

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Terveyden edistämisen koulutusohjelma/ Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Sirkku Bilaletdin

TOIMEENTULOTUKIASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA JA AIKUISSOSIAALI-
HUOLLON TYÖNTEKIJÖIDEN NÄKEMYKSIÄ KOTKAN KAUPUNGIN TER-
VEYSPALVELUJEN SAAVUTETTAVUUDESTA, RIITTÄVYYDESTÄ JA OI-
KEA-AIKAISUUDESTA

Opinnäytetyö 2011

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

BILALETDIN, SIRKKU

Toimeentulokiasiakkaiden kokemuksia ja aikuissosiaali-
huollon työntekijöiden näkemyksiä Kotkan kaupungin ter-
veyspalvelujen saavutettavuudesta, riittävydestä ja oikea-
aikaisuudesta

Opinnäytetyö

76 sivua + 15 liitesivua

Työn ohjaaja

yliopettaja Marja-Leena Kauronen

Toukokuu 2011

Avainsanat

terveyspalvelut, terveyden eriarvoisuus, sosioekonomiset
terveyserot

Suomessa terveyspalvelujärjestelmän tavoitteena on tuottaa riittävät ja laadukkaat terveyspalvelut jokaiselle riippumatta asuinkunnasta tai sosioekonomisesta asemasta. Terveyden tasa-arvo on terveyspolitiikkamme tärkeimpiä tavoitteita. Vaikka väestön terveys on kohentunut merkittävästi viime vuosikymmenten aikana, sosioekonomiset terveyserot eivät ole kaventuneet, vaan saattavat väestön sosiaalisen jakautumisen myötä edelleen kärjistyä. Terveyspalvelut ovat terveyserojen taustalla vaikuttavia tekijöitä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää heikossa taloudellisessa asemassa olevien terveyspalvelujen käyttäjien kokemuksia terveyspalveluista ja tuoda esiin mahdollisia järjestelmän tai toimintamallin tuottamia epäkohtia, jotka vaikuttavat ihmisten arjessa ja pitävät osaltaan yllä terveyden eriarvoisuutta.

Tutkimus toteutettiin haastattelemalla Kotkan kaupungin toimeentulotukea pitkään saaneita, runsaasti terveyspalveluja käyttäviä asiakkaita (n = 5). Haastattelu toteutettiin puolistrukturoituna teemahaastatteluna. Sen rinnalla toteutettiin samojen teemojen ympärille rakennettu kysely kaupungin aikuissosiaalihuollon toimeentulotukea hoitaville työntekijöille (n = 7). Laadullisen aineiston analysoinnissa käytettiin induktiivista sisällönanalyysia. Määrällinen aineisto käsiteltiin Excel-taulukko-ohjelmalla.

Sekä haastateltavien että työntekijöiden vastauksista nousivat selvimmin esiin terveyskeskuksen ajanvaraukseen sekä erikoissairaanhoidon lähetteen saamiseen liittyvät ongelmat. Pitkään jatkunut heikko taloudellinen tilanne ja sairastaminen heikentävät voimavaroja ja kykyä hoitaa omia asioita ja vaatia tarpeelliseksi koettuja palveluja. Rahan puute oli esteenä yksityisten palvelujen käytölle. Palvelujen etäisyyttä ei koettu merkittäväksi ongelmaksi.

Tulokset osoittavat, että tarvitaan nykyistä tiiviimpää yhteistyötä aikuissosiaalihuollon ja terveydenhuollon kesken. Toimiva yhteistyö edellyttää matalan kynnyksen rakenteen ja toimintamallin luomista asiakkaiden palvelujen saannin varmistamiseksi.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Master Level Programme in Health Promotion

BILALET DIN, SIRKKU

Availability, sufficiency and timing of Health Services provided by the City of Kotka as experienced by Social Assistance Clients and viewed by Social Service workers

Master's Thesis

76 pages + 15 pages of appendices

Supervisor

Marja-Leena Kauronen, MSCN

May 2011

Keywords

health services, inequity in health, socioeconomic health inequalities

In Finland the goal of the health service system is to provide everybody with sufficient and adequate health services regardless of the place of residence or socioeconomic status. Equity in health is one of the main goals of our health policy. Although public health has improved significantly over the last decades, socioeconomic inequalities have not diminished. On the contrary, they might become aggravated along with increasing social inequality. The implementation of health services influences the development of inequality in health.

The object of this thesis is to bring forth the experiences of economically deprived health service clients of those services and to disclose possible shortcomings in the health care system or operational models that might contribute to the maintenance of inequality in health systems.

The research was carried out by interviewing long-term social assistance clients who were also heavy users of health services ($n = 5$). The interviews were semi-structured and thematic. Along with the interviews, a survey built around the same themes was carried out among social assistance workers ($n = 7$). The qualitative material was subjected to inductive content analysis. The quantitative material was processed with the Excel spreadsheet program.

In both the interviewees' and the workers' answers, problems associated with booking appointments at the health centre and with getting referrals to specialized health care came to the fore. Prolonged economic deprivation and ill health deplete the resources and the ability of the individual to take care of his/her own needs and to demand the services needed. Lack of money prevented the use of private services. Travel distances were not experienced as a significant problem.

The results show that closer cooperation between social welfare and healthcare is needed. A prerequisite for a good cooperation is the creation of the low-threshold structure and operational model to ensure clients' access to services.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	7
2	SUOMEN TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄ	10
	2.1 Julkinen terveydenhuolto	10
	2.1.1 Perusterveydenhuolto	10
	2.1.2 Erikoissairaanhoito	11
	2.2 Yksityinen terveydenhuolto	12
	2.3 Työterveyshuolto	13
3	KESKEISIÄ SÄÄDÖKSIÄ KANSALAISTEN OIKEUDESTA TERVEYSPALVELUIHIN	14
	3.1 Perustuslaki ja kansainväliset sopimukset	14
	3.2 Kansanterveyslaki	14
	3.3 Erikoissairaanhoitolaki	15
	3.4 Hoitotakuu	15
	3.5 Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistus ja siihen liittyvä lainsäädäntö	17
	3.5.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistus	17
	3.5.2 Terveydenhuoltolaki	18
	3.5.3 Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen	19
	3.5.4 Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskeva lainsäädäntö	19
	3.6 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista	20
	3.7 Laki toimeentulotuesta	21
4	TERVEYDENHUOLLON ASIAKASMAKSUT	22
	4.1 Asiakasmaksulaki ja -asetus	22
	4.2 Sairausvakuutus ja asiakasmaksujen omavastuut	22

5	TERVEYSPOLITIikka JA TERVEYDEN TASA-ARVO	24
5.1	Suomalainen terveystolitiikka	24
5.2	Terveysterot ja terveystolittiset linjaukset Suomessa	25
5.3	Kunta terveystolitiikan toteuttajana	26
6	TUTKIMUKSIA JA SELVITYKSIÄ TERVEYSPALVELUJEN KÄYTÖSTÄ JA VÄESTÖRYHMIEN VÄLISISTÄ SOSIOEKONOMISISTA TERVEYSEROISTA	26
7	KOTKAN KAUPUNGIN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUISTA	30
7.1	Kotkan kaupungin sosiaali- ja terveystoimi	30
7.2	Ajanvarausjärjestelmä ja hoitotakuun toteutuminen terveystasemilla	31
7.3	Aikuissosiaalityö ja toimeentulotuki	32
7.4	Terveystenhuoltomenot toimeentulotuessa	32
8	TUTKIMUKSEN VIITEKEHYS JA RAJAUS	33
9	TUTKIMUSONGELMAT	35
10	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	35
10.1	Tutkimusmenetelmä	35
10.2	Tutkimusaineiston kokoaminen ja otos	36
10.2.1	Tutkimuksen käynnistäminen ja toimintaympäristö	36
10.2.2	Haastatteluaineiston kerääminen toimeentulotukea saavilta asiakkailta	36
10.2.3	Kyselyaineiston kerääminen aikuissosiaalihuollon työntekijöiltä	39
10.3	Haastattelu- ja kyselylomakkeen laatiminen	40
10.3.1	Haastattelulomake	40
10.3.2	Kyselylomake	41
10.4	Tutkimusaineiston analyysi	41
10.5	Tutkijan oma positio	42
11	TUTKIMUSTULOKSET	43
11.1	Toimeentulotukiasiakkaiden haastattelu	43
11.1.1	Vastaajien taustatiedot	43

11.1.2 Terveyspalvelujen saavutettavuus	44
11.1.3 Sosiaalihuollon toimesta saatu apu terveyspalvelujen saavutettavuuden kannalta	49
11.1.4 Terveyspalvelujen riittävyys	51
11.1.5 Terveyspalvelujen oikea-aikaisuus	52
11.2 Aikuissosiaalihuollon työntekijöille kohdistettu kysely	54
11.2.1 Terveyspalvelujen saavutettavuus	54
11.2.2 Terveyspalvelujen riittävyys	57
11.2.3 Terveyspalvelujen oikea-aikaisuus	58
12 TUTKIMUSTULOSTEN POHDINTA JA PÄÄTELMÄT	60
12.1 Tutkimustulosten luotettavuuden arviointi	60
12.2 Tutkimuksen eettisyyden arviointi	62
12.3 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset	64
12.4 Tutkimustulosten hyödyntäminen ja aiheita jatkotutkimukseen	69
LÄHTEET	70
LIITTEET	
Liite 1. Haastattelulomake	
Liite 2. Kyselylomake	
Liite 3. Informointi- ja suostumuskirje	
Liite 4. Suostumus tutkimukseen osallistumisesta	
Liite 5. Tutkimuslupa	

1 TAUSTA JA TARKOITUS

Suomalaisen terveystalouden tärkeä kulmakivi on ollut pyrkimys väestöryhmien väliseen tasa-arvoon. Terveyspalvelujärjestelmän tavoitteena on tuottaa riittävät ja laadukkaat terveyspalvelut jokaiselle riippumatta asuinkunnasta tai sosioekonomisesta asemasta. Julkinen palvelujärjestelmä on alueellisesti kattava ja kaikilla Suomessa asuvilla on oikeus käyttää sitä. Terveyspalvelut rahoitetaan pääosin verovaroin. Tarkoituksena on, että potilailta perittävät asiakasmaksut määritellään maksukyvyn mukaisesti. (Keskimäki & Manderbacka & Teperi 2008, 50.)

Väestön yhdenvertaiset terveyspalvelut ja oikeudet saada tarpeen mukaiset terveyspalvelut on kirjattu vahvasti lainsäädäntöön. Julkinen vastuu sosiaali- ja terveyspalveluista on kirjattu jo perustuslakiin (731/1999). Suomi on sitoutunut myös monin kansainvälisin sopimuksin järjestämään väestölleen riittävät palvelut. Myös kuntalaissa (365/1995) määritellään kuntien tehtäväksi asukkaiden hyvinvoinnin edistäminen. Kansanterveyslaki (66/1972) määrittelee kunnan tehtäviä väestön terveyden edistämisessä ja seuraamisessa.

Kansanterveyslain myötä vuonna 1972 luotiin terveyskeskusjärjestelmä, jonka tarkoituksena oli siirtää terveydenhuollon painopistettä ehkäisevään terveydenhuoltoon ja avosairaanhoidon sekä taata kuntien asukkaille tarpeenmukaiset ja yhdenvertaiset terveyspalvelut. Vuodesta 1963 alkaen luotiin vaiheittain sairausvakuutusjärjestelmä, jolla korvattiin osa yksityisistä terveydenhuollon palveluista aiheutuneista kustannuksista. Työterveyshuoltoa on aktiivisesti kehitetty 1970-luvulta lähtien. Vuonna 1995 työterveyshuollon kattavuus oli jo noin 80 % työvoimasta. Perusterveydenhuollon palveluja tuotetaan näin kolmella erillisellä, mutta rinnakkaisella tavalla: terveyskeskuksissa, työterveyshuollossa ja yksityisvastaanotoilla. Tämä rakenne pitää osaltaan yllä eriarvoisuutta terveyspalveluissa. (Keskimäki ym. 2008. 51 - 52.)

Suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä on paljon rakenteellisia tekijöitä, jotka tukevat sosiaalista tasa-arvoa terveyspalvelujen käytössä. Suomessa terveydenhuoltojärjestelmän peruseriaatteena on tarjota kaikille palvelujen käyttäjille tasavertaisesti samanlaiset palvelut riippumatta sosiaalisesta asemasta tai taloudellisista edellytyksistä.

tä. Erityispalveluja ei ole suunnattu erityisesti esim. syrjäytyneille, koska sen on pelätty leimaavan käyttäjryhmiä. (Keskimäki & Koskinen & Teperi 2002, 283.)

Kiinnostus aiheeseen on noussut sosiaaliasiamiehen työssä käymistäni keskusteluista heikoimmassa taloudellisessa asemassa olevien, toimeentulotukea saavien asiakkaiden kanssa. Terveysongelmat ja heikon taloudellisen tilanteen vaikutus terveyspalvelujen käyttöön tulevat jatkuvasti esiin asiakkaiden yhteydenotoissa. Ongelmat kuvataan samankaltaisina kaikissa Kymenlaakson kunnissa. Sairastaminen näyttää usein olevan syynä tulojen alenemiseen ja toimeentulotukiasiakkuuteen, mutta syy- ja seuraussuhde näyttäytyy yhtä usein toisinpäin. Varsin usein sekä terveysongelmat että toimeentulotukiasiakkuudet ovat jatkuneet pitkään. Havainnosta löytyy myös tutkittua tietoa. Köyhyyden ja heikon terveyden yhteyttä on selvitetty. Köyhyys tuottaa sairastavuutta ja sairastavuus köyhyyttä. Suomessa on saatavilla paljon tietoa köyhyyden ja muiden sosiaalisen syrjäytymisen muotojen yhteydestä heikkoon terveyteen, vaikkakaan ilmiön taustalla vaikuttavat mekanismit ei ole vielä riittävästi selvillä. (Mannila 2002, 152.) Yhteistä tuntuvat olevan asiakkaiden kokemukset, ettei tarpeelliseksi koettuja ja riittäviä terveyspalveluja aina saa. Voimavarat omien asioiden hoitoon ja myös terveyden ylläpitämiseen ja sairauksien hoitoon koetaan usein riittämättömiksi.

Asiakkaiden samansuuntaiset kokemukset terveyspalveluista herättivät kiinnostuksen tutkia ja selvittää tarkemmin, millä tavoin henkilön pitkään jatkunut huono taloudellinen asema vaikuttaa terveydenhuollon palvelujen käyttöön ja saatavuuteen toimeentulotukea saavien asiakkaiden näkökulmasta. Yksityiset lääkäri- ym. terveyspalvelut ovat heikossa taloudellisessa asemassa olevien ulottumattomissa. Toimeentulotukilain (1412/1997) mukaan asiakkaan menoina huomioidaan yleensä vain julkisen puolen terveydenhuollosta aiheutuneet kustannukset. Tämä perustuu siihen, että julkisen terveydenhuoltojärjestelmän lähtökohta on tuottaa riittävä ja tarpeellinen terveydenhuolto kaikille tasapuolisesti.

Tärkeä innoittaja aiheen valintaan oli vuonna 2009 julkaistu Sairas köyhyys -niminen tutkimus. Siinä tarkastellaan sairauden ja huono-osaisuuden yhteyttä ja huono-osaisten ihmisten terveyspalvelujen ongelmakohtia Suomen evankelis-luterilaisen kirkon diakoniatyön kokemusten kautta. Siinä todetaan, että laajasta terveyseroja koskevasta tietopohjasta huolimatta Suomessa ei ole kunnollista kuvaa eikä kohdennettua tarkastelua siitä, miten terveys ja sairaudet, niiden hoito tai hoitamatta jättäminen, vaikuttavat

vaikeassa sosiaalisessa asemassa olevien ihmisten arkipäivässä. Se edellyttää ko. tutkimuksen kaltaista ruohonjuuritason tarkastelua ja arkipäivän kokemusten keräämistä. Tarvitaan tarkempaa tietoa siitä, miten huono-osaisuus ja heikko terveys kietoutuvat toisiinsa. Päteviä keinoja voidaan löytää vain syitä selvittämällä. Terveyserojen kehittyminen on lukemattomien toisiinsa liittyvien tekijöiden aikaa vaativa prosessi, jonka ymmärtäminen vaatii erilaisten ihmisten elämäntilanteiden, vaiheiden ja käännteiden seuraamista. Kaikkein vaikeimmassa sosiaalisessa asemassa elävien ihmisten tilanteet muodostavat tässä mielessä haasteen, johon ei tähän mennessä ole paneuduttu riittävästi. (Hiilamo & Hänninen 2009, 33 - 34.)

Tässä työssä ei ole mahdollista paneutua kattavasti terveyden tasa-arvon toteutumiseen ja terveyseroihin ja niiden syihin, koska aihe olisi liian laaja toteutettavaksi opinäytetyönä. Terveyskäyttäytyminen ja terveyspalvelut ovat terveyserojen taustalla vaikuttavia tekijöitä (Lahelma & Koskinen 2002, 22). Tämä tutkimus rajataan koskemaan toimeentulotukiasiakkaiden kokemuksia ja aikuissosiaalihuollon työntekijöiden näkemyksiä Kotkan kaupungin terveyspalvelujen saavutettavuudesta, riittävydestä ja oikea-aikaisuudesta. Terveyspalvelujen saavutettavuudella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa, saavatko kohderyhmänä olevat asiakkaat tarpeelliset terveyspalvelut ja mitkä asiat mahdollisesti haittaavat palvelujen saamista. Terveyspalvelujen riittävyydellä tarkoitetaan, kattavatko saatavilla olevat palvelut palvelun tarpeen ja toisaalta myös koetaanko saavutettu palvelu ja hoito riittäväksi asiakkaan tilanteessa. Terveyspalvelujen oikea-aikaisuus ymmärretään tässä yhteydessä laajemmin kuin vain hoitotakuun määräaikojen täyttymisenä.

Toimeentulotukiasiakkaat ovat terveyspalvelujen käyttäjinä sosiaali- ja terveydenhuollon rajapinnalla. Meneillään on sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistus. Hallituksen esityksessä uudeksi terveydenhuoltolaiksi (HE 90/2010) esitetään, että palvelujen ja toimintojen uudistukset toteutettaisiin siten, että ne tukisivat terveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyötä. Terveyspalvelulaki (1326/2010) on vahvistettu ja tulee voimaan 1.5.2011.

2 SUOMEN TERVEYDENHUOLTOJÄRJESTELMÄ

2.1 Julkinen terveydenhuolto

Julkisen sektorin terveyspalveluja koskeva lainsäädäntö jakaa terveyspalvelut *perusterveydenhuoltoon* ja *erikoissairaanhoidon*. Palveluiden järjestämisvastuu ja rahoitus on kuntien tehtävä. Velvoitteista säädetään kansanterveyslaissa (66/1972) ja erikoissairaanhoidolaissa (1062/1989). Ennen kansanterveyslain voimaan tuloa v. 1972 oli voimassa kunnan- ja kaupunginlääkärijärjestelmä. Lääkärit olivat yksityisiä ammattiharjoittajia. Vuoteen 1993 asti kunnan oli pidettävä yllä omaa *terveyskeskusta* tai kuulua terveyskeskusta ylläpitävään usean kunnan kuntayhtymään. Vuodesta 1993 lähtien kunnat ovat voineet ostaa palvelut toisista terveyskeskuksista tai yksityisiltä palveluntuottajilta. *Kansanterveystyö* oli 1970-luvulla yleisesti käytetty termi, jolla tarkoitettiin kaikkea terveyskeskusten kansanterveyslaissa määriteltyä toimintaa. 1980-luvun lopulta on alettu puhua ennemminkin *perusterveydenhuollosta* kansainvälisen terminologian mukaisesti (*Primary Health Care*). Terveyskeskus (*health center*) viittaa kansainvälisenä terminä yhteen toimipaikkaan tai rakennukseen, mutta Suomessa sana on kansanterveyslain alusta alkaen viitannut organisaatioon. Terveyskeskuksella voi olla useita toimipaikkoja, terveysasemia ja sairaaloita. (Lehto & Kananoja & Kokko & Taipale 2001. 105 - 107.)

2.1.1 Perusterveydenhuolto

Perusterveydenhuollosta vastaavien terveyskeskusten tehtävänä on järjestää avosairaanhoitona *lääkärin vastaanotot* sairastuneille. Terveyskeskukset tuottavat myös *sairaalahoitoa* vuodeosastoillaan. Tärkeä osa perusterveydenhuoltoa on *terveysneuvonta ja sairauksien ehkäisy*. Perusterveydenhuollon tehtävänä on toteuttaa lisäksi lukuisia muita kansanterveyslaissa (KTL 66/1972) säädettyjä tehtäviä. (Terveyspalvelut 29.9.2010.).

Vuonna 2008 terveyskeskuskäyntejä, pois lukien suun terveydenhuollon käynnit, oli keskimäärin 4,8 asukasta kohden. Näistä lääkäriiskäyntejä oli 1,6. Avosairaanhoidon käyntejä oli asukasta kohden yhteensä 2,6 ja näistä lääkäriiskäyntejä 1,4 vuodessa. Terveyskeskuslääkäriiskäynnit ovat vähentyneet 2000-luvulla ja vastaavasti muiden

ammattiryhmien luokse tehdyt käynnit ovat jonkin verran lisääntyneet. Lääkäripalvelujen käyttö on vähentynyt eniten työikäisillä. (Kauppinen toim. 2010, 7 - 10.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) tekee kahdesti vuodessa kyselyn terveyskeskusten johtaville lääkäreille hoidon saatavuudesta. Vuonna 2009 yli puolet väestöstä asui sellaisten terveyskeskusten alueella, missä oli ajoittain ongelmia kansanterveyslain edellyttämässä välittömässä yhteydensaannissa. Syynä olivat suuret puhelumäärät tai puutteet puhelintekniikassa. Tilanne oli selkeästi huonompi kuin vuosina 2005 - 2008. Hoidon tarpeen arviointi näyttää kyselyn mukaan toteutuneen lähes poikkeuksetta kolmen vuorokauden määräajassa. Sen sijaan kiireettömässä hoidossa lääkärin vastaanotolle pääsi kahden viikon sisään vain kolmannes väestöstä. Kymmenesosalla odotusajat venyivät yli neljän viikon mittaisiksi. Perusterveydenhuollon palvelujen saavutettavuuteen vaikuttaa myös lääkäripula. Lokakuussa 2009 väestöstä vain 26 prosenttia asui alueella, jossa kaikki virat oli täytetty. (Kauppinen toim. 2010, 11 -12.)

2.1.2 Erikoissairaanhoito

Suomessa kehitettiin voimakkaasti sairaalaverkkoa 1950- ja 1960-luvuilla. Sen seurauksena 1960-luvun alkupuolella suurin osa, n. 90 % lääkäreistä työskenteli sairaaloissa. Sairaalapalvelut olivat tuolloin potilaille avopalveluja edullisempia ja lääkäritiheys oli Suomessa muihin Euroopan maihin verrattuna pienimpiä. Näistäkin syistä palvelujen sairaalapainotteisuus korostui. Kansanterveyslain (66/1972) tarkoituksena oli siirtää painopistettä ehkäisevään terveydenhuoltoon ja avosairaanhoitoon. (Keskimäki & Manderbacka & Teperi 2008. 51 - 52.)

Suomeen on rakentunut omaleimainen, hoidon porrastukseen perustuva terveydenhuoltojärjestelmä. Erikoissairaanhoito on muotoutunut toimintayksiköiden rakenteen kehityksen kautta. Erikoissairaanhoito toimii jakautuneena lääketieteen erikoisalojen mukaisesti. Perusterveydenhuollossa tutkitaan ja hoidetaan erikoisalasta riippumatta kaikkia ongelmia ja sairauksia, joihin perusterveydenhuollon tiedollinen ja taidollinen kapasiteetti ja välineet riittävät. (Lehto & Kananoja & Kokko & Taipale 2001.120.)

Vuonna 1991 voimaan tulleen *erikoissairaanhoitolain* (1062/1989) mukaan kunnat vastaavat asukkaidensa erikoissairaanhoidon järjestämisestä. Jokaisen kunnan on kuultava johonkin *sairaanhoitopiiriin*. Sairaanhoitopiirejä on Ahvenanmaa mukaan lu-

ettuna 21. Kunta voi nykyisen lain mukaan päättää, mihin sairaanhoitopiiriin se haluaa kuulua.

Henkilön ottaminen sairaalaan hoidettavaksi tai jatkotutkimuksiin edellyttää kiireellisiä tapauksia lukuun ottamatta lääkärin tai hammaslääkärin lähetettä. Lähetteen voi antaa sekä julkisen että yksityisen sektorin lääkäri. (Narikka toim. 2006. 467 - 469.) Läheteistä tulee merkittävä osuus yksityisten lääkäripalvelujen ja työterveyshuollon kautta. Koska nämä palvelut suosivat hyvätuloisia, vaikutus kertaantuu siten kunnallisiin erikoissairaanhoidon palveluihin. (Larivaara & Teperi 2007, 197.) Tutkimuksen kohderyhmänä olevilla toimeentulotukea saavilla henkilöillä ei yleensä ole vaihtoehtoja, vaan lähete erikoissairaanhoidon on mahdollista saada vain perusterveydenhuollosta.

2.2 Yksityinen terveydenhuolto

Vaikka julkinen terveydenhuolto on periaatteessa kattava järjestelmä, terveyspalvelut on vaihtoehtoisesti mahdollisuus hankkia myös yksityiseltä sektorilta silloin, kun palvelu on saatavissa kummaltakin taholta. Yleisimpiä yksityisiä palveluja ovat *lääkärin ja hammaslääkärin vastaanotto toiminta, fysioterapia, työterveyshuolto ja laboratoriot toiminta*. Yksityiset terveyspalvelut täydentävät näin julkisia palveluja. Myös kunta voi ostaa yksityiseltä sektorilta palveluita, joiden järjestämisestä se on vastuussa. (Narikka toim. 2006. 503 - 504.)

Yksityisten terveyspalvelujen osuus on kasvanut jatkuvasti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tilastoraportin, Yksityiset terveyspalvelut 2007, mukaan yksityisiä terveydenhuollon palveluja antavia toimipaikkoja oli ko. vuonna lähes 6800. Fysioterapiaa antavia toimipaikkoja oli (1 670). Erikoislääkärin vastaanotto toimintaa, noin 1 560 toimipaikassa ja seuraavaksi eniten työterveyshuollon toimipaikkoja (690). Hammahuollon toimipaikkoja oli 530. Yksityisiä sairaaloita oli 38. (Arajärvi 2010. 1.)

Yksityisen sektorin avohoitokäyntien kokonaismäärä oli tilastoraportin mukaan noin 16,7 miljoonaa. Vuonna 1997 vastaava luku oli 13,8 miljoonaa. Vuoden 2007 käynneistä vajaa puolet oli lääkärissä käyntejä ja niistä noin kaksi kolmasosaa erikoislääkärikäyntejä. Vertailun vuoksi voi mainita, että terveyskeskusten ja kunnallisten saira-

laiden sekä valtion sairaaloiden ja terveysasemien avohoitokäyntien määrä oli yhteensä 36,7 miljoonaa. Yksityissektorin osuus kaikista avohoidon käynneistä oli noin 31 %. Työterveyshuollon käynntejä oli noin neljännes kaikista yksityisistä avohoitokäynneistä. (Arajärvi 2010. 2.)

2.3 Työterveyshuolto

Suurimmissa yrityksissä on järjestetty vapaaehtoista työterveyshuoltoa jo 1900-luvun alusta lähtien. Vasta kansanterveyslain voimaantulo paransi pienten yritysten mahdollisuutta hankkia työterveyshuollon palveluja, koska terveyskeskusten velvoitteeksi tuli tarjota niitä myös yrityksille. Vuonna 1978 säädettiin *työterveyshuoltolaki* (1383/2001), jonka tavoitteena oli työperäisen sairastavuuden ennaltaehkäisy ja työterveyshuollon kattavuuden lisääminen. Vuosien 1964 ja 1995 välillä työterveyshuollon kattavuus nousikin yli 20 %:sta 80 %:iin työvoimasta. (Keskimäki & Manderbacka & Teperi 2008, 52.)

