

VAASAN YLIOPISTO

JOHTAMISEN YKSIKKÖ

Nina Tjukanov

PAPERITTOMIEN TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Rekisteritutkimus Helsingissä tavattujen paperittomien terveysongelmista, käyntisyistä,
perustason hoidosta ja hoidon kustannuksista

Sosiaali- ja terveys-
hallintotieteen
pro gradu -tutkielma
26.1.2018

VAASA 2018

SISÄLLYS

	sivu
LYHENTEET	4
TIIVISTELMÄ	5
1. JOHDANTO	7
1.1. Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimusongelmat	9
2. TERVEYDEN EDISTÄMINEN	12
2.1. Terveyden edistämisen käsite ja sen määrittely	12
2.2. Ohjaus ja sääntely	17
2.3. Terveyden edistäminen terveydenhuoltojärjestelmässä	20
2.4. Oikeus palveluihin	23
2.5. Taloudellinen merkitys	25
2.6. Paperittoman terveydenhuolto	27
2.6.1. Tiet paperittomuuteen	27
2.6.2. Terveydenhuollon toteutuminen	29
2.6.3. Paperittomien terveys	33
2.7. Yhteenveto	34
3. AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT	39
3.1. Tutkielman eteneminen	39
3.2. Aineisto ja menetelmät	41
3.3. Aineiston käsittely ja analysointi	44
4. TUTKIMUKSEN TULOKSET	48
4.1. Potilaskäyntien taustatiedot	48
4.2. Paperittomien terveysongelmat, käyntisyys ja jatkohoito	51
4.2.1. Paperittomien terveyden edistäminen	55
4.3. Kustannusarvio paperittomille vuonna 2016 annetusta perustason hoidosta	56
4.4. Yhteenveto	58

5. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	65
5.1. Loppupäätelmät	65
5.2. Tutkielman laadulliset ja eettiset kysymykset	70
5.3. Loppusanat	73
LÄHDELUETTELO	75
LIITTEET	
Liite 1. Tiivistelmä ICPC-2-luokituksesta (Kuntaliitto 2016).	90
Liite 2. Näkymä Tilastokeskuksen Internet-sivulta: indeksipisteluvut vuosina 2011–2016.	92
Liite 3. Vastaanottokäyntien sairausryhmittäiset kokonaiskustannukset vuonna 2016.	93

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1. Terveyden ja terveyden edistämisen määritelmät.	14
Kuvio 2. Perusterveydenhuollon osa-alueet ja palvelut.	22
Kuvio 3. Tutkimusprosessin eteneminen.	40
Kuvio 4. GC:llä vuonna 2016 käyneet potilaat tunnettujen kansalaisuuksien (n=536) mukaan kartalle sijoitettuna.	50
Kuvio 5. GC:llä vuonna 2016 käyneet potilaat alueittain (n=555).	50
Kuvio 6. Aineistossa yleisimmin esiintyvien ICPC-2-syy- ja oirekoodien %-osuudet.	52
Kuvio 7. Paperittomien yleisimmät terveysongelmat ja käyntisyys ICPC-2-päluokittain (n=608).	53
Kuvio 8. Potilaiden 10 yleisintä käyntisyytä ja terveysongelmaa THL:n sairausryhmittäin (%).	54
Kuvio 9. Paperittomien hoidon kustannusten jakautuminen 20 kalliimman sairausryhmän mukaan (€).	58
Taulukko 1. Terveyden edistämistä sääntelevät kansalliset lait.	18
Taulukko 2. Tutkielman teoreettisen osan keskeisimmät käsitteet.	35
Taulukko 3. Kustannusarvion vaiheet 1–3.	47
Taulukko 4. Klinikalla käyneiden potilaiden ikä- ja sukupuolijakaumat (n=556).	49
Taulukko 5. Aineistossa olevat prosessikoodit.	51
Taulukko 6. Kustannusarvion vaiheet 1–3 ja toteutus.	57
Taulukko 7. Paperittomien terveydenhuollon rajaamisen ja nykymuotoisen järjestämistavan vaikutukset ryhmittäin.	69

LYHENTEET

AsiakasmaksuL	Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1922/734
AVI	Aluehallintovirasto
GC	Global Clinic
EU	Euroopan unioni
ETA	Euroopan talousalue
FRA	European Union Agency for Fundamental Rights
HE	Hallituksen esitys eduskunnalle
HUMA	Health for Undocumented Migrants and Asylum seekers
IOM	International Organization for Migration
KansanterveysL	Kansanterveyslaki 28.1.1972/66
KELA	Kansanterveyslaitos
KuntaL	Kuntalaki 10.4.2015/410
KotikuntaL	Kotikuntalaki 11.3.1994/201
MaksuA	Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 9.10.1992/912
PL	Suomen perustuslaki 11.6.1999/731
PICUM	Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
STUK	Säteilyturvakeskus
THL	Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
UL	Ulkomaalaislaki 30.4.2004/301
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
UN	United Nations
Valvira	Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto
WHO	Maailman terveysjärjestö
YK	Yhdistyneet kansakunnat
YTHS	Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö

VAASAN YLIOPISTO**Johtamisen yksikkö****Tekijä:**

Nina Tjukanov

Pro gradu -tutkielma:

Paperittomien terveyden edistäminen: Rekisteritutkimus Helsingissä tavattujen paperittomien terveysongelmista, käyntisyistä, perustason hoidosta ja hoidon kustannuksista

Tutkinto:

Hallintotieteiden maisteri

Oppiaine:

Sosiaali- ja terveyshallintotiede

Työn ohjaaja:

Pirkko Vartiainen

Valmistumisvuosi:

2018

Sivumäärä: 93

TIIVISTELMÄ:

Globalisaation ja kansainvälisen liikkuvuuden lisääntyessä on syntynyt tarve säännellä *paperittomien* palveluita, kuten sosiaalietuuksiin kuuluvaa terveydenhuoltoa, muiden siirtolaisten ja maahanmuuttajaryhmien ohella. Suomessa paperittomilla on lainsäädännöllisesti oikeus vain kiireelliseen terveydenhoitoon julkisella sektorilla. Paperittomilta puuttuu siis julkinen kiireetön hoito, johon sisältyvät vahvasti myös terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisevä hoito. Paperittomien nykymuotoinen terveydenhoito ja sen mahdollinen laajentaminen herättävätkin paljon keskustelua ja vaihtelevia mielipiteitä eri poliittisten ryhmien välillä asiaan liittyvien erilaisten ihmisoikeus- ja kustannusnäkökulmien vuoksi. Paperittomien perusterveydenhuollon tasoisten palveluiden kustannuksia ei kuitenkaan tiedetä, eikä esimerkiksi paperittomien nykymuotoisen terveydenhuollon vaikutuksista juurikaan ole tutkimustietoa.

Tutkielmassa tehtiin retrospektiivinen rekisteritutkimus paperittomien terveysongelmista, käyntisyistä, perustason hoidosta ja hoidon kustannuksista. Tutkimuksen aineistona oli kaikki Helsingin Global Clinicin vuoden 2016 potilaskäynnit. Tutkielmassa vastataan seuraaviin tutkimusongelmiin: 1. Miten terveyden edistäminen toimii paperittomien kohdalla ja millaisia ovat sen vaikutukset? 2. Minkälaisia ovat paperittomien terveysongelmat? ja 3. Millaisia ovat paperittomien nykymuotoisen perustason hoidon kustannukset?

Tutkimuksen mukaan Helsingin Global Clinicillä oli potilaskäyntejä yhteensä 556 vuonna 2016. Potilaiden keski-ikä oli 34,6 vuotta ja sukupuolijakauma oli miesvoittoinen. Potilaat edustivat 45 eri kansallisuutta. Tutkimustulosten mukaan paperittomien terveysongelmat ja käyntisyöt ovat erilaisia sekä Global Clinicillä annettu hoito monipuolista. Potilaiden kolme yleisintä terveysongelmaa ja käyntisyyttä olivat ICPC-2-pääluokittain "ruuansulatus", "tuki- ja liikuntaelinsairaudet" ja "iho". Tutkimuksen mukaan Helsingin Global Clinicilla vuonna 2016 paperittomille annettu perustason hoito maksaa 39 547,31 euroa perusterveydenhuollon avohoidon yksikkökustannuksissa laskettuna.

Tutkimuksesta on pääteltävissä, että kaikille paperittomille ei ole tarjolla julkisia terveyttä edistäviä tai ennaltaehkäiseviä palveluita *kansallisella tasolla* Suomessa ja että Global Clinicin on mahdollista tarjota kyseisiä palveluita vain rajallisesti. Tutkielman perusteella paperittomien hoidon rajaamisen ja terveydenhuollon nykymuotoisen järjestämistavan vaikutukset ovat laajat ja ne voidaan jakaa neljään eri ryhmään: yksilö, julkinen terveydenhoito, väestö ja yhteiskunta. Tutkimus osoittaa, että paperittomien perustason hoidosta vuositasolla muodostuva kustannus on marginaalinen osuus perusterveydenhuollon ja yleisesti terveydenhuollon kokonaismenoista Suomessa. Tutkielman mukaan paperittomien terveydenhuollon kansallisen ohjeistuksen puute ja julkisten terveydenhuoltopalveluiden rajaaminen on ihmisoikeuksien sekä ihmisoikeussopimusten näkökulmasta ongelmallista etenkin paperittomien lasten ja raskaana olevien osalta. Etenkin tämä seikka nostaa esiin tarpeen paperittomien terveydenhuollon uudelleenorganisoinnista ja asian sääntelystä kansallisella tasolla.

AVAINSANAT: Paperittomat, terveyden edistäminen, ennaltaehkäisevä hoito, kustannukset, rekisteritutkimus

1. JOHDANTO

Kansainvälisiä siirtolaisia oli maailmassa noin 244 miljoonaa vuonna 2015. Luku on kasvanut noin 30 % 15 vuodessa, mutta maailman väkilukuun suhteutettuna määrä on pysynyt hyvin samalla tasolla kyseisellä aikavälillä (noin 3 %). Voimakkaimmin maahanmuutto on kohdistunut Eurooppaan, jossa kansainvälisiä siirtolaisia on jo 10 % väestöstä. (UN 2015.) YK määrittelee kansainvälisen siirtolaisen henkilöksi, joka asettuu kotimaansa ulkopuolelle asumaan tarkoituksena jäädä maahan muuten kuin tilapäisesti. Määritelmään sisältyvät molemmat, maasta- ja maahanmuutto, ja sen perusteella henkilöitä, jotka matkustavat toiseen maahan väliaikaisesti esimerkiksi työ- tai lomamatkan vuoksi, ei lasketa kansainvälisiksi siirtolaisiksi. (UN 1998: 9.) Jatkossa puhutaan kansainvälisen siirtolaisuuden sijaan siirtolaisuudesta, joka on yleisimmin käytetty vastaava käsite Suomessa.

Joka seitsemäs ihminen on tälläkin hetkellä osa maailmanlaajuista muuttoliikettä (IOM 2016: 6). Ihmiset lähtevät liikkeelle useista eri syistä, joista yksi yleisimmistä on työ (Stilwell, Diallo, Zurn, Poz, Adams & Buchan 2003: 2–3). Maasta lähteminen voi kuitenkin olla myös pakotettua. Tällöin puhutaan ihmiskaupan uhreiksi joutuneista henkilöistä, pakolaisista ja turvapaikanhakijoista. Nämä maahanmuutajaryhmät kuuluvat siirtolaisuuden marginaaliryhmään niin kutsuttujen *paperittomien* kanssa. (O'Donnell, Burns, Mair, Dowrick, Clissmann, van den Muijsenberghe, van Weel-Baumgartene, Lionis, Papadakif, Saridakif, de Brung & MacFarlane 2016: 496.) Marginalisaatio tarkoittaa yksilöön tai ryhmään kohdistuvaa ulossulkemista valtavirrasta, kuten jostakin tietystä yhteisöstä (Scott & Marshall 2015), mikä voi vaikuttaa alentavasti ihmisen fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen (Laverack 2009: 89). Marginalisaatiota tapahtuu esimerkiksi iän, sukupuolen, seksuaalisen suuntautumisen, huono-osaisuuden ja köyhyyden sekä etnisen ja uskonnollisen taustan perusteella (Laverack 2014: 71).

Globalisaation ja kansainvälisen liikkuvuuden lisääntyessä on syntynyt tarve säännellä siirtolaisten oikeuksia kansallisella tasolla. Sääntely on kohdistunut myös palveluihin, kuten sosiaalietuuksiin kuuluvaan terveydenhuoltoon. (Barragan, Dhavan, Fortier, Mosca, Weekers & Wickramage 2017: 41–42). Käytännöt vaihtelevat huomattavasti mait-

tain, mutta Suomessa maahanmuuttajien sosiaalietuuksien laajuus riippuu siitä, mihin maahanmuuttajaryhmään henkilö kuuluu (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2014: 23–24). Terveydenhuollon osalta jokaisella maassa oleskelevalla henkilöllä ja täten myös kaikilla maahanmuuttajilla on oikeus julkiseen kiireelliseen terveydenhoitoon. Kiireettömän hoidon osalta tilanne on kuitenkin toinen. Kiireetön hoito on perus- tai erikoisairaanhoidossa annettavaa hoitoa tilanteissa, joissa henkilöllä ei ole välitöntä hoidon tarvetta.

Kiireettömään hoitoon ovat *lainsäädännöllisesti* oikeutettuja vain henkilöt, joilla on kotikunta Suomessa (KuntaL 410/2015 1:1; terveydenhuoltolaki 1326/2010 6:47) sekä tietyt muut laissa määritellyt henkilöt ja ihmisryhmät, mutta eivät esimerkiksi paperittomat. Vapaaehtoisvoimin toimiva Global Clinic (GC) eli niin kutsuttu paperittomien klinikka on tällä hetkellä ainoa taho Suomessa, joka tarjoaa asuinkunnasta riippumatta kaikille paperittomille kiireetöntä perustason hoitoa. Käsillä olevassa tutkielmassa *paperittomalla* tarkoitetaan yleisen määritelmän mukaisesti henkilöä, jolla ei ole virallista lupaa oleskella maassa, mutta viitataan myös heihin, joilla ei maassa oleskelun laillisuudesta huolimatta ole oikeutta kiireettömään hoitoon.

Suomessa ei ole paperittomien terveydenhuoltoa koskevaa erillistä lainsäädäntöä, eikä paperittomia ole huomioitu suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä. Erillisen lainsäädännön puute on kuitenkin nostettu esille ja paperittomien oikeuksista keskusteltu vilkkaasti poliittisten päättäjien keskuudessa sekä mediassa viime vuosina (ks. esim. YLE Uutiset 10.3.2015; Helsingin Sanomat 29.11.2017). Keskustelu on kodistunut nimenomaan siihen, mitä perustuslaissa määritellyt *jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveydenhuoltopalvelut* paperittomien kohdalla tarkoittavat. Aiheen ajankohtaistuminen voi johtua lisääntyneestä laajemmasta maahanmuuttopoliittisesta keskustelusta sekä maahanmuuttajien oikeuksien tarkastelusta (vrt. Barragan ym. 2017: 41–42).

Paperittomien terveydenhuolto on aiheena poliittisesti tulenarka, mielipiteitä jakava ja vaikea, koska se liittyy maahanmuuttoon, laittomaan toimintaan ja verovarojen priorisointiin, mutta myös inhimillisyyteen sekä ihmisarvoon ja -oikeuksiin. Paperittomien

nykymuotoisen terveydenhuollon muuttaminen ja palvelutarjonnan laajentaminen nähdään laittoman maahanmuuton houkuttimena (Grit, Otter & Spreij 2012: 38) ja ylimääräisenä kulueränä (HE 343/2014 vp s. 9-12, 30–31). Näkemyksen mukaan terveydenhuollon käyttöön osoitetut rajalliset resurssit tulisi priorisoida muihin kohteisiin kuin paperittomien hoitoon.

Palveluiden laajentamisessa arvioidaan kuitenkin olevan myös myönteisiä asioita, kuten perus- ja ihmisoikeussopimuksien kunnioittaminen sekä kustannusten hillitseminen. Nykymuotoisessa terveydenhuoltojärjestelmässä paperittomien sairastumiseen reagoidaan vasta myöhäisessä vaiheessa, jolloin heidän terveydentilansa on jo ehtinyt heiketä merkittävästi ennen hoidon aloittamista. Tämän vuoksi hoito on yleensä vaativampaa ja kalliimpaa. (HUMA network 2009: 6–8.) Näkemyksen mukaan paperittomien terveydenhuollossa pitäisikin keskittyä enemmän ennaltaehkäisyyn hoidosta muodostuvien kustannusten hillitsemiseksi. Tämä tarkoittaa terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän hoidon lisäämistä paperittomien palvelutarjontaan julkisessa terveydenhuollossa eli paperittomien oikeuksien laajentamista osittain myös kiireettömään hoitoon.

Paperittomien terveydenhuoltoon liittyvistä erilaisista näkemyksistä ja sitä koskevasta aktiivisesta keskustelusta huolimatta aihealuetta ei juurikaan ole tutkittu. Tutkimustietoa on hyvin vähän esimerkiksi nykymuotoisen terveydenhuollon vaikutuksista ja kustannuksista, eikä esimerkiksi tiedetä, paljonko paperittomien perusterveydenhuollon tasoiset palvelut maksaisivat Suomessa.

1.1. Tutkimuksen tavoite, tarkoitus ja tutkimusongelmat

Käsillä oleva tutkielma sai alkunsa halusta tutkia paperittomien terveydenhuoltoa ja hoidosta muodostuvia kustannuksia. Tutkimusaiheen valintaan liittyi vahvasti aihealueen tutkimattomuus, ajankohtaisuus ja kiinnostavuus sekä tutkijan tausta terveydenhuollon ammattihenkilönä.

Tutkielman tavoitteena on tuottaa tietoa paperittomien nykymuotoisen terveydenhuollon toteutumisesta ja sen vaikutuksista sekä kustannuksista. Tutkielman tarkoituksena on kuvata paperittomien terveyden edistämisen, ennaltaehkäisevän hoidon ja yleisesti paperittomien terveydenhuollon toteutumista suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä. Lisäksi tarkoituksena on arvioida hoidon toteutumisesta ja nykymuotoisen terveydenhuollon järjestämistavasta johtuvia mahdollisia vaikutuksia sekä GC:llä paperittomille annetun perustason hoidon kustannuksia julkisen perusterveydenhuollon yksikkökustannuksia hyödyntäen. GC:llä viitataan Helsingissä sijaitsevaan klinikkaan koko tutkielmassa ellei tekstissä toisin mainita. Tarkoituksena ei ole ehdottaa paperittomien terveydenhuollon nykyiseen järjestämistapaan vaihtoehtoisia malleja.

Tutkielman teoreettinen viitekehys rakentuu terveyden edistämisestä. Teoreettisessa osassa käsitellään terveyden edistämistä eri näkökulmista, mutta tarkastelun keskiössä on kuitenkin yksilö ja perusterveydenhuolto kuntatasolla. Teoreettisessa osassa käsitellään myös paperittomuutta ja paperittomien terveydenhuoltoa. Teoreettisen viitekehysten avulla selvitetään, sisältyykö paperittomien nykymuotoiseen julkisesti tuotettuun terveydenhuoltoon terveyden edistämistä ja ennaltaehkäisevää hoitoa. Lisäksi teoreettisen viitekehysten avulla osoitetaan, miten paperittomien terveydenhuolto toteutuu julkisella sektorilla suhteessa kantaväestöön ja suomalaiseen terveydenhuoltojärjestelmään.

Tutkielmassa tehdään Helsingin Global Clinicin vuoden 2016 potilaskäynteihin perustuva retrospektiivinen rekisteritutkimus paperittomien terveysongelmista, käyntisyistä, perustason hoidosta ja hoidon kustannuksista. Tutkimusaineisto kertoo paperittomien hoidon tarpeesta sekä annetun hoidon laadusta, eli tarvitevatko paperittomat terveyden edistämistä ja ennaltaehkäisevää hoitoa, ja saavatko paperittomat kyseisiä palveluita GC:llä. Vertailemalla aineistosta saatuja tuloksia teoreettiseen viitekehykseen on mahdollista arvioida paperittomien terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän hoidon toteutumista yleisesti Suomessa. Lisäksi tulosten ja teoreettisen osan vertailu mahdollistaa paperittomien nykymuotoisen terveyden edistämisen, ennaltaehkäisevän hoidon ja yleisesti paperittomien terveydenhuollon järjestämistavan vaikutusten arvioimisen. Tutkimuksessa tehdään myös kustannusarvio GC:llä annetusta paperittomien perustason

hoidosta hyödyntämällä julkisen perusterveydenhuollon yksikkökustannuksia. Kustannusarvion avulla on mahdollista osoittaa, kuinka paljon paperittomien tiettyyn käyntimäärään ja -syihin perustuva perusterveydenhuollon tasoinen hoito maksaa vuositasolla. Tässä tutkielmassa vastataan seuraaviin tutkimusongelmiin:

1. Miten terveyden edistäminen toimii paperittomien kohdalla ja millaisia ovat sen vaikutukset?
2. Minkälaisia ovat paperittomien terveysongelmat?
3. Millaisia ovat paperittomien nykymuotoisen perustason hoidon kustannukset?

2. TERVEYDEN EDISTÄMINEN

2.1. Terveyden edistämisen käsite ja sen määrittelyminen

Määrittelymisen haastavuus

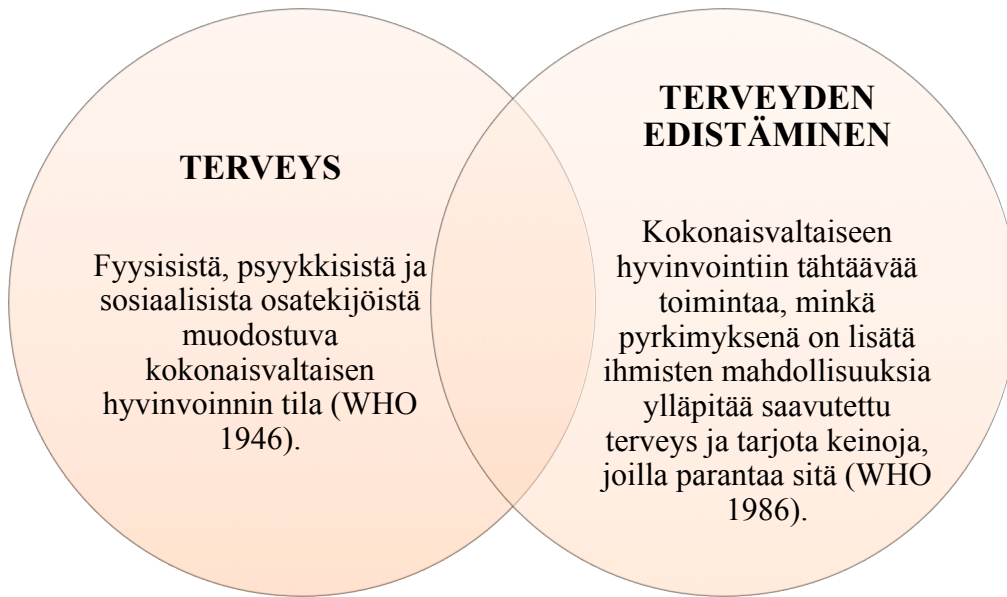
Terveyden edistämisen käsitettä alettiin käyttämään Suomessa WHO:n julkaiseman vuoden 1986 Ottawan julistuksen jälkeen (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005: 17–19). Terveyspoliittisesti laaja keskustelu väestön hyvinvoinnista ja sen parantamisesta alkoi Suomessa kuitenkin jo muutama vuosikymmen ennen käsitteen käyttöönottoa, jolloin terveyden edistämisen sijaan puhuttiin kansanterveydestä. Terveyden edistäminen ja kansanterveys ovat osittain toistensa synonyymejä, mutta ne eivät kuitenkaan ole täysin sama asia. (Sihto 2013: 14.) Terveyden edistäminen kuuluu osaksi laajempaa kansanterveydellistä kontekstia (Bunton & Macdonald 2002b: 11; Laverack 2014: 7), johon terveyden edistämisen lisäksi sisältyy muun muassa terveystalouden saatavuudesta huolehtiminen (Laverack 2014: 7). Kansanterveystyöllä taas viitataan kansanterveyden edistämiseen tähtäävään aluetason toimintaan (Sihto 2013: 15) ja sitä käytetään joissakin yhteyksissä myös perusterveydenhuollon synonyyminä (KansanterveysL 66/1972 1:1).

Terveyden edistämisen juuret ovat hyvin monialaiset, koska se on saanut vaikutteita uselta eri tieteenalalta, kuten lääketieteestä, psykologiasta, sosiologiasta ja kasvatustieteestä. Myös valtiotiede, taloustiede, etiikka ja filosofia ovat tuoneet osansa sen sisältöön. Kaikki tieteenalat eivät kuitenkaan aloittaneet terveyden edistämisen tutkimista omasta näkökulmastaan täysin samaan aikaan, vaan osa ryhtyi toimiin vasta myöhemmin. Esimerkiksi taloustiede kiinnostui terveyden edistämisestä vasta samoihin aikoihin, kun terveydenhuollon kustannuksiin alettiin kiinnittämään enemmän huomiota. (Bunton & Macdonald 2002a: 23–24.) Lääketieteen alalta terveyden edistämistä tarkastellaan sairastavuuden ja epidemiologian näkökulmasta, kun taas esimerkiksi psykologiassa näkökulma on terveyskäyttäytymisessä. Kaikkien tieteenalojen näkökulmat ja vaikutukset terveyden edistämisen sisältöön eivät kuitenkaan ole yhtä itsestäänselviä kuin

esimerkiksi juuri lääketieteen ja psykologian. Tästä hyvä esimerkki on valtiotiede poliittisine näkökulmineen. (Bunton & Macdonald 2002b: 2–3.)

Terveyden edistämistä voi siis tarkastella monelta eri taholta, mikä tekee käsitteen yksinkertaisesta määrittelemisestä haastavaa. Sama ongelma pätee käsitykseen siitä, mitä terveys on. (Bunton & Macdonald 2002b: 10–11; Coombes & Thorogood 2004: 4–5.) Määritelmä hyvästä terveydestä vaihtelee niin tieteenalan, kulttuurin kuin yksilönkin kokemuksen mukaan (Coombes & Thorogood 2004: 4–5). Selvää kuitenkin on, että terveys ja terveyden edistäminen liittyvät erottamattomasti toisiinsa (WHO 2006: 10).

Huolimatta käsitteiden haasteellisuudesta, WHO on määritellyt ne (ks. kuvio 1). Terveyden määritelmä on löydettävissä WHO:n perussäännöistä ja terveyden edistämisen määritelmä taas Ottawan julistuksesta, jossa se myös asetettiin ensimmäisen kerran kansainväliseksi terveystavoitteeksi. Ottawan julistuksessa terveyden edistäminen nähdään jatkuvana toimintana kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin turvaamiseksi ja parantamiseksi. Julistuksessa kehoitetaan eri maita luomaan palveluita kansanterveyden kohentamiseksi, mutta siinä korostetaan myös yksilön omaa vastuuta terveytensä hallinnassa yhteiskunnallisen ja järjestelmävetoisen vastuun rinnalla. (WHO 1986.) Myöhemmin terveyden edistäminen on määritelty myös terveydenhuoltolakiin (1:3.1) ja määritelmä on tavoitteiltaan yhdenmukainen WHO:n määritelmän kanssa.



Kuvio 1. Terveiden ja terveyden edistämisen määritelmät.

Terveyttä edistävä toiminta: terveyden edistämisen strategiat ja näkökulmat

Terveyden edistämiseen tähtäävää työtä tehdään yhteiskunnan eri tasoilla ja organisaatioissa vaihtelevien työskentelymuotojen avulla. Terveyden edistäminen on yleisellä ja yhteiskunnallisella tasolla julkishallinnossa toteutettavaa poliittista päätöksentekoa, jonka tähtäimessä on parantaa väestön terveyttä antamalla toimintaohjeita ja säätämällä lakeja. Käytännön tasolla esimerkiksi terveydenhuollossa terveyden edistäminen on muun muassa opettamista, ohjeiden antamista ja sairauksien ehkäisyä. (Coombes & Thorogood: 2004: 4.) Terveyden edistämiseen sisältyy kaikki sellaiset toiminnot, joissa yksilön, yhteisöjen sekä väestön terveys, hyvinvointi ja terveyteen liittyvä tasa-arvo lisääntyvät sekä terveysongelmat, pahoinvointi ja syrjäytyminen vähenevät. (Tukia, Lehtinen, Saaristo & Vuori 2011: 11.)

