

Nuorten tyttöjen ehkäisypillerit — suositus maksuttomuudesta toteutuu huonosti

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa (2007–2011) asetettiin tavoitteeksi alle 20-vuotiaiden ehkäisyvälineiden maksuttomuus. Tutkimuksessa selvitettiin, miten suositus on toteutunut ehkäisypillereiden osalta ja oliko toteutumisessa eroja käytön pituuden tai maan eri osien välillä. Aineistona käytettiin Nuorten terveystapatutkimuksen yhdistettyjä kyselyitä vuosilta 2009 ja 2011. Ehkäisy-pillerit oli saanut maksutta puolet 14-vuotiaista, hieman yli kolmasosa 16-vuotiaista, mutta vain alle joka viides 18-vuotiaista tytöistä. Kun käytön pituus oli 1–3 kuukautta, 77 prosenttia käyttäjistä oli saanut pillerit ilmaiseksi. Yli puoli vuotta pillereitä käyttäneistä vain 9 prosenttia oli saanut ne ilmaiseksi. Suositus alle 20-vuotiaiden maksuttomasta ehkäisystä oli toteutunut vain osittain. Uudellamaalla ja pääkaupunkiseudulla maksuttomuus toteutui muuta maata huonommin.

PIRJO LINDFORS, ELISE KOSUNEN, ARJA RIMPELÄ

JOHDANTO

Raskauden ehkäisypalvelujen helppoa saatavuutta pidetään keskeisenä tekijänä nuorten suunnitelmattomien raskauksien ehkäisyssä ja seksuaaliterveyden edistämässä (1). Ehkäisyvälineet tulisi saada edullisesti, mieluiten ilmaiseksi. Tämän arvellaan parantavan ehkäisyn toteutumista ja jatkuvuutta ja siten vähentävän suunnitelmattomien raskauksien määrää (2). Iso-Britanniassa kaikki naiset ikään katsomatta saavat ehkäisypillerit maksutta, jos he hankkivat ne yleislääkärin vastaanotolta tai kansallisten terveyspalveluiden ehkäisyklinikoiden kautta (3). Hollannissa alle 21-vuotiaiden ehkäisykustannukset korvataan lähes kokonaan (4).

Suomessa lääkintöhallitus ohjeisti vuonna 1982, että terveyskeskusten pitää luovuttaa ensimmäiset ehkäisyvälineet maksutta (5). Vaikka ohjekirje ei ole enää voimassa, tätä käytäntöä on ehkäisypillereiden jakelun osalta noudatettu edelleen. Vuonna 2005 tehdyssä Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen ehkäisypalveluihin kohdistuneessa tutkimuksessa lähes kaikki kyselyyn vastanneet terveyskeskukset ilmoittivat, että ehkäisypillereitä saa heiltä aloitusvaiheessa maksutta. Ilmaisjakelun kesto oli kes-

kimäärin 4 kuukautta, vaihteluvälin ollessa 1–9 kuukautta (6).

Alle 20-vuotiaiden raskaudenkeskeytysten määrä on Suomessa ollut laskussa vuodesta 2002 lähtien. Vuonna 2012 tehtiin 10,9 keskeytystä tuhatta 15–19-vuotiasta tyttöä kohden. Alueellinen vaihtelu on kuitenkin huomattavaa: Helsingissä tehtiin 12,8 ja Uudellamaalla 11,5 keskeytystä tuhatta 15–19-vuotiasta kohden, kun luku Etelä-Karjalassa oli 6,2. Raskaudenkeskeytysrekisterin mukaan vuonna 2012 alle 20-vuotiaista keskeytyksen hakeneista 33 % ei ollut käyttänyt mitään ehkäisyä raskauden alkaessa (7).

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa asetettiin vuosien 2007–2011 tavoitteeksi, että alle 20-vuotiaat saavat raskauden ehkäisyvälineet maksutta (2). Vuonna 2008 tehdyssä terveydenedistämisen kartoituksessa 31 % terveyskeskuksista ilmoitti, että tämä toteutuu kaikissa toimipisteissä, 15 % vastasi sen toteutuvan osassa toimipisteistä ja 54 % vastasi kokonaan kieltävästi. Kysely oli osoitettu terveyskeskusten (n=231) johtajille, ja siihen pyydettiin vastaamaan johtoryhmän yhteistyönä (8).

