonen & Nyman 1992, 293–295). ”Maamme väestön terveydentila on edelleen kansainvälisesti vertaillen Länsi-Euroopassa alempaa keskitasoa. Sosiaaliryhmien välillä esiintyy yhä huomattavia eroja terveydentilassa ja kuolevaisuudessa” (Mt., 294.) Tiedot *TK-2000*-ohjelman toteuttamisesta ”osoittavat, että ehkaisevaan toimintaan ei voimavaroja ole liennyt toivotulla tavalla” (mt., 294).

6.4 1990-luku: taitekohtana lama

Yhteiskuntaa kohtasi 1990-luvun alkaessa syvä taloudellinen taantuma eli lama. Raija Julkunen (2001, 62) kuvaa sitä Heikki Lehtosen esittamana kolmiosaisena prosessina, missä toisiaan seurasivat talouden, tyollisyyden ja sosiaalipolitiikan lamat. Pahimmat tyottomyysvuodet olivat 1993–1994, jolloin tyottomien osuus oli yli 17 prosenttia ja kotitalouksien reaalin ostovoima ja yksityinen kulutus olivat alhaisimmillaan. Tästä alkoi tyottomyyslasku, mutta vielä vuonna 1999 tyottomien määrä oli 10 prosenttia. Konkurssit ja tyovoimasupistukset johtivat tyopaikkojen määrän ja kuntien verotulojen vähenemiseen. (STV 2005, 383; Kiander & Vartia 1998, 112–114; Moisio 2006.) Kolmannes kaikkien kotitalouksien tuloista tuli sosiaaliturvaetuksista. Sosiaalietuuksien leikkausten myotta yhä vähemmän jaettiin yhä useammalle. (Julkunen 2001, 155.)

Euroopassa, kuten myos Suomessa, uusliberalistiset ajatusvirtaukset olivat heränneet 1980-luvulla. Julkishallinto nahtiin ylisuurena ja ”pohottyneena” uuden talouskasvun esteena. Uuden hallintoparadigman teesit tavoittelivat valtion ja yhteiskunnan suhteiden uutta määrittelyä ja tahtasivat tyomarkkinainstituutioiden purkamiseen ja ammattiyhdistysvallan nujertamiseen. (Forma ym. 2007, 4–5.) Taloudellisen laman ajankohta oli edullinen uudistusten toteuttamiselle, ja sitä hyodynnettiin aktiivisesti julkishallinnon

uudistamisessa (Julkunen 2001, 78–79, 96–97). Keskustelua uudesta hallintomenetelmästä, *New Public Managementista*, ei oikeastaan käyty, vaan se näkyi valtiontoimintojen liikelaitostuttamisessa, yhtiöittämisessä ja yksityistämässä, kunta- ja valtiosuhdetta muuttavassa valtiosuusuudistuksessa, keskusvirastojen lakkauttamisessa ja päätösvalan hajauttamisessa sekä tulosjohtamisen saapumisessa julkishallintoon. Uusi hallintoparadigma miellytti valtaeliittiä ja se omaksuttiin innokkaasti. (Mt., 99–111.)

Hallinnollinen hajautus

Keskitetyn hallintovallan hajauttaminen aloitettiin 1991 lakkauttamalla Lääkintöhallitus ja siirtämällä sen tehtävät uuden Sosiaali- ja terveysministeriön alaisuuteen. Perustettiin kolme itsenäistä yksikköä: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes), Terveydenhuollon oikeusturvakeskus ja 1993 Lääkelaitos. (Konttinen & Heikkilä 2002.) Maa jaettiin uuden erikoissairaanhoitolain mukaan 21 sairaanhoitopiiriin, jotka koottiin viideksi yliopistolliseksi sairaalapiiriksi (ns. miljoonapiirit) (L 1062/ 1989). Perusterveydenhuolto (terveyskeskukset) oli yhden kunnan tai useamman kunnan muodostaman kuntayhtymän vastuulla. Useampi kunta tai kuntayhtymä muodosti sairaanhoitopiiriin, jolta kunnat ja kuntayhtymät ostivat tarvittavaa erikoissairaanhoitopalvelua. Sairaanhoitopiirit määräsivät toimenpiteiden hinnat ja hoitivat laskutuksen palvelujen käytöstä. Kunnilla ja kuntayhtymillä oli vähäiset mahdollisuudet vaikuttaa maksuihin. (Laamanen 1994, 126–127; Rissanen & Häkkinen 1999.) Hallinnolliset muutokset näkyivät myös terveydenhuoltoalan koulutuksen uusiutumisena (Taulukko 4).

Vuonna 1993 uusittiin laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtiosuudesta sekä yleinen valtionapujärjestelmä (L 733/1992). Valtionavustuksen määrä väheni konkreettisesti ja kunnat saivat yhä laajemman vapauden sosiaali- ja terveydenhuolto- palvelujen järjestämisessä. Valtion ohjaus muutettiin normiohjauksesta informaatio-ohjaukseksi, mikä tarkoitti luopumista tiukasta järjestelymääräyksestä. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjaus toteutui strategioiden, suositusten ja laatukäsikirjojen avulla (STM 1995:1; Stakes 1995). Äärihajautettu järjestelmä sinetöityi kuntalaissa (L 365/1995; Forma ym. 2007, 22, 33).

Toimintojen ja palvelujen muutoksia

Kunnan vastuulle siirrettiin vuonna 1990 mielenterveystyö ja muita viranomaistehtäviä. Terveyskeskusten ja erikoissairaanhoidon velvoitteet lääkinnällisen kuntoutuksen toiminnassa täsmennettiin ja yhtenäistettiin vuonna 1991 (As. 1015/1991). Kuntoutuslain säädäntö uusittiin kokonaan, ja kuntoutus määriteltiin alle kansaneläkeikää olevien vaikeavammaisten yksilölliseksi oikeudeksi. Kela maksoi vaikeavammaisten kuntoutus- ja fysioterapiakuluja suoraan palveluntuottajille tehtyjen ostosopimusten mukaan. Yksityissektori kasvoi kunnissa ja lisäsi kunnan verotuloja. Ammattiyhdistysten keskusjärjestöjen ja valtion sopimus vuonna 1991 toi työssäkäyville oikeuden työkykyä ylläpitävään toimintaan työterveyshuollon kautta. Työterveyshuollon järjestämä kuntoutus työssä selviytymisen edistämiseksi muutettiin yleiseksi sosiaaliturvaetuudeksi. Kelan harkinnanvaraiseksi kuntoutusetuudeksi jäivät sairauskohtaiset ja eräät muut pienten kohderyhmien kurssit. (L 610/1991 ja As. 1161/1991; L 611/1991 ja As. 893/1991; L 604/1991 ja As. 878/1991.) Laki ja asetus yksityisestä terveydenhuollosta yhtenäisti säädökset yksityispraktiikkaa harjoittaville terveydenhuollon ammattilaisille (L 152/1990; As. 744/1990).

WHO:n Euroopan toimisto arvioi Suomen *Terveys 2000* -ohjelman käyttöönottoa vuonna 1991. Arvioinnin tulos ei ollut hyvä. Tavoitteet olivat epämääräisiä ja niitä oli yritetty implementoida ylhäältä alas, suunnittelu oli liian terveydenhuoltokeskeistä, eikä ohjelmaa ollut saatu tunnetuksi väestön keskuudessa. STM laati uuden seitsemänkohtaisen muokatun ohjelman. (Kokko, L 1993, 30–31; Sihto 1997, 107–112; Kokko, S 2000, 31–38.) Valtioneuvosto asetti vuonna 1997 kansanterveyden neuvottelukunnan tehtäväksi seurata kansanterveyden kehitystä ja terveystieteiden toteutumista sekä valmistaa uusi kansallinen terveystieteiden ohjelma. Arvioinnissa todettiin, että yleinen terveystaso oli parantunut, vaikka väestöryhmien väliset terveyserot olivat kasvaneet (Koskinen & Teperi 1999). Uusittu ohjelma suuntaa kansallista terveystieteiden politiikkaamme vuoteen 2015 asti (Terveys 2015).

Miten lama koettiin ja hoidettiin kunnissa

Valtionosuusuudistukset vuonna 1993 siirsivät säästötoiminnot valtiolta kuntien toteutaviksi. Kunnat eivät pystyneet vaikuttamaan erikoissairaanhoidon kustannuksiin eivätkä uskaltaneet vähentää määrärahoja (Laamanen 1994, 106). Julkusen (2001) mukaan kunnilla oli päätöksenteossa suurin liikkumavara sosiaali- ja terveystoiminnan sekä ope-

tus- ja kulttuuritoiminnan sektoreilla, joten säästötoimet kohdistuivat näihin alueisiin. Sosiaaliturvan leikkauksista 70 prosenttia kohdistui sosiaali- ja terveysministeriön menoihin. Kunnan virka- ja luottamusmiehet olivat uudessa ja pelottavassa tilanteessa ja tekivät monia virheratkaisuja. Taloudellisen laman ”välttämättömien” muutosten toteuttaminen merkitsi kunnissa lähinnä viranomaisten paniikinomaista säästämistä. (Mt., 147–148, 150.) Kunnissa säästöpäätökset tehtiin ilman arvo- ja priorisointikeskusteluja karsimalla palveluja, pakkolomautuksilla, virkojen täyttämättä jättämisellä ja toimintojen ulkoistamisella (Laamanen 1994, 122–125; Rissanen & Häkkinen 1999). Fysioterapiatoiminnassa terveyden edistäminen ja sairauksien ohjaus- ja ehkäisytyö kuihtui lähes olemattomiin (mm. koulut, neuvolat). Useassa terveyskeskuksessa loppui fysioterapian avohoitopalvelu (Laamanen 1994, 127–129; Vesterinen 2003).

Kansanterveyskertomuksessa (1996, kohta 3.5) todettiin, että ”[t]uloeroilla on useita vaikutusmekanismeja terveyden väestöryhmittäiseen jakautumiseen.” Kansanterveyskertomuksen kohdassa 5.1 todetaan, että väestöryhmien väliset terveyserot pohjautuvat elinolosuhteiden eroihin ja henkisten ja aineellisten voimavarojen erilaisuuteen. Niihin voidaan vaikuttaa pitkäjänteisin sosiaali-, työ- ja koulutuspoliittisin toimin. (Kansanterveyskertomus 1996.) Kuitenkin ”terveyserojen poistaminen” pysyi kauan juhlapuheiden korulauseena.

6.5 Vuosituhannen vaihtuessa

Vuosituhanen vaihtuessa Suomen taloudellinen tilanne oli parantunut; kansainvälinen konkreettinen yhteistyö ja uusi aikakausi vaikuttivat positiivisesti viranomaisten muutosmyönteisyyteen ja aktiivisuuteen väestön terveyden ja hyvinvoinnin parantamisessa. Suomi oli liittynyt Euroopan Unioniin vuonna 1995. EU:n Amsterdamin sopimuksen artiklassa 152 laajennettiin huomattavasti EU:n puitteissa tehtävää kansanterveystyötä (EU 1997). WHO:n Euroopan toimistossa oli jo pitkään työstetty *TK-2000* -ohjelman tavoitetta 35, joka koski terveysohjelman ja väestön terveydentilan seurantajärjestelmän luomista. EU ja WHO yhdistivät voimiaan ja Suomi osallistui merkittävällä työpanoksella kehittämistyöhön. (Aromaa, Koponen, Tafforeau & Vermeire 2005a; Aromaa, Koponen, Tafforeau, Vermeire, Primatesta, Marmot, Kurth, Garguilo, Lehto-Järnstedt & Rätty 2005b.) Projektiin kuuluvan toisen hankkeen tavoitteena oli luoda menetelmä so-

sioekonomisten terveyserojen seurantaan (Mackenbach ym. 1997). Työ jatkuu tekemällä järjestelmän jäsenvaltioiden väestön terveyden monitorointiin (EU/ECHIM 2003).

Sosiaali- ja terveysministeriö pyysi vuonna 2002 WHO:n asiantuntijoita auditoimaan valtakunnallisen terveyden edistämisen politiikkaa näkökulmanaan myös uuden *Terveys 2015* -ohjelman implementointi. Ohjelmia pidettiin edistyksellisinä ja arviointi oli positiivinen. Kehittämiskohtina ja tavoitteiden saavuttamisen riskitekijöinä mainittiin jäykät hallinnolliset sektorirajat, valtion- ja kuntahallinnon keskinäisen yhteistyön ja yhteisten foorumien puuttuminen, informaatio-ohjauksen heikkous ohjausvälineenä, eri hallinnollisilla tasoilla puuttuva arviointi resurssien ja tietotaidon tarpeesta ja riittävydestä sekä ohjelmien toteutumisen ja tilastoseurannan vajavuudet. Palautteessa todettiin, että Suomessa tuotetaan paljon ja korkeatasoista terveystietoa, mutta tiedon suunnitelmallinen hyödyntäminen ja välittäminen eri tahoille on riittämätöntä. (WHO 2002, 37–43.)

Vuodesta 1964 lähtien on seurattu väestön terveystason kehittymistä. Terveystaso on parantunut, mutta 1980-luvulla asetettu tavoite väestöryhmien terveyserojen supistamiseksi on edelleen saavuttamatta. Kansallisessa terveysohjelmassa *Terveys 2015* -ohjelman läpäisevänä tavoitteena on väestöryhmien terveyserojen supistaminen (*Terveys 2015*). WHO:n terveyden edistämisen kannanottoon Jakartan kokouksessa 1997 oli sisällytetty käsitteet voimaantuminen (*empowerment*) ja terveystiedon lukutaito (*health literacy*) (WHO 1997). Terveystiedon lukutaito tarkoittaa niitä tiedollisia ja sosiaalisia taitoja, jotka määrittävät ihmisten motivaatiota ja halukkuutta saada käyttöönsä, ymmärtää ja käyttää tietoja edistääkseen ja ylläpitääkseen hyvää terveyttä (WHO 1998, 10). Huono terveystiedon lukutaito on riippumattomasti yhteydessä huonoon fyysiseen ja mentaaliseen terveyteen ja muihin negatiivisiin terveystuloksiin (DeWalt, Berkman, Sheridan, Lohr & Pignone 2004). *Terveys 2015* -ohjelmassa oli viitattu taloudellisen, tiedollisen ja kulttuurisen syrjäytymisen riskiin, mikä voi olla yleisen talouden ja teknologian kehityksen seuraus (*Terveys 2015*, 14). Terveystiedon lukutaidolla saavutetaan ”terveystaju”, joka on yksi terveyden edistämisen uusista käsitteistä.

Fysioterapia on terveydenhuollossa nuori ala, ja se on lunastanut paikkansa vasta maailmansotien jälkeen. Fysioterapeuttien määrä lisääntyi tarkasteltavana aikana muutamasta sadasta yli 12 000 laillistettuun ammattilaiseen. Joustava siirtyminen yksityisen ja julkisen sektorin välillä mahdollisti fysioterapeuteille pysymisen oman ammattialan

työssä. Julkishallinnon työpaikkojen hidas lisääntyminen, perusterveydenhuollon oikeus palvelujen ostamiseen yksityiseltä puolelta ja laman aikaiset työpaikkojen vähennykset julkishallinnossa jouduttivat siirtymistä yksityiselle puolelle (Taulukko 4). Tarkastelujakson alussa lasten hoitopaikkoja ei ollut järjestetty monellakaan paikkakunnalla, joten yksityisen sektorin antama vapaus päättää omista työajoista oli lisäksi vaikuttanut siirtymiselle yksityiselle puolelle.

Taulukko 4. Terveydenhuollon ja fysioterapian kehitysvaiheiden vuorovaikutus.

Terveydenhuollon säädökset	Vaikutus toisiinsa	Fysioterapiakoulutus
Sotainvalidien kuntoutus Invalidihuoltolaki 1946	- virkojen perustaminen julkishallintoon (sairaaloihin ja vastaaviin) *	Laki lääkitysvoimistelijan ja hierojan toimesta v. 1945. Fysioterapia sisällytettiin terveydenhuoltoon
Sairausvakuutuslaki 1963	- fyysikaalisten hoitolaitosten lisäys ja lääkintävoimistelija (lv:n) siirtyminen yksityiselle puolelle vilkastui	1965 Koulutuksen siirto sairaanhoito-oppi-laitoksiin, koulutuspaikkojen hajasijoitus ja lisäys. 1967 erikoislääkintävoimistelijakoulutus ml. hallinnollinen koulutus
Kansanterveyslaki 1972 LKH:n yleiskirje N:o 1572/1974 LKH:n ohjeita DNo 3126/02/75 Valtakunnalliset ja paikalliset viisivuotissuunnitelmat kansanterveystyön järjestämiseksi.	- terveyskeskusten (TK) perustaminen - ohjauvälineenä LKH:n yleiskirjeet ja ohjeet - toiminta-alueen laajennus (koulut, neuvolat, kotisairaanhoido, apuvälineet, selkä- ja sydänryhmiä ym.) - fysioterapeuttien (jatkossa ft:n) siirtyminen julkishallinnon palvelukseen vilkastui	1970 ft:n opettaja- ja ylihoitajakoulutus. 1972 ja 1975 virkaporrastuksen toteutus julkishallinnossa. Uusia nimikkeitä oli lääkintävoimistelija, erikoislääkintävoimistelija, apulaisosastonhoitaja, osastonhoitaja. Vuonna 1972 aloitettiin kuntohoitajakoulutus.
Työterveyshuoltolaki 1978	- ft:n siirtyminen (TK) ja erikoistuminen työterveyshuoltoon (TTH)	Työterveyslaitoksessa ft:n ja muiden TTH:ssa toimivien ammattiryhmien koulutus tehostui ja laajeni (mm. ergonomia, työhygienia, työsuojelu).
Valtionapujärjestelmän 1. uudistus 1982 (VALTAVA) LKH:n yleiskirje no.1823/1983	- rahoitusjärjestelmän muutos julkishallinnossa - TK:lle oikeus hankkia fysioterapiaa ostopalveluina - vammaispalvelut kunnan TK:een ja sosiaalipalveluun - erillinen taksa TK:ssa ja sairaaloissa toteutetulle yksilökohtaiselle fysioterapialle	1980 ft -jatkokoulutus yliopistoon sisältyen liikuntatieteen kandidaatin tutkintoon. 1983 fysioterapia-alan 1. väitös. 1984 ft:n maisterikoulutus, Jyväskylän yo. 1985 ft:n opettajakoulutus, Jyväskylän yo.
As. 1015/1991. Sairaanhoitopiirit 1989 Kelan kuntoutuslainsäädännön uudistus 1991 Työmarkkinasopimus 1991 Työkykyä ylläpitävä toiminta TTH Valtionapujärjestelmän 2. uudistus L733/1992 ja Kuntalaki 1995	Asetus lääk. kuntoutuksesta kattoi perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kuntoutustoimintaa. -laman ja valtionapujärjestelmän uusimisen seurauksena fysioterapeutteja vähennettiin TK:ssa, jolloin siirtyvät yksityissektorille, TK:ssa ft -toiminta supistui. - vaikeavammaisten kuntoutus ja ft määrättiin yksilön oikeudeksi, ostosopimukset - tyky-toiminta ja kuntoutus työssä oleville	1990 Ft-koulutus ammattikorkeakouluihin. 1992 Ft-koulutus 18 ammattikorkeakoulussa. 1992 erik.lv:n ml. hallinnollinen koulutus loppui. 1998 ft:n jatkokoulutus eli terv. tieteen kandidaatin ja maisterin koulutus yliopistoihin.

* Työllistymisliikkeen ensisijaiset suunnat: [julkishallintoon = ←], yksityiselle sektorille = →, [kumpaankin = ↔]

7 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tutkimuksen tavoitteena on *Terveys 2000* -tutkimuksen aineistoa käyttäen selvittää, miten oikeudenmukaisuus ja tasa-arvoisuus toteutuivat fysioterapiapalvelujen käytössä ja niiden tarpeeseen vastaamisessa vuonna 2000. Vertailevassa poikkileikkaustutkimuksessa tarkastellaan kysymystä neljässä fysioterapian käytön ja koetun tarpeen perusteella muodostetussa ryhmässä; aineisto on kysymysajankohtaa edeltävän vuoden ajalta.

Ryhmät ovat:

- ei ole saanut fysioterapiaa eikä koe sen tarvetta
- ei ole saanut fysioterapiaa mutta kokee tarvitsevansa sitä
- on saanut fysioterapiaa eikä koe fysioterapian tarvetta
- on saanut fysioterapiaa ja kokee edelleen tarvitsevansa sitä

Neljästä tutkittavasta ryhmästä kolmea viimeistä kutsutaan tässä fysioterapiaryhmiksi. Oikeudenmukainen kohtelu aikaansaa tasa-arvoisuutta. Kysymykseen terveystalvelujen oikeudenmukaisesta käytöstä ja saatavuudesta pyritään vastaamaan tarkastelemalla sitä, ”onko yhtäläisessä tarpeessa olevilla yhtäläinen pääsy tarjolla olevaan hoitoon ja yhtäläinen palvelujen käyttö” (Whitehead 1990, 11). Palvelun tarvetta ei tarkastella sen sisällön kautta vaan terveystalvelujen tarpeen ja saatavuuden kohtaamisena. Fysioterapian yhtäläistä tarvetta arvioidaan terveystalvelujen ja toimintakyvyn rajoitusten esiintyvyydellä niissä tutkimusryhmissä, joissa oli ilmaistu fysioterapian tarvetta (kys. 1). Yhtäläisen palvelujen käytön tarkastelussa verrataan ryhmien palvelujen tarvetta palvelujen käyttöön (kys. 2). Mikäli fysioterapiaa tarvitsevat olisivat tasa-arvoisessa asemassa, niin sitä saaneiden ja sitä vaille jääneiden sosiaalisessa rakenteessa ei pitäisi olla merkitseviä eroja. Sosiaalinen rakenne täsmentyy tutkimuskysymyksessä jaoiksi sukupuolen, iän, siviilisäädyn, sosioekonomisen tilanteen (koulutustaso, ammattiasema, tulotaso) ja asuinpaikan mukaan. Kun fysioterapiapalvelujen samankaltainen tarve ja käyttö kohtaavat, voidaan katsoa oikeudenmukaisuuden toteutuneen (kys. 3).

Tutkimuskysymykset:

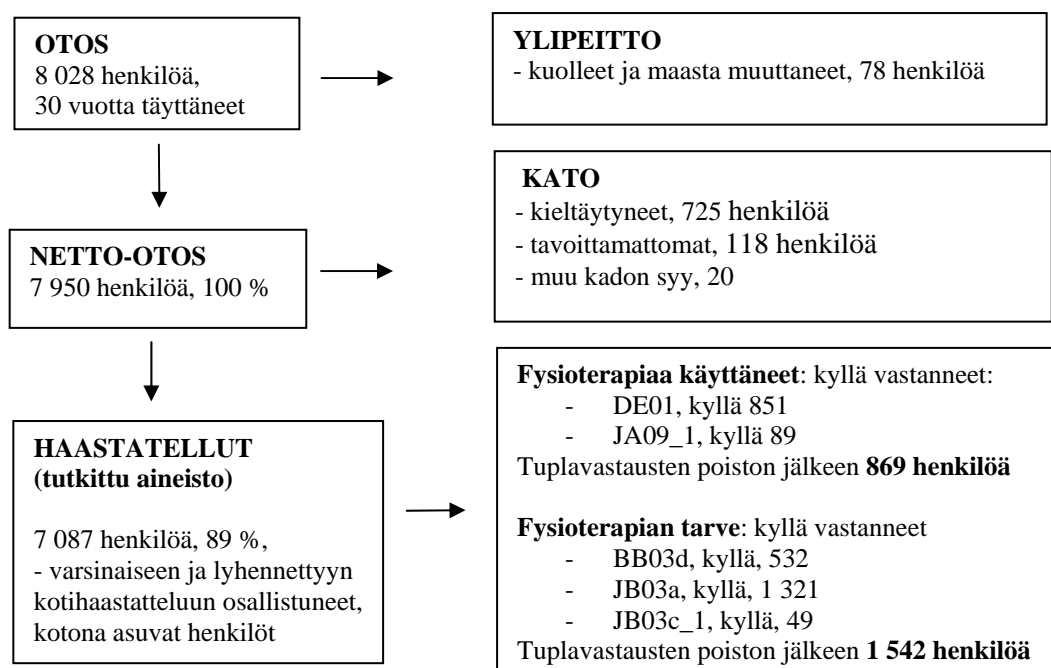
1. Onko fysioterapian tarve samankaltainen niissä ryhmissä, joissa sitä koetaan?
2. Onko fysioterapian käyttö yhtäläinen ryhmissä verrattuna sen koettuun tarpeeseen?
3. Ovatko fysioterapiaa tarvitsevien ryhmät sosiodemografisesti samankaltaiset?

8 AINEISTO JA MENETELMÄT

Tutkimus fysioterapian käytöstä ja tarpeesta on osa vuosina 2000–2001 toteutettua *Terveys 2000* -väestötutkimusta, jonka tavoitteena oli selvittää suomalaisen väestön terveydentilaa, työ- ja toimintakykyä sekä terveystalouden käyttöä. Aineisto edustaa 30 vuotta täyttäneitä mannersuomalaista väestöä (Kuvio 4). Tutkimus nivoutuu Kelan aikaisempiin väestötutkimuksiin ja kiinteästi 1980-luvun alussa toteutettuun *Mini-Suomi*-tutkimukseen (Aromaa ym. 1989). *Terveys 2000* -tutkimukseen osallistui laaja verkosto tutkimuslaitoksia ja -tahoja Kansanterveyslaitoksen johdolla.

8.1 Otos ja tiedonkeruu

Tilastokeskuksen suunnittelema kaksivaiheisen otannan alueyksikkö käsitti kaikki viisi yliopistosairaalaapiiriä eli niin sanotut miljoonapiirit. Otokseen tuli 80 terveyskeskuspieriä koko maasta, joista kohdehenkilöt poimittiin otannan toisessa asteessa satunnaistulla ryväotannalla. (Laiho, Djerf & Lehtonen 2005, 15–17; Heistaro 2005, 21.) Otantaan poimittiin 80 vuotta täyttäneitä henkilöitä kaksinkertaisella todennäköisyydellä heidän riittävän määränsä varmistamiseksi. Otantakehikkona käytettiin Kelan vakuutettujen henkilötietorekisteritietokantaa. (Laiho ym. 2005, 15–17.)



Kuvio 4. *Terveys 2000* -tutkimuksen otos ja tutkimusjoukon muodostaminen.

Tämän tutkimuksen kohderyhmän muodostaminen perustui fysioterapian käyttöön ja sen koettuun tarpeeseen. Fysioterapian käytön aikarajaksi oli määritelty ”viimeisten 12 kuukauden aikana” ja koetun fysioterapian tarpeen aikamääre oli haastattelun ajankohta. Haastattelulomakkeen kysymykset Liitteessä 2 (DE01 ja JA09_1) selvittävät fysioterapian käyttöä ja liitteen kysymykset (BB03d, JB03a ja JB03c_1) fysioterapian koettua tarvetta. (Kuvio 4.) Fysioterapiaa käyttäneiden ja sitä tarvitsevien ryhmät muodostettiin nelikentäksi vastausten perusteella.

Koulutetut terveydenhuollon ammattihenkilöt keräsivät ja kirjasivat tiedot haastattelijan kotona tapahtuneessa laajassa haastattelussa vuosina 2000–2001 (Laiho 2005, 15–17; Aromaa 2005). Fysioterapian käyttöä koskevat kysymykset olivat muiden terveydenhuoltopalvelujen käyttöä koskevien kysymysten joukossa. Fysioterapian koettua tarvetta ei kysytty suoraan vaan monipolvisena kysymyssarjana, ja haastateltavan oli itse mainittava fysioterapiaa tai valittava tämä seitsemän muun vaihtoehdon joukosta (Liite 2). Aineisto ja menetelmät on kuvattu *Terveys 2000* -julkaisun menetelmäraportissa ja tilastokeskuksen erillisessä selvityksessä (Heistaro, 2005, 17). Tutkimuksessa käytetyt lomakkeet, tutkimusmenetelmät ja valmistuneet raportit löytyvät *Terveys 2000* -tutkimuksen kotisivuilta. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin epidemiologian ja kansanterveyden eettinen toimikunta hyväksyi tutkimuksen suunnitelman. Tutkimukseen osallistuneet allekirjoittivat suostumuslomakkeen.

8.2 Tutkimuksen muuttajat ja aineiston kuvaus

Sosiodemografiset sekä terveys- ja toimintakyvyn muuttajat

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin otosta ja ryhmiä demografisten, sosioekonomisten ja maantieteellisten tekijöiden mukaan. Haastattelulomakkeen kysymykset ja vastausten luokitukset on esitelty tarkemmin Liitteessä 2. Naisia ja miehiä tarkasteltiin omissa ryhmissään ja yhdessä. *Terveys 2000* -perusraportin kaksi vanhinta ikäluokkaa (75–84 ja 85 vuotta täyttäneet) on tässä tutkimuksessa yhdistetty varmistamaan riittävä tutkittavien määrä tutkimussoluissa. Tässä tutkimuksessa muuttuja ”eläkkeellä olo” kattaa erittelemättä kaikki eläkemuodot. Työikäiset ovat 16–64-vuotiaita ja kansaneläkeiän saavuttaneet ovat täyttäneet 65 vuotta. (Taulukko 5.)

Tuloluokat on muodostettu siten, että aineisto jaettiin viiteen yhtä suureen osaan eli tuloviidennekseen (kvintiili) henkilön kotitalouden kulutusyksikköä kohti laskettujen käytävissä olevien tulojen perusteella (Alha 2006, 18). OECD:n kulutusyksikköluokituksen mukaan (€/kk / kulutusyksikkö) kuukaudessa käytävissä oleva rahamäärä on esitetty Taulukossa 5.

Taulukko 5. Sosiodemografiset muuttujaluokat.

<i>Ikäluokat:</i>	<i>Siviilisäätty:</i>	<i>Koulutustaso:</i>
1. 30–45	1. naimisissa	1. perusasteen koulutus
2. 46–54	2. avoliitossa	2. keskiasteen koulutus
3. 55–64	3. eronnut	3. korkea-asteen koulutus
4. 65–74	4. leski	
5. 75 vuotta täyttäneet	5. naimaton	
<i>Työmarkkina-asema:</i>	<i>Tuloluokat:</i>	<i>Asuinalueen taajama-aste:</i>
1. työssä	I (alin) = ≤ 652 €/kk	1. kaupunki
2. eläkkeellä	II = 653–1051 €/kk	2. taajama
3. muu	III = 1052–1433 €/kk	3. maaseutu
	IV = 1434–1892 €/kk	
	V (ylin) = ≥1893 €/kk	
<i>Miljoonapiiri:</i>		
1. Helsingin yliopiston keskussairaalapiiri (HYKS)		
2. Turun yliopiston keskussairaalapiiri (TYKS)		
3. Tampereen yliopiston sairaalapiiri (TaYS)		
4. Kuopion yliopiston sairaalapiiri (KYS)		
5. Oulun yliopiston sairaalapiiri (OYS)		

Terveysongelmia kuvattiin kahdella muuttujalla, jotka olivat koettu terveys ja pitkäaikaissairauksien esiintyvyys. Toimintakyvyn rajoituksia kuvaavat muuttujat edustavat toiminnallista perustilaa, konkreettista karkeamotorista fyysistä toimintakykyä sekä yleisen ja tavanomaisen arkitoiminnan edellyttämää päättelykykyä (WHO & Stakes 2004). Toimintakyvyn rajoituksia kuvattiin kolmella toimintakyvyn alueella: fyysinen suorituskyky, psykososiaalinen toimintakyky ja liikkumiskyky. Fyysisen suorituskyvyn (3–4) ja psykososiaalisen toimintakyvyn (5–6) rajoituksia kuvaavat muuttujat muodostettiin siten, että samaan aihepiiriin kuuluvia suorituksia luokiteltiin rajoitetuiksi, jos yhteen tai useampaan kysymykseen oli vastattu ”on ongelmia tai rajoituksia”.

Terveyden ja toimintakyvyn muuttujat on ryhmitelty Taulukossa 6. Tutkimuksessa käytetään ongelmia ja rajoituksia osoittavia vastausvaihtoehtoja. Luokitus on dikotominen: (1.) ei ole ongelmia tai rajoituksia, (2.) on ongelmia tai rajoituksia. Kysymykset ja vastausten luokitus on tarkemmin kuvattu Liitteessä 2.

Taulukko 6. Terveysongelmia ja toimintakyvyn rajoituksia kuvaavat muuttujat.

<i>Terveysongelmia kuvaavat muuttujat</i>	
1	Huonoksi koettu terveys (huono, erittäin huono)
2	Työ- ja toimintakykyä rajoittava, pysyvä tai pitkäaikainen sairaus, vika, vaiva tai vamma
<i>Fyysisen suorituskyvyn rajoituksia</i>	
3	Päivittäisten perustoimintojen (ADL) rajoituksia: 1. vuoteeseen asettuminen ja sieltä nouseminen, 2. pukeutuminen ja riisuutuminen, 3. syöminen, 4. peseytyminen
4	Fyysisesti raskaiden suoritusten rajoituksia: 1. raskas siivoustyö, 2. portaiden nousu useampia kerroksia, 3. kahden kilometrin kävely
<i>Psykososiaalisen toimintakyvyn rajoituksia</i>	
5	Vuorovaikutustaidot ja hallinta järjestelykyvyn avulla: 1. puhelimen käyttäminen, 2. asioiden hoitaminen yhdessä muiden kanssa
6	Omatoimisuus (kyky hoitaa omia asioita): 1. kaupassa asiointi, 2. pankissa, virastoissa tai vastaavissa paikoissa asioiminen
<i>Liikkumiskyvyn rajoituksia</i>	
7	Itsenäinen liikkumiskyky
8	Liikkumiskyky asuinalueella
9	Kyky liikkua yleisillä kulkuneuvoilla

Aineisto

Tutkimuksen otokseksi muodostui 7 087 henkilöä, jotka olivat vastanneet varsinaisen tai lyhennetyn kotihaastattelun lomakekyselyyn (Kuvio 4). Tutkimuksen kotihaastattelun osallistui lähes 89 prosenttia lopulliseen otokseen kuuluvista. Osallistuminen ja kato on kuvattu tarkemmin menetelmäraportissa. (Koskinen, Laiho, Rinne, Kuosmanen, Alha & Rissanen 2005, 138–145.) Vastanneista naisia oli 3353 (55,5 %) ja miehiä 2865. Vuonna 2000 naisten osuus oli 51,2 prosenttia väestöstä (Kela 2001, 28). Naisten yliedustus otoksessa johtui 80 vuotta täyttäneiden henkilöiden otantamenetelmästä, toisinsanoen 80 vuotta täyttäneiden osuus oli kaksinkertainen, jotta riittävä määrä henkilöitä voitiin sisällyttää analyysiin. Vinoutuma korjattiin aineiston painokertoimilla sekä sukupuoli- ja ikävakioidilla (Djerf, Laiho, Härkänen & Knekt 2005, 180–181).

Naisten ja miesten määrä otoksessa ja tutkittavissa ryhmissä, fysioterapijaa käyttäneiden ja sen tarvetta kokeneiden määrä sekä kooste kysymysten puuttuvista vastauksista on esitetty Liitteessä 3, sivulla 1/3. Liitteen sivulla 2/3 esitetään terveysongelmien ja toimintakyvyn rajoitusten esiintyvyys aineistossa. Liitteen sivulla 3/3 on naisten, miesten ja koko aineiston henkilömäärät sekä sosiodemografinen jakauma. Yksi puuttuva vastaus koski siviilisäätyä. Tietoja koulutustasosta puuttui 19 vastauksesta. Puuttuvat vastaukset jakautuivat tutkittaviin ryhmiin siten, että puuttuvista naisten vastauksista 13 sijoittui vertailuryhmään, yksi selviytyjien ryhmään ja kaksi hoitamattomien ryhmään. Miesten kolme puuttuvaa vastausta sijoittuivat vertailuryhmään. (Ks. Liite 5.) Terveyttä ja toimintakykyä koskevien muuttujien osalta puuttuvia tietoja oli 5–247 kappaletta vastausten mahdollisesta maksimimäärästä aineistossa. Tarkasteltavien muuttujien osalta vastausten määrä on enimmillään 99,93 prosenttia (pitkäaikaissairaus) ja vähimmillään 96,51 prosenttia (liikkuminen asuinalueella). Vastausten perusteella ei voi päätellä, puuttuiko positiivinen (ei ongelmia eikä rajoituksia) tai negatiivinen vastausvaihtoehto.

Aineiston perusjakaumat

Sosiodemografisessa perusjakaumassa naiset ja miehet poikkesivat toisistaan merkitsevästi tasolla $p \leq 0.001$ kaikkien muiden muuttujien osalta paitsi miljoonapiirien jakaumassa (Liite 3). Naisia oli miehiä vähemmän nuorimmissa ja enemmän vanhemmissa ikäluokissa. Naisleskiä oli yli 15 prosenttia, miesleskiä vajaa 4 prosenttia. Useammalla naisella kuin miehellä oli perusasteen koulutus (42 % vs. 39 %) ja korkea-asteen koulutus (31 % vs. 23 %). Siitä johtuen miehillä oli 10 prosenttiyksikköä yleisemmin keskiasteen koulutusta. Naisten koulutustaan U-muotoisen jakauman vaikutus voidaan vielä edempänä havaita esimerkiksi naisten fysioterapiaryhmissä (Taulukko 16, 69). Miehet olivat naisia yleisemmin työssä (59 % vs. 48 %) ja naiset olivat miehiä yleisemmin eläkkeellä (38 % vs. 31 %).

Kun köyhyysaste on jäädytetty reaaliarvoltaan vuoden 1990 köyhyysrajan suuruiseksi, yksin elävän henkilön köyhyysraja oli 823 euroa vuoden 2005 rahassa ja mediaanitasolla 60 prosenttia. Vuonna 1990 köyhiä oli 8 prosenttia, vuonna 1996 yli 10 prosenttia ja vasta 2001 köyhyysaste laski 1990-vuoden tasolle. Vuonna 2000 I tuloluokan laskennallinen yläraja oli noin 1000 euroa ja II tuloluokan 1300 euroa. (Moisio 2008, 260–261.) Tutkimuksessa I tuloluokan (alin) yläraja oli 652 euroa ja II tuloluokan yläraja 1051 eu-

roa. Elinkustannusindeksin muutos huomioon ottaen näyttää siltä, että tutkimusotoksen tulotaso vuonna 2000 saattoi olla hieman suomalaista keskitasoa alhaisempi. Otoksen kahdessa alimmassa tuloluokassa oli 30 prosenttia miehistä ja 46 prosenttia naisista; kahdessa ylimmässä tuloluokassa miehistä oli 53 prosenttia ja naisista 32 prosenttia. Miehillä oli keskimäärin parempi taloudellinen tilanne kuin naisilla ja siten myös paremmat edellytykset hakeutua fysioterapiaan.

Taulukko 7. Terveysongelmien ja toimintakyvyn rajoitusten määrä ja esiintyvyys (n, %) aineistossa.

Muuttuja	naiset		miehet		yhteensä	
	n	%	n	%	n	%
Terveysongelmia						
Huonoksi koettu terveys	539	12,4	413	12,4	952	12,4
Pitkäaikaissairauksia	2235	55,6	1618	50,1	3853	53,0
Fyysisen suorituskyvyn rajoituksia						
Perustoiminnot, ADL	520	10,8	259	7,2	779	9,1
Fyysisesti raskaat suoritukset	1541	36,5	695	20,5	2236	28,9
Psykososiaalisen toimintakyvyn rajoituksia						
Vuorovaik. ja järjestelykyky	204	3,7	105	2,7	309	3,2
Omatoimisuus	551	10,9	225	6,1	776	8,6
Liikkumiskyvyn rajoituksia						
Itsenäinen liikkumiskyky	776	16,5	433	12,4	1209	14,6
Liikkuminen asuinalueella	474	10,4	188	5,4	662	8,0
Yl. kulkuneuvojen käyttö	551	11,0	212	5,7	763	8,5

Yhtä suuri osuus naisista ja miehistä (12,4 %) koki terveytensä huonoksi tai erittäin huonoksi (Taulukko 7). Naisilla oli miehiä yleisemmin työ- ja toimintakykyä alentavia rajoituksia sekä fyysisen suorituskyvyn rajoituksia. Vastaava trendi esiintyy myös muissa väestökartoituksissa (Aromaa ym. 2005c, 137; EU/ICHI 2006). Naisten ja miesten välillä oli pieniä eroja psykososiaalisesti painotetuissa toimintakyvyn rajoituksissa. Terveysongelmien ja toimintakyvyn rajoitusten jakaumat aineiston sosiodemografisissa ryhmissä ja muuttujaluokkien tilastollinen merkitsevyytaso on esitetty Liitteessä 5.

8.3 Tutkittavien ryhmien muodostamiseksi: fysioterapian käyttö ja tarve

Fysioterapiaa käyttäneet ja fysioterapian tarvetta kokeneet henkilöt muodostivat tutkittavan joukon. Otoksen muut henkilöt olivat verrokkeja. Fysioterapian käytöllä tarkoitettiin haastateltavan henkilön saamaa fysioterapeutin antamaa liike- tai liikuntaterapiaa tai

fysikaalista hoitoa muualla kuin julkisen terveydenhuollon vuodeosastoilla. Fysioterapi-
an tarpeella tarkoitettiin henkilön kokemaa ja haastattelussa itse ilmoittamaa fysiotera-
pian tarvetta. Fysioterapi-
pian käyttöä ja tarvetta selvittävät haastattelukysymykset ja vas-
tausten luokitukset on esitetty Liitteessä 2.

Terveys 2000 -tutkimuksessa oli ensimmäistä kertaa mahdollista tarkastella rinnakkain
fysioterapi-
pian käyttöä ja sen koettua tarvetta. Fysioterapiaa käyttäneitä oli 869 henkilöä
(12 %), joista naisia oli 572 (66 %) ja miehiä 297. Otoksessa naisten osuus oli 55 pro-
senttia, joten naiset käyttivät miehiä yleisemmin fysioterapiaa. Fysioterapi-
pian tarvetta
koki 1542 henkilöä (22 %), joista naisia oli 931 (60 %). Naisista 15 prosenttia oli käyt-
tänyt fysioterapiaa ja 24 prosenttia koki sen tarvetta. Miehistä 9 prosenttia oli käyttänyt
fysioterapiaa ja 19 prosenttia koki sen tarvetta. Fysioterapiaa käyttäneiden ja sen tarvet-
ta kokeneiden ja ilmoittaneiden lukumäärät, prosenttijakauma ja käytön tai tarpeen
esiintyvyys muuttujaluokissa sekä muuttujaluokkien vaihtelun tilastollinen merkitse-
vyystaso on esitetty tarkemmin Liitteessä 4.

Fysioterapi- pian käyttö ja koettu tarve tutkimusjoukon sosiodemografisissa ryhmissä

Fysioterapi-
pian käytössä naisten ja miesten jakaumat painottuvat eri tavalla eri ikäryhmis-
sä (Taulukko 8). Naisten fysioterapi-
pian käyttöaste oli korkein ikäluokassa 45–54 vuotta. Seuraavissa vanhemmissa ikäluokissa havaitaan alle prosentin kokoinen loiva lasku fy-
sioterapi-
pian käytössä. Miesten fysioterapi-
pian käyttö oli vähäisempää kuin naisten ja ylei-
sintä nuorimmassa ja vanhimmassa ikäluokassa.

Fysioterapi-
pian tarpeen kokeminen oli merkitsevästi ikäsidonnaista sekä miehillä että nai-
silla (Taulukko 8). Naisten koettu fysioterapi-
pian tarve oli suurin ikäryhmässä 55–64
vuotta, jossa joka kolmas koki fysioterapi-
pian tarvetta. Miehillä fysioterapi-
pian tarve lisään-
tyi iän myötä ja oli suurin vanhimmassa ikäryhmässä. Suurimmat erot fysioterapi-
pian
käytön ja koetun tarpeen välillä olivat naisten kolmessa vanhimmassa ikäluokassa ja
miesten ikäluokissa 55–64 vuotta ja 65–74 vuotta. Ero käytön ja koetun tarpeen välillä
naisten ikäluokassa 55–64 oli 16,2 prosenttiyksikköä ja kahdessa vanhimmassa ikäluo-
kassa ero oli 13 ja 14 prosenttiyksikköä. Miesten vastaavat erot olivat samaa suuruus-
luokkaa: ikäluokissa 55–64 ja 65–74 ne olivat 15,8 ja 16,0 prosenttiyksikköä. Miesten
vanhimmassa ikäluokassa käytön ja tarpeen ero oli 10 prosenttiyksikköä.