Terveyden edistämistä voidaan tarkastella eri strategioista ja näkökulmista. Terveyden edistämisen strategioita ovat väestöstrategia ja korkean riskin strategia. Näistä ensimmäinen käsittää koko väestöön kohdistuvat toimet, joiden avulla pyritään vähentämään eri sairauksien vuoksi yhteen tai useampaan riskiryhmään kuuluvien määrää koko väestössä. Korkean riskin strategia taas viittaa nimensä mukaisesti niihin henkilöihin tai sii-

hen väestönosaan, joiden sairastuminen on todennäköisempää muihin henkilöihin tai muuhun väestöön verrattuna. Korkean riskin strategiassa toimet terveyden edistämiseksi kohdistetaan verrattaen pieneen ryhmään väestöstrategiaan nähden. (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Aromaa 2008: 19.)

Promotiivinen ja preventiivinen näkökulma ovat terveyden edistämisen kaksi keskeisintä näkökulmaa, joista ensimmäisessä korostuu terveys- ja jälkimmäisessä sairauslähtöisyys (Koskenvuo & Mattila 2003: 16–17; Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2010b: 9, 2010a: 16–17). Näkökulmien eroja voidaan havainnollistaa esimerkiksi, jota kutsuttakoon terveyden edistämisen toimintakaareksi. Terveyden edistämisen toimintakaari alkaa terveestä yksilöstä sekä hänen omien voimavarojensa hyödyntämisestä terveyden ylläpitämisessä ja kohentamisessa. Kaari jatkuu hoitoon hakeutumisella yksilön sairastuessa tai loukkaantuessa ja päättyy sairastumisen tai loukkaantumisen jälkeiseen aikaan sekä siitä kuntoutumiseen. Kaikki yksilöt sijoittuvat toimintakaarelle, mutta sen eri kohtiin riippuen heidän terveydentilastaan. Terveyden edistäminen on sairaanhoitoon painottuvaa eli preventiivistä aina siitä lähtien, kun yksilö hakeutuu terveydenhuollon palveluiden piiriin. Aikaa ennen tätä kutsutaan promotiiviseksi terveyden edistämiseksi. (Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2010a: 16–17.)

Promotiivisessa terveyden edistämässä keskitytään aikaan ennen sairastumista tai loukkaantumista sekä hyödynnetään pääasiassa yksilön omia voimavaroja terveyden ylläpitämisessä ja parantamisessa. Promotiivista terveyden edistämistä tehdään laajalti ylemmällä yhteiskunnallisella tasolla esimerkiksi poliittisessa päätöksenteossa, jossa keskitytään keinoihin, joilla voitaisiin vaikuttaa yksilön ja koko väestön valintoihin sekä parantaa ja ylläpitää heidän terveyttään. (Koskenvuo & Mattila 2003: 16–20; Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2010a: 16–17.) Promotiiviseen terveyden edistämiseen sisältyy yksilö- ja yhteiskuntatasoinen terveystiedon kehittäminen eli niin sanottu terveystiedon kehittäminen (Laverack 2014: 7).

Preventiivinen terveyden edistäminen eli sairauksien ehkäisy otetaan käyttöön, kun yksilö on sairastumisen tai loukkaantumisen kynnyksellä, eikä promotiivisesta terveyden edistämisestä enää ole merkittävää hyötyä (Koskenvuo & Mattila 2003: 16–17; Rouvi-

nen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2010b: 9, 2010a: 16–17). Preventiivisellä terveyden edistämisellä sairauksien syntyminen tai loukkaantuminen voidaan estää kokonaan tai niiden seurauksena syntyneitä haitallisia vaikutuksia voidaan vähentää elintasoja kohtavasti (Koskenvuo & Mattila 2003: 16–17; Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2010b: 9, 2010a: 16–17; WHO 1998: 4). Preventiivisen terveyden edistämisen myötä yksilöiden sairaanhoidollinen tarve siis vähenee, mikä tarkoittaa elämänlaadun kohentumista (Koskenvuo & Mattila 2003: 17).

Preventiivinen terveyden edistäminen voidaan jakaa edelleen primääri-, sekundääri- ja tertiääripreventioon. Primääripreventiossa toteutetaan konkreettisia toimenpiteitä sairastumisen tai loukkaantumisen ehkäisemiseksi, kuten tasapainoharjoittelua kaatumisen välttämiseksi. Tässä suhteessa primääripreventio eroaa sekundääri- ja tertiääripreventiosta, sekundääri- ja tertiääripreventiota hyödynnetään vasta kun ihminen on sairastunut. Sekundääri- ja tertiääripreventio ovat siis sairaanhoidollista terveyden edistämistä. Sekundääripreventio keskittyy tekijöihin ja toimintoihin sairauden tai vamman pahenemisen ehkäisemiseksi, kun taas tertiääripreventio painottuu sairauden tai vamman myöhempään vaiheeseen ja haittojen minimoimiseen. Sekundääripreventiossa tärkeitä toimintoja ovat sairastuneelle tai loukkaantuneelle annettava tieto ja tuki. Tertiäärisessä preventiossa merkittävää puolestaan on kuntouttava toiminta. (Koskenvuo & Mattila 2003: 17–18; Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2010a: 16–17; WHO 1998: 4.)

Raja preventiivisen terveyden edistämisen ja klinisen sairaanhoidon välillä ei ole yksiselitteinen, koska käytännön hoitotyössä nämä toiminnot kulkevat rinnakkain. Käytännössä hoitajien ja lääkäreiden antama hoito sairauksien hillitsemiseksi ja toipumisen edistämiseksi niin terveyskeskuksien vastaanotoilla kuin sairaaloiden vuodeosastoilla luetaan preventiiviseksi terveyden edistämiseksi. (Hyvärinen, Salo, Päivärinne & Voutilainen 2009: 27.)

2.2. Ohjaus ja sääntely

STM vastaa kansanterveyden edistämiseen tähtäävän toiminnan ylemmän tason ohjauksesta ja kehittämisestä (KansanterveysL 2:2.1), johon sisältyy myös terveyden edistäminen (Bunton & Macdonald 2002b: 11; Laverack 2014: 7). STM:n hallinnonalaan kuuluvista virastoista THL:llä, STUK:lla ja Työterveyslaitoksella on terveyden edistämiseen liittyvää erityisosaamista (KansanterveysL 2:4.1), ja niiden tehtävinä on huolehtia muun muassa alan tutkimuksesta ja erilaisten suositusten tekemisestä (laki säteilyturvakeskuksesta 1069/1983; laki Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta 668/2008; laki työterveyslaitoksen toiminnasta ja rahoituksesta 159/1978). Valviran valvonnan alaisuudessa toimivien AVI:ien vastuulla ovat palveluita tuottavien toimijoiden alueelliset ohjaus- ja valvontatehtävät. Valvira kuitenkin kantaa vastuun ohjauksesta ja valvonnasta asioissa, jotka ovat merkitykseltään tärkeitä ja laaja-alaisia, käsittelevät terveydenhuollon ammattihenkilöitä, ja joista AVI joutuu jääväämään itsensä pois. (KansanterveysL 2.2.)

Terveyden edistämistä säännellään kansallisella tasolla ja siihen liittyviä lakeja on useita (Hyvärinen ym. 2009: 42–49), kuten taulukosta 1. on nähtävissä. Sääntelyä ohjaavat voimakkaimmin perustus-, terveydenhuolto-, kansanterveys- ja kuntalait. Lainsäädännön lisäksi eri virastot ovat antaneet useita suosituksia ja käynnistäneet erilaisia ohjelmia väestön terveyden edistämiseksi. Näitä suosituksia ja ohjelmia ovat esimerkiksi Suomen terveystiliittisiä päämääriä koonnut Terveys 2015 -kansanterveysohjelma sekä kansalaisten osallisuuden, terveyden ja hyvinvoinnin sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden parantamiseen ja väestöllisten terveyserojen vähentämiseen tähdännyt Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma eli KASTE-hanke. (Tukia ym. 2011: 11–13.)

PL (731/1999) sisältää pykälän (2:19), jossa säädetään oikeudesta sosiaaliturvaan. Pykälässä osoitetaan julkisen vallan tehtäväksi muun muassa jokaiselle riittävien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden varmistaminen sekä väestön terveyden edistäminen. Muista laeista esimerkiksi tartuntatautilaki pohjautuu mainittuun perustuslain pykälään ja velvoittaa kokonaisuudessaan valtion viranomaisia ja kuntia säännönmukaiseen tar-

tuntatautien torjumiseen. Tartuntatautilaissa mainittu säännönmukainen tartuntatautien torjuminen tarkoittaa esimerkiksi aluetasolla kunnissa pakollisten ja vapaaehtoisten rokotusten sekä terveystarkastusten toteuttamista. (Keskimäki, Nykänen & Kuusio 2014: 25–26.)

Taulukko 1. Terveystarkastusta sääntelevät kansalliset lait (koottu Hyvärinen ym. 2009: 42–49; Tukia ym. 2011: 11–12).

Kategoria	Lainsäädäntö					
Terveystarkastuksen kannalta keskeisimmät	Suomen perustuslaki (731/1999)		Terveystarkastuslaki (1326/2010)	Kansanterveyslaki (66/1972)		Kuntalaki (410/2015)
Muut terveystarkastukseen liittyvät	Erikoissairaanhoidonlaki (1062/1989)	Tartuntatautilaki (1227/2016)	Tupakkalaki (549/2016)	Laki ehkäisevän päihdetyön järjestämisestä (523/2015)	Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)	Mielenterveyslaki (1116/1990)
Työterveyteen liittyvät	Työterveyshuoltolaki (1383/2001)			Työturvallisuuslaki (738/2002)		
Sosiaalihuoltoon liittyvät	Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)	Lastensuojelulaki (417/2007)	Nuorisolaki (72/2006)	Perusopetuslaki (628/1998)	Liikuntalaki (1054/1998)	Laki kuntien kulttuuritoiminnasta (728/1992)
Ympäristöön liittyvät	Ympäristönsuojelulaki (86/2000)	Laki kuntien ympäristönsuojelun hallinnosta (64/1986)	Laki ympäristövaikutusten arviointimenetelmästä (468/1994)	Terveystarkastuslaki (763/1994)	Maankäyttö- ja rakennuslaki (132/1999)	Laki kuntien ja palvelurakennemuutoksesta (169/2007)
Muut	Elintarvikelaki (23/2006)					

YK on julistanut terveyden perustavanlaatuisiksi ihmisoikeudeksi (United Nations General Assembly 1948 art. 1, 2, 25). WHO:n (2006: 10) mukaan terveyden edistäminen pohjautuu tähän ihmisoikeuteen. Suomi on sitoutunut muun muassa seuraaviin ter-

veyttä koskeviin ja samalla terveyden edistämiseen vahvasti liittyviin ihmisoikeussopimuksiin (HE 343/2014 vp s. 12):

- Asetus kaikkinaisen naisten syrjinnän poistamista koskevan yleissopimuksen voimaansaattamisesta ja sen eräiden määräysten hyväksymisestä annetun lain voimaantulosta 04.10.1986/68 (SopS 68/1986). Yleissopimus (12 art.) sisältää määräyksen jokaisen naisen tasavertaisesta oikeudesta raskauden ja synnytyksen aikaisiin sekä välittömästi sen jälkeisiin palveluihin. Lisäksi siinä korostetaan sukupuolten välistä tasa-arvoa ja sen toteutumista myös terveydenhuollon palvelutarjonnassa.
- Asetus lapsen oikeuksia koskevan yleissopimuksen voimaansaattamisesta sekä yleissopimuksen eräiden määräysten hyväksymisestä annetun lain voimaantulosta 21.08.1991 (SopS 60/1991). Yleissopimuksessa (24 art.) painotetaan jokaisen lapsen oikeutta korkeimpaan mahdolliseen terveyteen ja sen saavuttamiseksi tarvittaviin terveystalouteihin. Sopimus myös velvoittaa valtiota takaamaan tämän oikeuden toteutumisen riittävin toimenpitein.
- Asetus taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevan kansainvälisen yleissopimuksen voimaansaattamisesta 16.1.1976 (SopS 6/1976) (TSS-sopimus). Yleissopimuksessa korostetaan jokaisen yhtäläistä oikeutta fyysiseen ja henkiseen terveyteen sekä kehoitetaan valtioita toimimaan muun muassa lasten kuolleisuuden ja terveyden edistämiseksi sekä tartuntatautien ja muiden tautien ehkäisemiseksi.

Jokaisessa edellä mainitussa sopimuksessa painotetaan erityisen haavoittuvassa asemassa olevien henkilöiden, kuten lasten, raskaana olevien ja lapsivuoteisten naisten, erityistä suojelemista sekä heidän terveytensä turvaamista (HE 343/2014 vp s. 12–14).

2.3. Terveyden edistäminen terveydenhuoltojärjestelmässä

Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä pohjautuu muiden Pohjoismaiden ja Iso-Britannian tavoin beveridgeläiseen malliin, mikä tarkoittaa julkista, pääasiallisesti verorahoitteista järjestelmää. Beveridgeläiseen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään perustuen terveydenhuollon järjestämisestä on vastuussa julkinen sektori. (Magnussen, Vrangbæk, Saltman & Martinussen 2009: 9, 11–13; Niemelä, Kokkinen, Pulkki, Saari- nen & Tynkkynen 2015: 48–49, 64–66.) Julkisen sektorin lisäksi myös yksityiset toimi- jat, yritykset, säätiöt tai järjestöt eli yksityisen ja kolmannen sektorin toimijat tuottavat terveydenhuoltopalveluita (laki yksityisestä terveydenhuollosta 152/1990). Myös ter- veyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän terveydenhuollon palveluita tuotetaan poikki- hallinnollisesti julkisen, yksityisen ja kolmannen sektorin välillä, mutta julkisella sekto- rilla ja sen sisältä eritoten kunnallisilla toimijoilla on lainsäädännöllinen velvollisuus näiden palveluiden järjestämiseen (STM 2016: 1–2).

Kunnat ovat siis tällä hetkellä ensisijaisesti vastuussa väestön terveyden edistämisestä paikallisella tasolla ja niiden on huolehdittava väestön terveyden edistämiseen liittyvien lakisäätteisten minimivelvoitteiden toteutumisesta (terveydenhuoltolaki 1:4.1). Kunnilla on kuitenkin mahdollisuus tarjota palveluita lakisäätteistä vähimmäismäärää laajemmin (KuntaL 2:7.2) sekä oikeus hyödyntää toista kuntaa tai kuntayhtymää, yksityistä toimi- jaa tai palveluseteleitä eli tiettyjä kunnan valitsemia toimijoita palveluiden järjestämi- sessä. Toimijoiden lisäksi kunta päättää palvelusetelin arvon. (Laki sosiaali- ja tervey- denhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 733/1992 1:4.) Kuntien itsehallinnon ja autonomian vuoksi, terveyden edistämistä koskevat palvelut ovat sisällöltään ja saavu- tettavuudeltaan hyvin eri tasoisia Suomessa alueellisesti arvioituna (Terveyden ja hy- vinvoinnin laitoksen sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmä 2015: 13–14).

Kuntien tulee ottaa terveyden edistäminen huomioon kaikessa toiminnassaan, mikä tar- koittaa käsitteiden ja toimintojen omaksumista myös tiiviiksi osaksi kunnallispolitiikkaa (Hyvärinen ym. 2009: 25; Tukia ym. 2011: 11). Kuntajohdon on huolehdittava, että ter- veyden edistäminen huomioidaan kunnan strategisessa suunnittelussa ja että kuntalais-

ten terveyttä seurataan terveydenhuoltolain edellyttämällä tavalla (STM 2016: 1–2). Kuntien tulee pysyä ajan tasalla niiden alueella asuvien ihmisten voinnista, käynnissä olevista terveyden edistämisen ohjelmista ja projekteista sekä niiden vaikuttavuudesta ja toimitettava niistä selonteko valtuustolle määräajoin (terveydenhuoltolaki 2:12.1).

Sosiaali- ja terveydenhuoltoa koskevassa uudistuksessa (sote-uudistus) hallitus kaavaillee sosiaali- ja terveystalouden järjestämisvastuun siirtoa kunnilta maakunnille. Sote-uudistuksen jälkeen palveluiden tuotannosta vastaisivat monituottajamallin mukaisesti maakunnista erillään olevat maakuntien liikelaitokset, itsenäiset ammatinharjoittajat, yksityiset yritykset, järjestöt ja yhteisöt. Uudistuksen myötä kunnilla ei siis myöskään olisi enää oikeutta tuottaa terveydenhuoltopalveluita, minkä vuoksi tietyt terveyden edistämistä koskevat palvelut siirtyisivät kunnilta pois. Suunnitelman mukaan kuntien nykyinen tehtävä kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä kuitenkin säilyisi yhä tietyltä osin niiden vastuulla. (HE 15/2017 vp s. 1, 210, 288.)

Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on kaksipiortainen: järjestelmä on jaettu perus- ja erikoissairaanhoidon (Kokko 2013: 251; Niemelä ym. 2015: 27–29). Tällä hetkellä kunnat ja kuntayhtymät vastaavat siis perusterveydenhuollon toteuttamisesta, kun taas erikoissairaanhoidon toteutetaan yhteistyössä sairaanhoitopiirin kuntayhtymien kanssa (terveydenhuoltolaki 1:3.2–3, 4:33). Perusterveydenhuollolla on erittäin merkittävä rooli väestön terveyden edistämässä (Starfield, Shi & Macinko 2005: 478–480; Hyvärinen ym. 2009: 26), mutta myös erikoissairaanhoidossa tehdään terveydenedistämistyötä sairauksien ehkäisyn muodossa, koska erikoissairaanhoidossa pyritään ehkäisemään erikoisalojen mukaisia sairauksia (terveydenhuoltolaki 1:3.3). Käsillä olevassa tutkielmassa käsitellään kuitenkin seuraavaksi lyhyesti vain perusterveydenhuollon roolia terveyden edistämässä.

Terveyden edistämistä ja ennaltaehkäisevää terveydenhuoltoa toteutetaan laajalti perusterveydenhuollon eri osa-alueilla ja palveluissa, kuten avosairaanhoidon kiireettömien, kiireellisten ja päivystyksellisten lääkäri- ja hoitajavastaanottojen yhteydessä sekä vuodeosastoilla sairaanhoidossa (ks. kuvio 2). Sama pätee muun muassa perusterveydenhuoltoon kuuluviin kuntouttaviin palveluihin, kuten fysioterapiaan ja apuvälinepalve-

luihin sekä erityispalveluihin eli ravitsemus- ja puheterapeuttien sekä jalkahoitajien antamiin palveluihin. (Hyvärinen ym. 2009: 26–27; Kokko 2013: 251–253.) Yksinomaan terveyttä edistäviksi ja ennaltaehkäiseviksi palveluiksi luetaan äitiys- ja lastenneuvoloiden tarjoamat palvelut sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto, koska niiden ydintoiminta kohdistuu nimenomaan terveyden edistämisen toimintoihin, kuten asiakkaan terveydentilan systemaattiseen selvittämiseen ja esimerkiksi rokotusohjelmien ja seulontatutkimusten toteuttamiseen (Kokko 2013: 251–253).



Kuvio 2. Perusterveydenhuollon osa-alueet ja palvelut (koottu Kokko 2013: 251–253).

2.4. Oikeus palveluihin

Beveridgeläisestä terveydenhuoltojärjestelmästä johtuen jokaisella Suomen kansalaisella on oikeus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin, mutta myös velvollisuus osallistua niiden kustantamiseen (Magnussen ym. 2009: 9, 11; Niemelä ym. 2015: 43–53). Muiden maassa oleskelevien henkilöiden kuin Suomen kansalaisten oikeudet sosiaali- ja terveystalouteen riippuvat henkilön kansalaisuudesta ja maassaolostatuksesta (Niemelä ym. 2015: 48).

Vain henkilöt, joilla on kotikunta palveluita järjestävässä kunnassa, kuntayhtymässä tai sairaanhoitopiirin kuntayhtymän alueella, ovat terveydenhuoltolain (1:10) mukaan oikeutettuja julkiseen kiireettömään terveydenhuoltoon, johon sisältyvät vahvasti myös terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisevä hoito. Kotikunta määrittää henkilön ensisijaisen asuinpaikan eli asuinkunnan mukaan muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta (KotikuntaL 2:2.1). Ohje koskee myös kotikunnan omaavia ulkomaalaisia (HE 343/2014 vp s. 5–6) ja poikkeuksellisesti myös tiettyjä UL:ssa määriteltyjä ulkomaalaisia, joille on tietyin edellytyksin myönnetty työnteko-oikeus Suomessa (KansanterveysL 3.14).

Euroopan parlamentin ja neuvoston sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annetun asetuksen (883/2004 art. 19) mukaan EU:n, ETA:n tai Sveitsin kansalainen, jolla on riittävä sairausvakuutus omassa kotimaassaan, on oikeutettu tiettyihin kiireettömiin terveydenhuoltopalveluihin, jotka terveydenhuollon ammattihenkilö katsoo välttämättömiksi henkilön terveydentilan kannalta. Arvioinnissa on huomioitava muun muassa henkilön arvioitu maassaoleskeluaika ja hoidolla saavutettavat edut. Lisäksi täysikäisille ulkomaalaislaissa (301/2004) määritellyille kansainvälistä suojelua hakeville henkilöille eli turvapaikanhakijoille on annettava kiireellisen hoidon lisäksi myös kiireettömiä terveydenhuoltopalveluita, jotka terveydenhuollon ammattilainen on katsonut henkilön terveydentilan kannalta välttämättömiksi. Sama sääntö koskee myös ihmiskaupan uhreja. (Laki kansainvälistä suojelua hakevan vastaanotosta 746/2011 3:26; UL 1:3.1, 1:3.11, 1:3.13, 1:3.23.) Pakolaisilla, joilla on kotikunta Suomessa, on oikeus kan-

taväestön kanssa samoihin palveluihin eli myös kiireettömiin palveluihin (HE 343/2014 vp s. 7).

Turvapaikanhakijoille ja ihmiskaupan uhreille tarkoitettuja välttämättömiä palveluita ovat esimerkiksi raskauden seuranta ja kroonisten sairauksien hoito (HE 343/2014 vp s. 8). Saman statuksen omaavat lapset ovat kuitenkin oikeutettuja kantaväestön kanssa samoihin terveydenhuoltopalveluihin (laki kansainvälistä suojelua hakevan vastaanotosta 3:26; UL 1:3.1, 1:3.11, 1:3.13, 1:3.23). Kantaväestöllä tarkoitetaan maassa luvallisesti asuvia kansalaisia.

EU:n, ETA:n ja Sveitsin ulkopuolelta Suomeen opiskelijaksi hyväksytylle henkilölle myönnetään tilapäinen oleskelulupa vaaditulle ajalle opintojen ajaksi, mikäli henkilö on vakuutettu riittävällä laajuudella sairauden varalta kotimaassaan (Keskimäki ym. 2014: 21–22; UL 4:46). Riittävän sairausvakuutuksen omistaminen pyritään tarkastamaan oleskelulupapäätöksen yhteydessä, mutta opiskelija on kuitenkin itse velvollinen ilmoittamaan sairausvakuutuksen olemassaolosta (Keskimäki ym. 2014: 21–22). Vähintään kaksi vuotta Suomessa opiskelevat saavat yleensä kotikunnan Suomesta, jolloin lääkekustannukset kattava sairausvakuutus riittää saamaan kantaväestön kanssa yhtäläiset oikeudet terveydenhuoltopalveluihin. Alle kaksi vuotta Suomessa opiskelevilla tulee kuitenkin olla pidempään opiskelevia laajempi sairausvakuutus, joka kattaa lääkekustannusten lisäksi myös sairaanhoidolliset kustannukset. (Keskimäki ym. 2014: 21–22; UL 4:46.) Mikäli opinnot kestävät alle kolme kuukautta tai opiskelija on kotoisin Kanadasta, Quebecistä, ei opiskelija tarvitse kumpaakaan sairausvakuutusta (Keskimäki ym. 2014: 21–22; Suomen Tasavallan ja Kanadan välinen sosiaaliturvasopimus 6/1988 art. 19).

Oikeus kiireelliseen hoitoon eroaa ratkaisevasti kiirettömään hoitoon pääsystä. Jokaisen ihmisen on Suomessa saatava kiireellistä hoitoa riippumatta siitä, missä henkilö asuu. Suomessa oikeus kiireelliseen hoitoon on siis yleisesti kaikilla. Kiireellistä hoitoa annetaan, kun henkilöllä on syystä tai toisesta tarve välittömään hoitoon äkillisesti heikentyneen tai muuttuneen terveydentilan vuoksi: mikäli hoitoa ei annettaisi välittömästi, tapahtuisi henkilön terveydentilassa väistämätön heikentyminen. Kiireellistä hoitoa an-

netaan somaattisiin mutta myös psykiatrisiin sairauksiin, jolloin potilaille on tarpeen mukaan määrää tarjota myös erilaisia päihde- ja mielenterveyspalveluita. (Terveydenhuoltolaki 6:50.1.)

Ei ole mielekästä olettaa, että kiireellinen hoito olisi aina päivystyksellistä, vaikka päivystysaikana onkin saatavilla vain kiireellistä hoitoa. Esimerkiksi terveydenhuoltolaissa (6:50) puhutaan vain ympärivuorokautisista päivystysyksiköistä kiireellistä hoitoa tarjoavina terveydenhuollon yksikköinä, mikä voi aiheuttaa sekaannuksia kiireellisen hoidon ymmärtämisessä. HIV:iä sairastavien raskaana olevien hoito, raskaudenkeskeytykset ja vastasyntyneisyyskauden ongelmat, kuten huono painonkehitys, ovat esimerkkejä kiireellisestä ei-päivystyksellisestä hoidosta. (Salmi, Tiittala, Lundqvist, Mönttinen, Sainio, Aali & Holmberg 2016: 917.)

Palveluiden käyttäjiltä peritään kunnallisista kiireettömistä ja kiireellisistä terveydenhuoltopalveluista asiakasmaksulain (734/1992) mukainen asiakasmaksu. Asiakasmaksu peritään todellisten kustannusten sijaan palveluiden käyttäjiltä, joilla on kotikunta Suomessa. Kotikunta on vastuussa annetun hoidon todellisten kustannusten ja asiakasmaksun välisen erotuksen maksamisesta. (Terveydenhuoltolaki 6:58.) Palveluiden käyttäjiltä, joilla ei ole kotikuntaa Suomessa, peritään puolestaan maksu palveluiden todellisten kustannusten mukaan eräitä tietyistä kansainvälisistä sopimuksista johtuvia poikkeuksia lukuun ottamatta (AsiakasmaksuL 1, 2, 13 §; MaksuA 5:24). Poikkeus koskee esimerkiksi muiden EU-valtioiden kansalaisia, joilla on riittävä sairausvakuutus kotimaassaan (laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta 1201/2013 2:6, 2:8).

2.5. Taloudellinen merkitys

Kuten tutkielmassa jo aiemmin todettiin, perusterveydenhuolto on erittäin tärkeässä roolissa terveyden edistämisessä (Starfield ym. 2005: 478–480). Heikko perusterveydenhuolto sekä terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän terveydenhuollon puute lisäävät kiireellistä hoitoa (Bozorgmehr & Razum 2015; FRA 2015; De Vito, de Waure, Spec-

chia, Parente, Azzolini, Frisicale, Favale, Teleman & Ricciardi 2016: 6–7). Toimivalla perusterveydenhuollolla onkin suora yhteys terveydenhuollosta muodostuviin kustannuksiin: vahva perusterveydenhuolto vähentää terveydenhuollosta muodostuvia kustannuksia tiettyyn pisteeseen saakka (Starfield & Shi 2002), koska mitä vaativampaa hoitoa annetaan, sitä enemmän kustannuksia syntyy (Ryynänen, Kukkonen, Myllykangas, Lammintakanen & Kinnunen 2006: 56–57). Terveydenhuollon kokonaismenot olivat 19,5 miljardia euroa vuonna 2014, josta perusterveydenhuollon osuus oli 3,8 ja erikoissairaanhoidon osuus 6,8 miljardia euroa (Matveinen & Knape 2016: 1–3).

