



Hyvinvoinnin maakunnalliset ja väestöryhmien väliset erot Suomessa 2013 – ATH-tutkimuksen tuloksia

Ydinviestit

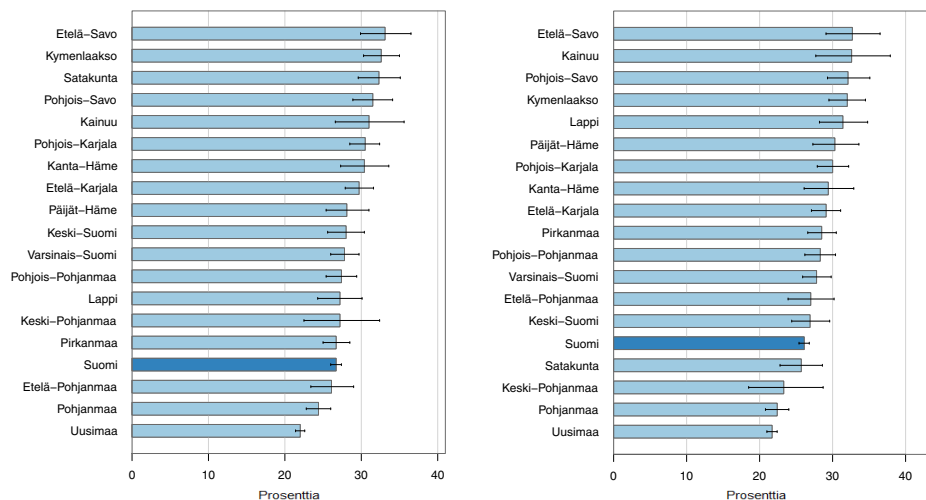
- Työkykynsä heikentyneeksi kokee 863 000 työkäistä suomalaista, eli joka neljäs. Myös alueiden välillä havaittiin eroja.
- Köyhyys ei ole kadonnut: joka viides suomalainen (yli miljoona henkilöä) on rahanpuutteen vuoksi tinkinyt ruuasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä. Erityisen yleisiä köyhyyskokemukset ovat vähemmän koulutetuilla.
- Terveyskeskuslääkärin palveluita tarvinneista suomalaisista lähes joka kolmas kokee saaneensa tarpeisiinsa nähden riittämättömästi palveluita.
- Suomalaisen lihavuuskehitys on taittunut, ja vuonna 2013 lihavia oli 18 % väestöstä (743 600 henkilöä). Yleisintä lihavuus on Kainuussa, Etelä-Savossa, Etelä-Pohjanmaalla, Pohjois-Karjalassa, Satakunnassa ja Kanta-Hämeessä.

Johdanto

Päättäjät tarvitsevat aluettaan kuvaavaa reaaliaikaista tietoa väestöryhmittäin palvelutarpeen arviointia, toimien kohdentamista, resurssien ohjausta ja tavoitteiden toteutumisen seuranta varten niistä ilmiöistä, joihin voidaan päätöksillä vaikuttaa. Myös laki velvoittaa: Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) määritellään, että kuntien tulisi suorittaa väestönsä seuranta väestön osaryhmissä. Haasteena tietoperusteiselle päätöksenteolle on, että väestökyselyihin perustuvia tietoja esimerkiksi asukkaiden elintavoista, toimintakyvystä, hyvinvoinnista, osallisuudesta tai palveluiden tarpeesta on ollut hyvin niukalti saatavissa kunta- tai edes aluetasolla. Lisäksi saatavilla olevat, lähinnä rekistereihin perustuvat seurantatiedot eivät yleensä kuvaa tilannetta väestöryhmittäin. Suomalaisen kunnallisen ja alueellisen autonomian näkökulmasta tarvitsemme päätöksentekoon näitä perustietoja myös kunta- ja aluetasolla. Väestöä koskevien kansallisten ja alueellisten tietojen avulla tulisi ennakoita ja arvioida tulevaa kehitystä sekä tarkastella asetettujen tavoitteiden toteutumista. Kansallisesti tilanne on melko hyvä, mutta alueita koskevat tiedonkeruut ovat olleet hajanaisia ja kansallisesti koordinoimattomia.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) vastaa lakisääteisesti tästä tiedontuotannon tehtävästä myös aluetasolle ulottuvilla tietotuotteilla, kuten Hyvinvointikompassi, Sotkanet, Tea-viisari ja Terveystemme.fi. THL:n ja sen edeltäjälaitosten vuosikymmenten tutkimusperinnettä täydentämään on käynnistetty Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus (ATH), joka vastaa aikuisväestön osalta aluetasoiseen tietotarpeeseen kansallisesti koordinoitulla tavalla ja takaa toiminnalle tarvittavaa jatkuvuutta. Valitut seuranta-osoittimet löytyvät kaikille avoimesta tulospalvelusta, jossa niitä voi tarkastella alueittain iän, sukupuolen ja koulutuksen mukaan. Tässä julkaisussa esitetään muutamia valittuja tulospalvelun osoittimia. Lisätietoja: www.thl.fi/ath.