Fysioterapian käytöllä ei ollut merkitsevää yhteyttä siviilisäättyyn. Eronneet ja lesket molemmissa sukupuoliryhmissä kokivat yleisimmin fysioterapian tarvetta, vähiten sitä kokivat naimattomat ja avoliitossa olevat.

Taulukko 8. Naisten ja miesten fysioterapian käyttö ja tarve (n, %) ikä- ja siviilisäättyryhmien muuttujaluokissa ja tilastollinen merkitsevyys (p).

Muuttujat ja muuttujaluokat	Fysioterapian käyttö				Fysioterapian tarve			
	naiset		miehet		naiset		miehet	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ikäryhmät								
30–44	149	12,6	97	9,0	183	15,4	134	12,4
45–54	153	17,7	74	8,7	203	23,5	170	20,0
55–64	110	17,2	49	8,7	216	33,4	137	24,5
65–74	84	16,9	31	7,9	149	29,8	95	23,9
75+	76	10,8	46	17,4	180	24,5	75	28,4
yhteensä	572	15,0	297	9,3	931	24,0	611	19,2
Til. merk. p		0.0003		0.0015		<.0001		<.0001
Siviilisäätty								
naimisissa	307	15,4	189	9,6	493	24,7	390	19,9
avoliitossa	51	14,1	36	10,0	80	22,2	57	15,7
eronnut	72	16,8	25	9,2	107	25,1	65	23,7
leski	92	14,2	18	12,6	179	25,8	35	28,1
naimaton	50	12,8	29	6,6	72	18,0	63	14,4
yhteensä	572	15,0	297	9,3	931	24,0	610	19,2
Til. merk. p		0.4582		0.2245		0.0365		0.0008

Fysioterapian käyttö ja koettu tarve tutkimusjoukon sosioekonomisen aseman mukaan

Naisilla koulutusasteella, työmarkkina-asemalla ja tuloluokalla oli merkitsevä yhteys fysioterapian käyttöön (Taulukko 9). Fysioterapian käyttö oli yleisintä niillä naisilla, joilla oli keskiasteen koulutus, jotka olivat työssä ja jotka kuuluivat ylimpiin tuloluokkiin. Miesten kohdalla vain työmarkkina-asemalla oli merkitsevä yhteys fysioterapian käyttöön ja eläkkeellä olevat miehet käyttivät muita yleisimmin fysioterapiaa.

Fysioterapian tarvetta kokevien ryhmissä oli merkitsevä yhteys koulutusasteeseen, työmarkkina-asemaan ja tuloluokkiin (Taulukko 9). Koettu tarve oli yleisin niillä naisilla, joilla oli perusasteen koulutus ja jotka olivat eläkkeellä. Alimmissa tuloluokissa olevilla naisilla oli yleisemmin fysioterapian tarvetta kuin ylemmissä tuloluokissa olevilla, kun taas ylemmissä tuloluokissa olevat naiset käyttivät muita yleisemmin fysioterapiaa.

Perusasteen koulutuksen omaavat, eläkkeellä ja keskimmaisessä tuloluokassa olevat miehet kokivat yleisimmin fysioterapian tarvetta (Taulukko 9). Miehillä oli sama trendi kuin naisilla: alemmissa tuloluokissa olevat kokivat yleisemmin tarvetta kuin ylemmissä tuloluokissa olevat ja suurituloiset käyttivät muita yleisemmin fysioterapiaa.

Taulukko 9. Naisten ja miesten fysioterapian käyttö ja tarve (n, %) sosioekonomista tilannetta kuvaavissa muuttujaluokissa ja tilastollinen merkitsevyys (p).

Muuttujat ja muuttujaluokat	Fysioterapian käyttö				Fysioterapian tarve			
	naiset		miehet		naiset		miehet	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Koulutusaste								
perusaste	215	13,3	128	9,8	464	27,9	300	23,6
keskiaste	182	17,7	103	8,9	263	25,4	224	19,3
korkea-aste	174	15,1	66	9,2	202	17,5	87	11,9
yhteensä	571	15,0	297	9,3	929	24,0	611	19,2
Til. merk. p	0.0048		0.6842		<.0001		<.0001	
Työmarkkina-asema								
työssä	300	16,7	165	9,1	360	20,1	285	15,7
eläkkeellä	224	14,8	115	10,8	457	29,4	271	26,1
muu	48	9,5	17	5,8	114	22,6	55	18,7
yhteensä	572	15,0	297	9,3	931	24,0	611	19,2
Til. merk. p	0.0005		0.0148		<.0001		<.0001	
Tuloluokat								
I, alin	90	10,1	34	7,0	232	25,2	96	20,7
II	134	14,9	43	8,4	271	29,9	108	21,7
III	129	15,0	55	9,9	213	24,8	132	23,9
IV	138	18,6	68	10,0	143	19,2	121	17,9
V, ylin	81	18,4	97	10,0	72	16,5	154	15,7
yhteensä	572	15,0	297	9,3	931	24,0	611	19,2
Til. merk. p	<.0001		0.3066		<.0001		0.0008	

Fysioterapian käyttö ja koettu tarve asuinalueen ja miljoonapiirin mukaan

Asuinpaikan taajama-asteella ja miljoonapiirillä ei ollut kummassakaan sukupuoliryhmässä merkitsevää yhteyttä fysioterapian käyttöön, eli fysioterapian käytössä ei ollut alueellisia eroja. Alueelliset erot nousivat näkyviin, kun tarkasteluun lisätään fysioterapian koettu tarve (Taulukko 10). Sekä naisten että miesten koettu fysioterapian tarve lisääntyi asutustiheyden harventuessa, eli tarve oli yleisin maaseudulla asuvilla. Miesten fysioterapian koettu tarve oli yleisintä Kuopion miljoonapiirissä ja seuraavaksi yleisintä Oulun miljoonapiirissä. Naisten fysioterapiatarve oli yleisintä Oulun miljoonapiirissä ja toiseksi yleisintä Turun ja Kuopion miljoonapiireissä, joissa fysioterapian koettu tarve oli yhtä yleistä. Helsingin miljoonapiirissä sekä naisilla että miehillä oli pienin fysioterapian tarve. Palvelujen saatavuudessa näkyy edelleen jo 1960-luvulla todettu tilanne,

jossa fysioterapiapalvelujen saatavuus on heikompi Pohjois- ja Itä-Suomessa kuin etelässä. Avoimeksi kysymykseksi jää, johtuuko tämä terveydenhuoltohenkilökunnan tai palvelupisteiden puutteesta, vaivalloisista tai pitkistä matkoista tai väestön köyhyydestä.

Taulukko 10. Naisten ja miesten fysioterapian käyttö ja tarve (n, %) asuinalueita ja miljoonapiiriä kuvaavissa muuttujaluokissa ja tilastollinen merkitsevyys (p).

Muuttajat ja muuttujaluokat	Fysioterapian käyttö				Fysioterapian tarve			
	naiset		miehet		naiset		miehet	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Taajama-aste								
kaupunki	367	15,3	158	8,4	537	22,1	303	16,2
taajama	68	13,2	46	9,5	124	23,4	110	22,7
maaseutu	137	15,3	93	11,3	270	29,3	198	24,1
yhteensä	572	15,0	297	9,3	931	24,0	611	19,2
Til. merk. p	0.4424		0.0903		0.0022		0.0001	
Miljoonapiiri								
HYKS	179	14,6	80	8,0	231	19,0	157	15,5
TYKS	88	16,2	41	9,6	147	26,8	81	18,8
TaYS	135	16,0	66	9,1	218	24,8	125	17,8
KYS	99	14,5	65	11,6	186	26,8	137	25,2
OYS	71	13,5	45	9,6	149	28,4	111	23,4
yhteensä	572	15,0	297	9,3	931	24,0	611	19,2
Til. merk. p	0.6204		0.2258		0.0009		0.0004	

Kooste ja tulosten tarkastelu

Taulukko 11. Kooste fysioterapiakäytön ja koetun tarpeen tilastollisesta merkitsevyydestä eri sosiodemografisissa ryhmissä.

Ryhmät	Fysioterapian käyttö			Fysioterapian tarve		
	naiset	miehet	yhteensä	naiset	miehet	yhteensä
Tilastollinen merkitsevyys, p						
Ikäluokka	***	**	ns	***	***	***
Siviilisääty	ns	ns	*	*	***	***
Koulutusaste	*	ns	ns	***	***	***
Työmarkkina-asema	***	*	***	***	***	***
Tuloluokat	***	ns	***	***	***	***
Taajama-aste	ns	ns	ns	**	***	***
Miljoonapiiri	ns	ns	ns	***	***	***

ns = ei tilastollisesti merkitsevää eroa

tilastollisesti merkitsevä ero tasolla = * ($p \leq 0.05$), ** ($p \leq 0.01$), *** ($p \leq 0.001$)

Naisten iällä ja sosioekonomisella asemalla oli merkitsevä yhteys fysioterapian käyttöön (Taulukko 11). Fysioterapian käyttö jakautui tasa-arvoisemmin miesten keskuudessa ja merkitseviä eroja fysioterapian käytössä näkyi vain ikäluokissa ja työmarkkina-asemassa. Koetulla fysioterapiatarpeella oli merkitsevä yhteys kaikkiin käytettyihin so-

siodemografisiin muuttujiin molemmissa sukupuoliryhmissä. Tästä lähtötilanteesta rakentuivat tarkasteltavat kolme fysioterapian käyttö- ja tarveryhmää.

8.4 Tutkimusasetelma

Otos jäsenettiin nelikentäksi eli neljään tutkimusryhmään fysioterapian käytön ja koetun tarpeen mukaan (Taulukko 12). Ryhmiä kutsutaan yhteisnimellä tutkimusryhmiksi tai tutkittaviksi ryhmiksi. Niitä kolmea ryhmää, joiden jäsenet olivat käyttäneet fysioterapiaa tai kokivat sen tarvetta, kutsutaan fysioterapiaryhmiksi. Ryhmä, jonka jäsenet eivät olleet käyttäneet fysioterapiaa eivätkä kokeneet sen tarvetta edellisten 12 kuukauden aikana, oli vertailuryhmä (otoksesta 70,7 %).

Taulukko 12. Nelikentän tutkimusryhmissä tutkittavien henkilöiden määrä (n) myös sukupuolen mukaan (N = naiset, M = miehet).

FYSIOTERAPIAN KÄYTTÖ	FYSIOTERAPIAN TARVE		YHTEENSÄ
	Ei ole tarvetta	On tarvetta	
Ei ole käyttänyt	vertailuryhmä n = 5008 N 2661, M 2347	hoitamattomat n = 1210 N 692, M 518	n = 6218 N 3353, M 2865
On käyttänyt	selviytyjät n = 537 N 333, M 204	vajaakuntoiset n = 332 N 239, M 93	n = 869 N 572, M 297
YHTEENSÄ	n = 5545 N 2994, M 2551	n = 1542 N 931, M 611	n = 7087 N 3925, M 3162

Ryhmä ”selviytyjät” muodostuu niistä henkilöistä, jotka olivat käyttäneet fysioterapiaa eivätkä enää kokeneet sen tarvetta. Heidän ei tarvinnut olla oireettomia eikä ”terveitä”, mutta he selviytyivät mahdollisten terveysongelmien ja toiminnallisten rajoitusten kanssa tai olivat mahdollisesti parantuneet tai siirtyneet käyttämään lääkkeitä tai muita hoitokeinoja kuin fysioterapiaa (otoksesta 7,6 %).

Ryhmään ”vajaakuntoiset” kuuluvat olivat edellisten 12 kuukauden aikana käyttäneet fysioterapiaa ja kokivat edelleen sen tarvetta. Fysioterapiaa käyttäneistä heitä oli 38 prosenttia (naiset 42 %, miehet 31 %). Pitkäkestoinen ja lähes jatkuvaksi luokiteltava fysioterapian tarve ja käyttö viittaa siihen, että ryhmään kuuluvat henkilöt olivat pitkäaikaisesti sairaita tai pysyvästi vajaakuntoisia (otoksesta 4,7 %).

Ryhmä ”hoitamattomat” on tutkimuksen kiinnostavin ryhmä siksi, että siihen kuuluvat kokivat tarvitsevansa fysioterapiaa mutta eivät olleet saaneet tai käyttäneet sitä (otoksesta 17,1 %). Haastattelussa ei selvitetty käyttämättömyyden syitä. Termillä ”hoitamattomat” tarkoitetaan tässä, etteivät ryhmään kuuluvat henkilöt olleet saaneet fysioterapeutin antamaa fysioterapiaa, ohjausta tai neuvontaa.

Otos edusti 3 242 933 henkilöä (Taulukko 13). Tutkimukseen osallistuneista yhteensä 2 079 henkilöä oli ilmaissut käyttäneensä fysioterapiaa tai kokevansa sen tarvetta. He edustivat noin 30 prosenttia suomalaisesta 30 vuotta täyttäneestä väestöstä, toisin sanoen lähes yhtä miljoonaa henkilöä. Heistä 1 210 henkilöä eli yli puolet (hoitamattomat) koki fysioterapian tarvetta, johon ei ollut vastattu, tai he olivat omaehtoisesti jättäneet hakeutumatta fysioterapiaan.

Taulukko 13. Naisten ja miesten osuudet (%) tutkimusryhmissä ja otoksen edustavuus.

	Vertailuryhmä	Selviytyjät	Vajaa-kuntoiset	Hoitamattomat	Yhteensä
	%	%	%	%	%
Sukupuolijakauma tutkittavissa ryhmissä, %					
naiset	53,1	62,0	72,0	57,2	55,4
miehet	46,9	38,0	28,0	42,8	44,6
yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Tutkimusryhmien koot sekä naisten ja miesten esiintyvyys ryhmissä, %					
naiset	67,8	8,5	6,1	17,6	100,0
miehet	74,3	6,4	2,9	16,4	100,0
Ryhmän koko	70,7	7,6	4,7	17,1	100,0
Otos (n) ja tutkittavien ryhmien edustama henkilöiden määrä väestössä (h)					
Otos, n	5 008	537	332	1 210	7 087
Populaatiokoko, h.	2 289 635	248 831	150 357	554 110	3 242 933

Suhteellisesti eniten naisia oli vajaakuntoisten ryhmässä ja vähiten hoitamattomien ryhmässä. Selviytyjien naisryhmässä oli myös keskimäärin enemmän naisia. Miehiä oli eniten vertailuryhmässä ja vähiten vajaakuntoisten ryhmässä. Sukupuolijakauma hoitamattomien ryhmässä muistutti eniten vertailuryhmän jakaamaa.

8.5 Tilastolliset menetelmät

Aineisto kuvattiin (määrä ja esiintyvyys) tutkimuksen sosiodemografisten muuttujien sekä terveysongelmia ja toimintakyvyn rajoituksia osoittavien muuttujaluokkien jakau-

malla. Tutkittavien ryhmien muodostamiseksi tarkasteltiin koko aineistossa fysioterapi-an käyttöä ja koettua tarvetta (määrä ja esiintyvyys sosiodemografisissa luokissa).

Aineiston analyysit suoritettiin SAS- ja SUDAAN-ohjelmilla. Prevalenssien laskemissa ja ryhmien tilastollisessa vertailussa käytettiin SUDAAN-ohjelmaa, joka hyödyntää painokertoimia ja siten ottaa huomioon tutkittavan otoksen jakautumisen ositteisiin ja ryväksiin. Näin saadut tulokset ovat yleistettävissä vastaamaan 30 vuotta täyttäneiden tilannetta Suomen väestössä vuonna 2000.

Neljän tarkasteltavan fysioterapiaryhmän jakaumia verrattiin pareittain toisiinsa χ^2 -testillä. Analyyseissä vertailtiin samaan sukupuoleen kuuluvien tilannetta, ei ryhmien sukupuolten välistä tilannetta. Valittu analyysimenetelmä soveltuu moniluokkaisten kategoristen muuttujien analysointiin. Testien tilastollisen merkitsevyyden rajana käytettiin 95 prosentin merkitsevyytensä, eli p -arvo ≤ 0.05 . P -arvot ilmoitetaan joko tarkkoina p -arvoina tai käyttäen kolmea merkitsevyytensä: ei tilastollisesti merkitsevää eroa (ns); $p \leq 0.05$ (*); $p \leq 0.01$ (**); $p \leq 0.001$ (***)).

9 TULOKSET

9.1 Terveysongelmien yleisyys

Fysioterapiapalvelujen oikeudenmukaisuus tarkoittaa, että yhtäläisesti palvelujen tarpeessa olevilla on yhtäläinen palvelujen käyttö. Fysioterapiapalvelujen tarpeen yhtäläisyyttä tarkasteltiin selvittämällä terveysongelmien ja toimintakyvyn rajoitusten esiintyvyys tutkittavien ryhmien nais- ja miesryhmissä. Vajaakuntoisten ja hoitamattomien ryhmissä oli fysioterapian tarvetta. Liitteessä 5 on esitetty terveysongelmien ja toimintakyvyn rajoitusten esiintyvyys ja jakauma väestön sosiodemografisissa ryhmissä, ja jakauma tutkittavissa ryhmissä on esitetty Liitteessä 6.

Kaikissa terveysongelmia ja toimintakykyä kuvaavien tekijöiden rajoitusten esiintyvyyksissä oli nähtävissä sama trendi, joka ilmenee siten, että nuoremmista ikäryhmissä tekijän esiintyvyys on matalampi kuin vanhemmissa ikäryhmissä, alemman koulutusta-

son omaavalla on tekijän korkeampi esiintyvyys kuin korkeamman koulutustason omaavalla, eläkkeellä olevilla on tekijän korkeampi esiintyvyys kuin työssä olevilla ja lopuksi alimmassa tuloluokassa olevilla on tekijän korkeampi esiintyvyys kuin korkeimmassa tuloluokassa olevilla. Tekijöiden esiintyvyyden kaavamainen ja säännönmukainen kasvu on yleinen ja toistuva myös näissä tuloksissa. (Liite 5.) Huonoksi koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus noudattivat otoksessa sosiaalisen gradientin jakaumaa.

Taulukko 14. Niiden henkilöiden määrä ja osuus koko otoksessa (n = 7087) ja eri tutkimusryhmissä (n, %), jotka kokivat terveytensä huonoksi sekä tutkimusryhmien välisten erojen merkitsevyys (p).

	Koko otos		Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaa-kuntoiset		Hoita-mattomat	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Huonoksi koettu terveys										
naiset	539	12,4	293	9,3	35	10,7	50	20,5	161	22,2
miehet	413	12,4	236	9,4	37	17,4	28	29,4	112	21,4
yhteensä	952	12,4	529	9,3	72	13,4	78	23,1	273	21,9
Ryhmien vertailu										
Naiset			Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaa-kuntoiset		Hoita-mattomat	
Vertailuryhmä			–		–		–		–	
Selviytyjät			0.4151 ns		–		–		–	
Vajaakuntoiset			<.0001 ***		0.0012 **		–		–	
Hoitamattomat			<.0001 ***		<.0001 ***		0.5487 ns		–	
Miehet										
Vertailuryhmä			–		–		–		–	
Selviytyjät			0.0003 ***		–		–		–	
Vajaakuntoiset			<.0001 ***		0.0215 *		–		–	
Hoitamattomat			<.0001 ***		0.2624 ns		0.0768 ns		–	

Huonoksi koetun terveyden jakauma vertailuryhmässä oli naisilla ja miehillä samalla tasolla ja kolme prosenttiyksikköä alempana kuin väestössä (Taulukko 14). Selviytyjien naisilla huonoksi koetun terveyden esiintyvyys oli samalla tasolla kuin vertailuryhmän naisilla. Vajaakuntoisten ja hoitamattomien naisilla huonoksi koetun terveyden esiintyvyys oli korkeammalla tasolla kuin edellä mainituissa naisryhmissä mutta keskenään samalla tasolla. Selviytyjien miehillä huonoksi koetun terveyden esiintyvyys oli miesten fysioterapiaryhmistä matalin. Vajaakuntoisten ja hoitamattomien miesryhmässä terveytensä huonoksi kokevien esiintyvyys oli samalla tasolla. Miesten fysioterapiaryhmien keskinäisiä eroja oli vain selviytyjien ja vajaakuntoisten ryhmissä. Runsas viidesosa vajaakuntoisten ja hoitamattomien ryhmiin kuuluvista koki terveytensä huonoksi.

Tutkimukseen osallistuneista henkilöistä 53 prosentilla oli ainakin yksi työ- ja toimintakykyä alentava pitkäaikaissairaus (Taulukko 15). Selviytyjien ja vajaakuntoisten naisryhmissä pitkäaikaissairauksien esiintyvyys oli matalampi kuin miesten, vaikka naisilla on yleensä korkeampi sairastavuus. Pitkäaikaissairauksien esiintyvyys oli selvästi korkeampi fysioterapiaryhmissä kuin vertailuryhmässä. Pitkäaikaissairauksien esiintyvyys oli selviytyjien naisilla noin 12 prosenttiyksikköä korkeampi kuin vertailuryhmässä ja miehillä esiintyvyys oli 24 prosenttiyksikköä korkeampi. Hoitamattomien ryhmissä kolmella neljäsosalla oli pitkäaikaissairauksia ja niiden esiintyvyys oli naisilla ja miehillä lähes samalla tasolla. Vajaakuntoisten ryhmissä pitkäaikaissairauksien esiintyvyys oli korkein ja lähes 30 prosenttiyksikköä korkeampi kuin vertailuryhmässä. Vajaakuntoisten ja hoitamattomien ryhmissä ei ollut eroa pitkäaikaissairauksien esiintyvyydessä.

Taulukko 15. Niiden henkilöiden määrä ja osuus koko otoksessa (n = 7087) ja eri tutkimusryhmissä (n, %), jotka ilmoittivat heillä olevan pitkäaikaissairauksia, sekä tutkimusryhmien välisten erojen merkitsevyys (p).

	Koko otos		Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaakuntoiset		Hoitamattomat	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pitkäaikaissairaudet										
naiset	2235	55,6	1315	47,5	205	61,1	190	78,6	525	75,4
miehet	1618	50,1	1021	42,4	137	66,3	76	80,6	384	73,4
yhteensä	3853	53,0	2336	44,9	342	63,2	266	79,2	909	74,5
Ryhmien vertailu			Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaakuntoiset		Hoitamattomat	
Naiset										
Vertailuryhmä			–		–		–		–	
Selviytyjät			<.0001 ***		–		–		–	
Vajaakuntoiset			<.0001 ***		<.0001 ***		–		–	
Hoitamattomat			<.0001 ***		<.0001 ***		0.2924 ns		–	
Miehet										
Vertailuryhmä			–		–		–		–	
Selviytyjät			<.0001 ***		–		–		–	
Vajaakuntoiset			<.0001 ***		0.0080 **		–		–	
Hoitamattomat			<.0001 ***		0.0427 *		0.1249 ns		–	

Selviytyjien ryhmässä huonoksi koetun terveyden ja pitkäaikaissairauksien esiintyvyys oli korkeampi kuin vertailuryhmässä ja muissa fysioterapiaryhmissä. Vajaakuntoisten ja hoitamattomien ryhmissä huonoksi koetun terveyden ja pitkäaikaissairauksien esiintyvyys oli samalla tasolla.

9.2 Fyysisesti painottuneen suorituskyvyn rajoituksia

Fyysisen suorituskyvyn rajoituksia

Itsenäisessä ja jokapäiväisessä elämässä välttämätön ja tavanomaisiin päivittäisiin toimintoihin tarvittava suorituskyky heikkenee iän myötä. Heikentyminen voi lisäksi joutua sairauksista tai muista vastaavanlaisista tekijöistä. 75 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä perustoimintojen rajoitusten esiintyvyys oli 41 prosenttia (Liite 5, 2/5). Fysioterapia-ryhmissä fyysisen suorituskyvyn rajoitusten esiintyvyys oli merkitsevästi korkeampi kuin vertailuryhmässä, mutta ryhmien välillä ei ollut merkitsevää eroa (Taulukko 16). Naisryhmissä perustoimintojen rajoitusten esiintyvyys oli korkeampi kuin miesryhmissä, mutta ero oli vähäinen. Selviytyjien, hoitamattomien ja vajaakuntoisten nais- ja miesryhmissä ADL-toimintojen rajoitusten esiintyvyys oli lähes yhtä korkea, eivätkä ryhmät eronneet tässä suhteessa merkitsevästi toisistaan.

Taulukko 16. Niiden henkilöiden määrä ja osuus koko otoksessa (n = 7087) ja eri tutkimusryhmissä (n, %), jotka ilmoittivat heillä olevan perustoimintojen (ADL) rajoituksia sekä tutkimusryhmien välisten erojen merkitsevyys (p).

	Koko otos		Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaa-kuntoiset		Hoita-mattomat	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Perustoiminnot, ADL										
naiset	520	10,8	315	9,0	44	12,8	42	15,7	119	15,0
miehet	259	7,2	152	5,5	26	11,8	15	14,0	66	12,1
yhteensä	779	9,1	467	7,3	70	12,4	57	15,2	185	13,7
Ryhmien vertailu			Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaa-kuntoiset		Hoita-mattomat	
Naiset			-		-		-		-	
Vertailuryhmä			-		-		-		-	
Selviytyjät			0.0373 *		-		-		-	
Vajaakuntoiset			0.0005 ***		0.3379 ns		-		-	
Hoitamattomat			<.0001 ***		0.3489 ns		0.7792 ns		-	
Miehet										
Vertailuryhmä			-		-		-		-	
Selviytyjät			0.0002 ***		-		-		-	
Vajaakuntoiset			0.0001 ***		0.5888 ns		-		-	
Hoitamattomat			<.0001 ***		0.9170 ns		0.5770 ns		-	

Fyysisesti raskaiden suorituskykyjen rajoitukset alkavat lisääntyä naisten melko nuorissa ikäryhmissä. Jo 45 vuotta täyttäneiden naisten keskuudessa 23 prosentilla on rajoituksia. Kun kansaneläkeikä on saavutettu, rajoitusten esiintyvyys on 64 prosenttia. Miehillä

rajoitusten lisääntyminen on hitaampaa: 55–64-vuotiaiden ikäryhmässä esiintyvyys on 25 prosenttia ja kansaneläkeiän saavuttamisen jälkeen 42 prosenttia. Naisten vanhimmassa ikäryhmässä rajoitusten esiintyvyys on 90 prosenttia ja miehillä 80 prosenttia. (Liite 5, 2/5.)

Fyysisesti raskaiden suoritusten rajoitusten esiintyvyys oli naisten otoksessa paljon korkeammalla kuin miehillä (Taulukko 17). Hoitamattomien ja vajaakuntoisten naisten rajoitusten esiintyvyys oli samalla tasolla. Selviytyjien naisilla rajoitukset olivat merkittävästi alemmalla tasolla kuin muissa fysioterapiaryhmissä, eli heillä oli muita fysioterapiaryhmien naisia parempi kyky suoriutua raskaista fyysisistä toiminnoista. Miesryhmät erosivat vertailuryhmästä, mutta muuten miesten välillä ei ollut merkittävää eroa.

Taulukko 17. Niiden henkilöiden määrä ja osuus koko otoksessa (n = 7087) ja eri tutkimusryhmissä (n, %), jotka ilmoittivat heillä olevan fyysisesti raskaiden suoritusten rajoituksia, sekä tutkimusryhmien välisten erojen merkitsevyys (p).

	Koko otos		Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaakuntoiset		Hoitamattomat	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fyysisesti raskaat suoritukset										
naiset	1541	36,5	874	29,4	134	38,7	133	54,1	400	56,0
miehet	695	20,5	420	16,3	58	26,8	37	37,1	180	33,9
yhteensä	2236	28,9	1294	22,9	192	33,9	170	49,1	580	46,0
Ryhmiä vertailu										
Naiset			Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaakuntoiset		Hoitamattomat	
Vertailuryhmä			–		–		–		–	
Selviytyjät			0.0014 **		–		–		–	
Vajaakuntoiset			<.0001 ***		0.0012 **		–		–	
Hoitamattomat			<.0001 ***		<.0001 ***		0.5859 ns		–	
Miehet										
Vertailuryhmä			–		–		–		–	
Selviytyjät			<.0001 ***		–		–		–	
Vajaakuntoiset			<.0001 ***		0.0926 ns		–		–	
Hoitamattomat			<.0001 ***		0.0796 ns		0.5756 ns		–	

Psykososiaalisen toimintakyvyn rajoituksia

Henkilökohtainen itsenäisyys edellyttää fyysisen suoriutumisen lisäksi henkistä kapasiteettia hoitaa ja järjestellä omia asioita. Tulokset vuorovaikutuksen ja järjestelykyvyn esiintyvyydestä olivat odottamattomia kahdesta näkökulmasta. Väestössä rajoitusten esiintyvyys oli alhaisella tasolla. Jakauma väestössä osoitti, että rajoitusten esiintyvyys on erityisen korkealla vain vanhimmassa ikäryhmässä (20 %), leskien keskuudessa (12–13 %) ja alim-

massa tuloluokassa (10 %). (Liite 5, 3/5.) Vaikka naisten rajoitusten esiintyvyys oli väestössä yleisempää kuin miehillä, naisten fysioterapiaryhmissä oli matalampi vuorovaikutuksen ja järjestelykyvyn rajoitusten esiintyvyys kuin otoksessa ja vertailuryhmässä (Taulukko 18). Selviytyjien ja hoitamattomien naisryhmissä oli merkitsevästi matalin rajoitusten esiintyvyys. Miesten fysioterapiaryhmissä rajoitusten esiintyvyys oli vertailuryhmää korkeammalla, mutta vertailuryhmän ja hoitamattomien ryhmän miehillä oli matalimmat rajoitusten esiintyvyydet. Fysioterapiaa käyttäneiden selviytyjien ja vajaakuntoisten miehillä oli korkeampi rajoitusten esiintyvyys. Huomioitavaa on, että hoitamattomilla naisilla ja miehillä oli vähäisiä vuorovaikutuksen ja järjestelykyvyn rajoituksia.

Taulukko 18. Niiden henkilöiden määrä ja osuus koko otoksessa (n = 7087) ja eri tutkimusryhmissä (n, %), jotka ilmoittivat heillä olevan vuorovaikutus- ja järjestelykyvyn rajoituksia, sekä tutkimusryhmien välisten erojen merkitsevyys (p).

	Koko otos		Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaakuntoiset		Hoitamattomat	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Vuorovaikutus- ja järjestelykyky										
naiset	204	3,7	163	4,3	7	1,7	6	2,0	28	2,8
miehet	105	2,7	69	2,2	12	5,3	5	5,6	19	3,2
yhteensä	309	3,2	232	3,3	19	3,1	11	3,1	47	3,0
Ryhmien vertailu			Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaakuntoiset		Hoitamattomat	
Naiset										
Vertailuryhmä			–		–					
Selviytyjät			0.0115 *		–					
Vajaakuntoiset			0.1000 ns		0.7645 ns		–			
Hoitamattomat			0.0211 *		0.2327 ns		0.5104 ns		–	
Miehet										
Vertailuryhmä			–		–					
Selviytyjät			0.0087 **		–					
Vajaakuntoiset			0.0305 *		0.9108 ns		–			
Hoitamattomat			0.1734 ns		0,2291 ns		0.2434 ns		–	

Väestön omatoimisuuden rajoitukset noudattivat edellä kuvattujen sosiaalisten gradienttien trendiä. Väestössä omatoimisuuden rajoitukset olivat korkeammalla tasolla kuin vuorovaikutuksen ja järjestelykyvyn rajoitukset. Vanhimmassa ikäryhmässä naisten rajoitusten esiintyvyys oli 49 prosenttia, miesten 36 prosenttia. Naisleskistä 36 prosentilla oli rajoituksia ja miesleskistä 24 prosentilla. Alimmassa tuloluokassa naisten rajoitusten esiintyvyys oli 25 prosenttia ja miesten 19 prosenttia. (Liite 5, 3/5.) Omatoimisuudessa erot olivat naisten kesken vähäisiä ja ainoa merkitsevä ero oli vajaakuntoisten ja selviytyjien ryhmien välillä (Taulukko 19). Miesten fysioterapiaryhmillä omatoimisuuden ra-

joitusten esiintyvyys oli korkeammalla tasolla kuin vertailuryhmässä ja väestössä, ja hoitamattomilla miehillä oli alhaisin rajoitusten esiintyvyys.

Psykososiaalisesti painottuneessa toimintakyvyssä asioiden hoitaminen siten, että itse fyysisesti käy postissa pankissa ja muissa vastaavissa paikoissa, rajoittuu aikaisemmin ja yleisemmin kuin asioiden hoitaminen puhelimitse tai toisten ihmisten välityksellä. Henkilömäärä selviytyjien ja vajaakuntoisten ryhmissä oli molemmissa vähäinen ja siten herkkä vaihtelulle, joten on mahdollista, että tulokset ovat siitä syystä vinoutuneet eivätkä ole riittävän luotettavia. Hoitamattomien ryhmän henkilömäärä on riittävän suuri, joten rajoitusten alhainen esiintyvyys saa tukea. Itsenäisyys omien asioiden hoidossa on ihmisille tärkeää. Tulos on niin mielenkiintoinen, että asiaa kannattaisi syvällisemmin tutkia.

Taulukko 19. Niiden henkilöiden määrä ja osuus koko otoksessa (n = 7087) ja eri tutkimusryhmissä (n, %), jotka ilmoittivat heillä olevan omatoimisuuden rajoituksia, sekä tutkimusryhmien välisten erojen merkitsevyys (p).

	Koko otos		Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaa-kuntoiset		Hoita-mattomat	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Omatoimisuus										
naiset	551	10,9	378	10,6	31	8,2	40	14,5	102	12,0
miehet	225	6,1	142	5,0	27	11,9	11	11,4	45	7,9
yhteensä	776	8,6	520	7,8	58	9,7	51	13,6	147	10,1
Ryhmiä vertailu										
Naiset			Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaa-kuntoiset		Hoita-mattomat	
Vertailuryhmä			–		–		–		–	
Selviytyjät			0.1712 ns		–		–		–	
Vajaa-kuntoiset			0.0659 ns		0.0201 *		–		–	
Hoitamattomat			0.2620 ns		0.0618 ns		0.3098 ns		–	
Miehet										
Vertailuryhmä			–		–		–		–	
Selviytyjät			<.0001 ***		–		–		–	
Vajaa-kuntoiset			0.0021 **		0.9058 ns		–		–	
Hoitamattomat			0.0119 *		0.0651 ns		0.2262 ns		–	

9.3 Liikkumiskyvyn rajoituksia

Väestössä noin 15 prosentilla ihmisistä oli itsenäisen liikkumisen rajoituksia. Työikäisillä itsenäisen liikkumisen rajoitukset olivat miehillä yleisempiä kuin naisilla, mutta 55–64-vuotiaiden ikäryhmässä esiintyvyyden ero oli tasaantunut. Kun kansaneläkeikä on saavutettu, naisten liikkumisrajoitukset yleistyvät nopeammin kuin miehillä. Naisten ja miesten

ero liikkumisrajoitusten esiintyvyydessä on kuitenkin vain 5 prosenttiyksikköä 75 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä. (Liite 5, 4/5.)

Selviytyjien naisryhmässä itsenäisen liikkumiskyvyn rajoitusten esiintyvyys oli matalampi kuin otoksessa, eikä vertailuryhmään ollut merkitsevää eroa (Taulukko 20). Vajaakuntoisten ja hoitamattomien naisryhmissä rajoitusten yleisyys oli selkeästi korkeampi edellisiin ryhmiin verrattuna. Vajaakuntoisten naisryhmässä oli ryhmistä korkein liikkumiskyvyn rajoitusten esiintyvyys. Miesten vertailuryhmässä liikkumisen rajoitusten esiintyvyys oli matalalla tasolla. Hoitamattomien ryhmän miehillä oli miesryhmistä korkein itsenäisen liikkumiskyvyn rajoitusten esiintyvyys. Miesten fysioterapiaryhmissä rajoitukset olivat samalla tasolla.

Taulukko 20. Niiden henkilöiden määrä ja osuus koko otoksessa (n = 7087) ja eri tutkimusryhmissä (n, %), jotka ilmoittivat heillä olevan itsenäisen liikkumiskyvyn rajoituksia, sekä tutkimusryhmien välisten erojen merkitsevyys (p).

	Koko otos		Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaakuntoiset		Hoitamattomat	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Itsenäinen liikkuminen										
naiset	776	16,5	444	13,0	54	14,5	78	30,3	200	25,6
miehet	433	12,4	239	8,9	40	18,5	21	21,0	133	24,6
yhteensä	1209	14,6	683	11,0	94	16,1	99	27,6	333	25,2
Ryhmien vertailu										
Naiset			Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaakuntoiset		Hoitamattomat	
Vertailuryhmä			–		–		–		–	
Selviytyjät			0.4743 ns		–		–		–	
Vajaakuntoiset			<.0001 ***		<.0001 ***		–		–	
Hoitamattomat			<.0001 ***		0.0001 ***		0.1318 ns		–	
Miehet										
Vertailuryhmä			–		–		–		–	
Selviytyjät			<.0001 ***		–		–		–	
Vajaakuntoiset			<.0001 ***		0.5941 ns		–		–	
Hoitamattomat			<.0001 ***		0.0569 ns		0.4728 ns		–	

Itsenäinen asuinalueella liikkuminen ja kyky käyttää yleisiä kulkuneuvoja on tärkeää ihmisten itsenäisyyden ja omatoimisuuden kannalta. Väestössä rajoitukset asuinalueella liikkumisessa (8 %) olivat hieman alhaisemmalla tasolla kuin yleisten kulkuneuvojen käytössä (9 %). Naisilla rajoitusten esiintyvyys on korkeampi ja asuinalueella liikkumisen rajoitukset ovat yleensä alhaisemmalla tasolla kuin yleisten kulkuneuvojen käytössä. Vanhimmasikäryhmässä naisista 39 prosentilla ja miehistä 26 prosentilla oli rajoituksia asuinalueella liikkumisessa, ja rajoituksia yleisten kulkuneuvojen käytössä oli 53 prosentilla naisista ja

36 prosentilla miehistä. Naisleskillä, eläkkeellä olevilla ja perustason koulutustaustan omaavilla naisilla oli yleisimmin rajoituksia asuinalueella liikkumisessa ja yleisten kulkuneuvojen käytössä. Alimmissa tuloluokissa olevien naisten rajoitusten esiintyvyys oli korkein (23 ja 25 %), ja toiseksi alimmalla tulotasolla rajoitusten esiintyvyys oli jokseenkin samalla tasolla kuin alimmalla tulotasolla olevilla miehillä. Ehkä naisten euron arvo oli taustalla, sen on tunnetusti vain 80 sentin arvoinen miesten euroon nähden. (Liite 5, 5/5.)

Selviytyjien naisryhmässä oli matalin rajoitus asuinalueella liikkumisessa (Taulukko 21). Vajaakuntoisten ja hoitamattomien naisryhmissä rajoitusten esiintyvyys oli samalla tasolla. Miesten fysioterapiaryhmissä vain selviytyjillä oli merkitsevä ero vertailuryhmään, ja muissa fysioterapiaryhmissä liikkumisen rajoitukset olivat samalla tasolla.

Taulukko 21. Niiden henkilöiden määrä ja osuus koko otoksessa (n = 7087) ja eri tutkimusryhmissä (n, %), jotka ilmoittivat heillä olevan rajoituksia kyvyssä liikkua asuinalueella, sekä tutkimusryhmien välisten erojen merkitsevyys (p).

	Koko otos		Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaakuntoiset		Hoitamattomat	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Liikkuminen asuinalueella										
naiset	474	10,4	314	9,8	27	7,6	35	12,9	98	12,8
miehet	188	5,4	131	5,1	18	8,4	9	8,5	30	5,2
yhteensä	662	8,0	445	7,4	45	7,9	44	11,6	128	9,3
Ryhmien vertailu										
Naiset			Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaakuntoiset		Hoitamattomat	
Vertailuryhmä			–		–		–		–	
Selviytyjät			0.1676 ns		–		–		–	
Vajaakuntoiset			0.1303 ns		0.0411 *		–		–	
Hoitamattomat			0.0331 *		0.0137 *		0.9513 ns		–	
Miehet										
Vertailuryhmä			–		–		–		–	
Selviytyjät			0.0255 *		–		–		–	
Vajaakuntoiset			0.1206 ns		0.9884 ns		–		–	
Hoitamattomat			0.8748 ns		0.8748 ns		0.2106 ns		–	

Selviytyjien naisryhmässä ja vertailuryhmässä rajoitukset yleisten kulkuneuvojen käytössä olivat samalla ja alemmalla tasolla kuin otoksessa (Taulukko 22). Vajaakuntoisten ja hoitamattomien naisryhmissä rajoitusten esiintyvyys oli yleisempää ja samantasoista. Miesten fysioterapiaryhmissä ei ollut merkitsevää eroa yleisten kulkuneuvojen käyttökyvyn rajoitusten esiintyvyydessä.

Taulukko 22. Niiden henkilöiden määrä ja osuus koko otoksessa (n = 7087) ja eri tutkimusryhmissä (n, %), jotka ilmoittivat heillä olevan rajoituksia kyvyssä liikkua yleisillä kulkuvälineillä, sekä tutkimusryhmien välisten erojen merkitsevyys (p).

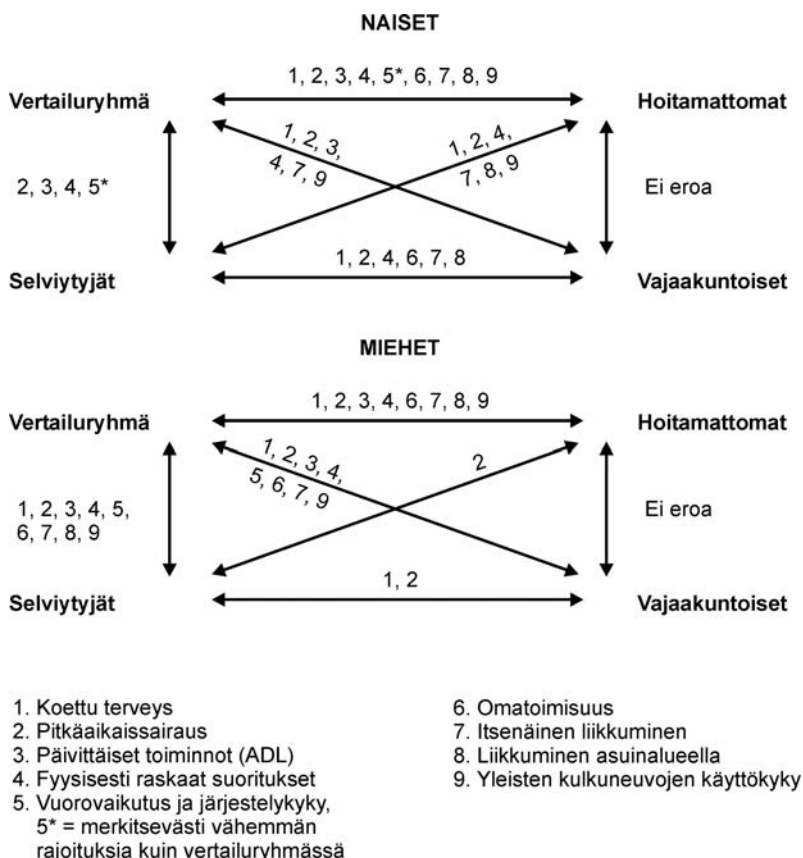
	Koko otos		Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaa-kuntoiset		Hoitamattomat	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Liikkuminen yleisillä kulkuneuvoilla										
naiset	551	11,0	354	9,8	36	9,5	38	14,1	123	15,3
miehet	212	5,7	120	4,1	25	10,6	15	15,6	52	9,4
yhteensä	763	8,5	474	7,0	61	10,0	53	14,5	175	12,6
Ryhmien vertailu			Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaa-kuntoiset		Hoitamattomat	
Naiset			-		-		-		-	
Vertailuryhmä			-		-		-		-	
Selviytyjät			0.8523 ns		-		-		-	
Vajaa-kuntoiset			0.0357 *		0.0880 ns		-		-	
Hoitamattomat			<.0001 ***		0.0047 **		0.6514 ns		-	
Miehet										
Vertailuryhmä			-		-		-		-	
Selviytyjät			<.0001 ***		-		-		-	
Vajaa-kuntoiset			<.0001 ***		0.2339 ns		-		-	
Hoitamattomat			<.0001 ***		0.5666 ns		0.0828 ns		-	

9.4 Oikeudenmukaisuuden toteutus fysioterapiaryhmissä

Palvelujen yhtäläisen tarpeen arvioinnissa oli lähtökohtana yhdeksän tekijää (Kuvio 5 ja Taulukko 23). Olettamuksena oli, että vertailuryhmässä olisi vähiten terveysongelmia ja toimintakyvyn rajoituksia ja että selviytyjien ryhmässä niitä olisi vertailuryhmää yleisemmin mutta vähemmän kuin vajaakuntoisten ryhmässä. Tämä olettaus piti paikkansa. Vastattavana kysymyksenä oli, mikä oli terveysongelmien ja toimintakyvyn rajoitusten esiintyvyyden suhde vajaakuntoisten ja hoitamattomien ryhmissä.