Tutkimustieto terveyden edistämisen taloudellisista vaikutuksista on kuitenkin vaihtelevaa. Osa tutkimuksista osoittaa erilaisten promotiivisten ja preventiivisten terveyden edistämisen interventioiden ja ohjelmien olevan kannattavia, kun taas osassa yhteyttä esimerkiksi kustannussäästöihin ei ole tai se on jopa kielteinen. (Goetzel, Ozminkowski, Villagra & Duffy 2005; De Bruin, Heijink, Lemmens, Struijs & Baan 2011: 118–120.) Erilaisia tutkimustuloksia selittänee tutkimuksissa käytettyjen taloudellisten arviointimenetelmien ja arvioinnin kohteena olevien interventioiden ja ohjelmien vaihtelevuus (De Bruin ym. 2011: 119). Kun aihetta koskevia kansainvälisiä tutkimuksia hyödynnetään kansallisella tasolla, on huomioitava maiden väliset vaihtelut esimerkiksi lääkkeiden hintatasoissa, potilastietojärjestelmien käytössä ja terveydenhuoltopalveluiden saatavuudessa (Reini & Honkatukia 2016: 26–27). Promotiivisten ja preventiivisten terveyden edistämisen interventioiden ja ohjelmien kannattavuuteen vaikuttaa luonnollisesti myös sairaus, johon toiminnalla pyritään vaikuttamaan, sekä sen vaihe (Goetzel ym. 2005).

Terveyden edistämisen näkökulmasta promotiivisen terveyden edistämisen kustannuksia ja kustannusvaikuttavuutta on haastavampi arvioida kuin preventiivisen terveyden edistämisen. Tämä johtuu promotiivisen terveyden edistämisen luonteesta, joka on kohteen tai kohderyhmän oppimiseen pohjautuvaa terveyden edistämistä. Preventiivisestä terveyden edistämisestä etenkin sekundaari- ja tertiääripreventio sisältävät promotiivista terveyden edistämistä enemmän suoria toimenpiteitä, joiden vaikutuksia on helpompi mitata (Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2010a: 16–17). Vaikutusten mitaamisen helppous on tietenkin riippuvainen myös kohteena olevasta sairaudesta. Esi-

merkiksi preventiivisen terveyden edistämisen myötä syntyvät kustannussäästöt on helpompi osoittaa lyhyellä aikavälillä kiireellistä tai erikoissairaanhoidoa vaativien sairauksien, kuten keuhkohtaumataudin ja sydämen vajaatoiminnan kohdalla, kuin esimerkiksi masennuksen tai diabeteksen. Masennus ja diabetes ovat esimerkkejä sairauksista, joiden kustannukset ja preventiivisen terveyden edistämisen myötä syntyvät mahdolliset kustannussäästöt realisoituvat vasta pidemmän ajan kuluttua. (De Bruin ym. 2011: 119.)

Terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän terveydenhuollon kustannusten ja hyödyn määrittämiseen liittyy haasteita, joista yksi suurimmista on erilaisilla interventioilla ja ohjelmilla mahdollisesti saavutettujen terveyshyötyjen realisoituminen kustannusten kanssa eri aikaan. Terveyden edistämiseen sijoitetut resurssit eivät siis tuota maksusuo-ritteen kanssa ajallisesti samaan aikaan oletettua terveyshyötyä, mikä vaikeuttaa niiden kustannus-hyötysuhteen arviointia ja priorisointiin liittyvää päätöksentekoa. (Ryynänen ym. 2006: 230–238; Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvisti 2010b: 9–10.) Tässä yhteydessä priorisoinnilla tarkoitetaan päätöksentekoa resurssien jakamisesta terveydenhuollon eri osa-alueille ja kohteisiin (Koskenvuo 2003: 20). Kustannusten ja hyödyn suhdetta tarkasteltaessa tulisi myös huomioida terveyden edistämisestä tai edistämättä jättämisestä syntyvät muut kustannukset, kuten myöhemmin ilmaantuvista sairauksista syntyvät kustannukset tai ennenaikaisen kuolleisuuden myötä menetetyt työvuodet (Ryynänen ym. 2006: 68–74).

2.6. Paperittoman terveydenhuolto

2.6.1. Tiet paperittomuuteen

Paperittoman käsitteestä on olemassa erilaisia variaatioita, joita käytetään ikään kuin sen synonyymeinä. Kansainvälisessä keskustelussa käytetään usein sanaa *siirtolainen*, jonka eteen on liitetty jokin adjektiivi kuvaamaan siirtolaisuuden tilaa. Tällaisia adjektiiveja ovat esimerkiksi *paperiton*, *luvaton tai laitton*. Mainituista adjektiiveista *paperiton* viittaa maassa vaadittavien riittävien henkilöllisyysasiakirjojen, kuten passin puut-

tumiseen, luvaton taas luvattomaan maahantuloon, maassa oleskeluun tai työskentelyyn, ja laitton taas maassa oleskelun laittomuuteen. Siirtolaisuudelle muodostuu siis erilaisia merkityksiä riippuen valitusta adjektiivista. (Vogel 2009: 1–2.) Suomessa viranomaistassolla puhutaan esimerkiksi *laittomista maahantulijoista* ja *laittomasti maassa tavatuista henkilöistä* (HE 343/2014 vp s. 3).

Paperittoman käsitteeseen ja paperittoman henkilön määrittelyyn liittyy oleellisesti EU-tasoinen käsite *kolmansien maiden kansalainen* (Vogel 2009), mikä tarkoittaa EU:n, ETA:n tai Sveitsin ulkopuolelta Suomeen tai johonkin toiseen EU-jäsenmaahan saapuvia henkilöitä (UL 1:3.1, 1:3.2, 1:3.2a). Seuraavissa kappaleissa kerrotaan tavoista, joilla henkilö voi päätyä paperittomaksi. Tässä yhteydessä henkilöllä tarkoitetaan kolmansien maiden kansalaista. Yleisesti paperiton määritellään henkilöksi, jolla ei ole virallista lupaa oleskella maassa (PICUM 2007: 5; HUMA network 2009: 10).

Paperittomaksi voi päätyä myös muilla tavoilla kuin esimerkiksi ylittämällä laittomasti maan rajan väärennetyn henkilöllisyystodistuksen avulla (Vogel 2009: 1–3). Paperittomiksi määritellään henkilöt, jotka eivät ole poistuneet maasta määräaikaisen viisumin tai oleskeluluvan päättymisen jälkeen, henkilöt, jotka ovat saaneet kielteisen oleskelulupapäätöksen ensimmäiseen oleskelulupahakemukseen tai oleskeluluvan uusimiseen, mutta kuitenkin saapuneet tai jääneet maahan ja henkilöt, jotka ovat hakeneet turvapaikkaa, mutta kielteisestä turvapaikkapäätöksestä huolimatta jääneet maahan. Paperittomiksi luetaan myös henkilöt, jotka ovat saapuneet maahan turvapaikan toiveissa, mutta eivät ole jättäneet virallista turvapaikkahakemusta viranomaisille. (HUMA network 2011: 10–11.) Paperittomaksi voi päätyä myös pakotetusti esimerkiksi ihmiskaupan uhrina (Salt 2011: 33). Henkilöitä, jotka ovat hakeneet turvapaikkaa, mutta kielteisestä turvapaikkapäätöksestä huolimatta ovat jääneet maahan, ovat niin sanottuja *uuspaperittomia* (Jauhiainen, Gadd & Jokela 2018: 53).

Paperittomien maakohtaisista lukumääristä on vain karkeita arvioita, koska heistä ei luonnollisestikaan ole merkintää kansallisissa henkilörekistereissä. On arvioitu, että

27:ssä EU:n jäsenmaassa¹ oli 1,9–3,8 miljoonaa paperitonta vuonna 2008. (Vogel 2009: 1, 4.) Suomessa paperittomia on arvioitu olevan noin 3300–3500 (Sisäasiainministeriö 2012: 19; Keskimäki ym. 2014: 14–15) mutta määrän uskotaan lisääntyvän kielteisten turvapaikkapäätösten myötä (Czaika & Hobolth 2016).

Turvapaikanhakija ja pakolainen ovat maahanmuuton keskeisiä käsitteitä ja liittyvät myös paperittomuuteen, minkä vuoksi ne on syytä määritellä. Turvapaikanhakija ja pakolainen tarkoittavat eri asioita. (Salmi ym. 2016: 917.) Turvapaikanhakija on väliaikaisen oleskeluluvan omaava kolmansien maiden kansalainen tai kansalaisuudeton henkilö, joka on saapunut kohdemaahan odottamaan viranomaisten päätöstä henkilökohtaisesta kansainvälistä suojelua koskevasta hakemuksesta (Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi 2013/33/EU art. 2). Pakolainen tarkoittaa kolmansien maiden kansalaista tai kansalaisuudetonta henkilöä, joka on joutunut kotimaassaan vainon kohteeksi esimerkiksi rotunsa tai harjoittamansa uskonnon vuoksi, eikä välittömästä uhasta tai pelosta johtuen pysty palaamaan kotimaahansa (UNHCR 2010: 14–16) ja on perustellun tilanteensa vuoksi saanut myönteisen päätöksen kansainvälisestä suojelusta kohdemaan viranomaisilta. Kolmansien maiden kansalaisen tai kansalaisuudettoman henkilön status muuttuu siis turvapaikanhakijasta pakolaiseksi, jos hän on saanut myönteisen päätöksen kansainvälisestä suojelusta kohdemaasta. Pakolaisstatuksen voi saada myös UNHCR:ltä, joka myöntää pakolaisstatuksia kiintiöpakolaisten osalta. (Salmi ym. 2016: 917.)

2.6.2. Terveydenhuollon toteutuminen

Paperittomien terveydenhuoltoa ei ole säännelty EU-tasolla (HE 343/2014 vp s. 20), mutta siitä ei myöskään ole olemassa erillistä kansallista lainsäädäntöä Suomessa (Salmi ym. 2016: 915). STM ja sisäministeriö ovat antaneet asiasta vain joitakin erillisiä ohjeistuksia ja suosituksia (sisäministeriö 2016; STM 2017). Paperittomien hoitoon pääsyä

¹ Mainittuihin jäsenmaihiin ei sisälly Kroatia, sillä se on liittynyt EU:n jäseneksi vasta vuonna 2013 (Vogel 2009; EU 2016).

ohjaa pääasiassa terveydenhuoltolaki ja erikoissairaanhoidolaki (1062/1989) jokaiselle henkilölle turvatuksi kiireellisen hoidon osalta. Kunnilla ei ole velvollisuutta järjestää paperittomille kiireellistä hoitoa laajempaa terveydenhuoltoa, koska henkilön asuinpaikka määrittelee tämän terveydenhuollon laajuuden. (Pakolaisneuvonta ry:n Paperittomat-hanke 2013: 19–20.) Kunnilla on kuitenkin itsemääräämisoikeutensa nojalla mahdollisuus tarjota paperittomille laissa määriteltyä laajempia palveluita (Kuntal 1:1).

Suomessa on myös kolmansien maiden kansalaisia, jotka ovat ikään kuin ”välitilassa” maassa oleskelun ja palveluiden saamisen suhteen. Tällaisissa tapauksissa henkilön maassaolostatus on laillinen, mutta henkilö ei kuitenkaan ole oikeutettu tiettyihin palveluihin, kuten kiireellistä terveydenhuoltoa laajempaan palvelutarjontaan. Tällaisia ovat muun muassa henkilöt, jotka odottavat oleskelulupapäätöstä maassa esimerkiksi perheen yhdistämisen toivossa. (HUMA network 2011: 10–11.) Sama pätee EU-kansalaisiin, joilla ei ole riittävästi maksullista sairausvakuutusta kotimaassaan, kuten esimerkiksi Itä-Euroopan romanit (HE 343/2014 vp s. 9; Salmi ym. 2016: 917), EU-kansalaisiin, joille on myönnetty oleskelulupa jostakin toisesta EU-maasta (Salmi ym. 2016: 917) sekä kolmansista maista yli kolmeksi kuukaudeksi Suomeen saapuneisiin opiskelijoihin, joilla ei ole riittävästi vaadittua sairausvakuutusta kotimaassaan, eikä oikeutta hyödyntää YTHS:n tarjoamia palveluita. Käytännössä tällaisia opiskelijoita ovat ammattikorkeakouluopiskelijat, koska muutamaa pilottiammattikorkeakoulua lukuun ottamatta ammattikorkeakoulujen opiskelijat eivät ole oikeutettuja YTHS:n palveluihin. (Keskimäki ym. 2014: 21–22.) Käsillä olevassa tutkielmassa ”paperittomalla” viitataan myös näihin henkilöihin.

Suurimmassa osassa Suomea paperittomille tarjotaan vain kiireelliset terveydenhuolto-palvelut (HE 343/2014) lukuun ottamatta muutamaa poikkeusta. Helsingin kaupunginvaltuusto päätti marraskuussa 2017, että Helsingissä asuville kaikille paperittomille tarjotaan turvapaikanhakijoiden kanssa samantasoiset välttämättömät palvelut. Palveluiden sisältöä ei ole vielä määritelty tarkemmin. (Helsingin kaupunki 2017.) Helsingissä alle 18-vuotiaille ja raskaana oleville paperittomille ovat kuuluneet laajat terveydenhuolto-palvelut kantaväestön tavoin jo vuodesta 2013 (Helsingin kaupunki 2013). Myös Turku päätti järjestää paperittomille raskaana oleville ja lapsille hoidon Helsingin kanssa sa-

malla periaatteella vuoden 2015 lopussa, Espoo marraskuussa 2016 ja Vantaa touku-
kuussa 2017 (Espoon kaupunki 2016; Turun kaupunki 2016; Vantaan kaupunki 2017).

GC eli niin sanottu paperittomien klinikka on tällä hetkellä ainoa taho, joka tarjoaa kai-
kille paperittomille kiireetöntä perustason terveydenhoitoa Suomessa. Klinikka toimii
täysin vapaaehtoisten terveydenhuollon ammattilaisten, kuten sairaanhoitajien, tervey-
denhoitajien, kättilöiden, lääkäreiden, hammaslääkäreiden ja psykologien sekä tulkkien
voimin. (Keskimäki ym. 2014: 27–28.) Klinikkan yhteydessä toimii Pakolaisneuvonta
ry:n Paperittomat -hanke, jonka lakimieheltä on mahdollista saada apua juridisiin kysy-
myksiin. Lisäksi HIV-tukikeskus tekee klinikkan kanssa läheisesti yhteistyötä testautta-
malla potilaita klinikkaillan yhteydessä säännöllisin väliajoin. Pakolaisneuvonta ry:n ja
HIV-tukikeskuksen lisäksi Helsingin Diakonissalaitos sekä Lääkärin sosiaalinen vastuu
ja Psykologien sosiaalinen vastuu ry tukevat GC:n toimintaa. (Global Clinic 2017.)

GC aloitti toimintansa vuonna 2011 Helsingissä (Keskimäki ym. 2014: 27–28), mutta
vastaavia klinikoita on avattu myöhemmin myös Tampereelle, Turkuun, Ouluun, Joen-
suuhun ja Lahteen (Global Clinic 2017). Koska klinikkan toimitilat ja varustetaso ovat
puutteelliset sekä henkilökuntaa vähän, siellä on mahdollista antaa lähinnä vain perusta-
son hoitoa sekä terveyteen liittyvää ohjausta ja neuvontaa. Klinikalta ohjataan potilaita
jatkohoitoon muun muassa julkiseen terveydenhuoltoon, kun he tarvitsevat kiireellistä
hoitoa. Helsingin GC on auki vain kerran viikossa muutaman tunnin ajan, minkä aikana
kaikki klinikalle hakeutuneet potilaat pyritään hoitamaan. Tieto klinikkan olemassaolosta
kulkeutuu potilaille yleensä klinikalla aiemmin hoidossa olleiden ja muiden toiminnasta
tietävien henkilöiden välityksellä. (Keskimäki ym. 2014: 27.)

Ruotsissa paperittomien terveydenhuolto on järjestetty eri tavalla kuin Suomessa. Pape-
rittomien oikeutta terveydenhuoltopalveluihin laajennettiin nykyiseen muotoonsa vuon-
na 2013 (Regeringskansliet 2013), minkä jälkeen Ruotsin maahanmuuttovirasto on ak-
tiivisesti seurannut paperittomien terveydenhuoltopalveluiden käyttöastetta ja niiden
kustannuksia (Statskontoret 2016: 7–8). Ruotsissa täysi-ikäiset paperittomat ovat aina
oikeutettuja äitiyshuollon palveluihin, raskauden keskeytykseen ja ehkäisyneuvontaan
sekä muihin terveydenhuollon palveluihin tilanteissa, joissa terveyttä uhkaavan vaivan,

taudin tai sairauden hoitoa ei voi pitkittää. Hammashoidon palvelut kuuluvat myös määritelmän piiriin. Kuitenkin kaikille alle 18-vuotiaille paperittomille on turvattu samat terveydenhoitopalvelut ja hammashoito kuin kantaväestölle. (Regeringskansliet 2013.) Lisäksi kuusi Ruotsin maakäräjää on päättänyt tarjota kaikille paperittomille kantaväestön kanssa yhtäläiset laajat terveydenhoitopalvelut (Statskontoret 2016: 7–8). Hoidosta muodostuneet kustannukset ovat toistuvasti jääneet huomattavasti alle alkuperäisen arvion (Statskontoret 2015, 2016) huolimatta hoitokäyntien määrän ja kustannusten odotetusta noususta oikeuden laajentamisen jälkeen (Statskontoret 2016: 8–9).

Paperittomien hoito viivästyy ensisijaisesti terveydenhuoltoon ja hoitoon asetettujen rajoitusten vuoksi, mutta on myös muita syitä (Biswas, Kristiansen, Krasnik & Norredam 2011: 8; O'Donnell ym. 2016: 501, 505–506). Kielitaidottomuus, huonot verkostot paikallisiin ihmisiin, epätietoisuus paikallisesta terveydenhuoltojärjestelmästä, epäluottamus terveydenhuoltohenkilöstöä ja heidän asenteitaan kohtaan sekä pelko paljastumisesta poliisille vaikuttavat kielteisesti paperittomien halukkuuteen hakeutua hoitoon (Biswas ym. 2011: 8). Myös terveydenhuollon erilaiset rekisteröinti- ja jonotussysteemit sekä osa maksukäytänteistä, kuten hoidon jälkeinen välitön asiakasmaksun suoritusvelvoite, vaikuttavat kielteisesti hoitoon hakeutumiseen. Hoidon aloitusta voi lisäksi viivästyttää eri maahanmuuttajaryhmien oikeuksiin tai tulkkien käyttöön huonosti perehdytetty terveydenhoitohenkilöstö. Tulkeista on usein myös pulaa, mikä vaikeuttaa hoidon aloitusta. (O'Donnell ym. 2016: 501, 505–506.) Perusterveydenhuollon on todettu olevan väylä paperittomien aktiivisempaan tavoittamiseen ja mahdollisesti madaltavan kynnystä hakeutua hoitoon (Goossens & Depoorter 2011: 654).

Kansainvälisten tutkimusten mukaan paperittomien hoitoa sääntelevän lainsäädännön ja hoitoon liittyvien määräysten puute aiheuttaa terveydenhuollon ammattilaisille ja hoitohenkilökunnalle haasteita paperittomien potilaiden hoidossa (Goossens & Depoorter 2011; Jensen, Norredam, Draebel, Bogic, Priebe & Krasnik 2011; De Vito ym. 2016: 6). Hoitohenkilökunnan on arvioitu kokevan muun muassa epävarmuuden (Goossens & Depoorter 2011; Jensen ym. 2011) ja jopa ahdistuneisuuden tunteita (Jensen ym. 2011). Nämä tunteet liittyvät hoitolinjausten puuttumiseen tai niiden tiukkaan tulkintaan ja

henkilöstön eettiseen velvollisuuteen kuitenkin hoitaa potilasta tämän maassaolostatusta katsomatta (Salmi ym. 2016: 915).

2.6.3. Paperittomien terveys

Marginaaliryhmiin kuuluvien maahanmuuttajien, kuten paperittomien, terveydentilasta on olemassa hyvin vähän tietoa muihin maahanmuuttajaryhmiin verrattuna (Rechel, Mladovsky, Ingleby, Mackenbach & McKee 2013). Tarkasteltaessa maahanmuuttajien terveyttä, on huomioitava maahanmuuton alkuperäinen syy eli onko lähtömaasta poistuminen vapaaehtoista vai ei ja ohjaavatko maahanmuuttoa vetävät vai työntävät tekijät, kuten työ vai sota. (Rechel, Mladovsky & Devillé 2011: 85–88; Rechel, Mladovsky, Devillé, Rijks, Petrova-Benedict & McKee 2011: 4.) Esimerkiksi pakolaisilla ilmenee enemmän mielenterveysongelmia, kuten masentuneisuutta ja ahdistuneisuutta kuin työn perässä maahan muuttaneilla. Tämän uskotaan liittyvän esimerkiksi pakolaisten aiempiin väkivallan ja kaltoinkohtelun kokemuksiin sekä heidän erilaiseen, syrjäytyneempään asemaansa uudessa ympäröivässä yhteiskunnassa. (Lindert, von Ehrenstein, Priebe, Mielck & Brähler 2009: 254.) Pakolaisten arvioidaankin kuuluvan kiistellyn ”terve maahanmuuttaja -ilmön” ulkopuolelle. Ilmiön mukaan maahanmuuttajien terveys olisi maahan tullessa kantaväestöä parempi, mutta mahdollisesti huononisi ajan kuluessa uuteen yhteiskuntaan ja sen tapoihin sopeutuessa. (Dominich, Panatto, Gasparini & Amicizia 2012: 4–5.)

Paperittomat elävät yhteiskunnan ja viranomaisten tarjoaman suojan ulkopuolella, mikä vuoksi he ovat alttiita esimerkiksi kaltoinkohtelulle ja väkivallalle. Usein paperittomien elinolosuhteet ovat huonot ja työtä tehdään pimeästi. (Khosravi 2010: 98–112.) Eristäytyminen ja avun puute voivat johtaa epätoivoisiin ratkaisuihin, kuten prostituutioon, ihmiskauppaan tai rikollisuuteen (Jauhiainen ym. 2018: 39). Ruotsissa ulkoisista tekijöistä johtuvat kuolemat ovat tutkitusti selvästi yleisimpiä paperittomien ja etenkin paperittomien miesten keskuudessa kantaväestöön verrattuna. Ulkoisia tekijöitä ovat esimerkiksi väkivallasta ja onnettomuuksista johtuvat kuolemat sekä itsemurhat. Paperittomien on myös todettu menehtyvän keskimääräistä nuorempina. Sydän- ja verisuoni-

sairaudet, kuten sydäninfarktit, ovat paperittomien keskuudessa yleisempiä kuin kanta-väestössä. Syöpätaudeilla ja paperittomuudella sen sijaan ei ole todettu olevan yhteyttä. (Wahlberg, Kallesta, Lundgren & Essen 2014.)

Paperittomilla on hyvin moninaisia terveysongelmia ja sairauksia (Ehmsen, Biswas, Jensen, Krasnik & Norredam 2014: 2–3; Statskontoret 2015: 34; Salmi ym. 2016). Eri-tyisen yleisiä paperittomilla on kuitenkin hengityselinsairaudet ja ruuansulatukseen sekä naistentauteihin ja synnytyksiin liittyvät ongelmat (Goossens & Depoorter 2011: 653). Infektiosairauksista esimerkiksi B-hepatiitin, HIV-infektioiden tai tuberkuloosin ilmaantuvuus ei ole suuri (Ehmsen ym. 2014: 2–3; Salmi ym. 2016). Tarkasteltaessa paperittomien sairastavuutta ICPC-2-pääluokittain tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, raskauteen, synnytykseen ja perhesuunnitteluun liittyvät käynnit sekä ihotaudit ovat kolme yleisintä terveysongelmaa tai käyntisyitä tanskalaisella paperittomille tarkoitetulla klinikalla vuosina 2011–2013. Myös hengityselimiin, ruuansulatukseen ja hampaisiin liittyvät ongelmat ovat yleisiä. (Ehmsen ym. 2014: 2–3.) Salmi ym. (2016) ovat analysoineet paperittomien sairastavuutta Suomessa vuosina 2011–2013. Tulokset yleisimmistä terveysongelmista ja käyntisyistä ovat hyvin samankaltaisia kuin vastaavan tanskalaisen tutkimuksen.

2.7. Yhteenveto

Tutkielman teoreettisesta osasta on havaittavissa, miten paperittomat ja paperittomien nykymuotoinen terveydenhuolto istuu terveyden edistämisen viitekehykseen. Taulukoon 2 on kerätty tutkielman keskeisimmät käsitteet. Vertailtaessa taulukon käsitteitä, voidaan selvästi huomata, ettei paperittomien terveydenhuoltoon suoraan sisälly pääasiallisesti kunnan vastuulla olevia julkisia terveyttä edistäviä tai ennaltaehkäiseviä palveluita.

Paperittomien rajalliset oikeudet terveyden edistämiseen ja ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon johtuvat ensisijaisesti kyseisiä palveluita sääntelevien lakien sisällöstä,

niiden tulkinnasta sekä paperittomien maassaolotuksesta tai riittämättömästä sairausvakuutuksesta. Kyseisiin palveluihin on oikeus kantaväestöllä sekä tietyillä muilla laissa määritellyillä henkilöillä, kuten pakolaisilla ja osittain myös turvapaikanhakijoilla. Paperittomien terveydenhuoltoon vaikuttaa myös nykymuotoinen terveydenhuoltojärjestelmä kuntien terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevien palveluiden järjestämisvastuun osalta. Kunnilla on vapaus päättää paperittomille annettavista palveluista lain asettamat vähimmäisrajoitukset huomioiden. Tämän vuoksi paperittomille annettavat palvelut vaihtelevat kansallisesti. Paperittomien terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisevä terveydenhuolto on pitkälti GC:n ja siellä työskentelevien vapaaehtoisten vastuulla, koska vain GC tarjoaa perustason hoitoa kaikille paperittomille. (ks. kappaleet 2.1.–2.4. ja 2.6.1–2.6.2.)

Paperittomien terveydenhuolto on suurelta osin kustannuskysymys. Terveydenhuolto toimii rajallisilla resursseilla, joita priorisoidaan eri kohteisiin terveydenhuollon sisällä. Terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän terveydenhuollon kustannusvaikuttavuutta ja -tehokkuutta on yleisesti vaikeata arvioida. On helpointa olla tarjoamatta lainkaan tai rajata kyseisiä palveluita, koska ei tiedetä, minkälainen toiminta sekä mitkä interventiot ja ohjelmat terveyden edistämässä ja ennaltaehkäisevässä terveydenhuollossa ovat kannattavia. Tämän kaltaisen tiedon puute vaikuttaa oleellisesti myös paperittomien terveydenhuoltoon ja sen rajaamiseen. (ks. kappaleet 2.5. ja 2.6.3.).

Taulukko 2. Tutkielman teoreettisen osan keskeisimmät käsitteet.

