

**TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ IÄKKÄILLÄ JYVÄSKYLÄ-
LÄISILLÄ VUOSINA 1988 JA 1996 SEKÄ KÄYTÖN MUUTOS
8 VUODEN SEURANTA-AIKANA**

Raili Nurmela

**Gerontologian ja
kansanterveyden
pro gradu -tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
kevät 2000**

Raili Nurmela. TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ IÄKKÄILLÄ JYVÄSKYLÄLÄISILLÄ HENKILÖILLÄ VUOSINA 1988 JA 1996 SEKÄ KÄYTÖN MUUTOS 8 VUODEN SEURANTA-AIKANA. Ikivihreät-projektin osatutkimus, gerontologian ja kansanterveyden pro gradu-tutkielma, Jyväskylän Yliopisto. Terveystieteiden laitos. Kevät 2000.

TIIVISTELMÄ

Jyväskylän yliopiston Ikivihreät-projekti vuosina 1988 ja 1996 oli Jyväskylän eläkeikäisen väestön toimintakyvyn sekä terveydentilan selvitykseen ja parantamiseen tarkoitettu tutkimus- ja kehittämisprojekti. Tämän Ikivihreät-projektin osatutkimuksen tarkoitus oli selvittää kahden jyvaskyläläisen vuosina 1904-13 ja 1914-23 syntyneen ikäryhmän terveystieteiden palvelujen käyttöä vuosina 1988 ja 1996 sekä terveystieteiden palvelujen käytön muutoksia 8 vuoden seuranta-aikana. Lisäksi oli tarkoitus analysoida ikäryhmien ja sukupuolten välisiä eroja terveystieteiden palvelujen käytössä sekä tarkastella sosioekonomisten tekijöiden yhteyttä terveystieteiden palvelujen käyttöön.

Tutkimusaineisto on kerätty vuonna 1988 haastattelemalla Jyväskylän Ikivihreät-projektiin osallistuneita 65-74- ja 75-84-vuotiaita henkilöitä ja vuonna 1996 haastattelemalla samat henkilöt uudelleen heidän ollessaan 73-82- ja 83-92- vuotiaita. Vuonna 1988 haastateltuja oli 1224 henkilöä ja vuonna 1996 heitä oli 761 henkilöä, 62% vuonna 1988 haastatelluista. Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla haastattelulla. Tutkimusaineiston analysoinnissa käytettiin keskiarvoja, prosenttijakautumia, ristiintaulukointia, Studentin-t-testiä sekä χ^2 -testiä.

Alkututkimuksessa haastatelluista lähes 90% oli käynyt lääkärissä. Terveystieteiden keskuksen lääkäripalveluja käytti lähes 70% ja yksityislääkärin palveluja noin 40% kummastakin ikäryhmästä. Laboratoriotutkimuksissa kävi lähes puolet ja röntgentutkimuksissa yli kolmannes kummastakin ikäryhmästä. Keskusairaala- hoitoa ja sairaalan poliklinikkahoitoa käytti keskimäärin vii-

dennes tutkituista. Vanhemman ikäryhmän osuus oli sairaalahoidon ja kotisairaanhoidon käytössä suurempi kuin nuoremman ja nuorempi ikäryhmä käytti useita avoterveydenhoidon palveluja vanhempaa ikäryhmää enemmän.

Vuonna 1996 haastatelluista keskimäärin 90% käytti lääkäripalveluja. Terveyskeskuslääkärissä kävi yli 60% kummastakin ikäryhmästä sekä yksityislääkärissä 37% vanhemmasta ja 47% nuoremasta ikäryhmästä. Nuoremman ikäryhmän osuus oli vanhemman ikäryhmän osuutta suurempi yksityislääkärin palvelujen sekä useimpien avoterveydenhoidon palvelujen käytössä. Vastaavasti vanhemman ikäryhmän osuus oli suurempi lääkärin kotikäyntien, kotisairaanhoidon ja sairaalahoidon käytössä. Vuonna 1996 oli kummankin ikäryhmän osuus kotisairaanhoidon, sairaalahoidon ja hammashoidon käytössä suurempi kuin vuonna 1988. Vuonna 1996 vanhemman ikäryhmän osuus oli useimpien avoterveydenhoidon palvelujen käytössä pienempi kuin vuonna 1988.

Seurantatutkimuksessa terveyspalveluja käyttäneitä oli lähes 84% vanhemmasta ja 96% nuoremasta ikäryhmästä. Seuranta-aikana heistä kävi lääkärissä keskimäärin yhdeksän kymmenestä. Terveyskeskuksen sairaalahoidon lisäytyi kummassakin ikäryhmässä. Kotisairaanhoidon käyttö lisääntyi vanhemman ikäryhmän miehillä sekä nuoremman ikäryhmän miehillä ja naisilla. Lisäksi laboratoriotutkimusten käyttö lisääntyi nuoremmassa ikäryhmässä. Terveyspalvelujen käyttö vähentyi vain nuoremman ikäryhmän naisten yksityishammaslääkärissä käynneissä. Lisäksi vähentyi kummankin ikäryhmän osuus yksityishammaslääkärissä käynneissä ja vanhemman ikäryhmän osuus neuvola- palvelujen sekä terveyskeskuksen lääkäripalvelujen käytössä.

Ikäryhmien välinen ero terveyspalvelujen käytössä oli havaittavissa siten, että vanhemman ikäryhmän osuus oli sairaalahoidon, kotisairaanhoidon ja lääkärin kotikäyntien käytössä nuoremman ikäryhmän osuutta suurempi. Vastaavasti nuoremman ikäryhmän osuus oli useimpien avoterveydenhoidon palvelujen käytössä vanhemman ikäryhmän osuutta suurempi.

Sosioekonomisten tekijöiden yhteys terveyspalvelujen käyttöön oli havaittavissa siten, että alempaan tuloluokkaan kuuluvat, vähemmän koulutusta saaneet sekä leskeytyneet ja eronneet henkilöt käyttivät muita enemmän julkisia lääkäripalveluja. Vastaavasti ylempään tuloluokkaan kuuluvat sekä enemmän koulutusta saaneet henkilöt käyttivät muita enemmän yksityislääkärin palveluja.

Tutkimuksen yhteydessä tuli esille terveydenhuollon rakennemuutoksesta johtuva sairaala- ja laitoshoidon vähentyminen, jota avoterveydenhoidon palvelujen tulisi korvata. Tarvittaisiinkin lisää tietoa sairaalasta kotihoitoon siirtyneiden potilaiden avoterveydenhoidon palvelujen saatavuudesta ja riittävydestä. Lisäksi tarvittaisiin tietoa iäkkäiden henkilöiden sosioekonomisista mahdollisuuksista käyttää terveyspalveluja. Myöskin tutkimukset eri ikäryhmien terveyspalvelujen käytön muutoksista antaisivat tietoa tulevaisuuden terveyspalvelujen arviointiin ja suunnitteluun.

Avainsanat: iäkäs väestö, ikäryhmä, terveyspalvelujen käyttö ja muutos, sosioekonominen asema, sukupuoli

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

1	JOHDANTO	1
2	VANHUSPOLITIIKAN JA IÄKKÄIDEN IHMISTEN PALVELUJÄRJESTELMÄN KESKEISIÄ KÄSITTEITÄ	3
3	IÄKKÄIDEN TERVEYSPALVELUT	5
3.1	Terveyspalvelujen viimeaikaisia muutoksia ja haasteita	5
3.2	Lääkäripalvelujen käyttö	6
3.3	Sairaala- ja laitoshoidon käyttö	9
3.4	Muiden terveyspalvelujen käyttö	12
3.5	Terveyspalvelujen käyttöä selittäviä tekijöitä	16
3.6	Sosioekonomiset tekijät ja terveyspalvelujen käyttö	17
4	JYVÄSKYLÄN KAUPUNGIN TERVEYSPALVELUT	20
4.1	Jyväskylän kaupungin väestötiedot vuosina 1988 ja 1996	20
4.2	Jyväskylän kaupungin terveyspalvelut vuosina 1988 ja 1996	20
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA ONGELMAT	23
6	TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT	24
6.1	Tutkimusaineisto	24
6.2	Tutkimuksen tiedonkeruu- ja analyysimenetelmät ..	25
6.3	Tutkimuksen luotettavuus	27

7	TUTKIMUSTULOKSET	28
7.1	Tutkimukseen osallistuneiden sosioekonominen tausta	28
7.1.1	Siviilisääty vuosina 1988 ja 1996	28
7.1.2	Koulutustaso vuosina 1988 ja 1996	29
7.1.3	Tulotaso vuosina 1988 ja 1996	30
7.2	Terveyspalvelujen käyttö alkututkimuksessa vuonna 1988 sekä vuonna 1996	31
7.3	Sosioekonomisten tekijöiden yhteys terveyspalvelujen käyttöön	32
7.3.1	Siviilisääty	32
7.3.2	Koulutustaso	33
7.3.3	Tulotaso	34
7.4	Terveyspalvelujen käyttö ikäryhmittäin seuranta-aineistossa	36
7.4.1	Lääkäripalvelujen käyttö	38
7.4.2	Sairaalapalvelujen käyttö ja hoitovuorokaudet	40
7.4.3	Muiden terveyspalvelujen käyttö	42
8	POHDINTA	47
	LÄHTEET	57
	LIITTEET	66
	1. Vanhuspolitiikka (Koskinen)	66
	2. Hoivapalvelut (Vaarama)	67
	3. Väestötiedot	68
	4. Terveyskeskussairaalan hoitopäivät	69
	5. Haastattelulomake	70
	6. Siviilisäätytaulukko	75
	7. Koulutustasotaulukko	76
	8. Tulotasotaulukko	77
	9. Liitetaulukot >>	78
	>> 28. Liitetaulukot	94

Väestön ikärakenteen vanheneminen sekä viime vuosien yleisen lamakauden aiheuttama julkisen talouden kustannuskriisi ovat nostaneet ikääntyneiden palvelut terveystalouden keskeiseksi kysymykseksi Suomessa sekä muissakin Euroopan maissa. Ikääntyvän väestön määrä kasvaa Euroopassa ja myöskin Suomessa. (Vatt 1995.) Vuonna 2010 joka viides ja vuonna 2030 joka neljäs suomalainen on yli 65-vuotias (Väestöennuste 1993).

Ikääntyvästä väestöstä on tullut merkittävä sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjäryhmä (Vaarama 1992). Terveyspalvelujen käyttöön vaikuttavien tekijöiden tunteminen on tarpeellista erityisesti silloin kun suunnitellaan ja tehdään terveystaloudellisia päätöksiä (Häkkinen 1993). Terveyspalvelujen käyttöä kuvataan moniulotteisena ilmiönä, johon vaikuttavat poliittisekonomiset, sosiaalipsykologiset ja kulttuuriset tekijät (Kalimo 1969, Purola 1971, Rosenberg 1988). Epidemiologisen tarkastelun perusteella voidaan terveyspalvelujen käyttöä pitää eräänlaisena väestön terveys- ja sairaustason määrittäjänä. Kuitenkin sairastavuuden ja terveyspalvelujen käytön välinen yhteys voi olla toisenkin suuntainen, sillä useissa tutkimuksissa on todettu, että palvelujen tarjonnan kasvu, palvelujen helppo saatavuus ja saavutettavuus lisäävät palvelujen käyttöä. (Laamanen 1992.)

Suomalainen terveydenhuollon palvelurakenne on perustunut laajaan sairaala- ja laitoshoitoon, mutta vähäiseen avopalveluun. Suomalainen vanhuspolitiikka ei ole vastannut ikääntyvän väestönsä toiveeseen vanheta sosiaali- ja terveyspalvelujen avulla kotona eikä laitoksissa. (Vaarama 1992.) Terveydenhuollon palvelujen rakennemuutosta alettiinkin suunnitella 1980-luvulla, mutta vasta 1990-luvulla, yleisen lamakauden aiheuttamien talousvaikeuksien keskellä sitä alettiin toteuttaa. Laitoshoittoa sekä hoito-aikoja alettiin lyhentää ja hoitopaikkoja vähentää. Huonontuneen taloustilanteen vuoksi kunnat alkoivat vähentää ja priorisoida muitakin julkisia palveluja, siksi laitoshoittoa

korvaavia avopalveluja ei ole lisätty tarvetta vastaavaksi. (Heikkilä 1993, Vaarama 1995, Vaarama ja Lehto 1996).

Käyttöä ja kysyntää vastaava terveydenhuolto on tärkeä kaiken ikäisille ihmisille. Erityisen tarpeelliseksi terveydenhuollon merkitys kasvaa ikääntyessä, jolloin raihnaisuus ja sairaudet alkavat murtaa terveyttä. Samalla kun ikääntyvän väestön osuus yhteiskunnassamme kasvaa, pyritään monissa kunnissa ja kaupungeissa palveluja vähentämällä pienentämään terveys- ja sosiaalipalvelujen kustannuksia. Koska yli 65-vuotiaat käyttävät terveyspalveluja enemmän kuin muut ikäryhmät (Kekki ja Laamanen 1992), saattaa palvelujen vähentäminen kohdistua erityisesti ikääntyvän väestön käyttämiin palveluihin. Kekin ja Laamasen (1992) mukaan tarvittaisiinkin lisääntyvää tietoa siitä, mitä terveyspalveluja yli 65-vuotiaat ihmiset käyttävät.

Ikääntyvien ihmisten tulevaa palvelutarvetta on vaikea ennakoida. Ikäkohorttitutkimukset antaisivat tietoa samanikäisten terveydentilasta sekä viitteitä terveyspalvelujen tarpeesta (Riley 1992). Tulevia tutkimuksia tulisikin suunnata pitkittäis- ja kohorttitutkimuksiin (Coe 1988), koska palvelujen käytössä ilmenevät mahdolliset kohorttierot antavat viitteitä tulevaisuuden palvelujärjestelmien suunnitteluun (Koskinen 1993).

Tutkimukseni tarkoituksena oli selvittää kahden jyvaskyläläisen ikäryhmän (65-74- ja 75-84-vuotiaiden) terveyspalvelujen käyttöä vuosina 1988 ja 1996 sekä käytössä tapahtuneita muutoksia vuodesta 1988 vuoteen 1996, tarkastella tutkittavien sosioekonomisten tekijöiden yhteyttä terveyspalvelujen käyttöön sekä analysoida ikäryhmien ja sukupuolten välisiä eroja terveyspalvelujen käytössä.

2 VANHUSPOLITIIKAN JA IÄKKÄIDEN IHMISTEN PALVELUJÄRJESTELMÄN KESKEISIÄ KÄSITTEITÄ

Ikääntyneiden palvelu- ja hoivajärjestelmä on keskeinen osa vanhuspolitiikkaa. Vaaraman (1995) mukaan vanhuspolitiikka luo vanhustyölle eli iäkkäiden ihmisten hyväksi tehtävälle ammatilliselle työlle lainsäädännölliset sekä toiminnalliset edellytykset. Lisäksi vanhuspolitiikka palvelujärjestelmineen muodostaa toimintakehikon, jossa vanhustyötä tehdään. Raassina (1994) tuo esille YK:n maailmankonferenssin vuonna 1992 vanhenemista käsitelleen kokouksen esityksen, jonka mukaan vanhuspolitiikka on ikääntyvien aseman ja tarpeet huomioon ottavaa yhteiskuntapolitiikka. Maailmankonferenssin Suomen toimikunnan mukaan vanhuspolitiikka käsittää ne toimenpiteet, joilla pyritään parantamaan ikääntyvien asemaa yhteiskunnan eri alueilla.

Vanhuspolitiikan kokonaisuus Koskisen (1994) mukaan on esitetty liitteessä 1. Koskisen mukaan ikääntyvien ihmisten palvelujärjestelmistä keskustellaan kansainvälisessä kirjallisuudessa kirjavin käsittein. Perinteisesti sosiaali- ja terveydenhuollossa vanhustenhuolto on sisältänyt erilaisia palveluperinteitä ja käsite hoivapalvelut ovat niiden nykyaikainen, moderni ilmiö. Julkiset hoivapalvelut voidaan määritellä huonokuntoisten ikääntyneiden auttamiseen liittyviksi sosiaali- ja terveyspalveluiksi ja hoivasuhteiksi.

Vaarama (1995) esittää vanhusten julkisiksi hoivapalveluiksi kuntien järjestämät, joko itse tuottamat tai muilta palveluntuottajilta hankkimat sosiaali- ja terveyspalvelut, jotka on kohdennettu hoivan ja palvelujen tarpeessa olevien iäkkäiden ihmisten päivittäisen selviytymisen tukemiseen kotiin annettavina tai noudettavina avopalveluina tai pitkäaikaisena laitoshoitona (liite 2). Ikääntyneiden palveluja tuottavat julkinen sektori eli valtio ja kunnat sekä yksityinen eli kaupallinen sektori. Lisäksi palveluja tuottavat järjestöt, seurakunnat

sekä informaaliset auttajat kuten omaiset ja ystävät. (Gross 1991, Vaarama ja Hurskainen 1993, Koskinen 1994.)

Sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmä on ollut muutoksessa viime vuosina sekä käsitteiltään että rakenteellisesti. Ikääntyneiden ihmisten terveystalvelut ovat samat kuin on muullakin väestöllä. Ikääntyneet ihmiset käyttävät julkisten terveystalvelujen rinnalla myös yksityisiä terveystalveluja, joista yksityislääkäritalvelut ovat tavallisimpia. Tässä tutkimuksessa julkisilla terveystalveluilla tarkoitetaan niitä Jyväskylän kaupungin järjestämiä perusterveydenhoitotalveluja sekä erikoissairaanhoidotalveluja, joiden järjestäminen on lainsäädännöllä määritelty. Kansanterveyslaki vuodelta 1972 määrittelee ne perusterveydenhuollon talvelut sekä erikoissairaanhoidotalvelut, jotka kuntien on asukkailleen järjestettävä. Perusterveydenhuollon talvelut annetaan yleisesti terveystalvelukeskuksissa sekä laitos- että avoterveydenhuollon talveluina ja erikoissairaanhoido keskussairaaltalveluina. (Sosiaali-terveydenhuoltolainsäädäntö 1972, 1993, 1996.)

3 IÄKKÄIDEN IHMISTEN TERVEYSPALVELUT

3.1 Terveyspalvelujen viimeaikaisia muutoksia ja haasteita

Suomalainen vanhuspalvelustrategia on perustunut pohjoismaisittain kattavaan, mutta avun määrällä mitaten niukkaan kotipalveluun ja laajaan laitoshoittoon (Vaarama 1992). Pohjoismaisen hyvinvointimallin mukaisesti valtio sekä kunnat ovat viime vuosikymmeninä sekä rahoittaneet että tuottaneet pääosan vanhusten sosiaali- ja terveyspalveluista (Sosiaaliturvan strategiat 1995). 1980-luvulta lähtien valtionhallinto suositteli kunnille terveyspalvelujen rakennemuutosta. Palvelujen muutostarpeen perusteena oli hoidon sairaala- ja laitospainotteisuus, investointien laitospainotteisuus, avohoitopalvelujen riittämättömyys sekä asuntojen huono varustetaso. (Palvelurakennetyöryhmän muistio 1992.) Vasta yleinen talouslama 1990-luvun alussa käynnisti rakennemuutoksen, jossa laitospaikkoja alettiin vähentää ja hoitoaikoja lyhentää (Lehto 1995, Uusitalo 1995).

1990-luvun alussa käynnistynyt terveydenhuollon rakennemuutos vähensi laitoshoidtoa ja laitospaikkoja suunnitelmien mukaan, kustannukset alkoivat laskea, tuottavuus kasvaa ja vuonna 1993 valtiosuus uudistus lisäsi kuntien päätösvaltaa sosiaali- ja terveyspalvelujen valtiosuusiksi. Vuodesta 1993 alkaen kehitys kuitenkin kääntyi hoivapalvelujen tavoitteiden näkökulmasta kielteiseksi, koska kotona asumista tukevien hoiva- ja avoterveydenhoitopalvelujen kehitys näytti pysähtyneen. (Vaarama 1995.) Kuntien tarjoamien palvelujen rationalisointi ja rakenteiden saneeraus lisääntyivät ja vuonna 1994 kunnilla oli käytössään erittäin laajat säästökeinot (Sihvo ja Lindqvist 1994). Koska kunnilla on valta päättää palvelujensa tuottamisesta on ikääntyneiden palvelujärjestelmässä eroja eri kuntien välillä. Toiminnan suunnittelemattomuus, yhteistyön puutteellisuus sekä taloudelliset näkemuserot priorisointineen vaikuttavat palvelujen erilaiseen toteutumiseen kuntien välillä. (Vaarama ja Hurskainen 1993.)

Ikääntyvän väestön määrän kasvu sekä laitoshoidon vähentäminen edellyttävät avopalvelujen ja ehkäisevän hoidon kehittämistä sairaanhoidon lisäksi. Palveluasumista lisäämällä on korvattu laitoshoidon, mutta enemmän pitäisi tukea ja laajentaa kotona asuvien terveyspalveluja sekä lisätä esim. lääkärin kotikäyntejä. Suomessa lääkärit tekevät kotikäyntejä harvemmin kuin muissa maissa. Laitoshoidon vähentämisen takia pitäisi myös selvittää terveyspalvelujen saatavuus, kattavuus sekä laatu niiden ikääntyneiden kohdalla, jotka ovat laitoshoidon korvaavien palvelujen piirissä, koska rakennemuutoksen takia näiden palvelujen varaan on siirtynyt yhä huonokuntoisempia vanhuksia. Iäkkään väestön kuntoutusta tulisi myös lisätä, koska kuntoutuksen avulla on mahdollista vähentää palvelujen käyttöä sekä parantaa autonomiaa ja elämän laatua. (Vaarama 1996.)

3.2 Lääkäripalvelujen käyttö

Terveyspalvelujen käyttöön vaikuttavien tekijöiden tunteminen on keskeinen perusta tehtäessä terveyspoliittisia päätöksiä (Häkkinen 1992). Terveydenhuollon suunnittelua varten tarvitaan ennusteita sekä arviointeja väestön terveyden ja terveyspalvelujen käytön kehityksestä. Vuonna 1987 suomalaiset kävivät avohoidon lääkärissä 15,4 miljoonaa kertaa. Lehtosen ym. (1992) ennusteskenaariota mukaan ikääntyvän väestön kasvu lisäisi lääkärissä käyntejä 16,3 miljoonaan, ikärakenteesta johtuva pitkäaikaissairaiden kasvu 18 miljoonaan ja palvelujen käytön oletettu kasvu 20 miljoonaan kertaan vuoteen 2010 mennessä. Stakesin tilastotiedon (1999) mukaan jo vuonna 1997 suomalaiset kävivät perusterveydenhuollon ja erikoissairanhoidon lääkärissä lähes 18 miljoonaa kertaa sekä yksityislääkärissä yli 3 miljoonaa kertaa.

Lääkäripalvelujen käyttöä voidaan tarkastella potilaan aloitteesta tai lääkärin aloitteesta tapahtuvana käyttöprosessina. Hoitoa ja hoitoon liittyviä terveyspalveluja tarvitessaan potilas useimmiten antaa päätöksentekovallan lääkärille, joka

toimii potilaan agenttina, sillä hyvin harvoin potilas itse pystyy arvioimaan hoitoonsa liittyvien palvelujen tarpeellisuutta kuin myöskään palvelujen laatua. Useimpien terveysterveyspalvelujen käyttö kuten sairaalahoido, tutkimukset ym. edellyttävät lääkärin päätöstä. Kun potilaan ja lääkärin välinen agenttisuhte on tasapainossa, ovat kysyntä ja käyttö identtisiä. Jos agenttisuhte ei ole tasapainossa eli lääkäri määrää esim. tarpeettomia hoitoja, eroaa lääkärin määräämä hoito siitä, mitä potilas itse olisi valinnut jos hänellä olisi ollut sama tieto sairaudesta kuin häntä hoitavalla lääkärillä. (Häkkinen 1992.)

Kun lääkäripalvelujen käyttöön ja kysyntään vaikuttavia tekijöitä tarkastellaan lääkärin luoman kysynnän kannalta, on tutkimuksilla pyritty selvittämään, luoko lääkäri kysyntää hyötyäkseen taloudellisesti. Useat kansainväliset tutkimukset osoittavat, että lääkärit kokevat epämiellyttäväksi määrätä hoitoja, jotka eivät ole oikeita tai auttavia, kysynnän luominen ei kuulu hyvään lääketieteelliseen eikä eettiseen tapaan. Lääkärien oletetaan lisäävän palveluja palkkionsa parantamiseksi mahdollisesti silloin, kun palvelujen kustannukset rahoittaa joku muu taho kuin potilas itse. Lääkärien luomaa kysyntää on vaikea tutkia ja arvioida, mutta julkisen sektorin palveluksessa olevilla lääkäreillä, joilla on kiinteä palkka, tuskin on taloudellista motiivia lisätä kysyntää. Sen sijaan yksityisellä sektorilla voidaan olettaa lääkäreiden pyrkivän taloudellisten motiivien perusteella luomaan kysyntää palveluilleen. Yksityinen sektori tarjoaa erityisesti erikoissairaanhoidon lääkäripalveluja sekä tuottaa lähes puolet kaikista lääkärikäynneistä. (Häkkinen 1992.)

Suomalaisessa hammashoidossa lääkärin luoma kysyntä perustuu yhä enemmän potilaiden hoitoonkutsuamiseen, jota etenkin yksityishammaslääkärit käyttävät eli tarjoamalla palveluja lääkäri myös ohjaa palvelujensa kysyntää (Widström ym.1995). Hammashoidossa hammaslääkärimäärän kasvu on vastannut kasvanutta kysyntää yleisemminkin, sillä hammassairaudet ovat merkitsevästi vähentyneet monissa maissa viime vuosina (Häkkinen 1992).

Lääkäripalvelujen käyttöä on tutkittu paljon potilaan eli asiakkaan aloitteesta tapahtuvana käyttöprosessina. Lääkäripalvelujen kysyntää ja käyttöä Suomessa tutkineen Häkkisen (1992) tutkimusaineistona oli vuonna 1987 tehdyn Kansaneläkelaitoksen terveysturvan väestötutkimuksen aineisto (n=11417). Häkkisen mukaan lääkäripalvelujen käyttöön vaikuttavana tekijänä korostui erityisesti hoitosuhteen jatkuvuus. Ne, joilla oli tietty lääkäri, tekivät 30% enemmän lääkärisssä käyntejä kuin ne, joilla ei omaa lääkäriä ollut. Omalääkäriin hoitoon hakeutuivat ikääntyneet aktiivisemmin kuin nuoret. Sairaushoitoon liittyvä läheisesti lääkäreiden antama lääkehoito, siksi reseptilääkkeiden käyttö oli merkittävä tekijä lääkärisssäkäynteihin. Lisäksi lääkäripalvelujen tarjonta, niiden helppo saatavuus ja saavutettavuus sekä lääkäripalvelujen kustannusten korvattavuus lisäsivät palvelun käyttöä. Myöskin elintapaan liittyvät tekijät, kuten tupakointi ja liikapainoisuus lisäsivät lääkärisssäkäyntejä.

Terveyspalvelujen käytön eroja tutkineen Nymanin (1993) tutkimusraportti perustuu Kelan sosiaaliturvan tutkimuslaitoksen vuosina 1976 ja 1987 valtakunnallisissa väestötutkimuksissa kerättyihin tietoihin (n=6746-5858), jossa yli 15-vuotiaat haastateltiin. Nymanin mukaan pitkäaikaissairaat kävivät lääkärin vastaanotolla keskimäärin viisi kertaa ja muut sairautensa noin kaksi kertaa vuodessa. Lääkärisssäkäyntien määrä kasvoi nuoremista ikäluokista vanhempiin ikäluokkiin ja lääkärisssäkäyntien tiheys oli 65-74-vuotiaiden keskuudessa noin kaksinkertainen 15-24-vuotiaisiin verrattuna. Naiset kävivät sairautensa vuoksi lääkärisssä enemmän kuin miehet ja ero kasvoi yli 75-vuotiaiden joukossa.

Kanadan Manitobassa tehdyssä ikääntyneiden terveyspalvelujen käyttöä selvittävässä pitkäaikaistutkimuksessa lääkäripalvelujen ja laitoshoidon käyttö kasautui tietylle väestönosalle yli 65 vuotta täyttäneistä (Roos ym. 1984). Myöskin Suomessa Keki ja Laamasen (1992) terveyskeskuspalvelujen käyttöä selvittäneessä Lapua-tutkimuksessa noin kolmannes 65-vuotta

täyttäneistä teki kaksikolmasosaa kaikista ikäryhmänsä temistä käynneistä terveyskeskuslääkärin vastaanotolle, sitävas-
toin 35% vanhusväestöstä ei käynyt terveyskeskuslääkärillä ol-
lenkaan. Lääkärissäkäynnit lisääntyivät ikääntymisen myötä ja
naiset käyttivät lääkäripalveluja miehiä useammin. Tampereella
tehdyn (Koskinen 1993) kohorttitutkimuksen mukaan oli vuonna
1989 yli 70-vuotiaiden lääkärissäkäynti yleisempää ja lääkäriin
pääsy helpompaa kuin kymmenen vuotta aikaisemmin.

Aron ym. (1993) aikuisväestön terveystalvvelujenkäyttöä sel-
vittävässä tutkimuksessa noin 56%:lla yli 64-vuotiaista oli
oma lääkäri tai joku tietty yleislääkäri, jonka luona yleisim-
min käytiin. Terveystalvveluslääkärissä käynnit muodostivat noin
45% ja yksityislääkärissäkäynnit lähes 20% kaikista avohoidon
lääkärissäkäynneistä. Naiset kävivät lääkärissä 40% enemmän
kuin miehet. Kekin (1994) tutkimuksessa selvitettiin väestön
kokemuksia terveystalvveluspalveluista ja vertailtiin myös yksi-
tyislääkäripalvelujen käytön suhdetta terveystalvveluslääkäripal-
veluihin. Tutkimus osoitti, että yli 65-vuotiaat kokivat
terveystalvveluslääkäripalvelut yksityisiä lääkäripalveluja parem-
miksi ja sairastuessaan myöskin käyttivät mieluummin ensisi-
jaisesti terveystalvveluslääkäripalveluja.

3.3 Sairaala- ja laitoshoidon käyttö

Ikääntyneiden sairaala- ja laitoshoitoon joutumisen syitä on
selvitetty sekä ulkomaisissa että kotimaisissa tutkimuksissa.
Laamasen (1992) referoiman Yhdysvalloissa laitoshoittoa ennusta-
via ei-lääketieteellisiä riskitekijöitä vuonna 1984 tutkineen
Branchin mukaan olivat 80-vuoden ikä, yksinasuminen, avun tarve
päivittäisissä toiminnoissa, apuvälineiden käyttö sekä deso-
rientaatio. Otos muodostui 65 vuotta täyttäneistä, joista
kuuden vuoden seuranta-aikana 9% oli ollut laitoshoidossa.

