

Hannamaria Kuusio
Anna Seppänen
Satu Jokela
Laura Somersalo
Eero Lilja
(toim.)

Ulkomaalaistaustaisten terveys ja hyvinvointi Suomessa

FinMonik-tutkimus 2018–2019

RAPORTTI



Hannamaria Kuusio, Anna Seppänen,
Satu Jokela, Laura Somersalo, Eero Lilja (toim.)

Ulkomaalaistaustaisten terveys ja hyvinvointi Suomessa

FinMonik-tutkimus 2018–2019



**TURVAPAIKKA-,
MAAHANMUUTTO- JA
KOTOUTTAMISRAHASTO**

Euroopan unionin tuella



Työ- ja elinkeinoministeriö
Arbets- och näringsministeriet

[Kotouttaminen.fi](https://www.kotouttaminen.fi)
[Integration.fi](https://www.integration.fi)



ESPOO



Terveyden ja
hyvinvoinnin laitos

© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Kannen kuva: Shutterstock

Taitto: PunaMusta Oy

ISBN 978-952-302-931-6 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-343-034-1 (verkko)

ISSN 1798-0089 (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-034-1>

PunaMusta Oy

Helsinki 2019

Esipuhe

Suomi oli pitkään maastamuuton maa, josta lähdettiin työn ja paremman elämän perässä etenkin Pohjois-Amerikkaan ja Ruotsiin. Maahanmuutto alkoi kasvaa 90-luvulla ja kasvu vauhdittui 2000-luvulla. Ulkomaalaistaustaisten osuus koko väestöstä on kasvanut verkalleen viime vuosikymmentä lukuun ottamatta. Ulkomaalaistaustaisten osuus on muihin läntisen Euroopan maihin verrattuna edelleen hyvin pieni, vuoden 2018 lopussa noin seitsemän prosenttia. Suomessa syntyneistä ulkomaalaistaustaisista suurin osa on vielä lapsia ja nuoria.

Suomeen muuttaneiden taustat ja muuton syyt ovat moninaiset – perhesyistä ja työn perässä muutosta turvapaikan hakuun tai pakolaisuuteen. Ulkomaalaistaustaisia ei voi tarkastella yhtenäisenä ryhmänä. Heissä on paljon korkeasti koulutettuja ja paljon matalasti koulutettuja. Koulutus rakenne on polarisoitunut ja äidinkieliä on satoja.

Työikäisen väestön määrän kasvu on Suomessa maahanmuuton varassa. Huoli talouden kasvutekijöiden riittävydestä kohdistaa huomiota kaikkien väestöryhmien työllistymisen edellytyksiin – terveyteen, osaamiseen, hyvinvointiin ja osallisuuden yhteiskunnassa.

Maasta toiseen muuttamisen sanotaan olevan elämän suurimpia mullistuksia, vaikka muutto olisi tapahtunut omasta tahdosta ilman ulkoista uhkaa. Turvapaikanhakijoiden ja pakolaisten terveyttä kuormittavat usein traumat, perhesuhteiden rikkoutuminen ja sairaudet. Maasta toiseen muutto ravistelee ihmisen identiteettiä ja tekee tietoisiksi sellaisista lähtö- ja tulomaan piirteistä, joihin paikoilleen pysyneet eivät kiinnitä huomiota. Paljon riippuu myös vastaanottajamaan asenteista, ilmapiiristä ja kotouttamispolitiikasta sekä siitä, miten vieraaseen kulttuuriin ihminen muuttuu.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL:n toiminnan päämääränä on, että me kaikki voisimme hyvin. Tämän perustaksi tarvitsemme tietoa myös eri ulkomaalaistaustaisten väestöryhmien terveydestä, hyvinvoinnista ja palvelutarpeista. Vasta tutkimustietoon perustuva ymmärrys nykytilasta luo pohjan toimiville ratkaisuille ja samalla edellytyksiä onnistuneelle kotoutumiselle. Nopea työllistyminen auttaa tulijoita kiinnittymään suomalaiseen yhteiskuntaan, helpottaa työvoiman saatavuutta ja rikastaa kulttuurista ja muuta monimuotoisuutta.

THL on aiemmin ollut mukana toteuttamassa suppeampia tiedonkeruita ulkomaalaistaustaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. Nyt raportoitava FinMonik-tutkimus on aiempia kattavampi kuvaus eri maista muuttaneiden aikuisten terveydestä ja hyvinvoinnista elämän eri alueilla sekä palvelujen tarpeesta, niiden käytöstä ja luottamuksesta palveluihin. THL:n koordinoiman tutkimuksen toteutuminen on tulosta laajasta kansallista yhteistyöstä maahanmuuttajajärjestöjen ja viranomaisten kanssa. Sen suunnitteluun ja ohjausryhmän toimintaan osallistuivat työ- ja elinkeinoministeriön (TEM), oikeusministeriön (OM), Työterveyslaitoksen ja Tilastokeskuksen sekä Oulun, Tampereen, Turun, Vantaan ja Helsingin kaupungin asiantuntijoita. Rahoittajina ovat olleet EU:n Turvapaikka-, maahanmuutto- ja kotouttamisrahasto (EUSA/AMIF), työ- ja elinkeinoministeriö (TEM), Espoon kaupunki ja THL.

Tuire Santamäki-Vuori
Hyvinvointiosaston johtaja
Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Tiivistelmä

Hannamaria Kuusio, Anna Seppänen, Satu Jokela, Laura Somersalo, Eero Lilja (toim.) Ulkomaalaistaustaisten terveys ja hyvinvointi Suomessa – FinMonik-tutkimus 2018–2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 1/2020, 256 sivua, ISBN 978-952-302-931-6 (painettu); ISBN 978-952-343-034-1 (verkko).

FinMonik 2018-2019 on toistaiseksi laajin koko Suomessa asuvalle ulkomailla syntyneelle ulkomaalaistaustaiselle väestölle kohdennettu kyselytutkimus. Se on myös ensimmäinen tutkimus, jossa kerättiin edustavalla otoksella maakuntakohtaista tietoa ulkomaalaistaustaisesta väestöstä. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa luotettavaa tietoa Suomen ulkomaalaistaustaisen aikuisväestön (18–64-vuotiaat) hyvinvoinnista ja terveydestä sekä näiden taustatekijöistä. Tutkimustietoa kerättiin laajasti elämän eri osa-alueilta, kuten elämänlaadusta, hyvinvoinnista, osallistumisesta sosiaaliseen ja yhteiskunnalliseen toimintaan, syrjintäkokemuksista, turvallisuudesta, koetusta terveydestä, työllisyydestä ja osaamisesta. Lisäksi tietoa tuotettiin sosiaali- ja terveystalvelujen sekä työelämä- ja maahanmuuttopalvelujen tarpeesta ja käytöstä, sekä luottamuksesta palveluihin. Tässä raportissa esitetään koko Suomen ulkomaalaistaustaisen aikuisväestön tulokset maaryhmittäin ja sukupuolitain. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kotoutumis-, terveys- ja hyvinvointipolitiikan suunnittelussa sekä arvioinnissa.

Tutkimuksen aineisto kerättiin toukokuun 2018 ja tammikuun 2019 välisenä aikana. Tutkimuksen otos (n = 12 877) poimittiin Väestörekisterikeskuksen väestötietojärjestelmästä. Vastausaktiivisuudeksi saatiin kaikki vastaustavat mukaan laskien 53,1 prosenttia (n = 6 836). Tiedot kerättiin ensisijaisesti sähköisellä lomakkeella, jota täydennettiin paperikyselyllä ja puhelinhaastatteluilla niiden osalta, jotka eivät olleet itse vastanneet kyselyyn sähköisesti. FinMonik-tutkimuksen vertailutietoina käytettiin FinSote 2018 -tutkimuksen tietoja.

Tutkimuksen tulokset antavat monin paikoin myönteisen kuvan Suomen ulkomaalaistaustaisen aikuisväestön terveydestä, hyvinvoinnista ja osallisuudesta. Suurimmalla osalla ulkomaalaistaustaisista oli ystävä, he pitivät yhteyttä läheisiinsä, joilta he saivat myös tarvittaessa apua. Enemmistö ulkomaalaistaustaisista arvioi olevansa täysin työkykyisiä. Ulkomaalaistaustaiset käyttivät alkoholia selvästi harvemmin ja pienempiä määriä kerralla verrattuna koko väestöön.

Haasteita ulkomaalaistaustaisen väestön terveydelle ja hyvinvoinnille aiheuttaa erityisesti kokemukset syrjityksi tulemisesta: miehistä 40 prosenttia ja naisista 37 prosenttia oli kokenut syrjintää viimeisen vuoden aikana. Lisäksi naisten kokemana turvattomuus on uhka hyvinvoinnille: joka kymmenes nainen koki turvattomuutta kotinsa lähikaduilla. Niin ulkomaalaistaustaiset miehet kuin naisetkin kokivat harvemmin terveytensä hyväksi tai melko hyväksi koko väestöön verrattuna. Ulkomaalaistaustaiset naiset harrastivat vapaa-ajan liikuntaa koko väestöä harvemmin, ja miehet tupakoivat koko väestöä yleisemmin. Ulkomaalaistaustaiset kokivat

saaneensa sosiaali- ja terveyspalveluja riittämättömästi useammin kuin koko väestö. Kuitenkin luottamus suomalaiseen palvelujärjestelmään oli varsin hyvää.

Pahoinvointi ja terveyden riskitekijöiden yleisyys korostuivat erityisesti niissä maaryhmissä, joissa maahan muuttaminen on yleistä pakolaisuuden vuoksi. Noin viidennes Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneista koki yksinäisyyttä. Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneet kokivat myös elämänlaatunsa huonommaksi kuin koko väestö. Lisäksi unettomuus ja painajaisunet olivat erityisen yleisiä tässä ryhmässä. Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikan maista muuttaneiden joukossa raportoitiin myös muita useammin diabetesta, masennusta ja mielenterveysongelmia. Kuitenkin Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneet osallistuivat järjestöjen, yhdistysten ja seurojen toimintaan yhtä usein kuin muut ulkomaalaistaustaiset. Vastaavasti heidän äänestysaktiivisuutensa oli yhtä korkea kuin muissakin maaryhmissä.

Syrjinnän kitkemiseksi ja turvallisuuden parantamiseksi tarvitaan hyvien väestösuhteiden politiikkaa. Lisäksi erityisesti kunnissa ja paikallistasolla tarvitaan aktiivista hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä poistamaan yksinäisyyttä, lisäämän liikuntaa ja vähentämään tupakointia. Oikea-aikaista ja tarpeenmukaista palvelujen käyttöä voidaan tukea parantamalla palveluiden saatavuutta ja saavutettavuutta. Keskeisiä toimenpiteitä ovat esimerkiksi palvelujärjestelmän ja palvelupolkujen kehittäminen, ammattilaisten kouluttaminen sekä yksilön tiedonsaannin varmistaminen palvelujärjestelmästä sekä terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämiseen.

Kotoutumisen edistäminen ja hyvinvointi- ja terveyskysymysten huomioinen osana kotoutumisprosessia parantavat osaltaan ulkomaalaistaustaisen väestön elämänlaatua. FinMonik-tutkimuksen tulokset lisäävät tietämystä, ymmärrystä ja keskustelua Suomen ulkomaalaistaustaisesta väestöstä. Tietoja tulisi hyödyntää laajasti eri organisaatioissa palvelujen kehittämiseksi sekä ulkomaalaistaustaisen väestön kotoutumisen tukemiseksi.

Avainsanat: FinMonik-tutkimus 2018–2019, hyvinvointi, terveys, osallisuus, syrjintä, turvallisuus, elintavat, tupakointi, alkoholi, toimintakyky, palvelujen tarve, palvelujen käyttö, luottamus palveluihin, ulkomaalaistaustainen väestö, ulkomaalaiset, ulkomaista syntyperää oleva väestö

Sammandrag

FinMonik 2018–2019 är tills vidare den mest omfattande enkätundersökningen riktad till personer med utländsk bakgrund födda utomlands som bor i Finland. Den är också den första undersökningen där man genom representativt urval samlat in landskapsspecifik information om befolkningen med utländsk bakgrund. Målet med undersökningen var att producera tillförlitlig information om välfärden och hälsan bland Finlands vuxna befolkning (18–64 år) med utländsk bakgrund samt om bakgrundsfaktorer till dessa. Forskningsdata samlades i omfattande utsträckning in kring olika delområden i livet: till exempel om livskvalitet, välfärd, deltagande i social och samhällelig verksamhet, erfarenheter av diskriminering, säkerhet, upplevd hälsa, sysselsättning och kunskaper. I rapporten beskrivs dessutom behovet och anlitandet av social- och hälso- och arbetslivs- och invandrartjänster samt förtroendet för dessa tjänster. I den här rapporten presenteras resultaten om den vuxna befolkningen med utländsk bakgrund i hela Finland enligt land och kön. Resultaten av undersökningen kan utnyttjas i planeringen och utvärderingen av integrations-, hälso- och välfärdspolitiken.

Undersökningsmaterialet samlades in från maj 2018 till januari 2019. Urvalet ($n = 12\ 877$) plockades ur Befolkningsregistercentralens befolkningsdatasystem. Svvarsaktiviteten, alla svarsmetoder inräknat, var 53,1 procent ($n = 6\ 836$). Information samlades i första hand in med en elektronisk blankett, som kompletterades med en pappersblankett och telefonintervju för de personer som inte kunde besvara enkäten självständigt. Som referensdata för FinMonik-undersökningen användes data från undersökningen FinSote 2018.

Resultaten av undersökningen ger på många håll en positiv bild av hälsan, välfärden och delaktigheten bland den vuxna befolkningen med utländsk bakgrund i Finland. Största delen av personerna med utländsk bakgrund hade vänner, höll kontakt med sina närstående, som de också fick hjälp av vid behov. Majoriteten bedömde att de var fullständigt arbetsförmögna. Personer med utländsk bakgrund drack avsevärt mer sällan alkohol och mindre mängder vid samma tillfälle jämfört med hela befolkningen.

I synnerhet upplevelser av diskriminering medförde utmaningar för hälsan och välfärden bland personer med utländsk bakgrund: 40 procent av männen och 37 procent av kvinnorna hade upplevt diskriminering under det senaste året. Dessutom utgjorde den otrygghet som kvinnorna kände ett hot mot välfärden: var tionde kvinna kände sig otrygg på gatorna i närheten av hemmet. Jämfört med hela befolkningen upplevde såväl män som kvinnor med utländsk bakgrund mer sällan att deras hälsa var bra eller ganska bra. Kvinnor med utländsk bakgrund motionerade mer sällan på fritiden än hela befolkningen, och männen rökte i större utsträckning än hela befolkningen. Personer med utländsk bakgrund upplevde i större utsträckning än hela befolkningen att de social- och hälso- och arbetslivs- och invandrartjänster de fick var otillräckliga. Förtroendet för det finländska servicessystemet är dock mycket bra.

Illamående och förekomsten av faktorer som utgör en risk för hälsan framhövdes i synnerhet i de landsgrupper där det är vanligt att flytta till Finland på grund av landsflykt. Ungefär var femte person som flyttat från Mellanöstern och Norra Afrika kände sig ensamma. Personer som flyttat från Mellanöstern och norra Afrika upplevde också att de hade en sämre livskvalitet än hela befolkningen. Dessutom var sömnlöshet och mardrömmar särskilt vanliga i denna grupp. Personer som flyttat från Mellanöstern och länder i Norra Afrika rapporterade också att de i större utsträckning än andra led av diabetes, depression och psykiska problem. Personer som flyttat från Mellanöstern och Norra Afrika deltog emellertid i organisationers, föreningars och klubbars verksamhet i lika stor utsträckning som andra personer med utländsk bakgrund. Också deras rösträttsaktivitet var lika hög som i andra landsgrupper.

För att rensa bort diskriminering och förbättra säkerheten behövs en politik för goda befolkningsrelationer. Dessutom måste man i synnerhet i kommuner och på lokal nivå aktivt utföra hälso- och välfärdsfrämjande arbete i syfte att förebygga ensamhet, öka motionen och minska rökningen. Genom att förbättra tillgången till tjänster och tjänsternas tillgänglighet kan man bidra till att tjänsterna används i rätt tid och på ändamålsenligt sätt. Viktiga åtgärder är till exempel att utveckla servicesystemet och servicestigarna, utbilda de yrkesutbildade och se till att individen får information om servicesystemet för att kunna upprätthålla hälsan och välbefinnandet.

Genom att främja integrationen och beakta välfärds- och hälsofrågor som en del av integrationsprocessen kan man bidra till att förbättra den utländska befolkningens livskvalitet. Resultaten av FinMonik-undersökningen ökar kunskaperna om, förståelsen för och diskussionen kring den del av Finlands befolkning som har utländsk bakgrund. Informationen borde i omfattande utsträckning utnyttjas för att utveckla tjänsterna inom olika organisationer och för att stödja integrationen av befolkningen med utländsk bakgrund.

Nyckelord: FinMonik-undersökningen 2018–2019, välfärd, hälsa, delaktighet, diskriminering, säkerhet, levnadsvanor, funktionsförmåga, behov av tjänster, användning av tjänster, förtroende för tjänster, befolkning med utländsk bakgrund, utlänningar, befolkning av utländsk härkomst

Abstract

FinMonik 2018-2019 is the most extensive survey so far carried out among the population with foreign background born abroad living in Finland. It is also the first study that involved using a representative sample to collect data on population with foreign background at county level. The aim of the study was to produce reliable data about the welfare and health of Finland's adult population with foreign background (18–64-year-olds) and related background factors. Research data were collected regarding a wide range of different areas of life, including quality of life, welfare, participation in social and societal activities, experiences of discrimination, safety, perceived health, employment, and competence. Data were also collected about the need for and use of social and health care services as well as employment and immigration services, and trust in these services. This report presents the results of the entire adult population with foreign background in Finland per country groups and gender. The study results can be used in planning and assessing integration, health and welfare policy.

The data were collected between May 2018 and January 2019. The research sample (n = 12,877) was obtained from the population data system of the Population Register Centre. All response types included, the response rate was 53.1 per cent (n = 6,836). The data were primarily collected using an electronic questionnaire. This was supplemented with paper questionnaires and telephone interviews conducted among those individuals who had not responded to the electronic survey. The data collected in the FinSote 2018 study were used as comparative data for the FinMonik survey.

In many areas, the research provided positive findings on health, welfare and inclusion of the adult population with foreign background in Finland. Most of the respondents reported having at least one friend and keeping in touch with their loved ones, and also receiving help from them if needed. The majority of the respondents perceived themselves as having a full ability to work. The population with foreign background clearly consumed alcohol less frequently and in smaller amounts at a time compared to the entire population.

Experiences of discrimination create major challenges to the health and welfare of the population with foreign background: 40 per cent of men and 37 per cent of women had experienced discrimination within the previous year. Women's welfare was also threatened by insecurity they experienced: one in ten women felt unsafe in the streets near their home. Compared to the whole population, both men and women with foreign background were less likely to consider their health as good or fairly good. Women with foreign background engaged in less physical activity in their leisure time, while men smoked more frequently, compared to the entire population. Compared to the entire population, persons with foreign background were more likely to feel that the social and health care services they had been provided with had been insufficient. Nevertheless, their trust in the Finnish service system was at rather a good level.

Ill-health and high prevalence of health risk factors were particularly emphasised in the country groups in which forced migration is common. Roughly one in five persons from the Middle East and North Africa reported feelings of loneliness. Compared to the whole population, people from the Middle East and North Africa also seemed to perceive their quality of life poorer. Insomnia and nightmares were also more common in this group. The prevalence of diabetes, depression and mental health issues were also higher among people originating from the Middle East and North Africa. However, participation in activities organised by organisations, associations, and clubs was as common among those who had moved to Finland from the Middle East and North Africa as other population with foreign background. Similarly, their voter turnout rates were as high as that of the other country groups.

A policy promoting good relations between population groups is needed in order to root out discrimination and improve safety. There is also a need for active promotion of welfare and health, particularly at the municipal and local levels, in order to eliminate loneliness, increase physical activity, and reduce smoking. Improving the availability and accessibility of services would help to ensure that the services are sought in time and meet people's needs. Key measures to be taken include developing the service system and service paths, training professionals, and ensuring that individuals are provided with information about the service system and how to maintain their health and welfare.

Promoting integration and taking into account welfare and health issues as part of the integration process contribute to improving the quality of life of the population with foreign background. We hope that the results of the FinMonik study will increase knowledge, awareness and discussion concerning the population with foreign background residing in Finland. The results ought to be widely utilised in different organisations when developing services and supporting the integration of the population with foreign background.

Keywords: FinMonik survey 2018–2019, welfare, health, inclusion, discrimination, safety, lifestyle, smoking, alcohol, functional ability, service need, service use, trust in services, population with foreign background, foreigners

Sisällysluettelo

ESIPUHE.....	3
TIIVISTELMÄ.....	4
SAMMANDRAG.....	6
ABSTRACT.....	8
1 JOHDANTO.....	12
2 AINEISTO JA MENETELMÄT.....	15
2.1 Otos ja osallistumisaktiivisuus.....	15
2.2 Tiedonkeruun toteutus.....	18
2.3 Tutkimuksen eettisyys.....	23
2.4 Tilastolliset menetelmät.....	24
3 DEMOGRAFISET TEKIJÄT.....	27
3.1 Maahanmuuttotausta.....	27
3.2 Perhe ja kotitalous.....	34
4 OSAAMINEN, TYÖ JA TOIMEENTULO.....	41
4.1 Koulutus ja kielitaito.....	41
4.2 Työ ja työllistymisen esteet.....	49
4.3 Toimeentulo.....	61
5 OSALLISUUS, SOSIAALISET SUHTEET JA ELÄMÄNLAATU.....	65
5.1 Sosiaaliset suhteet.....	65
5.2 Sosiaalinen ja poliittinen osallistuminen.....	69
5.3 Kuulumisen kokemus.....	74
5.4 Elämänlaatu.....	81
6 TURVALLISUUS.....	88
6.1 Turvattomuuden kokemus.....	88
6.2 Syrjäntä- ja väkivaltakokemukset.....	91
7 TOIMINTA- JA TYÖKYKY.....	97
7.1 Fyysinen toimintakyky.....	97
7.2 Kognitiivinen toimintakyky.....	101
7.3 Työkyky.....	104
8 TERVEYS.....	108
8.1 Koettu terveys ja pitkäaikaissairaudet.....	108
8.2 Ylipaino ja lihavuus.....	114
8.3 Psyykinen hyvinvointi.....	119
8.4 Raskaudet ja synnytykset.....	124

8.5	Seulontatutkimukset.....	128
8.6	Naisten sukuelinten silpominen ja miesten ympärileikkaukset	131
9	ELINTAVAT.....	135
9.1	Liikunta.....	135
9.2	Ravitseminen	138
9.3	Tupakointi.....	141
9.4	Alkoholi	144
9.5	Uni	147
9.6	Rahapelit.....	150
10	PALVELUJEN KÄYTTÖ, TARVE JA LUOTTAMUS PALVELUIHIN	154
10.1	Terveyspalvelujen käyttö, koettu tarve ja riittävyys	154
10.2	Suun terveyspalvelujen käyttö, koettu tarve ja riittävyys.....	160
10.3	Pääsy terveyspalveluihin, niiden laatu ja sujuvuus	164
10.4	Sosiaalipalvelujen ja toimeentulotuen käyttö, koettu tarve ja riittävyys.....	171
10.5	TE-toimiston työllisyyspalvelut.....	178
10.6	Maahanmuuttoviraston palvelujen käyttö, koettu tarve ja riittävyys.....	183
10.7	Luottamus julkisten palvelujen tarpeenmukaiseen saatavuuteen	186
11	YHTEENVETO JA TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	193
	LÄHDELUETTELO	197
	LIITTEET	209
	Liite 1. Tiivistelmän käännökset	209
	Përmbledhje (albania).....	209
	مختلص (arabia)	211
	خلاصه (dari)	213
	خلاصه (farsi).....	214
	Resumen (espanja)	215
	概要 (mandariiniikiina).....	217
	ڕۆژنامه (kurdin sorani).....	218
	Streszczenie (puola).....	220
	Résumé (ranska)	222
	Soo koobid (somal)	224
	บทคัดย่อ (thai)	226
	Özet (turkki).....	228
	Аннотация (venäjä)	230
	Tóm tắt (vietnam)	232
	Kokkuvõte (viro).....	234
	Liite 2. Kyselylomake	236
	Liite 3. Haastattelulomakkeen sisältö	253
	Liite 4. Raportin kirjoittajat	254

1 Johdanto

Hannamaria Kuusio, Laura Somersalo, Eero Lilja, Anna Seppänen & Satu Jokela

Arviolta 272 miljoonaa ihmistä asuu nykyisin muualla kuin omassa syntymämaassaan, muodostaen noin 3,5 prosenttia maailman väestöstä. Euroopassa näistä ihmisistä asuu noin 82 miljoonaa. (United Nations 2019). Ulkomaalaistaustaisten määrä Suomessa on kaksinkertaistunut kymmenessä vuodessa: Suomessa asui vuoden 2018 lopussa 402 619 ulkomaalaistaustaista henkilöä, joista 387 200 oli syntynyt ulkomailla. Maan koko väestöstä ulkomaalaistaustaisia oli viime vuoden lopussa 7,3 prosenttia (SVT 2019b), ja ennusteiden mukaan maahanmuutto tulee tulevaisuudessa lisääntymään. Vuoden 2018 lopussa Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -taustaiset muodostivat selvästi suurimman ulkomaalaistaustaisten ryhmän, noin viidesosan kaikista ulkomaalaistaustaisista Suomessa. Seuraavaksi suurimmat ryhmät muodostivat virolaistaustaiset, irakilaistaustaiset ja somalialaistaustaiset. (SVT 2019c.) Tässä tutkimuksessa tarkastellaan ulkomailla syntyneitä ulkomaalaistaustaisia, jolla tarkoitetaan kaikkia ulkomailla syntyneitä henkilöitä, joiden molemmat vanhemmat tai ainoa tiedossa oleva vanhempi on syntynyt muualla kuin Suomessa.

Aiemman tutkimustiedon mukaan yli puolet Suomeen muuttaneista on muuttanut maahan perhesyistä, kuten rakkauden tai avioliiton takia, ja noin viidennes työn takia (Nieminen ym. 2015b). Työperusteisten oleskelulupahakemusten määrä on Maahanmuuttoviraston mukaan kasvanut viime vuosina. Vuonna 2017 työperusteisen oleskeluluvan hakijoita oli 8 650, kun jo vuonna 2018 sen hakijoita oli 10 805. (Maahanmuuttovirasto 2019b). Suomeen tulevien turvapaikanhakijoiden määrä on 2000-luvulla vaihdellut vuosittain noin 1 500 ja 6 000 hakijan välillä (Sisäministeriö 2017). Vuonna 2015 turvapaikanhakijoita tuli Suomeen 32 476 henkilöä, mikä on poikkeuksellisen paljon. Hakijoiden määrät ovat sittemmin vähentyneet, ja vuosien 2016–2018 aikana hakemuksia on jätetty vuosittain 4 500–5 700 kappaletta. Vuoden 2018 hakemuksista lähes puolet oli uusintahakemuksia. Tällöin turvapaikkaa hakeneita oli eniten Irakista, Venäjältä ja Somaliasta. (Maahanmuuttovirasto 2019d.) Euroopan Unionin (EU) alueella maiden välistä muuttota helpottaa vapaa liikkuvuus. Tämä tarkoittaa EU-kansalaisen mahdollisuutta muuttaa EU-alueen sisällä toiseen maahan ilman oleskelu- tai työlupaa ja asua siellä työnhakijana tai työntekijänä pelkällä tiedon rekisteröinnillä yli standardin kolmen kuukauden aikarajan. Tämä koskee myös Norjan, Islannin, Sveitsin ja Liechtensteinin kansalaisia. Maahanmuuttoviraston mukaan EU-kansalaisten rekisteröintien määrä kasvoi vuonna 2018 edellisvuodesta selvästi. (Maahanmuuttovirasto 2019b.)

Aiemmin Tilastokeskus, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) ja Työterveyslaitos (TTL) ovat toteuttaneet ulkomaalaistaustaisille kohdennettuja väestötutkimuksia. THL koordinoi vuosina 2010–2012 Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (Maamu, Castaneda ym. 2012b), jossa selvitettiin venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisten ryhmien terveyttä, hyvinvointia ja elinoloja. Tilastokeskus toteutti vuonna 2002 tutkimuksen maahanmuuttajien elinoloista (MAME-

LO, Pohjanpää ym. 2003), jossa tutkittiin Suomessa vähintään kaksi vuotta asuneita Venäjältä, Virosta, Somaliasta tai Vietnamista Suomeen muuttaneita 20–64-vuotiaita. Vuosina 2014–2015 toteutettiin Ulkomaista syntyperää olevien työ- ja hyvinvointitutkimus (UTH, Nieminen ym. 2015b), jossa kerättiin tietoa ulkomaalaistaustaisten työstä, koulutuksesta, terveydestä ja hyvinvoinnista. Näiden väestötutkimusten tulokset osoittavat ulkomaalaistaustaisen väestön ja koko väestön välisiä terveys- ja hyvinvointieroja muun muassa psyykkisessä ja fyysisessä terveydessä, toimintakyvyssä sekä hyvinvoinnissa (Nieminen ym. 2015b, Castaneda ym. 2012b, Skogberg ym. 2016, Rask ym. 2016c, Koponen ym. 2015a, Jokela ym. 2018).

Sosioekonomisia terveyseroja on havaittu ulkomaalaistaustaisen väestön sisällä ja maaryhmien välillä. Koulutetuimmat ja varakkaimmat voivat paremmin kuin muut (Gerritsen ym. 2006). Etenkin turvapaikanhakijat (Skogberg ym. 2019) ja pakolaisina maahan tulleet (Alberer ym. 2018, Halgreen & Wejse 2017, Gerritsen ym. 2006) ovat muita haavoittuvammassa asemassa ja heillä esiintyy esimerkiksi mielen-terveysongelmia ja tarttuvia tauteja keskimääräistä enemmän. Väestöryhmien välisten terveys- ja hyvinvointierojen kasvaessa on tärkeää saada tietoa siitä ulkomaalaistaustaisesta väestöstä, jonka terveyteen ja hyvinvointiin voivat vaikuttaa muun muassa aiemmassa kotimaassa koetut traumat, maahanmuuttoprosessiin liittyvät vaikeudet, perhesuhteiden ja sosiaalisten verkostojen rikkoutuminen, kielitaidon puute, koettu syrjintä, työllistymisen vaikeudet ja muuta väestöä heikompi sosiaalinen asema (ks. esim. DesMeules ym. 2005, Rechel ym. 2013). Tutkimusta ulkomaalaistaustaisten terveydestä ja hyvinvoinnista tarvitaan kotoutumiskehityksen ja yhdenvertaisuuden toteutumisen seurannassa sekä eriarvoisuuden paikantamiseksi.

Ulkomaalaistaustaisiin kohdennettujen väestötutkimusten haasteena on usein ollut vastaajien heikko tavoittaminen ja osallistuminen sekä tutkimuksen kallis toteutus. Näistä syistä FinMonik-tutkimuksessa kokeiltiin sähköisen, internetissä täytettävän kyselylomakkeen käyttöä sekä täydentävää tiedonkeruuta paperikyselyllä ja puhelinhaastatteluilla. Kehittämistyössä hyödynnettiin sekä aiempia kokemuksia UTH- ja Maamu-tutkimusten tiedonkeruusta että THL:ään rekrytoitujen haastattelijoiden osaamista ja muun muassa yhteistyötä maahanmuuttajajärjestöjen ja viranomaisten kanssa. Jotta hyvinvoinnin eri ulottuvuuksien vertaaminen aiempiin ulkomaalaistaustaisille suunnattuihin tutkimuksiin olisi mahdollista, otettiin FinMonik-tutkimukseen mukaan jo UTH- ja Maamu-tutkimuksissa käytettyjä kysymyksiä. Aiemmistä tutkimuksista valittujen kysymysten lisäksi FinMonik-tutkimukseen sisällytettiin myös uusia kysymyksiä. Näitä olivat esimerkiksi kysymykset monikielisydestä, äänestämättä jättämisen syistä, sekä palvelukokemuksista TE- ja Maahanmuuttoviraston palveluissa. Näin ollen FinMonik-tutkimus palvelee useiden eri hallinnonalojen lakisääteisiä tehtäviä esimerkiksi kotoutumisen seurannassa ja sote-palvelujen arvioinnissa.

FinMonik-tutkimus on toistaiseksi laajin Suomessa toteutettu, maassa asuvaan ulkomaalaistaustaiseen väestöön kohdistuva kyselytutkimus. Se on myös ensimmäinen tutkimus, jossa tietoa ulkomaalaistaustaisesta väestöstä kerättiin maakunnittain. Näin ulkomaalaistaustaisen väestön terveyttä ja hyvinvointia sekä palvelujen

käyttöä ja niiden käytön kokemuksia voidaan verrata kunkin maakunnan koko väestöön. Koko väestön vertailutiedot saadaan tässä raportissa pääasiassa FinSote 2018 -tutkimuksesta.

FinMonik-tutkimuksen toteutuminen on laajan kansallisen yhteistyön tulos. Rahoittajina ovat olleet EU:n Turvapaikka-, maahanmuutto- ja kotouttamisrahasto (EUSA/AMIF), työ ja elinkeinoministeriö (TEM), Espoon kaupunki ja THL. Näiden tahojen lisäksi tutkimuksen suunnitteluun ja ohjausryhmän toimintaan osallistuivat Oulun, Tampereen, Turun, Vantaan ja Helsingin kaupungin sekä oikeusministeriön (OM) asiantuntijoita. Tämän raportin kirjoittamiseen osallistui laaja joukko asiantuntijoita THL:stä, TEM:stä, TTL:stä ja Tilastokeskuksesta.

Tässä raportissa esitetään FinMonik-tutkimuksen perustulokset. Raportin toivotaan lisäävän tietämystä, ymmärrystä ja keskustelua Suomen ulkomaalaistaustaisesta väestöstä. Tietoja on mahdollista hyödyntää laajasti eri organisaatioiden palvelujen kehittämisessä ja ulkomaalaistaustaisen väestön kotoutumisen edistämässä. Lisäksi FinMonik-aineisto, raportissa esitettävät tulokset ja tutkimuksen toteutustapa antavat monipuolisia mahdollisuuksia jatkotutkimuksiin.

2 Aineisto ja menetelmät

2.1 Otos ja osallistumisaktiivisuus

Eero Lilja, Anna Seppänen, Satu Jokela & Hannamaria Kuusio

Otos

FinMonik-tutkimuksen otos perustuu ositettuun satunnaisotantaan, jossa Manner-Suomi jaettiin 24 ositteeseen (taulukko 2.1.1). Ositteiksi muodostettiin 18 maakuntaa ja kuusi suurinta kaupunkia (Helsinki, Espoo, Tampere, Vantaa, Oulu ja Turku). Tavoitteena oli kerätä tietoa siten, että raportointi olisi mahdollista tehdä erikseen jokaisesta maakunnasta ja valikoiduista kuudesta kaupungista.

Kustakin maakunnasta ja kaupungista poimittiin vähintään 600 ulkomaalaistaustaista. Maakunnissa, joissa keskuskaupunki muodosti oman ositteensa (Uusimaa, Varsinais-Suomi, Pirkanmaa, Pohjois-Pohjanmaa), muun maakunnan otoskooksi asetettiin 250. Lisäksi Helsingin ja Uudenmaan otoskokoa kasvatettiin siten, että otokseen sisältyi vähintään yksi prosentti koko alueen kohdejoukosta. Otoskooksi muodostui näin 13 650 (taulukko 2.1.1).

Tutkimuksen perusjoukon muodostavat työikäiset ulkomailla syntyneet ulkomaalaistaustaiset henkilöt Suomessa. Otos poimittiin maaliskuussa 2018 Väestötietokeskuksen väestötietojärjestelmästä seuraavin kriteerein:

- 1) syntymävaltio muu kuin Suomi;
- 2) molemmat vanhemmat tai ainoa tiedossa oleva vanhempi on syntynyt ulkomailla;
- 3) otoksen poimintahetkellä asunut Suomessa vähintään vuoden;
- 4) otoksen poimintahetkellä ikä 18–64-vuotta; sekä
- 5) henkilö ei ole tullut Suomeen adoption kautta.

Henkilöt, joiden kutsukirjeet palautuivat postissa, tulkittiin ylipeitoksi. Tämä sisälsi Suomesta pois muuttaneita ja todennäköisesti myös niitä ihmisiä, joiden osoitetieto ei ollut ajantasainen. Näiden lisäksi otoksesta poistettiin muutamia Suomessa syntyneitä. Ylipeittoa oli yhteensä 773 henkilöä eli 5,7 prosenttia otoksesta. Ylipeiton poistamisen jälkeen lopulliseen otokseen jäi 12 877 henkilöä. Jäljelle jäänyt otoskoko oli ennakoitua suurempi, sillä Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksessa (UTH, Nieminen ym. 2015b) ylipeiton osuus oli 8,7 prosenttia (Larja ym. 2015).

Taulukko 2.1.1 Tutkimuksen otoskoko ja tutkimukseen osallistuneet alueittain

	Perusjoukko	Otos	Korjattu otos	Vastanneet
	n	n	n	n (%)
Uusimaa (pl. Helsinki, Espoo, Vantaa)	19 727	400	387	189 (48,8)
Varsinais-Suomi (pl. Turku)	8 277	250	244	116 (47,5)
Satakunta	5 487	600	569	308 (54,1)
Kanta-Häme	5 003	600	564	288 (51,1)
Pirkanmaa (pl. Tampere)	4 917	250	240	119 (49,6)
Päijät-Häme	7 113	600	558	312 (55,9)
Kymenlaakso	7 344	600	587	301 (51,3)
Etelä-Karjala	5 775	600	572	298 (52,1)
Etelä-Savo	3 315	600	561	308 (54,9)
Pohjois-Savo	5 186	600	569	340 (59,8)
Pohjois-Karjala	4 429	600	578	337 (58,3)
Keski-Suomi	6 619	600	551	332 (60,3)
Etelä-Pohjanmaa	3 112	600	558	259 (46,4)
Pohjanmaa	8 783	600	573	302 (52,7)
Keski-Pohjanmaa	1 543	600	539	286 (53,1)
Pohjois-Pohjanmaa (pl. Oulu)	2 276	250	239	140 (58,6)
Kainuu	1 512	600	574	285 (49,7)
Lappi	3 715	600	569	309 (54,3)
Espoo	31 135	600	565	302 (53,5)
Helsinki	70 268	1100	1039	514 (49,5)
Oulu	6 071	600	562	324 (57,7)
Tampere	12 304	600	548	312 (56,9)
Turku	14 749	600	566	280 (49,5)
Vantaa	27 092	600	565	275 (48,7)
Yhteensä	26 5752	13 650	12 877	6 836 (53,1)

Tutkimukseen osallistuneet

Tutkimukseen osallistui yhteensä 6 836 henkilöä (taulukko 2.1.2). Sähköiselle lomakkeelle vastasi 4 618 (35,9 %), paperilomakkeelle 1 878 (14,6 %) ja puhelinhaastatteluun 340 (2,6 %) henkilöä. Vastausaktiivisuudeksi saatiin kaikki vastaustavat mukaan laskien 53,1 prosenttia. Vastausaktiivisuus vaihteli alueiden välillä (46–60 %). Eniten vastattiin Keski-Suomessa ja Pohjois-Savossa (60 %). Pienimmät vastausaktiivisuudet olivat Etelä-Pohjanmaalla ja Varsinais-Suomessa (46 % ja 48 %)

Naiset osallistuivat tutkimukseen miehiä useammin (56 % vrt. 50 %). Vastausaktiivisuus vaihteli myös ikäryhmittäin, sillä tutkimukseen osallistui eniten 55–64-vuotiaita ja vähiten 18–24-vuotiaita (55 % vrt. 48 %). Avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa olevat osallistuivat tutkimukseen useammin kuin naimattomat, eronneet tai lesket (58 % vrt. 46–53 %). Maaryhmistä useimmin tutkimukseen osallistui Aasia- sekä Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmiin kuuluneet (58 % ja 56 %). Vähiten vastattiin Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat ja Muu Afrikka -ryhmissä (45 % ja 46 %). Muissa maaryhmissä vastausaktiivisuus vaihteli 50–54 prosentin välillä. Näiden lisäksi vastausaktiivisuus vaihteli maassaoloajan mukaan: alle viisi vuotta Suomessa asuneista tutkimukseen osallistui 59 prosenttia ja yli 10 vuotta Suomessa asuneista 49 prosenttia. Myös maahanmuuttoikä oli yhteydessä vastausaktiivisuuteen. Yli 30-vuotiaana Suomeen muuttaneista tutkimukseen osallistui 57 prosenttia, kun alle 15-vuotiaana Suomeen muuttaneiden vastausaktiivisuus oli vain 42 prosenttia.

Miehet ja naiset vastasivat lähes yhtä usein verkossa (35 % ja 36 %). Nuorimassa ikäryhmässä (18–24-vuotiaat) vastausaktiivisuus verkossa oli 38 prosenttia kun 25–34-vuotiailla se oli 39 prosenttia. Yli 35–64-vuotiaissa verkko-osallistumisen aktiivisuus oli sitä huonompi, mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse (37 % vrt. 33 % vrt. 30 %). Avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa elävät ja naimattomat vastasivat verkossa useammin kuin lesket ja eronneet (38 % ja 39 % vrt. 23 % ja 25 %). Verkossa vastattiin heikoiten Viro-ryhmässä (29 %), kun taas Aasia- ja EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmissä verkkolomakkeen vastausaktiivisuus oli yli 40 prosenttia. Paperilomakkeelle vastasivat erityisen paljon 55–64-vuotiaat ja lesket (molemmilla 22 %). Vähemmän aikaa (alle 10 vuotta) maassa asuneet vastasivat enemmän verkossa kuin paperilomakkeelle. Yli 10 vuotta Suomessa asuneet vastasivat puolestaan paperilomakkeelle hieman verkkolomakkeelle vastaamista useammin.

Taulukko 2.1.2 Otokoko ja eri tavoin vastanneet sosiodemografisten ja maahanmuuttoon liittyvien taustatietojen mukaan

	Otos	Sähköinen lomake	Paperilomake	Puhelinhaastattelu	Vastanneet yhteensä
	n	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Yhteensä	12 877	4 618 (35,9)	1 878 (14,6)	340 (2,6)	6 836 (53,1)
Sukupuoli					
Mies	6 182	2 183 (35,3)	741 (12)	166 (2,7)	3 090 (50,0)
Nainen	6 695	2 435 (36,4)	1 137 (17)	174 (2,6)	3 746 (56,0)
Ikä					
18–24 vuotta	1 358	515 (37,9)	116 (8,5)	21 (1,5)	652 (48,0)
25–34v	3 638	1 428 (39,3)	417 (11,5)	81 (2,2)	1 926 (52,9)
35–44v	3 595	1 322 (36,8)	506 (14,1)	100 (2,8)	1 928 (53,6)
45–54v	2 551	836 (32,8)	353 (13,8)	82 (3,2)	1 271 (49,8)
55–64v	1 735	517 (29,8)	386 (22,2)	56 (3,2)	959 (55,3)
Siviilisäätty					
Naimaton tai ei tietoa	4 589	1 632 (35,6)	475 (10,4)	107 (2,3)	2 214 (48,2)
Avioliitto tai rek. parisuhde	6 865	2 632 (38,3)	1 149 (16,7)	172 (2,5)	3 953 (57,6)
Eronnut	1 286	323 (25,1)	217 (16,9)	56 (4,4)	596 (46,3)
Leski	137	31 (22,6)	37 (27,0)	5 (3,6)	73 (53,3)
Maaryhmä					
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	3 668	1 239 (33,8)	597 (16,3)	125 (3,4)	1 961 (53,5)
Viro	1 811	526 (29,0)	280 (15,5)	107 (5,9)	913 (50,4)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	1 934	726 (37,5)	277 (14,3)	72 (3,7)	1 075 (55,6)
Muu Afrikka	700	216 (30,9)	94 (13,4)	12 (1,7)	322 (46,0)
Aasia	2 129	882 (41,4)	340 (16,0)	14 (0,7)	1 236 (58,1)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	1 949	797 (40,9)	215 (11,0)	6 (0,3)	1 018 (52,2)
Muut maat ¹	686	232 (33,8)	75 (10,9)	4 (0,6)	311 (45,3)
Maassaoloaika					
1-4 vuotta	3 227	1 445 (44,8)	407 (12,6)	36 (1,1)	1 888 (58,5)
5-10v	4 199	1 538 (36,6)	616 (14,7)	122 (2,9)	2 276 (54,2)
yli 10v	5 451	1 635 (30,0)	855 (15,7)	182 (3,3)	2 672 (49,0)
Maahanmuuttoikä					
alle 15v	1 247	380 (30,5)	118 (9,5)	23 (1,8)	521 (41,8)
15–19v	1 230	419 (34,1)	132 (10,7)	38 (3,1)	589 (47,9)
20–29v	5 104	1 922 (37,7)	670 (13,1)	122 (2,4)	2 714 (53,2)
30+v	5 296	1 897 (35,8)	958 (18,1)	157 (3,0)	3 012 (56,9)

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

2.2 Tiedonkeruun toteutus

Anna Seppänen, Satu Jokela, Rekar Abdulhamed, Idil Hussein, Eero Lilja & Hannamaria Kuusio

Tutkimuslomakkeiden suunnittelu ja toteutus

Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin postikyselyä ja puhelinhaastattelua. Kyselylomake sisälsi 78 kysymyskokonaisuutta (ks. Liite 2. Kyselylomake). Puhelinhaastatteluisa käytettiin kyselylomakkeen pohjalta rakennettua haastattelulomaketta (ks. Liite 3. Haastattelulomakkeen sisältö).

Kysymysten määrittelyyn osallistui Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijoiden lisäksi oikeusministeriön (OM) sekä työ- ja elinkeinoministeriön (TEM) asiantuntijoita. OM vastasi syrjintään ja turvallisuuteen liittyvistä kysymyksistä, ja TEM määritteli koulutukseen, osaamiseen ja työllisyyteen liittyvät kysymykset. THL vastasi sosiaalista hyvinvointia, terveyttä, toimintakykyä ja palvelujen käyttöä koskevista kysymyksistä. Lisäksi yhteistyössä mukana olevien kaupunkien (Helsinki, Espoo, Oulu, Tampere, Vantaa, Oulu ja Turku) edustajat kommentoivat kyselylomaketta.

THL vastasi kaikkien kysymysten osalta vertailukelpoisuudesta FinSote 2018- sekä FinTerveys 2017 -väestötutkimuksiin (Parikka ym. 2019, Koponen ym. 2018). Koko väestöä koskevan vertailun lisäksi kysymysten suunnittelussa pyrittiin mahdollistamaan vertailu aikaisempiin, vastaavan kohderyhmän tutkimuksiin; Ulkomaista syntyperää olevien työ- ja hyvinvointitutkimuksen (UTH, Nieminen ym. 2015b) sekä Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointitutkimuksen (Maamu, Castaneda ym. 2012b) kysymyksiä käytettiin FinMonik-kyselylomakkeella joko sellaisenaan tai päivitettyinä versioina.

Kyselylomakkeen kääntäminen

FinMonik-tutkimuksen otokseen kuului noin 190:tä eri äidinkieltä puhuvaa henkilöä. Tutkimuksen kutsukirje ja kyselylomake tuotettiin 18 kielellä (suomen lisäksi: albania, arabia, dari, farsi, englanti, espanja, mandariinikiina, kurdin sorani, puola, ranska, ruotsi, somali, thai, turkki, venäjä, vietnam, viro), jolloin 77,1 prosenttia tutkimukseen kutsutuista sai kutsun ja kyselylomakkeen Väestörekisterikeskukseen ilmoitetulla äidinkielellä. Kielten valinnassa noudatettiin otoksen kielijakaumaa siten, että yleisimmät kielet valittiin käännettäviksi. Täydennykseksi kielivalikoimaan otettiin mukaan ranska, jota suuri osa otokseen kuuluvista oletettavasti puhuu toisena kielenä. Lisäksi tutkimusmateriaali käännettiin ruotsin kielelle.

Kielten valitsemisen jälkeen suomenkielinen kyselylomake sekä muut tutkimusmateriaalit käännettiin käännöstoimistossa. Suomenkielisen kyselylomakkeen ja muiden tutkimusmateriaalien ohella käännöstoimistoon toimitettiin myös valmiita käännöksiä niiden kysymysten osalta, joita oli käytetty aikaisemmissa tutkimuksissa, kuten UTH-tutkimuksessa (Nieminen ym. 2015b), Maamu-tutkimuk-

nessa (Castaneda ym. 2012b), FinSote 2018 -tutkimuksessa (Parikka ym. 2019) ja FinTerveys-tutkimuksessa (Koponen ym. 2018). Käännöksissä hyödynnettiin xliiff-tiedostomuotoa, jolloin käännökset tuotettiin fraasikohtaisesti erilliseen tiedostoon ja lomakkeella monesti toistuvat fraasit tarvitsi kääntää vain kerran. Tämä edellytti kääntäjiltä käännöksen toimivuuden tarkistamista uudelleen vedosvaiheessa, jolloin xliiff-tiedostoista tuotettiin versio, jossa fraasien sijoittelu oli sama kuin lopullisessa lomakkeessa.

Käännösten tuottamisen, vedosten tarkastusten ja mahdollisten korjauksien ja uudelleentarkastusten jälkeen käännökset tarkistettiin vielä kertaalleen toisen palveluntarjoajan toimesta. Korjaukset tuotettiin samalla tavalla kuin ensimmäinen käännös ja korjaukset viimeisteltiin tarkistamalla vedosversio. Uudelleenkorjaukset eivät rajoittuneet ainoastaan käännösten sisältöihin. Käännökset oli tämän lisäksi testattava kielikohtaisesti useaan kertaan myös siinä vaiheessa, kun käännökset oli viety sähköiselle lomakepohjalle. Monista tarkistuskerroista huolimatta joihinkin käännöksiin jäi virheitä ja muutamien käännösten kohdalla ensimmäinen käännösversio oli toisen käännöstoimiston toimittamaa uudelleentarkistettua versiota laadukkaampi. Kurdinkielessä muutamia kysymyksiä jouduttiin muokkaamaan tiedonkeruun aikana ja somalinkielinen käännös todettiin niin heikkolaatuiseksi, että se jouduttiin kääntämään uudelleen tiedonkeruun jo alettua. Ne vastaukset, joissa tutkimukseen osallistunut oli vastannut virheelliseksi todettuihin kysymyksiin, poistettiin aineiston analyseista.

Tiedonkeruu kyselylomakkeella

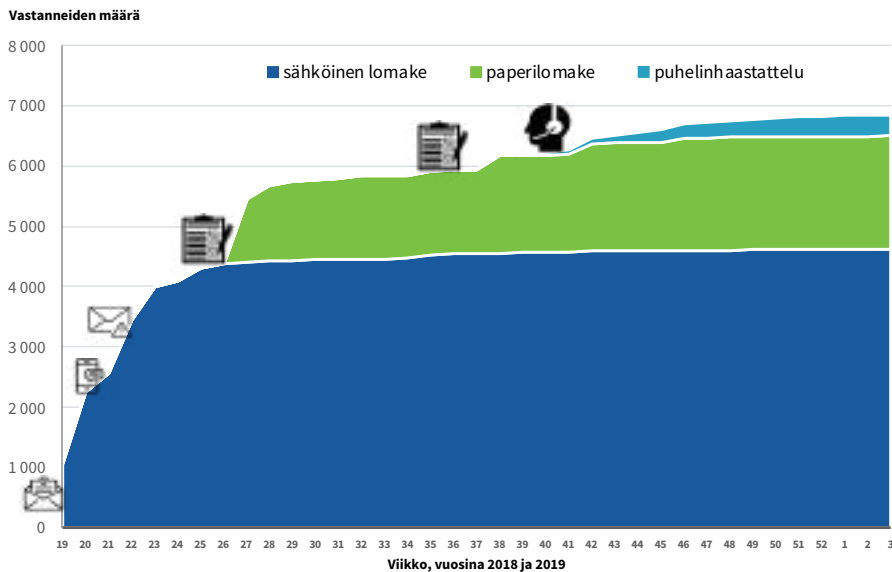
Aineisto kerättiin ensisijaisesti verkossa sähköisellä kyselylomakkeella, jota täydennettiin paperilomakkeella, puhelinhaastatteluilla ja Espoossa kotiovikäynneillä.

Tutkimuksen tiedonkeruun ensimmäisessä vaiheessa otokseen kuuluville postitettiin tutkimuskutsukirje Väestörekisterikeskuksen tietojen mukaiseen kotiosoitteeseen (viikko 19, kuvio 2.1.1). Kutsukirje sisälsi internetosoitteen sähköiselle kyselylomakkeelle sekä henkilökohtaisen tunnuksen ja salasanan lomakkeelle kirjautumista varten. Kutsukirjeessä kerrottiin myös tutkimuksen tarkoituksesta, sisällöstä ja tietosuojasta sekä mahdollisuudesta osallistua arvontaan kyselyyn vastattaessa. Materiaali oli saatavilla 18:lla eri kielellä, joista kutsukirjeeseen valittiin Väestörekisterikeskuksen tietojen perusteella kullekin vastaajalle sopiviksi katsotut kaksi kieltä. Valituista kielistä ainakin toinen oli suomi tai ruotsi. Ruotsinkielinen materiaali lähetettiin äidinkielenään ruotsia puhuvien lisäksi niille, joiden asiointikieli oli Väestörekisterikeskuksen tietojen mukaan ruotsi. Toisena kutsukirjeen kielenä käytettiin tutkittavan itse ilmoittamaa äidinkieltä tai englantia. Kutsukirjeen mukana lähetettiin tutkimusesite kahdella kielellä. Muista materiaaleista poiketen esite oli saatavilla ainoastaan neljällä kielellä (suomi, ruotsi, englanti ja venäjä).

Tutkittavien puhelinnumerot haettiin Fonecta-yhtiön yhteystietopalvelujen avulla, josta tiedot löytyivät hieman alle kolmasosalle otokseen kuuluneista. Niille

tutkittaville, jotka eivät olleet vastanneet kyselyyn kymmenen päivän sisällä ja joiden puhelinnumero oli tiedossa, lähetettiin muistutusviesti tekstiviestillä suomeksi, ruotsiksi ja englanniksi (viikko 20). Tekstiviesti sisälsi muistutuksen ohella sähköisen kyselylomakkeen verkko-osoitteen. Lisäksi kaikille ei-vastanneille lähetettiin muistuskirje postitse kolme viikkoa ensimmäisen kutsun lähettämisestä (viikko 22).

Tutkimuksen toisessa vaiheessa, noin kuuden viikon kuluttua ensimmäisistä yhteydenotoista, ei-vastanneille lähetettiin postitse paperinen kyselylomake (viikko 24). Niille, jotka eivät olleet vastanneet kyselyyn noin kolme kuukautta ensimmäisestä yhteydenotosta, lähetettiin vielä uudestaan paperinen kyselylomake (viikko 34). Myös paperilomake ja sen oheismateriaali lähetettiin kahdella sopivaksi katsotulla kielellä 18 kielivaihtoehdosta.



Kuvio 2.1.1 Tutkimuksen tiedonkeruutapa ja vastanneiden määrä viikoittain

Puhelinhaastattelut

Puhelinhaastatteluja alettiin toteuttaa noin kuukausi viimeisen paperisen kyselylomakkeen lähetyksen jälkeen. Puhelinhaastatteluissa tavoitettuja henkilöitä kannustettiin ensisijaisesti vastaamaan tutkimukseen joko sähköiselle tai paperiselle lomakkeelle. Näiden vaihtoehtojen lisäksi tarjottiin mahdollisuutta tehdä lyhythaastattelu puhelimitse joko välittömästi tai myöhemmin vastaajalle paremmin sopivana ajankohtana. Puhelinhaastatteluilla pyrittiin saamaan mukaan tutkimukseen myös ne kohdehenkilöt, jotka olisivat eri syistä johtuen (esim. luku- ja/tai kirjoitustaidottomuus ja näkö- tai muu vamma) jättäneet vastaamatta aiemmin.

Puhelinhaastattelijoina toimi yhteensä yhdeksän monikielistä haastattelijaa ja puhelinhaastatteluja toteutettiin kymmenellä kielellä (dari, englanti, farsi, kurdi/

sorani, mandariinikiina, somali, suomi, turkki, venäjä ja viro). Lisäksi apukielinä käytettiin kurmanjin kurdia, arabiaa ja pashtua. Haastattelukieliksi pyrittiin valitsemaan ne kielet, joiden edustajia oli otoksessa eniten, sekä niitä kieliä, joiden edustajia oli vastanneissa erityisen vähän.

Puhelinhaastatteluissa käytettiin lyhytlomaketta, johon valittiin kultakin osa-alueelta vähintään yksi kysymys tai kysymyspatteristo, naisten seksuaali- ja lisääntymisterveyden osa-alueita lukuun ottamatta. Naisten seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvien kysymysten mukanaolo lyhytlomakkeella olisi asettanut puhelinhaastattelijoiden rekrytointiin ja koulutukseen sekä työnohjaukseen vaatimuksia, joihin ei tiedonkeruulle varattujen resurssien puitteissa ollut mahdollisuutta. Lisäksi raskauksia ja synnytyksiä koskevia tietoja saadaan rekistereistä (syntyneiden lasten rekisteri, raskaudenkeskeytysrekisteri). Vaikka rekisteritiedot ja haastattelun avulla saatavat tiedot voivat poiketa toisistaan (Jokela ym. 2018), ei rekistereistä saatavaa tietoa kysytty haastattelun rajallisen ajan puitteissa erikseen.

Joitakin kysymyksiä poistettiin puhelinhaastattelusta siksi, että niiden kysyminen oli puhelimesta erityisen haastavaa ja aikaavievää. Näitä olivat muun muassa taulukkomaiset kysymyspatteristot, jotka sisälsivät useita alakohtia ja vastausvaihtoehtoja. Tällaisiin kysymyksiin vastaaminen vaatii vastaajalta paljon keskittymistä ja haastattelijalta runsaasti samojen vaihtoehtojen toistoa sekä ohjeistusta, mikä voi heikentää tiedon luotettavuutta.

Monikielisten haastattelijoiden koulutus ja tuki

Ennen puhelinhaastattelujen aloittamista haastatteliijoille järjestettiin kolmen päivän koulutus. Koulutuksen sisältöjä suunniteltaessa huomioitiin aiemmissa tutkimuksissa (Maamu, UTH, FinTerveys) kertyneitä hyväksi koettuja käytäntöjä. Koulutuksessa käsiteltiin väestötutkimuksen perusteita, tutkimusetiikkaa ja luottamuksellisuutta sekä FinMonik-tutkimuksen taustaa ja tarkoitusta. Koulutus sisälsi myös haastattelutilanteisiin valmistavia simulaatioharjoituksia. Haastatteliijoita ohjattiin pohtimaan harjoittelun keinoin haastavia tilanteita sekä jakamaan ajatuksia näistä tilanteista. Koulutuksessa käytiin myös yksityiskohtaisesti läpi haastattelun teknisiä käytäntöjä. Haastattelijat simuloivat haastattelun tekemistä omilla kielillään ja harjoittelivat haastattelutyön teknisten työkalujen käyttöä todellista työtilannetta vastaavissa sähköisissä ympäristöissä.

Koulutuksen aikana myös kysymysten ymmärrettävyyttä kehitettiin tuottamalla selkokielimuotoiluja niistä kysymyksistä, jotka koettiin hankaliksi (ks. Nieminen ym. 2015b). Selkokieliversioiden tarkoituksena oli varmistaa, että haastateltavat ymmärtävät kysymyksen tarkoitettulla tavalla. Samojen selkokieliversioiden käyttämisellä eri haastatteluissa pyrittiin takaamaan haastattelukysymysten yhtenäisyys myös silloin, kun haastateltavat kysyisivät mahdollisesti tarkennuksia tai ohjeita kysymykseen liittyen.

Kenttätöön aikana haastattelutyötä ohjattiin ja seurattiin siihen rakennetun pilvipohjaisen taulukkojärjestelmän avulla. Haastattelijat saivat yhteyden haastatteluohjaajaan puhelimitse ja sähköpostitse. Lisäksi haastattelijoiden järjestettiin kerran kuukaudessa työpaja, jossa käsiteltiin yhdessä puhelinhaastattelijoiden ja muun tutkimushenkilöstön kanssa puhelinhaastattelutyöhön liittyviä asioita. Työpajoissa esimerkiksi jaettiin kokemuksia haastattelutilanteista ja hyvistä käytännöistä. Työpajat toimivat myös tukiryhmänä, jossa oli mahdollisuus puhua haastattelutyöstä vapaamuotoisesti, sekä saada tarvittaessa ohjausta ja tukea.

Haastattelutilanne

Puhelinhaastattelut toteutettiin tietokoneavusteisesti. Haastattelutilanteissa haastattelijat ohjeistettiin aloittamaan puhelu suomeksi. Jos haastattelijalla huomasi ettei henkilö ymmärtänyt suomea, vaihdettiin käytettävä kieli heti haastateltavan äidinkieleksi tai muuksi yhteiseksi kieleksi.