Käsite	Määritelmä
Terveyden edistäminen	<ul style="list-style-type: none"> • Käsitteenä moniulotteinen, minkä vuoksi vaikeasti määriteltävissä • Esimerkiksi kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin tähtäävää toimintaa, minkä pyrkimyksenä on lisätä ihmisten mahdollisuuksia ylläpitää saavutettu terveys ja tarjota keinoja, joilla parantaa sitä • Terveyden edistämistä tehdään laajalti yhteiskunnan

	<p>eri osa-alueilla</p> <ul style="list-style-type: none"> • Terveydenhuollossa osana perusterveydenhuoltoa ja erikoissairaanhoidoa • Kunnilla on päävastuu väestön terveyden edistämisestä
Promotiivinen terveyden edistäminen	<ul style="list-style-type: none"> • Pitkälti yksilön omiin valintoihin vaikuttamista ja voimavarojen hyödyntämistä • Sisältää yksilö- ja yhteisötason terveystasvatuksen • Käytössä laajalti ylemmällä yhteiskunnallisella tasolla • Ajoittuu aikaan ennen sairastumista tai loukkaantumista
Preventiivinen terveyden edistäminen ts. sairauksien ehkäisy	<ul style="list-style-type: none"> • Ajoittuu yksilön sairastumisen tai loukkaantumisen kynnykselle ja aikaan sen jälkeen • Voidaan jakaa edelleen primääri, sekundääri ja tertiääripreventioon <ul style="list-style-type: none"> - primääripreventio sisältyy toimet sairastumisen tai loukkaantumisen ehkäisemiseksi - sekundääripreventioon sisältyy toimet sairauden tai vamman pahenemisen ehkäisemiseksi - tertiääripreventioon sisältyy toimet syntyneiden haittojen minimoiseksi (ts. kuntoutus)
Kiireellinen hoito	<ul style="list-style-type: none"> • Perus- tai erikoissairaanhoidossa annettavaa hoitoa tilanteissa, joissa henkilöllä on syystä tai toisesta tarve välittömään hoitoon äkillisesti heikentyneen tai muuttuneen terveydentilan vuoksi: mikäli hoitoa ei annettaisi välittömästi, tapahtuisi henkilön terveydentilassa väistämätön heikentyminen • Ei mielekäästä ymmärtää vain päivystykselliseksi hoidoksi
Kiireetön hoito	<ul style="list-style-type: none"> • Perus- tai erikoissairaanhoidossa annettavaa hoitoa tilanteissa, joissa henkilöllä ei välitöntä hoidon tarvetta (vrt. kiireellinen hoito)

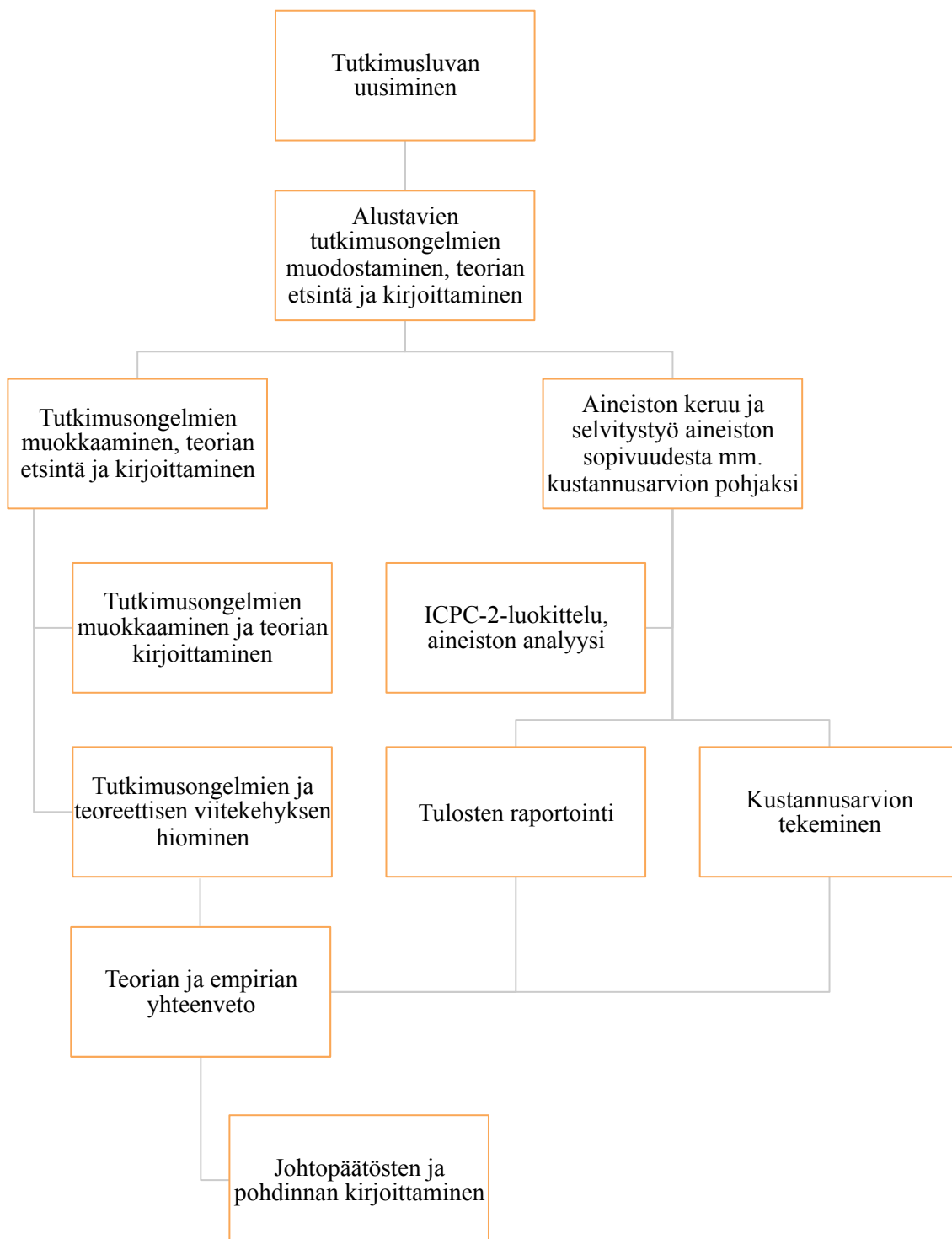
Päivystyksellinen hoito	<ul style="list-style-type: none"> • Ympäri vuorokautisessa yksikössä annettavaa kiireellistä perus- tai erikoisairaanhoidoa
Helsingin GC	<ul style="list-style-type: none"> • Helsingissä sijaitseva klinikka (ts. paperittomien klinikka), jossa kaikilla paperittomilla on mahdollista saada perustason hoitoa
Siirtolainen	<ul style="list-style-type: none"> • Henkilö, joka asettuu kotimaansa ulkopuolelle asumaan tarkoituksena jäädä maahan muuten kuin tilapäisesti • Väliaikaisesti maahan matkustavia henkilöitä ei lasketa siirtolaisiksi
Kolmansien maiden kansalainen	<ul style="list-style-type: none"> • EU:n, ETA:n tai Sveitsin ulkopuolelta Suomeen tai johonkin toiseen EU-jäsenmaahan saapuva henkilö
Paperiton	<ul style="list-style-type: none"> • Yleisen määritelmän mukaan henkilö, jolla ei ole virallista lupaa oleskella maassa • Useita ”synonyymeina” käytettäviä käsitteitä, kuten laiton siirtolainen, laiton maahantulija tai laittomasti maassa tavattu henkilö • Tietyin poikkeuksin oikeus vain kiireelliseen hoitoon julkisessa terveydenhuollossa • Suomessa on henkilöitä, jotka ovat laillisesti maassa, mutta joilla on paperittomien kanssa saman tasoiset terveydenhuoltopalvelut
Turvapaikanhakija	<ul style="list-style-type: none"> • Väliaikaisen oleskeluluvan omaava kolmansien maiden kansalainen tai kansalaisuudeton henkilö, joka on saapunut kohdemaahan odottamaan viranomaisten päätöstä henkilökohtaisesta kansainvälistä suojelua koskevasta hakemuksesta • Kaikilla turvapaikanhakijoilla oikeus kiireellisen hoidon lisäksi julkisiin välttämättömiin palveluihin
Pakolainen	<ul style="list-style-type: none"> • Kolmansien maiden kansalainen tai kansalaisuudeton henkilö, joka on joutunut kotimaassaan vainon koh-

	<p>teeksi esimerkiksi rotunsa tai harjoittamansa uskonnon vuoksi, eikä välittömästi uhasta tai pelosta johtuen pysty palaamaan kotimaahansa ja perustellun tilanteensa vuoksi saanut myönteisen päätöksen kansainvälisestä suojelusta kohdemaan viranomaisilta</p> <ul style="list-style-type: none">• Oikeus kantaväestön kanssa samoihin julkisiin terveydenhuoltopalveluihin
--	---

3. AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

3.1. Tutkielman eteneminen

Tutkielma sai alkunsa ensisijaisesti halusta tutkia paperittomien terveydenhuoltoa ja hoidosta muodostuvia kustannuksia, mutta myös päätöksestä hyödyntää Helsingin GC:ltä saatavaa aineistoa empiirisenä tutkimuskohteena. Päätöksen jälkeen oli selvää, että tutkimusmenetelmä tulisi olemaan kvantitatiivinen retrospektiivinen rekisteritutkimus. Tutkielma aloitettiin aineistolle jo aiemmin myönnetyn tutkimusluvan uusimisella. Tutkimusluvan uusimista haettiin Helsingin Diakonissalaitoksen eettiseltä toimikunnalta. Heti tutkimusluvan päivittämisen jälkeen aloitettiin aineiston keruu, koska sen tiedettiin vievän hyvin paljon aikaa (ks. kuvio 3). Samalla selvitettiin mahdollisuuksia hyödyntää aineistoa paperittomien terveysongelmien ja käyntisyiden analysoinnissa sekä kustannusarvion tekemisessä yhdessä GC:n kahden asiantuntijalääkärin Paula Tiittalan ja Heli Salmen kanssa. Asiantuntijalääkäreiden kanssa viestittiin ja tavattiin aktiivisesti koko tutkimusprosessin ajan.



Kuvio 3. Tutkimusprosessin eteneminen.

Aineistoon ja sen hyödyntämiseen kustannusarviossa liittyi kaksi kysymystä: miten aineistosta voidaan laskea julkiseen terveydenhuoltoon verrattavissa olevia kustannuksia ja miten aineistossa olevat diagnoosit saadaan verrannollisiksi THL:n raportissa ”*Terveyden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011*” (Kapiainen, Väisänen & Haula 2014: 29–30) ilmoitettuihin sairausryhmittäisiin yksikkökustannuksiin. Näistä kysymyksistä ja yleisesti kustannusarvion tekemisestä konsultoitiin THL:n asiantuntijoita Heini Saloa ja Kaisa Mölläriä, joiden kanssa järjestettiin myös yhteisiä tapaamisia.

Vastauksia etsittäessä selvisi, että THL:n raportissa ilmoitetut sairausryhmittäiset yksikkökustannukset ovat tietyin edellytyksin verrattavissa ICPC-2 diagnoosi- ja käyntisyykoodeihin. Kaikki aineistossa olevat diagnoosit piti siis muuttaa ICPC-2-koodeiksi, jotta ne olisivat verrannollisia THL:n sairausryhmittäisiin yksikkökustannuksiin. Muutoksen jälkeen myös paperittomien terveysongelmia ja käyntisyytä oli mahdollista analysoida systemaattisesti. Luokittelun tekivät asiantuntijalääkärit. Ensin he testasivat diagnoosien luokittelua aineiston kahden kuukauden (loka-marraskuu) osalta, minkä jälkeen he luokittelivat kaikki aineiston diagnoosit ICPC-2-koodien mukaisesti kesällä 2017. Heti luokittelun jälkeen aloitettiin aineiston analyysi. Luokittelun ja aineiston analyysin aikana muokattiin tutkimusongelmia ja työstettiin tutkielman teoreettista osaa. Luokittelun jälkeen tutkimusprosessissa edettiin aineiston analyysiin, virallisen kustannusarvion tekemiseen ja tulosten raportointiin sekä tutkimusongelmien ja teoreettisen osan hiomiseen. Tutkimusprosessin lopussa kirjoitettiin johtopäätökset ja pohdinta.

3.2. Aineisto ja menetelmät

Tutkielman aineisto koostuu Helsingin GC:n vuoden 2016 kaikista potilaskäynneistä. Kokonaiskäyntimäärä sisältää kaikki lääkärin ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten vastaanotot sekä muut käynnit, kuten ne, joissa potilas oli poistunut omasta tahdostaan klinikalta ennen vastaanottoa ja ne, joilla lääkäri ei ehtinyt vastaanottamaan potilasta tai potilaan hoitoa ei ehditty saattamaan loppuun klinikan aukioloajan puitteissa. Poti-

lasta ei välttämättä ehditty vastaanottamaan tai hänen hoitoaan saattamaan loppuun ruuhkatilanteista johtuen. Muilla terveydenhuollon ammattilaisilla tarkoitetaan kätilöitä, sairaanhoitajia, hammaslääkäreitä ja psykologeja. Aineiston ulkopuolelle jätettiin juristin vastaanotot, koska lakipalveluita hyödyntävien henkilöiden lukumäärän selvittäminen tai näiden palveluiden sisällöllinen tutkiminen ei kuulu tämän tutkielman tavoitteeseen ja tarkoitukseen.

Aineiston keruu tehtiin GC:n käytössä olevissa tiloissa ja se kerättiin klinikan hyödyntämästä potilastietojärjestelmästä. Järjestelmästä etsittiin yksitellen kaikki vuoden 2016 potilaskäynnit, joilta kerättiin tietoja tiettyjen ennalta päätettyjen muuttujien osalta. Näitä muuttujia ovat:

- Taustatiedot
 - Ikä
 - Sukupuoli
 - Kansalaisuus
 - Uusintakäynti
- Vastaanottoon liittyvät tiedot
 - Tulosyy/oireet
 - Vastaanottotyyppi (lääkäri, hammaslääkäri, sairaanhoitaja/kätilö/terveydenhoitaja tai psykologi)
 - Diagnoosi
 - Jatkohoito

Muuttujat valittiin, koska katsottiin, että niiden avulla paperittomien sairastavuutta olisi mahdollista kuvata ja kustannusarvion tekeminen onnistuisi parhaiten. Lisäksi arvioitiin, että kyseiset muuttujat löytyisivät potilastietojärjestelmästä lähes jokaisen potilaskäynnin kohdalta. Tiedot syötettiin Excel-ohjelman laskentataulukkoon manuaalisesti. Pelkästään aineiston keruuseen käytettiin useamman kuukauden päivittäinen työaika vuoden 2016 lopusta aina vuoden 2017 alkuun saakka.

Sovellettu tutkimusmenetelmä on kvantitatiivinen retrospektiivinen rekisteritutkimus eli määrällinen rekisteripohjainen tutkimus, jossa aineistoa arvioidaan jälkikäteen. Retro-

spektiivisessä tutkimuksessa aikaulottuvuus on menneisyydessä (Metsämuuronen 2011: 59).

Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2009: 139) mukaan kvantitatiivista eli määrällistä lähestymistapaa ja tutkimusta on käytetty alun perin luonnontieteissä, ja vasta myöhemmin sitä on sovellettu myös muilla tieteenaloilla. Luonnontieteiden tavoin kvantitatiivisessa tutkimuksessa korostetaan logiikkaa ja päättelyä sekä objektiivisuutta (= *logical positivismi*). Kvantitatiivinen tutkimus on järkevää aloittaa viitekehyksen muodostamisella, teorian etsimisellä ja alustavien tutkimusongelmien asettamisella. Nämä toimet ovat niin kutsuttuja tieteenfilosofisia päätelmiä ja päätöksiä. Filosofoinnin jälkeen on löydettävä ja valittava teorit, johon valittu aihe sijoittuu sekä määriteltävä keskeisimmät käsitteet ja tarvittaessa myös hypoteesit, minkä jälkeen siirrytään vasta työstämään tutkimuksen empiiristä osaa.

Empiirisessä osassa valitaan ensin tutkimuskohde, selvitetään aineiston keruuseen parhaiten soveltuvimmat menetelmät ja määritellään otoksen koko. Tämän jälkeen asetetaan valituiksi tulleet muuttujat ja aineisto muotoon, joita on mahdollista käsitellä erilaisten laskentaan perustuvien menetelmien avulla. Aineiston keruun jälkeen siirrytään analysointivaiheeseen, minkä seurauksena saatuja tuloksia on mahdollista esittää statistisesti. (Hirsjärvi ym. 2009: 139–159.)

Rekisteritutkimus sai alkunsa kvantitatiivisen tutkimuksen kanssa samoihin aikoihin. Viitteitä tutkimuslajin alusta on jo 1660-luvun Englannista. Rekisteritietoja alettiin kuitenkin alun perin keräämään hallinnollisia tarpeita ja toiminnan ohjaamista varten. Vanhimpia rekistereitä ovat esimerkiksi erilaiset väestörekisterit, joita on hyödynnetty muun muassa väestönkasvun ja hyvinvoinnin seurannassa. (Valkonen, Koskinen & Martelin 1998: 14–17.)

Rekistereitä on mahdollista hyödyntää usealla eri tavalla tieteellisessä tutkimuksessa. Niitä voi esimerkiksi käyttää yksittäin, yhdistellä keskenään tai niihin voi liittää muilla tutkimusmetoideilla, kuten haastattelu- tai kyselytutkimuksilla, hankittua tietoa. Rekistereistä saatavia aineistoja pidetään usein luotettavina, koska ne ovat yleensä kattavia

suurine otoskokoineen. Joustavuudesta ja luotettavuusnäkökulmasta huolimatta rekisteritutkimuksella on myös kielteisiä puolia: Rekistereitä ei yleensä ole suunniteltu tutkimuskäyttöä varten, minkä vuoksi niitä on käsiteltävä joskus paljonkin ennen kuin niitä on mahdollista käyttää tutkimusten aineistoina. Rekistereiden käsittelyyn ja tarvittaessa niiden yhdistelyyn voi mennä hyvinkin paljon aikaa, eikä tällaiseen muokkaamistyöhön saa osallistua kukaan muu kuin rekisterin käsittelyyn luvan saanut henkilö tietosuojakysymysten vuoksi. Tämä hankaloittaa ja pitkittää tutkimuksen etenemistä entisestään. (emt. 15–18.)

Rekistereiden hyödyntämisessä ja rekisteritutkimuksessa on huomioitava salassapitosymykset sekä yksityisyyden ja yksityiselämän suoja. Kun rekisteri sisältää tunnistetietoja eli henkilötunnuksen ja/tai nimen, sitä kutsutaan henkilörekisteriksi, jonka kaikenlaista käyttämistä, tallettamista, luovuttamista tai säilyttämistä sääntelevät henkilörekisterilaki (471/1987) ja -asetus (476/1987). Henkilörekisteriasetus sisältää säännökset nimenomaan henkilörekisteripohjaisen tieteellisen tutkimuksen teosta. Henkilörekistereitä ovat myös tietoteknisesti ylläpidetyt rekisterit, jotka sisältävät mainittuja tunnistetietoja. Henkilörekisterilaista ja -asetuksesta huolimatta rekisterin ylläpitäjän on mahdollista antaa tietoja henkilörekisteristä ilman asianomaisten eli rekisteröityjen suostumusta, mikäli tiedot eivät ole asetettu salassapidettäviksi. (emt. 21–43.)

3.3. Aineiston käsittely ja analysointi

Aineistoa jouduttiin käsittelemään potilaiden diagnoosien osalta ennen aineiston analyysia, koska GC:llä vapaaehtoisina työskentelevien eri lääkäreiden käytännöt diagnoosien kirjaamisessa osoittautuivat erilaisiksi. Tutkimuksessa mukana olleet GC:n kaksi asiantuntijalääkärinä luokittelivat kaikki aineistossa olleet epäviralliset ja ICD-10 tautiluokitukseen kuuluvat viralliset diagnoosit ICPC-2-koodiston mukaisesti. Diagnoosien luokittelu tehtiin, jotta olisi mahdollista analysoida ja kuvata potilaiden sairauskirjoja systemaattisesti sekä tehdä annetusta hoidosta kustannusarvio. Kaikki aineistossa olleet diagnoosit eivät siis olleet verrattavissa toisiinsa ennen luokittelua.

Epävirallisilla diagnooseilla tarkoitetaan ICD-10 tai ICPC-2 diagnooseja vastaavia kirjallisia kuvauksia virallisten ICD-10 tai ICPC-2 numero- ja kirjainyhdistelmistä koostuvien diagnoosien sijaan. Virallisilla ICD-10 tautiluokitukseen kuuluvilla diagnooseilla taas tarkoitetaan numero- ja kirjainyhdistelmistä koostuvia ICD-10 tautiluokituksen diagnooseja. Mikäli käynnillä olleelle potilaalle oli annettu suoraan virallinen ICPC-2-luokan mukainen diagnoosi, eivät asiantuntijalääkärit luonnollisestikaan luokitelleet tällaisia tapauksia uudelleen, vaan diagnoosia hyödynnettiin sellaisenaan.

ICPC-2 on perusterveydenhuoltoon tarkoitettu kansainvälinen koodisto- ja luokitusjärjestelmä, minkä avulla on mahdollista dokumentoida laajalti potilaiden terveysongelmia (Kuntaliitto 2017). Luokitus on rakennettu kaksitasoiseksi: se sisältää kirjaimista A-Z muodostuvat pääluokat sekä numeroista 1–7 muodostuvat pääluokkien komponentit (ks. liite 1). Komponenttien avulla on mahdollista havainnollistaa potilaan ongelman laatua, kun luokat taas kuvaavat eri elinjärjestelmiä, johon komponenteilla viitataan. (Savolainen 2017.) Suomessa lääkärit käyttävät dokumentointiin ICPC-2-koodistosta lähinnä diagnoosi- ja käyntisykoodeja eli syy- ja oirekoodeja. Lääkäreiden lisäksi esimerkiksi perusterveydenhuollossa työskentelevät sairaanhoitajat hyödyntävät ICPC-2-luokitusjärjestelmää kirjatessaan muun muassa potilaan terveysongelmat ja käynnin syyt. (Kuntaliitto 2017.)

Asiantuntijalääkärit antoivat potilaalle ensisijaisesti ICPC-2-syykoodin, mutta jos esitiedot olivat puutteellisia, eikä täsmällistä diagnoosia pystytty antamaan, he käyttivät ICPC-2-oirekoodeja. Lisäksi lääkärit antoivat käynneille joitakin prosessikoodeja, mutta eivät toimenpidekoodeja, koska tiedettiin, ettei niitä ole aineistossa montaa, eikä niitä pystytä hyödyntämään kustannusarvion tekemisessä. Asiantuntijalääkärit antoivat kuitenkin ICPC-2-syy- tai oirekoodin myös niille potilaiskäynneille, joilla potilaalle oli tehty jokin toimenpide. Koska ICPC-2 ei kuitenkaan ole niin yksityiskohtainen koodisto- ja luokitusjärjestelmä kuin esimerkiksi ICD-10 tautiluokitus, oli koodin asettaminen jälkikäteen potilastietojen perusteella useimmissa tapauksissa ongelmatonta.

Koko aineisto analysoitiin Excel-ohjelman avulla. Analyysi tehtiin suunnitellusti potilaskäyntien kokonaismäärän, potilasmateriaalin taustatietojen (ikä, sukupuoli, kansallisuus ja uusintakäynti), potilaiden sairastavuudesta kertovien ICPC-2-luokkien ja jatkohoidon tyyppien osalta. Tutkielman empiirisen osan lopussa tehtiin kustannusarvio, paljonko Helsingin GC:llä vuonna 2016 toteutettu paperittomien hoito kustantaa perusterveydenhuollon avohoidon yksikkökustannuksissa laskettuna. Kustannusarvio perustuu annettujen ICPC-2-syy-, oire- ja prosessikoodien lukumääriin sekä THL:n raportissa (Kapiainen ym. 2014: 29–30) ilmoitettuihin sairausryhmittäisiin vastaanottokäyntien yksikkökustannuksiin. Raportissa ilmoitetut yksikkökustannukset ovat keskiarvoja perusterveydenhuollon avohoidon yksikkökustannuksista ja niissä on huomioitu myös lääkkeiden, hoitotarvikkeiden ja -menetelmien sekä muiden yleiskustannusten osuudet. Lisäksi niihin on sisällytetty asiakkaiden maksuosuudet. (Kapiainen ym. 2014: 11–30.)

Tutkielmassa selvitettiin, että THL:n raportissa (Kapiainen ym. 2014) ilmoitetut sairausryhmittäiset vastaanottokäyntien yksikkökustannukset ovat tietyin edellytyksin verrattavissa ICPC-2-diagnoosi- ja käyntisykkoodeihin: raportissa ilmoitetut sairausryhmittäiset vastaanottokäyntien yksikkökustannukset perustuvat ASL-luokitukseen, jotka on johdettu ICPC-2-diagnoosi- ja käyntisykkoodeista. THL luovutti tutkielman avuksi niin kutsutun kääntötaulun ICPC-2-diagnoosi- ja käyntisykkooidien, ASL-luokkien ja sairausryhmien vastaavuuksista, jonka avulla saatiin selville aineistossa olevien sairausryhmien lukumäärät.

Kun aineistossa olevien THL:n raportin (Kapiainen ym. 2014) mukaisten sairausryhmien lukumäärät oli saatu selville kääntötaulun avulla, aloitettiin kustannusarvion tekeminen kertomalla raportissa olevat sairausryhmittäiset vastaanottokäyntien yksikkökustannukset vuoden 2016 kustannushintaindeksillä, jotta yksikkökustannukset olisivat vertailukelpoiset vuoden 2016 hintatason kanssa (ks. taulukko 3). Yksikkökustannuksilla tarkoitetaan sairausryhmittäisten *vastaanottokäyntien* kustannuksia. Vuoden 2016 kustannushintaindeksi saatiin Tilastokeskuksen tietokannasta (ks. Tilastokeskus 2017) valitsemalla taulukkoon tarvittavat muuttujat (kunnat - terveydenhuolto - 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 - 1.-4.vuosineljännes - indeksipisteluku) ja jakamalla vuoden 2016 indeksipisteluku vuoden 2011 indeksipisteluvulla (ks. liite 2). Tämän jälkeen aineistossa

olevien sairausryhmien kokonaismäärät kerrottiin juuri lasketuilla vuoden 2016 hintatasoon päivitettyillä yksikkökustannuksilla. Lopuksi jokaisen sairausryhmän kokonaiskustannukset laskettiin yhteen ja tulokseksi saatiin Helsingin GC:llä paperittomille annetun hoidon kokonaiskustannukset vuonna 2016 perusterveydenhuollon avohoidon yksikkökustannuksissa laskettuna.

Taulukko 3. Kustannusarvion vaiheet 1–3.

<p><i>Vaihe 1. Yksikkökustannus/sairausryhmä v. -11 x kustannusindeksi</i></p> <p><i>= Yksikkökustannus/sairausryhmä v. -16</i></p>
<p><i>Vaihe 2. Yksikkökustannus/sairausryhmä v. -16 x vastaanottokäyntien kokonaismäärä aineistossa/sairausryhmä</i></p> <p><i>= kokonaiskustannus/sairausryhmä v. -16</i></p>
<p><i>Vaihe 3. Kokonaiskustannus/sairausryhmä + kokonaiskustannus/sairausryhmä +..</i></p> <p><i>= paperittomien hoidon kokonaiskustannukset v. -16</i></p>

Kustannuksissa ei huomioitu suun terveydenhuollosta aiheutuvia kustannuksia, koska ne on eriytetty perusterveydenhuollon kustannuksista myös julkisessa terveydenhuollossa. Kokonaiskustannus ei myöskään sisällä niiden kymmenen käynnin kustannuksia, joille asiantuntijalääkärit eivät pystyneet antamaan lainkaan ICPC-2-syy- tai oirekoodia, eikä potilaskäyntien yhteydessä tehdyn muutaman toimenpiteen erilliskustannuksia.

4. TUTKIMUKSEN TULOKSET

4.1. Potilaskäyntien taustatiedot

Helsingin GC:llä oli vuonna 2016 potilaskäyntejä yhteensä 556. Potilas oli lääkärin vastaanotolla 70 % käynneistä, mutta myös hammaslääkäreiden (12 %) ja sairaanhoitajien, kättilöiden tai terveydenhoitajien (9 %) vastaanotoilla oli käynyt potilaita. Tutkimuksen mukaan psykologin vastaanottoa hyödynnettiin vain kolmen käynnin yhteydessä. Potilas kävi enemmän kuin yhden terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolla saman käynnin yhteydessä 4 % (n=24) käynneistä. Tällaisia yhdistelmiä olivat esimerkiksi lääkärin ja hammaslääkärin vastaanotot sekä lääkärin ja kättilön vastaanotot.

Potilas ei päässyt lainkaan lääkärin tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön vastaanotolle 1 % (n=7) käynneistä. Tällaisissa tilanteissa potilas oli joko poistunut klinikalta omasta tahdostaan ennen vastaanottoa tai lääkäri ei ehtinyt vastaanottamaan potilasta tai saattamaan loppuun tämän hoitoa ennen klinikan sulkemisaikaa ruuhkatilanteista johtuen. Klinikan toimintatapohin kuitenkin kuuluu, että jokaisen potilaan tilanne ja hoidon tarve arvioidaan heti klinikan auetessa tai potilaan saapuessa klinikalle hoidon kiireellisyysjärjestyksen selvittämiseksi. Tämän vuoksi potilaille, jotka poistuivat klinikalta omasta tahdostaan ennen vastaanottoa tai joiden hoitoa ei ehditty aloittamaan tai saattamaan loppuun ennen klinikan sulkemisaikaa, oli kuitenkin tehty alkuhaastattelu ja hoidon kiireellisyyden arviointi.