Vertailuryhmän ja selviytyjien naisryhmissä koettu terveys oli paras. Edellä mainittujen ryhmien välillä löytyi eroja pitkäaikaissairauksien esiintyvyydessä ja fyysisesti painotuneissa suorituksissa mutta ei liikkumiskyvyssä. Selviytyjien naisryhmän erot muiden fysioterapiaryhmien naisryhmiin ulottuivat terveysongelmien ja fyysisen suorituskyvyn rajoitusten lisäksi liikkumisen rajoituksiin. Selviytyjien naisryhmässä oli fysioterapiaryhmistä vähiten ongelmia ja rajoituksia, ja se asettui omaksi ryhmäkseen vertailuryhmän ja muiden fysioterapiaryhmien välille. Selviytyjien miesryhmä erosi kaikkien

tekijöiden osalta miesten vertailuryhmästä ja oli selvästi huonokuntoisempi. Selviytyjien miehillä oli vähemmän terveysongelmia kuin muiden fysioterapiaryhmien miehillä. Selviytyjien ryhmän miehillä ei ollut yhtä yleisesti pitkäaikaissairauksia kuin muiden fysioterapiaryhmien miehillä, ja heistä pienempi osuus koki terveytensä huonoksi. Toimintakyvyn rajoituksissa vertailuryhmän ja fysioterapiaryhmien miesten välillä oli selkeä ero, fysioterapiaryhmien miehet eivät eronneet toisistaan.



Kuvio 5. Terveysongelmia ja toimintakyvyn rajoituksia osoittavien muuttujien merkitsevät erot ryhmien vertailuissa.

Tulosten tulkinnassa tulee huomioida ryhmien lähtötilanteiden erilaisuudet. Selviytyjien ryhmässä oli muita ryhmiä vähemmän ongelmia ja rajoituksia ja ne olivat laadultaan sellaisia, joita pystyttiin fysioterapialla tuloksellisesti hoitamaan oireettomiksi. Vajaakuntoisten ja hoitamattomien ryhmässä rajoitusten ja terveysongelmien määrä oli sen kaltainen, että niiden parantamiseen tarvittiin pitkäkestoista tai jokseenkin jatkuvaa fysioterapiaa. Monen pitkäaikaissairaana tai vanhuuden vuoksi hauraan henkilön hoidon tavoitteena voi olla pyrkimys jarruttaa terveysongelmien lisääntymistä ja toimintakyvyn

alenemista. Heidän omatoimisuuttansa ja itsenäistä pärjäämistänsä pyritään ylläpitämään mahdollisimman pitkään, eli hoidon tarve ei poistu.

Taulukko 23. Vajaakuntoisten ja hoitamattomien ryhmien terveysongelmien ja toimintakyvyn rajoitusten erot naisten ja miesten ryhmissä erikseen ja niiden yhdistetyssä ryhmässä (p).

Muuttujat	Naiset	Miehet	Yhteensä
Huonoksi koettu terveys	0.5487 ns	0.0768 ns	0.5991 ns
Pitkäaikaissairaus	0.2924 ns	0.1249 ns	0.0690 ns
Päivittäiset suoritukset, ADL	0.7792 ns	0.5770 ns	0.4673 ns
Fyysisesti raskaat suoritukset	0.5859 ns	0.5657 ns	0.3548 ns
Vuorovaikutus- ja järjestelykyky	0.5104 ns	0.2434 ns	0.9427 ns
Omatoimisuus	0.3098 ns	0.2262 ns	0.0724 ns
Itsenäinen liikkuminen	0.1318 ns	0.4728 ns	0.3499 ns
Liikkuminen asuinalueella	0.9513 ns	0.2106 ns	0.2504 ns
Yleisten kulkuneuvojen käyttö	0.6514 ns	0.0828 ns	0.3787 ns

Keskeisin tarkasteltava seikka oli vajaakuntoisten ja hoitamattomien ryhmien fysioterapiatarpeen samankaltaisuus tai eroavaisuus. Ryhmien vertailussa ei löytynyt minkään muuttujan osalta tilastollisesti merkitsevää eroa. (Taulukko 23.) Molemmissa ryhmissä oli korkeampi terveysongelmien ja toimintakyvyn rajoitusten esiintyvyys kuin vertailuryhmässä ja selviytyjien ryhmässä. Näillä mittareilla arvioituna ryhmien terveysongelmat ja toimintakyvyn rajoitukset olivat samalla tasolla ja esiintyvyyden erot olivat satuttaman rajoissa. Voidaan siis vastata myönteisesti kysymykseen, ”onko fysioterapian tarve samankaltainen niissä ryhmissä, joissa sitä koetaan?” Samanlainen tarve ei ollut johtanut samanlaiseen terveyspalvelujen käyttöön, joten hoitamattomien ryhmän naiset ja miehet olivat jääneet eriarvoiseen asemaan. Miksi näin, ei ole mahdollista suoraan selvittää käytettävissä olevan aineiston avulla. Yhteiskunnan lupaus terveydenhuollon oikeudenmukaisuudesta ei tuntunut toteutuneen.

9.5 Ikä, siviilisääty ja sosioekonominen tilanne

Tutkimuksen tavoitteena oli lisäksi selvittää, näkyikö ryhmissä sellaisia sosiodemografisia ominaispiirteitä, joiden voidaan arvioida olevan yhteydessä fysioterapian käyttöön tai käyttämättömyyteen. Vertailu tehtiin fysioterapiaryhmien välillä. Taulukossa 12 on

esitetty henkilöiden määrä ryhmissä ja Taulukossa 13 on esitetty ryhmien prosentuaalinen osuus otoksesta. Tutkimusryhmien sosiodemografinen jakauma on kuvattu myös Liitteessä 7. Henkilöiden osuus tutkittavissa ryhmissä suhteutetaan prosentuaaliseen osuuteen otoksesta eli odotettavissa olevaan keskimääräiseen esiintyvyyteen.

Ikä ja sukupuoli ovat vahvoja toimintakykyä määrääviä tekijöitä, mikä näkyi muun muassa väestössä (Liite 5). Fysioterapian tarvetta kokevista henkilöistä 60 prosenttia oli naisia (Taulukko 12). Hoitamattomien ryhmässä oli naisia 57 prosenttia ja vajaakuntoisten ryhmässä 72 prosenttia (Taulukko 13). Vertailuryhmän naisten nuorin ikäryhmä oli kooltaan lähes 10 prosenttia suurempi kuin oli odotettavissa, mikä vuorostaan vähensi tämän ikäryhmän fysioterapiaryhmien kokoa (Taulukko 24). Vertailuryhmän naiset olivat aliedustettuina kolmessa keskimmaisessa ikäryhmässä, eli niissä ikäryhmissä fysioterapian käyttö tai tarve oli suuri.

Hoitamattomien ryhmässä oli oletettua vähemmän naisia kahdessa nuorimmassa ikäryhmässä. Nuorempien ikäryhmien naisilla lienee siten paremmat edellytykset hakeutua tarvittaessa hoitoon (Taulukko 24). Vajaakuntoisten naisten nuorimpaan ryhmään kuului lähes neljäsosa naisista, ja naisia oli eniten 45–54-vuotiaiden ryhmässä (26 %). Hoitamattomien ryhmän naisten fysioterapian tarve oli yleisin 55–64 vuotta täyttäneiden ryhmässä (26 %) eli lähestyttäessä kansaneläkeikää. (Liite 7.) Vajaakuntoiset naiset olivat nuorempia kuin hoitamattomat hoidon tarpeen ilmetessä. Hoitamattomien hoidon tarve kehittynee noin kymmenen vuoden viiveellä samantasoiseksi kuin vajaakuntoisten ryhmässä. Toiseksi vanhimmassa ikäryhmässä molempiin ryhmiin kuuluvilla naisilla on oletusarvoa korkeampi fysioterapian tarve. Yli 75-vuotiaiden ikäryhmässä vajaakuntoisten naisten määrä ja hoidontarve vähenee huomattavasti. Saman ikäryhmän hoitamattomien naisten määrä ja hoidontarve pysyy korkeana. (Taulukko 24, Liite 7.)

Selviytyjien ryhmän kolmeen keskeiseen ikäryhmään kuuluvat naiset hyötyivät fysioterapiasta odotettua yleisemmin. Vanhimmassa ja nuorimmassa ikäryhmässä hoidosta hyötyneiden naisten määrä oli suhteessa pienempi. Selviytyjien miesryhmän enemmistö kuului kahteen nuorimpaan ikäryhmään, ja näissä terveyshyöty oli suurin ja vähäisempi ikäryhmissä 55–64 ja 65–74 vuotta. Vanhimman ikäryhmän miehet olivat yliedustettuina myös otoksen kokoon nähden. Selviytyjien ryhmään kuuluvilla oli mahdollisuus hakeutua fysioterapiaan hoitamaan sellaisia vaivoja, jotka olivat hoidettavissa fysioterapi-

an keinoin ja joissa hoidon hyötysuhde oli hyvä. Fysioterapiaprosessi oli pääpiirteissään oletetun mentaalisen mallin mukainen: kun saa oireita tai sairastuu, hakeudutaan hoitoon ja tullaan terveeksi. (Taulukko 24, Liite 7.)

Taulukko 24. Naisten ja miesten ikäryhmien jakaumat (%) tutkimusryhmissä ja ryhmien tilastollinen vertailu (p.).

Ikäryhmät	Koko otos		Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaa-kuntoiset		Hoitamattomat		Kaikki
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Naiset											
30–44	1185	30,5	911	76,8	91	7,7	58	4,9	125	10,5	100,0
45–54	863	23,7	567	65,8	93	10,8	60	6,9	143	16,5	100,0
55–64	645	18,1	367	56,9	62	9,7	48	7,5	168	25,9	100,0
65–74	498	14,0	305	61,3	44	8,9	40	8,0	109	21,8	100,0
75+	734	13,7	511	68,1	43	6,7	33	4,4	147	21,1	100,0
yhteensä	3925	100,0	2661	67,2	333	8,8	239	6,2	692	17,8	100,0
Miehet											
30–44	1075	34,9	873	82,2	68	6,3	29	2,7	105	9,7	100,0
45–54	848	27,8	625	73,7	53	6,3	21	2,5	149	17,5	100,0
55–64	555	17,8	387	69,9	31	5,6	18	3,2	119	21,3	100,0
65–74	398	12,8	284	71,2	19	4,9	12	3,0	83	20,8	100,0
75+	286	6,7	178	58,5	33	13,0	13	4,4	62	24,1	100,0
yhteensä	3162	100,0	2347	74,3	204	6,4	93	2,9	518	16,3	100,0
Ryhmien vertailu											
Naiset											
Vertailuryhmä			–		–		–		–		–
Selviytyjät			0.0012 **		–		–		–		–
Vajaa-kuntoiset			0.0002 ***		0.6490 ns		–		–		–
Hoitamattomat			<.0001 ***		<.0001 ***		0.0195 *		–		–
Miehet											
Vertailuryhmä			–		–		–		–		–
Selviytyjät			0.0003 ***		–		–		–		–
Vajaa-kuntoiset			0.2208 ns		0.7124 ns		–		–		–
Hoitamattomat			<.0001 ***		0.0009 ***		0.1321 ns		–		–

Vertailuryhmän nuorimpiin ikäryhmiin kuuluvat miehet käyttivät tai kokivat vähän fysioterapian tarvetta, ja vanhimmissa ikäryhmässä miehillä oli yleisempi fysioterapian käyttö tai tarve (Taulukko 24). Miesten nuorimmassa ikäryhmässä hoitamattomien osuus oli pienin ja yleistyi eläkeikää edeltävässä ikäryhmässä ja vielä lisääntyi heidän ikääntyessään. Fysioterapian tarve oli yleisin 75 vuotta täyttäneillä miehillä ja naisilla ja yleisintä kolmessa vanhimmissa ikäryhmässä.

Siviilisäädyn kannalta aikaisemmin parisuhteessa eläneet naiset ja miehet, nyt eronneita tai leskiä, käyttivät fysioterapiaa tai kokivat sen tarvetta yleisemmin kuin muihin ryhmiin kuuluvat henkilöt (Taulukko 25). He asettuivat tässä ryhmäjaossa yleisimmin hoi-

tamattomien ryhmään, miehet myös vajaakuntoisten ryhmään. Siviilisäädyllä näytti muuten olevan vähäinen vaikutus fysioterapian käyttöön tai koettuun tarpeeseen, eikä sitä huomioida raportissa tätä enempää.

Taulukko 25. Naisten ja miesten siviilisäädyn jakaumat tutkimusryhmissä (n, %) ja ryhmien tilastollinen vertailu (p.).

Siviilisäätty	Koko otos		Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaakuntoiset		Hoitamattomat		Kaikki
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Naiset											
naimisissa	2005	53,2	1330	66,2	182	9,2	125	6,3	368	18,4	100,0
avoliitossa	365	9,7	258	70,4	27	7,4	24	6,6	56	15,5	100,0
eronnut	436	11,5	285	64,7	44	10,2	28	6,6	79	18,5	100,0
leski	711	15,3	482	66,3	50	7,9	42	6,3	137	19,5	100,0
naimaton	408	10,2	306	74,1	30	7,9	20	4,9	52	13,1	100,0
yhteensä	3925	100,0	2661	67,2	333	8,8	239	6,2	692	17,8	100,0
Miehet											
naimisissa	1950	61,8	1428	73,3	132	6,8	57	2,9	333	17,0	100,0
avoliitossa	363	11,8	282	77,6	24	6,7	12	3,3	45	12,3	100,0
eronnut	276	8,8	193	69,6	18	6,7	7	2,5	58	21,2	100,0
leski	134	3,5	87	63,6	12	8,4	6	4,2	29	23,8	100,0
naimaton	438	14,1	357	81,6	18	4,0	11	2,6	52	11,8	100,0
yhteensä	3162	100,0	2347	74,3	204	6,4	93	2,9	517	16,3	100,0
Ryhmien vertailu											
Naiset											
Vertailuryhmä			–								
Selviytyjät			0.2674 ns		–						
Vajaakuntoiset			0.1602 ns		0.8099 ns		–				
Hoitamattomat			0.0322 *		0.6264 ns		0.9029 ns		–		
Miehet											
Vertailuryhmä			–								
Selviytyjät			0.0997 ns		–						
Vajaakuntoiset			0.0038 **		0.8712 ns		–				
Hoitamattomat			0.0002 ***		0.5611 ns		0.5612 ns		–		

Koulutus

Vertailuryhmän korkea-asteen koulutustason omaavat naiset käyttivät tai kokivat vähiten fysioterapian tarvetta (Taulukko 26). Naisryhmissä hoitamattomuus oli yleisintä perusasteen koulutustason omaavilla, toiseksi yleisintä keskiasteen koulutustason omaavilla ja alhaisinta korkea-asteen koulutustason omaavilla. Tilanne oli päinvastainen hoidosta hyötyneiden ryhmässä, jossa korkeakoulutetut hyötyivät hoidosta eniten ja perusasteen koulutustason hankkineet vähiten. Keskiasteen koulutusta saaneet naiset olivat yliedustettuina vajaakuntoisten ryhmässä eli heillä fysioterapian tarve oli pitkäkestoista. Liitteestä 5 käy ilmi, että keskiasteen koulutusta saaneiden terveysongelmien ja toimin-

takyvyn rajoitusten esiintyvyydet olivat lähellä korkeakoulutusta saaneiden tasoa ja ne olivat selkeästi yleisempiä kuin perusasteen koulutusta saaneiden ryhmässä.

Taulukko 26. Naisten ja miesten koulutusasteen jakaumat (n, %) tutkimusryhmissä ja ryhmien tilastollinen vertailu (p.).

Koulutus- taso	Koko otos		Vertailu- ryhmä		Selviytyjät		Vajaa- kuntoiset		Hoita- mattomat		Kaik- ki
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Naiset											
perusaste	1710	42,2	1132	65,0	114	7,1	101	6,1	363	21,8	100,0
keskiaste	1029	27,0	665	64,7	101	9,9	81	7,8	182	17,5	100,0
korkea-aste	1170	30,9	851	72,5	117	10,1	57	5,0	145	12,5	100,0
yhteensä	3909	100,1	2648	67,2	332	8,8	239	1,5	690	17,8	100,0
Miehet											
perusaste	1273	39,3	887	69,7	86	6,7	42	3,2	258	20,4	100,0
keskiaste	1158	37,2	863	74,6	71	6,1	32	2,7	192	16,5	100,0
korkea-aste	728	23,4	594	81,5	47	6,6	19	2,7	68	9,2	100,0
yhteensä	3159	100,0	2344	74,3	204	6,4	93	2,9	518	16,4	100,0
Ryhmien vertailu											
Naiset											
Vertailuryhmä			–								
Selviytyjät			0.521 ns		–						
Vajaakuntoiset			0.0068 **		0.0279 *		–				
Hoitamattomat			<.0001 ***		<.0001 ***		0.0219 *		–		
Miehet											
Vertailuryhmä			–								
Selviytyjät			0.5448 ns		–						
Vajaakuntoiset			0.4493 ns		0.9035 ns		–				
Hoitamattomat			<.0001 ***		0.0025 **		0.1338 ns		–		

Miesten vertailuryhmässä koulutustason merkitys on hyvin selkeä: korkea-asteen koulutuksen omaavilla miehillä on alhaisin fysioterapian käyttö tai tarve, keskiasteen koulutustason omaavilla hieman yleisempi ja fysioterapian käyttö ja tarve on yleisin perusasteen koulutustason omaavilla henkilöillä. Hoidotta jääneiden miesryhmässä koulutustaso oli jakautunut mallin mukaan, jota voidaan pitää huono-osaisuuden esimerkkinä: perusasteen koulutuksen saaneet olivat yliedustettuina, keskiasteen koulutustason omaavien osuus oli odotetulla tasolla ja korkeakoulutetut olivat aliedustettuina. Fysioterapiaa saaneiden ryhmässä ei ollut merkitsevää eroa vertailuryhmään.

Työmarkkina-asema

Vertailuryhmässä työmarkkina-asemalla ”muu” oli selvin yliedustus, eli työttömät, opiskelijat, sairauslomalla olevat ja vastaavien syiden takia tilapäisesti työelämästä poissa olevat henkilöt käyttivät tai tarvitsivat muita vähemmän fysioterapiaa. (Taulukko

27.) Hoitamattomien ryhmässä työssä käyvien määrä (naiset 38 %, miehet 47 %) oli fysioterapiaryhmistä pienin ja eläkkeellä olevien määrä (naiset 49 %, miehet 44 %) oli suurin (Liite 7, s. 3/5).

Taulukko 27. Naisten ja miesten työmarkkina-aseman jakaumat (n, %) tutkimusryhmissä ja ryhmien tilastollinen vertailu (p.).

Työmarkkina-asema	Koko otos		Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaa-kuntoiset		Hoitamattomat		Kaikki
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Naiset											
työssä	1804	48,3	1258	69,5	186	10,4	114	6,3	246	13,8	100,0
eläke	1608	38,1	1029	62,5	122	8,1	102	6,7	355	22,7	100,0
muu	513	13,6	374	72,5	25	4,9	23	4,7	91	18,0	100,0
yhteensä	3925	100,0	2661	67,2	333	8,8	239	6,2	692	17,8	100,0
Miehet											
työssä	1816	59,2	1415	77,9	116	6,4	49	2,7	236	13,0	100,0
eläke	1054	31,3	704	66,4	79	7,5	36	3,3	235	22,8	100,0
muu	292	9,5	228	78,2	9	3,1	8	2,7	47	16,1	100,0
yhteensä	3162	100,0	2347	74,3	204	6,4	93	2,9	518	16,3	100,0
Ryhmien vertailu											
Naiset											
Vertailuryhmä			–								
Selviytyjät			0.0004 ***		–						
Vajaakuntoiset			0.1280 ns		0.1359 ns		–				
Hoitamattomat			<.0001 ***		<.0001 ***		0.0119 *		–		
Miehet											
Vertailuryhmä			–								
Selviytyjät			0.0033 **		–						
Vajaakuntoiset			0.2640 ns		0.3738 ns		–				
Hoitamattomat			<.0001 ***		0.0071 **		0.2736 ns		–		

Eläkeläiset olivat selvimminkin ylliedustettuina hoitamattomien ryhmässä (Taulukko 27). Eläkkeellä olevien terveysongelmien ja toimintakyvyn rajoitusten esiintyvyys oli korkealla tasolla. Eläkeläisistä 82 prosentilla oli pitkäaikaissairauksia ja 37 prosenttia heistä oli käyttänyt fysioterapiaa. (Liite 5 ja Liite 4.) Eläkkeellä olevilla voi olla moninaisia hoitoa vaativia sairauksia ja oireita. Fysioterapian tarpeessa olevilla pienituloisilla eläkeläisillä saattaa olla heikot taloudelliset resurssit hakeutua hoitoon. Fysioterapian tarve oli selvien eläkeläisten keskuudessa ja he olivat yleisimmin jääneet ilman hoitoa. Työsikäisiä naisia oli selviytyjien ryhmässä merkitsevästi enemmän kuin vertailuryhmässä (Liite 7). Hoitoa saaneiden ryhmissä työssä olevat naiset käyttivät muita yleisemmin fysioterapiaa ja hyötyivät siitä. Miehillä erot olivat pieniä. Vajaakuntoiset eläkeläiset olivat ylliedustettuina eli he olivat pitkäkestoisen fysioterapian tarpeessa.

Tuloluokat

Tulotason näkökulmasta miesten vertailuryhmissä oli yliedustus kahdessa korkeimmas-
sa tuloluokassa, eli hyvätuloisilla oli vähäinen fysioterapian käyttö tai tarve. Naisryh-
mässä oli lisäksi yliedustus alimmassa tuloluokassa, eli kyseisessä tuloryhmässä fysio-
terapian käyttö tai tarve oli vähäinen. (Taulukko 28). Hoidotta jääneet naiset ja miehet
olivat keskimäärin muita ryhmiä köyhempiä, eli ryhmässä oli vähiten hyvätuloisia. Hoi-
tamattomien alimpaan tuloluokkaan kuului yleisemmin naisia, kun taas miehet olivat
yleisimmin kolmannessa tuloluokassa (Liite 7, 3/5). Hoitoa saaneet ja hoidosta hyöty-
neet naiset olivat yliedustettuina kolmessa korkeimmassa ja miehet kahdessa ylimmässä
tuloluokassa (Taulukko 28). Heillä oli varaa käydä hoidossa ja he käyttivät fysioterapiaa
mahdollisesti myös terveytensä edistämiseen ja vähäisempien oireiden hoitoon, jolloin
todennäköisyys hyvään terveyshyötyyn on suuri. Miesryhmissä tuloluokkien tilastolli-
sesti merkitseviä eroja oli hoitamattomien ryhmän ja muiden miesryhmien välillä.

Taulukko 28. Naisten ja miesten OECD:n mukaisen tulotason jakaumat (%) tutkimus-
ryhmissä ja ryhmien tilastollinen vertailu (p.).

Tulotaso	Koko otos		Vertailu- ryhmä		Selviytyjät		Vajaa- kuntoiset		Hoita- mattomat		Kaikki %
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Naiset											
I, alin	954	21,6	671	69,2	49	5,6	51	5,7	183	19,5	100,0
II	836	21,6	540	64,0	71	8,6	49	5,8	176	21,6	100,0
III	707	18,7	442	62,3	67	9,6	52	7,4	146	20,7	100,0
IV	704	18,7	481	67,9	71	10,3	46	6,6	106	15,2	100,0
V, ylin	724	19,4	527	72,8	75	10,3	41	5,7	81	11,2	100,0
yhteensä	3925	100,0	2661	67,2	333	8,8	239	6,2	692	17,8	100,0
Miehet											
I, alin	463	13,8	334	71,6	26	5,6	7	1,3	96	21,4	100,0
II	581	18,1	424	73,5	34	5,6	18	3,1	105	17,9	100,0
III	710	22,6	515	72,7	43	6,1	25	3,4	127	17,8	100,0
IV	714	23,1	542	76,0	47	6,6	28	3,9	97	13,6	100,0
V, ylin	694	22,5	532	76,6	54	7,9	15	2,2	93	13,4	100,0
yhteensä	3162	100,0	2347	74,3	204	6,4	93	2,9	518	16,3	100,0
Ryhmien vertailu											
Naiset											
Vertailuryhmä			–								
Selviytyjät			0.0125 *		–						
Vajaakuntoiset			0.3340 ns		1.2527 ns		–				
Hoitamattomat			<.0001 ***		<.0001 ***		0.0554 ns		–		
Miehet											
Vertailuryhmä			–								
Selviytyjät			0.7286 ns		–						
Vajaakuntoiset			0.1122 ns		0.1566 ns		–				
Hoitamattomat			0.0024 **		0.0144 *		0.0140 *		–		

9.6 Asuinalueiden maantieteellinen vaihtelu

Valtaosa kaikista naisista ja miehistä asui yleisimmin kaupungeissa (Taulukko 29). Fysioterapian käytössä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä tutkittavien henkilöiden asuinalueeseen eikä miljoonapiirin. Fysioterapiaryhmien väliset erot määräytyivät fysioterapian tarpeen jakaumasta. (Taulukko 10.) Hoitamattomat ja vajaakuntoiset naiset ja miehet asuivat yleisemmin maaseudulla; taajamissa ja kaupungeissa asuvat olivat hoitoon pääsyssä heitä paremmassa ja keskenään samassa tilanteessa. Kaupungeissa asuvat naiset kävivät yleisemmin hoidossa ja hyötyivät siitä, mutta taajamissa ja maaseudulla asuvat miehet käyttivät ja hyötyivät yleisemmin fysioterapiasta kuin kaupungeissa asuvat. (Taulukko 29.)

Taulukko 29. Tutkimusryhmien naisten ja miesten jakaumat asuinalueiden taajama-asteissa (%) ja ryhmien tilastollinen vertailu (p.).

Asuinpaikan taajama-aste	Koko otos		Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaa-kuntoiset		Hoita-mattomat		Kaikki %
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Naiset											
kaupunki	2463	63,3	1693	68,2	233	9,7	134	5,6	403	16,5	100,0
taajama	530	13,5	369	69,2	37	7,4	31	5,8	93	17,6	100,0
maaseutu	932	23,3	599	63,5	63	7,2	74	8,1	196	21,2	100,0
yhteensä	3925	100,0	2661	67,2	333	8,8	239	6,2	692	17,8	100,0
Miehet											
kaupunki	1853	59,1	1430	77,4	120	6,4	38	2,1	265	14,2	100,0
taajama	488	15,5	350	71,4	28	6,9	18	4,4	92	19,1	100,0
maaseutu	821	25,5	567	69,0	56	6,9	37	4,4	161	19,7	100,0
yhteensä	3162	100,0	2347	74,3	204	6,4	93	2,9	518	16,3	100,0
Ryhmien vertailu											
Naiset											
Vertailuryhmä			–		–		–		–		–
Selviytyjät			0.1596 ns		–		–		–		–
Vajaakuntoiset			0.0172 *		0.0110 *		–		–		–
Hoitamattomat			0.0311 *		0.0073 **		0.7642 ns		–		–
Miehet											
Vertailuryhmä			–		–		–		–		–
Selviytyjät			0.4441 ns		–		–		–		–
Vajaakuntoiset			0.0011 **		0.0097 **		–		–		–
Hoitamattomat			0.0006 ***		0.1870 ns		0.1722 ns		–		–

Vertailuryhmä ja selviytyjien ryhmällä olivat samalla tavalla jakautuneet miljoonapiireihin (Taulukko 30). Hoitamattomat naiset asuivat yleisimmin Turun yliopistollisen keskussairaalan miljoonapiirissä sekä Kuopion ja Oulun yliopistollisissa sairaalapiireissä. Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan kuuluvat naiset käyttivät yleisemmin

fysioterapiaa ja saivat hyvän terveyshyödyn, koska vajaakuntoisten ryhmän naisten – eli jatkohoitoa tarvitsevien – määrä oli pieni verrattuna niihin, joiden fysioterapian tarve loppui. Hoidotta jääneet ja vajaakuntoiset miehet asuivat yleisimmin Kuopion ja Oulun yliopistollisissa sairaalapiireissä. Kuopion yliopistollisessa sairaalapiirissä miehet hyötyivät yleisimmin fysioterapiasta, mutta piirissä jäätiin myös yleisemmin hoidotta ja jatkohoidon tarve oli piireistä yleisin.

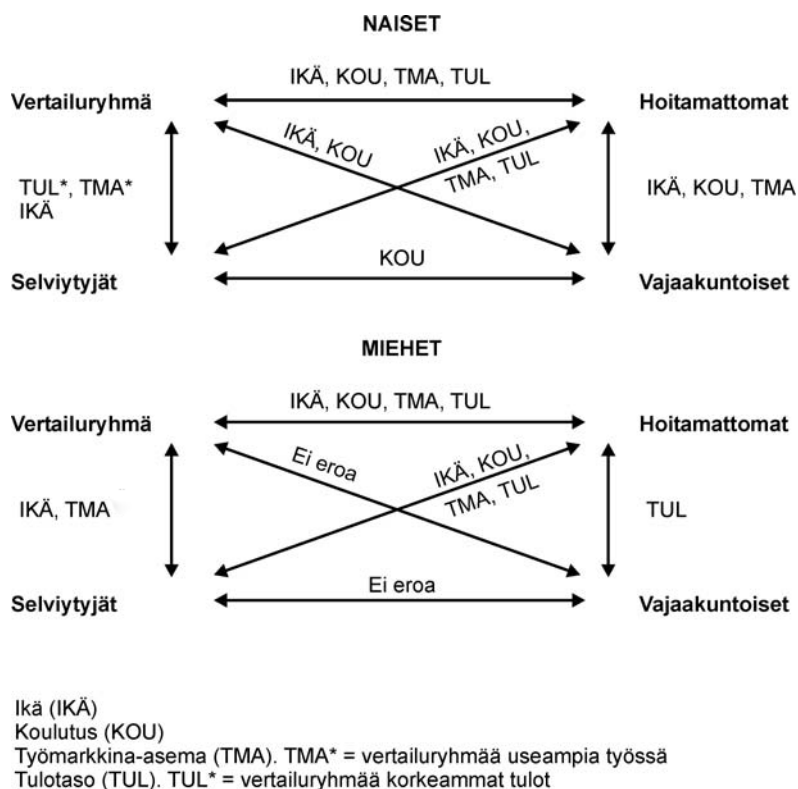
Taulukko 30. Tutkimusryhmien naisten ja miesten jakaumat miljoonapiireissä (n, %) ja ryhmien tilastollinen vertailu (p.).

Miljoonapiiri	Koko otos		Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaa-kuntoiset		Hoitamattomat		Kaikki	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Naiset												
HYKS	1242	32,8	881	70,4	130	10,6	49	4,0	182	14,9	100,0	
TYKS	562	13,7	367	64,3	48	8,9	40	7,3	107	19,5	100,0	
TaYS	892	23,3	605	67,0	69	8,2	66	7,7	152	17,0	100,0	
KYS	697	17,3	459	65,5	52	7,7	47	6,8	139	20,0	100,0	
OYS	532	12,9	349	65,1	34	6,5	37	7,0	112	21,4	100,0	
yhteensä	3925	100,0	2661	67,2	333	8,8	239	6,2	692	17,8	100,0	
Miehet												
HYKS	1011	32,8	794	78,5	60	6,0	20	2,0	137	13,5	100,0	
TYKS	429	13,2	318	74,2	30	7,0	11	2,6	70	16,2	100,0	
TaYS	701	22,7	530	75,7	46	6,4	20	2,7	105	15,2	100,0	
KYS	548	17,2	371	67,7	40	7,1	25	4,5	112	20,7	100,0	
OYS	473	14,1	334	70,5	28	6,0	17	3,6	94	19,8	100,0	
yhteensä	3162	100,0	2347	74,3	204	6,4	93	2,9	518	16,3	100,0	
Ryhmien vertailu												
Naiset												
Vertailuryhmä			–		–		–		–		–	
Selviytyjät			0.2889 ns		–		–		–		–	
Vajaa-kuntoiset			0.0050 **		0.0014 **		–		–		–	
Hoitamattomat			0.0193 *		0.0018 **		0.1182 ns		–		–	
Miehet												
Vertailuryhmä			–		–		–		–		–	
Selviytyjät			0.5953 ns		–		–		–		–	
Vajaa-kuntoiset			0.0294 *		0.3463 ns		–		–		–	
Hoitamattomat			0.0193 *		0.5706 ns		0.8341 ns		–		–	

9.7 Tasa-arvon toteutuminen fysioterapiaryhmissä

Naisten ja miesten terveysongelmat, toimintakyvyn rajoitukset ja sosiodemografiset tekijöiden piirteet ovat lähtökohdiltaan niin erilaisia, että niitä oli mielekästä tarkastella erillisinä ryhminä (Liitteet 3, 4 ja 5). Naiset olivat käyttäneet fysioterapiaa miehiä yleisemmin ja he kokivat myös yleisemmin fysioterapian tarvetta (Taulukko 12). Siviilisäädyn merkitys fysioterapian käytössä ja tarpeessa oli vähäinen ja jätetään tässä vaille

enempää huomiota. Mikäli tarkasteltavat ryhmät olisivat olleet tasavertaisia fysioterapiapalvelujen käytössä, niiden sosiodemografisten tekijöiden vaihtelussa ei olisi ollut tilastollisesti merkitseviä eroja.



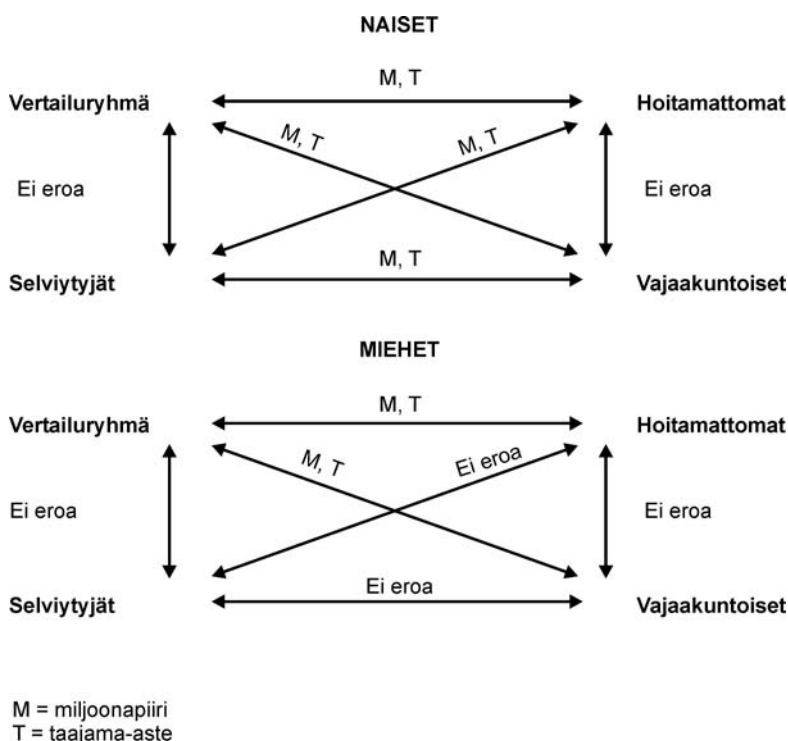
Kuvio 6. Sosiodemografisten piirteiden merkitsevät yhteydet tutkittavissa ryhmissä.

Hoitamattomien ryhmässä ikäjakauma oli vino siten, että kolmeen vanhimpaan ikäryhmään kuuluvat henkilöt olivat yliedustettuina ja siten ryhmässä oli keskimäärin korkeampi ikä kuin muissa ryhmissä (Kuvio 6). Ryhmässä oli eniten perustason koulutuksen omaavia, eläkkeellä olevia ja kolmeen alhaisimpaan tuloluokkaan kuuluvia henkilöitä. Hoitamatta jääneet naiset olivat keskimäärin vanhempia kuin muiden ryhmien naiset ja sosioekonomisten tekijöiden näkökulmasta huonoimmassa asemassa. Oletusmäärän ollessa 40 prosenttia (kaksi kvintiiliä), otoksen naisista 46 prosenttia kuului kahteen alimpaan tuloluokkaan, miesten otoksesta 30 prosenttia (Liite 3). Hoitamattomien ryhmän kahteen alimpaan tuloluokkaan kuului 50 prosenttia naisista ja 38 prosenttia miehistä (Liite 7). Poikkeuksena oli vajaakuntoisten naisten tulotaso, joka oli samalla tasolla kuin hoitamattomilla naisilla. Hoidotta jääneet miehet olivat kaikkien tekijöiden näkökulmasta vertailuryhmän ja selviytyjien ryhmän miehiä huonommassa asemassa, mutta vajaa-

kuntoisten miehiin nähden vain tulotason osalta. Ikäjakauman painottumisen ja sosioekonomisen gradientin yhteys terveyteen ja hyvinvointiin (Liite 5) osoittaa hoitamattomien ryhmän tilan olevan ryhmistä huonoin ja naisten tilanteen olevan vielä huonompi kuin miesten.

Selviytyjien ryhmän naiset erottuivat muista siten, että ryhmässä oli yleisimmin nuoriin ikäryhmiin kuuluvia, keskimäärin korkein koulutustausta ja työssäkäyntiaste sekä korkein tulotaso (Kuvio 6). Selviytyjien miesryhmässä vanhin ikäryhmä ja eläkkeellä olevat olivat yliedustettuina. Toisin sanoen eläkkeellä olevat vanhat miehet olivat käyttäneet tuloksellisesti fysioterapiaa. Ryhmän miehet olivat iän ja sosioekonomisen tilanteen osalta samalla tasolla kuin vajaakuntoiset miehet.

Vajaakuntoiset miehet eivät eronneet selviytyjien miehistä minkään sosiodemografisen tekijän osalta. Selitys siihen, miksi miehet edelleen kokivat tarvitsevansa fysioterapiaa, lienee terveysongelmien ja toimintakyvyn rajoitusten laatu ja määrä. Hoitamattomien ja vajaakuntoisten miehillä ei ollut eroa sosiodemografisten tekijöiden kohdalla.



Kuvio 7. Asuinpaikan ja miljoonapiirien merkitsevät yhteydet fysioterapian palvelutarpeen toteutumiseen.

Asuinpaikka ja miljoonapiiri

Hoitamattomien ja vajaakuntoisten ryhmiin kuuluvat asuivat muihin ryhmiin verrattuna harvemmin kaupungeissa ja yleisemmin maaseudulla (Kuvio 7). Naisryhmät ja miesryhmät jakautuivat kahtia siten, että vertailuryhmän ja selviytyjäryhmän välillä ei ollut merkitsevää eroa, ei myöskään vajaakuntoisten ja hoitamattomien välillä, mutta kahden ryhmäryppään välillä oli merkitsevä ero. Miesten ryhmissä oli eroja vain vertailuryhmän ja vajaakuntoisten ja hoitamattomien ryhmien välillä.

Tutkimuksessa pystyttiin identifioimaan ryhmä, jonka terveydenhuoltopalvelujen tarpeeseen ei ollut vastattu julkishallinnon lupaamalla tavalla. Ryhmä oli jäänyt eriarvoiseen asemaan, eikä väestöryhmien välinen tasa-arvo ollut toteutunut.

10 TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA

Hyvinvointiyhteiskunnan rakentamisen kolmas aalto alkoi Suomessa 1960-luvulla (Waris 1968). Muiden Pohjoismaiden tavoin sosiaalipolitiikan yleiset arvoperustat ovat universaalisuus, oikeudenmukaisuus ja tasa-arvoisuus (Anttonen & Sipilä 2000). Suomalainen sosiaalipolitiikan malli alettiin lukea kuuluvaksi Pohjoismaiden hyvinvointivaltioiden regiimeihin 1980-luvun aikana (Esping-Andersen 1990). Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten hyvinvointiyhteiskunnan lupaus terveydenhuoltopalvelujen tasavertaisuudesta ja oikeudenmukaisuudesta oli täyttynyt fysioterapiassa vuonna 2000.

Nelikentän muodossa tehdyssä fysioterapian käytön ja koetun tarpeen tarkastelussa yhdistyi kaksi ulottuvuutta, joka antoi syvennetyn ja kaksiulotteisen kuvan fysioterapiaa käyttäneiden ja sen tarvetta kokevien ihmisten terveydentilasta ja elämäntilanteesta. Tutkimuksen keskeisin tulos oli, että väestössä erottui ryhmä, joka ei ollut saanut eikä hakenut fysioterapiaa, vaikka ryhmässä tunnistettiin sen tarvetta. Koettu tarve voitiin pitää perusteltuna tutkimustulosten perusteella.

Fyysisen toimintakyvyn ja henkisen vireyden vaihtelu on yksilöllistä, eikä se ole aina suhteessa biologiseen ikään. Terveysongelmien ja toimintakyvyn alenemisen säännön-

mukaiset yhteydet ikääntymiseen ja sosioekonomiseen asemaan tulisi ottaa määrätietoisesti huomioon ikäihmisten terveystarkastuksissa ja lääkärintutkimuksissa. Moni ikään-tyvä voi erheellisesti päätellä, että pärjäämisen vaikeudet ovat ”normaalia ikääntymistä” eivätkä itse osaa arvioida, mitä voisi olla tehtävissä jaksamisen ja suoriutumisen ylläpi-tämiseksi tai parantamiseksi. Eläkeikään siirtymisen vuodet ovat otollisinta aikaa bio-psykososiaalisen toimintakyvyn edistämiseen eli hyvinvoinnin ja kotona asumisen ajan pidentämiseen. Toimintakyvyn edistäminen on vaativaa eläkeiän ohittaneilla ihmisillä, sillä kaikilta ei välttämättä enää löydy tarpeeksi pitkäjänteistä sisukkuutta tavoitteelli-seen kuntoutukseen. Onnistumisessa keskeinen tekijä voi olla hyvä terveystaju.

10.1 Oikeudenmukaisuus ja tasa-arvo fysioterapiassa

Tutkimuksessa tarkasteltiin rinnakkain fysioterapian käytön ja sen koetun tarpeen ja-kaumaa väestössä sekä eri väestöryhmissä ja pystyttiin muun muassa todentamaan, että ylimmissä tuloluokissa olevat ihmiset käyttivät eniten fysioterapiaa ja sen koettu tarve oli vähäisintä, kun taas alimmissa tuloluokissa olevat ihmiset käyttivät vähiten fysio-te-ropiaa ja sen koettu tarve oli yleisintä. Vastaavia tuloksia ei ole aikaisemmin pystytty todentamaan. Hakulisen ja muiden *Terveys 2000*-tutkijoiden raportoimat tulokset ja etenkin väestötutkimuksen perustuloksia esittävät julkaisut olivat suureksi hyödyksi toi-saalta saatujen tulosten peilaamisessa ja toisaalta siksi, että ne antoivat uusia näkökul-mia tulosten tulkintaan.

Hoidotta jääneiden ja vajaakuntoisten henkilöiden terveysongelmat ja toimintakyvyn rajoitukset olivat keskenään samalla tasolla ja yleisempiä kuin ryhmässä, jonka jäsenet olivat hyötyneet hoidosta siinä määrin, etteivät enää kokeneet fysioterapian tarvetta. Tässä ryhmässä terveysongelmien ja toimintakyvyn rajoitusten esiintyvyys oli alemmal-la tasolla kuin fysioterapian tarvetta kokevissa ryhmissä mutta korkeammalla tasolla kuin vertailuryhmässä. Kun fysioterapian tarpeen arvioinnissa käytetään kriteereinä on-gelmien ja rajoitusten esiintyvyydestä, hoidosta hyötyneiden ja vertailuryhmän välinen ero puoltaa fysioterapian käyttöä. Saman ajatusmallin mukaisesti vajaakuntoiset ja hoi-dotta jääneet ovat yhtä oikeutettuja fysioterapiaan.

Mikäli otokseen kuuluvat henkilöt olisivat jakautuneet tasavertaisesti fysioterapiaryhmiin, joka ryhmään olisi tullut yhtä paljon nuoria ja vanhempia ihmisiä, hyväosaisia ja vähäosaisia ihmisiä, korkeasti koulutettuja ja vähemmän koulutettuja, eikä ryhmien välisiä tilastollisesti merkitseviä eroa olisi ollut. Nyt näin ei tapahtunut.

