

Suomalaisten terveys ja terveysten palvelujen käyttö

Terveydenhuollon väestötutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987

Health and the Use of Health Services in Finland
Main findings of the Finnish Health Care Survey 1995/96 and changes from 1987 SVT Terve

STAKES



KELA



Esipuhe

Terveydenhuollon väestötutkimus on viides siinä kansallisten terveyshaastattelujen sarjassa, jonka Kansaneläkelaitos aloitti vuonna 1964. Sarjan kaksi ensimmäistä tutkimusta arvioi vuoden 1964 syksyllä voimaan tulleen sairausvakuutuslain vaikutuksia: ensimmäinen tutkimus tehtiin ennen tätä uudistusta ja toinen neljä vuotta sen jälkeen. Myöhempien, vuosina 1976 ja 1987 tehtyjen tutkimusten päätarkoitus oli täydentää terveydenhuollon rekistereistä ja tilastoista saatavaa kuvaa avohoidon piirissä olevien kansalaisten terveydentilasta, palvelujen käytöstä ja perheiden sairaanhoitokustannuksista. Samalla on saatu arvokasta tietoa väestön hoidontarpeesta ja sen tyydyttymisestä sekä asenteista ja suhtautumisesta palvelujärjestelmään.

Vuosina 1995 ja 1996 toteutettu sarjan viides väestötutkimus tehtiin Kelan ja Stakesin yhteistyönä. Jo aikaisemmissa tutkimuksissa oli terveydenhuollon keskusviraston ja myös kuntien panos merkittävä: lääkintöhallitus oli mukana määrittelemässä tietotarpeita ja se myös vaikutti siihen, että kunnat osallistuivat työvoimallaan tiedonkeruuseen. Neljä ensimmäistä tutkimusta ovat samalla olleet osoitus maamme terveydenhoitajien hyvästä soveltuvuudesta terveyttä koskevien haastattelujen tekemiseen. Tuoreimmassa tutkimuksessa haastattelijajärjestelmä vaihtui, ja myös Tilastokeskuksen ammattihaastattelijat suoriutuivat tehtävästä kiitettävästi. Erillistutkimus osoitti, ettei haastattelijoiden ammattitaustan vaihto vaikuttanut terveysindikaattoreiden ominaisuuksiin.

Nyt julkaistava raportti on kuvaa tutkimuksen keskeisiä muuttujia vuosina 1995 ja 1996. Vertailuvuotena on pääasiasa käytetty vuotta 1987. Tulokset on esitetty paitsi demografisten taustatekijöiden mukaan myös tuloryhmittäin ja alueittain. Alueyksikköinä on hieman sovellettu käytetty uusia läänejä. Teksti on kaksikielinen eli kirjoitettu suomeksi ja englanniksi.

Tutkijaryhmään ovat kuuluneet Sisko Arinen ja Timo Klaukka Kelan Tutkimus- ja kehitysyksiköstä, Unto Häkkinen ja Jan Klavus Stakesin Terveydenhuollon tutkimusyksiköstä sekä Risto Lehtonen, joka tutkimuksen aikana siirtyi Kelasta Tilastokeskuksen palvelukseen. Seppo Aro Stakesista oli aktiivisesti mukana suunnittelemassa tutkimusta, mutta kuoli vaikeaan sairauteen ennen päätulosten valmistumista. Hänen merkittävä panoksensa tutkimukseen on otettu huomioon liittämällä hänen nimensä tekijäluetteloon. Juha Teperi Stakesista kommentoi raportin käsikirjoitusta työn loppuvaiheessa.

Tutkimuksen tietojenkäsittelystä ovat vastanneet Olli Laitinen Stakesista sekä Marjo Jansson, Marko Kilpikoski ja Helena Kotro Kelasta. Otoksen poiminnan suunnitteli ja toteutti Kari Toivola Kelasta. Taulukot ja kuvat on tehnyt Seija Puro Stakesista, joka myös vastasi raportin taitosta ja ulkoasusta. Suomenkielisen tekstin on tarkistanut Kaino Laaksonen Kelasta ja englanninkielisen tekstin Gillian Häkli.

Foreword

The Finnish Health Care Survey is the fifth in the series of national health surveys launched by the Social Insurance Institution (KELA) in 1964. The first two evaluated the impact of the National Health Insurance Act, which came into effect in autumn 1964; the 1964 survey was made before the reform and the 1968 survey four years later. The next two surveys, those for 1976 and 1987, completed the picture provided by public health care registers and statistics of the state of health of persons coming within the scope of primary care, the use they made of services, and the medical expenses of their families. The surveys proved to be a valuable source of information about the need for care and the extent to which this need is satisfied, and also about attitudes to and opinions of the service system.

Conducted in 1995 and 1996, the fifth survey was made jointly by KELA and the National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES). The contribution of the central administration and also local authorities was already substantial in earlier surveys: the National Board of Health was involved in defining the need for information, and thus in encouraging local authorities to participate in the data collection. The first four surveys demonstrated the proficiency of Finnish health care personnel in conducting interviews on health. For the present survey the interviews were conducted by professionals from Statistics Finland, who likewise carried out the task commendably. A separate survey showed that the change in the professional background of the interviewers had no effect on the main health indicators.

The report published here describes the main indicators in 1995/96. The year of comparison is in most cases 1987. The results are presented according to key demographic background factors and also by income group and region. The regional units are the new provinces, with some minor modifications. The entire report is in both Finnish and English.

The research team comprised Sisko Arinen and Timo Klaukka from Research and Development Centre of KELA, Unto Häkkinen and Jan Klavus from Health Services Research Unit of STAKES, and Risto Lehtonen, who transferred from KELA to Statistics Finland while the survey was under way. Seppo Aro from STAKES was actively involved in planning the survey but sadly died of a serious illness before the main results were collated. In recognition of his considerable contribution to the outcome, he is included among the authors. Juha Teperi from STAKES commented on the report in the final stage of the work.

The data were processed by Olli Laitinen from STAKES, and by Marjo Jansson, Marko Kilpikoski and Helena Kotro from KELA. The sampling was planned and implemented by Kari Toivola from KELA. The tables and figures were produced by Seija Puro from STAKES, who is also responsible for the lay-out and design of the report. The Finnish was checked by Kaino Laaksonen from KELA and the English by Gillian Häkli.

Helsingissä marraskuussa 1998

Helsinki, November 1998

Esko Kalimo
tutkimus- ja kehitysyksikön johtaja
Director of Research and Development Centre
Kela

Hannu Uusitalo
ylijohtaja
Director General
Stakes

Sisällys

1 Johdanto	1
1.1 Väestö ja elinolosuhteet	2
1.2 Terveyspalvelujärjestelmän kehitys vuosina 1987–1996	6
2 Aineistot ja menetelmät	11
2.1 Tutkimusasetelma ja otanta-asetelma	11
Tutkimusasetelma ja tietojen vertailtavuus	11
Otanta-asetelma	12
2.2 Tutkimusmenetelmä, tiedonkeruu ja vastauskato	12
Haastattelulomake	12
Tiedonkeruun toteutus	13
Kotitalouksien vastauskato	14
2.3 Tutkimusaineistot, tarkasteltavat muuttajat ja tilastolliset menetelmät	15
Tutkimusaineistot	15
Indikaattorit	16
Taustamuuttajat ja tilastolliset menetelmät	17
3 Terveydentila	21
3.1 Pitkäaikaissairastavuus	22
3.2 Psykkiset oireet	24
3.3 Sairauspäivät	27
3.4 Koettu terveydentila	29
3.4.1 Koettu terveys	29
3.4.2 Terveyteen liittyvä elämänlaatu	31
3.5 Suun terveydentila	32
4 Terveyspalvelujen käyttö	37
4.1 Sairaaloiden vuodeosastohoito	37
4.2 Lääkäripalvelut	38
4.2.1 Sairauden takia tehdyt käynnit	38
4.2.2 Terveystarkastukset	43
4.3 Hammashuoltopalvelut	44
4.4 Muut avohoitopalvelut	50
4.5 Omalääkäri ja yksityinen vakuutus	51
5 Lääkkeiden käyttö	53
5.1 Reseptilääkkeiden käyttö	53
5.2 Itsehoitolääkkeiden käyttö	56
5.3 Rohdosvalmisteiden ja luonnonlääkkeiden käyttö	58
6 Terveyteen vaikuttavat elintavat	61
6.1 Tupakointi	61
6.2 Alkoholien käyttö	63
6.3 Kuntoliikunta	65
6.4 Ylipainoisuus	67
7 Kotitalouksien sairauskulut	69
8 Tulosten tarkastelua	73
Lähteet	79
Liitetaulukot	
Liitteet	
1. The Finnish health care system	
2. Kunnallisen terveydenhuollon asiakasmaksut (mk) 1987–1996	
3. Muutokset lääkekorvausjärjestelmässä vuosina 1987–1996	
4. Kyselylomakkeet	

Contents

1 Introduction	1
1.1 The population and living conditions	2
1.2 Trends in the health care system in 1987–1996 ...	6
2 Material and methods	11
2.1 Study design and sampling	11
Study design and data comparability	11
Sampling design	12
2.2 Research method, data collection and non-response	12
Questionnaire	12
Data collection	13
Household level non-response	14
2.3 Study data, variables and statistical methods	15
Study data	15
Indicators	16
Background variables and statistical methods	17
3 Health status	21
3.1 Chronic morbidity	22
3.2 Mental disorders	24
3.3 Days of restricted activity	27
3.4 Self-perception of general health status	29
3.4.1 Perceived health	29
3.4.2 Health-related quality of life	31
3.5 Oral health	32
4 Use of medical services	37
4.1 Inpatient care	37
4.2 Doctors' services	38
4.2.1 Visits due to illness	38
4.2.2 Health examinations	43
4.3 Oral health services	44
4.4 Other outpatient services	50
4.5 Personal doctor and private insurance	51
5 Use of medicines	53
5.1 Use of prescription medicines	53
5.2 Self-medication	56
5.3 Use of herbal medicines	58
6 Health-related life-style	61
6.1 Smoking	61
6.2 Alcohol consumption	63
6.3 Physical exercise	65
6.4 Overweight	67
7 Households' medical expenses	69
8 Discussion	73
References	79
Appended Tables	
Appendices	
1. The Finnish health care system	
2. Charges (FIM) for public health care services 1987–1996	
3. Changes in drug reimbursements 1987–1996	
4. Questionnaires	

1

Johdanto *Introduction*

Terveyspolitiikan tavoitteena on koko väestön mahdollisimman hyvä terveys. Terveyspolitiikan painopiste on terveydenhuollon kehittämisessä, vaikka väestön terveyteen vaikuttavat merkittävästi myös terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät, esimerkiksi elinympäristö, taloudellinen hyvinvointi ja muut yhteiskuntapoliittiset toimenpiteet (Evans ja Stoddart 1990). Kehittämistä varten tarvitaan luotettavaa tietoa. Väestöotokseen perustuvat haastattelut soveltuvat hyvin tällaisen tiedon hankkimiseen. Ne voidaan toteuttaa nopeasti ja taloudellisesti. Tiedonkeruu kattaa kaikki väestöryhmät ja myös ne, jotka eivät ole käyttäneet terveyspalveluja. Lisäksi terveyttä ja terveyspalvelujärjestelmää voidaan arvioida väestön näkökulmasta. Tietoja voidaan täydentää tilastojen ja rekistereiden avulla. Haastattelutieto on käytökelpoista ja luotettavaa myös kansainvälisiin vertailuihin, koska yhteiset indikaattorit voidaan sopia etukäteen (WHO 1996).

Tämän tutkimussarjan väestöhaastattelut terveyspalvelujärjestelmän arvioimiseksi aloitettiin jo kuusikymmentäluvulla (Purola ym. 1967 ja 1971; Kalimo ym. 1982, 1989 ja 1992). Niitä ei ole toistettu rutiinomaisesti, vaan jokaisen uuden tutkimuksen tarve on arvioitu erikseen. Vuoden 1964 sairausvakuutusuudistuksen arvioimiseksi tehtiin kaksi ensimmäistä tutkimusta vuosina 1964 ja 1968. Neljä vuotta kansanterveyslain säätämisen jälkeen, vuoteen 1976, ajoittui seuraava tutkimus. Vuoden 1987 tutkimuksessa arvioitiin jo vakiintunutta, toiminnoiltaan ja kustannuksiltaan jatkuvasti kasvavaa terveyspalvelujärjestelmää, jonka uudistamistarpeista keskusteltiin. Yhdeksänkymmentäluvun puolivälissä uudelleenarviointi oli tullut jälleen ajankohtaiseksi, koska myös terveyspalvelujärjestelmä oli läpikäynyt olennaisia muutoksia vuoden 1993 valtiosuusmuutoksen yhteydessä ja odotettujen sekä odottamattomien yhteiskunnallisten muutosten seurauksena. Vuosina 1995 ja 1996 tehtiin uusin, järjestykseltään viides, Terveydenhuollon väestötutkimus. Aikaisemmat tutkimukset on tehnyt Kansaneläkelaitos lääkintöhallituksen tuella, mutta tällä kertaa toteuttajina ovat Kansaneläkelaitos ja Stakes yhdessä.

Terveydenhuollon väestötutkimuksissa on kerätty monipuolinen tietovaranto väestön terveydestä, terveyskäyttäytymisestä ja terveyspalvelujen käytöstä sekä näihin vaikuttavista tekijöistä yli kolmenkymmenen vuoden ajalta. Sen avulla on mahdollista arvioida laaja-

The main target of health policy is to guarantee good health for the population. The emphasis is on the development of health care, although other issues must also be taken into account, e.g. the environment, economic welfare and other actions in social policy (Evans and Stoddart 1990). In order to promote health care we need reliable information. One good way to obtain such information is to conduct a health survey. Health surveys can be carried out rapidly and economically and provide data simultaneously on the health of all population groups, even those who have not used health services. Health surveys also provide information from the viewpoint of potential users at population level. The data in the surveys can be supplemented with information elicited from statistics and registers and can moreover be used easily in international comparisons, because equal indicators can be selected beforehand (WHO 1996).

The population health surveys for Finland reported in this series were started in the 1960s (Purola et al. 1967, 1971; Kalimo et al. 1982, 1989 and 1992). They have not been repeated on a regular basis, the actual need for each one being estimated separately. The first surveys, conducted in 1964 and 1968, were carried out to evaluate the 1964 reform of the National Sickness Insurance scheme. The third survey was made in 1976, four years after the entry into force of the Primary Health Care Act. The next survey, that for 1987, evaluated developments in the health care system, which was becoming increasingly complex and costly. Reform seemed to be inevitable. In the mid-1990s yet another evaluation was needed, this time, because of changes in the provision of health care due to the overhaul of the state subsidy scheme and other social developments – some expected, some not. The most recent study, the fifth in this series of Finnish Health Care Surveys, was carried out in 1995 and 1996. Earlier surveys had been conducted by the Social Insurance Institution (KELA) with support of the National Board of Health but the 1995/96 one was conducted jointly by the Social Insurance Institution and the National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES).

The information collected by the surveys is revealing about the health and health related lifestyle of the Finnish population, the use made of health services, and certain other associated factors during the last thirty

alaisesti, miten elinolojen ja terveydenhuoltojärjestelmän muutokset ovat heijastuneet tutkittuihin asioihin. Tässä raportissa tarkastellaan pääasiassa viimeistä, lähes kymmenen vuoden, ajanjaksoa.

Johdanto-osassa kuvataan ensin, miten väestö, sen elinolot sekä terveyspalvelujärjestelmä ja sen toimintaympäristö ovat muuttuneet vuosien 1987 ja 1996 välisenä aikana. Toisessa luvussa esitellään viimeisin, vuosina 1995 ja 1996 kerätty aineisto, ja miltä osin sitä tässä yhteydessä raportoidaan. Tulosoissa tarkastellaan terveyden, terveyspalvelujen käytön, terveyteen vaikuttavien elintapojen ja sairauskulujen väestöryhmittäistä jakautumista vuosina 1995/1996 ja sitä, miten se on muuttunut vuoden 1987 tutkimukseen verrattuna.

1.1 Väestö ja elinolosuhteet

Väestön ikärakenne on vanhentunut, kun keski-ikäisten ja iäkkäiden osuus väestöstä on kasvanut. Vuosien 1987 ja 1996 välisenä aikana 45–64-vuotiaan väestön määrä kasvoi yli 15 %. Jälkimmäisenä vuonna 65–74-vuotiaita samoin kuin iäkkäitä, 75 vuotta täyttäneitä henkilöitä oli noin 10 % enemmän kuin kymmenen vuotta aiemmin. Vastaavana ajankohtana sekä 15–24-vuotiaiden että 25–44-vuotiaiden määrä vähentyi noin 10 % (kuva 1.1). Väestön vanheneminen johtuu paitsi suurten ikäluokkien vanhenemisestä myös keskimääräisen elinajan pitenemisestä. Kymmenen viime vuoden aikana miesten elinajanodote on pidentynyt lähes kolme vuotta ja naisten vajaat kaksi vuotta.

Perhekoko on pienentynyt tarkastelujaksolla. Vuonna 1996 keskimääräinen perhekoko oli 2,9 henkilöä, kun vastaava luku vuonna 1987 oli 3,1. Lapsiperheiden määrä on pienentynyt, mutta samanaikaisesti lasten lukumäärä perhettä kohti on suurentunut 1,75:stä 1,8 lapseen. Perherakenne on muuttunut myös siten, että yksinhuoltajien osuus lapsiperheistä on kasvanut.

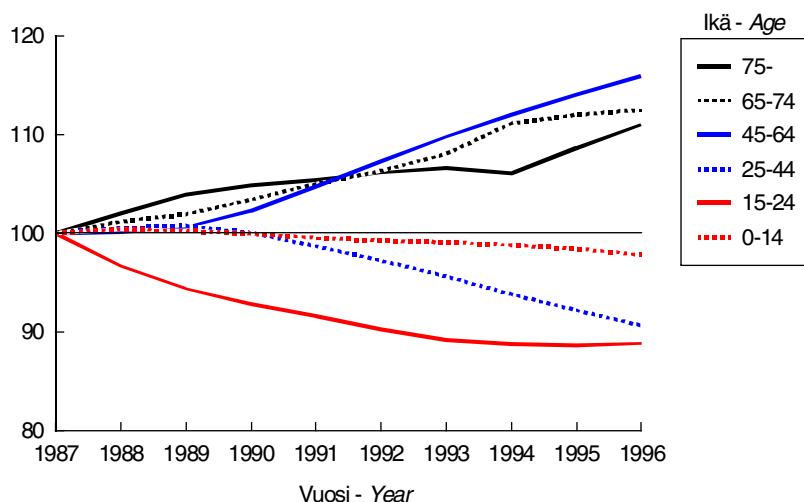
years. The data can be used to evaluate the manner in which changes in living conditions and the provision of health care are reflected in these areas of interest. Here, we focus on the period between the 1987 survey and the most recent one, that for 1995/96.

The introduction describes changes in the population, living conditions and the provision of health care between 1987 and 1996. Chapter 2 looks mainly at the most recent data and at the manner in which they were collected. Chapters 3 to 7 report on the health status, use of health services, health-related life-style and medical expenses of different population groups in 1995/96 and compare the findings with those for 1987.

1.1 The population and living conditions

The population of Finland has aged due to an increase in the proportion of middle-aged and elderly persons. Between 1987 and 1996, the number of persons aged 45–64 rose by more than 15% and of those aged 65–74 and 75 or over by about 10%. At the same time, the number of 15- to 24- and 25- to 44-year-olds fell by about 10% (Figure 1.1). This has mainly been caused by ageing of the largest cohorts (those born in 1946–1949) and by an increase in the average length of life. During the past ten years, life expectancy has been extended by almost three years among men and two years among women.

In the period of study, the average size of families decreased, from 3.1 persons in 1987 to 2.9 in 1996. The number of families with children also decreased, but at the same time the number of children per family increased, from 1.75 to 1.8. Family structure changed, with single parent households becoming more common.



Lähde - Source: Tilastokeskus1997a

Kuva 1.1. Väestömuutokset ikäryhmittäin vuosina 1987–1996 (1987=100).
Figure 1.1. Demographic changes by age group, 1987–1996 (1987=100).

Väestö on keskittynyt Etelä-Suomeen ja muualla maassa kaupunkeihin. Uudellamaalla asui vuoden 1995 lopussa noin neljäsosa ja kaupungeissa noin 65 % koko maan väestöstä. Vaikka maassamuuton voimakkain vaihe on jo sivuutettu, on alueiden välinen muuttoliike jälleen voimistunut laman jälkeisinä vuosina. Suurin muutovoitto kohdistui edelleen Etelä-Suomeen ja varsinkin pääkaupunkiseudulle. Voimakkainta väestön väheneminen on ollut Itä- ja Pohjois-Suomessa (Suomen Kuntaliitto 1997).

Väestön koulutustaso on jatkuvasti parantunut: 1990-luvun puolivälissä 57 %:lla 15–74 -vuotiaista oli perustasteen jälkeinen koulutus, kun vastaava osuus vuonna 1987 oli 49 %. Korkean asteen koulutuksen saaneiden osuus on kasvanut jonkin verran nopeammin kuin keskiasteen koulutuksen saaneiden. Vuoteen 1987 verrattuna koulutettujen naisten, etenkin korkeakoulututkinnon suorittaneiden, osuus on kasvanut miesten osuutta nopeammin. Laman aikana koulutuksen luonne sekä opiskelijoiden ikärakenne ja sosioekonominen tausta muuttuivat, kun työttömyyden vaihtoehdoksi suunniteltiin uusia koulutusjärjestelmiä.

Pitkään jatkunut talouskasvu kääntyi 1990-luvun alussa jyrkkään laskuun. Sen seurauksena kokonaistuotannon taso laski reaalisesti vuosina 1991–1993. Julkisen sektorin vaikeudet aiheuttivat julkisten palvelujen rahoituksessa ongelmia, joiden takia palvelujen määrää jouduttiin vähentämään ja yksityisen rahoituksen osuutta palvelujen rahoituksessa lisättiin. Työttömyys kasvoi suurimmillaan lähes 20 %:iin vuonna 1994, kun se vuonna 1987 oli noin 5 %. Vaikka työttömyys alkoi vuoden 1995 jälkeen hitaasti vähentyä, se on vieläkin vaikea rakenteellinen ja yhteiskunnallinen ongelma erityisesti suurena pysyttelevän pitkäaikaistyöttömyyden takia. Työttömyys lisäsi tuloeroja tuotannontekijätuloissa, mutta työttömyyskorvausten ja muiden sosiaalisten tulonsiirtojen ansiosta erot käytettävissä olevien tulojen jakautumisessa eivät juurikaan kasvaneet (Tilastokeskus 1989 ja 1997b).

Vaikka tuloerot ovat pysyneet lähes ennallaan, vuosien 1987 ja 1996 Terveystutkimuksen aineistot osoittavat tulojen jakautumisen eri väestöryhmien kesken muuttuneen selvästi. Muutos ilmenee etenkin kolmen alimman tuloviidenneksen väestörakenteessa. Työttömien suuri määrä vuonna 1996 lisäsi työttömien osuutta alimman tuloluokan väestöstä lähes 15 prosenttiyksikköä (taulukko 1.1), vaikka työttömien jakautumisessa tuloluokkiin ei tapahtunutkaan muutoksia (taulukko 1.2).

Sen sijaan eläkeläisten ja opiskelijoiden osalta muutoksia tapahtui sekä tuloluokkien rakenteessa että näiden ryhmien sijoittumisessa eri tuloluokkiin. Eläkeläisten osuus kahdessa alimmassa tuloviidenneksessä pienentyi ja vastaavasti kasvoi kolmannessa tuloviidenneksessä. Muutos johtui eläkeläisten reaalisen tulotason paranemisesta ja samaan aikaan tapahtuneesta muiden tulonsaajaryhmien aseman heikkenemisestä. Laman aikana työkäisen väestön tulot pienenevät työttömyyden ja reaalipalkkojen alenemisen johdosta. Vastaavana ajankohtana eläkeläisten reaalitytulot kasvoivat jonkin verran,

The population is concentrated in Southern Finland and in large cities in other parts of the country. By the end of 1995, one quarter of the population was living in the then province of Uusimaa and about 65% of the total population in urban areas. Although the most intense phase of internal migration had passed, resettlement between different parts of the country gathered pace somewhat after the recession of the early 1990s. Net migration was still greatest towards Southern Finland, the Greater Helsinki Area in particular. Population loss was greatest in Eastern and Northern Finland (Suomen Kuntaliitto 1997).

The educational level of the population has improved steadily: in the mid-1990s, a total of 57% of 15- to 74-year-olds were educated beyond primary school level, whereas in 1987 the figure was 49%. The proportion of university graduates increased somewhat more rapidly than did that of people educated to senior secondary school level only, the increase being more pronounced among women than among men. During the recession both the nature of education and the age and socio-economic background of students changed, as new training programmes were launched to substitute for unemployment.

The rapid economic growth that had continued for many years came to a sudden halt in the early 1990s, and between 1990 and 1993 real GDP fell by 12%. The poor economic situation of the public sector caused severe problems for the financing of public services, resulting in a drastic cutback in the level of public expenditure and in a need to increase the share of private financing. Unemployment soared, rising from only about 5% in 1987 to an unprecedented 20% in 1994. Despite a gradual decline in the rate after 1995, unemployment still presents a serious structural and social problem owing to the large number of long-term jobless. Differences in factor incomes increased as a consequence of the high unemployment, but unemployment benefits and other income maintenance transfers ensured that differences in disposable income remained almost unchanged throughout the recession (Tilastokeskus 1989 and 1997b).

Although income inequality did not increase to any great extent, data from the 1987 and 1996 Finnish Health Care Surveys indicate that the distribution of income across demographic groups changed substantially, particularly in the three lowest income quintiles. As a result of the widespread, high unemployment in 1996, the proportion of jobless in the lowest income quintile rose by nearly 15 percentage points (Table 1.1). There was little change in the distribution of unemployed across income groups (Table 1.2).

Among pensioners and students, the demographic structure changed both within and across income groups. The proportion of pensioners fell in the two lowest income groups, with a corresponding increase in the third quintile. This was caused by an improvement in the economic situation of the retired population and a concurrent deterioration in that of other population groups; during the recession working-aged people suffered from

Taulukko 1.1. Tuloluokkien rakenne (%) työmarkkina-aseman mukaan vuosien 1987 ja 1996 aineistoissa (aikuiset).
Table 1.1. Composition of income groups (%) by employment status in 1987 and 1996 data (adults).

Tuloviidennes <i>Income quintile</i>	Työlliset <i>Employed</i>	Työttömät <i>Unemployed</i>	Opiskelijat <i>Students</i>	Eläkeläiset <i>Pensioners</i>	Muut ¹ <i>Others¹</i>	Yhteensä <i>Total</i>
1987						
I Alin – <i>Lowest</i>	33.7	5.3	4.6	49.2	7.2	100.0
II	53.1	4.0	5.6	32.2	5.1	100.0
III	68.8	3.2	6.1	17.4	4.5	100.0
IV	77.6	1.9	5.6	12.4	2.5	100.0
V Ylin – <i>Highest</i>	83.7	1.0	4.8	8.5	2.0	100.0
Kaikki – <i>All</i>	63.3	3.0	5.4	24.0	4.3	100.0
1996						
I Alin – <i>Lowest</i>	27.5	19.8	12.5	33.9	6.3	100.0
II	45.1	15.3	7.1	25.8	6.7	100.0
III	47.8	9.6	6.4	34.2	2.0	100.0
IV	73.3	5.4	5.7	13.3	2.3	100.0
V Ylin – <i>Highest</i>	79.3	3.2	3.1	13.1	1.2	100.0
Kaikki – <i>All</i>	54.2	10.7	7.0	24.5	3.6	100.0

¹Omaa kotitaloutta hoitavat (kotiäidit tai -isät), varusmiehet ja muut edellisiin ryhmiin kuulumattomat.

¹Housewives, military servants and others outside these categories.

Taulukko 1.2. Sijoittuminen tuloluokkiin (%) työmarkkina-aseman perusteella vuosien 1987 ja 1996 aineistoissa (aikuiset).

Table 1.2. Allocation to income groups (%) by employment status in 1987 and 1996 data (adults).

Tuloviidennes <i>Income quintile</i>	Työlliset <i>Employed</i>	Työttömät <i>Unemployed</i>	Opiskelijat <i>Students</i>	Eläkeläiset <i>Pensioners</i>	Muut ¹ <i>Others¹</i>
1987					
I Alin – <i>Lowest</i>	10.6	35.1	17.2	41.1	33.7
II	16.8	26.3	20.7	26.9	24.3
III	21.7	21.1	22.9	14.5	21.0
IV	24.5	12.9	20.9	10.3	11.6
V Ylin – <i>Highest</i>	26.4	4.6	18.3	7.2	9.4
Yhteensä - <i>Total</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1996					
I Alin – <i>Lowest</i>	10.3	37.7	36.3	28.1	35.0
II	15.3	26.5	18.8	19.5	33.8
III	19.9	20.5	20.8	31.6	12.4
IV	25.2	9.4	15.2	10.1	12.1
V Ylin – <i>Highest</i>	29.3	5.9	8.9	10.7	6.7
Yhteensä – <i>Total</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

¹ Omaa kotitaloutta hoitavat (kotiäidit tai -isät), varusmiehet ja muut edellisiin ryhmiin kuulumattomat.

¹Housewives, military servants and others outside these categories.

mikä paransi eläkeläisten suhteellista asemaa. Reaalitulojen kasvuun eläkeläiskotitalouksissa vaikuttivat aikaisempaa paremmat eläkekertymät ja se, että eläkeläiset eivät joutuneet kärsimään työttömyyden aiheuttamasta tulotason alenemisesta.

Opiskelijoiden osuus alimman tuloviidenneksen väestöstä on kasvanut. Opiskelijoiden suhteellinen asema tulonjaossa näyttää samanaikaisesti huonontuneen (taulukko 1.2), mihin vaikuttivat kotona asuvien opiskelijoiden kotitalouskohtaisten tulojen pieneneminen ja omassa kotitaloudessa asuvien opiskelijoiden huonot työnsaantimahdollisuudet. Lisäksi opiskelijoiksi lukeutui vuonna 1996 suuri joukko työttömäksi jääneitä, jotka työttömyyden sijaan ryhtyivät opiskelijoiksi.

Edellä kuvatut muutokset väestörakenteessa näkyvät selvästi myös tuloluokkien välisessä ikäjakaumassa. Tuloluokkien keski-ikä aineistoissa on muuttunut siten, että alimmassa tuloviidenneksessä keski-ikä on laskenut 52 vuodesta 46,5 vuoteen samanaikaisesti, kun kolmannessa tuloluokassa keski-ikä on noussut noin 7 vuodella (kuva 1.2).

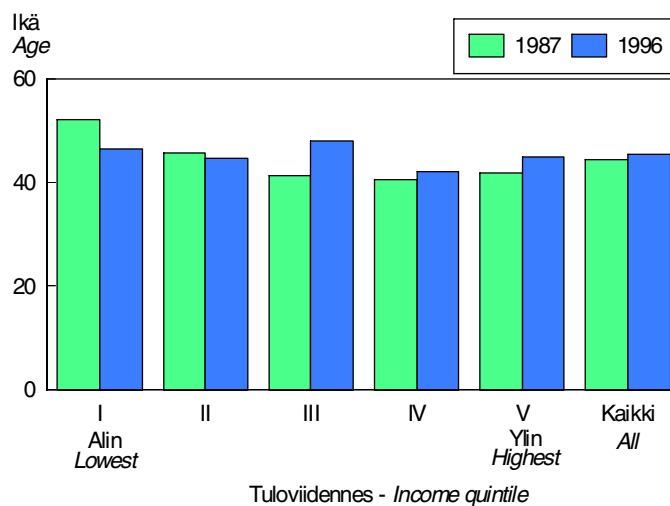
Tuloluokkien väestörakenteen muutokset heijastuvat monella tavalla raportissa esitettäviin tuloksiin, vaikka tutkimuksessa käytetyillä vakiointimenetelmillä voidaan ottaa huomioon näiden muutosten vaikutuksia.

unemployment and lower real income levels, whereas pensioners improved their relative position through better pension yields and the fact that they did not experience unemployment.

The proportion of students in the lowest quintile increased at the same time as their relative economic position deteriorated (Table 1.2). This was due to the drop in household income among students living with their parents, and the poor job prospects of students living in their own households. In addition, in 1996 many unemployed registered as students.

The structural change in the composition of income groups is also evident from their age structure. The average age of the lowest income quintile fell from 52 to 46.5 years but that of the third quintile rose by 7 years (Figure 1.2).

Demographic changes are reflected in the results of this report in several ways. However, the standardisation methods used in the analysis can take the effects of these changes into account to some degree.



Kuva 1.2. Keski-ikä tuloluokittain vuosien 1987 ja 1996 aineistoissa (aikuiset).

Figure 1.2. Average age by income group in 1987 and 1996 data (adults).

1.2 Terveyspalvelujärjestelmän kehitys vuosina 1987–1996

Terveysteknologian nopea kehitys, väestön vanheneminen ja heikentynyt kansantalouden tila ovat yhdessä johtaneet terveyspalvelujärjestelmien uudistamiseen kehittyneissä maissa 1980-luvun puolivälin jälkeen. Kustannusten nousun hallittu kehitys on ollut uudistusten yhteisenä tavoitteena (OECD 1994 ja 1995). Suomessakin muutostarpeita esiintyi jo tarkastelujakson alkuvuosina, ja terveydenhuollon rahoitusta uudistettiin vuoden 1993 valtionosuusuudistuksen yhteydessä. Ennen uudistusta valtiovalta ohjasi keskitetysti kunnallisen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän toimintaa. Toiminnan painoalueista, palveluvalikoimasta, henkilöstön määrästä, investoinneista ja kustannuksista annettiin vuosittain sitovat ja yksityiskohtaiset ohjeet valtakunnallisissa viisivuotissuunnitelmissa. Valtionosuus oli sidottu ohjeiden noudattamiseen. Valtionosuusuudistuksessa hallinnollinen ja taloudellinen päätösvalta hajautettiin kuntiin. Valtionosuus muuttui kustannusperusteisesta laskennalliseksi, joka määräytyy väestön rakenteen, sairastavuuden ym. tekijöiden perusteella. Kunnat velvoitettiin edelleen järjestämään väestölle sosiaali- ja terveyspalvelut, mutta ne vapautettiin tuottamisvastuusta. Samalla valtiovalta luopui voimavaraohjauksesta ja siirtyi informaatio-ohjaukseen (Sosiaali- ja terveysministeriö 1995).

Hallinnollisista muutoksista huolimatta terveystoimittiset tavoitteet ovat säilyneet samanlaisina koko tarkastelujakson. Kansalaisilla on yhtäläinen oikeus terveyspalveluihin asuinpaikasta ja taloudellisesta asemasta riippumatta. Terveyspalvelut rahoitetaan pääosin verovaroin, ja perusterveydenhuollon ja avohoidon palvelut ovat ensisijaisia suhteessa erikoissairaanhoidon- ja laitoshoitopalveluihin. Kaikessa terveydenhuollon kehittämisessä ja toiminnassa pitää huomioida kustannusvaikutavuusnäkökohdat (Sosiaali- ja terveysministeriö 1986 ja 1993).

Ennen valtionosuusuudistusta merkittäviä kehittämiskohteita olivat omalääkärikokeilujen käynnistyminen 80-luvun loppupuolella, päällekkäisten hallintorakenteiden purkaminen hallinnon kaikilla tasoilla ja yhteistyön edistäminen erikoissairaanhoidon, perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon välillä. Omalääkärikokeilujen avulla yritettiin parantaa perusterveydenhuollon palvelujen saatavuutta, laatua ja hoidon jatkuvuutta osoittamalla lääkärille oma vastuuväestö, jonka hoidosta hän vastasi. Keskushallinnossa sosiaali- ja terveydenhuollon virastot yhdistettiin ja aluetasolle muodostettiin sairaanhoitopiirit, kun mielisairaanhoidopiirit lakkautettiin ja osa vanhoista erikoissairaanhoidon kuntainliitoista yhdistettiin vuoden 1991 erikoissairaanhoidon lain säätämisen yhteydessä. Myös joidenkin kuntien sosiaali- ja terveyslautakunnat yhdistyivät. Yhdistämällä sosiaali- ja terveydenhuollon hallintoa haluttiin parantaa sektorien välistä yhteistyötä. Lisäksi erikoissairaanhoidolakiin oli kirjattu palvelujen tuottajille velvoite toimia yhteistyössä perusterveyden- ja sosiaalihuollon kanssa. Näiden

1.2 Trends in the health care system in 1987–1996

Advances in medical technology combined with the increasing age of populations and deteriorating national economies have prompted a whole range of health care reforms in developed countries since the mid-1980s. Common to all of them has been the managed growth of health care expenses (OECD 1994, 1995). In Finland, the need for change was recognised in the late 1980s, which contributed to the state subsidy reform that was implemented in 1993. Before then, the health care system had been highly centralised, with the provision of social and health services by local authorities being controlled by national five-year plans drawn up by the central administration. State subsidy was conditional and dependent on the authorities following instructions about services, priorities in activities, staffing, expenses and investments. The reform, however, delegated both administrative and economic power to the local authorities. The former retrospective state subsidy was made prospective, the allocation henceforth being based on the population structure and morbidity in a municipality. Local authorities were still responsible for organising, but not for producing, health services for their citizens. Strategic guidance by the central administration was limited to informative guidance (Sosiaali- ja terveysministeriö 1995).

Despite the administrative changes, national targets for health policy have remained unchanged throughout the period 1987 to 1996. All citizens have an equal right to health services, irrespective of their place of residence and financial standing. Health services are financed mainly through taxes, and primary health care and outpatient care take priority over inpatient and specialist care. Cost-effectiveness must be considered in all health care-related activities (Sosiaali- ja terveysministeriö 1986 ja 1993).

Important programmes in health care before the state subsidy reform were the experimental family doctor scheme introduced in the late 1980s, the unravelling of overlapping structures at all administrative levels and the increase in cooperation between specialist and primary health care and community care. Efforts to improve the availability, quality and continuity of primary services were made by referring a catchment population to a specific doctor (the family doctor experiment). At the central administration level, the national boards of health and of social welfare were merged, and, at regional level, new and fewer hospital districts were formed when the Act on specialist health care took effect in 1991. Some health and social welfare boards were also merged at local level. The aim of all these mergers was to improve cooperation. The target of better cooperation between specialist and primary health care and community care was also incorporated in the new provisions of the new act. Clearly, programmes of a more practical nature were needed to support the above efforts, and in

toimenpiteiden tueksi kaivattiin vielä konkreettisia kehittämiskohteita, joita suunnittelemaan nimettiin palvelurakennetyöryhmä vuonna 1991. Työryhmän ensisijaisena tehtävänä oli selvittää, miten vanhukset, kehitysvammaiset ja psykiatriset potilaat voitaisiin siirtää erikoissairaanhoidosta avohoitoon tai sosiaalihuollon laitospaikoille siten, että heidän hoitonsa laatu ei kärsisi, vaikka kustannukset pienenisivät (Vohlonen 1989; Aro ja Liukko 1993; Viialainen ja Lehto 1996).

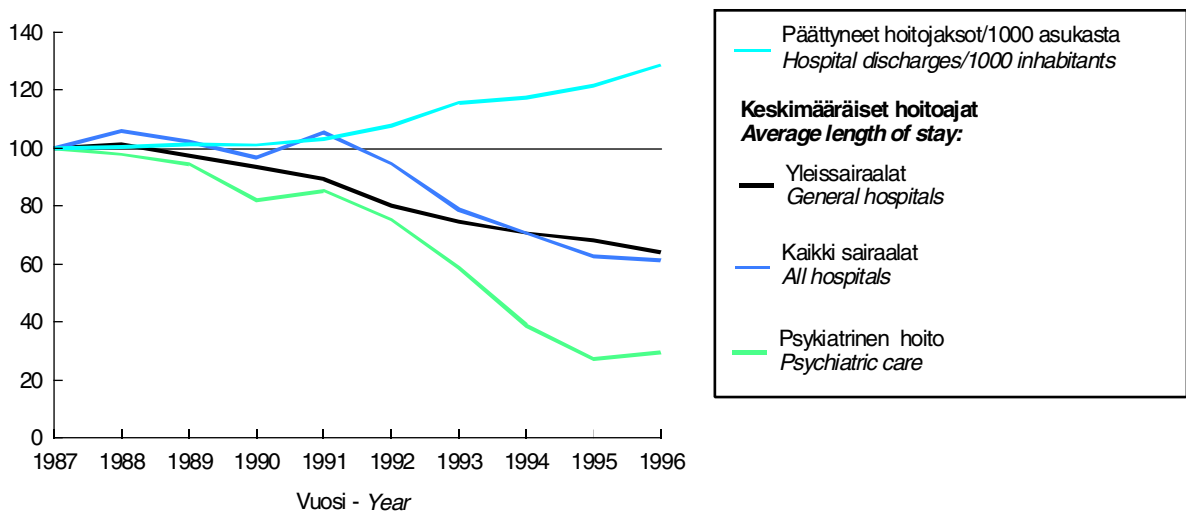
Muutokset tapahtuivat hitaasti (Sosiaali- ja terveysministeriö 1992). Vasta taloudelliset pakotteet – lama ja vuoden 1993 valtionosuusuudistus yhdessä – vähensivät laitospainotteisuutta. Sairaalatilastoissa palvelurakenteen muutokset näkyvät vuodeosastohoitajaksosten lisääntymisenä ja hoidosta poistuneiden potilaiden keskimääräisen hoitoajan lyhenemisenä. Tarkastelujaksolla hoitajaksosten määrä tuhatta asukasta kohti lisääntyi 24 % ja yleissairaaloiden vuodeosastohoidosta poistuneiden potilaiden keskimääräinen hoitoaika lyheni 7,0 vuorokaudesta 4,8 vuorokauteen. Eniten lyheni psykiatristen potilaiden laitoshoidon hoitoaika. Vielä vuonna 1993 heidän keskimääräinen hoitoaikansa oli 133 vuorokautta, mutta vuonna 1996 enää puolet siitä (kuva 1.3).

Tarkastelujaksolla terveydenhuoltohenkilöstön työvoimapula muuttui alityöllisyydeksi. Kahdeksankymmentäluvun lopussa osa julkisen sektorin terveydenhuollon työpaikoista jäi vielä täyttämättä, minkä vuoksi koulutusmääriä suurennettiin ja uusia ylempiä keskiasteen koulutusohjelmia perustettiin työtehtävien siirtämiseksi vähemmän koulutetuille. Uusi työvoima saatiin koulutettua vasta, kun kunnallisia terveydenhuollon työpaikkoja jo vähennettiin kiristyneen talouden seurauksena. Vuonna 1987 yleisterveydenhuollossa oli tuhatta asu-

1991 a working group was set up to plan the services that would be required. Its main task was to find out how specialist care could be arranged for elderly people, psychiatric patients and the disabled outside hospitals at lower cost but without compromising the quality of that care (Vohlonen 1989; Aro and Liukko 1993; Viialainen and Lehto 1996).

The changes proved to be slow (The National Agency for Welfare and Health 1992). In the end, it was economic pressures – the recession and the state subsidy reform of 1993 combined – that led to a decrease in inpatient care. In hospital statistics these changes are reflected in an increase in discharged periods of care and a reduction in average lengths of hospital stay. During the period, concluded periods of care per 1000 inhabitants increased by 24% and the average length of stay in general hospitals declined from 7.0 to 4.8 days. The reduction was greatest in the hospitalised care of psychiatric patients. In 1993, the average length of hospitalisation for such patients was 133 days, but in 1996 only half of that (Figure 1.3).

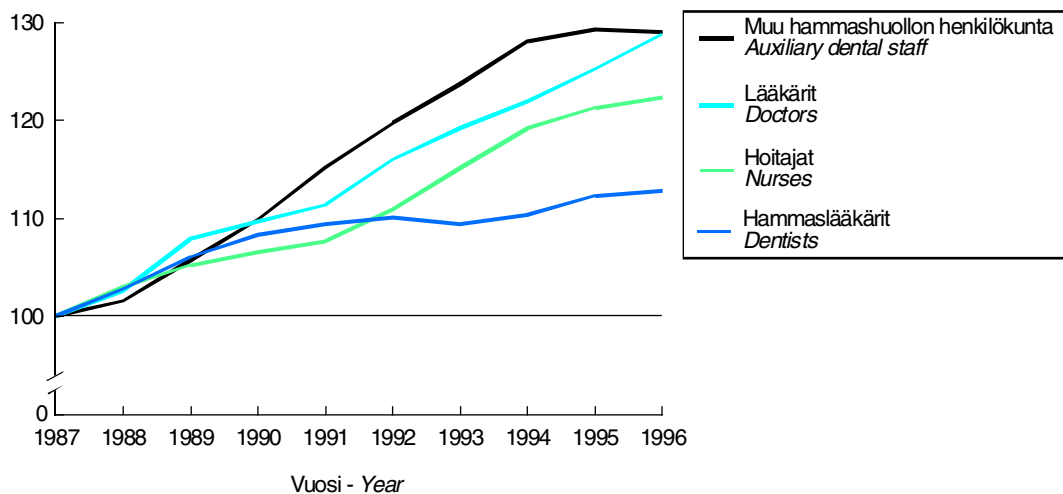
In the period of the surveys between the lack of trained health care staff changed into oversupply and hence unemployment. In the late 1980s, few posts in the public sector were still vacant, and training was therefore increased. In addition new training programmes were developed for the delivery of tasks to workers with a lower level of education. The newly trained staff became available only when posts in the public sector were already cut due to the need for austerity measures. In 1987, the number of health care professionals of working age per 1000 citizens was as follows: medical doctors 2.20, nurses 17.4, dentists 0.83 and dental assist-



Lähde - Source: Stakes 1998

Kuva 1.3. Päätyneet hoitajaksot määrän ja vuodeosastohoidosta poistuneiden potilaiden keskimääräisen hoitoajan muutos sairaalatyypeittäin vuosina 1987–1996 (1987=100).

Figure 1.3. Change in number of hospital discharges per 1000 inhabitants, 1987–1996 and average length of stay by type of hospital (1987=100).



Lähde - Source: Tilastokeskus 1997a

Kuva 1.4. Työikäisen terveydenhuoltohenkilöstön määrän muutos tuhatta asukasta kohti vuosina 1987–1996 (1987=100).

Figure 1.4. Changes in the number of health care professionals of working age per 1000 inhabitants, 1987–1996 (1987=100).

kasta kohti työikäisiä lääkäreitä 2,2 ja hoitajia 17,4 ja vastaavasti hammashuollossa lääkäreitä 0,83 ja muita ammattihenkilöitä 1,4. Työikäisten lääkärin määrä on kasvanut enemmän kuin hoitajien, kun taas hammashuollossa muu henkilökunta on lisääntynyt enemmän (kuva 1.4).

Työterveyshuolto ja yksityinen terveydenhuolto täydentävät ja korvaavat kunnallisia avohoitopalveluja. Jo ennen tarkastelujakson alkua työterveyshuollolle asetettu tavoite hyvästä kattavuudesta oli hyvin toteutunut. Palkansaajista 80 % kuului korvattavan työterveyshuollon piiriin. Vuonna 1996 osuus oli kasvanut vain muutaman prosenttiyksikön. Työnantajilla on velvollisuus järjestää lakisääteisenä ehkäisevä työterveyshuolto, mutta sairaanhoidon järjestäminen on vapaaehtoista. Muun muassa psyykinen työsuojelu, varhainen eläkkeelle siirtyminen ja tarve kehittää työterveyshuoltopalveluiden laatua ja tehokkuutta johtivat työterveyshuollon kehittämiseen 90-luvulla. Työkykyä ylläpitävä toiminta tuli vuonna 1991 osaksi lakisääteistä työterveyshuoltoa. Vuonna 1995 toteutui työterveyshuollon korvaus uudistus. Korvausperusteina ovat nyt ns. hyvä työterveyshuoltokäytäntö ja laskennallinen työntekijäkohtainen enimmäismäärä. Olennaisia muutoksia tapahtui erikoislääkäreiden korvausmenettelyissä (Laine 1997).

Yksityisen terveydenhuollon toimintaa ohjaavaa lainsäädäntöä uudistettiin vuoden 1991 alusta. Laissa on säädetty ilmoitusvelvollisuus toiminnan aloittamisesta, mutta muutoin yksityinen terveystalvelujen tuottaja voi itse valita toimipaikkansa. Niinpä yksityisiä terveystalveluja on tarjolla pääasiassa vain suurissa asutuskeskuksissa, ja erikoislääkäripalvelut ovat keskittyneet keskussairaalapaikkakunnille. Yksityislääkärit tuottavat pääasiassa avohoitopalveluja. Hammaslääkäreiden alityöllisyys 90-luvulla on lisännyt yksityistalvelujen tarjontaa myös pienemmillä paikkakunnilla. Koko maassa päätoimisten yksityislääkärin osuus oli 7 % lääkäreistä ja

ants 1.4. The relative increase has been greater among medical doctors than among nurses but in dentistry the increase has been greater among dental assistants than among dentists (Figure 1.4).

Occupational and private health care services are produced alongside those in the public sector. The national target for good coverage in occupational health care had already been reached before the period of the survey, 80% of employees being covered. In 1996, the percentage had risen only by a couple of percentage points. Employers are required by law to organise preventive occupational health care, but sickness care is up to each employer individually. However, it was the need for psychic occupational health care, the increase in early retirement and the demand for better quality and more cost-effective services that led to the development of occupational health care in the 1990s. Maintenance of working ability plays a key role in occupational health and it has been incorporated in legislation since 1991. The reform of the subsidisation of occupational health care was implemented in 1995. Since then employers have been paid a subsidy by number of employees on condition that they follow a principle of good practice in organising care (Laine 1997).

The legislation on private sector health care was amended in 1991. Since then, private practitioners have been responsible for registering when they start up a practice in a certain locality, but no restrictions are placed on the choice of locality. Private services are therefore mainly available in densely populated centres, and specialist care is concentrated in cities with central hospitals. Private medical doctors mainly produce outpatient services. Part-time unemployment among dentists in the 1990s has increased the supply elsewhere, too. In the whole country, the proportion of full-time private professionals was 7% for medical doctors and 41% for dentists at the end of 1996; the figures for part-time profes-

41 % hammaslääkäreistä vuoden 1996 lopussa. Lisäksi sivutoimisine työskenteli 26 % lääkäreistä ja 13 % hammaslääkäreistä. Yksityissektorin käytön uskottiin kasvavan, kun kunnat vapautettiin terveyspalvelujen tuottamisvastuusta ja terveyspalvelujen järjestäminen ostopalveluina väestölle tuli mahdolliseksi, mutta muutokset ovat jääneet vähäisiksi. Myös hintakilpailu yksityisen sektorin terveyspalvelujen tuottajien kesken on jäänyt vähäiseksi, vaikka 90-luvun alussa uudistettu kilpailulainsäädäntö olisi tukenut sitä (Pekurinen 1998).

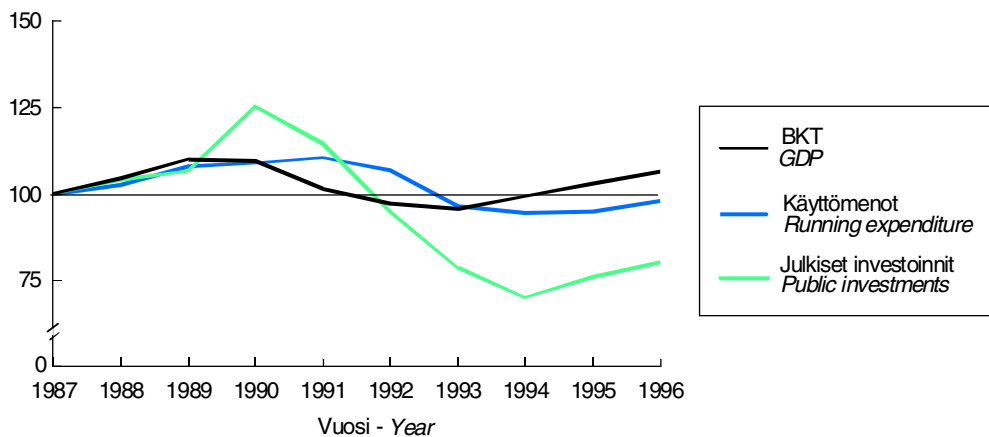
Tarkastelujaksolla terveydenhuollon asiakkaan asemaa ja oikeuksia on parannettu uudella lainsäädännöllä. Potilaalla on oikeus hyvään hoitoon, tiedonsaantioikeus ja itsemääräämisoikeus.

Heikentyneen taloudellisen tilanteen ja samanaikaisen palvelurakenteen muutoksen seurauksena terveydenhuoltomenot kääntyivät laskuun vuonna 1991. Tämän jälkeen kiinteähintaiset terveydenhuoltomenot pienenevät noin 15 %, kunnes vuonna 1995 menot alkoivat jälleen hitaasti kasvaa (kuva 1.5). Terveysmenojen supistuminen johtui lähinnä valtion ja kuntien verotulojen äkillisestä vähenemisestä ja samaan aikaan tapahtuneesta toimeentuloturvamenojen huomattavasta kasvusta.

sionals were 26% and 13%, respectively. It was thought that the use of private services would increase when municipalities were relieved of the responsibility of producing health services, thus increasing their capacity to buy the services for their citizens from the private sector. This did not happen, however. The same occurred in attempting to encourage price competition between private practitioners despite the revised act on competition from the early 1990s making competition easier (Pekurinen 1997).

The role of the client in health care has been improved in the latest legislation. The patient has right of access to good-quality care, and to information about his/her health status and treatments received. The patient also has the right to make decisions by him/herself about care.

The deteriorating economy and the structural changes in the composition of services had a heavy impact on the health care sector as indicated by the sharp drop in the level of health care expenditure after 1991 – in real terms, expenditure decreased by 15% between 1991 and 1994 (Figure 1.5), mainly as a consequence of the sudden loss of national and municipal tax revenues and the simultaneous rise in social expenditure.



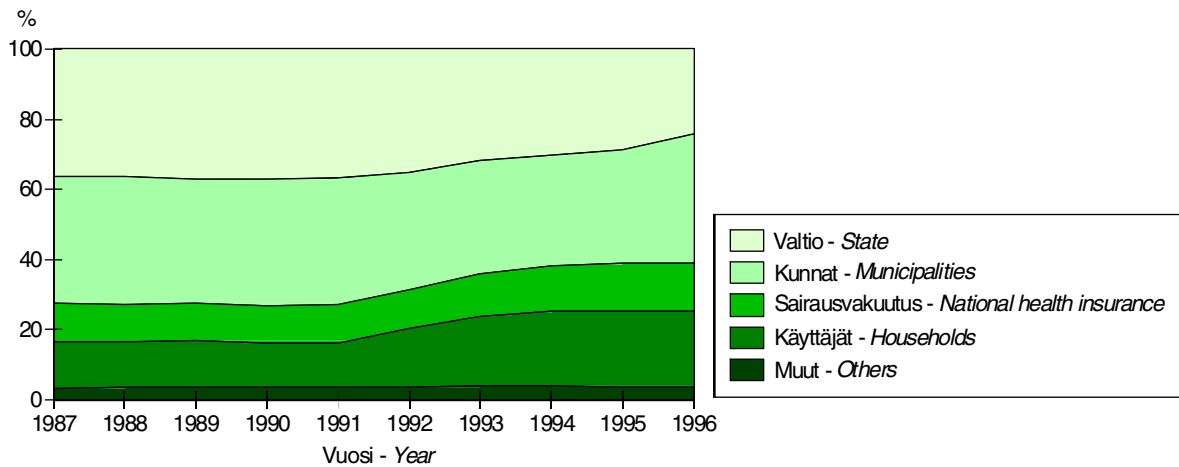
Lähteet - Sources: Kansaneläkelaitos 1998, Tilastokeskus 1997a

Kuva 1.5. Terveysmenojen ja bruttokansantuotteen muutos vuosina 1987–1996 (kiintein hinnoin, 1987=100).

Figure 1.5. Changes in health care expenditure and GDP, 1987–1996 (at fixed prices, 1987=100).

Myös terveydenhuollon rahoitus on muuttunut. Julkisen sektorin osuus terveydenhuollon rahoituksesta pieneni lamavuosina samanaikaisesti kun kotitalouksien rahoitusosuus kasvoi. Vuonna 1996 terveydenhuoltomenoista noin 22 % rahoitettiin palvelujen käyttäjiltä perittävillä maksuilla, kun vastaava osuus vuonna 1987 oli noin 13 % (kuva 1.6). Kotitalouksien sairauskuluja lisäsivät asiakasmaksujen korotukset, sairausvakuutuksen korvausasteen alentaminen etenkin lääkkeissä ja lääkärinpalkkioissa sekä sairauskulujen verovähennysoikeudesta luopuminen. Terveysmenojen kuluttajahinnat ovatkin nousseet keskimääräisiä kuluttajahintoja nopeammin. Liitteissä on esitetty (liite 2. ja liite 3.) keskeiset terveydenhuollon asiakasmaksujen ja lääkekorvausjärjestelmän muutokset.

The financing of health care also changed. The share of publicly financed health care decreased at the same time as that of users substantially increased. In 1996, 22% of health care expenditure was financed by households' out-of-pocket payments, whereas in 1987 the figure had been only 13% (Figure 1.6). Households' medical expenses rose most in user charges for public and private services and medicines. In addition, abolishment of the tax deduction of medical expenses in 1992 increased the share of costs accruing to users of the services. The increase in users' costs is also indicated by the fact that consumer prices in health care rose at a faster rate than consumer prices on average. The main changes in user charges and reimbursement rates are presented in Appendices 2 and 3.



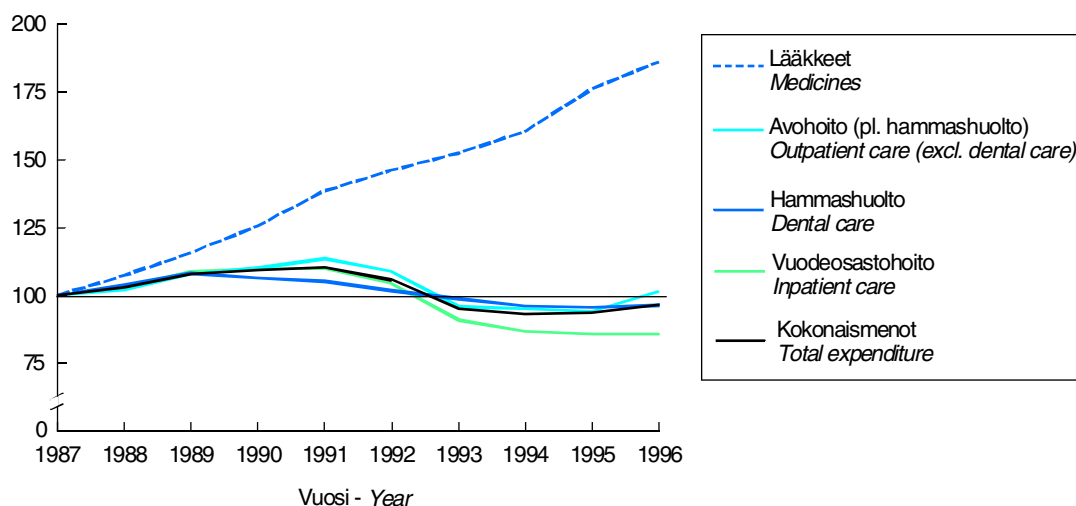
Lähde - Source: Kansaneläkelaitos 1998

Kuva 1.6. Terveydenhuollon kokonaismenojen rahoitus (%) vuosina 1987–1996.

Figure 1.6. Financing of total health care expenditure (%), 1987–1996.

Suurimmat muutokset terveydenhuoltomenojen rakenteessa koskevat lääkemenojen suhteellisen osuuden kasvua ja sairaalahoidon osuuden pienenemistä. Vuosina 1987–1996 sairaaloiden vuodeosastohoidon osuus terveydenhuollon kokonaismenoista pieneni 45:stä 40 %:iin. Lääkekorvausten supistamisesta huolimatta lääkkeiden kokonaismyynti kasvoi myös laman aikana, tosin vuosina 1992 ja 1993 selvästi keskimääräistä hitaammin. Lääkekustannusten kasvaessa ja terveydenhuollon kokonaismenojen pienentyessä lääkkeiden osuus terveydenhuollon menoista kasvoi selvästi vuosina 1991–1996. (Kuva 1.7)

The most visible structural changes in health care expenditure took place in medicines and hospital inpatient care. Due to continuous efforts by policymakers to substitute outpatient for institutionalised care, the proportion of hospital inpatient care fell from 45% in 1987 to 40% in 1996. Despite reductions in the reimbursement rate for medicines, total sales of medicines increased during the recession. As expenditure on medicines increased while other expenditures declined, their share of total health care expenditure increased between 1991 and 1996. (Figure 1.7)



Lähde - Source: Kansaneläkelaitos 1998

Kuva 1.7. Terveydenhuoltomenojen muutos vuosina 1987–1996 (kiintein hinnoin, 1987=100).