Manitobassa Kanadassa Shapiro ym. (1988) vertasivat vuoden 1985
tutkimuksessaan sosiodemografisten tekijöiden ja terveydentilan

yhteyttä 65 vuotta täyttäneiden pitkäaikaisen laitoshoidon käyttöön vuosina 1973 ja 1977. Kumpanakin vuonna 85-vuotta täyttäneillä oli 8-kertainen riski ja 75-84-vuotiailla lähes 4-kertainen riski joutua laitoshoitoon verrattuna 65-74-vuotiaisiin. Myös ongelmat päivittäisissä toiminnoissa, yksinasuminen, naissukupuoli, huonoksi koettu terveydentila sekä desorientaatio ennustivat laitoshoitoon joutumista.

Johnson ym. (1990) vertasivat Yhdysvalloissa 80-vuotiaiden ja sitä nuorempien terveystalvelujen käyttöä sekä sairastavuutta. Otos muodostui yli 65 vuotta täyttäneistä ja tutkimus osoitti, että yli 80-vuotiaita otettiin sairaalahoitoon merkitsevästi useammin kuin nuorempia ja miehiä useammin kuin naisia. Iäkkäiden sairaalahoidolla saatettiin korvata muita palveluja, kuten sosiaalisen tuen puutetta. Lisäksi huono liikuntakyky, puutteelliset asunto-olot sekä sydän-sairaudet lisäsivät sairaalahoitoon ottamista.

Suomalaisten tutkimusten mukaan laitoshoittoa ennustavat tekijät ovat samoja kuin edellisten tutkimusten. Kivelä tutki laitoshoittoon joutumista Posion kunnassa niillä pitkäaikais-sairailla ja vammaisilla, jotka saivat kotipalvelu- sekä kotisairaanhoidoapua (n=218). Tutkimus oli 26 kuukauden seuranta-tutkimus, jona aikana tutkituista 12 joutui laitoshoittoon ja 24 kuoli. Laitoshoittoa ennustavat tekijät olivat dementia, korkea ikä, desorientaatio ja toimintakyvyn vajeus.

Niinistö (1987) selvitti Vantaan kaupungissa kotona asuvien (n=711) ja laitoshoidossa (n=156) olevien ikääntyneiden tunnuspiirteitä ja eroavaisuuksia sekä laitoshoidon ennustemallia. Tutkimus osoitti, että laitoshoidossa olleista pitkäaikaishoidossa oli 6,7%, joista 56% oli leskiä, joista 29% oli miehiä. Laitoshoidon ennustemallimuuttajat olivat ikä, naissukupuoli, aviopuolison tuen puute, alempi sosiaaliryhmä, huono näkö, desorientaatio, toimintakyvyn vajeus, suuri hoitoisuusaste, huonot hampaat sekä keskushermostolääkkeet.

Maaseudun ikääntyneiden (n=952) terveystalvelujen käyttöä vuosina 1978-1983 tutkineen Anttilan (1989) mukaan ikääntyneiden sairaalapäivien suurkuluttajia olivat ne, jotka kokivat terveytensä huonoksi ja valittivat masentuneisuutta. Laitoshoitopäivien kasvavaa määrää ennustivat myös yksinasuminen, ikääntyminen sekä avopalvelujen käytön vähäisyys.

Aalto (1991) tutki pitkäaikaishoitoon vuosina 1978-1985 hakeutuvien laitoshoidon toteutumista Helsingissä (n=636). Tutkituista 68% oli naisia, joiden keski-ikä oli 86 vuotta. Puolet tutkituista sai kodinhoitoapua ja kaksikolmasosa oli valvotussa kotisairaanhoidossa. Laitoshoitoon pyrkimisen syynä olivat toimintakyvyn vajuus, dementia sekä sairaudet.

Vuonna 1988 kaikista yleissairaaloiden hoitopäivistä kaksikolmasosa käytettiin yli 64-vuotiaiden ja kolmasosa yli 75-vuotiaiden hoitoon. Myöskin terveyskeskusten vuodeosastojen hoitopäivistä lähes 90% käytettiin yli 64-vuotiaiden hoitoon. (Vaarama 1992.) Vuonna 1992 käyttivät 65 vuotta täyttäneet 36% koko maan kaikista sairaalahoitajaksoista ja 62% kaikista hoitopäivistä. Erikoissairaanhoidossa oli ikääntyneiden osuus vähäisempi, mutta silti he käyttivät 38% kaikista erikoisalojen hoitajaksoista sekä 5% kaikista hoitopäivistä. Keskimääräinen hoito-aika lyhenyi vanhemmilla ikäryhmillä sekä terveyskeskussairaalan hoidoissa että erikoissairaanhoidoissa. (Salmela 1995.)

Vaarama ja Lehto (1996) tutkivat iäkkäiden terveystalveluisa vuoden 1988 jälkeen tapahtuneita muutoksia valtakunnallisen tilastoaineiston mukaan. Tutkimuksen mukaan lyhyet hoitajakset (alle 90 vrk) lisääntyivät somaattisessa erikoissairaanhoidossa, terveyskeskussairaaloissa sekä vanhainkodeissa vuodesta 1986 vuoteen 1994. Lyhytaikaishoitoa saavien osuus lisääntyi 12% myös yleislääkärijohtoisissa terveyskeskussairaaloissa. Vanhainkodeissa lyhytaikaispaikkojen osuus kasvoi 5%-11% ja lisääntynyt lyhytaikaishoito (intervallihoido) merkitsi myös lisäystä iäkkäiden palveluvalikoimaan.

Ikääntyneen väestön pitkäaikaishoito (yli 90 vrk) terveydenhuollossa vähentyi 30% vuodesta 1986 vuoteen 1994, sensijaan terveystakeskussairaaloitten pitkäaikaishoidossa olevien määrä pysyi ennallaan. Pitkäaikaishoito vähentyi erityisesti psykiatrisessa hoidossa, psykiatristen sairaaloitten pitkäaikaishoidossa olleiden ikääntyneiden osuus väheni 87% vuodesta 1988 vuoteen 1994. Samanaikaisesti laitospaikkoja vähennettiin 5640 paikkaa ja vastaavasti perustettiin 6560 palveluasuntoa, joilla korvattiin laitoshoitoa ja ikääntyvien pitkäaikainen hoiva siirtyi yhä enemmän sosiaalitoimen tehtäväksi. (Vaarama ja Lehto 1996.)

Pitkäaikaishoito vähentyi huomattavasti vuodesta 1986 vuoteen 1995 myös somaattisessa erikoissairaanhoidossa, missä pitkäaikaishoitopaikkojen vähentymä kompensoitui terveystakeskusten vastaavien hoitopäivien lisäyksellä. Vuonna 1991 pitkäaikaisessa laitoshoidossa oli 41000 yli 65-vuotiasta ja heistä joka kolmas oli yli 85-vuotias ja nainen. Vuonna 1995 pitkäaikaishoidossa joka viides oli yli 85-vuotias ja onkin oletettavaa, että pitkäaikaishoidossa olevat henkilöt ovat huonokuntoisempia kuin aikaisemmin. (Vaarama ja Noro 1997.) Nikiforov ja Salmela (1996) tutkivat pitkäaikaishoidon kehitystä sairaaloissa 1990-luvulla käyttäen pitkäaikaismäritelmänä yli 30-hoitopäivän jaksoja 90-hoitopäivän sijasta. Yli 65-vuotiaat käyttivät 75% näistä hoitajaksoista ja yli 85-vuotiaiden osuus lisääntyi tällaisissa hoitajaksoissa vuosina 1990-1994.

3.4 Muiden terveystakespalvelujen käyttö

Kotisairaanhoido kuuluu terveystakeskeskuksen kotona annettavaan sairaanhoidoon. Kansainvälisesti tarkasteltuna kotisairaanhoido on Suomessa alueellisesti laajempaa kuin muualla Euroopassa. (Raassina 1994.) Kotisairaanhoidotpalvelun riittävyyttä tutkineen Raatikaisen (1992) mukaan kotisairaanhoidoa käyttivät potilaat, jotka eivät selvinneet omasta lääkehoidosta.

dostaan, jotka tarvitsivat tukea ja ohjausta sairauteen liittyvissä hoidoissa, apuvälineiden käytössä, tukipalveluissa sekä päivittäisissä toiminnoissa. Suomessa oli 70000 asiakasta valvotun kotisairaanhoidon piirissä vuonna 1988, jolloin tehtiin 2,7 miljoonaa kotikäyntiä, joista 2,4 miljoonaa eli 88% tehtiin yli 65-vuotiaiden luokse. Asiakaskäyntejä tehtiin keskimäärin 3 käyntiä viikossa eli noin 40 käyntiä vuodessa. (Vaarama 1992.) Vuonna 1992 valvotun kotisairaanhoidonpiirissä oli 74000 taloutta, joista 80% oli ikääntyneiden koteja ja käynneistä kolmeneljäsosaa tehtiin yli 75-vuotiaiden koteihin. Ikääntyneille kohdennettujen kotisairaanhoidokäyntien määrä kasvoi 23% vuodesta 1988 vuoteen 1992, mistä lähtien käyntien määrä on tasoittunut. (Vaarama ym. 1996.) Vuonna 1996 maassamme tehtiin 3 592 485 kotisairaanhoidokäyntiä (Stakes tilastotieto 1999).

Terveydenhoitajan palveluja annetaan yleensä neuvoloissa, mutta terveysneuvontaa annetaan tarvittaessa kaikkien terveyspalvelujen yhteydessä. Terveysneuvontakäynneiksi tilastoidaan terveystarkastukset, rokotukset, seulontatutkimukset sekä muut vastaavat terveyteen liittyvät toimenpiteet. (Vaarama 1992.) Nymanin (1993) mukaan vuonna 1987 kävi terveydenhoitajan vastaanotolla yli 15-vuotiaat noin 2 kertaa ja yli 75-vuotiaat noin 6 kertaa. Yli 75-vuotiaista naiset kävivät vastaanotolla kaksi kertaa enemmän kuin miehet. Vaaraman (1992) mukaan vuonna 1990 yli 65-vuotiaat kävivät 312 000 kertaa terveysneuvonnassa. Neuvolapalvelujen väestövastuinen laajentuminen "vauvasta vaariin" on muuttamassa perinteistä neuvolatyötä yhä enemmän myös ikääntyvän väestön neuvolatyöksi (Kokko 1997).

Päiväsairaanhoidopalvelua on ikääntyneille tarjottu terveyskeskusten ja vanhainkotien yhteydessä toimivissa päiväsairaaloissa. 1980-luvulla kunnat lisäsivät ja 1990-luvulla vähensivät päiväsairaanhoidopaikkoja. Maassamme oli vuonna 1988 70 päiväsairaanhoidoyksikköä, joissa kävi 11600 asiakasta. Päiväsairaanhoidopäivistä 90% kohdennettiin yli 65-

vuotiaille. (Vaarama 1992.) Päiväsairaalakäynnit lisääntyivät 25% vuodesta 1988 vuoteen 1994, vuosina 1992-1994 päiväsairaalakäynnit alkoivat tasaantua ja hieman vähentyäkin (Vaarama 1996). Kunnallinen päiväsairaaloiminta on lakkautettu monessa kunnassa ja kaupungissa viime vuosina. Lakkauttamisen perusteena on ollut terveydenhuollon kustannusten pienentäminen. Sitävastoin kunnallinen palvelu- ja päiväkeskustoiminta on laajentunut 1990-luvulla. Päiväkeskukset tarjoavat ikääntyneille ruokailu- peseytymis- lääkkeenjako- ja virkistyspalveluja. Vuonna 1992 tilastoitiin maassamme 441 päiväkeskusta. (Raassina 1994.)

Suomalaisessa hammashuollossa toimii rinnakkain sekä julkinen että yksityinen hammashuoltojärjestelmä. Julkinen hammashuolto huolehtii pääasiallisesti nuorten hammashoidosta, eikä ikääntyneille ole ollut järjestelmällistä suun ja hampaiden hoitoa. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 1987.) Ikääntyneiden hammashuolto on ollut epäsäännöllistä, vaikka tarvetta hampaiden hoitoon olisi ollut paljon. Terveyskeskuksen hammashoidossa käy vuosittain lähes 11% yli 64-vuotiaasta väestöstä. Paremminkin koulutetut ja toimeentulevat henkilöt käyttävät palveluja suhteellisesti eniten. Vuodesta 1992 rintamaveteraanien korvattu hammashoito on lisännyt ikääntyneiden miesten hammashoitokäyntejä, siitä huolimatta naiset käyvät hammashoidossa miehiä useammin. (Widström ym. 1995.) Häkkisen ja Arisen (1997) tutkimuksen mukaan 65-74-vuotiaiden hammashoitokäynnit lisääntyivät vuodesta 1987 vuoteen 1996 terveyskeskuksissa sekä yksityissektorilla. Samoin lisääntyivät yli 75-vuotiaiden hammashoitokäynnit, mutta heidän käyntimääränsä oli nuorempaa ikäryhmää vähäisempi. Hammaslääkärissä käynneissä havaittiin sekä alueellisia että tuloryhmittäisiä eroja. Yksityissektorin käyttö oli laajinta pääkaupunkiseudulla sekä ylimmissä tuloluokissa ja vastaavasti julkisen hammashoidon palveluja käytettiin enemmän pääkaupunkiseudun ulkopuolella sekä alemmissä tuloluokissa. Tutkimustiedot ovat Kelan ja Stakesin tekemästä terveydenhuollon väestötutkimuksesta vuosilta 1987 ja 1996.

Laboratorio- ja röntgentutkimukset määrätään useimmiten lääkärissä käynnin yhteydessä. Laamasen ja Kekin (1992) Lapuan terveyskeskuspalvelu- tutkimuksessa kolme neljästä yli 65-vuotiaiden lääkärikäynneistä johti jatkotutkimuksiin. Tutkituista yli 65-vuotiaista laboratoriotutkimuksissa kävi lähes 53% ja röntgentutkimuksissa noin 32%. Naiset tekivät laboratorioskäyntejä miehiä useammin. Verenpainemittauksia tehtiin yli 65-vuotiaille huomattavasti enemmän kuin heitä nuoremmille verenpainetaudin riskiryhmille. Laamasen ja Kekin mukaan tutkimus- ja toimenpidekäytäntö suuntautuukin voimakkaasti vanhusväestöön, vaikka muissakin ikäryhmissä olisi vastaavaa tutkimustarvetta.

Fysioterapiaan lähetteet määrätään useimmiten lääkärissäkäyntien yhteydessä. Kekin ja Heinon (1988) tutkimuksessa selvitettiin fysikaalisen hoidon käyttöä ja vaikuttavuutta viidessä terveyskeskuksessa. Fysikaalista hoitoa saaneista (n=854) 12% ilmoitti hoidon auttaneen, 16%:lla hoito ei auttanut ja kolmasosalla oireet palasivat myöhemmin, heistä kolme neljästä oli saanut hoitoa jo aikaisemmin. Tutkimus herätti kysymyksiä fysikaaliseen hoitoon lähettämisestä, hoidon annosta sekä hoitohyödyistä. (Kekki 1994.) Tampereella tehdyn eläke-ikäisten seurantatutkimuksen mukaan (Koskinen 1993) fysikaalinen hoito yleistyi vuodesta 1979 vuoteen 1989, jolloin fysioterapiassa käyneiden miesten osuus oli 18-28% ja naisten 11-21%. Fysioterapiaa saaneiden 70-79-vuotiaiden miesten osuus nelinkertaistui tutkimusaikana.

Kuntoutusjärjestelmä luotiin Suomessa 1980-luvulla ja kuntoutusta hoitaa maassamme sekä julkinen että yksityinen sektori. Kuntoutus on ollut laitospainotteista ja kohdistunut enemmän työikäisiin kuin ikääntyneisiin ihmisiin, joskin myös iäkäs väestö tarvitsisi kuntoutusta. (Karjalainen 1995.) Kuntoutuksen avulla on mahdollista vähentää palveluriippuvuutta ja parantaa iäkkään väestön autonomiaa sekä elämänlaatua (Vaarama 1996).

3.5 Terveyspalvelujen käyttöä selittäviä tekijöitä

Terveyspalvelujen käyttöä on pyritty selittämään eri tieteen teorioilla. Terveyspalvelujen käyttöä on pyritty myös ymmärtämään tutkimalla terveyteen ja sairauteen liittyvää käyttäytymistä ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Terveyspalvelujen käyttöä kuvataan moniulotteisena ilmiönä, johon vaikuttavat kulttuuriset ja sosiaalipsykologiset tekijät sekä poliittisekonomiset tekijät (Kalimo 1969, Purola 1971, Rosenberg 1988.) Kalimon mukaan terveyspalvelujen käyttöä määrittävät potilaan päätöksentekoon liittyvät tekijät, joita ovat sairaus, hoidon tarve, terveyspalvelun käytöstä arvioitu hyöty, palvelukäyttöä mahdollistavat sosioekonomiset tekijät sekä palvelujen saatavuus. Purolan mukaan terveyspalvelujen käyttöön vaikuttavana tekijänä korostuu sairaus, koettu hoitotarve, käyttöä altistavat ja mahdollistavat tekijät sekä professionaalinen arviointi hoitotarpeesta. Kalimon ja Purolan mallit määrittävät terveyspalvelujen käyttöön vaikuttavia tekijöitä potilaan hoitopäätöksen mukaan. Rosenberg tuo esille yksilön terveyspalvelujen käytön mahdollisuudet kuten yhteiskunnallisen lainsäädännön ja rahoituksen sekä sosiokulttuuriset tekijät.

Terveyspalvelujen käyttöä koskevissa tutkimuksissa on sovellettu paljon amerikkalaisen Andersenin ja Newmanin 1970-luvun alkuvuosina kehittämää mallia, missä yksilön palvelujen käyttöä määrittävät tekijät on jaettu altistaviin, mahdollistaviin ja tarpeeseen liittyviin tekijöihin. Altistavia tekijöitä ovat mm. ikä, sukupuoli, asenteet ja uskomukset. Mahdollistavia tekijöitä ovat taloudellinen tilanne käyttää palveluja sekä yhteisön vauraus tuottaa ja tarjota palveluja. Tarpeeseen liittyy sekä asiantuntijoiden arvioiman objektiivisen että koetun subjektiivisen sairauden taso. (Laamanen 1992, Kekki 1994.) Myöskin Wolinsky ja Johnson (1991) jakavat terveyspalvelujen käyttöä määrittävät tekijät altistaviin, mahdollistaviin ja tarvetekijöihin. Altistavia tekijöitä ovat demografiset ja sosiaaliset teki-

jät sekä terveydelliset asenteet. Mahdollistavia tekijöitä puolestaan ovat mahdollisuus käyttää palveluja, palvelujen tarjonta- ja saatavuus mahdollisuus. Palvelujen tarvetekijöitä määrittävät sairaudet, ADL-vaikeudet sekä ammatillinen arviointi palvelutarpeesta.

Ikääntyneiden ihmisten sosiaali- ja terveystarpeeseen ja käyttöön vaikuttava suurelta osin toimintakyvyn heikkeneminen, yksin asuminen, ympäristö-olot, sairaudet sekä monet sosiaaliset syyt. (Komiteamietintö 1983:5). Väestön sairaudet ja kuolinsyyt ovat merkittäviä arvioitaessa terveystarvetta ja käyttöä, mutta muukin tekijät, kuten ikä, koulutus- ja tulotaso, palvelujen saatavuus sekä oman terveydentilan arviointi vaikuttavat palvelujen käyttöön (Koivukangas ym. 1992). Yksilön oman terveydentilan arviointiin ja omaan terveydenhoitoon liittyvistä tekijöistä tiedetään melko vähän, mutta ero miesten ja naisten elämäntyyliin välillä voi merkitä eroa oman terveyden arvostamisessa ja hoidossa. Tutkimusten mukaan naiset hoitavat terveyttään paremmin kuin miehet ja käyttävät terveystarpeita sekä preventiivisiä palveluja enemmän kuin miehet. Lisäksi naisten asenteet ja uskomukset terveydenhoitoon ovat positiivisempia kuin miesten. (Dean 1992.)

3.6 Sosioekonomiset tekijät ja terveystarpeiden käyttö

Sosioekonomiset tekijät, kuten koulutus, ammatti ja tulotaso vaikuttavat tutkimusten mukaan iäkkäiden henkilöiden toimintakykyyn, terveydentilaan, elämäntyyliin ja kuolleisuuteen (Heikkinen ym. 1993). Tampereen eläke-ikäisten seuranta-tutkimuksen mukaan suomalaisten ikääntyneiden koulutustaso on viime vuosina parantunut. Nuoremmat ikäryhmät ovat saaneet enemmän koulutusta kuin vanhemmat ja sukupuolten väliset koulutuserot ovat tasoittumassa. Vuonna 1989 noin viidennes tutkituista 60-69-vuotiaista oli saanut lukio- tai opistotasoisesta koulutuksesta. (Heikkinen 1993.)

Häkkisen (1992) terveyden tasa-arvotutkimuksen mukaan koulutuksen yhteys terveystalouden käyttöön oli vähäinen, mutta Nymanin (1993) terveydenhuollon tasa-arvotutkimuksessa vähemmän koulutusta saaneet käyttivät lääkäripalveluja, sairaalahoitoa sekä terveyden- ja sairaanhoidon palveluja useammin kuin enemmän koulutetut. Lisäksi sairastavuus oli Nymanin mukaan vähäisempää korkeammin koulutetuilla. Myöskin Tampereen eläkeikäisten seurantatutkimustulokset vahvistivat käsitystä sosiaalisesta eriarvoisuudesta; hyvä koulutus ja korkea sosiaalinen asema mahdollistivat paremman terveyden ja terveydenhoidon (Heikkinen 1993a).

Taloudellinen tasa-arvo miesten ja naisten välillä on tasoitumassa. Tampereen eläkeikäisten seurantatutkimuksen mukaan muutos sukupuolten välisen tasa-arvon paranemisesta Suomessa on samansuuntainen kuin muissakin Pohjoismaissa. (Heikkinen 1993.) Ikääntyneiden eläketurva ja tulonjako on tasaisempi Suomessa kuin monissa muissa maissa (Kangas 1992) ja ikääntyneiden taloudellinen asema on viime vuosina kokenut parantuneiden eläkkeiden, sairausvakuutuksen sekä sosiaaliturvan ansiosta (Raassina 1994). Kuitenkin Häkkisen (1992) terveyden tasa-arvotutkimuksen mukaan terveyden eriarvoisuus oli Suomessa suurempaa kuin muissa Pohjoismaissa ja terveystalouden käyttöä tarkasteltaessa olivat tuloluokittaiset erot havaittavissa. Pitkäaikaissairastavuus ja huonoksi koettu terveydentila olivat yleisempiä alempiin tuloluokkiin kuuluvilla. Pienempituloiset kävivät myöskin suurempituloisia enemmän terveystaloustalouksissa ja käyttivät enemmän terveydenhoitajan palveluja sekä sairaaloiden vuodeosastohoitoja. Yksityislääkäri- ja muiden yksityispalvelujen käyttö kohdentui hyvätuloisille. Sosioekonomisista tekijöistä perheen tulot osoittautuivat merkittäväksi tekijäksi lääkärissä käynteihin, esim. tulojen kasvu lisäsi lääkärissä käyntejä alimmassa tuloluokassa ja yksityis- sekä erikoislääkäripalvelun käyttöä ylemmissä tuloluokissa. Kuitenkin terveystalouden kokonaiskäyttö Suomessa näyttäisi määräytyvän enemmän tarpeen kuin maksukyvyn perusteella.

Asunto-olot, siviilisääty sekä sukupuoli vaikuttavat myös ikääntyneiden terveystalvelujen käyttöön. Yksin asuvien ikääntyneiden määrä on Suomessa lisääntynyt viidenneksen vuodesta 1986 vuoteen 1992 (Kärkkäinen 1994). Yksin asuminen, leskeys sekä sosiaalisen tuen puute lisää sosiaali- ja terveystalvelujen käyttöä, korvaten usein etenkin yksinäisillä miehillä aviopuolison antamaa hoitotukea (Heikkinen 1989). Suomalaisen elinolotutkimuksen mukaan yhä lisääntyvä määrä ikääntyneistä, etenkin naisista, on muuttamassa taajamiin, palvelutaloihin ja palveluasumisen piiriin (Vaarama 1992). Nymanin (1993) mukaan naiset käyttävät terveystalveluja huonomman terveystensä takia enemmän kuin miehet, mutta naiset myös käyttävät palveluja herkemmin kuin miehet.

4 JYVÄSKYLÄN KAUPUNGIN TERVEYSPALVELUT

4.1 Jyväskylän kaupungin väestötiedot vuosina 1988 ja 1996

Jyväskylässä oli vuoden 1987 lopussa 65800 asukasta, joista 7600 (11%) oli 65 vuotta täyttäneitä ja heistä kaksikolmannesta (67%) oli naisia. Yli 75-vuotiaita oli 2966, mikä on noin 5% koko väestöstä. 75 vuotta täyttäneiden osuus yli 65-vuotiaista oli lähes 39%. Vuoden 1995 lopussa Jyväskylässä oli 74072 asukasta, joista 9429 (13%) oli 65 vuotta täyttäneitä. Miehiä oli 3156 (34%) ja vastaavasti naisia oli 6272 (67%). Yli 75-vuotiaita oli 3824 henkilöä, eli 5% koko väestöstä. (Väestötiedot liite 3.) Jyväskylän väestömäärän lisäys johtuu Säynätsalon liittämisestä Jyväskylän kaupunkiin vuonna 1993.

4.2 Jyväskylän kaupungin terveyspalvelut vuosina 1988 ja 1996

Vuonna 1988 Jyväskylän kaupungin terveyskeskuslääkärin alueellisia vastaanottoja oli kolmella eri terveysasemalla, joissa oli 33 lääkäriä. Vuonna 1988 tehtiin terveyskeskuslääkäreille 118 175 sairaanhoitokäyntiä, joista 65-74-vuotiaiden osuus oli 18558 käyntiä sekä yli 75-vuotiaiden osuus 11878 käyntiä. Terveystenhoitajan, sairaanhoitajan tai perushoitajan vastaanottoja oli lääkärin vastaanottojen yhteydessä, kotisairaanhoidossa sekä neuvoloissa. Valvotun kotisairaanhoidon käyntejä tehtiin 22248, joista 5121 tehtiin yli 65-vuotiaiden ja 15735 käyntiä yli 75-vuotiaiden luokse.

Terveyskeskussairaalan vuodeosastoja oli neljä, joissa oli yhteensä 233 vuodepaikkaa. Sairaalahoitopäivien määrä oli 84570, joista yli 65-vuotiaiden hoitopäiviä oli noin 81000. Potilaiden keski-ikä oli 80,7 vuotta. Sairaalan toimintaa häytti sairaansijojen niukkuus, minkä vuoksi erikoissairaanhoidosta siirtyminen viivästyi vuoden aikana 12-28 henkilöllä. Aikuis- ja

vanhusten terveysneuvontapalveluja annettiin äitiys- sekä lastenneuvolatoiminnan yhteydessä neuvoloissa, joita oli 11. Terveystenhoitokäyntejä neuvoloihin tehtiin 2864, joista 65 vuotta täyttäneiden käyntejä oli 935 käyntiä.

Terveyskeskuksen hammashuollon käyntejä tehtiin yhteensä 66865 käyntiä, joista yli 65-vuotiaat tekivät 3887 käyntiä ja yli 65-vuotiaiden osuus hammashoidossa kasvoi eniten. Sotaveteraanien aktiivinen hammashoito lisäsi ikääntyneiden osuutta hammashoitokäynneissä. Vanhainkodeissa oli paikkoja 245, joista 10 oli lyhytaikaispaikkoja. Vanhainkodin yhteydessä toimi 20-paikkainen päiväosasto. Sosiaali- ja terveystoimessa oli työssä 684 henkilöä. (Terveystenhoillon toimintakertomus 1988.)

Vuonna 1996 lääkärin vastaanotto toimi neljällä terveysasemalla, joissa oli yhteensä 31 lääkäriä, 2 virkaa oli säästösyistä täyttämättä. Terveyskeskuslääkärin vastaanotolle tehtiin 136328 käyntiä, joista yli 65-vuotiaiden osuus oli 42228 käyntiä.

Terveyskeskussairaalassa oli 288 sairaansijaa, mikä oli 20 vähemmän kuin vuonna 1993, mutta 55 enemmän kuin vuonna 1988, sillä vuonna 1992 oli otettu käyttöön 74 uutta sairaansijaa. Silloin oli suunnitelmissa sulkea vielä 10 sairaansijaa, mutta jonotus erikoissairaanhoidosta esti sairaansijojen sulkemisen. Vuonna 1996 oli sairaalahoitopäivien määrä 104477, joista 95714 oli yli 65-vuotiaiden hoitopäiviä (liite 4). Hoitopäivien määrä vähentyi ja hoitoajat lyhenivät vuodesta 1995. Keskimääräinen hoitoaika vuonna 1996 oli 31,6 päivää ja sairaalan kuormitus oli 99,1%. Kuormitusprosentti todettiin liian korkeaksi sairaalan toimivuuden kannalta, paras toimivuus saavutetaan noin 90% kuormituksella.

Vuonna 1996 kotisairaanhoidon käyntejä tehtiin 26248, joista 22309 käyntiä tehtiin yli 65-vuotiaiden luokse. Kotisairaanhoidon käyntien määrä väheni 680 käyntiä vuodesta 1993 vuoteen 1995, jolloin käyntejä tehtiin 25737. Vuonna 1996 tehtiin neuvoloihin yhteensä 57879 terveydenhoito- ja neuvolakäyntiä,

joista yli 65-vuotiaiden osuus oli 2897 käyntiä. Terveysterveysten huollon kustannusten säästötoimet kohdistuivat erityisesti neuvolapalveluihin, joita alettiin yhdistää ja vähentää. Aikuisvastaanotot neuvoloissa supistettiin minimiin, minkä vuoksi esim. keskustan terveysterveysasemalla lopetettiin verenpainemittaus- ja neuvontapalvelu helmikuussa vuonna 1996.

Hammashuollon palveluja annettiin kahdeksassa hammashoitolassa, joissa hammashuollon palvelujen kysyntä kasvoi tarjontaa enemmän. Aikuisväestön hoidon suhteellinen osuus kasvoi. Hammashuollossa lisääntyi huonommassa asemassa olevien huonohampaisten henkilöiden hammashoito, minkä vuoksi hoitoajat pidentyivät ja asiakasmäärät vähentyivät. Hammashuoltoon tehtiin 71978 hoitokäyntiä ja niistä yli 65-vuotiaat (1352) tekivät 5134 käyntiä. Laboratorio- ja röntgentutkimusten käynnit lisääntyivät vuosittain 1990-luvulla.