Kullakin haastattelijalla oli käytössään taulukko, johon oli kerätty niiden tutkittavien tutkimustunnukset, jotka eivät olleet vielä vastanneet kyselyyn, eivät olleet kieltäytyneet siitä ja joille löytyi puhelinnumero. Haastattelijat täyttivät taulukkoon kunkin tutkimustunnuksen kohdalle haastattelun tilan, yhteydenottoa koskevat lisätiedot sekä yhteydenottokertojen päivämäärät ja kellonajat. Lisäksi taulukkoon merkittiin tekstiviestimuistutuksen lähetyspäivämäärä ja sovittujen haastattelujen ajankohdat. Nämä kirjaukset mahdollistivat aktiivisen haastattelujen etenemisen seurannan. Käytössä oli myös erillinen yhteiskäytössä oleva taulukko, johon kerättiin puhelinhaastattelua pyytäneitä tutkittavia, toisella kielellä haastattelua toivoneita tai muusta syystä toiselle haastattelijalle siirrettyjä tutkittavia. Tilanteissa, joissa haastattelijalla ja haastateltavalla ei ollut yhteistä kieltä, siirrettiin haastateltava sellaisen henkilön listalle, jolla oli yhteinen kieli tutkittavan kanssa.

Kutakin tutkittavaa pyrittiin tavoittelemaan puhelimitse kolmena eri ajankohdana. Kolmen soittoyrityksen jälkeen tutkittavalle lähetettiin tekstiviestimuistutus. Monikieliset haastattelijat soittivat yhteensä 2 545 puhelua ja tavoittivat yhteensä 1 348 eri henkilöä (taulukko 2.2.1). Haastatteluja tehtiin 352 ja puheluiden seurauksena osa tutkittavista täytti tutkimuslomakkeen joko verkossa tai palautti paperisen kyselylomakkeen. Tutkimuksesta kieltäytyi suoraan 242 henkilöä (18 %) puhelimitse tavoitetuista.

Puhelinhaastattelut toteutettiin pääosin monikielisten haastattelijoiden kotoa käsin. Työn seurantarjestelmä tuki etätöskentelyä ja haastatteluohjaajalla oli mahdollisuus myös tietokoneiden etäohjaukseen. Haastattelijoiden mahdollisuudet kotona työskentelylle varmistettiin haastattelijakohtaisesti, jotta muun muassa tutkittavien tietosuoja voitiin varmistaa.

Taulukko 2.2.1 Tutkittavien tavoittaminen, tehtyjen haastattelujen määrä ja haastattelusta kieltäytyneet

Maaryhmä	Lukumäärä	%
Soitetut puhelut	2545	
Tavoitetut tutkittavat	1348	100,0
Tehdyt haastattelut	352	26,1
Kieltäytyneet	242	18,0

Kotiovikäynnit

Kotiovikäyntejä toteutettiin marraskuussa 2018 kokeiluluontoisesti Espoon alueella niiden tutkimukseen kuuluneiden luokse, jotka eivät olleet reagoineet yhteydenottoihin ja joiden puhelinnumero ei ollut tiedossa. Käyntien avulla pyrittiin kasvattamaan alueen osallistujamäärää sekä tekemään FinMonik-tutkimusta tunnetuksi alueella. Kotiovikäyntejä tehtiin viitenä eri päivänä yhden kuukauden sisällä kello 11–19 välillä. Käynneille osallistui aina kaksi tutkimusryhmän jäsentä. Tätä ennen tutkittaville oli lähetetty tiedote, jossa kerrottiin kotiovikäynneistä ja jossa annettiin tutkimusryhmän yhteystiedot.

Kunkin kohdehenkilön luona käytiin kerran. Käyntitiedot tallennettiin pilvipohjaiseen taulukkojärjestelmään. Kotiovikäynneillä käytiin 72 ovelta ja tavoitettiin 15 tutkimusotokseen kuuluvaa henkilöä. Heistä seitsemän kieltäytyi osallistumasta tutkimukseen ja kahdeksan henkilön kanssa sovittiin puhelinhaastattelijan yhteydenotto sopivammalle ajankohdalle. Yhtään haastattelua ei tehty kotiovikäynnillä. Tämän lisäksi tavoitettiin kolmen kohdehenkilön perheenjäseniä, joille jätettiin tiedote tutkimuksesta. Kotiovikäynnit saivat pääosin positiivisen vastaanoton otokseen kuuluvien keskuudessa.

Haasteeksi muodostui tutkittavien tavoittaminen, kun heitä ei pystytty lähestymään ennalta sovittuna ajankohtana. Erityisesti keskellä päivää kello 11–14 välillä tehdyillä ovikäynneillä ongelmana oli, ettei asunnon asukkaita ollut paikalla (n = 17). Iltapäivällä ja illalla kello 15–19 välillä sen sijaan ihmisiä oli enemmän kotona. Tällöin kuitenkin monen kohdalla ongelmaksi muodostui se, ettei tutkittava enää asunut kyseisessä osoitteessa (n = 18), eikä häntä näin ollen tavoitettu. Monessa kerrostaloasunnossa myös rappujen ovet olivat lukossa, jolloin tutkijat eivät päässeet sisälle lainkaan (n = 19). Kotiovikäynneillä ei juurikaan kasvatettu osallistujamäärää, mutta käynneillä välitettiin positiivista mielikuvaa tutkimuksesta sekä vastaajien tärkeydestä tutkimuksen kannalta.

2.3 Tutkimuksen eettisyys

Hannamaria Kuusio

Tutkimussuunnitelma, kutsukirje, tiedote tutkimuksesta, suostumukset sekä kysely- ja haastattelulomakkeet saivat puoltavan lausunnon Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Tutkimuseettiseltä työryhmältä (THL/271/6.02.01/2018 §783). Kutsukir-

jeessä painotettiin vapaaehtoisuutta, henkilötietosuojaa sekä luottamuksellisuutta. Kutsukirjeessä korostettiin, ettei tutkimukseen osallistuminen tai kieltäytyminen vaikuta heidän oikeuksiin Suomen terveystalouksissa. Kutsukirjeessä tiedotettiin myös siitä, että tutkittava voi kieltäytyä tutkimuksesta tai keskeyttää osallistumisen tutkimukseen ilman syytä missä vaiheessa tahansa, sekä pyytää tallennettujen tietojen poistamista. Lisäksi kutsukirjeessä kerrottiin tietojen salassa pysymisestä sekä siitä, ettei julkaistuista tutkimuksen tuloksista voi tunnistaa yksittäistä tutkimukseen osallistunutta. Myös tietojen käsittelevien vaihtoehtojen salaisuudesta kerrottiin kutsukirjeessä.

Kyselyssä ja haastattelussa pyydettiin tutkittavalta lupaa yhdistää rekisteritietoja hänen antamiinsa tietoihin. Vastausvaihtoehtoina oli ”kyllä” ja ”ei”. Niiden tutkittavien tietoja, jotka eivät vastanneet tutkimukseen, käytettiin rekisterinpitäjien luvalla katoanalyysiin. Lisäksi rekisteritietoja voidaan käyttää luvanalaisesti rekisteritietoihin perustuvassa tutkimusosuudessa. Tutkittavalta kysyttiin myös lupaa mahdollista myöhempää yhteydenottoa varten.

Kysymysten ja kysymyssarjojen valinnassa eettisenä lähtökohtana oli tutkimustiedon tarve Suomeen muuttaneiden kotoutumisesta, terveydestä ja hyvinvoinnista, sekä tutkimustietoon perustuva palvelujen kehittäminen. Kysymysten valinnassa kiinnitettiin erityistä huomiota myös niiden tutkimuksen kohderyhmälle soveltuvuuteen sekä kysymysten ymmärrettävyyteen.

Tutkimukseen vastaajien kesken arvottiin kolme 500 euron lahjakorttia elektronikkaliikkeeseen sekä 100 kappaletta kymmenen euron erään laajan kauppaketjun lahjakortteja. Arvonnan tarkoitus oli pienentää katoa. Arvontaa varten haettiin ja saatiin lupa poliisilta ja THL:n Tutkimuseettiselta työryhmältä. Arvonta tehtiin tiedonkeruun päätyttyä kahden valvojan läsnä ollessa.

2.4 Tilastolliset menetelmät

Eero Lilja

Kadon korjaaminen

Vastauskatoa mallinnettiin logistisella regressioanalyysillä, jossa vastemuuttujana oli osallistuminen tutkimukseen (kyllä/ei). Ennustavina tekijöinä hyödynnettiin Väestörekisterikeskuksen otostietoja. Demografisista muuttujista käytettiin ikää, sukupuolta, siviilisäätyä, erityisvastuualuetta, maaryhmää, alaikäisten määrää taloudessa, täysikäisten määrää taloudessa sekä talouden kokoa. Maahanmuuttoon liittyvistä muuttujista käytettiin Suomen kansalaisuutta, maassaoloaikaa sekä maahanmuuttoaikaa. Lisäksi käytettiin tutkimuksen toteutukseen liittyviä tietoja, kuten sitä olivatko lomakkeet saatavilla tutkittavan äidinkielellä ja löytyikö tutkittavan puhelinnumero. Näiden lisäksi tutkittiin interaktiivisten vaikutusten mallin ennustekykyyden Bayesin informaatiokriteerin avulla (BIC, Schwartz 1978). BIC:n avulla

la valitussa parhaassa mallissa oli päävaikutustermien lisäksi interaktiotermi ”lomake äidinkielellä*puhelinnumero saatavilla”.

Valitulla parhaalla mallilla laskettiin painokertoimet käänteistodennäköisyyspainotuksella (IPW, Robins ym. 1994). Lopuksi painokertoimet kalibroitiin vastaamaan Tilastokeskuksesta saatuja koko perusjoukon jakaumia (viiteajankohta 31.12.2017). Kalibrointi tehtiin CALMAR-valmisohjelmalla käyttäen niin kutsuttua raking ratio -etäisyysmittaa (McCormack 2006) ja siinä huomioitiin ikä, sukupuoli, maaryhmä, osite (kaupunki- tai maakunta) sekä sosioekonominen asema. Painokertoimet laskettiin erikseen kaikille vastanneille sekä laajalle lomakkeelle vastanneille.

Maaryhmien muodostaminen

Maaryhmät muodostettiin Ulkomaista syntyperää olevien hyvinvointitutkimuksen (UTH, Nieminen ym. 2015b) luokituksen pohjalta. Luokat muodostettiin henkilön syntymaan perusteella, poikkeuksena entisen Neuvostoliiton ja entisen Jugoslavian alueilla syntyneet. Venäjän tai entisen Neuvostoliiton alueella syntyneistä luokiteltiin Viro-ryhmään ne, joiden äidinkieli (tai kansalaisuus) oli viro. Ne entisen Neuvostoliiton alueella syntyneet, joiden äidinkieli (tai kansalaisuus) oli latvia tai liettua, luokiteltiin EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmään. Entisessä Jugoslaviassa syntyneistä luokiteltiin EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmään ne, joiden äidinkieli oli sloveeni tai kroatia, tai joilla oli Slovenian tai Kroatian kansalaisuus. Taulukossa 2.4.1 on kuvattu yleisimmät syntymämaat kussakin maaryhmässä.

Taulukko 2.4.1 Yleisimmät syntymävaltiot maaryhmissä

Maaryhmä	Syntymävaltiot otoksessa ¹ (n)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	Neuvostoliitto (2747), Venäjä (714), Ukraina (115), Valko-Venäjä (20), Kazakstan (18), Moldova (16), Uzbekistan (13), Armenia (7)
Viro	Viro (1462), Neuvostoliitto (335), Venäjä (9)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	Irak (440), Afganistan (321), Iran (320), Turkki (284), Syyria (138), Marokko (93), Pakistan (86), Sudan (59), Egypti (46), Tunisia (27), Algeria (25), Israel (23), Libanon (21), Saudi-Arabia (17), Jordania (12)
Muu Afrikka	Somalia (166), Nigeria (91), Etiopia (72), Ghana (57), Kongon Demokraattinen Tasavalta (57), Kenia (53), Kamerun (36), Gambia (25), Tansania (18), Etelä-Afrikka (16), Angola (15), Eritrea (12), Senegal (11), Ruanda (10), Sambia (10), Uganda (8), Liberia (5), Norsunluurannikko (5), Zimbabwe (5)
Aasia	Thaimaa (597), Kiina (389), Vietnam (331), Filippiinit (162), Intia (142), Nepal (140), Myanmar (89), Bangladesh (80), Japani (53), Sri Lanka (40), Indonesia (24), Malesia (19), Etelä-Korea (15), Hongkong (11), Kambodža (11), Taiwan (10), Singapore (7)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	Puola (249), Saksa (167), Iso-Britannia (162), Unkari (141), Romania (123), Bulgaria (121), Yhdysvallat (106), Ruotsi (93), Espanja (89), Latvia (81), Kreikka (60), Alankomaat (51), Liettua (36), Neuvostoliitto (36), Belgia (25), Kanada (24), Norja (24), Tšekkoslovakia (23), Sveitsi (22), Slovakia (20), Irlanti (19), Itävalta (19), Tanska (19), Jugoslavia (18), Portugalit (16), Kroatia (14), Islanti (9), Tšekki (9)
Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat	Jugoslavia (285), Brasilia (56), Bosnia-Hertsegovina (38), Kuuba (27), Meksiko (27), Peru (27), Albania (26), Serbia ja Montenegro (26), Kolumbia (21), Chile (20), Australia (16), Venezuela (16), Serbia (14), Argentiina (10), Dominikaaninen Tasavalta (9), Kosovo (9), Bolivia (8), Ecuador (8), Makedonia (8), Uusi-Seelanti (7), Uruguay (6)

¹Raportoitu ainoastaan ne valtiot, joissa syntyneitä vähintään viisi otoksessa

Vertailuaineisto

FinMonik-tutkimuksen vertailuaineistona käytettiin Kansallinen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimuksen (FinSote 2018, Parikka ym. 2019) vastauksia, jotka kerättiin vuosien 2017 ja 2018 aikana. FinSote 2018 -tutkimuksen tiedot kerättiin kyselylomakkeella, johon saattoi vastata postikyselynä tai verkossa. Kyseiseen tutkimukseen valittiin Väestörekisterikeskuksen tietojen avulla satunnaisotannalla 59 400 henkilöä siten, että jokaisesta maakunnasta valikoitui 3 300 henkilöä. FinSote 2018 -aineistosta hyödynnettiin kaikkien 20–64-vuotiaiden vastauksia. Näissä ikäryhmissä vastanneita oli 11 378. FinSote 2018 -tutkimus muodostaa sopivan vertailuaineiston FinMonik-tutkimuksen aineistolle, sillä tiedonkeruun ajankohta ja tiedonkeruumenetelmät olivat yhteneväiset lukuun ottamatta puhelinhaastatteluja, joita ei FinSote 2018 -tutkimuksessa tehty.

Analyysit

Kaikissa analyyseissa käytettiin painokertoimia ja huomioitiin otanta-asetelma (ositettu satunnaisotanta). Koska merkittävä osa koko perusjoukosta sisältyi otokseen, käytettiin lisäksi äärellisen populaation korjausta (FPC, Lehtonen & Pahkinen 2004). Mallivakioituneet tulokset laskettiin predicted margins -menetelmällä (Graubard & Korn 1999). Tuloksissa sukupuoli yhteensä vakioitiin mallilla, jossa selittävinä tekijöinä oli maaryhmä, viisiluokkainen ikä sekä sukupuoli. Miesten ja naisten vakioituneet tulokset laskettiin mallilla, jossa selittävinä tekijöinä oli ikä ja sukupuolen ja maaryhmän interaktiotermit. Raportissa esitetään vakioimattomat luvut niiden tulosten osalta, joissa havaintomäärät eivät riittäneet vakiointiin.

Varianssiestimaatit laskettiin Taylor-linearisointimenetelmällä (Lehtonen & Pahkinen 2004), johon perustuen esitetään logistiset 95 prosentin luottamusvälit taulukoissa ja kuvioissa. Maaryhmien ja koko Suomen väestön estimaattien eroja tarkasteltiin F-testiin perustuvilla p-arvoilla. Alle 0,05 merkitsevyydystason alittavat erot esitetään taulukoissa lihavoituina.

Tulokset tuotettiin SAS 9.3 (SAS/STAT 9.3 User's Guide 2011) ja Sudaan 11.0.3 (SUDAAN Language Manual, Volumes 1 and 2 2012) ohjelmistoversioilla. Tuloksia ei esitetä tietosuojan ja tiedon huonon yleistettävyyden takia, mikäli tarkasteltavan ryhmän koko on alle 30 tai solukoko on alle viisi.

Tässä raportissa esitetään tulokset rajattuna 20–64-vuotiaisiin, kun vertailukelpoinen tieto on saatavilla koko väestölle. Muiden kysymysten osalta raportoidaan tulokset 18–64-vuotiaille. Poikkeavia ikärajoja käytetään silloin, kun kysymystä ei ole esitetty kaikenikäisille tai kysymys on relevantti vain tietyn ikäisille.

3 Demografiset tekijät

3.1 Maahanmuuttotausta

Anna Seppänen & Hannamaria Kuusio

- 46 prosenttia vastaajista ilmoitti tärkeimmäksi Suomeen muuton syyksi jonkin perheeseen liittyvän syyn.
- Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmästä yli puolet oli muuttanut Suomeen pakolaisuuden, turvapaikanhaun tai kansainvälisen suojelun vuoksi.
- Ulkomaalaistaustaisissa oli juridiselta sukupuoleltaan yhtä paljon miehiä ja naisia.
- Virosta, EU- ja EFTA-maista sekä Pohjois-Amerikasta muuttaneista verrattain harvalla oli Suomen kansalaisuus.

Suomeen on muutettu enenevässä määrin 1990-luvulta alkaen, jolloin Neuvostoliiton hajoaminen, Somalian kriisi ja Jugoslavian hajoamissodat toivat Suomeen ulkomaalaistaustaisia humanitaarisin perustein (Korkiasaari & Söderling 2003). Nykyisin Suomeen muutetaan erityisesti perheen, työn ja opiskelun vuoksi (Sutela & Larja 2015b). Maahanmuuton syyt, asuinvuodet Suomessa, ikä ja sukupuoli ovat monin tavoin yhteydessä hyvinvointiin ja palvelujen tarpeeseen (Koponen ym. 2016), ja siksi tärkeitä huomioida terveys-, hyvinvointi- ja kotoutumispalveluja suunniteltaessa.

Menetelmät

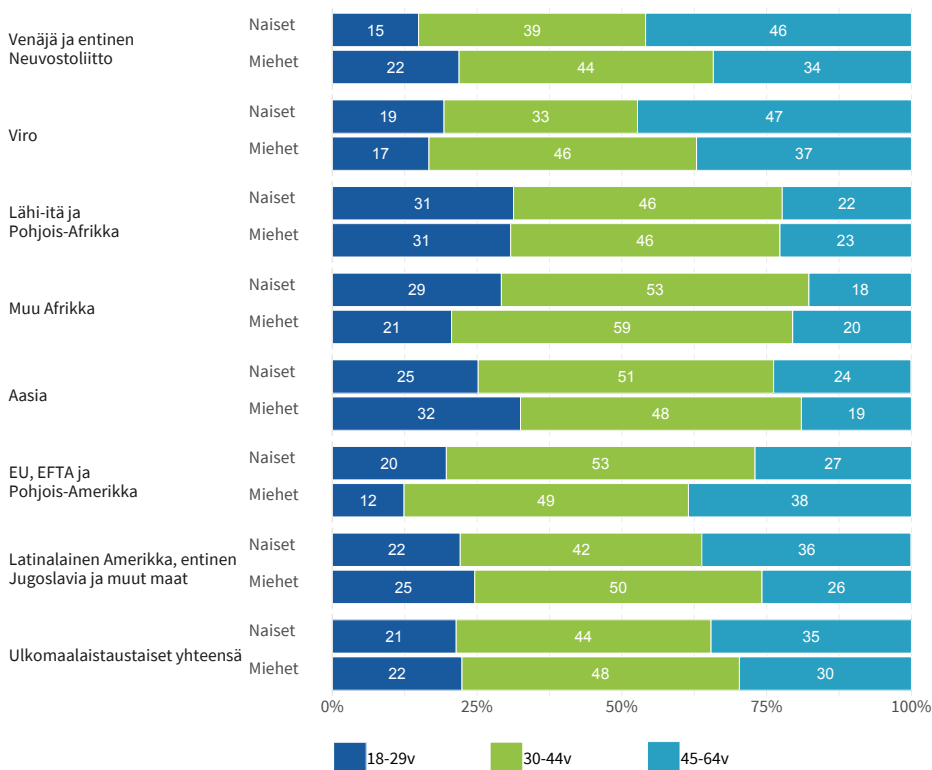
Tiedot iästä, juridisesta sukupuolesta, asuinvuosista Suomessa ja Suomen kansalaisuudesta saatiin Väestörekisterikeskuksen väestötietojärjestelmästä. Nämä tiedot esitetään koko FinMonik-tutkimuksen otoksesta. Asuinvuodet Suomessa perustuvat tietoon ensimmäisestä muuttopäivästä Suomeen, ja ne on laskettu otoksen poimintahetkeen asti (2/2018).

Osallistuneet saivat myös itse ilmoittaa sukupuolestaan kyselylomakkeella. Vastausvaihtoehtoina käytettiin kolmea luokkaa: mies; nainen; sekä muu.

Tärkeintä maahanmuuton syytä selvitettiin seuraavilla vastausvaihtoehdoilla: työ, jonka sain ennen muuttoa; työ, työnhaku; puolison työ tai opiskelu; perhesyyt (uusi avioliitto, rakkaus); perheenyhdistäminen; oma opiskelu; pakolaisuus, turvapaikanhaku tai kansainvälinen suojelu; sekä inkeriläisenä tai Suomen sukuisena paluumuuttajana. Analyysivaiheessa luokat ”työ, jonka sain ennen muuttoa” sekä ”työ, työnhaku” yhdistettiin.

Tulokset

Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneista miltei kolmasosa oli alle 30-vuotiaita (kuvio 3.1.1). Alle 30-vuotiaita oli merkittävästi vähemmän Venäjä ja entinen Neuvostoliitto-, Viro-, EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka- sekä Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmissä. Näissä maaryhmissä alle 30-vuotiaiden osuus vaihteli 15 ja 24 prosentin välillä. Vastaavasti yli 45-vuotiaiden osuus oli edellä mainituissa ryhmissä Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmää suurempi (30–42 % vrt. 23 %). Myös Aasiasta muuttaneiden joukossa oli verrattain paljon alle 30-vuotiaita ja vähän yli 45-vuotiaita (28 % ja 22 %). Yli 45-vuotiaiden osuus oli ulkomaalaistaustaisilla naisilla hieman suurempi kuin miehillä (35 % vrt. 30 %). Venäjältä, entisestä Neuvostoliitosta ja Virosta muuttaneissa naisissa oli miehiä enemmän yli 45-vuotiaita. EU- ja EFTA-maista sekä Yhdysvalloista muuttaneilla miehillä yli 45-vuotiaiden osuus oli suurempi kuin saman maaryhmän naisilla (39 % vrt. 27 %).



Kuvio 3.1.1 Ikä maaryhmittäin ja sukupuolittain, %

Ulkomaalaistaustaisissa oli juridiselta sukupuoleltaan yhtä paljon miehiä ja naisia (taulukko 3.1.1). Venäjä ja entinen Neuvostoliitto- sekä Aasia-ryhmissä naisia oli enemmän kuin miehiä (61 % vrt. 39 %, 62 % vrt. 38 %). Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka-, EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka- sekä Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmissä miehiä oli enemmän kuin naisia (65 % vrt. 35 %, 61 % vrt. 39 %, 56 % vrt. 44 %).

Kyselylomakkeella yksi prosentti ilmoitti sukupuolestaan vaihtoehdolla ”muu”, tai kyselylomakkeella ilmoitettu sukupuoli poikkesi juridisesta sukupuolesta.

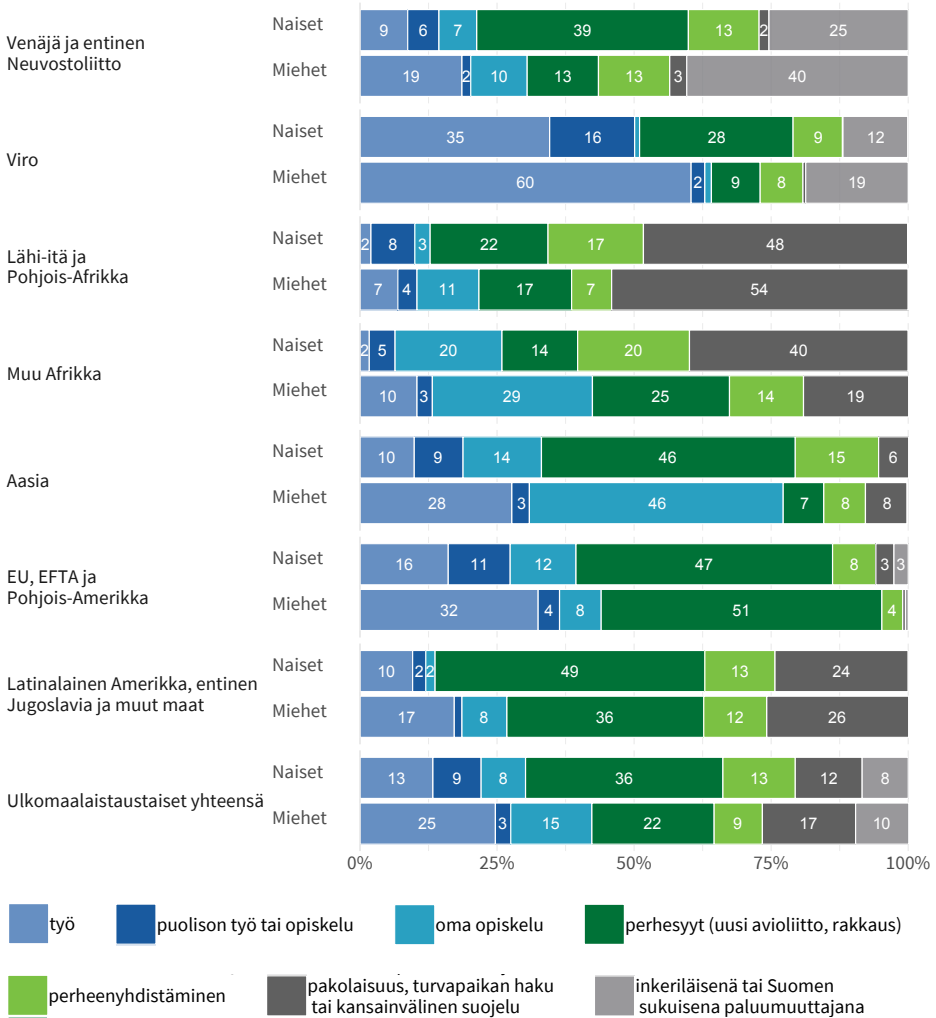
Taulukko 3.1.1 Juridinen sukupuoli maaryhmittäin, 18–64-vuotiaat, %

	Mies % (LV)	Nainen % (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	39,2 (37,0–41,5)	60,8 (58,5–63,0)
Viro	47,7 (44,8–50,7)	52,3 (49,3–55,2)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	65,4 (62,5–68,2)	34,6 (31,8–37,5)
Muu Afrikka	53,7 (48,8–58,6)	46,3 (41,4–51,2)
Aasia	38,0 (35,1–40,9)	62,0 (59,1–64,9)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	60,7 (57,7–63,6)	39,3 (36,4–42,3)
Muut maat ¹	55,7 (50,9–60,4)	44,3 (39,6–49,1)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	49,8 (48,6–51,0)	50,2 (49,0–51,4)

LV = 95 %:n luottamusväli

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Viidesosa ulkomaalaistaustaisista oli muuttanut Suomeen työn tai opiskelun vuoksi (kuvio 3.1.2). Työn vuoksi muuttaminen oli erityisen yleistä Viro-ryhmän miehillä (60 %). Puolison työn tai opiskelun vuoksi Suomeen muuttaminen oli naisilla yleisempää kuin miehillä (9 % vrt. 3 %). Opiskelun vuoksi Suomeen muuttaneita oli muita maaryhmiä enemmän Muu Afrikka- sekä Aasia-ryhmissä (25–27 % vrt. 1–12 %).



Kuvio 3.1.2 Tärkein Suomeen muuton syy, 18–64-vuotiaat, %

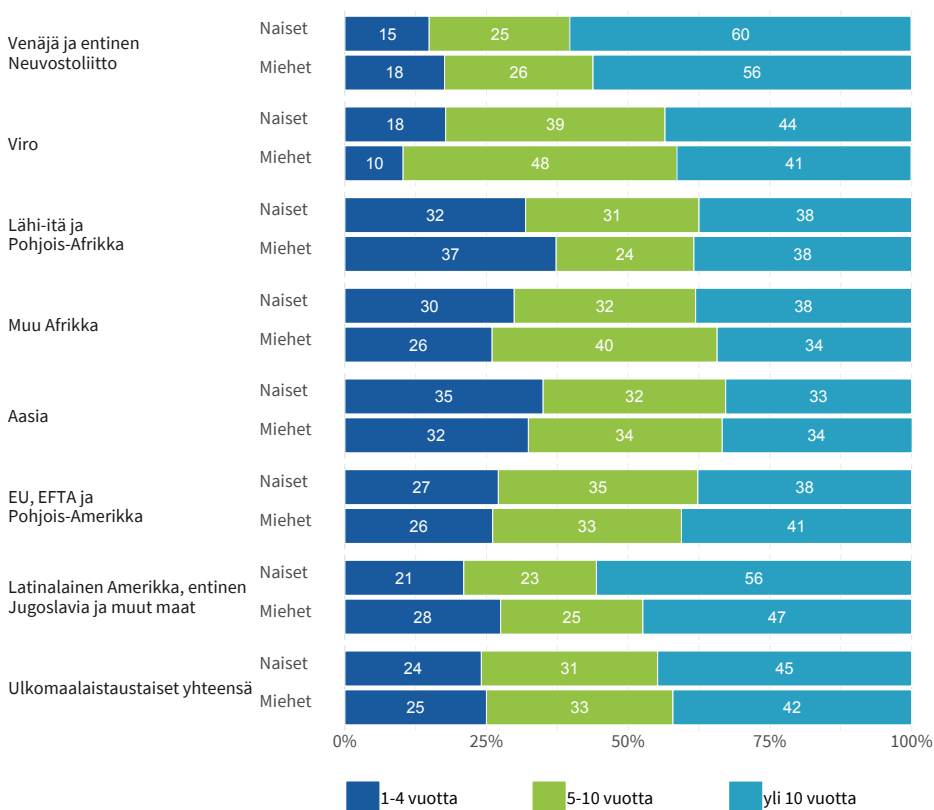
Suomeen muuton tärkeimpänä syynä oli 29 prosentilla perhe, kun mukaan ei lasketa perheenyhdistämisen vuoksi muuttaneita, joiden osuus oli 11 prosenttia. Naiset muuttivat miehiä useammin Suomeen perheen tai perheenyhdistämisen vuoksi (36 % vrt. 22 %, 13 % vrt. 9 %). Suomeen muuttaminen perhesyistä oli huomatta-

vasti yleisempää EU- ja EFTA-maista sekä Pohjois-Amerikasta tulleilla kuin Virosta tai Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneilla (49 % vrt. 19 %).

Pakolaisuus, turvapaikanhaku tai kansainvälinen suojelu oli Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmässä selvästi tärkein syy muuttaa Suomeen (52 % vrt. 4–19 %). Myös Muu Afrikka- sekä Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmissä moni oli tullut Suomeen pakolaisuuden vuoksi (28 % ja 25 %).

Inkeriläisenä tai paluumuuttajana Suomeen tulleita oli Venäjä ja entinen Neuvostoliitto-, Viro- sekä Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmissä. Suomeen tuleminen inkeriläisenä tai paluumuuttajana oli yleistä erityisesti Venäjä ja entisestä Neuvostoliitto -ryhmän miehillä, joista 40 prosenttia raportoi tämän maahanmuuton syyksi. Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta muuttaneista naisista neljäsosa oli tullut Suomeen inkeriläisenä tai paluumuuttajana. Myös Virosta muuttaneilla inkeriläisyys tai paluumuutto oli melko yleinen Suomeen muuton syy (15 %).

Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta sekä Aasiasta muuttaneista hieman alle kolmasosa oli asunut Suomessa alle viisi vuotta (kuvio 3.1.3). Alle viisi vuotta Suomessa asuneita oli vähiten Viro- ja entinen Neuvostoliitto -ryhmissä (16–18 %). Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta muuttaneista yli puolet oli asunut Suomessa yli kymmenen vuotta. Virosta muuttaneet miehet olivat asuneet Suomessa Virosta muuttaneita naisia pidempään: alle 5 vuotta Suomessa asuneiden osuus oli miehillä 11 prosenttia, naisilla miltei kaksinkertainen (20 %). Muissa maaryhmissä sukupuolet eivät juuri eronneet toisistaan Suomessa asutun ajan suhteen.


Kuvio 3.1.3 Asuinvuodet Suomessa, 18–64-vuotiaat, %

Naisilla oli miehiä useammin Suomen kansalaisuus (36 % vrt. 28 %, taulukko 3.1.2). Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta muuttaneilla naisilla oli Suomen kansalaisuus muita ulkomaalaistaustaisia useammin (56 % vrt. 10–46 %). Virosta, EU- ja EFTA-maista sekä Pohjois-Amerikasta muuttaneista miehistä vain joka kymmenennellä oli Suomen kansalaisuus, mikä oli harvemmin kuin vastaavien maaryhmien naisilla (17 % ja 22 %).

Taulukko 3.1.2 Suomen kansalaisuuden omaavat maaryhmittäin ja sukupuolittain, 18–64-vuotiaat, %

	Kaikki % (LV)	Miehet % (LV)	Naiset % (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	50,7 (48,4–53,1)	44,8 (41,1–48,7)	56,0 (53,1–59,0)
Viro	13,4 (11,6–15,5)	9,9 (7,7–12,6)	16,8 (14,0–20,0)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	45,4 (42,4–48,5)	43,4 (39,8–47,1)	45,5 (40,4–50,7)
Muu Afrikka	39,4 (34,7–44,4)	35,7 (29,6–42,3)	43,1 (36,0–50,6)
Aasia	24,7 (22,2–27,4)	26,9 (22,8–31,6)	24,7 (21,6–28,0)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	14,6 (12,6–16,9)	9,5 (7,5–11,8)	21,7 (18,0–25,9)
Muut maat ¹	38,4 (33,9–43,2)	35,0 (29,1–41,4)	41,6 (34,8–48,7)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	31,8 (30,7–32,9)	27,9 (26,4–29,4)	35,6 (34,1–37,2)

LV = 95 %:n luottamusväli

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Pohdinta

Lähi-idästä ja Afrikasta muuttanut aikuisväestö oli nuorempaa suhteessa muihin maaryhmiin. Juridiselta sukupuoleltaan ulkomaalaistaustaisissa oli yhtä paljon miehiä ja naisia, mutta sukupuolten osuudet vaihtelivat maaryhmittäin.

Juridinen sukupuoli poikkesi hieman kyselylomakevastaustauksista. Väestörekisterikeskukselta saatu juridista sukupuolta koskeva tieto on luonteeltaan erilainen verrattuna kyselylomakkeen tietoon sukupuolesta: juridinen sukupuoli ei välttämättä vastaa sukupuoli-identiteettiä, jolla tarkoitetaan henkilön käsitystä omasta sukupuolestaan (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2018). Myöskään kyselylomaketeiedon ei voida suoraan tulkita vastaavan vastaajan sukupuoli-identiteettiä, sillä tätä ei ole erikseen kysymyksessä ilmaistu. Ulkomaalaistaustaisiin kohdistuvassa jatko-tutkimuksessa on tärkeää huomioida sukupuolen moninaisuus ja se, että juridiseen sukupuoleen rajoittuva tutkimus ei huomioi esimerkiksi muunsukupuolisia tai sukupuoleettomia ihmisiä. Tässä raportissa ei kirjoiteta tuloksista sukupuolivähemmistöihin kuuluvista henkilöistä erikseen, sillä heidän osuutensa vastauksissa osoittautui liian pieneksi luotettavan tiedon raportoimiseksi.

Suomeen muuton syyt vaihtelivat paljon sekä maaryhmittäin että sukupuolittain. Kun tarkastellaan ulkomaalaistaustaisia yhdessä, näyttäytyivät perhesyyt sekä työ ja opiskelu tärkeimpinä Suomeen muuton syinä. Maaryhmäkohtaisesti muita merkittäviä syitä olivat pakolaisuus Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka- sekä Muu Afrikka -ryhmissä, sekä inkeriläisyys Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -ryhmässä. Suomeen muuttamisen syitä on aiemmin selvitetty myös Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksessa (UTH, Nieminen ym. 2015b; Sutela & Larja 2015b), jonka tulokset olivat samansuuntaisia FinMonik-tutkimustulosten kanssa.

Myös asuinvuodet Suomessa ja Suomen kansalaisuus vaihtelivat maaryhmittäin. Viro- sekä EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmissä verrattain harvalla oli Suomen kansalaisuus. Joissakin EU-maissa, kuten esimerkiksi Virossa, ei virallisesti hyväksytä kaksoiskansalaisuutta. Osuutta selittää myös Virossa ja EU-maista muuttaneiden osalta EU-kansalaisuus, jonka myötä Suomen kansalaisuutta ei välttämättä koeta tarpeelliseksi. Suomen kansalaisuus oikeuttaa muun muassa kieltäytymisen luovutuksesta toiseen maahan, äänestämisen presidentin vaaleissa, eduskuntavaaleissa ja kansanäänestyksissä, asettumisen ehdokkaaksi eduskuntavaaleissa, sekä mahdollisuuden tulla valituksi kansalaisuuden edellyttämiin valtion virkoihin. Lisäksi Suomen kansalaisilla on EU-kansalaisen oikeudet. Samalla Suomen kansalaisuus velvoittaa maanpuolustamiseen osallistumiseen tai avustamiseen sekä Suomen lakien noudattamiseen myös Suomen ulkopuolella. (InfoFinland 2019.)

Tämän luvun tulosten sekä aiempien tutkimusten mukaan Suomeen muuttanut väestö on moninaista niin iän kuin maahanmuuton syiden sekä muiden maahanmuuttotaustaan liittyvien tekijöiden osalta. Tutkimustietoa maahanmuuton taustoista tarvitaan muun muassa kotoutumis-, sosiaali- ja terveystalvelujen suunnittelussa ja kehittämisessä. Maahan muuttaneiden taustoista saadaan tietoa eri lähteistä: tietoa maahantulosta ja sen juridisesta perusteesta saadaan Maahanmuuttovi-

raston ylläpitämästä Ulkomaalaisrekisteristä, ja tietoja esimerkiksi iästä, juridisesta sukupuolesta, kansalaisuudesta sekä maassaoloajan pituudesta saadaan Väestötietokeskuksen ylläpitämästä Väestötietojärjestelmästä Suomessa vakinaisesti asuvista ulkomaalaistaustaisista. Rekisteritiedon ohella kyselytietoon perustuvat väestötutkimukset ovat tärkeä tiedon lähde. Niiden avulla voidaan selvittää muun muassa koettua syytä maahantulolle, joka voi poiketa juridisesta oleskeluluvan perusteesta. Lisäksi esimerkiksi sukupuolen moninaisuuden huomioiva tutkimus ei ole toistaiseksi mahdollista rekisteritiedon perusteella.

3.2 Perhe ja kotitalous

Satu Jokela, Tuija Martelin & Hannamaria Kuusio

- Suurimmalla osalla ulkomaalaistaustaisista oli puoliso (71 %) ja noin puolella alaikäisiä lapsia (51 %).
- Perheellisistä suurimmalla osalla oli koko perhe Suomessa, naisilla tämä oli yleisempää kuin miehillä (94 % vrt. 85 %).
- Yksin asuminen oli ulkomaalaistaustaisilla naisilla harvinaisempaa kuin koko väestön naisilla, kun taas miehillä yksin asuvien osuus oli samaa luokkaa kuin koko väestössä.
- Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneilla miehillä yksin asuminen oli yleisempää (32 %) kuin ulkomaalaistaustaisilla miehillä keskimäärin (22 %).

Perheenjäsenet ovat toisilleen usein tärkeä voimavara terveyden ja hyvinvoinnin sekä kotoutumisen kannalta. Perheestä erossaolon ja pakolaisten mielenterveyden ja kotoutumisen välillä on havaittu selvä yhteys (Choummanivong ym. 2014, Nickerson ym. 2010, Wilmsen 2013). Suomessa tehdyssä tutkimuksessa havaittiin, että niillä kurdi- ja somalialaistaustaisilla henkilöillä, joilla perhe asui Suomessa, oli useammin työpaikka, itse arvioitu kielitaito oli parempi ja he kokivat vähemmän yksinäisyyttä kuin ne, joiden perhe asui muualla. (Rask ym. 2016b). Ulkomaalaistaustaisten perhetilanteet poikkeavat usein niin ulkomaalaisryhmien välillä kuin myös koko väestöön nähden. (Pohjanpää ym. 2003, Martelin ym. 2012). Ulkomaalaistaustaisten perheitä ja kotitalouksia koskeva tieto on tärkeää myös siksi, että Suomen väestön sosiodemografisen rakenteen muutokset vaikuttavat muun muassa sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeeseen.

Menetelmät

FinMonik-tutkimuksessa perheenjäsenien määrää selvitettiin, onko vastaajalla elossa olevaa puolisoa, alle 18-vuotiaita lapsia, 18 vuotta täyttäneitä lapsia, sisarusia, isää ja äitiä. Tässä luvussa perheellä tarkoitetaan puolisoa ja/tai alaikäisiä lapsia. Luvussa raportoidaan maaryhmittäin ja sukupuolittain niiden osuudet, joilla on puoliso joko Suomessa tai jossain muussa maassa sekä niiden osuudet, joilla on alaikäisiä lapsia joko Suomessa tai jossain muussa maassa. Niistä vastaajista, joilla oli puoliso ja/tai lapsia, tuotettiin osuudet niistä, joiden puoliso ja/tai kaikki alaikäiset lapset olivat Suomessa. Rekisteritiedon pohjalta tarkasteltiin myös koko FinMonik-tutkimuksen otoksesta asutokunnan kokoa ja alle 18-vuotiaiden lasten lukumäärää asutokunnassa. Asutokunnalla tarkoitetaan samassa asuinhuoneistossa vakinaisesti asuvia henkilöitä, heidän keskinäisistä sukulaisuussuhteistaan riippumatta. Suomen koko väestöä edustavana vertailukohtana käytettiin asutokunnan kokoa ja alle 18-vuotiaiden määrää koskeneissa tarkasteluissa <Suomen koko ...> vastavia rekisteripohjaisia tietoja FinSote 2018 -tutkimukseen (Parikka ym. 2019) osallistuneista.

Tulokset

Miehistä 69 prosentilla ja naisista 74 prosentilla oli puoliso Suomessa tai jossakin muussa maassa (taulukko 3.2.1). Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleet miehet ilmoittivat samoista maista tulleita naisia harvemmin puolisoista Suomessa tai jossakin muussa maassa (63 % vrt. 76 %). Miehillä oli puoliso harvemmin Suomessa kuin naisilla (61 % vrt. 70 % vastaajista). Sukupuolittain ja maaryhmittäin tarkasteltuna puoliso oli Suomessa hieman ulkomaalaistaustaisten miesten ja naisten keskiarvoa useammin EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmän miehillä (69 %) ja Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmän naisilla (86 %). Viro-ryhmän naisilla puoliso taas oli Suomessa hieman keskimäärää harvemmin (60 %).

Noin puolet miehistä (48 %) ja naisista (53 %) ilmoitti, että heillä on alle 18-vuotiaita lapsia Suomessa tai jossakin muussa maassa. Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta tulleilla miehillä (40 %) oli harvemmin ja muualta Afrikasta tulleilla naisilla (69 %) useammin alaikäisiä lapsia Suomessa tai jossakin muussa maassa kuin ulkomaalaistaustaisilla miehillä ja naisilla keskimäärin. Suurimmalla osalla oli lapsia Suomessa, naisilla hieman useammin kuin miehillä (52 % vrt. 43 %).

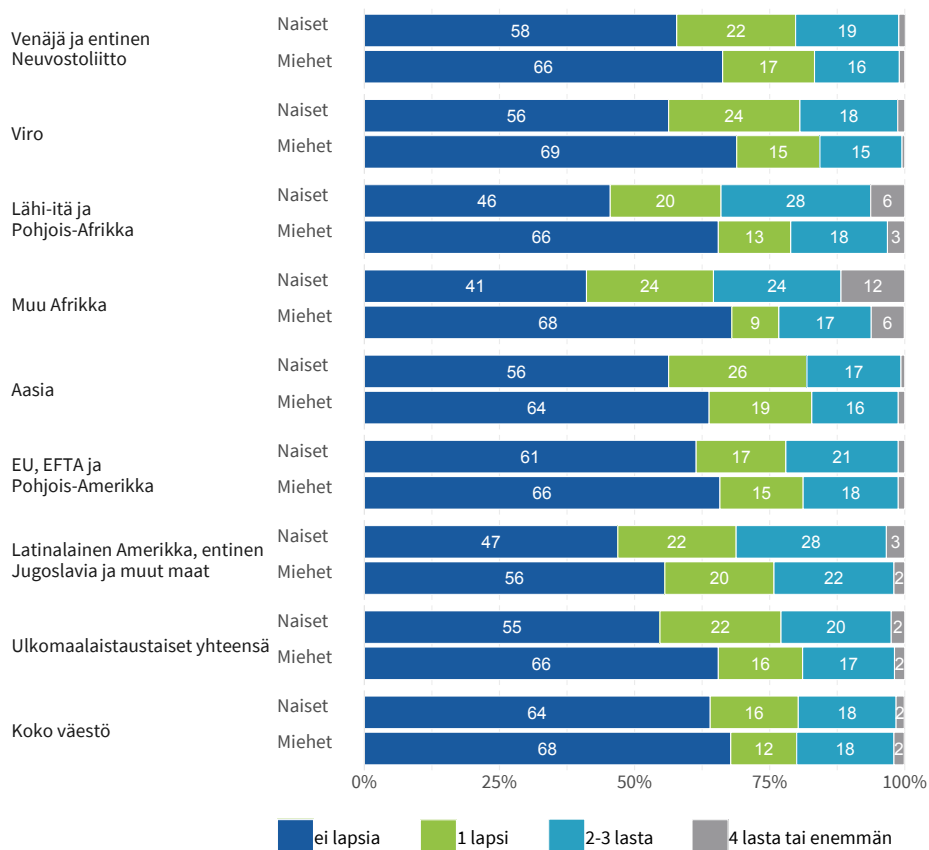
Taulukko 3.2.1 Puoliso missä tahansa maassa, puoliso Suomessa, alaikäisiä lapsia missä tahansa maassa ja alaikäisiä lapsia Suomessa maaryhmittäin ja sukupuolittain, 18–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Puoliso missä tahansa maassa	Puoliso Suomessa	Alaikäisiä lapsia missä tahansa maassa	Alaikäisiä lapsia Suomessa
	% (LV)	% (LV)	% (LV)	% (LV)
Miehet				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	70,5 (65,4–75,2)	66,2 (60,9–71,1)	40,2 (35,6–45,1)	37,3 (32,6–42,3)
Viro	66,8 (57,7–74,8)	53,0 (44,6–61,3)	56,1 (49,2–62,7)	43,5 (36,3–51,0)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	62,6 (57,5–67,4)	55,2 (50,0–60,3)	46,1 (41,1–51,2)	43,0 (38,0–48,2)
Muu Afrikka	71,4 (60,7–80,1)	60,3 (48,9–70,6)	60,5 (49,3–70,6)	52,4 (41,6–63,0)
Aasia	65,4 (58,7–71,5)	56,8 (49,7–63,7)	40,7 (33,0–48,8)	37,1 (29,7–45,1)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	74,6 (68,7–79,8)	69,2 (63,4–74,6)	47,7 (41,9–53,6)	44,3 (38,6–50,2)
Muut maat ¹	72,0 (61,6–80,4)	62,3 (51,5–72,1)	48,6 (38,1–59,3)	42,9 (32,3–54,2)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	68,6 (65,8–71,2)	60,5 (57,7–63,3)	48,0 (45,2–50,9)	42,8 (40,0–45,7)
Naiset				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	73,1 (68,9–76,9)	70,2 (65,7–74,3)	48,5 (44,1–52,8)	47,7 (43,4–52,1)
Viro	65,0 (58,9–70,6)	60,3 (54,3–66,0)	52,7 (47,3–57,9)	51,6 (46,2–57,0)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	76,0 (70,0–81,2)	71,6 (65,1–77,4)	59,2 (52,2–65,8)	57,3 (50,2–64,2)
Muu Afrikka	65,8 (52,1–77,3)	62,1 (48,4–74,2)	69,1 (58,8–77,8)	64,9 (54,2–74,2)
Aasia	75,5 (71,0–79,6)	73,4 (68,9–77,6)	50,6 (45,4–55,8)	47,6 (42,5–52,8)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	79,2 (73,5–84,0)	77,1 (71,3–82,0)	46,6 (40,6–52,6)	46,2 (40,2–52,4)
Muut maat ¹	88,7 (80,0–93,9)	86,3 (77,0–92,2)	60,7 (49,0–71,2)	60,7 (49,2–71,2)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	73,5 (71,1–75,9)	70,4 (67,8–72,8)	53,0 (50,3–55,8)	51,5 (48,7–54,2)

LV = 95 %:n luottamusväli

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Myös rekisteritiedon perusteella niiden osuus, joiden asutuskuntaan ei kuulunut yhtään alaikäistä lasta, oli FinMonik-tutkimuksen otokseen kuuluvilla miehillä suurempi (66 %) kuin naisilla (55 %). Ulkomaalaistaustaisilla naisilla osuus oli pienempi kuin koko väestössä (64 %). (kuvio 3.2.1). Vähintään neljä alaikäistä lasta sisältäviin asutokuntiin kuuluvien osuus oli suurin Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka sekä Muu Afrikka -ryhmiin kuuluvilla naisilla (6 % ja 12 %). Koko väestössä vastaava osuus oli vajaa kaksi prosenttia sekä miehillä että naisilla.



Kuvio 3.2.1 Samassa asutokunnassa asuvien alle 18-vuotiaiden määrän jakauma maaryhmittäin ja sukupuolittain, 18–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

Suurimmalla osalla niistä vastaajista, joilla oli puoliso ja/tai lapsia, sekä puoliso että lapset olivat Suomessa (miehillä 76–92 % ja naisilla 92–97 %, taulukko 3.2.2). Viros-ta tulleilla miehillä (76 %) oli selvästi keskivertoa harvemmin koko perhe Suomessa. Naisilla oli selvästi miehiä useammin perhe Suomessa (94 vrt. 85 %).

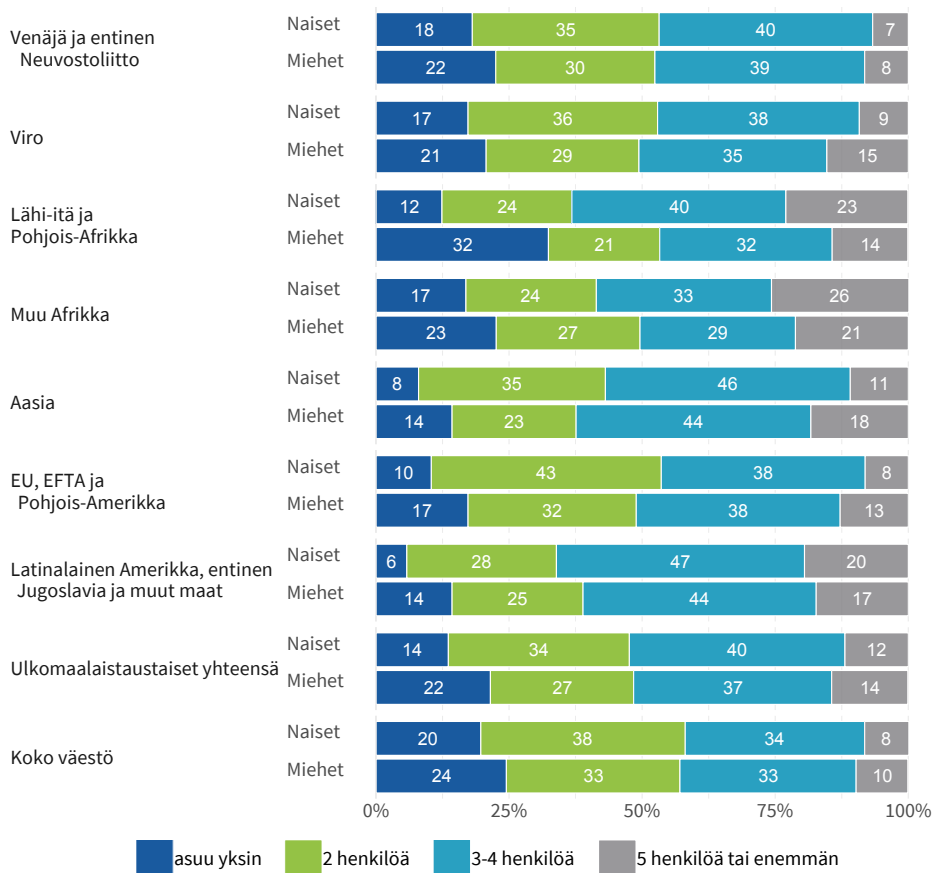
Taulukko 3.2.2 Perheellisetä koko perhe¹ Suomessa maaryhmittäin ja sukupuolittain, 18–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Yhteensä	Miehet	Naiset
	% (LV)	% (LV)	% (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	93,0 (90,0–95,1)	91,9 (87,2–95,0)	94,6 (90,9–96,9)
Viro	83,9 (79,6–87,5)	75,6 (67,8–82,0)	92,0 (87,4–95,0)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	90,6 (87,2–93,2)	87,3 (82,0–91,2)	93,4 (88,0–96,4)
Muu Afrikka	85,0 (77,3–90,4)	77,2 (64,3–86,4)	93,5 (86,2–97,1)
Aasia	87,5 (83,6–90,5)	84,2 (76,4–89,8)	91,8 (88,4–94,3)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	93,8 (91,6–95,5)	90,6 (86,9–93,3)	97,4 (94,6–98,7)
Muut maat ²	91,2 (84,6–95,2)	85,5 (73,6–92,6)	97,3 (91,5–99,2)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	89,6 (88,1–90,9)	85,2 (82,7–87,4)	93,9 (92,5–95,1)

LV = 95 %:n luottamusväli

¹Perheellä tarkoitetaan puolisoa ja/tai alaikäisiä lapsia²Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Asuntokuntien koon jakaumassa oli selkeitä eroja ulkomaalaistaustaisen ja koko väestön välillä. Ulkomaalaistaustaisilla miehillä yksin asumisen yleisyys ei rekisteripohjaisen tiedon valossa eronnut koko väestön samanikäisistä miehistä (22 % vrt. 25 %), kun taas ulkomaalaistaustaisista naisista selvästi pienempi osuus asui yhden hengen asuntokunnissa kuin koko väestön naisista (14 % vrt. 20 %) (kuvio 3.2.2). Ulkomaalaistaustaisista miehistä yksin asuminen oli yleisintä Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneilla (32 %). Naisilla vain Venäjä ja entinen Neuvostoliitto-, Viro- ja Muu Afrikka -ryhmiin kuuluvilla yksin asuvien osuus ei poikennut koko väestön naisista. Kaikissa muissa maaryhmissä yksin asuminen oli harvinaisempaa kuin koko väestön naisilla keskimäärin. Kahden hengen asuntokuntiin kuuluvien osuus oli ulkomaalaistaustaisilla miehillä ja naisilla pienempi (27 % ja 34 % vrt. 33 % ja 38 %) ja kolmen hengen asuntokuntiin kuuluvien osuus puolestaan suurempi kuin koko väestössä (37 % ja 41 % vrt. 33 % ja 34 %). Vähintään viiden hengen asuntokuntiin kuuluvien osuus oli ulkomaalaistaustaisilla keskimäärin suurempi (miehet 14 %, naiset 12 %) kuin koko Suomen väestöä edustaneeseen FinSote 2018 -tutkimukseen osallistuneilla (miehet 10 %, naiset 8 %). Ulkomaalaistaustaisilla oli kuitenkin maaryhmien sekä sukupuolten välillä eroja.



Kuvio 3.2.2 Asuntokunnan koon jakauma maaryhmittäin ja sukupuolittain, 18–64-vuotiaat, mallivaikeus, %

Pohdinta

Suurimmalla osalla ulkomaalaistaustaisia oli puoliso joko Suomessa tai jossakin muussa maassa ja noin puolella oli alaikäisiä lapsia. Perheellisillä ulkomaalaistaustaisilla oli puoliso ja alaikäisiä lapsia Suomessa varsin usein, naisilla useammin kuin miehillä. Yhdeksällä kymmenestä FinMonik-tutkimukseen vastanneista koko perhe (puoliso ja alaikäiset lapset) asui Suomessa, mutta myös tämä oli naisilla yleisempää kuin miehillä. Sukupuolten väliset erot perhesuhteista selittynevät ainakin osittain maahanmuuton syillä, sillä naiset muuttavat miehiä useammin Suomeen perhesyistä. Miehet muuttavat naisia useammin työn perässä, opiskelijoina tai pakolaisstatuksen perusteella (Sutela & Larja 2015b), jolloin perhe jää ainakin väliaikaisesti asumaan puolison lähtömaahan.

Ulkomaalaistaustaisista miehistä runsas viidesosa asui yksin, naisilla yksinasuvien osuus oli selvästi matalampi. Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (Maamu, Castaneda ym. 2012b) tulos oli samansuuntainen, sillä miehillä

yksin asuminen oli naisia yleisempää ja noin neljännes tutkituista somalialais-, kurdi- ja venäläistaustaisista miehistä kertoi asuvansa yksin (Martelin ym. 2012). Vertailu näiden kahden tutkimuksen välillä on suuntaa antava muun muassa erilaisten tutkittujen ryhmien ja menetelmäerojen vuoksi. FinMonik-tutkimuksessa miesten yksinasuminen vaihteli maaryhmittäin. Yksinasuvien osuus oli erityisen suuri Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneilla miehillä, joista lähes kolmannes asui yksin.

Perhe on useimmille tärkeä sosiaalisen tuen lähde ja samassa maassa asuvien perheenjäsenten ja läheisten on havaittu edistävän kokonaisvaltaisesti ihmisen hyvinvointia ja kotoutumista (OECD 2017). FinMonik-tutkimuksen mukaan suurimmalla osalla ulkomaalaistaustaisista oli perhettä Suomessa, mikä on myönteistä kotoutumisen kannalta. Maaryhmien välillä havaittiin kuitenkin eroja, ja huomio tulisikin kiinnittää Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneisiin miehiin. Yksinasumisen lisäksi he ilmoittivat varsin usein myös yksinäisyyden kokemuksista (21 %) (ks. luku 5.1 Sosiaaliset suhteet). Sosiaalinen tuki, kuten sosiaaliset verkostot ja suhteet sekä läheisten tuki, vaikuttaa positiivisesti ihmisen hyvinvointiin. Sosiaaliset siteet ja niiden ylläpito sekä osallisuuden tukeminen edistävät kotoutumista ja mielen hyvinvointia (Kerkkänen & Säävälä 2015). Olisikin tärkeä pyrkiä saamaan yksinäisyyttä kokevat mukaan yhteiskunnan toimintoihin esimerkiksi erilaisten yhdistysten ja järjestöjen toiminnan kautta. (Lautiola 2013.)

Väestön moninaisuus ja erilaiset tarpeet on huomioitava myös asumisen suhteen. Kuten FinMonik-tutkimuksen tulokset ja aikaisempi tutkimustieto (Martelin ym. 2012) osoittavat, ulkomaalaistaustaisten ja suomalaisten asuntokuntien koot poikkeavat yleisesti toisistaan. Suuri osa ulkomaalaistaustaisista asuu suurissa kaupungeissa ja niin sanotuissa keskustaupungeissa (Saikkonen ym. 2018). He asuvat myös koko väestöä useammin ahtaasti ja vuokra-asunnoissa. Asuminen on kytköksissä tuloihin ja varallisuuteen (Tilastokeskus 2013). Ulkomaalaistaustaisten asema asuntomarkkinoilla tuleekin huomioida asuntopolitiikassa siten, että asuinalueiden monimuotoisuus säilyy ja myös pienituloisille on tarjolla riittävästi asuntoja alueilla, joilla he opiskelevat ja työskentelevät.

4 Osaaminen, työ ja toimeentulo

4.1 Koulutus ja kielitaito

Liisa Larja

- Ulkomaalaistaustaisen väestön koulutustaso näyttää FinMonik-tutkimuksen tulosten perusteella erittäin korkealta.
- Koulutusasteen mittaaminen on vaikeaa, ja tulokset näyttävät hieman yliarvioivan koulutustasoa.
- Heikosti suomea osaavien osuus näyttää varsin suurelta, mutta toisaalta ulkomaalaistaustaisen väestön kielitaito on paljon koko väestöä monipuolisempi.