Potilaskäyntien kokonaismäärästä (n=556) 37 % (n=203) on uusintakäyntejä ja 33 % (n=183) ensikäyntejä. Käynneistä 31 %:n (n=170) kohdalla tiedetään, onko potilas käynyt klinikalla aikaisemmin. Alle puolet klinikalle hakeutuneista potilaista on naisia (42 %) ja yli puolet miehiä (55 %). Sukupuolen osalta epäselviä potilasasiakirjamerkintöjä on 3 %:ssa (n=15) käynneistä. Klinikalla käyneiden potilaiden keski-ikä on 34,6 vuotta. Vanhin klinikalla käynyt potilas on 69 vuotta ja nuorin vain noin kaksi ja puoli viikkoa vanha. Tarkasteltaessa käyntimääriä ikäluokittain 20–29-vuotiaita on käynyt klinikalla eniten. 10–19- ja 60–69-vuotiaiden ikäluokista naiset hyödynsivät klinikan palveluita

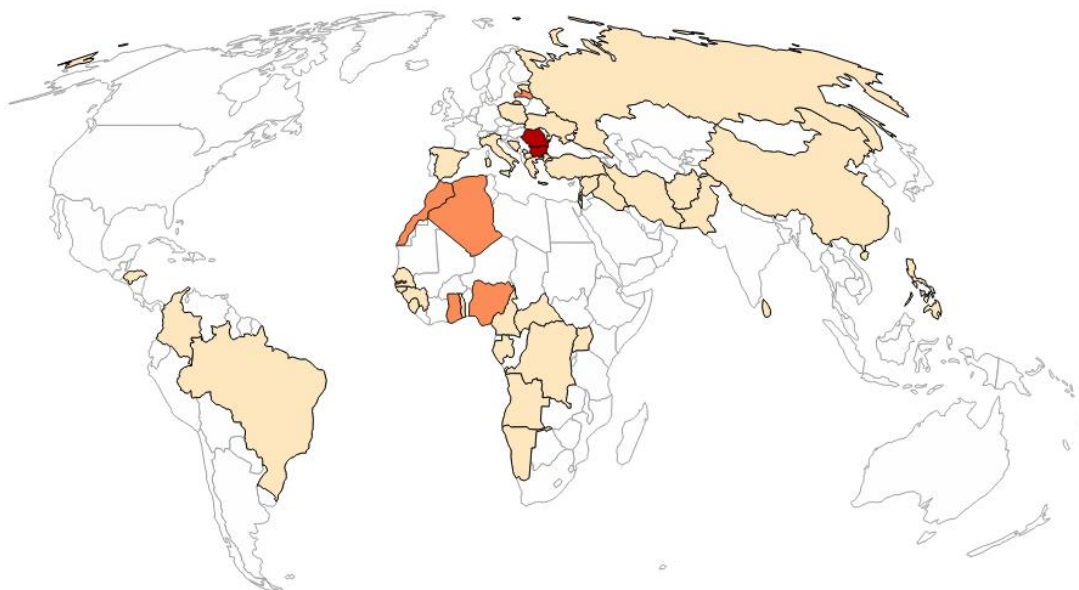
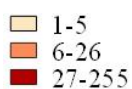
miehiä enemmän. Potilaan ikää ei pystytä määrittämään epäselvien potilasasiakirjamerkintöjen vuoksi alle kymmenyksessä käynneistä (8 %). (ks. taulukko 4.)

Taulukko 4. Klinikalla käyneiden potilaiden ikä- ja sukupuolijakaumat (n=556).

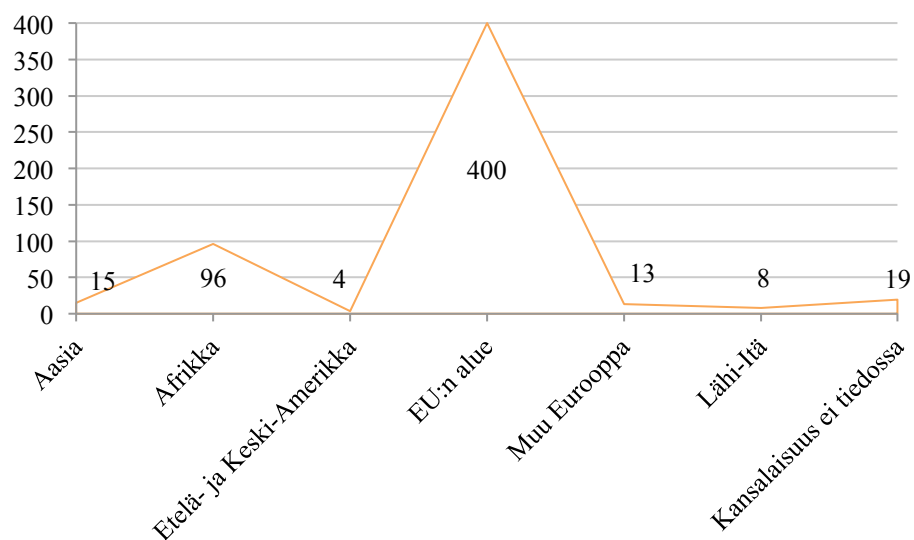
Ikäluokka	Naiset	Miehet	Sukupuolesta ei varmuutta	Yhteensä
0–9	4	5	0	9
10–19	17	9	2	28
20–29	69	82	3	154
30–39	62	79	1	142
40–49	40	67	3	110
50–59	17	41	1	59
60–69	8	0	0	8
läästä ei tietoa	18	23	5	46
Yhteensä	235	306	15	556

Vuonna 2016 GC:llä käyneet potilaat edustavat **45 eri kansalaisuutta (ks. kuviot 4 ja 5)**². Selvästi suurin osa kaikista GC:llä käyneistä potilaista (n=556) on EU-jäsenmaista Bulgariasta (23 %) ja Romaniasta (46 %), mutta potilaita on myös muualta EU:n alueelta (n=17). Lisäksi Afrikasta (n=96) on paljon potilaita. Afrikan maista eniten kävijöitä on Gambiasta (4 %) ja Nigeriasta (4 %). Käynneillä olleista potilaista vain häviävän pieni osa on Lähi-Idästä (n=8). Puutteellisten potilasasiakirjamerkintöjen vuoksi potilaiden kansalaisuuksista ei ole tietoa 3 % (n=19) käynneistä.

² Yksi potilas ilmoitti omaavansa kaksoiskansalaisuuden, eikä kaksoiskansalaisuutta huomioitu kuvioissa 4 ja 5. Kuvioon 4 ei sisällytetty myöskään tuntemattomia kansalaisuuksia. Kuvion 5 jaottelussa Venäjä sisältyy muuhun Eurooppaan ja Turkki Aasiaan.



Kuvio 4. GC:llä vuonna 2016 käyneet potilaat tunnettujen kansalaisuuksien (n=536) mukaan kartalle sijoitettuna.



Kuvio 5. GC:llä vuonna 2016 käyneet potilaat alueittain (n=555).

4.2. Paperittomien terveysongelmat, käyntisyys ja jatkohoito

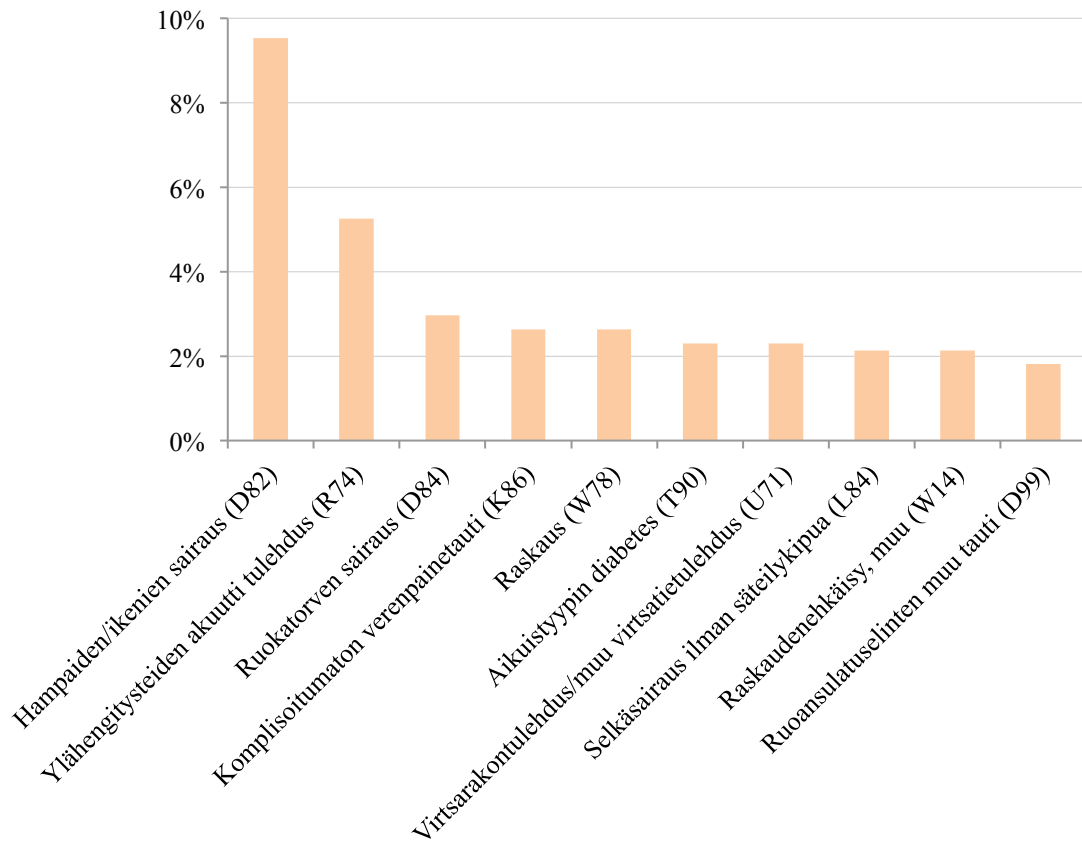
Asiantuntijalääkärit antoivat GC:llä käynneille potilaille yhteensä 608 ICPC-2-syy- ja oirekoodia sekä 12 prosessikoodia. 12 %:lle kaikista käynneistä (n=556) he antoivat enemmän kuin yhden ICPC-2-syy-, oire- tai prosessikoodin niin kutsuttujen ensisijais-ten koodien lisäksi. Vain 10 käynnille he eivät pystyneet antamaan lainkaan ICPC-2-koodia puutteellisten potilasasiakirjamerkintöjen vuoksi. Prosessikoodit raportoidaan syy- ja oirekoodeista erillään paperittomien terveysongelmia ja sairastavuutta kuvattaessa (ks. taulukko 5) mutta ne sisältyvät syy- ja oirekoodien tavoin kustannusarvioon.

Taulukko 5. Aineistossa olevat prosessikoodit.

Prosessikoodi	Selite	Lukumäärä
A50	Yleiset ja epämääräiset, Lääki- tys/lääkemääräys/uusinta/injektio	4
A60	Yleiset ja epämääräiset, Tutkimustulosten kuuleminen	4
F54	Silmä, Ompelu/korjaus/kipsaus/proteesin asennus (tai poisto)	1
R50	Hengityselimet, Lääkitys/lääkemääräys/uusinta/injektio	1
S54	Iho, Ompelu/korjaus/kipsaus/proteesin asennus (tai poisto)	1
X33	Naisen sukuelimet, Mikrobiologinen/immunologinen koe	1
	Yhteensä	12

Potilaiden terveysongelmat ja käyntisyys vaihtelevat laidasta laitaan. Hampaiden ja ikenien sairaus on kuitenkin yleisin yksittäin syy hakeutua klinikalle noin 10 %:n (n=58) osuudella kaikista annetuista ICPC-2-syy- tai oirekoodeista (n=608). Infektiosairauksista ylähengitystieinfektioita (n=32) sekä virtsarakon- ja virtsatietulehdusta (n=14) esiintyy aineistossa paljon. Myös komplisoitumaton verenpaine tauti (n=16), aikuistyypin diabetes (n=14) sekä ruuansulatukseen liittyvät ongelmat, kuten ruokatorven sairaus (n=18) ja ruuansulatuselinten muu tauti (n=11) ovat yleisiä. Huomionarvoista on, että myös seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät syyt, kuten raskauden seuranta ja siihen liittyvät ongelmat sekä ehkäisy ovat klinikan yleisimpien käyntisyiden joukossa. (ks. kuvio 6.) Naisten kolmen yleisimmän ICPC-2-syy- ja oirekoodin joukossa on ruo-

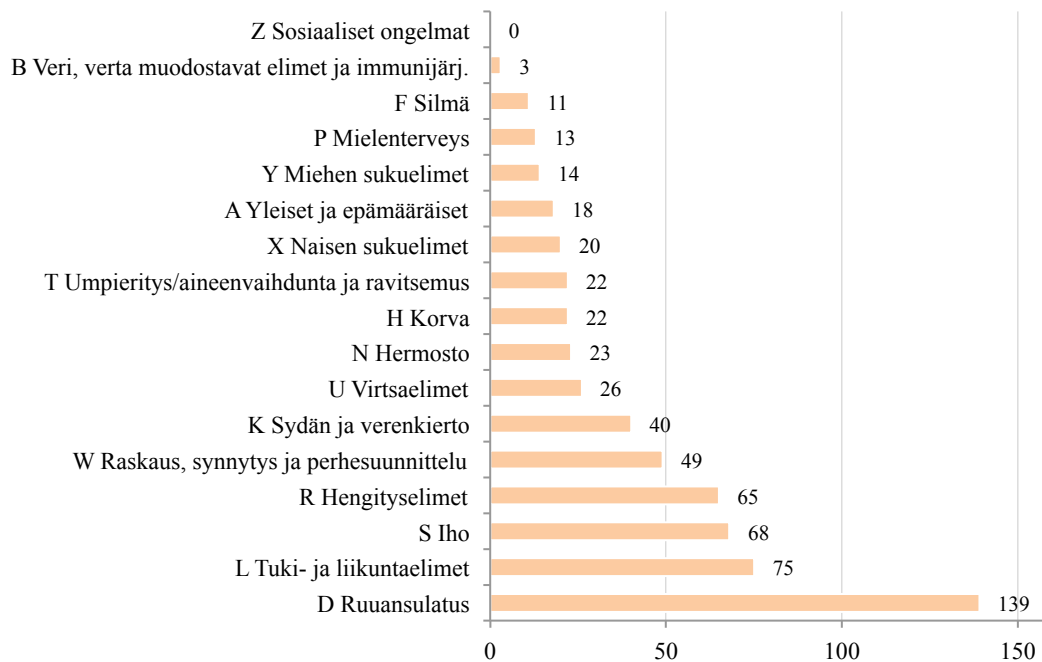
katorven sairauden sijaan raskaus (n=16) ja miesten aikuistyyppin diabetes (n=13) arvioitaessa koodeja sukupuolittain.



Kuvio 6. Aineistossa yleisimmin esiintyvien ICPC-2-syy- ja oirekoodien %-osuudet.

Tarkasteltaessa paperittomien sairastavuutta ICPC-2-päälukittain on “ruoansulatus” yleisin luokka 23 %:n osuudella (ks. kuvio 7). Hammaspotilaiden lisäksi “ruoansulatus-päälukkaan” kuuluvat esimerkiksi potilaat, jotka kärsivät närästyksestä tai vatsan turvotuksesta ja kivusta. Toiseksi suurin luokka on “tuki- ja liikuntaelimet” (12 %), joka koostuu esimerkiksi erilaisista lihas- ja selkävivusta kärsivistä potilaista ja kolmanneksi suurin luokka “iho” (11 %), johon kuuluvat potilailla esiintyneet erilaiset iho-ongelmat, kuten ihon sieni-infektiot, kuivan ihon aiheuttama ihon kutina ja psoriasis.

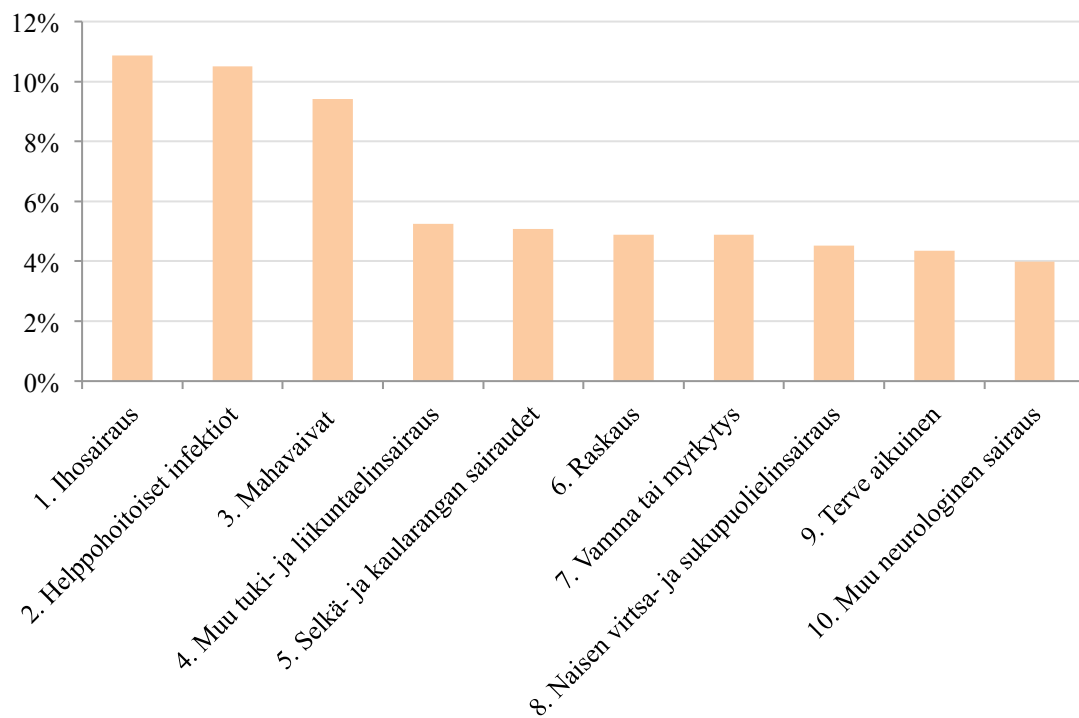
“Mielenterveys-pääluokkaan” kuuluvat potilaat, joilla on todettu esimerkiksi masennusta, ahdistuneisuushäiriötä sekä pelko- ja jännityneisyystiloja. Yksinomaan mielenterveyongelman tai -sairauden vuoksi hoitoon hakeutuneiden ja niistä diagnoosin saaneiden määrä ei kuitenkaan ole aineistossa suuri. Mainittakoon myös, että “veri, verta muodostavat elimet ja immuunijärjestelmä -pääluokkaan” kuuluu vain kolme käyntiä (0 %), joista yhdeltä potilas on lähetetty suoraan HIV-testeihin ja kahdelta raskaana oleva HIV-infektiota sairastava potilas julkiseen terveydenhuoltoon jatkohoitoon. Tuberkuloosiepäilyjä aineistossa oli vain yksi ja se kuuluu “yleiset ja epämääräiset -pääluokkaan”. Kyseinen potilas oli lähetetty jatkotutkimuksiin julkiseen terveydenhuoltoon.



Kuvio 7. Paperittomien yleisimmät terveysongelmat ja käyntisyyt ICPC-2-pääluokittain (n=608).

ICPC-2-syy- ja oirekoodit luokiteltiin THL:n julkaisun (Kapiainen ym. 2014) mukaisesti sairausryhmiin kustannusarviota varten. THL:n sairausryhmittäinen luokittelu ei ole yhtä tarkka kuin diagnoosien luokitteluun tarkoitettu ICPC-2-koodisto- ja luokitusjärjes-

telmä, minkä vuoksi THL:n sairausryhmät eivät kuvaa yhtä täsmällisesti potilaiden terveysongelmia ja käyntisyytä kuin ICPC-2. Kustannusten vertailua varten kuvioon 8 on kuitenkin kuvattu potilaiden 10 yleisintä terveysongelmaa ja käyntisyytä THL:n sairausryhmittäin. Kuvioon ei sisälly lainkaan hammasongelmien vuoksi klinikalla käyneitä potilaita, koska suun terveydenhuollon käyntejä ei huomioitu myöskään kustannusarviossa. Prosessikoodit sen sijaan on huomioitu kuviossa ja kustannusarviossa. THL:n luovuttaman kääntötaulun mukaan ICPC-2-prosessikoodien vastaava THL:n sairausryhmä on “Ei diagnoosia”.



Kuvio 8. Potilaiden 10 yleisintä käyntisyytä ja terveysongelmaa THL:n sairausryhmittäin (%).

Tutkimuksen mukaan 16 % käynneistä (n=87) ei johtanut minkäänlaiseen lääke- tai jatkohoitoon. Potilaita kuitenkin ohjeistettiin palaamaan seurantakäynnille GC:lle 5 % (n=30) käynneistä ja lähetettiin jatkohoitoon julkiseen terveydenhuoltoon 11 % (n=60) käynneistä. Lääkäri oli kirjoittanut reseptin potilaalle noin joka kolmannella (33 %)

käynnillä ja klinkalta oli annettu lääke potilaalle mukaan yli neljänneksellä (27 %) käynneistä. Laboratoriokokeisiin oli lähetetty potilaita vain harvoin (2 %).

Julkisen terveydenhuollon piiriin ohjatuista potilaista 80 % (n=48) lähetettiin kiireelliseen hoitoon ja 18 % (n=11) äitiys- ja lastenneuvolaan. Yhdellä henkilöllä oli oikeus kattaviin julkisiin terveydenhuoltopalveluihin, minkä vuoksi häntä ohjattiin ottamaan yhteyttä perusterveydenhuoltoon. Lisäksi kolmelta käynniltä potilas oli ohjattu yksityiseen terveydenhuoltoon ja yhdeltä käynniltä kolmannelle sektorille. Lääkäri konsultoi julkisen terveydenhuollon kollegaansa tietävästi viideltä (1 %) potilaskäynniltä. Julkisen terveydenhuollon kiireelliseen hoitoon lähetetyistä potilaista 48 % (n=23) oli suun terveydenhuollon potilaita ja esimerkiksi kolmelta käynniltä (6 %) potilas oli lähetetty kiireelliseen hoitoon sepelvaltimotautikohtauksen epäilyn vuoksi. Potilaiden jatkohoidosta ei ollut tietoa 13 % (n=71) käynneistä epäselvien potilasasiakirjamerkintöjen vuoksi.

4.2.1. Paperittomien terveyden edistäminen

Raskaus on viidenneksi yleisin käyntisyys kaikista potilaskäynneistä ja toiseksi yleisin (6 %) käyntisyys paperittomien naisten kaikista käynneistä GC:llä vuonna 2016. Raskauden takia klinikalle saapuneista potilaista (n=16) 69 % ohjattiin julkiseen äitiys- ja lastenneuvolaan. Paperittomat naiset saivat myös ehkäisyyn liittyvää neuvontaa ja hoitoa usein (n=13) verrattuna naisten kaikkiin potilaskäynnteihin klinikalla.

Osa potilaista on hakeutunut GC:lle jatkuvaa hoitoa vaativien kroonisten sairauksien takia, kuten verenpainetaudin (n=16) aikuistyypin diabeteksen (n=14), astman (n=8) ja epilepsian (n=2) vuoksi. Aikuistyypin diabetesta esiintyi etenkin miehillä (n=13). Kun eritellään tarkemmin esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksia, aineistossa on komplisoitumattoman verenpainetaudin lisäksi muun muassa iskeemistä sydänsairautta (n=3), sydämen vajaatoimintaa (n=2), muuta sydäntautia (n=2), kohonnutta verenpainetta (n=2), valtimokovettumatautia/ääreisverisuonten sairautta (n=2) ja rintakehän oireita/vaivaa (n=2).

Yleisiä potilailla esiintyneitä infektioita ovat esimerkiksi ylähengitystieinfektio (n=32), virtsarakontulehdus tai muu virtsatietulehdus (n=14), korvakäytävä-tulehdus (n=9), virtsaputkentulehdus (n=7) ja muu hengityselinten sairaus, jotka voivat hoitamattomina ja pahentuessaan johtaa potilaan vakavampaan sairautumiseen. Vakavia infektioita, kuten tuberkuloosia tai HIV:iä aineistossa ei ollut montaa. Klinikalla ei diagnosoitu yhtäkään sukupuolitautia, kuten kuppaa tai tippuria. Usealla GC:lle hammasongelmien vuoksi hakeutuneella potilaalla todettiin tarve esimerkiksi hampaiden paikkauksille ja yhden tai useamman hampaan poistolle. Lähes 40 % hammasvaivojen takia klinikalle saapuneista ohjattiin julkiseen kiireelliseen hoitoon.

Osalle potilaista määrättiin lääkehoitoa sairauksien tai tautien ehkäisemiseksi tai niiden hillitsemiseksi. Lääkkeitä määrättiin myös loukkaantumisen jälkitiloihin. Potilaan sairauden, taudin tai loukkaantumisen jälkitilan seuranta jatkettiin klinikalla vain harvoin, kuten jo aiemmin tutkimustuloksissa todettiin.

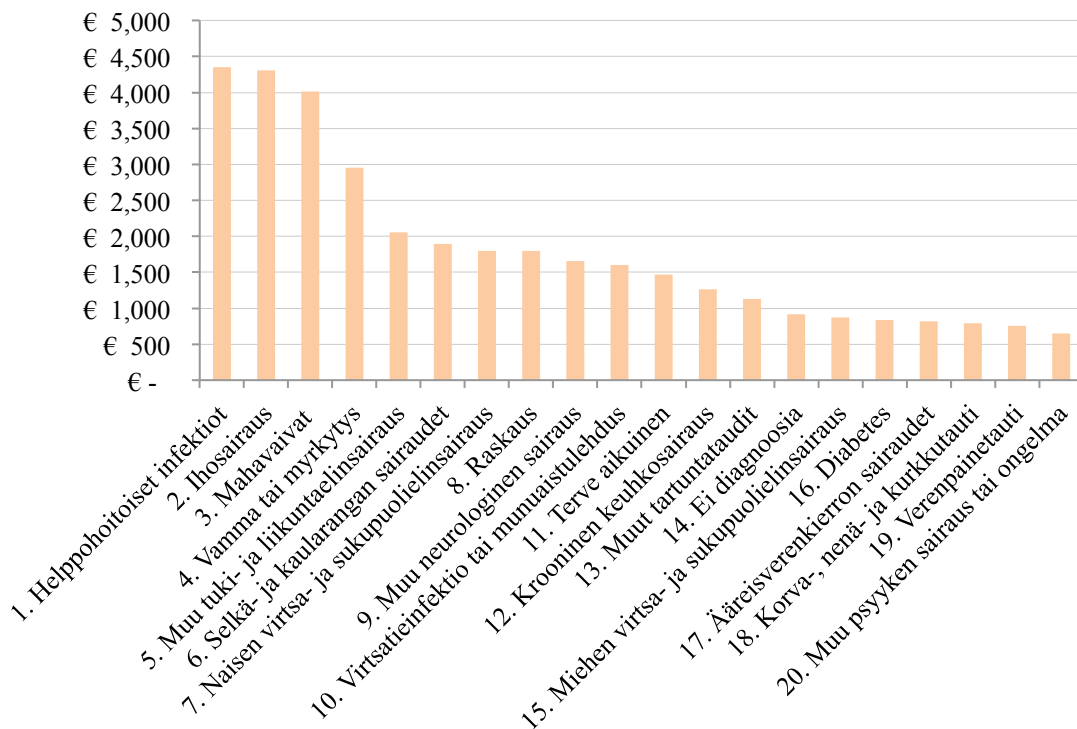
4.3. Kustannusarvio paperittomille vuonna 2016 annetusta perustason hoidosta

Kustannusarvio toteutettiin taulukon 6 vaiheiden mukaisesti. Kuten taulukosta on nähtävissä yksikkökustannukset ovat sairausryhmittäisten *vastaanottokäyntien* kustannuksia. Tutkimuksen mukaan Helsingin GC:llä vuonna 2016 paperittomille annettu perustason hoito maksaa 39 547,31 euroa perusterveydenhuollon avohoidon yksikkökustannuksissa laskettuna. Kokonaiskustannus sisältää lääkkeiden, hoitotarvikkeiden ja -menetelmien sekä muiden yleiskustannusten ja asiakkaiden maksuosuudet. Kustannusarvion ulkopuolelle jätettiin esimerkiksi suun terveydenhuollon kustannukset (ks. kapaleet 3.3. ja 5.1–5.2.). Liitteestä 3 näkyvät vastaanottokäyntien sairausryhmittäiset kokonaiskustannukset vuonna 2016.

Taulukko 6. Kustannusarvion vaiheet 1–3 ja toteutus.

