

Terveystaloustieteen päivä 2022

Abstraktikirja



TERVEYSTALOUSTIETEEN SEURA
HÄLSOEKONOMISKA SAMFUNDET – FINNISH SOCIETY FOR HEALTH ECONOMICS

Esipuhe

Terveystaloustieteen päivä on vuosittain järjestettävä kansallinen seminaari, joka kokoaa yhteen terveydenhuollon asiantuntijoita, päätöksentekijöitä, tutkijoita ja muita terveystaloustieteestä kiinnostuneita henkilöitä. Vuonna 2022 terveystaloustieteen päivä vietetään 31. keran. Päivän järjestelyistä vastaa terveystaloustieteen Seura yhdessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa.

Terveystaloustieteen päivän tämän vuoden teema on: Terveydenhuollon suorituskyvyn arviointi - Onko tietoa toimenpiteiden kustannusvaikuttavuudesta mahdollista käyttää terveydenhuollon toiminnan arvioinnissa ja suunnittelussa? Mahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon suorituskyvyn mittaamiseen ovat kohentuneet rekisteritietojen ja väestöä edustavien kyselytutkimusten määrän ja laadun paranemisen myötä. Myönteisestä kehityksestä huolimatta luotettavan tiedon tuottaminen vaatii aikaa, mistä johtuen ajantasainen tieto voimavarojen käytön kustannuksista ja vaikuttavuudesta ei välttämättä ole päätöksentekijöiden käytettävissä silloin kun sitä tarvitaan. Ajantasaisen tiedon saatavuus on vaikuttamassa sosiaali- ja terveydenhuollon päätöksentekijöiden mahdollisuuksiin ottaa käyttöön vaikuttavia ja kustannusvaikuttavia hoitoja ja toimenpiteitä. Terveystaloustieteen päivän aamupäivässä esitellään uusinta tutkimustietoa terveydenhuollon suorituskyvyn mittaamisesta, vaikuttavista keinoista suorituskyvyn parantamiseksi ja keskustellaan vaikuttavuus- ja kustannusvaikuttavuustiedon hyödynnettävyydestä terveydenhuollon suunnittelussa ja ohjauksessa.

Terveystaloustieteen päivä alkaa professori Andrew Streetin (London School of Economics and Political Science, UK) keynote -puheenvuorolla Health care performance - How to measure and improve it? Tämän jälkeen ohjelmassa on paneelikeskustelu, jossa tarkastellaan toimenpiteiden kustannusvaikuttavuuden roolia ja merkitystä terveydenhuollon toiminnan suunnittelussa ja arvioinnissa. Paneelikeskusteluun osallistuvat johtaja Seppo Ranta Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiristä, arviointipäällikkö Pirjo Räsänen Helsingin yliopistollisesta sairaalasta ja terveystaloustieteen professori Miika Linna Itä-Suomen yliopistosta. Paneelikeskustelun puheenjohtajana toimii yksikönpäällikkö Mikko Peltola Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta. Aamupäivän keskustelua vetää yhteen ylijohdaja, professori Pekka Rissanen.

Terveystaloustieteen iltapäivän kahdessa abstraktisessiossa esitellään uusinta suomalaista terveystaloustieteen tutkimusta. Esitysten teemat käsittelevät mielenterveysongelmien syitä ja vaikutuksia terveydenhuollon talouteen, ihmisten kronologisen tyyppin työmarkkinavaikutuksia, ilmastonmuutoksen terveysvaikutuksia, maahanmuuttajien terveystaloustieteen käyttöä, lääkäreiden agenttiroolia lääkehoidon valinnassa ja koronaepidemian vaikutuksia terveystaloustieteen saatavuuteen.

Terveystaloustieteen Seura kiittää kaikkia terveystaloustieteen päivän valmisteluun ja toteuttamiseen osallistuneita henkilöitä ja organisaatioita, erityisesti Next Travel Ltd:tä ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitosta.

Vuonna 2023 terveystaloustieteen päivä järjestetään Runebergin päivää lähimpänä perjantaina.

Tervetuloa!

Ismo Linnosmaa

Tuuli Suomela

Puheenjohtaja

Sihteeri

Terveystaloustieteen Seura

Terveystaloustieteen Seura

Sisällys

Mental Health Consequences of Parental Death.....	1
Impact of austerity on suicides	3
Chronotype and wages at mid-age	5
Effects of mental and behavioral disorders on health care and service utilization around the time of diagnosis in kids aged 5-15	7
Ilmastonmuutoksen terveysvaikutukset: korkean lämpötilan vaikutukset haavoittuviin ryhmiin Suomessa	8
Comparing health service usage of different immigrant groups with native Australians: Evidence from the Household Income and Labour Dynamics Survey	11
Lääkärin agenttiroolit ja preferenssit lääkehoidon valinnassa	13
Palvelujen järjestäjien arvioima suorituskky palvelujen saatavuudessa ja henkilöstön riittävydessä koronaepidemian aikana	16