Toiminta- ja työkyky: pidempiä työuria?



Kuvio 1. Työkykynsä heikentyneeksi kokevien (a) ja työssä eläkeikään saakka jaksamisessa vaikeuksia kokevien (b) osuudet maakunnittain.

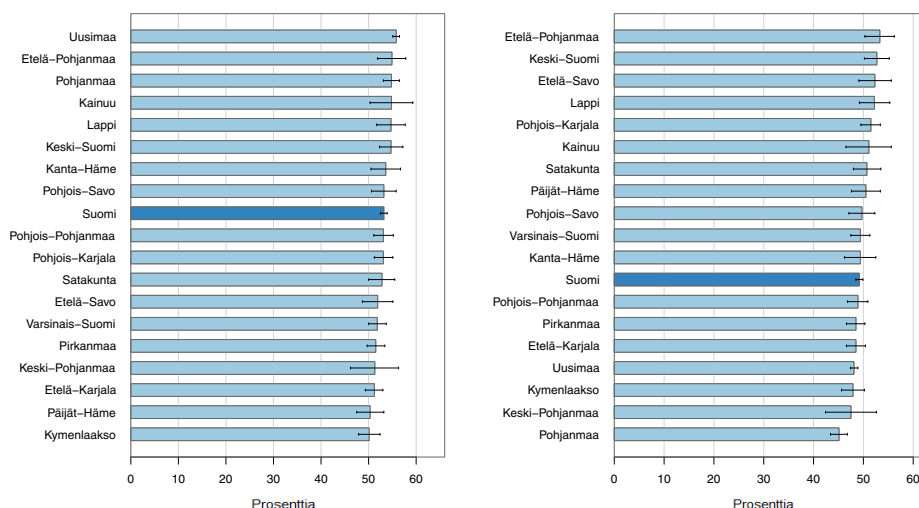
Toiminta- ja työkykyinen väestö kuvaa alueen elinvoimaisuutta. Työkykynsä heikentyneeksi kokee noin neljännes työkäisistä suomalaisista (27 % yhteensä 863 000 henkilöä). Työkyvyssä on alueiden välisiä eroja: työkykynsä heikentyneeksi kokee uusimaalaisista hieman useampi kuin joka viides, kun vastaavasti Etelä-Savossa, Kymenlaaksossa, Satakunnassa, Pohjois-Savossa tai Kainuussa asuvista noin joka kolmas.

Työelämässä vanhuuseläkeikään saakka jaksamisessa vaikeuksia kokee neljännes suomalaisista (26 % yhteensä 831 100 henkilöä). Eniten vaikeuksia eläkeikään asti jaksamisessa koetaan Etelä-Savossa, Kainuussa, Pohjois-Savossa, Kymenlaaksossa, Päijät-Hämeessä ja Pohjois-Karjalassa: noin joka kolmas näiden alueiden asukkaista ei usko jaksavansa työskennellä eläkeikään saakka (30–33 %). Sen sijaan Uudellamaalla vain 22 % työkäisistä epäilee, ettei jaksaa työelämässä eläkeikään saakka. Työkyvyssä ja eläkeikään jaksamisessa on lisäksi koulutusryhmien välillä suuria, jopa kaksinkertaisia eroja kaikilla alueilla.