Tässä artikkelissa tutkimme Nuorten terveystapatutkimuksen vuosien 2009 ja 2011 kysely-

aineistoilla sitä, miten seksuaali- ja lisääntymis-terveyden toimintaohjelman suositus alle 20-vuotiaiden maksuttomasta ehkäisystä toteutuu ehkäisy pillereiden osalta ja onko toteutumisessa eroja iän, käytön pituuden, asuinalueen ja kaupungistumisen suhteen.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Nuorten terveystapatutkimus on joka toinen vuosi toteutettava 12-, 14-, 16- ja 18-vuotiaille suunnattu posti- ja internetkysely, jossa seurataan nuorten terveyden ja terveystottumusten muutoksia ajassa. Kysely on toteutettu vuodesta 1977 lähtien. Ehkäisy pillereiden käyttöä ja niiden maksuttomuutta on kysytty vuosina 2009 ja 2011. Tämän artikkelin aineistona käytetään 14–18-vuotiaita. Vuonna 2011 tutkimukseen vastasi 777 (60 % otoksesta) 14-, 868 (58 %) 16- ja 696 (52 %) 18-vuotiaista tyttöä. Vuonna 2009 vastaavat luvut olivat 999 (68 %), 962 (70 %) ja 911 (61 %). Tytöiltä kysyttiin ensin ”Käytätkö nykyisin ehkäisy pillereitä” ja myöntävästi vastanneilta ”Kauanko olet käyttänyt” (vuotta __, kuukautta __). Lopuksi kysyttiin ”Saitko nyt käytössä olevat ehkäisy pillerisi maksutta?” vaihtoehtoina ”En” ja ”Kyllä”.

Otoksesta saadun kuntanumeron ja paikkakunnan tyyppiä koskevan kysymyksen perusteella nuoret jaettiin viiteen asuinalueeseen: Helsinki, muu pääkaupunkiseutu (Vantaa, Espoo, Kauniainen), muut isot kaupungit (Turku, Tampere, Oulu, Lahti), muut kaupungit, taajamat ja maaseutu. Maakunnat muodostettiin kuntanumeron perusteella. Pienten tapausmäärien vuoksi näistä muodostettiin viisi aluetta: Uusimaa, lounaiset maakunnat (Varsinais-Suomi, Satakunta), itäiset maakunnat (Pohjois- ja Etelä-Karjala, Pohjois- ja Etelä-Savo, Kymi, Itä-Uusimaa), keskiset maakunnat (Pirkanmaa, Kanta- ja Päijät-Häme, Keski-Suomi, Etelä- ja Keski-Pohjanmaa) ja poh-

joiset maakunnat (Lappi, Pohjois-Pohjanmaa, Kainuu). Tulokset raportoidaan ensisijaisesti prosenttijakautumina.

Ryhmiä välisten erojen testauksessa käytetään χ^2 -testiä.

TULOKSET

Ehkäisy pillereitä (E-pillereitä) käytti kumpanakin vuonna noin viidennes 16-vuotiaista ja runsaat 40 % 18-vuotiaista tytöistä (Taulukko 1). Nuorimassa ikäryhmässä käyttäjiä oli 3 %. Koska E-pillereiden käyttö ja niiden ilmaisuus ei analysissa olennaisesti eronnut vuosina 2009 ja 2011, aineistot yhdistettiin. Käytössä olevat e-pillerit oli saanut maksutta puolet 14-vuotiaista, hieman yli kolmasosa 16-vuotiaista, mutta vain alle joka viides 18-vuotiaista tytöistä.

E-pillerit maksutta saaneiden osuus väheni käytön keston mukaan: mitä pidempään käyttö oli kestänyt, sitä harvemmin tyttö oli saanut ne maksutta (Taulukko 2). Kun käytön pituus oli 1–3 kuukautta, 77 % käyttäjistä oli saanut pillerit ilmaiseksi. Sen sijaan kun e-pillerit olivat olleet käytössä yli puoli vuotta, enää 9 % tytöistä oli saanut ne ilmaiseksi. Maksutta pillerit saaneiden osuuden aleneminen oli systemaattista kaikissa ikäryhmissä. 14-vuotiaissa yli puoli vuotta e-pillereitä käyttäneitä oli vain 11, ja heistä yksikään ei ollut saanut pillereitä ilmaiseksi.