Työnantaja voi hankkia työterveyshuollon palvelut kunnan terveyskeskukselta tai ostaa ne muulta työterveyspalvelujen tuottamiseen oikeutetulta julkiselta tai yksityiseltä terveydenhuollon toimintayksiköltä. Työnantaja voi myös perustaa oman työterveysyksikön tai järjestää palvelut yhdessä toisen työnantajan kanssa. Työnantaja voi kustantaa työntekijöilleen hyvinkin laajat terveyspalvelut. Ne voivat sisältää esimerkiksi erikoislääkärin palvelut tai hammashuollon. Suppeimmillaan työterveyshuolto kattaa vain välttämättömimmät terveystarkastukset. (Narikka toim. 2006, 459 - 460.) Työterveyshuollossa ei peritä käyttäjämaksuja eikä palveluihin yleensä ole jonotusaikoja. Työterveyshuoltoon oikeutetulla väestönosalla on näin muita parempi pääsy perusterveydenhuollon palvelujen piiriin. (Larivaara & Teperi 2007, 195.)

Kela korvaa osan työterveyshuollon kustannuksista. Työterveyshuollon korvausjärjestelmästä säädetään sairausvakuutuslaissa (1224/2004). Tavoitteena on edistää ja ohjata työpaikan tarpeista lähtevän työterveyshuollon toteutumista kaikilla työpaikoilla koosta, sijainnista tai taloudellisesta asemasta riippumatta. Korvaus voi olla enimmillään noin 50 % - 60 % hyväksyttävistä kustannuksista. Oikeus korvaukseen on työnantajalla tai yrittäjällä, joka on järjestänyt työntekijöilleen työterveyshuoltolain mukaista työterveyshuoltoa. Myös kunnat voivat hakea korvausta terveyskeskuksessa yrittäjälle järjestetyn työterveyshuollon kustannuksista. (Työterveyshuolto 6.10.2010.)

3 KESKEISIÄ SÄÄDÖKSIÄ KANSALAISTEN OIKEUDESTA TERVEYSPALVELUIHIN

3.1 Perustuslaki ja kansainväliset sopimukset

Julkinen vastuu terveyspalveluista on kirjattu *perustuslakiin* (731/1999). Sen mukaan julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. (19. § 3. mom.) Suomi kiinnittyy näin laajempaan länsieurooppalaiseen arvopohjaan. Sama periaate toistuu useimpien maiden lainsäädännössä. Suomi on lisäksi mukana useissa kansainvälisissä sopimuksissa, joissa se on sitoutunut järjestämään riittävät palvelut koko väestölleen. Tällaisia sopimuksia ovat esimerkiksi Kansainvälinen ihmisoikeuksien julistus, Euroopan sosiaalinen peruskirja ja Maailman terveysjärjestön WHO:n perustamisasiakirja. (Larivaara & Teperi 2007, 193.)

3.2 Kansanterveyslaki

Kansanterveystyöllä tarkoitetaan lain (66/1972) 1. §:n mukaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä sairauksien ja tapaturmien ehkäisy mukaan lukien sekä yksilön sairaanhoitoa. Lain 5. §:ssä kansanterveystyö määritellään kunnan tehtäväksi. Kansanterveyslain 14. §:ssä luetellaan kunnan kansanterveystyöhön kuuluvat tehtävät, joita pääosin toteutetaan kuntien perusterveydenhuollossa.

Terveysneuvonta ja terveystarkastukset sisältävät ehkäisyneuvonnan, äitiys- ja vanhempainneuvola- sekä lastenneuvolatoiminnan, seulonnan ja muut joukkotarkastukset. Kunnan asukkaiden *sairaanhoidon* luetaan *lääkärin suorittama tutkimus ja hoito* sekä *lääkinnällinen kuntoutus*. Kansanterveyslain mukaan kunnan hoidettavaksi kuuluu myös mielenterveyslaissa (1116/1990) tarkoitettu *mielenterveystyö*. Kunnan tulee huolehtia *sairaankuljetuksen* järjestämisestä sekä ylläpitää *pelastustoimintaa*. Kansanterveyslain mukaan kunta ylläpitää *suun terveydenhuoltoa* sekä *koulu- ja opiskeluterveydenhuoltoa*. Kunta tuottaa myös *työterveyshuoltopalveluja*. Kunnan tulee järjestää *kiireellinen avosairaanhoito* sekä *suun kiireellinen terveydenhuolto* potilaan asuinpaikasta riippumatta.

Kansanterveyslain 14. a §:ssä säädetään lisäksi, että kunnan tehtävänä on *ylläpitää merimiesterveysdenhuoltoa*. Kotkan kaupunki on niiden 11 kunnan joukossa, joiden

tehtäväksi merimiesterveidenhuollon järjestäminen on kansanterveysasetuksella (802/1992) säädetty. *Kotisairaanhoido* voidaan kansanterveyslain 13. §:n mukaisesti järjestää kokeiluna sosiaalihuoltolain mukaiseen *kotipalveluun* yhdistettynä *kotihoitona*, kuten Kotkassa on tehty.

3.3 Erikoissairaanhoitolaki

Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lain (1062/1989) 1. §:n mukaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauden ehkäisyyn, tutkimukseen ja hoitoon, lääkinnälliseen pelastustoimintaan sekä lääkinnälliseen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja. Lain 3. §:ssä säädetään, että asukkaan kotikuntalain (201/1994) mukaisen kotikunnan on huolehdittava siitä, että henkilö saa tarpeellisen erikoissairaanhoidon. Velvoitteen mukaisen erikoissairaanhoidon järjestämiseksi kunnan on kuuluttava johonkin sairaanhoitopiiriin kuntayhtymään.

Sairaanhoitopiiriin kuntayhtymä vastaa erikoissairaanhoidon järjestämisestä yhtenäisin lääketieteellisin ja hammaslääketieteellisin perustein. Sairaanhoitopiiri antaa alueensa terveyskeskuksille niiden tarvitsemia sellaisia erikoissairaanhoidon palveluja, joita terveyskeskusten ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa. Samoin sairaanhoitopiiri vastaa terveyskeskusten tuottamien laboratorio- ja kuvantamispalvelujen, lääkinnällisen kuntoutuksen sekä muiden erityispalvelujen kehittämisen ohjauksesta ja laadun valvonnasta.(10 §)

3.4 Hoitotakuu

Hoidon saatavuudella tarkoitetaan tarpeellisten ja oikea-aikaisten terveyspalvelujen turvaamista Suomessa asuviksi katsotuille henkilöille ja niille ulkomaalaisille, joille annetaan terveydenhuollon palveluja EU-säännösten tai sosiaaliturvasopimusten perusteella. Hoitoon pääsyn määräaikoja koskevat säännökset ovat tulleet voimaan 1.3.2005 lukien niin sanottuna hoitotakuuna. Tavoitteena on ollut tukea ja vahvistaa perusoikeuksien toteutumista terveydenhuollossa, parantaa palvelua, tehostaa toimintaa ja lisätä terveydenhuollon vaikuttavuutta. Hoitoon pääsystä säädetään kansanterveyslaissa (66/1972), erikoissairaanhoitolaissa (1062/1989) sekä valtioneuvoston asetuksessa hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (1019/2004). Hoidon järjestämisen määräajat koskevat kiireetöntä hoitoa. Kiireellisissä tapauksissa

hoitoon terveyskeskukseen tai sairaalaan on päästävä välittömästi asuinkunnasta riippumatta. (Hoitoon pääsyn turvaaminen terveydenhuollossa 7.10.2010.)

Kansanterveyslaissa säädetään, että arkipäivisin virka-aikana potilaan on saatava *välittömästi yhteys terveyskeskukseen*. Valtioneuvoston asetuksessa hoitoon pääsyn toteuttamisesta ja alueellisesta yhteistyöstä (1 §) tätä säännöstä tarkennetaan: ”Kansanterveyslain (66/1972) 15. b §:n 1 momentissa tarkoitettu välitön yhteydenaanti arkipäivisin virka-aikana terveyskeskukseen tulee järjestää siten, että yhteyttä ottava henkilö voi valintansa mukaan soittaa puhelimella tai tulla henkilökohtaisesti terveyskeskukseen.” Samassa pykälässä edellytetään lisäksi että virka-ajan ulkopuolella on järjestettävä päivystys. Oleellinen on myös asetuksen 3. §:n säännös potilasasiakirjamerkinnoistä: ”Hoidon tarpeen arvioinnista ja arvion tehneen terveydenhuollon ammattihenkilön antamasta hoito-ohjeesta tai toimenpide-ehdotuksesta tehdään *merkinnät potilasasiakirjoihin*. Myös puhelinalveluna annettavasta henkilökohtaisesta terveyden- ja sairaanhoidon neuvonnasta tai palveluun ohjauksesta tehdään merkinnät potilasasiakirjoihin.”

Kansanterveyslain (15 b §) mukaan *hoidon tarpeen arviointi* on tehtävä *viimeistään kolmantena arkipäivänä* siitä, kun potilas otti yhteyden terveyskeskukseen, jos arviota ei ole voitu tehdä ensimmäisen yhteydenoton aikana. Perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa *erikoissairaanhoidossa hoidon tarpeen arviointi* on aloitettava *kolmen viikon kuluessa* siitä, kun lähete on saapunut toimintayksikköön. Hoidon tarpeen arvioinnin yhteydessä tarpeelliseksi todettu *hoito tulee järjestää* potilaan terveydentila ja sairauden ennakoitavissa oleva kehitys huomioon ottaen kohtuullisessa ajassa, kuitenkin *kolmessa kuukaudessa* hoidon tarpeen arvioimisesta. *Määräaika voidaan ylittää* suun terveydenhuollon tai perusterveydenhuollon yhteydessä toteutettavassa erikoissairaanhoidossa *enintään kolmella kuukaudella*, jos hoidon antamista voidaan lykätä lääketieteellisistä, hoidollisista tai muista perustelluista syistä potilaan terveydentilaa vaarantamatta.

Hoidon saatavuudesta säädetään erikoissairaanhoitolain 31. §:ssä. Henkilön ottaminen sairaalaan sairaalahoidoa varten edellyttää lääkärin tai hammaslääkärin tutkimukseen perustuvaa *lähetettä*, kun ei ole kyse kiireellisestä hoidosta. *Hoidon tarpeen arviointi* on *aloitettava kolmen viikon kuluessa* siitä, kun lähete on saapunut. Hoidon tarpeen arvioinnin perusteella tarpeelliseksi todettu *hoito on järjestettävä ja aloitettava* hoidon

edellyttämä kiireellisyys huomioiden kohtuullisessa ajassa, kuitenkin *kuuden kuukauden kuluessa* siitä, kun hoidon tarve on arvioitu.

Sekä kansanterveyslaki (15. b §:n 3. momentti) että erikoissairaanhoidolaki (31. §:n 4. momentti) velvoittavat, mikäli hoitoa ei voida antaa säädetyssä enimmäisajassa lakien tarkoittamissa toimintayksiköissä, järjestämään hoidon hankkimalla sen muilta palveluntuottajilta sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionosuuksista annetun lain (733/1992) 4 §:n mukaisesti. Kumpaankin lakiin sisältyy myös velvoite julkaista tiedot hoitoon pääsyn odotusajoista. Valtioneuvoston asetuksen (1019/2004) 5 § tarkoittaa säädöksiä: ”Terveydenhuollon toimintayksikön tulee julkaista kansanterveyslain 15. b §:n 1. ja 2. momentin sekä erikoissairaanhoidolain 31. §:n 3. momentin tarkoittamat tiedot odotusajoista erikoisaloittain vähintään puolivuositain Internetissä, tiedotteella tai muulla vastaavalla tavalla. Tietojen julkaisemistavassa tulee ottaa huomioon se, että se kattaa mahdollisimman laajasti alueen väestön.”

3.5 Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistus ja siihen liittyvä lainsäädäntö

3.5.1 Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistus

Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistus kattaa sekä sisältöjen että rakenteiden uudistukset. Uusi terveydenhuoltolaki sekä sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen ovat osa sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistusta. Uudessa terveydenhuoltolaissa säädetään terveydenhuollon toiminnoista ja tehtävistä sekä terveystalujen sisällöstä. Terveydenhuollon rakenteita koskevat säännökset jäävät toistaiseksi kansanterveyslakiin ja erikoissairaanhoidolakiin. Samoin sosiaalihuollon lainsäädännön uudistus koskee palvelujen sisältöjä. Palvelurakenteiden uudistaminen on tulevaisuudessa välttämätöntä, koska kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidolain voimaantulon jälkeen sekä toimintaympäristö että terveydenhuollon toimintatavat ovat muuttuneet merkittävästi. Palvelurakenteen tulisi olla kattava ja taloudellinen ja sen olisi mahdollistettava voimavarojen tehokas käyttö. Kokonaisuudistukseen liittyvä *sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä koskeva lainsäädäntö* toteutetaan seuraavalla hallituskaudella. Määräaikaisessa *laissa kunta ja palvelurakennemuutuksesta* (169/2007), puitelaissa, on yhteistoiminta-alueita koskevat säännökset, jotka vaikuttavat myös sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteisiin.

3.5.2 Terveysthuoltolaki

Hallituksen esitys terveydenhuoltolaiksi (HE 90/2010) annettiin eduskunnalle 11.6.2010 ja vahvistettiin 30.12.2010. Uusi laki (1326/2010) tulee voimaan 1.5.2011 lukien. Laissa yhdistetään kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidon toiminnan ja palvelujen sisältöä koskevat säännökset uudeksi terveydenhuoltolaiksi. Keskeisenä peruslähdekohtana on *perusterveydenhuollon vahvistaminen ja asiakaslähtöisyyden lisääminen*. Tarkoituksenmukaista on *perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon perustason sekä sosiaalihuollon saattaminen lähelle toisiaan*. (HE 90/2010, 72 - 75.)

Lain mukaan kunnan asukkaalla olisi *mahdollisuus valita hoitopaikka*. Tätä valinnanmahdollisuutta laajennetaan portaittain. Ensi vaiheessa potilas voisi valita terveysaseman kuntansa alueella sekä kunnallisen erikoissairaanhoidon toimintayksikön erityisvastuualueella yhteisymmärryksessä lähetteen antavan lääkärin tai hammaslääkärin kanssa. Potilaalla on lisäksi mahdollisuus valita häntä hoitava terveydenhuollon ammattihenkilö, toimintayksikön toiminnan tarkoituksenmukaisen järjestämisen sallimisessa rajoissa. Potilas ohjataan jatkohoitoon pääsääntöisesti häntä aiemmin hoitaneen lääkärin luo. Seuraavassa vaiheessa vuonna 2014 potilaan valinnan mahdollisuus laajenee valtakunnalliseksi.

Lakiin sisältyy velvoite asettaa kunnan strategisessa suunnittelussa tavoitteita terveyttä ja hyvinvointia edistävästä ja ongelmia ehkäisevästä toimenpiteistä ja palveluista sekä niihin varattavista voimavaroista. Lakiin sisältyy myös *yhteisen potilasrekisterin* muodostaminen sairaanhoitopiiriin alueelle. Siinä ovat mukana sairaanhoitopiirin ohella kaikki alueen perusterveydenhuollon yksiköt. Potilasrekisteriä perustellaan potilasturvallisuudella ja mahdollisuudella parempaan hoitoon. Terveysthuollon palvelujen järjestäjälle tulee myös velvoite toimia yhteistyössä sosiaalihuollon palvelujen järjestäjien kanssa siltä osin kuin tehtävien asianmukainen hoitaminen edellyttää. Lain tavoitteena on toteuttaa *perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen yhteistyö* siten, että asiakkaan kannalta saumaton palveluketju toteutuisi, eikä palvelujen välille syntyisi hallinnollisia raja-aitoja. Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistuksessa ja uudessa terveydenhuoltolaissa nostetaan vahvasti esiin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyön merkitys ja asiakaskeskeisyys. Asiakas tai potilas on palvelujen keskipisteenä ja palvelut ja toiminnot organisoidaan hänen yksilöllisistä tarpeistaan lähtien. Jo lakiehdotuksessa korostetaan, että terveydenhuollon, erityisesti perusterveydenhuollon

ja sosiaalihuollon välinen yhteistyö on mahdollista, jos kunta haluaa sen toteuttaa. (HE 90/2010, 75 - 77.)

3.5.3 Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen

Sosiaali- ja terveysministeriön huhtikuussa 2009 asettaman työryhmän tuloksena julkaistiin 3.6.2010 *sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väliraportti*, Työryhmä on linjannut uudistuksen tapahtuvaksi kolmena toisiaan täydentävänä kokonaisuutena. Ensimmäisenä kokonaisuutena valmistellaan uusi sosiaalihuoltolaki. Toiseksi tarkistetaan sosiaalihuoltoa ohjaavien erityislakien sisältö ja kolmantena kokonaisuutena tarkistetaan sosiaalihuollon rajapintojen sääntely. Hallituksen esityksen lakikokonaisuudesta on tarkoitus valmistua vuoden 2011 loppuun mennessä. (Sosiaali- ja terveydenhuollon aluekokeilu vauhdittaa kokonaisuudistusta 8.10.2010.)

Raportissa todetaan, että keskeisimpiä yhteen sovitettavia vireillä olevia kokonaisuuksia ovat terveydenhuoltolain, sosiaalihuollon lainsäädännön sekä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä ohjaavan lainsäädännön valmistelu. Terveydenhuoltolain osalta yhteen sovittamista tarvitaan muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollon yhteisiä asiakasryhmiä koskevassa sääntelyssä. Järjestämislain osalta on otettava kantaa siihen, mitkä säännökset sisällytetään tähän sosiaali- ja terveydenhuollon yhteiseen lakiin ja mitkä puolestaan terveydenhuoltolakiin ja sosiaalihuoltolakiin. (Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen 2010, 57.)

3.5.4 Sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskeva lainsäädäntö

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä valmistelee sosiaalihuollon järjestämistä, kehittämistä, valvontaa ja rahoitusta koskevaa lainsäädännön uudistusta. Peruslinjaukset uudistuksen pohjaksi on määrä tehdä vuoden 2010 loppuun mennessä. Laille on tarve viimeistään vuoden 2013 alusta, kun puitelain voimassaolo päättyy. Uudistukseen liittyy sosiaali- ja terveydenhuollon aluekokeilu, johon halukkaat kunnat voivat hakeutua. Järjestämiskokeilussa selvitetään kuntien kanssa vuorovaikutuksessa miten voidaan edelleen parantaa palvelujen laatua ja lainsäädäntötarpeita, joita palvelujärjestelmän kokonaisuudistus tarvitsee. (Sosiaali- ja terveydenhuollon aluekokeilu vauhdittaa kokonaisuudistusta 8.10.2010.)

3.6 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

Suomessa laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, potilaslaki) tuli voimaan 1.1.1993. Lakiin kerättiin muualla lainsäädännössä olleet potilaan oikeuksia koskevat säännökset ja vahvistettiin käytännössä vakiintuneita periaatteita. Potilaslaki oli ensimmäinen erityisesti potilaan oikeuksia koskeva laki Euroopassa. Laki sisältää potilaan hoitoon ja kohteluun liittyvät keskeiset periaatteet. (Narikka toim. 2006. 551 - 562.)

Laki korostaa erityisesti asiakaskeskeisyyttä, potilaan itsemääräämisoikeutta ja oikeutta hoitoon. Potilaan oikeudet on kirjattu lain 2. lukuun. Lakiin sisältyy *syrijintäkielto*, jonka mukaan potilaalla on oikeus terveydentilansa edellyttämään hoitoon ilman syrjintää (3. § 1. mom.). Potilaalla on oikeus *laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon* ja *kohteluun* ihmisarvoa loukkaamatta ja hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioittaen (3. § 2. mom.). Potilaan *äidinkieli, yksilölliset tarpeet ja kulttuuri* on otettava huomioon hoidossa ja kohtelussa (3. § 3. mom.).

Potilaslain 4 §:ään tehtiin 1.3.2005 muutos, jonka mukaan potilaalle on ilmoitettava *hoitoon pääsyn ajankohta*, kun aiemman säädöksen mukaan riitti, että potilas asetettiin jonoon tai ohjattiin muualle. Muutettu säännös edellyttää myös, että jos ilmoitettu ajankohta muuttuu, potilaalle on ilmoitettava välittömästi uusi hoitoon pääsyn ajankohta sekä muutoksen syy. Lain 4. a §:ssä korotetaan hoidon suunnitelmallisuutta. Tarvittaessa on tehtävä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa *suunnitelma* tarvittavasta tutkimuksesta hoidosta tai kuntoutuksesta. (Narikka toim. 2006. 553 - 554.)

Tiedonsaantioikeudella tarkoitetaan muun muassa sitä, että potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja muista seikoista, joilla on merkitystä hänen hoitonsa kannalta (5. § 1. mom.). *Itsemääräämisoikeudesta* säädetään lain 6. §:ssä. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy hoidosta, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.

3.7 Laki toimeentulotuesta

Laki toimeentulotuesta (1412/1997) määrittelee 1. §:ssä toimeentulotuen sosiaalihuoltoon kuuluvaksi viimesijaiseksi taloudelliseksi tueksi, jonka tarkoituksena on turvata henkilön ja perheen toimeentulo ja edistää itsenäistä selviytymistä. Toimeentulotuki turvaa henkilön ja perheen ihmisarvoisen elämän kannalta vähintään välttämättömän toimeentulon. Toimeentulotuen määrä on lain mukaan määriteltyjen menojen sekä käytettävissä olevien tulojen ja varojen erotus (6 §). Tukea voidaan myöntää perustoimeentulotukena (7 §), täydentävänä eli harkintaan perustuvana toimeentulotukena (7 c §) ja ehkäisevänä tukena (13 §).

Perustoimeentulotuessa *vähäiset terveydenhuoltomenot* luetaan kuuluvaksi elinkustannusindeksillä vuosittain tarkistettavaan *perusosaan*. Yksin asuvan perusosan määrä on vuoden 2010 indeksitasossa 417,45 €/kk. Perusosa kattaa ravintomenojen lisäksi mm. puhelin- ynnä muut informaatiokulut, vaatemenot ym. jokapäiväiseen toimeentuloon kuuluvat menot. Perustoimeentulotuessa *vähäistä suuremmat tarpeelliset terveydenhuoltomenot* otetaan huomioon muina perusmenoina. Vähäistä suuremmilla terveydenhuoltomenoilla tarkoitetaan muita kuin perusosaan sisältyviä, kalliita tai määrältään suuria terveydenhuoltomenoja, joita ei ole voitu korvata riittävästi muista järjestelmistä, kuten esimerkiksi sairausvakuutuksesta tai vammaistuesta. Vähäisten terveydenhuoltomenojen osuudeksi on arvioitu 3 %:a perusosasta eli noin 12,00 €/kk. Ilman lääkärin määräystä hankitut käsikauppalääkkeet katsotaan yleensä sisältyvän perusosaan. Lääkärin määräykseen perustuvat menot, kuten reseptilääkkeet, otetaan täysimääräisenä huomioon vähäistä suurempina terveydenhuoltomenoina. Muita huomioitavia menoja ovat mm. lääkekulut, poliklinikka- ja vuodeosastomaksut, hammashoidosta ja silmälasien hankinnasta aiheutuneet kustannukset sekä muut henkilön tarpeellisesta terveyden ja sairaanhoidosta aiheutuneet menot tarpeellisen suuruisena. (Toimeentulotuki 2007, 69 - 70.)

STM:n oppaassa toimeentulotukilain soveltajille (2007, 71) annetaan ohjeita ja suosituksia toimeentulotukilain tulkinnasta. Sen mukaan edellytetään pääsääntöisesti käytettävän julkisia terveydenhuoltopalveluja. Yksityisistä terveydenhuollon palveluista aiheutuvat kustannukset voidaan ottaa huomioon vain poikkeuksellisesti, kun asiakkaan tarve saada sellaista hoitoa, jota ei ole saatavissa julkisessa terveydenhuollossa, hoi-

don kiireellisyys tai jatkuva hoitosuhde sitä perustellusti edellyttävät. Julkinen terveydenhuolto arvioi yksityisen hoidon tarpeen, jos siitä syntyy epä tietoisuutta.

4 TERVEYDENHUOLLON ASIAKASMAKSUT

4.1 Asiakasmaksulaki ja -asetus

Kunnallisista terveystalouksista perittävät maksut määräytyvät sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain (734/1992, asiakasmaksulaki) ja sitä täydentävän asetuksen (912/1992, asiakasmaksuasetus) perusteella. Periaate on, että palvelun käyttäjältä voidaan periä henkilön maksukyvyyn tai enintään palvelun tuottamisesta aiheutuvien kustannusten mukainen maksu, mikäli laissa ei säädetä toisin. Asiakasmaksulain 5.§:ssä luetellaan maksuttomat terveystaloukset. Asetuksella säädetään tarkemmin terveydenhuollon maksujen määräämisestä.

Esimerkiksi lääkärikäynneistä voidaan periä asetuksen (7 §) mukaan terveystaloukkohtainen vuosimaksu 27,40 euroa tai vaihtoehtoisesti 13,70 euroa enintään kolmelta käyntikerralta vuodessa. Summat ovat vuoden 2010 indeksitasossa. Asiakasmaksuja tarkistetaan asetuksella joka toinen vuosi kansaneläkeindeksin mukaan. Nämä ovat maksujen enimmäismääriä, mutta kunta voi päättää myös alemmista taksoista. Asetuksella määritellään samalla tavoin mm. sairaalan poliklinikka-, päiväkirurgia-, laitoshoido- ja hammashoidon maksut sekä maksut sairaankuljetuksesta.

Kotitalouksien osuus terveydenhuollon kokonaismenojen rahoituksesta kasvoi 1990-luvulla noin viisi prosenttia. Stakesin (2006) mukaan osuus vuonna 2004 oli 19 prosenttia terveydenhuollon kokonaismenoista. Asiakasmaksuista suurimman osan, 35 prosenttia, muodostivat avohoitomaksut. Lääkkeiden osuus oli 33 prosenttia. Asiakasmaksuilla voidaan pyrkiä hillitsemään kustannuksia tai ohjaamaan palvelujen käyttöä tiettyyn suuntaan. Molempia tavoitteita ei yleensä saavuteta samanaikaisesti. (Klavus & Jämsen 2006, 155.)

4.2 Sairausvakuutus ja asiakasmaksujen omavastuut

Kaikki Suomessa asuvat henkilöt kuuluvat lakisääteisen *sairausvakuutuksen* piiriin. Sairausvakuutuslaki (1224/2004) säädettiin alkujaan vuonna 1963 ja sen piiriin kuulu-

via etuuksia on tullut vaiheittain voimaan. Sairauden aiheuttamista hoitokuluista sairausvakuutuslain mukaisia *korvauksia* maksetaan *lääkäripalkkioista, hammaslääkäripalkkioista, tarpeellisesta tutkimuksesta ja hoidosta, lääkärin määräämistä lääkkeistä* sekä sairauden vuoksi tarpeellisista *matkakustannuksista*. Korvaus lääkärinpalkkioista sekä tutkimuksesta ja hoidosta maksetaan tietyinä prosenttiosuutena enintään vahvistetun taksan mukaisista määristä. Sairausvakuutus ei korvaa julkisen sektorin perimiä maksuja. Matkakorvauksia maksetaan myös julkisen terveydenhuollon toimintayksikköön tehdystä matkasta. Sairausvakuutukseen liittyy omavastuu- ja tarpeellisuusperiaatteet. Korvauksia maksetaan vain tarpeellisista kustannuksista ja korvauksiin sisältyy lähes aina omavastuuosuus. Lääke- ja matkakorvauksia maksetaan yleensä vain määriteltujen omavastuuosuuksien ylittävältä osalta. Sekä lääke- että matkakustannusten omavastuuosuuksille on määritetty vuotuinen kattosumma, jonka ylittävät kustannukset korvataan kokonaan. (Narikka toim. 2006. 504 - 505.)

Sairausvakuutuksen korvausosuus yksityisten lääkärinpalkkioista sekä tutkimuksen ja hoidon kustannuksista on vähentynyt. Korvausprosenttien tavoitetaso on lääkärinpalkkioissa 60 % ja tutkimuksen ja hoidon kustannuksissa 75 %. Käytännössä korvaus määräytyy prosenttiosuutena Kelan määrittämistä taksoista. Korvaustaksat ovat jääneet reilusti jälkeen kustannustasosta. Yleisesti puhutaankin 1960-luvulla rakennetun hoitokustannusten sairausvakuutusjärjestelmän alasajosta. Yrjö Mattila on selvittänyt Turun yliopiston sosiaalipolitiikan laitokselle tekemässään lisensiaattitutkimuksessa, Suomen terveydenhuollon ja sairausvakuutuksen kehityslinjat ”yhteisestä pohjasta eri poluille” (2006), korvaustason alenemista.