Arkiaskareista suoriutumisessa suuria vaikeuksia kokeneiden osuus kuvaa ikääntyneen väestön toimintakykyä ja kotona selviytymistä. Neljännes 75 vuotta täyttäneistä suomalaisista (eli kaikkiaan 113 200 henkilöä) kokee arkiaskareissa suoriutumisen suuria vaikeuksia. Vaikeudet lisääntyvät iän myötä. Naisilla vaikeudet ovat kaikissa tarkasteltavissa ikäryhmissä selvästi yleisempiä kuin miehillä. Arkitoimista suoriutumisen ongelmat ovat yleisimpiä vähiten opiskelleilla.

Kirjoittajat:
Risto Kaikkonen,
 kehittämispäällikkö, THL
Jukka Murto
 tutkija, THL
Oona Pentala
 tutkimusassistentti, THL
Timo Koskela
 erikoissuunnittelija, THL
Esa Virtala
 erikoissuunnittelija, THL
Tommi Härkänen
 tutkimuspäällikkö, THL
Timo Koskenniemi
 erikoissuunnittelija, THL
Juha Ahonen
 erikoissuunnittelija, THL
Erkki Vartiainen
 professori, THL
Seppo Koskinen
 tutkimusprofessori, THL

Hyvinvointi ja palvelut



Kuvio 2. Elämänlaatunsa hyväksi kokevien (a) ja itsensä onnelliseksi kokevien (b) osuudet maakunnittain.

Joka toinen suomalainen aikuinen kokee elämänlaatunsa hyväksi (53 %) ja itsensä suurimman osan ajasta onnelliseksi (49 %). Uudellamaalla asuvista 56 % kokee elämänlaatunsa hyväksi, mutta Kymenlaaksossa ja Päijät-Hämeessä asuvista jo viisi prosenttiyksikköä pienempi osuus (51 %). Onnellisuuden kokemisessa merkittävin ero havaitaan rannikon naapurimaakuntien Pohjanmaan (45 %) ja Etelä-Pohjanmaan välillä (53 %). Sosioekonominen asema (koulutus) on vahvasti yhteydessä elämänlaadun kokemiseen: vähemmän opiskelleiden (48 %) ja korkeammin koulutettujen (62 %) välillä on noin kolmanneksen ero.

Köyhyys ei ole kadonnut Suomesta. Joka viides suomalainen (yhteensä 1 032 790 henkilöä) on rahanpuutteen vuoksi tinkinyt ruuasta, lääkkeitä tai lääkärikäynneistä. Pohjoiskarjalaisista näin on joutunut tekemään 17 % (22 000 henkilöä), kainuulaisista 23 % (14 000 henkilöä). Vähemmän opiskelleilla köyhyyskokemukset olivat selvästi yleisempiä kuin korkeammin koulutetuilla (24 % vs. 15 %).

Terveyskeskuslääkäripalveluita 12 viime kuukauden aikana on käyttänyt vähintään kerran noin joka toinen (52 %) yli 20-vuotiaista suomalaista. Terveyskeskuslääkäripalveluita tarvinneista suomalaisista lähes joka kolmas (30 %) kokee saaneensa tarpeisiinsa nähden riittämättömästi palveluita. Alueellisia eroja havaittiin niin lääkäripalveluita käyttäneiden kuin tyydyttymättömän palvelutarpeen kohdalla. Tyydyttymättömyyttä palveluntarvetta kokee Uudellamaalla, Kymenlaaksossa, Etelä-Savossa, Päijät-Hämeessä ja Kainuussa asuvista vähintään joka kolmas (33–36 %), mutta Kanta-Hämeessä, Etelä-Pohjanmaalla ja Pohjois-Savossa noin joka neljäs (23–25 %).

Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus (ATH):

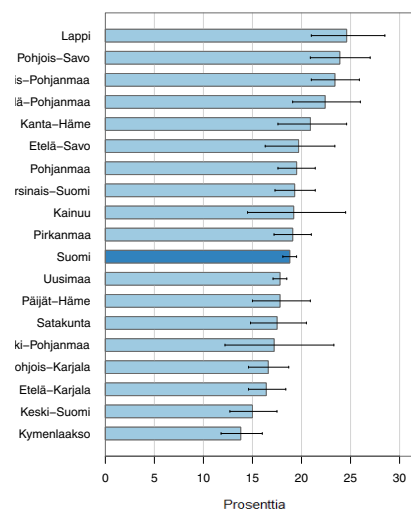
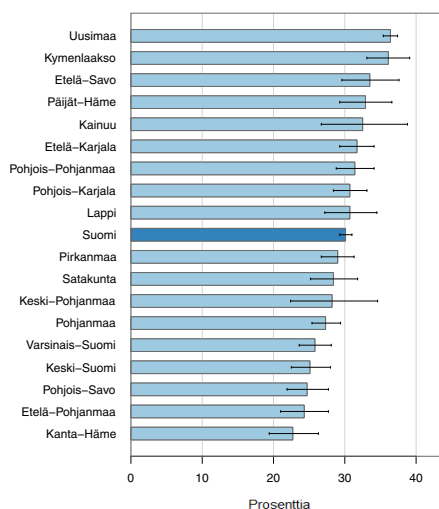
Vuosina 2013–2014 tutkittava 150 000 suomalaisen otos muodostuu kahdeksasta noin kolmen kuukauden välein poimittavasta kansallisesti edustavasta osasta, joista kukin koostuu noin 19 000 tutkittavasta. Tämä jatkuva tiedonkeruu mahdollistaa päätösten vaikuttavuuden seurannan ja arvioinnin kansallisella ja aluetasolla. Alueilla on mahdollisuus täydentää omia otoksiaan tarpeidensa mukaan.

ATH:ssa tutkitaan suomalaista aikuisväestöä 20 ikävuodesta ylöspäin. 75 vuotta täyttäneitä poimitaan otokseen kaksinkertainen osuus, jotta iäkkäistäkin saadaan luotettavat tiedot.

Tämän julkaisun tulokset perustuvat 2013 keväällä ja kesällä kerätyn ATH-aineiston täyttäneitä suomalaisia edustavaan otokseen.

ATH:ta käytetään moneen tarkoitukseen, mm. vanhuspalvelulain vaikutusten arviointiin: <http://www.terveytemme.fi/ath/vanhuspalvelulaki/>

Lisää tietoa ja tuloksia: www.thl.fi/ath/

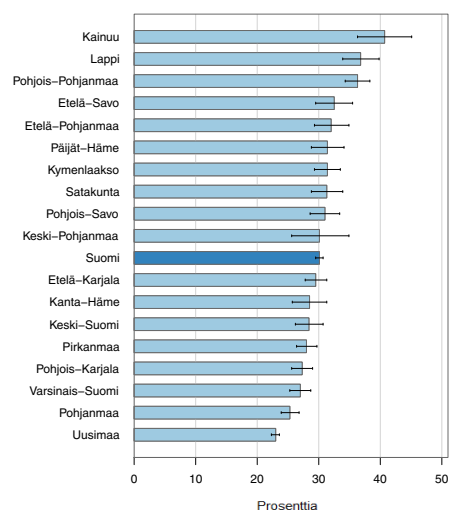
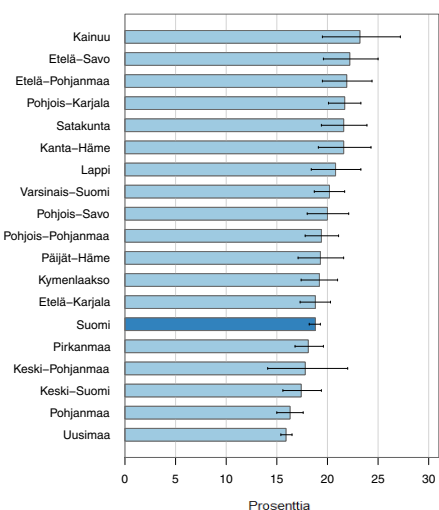


Kuvio 3. Terveyskeskuslääkäri(a)- ja kulttuuripalveluiden (b) tyydyttymätön terve maakunnittain (%).