Maksuttomuuden alue- ja kaupungistumiseroja tutkittaessa jätettiin 14-vuotiaat pois, koska käyttäjien määrä oli tarkasteluun liian pieni. Uusimaa poikkesi muusta Suomesta siten, että maksutta pillerinsä saaneita oli siellä vähemmän kuin muilla alueilla (Taulukko 3): Uudellamaalla maksuttomasti e-pillerit saaneiden osuus oli 19 %, ja muissa maakunnissa keskimäärin 26 %.

Asuinpaikan kaupungistumisasteen mukaisesti tarkastelussa pääkaupunkiseutu poikkesi muista asuinalueista. Maksutta pillerit saaneita oli

Taulukko 1.

Ehkäisy pillereitä käyttäneiden sekä pillerit maksutta saaneiden osuudet (%) pillereitä käyttäneistä vuosina 2009 ja 2011 sekä yhteensä ikäryhmittäin (N)

	Vuosi 2009			Vuosi 2011			Yhteensä		
	14	16	18	14	16	18	14	16	18
Käyttää e-pillereitä	3 % (28)	21 % (198)	44 % (403)	3 % (26)	22 % (193)	40 % (274)	3 % (54)	22 % (391)	42 % (677)
Maksutta saaneiden osuus käyttäjistä	63 % (17)	37 % (73)	15 % (59)	36 % (8)	32 % (61)	21 % (58)	51 % (25)	35 % (134)	17 % (117)

Taulukko 2.

Ehkäisytabletit maksutta saaneiden osuudet (%) käytön pituuden ja iän mukaan. (N)

Ikä vuosina	Käytön pituus kuukausina			p-arvo
	1–3	4–6	Yli 6	
14	69 % (9)	50 % (5)	0 % (0)	<0.01
16	74 % (43)	41 % (20)	16 % (26)	<0.001
18	83 % (39)	43 % (16)	6 % (23)	<0.001
Yhteensä	77 % (91)	43 % (42)	9 % (49)	<0.001

Taulukko 3.

Ehkäisytabletit maksutta saaneiden osuus 14–18-vuotiaista käyttäjistä, % alueen ja kaupungistumisasteen mukaan (N).

	N	14–18- vuotiaat	p-arvo
Alue			.015
Uusimaa	228	19 %	
Lounaiset maakunnat	174	26 %	
Itäiset maakunnat	239	21 %	
Keskiset maakunnat	321	31 %	
Pohjoiset maakunnat	144	27 %	
Kaupungistumisaste			0.15
Helsinki	63	14 %	
Muu pääkaupunkiseutu	66	11 %	
Muut isot kaupungit	199	26 %	
Muut kaupungit	121	26 %	
Taajamat ja maaseutu	310	27 %	

siellä 12 % kun muualla maksutta saaneiden osuus oli 26–28 %. Pääkaupunkiseutu jaettiin edelleen Helsinkiin ja sitä ympäröiviin kaupunkikeihin. Helsingissä maksutta pillereitä saaneita oli 14 % ja ympäröivissä kaupungeissa 11 %.

POHDINTA

Tulosten perusteella voidaan todeta, että suositus alle 20-vuotiaiden maksuttomasta ehkäisystä e-pillereiden osalta toteutuu heikosti. Vain neljännes 14–18-vuotiaista e-pillerien käyttäjistä ilmoitti saaneensa käytössä olevat e-pillerit ilmaiseksi. Lisäksi maksuttomuus väheni käytön keston mukaan siten, että puolen vuoden käytön jälkeen pillerit sai ilmaiseksi vain harvoin. Maksuttomuuden tarkastelu sekä alueellisesti että kaupungistumisasteen mukaan osoitti, että Uusimaa ja pääkaupunkiseutu poikkesivat muusta maasta: mak-

suttomia e-pillereitä saavien osuus oli vain puolet siitä mitä muualla maassa.