Ulkomaalaistaustaisen väestön koulutusasteesta on ollut saatavilla niukasti tietoa. Tutkintorekisteri, johon koulutusrakennetiedot yleensä perustuvat, sisältää vain Suomessa suoritettut tai tunnustetut tutkinnot, joten maahan muuttaneiden ulkomailla suoritettut tutkinnot eivät yleensä näy rekisterilähteissä.

Kielitaito on keskeinen tekijä muun muassa työmarkkinaintegraation ja sosiaalisten suhteiden rakentamisen kannalta, mutta kattavaa tietoa ulkomaalaistaustaisen väestön kielitaidosta ei ole rekisterilähteistä saatavilla.

Ulkomaalaistaustaisten tutkintorakennetta on selvitetty kyselytutkimuksella ensimmäistä kertaa vuonna 2014 Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksessa (UTH, Nieminen ym. 2015b) (Sutela & Larja 2015a). Aivan hiljattain toteutetun tutkintorekisterin täydentämiskyselyn (Tilastokeskus 2019a) tulokset eivät tätä kirjoittaessa olleet vielä siinä määrin valmiit, että niiden perusteella olisi ollut mahdollista estimoida ulkomaalaistaustaisen väestön koulutusrakennetta. Valmistuessaan tutkintorekisterin tiedot tulevat antamaan kuitenkin merkittävää lisätietoa ulkomaalaistaustaisten koulutuksesta. Kielitaitoa on kartoitettu edellisen kerran UTH-tutkimuksessa.

Menetelmät

Koulutustietoa selvitettiin seuraavilla kysymyksillä: ”Mikä on korkein Suomessa suorittamasi tutkinto?”; sekä ”Mikä on korkein ulkomailla suorittamasi tutkinto?”. Vastausvaihtoehdot olivat seuraavat: en ole käynyt koulua Suomessa / ulkomailla; vähemmän kuin peruskoulu (vain osan peruskoulua tai vastaavaa); peruskoulu (tai vastaavan oppimäärän); ylioppilastutkinto; ammatillinen tutkinto (esim. kokki tai hitsaaja); ammattikorkeakoulututkinto (esim. sosionomi, restonomi); alempi korkeakoulututkinto (kandidaatti, bachelor); yliopisto tai ylemmän korkeakoulututkinto; lisensiaatti tai tohtorin tutkinto; sekä en osaa sanoa.

Vastausvaihtoehdoista puuttui ”alin korkea-aste”, eli niin sanottu entinen ”opistoaste”. Alinta korkea-astetta ei enää ole nykyisessä suomalaisessa tutkintojärjestel-

mässä, mutta monissa muissa maissa (esim. Venäjällä) se on hyvin yleinen. Vaihtoehdon puuttuminen on voinut haitata osaa vastaajista ja oletettavasti he ovat valinneet joko ammatillisen tai ammattikorkeakoulututkinnon.

Vastausvaihtoehdot luokiteltiin kolmeen ryhmään: ”perusaste tai vähemmän”, ”toinen aste” ja ”korkea-aste”.

Tässä luvussa raportoidaan itse ilmoitettu korkein Suomessa tai ulkomailla suoritettu tutkinto 25 vuotta täyttäneiden osalta. Lisäksi tuloksia verrataan niiden 25 vuotta täyttäneiden vastauksiin koko väestössä, joiden kohdalla oli Tilastokeskuksen tutkintorekisterissä merkintä Suomessa suoritetusta tai tunnustetusta tutkinnosta.

Kielitaitoa selvitettiin seuraavilla kysymyksillä: ”Kuinka montaa eri kieltä puhut sujuvasti?”; sekä ”Kuinka hyvin puhut suomen tai ruotsin kieltä?”. Vastausvaihtoehdot jälkimmäisessä olivat: en puhu lainkaan; aloittelijana – selviän yksinkertaisista arkisista tilanteista; keskitasoisesti – pystyn aktiivisesti osallistumaan keskusteluihin; sekä erinomaisesti – osaan käyttää suomea monipuolisesti eri tilanteissa (esim. pystyn asioimaan viranomaisten kanssa suomen kielellä).

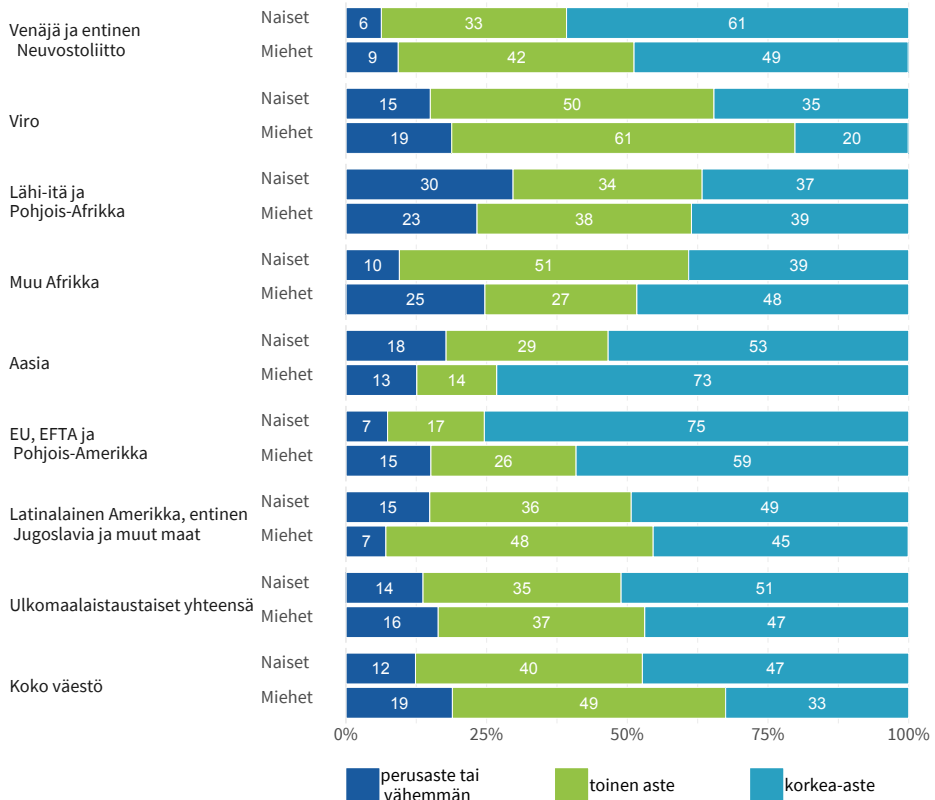
Tulokset

Koulutusaste

FinMonik-tutkimuksen tulosten mukaan ulkomaalaistaustaisen väestön koulutus-rakenne oli huomattavasti koko väestöä korkeampi: korkea-asteen tutkinnon suorittaneita on koko väestöstä 40 prosenttia, kun FinMonik-tutkimuksen vastaajista osuus oli jopa puolet (49 %, kuvio 4.1.1), kun otetaan huomioon sekä Suomessa että ulkomailla suoritettut tutkinnot. Perusasteen varassa oli FinMonik-tutkimuksen vastaajista 15 prosenttia, mikä on samaa luokkaa kuin koko väestön osalta rekisterilähteisiin perustuen.

Maaryhmän ja sukupuolen mukaan tarkasteltuna havaitaan, että korkea-asteen suorittaneiden osuus oli EU- ja EFTA-maista sekä Pohjois-Amerikasta muuttaneiden naisten ja Aasiasta muuttaneiden miesten kohdalla erittäin korkea, yli 70 prosenttia. Osuus on erittäin korkea verrattuna miesten 33 prosenttiin ja naisten 47 prosenttiin. Muissakin maaryhmissä korkea-asteen suorittaneiden osuus oli pääasiassa koko väestöä korkeampi.

Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmän naisista suurempi osuus oli perusasteen varassa kuin ulkomaalaistaustaisissa naisissa keskimäärin (30 % vrt. 14 %). Muu Afrikka -ryhmän naisilla koulutustaso oli varsin korkea ja perusasteen varassa olevien osuus oli vain 10 prosenttia (vrt. 16 % koko väestö). Miehet olivat naisia koulutempia Aasia-ryhmän kohdalla.



Kuvio 4.1.1 Korkein suoritettu koulutusaste Suomessa tai ulkomailla, maaryhmittäin ja sukupuolittain, 25–64-vuotiaat, %; lähteet: FinMonik, THL (ulkomaalaistaustaiset) ja Väestön koulutusrakenne-tilasto, Tilastokeskus (koko väestö)

Aineiston laatua voidaan tarkastella ristiintaulukoimalla tutkintorekisterin koulutustieto ja vastaajien itse ilmoittama, Suomessa suoritettua koulutusta koskeva tieto. Kaikista Suomessa suoritetuista tutkinnoista on merkintä tutkintorekisterissä, joten tietojen pitäisi olla varsin lähellä toisiaan. Taulukosta 4.1.1 nähdään, että tieto on yhteneväinen 66 prosentin osalta. Vastaajista 12 prosenttia on kuitenkin ilmoittanut korkeamman koulutuksen kuin mitä tutkintorekisterissä on tiedossa. Tämän ei pitäisi olla mahdollista, paitsi jos tutkinto on aivan äskettäin suoritettu, eikä sitä ole ehditty rekisteröidä. On mahdollista, että näissä tapauksissa kysymys on ymmärretty väärin. Vastaavasti 22 prosenttia vastaajista on ilmoittanut matalamman koulutuksen kuin mitä tutkintorekisteriin on kirjattu. Tämä voi johtua väärinymmärryksestä, mutta toinen mahdollinen syy on tutkintojen tunnustaminen: vastaaja on saattanut hakea tutkinnon tunnustamista ulkomaiselle tutkinnolle, jolloin tutkintorekisterin tieto viittaa vastaajan ulkomailla suorittamaan tutkintoon. Kaiken kaikkiaan tarkastelu kuitenkin osoittaa, että kysymyksen ymmärtämisessä on todennäköisesti ollut ongelmia useiden vastaajien kohdalla.

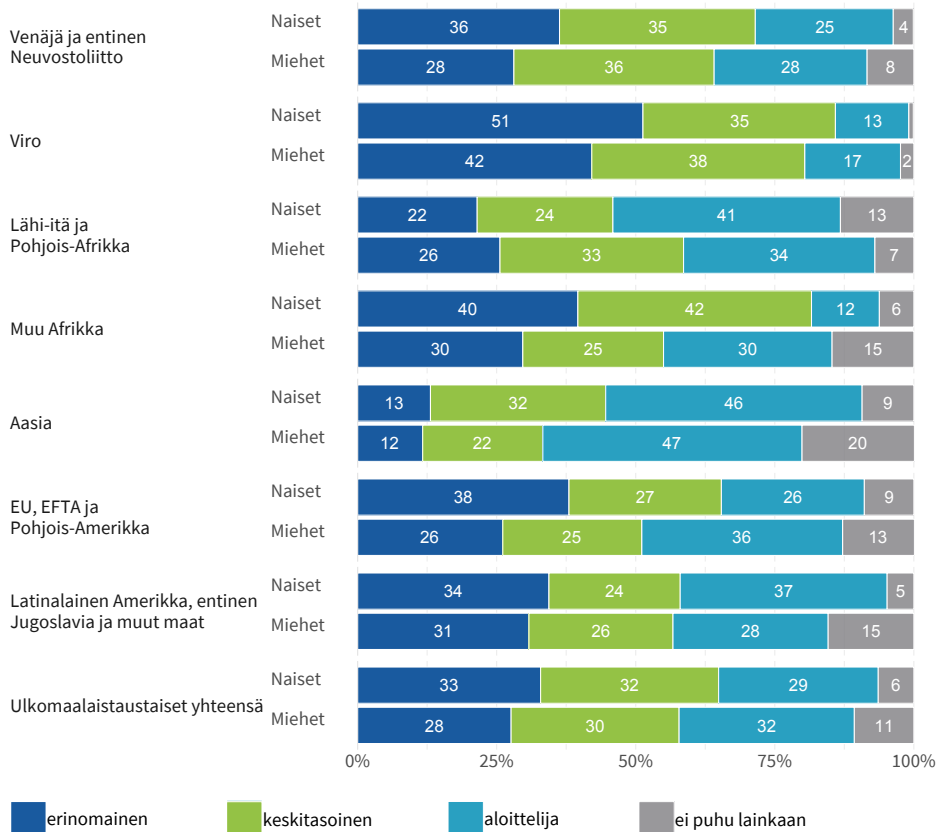
Taulukko 4.1.1 Koulutustieto tutkintorekisteristä ja kyselytieto Suomessa suoritetusta koulutuksesta ristiintaulukoituna, 25–64-vuotiaat, %

	Kyselytieto (FinMonik)		
	Perusaste tai vähemmän	Toinen aste	Korkea-aste
	%	%	%
Tutkintorekisterin tieto			
Ei tutkintotietoa	34,7	6,9	3,5
Toinen aste	9,2	17,4	1,4
Korkea-aste	8,2	4,9	13,9
Rekisterissä ja kyselyssä yhtenäinen koulutustieto		65,9	
Kyselyssä rekisteritietoa korkeampi koulutustieto		11,8	
Kyselyssä rekisteritietoa matalampi koulutustieto		22,3	

Kielitaito

FinMonik-tutkimuksen tulosten mukaan ulkomailla syntyneistä ulkomaalaistaustaisista vajaa kolmannes vastasi puhuvansa suomea tai ruotsia erinomaisesti, toinen vajaa kolmannes keskitasoisesti tai aloittelijan tasolla, ja loput ei lainkaan (kuvio 4.1.2).

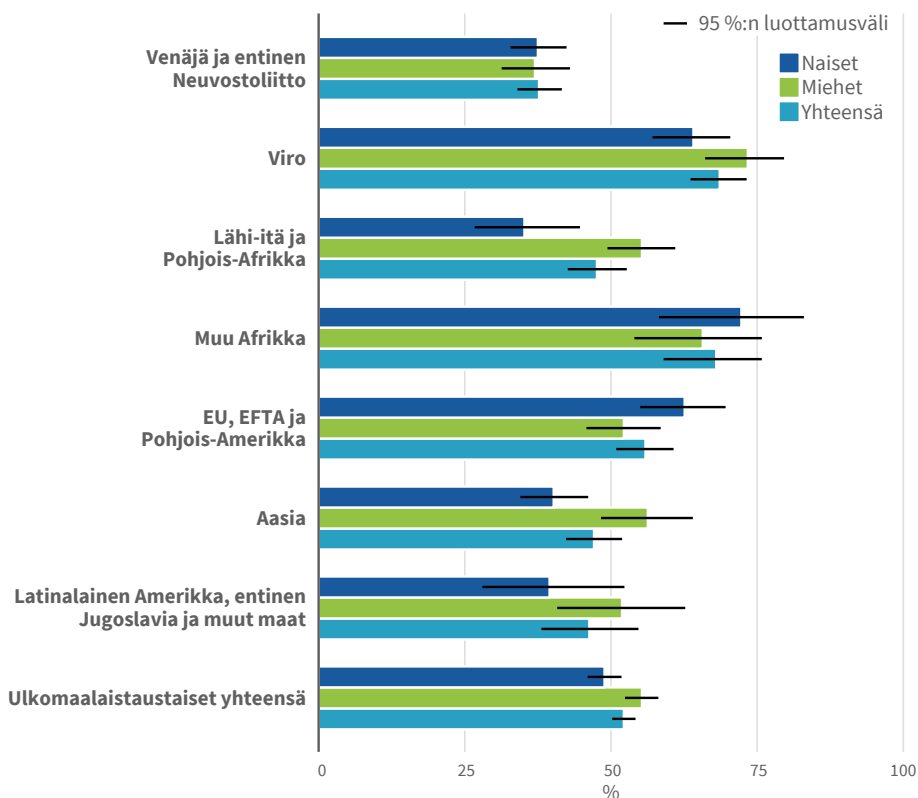
Maaryhmän mukaan tarkasteltuna paras suomen tai ruotsin kielen taito oli Virossa muuttaneilla. Korkeintaan aloittelijan tasolla suomea tai ruotsia puhuvien osuus oli suurin Aasiasta muuttaneilla, jossa yli 60 prosenttia ilmoitti puhuvansa korkeintaan aloittelijan tasolla.



Kuvio 4.1.2 Puhutun suomen tai ruotsin kielen taso maaryhmittäin ja sukupuolittain, 18–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

Kotoutumisen keskiössä nähdään usein suomen tai ruotsin kielen taito. Monella ulkomaalaistaustaisella kielitaito on kuitenkin huomattavan laaja ja suomen ja oman äidinkielen lisäksi osataan lukuisia muita kieliä muun muassa monipaikkaisen kotipaikkahistorian ja perhesuhteiden ansiosta. FinMonik-tutkimuksen tulosten perusteella 18–64-vuotiaasta ulkomaalaistaustaisesta väestöstä 52 prosenttia osaakin sujuvasti vähintään kolmea kieltä (kuvio 4.1.3).

Ulkomaalaistaustaisista laajasti kielitaitoisia ovat erityisesti Viro-ryhmän miehet ja Muu Afrikka -ryhmän naiset, joista yli 70 prosenttia osaa sujuvasti vähintään kolmea kieltä. Vähiten monikielisiä oli Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -ryhmässä.



Kuvio 4.1.3 Vähintään kolme kieltä taitavat maaryhmittäin ja sukupuolittain, 18–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

Pohdinta

FinMonik-tutkimuksen tulosten perusteella ulkomailla syntynyt ulkomaalaistaustainen väestö näyttää erittäin koulutetulta: kun korkea-asteen tutkinnon suorittaneita on koko väestössä reilu kolmannes (Tilastokeskus & TEM 2019), oli korkea-asteen suorittaneiden osuus FinMonik-tutkimukseen vastaajista jopa puolet. Perusasteen varassa oli FinMonik-tutkimuksen mukaan 15 prosenttia ulkomaalaistaustaisesta 25–64-vuotiaasta väestöstä. Menetelmällisten tarkastelujen perusteella näyttää kuitenkin siltä, että kysymyksen ymmärtämisessä on todennäköisesti ollut ongelmia useiden vastaajien kohdalla ja tulokset todennäköisesti yliarvioivat koulutusastetta jossain määrin.

Koulutusaste näyttää varsin korkealta myös muihin saatavilla oleviin lähteisiin verrattuna. Tutkintorekisteriin pohjautuvassa koulutusrakennetilastossa näkyy vain Suomessa suoritettut tai täällä rinnastetut tutkinnot, joten rekisterilähteisiin perustuen perusasteen varassa olisi jopa 50 prosenttia ulkomaalaistaustaisista – mikä on kuitenkin tunnetusti liian pessimistinen arvio.

Vuonna 2018 työttömistä työnhakijoista perusasteen varassa oli ulkomaalaisista lähes 1,5-kertainen osuus Suomen kansalaisiin verrattuna (Työnvälitystilasto 2019). Myös työnvälitystilaston tiedot ovat puutteellisia, mutta antavat karkeita suuntaviivoja. Mikäli työttömiksi ei valikoidu vain kouluttamattomia ulkomaalaisia (kaikki tiedot viittaavat myös korkeakoulutettujen työllistymisongelmiin), ei ulkomaalaistaustainen väestö näyttäisi olevan ainakaan merkittävästi paremmin koulutettu koko väestöön verrattuna.

Tähänastisista tutkimuksista ehkä edustavimman verrokkituloksen koulutus-rakenteesta antaa UTH-tutkimus (Sutela & Larja 2015a), jonka mukaan vuonna 2014 perusasteen varassa ulkomaalaistaustaisista oli hieman suurempi osuus (18 % vrt. 15 %) ja korkea-asteen suorittaneita huomattavasti pienempi osuus (40 % vrt. 49 %) kuin FinMonik-tutkimuksessa.

Maaryhmittäisessä vertailussa havaitaan, että FinMonik-tutkimuksessa koulutusasteet ovat kautta linjan korkeammat kuin UTH-tutkimuksessa. Entinen Neuvostoliitto ja Venäjä-, Viro-, EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka-, Lätinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmien kohdalla erot tutkimusten välillä ovat pienimmät ja erityisesti Aasia-ryhmän kohdalla hyvinkin suuret. Myös Lähi-itä, Pohjois-Afrikka ja Muu Afrikka -ryhmissä koulutustaso arvioitiin vuoden 2014 UTH-tutkimuksen perusteella merkittävästi FinMonik-tutkimuksen tuloksia matalammaksi (Sutela & Larja 2015a).

Turvapaikanhakijoiden osaamiskartoitusten perusteella (Joro 2019) korkea-koulututkinnot eivät ole kovin yleisiä: turvapaikanhakijoista korkeakoulua ilmoitti käyneensä neljännes, mutta tutkinnon loppuun asti suorittaneita oli vain puolet tästä, eli 14 prosenttia, mikä on tyypillistä sotaa käyvistä maista pakolaisina saapuvilla. On varsin todennäköistä, että FinMonik-tutkimuksessa moni kysymykseen vastannut on merkinnyt koulutustasokseen korkea-asteen koulutuksen, vaikka tutkinto ei olisi valmis. UTH-tutkimuksessa vastaajilta kysyttiin erikseen valmistumisvuosi, minkä yhteydessä usein kävikin ilmi, että tutkinto ei ollutkaan valmis ja vastausta voitiin tällöin korjata. FinMonik-tutkimuksessa vastaavaa kysymysrakennetta ei ollut. Samat menetelmähankaluudet lienevät taustalla myös Turvapaikanhakijoiden terveys ja hyvinvointi -tutkimuksessa (TERTTU, Skogberg ym. 2019), jossa puolet Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmään kuuluvista aikuisista ilmoitti suorittaneensa korkeakoulututkinnon.

Koulutus ja kielitaito ovat haastavia tietoja kyselytutkimuksessa mitattavaksi. Koulutusjärjestelmät eroavat huomattavasti eri maissa, koulutusasteiden kääntäminen ei ole aina yksiselitteistä, ja kysymyksen ymmärtämisessä voi olla ongelmia (Larja ym. 2015). Laatua voidaan parantaa kysymällä koulutuksesta useampia kysymyksiä, kuten tutkinnon nimike, opintojen kesto ja valmistumisvuosi sekä erikseen koulutusasteet. FinMonik-tutkimuksen yhteydessä ei kuitenkaan ollut mahdollista käyttää niin paljon tilaa lomakkeella koulutuskysymyksille, joten käytetty mittari on hieman yksinkertaisempi.

Toinen ongelma koulutusta koskevien tutkimustulosten tulkinnessa on katon aiheuttama vinouma aineistossa. Tyypillisesti korkeasti koulutetut vastaavat

tutkimuksiin aktiivisemmin ja matalasti koulutetut vähiten aktiivisesti, mikä tuottaa vinoumaa vastanneista laskettuihin lukuihin. Siinä missä FinMonik-tutkimukseen vastanneista 25 prosentilla oli tutkintorekisterissä tieto korkea-asteen tutkinosta, katoon jääneiden osalta vastaava osuus oli vain 16 prosenttia. Vinoumaa on korjattu painokertoimilla (ks. luku 2.4 Tilastolliset menetelmät), mutta painotuksen jälkeenkin korkeakoulutettujen osuus näyttää jäävän parilla prosenttiyksiköllä yliarvioiduksi. Kysymyksen ymmärtämiseen liittyvät ongelmat näyttävät kuitenkin olevan merkittävämpiä kuin valikoitumisen aiheuttama ongelma.

FinMonik-tutkimuksen tulosten mukaan ulkomailla syntyneistä ulkkomaalais-taustaisista vajaa kolmannes vastasi puhuvansa suomea tai ruotsia erinomaisesti, toinen vajaa kolmannes keskitasoisesti ja loput aloittelijan tasolla tai ei lainkaan. Paras suomen tai ruotsin kielen taito oli odotetusti Virosta muuttaneilla. Heikoimmaksi kielitaitonsa arvioivat Aasiasta muuttaneet. Verrattuna UTH-tutkimukseen kuva kielitaidosta näyttää FinMonik-tutkimuksen perusteella hieman synkemmältä, mikä johtuu usein suomea jo äidinkielenään puhuvan ”toisen sukupolven” puutumuksesta otoksesta ja toisaalta eroista kysymyksen asettelussa (mm. vastausasteikko). Aasiasta muuttaneiden joukossa on paljon työn tai opiskelun vuoksi Suomeen tulleita, jotka toimivat opinnoissaan ja työssään tyyppillisesti englannin kielellä, eivätkä välttämättä tarvitse suomen kieltä. Yliopistot tarjoavat jo laajasti englanninkielisiä maisteriohjelmia ja erityisesti teknologiasektorilla ja suuryrityksissä työkieli on englanti.

Tutkimusten välisistä eroista huolimatta tulokset puhuvat sen puolesta, että merkittävä osa ulkkomaalaistaustaisesta väestöstä ei osaa hyvin suomea tai ruotsia, mikä vaikuttaa suoraan muun muassa heidän työmarkkina-asemaansa tai sosiaalisten suhteiden rakentamiseen. Mahdollisuuksia suomen tai ruotsin kielen oppimiseen olisi siis erittäin tarpeellista lisätä. Vaikka aloittelijan tasolla onkin yli kolmannes vastaajista, on kielitaidon kehittämisen tarpeita myös edistyneemmillä taitotasoilla, mikä tarkoittaa kielitaidon tukea muun muassa opintojen tai työn rinnalla tai siihen tähdäten (Airas ym. 2019). Samaan aikaan kuitenkin havaitaan, että Suomessa on jo merkittävä englanninkielinen työmarkkina- ja opiskelusegmentti, johon integroituakseen ei välttämättä tarvitse suomen tai ruotsin kieltä.

Vaikka tulosten mukaan jopa 40 prosenttia ulkkomaalaistaustaisista osaakin suomea heikosti, vahvuutena on muun kielitaidon monipuolisuus: yli puolet osaa sujuvasti vähintään kolmea kieltä. Aikuiskoulutustutkimuksen mukaan Suomen koko väestön osalta vähintään kolmea kieltä osasi vain 26 prosenttia ja neljää kieltä 19 prosenttia väestöstä, mutta tiedot eivät tarkoita kielen sujuvaa osaamista, vaan myös vähän (muutamia sanoja) kieltä osaavat laskettiin mukaan (Tilastokeskus 2019b). Näin ollen ulkkomaalaistaustainen väestö näyttää siis huomattavasti kielitaitoisemmalta kuin koko väestö keskimäärin. Liike-elämän edelleen kansainvälistyessä ja matkailusektorin kasvaessa kotimaassa monipuolinen kielitaito olisi hyvä hyödyntää paremmin.

4.2 Työ ja työllistymisen esteet

Tuija Martelin, Tarja Nieminen, Ari Väänänen & Minna Toivanen

- Ulkomaalaistaustaisilla miehillä työllisten osuus oli jonkin verran pienempi verrattuna koko väestön miehiin, naisilla ero oli varsin selvä.
- Lähes viidesosa työllisistä ulkomaalaistaustaisista palkansaajista oli kokenut työtovereiden tai esimiehen asenteisiin liittyvää eriarvoista kohtelua tai syrjintää nykyisessä työpaikassaan.
- Työttömyys oli ulkomaalaistaustaisilla selvästi yleisempää kuin koko väestössä, ja yleisintä se oli Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmään kuuluvilla.
- Noin puolet ulkomaalaistaustaisista koki kielitaidon puutteen haitanneen tai vaikeuttaneen työelämään osallistumista.

Työllä on monia merkityksiä: se vaikuttaa paitsi toimeentuloon, myös esimerkiksi ajankäyttöön, sosiaalisiin verkostoihin ja identiteettiin (Jahoda 1982). Ulkomaalaistaustaisilla työ voi lisäksi auttaa tutustumaan uuteen kulttuuriin ja ihmisiin sekä oppimaan kieltä ja työelämän pelisääntöjä (Toivanen ym. 2018). Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet monia työelämään liittyviä eroja ulkomaalaistaustaisen ja muun väestön välillä. Esimerkiksi ulkomaalaistaustaisten työttömyys on aktiivisesta työhausta huolimatta yleisempää kuin muulla väestöllä (Nieminen 2015). Lisäksi työssäkäyvillä määrä- ja osa-aikainen työ on tavallisempaa kuin suomalaistaustaisilla palkansaajilla (Sutela 2015). Työelämään osallistumisen esteiden ja syrjinnän tunnistaminen on tärkeää ulkomaalaistaustaisten osallisuuden ja hyvinvoinnin edistämiseksi.

Menetelmät

Vastaajien pääasiallista toimintaa selvitettiin pyytämällä valitsemaan parhaiten omaa tilannetta kuvaava vaihtoehto. Vastausvaihtoehtoina oli: kokopäivätyössä; osaaikatyössä; eläkkeellä iän perusteella; työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuen saajana; osa-aikaeläkkeellä; työtön tai lomautettu; perhevapaalla tai kotiäiti tai -isä; opiskelija; sekä jokin muu. Tämän kysymyksen perusteella luodaan ensin yleiskatsaus pääasiallisen toiminnan jakaumaan.

Lisäksi tarkastellaan työllisten, eli koko- tai osa-aikatyötä tekevien tai osa-aikaeläkkeellä olevien osuutta kaikista vastanneista, osaaikatyössä tai osa-aikaeläkkeellä olevien osuutta työllisistä sekä työttömien tai lomautettujen osuutta työvoimasta. Pääasialliseen toimintaan liittyvät koko väestöä kuvaavat vertailutiedot 20–64-vuotiaiden ikäryhmässä saatiin vuosina 2017 ja 2018 toteutetusta Kansallisesta terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimuksesta (FinSote 2018, Parikka ym. 2019, ks. luku 2.4 Tilastolliset menetelmät), jossa pääasiallista toimintaa selvitettiin samalla kysymyksellä.

Osa-aikaisuuden syistä esitetään huomioita hyödyntämällä kysymystä ”Teetkö osa-aikatyötä, koska: kokoaikatyötä ei ollut tarjolla; opiskelet; hoidat omia lapsia; hoidat muuta omaista; terveydellisistä syistä; haluat jostain muusta syystä tehdä osa-aikatyötä.”

Työllisten ammattiasemaa selvitettiin kysymällä ”Oletko palkansaaja vai onko sinulla oma yritys?”. Vastausvaihtoehdot olivat: palkansaaja; maatalousyrittäjä; muu yrittäjä; ammatinharjoittaja tai freelancer tai apurahansaaja; työssä perheen maatilalla palkatta; työssä perheenjäsenen yrityksessä palkatta; muu; sekä en osaa sanoa. Tämän kysymyksen pohjalta tarkastellaan yrittäjien ja yrittäjäperheenjäsenten osuutta työllisistä. Lisäksi kysyttiin ”Onko nykyinen työsuhteesi: jatkuva (toistaiseksi voimassa oleva); määräaikainen tai tilapäinen; en osaa sanoa”. Kysymyksen pohjalta tarkastellaan määräaikaisessa tai tilapäisessä työsuhteessa olevien osuutta työllisistä palkansaajista.

Työllisiltä kysyttiin myös, miten he ovat saaneet nykyisen työpaikkansa. Vastausvaihtoehtoina oli: yksityisen työnvälityksen kautta; kysyin töitä suoraan työnantajalta; työnantaja otti suoraan yhteyttä minuun; ystävien tai tuttavien kautta; lähetin hakemuksen työpaikkailmoituksen perusteella; opintoihin liittyvän työharjoittelun kautta; sekä Työ- ja elinkeinotoimiston (TE-toimiston) kautta. Lisäksi mahdollista ylikoulutusta kysyttiin kysymyksellä ”Ottaen huomioon oman koulutustasosi, työkokemuksesi ja taitosi, oletko mielestäsi ylikoulutettu nykyiseen työhösi?” Vastausvaihtoehtoina oli: en; kyllä; sekä en osaa sanoa. Viimeksi mainitun kysymyksen pohjalta tarkastellaan ylikoulutettujen osuutta työllisistä.

Kaikilta vastaajilta tiedusteltiin, ovatko he viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana joutuneet eriarvoisen kohtelun tai syrjinnän kohteeksi nykyisessä työpaikassaan työhönotto- tai nimitystilanteessa; palkkauksessa; etenemismahdollisuuksissa uralla; työn tai työvuorojen jaossa; työnantajan järjestämään koulutukseen pääsystä; työsuhde-etujen saamisessa; tai työtovereiden tai esimiesten asenteissa. Tämän kysymyksen perusteella tarkastellaan erilaisten työhön liittyvien syrjintäkokemusten yleisyyttä työllisillä palkansaajilla.

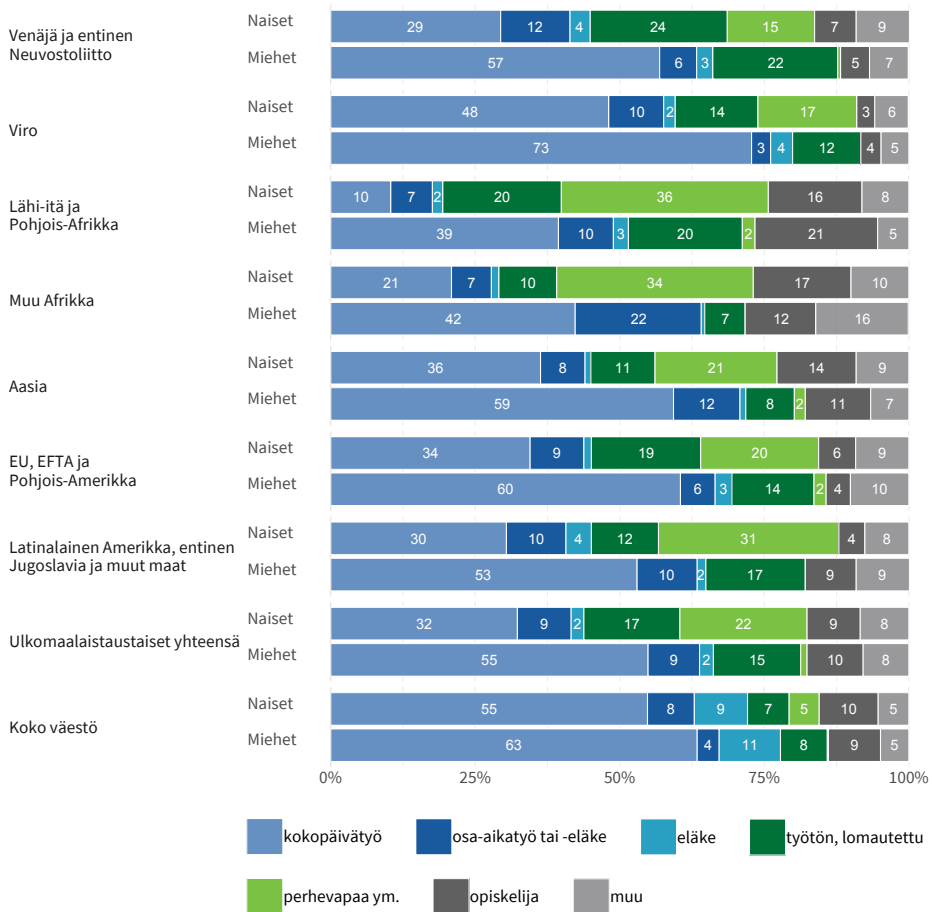
Työttömiltä ja lomautetuilta sekä perhevapaalla tai kotiäiteinä tai -isinä toimivilta olevilta kysyttiin, ovatko he joskus aikaisemmin olleet töissä joko Suomessa tai ulkomailla. Lisäksi heiltä tiedusteltiin, onko heillä voimassaoleva työnhaku työvoimatoimistossa, ovatko he viimeisen neljän viikon aikana etsineet työtä ja olisivatko he halunneet tehdä viime tai toissa viikolla ansiotyötä. Näihin kysymyksiin liittyvistä havainnoista esitetään tiivistelmä sukupuolen mukaan kaikkien työttömien ulkkomaalaistaustaisten osalta.

Kaikkia vastaajia pyydettiin myös arvioimaan sitä, mikä on mahdollisesti estänyt tai vaikeuttanut heidän osallistumisestaan työelämään. Vastausvaihtoehdot olivat: puutteellinen kielitaito; liian vähäinen koulutus; ammattia tai koulutusta ei ole hyväksytty Suomessa; työkokemuksen puute; työnantajien syrjivät asenteet (etninen tai uskonnollinen tausta); työpaikoista on vaikea saada tietoa; vähäiset suhteet kansuomalaisiin, jotka voisivat auttaa työn saannissa; perheenjäsenten kielteinen suhtautuminen; vaikea perhetilanne; oma epävarmuus ja pelot työelämään liittyen; sekä oma terveys. Vastausvaihtoehdoista sai valita useamman. Näistä raportoidaan kunkin esteen ilmoittaneiden osuus suhteessa kaikkiin vastaajiin sekä niiden osuus, jotka eivät olleet ilmoittaneet minkään luetellun esteen vaikeuttaneen heidän osallistumisestaan työelämään.

Tulokset

Työllisyys, ammattiasema ja työsuhteen laatu

Pääasiallista toimintaa kuvaavien karkeiden, ikävakiomattomien jakaumien mukaan runsaat puolet kaikista ulkomaalaistaustaisista miehistä ja noin kolmasosa naisista oli kokopäivätyössä (kuvio 4.2.1). Osa-aikatyössä oli vajaa kymmenesosa. Eläkkeellä olevien osuus oli sekä ulkomaalaistaustaisilla miehillä että naisilla pienempi ja työttömien osuus suurempi kuin koko väestössä. Noin joka kymmenes ulkomaalaistaustainen ilmoitti olevansa pääasialliselta toiminnaltaan opiskelija, mikä vastasi koko väestössä FinSote 2018 -tutkimuksen perusteella saatua tulosta. Perhevapaalla olevien tai kotiäitien osuus oli ulkomaalaistaustaisilla naisilla selvästi suurempi verrattuna koko väestön naisiin. Tämän vastausvaihtoehdon valinneiden vastaajien osuus oli erityisen suuri Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmään kuuluvilla naisilla.



Kuvio 4.2.1 Pääasiallinen toiminta maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat, vakioimaton osuus, %

Työllisten, eli joko koko- tai osa-aikatyötä tekevien, ikävakioitu osuus kaikista ulkomaalaistaustaisista 20–64-vuotiaista miehistä oli 62 prosenttia, mikä oli hieman pienempi kuin koko väestön miesten vastaava luku (68 %, taulukko 4.2.1). Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmään kuuluvissa miehistä oli koko väestöä merkittävästi pienempi osuus työllisiä, eli joko koko- tai osa-aikatyössä käyviä (47 % vrt. 68 %, taulukko 4.2.1). Ulkomaalaistaustaisilla naisilla työllisten ikävakioitu osuus oli vain 40 prosenttia, mikä on yli 20 prosenttiyksikköä pienempi kuin koko väestön naisilla (64 %). Viro-ryhmän naisilla työllisten osuus oli lähellä koko väestön osuutta (57 % vrt. 64 %), kun taas Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmään kuuluvista naisista alle viidennes ja Muu Afrikka -ryhmän naisista alle kolmasosa oli koko- tai osapäivätyössä.

Osa-aikatyö oli ulkomaalaistaustaisilla selvästi yleisempää kuin koko väestössä: noin 14 prosenttia työllisistä ulkomaalaistaustaisista miehistä ja 23 prosenttia naisista oli osa-aikatyössä, kun vastaavat osuudet olivat koko väestön miehillä kuusi ja naisilla 13 prosenttia (taulukko 4.2.1). Osa-aikatyöllisten osuus kaikista työllisistä oli koko väestöä yleisempää kaikissa muissa maaryhmissä paitsi Viro-ryhmän miehillä ja naisilla sekä Muu Afrikka- ja Aasia-ryhmien naisilla (miehet 10–37 % vrt. 6 %, naiset 22–41 % vrt. 13 %).

Ylivoimaisesti yleisin syy osa-aikatyön tekemiseen oli se, ettei kokopäivätyötä ollut tarjolla: tämän syyn mainitsi puolet osa-aikatyötä tekevästä miehistä (54 %) ja naisista (50 %). Opiskelu oli miehillä seuraavaksi yleisimmin mainittu syy (30 %), naisilla puolestaan omien lasten hoitaminen nousi melko tärkeäksi syyksi (14 %). Jonkun muun omaisen hoidon ilmoitti syyksi vain noin yksi sadasta osa-aikatyötä tekevästä ulkomaalaistaustaisesta henkilöstä, terveydelliset syyt mainitsi lähes kahdeksan prosenttia, ja viidennes ilmoitti, että halusi tehdä osa-aikatyötä jostakin muusta syystä.

Lähes yhdeksän kymmenestä ulkomaalaistaustaisesta työllisestä työskenteli palkansaajana. Yrittäjinä työskenteli kuusi prosenttia ulkomaalaistaustaisista työllisistä naisista ja joka kymmenes ulkomaalaistaustainen mies (taulukko 4.2.1). Ainoa merkitsevä ero yrittäjänä toimimisessa kaikkiin ulkomaalaistaustaisiin miehiin nähden oli Muu Afrikka -ryhmässä (2 % vrt. 10 %). Naisilla ei ollut merkitseviä eroja maaryhmien välillä.

Määräaikaaisessa työsuhteessa olevien osuus työllisistä ulkomaalaistaustaisista palkansaajista oli miehillä 18 prosenttia ja naisilla 26 prosenttia. Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka- sekä Muu Afrikka -ryhmiin kuuluneista määräaikaisten osuus oli yli kolmannes, kun taas Viro-ryhmässä määräaikaisten työntekijöiden osuus oli 11 prosenttia.

Ulkomaalaistaustaisista palkansaajista yli neljännes oli saanut nykyisen työpaikkansa kysymällä töitä suoraan työnantajalta, noin viidennes ystävien ja tuttavien kautta ja suunnilleen saman verran lähettämällä hakemuksen työpaikkailmoituksen perusteella. Vain noin neljä prosenttia oli saanut nykyisen työpaikkansa TE-toimiston kautta.

Peräti 32 prosenttia ulkomaalaistaustaisista työllisistä miehistä ja 27 prosenttia naisista katsoi koulutustaustansa, työkokemuksensa ja taitojensa perusteella olevansa ylikoulutettu nykyiseen työhönsä (taulukko 4.2.1). Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka- sekä Muu Afrikka -ryhmiin kuuluvista miehistä useampi kuin neljä kymmenestä koki olevansa ylikoulutettu, mutta osuus ei poikennut merkitsevästi kaikista ulkomaalaistaustaisista miehistä. Naisilla maaryhmien välillä ei ollut merkitseviä eroja ylikoulutettujen osuudessa.

Taulukko 4.2.1 Työllisyys, osa-aikatyö tai -eläke, yrittäjyys ja ylikoulutus maaryhmittäin ja sukupuolitain, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Työllisten osuus kaikista	Osa-aikatyössä tai -eläkkeellä olevien osuus työllisistä	Yrittäjien, yrittäjäperheenjäsenten ja ammatinharjoittajien osuus työllisistä ²	Ylikoulutettujen osuus työllisistä ²
	% (LV)	% (LV)	% (LV)	% (LV)
Miehet				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	62,4 (56,0–68,4)	9,9 (6,6–14,5)	8,6 (5,3–13,7)	26,6 (20,9–33,2)
Viro	74,3 (64,9–81,9)	4,4 (1,9–9,9)	11,5 (6,6–19,1)	25,3 (18,2–34,1)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	47,2 (41,4–53,1)	19,3 (14,2–25,6)	14,6 (9,7–21,3)	42,5 (34,6–50,8)
Muu Afrikka	58,3 (45,7–69,9)	37,3 (25,0–51,4)	2,0 (0,8–4,7)	44,5 (31,3–58,5)
Aasia	71,8 (63,9–78,5)	15,1 (10,0–22,0)	6,8 (3,8–11,6)	37,8 (29,6–46,8)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	62,2 (55,1–68,8)	10,2 (6,8–15,1)	10,2 (6,8–15,1)	21,4 (16,6–27,2)
Muut maat ¹	63,6 (49,9–75,4)	14,5 (7,1–27,3)	11,5 (4,3–27,2)	34,4 (23,4–47,4)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	62,0 (58,9–65,0)	14,1 (11,8–16,7)	9,6 (7,8–11,9)	31,7 (28,6–34,9)
Koko väestö	67,6 (65,3–69,8)	5,6 (4,4–7,1)	-	-
Naiset				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	40,5 (36,3–44,8)	29,0 (24,1–34,5)	7,9 (5,3–11,7)	30,1 (24,8–36,1)
Viro	56,9 (49,4–64,1)	16,7 (12,1–22,5)	4,7 (2,4–8,8)	24,2 (18,7–30,8)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	17,7 (13,1–23,6)	40,9 (28,0–55,2)	4,9 (1,8–12,7)	17,1 (8,7–31,0)
Muu Afrikka	26,8 (17,2–39,1)	25,8 (11,7–47,5)	NA	31,4 (14,7–54,9)
Aasia	40,9 (35,7–46,3)	17,7 (13,6–22,7)	7,0 (4,2–11,6)	25,6 (19,9–32,2)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	41,6 (34,7–48,9)	21,8 (15,3–30,1)	6,7 (3,5–12,3)	28,5 (21,4–36,9)
Muut maat ¹	36,8 (26,6–48,2)	27,4 (16,2–42,4)	NA	36,9 (23,5–52,8)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	40,1 (37,6–42,8)	22,7 (20,1–25,5)	6,4 (5,0–8,3)	27,3 (24,4–30,5)
Koko väestö	63,7 (61,7–65,6)	12,9 (11,2–14,8)	-	-

LV = 95 %:n luottamusväli

NA = Vähäisten vastaajamäärien vuoksi lukua ei esitetä.

Tummennetut luvut poikkeavat tilastollisesti merkitsevästi koko väestön tasosta ($p < 0,05$).¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat²Ei koko väestön vertailua, 18–64-vuotiaat

Lähes viidesosa työllisistä palkansaajista oli viiden viime vuoden aikana kokenut työtovereiden tai esimiehen asenteisiin liittyvää eriarvoista kohtelua tai syrjintää nykyisessä työpaikassaan (taulukko 4.2.2). Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -ryhmän miehillä tämä kokemus oli hieman harvinaisempaa kuin ulkomaalaistaustaisilla miehillä yhteensä (9 % vrt. 18 %). Naisilla ei ollut merkitseviä eroja. Eriarvoista kohtelua tai syrjintää etenemismahdollisuuksissa uralla oli kokenut 16 prosenttia kaikista ulkomaalaistaustaisista.

Myös palkkauksessa sekä työn tai työvuorojen jaossa eriarvoisen kohtelun tai syrjinnän kokemukset olivat sekä miehillä että naisilla melko yleisiä (13–16 %). Noin joka kymmenes ulkomaalaistaustainen palkansaaja oli kokenut eriarvoista kohtelua tai syrjintää työhönotto- tai nimitystilanteessa, tiedon saannissa tai työsuhte-etujen saannissa. Työnantajan järjestämään koulutukseen pääsyssä nämä kokemukset olivat harvinaisempia, niistä raportoi noin seitsemän prosenttia.

Taulukko 4.2.2 Syrjäntäkokeemukset nykyisessä työpaikassa viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana työllisillä ulkomaalaistaustaisilla palkansaaajilla sukupuolittain, 18–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Miehet % (LV)	Naiset % (LV)
Työhönottotilanne	9,7 (7,7–12,1)	9,6 (7,7–11,9)
Palkkaus	16,0 (13,5–18,7)	13,3 (11,0–15,9)
Etenemismahdollisuudet	16,2 (13,6–19,1)	15,4 (13,0–18,2)
Työn tai työvuorojen jako	13,0 (10,7–15,7)	13,2 (10,9–15,8)
Koulutukseen pääsy	7,1 (5,4–9,2)	7,6 (5,9–9,8)
Tiedon saanti	12,2 (10,1–14,8)	10,6 (8,7–12,9)
Työsuhde-edut	10,5 (8,5–13,0)	9,1 (7,2–11,4)
Asenteet	18,1 (15,4–21,0)	19,9 (17,2–22,8)

LV = 95 %:n luottamusväli

Työttömyys ja työnhaku

Ulkomaalaistaustaisilla naisilla työttömyys oli yleisempää kuin miehillä (29 % vrt. 20 %, taulukko 4.2.3). Erityisen yleistä se oli Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmän naisilla, joista yli puolet työvoimaan kuuluvista (eli työllisistä tai työttömistä) oli työttömänä. Koko väestössä joka kymmenes 20–64-vuotias työvoimaan kuulunut nainen oli työtön. Työttömien ulkomaalaistaustaisten miesten osuus työvoimaan kuuluvista oli koko väestön vastaavaa osuutta suurempi kaikissa muissa paitsi Viro-, Muu Afrikka- ja Aasia-ryhmissä (19–31 % vrt. 11 %).

Sukupuolesta riippumatta noin 85 prosenttia työttömistä ulkomaalaistaustaisista oli työskennellyt aikaisemmin joko Suomessa tai muualla. Työnhaku oli voimassa kahdeksalla kymmenestä, naisista hieman harvemmallalla (74 %) kuin miehistä (87 %). Työn etsiminen viimeksi kuluneiden neljän viikon aikana oli hieman tätä vähäisempää (75 %). Noin kaksi kolmesta työttömästä ulkomaalaistaustaisesta ilmoitti, että olisi halunnut tehdä ansiotyötä viime tai toissa viikolla, miehistä näin ilmoitti useampi kuin naisista (73 % vrt. 58 %).

Perhevapaalla olleista tai kotiäiteinä toimineista ulkomaalaistaustaisista naisista keskimäärin seitsemän kymmenestä oli ollut aiemmin töissä joko Suomessa tai ulkomailla. Noin viidenneksellä oli voimassaoleva työnhaku työvoimatoimistossa, 15 prosenttia oli etsinyt työtä viimeisen neljän viikon aikana ja neljäsosa olisi halunnut tehdä ansiotyötä viime tai toissa viikolla. Perhevapaalla olleiden työnhakua koskevia tietoja tulkittaessa on syytä muistaa, että osalla perhevapaalla olleista on voimassa oleva työsuhde.

Taulukko 4.2.3 Työttömien osuus työvoimasta maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, % sekä aiempi työskentely, työnhaku, työn etsiminen ja halukkuus ansiotyöhön työttömillä sukupuolittain, 18–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Miehet	Naiset	Yhteensä
	% (LV)	% (LV)	% (LV)
Työttömien osuus työvoimasta			
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	25,7 (20,3–32,0)	35,8 (30,8–41,1)	30,7 (26,9–34,7)
Viro	13,8 (8,9–20,9)	18,8 (13,1–26,2)	16,3 (12,3–21,2)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	30,5 (23,2–39,0)	53,3 (41,7–64,5)	36,6 (30,1–43,6)
Muu Afrikka	11,4 (4,9–24,1)	27,7 (14,3–46,7)	16,7 (10,0–26,8)
Aasia	11,1 (6,0–19,8)	21,8 (16,3–28,6)	16,5 (12,5–21,6)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	18,5 (12,7–26,1)	31,7 (23,9–40,6)	23,3 (18,4–29,0)
Muut maat ¹	21,3 (11,3–36,6)	23,7 (12,2–41,0)	22,5 (14,1–33,9)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	19,9 (17,2–22,9)	28,7 (25,8–31,9)	23,7 (21,7–25,9)
Koko väestö	10,7 (9,3–12,4)	10,1 (8,6–11,7)	10,4 (9,3–11,6)
Työttömistä ulkomaalaistaustaisista			
Aiemmin työelämässä olleet	85,6 (79,0–90,3)	84,5 (78,7–88,9)	85,0 (80,8–88,4)
Voimassa oleva työnhaku	86,6 (80,0–91,2)	74,4 (66,9–80,6)	80,3 (75,3–84,5)
Etsinyt työtä edellisen 4 viikon aikana	80,3 (73,7–85,5)	69,4 (62,7–75,4)	74,8 (70,1–78,9)
Halukkuus ansiotyöhön edellisen 2 viikon aikana	72,8 (65,2–79,3)	57,9 (50,9–64,6)	65,1 (59,9–70,0)

LV = 95 %:n luottamusväli

Tummennetut luvut poikkeavat tilastollisesti merkitsevästi koko väestön tasosta ($p < 0,05$).¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Esteet työelämään osallistumiselle

Noin neljäsosa ulkomaalaistaustaisista vastaajista ei kokenut minkään kysymyksessä luetellusta 11 tekijästä haitanneen työelämään osallistumista (taulukko 4.2.4). Viro-ryhmän kokemukset olivat myönteisempiä kuin ulkomaalaistaustaisilla keskimäärin: lähes puolet miehistä ja yli kolmasosa naisista ei ilmoittanut yhtään työelämäosallistumista estänyttä tai haitannutta tekijää. Myös Muu Afrikka -ryhmän naisilla niiden osuus, jotka eivät olleet kokeneet esteitä työelämässä, oli korkea (43 %), kun taas saman maaryhmän miehet eivät poikenneet kaikkien ulkomaalaistaustaisten miesten keskiarvosta. Aasia- ja Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmiin kuuluvien keskuudessa oli ulkomaalaistaustaisten keskiarvoa enemmän niitä, jotka olivat ilmoittaneet ainakin yhden kysymyksessä mainitun tekijän estäneen tai vaikeuttaneen työelämään osallistumista.

Taulukko 4.2.4 Työllistymisen esteet sukupuolittain, 18–64-vuotiaat ulkomaalaistaustaiset, mallivaikeus, %

	Miehet % (LV)	Naiset % (LV)
Kielitaidon puutteet	48,9 (46,0–51,8)	50,3 (47,5–53,2)
Koulutuksen puutteet	22,1 (19,8–24,7)	24,4 (22,0–27,0)
Ammattia tai koulutusta ei hyväksytty Suomessa	16,4 (14,4–18,7)	20,7 (18,4–23,1)
Työkokemuksen puute	24,9 (22,5–27,5)	30,0 (27,4–32,7)
Työnantajien syrjivät asenteet	18,1 (15,9–20,5)	12,8 (11,2–14,6)
Tiedonsaanti työpaikoista	25,7 (23,2–28,3)	23,7 (21,5–26,2)
Vähäiset suhteet kantasuomalaisiin, joilta saisi apua	36,4 (33,7–39,2)	33,9 (31,3–36,6)
Perhejäsenten kielteinen suhtautuminen	2,3 (1,5–3,5)	1,9 (1,4–2,6)
Perhetilanne	5,6 (4,4–7,1)	11,4 (9,4–13,8)
Oma epävarmuus	13,8 (11,9–15,9)	17,3 (15,4–19,4)
Oma terveys	12,6 (10,7–14,8)	14,1 (12,3–16,0)
Ei mitään esteitä	24,9 (22,4–27,6)	22,3 (19,8–24,9)

LV = 95 %:n luottamusväli

Useimmin ilmoitettu este oli puutteellinen kielitaito, jonka mainitsi noin puolet ulkomaalaistaustaisista miehistä ja naisista. Aasia-ryhmässä peräti noin kaksi kolmesta koki kielitaidon puutteen esteeksi, ja myös EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmään kuuluvilla miehillä tämän esteen mainitsi keskimääräistä suurempi osuus (60 %). Vähiten kielitaidon puute oli haitannut Viro-ryhmässä, jossa noin neljäsosa ilmoitti kielitaidon puutteen estäneen tai vaikeuttaneen osallistumista työelämään. Seuraavaksi yleisimmin ilmoitettu este olivat vähäiset suhteet kantasuomalaisiin, jotka voisivat auttaa työn saannissa. Noin kolmannes kaikista ulkomaalaistaustaisista miehistä ja naisista ilmoitti tämän esteen: Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka- ja Aasia-ryhmiin kuuluvista noin puolet, kun taas Viro-ryhmässä vastaava osuus oli 21 prosenttia.

Runsa neljäsosa kaikista ulkomaalaistaustaisista oli kokenut työkokemuksen puutteen estäneen tai vaikeuttaneen työelämään osallistumista. Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmän naiset toivat tämän ongelman esille useammin kuin ulkomaalaistaustaiset naiset keskimäärin (41 % vrt. 30 %). Vastaavasti miehistä Aasia-ryhmä erottui kaikista ulkomaalaistaustaisista miehistä (37 % vrt. 25 %). Joka neljäs ulkomaalaistaustaisista ilmoitti esteeksi sen, että työpaikoista oli vaikea saada tietoa. Ongelma oli ulkomaalaistaustaisten keskiarvoa yleisempi Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmään kuuluvilla naisilla sekä Aasia-ryhmän miehillä ja naisilla. Viro- sekä EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmiin kuuluvat miehet ja naiset olivat törmänneet tähän ongelmaan harvemmin kuin ulkomaalaistaustaiset keskimäärin.

Koulutuksen puutteet mainitsi esteeksi alle neljäsosa ulkomaalaistaustaisista, ainoa merkitsevästi ulkomaalaistaustaisten keskiarvoa suurempi osuus oli Aasia-ryhmän naisissa (35 % vrt. 24 %). Alle viidesosa toi esiin sen, ettei hankittua koulutusta tai ammattia ollut hyväksytty Suomessa; myös tämä tekijä oli haitannut keskiarvoa merkitsevästi enemmän ainoastaan Aasia-ryhmän naisia (29 % vrt. 21 %). Noin 16 prosenttia koki työnantajien syrjivien asenteiden haitanneen työelämään osallistumista. Muu Afrikka- sekä Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmiin kuuluvista miehistä näin koki yli neljäsosa.

Perheeseen tai henkilön omaan terveyteen tai pelkoihin liittyvät esteet eivät olleet kovin yleisiä. Vain pari prosenttia kaikista ulkomaalaistaustaisista koki perheenjäsen kielteisen suhtautumisen haitanneen työllistymistä. Vaikea perhetilanne (esimerkiksi lastenhoitotehtävät) olivat haitanneet runsasta kymmenesosaa naisista ja noin kuutta prosenttia miehistä. Omaan terveyteen liittyvät tekijät olivat olleet esteenä noin 13 prosentille; Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmään kuuluvista miehistä ja naisista tämän esteen nimesi yli viidesosa. Oma epävarmuus ja pelot työelämään liittyen olivat haitanneet alle viidesosaa (miehistä 14 %, naisista 17 %). Kaikkien ulkomaalaistaustaisten keskiarvoa vähemmän niitä olivat kokeneet Muu Afrikka -ryhmään kuuluvat.

Pohdinta

Ulkomaalaistaustaisilla miehillä työllisten osuus 20–64-vuotiaista oli jonkin verran koko väestöä pienempi. Ulkomaalaistaustaisilla naisilla ero koko väestön naiseen oli selvempi kuin ulkomaalaistaustaisilla miehillä. Perhevapaalla olevien tai kotiäitien osuus oli selvästi suurempi ulkomaalaistaustaisilla naisilla verrattuna koko väestön naiseen. Eläkkeellä olevien osuus oli ulkomaalaistaustaisilla miehillä ja naisilla pienempi kuin koko väestössä. Ulkomaalaistaustaisten koko väestöä nuorempi ikärakenne selittää osittain näitä mainittuja eroja.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan karkeasti verrata vuonna 2014 toteutettuun Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimukseen (UTH, Nieminen ym. 2015b), joskin muun muassa kohdejoukko, tiedonkeruun tapa, käsitteiden määrittely ja mittareiden muodostaminen poikkeavat monilta osin FinMonik-tutkimuksesta. Myös UTH-tutkimuksessa todettiin ulkomaalaistaustaisten työllisyysasteen olevan matalampi kuin suomalaistaustaisilla, mikä liittyi nimenomaan naisten heikkoon työllisyyteen. Maassaoloajan ja koulutuksen todettiin vaikuttavan työllisyysasteeseen (Larja & Sutela 2015). FinMonik-tutkimuksessa ei ole toistaiseksi tehty vastaavia tarkentavia analyysejä taustatekijöiden vaikutuksesta, mutta ne toisivat epäilemättä tärkeätä lisätietoa ulkomaalaistaustaisten työllisyydestä. On syytä huomata, että tässä tutkimuksessa esitettyjä työllisten osuuksia ei voi suoraan verrata UTH- tai Työvoimatutkimuksen tuloksiin, koska työllisyys on määritelty eri tavalla (Larja & Sutela 2015).

Osa-aikatyö oli ulkomaalaistaustaisilla selvästi yleisempää kuin Suomen koko väestössä. Yleisin ilmoitettu syy osa-aikaiseen työhön oli se, ettei kokopäivätyötä ollut tarjolla. Noin joka kymmenes ulkomaalaistaustainen mies ja kuusi prosenttia ulkomaalaistaustaisista naisista työskenteli yrittäjänä. Palkansaajina työskentelevistä runsaalla viidesosalla työsuhde oli määräaikainen, yleisimmin Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka- sekä Muu Afrikka -ryhmiin kuuluvilla. Määräaikaisten osuus työllisistä ulkomaalaistaustaisista palkansaajista oli molemmilla sukupuolilla suurempi kuin koko väestön palkansaajilla Tilastokeskuksen Työvoimatutkimuksen valossa. Ulkomaalaistaustaisista miespuolisista palkansaajista 18 prosenttia työskenteli määräaikaisessa työssä ja naisista lähes 26 prosenttia, kun koko väestössä vastaavat osuudet olivat 13 ja 19 prosenttia (SVT 2018c). Tutkimus vahvisti UTH-tutkimuksessa tehty-

ja havaintoja osa-aikaisten ja määräaikaisten työsuhteiden yleisyydestä ulkomaalais-taustaisten keskuudessa (Sutela 2015). Yrittäjyys oli FinMonik-tutkimukseen osallistuneiden keskuudessa jonkin verran vähäisempää kuin UTH-tutkimuksessa, mikä voi liittyä mainittuihin menetelmällisiin eroihin näiden kahden tutkimuksen välillä.