Mental Health Consequences of Parental Death

Petri Böckerman, University of Jyväskylä, Labour Institute for Economic Research, and IZA Institute of Labor Economics. E-mail: petri.bockerman@labour.fi

Mika Haapanen, University of Jyväskylä, School of Business and Economics. E-mail: mika.p.haapanen@jyu.fi

Christopher Jepsen, University College Dublin, School of Economics and Geary Institute, IZA Institute of Labor Economics, and CES-Ifo. E-mail: christopher.jepsen@ucd.ie

Tausta

Children face several challenges on their path to adulthood. Probably the most difficult situation a child faces is the death of a parent, which is often the first time that a child deals with death, sorrow, and ordeal. We provide evidence on the effect of parental death on mental health outcomes in one's teenage years, with a focus on mental health-related hospitalization. Our analysis based on event study framework is a starting point for economists.

Aineisto ja menetelmät

Our empirical analysis uses nationwide administrative data sources over the period 1970–2016. We leverage on data from the comprehensive death certificates compiled by Statistics Finland to identify the cause and date of death. The main source of mental health data is the Discharge Register from the Finnish Institute for Health and Welfare, which identifies *all* inpatient discharges in specialized public health care for the Finnish population. Information on mental health related hospitalizations is linked to the census data on the population of Finland, available from Statistics Finland. The census files are available at five-year intervals from 1970 to 1985 and annually from 1987 to 2016 and provide comprehensive information on the parents and their children, including data on family composition, education, earnings, occupation, and the region of residence.

For identification, our preferred specification is an event study framework, in which we follow individuals before and after a parental death at ages 10–20. An extension to the event study model uses children who did not experience a parental death as a comparison group. In addition, we estimate models based on deaths driven only by likely random causes and not correlated with parental socioeconomic status. To account for time-invariant characteristics of the parental or family background, we also present results using family fixed effects.

Tulokset

Consistently, we find evidence that parental death has the most adverse outcomes when males experience a paternal death. The likelihood of hospitalization for mental health reasons roughly doubles – from a very low base of less than 0.01 – in the year of death, and the effect is large and significant in the following 2–3 years (depending on the model). Females experiencing a maternal death also have a near doubling of the (very low) likelihood of hospitalization in the year of death and the following year. In contrast, we generally cannot reject the possibility of no change in the hospitalization rates for males experiencing maternal death or females experiencing paternal death. Depression is the most common cause of hospitalization in the first three years following paternal death, whereas stress and adjustment disorders and, to a lesser extent, self-harm are the most common causes five to ten years after paternal death.

Yhteenveto ja johtopäätökset

Our results are broadly consistent with the economics literature on parental death, the focus of which is on educational and labor-market outcomes, tending to find stronger effects for maternal death rather than paternal death. Our results for females experiencing a maternal death show a consistency between mental health outcomes and educational and labor-market outcomes.

Impact of austerity on suicides

Sanna Huikari, Matti Koivuranta & Marko Korhonen

Department of Economics, Accounting and Finance, University of Oulu

Background

There is ample evidence that large government expenditure cuts and tax increases (i.e. austerity) have been extremely harmful to health, and especially to health-care. Previous studies have shown increasing rates of mental health disorders, alcohol problems, self-rated health problems, and suicides associated with increasing financial difficulties. The effect of austerity policies has received a great deal of interest, both in research and policy debates. A sharp reduction in government spending increases financial stress, especially for those people with low income and high debt. These are also people who are at a higher risk of committing suicide due to economic reasons. Despite evidence of an increase in suicides during austerity, there is a lack of theoretical considerations on the specific mechanism through which austerity increases suicide rates. The aim of this paper is to clarify the role of austerity on age-specific suicides.

Data and Methods

We present a simple three-period life-cycle model of rational suicides. We differ from some previous studies in that we add an option value to economic suicide models. The implication of the model is that we show that it is rational for some people (especially young people) to postpone suicide until a future period to see whether the economic conditions will improve. In the empirical part of our study, we explore the effect of austerity on suicides in different age groups (25–44, 45–64, and over 64 years old) using cross-country data across 23 European countries from 1995 to 2013.

Results

Our model shows that economic recessions cause uncertainty in the economy, both for the employed and the unemployed. The model predicts that the unexpected decrease in consumption due to reduced income induces an increase in the probability of committing suicide. In addition, government austerity policies, if unexpected, affect the age cohorts differently. Our

empirical findings are in line with our option-value suicide model. We show that middle-aged males (45–64 years old) are more likely to commit suicide during times of austerity following economic crises. In more normal times (i.e. no economic crises), austerity seems to have no effect on suicides. In addition, our evidence shows that, there exists a threshold point for austerity measure (austerity policies close to very tight) that increases suicides significantly among working-age males.