Taksojen tarkistaminen on osoittautunut ongelmaksi, koska laki ei sisällä tarkempia määräyksiä siitä, milloin taksojen tarkistaminen pitäisi suorittaa. Korvaustaso on käytännössä laskenut koko sairausvakuutuksen voimassaoloajan, lukuun ottamatta 1990-luvun lama-aikaa. Silloin tapahtui jopa korvausten nousua, kun palvelujen alentunut käyttö laski hintoja. Viimeisin tasokorotus korvaustaksoihin on tehty vuonna 1989. Jos taksoja ei lainkaan koroteta, korvaustaso painuu nopealla aikavälillä hyvin alas eikä sairausvakuutuksella ole enää merkitystä sairaanhoidon kustannusten korvaajana. (Mattila 2006. 110 - 113.)

Mattila pohtii korvaustaksojen korotukseen liittyvää problematiikkaa myös Kelan Internet-sivuilla julkaistussa kolumnissaan (11.11.2008). Julkisessa keskustelussa kansa-

laiset ovat vaatineet taksojen korotusta, koska eivät koe saavansa vastinetta verojen yhteydessä maksetuille sairausvakuutusmaksuille. Koko järjestelmän mielekkyys on kyseenalaistettu, kun on esitetty esimerkkejä, joissa perityistä palkkioista on korvattu vain 10 prosenttia. Asia on ongelmallinen. Yhtäältä katsotaan, ettei rahaa löydy tai korotus on turha, koska lääkäriasemat korottaisivat heti hintoja. Hyöty koituisi vain yksityisille yrityksille. Toisaalta perustuslain takaaman tasa-arvon näkökulmasta pitäisi kaikilla kansalaisilla olla mahdollisuus valita julkisen ja yksityisen hoidon välillä. Nyt pienituloisten valinnanmahdollisuus heikkenee jatkuvasti entisestään korvaustason laskun myötä. Jos korvaaminen lopetetaan kokonaan, todennäköisesti se saisi aikaan laajat terveystakuusmarkkinat ”Amerikan malliin”. Tällaisen kehityksen katsotaan vain lisäävän eriarvoisuutta. (Mattila 2008) On ilmeistä, että asiassa on kohtuullisen nopeasti tehtävä periaatteellinen ratkaisu suuntaan tai toiseen.

5 TERVEYSPOLITIikka JA TERVEYDEN TASA-ARVO

5.1 Suomalainen terveystolitiikka

Terveystolitiikan keskeisenä päämääränä on ollut *tasotavoite* eli väestön keskimääräisen terveydentilan parantaminen ja odotettavissa olevan eliniän pidentäminen. Kansantautien, kuten sydän- ja verisuonitautien ehkäisy on ollut tuloksellista ja tasotavoitetta on saavutettu. Keskimääräinen elinikä on pidentynyt ja kansantaudit ovat vähentyneet. (Kangas & Keskimäki & Koskinen & Lahelma & Manderbacka & Prättälä & Sihto 2002, 12.)

Terveystolitiikan toinen tavoite on *jakaumatavoite* eli terveyden tasainen jakautuminen ja sosioekonomisten ja muiden väestöryhmittäisten terveyserojen kaventaminen. Väestön elintapoihin on pyritty vaikuttamaan esim. ravinto-, tupakka- ja alkoholipoliittisin keinoin. Terveystolitiikan saatavuus ja yhdenvertaiset palvelut on pyritty turvaamaan kaikille väestöryhmille. Alueelliset terveyserot ovatkin vähentyneet 2000-luvulle tultaessa ja se osoittaa, että väestöryhmien välisiä terveyseroja on mahdollista kaventaa. Erityisesti syrjäseudulla asuvan vähävaraisen väestön terveys on kohentunut 1960-luvun jälkeen, kun terveystolitiikan alueellisen käytön erot ovat pienentyneet. (Kangas ym. 2002, 12.) Vaikka väestön keskimääräinen terveydentila on edelleen parantunut, alueellisia terveyseroja esiintyy yhä runsaasti. Esimerkiksi kuolleisuuden ja eräiden keskeisten sairauksien yleisyyden suhteelliset alue-erot ovat säilyneet ennallaan, koska muutokset ovat olleet suunnilleen yhtä nopeita kaikkialla Suomessa. Väestöryhmien väliset terveyserot ovat Suomessa jyrkemmät kuin monissa muissa

maissa. Sosioekonomiset terveyserot ovat joissakin tapauksissa vain lisääntyneet. Väestön sosiaalinen jakautuminen näyttää edelleen kärjistyvän ja saavan uusia muotoja. Tällainen kehitys saattaa suurentaa terveyseroja entisestään. (Koskinen 20.10.2010.)

Väestön terveys onkin kohentunut merkittävästi viime vuosikymmenten aikana. Sosioekonomiset terveyserot eivät kuitenkaan ole kaventuneet. Huono-osaisten väestöryhmien terveys on muita heikompi. Erot ovat osittain jopa lisääntyneet, vaikka terveyspolitiikan tavoitteena on ollut päinvastoin tasoittaa terveyseroja. Nyt ollaankin yleisesti sitä mieltä, että kaikkein heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien tulisi hyötyä terveyttä edistävästä toimenpiteistä eniten ja terveyspalvelujen olisi tuettava huono-osaisia yhtä tehokkaasti ja tuloksellisesti kuin hyväosaisia. (Kangas ym. 2002, 11 - 14.)

5.2 Terveyserot ja terveystaloudelliset linjaukset Suomessa

Terveyserot ovat olleet erityisen mielenkiinnon ja tutkimuksen kohteena Suomessa jo kolmen vuosikymmenen ajan. Tutkimuksessa on ollut käytettävissä kansainvälisestikin mitattuna poikkeuksellisen hyvää tilasto- ja tutkimusaineistoa. (Prättälä & Koskinen & Martelin & Lahelma & Sihto & Palosuo 2006, 15.) Terveyserojen ja niiden taustalla olevan sosioekonomisen eriarvoisuuden tutkimus on ollut laajaa ja monipuolista. Se kuvaa terveys- ja kuolleisuuseroja hyvin kattavasti. Suomi olikin ensimmäisiä maita Euroopassa, joissa väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen asetettiin jo 1970-luvulla terveystalouden tavoitteeksi. (Hiilamo & Hänninen 2009, 25.)

Terveyseroilla tarkoitetaan yleisesti terveyteen liittyviä systemaattisia eroja, jotka kytkeytyvät ihmisten epätasa-arvoiseen asemaan yhteiskunnassa. *Sosioekonomiset terveyserot* määritellään tavallisimmin ammattiaseman, koulutuksen tai tulotason kautta. Sosioekonomisten terveyserojen kanssa päällekkäin menevät osin sellaiset väestöryhmien väliset erot kuin sukupuolten, etnisten ryhmien, siviilisäätiryhmien ja eri alueilla asuvien väestöjen väliset terveyserot. (Rotko & Sihto & Palosuo 2008, 8.)

Terveyserojen tutkiminen aktivoitui monissa Euroopan maissa 1980-luvulla. Suomen *Terveyttä kaikille vuoteen 2000 -ohjelma* valmistui vuonna 1986. Siinä terveyserojen kaventaminen oli keskeisenä tavoitteena. Sen jälkeen sama tavoite on esiintynyt johdonmukaisesti kaikissa terveystaloudellisissa ohjelmissa. Väestöryhmien välisten terve-

yserojen kaventaminen on nostettu esiin myös pääministeri Matti Vanhasen *hallitusohjelmissa v. 2003 ja v. 2007. Terveys 2015 -ohjelman* tärkeimpiä tavoitteita oli sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen. Erillinen *kansallinen terveyserojen kaventamishjelma* valmistui *STM:n toimesta vuonna 2008* sosiaalipoliittisen ministeriötyöryhmän toimeksiantona. (Hiilamo ym. 2009, 25.)

5.3 Kunta terveystoiminnan toteuttajana

Kansallisten politiikkaohjelmien linjausten mukaisesti kunnissa on laadittu omia terveyden edistämiseen ja terveyserojen kaventamiseen tähtäviä ohjelmia. Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa korostetaan kuntien keskeistä roolia toimijana. Kunnilla on laaja itsehallinto ja toimivalta, joka mahdollistaa ohjelman tavoitteiden toteuttamista. Terveystoiminnan palveluista esitetään toimintasuuntana seuraavasti: ”Terveystoimintaa kehitetään kaikille yhtäläiset, laadukkaat ja riittävät palvelut turvaavalla tavalla siten, että alueellinen ja sosioekonominen asema ei rajoita tarvittavien palvelujen käyttöä” (Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta 2001. 27 - 28.)

Stakesin toteuttaman Kuntakyselyn 2007 tarkoituksena oli kuvata kuntien tilannetta hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen strategioiden, johtamisen, toimintatapojen, seurannan ja arvioinnin näkökulmasta. Terveys 2015 -kansanterveysohjelman tavoitteita on kyselyn mukaan viety kuntien suunnitelmiin, mutta esitettiin myös runsaasti kritiikkiä. Ohjelmatavoitteiden sijasta toivottiin käytännön työkaluja ja mittareita. Tavoitteet tuntuvat jäävän liian teoreettisiksi ja kauaksi käytännön elämästä kuntien sosiaali- ja terveystoiminnassa. Vastauksista tuli esiin näkökulma, jonka mukaan kansallisen tason ohjelmia on riittävästi ja nyt kaivattaisiin ohjeistusta ja resursseja käytännön toimiin. Erityisesti painotettiin väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseen tähtäviä toimia. (Wilskman & Ståhl & Muurinen & Perttilä 2008, 11 - 17.)

6 TUTKIMUKSIA JA SELVITYKSIÄ TERVEYSTOIMINNAN KÄYTÖSTÄ JA VÄESTÖRYHMIEN VÄLISISTÄ SOSIOEKONOMISISTA TERVEYSEROISTA

Väestöryhmien välinen tasa-arvo terveystoiminnan käytössä on ollut Suomessa terveystoiminnan tärkeimpiä tavoitteita pitkään. Siitä huolimatta sen toteutumista ja saavuttamista ei ole pystytty seuraamaan järjestelmällisesti. Palvelujen käytön eroihin ei ole

helppo päästä käsiksi, koska terveydenhuollon toiminta koostuu hyvin monista toiminnoista, mm. avosairaanhoidosta, sairaalapalveluista, terveyden edistämisestä ja ehkäisevästä työstä, kuntoutuksesta ja erilaisista hoivapalveluista. Tilastointi, tutkimus ja hoitoketjujen seuranta on ollut tähän mennessä vähäistä. (Manderbacka & Gissler & Husman & Husman & Häkkinen & Keskimäki & Nguyen & Pirkola & Ostamo & Wahlbeck & Widström 2006, 42.)

Terveyspalvelujen ja lääkkeiden käyttöä sekä niissä olevia sosiaaliryhmien välisiä eroja on seurattu pitkällä aikavälillä Kansaneläkelaitoksen ja lääkintöhallituksen, myöhemmin Stakesin toteuttamilla *väestötutkimuksilla*. Niitä on tehty vuodesta 1964 alkaen ja niitä on toistettu vuosina 1968, 1976 ja 1987. Tutkimussarjan tähän mennessä viimeisin väestöhaastattelu tehtiin vuosina 1995 - 1996. (Keskimäki 2005) Siinä arvioitiin väestön terveydentilaa, terveyspalvelujen käyttöä ja perheiden sairauskuluja 1990-luvun puolivälissä. Tuloksia verrattiin pääasiassa vuoden 1987 tutkimukseen. Aineisto kerättiin haastatteluina yli 13 000 suomalaiselta aikuiselta ja lapselta. Keskeiset tulokset esitettiin ikä- ja sukupuoliryhmittäin, tuloluokittain ja alueittain. Tutkimustuloksissa todetaan, että terveydentilan ja palvelujen käytön tasa-arvoisuuden näkökulmasta tilanne ei ollut tuolloin erityisen huolestuttava. Sairastavuus jakaantui entistä tasaisemmin ja avohoidon lääkäripalvelujen käyttö lisääntyi suunnilleen samaverran kaikissa tuloluokissa. (Arinen & Häkkinen & Klaukka & Klavus & Lehtonen & Aro 1998. 1 - 2, 76.)

Suomalaisten hyvinvointi- ja palvelut (HYPA) -kysely on noin joka kolmas vuosi toteutettava kyselytutkimus, jossa yhdistetään puhelin- ja käyntihaastatteluja sekä postikyselyjä ja rekisteriaineistoja. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2009 toteuttama kysely on viimeisin. Aiemmat Stakesin toteuttamat kyselyt tehtiin vuosina 2004 ja 2006. Kyselyllä kerätään tietoa suomalaisten hyvinvoinnista, läheissuhteista, terveydestä, terveyspalvelujen käytöstä sekä asiakkaiden kokemuksista ja mielipiteistä palvelujen käyttäjinä. Tutkimuksen rungon muodostavien puhelinhaastattelujen kohderyhmä on 18 - 79-vuotiaat Manner-Suomen asukkaat. HYPA-kyselyissä on puhelinhaastateltu n. 4500 henkilöä. (Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -kysely HYPA 3.4.2011.)

HYPA-kyselyjen tulokset osoittavat, että kehitys suomalaisten terveydentilassa on ollut myönteistä noin viiden vuoden ajanjaksolla, jolla tutkimusta on tehty. Myös vuo-

den 1996 väestötutkimukseen verrattuna hyväksi terveytensä kokeneiden osuus on kasvanut ja pitkäaikaissairastavuus vähentynyt. Sen sijaan sosioekonomiseen asemaan liittyvä terveyden eriarvoisuus on lisääntynyt. Pitkäaikaissairastavuudessa sekä koetussa terveydessä erot tuloluokkien välillä ovat kasvaneet entisestään. Terveyspalvelujen käytössä on myös nähtävissä eroa väestöryhmien välillä. Terveyskeskuspalvelujen käyttö on suurinta alimmissa tuloluokissa. Työterveyshuollon ja yksityisten palvelujen käyttö on sitä runsaampaa mitä korkeampi tulotaso kotitaloudella on. Terveyskeskuslääkärikäynnit ovat vähentyneet suunnilleen samassa suhteessa kuin työterveyslääkärikäynnit ovat lisääntyneet. Julkisen sektorin palveluihin liittyvien palvelujen odotusajoissa on tapahtunut myönteistä kehitystä vuoteen 2004 verrattuna. Kohtuuttoman kauan palveluihin pääsyä odottaneiden määrä laski. Tulokset viittaavat hoitotakuun vaikutukseen, mutta myös työterveyspalvelujen lisääntynyt tarjonta ja kattavuus ovat saattaneet vaikuttaa. Kokonaisuutena suomalaiset ovat edelleen melko tyytyväisiä terveydenhuoltojärjestelmän laatuun ja toimintaan. Julkisten terveyspalvelujen laatua piti hyvänä tai erittäin hyvänä yli puolet väestöstä. (Klavus 2010, 41 - 42.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sekä Työterveyslaitoksen kansallinen yhteishanke TEROKA tähtää terveyserojen kaventamiseen kehittämällä toimintatapoja ja koaamalla tietopohjaa Terveys 2015 -ohjelman terveyserojen kaventamistavoitteen saavuttamiseksi. (Teroka 3.4.2011.) Hankkeen puitteissa on tehty mm. *alueellisia terveyseroselvityksiä*. Raportissa Sosioekonomiset erot Pohjois-Pohjanmaalla (Murto & Kaikkonen & Kostiainen & Martelin & Koskinen & Linnanmäki 2009, 3) esitettyjen tulosten mukaan maakunnassa on suuria väestöryhmien välisiä eroja terveydessä ja sen taustatekijöissä. Raporttiin koottiin tietoa mm. terveyspalvelujen käytöstä sukupuolittain ja koulutusryhmittäin. Raportin tiedot pohjautuivat olemassa oleviin rekisteri- ja kyselytietoihin sekä alueen toimijoiden haastatteluihin. Vastaava selvitys sosioekonomisista terveyseroista ja niiden kaventamisesta tehtiin Kainuussa. Siellä sosioekonomiset terveyserot ovat pääasiassa jyrkemmät kuin koko maassa keskimäärin. (Kaikkonen & Kostiainen & Linnanmäki & Martelin & Prättälä & Koskinen 2009, 3.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) käynnisti v. 2010 *Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH)* Turun kaupungissa, Kainuussa ja Pohjois-Pohjanmaalla. Tutkimukseen osallistui yhteensä 31 000 suomalaista 20 vuotta täyttäneitä henkilöä.

Tarkoitus on, että tulevaisuudessa ATH -tutkimuksen kautta saadaan tiedot oman kunnan tai alueen aikuisväestön hyvinvoinnista ja terveystyötytymisestä. Tutkimus on valtakunnallinen ja jatkuva vuodesta 2012 alkaen ja siihen osallistuu yli 100 000 suomalaista. (Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus ATH 3.4.2011.)

OECD julkaisi vuonna 2004 kansainvälisen vertailututkimuksen, jossa oli mukana 21 maata. Tutkimuksen mukaan kaikki lääkäri- ja sairaalajärjestelmät jakautuivat eniten hyvätuloisia suosivasti Yhdysvalloissa ja sen jälkeen Meksikossa, Suomessa, Portugalissa ja Ruotsissa. (van Doorslaer & Masseria & OECD Health Equity Research Group 2004, 6.) Tulokset olivat tuolloin hätkähdyttäviä, mutta myöhemmät tutkimukset Suomessa ovat vahvistaneet tätä tulkintaa (Larivaara & Teperi 2007. 194 - 195).

Vuosina 2000 – 2001 toteutettiin laaja, valtakunnallinen silloisen Kansanterveyslaitoksen johdolla tehty *Terveys 2000 -tutkimus*, joka koostui 30 vuotta täyttäneitä väestöä edustavasta 8028 henkilön otoksesta. Aineisto kerättiin haastatteluilla ja tehtiin myös terveystarkastuksia. Terveystarkastuksia selvitettiin alueellisesti, koulutuksen ja siviilisäädyn mukaan. Pitkään koulutettujen terveys todettiin paljon paremmaksi kuin lyhyen koulutuksen saaneiden. Naimisissa olevien terveys oli tuntuvasti parempi kuin muissa perhesuhteissa elävien. Terveiden ja toimintakyvyn todettiin vaihtelevan alueittain, mutta alue-erot olivat erilaisia. (Aromaa & Koskinen 2002, 134 - 135.)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen *Terveys 2011 -tutkimus* on seurantatutkimus, joka perustuu kymmenen vuotta sitten toteutettuun *Terveys 2000 -tutkimukseen*. Siinä kerätään tietoa suomalaisten terveyden, hyvinvoinnin ja toimintakyvyn kehityksestä, mutta myös väestöryhmien välisistä terveys- ja hyvinvointieroista ja niiden syistä. *Terveys 2000* on pitkän aikavälin tutkimus, jolla on laajuutensa ja ajallisen ulottuvuuden vuoksi kansainvälistäkin painoarvoa. Siinä kutsutaan terveystarkastukseen samat henkilöt kuin aiempaan vuoden 2000 tutkimukseen. Sen lisäksi tehdään postikysely. Varsinainen tutkimus käynnistyy elokuussa 2011. (Terveys 2011 4.4.2011.)

Tutkimus sairautteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä (Kinnunen 2009, 54,176, 248 - 257) toteutettiin yhteistyössä Diakonia-ammattikorkeakoulun, kirkkohallituksen ja Stakesin (nyk. THL) kanssa. Tutkimuksen aineisto koostui diakoniatyöntekijöiden teemahaastatteluista (n= 21) sekä Kirkon diakoniarahaston avustusha-

kemuksista ja -päätöksistä vuosilta 2004 - 2006 (n = 896). Tulokset nostavat esiin terveydenhuollon ongelmia, kuten maksukatot, jonot ja erikoissairaanhoidon läheteiden puutteet. Perusterveydenhuollon palvelut ovat jääneet jälkeen suhteessa työterveys- huoltoon ja sen kautta helpommin saatavilla olevaan erikoissairaanhoidon. Tutkimus tuo esille myös uusia terveyseroihin vaikuttavia taustatekijöitä: ylivelkaantuneiden vaikea asema, pitkien etäisyyksien aiheuttamat vaikeudet ja yleisesti sen, miten ongelmallista heikoimmassa asemassa oleville on perusoikeuksien mukaisten palvelujen turvaaminen. On merkille pantavaa, että juuri kirkon diakonian piiristä on noussut tarve tutkia huono-osaisuuden ja sairastavuuden yhteyttä. Toimeentulotuen tarkoituksena on olla viimesijainen auttamiskeino. On paljon tilanteita, joissa ihmisiä ei voida auttaa perustoimeentulotuella ja harkinnanvaraista tukea on kuntien taloudellisessa ahdingossa supistettu entisestään. Todellisuudessa kirkon diakoniasta on tullut sosiaaliturvan ”viimeinen luokku.”

Tämä työssä haluttiin nostaa ensisijaisesti esiin heikossa taloudellisessa asemassa olevien omia kokemuksia terveyspalvelujen käyttämisestä. Tutkimuksia, joissa terveyspalvelujen käytöstä kysytään valikoidulta käyttäjäryhmältä, ei maassamme näytä tehdyn. Aikuissosiaalihuollon työntekijöiden näkemykset täydentävät tutkimusta. Tulokset valaisevat heikossa sosiaalisessa asemassa olevien ihmisten ongelmia terveyspalvelujen käyttäjinä.

7 KOTKAN KAUPUNGIN SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUISTA

7.1 Kotkan kaupungin sosiaali- ja terveystoimi

Sosiaali- ja terveyslautakunnan alaisuuteen kuuluva Kotkan sosiaali- ja terveystoimi huolehtii lautakunnan tehtäväalueeseen kuuluvien asioiden valmistelusta ja toimeenpanosta. Toiminta-ajatuksena on edistää kotkalaisten omia hyvinvointivalintoja tukevia palveluja, joiden avulla asukkaat itse voivat vaikuttaa aktiivisesti terveyteensä ja sosiaaliseen pärjäämiseensä. Sosiaali- ja terveystoimi jakautuu sosiaali-, terveydenhuollon ja vanhustenhuollon vastuualueisiin. Terveystoimeen kuuluu avoterveydenhuollon-, suun terveydenhuollon-, terveyskeskussairaalan-, mielen- terveystyön ja erikoissairaanhoidon palvelualueet. Sosiaali- ja terveystoimi kuuluu sosiaalityö, vammaistyö ja maahanmuuttajatyö. (Sosiaali- ja terveystoimi 13.10.2010.)

7.2 Ajanvarausjärjestelmä ja hoitotakuun toteutuminen terveysasemilla

Kotkan kolme terveysasemaa toimivat Kotkansaarella, Karhulassa ja Länsi-Kotkassa. Käytössä on väestövastuinen lääkärijärjestelmä, jossa asukkaille pyritään antamaan aika asuinalueen mukaan määräytyvälle omalääkärille. Karhulan terveysaseman toimintaa on hoidettu ostopalveluna. Sopimuksen palvelun tuottajan kanssa päätyttyä toimintaa jatkettiin omana tuotantona 1.3.2011 lukien (SOTELA 16.6.2010 § 106).

Ajanvaraus on järjestetty erikseen kuullakin terveysasemalla. Päivystys on järjestetty Kymenlaakson keskussairaalan tiloissa. Viime vuodesta alkaen terveysasemilla on ollut käytössä puhelinajanvarausjärjestelmä (TeleQ), jossa automaattinen vastaaja kertoo asiakkaalle montako soittajaa on jonossa ennen häntä. Järjestelmä mahdollistaa myös takaisinsoiton asiakkaalle terveysasemalta. Kun asiakas toimii ohjeiden mukaan ja antaa tietonsa, järjestelmä kertoo, mihin aikaan sairaanhoitaja soittaa takaisin. Takaisinsoittojärjestelmää ei ole toistaiseksi saatu toimimaan toivotulla tavalla. Usein asiakkaat soittavat ennen annettua aikaa uudelleen ja saavat asiansa hoidettua. Jos annettua soittoaikaa ei samalla peruta, sairaanhoitajan takaisinsoitto on turha. Takaisinsoittojärjestelmä ei koetuista ongelmista johtuen ole jatkuvassa käytössä. Kotkan kaikkien terveysasemien vastattujen puheluiden määrä ajalla 1.1. - 31.3.2011 oli yhteensä 25 585 kpl. Keskimääräinen asiakkaan odotusaika oli maaliskuussa kaikilla kolmella terveysasemalla kolme minuuttia. Odotusaika on kuitenkin yksittäisen asiakkaan kohdalla saattanut olla huomattavasti keskimääräistä aikaa pidempi. Jonottaneiden asiakkaiden puhelujen tavoitettavuus on vaihdellut vuoden ensimmäisen kolmen kuukauden aikana ollen tammikuussa 96 %, helmikuussa 91 % ja maaliskuussa 85 %. Luvuissa eivät ole mukana puhelut, jotka asiakas on lopettanut kesken jonotuksen. (Hämäläinen 2010)

Hoitotakuun hoidontarpeen arviointi kolmen vuorokauden sisällä ja kiireettömän hoidon hoitoon pääsy kolmen kuukauden sisällä näyttävät toteutuvan tällä hetkellä Kotkassa. Tietoja hoidon tarpeen arvioinnin ja hoitoon pääsyn ajoista löytyy Kotkan kaupungin Internet-sivuilta. Esimerkiksi terveyskeskuksen lääkärin ja sairaanhoitajien kiireettömien vastaanottojen ensimmäiset vapaat ajat (1.2.2011) olivat 1 - 2 viikon odotusajalla. Fysioterapiaan kiireettömissä tapauksissa joutuu jonottamaan (tilanne 4.4.2011) lähes kolme kuukautta. (Hoitotakuu 5.4.2011.)