Vuonna 1996 vanhainkotipaikkoja oli 254, vuonna 1993 oli paikkoja 291, joista on vähentynyt 37 paikkaa. Asukkaiden hoitoisuus oli 20,6 (Wasa-pisteet), kun se edellisellä vuotena oli 17,8. Jyväskylässä on vanhusten laitoshoidosta vähentynyt vuosina 1995-1996 noin 60 hoitopaikkaa eikä korvaavia hoitopaikkoja ole luotu eikä myöskään avohoitoon ole osoitettu lisäresursseja. Päiväsairaaloimintaa Jyväskylässä muutettiin siten, että Keljonkadun vanhainkodin päiväosasto lopetettiin helmikuun lopussa ja päiväsairalan toiminta aloitettiin Kyllön terveyskeskuksen yhteydessä 4.3.1996. Muutos lisäsi laajalaisempaa tutkimus-, hoito- ja kuntoutusmahdollisuutta iäkkäille jyväskyläläisille henkilöille, joiden hoito ei edellyttäkökövuorokautista hoitoa. Päiväsairaalassa kävi keskimäärin 9 potilasta päivässä.

Aikuispsykiatrian tavoitteena oli vähentää sairaalahoitoa ja lisätä avohoitoa. Tavoitteet eivät toteutuneet ja sairaalan käyttö jopa lisääntyi, eikä avohoidon ja kuntoutuksen resurssit riittäneet korvaamaan sairaalapalveluja. (Jyväskylän sosiaali- ja terveysterveysterveyskeskuksen toimintakertomus vuodelta 1996.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA ONGELMAT

Tämä tutkimus on Ikivihreät-projektin osatutkimus, jossa tarkoituksena oli selvittää kahden ikäryhmän, 65-74- ja 75-84-vuotiaiden jyvaskyläläisten miesten ja naisten terveyspalvelujen käyttöä ja käytössä 8 vuoden aikana tapahtuneita muutoksia, ikäryhmien ja sukupuolten välisiä eroja terveyspalvelujen käytössä sekä tarkastella koulutus- ja tulotason sekä siviilisäädyn yhteyttä terveyspalvelujen käyttöön vuosina 1988 ja 1996.

Tutkimusongelmat olivat:

Mitä terveyspalveluja 65-74- ja 75-84- vuotiaat jyvaskyläläiset miehet sekä naiset käyttivät vuosina 1988 ja 1996 sekä miten palvelujen käyttö muuttui seurantaryhmissä tutkimusvuosien 1988 ja 1996 välisenä aikana?

Onko terveyspalvelujen käytössä havaittavissa eroja ikäryhmien ja sukupuolten välillä?

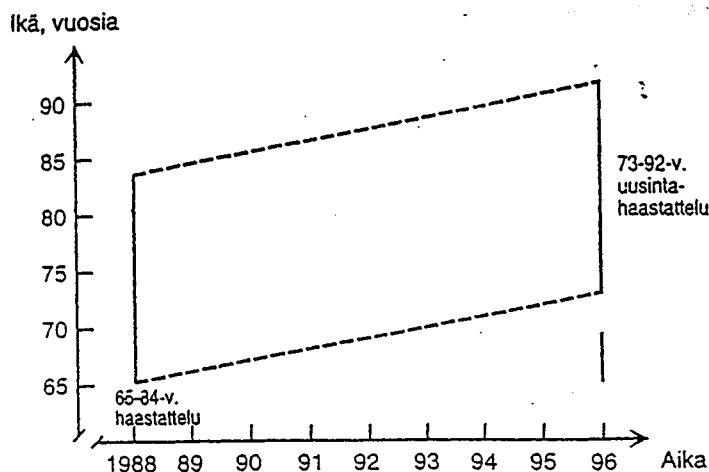
Onko koulutus- ja tulotasolla sekä siviilisäädyllä yhteyttä terveyspalvelujen käyttöön vuosina 1988 ja 1996?

6 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT

6.1 Tutkimusaineisto

Tämä tutkimus on osa Ikivihreät-projektia, joka on jyvaskyläläisten eläkeikäisen väestön fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn sekä terveydentilan selvitykseen ja parantamiseen tähtäävä tutkimus- ja kehittämisprojekti. Projektin haastattelututkimukset toteutettiin vuosina 1988 ja 1996. Perusjoukkona oli kaksi jyvaskyläläistä ikäryhmää, vuosina 1904-1913 syntyneet henkilöt, jotka olivat vuonna 1988 75-84 vuotiaita sekä 1914-1923 syntyneet henkilöt, jotka olivat vuonna 1988 65-74 vuotiaita. (Kuva 1). Kummastakin ikäryhmästä tilattiin Väestörekisterikeskuksen luvalla tilastokeskuksesta 1000 henkilön otos, jota myöhemmin pienennettiin satunnaisesti 200 henkilöllä. Kummastakin ikäryhmästä jäi 800 henkilön otos. Otosten 1600 henkilöstä haastattelututkimukseen osallistui 1224 henkilöä eli 80%. Vanhemmasta ikäryhmästä oli 589 henkilöä (79%) ja nuoremasta 635 henkilöä (81%). Naisia tutkimuksessa oli 792 ja miehiä 431 henkilöä. Haastattelututkimuksesta kieltäytyneitä oli 665 (17,2%) henkilöä ja niitä, joita ei tavoitettu oli 27 (1,7%) henkilöä. Laitoksessa asuvia oli 33 (2,1%) henkilöä, joita ei haastateltu. Muuttaneita oli 5 (0,2%) henkilöä ja kuolleita 36 (2,2%) henkilöä. (Heikkinen ym. 1990.)

Vuonna 1996 samat elossa olleet 761 henkilöä kutsuttiin uudelleen tutkimukseen. Haastattelututkimukseen osallistui 663 (87,2%) henkilöä, joita vanhemmasta ikäryhmästä oli 253 (38,2%) henkilöä ja nuoremasta ikäryhmästä 410 (61,8%) henkilöä. Naisia seurantatutkimuksessa oli 525 (69%) ja miehiä 236 (31%) henkilöä. Tutkimuksesta kieltäytyneitä oli 86 (11,3%) henkilöä ja tavoittamattomia oli 4 (0,6%) henkilöä. Laitoksessa asuvia oli 62 (9,3%) henkilöä, jotka nyt haastateltiin ja kuolleita oli 7 (1,1%) henkilöä. (Suutama ym. 1999.)



Kuva 1. Tutkimusasetelma (Heikkinen ym.1990, Suutama ym.1999)

6.2 Tutkimuksen tiedonkeruu- ja analyysimenetelmät

Tutkimuksen tiedonkeruumenetelmänä oli haastattelu ja tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla lomakkeella (liite 5). Haastattelijoina toimivat Jyväskylän yliopiston tiedekuntien 28 opiskelijaa, joille annettiin 40 tuntia koulutusta haastattelutehtävää varten. Koulutuksessa perehdyttiin haastattelulomakkeen käsitteisiin ja sisältöön sekä haastattelutekniikkaan. Koulutuksen jälkeen jokainen haastattelijateki koehaastattelun, joka arvioitiin. Tutkimushaastattelut aloitettiin 22.3.1988. Haastateltavat saivat viikkoa ennen haastattelua kirjeen, jossa kerrottiin tutkimuksesta, sen tarkoituksesta sekä sovittiin tulevan haastattelun ajankohta. Kuhunkin haastatteluun käytettiin aikaa keskimäärin kaksi tuntia.

Vuonna 1996 suoritetussa seurantahaastattelussa haastattelijoina toimivat myös Jyväskylän yliopiston opiskelijat, joita oli 31 eri tiedekunnista. Haastattelijat saivat 40 tuntia koulutusta haastattelutehtävään kuten vuonna 1988. Tutkimushaastattelut aloitettiin 15.3.1996. Haastateltaville lähetettiin viikkoa ennen haastattelua kirje, jossa kerrottiin tutkimuksesta ja sovittiin haastattelun ajankohta samoinkuin vuonna 1988. Haastatteluihin käytetty aika oli noin kaksi tuntia.

Terveyspalveluja koskeva strukturoitu tietojenkeruulomake oli molempina tutkimusvuosina samanlainen. Lomakkeen kysymyksissä kysyttiin, mitä Jyväskylän kaupungin terveyspalveluja, erikoissairaanhoidon palveluja tai yksityisiä terveyspalveluja haastateltava oli käyttänyt ja miten usein hän oli palveluja viimeisen 12 kuukauden aikana käyttänyt. Lomakkeessa kysytyt terveyspalvelut vastasivat Jyväskylän kaupungin tarjoamia sairaala- ja laitospalveluja sekä avoterveydenhuollonpalveluja (Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden vuosikertomukset v.1988 ja 1996) ja myöskin haastateltavien käyttämiä erikoissairaanhoidon ja yksityislääkärien palveluja.

Tilastanalyysissä tutkittujen terveyspalvelujen käyttö tarkasteltiin frekvenssi- ja prosenttijakaumien sekä keskiarvojen ja hajontojen avulla. Studentin t-testillä selvitettiin erikseen ikäryhmien välisiä terveyspalvelujen käyttökertojen eroja miehillä ja naisilla sekä miesten ja naisten välisiä ikäryhmittäisiä eroja. Tarkasteltaessa haastateltavien taustamuuttujien ja terveyspalvelujen käytön välisiä yhteyksiä, käytettiin ristintaulukointia ja χ^2 -testiä. Taustamuuttujien analyysissä taustatekijät pyrittiin luokittelemaan siten, että tapausten määrä eri luokissa ei jää liian pieneksi, mikä heikentäisi analyysin luotettavuutta. Koulutustaso ja tulotaso luokiteltiin kaksiluokkaiseksi. Siviilisääty luokiteltiin tässä tutkimuksessa kolmiluokkaiseksi, vaikka naimattomien luokassa tapausten määrä jäikin pieneksi. Siviilisäädyn luokittelussa ei naimattomien luokkaa voi sisällöllisesti yhdistää muihin siviilisäätyluokkiin, minkä vuoksi χ^2 -testin luotettavuuteen naimattomien luokassa kannattaa suhtautua varauksella.

Tilastollisen merkitsevyyden rajoina pidettiin merkitsevyytasoja $p < 0.05$ (melkein merkitsevä, *), $p < 0.01$ (merkitsevä, **) ja $p < 0.001$ (erittäin merkitsevä, ***). Ikä- ja sukupuoliryhmittäisten erojen merkitsevyys on esitetty vain silloin, kun erot ovat olleet tilastollisesti merkitseviä.

6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tulee tutkimusmenetelmän soveltua tutkimusongelman tutkimiseen sekä kyetä mittaamaan sitä ongelmaa, mitä on tarkoitus mitata (Field ja Morse 1985, Erätuuli ym. 1994, Nummenmaa ym. 1997). Tutkimustulosten yleistettävyys liittyy siihen perusjoukkoon, jolta tietoa kerätään. Tämän tutkimuksen haastatteluaineisto oli Ikivihreät-projektin tutkimusaineisto, joka oli kahta jyväsnyläläistä ikäryhmää edustava väestöotos ikääntyneiden fyysistä, psyykistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä terveyttä selvittävässä tutkimuksessa. (Heikkinen ym. 1990.) Tässä tutkimuksessa käytettiin haastattelumenetelmää, jossa strukturoitu tietojenkeruulomake on samantyyppinen kuin muissakin terveystalvelujen käyttöä selvittävässä tutkimuksissa (Heikkinen ym. 1981, Anttila 1989, Aromaa ym. 1989). Haastattelulomakkeessa kysytyt terveystalvelut vastasivat Jyväskylän kaupungin tarjoamia terveystalveluja (Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystalvelukeskuksen vuosikertomukset v. 1988 ja 1996, taulukko 1).

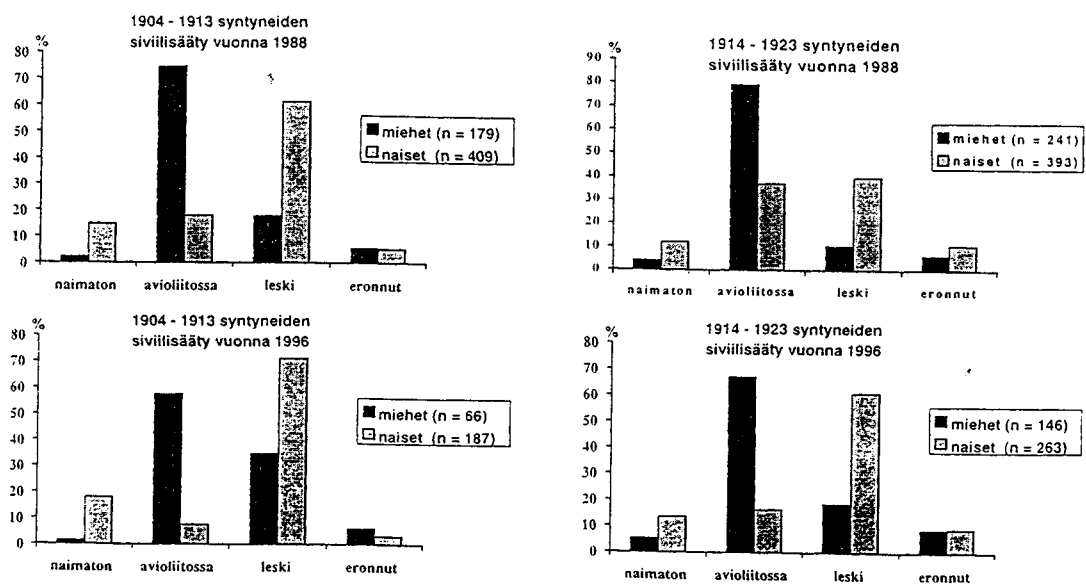
Tutkimuksen sisältövaliditeetti edellyttää tutkimusmittarin käsitteiden samanlaista, yhteneväistä tulkintaa ja ymmärrystä sekä tutkimuslomakkeen tekijältä että käyttäjiltä (Erätuuli ym. 1994). Haastattelijakoulutuksen avulla pyrittiin varmistamaan, että kaikki haastattelijat ymmärsivät samalla tavalla tutkittaville esitettävien terveystalveluja koskevien kysymysten käsitteet ja sisällön. Joillekin ihmisille terveystalvelujen käyttö voi olla intiimi ja arka asia julkistaa. Validiteetin lisäämiseksi tutkittaville kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja että saatu tieto on luottamuksellista. Joissakin haastattelutilanteissa oli mahdollista tarkistaa terveystalvelujen käyttökerrat kirjallisista dokumenteista, esim. potilaskorteista. Reliabiliteettiin kuuluu tutkimusmenetelmän toistettavuus ja pysyvyys (Field, Morse 1985, Erätuuli ym. 1994, Nummenmaa ym. 1997). Molempina tutkimusvuosina tutkimusmenetelmänä oli haastattelu, jossa strukturoitu tietojenkeruulomake oli samanlainen (Suutama ym. 1996).

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Tutkimukseen osallistuneiden sosioekonominen tausta

7.1.1 Siviilisääty vuosina 1988 ja 1996

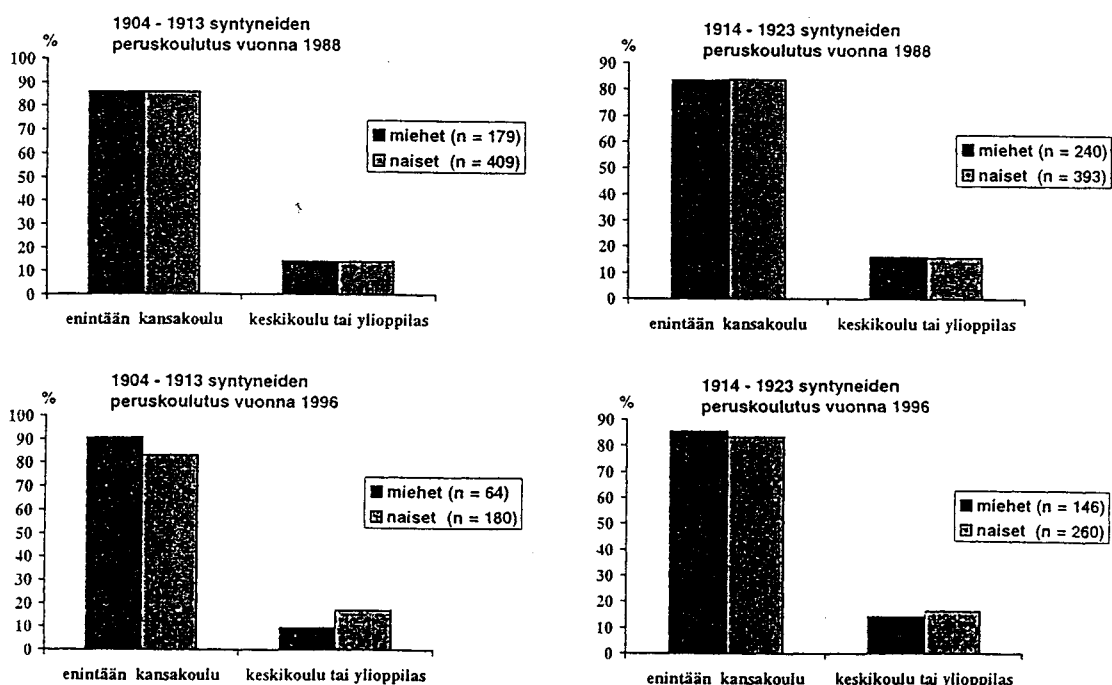
Tutkimukseen osallistuneiden siviilisäätyjakauma on esitetty kuvassa 2. Tutkimuksessa siviilisääty jaettiin kolmeen luokkaan; naimattomiin, avioliitossa oleviin, leskiin ja eronneisiin. Kummankin ikäryhmän miehistä noin 80% eli avioliitossa, sensijaan naisista suurempi osa oli leskiä. Naimattomuus oli naisilla yleisempää kuin miehillä. Vuonna 1996 siviilisäätyjakaumassa tapahtunut havaittavin muutos oli avioliitossa olevien osuuden väheneminen ja leskien osuuden lisääntyminen kummasakin ikäryhmässä. (Kuva 2.) Sakari-Rantalan ym. (1999) tekemässä sosiaalistaloudellisessa selvityksessä tutkittujen siviilisääty on esitetty sekä alkututkimuksen että seuruututkimuksen mukaan (Liitetaulukko 6).



Kuva 2. Vuosina 1904-13 ja 1914-23 syntyneiden jyvaskyläläisten miesten ja naisten siviilisäätyjakauma vuosina 1988 ja 1996.

7.1.2 Koulutustaso vuosina 1988 ja 1996

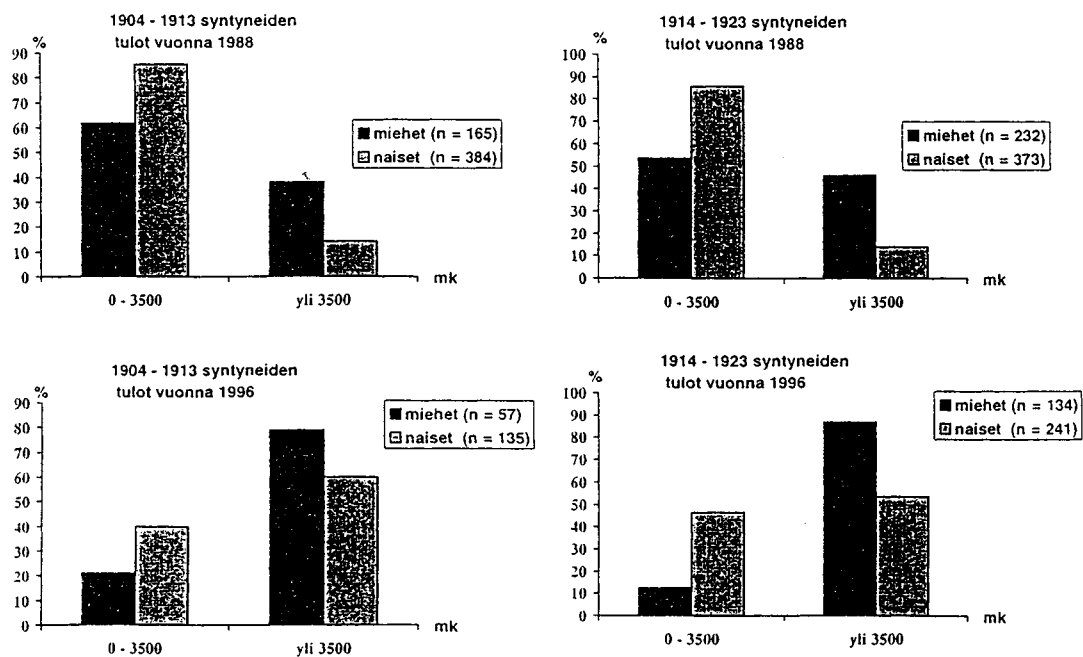
Tutkittavien koulutustaso jaettiin tässä tutkimuksessa kahteen luokkaan, enintään kansakoulun käyneisiin ja enemmän kuin kansakoulun käyneisiin. Tutkittujen ikäryhmien koulutustaso oli melko alhainen, enintään kansakoulun käyneitä oli yli 80% tutkituista ja vain alle viidenneksellä tutkituista oli keskikoulu tai ylioppilaskoulutus. Vanhemmassa ikäryhmässä enintään kansakoulun käyneitä oli lähes 80%, keskikoulun käyneitä oli noin 10% ja ylioppilaita noin 5% haastatelluista. Nuoremmissa ikäryhmässä kahdeksan kymmenestä oli käynyt kansakoulun, keskikoulun käyneitä oli noin 10% ja ylioppilaita lähes 7%. Vuonna 1996 tutkittujen koulutustasossa havaittavin muutos on enintään kansakoulun käyneiden naisten osuuden väheneminen kummassakin ikäryhmässä. Vastaavasti enemmän kuin kansakoulua käyneiden naisten osuus hieman lisääntyi kummassakin ikäryhmässä. (Kuva 3.) (Liitetaulukko 7.)



Kuva 3. Vuosina 1904-13 ja 1914-23 syntyneiden jyvaskyläläisten miesten ja naisten koulutustasojakauma vuosina 1988 ja 1996.

7.1.3 Tulotaso vuosina 1988 ja 1996

Tutkittavien henkilökohtaiset nettotulot jaettiin tässä tutkimuksessa kahteen tuloluokkaan, alempaan tuloluokkaan kuuluivat 0-3500 mk/kk ansainneet ja ylempään tuloluokkaan kuuluivat yli 3500 mk/kk ansainneet. Alempaan tuloluokkaan kuuluvat olivat enimmäkseen naisia ja ylempään tuloluokkaan kuuluvat olivat miehiä. Kun tarkasteltiin vuoden 1988 tulotasoa, oli tutkittujen keskiansio noin 3200 mk/kk. Vuonna 1996 tulotaso oli hieman parantunut kummallakin ikäryhmällä sekä alempaan tuloluokkaan kuuluvien osuus oli vähentynyt ja ylempään tuloluokkaan kuuluvien osuus lisääntynyt. Miehillä oli edelleenkin parempi tulotaso kuin naisilla, joskin naisten ansiotaso oli lähestynyt miesten ansiotasoa kummassakin ikäryhmässä. (Kuva 4.) Sakari-Rantalan ym. (1999) tekemässä sosiaalitaloudellisessa selvityksessä tutkittujen tulotaso on esitetty sekä alkututkimuksen että seuruututkimuksen muutosten mukaan (Liitetaulukko 8).



Kuva 4. Vuosina 1904-1913 ja 1914-23 syntyneiden jyvaskyläläisten naisten ja miesten tulotasojakauma vuosina 1988 ja 1996

7.2 Terveyspalvelujen käyttö alkututkimuksessa vuonna 1988 sekä vuonna 1996

Vuonna 1988 alkututkimuksessa olivat mukana kaikki tutkimukseen osallistuneet, myöskin tutkimusaikana kuolleet sekä tutkimuksesta pois pudonneet henkilöt. Alkututkimukseen osallistuneista lähes 90% oli käynyt lääkärissä. Terveyskeskuksen lääkäripalveluja käytti noin 70% ja yksityislääkärin palveluja noin 40% tutkituista. Laboratoriotutkimuksissa kävi noin puolet, röntgentutkimuksissa yli kolmannes ja kotisairaanhoidon palveluja käytti noin 15% vanhemmasta ja 3% nuoremmasta ikäryhmästä. Kotisairaanhoidon palveluja käyttivät erityisesti vanhemman ikäryhmän naiset sekä nuoremman ikäryhmän miehet. Terveyskeskuksen sairaalahoidossa kävi alle 5% tutkituista, sen sijaan keskussairaalan hoidossa kävi lähes neljännos vanhemmasta ja viidennes nuoremmasta ikäryhmästä. Sairaalan poliklinikkahoitoa käyttivät erityisesti nuoremman ikäryhmän miehet. Alkututkimuksessa nuoremman ikäryhmän osuus oli useiden avoterveyden hoidon palvelujen käytössä vanhemman ikäryhmän osuutta suurempi. Vanhemman ikäryhmän osuus oli suurempi kotisairaanhoidon sekä sairaalahoidon käytössä. (Liitetaulukot 9-22 ja 23-26.)

Alkututkimuksen terveyspalvelujen käyttöä lisäsivät erityisesti tutkimusaikana kuolleet sekä tutkimuksesta pois pudonneet henkilöt, sillä he käyttivät monia terveyspalveluja muita tutkimukseen osallistuneita enemmän. Nuoremman ikäryhmän tutkimusaikana kuolleista miehistä 41% käytti merkitsevästi muita ikäryhmänsä miehiä enemmän keskussairaalan hoitoa ($p=.002$). Lisäksi he käyttivät sairaalan poliklinikkapalveluja, terveyskeskuksen lääkäripalveluja ($p=.006$) ja laboratorion palveluja ($p=.011$) muita enemmän. Kotisairaanhoidon palvelua käyttivät vanhemmasta ikäryhmästä muita enemmän ne miehet ($p=.016$) ja naiset ($p=.024$), jotka kuolivat tutkimusaikana. Samoin keskussairaalan hoitoa ($p=.009$) ja lääkärin kotikäyntipalvelua ($p=.015$) käyttivät vanhemmasta ikäryhmästä muita enemmän ne naiset, jotka myöhemmin tutkimusaikana kuolivat. Tutkimuksesta pois pudonneitten osuus oli useiden terveyspalvelujen käytössä

huomattava, mutta vain vanhemman ikäryhmän naisten poliklinikkapalvelujen käytössä merkitsevä ($p=.001$). (Liitetaulukot 9-16.)

Tarkasteltaessa terveysterveysten palvelujen käyttöä vuonna 1996, oli lääkäripalvelut edelleen tutkimukseen osallistuneiden eniten käyttämä terveysterveysten palvelu, sillä noin 90% kummastakin ikäryhmästä oli käynyt lääkäriin. Nuoremman ikäryhmän osuus kaikkien lääkäripalvelujen käytössä oli vanhempaa ikäryhmää suurempi ja erityisesti yksityisten lääkäripalvelujen käytössä ero oli huomattava. Kotisairaanhoidon käyttöä käytti yli 20% vanhemmasta ja yli 10% nuoremman ikäryhmästä ja terveysterveysten sairaalahoitoa sekä keskussairaalahoidon käyttöä käytti lähes kolmannes kummastakin ikäryhmästä. Vuoden 1996 tutkimuksessa, kuten alkututkimuksessakin, nuoremman ikäryhmän osuus oli vanhempaa ikäryhmää suurempi useimpien avoterveyden hoidon palvelujen käytössä. Vanhemman ikäryhmän osuus oli suurempi kotisairaanhoidon ja sairaalahoidon käytössä ja naiset käyttivät näitä palveluja miehiä enemmän. (Liitetaulukot 9-22 ja 23-26.)

7.3 Sosioekonomisten tekijöiden yhteys terveysterveysten palvelujen käyttöön vuosina 1988 ja 1996

7.3.1 Siviilisääty

Tutkimukseen osallistuneiden siviilisäädyillä oli merkitystä terveysterveysten palvelujen käyttöön. Vuonna 1988 vanhemman ikäryhmän leski- ja eronneiden miesten sekä naisten osuus (17-19%) kotisairaanhoidon käytössä oli muiden siviilisäätyjen osuutta suurempi. Myöskin keskussairaalahoidossa vanhemman ikäryhmän leskien ja eronneiden miesten osuus (37%) oli suurempi kuin muiden siviilisäätyjen osuus ja laboratorioskäyntejä tekivät vanhemman ikäryhmän lesket ja eronneet naiset enemmän ($p=.011$) kuin avioliitossa olevat ja naimattomat naiset. Myöskin nuoremman ikäryhmän leski- ja eronneiden miesten osuus oli kotisairaanhoidon käytössä muita siviilisäätyjä suurempi. Sen sijaan neuvolakäyntejä tekivät nuoremman ikäryhmän avioliitossa

olevat miehet ($p=.029$) muita siviilisäätyjä enemmän. Myöskin vanhemman ikäryhmän avioliitossa olevat naiset käyttivät hammashoitoa muita siviilisäätyjä enemmän ($p=.017$). Terveyskeskus- ja avoterveydenhuollon lääkärissä käynneissä ei merkitseviä eroja siviilisäätyjen välillä ollut, mutta yksityislääkärissä ($p=.003$) kävivät vanhemman ikäryhmän avioliitossa olevat ja naimattomat miehet enemmän kuin lesket ja eronneet. Myöskin yksityishammaslääkärissä ($p=.030$) kävivät vanhemman ikäryhmän avioliitossa olevat miehet enemmän kuin lesket, eronneet tai naimattomat. (Liitetaulukko 17.)

Vuonna 1996 käyttivät vanhemman ikäryhmän leskeytyneet ja eronneet miehet ($p=.000$) sekä nuoremman ikäryhmän eronneet ja leskimiehet ($p=.019$) kotisairaanhoidon palveluja muita siviilisäätyjä useammin. Myöskin lääkärissä käyntejä tekivät vanhemman ikäryhmän leskimiehet ($p=.047$) useammin kuin naimattomat tai avioliitossa olevat miehet. Nuoremman ikäryhmän miehistä eronneet ja lesket olivat terveyskeskussairaalan hoidossa ($p=.019$) ja keskussairaalan hoidossa ($p=.046$) muita siviilisäätyjä useammin. Myöskin laboratorio- röntgen- ja hammashoitokäynneissä oli vanhemman ikäryhmän leskien ja eronneiden naisten sekä miesten osuus muita siviilisäätyjä suurempi. Yksityishammaslääkärissä käynneissä oli vanhemman ikäryhmän avioliitossa olevien miesten ja naisten osuus sekä nuoremman ikäryhmän naimattomien naisten osuus muita siviilisäätyjä suurempi. (Liitetaulukko 18.)