Conclusions and Implications

The implication of our model is that middle-aged individuals' suicide rates increase after an unexpected economic shock. Our empirical findings support our theoretical postulation, especially for mid-aged males. Thus, we argue that economic models can clarify medical and related studies by establishing a choice-behavior approach and a rationality-based model to investigate, in particular, economic-despair-based suicidal behavior. In terms of developing a more effective suicide-prevention approach, the findings show that, during times of welfare spending cuts, it is crucial to target resources at those most economically vulnerable to austerity effects. Importantly, the option-value theory of suicide predicts that there are individuals who commit suicide when the future is not likely to significantly improve their circumstances. This is an important consideration when planning appropriate cash transfers or other types of suicide-prevention policies.

Chronotype and wages at mid-age

Andrew Conlin(a), Iiro Nerga, Leena Ala-Mursula (b), Tapio Riih  (b), and Marko Korhonen*

(a) Department of Economics, Accounting and Finance, Oulu Business School, Finland

(b) Center for Life Course Health Research, University of Oulu, Finland

**Corresponding author*

Background

Chronotype is the internal body clock of an individual that influences the cycle of sleep and preferred timing of activity in a 24-hour period. The effect of chronotype on labour market outcomes has received little attention, despite chronotype being associated with preferences for many types of behaviour. There are studies that focus on the association between sleep and wages, but they might face endogeneity issues as changes in labour market outcomes may cause changes in sleep. Chronotype is an exogenous variable having a largely biological origin. The specific interest of this paper is to understand what, if any, are the effects of chronotype on labour market outcomes, especially wages.

Data and Methods

We use Northern Finland Birth Cohort 1996 (NFBC1966) data in this paper. The NFBC1966 is an ongoing longitudinal study, originally having 96% of all individuals born in the two northernmost provinces of Finland in 1966. Chronotype and socioeconomic variables come from the 46-year-old follow-up survey conducted in 2012. Wages come from the Finnish Tax Administration. Our conceptual model allows a direct effect of chronotype on wages and an indirect effect on wages channelled through human-, social-, and health capital proxies. We use both simple and multiple mediation analysis. We run the analyses separately for men and women.

Results

Using simple mediation, we find that chronotype has indirect effects on wages via mediators in all three areas of human, social, and health capital, for both men and women. The effects are strongest for evening chronotypes, with evening chronotype being associated with poorer life choices and outcomes, which in turn are associated with lower wages. We find similar results in our multiple mediation model, with larger effects for evening chronotype than for

intermediate chronotypes. Even in our multiple mediation model with the full set of controls, we find a total indirect effect of evening chronotype on wages of -7.3% for men and -3.9% for women. The results seem to be a mediated effect of chronotype and not a moderated effect, as moderation analyses show essentially no significant interaction effects. We also find no evidence that the results are due to individuals self-selecting into occupations based on their chronotype – the wage gap between evening chronotypes and morning chronotypes is not significant in any of our occupational groups.

Summary and conclusions

We use population-based data from the Northern Finland Birth Cohort 1966 to show that evening chronotype leads to a wage penalty for mid-age people. The negative effect of chronotype on wages is mediated by human-, social-, and health capital constructs, with most of the effect being mediated by health capital measures. Evening chronotype is associated with adverse health outcomes, which in turn are associated with lower wages. Our results are important, as a significant portion of the population is of evening chronotype, with many of these individuals not working during their most productive period of the day.

Effects of mental and behavioral disorders on health care and service utilization around the time of diagnosis in kids aged 5-15

Mikko Nurminen (Kela)

Background

Mental health is one of the most important contributors to global burden of disease in children and adolescents. Mental health conditions are associated with lower quality of life in adulthood. These disorders have an early onset and typically occur first time in childhood. However, little is known how these disorders affect service utilization before the initial diagnosis and the significance of the diagnosis on later service utilization.

Methods

I use register data on 5-15-year-old children of the city of Oulu for the years 2013–2018. To identify the effects mental health and behavioral disorders on service utilization trajectories, I construct the counterfactuals from children that are similarly diagnosed but three years later. I estimate event study regressions on several health care and service utilization outcomes. Additionally, I compare the service categories and reasons of health care visits between pre- and post-diagnosis periods. Finally, I draw a comparison of service utilization by the service branch where the diagnosis was made.

Results

I find that primary and specialized care utilization increase towards the diagnosis and decrease after that. Probabilities to utilize rehabilitative and child protection services, and psychiatric medication increase after the diagnosis. Large fraction of the post-diagnosis visits were mental health related visits. Most of the diagnoses were made in primary care. Children that had their diagnosis made by a mental health professional had the highest service utilization rates in the post-diagnosis period.

Conclusion

These results highlight the importance of access to health care and detection of the condition and the importance of the diagnosis in some services.