Fysioterapiaryhmiin jakautumisen taustatekijöitä

Ryhmät muodostettiin fysioterapian käytön ja koetun tarpeen perusteella. Tuloksissa voidaan erottaa sosiodemografisten gradienttien säännönmukainen ja determinoiva vaikutus otoksen jakautumiseen fysioterapiaryhmiin. Ihmisen elämänhistoria ja elämäntilanne määrittelee pitkälle hänen terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin tilansa.

Ikääntyminen on yhteydessä terveysongelmien ja toimintakyvyn rajoitusten lisääntymiseen. Tuki- ja liikuntaelinten tilaan liittyvä fyysinen toimintakyky alkaa alentua naisilla nuorempina kuin miehillä. (Lafortune ym. 2007; Aromaa ym. 2005c.) Fyysisesti raskaassa työssä nainen käyttää korkeamman osuuden omasta voimantuottokapasiteetistaan kuin mies, ja fyysisesti raskas työ kuluttaa naisia enemmän kuin miehiä (Frontera ym. 1991). Fyysisen toimintakyvyn jakaumat osoittavat iän ja sukupuolen yhteyden toimintakyvyn alenemiseen. Aineiston perusjakauma osoitti, että naisilla oli keskimääräistä huonompi taloudellinen tilanne kuin miehillä, mikä yksittäisenä tekijänä osoitti naisilla olevan enemmän terveysongelmia ja toimintakyvyn rajoituksia. (Liite 5.)

Paremmän sosioekonomisen tilanteen katsotaan johtavan parempaan terveydentilaan (Mackenbach ym. 1997; Lahelma ym. 2002). Otoksessa (Liite 5) korkeampi koulutustaso ja parempi taloudellinen tilanne näkyivät parempana terveydentilana ja vähäisimpinä toimintakyvyn rajoituksina. Perusasteen koulutustaustan hankkineilla elinikä on muihin koulutusryhmiin nähden lyhin ja pitkäaikaissairastavuus korkeinta. Myös fyysisen toimintakyvyn taso on heillä alhaisin ja elintapoihin liittyvä sairastavuus on muita koulutustasoja yleisimpää. (Palosuo ym. 2007.) Koulutustaso liittyy sosioekonomiseen asemaan (koulutus, ammattiasema, tulot) ja toimii sosiaalisen gradientin tavoin (Mackenbach ym. 1997; Lahelma ym. 2004; Mackenbach ym. 2008). Sosioekonominen tilanne on Suomessa yhteydessä sukupuoleen muun muassa siten, että naisten palkassa euron arvo on vain 4/5 miehen eurosta. Aineiston perusjakaumassa (Liite 3) naisten ja miesten erot koulutustasossa alkavat olla naisten eduksi. Eläkkeellä olevien naisten määrä oli

korkeampi kuin miesten ja eläkkeet olivat keskimäärin miesten eläkkeitä alempia johtuen alemmasta palkkatasosta, josta eläkkeet lasketaan. Naisten enemmistö kuului alimpiin ja miesten enemmistö puolestaan ylimpiin tuloluokkiin. (Liite 3.)

Sosiaalisten determinanttien ja sosioekonomisen huono-osaisuuden kasauman (peruskoulutus, eläkkeellä olo ja kuuluminen alimpiin tuloluokkiin) voimaperäisyys olisi ehkä mahdollista selvittää *Terveys 2000* -tutkimuksen aineiston avulla. Kysymys voisi muotoilla siten, että minkäläisten tekijöiden myötävaikutuksella huono-osaisuuden kasautumasta huolimatta voisi pysyä terveenä ja toimintakykyisenä, toisin sanoen, onko huonojen sosioekonomisten determinanttien vaikutus mahdollista ”ohittaa”. Eläkeläisten terveyttä ja toimintakykyä olisi mielekästä selvittää siitä näkökulmasta, minkäläisten tekijöiden avulla voidaan päästä terveenä eläkkeelle. Kansaneläkeikä (jota kutsutaan myös vanhuuseläkeikäksi) alkaa 65 ikävuoden täytyttyä, jolloin myös terveysongelmat ja toimintakyvyn rajoitukset alkavat yleistyä (Liite 4). Mahdollisesti nuorempana saatu työkyvyttömyyseläke edellyttää alentuneen toiminta- ja työkyvyn todentamista, joten eläkkeellä olo voi toimia alentuneen toimintakyvyn osoittimena.

Sukupuoleen liittyvät tekijät fysioterapian käytössä ja koetussa tarpeessa

Naiset käyttävät miehiä enemmän terveydenhuoltopalveluja ja fysioterapiaa (Hemminki, Luoto & Gissler, 2006, 56). Syitä tähän ei ole edelleenkään kattavasti selvitetty. Lisääntymisterveys ja synnytykset edellyttävät naisilta enemmän terveydenhuoltokäyntejä kuin miehiltä. Synnytykset ja pienten lasten hoito voi rankastikin verottaa naisen ruumista ja siten terveyttä ja toimintakykyä. (Gissler 2003; Palotie 2007; Sihto 2007.) Naisilla on lyhyempi terveen eliniän odote kuin miehillä, vaikka naiset elävät miehiä kauemmin (Sihvonen 2005, 150). Sukupuolten välistä eroa terveystalvelujen käytössä on hankala arvioida juuri biologisten ja fysiologisten erojen takia. Tavallisten pitkäaikais-sairauksien oireet ja hoitokäytännöt saattavat perustellusti olla naisilla ja miehillä erilaisia. (Palotie 2007.) Fysioterapiaa saaneista 38 prosenttia koki edelleen tarvitsevänsä sitä. Heistä naisia oli 41 prosenttia ja miehiä 31 prosenttia. Kolmasosa 55–64-vuotiaista naisista koki fysioterapian tarvetta, eli naisten fysioterapian tarve oli suurin juuri ennen kansaneläkeikää, jolloin tuki- ja liikuntaelinten vajaakuntoisuus yleistyy (Liite 5 Aromaa ym. 2005c, 135–137). Miesten suurin fysioterapian tarve sijoittui vanhimpaan ikäryhmään. Voidaan myös kysyä, miksi täytyisi ihmetellä sitä, että naiset tarvitsevat

enemmän terveydenhuoltopalveluja kuin miehet? Tulevaisuuden tutkimuksissa genetiikan vaikutus hormonaaliseen säätelyyn ja siihen liittyvät vaikutusmekanismit ehkä selventyvät ja antavat monelle sairastumisprosessille luonnollisen sukupuoleen sidotun selityksen. Naisten ja miesten välistä eriarvoisuutta tai tasa-arvoisuutta ei pystytä arvioimaan pelkästään laskemalla terveydenhuoltokäyntien ja toimenpiteiden määriä.

Taloudellisten resurssien merkitys fysioterapiaan hakeuduttaessa

Hyvätuloiset käyttivät yleisemmin fysioterapiaa, vaikka alimmissa tuloluokissa koettiin hyvätuloisia yleisemmin fysioterapian tarvetta (Liite 4). Naisten fysioterapiaryhmien keskinäisessä vertailussa ilmeni suurempia sosioekonomisia eroja kuin miesten ryhmien välillä. Hyvin koulutetut ja toimeentulevat selviytyjäryhmän naiset olivat käyneet fysioterapiassa ja heillä oli parempi terveystaso kuin vajaakuntoisilla ja hoidotta jääneillä naisilla. Itsensä hoitamiseen tarvitaan tietoa, taitoa ja taloudellisia resursseja. Selviytyjien naisryhmässä oli vähiten ongelmia ja toimintakyvyn rajoituksia sekä joidenkin tekijöiden osalta jopa vähemmän tai samalla tasolla olevia rajoituksia kuin vertailuryhmässä. Jo vuoden 1987 väestötutkimuksessa todettiin, että ”[t]arkimmin huolehtivat terveydestään korkeasti koulutetut kaupunkilaisnaiset, joiden välityksellä uudet terveysideologiat ja -tavat välittyvät toisaalta saman sosiaaliryhmän miehiin, toisaalta naisten muihin ryhmiin ja muihin kuntaryhmiin” (Klaukka 1992, 103).

Taloudellisessa ahdingossa ja työelämän ulkopuolella olevilla oli vuonna 2000 vähäiset mahdollisuudet käyttää fysioterapiaa sen kalleuden takia. Fysioterapiaryhmien kahteen alimpaan tuloluokkaan kuuluvat olivat suhteellisen köyhyysrajan alapuolella tai lähellä sitä. Vajaakuntoisten ja hoitamattomien naisten väliset tuloerot eivät olleet merkitseviä, mutta puolet hoidotta jääneistä naisista oli kahdessa alimmassa tuloluokassa. Naisten taloudellisten resurssien niukkuus oli todennäköisesti yksi keskeisimpiä esteitä fysioterapian käyttöön. Hoidotta jääneillä miehillä oli miesryhmistä epäedullisin sosioekonominen tilanne. Hoidotta jääneille henkilöille terveydenhuollon asiakasmaksut saattoivat olla katastrofaalisen korkeat ja siten ne saattoivat olla syynä hoidotta jäämiseen (Klavus ym. 2006, 202; Wahlbeck ym. 2008, 32). Manderbackan ja työryhmän (2006, 52–56) mukaan terveydenhuollon laadussa ja saatavuudessa on ylempiä sosiaaliryhmiä suosivia eroja, ja mikäli oikeudenmukaisuutta halutaan edistää, tulee puuttua terveydenhuoltojärjestelmän rakenteellista epäoikeudenmukaisuutta ylläpitäviin tekijöihin.

Pitkäaikaissairaat ja pysyvästi vajaakuntoiset henkilöt

Ikä ja pitkäaikaissairaus eivät automaattisesti johda toimintakyvyn vajaukseen, eikä toimintavajaus myöskään automaattisesti johda fysioterapian tarpeeseen. Fysioterapian tarve on monien tekijöiden summa. Ikääntyvien ja pitkäaikaissairaiden terveysongelmia tai toimintakyvyn vajauksia pystytään harvoin poistamaan, mutta toimintakykyä ja siten omatoimisuutta, voidaan edistää ja ylläpitää fysioterapian keinoin.

Tutkimuksen vajaakuntoisten ryhmissä ei ollut eroa terveysongelmien ja toimintakyvyn rajoituksissa hoitamattomien ryhmään verrattaessa. Vajaakuntoisilla naisilla terveysongelmat ja toimintakyvyn rajoitukset olivat yleisempiä kuin selviytyjien naisilla. (Kuvio 5; Taulukko 23.) Vajaakuntoisten ryhmän naiset olivat hoidotta jääneisiin naisiin verrattuna keskimäärin nuorempia, useammalla heistä oli keskiasteen koulutus ja useampi heistä oli työssä. Vajaakuntoisilla naisilla oli samat taloudelliset mahdollisuudet hakea fysioterapiapalveluja kuin selviytyjien naisilla, ainoa ero löytyi koulutustaustasta. (Kuvio 6.) Naisryhmien väliset erot koulutustasossa voivat liittyä työtehtävien fyysisiin kuormitustekijöihin ja siten olla terveysongelmien ja toimintakyvyn rajoitusten taustalla. Fyysisesti kuormittavat työt ovat yleisempiä keskitason koulutusta edellyttävissä töissä kuin töissä, jossa koulutustason vaatimus on korkeakoulupohjainen. Vajaakuntoisten vanhimpaan ikäryhmään kuuluvia naisia oli odotettua vähemmän tässä tutkimuksessa (Taulukko 24). Väistämättä mieleen tulee Noron ja Finnen (2006) osoittama vanhusten alihoitoisuus ja Wahlbeckin ja työryhmän (2008, 55) osoittama ikäsyryntä ja ennakoasenteet. Tilanteen voidaan myös arvioida johtuvan siitä, että tässä ikäryhmässä pitkäaikaissairauksien ja oireiden hoidossa on saatettu siirtyä fyysisesti kevyempiin hoitomuotoihin ja hoitoon on ehkä lisätty lääkitys, apuvälineitä tai ulkopuolista apua. Asiaa tulisikin tutkia tarkemmin.

Hakulisen (2004, 57–61) tutkimuksessa noin 25 prosenttia fysioterapian käyttäjistä kuului fysioterapian suurkuluttajien ryhmään. He olivat saaneet fysioterapiaa vähintään 15 kertaa viimeisten 12 kuukauden aikana. Suurkulutus lisääntyi iän myötä ja oli yleisempää miehillä kuin naisilla, mitä voidaan pitää yllättävänä tuloksena. Pitkäaikaissairaudet olivat yleisin syy fysioterapian käyttöön. Koulutustausta oli vastakkainen kuin ”normaalikäyttäjällä”, toisin sanoen keski- ja korkeatason koulutustaustan omaavat henkilöt kuuluivat yleisemmin suurkuluttajien joukkoon kuin perustason koulutusta saaneet.

(Hakulinen 2004, 57–61.) Vajaakuntoisten vanhimpaan ikäryhmään kuuluvia miehiä oli odotettua enemmän, ja he ilmoittivat tarvitsevansa jatkoa fysioterapiahoidolleen erotuksena saman ikäryhmän naisista (Taulukko 24). Taustalla voi olla arkipäivän tietoisuus siitä, että osa samanikäisistä miehistä on onnistunut kohentamaan terveyttään, ja siksi ei haluta ”antaa periksi”. Hoidosta hyötyneiden miesten ryhmässä oli kaksi kertaa suurempi määrä vanhimman ikäryhmän miehiä kuin otoksessa ja yhtä paljon kuin samassa ikäryhmässä olevia naisia, kun oletusarvona on kaksi kertaa pienempi määrä. Miehet olivat jokseenkin terveitä ja hyväkuntoisia, sillä he olivat käyttäneet fysioterapiaa eivätkä enää kokeneet sen tarvetta.

Suurin osa suurkuluttajista ja vajaakuntoisista vanhemmista miehistä saattoi olla rintamaveteraaneja. Väestössä 75 vuotta täyttäneiden osuus vuonna 2001 oli 6,7 prosenttia, ja tämän ikäryhmän miehistä 87 prosenttia oli sotaveteraaneja. (STV 2002, 75; 2004, 81.) Vajaakuntoisten ja hoidosta hyötyneiden miesten välillä ei ollut eroa taloudellisessa tilanteessa. Vajaakuntoiset ja fysioterapian suurkuluttajamiehet saattoivat olla myös rintamaveteraaneja, joiden hyvinvointi ja itsenäinen selviytyminen edellyttävät fysioterapiaa tietyin ja säännöllisin välein. Valtionkonttori kustantaa rintamaveteraanien kuntoutusta, joten taloudellisten resurssien puute ei estä heidän hakeutumistaan fysioterapiaan. Tutkimuksen tiedonkeruun aikana rintamaveteraanien keski-ikä oli 80 vuotta. (Halla, Nyfors & Koivumäki 2006.) Kysymystä on mahdollista valaista jatkossa selvittämällä pitkäaikaissairauksien laatu ja kesto ryhmässä.

Kaksikymmentä vuotta aikaisemmin tehdyssä *Mini-Suomi* -tutkimuksessa 65–69-vuotiailla miehillä – mikä oli sotainvalidien ja rintamaveteraanien silloinen keski-ikä – oli samanikäisiä naisia suurempi kuntoutuksen ja fysikaalisen hoidon tarve (Aromaa ym. 1989, 320–321). Veteraanien toimintakyky vaihtelee yksilöllisesti, joten hyvässä kunnossa olevat miehet olivat voineet kuulua selviytyjien ryhmään ja hieman heikommassa kunnossa olevat miehet vajaakuntoisten ryhmään.

Hoidotta jääneiden vanhimpien miesten tilanne herättää kysymyksiä. Selviytyjien ja vajaakuntoisten vanhimpaan ikäryhmään kuuluvien miesten kokonaismäärä oli 46 henkilöä ja hoitamattomien määrä samassa ikäryhmässä oli 62 henkilöä. Todennäköisen jakauman mukaan enemmistö heistä olisi rintamaveteraaneja ja oikeutettuja kuntoutukseen ja fysioterapiaan, kuten heidän ikätoverinsa. Miksi he olivat jääneet ilman fysio-

rapiaa, vaikka tunnistivat sen tarvetta? Mahdollisia fysioterapian saannin esteitä voisivat olla pitkät etäisyydet hoitopaikkaan ja harva paikallisliikenne. Terveystilan ja alentuneen näkökyvyn takia oma ajokortti saattaa olla mennyttä. Oman avio- tai elämänkumppanin omaishoitajana toimiminen voi olla esteenä kuntoutukseen ja fysioterapiaan. Kysymykseen ei voida tässä saada vastausta, mutta sitä kannattaisi jatkossa selvittää.

Fysioterapian käytön ja saatavuuden alueellinen tasa-arvoisuus

Asuinpaikan sijainti voi huonontaa mahdollisuuksia saada terveystalvia, kuten maan pohjoisosissa ja harvaan asutulla maaseudulla. Pitkäaikaissairastavuus on maan itäosissa yleisempää kuin muualla maassa. (Keskimäki & Alha 2006, 86; Manderbacka 2005, 132.) Väestötutkimusten mukaan terveydenhuollon palvelujen tarve on historiallisesti ollut pohjoisessa suurin ja hoidon saatavuus pienin niin terveydenhuollon henkilöstön kuin hoitopaikkojen vähyden takia. Fysioterapian käytössä ei ollut eroa miljoonapiirien kesken eikä myöskään yhteyttä asuinpaikan taajama-asteeseen (Hakulinen 2004, 44–45). Hoitamattomien ryhmään kuuluvien asuinpaikat olivat yleisimmin pohjoisessa ja idässä.

Päätelmänä voidaan sanoa, että maaseudulla ja maan pohjois- ja itäosissa on maan muita osia suurempi mahdollisuus jäädä vaille fysioterapiaa. Fysioterapiapalvelujen saatavuus ja käyttö saattaa vaikeutua myös pitkien matkojen sekä liikenneyhteyksien ja palvelupisteiden harvalukuisuuden vuoksi. Vuonna 2006 noin 8 prosenttia väestöstä ei ollut saanut riittävästi hoitoa terveydenhuollossa. Palvelujen saatavuutta paljon tai jonkin verran haitanneita tekijöitä oli palvelujen puute tai etäisyys (59 %) ja rahan puute (25 %). (Klavus ym. 2006, 191.) Tilanne muistuttaa toteamusta vuodelta 1986, jossa ”[f]ysiatrian alan hoitopalvelut ovat lisääntyneet suhteellisen paljon viime vuosina. Lisäys ei ole kuitenkaan poistanut alueellista eriarvoisuutta: palveluja on edelleen eniten alueilla, joissa tuki- ja liikuntaelinsairastavuus on suhteellisen vähäistä”. (Salonheimo, Klaukka & Sievers 1986, 108.) Vuonna 1987 TULE-sairauksien esiintyvyys oli Itä-Suomen alueella 20 prosenttia ja Etelä-Suomessa 16 prosenttia (Klaukka 1992, 80). Kuopion miljoonapiirin sisällä tuntuu olevan selvitystä kaipaava ristiriitaisuus: fysioterapiaa saaneiden terveyshyöty oli suuri, mutta piirissä oli muita piiriä yleisemmin hoidotta jääneitä miehiä.

10.2 Terveydenhuollon ja fysioterapian vuorovaikutus

Tutkimuksen kontekstuaalinen viitekehys muodostui terveydenhuollon yleisen tason tekijöistä, joita yritettiin konkretisoida käytännön yksilötasolle fysioterapiaryhmien kautta (Kuvio 1). Koska tutkimusasetelma oli poikkileikkaustutkimus, ei ollut mahdollista tutkimusaineiston avulla selvittää lopputulokseen johtavia prosesseja. Terveydenhuollon keskeisten muutosten seuranta neljän vuosikymmenen aikana antaa kuitenkin vihjeitä siitä, mikä vaikutti mihinkin ja minkälaisia seurauksia milloinkin saattoi syntyä.

Seuranta-ajan ensimmäisiä vuosikymmeniä voidaan kuvata aktiivisena terveydenhuoltojärjestelmän rakentamisen kautena. Ihanteena oli terveydenhuoltopalvelujen tasavertainen saatavuus tasaisesti koko maassa. Poliittisten päätösten takana oli määrätietoisia strategiavalintoja, jotka jatkuivat yli hallituskausien. Terveydenhuollossa 1980-luvun lopulle asti yhteinen piirre oli toimintojen monipuolinen kehittäminen ja rakentaminen. Liikehdintä fysioterapian tasa-arvoiseen käyttöön jatkui 1980-luvun puoliväliin asti, jolloin koulutettuja fysioterapeutteja oli riittävästi ja väestöllä oli taloudelliset mahdollisuudet hakeutua hoitoon. Ammattihenkilökunnan määrä, myös fysioterapeuttien määrä, lisääntyi ja terveyskeskuksia rakennettiin nopeassa tahdissa. Kelan korvaukset olivat tasapainossa asiakasmaksujen kanssa ja useimmilla kansalaisilla oli varaa sairastaa, hakeutua hoitoon ja hankkia lääkkeitä. Kuntien ei tarvinnut murehtia taloudellisten resursien riittävydestä. Sota-ajan pulakausi oli lähimuistissa, joten vaatimustaso oli matala ja kuntalaiset olivat vähään tyytyväisiä.

Terveydenhuoltomenot ovat 1980–2004 välisenä aikana ainoastaan kerran (1992) ylittäneet 9 prosenttiin bruttokansantuotteesta (BKT), ja vuosina 1998–2001 osuus oli alle 7 prosenttia BKT:sta. Saman periodin aikana Ruotsin ja Tanskan terveydenhuoltomenojen osuudet BKT:stä olivat 8,3–8,7 prosenttia. (Stakes 2/2007, Taulukko 7.) Suomessa terveydenhuoltomenot olivat uusliberalistisen näkemyksen mukaan liian korkeat 1980-luvun lopussa, ja näin ajatteleville päättäjille taloudellinen lama tuli sopivaan aikaan.

Laman sosiaalipoliittisia päätöksiä eriarvoisuuden kasvualustaksi

Valtionosuusjärjestelmän uusiminen laman pahimpana aikana vähensi dramaattisesti kuntien käyttövaroja. Syöksi 1980-luvun hyvinvoivasta runsauden tilasta takaisin pula-

aikaan oli niin yllättävä ja pelottava, ettei kunnissa osattu tehdä harkittuja ja kauaskatseisia päätöksiä (Julkunen 2001). Tiukan rahatilanteen takia moni kuntalainen luopui fysioterapian käytöstä ja turvautui kotikonsteihin vaijojensa hoidossa. Sairastavuuden vähentyminen ei ollut syy fysioterapiakäytön vähenemiseen laman aikana. Terveydenhuollon yhteinen piirre muuttui toimintojen taantumiseksi ja purkamiseksi. (Arinen ym. 1989; Laamanen 1994; Vesterinen 2003; Vuorenkoski & Saarni 2006.)

Työttömyyden annettiin nousta, eikä julkishallinnossa kiinnitetty huomiota uusien työttömien terveydenhuoltoon ja heidän työkykynsä ylläpitämiseen. Valtioneuvoston kanslian vuonna 2005 tekemässä selvityksessä todettiin, että ”useat muutokset ovat heikentäneet haavoittuvassa asemassa olevien ja pitkäaikaisista psykososiaalisista ongelmista kärsivien [terveys]palveluja työikäistä ja -kykyistä väestöä enemmän” (Teperi 2005, 81). Säästöt tulivat kunnille kalliiksi veronmaksajien työkyvyttömyysjaksojen pidentymisen eli verotulojen vähenemisen vuoksi ja yksittäisille kuntalaisille myöhästyneen ja turhaan venyneen hoidon muodossa. (Teperi 2005; 2006.) Laman ”hoitamisen tavat” saattoivat alkuun eriarvoisuuteen johtavat rakenteelliset tekijät terveydenhuollossa.

Ennalta ehkäisevä terveydenhoito ja terveyden edistämistyö vähennettiin terveyskeskuksissa lähes olemattomiksi, mitä kritisoitiin WHO:n tekemissä arviointiraporteissa (Kokko 1993, 31; WHO 2002). *Terveys 2000* -ohjelman implementaatio ja jalkauttaminen kuntiin ei ollut onnistunut odotetulla tavalla (Sihto 1997; Kokko 2000). Ohjelman arvioinnissa ja uuden *Terveys 2015* -ohjelman tavoiteasettelussa oli edelleen keskeisenä huolenaiheena terveyden eriarvoisuuden kasvu väestössä (Koskinen & Teperi 1999; *Terveys 2015*). Kansanterveyskertomuksessa 1996 (kohta 4.4 ja 5.3) kuvattiin palvelurakenteen merkittävimmät muutokset laman aikana. Ehkäisevä terveydenhuolto ja kotikäynnit vähenivät ja erikoissairaanhoidon hoitajaksot lyhenivät, koska potilaat palautettiin terveyskeskusten vuodeosastolle. Sitä ennen potilaat pidettiin sairaalassa, kunnes heidät pystyttiin kotiuttamaan. Kuntoutuksen kohdentuminen ei ollut toteutunut tavoitteiden mukaisesti, ja kiristynyt taloudellinen tilanne vaikutti palvelujen järjestämiseen. Laman aikana kunnissa keskityttiin sairaanhoitoon. Oli unohdettu Pekka Kuusen (1961, 264) viisaus, ettei kansanterveys parane sairauksia hoitamalla.

Hyväosaisilla oli mahdollisuus kääntyä yksityiselle puolelle saamaan hoitonsa nopeasti ja näppärästi. Laman myötä fysioterapiasta tuli uudelleen ”hyväosaisten herkku”, kuten

se oli ollut ennen sotiamme. Kelan sairausvakuutuksen korvaustasoa ei ollut nostettu valtionosuusjärjestelmän uudistumisen jälkeen 1993, mutta lääkinnällisen kuntoutuksen tai fysioterapian tarvetta ei voi tyydyttää pelkästään sairausvakuutuksen korvaustaksan korjaamisella. Ongelma on paljon laajempi kuin Kelan korvausten jälkeensä jääneisyys. Julkisen ja yksityispuolen avoterveydenhuollon fysioterapian asiakasmaksut ovat ihmisten käyttövaroihin nähden korkeat ja joillekin ylivoimaisen kalliit. Terveyskeskuksissa on liian vähän fysioterapeutteja, jotta lääkinnällisen kuntoutuksen tarve saataisiin jotenkuten tyydytettyä ja hoitoketjut toimimaan niin kuin pitäisi sairaslomien lyhentämiseksi.

Terveydenhuoltojärjestelmän ja fysioterapian kehittämistarpeita

Muuttuva maailma, muuttuva sairastavuus ja muuttuvat käsitykset terveydestä ja sairaudesta ovat hitaasti ja huomaamattomasti tapahtuvia prosesseja. Terveys ei ole enää sairauden puuttumista, vaan terveyden sisältö ja käsite vaihtuvat sen mukaan, mihin tarkoitukseen terveyttä arvioidaan. Mikäli tavoitteena on sairauden hoitaminen ja parantaminen, biolääketieteellinen malli on toimivin ja paras. Sosiaalipolitiikassa työ määrittelee, milloin henkilö julistetaan sairaaksi ja milloin riittävän terveeksi työntekoon. Eri työtehtävät edellyttävät erilaisia taitoja ja jaksamista, joten sairaaksi todentamisen kriteerit vaihtelevat ja ovat monesti irrallisia sairauden oireiden laadusta tai määrästä. Hallinnollisia arviointitehtäviä, kuten soveltuvuus saada ajokortti tai aseenkantolupa, on annettu lääkäreille eli medikalisoitu muiden yhteiskunnallisten ilmiöiden kera. Vanhenemisestä johtuva ajokyvyn menettäminen ei liene sairaus. Sairauksien ilmenemismuodot ovat muuttuneet. Yhä useampi ihminen elää elämänsä toimintarajoitteisena, ja pitkäaikaissairastavuus on tasaisesti lisääntynyt 1960-luvulta lähtien. Pitkäaikaissairauksia ei saada ”hoitamalla pois”, niiden kanssa on opittava elämään. Uusi sairauspaletti on tuonut uusia kysymyksiä ja ulottuvuuksia terveydenhuoltoon. Onko pitkäaikaissairauksien hoito sairaanhoitoa vai pitkäaikaissairautta potevan ihmisen terveydenhuoltoa?

Pitkäaikaissairaiden elinaikainen, jatkuva ja järjestelmällinen hoito on joutunut väliinputoajan asemaan. Hoitoketjut katkeavat potilaan siirtyessä erikoissairaalaan perusterveydenhuoltoon. Kuntoutukseen, hoitomotivaatioon ja itsehoitoon tarvittava tietotaidon hankinta ja ylläpitäminen jää usein liian aikaisin ja kokonaan potilaan omalle vastuulle. Hyväosaiset pystyvät järjestämään jatkohoitonsa yksityisesti, köyhät eivät. (Mäkinen & Penttilä 2007; Hämäläinen & Röberg 2007.) Terveyskeskusten ajanvaraus ei aina toimi

odotetulla tavalla eikä hoitotakuuseen voi vedota, kun kyseessä ei ole ”uusi” sairaus. Valtiontalouden tarkastusviraston toiminnantarkastuskertomuksessa todettiin, että terveydenhuollossa suurimmat kokonaiskustannukset aiheutuvat välittömästi hoidon jälkeen (toipilasjakso/jatkohoito), seuraavaksi suurimmat aiheuttaa odotusaika ja pienimmät kustannukset syntyvät itse hoidosta. Tätä ei otettu riittävästi huomioon hoitotakuun valmistelussa. (VTV tarkastusvirasto 2008, 89–90.) Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimukset ja yhteiskunnan sosiaaliset rakenteet vaikuttavat suuressa määrin terveyspalvelujen käyttöön (Wahlbeck ym. 2008, 28–44).

Työterveyshuolto on yksi esimerkki eriarvoisuutta luovista rakenteellisista tekijöistä terveydenhuollossa. Työssä käyvistä ja työterveyshuollon piiriin kuuluvista työntekijöistä 78 prosenttia saa laaja-alaisia työterveyspalveluja, eli sairaanhoito on sisällytetty työterveyshuollon sopimukseen (Manderbacka ym. 2006, 45). Hakulisen (2004, 65) mukaan työssäkäyvistä noin 80 prosenttia sai fysioterapiaa työterveyshuollosta tai yksityiseltä sektorilta. Hyvätuloiset ja edullisesti terveyspalveluja saavat henkilöt osaavat ja pystyvät hakeutumaan fysioterapiaan myös lievien vaivojen ja oireiden parantamiseksi tai niiden ehkäisevään hoitoon. Lievät oireet ja vaivat korjaantuvat helpommin kuin vaikeat ja pitkään jatkuneet vaivat, ja todennäköisyys saada hoidosta hyvää terveyshyötyä kasvaa. Kuitenkin työterveyshuoltoa ei kannata romuttaa, vaan sen rinnalle on rakennettava työttömille, lomautetuille ja muille työelämään palaaville terveydenhuoltoa ja työkykyä ylläpitäviä palveluja. Mainittu tehtävä sisältyi terveyskeskusten alkuperäiseen tehtäväkuvaukseen (LKH YK 1572/1974), mutta sen merkitys on hämärtyneen laman ja sairaanhoidon aseman vahvistumisen takia.

Terveyden sosioekonomista eriarvoisuutta esiintyy kaikissa maissa riippumatta niiden vauraudesta (WHO 2007). Tieto väestöryhmien terveyseroista ja eriarvoisuus terveydenhuoltopalvelujen käytössä nousi Suomessa 1990-luvulla yleiseen tietoisuuteen ja julkishallinnon tarkasteluun. Eriarvoisuuden ongelmasta on tehty useita selvityksiä (Teperi 2005; Teperi 2006; Prättälä ym. 2007; Wahlbeck ym. 2008). Strategisia toimintaohjelmia on esimerkiksi ”Kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi 2004–2007”, joka johti muun muassa hoitotakuujärjestelmään eli säädökseen eikiireellisen sairaudenhoidon odotusajan enimmäispituudesta (L 855–857/2004). Muita laajoja strategiaohjelmia ovat hallituksen politiikkaohjelma terveyden edistämiseksi, ohjelma kansallisten terveyserojen kaventamiseksi sekä ikääntyneiden uudet palvelu-

konseptit (STM 2007; VN 2007; STM 2008:16; Voutilainen, Raassina & Nyfors 2008). Laman henkinen trauma jarrutti kuntien resurssien käyttöä pitkälle 2000-luvulle asti, kunnes harkitsemattoman säästämisen haittoja alkoi kasaantua muun muassa lasten ja nuorten henkisenä pahoinvointina ja terveydenhuoltohenkilökunnan uupumisena. Syksyllä 2008 iski uusi maailmanlaajuinen taloudellinen taantuma. Osataanko nyt järkevämmiin hoitaa meneillään olevaa lamaa?

Seurantajärjestelmään liittyvä kehittämistarve

Fysioterapian tarvetta ei ole aikaisemmin määrätietoisesti tutkittu väestötutkimuksissa, vaikka sen käyttöä on seurattu vuodesta 1976 lähtien. Väestön kuntoutuksen ja fysioterapian tarpeen arviointi on antanut vaihtelevia tuloksia, joihin vaikuttaa käsitteistön epätarkkuus ja jäsentymättömyys. Termit lääkinällinen kuntoutus, fysikaalinen hoito ja fysioterapia käytetään vaihtelevasti. Kuntoutustarpeen arviointiin voidaan sisällyttää sekä ammatillisen että lääkinällisen kuntoutuksen tarve niitä enempiä erottelematta. Termi ”lääkinällinen kuntoutus” korvataan usein käyttämällä vain sanaa kuntoutus, mikä on harhaanjohtava. Tarpeen arviointi voidaan tehdä sairausspesifisesti, jolloin ei saada yleiskäsitystä väestön palvelun tarpeesta sisältäen toimintakykyä ylläpitävää toimintaa, terveyden ja omatoimisuuden edistämistä. Lääkinällinen kuntoutus erikoissairaanhoidon avohuollossa sisältyy harvoin palvelujen seurantaan tai tarpeen arviointiin.

Taustalla on lääkinällisen kuntoutuksen ja fysioterapian puutteellinen tilastointi. Vuoden 2008 lopussa ilmestyi ansiokas raportti ja tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laadusta (Pekurinen, Räikkönen & Leinonen 2008). Raportissa ei ole mainintaa lääkinällistä kuntoutusta, vaikka se on sisällytetty kansanterveyslain velvollisuuksiin (L 66/1972, 14 §, mom. 2) ja asetuksella perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon (As. 1015/1991). Stakesin tilastouudistus vuodelta 2008 noudattaa OECD:n, Eurostatin ja WHO:n määrittelemiä yhteistiedonkeruun tietosisältöjä ja rakenteita. Tilastoinnin tarkkuus on yhteydessä sen käyttötarkoitukseen ja uudistus täyttää kansainvälisen vertailun tarpeen. Lääkinällisen kuntoutuksen osalta tilastointiin sisältyy vain fysioterapian avohoito perusterveydenhuollossa, yksityinen laituskuntoutus ja apuvälinetoiminta. (Moilanen ym. 2008, 25, 36–37, 63.) Terveystieteiden kustannustehokkuutta ei saada luotettavasti laskettua, ellei kaikkia kustannustekijöitä sisällytetä laskelmiin. Tarvitaan tarkempia seurantavälineitä ja myös terveyshyötyä kuvaavia mittareita.

Anglosaksisissa maissa kansalliset fysioterapialiitot ovat tehneet selvityksiä fysioterapi-an käytöstä, tarpeesta ja toiminnan kehittämisestä. Tulokset ovat tietenkin ammattikun-tien intressien mukaisia. Yhdysvaltojen Washingtonin osavaltiossa on tehty selvitys ke-hitysvammaisten palvelutarpeesta ja siitä, miten heidän tarpeisiinsa on vastattu. Tapauk-sia oli yli 26 000. Tarkastelun asetelmana oli nelikenttä, jonka yksi ulottuvuus oli palve-lujen saanti ”kyllä/ei” ja toisena palvelujen riittävyys tai riittämättömyys niiden tarpee-seen nähden. Kehitysvammaisista 62 prosenttia sai niitä palveluja, joita he tarvitsivat, kun taas 16 prosenttia sai palveluja mutta ei riittävästi, eli he olivat alihoidettuja. Henki-löistä 11 prosenttia ei tarvinnut palveluja, eivätkä he siten saaneet niitä, ja saman verran eli 11 prosenttia ei saanut lainkaan tarvitsemiaan palveluja. (Weber, Longhi & Tyrell-Smith 1998.) Tulokset alihoidettujen ja hoidotta jääneiden määrästä olivat samansuun-taisia kuin suomalaisissa selvityksissä (Vuorma ym. 2007; Noro & Finne 2006).

10.3 Tutkimuksen vahvuuksia ja heikkouksia

Tutkimuksen vahvuudet

Terveys-2000 -väestötutkimuksen aineisto pohjautuu laajasti ja monipuolisesti arvioi-tuun otokseen, jonka luotettavuus ja edustettavuus on monessa yhteydessä varmistettu. Otokseen sisältyivät laitoshoidossa pysyvästi olevat henkilöt ja se edusti siten kattavasti 30 vuotta täyttäneiden mannersuomalaisten koko väestöä. Tutkimuksen peruseräraportissa (Aromaa & Koskinen 2002, 14, 6–7) todetaan, että osallistujamäärä oli poikkeuksellisen hyvä ja vertailut *Mini-suomi*-tutkimukseen ovat vankalla pohjalla. Mainitut vahvuudet olivat jo olemassa tämän tutkimuksen alkaessa vuonna 2000.

Terveys 2000 -tutkimuksen tiedonkeruuhaastatteluisissa käytetyillä terveyden ja toiminta-kyvyn mittareilla on pitkä perinne vajaakuntoisuuden ja vammaisuuden toiminnallisten rajoitusten ja terveysongelmien kuvaamisessa. Ne ovat vähitellen valikoituneet käyttöön hyvän toimivuutensa ansiosta; esimerkkeinä ovat *Mini-Suomi* ja vuodesta 1987 alkaen tehdyt suomalaiset väestötutkimukset (Klaukka 1981; Aromaa ym. 1989; Kalimo ym. 1989a). Osa *Terveys 2000* -tutkimuksessa käytetyistä kysymyksistä sisältyy WHO:n ja EU:n suosituksiin väestötutkimuksissa käytettäväksi yleisiksi toimintakyvyn mittareiksi.

Tuloksilla ei ole niiden luonteen vuoksi normaaliarvoja, sillä vastaajan toimintaympäristö määrittelee pitkälti sen, onko hänen toimintakykynsä jokapäiväisissä toiminnoissa rajoittunut vai ei. Kerrostalo ilman hissiä voi ehkäistä vajaakuntoisen itsenäistä asioimista kodin ulkopuolella, kun taas itsenäinen liikkuminen voi olla rajoittamatonta saman henkilön asuessa yksikerroksisessa rivitaloasunnossa, jossa ei ole portaita. Mittarien jatkuva kehittäminen ja standardisoiminen tehdään nykyisin kansainvälisessä yhteistyössä. (Mm. de Bruin ym. 1996; Guralnik & Ferrucci 2003; Rätty ym. 2003.)

Tutkimukseen valitut terveysongelmien ja toimintakyvyn rajoituksia kuvaavat muuttujat edustavat terveyteen liittyvää toiminnallista tilaa, konkreettista karkeamotorista fyysistä toimintakykyä sekä yleiseen ja tavanomaiseen toimintaan vaadittua ajatus- ja päättelykapasiteettia (WHO & Stakes 2004). Tutkimusote oli ongelmalähtöinen (Liite 2). Haastattelukysymysten muutamasta muuttujasta muodostettiin indekset. Tutkimuksessa muodostettiin toimintakyvyn rajoituksia kuvaavat muuttujat dikotomisoimalla kysymyksen vastaukset, mikä nostaa ei-rajatun toimintakykyluokan vaativuustasoa. Jämäkän dikotomisoinnin ja indeksoinnin hyöty oli se, että raja rajoitetun toimintakyvyn ja ei-rajatun toimintakyvyn välillä tuli selväksi. (Liite 2.) Analyysimenetelmän avulla oli mahdollista päätellä myös ryhmien keskinäinen järjestys.

Sukupuoli, ikä, koulutus, tulotaso ja työmarkkina-asema toimivat selkeinä osoittimina, kun tarkoituksena oli arvioida fysioterapian käyttöä ja sen saatavuuteen vaikuttavia sosiodemografisia tekijöitä. Sosioekonominen asema on monitahoinen käsite, ja Suomessa koulutustaso liittyy usein ammattiasemaan ja tulotasoon (Prättälä ym. 2007, 16; Lahelma ym. 2007, 26). Valitut tekijät toimivat hyvin, ja tässä tutkimuksessa työmarkkina-asemaa kuvaavan mittarin tärkeimmät dimensiot olivat työssä tai eläkkeellä olo.

Avoimeksi jääneitä kysymyksiä

Avoimeksi jää kysymys, miten hyvin valitut muuttujat ovat yhteydessä fysioterapian tarpeeseen. Diagnoosien yhteydet toimintakyvyn rajoitukseen on selvitetty ja niiden perusteella tehdään kliinisiä johtopäätöksiä fysioterapian tarpeesta (ks. luvut 4.5, 4.6 ja 5.3). Rajoitetun toimintakyvyn yhteys todennäköiseen fysioterapiatarpeeseen on toiminnallinen, ei kliininen, kysymyksenasettelu. ICF-luokituksen myötä ihmisen toimintakyvyn tilaa ei tarvitse liittää diagnoosiin, vaan muutokset toimintakyvyn parantami-

seksi voidaan suunnata ympäristötekijöihin, sairauden jälkitilan parantamiseen tai näihin molempiin. (WHO/Stakes 2004.) Tämä perspektiivi on sisältynyt väestötutkimuksiin, ja se on uusi ulottuvuus terveyden ja hyvinvoinnin tutkimuksissa (Martelin ym. 2004, 124–129, Vaarama 2004, 136–141).

Liikkumiskykyä selvittävät kysymykset mittasivat liikkumiskyvyn eri ulottuvuuksia. Määriteltyyn ja konkreettiseen toimintaan suuntautuneeseen kysymykseen on helppo vastata (pystyykö itsenäisesti liikkumaan eri kohteisiin asuinalueella, kuten apteekkiin ja lähikauppaan tai kulkemaan linja-autolla tai junalla). Määrittelemättömään liikkumiskykyyn suunnattuun kysymykseen (kyky liikkua yksin ja ilman apuvälineitä) on hankalampi vastata. Kysymys voidaan mieltää kokonaisvaltaisesti, jolloin vastaaja voi summata laajasti liikkumisen historiaansa ja liikkumisen kokemuksiaan. Vastauksen prosessointi voi silloin olla vastaavanlainen kuin muodostettaessa vastaus kysymykseen koetusta terveydestä (Jylhä 1994; Idler & Benyamini 1997). Vastausten ero liikkumiskyvyn kahdentyyppisissä kysymyksissä tuntuu tästä näkökulmasta johdonmukaiselta. Tämän ajatuksen testaus voisi antaa uusia ideoita koetun toimintakyvyn tutkimiseen.

Tutkimuksen heikkoudet

Fysioterapiaa käyttäneet jakautuivat kahteen ryhmään: niihin, jotka eivät enää tarvitseet fysioterapiaa, ja niihin, jotka näkivät hoidon jatkumisen tarpeelliseksi. Hoidotta jääneiden ryhmä oli tutkimuksen keskeinen kohde. Ryhmä oli jäänyt ilman fysioterapiaa syystä, jota ei ole mahdollista selvittää käytettävissä olevan aineiston avulla. Jatkokysymys ”miksi” ei sisältynyt haastattelulomakkeen kysymyssarjaan. Tämä olisi selkeyttänyt monia vielä avoimeksi jääneitä kysymyksiä, kuten muun muassa oliko taloudellinen tilanne todella taustalla oleva syy, olivatko syynä pitkät ja huonot kulkuyhteydet, miksi hoidotta jääneet vanhimman ikäryhmän miehet – jotka olivat muihin ikäisiinsä verraten suurin ryhmä – olivat jääneet ilman fysioterapiaa, ja myös miksi niin paljon ikääntyneitä naisia oli jäänyt hoidotta. Laajoissa väestötutkimuksissa ei pääse eroon siitä realiteetista, että tietoja huomataan puuttuvan raportointivaiheessa. Sen kanssa on vain eletävä.