Figure 1.7. Changes in health care expenditure, 1987–1996 (at fixed prices, 1987=100).

2

Aineistot ja menetelmät *Material and methods*

2.1 Tutkimusasetelma ja otanta-asetelma

Tutkimusasetelma ja tietojen vertailtavuus

Ajallisen vertailtavuuden saavuttamiseksi tutkimus suunniteltiin keskeiseltä sisällöltään, tutkimusasetelmaltaan ja menetelmiltään Kelan aikaisempia, vuosina 1964, 1968, 1976 ja 1987 tehtyjä väestötutkimuksia vastaavaksi (ks. Purola ym. 1967 ja 1971; Kalimo ym. 1982, 1989 ja 1992). Tutkimus oli aikaisempaan tapaan asetelmaltaan poikkileikkaustyyppinen. Tiedot kerättiin kahdessa vaiheessa, keväällä 1995 ja samaan aikaan keväällä 1996. Pääasiallisen tiedonkeruun siirtäminen vuoteen 1996 johtui kevään 1995 terveydenhuoltoalan lakosta, jonka arvioitiin vaikuttaneen etenkin kunnallisten avoterveydenhuoltopalvelujen tarjontaan.

Suurin muutos aikaisempiin tutkimuksiin nähdessä tehtiin tiedonkeruun toteutuksessa. Aikaisemmissa tutkimuksissa kuntien tai terveyskeskusten terveydenhoitajat ja vastaavat terveydenhuollon ammattilaiset ovat keränneet haastattelutiedot. Tällä kertaa haastatteluista vastasi Tilastokeskuksen haastatteluorganisaatio. Tiedonkeruutavan vaihtamisen takia tutkimuksen yhteydessä tehtiin erillinen tiedonkeruun vertailututkimus, jossa 100 erikseen rekrytoitua terveydenhoitajaa keräsi vuoden 1995 keväällä haastattelutietoja noin 550 kotitaloudelta Etelä- ja Keski-Suomessa perinteisellä paperilomakkeella. Tätä tiedonkeruutapaa käytettiin vuoden 1987 tutkimuksessa. Tilastokeskuksen haastattelijat käyttivät sen sijaan nykyaikaista tietokonepohjaista tiedonkeruutapaa. Vertailututkimuksen tarkoituksena oli varmistaa, että tutkimuksen vertailukelpoisuus säilyy aikaisempiin tutkimuksiin nähden. Vertailututkimuksen tuloksia on raportoitu erikseen (Lehtonen 1996; Nieminen 1997). Tulosten mukaan tiedonkeruuorganisaation vaihtaminen ei vaikuttanut olennaisesti tietojen vertailtavuuteen.

2.1 *Study design and sampling*

Study design and data comparability

The survey was designed to be comparable with the surveys conducted by the Social Insurance Institution of Finland in 1964, 1968, 1976 and 1987 (see Purola et al. 1967, 1971; Kalimo et al. 1982, 1989, 1992). The survey was designed as a cross-sectional study as were the previous surveys. The data were collected in two phases, in spring 1995 and in spring 1996. The bulk of the data were collected in 1996 as there was a nurses' strike in spring 1995, which was expected to have unpredictable repercussions, especially for the provision of public health care services.

A major change with respect to earlier surveys took place in the mode of data collection. Previously, all interviews were carried out by public health nurses and the relevant health care professionals; now the data were collected by professional interviewers from Statistics Finland. A separate comparative survey was made in conjunction with the main survey to see what effect, if any, this change had on the results. In the comparative survey, conducted in spring 1995, a group of 100 public health nurses, specifically recruited for the purpose, interviewed a total of 550 households in Southern and Central Finland using the traditional paper-and-pencil questionnaire method, such as was also employed in the 1987 survey. The Statistics Finland interviewers used a modern computer-assisted data collection method. The results of the comparative survey, which have been reported elsewhere (Lehtonen 1996; Nieminen 1997), indicated that the change in data collection mode did not significantly affect the comparability of the findings.

Otanta-asetelma

Tutkimuksen kohdeperusjoukkona oli vuosina 1995 ja 1996 maassa asunut kotitalousväestö, josta laitosväestö (noin 63 000 henkilöä) oli aikaisempien tutkimusten tapaan suljettu pois. Kohdejoukon koko oli noin 5 miljoonaa henkilöä. Otanta-asetelmana oli ositettu yksias- teinen ryväotanta siten, että rypäinä olivat kotitalou- det. Kotitaloudeksi määriteltiin samassa asunnossa va- kinaisesti asuvat, avio- tai avoliitossa olevat henkilöt ja heidän vanhempansa sekä naimattomat lapset, joilla oli lisäksi yhteinen ruokatalous tai jotka muutoin käyttivät tulojaan yhdessä. Kotitaloudet muodostettiin poimimalla ensin väestörekisteristä ns. viitehenkilöiden satunnais- otos. Kunkin viitehenkilön kotitalouden jäsenet etsittiin väestörekisteristä koneellisesti käyttämällä hyväksi pää- asiassa osoitetietoja. Otokotitalouksia muodostettiin kaikkiaan 6 000 (1 800 vuonna 1995 ja 4 200 vuonna 1996). Ryväotannan tekninen toteutus vastasi vuoden 1987 tutkimusta (Lehtonen 1992).

2.2 Tutkimusmenetelmä, tiedonkeruu ja vastauskato

Mahdollisimman luotettavien tietojen saamiseksi ja kor- kean osallistumisprosentin varmistamiseksi tiedonke- ruussa käytettiin aikaisempien tutkimusten tapaan hen- kilökohtaista käyntihaastattelua. Haastattelukustannus- ten pienentämiseksi tiedonkeruun kohteina olivat kaik- ki otokotitalouksiin kuuluvat henkilöt. Kotitalouksien aikuisjäseniltä (15 vuotta täyttäneiltä) tiedot kerättiin henkilökohtaisesti. Lasten (0–14-vuotiaat) tiedot antoi joku perheen aikuisjäsen, yleensä äiti.

Haastattelulomake

Haastattelulomakkeen sisältö vastasi pääpiirteiltään ai- kaisempien tutkimusten lomakkeita. Vertailukelpoisuus pyrittiin säilyttämään erityisesti vuoden 1987 lomakkee- seen. Haastattelulomake (liite 4) koostui seuraavista pää- osista:

Kotitalouden identifiointiosia

Osa A: Kotitalousosa

Osa B: Lapsiosa (0–14-vuotiaat)

Osa C: Aikuisosa (15 vuotta täyttäneet)

Osa D: Haastattelun kulkua koskeva osa

Kotitalouden identifiointiosassa selvitettiin kotitalou- den koko ja rakenne. Tämän osan kysymykset esitettiin kotitalouden asioita parhaiten tietävälle jäsenelle, useim- miten perheen äidille. Kotitalousosan A ja lapsiosan B kysymykset esitettiin ensimmäiseen osaan vastanneelle (yleensä perheen äiti). Kotitalousosassa selvitettiin eri- tyisesti perheen sairauskuluja ja mahdollisuuksia käyt- tää terveyspalveluja. Lapsiosassa kerättiin alle 15-vuo-

Sampling design

The target population was the resident household popu- lation in Finland in 1995 and 1996. As in the earlier surveys, institutionalised persons (about 63 000) were excluded, and thus the final target population comprised some 5 million persons. The sampling design was a strat- ified one-stage cluster sampling in which households formed the clusters. A household was defined as mar- ried or cohabiting persons living permanently in the same dwelling; their parents and unmarried children were in- cluded if they, too, lived in the dwelling, shared the cost of board and had some other joint household income. The households were constructed such that first a ran- dom sample of the so-called reference persons was drawn from the population register. The members of the house- hold of each reference person were identified from the population register by using mainly the information on addresses. The sample size was 6000 households (1800 in 1995 and 3200 in 1996). Technically the sampling procedure corresponded to that of the 1987 survey (Leh- tonen 1992).

2.2 Research method, data collection and non-response

As in the earlier surveys, interviews were conducted face- to-face to ensure reliability of data and to achieve a high response rate. For cost efficiency, all eligible household members were interviewed. Adult members (aged 15 or over) were interviewed personally. The data on chil- dren 0–14 years of age were given by an adult member, usually the mother.

Questionnaire

The contents of the questionnaire corresponded rough- ly to those of the earlier surveys. A special effort was made to retain correspondence with the 1987 question- naire, and so the 1995/1996 form (Appendix 4) was di- vided into the following five main sections:

Household identification

Part A: Family

Part B: Children (0–14 years of age)

Part C: Adults (15 or older)

Part D: The flow of interview

In the household identification section, the size and composition of the household were first confirmed. The data were given by the person (usually the mother) best informed about household matters. Data on the family (Part A) and children (Part B) were gathered from the person who supplied the information in the household identification section. In Part A, the main interest was in the household's medical costs and access to health care

tiaiden lasten terveydentilaa ja terveystalvelujen käyttöä koskevia tietoja.

Aikuisosassa, joka oli lomakkeen laajin, kerättiin taustatietojen lisäksi terveydentilaa ja toimintakykyä, terveys- ja sosiaalipalvelujen käyttöä ja terveyteen vaikuttavia elintapoja sekä eräitä tautiryhmiä koskevia tietoja perheen aikuisilta (15 vuotta täyttäneet). Haastattelu oli henkilökohtainen, ja haastattelutilanne yritettiin rauhoittaa mahdollisimman hyvin häiriötekijöiltä. Jos joku aikuisjäsen ei ollut henkilökohtaisesti tavoitettavissa, hänet voitiin haastatella puhelimitse tai kerätä tiedot soveltuvin osin sijaisvastaajalta. Sijaisvastaajaa voitiin käyttää apuna myös, jos henkilö ei osannut tai kyennyt vastaamaan omasta puolestaan (huonokuntoiset vanhukset). Puhelimitse kerättyjä aikuisosan tietoja oli kaikkiaan 9,3 % vuonna 1995 ja 13,4 % vuonna 1996. Sijaisvastaajalta kerättyjä tietoja oli 10,6 % vuonna 1995 ja 13,4 % vuonna 1996.

Lomakkeen aikuisosan rakenne ja sisältöalueet olivat seuraavat:

1. Taustatiedot ja työvoima-asema
2. Terveydentila
3. Terveystalvelujen käyttö
4. Lääkkeiden käyttö
5. Hammashoito
6. Terveystottumukset
7. Astmaa koskevat kysymykset
8. Verenpainetta koskevat kysymykset
9. Toimintakyky
10. Avun saanti ja sosiaalipalvelujen käyttö
11. Psykkinen oireilu ja mielenterveystalvelujen käyttö
12. Masentuneisuus
13. Terveystalvelujen laadun arviointi (vuonna 1996)

Lomakkeen viimeisessä osassa D koottiin haastattelijoilta haastattelun kulkua koskevia tietoja. Haastattelulomake oli käytettävissä myös ruotsinkielisenä.

Haastattelun jälkeen kotitalouden viitehenkilölle annettiin täytettäväksi terveyteen liittyvän elämänlaadun kyselylomake (15D, liite 4). Osa vastaajista täytti lomakkeen sillä aikaa, kun kotitalouden muita jäseniä haasteltiin ja osa postitti täytetyn lomakkeen jälkikäteen.

Tiedonkeruun toteutus

Haastattelut tehtiin tietokoneavusteisesti ns. CAPI-tekniikalla (Computer Assisted Personal Interviewing), jossa haastattelulomake on ohjelmoitu kannettavaan mikro-tietokoneeseen ja erityinen ohjelma hoitaa haastattelun etenemisen. Tämä helpotti ja nopeutti haastattelujen kulkua ja vähensi tiedonkeruun virhemahdollisuuksia. Lisäksi erillistä tietojen tallentamisvaihtetta ei tarvittu, mikä nopeutti aineiston käsittelyä ja pienensi kustannuksia.

services. In Part B, data were collected on the health status of 0- to 14-year-olds and their use of medical services.

Part C constituted the major part of the questionnaire. The questions for adults (15 or older) concerned certain items of background information, health status and functional capacity, the use of medical and social services, health-related living habits, and specific diseases. The interview was conducted face-to-face, as far as possible without any external disturbances. If an adult member could not be contacted personally, the interview was conducted by telephone or the answers were given by a proxy. A proxy was also used if the respondent was not able to give the information personally or was incapable of doing so (elderly persons in poor health). The proportion of data collected by telephone in Part C was 9.3% in 1995 and 13.4% in 1996, and that received from a proxy was 10.6% in 1995 and 13.4% in 1996.

The structure and contents of the questions for adults were as follows:

1. Background and employment status
2. State of health
3. Use of medical services
4. Medicines
5. Dental care
6. Health-related living habits
7. Asthma
8. Blood pressure
9. Functional capacity
10. Assistance from other people and use of social services
11. Psychiatric symptoms and use of mental services
12. Depression
13. Evaluation of quality of health services (in 1996)

In the last section (Part D), interviewees were asked questions about the course of the interview. The questionnaire was also available in Swedish.

After the interview, a questionnaire form on health-related quality of life was given to the reference person of household (15D, Appendix 4). A part of respondents completed the questionnaire while the other household members were interviewed, and others sent the completed questionnaire afterwards.

Data collection

The data were collected by the Computer Assisted Personal Interviewing (CAPI) technique. In this method the questionnaire is in electronic form in a portable computer and there is special software to manage the flow of the interview. The technique provides an accurate and easily manageable means of interviewing while reducing sources of errors in data collection. Data handling is also faster and costs are lower as there is no need for separate data recording.

Haastattelijoita oli käytettävissä molempina tiedonkeruuvuosina kaikkiaan noin 140. Haastattelijoille järjestettiin vuoden 1995 keväällä päivän koulutusjaksot. Kenttätöön aikana haastatteluteknisestä ohjauksesta huolehti Tilastokeskus ja sisällöllisestä ohjauksesta huolehtivat Kelan ja Stakesin tutkijaryhmät.

Haastattelut tehtiin 24.4.–18.6. vuonna 1995 ja vastaavasti 5.4.–21.6. vuonna 1996. Haastattelijoiden pienemmän lukumäärän vuoksi kenttätöön kesto vuosina 1995 ja 1996 oli pidempi kuin vuonna 1987. Haastateltavia kotitalouksia haastattelijaa kohti oli keskimäärin 13 vuonna 1995 ja 30 vuonna 1996. Käyntihaastattelujen keskimääräinen kesto vastaavina vuosina oli 77 ja 72 minuuttia. Vuoden 1987 tutkimuksessa haastattelujen keskimääräinen kesto oli 98 minuuttia.

Kotitalouksien vastauskato

Haastattelijajärjestelmälle asetettiin tavoitteeksi vähintään 80 %:n haastatteluosuus koko maassa. Tavoite ylitettiin selvästi molempina tiedonkeruuvuosina. Haastatteluprosentti oli 88,0 % kotitalouksista vuonna 1995 ja 86,8 % vuonna 1996. Tulos oli selvästi parempi kuin vuoden 1987 tutkimuksessa (84,2 %). Haastattelutulos läheni ennen vuotta 1987 tehtyjä tutkimuksia, joissa osallistumisprosentit olivat poikkeuksellisen korkeita (taulukko 2.1).

Alueelliset haastatteluprosentit olivat kauttaaltaan varsin korkeita (taulukko 2.2). Myös pääkaupunkiseudulla, jossa haastatteluprosentit ovat yleensä muuta maata pienempiä, saatiin molempina tutkimusvuosina haastatteluprosentiksi yli 80 %. Vuoden 1987 tutkimuksessa pääkaupunkiseudulla jäätettiin 72 %:n tuntumaan.

Terveysteen liittyvän elämänlaadun kyselylomakkeita, jotka jaettiin haastateltujen kotitalouksien viitehenkilöille, palautettiin hyväksytyinä 1 236 vuonna 1995 ja 2 754 vuonna 1996. Alkuperäisestä viitehenkilöotoksesta laskettuna vastausprosentit olivat siten 68,7 % ja 65,6 %.

A total of 140 interviewers were available in both study years. A one-day training course was held for them in spring 1995 in collaboration with Statistics Finland. During the field work phase, technical coordination and assistance for interviewers was organised by Statistics Finland; assistance with the subject matter was arranged by the research group of KELA and STAKES.

The field work was conducted from 24 April to 18 June 1995 and from 5 April to 21 June 1996. Because of the smaller number of interviewers, the field work lasted longer in 1995 and 1996 than in 1987. The average number of sample households per interviewer was 13 in 1995 and 30 in 1996. The average duration of an interview was 77 minutes in 1995 and 72 minutes in 1996; in 1987 it was 98 minutes.

Household level non-response

The interviewing organisation was set a minimum target response rate of 80%. This figure was clearly exceeded in both study years, the response rate being 88% in 1995 and 86.8% in 1996. These figures were clearly higher than in the 1987 survey (84.2%), and approached the exceptionally high response rates achieved in the surveys conducted in the 1960s and '70s (Table 2.1).

Regional response rates were also high (Table 2.2). Even in the Greater Helsinki Area, where response rates tend to be lower than elsewhere, a rate of over 80% was obtained in both study years. In the 1987 survey the corresponding figure was about 72%.

Questionnaire forms on health-related quality of life, distributed to the reference persons of interviewed households, were received 1 236 in 1995 and 2 754 in 1996. Calculated as percentage of the original sample of reference persons, the response rates were thus 68.7% and 65.6%, respectively.

Taulukko 2.1. Haastatellut kotitaloudet ja haastatteluprosentti (%) eri tutkimusvuosina.
Table 2.1. Number of responding households and response rate (%) in different study years.

Tutkimusvuosi <i>Study year</i>	Haastateltuja kotitalouksia <i>Number of responding households</i>	Haastatteluprosentti <i>Response rate (%)</i>
1964	6 387	91.1
1968	6 964	96.9
1976	6 746	91.4
1987	5 858	84.2
1995	1 557	88.0
1996	3 614	86.8

Taulukko 2.2. Kotitalouksien haastatteluprosentti alueittain vuosina 1987, 1995 ja 1996.**Table 2.2.** Household-level response rate by region, 1987, 1995 and 1996.

Lääni tai alue – Region	1987	1995	1995/1996	1996
Pääkaupunkiseutu ¹ Greater Helsinki Area ¹	72.2	85.2	83.5	82.6
Etelä-Suomi ² Southern Finland ²	85.2	85.1	85.2	85.3
Länsi-Suomen lääni Western Finland	87.1	89.9	88.6	88.0
Itä-Suomen lääni Eastern Finland	90.3	91.5	91.7	91.7
Oulun ja Lapin läänit Northern Finland	86.0	92.2	89.0	88.0
Koko maa Whole country	84.2	88.0	87.2	86.8

¹ Helsinki, Espoo, Vantaa, Kauniainen

² Ilman pääkaupunkiseutua – Greater Helsinki Area excluded

2.3 Tutkimusaineistot, tarkasteltavat muuttujat ja tilastolliset menetelmät

Tutkimusaineistot

Haastattelutiedoista muodostettiin erilliset aikuisten, lasten ja kotitalouksien tutkimusaineistot. Aineistoista poistettiin neljä kotitaloutta puutteellisten haastattelutietojen vuoksi. Kotitalousaineistoon ja henkilöaineistoihin liitettiin tarvittavia alueellisia taustatietoja (vuoden 1995 lopun tilanne). Henkilöaineistoihin liitettiin myös tarvittavia kotitalousaineiston muuttujia. Aineistojen koko molempina tutkimusvuosina on esitetty taulukossa 2.3. Lisäksi taulukossa on tiedot vuoden 1987 vertailuaineistosta.

Aineistoihin muodostettiin alkiotason painokertoimet tilastollisia analyyseja varten. Painokertoimet perustuivat jälkiositukseen, jossa käytettiin ositusmuuttujina sukupuolta, ikäryhmää (4-luokkaisena) ja aluetta (vanha läänijako, pääkaupunkiseutu omana alueenaan).

2.3 Study data, variables and statistical methods

Study data

Separate data sets were constructed for adults, children and households. Four households were excluded from the data sets because of insufficient data. Necessary regional data were merged with the data sets at household and individual level (corresponding to the situation at the end of 1995). Certain household level data were also merged with the individual level data sets. The sizes of the data sets and comparative data from the 1987 survey are presented in Table 2.3.

A weighting variable appropriate for statistical analyses was incorporated into the data sets. Weighting was based on post-stratification, with sex, age (four groups) and region (previous provinces, in which the Greater Helsinki Area constituted a separate group) being used as post-strata. Regional sex-age distributions calculated

Taulukko 2.3. Kotitalouksien ja henkilöiden lukumäärät vuosien 1987 ja 1995/96 aineistoissa.**Table 2.3.** Number of households and persons in data sets for study years 1987 and 1995 /96.

Tutkimusvuosi Study year	Kotitaloudet Households	Aikuiset Adults (15 years or over)	Lapset Children (0–14 years)
1987	5 858	13 138	3 131
1995/96	5 181	10 478	2 458
1996	3 614	7 294	1 743

Painokertoimien avulla lasketut alueelliset sukupuoli- ja ikäjakaumat olivat varsin yhdenmukaisia vastaavien perusjoukon jakaumien kanssa. Painotusta käytettiin tilastollisissa analyyseissa etenkin vastauskadon mahdollisesti aiheuttaman harhaisuuden vaikutusten poistamiseksi. Jälkiositusmenettely oli vastaava kuin vuoden 1987 tutkimuksessa (Kalimo ym. 1989; Lehtonen 1992).

Elämänlaatuaineistoa varten muodostettiin omat painokertoimet, koska kohdejoukkona oli vain osa henkilöaineistosta. Painokertoimet perustuivat jälkiositukseen, jossa käytettiin ositusmuuttujina sukupuolta, ikäryhmää (3-luokkaisena) ja aluetta (raportin aluejako).

Indikaattorit

Raportissa tarkasteltavat tärkeimmät muuttujat kuvaavat terveydentilaa ja toimintakykyä, terveyspalvelujen käyttöä, terveyteen yhteydessä olevia elintapoja ja kotitalouksien sairauskuluja. Indikaattoreina käytetään haastatteluaikana tietyn ominaisuuden, esimerkiksi pitkäaikais sairauden, ilmoittaneiden osuuksia, tietynä aikavälinä palveluja käyttäneiden osuuksia ja henkeä kohti laskettuja käyttöihteiksiä.

Terveyspalvelujen käyttöä koskevat kysymykset voidaan jakaa muistiperiodin osalta kolmeen ryhmään. Ensimmäiseen ryhmään kuuluvat kysymykset, jotka koskevat kyseisen palvelun käyttöä edellisen kalenterivuoden aikana. Tutkimustietoa näin asetetun muistiperiodin vaikutuksista tietojen luotettavuuteen on varsin vähän. Vuoden alku ja loppu rajaavat periodin hyvin. Kysytyt asiat ovat lisäksi luonteeltaan hyvin konkreettisia (esim. *käynyt lääkärissä*) ja yksinkertaisia (esim. *vähintään yhden kerran*).

Toiseen ryhmään kuuluvat kysymykset, jotka mitaavat palvelujen käyttöihteiksiä (esim. *lääkärissäkäynnien määrä*). Niitä tiedusteltaessa muistiperiodina on ollut kyseisen vuoden ensimmäisen päivän ja haastattelupäivän välinen aika mainitut päivät mukaan lukien (*Kuinka monta kertaa tämän vuoden aikana...*). Muistiperiodi on siis hyvin tarkasti rajattu. Näin kysytyt tammikuu–kesäkuun käyttöihteiden lukumäärät on lavennettu koko vuotta koskeviksi kaavalla $365 \times$ käyttöihteiden määrä/riskipäivien lukumäärä (missä riskipäiviä ovat päivät vuoden alusta haastattelupäivään).

Kolmannen ryhmän kysymykset koskevat palvelujen käyttöä tai käyttöön liittyviä asioita haastatteluaikana (esim. lääkkeiden käyttö, yksityinen sairausvakuutus). Näissä kysymyksissä muistiperiodiin liittyvät ongelmat ovat vähäisiä.

Kotitalouksien sairauskuluja tiedusteltiin vuoden ensimmäisen päivän ja haastattelupäivän väliseltä ajalta. Sairauskuluista otettiin huomioon kotitalouden omista varoistaan vuoden aikana maksamat sairauskulut. Myös sellaiset kulut otettiin huomioon, joista lasku oli saatu mutta joita ei vielä ollut ehditty maksaa. Kotitalouden sairauskuluihin otettiin mukaan myös tilapäisesti muualla asuneiden sairauskulut. Kotitalouksien ilmoittamat sairauskulut lavennettiin vuositasolle.

by this method corresponded closely to those at the population level. Weights were used in the statistical analysis to adjust for any bias that might be caused by non-response. The post-stratification approach was similar to that used in the 1987 survey (Kalimo et al. 1989; Lehtonen 1992).

A separate weighting variable was incorporated into the data set on health related quality of life, because the target group was only a part of the individual level data set. Weighting was based on post-stratification, with sex, age (three groups) and region (the same regional areas as in the analysis) being used as post-strata.

Indicators

The key variables considered in this report were health status and functional capacity, use of medical services, health-related living habits and households' medical expenses. The indicators comprised the proportions of persons with a certain property, e.g. chronic illness, at the time of interview; the proportions of persons that had used medical services in a given period; and the frequencies of use per person.

The use of medical services was divided into three groups of questions by recall period. The first group consisted of questions about the use of a certain medical service during the previous calendar year. Data on the reliability of this kind of recall period are not available. The boundaries of the recall period – the beginning of the year and the end of the year – were well defined. The questions were also very concrete in nature (e.g. *visits to the doctor*), and simple to understand (e.g. *at least once*).

The second group comprised questions measuring the frequencies of use of services (e.g. *How many times have you seen a doctor?*). The recall period was the time between the first day of the year and the day of the interview including the boundary days (e.g. *How many times during this year...?*). This recall period was extended to cover the whole year using the following formula: $365 \times$ frequency of use/the number of risk days (risk days are the number of days in the recall period).

The third group consisted of questions about the use of services or related matters at the time of interview (e.g. drug use, private sickness insurance). Problems concerning recall period cannot be expected for this group of questions.

The questions on the households' medical expenses concerned the time between the beginning of the year and the day of the interview. Medical expenses were defined as the household's total expenditure on medical care after all reimbursements from sickness insurance, insurance companies and subsidies from relief funds had been deducted. Expenses paid but not yet reimbursed were included, as were expenses relating to household members residing temporarily elsewhere. Households' medical expenses were aggregated on an annual basis.

Vuoden 1987 tutkimuksessa sairauskulutietojen luotettavuutta pyrittiin parantamaan lähettämällä haastatteluville kotitalouksille kirje, jossa kotitalouksia pyydettiin etukäteen etsimään kaikki sairauskuluja koskevat kuitit ja muut tositteet. Kun sairauskulujen verovähennysoikeus poistettiin vuonna 1992, perheillä ei enää ollut vastaavaa tarvetta säilyttää kuitteja. Tästä syystä vuosien 1995 ja 1996 tutkimuksissa haastateltaville kotitalouksille lähetettiin etukäteen sairauskululomake, johon niitä pyydettiin merkitsemään kaikki haastatteluhetken mennessä kertyneet sairauskulut.

Taustamuuttujat ja tilastolliset menetelmät

Raportissa vertaillaan pääasiassa vuosien 1995 ja 1996 yhdistetystä aineistosta saatavia tuloksia vuoden 1987 tutkimukseen. Joissakin tapauksissa vertailutietoja esitetään myös aikaisemmilta vuosilta. Vuoden 1995 terveydenhuoltoalan lakon vuoksi terveyspalvelujen käyttöä ja sairauskuluja koskeva tarkastelu on tehty vuoden 1996 aineiston perusteella.

Tekstiosan ja liitetaulukoiden tulokset esitetään väestöryhmittäisinä keskiarvoina ja osuuksina ikä- ja sukupuoliryhmittäin, tuloluokittain ja alueellisesti. Ajallissa vertailussa vuoteen 1987 käytettiin suoraan vakiointiin perustuvia vakioituja keskiarvoja ja osuuksia. Ikä- ja sukupuolivakioinnissa käytettiin perusjoukon tasoisina tietoina koko väestön (laitosväestöä lukuun ottamatta) ikä- ja sukupuolijakaumia vuoden 1995 lopussa.

Väestöryhmittäisten erojen tilastollista merkitsevyyttä tarkasteltiin testisuureilla, jotka reagoivat oikein tutkimuksessa käytettyyn ryväotanta-asetelmaan (Lehtonen ja Pahkinen 1996). Testisuureet ovat Waldin tai F-testisuureen ns. asetelmaperusteisia johdannaisia (kuten asetelmaperusteinen t-testisuure). Tilastolliset analyysit tehtiin SUDAAN-ohjelmistolla (Shah ym. 1996).

Tarkasteltavat väestöryhmät muodostettiin seuraavien taustamuuttujien mukaan:

Ikäryhmät

Raportissa käytettävä ikäryhmittely ilmenee taulukosta 2.4. Joissain yhteyksissä käytetään myös karkeampaa luokittelua: lapset (alle 15-vuotiaat), aikuiset (15 vuotta täyttäneet).

Tuloluokat

Tuloluokittaisissa tarkasteluissa henkilöaineisto jaettiin viiteen yhtä suureen osaan eli tuloviidennekseen kotitalouden kulutusyksikköä kohti laskettujen bruttotulojen perusteella. Tutkimuksessa käytettiin OECD-kulutusyksikköasteikkoa, jossa ensimmäinen aikuinen saa painon 1,0, muut aikuiset 0,7 ja kukin lapsi (alle 18-vuotiaat) painon 0,5. Sairauskuluja koskevassa luvussa (luku 7) käytettiin vastaavaa menettelyä painottamalla kotita-

The 1987 survey attempted to improve the reliability of data on medical expenses by sending households a letter in advance asking them to collect and save all receipts for medical expenses. As such expenses ceased to be tax deductible in 1992, households no longer had the same incentive to save these documents, and in the 1995 and 1996 surveys, households were therefore contacted in advance and asked to enter all medical expenses incurred during the year on a separate form that was sent to them.

Background variables and statistical methods

This report compares results obtained from the combined data of 1995 and 1996 with those from the 1987 survey. In some cases the comparison is extended to earlier surveys as well. The use of medical services and households' medical expenses are considered only with respect to data from the 1996 survey because of the nurses' strike in 1995. Otherwise the combined data on 1995/96 are used.

The results in the text and the appended tables are presented as means and proportions for certain subgroups of the population by age, sex, income and region. Standardised means and proportions are used to compare the results with those for 1987. In direct standardisation by age and sex, the corresponding population figures (excluding the institutionalised population) at the end of 1995 were used.

The sampling design took the form of cluster sampling, which had to be taken into account in the choice of test statistics (Lehtonen and Pahkinen 1996). To account adequately for the clustering, design-based Wald and F-test statistics and certain modifications of these were used (e.g. the design-based t-test statistic). The statistical analysis was done with SUDAAN software (Shah et al. 1996).

The results are presented according to the following definitions:

Age groups

The age groups used in the report are presented in Table 2.4. In some instances a more crude grouping was used, e.g. children (0–14 years of age) and adults (15 or over).

Income groups

The data were divided into five income groups by household equivalent gross income. The income quintiles consist of the population ranked from the poorest 20% to the best-off 20%, such that each quintile contains an equal number of persons. The OECD equivalence scale, which assigns a weight of 1 for the first adult, 0.7 for other adults and 0.5 for each child, was used. A similar procedure was employed in the analysis on households'

Taulukko 2.4. Terveydenhuollon väestötutkimuksen henkilöaineisto iän ja sukupuolen mukaan.
Table 2.4. Finnish Health Care Survey data by age and sex.

	Lukumäärä – Frequency		
	1987	1995/1996	1996
Naiset – Women			
0–6	725	578	411
7–14	838	663	482
15–24	1 275	926	629
25–44	2 402	1 844	1 271
45–64	2 009	1 705	1 193
65–74	646	585	419
75–	390	311	215
Yhteensä – Total	8 285	6 612	4 620
Miehet – Men			
0–6	712	604	437
7–14	856	680	480
15–24	1 367	981	667
25–44	2 409	1 773	1 234
45–64	1 937	1 660	1 154
65–74	472	428	301
75–	231	198	144
Yhteensä – Total	7 984	6 324	4 417
Yhteensä – Total	16 269	12 936	9 037

louden kulutusyksikköä kohti laskettuja bruttotuloja ja sairauskuluja kotitalouden jäsenmäärällä.

Tulotiedot perustuvat vuoden 1987 osalta Verohallituksen henkilöverorekisterin tulotietoihin. Vuosien 1995 ja 1996 tulotiedot perustuvat kotitalouksien omaan ilmoitukseen tuloistaan, koska verotiedot eivät raporttia laadittaessa olleet vielä käytettävissä. Haastateltaville annettiin tulokortti, jonka perusteella heitä pyydettiin ilmoittamaan, mihin tuloryhmään perheen kuukausitulot (veroja vähentämättä) sijoittuvat. Menetelmä ei anna yhtä luotettavaa tietoa kotitalouksien tuloista kuin rekistereistä saatava tieto. Vuoden 1987 aineistosta tehdyn vertailun perusteella ero rekisteritietojen ja itse ilmoitettujen tulojen välillä ei kuitenkaan ollut suuri. Tulojen, tulojen järjestyksen ja tuloviidenneksien järjestyksen suhteen lasketut korrelaatiokertoimet olivat suuruudeltaan noin 0,8. Koska vuosien 1995 ja 1996 haastatteluista saadut tulotiedot perustuivat melko harvaan luokittukseen (13 tuloluokkaa), tuloluokkien rajoja ei voitu määrittää yhtä tarkasti kuin vuoden 1987 rekisteriperusteisessa tuloaineistossa.

Aluejako

Alueellisessa tarkastelussa maa jaettiin viiteen osaan uutta läänijakoa noudattaen. Pääkaupunkiseudun kuntia (Helsinki, Espoo, Vantaa ja Kauniainen) tarkasteltiin

medical expenses (Section 7) by weighting household equivalent gross income and medical expenses by household size.

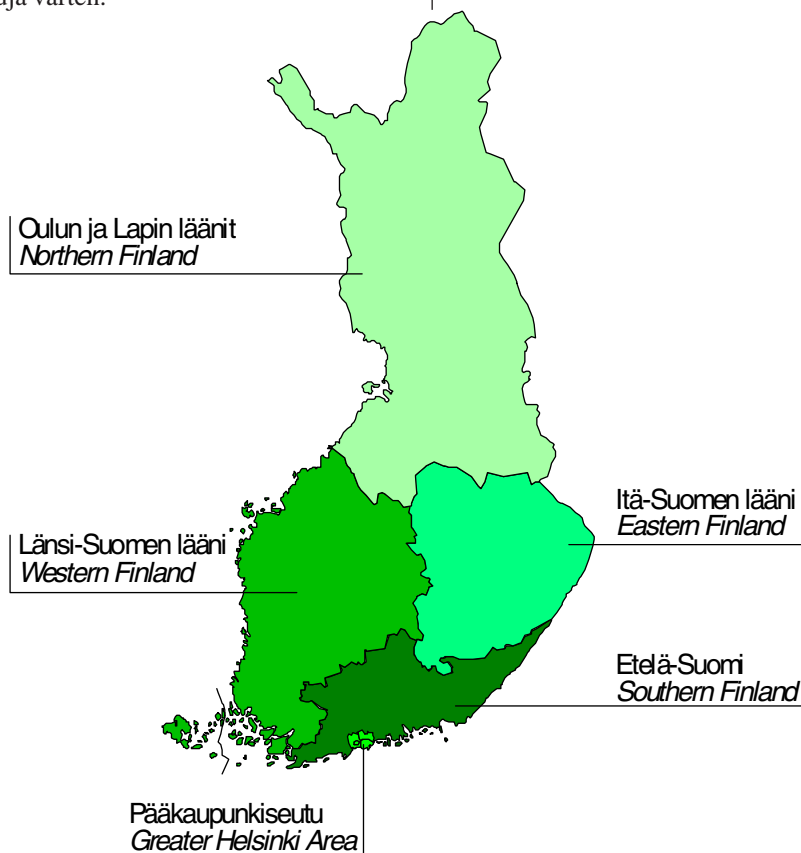
In the 1987 survey, income data were from the register-based tax records maintained by tax authorities. These data were merged with the survey data by personal identification number. In the 1995 and 1996 survey, income data were based on information given by the households interviewed, because taxation data on these years were not available at the time of the analysis. In the survey, a card containing a list of income categories was given to the respondent, who selected the appropriate category (gross income) for his/her family. The method does not give as reliable information on household income as the corresponding register data. In the 1987 survey the difference between household income received from the register and survey data was rather small, the correlation between income, income ranks and income quintiles being approximately 0.8. Because the surveyed income data for 1995 and 1996 were based on a rather crude classification (13 income categories), the cut-off points of income classes could not be defined as precisely as in the 1987 survey, when register-based income data were available.

Regions

In the regional analysis the country was divided into five regions comprising the new provinces (Oulu and Lappi were combined as Northern Finland) and the Greater

omana Etelä-Suomen läänistä erotettuna alueena, ja lisäksi Oulun ja Lapin läänien tiedot yhdistettiin (kuva 2.1 ja taulukko 2.5). Aluejaon perusteena oli muodostaa havaintomäärältään riittävän suuria alueita luotettavia alueellisia vertailuja varten.

Helsinki Area (the municipalities of Helsinki, Espoo, Vantaa and Kauniainen) (Figure 2.1 and Table 2.5), the aim being to form geographical areas with sample sizes large enough to permit reliable comparisons.



Kuva 2.1. Alueellisessa tarkastelussa käytetty läänijako.
Figure 2.1. Division of country for regional analysis.

Taulukko 2.5. Terveydenhuollon väestötutkimuksen henkilöaineisto alueittain.
Table 2.5. Finnish Health Care Survey data by region.

Alue – Region	Lukumäärä – Frequency		
	1987	1995/1996	1996
Pääkaupunkiseutu ¹ Greater Helsinki Area ¹	2 260	2 374	1 543
Etelä-Suomi ² Southern Finland ²	3 598	2 787	1 897
Länsi-Suomen lääni Western Finland	6 202	4 830	3 387
Itä-Suomen lääni Eastern Finland	2 116	1 428	1 088
Oulun ja Lapin läänit Northern Finland	2 093	1 517	1 122
Yhteensä Total	16 269	12 936	9 037

¹ Helsinki, Espoo, Vantaa, Kauniainen

² Ilman pääkaupunkiseutua – Greater Helsinki Area excluded

3

Terveydentila *Health status*

Haastattelu- ja kyselytutkimusten avulla saadaan tietoa väestön ilmoittamasta terveydentilasta, sairauksista ja terveydestä. Sairastavuutta on tässä tutkimussarjassa mitattu tiedustelemalla sairauksien ja oireiden esiintymistä ja toimintakykyä. Pitkäaikaissairastavuutta ja sairauspäivien määrää on kysytty samalla tavalla ensimmäisestä tutkimuksesta lähtien. Väestön mielentilaan liittyvien oireiden esiintymistä on tarkasteltu vuodesta 1976. Suun sairauksien osoittimina ovat olleet hammassärlyn ja -vaivojen esiintyminen vuodesta 1968 ja yhtäläinen kysymys hampaiden lukumäärästä vuodesta 1976 lähtien. Omaan ilmoitukseen perustuvien sairausmittarien validiteettia on arvioitu Mini-Suomi-terveys-tutkimuksen yhteydessä. Aikuisten haastattelukysymysten tuottamia tuloksia on verrattu lääkärintutkimuksella saatuun tietoihin. Väestötasolla saatiin suunnilleen samansuuruiset pitkäaikaissairaiden osuudet ja useiden pitkäaikaissairauksien, kuten diabeteksen ja eräiden sydänsairauksien, yhtäpitävyys todettiin hyväksi (Aromaa ym. 1986; Heliövaara ym. 1993). Myös haastattelemalla saatu tieto hampaiden lukumäärästä osoittautui lähes yhtäpitäväksi kliinisten havaintojen kanssa (Nyman 1986).

Terveysmittarien avulla saadaan kokonaisvaltaisempi arvio ihmisen terveydentilasta. Yleisin ja yksinkertaisin tapa mitata terveyttä on pyytää vastaajia arvioimaan terveydentilansa viisiportaisen, hyvästä huonoon asteikon avulla. Tätä ns. koettua terveyttä on tiedusteltu näin vuodesta 1987. Viimeisessä tutkimuksessa oli ensimmäistä kertaa mukana myös terveyteen liittyvä elämänlaatumittari. Mittariksi valittiin 15D, jota voidaan käyttää sekä profiili- että indeksimittarina. Profiilimittari tuottaa erillistä tietoa mittauksen kohteena olevista terveydentilan ulottuvuuksista, kun taas indeksimittarissa nämä ulottuvuudet on arvottamismenettelyllä yhdistetty yhdeksi luvuksi. Kun 15D:tä käytetään elämänlaatua kuvaavana indeksimittarina, siihen voidaan liittää elämän pituus (elinajan odote) ja laskea odotettavissa olevat laatu painotetut elinvuodet eli QALYt. Indeksimittarin luku arvoa ja QALYä käytetään vaikuttavuuden mittarina terveydenhuollon taloudellisissa arviointitutkimuksissa. Väestötasoinen tieto 15D:stä tarjoaa hyvän vertailupohjan näille yksittäisiä hoitomuotoja koskeville kustannus-vaikuttavuusanalyysille (Bowling 1995; Sintonen 1995a ja 1995b; Williams 1996; Sintonen ja Arinen 1997).

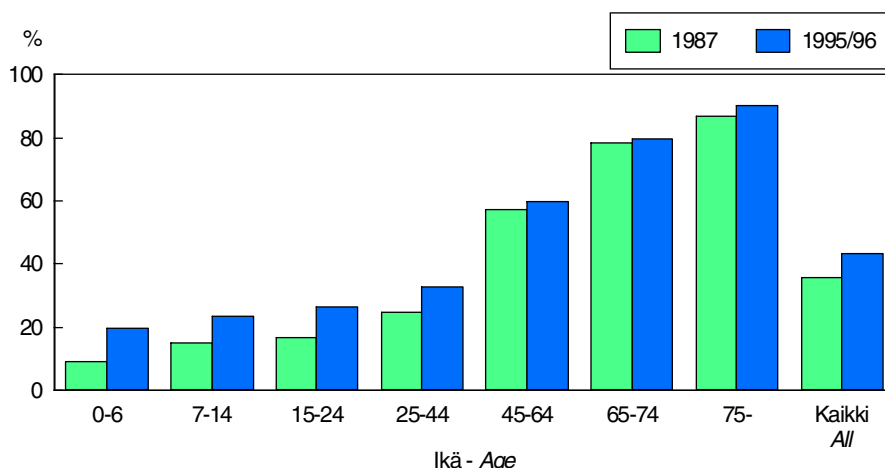
Information about health status as self-reports of health and illness is available from a wide variety of surveys. In the Finnish Health Care Survey, illness is measured by asking respondents about the occurrence of sicknesses and symptoms and their functional status. The questions on long-term illness and sick days have been the same since the first survey. The occurrence of mental disorders has been studied in a comparable way since 1976. Since the 1968 survey, oral health has been defined as the occurrence of acute toothache and dental troubles, and since 1976 self-reports about remaining teeth have been included. Most questions on illnesses used in the present survey have been validated in the Mini-Finland survey among the Finnish population aged 30 and over. Self-assessments were tested against clinical assessments of illness. The results differed very little when looking at the occurrence of long-term illness; the validity for specific illnesses, e.g. diabetes and major cardiovascular diseases, was mainly also good (Aromaa et al. 1986; Heliövaara et al. 1993). Self-reports and clinical assessments of the number of teeth also matched very well (Nyman 1986).

Health measures give a broader view of health status than reports of separate symptoms or illnesses. The most popular and simplest health measure is a single item – a question with five categories, in which respondents are asked to rate their general health from good to bad. We have been using this measure of perceived health since the 1987 survey. The present survey included a measure for health-related quality of life (HRQOL). We chose 15D, as this can be used both as a profile and as a single index score measure. The profile measure produces separate information about each chosen dimension describing an individual's physical, mental and social well-being, whereas the index measure combines the information on the dimensions into a single score by assigning weights to each one through several valuation procedures. Combining the single index score and life expectancy from statistics produces the expected number of quality-adjusted life years (QALYs). Thus a QALY is a proper multidimensional health unit, which is suitable for measuring health outcomes in economic evaluations. Also index scores are used for this purpose. Studying the health-related quality of life in a population-based survey gives an important reference value for the whole population (Bowling 1995; Sintonen 1995a and 1995b; Williams 1996; Sintonen and Arinen 1997).

3.1 Pitkäaikaissairastavuus

Pitkäaikaissairaksi luokiteltiin ne, jotka vastasivat myöntävästi lomakkeen kysymykseen “Onko Teillä jokin vamma tai vamma, joka vähentää työ- tai toimintakykyänne, tai jokin pitkäaikainen sairaus?” Kysymys on samansisältöisenä esitetty aikuisille sarjan kaikissa tutkimuksissa, ja lapsille soveltuvassa muodossa ensimmäisen kerän vuoden 1976 tutkimuksessa.

Vuosien 1964, 1968 ja 1976 tutkimuksissa pitkäaikaissairaiden osuus aikuisista pysyi kolmasosan paikoilla. Vuonna 1987 se oli noussut 41 %:iin, ja vuosien 1995/96 tutkimuksessa pitkäaikaissairaita oli 49 % aikuisista. Vanhimmissa, 75 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä 90 % oli tuoreimman tutkimuksen mukaan pitkäaikaissairaita, ja osuus kasvoi kolmella prosenttiyksiköllä vuodesta 1987 (kuva 3.1.1).



Kuva 3.1.1. Pitkäaikaissairastavuus (%) iän mukaan vuosina 1987 ja 1995/96.

Figure 3.1.1. Chronic morbidity (%) by age, 1987 and 1995/96.

Vuoden 1987 jälkeen pitkäaikaissairastavuus lisääntyi suhteellisesti eniten lasten keskuudessa: osuus oli 12 % vuonna 1987, mutta vuosina 1995/96 se oli jo lähes 22 %. Muutos on huomattava, sillä vuosien 1976 ja 1987 välillä pitkäaikaissairaiden lasten osuus kasvoi vain kaksi prosenttiyksikköä.

Koko laitoshoidon ulkopuolisessa väestössä – aikuiset ja lapset yhteenlaskien – pitkäaikaissairaita oli 43 % vuonna 1995/96, kun osuus oli vähän alle 36 % vuonna 1987. Väestötasolla tämä merkitsee nykyisin yli kahta miljoonaa pitkäaikaissairasta, ja määrä on kasvanut vajaan 10 vuodessa lähes 400 000:lla.

Naiset ovat miehiä yleisemmin pitkäaikaissairaita. Tämä johtuu pääasiassa siitä, että naiset elävät keskimäärin pitempään kuin miehet, jolloin heille ehtii kertyä terveysongelmia pitempään. Ikäryhmittäisessä tarkastelussa sukupuolten väliset sairastavuuden erot ovat suhteellisen pienet eivätkä sairaiden osuudet ole systemaattisesti yleisempiä naisilla miehiin verrattuna. Vuosien 1995/96 tutkimuksessa alle 15-vuotiaat pojat olivat pitkäaikaissairaita selvästi yleisemmin kuin vastaavikäiset tytöt, ja myös yli 65-vuotiaiden keskuudessa miehet olivat naisia yleisemmin sairaita. Keskimäärin naiset olivat silti vielä 2,5 prosenttiyksikköä miehiä sairaampia.

3.1 Chronic morbidity

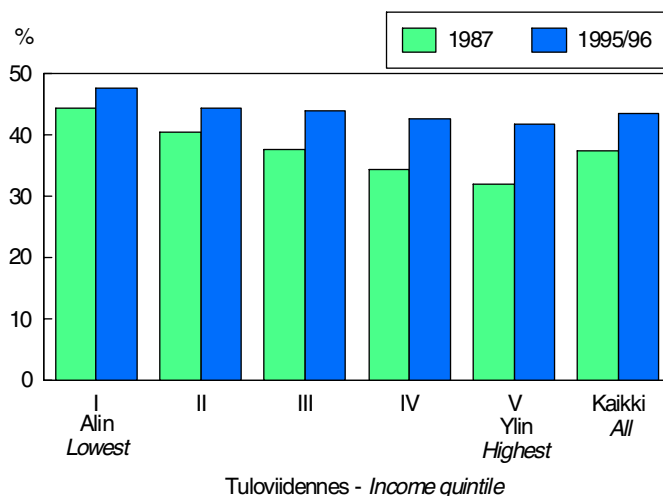
People with a chronic illness were defined those respondents who answered ‘yes’ to the question: ‘Do you have any defect or injury that lowers your general working capacity or functional capacity, or do you have any chronic illness?’. This question has been presented to adults in all studies of the series, and concerning children in a modified form since the 1976 study.

The occurrence rate of self-reported chronic morbidity was around one-third of adults in the studies conducted in 1964, 1968 and 1976. In 1987, the proportion had reached 41%, and in the latest study, in 1995/96, 49%. The highest age-specific proportion in 1995/96 was found among the over 75s, that is, 90%, which was three percentage points higher than in 1987 (Figure 3.1.1).

Chronic morbidity increased among children in both absolute and relative terms, from 12% in 1987 to nearly 22% in 1995/96. The change is marked, because earlier, e.g. between 1976 and 1987, the proportion increased by only two percentage points.

Of the total population (children and adults combined) the proportion of chronically ill people was 43% in 1995/96 and 36% in 1987. There were thus around 2 million such persons out of the total population of 5.1 million in 1995/96, or 400,000 more than in 1987.

Women report chronic morbidity more frequently than men. This is mainly due to the longer life span of women, which exposes them to various health problems in later life. On average, the proportion of chronically ill people was 2.5 percentage points higher among women than men. Age-specific rates were, however, rather similar for both sexes, and women were not systematically dominant in any age group. Among children, chronic morbidity in 1995/96 was clearly higher among boys than girls, and the proportion was also higher among men aged 65 or over.



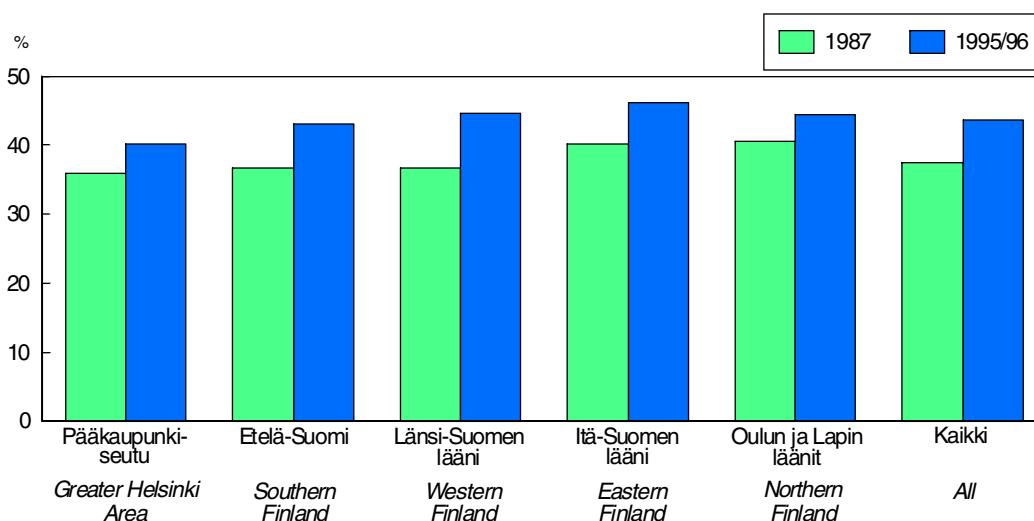
Kuva 3.1.2. Pitkäaikaissairastavuus (%) tuloluokittain vuosina 1987 ja 1995/96, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut.
Figure 3.1.2. Chronic morbidity (%) by income group, 1987 and 1995/96, standardised by age and sex.

Sairastavuus oli sekä vuonna 1987 että vuosina 1995/96 yleisempää alemmissa tuloviidenneksissä (kuva 3.1.2). Vakioimattomat luvut kuitenkin osoittavat, että keskimmaisessä tuloviidenneksessä sairastavuus oli lisääntynyt eniten. Tämä vastaa tuloluokkien ikärakenteessa tapahtuneita muutoksia (liitetaulukko 3.1).

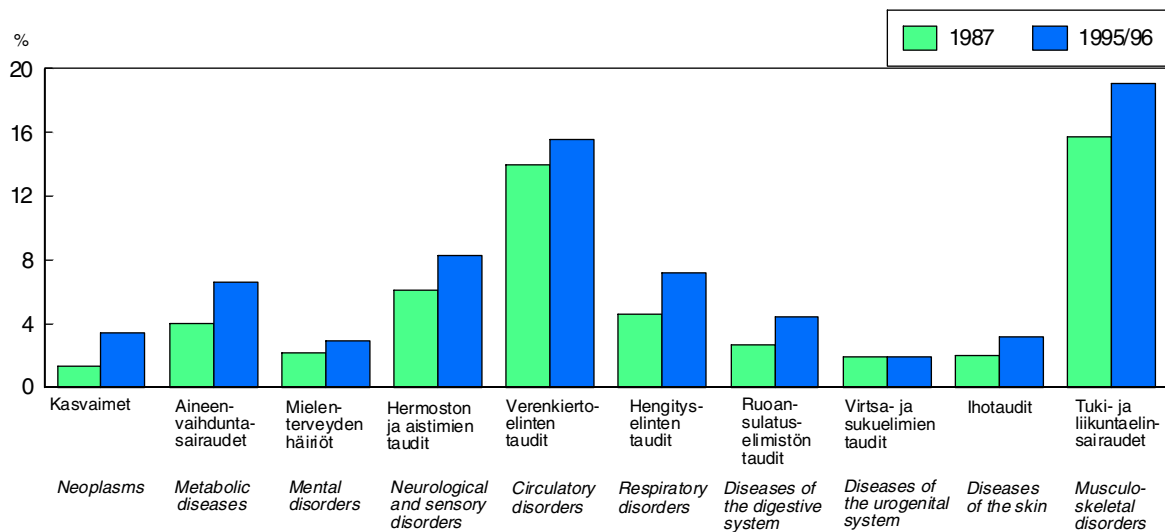
Alueittaiset sairastavuuserot olivat vuosien 1995/96 tutkimuksessa edelleen selvät, eli Itä-Suomen ja pääkaupunkiseudun välinen ero sairastavuudessa oli kuusi prosenttiyksikköä (kuva 3.1.3).

Income correlated negatively with chronic morbidity in both 1987 and 1995/96 (Figure 3.1.2). Crude rates revealed, however, that, in relative terms, chronic morbidity increased most in the third income quintile. This was a consequence of the change in the age structure of income groups, described elsewhere in this report (Appended Table 3.1).

Regional variations in chronic morbidity were still relatively large in 1995/96 the difference between the highest (Eastern Finland) and the lowest (Greater Helsinki Area) rates being six percentage points (Figure 3.1.3).



Kuva 3.1.3. Pitkäaikaissairastavuus (%) alueittain vuosina 1987 ja 1995/96, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut.
Figure 3.1.3. Chronic morbidity (%) by region, 1987 and 1995/96, standardised by age and sex.



Kuva 3.1.4. Suurimpien tautiryhmien yleisyys (%) aikuisilla vuosina 1987 ja 1995/96, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut.
Figure 3.1.4. Occurrence of major disease categories (%) among adults, 1987 and 1995/96, standardised by age and sex.

Lisätietoa sairastavuuden lisääntymisestä antaa tautikohtainen tarkastelu (kuva 3.1.4). Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet sekä verenkiertoelinten taudit olivat edelleen esiintyvyydeltään suurimmat tautiryhmät. Vuosien 1995/96 tutkimuksen mukaan tuki- ja liikuntaelinsairauksien yleisyyden kasvu oli jonkin verran hidastunut, joskin niitä oli edelleen yli 20 %:lla aikuisista. Tämän pääluokan taudit ja niistä erityisesti selkäsairaudet yleistyivät suhteellisen nopeasti aina vuoden 1987 tutkimukseen saakka, jolloin niistä ilmoitti kärsivänsä noin joka viides aikuinen (Sievers ym. 1990; Heliövaara 1996).

Verenkiertoelinten taudit ovat jonkin verran yleistyneet vuosien 1987 ja 1995/96 välillä. Sydämen vajaatoiminta kuitenkin väheni sekä työikäisillä että ikääntyneillä. Myös sepelvaltimotauti väheni työikäisillä, mutta ikääntyneillä sen esiintyvyys oli vuosina 1995/96 samansuuruisia kuin vuonna 1987.

Selvästi nopeimmin ovat sekä aikuisilla että lapsilla lisääntyneet hengityselinten sairaudet, lähinnä astma sekä nenän ja silmien limakalvon allergiset oireet. Etenkin lapsilla on yleisesti myös allergista ihottumaa. Astma on selvästi suurin erityiskorvattaviin lääkkeisiin oikeuttava pitkäaikais sairaus lapsilla. Aikuisilla se nousi kyseisessä rekisterissä toiselle sijalle verenpaineaudin jälkeen vuonna 1997, jolloin sepelvaltimotauti siirtyi kolmannelle tilalle.

3.2 Psykkiset oireet

Aikuisten mielentilaa kuvaavien oireiden yleisyyttä selvitettiin kysymällä, oliko vastaajaa viime aikoina vaikuttanut 1. ylipäätely, 2. alakuloisuus tai masentuneisuus, 3. hermostuneisuus tai jännittyneisyys, 4. voimattomuus tai väsymys ja 5. unettomuus. Tuloksia tarkasteltiin sekä yksittäisten että vähintään kolmen samanaikaisesti esiintyvän oireen osuuksina.

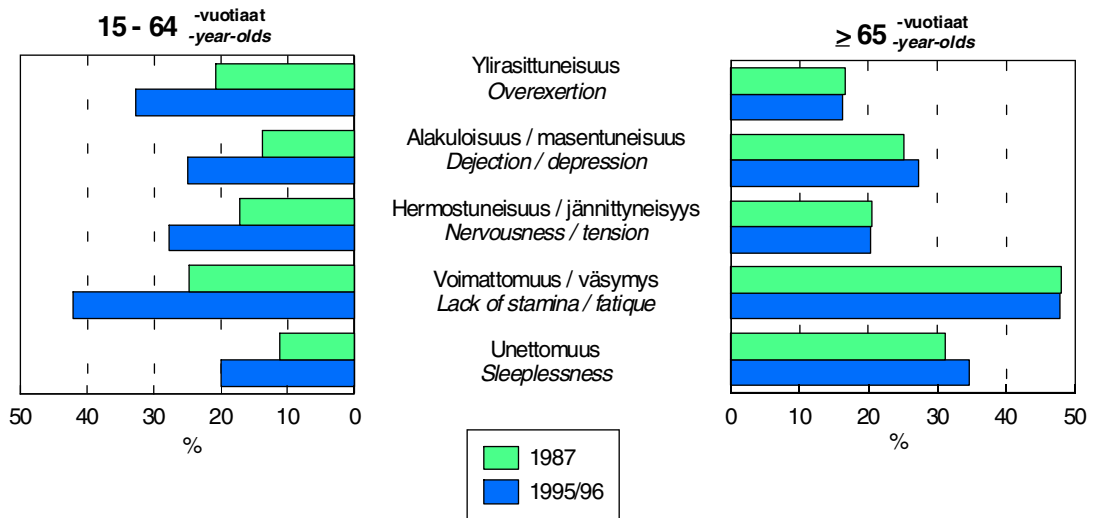
The trend in the occurrence of major disease groups is presented in Figure 3.1.4. Musculoskeletal and cardiovascular diseases showed the highest rates among adults in both 1987 and 1995/96. Of these, musculoskeletal disorders had increased from the 1987 level, but not as rapidly as before that year. Even so the occurrence rate was one-fifth of adults.

The prevalence of cardiovascular diseases was also somewhat higher in 1995/96 than in 1987. The rate for heart insufficiency had, however, clearly decreased among both the working-age population and the elderly. Coronary heart disease was also less frequent among the working-aged in 1995/96 than in 1987, but among the elderly the rate remained constant.

The most distinct increase in morbidity is seen in respiratory diseases among both adults and, especially, children. Of the various disorders in this category the increase is most striking for asthma and allergic symptoms of the eyes and nasal cavity, both of which are now the most frequently occurring chronic disorders among children. Allergic skin disorders also show a relatively high prevalence rate among children.