7.3.2 Koulutustaso

Tutkimustulosten perusteella koulutustasolla oli myöskin yhteyttä tutkittujen ikäryhmien terveyspalvelujen käyttöön. Vuonna 1988 kotisairaanhoidon palveluja käyttäneiden enintään peruskoulun käyneiden osuus oli yli 10%, eivätkä yli peruskoulun käyneet palvelua käyttäneet. Tilastollisesti merkitsevä ero ei ollut. Vanhemman ikäryhmän enintään peruskoulun käyneet naiset käyttivät terveyskeskuksen lääkärin palveluja ($p=.043$),

laboratoriopalveluja ($p=.019$) sekä röntgenpalveluja ($p=.053$) useammin kuin yli peruskoulun käyneet. Yli peruskoulun käyneet vanhemman ikäryhmän naiset kävivät terveystakeskuksen hammasoidossa ($p=.001$), terveystakeskuksen hammaslääkärissä ($p=.012$), yksityishammaslääkärissä ($p=.000$) sekä yksityislääkärissä ($p=.013$) useammin kuin enintään peruskoulun käyneet. Myöskin vanhemman ikäryhmän yli peruskoulun käyneet miehet käyttivät yksityishammaslääkärin palveluja ($p=.000$) useammin kuin enintään peruskoulun käyneet. Nuoremman ikäryhmän enintään peruskoulun käyneet miehet käyttivät terveystakeskuslääkärin palveluja ($p=.006$), laboratoriopalveluja ($p=.005$) sekä röntgenpalveluja ($p=.032$) enemmän kuin yli peruskoulun käyneet, jotka käyttivät yksityislääkärin palveluja ($p=.021$) enemmän kuin peruskoulun suorittaneet. (Liitetaulukko 19.)

Vuonna 1996 koulutustason merkitys terveystakespalvelujen käyttöön oli havaittavissa, joskin vähäisempänä kuin vuonna 1988. Vuonna 1996 vanhemman ikäryhmän yli peruskoulun käyneet naiset kävivät yksityislääkärissä ($p=.022$) sekä yksityishammaslääkärissä ($p=.004$) useammin kuin enintään peruskoulun suorittaneet. Nuoremman ikäryhmän enintään peruskoulun suorittaneet miehet kävivät terveystakeskuksessa lääkäriä ($p=.034$) ja olivat keskus-sairaalassa hoidossa ($p=.035$) useammin kuin yli peruskoulun käyneet. Yli peruskoulun käyneet nuoremman ikäryhmän naiset kävivät fysioterapiassa ($p=.048$), terveystakeskuksen hammasoidossa ($p=.027$), käyttivät yksityislääkärin palveluja ($p=.004$) sekä terveystakeskuksen hammaslääkärin palveluja ($p=.001$) useammin kuin enintään peruskoulun käyneet. Sen sijaan terveystakeskuksessa lääkäriä kävivät enintään peruskoulun käyneet naiset ($p=.003$) useammin kuin yli peruskoulun käyneet. (Liitetaulukko 20.)

7.3.3 Tulotaso

Tulotason yhteys terveystakespalvelujen käyttöön oli havaittavissa erona julkisen ja yksityisen palvelukäytön välillä. Vuonna 1988

kotisairaanhoidoa käyttivät vanhemman ikäryhmän alle 3500 mk/kk ansaitsevat miehet ($p=.017$) useammin kuin yli 3500 mk/kk ansainneet miehet, jotka vastaavasti käyttivät yksityislääkärin palveluja ($p=.013$) sekä yksityishammaslääkärin palveluja ($p=.000$) useammin. Alempaan tuloluokkaan kuuluneet vanhemman ikäryhmän naiset kävivät terveyskeskuksessa lääkärissä ($p=.055$) useammin sekä tekivät laboratoriokäyntejä ($p=.047$) enemmän kuin ylempään tuloluokkaan kuuluvat naiset, jotka vastaavasti käyttivät enemmän yksityislääkärin palveluja ($p=.000$) sekä yksityishammaslääkärin palveluja ($p=.000$). Nuoremman ikäryhmän ylempään tuloluokkaan kuuluvat miehet kävivät yksityislääkärissä ($p=.002$) sekä yksityishammaslääkärissä enemmän kuin alempaan tuloluokkaan kuuluvat ja myöskin nuoremman ikäryhmän ylempään tuloluokkaan kuuluvat naiset käyttivät yksityislääkärin palveluja ($p=.000$) yksityishammaslääkärin palveluja ($p=.024$) enemmän kuin alempaan tuloluokkaan kuuluvat naiset. (Liitetaulukko 21.)

Vuonna 1996 oli vanhemman ikäryhmän ylempään tuloluokkaan kuuluvien miesten osuus melkein kaikkien terveyspalvelujen käytössä suurempi kuin alempaan tuloluokkaan kuuluvien miesten osuus, mutta tilastollisesti merkitseviä eroja palvelujen käytössä ei ollut. Sen sijaan ylempään tuloluokkaan kuuluvat vanhemman ikäryhmän naiset käyttivät terveyskeskuksen hammashoitopalveluja ($p=.003$), terveyskeskuksen hammaslääkäripalveluja ($p=.023$), yksityishammaslääkärin palveluja ($p=.007$) sekä kaikkia lääkärin palveluja yhteensä ($p=.044$) enemmän kuin alempaan tuloluokkaan kuuluvat naiset. Nuoremman ikäryhmän ylempään tuloluokkaan kuuluvat miehet kävivät terveyskeskuksen hammaslääkärissä ($p=.018$) enemmän kuin alempaan tuloluokkaan kuuluvat miehet, jotka eivät palvelua käyttäneet. Nuoremman ikäryhmän ylempään tuloluokkaan kuuluvat naiset kävivät fysioterapiassa ($p=.004$), käyttivät hammashoitopalveluja ($p=.045$), kävivät yksityislääkärissä ($p=.030$), terveyskeskuksen hammaslääkärissä ($p=0.046$) sekä yksityishammaslääkärissä ($p=.059$) useammin kuin alempaan tuloluokkaan kuuluvat naiset. (Liitetaulukko 22.)

7.4 Terveyspalvelujen käyttö seuranta-aineistossa

Tarkasteltaessa terveysterveyspalvelujen käyttöä seuranta-aikana, oli lääkäriissä käynti kummankin ikäryhmän eniten käyttämä terveysterveyspalvelu, sillä keskimäärin 85-93% kummastakin ikäryhmästä ilmoitti käyneensä ainakin kerran lääkärin vastaanotolla viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana. Toiseksi yleisimmin käytettiin laboratoriopalveluja, jotka ovat yhteydessä lääkäriissä käynteihin, koska lääkäri useimmiten määrää sairautteen ja hoitoon liittyvät tutkimukset. Kummastakin ikäryhmästä lähes puolet käytti laboratoriopalveluja ja yli kolmannes röntgenpalveluja kumpanakin tutkimusvuotena. Keskussairaalahoidossa kävi lähes viidennes vanhemmasta ja lähes kuudennes nuoremasta ikäryhmästä vuonna 1988. Vuonna 1996 keskussairaalahoidossa kävi noin kolmannes ja terveysterveyskeskuksen hammashoidossa lähes viidennes kummastakin ikäryhmästä. Neuvolapalveluja käytti yli kolmannes nuoremasta ikäryhmästä vuonna 1996. (Taulukko 1.)

Tarkasteltaessa vanhemman ikäryhmän terveysterveyspalveluja käyttäneiden osuuksia vuodesta 1988 vuoteen 1996, voidaan havaita, että vanhemman ikäryhmän osuus lisääntyi lääkärin kotikäyntipalvelujen, kotisairaanhoidon, keskussairaalahoidon sekä terveysterveyskeskuksen sairaalahoidon käytössä. Myöskin terveysterveyskeskuksen hammashoidon käynneissä vanhemman ikäryhmän osuus kasvoi seuranta-aikana. Vastaavasti vanhemman ikäryhmän osuus vähentyi erityisesti terveysterveyskeskuslääkärin ja yksityishammaslääkärin palvelujen käytössä sekä myös muiden avoterveyden hoidon palvelujen käytössä. (Taulukko 1.)

Nuoremman ikäryhmän terveysterveyspalveluja käyttäneiden osuudet lisääntyivät seuranta-aikana erityisesti kotisairaanhoidon, terveysterveyskeskussairaala- ja keskussairaalahoidon käytössä sekä sairaalan poliklinikkapalvelujen käytössä. Vastaavasti nuoremman ikäryhmän osuus vähentyi erityisesti yksityishammaslääkärin palvelujen käytössä. (Taulukko 1.)

Tarkasteltaessa ikäryhmien osuuksien eroja terveystalvelujen käytössä vuonna 1988, vanhemman ikäryhmän osuus oli suurempi erityisesti keskussairaalahoidossa sekä sairaalan poliklinikkapalvelujen käytössä. Nuoremman ikäryhmän osuus oli suurempi erityisesti neuvolapalvelujen ja terveystalvelukeskuksen hammashoitokäynneissä. Vuonna 1996 nuoremman ikäryhmän osuus oli suurempi useimpien avoterveydenhoidon palvelujen käytössä. Vastaavasti vanhemman ikäryhmän osuus oli suurempi kotisairaanhoidon, keskussairaala- sekä terveystalvelukeskussairaalahoidon käytössä. (Taulukko 1.) Tutkittujen lukumäärien (n) vaihtelu johtuu siitä, että kaikki tutkittavat eivät vastanneet kaikkiin haastattelukysymyksiin.

Taulukko 1. Terveystalveluja käyttäneiden osuudet (%) vuosina 1904-1913 ja 1914-1923 syntyneillä jyvaskyläläisillä ikäryhmillä vuosina 1988 ja 1996.

Terveystalvelut	1988	1996	1988	1996
	1904-1913 (n=) (201-215)	1904-1913 (201-215)	1914-1923 (392-396)	1914-1923 (392-396)
	%	%	%	%
avoterveydenhuollon lääkäriissä	68,1	61,8	67,7	67,9
kotisairaanhoidon käynnit	3,8	21,2	1,5	10,4
neuvolakäynnit	23,1	17,3	32,3	34,3
fysioterapiakäynnit	8,1	4,8	9,1	8,8
psykologikäynnit	0,5	1,0	0,5	1,3
laboratoriokäynnit	46,1	43,2	45,3	51,9
röntgenkäynnit	34,3	32,4	31,8	32,3
hammashoitokäynnit	10,5	18,1	15,2	22,0
lääkärin kotikäynnit	1,4	13,2	0,0	2,6
terveystalvelukeskussairaalassa käynnit	1,9	29,4	0,3	15,9
keskussairaalassa käynnit	19,1	30,2	13,7	26,6
lääkäriissä käynnit yht/12kk	84,8	86,3	89,0	92,6
terveystalvelukeskuslääkäriissä käynnit	69,2	60,7	66,2	65,1
yksityislääkäriissä käynnit	42,9	38,0	41,3	47,3
sairaalan poliklinikalla käynnit	17,0	16,5	13,9	22,5
terveystalvelukesk.hammaslääkäriissä käynnit	6,7	12,0	12,9	18,0
yksityishammaslääkäriissä käynnit	20,9	11,2	19,0	10,1
lääkäriissä muualla krt/12kk	4,5	5,8	5,9	7,1

7.2.1 Lääkäripalvelujen käyttö

Lääkärissä käynti oli haastateltujen prosenttijakauman mukaan eniten käytetty terveysterveyspalvelu tutkimusaikana. Tutkimuksen haastattelulomakkeessa (liite 5) kysyttiin kaikkia lääkärissä käyntejä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana, jonka jälkeen kysyttiin, missä lääkäri oli tavattu. Apuna käytettiin haastateltavien potilaskortteja sekä aikamuisteleminen kuukausittain taaksepäin, jolloin lääkärissä käynneistä muodostui eritelty kokonaiskuva. Muistin varassa vastattuja lääkärissä käyntejä ei kuitenkaan aina ollut mahdollisuutta varmistaa.

Vuonna 1988 kävi lääkärissä lähes 90% nuoremmasta ja 85% vanhemmasta ikäryhmästä. Vuonna 1996 kummankin ikäryhmän osuudet lääkäripalvelujen käytössä olivat suuremmat kuin vuonna 1988. Tarkasteltaessa ikäryhmien välisiä eroja lääkäripalvelujen käytössä, nuoremman ikäryhmän osuus oli kumpanakin tutkimusvuotena suurempi kuin vanhemman ikäryhmän osuus. (Taulukko 1.)

Vuonna 1988 vanhemman ikäryhmän naisista 84% ja miehistä noin 86% käytti lääkäripalveluja. Miehet kävivät lääkärissä keskimäärin 4,6 kertaa ja naiset 4,4 kertaa. Nuoremman ikäryhmän naisista ja miehistä noin 89% käytti lääkäripalveluja. Nuoremman ikäryhmän miehet kävivät lääkärissä 4,4 kertaa. Vuonna 1996 vanhemman ikäryhmän naiset kävivät lääkärissä keskimäärin 5,2 kertaa ja nuoremman ikäryhmän miehet noin 5,5 kertaa, myös molempien osuudet lääkäripalvelujen käytössä kasvoivat vuodesta 1988. Sen sijaan vanhemman ikäryhmän miesten osuus sekä lääkärissä käyntikerrat vähentyivät seuranta-aikana. (Taulukko 2.) (Liitetaulukot 9-16.) Lääkäripalvelujen käyttö lisääntyi nuoremman ikäryhmän miehillä ($p=.015$) melkein merkittävästi seuranta-aikana ja vuonna 1996 nuoremman ikäryhmän miehet ($p=.036$) kävivät lääkärissä ikäryhmänsä naisia enemmän. (Liitetaulukot 9-12.)

Taulukko 2. Lääkäripalvelua yhteensä käyttäneiden osuudet (%), käyntikertojen keskiarvo sekä hajonta viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana 65-74- ja 75-84-vuotiailla jyvaskyläläisellä miehillä ja naisilla 1988 ja 1996.

	1988		1996		1988		1996	
	1904-13		1904-13		1914-23		1914-23	
Lääkäripalvelut yhteensä	M	N	M	N	M	N	M	N
(n=)	(53)	(144)	(53)	(144)	(140)	(250)	(140)	(250)
Palvelun käyttäjät(%)	86,1	84,0	83,0	87,5	88,6	89,2	95,7	90,8
käyntien keskiarvo	4.58	4.38	3.69	5.18	4.36	4.08	5.47	4.42
käyntien keskihajonta	3.82	4.23	3.55	8.11	4.54	3.52	5.09	4.35

Tarkasteltaessa ikäryhmien lääkärisä käyntejä erillisinä lääkärisä käynteinä, vuonna 1988 käytti avoterveydenhuollon lääkäripalveluja noin 68% kummastakin ikäryhmästä. Terveyskeskuslääkärisä kävi lähes 70% vanhemmasta ja 66% nuoremasta ikäryhmästä. Yksityislääkärisä kävi yli 40% ja yksityishammaslääkärisä noin viidennes kummastakin ikäryhmästä. Muutosta lääkäripalvelujen käytössä tapahtui seuranta-aikana siten, että kummankin ikäryhmän osuus vähentyi erityisesti yksityishammaslääkärisä ja vanhemman ikäryhmän osuus terveyskeskuslääkärisä palvelujen käytössä, mutta lisääntyi samanaikaisesti terveyskeskuksen hammaslääkärisä ja lääkärisä kotikäyntipalvelujen käytössä. Lisäksi nuoremman ikäryhmän osuus kasvoi yksityislääkärisä palvelujen käytössä. (Taulukko 1.)

Vuonna 1988 kävi vanhemman ikäryhmän miehistä ja naisista ja nuoremman ikäryhmän naisista noin 70% terveyskeskuksen lääkärisä, mutta seuranta-aikana heidän osuutensa lääkärisä käynneissä vähentyi. Sen sijaan nuoremman ikäryhmän miesten osuus lisääntyi terveyskeskuksen sekä yksityislääkäripalvelujen käytössä. Vanhemman ikäryhmän naisten osuus kasvoi lääkärisä kotikäyntipalvelun käytössä ja nuoremman ikäryhmän naisten osuus yksityishammaslääkärisä käynneissä (Liitetaulukot 13-16.) Yksityislääkärisä käynnit lisääntyivät merkitsevästi nuo-

remman ikäryhmän naisilla ($p=.003$). Terveyskeskuksen hammaslääkärissä käynnit lisääntyivät nuoremman ikäryhmän naisilla ($p=.028$) ja yksityishammaslääkärissä käynnit vähenivät erittäin merkitsevästi ($p=.000$) seuranta-aikana. (Liitetaulukot 9-12.)

7.2.2 Sairaalapalvelujen käyttö ja hoitovuorokaudet

Haastateltavilta kysyttiin hoitokertoja terveystieteiden sairaalassa ja muussa sairaalassa sekä hoitovuorokausien määrää viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Useimmilla haastateltavilla oli käytettävissä sairaalan potilaskortti, josta oli mahdollisuus tarkistaa sekä sairaalassa käynnit että sairaalan hoitovuorokaudet. Muussa kuin terveystieteiden sairaalassa saatu hoito tarkoitti keskussairaalassa annettavaa erikoissairaanhoidoa.

Tarkisteltaessa sairaalahoidon käyttöä ikäryhmittäin, kävi vuonna 1988 terveystieteiden sairaalahoidossa noin 2% vanhemmasta ja vain 0,3% nuoremasta ikäryhmästä. Seuranta-aikana sairaalahoidossa olleiden osuus lisääntyi, sillä terveystieteiden sairaalahoidossa kävi vanhemmasta ikäryhmästä lähes kolmannes ja nuoremasta yli kuudennes sekä keskussairaalassa hoidossa olleiden osuus lisääntyi yli 10%:lla kummassakin ikäryhmässä. (Taulukko 1.)

Tarkasteltaessa sairaalahoidossa seuranta-aikana olleiden osuuksia ja käyntikertoja, lisääntyi erityisesti vanhemman ikäryhmän osuus terveystieteiden sairaalahoidossa (Taulukko 3). Terveystieteiden sairaalahoidon määrä lisääntyi seuranta-aikana merkitsevästi vanhemman ikäryhmän miehillä ($p=.004$) ja erittäin merkitsevästi myös naisilla ($p=.000$) sekä myöskin nuoremman ikäryhmän miehillä ($p=.000$) ja naisilla ($p=.000$). Vanhemman ikäryhmän naisilla ($p=.004$) sekä nuoremman ikäryhmän miehillä ($p=.004$) hoitopäivien määrä lisääntyi tilastollisesti merkitsevästi. Kummankin ikäryhmän naiset käyttivät terveystieteiden sairaalassa

raalan hoitovuorokausia enemmän kuin miehet. (Liitetaulukot 9-12.) Hoitajaksojen määrä kasvoi kummallakin ikäryhmällä seuranta-aikana ja intervallihoidossa olevilla hoitajaksoja saattoi olla jopa 26 kertaa vuodessa.

Taulukko 3. Terveyskeskussairaalassa olleiden osuudet (%), käyntikertojen keskiarvo ja hajonta viimeiksi kuluneiden 12 kuukauden aikana 65-74- ja 75-84-vuotiailla jyväsnyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988 ja 1996 sekä hoitovuorokausien keskiarvo ja keskihajonta.

Terveyskeskuksen sairaalapalvelut	1988		1996		1988		1996	
	1904-13		1904-13		1914-23		1914-23	
	M	N	M	N	M	N	M	N
(n=)	(59)	(152)	(59)	(152)	(142)	(254)	(142)	(254)
Palv.käyttäjät %	1,7	2,0	22,0	32,2	0,7	0,4	14,8	16,5
Käyntikert. keskiarvo	.0169	.0197	.322	.690	.000	.003	.204	.259
Käyntikert. hajonta	.130	.140	.753	2.29	.000	.063	.565	.708
Hoitovuorok. keskiarvo	.120	.167	11.9	12.5	.050	.719	1.08	2.35
Hoitovuorok. hajonta	.919	1.407	53.1	51.48	.594	11.4	4.16	12.9

Tarkasteltaessa keskussairaalan hoidossa seuranta-aikana olleiden osuuksia, lisääntyi keskussairaalan hoidossa olleiden osuus kolmannekseen vanhemmassa ja viidennekseen nuoremmassa ikäryhmässä (Taulukko 1). Keskussairaalassa hoidossa olleiden osuudet kasvoivat vanhemman ikäryhmän naisilla sekä nuoremmen ikäryhmän miehillä ja naisilla yli 10% yksikköä ja vanhemman ikäryhmän miehillä yli 5% yksikköä seuranta-aikana (Liitetaulukot 13-16).

Keskussairaalassa hoito lisääntyi nuoremmen ikäryhmän miehillä melkein merkitsevästi ($p=.015$) sekä naisilla erittäin merkitsevästi ($p=.000$) vuodesta 1988 vuoteen 1996. Lisäksi vuonna 1988 nuoremmen ikäryhmän miehet käyttivät keskussairaalan hoitoa enemmän kuin ikäryhmänsä naiset ($p=.026$). Hoitovuorokaudet keskussairaalassa lisääntyivät enemmän vanhemman ikäryhmän naisilla ja nuoremmen ikäryhmän miehillä, hajonta vaihteli

keskimäärin 2-10 hoitovuorokauteen. (Liitetaulukot 9-12.) Pisin hoitoaika keskussairaalassa vuonna 1988 oli 120 päivää, vastaavasti vuonna 1996 se oli 76 hoitopäivää ja naiset käyttivät hoitopäiviä silloin miehiä enemmän.

7.2.3 Muiden terveystalvelujen käyttö

Kotisairaanhoidon palvelua käyttävien osuus oli pieni kummassakin ikäryhmässä vuonna 1988, jolloin noin 4% vanhemmasta ja vähän yli 1% nuoremasta ikäryhmästä käytti kotisairaanhoidon palveluja. Seuranta-aikana palvelua käyttäneiden osuudet lisääntyivät, vanhemmasta ikäryhmästä yli viidennes ja nuoremasta ikäryhmästä yli 10% käyttivät palvelua. (Taulukko 1.)

Kumpikin ikäryhmä lisäsi kotisairaanhoidon palvelujen käyttöä seuranta-aikana, mutta vanhemman ikäryhmän osuus palvelun käytössä oli suurempi kuin nuoremman. Vanhemman ikäryhmän naisten osuus kotisairaanhoidon käytössä lisääntyi seuranta-aikana enemmän kuin ikäryhmänsä miesten osuus, mutta miehet lisäsivät kotisairaanhoidon käyttöä naisia enemmän. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Kotisairaanhoidon käyttöä käyttäneiden osuudet (%) sekä käyntikertojen keskiarvo ja hajonta viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana 65-74- ja 75-84-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988 ja 1996

Kotisairaanhoidon (n=)	1988		1996		1988		1996	
	1904-13		1904-13		1914-23		1914-23	
	M	N	M	N	M	N	M	N
	(60)	(150)	(60)	(150)	(140)	(253)	(140)	(253)
Palvelun käyttäjät (%)	1,7	4,7	18,3	22,3	0,7	2,0	11,3	9,9
käyntikert. keskiarvo	0.03	2.55	3.50	3.58	0.07	0.78	1.51	0.65
käyntikert. hajonta	.258	3.00	10.1	11.8	.084	.806	6.10	3.14

Kotisairaanhoidon käyttö lisääntyi seuranta-aikana vanhemman ikäryhmän miehillä melkein merkitsevästi ($p=.010$) ja merkitsevästi nuoremman ikäryhmän miehillä ($p=.004$) sekä naisilla ($p=.005$). (Liitetaulukot 9-12.) Vuonna 1988 vanhemman ikäryhmän naiset käyttivät kotisairaanhoidon palveluja merkitsevästi enemmän ($p=.007$) kuin ikäryhmänsä miehet (Liitetaulukko 27).

Vuonna 1988 laboratoriotutkimuksissa kävi keskimäärin 46% vanhemmasta ja 45% nuoremasta ikäryhmästä. Seuranta-aikana laboratorion palvelujen käytössä tapahtui muutosta siten, että vanhemman ikäryhmän osuus hieman vähentyi ja nuoremman ikäryhmän osuus lisääntyi lähes 7% yksikköä. (Taulukko 1.) Vuonna 1996 laboratoriotutkimuksissa kävi keskimäärin puolet nuoremasta ikäryhmästä. Vanhemman ikäryhmän naisten ja miesten osuus palvelun käytössä oli pienempi sekä hieman vähentynyt vuodesta 1988. Laboratoriotutkimuksissa käyntikertojen määrät lisääntyivät kummankin ikäryhmän naisilla ja miehillä seuranta-aikana. (Taulukko 5.) Laboratoriotutkimusten käyttö lisääntyi seuranta-aikana merkitsevästi nuoremman ikäryhmän miehillä ($p=.004$) sekä naisilla ($p=.006$) (Liitetaulukot 9-12). Vanhemman ikäryhmän naisista yksi ilmoitti käyneensä laboratoriotutkimuksissa jopa 52 kertaa vuoden 1996 aikana.

Taulukko 5. Laboratorion palveluja käyttäneiden osuudet(%) ja käyntikertojen keskiarvo ja hajonta viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana 65-74- ja 75-84-vuotiailla jyväsyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988 ja 1996.

Laboratorion palvelut	1988		1996		1988		1996	
	1904-13		1904-13		1914-23		1914-23	
	M	N	M	N	M	N	M	N
(n=)	(56)	(150)	(56)	(150)	(141)	(254)	(141)	(254)
Palvelun käyttäjät(%)	46,4	46,0	41,1	44,0	42,6	46,9	47,5	54,3
Käyntikert. keskiarvo	1.12	1.21	1.21	1.68	.879	1.32	1.87	2.11
Käyntikert. hajonta	2.12	2.26	2.00	4.79	1.67	2.80	4.24	4.30

Röntgentutkimuksissa ilmoitti käyneensä yli kolmannes kummastakin ikäryhmästä kumpanakin tutkimusvuotena (Taulukko 1). Vuonna 1988 vanhemman ikäryhmän miehistä yli 40% käytti röntgenpalveluja, osuus oli muita käyttäjiä suurempi, mutta seuranta-aikana osuus vähentyi noin kolmannekseen. (Liitetaulukot 13-16.) Röntgenpalvelujen käyttö lisääntyi kummallakin ikäryhmällä seuranta-aikana ja nuoremman ikäryhmän miehillä melkein merkitsevästi ($p=.040$) (Liitetaulukot 9-12).

Neuvolan palveluja käytti vuonna 1988 yli viidennes vanhemmasta ja yli kolmannes nuoremasta ikäryhmästä. Vanhemman ikäryhmän osuus neuvolassa käynneissä vähentyi lähes 6% yksikköä seuranta-aikana ja vastaavasti nuoremman ikäryhmän osuus hiukan lisääntyi. (Taulukko 1.) Nuoremman ikäryhmän osuus neuvolan palvelujen käytössä oli suurempi kuin vanhemman ja nuorempi ikäryhmä myös käytti palveluja enemmän kuin vanhempi ikäryhmä. Nuoremman ikäryhmän miehistä ja naisista reilusti yli kolmannes kävi neuvolassa vuonna 1996, osuus oli yli 10 prosenttiyksikköä vanhemman ikäryhmän osuutta suurempi (Taulukko 6). Neuvolassa käynnit lisääntyivät merkitsevästi nuoremman ikäryhmän naisilla ($p=.002$) seuranta-aikana (Liitetaulukot 9-12).

Taulukko 6. Neuvolan palveluja käyttäneiden osuudet (%) ja käyntikertojen keskiarvo sekä hajonta viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana 65-74- ja 75-84-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988 ja 1996.

Neuvolassa käynnit	1988		1996		1988		1996	
	1904-13		1904-13		1914-23		1914-23	
	M	N	M	N	M	N	M	N
(n=)	(57)	(151)	(57)	(151)	(141)	(255)	(141)	(255)
Palvelun käyttäjät(%)	26,3	21,9	14,0	18,5	29,1	34,1	36,9	32,9
Käyntikert. keskiarvo	1.24	.887	.596	.715	1.19	1.05	1.81	1.81
Käyntikert. hajonta	3.20	3.23	1.95	2.21	2.76	2.05	3.96	4.99

Vuonna 1988 terveyskeskuksen hammashoidossa kävi yli 10% vanhemmasta ja yli 15% nuoremasta ikäryhmästä. Seuranta-aikana molemmat osuudet kasvoivat lähes 7% yksikköä. Terveyskeskuksen hammaslääkärissä vuonna 1988 kävi lähes 7% vanhemmasta ja 13% nuoremasta ikäryhmästä. Seuranta-aikana myös nämä osuudet kasvoivat noin 5% yksikköä. (Taulukko 1.) Kumpanakin tutkimusvuotena kummankin ikäryhmän miesten osuus oli sekä terveyskeskuksen hammashoidossa että hammaslääkärin hoidossa naisten osuutta suurempi. Kummankin ikäryhmän miesten sekä naisten osuus lisääntyi molempien palvelujen käytössä seuranta-aikana, kuitenkin vanhemman ikäryhmän käyntien määrä hammashoidossa vähentyi samana aikana. (Taulukko 7.) (Liitetaulukot 13-16.) Nuoremman ikäryhmän naisilla terveyskeskuksen hammashoitopalvelujen ($p=.043$) sekä hammaslääkäripalvelujen ($p=.028$) käyttö lisääntyi melkein merkitsevästi seuranta-aikana (Liitetaulukko 9-12). Vuonna 1988 vanhemman ikäryhmän miehet käyttivät terveyskeskuksen hammashoitopalveluja enemmän ($p=.031$) ja nuoremman ikäryhmän miehet merkitsevästi enemmän ($p=.006$) kuin naiset (Liitetaulukko 27). Vuonna 1988 terveyskeskuksen hammashoidossa kävivät muita enemmän nuoremman ikäryhmän miehet, joista yksi oli käynyt hammashoidossa jopa 35 kertaa.

Taulukko 7. Terveyskeskuksen hammashoitoa käyttäneiden osuudet (%) ja käyntikertojen keskiarvo sekä hajonta viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana 65-74- ja 75-84-vuotiailla jyväsyläläisillä miehillä ja naisilla vuosina 1988 ja 1996.