Kysymys lisähoidon tarpeesta (BB03d, Liite 2,1) oli hieman epäselvä, ja vastaukset jäivät tulkinnanvaraiseksi. Kysymyksen muotoilussa sana ”lisää” on kaksiselitteinen: vastaaja on voinut tarkoittaa, että hän tarvitsee nykyisten hoitojen lisäksi fysioterapiaa tai

että hän on saanut fysioterapiaa ja tarvitsee sitä lisää. Terveyspalvelujen käyttöä koskevassa selvityksessä (Häkkinen & Alha 2006, 142–143) fysioterapian lisähoitojen tarpeessa ei ollut merkitseviä eroja vastanneiden asuinalueen, koulutusasteen eikä tuloviihdenneksen jakaumissa. Tarkastellusta 743 henkilön ryhmästä 532 oli vastannut ”kyllä” kysymykseen lisähoidon tarpeesta. Tämä määrä on noin kolmasosa niistä, jotka ilmoittivat tarvitsevansa fysioterapiaa. (Taulukko 12; Kuvio 4.) Haastatteluun olisi voinut sisältyä kysymys miksi tai mihin vaivoihin haastateltava oli käyttänyt tai koki tarvitsevansa fysioterapiaa. Tiedot olisivat antaneet kuvan siitä, minkälaisia vaivoja jäi hoitamatta. Tänä päivänä ihmiset tietävät paljon sairauksista, vaivoista ja oireiden hoidosta ja heitä kehoitetaan osallistumaan omaan hoitoonsa ja ottamaan vastuuta terveydestään.

Fysioterapiaryhmien henkilöiden määrä oli suuri mutta osoittautui kuitenkin vähäiseksi joissakin tapauksissa, kuten Taulukoissa 18, 19, 21, 25, 27 ja 28. Vähäinen tutkittavien määrä soluissa heikentää tuloksien luotettavuutta siksi, että muutaman henkilön sijoittuminen eri soluihin vaikuttaa esiintyvyyden vaihteluun ja tulosten luotettavuuteen. Tulokset taulukossa 18 osoittivat, että naisten fysioterapiaryhmissä oli vähemmän tai samantasoisia vuorovaikutuskyvyn rajoituksia kuin vertailuryhmän naisilla. Samankaltainen tilanne koski Taulukkoa 19, josta kävi ilmi vajaakuntoisilla miehillä olevan vähän omatoimisuuden rajoituksia. Vajaakuntoisilla miehillä on vähän liikkumisen rajoituksia (Taulukot 20–22), kuten myös hoidotta jääneillä miehillä (Taulukot 21 ja 22). Tulokset ovat mielenkiintoisia, mutta ne edellyttävät tarkempia lisätutkimuksia ennen kuin tuloksia voidaan pitää pätevinä.

Lopuksi

Durkheimin käyttöön ottama käsite kollektiivinen tajunta, joka ilmenee yhteiskunnissa yli sukupolvia jatkuvana ja pysyvänä arvosuuntauksena, näyttää edelleen olevan vahva suomalaisessa yhteiskunnassa. Kansan muisti on pitkä, eikä viime vuosisadan alku, jolloin perheet saattoivat köyhyyden tai lääkäripulan takia jäädä vailla hoitoa ja lääkkeitä, ole mielissä kaukana. Yhteiskunnallisessa tajunnassa sairaanhoito on edelleen terveydenhuollon tärkein tehtävä. Anttosen ja Sipilän (2000, 21) toteamus, ”[h]istoria on välttämätön lähtökohta ymmärtää nykyisyyttä”, pitää paikkaansa ja sitä on hyödynnettävä muutosten implementaatioissa, jotta ne saataisiin pysyviksi ja toimiviksi.

Tutkimuksessa käytetyllä tutkimusasetelmalla pystyttiin osoittamaan, että terveydenhuollon kentällä on piileviä epäoikeudenmukaisia käytäntöjä, joita tulee tarkemmin selvittää ja joiden poistamiseksi tulisi ryhtyä. Tässä ja aikaisemmissa tutkimuksissa on osoitettu olevan köyhyydestä ja vähäisistä taloudellisista resursseista johtuvaa väestöryhmien välistä eriarvoisuutta terveys- ja fysioterapiapalvelujen käytössä. Sukupuoleen liittyvästä eriarvoisuudesta on viitteitä, vaikka kriteerit arvioida sukupuolten välistä eriarvoisuutta terveyspalvelujen käytössä ja tarpeessa ovat kehittymättömiä eikä niihin nojaten voida esittää päteviä johtopäätöksiä. Ikääntyviä kohtaan on osoitettu olevan ikäsyrjintää palvelutarpeen arvioinnissa ja palvelujen myöntämisessä. Sekä kunnan päättäjät että kuntalaiset pitävät arvossa, että ikäihmiset pystyisivät asumaan mahdollisimman kauan omassa kodissaan, mutta konkreettiseen apuun tai ikäihmisten toimintakykyä ylläpitämiseen ei anneta resursseja. Eriarvoisuuden aiheuttaja tuntuu olevan eri säädöksissä määritellyt yksilölliset oikeudet lääkinnälliseen tai muuhun kuntoutukseen, jolloin tulkinnanvaraiset ohjeet ja päättäjien omat näkemykset aiheuttavat erilaisia ja keskenään ristiriitaisia päätöksiä kunnissa. Työttömien ja pätikätyöläisten perusterveydenhuolto ja työkykyä ylläpitävät toimenpiteet ovat usein vajaasti toimiva kokonaisuus jolloin epäedullisessa tilanteessa olevia jätetään vähälle huomiolle ja vailla tarpeellisia terveyspalveluja. Työssä olevat, joilla työterveyshuolto sisältyy työsopimukseen, ovat etuoikeutetussa asemassa. Fyysiset sairaudet ja ongelmat hoidetaan useimmiten hyvin, kun taas psyykkiset sairaudet ja ongelmat jätetään hoidotta tai hoidetaan vajaasti. Yhteiskunnan lupaus oikeudenmukaisesta ja tasa-arvoisesta terveydenhuollosta ei ole toteutunut ei fysioterapiapalvelujen eikä monen muunkaan terveyspalvelun suhteen.

Uusia ajatusmalleja ja menetelmiä on kehittymässä. Sitran uudessa terveydenhuollon tilaa selvittävässä raportissa esitetään, että hoito tulisi järjestää potilaan terveysongelman mukaisesti yhtenä kokonaisuutena, eikä sitä tulisi pilkkoa erillään tuotettuihin ja rahoitettuihin osiin. Seuranta tulisi kohdistua saatuihin terveyshyötyihin toimenpiteiden kustannusten sijaan. Monikanavainen rahoitusjärjestelmä ylläpitää palvelujen pirstalemaisuuutta ja estää esimerkiksi ikääntyvien henkilöiden palvelujen kehittämistä. Suomalainen terveydenhuolto on kuitenkin hyvä ja on lunastanut paikkansa johtavien terveysjärjestelyjen joukossa. (Teperi, Porter, Vuorenkoski & Baron 2009, 15–19.) Yhteiskunnan kehittämistä tulee jatkaa Pekka Kuusen linjausten mukaan ”kansalaisten parhaaksi”.

KIRJALLISUUS

Tutkimuskirjallisuus

Acheson, D. (1998): "*Independent inquiry to inequalities in health report*". The Stationery Office, London. WWW-dokumentti <<http://www.archive.official-documents.co.uk/document/doh/ih/contents.htm>> [luettu 3.5.2009].

Alha, Pirkko (2006): "Aineisto ja menetelmät". Teoksessa Häkkinen, Unto & Alha, Pirkko (toim.): *Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000 - tutkimus*. Terveiden ja toimintakyvyn osasto, Kansanterveyslaitos B10/2006. Helsinki, 10–21.

Alha, Pirkko & Hakulinen Katri (2006): "Fysioterapiapalvelujen käyttö". Teoksessa Häkkinen, Unto & Alha, Pirkko (toim.): *Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000 -tutkimus*. Terveiden ja toimintakyvyn osasto, Kansanterveyslaitos B10/2006, Helsinki, 80–82 ml. liitteet 134–135, 140–145. WWW-dokumentti <http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2006/2006b10.pdf> [luettu 3.5.2009].

Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (2000): *Suomalaista sosiaalipolitiikka*. Vastapaino, Tampere.

Arinen, Sisko & Häkkinen, Unto & Klaukka, Timo & Klavus, Jan & Lehtonen, Risto & Aro, Seppo (1998): *Suomalaisten terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen 1955/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987*. Suomen Virallinen Tilasto, Terveys:5. Stakes ja Kela, Helsinki.

Aro, Seppo & Byckling, Timo & Häkkinen, Unto & Notkola, Veijo & Ollila, Juha-Pekka (1992): *Suomalaisen aikuisväestön terveystieteiden tutkimuskeskuksen 1991. Raportteja 70, Sosiaali- ja Terveystieteiden tutkimuskeskus*. VPAK-kustannus, Helsinki.

Aro, Seppo & Noro, Anja & Byckling, Timo & Häkkinen, Unto & Salinto, Marjo & Kerppilä, Satu (1993): *Aikuisväestön terveystieteiden tutkimuskeskuksen 1992. Raportteja 120*. STAKES, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Gummerus Kirjapaino, Helsinki.

Aromaa, Arpo (2005): "Eri tutkimusvaiheet". Teoksessa Heistaro, Sami (toim.): *Menetelmäraportti. Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät*, Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 6. Kansanterveyslaitos, Terveiden ja toimintakyvyn osasto. Hakapaino Oy, Helsinki, 18–19. WWW-dokumentti [luettu 4.5.2009]. <http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2005/2005b6.pdf>

Aromaa, Arpo (2005): "Kotikäyntihaastattelut". Teoksessa Heistaro, Sami (toim.): *Menetelmäraportti. Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät*, Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 6. Kansanterveyslaitos, Terveiden ja toimintakyvyn osasto. Hakapaino Oy, Helsinki, 36–48. WWW-dokumentti <http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2005/2005b6.pdf> [luettu 4.5.2009].

Aromaa, Arpo & Heliövaara, Markku & Impivaara, Olli & Knekt, Pauli & Maatela, Jouni & Joukamaa, Matti & Klaukka, Timo & Lehtinen, Ville & Melkas., Tapani & Mälkiä, Esko & Nyman, Kauko & Paunio, Ilkka & Reunanen, Antti & Sievers, Kai & Kalimo, Esko & Kallio, Veikko (1989): *Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveystutkimuksen perustulokset*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32. Vammalan kirjapaino, Helsinki ja Turku.

Aromaa, Arpo & Koskinen, Seppo (toim.) (2002): *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset*. Kansanterveystieteen julkaisuja B3/2002. Kansanterveystieteen tutkimuskeskus, Terveystieteen ja toimintakyvyn osasto. Hakapaino Oy, Helsinki. WWW-dokumentti [luettu 3.5.2009].
<http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2002b3.pdf>

Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi & Koskinen, Seppo & Teperi, Juha. (2005a): ”Päätelmät ja suositukset”. Teoksessa Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi & Koskinen, Seppo & Teperi Juha (toim.): *Suomalaisten terveys*. Oy Duodecim, Kansanterveystieteen tutkimuskeskus ja STAKES. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 461–465.

Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi & Koskinen, Seppo & Teperi Juha (2005b): ”Yhteenveto väestön terveyden kehityksestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä”. Teoksessa Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi & Koskinen, Seppo & Teperi, Juha (toim.): *Suomalaisten terveys*. Oy Duodecim, Kansanterveystieteen tutkimuskeskus ja STAKES. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 444–460.

Aromaa, Arpo & Gould, Raija & Hytti, Helka & Koskinen, Seppo (2005c): ”Toimintakyky, työkyky ja sairauden sosiaaliset seuraukset”. Teoksessa Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi & Koskinen, Seppo & Teperi Juha (toim.): *Suomalaisten terveys*. Oy Duodecim, Kansanterveystieteen tutkimuskeskus ja STAKES. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 134–148.

Asadi-Lari, Mochsen & Tamburini, Marcello & Gray, David (2004): ”Patients’ needs, satisfaction, and health related quality of life: Towards a comprehensive model”. *Health and Quality of Life Outcomes* 2:32.

Bachmann, Martina & Haanpää, Maija (2008): ”Krooninen kipu”. Ajankohtaista Lääkärin Käsikirjasta. *Duodecim* 124:142–145.

Bailis, Daniel S. & Segall, Alexander & Chipperfield, Judith G. (2003): ”Two views of self-rated general health status.” *Social Science & Medicine* 56:203–217.

Barker, D.J.P. & Forsén, T. & Uutela, A. & Osmond, C. & Eriksson J.G. (2001): ”Size at birth and resilience to effects of poor living conditions in adult life: longitudinal study”. *British Medical Journal* 323;1273.

Benamins, Maureen Reindl & Hummer, Robert A. & Eberstein, Isaac W. & Nam Charles B. (2004): ”Self-reported health and adult mortality risk: An analysis of cause-specific mortality” *Social Science & Medicine* 59:1297–1306.

Benyamini, Yael & Idler, Ellen L. (1999): Community Studies Reporting Association Between Self-Rated Health and Mortality. *Research on Aging* 21:3, 392–401.

Benyamini, Yael & Lewenthal, Elaine A. & Leventhal Howard (1999): "Self-Assessment of Health. What do people know that predicts their mortality?" *Research on Aging* 21;3: 477–500.

Bjurström, B. & Fredlund, P. (2001): "Self rated health: Is it a good predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes?". *Journal of Epidemiology and Community Health* 55:836–840.

Bowling, Ann (1997): "Measuring Health. A Review of Quality of Life Measurement Scales", 2 ed. Open University Press, Buckingham.

Bowling, Ann (2005): "Just one question: If one question works, why ask several?" *Journal of Epidemiology and Community Health* 59:342–345.

de Bruin, A. & Picavet, H.S.J & Nossikov, A. (eds.) (1996): *Health interview surveys. Towards international harmonization of methods and instruments*. WHO regional publications. European series, No. 58. WWW-dokumentti <<http://www.euro.who.int/Document/E72841A.pdf>> sekä <<http://www.euro.who.int/Document/E72841B.pdf>> [luettu 4.5.2009].

Chang, W.-C. (2002): "The meaning of goals of equity in health" *Journal of Epidemiology and Community Health* 56, 488–491.

Clarke, Philip M. & Ryan, Chris (2006): "Self-reported health: reliability and consequences for health inequality measurement" *Health Economics* 15, 645–652.

Dahlgren, Göran (1994): *Samhällets hälsopolitik 1994-2004. Tänkbara framsteg och snedsteg*. Socialstyrelsen, Folkhälsoinstitutet, Landstingsförbundet, Svenska kommunförbundet. Infoproducenterna, Landstingsförbundet, Stockholm.

Dahlgren, Göran & Whitehead Margaret (2006): "Leveling up (part 2): a discussion paper on European strategies for tackling social inequities in health" *Studies on social and economic determinants of population health* No 3. WHO collaboration Centre for Policy Research on Social Determinants of Health. The WHO Regional Office for Europe, University of Liverpool. WWW-dokumentti <<http://www.euro.who.int/document/e89384.pdf>> [luettu 3.5.2009].

DeWalt, Darren A. & Berkman, Nancy D. & Sheridan, Stacey & Lohr, Kathleen N. & Pignone, Michael P. (2004): "Literacy and Health Outcomes. A Systematic Review of the Literature." *Journal of General Internal Medicine* 19, 1228–1239.

Djerf, Kari & Laiho, Johanna & Härkänen, Tommi & Knekt, Pauli (2005): "Painoker-toimien määrittäminen ja tilastollinen analyysi" Teoksessa Heistaro, Sami (toim.): *Menetelmäraportti. Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 6/2005. Kansanterveyslaitos, Terveiden ja toimintakyvyn osasto. Hakapaino Oy, Helsinki. WWW-dokumentti <http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2005/2005b6.pdf> [luettu 3.5.2009].

van Doorslaer, Eddy & Masseria, Christina and the OECD Health Equity Research Group Members (2004): "Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries". OECD Health Working Paper NO. 14. DELSA/ELSA/WD/HEA(2004)5 OECD, OCDE. WWW-dokumentti <<http://www.oecd.org/dataoecd/14/0/31743034.pdf>> [luettu 3.5.2009].

Durkheim, Émile (1990): *Sosiaalisesta työnjaosta*. Alkuteos *De la division du travail social* (1893). Suomennos Seppo Randell ja Oy Gaudeamus Ab. Gaudeamus, Helsinki.

Esping-Andersen, Göran (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Polity Press, Cambridge UK.

Esping-Andersen, Göran (2006): kirjeenvaihto sähköpostilla 27.9.2006, gosta.esping@upf.edu.

Forma, Pauli & Kuivalainen, Susan & Niemelä, Mikko & Saarinen, Arttu (2007): *Kuin-ka hyvinvointivaltio kesytetään? Julkisen sektorin uudistaminen ja hyvinvointipalvelujen muutos Pohjoismaissa*. Turun yliopiston Sosiaalipolitiikan laitoksen julkaisuja B:32. WWW-dokumentti <<http://www.soc.utu.fi/laitokset/sosiaalipolitiikka/julkaisut/materiaalit/khk.pdf>> [luettu 3.5.2009].

Frontera, Walter & Hughes, Virginia A. & Lutz, Karyn J. & Evans, William J. (1991): "A cross-sectional study of muscle strength and mass in 45- to 78-yr-old men and women". *Journal of Applied Physiology* 71, 644–650.

Gabe, Jonathan & Bury, Mike & Elston, Mary Ann (2004): *Key Concepts in Medical Sociology*. Sage Publications, London.

Galobardes, Bruna & Shaw, Mary & Lawlor, Debbie A. & Lynch, John W. & Smith, George Davey (2006): "Indicators of socioeconomic position (part 1)". *Journal of Epidemiology and Community Health* 60, 7–12.

Gissler, Mika (2003): "Terveyspalvelujen käyttö sukupuolittain", Teoksessa Luoto, Riitta & Viisanen, Kirsi & Kulmala Ilona (toim): *Sukupuoli ja terveys*. Vastapaino, Tampere, 277–288.

Graham, Hilary (2002): "Building an inter-disciplinary science of health inequalities: the example of life course research". *Social Science & Medicine* 55, 2005–2016.

Graham, Hilary & Kelly, Michael P. (2004): *Health inequalities: concepts, frameworks and policy*. Series: Briefing paper: NHS, Health Development Agency. Printout, online. WWW-dokumentti <http://www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/health_inequalities_policy_graham.pdf> [luettu 3.5.2009].

Guralnik, Jack M. & Ferrucci, Luigi (2003): "Assessing the Building Blocks of Function Utilizing Measures of Functional Limitation". *American Journal of Preventive Medicine* 25:3, 112–121.

Hagelberg, Nora & Valjakka, Anna (2008): ”Pitkittyvän kivun tunnistaminen ja kuntouttava hoito ehkäisevät selkävivun kroonistumista”. *Suomen Lääkärilehti* 63:17, 1609–1613.

Hakulinen Katri (2004): *Avofysioterapiapalvelujen käyttö Suomessa. Terveys 2000 – tutkimus*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B14/2004. Kansanterveyslaitos, Terveiden ja toimintakyvyn osasto. Hakapaino Oy, Helsinki. WWW-dokumentti
<http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2004b14.pdf>
[luettu 3.5.2009].

Halla, Klaus & Nyfors, Hanna & Koivumäki, Aino-Inkeri (2006): ”Rintamaveteraanikuntoutus vuonna 2005 – selvitys veteraanikuntoutusrahojen käytöstä”. STM selvityksiä 2006:48. WWW-dokumentti
<<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2006/09/hl1158130981771/passthru.pdf>> [luettu 26.1.2009].

Hautamäki, Liisa (2007): ”Fysioterapia sosiaali- ja terveydenhuollossa”. Teoksessa Holma, Tupu (toim.): *Fysioterapianimikkeistö 2007*. Suomen Kuntaliitto 2007, 10–14.

Heistaro, Sami & Jousilahti, P. & Vartiainen, Erkki & Puska, Pekka (2001): ”Self rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland”. *Journal of Epidemiology and Community Health* 55, 227–232.

Heistaro Sami (toim.) (2005): *Menetelmäraportti. Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät*. Kansanterveys-laitoksen julkaisuja B 6/2005. Kansanterveyslaitos, Terveiden ja toimintakyvyn osasto. Hakapaino Oy, Helsinki. WWW-dokumentti
<http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2005/2005b6.pdf>
[luettu 3.5.2009].

Heliövaara, Markku & Impivaara, Olli & Nykyri, Erkki & Riihimäki, Hilka (2007a): ”Changes in morbidity”. Teoksessa Kaila-Kangas, Leena (toim.): *Musculoskeletal disorders and disease in Finland. Results of the Health 2000 Survey*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B25/2007. Helsinki, 60–69. WWW-dokumentti
<http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2007/2007b25.pdf>
[luettu 3.5.2009].

Heliövaara, Markku & Arokoski, Jari & Nykyri Erkki & Kröger Heikki (2007b): ”Use of health services”. Teoksessa Kaila-Kangas, Leena (toim.): *Musculoskeletal disorders and disease in Finland. Results of the Health 2000 Survey*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B25/2007, Helsinki, 57–59. WWW-dokumentti [luettu 3.5.2009].
<http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2007/2007b25.pdf>

Hemerjick, Anton (2002): “The Self-Transformation of the European Social Model(s)”. Teoksessa Esping-Andersen, Gösta & Gallie, Duncan & Hemerjick, Anton & Myles, John (toim.): *Why We Need a New Welfare State*. Oxford University Press Inc., New York, 173–213.

Hemminki, Elina & Luoto, Riitta & Gissler, Mika (2006): ”Sukupuolierot terveystalvelujen kohdentumisessa” Teoksessa Teperi, Juha & Vuorenkoski, Laura & Manderbacka, Kristiina & Ollila, Eeva & Keskimäki, Ilmo & Stakes (toim.): *Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Hyvinvointivaltion rajat -hankkeen Sosiaali- ja terveystalvelujen kohdentumisen oikeudenmukaisuus -työryhmän selvitys. Stakes, Edita Prima, Helsinki, 56–63. WWW-dokumentti <<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/M233-VERKKO.pdf>> [luettu 15.2.2009].

Hemminki, Elina & Kangas, Ilka & Topo, Päivi (1992): ”Läketieteellinen teknologia ja vaihdevuodet – esimerkki medikalisaatiosta”. Teoksessa Karisto, Antti & Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi (toim.): *Terveyssosiologia*. WSOY, Juva. 96–106.

Herzlich, Claudine (1995): ”Modern medicine and the quest for meaning: illness as a social signifier”. Teoksessa Augé, Marc & Herzlich, Claudine & Durnin, Katherine J. (toim.) *The Meaning of Illness: Anthropology, History and Sociology*. Routledge, 151–173.

Hujanen, Timo & Pekurinen, Markku & Häkkinen, Unto (2006): ”*Terveydenhuollon ja vanhustenhuollon alueellinen tarve ja menot 1993–2004*”. Stakes, Työpaperi 1/2006, Helsinki 2006. WWW-dokumentti [luettu 3.5.2009]. <<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/tyopaperit/T11-2006-VERKKO.pdf>>

Hujanen, Timo (2007): ”Haastateltavana perustalveluministeri Paula Risikko: Kustannus-vaikuttavuuden arviointi on kansalaisten etu.” *CHESS online* 2/2007, 2–3, Stakes. WWW-dokumentti <http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/F87820D6-3485-4072-A045-E8C11E60567B/0/CHESS_207a.pdf> [luettu .4.5.2009].

Häkkinen Unto (1986): Fysioterapian tarjonta ja kustannukset Suomessa 1980 -luvulla. *Sosiaalivakuutus* no. 4, 110–115

Häkkinen, Unto (1991): ”Terveyden ja terveystalvelujen tarpeenmukaisen käytön tasa-arvo Suomessa”. *Sosiaaliläketieteellinen Aikakauslehti* 28:4, 283–297.

Häkkinen, Unto & Alha, Pirkko (2006): ”Avohoitotalvelut”. Teoksessa Häkkinen, Unto & Alha, Pirkko (toim.): *Terveystalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveyst 2000 –tutkimus*. Kansanterveyslaitos, Terveyden ja toimintakyvyn osasto. Hakapaino Oy, Helsinki, 32–43. WWW-dokumentti <http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2006/2006b10.pdf> [luettu 3.5.2009].

Häkkinen, Unto & Nguyen, Lien & Pekurinen, Markku & Peltola, Mikko (2009): ”Tutkimus terveyden- ja vanhustenhuollon tarve- ja valtionosuuskriteereistä”. Raportti 3/2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. WWW-dokumentti <http://www.stakes.fi/FI/Julkaisut/Kirjakauppa/KKRaportit/rap003_2009.htm> [luettu 20.3.2009].

Hämäläinen, Helena & Röberg, Monica (2007): ”Sydänkuntoutus osana moniulotteista palveluketjua” *Suomen Lääkärilehti* 62, 3771–3775.

- Idler, Ellen L & Benyamini, Yael (1997): "Self-Rated Health and Mortality: A Review of Twenty-Seven Community Studies". *Journal of Health and Social Behavior* 38:1, 21–37.
- Idler, Ellen & Russel, Louise B. & Davis, Diane (2000): "Survival, Functional Limitations, and Self-rated Health in the NHANESI Epidemiologic Follow-up study, 1992". *American Journal of Epidemiology* 152, 874–883.
- Jauho, Mikko (2003): "Normaalin genealogiaa". *Tiede & edistys* 28:1, 44–61. Viittaus: Foucault (1998, 96–103) *Seksuaalisuuden historia I: Tiedontahto*. Gummerus, Helsinki.
- Julkunen, Raija (2001): *Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa*. Vastapaino. Tampere.
- Julkunen, Raija (2006): *Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu*. Stakes, Hyvinvointivaltion rajat -hanke. Gummerus Kirjapaino Oy, Helsinki.
- Jylhä, Marja (1994): "Self-rated health revisited: Exploring survey interview episodes with elderly respondents". *Social Science & Medicine* 39, 983–990.
- Kalimo, Esko (1969): *Lääkintäpalvelusten käyttöön vaikuttavat tekijät. Aikuisväestön sairauskäyttäytyminen ja sen vaikuttimet Suomessa ennen sairausvakuutusta korrelatiivisen monimuuttujatarkastelun nojalla*. Sosiaaliturvan tutkimuslaitos, Kansaneläkelaitoksen julkaisuja, sarja A:5. Kunnallispaino, Helsinki
- Kalimo, Esko & Nyman, Kauko & Klaukka, Timo & Tuomikoski, Hannu & Savolainen Eero (1982): *Terveyspalvelusten tarve, käyttö ja kustannukset 1964–1976*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:18. Vammalan Kirjapaino Oy, Helsinki.
- Kalimo, Esko & Vertio, Harri (käännös ja toim.) (1987): *Terveyden edistäminen. Otta-
wan Astiakirja 1986. Muistio taustasta ja periaatteista 1984*. Lääkintöhallitus, Terveyskasvatuksen keskus ry, Folkhälsan r.f. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Kalimo, Esko & Karisto, Antti, & Klaukka, Timo & Lehtonen, Risto & Nyman, Kauko & Raitasalo Raimo (1989b): *Suomalainen työterveyshuolto 1980-luvun puolivälissä. Työterveyshuollon valtakunnallinen arviointitutkimus*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:24. Sosiaaliturvan tutkimuslaitos, Helsinki.
- Kalimo, Esko & Häkkinen, Unto & Klaukka, Timo & Lehtonen, Risto & Nyman, Kauko (1989a): *Tietoja suomalaisten terveysturvasta. Terveystila, terveyspalvelujen käyttö, terveyteen liittyvät elintavat ja perheiden sairauskulut väestöryhmittäin 1987*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M: 67. Sosiaaliturvan tutkimuslaitos. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Kalimo Esko & Klaukka Timo & Lehtonen Risto & Nyman Kauko (1992): *Suomalaisten terveysturva ja sen kehitystarpeet. Terveysturvan väestötutkimuksen 1987 päätulokset*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:81. Sosiaaliturvan tutkimuslaitos. Kansaneläkelaitos, Helsinki, 283–295.

Kangas, Ilka & Karvonen, Sakari & Lillrank, Annika (2000): ”Johdanto”. Teoksessa Kangas, Ilka & Karvonen, Sakari & Lillrank, Annika (toim.): *Terveys sosiologian suuntauksia*. Gaudeamus, Helsinki, 7–11.

Kangas, Ilka & Keskimäki, Ilmo & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Manderbacka, Kristiina & Prättälä, Ritva & Sihto, Marita (2002): ”Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen – tiedosta toimintaan”. Teoksessa Kangas, Ilka & Keskimäki, Ilmo & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Manderbacka, Kristiina & Prättälä, Ritva & Sihto, Marita (toim.): *Kohti terveyden tasa-arvoa*. Edita Prima Oy, Helsinki, 11–18.

Kapiainen, Satu & Klavus, Jan (2007): ”Terveydenhuollon asiakasmaksut kasaantuvat pienituloisille”. *CHESS online* 1/2007, 4–5. WWW-dokumentti <http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/398C8FA4-9091-407D-B0C7-53F8C97E1E10/0/CHESS_107.pdf> [luettu 2.2.2009].

Kaplan, George A. & Goldberg, Debbie E. & Everson, Susan A. & Cohen, Richard D. & Salonen, Riitta & Tuomilehto, Jaakko & Salonen, Jukka (1996): ”Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio ischemic heart disease risk factor study.” *International Journal of Epidemiology* 25:2, 259–265.

Kaplan, Giora & Baron-Epel, Orna (2003): “What lies behind the subjective evaluation of health status?” *Social Science & Medicin* 56, 1669–1676.

Karisto, Antti & Takala, Pentti & Haapola Ilkka (1999): *Matkalla nykyaikaan. Elin-tason, elintavan ja sosiaalipolitiikan muutos Suomessa*. WSOY-kirjapainoyksikkö, Juva.

Kelly, Michael P. & Morgan, Anthony & Bonnefoy, Josiane & Butt, Jennifer & Bergman, Vivian & working party (2007): *The social determinants of health: Developing an evidence base for political action*. Final Report to World Health Organization Commission on the Social Determinants of Health from Measurement and Evidence Knowledge Network. WWW-dokumentti [luettu 3.5.2009]. <http://www.who.int/social_determinants/resources/mekn_final_report_102007.pdf>

Kemppainen, Erkki (2008):”*Kohti esteetöntä yhteiskuntaa. Yhteiskuntapolitiikan normatiiviset keinot esteettömyyden edistämässä*” Stakes, Raportteja 33/2008. WWW-dokumentti <<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R33-2008-VERKKO.pdf>> [luettu 4.5.2009].

Keskimäki, Ilmo & Alha, Pirkko (2006): ”Koettu hoidon tarve ja sen tyydyttäminen”. Teoksessa Häkkinen, Unto & Alha, Pirkko (toim.): *Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000 -tutkimus*. Terveyden ja toimintakyvyn osasto, Kansanterveyslaitos B10/2006, Helsinki, 86–89 (liitetaulukot 10–12). WWW-dokumentti <http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2006/2006b10.pdf> [luettu 3.5.2009].

Ketola, Eeva (2003):” Elämäntapamuutosten edistäminen perusterveydenhuollossa.” *Duodecim* 119, 1501–1502.

Kettunen, Pauli (2001): "The Nordic Welfare State in Finland". *Scandinavian Journal of History* 26:3, 225–247.

Kiander, Jaakko & Vartia, Pentti (1998): *Suuri lama: Suomen 1990-luvun kriisi ja talouspoliittinen keskustelu*. Elinkeinoelämän Tutkimuslaitos ETLA. Sarja B 143. Taloustieto Oy, Helsinki.

Klaukka, Timo (1981): "Application of the O.E.C.D. disability questions in Finland. *Review Epidémiologi Santé Publique* 29, 431–439.

Klavus, Jan & Jämsén, Raimo (2006): "Terveysthuollon maksupolitiikan vaikutukset oikeudenmukaisuuteen". Teoksessa Teperi, Juha & Vuorenkoski, Lauri & Manderbacka, Kristiina & Ollila, Eeva, Keskimäki, Ilmo & Stakes (2006): *Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Hyvinvointivaltion rajat -hanke. Stakes, Helsinki, 155–159. WWW-dokumentti <<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/M233-VERKKO.pdf>> [luettu 4.5.2009].

Klavus, Jan & Pekurinen, Markku & Nguyen, Lien & Häkkinen Unto (2006): "Väestön kokemukset, mielipiteet ja odotukset terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta". Teoksessa Kautto, Mikko (toim.): *Suomalaisten hyvinvointi 2006*. Sosiaali- ja terveystalouden tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Gummerus Kirjapaino Oy, Vaajakoski, 185–203.

Klavus, Jan & Kapiainen, Satu & Nguyen, Lien & Pekurinen, Markku (2008): "Suomalaisten terveys, terveydenpalvelujen käyttö ja kokemukset". Teoksessa Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari & Simpura, Jussi & Heikkilä, Matti (toim.): *Suomalaisten hyvinvointi 2008*. Sosiaali- ja terveystalouden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Vammalan Kirjapaino Oy, Helsinki, 178–190.

Kokko, Leena (1993): *Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Terveystalouden tekojen Asia. Virikekirjanen palkalliseen yhteistyöhön terveyden edistämiseksi "Terveyttä kaikille vuoteen 2000" -ohjelman mukaisesti*. Sosiaali- ja terveystalouden ministeriön julkaisuja 1993:7, Art-Print-Painotalo Oy, Helsinki.

Kokko, Simo (2000): "The process of developing health for all policy in Finland, 1981–1995." Case studies, 27–40. Teoksessa Ritsatakis, Anna & Barnes, Ruth & Dekker, Evert & Harrington, Patsy & Kokko, Simo & Makara, Peter (toim.): *Exploring health policy development in Europe*. WHO Regional Publications, European series, No. 86. WWW-dokumentti <<http://www.euro.who.int/document/E68395.pdf>> [luettu 4.5.2009].

Kontinen, Mauno & Heikkilä, Matti (toim.) (2002): *Lapsenkengistä kouluikään*. Stakes 1992–2002. Erweko Painotuote Oy, Helsinki. WWW-dokumentti <http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/16EA8C53-2F04-4CAA-9BC9-9D133640E509/0/Stakes_10v_juhlakirja.pdf> [luettu 4.5.2009].

Koskinen, Seppo & Teperi, Juha (toim.) (1999): *Väestöryhmien välisten terveyserojen supistaminen*. Stakes, raportteja 243. Gummerus kirjapaino, Jyväskylä.

Koskinen, Seppo & Aromaa, Arpo (2002): ”Koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus”. Teoksessa Aromaa, Arpo & Koskinen, Seppo (toim.): *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Kansanterveyslaitos, Terveiden ja toimintakyvyn osasto. Hakapaino Oy, Helsinki, 37–38.

Koskinen, Seppo & Laiho, Johanna & Rinne, Sirkka & Kuosmanen, Noora & Alha, Pirkko & Rissanen, Harri (2005): ”Osallistuminen sekä täydentävä tietojenkeruu ja muut keinot osallistumisaktiivisuuden lisäämiseksi”. Teoksessa Heistaro Sami (toim.): *Menetelmäraportti. Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 6/2005. Kansanterveyslaitos, Terveiden ja toimintakyvyn osasto. Hakapaino Oy, Helsinki. 133–148. WWW-dokumentti <http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2005/2005b6.pdf> [luettu 4.5.2009].

Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Sainio Päivi & Gould Raija (2006): ”Työkyky ja terveys”. Teoksessa Gould, Raija & Ilmarinen, Juhani & Järvisalo Jorma & Koskinen Seppo (toim.): *Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia*. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos & Työterveyslaitos. Hakapaino Oy, Helsinki, 114–134.

Kuçuradi, Ioanna (1998): Yhteiskunnallinen ja globaali oikeudenmukaisuus. *Filosofinen aikakauslehti niin & näin*, no. 3/98. WWW-dokumentti <http://www.netn.fi/398/398_netn_oikm1.html> [luettu 29.5.2009].

Kuusi, Pekka (1961): *60-luvun sosiaalipolitiikka*. 5. painos vuodelta 1968. WSOY, Porvoo.

Laamanen, Ritva (1994): *Kuntien toimintastrategia ja päätöksenteko: tutkimus kuntien strategisesta käyttäytymisestä valtionosuusuudistuksen jälkeen*. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Kansanterveyslaitos, Helsinki. 1994:8, Helsinki.

Laatikainen, Tiina & Critchley, Julia & Vartiainen, Erkki & Salomaa, Veikko & Ketonen, Matti, Capewell, Simon (2005): ”Explaining the Decline in Coronary Heart Disease Mortality in Finland between 1982 and 1997”. *American Journal of Epidemiology* 162:8, 764–773.

Lafortune, Gaétan & Balestat, Gaëlle & the Disability Study Expert Group Members (2007): *Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications*. OECD Health Working Papers 26. WWW-dokumentti <www.oecd.org/els/health/workingpapers> [luettu 3.5.2009].

Lahelma, Eero & Lundberg, Olle & Manderbacka, Kristiina & Roos, Eeva (2001): ”Changing health inequalities in the Nordic countries?” *Scandinavian Journal of Public Health* 29 (suppl 55), 1–5.

Lahelma, Eero & Kivelä, Katrariina & Roos, Eeva & Tuominen, Terhi & Dahl, Espen & Diedrichsen, Finn & Elstad, Jon Ivar & Lissau, Inge & Lundberg, Olle & Rahkonen, Ossi & Rasmussen, Niels Kristian & Åberg-Yngwe, Monica (2002): ”Analysing

changes of health inequalities in the Nordic welfare states”. *Social Science & Medicine* 55, 609–625.

Lahelma, Eero & Martikainen, Pekka & Laaksonen, M. & Aittomäki, A. (2004): “Pathways between socioeconomic determinants of health”. *Journal of Epidemiology and Community Health* 58, 327–332.

Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi & Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Palosuo, Hannele (2007): ”Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit”. Teoksessa Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva, Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (toim.): *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki, 25–41.
WWW-dokumentti
<http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8726.pdf> [luettu 19.5.2009].

Laiho, Johanna & Djerf, Kari & Lehtonen, Risto (2005): ”Otanta-asetelma.” Teoksessa Heistaro Sami (toim.): *Menetelmäraportti*. Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 6. Kansanterveyslaitos, Terveyden ja toimintakyvyn osasto. Hakapaino Oy, Helsinki, 15–17. WWW-dokumentti
<http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2005/2005b6.pdf> [luettu 3.5.2009].

Lammi, Altti (1982): ”VALTAVA -lainsäädäntö ja yksityiset järjestöt”. *Kuntoutus* 4, 2–4.

Leinonen, Raija & Heikkinen, Eino & Jylhä, Marja (2002): ”Changes in health, functional performance and activity predicts changes in self-rated health: a 10-year follow-up study in older people. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 35, 79–92.

Lohr, Kathleen N. & Steinwachs, Donald M. (2000): “Health Services Research: An Evolving Definition of the Field”. *Health Service Research* 37:1, 15–17.

Luoto Riitta & Laine Marjo & Alha Pirkko & Koskinen Seppo & Martelin Tuija & Reunanen Antti & Virtala Esa & Aromaa Arpo ja projektiryhmä.(2000): *Terveys ja hoidontarve alueittain Suomessa 1996-2010. Uudenmaan väestön hoidontarve (UHOTA) – projektin loppuraportti*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2. Hakapaino Oy, Helsinki. WWW-dokumentti <<http://www.ktl.fi/publications/2000/uhota3.pdf>> [luettu 29.4.2009].

Mackenbach, Johan P. & Kunst, Anton E. & Cavelaars, Adriënne, E. M. J. & Groenhouf, Feikje & Geurts, José & the EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health (1997): ”Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *The Lancet* 349, June 7, 1655–1659.

Mackenbach, Johan P. & Stirbu, Irina & Roskam, Albert-Jan R. & Schaap, Maartje M. & Menville, Gwenn & Leinsalu, Mall & Kunst, Anton E. (2008): ”Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries”. *The New England Journal of Medicine* 358, 2468–2481.

Manderbacka, Kristiina (1998): "Examining what self-rated health question is understood to mean by respondents". *Scandinavian Journal of Social Medicine* 26:2, 145–153.

Manderbacka, Kristiina & Lahelma, Eero & Martikainen, Pekka (1998): "Examining the continuity of self rated health". *International Journal of Epidemiology* 27, 208–213.

Manderbacka, Kristiina (2005): "Koettu terveys ja tiedossa oleva sairastavuus" Teoksessa Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi & Koskinen, Seppo & Teperi, Juha (toim.): *Suomalaisten terveys*. Duodecim, Kansanterveyslaitos & STAKES. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 130–133.

Manderbacka, Kristiina & Gissler, Mika & Husman, Kaj & Husman, Päivi & Häkkinen, Unto & Keskimäki, Ilmo & Nguyen, Lien & Pirkola, Sami & Ostamo, Aini & Wahlbeck, Kristian & Widström, Eeva (2006): "Väestöryhmien välinen eriarvoisuus terveyspalvelujen käytössä". Teoksessa Teperi, Juha & Vuorenkoski, Lauri & Manderbacka, Kristiina & Ollila, Eeva, Keskimäki, Ilmo ja Stakes: "Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa". Hyvinvointivaltion rajat-hanke. Stakes, Helsinki, 42–55. Luettavissa myös sähköisessä muodossa <<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/M233-VERKKO.pdf>>.

Marmot, Michael & Wilkinson, Richard. G. (toim.) (1999): *Social Determinants of Health*. Oxford University Press, Oxford.

Marmot, Michael & Wilkinson, Richard. G. (2001): "Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al". *British Medical Journal* 322, 1233–1236.

Marmot, Michael (2004): "Social causes of Social Inequalities in Health". Teoksessa Anand, Sudhir & Peter, Fabienne & Sen Amartya (toim.): *Public Health, Ethics, and Equity*. Oxford University Press Inc., New York, 37–61.

Marmot, Michael (2007): "Achieving health equity: from root causes to fair outcomes". *The Lancet* 370, 1153–1163.

Marshall, Thomas Humphrey (1950): *Citizenship and Social Class and other Essays*. Cambridge University Press, Cambridge.

Martelin, Tuija & Nieminen, Tarja & elinolotyöryhmä (2002): "Sosiodemografiset tekijät ja elinolot". Teoksessa Aromaa, Arpo & Koskinen, Seppo (toim): *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Kansanterveyslaitos, Terveiden ja toimintakyvyn osasto. Hakapaino Oy, Helsinki, 16–24. WWW-dokumentti [luettu 3.5.2009]. <http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2002b3.pdf>

Martelin, Tuija & Sainio, Päivi & Koskinen, Seppo (2004): "Ikääntyvän väestön toimintakyvyn kehitys". Teoksessa Kautto, Mikko (toim.): *Ikääntyminen voimavarana - Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5*. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004, Edita Prima Oy, Helsinki, 117–131. WWW-dokumentti [luettu 19.5.2009]. <<http://www.vnk.fi/julkaisukansio/2004/j33-ikaantymisen-voimavarana/pdf/fi.pdf>>

Martelin, Tuija & Sainio, Päivi & Sulander, Tommi & Helakorpi, Satu & Tuomi, Kaija & Koskinen, Seppo (2007): ”Luku 33. Sosioekonomiset terveyserot ja niiden muutokset: 3.5: Toimintakyky”. Julkaisussa Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva, Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (toim.): *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 104–121. STM:n julkaisuja 23:2007, Helsinki. WWW-dokumentti <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8726.pdf> [luettu 19.5.2009].

Martikainen, Pekka & Aromaa, Arpo & Heliövaara, Markku & Klaukka, Timo & Knekt, Pauli & Maatela, Jouni & Lahelma, Eero (1999): ”Reliability of Perceived health by sex and age”. *Social Science & Medicine* 48, 1117–1122.

Mechanic, David (1962): “The concept of illness behavior” *Journal of Chronic Diseases* 15, 189–194.

Miilunpalo, Seppo & Vuori, Ilkka & Oja, Pekka & Pasanen, Matti & Urponen, Helka (1997): “Self-rated health status as a health measure: The predictive value of self reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population” *Journal of Clinical Epidemiology* 50:5, 517–528.

Minicuci, N. & Noale, M. & Pluijijm, S.M.F. & Zunzunegui, M. V. & Blumstein, T. & Deeg, D.J.H. & Bardage, C. & Jylhä, M. (2004): ”Disability-free life expectancy: a cross-national comparison of six longitudinal studies on aging. The CLESA project. *European Journal of Ageing* 1, 37–44.

Moilanen, Jan & Knape, Nina & Häkkinen, Unto & Hujanen, Timo & Matveinen, Timo (2008): ”*Terveydenhuollon menot ja rahoitus 1995–2005. OECD:n terveystilipitojärjestelmän (SHA, System of Health Accounts) käyttöönotto kansallisessa tilastoinnissa. Loppuraportti*”. Stakes Raportteja 16/2008. WWW-dokumentti [luettu 4.2.2009]. <<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R16-2008-VERKKO.pdf>>

Moisio, Pasi (2006): ”Suhteellinen köyhyys Suomessa.” *Yhteiskuntapolitiikka* 71:6, 639–645.