<p><i>Vaihe 1. Yksikkökustannus/diabetes v. -11 x kustannusindeksi ~ 1,072</i></p> <p><i>= Yksikkökustannus/diabetes v. -16</i></p> <p><i>52€ x 1,072 = 56€</i></p>
<p><i>Vaihe 2. Yksikkökustannus/diabetes v. -16 x diabeteskäyntien kokonaismäärä aineis-</i> <i>tossa = diabeteskäyntien kokonaiskustannus v. -16</i></p> <p><i>56€ x 15 = 836,41€</i></p>
<p><i>Vaihe 3. Kokonaiskustannus/diabetes + kokonaiskustannus/allergiaoireet +..</i></p> <p><i>= paperittomien hoidon kokonaiskustannukset -16</i></p> <p><i>836,41€ + 366,73€ +.. = 39 547,31€</i></p>

Eniten kustannuksia muodostui helppohoitoisista infektioista, ihosairauksista ja maha-vaivoista (ks. kuvio 9). Erilaiset vammat, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, selkävaivat sekä myrkytykset aiheuttivat myös paljon kustannuksia. Lisäksi naistentaudit ja raskaus si-joittuvat kymmenen kalleimman sairausryhmän joukkoon.



Kuvio 9. Paperittomien hoidon kustannusten jakautuminen 20 kalliimman sairausryhmän mukaan (€).

4.4. Yhteenveto

Paperittomien taustatiedot, terveysongelmat, käyntisyys ja jatkohoito

Tutkimustuloksista nousee nousee esille GC:llä käyneiden potilaiden kansalaisuuksien vinoutunut jakauma. Selvästi suurin osa klinikalle hakeutuneista potilaista on EU-jäsenmaista Bulgariasta ja Romaniasta. Ilman näitä käyntejä kokonaiskäyntimäärä olisi noin kolmannes nykyisestä. Huomionarvoista on, että vain murto-osa potilaista oli on Lähi-idästä, josta on saapunut Eurooppaan runsain mitoin turvapaikanhakijoita viime vuosina (vrt. Czaika & Hobolth 2016). Potilaat olivat pääosin työikäisiä, eikä lapsia ja vanhuksia juurikaan ole. Ero kävijöiden sukupuolijakaumassa ei ole merkittävä: miehiä on vain hieman enemmän kuin naisia.

Tutkimuksen mukaan paperittomilla on monenlaisia terveysongelmia ja sairauksia, joita voi ilmetä kenellä tahansa. Terveysongelmien ja sairauksien luonteen vuoksi suurin osa potilaista sijoittuisi perusterveydenhuoltoon, mikäli heidät hoidettaisiin julkisessa terveydenhuollossa (ks. esim. Kokko 2013). Tutkimustulokset osoittavat, että paperittomat kärsivät yleisimmin hammasongelmista sekä usein närästyksestä, vatsakivusta ja -turvotuksesta, erilaisista iho-ongelmista sekä lihas- ja selkävivusta. Nämä ongelmat voivat viitata huonoihin elintapoihin ja -olosuhteisiin (vrt. Khosravi 2010). Osa potilaista oli esimerkiksi tuonut vastaanotolla esille, ettei heillä ole kunnollista asuntoa, ja muutama heistä kertoi nukkuvansa autossa tai metsässä.

Lindertin ym. (2009) mukaan pakolaisilla ilmenee enemmän mielenterveysongelmia kuin työn perässä maahan muuttaneilla, mutta yksinomaan mielenterveysongelman tai -sairauden vuoksi hoitoon hakeutuneiden ja niistä diagnoosin saaneiden määrä ei ole aineistossa suuri. Tulokset kuitenkin vahvistavat aiempien tutkimusten tuloksia siitä, että paperittomilla ei esiinny esimerkiksi tuberkuloosia tai HIV:iä merkittäviä määriä (ks. Ehmsen ym. 2014; Salmi ym. 2016). Tutkimustuloksista on nähtävissä, että myös sydän- ja verisuonisairauksia esiintyy paperittomilla usein. On mahdollista, että niiden esiintyvyys on paperittomilla kantaväestöä suurempi, mutta tässä tutkimuksessa sydän- ja verisuonisairauksien suhteellista määrää ei kuitenkaan ole mahdollista verrata kantaväestöön (ks. Wahlberg ym. 2014).

Tutkimustuloksista selviää, että ICPC-2-luokkia tarkasteltaessa Helsingin GC:llä vuonna 2016 käyneiden potilaiden yleisimmät terveysongelmat ja sairaudet ovat vuosiin 2011–2013 verrattuna melko yhteneväiset, mutta hammasongelmien osuus on kuitenkin kasvanut (vrt. Salmi ym. 2016). Tulokset ovat myös hyvin samankaltaiset verrattuna niihin harvoihin kansainvälisiin tutkimuksiin, joissa asiaa on selvitetty (ks. Goossens & Depoorter 2011; Ehmsen ym. 2014).

Paperittomien perustason hoidon kustannukset

Helsingin GC:llä vuonna 2016 annettu perustason hoito on kustannusten perusteella verrattavissa julkiseen perusterveydenhuoltoon, koska kokonaiskustannukset ovat las-

kettu perusterveydenhuollon avohoidon yksikkökustannuksissa (ks. Kapiainen ym. 2014). Tutkielman tulosten perusteella paperittomien perusterveydenhuollon kustannukset vuonna 2016 ovat kuitenkin häviävän pieni osa perusterveydenhuollon ja yleisesti terveydenhuollon kokonaismenoista Suomessa (vrt. Matveinen & Knape 2016). Vertailtaessa kuvioita 8 ja 9 on nähtävissä, että sairausryhmien määrien suhde niistä muodostuneisiin kustannuksiin vaihtelee vain vähän. Kolmesta yleisimmästä sairausryhmästä on muodostunut myös eniten kustannuksia.

Hammasongelmista kärsivien potilaiden osuus oli suurin myös julkiselle puolelle kiireelliseen hoitoon lähetettyjen määrästä. Myös osa kroonista sairautta sairastavista potilaista lähetettiin kiireelliseen hoitoon, mikä viestii sairauden pahenemisesta ja hoidon aloituksen viivästyttämisestä. Aineiston analyysin mukaan osa päivystykseen lähetetyistä potilaista pystyttäisiin hoitamaan kiireettömästi perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa, mikäli terveysongelmaan tai sairauden kulkuun puututtaisiin aikaisemmin (ks. Bozorgmehr & Razum 2015; FRA 2015; De Vito 2016). Tuloksista on pääteltävissä, että potilaiden hoidon aloittamisella vasta sairauden myöhäisessä vaiheessa on kielteisiä vaikutuksia hoidosta muodostuviin kustannuksiin (ks. esim. Starfield & Shi 2002; Ryyänen ym. 2006).

Tämän tutkielman tarkoituksena ei ole käsitellä eri terveysongelmien, sairauksien tai tapaturmien hoidon taloudellista kannattavuutta, kustannusvaikuttavuutta tai tehokkuutta. Täten tutkimuksella ei pystytä osoittamaan, mitä palveluita paperittomille tulisi tarjota, jotta muodostuvien kustannusten ja hyödyn suhde olisi mahdollisimman suuri. Tätä olisi myös haastavaa osoittaa lyhyellä aikavälillä, koska terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän hoidon kustannukset ja hyödyt realisoituvat eri aikaan (ks. esim. Ryyänen ym. 2006). On kuitenkin arvioitu, että tiettyjen säännöllisten terveydenhuoltopalveluiden tarjoaminen paperittomille olisi kokonaiskustannuksiltaan halvempaa kuin palveluiden rajaaminen vain kiireellisiin (ks. Bozorgmehr & Razum 2015; FRA 2015).

Paperittomien terveyden edistämisen toimivuus ja sen vaikutukset

Tutkimustulokset osoittavat, että paperittomien terveydenhuoltoon liittyvistä oikeuksista tai heidän asemastaan suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä ei ole olemassa omaa lainsäädäntöä, vaan päätökset kiireellistä hoitoa laajemmista julkisista palveluista tehdään kuntatasolla (ks. KuntaL). Tutkielman tulosten mukaan paperittomilla ei ole oikeutta *julkisiin* kiireettömiin terveydenhuoltopalveluihin yleisesti Suomessa toisin kuin henkilöillä, joilla on kotikunta Suomesta (ks. terveydenhuoltolaki). Heillä ei siis ole oikeutta sellaisiin terveyttä edistäviin ja ennaltaehkäiseviin perusterveydenhuollon tai erikoissairaanhoidon palveluihin, jotka eivät ole kiireellisiä. Kiireellisen hoidon käsite sekoitetaan ajoittain päivystykselliseen hoitoon, minkä vuoksi paperittomat eivät välttämättä aina saa edes heille kuuluvaa hoitoa (ks. Salmi ym. 2016).

Kiireettömän hoidon tarjoamisessa on kuitenkin alueellisia poikkeuksia: Helsingissä, Espoossa, Vantaalla ja Turussa asuvat paperittomat raskaana olevat sekä paperittomat lapset saavat kantaväestön kanssa samat kiireettömät palvelut eli myös terveyttä edistävät ja ennaltaehkäisevät palvelut (ks. Helsingin kaupunki 2013; Turun kaupunki 2015; Espoon kaupunki 2016; Vantaan kaupunki 2017). Lisäksi Helsingissä asuvilla kaikilla paperittomilla on pian oikeus välttämättömään terveydenhuoltoon, johon valtuustoaloitteen mukaan sisältyvät esimerkiksi rokotukset (ks. Helsingin kaupunki 2017). Kokonaisuudessaan paperittomien oikeudet terveydenhuoltoon ovat kuitenkin erittäin rajatut Suomessa esimerkiksi Ruotsiin verrattuna (ks. Regeringskansliet 2013; Statskontoret 2016).

Edellä mainitut poikkeukset huomioiden tutkimustuloksista voidaan päätellä, että *lainsäädännöllisesti* paperittomat eivät ole oikeutettuja julkiseen promotiiviseen terveyden edistämiseen yleisesti Suomessa. Heillä ei siis ole saatavilla julkisen terveydenhuollon palveluita, joilla pyritään vaikuttamaan yksilön valintoihin, jotta sairastumista tai loukkaantumista ei ikinä tapahtuisi (ks. Koskenvuo & Mattila 2003; Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2010a).

Hyvärisen ym. (2009) mukaan preventiivistä terveyden edistämistä on vaikeaa erottaa kliinisestä sairaanhoidosta, koska todellisuudessa kaikki toimet potilaan sairauden hillitsemiseksi ja toipumisen edistämiseksi ovat preventiivistä terveyden edistämistä. Hyvärisen näkemyksen perusteella vivahteita sairaanhoitoon painottuvasta preventiosta eli sekundääri- ja tertiääripreventiosta voi esiintyä myös paperittomille annettavassa kiireellisessä hoidossa. Paperittomien oikeuksiin ei kuitenkaan kuulu primääripreventiivinen hoito, koska kiireelliseen hoitoon ei virallisesti sisälly toimet sairastumisen tai loukkaantumisen ehkäisemiseksi. Myös kysymys sekundääri- ja tertiääriprevention osittaisesta sisällyttämisestä paperittomille annettavaan kiireelliseen hoitoon on erittäin tulkinvarainen kiireellisen hoidon luonteen vuoksi. Kiireettömän hoidon osalta Hyvärisen väite taas on uskottava. (vrt. Koskenvuo & Mattila 2003; Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2010a; terveydenhuoltolaki.)

Tutkimuksesta voidaan päätellä, että yleisesti paperittomien terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisevä terveydenhuolto on pitkälti vapaaehtoisvoimin toimivan GC:n vastuulla, vaikka tällä hetkellä tietyissä kaupungeissa paperittomilla raskaana olevilla ja lapsilla on oikeus kyseisiin julkisiin palveluihin. GC:n toimitilat ja varustetaso ovat puutteelliset sekä henkilökuntaa vähän (ks. Keskimäki ym. 2014), mikä viittaa siihen, että klinikalla ei ole mahdollisuutta potilaiden pitkäjänteiseen tai perusteelliseen terveyden edistämiseen ja ennaltaehkäisevään hoitoon.

Tutkimustulosten mukaan GC:llä ei ole mahdollisuutta paperittomien promotiiviseen terveyden edistämiseen. Tulokset kuitenkin osoittavat, että hoito sisältää piirteitä preventiivisestä terveyden edistämisestä niin primääri-, sekundääri kuin tertiääripreventionkin osalta. (ks. Koskenvuo & Mattila 2003; Rouvinen-Wilenius & Koskinen-Ollonqvist 2010.) Kokon (2013) mukaan yksinomaan terveyttä edistäviä ja ennaltaehkäiseviä palveluita ovat äitiyshuollon palvelut. Raskaus onkin yksi yleisimmistä käyntisyistä klinikalla, vaikka useimmat raskaana olevista paperittomista ohjattiin klinikalta hoitoon julkiseen äitiys- ja lastenneuvolaan. Raskauden seuranta ja ehkäisyä koskevat käynnit ovatkin esimerkkejä GC:llä annetusta primääripreventiivisestä hoidosta.

Aineisto osoittaa, että GC:llä on annettu primääripreventiota enemmän sekundaari- ja tertiäripreventiivistä hoitoa. GC:llä on käynyt useita potilaita akuuttien infektioiden ja kroonisten sairauksien vuoksi. Näille potilaille on annettu esimerkiksi elämäntapaohjausta, itsehoito-ohjeita ja lääkereseptejä hillitsemään sairauden tai taudin kulkua. Tertiäripreventiivistä hoitoa on annettu etenkin suun terveydenhuollon osalta, usealla potilaalla oli todettu tarve esimerkiksi hampaiden paikkaukselle ja yhden tai useamman hampaan poistolle. Kyseisistä potilaista merkittävä osa lähetettiin julkiseen terveydenhuoltoon kiireellisen hoidon indikaatiolla.

Osa potilaista oli kutsuttu uusintakäynnille GC:lle, mikä viestii pyrkimyksestä ennaltaehkäistä sairauden pahenemista. Julkiseen terveydenhuoltoon tai kiireelliseen hoitoon lähetettyjen potilaiden määrä kaikista potilaskäynneistä ei kuitenkaan ole suuri. Kiireelliseen hoitoon lähetettyjen potilaiden määrä laskisi todennäköisesti entisestään, mikäli paperittomilla olisi oikeus laajempiin julkisiin terveydenhuoltopalveluihin (ks. esim. Biswas ym. 2011). Aineiston analyysi myös osoittaa, että osa kiireelliseen hoitoon lähetetyistä potilaista pystyttäisiin hoitamaan kiireettömästi perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa, mikäli terveysongelmaan tai sairauden kulkuun puututtaisiin aikaisemmin (vrt. Bozorgmehr & Razum 2015; FRA 2015; De Vito 2016). Tällaisia potilaita ovat esimerkiksi kiireelliseen hoitoon lähetetyt akuuttia hoitoa vaativat sydänpotilaat puhumattakaan hammasongelmista kärsivistä potilaista.

Tutkimustulokset osoittavat, että paperittomien terveydenhuollon rajaamisella on monenlaisia vaikutuksia, joita GC:llä paperittomille annettu perustason hoito kuitenkin todennäköisesti vähentää. Julkiseen terveydenhuoltoon asetettujen rajausten myötä yksilön sairauden hoito viivästyy, jolloin hänen fyysinen terveydentilansa heikentyy (ks. esim. Biswas ym. 2011) ja hoito on yleensä haastavampaa (vrt. Bozorgmehr & Razum 2015; FRA 2015; De Vito ym. 2016). Myös yksilön psyykinen vointi voi alentua (vrt. Laverack 2009). Syrjäytyneestä asemasta ja terveydentilan kokonaisvaltaisesta romahamisesta voi yksilöä vaarantavien tekijöiden lisäksi olla yhteiskunnallisia seurauksia, kuten rikollisuuden lisääntymistä (ks. Jauhiainen ym. 2018).

Paperittomilla voi esiintyä tartuntatauteja, jotka on kansallisen rokotusohjelman avulla saatu osittain tai kokonaan hävitettyä kantaväestöstä, vaikka tartuntataudeilla ei suurta osuutta aineistossa olekaan. Kantaväestöstä jo kitkettyjen tartuntatautien mahdollisen ilmaantumisen ja rokotusten puuttumisen vuoksi terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän hoidon puuttumisella on välillinen vaikutus myös terveydenhuollon henkilöstöön ja kansanterveyteen (vrt. Keskimäki ym. 2014). Hoidon viivästyminen vaikuttaa kielteisesti myös esimerkiksi hoidosta muodostuviin kustannuksiin ja niiden jakautumiseen terveydenhuoltojärjestelmän sisällä (ks. Starfield & Shi 2002; Goetzel ym. 2005; Ryyänen ym. 2006). Tutkimus osoittaa, että lainsäädännön ja hoitoon liittyvien määräysten puute aiheuttaa terveydenhuollon henkilöstölle hoitoon liittyviä haasteita. Lisäksi terveydenhuollon henkilöstöllä esiintyy työhön liittyvää epävarmuuden tunnetta ja ahdistuneisuutta (ks. esim. Jensen ym. 2011).

Suomi on sitoutunut kansainvälisiin ihmisoikeussopimuksiin, joissa painotetaan muun muassa erityisen haavoittuvassa asemassa olevien henkilöiden, kuten lasten, raskaana olevien ja lapsivuoteisten naisten erityistä suojelemista sekä heidän terveytensä turvaamista. Ihmisoikeussopimusten sisältämät velvoitteet viittaavat sopimuksiin sitoutuneiden maiden vastuuseen tarjota paperittomille raskaana oleville ja lapsille myös terveyttä edistäviä palveluita. (ks. esim. TSS-sopimus.) Tutkimuksen tuloksista voidaan päätellä, että ihmisoikeussopimusten määräykset toteutuvat paperittomien raskaana olevien ja lasten osalta pääkaupunkiseudulla ja Turussa, mutta eivät kansallisesti (ks. Helsingin kaupunki 2013; Turun kaupunki 2015; Espoon kaupunki 2016; Vantaan kaupunki 2017).

5. JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

5.1. Loppupäätelmät

Käsillä olevassa tutkielmassa on kuvattu paperittomien terveyden edistämisen, ennaltaehkäisevän hoidon ja yleisesti paperittomien terveydenhuollon toteutumista suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä. Lisäksi tutkielmassa on arvioitu hoidon toteutumisesta ja nykymuotoisen terveydenhuollon järjestämistavasta johtuvia vaikutuksia sekä GC:llä paperittomille annetun perustason hoidon kustannuksia julkisen perusterveydenhuollon yksikkökustannuksia hyödyntäen. Tutkimusongelmani olivat: 1. Miten terveyden edistäminen toimii paperittomien kohdalla ja millaisia ovat sen vaikutukset? 2. Minkälaisia ovat paperittomien terveysongelmat? ja 3. Millaisia ovat paperittomien nykymuotoisen perustason hoidon kustannukset? Seuraavissa kappaleissa käsitellään ensin toista ja kolmatta tutkimusongelmaa ja vasta viimeiseksi ensimmäistä, päätutkimusongelmaa.

Minkälaisia ovat paperittomien terveysongelmat?

Aineiston analyysi osoittaa, että paperittomien terveysongelmat ja käyntisyys ovat erilaisia sekä GC:llä annettu hoito monipuolista. Tutkimustulosten mukaan paperittomat hakeutuvat samankaltaisten terveysongelmien vuoksi hoitoon myös muissa maissa kuin Suomessa. Mielenterveyteen liittyviä ongelmia paperittomilla on kuitenkin todennäköisesti enemmän kuin tutkielman aineisto antaa ymmärtää, koska paperittomat hakeutuvat klinikalle ensisijaisesti fyysisten vaivojen takia. Mielenterveyteen liittyvät ongelmat jäävät usein myös toissijaisiksi fyysisiin vaivoihin nähden, koska klinikalla on niukkojen resurssien vuoksi mahdollista hoitaa vain välttämättömin. Klinikalla ei määrätä pääasiallisesti keskushermostoon vaikuttavia lääkkeitä, mikä voi vaikuttaa mielenterveysongelmien kanssa painivien potilaiden hoitoon hakeutumiseen. Käyntejä psykologeilla on tutkimustuloksiin nähden todennäköisesti enemmän, koska potilaat keskustelevat heidän kanssaan usein myös epävirallisesti luomatta pidempiaikaista hoitosuhdetta.

Tutkimustulokset kertovat, että Helsingin GC:llä hoidettavista potilaista suurin osa on laillisesti maassa ja täten he eivät kuulu virallisesti paperittomiin. Voidaankin pohtia, olisivatko aineiston tulokset yleisimpien terveysongelmien ja käyntisyiden osalta kovin erilaiset, mikäli aineistoa analysoitaisiin vain virallisesti paperittomiksi määriteltävien henkilöiden osalta. Olisivatko terveysongelmat ja sairaudet esimerkiksi vaativampia hoitaa tai esiintyisikö aineistossa enemmän mielenterveysongelmia? Aineistoon sisällytettiin kuitenkin myös ne käynnit, joilla potilas on kansalaisuutensa puolesta laillisesti maassa, mutta oikeutettu virallisesti paperittomiksi määriteltävien kanssa samantasoisiin palveluihin. Tutkielman tuloksista voidaan päätellä, että kielteiset turvapaikkapäätökset eivät selvästi olleet vaikuttaneet Lähi-idästä tulevien potilaiden lisääntymiseen klinikalla vielä vuonna 2016. Lasten pieni osuus aineistossa saattaa johtua siitä, että he ovat päässeet suoraan hoitoon julkiseen terveydenhuoltoon.

Millaisia ovat paperittomien nykymuotoisen perustason hoidon kustannukset?

Tutkimustulokset kertovat, että paperittomien perustason hoidosta vuositasolla muodostuva kustannus on vain marginaalinen osuus perusterveydenhuollon ja yleisesti terveydenhuollon kokonaismenoista Suomessa. GC on kuitenkin toimitilojensa, varustetasonsa ja henkilökuntansa määrän suhteen vaatimaton verrattuna julkiseen perusterveydenhuoltoon, minkä vuoksi sitä ei voi verrata perusterveydenhuollon yksikköön, kuten terveyskeskukseen. Tämän vuoksi potilaiden käyntimäärät ja -syyt voisivat olla erilaiset, mikäli paperittomilla olisi oikeus julkiseen perusterveydenhuoltoon. Tällainen vaihtelu luonnollisesti vaikuttaisi myös annetun hoidon laatuun ja täten myös kustannuksiin. Voidaankin todeta, että tutkielmassa tehty kustannusarvio on verrattavissa julkiseen perusterveydenhuoltoon *tietyn käyntimäärän ja tiettyjen käyntisyiden suhteen*. Tämän tutkielman puitteissa ei pystytä arvioimaan paperittomien hoidon tarpeen ja laadun mahdollista muuttumista, eikä kustannuksia tai kustannusten ja hyödyn suhdetta paperittomien terveydenhuollon nykymuotoisesta järjestämistavasta eroavissa malleissa.

Kustannusarvio on todennäköisesti todellisia kustannuksia korkeampi, koska se on laskettu kaikkien potilaille annettujen diagnoosien mukaan: asiantuntijalääkärit antoivat osalle potilaista enemmän kuin yhden ICPC-2-syy-, oire- tai prosessikoodin niin kutsut-

tujen ensisijaisten koodien lisäksi. Toisaalta kustannusarvion ulkopuolelle jätettiin tiettyjä asioita, jotka nostaisivat kustannusarvion suuruutta. Kuten tutkielmassa jo aiemmin todettiin, kustannusarviossa otettiin huomioon vain Helsingin GC:n käynnit. Tämä on huomioitava tarkasteltaessa kustannusarvion suuruutta laajemmassa kontekstissa koko maan tasolla. Muiden klinikoiden käyntimääristä tai -syistä ei ole tietoa, mutta on selvää, että Helsingin GC:llä paperittomia käy eniten. Osa muualla Suomessa olevista klinikoista ei nimittäin toimi Helsingin GC:n verrattuna yhtä aktiivisesti vähäisistä kävijämääristä johtuen. On myös muistettava, että kustannusarvioon ei sisälly suun terveydenhuollon potilaita, vaikka hammasongelmien vuoksi GC:llä kävi eniten potilaita vuoden 2016 aikana. Tutkimuksessa on arvioitu perusterveydenhuollon kustannuksia julkisen terveydenhuollon tapaan eli ilman suun terveydenhuollon kustannuksia. Kustannusarvioon ei myöskään sisälly niitä kymmentä käyntiä, joille asiantuntijalääkärit eivät pystyneet antamaan lainkaan ICPC-2-koodia tai niitä muutamaa toimenpidettä, kuten ehkäisykapselin laittoa tai ompeleiden poistoa, joita klinikalla on tehty muutaman potilaskäynnin yhteydessä.

On epäselvää, mitä THL:n raportin (Kapiainen ym. 2014) yksikkökustannuksiin kuuluvat “muut yleiskustannukset” sisältävät. Vapaaehtoiset tulkit ovat oleellinen osa hoidon sujuvuutta GC:llä, eivätkä tulkkikustannukset todennäköisesti sisälly mainittuihin muihin yleiskustannuksiin. Lisäksi osa paperittomista raskaana olevista ja lapsista on todennäköisesti päässyt julkiseen terveydenhuoltoon pääkaupunkiseudun ja Turun käytännöistä johtuen. Nämä paperittomat raskaana olevat ja lapset eivät välttämättä ole käyneet lainkaan GC:llä, minkä vuoksi klinikan kokonaiskäyntimäärä vuonna 2016 voi olla paperittomien todellista hoidontarvetta pienempi. Julkisen terveydenhuollon käynnejä ei ole laskettu kustannusarvioon. Nämä seikat on otettava huomioon kustannusarvion suuruutta tarkasteltaessa.

Miten terveyden edistäminen toimii paperittomien kohdalla ja millaisia ovat sen vaikutukset?

Tutkielmasta on pääteltävissä, että kaikille paperittomille ei ole tarjolla julkisia kiireetömiä terveyttä edistäviä tai ennaltaehkäiseviä palveluita kansallisella tasolla Suomessa.

Kiireellisessä hoidossa pyritään hoitamaan vain kaikista välttämättömin, mikä viittaa siihen, että preventiivistä terveyden edistämistä ei käytännön tasolla sisälly kiireelliseen hoitoon. Paperittomat eivät siis saa julkisia terveyttä edistäviä tai ennaltaehkäiseviä palveluita Suomessa. Tämä ei kuitenkaan päde aivan kaikilta osin Helsingin, Espoon, Vantaan tai Turun kaupunkeihin. Tällä hetkellä paperittomien terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisevä terveydenhuolto ovat pitkälti vapaaehtoisvoimin toimivan GC:n vastuulla, jossa paperittomille pystytään antamaan kliinisen hoidon ohella lähinnä sekundaari- ja tertiääripreventiivistä hoitoa. GC:llä annettu sekundaari- ja tertiääripreventiivinen hoito ei kuitenkaan ole pitkäjänteistä tai perusteellista johtuen klinikan laaja-alaisesta resurssipulasta ja toiminnan luonteesta.

Tutkimuksen mukaan paperittomien terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisevä hoito on pääosin rajattu julkisen terveydenhuollon ulkopuolelle. Kyseisten palveluiden puute johtuu paperittomien nykymuotoisesta terveydenhuollon järjestämistavasta. Tutkimustulosten perusteella terveydenhuollon rajaamisesta ja nykymuotoisesta järjestämistavasta johtuvat vaikutukset voidaan jakaa neljään eri ryhmään. Kuten taulukosta 7 on nähtävissä, vaikutukset ovat laajat ja ulottuvat terveydenhuollon lisäksi myös muualle yhteiskuntaan. GC:llä on suuri merkitys vaikutusten hillitsemisessä, ja erittäin todennäköisesti vaikutukset olisivat mainittuja suuremmat, mikäli klinikkaa ei olisi. GC:n puuttumisella olisi suora vaikutus esimerkiksi paperittomien kiireellisen hoidon ja siitä muodostuvien kustannusten lisääntymiseen.

Taulukko 7. Paperittomien terveydenhuollon rajaamisen ja nykymuotoisen järjestämistavan vaikutukset ryhmittäin.