Hammashoito	1988		1996		1988		1996	
	1904-13		1904-13		1914-23		1914-23	
	M	N	M	N	M	N	M	N
(n=)	(57)	(153)	(57)	(153)	(141)	(255)	(141)	(255)
Palvelun käyttäjät(%)	15,8	8,5	22,8	16,3	21,3	11,8	28,4	18,4
Käyntikert.keskiarvo	.526	.346	.559	.372	1.17	.356	1.02	.576
Käyntikert.hajonta	1.72	1.57	1.05	1.18	3.87	1.29	2.67	1.73

Fysioterapiahoidoihin potilaat ohjataan lääkärissä käyntien yhteydessä ja useimmiten lääkärin läheteellä. Vuonna 1988 noin 8% vanhemmasta ja 9% nuoremmasta ikäryhmästä käytti fysioterapian palveluja. Seuranta-aikana vanhemman ikäryhmän osuus fysioterapian käytössä hieman vähentyi, sen sijaan nuoremmen ikäryhmän osuus pysyi lähes samana. (Taulukko 1.) Kumpanakin tutkimusvuotena oli vanhemman ikäryhmän naisten osuus fysioterapian käytössä miesten osuutta suurempi. Vuonna 1996 nuoremmen ikäryhmän miehistä yli 9% ja naisista yli 8% käytti fysioterapian palveluja. (Liitetaulukot 9-16.) Seuranta-aikana fysioterapiassa käynnit lisääntyivät kummassakin ikäryhmässä sekä miehillä että naisilla ja vuonna 1988 yksi vanhemman ikäryhmän miehistä kävi jopa 92 kertaa fysioterapiassa (Liitetaulukot 9-12).

Psykologin vastaanotolle ohjaututaan useimmiten muiden lääkäreiden suosituksesta ja vain kolme naista vanhemmasta ikäryhmästä ja neljä naista nuoremmasta kävivät vastaanotolla vuonna 1988. Vuonna 1996 nuoremmen ikäryhmän miehistä kolme ja naisista kaksi käyttivät psykologin palveluja. Vanhemmasta ikäryhmästä ei palvelua vuonna 1996 käytetty. (Liitetaulukot 9-16.)

Mielenterveyspalvelujen muutoksia ei tässä tutkimuksessa ole analysoitu, koska mielenterveyspotilaiden palvelujen käyttö terveydenhuollon rakennemuutoksen takia on hajaantunut terveyskeskussairaalan, keskussairaalan, eri laitosten sekä avoterveydenhuollon terveyspalvelujen yhteyteen. Tutkimuksen haastattelulomakkeessa mielenterveyttä ja mielenterveyspalveluja koskevat kysymykset ovat asetettu "Mielipiteitä terveyspalveluista" otsakkeen yhteyteen ja niistä yhdessä voisi tehdä erillisen tutkimuksen, joka laajentaisi tutkimusta mielenterveyspalvelujen käytöstä myös koettuihin palvelukäytäntöihin.

8 POHDINTA

Tämän Ikivihreät-projektin osatutkimuksen tarkoitus oli analysoida kahden ikäryhmän terveystalvelujen käyttöä vuosina 1988 ja 1996 sekä käytön muutoksia vuodesta 1988 vuoteen 1996. Iäkkään väestönosan kasvaessa tarvitaan tietoa siitä, kuinka paljon ja mitä terveystalveluja iäkkäät käyttävät (Laamanen ja Kekki 1992). Tutkimustietoa tarvitaan ikääntyvän väestön terveystalvelujen kysynnän ja tarjonnan arviointiin sekä tulevaisuuden talvelujen suunnitteluun.

Tarkasteltaessa tutkimustuloksia seuranta-aineiston mukaan, olivat lääkäriissä käynnit kummankin tutkittavan ikäryhmän eniten käyttämä terveystalvelu kumpanakin tutkimusvuotena. Lääkäriissä käyneiden osuus sekä lääkäritalvelujen käyttö lisääntyi seuranta-aikana etenkin nuoremmassa ikäryhmässä. Tulosta voidaan pitää luonnollisena ikääntymiseen liittyvänä muutoksena, sillä myöskin Kekin ja Laamasen (1992) tutkimustulosten mukaan lääkäriissä käynnit lisääntyvät ikääntyessä ja Nymanin (1993) mukaan pitkäaikaissairaudet iän karttuessa tihentävät lääkäriissä käyntejä.

Tämän tutkimuksen mukaan terveystalveluksen lääkäriissä kävi noin 60-70% kummastakin ikäryhmästä kumpanakin tutkimusvuotena. Tulos on samansuuntainen Kekin ja Laamasen (1992) tutkimustuloksen kanssa, jossa todetaan vanhusväestön kaikista lääkäriissä käynneistä 70% olevan terveystalveluksen lääkäriissä käyntejä. Terveystalvelusten lääkäritalvelujen saatavuus, läheisyys ja edullisuus ovat mahdollistaneet terveystalvelusten lääkäritalvelujen suuren käyttäjäosuuden. Myös hoitosuhteen jatkuvuudella on ensisijainen merkitys lääkäriissä käynteihin, sillä omalääkärijärjestelmä lisää lääkäritalvelujen käyttöä. (Häkkinen 1993.) Tämän tutkimuksen aikana ei tutkittavilla ikäryhmillä vielä ollut virallista omalääkärijärjestelmää, joten terveystalveluksen lääkäriissä käynnit järjestyivät vain pyynnöstä samalle lääkäriille.

Vanhemman ikäryhmän osuus vähentyi terveyskeskuksen lääkäripalvelujen käytössä seuranta-aikana. Terveyskeskuksen palvelujen muuttuminen maksulliseksi seuranta-aikana on voinut hillitä tutkittavien terveyspalvelujen käyttöä, mutta terveyskeskuksen lääkäripalvelujen käytössä tapahtunut vähentyminen ei varmuudella osoita palvelujen maksullisuuden vähentäneen käyttöä. Muutos voi johtua lisääntyneestä yksityislääkärin palvelujen käytöstä tai myöskin ikääntymisen ja sairastamisen myötä lisääntyneestä sairaalahoidosta, jolloin avoterveyden huollon lääkäriin käynnit korvautuvat sairaalahoidon yhteyteen kuuluvalla lääkäripalvelun käytöllä. Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveysviraston vuosikertomusten mukaan (1988 ja 1996) terveyskeskuslääkärien palveluja oli saatavana kysyntää vastaavasti molempina tutkimusvuosina, eikä lääkäripalveluja tutkimusaikana säästösyistä vähennetty.

Vuonna 1988 oli nuoremman ikäryhmän naisten osuus ja vuonna 1996 vanhemman ikäryhmän naisten osuus lääkäripalvelujen käytössä miehiä suurempi. Vastaavasti vuonna 1988 oli vanhemman ikäryhmän miesten osuus ja vuonna 1996 nuoremman ikäryhmän miesten osuus lääkäripalvelujen käytössä naisia suurempi. Tulos poikkeaa Aron ym. (1993) sekä Kekin ja Laamasen (1992) tuloksista, joissa naiset kävivät lääkäriin miehiä enemmän, mutta tulos on samansuuntainen Koskisen (1993) tutkimustuloksen kanssa, jonka mukaan miesten lääkäripalvelujen käyttö on lisääntymässä sekä lääkäripalvelujen käytössä olevat erot miesten ja naisten välillä ovat tasaantumassa.

Yksityislääkärin palveluja käytti yli kolmannes molemmista tutkituista ikäryhmistä seuranta-aikana, tulos on suurempi kuin Aron ym. (1993) tutkimuksessa, jonka mukaan viidennes tutkituista käytti yksityislääkärin palveluja. Iäkkäiden ihmisten yksityislääkäriin käynnit liittyvät yleensä erikoissairaanhoidon, joista yleisimpiä ovat sisätautien, silmätautien, naistentautien ja kirurgisten sairauksien hoitokäynnit. Nuoremman ikäryhmän miesten sekä naisten osuus kasvoi yksityislääkärin palvelujen käytössä seuranta-aikana, muutos selittynee

osittain ikääntymiseen ja sairauksiin liittyvällä erikoishoidon tarpeella mutta osittain myös yksityislääkäripalvelujen tarjonnan kasvulla. Myöskin sosioekonomisilla tekijöillä, kuten kohentuneella koulutus- ja tulotasolla on yhteyttä yksityislääkärin palvelujen käyttöön (Häkkinen 1992).

Laboratorio- ja röntgentutkimukset liittyvät läheisesti lääkärissä käynteihin ja lääkärin määräämiin hoitotutkimuksiin. Tässä tutkimuksessa laboratoriopalveluja käytti lähes puolet ja röntgenpalveluja yli kolmannes kummastakin ikäryhmästä kumpanakin tutkimusvuotena ja naisten osuus laboratoriopalvelujen käytössä oli suurempi kuin miesten. Tulos on samansuuntainen kuin Kekin ja Laamasen (1992) Lapua-tutkimuksessa, jossa yli puolet kunnan 65 vuotta täyttäneistä asukkaista käytti laboratoriopalveluja ja yli kolmannes röntgenpalveluja sekä yli 65-vuotiaista tutkituista naiset käyttivät laboratoriopalveluja enemmän kuin miehet. Ikääntyminen ja sairaudet lisäävät hoitotutkimuksia, mutta Kekin ja Laamasen (1992) mukaan myös tutkimus- ja toimenpidekäytäntö suuntautuu voimakkaammin ikääntyneeseen väestöön kuin nuorempaan väestöön.

Tässä tutkimuksessa kotisairaanhoidon palvelua käyttäneiden osuus kasvoi kummassakin ikäryhmässä lähes viidenneksen vuodesta 1988 vuoteen 1996. Myös Vaaraman (1996) mukaan ikääntyneiden kotisairaanhoidon käyttö kasvoi viidenneksen vuodesta 1988 vuoteen 1994. Kummankin ikäryhmän lisääntynyt kotisairaanhoidon palvelujen käyttö liittyy normaaliin ikääntymisen ja sairauksien lisäämään hoitotarpeeseen, sillä suurin osa kotisairaanhoidon käynneistä tehdään yli 75-vuotiaiden talouksiin (Raassina 1994). Tässä tutkimuksessa kotisairaanhoidoa käyttivät leskeytyneet naiset ja miehet sekä eronneet muita enemmän ja vanhemman ikäryhmän leskimiehet merkitsevästi avioliitossa olevia miehiä enemmän. Tämä selittyy sillä, että läheisen ihmisen antaman hoidon puute lisää ulkopuolisen hoidon tarvetta (vrt. Heikkinen 1989) ja lisääntynyt hoitopalvelun käyttö korvaa usein läheisen ihmisen antaman hoitoavun.

Terveyskeskuksen sairaalahoidon lisääntyminen merkitsevästi tutkituilla ikäryhmillä seuranta-aikana. Muutos liittyy ikääntymiseen ja ikääntymisen myötä lisääntyneeseen sairastamiseen, jolloin myöskin sairaalahoidon tarve sekä käyttö kasvaa. Osa haastatelluista käytti sairaalahoidon toistuvasti, jopa 26 kertaa viimeksi kuluneen vuoden aikana. Toistuvat hoitotaukot liittyvät lisääntyneeseen lyhytaikaishoittoon (intervallihoidon), mutta myöskin määrätty osa vanhusväestöstä käyttää valtaosan ikäryhmänsä käyttämistä palveluista (Kekki ja Laamanen 1992, Roos ym. 1981). Tässä tutkimuksessa naisten osuus terveyskeskuksen sairaalahoidossa oli miesten osuutta suurempi. Myös Kekin ja Laamasen (1992) mukaan terveyskeskussairaalaan otetuista potilaista enemmistö oli naisia sekä Noron ym. (1993) mukaan laitoshoidossa olevista potilaista neljä viidestä oli iäkkäitä naisia. Tämä selittyy sillä, että naisia on prosentuaalisesti elossa enemmän kuin miehiä, kuten Jyväskylänkin väestössä tilanne on (Jyväskylän väestötiedot 1996). Lisäksi naisista suurin osa on leskiä ja yksinasujia, kun miehistä suurin osa elää avioliitossa ja saa mahdollisesti aviopuolisoltaan hoitotukea sitä tarvitessaan.

Tässä tutkimuksessa terveyskeskuksen sairaalassa hoidettavien hoitovuorokaudet lisääntyivät seuranta-aikana etenkin vanhemman ikäryhmän miehillä ja naisilla. Myös Vaaraman (1992) mukaan terveyskeskussairaalan hoitopäivistä kaksi kolmasosaa käytetään yli 64-vuotiaiden ja kolmannes yli 79-vuotiaiden hoitoon. Samanaikaisesti tämän tutkimuksen aikana pyrittiin Suomessa vähentämään laitoshoidon määrää, mikä merkitsi hoitoaikojen lyhentämistä. Tämä tilanne merkitsi avohoitopalvelujen lisääntyvää tarvetta korvata vähentyvä laitoshoidon määrä. Tähän Jyväskylän kaupungin avoterveydenhoitopalvelu ei sosiaali- ja terveysviraston toimintakertomuksen (1996) mukaan riittävästi pystynyt, mikä lisäsi terveyskeskussairaalan kuormittavuutta ja vaikeutti potilaiden jatkohoitoon tai kotihoitoon siirtymistä.

Tämän tutkimuksen mukaan myös erikoissairaanhoidossa olleiden osuus lisääntyi molemmissa ikäryhmissä seuranta-aikana. Vanhem-

man ikäryhmän naisten osuus ja nuoremman ikäryhmän miesten osuus erikoissairaalahoidossa oli muita suurempi, mikä ei yksiselitteisesti tue Kekin ja Laamasen (1992) tutkimusta, jonka mukaan keskussairaalaan lähetetyistä yli 65 vuotta täytäneistä potilaista oli miehiä huomattavasti enemmän kuin naisia. Hoitovuorokaudet lisääntyivät myöskin erikoissairaanhoidossa kummallakin ikäryhmällä seuranta-aikana. Samanaikaisesti myös keskussairaalan hoidossa, kuten terveyskeskuksen sairaalahoidossa, pyrittiin toteuttamaan laitoshoidon vähentämistä, mikä merkitsi hoitoaikojen lyhentämistä ja potilaiden nopeampaa kotiuttamista tai jatkohoitoon siirtämistä. Tämä tilanne saattoi olla ongelmallinen, koska terveyskeskussairaala ei pystynyt ylikuormituksen takia vastaanottamaan tulevia potilaita, eikä kaikkien kotiutettavien hoitoa voinut jatkaa avohoidossa, koska avoterveydenhuollon palveluja ei ollut kysyntää vastaavasti. Sen vuoksi erikoissairaanhoidossa oli potilaita, jotka eivät sinne enää hoidollisesti kuuluneet ja jotka joutuivat odottamaan jatkohoitopaikkaa terveyskeskuksen sairaalaan jopa kolme viikkoa. (Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveysviraston vuosikertomus 1996.) Vaaraman (1995, 1996) mukaan eri kuntien palvelujärjestelmät poikkeavat toisistaan ja avoterveydenhoidon palvelujen saatavuutta ja riittävyttä tulisikin yleisesti selvittää etenkin niiden ikääntyneiden kohdalla, jotka laitoshoidosta siirtyvät korvaavien avoterveydenhoidon palvelujen piiriin.

Tässä tutkimuksessa terveyskeskuksen hammashoidossa kävijöiden osuus lisääntyi kummassakin ikäryhmässä vuodesta 1988 vuoteen 1996. Muutokseen vaikutti osittain sotaveteraanien aktiivinen hammashoito, mikä lisäsi miesten osuutta hammashoidossa. Myös Häkkisen ja Arisen mukaan (1997) sotaveteraanien hammashoito on lisännyt iäkkäiden miesten hammashoitoja ja myöskin Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveysviraston toimintakertomuksen (1988) mukaan sotaveteraanien osuus hammashoidossa kasvoi. Tässä tutkimuksessa kummankin ikäryhmän miesten sekä myös naisten hammashoito terveyskeskuksessa lisääntyi merkitsevästi, vastaavasti yksityishammaslääkärissä käynnit vähenivät seuranta-

aikana. Muutokseen on vaikuttanut terveyskeskusten hammashoidon laajentuminen enemmän aikuishoitoa vastaanottavaksi ja enemmän aikuisten päivystyshoitoa antavaksi palveluksi. Terveyskeskuksen hammashoito on myös yksityistä hammashoitoa edullisempää, joten hammashoidon muutokset ja yksityishoidon vähentyminen selittyvät osittain lamasta johtuvista sosioekonomisista syistä (Aro ym.1994, Häkkinen 1992).

Neurolapalveluja tässä tutkimuksessa tutkimusaikana käytti keskimäärin kolmannes nuoremasta ja lähes neljännes vanhemmasta ikäryhmästä. Nuoremman ikäryhmän miesten osuus lisääntyi neurolapalvelun käytössä seuranta-aikana ja oli naisten osuutta suurempi vuonna 1996. Myös vuonna 1988 vanhemman ikäryhmän miesten osuus neuvolakäynneissä oli naisten osuutta suurempi ja naiset tekivät neuvolakäyntejä vain vähän enemmän kuin miehet. Tämä tulos ei vahvista sitä käsitystä (Dean 1992), että naiset käyttävät miehiä enemmän sairauksia ehkäiseviä palveluja sekä poikkeaa Nymanin tutkimuksesta (1993), jossa yli 74-vuotiaat naiset kävivät kaksi kertaa enemmän neuvolassa kuin ikäisensä miehet. Naiset lisäsivät neurolapalvelujen käyttöä seuranta-aikana, mutta nuoremman ikäryhmän miesten osuus neurolapalvelujen käytössä pysyi naisia suurempana. Nuoremman ikäryhmän osuus neurolapalvelujen käytössä oli suurempi kuin vanhemman ikäryhmän, eroa voidaan pitää osittain ikäryhmien sosioekonomisista syistä johtuvana mutta myöskin nuoremman ikäryhmän aktiivisempänä käytäntönä hoitaa omaa terveyttään. Vanhemman ikäryhmän neuvolassa käynnit vähenivät ikääntymisen myötä, todennäköisesti palvelut korvautuivat lisääntyneillä sairaalajaksoilla. Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveyspalvelun toimintakertomuksen mukaan (1996) neuvolatoimintaa vähennettiin helmikuussa 1996. Neurolapalvelujen vähentämisen vaikutuksia on vaikea arvioida, mutta koska yli kolmannes tutkituista käytti neurolapalveluja, saattaa palvelun vähentäminen vaikuttaa haitallisesti ikääntyneiden terveydenhoidon seurantaan, neuvontaan sekä sairauksien jatkohoitojen seurantaan.

Tarkasteltaessa terveystalvelujen käyttöä poikkileikkaus-tutkimuksena vuosina 1988 ja 1996, oli lääkäritalvelut kummankin ikäryhmän eniten käyttämä terveystalvelu kumpanakin tutkimusvuotena. Alkututkimuksessa terveystalvelujen käyttöä lisäsi niiden tutkittujen osuus, jotka alkututkimuksen jälkeen katosivat tai kuolivat. Erityisesti nuoremman ikäryhmän miehistä kävi lääkäritalvelussa ja keskussairaalahoidossa muita enemmän miehet, jotka alkututkimuksen jälkeen kuolivat. Viime vuosikymmeninä on yli 65-vuotiaiden suomalaisten miesten kuolleisuus ollut naisten kuolleisuutta suurempi, joskin sukupuolten kuolleisuusero on viime vuosina alkanut tasoittua (Raassina 1994). Alkututkimuksen terveystalvelujen käytössä ikäryhmien välillä oli eroa havaittavissa siten, että nuoremman ikäryhmän osuus oli suurempi useimpien avoterveydenhoidon talvelujen käytössä. Vuonna 1996 nuoremman ikäryhmän osuus oli edelleen suurempi avoterveydenhoidon talvelujen käytössä ja vanhemman ikäryhmän käyttäessä enemmän sairaalatalveluja. Terveystalvelujen käytön poikkileikkaustarkastelu vahvistaa neuvolatalvelujen pohdintaosan antamaa näkökulmaa eri ikäryhmien käytännöstä hoitaa terveyttään. Eri-ikäisten ikäryhmien erilainen koulutus, taloudellinen mahdollisuus, erilaiset aikaperiodit sekä terveystalveluihin liittyvät yhteiskunnalliset muutokset ovat vaikuttamassa eri ikäryhmien terveystalvelujen käyttöön.

Useat alkututkimuksessa mukana olleet, mutta alkututkimuksen jälkeen kuolleet henkilöt, käyttivät terveystalveluja muita tutkittuja enemmän. Suurempi terveystalvelujen käyttö selittyy osittain ikään ja osittain sairastavuuteen liittyvillä tekijöillä, joita tässä tutkimuksessa ei ole analysoitu.

Sosioekonomisilla tekijöillä oli yhteyttä tutkittujen terveystalvelujen käyttöön. Tutkimuksessa pidemmälle koulutetut käyttivät vähemmän terveystalveluja kuin huonommin koulutetut. Paremmin koulutetut käyttivät myös yksityisiä talveluja enemmän kuin julkisia talveluja. Tutkimusryhmien tulotason yhteys oli terveystalvelujen käytössä havaittavissa siten, että ylempään tuloluokkaan kuuluvat käyttivät yksityistalveluja enemmän kuin

alempaan tuloluokkaan kuuluvat, jotka vastaavasti käyttivät julkisen sektorin palveluja enemmän. Tulos on samansuuntainen Häkkisen (1992), Nymanin (1992) ja Aron ym. (1994) tutkimuksien kanssa, joiden mukaan suurempituloiset käyttivät yksityissektorin palveluja pienempituloisia enemmän sekä paremmin koulutetut käyttivät vähemmän terveyspalveluja kuin huonommin koulutetut. Paremmin koulutetuilla on usein parempi tietotaso, sosiaalinen asema sekä parempi tulotaso, joiden varassa on mahdollisuus hoitaa terveyttään paremmin kuin vähemmän koulutetuilla (vrt. Heikkinen 1993). Siviilisäädyn yhteys terveyspalvelujen käytössä oli myöskin havaittavissa. Lesket ja eronneet käyttivät julkisia terveyspalveluja enemmän kuin naimattomat tai avioliitossa olevat. Kotisairaanhoidon käyttö lisääntyi vanhemman ikäryhmän leskimiehillä merkitsevästi seuranta-aikana. Iäkkäät miehet haluavat iäkkäitä naisia enemmän asua kotona terveydentilan huonontumisesta huolimatta (Worobey ja Angel 1990), mikä myös useimmiten lisää ulkopuolisen avun tarvetta ja palvelujen käyttöä. Myöskin terveyskeskussairaala- ja keskussairaalahoidossa sekä hoitovuorokausien käytössä nuoremman ikäryhmän leskimiesten ja eronneiden osuus oli muita siviilisäätyjä suurempi. Noron (1988) tutkimuksen mukaan ilman puolisoa eläminen, huonot asuinolot sekä vähäinen koulutus lisäävät laitoshoidon ennustavuutta.

Tarkasteltaessa tutkittujen ikäryhmien välisiä eroja terveyspalvelujen käytössä, voidaan havaita, että vanhemman ikäryhmän terveyskeskuksen lääkäri- ja neuvolakäynnit, tutkimuskäynnit sekä hammaslääkäri- ja sairaalahoidot lisääntyivät. Ikääntymisen myötä lisääntynyt sairaala- ja laitoshoidon korvaa useita avoterveydenhoidon palveluja, joita ei sairauksien vuoksi enää voi eikä jaksaa avoterveydenpalveluina käyttää ja joita ei monissa kunnissa edes ole tarpeeksi tarjolla. Vastaavasti nuoremman ikäryhmän lisääntynyt avoterveydenhoidon palvelujen käyttö johtuneekin myös osittain ikääntymisen ja sairauksien lisäämästä tarpeesta, mutta myös lisääntyneestä käytännöstä hoitaa aktiivisemmin itseään sekä julkisen terveyden- ja

sairaanhoidon lisääntyneestä avohoitokontrollista, joita tässä tutkimuksessa ei ole tarkasteltu. Myöskin eri ikäryhmien erilaiset käsitykset sairauksien hoidoista ja hoitokäytännöistä olisivat tutkimuksen arvoisia aiheita.

Tarkasteltaessa sukupuolten välisiä eroja terveystalvelujen käytössä, havaittiin naisten osuus miesten osuutta suuremmaksi useimpien terveystalvelujen käytössä. Naiset käyttivät terveystalveluja laajemmin ja useammin kuin miehet. Tulos on samansuuntainen muiden tutkimusten kanssa (Häkkinen 1992, Nyman 1992, Koskinen 1993, Kekki ja Laamanen 1993, Noro 1993). Miehet käyttivät kuitenkin naisia enemmän terveystalveluksen hammashoito- ja hammaslääkäritalveluja, mikä selittyy sotaveteraanien aktivoituneesta hammashoidosta (Häkkinen ja Arinen 1997). Miesten ja naisten osuudet olivat kuitenkin tasoittumassa useiden terveystalvelujen käytössä, mikä viittaa samansuuntaiseen kehitykseen muidenkin tutkimusten kanssa (vrt. Koskinen 1993).

Kansainvälisesti suomalaista terveydenhuoltoa on arvostettu hyvänä, tasa-arvoisesti toimivana, turvallisena ja laadukkaana terveydenhoitojärjestelmänä. Kuitenkin viimeaikaiset julkisten talvelujen supistamiset, kuntien terveystalveluihin kohdistamat säästötoimet sekä yhteiskunnan arvojen muutosvaihtelut ovat vaikeuttamassa yhä kasvavan iäkkään väestön hoitoa. Ikääntyneiden määrä lisääntyy huomattavasti lähivuosina, siksi terveystalvelujen käyttöskenaarioiden mukaan tulee myös talvelujen tarve lähivuosina lisääntymään (Lehtonen ym. 1992). Nyt supistettu ja vähennetty preventiivinen terveydenhoito, jota yksityinen sektori ei järjestelmällisesti hoida, voi vaikuttaa ikääntyvien toimintakyvyn vähenemiseen lisäten siten terveystalvelujen tarvetta. Olisikin selvitettävä preventiivisen terveydenhoidon merkitystä ikääntyvien tulevia terveystalveluja suunniteltaessa.

Yksityisen sektorin terveystalvelutarjonta on viime vuosina lisääntynyt ja on asiakkaille kustannuksiltaan kalliimpaa kuin julkinen talvelutarjonta. Onko iäkkäällä väestöllä tulevaisuu-

dessa mahdollisuus tarvettaan vastaavasti käyttää julkisia terveyspalveluja vai onko iäkkäiden yhä enemmän turvauduttava yksityisen sektorin apuun? Onko kaikilla ikääntyneillä varaa maksaa yksityispalveluista? Koetaanko yksityissektorin tarjoamat palvelut turvalliseksi ja tasoltaan julkisia palveluja vastaaviksi palveluiksi? Monipuolistuva palvelutarjonta lisää koordinointi- ja laatututkimuksen tarvetta lähivuosina sekä tutkimusta ikääntyneiden taloudellisesta mahdollisuudesta käyttää tarvitsemiaan palveluja. Viime vuosina onkin iäkkään väestön palvelujen tutkimusta lisätty ja mm. kansainvälinen sosiaali- ja terveyspalvelututkimus on lisääntynyt, sillä esim. Euroopan eri maista on tehty terveyspalveluja vertailevia tutkimuksia (Nijkamp ym. 1991) sekä ns. welfare-mix-tutkimuksia (Evers ja Svetlik 1991). Tutkimuksilla etsitään ratkaisuja laajentuvien palvelumallien hyvään yhteiskäyttöön sekä tulevaisuuden palvelujärjestelmien suunnitteluun (Montgomery ja Hirshorn 1991).

LÄHTEET

Aalto U. 1991. Pitkäaikaishoitoon Helsingissä vuosina 1978-1985 pyrkineiden laitoshoidon toteutuminen ja eliniän ennuste. Raportti 57. Sarja A. Helsingin kaupungin terveysviraston raportteja. Helsinki.

Anttila S. 1989. Maaseudun vanhusten terveydentila, sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ja kuolleisuus. Tampereen yliopisto. Tampere.

Aro S, Noro A, Bycling T, Häkkinen U, Salinto M, Kerppilä S. 1993. Aikuisväestön terveyspalvelujen käyttö ja terveydentila 1992. Raportteja 120. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki.

Aro S, Noro A, Bycling T, Häkkinen U, Kerppilä S, Salonen M. 1994. Aikuisväestön terveyspalvelujen käyttö ja terveydentila 1993. Raportti 24. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki.

Aromaa A, Klaukka T, Impivaara O, ym. 1989. Väestön hoidontarve ja saadun hoidon riittävyys. Kirjassa: Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O, ym. (toim.) Terveys, toimintakyky ja hoidon tarve Suomessa. Mini-Suomi-terveystutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32. Helsinki.

Coe R,A. 1989. Longitudinal examination of poverty in the elderly years. Gerontologist 28:4, 540-570.

Dean K. 1992. Health- Related behavior: Concepts and methods. Teoksessa: Ory M, Abeles R, Lipman P.(toim.) Aging, Health, and behavior. Sage publications Inc. USA.

Erätuuli M, Leino J, Yli-luomi P. 1994. Kvantitatiiviset analyysimenetelmät ihmistieteissä. OY West Point. Rauma.

Evers A, Svetlik I. 1991. New welfare mixes in care for the elderly. Eurosocial Reports Volume 40(2). European Centre for Social Welfare Policy and Research. Vienna.

Field P, Morse J. 1985. Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. Croom Helm LTD, Provident House, Burrell Row, Beckenham, Kent BR3 1AT.

Gross A.M. 1991. Israel Teoksessa: Evers A. ja Svetlik I. (toim.) New Welfare Mixes in Care for the Elderly. Eurosocial Reports Volume 40(2) European Centre for Social Welfare Policy and Research. Vienna.

Heikkilä M. 1993. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuolto talousahdingossa. Heikkilä M, Hänninen S, Kosunen V, Mäntysaari M, Sallila S, Uusitalo H. (toim.) Hyvinvoinnin pätevyyskillä? Stakes. Raportteja 128. Gummerus. Jyväskylä.

Heikkinen E, Heikkinen R-L, Kauppinen M, Laukkanen P, Ruoppila P, Suutama T. 1990. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyky. Ikivihreät-projekti osa I. Sosiaali- ja terveysministeriö. Suunnitteluosasto. Helsinki.

Heikkinen E, Arajärvi R-L, Jylhä M. 1981. Eläkeikäiset Tampereella. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M65. Tampere.

Heikkinen E, Era P, Jokela J, Jylhä M, Lyyra A-L, Pohjolainen P. 1993. Socioeconomic and lifestyle factors as modulators of health and functional capacity with age. Teoksessa: Schroots J.F. (toim.) Aging, health and competence. Amsterdam Elsevier.

Heikkinen E. 1993a. Pohdinta. Teoksessa: M.Jylhä (toim.) Vanhuusikä muutoksessa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Heikkinen R-L, Suutama T. 1992. Iäkkäiden henkilöiden toi-

mintakyvyn ja terveyden arviointi. Ikivihreät-projekti, osa II. Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Heikkinen, R-L. 1989. Iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvelujen käyttö kuudella eurooppalaisella alueella. Gerontologia 3:191-200.