Työpaikka oli tavallisimmin saatu kysymällä suoraan työnantajalta, kun taas esimerkiksi TE-toimiston kautta työllistyminen oli vähäistä. UTH-tutkimuksessa tärkeimmiksi työpaikan löytymisen keinoiksi nousivat tuttavat ja työpaikkailmoitukset, jotka olivat tärkeitä myös tämän tutkimuksen valossa. Ero tutkimusten välillä voi liittyä erilaisten kohdejoukkojen ja muihin tutkimuksen toteuttamiseen liittyvien seikkojen lisäksi osittain siihen, että UTH-tutkimuksessa tämä kysymys esitettiin vain niille, jotka olivat aloittaneet työn nykyisessä työpaikassaan alle viisi vuotta sitten (Nieminen 2015). Myös UTH-tutkimuksen mukaan TE-toimiston merkitys työn löytymisen kannalta oli suhteellisen vähäinen.

Peräti 30 prosenttia ulkomaalaistaustaisista työllisistä katsoi koulutustaustansa, työkokemuksensa ja taitojensa perusteella olevansa ylikoulutettu nykyiseen työhönsä. Erityisen yleistä tämä oli Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka- sekä Muu Afrikka -ryhmiin kuuluvilla miehillä. Osuus oli samaa luokkaa kuin saman kysymyksen sisältäneessä UTH-tutkimuksessa, jossa runsas neljännes ulkomaalaistaustaisista, mutta vain hiukan yli kymmenesosa suomalaistaustaisista vastaajista koki olevansa ylikoulutettu työhönsä (Larja & Luukko 2018). UTH-tutkimuksen valossa ylikoulutus oli erityisen yleistä afrikkalaistaustaisilla koulutustason ja ammatin vaatiman taitotason vertailuun perustuvan mittarin mukaan.

Lähes viidesosa palkansaajista oli viiden viime vuoden aikana kokenut työtöveiden tai esimiehen asenteisiin liittyvää eriarvoista kohtelua tai syrjintää nykyisessä työpaikassaan. Myös kokemukset syrjinnästä tai eriarvoisesta kohtelusta etenemismahdollisuuksissa, palkkauksessa tai työnjaossa olivat melko yleisiä. Tämä tutkimus vahvisti käsitystä, että ulkomaalaistaustaisten arviot kohtelun tasapuolisuudesta vaihtelevat taustamaan mukaan. UTH-tutkimuksessa Lähi-idästä ja Afrikasta tulleet palkansaajat olivat havainneet muita tavallisemmin epätasa-arvoista kohtelua työssään. (Väänänen ym. 2015.)

Aiemmat tulokset ulkomaalaistaustaisten muuta väestöä korkeammasta työttömyydestä sekä aktiivisesta työnhausta (Nieminen 2015) saivat vahvistusta tässä tutkimuksessa. Työttömyys oli ulkomaalaistaustaisilla selvästi yleisempää kuin koko väestössä. Työttömien osuus työvoimasta oli molemmilla sukupuolilla erityisen suuri Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmään kuuluvilla. Lähes yhdeksän kymmenestä työttömästä oli työskennellyt aikaisemmin Suomessa tai jossakin muussa maassa, työnhaku oli voimassa kahdeksalla kymmenestä ja kolme neljästä oli etsinyt töitä viimeksi kuluneiden neljän viikon aikana. Sen sijaan perhevapaalla tai kotiäiteinä työskentelevien naisten keskuudessa työnhaku oli melko vähäistä. On kuitenkin syytä muistaa, että osalla heistä on voimassa oleva työsuhde.

Noin puolet kaikista tutkimukseen osallistuneista ulkomaalaistaustaisista miehistä ja naisista oli kokenut puutteellisen kielitaidon estäneen tai vaikeuttaneen työelämään osallistumista. Seuraavaksi yleisimmin ilmoitetun esteen muodostivat

vähäiset suhteet kantasuomalaisiin, jotka voisivat auttaa työn saannissa. Tämän ongelman mainitsi noin kolmannes kaikista ulkomaalaistaustaisista miehistä ja naisista, yleisimmin Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka- sekä Aasia-ryhmiin kuuluvat. Työllistymisen esteitä kysyttiin UTH-tutkimuksessa eri tavalla kuin FinMonik-tutkimuksessa ja niitä koskevia tuloksia tarkasteltiin nimenomaan ei-työllisten ryhmässä, mutta joka tapauksessa kielitaidon puutteiden merkitys korostui molemmissa tutkimuksissa (Nieminen 2015).

Kiinnostava havainto on, että perhevapaalla olevien tai kotiäitien osuus on varsin suuri ulkomaalaistaustaisilla naisilla kaikissa maaryhmissä, mikä selittynee osittain ulkomaalaistaustaisten koko väestöä nuoremmalla ikärakenteella. Kuitenkaan perhetilannetta ei koeta keskeisenä työelämään osallistumisen esteenä, vaan myös naisilla suurimmiksi esteiksi nousevat kielitaidon puute, vähäiset suhteet kantasuomalaisiin sekä työkokemuksen puute.

Useissa aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että Suomeen muuttaneiden suurimpia työelämään kiinnittymisen ja sopeutumisen haasteita luovat juuri kieli- ja viestintäongelmat. Lisäksi heikko kielitaito voi vaikeuttaa siirtymistä vaativampiin tehtäviin ja liittyä näin oman osaamisen ja ammattitaidon vajaakäyttöön. Suomen kielen oppiminen on yksi keskeisimpiä maahan muuttaneiden osaamisen kehittämisen osa-alueita. Suomen kieltä voi parhaiten oppia aidossa vuorovaikutuksessa, epämuodollisissa kohtaamisissa ja keskusteluissa. Työpaikalla tätä tukee esimerkiksi se, että työssä käytetään aktiivisesti suomen kieltä ja tuetaan sen käyttöä. Myös formaali kielikoulutus on hyvä keino tukea ulkomaalaistaustaisten työntekijöiden kielen oppimista. (Toivanen & Väänänen 2018.)

Vaikka perhevaihetta ei koeta suurimpana työelämään osallistumisen esteenä, voi perhetilanne kuitenkin heikentää ulkomaalaistaustaisten naisten hakeutumista työmarkkinoille. Aikaisemmissa tutkimuksissa esimerkiksi työnhakuaktiivisuuden on todettu vähenevän lapsiluvun kasvaessa (Sutela 2016). Jos kodin velvoitteet vievät kaiken ajan ja energian, ei voimavaroja välttämättä jää työnhakuun ja uuden kielen opiskeluun.

Useiden ulkomaalaistaustaisten naisten kohdalla on todennäköistä, että monet toisiaan ruokkivat tekijät heikentävät työssäkäyntiastetta. Kun jäädytään kotiin, suomen tai ruotsin kielen taito ja sosiaaliset suhteet paikallisiin eivät välttämättä kehity. Näin ajaututaan herkästi ulkokehälle, josta on vaikeaa siirtyä aktiiviseen työelämään. Kun ulkomaalaistaustaisen väestön osuus työikäisessä väestössä kasvaa, heidän työmarkkina-asemaansa heikentäviin kehityskulkuihin puuttumalla voidaan merkittävästi nostaa työllisyysastetta kohti kansallisia tavoitteita. Esimerkiksi muista maista on olemassa työelämäkiinnittymistä vahvistavia toimintamalleja, joita voidaan ottaa käyttöön tai pilotoida myös Suomessa. Myös Suomessa on kehitetty ulkomaalaistaustaisten naisten työllistymistä tukevia toimintamalleja, joissa esimerkiksi mentoroinnilla on keskeinen rooli. Tällaisia on esimerkiksi Women-to-malli (Ahlfors ym. 2014).

4.3 Toimeentulo

Satu Jokela, Tuija Martelin & Hannamaria Kuusio

- Tutkimukseen osallistuneista ulkomaalaistaustaisista noin kolmannes ilmoitti kotitalouden viime vuoden tuloiksi alle 15 000 euroa.
- Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleilla yli puolella kotitalouden vuositulot olivat alle 15 000 euroa.
- Yli 45 000 euron kotitalouden vuositulot ilmoitti EU-, EFTA- ja Pohjois-Amerikan maista tulleista miehistä 36 prosenttia ja Aasiasta sekä EU-, EFTA- ja Pohjois-Amerikan maista tulleista naisista 22 prosenttia.
- Ulkomaalaistaustaiset olivat viimeisen 12 kuukauden aikana joutuneet tinkimään rahan puutteen vuoksi lääkkeiden ostamisesta tai lääkärikäynneistä tai pelänneet ruoan loppumista useammin kuin koko väestöön kuuluvat.

Toimeentulo on yksi keskeisistä ihmisen elinoloihin kytkeytyvistä tekijöistä, joka vaikuttaa merkittävästi muun muassa terveyteen ja koettuun hyvinvointiin. Suomessa tulot jakautuvat erityisesti koulutuksen, työmarkkina-aseman, iän ja kotitalouden koon, lasten lukumäärän ja kotitaloudessa tulonsaajina toimivien määrän mukaan. Tutkimusten mukaan tuloryhmien väliset terveyserot ovat suuret useilla eri terveysmittareilla tarkasteltuna. (Karvonen ym. 2017). Vastaavasti ihmisen terveydentila vaikuttaa kykyyn hankkia toimeentuloa. Kokemus heikosta taloudellisesta asemasta ja toimeentulovaikeudet voivat myös lisätä ihmisen turvattomuuden tunnetta ja altistaa psyykkiselle ja fyysiselle kuormittumiselle sekä johtaa erilaisiin terveyden ja hyvinvoinnin ongelmiin (Castaneda ym. 2015a, Castaneda & Kauppinen 2015b, APA 2017).

Menetelmät

Toimeentuloa voidaan tarkastella sekä objektiivisin että subjektiivisin mittarein. Tässä tutkimuksessa toimeentuloa selvitettiin pyytämällä vastaajaa arvioimaan taloutensa (ruokakuntansa) viime vuoden kokonaistulojen suuruus veroja vähentämättä neljäportaisella asteikolla: alle 15 000 euroa (alle 1250 €/kk); 15 001–35 000 euroa (noin 1251–2500 €/kk); 35 001–45 000 euroa (noin 2500–3750 €/kk); yli 45 001 euroa (3750 €/kk tai yli). Lisäksi koettua toimeentuloa kartoitettiin kysymällä vastaajalta, oliko hän joskus 12 viimeisen kuukauden aikana pelännyt ruoan loppuvan; joutunut tinkimään lääkkeiden ostosta; jättänyt käymättä lääkärissä rahan puutteen vuoksi. Vastausvaihtoehtoina olivat kyllä ja ei. Tässä luvussa raportoidaan niiden henkilöiden osuus, jotka olivat vastanneet ”kyllä” ainakin yhdessä väittämässä.

Tulokset

Tutkimukseen osallistuneista ulkomaalaistaustaisista henkilöistä yhteensä kaksi kolmasosaa ilmoitti kotitaloutensa edellisen vuoden tuloiksi alle 15 000 tai 15 001–

35 000 euroa (33–35 %). Vajaalla viidenneksellä kotitalouden tulot ylittivät 45 000 euroa (17 %) (taulukko 4.3.1). Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmään kuuluvista vastaajista noin puolet (53 %) ilmoittivat kotitaloutensa edellisen vuoden tulojen olleen alle 15 000 euroa. Virosta tulleista noin viidennes ja EU-, EFTA- ja Pohjois-Amerikka -ryhmään kuuluvista neljäsoset ilmoitti edellisen vuoden kotitalouden tuloiksi alle 15 000 euroa (19 % ja 25 %). EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmään kuuluvista noin kolmanneksella kotitalouden tulot olivat yli 45 000 euroa (30 %), kun Lähi-idästä ja Afrikasta tulleilla osuus oli alle kymmenyksen (7–8 %).

Miehillä Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleista puolella (50 %) kotitalouden tulot olivat alle 15 000 euroa edellisenä vuonna. Suurimmat kotitalouden vuositulo ilmoittivat EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmään kuuluvat miehet, joista yli kolmanneksella kotitalouden tulot ylittivät 45 000 euroa (36 %). Miehistä vähiten ylimpään tuloryhmään kuuluvia oli Lähi-idästä ja Afrikasta tulleissa (7–9 %). Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleista naisista 58 prosenttia, muualta Afrikasta tulleista 48 prosenttia ja Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta tulleista 43 prosenttia ilmoitti edellisen vuoden kotitalouden tuloiksi alle 15 000 euroa. Aasia- sekä EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmiin kuuluvista naisista alle neljäsoset ilmoitti kotitalouden vuosituloiksi yli 45 000 euroa (22 %). Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmään kuuluvia naisista vain neljä prosenttia kuului ylimpään tuloryhmään.

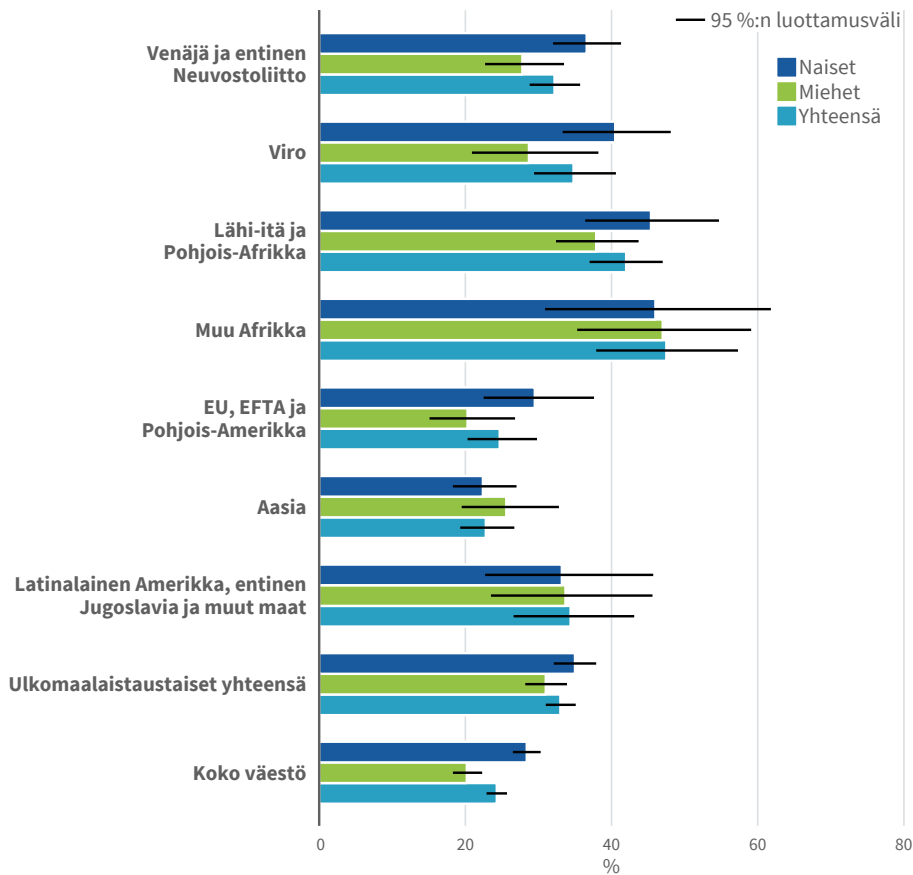
Taulukko 4.3.1 Arvioitu kotitalouden tulojen suuruus viime vuodelta, maaryhmittäin ja sukupuolittain, 18–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Alle 15 000 €	15 001–35 000€	35 001–45 000 €	Yli 45 001 €
	% (LV)	% (LV)	% (LV)	% (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	37,8 (34,1–41,6)	36,4 (32,7–40,2)	12,6 (10,4–15,2)	13,2 (10,9–16,0)
Viro	19,1 (14,6–24,6)	39,1 (33,8–44,6)	24,0 (19,3–29,5)	17,8 (14,3–22,0)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	53,3 (48,1–58,4)	28,0 (23,7–32,7)	11,4 (8,5–14,9)	7,4 (5,3–10,3)
Muu Afrikka	38,7 (29,7–48,5)	39,7 (30,7–49,5)	13,7 (8,2–22,0)	7,9 (4,4–13,8)
Aasia	28,4 (24,6–32,5)	33,8 (29,7–38,3)	15,5 (12,4–19,1)	22,3 (18,5–26,6)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	25,4 (20,9–30,4)	27,6 (23,5–32,1)	17,4 (14,0–21,4)	29,7 (25,8–33,9)
Muut maat ¹	25,9 (19,0–34,2)	42,5 (34,2–51,3)	17,5 (11,6–25,3)	14,2 (9,5–20,6)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	32,7 (30,7–34,7)	34,6 (32,7–36,6)	15,9 (14,4–17,6)	16,7 (15,4–18,2)
Miehet				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	32,7 (27,3–38,6)	36,4 (30,8–42,4)	14,9 (11,4–19,3)	16,1 (12,2–20,8)
Viro	20,2 (12,8–30,3)	34,4 (26,9–42,8)	25,3 (18,9–32,9)	20,1 (14,5–27,2)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	49,6 (43,7–55,6)	27,9 (23,1–33,4)	13,0 (9,4–17,7)	9,4 (6,4–13,7)
Muu Afrikka	31,1 (21,5–42,8)	41,6 (30,6–53,5)	19,9 (11,1–32,9)	7,4 (3,6–14,8)
Aasia	28,3 (22,1–35,6)	36,8 (29,8–44,3)	14,0 (9,0–21,0)	20,9 (14,8–28,7)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	21,5 (16,1–28,1)	25,0 (20,0–30,8)	17,9 (13,4–23,4)	35,6 (30,1–41,4)
Muut maat ¹	26,8 (17,9–38,1)	43,9 (32,9–55,5)	13,8 (8,2–22,2)	15,5 (9,7–23,8)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	31,1 (28,4–33,9)	33,6 (30,9–36,4)	16,7 (14,6–19,1)	18,6 (16,6–20,8)
Naiset				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	42,7 (37,9–47,6)	36,4 (31,8–41,4)	10,5 (8,0–13,6)	10,4 (7,9–13,5)
Viro	18,9 (13,9–25,1)	43,0 (35,9–50,4)	22,7 (16,2–30,8)	15,4 (11,4–20,3)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	57,8 (48,3–66,7)	28,6 (20,9–37,7)	9,2 (5,3–15,6)	4,4 (2,3–8,5)
Muu Afrikka	48,2 (32,5–64,3)	37,1 (23,1–53,7)	5,4 (2,3–12,0)	9,3 (3,6–21,8)
Aasia	29,7 (25,1–34,8)	32,6 (27,5–38,1)	16,0 (12,6–20,2)	21,7 (17,4–26,6)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	29,8 (23,0–37,7)	30,8 (24,3–38,0)	17,1 (12,0–23,6)	22,3 (17,1–28,6)
Muut maat ¹	23,3 (14,3–35,7)	40,4 (28,6–53,5)	23,3 (12,7–38,7)	13,0 (6,3–25,0)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	34,4 (31,6–37,3)	35,7 (32,9–38,6)	15,1 (13,1–17,4)	14,8 (13,0–16,8)

LV = 95 %:n luottamusväli

¹Lätinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Ulkomaalaistaustaiset vastaajat olivat viimeisen 12 kuukauden aikana joutuneet tinkimään rahan puutteen vuoksi lääkkeiden ostamisesta tai lääkärikäynneistä tai pelänneet ruoan loppumista koko väestöä useammin (33 % vrt. 24 %) (kuvio 4.3.1). Ulkomaalaistaustaisista miehistä oli tinkinyt lääkkeistä tai lääkärikäynneistä tai pelännyt ruoan loppumista noin kolmannes (31 %) ja koko väestön miehistä viides (20 %). Miehistä koko väestöä useammin lääkkeistä tai lääkärikäynneistä olivat tinkineet tai ruoan loppumista olivat pelänneet Lähi-idästä ja Afrikasta, Virosta, Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta tulleet sekä Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmään kuuluvat (28–47 % vrt. 20 %). Ulkomaalaistaustaisista naisista yli kolmannes vastanneista (35 %) ja koko väestön naisista yli neljännes vastanneista (28 %) oli tinkinyt lääkkeistä tai lääkärikäynneistä tai pelännyt ruoan loppumista. Naisista koko väestöä merkittävästi enemmän välttämättömistä menoistaan olivat tinkineet Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta, Virosta, Lähi-idästä ja Afrikasta tulleet (37–46 % vrt. 28 %). Aasiasta tulleet naisista menoistaan tinkineiden osuus (22 %) oli koko väestön naisia pienempi.



Kuvio 4.3.1 Ruoan loppumista pelänneet, lääkkeiden ostamisesta tinkineet tai lääkärissä käymättä jättäneet maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

Pohdinta

FinMonik-tutkimukseen osallistuneista ulkomaalaistaustaisista noin kolmannes ilmoitti kotitalouden edellisen vuoden tuloiksi alle 15 000 euroa ja noin neljänneksellä vastaajista kotitalouden vuositulot olivat yli 45 000 euroa. Tulonjakotilaston mukaan koko Suomen väestössä kotitalouden bruttotulot jäivät alle 15 000 euron noin kymmenesosalla kotitalouksista vuonna 2017 (SVT 2019a). Luvut eivät kuitenkaan ole vertailukelpoisia muun muassa sen vuoksi, että tässä tutkimuksessa otokseen on poimittu henkilöitä eikä kotitalouksia.

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat eroja toimeentulossa maaryhmien välillä. Miehillä Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmässä matalimpaan tuloluokkaan kuuluvien osuus oli suurempi kuin muissa maaryhmissä, kun taas EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmässä korkeimpaan tuloluokkaan kuuluvien osuus oli muita maaryhmiä suurempi. Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka ryhmän miehillä yksin asuminen oli selvästi EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmän miehiä yleisempää, joka voi osaltaan selittää eroja (ks. luku 3.2 Perhe ja kotitalous). Naisilla eniten matalimpaan tuloluokkaan kuuluvia oli Venäjä ja entinen Neuvostoliitto, Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka sekä Muu Afrikka -ryhmissä.

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että lähes kaikissa maaryhmissä (pl. EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka- sekä Aasia-ryhmät ja Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmän naiset) ulkomaalaistaustaiset joutuvat tinkimään koko väestöön kuuluvia useammin kotitalouden menoissa. Ulkomaista syntyperää olevien työ- ja hyvinvointitutkimuksessa (UTH, Nieminen ym. 2015b) Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka- ja Muu Afrikka -ryhmissä noin neljännes oli pelännyt ruoan loppumista, kun sekä kaikilla ulkomaalaistaustaisilla yhteensä että koko väestössä vastaava osuus oli 15 prosentin luokkaa; lääkärikäynneistä ja lääkeostoista tinkiminen rahan puutteen vuoksi oli UTH-tutkimuksessa keskimäärin jopa vähäisempää ulkomaalaistaustaisilla kuin koko väestössä (Castaneda & Kauppinen 2015b). On kuitenkin tärkeä huomioida, että UTH-tutkimuksen (Nieminen ym. 2015b) tulokset eivät ole täysin vertailukelpoisia tässä tutkimuksessa saatujen tulosten kanssa. Tämä johtuu tutkimusten erilaisista otoksista ja käytetyistä tiedonkeruumenetelmistä. Lisäksi toimeentulovaikeuksia tarkasteltiin tässä tutkimuksessa yhdistelmämittarilla, kun taas UTH-tutkimuksessa raportoitiin yksittäisiä kysymyksiä kuvaavat tulokset.

Toimeentuloon ja rahojen riittävyyteen vaikuttavat merkittäväällä tavalla ihmisen koulutus- ja työhistoria sekä esimerkiksi kielitaito ja nykyinen elämäntilanne. Eri väestöryhmissä ilmenevien toimeentuloerojen taustatekijöiden tarkempi selvittäminen on jatkossa tarpeen, jotta eroja voidaan poistaa tehokkaammin. Suomen väestön moninaistuesssa tulee kotouttamistoimissa, työelämässä ja palveluissa kehittää toimia, jotka tukevat kaikkien, myös heikommassa asemassa olevien, riittävän toimeentulon edellytyksiä. Riittävä toimeentulo vaikuttaa laajasti muun muassa ihmisen terveyteen, hyvinvointiin, toimintakykyyn ja elämänlaatuun. On myös tärkeä huomioida, että perheellisten heikko toimeentulo ja sen aiheuttama kuormitus vaikuttaa vanhempien terveyden ja hyvinvoinnin heikkenemisen lisäksi negatiivisesti myös heidän lapsiinsa (Brown ym. 2019).

5 Osallisuus, sosiaaliset suhteet ja elämänlaatu

5.1 Sosiaaliset suhteet

Hannamaria Kuusio, Anu Castaneda & Lars Leemann

- Suurin osa ulkomaalaistaustaisista miehistä (80 %) ja naisista (88 %) piti yhteyttä ystäviinsä ja sukulaisiinsa viikoittain.
- Ulkomaalaistaustaisista useammalla kuin yhdeksällä kymmenestä oli vähintään yksi Suomessa asuva läheinen ystävä.
- Ulkomaalaistaustaisissa oli enemmän sekä yksinäisyyttä kokevia että vaille läheisten tukea jääviä kuin Suomen koko väestössä.
- Lähi-itä ja Pohjois-Afriikka -ryhmään kuuluvat kokivat itsensä useammin yksinäiseksi (22 %) ja olivat vaille tukea läheisiltään (8 %) sekä koko väestöön että useisiin muihin ulkomaalaistaustaisiin ryhmiin nähden.

Yhteiskuntien hyvinvoinnin ymmärtämiseksi tarvitaan tietoa väestön sosiaalisista suhteista ja tuesta, sillä myönteisillä sosiaalisilla suhteilla on osoitettu olevan yhteys hyvinvointiin ja terveyteen (Kaplan & Toshima 1990). Sosiaalinen tuki voidaan ymmärtää sosiaalisista suhteista saatavaksi voimavaraksi (Cohen & Syme 1985). Yksinäisyyden kokemus ilmentää ihmisen sosiaalisissa suhteissa kokemia määrällisiä tai laadullisia puutteita, ja se voi siten heikentää hyvinvointia ja terveyttä (Saari 2016). Suomessa toteutetuissa väestötutkimuksissa on havaittu, että ulkomaalaistaustaisten kokema sosiaalinen tuki on verraten yleistä (Castaneda ym. 2015a). Toisaalta joissakin ulkomaalaistaustaisissa ryhmissä koetaan yksinäisyyttä selvästi useammin kuin koko väestössä (Castaneda ym. 2012b, Castaneda 2015a).

Menetelmät

Tieto yhteydenpidosta sukulaisiin ja ystäviin perustuu kysymykseen: ”Kuinka usein olette yhteydessä ystäviinne tai sukulaisiinne, jotka eivät asu kanssanne samassa taloudessa?”. Tarkastelun kohteeksi valittiin niiden vastaajien osuus, jotka pitivät yhteyttä ystäviin tai sukulaisiin (tapaamalla, puhelimitse tai internetin välityksellä) vähintään kerran viikossa. Läheisen Suomessa asuvan ystävän olemassaoloa selvitetiin kysymyksellä: ”Kuinka monta hyvää Suomessa asuvaa ystävää Sinulla on?”. Tässä luvussa tarkastellaan niiden vastaajien osuutta, joilla oli vähintään yksi Suomessa asuva hyvä ystävä. Yksinäisyyden kokemusta arvioitiin kysymyksellä: ”Tunnetko itsesi yksinäiseksi?” ja tässä luvussa raportoidaan melko usein tai jatkuvasti vastanneiden osuus. Läheisavun saamista arvioitiin muodostamalla yhdistelmämuuttuja

kysymyksistä: ”Kenen voit todella uskoa välittävän sinusta, tapahtuipa sinulle mitä tahansa?” ja ”Keneltä saat käytännön apua, kun sitä tarvitset?”. Tarkastelussa on niiden vastaajien osuus, jotka eivät saaneet apua keneltäkään kummassakaan kysymyksessä.

Tulokset

Vähintään kerran viikossa ystäviin tai sukulaisiin yhteyttä pitävien osuus oli ulkomaalaistaustaisilla 84 prosenttia ja koko väestössä 82 prosenttia (taulukko 5.1.1). Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -ryhmän miehistä ja naisista (83 % ja 92 %) sekä Aasia-ryhmän miehistä (84 %) useampi piti viikoittain yhteyttä ystäviinsä tai sukulaisiinsa kuin koko väestössä (miehet 77 % ja naiset 88 %), Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan -alueilta tulleista naisista (80 %) puolestaan harvempi. Sukupuolittain tarkasteltuna Venäjä ja entinen Neuvostoliitto- ja EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmän naisista useampi piti yhteyttä ystäviinsä tai sukulaisiinsa viikoittain saman maaryhmän miehiin verrattuna.

Ulkomaalaistaustaisista useammalla kuin yhdeksällä kymmenestä oli vähintään yksi Suomessa asuva läheinen ystävä. Suomessa asuva ystävä oli Muu Afrikka -ryhmän miehillä (98 %) useammin ja harvemmin puolestaan Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmän miehillä ja naisilla (86 % ja 84 %) kuin ulkomaalaistaustaisilla keskimäärin. Sukupuolten välillä ei esiintynyt eroja maaryhmien sisällä Suomessa asuvan ystävän ilmoittavien osalta. Yksinäisyyttä melko usein tai jatkuvasti raportoi suurempi osuus ulkomaalaistaustaisista (14 %) kuin koko väestöstä (9 %). Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka- ja EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmien miehet ja naiset sekä Aasia- ja Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmien naiset raportoivat koko väestöä useammin yksinäisyyden kokemuksia. Lähi-itä ja Pohjois-Afrikan alueilta tulleissa jopa yli viidesosa koki itsensä yksinäiseksi melko usein tai jatkuvasti.

Ulkomaalaistaustaisista miehistä neljä prosenttia ja koko väestön miehistä kaksi prosenttia ilmoitti, että ei saa apua läheiseltään kun on avun tarpeessa. Lähi-itä ja Pohjois-Afrikan maista tulleet miehet raportoivat lähes kaikkia muita ja selvästi koko väestöä useammin, etteivät saa apua keneltäkään läheiseltään tarvittaessa (10 %). Aasian maista muuttaneet miehet puolestaan ilmoittivat saavansa läheisapua koko väestön miehiä selvästi useammin. Ulkomaalaistaustaisilla ja koko väestössä naisilla ei ollut eroa läheisavun saamisessa. Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneista naisista suurempi osuus (5 %) kuin koko väestön naisista raportoi jääneensä läheisavun ulkopuolelle.

Taulukko 5.1.1 Sosiaalisen suhteet, sosiaalinen tuki ja yksinäisyyden kokemus maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Yhteydenpito ystäviin tai sukulaisiin viikoittain	Vähintään yksi Suomessa asuva läheinen ystävä ^{2,3}	Kokee itsensä yksinäiseksi	Ei saa apua läheiseltään tarvittaessa
	% (LV)	% (LV)	% (LV)	% (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	87,0 (84,3–89,3)	91,8 (89,4–93,7)	9,7 (7,6–12,2)	2,7 (1,7–4,4)
Viro	81,5 (77,1–85,2)	92,2 (87,9–95,1)	10,2 (7,6–13,5)	2,4 (1,4–4,0)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	81,1 (76,8–84,7)	85,2 (81,4–88,4)	21,6 (17,9–25,7)	7,9 (5,5–11,1)
Muu Afrikka	86,9 (80,1–91,7)	97,7 (94,7–99,0)	12,2 (7,4–19,5)	1,8 (0,5–5,8)
Aasia	83,3 (79,3–86,6)	93,1 (90,6–95,0)	12,6 (10,1–15,7)	1,1 (0,6–2,1)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	84,8 (81,2–87,9)	93,9 (91,1–95,9)	16,3 (12,9–20,4)	3,0 (1,5–5,9)
Muut maat ¹	84,7 (78,1–89,6)	92,8 (86,8–96,2)	12,8 (8,5–18,8)	2,4 (0,9–6,7)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	84,1 (82,5–85,5)	91,9 (90,7–93,0)	13,6 (12,4–15,0)	3,2 (2,6–4,0)
Koko väestö	82,3 (81,1–83,5)	-	9,0 (8,0–10,1)	2,1 (1,6–2,8)
Miehet				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	82,5 (77,4–86,7)	90,5 (86,3–93,5)	9,3 (6,2–13,7)	3,0 (1,5–5,7)
Viro	76,1 (69,1–82,0)	91,1 (82,6–95,7)	8,2 (5,2–12,9)	2,5 (1,2–5,4)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	78,6 (73,2–83,2)	85,5 (80,9–89,1)	21,6 (17,4–26,4)	9,7 (6,3–14,7)
Muu Afrikka	81,0 (70,2–88,6)	98,3 (93,3–99,6)	14,4 (8,4–23,5)	2,5 (0,6–10,0)
Aasia	84,0 (77,9–88,7)	94,6 (90,3–97,0)	14,0 (9,4–20,4)	0,9 (0,4–2,1)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	79,3 (74,1–83,7)	92,5 (89,1–94,8)	15,6 (11,4–20,9)	3,7 (1,9–7,0)
Muut maat ¹	79,1 (68,1–87,0)	89,2 (79,2–94,7)	11,1 (6,1–19,3)	NA
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	79,9 (77,5–82,1)	91,0 (89,2–92,6)	14,0 (12,2–16,0)	4,1 (3,1–5,5)
Koko väestö	76,5 (74,5–78,3)	-	9,2 (7,6–11,0)	2,4 (1,7–3,4)
Naiset				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	91,6 (89,1–93,5)	92,9 (90,1–95,0)	9,9 (7,5–13,1)	2,4 (1,2–4,8)
Viro	87,1 (81,5–91,3)	93,3 (89,1–96,0)	11,9 (8,2–17,0)	2,2 (1,1–4,4)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	80,3 (71,6–86,8)	83,8 (76,5–89,2)	21,7 (15,5–29,4)	5,4 (3,0–9,6)
Muu Afrikka	94,0 (86,7–97,4)	96,7 (91,0–98,8)	9,6 (3,3–24,4)	NA
Aasia	85,1 (80,4–88,9)	92,5 (89,1–94,8)	11,7 (9,1–14,9)	1,1 (0,5–2,7)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	91,0 (84,4–95,0)	96,1 (88,6–98,7)	17,3 (12,0–24,3)	2,4 (0,5–11,2)
Muut maat ¹	90,7 (83,6–94,9)	97,4 (92,4–99,2)	15,4 (8,9–25,4)	NA
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	88,3 (86,3–90,0)	92,9 (91,3–94,2)	13,2 (11,5–15,2)	2,2 (1,5–3,2)
Koko väestö	88,3 (87,0–89,5)	-	8,8 (7,6–10,1)	1,9 (1,3–2,8)

LV = 95 %:n luottamusväli

Tummennetut luvut poikkeavat tilastollisesti merkitsevästi koko väestön tasosta ($p < 0,05$).¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat²18–64 -vuotiaat³Koko väestöstä koskevia tietoja ei ole saatavilla

NA = Vähäisten vastaajamäärien vuoksi lukua ei esitetä

Pohdinta

Noin neljä viidestä ulkomaalaistaustaisesta miehestä ja lähes yhdeksän naista kymmenestä piti yhteyttä ystäviinsä ja sukulaisiinsa vähintään viikoittain. Useammalla kuin yhdeksällä kymmenestä oli Suomessa vähintään yksi läheinen ystävä ja vain muutama prosentti vastaajista arvioi, että ei saa apua läheiseltään, jos on sen tarpeessa. Monet sosiaalisia suhteita kuvaavat indikaattorit kertovat siis verraten hyvästä tilanteesta Suomen ulkomaalaistaustaisessa väestössä, mutta eroja ilmeni sekä maaryhmien välillä että koko väestöön verrattuna.

Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleet raportoivat muita maaryhmiä harvemmin, että heillä on Suomessa ystävä tai ystäviä. Myös avun saaminen oli Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneilla harvinaisempaa: miehistä kymmenen prosenttia ja naisista viisi prosenttia ilmoitti, että ei saa apua tarvittaessa läheiseltään, kun

vastaavat osuudet kaikilla ulkomaalaistaustaisilla miehillä oli kolme ja naisilla kaksi prosenttia. Tämän tutkimuksen ja Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi-tutkimuksen (UTH, Nieminen ym. 2015b) tuloksia yhteydenpidon, Suomessa asuvan ystävän tai läheisavun osalta ei ole mielekäästä verrata erilaisten kysymysmuotoilujen takia. UTH-tutkimuksessa kysyttiin onko vastaajalla suomalaista ystävää kun tässä tutkimuksessa selvitetään ylipäätään Suomessa asuvaa ystävää. UTH-tutkimuksen tulosten mukaan Muu Afrikka -ryhmässä oli suomalainen ystävä neljällä viidestä vastaajasta (Castaneda ym. 2015a), ja FinMonik-tutkimustulosten mukaan samassa ryhmässä Suomessa asuva ystävä oli lähes jokaisella vastaajalla (98 %). Tulokset antavat viitteitä siitä, että Suomeen Muu Afrikka -ryhmästä muuttaneilla ystävä voi olla itsekin Suomeen muuttanut, mikä voi joko helpottaa tai vaikeuttaa kotoutumista.

Yksinäisyyttä koki 14 prosenttia ulkomaalaistaustaisista, ja yksinäisyyden kokemukset olivat ulkomaalaistaustaisilla yleisempiä kuin koko väestössä. Vastaava osuus oli vuonna 2014 UTH-tutkimuksen mukaan yhdeksän prosenttia (Castaneda ym. 2015a). Yksinäisyyden voidaan varovaisesti arvioida olevan lisääntynyt. Tämä havainto pätee kaikkiin maaryhmiin, mutta erityisesti EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmään: UTH-tutkimuksessa yhdeksän prosenttia tässä ryhmässä raportoi yksinäisyyttä, kun tässä tutkimuksessa osuus oli peräti 16 prosenttia. Näissä vertailussa tulee kuitenkin huomioida, että tutkimusten tulokset eivät ole täysin vertailukelpoisia keskenään johtuen ennen kaikkea niiden menetelmäeroista.

Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneista peräti yli joka viides vastaaja koki itsensä yksinäiseksi, ja he kokivat myös jäävänsä useammin vaille läheisten tukea koko väestöön tai moneen muuhun maaryhmään verrattuna. Tämä tulos on yhteneväinen tämän raportin muidenkin lukujen tulosten kanssa (kts. luku 8.3 Mielenterveys). Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneille kasaantuu monenlaisia hyvinvoinnin haasteita, ja peräänkuuluttaa toimenpiteitä tämän ihmisryhmän kohdalle.

FinMonik-tutkimuksen mukaan suurimmalla osalla ulkomaalaistaustaisista sosiaalisissa suhteissa on runsaasti voimavaroja ja he saavat läheisapua sitä tarvitessaan. Maaryhmien välillä havaittiin jonkin verran eroja ja erityistä huomiota tulee kiinnittää Suomeen Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikan alueilta muuttaneisiin. Yksinäisyyden kokemusta raportoi 14 prosenttia ulkomaalaistaustaisista, mikä on merkittävää. Yksinäisyyden kokemus voi olla syytä tai seurausta monesta eri asiasta ja liittyä lukuisiin tekijöihin, kuten ystävän tai elämänkumppanin puutteeseen, erilaisiin mielenterveysongelmiin, vaikeuteen saada ystäviä tai ylläpitää ihmissuhteita, syrjintään tai torjutuksi tulemiseen, heikkoon taloudelliseen tilanteeseen tai maahanmuutosta johtuviin muutoksiin perherakenteissa ja elämäntavoissa. Yksinäisyyden seuraukset ovat merkittäviä sekä sitä kokevalle yksilölle että yhteiskunnalle esimerkiksi terveys- ja hyvinvointiongelmien ja niistä johtuvien palvelujen käytöstä aiheutuvien kustannusten myötä. Sosiaaliset suhteet voivat edistää terveyttä ja hyvinvointia sekä tukea maahan muuttaneiden kotoutumista. Sosiaalisten suhteiden ylläpitoa ja vahvistumista on tärkeää tukea yhteiskunnan rakenteissa.

5.2 Sosiaalinen ja poliittinen osallistuminen

Hannamaria Kuusio, Riikka Lämsä, Villiina Kazi & Lars Leemann

- Ulkomaalaistaustaiset miehet osallistuivat naisia useammin liikunta- tai urheiluryhmään tai erilaisten järjestöjen toimintaan.
- Erityisen aktiivisia osallistujia uskonnollisen tai hengellisen yhteisön toimintaan olivat Muu Afrikka -ryhmän miehet (47 %) ja naiset (64 %).
- Tutkimukseen osallistuneet äänioikeutetut äänestivät aktiivisimmin viime presidentinvaaleissa (54 %), hieman harvemmin eduskuntavaaleissa (39 %) ja kuntavaaleissa (35 %) ja vähiten EU vaaleissa (20 %).
- Ulkomaalaistaustaisilla äänestysprosentti oli koko maan virallista äänestysprosenttia selvästi matalampi kaikissa kysytyissä vaaleissa.

Suomen hallituksen ja Euroopan unionin yhtenä tavoitteena on osallisuuden edistäminen ja sitä kautta köyhyden ja syrjäytymisen ehkäiseminen. Osallisuus on yhteisöön kuulumista ja kiinnittymistä, kuulluksi tulemistä ja uskoa omiin toimintamahdollisuuksiin, yhteisön toiminnassa mukana olemista ja merkitykselliseksi koettua toimintaa (Isola ym. 2017). Osallisuus ilmenee muun muassa osallistumisena ja aktiivisuutena (Leemann & Hämäläinen 2016, Martela & Richard 2015), ja sosiaalisen aktiivisuuden on havaittu vähentävän riskiä sairastua esimerkiksi masennukseen (Steger & Kashdan 2009). Poliittinen osallistuminen on yksi yhteiskunnallisen osallistumisen muoto, ja sen yleisin ilmenemistapa on äänestäminen. Vaaleissa äänestäminen edellyttää luottamusta poliittista järjestelmää ja yhteiskuntaa kohtaan, ja liittyy näin myös osallisuuden kokemuksiin.

Menetelmät

Sosiaalista osallistumista kartoitettiin kysymällä, kuinka usein tutkittava on osallistunut eri järjestöjen, yhdistysten ja seurojen toimintaan. Tässä luvussa raportoidaan osallistuminen liikunta- tai urheiluseuran toimintaan, oman kieli- tai kulttuuri-taustan mukaiseen toimintaan ja uskonnollisen tai hengellisen yhteisön toimintaan (esim. seurakunta tai moskeija). Vastausvaihtoehtoja oli viisi: päivittäin tai lähes päivittäin; 1–3 kertaa viikossa; 1–3 kertaa kuukaudessa; harvemmin kuin kerran kuukaudessa; sekä en ole osallistunut. Tässä luvussa raportoidaan liikunta- tai urheiluseuraan osallistuneiden osuus vähintään viikoittain ja kahteen jälkimmäiseen toimintaan osallistuneiden osuus vähintään kuukausittain. Poliittiseen osallistumiseen liittyen vastaajilta kysyttiin, olivatko he äänestäneet edellisessä: presidentin-; kunta-; eduskunta-; sekä EU-vaaleissa. Tässä tutkimuksessa raportoidaan ”kyllä”-vastanneiden osuus äänioikeutetuista. Tutkimuksessa kartoitettiin myös keskeisiä äänestämättä jättämisen syitä.

Tulokset

Miehistä 20–30 prosenttia ja naisista 12–25 prosenttia osallistui vähintään viikoittain liikunta- tai urheiluryhmän tai erilaisten järjestöjen toimintaan (taulukko 5.2.1). Osallistumisessa ei ollut merkitseviä eroja maaryhmittäin, mutta sukupuolten osalta ulkomaalaistaustaiset naiset osallistuivat miehiä vähemmän liikunta- tai urheiluryhmiin tai järjestöjen toimintaan (18 % vrt. 23 %).

Oman kieli- tai kulttuuritaustan mukaiseen toimintaan osallistui kuukausittain tai useammin 17 prosenttia miehistä ja 16 prosenttia naisista. Miehistä muualta Afrikasta (29 %) ja Aasiasta muuttaneet (23 %) osallistuivat useammin kuin Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta ja Virosta muuttaneet (13 % ja 10 %) oman kieli- tai kulttuuritaustan toimintaan. Naisissa Virosta tulleet osallistuivat oman kieli- ja kulttuuritaustan mukaiseen toimintaan selvästi vähemmän (8 %) kuin muualta Afrikasta (28 %), EU- tai EFTA-maista ja Pohjois-Amerikasta (21 %) sekä Latinalaisesta Amerikasta, entisestä Jugoslaviasta ja muut maat -ryhmästä (29 %) muuttaneet. Sukupuolten välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja saman maaryhmän sisällä oman kieli- tai kulttuuritaustan mukaiseen toimintaan osallistuneiden osalta.

Uskonnollisen tai hengellisen yhteisön toimintaan osallistui vähintään kuukausittain 14 prosenttia kaikista ulkomaalaistaustaisista miehistä ja naisista. Maaryhmien välillä oli kuitenkin selviä eroja. Huomattavaa on, että muualta Afrikasta tulleiden miesten lisäksi erityisen aktiivisia olivat saman maaryhmän naiset (47 % ja 64 %). Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleet miehet osallistuivat uskonnolliseen tai hengelliseen toimintaan useammin kuin Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta, Virosta, EU- ja EFTA-maista sekä Pohjois-Amerikasta tulleet (19 % vrt. 3–10 %). Naisten osalta osallistuminen oli yhtä yleistä Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta kuin Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmästä muuttaneilla (molemmissa ryhmissä 17 %), kun taas osallistuminen oli vähäisintä Virosta muuttaneiden keskuudessa (4 %).

Taulukko 5.2.1 Eri järjestöjen, yhdistysten ja seurojen toimintaan osallistuneet maaryhmittäin ja sukupuolittain, 18–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Osallistuminen liikunta- tai urheiluryhmään tai järjestöön viikoittain	Osallistuminen oman kieli- tai kulttuuritaustan toimintaan kuukausittain	Osallistuminen uskonnolliseen tai hengelliseen yhteisöön kuukausittain
	% (LV)	% (LV)	% (LV)
Miehet			
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	22,2 (17,8–27,3)	12,5 (9,2–16,7)	8,8 (5,5–13,9)
Viro	19,7 (12,8–29,2)	9,7 (5,8–15,7)	2,7 (1,1–6,4)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	21,1 (17,0–25,9)	19,7 (15,8–24,3)	19,2 (15,2–24,0)
Muu Afrikka	30,0 (20,3–41,9)	28,9 (19,8–40,2)	46,7 (35,1–58,6)
Aasia	23,1 (17,6–29,9)	22,9 (17,1–29,9)	10,7 (7,3–15,3)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	22,5 (17,7–28,0)	14,4 (10,6–19,2)	8,1 (5,6–11,8)
Muut maat ¹	26,0 (17,7–36,5)	13,5 (7,7–22,5)	9,2 (4,8–17,1)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	22,9 (20,5–25,5)	16,9 (14,9–19,1)	14,1 (12,1–16,4)
Naiset			
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	19,9 (16,4–24,0)	15,1 (11,8–19,1)	6,3 (4,9–8,1)
Viro	17,6 (12,7–23,9)	8,1 (5,1–12,7)	4,4 (1,9–9,8)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	16,7 (10,5–25,5)	15,3 (10,1–22,6)	16,7 (10,6–25,4)
Muu Afrikka	12,2 (6,4–22,2)	28,4 (16,3–44,6)	63,8 (48,1–77,1)
Aasia	14,0 (10,5–18,3)	14,7 (11,6–18,5)	12,9 (9,6–17,1)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	25,0 (19,2–31,8)	20,7 (14,8–28,3)	13,9 (9,2–20,3)
Muut maat ¹	18,6 (10,9–29,8)	28,5 (17,6–42,7)	17,4 (8,7–31,5)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	17,8 (15,8–20,0)	16,2 (14,1–18,6)	14,3 (12,2–16,8)

LV = 95 %:n luottamusväli

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Tutkimukseen osallistuneet äänioikeutetut äänestivät aktiivisimmin viime presidentinvaaleissa (54 %) hieman harvemmin eduskuntavaaleissa (39 %) ja kuntavaaleissa (35 %) ja vähiten EU-vaaleissa (20 %) (taulukko 5.2.2). Viime presidentinvaaleissa EU- ja EFTA-maista ja Pohjois-Amerikasta muuttaneet miehet (82 %) äänestivät aktiivisemmin kuin ulkomaalaistaustaiset miehet keskimäärin (56 %). Ulkomaalaistaustaisista äänioikeutetuista miehistä 43 prosenttia ja naisista 36 prosenttia äänesti viime eduskuntavaaleissa. Suurempi osuus EU- ja EFTA-maista sekä Pohjois-Amerikasta muuttaneista miehistä kuin Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta tai Aasiasta muuttaneista miehistä oli äänestänyt edellisissä eduskuntavaaleissa (67 % vrt. 31–37 %). Naisilla ei ollut maaryhmien välisiä tilastollisesti merkitseviä eroja presidentin- tai eduskuntavaalien äänestysaktiivisuudessa. Viime EU-vaaleissa ulkomaalaistaustaiset äänioikeutetut miehet äänestivät useammin kuin naiset (23 % vrt. 16 %). Viime kuntavaaleissa puolestaan äänestäminen oli yhtä yleistä miehillä (36 %) ja naisilla (34 %). Viirasta muuttaneiden miesten ja naisten äänestysaktiivisuus sekä EU- että kuntavaaleissa oli vähäisempää kuin ulkomaalaistaustaisilla keskimäärin.

Taulukko 5.2.2 Äänioikeutettujen äänestysaktiivisuus maaryhmittäin ja sukupuolittain, 18–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Eduskuntavaaleissa (2015) äänestäneet äänioikeutetuista	EU-vaaleissa (2014) äänestäneet äänioikeutetuista	Kuntavaaleissa (2017) äänestäneet äänioikeutetuista	Presidentinvaaleissa (2018) äänestäneet äänioikeutetuista
	% (LV)	% (LV)	% (LV)	% (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	36,3 (31,1–41,7)	20,4 (16,5–25,1)	31,2 (27,8–34,7)	53,2 (47,9–58,4)
Viro	37,4 (25,3–51,3)	7,8 (5,6–10,8)	20,7 (17,3–24,7)	45,3 (32,6–58,7)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	42,9 (35,2–51,0)	24,7 (17,6–33,3)	40,2 (35,2–45,4)	49,6 (42,4–56,8)
Muu Afrikka	42,8 (27,9–59,1)	18,2 (10,6–29,5)	39,6 (30,7–49,3)	57,1 (41,4–71,5)
Aasia	36,0 (26,7–46,4)	22,9 (14,8–33,8)	39,0 (34,3–44,0)	62,6 (52,8–71,6)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	55,8 (43,9–67,1)	30,8 (25,8–36,3)	42,9 (37,9–48,1)	69,0 (57,7–78,4)
Muut maat ¹	32,6 (22,3–44,8)	21,6 (13,0–33,5)	39,0 (30,9–47,7)	48,2 (35,7–61,0)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	39,4 (35,6–43,3)	19,6 (17,4–21,9)	34,8 (32,8–36,8)	53,8 (50,1–57,5)
Miehet				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	36,7 (27,9–46,5)	17,3 (11,4–25,3)	32,6 (27,1–38,6)	58,1 (49,3–66,5)
Viro	NA	8,9 (5,3–14,7)	16,9 (12,5–22,5)	48,3 (24,1–73,3)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	51,4 (41,9–60,8)	28,4 (20,5–37,9)	40,0 (34,3–45,9)	56,2 (47,9–64,2)
Muu Afrikka	47,6 (28,1–67,9)	27,2 (14,1–45,8)	38,6 (28,1–50,1)	60,4 (39,1–78,5)
Aasia	31,2 (19,2–46,3)	18,7 (9,7–33,1)	37,5 (30,1–45,5)	52,1 (36,5–67,3)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	66,8 (47,8–81,6)	34,7 (27,9–42,1)	47,4 (40,5–54,4)	82,3 (65,4–91,9)
Muut maat ¹	36,4 (22,0–53,7)	19,7 (9,5–36,6)	35,9 (25,5–47,8)	41,5 (26,0–58,8)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	43,1 (37,5–49,0)	23,2 (19,9–26,9)	35,6 (32,8–38,5)	56,1 (50,6–61,4)
Naiset				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	35,1 (29,4–41,2)	21,5 (16,8–27,1)	30,2 (26,3–34,3)	49,1 (42,9–55,2)
Viro	41,5 (27,7–56,9)	6,8 (4,6–9,9)	23,8 (18,9–29,5)	42,5 (30,1–55,9)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	29,1 (18,6–42,5)	18,7 (7,1–41,0)	40,3 (31,2–50,1)	39,7 (28,1–52,5)
Muu Afrikka	38,5 (18,6–63,2)	8,2 (3,1–20,1)	40,8 (26,3–57,2)	54,6 (33,1–74,6)
Aasia	38,4 (26,4–52,0)	25,0 (14,1–40,2)	40,0 (34,0–46,4)	68,4 (56,1–78,5)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	46,9 (31,8–62,6)	25,8 (19,1–34,0)	35,9 (29,1–43,3)	58,5 (43,4–72,1)
Muut maat ¹	28,4 (15,7–45,8)	25,7 (13,4–43,5)	43,6 (31,4–56,6)	59,1 (41,3–74,8)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	35,9 (31,0–41,1)	15,9 (13,3–18,8)	34,0 (31,2–36,8)	51,8 (46,8–56,8)

LV = 95 %:n luottamusväli

NA = Vähäisten vastaajamäärien vuoksi lukua ei esitetä.

¹Latalinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Ulkomaalaistaustaisilla yleisin syy jättää äänestämättä oli tiedon puute (30 %) (taulukko 5.2.3). Erityisen merkittävää äänestämättä jättämiselle tiedon puute oli Aasiasta tulleille miehille ja naisille (43 % ja 42 %) (ei taulukossa). Seuraavaksi yleisimmät syyt (pl. ”muu syy”) äänestämättä jättämiselle koko ulkomaalaistaustaisessa väestössä olivat: vaalit ja äänestäminen eivät kiinnosta vastaajaa (18 %); vaikeus löytää sopiva ehdokas (16 %); sekä epäluottamus politiikkaa kohtaan (16 %). Epäluottamukseen ja vähäiseen poliittiseen kiinnostukseen liittyvät syyt korostuivat selvästi enemmän Virossa muuttaneiden kuin muiden vastaajien äänestämättömyyden syistä: Tässä ryhmässä raportoitiin kaikkiin ulkomaalaistaustaisiin vastaajiin verrattuna enemmän epäluottamusta politiikkaa kohtaan (27 %) ja vähäistä kiinnostusta vaaleja ja äänestämistä kohtaan (19 %) (ei taulukossa). Lisäksi virolaistaustaisten keskuudessa esiintyi kaikkiin ulkomaalaistaustaisiin verrattuna enemmän ajatuksia siitä, että vaaleilla ei voisi vaikuttaa asioihin (29 %) tai että äänestämisestä ei ole vastaajalle itselleen mitään hyötyä (18 %). Vaikeutta löytää sopiva ehdokas raportoitiin muita ulkomaalaistaustaisia vähemmän Muu Afrikka -ryhmän miehissä (6 %) ja Aasia-ryhmän naisissa (9 %). Vain muutama prosentti vastanneista ilmoitti jonkin sairauden, korkean iän tai halukkuuden protestoida politiikkoja vastaan äänestämättä jättämisen syyksi.

Taulukko 5.2.3 Äänestämättä jättämisen syyt sukupuolittain, 18–64-vuotiaat, %

	Yhteensä	Miehet	Naiset
	% (LV)	% (LV)	% (LV)
Tiedon puute	29,8 (27,8–32,0)	28,2 (25,4–31,1)	31,6 (28,6–34,7)
Kiinnostuksen puute	18,0 (16,2–20,0)	17,3 (14,8–20,1)	18,8 (16,2–21,5)
Epäluottamus politiikkaa kohtaan	15,7 (13,9–17,8)	17,9 (15,3–20,9)	13,4 (11,0–16,3)
Sopivan ehdokkaan puute	15,5 (14,0–17,2)	15,1 (13,0–17,5)	15,9 (13,8–18,3)
Ei koe voivansa vaikuttaa asioihin	14,8 (13,1–16,7)	13,7 (11,5–16,4)	16,0 (13,5–18,9)
Vaalien aikana muualla kuin Suomessa	14,5 (12,8–16,3)	14,9 (12,6–17,6)	14,0 (11,8–16,6)
Unohti äänestää	13,4 (11,8–15,1)	13,0 (10,8–15,5)	13,8 (11,7–16,3)
Äänestämisestä ei koe olevan hyötyä	11,3 (9,8–13,1)	10,8 (8,9–13,1)	11,9 (9,5–14,6)
Jokin sairaus tai korkea ikä	0,9 (0,6–1,4)	1,1 (0,6–1,9)	0,8 (0,5–1,4)
Protestoiminen politiikkoja vastaan	2,0 (1,4–2,7)	2,6 (1,8–3,8)	1,3 (0,7–2,2)
Jokin muu syy	28,8 (26,8–30,9)	30,9 (27,9–34,0)	26,6 (23,9–29,4)

LV = 95 %:n luottamusväli

Pohdinta

Miehistä lähes neljäsosa ja naisista vajaa viidennes osallistui liikunta- tai urheiluryhmän tai järjestön toimintaan. Tutkimusajankohdalta ei ole saatavissa vertailutietoa koko väestöstä. Kuitenkin Kansallisessa aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimuksessa (ATH, Murto ym. 2017) kysyttiin vuonna 2016 osallistumisesta liikunta- tai urheiluryhmän tai järjestön toimintaan. Tulosten mukaan koko väestössä kolmasosa 20–54 –vuotiaista miehistä ja naisista oli osallistunut viikoittain johonkin liikunta- tai urheiluryhmän tai järjestön toimintaan (Murto ym. 2017). Näin ollen osallistuneiden osuus on noin kymmenen prosenttiyksikköä vähäisempää ulkomaalaistaustaisilla kuin koko väestöllä. FinMonik- ja ATH-tutkimustulosten vertailuun tulee kuitenkin suhtautua varovaisesti, sillä tiedonkeruiden ajankohta ja tutkittujen ikäryhmät poikkeavat toisistaan.

Yhteiskunnallisesta ja sosiaalisesta osallistumisesta ei ole kysytty aiemmissa ulkomaalaistaustaisille tai koko väestölle suunnatuissa väestötutkimuksissa samalla kysymysmuotoilulla kuin FinMonik-tutkimuksessa, joten vertailu niihin ei ole mielekästä. Tässä tutkimuksessa havaittiin, että Muu Afrikka -ryhmässä miesten lisäksi myös naiset osallistuivat erityisen aktiivisesti uskonnollisen tai hengellisen yhteisön toimintaan. Afrikkalaistaustaisten on myös aiemmissa tutkimuksissa havaittu osallistuvan aktiivisesti järjestötoimintaan (Pirkkalainen ym. 2016).

Ulkomaalaistaustaisten yhteiskunnallista ja sosiaalista osallistumista arvioitaessa on huomioitava, että tässä raportissa kuvataan vain kolmea eri tyyppistä järjestö- tai yhdistystoimintaa. Järjestötoiminta on Suomessa verraten laajaa, ja on todennäköistä, että osa vastaajista on löytänyt järjestö- tai yhdistystoimintaa tässä esitettyjen aktiviteettien ulkopuolelta. Lisäksi ihminen voi olla yhteiskunnallisesti ja sosiaalisesti aktiivinen myös monella muulla tavalla. Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (Maamu, Castaneda ym. 2012b) selvisi, että somalitaustaiset miehet osallistuivat erityisen aktiivisesti järjestö- ja yhdistystoimintaan (Rask ym. 2012b).

Tarkastelussa oli mukana järjestö- ja yhdistystoiminnan lisäksi myös osallistumisen vapaamuotoiseen harrastusporukkaan.

FinMonik-tutkimukseen osallistuneet äänioikeutetut äänestivät useimmin vuoden 2018 presidentinvaaleissa ja harvimmin vuoden 2014 EU-vaaleissa. Koko maan virallinen äänestysprosentti oli selvästi näitä korkeampi (presidentinvaaleissa 70 % ja EU-vaaleissa 39 %) (SVT 2018b, SVT 2014). FinMonik-tutkimukseen vastanneista reilusti alle puolet käytti äänioikeuttaan vuoden 2015 eduskuntavaaleissa. Näissä vaaleissa koko maan äänestysprosentti oli 67 prosenttia (SVT 2015). Myös kuntavaaleissa ulkomaalaistaustaisten äänioikeutettujen äänestysprosentti oli 20 prosenttiyksikköä koko maan äänestysprosenttia matalampi (SVT 2017). Aikaisemmista tutkimuksista tiedetään, että äänestysaktiivisuuteen vaikuttaa muun muassa sosioekonominen asema. Hyvin koulutetut ja työssäkäyvät ovat aktiivisimpia äänestäjiä (Lahtinen ym. 2017). Myös lapsuudenkodin merkitys äänestyskäyttäytymiseen on suuri, ja se voi välittyä sekä sosioekonomisen aseman periytymisen että sosiaalisen oppimisen kautta (Wass & Borg 2016). Tähän tutkimukseen vastaajat ilmoittivat yleisimmin tiedon- ja vaikutusmahdollisuuksien puutteen äänestämättä jättämisen syyksi. Virosta muuttaneiden vähäisempi äänestysaktiivisuus voi selittyä esimerkiksi sillä, että Suomessa asuvilla virolaisilla siteet omaan lähtömaahan ja sen poliittisiin instituutioihin saattavat olla kiinteämpiä kuin monista muista maista Suomeen muuttaneilla.