Ilmastonmuutoksen terveysvaikutukset: korkean lämpötilan vaikutukset haavoittuviin ryhmiin Suomessa

Roberto Astone & Maria Vaalavuo

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Tausta

Korkea lämpötila kuormittaa ihmiselimestä monella eri tavalla. Merkittävimpiä terveyshaittoja ovat verenkierto- ja hengityselimistöön ja munuaisiin nestetasapainon kautta liittyvä sairastavuus sekä eriasteinen lämpöuupumus lämpöhalvaukseen asti. Ilmastonmuutoksen aiheuttaman ääriämpötilojen voimakkaan yleistymisen vuoksi on tärkeää tutkia, mikä vaikutus sään ääri-ilmiöillä on terveyteen, kiinnittäen erityistä huomiota haavoittuviin ryhmiin. Tutkimuksen avulla voidaan mitoitaa ja kohdistaa toimia, joilla mahdollisimman tehokkaasti ja taloudellisesti hillitään ilmastonmuutoksen aiheuttamaa terveysriskiä. Tutkimuksessamme analysoidaan korkeiden lämpötilojen vaikutusta erikoissairaanhoidon sairaalakäynteihin ja kuolleisuuteen käyttäen laajaa yksilötason paneelidataa vuosilta 1998–2017. Tutkimme lopputuloksia erikseen aikaisemman kirjallisuuden osoittamissa haavoittuvissa ikääntyneiden ryhmissä, eli yksin asuvilla, matalatuloisilla sekä henkilöillä, jotka kärsivät riskiä lisäävistä sairauksista. Kontribuutiomme olemassa olevaan tutkimukseen on tutkia yhteyttä Suomessa ilmastotaloustieteessä yleisesti käytetyllä menetelmällä, joka keskittyy kausaali vaikutuksen löytämiseen. Myös sairaalakäyntien tarkastelu kuolleisuuden lisäksi on tärkeä kontribuutio tutkimuksessamme.

Aineistot ja menetelmät

Yksilötason aineisto erikoissairaanhoidon käynneistä (HILMO), FOLK-perustiedoista ja tilastokeskuksen kuolleisuusdata yhdistettiin vuosille 1998–2017. Tähän lisättiin Ilmatieteen laitoksen päivittäiset säätiedot, ja aineisto aggregoitiin kunta-kuukausi-tasolle. Aineisto rajattiin touko-syyskuuhun. Vastemuuttujina olivat kuolleisuus ja akuutit sairaalakäynnit kaikilla syillä ja relevantteihin diagnooseihin rajattuna. Menetelmänä käytimme lineaarista regressiota hyödyntäen kiinteitä vaikutuksia, joiden avulla malli pyrkii kuvaamaan kausaalista vaikutusta lämmön ja terveyden välillä. Kiinteät vaikutukset rajaavat variaation lämpötilassa mahdollisimman satunnaiseksi, esimerkiksi niin, että vaihtelu rajataan saman kunnan ja saman vuoden sisälle kerrallaan huomioiden samalla tasovaihtelu lopputulemissa kuukausien välillä.

Jaottelimme lämpötilan kymmeneen kolmen asteen kategoriaan, ja malli selittää kuukauden yhteenlaskettuja terveyslopputulemia päivien lukumäärällä eri lämpötilakategorioissa. Näin havaitsemme paremmin lämpötilan nettovaikutukset, huomioiden, että heikoimmassa terveydentilassa olevien yksilöiden kuolemat voivat aikaistua lämpöstressin seurauksena (ns. ”harvesting effect”) sekä sen, että osa lämpötilan vaikutuksesta tapahtuu viiveellä. Lämpötilaluokkia käyttämällä havaitsemme myös lämpötilan epälineaariset vaikutukset, sillä vaikutus mitataan jokaiselle kategorialle erikseen. Tämän lisäksi identifioimme erilaisia haavoittuvia henkilöitä, kuten yksinasuvat ikääntyneet ja matalatuloiset ikääntyneet. Lisäksi identifioimme erikoissairaanhoidon dataa käyttäen henkilöt, jotka ovat viiden edellisen vuoden aikana saaneet diagnoosin tietyissä, mahdollisesti riskiä lisäävissä diagnoosikategorioissa.

Tulokset

Yksi keskilämpötilaltaan 25°C ylittävä päivä kuukaudessa lisää kuukauden yhteenlaskettuja akuutteja sairaalakäyntejä 1,1 prosentilla (95% LV: 0,7%-1,6%) ja kokonaiskuolleisuutta 1,5 prosentilla (95% LV: 0,4%-2,6%). Yli 75-vuotiailla yksi yli 25°C päivä lisäsi kuukauden akuutteja sairaalakäyntejä lämpöaltistumisiin liittyen 40 prosenttia, munuaissairauksiin 1,5 prosenttia, hengityselimistöön sairauksiin 3 prosenttia, diabetekseen 4 prosenttia, mielenterveyteen 3,5 prosenttia ja dementiaan 4 prosenttia. Matalatuloisten yli 75-vuotiaiden keskuudessa yksi yli 25°C päivä aiheuttaa suuremman vaikutuksen sekä kuolleisuuteen että sairaalakäynteihin verrattuna koko väestöön, yksinasuvilla vain sairaalakäyntien osalta. Vaikutukset ovat korkeampia kuolleisuuden osalta myös niillä, joilla oli aiempi psykiatrinen, Alzheimer/dementia- tai sydän- ja verisuonitautidiagnoosi. Alzheimer/dementia -diagnoosin saaneilla on myös suurempi lisäys akuuteissa sairaalakäynneissä. Vaikutukset sairaalakäynneissä olivat erityisen merkittävät silloin, kun korkean lämpötilan lisäksi havaittiin korkea ilmankosteus.