Ryhmä	Vaikutus
<i>Yksilö</i>	Fyysisen ja psyykkisen terveydentilan heikentyminen
	Hoitomenetelmien mahdollinen vaikeutuminen
	Seksityöhön, ihmiskaupan uhriksi tai rikollisuuteen päätyminen
<i>Julkinen terveydenhuolto</i>	<i>1. Hoitohenkilöstöön liittyvät</i>
	Hoidon kuormittuminen
	Työturvallisuuteen liittyvät riskit
	Työhön liittyvästä epävarmuudesta muodostuvat kielteiset tunteet
	<i>2. Järjestelmään liittyvät</i>
	Kiireellisen hoidon kuormittuminen ja vaikeampien hoitomenetelmien käyttö
	Kustannusten epätasainen jakautuminen kiireettömän ja kiireellisen hoidon välillä
<i>Väestö</i>	Kansanterveydelliset riskit tartuntatautien osalta
<i>Yhteiskunta</i>	Kustannusten epäselvyys
	Rikollisuuden mahdollinen lisääntyminen
	Ihmisoikeussopimusten vastaisena yhteiskuntana näyttäytyminen

Tutkielma osoittaa, että paperittomien terveydenhuoltoa ja heidän sijoittumistaan suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmään ei ole määritelty selvästi kansallisella tasolla. Tutkimustuloksista voidaan päätellä, että ihmisoikeussopimusten sisältämät lain tasolla voimaan saatetut määräykset eivät toteudu kaikilta osin paperittomien kohdalla kansallisella tasolla aiemmin mainittujen terveydenhuoltoon asetettujen rajoitusten vuoksi. Ihmisoikeuksien ja ihmisoikeussopimusten näkökulmasta kansallisen ohjeistuksen puute ja palveluiden rajaaminen on ongelmallista etenkin paperittomien lasten ja raskaana olevien osalta. Tämä nostaa esiin tarpeen paperittomien terveydenhuollon uudelleenor-

ganisoinnista ja asian sääntelystä kansallisella tasolla. Myös edellä mainitut vaikutukset viittaavat tähän tarpeeseen.

5.2. Tutkielman laadulliset ja eettiset kysymykset

Jotta tieteellinen tutkimus olisi todistettavasti korkealaatuista, tulee sitä arvioida tietyin perustein. Tutkimuksen laadun arvioinnin välineinä käytetäänkin yleisimmin validiteetin ja reliabiliteetin käsitteitä, joista validiteetti voidaan jakaa edelleen sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. (Metsämuuronen 2011: 74–75; Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne & Paavilainen 2011: 129–130.) Validiteetin eri muodot liittyvät hyvin läheisesti toisiinsa. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan tutkimustulosten yleistettävyyttä eli siirrettävyyttä tutkielman asiayhteydestä toiseen, kun taas sisäisen validiteetin arvioinnissa keskitytään enemmän tutkielman käsitteelliseen puoleen: onko käytetty käsitteistö valittu oikein ja yhteneväinen teorian kanssa. (Metsämuuronen 2011: 74–75.) Sisäisen validiteetin arvioinnissa tutkielmaa tarkastellaan lisäksi kokonaisuutena, onko se johdonmukainen ja kirjoitusasu sujuva (Ronkainen ym. 2011: 130).

Tutkimustulokset ovat helposti irroitettavissa tutkielman kontekstista toiseen, koska tutkimuksessa on käytetty kansallisesti ja kansainvälisesti tunnettua koodisto- ja luokitusjärjestelmää ICPC-2:sta. ICPC-2:n käyttö mahdollistaa myös tulosten kansallisen ja kansainvälisen vertailun yleisimpien terveysongelmien ja käyntisyiden osalta, mutta kustannusarvion näkökulmasta asia ei ole niin yksiselitteinen: eri maiden terveydenhuoltojärjestelmät ja täten hoidosta muodostuvat kustannukset ovat erilaisia, minkä vuoksi myöskään THL:n yksikkökustannukset eivät välttämättä ole täysin vertailukelpoiset (vrt. Reini & Honkatukia 2016). Kustannusarvio antaa kuitenkin viitteitä paperittomien perusterveydenhuollon tasoisten palveluiden kokonaiskustannuksista vuositasolla myös kansainvälisesti. On myös huomioitava, että suurin osa GC:llä käyneistä potilaista on EU:n kansalaisia vajavaisine sairausvakuutuksineen, eikä virallisesti laittomasti maassa oleskelevia henkilöitä.

Koko tutkimusprosessi, aineiston keruu, käsittely ja analysointi sekä tutkimusasetelma, -menetelmät ja -tulokset ovat kuvattu tutkielmassa yksityiskohtaisesti. Lisätietoa tutkimustuloksista on lisätty tutkielman lopussa olevaan liitteeseen, millä lisätään tutkimustiedon läpinäkyvyyttä. Tutkimuksen tekoon on käytetty runsaasti aikaa, eikä prosessissa laiminlyöty mitään tutkimusvaihetta. Tutkielmaa aloitettaessa tiedettiin, että halutaan tutkia paperittomien terveydenhuoltoa ja sen kustannuksia. Tiedossa oli myös mahdollisuus hyödyntää GC:ltä saatavaa dataa tutkimuksen aineistona. Sopivan teoreettisen viitekehyksen löytäminen ja teorian yhteensovittaminen empirian kanssa oli kuitenkin haastavaa. Aihepiiriin kuuluvaan tutkimustietoon enemmän syvennyttyä ja tutkimusongelmien tarkennuttua teoreettisen viitekehyksen ja empirian välille alkoi kuitenkin muodostumaan koheesiota. Lopulta yhteys teorian ja empirian välillä oli helposti nähtävillä ja tutkimusongelmiin alkoi löytymään vastauksia. Tutkielmassa on pyritty käyttämään vain tutkimusasetelman kannalta oleellisimpia käsitteitä.

Kun tarkastellaan tutkimuksen reliabiliteettia, katse kohdistuu tutkimuksessa muodostettuihin mittareihin ja mittaukseen. Valituista mittareista halutaan tietää, mittaavatko ne riittävällä tasolla haluttua asiaa eli pystytäänkö niillä tuottamaan riittävästi tietoa tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteen saavuttamiseksi sekä muodostettujen tutkimusongelmien selvittämiseksi. (Ronkainen ym. 2011: 131–132.) Reliabiliteettiin liittyy myös tutkimuksen toistettavuus valituilla mittareilla: tutkimuksen tulisi olla toistettavissa ja tulosten olla lähes yhdenmukaisia aiemmin saatujen tulosten kanssa (Metsämuuronen 2011:74).

Tutkielmassa tehty empiirinen tutkimus on retrospektiivinen rekisteritutkimus, jossa ei muodostettu tiettyä mittaria esimerkiksi kyselylomakkeen muodossa. Aineisto kerättiin potilastietojärjestelmästä, jota varten valittiin tietyt muuttujat, jotka toimivat tutkimuksessa ikään kuin mittareina reliabiliteettia tarkasteltaessa. Valittujen muuttujien avulla pyrittiin kuvaamaan potilasryhmää sekä terveysongelmia ja käyntisiyitä mahdollisimman hyvin sekä mahdollistettiin kustannusarvion tekeminen. Lisäksi niiden avulla pyrittiin saamaan tutkimukseen mahdollisimman edustava otos, sillä muuttujien arvioitiin löytyvän potilastietojärjestelmästä lähes jokaisen potilaskäynnin kohdalta. Aineiston luokiteluun valitun ICPC-2-luokitusjärjestelmän sopivuudesta terveysongelmien ja käyntisi-

den analysointiin sekä kustannusarvion tekemiseen konsultoitiin THL:n eri asiantuntijoita.

Jokaisen potilaskäynnin kohdalle ei ollut kirjattu kaikkia tietoja valituista muuttujista, mikä osaltaan vähentää tutkielman reliabiliteettia. Lähes kolmanneksen kohdalla käynneistä ei esimerkiksi tiedetty, onko potilas käynyt klinikalla aiemmin vai onko kyseessä ensikäynti, minkä vuoksi hoidon jatkuvuutta tai sen vaikuttavuutta ei pystytty luotettavasti arvioimaan. Kaikki puuttuvat tiedot kuitenkin raportoitiin tutkimuksen tuloksiin. Puuttuvista tiedoista huolimatta tutkimuksen reliabiliteetti toteutuu valittujen muuttujien osalta hyvin, koska niiden avulla asetettuihin tutkimusongelmiin sekä tutkimuksen tavoitteeseen ja tarkoitukseen pystyttiin vastaamaan. THL:n asiantuntijoiden konsultaatio ICPC-2-luokitusjärjestelmän sopivuudesta tutkimukseen osoittaa asian perinpohjaista harkintaa, samoin luokittelun pilotointi kahden kuukauden osalta.

Asiantuntijoiden luokitteluun liittyvää virheiden mahdollisuutta ei kuitenkaan voi sulkea kokonaan pois. Tällä tarkoitetaan, että valittu ICPC-2-koodi ei kaikilta osin välttämättä vastaakaan alkuperäistä diagnoosia. Virheiden mahdollisuus liittyy asiantuntijalääkäreiden tulkintaan esimerkiksi alun perin sanallisesti kuvatun diagnoosin luonteesta ja suhteesta vastaavaan ICPC-2-koodiin. Luokittelussa olevat mahdolliset virheet vaikuttavat tutkimuksen täydelliseen toistettavuuteen. Tämä tarkoittaa, että tutkimusta toistettaessa tulokset voivat tältä osin vähäisesti vaihdella alkuperäisiin tutkimustuloksiin verrattuna. Muun tutkielman tavoin diagnoosien luokittelussa on kuitenkin menetelty hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaisesti pyrkimyksenä välttää mahdolliset virheet.

Ronkainen ym. (2011: 48, 126, 142) korostavat tutkimuseettisistä säännöistä muun muassa huolellista aineiston keräämistä ja analysointia, tutkimustulosten rehellistä raportointia sekä tutkimuslupa- ja salassapitokysymysten erityistä huomioimista. Tutkimuseettisiin sääntöihin liittyvät tieteellisen tutkimuksen yleisesti hyväksytyt kriteerit eli perusteltavuus, objektiivisuus ja kommunikoitavuus. Perusteltavuus liittyy nimensä mukaisesti tehtyjen päätösten selkeään perusteluun, argumentointiin ja raportointiin. Objektiivisuus tarkoittaa tutkijan tietoista vapautumista omista, tutkimukseen liittyvistä mielipiteistä. Objektiivisuuden avulla tutkija pyrkii ikään kuin tietynlaiseen puolueet-

tomuuteen ja riippumattomuuteen arvolatautuneessa ihmistieteessä. Tutkimuksen kommunikoitavuudella taas tavoitellaan läpinäkyvää tutkimusprosessia, jossa tutkija avoimesti kertoo tutkimuksen vaiheista ja tuloksista. Tämä pätee myös aikaan tutkimuksen valmistuttua. (emt. 2011: 11–14.)

Mainittuihin tutkimuseettisiin sääntöihin ja tieteellisen tutkimuksen yleisesti hyväksytyihin kriteereihin perustuen tutkimuksen aineisto kerättiin ja analysoitiin huolellisesti, eikä mitään sellaisia tutkimustuloksia jätetty raportoimatta, mitkä vaikuttaisivat tulosten arviointiin ja tutkielman lopputuloksiin. Tutkimuksessa huomioitiin henkilötietolain ja -asetuksen mukaiset salassapitokysymykset hakemalla tutkimuslupa Helsingin Diakonialaitoksen eettiseltä toimikunnalta ja jättämättä potilaiden tunnistetiedot, kuten nimet ja mahdolliset henkilötunnukset, keräämättä. Lisäksi tutkimuslupa haettiin kaikille aineiston käsittelyyn osallistuneille henkilöille eli tutkimuksen tekijälle ja asiantuntijalääkäreille. Tutkielmassa on selkeästi perusteltu esimerkiksi tutkimusmenetelmien ja -muuttujien valinnat sekä tutkimusprosessin eri vaiheiden menettelytavat. Tutkielmassa on kaikilta osin pyritty avoimuuteen. Objektiivisuutta arvioitaessa on tuotava esille tutkijan rooli GC:n vapaaehtoisena kättilönä. Tutkijalla on aiheesta käytännön kokemusta ja asiantuntijuutta. Tutkija on kuitenkin pyrkinyt tekemään tutkimuksen mahdollisimman objektiivisesti sekä muiden edellä mainittujen tutkimuseettisten sääntöjen, tieteellisen tutkimuksen yleisesti hyväksytyjen kriteerien ja hyvien tieteellisten käytäntöjen mukaisesti.

5.3. Loppusanat

Paperittomien terveydenhoidosta on yhtä monta mielipidettä kuin on ihmistäkin. Terveydenhuollon laajuuden kuitenkin määrittelevät päättäjät, joiden asettamissa raameissa terveydenhuollon ammattilaiset toimivat omaa ammattietiikkaansa noudattaen. On pohdittava, mitä ovat perustuslaissa määritellyt *“jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut”*. Toivon pro gradu -tutkielmani antavan uudenlaista näkökulmaa ja tuovan apua paperittomien terveydenhuollon suunnitteluun.

Tutkimustulosten mukaan kustannus paperittomien tiettyyn käyntimäärään ja -syihin pohjautuvasta perustason hoidosta ei ole suuri verrattuna hoidon hyötyihin. On huomioitava, että paperittomuus on väistämätön, pysyvä sekä todennäköisesti jopa kasvava ilmiö. Tämä tosiasia ja tutkielmassa selvitetty paperittomien terveydenhuollon nykymuotoisen järjestämistavan vaikutukset huomioon ottaen, paperittomien terveydenhuoltoon olisikin järkevää etsiä kestävä ratkaisu ja luoda selvä kansallinen ohjeistus annettujen suositusten tilalle. Tulisi pohtia, olisiko tälle mahdollisuus esimerkiksi edelleen valmistelussa olevan sote-uudistuksen yhteydessä.

Tutkielmassa tehtyä kustannusarviota on mahdollista hyödyntää jatkotutkimuksessa. Kustannusarviota voidaan esimerkiksi verrata kantasuomalaisen vertailuväestön ikä- ja sukupuolivakioituihin kiireettömän terveydenhuollon kokonaiskustannuksiin. Tämän kaltaisella tutkimusasetelmalla voitaisiin saada viitteellistä tietoa siitä, miten paperittomien perustason hoidon kustannukset suhtautuisivat samankaltaisen kantaväestön vastaavanlaisen hoidon kustannuksiin.

Tutkielman teon yhteydessä selvisi, että paperittomien terveydenhuollon lisäksi terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisevän terveydenhuollon hyödyistä suhteessa hoidosta muodostuviin kustannuksiin ei ole olemassa riittävästi tutkimustietoa. Tutkimustiedon vaje ei liity vain paperittomien terveydenhuoltoon, vaan yleisesti terveyden edistämiseen ja ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon. Aiheesta tarvitaankin lisää tutkimusta, jonka tueksi tulisi kehittää uusia luotettavia tutkimusmenetelmiä. Tämän kaltaisen tutkimustiedon lisäämisellä ja uusilla tutkimusmenetelmillä helpotettaisiin terveydenhuoltoon liittyvää päätöksentekoa yleisesti.

LÄHDELUETTELO

Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 9.10.1992/912.

Barragan, Eliana, Poonam Dhavan, Julia Puebla Fortier, Davide Mosca, Jacqueline Weekers & Kolitha Prabhash Wickramage (2017). Migration and health in the sustainable development goals. Teoksessa: Migration in the 2030 agenda, 39–57. Toim. IOM.

Biswas, Dan, Maria Kristiansen, Allan Krasnik & Marie Norredam (2011). Access to healthcare and alternative health-seeking strategies among undocumented migrants in Denmark. *BMC Public Health* 11: 560, 1–11.

Bozorgmehr, Kayvan & Oliver Razum (2015). Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. *PLOS ONE* 10: 7, 1–22.

Bunton, Robin & Gordon Maconald (2002a). Health promotion: disciplinary developments. Teoksessa: Health Promotion: Disciplines, diversity and developments – Second Edition, 9–27. Toim. Robin Bunton & Gordon Maconald. London: Routledge.

Bunton, Robin & Gordon Maconald (2002b). Introduction. Teoksessa: Health Promotion: Disciplines, diversity and developments – Second Edition, 1–8. Toim. Robin Bunton & Gordon Maconald. London: Routledge.

Coombes, Yolande & Margaret Thorogood (2004). Introduction. Teoksessa: Evaluating health promotion: practice and methods, 1–9. Toim. Margaret Thorogood & Yolande Coombes. Yhdysvallat: Oxford University Press.

- Cuadra, Carin Björngren (2011). Right of access to health care for undocumented migrants in EU: a comparative study of national policies. *European Journal of Public Health* 22: 2, 267–271.
- Czaika, Mathias & Mogens Hobolth (2016). Do restrictive asylum and visa policies increase irregular migration into Europe? *European Union Politics* 17: 3, 345–365.
- De Bruin, Simone, Richard Heijink, Lidwien C. Lemmens, Jeroen N. Struijs, Caroline A. Baan (2011). Impact of disease management programs on healthcare expenditures for patients with diabetes, depression, heart failure or chronic obstructive pulmonary disease: A systematic review of the literature. *Health Policy* 101: 2, 105–121.
- De Vito, Elisabetta, Chiara de Waure, Maria Lucia Specchia, Paolo Parente, Elena Az-zolini, Emanuela Maria Frisicale, Marcella Favale, Adele Anna Teleman & Walter Ricciardi (2016). Are undocumented migrants, entitlements and barriers to healthcare a public health challenge for the European Union? *Public Health Reviews* 37: 13, 1–9.
- Dominich, Alexander, Donatella Panatto, Roberto Gasparini & Daniela Amicizia (2012). The “healthy immigrant” effect: does it exist in Europe today? *Italian Journal of Public Health* 9: 3, 1–7.
- Dusheikoa, Mark, Hugh Gravelle, Stephen Martin, Nigel Rice & Peter C. Smith (2011). Does better disease management in primary care reduce hospital costs? Evidence from English primary care. *Journal of Health Economics* 30: 5, 919–932.
- Ehmsen, Boje Kvorning, Dan Biswas, Natasja Koitsch Jensen, Allan Krasnik & Marie Norredam (2014). Undocumented migrants have diverse health problems. *Danish Medical Journal* 61: 9, 1–4.

- Espoon kaupunki (2016). Valtuustoaloite terveydenhoidon järjestämisestä paperittomille henkilöille. Pöytäkirja. Saatavissa 24.1.2018: <http://docplayer.fi/35179144-Espoon-kaupunki-poytakirja-vastaus-valtuustoaloitteeseen-koskien-terveydenhoidon-jarjestamista-paperittomille-henkiloille-kh-kv.html>.
- Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivi kansainvälistä suojelua hakevien henkilöiden vastaanottoa jäsenvaltioissa koskevista vaatimuksista (uudelleenlaadittu) 2013/33/EU. Euroopan unionin virallinen lehti 180/96 26.6.2013.
- Euroopan parlamentin ja neuvoston sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamisesta annettu asetus (883/2004). Euroopan unionin virallinen lehti (EUVL) N:o 166 30.4.2004.
- EU (2016). Jäsenmaat - EU:n jäsenmaat (liittymisvuosi). Saatavissa 10.11.2016: https://europa.eu/european-union/about-eu/countries_fi.
- FRA (2015). Cost of exclusion from healthcare – The case of migrants in an irregular situation. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Saatavissa 23.10.2016: http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2015-cost-healthcare_en.pdf.
- Global Clinic (2017). Global Clinic. Saatavissa 30.11.2017: <http://www.globalclinic.fi/mika-on-global-clinic/>.
- Goetzl, Ron, Ronald J. Ozminkowski, Victor G. Villagra & Jennifer Duffy (2005). Return on Investment in Disease Management: A Review. *Health Care Financing Review* 26: 4, 1–19.
- Goossens, Mathieu & Anne Marie Depoorter (2011). Contacts between general practitioners and migrants without a residence permit and the use of “urgent” medical care. *Scandinavian Journal of Public Health* 39: 6, 649–655.

Grit, Kor, Joost J. den Otter & Anneke Spreij (2012). Access to Health Care for Undocumented Migrants: A Comparative Policy Analysis of England and the Netherlands. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 37: 1, 37–67.

Hallamaa, Teemu (2015). Rajamäen esitys kaatoi paperittomien terveydenhoidon – Vihreät vaativat selitystä. *YLE Uutiset* 10.3.2015.

HE 343/2014 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi kunnan velvollisuudesta järjestää eräitä terveydenhuollon palveluja eräille ulkomaalaisille ja laiksi rajat ylittävistä terveydenhuollosta annetun lain muuttamisesta.

HE 15/2017 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi sekä Euroopan paikallisen itsehallinnon peruskirjan 12 ja 13 artiklan mukaisen ilmoituksen antamiseksi.

Helsingin kaupunki (2013). Ns. paperittomien henkilöiden terveystalveluiden järjestäminen / sosiaali- ja terveystalvutakunta 26.11.2013 § 404. Diaarinumero HEL 2012-013136. Saatavissa 24.1.2018: <https://dev.hel.fi/paatokset/asia/hel-2012-013136/khs-2013-44/>.

Helsingin kaupunki (2017). Valtuutettu Veronika Honkasalon aloite paperittomien tilanteen edistämistä. Esityslista 21/29.11.2017. Diaarinumero HEL 2017-003881. Saatavissa 24.1.2018: <https://dev.hel.fi/paatokset/asia/hel-2017-003881/>.

Hirsjärvi, Sirkka, Pirkko Remes ja Paula Sajavaara (2009). Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

HUMA network (2009). Access to health care for undocumented migrants and asylum seekers in 10 EU countries: Law and practice. Saatavissa 5.12.2017: http://www.episouth.org/doc/r_documents/Rapport_huma-network.pdf.

- Hyvärinen, Seija, Marita Salo, Salo Päivärinne & Seppo Voutilainen (2009). Terveyden edistäminen perusterveydenhuollossa. Teoksessa: Terveyden edistämisen taloudellinen arviointi kunnissa: TEVA-hankkeen väliraportti terveyden edistämisen taloudellisesta arvioinnista, 26–30. Toim. Kerttu Perttilä, Pia Hakamäki, Timo Hujanen & Timo Ståhl. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja, nro 8.
- IOM (2016). IOM 65th Anniversary Book: A world on the move. Saatavissa 1.12.2017: <http://www.iom.int/65th>.
- Jauhiainen, Jussi, Katri Gadd & Justus Jokela (2018). Paperittomat Suomessa 2017. Turun yliopisto. Turku: Painosalama Oy.
- Jensen, Natasja, Marie Norredam, Tania Draebel, Marija Bogic, Stefan Priebe & Allan Krasnik (2011). Providing medical care for undocumented migrants in Denmark: what are the challenges for health professionals? *BMC Health Services Research* 11: 154.
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.
- Kapiainen, Satu, Antti Väisänen & Taru Haula (2014). Terveyden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja, nro 3.
- Keskimäki, Ilmo, Nykänen Eeva & Hannamaria Kuusio (2014). Paperittomien terveyspalvelut Suomessa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja, nro 11.
- Khosravi, Shahram (2010). An Ethnography of Migrant ‘Illegality’ in Sweden: Included Yet Excepted? *Journal of International Political Theory* 6: 1, 95–116.
- Kiiskinen, Urpo, Tuulikki Vehko, Kristiina Matikainen, Sanna Natunen & Arpo Aromaa (2008). Terveyden edistämisen mahdollisuudet: vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, nro 1.

Kokko, Simo (2013). Terveyspalveluiden järjestämisen perusratkaisut. Teoksessa: Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt, 242–260. Toim. Marita Sihto, Hannele Palosuo, Päivi Topo, Lauri Vuorenkoski & Kimmo Leppo. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja, teema 17.

Koskenvuo, Markku & Kari Mattila (2003). Terveiden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn periaatteet. Teoksessa: Sairauksien ehkäisy, 15–21. Toim. Markku Koskenvuo. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Kotikuntalaki 11.3.1994/201.

Kuntalaki 10.4.2015/410.

Kuntaliitto (2016). ICPC2 FIN v.5.0. Saatavissa 1.12.2017:
<https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/ICPC2%20FIN%20v.5.0%20Fin%20%282016%29.pdf>.

Kuntaliitto (2017). ICPC-2 - Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus. Saatavissa 11.12.2017:
<https://www.kuntaliitto.fi/asiantuntijapalvelut/sosiaali-ja-terveysasiat/icpc-2-perusterveydenhuollon-kansainvalinen-luokitus#>.

Laki kansainvälistä suojelua hakevan vastaanotosta 17.6.2011/746.

Laki rajat ylittävästä terveydenhuollosta 30.12.2013/1201.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 3.8.1922/734.

Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta 3.8.1992/733.

Laki säteilyturvakeskuksesta 22.12.1983/1069.

Laki Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta 31.10.2008/668.

Laki työterveyslaitoksen toiminnasta ja rahoituksesta 24.2.1978/159.

Laki yksityisestä terveydenhuollosta 9.2.1990/152.

Laverack, Glenn (2009). *Public health: power, empowerment and professional practice*. New York: Palgrave Macmillan.

Laverack, Glenn (2014). *The pocket guide to health promotion*. United Kingdom: McGraw-Hill Education.

Lindert, Jutta, Ondine S. von Ehrenstein, Stefan Priebe, Andreas Mielck & Elmar Brähler (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine* 69: 2, 246–257.

Magnussen, Jon, Karsten Vrangbæk, Richard B. Saltman & Pål E. Martinussen (2009). Introduction: the Nordic model of health care. Teoksessa: *Nordic Health Care Systems – Recent Reforms and Current Policy Challenges*, 3–20. Toim. Jon Magnussen, Karsten Vrangbæk & Richard B. Saltman. England: Open University Press.

Malmberg, Lari (2017). Helsinki laajentaa paperittomien terveystalveluita – Valtuusto teki tiukan päätöksen kuumen maratonkeskustelun jälkeen. *Helsingin Sanomat* 29.11.2017.

Matveinen, Petri & Nina Knape (2016). *Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja, nro 13*.

Metsämuuronen, Jari (2011). *Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä 2 - opiskelijalaitos*. Helsinki: International Methelp Oy.

Niemelä, Mikko, Lauri Kokkinen, Jutta Pulkki, Arttu Saarinen & Liina-Kaisa Tynkky-
nen (2015). *Terveydenhuollon muutokset – Poliittika, järjestelmät ja seuraukset*.
Tampere: Tampere University Press.

O'Donnell, Catherine Agnes, Nicola Burns, Frances Susanne Mair, Christopher Dow-
rickc, Ciaran Clissmannd, Maria van den Muijsenberghe, Evelyn van Weel-
Baumgartene, Christos Lionis, Maria Papadakakif, Aristoula Saridakif, Tomas
de Brung & Anne MacFarlane (2016). Reducing the health care burden for mar-
ginalised migrants: The potential role for primary care in Europe. *Health Policy*
120: 5, 495–508.

Pakolaisneuvonta ry:n Paperittomat-hanke (2013). Paperittomien oikeus terveyteen.
Saatavissa 10.4.2017: [http://www.paperittomat.fi/wp-
content/uploads/2013/04/paperittomien-oikeus-terveyteen_verkkoon.pdf](http://www.paperittomat.fi/wp-content/uploads/2013/04/paperittomien-oikeus-terveyteen_verkkoon.pdf).

PICUM (2007). *Undocumented Migrants Have Rights!: An Overview of the Interna-
tional Human Rights Framework*. Saatavissa 24.11.2016:
[http://lastradainternational.org/lisidocs/303%20Undocumented%20Migrants%20
Have%20Rights%20\(PICUM\).pdf](http://lastradainternational.org/lisidocs/303%20Undocumented%20Migrants%20Have%20Rights%20(PICUM).pdf).

Pekurinen, Markku (2014). Sosiaali- ja terveydenhuollon menot ja niiden rahoitus. Te-
oksessa: *Sosiaali- ja terveydenhuollon keskeiset rahavirrat*, 11–20. Toim. Timo
T. Seppälä & Markku Pekurinen. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisu-
ja*, nro 22.

Rechel, Bernd, Philipa Mladovsky, David Ingleby, Johan P. Mackenbach & Martin
McKee (2013). Migration and health in an increasingly diverse Europe. *The
Lancet* 381: 9873, 1235–1245.

Rechel, Bernd, Philipa Mladovsky & Walter Devillé (2011). Monitoring the health of
migrants. Teoksessa: *Migration and health in the European Union*, 79–98. Toim.

Bernd Rechel, Philipa Mladovsky, Walter Devillé, Barbara Rijks, Roumyana Petrova-Benedict & Martin McKee. England: Open University Press.

Rechel, Bernd, Philipa Mladovsky, Walter Devillé, Barbara Rijks, Roumyana Petrova-Benedict & Martin McKee (2011). Migration and health in the European Union: an introduction. Teoksessa: Migration and health in the European Union, 3–13. Toim. Bernd Rechel, Philipa Mladovsky, Walter Devillé, Barbara Rijks, Roumyana Petrova-Benedict & Martin McKee. England: Open University Press.

Regeringskansliet (2013). Regeringskansliets rättsdatabaser. Lag (2013:407) om hälso- och sjukvård till vissa utlänningar som vistas i Sverige utan nödvändiga tillstånd.