Jokaisella ihmisellä tulisi olla mahdollisuus osallistua tärkeäksi kokemaansa toimintaan sekä vaikuttaa itseään koskeviin asioihin ja yhteiskunnan kehitykseen. Myös eri väestöryhmissä äänestysaktiivisuuden tasainen jakautuminen on tavoiteltavaa, koska sillä on suora yhteys poliittisen edustuksen toteutumiseen (Daniel 2014). Kotouttamisessa olisi tärkeää tiedottaa suomalaisesta kansalaisyhteiskunnasta ja ohjata maahan muuttaneita aktiivisesti erilaisten järjestöjen piiriin. Myös kaupunkien ja kuntien julkisia palveluja suunniteltaessa tulisi huomioida, että kaikilla on mahdollisuuksia kohdata toisiaan, vaihtaa kuulumisia ja näkemyksiä sekä antaa oma panoksensa paikallisyhteisön toiminnalle.

5.3 Kuulumisen kokemus

Anna Seppänen, Shadia Rask & Hannamaria Kuusio

- Kuulumista oman syntymä- tai lähtömaan kansalaiseen koki kaksi kolmasosaa ulkomaalaistaustaisista.
- Noin puolet vastaajista raportoi kuulumisen kokemuksesta suomalaisiin.
- Muu Afrikka -ryhmän vastaajat kokivat erityisen usein kuuluvansa uskonnolliseen tai hengelliseen yhteisöön.
- Kuulumista koetaan useita ryhmiä kohtaan, eivätkä tässä tutkimuksessa käytetyt kuulumisen kohteet ole toisiaan poissulkevia.

Kuulumisen kokemuksella tarkoitetaan sitä, kun yksilö kokee itsensä arvostettuna osana tiettyä ryhmää ja sopivansa tähän ominaisuuksiltaan. Kuulumista voidaan ko-

kea esimerkiksi ryhmää, organisaatiota, ympäristöä tai hengellistä ulottuvuutta kohtaan (Hagerty ym. 1992). Kuulumisen kokemus ja samaistuminen erilaisiin ryhmiin on monin tavoin yhteydessä yksilön kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin. Ryhmään kuulumisen tarjoaa yksilölle merkityksellisyyden kokemuksia, käyttäytymismalleja, sosiaalista tukea ja muita sosiaalisia resursseja. Ryhmään kuulumisen voi tuottaa myös hyvinvointiin liittyviä haasteita, mikäli ryhmän asema kyseenalaistetaan, ryhmään kohdistuu ennakkoluuloja, tai kun ryhmän tarjoamat käyttäytymismallit ovat yksilön hyvinvoinnin kannalta haitallisia (Jetten ym. 2017, Hagerty ym. 1992).

Menetelmät

Kuulumisen kokemusta mitattiin kysymyksellä ”Mihin seuraavista alueista tai ryhmistä koet kuuluvasi?”, joka jakautui kahdeksaan alakysymykseen: asuinkuntaani; suomalaisiin; eurooppalaisiin; oman syntymä- tai lähtömaan kansalaisiin; maailmankansalaisiin; uskonnolliseen tai hengelliseen yhteisöön; ammattiryhmääni; sekä poliittiseen tai ideologiseen ryhmään. Vastausvaihtoehtoina käytettiin neliportaita asteikkoa (täysin; melko paljon; vähän; en lainkaan). Vastausvaihtoehdot muutettiin analyysivaiheessa kaksiluokkaiseksi (täysin ja melko paljon vrt. vähän ja en lainkaan) ja näin muodostettiin luokat ”kokee kuuluvansa” ja ”ei koe kuuluvansa”.

Tulokset

Kuulumista koettiin eniten oman syntymä- tai lähtömaan kansalaisia kohtaan (68 %, taulukot 5.3.1 ja 5.3.2). Noin puolet vastaajista koki kuuluvansa eurooppalaisiin, asuinkuntaansa, maailmankansalaisiin, suomalaisiin, sekä ammattiryhmäänsä (49–56 %). Uskonnolliseen tai hengelliseen yhteisöön koki kuuluvansa noin joka viides (kuvio 5.3.1). Vain harva, alle yksi kymmenestä (7 %) raportoi kokevansa kuuluvan poliittiseen tai ideologiseen ryhmään.

Kuulumisen kokemus oman syntymä- tai lähtömaan kansalaisia kohtaan vaihteli maaryhmien välillä jonkin verran (taulukko 5.3.1): Muu Afrikka- ja Aasia-ryhmissä kolme neljästä koki kuuluvansa oman syntymä- tai lähtömaan kansalaisiin, kun taas Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmässä tätä kuulumista koettiin vähemmän (60 %). Naiset kokivat kuuluvansa oman syntymä- tai lähtömaan kansalaisiin hieman useammin kuin miehet (71 % vrt. 65 %), eikä naisilla kuulumisen kokemus lähtömaan kansalaisia kohtaan vaihdellut maaryhmittäin. Miehistä erityisesti Muu Afrikka -ryhmässä koettiin kuulumista lähtömaan kansalaisiin (80 %), kun taas Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmän miehistä tätä koki vain hieman yli puolet (55 %).

Noin joka toinen ulkomaalaistaustainen koki kuuluvansa asuinkuntaansa. Asuinkuntaan kuulumista koettiin vähemmän Virosta sekä EU- ja EFTA-maista ja Pohjois-Amerikasta tulleiden joukossa verrattuna Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta muuttaneisiin (38–45 % vrt. 60 %). Virosta muuttaneet miehet kokivat kuuluvansa asuinkuntaansa vähemmän kuin Venäjältä, entisestä Neuvostoliitosta, Lähi-idästä, Pohjois-Afrikasta ja Aasiasta muuttaneet miehet (37 % vrt. 57–58 %). Virosta muuttaneet naiset kokivat kuulumista asuinkuntaansa kohtaan vähemmän kuin Ve-

näjä ja entinen Neuvostoliitto-, Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka-, Aasia- sekä Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmien naiset (39 % vrt. 56–64 %).

Suomalaisiin kuulumisen vaihteli maaryhmäkohtaisesti vähän: kaikissa maaryhmissä noin joka toinen koki kuuluvansa suomalaisiin (43–56 %). Aasia- sekä EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmissä koettiin saman verran kuulumista suomalaisiin (43 %). Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -ryhmässä kuulumisen kokeminen suomalaisia kohtaan oli yleisempää (55 %). Sukupuolittain ja maaryhmittäin tarkasteltaessa miehillä maaryhmien välisiä eroja oli vain Venäjä ja entinen Neuvostoliitto- sekä EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmien välillä (55 % vrt. 42 %). Naisilla Venäjä ja entinen Neuvostoliitto- sekä Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmiin kuuluvat kokivat kuuluvansa suomalaisiin Aasia-ryhmää enemmän (55–66 % vrt. 44 %).

Eurooppalaisia kohtaan koettiin kuulumista erityisesti EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka-, Viro-, Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat- sekä Venäjä ja entinen Neuvostoliitto-ryhmissä (63–79 %). Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneista selvästi alle puolet ja Aasiasta muuttaneista vain neljännes koki kuuluvansa eurooppalaisiin. Eurooppalaisiin kuulumisen kokemuksessa ei ollut eroa sukupuolten välillä.

Taulukko 5.3.1 Kuulumisen kokemus oman syntymä- tai lähtömaan kansalaisia, asuinkuntaa, suomalaisia ja eurooppalaisia kohtaan, maaryhmittäin ja sukupuolittain, 18–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Kokee kuuluvansa oman syntymä- tai lähtömaan kansalaisiin	Kokee kuuluvansa asuinkuntaansa	Kokee kuuluvansa suomalaisiin	Kokee kuuluvansa eurooppalaisiin
	% (LV)	% (LV)	% (LV)	% (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	68,5 (64,8–72,0)	60,0 (55,9–63,9)	55,3 (51,3–59,2)	63,6 (59,5–67,4)
Viro	63,9 (58,0–69,4)	37,6 (32,3–43,3)	46,3 (40,7–52,1)	73,4 (68,4–78,0)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	60,4 (55,3–65,3)	58,1 (52,9–63,1)	53,3 (48,1–58,4)	39,5 (34,4–44,9)
Muu Afrikka	78,2 (70,5–84,3)	57,1 (47,2–66,5)	49,7 (40,0–59,5)	38,6 (28,8–49,4)
Aasia	73,9 (69,5–77,9)	55,7 (51,1–60,2)	43,4 (38,8–48,1)	24,9 (20,8–29,5)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	66,1 (61,1–70,7)	45,0 (40,2–49,9)	43,1 (38,4–48,0)	78,5 (74,1–82,3)
Muut maat ¹	66,2 (57,3–74,0)	57,4 (48,7–65,6)	54,9 (46,4–63,2)	63,3 (54,7–71,1)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	67,7 (65,7–69,6)	52,7 (50,6–54,8)	49,2 (47,1–51,4)	55,6 (53,5–57,8)
Miehet				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	65,9 (60,0–71,3)	58,4 (52,2–64,4)	55,4 (49,3–61,4)	63,2 (57,0–69,0)
Viro	64,2 (55,2–72,3)	36,9 (29,1–45,4)	45,3 (36,9–53,9)	68,3 (60,2–75,4)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	55,4 (49,3–61,3)	57,7 (51,7–63,4)	53,5 (47,5–59,3)	44,1 (38,1–50,3)
Muu Afrikka	80,3 (70,9–87,2)	56,2 (44,0–67,7)	50,0 (38,2–61,7)	42,0 (30,0–55,0)
Aasia	72,2 (65,1–78,5)	55,6 (48,2–62,7)	43,2 (36,0–50,8)	30,5 (23,6–38,4)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	61,2 (54,5–67,5)	42,8 (36,7–49,1)	42,3 (36,0–48,8)	77,4 (71,3–82,5)
Muut maat ¹	62,5 (50,2–73,3)	51,8 (40,4–63,1)	46,5 (35,5–57,8)	64,4 (53,3–74,2)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	64,6 (61,7–67,4)	51,5 (48,5–54,5)	48,4 (45,5–51,4)	57,1 (54,1–60,0)
Naiset				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	71,3 (66,6–75,5)	61,7 (56,4–66,7)	55,4 (50,2–60,5)	63,5 (58,2–68,5)
Viro	64,3 (56,5–71,3)	38,6 (31,5–46,3)	47,4 (40,0–55,0)	77,5 (71,0–82,8)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	67,9 (58,8–75,7)	57,6 (47,9–66,8)	52,2 (42,8–61,5)	31,6 (22,9–41,8)
Muu Afrikka	74,2 (60,0–84,6)	58,0 (41,1–73,2)	49,0 (32,6–65,6)	34,0 (19,1–52,9)
Aasia	76,1 (70,4–80,9)	56,4 (50,6–62,0)	43,8 (38,1–49,8)	20,9 (16,3–26,3)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	72,5 (65,2–78,9)	47,8 (40,4–55,3)	44,1 (37,0–51,4)	80,6 (74,4–85,6)
Muut maat ¹	70,5 (57,6–80,8)	64,3 (51,3–75,5)	65,7 (52,7–76,7)	62,0 (48,5–73,9)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	70,9 (68,2–73,5)	54,1 (51,0–57,1)	50,1 (47,1–53,2)	54,0 (50,9–57,1)

LV = 95 %:n luottamusväli

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Kokemus maailmankansalaiseen kuulumisesta oli huomattavasti yleisempää EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka-, Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmissä kuin Venäjä ja entinen Neuvostoliitto- ja Viro-ryhmissä (70 % vrt. 37–44 %, taulukko 5.3.2). Maailmankansalaiseen kuulumista koettiin erityisesti Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmän naisten sekä EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmän naisten joukossa (76 % ja 69 %).

Kaikissa maaryhmissä koettiin verrattain vähän kuulumista poliittista tai ideologista ryhmää kohtaan. Viro- sekä Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmät erosivat tässä toisistaan: Virosta muuttaneista neljä prosenttia koki kuuluvansa poliittiseen tai ideologiseen ryhmään, Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneista joka kymmenes. Kuuluminen poliittiseen tai ideologiseen ryhmään oli miehillä yleisempää kuin naisilla (9 % vrt. 4 %). Maaryhmien välisiä eroja ei ollut tarkasteltaessa sukupuolia erikseen.

Ammattiryhmään kuulumisen oli yhtä yleistä kaikissa maaryhmissä. Kaikista ulkomaalaistaustaisista noin joka toinen koki kuuluvansa ammattiryhmäänsä, miehet useammin kuin naiset (53 % vrt. 44 %).

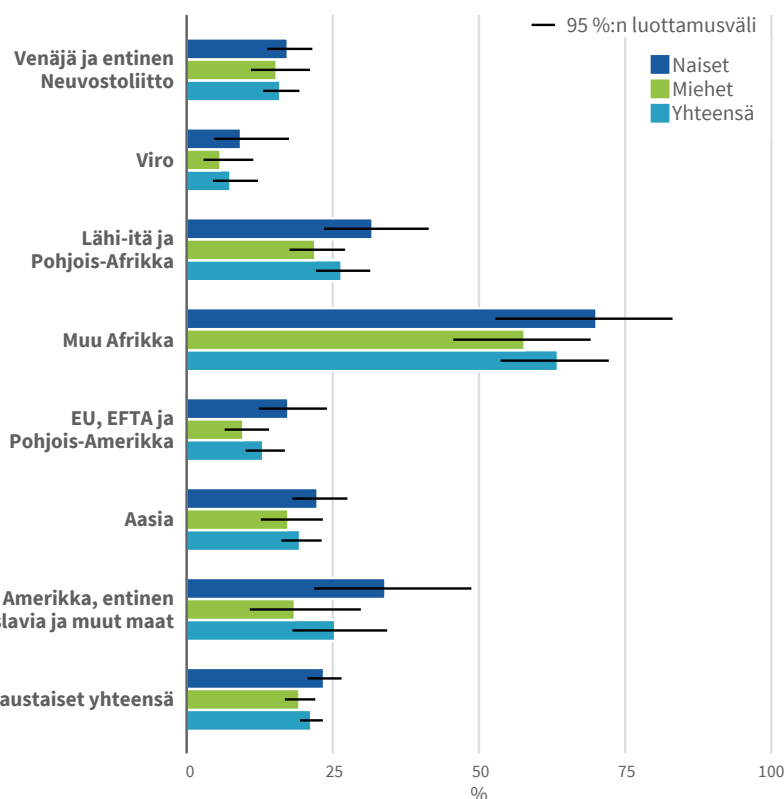
Taulukko 5.3.2 Kuulumisen kokemus maailmankansalaisia, poliittista tai ideologista ryhmää ja omaa ammattiryhmää kohtaan, maaryhmittäin ja sukupuolittain, 18–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Kokee kuuluvansa maailmankansalaiseen	Kokee kuuluvansa poliittiseen tai ideologiseen ryhmään	Kokee kuuluvansa omaan ammattiryhmään
	% (LV)	% (LV)	% (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	37,0 (33,0–41,1)	6,8 (5,1–9,1)	54,6 (50,5–58,6)
Viro	44,2 (38,3–50,3)	3,8 (2,2–6,5)	47,3 (41,3–53,3)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	54,4 (49,1–59,6)	9,6 (6,8–13,4)	46,6 (41,3–51,9)
Muu Afrikka	60,1 (49,5–70,0)	7,3 (4,1–12,9)	50,7 (40,6–60,8)
Aasia	51,0 (46,3–55,7)	5,8 (3,9–8,6)	43,9 (39,3–48,5)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	63,5 (58,6–68,2)	7,1 (4,9–10,2)	47,5 (42,6–52,5)
Muut maat	70,0 (61,3–77,4)	4,6 (2,4–8,6)	56,5 (47,4–65,1)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	52,2 (50,0–54,3)	6,6 (5,6–7,7)	49,1 (46,9–51,3)
Miehet			
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	39,9 (33,8–46,3)	9,2 (6,4–13,1)	61,5 (55,2–67,5)
Viro	42,3 (33,5–51,5)	4,4 (2,0–9,4)	47,7 (39,0–56,5)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	57,1 (50,9–63,0)	11,5 (7,8–16,6)	51,6 (45,5–57,6)
Muu Afrikka	69,7 (56,6–80,3)	11,2 (5,9–20,3)	53,4 (40,9–65,5)
Aasia	55,3 (47,8–62,5)	6,8 (3,5–12,9)	52,0 (44,2–59,6)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	60,2 (53,6–66,5)	9,2 (5,8–14,2)	51,4 (44,8–57,9)
Muut maat	66,2 (54,0–76,6)	5,0 (2,3–10,9)	58,2 (46,3–69,2)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	54,8 (51,8–57,8)	8,6 (7,0–10,4)	53,4 (50,3–56,4)
Naiset			
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	34,2 (29,3–39,4)	4,4 (2,8–6,9)	47,7 (42,6–52,9)
Viro	45,5 (37,7–53,6)	3,1 (1,5–6,2)	45,8 (38,0–53,8)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	50,4 (40,8–60,0)	7,9 (3,9–15,2)	40,6 (31,2–50,7)
Muu Afrikka	45,7 (29,4–62,9)	2,2 (0,5–8,8)	48,4 (31,8–65,4)
Aasia	47,6 (41,7–53,5)	4,4 (2,8–6,9)	36,7 (31,4–42,2)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	69,5 (62,5–75,7)	4,7 (2,8–8,0)	43,4 (36,0–51,1)
Muut maat	76,0 (64,5–84,6)	4,4 (1,5–12,2)	55,3 (41,5–68,4)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	49,2 (46,0–52,3)	4,4 (3,4–5,7)	44,3 (41,3–47,5)

LV = 95 %:n luottamusväli

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Maaryhmien väliset erot olivat suurimpia kuulumisen kokemuksessa uskonnollista tai hengellistä yhteisöä kohtaan: muista maaryhmistä erottuu selkeästi Muu Afrikka -ryhmä, jossa melkein kaksi kolmesta (63 %, kuvio 5.3.1) koki kuuluvansa uskonnolliseen tai hengelliseen yhteisöön. Kaikissa muissa maaryhmissä tätä kuulumista koettiin merkittävästi vähemmän (8–27 %). Viro- sekä EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmissä koettiin vähemmän kuulumista uskonnollista tai hengellistä yhteisöä kohtaan kuin Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka- sekä Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmiin kuuluvien joukossa (8–13 % vrt. 25–27 %).



Kuvio 5.3.1 Kuulumisen kokemus uskonnollista tai hengellistä yhteisöä kohtaan, maaryhmittäin ja sukupuolittain, 18-64-vuotiaat, vallivakioitu osuus, %

Pohdinta

Tulosten mukaan suurin osa ulkomaalaistaustaisista koki kuuluvansa omaan syntymä- tai lähtömaan kansalaiseen ja melkein puolet koki kuuluvansa suomalaisiin. Kuulumista koettiin ylipäätään useita eri ryhmiä kohtaan: muina merkittävänä kuulumisen tunteen kohteina näyttäytyvät oma asuinkunta, eurooppalaiset, niin sanotut “maailmankansalaiset” sekä oma ammattiryhmä. Lisäksi uskonnollinen tai hengellinen ryhmä osoittautui Muu Afrikka -ryhmässä merkittäväksi kuulumisen kokemisen kohteeksi.

Tässä luvussa esiteltyjä tuloksia kuulumisen kokemisesta suomalaisiin ja syntymä- ja lähtömaan kansalaisiin voidaan varovasti peilata Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksen (UTH, Nieminen ym. 2015b) tuloksiin (julkaisematon tieto, UTH-aineisto). Tutkimukset eivät ole suoraan vertailukelpoisia kysymysten muotoilun ja aineiston keräämistävän vuoksi, mutta ne tarjoavat samansuuntaisia tuloksia kahdelta eri ajankohdalta. UTH-aineistossa 18–64-vuotiaiden, muualla kuin Suomessa syntyneiden joukossa (n = 2417–2418) omaan syntymämaahan samaistuvien osuus oli 69 prosenttia. Tämä on lähes yhtä suuri osuus kuin FinMonik-aineistossa oman lähtö- tai syntymämaan kansalaisiin kuulumista kokevien osuus (68 %). UTH- ja FinMonik-tutkimusten perusteella syntymä- tai lähtömaan kansalaiset näyttävät merkittävänä kuulumisen kategoriana ulkomaalaistaustaisella väestöllä Suomessa.

Tulokset olivat samankaltaisia aiempaan tutkimukseen verrattuna myös suomalaisiin kuulumisen osalta: UTH-tutkimuksessa 18–64-vuotiaiden, muualla kuin Suomessa syntyneiden joukossa 43 prosenttia vastasi tuntevansa itsensä täysin tai melko paljon suomalaiseksi. FinMonik-tutkimuksessa melkein puolet kysymykseen vastanneista ilmoitti kokevansa kuuluvan suomalaisiin.

Kotoutumista ja hyvinvointia koskevassa kansainvälisessä tutkimuksessa on paljon näyttöä siitä, että sekä paikallisiin että oman syntymämaan kansalaisiin (tai äidinkielen ja lähtömaan kulttuurin edustajiin) samaistuminen samanaikaisesti on hyvinvoinnin kannalta tärkeää (Phinney ym. 2001). Hyvät väestöryhmien väliset suhteet voivat edesauttaa tätä. Myös laissa kotoutumisen edistämisestä (1386/2010) todetaan, että maahan muuttaneiden mahdollisuuksia oman kielen ja kulttuurin ylläpitämiseen tulee tukea. Voidaankin kysyä, onko eri väestöryhmiin kuuluvilla yhtäläiset mahdollisuudet tuntea itsensä osaksi ympärillä olevaa yhteisöä ja yhteiskuntaa, ja salliiko yhteiskunnan ilmapiiri kaikille mahdollisuuden tuntea ja tuoda esille kuulumista itselle merkityksellisten kulttuuriryhmien edustajiin. Suomeen muuttavien kiinnittymistä suomalaiseen yhteiskuntaan vaikeuttavat paikoin ahtaat käsitykset siitä, millainen yksilön on oltava kuuluakseen joukkoon (Rask 2017, Toivanen 2014). Toisaalta on muistettava, että yksilö voi kokea olevansa kiinnittynyt suomalaiseen yhteiskuntaan, vaikka identifioituisi suomalaisiksi (Pitkänen ym. 2019).

Myös asuinkuntaan kuulumisen voi tarjota paikallisen kuulumisen kokemuksen. FinMonik-tutkimuksessa noin joka toinen koki kuuluvansa asuinkuntaansa, joskin Viro-ryhmässä kuulumista kokevien osuus oli selvästi tätä pienempi. Kaupungeilla ja kunnilla on poikkeuksellinen mahdollisuus tukea ulkomaalaistaustaisten paikalliseen väestöön kuulumista ja edistää kotoutumista (Saukkonen 2018). Päätöksenteolla, ilmapiirillä ja arjessa konkreettisesti näkyvillä käytännöillä ja kohtaamisilla vaikutetaan kuulumisen kokemukseen paikallisella tasolla. Asuinkuntaa kohtaan koetun kuulumisen on myös todettu olevan yhteydessä päätöksiin asettua ja pysyä tietyllä asuinalueella (Liu ym. 2019).

Kuulumisen kokemusta ja kotoutumista voidaan tukea myös työyhteisöjen kautta. FinMonik-tutkimuksen tulosten mukaan kuulumisen kokeminen omaa ammattiryhmää kohtaan on yleistä kaikkien maaryhmien osalta. Organisaatioon ja työryhmään samaistumisella on todettu olevan positiivinen yhteys hyvinvointiin (Steffens ym. 2017) ja työyhteisö voikin toimia tärkeänä kotoutumista edistävänä ja hyvinvointia tukevana voimavarana.

Myös eurooppalaisiin ja “maailmankansalaisiin” kuulumisen näyttöä yleisenä kuulumisen kokemuksen kohteena FinMonik-tutkimuksessa. Molemmissa kuulumisen kategorioissa ilmeni mielenkiintoista maaryhmäkohtaista vaihtelua: Aasia-ryhmässä koettiin kuulumista eurooppalaisiin verrattain harvoin ja Viro- sekä Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -ryhmissä koettiin vähemmän maailmankansalaisiin kuulumista. UTH-tutkimuksessa eurooppalaisiin ja maailmankansalaisiin kuulumisen tulivat esille, kun haastateltavilta kysyttiin yksittäisten kansallisvaltioiden kansalaisiin (suomalaiset, oman syntymämaan kansalaiset) identifioitumisen ohella muista samaistumisen kohteista (Nieminen ym. 2015a). Ei ole selvää, missä määrin nämä kuulumisen kokemukset voivat tukea tai korvata muita kuulumisen kokemuksia, tai millainen suhde niillä on väestön hyvinvointiin.

Uskonnolliseen tai hengelliseen ryhmään kuulumisen näyttöä erityisen yleisenä Muu Afrikka -ryhmässä. Tulos korostaa maaryhmäkohtaisen erottelun tärkeyttä ja on linjassa useiden muiden FinMonik-tutkimuksen havaintojen kanssa: Muu Afrikka -ryhmässä osallistuttiin myös verrattain usein oman kieli- tai kulttuuritaustan toimintaan sekä uskonnollisen tai hengellisen yhteisön toimintaan (ks. luku 5.2 Sosiaalinen ja poliittinen osallistuminen). Tulokset antavat viitteitä tarpeista ja yhteisöllisistä resursseista kyseiseen maaryhmään kuuluvien joukossa. Uskonnolliseen tai hengelliseen ryhmään kuulumista on tutkittu aiemmin muun muassa Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (Maamu, Castaneda ym. 2012b), jossa havaittiin huomattavia eroja eri uskontokuntiin kuulumisessa: somalialaistaustaisista 99 prosenttia raportoi uskontokunnakseen islaminuskon, kun taas kurditaustaisista 21 prosenttia raportoi, ettei edusta mitään uskontokuntaa (Castaneda ym. 2012a).

Kuulumisen kokemus ideologisia ja poliittisia ryhmiä kohtaan oli ilmeisen vähäistä muihin kuulumisen kokemuksen kohteisiin nähden: harvempi kuin joka kymmenes koki kuuluvansa tällaiseen ryhmään. Tarvittaisiin tietoa siitä, miten paljon vastaavaa kuulumista koetaan koko väestössä, jolloin kokemuksen yleisyys voitaisiin suhteuttaa laajempaan väestöön.

Tässä luvussa on eritelty erilaisia kuulumisen kokemuksen muotoja ja todettu niissä olevan maaryhmäkohtaista sekä sukupuoliin liittyvää vaihtelua. Kuulumisen kokemuksen parantamiseen on ehdotettu konkreettisia toimenpiteitä: esimerkiksi Etnisten suhteiden neuvottelukunnan (ETNO) julkaisema Oikeus kuulua joukkoon -raportissa (2019) on toimenpide-ehdotus eritaustaisten ammattilaisten palkkaamisesta kouluihin ja oppilaitoksiin positiivisen erityiskohtelun periaatteella. Periaate pohjautuu yhdenvertaisuuslakiin (1325/2014). Vastaavilla toimenpiteillä edistettäisiin eritaustaisten ihmisten edustavuutta suomalaisessa yhteiskunnassa ja luotaisiin

monimuotoisempi ympäristö, johon erilaiset ihmiset voivat kiinnittyä. Näin edistetäisiin myös hallitusohjelmaan kirjattua rasismien ja syrjinnän torjumista kaikilla yhteiskunnan osa-alueilla.

Jatkossa tulisi tutkia kuulumisen kokemuksen yhteyttä erilaisiin hyvinvoinnin mittareihin sekä maassaoloaikaan ja maahanmuuttoikään. Kuulumisen kokemusta voidaan pitää yhtenä kotoutumisen ulottuvuutena (Pitkänen ym. 2019). Ottaen huomioon kuulumisen kokemuksen tärkeyden hyvinvoinnin kannalta, on myös kuulumisen kokemusta heikentäviä tekijöitä, kuten syrjintää, syytä selvittää jatkotutkimuksissa lisää. Eri ajankohtiin sijoittuva pitkittäistutkimus tarjoaisi tärkeää tietoa siitä, miten Suomessa asutut vuodet vaikuttavat kuulumisen kokemukseen.

5.4 Elämänlaatu

Anu Castaneda & Seppo Koskinen

- Ulkomaalaistaustaisessa väestössä on koko väestöön nähden hieman vähemmän elämänlaatunsa hyväksi kokevia, mutta osuudet riippuvat sekä maaryhmästä että elämänlaadun ulottuvuudesta.
- Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan alueilta muuttaneen väestön tilanne näyttää erityisen huolestuttavalta, sillä heistä elämänlaatunsa hyväksi kokevia oli huomattavasti harvempi kuin koko väestöstä tai monista muista ulkomaalaisistaustaisista ryhmistä.
- On tärkeää, että elämänlaatua heikentäviä tekijöitä tutkitaan ja niihin aktiivisesti vaikutetaan, jotta nämä merkittävät syntyperään liittyvät erot väestösämme saadaan kaventumaan.

Elämänlaatu voidaan määritellä monin tavoin, mutta yleensä sillä viitataan siihen, miten ihminen kokonaisvaltaisesti viihtyy elämässään ja millaiseksi sen kokee. Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan elämänlaatu tarkoittaa henkilön käsitystä omasta elämäntilanteestaan suhteessa omiin päämääriinsä, tavoitteisiinsa ja odotuksiinsa oman kulttuurinsa ja arvomaailmansa määrittelemässä viitekehyksessä (WHOQOL – Measuring Quality of Life 1997). Terveysteen liittyvä elämänlaatu nähdään yleensä yksilön subjektiivista kokemusmaailmaa kuvaavana moniulotteisena kokonaisuutena sisältäen niin psyykkisen, sosiaalisen kuin fyysisenkin ulottuvuuden (Huusko & Pitkälä 2006). Terveystila ja sen muutokset muokkaavat sekä henkilön tilannetta eri elämänalueilla että näiden elämänalueiden tärkeyttä henkilön arvioiessa omaa elämäänsä (Aalto ym. 2016a).

Menetelmät

Tässä tutkimuksessa elämänlaatua mitattiin EUROHIS-QOL-kysymyspatteristolla, joka on WHO:n elämänlaatumittareiden pohjalta kehitetty kahdeksan kysymystä si-

sältävä kysymyssarja (Power 2003). Mittari on todettu validiksi useissa eri kulttuurirympäristöissä (Schmidt 2005). Kysymyssarjassa ensimmäisenä kysytään yleiskysymys ”Millaiseksi arvioit elämänlaatusi?”. Vastausvaihtoehdot ovat: erittäin huono; huono; ei hyvä, eikä huono; hyvä; sekä erittäin hyvä. Tässä raportissa tarkastellaan vähintään ”hyvä” vastanneiden osuutta. Mittari jatkuu ”Miten tyytyväinen olet ollut viimeksi kuluneiden kahden viikon aikana...” -kysymyssarjalla, joka sisältää viisi alakysymystä: terveyteesi; kykyysi selviytyä päivittäisistä toimitasi; itseesi; ihmisuhteisiisi; sekä asuinalueesi olosuhteisiin. Vastausvaihtoehdot näihin ovat: erittäin tyytyväinen; melko tyytyväinen; en tyytyväinen enkä tyytymätön; melko tyytymätön; sekä erittäin tyytymätön. Tässä raportissa tarkastellaan jokaisesta näistä erikseen vähintään ”melko tyytyväinen” vastanneiden osuutta. Mittari jatkuu ”Onko Sinulla...” -kysymyssarjalla, joka sisältää kaksi alakysymystä: riittävästi tarmoa arkipäivän elämääsi varten; sekä tarpeeksi rahaa tarpeisiisi nähden. Näihin vastausvaihtoehdot ovat: ei lainkaan; vähän; kohtuullisesti; lähes riittävästi; sekä täysin riittävästi. Tässä raportissa tarkastellaan vähintään ”lähes riittävästi” vastanneiden osuutta. Lisäksi näistä kahdeksasta kysymyksestä muodostettiin yleisesti käytössä oleva yhdistelmämuuttuja, joka kuvaa yleisesti koettua, kokonaisvaltaista elämänlaatua.

Tulokset

Taulukoissa 5.4.1 ja 5.4.2 esitetyistä kahdeksasta elämänlaadun ulottuvuudesta kuudessa ulkomaalaistaustaisten tilanne oli heikompi kuin koko väestössä. Sen sijaan tyytyväisyydessä itseen ja tyytyväisyydessä ihmisuhteisiin ei ollut eroa ulkomaalaistaustaisten ja koko väestön välillä. Elämänlaatunsa hyväksi koki ulkomaalaistaustaisista lähes kolme neljästä, mikä on hieman harvempi kuin koko väestöstä. Tämä ero ilmeni sekä miehillä että naisilla. Vähiten elämänlaatunsa hyväksi kokevia oli Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta sekä Aasiasta muuttaneissa, mutta myös Virossa muuttaneissa oli vähemmän elämänlaatunsa hyväksi kokevia kuin koko väestössä. Esimerkiksi Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneista miehistä vain hieman yli puolet koki elämänlaatunsa hyväksi. Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmässä elämänlaatunsa hyväksi kokevia oli puolestaan enemmän kuin koko väestössä.

Terveyteensä tyytyväisiä oli Venäjältä ja entisen Neuvostoliiton sekä Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan alueilta muuttaneissa vähemmän kuin koko väestössä. Muu Afrikka -ryhmässä heitä puolestaan oli enemmän (taulukko 5.4.1). Esimerkiksi peräti 93 prosenttia Muu Afrikka -ryhmän naisista oli tyytyväisiä terveyteensä. Tyytyväisyys kykyyn selviytyä päivittäisistä toimita oli harvinaisinta Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka-, Aasia-, EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka- sekä Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmissä. Itseensä tyytyväisiä oli sen sijaan koko väestöä vähemmän ainoastaan Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneissa, kun taas itseensä tyytyväisiä oli koko väestöä enemmän Viro-, Muu Afrikka- ja Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmissä. Esimerkiksi Muu Afrikka -ryhmän

naisista peräti 94 prosenttia oli tyytyväisiä itseensä, mutta Lähi-itä ja Pohjois-Afriikka -ryhmän naisista vastaava osuus oli vain 69 prosenttia.

Taulukko 5.4.1 Elämänlaadun eri ulottuvuuksia hyväksi kokeneet maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Elämänlaatu hyvä	Terveiteensä tyytyväiset	Kykyinsä selviytyä päivittäisistä toimista tyytyväiset	Itseensä tyytyväiset
	% (LV)	% (LV)	% (LV)	% (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	78,4 (75,2–81,2)	67,3 (63,6–70,7)	84,2 (81,2–86,8)	75,5 (72,0–78,7)
Viro	73,8 (68,9–78,2)	73,8 (68,5–78,5)	87,1 (83,0–90,3)	81,8 (77,3–85,7)
Lähi-itä ja Pohjois-Afriikka	60,4 (55,3–65,2)	63,3 (58,4–68,0)	68,6 (63,7–73,0)	66,3 (61,5–70,8)
Muu Afrikka	79,0 (70,3–85,7)	83,9 (75,2–89,9)	81,6 (72,9–87,9)	87,7 (81,4–92,1)
Aasia	64,0 (59,3–68,5)	72,6 (68,4–76,5)	77,8 (73,6–81,5)	77,5 (73,5–81,1)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	79,3 (74,2–83,5)	70,5 (65,7–75,0)	79,0 (74,3–83,0)	73,7 (68,8–78,1)
Muut maat ¹	85,6 (79,3–90,2)	72,4 (64,4–79,1)	77,7 (69,7–84,1)	87,9 (82,6–91,7)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	73,3 (71,4–75,1)	70,9 (69,0–72,7)	79,7 (77,9–81,3)	77,1 (75,4–78,8)
Koko väestö	78,5 (77,1–79,8)	74,0 (72,6–75,4)	85,3 (84,1–86,5)	76,6 (75,2–78,0)
Miehet				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	78,5 (73,0–83,2)	72,5 (66,7–77,6)	85,5 (81,0–89,1)	73,9 (68,1–79,0)
Viro	68,7 (61,5–75,0)	73,0 (65,6–79,3)	87,5 (81,6–91,7)	80,6 (73,7–86,0)
Lähi-itä ja Pohjois-Afriikka	58,7 (52,9–64,3)	63,7 (57,9–69,2)	67,9 (62,2–73,2)	64,1 (58,3–69,6)
Muu Afrikka	72,7 (59,5–82,9)	77,7 (64,5–87,0)	76,4 (63,4–85,8)	83,2 (73,5–89,9)
Aasia	63,5 (55,3–71,0)	76,9 (70,0–82,6)	79,2 (72,3–84,8)	79,7 (73,0–85,1)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	79,7 (72,8–85,2)	72,3 (66,0–77,9)	81,2 (75,1–86,1)	73,3 (66,6–79,1)
Muut maat ¹	82,8 (73,1–89,6)	73,4 (62,6–81,9)	80,6 (69,9–88,2)	86,6 (78,3–92,1)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	71,4 (68,6–74,0)	71,9 (69,2–74,5)	79,4 (76,9–81,7)	75,5 (72,9–77,9)
Koko väestö	75,5 (73,4–77,6)	73,0 (70,8–75,1)	84,2 (82,2–86,0)	74,7 (72,4–76,9)
Naiset				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	79,0 (75,3–82,3)	63,4 (58,7–67,9)	83,3 (79,2–86,8)	77,1 (72,8–81,0)
Viro	78,6 (71,7–84,2)	74,5 (66,7–81,1)	86,9 (80,8–91,2)	83,1 (76,7–88,1)
Lähi-itä ja Pohjois-Afriikka	60,2 (50,9–68,9)	62,0 (53,0–70,3)	68,7 (59,9–76,3)	68,6 (60,0–76,0)
Muu Afrikka	86,7 (76,6–92,8)	92,8 (86,0–96,4)	88,6 (78,6–94,3)	93,6 (85,2–97,4)
Aasia	65,6 (59,9–70,9)	70,0 (64,7–74,8)	77,2 (71,9–81,7)	76,6 (71,5–81,1)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	77,0 (68,9–83,4)	67,3 (59,5–74,3)	74,9 (67,1–81,3)	73,3 (65,7–79,8)
Muut maat ¹	88,7 (80,5–93,7)	70,8 (58,3–80,8)	73,3 (60,4–83,2)	89,3 (82,2–93,8)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	75,2 (72,6–77,6)	69,8 (67,1–72,4)	79,9 (77,5–82,1)	78,8 (76,4–81,0)
Koko väestö	81,6 (79,9–83,1)	75,1 (73,2–76,8)	86,5 (84,9–87,9)	78,6 (76,8–80,2)

LV = 95 %:n luottamusväli

Tummennetut luvut poikkeavat tilastollisesti merkitsevästi koko väestön tasosta ($p < 0,05$).

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Ihmissuhteisiinsa tyytyväisiä oli Virosta muuttaneissa enemmän kuin koko väestössä, mutta Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta sekä Aasiasta muuttaneissa heitä oli puolestaan vähemmän kuin koko väestössä (taulukko 5.4.2). Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneissa oli myös vähemmän asuinalueensa olosuhteisiin tyytyväisiä kuin koko väestössä. Riittävästi tarmoa arkipäivän elämään kokevien osuus oli Virosta, Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta sekä Aasiasta muuttaneiden ryhmissä pienempi kuin koko väestössä. Kokemus rahojen riittävydestä tarpeisiin oli koko väestöön verrattuna harvinaisempaa kaikissa muissa ulkomaalaistaustaisten ryhmissä paitsi EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmässä. Esimerkiksi Muu Afrikka -ryhmän miehistä ja Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmien naisista vain alle neljännes koki rahan riittävän tarpeisiinsa.

Taulukko 5.4.2 Elämänlaadun eri ulottuvuuksia hyväksi kokeneet maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

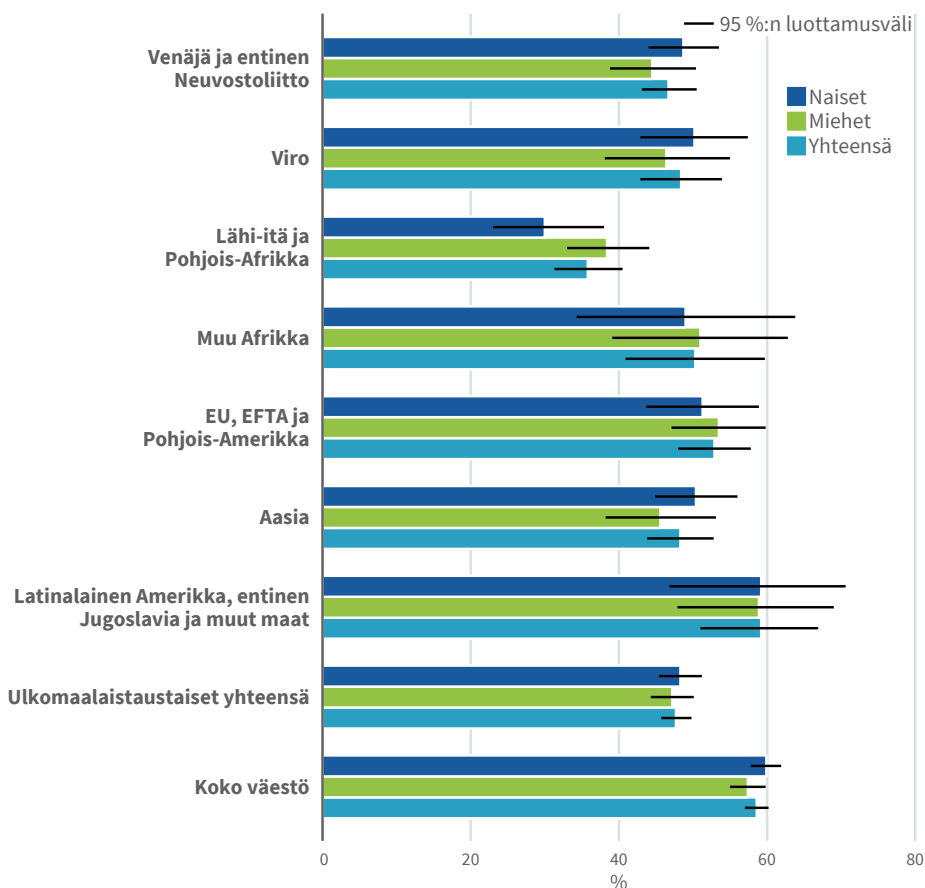
	Ihmissuhteisiinsa tyytyväiset	Asuinalueeseensa tyytyväiset	Riittävästi tarmoa arkipäivän elämään	Riittävästi rahaa tarpeisiin nähden
	% (LV)	% (LV)	% (LV)	% (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	78,7 (75,3–81,8)	81,5 (78,3–84,4)	72,8 (69,4–76,0)	41,3 (37,7–45,0)
Viro	84,1 (80,1–87,4)	79,5 (73,8–84,2)	66,7 (61,3–71,7)	38,0 (33,1–43,2)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	67,8 (63,1–72,2)	68,0 (63,2–72,4)	54,7 (49,6–59,6)	31,6 (27,5–36,0)
Muu Afrikka	80,3 (70,7–87,3)	79,8 (70,6–86,7)	71,5 (62,0–79,4)	27,0 (20,1–35,2)
Aasia	73,8 (69,6–77,5)	83,2 (79,8–86,0)	64,6 (60,2–68,7)	42,3 (37,9–46,9)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	74,3 (69,6–78,5)	84,6 (80,6–87,9)	72,6 (67,9–76,8)	55,8 (50,8–60,7)
Muut maat ¹	80,2 (73,4–85,6)	81,6 (74,9–86,9)	69,0 (61,0–75,9)	42,0 (33,9–50,5)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	76,6 (74,8–78,3)	79,6 (77,8–81,2)	67,2 (65,2–69,1)	40,4 (38,5–42,4)
Koko väestö	78,7 (77,3–80,0)	81,9 (80,5–83,1)	73,5 (72,0–75,0)	60,9 (59,3–62,5)
Miehet				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	76,9 (71,5–81,6)	79,0 (73,3–83,7)	75,6 (70,0–80,4)	40,6 (35,0–46,5)
Viro	81,7 (75,4–86,7)	80,1 (71,0–86,9)	66,9 (58,9–74,0)	36,0 (28,7–44,0)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	64,8 (59,0–70,2)	67,5 (61,9–72,7)	60,7 (54,9–66,2)	36,3 (31,1–41,9)
Muu Afrikka	83,1 (73,7–89,7)	83,3 (73,1–90,2)	80,4 (71,3–87,1)	24,7 (16,4–35,5)
Aasia	74,6 (67,7–80,5)	82,7 (76,6–87,5)	66,5 (58,9–73,4)	39,9 (32,9–47,3)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	70,9 (64,7–76,4)	85,1 (79,9–89,1)	72,8 (66,6–78,3)	57,8 (51,3–64,0)
Muut maat ¹	79,6 (70,0–86,7)	79,7 (69,7–87,0)	75,4 (65,9–82,9)	38,6 (28,4–49,9)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	74,7 (72,2–77,0)	78,9 (76,4–81,2)	70,2 (67,6–72,8)	40,3 (37,6–43,1)
Koko väestö	74,6 (72,4–76,8)	79,3 (77,2–81,3)	73,8 (71,5–75,9)	62,4 (60,0–64,7)
Naiset				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	80,9 (76,6–84,7)	84,0 (80,3–87,1)	70,5 (66,1–74,5)	41,5 (37,0–46,2)
Viro	86,6 (81,3–90,6)	79,5 (71,9–85,4)	66,3 (58,8–73,1)	39,3 (32,8–46,2)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	69,8 (61,0–77,3)	66,4 (57,6–74,2)	44,5 (35,9–53,4)	23,3 (17,4–30,4)
Muu Afrikka	75,0 (56,7–87,3)	73,4 (56,3–85,5)	59,1 (42,8–73,6)	30,9 (20,0–44,4)
Aasia	74,6 (69,6–79,0)	84,1 (80,3–87,3)	62,8 (57,5–67,8)	43,4 (38,0–49,1)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	77,7 (69,8–84,0)	82,9 (75,8–88,3)	72,8 (65,7–79,0)	53,4 (45,8–61,0)
Muut maat ¹	79,9 (69,3–87,5)	83,6 (74,2–90,1)	60,5 (47,5–72,2)	47,2 (34,8–59,8)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	78,5 (75,9–80,9)	80,2 (77,7–82,5)	64,0 (61,1–66,8)	40,5 (37,8–43,3)
Koko väestö	82,8 (81,2–84,3)	84,5 (83,0–85,9)	73,3 (71,4–75,0)	59,4 (57,4–61,5)

LV = 95 %:n luottamusväli

Tummennetut luvut poikkeavat tilastollisesti merkitsevästi koko väestön tasosta (p < 0,05).

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Edellä käsitellyistä kahdeksasta elämänlaadun osoittimesta muodostetun yhdistelmämuuttujan mukaan hyvä elämänlaatu oli harvinaisempaa ulkomaalaistaustaisilla (48 %) kuin koko väestössä (59 %, kuvio 5.4.1). Koko väestöön verrattuna elämänlaatu oli heikompi kaikissa muissa maaryhmissä ja kummallakin sukupuolella lukuun ottamatta Muu Afrikka- ja Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmiä sekä EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmän miehiä.



Kuvio 5.4.1 Kokonaisvaltaisen elämänlaatunsa hyväksi kokevat maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

Pohdinta

Tämän luvun tulokset osoittavat, että ulkomaalaistaustaisessa väestössä on koko väestöön nähden hieman vähemmän elämänlaatunsa hyväksi kokevia. Tulokset kuitenkin riippuvat sekä maaryhmästä että elämänlaadun ulottuvuudesta. Esimerkiksi Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneiden naisten ja miesten elämänlaatu oli heikompi kuin koko väestössä kaikkien kahdeksan elämänlaadun ulottuvuuden mukaan. Muualta Afrikasta muuttaneissa oli taas enemmän terveyteensä ja itseensä tyytyväisiä kuin koko väestössä, mutta samalla vähemmän rahan riittävyttä kokevia. EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmä poikkesi vähiten koko väestöstä: ainoastaan tyytyväisyys kykyyn selviytyä päivittäisistä toimista oli vähäisempää kuin koko väestössä.

Sukupuolten välisiä eroja oli ulkomaalaistaustaisissa vain vähän: ulkomaalaistaustaisissa naisissa oli riittävästi tarmoa kokevia vähemmän ulkomaalaistaustaisiin miehiin nähden (64 % ja 70 %), ja Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneilla nai-

silla oli harvemmin riittävästi rahaa (23 % ja 36 %) kuin saman maaryhmän miehillä.

Nämä tulokset ovat jokseenkin yhdenmukaisia aikaisemmin Suomen ulkomaalaistaustaisesta väestöstä tehtyjen havaintojen kanssa, vaikka eri tutkimusten väliset menetelmälliset erot vaikeuttavat tutkimustulosten suoraa vertailua. Vuosien 2010–2012 aikana toteutetussa Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (Maamu, Castaneda ym. 2012b) havaittiin jossain määrin korkeampia hyvän elämänlaadun esiintyvyyksiä (Rask ym. 2012a) kuin tässä FinMonik-tutkimuksessa. Maamu-tutkimuksen otokseen kuuluivat kuitenkin vain Venäjällä ja entisessä Neuvostoliitossa syntyneet, Somaliassa syntyneet ja Irakissa tai Iranissa syntyneet kurdit, ja tiedot kerättiin haastatellen, joten niiden suora vertailu tämän tutkimuksen tuloksiin ei ole mahdollista.

Vuosien 2014–2015 aikana toteutetussa Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksessa (UTH, Nieminen ym. 2015b) käytettiin sen sijaan samaa maajakoa kuin FinMonik-tutkimuksessa, mutta tiedonkeruutapana oli haastattelu ja otokseen kuului myös Suomessa syntyneitä ulkomaista syntyperää olevia (Castaneda ym. 2015a, 2015b), ja nämä molemmat seikat voivat osaltaan vaikuttaa tuloksiin. Hyväksi elämänlaatunsa kokevia oli UTH-tutkimuksessa 74 prosenttia, eli hyvin vastaava osuus kuin tässä tutkimuksessa (73 %). Tietyissä elämänlaadun ulottuvuuksissa UTH-tutkimuksen ja tämän tutkimuksen välillä oli kuitenkin suurempia eroja: esimerkiksi UTH-tutkimuksessa rahan riittävyyttä raportoi 59 prosenttia (tässä tutkimuksessa 40 %), riittävästi tarmoa kokevia oli 78 prosenttia (tässä tutkimuksessa 67 %) ja ihmissuhteisiinsa tyytyväisiä oli 86 prosenttia (tässä tutkimuksessa 77 %).

Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan alueilta muuttaneen väestön tilanne näyttää sekä tämän että aikaisempien tutkimusten (Castaneda ym. 2015a, 2015b, Rask ym. 2012a) tulosten valossa erityisen huolestuttavalta. Heistä huomattavasti harvempi koki elämänlaatunsa hyväksi kuin koko väestöstä tai monista muista ulkomaalaistaustaisista ryhmistä, ja vastaava ero ilmeni elämänlaadun eri ulottuvuuksilla. Toisaalta tutkimustulokset ovat osaltaan myös myönteisiä: monissa ryhmissä esiintyi runsaasti tyytyväisyyttä esimerkiksi itseän, ihmissuhteisiin tai terveyteen.

Nyt raportoidut tulokset ovat siis monilta osin samansuuntaisia, mutta joilta osin kärjistyneempiä kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. Kielteinen muutos voi kuitenkin selittyä paitsi koetun elämänlaadun heikentymisellä Suomen ulkomaalaistaustaisessa väestössä, myös edellä mainituilla menetelmällisillä eroilla tutkimusten välillä, minkä vuoksi ajassa tapahtuneiden muutosten arviointi on vaikeaa. Terveys- ja hyvinvointiseurannassa olisi vastaisuudessa tärkeää säilyttää keskeisimpiä menetelmällisiä seikkoja pysyvinä, jotta ajassa tapahtuvia muutoksia voitaisiin luotettavasti seurata.

Samoin kuin UTH-tutkimuksessa (Castaneda ym. 2015a), myös tämän tutkimuksen tuloksissa joillain elämänlaadun ulottuvuuksilla Muu Afrikka -ryhmässä tilanne oli parempi kuin koko väestössä, mutta toisaalta rahan riittämättömyyttä esiintyi Muu Afrikka -ryhmässä useammin kuin koko väestössä. Tämä havainnollistaa elämänlaadun moniulotteisuutta. Väestöryhmien välisten erojen suuruus ja suuntakin riippuvat siitä, mitä elämänlaadun osa-aluetta tarkastellaan.

Muun muassa koetun syrjinnän on aikaisemmin havaittu olevan yhteydessä koettuun elämänlaatuun Suomen venäläistaustaisten ja kurditaustaisten keskuudessa (Castaneda ym. 2015b). Onkin tärkeää, että koettua elämänlaatua heikentäviä tekijöitä tutkitaan ja niihin aktiivisesti vaikutetaan, jotta nämä merkittävät syntyperään liittyvät erot saadaan kaventumaan.

6 Turvallisuus

6.1 Turvattomuuden kokemus

Anna Seppänen, Rekar Abdulhamed, Shadia Rask & Anu Castaneda

- Joka viides ulkomaalaistaustainen koki, että yleisötapaukset eivät ole turvallisia.
- Turvattomuuden kokemukset olivat naisilla yleisempiä kuin miehillä.
- Turvallisuuden kokeminen päivittäisessä elämässä on merkittävä tekijä terveyden ja hyvinvoinnin kannalta.

Jokaisen oikeus henkilökohtaiseen vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen määritellään perusoikeuksissa (Suomen perustuslaki 731/1999 § 7). Väestön kokemuksta turvallisuudesta on tärkeää tutkia ja seurata ja sitä uhkaavat riskitekijät on tarpeen tunnistaa, sillä turvallisuuden kokeminen päivittäisessä elämässä on merkittävä tekijä terveyden ja hyvinvoinnin kannalta. Turvattomuuden kokemukset voivat muun muassa heikentää koettua terveyttä, luottamusta ja kuulumisen kokemusta, sekä kaventaa yksilön liikkumatilaa ja siten heikentää sosiaalista vuorovaikutusta ja fyysistä aktiivisuutta (Lorenc ym. 2012, De Jesus ym. 2010). Tässä luvussa turvallisuutta tarkastellaan eri paikkojen, kuten julkisten liikennevälineiden, yleisten puistojen, ostoskeskusten, kodin lähikatualueiden sekä yleisötapauksien, kokemista turvattomina.

Menetelmät

Turvattomuuden kokemusta mitattiin kysymyksellä: “Koetko seuraavat paikat turvalliseksi?”, joka jakautui viiteen alakysymykseen: julkiset liikennevälineet; yleiset puistot; ostoskeskukset; kotisi lähikatualue; sekä yleisötapaukset. Vastausvaihtoehtoina oli “en” ja “kyllä”.

Tulokset

Joka kymmenes koki turvattomuutta julkisissa liikennevälineissä, Viro-ryhmään kuuluvat Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka-, Aasia- sekä EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka-ryhmiä useammin (17 % vrt. 6-9 %, taulukko 6.1.1).

Ulkomaalaistaustaisista 14 prosenttia koki yleiset puistot turvattomiksi. Virosta muuttaneet arvioivat yleiset puistot melkein kolme kertaa useammin turvattomaksi verrattuna EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka-ryhmään (21 % vrt. 8 %). Naiset kokivat miehiä useammin yleiset puistot turvattomiksi (16 % vrt. 12 %).

Ulkomaalaistaustaisista yhdeksän prosenttia koki ostoskeskukset turvattomiksi. Venäjä ja entinen Neuvostoliitto- sekä Viro-ryhmissä ostoskeskukset koettiin use-

ammin turvattomiksi kuin Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka-, Aasia-, EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka- sekä Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmissä (13 % ja 15 % vrt. 5–7 %). Tarkasteltaessa sukupuolia erikseen, Venäjä ja entinen Neuvostoliitto- sekä Viro-ryhmien miehet kokivat ostoskeskukset yleisemmin turvattomiksi kuin miehet Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka-, Muu Afrikka-, EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka- sekä Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmissä (12 % ja 15 % vrt. 2–7 %). Naiset Venäjä ja entinen Neuvostoliitto- sekä Viro-ryhmissä kokivat ostoskeskukset yleisemmin turvattomiksi kuin naiset Aasia- ja EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmissä (14 % ja 15 % vrt. 5 % ja 7 %).

Joka viides ulkomaalaistaustainen arvioi, että yleisötapahtumat eivät ole turvallisia. Naiset arvioivat miehiä useammin yleisötapahtumat turvattomiksi (24 % vrt. 17 %). Naisista Viro-ryhmään kuuluvat kokivat useammin turvattomuutta yleisötapahtumia kohtaan kuin naiset Venäjä ja entinen Neuvostoliitto-, Aasia-, sekä EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmissä (36 % vrt. 16–25 %). Miehet EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmässä kokivat turvattomuutta vähemmän kuin miehet Viro- ja Aasia-ryhmissä (12 % vrt. 23 % ja 24 %).

Taulukko 6.11 Kokemus turvattomuudesta eri paikoissa maaryhmittäin ja sukupuolittain, 18–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Kokee julkiset liikennevälineet turvattomiksi	Kokee yleiset puistot turvattomiksi	Kokee ostoskeskukset turvattomiksi	Kokee yleisötapahtumat turvattomiksi
	% (LV)	% (LV)	% (LV)	% (LV)
Miehet				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	11,6 (9,3–14,4)	14,5 (12,0–17,5)	12,9 (10,5–15,9)	21,7 (18,6–25,2)
Viro	17,0 (13,3–21,4)	20,5 (16,5–25,1)	14,9 (10,9–20,0)	30,2 (25,7–35,1)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	6,3 (4,4–8,8)	12,3 (9,4–15,9)	4,8 (2,9–7,7)	18,1 (14,4–22,6)
Muu Afrikka	11,5 (6,6–19,3)	13,1 (7,7–21,4)	6,6 (2,9–14,3)	18,5 (12,5–26,5)
Aasia	9,1 (7,0–11,8)	13,4 (10,4–17,2)	6,7 (4,9–9,2)	17,9 (14,5–21,9)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	7,1 (4,4–11,1)	8,0 (5,5–11,5)	4,5 (3,0–6,8)	13,7 (10,7–17,5)
Muut maat ¹	8,1 (4,3–14,6)	10,4 (5,9–17,9)	4,6 (2,3–9,2)	18,7 (12,9–26,4)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	10,3 (9,1–11,6)	13,6 (12,3–15,1)	8,5 (7,4–9,8)	20,2 (18,7–21,9)
Naiset				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	10,7 (7,4–15,3)	11,6 (8,1–16,4)	12,3 (8,6–17,3)	18,4 (13,9–23,9)
Viro	18,0 (12,9–24,6)	17,2 (12,2–23,8)	15,1 (9,3–23,6)	23,8 (18,1–30,8)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	6,7 (4,4–10,2)	10,5 (7,5–14,5)	4,3 (2,8–6,8)	14,2 (10,6–18,7)
Muu Afrikka	8,9 (4,3–17,5)	12,4 (6,5–22,3)	2,7 (0,9–7,7)	13,7 (8,0–22,6)
Aasia	9,8 (6,3–15,0)	14,6 (9,4–21,8)	7,1 (4,1–11,8)	22,6 (16,8–29,7)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	6,0 (2,9–12,0)	6,7 (4,0–10,9)	4,0 (2,2–7,2)	11,9 (8,6–16,4)
Muut maat ¹	5,8 (1,8–16,8)	9,3 (3,7–21,2)	2,3 (0,7–7,2)	16,3 (9,1–27,5)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	9,4 (7,8–11,3)	11,6 (9,8–13,7)	7,2 (5,8–9,0)	17,1 (15,1–19,4)
Muut				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	12,5 (9,6–16,1)	17,4 (14,0–21,3)	13,8 (10,9–17,4)	25,2 (21,1–29,8)
Viro	16,3 (11,6–22,4)	23,7 (18,1–30,5)	15,0 (10,3–21,5)	36,4 (29,9–43,4)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	5,2 (2,9–9,1)	14,4 (9,2–21,7)	5,2 (1,8–13,7)	23,5 (16,3–32,6)
Muu Afrikka	15,0 (6,7–30,3)	13,6 (5,5–29,7)	11,8 (4,3–28,5)	24,3 (13,8–39,3)
Aasia	8,8 (6,5–12,0)	13,3 (10,0–17,5)	6,8 (4,7–9,8)	15,8 (11,9–20,8)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	8,5 (4,7–14,9)	9,6 (5,5–16,2)	5,1 (2,9–8,8)	15,5 (10,4–22,5)
Muut maat ¹	11,3 (5,7–21,2)	11,6 (5,8–21,9)	7,7 (3,2–17,5)	21,3 (13,3–32,2)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	11,2 (9,5–13,2)	15,8 (13,8–18,1)	10,0 (8,3–11,9)	23,6 (21,2–26,2)

LV = 95 %:n luottamusväli

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Kaikissa maaryhmissä koettiin kutakuinkin yhtä usein kodin lähikadut turvatomiksi (4–11 %, taulukko 6.1.2). Naiset kokivat kotinsa lähikadut yleisemmin turvatomiksi kuin miehet (10 % vrt. 6 %).