Yhteenveto ja johtopäätökset

Päätulokset koko väestöä koskien indikoivat, että ääriämpötilat vaikuttavat merkittävästi sekä akuutteihin sairaalakäynteihin että kuolleisuuteen myös Suomessa. Tuloksemme ovat voimakkuudeltaan samankaltaisia kuin samankaltaisella menetelmällä tehdyt tutkimukset muualta maailmasta (USA, Venäjä) ja vähemmän voimakkaita verrattuna Suomessa tehtyihin, usein päivätason analyyssejä hyödyntäviin, tutkimuksiin. Tähän syynä voi olla se, että menetelmämme huomioi paremmin erityisen haavoittuvassa terveydentilassa olevat (Harvesting-efekti). Havaitsimme pieniä eroja riskiryhmissä, ja tulokset tukevat myös aiempaa riski-

väestöjä koskevaa tutkimusta. Ennusteet eri lämpötilojen yleisyyksistä tulevaisuudessa yhdistettynä tuloksiimme auttavat arvioimaan ehkäisevien toimien tarvetta tulevaisuudessa.

Comparing health service usage of different immigrant groups with native Australians: Evidence from the Household Income and Labour Dynamics Survey

Heather Brown^{1,2}, Emily Breslin¹*

1 Newcastle University, UK, Current: THL, Finland

**Corresponding author: h.w.brown@lancaster.ac.uk*

Background

Migration levels are increasing as our world continues to become more connected. In Australia, migrants comprise almost 30% of the total population. As migrant numbers are increasing and becoming a larger proportion of the population, it is both an essential human right and necessary for continued economic growth that migrants receive the same high-quality healthcare as the host population. Research suggests that migrants across Europe potentially face barriers to accessing non-emergency medical care such as routine check-ups or preventative screenings leading to higher attendance for emergency care. In this paper we explore differences in primary and secondary health service usage of migrants compared to the host population. We then investigate how much discrimination, and any other unobserved barriers may explain any observed differences in service usage.

Methods

We use data from the Household Income and Labour Dynamics of Australia survey from waves 9, 13, and 17 (2009, 2013, and 2017) which contain information on health service usage. Our outcome variables are number of GP appointments over the last 12 months and number of nights in hospital. The key determinants of health services usage we included in our analysis were marital status, educational attainment, area level disadvantage, employment status, gender, and rurality. Migrants are classified by region of birth and include: South Asia, Sub-Saharan Africa, Western and Eastern Asia, Eastern and Southern Europe, and Latin and Southern America. We estimated linear regression models for service usage which include dummies for region of birth. Next, we employ an Oaxaca-decomposition approach to determine if any observed difference in service usage stems from discrimination and other unobserved factors.

Preliminary Results

There is heterogeneity in service usage of migrants by gender and country of origin. Women from Asia are significantly less likely to use primary health care than the host population. Men from Eastern and Southern Europe are more likely to use primary health care services than the host population. Men from Sub-Saharan Africa are more likely to use secondary services than the host population and women from Eastern and Southern Europe are less likely to use secondary health care. Discrimination explains approximately 70% on average of the observed differences in service usage.

Conclusions

Barriers to service usage vary by country of origin and gender. Policy should focus on addressing gender and country of origin barriers to service usage to promote population health. It is likely that these findings may vary by country and require further research to understand how much of these findings are context specific.

Lääkärin agenttiroolit ja preferenssit lääkehoidon valinnassa

Hanna-Mari Jauhonen, tutkijalääkäri, LT, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea
Virva Hyttinen, tutkijatohtori, FT, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, Itä-Suomen yliopisto
Eila Kankaanpää, yliopistonlehtori, dos., FT, Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos, Itä-Suomen yliopisto

Tausta

Lääkärille hoitopäätös on eri hoitovaihtoehtojen välillä tehtävä valinta potilaan hoidontarpeen arvion pohjalta. Lääkehoitopäätökseen vaikuttavat lääkärin koulutus ja kokemus kuten myös hoitosuosituksiset. Merkittävä vaikuttaja on potilas, hänen tarpeensa ja toiveensa. Yhä useampi potilas haluaa osallistua lääkehoitopäätöksen tekoon, mikä vaatii lääkäriltä aikaa ja vuorovaikutustaitoja.