Tieto alle 20-vuotiaiden ehkäisytablettien maksuttomuudesta voidaan hankkia kysymällä palvelujen tuottajilta tai suoraan nuorilta itseltään. Palveluiden tuottajilta kysyttäessä ongelmaksi nousee se, että maksuttomuuskäytännöt terveyskeskusten välillä ovat hyvin vaihtelevia ja voivat vaihdella jopa terveyskeskusten sisällä (8). Väestötason kuvan saamiseksi on siis tärkeää kysyä asiaa myös palveluiden käyttäjiltä eli nuorilta itseltään. Tässä tutkimuksessa aineistona on käytetty kotiin lähetetyllä kyselyllä kerättyä valtakunnallisesti edustavaa poikkileikkausaineistoa. Vastausaktiivisuuden lasku on noussut postikyselyjen yleiseksi ongelmaksi. Tässäkin tutkimuksessa kyselyiden matalahko vastausprosentti on voinut aiheuttaa vastaajien valikoitumista. Nuorten ter-

veystapatutkimuksessa kadon vaikutusta on arvioitu epäsuorin menetelmin ja näiden analyysien perusteella matala vastausprosentti ei näyttäisi olennaisesti vaikuttavan e-pillereiden käyttöä koskeviin tuloksiin (9).

Ehkäisyvälineiden hintaa pidetään tärkeänä ehkäisyn käyttöön vaikuttavana tekijänä, minkä vuoksi suositus maksuttomuudesta esitettiin myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa (2). Tuoreessa tutkimuksessa unkarilaisista ehkäisytablettien käyttäjistä vain noin viidennes katsoi, ettei hinnalla ei ole vaikutusta ehkäisyyn (10). Hollannissa ehkäisyvalmisteiden korvattavuus poistettiin vuonna 2004 muilta paitsi alle 21-vuotiailta. Rekisterivertailu edelliseen vuoteen osoitti, että ehkäisyn keskeyttämisluvut suurensivat uudistuksen jälkeen ja valmistetta myös vaihdettiin halvempiin (4). Suomessa 3 kuukautta kestävien ehkäisytablettien asiakashinnat vaihtelevat 20 €:n ja 40 €:n välillä tuotemerkistä ja markkinoille tulovuodesta riippuen (11) Monelle nuorelle tytölle hinta voi kertaostoksena olla liian korkea. Sen sijaan terveyskeskukset saavat aloituspakkaukset lähes maksutta lääkealan yrityksiltä tai pystyvät ostamaan tuotteita edullisilla tukkuhinnoina.

Sannisto ym. (12) totesivat terveyskeskusten raskauden ehkäisypalveluja tutkiessaan, että ehkäisyvälineiden ilmaisjakelukäytännöt olivat vaihtelevia ja saattoivat olla erilaisia jopa terveyskeskusten eri toimipaikkojen suhteen. Tässä tutkimuksessa ilmaisjakelu oli vähäisintä Uudella maalla ja kaupungistumisasteen mukaan tarkasteltuna pääkaupunkiseudulla. Aiemmassa tutkimuksessa onkin todettu, että pääkaupunkiseudun tytöt käyttivät ehkäisytabletteja vähemmän kuin

tytöt muualla Suomessa (9). Huomattavaa on, että mitään muutosta kuntien toiminnassa ei tapahtunut kahden vuoden aikana toimintaohjelman suosituksista huolimatta. Tutkimuksemme tulokset osoittavat matalampaa maksuttomuusosuutta nuorissa ikäryhmissä kuin THL:n terveyskeskuksille vuonna 2008 tekemässä kyselyssä, jossa kolmannes terveyskeskuksista ilmoitti antavansa ehkäisytabletteja alle 20-vuotiaille maksutta (8). Tämä voi selittyä sillä, että terveyskeskukset ovat vastanneet THL:n kyselyssä myöntävästi, vaikka maksuttomuus on koskenut vain ensimmäisiksi kuukausiksi annettavia aloituspakkauksia eikä koko alle 20-vuotiaiden joukkoa.

Tulosten perusteella voidaan päätellä, että pelkät suositukset eivät vaikuta kuntien toimintakäytäntöihin. Suosituksia noudatetaan hyvin epäyhtenäisesti eri puolilla maata, mikä voi osaltaan vaikuttaa terveyserojen alueellisen epätasa-arvon vahvistumiseen. Kuntatasolla tulisi nuorten seksuaaliterveyden edistäminen ja tavoite nuorten tarpeisiin soveltuvasta maksuttomasta ehkäisystä kirjata osaksi lasten ja nuorten hyvinvointi- ja terveydenedistämisen suunnitelmia. Suunnannäyttäjiä on jo olemassa, sillä esimerkiksi Rauma ja Forssan seudun kuntayhtymä tarjoavat e-pillereitä maksutta alle 20-vuotiaille, ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri on tehnyt periaatepäätöksen ilmaisten ehkäisyvälineiden tarjoamisesta alle 25-vuotiaille naisille vuoden 2014 alusta.