Heikkinen R-L. 1993. Elinolot. Teoksessa: M.Jylhä (toim.) Vanhuusikä muutoksessa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Häkkinen U, Arinen S. 1997. Lääkäripalvelut 1987-96. Teoksessa: Uusitalo H, Staff M. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 1997. Stakes raportteja 214. Gummerus.

Häkkinen U. 1992. Terveystalvelujen käyttö, terveydentila ja sosioekonominen tasa-arvo Suomessa. Sosiaali- ja terveyshallitus. Tutkimuksia 20. Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Johnson R, Mullooly J, Greenlick M. 1990. Morbidity and Medical Care Utilization of Old and Very Old Persons. Health services research 25 (4)636-663.

Jyväskylän sosiaali- ja terveystalvelukeskuksen toimintakertomus vuodelta 1996. Jyväskylän kaupunki 1996.

Kangas O. 1992. Eläkepolitiikan tila ja tulevaisuus. Teoksessa: Riihinen Olavi. (toim.) Sosiaalipolitiikka 2017. Juva.

Karjalainen T. 1995. Kuntoutus. Teoksessa: Uusitalo H, Kontinen M, Staff M. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 1995. Stakes. Raportteja 173. Gummerus. Jyväskylä.

Kalimo E. 1969. Lääkintäpalvelusten käyttöön vaikuttavat

tekijät. Aikuisväestön sairauskäyttäytyminen ja sen vaikuttimet Suomessa ennen sairausvakuutusta. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A 5. Helsinki.

Kalimo E, Nyman K, Klaukka T, Tuomikoski H, Savolainen E. 1982. Terveyspalvelujen tarve käyttö ja kustannukset Suomessa 1964-1976. Helsinki. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A 18.

Kekki P. 1994. Väestön arviot ja kokemukset terveyskeskuspalveluista. Tutkimus neljästä erityyppisestä terveyskeskuksesta. Helsingin yliopisto. Helsinki.

Kekki P, Laamanen R. 1992. Vanhusväestö terveyspalvelujen käyttäjänä. Suomen lääkärilehti 5, 425-430.

Kivelä S-L. 1985. Kotipalvelu ja kotisairanhoido. Tutkimus Posion kunnan valvotun kotisairaanhoidon ja kotipalvelun käyttäjistä. Kaupunkiliiton julkaisu C 77. Suomen kaupunkiliitto. Helsinki.

Koivukangas P, Koivukangas J, Ohinmaa A. 1992. NHP-Koetun terveydentilan mittari terveydenhuollon arviointitutkimuksiin. Sosiaalilääketieteellinen Aikakausilehti 29, 229-235.

Kokko S. 1997. Kunnallisten sosiaali- ja terveyspalveluiden muuttuvat organisointitavat. Kirjassa: Uusitalo H, Staff M. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 1997. Stakes. Raportteja 214. Gummerus OY. Jyväskylä.

Komiteamietintö 1983. Helsinki. Vanhenemista käsittelevän YK:n maailmankonferenssin Suomen toimikunnan mietintö 1983: 5. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Komiteamietintö 1996. Vanhuspolitiikkaa vuoteen 2001. Suomen vanhuspoliittisen tavoite- ja strategiatoimikunnan mietintö 1996:1. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö.

Koskinen S. 1993. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve ja käyttö. Teoksessa: M.Jylhä. (toim.) Vanhuusikä muutoksessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 6. Helsinki.

Koskinen S. 1994. Gerontologian sosiaalityö vanhuspolitiikan mikrorakenteena. Lapin Yliopisto. Rovaniemi.

Kärkkäinen S-L. 1994. Mökistä taajamiin. Ikääntyvien asunto-olot 1950-luvulta 1990-luvulle. Julkaisussa: Sailas R, Mikkonen S.(toim.) Katsaus ikääntyvien elinoloihin. SVT. Helsinki.

Laamanen R. 1992. Terveyskeskussairaaloiden käyttö ja sen alueellinen vaihtelu Suomessa. Väitöskirja. Helsingin Yliopisto.

Lehto J. 1995. Kunnallisten sosiaali- ja terveyspalvelujen muutossuunta 1990-luvun alun talouskriisin aikana. Teoksessa: Hänninen S, Iivari J, Lehto J. (toim.) Hallittu muutos sosiaali- ja terveydenhuollossa. Stakes. Raportteja 182. Gummerus. Saarijärvi.

Lehtonen R, Klaukka T. 1992. Terveystila ja terveyspalvelujen käyttö vuoteen 2010. Teoksessa: Kalimo-Klaukka-Lehtonen-Nyman.(toim.) Suomalaisten terveysturva ja sen kehitystarpeet. Terveysturvan väestötutkimuksen 1987 päätulokset. Lehtikarin Kirjapaino OY. Järvenpää.

Montgomery R, Hirshorn B. 1991. Current and future family help with long term care needs of the elderly. Research on aging 13, 2: 171-204.

Nijkamp P, Pacolet J, Spinnewyn H, Wilderom C, Winters S. 1991. Services for the elderly in Europe. A cross-national comparative study. Comission of the European communities. Katholieke Universiteit Leuven Vrije, Universitet Amsterdam, Leuven.

Niinistö L. 1987. Kotona asuvien ja pysyvästi laitoshoidossa olevien vanhusten eroavuudet. Lääkintöhallituksen tutkimuksia 46. Helsinki.

Nikiforow O, Salmela R. 1995. Pitkäaikaispotilaat sairaaloissa vuosina 1990-1994. Stakes. Tilastotiedote 42. Helsinki.

Noro A. 1998. Long-term institutional care among Finnish elderly population. Trends and potential for discharge. Research Report 87. Stakes. Helsinki.

Noro A, Lounamaa A. 1993. Koti laitoksessa. Hyvinvointikatsaus 4, 30-33. Stakes. Helsinki.

Nummenmaa T, Konttinen R, Kuusinen J, Leskinen E, 1997. Tutkimusaineiston analyysi. Porvoo. WSOY.

Nyman K. 1993. Tasa-arvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Valtakunnallinen arviointitutkimus terveyspalvelujen käytön eroista. Helsinki. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M:88.

Palvelurakennetyöryhmän muistio 1992. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriö. Työryhmämuistio 1992: 17. Valtion painatuskeskus.

Purola T, Nyman K, Sievers K. 1971. Sairausvakuutus, sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A 8. Helsinki.

Raassina A. 1994. Vanhuspolitiikka, lähtökohdat tulevaisuudelle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 6. Helsinki.

Raatikainen R. 1992. Potilaiden avun tarve ja palvelujen riittävyys kotisairaanhoidossa. Geronrologia 6, 1: 32-42.

Riley M. 1992. Foreword. Teoksessa: Ory M, Abeles R, Lipman

P. (toim.) Aging, Health and Behavior. Sage Publications, Inc. USA.

Roos P, Shapiro E, Roos E. 1984. Aging and the demand for Health services. The Gerontologist 24 1, 31-34.

Rosenberg M. 1988. Linking the Geographical, the Medical and the Political in Analysing Health Care Delivery Systems. Soc. Sci. Med. 26 1, 179-186.

Sakari-Rantala R, Lampinen P. 1999. Iäkkäiden jyvaskyläläisten sosiaalistaloudellinen asema ja elinolot. Julkaisussa: Suutama T, Ruoppila I, Laukkanen P. (toim.) Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn muutokset. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 42. Kela. Helsinki.

Salmela R. 1995. Somaattinen erikoissairaanhoido. Teoksessa: Uusitalo-Konttinen-Staff.(toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakes-raportti 173. Gummerus. Jyväskylä.

Shapiro E, Tate R. 1988. Who is really at risk of institutionalization? The Gerontologist, 28, 237-245.

Sihvo T, Lindqvist M. 1994. Muutossuunnat kunnissa. Tietoja sosiaali- ja terveydenhuollon menoista, säästöistä, rationalisoinnista, priorisoinnista ja karsinnasta lamavuosina 1992 ja 1993. Stakes. Raportteja 135. Gummerus. Jyväskylä.

Sosiaali- ja terveydenhuollonlainsäädäntö 1972, 1993, 1996. Toim. Onikki E, Ranta H. Lakimiesliiton kustannus. Helsinki.

Sosiaaliturvan strategiat-viisi vuotta 2000-luvulle. Helsinki. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1. 1995. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.

Sosiaali- ja terveyspalvelumuistio 1987. Helsinki. Vanhusten sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen mitoitusryhmän muistio 1987: 11. Valtion painatuskeskus.

Taskutilastotieto 1999. Stakes. Helsinki

Suutama T, Ruoppila I, Laukkanen P. 1999. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn muutokset. Havaintoja Ikivihreät-projektin 8-vuotisesta seuruututkimuksesta. Kela. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 42. Hakapaino OY.

Tilastokeskus väestöennuste 1993. Helsinki

Terveydenhuollon toimintakertomus vuodelta 1988. Jyväskylän kaupunki. 1988

Uusitalo H, Konttinen M. 1995. Sosiaali- ja terveyspalvelujen kehitys laman vuosina: Yhteenvetoa ja tulkintoja. Teoksessa: Uusitalo H, Konttinen M, Staff M. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakes raportteja 173. Gummerus Kirjapaino OY. Jyväskylä.

Vaarama M. 1995. Vanhusten hoivapalvelujen tuloksellisuus hyvinvoinnin tuotanto-näkökulmasta. Stakes. Tutkimuksia 55. Jyväskylä.

Vaarama M. 1992. Vanhusten palvelujen tavoitteet ja todellisuus. Raportteja 48. Sosiaali- ja terveyshallitus. Valtion painatus-keskus. Helsinki.

Vaarama M, Noro A. 1997. Vanhusten sosiaali- ja terveyspalvelut. Teoksessa: Uusitalo H, Staff M. (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 1997. Stakes raportteja 214. Jyväskylä.

Vaarama M, Hurskainen R. 1993. Hyvään vanhuuteen 1990- ja 2000-luvuilla. Stakes raportti 92. Sosiaali- ja terveysalan

tutkimus- ja kehittämiskeskus. Gummerus. Jyväskylä.

Vaarama M, Lehto J. 1996. Vanhuspalvelujen rakennemuutos 1988-1994. Julkaisussa: Viialainen ja Lehto. (toim.) Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Stakes. Raportteja 192. Gummerus OY. Jyväskylä.

VATT. 1995. Vanhustenhuollon palvelut- kilpailua ja valinnanvapautta. Palvelujen tutkimus- ja kehittämishankkeen vanhuspalvelujen työryhmän loppuraportti. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus, VATT. Helsinki.

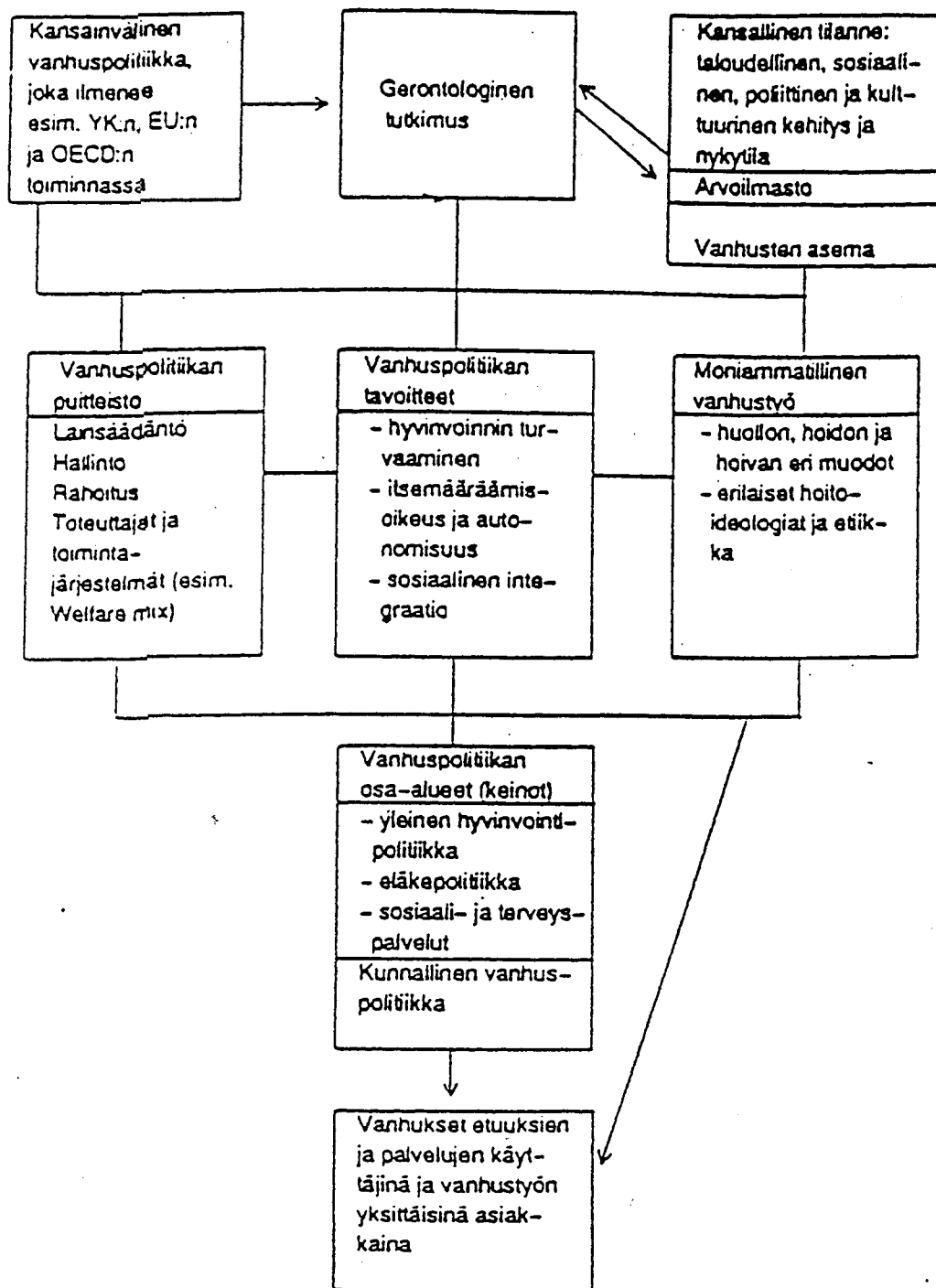
Widström E, Luoma A-R. 1995. Suunterveydenhuolto. Teoksessa: Uusitalo M, Konttinen M, Staff M, (toim.) Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus. Stakes-raportti 173. Gummerus. Jyväskylä.

Worobey J, Angel R. 1990. Funktional capacity and living arrangements of unmarried elderly persons. Journal Gerontol Soc Sci. 45, 95-101.

Wolinsky Fredric D, Johnson Robert J. 1991. The Use of Health Services by Older Adults. Journal of Gerontology, Social Sciences, 46, vol. 6, 345-357.

Väestötiedot. 1996. Hallintokeskus. Jyväskylä.

Liite 1



Vanhuspolitiikan kokonaisuus (Koskinen 1994, 27).

Liite 2. Vanhusten hoivapalvelut (merkitty *)osana ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen kokonaisuutta. (Vaarama 1995).

Sosiaalihuolto:	Terveydenhuolto:
Sosiaalityö	Aikuisneuvola
Toimeentulotuki	Lääkärinvastaanotto
Päidehuolto	Hammashuolto
Vammaishuolto	Kuntoutus
Perheneuvonta	Mielenterveystoimisto
Asumispalvelut:	
* palveluasuminen tukiasuminen vanhusten ja vammaisten asuntojen pienimuotoiset muutos- ja korjaustyöt	* Valvottu kotisairaanhoido * Päiväsairaanhoido
Kotipalvelut:	Terveyskeskuksen sairaala:
* kodinhoitoapu	äkillisesti sairastuneiden hoito
* kotipalvelun tukipalvelut	* päiväsairaanhoido yösairaanhoido viikkohoido jaksottainen hoito
* päivätoiminta	* pitkäaikaishoido
* kotihoidon tuki	Erikoislääkärijohtoinen sairaala:
Perhehoito	äkillisesti sairastuneiden erikois-sairaanhoido geriatrinen tutkimus, hoito ja arviointi psykiatrinen hoito
Sosiaalinen loma ja virkistystoiminta	* pitkäaikaishoido
Vanhainkoti:	Ympäristöterveydenhuolto
* pitkäaikainen hoito	
* lyhytaikainen hoito	
* osavuorokautinen hoito	Psykiatrinen sairaala:
* päivätoiminta	* pitkäaikaishoido

Liite 3. Jyväskylän kaupungin väestötiedot vuonna
31.12.1995. (Jyväskylän kaupunki, Keskushallinto)

1. VÄESTÖ SYNTYMÄVUODEN, IÄN JA SUKUPUOLEN MUKAAN 31.12.1995
BEFOLKNING EFTER FÖDELSEÅR, ÅLDER OCH KÖN 31.12.1995

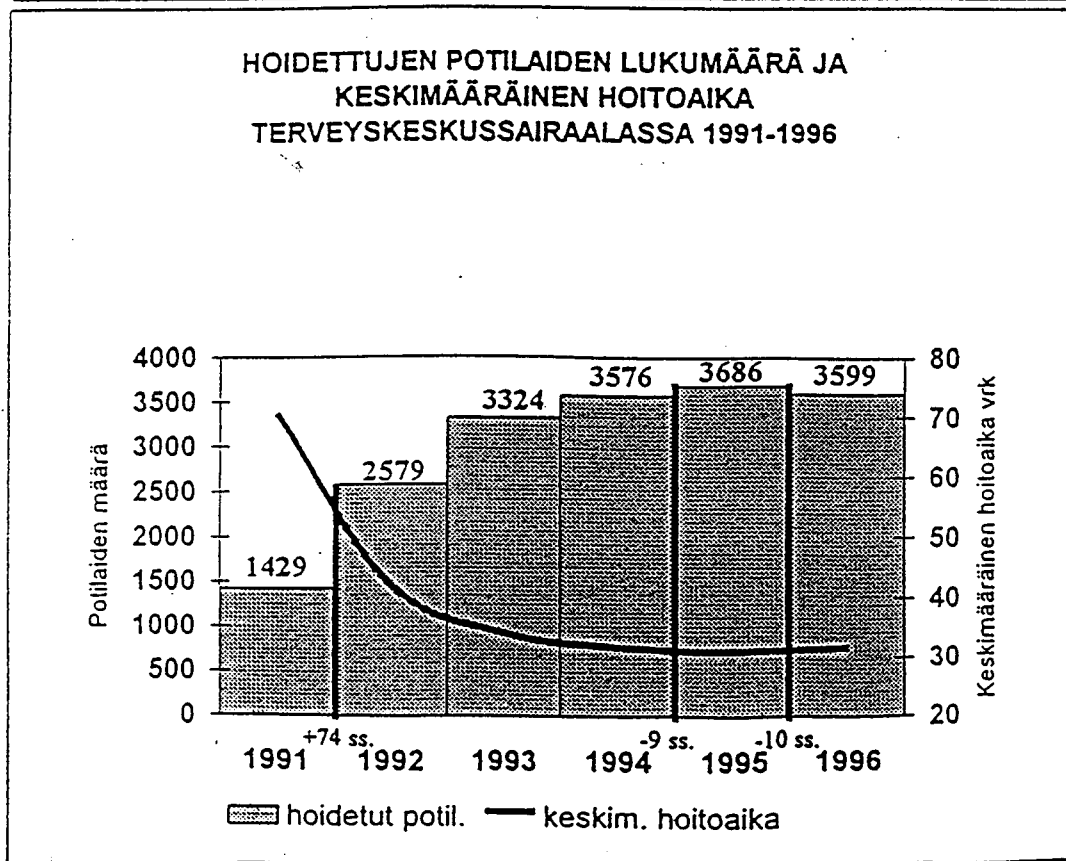
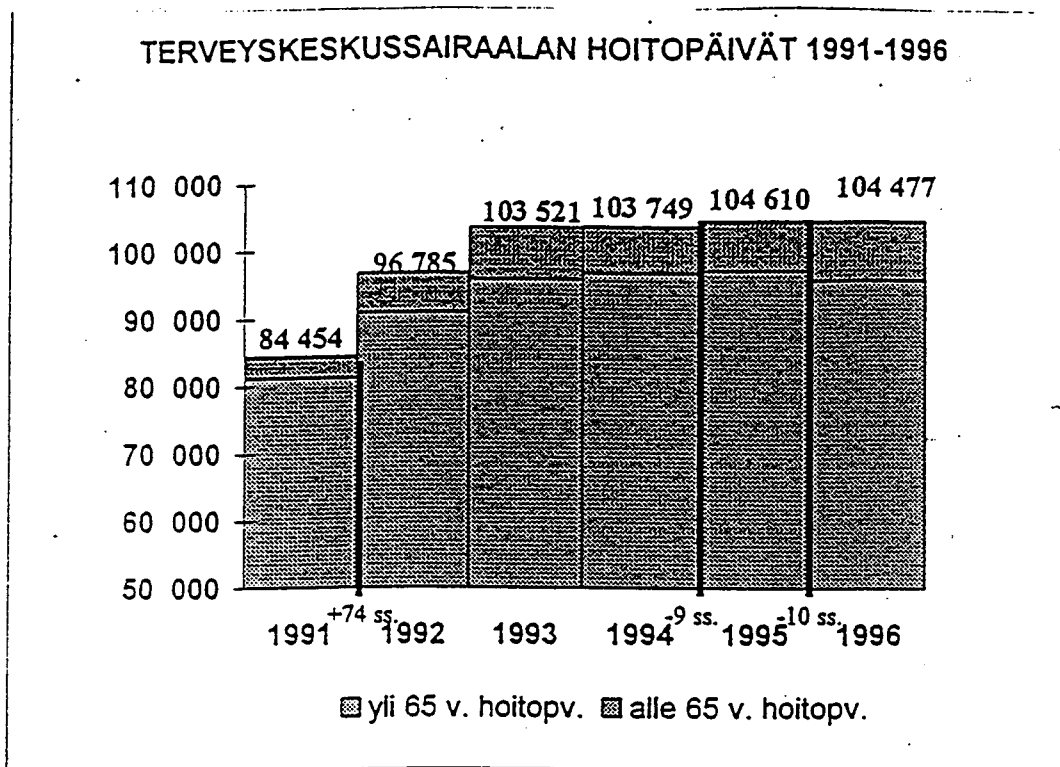
JYVÄSKYLÄ

SV = SYNTYMÄVUOSI - FÖDELSEÅR
I = IKÄ - ÅLDER

MS = MOL.SUKUP. - BÅDA KÖNEN
M = MIEHIÄ - MÄN
N = NAISIA - KVINNOR

	SV	I	MS	M	N	SV	I	MS	M	N
	1995	0	955	467	488	1945	50	1029	501	528
	1994	1	945	494	451	1944	51	819	396	423
	1993	2	927	480	447	1943	52	809	389	420
	1992	3	899	433	466	1942	53	639	308	331
	1991	4	889	470	419	1941	54	993	468	525
	1990	5	894	442	452	1940	55	679	315	364
	1989	6	828	419	409	1939	56	827	372	455
	1988	7	884	436	448	1938	57	733	352	381
	1987	8	868	435	433	1937	58	665	315	350
	1986	9	885	438	447	1936	59	637	295	342
	1985	10	838	431	407	1935	60	610	267	343
	1984	11	926	461	465	1934	61	610	269	341
	1983	12	869	455	414	1933	62	571	239	332
	1982	13	895	460	435	1932	63	606	254	352
	1981	14	901	460	441	1931	64	614	262	352
	1980	15	946	457	489	1930	65	630	265	365
	1979	16	856	440	416	1929	66	623	266	357
	1978	17	940	463	477	1928	67	609	226	383
	1977	18	973	470	503	1927	68	571	211	360
	1976	19	1071	499	572	1926	69	598	201	397
	1975	20	1191	543	648	1925	70	560	204	356
	1974	21	1158	532	626	1924	71	590	203	387
	1973	22	1154	565	589	1923	72	510	191	319
	1972	23	1177	575	602	1922	73	439	141	298
	1971	24	1253	625	628	1921	74	475	151	324
	1970	25	1234	615	619	1920	75	466	152	314
	1969	26	1266	643	623	1919	76	343	114	229
	1968	27	1261	618	643	1918	77	368	118	250
	1967	28	1220	635	585	1917	78	329	102	227
	1966	29	1183	594	589	1916	79	309	85	224
	1965	30	1200	595	605	1915	80	283	80	203
	1964	31	1138	576	562	1914	81	277	84	193
	1963	32	1195	619	576	1913	82	253	72	181
	1962	33	1141	599	542	1912	83	214	66	148
	1961	34	1149	581	568	1911	84	183	52	131
	1960	35	1223	622	601	1910	85	172	42	130
	1959	36	1162	560	602	1909	86	158	31	127
	1958	37	1035	515	520	1908	87	123	28	95
	1957	38	1108	533	575	1907	88	97	23	74
	1956	39	1114	552	562	1906	89	80	14	66
	1955	40	1164	574	590	1905	90	46	10	36
	1954	41	1163	583	580	1904	91	37	7	30
	1953	42	1099	502	597	1903	92	29	3	26
	1952	43	1162	574	588	1902	93	18	5	13
	1951	44	1141	558	583	1901	94	22	7	15
	1950	45	1245	621	624	1900	95	10	1	9
	1949	46	1274	620	654	1899	96	2	0	2
	1948	47	1332	651	681	1898	97	4	1	3
	1947	48	1263	640	623	1897	98	0	0	0
	1946	49	1208	573	635	1896	99	0	0	0
						100-		1	0	1
						YHT.		74072	34861	39211

Liite 4. Jyväskylän kaupungin terveyskeskusairaalan hoitopäivät vuonna 1996. (Sosiaali- ja terveystalokeskuksen vuosikertomus v.1996).



Liite 5.

TERVEYS-, SOSIAALI- JA LIIKUNTAPALVELUT

Havaintotunnus _____

1.

Kortti

5.

Päiväys _____

Haastattelija _____

Tämä osa haastattelua koskee teidän käyttämiänne terveys-, sosiaali- ja liikuntapalveluja täällä Jyväskylässä. Aloitamme terveyspalveluista.

1. Montako kertaa olette viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyttänyt seuraavia kaupungin tarjoamia (ei yksityisiä) avo-terveydenhuollon palveluja (terveyskeskus) (ei sairaala)?

Olen käynyt lääkärissä _____	7.
Kotisairaanhoidtaja on käynyt luonani _____	9.
Olen käynyt neuvolassa/terveydenhoitajan/sairaanhoidtajan luona _____	11.
Olen ollut fysioterapiassa _____ (lääkintävoimistelija/kuntohoitaja)	13.
Olen käynyt psykologin luona _____	15.
Olen käynyt laboratoriossa _____	17.
Olen käynyt röntgenissä _____	19.
Olen käynyt hammashoidossa _____ (sis. myös hammaslääkärin)	21.
Lääkäri on käynyt luonani kotikäynnillä _____	23.
Olen käynyt puheterapiassa _____	25.
Muu, mikä? _____	27.

2. Jos olette käyttänyt viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana yllämainittuja terveyspalveluita, miten tyytyväinen olette olleet niihin.

	erittäin tyytyväinen	tyytyväinen	vaikeaa sanoa	tyytymättömän	erittäin tyytymättömän	en ole käyttänyt	
Lääkäripalveluihin	1	2	3	4	5	6	29. .
Kotisairaanhoidopalveluihin	1	2	3	4	5	6	30. .
Neuvolapalveluihin terv.hoit./sair.hoit.	1	2	3	4	5	6	31. .
Fysioterapiapalveluihin	1	2	3	4	5	6	32. .
Psykologin palveluihin	1	2	3	4	5	6	33. .
Laboratorion palveluihin	1	2	3	4	5	6	34. .
Röntgenpalvelut	1	2	3	4	5	6	35. .
Hämmäshuollon palveluihin	1	2	3	4	5	6	36. .

Terveyskeskussairaaloissa toteutunut osastohoito:

3. Oletteko ollut vuoden 1988 jälkeen hoidossa terveyskeskuksen sairaalassa? (Kyllö, Pitkäkatu, Mattila, Vuoristosairaala)
- 0 en 37. . .
- 1 kyllä _____ kertaa
- (Jos vastaus en, siirry kysymykseen 7.) 100
4. Jos kyllä, miten usein viimeisen 12 kalenterikuukauden aikana olette olleet hoidossa terveyskeskuksen sairaalassa? _____ kertaa 39. . .

(Jos 4 = 0, siirry kysymykseen 100)

5. Montako päivää olitte viimeksi hoidossa terveyskeskuksen sairaalassa (viimeisen 12 kuukauden aikana)? _____ päivää 41. . . .
6. Kuinka tyytyväinen olitte viimeksi olleeseen hoitokertaan? 44. . . .
- 1 erittäin tyytyväinen
 - 2 tyytyväinen
 - 3 vaikea sanoa
 - 4 tyytymätön
 - 5 erittäin tyytymätön

Keskussairaalan vuodeosastohoito:

100. Oletteko ollut keskussairaalassa hoidettavana vuonna 1988 tehdyn haastattelun jälkeen? 45. . . .
- 0 en
 - 1 kyllä _____ kertaa

7. Oletteko ollut keskussairaalan osastolla, sädesairaalan tai Kinkomaan sairaalan osastoilla hoidettavana viimeisten 12 kuukauden aikana? 47. . . .
- 0 en
 - 1 kyllä _____ kertaa

(Jos 7 = en, siirry kysymykseen 10.) 161

8. Miten monta vuorokautta yhteensä olette ollut viimeksi kulu-
neiden 12 kuukauden aikana edellä mainituissa sairaaloissa
(keskus-, säde- tai Kinkomaan sairaala) hoidettavana?
_____ vrk 49. . . .