Potilaan ja lääkärin välillä vallitsee tiedon epäsymmetria hoitovaihtoehtoista, kuten lääkehoidossa terveysongelmaan parhaiten sopivasta lääkkeestä, sen vaikutuksesta ja riski-hyötysuhteesta sekä sopivuudesta potilaan kokonaistilanteeseen. Potilas-lääkärisuhde rakentuu luottamukselle siihen, että lääkäri käyttää ammattitaitoaan potilaan parhaaksi, toimien hänen agenttinaan.

Yhteiskunta vastaa merkittävästä osasta lääkekustannuksista, joten sillä on intressi pyrkiä optimoimaan lääkkeisiin kohdennettavia taloudellisia resursseja. Lääkärin lääkehoitopäätökset vaikuttavat yhteiskunnan lääkehoidoista maksamiin kustannuksiin. Lääkkeiden korvausjärjestelmä ohjaa lääkkeenmääräämistä. Lääkkeenmääräämisasetus velvoittaa lääkäriä huomioimaan valinnoissa lääkevalmisteen hinnan sekä hoidon kustannuksilla saavutettavat kliiniset vaikutukset. Yhteiskunnallinen vastuu kuuluu lääkärin työhön ja se tulee esiin muun muassa siten, että hoitopäätöksiä tehdään huomioiden rajallisten voimavarojen järkevä käyttö. Potilaan hoidosta päättäessään lääkäri joutuu arvioimaan hoitopäätöksiään ja tekemään käytännön priorisointia siitä, voiko yksittäiselle potilaalle antaa parasta mahdollista hoitoa ja onko se yhteiskunnan näkökulmasta kustannusvaikutuksiltaan hyväksyttävää hoitoa. Lääkärin yhteiskunnallinen vastuu yhteisten resurssien käytössä tekee hänestä siten myös yhteiskunnan

agentin. Näin ollen lääkäri toimii kaksoisagenttina lääkkeitä määrätessään, kun hän pyrkii toimimaan potilaan parhaaksi ja ottamaan samalla huomioon yhteiskunnan edun.

Tässä tutkimuksessa tarkastellaan sitä mitkä tekijät lääkäri kokee tärkeäksi lääkehoidon valinnassa ja miten lääkärin suhtautuminen potilaan hoitopäätökseen osallistumiseen ja lääkäriin liittyvät tekijät vaikuttavat tärkeänä koettaviin asioihin. Lisäksi tarkastellaan sitä, onko lääkehoidon valintaan liittyen tunnistettavissa agenttirooleja lääkärin tärkeäksi kokemien tekijöiden (preferenssit) perusteella.

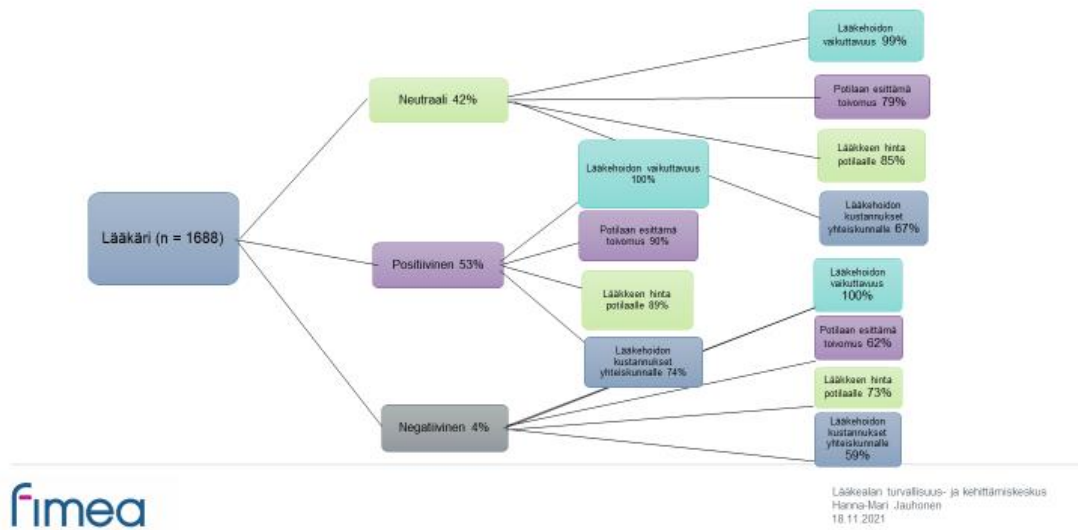
Aineisto ja menetelmät

Suomen Lääkäriliitto, Kela ja Fimea toteuttivat kyselytutkimuksen lääkäreille keväällä 2021. Kysely selvitti lääkärin lääkehoitopäätöksiin vaikuttavia tekijöitä. Tutkimus toteutettiin sähköisenä kyselynä, jota täydennettiin postikyselyllä. Tutkimuskysely lähetettiin Suomen Lääkäriliiton jäsenrekisteristä poimitulle edustavalle otokselle lääkäreitä (otos 50 %, n. 8000 lääkäri). Otoksesta poissuljettiin diagnostisilla erikoisaloilla työskentelevät ja eläkkeellä olevat. Kyselyyn vastasi yhteensä 1800 henkilöä, joista 69 % oli naisia. Vastaajien keski-ikä oli 47 vuotta (vaihteluväli 24–64). Vastausprosentti oli 21 %.