7.3 Aikuissosiaalityö ja toimeentulotuki

Kotkansaaren sosiaalitoimisto vastaa koko Kotkan alueella aikuissosiaalityöstä, joka sisältää toimeentulotuen, sosiaaliohjauksen ja sosiaalityön. Toiminta keskitettiin 1.9.2010 lukien kolmen toimiston sijasta yhteen yksikköön. Kotkansaaren sosiaalitoimistossa työskentelee viisi sosiaaliohjaajaa ja yksi sosiaalityöntekijä, yksitoista toimistosihiteeriä sekä kahta palveluneuvojan vakanssia hoitamassa neljä työntekijää. Esimiehenä toimii sosiaalityön johtaja. (Liakka 2011)

Sosiaaliohjaajien ja sosiaalityöntekijän toimenkuvaan kuuluu sosiaaliohjauksellisen työn lisäksi mm. palvelusuunnitelmien laatiminen ja asiakkaan elämäntilannekartoitukset ja asiantuntijana toimiminen asiakas- ja yhteistyöverkostoissa. Työnkuvaan kuuluvat myös erityistä harkintaa edellyttävät toimeentulotukiasiat tai jos asian hoitaminen muutoin on tarkoituksenmukaista muun sosiaalityön yhteydessä. Toimeentulotukihakemuksia käsittelevät pääsääntöisesti toimistosihiteerit. Toimeentulotukea haetaan etupäässä kirjallisesti. Palveluneuvojat ottavat vastaan hakemuksia sekä neuvovat ja ohjeistavat asiakkaita. (Liakka 2011)

7.4 Terveystuolomenot toimeentulotuessa

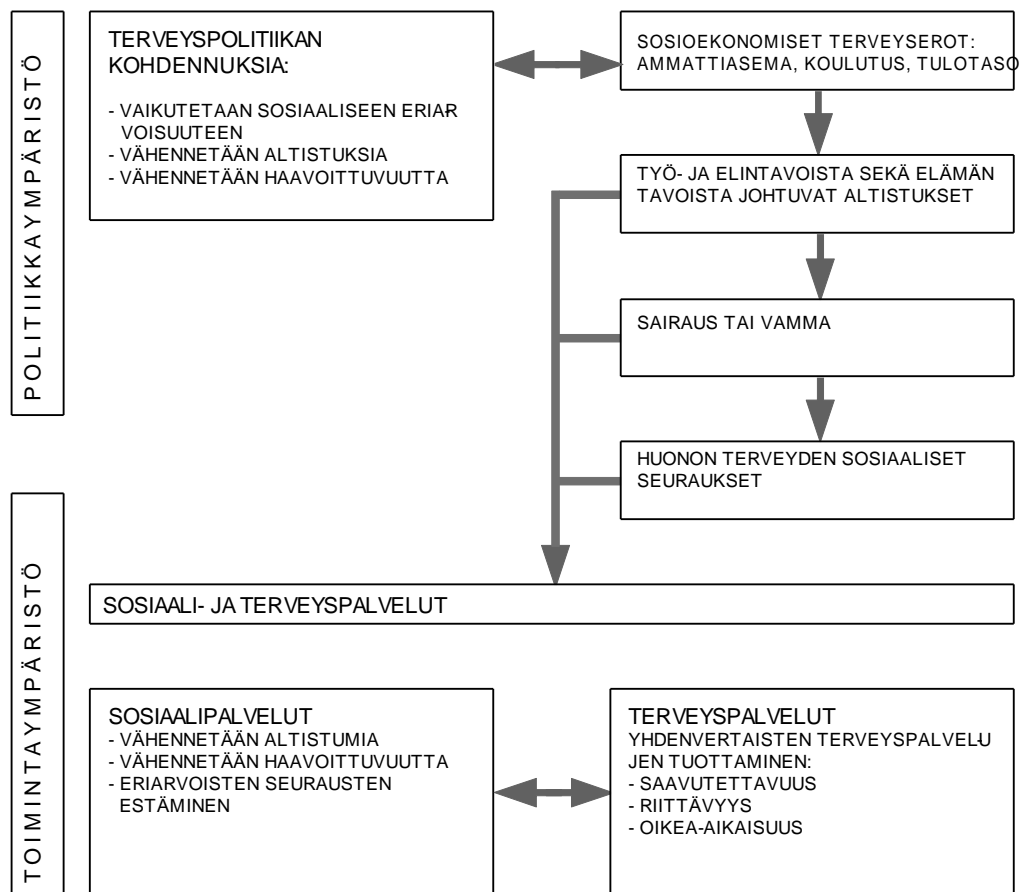
Heikossa taloudellisessa asemassa olevilla ei ole varaa yksityisiin lääkäri- tai muihin terveystuoluihin. Toimeentulotuessa huomioidaan yleensä menona vain julkisen puolen terveystuolusta aiheutuneet kustannukset. Tätä päälinjausta on kunnissa entisestään tiukennettu. Kotkan sosiaali- ja terveystuolautakunta hyväksyi helmikuussa 2009 toimeentulotuen kuntakohdattaiset soveltamisohjeet 1.3.2009 lukien ja teki päätöksen, jonka mukaan yksityistä terveystuoltoa ei huomioida enää missään tilanteissa toimeentulotukilaskelmassa menona (SOTELA 25.2.2009 § 33). Aiemmin pääsäännöstä voitiin harkinnan mukaan poiketa, esim. jos terveystuolkeskuslääkäri antoi lausunnon, että vastaavaa hoitoa ei ollut saatavilla julkisen terveystuololon kautta ja kyseessä oli välttämätön hoidon tarve. Nyt katsotaan, että julkinen terveystuololto pystyy vastaamaan kaikkien hoidon tarpeeseen ja hoitotakuujärjestelmä takaa hoidon saamisen riittävän nopeasti.

8 TUTKIMUKSEN VIIITEKEHYS JA RAJAUS

Terveyserot syntyvät monien tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Taustalla on aineellisten, sosiaalisten, tiedollisten ja kulttuuristen voimavarojen epätasainen jakautuminen väestöryhmien kesken. Terveyserojen syyt kytkeytyvät esimerkiksi tulonjakoon ja koulutusjärjestelmään sekä työ- ja asumisoloihin. Terveydelle haitalliset työ- ja asumisolot sekä elintavat ovat välittäviä lenkkejä ketjussa, joka johtaa heikosta sosioekonomisesta asemasta huonoon terveyteen. Lisäksi eri väestöryhmissä käyttäytymistä ohjaavat arvot, asenteet ja perinteet sekä sosiaaliset verkostot. Terveyttä heikentäviä tekijöitä kasautuu erityisesti huonossa sosiaalisessa asemassa oleville, vähän koulutetuille ja pienituloisille. Myös terveydenhuoltojärjestelmä itsessään kärjistää väestöryhmien välisiä terveyseroja. (Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008 - 2011 2008, 26 - 27.)

Terveyspalvelut ovat terveyserojen taustalla vaikuttava tekijä. Tasa-arvoisilla terveyspalveluilla voidaan vaikuttaa terveyseroihin. (Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008 - 2011 2008, 16, 28.) Tässä tutkimuksessa tarkastelu rajataan koskemaan terveyspalvelujen saamista kohderyhmän keskuudessa. Terveyserojen syitä tai terveyserojen kaventamiseen tähtäviä toimia muilta kuin terveyspalvelujen osalta ei pyritä selvittämään.

Koska terveyserot ovat seurausta ihmisten toiminnasta ja yhteiskunnallisista päätöksistä, niitä voidaan vastaavasti myös vähentää yhteiskuntapoliittisilla päätöksillä ja toimilla. Kuvassa 1 esitetään, miten yhteiskuntapoliittikan keinoin voidaan vaikuttaa terveyseroja synnyttäviin mekanismeihin. Voidaan vaikuttaa hyvinvoinnin sosioekonomisiin resursseihin, kuten koulutukseen, taloudelliseen toimeentuloon ja työllisyyteen. Heikommassa asemassa olevien työ-, asumis- ja elinoloja sekä elintapoja voidaan kohentaa. Voidaan suunnata toimia haavoittuvassa asemassa olevien yksilöiden tukemiseen, pehmentää riskien vaikutusta ja estää sairastumista. Tapahtuneita vaurioita voidaan korjata ja estää huonon terveyden vaikutuksia ihmisen toimeentuloon ja elinoloihin. (Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008 - 2011 2008, 27.)



Kuva 1. Terveyspalvelut terveyserojen taustalla (Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008 - 2011, 28. Mukaeltu kuvan alkuperäisestä lähteestä Diderichsen ym.)

Terveyserojen kaventamiselle voidaan esittää useita perusteluja. Kansallisessa terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa (2008, 25 - 26) perustellaan terveyserojen vähentämiseen tähtäviä toimia mm. kansanterveydellisillä ja taloudellisilla vaikutuksilla. Kansanterveys kohenee tehokkaimmin, kun parannetaan niiden väestöryhmien terveyttä, joihin terveysongelmat kasautuvat. Terveyseroja vähentämällä hillitään kustannuksia. Yhteiskunnalle aiheutuu huomattavia kustannuksia, kun suuri osa väestöstä jää kauas mahdollisesta terveyden tasosta. Palvelujen riittävyttä voidaan turvata, jos erityisesti vähän koulutettujen ja iäkkäiden toimintakykyä voidaan parantaa. Tässä tutkimuksessa näkökulma terveyserojen vähentämiseen on kuitenkin lähinnä kansalaisten tasa-arvon ja yhdenvertaisuuden toteutumisessa. Myös terveyserojen kaventamishjelmassa perusteluina tuodaan esiin, etteivät terveyserot ole eettisesti hyväksyttäviä. Ehkäistävässä olevia terveyseroja ei voida pitää oikeudenmukaisina. Huono terveys on sosiaalisen syrjäytymisen osatekijä. Kysymys on siten myös ihmisoikeuksien toteutumisesta.

9 TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on yhtäältä kuvata pitkään toimeentulotukea saaneiden, heikossa taloudellisessa asemassa olevien henkilöiden terveystaloudellisten saavutettavuuteen, oikea-aikaisuuteen ja riittävyteen liittyviä mahdollisia ongelmakohtia kysymällä toimeentulotukea saavilta asiakkailta heidän omia kokemuksiaan terveystaloudellisuudesta. Toisaalta selvitetään aikuissosiaalihoitoon työntekijöiltä heidän näkemystään toimeentulotukiasiakkaiden mahdollisista ongelmista liittyen terveystaloudellisten saavutettavuuteen, riittävyteen ja oikea-aikaisuuteen.

Tutkimuksella haetaan vastauksia seuraaviin kysymyksiin:

1. Millaisia kokemuksia toimeentulotukiasiakkailta on terveystaloudellisuutensa saavutettavuudesta, riittävydestä ja oikea-aikaisuudesta?
2. Millaisia näkemyksiä aikuissosiaalityön työntekijöillä on toimeentulotukiasiakkaiden terveystaloudellisten saavutettavuudesta, riittävydestä ja oikea-aikaisuudesta?

10 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

10.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen tutkimus yhdistettynä määrälliseen menetelmään. Kvalitatiivinen tutkimusote pohjautuu eksistentiaalis-fenomenologiseen hermeneuttiseen tieteenfilosofiaan. Kvantitatiivinen tutkimusote taas pohjautuu positivistiseen tai postpositivistiseen tieteen ihanteeseen. (Metsämuuronen 2000, 14.) Laadullinen tutkimusote soveltuu hyvin tähän tutkimukseen. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on ihminen, hänen elämänpiirinsä sekä niihin liittyvät merkitykset (Kylmä & Juvakka 2007, 16). Laadullinen ja määrällinen tutkimus eivät ole toistensa poissulkevia menetelmiä, vaan molempia voidaan soveltaa samassa tutkimuksessa (Alasuutari 1999, 32). Koska tutkimukseen käytettävä aika oli rajallinen, menetelmiä yhdistämällä aineisto saatiin nopeammin ja helpommin analysoitavaan muotoon, niin että se kuitenkin edelleen palveli tutkimuksen tarkoitusta.

10.2 Tutkimusaineiston kokoaminen ja otos

10.2.1 Tutkimuksen käynnistäminen ja toimintaympäristö

Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla Kotkansaaren sosiaalitoimiston toimeentulotukea saavia asiakkaita sekä kohdistamalla kysely Kotkan kaupungin aikuissosiaalihuollon työntekijöille. Haastatteluun osallistuvat henkilöt valittiin sosiaalihuollon henkilöstön avustuksella. Ennen aineistonkeruun aloittamista on opinnäytetyölle haettava asianmukaiset luvat (Kylmä & Juvakka 2007, 71). Opinnäytetyön tekemistä varten saatiin tutkimuslupa Kotkan kaupungilta (liite 5). Sosiaalityön johtaja Anna Liakka toimi työssä ohjaajana Kotkan kaupungin edustajana.

Kotkansaaren sosiaalitoimistossa käsitellään kaikkien kotkalaisten toimeentulotukihakemukset sekä hoidetaan aikuissosiaalityöhön kuuluvat tehtävät. Syyskuusta 2010 alkaen toimeentulotukiasiat on keskitetty Kotkassa yhteen toimistoon aiemman kolmen sijasta. Toimintojen keskittäminen yhteen toimistoon palveli myös tämän tutkimuksen toteuttamista. Koko henkilökunta oli näin mahdollista tavata ja ohjeistaa yhdellä kertaa ja informaatio voitiin antaa samansisältöisenä kaikille. Opinnäytetyön tutkimusosuus käynnistyi henkilökunnan viikkopalaverissa 18.11.2010, jossa selvitettiin tutkimusta ja työntekijöiden osuutta aineiston keräämiseen. Palaverissa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus, selvitettiin taustaa sekä viitekehystä, mihin tutkimus liittyy. Haastateltavien etsimisessä ja informoinnissa sosiaalitoimiston henkilöstö oli avainasemassa ja sen vuoksi asian selvittäminen henkilökohtaisella tapaamisella oli erittäin tärkeää. Samoin työntekijöille kohdistetun kyselyn tärkeyttä asiakkaiden haastattelua täydentävänä osiona oli mahdollista painottaa.

10.2.2 Haastatteluaineiston kerääminen toimeentulotukea saavilta asiakkailta

Toimeentulotukiasiakkaita haastateltiin yksilöhaastatteluna. Haastattelu on luonteeltaan teemahaastattelu, joka on mahdollisimman strukturoitu sisältäen kuitenkin avoimen osuuden. Haastattelun etuna muihin tiedonkeruumenetelmiin verrattuna on, että aineiston keruuta voidaan säädellä joustavasti tilanteen edellyttämällä tavalla ja vastaajaa myötäillen. (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2007, 200.) Haastattelu soveltuu menetelmäksi erityisen hyvin. Tässä työssä voidaan nähdä monia yleisiä haastattelun valintaa puoltavia kriteereitä. Tutkimukseen osallistuvilla saattaa olla alhainen moti-

vaatio. Haastattelun kuluessa on näin mahdollisuus tulkita kysymyksiä ja täydentää vastauksia. Halutessa voidaan esimerkiksi syventää saatuja tietoja tai pyytää perusteluja. Haastattelua käytetään myös kun halutaan kadon jäävän mahdollisimman pieneksi. (Metsämuuronen 2000, 40, Hirsjärvi ym. 2007, 200.)

Laadullisessa tutkimuksen osallistujia määrittää tarkoituksenmukaisuus eikä tarvita satunnaistamista tai määrällistä edustavuutta. Jari Kylmän ja Taru Juvakan teoksessa *Laadullinen terveystutkimus* (2007, 58) todetaan, että Swensonin (1996) ja Connery & Yoderin (2000) mukaan tutkimukseen osallistujat valitaan sen perusteella, kuka parhaiten tietää kokemuksellisesti mielenkiinnon kohteena olevasta ilmiöstä. Oleellista on, että osallistuja osaa ja haluaa kuvata tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä.

Otokseen oli tarkoitus saada 10 - 15 Kotkan kaupungin sosiaalitoimen asiakasta, jotka olivat saaneet toimeentulotukea yhtäjaksoisesti vähintään vuoden ajan tai lähes yhtäjaksoisesti usean vuoden ajan. Toisena kriteerinä oli, että mahdolliset haastateltavat olivat esittäneet viimeisen vuoden aikana toimeentulotukea hakiessaan terveydenhuollon kustannuksia tai muutoin ilmaisseet terveyspalvelujen tarpeen. Asiakkaiden oletetaan olevan julkisten terveyspalvelujen käyttäjiä, koska toimeentulotukea laskettaessa ei huomioida yksityisestä terveydenhuollosta aiheutuneita kustannuksia menoina. Pitkään toimeentulotuen varassa elävien mahdollisuudet käyttää vaihtoehtona yksityisiä terveydenhuollon palveluja ovat olemattomat, kun taloudellista liikkumavaraa ei ole.

Kotkansaaren sosiaalitoimiston toimeentulotukea käsittelevät sosiaalihuollon työntekijät avustivat osallistujien valinnassa. Työntekijä esitti arvionsa mukaan kriteerit täytävälle asiakkaille mahdollisuutta osallistua tutkimukseen. Työntekijät esittivät asiakkaille tutkimuksesta kertovan informaatiokirjeen (liite 3), joka sisälsi samalla suostumuksen siihen, että työntekijä voi antaa tutkimuksen tekijälle asiakkaiden nimet ja yhteystiedot.

Sosiaalitoimiston työntekijöiden kanssa käydyssä palaverissa ilmeni, että asiakkaista vain pieni osa asioi henkilökohtaisesti muuten kuin satunnaisesti tarpeen mukaan. Suurin osa hakemuksista tulee kirjallisesti. Sen vuoksi alkuperäistä suunnitelmaa, jonka mukaan haastatteluun osallistumista oli tarkoitus markkinoida vain henkilökohtaisten asiakastapaamisten yhteydessä, muutettiin. Toinen vaihtoehto oli, että työntekijä soittaa asiakkaalle, jonka arvioi täyttävän kriteerit ja esittää tutkimukseen osallistumista.

Mikäli asiakas on kiinnostunut osallistumaan haastatteluun, yhdistetty informaatio- ja suostumuskirje lähetetään postitse asiakkaalle. Asiakas palauttaa kirjeen allekirjoitetuna palautuskuoressa. Koska haastateltavien määrä olisi enimmilläänkin kohtuullisen pieni, saatiin lupa käyttää Kotkan kaupungin palautuskuoria.

Sovittiin, että työntekijät toimittavat asiakkaan allekirjoituksella varustetut informointi-/suostumuskirjeet sosiaalitoimiston neuvontaan, josta niitä voi tiedustella ja hakea sitä mukaa, kun niitä palautuu. Alkuperäistä tavoitetta haastateltavien määrästä ei saavutettu. Haastateltavaksi saatiin yhteensä vain viisi henkilöä. Aikaa haastateltavien hankkimiseen oli noin kuukausi henkilöstön informointipalaverista alkaen. Koska uusia haastateltavia ei enää saatu, niiden etsiminen lopetettiin samaan ajankohtaan 21.12.2010, jolloin sosiaalitoimiston henkilöstölle kohdistetun kyselyn määräaika päättyi. Haastateltavia olisi ehkä saatu jonkin verran lisää, jos aikaa olisi jatkettu edelleen. Vuoden loppu oli hyvin kiireistä aikaa sosiaalitoimistossa, eikä ylimääräisenä ja ilmeisen hankalanakin koettua tehtävää tuntunut mielekkäältä jatkaa pidempään. Haastateltavien löytäminen oli ylimääräistä miettimistä ja vaivannäköä vaativaa. Ensinnäkin oli pohdittava, löytyikö omasta asiakaskunnasta annetut kriteerit täyttävä henkilö. Yhteydenotto asiakkaaseen ja haastatteluun osallistumisen ”markkinointi” edellytti, että työntekijät paneutuiivat tutkimukseen ja sen tarkoitukseen kohtuullisen hyvin. Lisäksi oli arvioitava asiakkaan kykyä ilmaista ja kertoa kokemuksistaan.

Sekä haastattelu- että kyselylomaketta testattiin käymällä ne läpi työelämäohjaajana toimivan sosiaalityön johtajan kanssa. Haastattelijan tekemiä muutosehdotuksia karsittiin tässä vaiheessa kyselylomakkeelta. Haastattelulomakkeeseen ei tullut muutoksia. Haastattelulomakkeen kysymykset olivat suurimmaksi osaksi otettu HYPA 2006, Hyvinvointi & Palvelut -kyselyn 2006 aineistokuvauksesta, joten siltä osin kysymykset olivat valmiiksi testattuja (Moiso 2007, 2, 8 – 11).

Kaikki viisi henkilöä, jotka olivat antaneet suostumuksensa luovuttaa yhteystietonsa, suostuivat haastatteluun. Asiakkaat saivat valita, halusivatko he, että haastattelu suoritetaan Kotkansaaren sosiaalitoimiston tiloissa, asiakkaan kotona tai muussa asiakkaan haluamassa tilassa. Kolme haastattelua tehtiin sosiaalitoimistossa. Haastatteluun oli mahdollista käyttää sillä hetkellä tyhjillään olevaa huonetta. Kaksi haastateltavaa halusi, että haastattelu tehtiin heidän kotonaan. Haastatteluista neljä tehtiin ajalla 28.12. - 31.12.2010 ja viimeinen saatiin tehtyä 6.3.2011.

Ennen haastattelun aloittamista haastateltavalle selvitetiin vielä tutkimuksen tarkoitusta ja mm. salassapitosäännöksiä sekä pyydettiin erillinen kirjallinen suostumus haastatteluun osallistumisesta (liite 4). Kirjeen laatimisessa käytettiin mallina Kylmä & Juvakan teoksessa Laadullinen terveystutkimus esitettyä lomakepohjaa (2007, 70). Yksi kappale lomakkeesta jätettiin haastatteluun osallistuvalla itselleen. Haastatteluisa käytettiin digitaalista tallenninta, jonka toiminta testattiin ennen jokaista haastattelua. Haastattelun kestoksi oli arvioitu etukäteen noin puoli tuntia. Haastattelujen kesto oli 35 - 70 minuuttia. Ensimmäisen haastattelun nauhoitus aloitettiin taustakysymysten jälkeen kysymyksestä 10. Koska kolmessa viimeisessä taustakysymyksessä tuli yllättäen tutkimustulosten kannalta tärkeää tietoa, muissa haastatteluissa tallennus aloitettiin kysymyksestä 7. Haastatteluaineisto siirrettiin tallentimelta tietokoneelle ennen puhtaaksikirjoittamista. Litteroinnissa ei pääsääntöisesti valikoitu tekstiä. Tutkija kirjoitti haastateltavan puheet sellaisenaan. Joitakin haastattelijan tekemiä tarkennuksia tiivistettiin jonkin verran. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 138.)

10.2.3 Kyselyaineiston kerääminen aikuissosiaalihuollon työntekijöiltä

Tiedon kerääminen sosiaalihuollon työntekijöiltä toteutettiin kyselynä, joka asettuu strukturoidun ja avoimen kyselyn välimaastoon. Avoimella osuudella haluttiin saada esiin uusia huomioita, ajatuksia ja näkökulmia tutkittavaan aiheeseen. Metsämuuronen (2000, 41) arvioi, että strukturoitu menetelmä on tehokkainta silloin, kun siihen on yhdistetty vähemmän strukturoituja edeltäviä vaiheita. Opinnäytetyön tarkoitusta ja taustaa käytiin selvittämässä etukäteen työntekijöille. Sen yhtenä tarkoituksena oli saada henkilöstö orientoitumaan aiheeseen.

Vaihtoehtona kyselylle olisi ollut yksilö- tai ryhmähaastattelu. Tässä tapauksessa kyselyn etuna haastatteluun nähden oli sen anonymisuus sekä se, että työntekijät voivat vastata heille sopivimpana ajankohtana. Aineiston käsittelyn kannalta kysely on nopeampi tapa kerätä tietoa kuin haastattelu. Myös tässä asiassa tuli vastaan rajallinen aikaresurssi.

Kysely toteutettiin siten, että lomake toimitettiin sosiaalitoimiston neuvontaan jaettavaksi henkilöstölle. Kysely osoitettiin kaikille toimeentulotukiasioita hoitaville työntekijöille - sosiaaliohjaajille, toimistosuhteereille ja palveluneuvojille.

Kysely ohjattiin myös työntekijöiden sähköpostiin. Lomake oli mahdollista täyttää kätevästi tietokoneella ja tulostaa tai vaihtoehtoisesti kirjoittaa käsin. Lomakkeet palautettiin anonyymisti niille varattuun ”postilaatikkoon”. Vastausaika oli kohtuullisen lyhyt. Lomakkeet ja postilaatikko toimitettiin neuvontapisteeseen 3.12.2010 ja vastausaikaa annettiin 14.12.2010 saakka. Kun laatikko tyhjennettiin 15.12.2010, vastauksia oli jätetty vain 2 kpl. Siinä vaiheessa henkilöstöön vedottiin vielä sähköpostitse ja työelämäohjaajana toiminut sosiaalityön johtaja kannusti vielä vastaamaan kyselyyn. Vastaamiseen annettiin jatkoaikaa 21.12.2010 saakka. Siihen mennessä vastauksia kertyi 7 kpl. Vastausprosentti oli 33. Kysely ajoittui hyvin kiireiseen loppuvuoden työtilanteeseen sosiaalitoimistossa. Käytäväkeskusteluissa sosiaalitoimistossa heikkinen työtilanne tuli hyvin esiin. Tämä oli varmasti suurin syy siihen, ettei vastausprosentti yltänyt kovin korkeaksi.

10.3 Haastattelu- ja kyselylomakkeen laatiminen

10.3.1 Haastattelulomake

Puolistrukturoidun temahaastattelun katsottiin soveltuvan hyvin aineiston keruumenetelmäksi haastateltavilta. Kohdennetun haastattelun ominaispiirteet täyttyivät kohderyhmän osalta. Oli tiedossa, että haastateltavat ovat jollakin tasolla kokeneet samantyyppisiä tilanteita terveyspalvelujen suhteen. Tutkittavan ilmiön osia, rakenteita, prosesseja ja kokonaisuutta pyrittiin selvittämään työn pohjaksi. Siten voitiin päätyä tiettyihin oletuksiin tilanteen määräävien seikkojen seurauksista kohderyhmälle. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47.) Haastattelun runkona käytetyt teemat valikoituvat tältä pohjalta.

Haastattelurunko ja teemat:

Taustakysymykset	1 - 9
1. Terveyspalvelujen saavutettavuus	10 - 17
2. Terveyspalvelujen riittävyys	18 - 19
3. Terveyspalvelujen oikea-aikaisuus	20 – 22

Haastattelulomakkeen (liite 1) kysymysten laadinnassa voitiin käyttää suurimmaksi osaksi HYPA 2006 Hyvinvointi & Palvelut kyselyssä käytettyjä terveyttä ja terveyspalveluja koskevia kysymyksiä. Useat monivalintakysymykset sopivat haastattelun teemoihin sellaisenaan. (Moiso, P. 2007, 2, 8 – 11.) Kyseisessä tutkimuksessa otantamenetelmä oli systemaattinen satunnaisotanta. Poiminta oli suoritettu Tilastokeskuksen ylläpitämästä väestötietokannasta. Koska tutkimuksen lähtökohta oli erilainen ja opinnäytetyössä otos lisäksi hyvin pieni, tuloksia ei lähdetty vertaamaan. Kysymysten käyttöön saatiin sähköpostitse lupa THL:ssä tutkimuksen aineistosta vastaavalta esmieheltä.

10.3.2 Kyselylomake

Aikuissosiaalihuollon työntekijöille kohdistettu kysely (liite 2) rakennettiin samojen teemojen - terveyspalvelujen saavutettavuus, - riittävyys ja -oikea-aikaisuus – ympärille kuin haastattelukin. Kysymyksiä oli yhteensä seitsemän. Liikaa kysymyksiä sisältävän lomakkeen pelättiin vähentävän vastaamiskynnystä. Yhtä lukuun ottamatta kaikki kysymykset olivat monivalintaisia siten, että niihin sisältyi myös avoin osuus.

Kysymykset jakaantuivat teema-alueittain seuraavasti:

1. Terveyspalvelujen saavutettavuus	1 – 3
2. Terveyspalvelujen riittävyys	4 – 5
3. Terveyspalvelujen oikea-aikaisuus	6 - 7

10.4 Tutkimusaineiston analyysi

Sen jälkeen kun tutkimusaineisto on kerätty ja kirjoitettu tekstin muotoon, se täytyy analysoida, jotta tutkimuksen tulokset saadaan näkyviin (Kylmä & Juvakka 2007, 110). *Aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko* on tutkimuksen ydinasia, koska nimenomaan siihen on tutkimuksella tähdätty. Analyysivaihe selvittää, millaisia vastauksia ongelmiin on saatu. (Hirsjärvi ym. 2007, 216 - 217.) Pääsääntö on, että valitaan sellainen analyysitapa, joka tuo parhaiten vastauksen ongelmaan. Laadullisen aineiston tavallisimmat analyysimenetelmät ovat *teemoittelu, tyypittely, sisällöneritte-*

ly, diskursssianalyysi ja keskusteluanalyysi. (Hirsjärvi ym. 2007, 219.) Tuomi ja Sara-järvi (2006, 105 - 109.) haluavat tehdä selvän eron sisällönanalyysin ja sisällönerittelyn välille, vaikka niitä käytetään usein synonyymeina. Sisällönerittelyllä tarkoitetaan heidän mukaansa dokumenttien analyysia, jossa kuvataan kvantitatiivisesti vaikkapa tekstin sisältöä. Sisällönanalyysilla pyritään kuvaamaan dokumenttien sisältöä sanallisesti. Ilmiöstä pyritään saamaan kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa.

Tutkimusaineiston analysoinnissa käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Sisällönanalyysi perustuu induktiiviseen päättelyyn, jota tutkimuksen tarkoitus ja kysymyksenasettelu ohjaavat. Analyysi toimii prosessina siten, että aineisto puretaan ensin osiin ja sisällöllisesti samankaltaiset osat yhdistetään. Aineisto tiivistetään kokonaisuudeksi, joka vastaa tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. (Kylmä & Juvakka 2007, 112 - 113.)

Sekä haastateltavien että kyselyyn osallistuneiden kohdalla aineiston analysoinnissa käytettiin lisäksi kvantitatiivista analyysia. Sekä laadullisen että määrällisen analyysin käyttö saman tutkimusaineiston analysoinnissa on mahdollista, ja sitä sovelletaankin usein. (Alasuutari 1999, 32.) Lomakkeiden kysymykset ovat osittain strukturoituja. Sekä haastattelu- että kyselylomakkeet numeroitiin. Analyysivaiheessa myös vastausvaihtoehdot numeroitiin ja tutkimusaineisto ryhmiteltiin taulukkomuotoon, havaintomatriiseiksi. (Vilkka 2005, 89 - 90.) Kvantitatiivisessa analyysissa käytettiin Excel taulukkolaskentaohjelmaa.