Moisio, Pasi (2008): ”Köyhyyden ja toimeentulo-ongelmien kehitys” Teoksessa Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari & Simpura, Jussi & Heikkilä, Matti (toim.): *Suomalaisten hyvinvointi 2008*. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes. Vammalan kirjapaino Oy, Helsinki, 256–275.

Mossey, Jana M. & Shapiro, Eileen (1982): ”Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly.” *American Journal of Public Health* 72:8, 800–808.

Mäkinen, Anne & Penttilä, Ulla-Riitta (2007): *Sepelvaltimopotilaiden kuntoutus julkisessa terveydenhuollossa: selvitys kuntoutuksen määrästä, sisällöstä ja järjestämistävoista*. Suomen sydänliiton julkaisuja 1/2007, Helsinki.

Mälkiä, Esko & Alaranta, Hannu & Heinonen, Ari & Häkkinen, Arja & Kauranen, Kari & Kujala, Urho & Kuukkanen, Tiina & Nevala, Nina & Satka, Jari & Ylinen, Jari

- (2004): ”Fyysiseen aktiivisuuteen perustuvan fysioterapian ja kuntoutuksen näytön tarkastelua”. *Kuntoutus* 27:1, 4–21.
- Mäntyranta, Taina & Elonheimo, Outi & Brommels, Mats (2005): ”Mitä on terveyspalvelujen tarve?” *Suomen Lääkärilehti* 60:34, 3281–3284.
- Nettleton, Sarah (2006): ”I just want permission to be ill”: Towards a sociology of medically unexplained symptoms. *Social Science & Medicine* 62, 1167–1178.
- Niemi, Riikka (2006): ”Pitääkö hyvinvointivaltio lupauksensa? Universalismi ja ihmisten yksilölliset elämänkohtalot”. Teoksessa Helne Tuula & Laatu Markku (toim.): *Vääryyskirja*. Kelan tutkimusosasto. Vammalan kirjapaino Oy, Helsinki, 61–75.
- Noro, Anja & Finne-Soveri, Harriet (2006): ”Kotihoidon laatu”. Teoksessa Finne-Soveri, Harriet & Björkgren, Magnus & Väkäkangas, Pia & Noro, Anja (toim.): *Kotihoidon asiakasrakenne ja hoidon laatu – RAI-järjestelmä vertailukehittämisessä*. Stakes, Helsinki, 87–119.
- Nutbeam, David (1998): ”Health promotion glossary”. *Health Promotion International* 13:4, 349–364.
- Oliver, Michael (1990): The politics of disablement. Julkaisu on itsenäinen teos sarjassa Leonard, Peter (toim.): *Critical Texts in Social Work and the Welfare State*. The MacMillan Press LTD, London.
- Ovaskainen, Päivi (2005): ”Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käytön seuranta ja ennakointi kuntanäkökulmasta”. Väitöskirja. Kansantervestiede, SARJA – SER. C OSA - TOM. 227. Turun Yliopisto, Turku.
- Pajunen Raija (2007): kirjeenvaihto sähköpostilla 13.6.2007. Kelan Aktuaari- ja tilasto-osasto, tilastoryhmä.
- Palosuo, Hannele & Sihto, Marita & Keskimäki, Ilpo & Koskinen, Seppo & Lahelma Eero & Manderbacka, Kristiina & Prättälä, Ritva (2004): *Eriarvoisuus ja terveystoiminta. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 12, Helsinki. WWW-dokumentti <<http://pre20090115.stm.fi/pr1085728486873/passthru.pdf>> [luettu 16.6.2009].
- Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila: *Terveystoiminta eri arvoisissa Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23 Yliopistopaino, Helsinki. WWW-dokumentti <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1069413#fi> sekä <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8726.pdf> [luettu 4.5.2009].

Palotie, Leena (2007): "Genetic research and Gender – are all the (wo)men equal?" Esi-
telmä seminaarissa 6.3.2007: Voiko terveystutkimusta tehdä huomioimatta sukupuolta?
KTL, Stakes. Biomedicum. Helsinki.

Pekurinen, Markku & Räikkönen, Outi & Leinonen Tuija (2008): "Tilannekatsaus sosi-
aali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008". Stakesin raportteja 38/2008. WWW-
dokumentti <<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R38-2008-VERKKO.pdf>>
[luettu 4.2.2009].

Pohjolainen, Timo & Seitsalo, Seppo & Sund, Reijo & Kautiainen, Hannu (2007): "Mi-
tä selkävaikeus maksaa?" *Duodecim* 123, 2110–2115.

Prättälä, Ritva & Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Lahelma, Eero & Sihto, Marita
& Palosuo, Hannele (2007): "Terveyserot ja niiden kaventamisen haaste". Teoksessa
Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva, Martelin,
Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen,
Elisa & Linnanmäki, Eila (toim.): *Terveystutkimus Suomessa. Sosioekonomisten
terveyserojen muutokset 1980–2005*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki, 15–23.
WWW-dokumentti <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1069413#fi> sekä
<[http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-
8726.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8726.pdf)> [luettu 19.5.2009].

Purola, Tapani & Kalimo, Esko & Sievers, Kai & Nyman, Kauko (1967): *Sairastavuus
ja lääkintäpalvelusten käyttö Suomessa ennen sairausvakuutusta*. Sosiaaliturvan tutki-
muslaitos, Kansaneläkelaitoksen julkaisuja. Sarja A:1. Valtion painatuskeskus, Helsin-
ki.

Purola, Tapani & Nyman, Kauko & Kalimo, Esko & Sievers, Kai (1971): *Sairausva-
kuutus, sairastavuus ja lääkintäpalvelujen käyttö*. Sosiaaliturvan tutkimuslaitos, Kan-
saneläkelaitos. Julkaisusarja A:7. Kunnallispaino, Helsinki.

Purola, Tapani (1971): "Sairaus sosiaalilääketieteellisenä käsitteenä". *Sosiaalilääketie-
teellinen Aikakauslehti* 9:1, 3–11.

Rahkonen, Ossi & Talala, Kirsi & Sulander, Tommi & Laaksonen, Mikko & Lahelma,
Eero & Uutela, Antti & Prättälä Ritva (2007): "Koettu terveys". Teoksessa Palosuo,
Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin Tuija &
Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa &
Linnanmäki, Eila (toim.): *Terveystutkimus Suomessa. Sosioekonomisten terveystu-
kimuserojen muutokset 1980–2005*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23 Yli-
opistopaino, Helsinki, 65–73. WWW-dokumentti
<http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1069413#fi> sekä
<[http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-
8726.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8726.pdf)> [luettu 19.5.2009].

Raitasalo, Raimo & Rinne, Henrik & Purola, Tapani & Huju, Tapani & Kalimo, Esko &
Sievers, Kai & Tamminen, Antti (1971): *Kuntoutustarve Suomessa. Haastattelu- ja klii-
nisiin tietoihin perustuva tutkimus työikäisen väestön kuntoutumis- ja kuntouttamistar-
peesta*. Sosiaaliturvan tutkimuslaitos. Kansaneläkelaitoksen julkaisusarja M:22, Helsin-
ki.

Rantala, Maire & Virtanen, Vesa (2008): ”Kannattaako sydänpotilaan kuntoutus?”. *Duodecim* 124, 254–260.

Rissanen, Paavo (2008): ”Terapia vai kuntoutusta?”. Teoksessa Rissanen, Paavo & Kallanranta, Tapani & Suikkanen, Asko (toim.): *Kuntoutus*. 2 painos. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki & Otavan Kirjapaino Oy, Keuruu, 673–682.

Rissanen, Pekka & Häkkinen Unto (1999): ”Priority-setting in Finnish healthcare”. *Health Policy* 50, 143–153.

Rose, Geoffrey (1985): ”Sick individuals and sick populations”. *International Journal of Epidemiology* 14:1, 32–38.

Räty, Sanna & Aromaa, Arpo & Koponen Päivikki (2003): ”Measurement of physical functioning in comprehensive national health surveys – ICF as a framework”. Teoksessa Aromaa, Arpo & Koponen, Päivi & Tafforeau, Jean & Vermeire, Claudine & Primatesta, Paola & Marmot, Michael & Kurth, Bärbel & Garguilo, Lidia & Lehto-Järnstedt, Ulla-Sisko & Räty, Sanna (toim.): *Health surveys: evaluation and recommendations. Subproject reports of Phase 2 of the project Health Surveys in the EU: HIS and HIS/HES Evaluations and Models*. Kansanterveyslaitoksen julkaisusarja B16 / 2003, Hakapaino Oy, Helsinki, 195–319. WWW-dokumentti <http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2000/monitoring/fp_monitoring_2000_annexe1_5_04_en.pdf> [luettu 4.5.2009].

Sainio, Päivi & Karppi, Sirkka-Liisa & Vaara, Mariitta & Hakulinen, Katri (2002): ”Suomalaiset saavat koettua tarvettaan vähemmän kuntoutusta ja fysioterapiaa”. *Fysioterapia* 49:2: 4–7.

Salonheimo, Elina & Klaukka, Timo & Sievers, Kai (1986): ”Fysiatrian alan hoitotutkimukset. Tutkimusten määrä ja laatu 1979–1985 ja niiden osoittama hoitojen vaikuttavuus tuki- ja liikuntaelinsairauksissa”. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:30. Sosiaaliturvan tutkimuslaitos, Helsinki.

Savolainen Eero (1982): ”Terveyspalvelusten käyttö yhden sairausjakson aikana”. Teoksessa Kalimo, Esko & Nyman, Kauko & Klaukka, Timo & Tuomikoski, Hannu & Savolainen, Eero (toim.): *Terveyspalvelusten tarve, käyttö ja kustannukset 1964 – 1976*, s. 230–300. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:18, Helsinki 1982, 273.

Siegrist, Johannes & Marmot, Michael (2004): ”Health inequalities and the psychosocial environment—two scientific challenges”, *Social Science & Medicine* 58, 1463–1473.

Sievers, Kaj & Klaukka, Timo & Mäkelä, Matti (1990): ”TULES-vuori matalaksi. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien kansanterveydellinen merkitys Suomessa sekä suosituksia ongelman ratkaisemiseksi”. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja ML:96. Kelan omatarvepaino, Helsinki.

Sihto, Marita (1997): *Terveyspoliittisen ohjelman vastaanotto – tutkimus Suomen terveystyötä kaikille vuoteen 2000-ohjelman toimeenpanosta terveydenhuollossa*. Helsingin yliopisto, sosiaalipolitiikan laitos & Stakes Tutkimuksia 74. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Sihto, Marita (2003): ”Onko terveysterojen kaventaminen mahdollista?” *Yhteiskuntapolitiikka* 68:5, 538–546.

Sihto, Marita (2007): ”Terveyden sukupuolierojen huomioiminen terveystoiminnassa”. Esitelmä seminaarissa 6.3.2007: Voiko terveystutkimusta tehdä huomioimatta sukupuolta? KTL, Stakes. Biomedicum, Helsinki.

Sihto, Marita & Ollila, Eeva & Koivusalo, Meeri (2006): ”Principles and challenges of Health in All Policies” Teoksessa Ståhl, Timo & Wismar, Mathias & Ollila, Eeva & Lahtinen, Eero & Leppo, Kimmo (toim.): *Health in All Policies. Prospects and potentials*. Ministry of Social Affairs and Health, European Observatory on Health Systems and Policies, Finnish Institute of Occupational Health, National Institute of Public Health, Stakes, 3–20. WWW-dokumentti
<http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20060915_2> [luettu 4.5.2009].

Sihvonen, Ari-Pekka (2005): ”Toimintakykyiset elinvuodet”. Teoksessa Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi & Koskinen, Seppo & Teperi, Juha (toim.): *Suomalaisten terveys*. Oy Duodecim, Kansanterveyslaitos & STAKES. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 149–151.

Sihvonen, Ari-Pekka & Koskinen, Seppo & Martelin Tuija (2007): ”Terveet elinvuodet”. Teoksessa Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva, Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (toim.): *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveysterojen muutokset 1980–2005*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki, 122–128. WWW-dokumentti
<http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1069413#fi> sekä
<http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8726.pdf> [luettu 19.5.2009].

Singh-Manoux, Archana & Martikainen, Pekka & Ferrie, Jane & Zins, Marie & Marmot, Michael & Goldberg, Marcel (2006): “What do self rated health Measure? Results from the British Whitehall II and French Gazel cohort studies. *Journal of Epidemiology and Community Health* 60, 364–372.

Sivenius, Juhani & Jolkkonen Jukka (2004): ”Uutta näyttöä aivohalvauskuntoutuksen vaikutuksista. Intensiivinen harjoitus muuttaa aivojen toimintaa ja rakenteita”. *Duodecim* 120, 2369–2371.

Starfield, Barbara (2001): “Basic concepts in population health and health care”. *Journal of Epidemiological Community Health* 55, 452–454.

Stenholm, Sari & Rantanen, Taina & Sainio, Päivi & Koskinen, Seppo (2008): ”Lihavuus yli 55-vuotiaiden riskitekijänä”. *Suomen Lääkärilehti* 63:6, 487–493.

Steptoe, Andrew & Marmot, Michael (2002): "The role of psychobiological pathways in socio-economic inequalities in cardiovascular disease risk" *European Heart Journal* 23, 13–25.

Stoeckle, John D. & Zola, Irving K. & Davidson, Gerald E: (1963): "On going to see the doctor, the contributions of the patient to the decision to seek medical aid. A selective review". *Journal of Chronic Diseases* 16, 975–989.

Strawbridge, William J. & Wallhagen, Margaret I. (1999): "Self-Rated Health and Mortality Over Three Decades: Results from a Time-Dependent Covariate Analysis. *Research on Aging* 21, 402–416.

Ståhl, Timo & Wismar, Matthias & Ollila, Eeva & Lahtinen, Eero & Leppo, Kimmo (toim.) (2006): *Health in All Policies. Prospects and potentials*. Ministry of Social Affairs and Health, European Observatory on Health Systems and Policies, Finnish Institute of Occupational Health, National Institute of Public Health, Stakes, Helsinki. WWW-dokumentti <http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20060915_2> [luettu 4.5.2009].

Talo, Seija & Wikström, Juhani & Metteri, Anna (2001): Kuntoutuminen monitieteisenä ja -tasoisena prosessina. Teoksessa Kallanranta, T. & Rissanen, P. & Vilkkumaa, I. & toim. *Kuntoutus*. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki, 55–71.

Talvitie, Ulla (1991): *Lääkintävoimistelijan työn kehitysvaiheita: Fysioterapian kohteen ja menetelmien muuttuminen ja koulutuksen kehittyminen 1900-luvulla Suomessa*. Terveystieteen laitos, sarja A: Tutkimuksia 5. Jyväskylän Yliopisto, Jyväskylä.

Talvitie, Ulla & Karppi, Sirkka-Liisa & Mansikkamäki, Tarja (1999): *Fysioterapia*. Edita Prima Oy, Helsinki.

Talvitie, Ulla & Karppi, Sirkka-Liisa & Mansikkamäki, Tarja (2006): *Fysioterapia*. 2 uudistettu painos. Edita Prima Oy, Helsinki.

Tamminen, Antti (1994): "Miten moniammatillisuus vakiintui kuntoutuksessa Suomessa?". *Kuntoutus* 1/1994.

Teperi, Juha (2005): "Pitääkö terveydenhuolto lupauksensa?". Osa 3 teoksessa Heikkilä, Matti & Kautto, Mika & Teperi, Juha (toim): *Julkinen hyvinvointivastuu sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 5/2005. Edita Prima Oy, Helsinki, 60–91. WWW-dokumentti [luettu 23.3.2009]. <<http://www.vnk.fi/julkaisut/julkaisusarja/julkaisu/fi.jsp?oid=130675>>

Teperi, Juha (2006): "Yhteenvedo: saavatko kaikki riittävät palvelut?". Teoksessa Teperi, Juha & Vuorenkoski, Lauri & Manderbacka, Kristiina & Ollila, Eeva, Keskimäki, Ilmo ja Stakes (2006): "Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa". Hyvinvointivaltion rajat -hanke. Stakes, Helsinki, 181–188. WWW-dokumentti <<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/M233-VERKKO.pdf>> [luettu 4.5.2009].

Teperi, Juha & Keskimäki, Ilmo (2007): ”Terveyspalvelujen kohdentumisen oikeudenmukaisuus”. Teoksessa Saari, Juho & Yeung, Anne Birgitta (toim.): *Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa*. Gaudeamus – Helsinki University Press, Oy Yliopistokustannus, HYY Yhtymä, 274–291.

Teperi, Juha & Porter, Michael E. & Vuorenkoski, Lauri & Baron, Jennifer (2009): ”*The Finnish Health Care System: A Value-Based Perspective*” Sitra reports 82, Edita Prima Ltd, WWW-dokumentti [luettu 16.6.2009]
<http://www.isc.hbs.edu/pdf/Finnish_Health_Care_System_SITRA2009.pdf>.

Tessler, Richard & Mechanic, David (1978): ”Psychological Distress and Perceived Health Status”. *Journal of Health and Social Behavior* 19:3, 254–262.

Vaarama, Marja (2004): ”Ikääntyneiden toimintakyky ja palvelut – nykytila ja vuosi 2015”. Teoksessa Kautto, Mikko (toim.): *Ikääntyminen voimavarana - Tulevaisuusseminaarion liiteraportti 5*. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004, Edita Prima Oy, Helsinki, 132–198. WWW-dokumentti <<http://www.vnk.fi/julkaisukansio/2004/j33-ikaantyminen-voimavarana/pdf/fi.pdf>> [luettu 19.5.2009].

Valkonen, Tapani & Sihvonen, Ari-Pekka & Lahelma, Eero (1997): ”Health expectancy by level of education in Finland”. *Social Science & Medicine* 44, 801–808.

Valkonen, Tapani (2003): ”Sosiaaliryhmien väliset erot elinajanodotteessa kasvoivat 1990-luvun loppuvuosina”. *Hyvinvointikatsaus* 2003:2, 12–18.

Valkonen, Tapani & Ahonen, Hilikka & Martikainen, Pekka & Remes, Hanna (2007b): ”Sosioekonomiset kuolleisuuserot”. Teoksessa Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva, Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (toim.): *Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Sosiaali- ja terveysministeriö, 44–64. STM:n julkaisuja 23:2007, Helsinki. WWW-dokumentti <http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1069413#fi> [luettu 4.5.2009].

Vauhkonen, Onni (1992): *Terveysthuollon historia, II Yleiskatsaus Suomen lääkintälaitoksen ja terveydenhuollon kehitysvaiheisiin 1600-luvulta 1970-luvulle*. SHKS, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 189–292.

Vehmas, Simo (2005): *Vammaisuus – Johdatus historiaan, teoriaan ja etiikkaan*. Gaudeamus, Helsinki.

Vesterinen, Sisko (toim.) (2003): *Terveyskeskusten talous 2001 – Perusterveydenhuolto*. Kunnallistilasto 1/2003, Suomen Kuntaliitto. WWW-dokumentti <<http://hosted.kuntaliitto.fi/intra/julkaisut/pdf/p040608110836A.pdf>> [luettu 6.10.2008].

Viitanen, Elina (1994): *Fysioterapia kansanterveystyössä. Tutkimus fysioterapiapalvelujen järjestämisestä ja palveluiden suunnittelusta kansanterveystyössä*. Tampereen yliopiston kansanterveystieteen laitos. Kansanterveystieteen julkaisuja M 112/94. Tampereen yliopisto, Tampere.

Voutilainen, Arja & Sourander, André & Lundström, Björn (2004): ”Lasten tarkkaavaisuus- ja yliaktiivisuushäiriö neuropsykiatrisena ongelmana”. *Duodecim* 120, 2672–2679.

Voutilainen, Päivi & Raassina, Anne-Mari & Nyfors, Hanna (2008): ”*Ikääntyneiden palveluiden uudet konseptit*” Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:47. WWW-dokumentti <<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/11/pr1225884583042/passthru.pdf>> [luettu 13.2.2009].

Vuorenkoski, Lauri & Saarni, Samuli (2006): ”Priorisointi ja terveydenhuollon oikeudenmukaisuus” Teoksessa Teperi, Juha & Vuorenkoski, Laura & Manderbacka, Kristiina & Ollila, Eeva & Keskimäki, Ilmo & Stakes (toim.): *Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Hyvinvointivaltion rajat -hankkeen Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskityksen koordinoima tutkimus -työryhmän selvitys. Stakes, Edita Prima, Helsinki, 35–39. WWW-dokumentti <<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/M233-VERKKO.pdf>> [luettu 15.2.2009].

Vuorma, Sirkku & Keskinen, Siru & Koponen, Päivikki & Lehtonen, Olli-Pekka & Koskinen, Seppo & Aromaa, Arpo (2007): ”Kohtaavatko hoitokäytäntö ja suositus? Väestötutkimus pitkäaikaissairauksien hoidosta”. *Suomen Lääkärilehti* 62:44, 4125–4130b.

Wahlbeck, Kristian, Manderbacka, Kristiina & Vuorenkoski, Lauri & Kuusio, Hannamaria & Luoma, Minna-Liisa Widström, Eeva (2008): ”*Quality and Equality of Access to Healthcare Services. HealthQUEST Country Report for Finland*”. Stakes, Raportteja 1/2008, Helsinki. WWW-dokumentti <<http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R1-2008-VERKKO.pdf>> [luettu 15.2.2009].

Waris, Heikki (1968): *Muuttuva suomalainen yhteiskunta*. Werner Söderström, Porvoo.

Weber, Lisa A. & Longhi, Dario & Tyrell-Smith, Johnny & Stern, John (1998): ”*An Analysis of Unmet Service Needs for Washington State’s Division of Developmental Disabilities*”. Department of Social and Health Services and Division of Developmental Disabilities. WWW-dokumentti <<http://www.dshs.wa.gov/pdf/ms/rda/research/5/29fs.pdf>> [luettu 27.4.2009].

Weinberger, Morris & Darnell, Jeffrey D. & Tierney, William N. & Martz, B. L. & Hiner, Sharon L. & Barker, Jennifer & Neill, Peggy J. (1986): ”Self-rated Health as a Predictor of Hospital Admission and Nursing Home Placement in Elderly Public Housing Tenants”. *American Journal of Public Health* 76, 457–459.

White, Kevin (2002): *An introduction to the Sociology of Health and Illness*. Sage Publications, London.

Whitehead, Margaret (1990): *Terveyden oikeudenmukaisuus – käsitteet ja periaatteet*. Maa- ja metsätalouden tutkimuskeskus, Euroopan aluetuomio, Kööpenhamina. Sosiaali- ja terveysministeriö, Terveystieteiden tutkimuskeskus, Terkkö. EUR/ICPRPD441, alkuperäinen kieli: englanti. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Whitehead, Margaret & Dahlgren, Göran (2006): *Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health*. Studies on social and economic determinants of population health No. 2. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health. University of Liverpool The WHO Regional Office for Europe. WWW-dokumentti <<http://www.euro.who.int/document/e89383.pdf>> [luettu 4.5.2009].

Wilkinson, Richard & Marmot, Michael (2003): *Social Determinants of Health. The solid facts. 2nd edition*. Centre for Urban Health. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen. WWW-dokumentti <<http://www.euro.who.int/document/e81384.pdf>> [luettu 4.5.2009].

Woolf, Anthony D. & The European Union of Medical Specialists Section of Rheumatology/European Board of Rheumatology (2007): "Healthcare services for those with musculoskeletal conditions: a rheumatology service. Recommendations of the European Union of Medical Specialists Section of Rheumatology/European Board of Rheumatology 2006" *Annals of the Rheumatic Diseases* 66, 293–301.

Wright, John & Williams, Rhys & Wilkinson, John R (1998): "Development and importance of health needs Assessment". Education and debate: Health needs Assessment. *British Medical Journal* 316, 1310–1313 (25 April).

Xu, Ke & Evans, David B. & Kawabata, Kei & Zeramdini, Riadh & Klavus, Jan & Murray Christopher, J. L. (2003): "Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis". *The Lancet* 362, July 12, 111–117.

Zola, Irving Kenneth (1966): "Culture and symptoms—an analysis of patients' presenting complaints". *American Sociological Review* 31, 615–630.

Viranomaisten raportteja, selvityksiä, muistioita, suosituksia ja ohjeita sekä tilastoja (kirjoittajia ei ole ilmoitettu)

ETENE (2001): *Equity and human dignity in health care in Finland*. Seminar in Helsinki, August 17, 2000. National Advisory Board on Health Care Ethics (ETENE). Ministry of Social Affairs and Health, Reports 2001:1. WWW-dokumentti <<http://www.etene.org/dokumentit/Semjulk00e.pdf>> [luettu 16.6.2009].

EU(1997): Article 152. The Amsterdam Treaty. Title XIII, Public Health, *Article 152*. WWW-dokumentti <<http://europa.eu/eur-lex/en/treaties/selected/livre235.html>> [luettu 29.4.2009].

EU/ECHIM (2003): Project funded by European Union through the Programme of Community Action in the Field of Public Health (2003-2008). WWW-dokumentti <ECHIM/ Suomi/ THL <http://www.echim.org/>> [luettu 16.6.2009].

EU/ICHI (2006)(online). ICHI (International Compendium of Health Indicators) is a web-based application containing the health indicators used by WHO-Europe, OECD and Eurostat in their international databases. Last update: February 2009
<http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_en.htm?echisub=43#echi_2> [luettu 24.6.2009]

Europe – Public Health – Health information – Implementing Structures – Working Parties. WWW-dokumentti
<http://ec.europa.eu/health/ph_information/implement/wp/indicators/indicators_en.htm> [luettu 9.2.2009].

Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T 7:9 (1976): Sairausvakuutuksen erityisotanta.1974, Huhtikuu. Yksityissektorille korvattu fysikaalinen hoito. Laskenta- ja tilasto-osasto, moniste. Kansaneläkelaitos, Helsinki.

Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T 7:22 (1982): Sairausvakuutuksen erityisotanta 1981, Toukokuu. Yksityissektorille korvattu fysikaalinen hoito. Laskenta- ja tilasto-osasto, moniste. Kansaneläkelaitos, Helsinki.

Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T 7:24 (1985): Sairausvakuutuksen erityisotanta.1984, Toukokuu. Yksityissektorille korvattu fysikaalinen hoito. Laskenta- ja tilasto-osasto, moniste. Kansaneläkelaitos, Helsinki.

Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T 7:30 (1989): Sairausvakuutuksen erityisotanta.1988, Marraskuu. Yksityissektorille korvattu fysikaalinen hoito, Laskenta- ja tilasto-osasto, moniste. Kansaneläkelaitos, Helsinki.

Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T 7:32 (1990): Sairausvakuutuksen erityisotanta.1989, Marraskuu. Yksityissektorille korvatut fysioterapeuttiset toimenpiteet. Laskenta- ja tilasto-osasto. Kansaneläkelaitos, Helsinki.

Kansaneläkelaitoksen julkaisuja (1993): Sairausvakuutuksen erityisotanta.1992, Toukokuu. Yksityissektorille korvatut fysioterapeuttiset toimenpiteet. Laskenta- ja tilasto-osasto. Kansaneläkelaitos, Helsinki.

Kansanterveyskertomus 1996. STM 13.01.2003. WWW-dokumentti
<<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ktk96/ktk96.htm>> [luettu 4.5.2009].

Kela (2001): Kansaneläkelaitoksen tilastollinen vuosikirja 2001, Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T1:37. Vammalan Kirjapaino Oy, Helsinki.

KM 1961. Komiteamietintö 1961:39. Hallituksen esitys eduskunnalle sairausvakuutuslaiksi ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi. Moniste. Helsinki.

Kuntoutusselonteko (2002): *Valtioneuvoston kuntoutusselonteko Eduskunnalle 2002*. VNP.2002:5, STM julkaisuja 2002:6. WWW-dokumentti
<<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ehosisallys29.htm>> [luettu 17.3.2009].

LKH, yleiskirje n:o 1572/1974: Lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäminen ja yhteistoimintaa muusta kuntoutuksesta huolehtivien kanssa. Helsinki 13.3.1974.

LKH, yleisohje DNo 9927/522/72: Ohjeita kansanterveyslain edellyttämästä kouluterveydenhuollosta. Helsinki 13.9.1972.

LKH, yleisohje DNo 3126/02/75: Ohjeita terveystieteiden toimintojen järjestämisestä ja henkilökunnan tehtävistä. Helsinki 16.4.1975.

LKH, yleisohje DNo 8360/02/75: Terveystieteiden toimista järjestettävä apuvälineiden lainaustoiminta. Helsinki 28.4.1975.

LKH, yleiskirje No 1823/1983: Lääkinnällisen kuntoutuksen järjestäminen. Helsinki 30.11.1983.

Lääkintöhallitus (1986): ”*Terveystieteiden fysiatriset palvelut tuki- ja liikuntaelinsairauksien hoidossa*”. Lääkintöhallituksen julkaisuja 81. Valtion painatuskeskus, Helsinki.

Stakes 1995: *Laadunhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtakunnallinen suositus sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä*. Neljäs tarkistettu painos. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.

Stakes (2004): ”Terveystietokäynnit vuosina 1985–2002. Perusterveydenhuollon toimintatilasto – aikasarja 1985–2002”. Tilastotiedote 3/2004. WWW-dokumentti <http://www.stakes.fi/NR/rdonlyres/085046E5-81DF-4DFA-80B1-7A2DEBE969ED/0/Tt03_04.pdf> [luettu 16.6.2009].

Stakes (2/2007): ”Terveydenhuollon menot ja rahoitus vuonna 2006”. WWW-dokumentti <www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2007/Tt02_07.pdf> [luettu 27.4.2009].

Stakes & WHO (2004): *ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus*. Stakes: Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.

STM (1986): *Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveystieteiden pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma*. Valtion painatuskeskus (Terveys 2000 -ohjelma), Helsinki.

STM (1995): *Sosiaaliturvan strategiat – viisi vuotta 2000 -luvulle*. Julkaisuja 1995:1. WWW-dokumentti <<http://pre20031103.stm.fi/suomi/tao/julkaisut/strategia/opus/opussisalto.htm>> [luettu 15.2.2009].

STM (2007). *Kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi*. Vain sähköisenä dokumenttina. WWW-dokumentti, polku: STM/Hankkeet/Päättyneet hankkeet/ Kansallinen hanke terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi 2004–2007. <http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3847.pdf&title=Kansallisen_terveydenhuollon_hankkeen_seurantaryhman_raportti_kevään_2006_toiminnasta_fi.pdf> [luettu 16.6.2009].

STM (2000:7): *Sosiaali- ja terveystietokertomus 2000*. WWW-dokumentti <<http://pre20031103.stm.fi/suomi/eho/julkaisut/ehosisallys6.htm>> [luettu 15.2.2009].

STM (2007:34): *Sairaanhoitovakuutuksen kehittäminen*. Sairausvakuutuksen sairaanhoitokorvauksen kehittämistyöryhmän muistio. STM:n selvityksiä. WWW-dokumentti <<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/11583/index.htm>> [luettu 15.2.2009].

STM (2008:16): ”*Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011*”. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16, Helsinki. Myös sähköisessä muodossa <<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/documents/15687/index.htm>>.

STV, Suomen tilastolliset vuosikirjat, Tilastokeskus:

- Suomen tilastolliset vuosikirjat 1967–1990: Suomessa toimiva terveyden- ja sairaanhoitohenkilöstö sekä apteekit vuosien 1860–1988 lopussa
- Suomen tilastolliset vuosikirjat 1992–1996: Työikäinen terveydenhuoltohenkilöstö Suomessa, 1980–1995
- Suomen tilastolliset vuosikirjat 1997–2005: Työikäiset terveydenhuollon laillistetut ammattihenkilöt Suomessa, 1985–2003
- Suomen tilastollinen vuosikirja 2007: Työikäiset terveydenhuollon laillistetut ammattihenkilöt Suomessa, 1990–2006

STV (2002): Väestö iän ja sukupuolen mukaan vuosien 1751–2001 lopussa, Taulukko 38, s. 75.

STV (2004): Sotaveteraanit, 1990–2003, Taulukko 46, s. 81.

STV (2005): Suomen tilastollinen vuosikirja 2005: Työelämä, Taulukko 370, Työttömyys, 1959–2004, s. 383. Tilastokeskus, Helsinki.

Suomen Fysioterapeutit – Finlands Fysioterapeuter ry. (2006): Fysioterapeutin ja fysioterapian määritelmä. WWW-dokumentti <http://www.fysioterapia.net/fysioterapia_ammattina/> [luettu 3.5.2009].

Suomen Fysioterapeutit – Finlands Fysioterapeuter ry. (2007): Fysioterapeutti Asiantuntijana – kuvaus fysioterapeutin ammatista. WWW-dokumentti <http://www.fysioterapia.net/fysioterapia_ammattina/> [luettu 3.5.2009].

Terveys 2000 kotisivut: © Terveys 2000 | KTL - Kansanterveyslaitos 2000–2008 | Väestötutkimus. Päivitetty 9.7.2008 | *Mikko Pekkarinen*. WWW-dokumentti <<http://www.terveys2000.fi>> [luettu 7.11.2008].

Terveys 2015 – Kansanterveysohjelma (Terveys 2015). Ohjelman virallinen nimi ja lähde: STM/VNP (2001): ”Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 – kansanterveysohjelmasta”. STM, Kansanterveyden neuvottelukunta, Julkaisu 2001:4. WWW-dokumentti <<http://www.terveys2015.fi/terveys2015.pdf>> [luettu 4.6.2009].

UN (1948): Universal Declaration of Human Rights. Adapted and proclaimed by General Assembly resolution 217 A (III) of 10 December 1948. WWW-dokumentti <<http://www.un.org/Overview/rights.html>> [luettu 4.5.2009].

UN (1982): *World Programme of Action Concerning Disabled Persons*, New York, United Nations. General Assembly, Thirty-seventh Session, Official records, Supplement 51. Resolution 37/52 and 37/53 adopted on the reports of the Third Committee, s. 185–187. WWW-dokumentti
<http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A%2F37%2F51&Submit=Search&Lang=E> [luettu 4.5.2009].

UN (1993): *The Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities*. Adopted by the United Nations General Assembly, forty-eight session, resolution A/48/96, annex, of 20 December 1993. WWW-dokumentti
<<http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm>> [luettu 4.5.2009].

UN (2002). Comprehensive and integral international convention to promote and protect the rights and dignity of persons with disabilities, New York, United Nations A/RES/56/168. WWW-dokumentti
<<http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N01/488/76/PDF/N0148876.pdf?OpenElement>> [luettu 4.5.2009].

UN, Enable (2006): Resolution adopted by the General Assembly. 61/106. Convention on the rights of Persons with Disabilities. WWW-dokumentti
<<http://www.un.org/esa/socdev/enable/conventioninfo.htm>> [luettu 4.6.2009].

UN, Enable (2008). Promoting the Rights and Dignity of Persons with Disabilities. WWW-dokumentti <<http://www.un.org/disabilities/>> [luettu 4.6.2009]. Kuuluu sähköiseen tiedostoon: UN, Enable. United Nations Documents on Disability

VNP 1978: ”Valtakunnallinen suunnitelma Kansantyyön järjestämiseksi vuosina 1979–1983”. Valtioneuvoston päätös 2.5.1978.

VN (2007): Hallituksen politiikkaohjelmat. Valtioneuvosto
<<http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/fi.jsp>> [luettu 16.6.2009].
VN (2007): Hallituksen politiikkaohjelmat. Valtioneuvosto Terveiden edistäminen.
<<http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf>> [luettu 16.6.2009].

VTV (2008): ”Hoitotakuu”. *Valtiontalouden tarkastusviraston toimintatarkastuskertomukset* 167/2008. WWW-dokumentti
<http://www.vtv.fi/files/137/1672008_Hoitotakuu_NETTI.pdf> [luettu 16.6.2009].

WHO (1948): Definition of Health. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19–22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. WWW-dokumentti
<<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>> [luettu 26.10.2008].

WHO, UNCF (1978): *Declaration of Alma Ata Primary Health Care*. A joint report by the Director-General of the World Health Organization and the Executive Director of the United Nations Children’s Fund presented at the International Conference on Pri-

mary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. WWW-dokumentti <http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1> [luettu 7.5.2009]. WHO, Geneva. Alma-Ata 1978. Konferenssin koko raportti, 80 s. WWW-dokumentti <<http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf>> [luettu 7.5.2009].

WHO (1980): International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps: ICIDH. Regional Office for Europe, Geneva.

WHO 1986: ”Ottawa Charter for Health Promotion. An international conference on health promotion. The move towards a new public health”. *Health Promotion. An international Journal* Vol. 1, No 4. WWW-dokumentti <http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2> [luettu 7.5.2009].

WHO (1997): The Jakarta declaration. The Fourth International Conference on Health Promotion: New Players for a New Era – Leading Health Promotion into the 21st Century, meeting in Jakarta from 21 to 25 July 1997. WWW-dokumentti suomeksi <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/hpr_jakarta_declaration_finish.pdf> [luettu 10.2.2009]. Alkuperäinen englanninkielinen www-dokumentti <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/declaration/en/print.html>> [luettu 10.2.2009].

WHO (1998): ”Health Promotion Glossary”. WHO/HPR/HEP/98.1. WHO, Geneva. WWW-dokumentti <http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf> [luettu 15.2.2009].

WHO (2001): ”International classification of functioning, disability and health: ICF”. WHO. Regional Office for Europe, Geneva.

WHO (2002): “*Review of national Finnish health promotion policies and recommendations for the future*”. WHO, European Office for Investment for Health Development in Venice. WWW-dokumentti <<http://www.euro.who.int/document/E78092.pdf>> [luettu 10.2.2009].

WHO & Stakes (2004): Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus: ICF. Stakes; Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä.

WHO, Commission on Social Determinants of Health (CSDH), chair Michael Marmot (2007): *Achieving Health Equity: from root causes to fair outcomes. Interim Statement*. WWW-dokumentti <http://www.who.int/social_determinants/resources/interim_statement/en/index.html> [luettu 15.10.2007].

Hallituksen esitykset ja säädökset aikajärjestyksessä

<<http://www.finlex.fi/fi/laki/>>

- L 1231/1945 Laki lääkitysvoimistelijan ja hierojan toimesta. 1231/1945,
L 347/1956 Kansaneläkelaki 347/1956, 22 §
L 364/1963 Sairausvakuutuslaki
As. 473/1963 Sairausvakuutusasetus
HE 98/1971 Hallituksen esitys Eduskunnalle kansanterveystyöstä ja sen voimaannosta annettavaksi laeiksi.
L 66/1972 Kansanterveyslaki
As. 205/1972 Kansanterveysasetus
L 743/1978 Työterveyshuoltolaki.
- L 677/1982 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta
L 710/1982 Sosiaalihuoltolaki
L 1070/1983 Laki kansanterveislain 21 §:n muuttamisesta
L 380/1987 Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista
L 1184/1988 Laki rintamaveteraanien kuntoutuksesta
L 1062/1989 Erityissairaanhoidonlaki
As. 1130/1989 Asetus terveyskeskuksessa perittävistä maksuista ja korvauksista annetun Asetuksen muuttamisesta
- L 152/1990 Laki yksityisestä terveydenhuollosta
As. 744/1990 Asetus yksityisestä terveydenhuollosta
L 604/1991 Laki kuntoutuksen asiakaspalveluyhteistyöstä. Kumottu Ks. L 497/2003
L 606/1991 Laki erikoissairaanhoidon muuttamisesta (jonka perusteella annettu As. 1015/1991)
As. 878/1991 Asetus kuntoutusasiain neuvottelukunnasta
L 610/1991 Laki Kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta.
L 611/1991 Kuntoutusrahalaki
As. 893/1991 Kuntoutusraha-asetus
As. 1015/1991 Asetus lääkinnällisestä kuntoutuksesta
As. 1161/1991 Asetus Kansaneläkelaitoksen järjestämästä kuntoutuksesta.
L 733/1992 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta
L 734/1992 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista
L 785/1992 Laki potilaan Asemasta ja oikeuksista 17.8.1992
L 559/1994 Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559
L 365/1995 Kuntalaki
L 1446/1995 Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuudesta annetun lain muuttamisesta
L 731/1999 Suomen perustuslaki, 2. luku, perusoikeudet 6–23 §.
- L 497/2003 Laki kuntoutuksen asiakasyhteistyöstä.
L 855/2004 Laki kansanterveislain muuttamisesta
L 856/2004 Laki erikoissairaanhoidonlain muuttamisesta
L 857/2004 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta

HELSINGIN SANOMAT

MIELIPIIDE

Päihdehuolto jättää hädässä heitteille

"Kun hoitaja alkoi kysellä pojalta tämän päihdekäytön historiaa, poika katsoi minuun kysyvästi: joko pitää alkaa valehdella?"

Poikani päihteiden käyttö alkoi rajuna 16-vuotiaana. Hasis ja amfetamiiniin käyttö tulivat mukaan satunnaisesti juoppoputkien yhteydessä. Kaikki mahdolliset ja mahdollomat psykiatriset tutkimukset ja hoidot hänelle on järjestetty pienestä lapsesta lähtien – tuloksetta.

Nyt pojan ollessa kolmikymppinen takana on jo kymmeniä hoitajaksoja. Yleensä kuntoutuskeskus on avautunut katkaisun kautta, mutta ei enää tänä vuonna. Syynä on kuntoutuskeskuksen hoitotieteologia, jossa ei sallita psykiatrialääkkeiden käyttöä. Niitä ilman poikani taas ei tule toimeen päivääkään.

Tänä kesänä kohtalaisen pitkän raittiusjakson jälkeen tilanne meni vakavaksi. Viikkojuoppoputki alkoi jo johtaa

juoppohulluuteen. Poika riehuu eräällä ostoskeskuksella puukon kanssa ja rauhoittui vasta, kun kolme poliisiautoa piiritti hänet. Mutta hoitoon eivät vieneet. Näin tämä "hoitoketju" meni:

Poliisi määräsi lääkkeeksi sakkoka. Tässä vaiheessa sain tietää asiasta. Iltana oli torstai. Soitin Helsingin sosiaalipäivystykseen ja kerroin juurta jaksain tilanteen. Neuroivot soittamaan kaupungin terveysneuvontaan.

Soitin ja selvitin taas tilanteen perinpohjin. Pohdinnan jälkeen pyysivät soittamaan lääkäriambulanssin, minkä teinkin. Sovittiin, että vievät pojan vaikka tahdonvastaisesti hoitoon, koska hän oli vaarallinen joko itselleen tai muille.

Ambulanssi-poliisipartio ei poikaa kuitenkaan tavannut tämän kotoa. Seuraavana iltana pojan äiti löysi pojan kotoaan hyvin huonossa kunnossa.

Nyt soitin taas lääkäriambulanssin ja kerroin, että poika suostuu lähtemään hoitoon. Tähän lääkäri sanoi, ettei asia tässä tilanteessa kuulu heille, koska kysymyksessä on vapaaehtoinen hoitoon suostumus. Lääkäri neuvoi menemään Auran poliiklinikalle.

Ajettiin pirssillä Auroraan. Siellä lääkäri totesi, että poika ei ole riittävän mielisairas päästäkseen sinne katkolle. Hän neuvoi kääntymään Kurvin katkaisuaseman puoleen. Koska oli jo myöhäinen yö, poika oli otettava äitinsä kotiin. Viikonloppuna Kurvissa ei kuitenkaan ollut vastaanottoa.

Niin sinniteltiin pojan kanssa maanantaihin ja mentiin Kurviin. Siellä poliiklinikahoitaja totesi, että poika on käyttänyt aivan liian vähän huumeita päästäkseen sinne katkolle. Ei muuta kuin pihalle. Tosin Kurvissa vielä lähtiessä neuvottiin kääntymään Hangonkadun sosiaalisen kuntoutusaseman puoleen.

Siinä vaiheessa poikani oli jo niin masentunut, ettei jaksanut lähteä mihinkään. Omaan asuntoonsa häntä ei voinut jättää, sillä hän sanoi jatkavansa siellä välittömästi ryyppäämistä. Ainoa apu olisi katkaisuhoidon ja pääsy kuntoutuskeskukseen. Mutta sinnehan saa lähteen vain jonkin laitoksen tai poliiklinikan kautta.

Kun muuta neuvoa ei ollut, pojan äiti piti poikaa kolme viikkoa kotonaan ja hoiti näin oimintakeisen katkaisun. Vasta

tämän jälkeen poika ilmoitti uskaltavansa taas asua yksin omassa vuokra-asunnossaan. Hänen äitinsä taas ilmoitti, että oli täysin nääntynyt eikä jaksaisi enää päivääkään.