3.2 Mental disorders

The occurrence of mental disorders among adults was measured by asking respondents whether they had suffered lately from 1. overexertion, 2. dejection or depression, 3. nervousness or tension, 4. lack of stamina or fatigue and 5. sleeplessness. The results were presented both as the occurrence of each of the above items and as the occurrence of three simultaneous items.

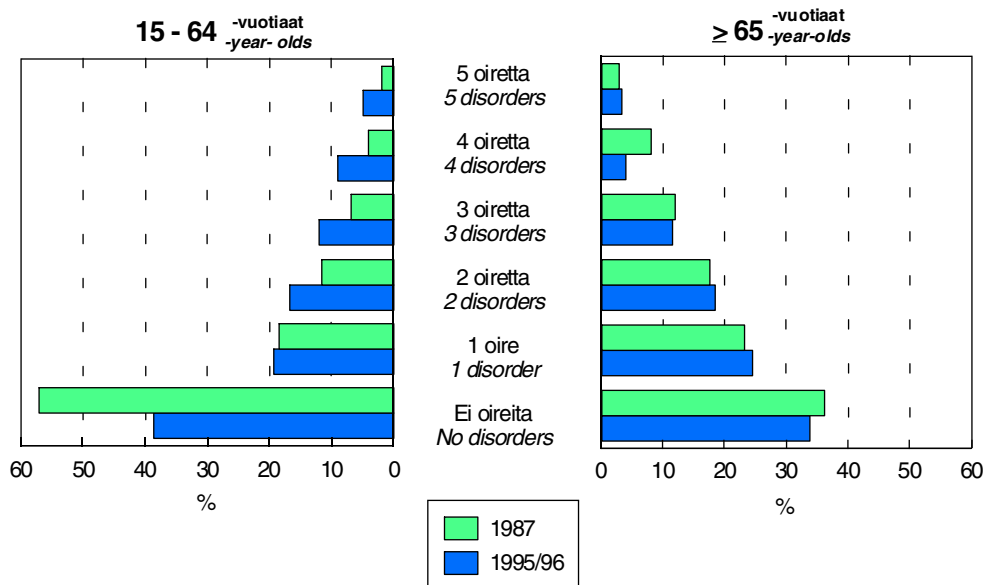


Kuva 3.2.1. Psykkisiä oireita ilmoittaneet (%) työ- ja eläkeikäiset vuosina 1987 ja 1995/96.

Figure 3.2.1. Adults reporting mental disorders (%) among the working-aged and those above normal retirement age, 1987 and 1995/96.

Psykkisten oireiden esiintyminen oli lisääntynyt huomattavasti työikäisessä väestössä vuodesta 1987. Unettomuudesta ilmoitti kärsineensä joka viides ja voimattomuuden tai väsymyksen tunteista 40 % työikäisistä vuosina 1995/96. Eniten, lähes 20 prosenttiyksikköä, lisääntyi voimattomuuden tai väsymyksen kokeminen. Ylirasittuneisuus oli yleisempää työikäisten keskuudessa ja unettomuus eläkeikäisillä (kuva 3.2.1; liitetaulukot 3.2–3.6). Valtaosa oli kärsinyt vain yhdestä tai kahdesta oireesta samanaikaisesti, ja vain joka viidennellä oireita ilmoittaneella niitä esiintyi neljä tai viisi (kuva 3.2.2). Kuitenkin neljäsosa aikuisista ilmoitti vähintään kolme oiretta.

The occurrence of mental disorders was found to have increased markedly among people of working age since the 1987 survey. A fifth of respondents reported sleeplessness and 40% fatigue in 1995/96. The increase was greatest, 20 percentage points, for fatigue. People of working age were more likely to report overexertion than were older cohorts, whereas older people were more likely to report sleeplessness (Figure 3.2.1, Appended Tables 3.2–3.6). The majority reported only one or two simultaneous mental disorders; a fifth of those with disorders reported four or more (Figure 3.2.2). However, among adults, 25% of the interviewed reported three or more disorders.

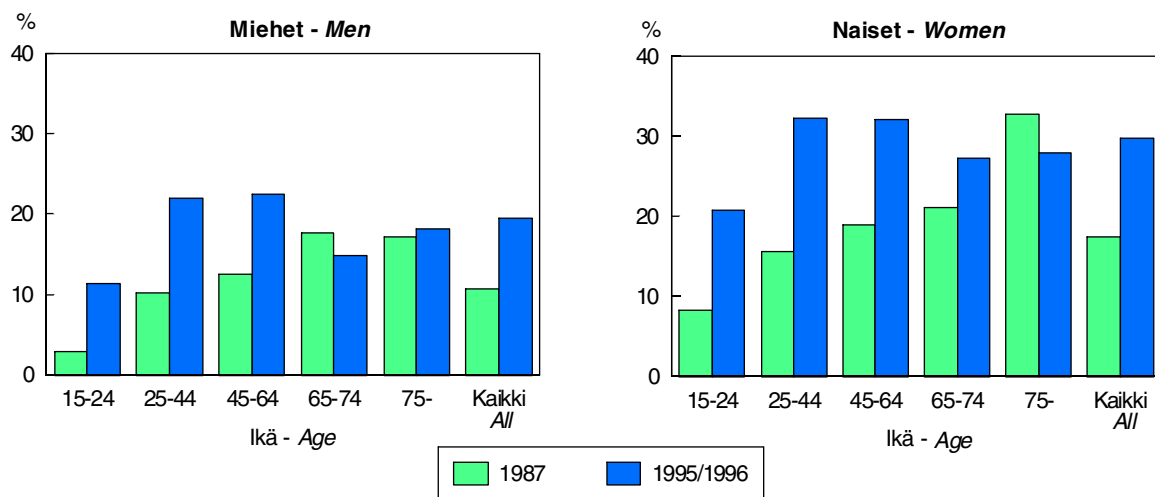


Kuva 3.2.2. Psykkisiä oireita ilmoittaneet työ- ja eläkeikäiset (%) oireiden lukumäärän mukaan vuosina 1987 ja 1995/96.

Figure 3.2.2. Adults reporting mental disorders (%) among the working-aged and those above normal retirement age, by number of disorders, 1987 and 1995/96.

Psykkiset oireet olivat edelleen yleisempiä naisilla kuin miehillä. Erityisesti yllirasittuneisuuden, alakuloisuuden/masentuneisuuden ja voimattomuuden/väsymyksen tunteet vaivasivat useammin naisia. Alle 45-vuotiaiden unettomuuden kokemisessa sukupuolten välisiä eroja ei esiintynyt. Kun mielentilaa tarkastellaan kolmen oireen esiintymisen avulla, havaitaan, että oireista kärsivien työikäisten osuus oli peräti kaksinkertaistunut sekä miehillä että naisilla (kuva 3.2.3).

In 1995/96, as in the previous survey, women reported mental disorders more than did men. Specifically, women suffered more from overexertion, depression and fatigue. Exceptionally, there were no differences in sleeplessness between men and women after the age of 45. In addition, there was a greater relative increase among men than among women of working age in the number of persons with three or more mental disorders (Figure 3.2.3).

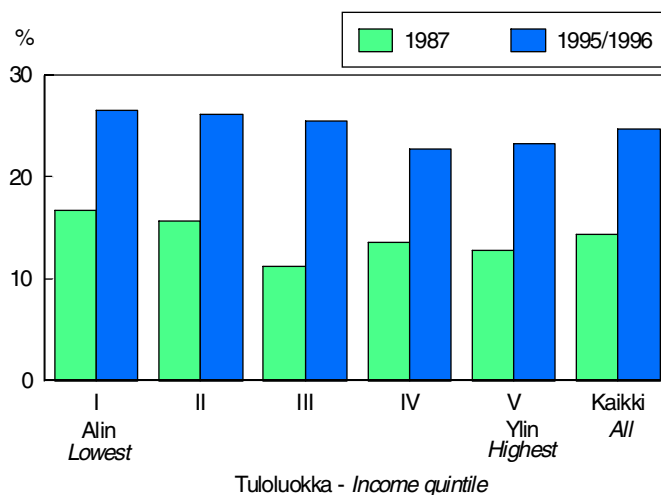


Kuva 3.2.3. Kolme tai useamman psyykkistä oiretta ilmoittaneet aikuiset (%) iän ja sukupuolen mukaan vuosina 1987 ja 1995/96.

Figure 3.2.3. Adults reporting three or more mental disorders (%) by age and sex, 1987 and 1995/96.

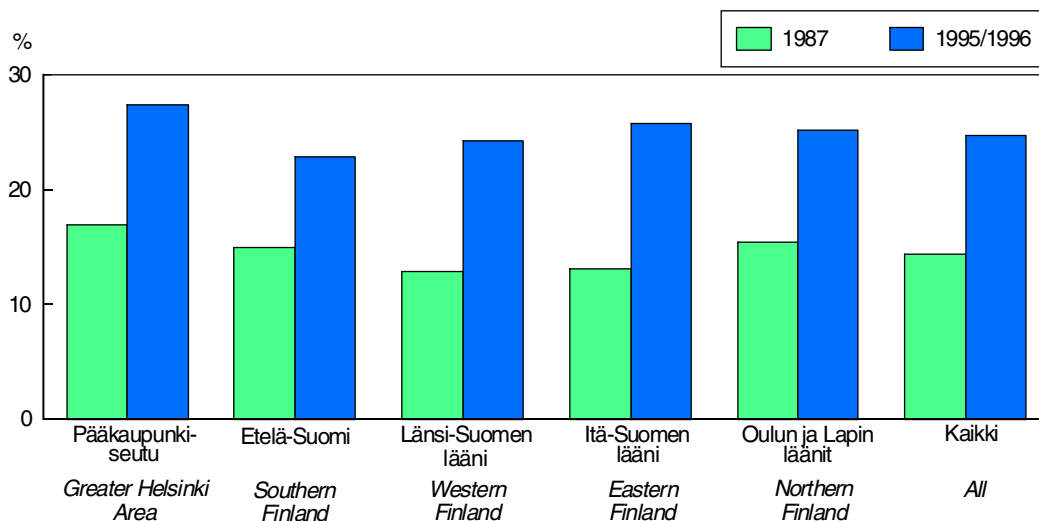
Alakuloisuus tai masentuneisuus, voimattomuus tai väsymys sekä hermostuneisuus ja jännittyneisyys olivat yleisempiä alimmassa kuin muissa tuloviidenneksessä vuosina 1995/96. Kolmen oireen esiintymistä tarkasteltaessa tuloryhmittäistä vaihtelua ei juurikaan esiintynyt. Myös alueittainen vaihtelu oli melko vähäistä. Lähes jokaista oiretta esiintyi muutaman prosenttiyksikön verran enemmän pääkaupunkiseudulla kuin muualla maassa (kuvat 3.2.4 ja 3.2.5).

Dejection or depression, nervousness or tension and lack of stamina or fatigue were reported more frequently in the lowest income quintile than in others in 1995/96. Other differences between quintiles were smaller or lacking, especially for those with three or more disorders. The regional variation was also rather small. However, the rates for single disorders were a couple of percentage points higher in the Greater Helsinki Area than elsewhere (Figures 3.2.4 and 3.2.5).



Kuva 3.2.4. Kolme tai useamman psyykkistä oiretta ilmoittaneet aikuiset (%) tuloluokittain vuosina 1987 ja 1995/1996, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut.

Figure 3.2.4. Adults reporting three or more mental disorders (%) by income group, 1987 and 1995/96, standardised by age and sex.



Kuva 3.2.5. Kolme tai useamman psyykkistä oiretta ilmoittaneet aikuiset (%) alueittain vuosina 1987 ja 1995/1996, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut.

Figure 3.2.5. Adults reporting three or more mental disorders (%) by region, 1987 and 1995/96, standardised by age and sex.

3.3 Sairauspäivät

Tässä tutkimuksessa sairauspäivällä tarkoitetaan kokonaista päivää, jonka haastateltava on ollut poissa työstä tai vastaavasta tai ollut muuten hoitamatta päivittäisiä tehtäviään sairauden vuoksi. Lasten sairauspäivän kriteereinä olivat poissaolo päiväkodista tai koulusta, tai että lapsi oli joutunut pysyttelemään sisällä sairauden vuoksi. Tarkastelujakso oli aika vuoden alusta haastattelupäivään, ja tulokset on pääosin esitetty sataa päivää kohti.

Vuosien 1995/96 tutkimuksessa haastatelluilla oli keskimäärin neljä sairauspäivää sataa päivää kohti. Heikentyneen toimintakyvyn päiviä kertyy siten vuosittain noin kaksi viikkoa, eli väestöllä oli tämän mukaan ollut kaikkiaan noin 73 miljoonaa sairauspäivää. Vuonna 1987 väestöllä oli keskimäärin 3,3 sairauspäivää sataa päivää kohti, mikä vastaa suunnilleen 60 miljoonaa päivää vuodessa.

Vuosien 1995/96 tutkimuksessa miehillä ja naisilla oli keskimäärin yhtä monta sairauspäivää. Aikuisten sairauspäivien määrä lisääntyi iän myötä, ja yli 75-vuotiailla määrä oli nelinkertainen 15–24-vuotiaisiin verrattuna (kuva 3.3.1). Alle 7-vuotiailla sairauspäiviä oli enemmän kuin 7–14-vuotiailla, mikä johtunee ylähengitysteiden infektioiden yleisyydestä pikkulapsilla (liitetaulukko 3.7).

Sairauspäivien määrä ei ollut systemaattisesti yhteydessä perheen tuloihin. Vuonna 1987 tuloluokkien väliset erot olivat varsin pienet, mutta vuosina 1995/96 sairauspäivien määrä oli kasvanut muita tuloluokkia enemmän alimmassa ja keskimmaisessa tuloviidenneksessä (kuva 3.3.2).

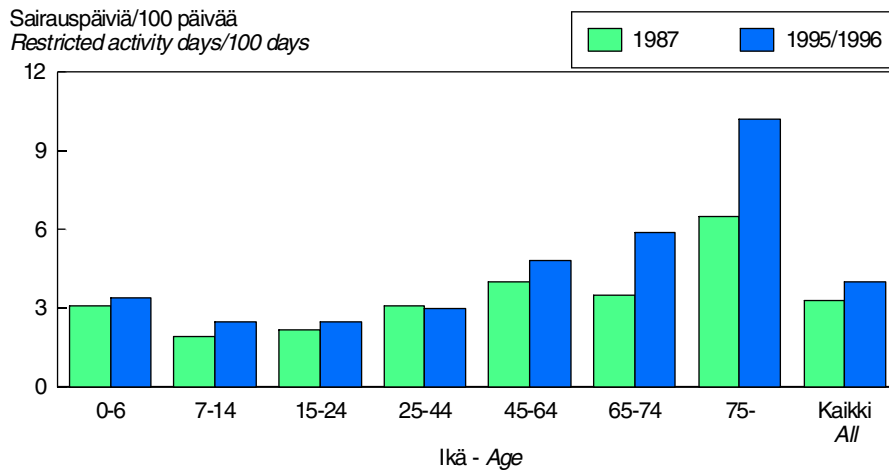
3.3 Days of restricted activity

A day of restricted activity was defined as a whole day during which the respondent was absent from work or had otherwise not fulfilled his/her ordinary duties or tasks because of temporary illness. With children the criteria were absence from school or day care, or being kept indoors because of temporary illness. The recall period was from 1 January to the date of the interview, and the results are mainly presented as days of restricted activity per 100 days.

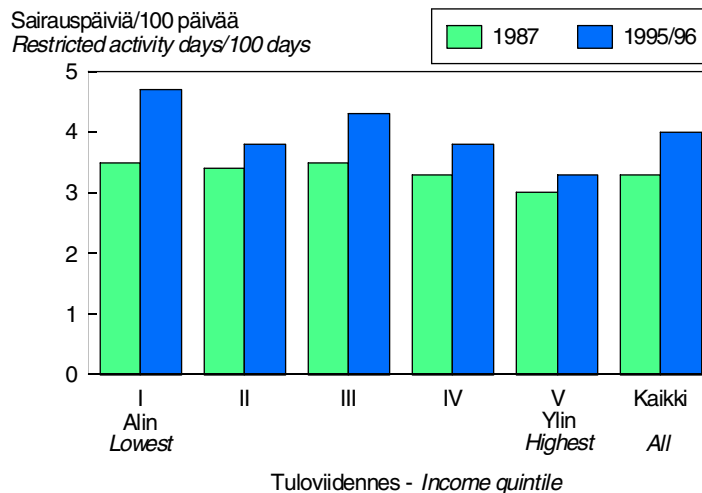
The average number of days of restricted activity per 100 days in the 1995/96 study was four. Thus, in one year there was a total of two weeks of such days per person, and the number for the whole population was 73 million days. The figures for 1987 were 3.3/100 days and about 60 million days a year for the whole population.

In 1995/96, men and women had, on average, an equal number of days of restricted activity. Among adults, the number increased with age, the over 75s having four times as many disability days as 15- to 24-year-olds (Figure 3.3.1). Among children, the under 7s had more disability days than 7- to 14-year-olds, mainly due to the higher occurrence of infections of the upper respiratory tract among the youngest children (Appended Table 3.7).

The number of restricted activity days was not systematically associated with income in 1995/96. This was the case in 1987, too, but the variations between income quintiles were smaller than in the latest study (Figure 3.3.2).



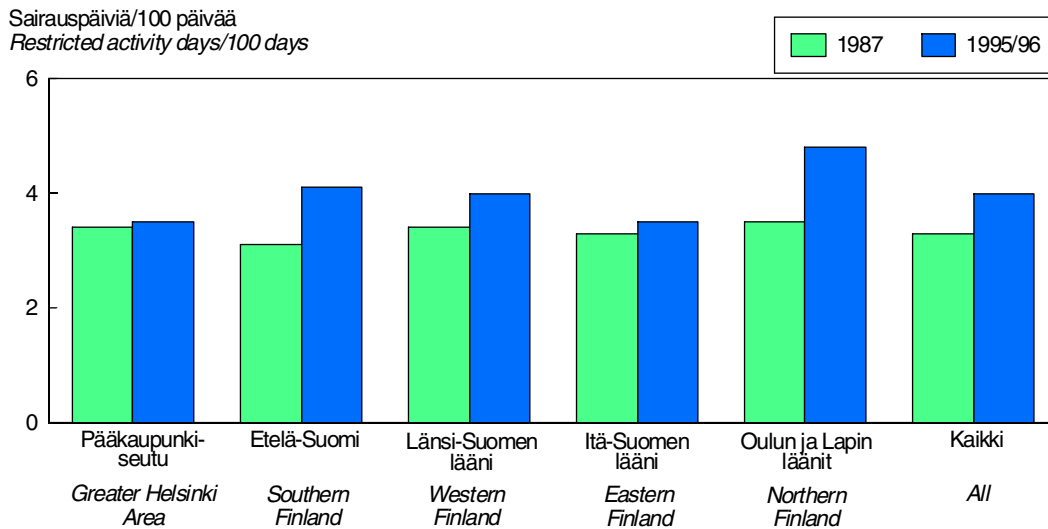
Kuva 3.3.1. Sairauspäivien määrä sataa päivää kohti ikäryhmittäin vuosina 1987 ja 1995/96.
Figure 3.3.1. Number of restricted activity days (per 100 days) by age and sex, 1987 and 1995/96.



Kuva 3.3.2. Sairauspäivien määrä sataa päivää kohti tuloluokittain vuosina 1987 ja 1995/96, ikä- ja sukupuolivakioituneet luvut.
Figure 3.3.2. Number of restricted activity days (per 100 days) by income group, 1987 and 1995/96, standardised by age and sex.

Alueittain tarkastellen Oulun ja Lapin läänien asukkailla oli sairauspäiviä eniten (kuva 3.3.3). Pääkaupunkiseudulla sekä Itä-Suomessa niitä oli vuosien 1995/96 tutkimuksessa hieman vähemmän kuin muualla Suomessa. Alueittaiset erot olivat nyt jonkin verran suuremmat kuin vuonna 1987, jolloin eroja ei käytännöllisesti ollut.

People living in Northern Finland had the highest number of restricted activity days in 1995/96 (Figure 3.3.3). The lowest figures were for Greater Helsinki Area and Eastern Finland. Regional variations were somewhat larger in 1995/96 than in 1987.



Kuva 3.3.3. Sairauspäivien määrä sataa päivää kohti alueittain vuosina 1987 ja 1995/96, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut.

Figure 3.3.3. Number of restricted activity days (per 100 days) by region, 1987 and 1995/96, standardised by age and sex.

3.4 Koettu terveydentila

Koettu terveys

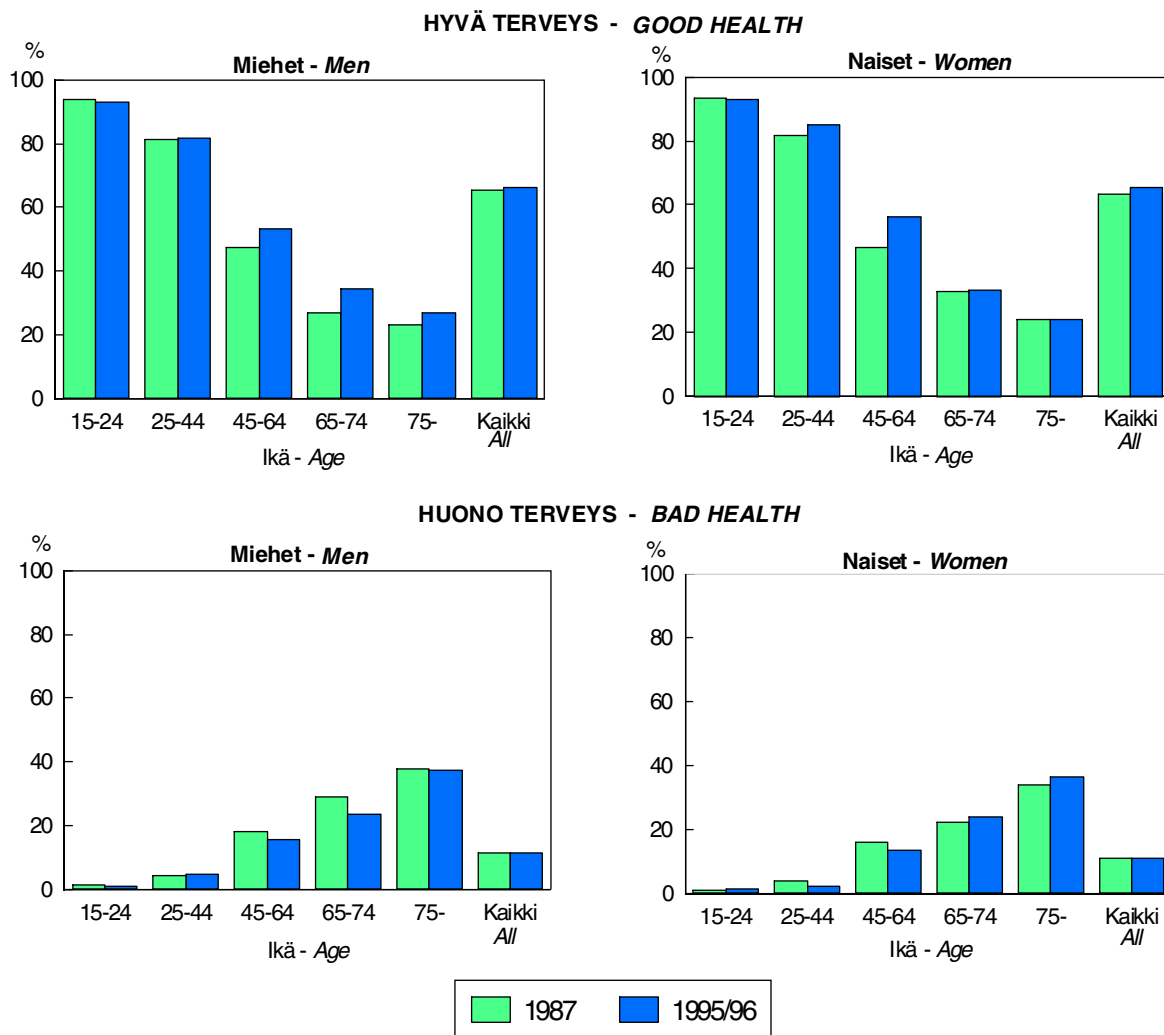
Koettua terveyttä tarkasteltiin niiden aikuisten osuiksi, jotka ilmoittivat terveydentilansa 1) hyväksi tai melko hyväksi (jatkossa: hyvä terveys) ja 2) huonoksi tai melko huonoksi (jatkossa: huono terveys). Koettua terveyttä ei kysytty sijaisvastaajilta.

Aikuisväestön terveydentila oli parempi vuosina 1995/96 kuin vuonna 1987, kun sitä tarkasteltiin koetun terveyden avulla. Hyväksi terveytensä ilmoittaneiden osuudet kasvoivat ja vastaavasti huonoksi terveytensä ilmoittaneiden osuudet hieman pienivät (kuva 3.4.1; liitetaulukot 3.8 ja 3.9). Eniten koettu terveys parani 25–64-vuotiailla naisilla ja 45–64-vuotiailla miehillä. Muutos jakautui tasaisesti eri tuloluokkiin, joten myös vuosina 1995/96 alimmassa tuloviidenneksessä huonoksi terveytensä kokevien osuus oli suurin (15 %) ja vastaavasti hyväksi terveytensä kokevien osuus pienin (58 %). Vastaavat osuudet ylimmässä tuloviidenneksessä olivat 6 % ja 77 % (kuva 3.4.2). Sen sijaan muutosten suuruus vaihteli alueittain. Itä- ja Pohjois-Suomessa koettu terveys säilyi ennallaan, muualla taas hyväksi terveytensä ilmoittaneiden osuudet kasvoivat (kuva 3.4.3).

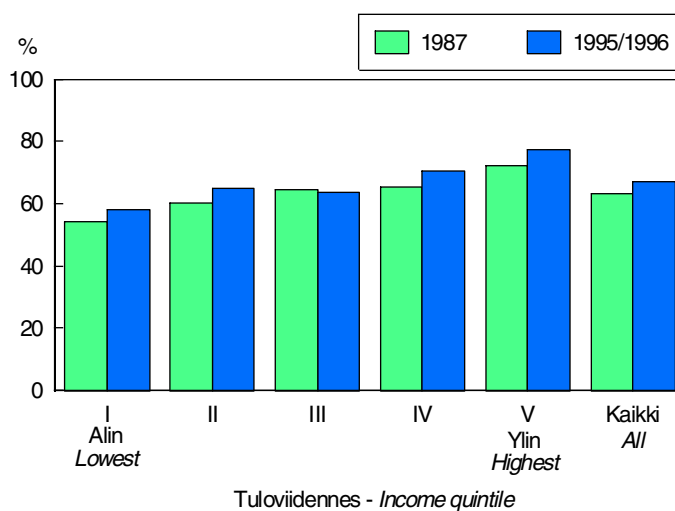
3.4 Self-perception of general health status

Perceived health

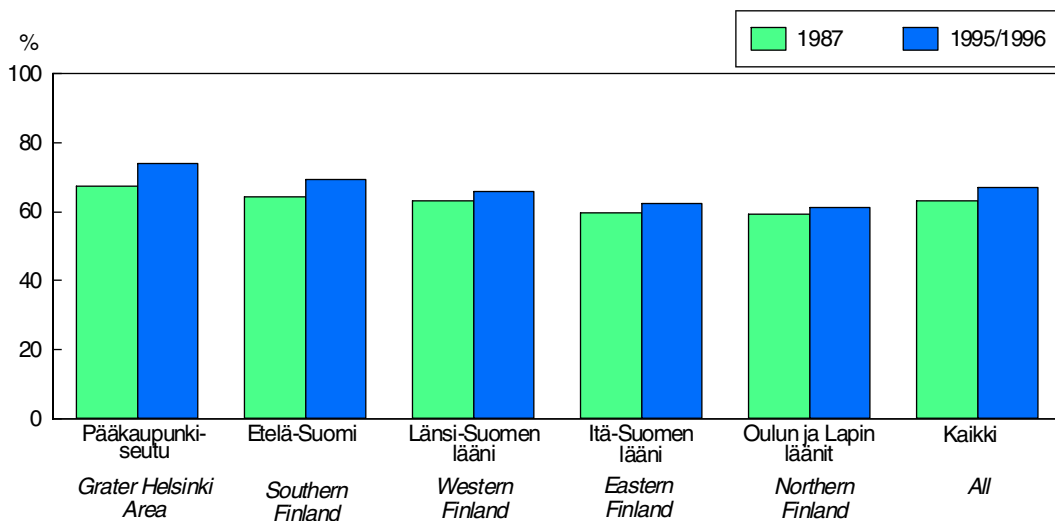
Perceived health was evaluated by classifying adults who reported their general health as good or rather good as having good health and those who reported it as poor or rather poor as having bad health. Perceived health was not enquired of those interviewed as proxies. Defined in this way, health status seemed to have improved in the adult population since 1987. The rates of those reporting good health had increased and those with bad health declined slightly (Figure 3.4.1; Appended Tables 3.8 and 3.9). The improvement was highest among women aged 25 to 64 and men aged 45 to 64. Changes by income quintile were almost equal. Consequently, the distribution of perceived health by income was similar in both surveys. In 1995/96 the proportion of people reporting bad health was highest (15%) and of those reporting good health lowest (58%) in the lowest income group; in the highest income group, the proportions were 6% and 77%, respectively (Figure 3.4.2). The regional changes varied, however. In Eastern and Northern Finland, there was no difference in rates of perceived health between 1987 and 1995/96, whereas elsewhere good health was more likely to be reported in 1995/96 than in 1987 (Figure 3.4.3).



Kuva 3.4.1. Koettu terveys aikuisilla (%) iän ja sukupuolen mukaan vuosina 1987 ja 1995/96.
Figure 3.4.1. Perceived health (%) among adults by age and sex, 1987 and 1995/96.



Kuva 3.4.2. Hyväksi terveytensä kokeneet aikuiset (%) tuloluokittain vuosina 1987 ja 1995/96, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut.
Figure 3.4.2. Adults reporting good health (%) by income group, 1987 and 1995/96, standardised by age and sex.



Kuva 3.4.3. Hyväksi terveytensä kokeneet aikuiset (%) alueittain vuosina 1987 ja 1995/96, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut.

Figure 3.4.3. Adults reporting good health (%) by region, 1987 and 1995/96, standardised by age and sex.

Terveysten liittyvä elämänlaatu

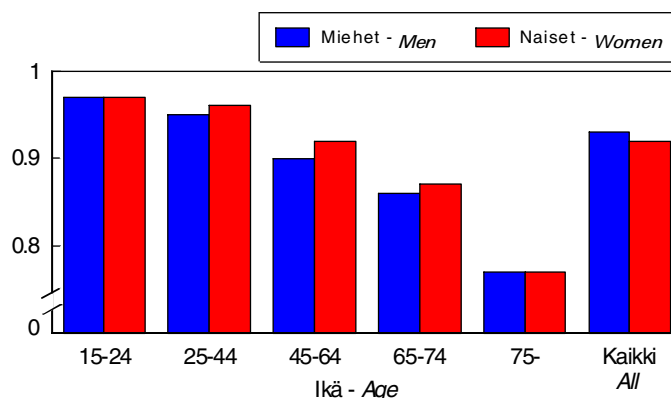
Terveysten liittyvää elämänlaatu selvitettiin vuosien 1995/1996 haastattelun yhteydessä 15D:n avulla. Väestön terveydentilaa tarkasteltiin tässä yhteydessä indeksimittarin avulla. (Liite 4)

Nuorilla aikuisilla terveyteen liittyvä elämän laatuindeksi sai lähes parhaan mahdollisen arvon, 0,97. Vanhimmissa ikäluokassa se oli keskimäärin kaksi kymmenesosa alhaisempi. Sukupuolten välisiä eroja ei ollut nuorimmassa ja vanhimmassa ikäryhmässä, mutta muissa ikäryhmissä naisten terveydentila oli samanikäisiä miehiä parempi (kuva 3.4.4). Terveysten liittyvässä elämänlaadussa oli tuloryhmittäisiä ja alueellisia eroja. Elämänlaatu oli parasta kahdessa ylimmässä tuloryhmässä sekä pääkaupunkiseudulla ja koko Etelä-Suomessa (kuvat 3.4.5 ja 3.4.6; liitetaulukko 3.10).

Health-related quality of life

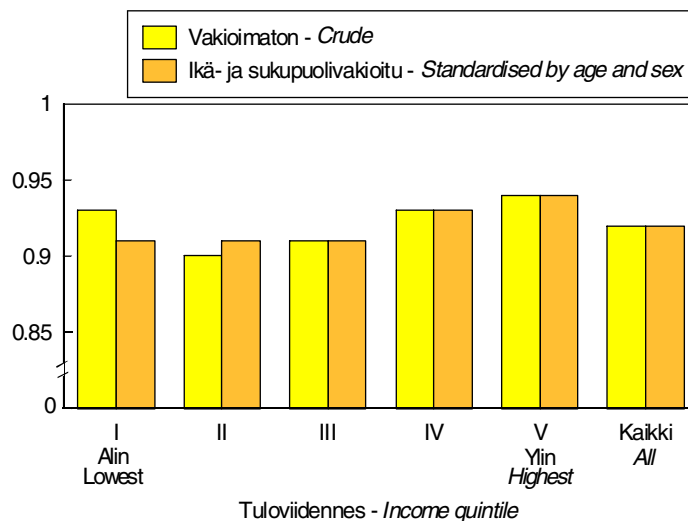
The most recent survey investigated the health-related quality of life (HRQOL) by 15D. The results were presented according to the 15D index score. (Appendix 4)

The 15D index score almost reached the maximum, 0.97, among the youngest adults, that is, under 25s, thus indicating that their health was very good. The value was two tenths lower among the over 75s. The differences by sex were not found in the youngest and oldest age group, but in other age groups health related quality of life was better for women (Figure 3.4.4). The index scores varied by income and region. Quality of life was highest among persons in the two highest income groups and in Southern Finland, the Greater Helsinki Area included (Figures 3.4.5 and 3.4.6; Appended Table 3.10).

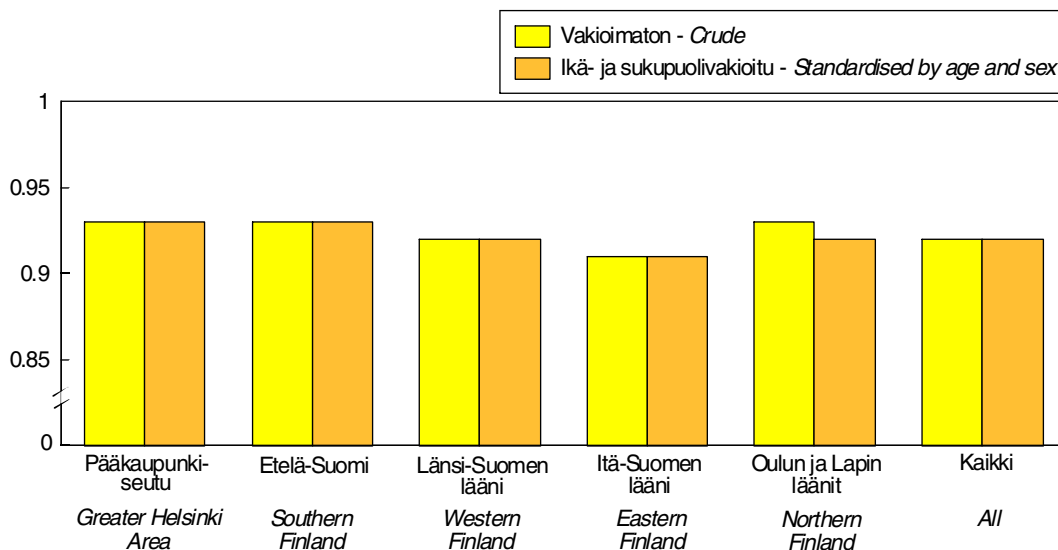


Kuva 3.4.4. Terveysten liittyvän elämänlaadun (15D) indeksit aikuisilla iän ja sukupuolen mukaan vuosina 1995/96.

Figure 3.4.4. Average 15D scores among adults by age and sex, 1995/96.



Kuva 3.4.5. Terveysteen liittyvän elämänlaadun (15D) indeksit aikuisilla tuloluokittain vuosina 1995/96.
Figure 3.4.5. Average 15D scores among adults by income group, 1995/96.



Kuva 3.4.6. Terveysteen liittyvän elämänlaadun (15D) indeksit aikuisilla alueittain vuosina 1995/96.
Figure 3.4.6. Average 15D scores among adults by region, 1995/96.

3.5 Suun terveydentila

Suun terveys on parantunut viimeisten vuosikymmeni- en aikana erityisesti lapsilla ja nuorilla aikuisilla. Esi- merkiksi vain joka sadannella 17-vuotiaalla oli terve suu vuonna 1976, mutta parikymmentä vuotta myöhemmin heitä oli jo 13 %. Tällä vuosikymmenellä paraneminen on hidastunut (Suomalaisten terveys 1996, 1997). Ai- kuisväestön suun terveyden kehitystä on seurattu haas- tattelututkimuksen keinoin tässä tutkimussarjassa vu- odesta 1968, mutta vastaavat kattavat tilastotiedot puut- tuvat (Nyman 1983 ja 1990). Kliiniseen tutkimukseen perustuvia väestötason tietoja on saatavilla vuosien 1978–1980 Mini-Suomi-tutkimuksista (Nyman 1983 ja 1990; Vehkalahti ym. 1991).

3.5 Oral health

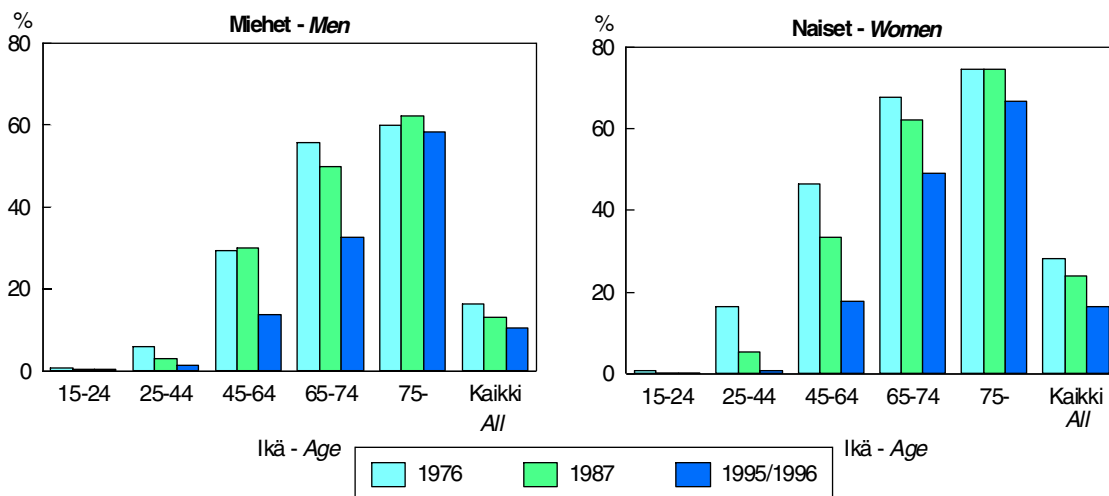
Oral health has improved since the 1970s, particularly among children and adolescents. For example, in 1976 only 1% of 17-year-olds had never had caries, but two decades later the percentage has risen to 13%. In the 1990s, the rate of improvement in oral health has retarded (Suomalaisten terveys 1996, 1997). Oral health of the adult population has been monitored by means of health interviews in this series since 1968, as corres- ponding statistical data are missing (Nyman 1983 and 1990). The latest adult-population surveys based on cli- nical assessment were conducted in 1987–1980 (Nyman 1983 and 1990; Vehkalahti et al. 1991).

Suun terveydentilaa selvitetiin 15 vuotta täyttäneeltä aikuisväestöltä. Haastateltavilta tiedusteltiin puuttuvien hampaiden määrää viisiluokkaisella kysymyksellä sekä hammassäryn tai -vaivojen esiintymistä vuoden alun ja haastattelupäivän välisenä aikana. Ilmoitettujen hampaiden lukumääristä muodostettiin kaksi muuttujaa: hampaattomat ja alle kuusi hammasta menettäneet. Ainoastaan hampaattomuuden kehitystä tarkasteltiin vuodesta 1976 lähtien. Muutoin vertailu tehtiin vuosien 1987 ja 1995/96 välillä.

Hampaattoman aikuisväestön osuus oli lähes puoliintunut vuosina 1976–1995/96. Hampaattomien osuus väheni eniten 45–64-vuotiaiden naisten (30 prosenttiyksikköä) ja 65–74-vuotiaiden miesten (23 prosenttiyksikköä) keskuudessa. Muutos oli suhteellisesti suurin 25–44-vuotiailla. Hampaattomuus on ollut ja oli edelleen vuosina 1995/96 yleisempää naisten kuin miesten keskuudessa, mutta sukupuolten välinen ero kaventui huomattavasti tarkasteluvälillä (kuva 3.5.1; liitetaulukko 3.11).

The present survey evaluated the oral health status of over 15s. Respondents were asked about their number of missing teeth in a question with five categories and also about the occurrence of acute toothache or other dental trouble since the beginning of the study year. Two indicators were formed from the reported number of teeth: occurrence of edentulousness and the proportion of respondents with fewer than six teeth missing. Trends over time since 1976 were shown only for edentulousness by age and sex. Otherwise, the findings of the 1995/96 survey were compared with those of the 1987 survey.

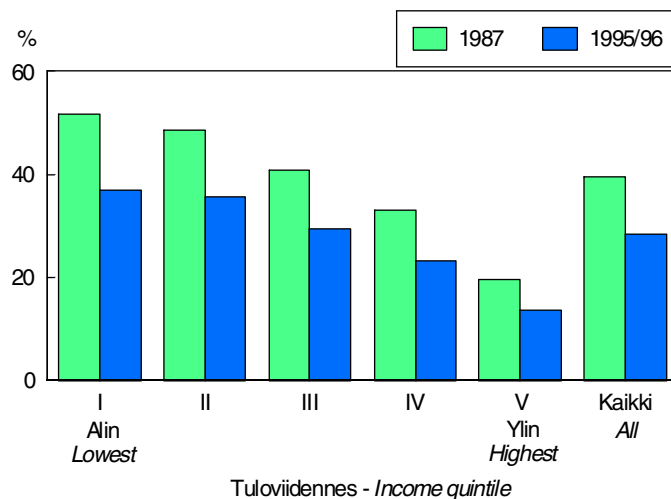
The occurrence of edentulousness in the adult population declined by approximately half between 1976 and 1995/96. The reduction was highest among women aged 45–64 (30 percentage points) and men aged 65–74 (23 percentage points). However, the proportions fell relatively most among 25- to 44-year-olds. Edentulousness was more common among women than men in all previous studies and this trend continued, although the differences between sexes decreased markedly in 1995/96 (Figure 3.5.1; Appended Table 3.11).



Kuva 3.5.1. Hampaattomuus aikuisilla iän ja sukupuolen mukaan vuosina 1976, 1987 ja 1995/1996.
Figure 3.5.1. Edentulousness among adults (%) by age and sex, 1976, 1987 and 1995/96.

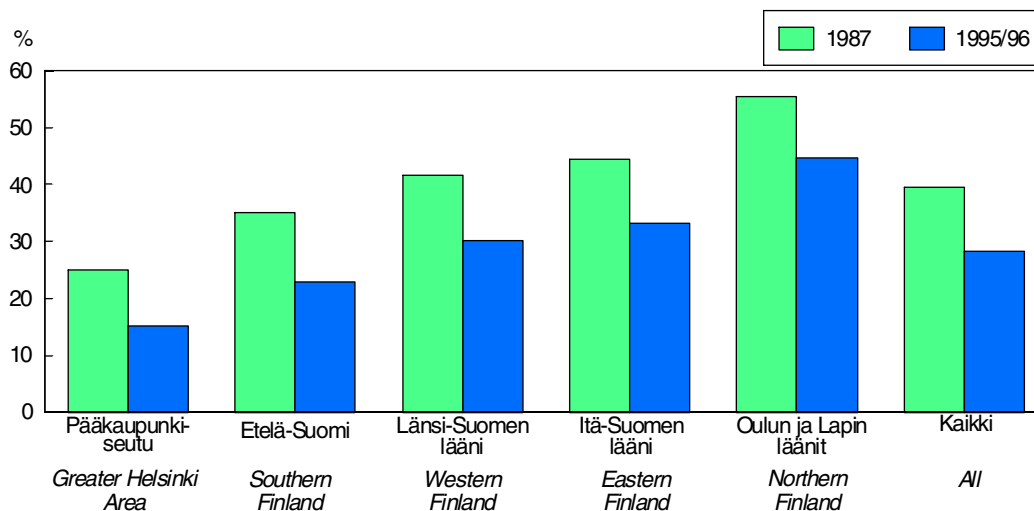
Hampaattomuuden esiintymistä tuloviidenneksittäin ja alueittain tarkasteltiin vain 45 vuotta täyttäneiden osalta, koska nuoremmassa ikäryhmässä hampaattomuus oli lähes hävinnyt vuosina 1995/96. Kaikissa aikaisemmissa tutkimuksissa hampaattomuus ja tulot ovat olleet kääntäen verrannollisia: mitä suuremmat olivat tulot, sitä harvinaisempaa oli hampaattomuus ja päinvastoin. Vuosina 1995/96 tuloluokittaiset erot olivat vähentyneet, koska hampaattomuuden muutos oli suurin alempiin tuloviidenneksiin kuuluvien keskuudessa. Hampaattomia oli enää 37 % alimmassa tuloviidenneksessä vuosina 1995/96, kun vielä vuonna 1987 joka toinen oli ollut hampaaton (kuva 3.5.2). Hampaattomuus väheni tasaisesti koko maassa, jokaisella alueella 10–12 prosenttiyksikköä (kuva 3.5.3). Hampaattomuus oli edelleen harvinaisinta pääkaupunkiseudulla ja yleisintä Oulun ja Lapin läänissä.

The occurrence of edentulousness by income and region was reported for over 45s in 1987 and 1995/96, edentulousness having almost disappeared among younger age groups in 1995/96. Data from all previous studies in this series have shown that income is negatively correlated with edentulousness; this was true also in 1995/96. However, the reduction seemed to be more marked for those in the lower income quintiles than for those in the higher quintiles and therefore these differences narrowed. For example, the occurrence of edentulousness in the lowest income quintile was only 37% in 1995/96, whereas it was about 50% in 1987 (Figure 3.5.2). Edentulousness decreased evenly across the whole country, i.e. 10–12 percentage points in every region (Figure 3.5.3). Therefore, edentulousness was still reported most in Northern Finland and least in the Greater Helsinki Area (Figure 3.5.3).



Kuva 3.5.2. Hampaattomuus 45 vuotta täyttäneillä (%) tuloluokittain vuosina 1987 ja 1995/1996, ikä- ja sukupuolivaikoidut luvut.

Figure 3.5.2. Edentulousness among over 45s (%) by income group, 1987 and 1995/96, standardised by age and sex.

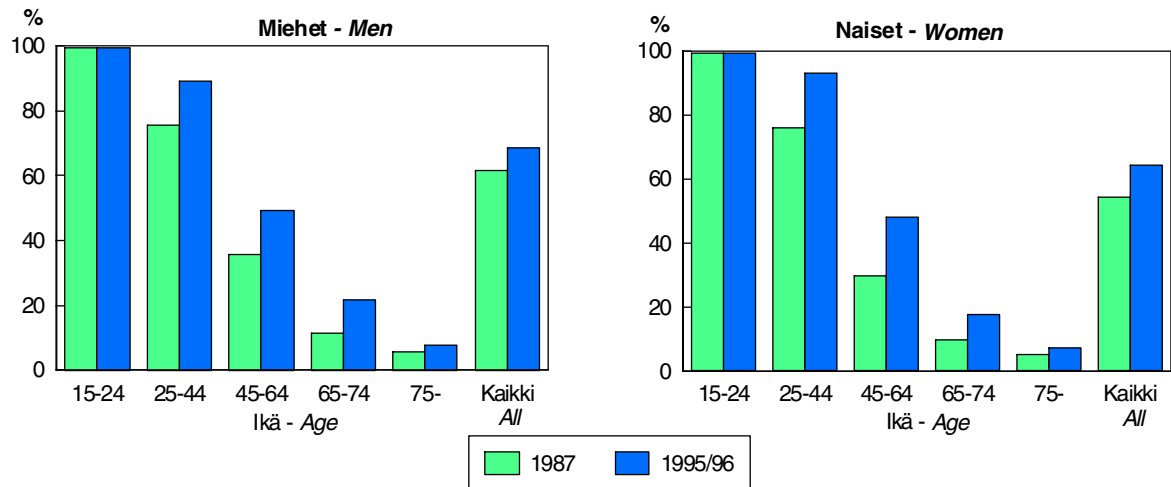


Kuva 3.5.3. Hampaattomuus 45 vuotta täyttäneillä (%) alueittain vuosina 1987 ja 1995/1996, ikä- ja sukupuolivaikoidut luvut.

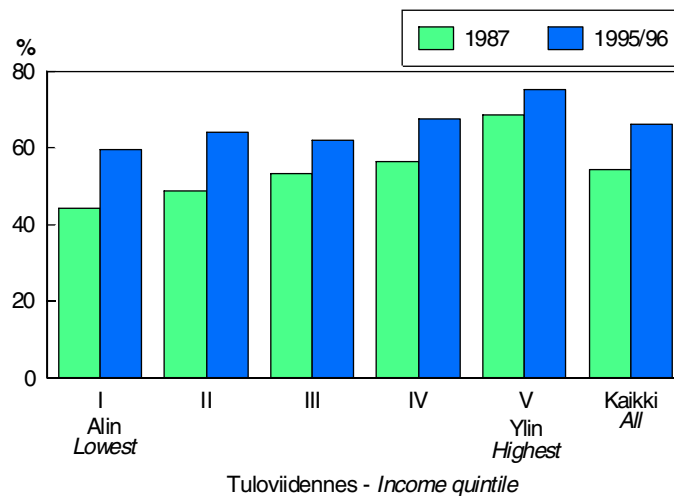
Figure 3.5.3. Edentulousness among over 45s (%) by region, 1987 and 1995/96, standardised by age and sex.

Vain muutaman hampaan, alle kuusi hammasta, menettäneiden osuus kasvoi merkittävästi tarkasteluvälillä lukuun ottamatta nuorinta ja vanhinta ikäryhmää. Nuorten osuus oli lähes 100 % jo vuonna 1987, ja ikään-tyneet olivat jo ennen edellisen tutkimuksen suorittamista menettäneet tämän verran hampaitaan. Sukupuolten välisiä eroja ei näissä osuuksissa ollut (kuva 3.5.4; liitetaulukko 3.12). Sen sijaan alle kuusi hammasta menettäneitä oli edelleen eniten ylimmässä tuloviidenneksessä ja pääkaupunkiseudulla. Mutta myös nämä erot näyttivät vähentyneen tutkimusvuosien välillä. Esimerkiksi alimman ja ylimmän tuloviidenneksen välinen ero väheni 9 prosenttiyksikköä ja oli 16 prosenttiyksikköä vuosina 1995/96. Pääkaupunkiseudun ja pohjoisten läänien välinen ero pieneni pari prosenttiyksikköä vähemmän (kuvat 3.5.5 ja 3.5.6).

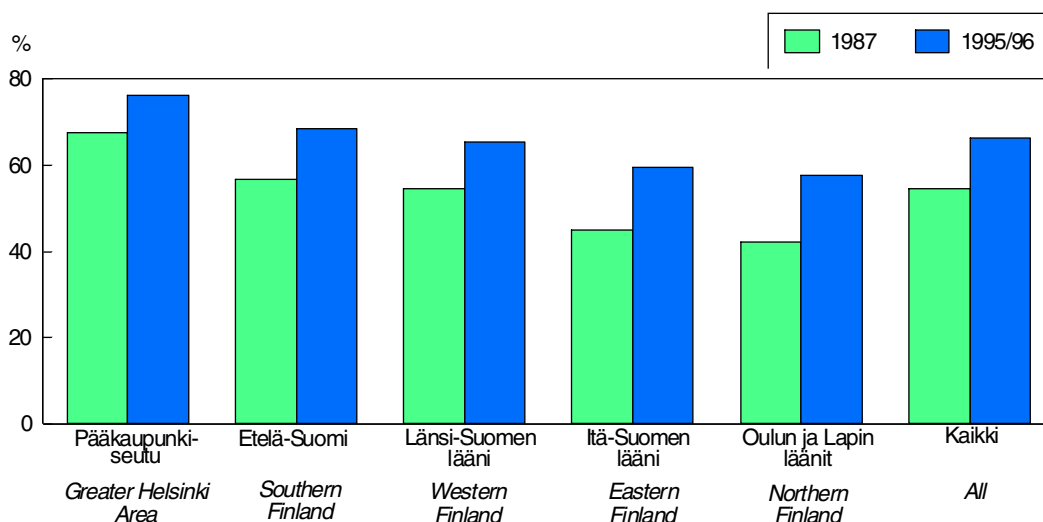
The proportion of those with fewer than six teeth missing has increased markedly since 1987, except in the youngest and oldest age groups. With reference to the latter, note that the proportions in the most recent survey had already been reached among the respective cohorts in 1987. For the youngest persons, the proportion was already then the best possible, namely, 100% and the oldest persons had already lost that number of teeth (six) (Figure 3.5.4; Appended Table 3.12). There were no differences between sexes, but variations by income and region were still found, albeit less so in 1995/96 than in 1987. For example, the total difference between the lowest and highest income quintiles was 16 percentage points in 1995/96 but 25 percentage points in 1987. The regional difference was still greatest between the Greater Helsinki Area and Northern Finland, the reduction there being 7 percentage points (Figures 3.5.5 and 3.5.6).



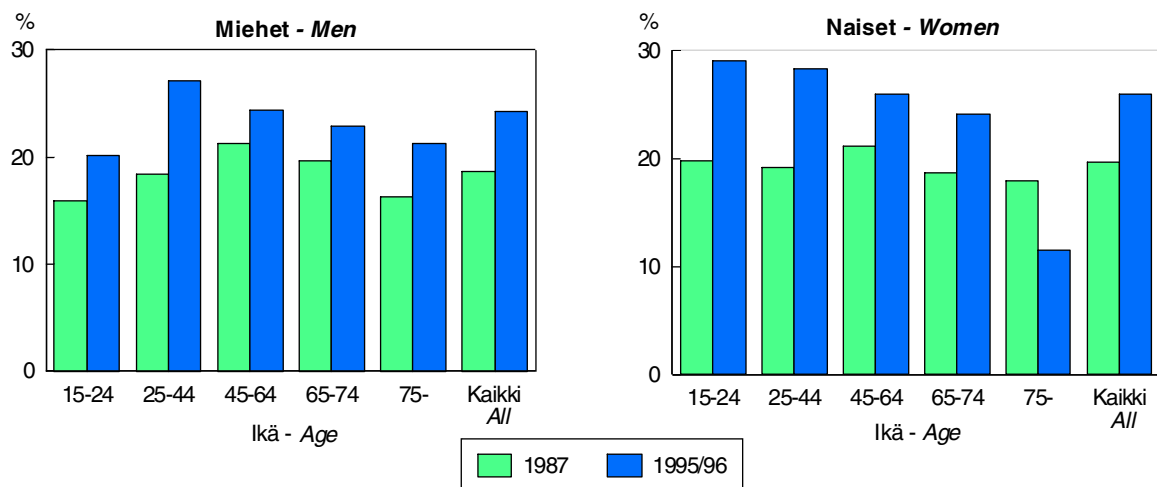
Kuva 3.5.4. Alle kuusi hammasta menettäneet aikuiset (%) iän ja sukupuolen mukaan vuosina 1987 ja 1995/96.
Figure 3.5.4. Adults with fewer than six teeth missing (%) by age and sex, 1987 and 1995/96.



Kuva 3.5.5. Alle kuusi hammasta menettäneet aikuiset (%) tuloluokittain vuosina 1987 ja 1995/96, ikä- ja sukupuolivakioituidut luvut.
Figure 3.5.5. Adults with fewer than six teeth missing (%) by income group, 1987 and 1995/96, standardised by age and sex.



Kuva 3.5.6. Alle kuusi hammasta menettäneet aikuiset (%) alueittain vuosina 1987 ja 1995/96, ikä- ja sukupuolivakioituidut luvut.
Figure 3.5.6. Adults with fewer than six teeth missing (%) by region, 1987 and 1995/96, standardised by age and sex.

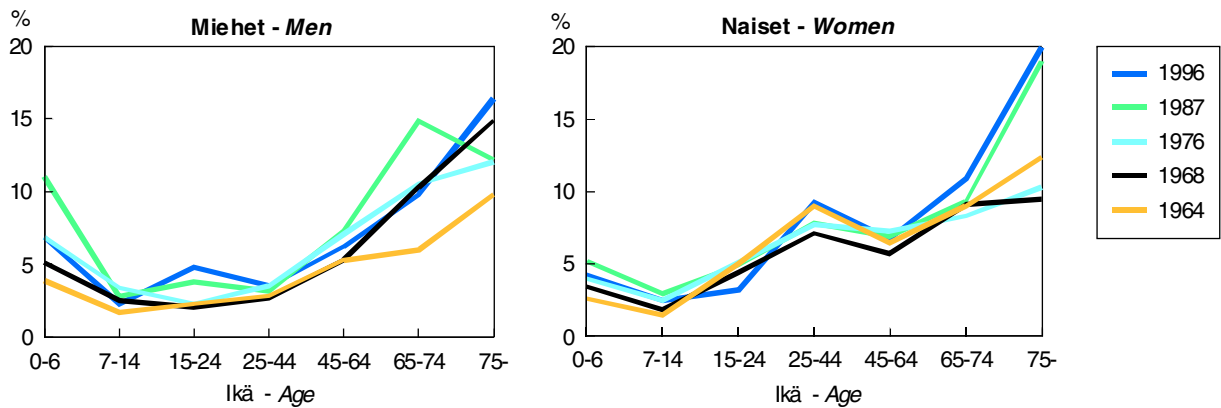


Kuva 3.5.7. Hammassäryn ja -vaivojen esiintyminen viiden kuukauden aikana aikuisilla (%) iän ja sukupuolen mukaan vuosina 1987 ja 1995/96.

Figure 3.5.7. Adults reporting toothache or other oral trouble in last 5 months (%) by age and sex, 1987 and 1995/96.

Huonommalta suun terveydentilan kehitys näytti, kun sitä tarkasteltiin hammassäryn ja -vaivojen esiintymisenä (kuva 3.5.7). Vuonna 1987 joka viides ja vuosina 1995/96 joka neljäs ilmoitti kärsineensä hammasvivoista. Hammasoireet olivat lisääntyneet eniten, noin 9 prosenttiyksikköä, 25–44-vuotiaiden keskuudessa, eikä sukupuolten välisiä eroja näyttänyt olevan. Sen sijaan nuoret naiset ja ikääntyneet miehet olivat kärsineet hammasoireista vastakkaista sukupuolta useammin (kuva 3.5.7; liitetaulukko 3.13). Tuloilla ei näyttänyt olevan yhteyttä hammasoireiden esiintymiseen. Myös alueelliset erot olivat vähäisiä.

Oral health showed a deterioration when the indicator was the occurrence of acute toothache or other trouble (Figure 3.5.7). About a fifth of adults (19%) in 1987 and a quarter (25%) in 1995/96 reported dental problems during the previous five months. The greatest increase, about 9 percentage points, was among men and women aged 25 to 44. Younger women and elderly men reported more dental problems than their counterparts (Figure 3.5.7; Appended Table 3.13). There was no variation by income and little by region.



Kuva 4.1.1. Sairaalan vuodeosastohoidossa viiden kuukauden aikana olleet (%) iän ja sukupuolen mukaan vuosina 1964–1996.

Figure 4.1.1. *Inhabitants hospitalised in last 5 months (%) by age and sex, 1964–1996.*

Sairaalapalvelujen käytön tulo- ja alueryhmittäinen jakauma ei ole muuttunut paljon. Kahdessa ylimmässä tuloviidenneksessä sairaalahoito oli hieman muuta väestöä harvinaisempaa vielä senkin jälkeen, kun tuloviidennesten väliset erot ikä- ja sukupuolirakenteessa sekä pitkäaikaissairastavuudessa oli otettu huomioon. Alueittain tarkasteltuna sairaalahoidossa olleiden osuus oli pienin pääkaupunkiseudulla, missä se oli noin 3 prosenttiyksikköä pienempi kuin Oulun ja Lapin lääneissä.

The distribution of inpatient care by income and region did not change very much. The proportion of persons who had used inpatient care in the two highest income quintiles was not as high as it was in other quintiles, even after standardising by age, sex and chronic illness. Regionally the proportion was lowest in the Greater Helsinki Area, where it was about three percentage points lower than in Northern Finland.