10.5 Tutkijan oma positio

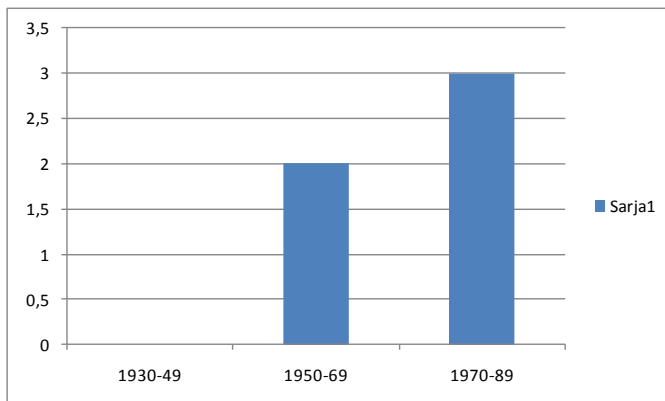
Tämän tutkimuksen tekijä toimii Kymenlaakson alueen kuntien sosiaaliasiamiehenä ja tuntee toimintaympäristön erittäin hyvin. Sosiaali- ja terveystalouteen liittyvä lainsäädäntö sekä palveluprosessit ovat tuttuja. Lähtökohdat työlle ovat olleet selkeät. Työssä saatu kokemus asiakkaan aseman ja oikeuksien selvittämisestä, epäkohtien esille tuomisesta ja vaikuttamistyöstä viranomaisiin päin on auttanut merkittävästi tutkimuksen toteuttamisessa.

11 TUTKIMUSTULOKSET

11.1 Toimeentulokiasiakkaiden haastattelu

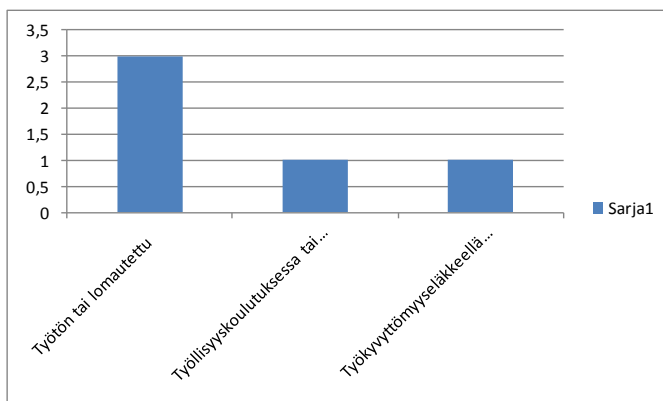
11.1.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajien taustaa selvitettiin kysymällä ensin ikää, sukupuolta ja perhesuhteita. Viidestä haastateltavasta oli neljä naista ja yksi mies (kysymys 1). Neljä ilmoitti siviilissäädäkseen naimaton, ja yksi vastaaja oli eronnut yksinhuoltaja (kysymys 2). Haastateltavista vanhin oli syntynyt v. 1957 ja nuorin v. 1981 (kysymys 3, kuva 2).



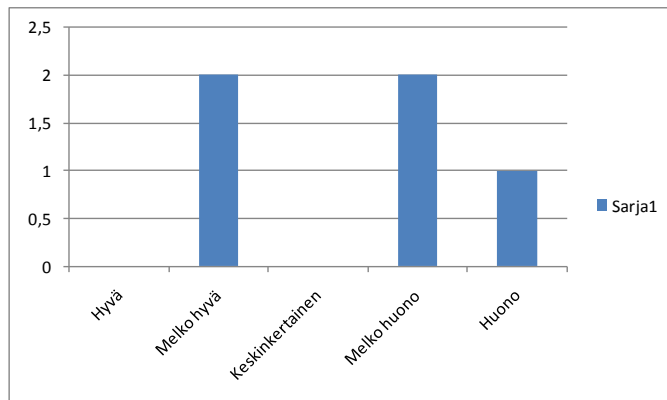
Kuva 2. Ikäjakausi syntymävuoden mukaan (n = 5)

Sosioekonomista asemaa kartoitettiin kysymällä, mikä annetuista vaihtoehdoista parhaiten kuvasi vastaajien pääasiallista toimintaa haastatteluhetkellä (kysymys 4). Kolme haastateltavaa oli työttömänä ja yksi työllistettynä kuntouttavassa työtoiminnassa. Yksi vastaajista sai kuntoutustukea eli määräämäänsä työkyvyttömyyseläkettä (kuva 3).



Kuva 3. Pääasiallinen toiminta (n = 5)

Kysyttäessä vastaajien omaa kokemusta terveydentilastaan (kysymys 5) kaksi ilmoitti terveydentilansa olevan melko hyvä. Kaksi vastaajaa koki terveydentilansa melko huonoksi ja yksi huonoksi (kuva 4). Neljä viidestä haastateltavasta kertoi, että hänellä on pitkäaikainen fyysinen tai psyykkinen sairaus tai vamma, joka haittaa jokapäiväisessä elämässä (kysymys 6).



Kuva 4. Kokemus omasta terveydentilasta (n = 5)

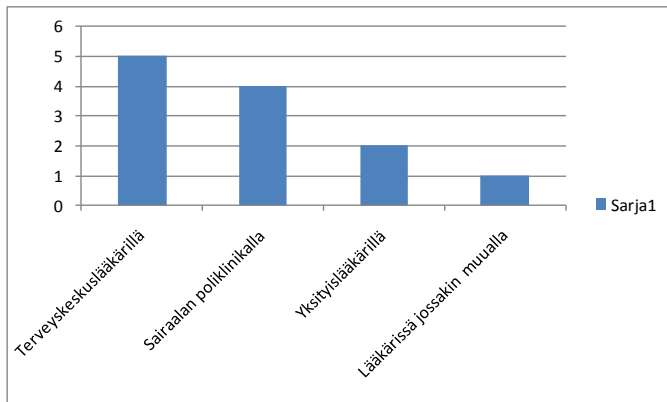
Terveyspalvelujen käytön määrää kuvaamaan kysyttiin ns. maksukattojen täyttymisestä v. 2010. Julkisen terveydenhuollon asiakasmaksulain mukainen maksukatto (633,00 €/v) ei ollut ylittynyt yhdelläkään vastaajista (kysymys 7). Lisätietona keskusteluissa tosin ilmeni, ettei kukaan haastateltavista ollut tietoinen terveydenhuollon maksukattosta, mitä se sisältää tai miten sen mahdollista täyttymistä seurataan.

Kelan sairausvakuutuslain mukaan korvattavien matkojen vuotuinen omavastuu (157,25 €/v) oli ylittynyt v. 2010 yhdellä vastaajalla (kysymys 8). Neljällä muulla ei ollut tietoa kyseisestä ”matkakattosta”. Kelan korvaamien lääkekustannusten vuotuinen omavastuu (672,70 €/v) oli ylittynyt yhdellä haastateltavalla v. 2010 (kysymys 9). ”Lääkekatto” oli maksukatoista yleisimmin tiedossa oleva, vaikka siitä ei kahdella vastaajalla ollut tietoa.

11.1.2 Terveyspalvelujen saavutettavuus

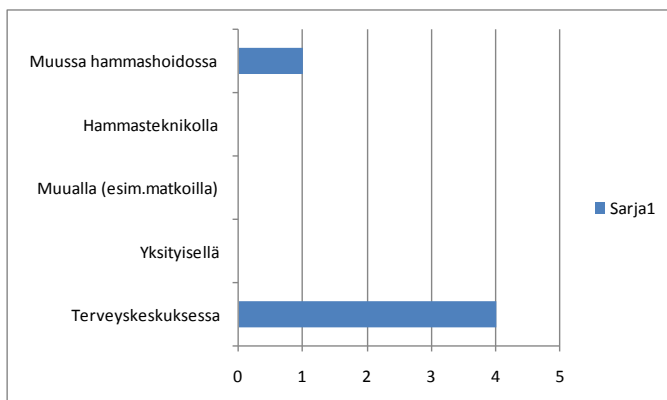
Terveyspalvelujen saavutettavuutta mahdollisesti haittaavien tekijöiden taustaksi haastateltavilta kysyttiin terveyspalvelujen käytöstä viimeisen 12 kuukauden aikana (kysymys 10). Jokainen viidestä haastateltavasta oli käynyt terveyskeskuslääkärin vastaanotolla ja neljä sairaalan poliklinikalla. Yksityislääkärin vastaanotolla oli käynyt

kaksi vastaajaa ja yksi oli käyttänyt lääkäripalveluja lisäksi jossakin muualla, esim. matkoilla (kuva 5).



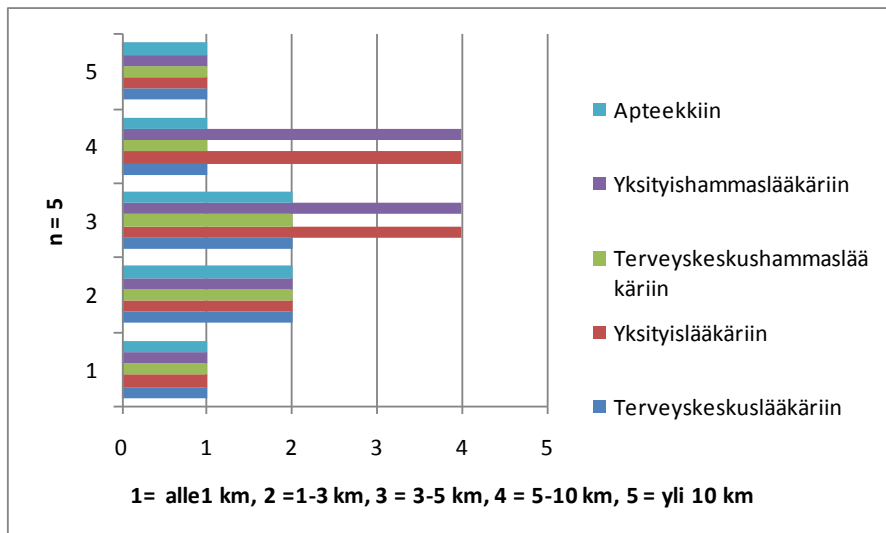
Kuva 5. Terveyspalvelujen käyttö viimeisen 12 kuukauden aikana

Hammashoidossa terveystieteiden keskuslääkärin vastaanotolla viimeisen 12 kuukauden aikana (kysymys 11) oli käynyt neljä vastaajaa ja yksi oli saanut hammashoitoa sairaalassa (kuva 6).



Kuva 6. Hammashoidossa käynti viimeisen 12 kuukauden aikana

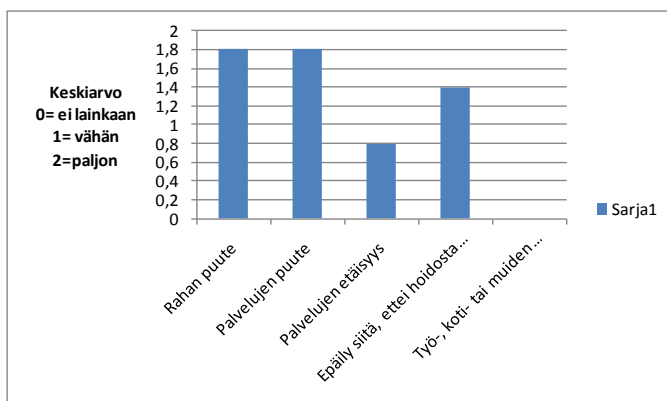
Kysymyksessä 12 tiedusteltiin matkaa asunnosta lähimpiin terveystieteiden keskuspalveluihin ja apteekkiin. Kaksi haastateltavaa asui alle kilometrin etäisyydellä kaikista kysytyistä palveluista ja yksi 1 - 3 km:n etäisyydellä palveluista. Yhdellä haastateltavalla terveystieteiden keskuspalvelut ja apteekki olivat aivan lähietäisyydellä, mutta yksityisiin palveluihin oli matkaa 5 - 10 km. Yksi haastateltava ilmoitti, että julkisiin terveystieteiden keskuspalveluihin ja apteekkiin oli matkaa 1 - 3 km, mutta yksityiset terveystieteiden keskuspalvelut olivat 5 - 10 km:n etäisyydellä (kuva 7).



Kuva 7. Matka asunnosta lähimpään hoitopaikkaan ja apteekkiin

Kysymyksessä 13 selvitettiin, haittasivatko seuraavat asiat hoidon saamista ja kuinka paljon: rahan puute, palvelujen puute, palvelujen etäisyys, epäily siitä, ettei hoidosta ole apua sekä työ-, koti- tai muiden asioiden hoito. Vaihtoehtojen - paljon, vähän tai ei lainkaan - numerointi muutettiin (2 - 0), jotta vastauksista saa selkeämmän käsityksen kaaviona. Haastateltavien (n = 5) vastauksista laskettiin keskiarvot, jotka esitetään kuvassa 8.

Rahan puute ja palvelujen puute haittasivat palvelujen saamista eniten (ka.1,8). Nämä asiat haittasivat palvelujen saamista paljon neljän vastaajan kohdalla. Seuraavaksi eniten hoidon saamista haittasi epäily siitä, ettei hoidosta ole apua (ka.1,4). Palvelujen etäisyydellä ei ollut niinkään suurta merkitystä palvelujen saamiselle (ka.0,8). Työ-, koti- tai muiden asioiden hoito ei ollut hoidon saamisen esteenä eikä haitannut ketään haastateltavista.



Kuva 8. Hoidon saamista haittaavat tekijät ja haitta keskiarvona mitattuna

Rahan puute ja palvelujen puute hoidon saamista haittaavina tekijöinä kytkeytyivät haastateltavien vastauksissa useimmiten yhteen. Jokainen haastateltava oli kokenut puutteita julkisessa terveydenhuollossa. Kaikki vastaajat toivat esiin yksityisen terveydenhuollon suurimmat edut, nopeuden ja sujuvuuden, julkisiin palveluihin verrattuna. Terveyspalvelujen saaminen riittävän nopeasti ja oikea-aikaisesti liittyi yleensä myös palvelujen saavutettavuuteen ja riittävyteen. Vaikka kysymyksen oli tarkoitus liittyä palvelujen saavutettavuuteen, vastauksista löytyi elementtejä muistakin teemoista. Sama vastaus saattoi kuvata sekä palvelujen saavutettavuutta, riittävyttä että oikea-aikaisuutta.

Kaikki haastateltavat kokivat terveyspalvelujen saavutettavuuteen liittyviä ongelmia terveyskeskuksen ajanvarauksessa ja lähetteen saamisessa erikoissairaanhoidon. Ajanvarauksen todettiin olevan hankalaa ja aikaa vievää. Jonottaessa saattaa kulua pitkään, kun vastaaja ilmoittaa, kuinka mones asiakas on puhelujonossa. Joskus asia saattaa jäädä hoitamatta, jos asiakas ei jaksaa jonottaa.

”Kun on sitkee niin saa ajan. Paitsi et itessään huomaa sen et aina kun sairauden takia ei pystyis hoitamaan omia asioitaan ja sit kun monta kertaa yrität soittaa niin sen takia saattaa sitten jäädä hoitamatta.”

Kahdessa vastauksessa tuotiin esiin lisääntyneet puhelinkulut, kun vuoroa joutuu jonttamaan puhelimesta. Yksi vastaaja kertoi, että on erittäin vaikeaa saada aikaa lääkärille, koska aina tarjotaan vain aikaa sairaanhoitajalle. Vastaaja tietää pitkäaikaisen sairautensa kulun. On turhauttavaa, kun lääkäriajan vihdoin tilanteen pahennuttua saa ja lääkäri toteaa, että olisi pitänyt tulla aikaisemmin. Tässä tilanteessa on kyse myös hoidon oikea-aikaisuudesta.

Eräs vastaajista kertoi, ettei hän ole aina saanut lainkaan aikaa terveyskeskukseen. Kokemus oli, että lähes kaikkien oireiden uskotaan liittyvän tiedossa olevaan perussairauteen.

”Et vaikka minul olis mikä muu liitännäisasia tullut siihen, mikä pitäis hoitaa, niin kaikki pistetään sen piikkiin. Rasitus on muutenkin kova ja sit kun tällasia liitännäisasiota ei hoideta, se vie hyvin nopeasti kunnan alas.”

Lähetteen saamisessa terveyskeskuksesta erikoissairaanhoidon koettiin vaikeuksia. Haastateltava kertoi saaneensa lähetteen vasta kolmannella käyntikerralla, kun saatuun muualta tietää lääkärin mahdollisuudesta kirjoittaa lähetteen, itse ehdotti sitä. Kahdella aiemmalla käynnillä lääkäri kehotti hakeutumaan yksityislääkärin hoitoon.

”Lähetteen saamisessa ei sit loppujen lopuks ollut vaikeutta. Mut sitä-kään ei ensin tajuttu mulle sanoo tuolla kunnallisella, et sellaiseen on mahdollisuus. Et ensiks minua neuvottiin tilaamaan yksityiselle aika. sannottiin, että me ei pystytä sinua hoitamaan, et tilaa aika yksityiselle.”

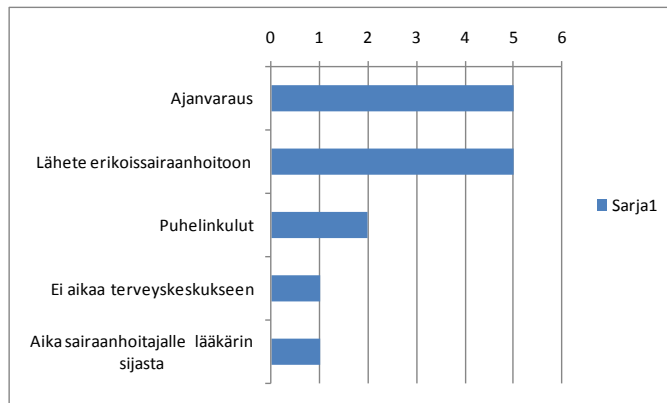
”En sitten muista kenen kaa juttelin, kun kuulin, et siel olis sairaalalla erikoislääkäri.”

Toisessa tapauksessa sosiaalitoimistosta kehoitettiin hankkimaan lähete terveyskeskuksesta erikoislääkärille, koska optikon mielestä tarve oli ilmeinen, eikä toimeentulotuelle korvata yksityislääkärin palkkiota. Lääkäri kirjoitti lähetteen, mutta se palautui. Terveyskeskuslääkäri totesi, ettei voi asialle mitään. Tilanne oli vaikea, koska sosiaalitoimikaan ei voinut auttaa.

Eräs haastateltavista ei saanut lähetettä terveyskeskuksesta sillä perusteella, että hän oli noin kymmenen vuotta sitten ollut terveyskeskuksen läheteellä tutkittavana saman erikoisalan lääkäriellä. Vastaaja yritti vedota tilanteen muuttumiseen ja työvoimatoimiston suositukseen.

”Joo, mut sitä on ihan turha enää kirjottaa, kun sä olet siellä joskus ollut.”

Haastateltavista ainoa, joka koki rahan- tai palvelujen puutteen haitanneen vain vähän hoidon saamista ja arvioi terveydentilansa melko hyväksi, kertoi käsityksistään julkisesta terveydenhuollosta. Hän uskoi, että yksityisellä puolella on nopeampi palvelu ja ehkä tarkemmat diagnoosit ja paremmat laitteet. Vastaaja totesi, että on mentävä terveyskeskuksen ehdoilla ajan ja hoidon suhteen.



Kuva 9. Rahan ja palvelujen puutteesta johtuvat vaikeudet terveystalvelujen saavutettavuudessa

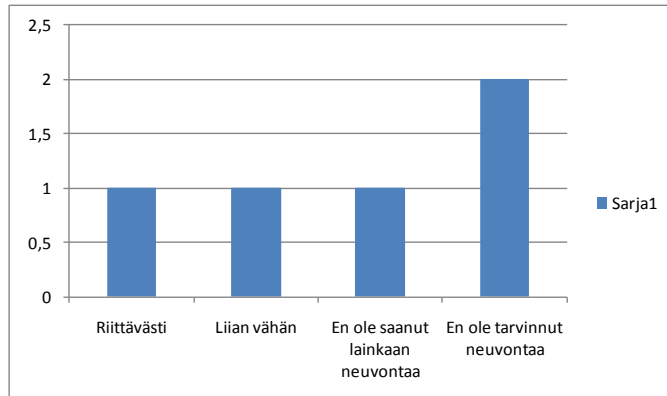
Palvelujen etäisyys ei haitannut lainkaan hoidon saamista kolmella haastateltavista. Julkiset terveydenhuollon palvelut olivatkin kaikilla vastaajilla enintään kolmen kilometrin etäisyydellä. Yksi vastaajista oli kokenut rankkana vaiheen, jolloin hänen sairauttaan hoidettiin Helsingissä. Huonokuntoisena pitkät matkat olivat rasittavia. Toinen haastateltava oli kokenut, että todella sairaana on ollut vaikeuksia päästä lääkäriin. Bussilla ei ole voinut sairauden vuoksi matkustaa, eikä ole ollut varaa taksiin.

Epäily siitä, että hoidosta ei ole apua haittasi hoitoon hakeutumista ja hoidon saamista kolmen vastaajan mielestä paljon. Kaksi haastateltavaa kertoi syyksi kokemuksen siitä, ettei terveyskeskuksesta voi saada apua omaan sairauteensa, eikä myöskään mahdollisuutta jatkohoitoon. Kolmannella oli useampi kokemus väärästä lääkityksestä. Yksi vastaaja kertoi miettivänsä tarkkaan, ennen kuin hakeutuu hoitoon terveyskeskukseen, koska ei täysin luota saavansa apua. Vain yhden vastaajan mielestä asialla ei ollut merkitystä hoitoon hakeutumisessa. Kolme haastateltavaa kertoi käyttäneensä terveyskeskuksen päivystystä kiertotienä, kun ei ole saanut muuten aikaa terveyskeskukseen tai ei ole muuten luottanut saavansa sieltä apua.

11.1.3 Sosiaalihoollon toimesta saatu apu terveystalvelujen saavutettavuuden kannalta

Kysymyksellä 16 selvitettiin vastaajien kokemuksia sosiaalihoimistosta saadun neuvonnan ja ohjauksen riittävydestä terveydenhuollon palvelujen saamiseksi. Mielipiteet jakautuivat hyvin tasaisesti (kuva 10). Kaksi vastaajista koki, ettei ole tarvinnut neuvontaa. Yksi vastaaja oli saanut riittävästi neuvontaa. Haastateltava, joka koki saaneensa liian vähän neuvontaa, kertoi pyytäneensä neuvoja, kun ei saanut tarvitsemiaan palveluja. Sillä kertaa häntä ei osattu neuvoa. Nyt hän kertoo tilanteen parantuneen,

kun työntekijä on vaihtunut. Vastaaja, joka ei saanut lainkaan neuvontaa totesi, ettei ole edes tiedostanut sellaista mahdollisuutta. Hän mainitsi nyt ns. maksukatot, joista olisi voinut kysyä, mikäli olisi ymmärtänyt.



Kuva 10. Sosiaalitoimiston antama neuvonta terveydenhuollon palveluista (n = 5)

Kaikki haastateltavat (n = 5) olivat yhtä mieltä siitä, ettei toimeentulotuella ole tultu riittävästi vastaan terveydenhuollon kustannuksiin. Jokaisella vastaajalla oli ollut tilanteita, jossa oli joutunut käyttämään tai olisi pitänyt käyttää yksityisiä palveluja saadakseen tarpeellisen hoidon. Vastaaja, joka ei saanut lähetettä erikoissairaanhoidon, ei voinut saada myöskään maksusitoumusta yksityiselle puolelle.

”Mut ei se sen sosiaalityöntekijän vika ole. Niin, näil rahoil mie en pysty meneen yksityiselle.”

Toinen haastateltava kertoi laittaneensa kuitteja yksityisistä terveystalvontuista toimeentulotukihakemuksen liitteeksi, vaikka tietää, ettei niitä huomioida.

”Siitä rahasta, joka on tarkoitettu elämiseen, on ollut pakko lohkaista yksityisen lääkärin palveluihin. Se on aika hurjaa.”

Eräs vastaaja muisteli, miten vielä kolme vuotta sitten sosiaalitoimessa oli erilainen ohjeistus.

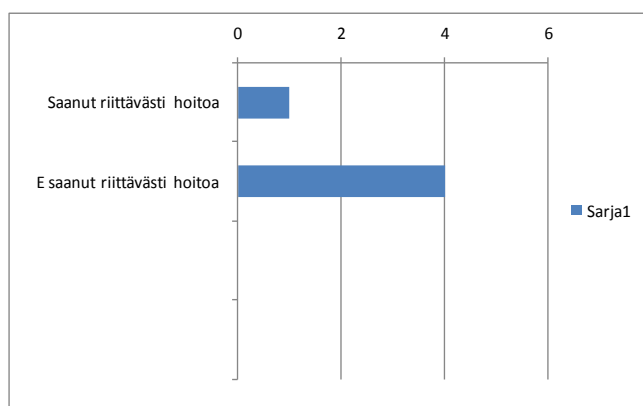
”Sillon aikasemmin mulle kerran annettiin mahdollisuus yksityiseen lääkäriin, et sanottiin jos kerran tilanne on toi, me voidaan tää nyt antaa. Silloin mut pelastettiin, mut nyt ei.”

Terveydenhuollon matkakustannuksiin yksi vastaajista olisi tarvinnut enemmän tukea. Hän oli joskus joutunut perumaan aikoja, kun ei ollut rahaa bussimatkaan. Yhdellä

vastaajista oli suuret lääkemenot. Hän saa käyttämistään lisäravinteista avun, mutta kustannuksia ei huomioida toimeentulotukea laskettaessa menona. Niiden käytön sanotaan olevan oma valinta. Valmisteita on käytettävä, koska kokemus on osoittanut, että niistä saa ainoan avun.

11.1.4 Terveyspalvelujen riittävyys

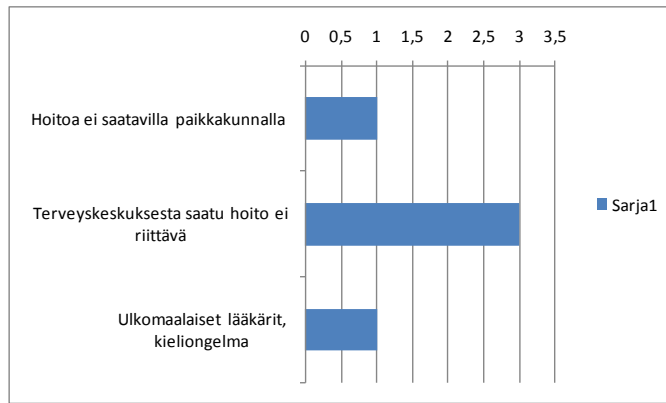
Neljä haastateltavaa oli sitä mieltä, etteivät he ole saaneet riittävää ja tarpeellista hoitoa sairauksiinsa viimeisen 12 kuukauden aikana (kysymys 18, kuva 11).



Kuva 11. Riittävän ja tarpeellisen hoidon saaminen (n = 5)

Terveyspalvelujen riittävyteen liittyvistä ongelmista kertoo haastateltavan kokemus, ettei paikkakunnalla ole sellaisia hoitomuotoja saatavilla kuin hänen sairautensa edellyttäisi. Yhä enemmän sairauksiin haetaan ja saadaan apua vaihtoehtoisista hoitomuodoista, joihin ei toimeentulotuellakaan tulla vastaan. Kolmessa tapauksessa haastateltavat katsoivat, ettei terveyskeskuksesta saatu apu ollut riittävä hoito. Yhdessä tapauksessa haastateltava oli palautettu erikoissairaanhoidosta terveyskeskuksen asiakkaaksi ja toisessa asiakas ei ollut saanut lähetettä, vaan hoito terveyskeskuksessa katsottiin riittäväksi. Yksi vastaaja koki mahdottomana saada keskitettyä ja yksilöllistä hoitoa, kun on monta sairautta yhtä aikaa

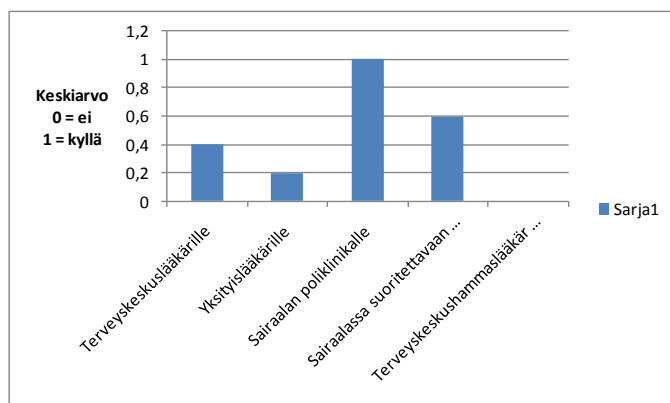
Riittämättömän hoidon taustalla oli yhdellä haastateltavista useat huonot kokemukset ulkomaalaisista lääkäreistä (kysymys 19, kuva 12). Hänen mukaansa he eivät kuuntele tai ymmärrä suomen kieltä tarpeeksi hyvin. Vastaajalla oli myös kokemus kieliongelmien aiheuttamasta väärästä lääkityksestä. Hän kertoo alkaneensa välttää ongelmaa hakeutumalla päivystysvastaanotolle.