9. Olitteko tyytyväinen hoitoon? 52. . . .
- 1 erittäin tyytyväinen
 - 2 tyytyväinen
 - 3 vaikea sanoa
 - 4 tyytymätön
 - 5 erittäin tyytymätön

101. Oletteko käyttänyt maksullisia yksityisiä kotisairaanhoido-
palveluja? 53. . . .
- 0 en
 - 1 kyllä

102. Oletteko käyttänyt yksityissairaalapalveluita (Suomessa tai ulkomailla) vuonna 1988 tehdyn haastattelun jälkeen? 54. .
- 0 en
- 1 kyllä

LÄÄKÄRISSÄKÄYNNIT

11. Kuinka monta kertaa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana yhteensä olette käynyt lääkärissä? (Kaikki lääkärissäkäynnit, myös hammaslääkäri, yksityislääkäri) 55. . .
- 0 en ole käynyt ollenkaan
- 1 olen käynyt noin _____ kertaa

(Jos vastaus on en, siirry kysymykseen 13)

12. Missä tapasitte nämä lääkärit ja kuinka monta kertaa? (Vastatkaa jokaiseen kohtaan)
- | | | | |
|---|--|--------------|-----------|
| 1 | terveyskeskuksessa | _____ kertaa | 57: . . . |
| 2 | yksityislääkärin vastaanotolla | _____ kertaa | 59: . . . |
| 3 | vanhainkodissa | _____ kertaa | 61: . . . |
| 4 | sairaalan poliklinikalla | _____ kertaa | 63: . . . |
| 5 | Keljon vanhainkodin päivöosastolla | _____ kertaa | 65: . . . |
| 6 | hammaslääkäri (terveyskeskus) | _____ kertaa | 67: . . . |
| 7 | hammaslääkäri (yksityisvastaanotto) | _____ kertaa | 69: . . . |
| 8 | jossakin muualla, missä ja montako kertaa? | | 71: . . . |
| | _____ | | |
| | _____ | | |
| | _____ | | |

VIIMEINEN LÄÄKÄRISSÄKÄYNTI

			Kortti	5. . .
19.	Milloin viimeksi kävitte lääkärissä? _____ (Jos käynnistä enemmän kuin 5 vuotta, siirry kysymykseen 36)			7. . .
20.	Kun viimeksi kävitte lääkärissä, olitteko varannut vastaanottoajan etukäteen? 1 en 2 kyllä 3 aika oli annettu etukäteen (Jos aika oli annettu etukäteen, siirry kysymykseen 35.)			9. .
21.	Jos olitte varannut ajan, kuinka monen päivän kuluttua ajan varaamisesta pääsitte vastaanotolle? _____päivän kuluttua			10. . .
22.	Jos olitte varannut ajan, saitteko ajan haluamallenne päivälle? (viikolle)	<u>Ei</u>	<u>Kyllä</u>	12. .
23.	Pääsittekö haluamallenne lääkärille?	1	2	13. .
103.	Onko teillä joku tietty lääkäri, jonka hoidossa olette?	1	2	14. .
24.	Jos olitte varannut ajan, oliko kohtelu ajanvarauksessa ystävällistä?	1	2	15. .

Liitetaulukko 6. Siviilisääty 1904-23 syntyneillä miehillä ja naisilla kymmenvuotisikä-ryhmittäin. Kaikki vuonna 1988 haastatellut sekä seuruututkimukseen osallistuneet 1988-1996, kuolleet ja muu kato (%) (Sakari-Rantala R 1999).

Siviilisääty	Seuruututkimus		McNemar p ¹	Alkututkimus 1988		
	1988	1996		Kaikki	Seuruun aikana	
					Kuolleet	Muu kato
<i>1904-13 syntyneet</i>						
Miehet	(n = 66)	(n = 66)		(n = 179)	(n = 108)	(n = 5)
Naimaton	3,0	1,5	***	2,2	1,9	0,0
Naimisissa	80,3	56,1		73,7	69,4	80,0
Avoliitossa	0,0	1,5		0,6	0,9	0,0
Leski	13,6	34,8		17,9	20,4	20,0
Eronnut	3,0	6,1		5,6	7,4	0,0
Naiset	(n = 186)	(n = 186)		(n = 409)	(n = 190)	(n = 33)
Naimaton	17,7	17,7	***	14,9	11,6	18,2
Naimisissa	16,1	7,5		17,8	20,5	12,1
Avoliitossa	0,0	0,0		0,2	0,5	0,0
Leski	61,3	71,5		61,6	61,6	63,6
Eronnut	4,8	3,2		5,4	5,8	6,1
<i>1914-23 syntyneet</i>						
Miehet	(n = 146)	(n = 146)		(n = 241)	(n = 72)	(n = 23)
Naimaton	6,2	5,5		4,1	1,4	0,0
Naimisissa	76,0	64,4		78,0	77,8	91,3
Avoliitossa	1,4	2,7		1,2	1,4	0,0
Leski	9,6	18,5		10,4	13,9	4,3
Eronnut	6,8	8,9		6,2	5,6	4,3
Naiset	(n = 262)	(n = 262)		(n = 392)	(n = 78)	(n = 52)
Naimaton	13,4	13,4	***	12,2	10,3	9,6
Naimisissa	34,4	15,6		36,0	41,0	36,5
Avoliitossa	1,5	0,8		1,3	0,0	1,9
Leski	40,1	61,1		39,8	38,5	40,4
Eronnut	10,7	9,2		10,7	10,3	11,5

¹ Testissä muuttuja kaksiluokkaisena (naimisissa/avoliitossa olevat vs. naimattomat, lesket eronneet).

*** = p < 0,001

Liitetaulukko 7. Vuosina 1904-13 ja 1914-23 syntyneiden jyväs kyläläisten miesten ja naisten koulutustaso (%) vuosina 1988 ja 1996

Koulutustaso	1988	1996

1904-13 syntyneet		
miehet	(n=179)	(n=64)
ei kansakoulua	10,6	15,6
kansakoulu	75,4	75,0
keskikoulu	9,5	4,7
ylioppilas	4,5	4,7
naiset	(n=409)	(n=180)
ei kansakoulua	10,0	8,9
kansakoulu	75,8	73,9
keskikoulu	11,2	12,2
ylioppilas	2,9	5,0
1914-23 syntyneet		
miehet	(n=240)	(n=146)
ei kansakoulua	4,2	6,8
kansakoulu	79,6	78,8
keskikoulu	9,2	6,2
ylioppilas	7,1	8,2
naiset	(n=393)	(n=260)
ei kansakoulua	3,1	3,5
kansakoulu	80,9	80,0
keskikoulu	10,2	9,2
ylioppilas	5,9	7,3

Liitetaulukko 8. Omat nettotulot 1904-23 syntyneillä miehillä ja naisilla ikäryhmittäin. Kaikki vuonna 1988 haastatellut, seuraututkimukseen osallistuneet 1988 ja 1996, kuolleet ja muu kato (%). Vuoden 1988 tulot korjattu kertoimella 1,2666. (Sakari-Rantala 1999).

Kuukausitulot	Pitkinäistutkimus		Alkututkimus 1988		
	1988	1996	Kaikki	Seurauun aikana	
				Kuolleet	Muu kato
<i>1904-13 syntyneet</i>					
Miehet	(n = 55)	(n = 55)	(n = 159)	(n = 100)	(n = 4)
Alle 2 000 mk	0,0	3,6	0,0	0,0	0,0
2 001-3 500 mk	27,3	16,4	23,3	21,0	25,0
3 501-5 000 mk	36,4	43,6	43,4	49,0	0,0
5 001-6 500 mk	23,6	20,0	20,1	17,0	50,0
Yli 6 500 mk	12,7	16,4	13,2	13,0	25,0
Naiset	(n = 127)	(n = 127)	(n = 337)	(n = 179)	(n = 31)
Alle 2 000 mk	3,1	7,1	3,6	4,5	0,0
2 001-3 500 mk	37,8	31,5	46,6	53,6	41,9
3 501-5 000 mk	44,1	49,6	38,6	34,1	41,9
5 001-6 500 mk	10,2	5,5	8,9	6,7	16,1
Yli 6 500 mk	4,7	6,3	2,4	1,1	0,0
<i>1914-23 syntyneet</i>					
Miehet	(n = 132)	(n = 132)	(n = 225)	(n = 71)	(n = 22)
Alle 2 000 mk	0,0	0,8	0,4	1,4	0,0
2 001-3 500 mk	13,6	11,4	16,0	19,7	18,2
3 501-5 000 mk	37,1	50,0	39,1	45,1	31,8
5 001-6 500 mk	30,3	23,5	27,1	21,1	27,3
Yli 6 500 mk	18,9	14,0	17,3	12,7	22,7
Naiset	(n = 230)	(n = 230)	(n = 354)	(n = 77)	(n = 47)
Alle 2 000 mk	2,2	3,5	2,5	5,2	0,0
2 001-3 500 mk	54,3	43,0	51,7	42,9	53,2
3 501-5 000 mk	32,6	42,2	36,2	46,8	36,2
5 001-6 500 mk	7,8	7,4	6,8	2,6	8,5
Yli 6 500 mk	3,0	3,9	2,8	2,6	2,1

Liitetaulukko 9. Terveyspalvelujen käyttökertojen keskiarvot sekä hajonta (1904-13 synt.) 75-84-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä. Kaikki vuonna 1988 haastatellut sekä seuruututkimukseen osallistuneet 1988-1996, kuolleet ja muu kato (n=57-62)

Palvelu	Seuruututkimus			Alkututkimus 1988			p-arvo	
	1 1988	2 1996	p-arvo	3 kaikki	4 kuolleet	5 kato	4-3	5-3
avoterveyden-								
huollon lääkärissä	2,47±3.06	1,84±2,55	.143	2.25±2.79	2.17±2.73	1.28±1.38	.668	.351
kotisairaanh.käynnit	.033±.258	3,50±10,1	.010	1.03±5.27	1.73±6.81	.142±.378	.016	.040
neuvolakäynnit	1.24±3.20	.596±1.95	.170	.844±2.48	.612±2.00	.571±1.51	.180	.767
fysioterapiakäynnit	.271±1.50	.322±1.73	.868	.838±7.63	.285±2.11	.000±.000	.347	.768
psykologikäynnit	.000±.000	.000±.000	1.00	.000±.000	.000±.000	.000±.000	1.00	1.00
laboratoriokäynnit	1.12±2.12	1.21±2.00	.813	1.58±3.09	1.86±3.63	.571±1.13	.131	.056
röntgenikäynnit	.542±.795	.559±1.05	.923	.491±.827	.449±.839	.714±1.11	.436	.468
hammashoitokäynnit	.526±1.72	.526±1.19	1.00	.556±1.86	.581±2.02	.000±.000	.839	.422
lääkärinkotikäynnit	.000±.000	.305±1.20	.057	.029±.203	.040±.245	.142±.378	.361	.443
terveyskesk.sairaala	.169±.130	.322±.753	.004	.042±.402	.062±.517	.000±.000	.386	.179
terveyskesk.hoitovrk	.120±.919	11.9±53.1	.096	.225±1.53	.315±1.88	.000±.000	.327	.061
keskussairaala	.258±.571	.500±1.14	.137	.467±1.11	.575±1.24	.857±2.22	.111	.653
keskussair.hoitovrk.	1.93±4.62	2.69±5.87	.367	3.52±10.10	3.89±9.09	12.85±34.01	.585	.478
lääkärissä käyn.yht.	4.58±3.82	3.69±3.55	.127	.493±5.02	5.23±5.76	4.28±4.57	.324	.728
lääkärissä terv.kesk.	2.43±3.11	1.68±2.23	.085	2.16±2.77	2.10±2.71	1.14±1.21	.717	.065
yksityislääkäripalv.	.661±.978	.767±1.22	.569	.785±1.55	.878±1.85	.428±1.53	.303	.144
lääkäri vanh.koti	.000±.000	.210±1,11	.959	.000±.000	.000±.000	.000±.000	1.00	1.00
lääkäri päiväsair.	.000±.000	.000±.000	1.00	.041±.041	.070±.539	.000±.000	.278	.787
sairaalan polikl.	.631±1.18	.210±.526	.103	.850±2.28	1.00±2.57	1.00±2.23	.286	.860
hammaslääk.terv.kesk	.350±1.12	.368±.993	.926	.347±1.48	.387±1.74	.000±.000	.650	.530
yksityinen hamm.lääk.	.508±1.50	.350±1.43	.565	.628±1.89	.632±1.95	1.57±3.73	.975	.513
lääkäri muualla	.107±.493	.017±.134	.199	.162±.654	.163±.653	1.42±.378	.988	.935

Liitetaulukko 10. Terveyspalvelujen käyttökertojen keskiarvot sekä hajonta (1904-13 synt.) 75-84-vuotiailla jyväs-
läläisillä naisilla. Kaikki vuonna 1988 haastatellut sekä
seuruututkimukseen osallistuneet 1988-1996, kuolleet ja muu
kato (n=144-153).

Palvelu	Seuruututkimus			Alkututkimus 1988				
	1 1988	2 1996	p-arvo	3 kaikki	4 kuolleet	5 kato	p-arvo 4-3 5-3	

avoterveyden-								
huollon lääkäriässä	2.20±2.67	1.84±2.60	.198	2.55±4.20	2.86±4.73	1.97±2.75	.196	.209
kotisairaanh.käynnit	2.55±3.00	3.58±11.8	.699	7.06±42.1	12.8±55.5	2.00±8.51	.024	.044
neuvolakäynnit	.887±3.23	.715±2.20	.576	.885±.97	.900±2.73	.526±1.40	.928	.163
fysioterapiakäynnit	.596±2.37	.675±4.93	.856	.594±3.25	.511±2.59	1.21±7.29	.644	.568
psykologinkäynnit	.026±.326	.000±.000	.319	.021±.262	.017±.229	.000±.000	.798	.599
laboratoriokäynnit	1.21±2.26	1.68±4.79	.277	1.64±3.85	1.92±3.56	1.24±2.49	.204	.342
röntgenkäynnit	.390±.643	.549±1.06	.140	.493±.978	.549±.882	.750±2.07	.300	.421
hammashoitokäynnit	.346±1.57	.372±1.18	.873	.214±1.20	.081±.578	.368±1.68	.036	.545
lääkärikotikäynnit	.047±.425	.966±4.84	.022	.087±.412	.144±.454	.026±.162	.015	.056
terveyskesk.sairaala	.019±.140	.690±2.29	.000	.048±.249	.024±.155	.050±.257	.058	.419
terveyskesk.hoitovrk	.167±1.40	12.5±51.4	.004	1.19±8.89	2.38±13.01	.184±1.14	.031	.039
keskussairaala	.246±.686	.477±1.05	.048	.375±.922	.517±1.14	.289±.694	.009	.442
keskussair.hoitovrk	2.20±8.81	3.70±10.7	.206	2.39±6.36	4.85±11.71	2.39±6.36	.015	.327
lääkäriässä käyn.yht.	4.38±4.23	5.18±8.11	.258	4.82±5.49	5.26±5.82	4.07±3.78	.154	.235
lääkäriässä terv.kesk.	2.10±2.50	1.64±2.45	.082	2.39±3.30	2.54±2.76	1.94±2.77	.408	.379
yksityislääkäripalv.	.993±1.67	1.02±2.25	.869	.926±1.60	.894±1.38	1.07±1.93	.443	.638
lääkäri päiväsaiv.	.019±.244	.476±.434	.199	.274±2.87	.576±4.25	.052±.324	.093	.155
sairaalan polikl.	.275±.829	.443±1.28	.142	.460±1.57	.690±2.15	.131±.414	.016	.001
hammaslääk.terv.kesk.	.198±1.36	.211±.830	.920	.138±1.04	.041±1.35	.368±1.68	.075	.363
yksit.hammaslääk.	.657±1.77	.302±1.11	.026	.498±1.63	.417±1.64	.394±1.28	.382	.680
lääkäri muualla	.102±.584	.171±.698	.375	.145±.765	.201±.967	.131±.475	.225	.857

Liitetaulukko 11. Terveyspalvelujen käyttökertojen keskiarvot sekä hajonta (1914-23 synt.) 65-74-vuotiailla jyvaskyläläisillä miehillä. Kaikki vuonna 1988 haastatellut sekä seurautusosastoon osallistuneet 1988-1996, kuolleet ja muu kato (n=139-143).

Palvelu	Seurautus			Alkututkimus 1988				
	1	2	p-arvo	3	4	kato	p-arvo	
	1988	1996		kaikki	kuolleet		4-3	5-3
avoterveyden								
huollon lääkäriässä	1.63±1.87	1.89±2.33	.246	1.94±2.27	2.76±3.02	1.45±1.10	.004	.065
kotisairaanh.käynnit	.007±.084	1.51±6.10	.004	1.66±23.9	5.70±44.2	.000±.000	.292	.732
neuvolakäynnit	1.19±2.76	1.81±3.96	.089	1.12±2.92	.941±2.67	1.40±4.47	.530	.753
fysioterapiakäynnit	.659±2.64	.971±3.78	.437	2.05±4.23	.882±2.78	2.04±4.23	.912	.166
psykologikäynnit	.000±.000	.021±1.14	.083	.000±.000	.000±.000	.000±.000	1.00	1.00
laboratoriokäynnit	.879±1.67	1.87±4.24	.004	1.88±2.37	2.01±3.53	.636±.790	.011	.013
röntgenkäynnit	.340±.583	.531±1.04	.040	.407±.683	.558±.870	.363±.581	.066	.751
hammashoitokäynnit	1.17±3.87	1.02±2.67	.635	1.03±3.96	.955±4.70	.454±1.40	.870	.129
lääkärinkotikäynnit	.000±.000	.078±.508	.070	.000±.000	.000±.000	.000±.000	1.00	1.00
terveyskesk.sairaala	.000±.000	.204±.565	.000	.000±.000	.000±.000	.000±.000	.	.
terveyskesk.hoitovrk	.050±.594	1.08±4.16	.004	.042±.545	.073±.606	.000±.000	.702	1.00
keskussairaala	.211±.593	.415±.756	.015	.403±1.02	.838±1.54	.318±.894	.002	.683
keskussair.hoitovrk	2.07±8.50	2.81±7.06	.435	1.90±7.91	6.58±.12.2	1.22±.3.29	.005	.024
lääkäriässäkäynnit yht	4.36±4.54	5.47±5.09	.015	5.06±7.75	.677±12.3	3.61±2.91	.122	.071
lääkäriässä terv.kesk.	1.62±1.87	1.83±2.36	.333	1.90±2.26	2.69±3.00	1.40±1.14	.006	.065
yksityislääk.palv.	.816±1.44	1.07±1.65	.101	.811±1.35	.779±1.20	.909±1.30	.819	.723
lääkäri päiväsaiv.	.070±.839	.112±1.34	.752	.042±.655	.000±.000	.000±.000	.522	.748
sairaalanpolikl.	.239±.816	.823±2.04	.002	.867±6.57	2.33±12.0	.363±1.13	.160	.299
hammaslääk.terv.kesk.	1.06±3.81	.816±2.33	.505	.785±3.16	.352±1.74	.318±1.28	.082	.153
yksit.hammaslääk.	.507±1.43	.514±2.35	.975	.467±1.50	.367±1.69	.544±1.43	.516	.800
lääkäri muualla	.241±.783	.255±.937	.879	.236±.798	.264±.891	.136±.640	.726	.540

Liitetaulukko 12. Terveyspalvelujen käyttökertojen keskiarvot sekä hajonta (1914-23 synt.) 65-74-vuotiailla jyvaskyläläisillä naisilla. Kaikki vuonna 1988 haastatellut sekä seuraututkimukseen osallistuneet 1988-1996, kuolleet ja muu kato (n=250-256).

Palvelu	Seuraututkimus			Alkututkimus 1988			p-arvo	
	1	2		3	4	5	4-3	5-3
	1988	1996	p-arvo	kaikki	kuolleet	kato		
avoterveyden								
huollon lääkäriässä	2.11±2.61	2.22±2.84	.565	2.19±2.60	2.65±2.79	1.88±2.23	.093	.356
kotisairaanh.käynnit	.078±.806	.649±3.14	.005	.144±1.06	.486±1.88	.000±.000	.066	.296
neuvolakäynnit	1.05±2.05	1.81±4.99	.002	1.15±2.50	1.49±3.93	1.17±1.93	.381	.935
fysioterapiakäynnit	.898±3.23	.784±3.70	.709	1.04±3.30	1.66±3.74	.941±2.99	.076	.810
psykologikäynnit	.007±.058	.031±.353	.304	.018±.222	.068±.481	.000±.000	.276	.528
laboratoriokäynnit	1.32±2.80	2.11±4.30	.006	1.52±2.85	2.22±3.34	1.50±2.26	.038	.951
röntgenkäynnit	.474±1.09	.556±1.15	.213	.530±1.09	.712±1.16	.568±.985	.113	.787
hammashoitokäynnit	.356±1.29	.576±1.73	.043	.291±1.13	.164±.578	.137±.849	.108	.192
lääkärinkotikäynnit	.000±.000	.054±.448	.052	.262±.415	.123±.942	.019±.140	.280	.807
terveyskesk.sairaala	.003±.063	.259±.708	.000	.013±.114	.054±.229	.000±.000	.060	.025
terveyskesk.hoitovrk	.719±11.4	2.35±12.9	.122	.598±10.4	.750±3.96	.019±.140	.841	.216
keskussairaala	.170±.576	.379±.786	.000	.228±.767	.493±1.30	.137±.448	.039	.171
keskussair.hoitovrk	1.47±6.42	2.43±7.57	.105	1.576±6.47	5.84±17.82	1.11±4.69	.047	.093
lääkäriässäkäynn.yht	4.08±3.52	4.42±4.35	.233	4.37±3.83	5.39±14.7	4.11±3.54	.036	.603
lääkäriässä terv.kesk.	2.01±2.63	1.84±2.04	.353	2.15±2.68	2.47±2.77	2.07±2.55	.255	.105
yksityislääk.palv.	.770±1.21	1.11±1.80	.003	.779±1.27	.739±1.30	.902±1.56	.767	.540
lääkäri päiväsaiv.	.011±.189	.111±.971	.113	.023±.302	.082±.595	.000±.000	.306	.550
sairaalanpolikl.	.324±1.12	.434±.182	.215	.503±1.66	1.24±2.99	.313±.860	.012	.157
hamm.lääk.terv.kesk.	.284±1.13	.533±1.73	.028	.228±.993	.095±.446	.137±.849	.043	.482
yksit.hammaslääk.	.723±2.14	.213±.910	.000	.664±1.92	.479±1.39	.666±1.45	.256	.990
lääkäri muualla	.055±.477	.071±.349	.674	.094±.663	.287±1.20	.020±.141	.100	.050

Liitetaulukko 13. Vuonna 1904-13 syntyneiden 75-84-vuotiaiden jyvaskyläläisten miesten osuudet terveysterveyspalvelujen käytössä. Kaikki vuonna 1988 haastatellut ja seuruututkimukseen osallistuneet 1988-1996, kuolleet ja muu kato (%).

Palvelut	Seuruututkimus		Alkututkimus 1988		
	1988	1996	Kaikki	Kuolleet	Kato

(n=57-62)					
			Seuruun aikana		
avoterveydenhuollon					
lääkärissä	70,2	61,4	68,9	68,4	57,1
kotisairaanh.käynnit	1,7	18,3	9,0	13,3	14,3
neuvolakäynnit	26,3	14,0	18,6	14,3	14,3
fysioterapiakäynnit	3,4	3,4	3,6	3,1	1,0
psykologikäynnit	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
laboratoriokäynnit	46,4	41,1	48,5	48,5	28,6
röntgenkäynnit	40,7	33,9	33,5	28,5	42,9
hammashoitokäynnit	15,8	22,8	15,0	14,3	0,0
lääkärin kotikäynnit	1,0	8,5	2,4	3,1	14,3
terveyskesk.sairaala	1,0	22,0	1,8	2,1	0,0
terveyskesk.hoitovrk.	1,7	20,7	2,4	3,2	0,0
keskussairaala	21,0	27,4	24,3	27,3	14,3
keskussair.hoitovrk.	21,0	27,4	24,3	27,3	14,3
lääkärikäynnit yht.	86,1	83,0	87,4	87,8	85,7
lääkärissä terv.kesk.	70,4	61,1	67,7	66,3	57,1
yksityislääkärissä k.	39,3	39,3	36,3	33,3	42,9
lääkärissä vanh.koti	0,0	3,5	0,0	0,0	0,0
lääkärissä päiväsair.	0,0	0,0	1,2	2,0	0,0
sairaalan polikl.	24,6	15,8	27,5	29,6	28,6
hammaslääk.terv.kesk.	14,0	17,5	10,2	9,2	0,0
yksityishammaslääk.	10,3	10,5	18,0	16,3	28,6
lääkärissä muualla	7,0	1,8	8,4	8,2	14,3

Liitetaulukko 14. Vuonna 1904-13 syntyneiden 75-84 vuotiaiden jyvaskyläläisten naisten osuudet terveystalvelujen käytössä. Kaikki vuonna 1988 haastatellut sekä seuruututkimukseen osallistuneet 1988-1996, kuolleet ja muu kato (%).

Palvelut	Seuruututkimus		Alkututkimus 1988		
	1988	1996	Seuruun aikana		
			Kaikki	Kuolleet	Kato

avoterveydenhuollon					
lääkärissä	67,3	61,9	71,0	74,4	63,2
kotisairaanhoid.käynnit	4,7	22,3	17,4	27,2	18,4
neuvolakäynnit	21,9	18,5	21,0	21,6	18,4
fysioterapiakäynnit	9,9	5,3	6,7	4,7	5,3
psykologin käynnit	0,7	0,0	0,8	0,6	0,0
laboratoriokäynnit	46,0	44,0	48,1	50,9	43,2
röntgenkäynnit	31,8	31,8	33,9	37,4	33,3
hammashoitokäynnit	8,5	16,3	5,6	2,9	7,9
lääkärin kotikäynnit	2,0	16,1	6,1	11,0	2,6
terveyskesk.sairaala	2,0	32,2	4,3	6,5	2,6
terveyskesk.hoitovrk.	2,0	30,9	5,1	8,2	2,6
keskussairaala	18,3	31,4	23,8	30,8	18,4
keskussair. hoitovrk.	18,1	29,5	23,6	30,4	18,4
lääkärissä käynnit yht.	84,0	87,5	88,8	92,9	84,2
lääkärissä.terv.kesk.	68,7	60,5	70,3	72,9	60,5
yksityislääkärissä	44,3	37,6	43,0	43,5	36,8
lääkärissä vanh.koti	1,0	8,7	1,3	1,8	0,6
lääkäri päiväsaaraala	0,0	0,0	2,7	4,7	2,6
sairaalan polikl.	14,1	16,8	18,6	23,4	10,5
hammaslääk.terv.keskus	4,0	9,9	3,5	1,8	7,9
yksityinen hammaslääk.	21,5	11,4	15,5	11,2	13,2
lääkäri muualla	5,4	8,1	5,4	6,5	7,9

Liitetaulukko 15. Vuonna 1914-23 syntyneiden 65-74 vuotiaiden jyvaskyläläisten miesten osuudet terveystalvelujen käytössä. Kaikki vuonna 1988 haastatellut ja seuruututkimukseen osallistuneet 1988-1996, kuolleet ja muu kato (%).

Palvelut	Seuruututkimus		Alkututkimus 1988		
	1988	1996	Kaikki	Kuolleet	Kato

(n=139-141)					
			Seuruun aikana		
avoterveydenhuollon					
lääkärissä	63,8	65,2	68,2	76,5	72,7
kotisairaanh.käynnit	0,7	11,3	1,7	4,4	0,0
neuvolakäynnit	29,1	36,9	24,5	19,1	13,6
fysioterapiakäynnit	7,1	9,2	10,3	11,8	27,3
psykologikäynnit	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
laboratoriokäynnit	42,6	47,5	43,3	44,1	45,5
röntgenkäynnit	29,1	31,9	31,8	36,8	31,8
hammashoitokäynnit	21,3	28,4	17,6	11,8	13,6
lääkärin kotikäynnit	1,0	3,5	0,0	0,0	0,0
terveyskesk.sairaala	1,0	14,8	0,9	1,5	0,0
terveyskesk.hoitovrk.	0,7	12,9	0,9	1,5	0,0
keskussairaala	16,2	28,9	23,6	41,2	18,2
keskussair.hoitovrk.	16,5	27,3	23,6	41,2	18,2
lääkärissäkäynnit yht	88,6	95,7	90,1	94,1	86,4
lääkärissä terv.kesk.	62,4	63,8	67,0	76,5	68,2
yksityislääkärissä k.	40,1	48,6	41,2	42,6	45,5
lääkärissä vanh.koti	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
lääkärissä päiväsaiv.	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0
sairaalan polikl.	12,7	27,5	19,3	33,8	0,0
hammaslääk.terv.kesk.	18,3	23,9	15,0	8,8	9,1
yksityishammaslääk.	15,5	11,3	14,2	10,3	18,2
lääkärissä muualla	11,3	10,3	10,3	10,3	4,5

Liitetaulukko 16. Vuonna 1914-23 syntyneiden 65-74 vuotiaiden jyvaskyläläisten naisten osuudet terveysterveyspalvelujen käytössä. Kaikki vuonna 1988 haastatellut sekä seuraututkimukseen osallistuneet 1988-1996, kuolleet ja muu kato (%).

Palvelut	Seuraututkimus		Alkututkimus 1988		
	1988	1996	Kaikki	Kuolleet	Kato

(n=250-256)					
				Seuruun aikana	
				Kuolleet	Kato

avoterveydenhuollon					
lääkärissä	69,8	69,4	68,9	71,2	60,0
kotisairaanhoid.käynnit	2,0	9,9	3,2	9,7	0,0
neuvolakäynnit	34,1	32,9	32,3	20,5	39,2
fysioterapiakäynnit	10,2	8,6	11,8	18,1	11,8
psykologin käynnit	0,8	0,8	1,0	2,7	0,0
laboratoriokäynnit	46,9	54,3	49,2	52,8	54,9
röntgenkäynnit	33,3	32,5	34,6	38,4	37,3
hammashoitokäynnit	11,8	18,4	10,5	9,6	3,9
lääkärin kotikäynnit	0,0	2,3	0,8	2,7	2,0
terveyskesk.sairaala	0,4	16,5	2,4	6,8	2,0
terveyskesk.hoitovrk	0,4	16,2	1,6	5,6	2,0
keskussairaala	12,3	25,3	14,2	23,3	9,8
keskussair. hoitovrk.	11,6	24,4	14,2	23,3	9,8
lääkärissä käynnit yht.	89,2	90,8	89,8	91,8	90,2
lääkärissä.terv.kesk.	68,3	65,9	68,0	71,2	58,8
yksityislääkärissä	41,9	46,6	40,2	38,4	35,3
lääkäri vanh.kodissa	0,8	1,2	0,5	0,0	0,0
lääkäri päiväsaairaala	0,0	0,0	0,8	2,7	0,0
sairaalan polikl.	14,6	19,8	18,1	30,0	15,7
hammaslääk.terv.keskus	9,9	14,6	8,4	5,5	3,9
yksityinen hammaslääk.	20,9	9,5	19,9	13,7	23,5
lääkäri muualla	2,8	4,7	3,9	8,2	3,9

Liitetaulukko 17. Vuosina 1904-13 ja 1914-23 syntyneiden jyväs kyläläisten naisten ja miesten terveysterveyspalveluja käyttäneiden osuudet (%) siviilisäädyn mukaan sekä siviilisäädyn yhteys (χ^2 -testi) terveysterveyspalvelujen käyttöön vuonna 1988.