KIITOKSET

Tutkimusta on tukenut sosiaali- ja terveysministeriö terveyden edistämisen määrärahasta ja Tampereen yliopistollinen sairaala kilpailutettavan tutkimusrahoituksen kautta (hanke 9M090).

Lindfors P, Kosunen E, Rimpelä A. Free oral contraceptives for adolescent girls – the recommendation is coming true weekly
Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2015;52:144–148

The Action Programme for Promotion of Sexual and Reproductive Health (2007–2011) recommended that oral contraceptives (OC) should be provided free of charge for those under 20 years of age. A self-administered questionnaire (the Adolescent Health and Lifestyle Survey) was sent to a representative sample of 14–18-year-olds in 2009 and 2011. The subjects were asked about their current use of oral contraceptives, the duration of the use, and if the present OC were free of charge. Of the 14-year-olds, 3% used OC, of the 16-year-olds 22% and of the 18-year-olds 42%. The OC were

provided free of charge for 51% of the 14-year-olds, 34% of the 16-year-olds, but only for 17% of the 18-year-olds. There was no difference between the study years. When the length of the OC use was 1–3 months, 77% of the girls had got them free but when the length was over six months only 9%. Our results indicate that an adolescent who is beginning to use OC get them free of charge for the first 3 – 6 months only. In terms of regional differences, in Uusimaa and particularly in the capital city area OCs were provided free of charge less often than in other parts of the country.

KIRJALLISUUS

- (1) Ralph L, Brindis C. Access to reproductive healthcare for adolescents: establishing healthy behaviors at a critical juncture in the lifecourse. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2010;22:369–74.
- (2) Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2007–2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17.
- (3) National Health Service (NHS). Guide to contraception. Luettu 11.2.2013. <http://www.nhs.uk/livewell/contraception/pages/guidetocontraception.aspx>
- (4) Stolk, P, Schneeweiss S, Leufkens H, Heerdink E. Impact analysis of the discontinuation of reimbursement: The case of oral contraceptives. *Contraception* 2008;78:399–404.
- (5) Lääkintöhallitus. Ohjeet raskauden ehkäisyneuvonnasta. Lääkintöhallituksen ohjekirje no 2346/02/82. Helsinki 1982.
- (6) Sannisto T. Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskuksissa. Väitöskirja, Tampereen yliopisto. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis 1576; 2010.
- (7) Suomen virallinen tilasto (SVT) Raskaudenkeskeytykset 2012. Tilastoraportti 18/2013. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.
- (8) Kosunen E. Seksuaaliterveys. Kirjassa: Rimpelä M, Saaristo V, Wiss K, Ståhl T, toim. Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Raportti 19/2009, 232–243.
- (9) Falah Hassani K, Kosunen E, Rimpelä A. The use of oral contraceptives among Finnish teenagers from 1981 to 2003. *J Adolesc Health* 2006;39:649–55.
- (10) Kozinszky Z, Sikovanyecz J, Pál Z, Szabó D, Lehotzky H, Pál A. Predictors of oral contraceptive use among teenaged girls in southeastern Hungary. *Int J Gynaecol Obstet* 2012;118:133–6.
- (11) Yliopiston apteekki, henkilökohtainen tiedonanto 14.2.2013
- (12) Sannisto T, Mattila K, Kosunen E. Raskauden ehkäisyneuvonta terveyskeskuksissa. Kyselytutkimus TAYS:n vastuualueella. *Suom Lääkäril* 2007;62:2185–92.

PIRJO LINDFORS

*YTT, dosentti, yliopistonlehtori
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö*

ELISE KOSUNEN

*LT, yleislääketieteen professori
Tampereen yliopisto
Lääketieteen yksikkö,
Pirkanmaan sairaanhoitopiiri,
perusterveydenhuollon yksikkö.*

ARJA RIMPELÄ

*LT, kansanterveystieteen professori
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö,
TAYS, nuorisopsykiatrian yksikkö*