Taulukko 6.1.2 Kokemus turvattomuudesta kodin lähikaduilla maaryhmittäin ja sukupuolittain, 18–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Kaikki % (LV)	Miehet % (LV)	Naiset % (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	9,4 (7,2–12,0)	8,1 (4,9–13,1)	10,9 (8,3–14,1)
Viro	11,1 (7,9–15,3)	6,7 (3,8–11,5)	15,3 (10,1–22,5)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	7,9 (5,7–10,8)	6,8 (4,6–9,8)	8,8 (5,0–14,8)
Muu Afrikka	4,8 (2,5–9,0)	4,7 (1,9–10,9)	4,8 (1,9–11,4)
Aasia	9,2 (6,8–12,2)	9,0 (5,2–15,2)	10,0 (7,4–13,4)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	4,2 (2,4–7,3)	2,9 (1,4–5,6)	5,8 (2,5–12,8)
Muut maat ¹	3,7 (1,7–7,7)	2,0 (0,8–5,0)	5,9 (2,1–15,5)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	7,8 (6,8–9,0)	6,0 (4,8–7,5)	9,8 (8,2–11,7)

LV = 95 %:n luottamusväli

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Pohdinta

Turvattomuuden arvioita liitettiin muita paikkoja enemmän yleisötapahtumiin. Yllättävä tulos oli turvattomuuden kokemuksen verrattainen yleisyys Viro-ryhmässä, jossa turvattomuutta koettiin useammin kuin monissa muissa maaryhmissä. Vastaavaa havaintoa ei ole tehty suomalaisissa väestötutkimuksissa aiemmin, ja sen ymmärtämiseksi tarvitaan lisätutkimusta.

Erityisen huolestuttava tulos on koettu turvattomuus kodin lähikaduilla: ulkomaalaistaustaisista kahdeksan prosenttia koki oman kotinsa lähikaduilla turvattomuutta. Tuloksia voidaan varovasti vertailla Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimukseen (ATH, Murto ym. 2017), jonka mukaan hieman yli prosentti koko väestöstä kokee asuinalueensa turvattomaksi. Ulkomaalaistaustaisten ja koko väestön välisiä eroja voi osaltaan selittää se, että ulkomaalaistaustaiset asuvat useammin kerrostaloympäristössä (Tilastokeskus 2013), joissa koetaan rauhattomuutta huomattavasti useammin kuin omakotitaloympäristössä (Mäkeläinen ym. 2019). Toisaalta väkivallan uhriksi joutumisen riski voi selittää ulkomaalaistaustaisten yleisemmin kokemaan turvattomuutta: Rikoksantorjuntaneuvoston (2019) mukaan etniseen vähemmistöryhmään kuuluminen voi jopa kaksinkertaistaa riskin joutua väkivallan uhriksi. Turvattomuuden kokemista voi selittää myös syrjintä, jonka on todettu olevan yhteydessä turvattomuuden kokemuksiin venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisissa väestöryhmissä (Castaneda ym. 2015b).

Turvattomuuden kokemukset olivat naisilla yleisempiä kuin miehillä, lukuun ottamatta kokemusta julkisista liikennevälineistä sekä ostoskeskuksista. Tulokset sukupuolten eroista ovat linjassa aikaisemman tutkimuksen kanssa. ATH-tutkimuksessa (Murto ym. 2017) koko väestön naiset kokivat asuinalueensa turvattomaksi melkein kaksi kertaa useammin kuin miehet (2 % vrt. 1,2 %). Toisaalta miehet ovat useammin väkivallan kohteena julkisilla paikoilla (Rikoksantorjuntaneuvosto 2019).

On mahdollista, että turvattomuuden kokemukseen vaikuttaa erilaiset sukupuoliin kohdistuvat odotukset: miehet voivat kokea turvattomuuden ilmaisemisen sosiaalisesti vähemmän suotavaksi kuin naiset (Sutton & Farrall 2005).

Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksen (Nieminen ym. 2015b) mukaan turvattomuuden kokemuksia kasautuu erityisesti nuorille ulkomaalaistaustaisille aikuisille, Suomessa syntyneille tai alle kouluikäisenä Suomeen muuttaneille sekä pakolaistaustaisille.

Turvallisuuden kokemus on keskeinen osa suomalaista hyvinvointiyhteiskuntaa. Turvallisuuden tunteen ylläpitäminen on mainittu hallitusohjelmassa yhdeksi hallituskauden keskeiseksi tavoitteeksi (Valtioneuvosto 2019). Tämä luku osoittaa, että turvattomuuden kokemukset ovat jossain määrin yleisiä Suomen ulkomaalaistaustaisessa väestössä, ja että turvallisuuden kokemuksissa on eroja väestöryhmien välillä. Nämä havainnot on syytä huomioida, kun pyritään vahvistamaan turvallisuuden kokemusta Suomen väestössä, edistämään hyviä väestösuhteita sekä luottamusta yhteiskuntaan ja turvallisuusviranomaisiin.

6.2 Syrjintä- ja väkivaltakokemukset

Shadia Rask, Anu Castaneda & Anna Seppänen

- Liki 40 prosenttia ulkomaalaistaustaisesta väestöstä koki syrjintää viimeksi kuluneen vuoden aikana.
- Joka viides Muu Afrikka -ryhmään kuuluva mies raportoi jonkun, yleisimmin tuntemattoman henkilön, uhanneen väkivallalla tai käyttäytyneen uhkaavasti.
- Tutkimustulokset alleviivaavat hallitusohjelmaan kirjatun rasismien- ja syrjinnänvastaisen toimintaohjelman tarpeellisuutta.

Syrjinnän käsite kattaa sekä syrjintätapaukset että syrjintäkokemukset. Syrjintä määritellään laissa; yhdenvertaisuuslain mukaan myös häirintä on syrjintää (Yhdenvertaisuuslaki 1325/2014). Syrjintäkokemukset ovat yksilöllisiä arvioita ja tunteita siitä, että on tullut kohdelluksi epäoikeudenmukaisesti. Subjektiiiset syrjintäkokemukset voivat olla hyvin voimakkaita ja yksilölle haitallisia silloinkin, kun ne eivät täytä lain määritelmää syrjinnästä. Syrjintää ilmenee eri elämänalueilla ja eri syistä. Etniseen alkuperään perustuva syrjintä on arvioitu yleisimmäksi syrjintäperusteeksi sekä Suomessa että laajemmin Euroopan Unionin alueella (Euroopan komissio 2015). Syrjintäkokemusten yleisyydessä on eroja sukupuolten ja väestöryhmien välillä. Syrjintä ja häirintä aiheuttavat turvattomuuden tunnetta, horjuttavat mielen-terveyttä ja murentavat luottamusta viranomaisiin kohtaan (Oikeusministeriö 2018). Näillä on kauaskantoisia seurauksia koko yhteiskunnan kannalta.

Menetelmät

FinMonik-tutkimus sisälsi seuraavia kysymyksiä koetusta syrjinnästä ja häirinnästä: onko joku viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana; nimittelyt, loukannut sinua sanallisesti tai muuten kohdistanut sinuun negatiivisia kommentteja; suunnannut sinuun kielteisiä eleitä; uhannut sinua väkivallalla tai käyttäytynyt uhkaavasti sinua kohtaan; tehnyt ilkivaltaa tai vahingoittanut omaisuuttasi; jättänyt sinut huomiotta tai jättänyt sinut ryhmän ulkopuolelle. Lisäksi samaan kysymyspatteristoon kuuluivat kolme kysymystä koetusta väkivallasta ja muusta uhasta: lyönyt sinua nyrkillä tai kovalla esineellä, potkinut, kuristanut tai käyttänyt jotain asetta; pakottanut tai yrittänyt pakottaa sinut sukupuoliyhteyteen tai muuhun seksuaaliseen kanssakäymiseen; minuun on kohdistunut muuta uhkaa. Vastausvaihtoehtoja oli kolme: ei; kyllä, vähintään kerran viikossa; sekä kyllä, harvemmin kuin kerran viikossa. Lisäksi kysyttiin, onko tekijä tuntematon; naapuri tai työtoveri; oma perheenjäsen; tai muu tuttu henkilö.

Tässä luvussa raportoidaan syrjinnän yleisyys, sisältäen kokemukset nimittelystä, kielteisistä eleistä sekä huomiotta tai ryhmän ulkopuolelle jättämisestä. Yksittäisistä kysymyksistä raportoidaan väkivallalla uhatuksi tuleminen sekä ilkivallan kokeminen. Lisäksi raportoidaan väkivaltakokemusten yleisyys, sisältäen kokemukset lyömisestä, potkimisesta ja kuristamisesta sekä sukupuoliyhteyteen pakottamisesta. Esiintyvyyksiluvut esitetään kaksiluokkaisena (ei vrt. kyllä vähintään kerran viikossa tai harvemmin kuin kerran viikossa). Lisäksi tarkastellaan vähintään kerran viikossa syrjintää, häirintää tai väkivaltaa kokeneiden osuuksia kyseistä syrjinnän, häirinnän tai väkivallan muotoa raportoineista.

Tulokset

Liki 40 prosenttia kaikista ulkomaalaistaustaisista vastaajista oli kokenut syrjintää viimeksi kuluneen vuoden aikana (taulukko 6.2.1). Maaryhmien välillä oli selviä eroja. Muu Afrikka -ryhmässä jopa yli puolet vastaajista raportoi kokeneensa nimittelystä, kielteisistä eleistä ja/tai ryhmän ulkopuolelle jättämistä. Syrjintä oli tässä ryhmässä yleisempää kuin Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta, Virosta, Aasiasta, EU- ja EFTA-maista sekä Pohjois-Amerikasta muuttaneilla, Latalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmässä tai ulkomaalaistaustaisilla yhteensä (55 % vrt. 32–38 %). Sukupuolten välillä havaittiin ero ainoastaan Aasia-ryhmässä: aasialaistaustaiset miehet raportoivat syrjintää selvästi naisia yleisemmin (44 % vrt. 31 %). Syrjintää raportoineista joka neljäs koki sitä vähintään kerran viikossa (kuvio 6.2.1). Muu Afrikka -ryhmän naisilla säännölliset syrjintäkokemukset näyttäisivät olevan erityisen yleisiä: syrjintää raportoineista peräti 47 prosenttia oli kokenut nimittelystä, kielteisistä eleistä ja/tai ryhmän ulkopuolelle jättämistä vähintään kerran viikossa. Tuloksinna on kuitenkin huomioitava Muu Afrikka -ryhmän naisten vähäinen vastaajamäärä.

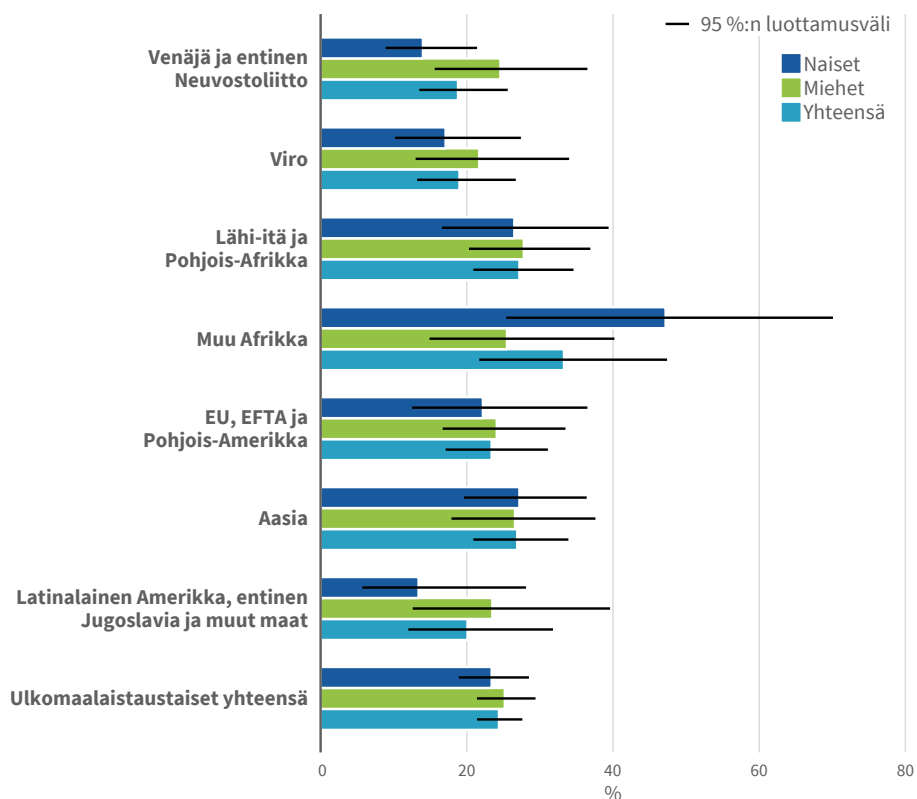
Taulukko 6.2.1 Syrjintää, häirintää ja väkivaltaa edellisen 12 kuukauden aikana kokeneet maaryhmittäin ja sukupuolittain, 18–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Kokenut syrjintää ²	Uhattu väkivallalla	Kokenut ilkivaltaa	Kokenut väkivaltaa ³
	% (LV)	% (LV)	% (LV)	% (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	32,4 (29,0–36,1)	5,5 (3,9–7,8)	9,5 (7,4–12,1)	2,5 (1,6–3,9)
Viro	38,4 (33,0–44,0)	5,5 (3,7–8,0)	10,4 (7,2–14,7)	2,9 (1,4–5,7)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	43,2 (38,5–48,0)	9,6 (7,1–12,8)	7,7 (5,6–10,6)	4,5 (2,8–7,2)
Muu Afrikka	54,6 (45,6–63,2)	17,9 (11,8–26,3)	11,7 (6,3–20,8)	4,3 (1,3–12,8)
Aasia	36,5 (32,4–40,8)	7,3 (5,1–10,5)	6,8 (5,0–9,3)	2,3 (1,3–4,3)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	34,9 (30,5–39,5)	7,5 (5,3–10,6)	5,9 (4,1–8,4)	1,7 (0,9–3,2)
Muut maat ¹	37,2 (29,9–45,3)	6,1 (3,6–10,3)	5,2 (3,0–9,0)	1,9 (0,9–4,1)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	38,6 (36,6–40,7)	8,1 (7,0–9,3)	8,3 (7,1–9,6)	2,9 (2,2–3,8)
Miehet				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	32,3 (26,9–38,3)	7,8 (4,7–12,4)	10,9 (7,8–15,0)	2,7 (1,4–5,2)
Viro	32,1 (25,2–40,0)	6,5 (3,7–11,1)	9,9 (5,9–16,2)	2,3 (0,8–5,9)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	45,2 (39,8–50,7)	10,7 (7,5–15,0)	9,5 (6,5–13,8)	4,8 (3,0–7,7)
Muu Afrikka	58,1 (46,7–68,7)	19,6 (12,1–30,1)	11,6 (5,2–24,1)	1,3 (0,4–3,9)
Aasia	43,8 (36,7–51,1)	11,0 (6,8–17,4)	9,7 (6,5–14,2)	3,0 (1,3–6,9)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	34,3 (28,9–40,3)	8,5 (5,8–12,3)	6,4 (4,1–9,9)	1,1 (0,5–2,8)
Muut maat ¹	43,2 (33,0–54,1)	8,0 (4,2–14,9)	5,9 (2,9–11,9)	2,0 (0,7–5,5)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	40,6 (37,8–43,4)	10,1 (8,4–12,0)	9,3 (7,7–11,2)	2,7 (2,0–3,7)
Naiset				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	32,3 (28,0–36,9)	3,4 (2,3–5,0)	8,0 (5,5–11,5)	2,4 (1,3–4,4)
Viro	43,0 (35,7–50,6)	4,3 (2,6–7,2)	10,4 (6,2–16,9)	3,4 (1,3–8,7)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	40,4 (32,0–49,3)	9,2 (5,4–15,2)	5,1 (2,9–8,7)	3,6 (1,2–10,6)
Muu Afrikka	49,7 (35,5–63,8)	16,9 (7,8–32,7)	12,5 (4,6–29,9)	8,4 (2,2–27,4)
Aasia	31,3 (26,6–36,4)	4,3 (2,6–7,0)	4,6 (2,7–7,7)	2,0 (0,9–4,5)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	36,1 (29,2–43,7)	6,6 (3,2–13,1)	5,4 (2,9–9,9)	2,3 (1,0–5,5)
Muut maat ¹	29,3 (20,0–40,8)	3,9 (1,5–9,8)	4,4 (1,8–10,4)	NA
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	36,6 (33,8–39,5)	5,9 (4,6–7,6)	7,2 (5,6–9,1)	3,1 (2,0–4,7)

LV = 95 %:n luottamusväli

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat.²Sisältää kokemukset nimittelystä, kielteisistä eleistä sekä huomiotta tai ryhmän ulkopuolelle jättämisestä.³Sisältää kokemukset lyömisestä, potkimisesta, kuristamisesta, aseenkäytöstä sekä sukupuoliyhteyden pakottamisesta tai sen yrittämisestä.

NA = Vähäisten vastaajamäärien vuoksi lukua ei esitetä.



Kuvio 6.2.1 Syrjintää¹ viikoittain edellisen 12 kuukauden aikana kokeneet syrjintää raportoineista maaryhmittäin ja sukupuolittain, 18–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

¹Syrjintä sisältää kokemukset nimittelystä, kielteisistä eleistä sekä huomiotta tai ryhmän ulkopuolelle jättämisestä.

Kaikista ulkomaalaistaustaisista vastaajista kahdeksan prosenttia raportoi jonkun uhanneen väkivallalla tai käyttäytyneen uhkaavasti viimeksi kuluneen vuoden aikana (taulukko 6.2.1). Noin puolessa tapauksista tekijä oli tuntematon. Erot maaryhmien välillä olivat vastaavia kuin koetun syrjinnän osalta: Muu Afrikka -ryhmässä uhatuksi tuleminen oli yleisempää kuin ulkomaalaistaustaisilla yhteensä. Joka viides Muu Afrikka -ryhmään kuuluva mies raportoi jonkun uhanneen väkivallalla tai käyttäytyneen uhkaavasti. Yleisimmin tekijä oli tuntematon. Kun tarkastellaan kaikkia vastaajia yhdessä, miehet raportoivat uhatuksi tuleminen kokemuksia naisia yleisemmin. Viikoittaista väkivallalla uhkaamista koki 14 prosenttia uhkailua raportoineista. Osuudet olivat yhtä suuria miehillä ja naisilla.

Ilkivaltakokemukset olivat yhtä yleisiä kuin kokemukset väkivallalla uhatuksi tulemisesta: kaikista ulkomaalaistaustaisista vastaajista kahdeksan prosenttia raportoi kokeneensa ilkivaltaa viimeksi kuluneen vuoden aikana. Maaryhmien tai sukupuolten välillä ei ollut eroja. Yleisimmin ilkivallan tekijä oli tuntematon. Viikoittaista ilkivaltaa koki 15 prosenttia ilkivaltakokemuksia raportoineista. Osuudet olivat yhtä suuria miehillä ja naisilla.

Kaikista ulkomaalaistaustaisista vastaajista kolme prosenttia raportoi väkivaltakokemuksia. Maaryhmien välillä ei havaittu eroja.

Pohdinta

Tämän luvun ja FinMonik-aineiston merkitys perustuu siihen, että vertailukelpoista ja säännöllisesti toistuvaa tutkimustietoa tarvitaan yhdenvertaisuuden edistämiseksi sekä syrjinnän, häirinnän ja väkivallan ehkäisemiseksi. Tämä luku vahvistaa tutkimusnäyttöä syrjintäkokemusten yleisyydestä ulkomaalaistaustaisessa väestössä: liki 40 prosenttia ulkomaalaistaustaisesta väestöstä oli kokenut syrjintää viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Heistä joka neljäs koki syrjintää viikoittain.

Syrjintä- ja väkivaltakokemusten yleisyydestä ulkomaalaistaustaisessa väestössä on myös aiempaa näyttöä väestötutkimuksista. Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksessa (UTH, Nieminen ym. 2015b) väkivaltaa kokeneiden osuus ulkomaalaistaustaisessa väestössä oli seitsemän prosenttia (Castaneda ym. 2015a). Tämä on selvästi suurempi osuus kuin tässä tutkimuksessa havaittiin. Luvut eivät kuitenkaan ole suoraan vertailukelpoisia, sillä UTH-tutkimuksen tulos sisälsi myös toisen kysymyksen koetusta väkivallasta, jota ei tässä tutkimuksessa kysytty (estänyt liikkumasta, tarttunut kiinni, tyrkkinyt tai läimäissyt). Myös aineistonkeruutavat poikkesivat toisistaan. Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (Maamu, Castaneda ym. 2012b) venäläis-, somalialais- ja kurditaustaiset raportoivat kokeneensa nimittelyä ja sanallisia loukkauksia suunnilleen yhtä usein (21–23 %, Mannila ym. 2012). Tässä tutkimuksessa Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta muuttaneet raportoivat kokeneensa nimittelyä selvästi tätä harvemmin (14 %). Maamu-tutkimuksessa somalialais- ja kurditaustaiset olivat kokeneet uhkaamista ja häirintää suunnilleen yhtä usein (11 % ja 10 %), venäläistaustaiset puolestaan harvemmin (6 %). Tässä tutkimuksessa vastaava osuus Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta muuttaneista raportoi kokeneensa väkivallalla uhkaamista, joskin uhkailun kokemisen kysymysmuotoilut ja aineistonkeruutavat poikkesivat jonkin verran toisistaan Maamu- ja FinMonik-tutkimuksissa.

E erityisen huolestuttavia tutkimustulokset ovat muualta Afrikasta muuttaneiden osalta, joilla syrjintä- ja häirintäkokemukset ovat selvästi yleisimpiä ja myös säännöllisesti toistuvia kokemuksia. Tämä vastaa aiempaa tutkimusnäyttöä esimerkiksi Being Black in the EU -raportista (European Union Agency for Fundamental Rights 2018). Useat tahot ovat vaatineet toimenpiteitä afrikkalaistaustaisen väestön kokeman rasismien ja syrjinnän kitkemiseksi. Viimeisimpänä tätä on suosittanut Euroopan rasismien ja suvaitsemattomuuden vastainen komissio (ECRI) syksyllä 2019 julkaistussa Suomea koskevassa raportissaan.

Syrjintäkokemusten tiedetään olevan yhteydessä terveyteen ja hyvinvointiin. Kaikissa Maamu-tutkimuksen väestöryhmissä syrjintäkokemukset olivat yhteydessä turvattomuuden kokemuksiin ja heikentyneeseen yhteiskunnalliseen luottamukseen (Castaneda ym. 2015b). Kurdi- ja venäläistaustaisissa ryhmissä syrjintäkokemukset olivat yhteydessä myös mielenterveysoireisiin ja heikompaan

koettuun elämänlaatuun, sekä yksinäisyyden tunteeseen kurditaustaisilla. Rask ym. (2018) osoittivat, että myös ne vastaajat, jotka raportoivat vain epäsuoraa syrjintää, kokivat muita todennäköisemmin terveytensä heikoksi ja kärsivät mielenterveysoireista. On kuitenkin syytä huomata, että näiden aineistojen poikkileikkausasetelmasta johtuen syy-seuraus-suhteita ei voida määrittää. Syrjintäkokemukset voivat lisätä psyykkistä kuormittuneisuutta, ja toisaalta psyykkinen kuormittuneisuus voi lisätä kokemusta syrjivästä kohtelusta.

Yhdenvertaisuuden toteutumista ja syrjityn oikeussuojaa edistetään ja turvataan yhdenvertaisuuslaissa (1325/2014). Lain toteutumista valvovat yhdenvertaisuusvaltuutettu ja syrjintälautakunta. Tiedetään kuitenkin, että nykyisellään syrjintää kokeneet eivät usein tee valitusta tai ilmoitusta esimerkiksi voimattomuuden tai tiedonpuutteen vuoksi (Lepola 2018). Yhdenvertaisuusvaltuutetun toimintakertomuksessa (2018) todetaan, että lainsäädännön tehokkaaseen täytäntöönpanoon tulee panostaa, esimerkiksi vihamotiivein tehdyt kunnianloukkaukset ja kiihottamiset kansanryhmää vastaan on tutkittava ja tekijät saatettava syytteeseen tehokkaasti. Rasismin ja syrjinnän vastaisen toimintaohjelman laatiminen on kirjattu myös hallitusohjelmaan (Valtioneuvosto 2019). Tämän luvun tulokset korostavat, että toimintaohjelmalle on kipeästi tarvetta.

7 Toiminta- ja työkyky

7.1 Fyysinen toimintakyky

Shadia Rask, Seppo Koskinen & Päivi Sainio

- Useampi kuin joka kolmas Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttanut nainen ja joka viides mies raportoi kävelyvaikeuksia.
- Juoksuvaikeudet olivat huomattavan yleisiä ulkomaalaistaustaisilla naisilla.
- Näkövaikeudet olivat kaikissa maaryhmissä huomattavasti yleisempiä kuin koko väestössä.
- Kuulovaikeudet olivat ulkomaalaistaustaisessa väestössä hieman yleisempiä kuin koko väestössä, mutta maaryhmien välillä oli eroja.

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen fyysisiä edellytyksiä selviytyä keskeisistä fyysisistä tehtävistä arkielämässään. Esimerkiksi portaiden nouseminen ja lyhyehköjen matkojen kävely kuvastavat arjen toiminnoissa tarvittavaa liikkumiskykyä. Liikkumisvaikeudet heikentävät elämänlaatua ja osallistumista sekä itsenäistä selviytymistä. Näkökyky ja kuulo voidaan myös lukea kuuluvaksi fyysiseen toimintakykyyn. Vaikeudet näissä aistitoiminnoissa hankaloittavat monia arjen toimintoja. Suomeen muuttaneen väestön fyysistä toimintakykyä on tutkittu aiemmin Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (Maamu, Castaneda ym. 2012b), Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksessa (UTH, Nieminen ym. 2015b) sekä Turvapaikanhakijoiden terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (TERTTU, Skogberg ym. 2019). UTH-tutkimuksen perusteella liikkumisvaikeudet ovat Suomessa keskimäärin yhtä yleisiä ulkomaalaistaustaisessa väestössä kuin koko väestössä, mutta maaryhmien ja sukupuolten välillä on eroja (Rask ym. 2015). Maaryhmien ja sukupuolten välillä on kuitenkin eroja.

Menetelmät

Liikkumiskykyä selvitettiin FinMonik-tutkimuksessa kysymällä koettuja vaikeuksia seuraavissa toiminnoissa: sadan metrin juoksu; sekä puolen kilometrin kävely. Näköä ja kuuloa selvitettiin kysymällä, onko tutkittavalla vaikeuksia nähdä tavallisen sanomalehtitekstin kokoista tekstiä tai kuulla, mitä usean henkilön välisessä keskustelussa sanotaan. Näköä ja kuuloa pyydettiin arvioimaan silmälasien tai kuulolaitteen kanssa, mikäli tutkittava käytti näitä. Kaikkia toimintoja pyydettiin arvioimaan neljän vastausvaihtoehdon avulla: ei vaikeuksia; vähän vaikeuksia; paljon vaikeuksia; en pysty lainkaan. Alla esitettävät tulokset kuvaavat vähintään vähän vaikeuksia kokevien osuutta eri väestöryhmissä.

Tulokset

Joka kymmenes ulkomaaalaistaustainen vastaaja koki vähintään jonkin verran vaikeuksia kävellä levähtämättä noin puoli kilometriä (taulukko 7.1.1). Koetut kävelyvaikeudet olivat yleisempiä ulkomaaalaistaustaisessa väestössä verrattuna koko väestöön. Erityisen yleisiä koetut kävelyvaikeudet olivat Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneilla: miehistä useampi kuin joka viides ja naisista useampi kuin joka kolmas raportoi kävelyvaikeuksia. Myös Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta, EU- ja EFTA-maista, Pohjois-Amerikasta sekä Aasiasta muuttaneet naiset kokivat kävelyvaikeuksia useammin kuin naiset koko väestössä.

Lähes joka kolmas ulkomaaalaistaustainen vastaaja koki vähintään vähän vaikeuksia juosta noin 100 metrin pituisen lyhyehkön matkan. Koetut juoksuvaikeudet olivat yleisempiä ulkomaaalaistaustaisessa väestössä verrattuna koko väestöön. Ero selittyi erityisesti naisten tuloksilla. Miehistä ainoastaan Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneet raportoivat juoksuvaikeuksia yleisemmin kuin miehet koko väestössä. Sen sijaan ulkomaaalaistaustaisilla naisilla koetut juoksuvaikeudet olivat huomattavan yleisiä. Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneista naisista jopa 57 prosenttia koki juoksemisessa vaikeuksia. Myös Lätinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmän sekä Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta tai Virossta muuttaneet naiset raportoivat enemmän juoksuvaikeuksia kuin koko väestön naiset (33–43 % vrt. 26 %).

Noin joka viides ulkomaaalaistaustainen vastaaja raportoi vaikeuksia nähdä tavallista sanomalehtitekstiä. Näkövaikeudet olivat kaikissa maaryhmissä ja molemmilla sukupuolilla yleisiä. Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneista naisista 40 prosenttia, Aasiasta muuttaneista naisista lähes joka kolmas ja muualta Afrikasta muuttaneista naisista lähes joka neljäs raportoi näkövaikeuksista. Miehistä vastaavasti näkövaikeuksista kertoi Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneista lähes joka kolmas, Aasiasta muuttaneista lähes joka neljäs ja muualta Afrikasta muuttaneista noin joka viides.

Noin 12 prosenttia ulkomaaalaistaustaisista vastaajista koki vähintään vähän vaikeuksia kuulla usean henkilön välisen keskustelun puhetta. Kuulovaikeudet olivat ulkomaaalaistaustaisessa väestössä hieman yleisempiä kuin koko väestössä. Maaryhmien välillä oli kuitenkin selviä eroja. Muualta Afrikasta muuttaneet miehet ja naiset raportoivat kuulovaikeuksia selvästi harvemmin (2–3 %) verrattuna koko väestöön (8–12 %). Sen sijaan Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneet naiset sekä EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmään kuuluvat miehet ja naiset raportoivat kuulovaikeuksia koko väestöä yleisemmin. Myös Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta muuttaneilla naisilla kuulovaikeudet olivat yleisempiä kuin naisilla koko väestössä.

Taulukko 7.1.1 Suoriutuminen fyysistä toimintakykyä vaativissa toiminnoissa maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Vaikeuksia kävellä	Vaikeuksia juosta	Vaikeuksia nähdä ²	Vaikeuksia kuulla
	% (LV)	% (LV)	% (LV)	% (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	8,7 (6,8–11,0)	26,0 (23,0–29,2)	17,4 (15,0–20,2)	12,2 (10,0–14,9)
Viro	6,1 (3,8–9,7)	26,3 (21,6–31,7)	13,8 (10,6–17,8)	8,2 (5,7–11,5)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	26,1 (21,2–31,8)	39,2 (34,1–44,5)	33,5 (29,1–38,1)	13,4 (10,0–17,6)
Muu Afrikka	4,7 (2,1–10,1)	16,6 (11,3–23,6)	21,9 (16,0–29,3)	2,8 (1,3–5,9)
Aasia	8,3 (6,1–11,0)	21,2 (17,6–25,4)	25,9 (22,1–30,1)	11,9 (9,1–15,4)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	9,1 (6,2–13,2)	25,9 (21,6–30,6)	18,3 (15,1–22,0)	17,4 (13,9–21,7)
Muut maat ¹	9,3 (5,4–15,5)	29,8 (22,9–37,8)	15,6 (10,7–22,2)	14,4 (9,0–22,1)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	10,4 (9,1–11,9)	26,8 (25,0–28,7)	20,7 (19,2–22,4)	11,9 (10,6–13,3)
Koko väestö	5,9 (5,3–6,6)	22,4 (21,1–23,7)	-	10,0 (9,1–11,0)
Miehet				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	7,1 (4,9–10,2)	17,5 (13,4–22,6)	15,4 (11,4–20,5)	11,1 (7,8–15,4)
Viro	6,5 (3,0–13,6)	18,5 (12,8–25,9)	16,5 (11,6–23,0)	8,2 (4,7–13,7)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	18,5 (13,7–24,6)	25,7 (20,4–31,8)	28,9 (23,8–34,5)	10,7 (7,5–15,0)
Muu Afrikka	4,7 (1,9–10,9)	11,2 (6,1–19,6)	21,3 (13,9–31,3)	3,4 (1,2–9,1)
Aasia	4,1 (1,8–9,4)	18,8 (12,4–27,5)	22,5 (16,8–29,4)	13,6 (9,0–20,0)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	7,9 (4,9–12,6)	22,0 (17,1–27,8)	17,0 (13,3–21,6)	18,5 (14,0–24,0)
Muut maat ¹	8,5 (3,5–19,2)	18,5 (11,7–28,0)	12,3 (7,0–20,9)	16,6 (9,4–27,6)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	8,7 (7,1–10,7)	19,7 (17,4–22,2)	19,4 (17,2–21,8)	12,1 (10,3–14,1)
Koko väestö	6,2 (5,3–7,3)	18,6 (16,9–20,5)	-	12,2 (10,7–13,8)
Naiset				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	9,9 (7,2–13,4)	33,6 (29,5–37,9)	19,4 (16,5–22,6)	12,5 (9,7–15,9)
Viro	6,0 (3,4–10,6)	33,4 (26,4–41,3)	12,2 (8,5–17,4)	7,7 (4,8–12,1)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	38,4 (29,3–48,3)	57,1 (48,2–65,5)	40,0 (32,7–47,8)	19,7 (12,9–28,7)
Muu Afrikka	4,7 (1,1–18,2)	22,7 (13,7–35,1)	22,0 (13,6–33,5)	2,2 (0,9–5,4)
Aasia	11,1 (8,2–14,7)	24,5 (20,3–29,4)	28,9 (24,0–34,3)	10,1 (7,1–14,1)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	11,1 (5,9–19,9)	29,1 (22,2–37,2)	19,2 (14,3–25,4)	17,4 (11,8–24,9)
Muut maat ¹	10,3 (5,8–17,6)	42,9 (31,0–55,8)	19,4 (11,6–30,8)	12,2 (5,4–25,3)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	12,1 (10,2–14,3)	33,9 (31,2–36,8)	22,1 (19,9–24,4)	11,7 (10,0–13,7)
Koko väestö	5,7 (4,9–6,5)	26,2 (24,5–27,9)	-	7,8 (6,8–8,8)

LV = 95 %:n luottamusväli

Tummennetut luvut poikkeavat tilastollisesti merkitsevästi koko väestön tasosta (p < 0,05).

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat²Ei koko väestön vertailua, 18–64-vuotiaat

Pohdinta

FinMonik-tutkimuksen tulokset osoittavat, että fyysisen toimintakyvyn ongelmat erityisesti liikkumisessa ja näkemisessä ovat huomattavan yleisiä ulkomaalaistaustaisessa väestössä. Tämän luvun tulokset joiltain osin vahvistavat aiempien väestötutkimusten tuloksia, mutta myös poikkeavat niistä. Tulosten vaihtelu tutkimusten välillä johtuu paitsi todellisista eroista, myös osittain eroista tutkimusten toteutustavoissa, tiedonkeruumenetelmissä sekä kohderyhmissä.

Liikkumisvaikeudet ja ongelmat aistitoiminnoissa olivat pääsääntöisesti yleisempiä FinMonik-tutkimuksessa verrattuna UTH-tutkimukseen. FinMonik-tutkimuksessa joka kymmenes ulkomaalaistaustainen koki vähintään jonkin verran vaikeuksia kävellä levähtämättä noin puoli kilometriä. UTH-tutkimuksessa kävelyvaikeuksia raportoi puolet pienempi osuus (5 %). Eroavaisuuksia havaittiin myös maaryhmittäisissä tuloksissa: kun FinMonik-tutkimuksessa useampi kuin joka neljäs Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttanut raportoi kävelyvaikeuksia, UTH-tutkimuksessa kävelyvaikeuksien osuus tässä ryhmässä oli 11 prosenttia (Rask ym.

2015). Myös juoksuvaikkeuksien yleisyydestä saadut tulokset poikkesivat jonkin verran FinMonik- ja UTH-tutkimusten välillä. Esimerkiksi Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmässä juoksuvaikkeuksien osuus oli suurempi FinMonik-tutkimuksessa verrattuna UTH-tutkimukseen (39 % vrt. 29 %). Näkövaikkeuksien yleisyys poikkesi selvästi tutkimusten välillä: FinMonik-tutkimuksessa noin joka viides ulkomaalaistaustainen vastaaja raportoi vaikeuksia nähdä tavallista sanomalehtiä verrattuna UTH-tutkimuksen viiteen prosenttiin (Rask ym. 2015).

FinMonik-tutkimuksen tulokset olivat paremmin sopusoinnussa Maamu-tutkimuksen kanssa. Maamu-tutkimuksessa juoksuvaikkeuksia raportoi 14 prosenttia venäläistaustaisista, 26 prosenttia somalialaistaustaisista ja 33 prosenttia kurditaustaisista (Rask ym. 2012b). Juoksuvaikkeudet olivat yleisimpiä somalialaistaustaisilla (35 %) sekä kurditaustaisilla naisilla (43 %). Nämä luvut ovat samaa suuruusluokkaa kuin FinMonik-tutkimuksessa muualta Afrikasta, Aasiasta sekä Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneiden naisten tulokset (23–57 %). Vastaavasti näkövaikkeuksien osalta FinMonik-tutkimuksen tulokset ovat jokseenkin sopusoinnussa Maamu-tutkimuksen kanssa, jossa 18 prosenttia somalialaistaustaisista ja 31 prosenttia kurditaustaisista, mutta vain 4–5 prosenttia venäläistaustaisista raportoi näkövaikkeuksia (Koskinen ym. 2012b). Maamu-tutkimuksessa kuulovaikkeuksia raportoi 2 prosenttia venäläistaustaisista, mikä vastasi kuulovaikkeuksien yleisyyttä FinMonik-tutkimuksen Venäjältä tai entisestä Neuvostoliitosta muuttaneiden ryhmässä. Sen sijaan kuulovaikkeuksien osuus somalialaistaustaisilla (6 %) kurditaustaisilla (12 %) oli Maamu-tutkimuksessa selvästi suurempi verrattuna mihinkään maaryhmään FinMonik-tutkimuksessa.

Näiden eroavaisuuksien selittäminen vaatii tarkempia jatkoanalyyssejä. Merkitävä selitys voi olla erot tutkimusten tiedonkeruussa ja kohderyhmässä: FinMonik-tutkimuksessa käytettiin pääosin kyselylomaketta ja UTH-tutkimuksessa tutkittavia haastateltiin. Myös kohderyhmät olivat hieman erilaiset, sillä FinMonik-tutkimukseen ei kuulu Suomessa syntyneitä ulkomaalaistaustaisia. On myös huomioitava, että kieli- ja kulttuurikysymykset, käännösten sanavalinnat sekä haastateltavan elämäntilanne vaikuttavat kysymysten tulkintoihin, jolloin erikielisiä kysymysmuotoja on saatettu tulkita eri tavoin (Henriksson ym. painossa).

Olennaista on tunnistaa toimintakykyvaikeudet ja tuen tarve ajoissa. Esimerkiksi osa koetuista näkövaikkeuksista voi olla korjattavissa asianmukaisilla silmälasilla. Fyysistä toimintakykyä voidaan parantaa erilaisilla keinoilla, kuten sopivalla liikunnalla, laihduttamalla sekä fysio- ja toimintaterapialla. Toimintakyvyn arvioimisen tueksi on julkaistu suositus toiminta- ja työkyvyn arvioinnista kotoutumisvaiheessa (Rask ym. 2019b). Myös Kykyviisari-arviointimenetelmästä on käännetty ja testattu arabian-, somalin-, kurdin- ja venäjänkieliset versiot, jotta erikielisten asiakkaiden tarpeet kyettäisiin tunnistamaan ja siten ohjaamaan heidät tarvittaviin palveluihin (www.kykyviisari.fi).

7.2 Kognitiivinen toimintakyky

Shadia Rask, Päivi Sainio & Seppo Koskinen

- Muistinsa, oppimiskykynsä ja keskittymiskykynsä hyväksi kokevien osuudet olivat ulkomaalaistaustaisessa väestössä pienempiä verrattuna koko väestöön.
- Ulkomaalaistaustaiset miehet arvioivat muistinsa hyväksi yleisemmin kuin naiset.
- Itse arvioitujen muisti-, oppimis- ja keskittymisvaikeuksien yleisyys vaihteli huomattavasti maaryhmien välillä.

Kognitiivinen toimintakyky sisältää muun muassa muistin, oppimisen, keskittymisen ja tarkkaavuuden. Tiedonkäsittelyn eri osa-alueiden yhteistoiminta mahdollistaa ihmisen suoriutumisen arjen vaatimuksissa (Tuulio-Henriksson 2018). Muisti- ja tiedonkäsittelytaidot ovat edellytys oppimiselle, työkyvylle, pitkälle työuralle sekä itsenäiselle elämälle (Kansallinen muistiohjelma 2012–2020 2012). Kognitiivisen toimintakyvyn ongelmat yleistyvät iän mukana. Muisti- ja keskittymisvaikeudet ovat myös tavallisia traumatisoitumisen oireita. Pakolaisuuden ja turvapaikanhakemisen taustalla on hyvin usein kognitiivista toimintakykyä kuormittavia tekijöitä, kuten väkivallan näkemistä tai kokemista, lähiomaisten kadoksissa olemista, kidutusta ja muita äärimmäisiä kokemuksia (Castaneda ym. 2018). Turvapaikanhakijoiden terveyttä selvittäneessä tutkimuksessa (TERTTU, Skogberg ym. 2019) havaittiin, että joka neljäs aikuinen turvapaikanhakija koki vaikeuksia keskittyä ja muistaa asioita (Rask ym. 2019a).

Menetelmät

FinMonik-tutkimuksessa kognitiivista toimintakykyä selvitettiin muistia, uusien asioiden oppimista ja keskittymistä kartoittavilla kysymyksillä. Osio sisälsi kolme väittämää: ”muistini toimii...”; ”uusien tietojen omaksuminen ja asioiden oppiminen sujuu minulta...”; ”pystyn yleensä keskittymään asioihin...”. Vastausvaihtoehdot oli viisi: erittäin hyvin; hyvin; tyydyttävästi; huonosti; erittäin huonosti. Suoriutuminen kussakin toiminnoissa luokiteltiin hyväksi, jos vastaaja valitsi vaihtoehdon ”hyvin” tai ”erittäin hyvin”.

Tulokset

Lähes kolme neljästä ulkomaalaistaustaisesta vastaajasta arvioi muistinsa toimivan hyvin (taulukko 7.2.1). Koko väestössä muistinsa hyväksi arvioivien osuus (86 %) on selvästi suurempi. Muistinsa hyväksi arvioivien osuus vaihteli sukupuolten ja maaryhmien välillä. Ulkomaalaistaustaiset miehet arvioivat muistinsa hyväksi yleisemmin kuin naiset (76 % vrt. 70 %). Koko väestössä ero sukupuolten välillä oli päinvastainen. Maaryhmien välillä oli huomattavia eroja: Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneet arvioivat muistinsa toimivan keskimääräistä heikommoin. Lähes puolet Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneista naisista arvioi muistinsa toimivan korkeintaan tyydyttävästi. Sen sijaan muualta Afrikasta muuttaneista, erityisesti naisista, keskimääräistä suurempi osa arvioi muistinsa toimivan hyvin.

Kolme neljästä ulkomaalaistaustaisesta vastaajasta arvioi uusien asioiden oppimisen onnistuvan hyvin. Koko väestössä vastaava osuus oli suurempi (83 %). Sukupuolten ja maaryhmien välillä oli selviä eroja. Ulkomaalaistaustaiset miehet arvioivat oppimisen onnistuvan hyvin yleisemmin kuin naiset (76 % vrt. 71 %). Koko väestössä ero sukupuolten välillä oli päinvastainen. Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneet, erityisesti naiset, arvioivat oppimiskykynsä huonommaksi kuin ulkomaalaistaustaiset keskimäärin. Sen sijaan muualta Afrikasta muuttaneet sekä EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmään kuuluvat arvioivat muistinsa hyväksi useammin kuin ulkomaalaistaustaiset keskimäärin.

Useampi kuin kolme neljästä ulkomaalaistaustaisesta vastaajasta arvioi keskittymisen onnistuvan hyvin tai erittäin hyvin. Tämä oli hieman vähemmän kuin keskittymiskykynsä hyväksi arvioivien osuus koko väestössä. Koko väestössä miehet arvioivat keskittymiskykynsä heikommaksi kuin naiset. Ulkomaalaistaustaisessa väestössä sukupuolten välillä ei havaittu vastaavia eroja. Maaryhmien välillä ei havaittu eroja miehillä, mutta Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneet naiset arvioivat keskittymisen onnistuvan ulkomaalaistaustaisten naisten keskiarvoa heikommaksi. Muualta Afrikasta muuttaneet, erityisesti naiset, arvioivat keskittymisen onnistuvan keskiarvoa paremmin.

Taulukko 7.2.1 Muistinsa, oppimiskykynsä ja keskittymiskykynsä hyväksi kokevat maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Muisti toimii hyvin	Uusien asioiden oppiminen onnistuu hyvin	Keskittyminen onnistuu hyvin
	% (LV)	% (LV)	% (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	69,0 (65,5–72,4)	68,8 (65,4–72,0)	80,1 (76,9–83,0)
Viro	71,1 (65,6–76,1)	71,3 (65,5–76,5)	75,4 (69,9–80,1)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	66,3 (61,1–71,1)	66,1 (61,0–70,8)	72,3 (67,3–76,8)
Muu Afrikka	90,4 (80,7–95,5)	86,6 (78,6–91,9)	88,2 (80,9–92,9)
Aasia	70,5 (66,1–74,6)	70,2 (65,5–74,5)	73,7 (69,3–77,6)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	79,6 (75,0–83,5)	81,8 (77,1–85,7)	78,5 (73,8–82,5)
Muut maat ¹	79,6 (71,9–85,6)	82,0 (75,0–87,4)	79,8 (72,5–85,6)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	73,4 (71,5–75,2)	73,4 (71,5–75,3)	77,5 (75,7–79,3)
Koko väestö	86,2 (85,1–87,2)	83,4 (82,2–84,4)	81,1 (79,7–82,4)
Miehet			
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	74,2 (68,6–79,0)	70,4 (64,6–75,6)	80,4 (74,9–85,0)
Viro	68,7 (59,2–76,9)	72,1 (62,4–80,1)	73,9 (64,2–81,7)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	71,8 (66,1–76,9)	69,8 (64,1–75,0)	75,5 (70,0–80,2)
Muu Afrikka	87,1 (71,1–94,9)	87,8 (75,5–94,4)	85,1 (73,4–92,2)
Aasia	76,9 (69,5–83,0)	76,6 (67,9–83,5)	80,3 (72,8–86,1)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	80,9 (75,0–85,6)	81,8 (75,7–86,6)	77,8 (71,5–83,0)
Muut maat ¹	79,9 (68,7–87,8)	84,1 (73,9–90,8)	78,8 (68,1–86,6)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	76,3 (73,5–78,8)	76,2 (73,4–78,8)	78,4 (75,7–80,8)
Koko väestö	83,6 (81,9–85,2)	81,4 (79,6–83,1)	78,7 (76,6–80,7)
Naiset			
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	65,7 (61,1–70,0)	68,0 (63,8–71,9)	80,3 (76,4–83,7)
Viro	73,4 (66,8–79,1)	71,1 (63,7–77,6)	77,0 (70,6–82,4)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	54,5 (45,3–63,5)	58,3 (49,2–66,9)	64,8 (55,2–73,4)
Muu Afrikka	94,8 (88,5–97,7)	84,4 (72,3–91,8)	92,1 (84,3–96,2)
Aasia	67,4 (62,0–72,3)	66,8 (61,4–71,9)	70,3 (65,0–75,1)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	76,5 (68,7–82,8)	81,0 (73,1–87,1)	78,5 (70,9–84,6)
Muut maat ¹	78,6 (67,2–86,8)	78,7 (68,2–86,5)	80,6 (69,8–88,2)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	70,4 (67,8–72,9)	70,6 (67,9–73,1)	76,6 (74,1–78,9)
Koko väestö	88,8 (87,5–89,9)	85,4 (84,0–86,6)	83,5 (81,9–85,1)

LV = 95 %-n luottamusväli

Tummennetut luvut poikkeavat tilastollisesti merkitsevästi koko väestön tasosta ($p < 0,05$).¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Pohdinta

Enemmistö FinMonik-tutkimukseen vastanneista arvioi muistinsa, oppimiskykynsä ja keskittymiskykynsä hyväksi. Sukupuolten ja maaryhmien välillä havaittiin kuitenkin selviä eroja. Suomeen muuttaneen väestön kognitiivisesta toimintakyvystä on niukasti vertailukelpoista tietoa. Kysymyksiä muistista, oppimisesta tai keskittymiskyvystä ei sisällynyt Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimukseen (Maamu, Castaneda ym. 2012b) tai Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimukseen (UTH, Nieminen ym. 2015b). TERTTU-tutkimus kartoitti turvapaikanhakijoiden kognitiivista toimintakykyä lähes vastaavilla kysymyksillä kuin FinMonik-tutkimus, mutta näiden tutkimusten vertaaminen ei ole mielekästä kohderyhmien erilaisuuden vuoksi.

Tämän luvun tuloksia onkin mielekkäintä peilata tutkimustietoon koko väestöstä. Muistinsa, oppimiskykynsä ja keskittymiskykynsä hyväksi kokevien osuudet olivat pienempiä ulkomaalaistaustaisessa väestössä verrattuna koko väestöön. Tu-

loksia kognitiivisesta toimintakyvystä on kuitenkin tulkittava varovaisesti, sillä kognitiivisesti heikoimmin suoriutuvat todennäköisesti osallistuvat tutkimuksiin muita harvemmin, jolloin tulokset voivat antaa liian myönteisen kuvan todellisuudesta (Koskinen & Sainio 2018a). Tiedetään myös, että kieli- ja kulttuurikysymykset, käännösten sanavalinnat sekä haastateltavan elämäntilanne vaikuttavat kysymysten tulkintoihin (Henriksson ym. painossa). Näin ollen on mahdollista, että erikielisiä kysymysmuotoja on tulkittu eri tavoin.

Kognitiivisten toimintojen heikentymistä voidaan ehkäistä vähentämällä keskeisiä riskitekijöitä, joita ovat muun muassa ylipaino, korkea verenpaine, korkea kolesteroli ja diabetes. Aivojen terveyttä edistää niiden käyttö, fyysinen ja sosiaalinen aktiivisuus, terveellinen ruoka ja normaalipaino, kohonneen verenpaineen ja kolesterolin hyvä hoito sekä päihteiden ja tupakan välttäminen (Kansallinen muistiohjelma 2012–2020 2012). FinMonik-tutkimuksessa havaittiin, että ylipaino on hieman harvinaisempaa ulkomaalaistaustaisilla kuin koko väestössä (ks. luku 8.2 Ylipaino ja lihavuus). Ulkomaalaistaustaisten tupakointi oli yhtä yleistä (ks. luku 9.3 Tupakointi), mutta alkoholia ulkomaalaistaustaiset käyttivät selvästi harvemmin ja vähemmän kerralla verrattuna koko väestöön (ks. luku 9.4 Alkoholi). Terveystiedon edistämisessä on tärkeä huomioida eri väestöryhmien tarpeet. Esimerkiksi StopDia-tutkimushankkeessa on saatu hyviä kokemuksia elintapaohjauksesta ryhmäohjauksen ja digisovelluksen keinoin, ja hankkeessa on muun muassa pilotoitu Pienet Teot -terveyssovellusta somalin kielellä (stopdia.fi). Kognitiivisia toimintoja voidaan edistää myös tukemalla mielen hyvinvointia.

7.3 Työkyky

Shadia Rask, Seppo Koskinen, Päivi Sainio & Päivikki Koponen

- Suuri enemmistö ulkomaalaistaustaisista vastaajista arvioi olevansa täysin työkykyisiä.
- Miehet arvioivat olevansa täysin työkykyisiä hieman yleisemmin kuin naiset.
- Lähes joka kolmas Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttanut arvioi olevansa osittain tai täysin työkyvyttöni.
- Heikon koetun työkyvyn taustalla olevia tekijöitä on syytä selvittää tarkemmin.

Työkyky muodostuu työelämän vaatimusten ja yksilön ammatillisten valmiuksien välisestä suhteesta (Gould ym. 2006). Työkykyyn vaikuttavat monet tekijät kuten työntekijän terveys, fyysinen, psyykinen ja sosiaalisen toimintakyky sekä työntekijän ammatillinen osaaminen, asenteet ja motivaatio. Myös työn sisältö, vaatimukset, työolot ja työyhteisön toiminta vaikuttavat työkykyyn. Yhteiskuntapolitiikan keskeinen päämäärä on työikäisen väestön hyvä työkyky (Koskinen & Sainio 2018b). Hallitusohjelman erityisesti osatyökykyisille suunnatun työkykyohjelman tavoitteena onkin lisätä osatyökykyisten, vaikeasti työllistytävien ja maahanmuuttajien osallistu-

mista työmarkkinoille (Valtioneuvosto 2019). Aiemmista tutkimuksista tiedetään, että Suomeen muuttaneet ihmiset kohtaavat monenlaisia työllistymisen esteitä silloinkin, kun arvioivat olevansa täysin työkykyisiä (Rask ym. 2016a).

Menetelmät

Omaa arviota työkyvystä tiedusteltiin kaikilta vastaajilta riippumatta siitä, olivatko he töissä vai eivät. Työkyvyn osoittimena käytettiin kolmiportaista arviota omasta työkykyisyydestä: täysin työkykyinen; osittain työkyvytön; täysin työkyvytön. Kysymys on peräisin Mini-Suomi -tutkimuksesta (Aromaa ym. 1989), ja sitä on käytetty muun muassa Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (Maamu, Castaneda ym. 2012b), Terveys ja toimintakyky Suomessa: Terveys 2000 -tutkimuksessa (Aromaa & Koskinen 2002), Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011 -tutkimuksessa (Koskinen ym. 2012b) sekä Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimuksessa (Koponen ym. 2018).

Tulokset

Suuri enemmistö (84 %) ulkomaalaistaustaisista vastaajista arvioi olevansa täysin työkykyisiä (taulukko 7.3.1). Täysin työkykyisten osuus vaihteli sukupuolten ja maaryhmien välillä. Miehet arvioivat olevansa täysin työkykyisiä hieman yleisemmin kuin naiset (87 % vrt. 81 %). Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneet miehet arvioivat työkykynsä rajoittuneeksi keskimääräistä yleisemmin. Myös Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneilla naisilla työkyvyn rajoitukset olivat erityisen yleisiä: lähes joka toinen Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttanut nainen arvioi olevansa osittain tai täysin työkyvytön. Aasiasta muuttaneet naiset arvioivat olevansa täysin työkykyisiä hieman yleisemmin kuin ulkomaalaistaustaiset naiset keskimäärin.

Taulukko 7.3.1 Täysin työkykyiset maaryhmittäin ja sukupuolittain, 18–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

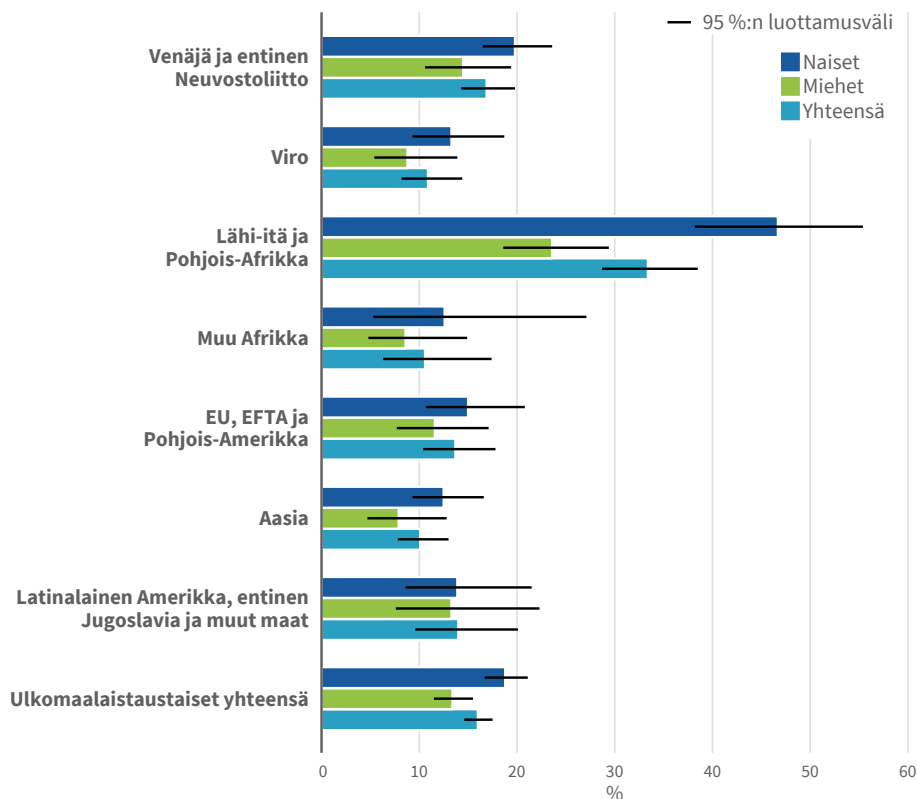
	Kaikki % (LV)	Miehet % (LV)	Naiset % (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	83,1 (80,2–85,7)	85,5 (80,6–89,4)	80,2 (76,4–83,5)
Viro	89,1 (85,6–91,8)	91,2 (86,1–94,6)	86,7 (81,3–90,7)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	66,6 (61,5–71,3)	76,4 (70,6–81,4)	53,3 (44,6–61,8)
Muu Afrikka	89,4 (82,6–93,7)	91,4 (85,1–95,2)	87,4 (72,9–94,7)
Aasia	89,9 (87,0–92,2)	92,1 (87,2–95,3)	87,5 (83,4–90,7)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	86,3 (82,2–89,6)	88,4 (82,9–92,3)	85,0 (79,2–89,3)
Muut maat ¹	86,0 (79,9–90,4)	86,7 (77,7–92,4)	86,1 (78,5–91,4)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	84,0 (82,5–85,4)	86,6 (84,5–88,5)	81,2 (78,9–83,3)

LV = 95 %:n luottamusväli

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Täysin tai osittain työkyvyttömänä itseään pitävien osuus vaihteli maaryhmien välillä (kuvio 7.3.1). Aasiasta muuttaneet arvioivat itsensä täysin tai osittain työkyvyttömäksi keskimääräistä harvemmin. Täysin työkyvyttömäksi itsensä arvioi noin

kaksi prosenttia kaikista ulkomaalaistaustaisista vastaajista. Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneilla tämä osuus oli suurin: kuusi prosenttia arvioi itsensä täysin työkyvyttömäksi (4 % miehistä ja 10 % naisista).



Kuvio 7.3.1 Itsensä täysin tai osittain työkyvyttömäksi arvioivien osuus maaryhmittäin ja sukupuolittain, mallivakioitu osuus, %

Pohdinta

Valtaosa FinMonik-tutkimukseen vastanneista arvioi itsensä täysin työkykyiseksi. Työkykynsä rajoittuneeksi arvioi 16 prosenttia kaikista ulkomaalaistaustaisista vastaajista. Tämä on sopusoinnussa aiemman tutkimustiedon kanssa: Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksessa (UTH, Nieminen ym. 2015b) – koko ulkomaalaistaustaisessa väestössä itsensä osittain tai kokonaan työkyvyttömäksi arvioivien osuus oli 15 prosenttia (Rask ym. 2015). Molemmissa tutkimuksissa Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneet arvioivat työkykynsä keskimääräistä heikommaksi. UTH-tutkimuksessa 22 prosenttia Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneista arvioi itsensä täysin tai osittain työkyvyttömäksi; FinMonik-tutkimuksessa osuus oli 33 prosenttia. Samansuuntaisesti myös Maamu-tutkimuksessa

työkykyrajoitteet olivat yleisempiä kurditaustaisilla verrattuna venäläis- ja somalia-laistaustaiseen sekä koko väestöön (Bergbom ym. 2012).

FinMonik-tutkimuksen tuloksia verrataan tässä raportissa koko väestöä koskeviin FinSote 2018 -tutkimuksen tuloksiin. Koska työkykyä koskevat kysymykset olivat näissä tutkimuksissa erilaiset, ei tässä luvussa voida esittää FinSote 2018 -aineistoon perustuvia vertailutietoja koko väestöstä. Muista väestötutkimuksista on kuitenkin tietoa koko väestön työkyvystä FinMonik-tutkimuksessaakin käytetyllä kolmiportaisella työkykyarvioilla. FinTerveys 2017 -tutkimuksessa lähes neljä viidesosaa 30–69-vuotiaista piti itseään täysin työkykyisenä (Koskinen & Sainio 2018b). Nuorimmassa ikäryhmässä, 30–49-vuotiaissa, lähes yhdeksän kymmenestä arvioi olevansa täysin työkykyinen. Vastaavasti FinMonik-tutkimuksen nuorimmissa ikäryhmissä (18–29- ja 30–44-vuotiaat) lähes yhdeksän kymmenestä arvioi olevansa täysin työkykyinen. Sen sijaan vanhimmassa ikäryhmässä (45–64-vuotiaissa) 73 prosenttia arvioi olevansa täysin työkykyinen. Koko väestön osalta on arvioitu, että vuonna 2000 työelämän ulkopuolella oli noin 400000 itsensä täysin työkykyiseksi arvioivaa työkäistä, ja osittain työkykyisiä oli yhtä paljon (Koskinen ym. 2011). Myös Suomeen muuttaneen väestön osalta on näyttöä, että työelämän ulkopuolella on myös täysin työkykyisiä ja työhaluisia ihmisiä (Rask ym. 2016a).