(p-arvo *=melkein merkitsevä, **=merkitsevä, ***=erittäin merkitsevä)

(N=naimaton, A=avioliitossa, L/E=leski, eronnut)

Palvelu	1988											
	1904-13						1914-23					
	miehet			naiset			miehet			naiset		
(n=)	N	A	L/E	N	A	L/E	N	A	L/E	N	A	L/E
	4	133	32+10	61	74	252+22	10	191	25+15	48	146	157+42

avoterveydenhuoll.												
lääkärissä	100	69,1	65,8	66,0	70,8	72,0	50,1	68,1	72,5	62,5	67,8	71,2
kotisair.h.käynnit	0,0	6,5	17,0	11,0	16,9	18,8	0,0	1,1	5,0	4,1	2,8	3,1
neuvolakäynnit	33,0	18,6	17,0	16,6	22,0	21,6	0,0	28,1	12,5 *	20,8	37,1	31,7
fysioterapiakäyn.	0,0	3,3	4,9	5,6	5,6	7,2	0,0	10,8	10,0	12,5	10,1	12,5
psykologikäynnit	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	1,0
laboratoriokäyn.	66,7	46,7	52,5	31,5	43,7	53,0*	25,0	44,3	42,5	41,7	50,7	49,7
röntgenkäynnit	66,7	35,0	26,8	27,8	36,6	34,4	37,5	34,1	20,0	27,1	33,6	37,0
hammashoitokäyn.	0,0	13,8	19,5	3,7	12,5	4,0*	25,0	20,0	5,0	10,4	12,1	8,9
lääkärinkotikäyn.	0,0	1,6 [§]	4,9	0,0	4,2	7,9	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	0,5
terv.kesk.sairaala	0,0	2,4	0,0	3,7	4,2	4,4	0,0	0,0	0,0	2,1	0,7	1,5
keskussairaala	0,0	20,8	36,5	18,5	19,4	26,1	25,0	23,7	22,5	8,3	15,8	14,0
lääkärissäkäyn.yht	100,0	89,5	80,0	88,8	88,8	88,7	75,0	91,3	87,5	89,5	91,4	88,5
lääkäri terv.kesk.	100,0	66,9	67,5	64,8	66,6	72,5	50,0	67,0	70,0	62,5	65,7	70,0
yksit.lääkäripalv.	33,3	43,5	14,6**	46,2	37,5	43,9	12,5	44,8	30,0	45,8	38,5	39,5
hamm.lääk.terv.kesk.	0,8	8,0	17,5	1,8	8,3	2,4 *	12,5	17,2	5,0	6,25	10,0	7,2
yksit.hamm.lääk.	0,0	22,5	5,0*	22,0	14,0	14,5	12,5	15,6	7,5	35,0	19,2	16,6*

Liitetaulukko 18. Vuosina 1904-13 ja 1914-23 syntyneiden jyväs-
kyläläisten naisten ja miesten terveysterveyspalveluja käyttänei-
den osuudet (%) siviilisäädyn mukaan sekä siviilisäädyn yhteys
(χ^2 -testi) terveysterveyspalvelujen käyttöön vuonna 1996.

(p-arvo *=melkein merkitsevä, **=merkitsevä, ***=erittäin merkitsevä)

(N=naimaton, A=avioliitossa, L/E=leski, eronnut)

Palvelu	1996											
	1904-13						1914-23					
	miehet			naiset			miehet			naiset		
(n=)	N	A	L/E	N	A	L/E	N	A	L/E	N	A	L/E
	1	38	23+4	34	14	133+6	8	98	27+13	36	43	160+2
avoterveydenhuollon-												
lääkärissä	0,0	55,8	75,0	46,4	58,3	65,8	71,0	61,9	71,0	66,6	74,4	67,9
kotisair.hoit.käyn.	0,0	2,7	44,0***	20,6	33,0	21,0	0,0	7,2	23,0*	11,0	9,3	10,0
neuvolakäynnit	0,0	15,0	12,5	13,7	16,6	19,0	42,8	42,7	20,5*	25,0	37,2	33,8
fysioterapiakäynnit	0,0	5,7	0,0	10,0	0,0	4,2	0,0	10,4	7,7	5,6	7,1	9,4
psykologinkäynnit	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	5,1	0,0	2,3	0,6
laboratoriokäynnit	0,0	32,4	58,3	34,5	16,7	47,9	14,3	53,1	38,5	58,3	61,9	50,8
röntgenkäynnit	0,0	31,4	36,0	20,7	33,3	33,3	0,0	31,3	38,5	33,3	42,9	29,8
hammashoitokäynnit	0,0	17,1	30,4	13,8	8,3	18,0	42,9	31,3	17,9	16,7	21,4	17,7
lääkärikotikäynnit	0,0	2,9	16,0	17,2	25,0	15,8	0,0	2,1	7,7	2,8	2,3	2,2
terv.kesk.sairaala	0,0	16,6	29,1	21,4	35,7	34,1	0,0	10,4	27,5*	22,0	16,2	15,4
keskussairaala	0,0	19,4	38,4	31,0	14,2	31,4	14,2	23,7	43,5*	22,2	33,3	23,3
lääkärissäkäynn.yht	0,0	81,2	90,9*	79,3	76,9	92,1	100,0	96,8	92,5	88,8	95,0	89,9
lääkärissä terv.kes	0,0	54,5	77,2	48,2	53,8	63,6	71,4	60,0	70,0	63,8	72,5	64,0
yksit.lääkäripalv.	0,0	44,1	30,4	24,1	23,0	41,6	42,8	48,9	50,0	44,4	47,5	46,9
hamm.lääk.terv.kesk.	0,0	11,4	26,0	10,3	0,0	12,3	28,5	25,0	20,0	19,4	17,5	12,7
yksityishammaslääk.	0,0	11,4	8,6	13,7	15,3	9,9	0,0	13,5	10,0	16,6	7,5	9,9

Liitetaulukko 19. Vuosina 1904-13 ja 1914-23 syntyneiden jyväs kyläläisten naisten ja miesten terveysterveyspalveluja käyttäneiden osuudet (%) koulutuksen mukaan sekä koulutuksen yhteys (χ^2 -testi) terveysterveyspalvelujen käyttöön vuonna 1988.

(koulutusluokat, 1)enintään peruskoulu, 2) yli peruskoulu

Palvelu	1988										
	1904-13 synt.					1914-23 synt.					
	miehet		naiset			miehet		naiset			
(n=)	1	2	/	1	2	/	1	2	/	1	2
	154	25		351	58		201	39		330	63
		(p-arvo)			(p-arvo)			(p-arvo)			(p-arvo)
avoterveydenhuoll.											
lääkärissä	72,0	50,0(0.031)		73,0	58,5(0.031)	/	71,4	50,0(0.011)		70,6	60,3
kotisair.hoit.käynn.	10,5	0,0		17,8	15,1	/	1,0	2,8		3,2	3,2
neuvolakäynnit	19,6	12,5		21,4	18,9	/	25,0	22,2		33,8	25,4
fysioterapiakäynnit	4,2	0,0		7,5	1,9	/	9,2	13,9		13,0	4,8
psykologikäynnit	0,0	0,0		0,6	1,9	/	0,0	0,0		0,9	1,6
laboratoriokäynnit	49,6	41,7		50,5	33,3(0.019)	/	46,9	22,2(0.005)		49,1	49,2
röntgenkäynnit	36,4	16,7		35,6	22,2(0.053)	/	34,7	16,7(0.032)		36,0	27,0
hammashoitokäynnit	15,4	12,5		4,0	14,8(0.001)	/	16,3	25,0		8,8	17(0.031)
lääkärinkotikäynnit	2,8	0,0		6,2	5,7	/	0,0	0,0		0,9	0,0
terv.kesk.sairaala	1,4	4,2		4,4	3,7	/	0,0	0,0		1,6	0,0
keskussairaala	25,5	16,7		24,5	18,5	/	24,5	16,7		12,7	20,6
lääkärissäkäynn.yht.	86,7	91,7		87,8	94,3	/	89,8	91,7		88,6	95,2
lääkäri terv.kesk.	69,9	54,2		72,2	58,5(0.043)	/	70,4	47,2(0.006)		69,7	58,7
yksit.lääkäripalv.	34,7	45,8		40,3	58,5(0,013)	/	37,8	58,3(0,021)		35,3	63,5(0.000)
hamm.lääk.terv.kesk.	11,9	0,0		2,5	9,3(0.012)	/	13,3	25,0		6,9	14,3(0,051)
yksit.hamm.lääk.	13,3	45,8(0.000)		11,3	39,6(0.000)	/	13,8	16,7		17,4	33,3(0.003)

Liitetaulukko 20. Vuosina 1904-13 ja 1914-23 syntyneiden jyvaskyläläisten naisten ja miesten terveysterveyspalveluja käyttäneiden osuudet (%) koulutuksen mukaan sekä koulutuksen yhteys (χ^2 -testi) terveysterveyspalvelujen käyttöön vuonna 1996.

(koulutusluokat, 1)enintään peruskoulu, 2) yli peruskoulu

Palvelu	1996										
	1904-13 synt.					1914-23 synt.					
	miehet		naiset			miehet		naiset			
(n=)	1	2	/	1	2	/	1	2	/	1	2
	58	6		149	31		125	21		217	43
			(p-arvo)			(p-arvo)			(p-arvo)		(p-arvo)
avoterveyden-											
lääkärissä	63,5	66,7		63,3	58,6	/67,8	47,6	72,9		53,5(0.011)	
kotisair.hoit.käyn.	18,2	33,3		23,8	16,7	/12,4	4,8	9,9		9,3	
neuvolakäynnit	15,7	0,0		17,1	23,3	/37,2	33,3	34,7		27,9	
fysioterapiakäynnit	3,7	0,0		3,9	6,7	/ 8,3	14,3	7,0		16,3(0.048)	
psykologinkäynnit	0,0	0,0		0,0	0,0	/ 2,5	0,0	0,9		0,0	
laboratoriokäynnit	42,3	33,3		41,4	48,3	/49,6	33,3	56,3		41,9	
röntgenkäynnit	33,3	33,3		34,9	13,8(0.026)	/33,9	19,0	34,7		23,3	
hammashoitokäynnit	19,2	50,0		16,2	20,0	/28,1	28,6	16,0		30,2(0.027)	
lääkärikotikäynnit	5,6	16,7		15,6	16,7	/ 4,1	0,0	2,8		0,0	
terveyskesk.sair.	35,3	20,7		15,6	9,5	/16,4	18,6	18,9		33,3	
keskussairaala	27,3	16,7		30,3	26,7	/32,0	9,5(0.035)	24,1		27,9	
lääkäri käynnit yht.	83,3	83,3		88,6	86,7	/96,7	90,0	91,0		88,4	
lääkärissä terv.kesk.	63,3	66,7		63,8	50,0	/66,9	42,9(0.034)	70,1		46,5(0.003)	
yksit.lääkäripalv.	37,3	50,0		32,8	54,8(0.022)	/49,2	47,6	43,1		67,4(0.004)	
hamm.lääk.terv.kesk.	15,4	33,3		10,9	12,9	/23,8	23,8	11,4		30,2(0.0014)	
yksityishammaslääk.	9,6	16,7		7,8	25,8(0.004)	/ 9,0	28,6(0.010)	9,0		16,3	

**Liitetaulukko 21. Vuosina 1904-13 ja 1914-23 syntyneiden jyväs-
kyläläisten naisten ja miesten terveysterveyspalveluja käyttänei-
den osuudet (%) tulojen mukaan sekä tulojen yhteys (χ^2 -testi)
terveysterveyspalvelujen käyttöön vuonna 1988.**

tuloluokat 1) 0-3500 mk/kk, 2) yli 3500 mk/kk

Palvelu	1988										
	1904-13 synt.					1914-23 synt.					
	miehet		naiset			miehet		naiset			
(n=)	1	2	/	1	2	/	1	2	/	1	2
	102	63		329	55		125	107		320	53
			(p-arvo)			(p-arvo)			(p-arvo)		(p-arvo)
avoterveydenhuoll.											
lääkärissä	74,0	58,3(0.041)		73,8	60,4(0,044)	/	73,6	61,0(0.043)		70,9	59,6
kotisair.hoit.käyn.	12,5	1,7(0.017)		17,8	15,1	/	1,7	1,9		3,2	1,9
neuvolakäynnit	22,9	13,3		22,6	15,1	/	23,1	25,7		31,9	34,6
fysioterapiakäynnit	5,2	1,7		6,6	5,7	/	13,2	7,6		12,9	3,8(0.058)
psykologikäynnit	0,0	0,0		0,7	1,9	/	0,0	0,0		1,0	0,0
laboratoriokäynnit	48,9	46,7		51,7	37,0(0.047)	/	47,1	37,1		50,2	42,3
röntgenkäynnit	35,4	28,3		36,3	27,8	/	33,1	30,5		35,5	25,0
hammashoitokäynnit	13,5	16,7		5,9	3,7	/	15,7	20,0		10,6	9,6
lääkärinkotikäynnit	2,1	1,7		6,2	5,7	/	0,0	0,0		1,0	0,0
terv.kesk.sairaala	1,1	1,7		5,0	1,9	/	0,0	0,0		1,6	0,0
keskussairaala	21,9	26,2		23,5	25,9	/	27,3	21,0		14,2	11,5
lääkärissäkäynnit yht	85,3	93,3		88,1	94,3	/	86,8	93,3		89,0	94,2
lääkäri terv.kesk.	72,6	58,3		73,3	60,4(0.055)	/	73,6	59,0(0.020)		69,7	59,6
yksit.lääkäripalv.	30,2	50,0(0.013)		38,6	66,0(0.000)	/	31,4	51,4(0.002)		35,2	63,5(0.000)
hamm.lääk.terv.kesk.	12,6	6,7		4,0	0,0	/	13,2	18,1		8,4	7,7
yksit.hamm.lääk.	8,4	35,0(0.000)		11,6	39,6(0.000)	/	9,1	18,1(0.046)		17,4	30,8(0,024)

Liitetaulukko 22. Vuosina 1904-13 ja 1914-23 syntyneiden jyväs kyläläisten naisten ja miesten terveysterveyspalveluja käyttäneiden osuudet (%) tulojen mukaan sekä tulojen yhteys (χ^2 -testi) terveysterveyspalvelujen käyttöön vuonna 1996.

tuloluokat 1) 0-3500 mk/kk, 2) yli 3500 mk/kk

Palvelu	1996										
	1904-13 synt.					1914-23 synt.					
	miehet		naiset			miehet		naiset			
(n=)	1	2	/	1	2	/	1	2	/	1	2
	12	45	/	54	81	/	17	117	/	112	129
	(p-arvo)			(p-arvo)			(p-arvo)			(p-arvo)	

avoterveydenhuollon-											
lääkärissä	54,5	66,7		58,3	64,1	/	68,8	62,6	70,9		69,8
kotisair.hoit.käyn.	0,0	22,7		23,9	25,0	/	12,5	11,3	8,2		10,1
neuvolakäynnit	0,0	17,1		14,9	20,0	/	50,0	32,2	38,2		31,0
fysioterapiakäynnit	0,0	4,5		4,3	6,3	/	6,3	10,4	2,8		13,2(0.004)
psykologinkäynnit	0,0	0,0		0,0	0,0	/	0,0	2,6	0,9		0,8
laboratoriokäynnit	27,3	45,2		46,8	40,5	/	68,8	43,5(0.057)	53,2		57,4
röntgenkäynnit	27,3	38,6		31,9	29,5	/	37,5	28,7	32,1		34,1
hammashoitokäynnit	10,0	28,6		4,3	25,0(0.003)/	18,8	29,6	13,8		24,0(0.045)	
lääkärikotikäynnit	0,0	6,8		23,4	10,0(0.040)/	6,3	3,5	1,8		2,3	
terveyskesk.sairaala	9,1	25,0		26,0	35,1	/	18,8	14,7	11,8		20,2
keskussairaala	18,2	25,0		18,0	38,5(0.014)/	43,8	26,7	20,0		28,3	
lääkäri käynnit yht.	70,0	84,6		80,0	92,3(0.044)/	100,0	94,7	88,9		92,2	
lääkärissä terv.kesk.	50,0	70,0		56,3	67,9	/	68,8	60,9	70,4		64,1
yksit.lääkäripalv.	60,0	34,1		31,3	46,8	/	43,8	49,1	39,8		53,9(0.030)
hamm.lääk.terv.kesk.	10,0	21,4		4,1	17,7(0,023)/	0,0	26,7(0,018)	10,2		19,5(0.046)	
yksityishammaslääk.	0,0	14,3		2,0	17,7(0.007)/	12,5	12,1	6,5		14,1(0,049)	

Liitetaulukko 23. Kaikkien vuonna 1988 ja 1996 tutkimuksessa haastateltujen vuosina 1904-1913 ja 1914-1923 syntyneiden terveysterveyspalveluja käyttäneiden jyvaskyläläisten osuudet (%) viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana vuosina 1988 ja 1996.

(n=)	1988		1996	
	1904-1913 (589)	1914-1923 (635)	1904-1913 (253)	1914-1923 (410)
Terveyspalvelut	%	%	%	%
avoterveyden huollon				
lääkärissä käynnit	70,3	68,7	62,1	67,4
kotisairaanhoidon käynnit	14,8	2,6	21,3	10,5
neuvolakäynnit	20,3	29,3	16,8	34,3
fysioterapiakäynnit	5,7	11,3	0,5	8,7
psykologikäynnit	0,6	3,9	0,0	1,2
laboratoriokäynnit	48,2	47,0	42,9	51,4
röntgenkäynnit	33,8	33,6	31,5	32,1
hammashoitokäynnit	8,5	13,2	18,0	21,6
lääkärin kotikäynnit	5,0	0,5	14,4	2,7
terveyskeskussairaalassa käynnit	3,5	0,8	29,2	15,8
keskussairaalassa käynnit	23,9	17,8	29,1	26,7
lääkärissä käynnit yht/12kk	88,4	89,9	87,2	92,4
terveyskeskuslääkärissä käynnit	69,5	67,6	60,6	64,7
yksityislääkärissä käynnit	41,0	40,6	37,3	47,4
sairaalan poliklinikalla käynnit	21,4	18,6	15,9	22,4
terveyskeskushammaslääkärissä käynnit	5,5	10,9	12,6	17,7
yksityishammaslääkärissä käynnit	16,3	17,8	10,8	11,0
lääkärissä muualla krt/12kk	6,2	6,2	6,3	7,5

Liitetaulukko 24. Kaikkien tutkimuksessa haastateltujen vuosina 1904-1913 ja 1914-1923 syntyneiden jyvaskyläläisten terveysterveyspalveluja käyttäneiden käyntikertojen keskiarvot sekä hajonta viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana vuonna 1988 sekä vuonna 1996.

(n=)	1988		1996	
	1904-1913 (1224)	1914-1923	1904-1913	1914-1923 (663)
Terveyspalvelut				
avoterveyden huollon				
lääkärissä käynnit	3.266 ±	3.367	3.041 ±	2.696
kotisairaanhoidon käynnit	33.937 ±	86.446	12.773 ±	16.172
neuvolakäynnit	4.058 ±	4.218	4.937 ±	6.167
fysioterapiakäynnit	9.580 ±	10.702	10.177 ±	10.688
psykologikäynnit	2.142 ±	1.463	2.200 ±	1.643
laboratoriokäynnit	3.166 ±	3.979	3.883 ±	5.518
röntgenkäynnit	1.449 ±	1.126	1.703 ±	1.332
hammashoitokäynnit	4.133 ±	5.219	3.023 ±	3.064
lääkärin kotikäynnit	1.600 ±	1.476	5.325 ±	9.091
terv.keskussairaalassa käynnit	.026 ±	.219	.358 ±	1.280
keskussairaalassa käynnit	.346 ±	.931	.413 ±	.883
lääkärissä käynnit yht/12kk	5.316 ±	5.569	5.310 ±	5.652
terveyskeskuslääkärissä käynnit	3.192 ±	2.932	1.759 ±	2.220
yksityislääkärissä käynnit	2.076 ±	1.608	1.040 ±	1.833
sairaalan poliklinikalla käynnit	3.082 ±	6.988	.504 ±	1.430
terv.kesk.hamm.lääk. käynnit	3.917 ±	4.762	.499 ±	1.671
yksityishammaslääkärissä käynnit	3.314 ±	2.979	3.044 ±	3.440
lääkärissä muualla krt/12kk	.149 ±	.725	.136 ±	.616

Liitetaulukko 25. Kaikkien tutkimuksessa haastateltujen vuosina 1904-1913 ja 1914-23 syntyneiden jyvaskyläläisten terveyspalveluja käyttäneiden miesten ja naisten käyntikertojen keskiarvo sekä hajonta viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana vuonna 1988.

(n=)	1904-1913 (589)		1988		1914-1923 (635)	
	M	N	M	N	M	N
avoterveyden huollon						
lääkärissä käynnit	3.269 ± 2.826	3.594 ± 4.598	2.860 ± 2.223		3.178 ± 2.581	
kotisair.hoid. käynnit	11.533 ± 14.161	40.630 ± 94.736	97.250 ± 178.625		4.583 ± 4.077	
neuvolakäynnit	4.548 ± 4.089	4.215 ± 5.310	4.614 ± 4.353		3.577 ± 3.296	
fysioterapiakäynnit	23.333 ± 36.125	8.920 ± 9.380	8.250 ± 4.415		8.822 ± 4.863	
psykologikäynnit	2.666 ± 1.527	1.750 ± 1.500				
laboratoriokäynnit	3.275 ± 3.771	3.416 ± 4.982	2.742 ± 2.968		3.107 ± 3.425	
röntgenkäynnit	1.464 ± .7854	1.456 ± 1.193	1.283 ± .585		1.530 ± 1.383	
hammashoitokäynnit	3.720 ± 3.446	3.857 ± 3.525	5.8775 ± 7.978		2.829 ± 2.344	
lääkärin kotikäynnit	1.250 ± .500	1.434 ± .945			3.333 ± 4.041	
terveyskeskussair.käynnit	.042 ± .402	.048 ± .249	.000 ± .000		.032 ± .114	
keskussairaalassa käynnit	.467 ± 1.112	.375 ± .922	.405 ± 1.027		.228 ± .766	
lääkärissä käynnit yht/12kk	4.391 ± 3.382	5.855 ± 8.181	5.694 ± 5.060		4.948 ± 4.324	
terveyskeskuslääk.käynnit	3.203 ± 2.835	3.406 ± 3.483	2.864 ± 2.224		3.165 ± 2.716	
yksityislääkärissä käynnit	2.163 ± 1.916	2.236 ± 1.776	1.978 ± 1.487		1.935 ± 1.336	
sairaalan poliklinikkakäyn.	3.087 ± 3.501	2.471 ± 2.917	4.488 ± 14.545		2.782 ± 3.009	
terv.kesk.hamm.lääk.käyn	3.411 ± 3.447	4.000 ± 4.163	5.235 ± 6.764		2.787 ± 2.260	
yksityishamm.lääk.käynnit	3.500 ± 3.170	3.206 ± 2.930	3.303 ± 2.615		3.328 ± 3.138	
lääkäri muualla krt/12kk	.162 ± .654	.145 ± .765	.237 ± .800		.094 ± .662	

Liitetaulukko 26. Kaikkien tutkimuksessa haastateltujen vuosina 1904-1913 ja 1914-23 syntyneiden jyvaskyläläisten terveyspalveluja käyttäneiden miesten ja naisten käyntikertojen keskiarvo sekä hajonta viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana vuonna 1996.

(n=)	1904-1913 (253)		1996		1914-1923 (410)	
	M	N	M	N	M	N
avoterveyden huollon						
lääkärissä käynnit	3.027 ± 2.597	2.888 ± 2.660	2.923 ± 2.334		3.188 ± 2.917	
kotisair.hoid. käynnit	17.750 ± 16.382	15.571 ± 20.423	13.312 ± 13.415		6.384 ± 7.859	
neuvolakäynnit	4.250 ± 3.575	3.793 ± 3.754	4.923 ± 5.246		5.395 ± 7.412	
fysioterapiakäynnit	9.500 ± .707	12.750 ± 18.606	10.538 ± 7.578		9.090 ± 9.339	
psykologikäynnit			1.000 ± 0.000		4.000 ± 0.000	
laboratoriokäynnit	2.840 ± 2.115	3.927 ± 6.658	3.984 ± 5.503		4.000 ± 5.355	
hammashoitokäynnit	2.307 ± 1.493	2.296 ± 2.053	3.641 ± 4.042		3.125 ± 2.877	
röntgenkäynnit	1.650 ± 1.225	1.760 ± 1.238	1.666 ± 1.296		1.702 ± 1.446	
lääkärin kotikäynnit	3.600 ± 2.510	6.888 ± 11.147	2.200 ± 1.788		2.333 ± 1.966	
terv.kesk.sair.käynnit	.311 ± .742	.672 ± 2.211	.190 ± .544		.263 ± .708	
keskussair. käynnit	.492 ± 1.134	.451 ± 1.029	.401 ± .744		.376 ± .783	
lääkärissä käyn.yht/12kk	4.391 ± 3.382	5.855 ± 8.181	5.694 ± 5.060		4.948 ± 4.324	
terv.kesk.lääk.käynnit	1.732 ± 2.211	1.587 ± 2.377	1.829 ± 2.369		1.833 ± 2.038	
yksityislääk.käynnit	.741 ± 1.207	.993 ± 2.179	1.084 ± 1.656		1.112 ± 1,806	
sair. poliklinik.käynnit	.203 ± .517	.416 ± 1.237	.802 ± 2.039		.463 ± 1.248	
terv.kesk.hamm.lääk.käynnit	.355 ± .978	.239 ± .866	.795 ± 2.332		.532 ± 1.725	
yksityishamm.lääk.käynnit	3.333 ± 3.326	2.555 ± 2.202	4.470 ± 5.535		2.407 ± 2.098	
lääkäri muualla krt/12kk.	.016 ± .130	.172 ± .683	.248 ± .927		.081 ± .369	

**Liitetaulukko 27. Vuosina 1904-13 ja 1914-23 syntyneiden jyväs-
kyläläisten naisten ja miesten terveystalvelujen käyttökertojen
keskiarvot sekä hajonta viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana
vuonna 1988.**

1988							
Palvelu	1904-13 synt.			1914-23 synt.			
	(n=)	miehet (166-167)	naiset (372-378)	t-testi p-arvo	miehet (233)	naiset (379-381)	t-testi p-arvo
avoterveydenhuollon							
lääkärissä		2.2515±2.791	2.5511±4.202	.329	1.9442±2.275	2.1974±2.603	.206
kotisair.hoit.käynn.		1.0359±5.278	7.0655±42.162	.007	1.6695±23.934	1.1447±1.061	.332
neuvolakäynnit		.8443±2.484	.8856±2.970	.867	1.1288±2.920	1.1549±2.509	.910
fysioterapiakäynnit		.8383±7.634	.5947±3.257	.692	.8498±2.872	1.0447±3.300	.442
psykologikäynnit		.0000±0.000	.0213±.262	.117	.0000±.000	.0184±.223	.209
laboratoriokäynnit		1.5879±3.090	1.6444±3.852	.857	1.1888±2.378	1.5289±2.859	.113
röntgenkäynnit		.4910±.828	.4933±.978	.977	.4077±.683	.5302±1.092	.088
hammashoitokäynnit		.5569±1.868	.2149±1.202	.031	1.0300±3.961	.2913±1.136	.006
lääkärinkotikäynnit		.0299±.203	.0875±.413	.030	.0000±.000	.0262±.416	.219
terv.kesk.sairaala		.0422±.402	.0481±.249	.860	.0000±.000	.0132±.114	.025
keskussairaala		.4675±1.113	.3757±.922	.349	.4034±1.026	.2289±.767	.026
lääkärissäkäynn.yht.		4.9341±5.024	4.8209±5.492	.814	5.0687±7.754	4.3780±3.838	.206
lääkäri terv.kesk.		2.1677±2.772	2.3957±3.310	.406	1.9099±2.260	2.1575±2.686	.221
yksit.lääkäripalv.		.7857±1.552	.9626±1.607	.232	.8112±1.358	.7795±1.275	.771
sairaalan poliklin.		.8503±2.288	.4601±1.579	.046	.8670±6.579	.5039±1.665	.409
hamm.lääk.terv.kesk.		.3473±1.489	.1387±1.045	.102	.7854±3.165	.2283±.994	.010
yksit.hammlääk.		.6287±1.890	.4987±1.634	.442	.4678±1.509	.6640±1.928	.161

**Liitetaulukko 28. Vuosina 1904-13 ja 1914-23 syntyneiden jyväs-
kyläläisten miesten ja naisten terveystalvelujen käyttökertojen
keskiarvot sekä hajonta viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana
vuonna 1996.**

1996							
Palvelu	1904-13 synt.			1914-23 synt.			
	(n=)	miehet (55-63)	naiset (156-163)	t-testi p-arvo	miehet (141-143)	naiset (255-259)	t-testi p-arvo
avoterveyden-							
lääkärissä		1.8983±2.524	1.7875±2.519	.773	1.8803±2.332	2.2038±2.837	.220
kotisair.hoit.käynn.		3.4355±9.919	3.4277±11.474	.996	1.5000±6.082	.6409±3.111	.117
neuvolakäynnit		.5862±1.938	.6790±2.140	.772	1.8028±3.952	1.7846±4.950	.968
fysioterapiakäynnit		.3115±1.708	.6296±4.768	.464	.9648±3.767	.7692±3.674	.613
psykologikäynnit		.0000±.000	.0000±.000	-	.0211±.144	.0307±.349	.701
laboratoriokäynnit		1.2034±1.963	1.6938±4.772	.283	1.8662±4.233	2.1544±4.411	.526
röntgenkäynnit		.5410±1.042	.5466±1.066	.972	.5282±1.063	.5500±1.143	.851
hammashoitokäynnit		.5085±1.180	.3804±1.187	.478	1.0211±2.662	.5654±1.720	.067
lääkärinkotikäynnit		.2951±1.1553	1.1553±5.182	.050	.0775±.506	.0536±.444	.625
terveyskesk.sair.		.3115±.743	.6727±2.212	.068	.2028±.564	.2567±.701	.401
keskussairaala		.4921±1.134	.4512±1.029	.795	.4126±.754	.3707±.779	.601
lääkäri käynnit yht.		3.6727±3.496	5.1795±7.918	.058	5.4823±5.080	4.4627±4.357	.036
lääkärissä terv.kesk.		1.7321±2.211	1.5875±2.378	.690	1.8239±2.362	1.8366±2.042	.955
yksit.lääkäripalv.		.7414±1.208	2.180±.993	.281	1.0839±1.651	1.1124±1.810	.876
sairaal.poliklinikk.		.2034±.518	.4161±1.238	.074	.8182±2.041	.4535±1.241	.053
hamm.lääk.terv.kesk.		.3559±.978	.2393±.867	.393	.8112±2.332	.5233±1.722	.197
yksityishammaslääk.		.3390±1.409	.2822±1.074	.779	.5315±2.358	.2519±.995	.178