Aineiston analysoinnissa käytetään tilastollisen kuvailun ja monimuuttuja-analyysin menetelmiä. Lääkärin suhtautumista potilaan osallistumishalukkuuteen kuvaillaan käyttäen frekvenssejä ja ristiintaulukointia. Aineistosta tarkastellaan, onko vastaajille tunnistettavissa eri ”agenttiluokkia” (potilaan, yhteiskunnan tai kaksoisagentti) sen mukaan, mitä asioita hän pitää tärkeänä lääkehoitoa valittaessa.

Tulokset

Vastaajista yli puolet (53 %) suhtautui positiivisesti potilaan hoitopäätökseen osallistumiseen. Lääkehoidon vaikuttavuutta pidetään tärkeänä tekijänä riippumatta suhtautumisesta potilaan päätöksentekoon osallistumiseen. Positiivisesti potilaan lääkehoitopäätökseen osallistumiseen suhtautuville potilaan toiveet olivat useammin tärkeä (erittäin tärkeä tai tärkeä, 90 %) tekijä kuin neutraalisti (79 %) tai negatiivisesti (62 %) suhtautuville. Lääkkeen hinta potilaalle oli kaikissa ryhmissä tärkeä useammalle kuin lääkkeen hinta yhteiskunnalle (kuva 1). Tulokset lisäanalyysistä (taustatekijöiden yhteys suhtautumiseen, lääkehoidon valinnassa tärkeinä pidettyihin tekijöihin ja agenttiroolit) esitetään suullisessa esityksessä Terveystaloustieteen päivillä.



Kuva 1. Lääkärien suhtautuminen potilaan halukkuuteen osallistua päätöksentekoon ja sen yhteys lääkehoidon valinnassa tärkeinä koettuihin tekijöihin.

Yhteenveto ja johtopäätökset

Lääkärit suhtautuvat myönteisesti potilaan osallistumiseen lääkehoidosta päättämiseen. Lisäksi alustavien tulosten perusteella lääkärit preferoivat potilaan lääkkeestä maksaman hinnan yhteiskunnan kustannusten edelle eli toimivat ensisijaisesti potilaan agentteina. Preferenssit ovat samansuuntaiset riippumatta siitä, miten lääkäri suhtautuu potilaan osallistumiseen päätöksen tekoon. Lisäanalyysit tarkentavat aiheesta tehtäviä johtopäätöksiä, joita voidaan hyödyntää käytäntöjen kehittämisessä, mm. millä keinoilla lääkkeenmääräämistä on järkevää ohjata yhteiskunnan näkökulmasta: järjestelmä-, säädös- vai informaatio-ohjauksen keinoin.

Palvelujen järjestäjien arvioima suorituskyky palvelujen saatavuudessa ja henkilöstön riittävydessä koronaepidemian aikana

Jormanainen V (1), Grönholm M (1), Rissanen P (1)
(1) Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL), Helsinki

Tausta

Suomessa koronaviruksen aiheuttama epidemia on vaikuttanut laajasti väestön hyvinvointiin, kansantalouteen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään. Vaikutuksiin on pyritty vastaamaan suosituksilla ja muulla informaatio-ohjauksella, lakiin perustuvilla viranomaisten antamilla määräyksillä ja rajoituksilla sekä valmiuslain käyttöön otetuilla erityissäädöksillä. Koronaviruksen rokotukset aloitettiin vuoden 2020 lopulla. THL on seurannut vaikutuksia aktiivisesti ja raportoinut niistä säännöllisesti kaikille avoimilla verkkosivuilla sekä tiedotustilaisuuksissa.

Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta THL toimeenpani sähköisen kyselyn kunnallisille sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskukselle. Kyselyn tavoitteena oli muodostaa ja raportoida ajantasaista tilannekuvaa ministeriön ja laajemmin valtioneuvoston valmiustehtävien tarpeisiin. Palvelujen järjestäjät arvioivat epidemian aikaista suorituskykyään palvelujen saatavuuden ja henkilöstön riittävyyden suhteen.

Aineistot ja menetelmät

Kyselyt kohdistettiin perusterveydenhuollon (133 vastaajaa), sosiaalihuollon (209 vastaajaa) ja erikoissairaanhoidon (21 vastaajaa) palvelujen järjestäjille. Kaikissa kyselyissä perusterveydenhuollossa arviointi tehtiin yhdeksässä palvelutehtävässä, kun niitä oli kymmenen sosiaalihuollossa ja viisi erikoissairaanhoidossa.