Heikon koetun työkyvyn taustatekijöitä on syytä selvittää tarkemmin. Yleisesti ottaen syyt voivat liittyä muun muassa terveyteen, toimintakykyyn, perhetilanteeseen, omiin asenteisiin ja osaamiseen sekä työn raskauteen ja työoloihin. Arviot työkyvyn rajoittuneisuudesta voivat myös kuvastaa työmarkkinakelpoisuuteen liittyviä käsityksiä ja työelämässä koettua syrjintää. Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneiden ryhmässä pakolaistaustaisen väestön osuus on suuri, ja pakolaisuuden tiedetään haastavan terveyttä ja hyvinvointia monin tavoin (Castaneda ym. 2018). Ulkomaalaistaustaisen väestön työkyvyn arvioimisen tueksi on julkaistu suositus toiminta- ja työkyvyn arvioinnista kotoutumisvaiheessa (Rask ym. 2019b). Suositus ohjaa varhaiseen ja systemaattiseen toiminta- ja työkyvyn arviointiin, jotta työkyvyn ongelmat tunnistetaan ja työelämään osallistumista ja työssä jaksamista osataan tukea.

8 Terveys

8.1 Koettu terveys ja pitkäaikaiset sairaudet

Tiina Laatikainen, Natalia Skogberg, Päivikki Koponen & Seppo Koskinen

- Ulkomaalaistaustaiset kokivat terveytensä hyväksi tai melko hyväksi harvemmin kuin koko väestö (65 % vrt. 73 %).
- Ulkomaalaistaustaiset kuitenkin raportoivat vähemmän pitkäaikaissairauksia kuin koko väestö (35 % vrt. 44 %), Venäjältä ja entisen Neuvostoliiton maista tulleita lukuun ottamatta.
- Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikan maista tulleet raportoivat sairastavansa muita enemmän diabetesta, masennusta ja muita mielenterveysongelmia ja Virosta, Venäjältä ja entisen Neuvostoliiton maista tulleet vähemmän astmaa.

Henkilöiden itse tekemä arvio omasta terveydentilastaan eli koettu terveys ennustaa yksilötasolla erittäin hyvin kuolleisuutta, toimintakykyä, laitoshoitoon päätymistä ja terveystalvelujen käyttöä (Jylhä 2009, Idler & Kasl 1995). Sitä on käytetty laajasti myös ulkomaalaistaustaisia koskevissa tutkimuksissa (Nielsen & Krasnik 2010). Koetun terveyden lisäksi myös pitkäaikaissairastavuutta koskevat kysymykset ovat vakiintuneesti käytössä erilaisissa terveystutkimuksissa. Nämä kysymykset kuvastavat hyvin sellaisten sairauksien yleisyyttä, joiden diagnostiikka on hyvällä tasolla ja joista tutkittava osaa yksiselitteisesti sanoa, sairastaako hän kyseistä sairautta. Vuonna 2014 Suomessa toteutetussa tutkimuksessa havaittiin, että 20–64-vuotiaat ulkomaalaistaustaiset kokivat terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi harvemmin kuin koko väestö (20 % vrt. 31 %, Koponen ym. 2015a).

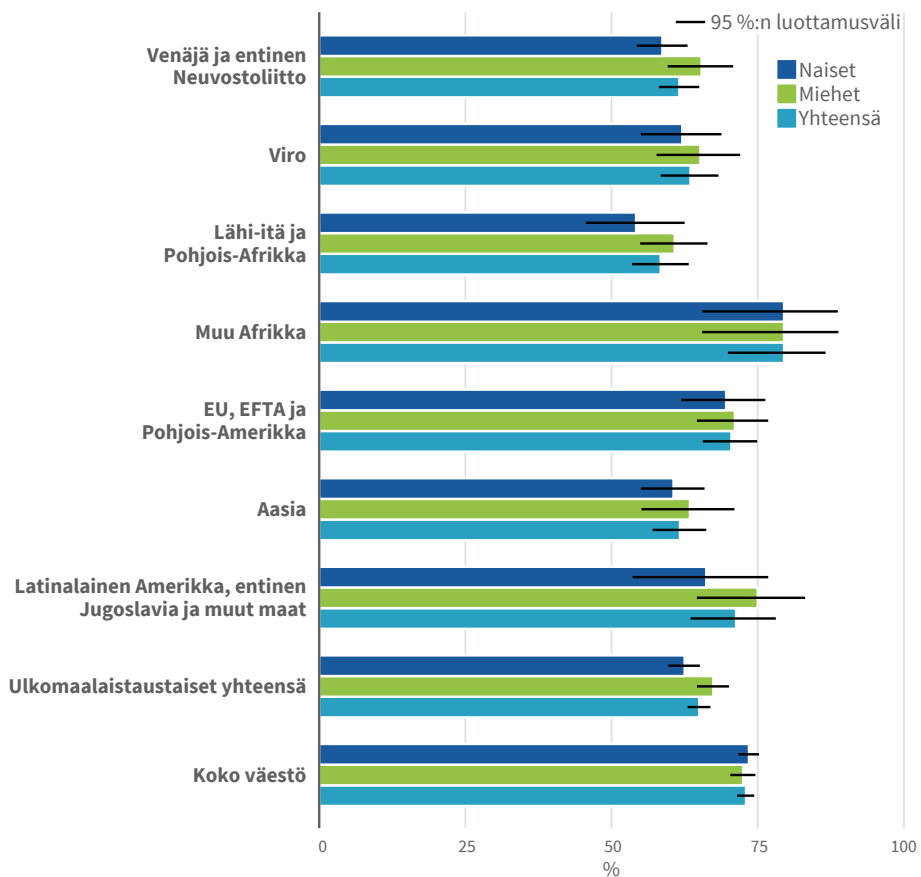
Menetelmät

Vastaajia pyydettiin arvioimaan nykyistä terveydentilaansa seuraavalla viisiluokkaisella asteikolla: hyvä; melko hyvä; keskitasoinen; melko huono; huono. Tuloksissa raportoidaan terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi kokeneiden osuus. Pitkäaikaissairauksia selvitettiin kysymällä vastaajalta, onko hänellä jokin pitkäaikainen sairaus tai muu pitkäaikainen terveysongelma. Vastaajista raportoidaan ”kyllä”-vastanneiden osuus. Tutkittavilta kysyttiin myös onko heillä jokin terveysongelma, joka rajoittaa heitä toimissa, joita ihmiset tavallisesti tekevät. Vastaajista raportoidaan niiden osuus, jotka raportoivat jonkin terveysongelman rajoittavan heitä vakavasti tai rajoittavan heitä, mutta ei vakavasti. Lisäksi vastaajaa pyydettiin kertomaan, onko hänellä ollut seuraavia lääkärin toteamia tai hoitamia sairauksia 12 viime kuukauden aikana: kohonnut verenpaine tai verenpainetauti; selän kulumavika, iskias tai muu selkäsairaus; masennus; muu mielenterveysongelma; astma; diabetes; sekä jokin muu pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma. Jokaisen vaihtoehdon kohdal-

la vastaajan tuli vastata “ei” tai “kyllä”. Kaikista sairauksista raportoidaan ”kyllä” vastanneiden osuudet.

Tulokset

Ulkomaalaistaustaisista 65 prosenttia koki terveytensä hyväksi tai melko hyväksi, kun vastaava osuus koko väestöstä oli 73 prosenttia (kuvio 8.1.1). Vähiten terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevia oli Lähi-idästä, Pohjois-Afrikasta, Venäjältä, entisen Neuvostoliiton maista, Aasiasta sekä Virosta tulleissa, joiden koettu terveys erosi koko väestöstä. Ulkomaalaistaustaiset miehet ja naiset kokivat harvemmin terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kuin miehet ja naiset koko väestössä (67 % ja 63 % vrt. 73 % ja 74 %).



Kuvio 8.1.1 Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi raportoineet maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

Pitkäaikaisia sairauksia tai muita pitkäaikaisia terveysongelmia raportoi 35 prosenttia ulkomaalaistaustaisista kun koko väestössä vastaava osuus oli 44 prosenttia (tau-

lukko 8.1.1). Ulkomaalaistaustaisista pitkäaikaissairauksia raportoivat erityisesti Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta tulleet, jotka raportoivat niitä suunnilleen yhtä paljon kuin koko väestö. Kaikkialta muualta tulleet raportoivat pitkäaikaissairauksia merkitsevästi vähemmän kuin koko väestö. Ulkomaalaistaustaiset ja koko väestön naiset raportoivat merkitsevästi enemmän pitkäaikaissairauksia kuin miehet. Lähes 30 prosenttia ulkomaalaistaustaisista ja kolmannes koko väestöstä raportoi jonkin terveysongelman rajoittavan heitä ainakin jossakin määrin. Sekä ulkomaalaistaustaiset että koko väestön naiset ja miehet raportoivat terveysongelmista johtuvaa rajoittuneisuutta suunnilleen yhtä paljon.

Kuuden viime kuukauden aikana ollutta terveysongelmista johtuvaa toimintarajoitettisuutta raportoi hieman alle joka viides ulkomaalaistaustainen. Koko väestössä vastaava osuus oli suurempi, lähes 30 prosenttia. Sekä ulkomaalaistaustaiset että koko väestön naiset raportoivat merkitsevästi enemmän viimeaikaista toimintarajoitettisuutta kuin ulkomaalaistaustaiset jakoko väestön miehet.

Taulukko 8.1.1 Pitkäaikaisia sairauksia tai muita terveysongelmia ja niiden rajoittavuutta raportoineet, maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Pitkäaikainen sairaus % (LV)	Rajoituksia pitkäaikaisen sairauden takia % (LV)	Rajoituksia vähintään kuuden kuukauden ajan % (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	45,5 (42,1–49,0)	35,7 (32,3–39,2)	24,5 (21,5–27,7)
Viro	37,7 (32,9–42,7)	32,3 (27,1–38,0)	28,4 (23,3–34,1)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	36,0 (31,4–40,9)	31,8 (27,1–36,9)	19,1 (15,1–24,0)
Muu Afrikka	20,9 (13,9–30,2)	14,2 (8,4–22,9)	9,4 (4,6–18,4)
Aasia	26,7 (22,8–30,9)	25,8 (21,7–30,4)	16,3 (12,9–20,2)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	36,5 (31,7–41,6)	29,4 (24,8–34,4)	25,9 (21,4–31,0)
Muut maat ¹	30,8 (23,8–38,8)	28,5 (21,5–36,8)	24,1 (17,4–32,4)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	35,3 (33,4–37,2)	29,7 (27,8–31,7)	22,0 (20,2–23,9)
Koko väestö	43,6 (42,0–45,2)	32,8 (31,3–34,3)	28,5 (27,1–30,0)
Miehet			
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	39,7 (34,3–45,3)	31,3 (26,1–36,9)	19,7 (15,4–24,8)
Viro	31,3 (24,7–38,6)	27,8 (20,9–35,9)	22,3 (16,0–30,2)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	34,8 (29,5–40,5)	31,4 (25,9–37,5)	18,4 (13,9–23,9)
Muu Afrikka	15,7 (9,5–25,0)	13,1 (7,8–21,1)	7,3 (3,8–13,7)
Aasia	28,3 (21,5–36,3)	30,6 (23,1–39,3)	18,9 (12,8–27,0)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	30,9 (25,1–37,3)	25,9 (20,5–32,1)	21,9 (16,7–28,2)
Muut maat ¹	29,8 (20,9–40,6)	27,4 (18,5–38,5)	22,9 (14,5–34,2)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	31,4 (28,9–34,1)	27,7 (25,1–30,4)	19,2 (16,9–21,7)
Koko väestö	40,5 (38,2–42,9)	30,8 (28,6–33,1)	26,0 (23,9–28,2)
Naiset			
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	50,9 (46,4–55,3)	39,6 (35,2–44,2)	28,7 (24,8–32,9)
Viro	43,5 (36,8–50,5)	36,2 (28,9–44,2)	33,5 (26,2–41,7)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	35,7 (27,9–44,3)	30,9 (23,1–39,9)	18,8 (12,1–28,2)
Muu Afrikka	27,2 (14,6–44,8)	15,2 (5,4–35,9)	12,1 (3,4–34,7)
Aasia	26,8 (22,2–31,8)	23,3 (19,0–28,4)	15,2 (11,7–19,5)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	43,5 (35,7–51,8)	33,9 (26,3–42,4)	30,8 (23,3–39,5)
Muut maat ¹	31,1 (21,2–43,0)	29,4 (19,2–42,2)	24,8 (15,3–37,7)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	39,1 (36,4–41,9)	31,8 (29,1–34,7)	24,9 (22,2–27,7)
Koko väestö	46,9 (44,8–48,9)	34,8 (32,9–36,8)	31,0 (29,2–33,0)

LV = 95 %:n luottamusväli

Tummennetut luvut poikkeavat tilastollisesti merkitsevästi koko väestön tasosta (p < 0,05).

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Lääkäriin toteamaa tai hoitamaa verenpainetautiä raportoi ulkomaalaistaustaisista sairastavansa 15 prosenttia ja koko väestöstä 17 prosenttia (taulukko 8.1.2). Koko väestöä merkitsevästi vähemmän verenpainetautiä raportoivat EU-, EFTA- ja Pohjois-Amerikan maista tulleet. Ulkomaalaistaustaiset naiset ja miehet raportoivat suunnilleen yhtä paljon verenpainetautiä, mutta koko väestössä naiset raportoivat sitä merkitsevästi vähemmän kuin miehet (14 % vrt. 20 %).

Diabetesta ilmoitti sairastavansa kuusi prosenttia ulkomaalaistaustaisista, mikä oli suunnilleen saman verran kuin koko väestössä (5 %). Vain Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikan maista tulleet raportoivat diabetesta merkitsevästi enemmän (11 %) kuin koko väestö. Ulkomaalaistaustaiset naiset ja miehet raportoivat sairastavansa diabetesta suunnilleen yhtä usein, mutta koko väestössä miehet raportoivat sitä merkitsevästi enemmän kuin naiset (6 % vrt. 4 %).

Astmaa raportoi sairastavansa kuusi prosenttia ulkomaalaistaustaisista, kun koko väestössä vastaava osuus oli seitsemän prosenttia. Selvästi koko väestöä vähemmän astmaa raportoivat sairastavansa Virossa, Venäjältä ja entisen Neuvostoliiton maista tulleet. Sekä ulkomaalaistaustaisissa että koko väestössä naiset ja miehet raportoivat sairastavansa astmaa suunnilleen yhtä paljon.

Selän kulumavikoja tai muita selkäsairauksia raportoi ulkomaalaistaustaisista 20 prosenttia, mikä oli merkitsevästi enemmän kuin koko väestössä (16 %). Koko väestöä enemmän selkäongelmia raportoivat erityisesti Venäjältä ja entisen Neuvostoliiton maista, Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikan sekä Aasian maista muuttaneet. Selkäongelmien raportoinnissa ei ollut merkitseviä sukupuolieroja.

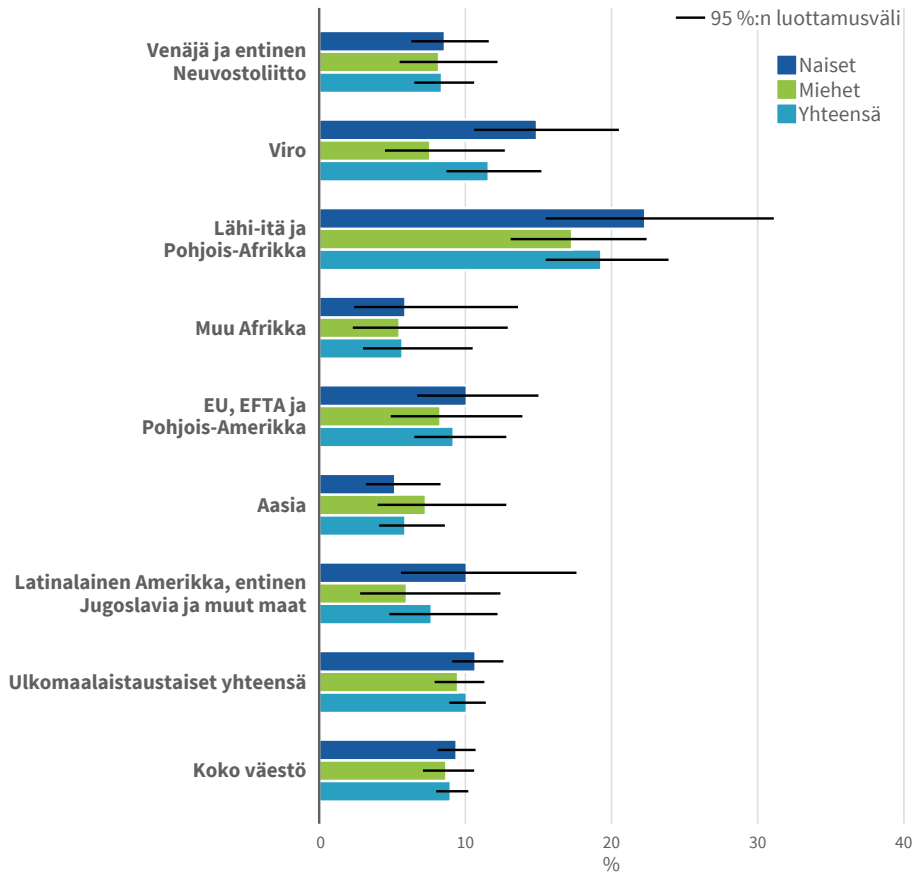
Taulukko 8.1.2 Lääkärin edeltävän 12 kuukauden aikana toteaman tai hoitaman verenpainetaudin, astman tai selkäsairauden raportoineet maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat, mallikioitu osuus, %

	Verenpainetauti	Diabetes	Astma	Selän kuluma, iskiäs tai muu selkäsairaus
	% (LV)	% (LV)	% (LV)	% (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	18,3 (15,6–21,3)	4,1 (3,0–5,5)	4,7 (3,4–6,6)	23,5 (20,5–26,7)
Viro	14,5 (10,8–19,1)	5,0 (3,2–7,7)	2,1 (1,3–3,6)	19,0 (15,0–23,6)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	15,4 (11,7–20,0)	10,5 (7,2–15,1)	7,1 (4,7–10,4)	23,4 (19,1–28,2)
Muu Afrikka	15,0 (9,8–22,2)	8,9 (4,9–15,6)	9,1 (5,3–15,4)	14,8 (10,0–21,4)
Aasia	13,2 (10,2–17,0)	5,8 (3,7–9,1)	5,0 (3,3–7,4)	21,0 (17,4–25,1)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	11,3 (8,7–14,4)	4,8 (2,8–8,0)	8,8 (5,9–12,8)	18,1 (14,5–22,3)
Muut maat ¹	12,0 (7,4–19,0)	9,4 (4,7–17,9)	6,9 (3,8–12,0)	19,1 (13,2–26,8)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	14,7 (13,2–16,2)	6,2 (5,2–7,4)	5,7 (4,8–6,8)	20,4 (18,8–22,1)
Koko väestö	16,8 (15,8–17,9)	5,2 (4,6–5,8)	7,4 (6,6–8,2)	16,2 (15,0–17,4)
Miehet				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	18,9 (14,2–24,7)	3,9 (2,4–6,3)	4,3 (2,7–6,6)	20,2 (15,5–25,9)
Viro	15,6 (11,0–21,7)	5,0 (2,8–8,7)	1,0 (0,5–2,1)	21,8 (15,2–30,3)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	15,9 (11,0–22,5)	8,9 (5,7–13,5)	5,6 (3,6–8,7)	23,4 (18,4–29,2)
Muu Afrikka	14,0 (8,4–22,4)	8,5 (3,8–17,9)	8,4 (3,9–17,1)	13,1 (7,6–21,6)
Aasia	16,9 (11,3–24,5)	6,8 (3,6–12,5)	6,6 (3,3–12,5)	18,7 (13,1–26,1)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	13,9 (10,4–18,3)	4,6 (2,8–7,4)	7,7 (4,8–12,1)	16,9 (12,4–22,6)
Muut maat ¹	10,0 (4,6–20,4)	6,8 (2,4–18,3)	6,0 (2,7–12,9)	16,8 (9,9–26,9)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	15,5 (13,4–17,7)	5,9 (4,7–7,5)	5,4 (4,3–6,8)	19,2 (16,9–21,7)
Koko väestö	19,9 (18,3–21,6)	6,4 (5,4–7,5)	6,3 (5,3–7,5)	16,5 (14,8–18,4)
Naiset				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	17,0 (14,2–20,2)	3,9 (2,7–5,7)	5,3 (3,3–8,2)	25,9 (22,4–29,7)
Viro	12,9 (8,1–19,8)	4,7 (2,4–9,1)	3,1 (1,7–5,7)	16,8 (12,4–22,2)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	16,8 (11,4–24,1)	14,9 (8,2–25,8)	8,9 (4,4–17,0)	23,4 (16,3–32,4)
Muu Afrikka	18,7 (9,5–33,7)	10,2 (4,2–22,8)	9,7 (4,3–20,6)	17,6 (9,7–29,6)
Aasia	10,0 (7,2–13,7)	4,9 (2,6–9,2)	4,2 (2,7–6,5)	22,4 (18,0–27,5)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	7,9 (4,8–12,8)	6,1 (2,1–16,5)	9,8 (4,9–18,6)	20,1 (14,9–26,6)
Muut maat ¹	15,3 (8,4–26,2)	13,3 (5,5–28,9)	7,7 (3,2–17,2)	22,3 (13,2–35,1)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	13,9 (12,0–16,1)	6,5 (5,0–8,4)	6,0 (4,7–7,6)	21,6 (19,5–24,0)
Koko väestö	13,6 (12,5–14,8)	3,9 (3,4–4,6)	8,4 (7,3–9,6)	15,8 (14,4–17,4)

LV = 95 %:n luottamusväli

Tummennetut luvut poikkeavat tilastollisesti merkitsevästi koko väestön tasosta ($p < 0,05$).¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Lääkärin toteama masennus oli suunnilleen yhtä yleistä ulkomaalaistaustaisilla kuin koko väestöllä (kuvio 8.1.2). Sitä raportoiti 10 prosenttia ulkomaalaistaustaisista ja yhdeksän prosenttia koko väestöstä. Merkitsevästi koko väestöä enemmän masennusta raportoivat Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikan maista tulleet (19 %) ja vähemmän Aasian maista tulleet (6 %). Sekä ulkomaalaistaustaiset että koko väestön naiset ja miehet raportoivat masennusta suunnilleen yhtä paljon. Muita mielenterveysongelmia ulkomaalaistaustaiset raportoivat hieman vähemmän (4 %) kuin koko väestö (6 %). Niitäkin raportoivat eniten Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikan maista tulleet (10 %). Koko väestöä vähemmän niitä raportoivat Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta, Virosta, Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta sekä Aasiasta muuttaneet (2–4 %).



Kuvio 8.1.2 Lääkärin toteaman masennuksen raportoineet, maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

Pohdinta

Ulkomaalaistaustaiset kokivat terveytensä hyväksi tai melko hyväksi merkitsevästi harvemmin kuin koko väestö. Tämä poikkeaa vuonna 2014 toteutetun Ulkomaisista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksen (UTH, Nieminen ym. 2015b) tuloksesta, jonka mukaan ulkomaalaistaustaiset raportoivat merkitsevästi harvemmin terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kuin koko väestö (Koponen ym. 2014). Todellisen muutoksen lisäksi tätä voivat selittää myös erot tutkimusmenetelmissä ja siinä, missä yhteydessä kysymykset esitetään. Jos eri ulkomaalaistaustaisten ryhmät eroavat tuloksen suhteen voi tutkimusten välisiä eroja selittää myös se, miten suuri osuus eri maaryhmiin kuuluvia osallistujia on eri tutkimuksissa ollut. Tässä tutkimuksessa pitkäaikaisia sairauksia tai muita pitkäaikaisia terveysongelmia raportoi hieman yli kolmannes ulkomaalaistaustaisista, mikä on hieman enemmän kuin UTH-tutkimuksessa.

Samoin kuin vuoden 2014 UTH-tutkimuksessa ulkomaalaistaustaiset raportoivat vähemmän astmaa ja verenpainetautia kuin koko väestö. Verenpainetautia tässä tutkimuksessa raportoi 15 prosenttia ulkomaalaistaustaisista, kun UTH-tutkimuksessa vastaava osuus oli 13 prosenttia (Koponen ym. 2014). Vastaavasti astmaa raportoi tässä tutkimuksessa kuusi prosenttia, kun UTH-tutkimuksessa astmaa ilmoitti sairastavansa neljä prosenttia. UTH-tutkimuksen mukaan ulkomaalaistaustaiset raportoivat sairastavansa diabetesta harvemmin (4 %) kuin koko väestö (5 %). Tässä tutkimuksessa ei havaittu vastaavaa eroa.

Lääkäriin toteama masennus ja muut mielenterveysongelmat olivat ulkomaalaistaustaisilla tässä tutkimuksessa yhtä yleisiä kuin UTH-tutkimuksessa (Koponen ym. 2014). Lääkäriin toteamaa masennusta raportoi yhdeksän prosenttia molemmissa tutkimuksissa. Samoin kuin UTH-tutkimuksessa vuonna 2014, myös tässä tutkimuksessa Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikan maista raportoivat eniten masennusta ja muita mielenterveysongelmia. Näistä maista tulleilla oli myös eniten psyykkistä kuormittuneisuutta (ks. luku 8.3 Psykkinen hyvinvointi).

Pitkäaikaissairastavuus oli ulkomaalaistaustaisilla melko samanlaista kuin koko väestössä, vaikka myös merkitseviä eroja oli havaittavissa. Diabetes ja mielenterveysongelmat olivat huomattavan yleisiä Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikan maista tulleilla. Kotouttamistyössä on hyvä kiinnittää huomiota erityisesti näiden ulkomaalaistaustaisten elintapoihin ja riskitekijöihin, tunnistaa mielenterveyden haasteet sekä pyrkiä löytämään heille sopivia terveys- ja muita tukipalveluja ongelmien ratkaisemiseksi. Tulkittaessa itseraportoitua tietoa sairauksista ja terveydentilasta on hyvä muistaa, että raportointiin vaikuttavat sekä menetelmälliset että tutkittavista johtuvat asiat (ks. luku 11 Yhteenveto ja tutkimuksen luotettavuuden arvioiminen).

8.2 Ylipaino ja lihavuus

Natalia Skogberg, Annamari Lundqvist, Päivikki Koponen & Tiina Laatikainen

- Ylipaino oli keskimääräisesti yleisempää miehillä kuin naisilla ja hieman harvinaisempaa ulkomaalaistaustaisilla (miehet 59 %, naiset 44 %) kuin koko väestössä (miehet 61 %, naiset 48 %).
- Lihavuuden yleisyydessä ei havaittu merkittäviä sukupuolieroja muutamia ulkomaalaistaustaisia ryhmiä lukuun ottamatta ja lihavuus oli harvinaisempaa ulkomaalaistaustaisilla (16 %) kuin koko väestössä (20 %).
- Merkittävimmät erot ylipainossa koko väestöön verrattuna havaittiin Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleilla naisilla, joilla ylipainoisuus oli merkittävästi yleisempää sekä Aasiasta tulleilla naisilla, joilla se oli merkittävästi harvinaisempaa.

Lihavuudella tarkoitetaan suurentunutta rasvakudoksen määrää, joka on seurausta energian saannin ja kulutuksen välisestä pidempiaikaisesta epätasapainosta. Lihavuus, erityisesti vyötärölle kertyneenä, lisää riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin, tyyppin 2 diabetekseen, useisiin syöpiin sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksiin. Suomessa on arviolta 2,5 miljoona ylipainoista aikuista ja joka neljäs aikuinen on lihava (Lundqvist ym. 2018). Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksen (UTH, Nieminen ym. 2015b) mukaan ulkomaalaistaustaisilla ylipaino oli harvinaisempaa (miehet 55 %, naiset 40 %) kuin koko väestössä (miehet 61 %, naiset 46 %). Myös lihavuus oli harvinaisempaa ulkomaalaistaustaisilla (14 %) koko väestöön verrattuna (18 %). Ylipainossa ja lihavuudessa oli merkittäviä maaryhmittäisiä eroja. (Koponen ym. 2015a).

Menetelmät

Ylipainoisten ja lihaviiden osuutta selvitettiin pyytämällä vastaajaa ilmoittamaan pituutensa senttimetrin tarkkuudella ja painonsa kilogramman tarkkuudella. Näiden perusteella laskettiin vastaajan kehon painoindeksi (englanniksi body mass index, eli BMI) jakamalla paino (kg) pituuden neliöllä (m^2). Tässä luvussa raportoidaan ylipainoisten (BMI $25 \text{ kg}/m^2$ tai enemmän) sekä lihaviiden (BMI $30 \text{ kg}/m^2$ tai enemmän) osuudet. Vastauksista rajattiin pois pituudekseen alle 100 cm tai yli 210 cm ilmoittaneet sekä painokseen alle 30 kg tai yli 300 kg ilmoittaneet, jotka tulkittiin mahdollisiksi raportointivirheiksi. Lisäksi luvussa raportoidaan vastaajien pituuksien, painojen ja BMI:n keskiarvot sukupuolittain ja maaryhmittäin.

Tulokset

Ulkomaalaistaustaiset painoivat keskimääräisesti vähemmän ja olivat lyhyempiä kuin koko väestö (taulukko 8.2.1). Koko väestön miesten keskimääräinen BMI oli $26,8 \text{ kg}/m^2$ ja naisten $25,9 \text{ kg}/m^2$. Ulkomaalaistaustaisten BMI:ssä oli merkittäviä maaryhmittäisiä eroja. Alhaisin BMI oli Aasiasta tulleilla miehillä ja naisilla.

Taulukko 8.2.1 Pituuksien, painojen ja BMI:n keskiarvot maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

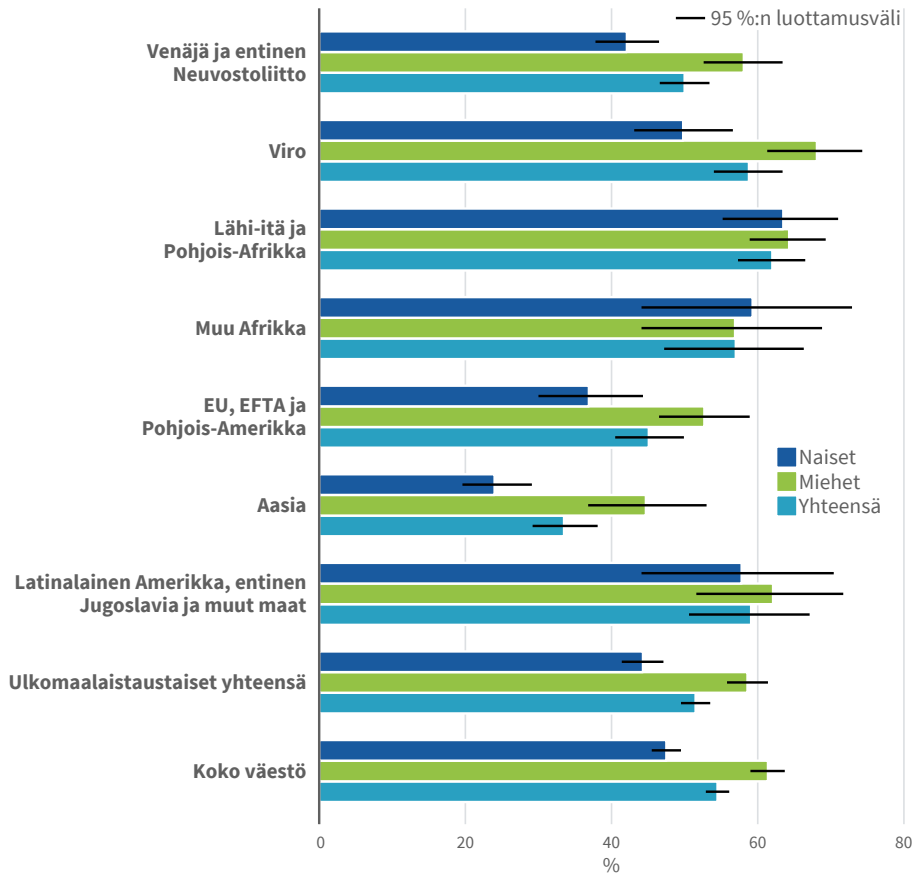
	Pituuksien keskiarvo cm (LV)	Painojen keskiarvo kg (LV)	BMI:n keskiarvo kg/m ² (LV)
Miehet			
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	178,3 (177,5–179,0)	82,4 (80,6–84,2)	26,3 (25,8–26,8)
Viro	181,8 (180,9–182,8)	89,1 (86,4–91,9)	27,3 (26,6–28,0)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	176,1 (175,2–177,0)	80,8 (79,0–82,7)	26,6 (26,1–27,1)
Muu Afrikka	175,5 (173,8–177,2)	75,3 (72,6–78,1)	25,2 (24,4–26,0)
Aasia	169,9 (168,7–171,0)	69,4 (67,1–71,7)	24,9 (24,1–25,6)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	179,2 (178,3–180,1)	81,7 (79,3–84,1)	26,1 (25,5–26,7)
Muut maat ¹	177,3 (176,0–178,7)	82,5 (80,3–84,7)	26,3 (25,8–26,9)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	177,2 (176,8–177,7)	80,7 (79,7–81,6)	26,2 (26,0–26,5)
Koko väestö	179,1 (178,8–179,4)	85,1 (84,1–86,1)	26,8 (26,5–27,1)
Naiset			
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	165,1 (164,5–165,6)	67,4 (66,0–68,9)	25,0 (24,4–25,5)
Viro	167,8 (167,0–168,7)	73,3 (70,1–76,5)	26,2 (25,1–27,2)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	162,4 (161,1–163,6)	70,9 (67,6–74,2)	27,2 (25,8–28,5)
Muu Afrikka	164,7 (162,4–166,9)	73,5 (69,6–77,4)	27,7 (26,2–29,2)
Aasia	157,9 (157,2–158,6)	56,2 (55,3–57,1)	22,7 (22,3–23,1)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	166,4 (165,5–167,3)	67,4 (65,2–69,5)	24,6 (23,8–25,4)
Muut maat ¹	163,6 (161,9–165,2)	69,1 (65,1–73,1)	26,1 (24,6–27,5)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	163,9 (163,5–164,4)	67,3 (66,3–68,3)	25,2 (24,9–25,6)
Koko väestö	165,5 (165,3–165,8)	70,6 (70,0–71,3)	25,9 (25,7–26,2)

LV = 95 %:n luottamusväli

Tummennetut luvut poikkeavat tilastollisesti merkitsevästi koko väestön tasosta (p < 0,05).

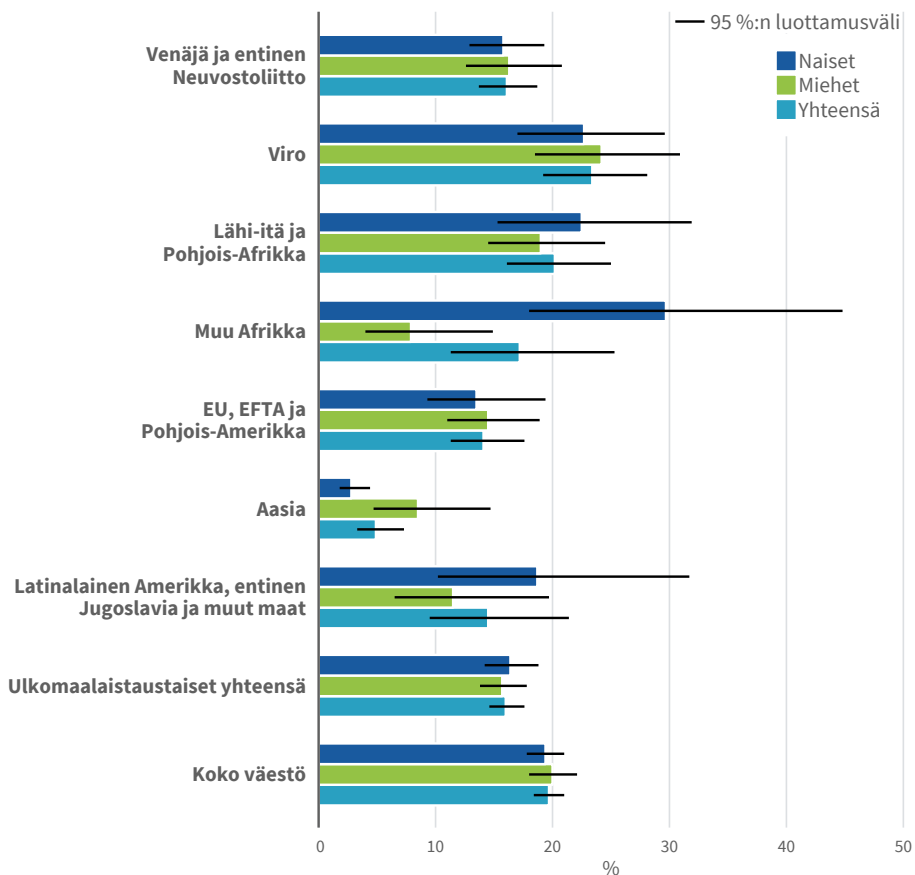
¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Hieman yli puolet kaikista ulkomaalaistaustaisista, samoin kuin koko väestöstä oli ylipainoisia (kuvio 8.2.1). Ylipainoisten osuudessa oli merkittäviä maaryhmittäisiä ja sukupuolittaisia eroja. Kuten koko väestössäkkin, ylipaino oli Lähi-idästä ja Afrikasta tulleita sekä Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmää lukuun ottamatta yleisempi ulkomaalaistaustaisilla miehillä kuin naisilla. Ylipaino oli koko väestön naisia selvästi harvinaisempaa Aasiasta tulleilla naisilla, kun taas Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleilla naisilla se oli selvästi koko väestöä yleisempää. Ylipainoisten osuus oli alhaisempi myös EU- ja EFTA-maista sekä Pohjois-Amerikasta tulleilla naisilla koko väestön naisiin verrattuna.



Kuvio 8.2.1 Ylipainoiset (BMI \geq 25 kg/m²), maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

Lihavuus oli yleisempää koko väestössä (20 %) kuin ulkomaalaistaustaisessa väestössä (16 %, kuvio 8.2.2). Kuten koko väestössäkin, ulkomaalaistaustaisten lihavuuden yleisyys oli samaa tasoa naisilla ja miehillä, kun kaikkia ulkomaalaistaustaisia tarkasteltiin yhtenä ryhmänä. Maaryhmittäin tarkasteltuna havaittiin kuitenkin merkittäviä sukupuolieroja lihavuuden yleisyydessä muualta Afrikasta (miehet 8 % vrt. naiset 30 %) sekä Aasiasta (miehet 9 % vrt. naiset 3 %) tulleilla. Koko väestöön verrattuna erot lihavuuden yleisyydessä korostuivat tarkemmassa maaryhmittäisessä tarkastelussa, erityisesti miehillä. Lihavuus oli merkittävästi harvinaisempi Muu Afrikka- sekä Aasia-ryhmien miehillä koko väestön miehiin verrattuna. Lihavuus oli erityisen harvinaista Aasiasta tulleilla naisilla.



Kuvio 8.2.2 Lihavat (BMI ≥ 30 kg/m²) maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

Pohdinta

Joka toinen sekä ulkomaalaistaustaisista että koko väestöstä oli vähintään ylipainoinen. Ylipaino oli yleisempää miehillä kuin naisilla, vaikka joissakin ulkomaalaistaustaisissa ryhmissä ero ei ollut merkitsevää. Ylipainon yleisyydessä oli merkittäviä maaryhmittäisiä eroja erityisesti naisilla. Joka viides koko väestöön kuuluva ja joka kuudes ulkomaalaistaustainen oli lihava. Merkittäviä sukupuolieroja lihavuuden yleisyydessä havaittiin Muu Afrikka -ryhmässä ja Aasiasta tulleilla. Muissa ulkomaalaistaustaisissa ryhmissä sekä koko väestössä ei puolestaan havaittu merkittäviä sukupuolieroja lihavuuden yleisyydessä.

Tulokset ovat samansuuntaiset vuosina 2014–2015 toteutetun UTH-tutkimuksen kanssa, joskin ulkomaalaistaustaisten ja koko väestön väliset erot ylipainossa ovat tässä tutkimuksessa pienemmät (Koponen ym. 2015a). Vaikka ylipaino ja lihavuus perustuivat myös UTH-tutkimuksessa itse raportoituun tietoon, tutkimukset eivät ole keskenään täysin vertailukelpoisia koska UTH-tutkimukseen kutsuttiin

myös Suomessa syntyneitä ulkomaista syntyperää olevia henkilöitä ja tiedot kerättiin käyntihaastatteluina.

Itse raportoitu paino ja pituus eivät ole yhtä luotettavia kuin mitattu tieto. Itse raportoitu paino on yleisesti ottaen alhaisempi ja pituus korkeampi tutkimuksessa mitattuun tietoon verrattuna (Taylor ym. 2007). Myös eri ulkomaalaistaustaisten ryhmien itse raportoidun tiedon vertailukelpoisuus voi heikentyä, mikäli tietoisuus omasta painosta ja pituudesta poikkeavat tai mittauksien menetelmät eroavat. Painoon ja pituuteen perustuva BMI ei myöskään riittävästi huomioi muun muassa etnisen taustan mukaan eriäviä ruumiinrakenteita (Skogberg ym. 2018). Tässä tutkimuksessa ei ollut mahdollista mitata vyötärön ympärystä, joka on tarkempi indikaattori vatsaonteloon kertyneestä, terveydelle haitallisimmasta rasvakudoksesta. Luotettavan väestötasoisien ylipainon ja lihavuuden arviointi edellyttää mittauksia terveystarkastustutkimuksissa.

Lisäksi on huomioitava, että eri lähtömaista tulevien henkilöiden ryhmittäminen laajoihin maaryhmiin antaa vain keskimääräisen arvion ylipainon ja lihavuuden yleisyydestä kyseisessä maaryhmässä. Ylipaino ja lihavuus olivat tässä tutkimuksessa huomattavasti harvinaisempia Aasiasta tulleilla muihin ulkomaalaistaustaisiin sekä koko väestöön verrattuna. Enemmistö tähän ryhmään kuuluvista tuli Thaimaasta, Kiinasta, Vietnamista ja Filippiineiltä. Ryhmään kuului myös pienempi määrä Intiasta tulleita, joilla ylipaino ja lihavuus ovat ainakin aikaisempien kansainvälisten tutkimusten mukaan erityisen yleisiä (Agyemang ym. 2013). Myös aikaisemman Suomessa toteutetun terveystarkastustutkimuksen mukaan laajempaan Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmään kuuluvista Iranista ja Irakista tulleista kurditaustaisista 30–64-vuotiaista naisista kolmasosa sekä laajempaan Muu Afrikka -ryhmään kuuluvista somalialaistaustaisista naisista puolet oli lihavia (Skogberg ym. 2016). Tarkemman lähtömaan mukaan eriteltynä ja mitatun terveystarkastustiedon mukaan lihavuus oli siis selvästi yleisempää kuin tässä tutkimuksessa. Tarkempi lähtömaaryhmittely ei kuitenkaan ollut mahdollista tässä tutkimuksessa muiden kuin Venäjältä ja entisen Neuvostoliiton maista sekä Virosta tulleilla.

Tulokset osoittavat, että ylipaino ja lihavuus ovat yhtä lailla merkittäviä kansanterveysongelmia niin ulkomaalaistaustaisessa kuin koko väestössä. Kuten aikaisemminkin, myös tässä tutkimuksessa havaittiin merkittäviä maaryhmittäisiä eroja ylipainon ja lihavuuden yleisyydessä. Tämä tulisi huomioida terveyden edistämisen toimien suunnittelussa. Kotouttamisen edistämisen näkökulmasta tarvitaan monipuolisempia ja kulttuurisensitiivisiä toimia lihavuuden ehkäisyssä ja vähentämisessä.

8.3 Psyykinen hyvinvointi

Anu Castaneda, Katja Cilenti, Johanna Mäki-Opas, Rekar Abdulhamed & Ferdinand Garoff

- Psyykinen kuormittuneisuus oli ulkomaalaistaustaisessa väestössä sekä miesten että naisten osalta hieman yleisempää kuin koko väestössä.

- Psykkinen kuormittuneisuus oli erityisen yleistä Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan alueilta muuttaneiden ryhmässä, jossa peräti 30 prosenttia sekä miehistä että naisista oli psykkinesti kuormittuneita.
- Hermostuneisuutta ja matalaa mielialaa kokevia oli enemmän lähes kaikissa maaryhmissä koko väestöön nähden.
- Palvelujärjestelmää tulee kehittää, erityisiin toimenpiteisiin panostaa ja mielenterveyteen liittyviin tekijöihin vaikuttaa määrätietoisesti, jotta näitä merkittäviä syntyperään liittyviä terveyseroja saadaan kavennettua.

Mielenterveys ja psykkinen hyvinvointi on keskeinen kokonaisvaltaisen terveyden, hyvinvoinnin ja toimintakyvyn ulottuvuus. Hyvään mielenterveyteen kuuluu muun muassa kokemus elämän hallittavuudesta, kokemus itsestä merkityksellisenä, kyky ihmissuhteiden solmimiseen ja ylläpitämiseen, kyky uuden oppimiseen, sopeutumiseen ja mielekkääseen toimintaan, sekä mielensisäinen joustavuus ja taito kohdata vastoinkäymisiä. Psykkisen hyvinvoinnin vajeet näyttäytyvät vastaavasti puutteina näissä, sekä puutteiden aikaansaamina erilaisina psykkininä oireina, kuten masennus- tai ahdistuneisuusoireina. Tässä luvussa, kuten väestötutkimuksissa useimmiten, psykkinen hyvinvoinnin ongelmia tarkastellaan ahdistus- ja masennusoireiden kautta ilmenevänä psykkinenä kuormana sekä vähäisenä onnellisuuden kokemuksena.

Menetelmät

Ajankohtaista psykkinistä hyvinvointia kartoitettiin Mental Health Index (MHI-5) kysymyssarjalla, jonka viidellä kysymyksellä kartoitetaan masentuneisuutta, ahdistuneisuutta ja positiivista mielialaa (Cuijpers ym. 2009). Kysymyssarjassa kysytään, kuinka suuren osan ajasta vastaaja on viimeksi kuluneiden neljän viikon aikana: ollut hyvin hermostunut; tuntenut mielialansa niin matalaksi, ettei mikään ole voinut piristää; tuntenut itsensä tyyneksi ja rauhalliseksi; tuntenut itsensä alakuloiseksi ja apeaksi; sekä ollut onnellinen. Kuhunkin kysymykseen vastattiin asteikolla 1–6 vastausvaihtoehdoilla: koko ajan; suurimman osan aikaa; huomattavan osan aikaa; jonkin aikaa; vähän aikaa; sekä en lainkaan. Vastaukset viiteen kysymykseen yhdistettiin siten, että ne sijoittuvat jatkumolle, jonka toinen ääripää edustaa psykkinistä kuormittuneisuutta ja toinen positiivista mielialaa: pistemäärät kysymyksiin ”tuntenut itsensä tyyneksi ja rauhalliseksi” ja ”ollut onnellinen” muunnettiin käänteiseen järjestykseen, minkä jälkeen pisteet laskettiin yhteen (summapistemäärä 5–30) ja tulos muunnettiin asteikolle 0–100. Raportointia varten summapistemäärä katkaistiin siten, että enintään 52 pistettä saavilla määriteltiin olevan kliinisesti merkittävää psykkinistä kuormittuneisuusoireilua.

Psyykkisen kuormittuneisuusindeksin lisäksi tässä luvussa tarkastellaan yksittäisistä kysymyksistä kolmea: hermostuneisuutta, matalaa mielialaa ja onnellisuutta. Hermostuneisuutta ja matalaa mielialaa kartoittavien kysymysten kohdalla tarkastelussa on vähintään ”jonkin aikaa” vastanneiden osuus. Onnellisuutta kartoittavan kysymyksen kohdalla tarkastelussa on vähintään ”suurimman osan aikaa” vastanneiden osuus.

Tulokset

Psyykkinen kuormittuneisuus oli ulkomaalaistaustaisessa väestössä hieman yleisempää (17 %) kuin koko väestössä (13 %, taulukko 8.3.1). Ero koko väestöön ilmeni sekä miehillä että naisilla. Psyykkinen kuormittuneisuus oli erityisen yleistä Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmässä, jossa lähes kolmannes sekä miehistä että naisista oli psyykkisesti kuormittuneita. Naisista myös EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmässä kuormittuneisuus oli yleisempää kuin koko väestön naisilla. Hermostuneisuuden ja matalan mielialan osalta sekä koko ulkomaalaistaustaisessa väestössä, että kaikissa maaryhmissä paitsi Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmässä oireita kokevia oli enemmän kuin koko väestössä. Onnellisuudessa sen sijaan ulkomaalaistaustainen väestö ei kokonaisuutena eronnut koko väestöstä, mutta maaryhmittäisiä eroja esiintyi: Venäjän ja entisen Neuvostoliiton sekä Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan alueilta muuttaneissa onnellisuutta kokevia oli vähemmän kuin koko väestössä, kun muualta Afrikasta muuttaneissa ja Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmässä onnellisuutta kokevia oli puolestaan enemmän.

Taulukko 8.3.1 Psykkistä kuormittuneisuutta, hermostuneisuutta, matalaa mielialaa ja onnellisuutta viimeksi kuluneiden neljän viikon aikana kokeneet maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Psykkinen kuormittuneisuus	Hermostuneisuus	Matala mieliala	Onnellisuus
	% (LV)	% (LV)	% (LV)	% (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	15,5 (12,9–18,5)	45,0 (41,5–48,6)	22,9 (19,9–26,2)	46,2 (42,6–49,9)
Viro	16,7 (12,9–21,4)	38,4 (33,6–43,5)	20,9 (16,9–25,6)	50,1 (45,0–55,2)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	30,0 (25,6–34,9)	47,8 (43,0–52,6)	43,1 (38,3–47,9)	41,3 (36,6–46,0)
Muu Afrikka	8,9 (5,3–14,5)	40,3 (31,8–49,5)	24,6 (18,2–32,5)	69,7 (59,8–78,1)
Aasia	14,7 (11,7–18,3)	43,0 (38,5–47,6)	33,0 (29,0–37,3)	57,2 (52,6–61,7)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	18,0 (14,3–22,4)	42,6 (38,0–47,5)	25,2 (20,9–30,1)	51,2 (46,3–56,1)
Muut maat ¹	9,3 (5,9–14,4)	30,7 (23,7–38,8)	18,5 (13,2–25,3)	69,1 (61,4–75,9)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	17,3 (15,8–18,9)	42,2 (40,2–44,2)	27,6 (25,9–29,4)	52,4 (50,4–54,4)
Koko väestö	13,0 (11,8–14,3)	27,2 (25,7–28,7)	16,5 (15,3–17,9)	52,4 (50,7–54,0)
Miehet				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	16,1 (12,0–21,4)	44,7 (39,0–50,5)	23,1 (18,3–28,8)	46,3 (40,6–52,1)
Viro	17,0 (11,8–23,9)	38,1 (31,0–45,6)	20,3 (15,0–27,0)	48,3 (40,6–56,0)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	30,0 (24,8–35,7)	46,0 (40,6–51,6)	40,9 (35,5–46,4)	41,9 (36,6–47,4)
Muu Afrikka	11,5 (6,2–20,3)	40,5 (29,6–52,5)	25,6 (17,4–36,1)	66,4 (54,1–76,9)
Aasia	15,2 (10,4–21,7)	44,8 (37,4–52,5)	32,9 (26,4–40,1)	53,6 (45,8–61,2)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	17,0 (12,3–22,9)	39,3 (33,3–45,6)	25,3 (19,7–31,8)	52,2 (45,8–58,6)
Muut maat ¹	8,0 (4,0–15,3)	30,8 (21,6–41,7)	18,7 (11,9–28,0)	69,9 (59,6–78,6)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	18,1 (15,9–20,4)	41,5 (38,7–44,3)	27,8 (25,4–30,4)	51,6 (48,8–54,4)
Koko väestö	12,8 (11,1–14,8)	24,9 (22,7–27,2)	16,3 (14,4–18,4)	51,3 (48,9–53,8)
Naiset				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	15,1 (12,0–18,8)	45,9 (41,4–50,4)	22,8 (19,2–26,8)	46,4 (41,8–51,0)
Viro	16,6 (11,4–23,4)	39,1 (32,6–46,1)	21,5 (15,9–28,3)	51,9 (45,0–58,7)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	30,0 (22,4–38,8)	49,2 (40,3–58,1)	46,9 (38,1–55,9)	39,2 (30,9–48,2)
Muu Afrikka	5,3 (2,0–13,1)	39,5 (26,7–53,9)	23,3 (14,2–35,8)	73,8 (56,2–86,1)
Aasia	14,4 (10,9–18,8)	42,6 (37,3–48,1)	33,2 (28,3–38,6)	59,9 (54,4–65,2)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	19,4 (13,8–26,7)	46,7 (39,3–54,2)	25,0 (18,9–32,4)	49,1 (41,6–56,7)
Muut maat ¹	11,1 (6,0–19,6)	29,9 (19,9–42,3)	18,1 (10,7–29,0)	67,6 (55,4–77,7)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	16,5 (14,5–18,8)	42,9 (40,1–45,7)	27,4 (25,0–30,0)	53,2 (50,3–56,0)
Koko väestö	13,2 (11,8–14,8)	29,5 (27,6–31,6)	16,7 (15,2–18,4)	53,5 (51,4–55,5)

LV = 95 %:n luottamusväli

Tummennetut luvut poikkeavat tilastollisesti merkitsevästi koko väestön tasosta ($p < 0,05$).¹ Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Pohdinta

Tämän luvun tulokset osoittavat selviä psyykkisen hyvinvoinnin vajeita ja mielen-terveyseroja ulkomaalaistaustaisessa väestössä suhteessa koko väestöön. Erityisesti Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan alueilta muuttaneilla esiintyi sekä huomattavasti useammin yleistä psyykkistä kuormittuneisuutta, hermostuneisuutta, matalaa mielialaa, että harvemmin onnellisuutta. Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan alueilta tulleiden lisäksi myös muilla maaryhmillä oli useammin hermostuneisuutta ja matalaa mielialaa kuin koko väestössä.

Nämä tulokset ovat linjassa aikaisemmin ulkomaalaistaustaisesta väestöstä tehtyjen havaintojen kanssa, vaikka eri tutkimusten väliset menetelmälliset erot vaikeuttavat tutkimustulosten suoraa vertailua. Myös vuosina 2010–2012 toteutetussa Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (Maamu, Castaneda ym. 2012b) havaittiin huomattavasti useammin masennus- ja ahdistuneisuusoireita kurdistaustaisilla naisilla ja miehillä sekä venäläistaustaisilla naisilla koko väestöön ver-

rattuna (Rask ym. 2016c), mutta psyykkisten oireiden mittarin erilaisuus estää tarkemman vertailun tämän tutkimuksen tuloksiin.

Vuosina 2014–2015 toteutetussa Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksessa (UTH, Nieminen ym. 2015b) käytettiin sen sijaan samaa psyykkisen hyvinvoinnin mittaristoa ja samaa maajakoa kuin FinMonik-tutkimuksessa, mutta tiedonkeruutapana oli haastattelu ja otokseen kuului myös Suomessa syntyneitä ulkomaista syntyperää olevia (Castaneda ym. 2015a), mitkä molemmat voivat osaltaan vaikuttaa tuloksiin. Kaikkiaan UTH-tutkimuksen tulokset psyykkisestä hyvinvoinnista osoittivat matalampia oiretasoja ulkomaista syntyperää olevan väestön keskuudessa kuin mitä nyt FinMonik-tutkimuksessa havaittiin. Johtopäätös voi selittyä paitsi tilanteen heikentymisellä ja pahoinvoinnin lisääntymisellä ulkomaalaistaustaisessa väestössä, myös edellä mainituilla menetelmällisillä eroilla tutkimusten välillä, minkä vuoksi ajassa tapahtuvien muutosten arviointi on näillä tiedoilla vaikeaa. Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan alueilta muuttaneiden heikompi psyykkisen hyvinvoinnin tila havaittiin kuitenkin myös jo UTH-tutkimuksessa. Tulokset ovat linjassa myös Turvapaikanhakijoiden terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (TERTTU, Skogberg ym. 2019) kanssa, jossa myös havaittiin korkeita mielenterveysoireiden esiintyvyyksiä monissa maaryhmissä juuri maahan tulneiden keskuudessa (Castaneda ym. 2019a). Terveys- ja hyvinvointiseurannassa olisi vastaisuudessa tärkeää säilyttää keskeisimpiä menetelmällisiä seikkoja pysyvinä, jotta myös väestön terveyden indikaattoriseuranta ja ajassa tapahtuvien muutosten havaitseminen mahdollistuisi.

Samoin kuin UTH-tutkimuksessa (Castaneda ym. 2015a), myös tämän tutkimuksen tuloksissa Muu Afrikka -ryhmässä onnellisuutta kokevien osuus oli suurempi kuin koko väestössä. Kiinnostavasti, tässä tutkimuksessa Muu Afrikka -ryhmässä esiintyi kuitenkin sekä hermostuneisuutta että matalaa mielialaa useammin kuin koko väestössä. Tämä havainto kuvaa muun muassa mittariston erilaista toimivuutta eri väestöryhmissä, ja korostaa tarvetta tarkkailla myös yksittäisiä oiremuutujia indeksien lisäksi. Esimerkiksi tässä tutkimuksessa Muu Afrikka -ryhmää koskevat, yksittäisissä oiremuuttujissa (esim. hermostuneisuus) näkyvät suuret oireilevien osuudet katoavat toisten muuttujien (esim. onnellisuus) vaikutuksesta tarkasteltaessa kokonaisindeksiä. Nämä havainnot korostavat tarvetta tutkia mittaristojen validiteettikysymyksiä eritaustaisissa väestöryhmissä, jotta löydetään haluttuja ilmiöitä ja todellisia tilanteita parhaiten kuvaavia indikaattoreita.

Tässä luvussa esitetyt tulokset ulkomaalaistaustaisessa väestössä yleisemmin esiintyvistä mielenterveysoireista ovat keskeisiä myös siitä näkökulmasta, että ulkomaalaista syntyperää olevien tiedetään olevan koko väestöä harvemmin mielenterveyspalvelujen piirissä (Koponen ym. 2015b, Markkula ym. 2017) sekä vähäisemmän intensiteetin mielenterveyshoidoissa (Kieseppä ym. painossa). On tarpeellista, että palvelujärjestelmää kehitetään ja erityisiin toimenpiteisiin panostetaan, jotta tämä merkittävä syntyperään liittyvä terveysero saadaan kaventumaan (Castaneda ym. 2018).

Jatkotutkimuksissa on lisäksi tärkeää selvittää, mitkä tekijät ovat yhteydessä ulkomaalaistaustaisten mielenterveysongelmiin, jotta myös näihin tekijöihin voidaan vaikuttaa ja siten osaltaan kaventaa mielenterveyseroja. Tällaisia tekijöitä voivat traumaattisen taustan (Castaneda ym. 2017, 2019b) lisäksi olla ainakin koettu syrjintä (Castaneda ym. 2015b, Rask ym. 2018), sosio-ekonomiset ongelmat (Rask ym. 2016c), yksinäisyys ja ystävien puute (Castaneda & Kuusio, painossa) sekä perheestä eroon joutuminen (Rask ym. 2016b).

8.4 Synnytykset, raskaudenkeskeytykset ja keskenmenot

Satu Jokela, Päivikki Koponen, Mimmi Koukkula, Johanna Vihtari & Reija Klemetti

- Synnyttäneiden osuus oli selvästi suurempi ulkomaalaistaustaisten kuin koko väestön naisten keskuudessa (74 % vrt. 55 %).
- Lähi-idästä ja Afrikasta tulleilla synnyttäneillä naisilla yli puolella oli vähintään kolme synnytystä.
- Lähes neljänneksellä Venäjältä, entisen Neuvostoliiton alueilta ja Virosta tulleilla naisilla oli vähintään kolme raskaudenkeskeytystä.
- Seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluissa on erityisesti Lähi-idästä ja Afrikasta sekä Venäjältä, entisen Neuvostoliiton alueilta ja Virosta tulleiden kohdalla tarpeen kiinnittää huomiota perhesuunnittelu- ja ehkäisyneuvontaan.