4.2 Lääkäripalvelut

4.2 Doctors' services

Avohoidon lääkäriiskäynnit jaetaan seuraavassa sairauksien takia tehtyihin käynteihin ja terveystarkastuksiin. Raskauden takia tehdyt käynnit sisältyvät sairauskäynteihin. Sairauden takia tehtyjen käyntien vuositasolle korotettuja määriä tarkastellaan myös erikseen sektoreittain. Uusimman tutkimusaineiston lääkäriiskäyntejä voidaan tarkastella yksityiskohtaisemmin, sillä tällöin tutkimuksessa tiedusteltiin neljän viikon aikana tapahtuneiden kaikkien käyntien pääasiallista syytä, minkä perusteella voidaan arvioida lääkäriiskäyntien jakautumista tautiryhmittäin. Vuoden 1996 tutkimuksessa selvitettiin myös lääkärin kanssa puhelimesta omasta sairaudesta keskustelleiden osuutta.

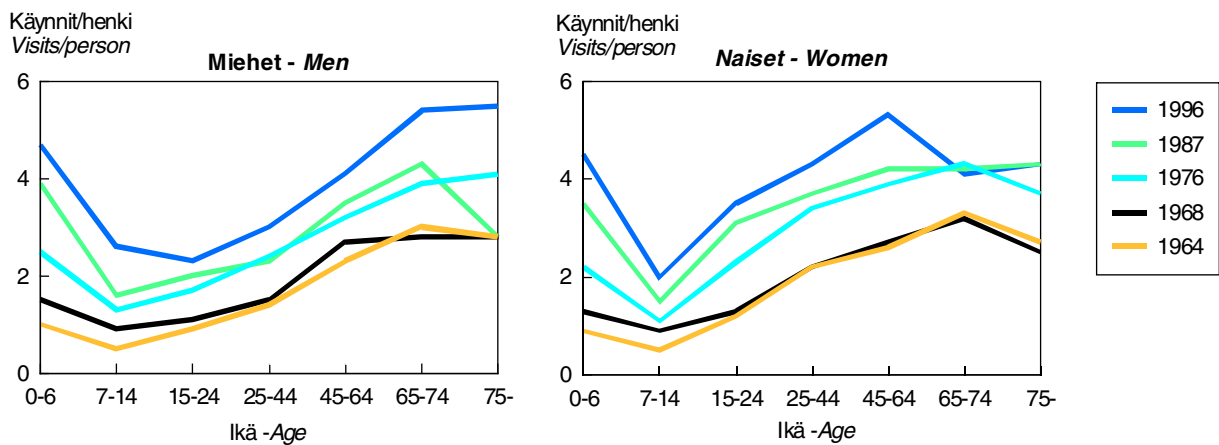
Visits to the doctor were considered separately for visits due to illness and visits for health examinations. Visits due to pregnancy were included in the former. Visits on account of illness were also examined separately for different sectors. The 1995/96 survey contained questions about the main reason for each visit during the last four weeks, thus making it possible to assess the distribution of visits by main disease category. In 1996, questions were also asked about the number of telephone contacts with a doctor.

4.2.1 Sairauden takia tehdyt käynnit

4.2.1 Visits due to illness

Avohoidon lääkäripalvelujen käyttö on viimeksi kuluneiden kolmenkymmenen vuoden aikana kaksinkertaistunut (kuva 4.2.1). Vuonna 1964 aikuiset kävivät sairauksien vuoksi avohoidon lääkäriiskäynnissä keskimäärin 1,8 kertaa eli väestötasolla tehtiin kaikkiaan noin 6 miljoonaa tällaista käyntiä. Vuonna 1996 aikuisten vastaavat luvut olivat 4,1 kertaa ja 16,5 miljoonaa käyntiä. Lapset mukaan lukien vuonna 1996 tehtiin lähes 20 miljoonaa lääkäriiskäyntiä.

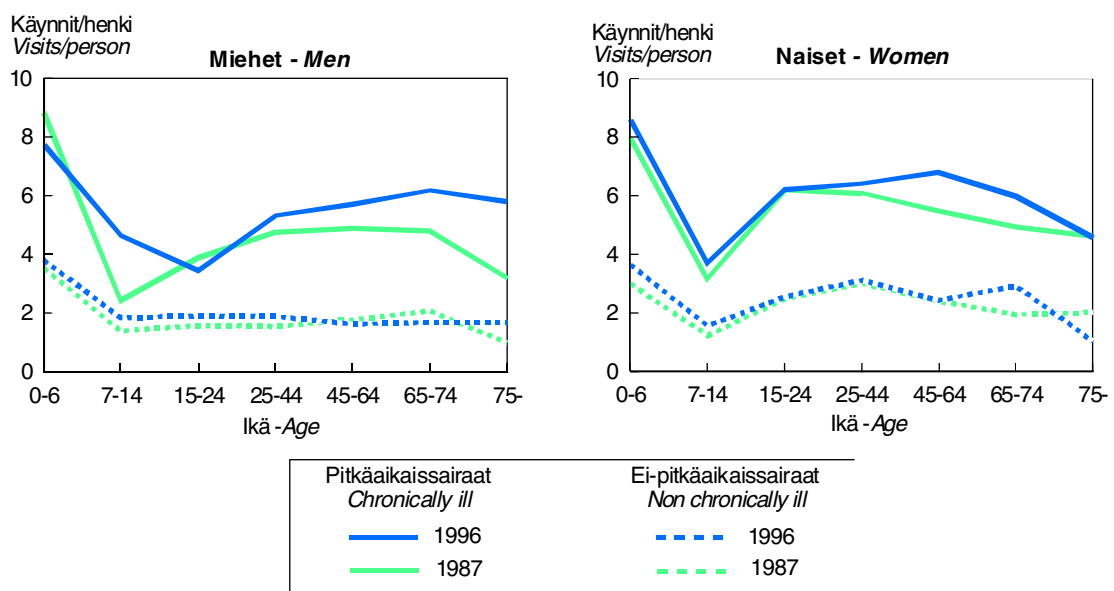
The total number of visits to a doctor doubled between 1964 and 1996 (Figure 4.2.1). In 1964, adults saw a doctor 1.8 times a year on average, which means about 6 million visits at population level. In 1996, the corresponding figures were 4.1 and 16.5 million. With children included, the total number of visits was nearly 20 million in 1996.



Kuva 4.2.1. Avohoidon lääkärikkäyntien määrä henkeä kohti iän ja sukupuolen mukaan vuosina 1964–1996.
Figure 4.2.1. Number of visits to a doctor per inhabitant by age and sex, 1964–1996.

Vuonna 1996 lääkärikkäyntejä tehtiin lähes kaikissa ikäryhmissä enemmän kuin vuonna 1987 (liitetaulukko 4.2). Naiset kävivät miehiä useammin lääkärissä, mikä näkyy erityisesti työikäisten naisten samanikäisiä miehiä runsaampina käyttömäärinä. Yli 75-vuotiailla miehillä käyntimäärien lisääntyminen oli erittäin suurta, ja vuonna 1996 tämänikäisillä miehillä oli enemmän käyntejä kuin samanikäisillä naisilla. Käyntimäärät lisääntyivät sekä pitkäaikaissairailta että muilla samassa suhteessa (kuva 4.2.2).

The number of visits increased between 1987 and 1996 in almost all age groups (Appended Table 4.2). Women, particularly those of working age, still made greater use of doctors' services than men. For men over 75 the number of visits increased substantially, and in 1996 men in this age group went to the doctor even more often than did women of the same age. The number of visits increased among both the chronically and non-chronically ill (Figure 4.2.2).

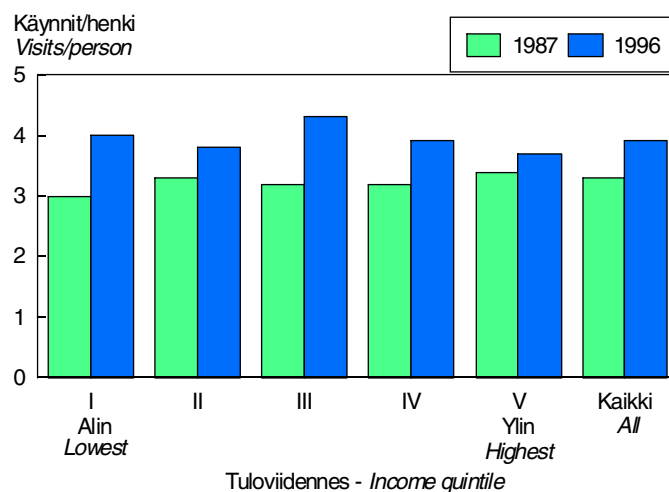


Kuva 4.2.2. Avohoidon lääkärikkäyntien määrä henkeä kohti pitkäaikaissairailta ja muilla iän ja sukupuolen mukaan vuosina 1987 ja 1996.

Figure 4.2.2. Number of visits to a doctor per inhabitant among chronically ill and non-chronically ill by age and sex, 1987 and 1996.

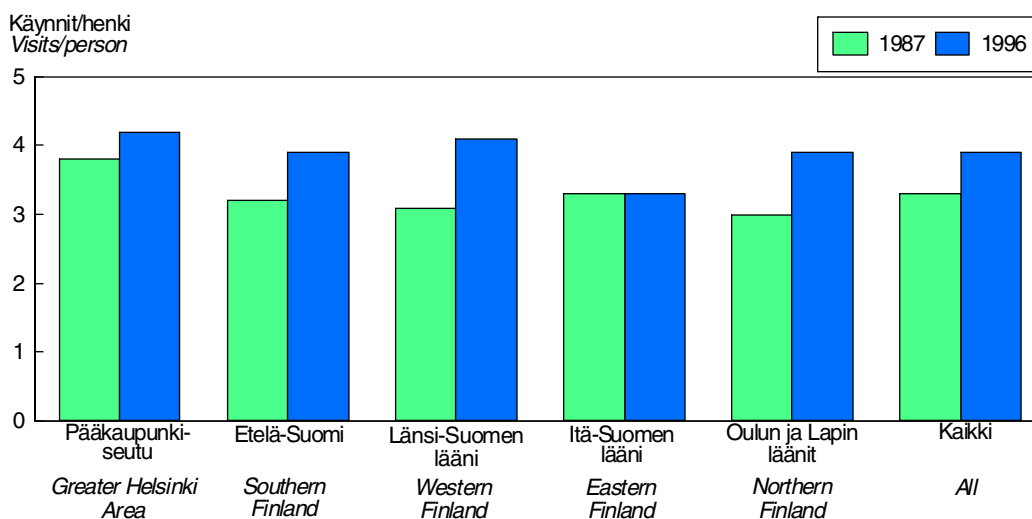
Lääkäri-ikäkäyntien määrä on lisääntynyt kaikissa tuloviidenneksissä, eniten alimmassa ja kolmannessa ja vähiten ylimmässä tuloviidenneksessä (kuva 4.2.3). Ikä-, sukupuoli- ja pitkäaikaissairastavuusvakioitujen käyntimäärien perusteella lääkäri-ikäkäynnit olivat vuonna 1996 jakaantuneet tuloluokittain suurin piirtein suhteessa pitkäaikaissairastavuuden perusteella arvioituun tarpeeseen. Alueellisesti lääkäri-ikäkäyntien määrä lisääntyi eniten Etelä-, Länsi- ja Pohjois-Suomessa ja kahden äärialueen erot olivat edelleen huomattavia: pääkaupunkiseudulla käyntimäärät olivat vuonna 1996 noin 25 % suuremmat kuin Itä-Suomen läänissä, ja ero oli kasvanut vuodesta 1987 (kuva 4.2.4). Alueelliset erot säilyivät lähes ennallaan, vaikka väestöryhmien väliset erot ikä- ja sukupuolirakenteessa ja pitkäaikaissairastavuudessa otettiin huomioon.

The number of visits increased in all income quintiles, most in the lowest, and least in the highest (Figure 4.2.3). In 1996, there were no great differences in age, sex or chronic illness-standardised visits between income groups. This may indicate that equal utilisation for equal need has been achieved between the income groups. Regionally the number of visits increased most in Southern, Western and Northern Finland. The difference between the two extreme areas were still considerable. In the Greater Helsinki Area, the total number of visits in 1996 was about 25% higher than in Eastern Finland and the difference was even greater than in 1987 (Figure 4.2.4). Regional differences remained even after standardisation by age, sex and chronic illness.



Kuva 4.2.3. Avohoidon lääkäri-ikäkäyntien määrä henkeä kohti tuloluokittain vuosina 1987 ja 1996, ikä- ja sukupuoli-vakioitiedut luvut.

Figure 4.2.3. Number of visits to a doctor per inhabitant by income group, 1987 and 1996, standardised by age and sex.

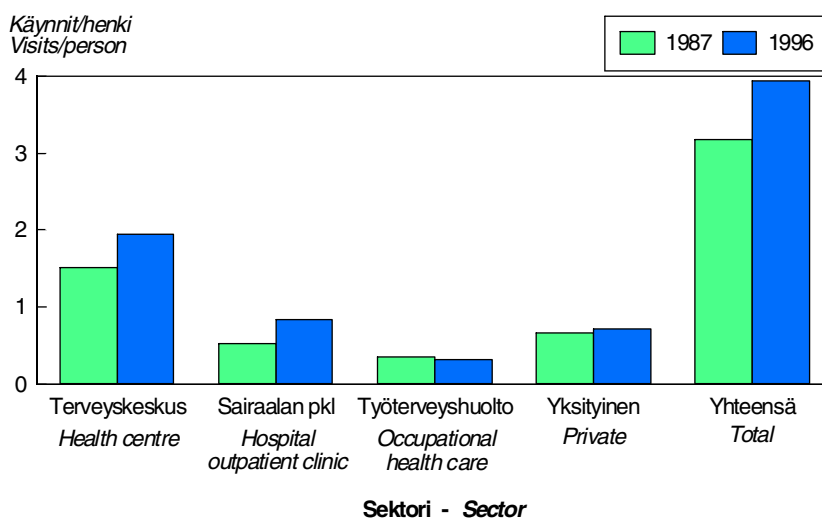


Kuva 4.2.4. Avohoidon lääkäri-ikäkäyntien määrä henkeä kohti alueittain vuosina 1987 ja 1996, ikä- ja sukupuoli-vakioitiedut luvut.

Figure 4.2.4. Number of visits to a doctor per inhabitant by region, 1987 and 1996, standardised by age and sex.

Lääkärissäkäyntien lisääntyminen on tapahtunut lähes yksinomaan terveyskeskuksissa ja sairaaloiden poliklinikoilla, sillä yksityisen sektorin ja työterveyshuollon sairauskäyntimäärät eivät juurikaan muuttuneet (kuva 4.2.5). Käynnit terveyskeskuksissa lisääntyivät lähes kaikissa ikä-, sukupuoli-, alue- ja tuloryhmissä. Ne kohdentuivat myös vuonna 1996 alempiin tuloryhmiin ja pääkaupunkiseudun ulkopuolelle (liitetaulukko 4.3). Käyntimäärän lisäys liittyy omalääkärijärjestelmän yleistymiseen, mikä tutkimusten mukaan lisää väestön lääkärisäkäyntejä (Häkkinen 1992; Häkkinen ym. 1996).

The increase in the number of visits to the doctor took place almost solely in health centres and the outpatient clinics of specialist hospitals; there was no change in the number of visits in the private sector or occupational care (Figure 4.2.5). The number of visits to health centre doctors increased in almost all age, sex, income and regional groups. In 1996, they were still concentrated in the lowest income quintile and regions outside the Greater Helsinki Area (Appended Table 4.3). The increase in visits may be associated with the growing prevalence of the municipal personal doctor system, which according to several studies increases the total number of visits (Häkkinen 1992; Häkkinen et al. 1996).



Kuva 4.2.5. Avohoidon lääkärisäkäyntien määrät sektoreittain vuosina 1987 ja 1996.
Figure 4.2.5. Number of visits to a doctor per inhabitant by sector, 1987 and 1996.

Poliklinikkakäynnit lisääntyivät eniten alle 6-vuotiailla ja yli 25-vuotiailla. Käynnit lisääntyivät kaikissa tuloviidenneksissä sekä alueittain tarkasteltuna pääkaupunkiseudulla, Länsi-Suomessa ja Pohjois-Suomessa (liitetaulukko 4.4). Sairaaloiden poliklinikkatoiminnan lisääntymisestä selittää erikoissairaanhoidon hoitokäytäntöjen muutos: nykyään yhä useammat toimenpiteet pyritään hoitamaan avohoidon käynteinä sairaaloiden poliklinikoilla vuodeosastohoidon sijasta.

Yksityissektorin käyttäjäjärkenne pysyi suurin piirtein ennallaan: ylimpään tuloviidennekseen kuuluvilla käyntejä oli eniten ja alimpaan viidennekseen kuuluvilla vähiten (liitetaulukko 4.5). Alueittain käyntejä oli edelleen eniten pääkaupunkiseudulla ja vähiten Itä- ja Pohjois-Suomessa.

Työterveyslääkärille tehtyjen käyntien käyttäjäjärkenne ei myöskään ole muuttunut suuresti vuoden 1987 jälkeen. Ainoa selvä muutos on alle 25-vuotiaiden käyntimäärien väheneminen. Vuonna 1996 työterveyshuollon lääkärisäkäyntien määrä oli pääkaupunkiseudulla 2,3 kertaa suurempi kuin Itä- ja Pohjois-Suomessa (liitetaulukko 4.6).

The number of visits to the outpatient clinics of specialist hospitals increased most for children under 6 and adults over 25. The number of visits increased in all income quintiles and regionally in the Greater Helsinki Area and in Western and Northern Finland (Appended Table 4.4). The increase reflects changes in clinical practices, many specialist procedures now being done on an outpatient rather than an inpatient basis.

The pattern of private sector visitors did not change between 1987 and 1996. The total number of visits was greatest in the highest income quintile and smallest in the lowest quintile (Appended Table 4.5). Regionally the use of private doctor services was greatest in the Greater Helsinki Area and lowest in Eastern and Northern Finland.

There was also no change in the pattern of visitors to occupational health doctors. The only visible change was a decrease in visits among the under 25s. In 1996 the total number of visits to occupational health doctors was 2.3 times greater in the Greater Helsinki Area than in Eastern and Northern Finland (Appended Table 4.6).

Vuoden 1996 tutkimukseen sisältyneen kaikkien neljän viikon aikana tapahtuneiden käyntien pääasiallista syytä koskevan kysymyksen perusteella voidaan arvioida, että kaikista avohoidon lääkäri-ikäikäynteistä noin 21 % aiheutui hengityselinsairauksista, 18 % tuki- ja liikuntaelinsairauksista, 12 % hermoston ja aistimien sairauksista sekä 10 % verenkiertoelinsairauksista (taulukko 4.2.1). Väestötasolla nämä luvut merkitsevät, että vuonna 1996 tehtiin 4,1 miljoonaa lääkäri-ikäikäyntiä hengityselinten sairauksien, 3,5 miljoonaa käyntiä tuki- ja liikuntaelinten sairauksien, 2,3 miljoonaa käyntiä hermoston sairauksien sekä 1,9 miljoonaa käyntiä verenkiertoelinten sairauksien takia.

The 1996 survey examined the distribution of visits to the doctor by main disease categories. About 21% of the visits were caused by diseases of the respiratory system, 18% by diseases of the musculoskeletal system and connective tissue, 12% by diseases of the nervous system and sensory organs and 10% by diseases of the circulatory system (Table 4.2.1). At country level, then, in 1996 about 4.1 million visits were due to diseases of the respiratory system, 3.5 million to diseases of the musculoskeletal system and connective tissue, 2.3 to diseases of the nervous system and 1.9 million to diseases of the circulatory system.

Taulukko 4.2.1. Lääkäri-ikäikäyntien jakautuminen (%) hoitoon hakeutumisen syynä olevan sairauden mukaan lapsilla ja aikuisilla sukupuoliryhmittäin vuonna 1996.

Table 4.2.1. Visits to a doctor according to disease (%) among children and adults by sex, 1996.

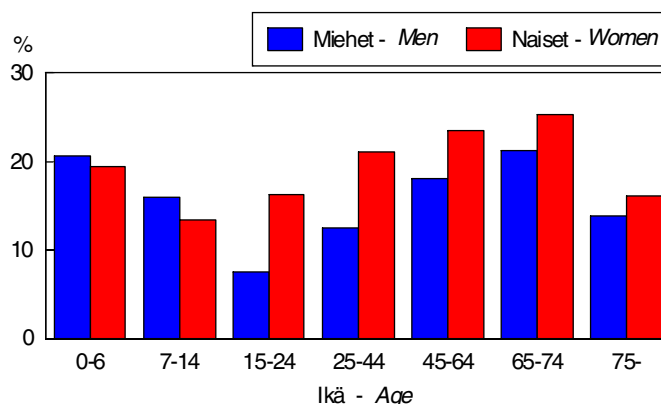
	Miehet Men	Naiset Women	Yhteensä Total		Miehet Men	Naiset Women	Yhteensä Total
Tartunta- ja loistaudit – Infectious diseases				Ruoansulatuselimistön sairaudet – Gastrointestinal disorders			
lapset – children	3.2	0	1.8	lapset – children	5.8	5.0	5.4
aikuiset – adults	0.6	0.6	0.6	aikuiset – adults	7.0	4.1	5.4
kaikki – all	1.1	0.5	0.8	kaikki – all	6.8	4.2	5.4
Kasvaimet – Neoplasms				Virtsa- ja sukuelinten taudit – Genitourinary and gynecological disorders			
lapset – children	0	1.1	0.5	lapset – children	2.9	0	1.6
aikuiset – adults	3.3	4.3	3.9	aikuiset – adults	4.9	7.1	6.1
kaikki – all	2.7	3.9	3.4	kaikki – all	4.5	6.2	5.4
Umpieritys- ja aineenvaihduntasairaudet – Endocrinological and metabolic disorders				Raskauden, synnytyksen ja lapsivuodeajan lisätaudit – Disorders related to pregnancy and delivery			
lapset – children	0	0	0	lapset – children	0	0	0
aikuiset – adults	3.3	3.8	3.6	aikuiset – adults	0	4.5	2.6
kaikki – all	2.6	3.3	3.0	kaikki – all	0	4	2.2
... joista diabetes – ... of which diabetes				Ihon ja ihonalaiskudoksen tulehdukset – Dermatologic disorders			
lapset – children	0	0	0	lapset – children	6.6	5.9	6.3
aikuiset – adults	1.5	1.2	1.4	aikuiset – adults	3.9	4.1	4.0
kaikki – all	1.2	1.1	1.1	kaikki – all	4.5	4.4	4.4
Vertamuodostavien elinten ja veren taudit – Hematological disorders				Allergiat – Allergic disorders			
lapset – children	0	0	0	lapset – children	7.1	4.9	6.2
aikuiset – adults	0	0.3	0.2	aikuiset – adults	1.2	2.0	1.7
kaikki – all	0	0.2	0.1	kaikki – all	2.4	2.4	2.4
Mielenterveyden häiriöt – Mental disorders				Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet – Musculoskeletal disorders			
lapset – children	0.5	0	0.3	lapset – children	1.9	3.2	2.5
aikuiset – adults	2.9	3.6	3.3	aikuiset – adults	21.3	19.6	20.3
kaikki – all	2.4	3.1	2.8	kaikki – all	17.5	17.6	17.5
Hermoston ja aistimien taudit – Neurological and sensory disorders				... joista selkäsairaudet – ... of which back disorders			
lapset – children	28.8	33.5	30.8	aikuiset – adults	9.2	5.5	7.0
aikuiset – adults	9.7	6.8	8.0	Oireita ja epämääräisesti määriteltyjä tapauksia – Unspecified symptoms			
kaikki – all	13.4	10.1	11.6	lapset – children	2.4	0.5	1.6
...joista korvatulehdukset – ...of which middle ear infections				aikuiset – adults	3.9	4.7	4.4
lapset – children	25.8	30.7	28.0	kaikki – all	3.6	4.3	4.0
Verenkiertoelinten taudit – Cardiovascular disorders				Väkivallan ja myrkyttämisen aiheuttamat vammat – Injuries and poisoning			
lapset – children	2.4	0	1.4	lapset – children	7.2	4.6	6.1
aikuiset – adults	13.0	10.2	11.4	aikuiset – adults	7.9	3.2	5.2
kaikki – all	10.9	8.9	9.8	kaikki – all	8.0	3.4	5.4
... joista verenpainetauti – ... of which hypertension							
aikuiset – adults	4.6	3.2	3.8				
Hengityselinten taudit – Respiratory disorders							
lapset – children	33.4	38.1	35.5				
aikuiset – adults	16.2	19.2	18.0				
kaikki – all	19.5	21.5	20.6				
...joista infektio – ... of which infections							
lapset – children	19.7	20.6	20.1				
aikuiset – adults	9.3	12.7	11.2				
kaikki – all	11.3	13.6	12.6				
...joista astma – ... of which asthma							
lapset – children	5.8	5.7	5.7				
aikuiset – adults	2.5	2.7	2.6				
kaikki – all	3.2	3.0	3.1				

Lapsilla lääkarissäkäyntejä aiheuttivat eniten korvatulehdukset (28 % käynneistä) ja erilaiset muut infektiot (20 % käynneistä). Aikuisilla tärkein syy oli tuki- ja liikuntaelinsairaudet (20 % käynneistä).

Lääkarissäkäyntejä voidaan jossain määrin korvata keskustelemalla lääkärin kanssa puhelimitse sairauksista ja niiden hoidosta. Vuoden 1996 tutkimuksessa tiedusteltiin näiden puhelinkontaktien yleisyyttä vuoden alusta noin viiden kuukauden ajanjaksolta ennen haastattelua. Lasten osalta tiedusteltiin vanhemmilta, olivatko he olleet puhelinyhteydessä lääkärin kanssa lasten sairauden takia. Noin 18 % väestöstä oli keskustellut puhelimitse sairauksien hoidosta lääkärin kanssa. Puhelinkontaktia oli eniten 65–74-vuotiailla naisilla (kuva 4.2.6), kolmessa ylimmässä tuloviidenneksessä sekä pääkaupunkiseudulla.

Among children, the most important reasons for seeing a doctor were ear infections (28% of visits) and other infections (20% of visits). Among adults, the main reasons were diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (20% of visits).

Actual visits to a doctor can to some extent be replaced by telephone calls. The 1996 survey included a question about the number of telephone contacts in the five months before the interview. Regarding children, parents were asked if they had phoned a doctor on account of childrens illness. About 18% of the population had phoned a doctor. The prevalence of telephone calls was greatest among women aged 65–74 (Figure 4.2.6), in the three highest income quintiles and in the Greater Helsinki Area.



Kuva 4.2.6. Puhelimessa sairauksistaan viiden kuukauden aikana lääkärin kanssa keskustelleiden osuus (%) iän ja sukupuolen mukaan vuonna 1996.

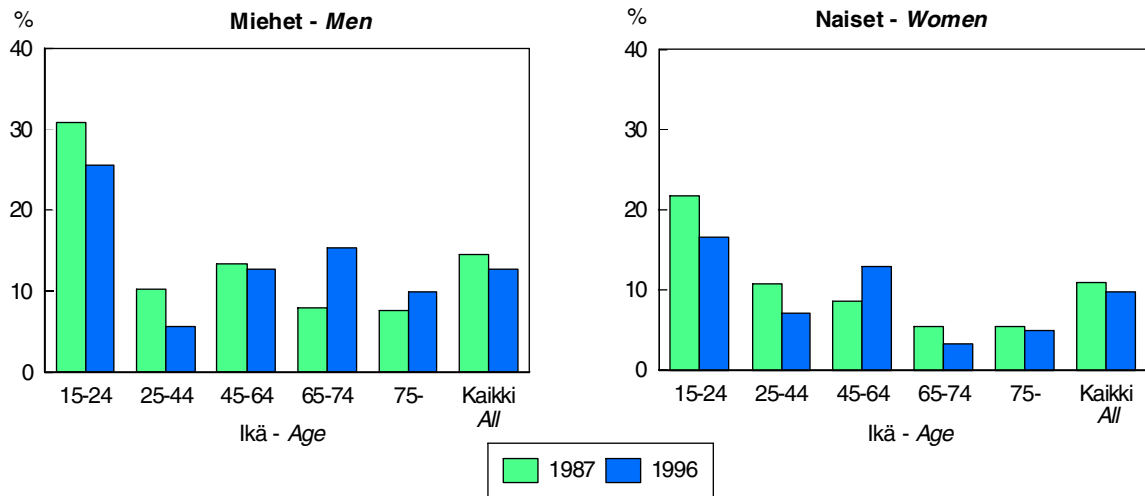
Figure 4.2.6. Doctor contacts by telephone (%) in last five months by age and sex, 1996.

4.2.2 Terveystarkastukset

Lääkärin suorittamassa terveystarkastuksessa alkuvuonna käyneiden aikuisten osuus oli muutamien prosenttiyksikön pienempi vuonna 1996 kuin vuonna 1987. Muutokset vaihtelivat ikä- ja sukupuoliryhmittäin. Eniten väheni alle 45-vuotiaiden terveystarkastuksessa käyneiden osuus, mikä heijastanee lisääntyneen työttömyyden aiheuttamaa työhöntulotarkastusten määrän pienenemistä. Sen sijaan 65–74-vuotiaiden miesten ja 45–64-vuotiaiden naisten terveystarkastuksessa käynti yleistyi. Yleensä miehet kävivät naisia useammin terveystarkastuksissa (kuva 4.2.7). 25–64-vuotiaiden ikäryhmässä ei ollut sukupuolten välisiä eroja terveystarkastuksessa käyneiden osuudessa (liitetaulukko 4.7).

4.2.2 Health examinations

The proportion of adults undergoing a health examination by a doctor dropped from 13% to 11% during 1987–1996. The magnitude and trend of the change varied between age and sex groups. The decline was greatest among the under 45s, possibly due to the loss of job-related health examinations with the increase in unemployment. Health examinations increased among men aged 65–74 and women aged 45–64. In general, the proportion was greater among men than women (Figure 4.2.7). An exception was the age group 25–64 years, in which there was no differences between men and women (Appended Table 4.7).



Kuva 4.2.7. Lääkärin suorittamassa terveystarkastuksessa viiden kuukauden aikana käyneet aikuiset (%) iän ja sukupuolen mukaan vuosina 1987 ja 1996.

Figure 4.2.7. Adults having a health examination done by a doctor (%) in last five months by age and sex, 1987 and 1996.

Terveystarkastuksissa olleiden osuus oli suurin ylimässä tuloviidenneksessä sekä alueittain tarkastellen Etelä- ja Länsi-Suomessa. Vuonna 1996 yli 15-vuotiaiden lääkärintarkastuksista 31 % tehtiin ajokortin takia, 5 % oli työhöntulotarkastuksia ja 34 % ikäryhmä- tai määrävuoistarkastuksia. Tarkastuksista 30 % oli muita kuin edellä mainittuja.

4.3 Hammashuoltopalvelut

Hammashuollon rahoitus ja tarjonta ovat muuttuneet vertailuvuosien välisenä aikana. Vuoden 1987 tutkimusta tehtäessä hammashuollon subventiouudistus oli ollut voimassa runsaan vuoden ja vaikutusten osalta vielä siirtymävaiheessa (Arinen ym. 1995). Uudistuksen seurauksena sairausvakuutus laajeni lasten ja nuorten aikuisten hammashoitoon yksityisellä sektorilla ja samalla parannettiin nuorten aikuisten hoitopaikkaa terveyskeskukseen. Aluksi subventoititiin myös nuorten terveyskeskuskassuja. Asiakasmaksut ovat koko ajan olleet hieman alhaisemmat julkisella sektorilla, olipa palvelun tuottajana terveyskeskus, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö, puolustusvoimat tai yliopistojen hammasklinikat. Sektorien välisestä hintasuhteesta ei ole tarkkaa tietoa, koska yksityisen sektorin hintavaihtelu on lisääntynyt kilpailun seurauksena 90-luvulla.

Aluksi uudistus kohdistui vuonna 1962 ja sen jälkeen syntyneisiin, mutta laajeni neljän vuoden kuluttua vuonna 1956 syntyneisiin. Siten subventoidun hammashoidon piiriin kuuluvien ikäluokkien määrä lisääntyi viidellätuloista tutkimuskertojen välisenä aikana. Ennen lamaa terveyskeskushoito laajeni lähes kaikissa kunnissa, mutta tutkimusjakson viimeisinä vuosina kohderyhmiä jälleen supistettiin. Vuoden 1996 lopussa tehdyn selvityksen mukaan 85 %:lla 19–40-vuotiaasta väestöstä oli mahdollisuus saada hammashoitoa kotikuntansa terveys-

The proportion of health examinations among adults was highest in the top income quintile, and regionally in Southern and Western Finland. In 1996, 31% of all health examinations were carried out to assess fitness to hold a driving licence, 5% were connected with a new job, 34% were regular (age-group specific) health checks and 30% were for other reasons.

4.3 Oral health services

The financing and supply of oral health services changed between 1987 and 1996. In 1987, the subsidisation reform of oral health care had been implemented more than a year before and was still in a transitional phase (Arinen et al. 1995). The reform extended national health insurance to oral health care for children and young adults in the private sector, and their access to health centres was improved. In the first years, health centre fees were also subsidised. Out-of-pocket payments have been higher in the private than in the public sector during the whole period, but the ratio has gradually changed, also according to a public provider (= health centre, the Student Health Service Foundation, armed forces and dental clinics at universities). In addition, the growing competition between private dentists in the 1990s has increased the discrepancies in prices and made exact comparisons difficult.

The reform started with cohorts born in or after 1962, but in 1990 it was extended to cover those born in or after 1956. Thus fifteen more age classes were covered by national health insurance in the recent survey than in the previous one. From 1987 to the recession, health centres gradually increased the provision of dental services for adults but since the recession they have restricted it again. A survey conducted in late 1996 revealed that 85% of 19- to 40-year-olds had access to dental

keskuksessa. Vuonna 1992 sairausvakuutus laajeni rintamaveteraaneihin ja verovähennysoikeus hammashoitokuluista poistettiin.

Hammashuoltopalvelujen käyttöä tutkittiin aikuisten keskuudessa. Seuraavassa tarkastellaan hammashoidossa käyntitapaa ja sen säännöllisyyttä, vuoden aikana hammashoittoon hakeutuneiden osuutta sekä hammashoitokäyntien ja sektorikohtaisten hammaslääkärissäkäyntien määriä. Jos vastaaja ilmoitti hakeutuvansa vuosittain tai ainakin kerran kahdessa vuodessa hammashoittoon, hänet luokiteltiin säännöllistä hammashoidossa käyntitapaa noudattavaksi. Hammashoidossa käyntitapaa ja vuoden aikana hoitoon hakeutumista ei kysytty hampaatomilta. Hammashoitokäyntejä olivat hammaslääkärissäkäyntien ohella erikoishammasteknikolla- ja hammashoitajallakäynnit. Pelkkiä hammaslääkärissäkäyntejä tarkasteltiin sektoreittain, jolloin julkiseen sektoriin kuuluviksi luokiteltiin terveyskeskushammaslääkärit, yliopistojen, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön ja puolustusvoimien hammaslääkärit. Alkuvuoden ilmoitetut käynnit korotettiin vuositasolle.

Suurin (57 %) osa hampaallisista aikuisista ilmoitti hakeutuvansa säännöllisesti hammashoittoon vuonna 1996, mutta heitä oli 8 prosenttiyksikköä vähemmän kuin vuonna 1987. Eniten säännöllisesti hammashoidossa käyvien osuus väheni alle 45-vuotiaiden keskuudessa (kuva 4.3.1; liitetaulukko 4.8). Muutoksen syynä lienee hoitosuosituksissa tapahtunut muutos. Hammaslääkärit eivät enää suosittele vuosittaista tarkastusta kaikille.

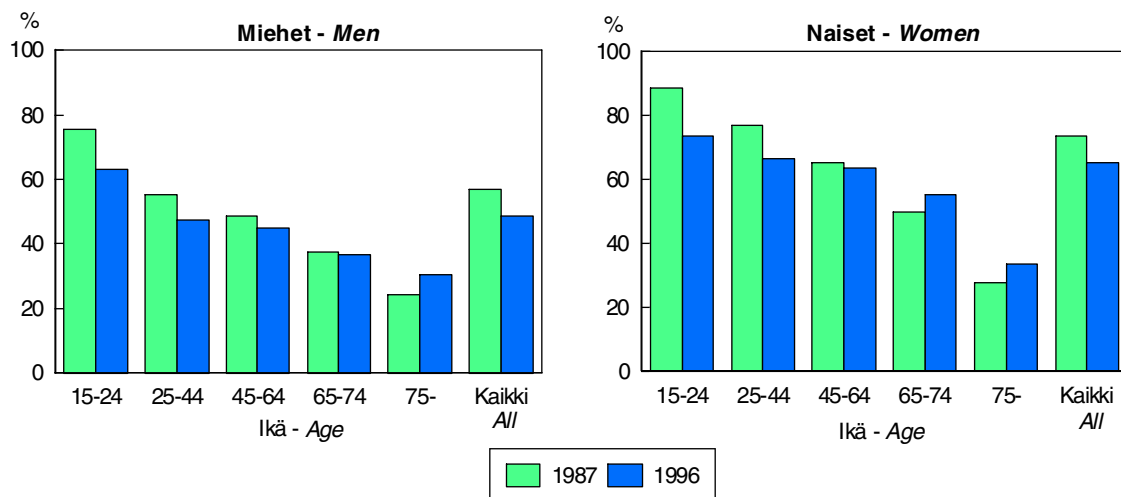
Säännöllinen hammashoidossa käyntitapa oli yleisempää ylemmissä tuloviidenneksissä. Tuloryhmittäiset erot olivat kuitenkin tasoittuneet, koska osuus pieniä vain kolmeen ylimpään tuloviidennekseen kuuluvien keskuudessa (kuva 4.3.2). Myös alueelliset erot pienentyivät vuodesta 1987, sillä säännöllisesti hammashoidossa käyvien osuus väheni vain niillä alueilla, joissa se oli ollut edellisellä kerralla keskimääräistä suurempi (kuva 4.3.3).

care at health centres. In 1992, national health insurance was extended to cover dental care for veterans of the Second World War and deductions on taxation for dental care were eliminated.

Utilisation of dental services was studied among adults in terms of regular attendance, dental attendance in the previous year, dental visits and visits to a public or private dentist. Those who reported seeking dental care at least once in two years were classified as regular attenders. Edentulous individuals were excluded when considering regular attendance and attendance in the previous year. Dental visits included visits to a dentist, a dental technician and a dental nurse. Visits to a dentist were examined by sector, dentists working at health centres, universities, the Student Health Service Foundation and armed forces being classified as public sector practitioners. The reported numbers of visits were converted into the annual level.

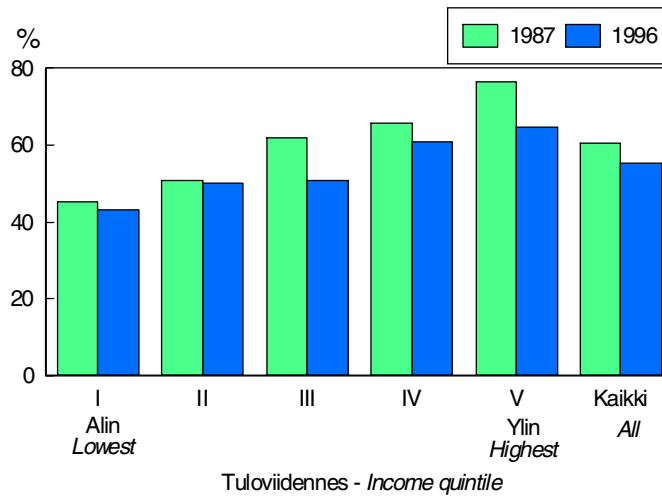
In 1996, most adults (57%) still reported regular visits to the dentist, but the proportion was 8 percentage points lower than in 1987. The decrease was greatest among the under 45s (Figure 4.3.1; Appended Table 4.8). The decrease reflects changes in recommendations given by dentists; an annual examination is no longer recommended for everyone.

Persons in the highest income quintile were more likely to follow the regular attendance pattern. However, differences between income groups have declined, the rates in 1996 apparently being lower than in 1987 only in the three highest income groups (Figure 4.3.2). Regional differences have also declined, because the reduction took place only in the regions that previously had the highest rates (Figure 4.3.3).



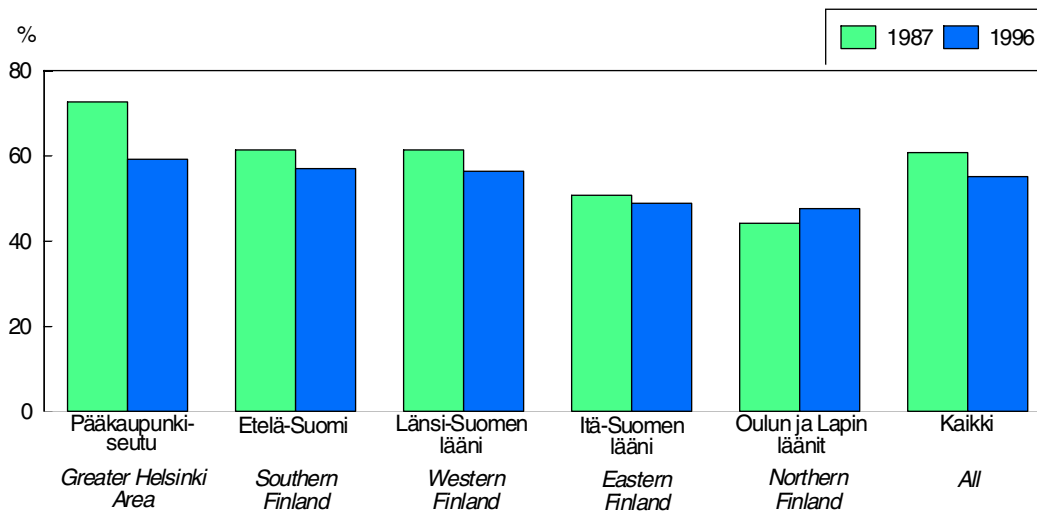
Kuva 4.3.1. Säännöllisesti hammashoidossa käyvät hampaalliset aikuiset (%) iän ja sukupuolen mukaan vuosina 1987 ja 1996.

Figure 4.3.1. Dentulous adults going regularly to a dentist (%) by age and sex, 1987 and 1996.



Kuva 4.3.2. Säännöllisesti hammashoidossa käyvät hampaalliset aikuiset (%) tuloluokittain vuosina 1987 ja 1996, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut.

Figure 4.3.2. Dentulous adults going regularly to a dentist (%) by income group, 1987 and 1996, standardised by age and sex.



Kuva 4.3.3. Säännöllisesti hammashoidossa käyvät hampaalliset aikuiset (%) alueittain vuosina 1987 ja 1996, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut.

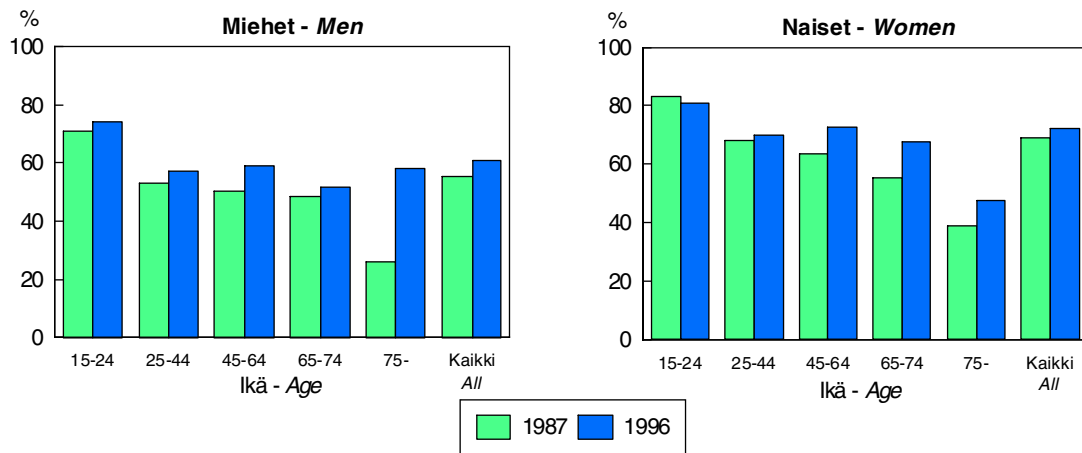
Figure 4.3.3. Dentulous adults going regularly to a dentist (%) by region, 1987 and 1996, standardised by age and sex.

Vuoden aikana hammashoittoon hakeutuneiden osuus hampaallisesta aikuisväestöstä lisääntyi 62 %:sta 66 %:iin. Hoitoon hakeutuminen kasvoi lähinnä 45–64-vuotiaiden ikäryhmässä sekä 75 vuotta täyttäneiden miesten keskuudessa. Naiset hakeutuivat edelleen miehiä useammin hammashoittoon lukuun ottamatta yli 74-vuotiaiden ikäryhmää (kuva 4.3.4; liitetaulukko 4.9).

Vuoden aikana hammashoittoon hakeutuneita oli vähiten alimmassa tuloviidenneksessä, ja muiden tuloviidenneksen väliset erot olivat hävinneet viimeisellä tutkimuskerralla (kuva 4.3.5). Alueittaiset muutokset olivat samansuuntaisia. Ainoastaan Itä- ja Pohjois-Suomessa hoitoon hakeutuneiden osuus oli muuta maata vähäisempi (kuva 4.3.6).

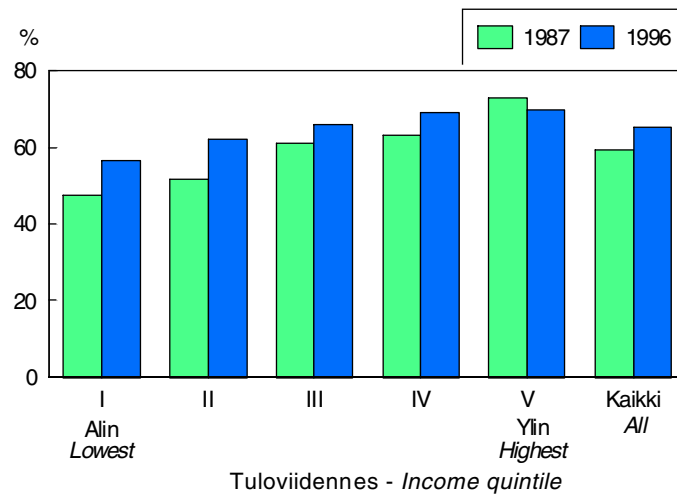
Dental attendance in the previous year increased slightly, from 62% to 66%, among the whole adult population between the 1987 and 1995/96 surveys. The increases were greatest for both men and women aged 45–64 (9 percentage points) and for men aged 75 and over (32 percentage points). Except in the oldest age group women were still more likely to go to the dentist than men (Figure 4.3.4; Appended Table 4.9).

Dental attendance in the previous year was less frequent in the lowest income quintile, but differences between other quintiles had disappeared in the most recent survey (Figure 4.3.5). Regional changes were similar. Only those living in Eastern and Northern Finland were less frequent attenders (Figure 4.3.6).



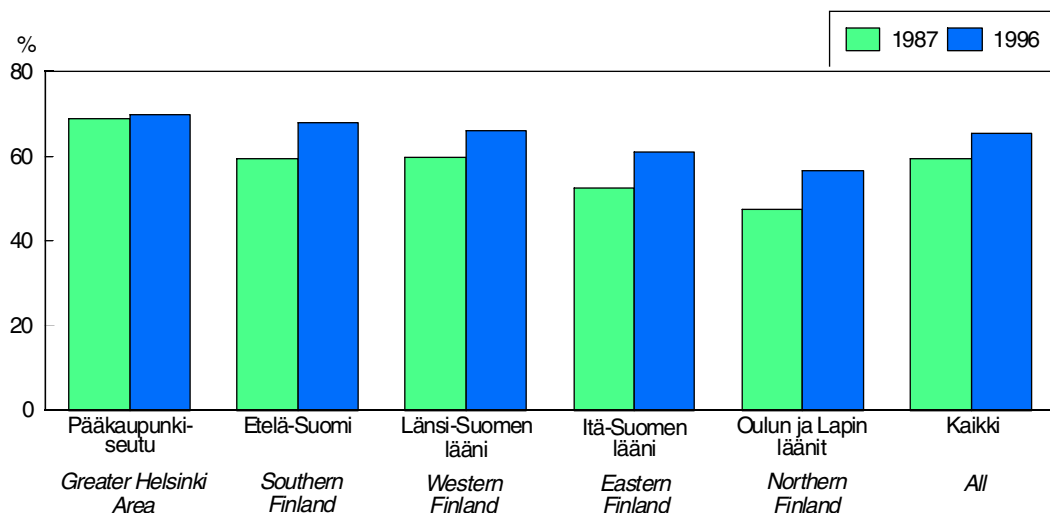
Kuva 4.3.4. Edellisenä vuonna hammashoittoon hakeutuneet hampaalliset aikuiset (%) iän ja sukupuolen mukaan vuosina 1987 ja 1996.

Figure 4.3.4. Dentulous adults going to a dentist in previous year (%) by age and sex, 1987 and 1996.



Kuva 4.3.5. Edellisenä vuonna hammashoittoon hakeutuneet hampaalliset aikuiset (%) tuloluokittain vuosina 1987 ja 1996, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut.

Figure 4.3.5. Dentulous adults going to a dentist in previous year (%) by income group, 1987 and 1996, standardised by age and sex.



Kuva 4.3.6. Edellisenä vuonna hammashoittoon hakeutuneet hampaalliset aikuiset (%) alueittain vuosina 1987 ja 1996, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut.

Figure 4.3.6. Dentulous adults going to a dentist in previous year (%) by region, 1987 and 1996, standardised by age and sex.

Toteutunutta käyttöä mitattiin myös hammashoidos-
sakäyntien määrällä. Aikuisten hammashoidoskäyn-
tien määrä kasvoi 13 % vuodesta 1987 (liitetaulukko
4.10). Se tarkoittaa väestötasolle korotettuna noin mil-
joonan käynnin lisäystä vuodesta 1987. Eniten käynti-
määrät kasvoivat 45–74-vuotiaiden ikäryhmässä, ja
muissa ikäryhmissä muutokset olivat vähäisiä. Alle 45-
vuotiaat naiset käyttivät samanikäisiä miehiä enemmän
hammashoitopalveluja molempina tutkimusvuosina:
naisilla oli enemmän hoidoskäyntejä ja heidän osuu-
tensa hoidoskävijöistä oli suurempi. Näin ei enää ol-
lut eläkeikäisten ryhmässä vuonna 1996. Nämä kaikki
muutokset johtuivat asiakasmäärän kasvusta. Sen sijaan
keskimääräiset käynnit asiakasta kohti säilyivät ennal-
laan.

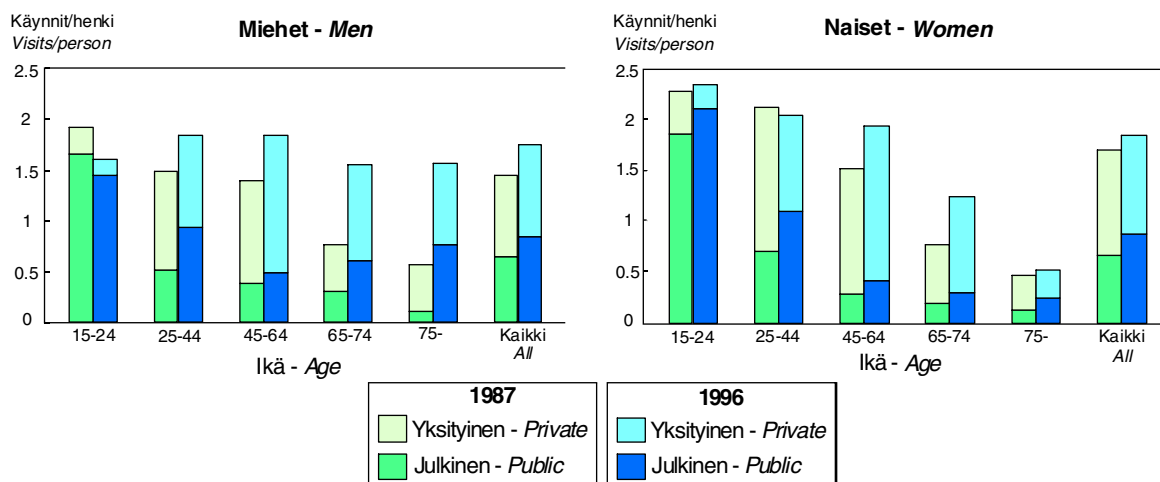
Vuonna 1996 ainoastaan ylipään tuloviidennekseen
kuuluvilla oli hammashoidoskäyntejä enemmän kuin
muilla. Käyntejä oli edelleen eniten pääkaupunkiseudul-
la asuvilla ja vähiten pohjoisissa ja Itä-Suomen lääneis-
sä asuvilla. Eniten hammaslääkärikkäynnit olivat li-
sääntyneet Länsi-Suomen läänissä, ja ero pääkaupunki-
seutuun oli lähes hävinnyt.

Hammaslääkärikkäyntien määrä henkeä kohti näyt-
ti lisääntyneen lähinnä julkisella sektorilla (kuva 4.3.7;
liitetaulukko 4.11). Ikä- ja sukupuoliryhmittäinen tar-
kastelu osoitti muutoksia myös yksityisen sektorin käyn-
timäärissä (liitetaulukko 4.12). Eniten sektorikohtaiset
käynnit muuttuivat 25–44-vuotiaiden ikäryhmässä: jul-
kisella sektorilla kaikkien käynnit lisääntyivät, mutta yk-
sityisellä sektorilla naisten käynnit vähenivät. Samaten
vähenivät nuorten aikuisten käynnit yksityisellä sekto-
rilla. Sen sijaan 45–74-vuotiaiden käynnit lisääntyivät
molemmilla sektoreilla. Käyntimäärien muutokset hen-
keä kohti johtuivat asiakasmäärien muutoksista. Asia-
kasmäärä kasvoi julkisella sektorilla kaikissa ikäryhmis-
sä ja yksityisellä sektorilla 45–74-vuotiaiden ikäryhmäs-
sä, mutta pieneni 15–44-vuotiaiden ikäryhmässä yksti-
yisellä sektorilla.

Measured by visits, utilisation of dental care in-
creased by 13%, which, at population level, meant a mil-
lion more visits in 1996 than in 1987 (Appended Table
4.10). The increase varied between age groups and was
marked among 45–74-year-olds but only slight in other
groups. Women under 45 made greater use of dental
services than did men of the same age in both surveys:
women not only made more visits per capita but they
also accounted for a greater proportion of patients. This
situation no longer applied to the oldest age groups in
1996. Generally, the number of visits to a dentist in-
creased, because the number of dental clients increased,
not the number of visits per patient.

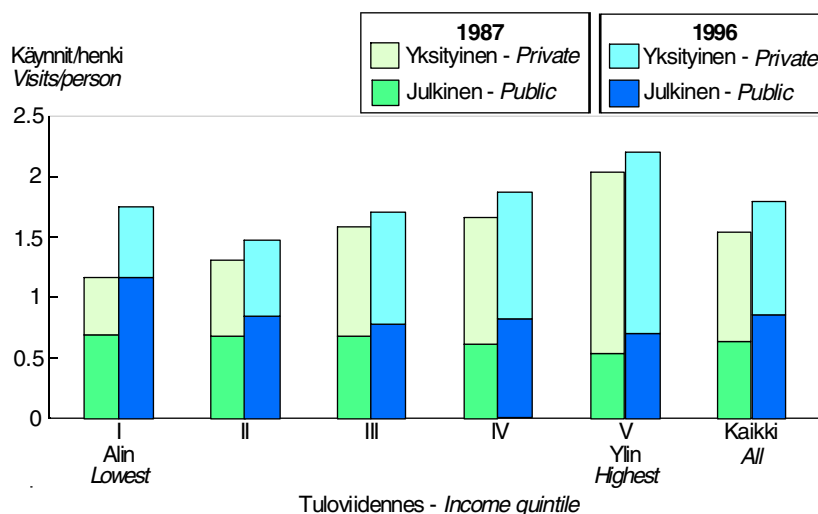
In 1996 only those in the highest income group made
more dental visits per capita than those in other groups.
Also, the number of visits per capita was still highest in
the Greater Helsinki Area and lowest in Eastern and
Northern Finland. The increase was greatest in Western
Finland and therefore the difference between that area
and the Greater Helsinki Area almost vanished.

The public sector accounted for the bulk of the in-
crease in visits to a dentist per capita between the sur-
veys (Figure 4.3.7; Appended Table 4.11). Further ex-
amination by sex and age showed changes in visits to
private sector dentists, too (Appended Table 4.12). Over-
all, changes were greatest among 25- to 44-year-olds:
visits to public sector dentists increased among both men
and women but visits to private dentists by women de-
clined. There was also a slight decrease in visits to pri-
vate dentists by 15- to 24-year-olds and an increase in
visits to dentists in both sectors by 45- to 74-year-olds.
The changes in number of visits per capita mainly re-
flected the above changes in number of patients. In the
public sector the number of patients increased in every
age group, but in the private sector there was an in-
crease among the 45–74-year-olds and a decrease among
adults under 45-years.



Kuva 4.3.7. Hammaslääkärikkäynnit aikuista kohti julkisella ja yksityisellä sektorilla iän ja sukupuolen mukaan vuosina 1987 ja 1996.

Figure 4.3.7. Number of visits to a dentist per adult in public and private sectors by age and sex, 1987 and 1996.

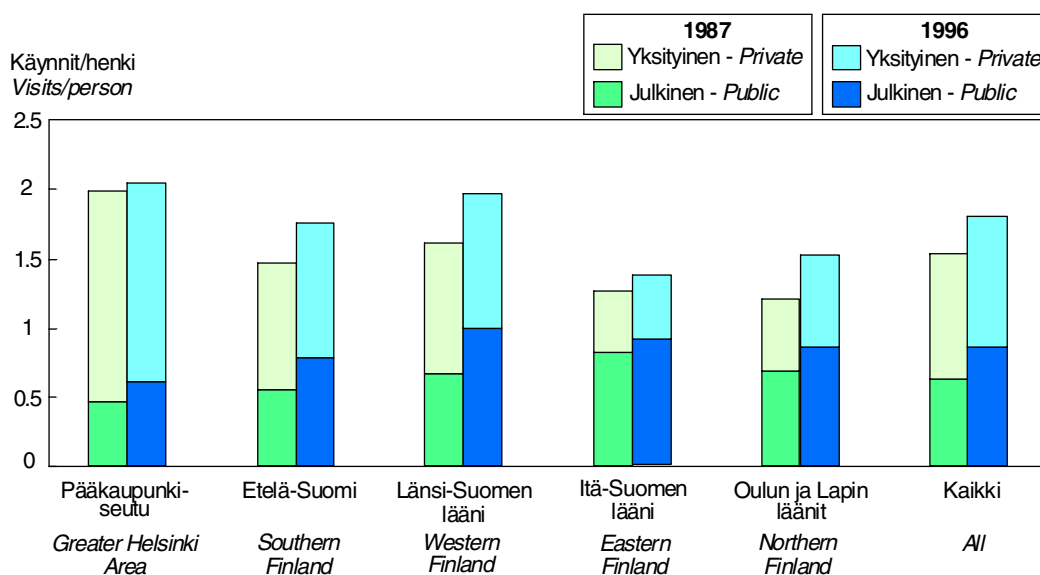


Kuva 4.3.8. Hammaslääkäriissäkäynnit aikuista kohti julkisella ja yksityisellä sektorilla tuloluokittain vuosina 1987 ja 1996, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut.

Figure 4.3.8. Number of visits to public and private sector dentists per adult by income group, 1987 and 1996, standardised by age and sex.

Naisten ja miesten käyntimäärissä oli eroja vain yksityisellä sektorilla. Tosin tämäkin ero oli kaventunut 7 %:iin vuonna 1996. Tulojen mukaan tarkasteltaessa eniten lisääntyivät alimpaan tuloviidennekseen kuuluvien hammaslääkäriissäkäynnit julkisella sektorilla, mikä johdosta alimpaan tuloviidennekseen kuuluvilla oli eniten julkisen sektorin käyntejä vuonna 1996 (kuva 4.3.8). Sen sijaan yksityisen sektorin käyntejä oli edelleen eniten ylimpiin tuloviidenneksiin kuuluvilla. Alueellisesti julkisen sektorin käynnit lisääntyivät eniten Länsi- ja Etelä-Suomen lääneissä sekä pääkaupunkiseudulla, vaikka pääkaupunkiseudulla käyntejä edelleenkin oli vähemmän kuin muualla Suomessa. Sen sijaan yksityissektorin käyntejä oli vähiten pohjoisissa ja Itä-Suomen lääneissä (kuva 4.3.9).