Kuva 12. Riittämättömän hoidon syyt

11.1.5 Terveyspalvelujen oikea-aikaisuus

Kaikki haastateltavat olivat joutuneet odottamaan kohtuuttoman kauan saadakseen tarvitsemaansa hoitoa viimeisen 12 kuukauden aikana (kysymys 20). Haastattelussa tarkennettiin, että kysymyksellä tarkoitetaan haastateltavien omaa arviota ja kokemusta hoitoon pääsyn oikea-aikaisuudesta, ei hoitotakuun aikarajojen pätemistä. Terveyskeskuslääkärille pääsyä oli odottanut kohtuuttoman kauan kaksi vastaajaa, kun taas jokainen (n= 5) oli odottanut kohtuuttomasti sairaalan poliklinikalle pääsyä. Odotusaikaan laskettiin kulunut aika lähetteen saamiseen sekä odotusaika ajan saamiseen poliklinikalle. Kolme haastateltavaa oli odottanut kohtuuttoman kauan pääsyä sairaalassa suoritettavaan toimenpiteeseen. Leikkausaikaa oli odotettu kolmesta kuukaudesta yli vuoteen. Yksi vastaaja ilmoitti jonottaneensa pitkään pääsyä yksityiseen hoitoon, josta uskoo saavansa apua sairauksiinsa. Kukaan haastateltavista ei ollut joutunut odottamaan kohtuuttomasti terveyskeskushammaslääkärille. Kahdessa vastauksessa päinvastoin kiiteltiin nopeaa palvelua. Kuvassa 13 esitetään haastateltavien arviot hoitoon pääsystä kohtuullisessa ajassa keskiarvona mitattuna.



Kuva 13. Arvio hoitoon pääsystä kohtuullisessa ajassa keskiarvona mitattuna

Siinä tapauksessa, että hoitoon pääsy oli viivästynyt tai että vastaaja oli jäänyt kokonaan tai osittain vaille tarpeellista hoitoa, kysyttiin, onko ongelma liittynyt etupäässä ajanvaraukseen, lähetteen saamiseen erikoissairaanhoidon, hoitotakuun aikarajojen pätemättömyyteen vai heikkoon taloudelliseen tilanteeseen ja miten. Tässä oli mahdollisuus valita useampi vaihtoehto.

Heikko taloudellinen tilanne oli kaikkien vastaajien mielestä yhtenä syynä hoitoon pääsyn viivästymiseen. Yksityisen hoidon valitseminen nopeampana tienä saada hoitoa ei ollut heikossa taloudellisessa tilanteessa mahdollista. Hoitotakuun määräaikojen pätemättömyys ei ollut kenenkään haastateltavan mielestä ensisijaisten syiden joukossa hoidon saannin viipymiselle. Tosin yksi vastaaja totesi, ettei edes tiedä mikä hoitotakuu on. Neljä vastaajaa koki myös lähetteen saamiseen erikoissairaanhoidon liittyvien ongelmien viivästyttäneen hoitoon pääsyä kohtuuttomasti.

”No on tapauksia, että on tarvinnut mennä yksityiselle sen lähetteen hakemaan. Sanotaan näin, että julkiselta puolelta se on niin epävarmaa tai se vie niin paljon aikaa kuukausissa ennen kuin sen saa.”

Kolme haastateltavaa koki ajanvaraukseen liittyvien ongelmien olleen yksi ensisijaisia syitä hoidon viivästymiselle. Kahden muunkin mielestä ajanvarauksessa oli vaikeuksia, mutta ne eivät johtaneet hoidon viivästymiseen. Heidän kommenttejaan olivat:

”Pari tuntia joskus joutuu odottamaan ja puheaikaa menee. Se soittaminen ja odottaminen on aika kurjaa ja ilkeää.”

Kaikilla haastateltavilla oli ollut ongelmia päästä puhelimella läpi varaamaan aikaa. Kahdella vastaajalla oli kokemuksia siitä, että tarvetta saada aika lääkärille on kyseen-

alaistettu kohtuuttomasti. Pitkälle venyneet ajat tai se, ettei aikoja ole ollut saatavilla, olivat myös viivästyttäneet hoidon saamista (kuva 14).

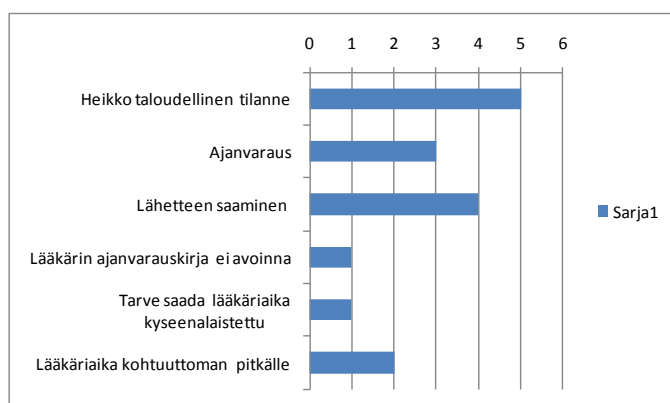
”No, kyllähän se melkein kuukausi puoli toista aina saattaa olla se jono.”

”Siellä kerta kaikkiaan on sanottu vaan, että lääkäriellä on ajat varattu kuukaus eteenpäin ja ei oo kalenteri auki pidemmälle. Kiitos, hei ja näkemiin!”

Terveyskeskuksen ajanvarauksen takaisinsoittomahdollisuudesta kaikilla haastateltavilla ei ollut tietoa eikä kokemusta. Yksi haastateltava epäili järjestelmän toimivuutta.

”No kun mulla kävi niin, et siel oli yks jonossa ennen minua, niin mie jäin sit siihen. Jos ne soittaa sieltä takaisinpäin, mutta sieltä ei saa aikaa, niin sekin on sitten yhtä tyhjän kanssa.”

”Sieltähän olis sit soitettu mulle, oliko se 12.20. Mie ajattelin, et jos sitä jää odottamaan, niin on jo kaikki ajat menneet.”



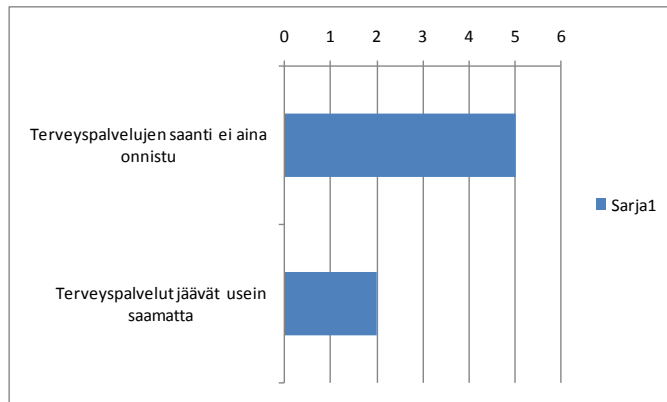
Kuva 14. Pääasialliset syyt hoidon viivästymiseen tai jäämiseen vaille hoitoa

11.2 Aikuissosiaalihuollon työntekijöille kohdistettu kysely

11.2.1 Terveyspalvelujen saavutettavuus

Sosiaalitoimiston työntekijöitä pyydettiin vastaamaan, mikä annetuista vaihtoehdoista kuvaa parhaiten pitkään toimeentulotukea saaneiden asiakkaiden mahdollisuutta saada heille tarpeelliset julkisen terveydenhuollon palvelut (kysymys 1). Kenenkään yhteensä seitsemän vastaajan mielestä palvelujen saaminen ei ollut helppoa ja sujuvaa. Vii-

den vastaajan näkemys oli, ettei terveyspalvelujen saanti aina onnistu. Kaksi työntekijää oli sitä mieltä, että terveyspalvelut jäävät usein saamatta (kuva 15).



Kuva 15. Asiakkaiden mahdollisuus saada tarpeelliset, julkiset terveyspalvelut (n = 7)

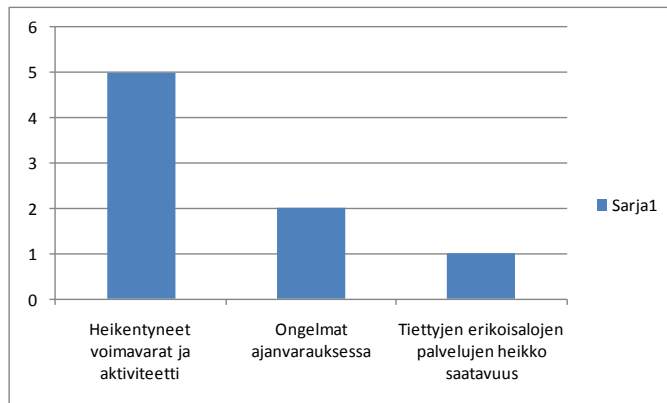
Kun työntekijöiltä kysyttiin millaiset asiat heidän näkemyksensä mukaan haittaavat hoidon saamista (kysymys 2), viidessä vastauksessa nähtiin asiakkaiden pitkään jatkuneen työttömyyden tai sairastamisen heikentäneen voimavaroja ja aktiviteettia hoitaa omia asioitaan tai vaatia palveluja. Päihde- ja mielenterveysongelmat mainittiin hoidon saamista haittavana tekijänä.

”Asiakkaan omaa aktiivisuutta vaaditaan ja heiltä usein sitä puuttuu. Nykyään pitää osata itse ohjautua.”

”Jos asiakas ei itse jaksa vaatia hänelle kuuluvia palveluja, jäävät ne usein saamatta. esim. masentuneet, muuten pitkään työttömänä olleet.”

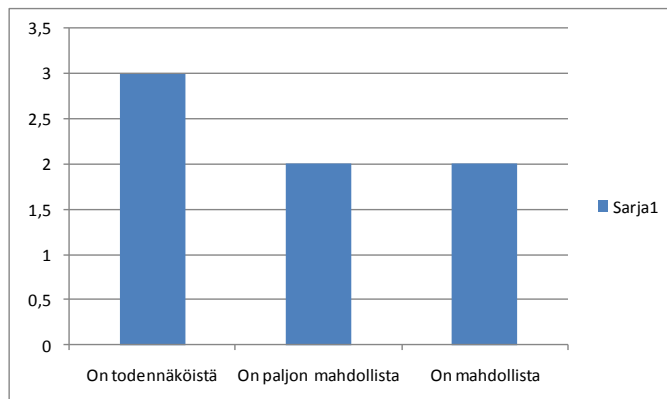
Kahdessa vastauksessa tuotiin esiin ajanvaraukseen liittyvät ongelmat, Asiakkailla ei ole varaa soittaa ja jonottaa ajanvaraukseen. Yhdessä vastauksessa tähdennettiin tiettyjen erikoisalojen rajallisia palveluja terveyskeskuksessa (kuva 16)

”Silmälääkärin palvelut tosi rajalliset, samoin fysikaaliset hoidot, myös gynekologin palvelut julkisella puolella rajalliset.”



Kuva 16. Terveyspalvelujen ja hoidon saamista haittaavat tekijät

Kysyttiin työntekijöiden näkemystä, jääkö edellä mainituista syistä johtuen heikossa taloudellisessa asemassa olevilta asiakkailta sairauksia kokonaan tai osittain hoitamatta tai tutkimatta (kysymys 3). Kolme vastaajaa piti sitä todennäköisenä, ja kahden mielestä se oli paljon mahdollista. Loput kaksi työntekijää pitivät sitä mahdollisena (kuva 17).



Kuva 17. Arvio sairauksien tutkimatta tai hoitamatta jäämisestä (n = 7)

Perusteluna kahdessa vastauksessa arvioitiin, ettei asiakkaan kokonaistilannetta selvitetä riittävän perusteellisesti. Tähän liittyy kahdessa muussa vastauksessa esiin nostettu asiakkaiden oma huono jaksaminen vaatia hoitoa.

”Työssä on tullut vastaan tapauksia. Usein kellään terveyspuolella ei ole käsitystä kokonaistilanteesta.”

”Pitkäaikaisesti köyhä ei jaksaa taistella oikeuksiensa puolesta.”

Yhtä vastauksista, joissa hoidon saamatta jäämistä pidettiin todennäköisenä, perusteltiin ongelmilla lähetteen saamisessa erikoissairaanhoidon. Yhdessä vastauksessa arvioitiin asiakkaiden tiedonsaantia riittämättömäksi. Lääkärit eivät ehkä informoi tarpeeksi asiakkaita.

11.2.2 Terveyspalvelujen riittävyys

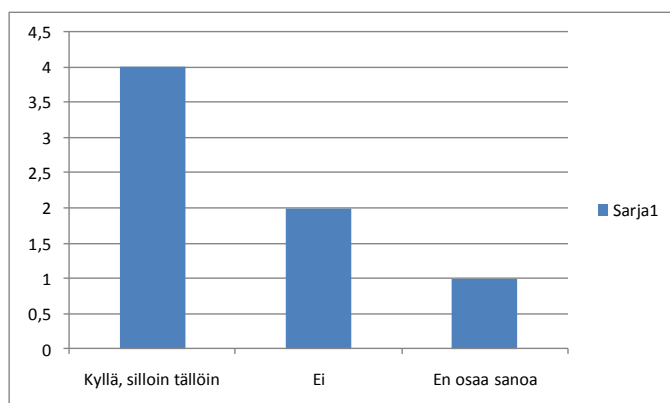
Kysyttäessä aikuissosiaalihuollon työntekijöiden käsitystä siitä, käyttävätkö asiakkaat yksityisiä terveydenhuollon palveluja täydentämään julkista terveydenhuoltoa, vaikka kustannuksia ei voida korvata toimeentulotuella (kysymys 4), vastaukset jakautuivat jonkin verran. Suurin osa vastaajista (4 kpl) arvioi, että yksityisiä palveluja käytetään silloin tällöin. Kolmessa vastauksessa yksityisten palvelujen käytön syynä nähtiin nopeampi hoitoon pääsy kuin julkisella puolella. Kaksi vastaajaa totesi, ettei kaikkia palveluja ole - ainakaan helposti - saatavilla julkisen terveydenhuollon kautta.

”Julkisella puolella pitkät jonot. Toisinaan on pakko päästä nopeasti lääkäriin tai muuhun hoitoon, vaikka se sitten maksaakin.”

”Julkisella puolella ei saa esim. silmälääkärin palveluita. Isoimmat ongelmat ovat juuri silmälääkärin ja fysioterapeutin palveluissa.”

Kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, etteivät toimeentulotukiasiukkaat käytä yksityisiä terveyspalveluja. Syyksi mainittiin kummassakin vastauksessa kustannukset (kuva 18).

”Useimmilla käymättä silmälääkärissä, hammasteknikolla tai mammoografiassa tms., koska heillä ei yksinkertaisesti ole varaa käyttää kyseisiä palveluja.”



Kuva 18. Arvio asiakkaiden yksityisten terveyspalvelujen käytöstä (n = 7)

Kysymyksellä 5 kartoitettiin työntekijöiden mielipidettä, pitäisikö kaikkein heikoimmassa asemassa olevien asiakkaiden saada sosiaalitoimen taholta tai yhteistyössä sosi-
aali- ja terveydenhuollon viranomaisten kanssa erityistä ohjausta ja apua tarpeellisen
ja riittävän julkisen terveydenhuollon saamiseksi. Kaikki vastaajat (n =7) olivat sillä
kannalla, että erityistä ohjausta ja apua tarvitaan.

Kolmessa vastauksessa ehdotettiin mm. neuvontaa ja konkreettistakin apua ajanvara-
uksessa.

”Mitä sanoa aikaa varatessa? Vastaanotolle mukaan tukihenkilön.”

*”Joku kävisi läpi asiakkaan tilanteen myös terveyspuolella, auttaisi
ajanvarauksessa yms.”*

*”Sosiaalitoimisto voisi varata aikoja, jos saisi sujuvan yhteyden terve-
denhuoltoon.”*

Eräässä vastauksessa kiinnitettiin huomio maahanmuuttajien ongelmiin palvelujen
saamisessa. Toisessa vastauksessa mainittiin ikääntyneet ryhmänä, joka saattaa tarvita
erityistä ohjausta ja neuvontaa terveydenhuollon palveluihin hakeutumisessa. Silmä-
lääkäripalvelujen saamisen ongelmat nousivat tässäkin yhteydessä esiin. Yksi vastaaja
mainitsi ristiriidan tilanteessa, kun sosiaalitoimi antaa maksusitoumuksen silmäläse-
ihin ja optikon suorittamaan näöntarkastukseen. Jos optikko määrittelee asiakkaalle
tarpeelliseksi silmälääkärin tarkastuksen, silmälasit voivat jäädä kokonaan saamatta.
Yksityislääkäripalkkiota ei korvata toimeentulotuella, eikä asian hoituminen erikois-
sairaanhoidon kautta ole varmaa. Yhdessä vastauksessa kiteytyi hankala asetelma, kun
työntekijät ymmärtävät asiakkaiden vaikeudet terveyspalvelujen saamisessa, mutta
keinot auttamiseen ovat vähissä.

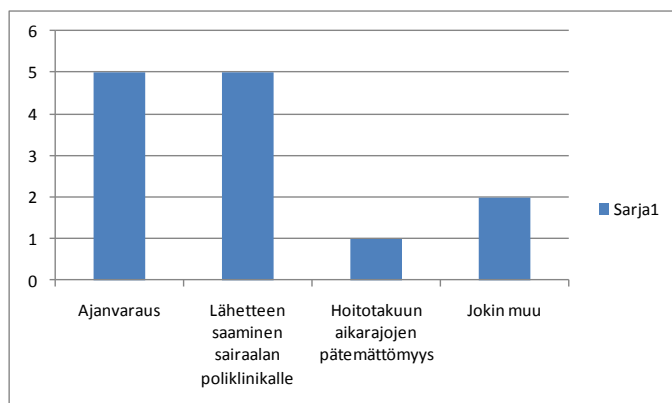
”En ole keksinyt vielä mitä, mutta jotain kyllä jonkun pitäisi keksiä.”

11.2.3 Terveyspalvelujen oikea-aikaisuus

Kysyttiin työntekijöiden käsitystä siitä, joutuvatko asiakkaat usein odottamaan koh-
tuuttoman kauan hoitoon pääsyä. Pyydettiin erikseen arvioita pääsystä terveystakeskus-
lääkärille, sairaalan poliklinikalle, sairaalassa suoritettavaan toimenpiteeseen ja terve-
ystakeskushammaslääkärille (kysymys 6).

Kolmen vastaajan mielestä asiakkaat joutuvat odottamaan kohtuuttoman kauan terveyskeskuslääkärille pääsyä ja yhden mielestä ei. Kolme vastaajaa valitsi vaihtoehdon, en osaa sanoa. Läheteellä sairaalan poliklinikalle pääsyä odotettiin kohtuuttomasti viiden vastaajan mielestä ja kaksi ei osannut arvioida asiaa. Samansuuntaisesti arvioitiin odotusaikaa sairaalassa suoritettaviin toimenpiteisiin. Viiden mielestä odotusaika oli usein kohtuuttoman pitkä, kun taas kahdella vastaajalla ei ollut asiasta käsitystä. Viisi vastaajaa arvioi odotusaikojen olevan kohtuuttoman pitkiä terveyskeskushammaslääkärille. Yhden vastaajan näkemyksen mukaan odotusajat olivat kohtuullisia ja yksi ei osannut arvioida asiaa.

Mikäli hoitoon pääsy oli vastaajien mielestä viivästynyt, kysyttiin mihin ongelma on etupäässä liittynyt (kysymys 7, kuva 19). Oli mahdollista valita useampi vastausvaihtoehto. Viidessä vastauksessa katsottiin ajanvarauksen ja lähetteen saamisen erikoissairaanhoidon olevan pääasiallisia syitä hoitoon pääsyn viivästymiseen. Yksi vastaaja katsoi, että myös hoitotakuun määräaikojen ylittyminen oli syynä hoidon viivästymiselle. Erään vastaajan näkemys oli, että alkoholi- ja mielenterveysongelmista kärsivien asiakkaiden on erittäin vaikea saada aikoja. Muuna syynä mainittiin myös, että lähetteen kirjoittaminen ei vielä välttämättä takaa hoitoon pääsyä.



Kuva 19. Työntekijöiden käsitys hoitoon pääsyn viivästymisen syistä

Kun vastaajilta kysyttiin, millä tavoin edellä mainitut syyt ovat viivästyttäneet hoitoon pääsyä, kaksi vastausta liittyi ajanvaraukseen. Työntekijän näkemyksen mukaan aikaa ei ole annettu, koska asiakas ei ole osannut kertoa vaivastaan ”oikein.” Toisen vastaajan käsitys oli, että ajat vain venyvät liian pitkälle hoidon tarpeeseen nähden. Lähetteen saamista viivästyttää, että asiakkaan pitäisi itse osata vaatia lähete. Käsitys hoitotakuun määräaikojen ylitymisestä perustui asiakkaiden kertomaan.

12 TUTKIMUSTULOSTEN POHDINTA JA PÄÄTELMÄT

12.1 Tutkimustulosten luotettavuuden arviointi

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa käytetään käsitteitä *reliabiliteetti* ja *validiteetti*. Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Toinen tutkimuksen arviointiin liittyvä käsite on validius, joka tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Vastaajat voivat esimerkiksi ymmärtää kyselylomakkeen kysymykset toisin kuin tutkija on ajatellut. Tuloksia ei voida pitää pätevinä, jos tutkija käsittelee tällaisia tuloksia oman ajattelumallinsa mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2007, 226 - 227.) Haastatteluun valikoituneet henkilöt olivat hyviä tiedonantajia, koska jokaisella oli runsaasti kokemusta terveyspalvelujen käytöstä. Haastateltavien valintaprosessi lisäsi tutkimuksen luotettavuutta.

Käsitteet reliabiliteetti ja validiteetti ovat syntyneet kvantitatiivisen tutkimuksen piirissä. Useimmiten ne kytketäänkin määrälliseen tutkimukseen. (Hirsjärvi ym. 2007, 227.) Toisten tutkijoiden mielestä laadullisen ja määrällisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit eivät eroa toisistaan ja reliabiliteetin ja validiteetin käsitteitä käytetään myös määrällisessä tutkimuksessa. Joidenkin tutkijoiden mielestä laadullinen tutkimus perustuu erilaisiin perusoletuksiin tiedosta ja todellisuudesta kuin määrällinen tutkimus ja siksi sitä pitää myös arvioida erilaisin kriteerein. (Kylmä & Juvakka 2007, 127.)

Kylmä ja Juvakka (2007, 127- 129.) esittävät laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi eri tutkijoiden näkemyksistä synteesinä muodostettuja kriteereitä: *uskottavuus* (credibility), *vahvistettavuus* (dependability, auditability), *refleksiivisyys* ja *siirrettävyys* (transferability). Omassa tutkimuksessani arvioin luotettavuutta näiden kriteerien näkökulmasta. *Methodisen triangulaation* (Hirsjärvi, ym. 2007,228.) käyttö lisäsi tutkimuksen luotettavuutta. Menetelminä käytettiin sekä puolistrukturoitua teemahaastattelua että kyselyä. Aineiston kerääminen toimeentulotukiasiakkailta haastattelulla antoi uskottavuutta. Tutkimuksen kohderyhmä toimi itse tiedonantajana. Kaikki haastateltavat olivat käyttäneet vuoden aikana runsaasti terveyspalveluja, joten kokemukseen perustuvaa tietoa oli kaikilla haastateltavilla. Haastattelun kuluessa oli mahdollisuus varmistaa, että haastateltavat ovat ymmärtäneet kysymykset siten kuin tut-

kimuksessa on tarkoitettu. Sosiaalihuollon työntekijät täyttivät kyselylomakkeen. Uskottavuutta lisäsi, että tutkimusta ja sen tarkoitusta selvitettiin työntekijöille yhteisessä palaverissa ennen kyselyyn vastaamista.

Aineistotriangulaation käyttö parantaa uskottavuutta, etenkin kun haastatteluaineisto jäi pieneksi ja kyselyn vastausprosentin olisi toivonut nousevan korkeammaksi. Eri kohderyhmille osoitetut, samojen teemojen ympärille rakennetut ja osittain myös samansisältöiset kysymykset antoivat laajemman näkökulman ja mahdollisuuden tehdä rohkeammin päätelmiä. (Kylmä & Juvakka 2007, 128 - 129.) Tutkittava ilmiö liittyi julkisiin terveystalouteihin. Uskottavuutta puolestaan heikensi, ettei terveydenhuollon henkilöstön käsityksiä tutkittavasta ilmiöstä selvitetty. Se oli tietoinen valinta, koska työ olisi paisunut liian laajaksi ulottamalla kysely terveydenhuollon puolelle.

Uskottavuutta vahvisti myös tutkimuspäiväkirjan pitäminen. Siihen kuului mahdollisimman tarkkojen muistiinpanojen tekeminen tutkimuksen toteuttamisen kaikista vaiheista. Aineiston tuottamisen olosuhteet pyrittiin kertomaan totuudenmukaisesti ja arvioimaan haastatteluiden ja kyselyn toteuttamiseen vaikuttaneita tekijöitä. Tuloksien tulkinnassa selvitettiin, mihin päätelmät perustuvat. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Tutkimustuloksia elävöitettiin suorilla haastatteluotteilla. (Hirsjärvi y. 2007. 227.)

Tutkimuksen vahvistettavuuden kriteeri liittyy koko tutkimusprosessiin. Raporttia kirjoittaessaan tutkimuksen tekijä voi hyödyntää muistiinpanojaan prosessin eri vaiheista. Työssä on kuvattu, miten muistiinpanoista kertyneen aineiston avulla tutkimuksen edetessä on päädytty tiettyihin johtopäätöksiin ja tuloksiin. (Kylmä & Juvakka 2007, 129.) Ilmiötä on tunnistettu ja muodostettu kuvaa haastateltavien kokemuksista. Suorat lainaukset kuvaavat elämänmakuisesti haastateltavien kokemuksia terveystaloudesta.

Refleksiivisyys edellyttää sitä, että tutkimuksen tekijä on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Kiinnostus tutkittavaan aiheeseen nousi työn tekijän omassa työssään saamasta terveystaloudesta käyttöön liittyvästä palautteesta toimeentulotukea saavilta asiakkailta. Vaarana olivat mahdolliset ennakoasenteet ja -päätelmät, jotka saattoivat haitata ja nousta esiin aineiston analyysissä ja tuloksissa. Tässä mielessä tutkimuksen tekijä on pyrkinyt arvioimaan omia

ennakkokäsityksiään erityisen kriittisesti ja tekemään analyysin ja päätelmät ”puhtaalta pöydältä.”.

Tutkimuksen siirrettävyydellä tarkoitetaan tulosten siirrettävyyttä vastaaviin tilanteisiin (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Kaikki toimeentulotukea saavat asiakkaat ovat terveyspalvelujen käyttäjinä hyvin samankaltaisessa asemassa. Vaikka haastateltavia oli vähän, he edustavat hyvin runsaasti terveyspalveluja tarvitsevien, heikossa taloudellisessa tilanteessa olevien asiakkaiden joukkoa. Samat ongelmat koskettavat koko väestönosaa, joka elää hyvin pienillä tuloilla, mutta ei ole oikeutettu toimeentulotukeen kuin ehkä satunnaisesti sairauskulujen kasvaessa. Tulokset ovat myös siirrettävissä mihin tahansa osaan maata, koska väestöpohja ei poikkea merkittävästi Kymenlaaksosta.