Kulttuuripalveluiden tyydyttymätöntä palveluntarvetta raportoi noin joka viides (19 %) suomalainen, yhteensä 785 000 henkilöä. Eniten lisäpalveluntarvetta koetaan Lapissa, Pohjois-Savossa ja Pohjois-Pohjanmaalla (23–25 %) ja parhaiten kulttuuripalvelut tavoittavat niitä tarvinneet Kymenlaaksossa, Keski-Suomessa ja Etelä-Karjalassa (14–16 %).

Terveys, elintavat ja riskitekijät

Suomalaisista aikuisista 39 % kokee terveytensä keskitasoiseksi tai huonommaksi. Yleisimmin näin kokivat Etelä-Savossa asuvat (46 %) ja harvimminkin Uudenmaan asukkaat (33 %). Suomalaisen lihavuuskehitys on taittunut, ja vuonna 2013 lihavia oli 18 % väestöstä (743 600 henkilöä). Yleisintä lihavuus on Kainuussa, Etelä-Savossa, Etelä-Pohjanmaalla, Pohjois-Karjalassa, Satakunnassa ja Kanta-Hämeessä (22–23 %) ja harvinaisempaa Uudellamaalla, Pohjanmaalla, Keski-Suomessa, Keski-Pohjanmaalla ja Pirkanmaalla (16–18 %).



Kuvio 4. Lihavuuden (a) ja kasvien käytön (b) maakunnittaiset erot.

Kasvien käytössä havaittiin lähes kaksinkertaisia eroja maakuntien välillä. Kainuulaisista 41 %, lappalaisista 37 % ja pohjoispohjalaisista 36 % käyttää niukasti kasviksia ravinnossaan. Vastaavat luvut olivat Uudellamaalla 23 %, Pohjanmaalla 25 % ja Varsinais-Suomessa ja Pohjois-Karjalassa 27 %. Niin lihavuudessa kuin kasvien käytössä koulutusryhmien väliset erot olivat suuria, kasvien käytössä jopa kaksinkertaisia.

Johtopäätöksiä

Suomessa yhteiskuntapolitiikan keskeisiä päämääriä ovat terveyden ja hyvinvoinnin kohentaminen sekä alueiden ja väestöryhmien välisen tasa-arvon vahvistaminen. Päätöksenteon keskeisenä tavoitteena on edistää väestön elinvoimaisuutta, hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä siten, että osallisuus yhteiskuntaan, valmius terveyttä edistäviin päätöksiin ja hyvä elämä, työura ja hyvä eläkeikä voivat jatkua kaikissa väestöryhmissä mahdollisimman pitkään. Onko tasa-arvoperiaatteessa kuitenkin vielä onnistuttu?

Suomalaisten työurien merkittävä pidentäminen edellyttää alueiden välisen erojen kaventamista mm. työkyvyssä ja työssä jaksamisessa, ja näiden toimien tulisi kohdistua etenkin alempiin sosioekonomisiin ryhmiin. Alimpaan tuloviihdenneeseen kuuluvien miesten elinajanodote (69 vuotta) on vain vuoden suurempi kuin vanhuuseläkeikä raja. Terveys- ja muut palvelut sekä kuntoutus tulee kohdentaa tarpeen mukaan, niitä eniten tarvitseville. Näin voidaan vähentää väestön ikääntymisen myötä kasvavaa palveluiden tarvetta, kohentaa kansanterveyttä ja kansantaloutta ja helpottaa julkisen talouden kestävyyspainetta.