Reini, Kaarina & Juha Honkatukia (2016). Hyvä hoito kannattaa: Diabeteksen ennaltaehkäisy ja tehostetun hoidon kansantaloudellinen vaikuttavuus. Vaasan Yliopiston julkaisuja, selvityksiä ja raportteja, nro 206. Saatavissa 16.3.2016: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-673-9.pdf.

Ronkainen, Suvi, Leila Pehkonen, Sari Lindblom-Ylänne & Eija Paavilainen (2011). Tutkimuksen voimasanat. Helsinki: WSOYpro Oy.

Rouvinen-Wilenius, Päivi & Pirjo Koskinen-Ollonqvist (2010a). Terveys ja talous. Teoksessa: Vastine rahalle – kannanottoja terveyden edistämisen kustannusvaikuttavuuteen, 15–40. Toim. Päivi Rouvinen-Wilenius & Pirjo Koskinen-Ollonqvist. Terveiden edistämisen keskus ry:n (TEKRY) julkaisuja, nro 7.

Rouvinen-Wilenius, Päivi & Pirjo Koskinen-Ollonqvist (2010b). Saatteeksi. Teoksessa: Vastine rahalle – kannanottoja terveyden edistämisen kustannusvaikuttavuuteen, 9–14. Terveiden edistämisen keskus ry:n (TEKRY) julkaisuja, nro 7.

- Ryynänen, Olli-Pekka, Jarmo Kukkonen, Markku Myllykangas, Johanna Lammintakanen & Juha Kinnunen (2006). *Priorisointi terveydenhuollossa: mitä maksaa, kuka maksaa*. Helsinki: Talentum Media Oy.
- Salmi, Heli, Paula Tiittala, Tomas Lundqvist, Ari Mönttinen, Susanna Sainio, Heli Aali & Ville Holmberg (2016). Kuinka hoidan paperitonta potilasta? *Lääkärilehti* 71: 12–13, 915–922.
- Salt, John (2011). Trends in Europe`s international migration. Teoksessa: *Migration and health in the European Union*, 17–36. Toim. Bernd Rechel, Philipa Mladovsky, Walter Devillé, Barbara Rijks, Roumyana Petrova-Benedict & Martin McKee. England: Open University Press.
- Savola, Elina & Pirjo Koskinen-Ollonqvist (2005). *Terveyden edistäminen esimerkein: Käsitteitä ja selityksiä*. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja, nro. 3.
- Savolainen, Tuija (2017). Kuntaliitto. ICPC-2:n rakenne ja käytösäännöt. Saatavissa 13.12.2017: https://www.kuntaliitto.fi/sites/default/files/media/file/ICPC-2%20-luokituk-sen%20rakenne%20ja%20k%C3%A4ytt%C3%B6s%C3%A4%C3%A4nn%C3%B6t_0.pdf.
- Scott, John & Gordon Marshall (2015). *A dictionary of sociology*. Online version. Oxford University Press.
- Sihto, Marita (2013). *Terveyspolitiikka, kansanterveys ja terveyden edistäminen – käsitteitä ja kehityskulkuja*. Teoksessa: *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*, 14–38. Toim. Marita Sihto, Hannele Palosuo, Päivi Topo, Lauri Vuorenkoski & Kimmo Leppo. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja*, teema 17.
- Sisäasiainministeriö (2012). *Laittoman maahantulon vastainen toimintaohjelma 2012–2015*. Sisäasiainministeriön julkaisuja, nro 37. Saatavissa 19.11.2016:

https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/79482/sm_372012.pdf?sequence=1.

Sisäministeriö (2016). Toimenpidesuunnitelma laittoman maassa oleskelun ehkäisyyn ja hallintaan. Suunnitelma. Saatavissa 2.2.2017: <http://valtioneuvosto.fi/documents/10616/1266558/TpsuunnitelmaLAMA.pdf/c5b16a1b-8418-4fe0-a3ba-3fe3663ef67f>.

SopS 6/1976. Asetus taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevan kansainvälisen yleissopimuksen voimaansaattamisesta 16.1.1976.

SopS 68/1986. Asetus kaikkinaisen naisten syrjinnän poistamista koskevan yleissopimuksen voimaansaattamisesta ja sen eräiden määräysten hyväksymisestä annetun lain voimaantulosta 04.10.1986.

SopS 60/1991. Asetus lapsen oikeuksia koskevan yleissopimuksen voimaansaattamisesta sekä yleissopimuksen eräiden määräysten hyväksymisestä annetun lain voimaantulosta 21.08.1991.

Starfield, Barbara & Leiyu Shi (2002). Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy* 60: 3, 201–218.

Starfield, Barbara, Leiyu Shi & James Macinko (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly* 83: 3, 457–502.

Statskontoret (2015). Vård till papperslösa: En uppföljning av lagen om vård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd. Statskontoret, nro 10. Saatavissa 19.11.2016: www.statskontoret.se/upload/Publikationer/2015/201510.pdf.

Statskontoret (2016). Vård till papperslösa: Slutrapport av uppdraget att följa upp lagen om vård till personer som vistas i Sverige utan tillstånd. Statskontoret, nro 11.

Saatavissa 19.11.2016:
<http://www.statskontoret.se/globalassets/publikationer/2016/201611.pdf>.

Stilwell, Barbara, Khassoum Diallo, Pascal Zurn, Mario R. Dal Poz, Orvill Adams & James Buchan (2003). Developing evidence-based ethical policies on the migration of health workers: conceptual and practical challenges. *Human Resources for Health* 1: 8, 1–13.

STM (2016). Terveyden edistämisen määrärahan käyttösunnitelma vuodelle 2017. Ehdotus. Saatavissa 27.3.2017:
http://stm.fi/documents/1271139/1359032/1092164P__t_s_10_1_2017__liite_11906707208.pdf/aa5e25c9-4ed6-47ae-aa6c-ba86b8a1af2b.

STM (2017). Kunnille suositukset laittomasti maassa oleskelevien kiireelliseen sosiaali- ja terveydenhuoltoon. Kuntainfo. Saatavissa 2.2.2017:
http://stm.fi/documents/1271139/3899844/Kuntainfo_2-2017_verkkoon.pdf/2a98f528-8e34-42c9-91ca-070a3c0d5e40.

Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

Suomen Tasavallan ja Kanadan välinen sosiaaliturvasopimus 6/1988.

Särkelä, Riitta (2013). Järjestöjen ja kuntien yhteistyö eri näkökulmista. Teoksessa: Järjestöt ja kunta hyvinvointia edistämässä: Näkökulmia järjestökuntayhteistyöhön, 7–21. Toim. Katja Häkkilä & Marjo Tourula. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmä (2015). Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja, nro 17.

- Saatavissa 16.3.2017:
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126311/URN_ISBN_978-952-302-344-4.pdf?sequence=1.
- Tilastokeskus (2017). Tilastokeskuksen PX-Web-tietokannat. 001 -- Kuntatalous 2010=100 tehtäväalueittain. Saatavissa 15.9.2017:
http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__hin__jmhi/statfin_jmhi_pxt_001_fi.px/?rxid=2fbe66c6-92aa-493d-9712-d0dd4f058fa5
- Tukia, Helena, Niina Lehtinen, Vesa Saaristo & Mika Vuori (2011). Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa – Perusraportti kuntajohdon tiedonkeruusta 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja, nro 55.
- Turun kaupunki (2016). Paperittomien henkilöiden terveydenhoidon järjestäminen Turun hyvinvointitoimialalla. Diaarinumero 12761-2015 (315). Saatavissa 24.1.2018: <http://ah.turku.fi/sosterla/2016/0216002x/3354975.htm>.
- Ulkomaalaislaki 30.4.2004/301.
- UN (1998). Recommendations on Statistics of International Migration: Revision 1. Statistical Papers. Saatavissa 4.12.2017:
https://unstats.un.org/unsd/publication/SeriesM/SeriesM_58rev1e.pdf.
- UN (2015). International Migration 2015: Migration Wall Chart 2015. Saatavissa 1.12.2017:
<http://www.un.org/en/development/desa/population/migration/publications/wallchart/docs/MigrationWallChart2015.pdf>.
- United Nations General Assembly (1948). Universal Declaration of Human Rights. Saatavissa 3.4.2017:
http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/eng.pdf.

UNHCR (2010). Convention and protocol relating to the status of refugees. Text of the 1951 Convention Relating to the Status of Refugees. Saatavissa 19.9.2016: <http://www.unhcr.org/3b66c2aa10>.

Valkonen, Tapani, Seppo Koskinen & Tuija Martelin (1998). Rekisteriaineistot yhteiskunta- ja terveystutkimuksessa. Helsinki: Oy Yliopistokustannus University Press Finland Ltd.

Valtiontalouden tarkastusvirasto (2014). Tuloksellisuustarkastuskertomus: Kotouttaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset, nro 3.

Vantaan kaupunki (2017). Paperittomien terveydenhuollosta päättäminen. VD/4350/06.00.00.00/2017.

Vogel, Dita (2009). Size and development of irregular migration to the EU: Clandestino Research Project. Comparative Policy Brief - Size of Irregular Migration Saatavissa: http://irregular-migration.net/typo3_upload/groups/31/4.Background_Information/4.2.Policy_Briefs_EN/ComparativePolicyBrief_SizeOfIrregularMigration_Clandestino_Nov09_2.pdf.

Wahlberg, Anna, Carina Kallesta, AnnaCarin Lundgren & Birgitta Essen (2014). Causes of death among undocumented migrants in Sweden, 1997–2010. Global Health Action 7.

WHO (1946). Constitution of the World Health Organisation. Saatavissa 29.3.2017: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf?ua=1>.

WHO (1986). Ottawa Charter for Health Promotion, 1986. Saatavissa 18.11.2016:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/129532/Ottawa_Charter.pdf?ua=1.

WHO (1998). Health Promotion Glossary. Saatavissa 18.11.2016:
<http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.

WHO (2000). The Fifth Global Conference on Health Promotion Health Promotion: Bridging the Equity Gap 5-9th June 2000, Mexico City (2000). Saatavissa 2.1.2017:
http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_en.pdf?ua=1.

WHO (2006). 6th Global Conference on Health Promotion, Bangkok, August 2005. Health Promotion International 21: 1. United Kingdom: Oxford University Press.

Liite 1. Tiivistelmä ICPC-2-luokituksesta (Kuntaliitto 2016).

ICPC2 FIN v.5.0 Lyhenne (2016)	Veri, verta muodostavat elimet ja immuunijärjestelmä B	Silmä	F	Tuki- ja liikuntaelimet L
Perusterveydenhuollon kansainvälinen luokitus	Imusuonike, suurentunut/kiivilias B02 Vereen / lymfaattiseen kudokseen liittyvä oire/vaiva B04 B25 Huoli/pelko AIDS:sta/HIV:sta B26 Huoli/pelko veren / vertamuodostavien elinten syövästä B27 Huoli/pelko veren / vertamuodostavien elinten muusta taudista B28 Toiminnanvaja, veren / vertamuodostavien kudosten B29 Muu imusuoni-/immuunijärjestelmän oire/vaiva B70 Imusuoniketulehdus, akuutti B71 Imusuoniketulehdus, krooninen/määrittämätön B72 Hodgkinin tauti / lymfooma B73 Leukemia B74 Pahanlaatuisen veritauti, muu B75 Hyvänlaatuisen/muu kasvain, vertamuodostavien elinten B76 Pernarepeämä, vamma aiheuttamana B77 Vamma vertamuodostavassa elimessä, muu B78 Anemia, perinnöllinen hemolyytinen B79 Synnynnäinen epämüodostuma, vertamuodostavien elinten, muu B80 Raudanpuuteanemia B81 Anemia, B12-vitamiinin/folaatin puute B82 Anemia, muu / määrittämätön B83 Punatäplätauti/vyyryshäiriö B84 Valkosolujen poikkeavuus, selittämätön B87 Pernan suurentuma B90 HIV/AIDS B99 Muu verta muodostavien elinten sairaus	F01 Kipu silmässä F02 Punainen silmä F03 Rähmivävuotava silmä F04 Pilkut näkökentässä F05 Näkökyvyn häiriö, muu F13 Poikkeava tunne silmässä F14 Poikkeavat silmän liikkeet F15 Silmien poikkeava ulkonäkö F16 Luomien oireet/vaivat F17 Silmälasseihin liittyvä oireet/vaivat F18 Piilolaseihin liittyvät oireet/vaivat F27 Huoli/pelko silmätaudista F28 Toiminnanvaja, silmän F29 Muu silmän oire/vaiva F70 Sidekalvotulehdus, tarttuva F71 Sidekalvotulehdus, allerginen F72 Luomituuletus/näärännäppy/luomirakkula F73 Silmätulehdus, muu F74 Kasvain, silmän / silmän seudun F75 Rujeh/verenvuoto, silmän F76 Vierasesine silmässä F79 Silmävamma, muu F80 Vauvan kyynelietukos F81 Synnynnäinen epämüodostuma, silmän, muu F82 Verkkokalvon irtoaminen F83 Retinopatia, verkkokalvon rappeuma F84 Makula degeneraatio, tarkkan näön alueen rappeuma F85 Sarveiskalvon haavauma F86 Trakooma F87 Taittovirhe F88 Harmaakaihi F93 Viherkaihi F94 Sokeus F95 Karsastus F99 Muu silmänsairaus	H01 Korvan kipu/särky H02 Kuulo-öire H03 Korvien soiminen / tinnitus H04 Erite korvasta H05 Verenvuoto korvassa/korvasta H13 Korvan tukkoisuus H15 Huoli korvien ulkonoästä H22 Huoli/pelko korvataudista H28 Toiminnanvaja, korvan H29 Muu korvan oire/vaiva H70 Korvakäytävän tulehdus H71 Välikorvatulehdus/tärykalvotulehdus, akuutti H72 Limakorva / seroosi välikorvatulehdus H73 Korvatulehdus H74 Välikorvatulehdus, krooninen H75 Korvan kasvain H76 Vierasesine korvassa H77 Reikä tärykalvossa H78 Korvan vamma, pinnallinen H79 Korvan vamma, muu H80 Synnynnäinen epämüodostuma, korvan H81 Korvavahatuppa H82 Huimaisuusoireyhtymä H83 Otoskleroosi H84 Ihähuuokouluisuus H85 Meluvamma H86 Kuurous H99 Muu korvan/kartilosaäkkeen sairaus	L01 Niskan oire/vaiva L02 Yläselän oire/vaiva L03 Alaselän oire/vaiva L04 Rintakehän oire/vaiva L05 Kyllienkainalon oire/vaiva L07 Leuan oire/vaiva L08 Olkapään oire/vaiva L09 Käsvarren oire/vaiva L10 Kynärpään oire/vaiva L11 Ranteen oire/vaiva L12 Käden/sormen oire/vaiva L13 Lonkan oire/vaiva L14 Säären/reiden oire/vaiva L15 Polven oire/vaiva L16 Nilkan oire/vaiva L17 Jalanvarpaan oire/vaiva L18 Lihaskipu L19 Lihasoire/vaiva, määrittämätön L20 Nivelöire/vaiva, määrittelemätön L26 Huoli/pelko tuki- ja liikuntaelinten syövästä L27 Huoli/pelko tuki- ja liikuntaelinten muusta sairaudesta L28 Toiminnanvaja, tuki- ja liikuntaelinten L29 Muu oire/vaiva, tuki- ja liikuntaelinten L70 Tuki- ja liikuntaelinten infektio L71 Pahanlaatuisen kasvain, tuki- ja liikuntaelinten L72 Murttuma, kyynärliu/värtinälu L73 Murttuma, sääriliu/pohjeliu L74 Murttuma, käden/jalkaterän liu L75 Murttuma, reisiu L76 Murttuma, muu L77 Nyjähdys/venähdy, nilkka L78 Nyjähdys/venähdy, polvi L79 Nyjähdys/venähdy, muu L80 Sijolantameno L81 Tuki- ja liikuntaelinten vamma, muu L82 Synnynnäinen epämüodostuma, tuki- ja liikuntaelinten L83 Kaularunkoaireyhtymä L84 Selkänsairaus ilman säteilykipua L85 Selkärangan rakenteellinen poikkeavuus, ei-synnynnäinen L86 Selkänsairaus ja säteilykipu L87 Bursiitti/tennisiitti/synoviitti, muu L88 Reumaattinen / seropostiivinen niveltulehdus L89 Lonkan nivelrikko L90 Polven nivelrikko L91 Nivelrikko, muu L92 Olkapään aireyhtymä L93 Tenniskynärpää L94 Luu-rustokasvuhäiriö L95 Osteoporoosi/luukato L96 Akuutti polven nivelkierukan vamma L97 Hyvänlaatuisen/muu kasvain, tuki- ja liikuntaelinten L98 Raajan epämüoitoisuus, ei-synnynnäinen L99 Muu tuki- ja liikuntaelinten sairaus
Hallinnointi Suomessa: Kuntaliitto, www.kunnat.net	PROSESSIKOODIT OIREET/VAIVAT INFEKTIOT KASVAIMET VAMMAT SYNNYNNÄISET EPÄMÜODOSTUMAT MUUT DIAGNOOSIT	Korva H	Hermosto N	
Prosessikoodit	Ruonsulatus D	Sydän ja verenkierto K	Mielenterveys ja käyttäytymisen P	
-30 Laaja terveydentilan arviointi/tarkastus -31 Suppea terveydentilan arviointi/tarkastus -32 Allergiatutkimus -33 Mikrobiologinen/immunologinen koe -34 Veritutkimus -35 Virtsatutkimus -36 Ulostetutkimus -37 Histologinen/sytoploginen tutkimus -38 Muu laboratoriotutkimus -39 Kliininen toimintakoe -40 Diagnostinen endoskopia -41 Diagnostinen kuvantaminen -42 Elektrofyysiologinen tutkimus -43 Muu tutkimustoimenpide -44 Rokotus/ennaltaehkäisevä lääkitys -45 Seuranta/terveysneuvonta/ruokavalio-neuvonta -46 Perusterveydenhuollon asiantuntijan konsultointi -47 Erikoissairaanhoidon asiantuntijan konsultointi -48 Potilaan tarpeiden/tulosyn selvittäminen -49 Muu ennaltaehkäisevä toimenpide -50 Lääkitys/lääkemääräys/uisinta/injektio -51 Aukaisukänyointi/huuhelu/mu/niesteenoisto -52 Kudoksen poisto/poitto/huominen / koe-palan otto / kuosijätteen poisto -53 Käteltrinit/ntu/bionti/laajentaminen -54 Ompelu/korjaus/kipsaus / proteesin asennus (tai poisto) -55 Paikallinen lääkeaineinjektio -56 Siitos/kompressi/amponoini -57 Fysikaalinen hoito / kuntoutus -58 Terapeuttinen neuvonta / kuuntelu -59 Muu hoitotoimenpide / muualla luokittelema-ton pikkukirurgia -60 Tutkimustulosten kuuleminen -61 Tutkimustulos/tesitulos/potilas kertomus/kirje toisella hoidonantajalla -62 Hallinnollinen toimenpide -63 Muu seurantaikäynti -64 Hoidon antajan käynnistämä tapahtuma -65 Muun henkilön käynnistämä tapahtuma -66 Lähte perusterveydenhuollon ammattihenkilölle (pl. lääkäri) -67 Lähte erikoislääkärille/sairaalaan -68 Muu lähte -69 Muu käynnin syy	D01 Yleiset vätsäkiivot D02 Ylävatsakipu D03 Närästys D04 Peräsuolen/peräaukon kipu D05 Peräaukon kutina D06 Vatsan alueen kipu, paikallinen, muu D07 Happoavain/ruonsulatushäiriö D08 Ilmavaivat/ryhtäläy D09 Pahoinvointi D10 Oksentelu D11 Ripuli D12 Ummetus D13 Keltiaisuus D14 Verioksenness/hemateemesi D15 Meleena D16 Verenvuoto peräsuolesta D17 Ulosten pidätyksyyttömyys D18 Muutos ulosteessa / suolen toiminnassa D19 Hampaiden/ikenen oire/vaiva D20 Suun/kielen/huulen oire/vaiva D21 Nieliemiongelma D22 Maksan suurentuma D23 Kyyhny/patti/muhkura mahassa, määrittä-mätön D24 D25 Vatsan turvotus D26 Huoli/pelko ruonsulatuselimen syövästä D27 Huoli/pelko ruonsulatuselinten muusta sairaudesta D28 Toiminnanvaja, ruonsulatuselimen D29 Muu ruonsulatuselimen oire/vaiva D30 Ruonsulatuskanavan infektio D31 Sikotauti D32 Virushepatiitti D33 Maha-suolitulehdus, tarttuva/olelettu D34 Pahanlaatuisen/määrittämätön kasvain, ruonsulatuskanavan D35 Hyvänlaatuisen/määrittämätön kasvain, ruonsulatuskanavan D36 Pahanlaatuisen kasvain, haiman D37 Muu ruonsulatuselinten maligni kasvain D38 Hyvänlaatuisen/määrittämätön kasvain, ruonsulatuskanavan D39 Vierasesine ruonsulatuskanavassa D40 Ruonsulatuselinten vamma, muu D41 Synnynnäinen epämüodostuma, ruonsula-selimen D42 Hampaiden/ikenen sairaus D43 Suun/kielen/huulen sairaus D44 Ruokatorven sairaus D45 Pohjukaisuuolen haava D46 Peptinen haava, muu D47 Mahalaukun toimintahäiriö D48 Umpilisäkkeen tulehdus D89 Nivustyrä D90 Palleatyrä D91 Vatsan alueen tyrä, muu D92 Suolen umpilisätauti D93 Arhnytt paksusuoli D94 Krooninen suolisuolitulehdus / haavainen paksusuoli D95 Peräaukon haavauma / paise D96 Madot ja muut loiset D97 Maksasairaus, määrittämätön D98 Sappirakon tulehdus / sappikivet D99 Muu ruonsulatuselinten tauti	K27 Huoli/pelko verenkiertoelimestön muusta sairaudesta K28 Toiminnanvaja, verenkierron K29 Muu oire/vaiva, verenkiertoelimestön K70 Verenkiertoelinten tartuntatauti K71 Reumakuume / reumaattinen sydäntauti K72 Kasvain, verenkiertoelinten K73 Synnynnäinen epämüodostuma, verenkiertoelinten K74 Iskeeminen sydänsairaus ja rintakipu K75 Sydäninfarkti, akuutti K76 Iskeeminen sydänsairaus ilman rintakipua K77 Sydämen väjälätoiminta K78 Etelävärinä/eteläselepus K79 Kohtausittainen teahäyöntisyys K80 Rytmihäiriö, määrittämätön K81 Syvävälin sydämessä, määrittämätön K82 Keuhkopörräinen sydäntauti K83 Sydäntäppien ei-reumaattinen tauti, määrittämätön K84 Sydäntauti, muu K85 Kohonnut verenpaine K86 Verenpaineatäuti, komplisoitumaton K87 Verenpaineatäuti, komplisoitunut K88 Asentoon liittyvä matala verenpaine K89 TIA / ohimenevä aivoverenkiertohäiriö K90 Aivohalvau K91 Aivoverenpuonten sairaus K92 Valtimokovettumatauti / ääreisverenpuonten sairaus K93 Keuhkoverituppa K94 Laskimotulehdus / laskimon tukkottulehdus K95 Suonikohjut, alaraajojen K96 Peräpukamat K99 Muu verenkiertoelimestön sairaus	N01 Päänsärky N03 Kasvoikipu N04 Levottomat jalat N05 Sormien/jalkaterien/varpaiden pistely N06 Tuntohäiriö, muu N07 Kouristelu / kouristuskohtaus N08 Poikkeavat tahattomat liikkeet N16 Hajun/maun häiriöt N17 Huimaisuus/öyryty N18 Halvauks/heikkous N19 Puhelähiriö N26 Huoli/pelko muustoa syövästä N27 Huoli/pelko hermoston neurologisesta sairaudesta N28 Toiminnanvaja, hermoston N29 Muu hermostoon liittyvä oire/vaiva N70 Polio / muu enterovirus N71 Aivokalvontulehdus/aivotulehdus N72 Jäykkäkohtaus N73 Hermoston infektio, muu N74 Pahanlaatuisen kasvain, hermoston N75 Hyvänlaatuisen kasvain, hermoston N76 Kasvain, hermoston, määrittämätön N78 Aivotärähdy N80 Päin vamma, muu N81 Hermoston vamma, muu N85 Synnynnäinen epämüodostuma, hermoston N86 Multipeliskieroosi N87 Parkinsonismi N88 Epilepsia N89 Migreeni N90 Sappitautien päänsärky N91 Kasvohermoalvau / Bellin pareesi N92 Kolmoishermostosärky N93 Rannekavaoaireyhtymä N94 Ääreishermostotulehdus / -sairaus N95 Jännitys päänsärky N99 Muu hermoston sairaus	P01 Ahdistuneisuuden/hermostuneisuuden/jännityneisuuden tunne P02 Akuutti stressireaktio P03 Masennuksen tunne P04 Ärtynisyys P05 Vanhuden tunne/vanhusmaisuu/senileiteetti P06 Unihäiriö P07 Vahvistunut sukupolun halu P08 Sukupuolisen tyydyttymisen heikentyminen P09 Hui seksuaalisesta suuntautumisesta P10 Änkyty / tic-oireyhtymä P11 Lapsen symiongelma P12 Yökastelu P13 Tuhrinen P15 Alkoholin väärinkäyttö, pitkäaikainen

Liite 2. Näkymä Tilastokeskuksen Internet-sivulta: indeksipisteluvut vuosina 2011–2016.

Näytä taulukko Tietoja taulukosta

Muuta ja laske Taulukon nimiä Taulukkonäkymä 1

PX CSV XLSX

+ Taulukon asetukset

+ Tallenna poiminta

Kuntatalous 2010=100 tehtäväalueittain muuttujina Tilasto, Tehtäväalue, Nelj, Tiedot ja Vuosi

1.-4. vuosineljännes							
Indeksipisteluku							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017*
Kuntatalous							
122 Terveydenhuolto	103,7	107,4	109,3	110,0	110,7	111,2	.

Liite 3. Vastaanottokäyntien sairausryhmittäiset kokonaiskustannukset vuonna 2016.

Sairausryhmä (THL)	Kokonaiskustannus/sairausryhmä
1. Helppohoitoiset infektiot	€ 4 353,64
2. Ihosairaus	€ 4 310,74
3. Mahavaivat	€ 4 014,78
4. Vamma tai myrkytys	€ 2 953,18
5. Muu tuki- ja liikuntaelinsairaus	€ 2 052,43
6. Selkä- ja kaularangan sairaudet	€ 1 891,58
7. Naisen virtsa- ja sukupuolielinsairaus	€ 1 796,14
8. Raskaus	€ 1 795,07
9. Muu neurologinen sairaus	€ 1 651,38
10. Virtsatieinfektio tai munuaistulehdus	€ 1 604,20
11. Terve aikuinen	€ 1 466,94
12. Krooninen keuhkosairaus	€ 1 263,20
13. Muut tartuntataudit	€ 1 129,16
14. Ei diagnoosia	€ 913,62
15. Miehen virtsa- ja sukupuolielinsairaus	€ 868,58
16. Diabetes	€ 836,41
17. Ääreisverenkierron sairaude	€ 813,89
18. Korva-, nenä- ja kurkkutauti	€ 790,30
19. Verenpainetauti	€ 752,77
20. Muu psyyken sairaus tai ongelma	€ 651,97
21. Oireet tai tarkemmin määrittelemättömät tilat	€ 521,15
22. Silmänsairaus	€ 480,40
23. Vakavat infektiot	€ 411,77
24. Nivelrikko	€ 382,82
25. Allergiaoireet	€ 366,73
26. Iskeeminen sydänsairaus ja sydäninfarkti	€ 244,49
27. Sydämen vajaatoiminta tai muu sydänsairaus	€ 231,62
28. Lapsen tai nuoren psyyken tai kehityksen häiriöt	€ 195,16
29. Depressio	€ 178,01
30. Muu endokrinologinen sairaus	€ 145,84
31. Päihteiden väärinkäyttö	€ 83,64
32. Terve lapsi tai nuori	€ 73,99
33. Sydämen rytmihäiriöt	€ 70,77
34. Reuma- ja sidekudossairaus	€ 67,56
35. Muu tauti tai sairaus	€ 66,48
36. Kehitysvamma tai epämuodostumat	€ 58,98
37. Pahanlaatuinen kasvain	€ 57,91
38. Aivoverenkiertohäiriö	-
39. Dementia tai vanhuudenheikkous	-
40. Skitsofrenia	-
41. Veren tai verta muodostavien elinten sairaudet	-
Yhteensä	€ 39 547,31