Visits to the dentist per capita varied by sex only in the private sector in 1996. Women still made 7% more visits than men, but the difference was smaller than earlier. The increase in visits was greatest in the public sector for those in the lowest income quintile. The number of visits in that sector was therefore highest in the lowest income quintile in 1996 (Figure 4.3.8). The situation was the reverse in the private sector, those in the highest income quintile making the most visits. There were still clear differences between sectors by region in 1996. Although the increase in number of visits to public sector dentists was greatest for persons living in Western and Southern Finland, the Greater Helsinki Area included, the actual number of visits to public sector dentists was lowest in the Helsinki area. The opposite was true in the private sector. The number of visits was lowest in Eastern and Northern Finland (Figure 4.3.9).

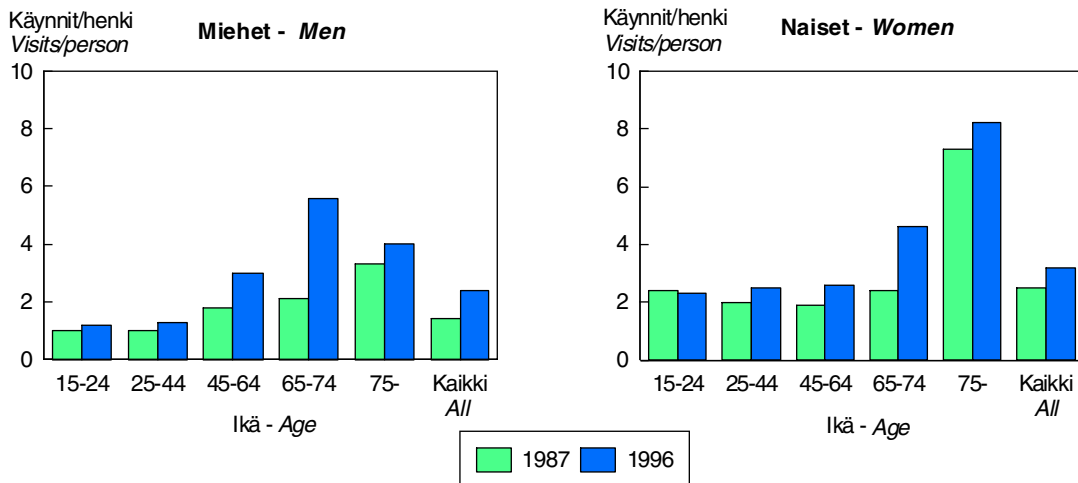


Kuva 4.3.9. Hammaslääkäriissäkäynnit aikuista kohti julkisella ja yksityisellä sektorilla alueittain vuosina 1987 ja 1996, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut.

Figure 4.3.9. Number of visits to public and private sector dentists per adult by region, 1987 and 1996, standardised by age and sex.

4.4 Muut avohoito palvelut

Vuonna 1996 yli 15-vuotiaat kävivät sairauden takia terveydenhoitajan vastaanotolla keskimäärin 2,8 kertaa vuodessa, mikä oli selvästi enemmän kuin vuonna 1987, jolloin tehtiin keskimäärin 2 käyntiä henkeä kohti. Terveydenhoitajalla käynnit lisääntyivät etenkin 45–74-vuotiailla (kuva 4.4.1). Vuonna 1996 käyneitä oli vähiten alle 65-vuotiailla, miehillä, ylimpään tuloviidennekseen kuuluvilla ja pääkaupunkiseudulla asuvilla (liitetaulukko 4.13).



Kuva 4.4.1. Sairauskäynnit terveydenhoitajalle aikuista kohti iän ja sukupuolen mukaan vuosina 1987 ja 1996.
Figure 4.4.1. Number of visits to a public health nurse due to illness per adult by age and sex, 1987 and 1996.

Fysikaalisessa hoidossa alkuvuonna käyneiden osuus yli 15-vuotiaasta väestöstä oli 8 % vuonna 1987 ja 5,6 % vuonna 1996. Osuus väheni etenkin 45–74-vuotiaiden ikäryhmässä (kuva 4.4.2). Sukupuolten väliset erot pienenevät. Vuonna 1996 ylimpään tuloviidennekseen kuuluvat ja pääkaupunkiseudulla asuvat kävivät muita ryhmiä enemmän fysikaalisessa hoidossa. Tuloryhmittäiset erot kasvoivat, kun käyttäjien osuudet vakioidtiin iän, sukupuolen sekä tuki- ja liikuntaelinsairastavuuden suhteen (liitetaulukko 4.14).

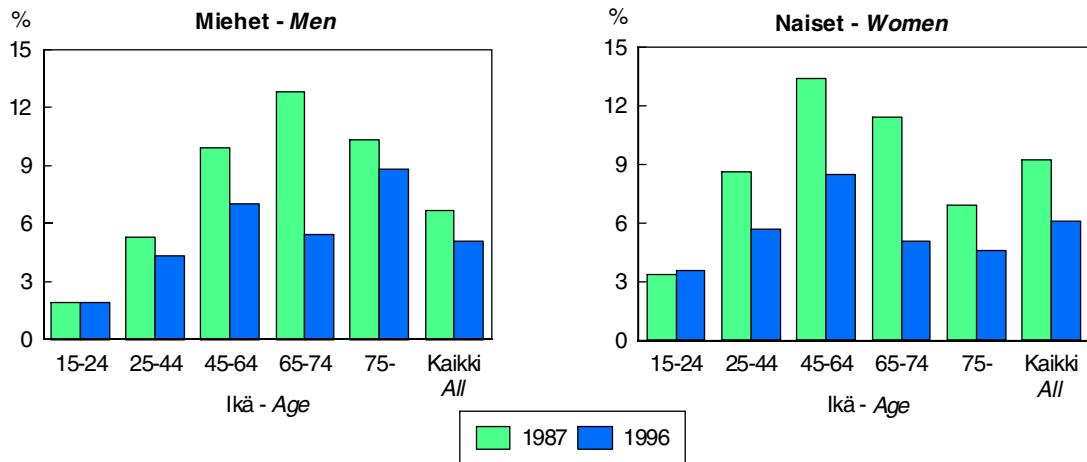
Vuonna 1996 yli 4 % aikuisväestöstä oli käynyt alkuvuonna kansanparantajan, kiropraktikon tai naprapaatin vastaanotolla. Osuus on 2 prosenttiyksikköä suurempi kuin vuonna 1987. Näiden hoitomuotojen käyttö on lisääntynyt etenkin keski-ikäisillä (kuva 4.4.3). Vuonna 1996 niitä käytettiin muita useammin ylimmässä tuloviidennekseissä. Itä-Suomen läänissä näiden palvelujen käyttö oli muuta maata vähäisempää (liitetaulukko 4.15).

4.4 Other outpatient services

In 1996, adults visited a public health nurse on account of illness about 2.8 times, which is clearly more often than in 1987, when the average number of visits was two. The increase was most evident among 45- to 75-year-olds (Figure 4.4.1). The number of visits was lowest among the under 65s, men, the highest income quintile and those living in the Greater Helsinki Area (Appended Table 4.13).

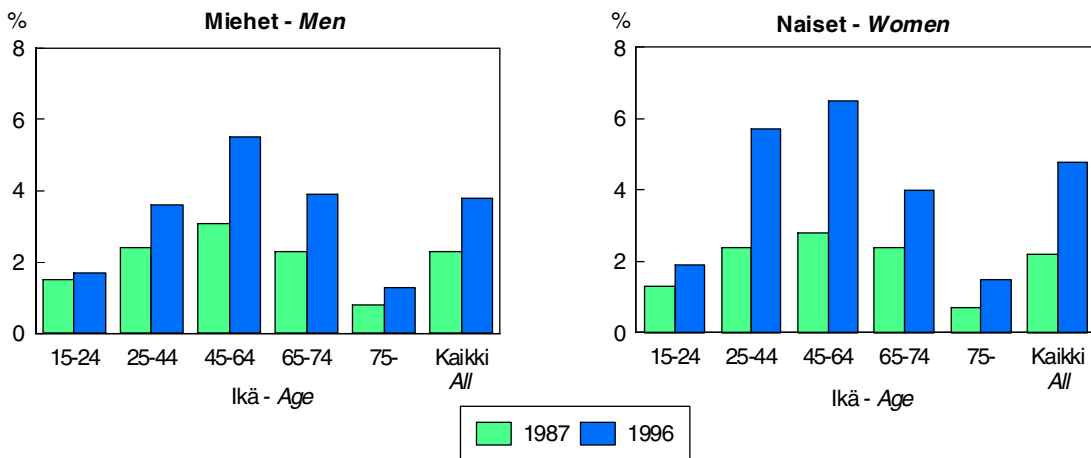
The proportion of adults who had used the services of a physiotherapist within the preceding five months was 8% in 1987 and 5.6% in 1995/96. The decline was greatest among 45- to 74-year-olds (Figure 4.4.2). The difference between sexes noted in 1987 had narrowed in 1996. The proportion of persons using the services of a physiotherapist in 1996 was greatest in the highest income quintile and the Greater Helsinki Area. The differences across income groups increased as the data were standardised by age, sex and self-reported disorder of the musculoskeletal system and connective tissue (Appended Table 4.14).

In 1996, 4% of adults had had chiropractic, naprapathic or naturopathic treatment in the past five months. The proportion was two percentage points higher than in 1987. Use of these treatments increased most markedly among the middle-aged (Figure 4.4.3). In 1996, utilisation was greatest in the highest income group. Physiotherapy was used less in Eastern Finland than in other regions (Appended Table 4.15).



Kuva 4.4.2. Fysikaalisessa hoidossa viiden kuukauden aikana käyneet aikuiset (%) iän ja sukupuolen mukaan vuosina 1987 ja 1996.

Figure 4.4.2. Adults receiving physiotherapy (%) in last 5 months, 1987 and 1996.



Kuva 4.4.3. Kansanparantajan, kiropraktikon tai naprapaatin hoidossa viiden kuukauden aikana käyneet aikuiset (%) iän ja sukupuolen mukaan vuosina 1987 ja 1996.

Figure 4.4.3. Adults receiving chiropractic, naprapathic or naturopathic treatment (%) in last 5 months by age and sex, 1987 and 1996.

4.5 Omalääkäri ja yksityinen vakuutus

Vuosien 1995/96 tutkimuksessa pyrittiin selvittämään haastateltujen tietämystä oman kuntansa omalääkärijärjestelmästä. Haastatelluista 39,5 % ilmoitti, että terveyskeskus on nimennyt heille omalääkäriin. Tämän perusteella voidaan arvioida, että noin 2 miljoonaa suomalaisista tiesi kunnan nimenneen heille omalääkäriin, mikä vastaa melko tarkoin järjestelmän piirissä olleiden määrästä muista lähteistä tehtyä arvioita (Kokko 1997).

Vuosina 1995/96 tiedusteltiin, onko haastatelluilla joku muu tietty yleislääkäri, johon he ottavat yhteyttä tarvittaessaan lääkäriin apua tai neuvoa. Kysymyksen vastasi myöntävästi 35 % väestöstä. Näistä yli kolmanneksella (37 %) tämä muu lääkäri oli työterveyslääkäri. Kaikkiaan 61 %:lla väestöstä oli oman ilmoituksensa mukaan joko omalääkäri tai joku muu tietty lääkäri, jon-

4.5 Personal doctor and private insurance

The 1995/96 survey contained a question asking whether respondents had been assigned a personal doctor by the municipality (health centre). Of the adults, 39.5% answered in the affirmative. Two million Finns are thus aware that they have a personal doctor, which is in line with estimations of the prevalence of municipal personal doctors derived from other sources (Kokko 1997).

In 1995/96 respondents were also asked whether they had some other specific general practitioner they normally contacted. 35% of the respondents replied in the affirmative, and for about one-third of these (37%) the other doctor was an occupational health practitioner. In total, 61% of adults answered that they had either a municipal personal doctor or another specific doctor whom they normally contacted in case of illness. This

ka puoleen käännettiin apua tarvittaessa. Virallinen ja epävirallinen järjestelmä näyttävät olevan jossain määrin päällekkäisiä: kunnan nimeämän omalääkäriin omavasta 36 %:lla oli myös joku muu tietty lääkäri.

Yksityisen vakuutuksen yleisyyttä tiedusteltiin seuraavalla kysymyksellä: "Jos menette yksityislääkäriin vastaanotolle, saatteko normaalin Kela-korvauksen lisäksi korvausta yksityiseltä vakuutusyhtiöltä?" Lisäksi vuosien 1995/96 tutkimuksessa kysyttiin, korvaako yksityinen vakuutus lääkekuluja.

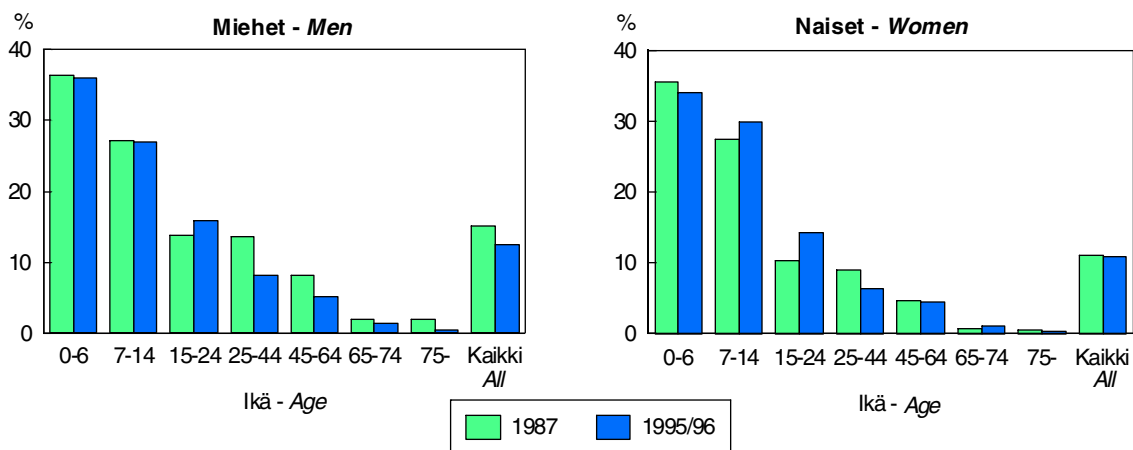
Vuosina 1995/96 kaikkiaan 12 %:lla väestöstä yksityinen vakuutus korvasi lääkäriin käyntejä. Osuus oli yhden prosenttiyksikön pienempi kuin vuonna 1987. Lapsilla yksityisen vakuutuksen yleisyys pysyi suurehkona (31 %), kun taas aikuisväestöllä korvauksen piirissä olleiden osuus väheni vuodesta 1987 vuoteen 1996. Yksityisen vakuutuksen piiriin kuuluminen väheni lähinnä 25–64-vuotiailla miehillä ja 25–44-vuotiailla naisilla (kuva 4.5.1). Yksityisen vakuutuksen hankinta lisääntyi siirryttäessä tuloiltaan pienimmästä viidenneksestä suurimpaan. Kun ikä- ja sukupuolirakenne otetaan huomioon, on yksityisen vakuutuksen suosio vähentynyt merkittävästi ainoastaan pienituloisilla (liitetaulukko 4.16). Yksityinen vakuutus oli yleisintä pääkaupunkiseudulla, jossa molempina vuosina lähes 17 % väestöstä oli yksityisen vakuutuksen piirissä. Selvimmin yksityisen vakuutuksen suosio väheni muualla Etelä-Suomessa ja Länsi-Suomen läänissä. Vuonna 1995/96 kuudella prosentilla aikuisväestöstä yksityinen vakuutus korvasi myös lääkkeitä.

suggests that the official and unofficial systems overlapped to some extent: 36% of those who reported they had a municipal personal doctor also had another specific doctor.

Information about the prevalence of private insurance was solicited by a question asking whether respondents were reimbursed by a private insurance company as well as the regular sickness insurance for visits to a private doctor. In 1995/96 respondents were also asked if the private insurance scheme covered drugs.

In 1995/1996, a total of 12% of the population had taken out private insurance covering the services of a private doctor. The proportion was one percentage point lower than in 1987. Among children the proportion remained at a very high level (31%), whereas among adults it fell between 1987 and 1996 from 8% to 7%. This was particularly evident among men aged 25–64 and women aged 25–44 (Figure 4.5.1). The prevalence of private insurance increased with income. Standardised for age and sex, the proportion had decreased only in the bottom quintile (Appended Table 4.16). The coverage of private insurance was most extensive in the Greater Helsinki Area, where in both years about 17% of the population had private insurance. The most striking decrease in the use of private insurance was in other parts of Southern Finland and Western Finland. In 1995/96, private insurance also covered drugs for 6% of the population.

There is substantial variation in the types of insur-



Kuva 4.5.1. Osuus väestöstä, jolle yksityinen vakuutus korvasi yksityislääkäriin käyntejä, iän ja sukupuolen mukaan vuosina 1987 ja 1995/96.

Figure 4.5.1. Inhabitants with private sickness insurance covering private doctors' fees (%) by age and sex, 1987 and 1995/96.

Yksityisen sairausvakuutuksen korvattavuusehdot ja vakuutusmuodot vaihtelevat vakuutusyhtiöittäin. Tämän takia vuosina 1995 ja 1996 yksityisen sairausvakuutuksen ottaneilta tiedusteltiin tarkemmin vakuutusmuotoa. Lapsista 62 %:lla vakuutusmuotona oli erillinen sairausvakuutus, 17 %:lla vakuutus sisältyi henkivakuutukseen ja 16 %:lla kotivakuutukseen. Aikuisilla puolestaan 35 %:lla korvaus perustui erityiseen sairausvakuutukseen, 22 %:lla henkivakuutukseen, 16 %:lla kotivakuutukseen ja 16 %:lla yksityiseen tapaturmavakuutukseen.

ance and the level of compensation offered by private insurance companies. Those who had taken out private insurance were therefore also asked in 1995 and 1996 about the nature of their policy. In this group, 62% of children had a specific health insurance plan, and for 17% it was included in a life assurance policy and for 16% in a home insurance policy; for 35% of adults compensation was based on a specific health insurance policy, for 22% on a life assurance policy and for 16% on home insurance; 16% were insured under a private accident insurance scheme.

5

Lääkkeiden käyttö *Use of medicines*

Lääkkeiden käyttöä on tutkittu kaikissa Terveydenhuollon väestötutkimuksissa eli ensimmäisen keran vuonna 1964 (Klaukka ym. 1990). Vuoden 1976 tutkimuksesta alkaen reseptilääkkeiden käyttöä on selvitetty valmisteen nimen tarkkuudella, ja samaa menettelyä sovellettiin myös ilman lääkärin määräystä otettuihin lääkkeisiin vuonna 1987. Vuosien 1995/96 tutkimuksessa tiedusteltiin edellisten ryhmien lisäksi myös luonnonlääkkeiden ja rohdosvalmisteiden nimiä.

Resepti- ja itsehoitolääkkeet luokiteltiin aluksi Pharmaca Fennicaan pohjautuvan ryhmittelyn mukaan. Vuosien 1995/96 tutkimuksessa siirryttiin käyttämään vuosien 1992–93 versiota pohjoismaisesta ATC-luokituksesta (Stakes 1993). Samalla vuoden 1987 lääketiedot muutettiin vastaamaan ATC-luokitusta. Rohdosvalmisteiden ja luonnonlääkkeiden nimet luokiteltiin noudattamalla Luonnonlääkeoppaassa (Tolvanen 1994) käytettyä ryhmittelyä.

5.1 Reseptilääkkeiden käyttö

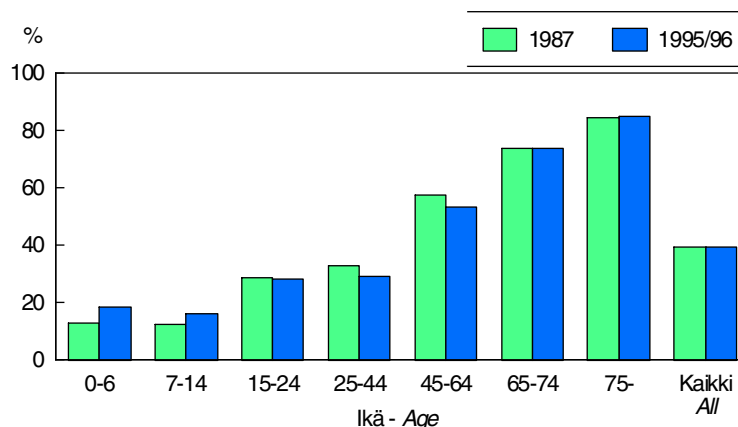
Vuosien 1995/96 tutkimuksessa koko väestöstä 39 %:lla oli haastatteluhetkellä käytössään vähintään yksi lääkärin määräämä lääke. Vuonna 1987 osuus oli tarkalleen yhtä suuri (kuva 5.1.1; liitetaulukko 5.1). Lukujen perusteella vuosina 1995/96 reseptilääkkeitä käytti tietynä ajankohtana noin 2 miljoonaa suomalaista.

Use of medicines has been investigated in all studies in this series, i.e. for the first time in 1964 (Klaukka et al. 1990). The brand names of the prescription drugs used by respondents have been recorded since 1976, and the names of self-medication preparations since 1987. In 1995/96, the names of herbal medicines were added.

Medicines used to be classified according to the Finnish Drug Compendium, Pharmaca Fennica, but in 1995/96, the Anatomic-Therapeutic Classification (ATC), which applies in all Nordic countries, was used (Nordic Council on Medicines 1996). The classification changes somewhat from year to year, and here, the 1992–93 version served as the basis of coding. To enable us to study changes in the use of medicines, the codes used in the 1987 study were altered to correspond to the ATC classification. Herbal medicines were classified by a Finnish system that divides preparations into categories by their main contents (Tolvanen 1994).

5.1 Use of prescription medicines

In 1995/96, 39% of the total population was using at least one prescription medicine at the time of interview. The proportion was the same as in 1987 (Figure 5.1.1; Appended Table 5.1). Around 2 million people out of a total population of 5.1 million were thus using these medicines at a defined moment in 1995/96.



Kuva 5.1.1. Reseptilääkkeitä haastatteluhetkellä käyttäneet (%) ikäryhmittäin vuosina 1987 ja 1995/96.

Figure 5.1.1. Inhabitants having used prescribed medicines at time of interview (%) by age, 1987 and 1995/96.

Lapset käyttivät selvästi vähemmän reseptilääkkeitä kuin aikuiset, mutta etenkin alle 7-vuotiaiden lääkkeiden käyttö oli tutkimusvuosien välillä lisääntynyt (kuva 5.1.1). Käyttö yleistyi siirryttäessä nuorimmista ikäryhmistä vanhimpiin, erityisesti 45. ikävuodesta alkaen. Silti käyttö oli keski-ikäisillä vuosina 1995/96 vähäisempää kuin vuonna 1987. Yli 75-vuotiaista haastatelluista 85 % oli reseptilääkkeen käyttäjiä sekä vuonna 1987 että vuosina 1995/96.

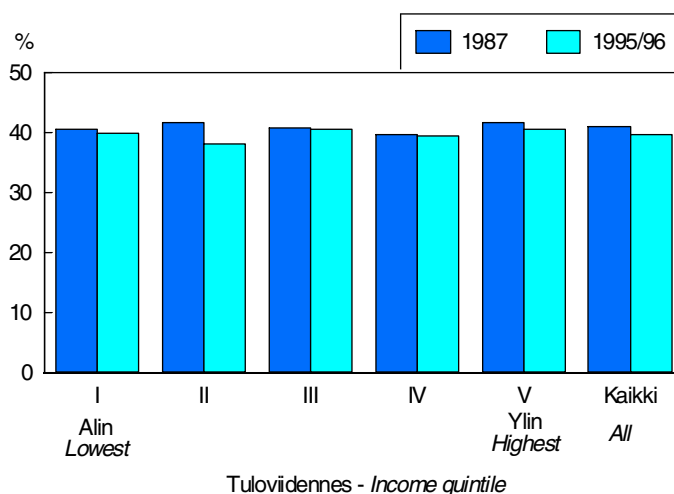
Suomalaiset naiset käyttävät lääkkeitä keskimäärin noin 1,4 kertaa yleisemmin kuin miehet (Klaukka 1988), eikä suhdeluku ole muuttunut tutkimusvuosien välillä. Alle 15-vuotiaiden keskuudessa pojat käyttivät reseptilääkkeitä kuitenkin selvästi yleisemmin kuin tytöt, mutta jo 15–24-vuotiaiden ikäryhmässä tilanne oli päinvastainen. Reseptilääkkeitä käyttäneiden miesten osuus alkoi lähestyä naisten vastaavaa osuutta eläkeikäisillä.

Reseptilääkkeiden käyttö ei ollut systemaattisesti yhteydessä tuloihin kummallakaan tutkimuskerralla, ja käyttö oli vuosina 1995/96 hieman vähäisempää kaikissa tuloviidenneksissä vuoden 1987 tilanteeseen verrattuna (kuva 5.1.2).

The use of prescription medicines was considerably more common among adults than children, although, the use of medicines had increased most rapidly among the under 7s (Figure 5.1.1). The proportion of users increased with age, in particular after 45. However, among the working-aged population, the use of prescription medicines was lower in 1995/96 than in 1987. Of the elderly, the proportion of users was 85% among the over 75s in both 1987 and 1995/96.

By and large, women use prescription medicines 1.4 times as frequently as men (Klaukka 1998). In general terms, this ratio remained constant in both 1987 and 1995/96, although deviations were noted in some age groups. Among children under 15, boys used medicines more frequently than girls, but by the age of 15–24 the situation was reversed. In relative terms, the proportions differed most among the working-aged, but the gap between sexes was narrower among the elderly.

Use of prescription medicines was not systematically associated with income, and use of medicines decreased in all five categories between the study years (Figure 5.1.2).

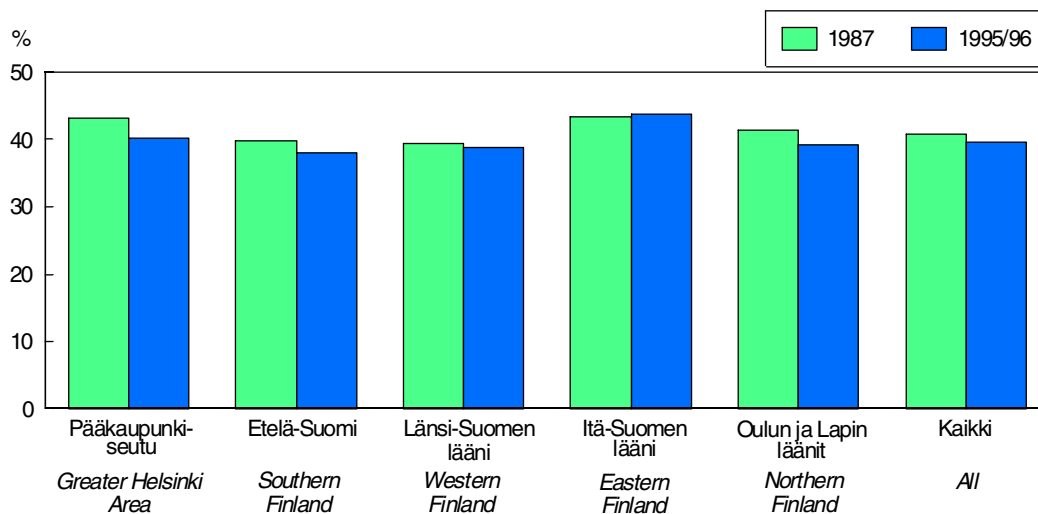


Kuva 5.1.2. Reseptilääkkeitä haastatteluhetkellä käyttäneet (%) tuloluokittain vuosina 1987 ja 1995/96, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut.

Figure 5.1.2. Inhabitants having used prescribed medicines at time of interview (%) by income group, 1987 and 1995/96, standardised by age and sex.

Alueittain tarkastellen vuosina 1995/96 käytettiin reseptilääkkeitä yleisimmin Itä-Suomessa, ja osuus väheni tutkimusvuosien välillä ainoastaan pääkaupunkiseudulla (kuva 5.1.3).

The rate of use of prescription drugs was highest in Eastern Finland, which was also the only region where the proportion was higher in 1995/96 than in 1987. Other regions did not differ much in the rate of medicine use in 1995/96 (Figure 5.1.3).



Kuva 5.1.3. Reseptilääkkeitä haastatteluhetkellä käyttäneet (%) alueittain vuosina 1987 ja 1995/96, ikä- ja sukupuoli-vakioidut luvut.

Figure 5.1.3. Inhabitants having used prescribed medicines at time of interview (%) by region, 1987 and 1995/96, standardised by age and sex.

Vuosien 1976 ja 1987 tutkimuksissa oli reseptilääkkeitä käyttäneillä aikuisilla samanaikaisesti käytössään keskimäärin 2,6 erilaista lääketta. Vuosina 1995/96 luku oli suurempi eli 2,8 lääketta. Vähintään viittä lääketta käytti vuoden 1987 tutkimuksessa 14 % reseptilääkkeiden käyttäjistä, mutta vuosien 1995/96 tutkimuksessa osuus oli noussut yli 18 %:iin. Osuus kasvoi eniten alle 15-vuotiaiden keskuudessa sekä suhteellisesti että absoluuttisesti, mutta monikäyttö oli edelleen selvästi yleisintä ikääntyneillä.

Reseptilääkkeiden käytön yleistymisen taustalla ovat lapsilla pääasiassa allergiat ja astma, joiden esiintyvyyden nopeaa kasvua on kuvattu tämän raportin pitkäaikaisraastavuutta koskevien tietojen yhteydessä. Vuosina 1995/96 lapset käyttivät yleisimmin hengityselinsairauksien hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä (ATC-luokka R). Näihin kuuluvat lähinnä astmalääkkeet ja antihistamiinit sekä nenän ja silmien limakalvojen allergiaoireisiin tarkoitettuja lääkkeitä. Allergioiden yleistyminen näkyi myös ihon kortisonivoiteiden käytön kasvuna. Sen sijaan antibioottien käyttö oli lapsilla vuosina 1995/96 harvinaisempaa kuin vuonna 1987, vaikka lapset edelleenkin ovat väestöosuutensa nähden näiden lääkkeiden suurkuluttajia (Rautakorpi ym. 1995).

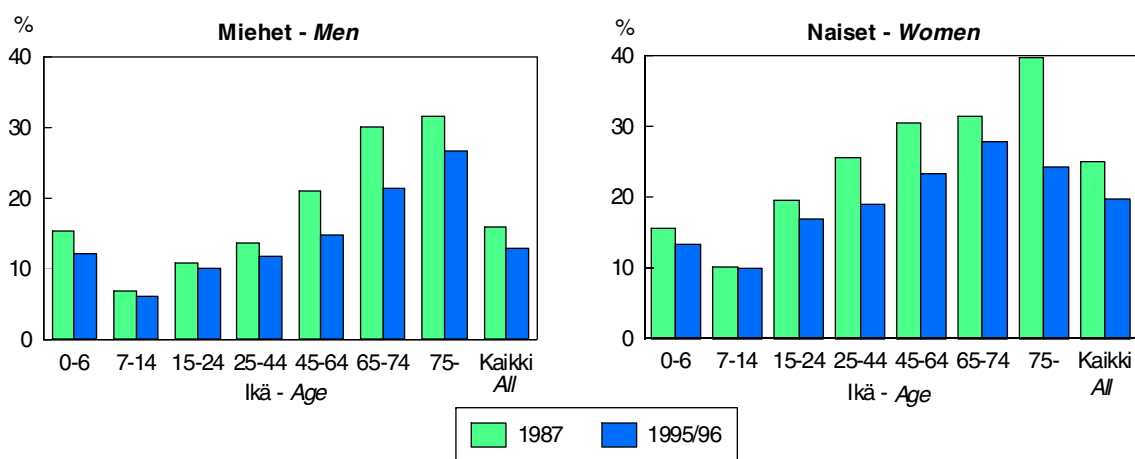
In both 1976 and 1987, the average number of prescription drugs per user was 2.6. In 1995/96, the number was somewhat higher, 2.8 per user. The proportion of multiusers (five or more prescription drugs used concomitantly) had also increased, from 14% in 1987 to over 18% in 1995/96. Multiuse increased most among children, but the proportion of multiusers was still clearly highest among the elderly.

Antiallergic drugs and antiasthmatics accounted for the bulk of the increase in prescription drug use by children (see the section on chronic morbidity in this report). The medicines used most frequently in this age group were for respiratory disorders (ATC code R). This category includes systemic antihistamines and antitussives as well as locally acting antiallergics and antiasthmatics. The increasing prevalence of allergies was reflected in the frequent use of corticosteroid ointments and other preparations for atopic and allergic disorders of the skin. Antibiotics are used relatively more frequently by children than by other age groups, but their use had declined in 1995/96 compared with 1987 (Rautakorpi et al. 1995).

5.2 Itsehoitolääkkeiden käyttö

Itsehoitolääkkeiden eli ilman lääkärin määräystä saatavien lääkkeiden käyttö on yleisyydeltään vaihdellut eri vuosikymmeninä tehdyissä tutkimuksissa melko paljon. Vuoden 1968 tutkimuksessa aikuisista vähän yli 30 % oli käyttänyt jotakin itsehoitolääkettä haastattelua edeltäneiden kahden vuorokauden aikana. Osuus pieniä useita prosenttiyksikköjä vuoteen 1976 mennessä (Klaukka ym. 1990). Vuosina 1978–80 suoritettu Mini-Suomi-tutkimus osoitti vitamiinivalmisteiden käytön alkaneen kasvaa vuoden 1976 tutkimuksen jälkeen (Klaukka ym. 1985). Näiden valmisteiden melko runsas käyttö johti siihen, että itsehoitolääkkeitä käyttäneiden osuus kasvoi 31 %:iin vuonna 1987.

Vuosina 1995/96 itsehoitolääkkeitä käyttäneiden osuus oli 28 % eli kolme prosenttiyksikköä pienempi kuin vuonna 1987. Vähennys koskee kuitenkin vain varsinaisia, oireiden lievitykseen otettuja itsehoitolääkkeitä, mutta ei vitamiinivalmisteita. Muita eli oireiden lievitykseen tarvittuja itsehoitolääkkeitä käytti 20 % haastatelluista vuonna 1987, mutta vuosina 1995/96 osuus oli 16 % (kuva 5.2.1; liitetaulukko 5.2). Kyseisten lääkkeiden käyttö oli vähentynyt kummallakin sukupuolella ja kaikissa ikäryhmissä. Naiset käyttivät itsehoitoon oirelääkkeitä edelleen selvästi yleisemmin kuin miehet: osuudet vuosina 1995/96 olivat 20 % naisista ja 13 % miehistä.



Kuva 5.2.1. Itsehoidon oirelääkkeitä (muuta kuin vitamiinivalmisteita) haastattelua edeltäneiden kahden päivän aikana käyttäneet (%) iän ja sukupuolen mukaan, vuosina 1987 ja 1995/96.

Figure 5.2.1. Use of non-prescription medicines (other than vitamin supplements) during 2 days preceding interview (%) by age and sex, 1987 and 1995/96.

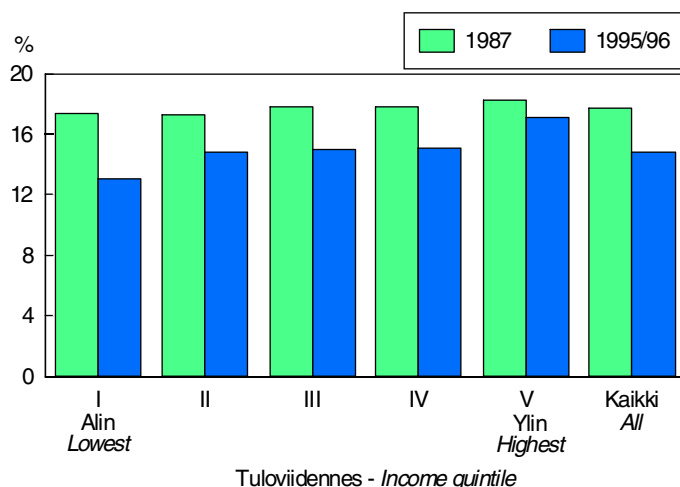
Sekä tuloluokkien väliset että alueittaiset itsehoitoon oirelääkkeiden käyttöerot olivat varsin pienet, ja käyttö oli vähentynyt kaikissa tuloluokissa ja maan kaikissa osissa (kuvat 5.2.2 ja 5.2.3).

5.2 Self-medication

Use of non-prescription medicines has varied relatively much between study years. In 1968, 30% of adults had used such medicines for various symptoms during the two days preceding the interview. The proportion was several percentage points lower in 1976 (Klaukka et al. 1990). A major population survey conducted in 1978–80 revealed a steeply increasing trend in the use of vitamin supplements in comparison with 1976 (Klaukka et al. 1985), so much so that by 1987 the use of non-prescription medicines had risen to 31%.

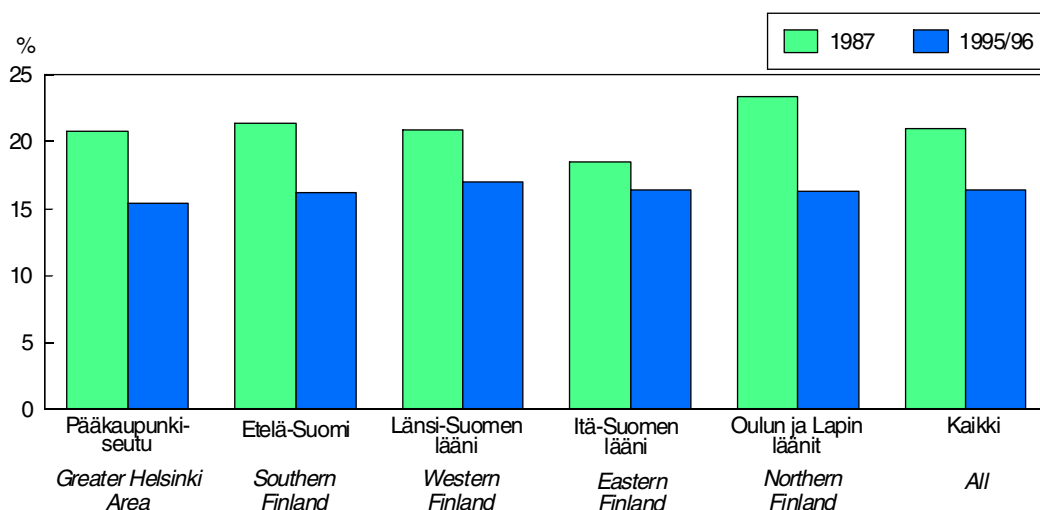
In 1995/96, the proportion of the population that had used non-prescription medicines in the two days preceding interview was 28%, which was three percentage points lower than in 1987. However, the decline referred only to medicines for various symptoms and complaints, not to vitamin supplements or minerals. Non-prescription medicines other than vitamin supplements were used by 20% of the population in 1987 but by only 16% in 1995/96 (Figure 5.2.1; Appended Table 5.2). The percentage declined among both sexes and in all age groups. Women used these symptom-based non-prescription medicines clearly more frequently than did men; the proportions in 1995/96 being 20% and 13%, respectively.

Differences in the use of symptom-based non-prescription medicines were relatively small by both income category and region, and their use had decreased in all income groups and in all parts of the country (Figures 5.2.2 and 5.2.3).



Kuva 5.2.2. Itsehoidon oirelääkkeitä (mutta kuin vitamiinivalmisteita) haastattelua edeltäneiden kahden päivän kuluessa käyttäneet (%) tuloluokittain vuosina 1987 ja 1995/96, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut.

Figure 5.2.2. Use of non-prescription medicines (other than vitamin supplements) during 2 days preceding interview (%) by income group, 1987 and 1995/96, standardised by age and sex.



Kuva 5.2.3. Itsehoidon oirelääkkeitä (mutta kuin vitamiinivalmisteita) haastattelua edeltäneiden kahden päivän aikana käyttäneet (%) alueittain vuosina 1987 ja 1995/96, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut.

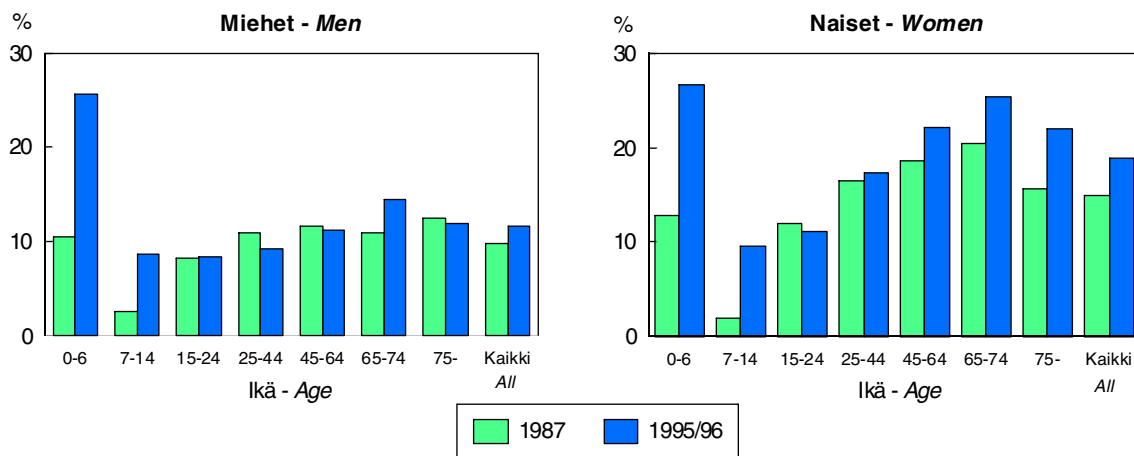
Figure 5.2.3. Use of non-prescription medicines (other than vitamin supplements) during 2 days preceding interview (%) by region, 1987 and 1995/96, standardised by age and sex.

Itsehoidon oirelääkkeiden eri ryhmistä särky- ja kuumelääkkeiden käyttö oli vähentynyt sekä aikuisilla että lapsilla, mutta ilman reseptiä saatavia allergialääkkeitä etenkin lapset käyttivät selvästi yleisemmin vuosina 1995/96 kuin vuonna 1987.

Vitamiini- ja hivenainevalmisteiden käyttäjiä oli 12 % väestöstä vuonna 1987 ja 15 % vuosina 1995/96 (kuva 5.2.4; liitetaulukko 5.3). Naisten keskuudessa näiden valmisteiden käyttäjiä oli 19 % vuosina 1995/96 ja miehistä vastaavasti vähän alle 12 %. Käyttö oli yleistynyt eniten lapsilla, mihin on vaikuttanut lähinnä fluoritablettien sekä pikkulapsilla neuvoloiden suosittelemien vitamiinivalmisteiden kasvanut käyttö. Myös monivitamiinivalmisteita lapset käyttivät vuosina 1995/96 selvästi enemmän kuin vuonna 1987.

Of the major subgroups of symptom-relieving non-prescription medicines, the use of analgesics and antipyretics declined among both adults and children, but the use of antiallergic drugs was higher in 1995/96 than in 1987, especially among children.

Vitamin supplements and minerals were used by 12% of the population in 1987, and by 15% in 1995/96 (Figure 5.2.4; Appended Table 5.3). Sales figures, however, show a declining trend in 1995/96 that started in 1993. Among women, the rate of use was 19% in 1995/96, and among men 12%. Use of vitamin supplements increased most markedly among children, who in 1995/96 used fluorides and vitamins A and D as recommended by the health care system more frequently than in 1987. Use of multivitamin preparations also increased among children.



Kuva 5.2.4. Vitamiini- ja hivenainevalmisteita haastattelua edeltäneiden kahden päivän aikana käyttäneet (%) vuosina 1987 ja 1995/96 iän ja sukupuolen mukaan.

Figure 5.2.4. Use of vitamin supplements or minerals during 2 days preceding interview (%) by age and sex, 1987 and 1995/96.

Vitamiinivalmisteiden käyttö oli vuosina 1995/96 edelleen yleisempää kuin 1987 kaikissa tuloluokissa ja kaikilla alueilla (liitetaulukko 5.3). Käyttö ei vuosina 1995/96 ollut enää systemaattisesti yhteydessä tuloihin, mutta se oli edelleen yleisintä ylimmissä tuloviidenneksissä.

Vitamin supplements were used more frequently in 1995/96 in all income categories and regions than in 1987 (Appended Table 5.3). Their use did not correlate systematically with income in 1995/96, but it was still most frequent in the two highest income quintiles.

5.3 Rohdosvalmisteiden ja luonnonlääkkeiden käyttö

Rohdosvalmisteet ovat lääkelain mukaan lääkkeitä, mutta niiltä ei edellytetä samanlaista näyttöä tehosta kuin varsinaisilta lääkkeiltä. Niitä saa myydä ainoastaan apteekkeista. Luonnonlääkkeiksi kutsutaan luonnosta, esimerkiksi yrteistä, peräisin olevia valmisteita, joiden tarkoituksena on täydentää ihmisen ravintoa ja aikaansaada terveyden kannalta myönteisiä vaikutuksia elimistöön. Osa luonnonlääkkeistä sisältää pelkästään mineraaleja. Luonnonlääkkeitä myyvät luontaistuotekaupat, elintarvikeliikkeet ja osa apteekkeista.

Koko aineistosta 15 % oli käyttänyt rohdosvalmisteita tai luonnonlääkkeitä haastattelua edeltäneiden kahden vuorokauden aikana, mikä väestöön suhteutettuna vastaa noin 760 000:ta henkilöä. Naisista näiden valmisteiden käyttäjiä oli 20 % ja miehistä alle 10 %. Käyttö yleistyi iän myötä siten, että naisilla suurin käyttäjäosuus oli 45–64-vuotiaiden ja miehillä 65–74-vuotiaiden ikäryhmissä (kuva 5.3.1).

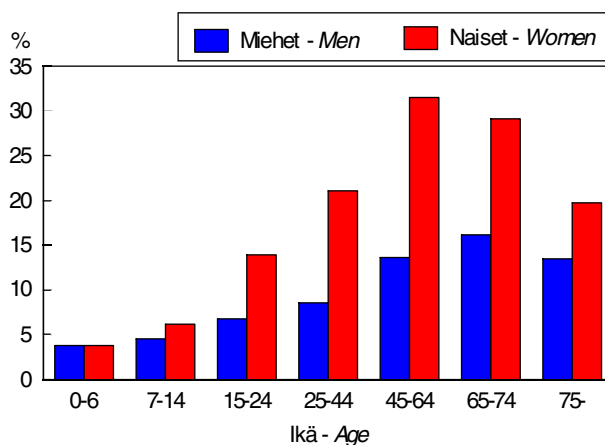
Väestöryhmittäin ja alueittain rohdosvalmisteiden ja luonnonlääkkeiden käytön erot olivat vähäisiä. Tuloluokittain käyttäjien osuus kasvoi siirryttäessä alimmasta ylimpään tuloviidennekseen (kuva 5.3.2). Alueittainen vaihtelu oli vielä pienempää: käyttäjien osuus oli suurin pääkaupunkiseudulla (17 %) ja Länsi-Suomessa (16 %) ja pienin Itä-Suomessa (13 %).

5.3 Use of herbal medicines

There are two categories of herbal medicines in Finland. One group is classified as medicines and can be sold by pharmacies only. These preparations contain relatively small amounts of active ingredients, and the sales licence procedure does not require such strict verification of effects as for medicines in general. The other group of herbal medicines can be sold in special health product shops or in supermarkets. These preparations contain extract substances mainly of herbal origin, and some of them minerals, too.

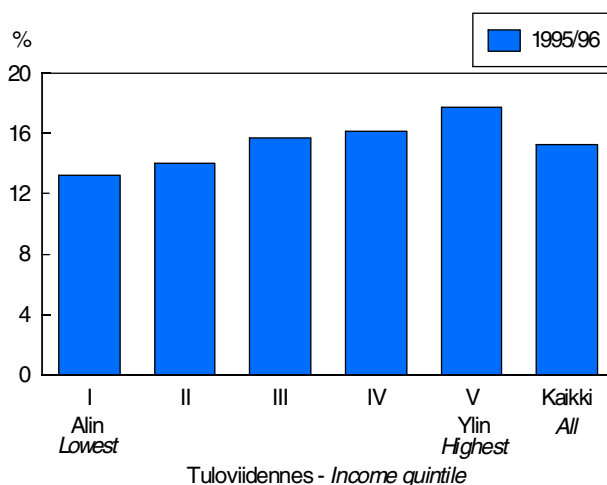
The 1995/96 survey was the first in this series to evaluate the use of herbal medicines. Of all respondents, 15% had used these preparations during two days preceding the interview. This percentage corresponds to around 760,000 people. The proportion was 20% for women and 10% for men. Use increased with age, but not systematically, the highest rates being among women aged 45–64 and men aged 65–74 (Figure 5.3.1).

The use of herbal medicines varied relatively little by population group or by region. The rate of use increased with income (Figure 5.3.2), and was highest (17%) in the Greater Helsinki Area and lowest (13%) in Eastern Finland.



Kuva 5.3.1. Rohdosvalmisteita tai luonnonlääkkeitä haastattelua edeltäneiden kahden päivän kuluessa käyttäneet (%) iän ja sukupuolen mukaan vuosina 1995/96.

Figure 5.3.1. Use of herbal medicines during 2 days preceding interview (%) by age and sex, 1995/96.



Kuva 5.3.2. Rohdosvalmisteita tai luonnonlääkkeitä haastattelua edeltäneiden kahden päivän aikana käyttäneet (%) tuloluokittain vuosina 1995/96, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut.

Figure 5.3.2. Use of herbal medicines during 2 days preceding interview (%) by income group, 1995/96, standardised by age and sex.

Yleisimmin käytetty tuoteryhmä olivat kalkkivalmisteet, joiden osuus kaikista käytössä olleista rohdosvalmisteista tai luonnonlääkkeistä oli lähes viidennes. Piitä sisältävät valmisteet olivat toiseksi yleisimpiä. Niiden osuus oli kymmenisen prosenttia. Muita suhteellisen paljon käytettyjä ryhmiä olivat C-vitamiinia sekä muita antioksidantteja sisältäneet valmisteet, auringonhattu-uutteet, ubikinonit ja kalanmaksaöljyt.

Preparations containing calcium were the most frequently used products among herbal medicines, and accounted for around one-fifth of all herbal medicines used. Next came silicon preparations, at 10%. Other relatively frequently used herbal medicines contained vitamin C or other antioxidants, herbal extracts, ubiquinone or cod liver oil.

6

Terveyteen vaikuttavat elintavat *Health-related life-style*

Vuosien 1987 sekä 1995/96 tutkimuksissa terveyteen vaikuttavia elintapoja selvitettiin vertailukelpoisella tavalla tupakoinnin, alkoholin käytön ja kuntoliikunnan osalta. Lisäksi tiedusteltiin haastateltujen aikuisten pituutta ja painoa, joiden perusteella laskettiin painoindeksi (body mass index, BMI). Tässä tutkimuksessa ei pyritty saamaan terveyteen liittyvistä elintavoista kokonaiskuvaa eikä tutkimaan yksittäisiä terveystapoja syvällisesti, koska näitä tietoja kootaan laajoilla erityistutkimuksilla.

6.1 Tupakointi

Päivittäin tupakoivien aikuisten osuus vuosien 1995/96 tutkimuksessa oli 23 %, mikä oli yli 3 prosenttiyksikköä vähemmän kuin vuonna 1987. Miehistä tupakoi vuosien 1995/96 tutkimuksen mukaan 29 % ja naisista 17 %. Osuudet olivat varsin lähellä 15–64-vuotiasta väestöä koskeneen Kansanterveyslaitoksen väestötutkimuksen tuloksia, joiden mukaan vuonna 1995 päivittäin tupakoivien työikäisten miesten osuus oli 29 % ja naisten 19 % (Suomalaisten terveys 1996, 1997).

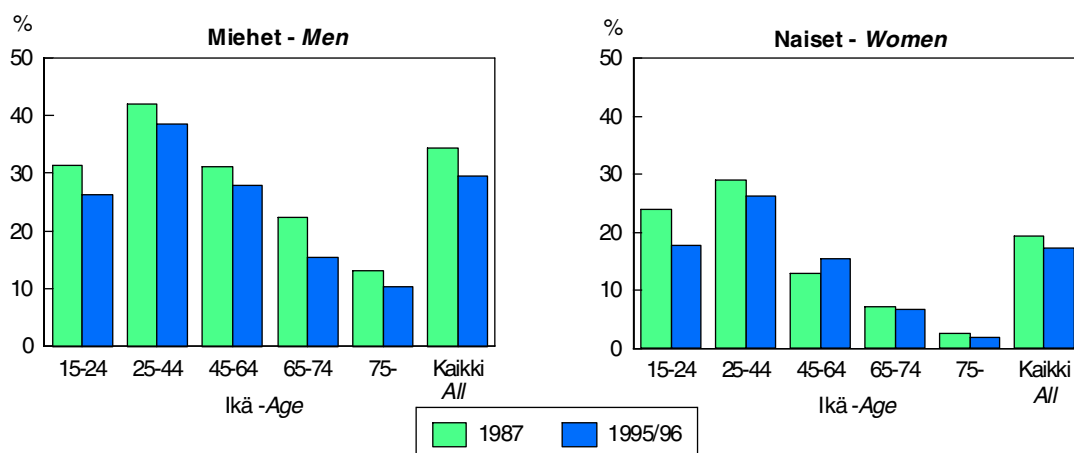
Tupakointi oli vuosina 1995/96 yleisintä 25–44-vuotiaiden ikäryhmässä: tämänikäisistä miehistä 38 % ja naisista 26 % poltti päivittäin (kuva 6.1; liitetaulukko 6.1). Vuoteen 1987 verrattuna tupakointi oli kuitenkin hieman vähentynyt tässä kuten lähes kaikissa muissakin ikäryhmissä. Ainoastaan 45–64-vuotiaista naisista päivittäin tupakoivien osuus oli vuosina 1995/96 hieman suurempi kuin vuonna 1987.

The 1987 and 1995/96 studies contained comparable questions about smoking, alcohol consumption and frequency of physical exercise. The weight and height of the respondents were recorded to permit calculation of the body mass index (BMI).

6.1 Smoking

The proportion of daily smokers in the adult population was 23% in 1995/96, which was three percentage points lower than in 1987. The rate was 29% for men and 17% for women.

In 1995/96, smoking was most common among 25- to 44-year-olds. In this age group, 38% of men and 26% of women were daily smokers (Figure 6.1; Appended Table 6.1). Even in these groups, however, the rates were somewhat lower than in 1987. The only group in which smoking increased was that comprising women aged 45–64.

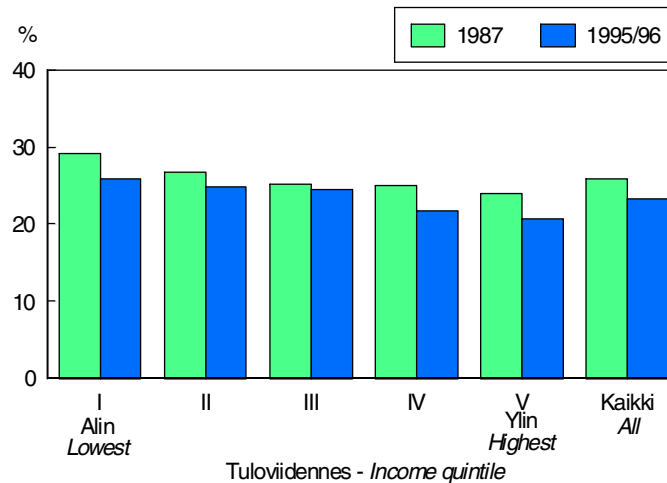


Kuva 6.1.1. Päivittäin tupakoivat aikuiset (%) iän ja sukupuolen mukaan vuosina 1987 ja 1995/96.

Figure 6.1.1. Adult daily smokers (%) by age and sex, 1987 and 1995/96.

Tuloluokittain tarkasteltuna tupakoinnin yleisyydessä oli vain pieniä eroja vuonna 1987 ja erot pienivät entisestään vuosien 1995/96 tutkimuksessa (kuva 6.1.2). Tupakointi väheni kaikissa tuloviidenneksissä.

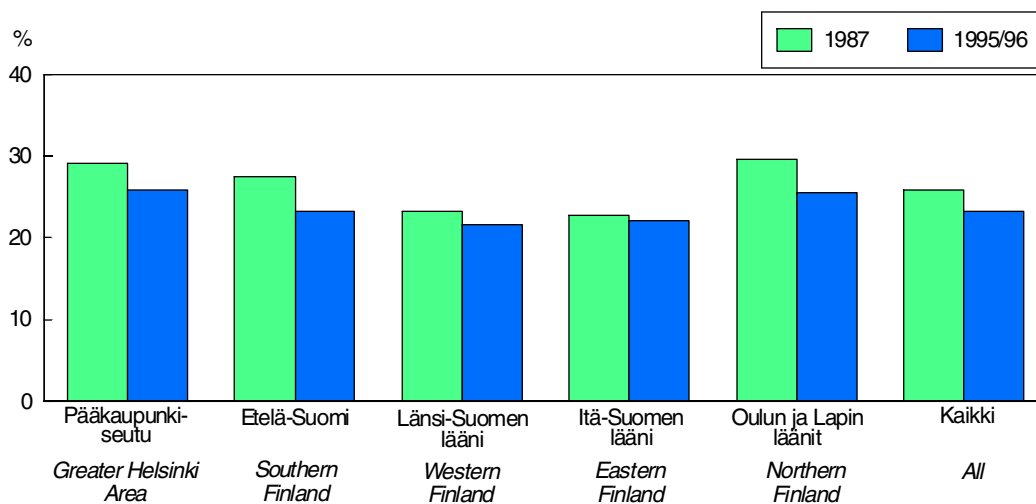
The prevalence of smoking did not differ much between income groups. This was already the case in 1987, and in 1995/96 the differences were even smaller (Figure 6.1.2). Smoking decreased in all income groups.



Kuva 6.1.2. Päivittäin tupakoivat aikuiset (%) tuloluokittain vuosina 1987 ja 1995/96, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut.
Figure 6.1.2. Adult daily smokers (%) by income group, 1987 and 1995/96, standardised by age and sex.

Vuosina 1995/96 oli tupakoivia eniten pääkaupunkiseudulla ja vähiten Länsi-Suomen läänissä. Ikä- ja sukupuolivakiointi pienensi alueiden välisiä eroja, mutta ei muuttanut niiden välistä järjestystä (kuva 6.1.3).

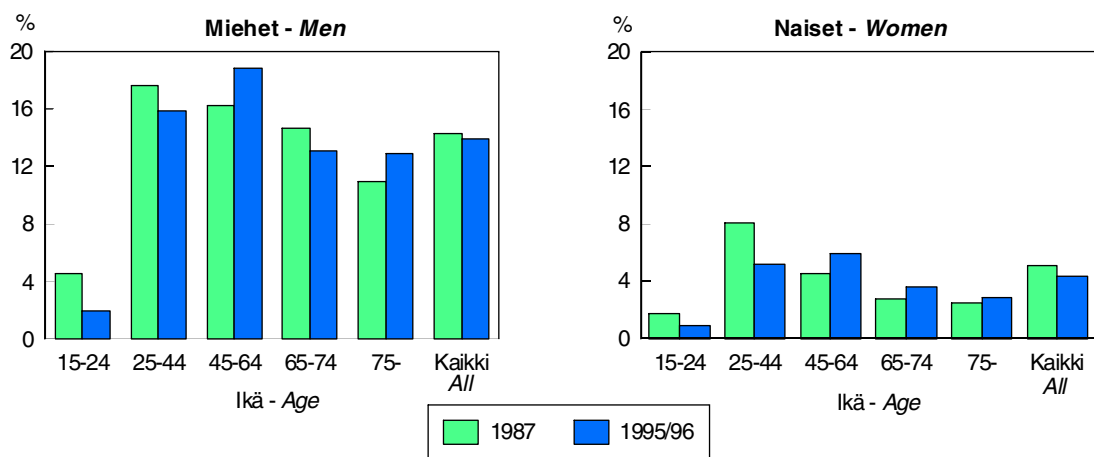
In 1995/96, smoking was most common in the Greater Helsinki Area and most uncommon in Western Finland (Figure 6.1.3).



Kuva 6.1.3. Päivittäin tupakoivat aikuiset (%) alueittain vuosina 1987 ja 1995/96, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut.
Figure 6.1.3. Adult daily smokers (%) by region, 1987 and 1995/96, standardised by age and sex.