12.2 Tutkimuksen eettisyyden arviointi

Tutkimusetiikka moraalisisina valintoina ja päätöksinä kattaa koko tutkimusprosessin. Eettisiä kysymyksiä voi liittyä tutkimuskohteen ja menetelmän valintaan, aineiston hankintaan, tieteellisen tiedon luotettavuuteen, tutkittavien kohteluun, tutkimustulosten vaikutuksiin ja tiedeyhteisön sisäisiin toimintaperiaatteisiin. (Kuula 2006, 11.) Eettisissä kysymyksissä epäonnistuminen voi myös viedä pohjan koko tutkimukselta (Kylmä & Juvakka 2007, 137). Tutkijalle on tärkeää perehtyä etiikkaan ja eettiseen ajatteluun voidakseen tunnistaa, missä kohden tutkimusprosessissa voi olla vaarana tehdä eettisesti vääriä valintoja.

Tämä tutkimus kohdistui yhteiskunnan heikossa asemassa oleviin henkilöihin tarkoituksena tuoda näkyväksi terveyspalvelujen käytössä ilmenevää eriarvoisuutta ja parantaa heidän asemaansa terveyspalvelujen käyttäjinä. Jo opinnäytetyön aiheen valintaa ohjasivat eettiset periaatteet kunnan asukkaiden tasa-arvoisesta kohtelusta sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tutkijalla oli oman työnsä kautta kokemusta työskentelystä tutkimuksen kohteena olleen asiakasryhmän kanssa. Tutkija oli hyvin selvillä esimerkiksi haastateltavien kohteluun liittyvistä eettisistä kysymyksistä.

Tutkimukseen osallistuvien kohtelua määrittävistä normeista keskeisenä on *ihmisen kunnioittaminen*. Siihen liittyen eettisiksi periaatteiksi ovat vakiintuneet *itseään räämisoikeus, vahingoittumattomuus ja yksityisyyden kunnioittaminen*. Ihmisten tulee

saada vapaasti päättää, osallistuvatko he tutkimukseen vai eivät. Sen he voivat päättää vasta saatuaan riittävästi tietoa tutkimuksesta. *Henkisten, sosiaalisten ja taloudellisten vahinkojen* syntyminen on vältettävä. Esimerkiksi sosiaaliviranomainen tai verottaja voi puuttua tutkittavan elämäntilanteeseen, mikäli hän saa käsiinsä luottamuksellisina annettua tietoa. *Tietosuojasta* huolehtiminen on ensiarvoisen tärkeää. Henkisen vahingon välttämiseen kuuluu myös tutkittavien kunnioittaminen vuorovaikutustilanteessa. *Negatiivinen kirjoittamistyyli* saattaa leimata tutkittavan ryhmän, vaikka yksittäistä henkilöä ei pystyisi tunnistamaan. Yksityisyyden kunnioittamisella tarkoitetaan sitä, että ihmisillä tulee olla oikeus itse määrittellä, mitä tietoja he tutkimuskäyttöön antavat. Haastateltavia ei painostettu vastaamaan missään vaiheessa, vaan he saivat vapaasti kertoa haastattelussa tärkeiksi kokemansa asiat. Vapaaehtoisuus toteutui myös haastateltavien valinnassa. Tutkimusteksteistä ei myöskään saa olla tunnistettavissa kenenkään tutkittavan henkilöllisyys. Tähän kiinnitettiin tutkimuksessa erityistä huomiota. (Kuula 2006, 60 - 65.)

Tutkijan on syytä olla perillä lainsäädännöstä, mikä sekin osaltaan turvaa eettisyyden vaatimusta. *Tietosuojalainsäädännöllä* pyritään takaamaan, että henkilötietoja kerätään ja käytetään asianmukaisella tavalla. Se on käytännössä henkilötietojen keräämisen, säilyttämisen, käytön ja luovuttamisen säätelyä. *Henkilötietolain* sisältö pääpiirteissään on hyvä tuntee. Lailla toteutetaan yksityisyyden suojaa turvaavia perusoikeuksia henkilötietoja käsiteltäessä. *Informoitu suostumus* tutkimukseen osallistuvalla on perusedellytys kaikelle henkilötietojen käsittelylle. (Kuula 2006, 77 - 85.) Kaikilta haastateltavilta pyydettiin kirjallinen, informoitu suostumus tutkimukseen osallistumisesta.

Luottamuksellisuudessa tutkimuksessa tarkoitetaan sopimuksia ja lupauksia, joita aineistonkäytöstä tutkimusentekijän kanssa tehdään. Haastateltavien on voitava luottaa tutkijan antamaan lupaukseen ja sopimukseen aineiston käytöstä ja käyttötarkoituksesta. *Vaitiolo- ja salassapitovelvollisuudesta* säädetään viranomaistoiminnan julkisuudesta säädetyssä julkisuuslaissa sekä joissakin erityislaeissa. Salassapito- ja vaitiolo-velvollisuus koskee myös tutkittavilta suostumuksella saatuja tietoja. Erityistä huolellisuutta on noudatettava myös arkaluonteisia tunnisteellisia aineistoja käsitellessä. (Kuula 2006, 88 - 98.) Tämän työn tutkimusaineisto hävitetään heti opinnäytetyön hyväksymisen jälkeen.

Henkilötietolain (1999) myötä on velvoite *informoida tutkittavia* tutkimuksen aiheen ja tiedollisten tavoitteiden lisäksi myös tutkimusaineiston käsittelystä ja kohtalosta. Tutkimukseen osallistuvia on informoitava ainakin seuraavista asioista: tutkijan yhteystiedot ja henkilötietoja kerätessä myös tieto rekisterinpitäjästä, tutkimuksen tavoite, osallistumisen vapaaehtoisuus ja aineiston keruun toteutustapa, luottamuksella annettujen tietojen suojaaminen, kerättävien tietojen käyttötarkoitus, käyttäjät ja käyttöaika, tutkittavia koskevat mahdolliset muut tiedonlähteet. (Kuula 2006, 99 - 102.) Tässä opinnäytetyössä nämä asiat selvitettiin osallistuville sosiaalihuollon työntekijöiden lähettämällä informaatiokirjeellä ja asiat käytiin vielä suullisesti läpi ennen haastattelua. Tutkittavien nimiä ja yhteystietoja ei tarvita aineistonkeruuta pitempään, joten *suorat tunnistetiedot* hävitetään ja se kerrottiin myös haastateltaville. *Aineiston anonymisointi* sisältää myös mahdollisten *epäsuorien* tunnistetietojen hävittämisen. Sosiaalihuollon työntekijöille kohdistetussa kyselyssä ei kysytty vastaajien nimiä, joten se oli lähtökohtaisesti anonyymia tietoa.

12.3 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Aineiston riittävydessä puhutaan *saturaatiosta* eli kylläntymisestä. Sillä tarkoitetaan tilannetta, jossa aineisto alkaa toistaa itseään. Uudet tiedonantajat eivät enää tuota tutkimusongelman kannalta uutta tietoa. Käytännössä tiedonantajien määrään vaikuttavat myös *tutkimusresurssit*. (Tuomi & Sarajärvi 2006, 87, 89.) Rajallinen aikajänne asetti omat rajoituksensa, mutta haastateltavia oli tarkoitus olla enemmän eli 10 -15 asiakasta. Osallistujia saatiin kohtuullisessa ajassa vain viisi. Voi olettaa, että aineiston kylläntyminen ei näin pienessä aineistossa voi täysin toteutua. Haastateltavien valinta oli harkittua ja tarkoitukseen hyvin sopivaa (Tuomi & Sarajärvi 2006, 88). Sisällönanalyysi osoitti vastauksista löytyvän hyvin paljon samankaltaisuuksia. Aineiston koko vaikutti kuitenkin riittävältä tutkimuksen onnistumisen kannalta, koska kaikilla haastateltavilla oli runsaasti omia kokemuksia tutkittavasta aiheesta ja he myös pystyivät ilmaisemaan itseään kertomalla niistä sujuvasti.

Vaikka haastattelu oli teemoitettu terveystalvelujen saavutettavuuteen, riittävyteen ja oikea-aikaisuuteen liittyviin kysymyksiin, osoittautui, että nämä tekijät kiertyivät haastateltavien kertomuksissa ja kokemuksissa toisiinsa. Esimerkiksi terveystalvelujen saamista haittaavista tekijöistä haastateltavien mielestä tärkeimmät, rahan ja talvelujen puute, liittyivät näin talvelujen saavutettavuuden lisäksi myös talvelujen riittä-

vyYTEEN ja oikea-aikaisuuteen. Aikuissosiaalityöntekijöille kohdistettu kysely rakentui samoista teemoista. Vastaukset saattoivat liittyä siinäkin vastaajan näkökulmasta riippuen kaikkiin kolmeen aihealueeseen.

Sekä haastattelun että kyselyn perusteella julkisen terveydenhuollon ongelmista kulminoituivat selkeästi kahteen ongelmalliseksi koettuun asiaan, terveyskeskuksen ajanvaraukseen ja lähetteen saamiseen erikoissairaanhoidon. Lähetteen saaminen koettiin ehkä pahimmaksi ongelmaksi. Jokainen haastateltava koki odottaneensa sairaalan poliklinikalle pääsyä kohtuuttoman kauan. Myös työntekijöiden näkemyksen mukaan lähetteen saamiseen ja ajanvaraukseen liittyvät asiat olivat suurimmat syyt hoitoon pääsyn viivästymiselle.

Jokainen haastateltava koki jonottamisen ajanvarauspuhelimessa aikaa vieväksi ja vaikeaksi. Pitkät jonotuspuhelut tulevat kalliiksi. Puhelinkuluja ei huomioida erikseen toimeentulotukimenoina, joten ne vähentävät osaltaan muuhun elämiseen jäävää rahamäärää. Puhelumaksut eivät kuitenkaan nousseet haastatteluissa erityisen suureksi kynnyskysymykseksi. Ajanvarausjärjestelmän takaisinsoittomahdollisuus ei ollut kovin käytetty eikä tunnettu. Sitä selittää osaltaan, että se on toistaiseksi käytössä vain satunnaisesti.

Vaikeana tilanteen kokivat haastateltavat, jotka soittivat ajanvaraukseen, mutta eivät saaneet aikaa tai sen saaminen venyi tilanteeseen nähden liian pitkälle. Asetelma, jossa asiakas joutuu selvittämään ja perustelemaan mielestään kohtuuttomasti hoidon tarvettaan saadakseen ajan lääkärille tai hoitajalle, koettiin nöyryyttäväksi. Tilanne on ahdistava, kun rahan puutteen vuoksi ei voi hakeutua yksityislääkärin vastaanotolle. Sosiaalihuollon työntekijät olivat huolissaan, jaksavatko asiakkaat vaatia heille kuuluvia palveluja ja oikeuksia. Myös haastateltavien vastauksista kävi ilmi, että tarpeellisten palvelujen saamiseksi oli osattava ja jaksettava vaatia ja perustella. Joskus asiat jäivät tästä syystä hoitamatta. Myös sosiaalitoimisto työntekijöillä oli vahva näkemys siitä, että terveydenhuollon palveluja jää saamatta ja hakematta.

Sosiaalitoimiston työntekijöiden kokemuksen mukaan asiakkailta ei aina ole kykyä esittää asiaansa esim. ajanvarauksessa niin, että saisivat tarvitsemansa palvelun. Se on hyvin todennäköistä ainakin päihde- ja mielenterveysasiakkaiden ja monien ikääntyneiden asiakkaiden kohdalla. Haastateltavat olivat ilmeisesti jo valikoituneet siten, ett-

ei keneltäkään mukana olleelta puuttunut näitä taitoja. Vastaajien keski-ikä oli 43 vuotta, joten ikääntyminen ei vaikuttanut kykyyn asioida. Siitä huolimatta koettiin erisyyttä suuriakin vaikeuksia palvelujen saamisessa.

Mihinkään yksityisen terveydenhuollon kustannuksiin ei Kotkan sosiaali- ja terveyslautakunnan ohjeistuksen mukaan tulla vastaan toimeentulotuella. Jos asiakkaalla ei ole varaa maksaa yksityisestä palvelusta, lähetteen saaminen terveyskeskuksesta on ainoa vaihtoehto päästä erikoissairaanhoidon piiriin. Lähetteen saamisessa kaikilla haastateltavilla oli ollut vaikeuksia ja yhdessä tapauksessa lähete oli palautunut. Työntekijöiden kokemuksen mukaan suurimmat vaikeudet olivat tavallisimpien erikoisalojen, kuten silmälääkärin tai gynekologin palvelujen saamisessa. Osa asiakkaista käyttää yksityisiä palveluja, kun eivät saa tarpeelliseksi kokemaansa palvelua tai kun hoidon saaminen viivästyy.

Hoidon tarpeen ja kiireellisuuden arviointi on lääkärin tai sairaanhoitajan tehtävä. Usein sairaanhoitaja tekee ensin arvion siitä, onko lääkärin vastaanotto yleensä tarpeen. On pidettävä mielessä, että tutkimuksen aineistosta saatu tieto on hyvin subjektiivista. Asiakkaan kokema hoidon tarpeellisuus ja kiireellisyys eivät välttämättä ole sitä hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Vaikka haastateltavien joukko oli pieni, kertomuksissa ilmeni kuitenkin tapauksia, joissa asiakkaan omaa selvitystä ei ollut otettu kyllin vakavasti. Tarpeellisia tutkimuksia ei ollut tehty kuin vasta myöhemmin tilanteen pahennuttua. Aikaa kului eikä inhimillisiä kärsimyksiä voitu välttää. Terveydenhuollossa tehdyt päätökset ovat hoitopäätöksiä ja eroavat sosiaalihuollon hallintopäätöksistä siinä, ettei niistä ole valitusoikeutta. Siinäkin mielessä asiakkaat kokevat helposti olevansa järjestelmän armoilla.

Taustakysymyksillä selvitettiin ns. maksukattojen ylittymistä haastateltavien kohdalla. Kysymysten avulla oli tarkoitus kartoittaa, kuinka paljon haastateltavat joutuvat käyttämään terveydenhuollon palveluja - ovatko he terveyspalvelujen suurkuluttajia. Haastateltavien tietämys maksukatoista ja siitä miten ne kertyvät oli hyvin vähäinen. Sitä tietoa ei varsinaisesti haettu, mutta asiaan kannattaa kiinnittää huomiota. Haastateltavat käyttivät kuitenkin suhteellisen runsaasti terveyspalveluja. Kela ilmoittaa maksukattojen täyttymisestä, mutta terveydenhuollon maksukaton ylittymistä on seurattava itse. Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) agendalla oli työn alkuvaiheessa myös näiden kolmen maksukaton yhdistäminen, mutta se ei toteutunut. Terveyden-

huollon tasa-arvoa edistäisi osaltaan järjestelmän luominen sellaiseksi, etteivät palvelujen käyttäjät ole tiedon puutteen vuoksi eriarvoisessa asemassa. Pienituloiset ja terveyspalveluja runsaasti käyttävät ihmiset joutuvat maksamaan omavastuuosuuksina tulotasoon nähden paljon, koska kaikilla maksukatoilla on omat vuosittaiset omavastuuosuutensa.

Pitkäaikaisesti toimeentulotukeen oikeutettujen lisäksi suurella määrällä ihmisiä on niin alhainen tulotaso, ettei yksityisten terveyspalvelujen käyttö ole mahdollista. Heitä ovat esimerkiksi pieneläkeläiset, pätkätyöläiset, köyhät lapsiperheet tai vain vähän työmarkkinatukea suuremmalla ansiosidonnaisella päivärahalta elävät. Siinä mielessä julkisessa terveydenhuollossa koetut ongelmat ja vaihtoehdottomuus koskevat paljon suurempaa joukkoa kuin vain toimeentulotukea saavia pienituloisia ihmisiä.

Sekä toimeentulotukea saavien asiakkaiden että sosiaalitoimiston työntekijöiden kertomasta välittyi kokemus, että julkisen terveydenhuollon palveluissa toimitaan pitkälti järjestelmän ehdoilla eikä asiakkaan lähtökohdista. Puutteet palvelujen saamisessa ja ongelmakohdat ovat sosiaalihuollon työntekijöiden tiedossa, mutta asioille ei oikein tunnuta mahtavan mitään. Haastateltavien tunnelmat vaihtelivat turhautumisen, kiukun, alistumisen tai sinnikkään yrittämisen välillä, kun he kertoivat kokemuksistaan terveydenhuollon palveluista. Heikoimmassa taloudellisessa asemassa olevien palvelujen käyttäjien sekä sosiaalihuollon työntekijöiden näkökulmasta katsottuna, tarpeellisten julkisten terveyspalvelujen saaminen näyttää usein sattumanvaraiselta. Palveluja pitää osata itse pyytää ja vaatia oikealla tavalla. Holhoamista pyritään välttämään niin sosiaali- kuin terveystoimessakin. Se on oikea periaate, mutta tasa-arvo palvelujen saamisessa ei näytä toteutuvan ilman erityisiä toimenpiteitä heikoimmassa asemassa olevien tukemiseksi.

Aikuissosiaalihuollon työntekijät näkevät asiakkaiden ongelmat terveyspalvelujen saamisessa, mutta ovat suhteellisen voimattomia. Yhteistyö terveydenhuollon kanssa asiakkaiden hyväksi on tietysti periaatteessa mahdollista nytkin, ja sitä varmasti jonkin verran myös tehdään. Sama lautakunta päättää sekä sosiaali- että terveydenhuoltoa koskevista asioista. Yhteistyö on kuitenkin toistaiseksi melko vähäistä. Uusi terveydenhuoltolaki ja valmisteilla oleva sosiaalihuoltolaki edellyttävät sosiaali- ja terveydenhuollon laajempaa integraatiota. Yhteistyön tarvetta nähdään etenkin vanhuspalveluissa sekä päihde- ja mielenterveyspalveluissa. Näyttää siltä, että tiiviimpää yhteis-

työtä tarvitaan myös aikuissosiaalihuollon ja terveydenhuollon välillä. Toimivan yhteistyön edellytyksenä on luoda matalan kynnyksen rakenne ja toimintamalli, miten asiakkaan tilannetta on mahdollista selvittää sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä. Esimerkiksi ajanvaraukseen liittyvissä ongelmissa tai asiakkaan kokonaistilanteen selvittämisessä asiat saattaisivat ratketa myönteisesti jo puhelinsoitolla. Vaikeissa tapauksissa olisi oltava mahdollisuus yhteiseen neuvonpitoon. Se olisi myös huomioitava sekä sosiaali- että terveydenhuollon henkilöstöresursseissa.

Sosiaalihuollon työntekijöiden näkemyksen mukaan asiakkaat tarvitsisivat usein enemmän neuvontaa ja ohjausta terveydenhuollon palveluihin hakeutumisessa. Ongelma on siinäkin, etteivät työntekijät välttämättä edes tiedä, mitkä asiat asiakkaalle ovat jääneet epäselviksi. Haastateltavat eivät osanneet kohdistaa ehkä niinkään paljoa odotuksia neuvonnan osalta sosiaalitoimen suuntaan. Päävastuu neuvonnassa ja palveluohjauksessa onkin tietysti terveydenhuollon puolella. Yhteiseen toimintamalliin terveydenhuollon kanssa voisi kuulua mallin luominen myös sosiaalitoimen antamaan neuvontaan. Oleelliseksi katsottujen asioiden läpikäyminen ja tarkistaminen asiakkaan kanssa varmistaisi tiedonsaantia. Esimerkiksi tietämys terveydenhuollon kustannusten maksukatoista oli haastattelujen perusteella erittäin huono.

Terveyspalvelujärjestelmän tehtävä on tuottaa kaikille riittävät terveydenhuollon palvelut, joten kenelläkään ei pitäisi olla välttämätöntä tarvetta turvautua yksityisiin palveluihin. Käytännössä viimesijaista toimeentulotukea saavista, kaikkein pienimmällä budjetilla elävistä ihmisistä monet silti toisinaan käyttävät yksityistä terveydenhuoltoa. Toimeentulotukea saavat asiakkaat ovat hyvin tietoisia siitä, ettei yksityisen puolen terveydenhuoltoa korvata toimeentulotuella. Kun toimeentulo on äärimmäisen niukkaa, on vaikea ymmärtää kalliiden yksityisten palvelujen käyttöä muuten kuin, että asiakkaat kokevat välttämättä tarvitsevansa hoitoa kiireellisyyden tai muun syyn takia, ja ovat valmiita tinkimään esimerkiksi ruoasta. Se tuli ilmi myös sekä haastattelun että kyselyn tuloksista. Tilanteet ja syyt, jotka johtavat yksityisten palvelujen käyttöön, voivat olla hyvin moniselitteisiä. Sellaista tilannetta, että asiakas jää kokonaan vaille palveluja ja apua, ei saisi syntyä, vaan ratkaisu on löydettävä tavalla tai toisella. Erityisissä tapauksissa vastaantulon mahdollisuus yksityisten terveydenhuoltomenojen korvaamisesta viimesijaisella toimeentulotuella tuntuisi kohtuulliselta silloin, jos neuvottelunkaan tuloksena asia ei ratkea julkisen terveydenhuollon puolelta.

Kohtuuttomia tilanteita syntyy silloinkin, kun asiakkaat jättävät rahan puutteen vuoksi sairautensa hoitamatta. Toimeentulotukiasiakkaat ovat monesti ”maan hiljaisia. Jo tämän pienellä aineistolla toteutetun opinnäytetyön tuloksista voi varovaisesti päätellä, että ongelma saattaa olla luultua yleisempi. Pyrkimällä oikeudenmukaiseen ja terveyden tasa-arvoa edistävään terveydenhuoltoon vaikutetaan myös laajempaan sosioekonomisten terveyserojen kaventamiseen tähtäävään tavoitteeseen.

12.4 Tutkimustulosten hyödyntäminen ja aiheita jatkotutkimukseen

Tutkimustulokset osoittavat tarvetta rakenteellisiin ja toimintatapojen muutoksiin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyössä tutkimuksen kohderyhmän terveystalouden turvaamiseksi. Tutkijan tehtävänä on tuoda esiin opinnäytetyössä nousseet ongelmat ja tutkimuksen tulokset sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisille. Tutkija käy esittelemässä opinnäytetyön ja sen tulokset Kotkansaaren sosiaalitoimiston aikuis-sosiaalihuollon henkilöstölle sekä sosiaalityön johtajalle. Opinnäytetyön keskeiset tulokset käydään läpi myös Kotkan kaupungin avoterveydenhuollon potilasasiamiehen kanssa. Tutkija esittelee opinnäytetyön hyvinvointipalvelujen tehtäväalueen palvelujohtajalle, jonka alaisuuteen Kotkan sosiaali- ja terveyslautakunta kuuluu.

Tämä tutkimus toteutettiin hyvin pienellä, mutta valikoidulla aineistolla. Kohderyhmänä oli toimeentulotukea saavat asiakkaat, mutta ongelmat ovat oletettavasti samat kaikilla heikossa taloudellisessa asemassa olevilla. Tulokset tukevat nykyistä käsitystä, että terveyden tasa-arvo ei toteudu ilman erityisiä toimia heikossa sosioekonomisessa asemassa olevien palvelujen tukemiseksi. Olisi hyödyllistä selvittää laajemmin sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyönä esimerkiksi kyselyllä maakunnan alueella, kuinka paljon ja minkälaisia vajeita julkisissa terveystalouksissa koetaan heikon taloudellisen tilanteen seurauksena. Mikäli kuntien omat resurssit eivät riitä kehittämistyöhön, sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä näiden asiakkaiden hyväksi on mahdollista kehittää hanke pohjaisesti.

LÄHTEET

Alasuutari, P. 1999. Laadullinen tutkimus. 3., uudistettu painos. Tampere: Vastapaino.

Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus (ATH). Saatavissa:
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/hanke?id=21845. [Viitattu 3.4.2011]

Arajärvi, E. 2010. Yksityiset terveystalot 2007 – Privata hälsovårdstjänster 2007. Tilastoraportti 17/2010. Suomen virallinen tilasto. Terveys 2010. Helsinki: THL.

Arinen, S. & Häkkinen, U. & Klaukka, T. Klavus, J. & Lehtonen, R. & Aro, S. 1998. Suomalaisten terveys ja terveystalokäyttö. Terveystalokäytön väestötutkimuksen 1995/1996 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. SVT: Terveys 1998:5. Jyväskylä: Stakes ja KELA.

Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.) 2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveystalokäytön 2000 -tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitos.

Asetus sosiaali- ja terveystalokäytön asiakasmaksuista 9.10.1992/912.

van Doorslaer, E. & Masseria, C. & OECD Health Equity Research Group. 2004. Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries. Teoksessa The OECD Health Project. Towards high-performing health system. Paris: OECD.

Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062.

Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 2.painos. Tampere: Vastapaino.

Hallituksen esitys eduskunnalle terveystalokäytölainsäätöä sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoitolain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveystalokäytön asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi 11.6.2010/90.

Henkilötietolaki 22.4.1999/523.

Hiilamo, H. & Hänninen, S. 2009. Sosioekonomiset terveyserot ja huono-osaisuus Suomessa. Teoksessa K. Kinnunen (toim.) Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Helsinki: Kirkkohallitus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hoitoon pääsyn turvaaminen terveydenhuollossa. Kuntaliiton yleiskirje 7/8/2005. Saatavissa: http://www.kunnat.net/k_perussivu.asp?path=1;29;63;375;75765;81401;81407. [Viitattu 7.10.2010]

Hoitotakuu. Saatavissa:

http://www.kotka.fi/alltypes.asp?d_type=5&menu_id=3145&menupath=50,3145#aa3145. [Viitattu 5.4.2011]

Hämäläinen, S. Kotkansaaren terveysaseman osastonhoitajan haastattelu 31.3.2011 ja tapaamisessa saatu kirjallinen materiaali. Kotka: Kotkansaaren terveysasema.

Kaikkonen, R. & Kostiainen, E. & Linnamäki, E. & Martelin, T. & Prättälä, R. & Koskinen, S. (toim.) 2009. Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B27/2008. Helsinki.

Kangas, I. & Keskimäki, I. & Koskinen, S. & Manderbacka, K. & Lahelma, E. & Prättälä, R. & Sihto, M. 2002. Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen – tiedosta toimintaan. Teoksessa I. Kangas & I. Keskimäki & S. Koskinen & K. Manderbacka & E. Lahelma & R. Prättälä & M. Sihto (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita.

Kansallinen terveyserojen kaventamisohjelma 2008 - 2011. 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. Helsinki: STM.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.

Kauppinen, S. (toim.) 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijoiden arvioita peruspalvelujen tilasta. Peruspalvelujen tila 2010 -raportin tausta-aineisto. Raportti 9/2010. Helsinki: THL.

Keskimäki, I. Terveyspalvelujen käyttö eri sosiaaliryhmissä. Duodecim. Terveyskirjasto. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00062&p_haku=Terveyspalvelujen%20k%E4ytt%F6%20eri%20sosiaaliryhmiss%E4. [Viitattu 3.4.2011]

Keskimäki, I. & Koskinen, S. & Teperi, J. 2002. Terveyspalvelujen mahdollisuudet kaventaa terveyseroja. Teoksessa I. Kangas & I. Keskimäki & S. Koskinen & K. Manderbacka & E. Lahelma & R. Prättälä & M. Sihto (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita.

Keskimäki, I. & Manderbacka, K. & Teperi, J. 2008. Oikeudenmukaisuus terveydenhuollossa edellyttää palvelujärjestelmän uudistamista. Teoksessa U. Ashorn & J. Lehto (toim.) Tutkijapuheenvuoroja terveydenhuollosta. Helsinki: Stakes.

Kinnunen, K. (toim.) 2009. Sairas köyhyys. Tutkimus sairauteen liittyvästä huonosuudesta diakoniatyössä. Helsinki: Kirkkohallitus.

Klavus, J. 2010. Suomalaisten terveys, terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset palveluista. Teoksessa M. Vaarama, P. Moisio & S. Karvonen (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Klavus, J. & Jämsen, R. 2006. Terveydenhuollon maksupolitiikan vaikutukset oikeudenmukaisuuteen. Teoksessa J. Teperi, L. Vuorenkoski, K. Manderbacka, E. Ollila & I. Keskimäki (toim.) Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Stakes.

Koskinen, S. Suomalaisten terveys ja haasteita sen parantamiseksi. Saatavissa:

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00159#s9. [Viitattu 20.10.2010]

Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) 2002. Väestöryhmien välisten terveyserojen supistaminen. Helsinki: Edita.

Kotkan kaupungin strategiat ja ohjelmat. Saatavissa:

http://www.kotka.fi/alltypes.asp?d_type=5&menu_id=95&menupath=95#aa95 .[Viitattu 15.10.2010]

Kuula A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Laki kunta- ja palvelurakennemuutoksesta 9.2.2007/169.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1992/734.