Niin palasi poika kotiinsa. Meni kuitenkin vain puoli-toista viikkoa, kun tapahtui uusi retkahdus. Nyt soitin Hangonkadulle ja selvitin taas poikani tilanteen perin pohjin. Toimihenkilö sanoi, että kyllä tänne pääsee, sillä vähäinen huumeidenkäyttö ei ole ongelma, jos käyttö ei näy "seuloisissa".

Kolmen tunnin odottelun jälkeen pääsimme sisään helppotunein mielin. Sairaanhoidaja kyseli kaiken mahdollisen pojan päihdekäytöstä ja tämä kertoi kaiken rehellisesti.

Sitten tuli märkä rätti päin naamaa: hoitaja totesi, että valitettavasti poika ei pääse katkaisuun, sillä tämä oli juuri kertonut käyttäneensä yli viikko sitten amfetamiinia yhden kerran yhtenä päivänä.

Koska Hangonkadulle pääsivät vain "ilmiselvät" juopot, poikani olisi pitänyt valehdella tällainen olevansa. En ollut uskoa korviani. Ei muuta kuin kadulle.

Saatesanoina hoitaja kehotti menemään A-klinikan päivystykseen ja pyrkimään sitä kautta Linnankoskenkadun katkaisuasemalle, sillä sinne otettaisiin sekakäyttäjäksi. Otin vuorostani pojan omaan kotiini.

Seuraavana aamuna menimme A-klinikan päivystykseen. Kun hoitaja alkoi kysellä pojalta tämän päihdekäytön historiaa, poika katsoi minuun kysyvästi: joko pitää alkaa valehdella?

Kehotin eleilläni kertomaan tosiasiat. Lopputulos: paikka kuntoutuskeskukseen järjestyi, mutta vasta kahden viikon kuluttua.

Tiedustelin, eikö poikani pääsisi odottamaan kuntoutuskeskukseen siirtymistä katkaisuasemalle, sillä yksin asua saan hän retkahtaisi heti.

Ei pääsisi, sanoi hoitaja, sillä poikani oli ollut selvinpäin eilisestä lähtien ja katkaisuasemalle otettiin hoitoon vain juovuksissa olevia.

Ei tämä näin saa mennä.

Tehkää hyvät ihmiset, te Helsingin kaupungin päättäjät, jotta!

Isä, jonka mitta tuli täyteen
Julkaisemme kirjoituksen poikkeuksellisesti nimimerkillä.

Päihdehuollon palveluissa parantamisen varaa

"Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen tavoitteena on järjestää päihdehuolto ja muut sitä tukevat palvelut kunnassa esiintyvän tarpeen mukaisesti."

Nimimerkki "Isä, jonka mitta tuli täyteen", kirjoitti otsikolla "Päihdehuolto jättää hädässä heitteille" aikuisen poikansa kokemuksista Helsingin kaupungin päihde- ja muissa hoitopalveluissa (HS 1. 10.).

Kirjoittaja kertoo pojallaan olevan takanaan jo kymmeniä hoitajaksoja. Päihdekatkaisuhoitoon hakeutuminen ei kovatulla kerralla onnistunut, koska pojan päihteiden seka- käyttö ei näyttänyt sopivan katkaisuhoidon yksittäisten tarpeiden mukaisesti.

Kuntoutuskeskus ei enää avautunut katkaisujakson jälkeen, koska kirjoittajan mukaan psykiatrikeskusten käyttöä ei sallita kuntoutuskeskusten hoitoteologiassa. Kuntoutusjakson odottaminen yksin astuen tuntui ylivoimaiselta. Kirjoituksessa kuvataan turhauttavaa päihdehoitoon pyrkimistä omaisen näkökulmasta.

Kirjoittaja oli aluksi yrittänyt saada tietoa siitä, mihin poika tulisi ohjata. Tekstistä ei käy ilmi, oliko esillä ollut myös terveyskeskuspäivystys.

Terveystoimen päihdehuollon hakeutuneen tai sinne

tuodun päihtyneen henkilön hoidon tarve on siellä arvioitava.

Joskus tarvitaan sairaalahoitoa vakavien ruumiillisten oireiden tai rankan päihteiden käytön päättyessä ilmaantuvan sekavuustilan vuoksi. Helsingissä toimii myös selviämishoitoasema, joka on tarkoitettu päihteiden käyttäjien lyhyt- aikaisista toipumista varten.

Kirjoittajaa oli hänen puhelimessa antamansa taustatiedon perusteella sitten neuvottu kääntymään Auroran psykiatrisen poliklinikan puoleen. Auroran sairaalan psykiatrisen päivystys on tarkoitettu äkilliseen vakavaan psykiatriseen kriisiin joutuneiden henkilöiden tutkimusta ja välitöntä hoitoa varten.

Psykiatriseen sairaalaan ei ole tarkoituksenmukaista ottaa päihdekatkaisuhoitoon henkilöä, joka ei tilansa perusteella tarvitse psykiatrisen sairaalan hoito-olosuhteita esimerkiksi psykoosioireiden tai itsemurhavaaran vuoksi.

Auroran päivystyksessä on kirjoittajan tapauksessa valitettavasti kuitenkin annettu kyseisessä tilanteessa virheellinen ja uuden pettymyksen aiheuttanut jatko-ohje.

Helsingissä päihdehoitoa saa A-klinikoilla, katkaisuhoidon asemilla sekä laitospäivystyksessä. Laitospäivystystä tuotetaan omana palveluna kirjoituksessa mainitussa Han-

sonkadun kuntoutuskeskuksessa, Läntisen A-klinikan katkaisuhoidon asemalla ja Munkki- saaren huumehoitoyksikössä, jossa on keskitytty pääsääntöisesti huumeiden käyttäjien katkaisuhoidon.

A-klinikoilla on päivystysluonteisesti mahdollisuus arkipäivisin avohoidossa tapahtuvaan katkaisuhoidon. Laitospäivystys on tarkoitettu niille henkilöille, jotka eivät kykene akuuttia päihteiden käyttöön omin avuin tai avohoidon tuella katkaisemaan.

Alkoholia ja huumeita käytävällä on myös viikonloppuisin mahdollisuus päästä laitospäivystykseen, jos paikkoja on vapaana. Laitospäivystyspaikkojen määrä ei nykytilanteessa aina riitä vastaamaan akuuttiin ky-

Monien päihteiden samanaikainen käyttö on tullut yleiseksi, ja siksi katkaisuhoidon yksittäisten onkin tarpeen tarkistaa ohjeita ("ns. sisäänottokriteerit"), joiden mukaan asiakkaita otetaan katkaisuhoidon. Tämä ongelma-alue on selkeästi kuvattu kirjoituksessa.

Omien palveluidensa lisäksi Helsingin kaupunki ostaa päihdehoitopalveluja yksityisiltä palvelun tuottajilta. Huumeiden käyttäjille suunnattua akuuttia päihdehoitoa on ositettu muun muassa Diakoniasalaitoksen Huumeapäivystyspoliklinikalta ("Kurvi").

Huumeapäivystyspoliklinikan palveluiden avulla on tarkeita vastata akuutteihin kriisitilanteisiin. Huumeapäivystyspoliklinikka on auki 24 tuntia vuorokaudessa arkisin ja viikonloppuisin.

Kun akuutti päihteiden käyttö on saatu katkaistuksi avo- tai laitoshoidossa, on mahdollista jatkaa pidemmässä kuntouttavassa päihdehoitossa. Päihdehuollon kuntouttavaa laitoshoidoa toteutetaan Helsingin kaupungin omana palveluna Tervalammen kartano- kuntoutuskeskuksessa.

Kuntoutukseen tulo ei edellytä laitospäivystystä tai hoitoa, vaan hakeutua myös avohoidosta. Laitoksessa ei ole sellaista hoitoteologiaa, mikä edellyttäisi asiakkaalta lääkkeettömyyttä.

Päihdehuollon kuntouttavaa laitoshoidoa ostetaan myös yksityisiltä palvelun tuottajilta ja osa näistä ostetuista päihdehoitoista on hoitoteologialtaan lääkkeettömiä.

Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen tavoitteena on järjestää päihdehuolto ja muut sitä tukevat palvelut kunnassa esiintyvän tarpeen mukaisesti. Parantamisen varaa on sekä palvelutoiminnan joustavuudessa että riittävyys-

nessä. Samoin on kohentamisen varaa palveluista tiedottamisessa ja niihin ohjaamisessa, jotta potilas/asiakas pääsisi kangerteluita tarvitsemaansa palveluun ja häntä osattaisiin oikein neuvota. Kirjoittajan kuvaamassa tapauksessa olisi monessa kohtaa voitu onnistua paremmin.

Helinä Hulkkonen
aikuispalvelujohtaja
Helsingin sosiaalivirasto
Tuula Saarela
johtajapsykiatri
Helsingin terveyskeskus

HELSINGIN SANOMAT
MIELIPIIDE

HANNE S HEIKURAN/HS VALOKUVA
"HUUMENUORIA TAIDETERAPIASSA
HELSINGISSÄ" EI MAHTUNUT
MUKAAN LIITTEeseen.

SUNNUNTAINA 14. LOKAKUUTA 2007 | HELSINGIN SANOMAT

MIELIPIIDESIVU, PL 71, 00089 SANOMA
(09) 1221, ma-pe klo 11:30-12:30,
FAKSI (09) 122 2366, hs.mielipide@hs.fi

HS 16.10.2007

Peruspalvelujen vastattava tarpeita

Mielenterveyden häiriöt ja päihteiden väärinkäyttö ovat tulevaisuuden merkittävimmät kansanterveysongelmat. Niiden osuus suomalaisten tautitaakasta ja sairauspoissaoloista on jo nyt noin neljännes.

Yhteiskunnan voimavaroja ei nykyisellään ohjata riittävästi mielenterveys- ja päihdetyöhön. Niukkojen resurssien järjestyksellinen käyttö on vaikeaa, koska julkiset mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat kovin pirstoutuneita.

Mielenterveyden ongelmat ja päihdeongelmat kietoutuvat yhteen. Suurimmalla osalla päihdeongelmallisista on myös jokin muu mielenterveyden häiriö. Jyrkkä hallinnollinen jako mielenterveyspalveluihin ja päihdepalveluihin vaikeuttaa avunsaantia ja heikentää palvelujen vaikuttavuutta.

Puitelaki, joka koskee kuntaja palvelurakennemuutosta, antaa kunnille mahdollisuuden uudistaa ja tehostaa myös mielenterveys- ja päihdepalveluja. Sosiaalihuolto ja perusterveydenhuolto on perusteltua järjestää eheänä toiminnallisena kokonaisuutena. Silloin, kun kunnat muodostavat yhteistointialueita, on huolehdittava

Jyrkkä hallinnollinen jako mielenterveyspalveluihin ja päihdepalveluihin vaikeuttaa avunsaantia, kirjoittavat **Kristian Wahlbeck ja Maritta Vuorenmaa.**

va siitä, että mielenterveys- ja päihdepalveluissa on sama väestöalue. Tämä luo perustan palveluiden johtamiselle ja toimivalle yhteistyölle.

Aikuisten mielenterveyspalvelut ovat perinteisesti kuuluneet terveydenhuoltoon, kun taas päihdepalvelut ja perheneuvolat ovat sijoittuneet sosiaalihuoltoon. Kahtiajako luo palveluihin toisaalta aukkoja ja toisaalta päällekkäisyyksiä.

Nykyinen malli ei perustu asiakkaiden tarpeisiin, vaan se on syntynyt ammattikuntien halusta korostaa identiteettiään, asemaansa ja erilaisia lähestymistapojaan.

Vanhentuneesta mallista on syytä pyrkiä eroon. Sen tilalle pitäisi rakentaa palvelujärjestelmä, jossa kansalaisten ja perheiden tarpeet otetaan nykyistä paremmin huomioon.

Parhaimmillaan mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat saumattomia, monipuolisia ja

joustavia ja perustuvat riittävästi molempien alojen asiantuntemukseen. Kun palvelut ovat hallinnollisesti hajallaan, hoitoon on vaikea päästä ja asiakasta pompotellaan luukulta toiselle.

Tilanteesta kärsivät erityisesti lapset ja nuoret, joiden palvelut ovat nyt hajallaan sosiaali- ja terveydenhuollon ja oppilashuollon piirissä. Näiden palvelujen kokoaminen ja koordinoiminen olisi tarpeen. Erytisesti lasten avohoitopalvelujen jakautuminen perhe- ja kasvatusneuvoloihin ja lastenpsykiatriin avohoidon toimipisteisiin johtaa helposti koordinoimattomaan toimintaan.

Oireilevien lasten polku hoitoon on usein sattumanvarainen. Usein kestää jopa vuosia ennen kuin asianmukainen hoito aloitetaan.

Perheissä vanhempien päihdeongelma nivoutuu yhteen lasten mielenterveysongelmien kanssa. Mielenterveyden häiriöihin liittyvää itsemurhan riskiä voidaan pienentää nimenomaan vähentämällä väestön alkoholinkulutusta.

Mielenterveys- ja päihdepalvelut on järjestettävä ensisijaisesti avopalveluina niin, että niillä tuetaan oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itse-

näistä suoriutumista.

Avopalvelut eivät ole kehittyneet toivotusti. Yhtenä syytä voi olla johtajuuden puute; kunnan mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmä ei ole kenenkään käsissä.

Psykiatristen ja päihdehuollon erikoispalveluiden järjestämiseksi tarvitaan riittävän suuria väestöpohja. Asiakkaiden määrällä on vaikutusta pätevän henkilöstön rekrytoitumiseen ja pysyvyyteen. Se tukee myös moniammatillisten, päihde- tai mielenterveystyöhön erikoistuneiden työryhmien toimintaa.

Uudistusta toteutettaessa on varmistuttava siitä, että sosiaali- ja terveydenhuollon peruspalveluissa on riittävästi mielenterveys- ja päihdetyön erityisosaamista, esimerkiksi psykologin sekä depressio- ja päihdehoitajan palveluja.

On perusteltua nostaa näiden monia kuntalaisia koskevien palvelujen profiilia, lisätä niiden arvostusta ja jakaa voimavaroja nykyistä oikeudenmukaisemmin.

**Kristian Wahlbeck
Maritta Vuorenmaa**

Wahlbeck on tutkimusprofessori ja Vuorenmaa kehittämisspäälikkö Stakesin Kuntapalvelujen Vaasan alueyksikössä.

Terveys 2000 -tutkimus.

Lomake: T2001, Kotihaastattelu www.terveys2000.fi

A. Fysioterapian käyttö ja tarve

1. Fysioterapian käyttö

Fysioterapian käyttö määriteltiin *Terveys 2000* -tutkimuksen kotihaastattelun kyselylomakkeen kohtien DE01 ja JA09_1 vastausten perusteella.

Kohdassa DE01 kysyttiin, ”oletteko viimeksi kuluneiden 12 kk aikana ollut lääkärin läheteellä lääkintävoimistelussa tai muussa fysikaalisessa hoidossa, muulloin kuin sairaala- tai kuntoutuslaitoshoidossa ollessanne?” ”Kyllä” vastanneita oli otoksessa 851 henkilöä.

Kohta JA09_1 oli avovastaus kysymykseen, ”minkälaisessa kuntoutuksessa olette tällä hetkellä?”. Yhteensä 89 henkilöä vastasi saavansa fysioterapiaa.

Tuplavastausten poistamisen jälkeen fysioterapiaa käyttäneiden määrä oli 869 henkilöä.

Kysymykset:

DE01. Oletteko viimeksi kuluneiden 12 kk aikana ollut lääkärin läheteellä lääkintävoimistelussa tai muussa fysikaalisessa hoidossa, muulloin kuin sairaala- tai kuntoutus-laitoshoidossa ollessanne?

- 1 kyllä
- 2 ei → DE04

JA09. Oletteko tällä hetkellä kuntoutuksessa?

- 1 kyllä
- 2 ei → JB01

JA09_1. Minkälaisessa? _____

2. Fysioterapian tarve

Fysioterapian tarvetta selvittävä kysymys oli monipolvinen. Kysymyssarja BA selvitti, onko vastaajalla määriteltyjä sairauksia. Kysymyssarja BB selvitti, onko vastaajalla jokin muu sairaus, joka ei ollut käsitelty kysymyssarjassa BA.

BB02. Onko jokin näistä sairauksistanne sellainen, johon ette saa jotakin muuta hoitoa, jota haluaisitte saada?

- 1 kyllä
- 2 ei → BB05

BB03.	Tarvitsisitteko lisää seuraavia hoitoja:	kyllä	ei
BB03A	a. lääkehoitoa?	1	2
BB03B	b. leikkaushoitoa?	1	2
BB03C	c. sairaalahoitoa?	1	2

BB03D	d. lääkintävoimistelua, fysikaalista hoitoa?	1	2
BB03E	e. kuntoutusta?	1	2
BB03F	f. apuvälineitä?	1	2
BB03G	g. terveysneuvontaa (elintavat, ravinto)?	1	2

Kysymyksen vaihtoehtoon BB03D 532 henkilöä oli vastannut ”kyllä”

JB kysymyssarja liittyi kuntoutuksen koettuun tarpeeseen

JB02. Koetteko tarvitsevanne:

JB02A a. nykyisessä ammatissa suoriutumista edistävää ammatillista kuntoutusta (esim. TYK, ASLAK)?

1 kyllä

2 ei

JB02B b. uudelleen koulutusta sairauden tai vamman takia?

1 kyllä

2 ei

JB02C c. muuta kuntoutusta sairauden tai vamman aiheuttamien oireiden ja

1 kyllä

2 ei

<JB03 kysytään, jos JB02c=1>

JB03.	Tarvitsisitteko:	kyllä	ei
JB03A	a. fysioterapiaa (fysikaalista hoitoa)?	1	2
JB03B	b. kuntoutuslaitoshoidoa?	1	2
JB03C	c. jotakin muuta kuntoutusta?	1	2
	JB03c_1. (Muuta kuntoutusta) Mitä? _____		

Kysymykseen JB03A 1321 henkilöä vastasi ”kyllä

Avovastauksen JB03C_1 luokituksen jälkeen hyväksyttiin fysioterapiatarpeeksi 49 henkilön vastaus.

Kun kysymysten BB03D, JB03A ja JB03c_1 vastauksista poistettiin tuplavastaukset, ts. henkilö oli vastannut useampaan kysymykseen tarvitsevansa fysioterapiaa, fysioterapiaa tarvitsevien määrä oli 1542 henkilöä. Fysioterapiaa käyttäneiden ja tarvitsevien lukumäärä sukupuolen mukaan esitetään tutkimusasetelmassa.

Fysioterapian käytön ja tarpeen avovastausten luokituksen suoritti Kelan ja KTLn yhteinen asiantuntijaryhmä erikoistutkija LitM Sirkka-Liisa Karpin johdolla.

B. Demografiaa, sosioekonomista asemaa ja maantieteellistä asuinpaikkaa koskevat kysymykset ja vastausten luokitus

1. Demografia

1.1 Sukupuoli, taustamuuttajat: 1. mies, 2. nainen

1.2 Ikäluokat, taustamuuttaja, syntymävuoden perusteella muodostettiin seuraavia ikäluokkia:

- 1 = 30 - 44
- 2 = 45 - 54
- 3 = 55 - 64
- 4 = 65 - 74
- 5 = 75 +

Terveys 2000 -väestötutkimuksen raportoinnissa on yleisesti käytetty em. ikäluokkia sillä erotuksella, että viimeinen luokka on yleensä jaettu kahteen: a. 75 - 84 ja b. 85 +.

2. Sosioekonominen asema

2. 1. Koulutustason luokat

”Perusasteen koulutuksen saaneiksi luokiteltiin henkilöt, jotka olivat suorittaneet enintään ammattikurssin tai saaneet työpaikkakoulutuksen, mutta joilla ei ollut yliopistotutkintoa” (Martelin ym. 2002, 19).

”Keskiasteen koulutukseksi määriteltiin ammattikoulun, oppisopimuskoulutuksen, näyttötutkinnon, ammatillisen koulun tai erikoisammattitutkinnon suorittaneet peruskoulutuksesta riippumatta; tähän ryhmään luokiteltiin myös ne yliopistotutkinnon suorittaneet, joiden ammatillinen koulutus rajoittui ammattikurssiin tai työpaikkakoulutukseen” (mt.).

”Korkea-asteen koulutukseksi luettiin tässä ammatilliset opintotutkinnot sekä ammatti- tai muut korkeakoulututkinnot” (mt.).

2. 2. Työmarkkina-aseman luokitus

Haastattelulomakkeen kysymykset:

AD01. Mikä seuraavista vaihtoehdoista kuvaa parhaiten tämänhetkistä pääasiallista toimintaa. Oletteko:

(PÄÄASIALLINEN ON SE TOIMINTA, JOHON KÄYTTÄÄ ENITEN AIKAA TAI JOSTA SAA ENITEN TULOJA)

- 1 kokopäivätyössä → AD01b
- 2 osa-aikatyössä (MYÖS OSA-AIKAELÄKELÄISET) → AD01a
- 3 opiskelija → AD01b
- 4 eläkkeellä → AD02
- 5 työtön tai lomautettu → AD01b
- 6 hoitamassa omaa kotitaloutta tai perheenjäseniä → AD01b
- 7 varusmies- tai siviilipalvelussa → AD01b
- 8 muu?

AD01_1 (Muu) Mikä? _____ → AD01b

AD01a. Oletteko osa-aikaeläkkeellä?

- 1 kyllä
- 2 ei

AD01b. Oletteko tällä hetkellä:

- 1 sairauslomalla
- 2 äitiys-, isyys- tai vanhempainlomalla
- 3 hoitovapaalla
- 4 vuorotteluvapaalla?
- 5 EI MILLÄÄN NÄISTÄ

Kysymyksistä muodostettiin seuraavat luokat:

1. **Työssä** käyviksi määriteltiin henkilöt, jotka olivat kokopäivätyössä tai osa-aikatyössä. Mahdolliset työstä sairauslomalla, äitiys-, isyys- tai vanhempainlomalla olevat laskettiin myös työssä käyviksi.

Luokkaan sisällytettiin:

- AD01, vaihtoehdon 1 valinneet mukaan lukien myös ne, jotka seurantakysymyksessä AD01b olivat valinneet vaihtoehdon 1 tai 2.
- AD01, vaihtoehdon 2 valinneet, jotka olivat myös vastanneet kysymykseen AD01a. valitsemalla vaihtoehdon 2.
- AD01_1 avokysymysten perusteella (33 vastaajaa) viisi henkilöä, jotka olivat vastanneet yrittäjän vaimo, taksikuljettaja, pätkätyössä, metsätalallinen, tutkija apurahalla.

Perustelut, luokka 1: Kokopäivätyössä oleva, joka on sairauslomalla, on ollut alle 300 päivää sairaana. Sairausajan palkka riippuu työehtosopimuksen sisällöstä. Ellei sairausajan palkkaa makseta, sairauslomalla oleva saa suoraan Kelasta SV-päivärahaa. SV-päivärahan suuruus on kutakuinkin samaa luokkaa kuin eläke. Periodi, jolloin tulotaso on tavanomaista alempi, ei ole pysyvä ja voi olla 10–300 päivän pituinen. Äitiys-, isyys- tai vanhempainlomalla olevalla on kutakuinkin samansuuruinen sosiaalivakuutuksen mukainen korvaus, jos he ovat kokopäivätyössä. Osa-aikatyössä olevien tulot ovat alempia, mutta tätä tarkastellaan tarkemmin tuloluokkien vertailussa, mihin luokkaan ne niissä asettuvat.

2. **Eläkkeellä** oleviksi määriteltiin kokonaan eläkkeellä olevat riippumatta eläkemuodosta sekä osa-aikaeläkeläiset, myös työssä käyvät osa-aikaeläkeläiset.

Luokkaan sisällytettiin:

- AD01, vaihtoehdon 4 valinneet henkilöt
- AD01, vaihtoehdon 2 valinneet, jotka seurantakysymyksessä AD01a.:sta olivat valinneet vastausvaihtoehdon 1.

3. Ryhmä ”**muut**” muodostui hoitovapaalla ja vuorotteluvapaalla olevista, opiskelijoista, työttömistä tai lomautetuista, kotitalouttaan tai perheenjäseniä hoitavista sekä varusmies- tai siviilipalveluksensa suorittavista. Heille oli mitä todennäköisimmin yhteistä epävarma pääasiallinen toimeentulolähde, kuten sosiaali- ja toimeentuloturva sekä epäsäännölliset palkkatulot.

Luokkaan sisällytettiin:

- AD01, vastausvaihtoehdot 3, 5, 6, 7 ja 8.
- AD01, vastausvaihtoehdot 1 ja seurantakysymyksen AD01b vastausvaihtoehdoista olivat valinneet 3 tai 4.

Perustelu, luokka 3: Kaikilla tähän luokkaan kuuluvilla ei välttämättä ole omia, itse hankittuja tuloja. Moni heistä voi olla kokonaan työttömyyskorvauksella (ansiosidottu tai ei), työmarkkinatuella, toimeentulotuella, opintotuella, lapsen kotihoidon tuella, kuntoutustuella tai kuntoutuksessa eli hyvin suuri osuus voi olla kokonaan riippuvainen sosiaaliturvasta tai toimeentuloturvasta. Vuorotteluvapaalla olevat voivat elää siihen tarkoitukseen säästetyillä varoilla – tai hyvin palkatussa toisessa työssä. Ryhmässä voi olla monia hyvin vähäisillä tuloilla eläviä ja myös monia hyvätuloisia ihmisiä, mikä selviää tuloluokkien vertailussa.

2.3 Tuloluokan määrittäminen

Luokitus on OECD-kulutussyksikköasteikko, jossa ensimmäinen aikuinen saa painon 1,0, muut aikuiset 0,7 ja kukin alle 18-vuotias lapsi painon 0.5. Muuttujan luokitus oli tehty valmiiksi *Terveys 2000* -tutkimuksen perustuloksia esittävää raporttia varten (Alha 2002, 18).

Tuloluokkien rajat, kuukaudessa käytettävissä olevat taloudelliset resurssit, €/kk:

- I ≤ 652 (alin tuloluokka)
- II 653–1051
- III 1052–1433
- IV 1434–1892
- V ≤ 1893 (ylin tuloluokka)

3. Maantieteellinen asuinpaikka

3.1. Asuinpaikan taajama-aste.

Asumisen taajama-asteessa luokittelu perustui Tilastokeskuksen kehittämään ja vuonna 1989 käyttöön otettuun tilastolliseen kuntaryhmitukseen. ”Käytettyjä luokkia olivat kaupunkimaiset kunnat (väestöstä vähintään 90 % asuu taajamissa tai suurimman taajaman väkiluku on vähintään 15 000), taajaan asutut kunnat (väestöstä vähintään 60 %, mutta alle 90 % asuu taajamissa) sekä maaseutumaiset kunnat (väestöstä alle 60 % asuu taajamissa tai suurimman taajaman väkiluku on pienempi kuin 15 000, sekä kunnat joiden väestöstä enemmän kuin 60 %, mutta alle 90 % asuu taajamissa ja suurimman taajaman väkiluku on alle 400 henkilöä)”. (Hakulinen 2004, 34, alkuperäislähde Tilastokeskus 2001b.)

3.2. Miljoonapiirit

Suomen yliopistosairaanhoiton miljoonapiirit ovat Helsingin (HYKS) ja Turun yliopistolliset keskussairaalapiirit (TYKS) sekä Tampereen (TaYS), Kuopion (KYS) ja Oulun yliopistolliset sairaalapiirit (OYS).

C. Terveyttä ja toimintakykyä koskevat kysymykset ja vastausten luokat

1. Terveys

1.1 Koettu terveys

BA01. Tiedustelisin seuraavaksi terveyteenne ja sairauksiinne liittyviä asioita.

Onko terveydentilanne mielestänne nykyisin:

- 1 hyvä
- 2 melko hyvä
- 3 keskitasoinen
- 4 melko huono
- 5 huono?

Luokitus ja uuden muuttujan muodostaminen (ba01U)

1 = vastaaja on valinnut jonkin vaihtoehdoista 1–3. Hän kokee terveytensä ”hyväksi”

2 = vastaaja on valinnut jonkin vaihtoehdoista 4–5. Hän kokee terveytensä ”huonoksi”.

1.2 Pitkäaikaiset sairaudet

BA02. Onko Teillä jokin pysyvä tai pitkäaikainen sairaus, tai jokin vika, vaiva tai vamma, joka vähentää työ- tai toimintakykyänne?

OHJE: MUKAAN OTETAAN KAIKKI LÄÄKÄRIN TOTEAMAT PITKÄAIKAISET SAIRAUDET SEKÄ MYÖS VÄHINTÄÄN KOLME KUUKAUTTA KESTÄNEET VAIVAT, JOITA LÄÄKÄRI EI OLE TODENNUT, MUTTA JOTKA VAIKUTTAVAT TOIMINTAKYKYYN.

- 1 kyllä
- 2 ei → BA03a

Luokitus ja uuden muuttujan muodostaminen (ba02U)

1 = vastaajalla ei ole pysyvää tai pitkäaikaista sairautta tai vikaa, vaivaa tai vammaa, joka vähentää työ- tai toimintakykyä (vastausvaihtoehto 2).

2 = vastaajalla on ko. sairaus, vika tai vamma (vastausvaihtoehto 1).

2. Fyysinen toimintakyky

2.1 Perustoiminnot, ADL

HA. Tavanomaiset toiminnot (ADL ja IADL) OHJE: NÄYTÄ KORTTI 15

HA01. Miten selviydytte nykyisin seuraavista toimista:

OHJE: TILAPÄISIÄ TOIMINTAKYVYN RAJOITUKSIA EI OTETA LUKUUN, ESIM. JOS ON JALKA KIPSISSÄ

HA01A a. vuoteeseen asettuminen ja sieltä nouseminen?

- 1 pystyn siihen vaikeuksitta
- 2 pystyn siihen mutta vaikeuksia on jonkin verran
- 3 pystyn siihen mutta se on minulle erittäin vaikeaa
- 4 en pysty siihen lainkaan

- HA01B b. pukeutuminen ja riisuutuminen?
 1 pystyn siihen vaikeuksitta
 2 pystyn siihen mutta vaikeuksia on jonkin verran
 3 pystyn siihen mutta se on minulle erittäin vaikeaa
 4 en pysty siihen lainkaan

- HA01D d. syöminen?
 1 pystyn siihen vaikeuksitta
 2 pystyn siihen mutta vaikeuksia on jonkin verran
 3 pystyn siihen mutta se on minulle erittäin vaikeaa
 4 en pysty siihen lainkaan

- HA01E e. peseytyminen?
 1 pystyn siihen vaikeuksitta
 2 pystyn siihen mutta vaikeuksia on jonkin verran
 3 pystyn siihen mutta se on minulle erittäin vaikeaa
 4 en pysty siihen lainkaan

Luokitus ja uuden muuttujan muodostaminen (HA01YHD)

1 = ei ole perustoimintojen rajoituksia, tarkoittaen, että henkilö on vastannut kaikkiin em. kysymyksiin vastausvaihtoehdolla 1.

2 = on perustoimintojen rajoituksia, tarkoittaen, että henkilö on johonkin tai joihinkin em. kysymyksiin valinnut vastausvaihtoehdon 2–4.

2.2 Fyysisesti raskaat suoritukset

- HA02K k. raskas siivoustyö, esim. mattojen kantaminen ja piiskaaminen tai ikkunoiden pesu?
 1 pystyn siihen vaikeuksitta
 2 pystyn siihen mutta vaikeuksia on jonkin verran
 3 pystyn siihen mutta se on minulle erittäin vaikeaa
 4 en pysty siihen lainkaan

- HB06. Kykenettkö nousemaan portaita usean kerrosvälin levähtämättä?
 1 pystyn siihen vaikeuksitta
 2 pystyn siihen mutta vaikeuksia on jonkin verran
 3 pystyn siihen mutta se on minulle erittäin vaikeaa
 4 en pysty siihen lainkaan

- HB08. Kykenettkö kävelemään levähtämättä noin 2 kilometriä?
 1 pystyn siihen vaikeuksitta
 2 pystyn siihen mutta vaikeuksia on jonkin verran
 3 pystyn siihen mutta se on minulle erittäin vaikeaa
 4 en pysty siihen lainkaan

Luokitus ja uuden muuttujan muodostaminen (HAHBYHD)

1 = ei ole rajoituksia tarkoittaa, että henkilö on vastannut kaikkiin em. kysymyksiin vastausvaihtoehdolla 1

2 = on rajoituksia, tarkoittaen, että henkilö on jonkun /joidenkin em. kysymysten kohdalla valinnut vastausvaihtoehdon 2–4.

3 Psykososiaalinen toimintakyky

3.1 Hallinta järjestelykyvyn avulla

HA01G g. puhelimen käyttäminen?

- 1 pystyn siihen vaikeuksitta
- 2 pystyn siihen mutta vaikeuksia on jonkin verran
- 3 pystyn siihen mutta se on minulle erittäin vaikeaa
- 4 en pysty siihen lainkaan

HA01N n. asioiden hoitaminen yhdessä muiden kanssa?

- 1 pystyn siihen vaikeuksitta
- 2 pystyn siihen mutta vaikeuksia on jonkin verran
- 3 pystyn siihen mutta se on minulle erittäin vaikeaa
- 4 en pysty siihen lainkaan

Luokitus ja uuden muuttujan muodostaminen (HAGNYHD)

1 = ei ole rajoituksia tarkoittaa, että henkilö on vastannut molempiin em. kysymyksiin vastausvaihtoehdolla 1.

2 = on rajoituksia, tarkoittaen, että henkilö on jonkun /joidenkin em. kysymysten kohdalla valinnut vastausvaihtoehdon 2–4.

3.2 Omatoimisuus

Entä miten selviydätte seuraavista toimista. Jos ette tee jotakin näistä asioista, arvioikaa kuitenkin, miten todennäköisesti siitä selviytyisitte.

OHJE: NÄYTÄ KORTTI 15

OHJE: TILAPÄISIÄ TOIMINTAKYVYN RAJOITUKSIA EI OTETA LUKUUN, ESIM. JOS ON JALKA KIPSISSÄ

HA02. (Miten selviydätte nykyisin seuraavista toimista:)

HA02H h. kaupassa asiointi?

- 1 pystyn siihen vaikeuksitta
- 2 pystyn siihen mutta vaikeuksia on jonkin verran
- 3 pystyn siihen mutta se on minulle erittäin vaikeaa
- 4 en pysty siihen lainkaan

HA02M m. pankissa, virastossa tai vastaavassa paikassa asioiminen?

- 1 pystyn siihen vaikeuksitta
- 2 pystyn siihen mutta vaikeuksia on jonkin verran
- 3 pystyn siihen mutta se on minulle erittäin vaikeaa
- 4 en pysty siihen lainkaan

Luokitus ja uuden muuttujan muodostaminen (HA02HMYHD)

1 = ei ole rajoituksia tarkoittaa, että henkilö on vastannut molempiin em. kysymyksiin vastausvaihtoehdolla 1.

2 = on rajoituksia, tarkoittaen, että henkilö on jonkun /joidenkin em. kysymysten kohdalla valinnut vastausvaihtoehdon 2–4.

4 Liikkuminen

3.1 Itsenäinen liikkuminen

HB02. Miten kykenette liikkumaan:

- 1 liikkumiseni ei ole rajoittunut
- 2 pystyn liikkumaan yksin ja ilman apuvälineitä mutta liikkuminen tuottaa minulle hankaluuksia
- 3 pystyn liikkumaan mutta vain toisen henkilön avustamana tai pyörätuolilla, kainalosauvoja tai muita apuvälineitä käyttäen
- 4 olen täysin liikuntakyvytön?

Luokitus ja uuden muuttujan muodostaminen (hb02U)

1 = ei ole rajoituksia tarkoittaa, että henkilö on vastannut kysymykseen vastausvaihtoehdolla 1.

2 = on rajoituksia, tarkoittaen, että henkilö on valinnut jonkun vaihtoehdoista 2–4.

3.2 Liikkuminen asuinalueella

GC. Lähiympäristön palvelut

Seuraavaksi kysyn Teiltä lähiympäristön palveluista ja kulkuyhteyksistä (mm. kauppatkat, vierailut sukulaisten, tuttavien ja naapurien luokse, terveyskeskus, apteekki).

GC07. Suoriudutteko itsenäisesti kaikista edellä käsitellyistä matkoista (GC01-GC06)?

- 1 kyllä → HA01
- 2 ei

Luokitus ja uuden muuttujan muodostaminen (gc07U)

1 = ei ole rajoituksia tarkoittaa, että henkilö on vastannut kysymykseen vastausvaihtoehdolla 1.

2 = on rajoituksia, tarkoittaen, että henkilö on valinnut vastausvaihtoehdon 2.

3.3 Liikkuminen yleisillä kulkuneuvoilla

HB11. Kykenettekö matkustamaan junalla, linja-autolla tai raitiovaunulla?

- 1 pystyn siihen vaikeuksitta
- 2 pystyn siihen mutta vaikeuksia on jonkin verran
- 3 pystyn siihen mutta se on minulle erittäin vaikeaa
- 4 en pysty siihen lainkaan

Luokitus ja uuden muuttujan muodostaminen (hb11U)

1 = ei ole rajoituksia tarkoittaa, että henkilö on vastannut kysymykseen vastausvaihtoehdolla 1.

2 = on rajoituksia, tarkoittaen, että henkilö on valinnut jonkun vaihtoehdoista 2–4.

Aineiston koko ja muuttujakohtaisesti puuttuvien vastausten määrä Liite 3, 1/3

Aineiston koko ja henkilömäärät tutkimusasetelman ryhmissä.

Muuttuja	Koko aineisto	puuttuvat	Naiset	puuttuvat	Miehet	puuttuvat
Vastanneet*	7087	-	3925	-	3162	-
Ft -käyttäneet	869	-	572	-	297	-
Ft -tarvitsevat	1542	-	931	-	611	-
Vertailuryhmä	5008	-	2661	-	2347	-
Hoitamattomat	1210	-	692	-	518	-
Selviytyjät	537	-	333	-	204	-
Vajaakuntoiset	332	-	239	-	93	-

Vastanneilla* tarkoitetaan niiden henkilöiden määrää, jotka olivat vastanneet fysioterapian käyttöä tai sen koettua tarvetta käsitteleviin kysymyksiin.

Terveys ja toimintakyky, muuttujakohtaisesti vastanneiden henkilöiden määrä ja puuttuvat vastaukset (n ja %).

Muuttuja	Koko aineisto	Puuttuvat n	Naiset	Puuttuvat n	Miehet	Puuttuvat n
Vastanneet*, n	7087	-	3925	-	3162	-
%	100,00		100,00		100,00	
Koettu terveys	7058	29	3909	16	3149	13
%	99,59		99,61		99,58	
Pitkäaikaissairaus,	7082	5	3922	3	3160	2
%	99,93		99,92		99,94	
Päivittäiset, perus-	7077	10	3918	7	3159	3
toiminnot,	99,86		99,82		99,91	
Fyysisesti raskaat	7049	38	3905	20	3144	18
suoritukset	99,46		99,49		99,43	
Vuorovaikutus ja	7076	11	3918	7	3158	4
hallinta	99,84		99,82		99,87	
Omatoimisuus	7075	12	3918	7	3157	5
%	99,83		99,82		99,84	
Itsenäinen liikku-	7078	9	3921	4	3157	5
miskyky	99,87		99,90		99,84	
Liikkuminen	6840	247	3754	171	3086	76
asuinalueella	96,51		95,64		97,60	
Yl. kulkuneuvojen	6949	138	3833	92	3116	46
käyttökyky	98,05		97,66		98,55	

* koko aineisto

Terveysongelmien ja toimintakyvyn rajoitusten (O&R) esiintyvyys (n, %) aineistossa.

Muuttuja	Naiset			Miehet			Koko aineisto		
	n	O&R	%	n	O&R	%	n	O&R	%
Kaikki vastanneet	3925		100,0	3162		100,0	7087		100,0
Koettu terveys	3909	293	7,5	3149	236	7,5	7058	529	7,5
Pitkäaikaissairaus	3922	1315	33,5	3160	1021	32,3	7082	2336	33,0
Perustoiminnot, ADL	3918	315	8,0	3159	152	4,8	7077	467	6,6
Fyysisesti raskaat suoritukset	3905	874	22,4	3144	420	13,4	7049	1294	18,4
Vuorovaikutus ja hallinta	3918	163	4,2	3158	69	2,2	7076	232	3,3
Omatoimisuus	3918	378	9,6	3157	142	4,5	7075	520	7,3
Itsenäinen liikkumiskyky	3921	444	11,3	3157	239	7,6	7078	683	9,6
Liikkuminen asuinalueella	3754	314	8,4	3086	131	4,2	6840	445	6,5
Yleisten kulkuneuvojen käyttökyky	3833	354	9,2	3116	120	3,9	6949	474	6,8

Aineiston perusjakaumat sosiodemografisten tekijöiden mukaan.

Naisten, miesten ja yhdistetyn ryhmän lukumäärä (n), esiintyvyys (%) ja sukupuolten välisen eron tilastollinen merkitsevyys (p).

Otoksen jakaumat sosiodemografisten tekijöiden mukaan						
	Naiset		Miehet		Yhteensä	
	n	%	n	%	n	%
Tutkimuksen otos	3925	55,39	3162	44,6	7087	100,0
Ikäluokat, sukupuolten välinen ero	Tilastollinen merkitsevyys, p <.0001					
30–44	1185	30,5	1075	34,9	2260	32,6
45–54	863	23,7	848	27,8	1711	25,7
55–64	645	18,1	555	17,8	1200	17,9
65–74	498	14,0	398	12,8	896	13,4
75+	734	13,7	286	6,7	1020	10,4
yhteensä	3925	100,0	3162	100,0	7087	100,0
Siviilisääty, sukupuolten välinen ero	Tilastollinen merkitsevyys, p <.0001					
naimisissa	2005	53,2	1950	61,8	3955	57,3
avoliitossa	365	9,7	363	11,8	728	10,7
eronnut	436	11,5	276	8,8	712	10,3
leski	711	15,3	134	3,5	845	9,7
naimaton	408	10,2	438	14,1	846	12,1
yhteensä	3925	100,0	3161	100,0	7086	100,0
puuttuvia			1		1	
Koulutusaste, sukupuolten välinen ero	Tilastollinen merkitsevyys, p <.0001					
perusaste	1710	42,2	1273	39,4	2983	40,8
keskiaste	1029	27,0	1158	37,2	2187	31,8
korkea-aste	1170	30,9	728	23,4	1898	27,3
yhteensä	3909	100,0	3159	100,0	7068	100,0
puuttuvia	16		3		19	
Työmarkkina-asema, sukupuolten välinen ero	Tilastollinen merkitsevyys, p <.0001					
työssä	1804	48,3	1816	59,3	3620	53,5
eläkkeellä	1608	38,1	1054	31,3	2662	34,9
muu	513	13,6	292	9,5	805	11,6
yhteensä	3925	100,0	3162	100,0	7087	100,0
Tuloluokat, sukupuolten välinen ero	Tilastollinen merkitsevyys, p <.0001					
I tuloluokka, alin	929	22,3	468	14,3	1417	18,5
II	920	23,3	497	15,3	1417	19,5
III	869	22,8	548	17,2	1417	20,1
IV	745	19,9	673	21,7	1418	20,8
V tuloluokka, ylin	442	11,7	976	31,5	1418	21,1
yhteensä	3925	100,0	3162	100,0	7087	100,0
Taajama-aste, sukupuolten välinen ero	Tilastollinen merkitsevyys, p = 0.0002					
kaupunki	2463	63,29	1853	59,08	4316	61,3
taajama-asutus	530	13,45	488	15,46	1018	14,4
maaseutu	932	23,25	821	25,45	1753	24,3
yhteensä	3925	100,0	3162	100,0	7087	100,0
Miljoonapiiri, sukupuolten välinen ero	Tilastollinen merkitsevyys, p = 0.6770					
HYKS	1242	32,85	1011	32,82	2253	32,8
TYKS	562	13,70	429	13,22	991	13,5
TaYS	892	23,29	701	22,70	1593	23,0
KYS	687	17,28	548	17,16	1245	17,2
OYS	532	12,88	473	14,10	1005	13,5
yhteensä	3925	100,0	3162	100,0	7087	100,0

Fysioterapian käyttö

Otanta-asetelma huomioiden fysioterapian käytön perusjakauma sosiodemografisten muuttujien mukaan. Lukumäärät (n), ja muuttujan prosenttijakauma (%) ja käytön prevalenssi (prev %) muuttujaluokissa. Erojen tilastollinen merkitsevyys (p).