6.2 Alkoholin käyttö

Päivittäin tai lähes päivittäin alkoholia käyttäneiden osuus molempina tutkimusajankohtina oli keskimäärin 9 % aikuisista (kuva 6.2.1; liitetaulukko 6.2). Vuosina 1995/96 osuus oli miehistä 14 % ja naisista 4 %. Nämä lienevät todellisuuteen verrattuna aliarvioita, koska alkoholin ongelmakäyttäjää arvioidaan olevan miehistä runsas viidennes ja naisista noin 5 % (Suomalaisten terveys 1997). Haastattelut soveltuvatkin paremmin väestöryhmien välisten erojen vertailuun kuin todellisten juomatapojen tutkimiseen.



Kuva 6.2.1. Päivittäin tai lähes päivittäin alkoholia käyttävät aikuiset (%) iän ja sukupuolen mukaan vuosina 1987 ja 1995/96.

Figure 6.2.1. Adults consuming alcohol daily or nearly daily (%) by age and sex, 1987 and 1995/96.

Sekä miehillä että naisilla alkoholin päivittäiskäyttö oli yleisintä 45–64-vuotiaiden keskuudessa. Tähän ikäryhmään kuuluvista miehistä 19 % ja naisista 6 % oli alkoholin päivittäiskäyttäjiä vuosina 1995/96. Tässä ikäryhmässä käyttö oli myös yleistynyt, päinvastoin kuin lähes kaikissa muissa ikäryhmissä. Ilmiö lienee yhteydessä suurten ikäluokkien tapaan käyttää alkoholia, sillä vuonna 1987 käyttö oli yleisintä 25–44-vuotiaiden ikäryhmässä, johon kyseiset ikäluokat vielä silloin kuuluivat. Vuosina 1995/96 alkoholin päivittäiskäyttö oli alle 45-vuotiaiden aikuisten keskuudessa harvinaisempaa kuin vuonna 1987, ja heistä 15–24-vuotiaiden miesten osuus oli pienentynyt selvästi.

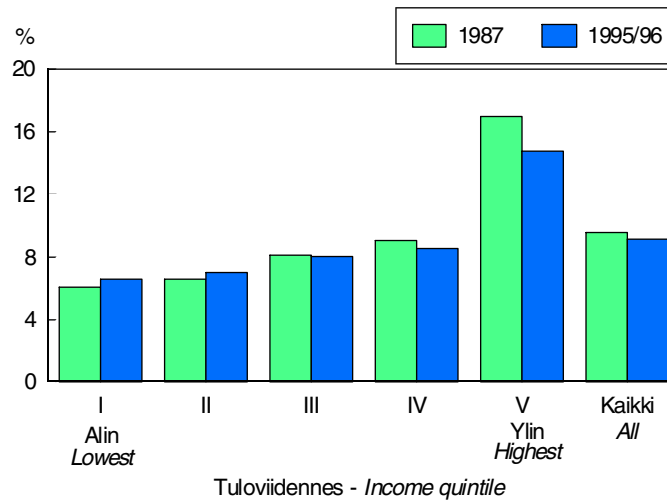
Alkoholin päivittäiskäyttö oli systemaattisesti yhteydessä tuloihin: ylimpään tuloviidennekseen kuuluvat sekä miehet että naiset olivat selvästi yleisemmin alkoholin päivittäiskäyttäjiä kuin muihin tuloluokkiin kuuluvat, ja käyttö yleistyi siirryttäessä alimmasta ylimpiin luokkiin (kuva 6.2.2).

6.2 Alcohol consumption

Alcohol was drunk daily by or nearly daily 9% of adults in both 1987 and 1995/96 (Figure 6.2; Appended Table 6.2). The proportion in 1995/96 was 14% for men and 4% for women. These figures may be too low because it has been estimated that elsewhere around one-fifth of men and 5% of women are problem drinkers (Suomalaisten terveys 1997).

Daily drinking was most common among 45- to 64-year-olds, for both men and women. In 1995/96, 19% of men and 6% of women in this age group were regular drinkers. This was also the only age group in which alcohol consumption increased between the study years. The large cohorts born after the Second World War belong to this age group, and may be the principal group accounting for the increase in alcohol consumption in that age group. The under-45s had cut down their regular drinking, which was particularly evident among men aged 15–24.

Alcohol consumption was systematically associated with income, people in the highest quintile being regular drinkers more often than men or women in the other quintiles (Figure 6.2.2).

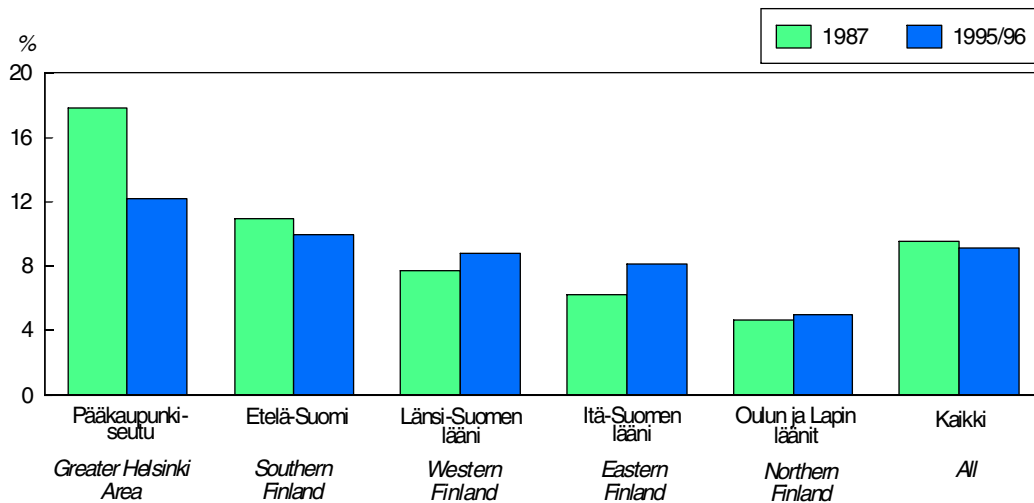


Kuva 6.2.2. Päivittäin tai lähes päivittäin alkoholia käyttävät aikuiset (%) tuloluokittain vuosina 1987 ja 1995/96, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut.

Figure 6.2.2. Adults consuming alcohol daily or nearly daily (%) by income group, 1987 and 1995/96, standardised by age and sex.

Vuonna 1987 päivittäiskäyttäjää oli selvästi eniten pääkaupunkiseudulla ja toiseksi eniten muualla Etelä-Suomessa. Alueiden väliset erot olivat vuosina 1995/96 selvästi pienentyneet (kuva 6.2.3). Tämä johtui siitä, että pääkaupunkiseudulla alkoholin päivittäiskäyttö näyttää selvästi vähentyneen, mutta Etelä-Suomen lääninä lukuun ottamatta käyttäjien osuus kasvoi hieman maan muissa osissa.

In 1995/96, daily alcohol consumption was clearly most common in the Greater Helsinki Area and also elsewhere in Southern Finland. Regional differences were, however, smaller in 1995/96 than in 1987 (Figure 6.2.3). This was mainly due to a decrease in drinking in the Greater Helsinki Area, but an increase in most other parts of the country.



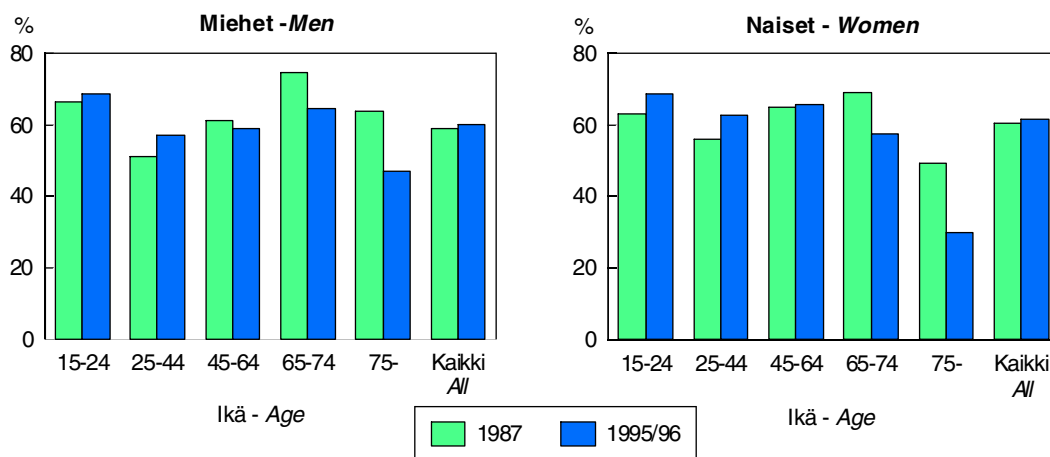
Kuva 6.2.3. Päivittäin tai lähes päivittäin alkoholia käyttävät aikuiset (%) alueittain vuosina 1987 ja 1995/96, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut.

Figure 6.2.3. Adults consuming alcohol daily or nearly daily (%) by region, 1987 and 1995/96, standardised by age and sex.

6.3 Kuntoliikunta

Kuntoliikunta määriteltiin hengästymiseen ja hikoiluun johtavana liikkumisena vähintään 2 kertaa viikossa. Liikuntaa ilmoitti harrastavansa aikuisista 61 % vuosina 1995/96, eikä sukupuolten välillä ollut juurikaan eroa (kuva 6.3.1; liitetaulukko 6.3).

Ikä näyttää jakavan liikunnan harrastamisessa tapahtuneen kehityksen kahteen, toisilleen vastakkaiseen ilmiöön: nuorimmat, 15–44-vuotiaat ovat selvästi lisänneet kuntoliikuntaa, mutta iäkkäät, yli 65-vuotiaat ovat selvästi vähentäneet sitä. Nämä havainnot koskevat sekä miehiä että naisia.



Kuva 6.3.1. Vähintään 2 kertaa viikossa kuntoilevat aikuiset (%) iän ja sukupuolen mukaan vuosina 1987 ja 1995/96.
Figure 6.3.1. Adults engaging in physical exercise at least 2 times a week (%) by age and sex, 1987 and 1995/96.

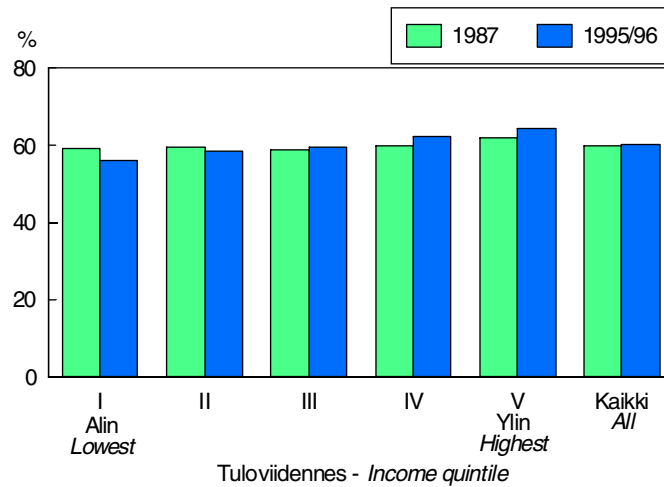
Kuntoliikunta oli vuosina 1995/96 jossakin määrin yhteydessä tuloihin, sillä liikuntaa harrastavien osuus kasvoi siirryttäessä alimmasta tuloviidenneksestä ylimpään. Alimman ja ylimmän tuloluokan välinen ero oli kymmenisen prosenttiyksikköä (kuva 6.3.2). Vuoden 1987 tutkimuksessa tuloluokkien välillä ei ollut olennaisia eroja. Kuntoliikuntaa harrastavien osuus vaihteli myös alueittain varsin vähän (kuva 6.3.3). Pääkaupunkiseudulla osuus oli hieman suurempi kuin muualla maassa.

6.3 Physical exercise

Physical exercise was defined as activity undertaken at least 2 times a week, during which the respondent perspired or was at least slightly short of breath; 61% of adults took part in such exercise in 1995/96. The proportion was the same for both sexes (Figure 6.3.1; Appended Table 6.3).

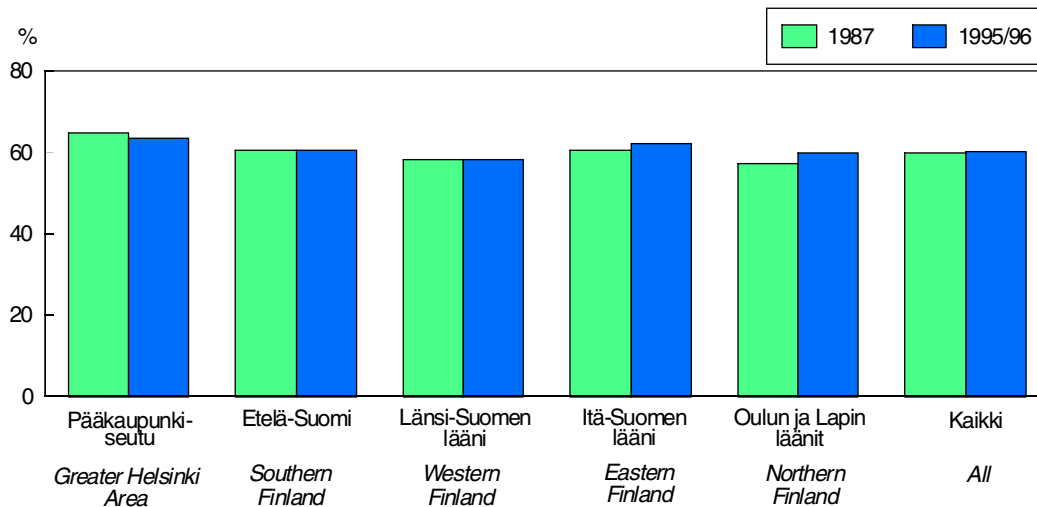
Trends in frequency of physical exercise varied by age: the youngest adults (15- to 44-year-olds) engaged in physical exercise more often than before, whereas the over 65s exercised less often.

Participation in physical exercise increased with income, the difference between the lowest and highest income quintiles being 10 percentage points in 1995/96 (Figure 6.3.2); no income-related differences were noted in 1987. There was relatively little regional difference in rates, but participation in physical exercise was most common in the Greater Helsinki Area (Figure 6.3.3).



Kuva 6.3.2. Vähintään 2 kertaa viikossa kuntoilevat aikuiset (%) tuloluokittain vuosina 1987 ja 1995/96, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut.

Figure 6.3.2. Adults engaging in physical exercise at least 2 times a week (%) by income group, 1987 and 1995/96, standardised by age and sex.



Kuva 6.3.3. Vähintään 2 kertaa viikossa kuntoilevat aikuiset (%) alueittain vuosina 1987 ja 1995/96, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut.

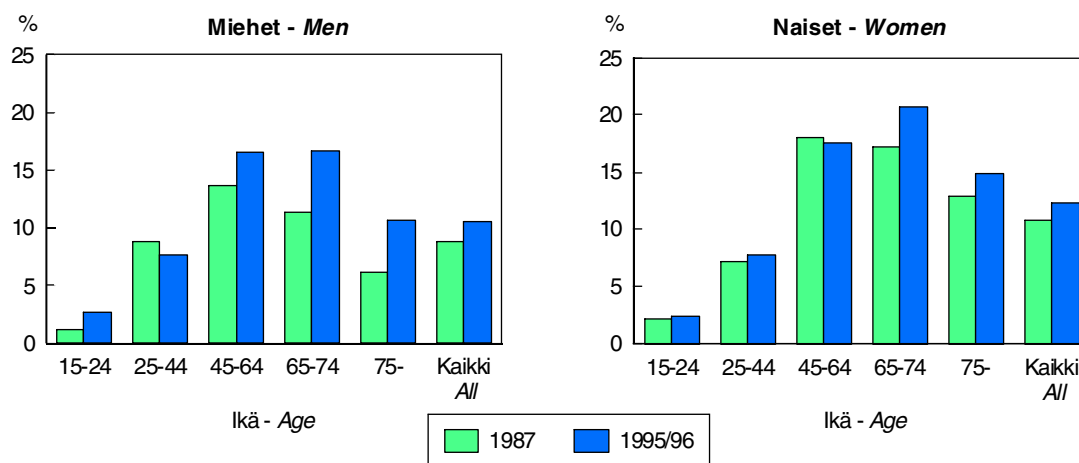
Figure 6.3.3. Adults engaging in physical exercise at least 2 times a week (%) by region, 1987 and 1995/96, standardised by age and sex.

6.4 Ylipainoisuus

Ylipainoisuuden rajaksi asetettiin painoindeksin arvo 30 sekä naisille että miehille. Ylipainoisten osuus aikuisista oli yli 11 % vuosina 1995/96, kun se oli vähän alle 10 % vuonna 1987. Ylipainoisuus oli yleistynyt sekä miehillä että naisilla, ja naiset olivat ylipainoisia yleisemmin kuin miehet (kuva 6.4; liitetaulukko 6.4). Yleisintä ylipainoisuus oli vuosien 1995/96 tutkimuksessa 65–74-vuotiailla naisilla, joista yli 20 % oli ylipainoisia, ja osuus oli suurentunut vuoteen 1987 verrattuna kolmisen prosenttiyksikköä. Ylipainoisuus näyttää yleistyvän noin 45. ikävuodesta lähtien.

6.4 Overweight

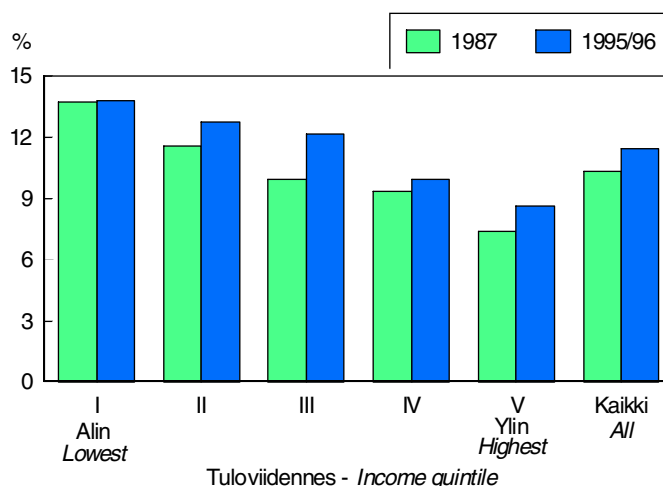
The limit of overweight, for both men and women, was defined as a body mass index (BMI) of 30. The proportion of overweight adults in 1995/96 was 11% whereas in 1987 it had been less than 10%. Overweight was more common among both men and women in 1995/96 than in 1987, though women were more frequently overweight than men (Figure 6.4; Appended Table 6.4). In 1995/96, the highest proportion was among women aged 65–74, of whom more than 20% were overweight. Compared with 1987, overweight in this group had increased by three percentage points. Overweight was related to age, becoming more common after the age of 45.



Kuva 6.4.1. Ylipainoiset (BMI > 30) aikuiset (%) iän ja sukupuolen mukaan vuosina 1987 ja 1995/96.
Figure 6.4.1. Overweight adults (BMI > 30) (%) by age and sex, 1987 and 1995/96.

Ylipainoisuus oli kääntäen verrannollinen tuloihin (kuva 6.4.2). Vuosina 1995/96 ylipainoisten vakioitu osuus oli alimmassa tuloluokassa 14 % ja ylimmissä alle 9 %. Muutos tutkimusvuosien välillä oli selvin keskimmaisessä tuloluokassa.

Overweight was inversely related to income in 1995/96 (Figure 6.4.2), the proportion being 14% in the lowest and 9% in the highest income quintile. Overweight increased most in the third income quintile.

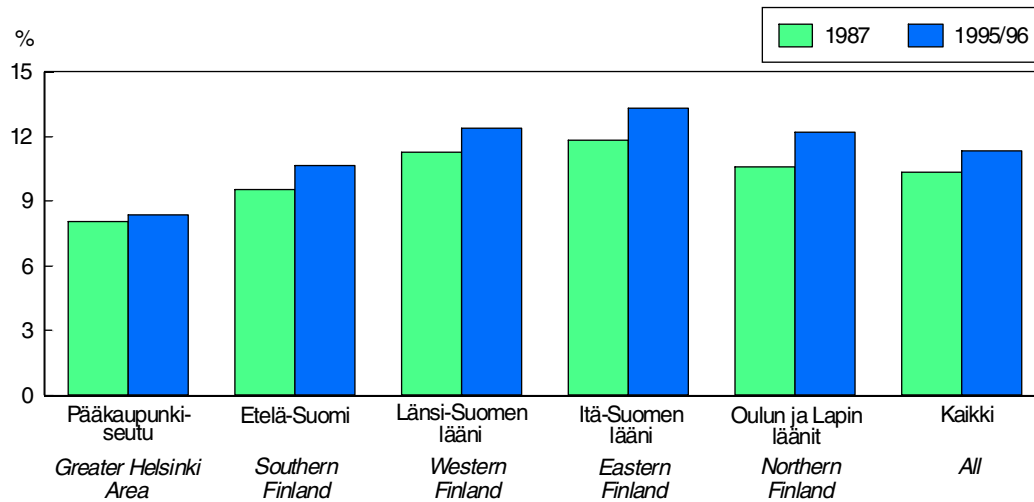


Kuva 6.4.2. Ylipainoiset (BMI \geq 30) aikuiset (%) tuloluokittain vuosina 1987 ja 1995/96, ikä- ja sukupuolivakioidut luvut.

Figure 6.4.2. Overweight adults (BMI \geq 30) (%) by income group, 1987 and 1995/96, standardised by age and sex.

Kuten aikaisemminkin, vuosina 1995/96 ylipainoisia oli eniten Itä-Suomessa ja vähiten pääkaupunkiseudulla (kuva 6.4.3). Ylipainoisuus lisääntyi jonkin verran kaikkialla maassa.

As before, overweight was most prevalent in Eastern Finland, and least prevalent in the Greater Helsinki Area (Figure 6.4.3). The number of overweight people seems to have increased in all regions.



Kuva 6.4.3. Ylipainoiset (BMI \geq 30) aikuiset (%) alueittain vuosina 1987 ja 1995/96, ikä- ja sukupuolivakioitunut luvut.
Figure 6.4.3. Overweight adults (BMI \geq 30) (%) by region, 1987 and 1995/96, standardised by age and sex.

7

Kotitalouksien sairauskulut *Households' medical expenses*

Luvussa vertaillaan kotitalouksien sairauskulujen jakautumista vuosina 1987 ja 1996. Sairauskuluilla tarkoitetaan kotitalouksien itsensä maksamia kustannuksia, joista on vähennetty sairausvakuutuksen, vakuutusyhtiöiden, kuntien sosiaalitoimistojen ja avustuskassojen maksamat korvaukset.

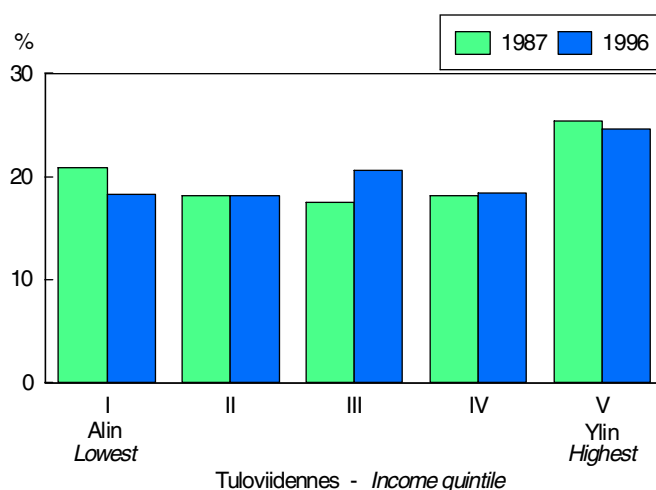
Henkeä kohden lasketut sairauskulut olivat vuonna 1996 noin 2 000 mk. Kulut olivat nimellisesti noin kaksinkertaiset ja reaalisesti noin 20 % suuremmat kuin vuonna 1987¹. Sairauskulut kasvoivat varsinkin lääkkeiden, kunnallisten avohoitopalvelujen ja hammashuollon osalta. Kehitys kuvastaa maksupolitiikan muutosta, joka on lisännyt palvelujen käyttäjien osuutta terveydenhuollon kustannuksista, mutta heijastaa osaltaan myös käytön ja käytön rakenteen muutoksia (vrt. luvut 4.2 ja 5).

Sairauskulujen tuloluokittaisessa jakautumisessa on selviä muutoksia (kuva 7.1, liitetaulukko 7.1). Alimman tuloviidenneksen osuus kaikista kuluista pieneni, ja keskimmäisen tuloviidenneksen osuus vastaavasti kasvoi.

This section compares the level and distribution of households' medical expenses in 1987 and 1996. Medical expenses are here defined as the household's total expenditure on inpatient and outpatient care, medicines, travelling, glasses, visits to the optician, and other services, after deduction of all reimbursements from sickness insurance and insurance companies and subsidies from relief funds.

Medical expenses per person totalled about FIM 2000 in 1996. In nominal terms, expenses were almost twice as high as in 1987 and in real terms about 20% higher¹. Expenditure on medicines, public outpatient care and dental care increased most noticeably during this period. This trend was largely due to adjustments to charges, which increased the user's contribution to costs, but it was also due to structural changes in the use of services (cf. Sections 4.2 and 5).

The distribution of medical expenses between income groups has changed clearly (Figure 7.1, Appended Table 7.1). The proportion of total expenses incurred by the lowest income quintile fell between 1987 and 1996, but that incurred by the middle quintile increased correspondingly.



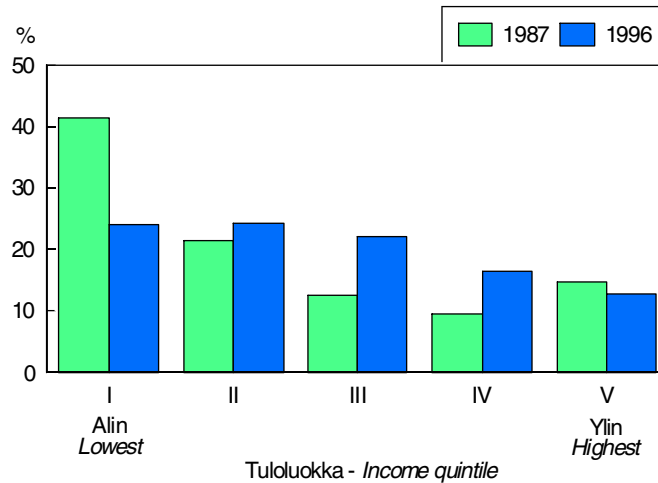
Kuva 7.1. Kotitalouksien sairauskulujen jakautuminen (%) tuloluokittain vuosina 1987 ja 1996
Figure 7.1. Distribution of households' medical expenses (%) by income group, 1987 and 1996.

¹ Reaaliset sairauskulut laskettiin käyttämällä terveydenhuollon kulluttajahintaindeksiä (1987=100, 1996=179.2).

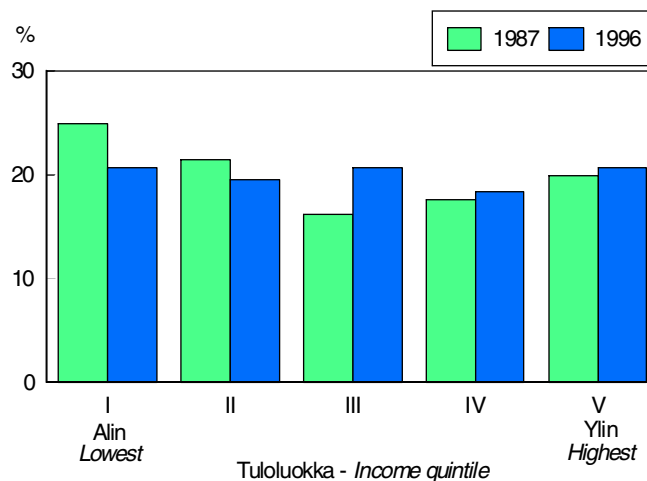
¹ Medical expenses in real terms were calculated using the consumer price index in health care (1987=100, 1996=179.2).

Etenkin sairaaloiden hoitopäivämaksut ja lääkekulut kohdentuivat aikaisempaa selvemmin kolmanteen tuloviidennekseen (kuvat 7.2 ja 7.3). Samanaikaisesti alimmassa tuloviidenneksessä hoitopäivämaksujen osuus pieneni lähes puoleen verrattuna vuoteen 1987. Toisaalta avohoidon maksujen jakautuminen ei juurikaan muuttunut. Kunnallisen avohoidon maksut kohdentuivat jonkin verran voimakkaammin alempiin tuloluokkiin. Yksityisen avohoidon maksut puolestaan kohdentuivat selvästi ylimpään tuloviidennekseen. Muutokset johtuivat pääasiassa tuloluokkien väestörakenteen muutoksista. Suhteellisesti eniten terveyspalveluja käyttävien eläkeläisten osuus kahdessa alimmassa tuloviidenneksessä pieneni. Eläkeläiskotitalouksia siirtyi varsinkin kolmanteen tuloviidennekseen, mikä selittää sairauskulujen osuuden kasvun tässä tuloluokassa.

Expenditure on hospital inpatient charges and medicines was concentrated most heavily in the third income quintile (Figures 7.2 and 7.3). At the same time the proportion of inpatient charges in the lowest quintile fell to about half of that in 1987. Despite the rise in user charges, there was no great change in the distribution of public- and private-sector outpatient charges between income groups. Public-sector outpatient charges were concentrated somewhat more in the lower income groups, while private outpatient charges were concentrated clearly in the highest quintile. These changes were mainly attributed to demographic movements by the income groups. The proportion of pensioner households, which tend to be relatively heavy users of health services, declined in the two lowest income quintiles, as a substantial number of these households moved into the third quintile.



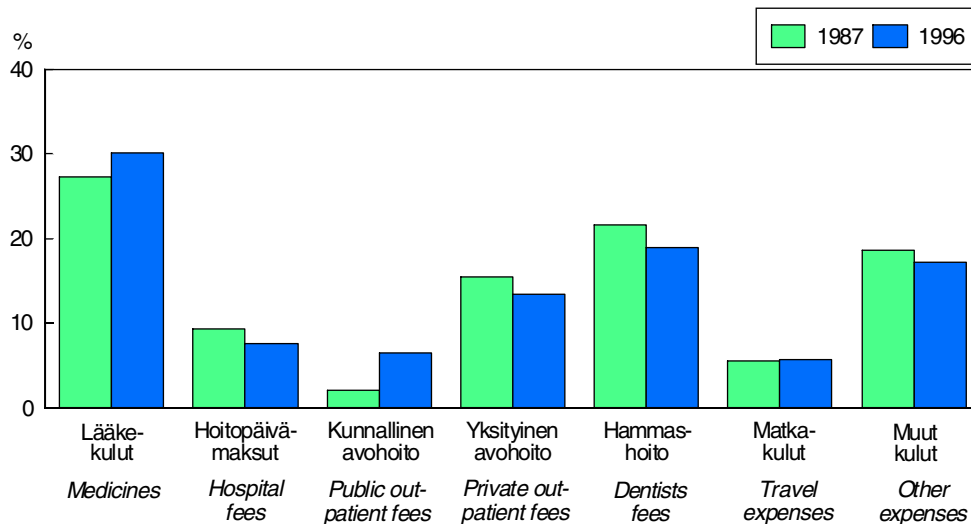
Kuva 7.2. Hoitopäivämaksujen jakautuminen (%) tuloluokittain vuosina 1987 ja 1996.
Figure 7.2. Distribution of inpatient charges (%) by income group, 1987 and 1996.



Kuva 7.3. Lääkekulujen jakautuminen (%) tuloluokittain vuosina 1987 ja 1996.
Figure 7.3. Distribution of expenditure on medicines (%) by income group, 1987 and 1996.

Vastaava muutos on nähtävissä sairauskulujen rakenteessa (kuva 7.4). Lääkekulut muodostivat suurimman osan kotitalouksien sairauskuluista kaikissa tuloluokissa, mutta hoitopäivämaksujen osuus pieneni selvästi alimmassa tuloviidenneksessä (liitetaulukko 7.2). Merkittävä muutos vuosien 1987 ja 1996 välillä on tapahtunut myös kunnallisissa avohoitomaksuissa, joiden osuus sairauskuluista kasvoi selvästi kaikissa tuloluokissa. Tämä johtui uusista asiakasmaksuista, kuten terveyskeskusmaksusta, mutta myös käytön rakenteesta tapahtuneista muutoksista.

A corresponding change occurred in the structure of medical expenses (Figure 7.4). In both years, medicines accounted for the bulk of expenses in all income groups, but the contribution of hospital inpatient charges declined sharply in the bottom quintile (Appended Table 7.2). A significant change between 1987 and 1996 also took place in public-sector outpatient charges. The magnitude of these expenses increased in all income groups, mainly as a consequence of a rise in the level of user charges, and the introduction, in 1993, of a charge for visits to health centre doctors. The structural change from institutionalised to outpatient care also affected the magnitude of these expenses.



Kuva 7.4. Kotitalouksien sairauskulujen rakenne (%) vuosina 1987 ja 1996.
Figure 7.4. Structure of households' medical expenses (%), 1987 and 1996.

Alueelliset erot ovat säilyneet lähes ennallaan. Selvimmin muista erottuu pääkaupunkiseutu, missä varsinkin yksityisen avohoidon ja hammashoidon kulut olivat keskimääräistä suuremmat (liitetaulukko 7.3). Toisaalta esimerkiksi lääkekuluissa pääkaupunkiseudun ja muun maan väliset erot pienenevät. Sairaaloiden hoitopäivämaksut olivat selvästi keskimääräistä suuremmat Itä-Suomen läänissä ja pienimmät pääkaupunkiseudulla. Vuonna 1987 hoitopäivämaksut olivat pääkaupunkiseudulla jonkin verran keskimääräistä suuremmat, mutta vuonna 1996 kulut jäivät selvästi alle koko maan keskiarvon. Hoitopäivämaksujen vähenemiseen pääkaupunkiseudulla vaikuttavat osaltaan erikoissairaanhoidon rakenteen muutokset: keskimääräinen hoitoaika on 1990-luvulla lyhentynyt ja yhä useammat toimenpiteet pyritään suorittamaan avohoidon käynteinä sairaaloiden poliklinikoilla. Tämä kehitys on ollut nopeinta pääkaupunkiseudulla, missä etäisyydet ovat lyhyitä ja palvelujen tarjonta runsainta.

Vaikka maksujen korotukset eivät vaikuttaneet epäedullisesti pienituloisimpien kotitalouksien suhteelliseen asemaan, maksujen lisäys yhdessä käytettävissä olevien tulojen vähenemisen kanssa on saattanut heikentää näiden kotitalouksien mahdollisuuksia selvittää välttämättömistä maksuista. Tätä selvitettiin kysymällä, oliko

The main features of regional differences have remained the same. The Greater Helsinki Area stands out as the region with higher than average medical expenditure on private outpatient and dental care (Appended Table 7.3). The difference between the Helsinki area and other parts of the country has narrowed, however, for expenditure on medicines. Expenses for hospital inpatient care were considerably above the average in Eastern Finland and lowest in the Helsinki area. In 1987 inpatient charges per person were still higher than average in the Helsinki area, but in 1996 the situation had changed and inpatient charges were clearly below the average in this area. This was probably caused by the rearrangements that took place in clinical practices – an increasing number of surgical procedures were carried out as day surgery in the outpatient departments of specialist hospitals, and consequently the admission rate and average length of hospitalisation decreased. This development was most marked in the Greater Helsinki Area, where distances are relatively short and the supply of services is greater than elsewhere in Finland.

The changes that took place in medical expenses between 1987 and 1996 did not adversely affect the relative position of households in the lowest income groups. However, it is still possible that the increase in the level

kotitalous joutunut käyttämään säästöjään tai turvautumaan ulkopuoliseen apuun sairauskulujen vuoksi (liitetaulukko 7.4, markkamääräiset muutokset sairauskuluisa on esitetty liitetaulukoissa 7.5–7.7).

Molempina tutkimusvuosina säästöjä joutui käyttämään noin 8 % kotitalouksista. Säästöjä käyttäneiden osuus oli jonkin verran suurempi alemmissä tuloluokissa. Suurimmat muutokset liittyivät niiden kotitalouksiin, jotka olivat joutuneet turvautumaan yksityishenkilöiltä saatavaan apuun tai kunnan toimeentulotukeen. Näiden kotitalouksien osuus kasvoi selvästi kolmessa alimmassa tuloviidenneksessä. Lisäksi vuonna 1996 muita säännöllisiä menojaan oli joutunut supistamaan noin 12 % kotitalouksista. Alimmassa tuloviidenneksessä tämä osuus oli noin 20 % ja ylimmässä tuloviidenneksessä noin 5 %.

of payments together with the decline in households' disposable income impaired both the position of these households and their ability to cope with other necessary expenses. To find out whether this was indeed so, respondents were asked if the household's medical expenses during the year had been so high that they had had to cover them with savings, resort to outside assistance or give up other regular items of expenditure (Appended Table 7.4, medical expenses in markka terms are presented in Appended Tables 7.5–7.7).

In both years, about 8% of households reported that they had been obliged to use savings to cover medical expenses. The proportion of these households was somewhat higher in the lower income groups. The most outstanding changes occurred in the proportion of households that had had to resort to assistance from relatives or friends, or to municipal support, the proportion increasing most markedly in the three lowest income groups. In addition, in 1996, 12% of households had had to cut down on other regular items of expenditure to cover medical expenses. The proportion of these households was about 20% in the bottom and 5% in the top quintile.

8

Tulosten tarkastelua *Discussion*

Terveydenhuollon väestötutkimuksen sarjan kaksi viimeisintä vaihetta on tehty terveystalouden ja terveydenhuollon kehityksen kannalta merkittävänä ajan-kohtina. Vuonna 1987 elettiin voimakkaan kasvun ja kehityksen aikaa, jonka taloudellinen lama katkaisi ja käänsi vastakkaisuuntaan 1990-luvun alkuvuosina. Samaan aikaan terveydenhuollon päätösvaltaa ja -vastuuta siirrettiin valtiolta kunnille, joiden kummankin taloudelliset ongelmat pakottivat siirtämään terveystalouden käytön kustannuksia aikaisempaa enemmän käyttäjien maksettaviksi sekä etsimään säästöjä palvelurakenteen keventämisestä sekä hoitokäytäntöjen ja toimintatapojen muuttamisesta. Vuosia 1995/96 koskevat tulokset osoittavat näiden muutosten vaikutuksia ja samalla tulevan kehityksen suuntaa.

Kahden poikkileikkaustutkimuksen perusteella saadaan esiin tutkimusvuosien välisiä eroja, mutta ei mitattujen ilmiöiden kehitystä koko ajanjaksolta, koska väli-vuosien tiedot puuttuvat. Tutkimusta tehtäessä laman välittömät vaikutukset olivat jo osittain takanapäin ja myönteinen kehitys oli alkamassa. Arvioitaessa kehitystä tarkemmin tarvitaan siis avuksi muita tietolähteitä. Esimerkki kulultaan vaihdelleesta kehityksestä on vitamiinivalmisteiden käyttö. Näitä valmisteita käytettiin tämän tutkimussarjan mukaan vuosina 1995/96 yleisemmin kuin vuonna 1987, mikä viittaisi kasvavaan trendiin. Kuitenkin näiden tuotteiden myyntiluvut osoittavat käytön kasvaneen vuoteen 1993 saakka, minkä jälkeen luvut ovat kääntyneet suhteelliseen jyrkkään laskuun. Toinen vastaava esimerkki ovat lääkäri- ja sairaalavastuut, joiden määrä väheni 16 % laman aikana vuosina 1991–1994, vaikka vuosien 1987 ja 1996 tulokset kertovat lähes samansuuruisesta päinvastaisesta kehityksestä (Häkkinen ym. 1996). Yksityislääkäripalvelujen käyttö oli kumpainakin tutkimusajankohtana suunnilleen yhtä yleistä, mutta Kelan korvaustilastojen mukaan käyttö ehti kuluneen vuosikymmenen alussa käydä selvästi nykyistä korkeammalla tasolla.

Väestön terveydentila oli joidenkin mittareiden mukaan muuttunut parempaan, joidenkin mukaan huonompaan suuntaan. Aikuisväestön subjektiivisesti koetun terveydentilan taso oli parantunut, mitä tukevat myös muut tutkimustulokset (Huuhka ym. 1996; Heistaro ym. 1997). Samanlainen myönteinen kehitys ilmeni väestön laatu- ja elinajanodotteen kasvuna vuodesta 1992, kun verrattiin tämän aineiston ja vuodelta 1992

The two latest studies in this series were conducted at interesting points of time in terms of developments in health policy and the health care system. In 1987, resources were increasing relatively rapidly. This trend, however, came to a halt and was even reversed due to the severe recession that hit the Finnish economy in the early 1990s. The decision-making structure of health care was altered, and the municipalities were given greater independence. Dwindling public resources have led to increases in the copayments of patients, reduced the level of social security, and altered the structure of health services by encouraging outpatient care at the expense of institutional care. The results of the 1995/96 study reveal some effects of these changes and shed light on likely trends in the near future.

One of the strengths of our series of studies is that information about the main indicators was collected in a comparable way. However, although consecutive cross-sectional studies can identify differences between two points in time, they do not necessarily reveal real trends if comparable information from the intervening years is lacking. Statistical sources and other relevant studies might help to determine what has taken place in various indicators in the interim. The use of vitamin supplements serves as an example: the rate of use was higher in 1995/96 than in 1987. Although it may seem so, the 1995/96 study did not in fact reveal a growing trend in use; on the contrary, sales statistics show that an increasing trend, starting in the late 1970s, continued until the end of 1993, but that after that year use declined relatively rapidly. Another example is the use made of doctors' services, which was greater in 1996 than in 1987. What this trend does not reveal, however, is that, during the recession, between 1991 and 1994, the total number of visits to the doctor actually dropped by 16%, but afterwards rose again. Sick leave statistics, for their part, show that there was a peak in the use of private medical services at the end of the 1980s. Thus, despite the similarity in the figures for 1987 and 1996 in our studies, use of these services was not in fact stable between the years.

According to some indicators, the health status of Finns has deteriorated, whereas others show the opposite. This discrepancy is due to the different properties of the indicators. The subjective health status of the population was better in 1995/96 than in 1987 as was healthy adjusted life expectancy since 1992. That comparison

olevan samankaltaisen aineiston avulla laskettuja väestön laaturapainotettuja elinajanodotteita (Sintonen ja Arinen 1997). Myös aikuisväestön suun terveydentila parani arvioitaessa sitä omien hampaiden lukumäärän avulla. Sen sijaan pitkäaikaissairastavuus oli lisääntynyt ja psyykkiset oireet ja hammasvaivat olivat yleistyneet.

Pitkäaikaissairastavuus oli yleistynyt eniten lapsilla ja nuorilla aikuisilla. Tämä johtui erityisesti allergioiden ja astman nopeasta lisääntymisestä juuri nuorimman väestönosan keskuudessa. Toisaalta nämä sairaudet ovat vähemmän invalidisoivia kuin esimerkiksi tuki- ja liikuntaelinten tai verenkiertoelinten sairaudet, eivätkä ne aiheuta juuri lainkaan kuolleisuutta.

Työikäisten ja iäkkäiden sairastavuuteen on vaikuttanut olennaisesti sepelvaltimotaudin ilmaantuvuuden siirtyminen myöhemmälle iälle. Terveystutkimuksen mukaan sepelvaltimotauti oli työikäisten keskuudessa harvinaisempi vuosina 1995/96 kuin vuonna 1987, mitä kehitystä osoittavat myös rekisterija tilastotiedot. Taudin esiintyvyyden muutokset ovat osaltaan vaikuttaneet sen seurannaissairauksiin; erityisesti sydämen vajaatoiminta oli tämän tutkimussarjan mukaan vähentynyt kaikissa ikäryhmissä. Myönteistä kehitystä selittävät myös jo pitkään jatkunut ravinnon keventyminen, tupakoinnin väheneminen ja kohonneen verenpaineen tehostunut hoito.

Väestön yleisterveydentilan kehityksen kannalta suurimmat tulevaisuuden ongelmat liittyvät toisaalta kaikkein nuorimman ja toisaalta vanhimman väestönosan sairastavuuteen. Nuorimmilla astma ja allergiat yleistyvät huolestuttavan nopeasti, eikä toistaiseksi tunneta keinoja vaikuttaa niiden ilmaantuvuuteen. Tämän alueen tutkimustyöhön onkin panostettava erityisesti Suomessa, jossa on tähän hyvin soveltuvat tietojärjestelmät. Ikääntymiseen liittyvät sairaudet, kuten dementia, luukato ja syöpäsairaudet, eivät tulleet vielä korostetusti esiin tutkimuksen tuloksissa, mutta eliniän pidentymisen myötä niiden ja muidenkin vastaavatyypisten sairauksien yleistyminen on väistämättä edessä. Tämä tulee kuormittamaan hoitojärjestelmää ja aiheuttamaan kustannuksia myös sosiaalivakuutusjärjestelmälle.

Psyykkisiä oireita ilmoitettiin vuosien 1995/96 tutkimuksessa selvästi enemmän kuin vuonna 1987, ja kyseiset oireet olivat yleistyneet erityisesti työikäisillä. Tämän ilmiön tarkempi tutkiminen on tarpeen, koska se saattaa liittyä pitkäaikaiseen työttömyyteen, mutta yhtä hyvin työelämän henkisen ilmapiirin kiristymiseen. Vaikeista mielenterveyden ongelmista erityisesti depressio on johtanut 1990-luvulla entistä useammin työkyvyttömyyseläkkeelle. Yhtenä syynä sen ja muidenkin psyykkisten oireiden yleistymiseen saattavat olla uudet lääkkeet ja niiden voimakas markkinointi, jolloin lääkärin ja väestö ovat kiinnittäneet aikaisempaa enemmän huomiota näihin oireisiin. Toisaalta vakava masennus on opittu näkemään uutena suurena terveysongelmana, joka aikaisemmin on jäänyt osin tunnistamatta. Terveystutkimuksen väestötutkimukseen liittynyt erillinen, masentuneisuutta käsitellyt osa tuonee jo lähiaikoina olennaista uutta tietoa depressioiden yleisyydestä ja niihin yhteydessä olevista tekijöistä.

was made between this data and the one from 1992, despite of slight differences between the data sets (Sintonen and Arinen 1997). Oral health was also better in 1996 than in 1987 when measured by the average number of own teeth. On the other hand, the occurrence of chronic illness, mental disorders and toothache were clearly higher in the 1995/96 study than in 1987.

Chronic morbidity increased especially among children and young adults. The main reason is the high incidence of asthma and allergies among the youngest members of the population. These disorders, however, are not so debilitating as traditional chronic diseases, and are rarely a cause of death. Thus the burden caused by asthma and allergies does not directly correlate with the increasing prevalence rates.

The occurrence of chronic complaints had also grown among the oldest age groups. This was reflected, among others, in the increased number of prescription drugs per user, a development no doubt partly due to the lengthening of life, which exposes people to a greater incidence of chronic, non-fatal diseases. The prevalence of coronary heart disease has traditionally been relatively higher in Finland than in most other Western countries, and it has been the major cause of death among Finns. Our studies showed, however, that this disease has become less common among the working-aged population, a finding confirmed by various statistics. The number of people with coronary heart disease has nevertheless remained rather constant because the prognosis has improved and patients live longer than before. Of other cardiovascular diseases, heart insufficiency has long shown a declining trend, and our studies revealed a lower occurrence among both working-aged and elderly people. These positive trends can probably be attributed to better nutrition, declining rates of regular smoking and, possibly, more effective treatment for elevated blood pressure.

The results emphasise that special attention must be paid to the health status of the youngest and the oldest age groups. There are at the moment no means to prevent the incidence of asthma or other allergic disorders. More research is needed on the aetiology of these disorders, and Finland could play an active role in this field because of our good registers and other information systems. The elderly, for their part, will be increasingly exposed to the problems related to old age, such as dementia, osteoporosis and different forms of cancer. These disorders were not yet highly prevalent in our latest study, but clear signs of their increase are visible from other sources, and they will certainly demand a greater input of resources in the future.

An area of concern among the working-aged population is the prevalence of psychiatric disorders, which was clearly higher in 1995/96 than in 1987. The disorders include sleeplessness, overexertion, fatigue, depression, nervousness and related problems. There is a clear need to look into the factors underlying such a development, because the increase could be related equally well to long-term unemployment or greater stress at work. The growth in the occurrence of psychiatric dis-

Tutkimustulokset antoivat ristiriitaisen kuvan suun terveydentilan kehityksestä. Aikuisväestö on menettänyt omia hampaitaan yhä vähemmän. Sitä vastoin hammassärky ja -oireet olivat yleistyneet. Tämä kuva on kuitenkin yksipuolinen, koska haastattelumenetelmä rajoittaa mahdollisuuksia mitata täsmällisesti hammassairauksia. Potilas voi itse havaita ainoastaan vaikea-asteiset hammassairaudet, sillä hampaanpoisto on nykyisin harvinaista. Enää ei poisteta lähes terveitä hampaita kokoproteesien tieltä, kuten meneteltiin alhaisen hammaslääkäritiheyden aikoina lähes kolmekymmentä vuotta sitten (Tuominen ym. 1984). Muutokset hampaattomuudessa liittyvätkin pääasiassa väestön vanhenemiseen. Seurattaessa ikäkohortteja paljastui, että vuosina 1942–1961 syntyneiden keskuudessa hampaattomuus oli lisääntynyt vain prosenttiyksikön verran ja vastaavasti vuosina 1923–1942 syntyneiden keskuudessa 3 prosenttiyksikköä vuodesta 1987. Nuorempien keskuudesta hampaattomuus oli lähes hävinnyt jo vuonna 1987. Edelleenkin hampaattomia oli eniten Itä- ja Pohjois-Suomessa, missä taannoinen hammaslääkäripula oli suurin. Hoitokäytäntöjen muutos voisi selittää myös hammasoireiden lisääntymistä. Koska huonokuntoisia hampaita yritetään säilyttää mahdollisimman pitkään, on äkillisten oireiden esiintymistodennäköisyys lisääntynyt. Toisaalta säryn ja vaivojen kokemisen kynnys on saattanut mataltua, koska oireet olivat eniten yleistyneet alle 45-vuotiailla. Tämänikäiset on totutettu lapsesta asti käymään vuosittain hammashoidossa (Arinen ja Sintonen 1988).

Terveydenhuoltojärjestelmän muutokset näkyvät monella tavalla palvelujen käyttöä koskevissa tuloksissa, vaikka suoranaisia syy-seurausvaikutuksia ei niiden perusteella voi päätellä. Sairaalahoidossa olleiden väestöosuus pysyi samansuuruisena molemmissa tutkimuksissa huolimatta väestön vanhentumisesta ja pitkäaikaisairastavuuden yleistymisestä, mikä kuvaa pyrkimystä vähentää sairaala- ja laitoshoidoa. Samanaikaisesti avohoidon lääkäripalvelujen käyttö on lisääntynyt erityisesti julkisella sektorilla. Erikoissairaanhoidon tarjotaan aikaisempaa yleisemmin poliklinikoilla osastohoidon sijasta, mikä on johtanut poliklinikkakäyntien määrän kasvuun. Samoin ovat lisääntyneet lääkäriissäkäynnit terveyskeskuksissa. Osittain kustannuksista tinkimisen, osittain työttömyyden vuoksi terveystarkastusten määrä pieni tarkastelujakson aikana. Myös fyysisen hoidon käyttö väheni, mihin osasyynä on saattanut olla pyrkimys kustannusten pienentämiseen.

Vuoden 1986 hammashuollon subventiouudistuksen vaikutukset näkyivät kyseisten palvelujen käytössä. Hammashoittoon hakeutuneiden määrä lisääntyi 25–44-vuotiaiden ikäryhmässä, josta valtaosa oli saanut subventioedun. Sen sijaan tämänikäisen väestön käyntimäärä ei muuttunut, koska hoidon tarve oli vähentynyt. Hoitokäyntejä kävijää kohti kertyi siten vähemmän kuin vuonna 1987. Myös vanhemman väestön hammashuoltopalvelujen käyttö oli lisääntynyt sekä hoitoon hakeutumisen että käyntimäärien perusteella tarkasteltuna. Tätäkin lisäystä selittää yhteiskunnan kasvanut tuki. Kuntasektori oli laajentanut väestön hammashoittoon pääsyä siten, että koko maassa 40–64-vuotiaista noin

orders is also seen in invalidity pension statistics, which increasingly often cite severe depression as a reason for early retirement due to health problems. The greater importance of depression may also reflect the advent of new antidepressants and their intensive marketing throughout the Western world, thus attracting more attention to the disorder among both doctors and patients. Our latest study included a detailed section on various forms of depression, and thus more information will be available in due course.

The number of remaining teeth had, on average, increased among adults, which reflects a favourable trend in oral health. On the other hand, the frequency of toothache and other trouble with teeth or dentures was higher in 1995/96 than in 1987. It is, however, hard to infer much from these findings, because of the difficulty of measuring the many components of oral health by an interview method alone. The patients may themselves note only severe disorders. Treatment practices have also changed. The extraction of teeth is nowadays avoided as far as possible, and there is rarely a need to fix complete dentures. Thus changes in toothlessness were clearly caused by time; there was almost no increase in it among cohorts born in 1942–1961 or 1923–1942, and it was practically unknown among the youngest age groups. There were still regional differences in toothlessness, the frequency being greatest in Eastern and Northern Finland, the parts of the country with the former most chronic shortage of dentists. Changes in treatment may also partly explain why the occurrence of toothache and other trouble with teeth was more frequent in 1995/96 than in 1987. As said, dentists avoid extracting teeth, seeking instead to conserve them as long as possible, thereby also raising the probability of dental problems. It is also possible that, being better informed about the importance of oral health, people nowadays tend to report incipient problems more readily than before; this trend was particularly apparent among the under 45s, who have clearly learned the importance of regular dental check-ups (Arinen and Sintonen 1988).

Changes in the health care system have affected the use made of services in many ways, although direct cause-effect relationships cannot be inferred from the results. Hospital admissions remained at the same level in 1987 and 1996 even though the population had aged and more long-term illness was reported in the latter study. This finding is attributed to general tendency to replace institutional with community care. Use of hospital outpatient clinics had increased, reflecting the aim to provide specialist consultations in an ambulatory care setting. The number of visits to the doctor had increased in primary care, especially in health centres, where the patient is levied only a small charge or, in some centres, can still get the service free of charge. The number of health examinations decreased, in part due to cost-cutting efforts by employers and the health care system, and partly due to the rise in unemployment, which kept more people out of the active workforce and thus out of occupational health care schemes. Cost cutting may also explain the decrease in use made of physiotherapy.

30 %:lle ja vanhemmista noin puolelle tarjottiin hammashoitoa terveyskeskuksissa vuonna 1996. Vähiten kuntasektori on lisännyt tarjontaa pääkaupunkiseudulla, jossa käyttö ei ollutkaan lisääntynyt.

Väestö on reagoinut melko vähän laman aiheuttamiin taloudellisiin ongelmiin ja palvelujen käyttäjien kasvaneeseen maksuosuuteen terveyspalvelujen käytöstä. Laman heijastusvaikutuksia saattaa näkyä siinä, että avohoidon lääkäripalvelujen käyttö lisääntyi julkisella sektorilla ja säilyi lähes ennallaan yksityissektorilla. Sektorien välinen hintasuhde suosi edelleen julkisen sektorin käyttöä, vaikka monilla paikkakunnilla käyttöön oli otettu terveyskeskusten käyttömaksuja.

Lääkekulut muodostivat perheiden maksettaviksi tulleista sairaanhoitokuluista suurimman menoerän, ja ne myös kasvoivat lääkekorvausten supistusten ja sairauskulujen verovähennysoikeuden poistumisen vuoksi kulueristä eniten. Reseptilääkkeitä käyttäneiden osuudet väestöstä olivat kuitenkin samansuuruiset sekä vuonna 1987 että 1995/96, ja myös erilaisten oireiden hoitoon tarkoitettujen itsehoitolääkkeiden käyttäjämäärä oli vuosina 1995/96 pienempi kuin 1987. Kustannusten kasvu on johtunut suurimmaksi osaksi siirtymisestä uusiin, aikaisempaa kalliimpiin lääkkeisiin. On sen sijaan vaikea arvioida, ovatko kasvaneet kustannukset vaikuttaneet käyttäjien määrän pysymiseen ennallaan. Lääkehoidon omatoimista keskeyttämistä koskenut kysymys ei kuitenkaan tuonut esiin tämänsuuntaista ilmiötä.

Väestö näyttää turvautuneen yhä enemmän virallisen terveydenhuoltojärjestelmän ulkopuolelta saataviin palveluihin. Kansanparantajalla, naprapaatilla tai kiropraktikolla oli vuosina 1995/96 käyty useammin kuin vuonna 1987. Samoin rohdosvalmisteita ja luonnonlääkkeitä oli käyttänyt jo suurempi osuus aikuisista kuin erilaisten oireiden hoitoon tarkoitettuja itsehoitolääkkeitä, ja lääkkeiksi rekisteröityjä vitamiinivalmisteita käytti vuosina 1995/96 samansuuruinen osa väestöstä kuin luonnonlääkkeitä.

Väestön terveyteen liittyvät elintavat olivat vuosina 1995/96 pääosin samankaltaiset kuin vuonna 1987. Tupakointi oli kuitenkin vähentynyt ja alkoholia usein käytävien osuus pysyi ennallaan. Alkoholin käyttö itse asiassa väheni useimmissa ikäryhmissä, ja ainoastaan keski-ikäisillä eli lähinnä suurten ikäluokkien keskuudessa se lisääntyi. Kuntoliikunnan harrastaminen oli yleistynyt nuorilla ja keski-ikäisillä, mutta yli 65-vuotiailla se väheni. Ylipainoisuus oli edelleen yleistynyt, mikä heijastuu siihen yhteydessä olevien sairauksien ilmaantuvuuslukuihin.

Terveydentilan ja palvelujen käytön tasa-arvoisuuden näkökulmasta kehitys ei ole ollut erityisen huolestuttavaa. Tuloluokittaiset tarkastelut osoittavat sairastavuuden jakautuneen aikaisempaa tasaisemmin ja avohoidon lääkäripalvelujen käytön lisääntyneen suunnilleen saman verran kaikissa tuloluokissa. Pitkäaikaissairastavuutta koskevat tiedot toisaalta kertovat, että väestöryhmien välisten erojen pieneneminen on johtunut sairastavuuden kasvun korostumisesta aiemmin terveemmissä väestöryhmissä.

The number of contacts with a dentist for a check-up increased among the target group of the subsidisation reform (19–40 -years old in 1996) although their total number of visits to the dentist remained constant, probably because their teeth were in relatively good condition. The number of visits per user was therefore lower in 1996 than in 1987. However, the old population also made greater use of dental services, in terms of both first contacts and total visits. The reason was that municipalities in particular have improved their provision of dental services, and around 30% of 40- to 64-year-olds and 50% of the elderly had access to dentist in their local health centre. The exception was the Greater Helsinki Area, where the supply of public-sector dental services remained unchanged as did use of the services.

The increase in charges for services has prompted little reaction among consumers. In fact, visits to the doctor increased in the public sector, where the costs to the patient are still nominal, and there was no change in visits to private sector doctors.

Use of prescription medicines was equally common in 1987 and 1995/96, but use of non-prescription medicines for various symptoms declined. Medicines accounted for a major proportion of the health care expenses of families, and changes in the reimbursement system increased the patients' share of the costs. Drug expenses and reimbursements have risen steadily in Finland, even during the recession. This trend is attributed, not to an increase in the number of users but to a shift towards innovative and more expensive medication. The volume of medicine use has also increased slightly owing to the increase in the number of drugs per user. It is hard to say whether the increase in patients' charges has actually influenced usage rates. A separate question about stopping a medication did not reveal any such tendency.

Use of alternative – or complementary – health services had increased, although their use was still minimal compared with those of the official sector. More visits were made to chiropractors, naprapaths and folk healers in 1996 than in 1987, and greater use was made of herbal medicines than non-prescription medicines in 1995/96. Equal use was made of vitamin supplements or minerals registered as medicines.

There was little change in health-related life-style between 1987 and 1995/96. A favourable finding was the declining rate of daily smoking. The proportion of regular drinkers was the same in both surveys; alcohol consumption in fact decreased in most population groups, showing an increase only among the middle-aged population. Young adults engaged in frequent physical exercise more often than before but the elderly in less. A negative finding was the growing proportion of obese adults.