Laki toimeentulotuesta 30.12.1997/1412.

Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta 21.5.1999/621.

Larivaara, M. & Teperi, J. 2007. Eriarvoisuus sosiaali- ja terveyspalvelujen käytössä. Teoksessa H. Taimio (toim.) Talouskasvun hedelmät - Kuka sai ja kuka jäi ilman? Helsinki: Työväen Sivistysliitto.

Lehto, J. & Kananoja A. & Kokko, S. & Taipale, V. 2001. Sosiaali- ja terveydenhuolto. Helsinki: Stakes ja WSOY.

Liakka, A. Kotkan sosiaalityön johtajan haastattelu 5.4.2011 ja tapaamisessa saatu kirjallinen materiaali. Kotka: Kotkansaaren sosiaalitoimisto.

Manderbacka, K. & Gissler, M. & Husman, K. & Husman, P. & Häkkinen, U. & Keskimäki, I. & Nguyen, L. & Pirkola, S. & Ostamo, A. & Wahlbeck, K. & Widström, E. 2006. Väestöryhmien välinen eriarvoisuus terveyspalvelujen käytössä. Teoksessa J. Teperi & L. Vuorenkoski & K. Manderbacka & E. Ollila & I. Keskimäki (toim.) Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Stakes.

Mannila, S. 2002. Köyhyys ja terveyserot. Teoksessa I. Kangas & I. Keskimäki & S. Koskinen & K. Manderbacka & E. Lahelma & R. Prättälä & M. Sihto (toim.) Kohti terveyden tasarvoa. Helsinki: Edita.

Mattila, Y. 2006. Suomen terveydenhuollon ja sairausvakuutuksen kehityslinjat ”yhteisestä pohjasta eri poluille”. Turun yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Sarja D:2/2006 Sosiaalivakuutuksen ammatilliset lisensiaattitutkimukset.

Mattila, Y. Sairausvakuutuksen korvaustaksoja tulisi korottaa. Saatavissa:

<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/110506102132HJ?OpenDocument>. [Viitattu 12.10.2010]

Metsämuuronen, J. 2000. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia –sarja 4. Viro.

Moisio, P. 2007. HYPÄ 2006. Hyvinvointi & Palvelut -kyselyn 2006 aineistokuvaus. Työpapereita 33/2007. Helsinki: Stakes.

Moisio, P. & Karvonen, S. & Simpura, J. & Heikkilä, M. (toim.) 2008. Suomalaisten hyvinvointi 2008. Helsinki:Stakes.

Murto, J & Kaikkonen, R. & Kostiainen, E. & Martelin, T. & Koskinen, S. & Linnanmäki, E. 2009. Sosioekonomiset terveyserot Pohjois-Pohjanmaalla. Raportti 31/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Narikka, J. (toim.) 2006. Sosiaali- ja terveystalouden lainsäädäntö käytännössä. Helsinki: Tietosanoma Oy.

Palosuo, H. & Koskinen, S. & Lahelma, E. & Prättälä, R. Martelin, T. & Ostamo, A. & Keskimäki, I. & Sihto M. & Talala, K. Hyvönen, E. & Linnanmäki, E. (toim.) 2007. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980 -2005. STM:n julkaisuja 2007:23. Helsinki.

Pekurinen, M. & Räikkönen, O. & Leinonen, T. (toim.) 2008. Tilannekatsaus sosiaali- ja terveydenhuollon laatuun vuonna 2008. Raportteja 38/2008. Helsinki: Stakes.

Prättälä, R. & Koskinen, S. & Martelin, T. & Lahelma, E. & Sihto, M. & Palosuo, H. 2006. Terveyserot ja niiden kaventamisen haaste. Teoksessa Terveystalouden käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/2006. Helsinki.

Rotko, T. & Sihto, M. & Palosuo, H. 2008. Katsaus terveysvaikutusten arviointiin terveysterojen näkökulmasta. Työpapereita 24/2008. Helsinki: Stakes.

Sairausvakuutuslaki 21.12.2004/1224.

Sosiaali- ja terveydenhuollon aluekokeilu vauhdittaa kokonaisuudistusta. Tiedote 212/2010. Saatavissa: <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1516795#fi>. [Viitattu 8.10.2010]

Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2005. SVT, Sosiaaliturva. 2007. Helsinki: Stakes.

Sosiaali- ja terveystoimi. Kotkan kaupunki. Saatavissa: http://www.kotka.fi/alltypes.asp?d_type=5&menu_id=2246. [Viitattu 13.10.2010]

Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väliraportti. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:19. Helsinki: STM.

Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -kysely (HYPA). Saatavissa: <http://groups.stakes.fi/HYRY/FI/Hypa/index.htm>. [Viitattu 3.4.2011]

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

Teroka. Saatavissa: <http://www.teroka.fi/teroka/>. [Viitattu 3.4.2011]

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326

Terveys 2011. Kansallinen tutkimus väestön terveydentilan, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin muutoksista. Saatavissa: <http://www.terveys2011.info/>. [Viitattu 4.4.2011]

Terveyspalvelut. Saatavissa: http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut. [Viitattu 29.9.2010]

Toimeentulotuki. Opas toimeentulotukilain soveltajille. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:11. Helsinki: STM.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

Työterveyshuolto. Kela. Etuusohjeet. Saatavissa:

[http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/260210131708PB/\\$File/tyoterveyshuolto_20100220.pdf?openElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/260210131708PB/$File/tyoterveyshuolto_20100220.pdf?openElement). [Viitattu 6.10.2010]

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki: STM.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Wilskman, K. & Ståhl, T. & Muurinen, S. & Perttilä, K. 2008. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnissa. Raportti kunnanjohtajien kyselystä 2007. Työpapereita 16/2008. Helsinki: Stakes.

**TEEMAHAASTATTELULOMAKE TOIMEENTULOTUKIASIAKKAILE
TERVEYSPALVELUJEN SAAMISESTA**

Taustakysymykset:

1. Sukupuoli

- Mies
 Nainen

2. Siviilisäät

- Naimaton
 Avio- tai avoliitossa
 Leski
 Joku muu

3. Syntymävuosi? _____

4. Mikä seuraavista kuvaa parhaiten pääasiallista toimintaanne, oletteko

- Työssä tai osa-aikaeläkkeellä
 Työtön tai lomautettu
 Työllisyyskoulutuksessa tai työllistetty
 Opiskelija
 Työkyvyttömyyseläkkeellä tai pitkäaikaisesti sairas
 Eläkkeellä iän tai työvuosien perusteella
 Työttömyyseläkkeellä
 Vai teettekö jotakin muuta? _____

5. Onko oma terveydentilanne mielestänne:

- Hyvä
 Melko hyvä
 Keskipertainen
 Melko huono
 Huono

6. Onko teillä pitkäaikainen fyysinen tai psyykinen sairaus tai vamma, joka haittaa teitä jokapäiväisessä elämässänne?

- Ei
 Kyllä

7. Onko kunnallisen terveydenhuollon asiakasmaksulain mukainen maksukatto ylittynyt/tai ylittymässä kohdallanne v. 2010 (633,00 €/v)?

- Ei
 Kyllä

8. Onko Kelan sairausvakuutuslain mukaan korvattavien matkojen vuotuinen omavastuuosuus (157,25 €), matkakatto, ylittynyt/ylittymässä kohdallanne v. 2010?

- Ei
 Kyllä

9. Onko Kelan korvaamien lääkekustannusten vuotuinen omavastuu (672,70 €/v). lääkekatto, ylittynyt/ylittymässä kodallanne v. 2010?

- Ei
 Kyllä

Terveyspalvelujen saavutettavuus

10. Oletteko käynyt viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana:

- Terveyskeskuslääkärillä
 Sairaalan poliklinikalla
 Yksityislääkärin vastaanotolla
 Lääkärissä jossakin muualla (matkoilla tms.)

11. Oletteko käynyt hammashoidossa viimeisten 12 kuukauden aikana:

- Terveyskeskuksen hammaslääkärillä
 Yksityisellä hammaslääkärillä
 Muualla (esim. matkoilla)
 Hammasteknikolla
 Muussa hammashoidossa

12. Paljonko asunnostanne on matkaa lähimmälle

- | | |
|--|---------------------|
| Terveyskeskuslääkärin vastaanotolle? | 1 alle kilometri |
| Yksityislääkärin vastaanotolle? | 2 1-3 kilometriä |
| Terveyskeskushammaslääkärin vastaanotolle? | 3 3-5 kilometriä |
| Yksityishammaslääkärin vastaanotolle? | 4 5-10 kilometriä |
| Apteekkiin? | 5 yli 10 kilometriä |
| | 6 EOS |

13. Haittasivatko seuraavat asiat hoidon saamista (1) paljon, (2)vähän, (3) ei lainkaan?

- | | 1. | 2. | 3. |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Rahan puute | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Palvelujen puute | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Palvelujen etäisyys | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Epäily siitä, että hoidosta ei ole apua | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Työ-, koti- tai muiden asioiden hoito | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. Millä tavoin kohdassa 13 mainitsemanne seikat hättäsivät hoidon saamista?

15. Hättäsiko jokin muu, kohdassa 13 mainitseman seikka, hoidon saamista?

16. Oletteko saanut sosiaalitoimistossa neuvontaa ja ohjausta tarpeellisten terveydenhuollon palvelujen saamiseksi?

- Riittävästi
 - Liian vähän
 - En ole saanut lainkaan neuvontaa
 - En ole tarvinnut neuvontaa
-

17. Onko toimeentulotuella tultu mielestänne riittävästi vastaan terveydenhuollon kustannuksiinne?

- Kyllä
- Ei

Terveyspalvelujen riittävyys

18. Oletteko saanut mielestänne riittävän ja tarpeellisen hoidon sairauksiinne kuluneen 12 kuukauden aikana?

- Kyllä
- En
- En osaa sanoa
- Ei ole ollut tarvetta

19. Mikäli ette ole saanut riittävää hoitoa, mistä se mielestänne johtuu?

Terveyspalvelujen oikea-aikaisuus

20. Oletteko viimeisten 12 kuukauden aikana joutunut odottamaan kohtuuttoman kauan saadaksenne tarvitsemanne hoitoa vaivaanne tai sairauteenne?

- Kyllä
- En
- En saa sanoa
- Ei ole ollut tarvetta

21. Jos vastaus on: Kyllä > Oletteko mielestänne odottanut kohtuuttomasti pääsyä:

	1. Kyllä	2. Ei
Terveyskeskuslääkärille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yksityislääkärille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sairaalan poliklinikalle (ei koske päivystystä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sairaalassa suoritettavaan toimenpiteeseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terveyskeskuksen hammaslääkärille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Miten kauan? _____

22. Mikäli hoitoon pääsynne on viivästynyt tai olette jäänyt kokonaan tai osittain vaille mielestänne tarpeellista hoitoa, onko ongelma liittynyt etupäässä

- Ajanvaraukseen
- Lähetteen saamiseen erikoissairaanhoidon sairaalan poliklinikalle
- Hoitotakuun aikarajojen pätemättömyyteen
- Heikkoon taloudelliseen tilanteeseen

Miten? _____

**KYSELY AIKUISSOSIAALIHUOLLON TYÖNTEKIJÖILLE
TOIMEENTULOTUKIASIAKKAIDEN TERVEYSPALVELUJEN SAAMISESTA**

Terveyspalvelujen saavutettavuus

- 1. Miten kuvaisit pitkään toimeentulotukea saaneiden asiakkaiden mahdollisuutta saada heille tarpeelliset julkisen terveydenhuollon palvelut?**

- Palvelujen saaminen on helppoa ja sujuvaa
 Terveyspalvelujen saanti ei aina onnistu.
 Terveyspalvelut jäävät usein saamatta.

- 2. Millaiset asiat näkemyksesi mukaan haittaavat terveyspalvelujen ja hoidon saamista?**

- 3. Jääkö näkemyksesi mukaan edellä mainituista syistä johtuen heikossa taloudellisessa asemassa olevilta asiakkailta sairauksia kokonaan tai osittain hoitamatta tai tutkimatta?**

- On todennäköistä
 On paljon mahdollista
 On mahdollista
 Ei
 En osaa sanoa

Miten perustelet arviosi? _____

Terveyspalvelujen riittävyys

- 4. Käyttävätkö toimeentulotukea saavat asiakkaat yksityisiä terveydenhuollon palveluja täydentämään saamaansa julkista terveydenhuoltoa, vaikka kustannuksia ei huomioida toimeentulotukilaskelmassa menona?**

- Kyllä, usein Kyllä, silloin tällöin

Mistä arvioit sen johtuvan? _____

- Ei En osaa sanoa

5. **Tarvittaisiinko mielestäsi neuvonnan lisäksi erityisiä toimenpiteitä ja apua sosiaalitoimen taholta, jotta kaikkein heikoimmassa asemassa olevat asiakkaat saavat heille tarpeellisen ja riittävän julkisen terveydenhuollon?**

Kyllä

Millaisesta avusta asiakkaat mielestäsi hyötyisivät? _____

Ei

Terveyspalvelujen oikea-aikaisuus

6. **Joutuvatko toimeentulotukea saavat asiakkaat käsityksesi mukaan usein odottamaan kohtuuttoman kauan pääsyä**

Terveyskeskuslääkärille

Kyllä Ei En osaa sanoa

Sairaalan poliklinikalle (ei koske päivystystä)

Kyllä Ei En osaa sanoa

Sairaalassa suoritettavaan toimenpiteeseen

Kyllä Ei En osaa sanoa

Terveyskeskushammaslääkärille

Kyllä Ei En osaa sanoa

7. **Mikäli asiakkaan hoitoon pääsy on viivästynyt, onko ongelma mielestäsi liittynyt etupäässä**

Ajanvaraukseen

Lähetteen saamiseen erikoissairaanhoidon sairaalan poliklinikalle

Hoitotakuun aikarajojen pätemättömyyteen

Millä tavoin? _____

Johonkin muuhun, mihin? _____

Hyvä asiakas!

Olen Kymenlaakson ammattikorkeakoulun opiskelija ja suoritan terveyden edistämisen koulutusohjelmassa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa ja siihen liittyvää opinnäytetyötä. Tutkimustyötäni ohjaavat yliopettaja Marja-Leena Kauronen Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta (p. 040 702 8441) ja Kotkan kaupungin sosiaalityön johtaja Anna Liakka (p. 040 776 5545).

Olen ammatiltani Kymenlaakson kuntien sosiaaliasiamies. Kiinnostus opinnäytteessä tutkimaan aihetta kohtaan on virinnyt työssäni käymistä lukuisista keskusteluista toimeentulotukea saavien asiakkaiden kanssa. Keskusteluissa on usein välittynyt koettu yhteys heikon taloudellisen tilanteen ja terveystalvelujen saamisen välillä. Julkisten terveystalvelujen käyttö on yleensä ainoa vaihtoehto silloin, kun taloudellista liikkumavaraa ei ole.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää ja tehdä näkyväksi, millaisia mahdollisia ongelmia pitkään toimeentulotukea saaneet henkilöt kokevat terveystalveluidensa saavutettavuudessa, riittävydessä ja oikea-aikaisuudessa. Tutkimuksessa kysytään myös sosiaalihuollon työntekijöiden näkemystä samasta aiheesta. Toivon, että mahdollisten ongelma-kohtien esiin nostaminen auttaa Kotkan sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoita löytämään uusia näkökulmia ja käytännön ratkaisuja, jotka osaltaan edistävät kunnan asukkaiden terveystalvelujen yhdenvertaisuutta.

Tutkimusaineisto kerätään haastattelemalla Kotkassa asuvia, vähintään vuoden lähes yhtäjaksoisesti toimeentulotukeen oikeutettuja henkilöitä. Haastateltavat on tarkoitus valikoida niin, että he ovat viimeisen vuoden aikana käyttäneet terveydenhuollon palveluja tai ilmaisseet tarpeensa terveystalvelujen saamiseen. Haastateltavia tarvitaan yhteensä 10 -15 henkilöä. Haastatteluun kannattaa arvioni mukaan varata aikaa noin puoli tuntia. Kerättävän aineiston käsittely on ehdottoman luottamuksel-

lista. Vastaajan henkilöllisyys tai mitään henkilöön liittyviä tunnistetietoja ei tule selville missään vaiheessa.

Mikäli olette kiinnostunut osallistumaan tutkimukseen ja kertomaan kokemuksistanne terveysten palvelujen saamisesta, pyydän allekirjoittamaan oheisen suostumuksen yhteydenottoani varten. Otan yhteyttä lähipäivinä. Varsinaiseen haastatteluun osallistumisesta pyydetään vielä erillinen suostumus ja annetaan tarvittava informaatio.

Kiitos mielenkiinnosta!

Yhteistyöterveisin

Sirkku Bilaletdin
Juurelankatu 4 D 68
48900 KOTKA
p. 040 720 9698

SUOSTUMUS YHTEYDENOTTOON

Olen mahdollisesti kiinnostunut osallistumaan informaatiokirjeessä selvitettyyn haastattelutkimukseen. Annan suostumukseni siihen, että sosiaalihuollon työntekijä saa antaa yhteystietoni Sirkku Bilaletdinille yhteydenottoa varten.

_____/____/____ 2010

Paikka ja aika

Allekirjoitus ja nimen selvennys

YHTEYSTIEDOT

Nimi

Osoite

Puhelinnumero

**KIRJALLINEN SUOSTUMUS PITKÄÄN TOIMEENTULOTUKEA SAANEIDEN
HENKILÖIDEN TERVEYSPALVELUJA KOSKEVAAN TUTKIMUKSEEN
OSALLISTUMISESTA**

Tietoisena *Sirkku Bilaletdinin* toteuttaman opinnäytetyön – *Toimeentulokiasiakkaiden kokemuksia ja aikuissosiaalihuollon työntekijöiden näkemyksiä Kotkan kaupungin terveyspalvelujen saavutettavuudesta, riittävydestä ja oikea-aikaisuudesta* – tarkoituksesta, suostun vapaaehtoisesti osallistumaan tutkimuksen aineiston keruuvaiheen haastatteluun.

Minulle on selvitetty tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus sekä mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta, jos sitä haluan. Jos vetäydyn tutkimuksesta, minua koskeva aineisto poistetaan tutkimusaineistosta. Tiedän, että haastattelun avointen kysymysten osuudet nauhoitetaan. Tutkimusraportissa saattaa olla lainauksia omasta haastattelustani, mutta kuitenkin niin kirjoitettuna, ettei minua voida tunnistaa tekstistä. Minulle on myös selvitetty, että haastattelukertomukset eivät joudu kenenkään ulkopuolisen käsiin. Haastattelunauhoilla tai haastattelukertomuksissa ei myöskään mainita nimeäni.

Olen myös tietoinen mahdollisuudestani ottaa tarvittaessa myöhemmin yhteyttä Sirkku Bilaletdiniin tutkimuksen tiimoilta ja olen saanut hänen yhteystietonsa.

Tätä suostumuslomaketta on tehty kaksi samanlaista kappaletta, joista toinen jää minulle itselleni ja toinen tutkimuksen tekijälle.

_____ / _____ 2010

Paikka ja aika

Tutkimukseen osallistujan allekirjoitus

Nimen selvennys

Tutkimuksen tekijän allekirjoitus

Yhteystiedot:

Sirkku Bilaletdin

Juurelankatu 4 D 68

48900 KOTKA

p. 040 720 9698, sirkkub@kymp.net

KOTKAN KAUPUNKI
Hyvinvointipalvelujen tehtäväalue

VIRANHALTIJAPÄÄTÖS §

Sivu

Palvelujohtaja

22.11.2010

61

1

Dnro : 0/2010

Tutkimusluvan myöntäminen/Sirkku Bilaletdin

Valmistelija: Johdon assistentti Seija Pusila

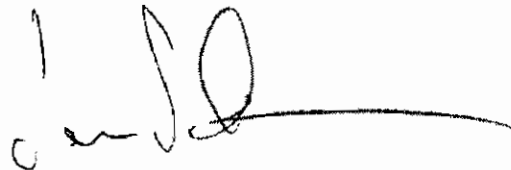
Päätöksen liitteenä on Sirkku Bilaletdinin tutkimuslupahakemus.

Päätös: Päätin myöntää tutkimusluvan aiheesta Toimeentulotukiasiakkaiden kokemuksia ja aikuissosiaalihuollon työntekijöiden näkemyksiä Kotkan kaupungin terveystalvelujen saavutettavuudesta, riittävydestä ja oikea-aikaisuudesta.

Toimeenpano:

Ote: Sirkku Bilaletdin

Oikaisuvaatimusohjeet

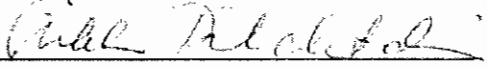


Palvelujohtaja

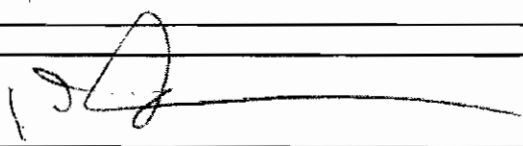
Tauno Telaranta

Tämä pöytäkirja on yleisesti nähtävänä kirjaamossa 7.12.2010

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS Tieteellinen tutkimus tai opinnäytetyö	
1	Tutkimuksen nimi Toimeentulotukiasiakkaiden kokemuksia ja aikuissosiaalihuollon työntekijöiden näkemyksiä Kotkan kaupungin terveystalvelujen saavutettavuudesta, riittävydestä ja oikea-aikaisuudesta
2	Tutkimuksesta vastaava tutkija/tutkijat, tutkijaryhmä, tutkimusorganisaatio Sirku Bilaletdin, opinnäytetyö
3	Tutkimuksen suorittajat ja tutkimuksen suorituspaikka (nimi, virka/työ, virka-/työpaikka, yhteystiedot) a) tutkimuksen vastuullinen johtaja tai tutkimuksesta vastaava ryhmä - b) opinnäytetyön ohjaaja Yliopettaja Marja-Leena Kauronen, Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, Terveysala, Takojantie 1, 48220 KOTKA, p. 040 702 8441 Työelämäohjaaja Sosiaalityön johtaja Anna Liakka, Kotkan kaupunki, Keskuskatu 7, 48100 KOTKA, p. 040 776 5545 c) tutkijat, joille lupaa haetaan Sirku Bilaletdin d) tutkimuspaikka ja osoite Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, Terveystalvelujen edistämisen koulutusohjelma, ylempi AMK, Takojantie 1, 48220 KOTKA
4	Yhdyshenkilö (nimi, osoite, yhteystiedot) Sirku Bilaletdin, Juurelankatu 4 D 68, 48900 KOTKA, p. 040 720 9698
5	Tutkimuksen luonne (asiakkaisiin/henkilökuntaan kohdentuva, haastattelu/kyselytutkimus) Toimeentulotukiasiakkaisiin kohdistuva haastattelututkimus sekä lomakekysely aikuissosiaalihuollon työntekijöille.
6	Tutkimuksen kesto (kertaluonteinen tutkimus/seurantatutkimus) Kertaluonteinen tutkimus (opinnäytetyö)
7	Tutkimussuunnitelman tiivistelmä Tutkimuksen tarkoituksena on yhtäältä kuvata pitkään toimeentulotukea saaneiden, heikossa taloudellisessa asemassa olevien henkilöiden terveystalvelujen saavutettavuuteen, riittävyteen ja oikea-aikaisuuteen liittyviä mahdollisia ongelmakohtia kysymällä

	<p>toimeentulotukiasiakkailta heidän omia kokemuksiaan terveystalveluista. Toisaalta selvitetään aikuissosiaalihuollon työntekijöiltä heidän näkemystään toimeentulotukiasiakkaiden mahdollisista ongelmista liittyen terveystalvelujen saamiseen.</p> <p>Tutkimusongelmat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Millaisia kokemuksia toimeentulotukiasiakkailta on terveystalvelujensa saatavuudesta, riittävydestä ja oikea-aikaisuudesta? 2. Millaisia näkemyksiä aikuissosiaalityön työntekijöillä on toimeentulotukiasiakkaiden terveystalvelujen saatavuudesta, riittävydestä ja oikea-aikaisuudesta?
8	<p>Tutkimusmenetelmän kuvaus Laadullinen tutkimus.</p>
9	<p>Tutkimuksessa käytettäväksi pyydetty aineisto (asiakirjatiedot)</p> <p>Haastateltavien nimet ja yhteystiedot tarvitaan. Sosiaalihuollon työntekijä pyytää asiointin yhteydessä asiakkaan kirjallisen suostumuksen tietojen antamiseen tutkijan yhteydenottoa varten.</p>
10	<p>Muut tutkimuksessa käytettävät tiedot (muut asiakirjatiedot, tutkittavilta haastatteluin/kyselyin saatavat tiedot)</p> <p>Haastatteluin saatavat tiedot</p>
11	<p>Tutkimusrekisterin tietotyypit</p> <p>a) Tutkimusrekisteriin kerättävät henkilön yksilöintitiedot eriteltyinä</p> <p>Haastateltavien nimet, jotka muutetaan anonyymeiksi.</p>
	<p>b) Muut tiedot ja tietotyypit</p> <p>-</p>
12	<p>Tutkimusaineiston suojaus, arkistointi ja hävittäminen (salassa pidettävän tiedon käsittely, suojaus, käytön valvonta, hävittäminen)</p> <p>Opinnäytetyön valmistuttua ja kun arviointi on suoritettu, haastatteluaineisto hävitetään.</p>
13	<p>Tutkimuksen mahdollinen ulkopuolinen rahoitus</p> <p>Ei ole</p>
14	<p>Tutkimustulosten hyödyntäminen (julkaiseminen ym.)</p> <p>Tutkimustulokset ovat Kotkan kaupungin hyvinvoinnin palvelualueen käytettävissä.</p>
15	<p>Sitoumukset</p> <p>Sitoudun siihen, etten käytä saamiani tietoja potilaan/asiakkaan tai hänen läheistensä vahingoksi tai halventamiseksi tai sellaisten muiden etujen loukkaamiseksi, joiden suojaksi on säädetty salassapitovelvollisuus eikä luovuta saamiani salassa pidettäviä henkilötietoja sivulliselle.</p> <p>Päiväys _____ Allekirjoitus </p> <p>Nimen selvennys Sirkku Bilaletdin</p>

	Päiväys _____ Allekirjoitus _____ _____ Nimen selvennys _____ Päiväys _____ Allekirjoitus _____ _____ Nimen selvennys _____ Päiväys _____ Allekirjoitus _____ _____ Nimen selvennys _____ Päiväys _____ Allekirjoitus _____ _____ Nimen selvennys _____
16	Liitteet <input type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelma <input type="checkbox"/> Tutkimusta varten myönnettyt muut luvat <input type="checkbox"/> Luonnos rekisteriselosteeksi <input checked="" type="checkbox"/> Malli tutkimushenkilöille annettavasta yhteydenotto- ja informointikirjeestä <input checked="" type="checkbox"/> Malli tutkimushenkilöiltä pyydettävästä suostumuksesta <input type="checkbox"/> Muut liitteet
17	Päiväys, hakijan allekirjoitus ja osoite Päiväys _____ Allekirjoitus <u>Heikki Pälviö</u> <u>18.10.2010</u> Osoite <u>WURELANK. 4D68, 48900 KOTKA</u>
18	Päiväys ja vastaavan ohjaajan allekirjoitus Päiväys _____ Allekirjoitus <u>Marijn-Leena Kauranen</u> <u>18.10.2010</u> Nimen selvennys <u>Marijn-Leena Kauranen</u>
19	Tutkimuslupahakemus toimitetaan osoitteeseen Kotkan kaupunki/Hyvinvointipalvelut Kirjaamo PL 205, 48101 KOTKA
20	Hyvinvointipalvelujen tehtäväalueen johtoryhmän lausunto Kokouspäivä ja asianumero:
21	Tutkimusluvan myöntämistä koskeva päätös Päiväys <u>18.11.2010</u>

Viranhaltijan allekirjoitus	
Nimenselvennys	
Tehtävänimike	Tauno Telaranta Palvelujohtaja Hyvinvointipalvelut Kotkan kaupunki

Kotkan kaupunki/Hyvinvointipalvelut
PL 205 (Kustaankatu2), 48101 KOTKA
puh. (05) 234 51, faksi (05) 234 5226
kirjaamo@kotka.fi
www.kotka.fi