Muuttujat	Fysioterapian käyttö								
	naiset			miehet			Koko otos		
	n	%	Prev %	n	%	Prev %	n	%	Prev %
Ikäluokka									
30–44	149	25,6	12,6	97	33,8	9,0	246	28,6	10,8
45–54	153	28,0	17,7	74	26,1	8,7	227	27,3	13,1
55–64	110	20,8	17,2	49	16,7	8,7	159	19,3	13,2
65–74	84	15,7	16,9	31	10,9	7,9	115	14,0	12,8
75+	76	9,9	10,8	46	12,6	17,4	122	10,8	12,8
yhteensä	572	100,0	15,0	297	100,0	9,3	869	100,0	12,3
Til. merk. p			0.0003			0.0015			0.1402
Siviilisäät									
naimisissa	307	54,8	15,4	189	63,9	9,6	496	58,1	12,5
avoliitossa	51	9,1	14,1	36	12,7	10,0	87	10,4	12,0
eronnut	72	12,9	16,8	25	8,7	9,2	97	11,4	13,7
leski	92	14,5	14,2	18	4,7	12,6	110	11,0	13,9
naimaton	50	8,7	12,8	29	10,0	6,6	79	9,2	9,3
yhteensä	572	100,0	15,0	297	100,0	9,3	869	100,0	12,3
Til. merk. p			0.4582			0.2245			0.0363
Koulutusaste									
perusaste	215	37,2	13,3	128	41,5	9,8	343	38,8	11,7
keskiaste	182	31,8	17,7	103	35,4	8,9	285	33,1	12,8
korkea-aste	174	30,9	15,1	66	23,1	9,2	240	28,1	12,6
yhteensä	571	100,0	15,0	297	100,0	9,3	868	100,0	12,3
Til. merk. p			0.0048			0.6842			0.3891
Työmarkkina-asema									
työssä	300	53,8	16,7	165	57,7	9,1	465	55,3	12,7
eläkkeellä	224	37,5	14,8	115	36,3	10,8	339	37,1	13,1
muu	48	8,6	9,5	17	5,9	5,8	65	7,6	8,1
yhteensä	572	100,0	15,0	297	100,0	9,3	869	100,0	12,3
Til. merk. p			0.0005			0.0148			0.0008
Tuloluokat									
I, alin	90	15,0	10,1	34	10,7	7,0	124	13,4	9,0
II	134	23,2	14,9	43	13,7	8,4	177	19,8	12,5
III	129	22,8	15,0	55	18,3	9,9	184	21,2	13,0
IV	138	24,7	18,6	68	23,3	10,0	206	24,2	14,3
V, ylin	81	14,4	18,4	97	34,0	10,0	178	21,4	12,5
yhteensä	572	100,0	15,0	297	100,0	9,3	869	100,0	12,3
Til. merk. p			<.0001			0.3066			0.0002
Taajama-aste									
kaupunki	367	64,5	15,3	158	53,5	8,4	525	60,5	12,2
taajama	68	11,9	13,2	46	15,7	9,5	114	13,2	11,3
maaseutu	137	23,7	15,3	93	30,8	11,3	230	26,2	13,3
yhteensä	572	100,0	15,0	297	100,0	9,3	869	100,0	12,3
Til. merk. p			0.4424			0.0903			0.3644
Miljoonapiiri									
HYKS	179	32,1	14,6	80	28,3	8,0	259	30,7	11,5
TYKS	88	14,8	16,2	41	13,6	9,6	129	14,4	13,1
TaYS	135	24,8	16,0	66	22,2	9,1	201	23,8	12,8
KYS	99	16,7	14,5	65	21,4	11,6	164	18,4	13,1
OYS	71	11,6	13,5	45	14,6	9,6	116	12,7	11,6
yhteensä	572	100,0	15,0	297	100,0	9,3	869	100,0	12,3
Til. merk. p			0.6204			0.2258			0.4803

Fysioterapian koettu tarve

Otanta-asetelma huomioiden fysioterapian koetun tarpeen perusjakauma sosiodemografisten muuttujien mukaan. Lukumäärät (n), muuttujien prosenttijakauma (%) ja tarpeen prevalenssi (prev. %) muuttujaluokissa. Erojen tilastollinen merkitsevyys (p).

Muuttujat	Fysioterapian koettu tarve								
	naiset			miehet			Koko otos		
	n	%	Prev %	n	%	Prev %	n	%	Prev %
Ikäluokka									
30–44	183	19,6	15,4	134	22,6	12,4	317	20,9	13,9
45–54	203	23,2	23,5	170	29,0	20,0	373	25,6	21,7
55–64	216	25,2	33,4	137	22,6	24,5	353	24,1	29,2
65–74	149	17,4	29,8	95	15,9	23,9	244	16,7	27,1
75+	180	14,6	24,5	75	10,0	28,4	255	12,6	26,4
yhteensä	931	100,0	24,0	611	100,0	19,2	1542	100,0	21,7
Til. merk. p			<.0001			<.0001			<.0001
Siviilisäät									
naimisissa	493	54,8	24,7	390	63,9	19,9	883	58,6	22,2
avoliitossa	80	8,9	22,2	57	9,6	15,7	137	9,2	18,8
eronnut	107	12,1	25,1	65	10,9	23,7	172	11,6	24,6
leski	179	16,5	25,8	35	5,1	28,1	214	11,7	26,2
naimaton	72	7,7	18,0	63	10,6	14,4	135	8,9	16,0
yhteensä	931	100,0	24,0	610	100,0	19,2	1541	100,0	21,7
Til. merk. p			0.0365			0.0008			<.0001
Koulutusaste									
perusaste	464	49,0	27,9	300	48,2	23,6	764	48,7	25,9
keskiaste	263	28,5	25,4	224	37,3	19,3	487	32,2	22,0
korkea-aste	202	22,5	17,5	87	14,5	11,9	289	19,1	15,2
yhteensä	929	100,0	24,0	611	100,0	19,2	1540	100,0	21,7
Til. merk. p			<.0001			<.0001			<.0001
Työmarkkina-asema									
työssä	360	40,5	20,1	285	48,3	15,7	645	43,8	17,8
eläkkeellä	457	46,6	29,4	271	42,4	26,1	728	44,9	28,0
muu	114	12,8	22,6	55	9,2	18,7	169	11,3	21,1
yhteensä	931	100,0	24,0	611	100,0	19,2	1542	100,0	21,7
Til. merk. p			<.0001			<.0001			<.0001
Tuloluokat									
I , alin	232	23,4	25,2	96	15,3	20,7	328	20,0	23,5
II	271	29,0	29,9	108	17,3	21,7	379	24,1	26,8
III	213	23,6	24,8	132	21,3	23,9	345	22,7	24,5
IV	143	15,9	19,2	121	20,2	17,9	264	17,7	18,5
V, ylin	72	8,1	16,5	154	25,8	15,7	226	15,5	15,9
yhteensä	931	100,0	24,0	611	100,0	19,2	1542	100,0	21,7
Til. merk. p			<.0001			0.0008			<.0001
Taajama-aste									
kaupunki	537	58,4	22,1	303	49,8	16,2	840	54,8	19,4
taajama	124	13,1	23,4	110	18,3	22,7	234	15,3	23,0
maaseutu	270	28,4	29,3	198	31,9	24,1	468	29,9	26,7
yhteensä	931	100,0	24,0	611	100,0	19,2	1542	100,0	21,7
Til. merk. p			0.0022			0.0001			<.0001
Miljoonapiiri									
HYKS	231	26,0	19,0	157	26,4	15,5	388	26,2	17,3
TYKS	147	15,3	26,8	81	12,9	18,8	228	14,3	23,1
TaYS	218	24,1	24,8	125	21,0	17,8	343	22,8	21,5
KYS	186	19,3	26,8	137	22,5	25,2	323	20,6	26,0
OYS	149	15,3	28,4	111	17,2	23,4	260	16,1	25,9
yhteensä	931	100,0	24,0	611	100,0	19,2	1542	100,0	21,7
Til. merk. p			0.0009			0.0004			<.0001

Liite 5. 1/5

Terveysongelmien ja toimintakyvyn rajoitusten esiintyvyys (n, %) väestön sosiodemografisissa ryhmissä sekä tilastollinen merkitsevyys (p).

Huonoksi koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus

	Huonoksi koettu terveys						Pitkäaikaissairastavuus					
	naiset		miehet		yhteensä		naiset		miehet		yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ikäluokat, p	<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001	
30–44	27	2,3	48	4,5	75	3,4	398	33,6	324	30,2	722	32,0
45–54	64	7,4	87	10,3	151	8,9	395	45,8	377	44,5	772	45,1
55–64	81	12,6	94	17,0	175	14,7	420	65,2	359	64,7	779	65,0
65–74	102	20,5	72	18,3	174	19,5	381	76,5	307	77,3	688	76,9
75+	265	35,4	112	39,4	377	36,7	641	87,6	251	87,8	892	87,6
Koko ryhmä	539	12,4	413	12,4	952	12,4	2235	57,0	1618	51,2	3853	54,4
Siviilisäätty, p	<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001	
naimisissa	186	9,0	226	11,1	412	10,1	1038	51,8	996	51,1	2034	51,5
avoliitossa	20	5,6	33	9,1	53	7,4	143	39,2	137	37,7	280	38,5
eronnut	61	13,8	55	20,1	116	16,3	243	55,7	150	54,6	393	55,3
leski	220	28,6	43	28,2	263	28,5	592	83,5	111	82,8	703	83,4
naimaton	52	11,2	55	12,4	107	11,9	219	53,7	223	53,2	442	52,3
Koulutusaste, p	<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001	
perusaste	378	20,0	279	21,0	657	20,5	1232	72,1	843	66,3	2075	69,6
keskiaste	92	8,7	86	7,2	178	7,8	519	50,5	516	44,6	1035	47,4
korkea-aste	59	4,9	47	6,3	106	5,5	470	40,2	257	35,4	727	38,3
Työmarkkina-asema, p	<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001	
työssä	52	3,0	79	4,4	131	3,7	678	37,6	601	33,1	1279	35,4
eläkkeellä	443	25,9	277	25,5	720	25,7	1320	82,2	870	82,6	2190	82,4
muu	44	8,6	57	19,8	101	13,0	237	46,2	147	50,3	384	47,7
Tuloluokat, p	<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001	
I, alin	245	23,1	111	22,3	356	22,8	675	71,2	320	68,4	995	70,3
II	169	17,3	124	24,2	293	19,9	642	69,9	345	69,4	987	69,7
III	74	8,3	82	14,7	156	10,9	451	52,0	320	58,5	771	54,5
IV	32	4,3	41	5,9	73	5,1	304	40,8	284	42,2	558	39,4
V, ylin	19	4,3	55	5,6	74	5,2	163	36,9	349	35,8	512	36,1
Asuinpaikan taajama-aste, p	0.1902		p=0.0771		p=0.0063		p=0.0027		p=0.0100		p=0.0012	
kaupunki	318	11,7	223	11,6	541	11,7	1339	54,4	901	48,7	2240	51,9
taajama	71	12,2	63	12,2	134	12,2	321	60,6	253	51,8	574	56,4
maaseutu	150	14,4	127	14,6	277	14,5	575	61,8	464	56,5	1039	59,3
Miljoonapiiri, p	p=0.2456		p=0.0318		p=0.0158		p=0.0021		p=0.0010		p=<.0001	
HYKS	138	10,6	117	11,3	255	10,9	640	51,6	462	45,7	1102	49,0
TYKS	89	13,7	68	15,3	157	14,5	338	60,1	230	53,6	568	57,3
TaYS	125	12,6	95	12,2	220	12,4	505	56,6	361	51,5	866	54,4
KYS	110	13,7	84	14,5	194	14,1	441	63,3	320	58,4	761	61,1
OYS	77	13,7	49	10,1	126	11,9	311	58,6	245	51,9	556	55,4

	Perustoimintojen rajoituksia (ADL)						Fyysisesti raskaiden suoritusten rajoituksia					
	naiset		miehet		yhteensä		naiset		miehet		yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ikäluokat, p	<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001	
30–44	22	1,9	15	1,4	37	1,6	107	9,1	53	5,0	160	7,0
45–54	42	4,9	34	4,0	76	4,5	199	23,3	112	13,3	311	18,2
55–64	56	8,8	40	7,2	96	8,0	251	39,2	138	25,0	389	32,5
65–74	68	13,7	49	12,4	117	13,1	314	64,0	163	41,6	477	53,9
75+	332	40,8	121	41,1	453	40,9	670	89,2	229	79,3	899	86,2
Koko ryhmä	520	10,8	259	7,2	779	9,1	1541	36,5	695	20,5	2236	28,9
Siviilisäätty, p	<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001	
naimisissa	136	6,1	141	6,6	277	6,4	577	28,3	398	19,1	975	23,6
avoliitossa	17	4,8	18	4,8	35	4,8	68	19,2	46	12,6	114	15,8
eronnut	40	8,4	24	7,6	64	8,1	163	36,3	65	22,6	228	30,7
leski	263	33,0	42	25,0	305	30,0	582	77,8	83	56,4	665	74,3
naimaton	64	13,3	33	7,5	97	10,1	151	34,0	102	23,0	253	27,9
Koulutusaste, p	<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001	
perusaste	375	17,9	183	12,6	558	15,5	1015	55,5	478	35,6	1493	46,4
keskiaste	89	7,5	51	4,1	140	5,6	295	27,6	146	11,8	441	18,8
korkea-aste	43	3,4	23	3,0	66	3,2	216	17,9	68	8,6	284	14,1
Työmarkkina-asema, p	<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001	
työssä	43	2,5	25	1,4	68	1,9	239	13,6	92	5,1	331	9,1
eläkkeellä	453	23,7	228	19,9	681	22,1	1193	71,2	549	50,5	1742	62,4
muu	24	4,7	6	2,1	30	3,7	109	21,7	54	18,8	163	20,6
Tuloluokat, p	<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001	
I, alin	253	21,8	87	16,3	340	19,8	570	55,6	181	35,8	751	48,4
II	162	15,1	82	15,1	244	15,1	510	53,4	214	41,9	724	49,1
III	63	6,3	45	7,4	108	6,8	244	26,9	149	25,7	393	26,4
IV	27	3,4	25	3,6	52	3,5	136	18,2	74	10,6	210	14,4
V, ylin	15	3,2	20	1,8	35	2,2	81	17,4	77	7,3	158	10,3
Asuinpaikan taajama-aste, p	p=0.0925		p=0.0054		p=0.0051		p=0.2056		p=0.0008		p=0.0068	
kaupunki	305	10,1	127	6,2	432	4,1	942	35,8	364	18,3	1306	27,8
taajama	70	10,7	49	8,6	119	3,7	208	35,9	111	21,0	319	28,3
maaseutu	145	12,9	83	8,9	228	4,2	391	38,9	220	25,2	611	32,1
Miljoonapiiri, p	p=0.0745		p=0.2907		p=0.0328		p=0.1331		p=0.9204		p=0.0441	
HYKS	135	9,3	70	6,1	205	7,8	450	34,3	205	19,1	655	27,1
TYKS	73	9,8	41	8,4	114	9,2	236	38,4	98	21,6	334	30,6
TaYS	126	11,2	59	7,2	185	9,2	369	38,3	170	21,9	539	30,6
KYS	118	13,6	53	8,7	171	11,3	294	38,4	130	22,0	424	30,6
OYS	68	11,4	36	7,0	104	9,2	192	34,7	92	18,3	284	26,5

Psykososiaalinen toimintakyky

	Vuorovaikutus- ja järjestelykyky						Omatoimisuus					
	naiset		miehet		yhteensä		naiset		miehet		yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ikäluokat, p	<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001	
30–44	8	0,7	14	1,3	22	1,0	24	2,0	23	2,2	47	2,1
45–54	7	0,8	8	0,9	15	0,9	25	2,9	26	3,1	51	3,0
55–64	7	1,1	8	1,5	15	1,3	38	5,9	24	4,3	62	5,1
65–74	17	3,4	11	2,8	28	3,1	67	13,5	39	9,8	106	11,8
75+	165	19,0	64	20,4	229	19,5	397	48,7	113	36,4	510	44,9
Koko ryhmä	204	3,7	105	2,7	309	3,2	551	10,9	225	6,1	776	8,6
Siviilisäätty, p	<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001	
naimisissa	33	1,4	44	1,8	77	1,6	128	5,5	100	4,4	228	4,9
avoliitossa	1	0,3	0	.	1	0,1	7	1,9	9	2,3	16	2,1
eronnut	12	2,2	13	3,5	25	2,7	37	7,3	30	9,7	67	8,2
leski	124	13,2	20	11,7	144	12,9	305	35,7	41	23,5	346	33,7
naimaton	34	6,2	27	6,0	61	6,1	74	14,7	44	9,9	118	12,0
Koulutusaste, p	<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001	
perusaste	156	6,7	83	5,2	239	6,0	421	19,3	164	10,9	585	15,5
keskiaste	6	1,8	15	1,2	41	1,4	77	6,3	46	3,6	123	4,8
korkea-aste	9	0,6	6	0,8	15	0,7	39	2,7	13	1,6	52	2,3
Työmarkkina-asema, p	<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001	
työssä	6	0,3	10	0,5	16	0,5	18	1,0	10	0,5	28	0,7
eläkkeellä	196	9,2	92	7,3	288	8,4	518	26,5	210	16,9	719	22,4
muu	2	0,3	3	1,0	5	0,6	15	2,7	14	4,9	29	3,5
Tuloluokat, p	<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001	
I, alin	130	10,2	56	9,8	186	10,1	297	25,0	97	18,5	394	22,6
II	50	4,1	23	4,0	73	4,1	178	16,1	69	12,3	247	14,7
III	15	1,2	16	2,4	31	1,7	51	4,7	33	5,0	84	4,8
IV	3	0,3	7	0,9	10	0,6	14	1,6	18	2,4	32	2,0
V, ylin	6	1,0	3	0,2	9	0,4	11	1,7	8	0,6	19	0,9
Asuinpaikan taajama-aste, p=0.0248	p=0.2049		p=0.0045		p=0.4634		p=0.0716		p=0.2936			
kaupunki	111	3,3	50	2,3	161	2,8	327	10,5	118	5,4	445	8,1
taajama	26	3,4	20	3,1	46	3,3	84	12,3	37	6,4	121	9,3
maaseutu	67	4,9	35	3,4	102	4,1	140	11,3	70	7,3	210	9,3
Miljoonapiiri, p	p=0.1120		p=0.4597		p=0.0292		p=0.1465		p=0.6768		p=0.1750	
HYKS	52	2,9	33	2,6	85	2,8	142	9,4	67	5,9	209	7,8
TYKS	26	2,8	12	2,0	38	2,4	88	11,2	26	4,8	114	8,3
TaYS	51	4,1	22	2,6	73	3,4	128	10,8	55	6,1	183	8,6
KYS	46	4,5	25	3,8	71	4,2	119	12,9	44	7,0	163	10,1
OYS	29	4,4	13	2,3	42	3,4	74	11,9	33	6,4	107	9,1

Liikkuminen

	Itsenäisen liikkumisen rajoituksia					
	naiset		miehet		yhteensä	
	n	%	n	%	n	%
Ikäluokat, p	<.0001		<.0001		<.0001	
30–44	19	1,6	24	2,2	43	1,9
45–54	50	5,9	68	8,1	118	7,0
55–64	96	14,9	83	15,0	179	14,9
65–74	128	25,8	94	23,6	222	24,8
75+	483	60,7	164	55,5	647	59,1
Koko ryhmä	776	16,5	433	12,4	1209	14,6
Siviilisääty, p	<.0001		<.0001		<.0001	
naimisissa	215	9,8	237	11,3	452	10,6
avoliitossa	20	5,7	26	7,0	46	6,3
eronnut	76	16,2	57	19,6	133	17,6
leski	389	47,8	60	36,7	449	45,9
naimaton	76	14,8	52	11,5	128	13,0
Koulutusaste, p	<.0001		<.0001		<.0001	
perusaste	560	27,4	307	21,9	867	24,9
keskiaste	138	12,1	83	6,7	221	9,1
korkea-aste	66	5,0	41	5,4	107	5,1
Työmarkkina-asema, p	<.0001		<.0001		<.0001	
työssä	38	2,2	49	2,7	87	2,5
eläkkeellä	710	38,6	357	31,7	1067	35,7
muu	28	5,4	27	9,5	55	7,0
Tuloluokat, p	<.0001		<.0001		<.0001	
I, alin	357	31,3	120	23,2	477	28,3
II	265	25,5	135	25,2	400	25,4
III	99	10,1	82	13,7	181	11,5
IV	37	4,6	43	6,1	80	5,4
V, ylin	18	3,2	53	5,0	71	4,5
Asuinpaikan taajama-aste, p=0.0134	p=0.0010		p<.0001			
kaupunki	450	15,3	223	11,1	673	13,4
taajama	115	17,9	67	12,1	182	15,0
maaseutu	211	18,9	143	15,8	354	17,3
Miljoonapiiri, p=0.1068	p=0.8641		p=0.1148			
HYKS	205	14,5	128	11,6	333	13,1
TYKS	125	17,3	60	12,9	185	15,3
TaYS	187	17,3	101	12,5	288	15,1
KYS	161	18,5	80	13,3	241	16,1
OYS	98	16,5	64	12,7	162	14,6

Liikkuminen

	Asuinalueella liikkumisen rajoituksia						Rajoituksia yleisten kulkuneuvojen käytössä					
	naiset		miehet		yhteensä		naiset		miehet		yhteensä	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ikäluokat, p	<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001	
30–44	27	2,3	35	3,3	62	2,8	12	1,0	16	1,5	28	1,3
45–54	42	5,0	28	3,4	70	4,2	23	2,7	24	2,9	47	2,8
55–64	44	6,8	21	3,9	65	5,4	45	7,1	24	4,4	69	5,8
65–74	87	18,2	29	7,6	116	13,4	67	13,9	37	9,6	104	12,0
75+	274	38,9	75	26,1	349	34,7	404	52,8	111	36,2	515	47,6
Koko ryhmä	474	10,4	188	5,4	662	8,0	551	11,0	212	5,7	763	8,5
Siviilisäätty, p	<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001	
naimisissa	170	7,8	97	4,4	267	6,1	127	5,5	92	4,0	219	4,7
avoliitossa	15	4,2	12	3,3	27	3,7	11	3,1	8	2,1	19	2,6
eronnut	32	6,5	19	7,1	51	6,8	47	9,6	32	10,7	79	10,0
leski	213	28,4	30	19,8	243	26,9	303	36,9	39	22,7	342	34,5
naimaton	44	9,1	30	7,1	74	8,0	63	12,0	40	9,2	103	10,5
Koulutusaste, p	<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001	
perusaste	345	17,5	118	8,3	463	13,3	427	20,1	159	10,6	586	15,8
keskiaste	82	7,4	50	4,2	132	5,6	70	5,7	37	2,9	107	4,2
korkea-aste	42	3,3	19	2,5	61	3,0	41	2,9	14	1,8	55	2,5
Työmarkkina-asema, p<.0001	<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001	
työssä	49	2,8	50	2,8	99	2,8	16	0,9	8	0,4	24	0,7
eläkkeellä	404	23,0	131	11,5	535	18,0	523	27,7	194	16,6	717	22,9
muu	21	4,1	7	2,5	28	3,5	12	2,3	10	3,5	22	2,8
Tuloluokat, p	<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001		<.0001	
I, alin	239	22,6	60	12,1	299	18,8	287	24,7	87	16,6	374	21,7
II	150	14,8	49	9,0	199	12,6	178	16,3	63	11,2	241	14,4
III	50	5,2	27	4,5	77	4,9	58	5,4	30	4,6	88	5,1
IV	19	2,4	26	3,7	45	3,1	16	1,8	20	2,7	36	2,3
V, ylin	16	3,2	26	2,5	42	2,7	12	1,0	12	1,0	24	1,3
Asuinpaikan taajama-aste, p=0.0417	p=0.5350		p=0.1262		p=0.0945		p=0.0527		p=0.0296			
kaupunki	261	9,1	98	4,9	359	7,2	316	10,2	105	4,9	421	7,8
taajama	77	11,9	31	5,8	108	8,7	85	12,4	36	6,0	121	9,2
maaseutu	136	12,7	59	6,2	195	9,4	150	12,6	71	7,4	221	10,0
Miljoonapiiri, p=0.0223	p=0.9610		p=0.3903		p=0.0563		p=0.7887		p=0.1144			
HYKS	111	8,3	60	5,6	171	7,1	147	10,1	60	5,2	207	7,8
TYKS	68	9,5	21	4,5	89	7,1	87	10,9	25	5,1	112	8,2
TaYS	111	10,2	49	5,9	160	8,1	120	9,8	52	5,8	172	7,9
KYS	113	13,5	32	5,4	145	9,6	123	13,7	42	6,6	165	10,4
OYS	71	12,5	26	5,0	97	8,7	74	12,1	33	6,2	107	9,1

Terveysongelmat ja toimintakyvyn rajoitukset fysioterapiaryhmissä Liite 6 1/5

	Koko otos		Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaa-kuntoiset		Hoita-mattomat	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Huonoksi koettu terveys										
naiset	539	12,4	293	9,3	35	10,7	50	20,5	161	22,2
miehet	413	12,4	236	9,4	37	17,4	28	29,4	112	21,4
yhteensä	952	12,4	529	9,3	72	13,4	78	23,1	273	21,9
Ryhmiä vertailu										
Naiset										
Vertailuryhmä			–							
Selviytyjät			0.4151 ns		–					
Vajaakuntoiset			<.0001 ***		0.0012 **		–			
Hoitamattomat			<.0001 ***		<.0001 ***		0.5487 ns		–	
Miehet										
Vertailuryhmä			–							
Selviytyjät			0.0003 ***		–					
Vajaakuntoiset			<.0001 ***		0.0215 *		–			
Hoitamattomat			<.0001 ***		0.2624 ns		0.0768 ns		–	

	Koko otos		Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaa-kuntoiset		Hoita-mattomat	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Pitkäaikaissairaudet										
naiset	2235	55,6	1315	47,5	205	61,1	190	78,6	525	75,4
miehet	1618	50,1	1021	42,4	137	66,3	76	80,6	384	73,4
yhteensä	3853	53,0	2336	44,9	342	63,2	266	79,2	909	74,5
Ryhmiä vertailu										
Naiset										
Vertailuryhmä			–							
Selviytyjät			<.0001 ***		–					
Vajaakuntoiset			<.0001 ***		<.0001 ***		–			
Hoitamattomat			<.0001 ***		<.0001 ***		0.2924 ns		–	
Miehet										
Vertailuryhmä			–							
Selviytyjät			<.0001 ***		–					
Vajaakuntoiset			<.0001 ***		0.0080 **		–			
Hoitamattomat			<.0001 ***		0.0427 *		0.1249 ns		–	

Liite 6 2/5

	Koko otos		Vertailu-ryhmä		Selviytyjät		Vajaa-kuntoiset		Hoita-mattomat		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Perustoiminnot, ADL											
naiset	520	10,8	315	9,0	44	12,8	42	15,7	119	15,0	
miehet	259	7,2	152	5,5	26	11,8	15	14,0	66	12,1	
yhteensä	779	9,1	467	7,3	70	12,4	57	15,2	185	13,7	
Ryhmiä vertailu											
Naiset											
Vertailuryhmä			–			–					
Selviytyjät			0.0373 *			–					
Vajaakuntoiset			0.0005 ***			0.3379 ns			–		
Hoitamattomat			<.0001 ***			0.3489 ns			0.7792 ns		
Miehet											
Vertailuryhmä			–			–					
Selviytyjät			0.0002 ***			–					
Vajaakuntoiset			0.0001 ***			0.5888 ns			–		
Hoitamattomat			<.0001 ***			0.9170 ns			0.5770 ns		

	Koko otos		Vertailu-ryhmä		Selviytyjät		Vajaa-kuntoiset		Hoita-mattomat		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Fyysisesti raskaat suoritukset											
naiset	1541	36,5	874	29,4	134	38,7	133	54,1	400	56,0	
miehet	695	20,5	420	16,3	58	26,8	37	37,1	180	33,9	
yhteensä	2236	28,9	1294	22,9	192	33,9	170	49,1	580	46,0	
Ryhmiä vertailu											
Naiset											
Vertailuryhmä			–			–					
Selviytyjät			0.0014 **			–					
Vajaakuntoiset			<.0001 ***			0.0012 **			–		
Hoitamattomat			<.0001 ***			<.0001 ***			0.5859 ns		
Miehet											
Vertailuryhmä			–			–					
Selviytyjät			<.0001 ***			–					
Vajaakuntoiset			<.0001 ***			0.0926 ns			–		
Hoitamattomat			<.0001 ***			0.0796 ns			0.5756 ns		

	Koko otos		Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaa-kuntoiset		Hoitamattomat	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Vuorovaikutus- ja järjestelykyky										
naiset	204	3,7	163	4,3	7	1,7	6	2,0	28	2,8
miehet	105	2,7	69	2,2	12	5,3	5	5,6	19	3,2
yhteensä	309	3,2	232	3,3	19	3,1	11	3,1	47	3,0
Ryhmiä vertailla										
Naiset										
Vertailuryhmä			–							
Selviytyjät			0.0115 *		–					
Vajaa-kuntoiset			0.1000 ns		0.7645 ns		–			
Hoitamattomat			0.0211 *		0.2327 ns		0.5104 ns		–	
Miehet										
Vertailuryhmä			–							
Selviytyjät			0.0087 **		–					
Vajaa-kuntoiset			0.0305 *		0.9108 ns		–			
Hoitamattomat			0.1734 ns		0.2291 ns		0.2434		–	

	Koko otos		Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaa-kuntoiset		Hoitamattomat	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Omatoimisuus										
naiset	551	10,9	378	10,6	31	8,2	40	14,5	102	12,0
miehet	225	6,1	142	5,0	27	11,9	11	11,4	45	7,9
yhteensä	776	8,6	520	7,8	58	9,7	51	13,6	147	10,1
Ryhmiä vertailla										
Naiset										
Vertailuryhmä			–							
Selviytyjät			0.1712 ns		–					
Vajaa-kuntoiset			0.0659 ns		0.0201 *		–			
Hoitamattomat			0.2620 ns		0.0618 ns		0.3098 ns		–	
Miehet										
Vertailuryhmä			–							
Selviytyjät			<.0001 ***		–					
Vajaa-kuntoiset			0.0021 **		0.9058 ns		–			
Hoitamattomat			0.0119 *		0.0651 ns		0.2262 ns		–	

	Koko otos		Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaa-kuntoiset		Hoitamattomat	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Itsenäinen liikkuminen										
naiset	776	16,5	444	13,0	54	14,5	78	30,3	200	25,6
miehet	433	12,4	239	8,9	40	18,5	21	21,0	133	24,6
yhteensä	1209	14,6	683	11,0	94	16,1	99	27,6	333	25,2
Ryhmiä vertailu										
Naiset										
Vertailuryhmä			–							
Selviytyjät			0.4743 ns		–					
Vajaa-kuntoiset			<.0001 ***		<.0001 ***		–			
Hoitamattomat			<.0001 ***		0.0001 ***		0.1318 ns		–	
Miehet										
Vertailuryhmä			–							
Selviytyjät			<.0001 ***		–					
Vajaa-kuntoiset			<.0001 ***		0.5941 ns		–			
Hoitamattomat			<.0001 ***		0.0569 ns		0.4728 ns		–	

	Koko otos		Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaa-kuntoiset		Hoitamattomat	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Liikkuminen asuinalueella										
naiset	474	10,4	314	9,8	27	7,6	35	12,9	98	12,8
miehet	188	5,4	131	5,1	18	8,4	9	8,5	30	5,2
yhteensä	662	8,0	445	7,4	45	7,9	44	11,6	128	9,3
Ryhmiä vertailu										
Naiset										
Vertailuryhmä			–							
Selviytyjät			0.1676 ns		–					
Vajaa-kuntoiset			0.1303 ns		0.0411 *		–			
Hoitamattomat			0.0331 *		0.0137 *		0.9513 ns		–	
Miehet										
Vertailuryhmä			–							
Selviytyjät			0.0255 *		–					
Vajaa-kuntoiset			0.1206 ns		0.9884 ns		–			
Hoitamattomat			0.8748 ns		0.8748 ns		0.2106 ns		–	

Liite 6 5/5

	Koko otos		Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaa-kuntoiset		Hoitamattomat	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Liikkuminen yleisillä kulkuneuvoilla										
naiset	551	11,0	354	9,8	36	9,5	38	14,1	123	15,3
miehet	212	5,7	120	4,1	25	10,6	15	15,6	52	9,4
yhteensä	763	8,5	474	7,0	61	10,0	53	14,5	175	12,6
Ryhmiä vertailu										
Naiset										
Vertailuryhmä			–							
Selviytyjät			0.8523 ns		–					
Vajaa-kuntoiset			0.0357 *		0.0880 ns		–			
Hoitamattomat			<.0001 ***		0.0047 **		0.6514 ns		–	
Miehet										
Vertailuryhmä			–							
Selviytyjät			<.0001 ***		–					
Vajaa-kuntoiset			<.0001 ***		0.2339 ns		–			
Hoitamattomat			<.0001 ***		0.5666 ns		0.0828 ns		–	

Ikäluokat

	Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaakuntoiset		Hoitamattomat		Koko otos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
naiset										
30–44	911	34,8	91	26,8	58	24,0	125	18,1	1185	30,5
45–54	567	23,2	93	29,1	60	26,4	143	22,1	863	23,7
55–64	367	15,3	62	20,0	48	21,9	168	26,4	645	18,1
65–74	305	12,7	44	14,1	40	17,9	109	17,2	498	14,0
75+	511	13,9	43	10,0	33	9,8	147	16,3	734	13,7
yhteensä	2661	100,0	333	100,0	239	100,0	692	100,1	3925	100,0
miehet										
30–44	873	38,1	68	34,3	29	32,8	105	20,8	1075	34,9
45–54	625	27,6	53	27,0	21	24,0	149	29,9	848	27,8
55–64	387	16,7	31	15,3	18	19,6	119	23,2	555	17,8
65–74	284	12,3	19	9,7	12	13,4	83	16,3	398	12,8
75+	178	5,3	33	13,6	13	10,3	62	9,9	286	6,7
yhteensä	2347	100,0	204	100,0	93	100,1	518	100,1	3162	100,0

Vertailu, ikäluokat

Naiset	Vertailuryhmä	Selviytyjät	Vajaakunt.	Hoitamattomat
Vertailur.	–	–	–	–
Selviyt	0.0012 **	–	–	–
Vajaak	0.0002 ***	0.6490 ns	–	–
Hoitamatt	<.0001 ***	<.0001 ***	0.0195 *	–
Miehet	Vertailuryhmä	Selviytyjät	Vajaakunt.	Hoitamattomat
Vertailur.	–	–	–	–
Selviyt	0.0003 ***	–	–	–
Vajaak	0.2208 ns	0.7124 ns	–	–
Hoitamatt	<.0001 ***	0.0009 ***	0.1321 ns	–

Siviilisäät

	Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaakuntoiset		Hoitamattomat		Koko otos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
naiset										
naimisissa	1330	52,4	182	55,5	125	53,8	368	55,1	2005	53,2
avoliitossa	258	10,1	27	8,2	24	10,4	56	8,5	365	9,7
eronnut	285	11,1	44	13,4	28	12,3	79	12,0	436	11,5
leski	482	15,1	50	13,8	42	15,5	137	16,9	711	15,3
naimaton	306	11,3	30	9,2	20	8,1	52	7,5	408	10,2
yhteensä	2661	100,0	333	100,0	239	100,0	692	100,0	3925	100,0
miehet										
naimisissa	1428	61,0	132	65,2	57	61,1	333	64,4	1950	61,8
avoliitossa	282	12,3	24	12,3	12	13,6	45	8,9	363	11,8
eronnut	193	8,3	18	9,2	7	7,7	58	11,5	276	8,8
leski	87	3,0	12	4,5	6	5,1	29	5,1	134	3,5
naimaton	357	15,5	18	8,9	11	12,5	52	10,2	438	14,1
yhteensä	2347	100,0	204	100,0		100,0	517	100,0	3162	100,0

Vertailu, siviilisäätö

2/5

Naiset	Vertailuryhmä	Selviytyjät	Vajaakunt.	Hoitamattomat
Vertailur.	–			
Selviyt	0.2674 ns	–		
Vajaak	0.1602 ns	0.8099 ns	–	
Hoitamatt	0.0322 *	0.6264 ns	0.9029 ns	–
Miehet	Vertailuryhmä	Selviytyjät	Vajaakunt.	Hoitamattomat
Vertailur.	–			
Selviyt	0.0997 ns	–		
Vajaak	0.0038 **	0.8712 ns	–	
Hoitamatt	0.0002 ***	0.5611 ns	0.5612 ns	–

Koulutusaste

	Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaakuntoiset		Hoitamattomat		Koko otos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
naiset										
perusaste	1132	40,8	114	34,2	101	41,5	363	51,7	1710	42,2
keskiaste	665	26,0	101	30,3	81	33,9	182	26,6	1029	27,0
korkea-aste	851	33,3	117	35,4	57	24,6	145	21,7	1170	30,9
yhteensä	2648	100,0	332	100,0	239	100,0	690	100,0	3909	100,1
miehet										
perusaste	887	36,9	86	40,8	42	43,0	258	49,2	1273	39,3
keskiaste	863	37,4	71	35,3	32	35,5	192	37,6	1158	37,2
korkea-aste	594	25,7	47	23,9	19	21,5	68	13,2	728	23,4
yhteensä	2344	100,0	204	100,0	93	100,0	518	100,0	3159	100,0

Ryhmien vertailu, koulutusaste

Naiset	Vertailuryhmä	Selviytyjät	Vajaakunt.	Hoitamattomat
Vertailur.	–			
Selviyt	0.521 ns	–		
Vajaak	0.0068 **	0.0279 *	–	
Hoitamatt	<.0001 ***	<.0001 ***	0.0219 *	–
Miehet	Vertailuryhmä	Selviytyjät	Vajaakunt.	Hoitamattomat
Vertailur.	–			
Selviyt	0.5448 ns	–		
Vajaak	0.4493 ns	0.9035 ns	–	
Hoitamatt	<.0001 ***	0.0025 **	0.1338 ns	–

Työmarkkina-asema

3/5

	Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaakuntoiset		Hoitamattomat		Koko otos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
naiset										
työssä	1258	49,9	186	57,2	114	49,1	246	37,5	1804	48,3
eläke	1029	35,4	122	35,3	102	40,7	355	48,7	1608	38,1
muu	374	14,7	25	7,5	23	10,2	91	13,8	513	13,6
yhteensä	2661	100,0	333	100,0	239	100,0	692	100,0	3925	100,0
miehet										
työssä	1415	62,1	116	58,9	49	55,6	236	47,0	1816	59,2
eläke	704	27,9	79	36,6	36	35,6	235	43,7	1054	31,3
muu	228	10,0	9	4,5	8	8,8	47	9,3	292	9,5
yhteensä	2347	100,0	204	100,0	93	100,0	518	100,0	3162	100,0

Vertailu, työmarkkina-asema

Naiset	Vertailuryhmä	Selviytyjät	Vajaakunt.	Hoitamattomat
Vertailur.	–	–	–	–
Selviyt	0.0004 ***	–	–	–
Vajaak	0.1280 ns	0.1359 ns	–	–
Hoitamatt	<.0001 ***	<.0001 ***	0.0119 *	–
Miehet	Vertailuryhmä	Selviytyjät	Vajaakunt.	Hoitamattomat
Vertailur.	–	–	–	–
Selviyt	0.0033 **	–	–	–
Vajaak	0.2640 ns	0.3738 ns	–	–
Hoitamatt	<.0001 ***	0.0071 **	0.2736 ns	–

Tuloluokat

	Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaakuntoiset		Hoitamattomat		Koko otos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
naiset										
I, alin	671	22,2	49	13,8	51	19,9	183	23,7	954	21,6
II	540	20,5	71	21,0	49	20,2	176	26,2	836	21,6
III	442	17,4	67	20,6	52	22,2	146	21,9	707	18,7
IV	481	18,9	71	21,9	46	19,9	106	16,0	704	18,7
V, ylin	527	21,0	75	22,7	41	17,8	81	12,2	724	19,4
yhteensä	2661	100,0	333	100,0	239	100,0	692	99,9	3925	100,0
miehet										
I, alin	334	13,3	26	12,1	7	6,4	96	18,1	463	13,8
II	424	17,8	34	15,6	18	19,2	105	19,8	581	18,1
III	515	22,1	43	21,3	25	26,3	127	24,6	710	22,6
IV	542	23,6	47	23,5	28	31,0	97	19,1	714	23,1
V, ylin	532	23,1	54	27,5	15	17,1	93	18,4	694	22,5
yhteensä	2347	100,0	204	100,0	93	100,1	518	100,0	3162	100,0

Vertailu, tuloluokat

Naiset	Vertailuryhmä	Selviytyjät	Vajaakunt.	Hoitamattomat
Vertailur.	–			
Selviyt	0.0125 *	–		
Vajaak	0.3340 ns	1.2527 ns	–	
Hoitamatt	<.0001 ***	<.0001***	0.0554 ns	–
Miehet	Vertailuryhmä	Selviytyjät	Vajaakunt.	Hoitamattomat
Vertailur.	–			
Selviyt	0.7286 ns	–		
Vajaak	0.1122 ns	0.1566 ns	–	
Hoitamatt	0.0024 **	0.0144 *	0.0140 *	–

Asuinalueen taajama-aste

	Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaakuntoiset		Hoitamattomat		Koko otos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
naiset										
kaupunki	1693	64,2	233	69,7	134	57,1	403	58,9	2463	63,3
taajama	369	13,8	37	11,4	31	12,6	93	13,3	530	13,5
maaseutu	599	22,0	63	19,0	74	30,3	196	27,8	932	23,3
yhteensä	2661	100,0	333	100,0	239	100,0	692	100,0	3925	100,0
miehet										
kaupunki	1430	61,5	120	58,6	38	42,0	265	51,2	1853	59,1
taajama	350	14,9	28	14,1	18	19,3	92	18,1	488	15,5
maaseutu	567	23,6	56	27,3	37	38,7	161	30,7	821	25,5
yhteensä	2347	100,0	204	100,0	93	100,0	518	100,0	3162	100,0

Vertailu, asuinalueen taajama-aste

Naiset	Vertailuryhmä	Selviytyjät	Vajaakunt.	Hoitamattomat
Vertailur.	–			
Selviyt	0.1596 ns	–		
Vajaak	0.0172 *	0.0110 *	–	
Hoitamatt	0.0311 *	0.0073 **	0.7642 ns	–
Miehet	Vertailuryhmä	Selviytyjät	Vajaakunt.	Hoitamattomat
Vertailur.	–			
Selviyt	0.4441 ns	–		
Vajaak	0.0011 **	0.0097 **	–	
Hoitamatt	0.0006 ***	0.1870 ns	0.1722 ns	–

Miljoonapiiri

4/5

	Vertailuryhmä		Selviytyjät		Vajaakuntoiset		Hoitamattomat		Koko otos	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
naiset										
HYKS	881	34,4	130	39,7	49	21,3	182	27,6	1242	32,8
TYKS	367	13,1	48	13,9	40	16,1	107	15,1	562	13,7
TaYS	605	23,2	69	21,7	66	29,2	152	22,3	892	23,3
KYS	459	16,8	52	15,2	47	18,8	139	19,5	697	17,3
OYS	349	12,5	34	9,6	37	14,5	112	15,5	532	12,9
yhteensä	2661	100,0	333	100,0	239	100,0	692	100,0	3925	100,0
miehet										
HYKS	794	34,7	60	30,7	20	22,8	137	27,0	1011	32,8
TYKS	318	13,2	30	14,3	11	12,0	70	13,1	429	13,2
TaYS	530	23,1	46	22,7	20	21,0	105	21,0	701	22,7
KYS	371	15,6	40	19,1	25	26,5	112	21,8	548	17,2
OYS	334	13,4	28	13,2	17	17,7	94	17,1	473	14,1
yhteensä	2347	100,0	204	100,0	93	100,0	518	100,0	3162	100,0

Vertailu, miljoonapiiri

Naiset	Vertailuryhmä	Selviytyjät	Vajaakuntoiset	Hoitamattomat
Vertailur.	–			
Selviyt	0.2889 ns	–		
Vajaak	0.0050 **	0.0014 **	–	
Hoitamatt	0.0193 *	0.0018 **	0.1182 ns	–
Miehet	Vertailuryhmä	Selviytyjät	Vajaakunt.	Hoitamattomat
Vertailur.	–			
Selviyt	0.5953 ns	–		
Vajaak	0.0294 *	0.3463 ns	–	
Hoitamatt	0.0193 *	0.5706 ns	0.8341 ns	–