Differences in health and the use made of services between various population groups were in general no larger in 1995/96 than in 1987. Chronic morbidity was more equally distributed in the population, mainly, however, due to an increase in the morbidity of better-off income groups, and in part also to an alteration in the income structure of the population. Use of health serv-

Suomen terveydenhuolto on muiden länsimaiden vastaavien järjestelmien tavoin vaikeasti ratkaistavien ongelmien edessä. Väestö vanhenee ja sen myötä hoitoa tarvitsevien määrä kasvaa. Lääketiede saa käyttöönsä yhä parempia mutta samalla olennaisesti kalliimpia tutkimus- ja hoitokeinoja. Nämä tekijät yhdistyneinä julkisen rahoituksen supistamisvaatimuksiin ovat johtaneet hoidon porrastukseen ja muihin rationalisointitoimiin, joiden tarve kasvaa edelleen. Tautien ja väestöryhmien hoidon priorisointitarve on toistaiseksi ratkaistu lähinnä palvelurakenteen muutoksilla, mutta menettelyn riittävyys vastaisuudessa näyttää kyseenalaiselta.

ices had increased similarly in all income groups. Oral health status was also improving in all income categories, when measured by the number of lost teeth.

In common with many other Western nations, Finland's health care system will be facing difficult problems in the near future as the population ages and the need for medical services therefore increases. Moreover, medical technology is developing rapidly and becoming increasingly expensive. Public funds will be insufficient to increase the supply of health care and social security support for it – on the contrary, vigorous efforts will continue to cut costs and the level of public support for services. Discussion about priority setting and the principles involved has already started. Restructuring of the provision of health services is clearly an option that needs to be given more thought.

Lähteet

References

- Arinen S, Sintonen H.* Evaluating the fulfillment of the criteria of systematic dental care among young adults in a Finnish city. Julkaisussa: Duru G, Engelbrecht R, Flagle CD, Van Eimeren W, eds. System science in health care. 2. Health care systems and actors. Paris: Collection de Medecine Legale et de Toxicologie Medicale, 139, Masson, 1988; 471–475.
- Arinen S, Sintonen H, Rosenqvist G.* Dental utilisation by young adults before and after subsidisation reform in Finland. York: The University of York, Centre for Health Economics, discussion paper 149, 1995.
- Aro S, Liukko M,* toim. VPK – Väestövastuuden perusterveydenhuollon kokeilut 1989–1992: Mikä muuttui? Helsinki: Stakesin raportteja 105, 1993.
- Aromaa A, Klaukka T, Nyman K.* Kysely- ja haastattelumenetelmien käyttökelpoisuus väestön terveyden mittaamisessa. Sosiaalilääk Aikak 1986; 23: 293–305.
- Bowling A.* Measuring health. A review of quality of life measurement scales. Philadelphia: Open University Press, 1995.
- Evans R, Stoddart G.* Producing health, consuming health care. Soc Sci Med 1990; 31: 1347–1363.
- Heistaro S, Helakorpi S, Uutela A, Puska P.* Suomalaisen aikuisväestön koettu terveys vuosina 1979–95. Suom Lääkäril 1997; 52: 535–542.
- Heliövaara M.* Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet kansanterveysongelmana. Julkaisussa: Tuki- ja liikuntaelinsairaudet Suomessa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 18, 1996.
- Heliövaara M, Aromaa A, Klaukka T, Knekt P, Joukamaa M, Impivaara O.* Reliability and validity of interview data on chronic diseases. J Clin Epidemiol 1993; 46: 181–191.
- Huuhka M, Lahelma E, Manderbacka K, Mattila V, Karisto A, Rahkonen O.* Terveystila ja sosiaalinen murros. Vuosien 1986 ja 1994 elinolututkimukset. Helsinki: Tilastokeskus, Elinolot SVT 2, 1996.
- Häkkinen U.* Terveyspalvelujen käyttö, terveydentila ja sosioekonominen tasa-arvo Suomessa. Helsinki: Vapokustannus, 1992.
- Häkkinen U, Rosenqvist G, Aro S.* Economic depression and the use of physician services in Finland. Health Economics 1996; 5: 421–434.
- Kalimo E, Häkkinen U, Klaukka T, Lehtonen R, Nyman K.* Tietoja suomalaisten terveysturvasta. Terveystila, terveyspalvelujen käyttö, terveyteen liittyvät elintavat ja perheiden sairauskulut väestöryhmittäin 1987. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M: 67, 1989.
- Kalimo E, Klaukka T, Lehtonen R, Nyman K.* Suomalaisen terveysturva ja sen kehitystarpeet. Terveysturvan väestötutkimuksen 1987 päätulokset. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M: 81, 1992.
- Kalimo E, Nyman K, Klaukka T, Tuomikoski H, Savolainen E.* Terveyspalvelusten tarve, käyttö ja kustannukset 1964–1976. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A: 18, 1982.
- Kansaneläkelaitos. Terveyspalvelujen kustannukset ja rahoitus Suomessa 1960–95, Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja T9: 54, 1998.
- Klaukka T.* Users of prescription drugs in Finnish primary care. Scand J Prim Health Care 1988; 6: 43–50.
- Klaukka T, Martikainen J, Kalimo E.* Lääkkeiden käyttö Suomessa 1964–1987. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M: 71, 1990.
- Klaukka T, Riska E, Kimmel U-M.* Use of vitamin supplements in Finland. Eur J Clin Pharmacol 1985; 29: 355–361.
- Kokko S.* Kunnallisten sosiaali- ja terveyspalveluiden muuttuvat organisointitavat. Julkaisussa: Uusitalo H, Staff M, toim. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus 1997. Jyväskylä: Gummerus, 1997: 49–71.
- Laine A.* Sairausvakuutus työterveyshuollon kehittäjänä ja toteuttajana. Julkaisussa. Seminaari julkinen sairaanhoitovakuutus. Seminaarissa 10.6.1997 pidetyt alustukset ja kommenttipuheenvuorot. Helsinki: Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 22, 1997.
- Lehtonen R.* Terveysturvan väestötutkimuksen 1987 aineistot ja tutkimusmenetelmät. Julkaisussa: Kalimo E, Klaukka T, Lehtonen R, Nyman K. Suomalaisen terveysturva ja sen kehitystarpeet. Terveysturvan väestötutkimuksen 1987 päätulokset. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M: 81, 1992: 47–68.
- Lehtonen R.* Interviewer attitudes and unit nonresponse in two different interviewing schemes. Julkaisussa: Laaksonen S, toim. International perspectives on nonresponse. Proceedings of the sixth international workshop on household survey nonresponse. Helsinki: Statistics Finland, Research Reports 219, 1996.
- Lehtonen R, Pahkinen E.J.* Practical methods for design and analysis of complex surveys. Revised Edition. Chichester: Wiley, 1996.
- Nieminen T.* Terveystietojen kerääjinä. Vertaileva tutkimus Terveystietojen väestötutkimuksen 1995–1996 aineiston keruumenetelmistä. Helsinki: Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 27, 1997.
- Nordic Council on Medicines. Nordic Statistics on Medicines 1992–1995. Uppsala 1996.
- Nyman K.* Aikuisten hammashuollon toteutuminen 1968–1981. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A: 19, 1983.
- Nyman K.* Haastattelumenetelmä hampaiston tilan kuvaajana. Mini-Suomi-terveystutkimukseen perustuva menetelmävertailu. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja ML: 62, 1986.
- Nyman K.* Hampaiden tila ja hoito Suomessa 1987. Hammashuolto ja sen kehitystä arvioiva valtakunnallinen väestötutkimus. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M: 76, 1990.
- OECD. The reform of health care systems, a review of seventeen OECD countries. Pariisi: Health policy studies No 5, 1994.
- OECD. New directions in health policy. Pariisi: OECD, Health policy studies 7, 1995.
- Pekurinen M.* Kilpailun lisäämisen mahdollisuudet terveydenhuollossa. Julkaisussa: Lehto E, toim. Monopoli vai kilpailu? Yksityistämisen, sääntely ja kilpailurajat. Juva: Atena, 1998: 333–350.
- Purola T, Kalimo E, Sievers K, Nyman K.* Sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö ennen sairausvakuutusta. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A: 1, 1967.
- Purola T, Nyman K, Kalimo E, Sievers K.* Sairausvakuutus, sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A: 7, 1971.
- Rautakorpi U-M, Klaukka T, Lehtomäki J, Lumio J.* Mikrobilääkkeiden käyttö tutkittiin Pirkanmaalla. Suom Lääkäril 1995; 50: 1121–1127.
- Shah BV, Barnwell BG, Bieler GS.* SUDAAN User's Manual, Release 7.0. Research Triangle Park, NC: Research Triangle Institute, 1996.
- Sievers K, Klaukka T, Mäkelä M.* TULES-vuori matalaksi. Tuki- ja liikuntaelinsairauksien kansanterveydellinen merkitys Suomessa sekä suosituksia ongelman ratkaisemiseksi. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja ML: 96, 1990.
- Sintonen H.* The 15D-measure measure of health-related quality of life. I. Reliability, validity and sensitivity of its health state descriptive system. Melbourne: National Centre for Health Program Evaluation, Working Paper 41, 1995a.
- Sintonen H.* The 15D-measure measure of health-related quality of life. II. Reliability, validity and sensitivity of its health state valuation system. Melbourne: National Centre for Health Program Evaluation, Working Paper 42, 1995b.
- Sintonen H, Arinen S.* Suomalaisen terveydentila mitattuna elinajanodotteella 15D:llä ja QALYlla vuosina 1992 ja 1995. Sosiaalilääk Aikak 1997; 34: 182–188.
- Sosiaali- ja terveyshallitus. Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välinen yhteistyö ja palvelujen porrastus, kyselytutkimus 1990. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus, 1992.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveystilaa kaikille vuoteen 2000 – Suomen terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 1986.

- Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Uudistettu yhteistyöohjelma. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2, 1993.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaaliturvan strategiat. Viisi vuotta 2000-luvulle. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1, 1995.
- Stakes. Humaanilääkkeiden luokitus (ATC) ja määritellyt vuorokausiannokset (DDD) 1992–1993. Helsinki: Stakes, 1993.
- Stakes. Henkilökohtainen tiedonanto sairaalarekistereistä. Helsinki: Stakes 1998
- Suomalaisten terveys 1996. Toim. Aromaa A, Koskinen S, Huttunen J. Helsinki: Kansanterveyslaitos, sosiaali- ja terveysministeriö, Edita, 1997.
- Suomen Kuntaliitto. Suomi keskittyy ja autoituu. Muuttoliike alueittain 1985–1996. Helsinki: Suomen Kuntaliitto, 1997.
- Suomen Lääketilasto 1996.
- Tilastokeskus. Tulonjakotilasto 1987. Helsinki: Tilastokeskus, 1989.
- Tilastokeskus. Suomen tilastollinen vuosikirja 1997. Hämeenlinna: Tilastokeskus 1997a.
- Tilastokeskus. Tulonjakotilasto 1995. Helsinki: Tilastokeskus, 1997b.
- Tolvanen M*, toim. Luonnonlääkeopas. Helsinki: WSOY, 1994.
- Tuominen R, Rajala M, Paunio I*. The association between edentulousness and the accessibility and availability of dentists. *Community Dent Health* 1984; 1: 201–206.
- Vehkalahti M, Paunio IK, Nyysönen V, Aromaa A*, toim. Suomalaisen aikuisten suun terveys ja siihen vaikuttavat tekijät. Helsinki ja Turku: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL: 34, 1991.
- Vialainen R, Lehto M*, toim. Sosiaali- ja terveyspalvelujen rakennemuutos. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Helsinki: Stakesin raportteja 192, 1996.
- Vohlonen I*, toim. Sosiaali- ja terveysministeriön omalääkärikokeilu: Tutkimuksen aineisto, tulokset ja johtopäätökset. Helsinki: Lääkintöhallituksen tutkimuksia 50, 1989.
- WHO. Health interview surveys, towards international harmonization of methods. Copenhagen: WHO regional publications, European series 58, 1996.
- Williams A*. Health and health care. Julkaisussa: Smith P, toim. Measuring outcome in the public sector. Lontoo: Taylor & Francis Ltd, 1996: 20–33.

Liitetaulukot

- 3.1. Pitkäaikaissairastavuus (%) vuosina 1987 ja 1995/96.
- 3.2. Ylirasittuneisuutta kokeneet aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1995/96.
- 3.3. Alakuloisuutta tai masentuneisuutta kokeneet aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1995/96.
- 3.4. Hermostuneisuutta tai jännittyneisyyttä kokeneet aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1995/96.
- 3.5. Voimattomuutta tai väsymystä kokeneet aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1995/96.
- 3.6. Unettomuutta kokeneet aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1995/96.
- 3.7. Sairauspäivien luku 100 päivää kohti vuosina 1987 ja 1995/96.
- 3.8. Hyväksi tai melko hyväksi terveydentilansa arvioineet aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1995/96.
- 3.9. Huonoksi tai melko huonoksi terveydentilansa arvioineet aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1995/96.
- 3.10. Terveyteen liittyvän elämänlaadun 15D-indeksit aikuisilla vuosina 1995/96.
- 3.11. Hampaattomuus aikuisilla (%) vuosina 1987 ja 1995/96 (taulukot b ja c vain ≥ 45 -vuotiaat).
- 3.12. Alle 6 hammasta menettäneet (%) vuosina 1987 ja 1995/96.
- 3.13. Hammassäryn ja -vaivojen esiintyminen aikuisilla (%) viiden kuukauden aikana vuosina 1987 ja 1995/96.
- 4.1. Sairaalahoidossa viiden kuukauden aikana olleet (%) vuosina 1987 ja 1996.
- 4.2. Avohoidon lääkäriissäkäyntien määrä asukasta kohti vuosina 1987 ja 1996.
- 4.3. Terveyskeskuksen lääkäriissäkäyntien määrä asukasta kohti vuosina 1987 ja 1996.
- 4.4. Sairaalan poliklinikan lääkäriissäkäyntien määrä asukasta kohti vuosina 1987 ja 1996.
- 4.5. Yksityislääkäriissäkäyntien määrä asukasta kohti vuosina 1987 ja 1996.
- 4.6. Työterveyslääkäriissäkäyntien määrä työikäistä kohti vuosina 1987 ja 1996.
- 4.7. Lääkärin suorittamassa terveystarkastuksessa viiden kuukauden aikana käyneet aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1996.
- 4.8. Säännöllisesti hammashoidossa käyvät hampaalliset aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1996.
- 4.9. Hammashoittoon edellisvuonna hakeutuneet hampaalliset aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1996.

Appended Tables

- 3.1. *Chronic morbidity (%), 1987 and 1995/96.*
- 3.2. *Adults reporting overexertion (%), 1987 and 1995/96.*
- 3.3. *Adults reporting dejection or depression (%), 1987 and 1995/96.*
- 3.4. *Adults reporting nervousness or tension (%), 1987 and 1995/96.*
- 3.5. *Adults reporting lack of stamina or fatigue (%), 1987 and 1995/96.*
- 3.6. *Adults reporting sleeplessness (%), 1987 and 1995/96.*
- 3.7. *Number of restricted activity days (per 100 days) 1987 and 1995/96.*
- 3.8. *Adults reporting good or rather good health (%), 1987 and 1995/96.*
- 3.9. *Adults reporting poor or rather poor health (%), 1987 and 1995/96.*
- 3.10. *Health related quality of life 15D-scores among adults in 1995/96.*
- 3.11. *Edentulousness among adults (%), 1987 and 1995/96; (tables b and c ≥ 45 s only).*
- 3.12. *Adults with fewer than 6 teeth missing (%), 1987 and 1995/96.*
- 3.13. *Adults (%) reporting toothache or other oral trouble in last 5 months, 1987 and 1995/96.*
- 4.1. *Inhabitants hospitalised in last 5 months (%), in 1987 and 1996.*
- 4.2. *Number of outpatient visits to a doctor per inhabitant, 1987 and 1996.*
- 4.3. *Number of visits to a health centre doctor per inhabitant, 1987 and 1996.*
- 4.4. *Number of visits to a doctor at hospital outpatient department per inhabitant, 1987 and 1996.*
- 4.5. *Number of visits to a private doctor per inhabitant, 1987 and 1996.*
- 4.6. *Number of visits to an occupational health doctor per person of working age, 1987 and 1996.*
- 4.7. *Adults having a health examination done by a doctor (%), in last 5 months, 1987 and 1996.*
- 4.8. *Dentulous adults going regularly to a dentist (%), 1987 and 1996.*
- 4.9. *Dentulous adults going to a dentist in previous year (%), 1987 and 1996.*

- 4.10.** Hammashoidossakäyntien määrä 15 vuotta täyttäneitä kohti vuosina 1987 ja 1996.
- 4.11.** Julkisen sektorin hammaslääkärisäkäyntien määrä 15 vuotta täyttäneitä kohti vuosina 1987 ja 1996.
- 4.12.** Yksityisen sektorin hammaslääkärisäkäyntien määrä 15 vuotta täyttäneitä kohti vuosina 1987 ja 1996.
- 4.13.** Sairauskäynnit terveydenhoitajalle 15 vuotta täyttäneitä kohti vuosina 1987 ja 1996.
- 4.14.** Fysikaalisessa hoidossa viiden kuukauden aikana käyneet aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1996.
- 4.15.** Kansanparantajan, kiropraktikon tai naprapaatin hoidossa viiden kuukauden aikana käyneet aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1996.
- 4.16.** Osuus väestöstä, jolle yksityinen vakuutus korvasi yksityislääkäriissä käyntejä (%) vuosina 1987 ja 1995/95.
- 5.1.** Reseptilääkkeitä haastatteluhetkellä käyttäneet (%) vuosina 1987 ja 1995/95.
- 5.2.** Itsehoitolääkkeitä (lukuunottamatta vitamiinivalmisteita) haastatteluhetkellä käyttäneet (%) vuosina 1987 ja 1995/96.
- 5.3.** Vitamiinivalmisteita haastatteluhetkellä käyttäneet (%) vuosina 1987 ja 1995/96.
- 6.1.** Tupakoivat aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1995/95.
- 6.2.** Päivittäin tai lähes päivittäin alkoholia käyttävät aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1995/95.
- 6.3.** Vähintään 2 kertaa viikossa kuntoilevat aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1995/95.
- 6.4.** Ylipainoiset (BMI \geq 30) aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1995/96.
- 7.1.** Kotitalouksien sairauskulut (%) tuloluokittain 1987 ja 1996.
- 7.2.** Kotitalouksien sairauskulujen rakenne (%) kulutusryhmittäin tuloluokittain 1987 ja 1996.
- 7.3.** Kotitalouksien sairauskulut (mk/henki) alueittain 1987 ja 1996.
- 7.4.** Sairauskulujen taloudelliset seuraukset tuloluokittain (osuus kotitalouksista) vuosina 1987 ja 1996.
- 7.5.** Kotitalouksien sairauskulut perheenjäsentä kohti (markkoina vuoden 1996 hinnoin) vuosina 1987 ja 1996.
- 7.6.** Kotitalouksien avohoidon sairauskulut perheenjäsentä kohti kohti (markkoina vuoden 1996 hinnoin) vuosina 1987 ja 1996.
- 7.7.** Kotitalouksien muut sairauskulut asukasta kohti (markkoina vuoden 1996 hinnoin) vuosina 1987 ja 1996.
- 4.10.** *Number of visits to a dentist per inhabitant aged 15 and over, 1987 and 1996.*
- 4.11.** *Number of visits to public sector dentists per inhabitant aged 15 and over, 1987 and 1996.*
- 4.12.** *Number of visits to private sector dentists per inhabitant aged 15 and over, 1987 and 1996.*
- 4.13.** *Number of visits to a public health nurse due to illness per inhabitant aged 15 and over, 1987 and 1996.*
- 4.14.** *Adults receiving physiotherapy (%) in last 5 months, 1987 and 1996.*
- 4.15.** *Adults receiving chiropractic, naprapathic or naturopathic treatment (%) in last 5 months, 1987 and 1996.*
- 4.16.** *Inhabitants with by private sickness insurance covering private doctors' fees (%), 1987 and 1995/96.*
- 5.1.** *Inhabitants having used prescribed medicines at time of interview (%), 1987 and 1995/96.*
- 5.2.** *Use of non-prescription medicines (other than vitamin supplements) at time of interview (%), 1987 and 1995/96.*
- 5.3.** *Use of vitamin supplements at time of interview (%), 1987 and 1995/96.*
- 6.1.** *Adult smokers (%), 1987 and 1995/96.*
- 6.2.** *Adults consuming alcohol daily or nearly daily (%), 1987 and 1995/96.*
- 6.3.** *Adults engaging in physical exercise at least 2 times a week (%), 1987 and 1995/96.*
- 6.4.** *Overweight adults (BMI \geq 30) (%), 1987 and 1995/96.*
- 7.1.** *Households' medical expenses (%) by income group, 1987 and 1996.*
- 7.2.** *Structure of households' medical expenses (%) by income group, 1987 and 1996.*
- 7.3.** *Households' medical expenses (FIM/person) by region, 1987 and 1996.*
- 7.4.** *Economic consequences of medical expenses by income group (share of households), 1987 and 1996.*
- 7.5.** *Households' medical expenses per family member (FIM, 1996 prices), 1987 and 1996.*
- 7.6.** *Households' medical expenses for outpatient care per family member (FIM, 1996 prices), 1987 and 1996.*
- 7.7.** *Households' medical expenses for other health care per inhabitant (FIM, 1996 prices), 1987 and 1996.*

3.1. Pitkäaikaissairastavuus (%) vuosina 1987 ja 1995/96.
Chronic morbidity (%), 1987 and 1995/96.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1995/96	1987	1995/96	1987	1995/96
0–6	8.1	22.3***	9.8	17.1***	8.9	19.7***
7–14	15.9	26.3***	14.2	20.4**	15.1	23.4***
15–24	16.9	26.1***	16.9	26.4***	16.9	26.2***
25–44	25.3	31.8***	24.4	34.1***	24.9	33.0***
45–64	57.3	59.2	57.1	60.1	57.2	59.7*
65–74	83.5	81.6	75.6	78.0	78.6	79.4
75–	84.3	91.5*	87.9	89.2	86.8	90.0
Kaikki – All	33.8	42.2***	37.2	44.7***	35.5	43.5***

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Tuloviidennes Income quintile
	1987	1995/96	1987	1995/96	
I Alin	49.2	47.5	44.4	47.6*	Lowest I
II	38.9	40.6	40.5	44.3**	II
III	32.0	46.3***	37.6	43.9***	III
IV	28.7	41.0***	34.4	42.6***	IV
V Ylin	28.6	41.4***	32.1	41.8***	Highest V
Kaikki	35.5	43.4***	37.5	43.6***	All

C alueittain – *by region*

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Alue Region
	1987	1995/96	1987	1995/96	
Pääkaupunkiseutu	33.2	38.8**	35.9	40.2**	Greater Helsinki Area
Etelä-Suomi ¹	34.7	43.2***	36.7	43.1***	¹ Southern Finland
Länsi-Suomen lääni	35.8	45.1***	36.8	44.6***	Western Finland
Itä-Suomen lääni	39.1	47.2***	40.2	46.1***	Eastern Finland
Oulun ja Lapin läänit	36.0	42.1**	40.6	44.4*	Northern Finland
Kaikki	35.5	43.5***	37.5	43.7***	All

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

3.2. Ylirasittuneisuutta kokeneet aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1995/96.
Adults reporting overexertion (%), 1987 and 1995/96.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1995/96	1987	1995/96	1987	1995/96
15–24	8.0	16.6***	15.6	24.5***	12.0	20.8***
25–44	19.4	31.4***	27.0	44.9***	23.4	38.8***
45–64	17.5	25.1***	25.1	37.5***	21.6	31.9***
65–74	11.7	11.7	17.8	19.8	15.5	16.7
75–	12.6	11.6	20.7	17.2	18.2	15.2
Kaikki – All	16.1	23.9***	23.3	34.4***	20.1	29.8***

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Tuloviidennes Income quintile
	1987	1995/96	1987	1995/96	
I Alin	19.6	26.4***	19.5	28.0*	Lowest I
II	19.3	28.6***	19.0	29.1**	II
III	18.3	27.9***	17.4	28.2***	III
IV	19.4	31.2***	18.8	29.1**	IV
V Ylin	23.8	33.5***	20.9	30.7**	Highest V
Kaikki	20.1	29.6***	19.7	29.3***	All

C alueittain – *by region*

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Alue Region
	1987	1995/96	1987	1995/96	
Pääkaupunkiseutu	24.1	34.0***	22.9	32.3***	Greater Helsinki Area
Etelä-Suomi ¹	21.0	27.8***	20.5	27.7***	¹ Southern Finland
Länsi-Suomen lääni	18.1	29.2***	17.9	29.5***	Western Finland
Itä-Suomen lääni	19.8	29.3***	19.7	29.5***	Eastern Finland
Oulun ja Lapin läänit	19.1	29.2***	19.2	28.9***	Northern Finland
Kaikki	20.1	29.8***	19.7	29.5***	All

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

3.3. Alakuloisuutta tai masentuneisuutta kokeneet aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1995/96.
Adults reporting dejection or depression (%), 1987 and 1995/96.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1995/96	1987	1995/96	1987	1995/96
15–24	3.8	11.5***	9.6	21.9***	6.8	17.0***
25–44	10.2	20.4***	16.8	30.9***	13.7	26.1***
45–64	13.6	23.7***	21.0	30.3***	17.6	27.4***
65–74	18.8	19.1	23.3	30.8**	21.6	26.3*
75–	20.2	21.0	35.0	34.0	30.4	29.5
Kaikki – All	11.3	20.0***	19.1	29.6***	15.6	25.4***

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Tuloviidennes Income quintile
	1987	1995/96	1987	1995/96	
I Alin	21.7	28.3***	19.2	29.0**	Lowest I
II	18.7	28.3***	18.3	25.9**	II
III	12.0	27.4***	12.3	21.4***	III
IV	12.8	22.5***	14.1	17.5**	IV
V Ylin	12.6	21.9***	13.2	19.1**	Highest V
Kaikki	15.6	25.5***	15.6	22.6***	All

C alueittain – *by region*

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Alue Region
	1987	1995/96	1987	1995/96	
Pääkaupunkiseutu	17.7	26.3***	17.3	25.5***	Greater Helsinki Area
Etelä-Suomi ¹	16.7	25.2***	16.6	25.0***	¹ Southern Finland
Länsi-Suomen lääni	14.0	24.9***	13.9	24.3***	Western Finland
Itä-Suomen lääni	15.0	26.7***	15.0	26.4***	Eastern Finland
Oulun ja Lapin läänit	16.1	25.0***	16.8	25.0***	Northern Finland
Kaikki	15.6	25.4***	15.6	25.0***	All

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹ Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

3.4. Hermostuneisuutta tai jännittyneisyyttä kokeneet aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1995/96.
Adults reporting nervousness or tension (%), 1987 and 1995/96.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1995/96	1987	1995/96	1987	1995/96
15–24	8.6	19.3***	15.9	28.3***	12.4	24.0***
25–44	15.3	26.2***	19.8	32.3***	17.7	29.5***
45–64	17.8	23.9***	20.6	30.7***	19.3	27.7***
65–74	21.1	18.1	19.6	23.0	20.2	21.1
75–	19.1	17.5	22.3	19.5	21.3	18.8
Kaikki – All	15.6	23.0***	19.6	29.1***	17.8	26.4***

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Tuloviidennes Income quintile
	1987	1995/96	1987	1995/96	
I Alin	21.3	29.1***	20.9	37.7***	Lowest I
II	19.7	28.0***	19.4	25.7**	II
III	14.6	26.7***	14.7	24.3**	III
IV	17.2	24.9***	17.4	24.2*	IV
V Ylin	16.4	24.5***	15.8	25.6**	Highest V
Kaikki	17.8	26.6***	17.8	27.2***	All

C alueittain – *by region*

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Alue Region
	1987	1995/96	1987	1995/96	
Pääkaupunkiseutu	20.7	29.9***	20.6	29.0***	Greater Helsinki Area
Etelä-Suomi ¹	19.1	25.2***	19.1	24.8***	¹ Southern Finland
Länsi-Suomen lääni	16.3	25.6***	16.2	25.6***	Western Finland
Itä-Suomen lääni	17.3	26.1***	17.3	26.5***	Eastern Finland
Oulun ja Lapin läänit	17.0	26.5***	17.3	26.2***	Northern Finland
Kaikki	17.8	26.4***	17.8	26.2***	All

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

3.5. Voimattomuutta tai väsymystä kokeneet aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1995/96.
Adults reporting lack of stamina or fatigue (%), 1987 and 1995/96.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1995/96	1987	1995/96	1987	1995/96
15–24	12.1	27.6***	19.9	42.2***	16.2	35.3***
25–44	17.6	36.0***	28.3	50.8***	23.2	44.1***
45–64	26.9	37.4***	36.1	47.8***	31.8	43.2***
65–74	37.0	35.4	43.8	49.5	41.2	44.0
75–	43.1	50.1	66.3	58.8	59.0	55.8
Kaikki – All	22.1	35.7***	34.0	49.0***	28.6	43.1***

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Tuloviidennes Income quintile
	1987	1995/96	1987	1995/96	
I Alin	37.1	44.0***	31.4	38.9**	Lowest I
II	29.6	45.6***	29.0	43.2***	II
III	25.2	44.5***	26.8	35.5***	III
IV	26.0	40.6***	28.8	42.6***	IV
V Ylin	25.1	40.9***	26.9	40.8***	Highest V
Kaikki	28.6	43.0***	28.8	41.0***	All

C alueittain – *by region*

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Alue Region
	1987	1995/96	1987	1995/96	
Pääkaupunkiseutu	31.5	46.2***	31.0	45.2***	Greater Helsinki Area
Etelä-Suomi ¹	28.8	40.1***	28.8	39.7***	¹ Southern Finland
Länsi-Suomen lääni	28.8	40.1***	28.8	39.7***	Western Finland
Itä-Suomen lääni	27.5	43.1***	27.5	43.1***	Eastern Finland
Oulun ja Lapin läänit	31.0	41.0***	32.6	41.3***	Northern Finland
Kaikki	28.6	43.1***	28.8	42.7***	All

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹ Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

3.6. Unettomuutta kokeneet aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1995/96.
Adults reporting sleeplessness (%), 1987 and 1995/96.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1995/96	1987	1995/96	1987	1995/96
15–24	3.9	10.1***	3.5	12.1***	3.7	11.1***
25–44	8.6	17.6***	8.6	16.7***	8.6	17.1***
45–64	15.8	23.6***	21.4	29.1***	18.8	26.7***
65–74	25.5	25.8	30.9	37.2*	28.8	32.8
75–	23.3	31.6	40.2	42.2	34.9	38.5
Kaikki – All	12.0	20.0***	16.5	24.6***	14.5	22.6***

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Tuloviidennes Income quintile
	1987	1995/96	1987	1995/96	
I Alin	22.6	24.4	18.4	21.9	Lowest I
II	16.5	22.9***	16.1	19.2*	II
III	11.6	24.7***	12.9	19.3***	III
IV	10.5	20.0***	12.8	21.0**	IV
V Ylin	11.0	21.0***	13.3	20.8*	Highest V
Kaikki	14.5	22.6***	14.9	20.4***	All

C alueittain – *by region*

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Alue Region
	1987	1995/96	1987	1995/96	
Pääkaupunkiseutu	16.2	25.0***	16.7	25.1***	Greater Helsinki Area
Etelä-Suomi ¹	13.1	22.0***	13.5	21.4***	¹ Southern Finland
Länsi-Suomen lääni	14.7	22.4***	14.7	21.5***	Western Finland
Itä-Suomen lääni	14.3	22.3***	14.3	21.9***	Eastern Finland
Oulun ja Lapin läänit	13.9	21.0***	15.2	21.8***	Northern Finland
Kaikki	14.5	22.6***	14.8	22.1***	All

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

3.7. Sairauspäivien luku 100 päivää kohti vuosina 1987 ja 1995/96.
Number of restricted activity days (per 100 days) 1987 and 1995/96.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1995/96	1987	1995/96	1987	1995/96
0–6	3.5	3.3	2.7	3.5**	3.1	3.4
7–14	1.9	2.7***	1.9	2.3*	1.9	2.5***
15–24	1.9	2.2	2.5	2.7	2.2	2.5
25–44	2.6	2.9	3.7	3.2	3.1	3.0
45–64	4.3	5.2	3.8	4.5	4.0	4.8*
65–74	3.7	5.7	3.3	6.0**	3.5	5.9***
75–	4.6	12.6**	7.4	8.8	6.5	10.2*
Kaikki – All	3.0	3.9***	3.5	4.0*	3.3	4.0***

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Tuloviidennes Income quintile
	1987	1995/96	1987	1995/96	
I Alin	3.7	4.8**	3.5	4.7**	Lowest I
II	3.3	3.7	3.4	3.8	II
III	3.3	4.4**	3.5	4.3*	III
IV	3.1	3.7	3.3	3.8	IV
V Ylin	2.9	3.1	3.0	3.3	Highest V
Kaikki	3.3	3.9***	3.3	4.0***	All

C alueittain – *by region*

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Alue Region
	1987	1995/96	1987	1995/96	
Pääkaupunkiseutu	3.3	3.5	3.4	3.5	Greater Helsinki Area
Etelä-Suomi ¹	3.1	4.1**	3.1	4.1**	¹ Southern Finland
Länsi-Suomen lääni	3.3	4.0**	3.4	4.0*	Western Finland
Itä-Suomen lääni	3.3	3.6	3.3	3.5	Eastern Finland
Oulun ja Lapin läänit	3.3	4.5*	3.5	4.8*	Northern Finland
Kaikki	3.3	4.0***	3.3	4.0***	All

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

3.8. Hyväksi tai melko hyväksi terveydentilansa arvioineet aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1995/96.
Adults reporting good or rather good health (%), 1987 and 1995/96.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
15–24	93.6	93.2	93.3	93.2	93.4	93.2
25–44	80.4	81.8	81.8	85.3*	81.1	83.7**
45–64	45.7	53.2***	46.8	56.2***	46.3	54.8***
65–74	27.0	34.5*	32.9	33.2	30.7	33.7
75–	25.2	27.0	23.8	24.2	24.3	25.2
Kaikki – All	65.5	66.3	63.6	65.6*	64.4	65.9

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Tuloviidennes Income quintile
	1987	1996	1987	1996	
I Alin	46.0	55.3***	54.1	58.1*	Lowest I
II	59.9	64.0*	60.1	64.8**	II
III	69.8	61.1***	64.7	63.5	III
IV	72.1	71.0	65.2	70.6***	IV
V Ylin	74.7	77.6*	72.1	77.1**	Highest V
Kaikki	64.5	66.0	63.1	67.0***	All

C alueittain – *by region*

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Alue Region
	1987	1996	1987	1996	
Pääkaupunkiseutu	69.0	74.8*	67.2	74.0***	Greater Helsinki Area
Etelä-Suomi ¹	65.7	67.7	64.3	69.4***	¹ Southern Finland
Länsi-Suomen lääni	63.8	63.8	63.2	65.9**	Western Finland
Itä-Suomen lääni	59.9	59.9	59.8	62.4	Eastern Finland
Oulun ja Lapin läänit	62.9	62.6	59.3	61.3	Northern Finland
Kaikki	64.4	65.9	63.1	67.0***	All

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

3.9. Huonoksi tai melko huonoksi terveydentilansa arvioineet aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1995/96.
Adults reporting poor or rather poor health (%), 1987 and 1995/96.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1995/96	1987	1995/96	1987	1995/96
15–24	1.3	1.0	0.9	1.2	1.1	1.1
25–44	4.2	4.6	3.6	2.2**	3.9	3.3
45–64	18.2	15.9	15.8	13.4*	16.9	14.5*
65–74	29.2	23.5	22.1	23.7	24.8	23.6
75–	37.6	37.5	33.9	36.5	35.1	36.9
Kaikki – All	11.4	11.4	11.3	11.0	11.2	11.2

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Tuloviidennes Income quintile
	1987	1995/96	1987	1995/96	
I Alin	20.0	16.9*	16.1	15.3	Lowest I
II	13.6	12.8	13.7	12.5	II
III	9.2	12.1**	11.6	11.2	III
IV	7.8	9.2	11.2	9.7	IV
V Ylin	5.3	5.1	6.5	5.7	Highest V
Kaikki	11.2	11.1	11.8	10.9*	All

C alueittain – *by region*

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Alue Region
	1987	1995/96	1987	1995/96	
Pääkaupunkiseutu	8.9	8.0	9.8	8.6	Greater Helsinki Area
Etelä-Suomi ¹	10.5	10.1	11.2	9.6	¹ Southern Finland
Länsi-Suomen lääni	12.3	12.2	12.5	11.3	Western Finland
Itä-Suomen lääni	13.5	13.9	13.7	13.0	Eastern Finland
Oulun ja Lapin läänit	10.3	12.0	11.6	13.0	Northern Finland
Kaikki	11.2	11.2	11.8	10.9*	All

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹ Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

3.10. Terveysteen liittyvän elämänlaadun 15D-indeksit aikuisilla vuosina 1995/96.
Health related quality of life 15D-scores among adults in 1995/96.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä <i>Age</i>	Miehet <i>Men</i>	Naiset <i>Women</i>	Yhteensä <i>Total</i>
	1995/96	1995/96	1995/96
15–24	0.97	0.97	0.97
25–44	0.95	0.96	0.95
45–64	0.90	0.92	0.91
65–74	0.86	0.87	0.87
75–	0.77	0.77	0.77
Kaikki – <i>All</i>	0.93	0.92	0.92

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes <i>Income quintile</i>	Vakioimattomat <i>Crude</i>	Ikä- ja sukupuolivakioitunut <i>Standardised by age and sex</i>	Tuloviidennes <i>Income quintile</i>
	1995/96	1995/96	
I Alin	0.93	0.91	<i>Lowest</i> I
II	0.90	0.91	II
III	0.91	0.91	III
IV	0.93	0.93	IV
V Ylin	0.94	0.94	<i>Highest</i> V
Kaikki	0.92	0.92	<i>All</i>

C alueittain – *by region*

Alue <i>Region</i>	Vakioimattomat <i>Crude</i>	Ikä- ja sukupuolivakioitunut <i>Standardised by age and sex</i>	Alue <i>Region</i>
	1995/96	1995/96	
Pääkaupunkiseutu	0.93	0.90	<i>Greater Helsinki Area</i>
Etelä-Suomi ¹	0.93	0.93	¹ <i>Southern Finland</i>
Länsi-Suomen lääni	0.92	0.92	<i>Western Finland</i>
Itä-Suomen lääni	0.91	0.91	<i>Eastern Finland</i>
Oulun ja Lapin läänit	0.93	0.92	<i>Northern Finland</i>
Kaikki	0.92	0.92	<i>All</i>

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹ Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

3.11. Hampaattomuus aikuisilla (%) vuosina 1987 ja 1995/96 (taulukot b ja c vain ≥ 45-vuotiaat).
Edentulousness among adults (%), 1987 and 1995/96; (tables b and c ≥ 45s only).

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1995/96	1987	1995/96	1987	1995/96
15–24	0.2	0.2	0.1	0.1	0.2	0.2
25–44	3.0	1.4**	5.3	0.7***	4.1	1.1***
45–64	19.9	13.6***	33.5	17.5***	27.0	15.6***
65–74	49.9	32.7***	62.2	49.1***	57.5	42.7***
75–	62.4	58.4	74.6	66.8*	70.8	63.8*
Kaikki – All	13.0	10.3***	23.9	16.6***	18.7	13.6***

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Tuloviidennes Income quintile
	1987	1995/96	1987	1995/96	
I Alin	60.0	40.9***	51.6	37.0***	Lowest I
II	53.3	42.5***	48.5	35.5***	II
III	39.6	29.3***	40.8	29.4***	III
IV	28.6	20.0***	33.1	23.3***	IV
V Ylin	14.8	8.5***	19.6	13.5*	Highest V
Kaikki	40.0	27.1***	39.7	28.3***	All

C alueittain – *by region*

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Alue Region
	1987	1995/96	1987	1995/96	
Pääkaupunkiseutu	25.0	13.3***	25.0	15.1***	Greater Helsinki Area
Etelä-Suomi ¹	35.4	20.8***	35.1	23.0***	¹ Southern Finland
Länsi-Suomen lääni	42.7	30.1***	41.6	30.2***	Western Finland
Itä-Suomen lääni	45.0	32.4***	44.4	33.1***	Eastern Finland
Oulun ja Lapin läänit	54.2	42.4***	55.5	44.6***	Northern Finland
Kaikki	40.0	27.0***	39.6	28.3***	All

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹ Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

3.12. Alle 6 hammasta menettäneet (%) vuosina 1987 ja 1995/96.
Adults with fewer than 6 teeth missing (%), 1987 and 1995/96.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä <i>Age</i>	Miehet <i>Men</i>		Naiset <i>Women</i>		Yhteensä <i>Total</i>	
	1987	1995/96	1987	1995/96	1987	1995/96
15–24	99.4	99.5	99.3	99.5	99.3	99.5
25–44	75.6	89.2***	75.9	93.0***	75.7	91.1***
45–64	35.7	49.4***	29.8	48.2***	32.7	48.8***
65–74	11.2	21.9***	9.5	17.6***	10.2	19.3***
75–	5.7	7.7	5.1	7.2	5.3	7.4
Kaikki – <i>All</i>	61.4	68.5***	54.3	64.1***	57.7	66.2***

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes <i>Income quintile</i>	Vakioimattomat <i>Crude</i>		Ikä- ja sukupuolivakioidut <i>Standardised by age and sex</i>		Tuloviidennes <i>Income quintile</i>
	1987	1995/96	1987	1995/96	
I Alin	36.2	57.6***	44.3	59.8***	Lowest I
II	50.1	65.7***	48.7	64.0***	II
III	61.7	59.9	53.3	62.0***	III
IV	66.4	70.8**	56.6	67.6***	IV
V Ylin	74.3	76.5	68.8	75.4***	Highest V
Kaikki	57.7	66.2***	54.5	66.1***	All

C alueittain – *by region*

Alue <i>Region</i>	Vakioimattomat <i>Crude</i>		Ikä- ja sukupuolivakioidut <i>Standardised by age and sex</i>		Alue <i>Region</i>
	1987	1995/96	1987	1995/96	
Pääkaupunkiseutu	71.9	78.9***	67.5	76.1***	Greater Helsinki Area
Etelä-Suomi ¹	60.0	68.3***	56.6	68.6***	¹ Southern Finland
Länsi-Suomen lääni	56.7	64.0***	54.7	65.3***	Western Finland
Itä-Suomen lääni	47.3	57.2***	45.2	59.5***	Eastern Finland
Oulun ja Lapin läänit	47.9	60.2***	42.1	57.6***	Northern Finland
Kaikki	57.7	66.2***	54.5	66.2***	All

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹ Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

3.13. Hammassärlyn ja -vaivojen esiintyminen aikuisilla (%) viiden kuukauden aikana vuosina 1987 ja 1995/96.
Adults (%) reporting toothache or other oral trouble in last 5 months, 1987 and 1995/96.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1995/96	1987	1995/96	1987	1995/96
15–24	15.9	20.1*	19.8	29.0***	17.8	24.3***
25–44	18.4	27.1***	19.2	28.3***	18.8	27.7***
45–64	21.3	24.4*	21.1	25.9**	21.2	25.2***
65–74	19.7	22.9	18.7	24.1*	19.1	23.6*
75–	16.3	21.3	17.9	11.5*	17.4	15.0
Kaikki – All	18.7	24.2***	19.7	26.0***	19.2	25.1***

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioitunut Standardised by age and sex		Tuloviidennes Income quintile
	1987	1995/96	1987	1995/96	
I Alin	19.7	26.0***	20.5	26.5***	Lowest I
II	19.0	24.1***	18.9	24.2***	II
III	19.3	26.5***	19.2	26.6***	III
IV	19.5	25.0***	19.5	24.3***	IV
V Ylin	18.7	24.9***	19.6	24.6***	Highest V
Kaikki	19.2	25.3***	19.3	25.3***	All

C alueittain – *by region*

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioitunut Standardised by age and sex		Alue Region
	1987	1995/96	1987	1995/96	
Pääkaupunkiseutu	20.1	26.9***	20.5	26.6***	Greater Helsinki Area
Etelä-Suomi ¹	19.4	22.0*	19.7	21.9	¹ Southern Finland
Länsi-Suomen lääni	18.3	25.5***	18.3	25.7***	Western Finland
Itä-Suomen lääni	19.6	26.3***	19.6	26.3***	Eastern Finland
Oulun ja Lapin läänit	20.1	25.9***	20.0	25.3**	Northern Finland
Kaikki	19.2	25.1***	19.3	25.1***	All

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹ Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

4.1. Sairaalahoitossa viiden kuukauden aikana olleet (%) vuosina 1987 ja 1996.
Inhabitants hospitalised in last 5 months (%), in 1987 and 1996.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
0–6	11.0	6.9	5.2	4.2	8.2	5.6
7–14	2.8	2.3	2.9	2.5	2.8	2.4
15–24	3.8	4.8	4.9	3.2	4.4	4.0
25–44	3.2	3.5	7.8	9.2	5.4	6.3
45–64	7.3	6.2	6.9	6.7	7.1	6.4
65–74	14.8	9.8*	9.3	10.9	11.4	10.5
75–	12.2	16.4	19.0	20.1	16.9	18.7
Kaikki – All	5.7	5.5	7.6	7.7	6.7	6.6

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Ikä-, sukupuoli- ja pitkä- aikaissairausvakioidut Standardised by age, sex and chronic morbidity	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
I Alin – Lowest	8.3	7.8	6.7	7.4	6.7	5.9
II	7.9	7.6	7.7	7.5	8.2	7.0
III	6.8	8.2	7.3	8.0	7.5	7.2
IV	5.4	5.0	5.9	5.1	6.4	4.7
V Ylin – Highest	5.3	5.1	5.8	5.3	6.3	5.1
Kaikki – All	6.7	6.7	6.8	6.7	7.1	6.0**

C alueittain – *by region*

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Ikä-, sukupuoli- ja pitkä- aikaissairausvakioidut Standardised by age, sex and chronic morbidity	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
Pääkaupunkiseutu Greater Helsinki Area	5.5	4.8	5.8	4.8	6.0	4.5
Etelä-Suomi ¹ Southern Finland ¹	6.6	6.5	6.6	6.4	7.1	6.1
Länsi-Suomen lääni Western Finland	6.7	7.0	6.7	6.9	7.0	6.1
Itä-Suomen lääni Eastern Finland	7.9	7.3	7.9	7.0	8.2	6.4
Oulun ja Lapin läänit Northern Finland	7.4	7.4	8.0	7.8	7.4	6.5
Kaikki – All	6.7	6.6	6.8	6.6	7.1	5.9**

¹Ilman pääkaupunkiseutua
¹Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

4.2. Avohoidon lääkarissäkäyntien määrä asukasta kohti vuosina 1987 ja 1996.
Number of outpatient visits to a doctor per inhabitant, 1987 and 1996.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
0–6	3.9	4.7	3.5	4.5**	3.7	4.6**
7–14	1.6	2.6***	1.5	2.0**	1.5	2.3***
15–24	2.0	2.3	3.2	3.5	2.6	2.9
25–44	2.4	3.0**	3.8	4.3*	3.1	3.6***
45–64	3.6	4.1*	4.2	5.0**	3.9	4.6***
65–74	4.4	5.4*	4.2	5.3**	4.3	5.4***
75–	2.9	5.5***	4.3	4.1	3.9	4.6*
Kaikki – All	2.8	3.6***	3.6	4.3***	3.2	3.9***

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Ikä-, sukupuoli- ja pitkä- aikaissairausvakioidut Standardised by age, sex and chronic morbidity	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
I Alin – Lowest	3.1	4.1***	3.0	4.1***	3.0	3.9***
II	3.3	3.8*	3.3	4.0*	3.4	3.7
III	3.2	4.2***	3.3	4.2***	3.5	4.1*
IV	3.1	3.9***	3.3	4.0***	3.4	3.8*
V Ylin – Highest	3.3	3.7*	3.4	3.7	3.8	3.7
Kaikki – All	3.2	3.9***	3.3	3.9***	3.4	3.8***

C alueittain – *by region*

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Ikä-, sukupuoli- ja pitkä- aikaissairausvakioidut Standardised by age, sex and chronic morbidity	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
Pääkaupunkiseutu Greater Helsinki Area	3.8	4.2	3.8	4.2	4.1	4.2
Etelä-Suomi ¹ Southern Finland ¹	3.2	3.9***	3.2	3.9**	3.4	3.9*
Länsi-Suomen lääni Western Finland	3.1	4.1***	3.1	4.1***	3.3	3.9***
Itä-Suomen lääni Eastern Finland	3.2	3.4	3.3	3.3	3.3	3.3
Oulun ja Lapin läänit Northern Finland	2.9	3.8***	3	3.9***	3.1	3.7
Kaikki – All	3.2	3.9***	3.3	3.9***	3.4	3.8***

¹Ilman pääkaupunkiseutua
¹ Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

4.3. Terveyskeskuksen lääkärisäkäyntien määrä asukasta kohti vuosina 1987 ja 1996.
Number of visits to a health centre doctor per inhabitant, 1987 and 1996.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
0–6	2.4	2.9	2.0	2.8**	2.2	2.8**
7–14	0.9	1.5***	0.8	1.3**	0.8	1.4***
15–24	1.0	1.2	1.8	1.9	1.4	1.6
25–44	0.9	1.1*	1.6	1.8	1.3	1.5**
45–64	1.5	1.9**	1.8	2.1*	1.7	2.0**
65–74	2.3	3.0*	2.5	3.2*	2.4	3.1***
75–	1.8	3.0**	2.6	2.2	2.4	2.5
Kaikki – All	1.3	1.8***	1.8	2.1***	1.5	1.9***

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Ikä-, sukupuoli- ja pitkä- aikaissairausvakioidut Standardised by age, sex and chronic morbidity	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
I Alin – Lowest	2.0	2.5**	1.9	2.4***	1.8	2.3*
II	1.9	2.1	1.8	2.1	1.8	1.9
III	1.6	2.1***	1.7	2.0**	1.7	1.9
IV	1.4	1.8***	1.5	1.8**	1.4	1.7*
V Ylin – Highest	1.0	1.3***	1.0	1.3*	1.0	1.2*
Kaikki – All	1.6	1.9***	1.6	1.9***	1.6	1.8***

C alueittain – *by region*

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Ikä-, sukupuoli- ja pitkä- aikaissairausvakioidut Standardised by age, sex and chronic morbidity	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
Pääkaupunkiseutu Greater Helsinki Area	1.3	1.4	1.3	1.5	1.3	1.4
Etelä-Suomi ¹ Southern Finland ¹	1.5	2.0**	1.6	2.0**	1.5	1.9*
Länsi-Suomen lääni Western Finland	1.6	2.1***	1.6	2.0***	1.5	1.9***
Itä-Suomen lääni Eastern Finland	1.7	1.9	1.7	1.8	1.6	1.8
Oulun ja Lapin läänit Northern Finland	1.7	2.2**	1.8	2.3**	1.9	2.1
Kaikki – All	1.5	1.9***	1.6	1.9***	1.5	1.8***

¹Ilman pääkaupunkiseutua
¹Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

4.4. Sairaalan poliklinikan lääkarissäkäyntien määrä asukasta kohti vuosina 1987 ja 1996.
Number of visits to a doctor at hospital outpatient department per inhabitant, 1987 and 1996.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
0–6	0.6	0.9*	0.5	0.7	0.6	0.8*
7–14	0.3	0.5	0.4	0.3	0.3	0.4
15–24	0.3	0.4	0.5	0.6	0.4	0.5
25–44	0.4	0.7*	0.6	1***	0.5	0.9***
45–64	0.8	0.9	0.7	1.2**	0.7	1.1**
65–74	1.2	1.3	0.7	1.0*	0.9	1.1
75–	0.6	1.6**	0.7	1.0	0.7	1.2**
Kaikki – All	0.5	0.8***	0.6	0.9***	0.6	0.8***

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Ikä-, sukupuoli- ja pitkä- aikaissairausvakioidut Standardised by age, sex and chronic morbidity	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
I Alin – Lowest	0.6	0.9**	0.6	1.0**	0.6	0.9**
II	0.6	0.8*	0.6	0.9*	0.7	0.8
III	0.5	1.0***	0.6	1.0**	0.6	1.1
IV	0.5	0.8**	0.6	0.8*	0.7	0.8
V Ylin – Highest	0.6	0.7*	0.6	0.7*	0.7	0.7
Kaikki – All	0.6	0.8***	0.6	0.9***	0.7	0.8***

C alueittain – *by region*

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Ikä-, sukupuoli- ja pitkä- aikaissairausvakioidut Standardised by age, sex and chronic morbidity	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
Pääkaupunkiseutu Greater Helsinki Area	0.5	1.1***	0.5	1.1***	0.6	1.0**
Etelä-Suomi ¹ Southern Finland ¹	0.6	0.8	0.6	0.8	0.7	0.9
Länsi-Suomen lääni Western Finland	0.5	0.8***	0.6	0.8***	0.6	0.8*
Itä-Suomen lääni Eastern Finland	0.6	0.7	0.6	0.7	0.7	0.8
Oulun ja Lapin läänit Northern Finland	0.5	0.8*	0.6	0.9*	0.6	0.9*
Kaikki – All	0.6	0.8***	0.6	0.9***	0.7	0.8***

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹ Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

4.5. Yksityislääkärikäyntien määrä asukasta kohti vuosina 1987 ja 1996.
Number of visit to a private doctor per inhabitant, 1987 and 1996.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
0–6	1.0	0.9	1.0	1.0	1.0	1.0
7–14	0.3	0.6*	0.4	0.5	0.3	0.5*
15–24	0.3	0.3	0.4	0.6	0.4	0.5
25–44	0.4	0.5	1.0	0.8	0.7	0.6
45–64	0.6	0.6	1.0	0.9	0.8	0.8
65–74	0.9	0.9	1.0	1.1	0.9	1.0
75–	0.4	0.9**	0.9	0.8	0.7	0.9
Kaikki – All	0.5	0.6*	0.8	0.8	0.7	0.7

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Ikä-, sukupuoli- ja pitkä- aikaissairausvakioidut Standardised by age, sex and chronic morbidity	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
I Alin – Lowest	0.5	0.5	0.4	0.5	0.4	0.4
II	0.5	0.6	0.6	0.6	0.5	0.6
III	0.6	0.7	0.6	0.7	0.7	0.7
IV	0.7	0.8	0.7	0.8	0.8	0.8
V Ylin – Highest	1.0	1.0	1.2	1.1	1.4	1.2
Kaikki – All	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7

C alueittain – *by region*

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Ikä-, sukupuoli- ja pitkä- aikaissairausvakioidut Standardised by age, sex and chronic morbidity	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
Pääkaupunkiseutu Greater Helsinki Area	1.2	1.0*	1.2	1.0*	1.5	1.1*
Etelä-Suomi ¹ Southern Finland ¹	0.6	0.7	0.6	0.7	0.6	0.7
Länsi-Suomen lääni Western Finland	0.6	0.8**	0.6	0.8**	0.6	0.8**
Itä-Suomen lääni Eastern Finland	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.5
Oulun ja Lapin läänit Northern Finland	0.4	0.4	0.4	0.5	0.3	0.4
Kaikki – All	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7	0.7

¹Ilman pääkaupunkiseutua
¹ Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

4.6. Työterveyslääkärikäyntien määrä työkäistä kohti vuosina 1987 ja 1996.
Number of visits to an occupational health doctor per person of working age, 1987 and 1996.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä <i>Age</i>	Miehet <i>Men</i>		Naiset <i>Women</i>		Yhteensä <i>Total</i>	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
15–24	0.3	0.1***	0.3	0.1*	0.3	0.1***
25–44	0.6	0.6	0.5	0.6	0.5	0.6
45–64	0.6	0.5	0.6	0.7	0.6	0.6
Kaikki – <i>All</i>	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes <i>Income quintile</i>	Vakioimattomat <i>Crude</i>		Ikä- ja sukupuolivakioidut <i>Standardised by age and sex</i>		Ikä-, sukupuoli- ja pitkä- aikaissairausvakioidut <i>Standardised by age, sex and chronic morbidity</i>	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
I Alin – <i>Lowest</i>	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
II	0.4	0.3	0.4	0.3	0.4	0.3
III	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	0.5
IV	0.6	0.7	0.6	0.7	0.7	0.6
V Ylin – <i>Highest</i>	0.8	0.8	0.8	0.7	0.9	0.8
Kaikki – <i>All</i>	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	0.5*

C alueittain – *by region*

Alue <i>Region</i>	Vakioimattomat <i>Crude</i>		Ikä- ja sukupuolivakioidut <i>Standardised by age and sex</i>		Ikä-, sukupuoli- ja pitkä- aikaissairausvakioidut <i>Standardised by age, sex and chronic morbidity</i>	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
Pääkaupunkiseutu <i>Greater Helsinki Area</i>	0.8	0.7	0.9	0.7	0.9	0.8
Etelä-Suomi ¹ <i>Southern Finland</i> ¹	0.5	0.6	0.5	0.6	0.6	0.6
Länsi-Suomen lääni <i>Western Finland</i>	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
Itä-Suomen lääni <i>Eastern Finland</i>	0.4	0.3	0.4	0.3	0.5	0.3*
Oulun ja Lapin läänit <i>Northern Finland</i>	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
Kaikki – <i>All</i>	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	0.5*

¹Ilman pääkaupunkiseutua
¹ *Greater Helsinki Area excluded*

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

4.7. Lääkäriin suorittamassa terveystarkastuksessa viiden kuukauden aikana käyneet aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1996.
Adults having a health examination done by a doctor (%), in last 5 months, 1987 and 1996.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
15–24	30.9	25.6*	21.7	16.5**	26.4	21.2***
25–44	10.2	5.7***	10.8	7.0***	10.5	6.4***
45–64	13.4	12.7	8.6	13.0***	10.9	12.8*
65–74	7.9	15.3**	5.4	3.2	6.4	8.0
75–	7.6	10.0	5.5	4.9	6.2	6.8
Kaikki – All	14.6	12.8*	10.9	9.8	12.7	11.3**

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Tuloviidennes Income quintile
	1987	1996	1987	1996	
I Alin	9.5	9.8	10.4	9.1	Lowest I
II	12.5	9.3**	12.3	9.3**	II
III	12.3	12.5	12.0	11.8	III
IV	14.5	10.6***	13.1	9.9**	IV
V Ylin	14.7	13.2	14.2	12.3	Highest V
Kaikki	12.7	11.2**	12.4	10.8***	All

C alueittain – *by region*

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Alue Region
	1987	1996	1987	1996	
Pääkaupunkiseutu	14.8	11.3**	15.0	11.0**	Greater Helsinki Area
Etelä-Suomi ¹	12.8	12.2	12.7	11.5	¹ Southern Finland
Länsi-Suomen lääni	12.3	11.7	12	11.2	Western Finland
Itä-Suomen lääni	12.1	9.2*	11.7	8.9*	Eastern Finland
Oulun ja Lapin läänit	11.1	10.6	10.4	9.9	Northern Finland
Kaikki	12.7	11.3**	12.4	10.8**	All

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹ Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

4.8. Säännöllisesti hammashoidossa käyvät hampaalliset aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1996.
Dentulous adults going regularly to a dentist (%), 1987 and 1996.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
15–24	75.5	63.0***	88.3	73.6***	81.8	68.1***
25–44	55.2	47.5***	76.8	66.5***	65.7	57.0***
45–64	48.7	44.8	64.9	63.4	56.4	54.1
65–74	37.5	36.8	49.8	55.1	44.3	46.6
75–	24.4	30.4	27.4	33.4	26.2	32.0
Kaikki – All	56.6	48.7***	73.6	65.1***	64.9	56.9***

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Tuloviidennes Income quintile
	1987	1996	1987	1996	
I Alin	49.0	45.9	45.1	43.3	Lowest I
II	55.4	54.7	50.7	50.0	II
III	66.2	52.0***	62.0	50.7***	III
IV	69.4	63.5**	65.7	61.0*	IV
V Ylin	77.8	64.8***	76.6	64.6***	Highest V
Kaikki	64.9	56.8***	60.6	55.2***	All

C alueittain – *by region*

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Alue Region
	1987	1996	1987	1996	
Pääkaupunkiseutu	75.3	60.4***	72.6	59.2***	Greater Helsinki Area
Etelä-Suomi ¹	65.3	57.9***	61.3	57.0*	¹ Southern Finland
Länsi-Suomen lääni	66.3	58.9***	61.4	56.4**	Western Finland
Itä-Suomen lääni	55.6	50.1*	50.6	48.9	Eastern Finland
Oulun ja Lapin läänit	52.1	50.8	44.0	47.5	Northern Finland
Kaikki	64.9	56.9***	60.6	55.1***	All

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

4.9. Hammashoitoon edellisvuonna hakeutuneet hampaalliset aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1996.
Dentulous adults going to a dentist in previous year (%), 1987 and 1996.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
15–24	71.1	74.1	83.1	81.0	77.0	77.4
25–44	53.1	57.3*	68.4	69.7	60.5	63.5*
45–64	50.6	59.2***	63.5	72.8***	56.7	66.0***
65–74	48.3	51.8	55.5	67.8**	52.3	60.4*
75–	26.0	58.2***	39.1	47.6	33.9	52.3**
Kaikki – All	55.6	61.0***	68.9	72.1**	62.1	66.5***