Väestön ikä- tai koulutusrakenteen erot selittivät vain pienemmän osan alueiden välisistä eroista tässä tutkimuksessa. Jatkossa tulisi tutkia tarkemmin muita sosiodemografisia tekijöitä sekä aluetasoa kuten kaupunki- ja maaseutu-alueiden eroja.

Suomalaisen kunnallisen ja alueellisen autonomian näkökulmasta tarvitsemme päätöksentekoon väestöä kuvaavia perustietoja myös kunta- ja aluetasolla. Tietojen avulla tulisi ennakoida ja arvioida tulevaa kehitystä sekä tarkastella asetettujen tavoitteiden toteutumista. Terveyden ja hyvinvoinnin ongelmia ei ratkaista ilman tarvittavaa tietoa niiden keskeisistä riskitekijöistä. Esimerkiksi diabetesta ei ehkäistä ja hyvinvoinnin vajeita ei vähennetä vain tarkastelemalla niiden ilmaantuvuutta tai yleisyyttä. Tarvitaan terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä koskevaa seurantatietoa, jotta toimia keskeisten riskitekijöiden vähentämiseksi voidaan kohdentaa ja arvioida.

Suomalaisten hyvinvointia voidaan parhaiten kohentaa, kun kehitetään ratkaisuja, joilla tilanne paranee erityisesti niillä alueilla ja niissä suurissa väestöryhmissä, joihin ongelmat kasautuvat. Tarvittavaa tietoa tähän tarpeeseen tuo Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus ATH – suomalaisten terveyden ja hyvinvoinnin puolesta!

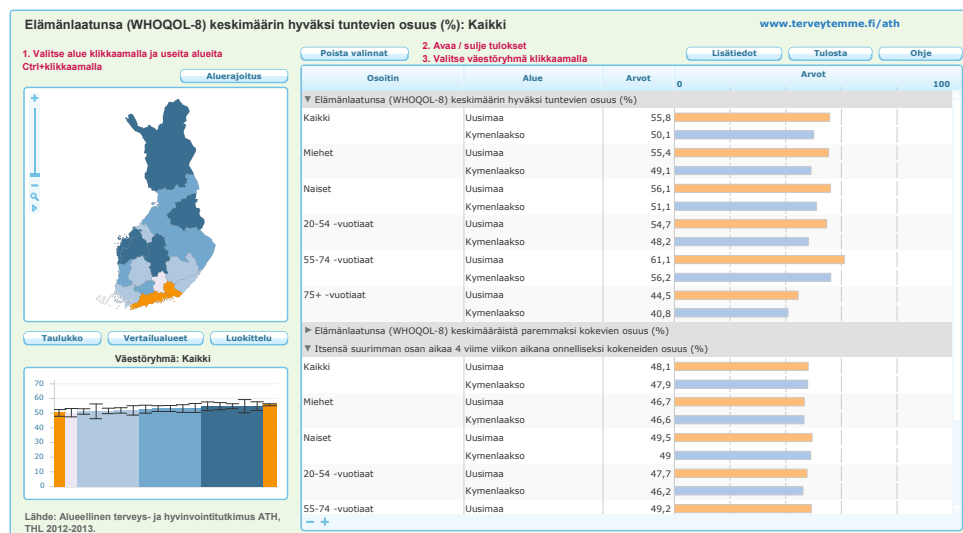
Tämän julkaisun viite:

Kaikkonen R, Murto J, Pentala O, Koskela T, Virtala E, Härkänen T, Koskenniemi T, Ahonen J, Vartiainen E ja Koskinen S. Hyvinvoinnin maakunnalliset ja väestöryhmien väliset erot Suomessa 2013 – ATH-tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 002, tammi-kuu 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
 PI 30 (Mannerheimintie 166)
 00271 Helsinki
 Puhelin: 029 524 6000

ISBN (painettu) 978-952-302-135-8
 ISBN (verkko) 978-952-302-136-5
 ISSN 2323-5179
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-136-5>

www.thl.fi/ath



Maakunnalliset tulokset vuodelta 2013 julkaistiin 30.1.2014 Joensuussa.