Arvioinnissa käytettiin määriteltyjä liikennevaloja: hyvä (tummanvihreä), kohtalainen (vaaleanvihreä), huolestuttava (keltainen) ja vaikeutunut (punainen). Hyvässä tilanteessa arvioitiin tilanteen olevan normaaliolojen mukainen. Kohtalaisessa tilanteessa oli käynnissä erityis-tilannejärjestelyjä ja siten esimerkiksi jonkin verran viiveitä, jonojen kasvamista, etäyhteyden palveluja jne., mutta palvelut kuitenkin pyörivät. Huolestuttavassa tilanteessa joitakin yksittäisiä palveluja oli suljettu tai tauotettu, kaikkia suunniteltuja kontrollikäyntejä ei kyetty toteuttamaan, asiakkaita ohjataan epätarkoituksenmukaisesti päivystyksiin yms. sekä esiintyi

satunnaista, mutta toistuvaa henkilöstövajautta. Vaikeutuneessa tilanteessa esiintyi jatkuvasti päivittäin toistuvaa henkilöstövajautta, jota ei kyetty korjaamaan, tilannekuvan ylläpito kokonaisuudessaan oli jäljessä tai sitä ei kyetty ylläpitämään, ei-kiireellinen toiminta oli valtaosin keskeytynyt yms.

Vastaaja saattoi jättää vastaamatta kysymykseen tai ilmaista, että ei osaa sanoa. Kyselyssä oli myös kysymyksiä, joihin oli mahdollista antaa avovastauksia.

Sähköiset kyselyt lähetettiin vastaajille tietoturvallisesti torstaisin ja vastaukset pyydettiin antamaan seuraavan viikon maanantaina. Analyysit tehtiin sairaanhoitopiireittäin ja tulokset raportoitiin tiistaina sosiaali- ja terveysministeriölle sekä loppuviikolla alueiden ns. koronanyrkeille, Valviralle ja aluehallintovirastoille sekä Ahvenanmaalle. Jokaisesta organisaatiosta kyselyyn oli mahdollista tuottaa vain yksi vastaus.

Tulokset

Palvelujen järjestäjät arvioivat 14.12.2020 ja 31.10. 2021 välillä palvelujen saatavuutta ja henkilöstön riittävyyttä palveluluokittain yhteensä 30 kertaa. Organisaatioista noin 50 % sosiaalihuollossa, 60 % perusterveydenhuollossa ja 70 % erikoissairanhoidossa vastasi kyselyyn, ja vastausten väestöpeitto oli noin 90 %.

Perusterveydenhuollon avosairanhoidossa vaikeutuneita tilanteita raportoitiin ensimmäisen kerran maaliskuussa 2021, mutta terveyskeskusten vuodeosastohoidossa niitä raportoitiin läpi tutkimusjakson. Neuvoloissa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa vaikeutuneita tilanteita raportoitiin erityisesti henkilöstön riittävyyden suhteen. Sama havainto nähtiin myös suun terveydenhuollossa.

Sosiaalihuollossa raportoitiin vaikeutuneita tilanteita läpi tutkimusjakson henkilöstön riittävyydessä iäkkäiden henkilöiden kotiin annettavissa palveluissa ja ympärivuorokautisissa asumispalveluissa. Sama havainto nähtiin myös lastensuojelun palveluissa.

Erikoissairanhoidossa vaikeutuneita tilanteita raportoitiin tutkimusjaksolla vain yksittäisinä havaintoina.

Palvelujen järjestäjien arvioima suorituskyky palvelujen saatavuudessa arvioitiin yleisesti paremmaksi kuin henkilöstön riittävyydessä. Henkilöstön riittävyydessä raportoitiin vaikeu-

tuneita tilanteita vähemmän tutkimusjakson alussa ja enenevässä määrin kohti jakson loppua epidemiatilanteen pitkittyessä.

Yhteenveto ja johtopäätökset

Koronaepidemian pitkittyessä perusterveydenhuollosta ja sosiaalihuollosta raportoitiin enenevässä määrin vaikeutuneita tilanteita henkilöstön riittävyydessä, useammin kuin palvelujen saatavuudessa. Koska kyselyyn vastasivat johtavat ja vastuulliset viranhaltijat, tilanteen vaikeutumista kuvaavat tulokset voivat olla aliarviointeja. Toisaalta nyt ”punaiset” havainnot ovat todennäköisesti hyvin luotettavia.

Tärkeä tulos oli myös, että sähköisellä kyselyllä on mahdollista hankkia nopeaa, ajantasaista tilannekuvatietoa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestäjiltä pitkänkin ajanjakson aikana hyvällä väestöpeitolla. Tietojen nopeat analyysit ja raportointi osoittautuivat myös toimiviksi.