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Tuloviidennes Income quintile
	1987	1996	1987	1996	
I Alin	50.4	58.4***	47.6	56.7***	Lowest I
II	54.7	65.0***	51.6	62.3***	II
III	64.0	66.9	61.1	65.9*	III
IV	64.6	70.4**	63.2	69.1**	IV
V Ylin	71.6	70.6	72.9	69.8	Highest V
Kaikki	62.0	66.6***	59.4	65.5***	All

C alueittain – *by region*

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Alue Region
	1987	1996	1987	1996	
Pääkaupunkiseutu	70.0	70.2	69.0	69.8	Greater Helsinki Area
Etelä-Suomi ¹	61.9	68.9***	59.5	68.0***	¹ Southern Finland
Länsi-Suomen lääni	63.1	68.0**	59.7	66.0***	Western Finland
Itä-Suomen lääni	55.8	62.2**	52.5	60.9**	Eastern Finland
Oulun ja Lapin läänit	52.7	57.0	47.5	56.7**	Northern Finland
Kaikki	62.1	66.5***	59.5	65.3***	All

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹ Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

4.10. Hammashoidossakäyntien määrä 15 vuotta täyttänyttä kohti vuosina 1987 ja 1996.
Number of visits to a dentist per inhabitant aged 15 and over, 1987 and 1996.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
15–24	1.9	1.6	2.3	2.4	2.1	2.0
25–44	1.5	1.9*	2.2	2.1	1.8	2.0
45–64	1.5	1.9*	1.7	2.1**	1.6	2.0**
65–74	1.0	1.7**	1.0	1.6**	1.0	1.7***
75–	0.7	1.8*	0.7	0.6	0.7	1.0
Kaikki – All	1.5	1.8***	1.8	2.0	1.7	2.0***

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Tuloviidennes Income quintile
	1987	1996	1987	1996	
I Alin	1.2	1.8***	1.3	1.8***	Lowest I
II	1.4	1.6	1.4	1.6	II
III	1.7	1.8	1.7	1.8	III
IV	1.9	2.0	1.8	2.0	IV
V Ylin	2.1	2.3	2.1	2.3	Highest V
Kaikki	1.6	1.9***	1.6	1.9***	All

C alueittain – *by region*

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Alue Region
	1987	1996	1987	1996	
Pääkaupunkiseutu	2.1	2.1	2.1	2.1	Greater Helsinki Area
Etelä-Suomi ¹	1.6	1.8	1.6	1.8	¹ Southern Finland
Länsi-Suomen lääni	1.7	2.01**	1.7	2.1***	Western Finland
Itä-Suomen lääni	1.4	1.4	1.4	1.4	Eastern Finland
Oulun ja Lapin läänit	1.4	1.7	1.3	1.7*	Northern Finland
Kaikki	1.7	1.9***	1.6	1.9***	All

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹ Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

4.11. Julkisen sektorin hammaslääkärikäyntien määrä 15-vuotta täyttänyttä kohti vuosina 1987 ja 1996.
Number of visits to public sector dentists per inhabitant aged 15 and over, 1987 and 1996.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä <i>Age</i>	Miehet <i>Men</i>		Naiset <i>Women</i>		Yhteensä <i>Total</i>	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
15–24	1.7	1.4	1.9	2.1	1.8	1.8
25–44	0.5	0.9***	0.7	1.1***	0.6	1.0***
45–64	0.4	0.5	0.3	0.4*	0.3	0.5*
65–74	0.3	0.6	0.2	0.3	0.2	0.4*
75–	0.1	0.8**	0.1	0.3	0.1	0.4*
Kaikki – <i>All</i>	0.7	0.8**	0.7	0.9***	0.7	0.9***

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes <i>Income quintile</i>	Vakioimattomat <i>Crude</i>		Ikä- ja sukupuolivakioidut <i>Standardised by age and sex</i>		Tuloviidennes <i>Income quintile</i>
	1987	1996	1987	1996	
I Alin	0.6	1.2***	0.7	1.2***	Lowest I
II	0.7	0.9*	0.7	0.8	II
III	0.8	0.8	0.7	0.8	III
IV	0.7	0.8	0.6	0.8*	IV
V Ylin	0.5	0.7	0.5	0.7*	Highest V
Kaikki	0.7	0.9***	0.6	0.9***	All

C alueittain – *by region*

Alue <i>Region</i>	Vakioimattomat <i>Crude</i>		Ikä- ja sukupuolivakioidut <i>Standardised by age and sex</i>		Alue <i>Region</i>
	1987	1996	1987	1996	
Pääkaupunkiseutu	0.5	0.6	0.5	0.6	Greater Helsinki Area
Etelä-Suomi ¹	0.6	0.8*	0.6	0.8**	¹ Southern Finland
Länsi-Suomen lääni	0.7	1.0***	0.7	1.0***	Western Finland
Itä-Suomen lääni	0.8	0.9	0.8	0.9	Eastern Finland
Oulun ja Lapin läänit	0.8	0.9	0.7	0.9	Northern Finland
Kaikki	0.7	0.9***	0.6	0.9***	All

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

4.12. Yksityisen sektorin hammaslääkäriissäkäyntien määrä 15-vuotta täyttäneitä kohti vuosina 1987 ja 1996.
Number of visits to private sector dentists per inhabitant aged 15 and over, 1987 and 1996.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
15–24	0.3	0.2	0.4	0.2*	0.6	0.2*
25–44	1.0	0.9	1.4	1.0***	1.2	0.9**
45–64	1.0	1.4*	1.2	1.5*	1.1	1.4**
65–74	0.5	1.0*	0.6	0.9*	0.5	0.9**
75–	0.5	0.8	0.3	0.3	0.4	0.5
Kaikki – All	0.8	0.9	1.0	1.0	0.9	0.9

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Tuloviidennes Income quintile
	1987	1996	1987	1996	
I Alin	0.4	0.5	0.5	0.6	Lowest I
II	0.6	0.6	0.6	0.6	II
III	0.9	0.9	0.9	0.9	III
IV	1.1	1.0	1.1	1.0	IV
V Ylin	1.5	1.6	1.5	1.5	Highest V
Kaikki	0.9	1.0	0.9	0.9	All

C alueittain – *by region*

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Alue Region
	1987	1996	1987	1996	
Pääkaupunkiseutu	1.5	1.4	1.5	1.4	Greater Helsinki Area
Etelä-Suomi ¹	0.9	1.0	0.9	1.0	¹ Southern Finland
Länsi-Suomen lääni	0.9	1.0	0.9	1.0	Western Finland
Itä-Suomen lääni	0.4	0.5	0.4	0.5	Eastern Finland
Oulun ja Lapin läänit	0.5	0.6	0.5	0.7	Northern Finland
Kaikki	0.9	0.9	0.9	0.9	All

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹ Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

4.13. Sairauskäynnit terveydenhoitajalle 15 vuotta täyttänyttä kohti vuosina 1987 ja 1996.
Number of visits to a public health nurse due to illness per inhabitant aged 15 and over, 1987 and 1996.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
15–24	1.0	1.2*	2.4	2.3	1.7	1.9
25–44	1.0	1.3	2.0	2.5*	1.5	1.9**
45–64	1.8	3.0**	1.9	2.6***	1.8	2.8***
65–74	2.1	5.6*	2.4	4.6**	2.3	5.0***
75–	3.3	4.0	7.3	8.2	6.0	6.6
Kaikki – All	1.4	2.4***	2.5	3.2**	2.0	2.8***

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Tuloviidennes Income quintile
	1987	1996	1987	1996	
I Alin	2.9	3.1	2.2	2.9	Lowest I
II	1.9	3.4***	1.9	3.2***	II
III	1.7	2.8***	1.8	2.8***	III
IV	1.8	2.6*	1.9	2.9*	IV
V Ylin	1.5	2.3*	1.5	2.6*	Highest V
Kaikki	2.0	2.8***	2.0	2.9***	All

C alueittain – *by region*

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Alue Region
	1987	1996	1987	1996	
Pääkaupunkiseutu	1.9	2.2	2.0	2.2	Greater Helsinki Area
Etelä-Suomi ¹	1.8	2.6*	1.8	2.6*	¹ Southern Finland
Länsi-Suomen lääni	2.1	2.9**	2.2	2.8**	Western Finland
Itä-Suomen lääni	2.0	3.6*	2.0	3.7*	Eastern Finland
Oulun ja Lapin läänit	1.9	2.8**	2.0	3.0*	Northern Finland
Kaikki	2.0	2.8***	2.0	2.8***	All

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹ Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

4.14. Fysikaalisessa hoidossa viiden kuukauden aikana käyneet aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1996.
Adults receiving physiotherapy (%) in last 5 months, 1987 and 1996.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – by age and sex

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
15–24	1.9	1.9	3.4	3.6	2.6	2.7
25–44	5.3	4.3	8.6	5.7**	6.9	5.0***
45–64	9.9	7.0**	13.4	8.5***	11.7	7.8***
65–74	12.8	5.4***	11.4	5.1***	11.9	5.3***
75–	10.3	8.8	6.9	4.6	8.0	6.2
Kaikki – All	6.7	5.1***	9.2	6.1***	8.0	5.6***

B tuloluokittain – by income group

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Ikä-, sukupuoli-, tuki- ja liikuntaelinsairausvakioidut Standardised by age, sex, and musculoskeletal disorders	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
I Alin – Lowest	7.7	4.7***	7.4	4.6***	8.2	4.1***
II	7.6	4.3***	7.7	4.6***	8.8	5.0***
III	7.6	6.7	8.0	6.7	9.4	7.0*
IV	8.2	5.7**	9.0	5.6***	10.2	6.5***
V Ylin – Highest	9.0	6.9*	9.8	6.3***	11.3	7.2**
Kaikki – All	8.0	5.7***	8.3	5.7***	9.4	6.0***

C alueittain – by region

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Ikä-, sukupuoli-, tuki- ja liikuntaelinsairausvakioidut Standardised by age, sex and musculoskeletal disorders	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
Pääkaupunkiseutu Greater Helsinki Area	8.1	6.7	8.5	6.6	9.9	7.4
Etelä-Suomi ¹ Southern Finland ¹	6.9	4.8**	7.2	4.8**	7.5	5.1**
Länsi-Suomen lääni Western Finland	8.3	5.8***	8.5	5.8***	9.7	5.8***
Itä-Suomi Eastern Finland	8.3	4.7***	8.5	4.7***	9.1	4.5***
Oulun ja Lapin läänit Northern Finland	8.6	6.1*	9.3	5.8**	10.5	6.8*
Kaikki – All	8.0	5.6***	8.3	5.6***	9.3	6.0***

¹Ilman pääkaupunkiseutua
¹ Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

4.15. Kansanparantajan, kiropraktikon tai naprapaatin hoidossa viiden kuukauden aikana käyneet aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1996.
Adults receiving chiropractic, naprapathic or naturopathic treatment (%) in last 5 months, 1987 and 1996.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
15–24	1.5	1.7	1.3	1.9	1.4	1.8
25–44	2.4	3.6*	2.4	5.7***	2.4	4.6***
45–64	3.1	5.5***	2.8	6.5***	3.0	6.0***
65–74	2.3	3.9	2.4	4.0	2.4	3.9*
75–	0.8	1.3	0.7	1.5	0.7	1.5
Kaikki – All	2.3	3.8***	2.2	4.8***	2.3	4.3***

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Tuloviidennes Income quintile
	1987	1996	1987	1996	
I Alin	1.8	3.2**	1.9	3.4**	Lowest I
II	2.8	4.5*	2.9	4.7*	II
III	2.5	4.6**	2.4	4.6***	III
IV	2.2	4.3***	2.2	4.4***	IV
V Ylin	1.9	5.0***	1.9	4.9***	Highest V
Kaikki	2.3	4.3***	2.3	4.3***	All

C alueittain – *by region*

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Alue Region
	1987	1996	1987	1996	
Pääkaupunkiseutu	1.3	4.3***	1.2	4.2***	Greater Helsinki Area
Etelä-Suomi ¹	2.8	4.2*	2.9	4.2*	¹ Southern Finland
Länsi-Suomen lääni	2.4	4.9***	2.4	4.9***	Western Finland
Itä-Suomen lääni	1.6	2.0	1.6	1.9	Eastern Finland
Oulun ja Lapin läänit	3.1	5.3**	3.0	5.3**	Northern Finland
Kaikki	2.3	4.3***	2.3	4.3***	All

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

4.16. Osuus väestöstä, jolle yksityinen vakuutus korvasi yksityislääkärissä käyntejä (%) vuosina 1987 ja 1995/96.
Inhabitants with by private sickness insurance covering private doctors' fees (%), 1987 and 1995/96.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
0–6	36.3	35.9	35.6	34.0	36.0	35.0
7–14	27.1	27.0	27.5	29.9	27.3	28.4
15–24	13.8	15.8	10.2	14.2**	12.0	15.0*
25–44	13.6	8.2***	9.0	6.3**	11.3	7.3***
45–64	8.1	5.2***	4.6	4.5	6.3	4.9*
65–74	1.9	1.4	0.8	1.0	1.2	1.2
75–	2.0	0.5	0.5	0.3	1.0	0.4
Kaikki – All	15.1	12.5***	11.1	10.8	13.0	11.6*

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Tuloviidennes Income quintile
	1987	1996	1987	1996	
I Alin	8.1	7.1	8.9	6.6*	Lowest I
II	11.8	12.6	11.2	10.0	II
III	15.9	11.6***	14.0	12.6	III
IV	15.8	13.6	14.8	13.4	IV
V Ylin	13.8	13.4	14.8	16.1	Highest V
Kaikki	13.1	11.6**	12.6	11.4*	All

C alueittain – *by region*

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Alue Region
	1987	1996	1987	1996	
Pääkaupunkiseutu	16.6	16.8	16.5	16.5	Greater Helsinki Area
Etelä-Suomi ¹	14.0	11.4*	13.5	11.1*	¹ Southern Finland
Länsi-Suomen lääni	12.9	10.7*	12.7	10.7*	Western Finland
Itä-Suomen lääni	11.5	9.0	11.3	9.1	Eastern Finland
Oulun ja Lapin läänit	8.7	10.0	7.8	9.3	Northern Finland
Kaikki	13.0	11.6*	12.6	11.4*	All

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹ Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

5.1. Reseptilääkkeitä haastatteluhetkellä käyttäneet (%) vuosina 1987 ja 1995/96.
Inhabitants having used prescribed medicines at time of interview (%), 1987 and 1995/96.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1995/96	1987	1995/96	1987	1995/96
0–6	13.5	20.7**	11.6	15.8*	12.6	18.3***
7–14	13.3	18.6**	11.6	13.3	12.4	16.0**
15–24	19.4	15.7*	38.4	41.9	28.7	28.2
25–44	25.2	21.6**	40.7	36.8*	32.8	29.2**
45–64	49.9	46.0*	64.8	60.2**	57.6	53.2***
65–74	72.7	71.1	74.1	75.8	73.5	73.9
75–	78.5	79.6	87.1	88.2	84.4	85.1
Kaikki – All	31.8	32.2	46.4	46.3	39.4	39.4

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Tuloviidennes Income quintile
	1987	1995/96	1987	1995/96	
I Alin	45.4	40.7**	40.4	39.8	Lowest I
II	40.2	35.4**	41.6	38.0**	II
III	36.1	42.8***	40.7	40.5	III
IV	35.4	37.6	39.7	39.4	IV
V Ylin	39.6	40.5	41.7	40.5	Highest V
Kaikki	39.4	39.3	40.9	39.6*	All

C alueittain – *by region*

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Alue Region
	1987	1995/96	1987	1995/96	
Pääkaupunkiseutu	41.7	39.2	43.1	40.2*	Greater Helsinki Area
Etelä-Suomi ¹	38.2	38.1	39.7	38.1	¹ Southern Finland
Länsi-Suomen lääni	38.7	39.4	39.5	38.9	Western Finland
Itä-Suomen lääni	42.5	44.7	43.4	43.8	Eastern Finland
Oulun ja Lapin läänit	37.1	37.1	41.3	39.3	Northern Finland
Kaikki	39.4	39.4	40.8	39.6*	All

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹ Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

5.2. Itsehoitolääkkeitä (lukuunottamatta vitamiinivalmisteita) haastatteluhetkellä käyttäneet (%) vuosina 1987 ja 1995/96.
Use of non-prescription medicines (other than vitamin supplements) at time of interview (%), 1987 and 1995/96.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
0–6	15.3	12.2	15.5	13.6	15.4	12.7
7–14	6.8	6.0	10.2	9.9	8.4	7.9
15–24	10.7	10.1	19.5	16.9	15.0	13.4
25–44	13.7	11.8	25.6	19.0***	19.5	15.3***
45–64	21.1	14.8***	30.4	23.3***	25.9	19.2***
65–74	30.2	21.5**	31.3	27.7	30.9	25.3**
75–	31.6	26.8	39.7	24.2***	37.2	25.1***
Kaikki – All	15.8	12.9***	24.9	19.6***	20.5	16.4***

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Tuloviidennes Income quintile
	1987	1995/96	1987	1995/96	
I Alin	23.7	15.7***	17.4	13.1***	Lowest I
II	20.3	16.1**	17.3	14.8*	II
III	19.4	17.8	17.8	15.0*	III
IV	19.6	16.2**	17.9	15.1*	IV
V Ylin	19.6	17.0*	18.3	17.2	Highest V
Kaikki	20.5	16.5***	17.7	14.8***	All

C alueittain – *by region*

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Alue Region
	1987	1995/96	1987	1995/96	
Pääkaupunkiseutu	20.4	15.4***	20.8	15.4***	Greater Helsinki Area
Etelä-Suomi ¹	20.9	16.2***	21.4	16.2***	¹ Southern Finland
Länsi-Suomen lääni	20.6	17.0***	20.9	17.0***	Western Finland
Itä-Suomen lääni	18.2	16.6	18.5	16.4	Eastern Finland
Oulun ja Lapin läänit	10.2	15.3***	11.1	15.6***	Northern Finland
Kaikki	20.5	16.4***	20.9	16.4***	All

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

5.3. Vitamiinivalmisteita haastatteluhetkellä käyttäneet (%) vuosina 1987 ja 1995/96.
Use of vitamin supplements at time of interview (%), 1987 and 1995/96.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996
0–6	10.5	25.7***	12.9	26.6***	11.7	26.1***
7–14	2.6	8.6***	2.0	9.5***	2.3	9.1***
15–24	8.3	8.4	11.9	11.1	10.1	9.7
25–44	11.0	9.1*	16.4	17.3	13.7	13.2
45–64	11.6	11.2	18.6	22.1**	15.2	16.8
65–74	11.0	14.5	20.4	25.4*	16.8	21.1*
75–	12.5	11.8	15.6	22.0*	14.6	18.4
Kaikki – All	9.8	11.6**	14.9	18.0***	12.4	15.3***

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Tuloviidennes Income quintile
	1987	1995/96	1987	1995/96	
I Alin	10.6	12.5	8.3	11.6**	Lowest I
II	9.9	15.8***	8.7	13.3***	II
III	11.1	16.6***	10.6	16.6***	III
IV	12.7	14.7	11.8	13.6	IV
V Ylin	17.5	17.9	16.3	16.0	Highest V
Kaikki	12.4	15.4***	11.4	14.1***	All

C alueittain – *by region*

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Alue Region
	1987	1995/96	1987	1995/96	
Pääkaupunkiseutu	18.3	19.6	17.9	19.8	Greater Helsinki Area
Etelä-Suomi ¹	11.0	13.4*	11.1	13.5*	¹ Southern Finland
Länsi-Suomen lääni	12.6	15.5**	12.6	15.4**	Western Finland
Itä-Suomen lääni	8.9	12.4*	9.0	12.3*	Eastern Finland
Oulun ja Lapin läänit	10.2	15.2**	11.1	15.6**	Northern Finland
Kaikki	12.4	15.3***	12.5	15.3***	All

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

6.1. Tupakoivat aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1995/95.
Adult smokers (%), 1987 and 1995/96.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1995/96	1987	1995/96	1987	1995/96
15–24	31.4	26.3*	24.0	17.7**	27.8	22.1***
25–44	41.9	38.5*	28.9	26.2	35.6	32.4**
45–64	31.1	27.8	12.9	15.4*	21.8	21.5
65–74	22.4	15.5	7.2	6.6	13.0	10.1*
75–	13.0	10.4	2.5	2.0	5.9	5.0
Kaikki – All	34.4	29.4***	19.4	17.2**	26.6	23.1***

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Tuloviidennes Income quintile
	1987	1995/96	1987	1995/96	
I Alin	24.6	23.6	29.2	25.8*	Lowest I
II	27.0	23.9	26.8	24.9	II
III	27.7	23.2**	25.2	24.6	III
IV	27.7	22.9**	25.0	21.8*	IV
V Ylin	26.2	21.9***	23.9	20.7*	Highest V
Kaikki	26.6	23.1***	25.9	23.3***	All

C alueittain – *by region*

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Alue Region
	1987	1995/96	1987	1995/96	
Pääkaupunkiseutu	29.8	26.4	29.1	25.9*	Greater Helsinki Area
Etelä-Suomi ¹	28.4	22.9***	27.4	23.3**	¹ Southern Finland
Länsi-Suomen lääni	23.6	20.9**	23.2	21.6	Western Finland
Itä-Suomen lääni	23.1	21.8	22.7	22.1	Eastern Finland
Oulun ja Lapin läänit	31.4	25.9**	29.6	25.5*	Northern Finland
Kaikki	26.6	23.1***	25.8	23.3***	All

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹ Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

6.2. Päivittäin tai lähes päivittäin alkoholia käyttävät aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1995/96.
Adults consuming alcohol daily or nearly daily (%), 1987 and 1995/96.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1995/96	1987	1995/96	1987	1995/96
15–24	4.5	2.0**	1.7	0.9	3.1	1.4**
25–44	17.6	15.8	8.1	5.3***	12.9	10.6**
45–64	16.3	18.9*	4.6	5.9	10.2	12.2*
65–74	14.6	13.1	2.8	3.6	7.3	7.3
75–	11.0	12.9	2.5	2.9	5.2	6.5
Kaikki – All	14.3	13.9	5.1	4.4	9.5	9.0

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Tuloviidennes Income quintile
	1987	1995/96	1987	1995/96	
I Alin	5.7	6.2	6.0	6.6	Lowest I
II	6.4	6.4	6.6	7.0	II
III	8.2	7.6	8.1	8.0	III
IV	9.3	8.7	9.1	8.5	IV
V Ylin	17.8	15.5	17.0	14.8	Highest V
Kaikki	9.5	9.0	9.5	9.1	All

C alueittain – *by region*

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Alue Region
	1987	1995/96	1987	1995/96	
Pääkaupunkiseutu	17.7	11.7	17.9	12.2***	Greater Helsinki Area
Etelä-Suomi ¹	10.9	9.9	10.9	10.0	¹ Southern Finland
Länsi-Suomen lääni	7.7	8.7	7.8	8.8	Western Finland
Itä-Suomen lääni	6.2	8.3	6.2	8.2	Eastern Finland
Oulun ja Lapin läänit	4.7	4.9	4.6	5.0	Northern Finland
Kaikki	9.5	9.0	9.6	9.1	All

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹ Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

6.3. Vähintään 2 kertaa viikossa kuntoilevat aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1995/96.
Adults engaging in physical exercise at least 2 times a week (%), 1987 and 1995/96.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä Age	Miehet Men		Naiset Women		Yhteensä Total	
	1987	1995/96	1987	1995/96	1987	1995/96
15–24	66.4	68.6	63.3	68.7*	64.9	68.7*
25–44	51.3	56.8**	55.9	62.6***	53.6	59.7***
45–64	61.2	58.9	64.9	65.7	63.1	62.4
65–74	74.4	64.6**	69.1	57.4***	71.2	60.1***
75–	63.7	46.9**	49.6	30.2***	53.8	36.2***
Kaikki – All	59.0	60.0	60.4	61.7	59.8	60.9

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes Income quintile	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Tuloviidennes Income quintile
	1987	1995/96	1987	1995/96	
I Alin	60.1	57.2	59.1	56.3	Lowest I
II	59.2	58.0	59.5	58.6	II
III	58.2	60.5	58.9	59.5	III
IV	59.7	63.8*	59.9	62.5	IV
V Ylin	61.6	65.5*	61.9	64.6	Highest V
Kaikki	59.8	61.1	60.1	60.5	All

C alueittain – *by region*

Alue Region	Vakioimattomat Crude		Ikä- ja sukupuolivakioidut Standardised by age and sex		Alue Region
	1987	1995/96	1987	1995/96	
Pääkaupunkiseutu	64.2	63.5	65.1	63.4	Greater Helsinki Area
Etelä-Suomi ¹	60.0	61.5	60.6	60.6	¹ Southern Finland
Länsi-Suomen lääni	58.3	58.6	58.4	58.2	Western Finland
Itä-Suomen lääni	60.8	62.7	60.7	62.4	Eastern Finland
Oulun ja Lapin läänit	56.6	61.3*	57.3	60.1	Northern Finland
Kaikki	59.8	60.9	60.1	60.3	All

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹ Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

6.4. Ylipainoiset (BMI \geq 30) aikuiset (%) vuosina 1987 ja 1995/96.
Overweight adults (BMI \geq 30) (%), 1987 and 1995/96.

A ikä- ja sukupuoliryhmittäin – *by age and sex*

Ikä <i>Age</i>	Miehet <i>Men</i>		Naiset <i>Women</i>		Yhteensä <i>Total</i>	
	1987	1995/96	1987	1995/96	1987	1995/96
15–24	1.2	2.7*	2.2	2.5	1.7	2.6
25–44	8.7	7.6	7.2	7.8	8.0	7.7
45–64	13.7	16.5*	18.0	17.6	16.0	17.0*
65–74	11.4	16.6*	17.2	20.7	15.0	19.1
75–	6.2	10.7	12.9	14.8	10.7	13.3
Kaikki – <i>All</i>	8.8	10.6**	10.8	12.3*	9.9	11.4***

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes <i>Income quintile</i>	Vakioimattomat <i>Crude</i>		Ikä- ja sukupuolivakioidut <i>Standardised by age and sex</i>		Tuloviidennes <i>Income quintile</i>
	1987	1995/96	1987	1995/96	
I Alin	13.9	13.2	13.7	13.8	<i>Lowest</i> I
II	11.1	11.9	11.6	12.8	II
III	9.1	12.9***	9.9	12.2*	III
IV	7.8	10.1*	9.4	9.9	IV
V Ylin	7.5	9.4**	7.4	8.6	<i>Highest</i> V
Kaikki	9.9	11.5***	10.3	11.4*	<i>All</i>

C alueittain – *by region*

Alue <i>Region</i>	Vakioimattomat <i>Crude</i>		Ikä- ja sukupuolivakioidut <i>Standardised by age and sex</i>		Alue <i>Region</i>
	1987	1995/96	1987	1995/96	
Pääkaupunkiseutu	7.4	8.1	8.1	8.4	<i>Greater Helsinki Area</i>
Etelä-Suomi ¹	9.1	10.9	9.6	10.6	¹ <i>Southern Finland</i>
Länsi-Suomen lääni	10.9	12.5	11.3	12.4	<i>Western Finland</i>
Itä-Suomen lääni	11.5	13.9*	11.8	13.4	<i>Eastern Finland</i>
Oulun ja Lapin läänit	9.9	11.7	10.6	12.2	<i>Northern Finland</i>
Kaikki	9.9	11.4***	10.3	11.4*	<i>All</i>

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹ *Greater Helsinki Area excluded*

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

7.1. Kotitalouksien sairauskulut (%) tuloluokittain 1987 ja 1996.
Households' medical expenses (%) by income group, 1987 and 1996.

Tulo- viidennes <i>Income quintile</i>	Lääke- kulut		Hoitopäivä- maksut		Kunnallinen avohoito		Yksityinen avohoito		Hammas- hoito		Matka- kulut		Muut kulut		Kulut yhteensä	
	<i>Medicines</i>		<i>Hospital fees</i>		<i>Public out- patient fees</i>		<i>Private out- patient fees</i>		<i>Dentists fees</i>		<i>Travel expenses</i>		<i>Other expenses</i>		<i>Expenses total</i>	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996	1987	1996	1987	1996	1987	1996	1987	1996	1987	1996
I Alin <i>Lowest</i>	24.9	20.7**	41.4	24.2***	19.6	22.7*	15.5	12.9*	11.7	12.3	26.9	27.3	19.4	17.6	20.9	18.3*
II	21.4	19.5	21.6	24.4*	21.7	18.6*	14.3	16.4	14.2	15.3	25.4	21.6**	16.7	16.1	18.1	18.1
III	16.2	20.7***	12.6	22.1***	21.7	22.4	15.4	18.2*	20.6	19.0	20.1	22.0	18.6	22.1**	17.5	20.6*
IV	17.5	18.4	9.7	16.5***	17.7	19.0	19.5	19.0	20.8	21.4	15.2	13.8	19.4	16.9*	18.1	18.4
V Ylin <i>Highest</i>	19.9	20.7	14.7	12.8	19.4	17.4	35.3	33.4	32.7	32.0	11.9	15.3**	25.8	27.3	25.4	24.6
Yhteensä <i>Total</i>	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

7.2. Kotitalouksien sairauskulujen rakenne (%) tuloluokittain 1987 ja 1996.
Structure of households' medical expenses (%) by income group, 1987 and 1996.

Tulo- viidennes <i>Income quintile</i>	Lääke- kulut		Hoitopäivä- maksut		Kunnallinen avohoito		Yksityinen avohoito		Hammas- hoito		Matka- kulut		Muut kulut		Kulut yhteensä <i>Expenses total</i>
	<i>Medicines</i>		<i>Hospital fees</i>		<i>Public out- patient fees</i>		<i>Private out- patient fees</i>		<i>Dentists fees</i>		<i>Travel expenses</i>		<i>Other expenses</i>		
	1987	1996	1987	1996	1987	1996	1987	1996	1987	1996	1987	1996	1987	1996	
I Alin <i>Lowest</i>	32.3	34.2	18.9	10.2	2.1	8.2***	11.4	9.5	10.7	12.7	7.4	8.7	17.1	16.5	100.0
II	32.5	32.5	11.3	10.3	2.5	6.7***	12.0	12.2	17.6	16.1	7.5	6.9	16.7	15.3	100.0
III	25.1	30.3***	6.4	8.3	2.6	7.2***	13.4	11.9	26.1	17.6***	6.2	6.3	20.2	18.4	100.0
IV	26.4	30.2*	5.1	6.9	2.1	6.8***	15.8	13.9	25.3	22.0	4.9	4.4	20.3	15.8*	100.0
V Ylin <i>Highest</i>	21.6	25.6*	5.3	4.0	1.6	4.7***	22.1	18.3	28.0	24.7	2.7	3.6	18.7	19.0	100.0
Keskimäärin <i>Average</i>	27.3	30.2**	9.4	7.7	2.1	6.6***	15.4	13.5	21.7	19.0*	5.6	5.8	18.6	17.2	100.0

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

7.3. Kotitalouksien sairauskulut (mk/henki) alueittain 1987 ja 1996.
Households' medical expenses (FIM/person) by region, 1987 and 1996.

Alue <i>Region</i>	Lääkekulut <i>Medicines</i>		Hoitopäivämaksut <i>Hospital fees</i>		Kunnallinen avohoito <i>Public outpatient fees</i>		Yksityinen avohoito <i>Private outpatient fees</i>	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996	1987	1996
Pääkaupunkiseutu <i>Greater Helsinki Area</i>	334	606	111	88	17	146	242	491
Etelä-Suomi ¹ <i>Southern Finland¹</i>	254	643	60	129	25	132	159	275
Länsi-Suomen lääni <i>Western Finland</i>	268	667	86	180	25	131	150	250
Itä-Suomen lääni <i>Eastern Finland</i>	252	612	208	249	23	140	129	186
Oulun ja Lapin läänit <i>Northern Finland</i>	259	601	95	207	26	123	82	173
Yhteensä <i>Total</i>	273	636	101	167	24	134	157	275

Alue <i>Region</i>	Hammashoito <i>Dentists fees</i>		Matkakulut <i>Travel expenses</i>		Muut kulut <i>Other expenses</i>		Kulut yhteensä <i>Expenses total</i>	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996	1987	1996
Pääkaupunkiseutu <i>Greater Helsinki Area</i>	348	541	30	47	207	420	1272	2366
Etelä-Suomi ¹ <i>Southern Finland¹</i>	215	369	54	108	174	321	917	1977
Länsi-Suomen lääni <i>Western Finland</i>	192	418	66	149	197	356	941	2147
Itä-Suomen lääni <i>Eastern Finland</i>	137	254	77	129	182	359	971	1928
Oulun ja Lapin läänit <i>Northern Finland</i>	171	339	65	127	151	340	819	1916
Yhteensä <i>Total</i>	214	396	58	118	186	357	981	2095

¹ Ilman pääkaupunkiseutua

¹ Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

- 7.4.** Sairauskulujen taloudelliset seuraukset tuloluokittain (osuus kotitalouksista) vuosina 1987 ja 1996.
Economic consequences of medical expenses by income group (share of households), 1987 and 1996.

Tuloviidennes	Käyttänyt säästöjä		Ottanut velkaa		Turvautunut yksityishenkilöiltä saatavaan apuun		Turvautunut kunnan toimeentulotukeen	
	<i>Used savings</i>		<i>Taken a loan</i>		<i>Resorted to assistance from relatives or friends</i>		<i>Resorted to municipal support</i>	
	1987	1996	1987	1996	1987	1996	1987	1996
I Alin – Lowest	11.5	11.1	1.2	1.8	2.1	8.4***	3.2	7.3***
II	9.2	11.2	1.0	1.1	1.5	5.6***	1.3	3.1*
III	7.7	10.0	1.2	1.5	1.1	4.2***	1.0	2.0*
IV	5.1	6.9	1.0	0.6	1.0	1.7	0	0.5
V Ylin – Highest	7.0	5.3	1.1	0.5	1.0	1.3	1.0	0.1*
Keskimäärin Average	8.2	8.8	1.0	1.1	1.3	4.2***	1.4	2.6***

- 7.5.** Kotitalouksien sairauskulut perheenjäsentä kohti (markkoina vuoden 1996 hinnoin) vuosina 1987 ja 1996.
Households' medical expenses per family member (FIM, 1996 prices), 1987 and 1996.

B tuloluokittain – by income group

Tuloviidennes	1987	1996	Income quintile
I Alin	1926	1747	Lowest I
II	1558	1920**	II
III	1505	2246***	III
IV	1575	1936**	IV
V Ylin	2212	2648*	Highest V
Kaikki	1758	2095***	All

C alueittain – by region

Alue	1987	1996	Region
Pääkaupunkiseutu	2281	2366	Greater Helsinki Area
Etelä-Suomi ¹	1650	1977**	¹ Southern Finland
Länsi-Suomen lääni	1693	2147***	Western Finland
Itä-Suomen lääni	1749	1928	Eastern Finland
Oulun ja Lapin läänit	1475	1916***	Northern Finland
Kaikki	1758	2095***	All

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹ Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

- 7.6.** Kotitalouksien avohoidon sairauskulut asukasta kohti (markkoina vuoden 1996 hinnoin) vuosina 1987 ja 1996.
Households' medical expenses for outpatient care per inhabitant (FIM, 1996 prices), 1987 and 1996.

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes	1987	1996	<i>Income quintile</i>
I Alin	255	305	<i>Lowest I</i>
II	233	347**	<i>II</i>
III	244	426***	<i>III</i>
IV	290	393**	<i>IV</i>
V Ylin	528	605	<i>Highest V</i>
Kaikki	311	409***	<i>All</i>

C alueittain – *by region*

Alue	1987	1996	<i>Region</i>
Pääkaupunkiseutu	459	637*	<i>Greater Helsinki Area</i>
Etelä-Suomi ¹	326	407	<i>¹ Southern Finland</i>
Länsi-Suomen lääni	297	381**	<i>Western Finland</i>
Itä-Suomen lääni	268	326	<i>Eastern Finland</i>
Oulun ja Lapin läänit	191	297***	<i>Northern Finland</i>
Kaikki	311	409***	<i>All</i>

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹ Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

7.7. Kotitalouksien muut sairauskulut asukasta kohti (markkoina vuoden 1996 hinnoin) vuosina 1987 ja 1996.

Households' medical expenses for other health care per inhabitant (FIM, 1996 prices), 1987 and 1996.

B tuloluokittain – *by income group*

Tuloviidennes	1987	1996	<i>Income quintile</i>
I Alin	1671	1442	<i>Lowest</i> I
II	1325	1573*	II
III	1261	1820***	III
IV	1285	1543**	IV
V Ylin	1684	2043**	<i>Highest</i> V
Kaikki	1447	1681***	<i>All</i>

C alueittain – *by region*

Alue	1987	1996	<i>Region</i>
Pääkaupunkiseutu	1822	1729	<i>Greater Helsinki Area</i>
Etelä-Suomi ¹	1324	1570**	¹ <i>Southern Finland</i>
Länsi-Suomen lääni	1396	1766***	<i>Western Finland</i>
Itä-Suomen lääni	1481	1602	<i>Eastern Finland</i>
Oulun ja Lapin läänit	1284	1619**	<i>Northern Finland</i>
Kaikki	1447	1681***	<i>All</i>

¹Ilman pääkaupunkiseutua

¹ Greater Helsinki Area excluded

*p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001

The Finnish health care system

In terms of its institutional structure, financing and goals, the Finnish health care system resembles those of the other Nordic countries and Great Britain in that it covers the whole population and services are mainly produced by the public sector and financed through general taxation. In Finland the municipalities (local governments) are responsible for providing health care for their residents. In addition, the National Health Insurance Scheme (NHI) reimburses the use of certain private health services and prescription medicines.

In order to fulfil their responsibilities as providers, the municipalities (especially the small ones) often co-operate to create a large enough catchment population. The health services are financed by municipal taxes, state subsidies and user charges. Municipal tax revenues are not only used for health care but also for other services such as education and social services.

Primary health care is provided mainly by the public health centres, which anyone can contact for ambulatory medical services. Preventive care of communicable and non-communicable diseases, ambulatory medical and dental care, a number of outpatient specialised services, and various public health programmes (e.g. maternity and school care and care for the elderly) are provided by the health centres. They are also responsible for occupational health services (e.g. for farmers). There are moreover specific services, e.g. diabetes and hypertension clinics, for particular patient groups.

Public specialised care is provided by 21 hospital districts with their own hospitals. There are over 50 acute care hospitals and over 250 health centres, of which most also have an inpatient department. Health centre hospitals

mostly provide care for elderly patients who require long-term treatment. Some health centre hospitals also have specialised departments.

The statutory NHI scheme covers all residents of Finland. It is administrated by the Social Insurance Institution, which is governed by Parliament. The NHI covers the following benefits: sickness allowances, parenthood allowances, special care allowances, occupational and student health services, rehabilitation services, and certain medical expenses (drugs prescribed by a doctor, private sector examinations and treatments performed or prescribed by a doctor, dental care for the population born in or after 1956 and transportation services). As a basic rule, the NHI covers a certain share of costs in excess of a fixed sum (minimum per purchase or so-called basic tariff). The share of costs accruing to users is greater in the NHI covered private services than in municipally provided public services.

The most important reform in the health care system in this decade took place in the beginning of 1993 as part of the state subsidy system reform. An essential element of the reform was revision of the grounds for determining state subsidies to municipalities. Under the old system, state subsidies were earmarked and related to real costs, whereas in the reformed system, municipalities receive non-earmarked lump-sum grants, calculated prospectively according to a capitation formula. The aim of the reform was to reduce central government control and to increase local freedom in the provision of services. The reform did not affect municipalities' liabilities to provide health and social services, but it allowed them to undertake a more active role as purchasers.

2 Liite Appendix

Kunnallisen terveydenhuollon asiakasmaksut (mk) 1987–1996 Charges (FIM) for public health care services 1987–1996

	1987	1990	1992	1993	1994	1996	
Avohoito							Outpatient care
Lääkäriissäkäynti ¹⁾	-	-	-	100/vuosi - year 50/käynti - visit 150 enint. - max.*	100/vuosi - year 50/käynti - visit 150 enint. - max.*	100/vuosi - year 50/käynti - visit 150 enint. - max.*	Visit to a doctor ¹⁾
Lääkärin kotikäynti	-	-	-	" "	" "	" "	Home visit by a doctor
Fysikaalinen hoito	10	10	20	20	30	30	Physiotherapy
Hammashuolto	²⁾	³⁾	⁴⁾				Dental care
Käyntimaksu	10	15	20	25	30	30	Visit
Tutkimusmaksu	15	15	20	25	25	25	Check-up
Röntgentutkimus, kuvalta	10	10	15	25	25	25	X-ray/picture
Leukojen ja hampaiden röntgenkuvaus	30	30	40	50	50	50	X-ray of teeth and the jaw
Sairauksien hoito	15–50	17–80	20–100	25–200	25–200	25–200	Treatment of illness
Proteettiset toimenpiteet	30–250	30–325	55–420	150–600	100–600	100–600	Prosthetic treatment
Sairaalahoito							Hospital care
Hoitopäivämaksu ⁵⁾	50	80	115	125	125	125	Inpatient charge ⁵⁾
Polikliinikkamaksu	40	60	90	100	100	100	Hospital outpatient charge
Pitkäaikaishoitomaksu (yli 90 vrk)	0–4200 /kk /month	0–4993 /kk /month	0–6000 /kk /month	80 % nettotuloista of net income	80 % nettotuloista of net income	80 % nettotuloista of net income	Long-term treatment charge (over 90 days)
Sairaankuljetus	15	30	35	45	45	45	Transportation
Laitoshoidon päivä- ja yöhoito	20	40	58	62	62	62	Charge for part-time institutional care

* Asetuksella säädetty enimmäismaksu. Maksun periminen kunnille vapaaehtoisista. – The maximum charge specified by decree. Collection of charge voluntary for local authorities.

¹⁾ Ei alle 15-vuotiailta – Not for children under 15 years of age

²⁾ Ei alle 17-vuotiailta, vuonna 1961 ja sen jälkeen syntyneiltä omavastuu käynti- ja tutkimusmaksuista 0 % ja muista maksuista 60 % – Not for those under 17 years of age. Those born in 1961 or later were subject to a fixed deductible of 0% for visits and check-ups and 60% for other dental care.

³⁾ Ei alle 17-vuotiailta, vuonna 1956 ja sen jälkeen syntyneiltä omavastuu käynti- ja tutkimusmaksuista 0 % ja muista maksuista 60 % – Not for those under 17 years of age. Those born in 1956 or later were subject to a fixed deductible of 0% for visits and check-ups and 60% for other dental care.

⁴⁾ Ei alle 19-vuotiailta – Not for those under 19 years of age

⁵⁾ Alle 18-vuotiailta peritään hoitopäivämaksu vain 7 päivältä – Children under 18 are charged for first 7 days of hospital inpatient care

Muutokset lääkekorvausjärjestelmässä vuosina 1987–1996 *Changes in drug reimbursements 1987–1996*

	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Peruskorvaus % Basic refund %	50	50	50	50	50	1.9.1992 40	40	1.4.1994 50	50	50
Ostokertakohtainen omavastuu, mk <i>Fixed deductible per purchase (FIM)</i>	20	30	30	35	35	45	45	50	50	50
Ylempi erityiskorvaus % Upper special refund %	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Ostokertakohtainen omavastuu, mk <i>Fixed deductible per purchase (FIM)</i>	-	-	-	-	-	-	-	1.4.1994 25	25	25
Alempi erityiskorvaus % Lower special refund %	90	90	90	90	90	80	80	1.4.1994 75	75	75
Ostokohtainen omavastuu, mk <i>Fixed deductible per purchase (FIM)</i>	-	-	-	-	-	-	-	25	25	25
Lisäkorvausraja, mk <i>Limit for additional refund (FIM)</i>	2343	2469	2653	2833	3051	2500	3100	3100	3158	3166

Lähde Suomen lääketilasto 1996, Lääkelaitos ja Kansaneläkelaitos 1997
Source: Finnish Statistics on Medicines 1996. National Agency for Medicines and Social Insurance Institution, 1997

Kyselylomakkeet

Questionnaires

15D – Terveysteen liittävän elämänlaadun kyselylomake
15D – Quality of life questionnaire

Terveystenhuollon väestötutkimus – Capi-haastattelulomake 1996*
*Finnish health care survey – Capi questionnaire 1996**

* Capi-haastattelulomake 1995 eroaa lähinnä vain vuosilukujen osalta

* *Capi questionnaire 1995 resembles the 1996 one but differs in timing*

Toivomme, että se henkilö peheestänne, johon haastattelijä otti yhteyttä, täyttää tämän lomakkeen ja antaa sen täytettynä haastattelijalle tai postittaa sen annetussa palautuskuoressa jälkikäteen. Jokainen vastaus on meille tärkeä. Tutkimuksellisista syistä on myös tärkeää, että vastaaja on juuri yllämainittu viitehenkilö.

Syntymävuosi: _____

Sukupuoli: 1. nainen 2. mies

TERVEYTEEN LIITTYVÄN ELÄMÄNLAADUN KYSELYLOMAKE

Ohje: Lukekaa ensin läpi huolellisesti kunkin kysymyksen kaikki vastausvaihtoehdot. Merkitkää sitten rasti (x) sen vaihtoehdon kohdalle, joka **parhaiten kuvaa terveydentilaanne tänään**. Menetelkää näin kaikkien kysymysten 1-15 kohdalla. **Kustakin kysymyksestä rastitetaan siis yksi vaihtoehto.**

KYSYMYS 1. Liikuntakyky

- 1 () pystyn kävelemään normaalisti (vaikeuksitta) sisällä, ulkona ja portaissa
- 2 () pystyn kävelemään vaikeuksitta sisällä, mutta ulkona ja/tai portaissa on pieniä vaikeuksia
- 3 () pystyn kävelemään ilman apua sisällä (apuvälinein tai ilman), mutta ulkona ja/tai portaissa melkoisin vaikeuksin tai toisen avustamana
- 4 () pystyn kävelemään sisälläkin vain toisen avustamana
- 5 () olen täysin liikuntakyvytön ja vuoteenoma

KYSYMYS 2. Näkö

- 1 () näen normaalisti eli näen lukea lehteä ja TV:n tekstejä vaikeuksitta (silmälaseilla tai ilman)
- 2 () näen lukea lehteä ja/tai TV:n tekstejä pienin vaikeuksin (silmälaseilla tai ilman)
- 3 () näen lukea lehteä ja/tai TV:n tekstejä huomattavin vaikeuksin (silmälaseilla tai ilman)
- 4 () en näe lukea lehteä enkä TV:n tekstejä ilman silmälasia tai niiden kanssa, mutta näen (näkisin) kulkea ilman opasta
- 5 () en näe (näkisi) kulkea oppaatta eli olen lähes tai täysin sokea

KYSYMYS 3. Kuulo

- 1 () kuulen normaalisti eli kuulen hyvin normaalia puheääntä (kuulokojeen kanssa tai ilman)
- 2 () kuulen normaalia puheääntä pienin vaikeuksin
- 3 () kuulen normaalia puheääntä melkoisin vaikeuksin, keskustelussa on käytettävä normaalia kovempaa puheääntä
- 4 () kuulen kovaakin puheääntä heikosti; olen melkein kuuro
- 5 () olen täysin kuuro

We hope that the person contacted by the interviewer will fulfill this questionnaire and then return it by giving back to the interviewer or by mail enclosed the given envelope. It is important that the respondent is the above mentioned person for research reasons.

Year of birth: _____

Sex: 1. Female 2. Male

QUALITY OF LIFE QUESTIONNAIRE

Please read through all the alternative responses to each question before placing a cross (x) against the alternative which best describes your present status. Continue through all 15 questions in this manner, giving only one answer to each.

QUESTION 1. MOBILITY

- 1 () I am able to walk normally (without difficulty) indoors, outdoors and on stairs.
- 2 () I am able to walk without difficulty indoors, but outdoors and/or on stairs I have slight difficulties.
- 3 () I am able to walk without help indoors (with or without an appliance), but outdoors and/or on stairs only with considerable difficulty or with help from others.
- 4 () I am able to walk indoors only with help from others.
- 5 () I am completely bed-ridden and unable to move about.

QUESTION 2. VISION

- 1 () I see normally, i.e. I can read newspapers and TV text without difficulty (with or without glasses).
- 2 () I can read papers and/or TV text with slight difficulty (with or without glasses).
- 3 () I can read papers and/or TV text with considerable difficulty (with or without glasses).
- 4 () I cannot read papers or TV text either with glasses or without, but I can see enough to walk about without guidance.
- 5 () I cannot see enough to walk about without a guide, i.e. I am almost or completely blind.

QUESTION 3. HEARING

- 1 () I can hear normally, i.e. normal speech (with or without a hearing aid).
- 2 () I hear normal speech with a little difficulty.
- 3 () I hear normal speech with considerable difficulty; in conversation I need voices to be louder than normal.
- 4 () I hear even loud voices poorly; I am almost deaf.
- 5 () I am completely deaf.

KYSYMYS 4. Hengitys

- 1 () pystyn hengittämään normaalisti eli minulla ei ole hengenahdistusta tai muita hengitysvaikeuksia
- 2 () minulla on hengenahdistusta raskaassa työssä tai urheillessa, reippaassa kävelyssä tasamaalla tai lievässä ylämäessä
- 3 () minulla on hengenahdistusta kävellessä muitten samanikäisten vauhtia tasamaalla
- 4 () minulla on hengenahdistusta pienenkin rasituksen jälkeen, esim. peseytyessä tai pukeutuessa
- 5 () minulla on hengenahdistusta lähes koko ajan, myös levossa

KYSYMYS 5. Nukkuminen

- 1 () nukun normaalisti eli minulla ei ole mitään ongelmia unen suhteen
- 2 () minulla on lieviä uniongelmia, esim. nukahtamisvaikeuksia tai heräilen satunnaisesti yöllä
- 3 () minulla on melkoisia uniongelmia, esim. nukun levottomasti, uni ei tunnu riittävältä
- 4 () minulla on suuria uniongelmia, esim. joudun käyttämään usein tai säännöllisesti unilääkettä, herään säännöllisesti yöllä ja/tai aamuisin liian varhain
- 5 () kärsin vaikeasta unettomuudesta, esim. unilääkkeiden runsaasta käytöstä huolimatta nukkuminen on lähes mahdotonta, valvon suurimman osan yöstä

KYSYMYS 6. Syöminen

- 1 () pystyn syömään normaalisti eli itse ilman mitään vaikeuksia
- 2 () pystyn syömään itse pienin vaikeuksin (esim. hitaasti, kömpelösti, vavisten tai erityisapuneuvoin)
- 3 () tarvitsen hieman toisen apua syömisessä
- 4 () en pysty syömään itse lainkaan, vaan minua pitää syöttää
- 5 () en pysty syömään itse lainkaan, vaan minua pitää syöttää joko letkulla tai suonen sisäisellä ravintoliuksella

KYSYMYS 7. Puhuminen

- 1 () pystyn puhumaan normaalisti eli selvästi, kuuluvasti ja sujuvasti
- 2 () puhuminen tuottaa minulle pieniä vaikeuksia, esim. sanoja on etsittävä tai ääni ei ole riittävän kuuluva tai se vaihtaa korkeutta
- 3 () pystyn puhumaan ymmärrettävästi, mutta katkonaisesti, ääni vavisten, sammaltaen tai änkyttäen
- 4 () muilla on vaikeuksia ymmärtää puhettani
- 5 () pystyn ilmaisemaan itseäni vain elein

KYSYMYS 8. Eritystoiminta

- 1 () virtsarakkoni ja suolistoni toimivat normaalisti ja ongelmitta
- 2 () virtsarakkoni ja/tai suolistoni toiminnassa on lieviä ongelmia, esim. minulla on virtsaamisvaikeuksia tai kova tai löysä vatsa

QUESTION 4. BREATHING

- 1 () I am able to breathe normally, i.e. with no shortness of breath or other breathing difficulty.
- 2 () I have shortness of breath during heavy work or sports, or when walking briskly on flat ground or slightly uphill.
- 3 () I have shortness of breath when walking on flat ground at the same speed as others my age.
- 4 () I get shortness of breath even after light activity, e.g. washing or dressing myself.
- 5 () I have breathing difficulties almost all the time, even when resting.

QUESTION 5. SLEEPING

- 1 () I am able to sleep normally, i.e. I have no problems with sleeping.
- 2 () I have slight problems with sleeping, e.g. difficulty in falling asleep, or sometimes waking at night.
- 3 () I have moderate problems with sleeping, e.g. disturbed sleep, or feeling I have not slept enough.
- 4 () I have great problems with sleeping, e.g. having to use sleeping pills often or routinely, or usually waking at night and/or too early in the morning.
- 5 () I suffer severe sleeplessness, e.g. sleep is almost impossible even with full use of sleeping pills, or staying awake most of the night.

QUESTION 6. EATING

- 1 () I am able to eat normally, i.e. with no help from others.
- 2 () I am able to eat by myself with minor difficulty (e.g. slowly, clumsily, shakily, or with special appliances).
- 3 () I need some help from another person in eating.
- 4 () I am unable to eat by myself at all, so I must be fed by another person.
- 5 () I am unable to eat at all, so I am fed either by tube or intravenously.

QUESTION 7. SPEECH

- 1 () I am able to speak normally, i.e. clearly, audibly and fluently.
- 2 () I have slight speech difficulties, e.g. occasional fumbling for words, mumbling, or changes of pitch.
- 3 () I can make myself understood, but my speech is e.g. disjointed, faltering, stuttering or stammering.
- 4 () Most people have great difficulty understanding my speech.
- 5 () I can only make myself understood by gestures.

QUESTION 8. ELIMINATION

- 1 () My bladder and bowel work normally and without problems.
- 2 () I have slight problems with my bladder and/or bowel function, e.g. difficulties with urination, or loose or hard bowels.
- 3 () I have marked problems with my bladder and/or bowel function, e.g. occasional 'accidents', or severe constipation or diarrhoea.

- 3 () virtsarakkoni ja/tai suolistoni toiminnassa on melkoisia ongelmia, esim. minulla on satunnaisia virtsanpäädytysvaikeuksia tai vaikea ummetus tai ripuli
- 4 () virtsarakkoni ja/tai suolistoni toiminnassa on suuria ongelmia, esim. minulla on säännöllisesti vahinkoja” tai peräruiskeiden tai katetroinnin tarvetta
- 5 () en hallitse lainkaan virtsaamista ja/tai ulostamista

KYSYMYS 9. Tavanomaiset toiminnot

- 1 () pystyn suoriutumaan normaalisti tavanomaisista toiminnoista (esim. ansiotyö, opiskelu, kotityö, vapaa-ajan toiminnot)
- 2 () pystyn suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista hieman alentuneella teholla tai pienin vaikeuksin
- 3 () pystyn suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista huomattavasti alentuneella teholla tai huomattavin vaikeuksin tai vain osaksi
- 4 () pystyn suoriutumaan tavanomaisista toiminnoista vain pieneltä osin
- 5 () en pysty suoriutumaan lainkaan tavanomaisista toiminnoista

KYSYMYS 10. Henkinen toiminta

- 1 () pystyn ajattelemaan selkeästi ja johdonmukaisesti ja muistini toimii täysin moitteettomasti
- 2 () minulla on lieviä vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai muistini ei toimi täysin moitteettomasti
- 3 () minulla on melkoisia vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai minulla on jonkin verran muistinmenetystä
- 4 () minulla on suuria vaikeuksia ajatella selkeästi ja johdonmukaisesti, tai minulla on huomattavaa muistinmenetystä
- 5 () olen koko ajan sekaisin ja vailla ajan tai paikan tajua

KYSYMYS 11. Vaivat ja oireet

- 1 () minulla ei ole mitään vaivoja tai oireita, esim. kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
- 2 () minulla on lieviä vaivoja tai oireita, esim. lievää kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
- 3 () minulla on melkoisia vaivoja tai oireita, esim. melkoista kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
- 4 () minulla on voimakkaita vaivoja tai oireita, esim. voimakasta kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.
- 5 () minulla on sietämättömiä vaivoja ja oireita, esim. sietämätöntä kipua, särkyä, pahoinvointia, kutinaa jne.

KYSYMYS 12. Masentuneisuus

- 1 () en tunne itseäni lainkaan surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi
- 2 () tunnen itseni hieman surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi
- 3 () tunnen itseni melko surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi
- 4 () tunnen itseni erittäin surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi
- 5 () tunnen itseni äärimmäisen surulliseksi, alakuloiseksi tai masentuneeksi

- 4 () I have serious problems with my bladder and/or bowel function, e.g. routine ‘accidents’, or need of catheterization or enemas.
- 5 () I have no control over my bladder and/or bowel function.

QUESTION 9. USUAL ACTIVITIES

- 1 () I am able to perform my usual activities (e.g. employment, studying, housework, free-time activities) without difficulty.
- 2 () I am able to perform my usual activities slightly less effectively or with minor difficulty.
- 3 () I am able to perform my usual activities much less effectively, with considerable difficulty, or not completely.
- 4 () I can only manage a small proportion of my previously usual activities.
- 5 () I am unable to manage any of my previously usual activities.

QUESTION 10. MENTAL FUNCTION

- 1 () I am able to think clearly and logically, and my memory functions well
- 2 () I have slight difficulties in thinking clearly and logically, or my memory sometimes fails me.
- 3 () I have marked difficulties in thinking clearly and logically, or my memory is somewhat impaired.
- 4 () I have great difficulties in thinking clearly and logically, or my memory is seriously impaired.
- 5 () I am permanently confused and disoriented in place and time.

QUESTION 11. DISCOMFORT AND SYMPTOMS

- 1 () I have no physical discomfort or symptoms, e.g. pain, ache, nausea, itching etc.
- 2 () I have mild physical discomfort or symptoms, e.g. pain, ache, nausea, itching etc.
- 3 () I have marked physical discomfort or symptoms, e.g. pain, ache, nausea, itching etc.
- 4 () I have severe physical discomfort or symptoms, e.g. pain, ache, nausea, itching etc.
- 5 () I have unbearable physical discomfort or symptoms, e.g. pain, ache, nausea, itching etc.

QUESTION 12. DEPRESSION

- 1 () I do not feel at all sad, melancholic or depressed.
- 2 () I feel slightly sad, melancholic or depressed.
- 3 () I feel moderately sad, melancholic or depressed.
- 4 () I feel very sad, melancholic or depressed.
- 5 () I feel extremely sad, melancholic or depressed.

QUESTION 13. DISTRESS

- 1 () I do not feel at all anxious, stressed or nervous.
- 2 () I feel slightly anxious, stressed or nervous.
- 3 () I feel moderately anxious, stressed or nervous.
- 4 () I feel very anxious, stressed or nervous.
- 5 () I feel extremely anxious, stressed or nervous.

KYSYMYS 13. Ahdistuneisuus

- 1 () en tunne itseäni lainkaan ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi
- 2 () tunnen itseni hieman ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi
- 3 () tunnen itseni melko ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi
- 4 () tunnen itseni erittäin ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi
- 5 () tunnen itseni äärimmäisen ahdistuneeksi, jännittyneeksi tai hermostuneeksi

KYSYMYS 14. Energisyys

- 1 () tunnen itseni terveeksi ja elinvoimaiseksi
- 2 () tunnen itseni hieman uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi
- 3 () tunnen itseni melko uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi
- 4 () tunnen itseni hyvin uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi, lähes "loppuun palaneeksi"
- 5 () tunnen itseni äärimmäisen uupuneeksi, väsyneeksi tai voimattomaksi, täysin "loppuun palaneeksi"

KYSYMYS 15. Sukupuolielämä

- 1 () terveydentilani ei vaikeuta mitenkään sukupuolielämääni
- 2 () terveydentilani vaikeuttaa hieman sukupuolielämääni
- 3 () terveydentilani vaikeuttaa huomattavasti sukupuolielämääni
- 4 () terveydentilani tekee sukupuolielämäni lähes mahdottomaksi
- 5 () terveydentilani tekee sukupuolielämäni mahdottomaksi

QUESTION 14. VITALITY

- 1 () I feel healthy and energetic.
- 2 () I feel slightly weary, tired or feeble.
- 3 () I feel moderately weary, tired or feeble.
- 4 () I feel very weary, tired or feeble, almost exhausted.
- 5 () I feel extremely weary, tired or feeble, totally exhausted.

QUESTION 15. SEXUAL ACTIVITY

- 1 () My state of health has no adverse effect on my sexual activity.
- 2 () My state of health has a slight effect on my sexual activity.
- 3 () My state of health has a considerable effect on my sexual activity.
- 4 () My state of health makes sexual activity almost impossible.
- 5 () My state of health makes sexual activity impossible.