Mahdollisuus käyttää turvallisia ja luotettavia ehkäisymenetelmiä sekä turvallinen raskaus ja synnytys ovat naisille kuuluvia oikeuksia, joita Suomessa turvataan laadukkailla seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluilla (Klemetti & Raussi-Lehto 2016). Aikaisempien tutkimusten perusteella tiedetään, että ulkomaalaistaustaisilla naisilla seksuaali- ja lisääntymisterveyteen voi lähtömaasta riippuen liittyä erityiskysymyksiä. Näitä ovat esimerkiksi tiedolliset puutteet, palvelujen saatavuuteen ja saavutettavuuteen liittyvät haasteet sekä naisten oikeuksiin liittyvät puutteet (esimerkiksi oikeus ehkäisyn käyttöön ja raskaudenkeskeytykseen) ennen Suomeen tuloa, mutta myös Suomessa asuessa. (Koponen ym. 2012, Koponen ym. 2015, Jokela & Mustonen ym. 2019). Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan somalialaistaisilla naisilla oli suurempi riski erilaisille synnytyskomplikaatioille verrattuna koko väestöön (Bastola ym. 2018). Toinen suomalainen rekisteritutkimus osoitti muun muassa, että somalialais- ja intialaistaisilla naisilla oli suurin todennäköisyys päätyä raskaudenkeskeytykseen, jos uusi raskaus alkoi pian edellisen synnytyksen jälkeen. Iranista, Irakista, Somaliasta ja entisestä Jugoslaviasta lähtöisin olevilla naisilla oli puolestaan suurin todennäköisyys päätyä uuteen raskaudenkeskeytykseen pian edellisen keskeytyksen jälkeen. Riski kahden tai useamman raskaudenkeskeytyksen kokemiselle oli suurin Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta sekä Virosta tulleilla. Lisäksi ehkäisyn käyttö oli koko väestön naisia harvinaisempaa ulkomaalaistaustaisilla naisilla. (Heino ym. 2018)

Menetelmät

Tässä tutkimuksessa selvitettiin 20–54-vuotiaiden naisten raskauksia ja synnytyksiä kysymällä, onko vastaajilla ollut synnytyksiä, raskaudenkeskeytyksiä (abortteja) ja keskenmenoon päätyneitä raskauksia. Vastausvaihtoehdot olivat ”ei” ja ”kyllä”. ”Kyllä”-vaihtoehdolla vastanneilta kysyttiin lisäksi lukumääriä. Tässä luvussa raportoidaan sekä vähintään kerran että vähintään kolme kertaa synnyttäneiden osuudet, vähintään kerran tai vähintään kolme kertaa raskaudenkeskeytyksen kokeneiden osuudet ja niiden osuudet, joilla on ollut vähintään yksi ja vähintään kolme keskenmenoon päätynyttä raskautta.

Tulokset

Lähes kolme neljästä tutkimukseen osallistuneesta 20–54-vuotiaasta ulkomaalaistaustaisesta naisesta ja noin puolet koko väestön naisista oli synnyttänyt vähintään kerran (taulukko 8.4.1). Vähintään yhden raskaudenkeskeytyksen oli kokenut noin neljännes ulkomaalaistaustaisista naisista ja 14 prosenttia koko väestön naisista. Venäjän ja entisen Neuvostoliiton alueilta ja Virosta tulleista naisista raskaudenkeskeytyksen oli kokenut yli kolmannes (33 % sekä 35 %), muualta Afrikasta tulleista kolmannes (29 %) ja Aasiasta tulleista viidennes (21 %). Vähintään yhden keskenmenon oli kokenut lähes neljännes ulkomaalaistaustaisista naisista ja koko väestön naisista hieman harvempi (23 vrt. 19 %).

Taulukko 8.4.1 Synnytykset, raskaudenkeskeytykset ja keskenmenot maaryhmittäin, 20–54-vuotiaat naiset, mallivakioitu osuus, %

	Vähintään kerran synnyttäneet	Vähintään yksi raskaudenkeskeytykset	Vähintään yksi keskenmeno
	% (LV)	% (LV)	% (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	70,7 (65,5–75,4)	32,9 (28,8–37,2)	23,8 (19,2–29,2)
Viro	80,6 (74,6–85,5)	35,4 (28,2–43,3)	20,8 (14,3–29,2)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	75,0 (67,6–81,1)	18,8 (13,2–26,1)	26,6 (19,4–35,4)
Muu Afrikka	87,0 (78,7–92,4)	28,7 (17,6–43,2)	29,5 (16,3–47,2)
Aasia	69,5 (64,6–74,0)	20,5 (16,3–25,6)	20,7 (16,5–25,5)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	63,7 (57,4–69,5)	17,5 (11,3–26,2)	22,2 (15,4–30,8)
Muut maat ¹	77,7 (65,4–86,5)	20,4 (12,4–31,7)	20,7 (11,8–33,8)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	73,5 (71,0–75,9)	25,9 (23,4–28,7)	22,9 (20,3–25,9)
Koko väestö	54,9 (52,4–57,4)	14,3 (12,5–16,3)	18,5 (16,6–20,6)

LV = 95 %:n luottamusväli

Tummennetut luvut poikkeavat tilastollisesti merkitsevästi koko väestön tasosta ($p < 0,05$).

¹ Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Synnyttäneistä ulkomaalaistaustaisista ja koko väestön naisista noin neljänneksellä oli vähintään kolme synnytystä (taulukko 8.4.2). Lähi-idästä ja Afrikasta tulleilla synnyttäneillä naisilla yli puolella oli vähintään kolme synnytystä. Raskauden keskeyttäneistä ulkomaalaistaustaisista naisista 20 prosentilla oli vähintään kolme keskeytystä. Vastaava osuus koko väestön naisilla oli kahdeksan prosenttia. Venäjältä,

entisen Neuvostoliiton alueilta ja Virosta tulleilla naisilla peräti noin neljänneksellä raskauden keskeyttäneistä oli keskeytyksiä vähintään kolme (24 % ja 22 %). Hieman alle joka kymmenennellä keskenmenon kokeneista naisista oli ollut keskenmenoon päätyneitä raskauksia vähintään kolme (8–9 %).

Taulukko 8.4.2 Vähintään kolme synnytyistä, raskaudenkeskeytystä tai keskenmenoa maaryhmittäin, 20–54-vuotiaat naiset¹, mallivakioitu osuus, %

	Vähintään kolme synnytyistä ²	Vähintään kolme raskaudenkeskeytystä ²	Vähintään kolme keskenmenoa ²
	% (LV)	% (LV)	% (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	17,1 (12,8–22,5)	23,5 (16,9–31,7)	5,5 (2,6–11,1)
Viro	24,5 (16,9–34,1)	22,1 (11,7–37,8)	11,9 (3,4–34,4)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	53,7 (41,7–65,3)	NA	NA
Muu Afrikka	53,3 (35,2–70,6)	NA	NA
Aasia	15,3 (11,0–20,9)	NA	8,6 (4,0–17,4)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	23,8 (15,1–35,3)	25,1 (7,2–59,3)	12,5 (3,9–33,4)
Muut maat ¹	21,8 (12,1–36,0)	NA	NA
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	26,5 (22,8–30,5)	19,7 (14,3–26,4)	8,1 (5,1–12,4)
Koko väestö	25,0 (22,4–27,8)	8,4 (4,5–15,0)	9,1 (6,3–12,8)

LV = 95 %:n luottamusväli

NA = Vähäisten vastaajamäärien vuoksi lukua ei esitetä.

Tummennetut luvut poikkeavat tilastollisesti merkitsevästi koko väestön tasosta ($p < 0,05$).

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

²Synnyttäneistä, raskauden keskeyttäneistä tai keskenmenon kokeneista naisista

Pohdinta

Tässä tutkimuksessa synnyttäneiden osuus oli suurempi ulkomaalaistaustaisten naisten ryhmässä kuin koko väestön naisilla. Maaryhmittäin tarkasteltuna Lähi-idästä ja Afrikasta tulleiden naisten keskuudessa oli eniten naisia, joilla oli vähintään kolme synnytyistä. Tulos vastaa aikaisempia tutkimustuloksia Suomessa asuvista ulkomaalaistaustaisista. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi -tutkimuksessa (Maamu, Castaneda ym. 2012b) synnyttäneiden osuus oli suurin somalialais- ja kurditaustaisilla naisilla (Koponen ym. 2012a). Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksessa (UTH, Nieminen ym. 2015b) synnyttäneiden osuus oli suurin Muu Afrikka -ryhmään kuuluneilla naisilla, joista valtaosa oli lähtöisin Somaliasta (Koponen ym. 2015a).

Tässä tutkimuksessa ulkomaalaistaustaisilla naisilla oli enemmän raskaudenkeskeytyksiä kuin koko väestön naisilla. Koko väestön naiseen verrattuna vähintään yhden raskaudenkeskeytyksen kokeneiden osuus oli merkitsevästi suurempi Venäjän ja entisen Neuvostoliiton alueilta, Virosta, muualta Afrikasta ja Aasiasta tulleilla naisilla. Maaryhmien väliset erot jäävät satunnaisvaihtelun piiriin. Lisäksi tutkimuksen EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmässä vähintään kolme raskaudenkeskeytystä kokeneiden osuus oli suuri, mutta tulos ei ole täysin luotettava pienen vastaajamäärän vuoksi. Raskaudenkeskeytysten osuudet tässä tutkimuksessa vastaavat pääosin aikaisempia tutkimustuloksia. Maamu-tutkimuksessa raskaudenkeskeytysten osuus

oli suurin venäläistaustaisilla naisilla, joista yli puolet oli kokenut raskaudenkeskeytyksen. Somalialaistaustaisilla naisilla raskaudenkeskeytykset olivat harvinaisia. UTH-tutkimuksessa Venäjältä, entisestä Neuvostoliitosta ja Virosta tulleilla naisilla raskaudenkeskeytykset olivat selvästi yleisempiä kuin koko samanikäisessä naisväestössä. Muu Afrikka -ryhmän naisista raskaudenkeskeytyksen oli kokenut hieman yli kymmenesosa naisista. Maamu-tutkimukseen osallistuneiden naisten haastattelu- ja rekisteritietoa vertailevassa tutkimuksessa 18–29-vuotiaat somalialaistaustaiset naiset raportoivat itse raskaudenkeskeytyksiä merkittävästi rekisteritietoa vähemmän. Rekisteritiedon perusteella somalialaistaustaisista 18–29-vuotiaista hieman alle viidesosalla oli vähintään yksi raskaudenkeskeytys. (Jokela ym. 2018). Myös toisessa Suomessa tehdyssä rekisteritutkimuksessa 22 prosenttia alle 20-vuotiaista niin sanotuista ensimmäisen polven somalialaistaustaisista nuorista naisista oli kokenut raskaudenkeskeytyksen. (Heino ym. 2018).

Tässä tutkimuksessa keskenmenon kokeneiden osuus oli yhtä suuri ulkomaalaistaustaisilla ja koko väestöön kuuluvilla naisilla. Maamu-tutkimuksessa keskenmenojen osuus oli suurin somalialaistaustaisilla naisilla (Koponen ym. 2012a) UTH-tutkimuksessa keskenmenon kokeneiden osuus oli suurin Virosta ja muulta Afrikasta kuin Pohjois-Afrikasta tulleilla. Kun ulkomaalaistaustaisia naisia verrattiin yhtenä ryhmänä koko väestön naisiin, keskenmenojen osuuksissa ei ollut eroa. (Koponen ym. 2015a).

Raskauksia ja synnytyksiä koskevia tuloksia vertailtaessa on otettava huomioon se, että tämän tutkimuksen tulokset eivät ole suoraan vertailukelpoisia Maamu- ja UTH-tutkimusten kanssa, sillä tutkimusten tiedonkeruutavat poikkeavat toisistaan. Maamu- ja UTH-tutkimuksissa tiedonkeruumenetelmänä oli haastattelu, kun taas FinMonik-tutkimuksen tiedonkeruu toteutui lisääntymisterveyden osalta itse täytettävällä sähköisellä tai paperisella lomakkeella. Lisäksi UTH-tutkimuksessa tutkittaviin kuului myös Suomessa syntyneitä ulkomaalaistaustaisia. Haastatteleamalla, itse täytettävillä lomakkeilla ja rekistereistä saatujen tulosten perusteella on aiheellista miettiä, miten erilaiset tiedonkeruutavat vaikuttavat tuloksiin, erityisesti silloin kun aihe on hyvin sensitiivinen, kuten raskaudenkeskeytysten kohdalla.

Tutkimustulosten perusteella seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluissa on tarpeen kiinnittää erityistä huomiota niistä maista tulevien neuvontaan ja ohjaukseen, joissa naisilla on paljon raskauksia ja/tai raskaudenkeskeytyksiä. Venäjältä, entisen Neuvostoliiton alueilta ja Virosta tulleiden naisten suuri raskaudenkeskeytysten määrä asettaa erityisen tarpeen näistä maista tulevien seksuaalikasvatukselle ja ehkäisyneuvonnalle. Tulosten perusteella on jatkossa tärkeää kiinnittää huomiota myös Afrikan maista tulleiden naisten ja miesten neuvontaan ja ohjaukseen. Kaikkien tulisi saada tietoa seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevista oikeuksista, esimerkiksi mahdollisuudesta turvallisen ja luotettavan ehkäisyn käyttöön niin halutessaan. Nuoret voivat saada tätä tietoa parhaiten koulussa, mutta aikuisina maahan muuttaneiden kanssa tätä teemaa tulisi käsitellä kotouttamiskoulutuksessa ja/tai terveystarkastuksissa sekä tarvittaessa muissa palvelukontakteissa. Joissakin kulttuureissa seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät asiat ovat hyvin sensitiivisiä ja

palveluissa on tärkeä luoda ammattilaisen ja asiakkaan välille luotettava ilmapiiri, jolloin vaikeallekin tuntuvista asioista voidaan puhua. Myös miesten tiedonsaannista seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvistä kysymyksistä on huolehdittava. Joissakin maissa tyttöjen ja naisten oikeuksiin liittyy ongelmia ja seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvä tieto voi olla puutteellista.

Eri taustoista tuleville asiakkaille on julkaistu oppaita, joita voidaan hyödyntää neuvonnassa ja ohjauksessa (Väestöliitto 2019 a ja b). Jos ammattilaisella ja asiakkaalla ei ole yhteistä kieltä, tulisi asiakkaalla olla mahdollisuus ammattitaitoisen tulkin saamiseen. Sensitiivisistä asioista keskusteltaessa tulisi asiakkaalla halutessaan olla mahdollisuus käyttää samaa sukupuolta olevaa tulkkia. Tulkin kanssa työskennellessä varmistetaan molemminpuolinen ymmärrys. Ammattilaisten työn tueksi ja eri taustoista tulevien asiakkaiden tiedonsaannin turvaamiseksi seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä oppaita tulisi olla saatavilla Suomessa yleisimmin puhutuilla kielillä. Esimerkiksi Meille tulee vauva -oppaita on jo käännetty useille eri kielille (THL 2019) ja seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma on julkaistu myös englanniksi (Klemetti & Raussi-Lehto 2013).

8.5 Naisten osallistuminen syöpäseulontatutkimuksiin

Satu Jokela, Reija Klemetti, Mimmi Koukkula, Johanna Vihtari & Päivikki Koponen

- Ulkomaalaistaustaiset naiset eivät käyneet yhtä usein kohdunkaulan syövän ja rintasyövän seulontatutkimuksissa kuin koko väestön naiset.
- Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleilla naisilla rintasyövän ja kohdunkaulan syövän seulontatutkimuksissa käyneiden osuus oli kaikkein pienin, mutta heistäkin kolme neljästä oli käynyt rintasyövän seulontatutkimuksissa ja kaksi kolmesta kohdunkaulan syövän seulontatutkimuksissa.
- Ulkomaalaistaustaisten naisten erikielisen tiedon ja neuvonnan tarve syöpäseulontojen hyödyistä on huomioitava ja joukkoseulontakutsuja pitäisi kehittää osallistumiseen kannustaviksi.

Suomessa rintasyövän seulontatutkimus (mammografia, rintojen röntgentutkimus) ja kohdunkaulan irtosolunäytetutkimus (PAPA-koe) kuuluvat naisille lain mukaan tarjottaviin syöpäseulontoihin. Seulontojen tarkoituksena on löytää oireettomat seulottavaa sairautta sairastavat henkilöt. Tavoitteena on hoidon varhainen aloitus ja sairauden ennusteen parantaminen sekä kuolleisuuden vähentäminen. (Valtioneuvoston asetus seulonnoista 339/2011, Suomen Syöpärekisteri 2019). Seulonnan järjestämisessä ja seulontaan osallistumisessa on kuitenkin Suomessa havaittu sekä alueellista että sosioekonomista eriarvoisuutta (Leinonen ym. 2019).

Rintasyövän seulontaohjelmaan kuuluvat 50–69-vuotiaat. Seulontakutsu lähetetään kahden vuoden välein. Seulontaikäisten naisten rintasyövästä noin kaksi kolmasosaa löydetään seulonnassa. Loput syövästä todetaan niillä, jotka eivät ole osallis-

tuneet seulontaan sekä niillä, jotka osallistuivat seulontaan, mutta syöpää ei havaittu tai syöpä ilmaantui vasta seulonnan jälkeen. (Sarkeala ym. 2014).

Kohdunkaulan syövän varhaiseen toteamiseen tähtäävään kohdunkaulan irtosolunäytetutkimukseen lähetetään kutsu viiden vuoden välein 30–60-vuotiaille naisille. Joissakin kunnissa seulontaan kutsutaan myös 20-, 25- ja 65-vuotiaat. Kohdunkaulan syövän seulonnassa voidaan syövän lisäksi havaita eri syövän esiasteita. Seulontoihin säännöllisesti osallistuvilla naisilla noin yhdellä kolmesta näyte on poikkeava ja vaatii seurantaa. Seulonnan myötä kohdunkaulan syöpä on harvinaistunut. (Syöpärekisteri 2019, Pankakoski ym. 2017). Lisäksi sekä mammografiatutkimuksia että kohdunkaulan irtosolunäytteiden tutkimuksia voidaan tehdä tarpeen mukaan saadulla läheteellä joko oireiden tai esimerkiksi korkeaksi arvioidun syöpäriskin takia.

Menetelmät

Naisten seulontatutkimuksissa käymistä selvitettiin kysymällä, olivatko vastaajat käyneet mammografiassa (rintasyövän seulontatutkimuksessa) tai PAPA-kokeessa (kohdunkaulan irtosolunäytetutkimuksessa). Vastausvaihtoehdot olivat: en; kyllä, viime (1) vuoden aikana; sekä kyllä, 1–5 viime vuoden aikana. Kysymys kattoi siis lähtökohtaisesti sekä seulontaohjelman mukaisten kutsujen perusteella että muilla perusteilla tehdyt tutkimukset.

Tässä luvussa raportoidaan vähintään kaksi vuotta Suomessa asuneiden seulontaohjelman ikäluokkien eli 50–64-vuotiaiden naisten mammografiatutkimuksissa käyminen ja vähintään viisi vuotta Suomessa asuneiden 30–64-vuotiaiden naisten PAPA-tutkimuksissa käyminen viiden vuoden aikana. Suomessa oltua aikaa koskeva raja on tehty, jotta tarkastelussa ovat vain ne naiset, jotka ovat todennäköisesti ehtineet saada mammografia- ja PAPA-seulontaohjelmien mukaisen seulontakutsun Suomessa asuessaan.

Tulokset

Kaikista rintasyövän seulontaohjelman ikäluokkiin kuuluvista naisista viimeisen viiden vuoden aikana mammografiatutkimuksessa oli koko väestön naisista käynyt 96 prosenttia ja kaikista ulkomaalaistaustaisista naisista 89 prosenttia (taulukko 8.5.1). Pienten vastaajamäärien vuoksi ikävakioituja osuuksia ei voitu laskea eikä kaikkien maaryhmien osalta raportoida maaryhmittäisiä osuuksia. Seulontaohjelman ikäluokkiin kuuluvista ulkomaalaistaustaisista koko väestöön nähden merkittävästi harvimminkin mammografiatutkimuksissa olivat käyneet Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta sekä Aasiasta ja Virosta tulleet naiset (76–86 %).

Viimeisen kahden vuoden aikana PAPA-kokeessa ilmoitti käyneensä 84 prosenttia seulontaohjelman ikäluokkiin kuuluvista ulkomaalaistaustaisista ja 91 prosenttia koko väestöön kuuluvista naisista. Maaryhmittäin tarkasteltuna koko väestöön nähden merkittävästi harvimminkin PAPA-kokeessa viimeisen viiden vuoden aikana vastasivat käyneensä Virosta, Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta ja Aasiasta tul-

leet naiset: Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleista noin kaksi kolmasosaa ja Aasia-ta tulleista noin neljä viidesosaa oli osallistunut PAPA-seulontaan.

Taulukko 8.5.1 Mammografiaan osallistuneet 50–64-vuotiaat naiset ja PAPA-kokeeseen osallistuneet 30–64-vuotiaat naiset maaryhmittäin, mallivakioitu osuus, %

	Mammografiaan osallistuneet 50–64-vuotiaat ²	PAPA-kokeeseen osallistuneet 30–64-vuotiaat
	% (LV)	% (LV)
Venäjä ja entinen NL	94,6 (89,0–97,4)	87,5 (83,0–90,8)
Viro	85,7 (76,4–91,8)	84,0 (76,2–89,6)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	76,0 (53,3–89,8)	67,0 (53,0–78,4)
Muu Afrikka	NA	85,2 (69,5–93,5)
Aasia	84,0 (71,1–91,8)	78,9 (72,1–84,4)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	88,4 (66,0–96,7)	87,4 (77,5–93,3)
Muut maat ¹	NA	90,5 (78,8–96,0)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	88,8 (84,7–91,9)	83,6 (80,7–86,1)
Koko väestö	96,3 (95,3–97,1)	91,0 (89,7–92,1)

LV = 95 %:n luottamusväli

NA = vähäisten vastaajamäärien vuoksi lukua ei esitetä.

Tummennetut luvut poikkeavat tilastollisesti merkitsevästi koko väestön tasosta ($p < 0,05$).

¹Latalalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

²Ei ikävakiointia.

Pohdinta

Tässä tutkimuksessa seulontaohjelman ikäluokkiin kuuluneet ulkomaalaistaustaiset naiset kävivät syöpäseulontaan liittyvissä tutkimuksissa koko väestön naisia harvemmin. Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleilla naisilla sekä rintasyövän- että kohdunkaulan syövän seulontatutkimuksissa käyminen oli harvinaista.

Aikaisemmissa Suomessa toteutetuissa ulkomaalaistaustaiseen väestöön kohdennetuissa tutkimuksissa rinta- ja kohdunkaulan syövän seulontoihin osallistumisesta on kysytty Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (Maamu, Castaneda ym. 2012b, Koponen ym. 2012c). Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksessa (UTH, Nieminen ym. 2015b) kysymystä ei ollut. FinMonik-tutkimuksessa saadut tulokset ovat samansuuntaiset kuin Maamu-tutkimuksessa, jonka mukaan 18–64-vuotiaat venäläis-, kurdi- ja somalialaistaustaiset naiset olivat käyneet selvästi harvemmin kohdunkaulan irtosolututkimuksissa verrattuna tutkimuspaikkakuntien muihin naisiin. Maamu-tutkimukseen osallistuneista heikoimmin kohdunkaulan irtosolututkimuksissa olivat käyneet ne venäläis-, somalialais- ja kurditaustaiset naiset, joilla oli alhaisempi koulutus ja heikko kielitaito tai jotka olivat työttömiä. (Idehen ym. 2017). Mammografiatutkimuksessa käyminen oli Maamu-tutkimuksessa vähäisintä somalialaistaustaisilla.

Myös kansainvälisissä tutkimuksissa maahanmuuttajataustaisten naisten on havaittu osallistuvan koko väestöön kuuluvia naisia harvemmin rintaja kohdunkaulan syövän seurantatutkimuksiin. (Azerkan ym. 2012, Harcourt ym. 2014). Suomessa tämä on havaittu myös joukkotarkastusrekisteritietoon perustuen (Virtanen ym. 2015, Leinonen ym. 2019). Suomessa naisten syöpäseulontoihin osallistumisessa on myös huomattavia alueellisia ja sosioekonomisia eroja (Leinonen ym. 2019).

Tämän ja aikaisempien tutkimusten tulosten perusteella ulkomaalaistaustaiset naiset tarvitsevat tietoa Suomessa tarjottavista naisten seurantatutkimuksista ja seuloon osallistumisen hyödyistä. Kaikki eivät esimerkiksi ymmärrä suomenkielistä kutsukirjettä eikä kaikilla ole riittäviä tietoja syövästä, niiden hoitomahdollisuuksista, varhaisen toteamisen merkityksestä eikä muutenkaan seulonnan tarkoituksesta. Osa naisista voi tämän vuoksi jättää menemättä seuloon tai olla käymättä tutkimuksissa. Tutkimuksissa käymistä saattavat hankaloittaa myös erilaiset kulttuurit ja käytännöt kuten tutkimukseen kuuluva riisuutuminen, tutkimuksia tekevien hoitajien sukupuoli, arkaluonteiseksi koettu kehollisuus, läpikäyty sukuelinten silpominen sekä lastenhoitovelvoitteet. Lisäksi tarvittaisiin neuvontaa, ohjausta ja materiaaleja eri kielillä tai mahdollisuus tulkkaukseen. Syöpärekisterin sivuilta löytyy tietoa syöpäseulonnoista suomen lisäksi jo ruotsiksi ja englanniksi. (Suomen syöpärekisteri 2019). Eriarvoisuuden vähentämiseksi tarvitaan useita rinnakkaisia, osallistumista helpottavia ja kannustavia toimia, joiden suunnittelussa ja toteutuksessa tarvitaan myös heikoiten seurantatutkimuksissa käyvien ryhmien osallisuutta (Leinonen ym. 2019).

8.6 Naisten sukuelinten silpominen ja miesten ympärileikkaus

Mimmi Koukkula & Reija Klemetti

- Osa tutkimukseen osallistuneista naisista raportoi läpikäyneensä sukuelinten silpomisen, mutta silpomisen kokeneiden osuus vaihteli maaryhmän mukaan.
- Lähi-idästä ja Afrikasta muuttaneilla naisten sukuelinten silpominen oli selvästi muita yleisempää.
- Yli kolmannes miehistä kertoi olevansa ympärileikattuja: yleisintä se oli nuoremmissa ikäryhmissä sekä Lähi-idästä ja Afrikasta tulleilla, joista lähes yhdeksän kymmenestä oli ympärileikattu.
- Silpomisen läpikäyneille tulee tarjota apua ja tukea. Tyttöä uhkaavaan silpomiseen on aina puututtava.

Tyttöjen ja naisten sukuelinten silpomisella (female genital mutilation, FGM) tarkoitetaan ilman lääketieteellistä syytä tehtäviä toimenpiteitä, joihin liittyy ulkoisten sukuelinten poistamista tai niiden vahingoittamista. Terveyshaittoja aiheuttavaa perinnettä esiintyy erityisesti Afrikan, Lähi-idän ja Aasian maissa sekä siirtolaisuus-

den myötä myös muualla maailmassa. Sukuelinten silpominen on alun perin tarkoitettu muun muassa suojaamaan lasta, takaamaan tytön siveys ja varmistamaan avioliittokelpoisuus. (WHO 2018). Sukuelinten silpominen on vakava ihmisoikeusloukkaus ja Suomen lain mukaan rikos. Sukuelinten silpomisen estämiseksi on Suomessa julkaistu vuonna 2019 uusi toimintaohjelma (Koukkula & Klemetti 2019a). Poikien ympärileikkaus ilman lääketieteellistä syytä on yleistä joidenkin uskontojen ja kulttuurien parissa. Poikien ympärileikkaus loukkaa lapsen koskemattomuutta ja itsemääräämisoikeutta eikä sitä tehdä Suomessa julkisessa terveydenhuollossa ilman lääketieteellistä syytä. (STM 2015).

Menetelmät

Naisten sukuelinten silpomista ja miesten ympärileikkausta koskeviin kysymyksiin johdateltiin kertomalla, että joissakin maissa tehdään tytöille ja pojille ympärileikkauksia, joilla voi olla vaikutusta terveyteen. Silpomisesta suositellaan käyttämään asiakastyössä termiä ”tyttöjen ympärileikkaus”, jota käytettiin myös FinMonik-tutkimuksen kyselylomakkeella. Naisilta ja miehiltä kysyttiin, oliko heille tehty ympärileikkaus. ”Kyllä”-vaihtoehdon valinneilta kysyttiin lisäksi, minkä ikäisenä ympärileikkaus oli tehty. Tässä luvussa raportoidaan sukuelinten silpomisen läpikäyneiden naisten ja ympärileikattujen miesten osuudet. Näiden lisäksi raportoidaan keskimääräinen ikä tapahtumahetkellä.

Tulokset

Kaikista naisista noin kaksi prosenttia kertoi läpikäyneensä sukuelinten silpomisen (taulukko 8.6.1). Yleisimmin silpomisesta kertoivat 30–44-vuotiaat naiset, joista silpomisen läpikäyneitä oli noin kolme prosenttia. Nuorimmassa ikäryhmässä, 18–29-vuotiaissa, silpomisesta raportoi vajaa kaksi prosenttia ja vanhimmassa ikäryhmässä, 45–64-vuotiaissa, kaksi prosenttia vastanneista. Tutkimukseen osallistuneet naiset kertoivat silpomisen tapahtuneen keskimäärin seitsemänvuotiaana. Naisten sukuelinten silpomisen kokeneita oli erityisesti Lähi-idästä ja Afrikasta muuttaneiden naisten joukossa, joista 8–18 prosenttia oli läpikäynyt sukuelinten silpomisen.

Taulukko 8.6.1 Tyttöjen ja naisten sukuelinten silpominen maaryhmittäin, 18–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Naiset % (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	NA
Viro	NA
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	8,0 (4,3–14,6)
Muu Afrikka	18,3 (9,7–31,8)
Aasia	0,6 (0,2–1,6)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	NA
Muut maat ¹	NA
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	2,4 (1,5–3,7)

LV = 95 %:n luottamusväli

NA = Vähäisten vastaajamäärien vuoksi lukua ei esitetä.

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Kaikista tutkimukseen osallistuneista miehistä 37 prosenttia kertoi olevansa ympärileikattu (taulukko 8.6.2). Ympärileikkaus oli yleisempää nuoremmissa ikäryhmissä: 18–29-vuotiaista 40 prosenttia ja 30–44-vuotiaista 41 prosenttia kertoi olevansa ympärileikattu. Vanhimmassa ikäryhmässä, 45–64-vuotiaissa, 29 prosenttia kertoi olevansa ympärileikattu. Tutkimukseen osallistuneet miehet oli ympärileikattu keskimäärin kuusivuotiaana. Keskimääräinen ympärileikkausikä oli matalin Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleilla: noin neljä vuotta.

Yleisintä miesten ympärileikkaus oli Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta sekä muualta Afrikasta tulleilla, joista lähes 90 prosenttia kertoi olevansa ympärileikattu. Lähes puolet miehistä, jotka kuuluivat ryhmään Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat, kertoi olevansa ympärileikattuja.

Taulukko 8.6.2 Miesten ympärileikkaukset maaryhmittäin, 18–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Miehet % (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	6,0 (3,2–10,9)
Viro	6,3 (3,0–12,8)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	89,7 (85,9–92,6)
Muu Afrikka	87,2 (77,4–93,1)
Aasia	13,5 (8,8–20,1)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	13,0 (9,5–17,5)
Muut maat ¹	47,7 (37,2–58,5)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	37,3 (34,4–40,2)

LV = 95 %:n luottamusväli

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Pohdinta

Tyttöjen ja naisten sukuelinten silpominen on aiheena sensitiivinen ja sen kysyminen tutkimuksissa on koettu usein haasteelliseksi (Elmusharaf ym. 2006, Reisel & Creighton 2014). Tytöt ja naiset eivät itse aina miellä tai tunnista lapsena tehtyä toimenpidettä silpomiseksi eivätkä välttämättä halua kertoa siitä leimautumisen ja ri-

kosseuraamusten pelossa, jolloin tutkimuksissa voi esiintyä aliraportointia (Larsson ym. 2017).

Silpomisen esiintyvyys (2 %) oli tässä tutkimuksessa alhaisempi kuin aiemmissa aihetta käsittelevissä Suomessa toteutetuissa ulkomaaalaistaustaisten väestötutkimuksissa. Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (Maamu, Castaneda ym. 2012b) 70 prosenttia somalitaustaisista ja 32 prosenttia kurditaustaisista naisista kertoi läpikäyneensä silpomisen (Koponen & Mölsä 2012). Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksessa (UTH, Nieminen ym. 2015b) silpomisesta raportoi lähes joka viides niistä haastatelluista naisista, jotka olivat syntyneet silpomisperinnettä harjoittavissa maissa (Koponen ym. 2015a). Turvapaikanhakijoiden terveys ja hyvinvointi -tutkimuksessa (TERTTU, Skogberg ym. 2019) kaikista Suomesta turvapaikkaa vuonna 2018 hakeneista naisista joka kymmenes oli läpikäynyt silpomisen (Koukkula & Klemetti 2019b). Tutkimustuloksia ei voi kuitenkaan suoraan verrata toisiinsa, eikä näin ollen tehdä päätelmää ilmiön esiintyvyyden vähenemisestä, sillä tutkimusten tiedonkeruutavat poikkeavat toisistaan. Tutkittavien lähtömaat eivät myöskään olleet täysin samanlaisia eri tutkimuksissa, jolloin silpomisperinnettä harjoittavilta alueilta tulevien lukumäärät olivat erilaiset. Koko väestöä koskevissa tutkimuksissa ei ole toistaiseksi kysytty silpomisen esiintyvyydestä.

Afrikan ja Lähi-idän maista tulleilla naisilla silpomista esiintyi tulosten perusteella eniten ja näin ollen silpominen voi vaikuttaa heidän terveyteensä ja hyvinvointiinsa. Myös muilta alueilta, kuten Aasiasta, tulleet naiset raportoivat läpikäyneensä silpomisen, joten silpomisen estämiseen ja silpomisen läpikäyneiden auttamiseen kohdistettuja toimia tulee tarjota myös muille kuin Afrikasta lähtöisin oleville työille ja naisille. Jos ulkomaaalaistaustaisen asiakkaan kanssa työskenneltäessä herää epäily, että tyttö voi olla riskissä joutua silvotuksi, ammattilaisen velvollisuus on tehdä ilmoitus lastensuojeluun ja poliisille (Koukkula & Klemetti 2019a). Keskustelulle silpomisen läpikäyneille ja avausleikkausta tarvitseville tulee tarjota mahdollisuus avausleikkaukseen. Raskaana olevalle suositellaan avausleikkausta jo raskausaikana, mutta se tehdään tarvittaessa viimeistään synnytyksen yhteydessä. (Koukkula & Klemetti 2019a).

Tähän tutkimukseen osallistuneiden miesten keskuudessa ympärileikkaus oli yleistä varsinkin Lähi-idän ja Afrikan maista tulleilla. TERTTU-tutkimuksessa ympärileikattujen miesten osuus oli vielä huomattavasti suurempi (70 % kaikista tutkimukseen osallistuneista) kuin tässä tutkimuksessa (Koukkula & Klemetti 2019b). Tämä johtuu mahdollisesti siitä, että tutkimuksiin osallistuneet olivat osittain lähtöisin eri maista. Ulkomaaalaistaustaisten asiakkaiden kanssa työskenneltäessä tulisi kiinnittää huomiota myös poikien ympärileikkaukseen. Suomessa poikaa on kuultava ja annettava riittävät tiedot ympärileikkauksesta ja sen vaikutuksista hänen ikänsä ja kehitystasonsa edellyttämällä tavalla. Suomessa julkisessa terveydenhuollossa saa tehdä poikien ympärileikkauksia vain lääketieteellisistä syistä (STM 2015). Lapsen itsemääräämisoikeudesta ja oikeudesta koskemattomuuteen tulee antaa tietoa ja keskustella perinnettä harjoittavilta alueilta ja kulttuureista tulevien kanssa.

9 Elintavat

9.1 Liikunta

Heini Wennman, Heli Valkeinen & Anna Seppänen

- Ulkomaalaistaustaisista miehistä ja naisista neljäsosa ei harrastanut liikuntaa vapaa-ajallaan.
- Etenkin Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmässä liikuntaa harrastamattomien osuus oli suuri verrattuna koko väestöön.
- Varsinaista kuntoliikuntaa ja urheilua harrasti ulkomaalaistaustaisista miehistä 32 prosenttia ja naisista 17 prosenttia.

Liikunta ja fyysinen aktiivisuus vähentävät eri sairauksien riskitekijöitä. Liikunta muun muassa alentaa verenpainetta ja parantaa veren rasva- ja sokeriarvoja, sekä ennaltaehkäisee sydän- ja verisuonisairauksia, tyypin 2 diabetesta, monia syöpiä ja lihavuutta (Käypä hoito -suositus, 2016). Fyysinen aktiivisuus ja liikunta voidaan jakaa työmatkoilla, työssä ja vapaa-ajalla tapahtuvaksi liikunnaksi. Suomessa yli 20-vuotiaista aikuisista 79 prosenttia raportoi harrastavansa vapaa-ajan liikuntaa (Parikka ym. 2019). Vapaa-ajan liikunnan harrastaminen on lisääntynyt viimeisten vuosikymmenten aikana, mutta työmatkaliikunta ja työssä tapahtuva fyysinen aktiivisuus ovat vähentyneet (Borodulin ym. 2016).

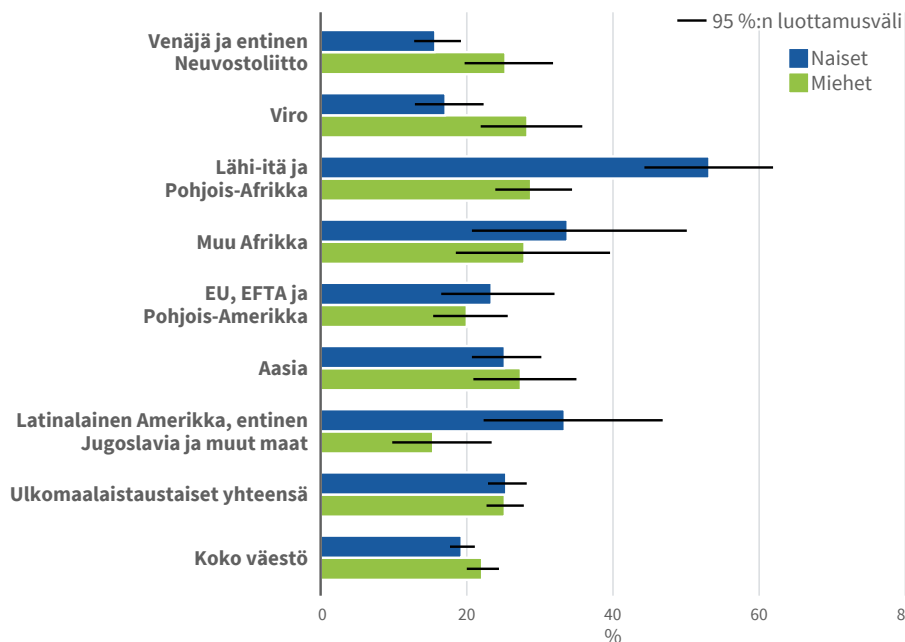
Menetelmät

Vapaa-ajan liikunnan harrastamista mitattiin kysymyksellä “Kuinka paljon liikut ja rasitat itseäsi ruumiillisesti vapaa-aikana? Älä laske mukaan työmatkaliikuntaa”. Vastausvaihtoehtoja oli kolme: luen, katselen televisiota ja teen askareita, jotka eivät juuri rasita ruumiillisesti; kävelen, pyöräilen tai teen kevyttä koti- ja pihatyötä yms. useita tunteja viikossa; harrastan varsinaista kuntoliikuntaa tai urheilua kuten juoksua, hiihtoa, uintia tai pallopelejä useita tunteja viikossa. Ensimmäisen vastausvaihtoehdon valinneet määriteltiin liikuntaa vapaa-ajalla harrastamattomiksi. Kolmannen vastausvaihtoehdon valinneet määriteltiin kuntoliikuntaa harrastaviksi.

Tulokset

Ulkomaalaistaustaisista neljäsosa ei harrastanut liikuntaa vapaa-ajallaan (kuvio 9.1.1). Ulkomaalaistaustaisilla naisilla vapaa-ajan liikuntaa harrastamattomien osuus oli suurempi kuin naisilla koko väestössä (25 % vrt. 19 %). Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneista miehistä lähes joka kolmas (29 %) ei harrastanut vapaa-ajan liikuntaa. Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmässä liikuntaa harrastamattomien miesten osuus oli vain 16 prosenttia.

Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmän naisista yli puolet ei harrastanut liikuntaa vapaa-ajalla. Osuus on suurempi kuin koko väestön naisilla, joista noin joka viides ei harrastanut liikuntaa. Myös Muu Afrikka-, Aasia- ja Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmissä vapaa-ajan liikuntaa harrastamattomien naisten osuus on suurempi kuin koko väestössä naisilla. Viro- sekä Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -ryhmien naisista vapaa-ajan liikuntaa harrastamattomien osuus oli vain 16–17 prosenttia, mikä on vähemmän kuin Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmän naisilla.



Kuvio 9.1.1 Vapaa-ajalla liikuntaa harrastamattomat, maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

Vapaa-ajalla varsinaista kuntoliikuntaa tai urheilua ulkomaalaistaustaisista miehistä harrasti noin kolmasosa (taulukko 9.1.1), mutta naisista vain 17 prosenttia, mikä on selvästi vähemmän kuin naisilla koko väestössä (26 %).

Miehistä Muu Afrikka- ja Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmissä noin 40 prosenttia harrasti varsinaista kuntoliikuntaa tai urheilua vapaa-ajallaan. Tämä on enemmän kuin miehillä koko väestössä. Maaryhmien välillä miehillä ei ollut eroja vapaa-ajan kuntoliikunnan harrastamisessa.

Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka-, Aasia- sekä Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmissä naisista harvempi kuin joka kuudes raportoiti harrastavansa vapaa-ajan kuntoliikuntaa, mikä on vähemmän kuin naisilla koko väestössä (8-15 % vrt. 26 %). Myös Viro-ryhmän naiset harrastivat harvemmin vapaa-ajan kuntoliikuntaa kuin naiset koko väestössä. EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmän naisista noin joka neljäs raportoiti harrastavansa varsinaista kuntoliikun-

taa tai urheilua vapaa-ajallaan, mikä on enemmän kuin Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka-, Aasia- sekä Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmissä.

Taulukko 9.1.1 Kuntoliikuntaa vapaa-ajalla harrastavat, maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Miehet	Naiset
	% (LV)	% (LV)
Venäjä ja entinen NL	30,9 (25,8–36,4)	22,2 (18,5–26,5)
Viro	26,8 (19,8–35,4)	16,9 (12,6–22,4)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	31,6 (26,6–37,1)	7,6 (4,8–11,8)
Muu Afrikka	39,9 (29,0–52,0)	16,1 (7,6–30,7)
Aasia	26,6 (19,9–34,7)	14,7 (11,0–19,5)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	31,6 (26,3–37,5)	26,4 (20,7–33,1)
Muut maat ¹	43,6 (33,1–54,8)	10,7 (5,6–19,6)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	32,1 (29,4–34,9)	17,3 (15,3–19,5)
Koko väestö	30,9 (28,6–33,4)	25,8 (24,0–27,7)

LV = 95 %:n luottamusväli

Tummennetut luvut poikkeavat tilastollisesti merkitsevästi koko väestön tasosta (p < 0,05).

¹ Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Pohdinta

Ulkomaalaistaustaisista miehistä ja naisista neljännes ei harrastanut vapaa-ajallaan liikuntaa. Varsinaista kuntoliikuntaa ja urheilua ulkomaalaistaustaisista miehistä harrasti noin joka kolmas, mutta naisista vain noin joka kuudes. Ulkomaalaistaustaisten miesten vapaa-ajan liikuntaa harrastamattomien ja kuntoliikuntaa harrastavien osuudet olivat samankaltaisia kuin koko väestössä miehillä. Naisilla liikuntaa harrastamattomien osuus oli suurempi ulkomaalaistaustaisilla ja vapaa-ajan kuntoliikuntaa harrastavien osuus pienempi kuin koko väestössä.

Verrattaessa koko väestöön maaryhmistä erottuvat Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmän miehet ja naiset, joista kolmasosa ja jopa puolet ei harrastanut vapaa-ajan liikuntaa. Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmän naiset harrastivat myös selvästi harvemmin vapaa-ajan kuntoliikuntaa kuin naiset koko väestössä. Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmässä miehet harrastavat jopa useammin vapaa-ajalla kuntoliikuntaa kuin miehet koko väestössä. Maaryhmien välillä eroja vapaa-ajan liikunnan harrastamisessa oli naisilla hieman enemmän kuin miehillä.

Vapaa-ajan liikunnan harrastaminen ulkomaalaistaustaisilla aikuisilla on samankaltaista kuin vuonna 2015 julkaistun Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksen (UTH, Nieminen ym. 2015b) tuloksissa on raportoitu (Koponen ym. 2015b). UTH-tutkimuksessa ulkomaalaistaustaisista aikuisista vapaa-ajalla liikuntaa harrastamattomia oli noin joka neljäs tai viides. Vapaa-ajan kuntoliikuntaa harrasti miehistä 30 prosenttia ja naisista 20 prosenttia. Kuten tässä tut-

kimuksessa, UTH-tutkimuksessa tutkituista maaryhmistä vapaa-ajan liikunta oli vähäisintä naisilla, joiden lähtömaa oli Lähi-idässä tai Afrikassa.

Ulkomaalaistaustaisilla sukupuolten välillä oli enemmän eroja vapaa-ajan liikunnassa verrattuna koko väestöön. Sukupuolten väliset erot korostuvat etenkin Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka-, Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat sekä Muu Afrikka -ryhmissä vapaa-ajan kuntoliikunnan harrastamisessa.

Liikuntapalveluihin liittyvät käytännön haasteet voivat vähentää väestön mahdollisuuksia liikkua. Suomeen muuttaneilla haasteita voivat tuottaa esimerkiksi kielelliset rajoitteet sekä tieto saatavilla olevista palveluista ja liikenneyhteyksistä (Zacheus 2010). Toisaalta myös käsitykset terveydestä, liikunnasta ja liikuntaan liittyvistä loukkaantumisriskeistä voivat vähentää kiinnostusta liikuntaa kohtaan (Caperchione ym. 2009). Jotta liikuntapalvelujen piiriin löydettäisiin paremmin ja niiden hyödyntäminen olisi mahdollista kaikille, erilaisten ryhmien tarpeita tulisi huomioida paremmin. Tällaisia keinoja ovat esimerkiksi sopivat välimatkat ja kuluyhteydet palvelujen piiriin, lastenhoidon ja koko perheen liikuntaryhmien tarjoaminen, sekä oman kulttuuriryhmän edustajien mukanaolo ja tutut kontaktit (Castaneda ym. 2018, Majjala 2014).

Terveyden kannalta riittävän liikunnan edistäminen on tärkeää sekä koko väestön keskuudessa että eri ulkomaalaistaustaisissa ryhmissä. Terveyden kannalta jo pienet lisäykset arjen fyysiseen aktiivisuuteen ovat eduksi, etenkin kaikista vähiten liikkuvilla. Tämän luvun tuloksia tulkitessa on myös hyvä muistaa, että vapaa-ajan liikunta on vain yksi osa päivän aikaista fyysistä aktiivisuutta, eivätkä tulokset kata mahdollista työaikana tai työmatkalla tapahtuvaa liikuntaa.

9.2 Ravitseemus

Laura Somersalo, Susanna Raulio, Niina Kaartinen & Hannamaria Kuusio

- Ulkomaalaistaustaiset naiset käyttivät enemmän sekä tuoreita kasviksia että hedelmiä ja marjoja kuin ulkomaalaistaustaiset miehet.
- Suurin sukupuolten välinen ero oli Virosta muuttaneiden hedelmien ja marjojen käytössä ja pienin Aasia-ryhmässä tuoreiden kasvien käytössä.
- Niukasti hedelmiä ja marjoja käyttäviä oli ulkomaalaistaustaisissa suurempi osuus kuin niukasti tuoreita kasviksia käyttäviä.
- Ulkomaalaistaustaisissa niukasti tuoreita kasviksia syövien osuus oli suurempi kuin koko väestössä.

Ruokailu ja ruokavalio ovat tärkeä osa kulttuuria ja kullakin kulttuurilla on niiden suhteen itselleen ominaisia piirteitä. Ruokavaliolla voidaan vaikuttaa terveyteen ja useiden sairauksien riskiin, minkä vuoksi ravitsemussuositukset ovat keskeinen työkalu väestön terveyden edistämisessä. Suomalaisten ravitsemussuositusten pääpaino on terveyttä edistävän ruokavalion kokonaisuudessa. Terveellinen ruokavalio on vaihteleva, monipuolinen ja sisältää runsaasti kasvikunnan tuotteita. Aikuisil-

le ohjeellinen määrä juureksia, vihanneksia, hedelmiä ja marjoja on vähintään 500 grammaa päivässä jakautuen tasaisesti juuresten ja vihannesten sekä hedelmien ja marjojen välille. Suositus koskee sekä tuoreita että kypsennettyjä kasviksia, hedelmiä ja marjoja. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.) Ravitsemussuositusten kasvisvoittoisuus korostuu kaikissa kulttuureissa, mikä luo tärkeän lähtökohdan kasvis- ja hedelmäpainotteisen ruokavalion suosimiselle ruokakulttuurista riippumatta (WHO 2003, EAT-Lancet Commission 2019).

Menetelmät

FinMonik-tutkimuksen kyselylomakkeella ruokailutottumuksia kartoitettiin kysymällä viimeisen seitsemän päivän aikana syötyjä tuoreiden kasvien, kypsennettyjen kasvien, hedelmien tai marjojen sekä voinin tai voi-kasviöljyseosten käyttökertoja. Vastausvaihtoehdot kysymyksiin olivat: en kertaakaan; 1–2 päivänä; 3–5 päivänä; sekä 6–7 päivänä. Tässä raportissa esitetään niiden tutkittavien osuus, jotka söivät niukasti tuoreita kasviksia sekä niiden osuus, jotka söivät niukasti hedelmiä ja marjoja. Niukkana käyttönä pidettiin vastausvaihtoehtoja ”ei kertaakaan” ja ”1–2 päivänä viikossa”.

Tulokset

Ulkomaalaistaustaisilla oli eroja sekä maaryhmien että sukupuolten välillä niin tuoreiden kasvien kuin hedelmien ja marjojen käytössä (taulukko 9.2.1).

Niukasti tuoreita kasviksia söi noin joka kolmas ulkomaalaistaustainen. Miehistä reilu kolmannes (36 %) ja naisista joka neljäs söi tuoreita kasviksia niukasti. Lähi-idästä ja Afrikasta muuttaneista miehistä yli puolet käytti kasviksia niukasti. Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan maista muuttaneissa naisissa niukasti tuoreita kasviksia käyttävien osuus oli suurempi kuin Venäjä ja entinen Neuvostoliitto-, Viro- sekä EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmissä (44 % vrt. 14–20 %). Yksittäisistä maaryhmistä ainoa sukupuolten välinen merkitsevä ero oli Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -ryhmässä, jossa miehet (25 %) käyttivät naisia (15 %) niukemmin tuoreita kasviksia.

Kaikista ulkomaalaistaustaisista 36 prosenttia käytti niukasti hedelmiä ja marjoja. Myös hedelmiä ja marjoja niukasti käyttävien osuus oli miehissä (44 %) suurempi kuin naisissa (28 %). Osuus oli merkitsevästi pienempi EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmässä kuin Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka-, Aasia- sekä Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmissä (27 % vrt. 36–49 %). Venäjä ja entinen Neuvostoliitto-, Viro- sekä EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmissä miesten osuus niukasti hedelmiä ja marjoja käyttävistä oli naisten osuutta suurempi. Ero oli huomattavin Viro-ryhmässä, jossa naisista niukasti hedelmiä ja marjoja käytti 18 prosenttia ja miehistä puolet.

Taulukko 9.2.1 Niukasti tuoreita kasviksia, hedelmiä ja marjoja käyttävät maaryhmittäin ja sukupuoittain, 18–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Niukasti tuoreita kasviksia käyttävät % (LV)	Niukasti hedelmiä ja marjoja käyttävät % (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	20,0 (17,0–23,4)	30,7 (27,2–34,4)
Viro	25,1 (20,8–29,9)	33,1 (28,2–38,5)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	47,3 (42,4–52,2)	48,6 (43,7–53,6)
Muu Afrikka	41,7 (33,1–50,9)	38,0 (29,0–47,8)
Aasia	34,6 (30,4–39,1)	35,9 (31,7–40,3)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	18,8 (15,6–22,6)	27,2 (23,4–31,5)
Muut maat ¹	36,2 (28,8–44,2)	42,6 (34,5–51,1)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	30,8 (28,9–32,8)	36,0 (34,0–38,0)
Miehet		
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	24,6 (19,5–30,6)	40,1 (34,3–46,2)
Viro	30,8 (24,0–38,5)	50,3 (42,1–58,4)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	51,0 (45,4–56,6)	52,9 (47,3–58,5)
Muu Afrikka	51,2 (39,7–62,5)	38,0 (27,3–50,0)
Aasia	32,6 (26,1–39,9)	40,7 (33,6–48,2)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	23,2 (18,5–28,6)	33,4 (27,8–39,5)
Muut maat ¹	40,5 (30,6–51,2)	45,2 (34,3–56,5)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	36,0 (33,2–38,8)	43,5 (40,6–46,3)
Naiset		
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	15,4 (12,2–19,1)	21,5 (17,9–25,6)
Viro	19,5 (14,6–25,5)	17,6 (13,0–23,5)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	44,3 (35,5–53,5)	46,6 (37,6–55,8)
Muu Afrikka	29,9 (18,3–44,8)	40,9 (26,6–57,0)
Aasia	33,9 (28,8–39,4)	30,0 (25,3–35,2)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	13,8 (9,9–19,0)	20,5 (15,5–26,7)
Muut maat ¹	31,7 (21,4–44,2)	41,3 (29,6–54,1)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	25,3 (22,9–27,9)	28,1 (25,5–30,8)

LV = 95 %:n luottamusväli

¹ Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Pohdinta

Ulkomaalaistaustaiset söivät hedelmiä ja marjoja niukemmin kuin tuoreita vihanneksia. Erityisen niukkaa sekä tuoreiden vihannesten että hedelmien ja marjojen käyttö oli Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmässä, mikä on linjassa aikaisempien tutkimustulosten kanssa (Prättälä ym. 2015). Tätä voi selittää osittain kaupoissa myytävien kasvien ja hedelmien hinta ja valikoima. Sekä Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimuksessa (ATH, Murto ym. 2017) tutkitussa koko väestössä että FinMonik-tutkimuksessa raportoidussa ulkomaalaistaustaisessa väestössä miehet söivät naisia niukemmin tuoreita vihanneksia. Tuoreiden kasvien ja hedelmien ja marjojen käytössä oli eroja myös maaryhmien välillä.

Tässä raportissa on esitetty ainoastaan tuoreiden kasvien ja hedelmien sekä marjojen käyttö, jotta nyt saadut tulokset olisivat vertailukelpoisia aiempiin tutkimuksiin nähden. Joissakin kulttuureissa syödään kuitenkin lähinnä kypsennettyjä kasviksia, mikä voi osaltaan selittää tuoreiden kasvien vähäistä käyttöä. Vertailu ravitsemussuosituksiin on muutenkin tässä yhteydessä hankalaa, sillä edellinen viikko ei välttämättä kuvasta tavanomaista ruokavaliota ja suosituksessa kuvattu 500 gram-

man päivittäinen tavoite koskee sekä tuoreita että ruoanlaiton yhteydessä käytettyjä kasviksia, hedelmiä ja marjoja.

FinMonik-tutkimuksessa niukasti tuoreita kasviksia sekä hedelmiä ja marjoja syövien määrä on kauttaaltaan suurempi kuin vuoden 2014 Ulkomaista synty-perää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksessa (UTH, Nieminen ym. 2015b) saaduissa tuloksissa (Koponen ym. 2015c). Nyt saadut tulokset ovat lähempänä vuoden 2017 ATH-tutkimuksen tuloksia (Murto ym. 2017). Nämä erot voivat johtua ainakin osittain siitä, että sekä FinMonik-tutkimuksessa että ATH-tutkimuksessa käytettiin pääosin kyselylomaketta, kun taas UTH-tutkimus oli haastattelututkimus. Lisäksi FinMonik-tutkimuksen kohderyhmä poikkeaa hieman UTH-tutkimuksesta, sillä tähän tutkimukseen kuuluu ainoastaan ulkomailla syntyneet ulkomaalaistaustaiset. UTH-tutkimuksessa myös raportoitu ikähaarukka on ruokailutottumuksia mittaavien kysymysten kohdalla hieman erilainen, kattaen ainoastaan 20–64-vuotiaiden vastaukset.

Joillakin ulkomaalaistaustaisilla saattaa uupua tietoa terveellisen ruokavali-on koostumuksesta ja sen terveyshyödyistä (Sanou ym. 2014). Ulkomaalaistaustaisille ryhmille kohdennettua tiedottamista kasvisten ja hedelmien käytön terveysvaikutuksista olisikin tärkeää lisätä. Sosiodemografisten tekijöiden yhteyttä ruokailutottumuksiin tarkastelevissa tutkimuksissa on todettu iän, sukupuolen sekä koulutustaustan ennustavan ruokakäyttäytymistä. Korkeampi ikä, naissukupuoli sekä korkea koulutustaso ennustivat näissä tutkimuksissa terveellisempiä ruokailutottumuksia (Krige ym. 2012, Adebayo ym. 2017). Ruokailutottumuksiin yhteydessä olevia tekijöitä identifioimalla voitaisiin edelleen kohdentaa ravitsemusneuvontaa sitä eniten tarvitseville ryhmille.

Ruokailulla ja ruoalla on voimakas yhteys kulttuuri-identiteettiin. Kulttuurisilla uskomuksilla, arvoilla ja perhetaustalla on voimakas yhteys myös siihen, missä valossa ruoka-aine nähdään (Tan ym. 2015). Kaukaa tuodut vihannekset ja hedelmät eivät välttämättä vastaa ominaisuuksiltaan lähtömaan vihanneksia ja hedelmiä, mikä voi osaltaan vähentää niiden houkuttelevuutta. Terveellisten ruokailutottumusten edistämistä tulisikin tehdä kulttuurisensitiivisesti ja ihmisille tulisi tarjota uusia keinoja lisätä ravitsemussuosituksen mukaisia elintarvikkeita omaan ruokavalioon nykyisessä elinympäristössä.

9.3 Tupakointi

Otto Ruokolainen & Hanna Ollila

- Ulkomaalaistaustaisista 15 prosenttia tupakoi päivittäin ja 23 prosenttia joko päivittäin tai satunnaisesti.
- Päivittäinen tupakointi oli erityisen yleistä Virosta muuttaneilla (27 %).
- Miesten tupakointi oli naisia yleisempää ja sukupuolten väliset erot olivat suurimmat Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmään kuuluvilla.

- Tupakointi oli ulkomaalaistaustaisilla naisilla vähäisempää ja ulkomaalais-taustaisilla miehillä yleisempää kuin koko väestössä.

Tupakointi on yksi merkittävimmistä ennenaikaista sairastavuutta ja kuolleisuutta aiheuttavista elintavoista. Valtaosa keuhkosyövästä aiheutuu tupakoinnista, ja tupakointi on merkittävä tekijä useissa muissakin syövässä, keuhkohtaumataudissa sekä verenkiertoelinten sairauksissa (GBD 2015 Tobacco Collaborators 2017, Lee ym. 2012, Pitkaniemi ym. 2017). Tupakoinnista johtuvat terveyshaitat ovat kuitenkin ehkäistävissä ja jokaiselle tupakoijalle on tärkeä tarjota tukea tupakoinnin lopettamiseen.

Menetelmät

Tupakointia mitattiin FinMonik-tutkimuksessa kysymyksellä ”Tupakoitko nykyisin (savukkeita, sikareita tai piippua)?”. Vastausvaihtoehtoina kysymykseen annettiin: kyllä, päivittäin; satunnaisesti; en lainkaan; sekä en ole koskaan tupakoinut. Kysymysmuotoilua on käytetty laajasti väestön tupakoinnin mittaamisessa Suomessa. Tupakointi raportoidaan päivittäisenä tupakointina (vastausvaihtoehto ”kyllä, päivittäin”) tai nykyisenä tupakointina (vastausvaihtoehdot ”kyllä, päivittäin” tai ”satunnaisesti”).

Tulokset

Ulkomaalaistaustaisista 15 prosenttia tupakoi päivittäin ja 23 prosenttia tupakoi nykyisin (joko päivittäin tai satunnaisesti, taulukko 9.3.1). Koko väestössä vastaavat osuudet olivat 14 ja 23 prosenttia.

Ulkomaalaistaustaisista naisista kymmenesosa ja miehistä joka viides tupakoi päivittäin. Nykyisen tupakoinnin yleisyys oli 15 prosenttia ulkomaalaistaustaisilla naisilla ja 30 prosenttia ulkomaalaistaustaisilla miehillä. Sekä nykyinen että päivittäinen tupakointi oli ulkomaalaistaustaisilla naisilla harvinaisempaa ja ulkomaalais-taustaisilla miehillä yleisempää verrattuna koko väestöön.

Maaryhmien mukaan tarkasteltuna päivittäinen tupakointi oli yleisempää Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka- sekä Viro-ryhmiin kuuluvilla (20 % ja 27 %) ja harvinaisempaa Aasian maista ja muualta Afrikasta tulleilla (6 % ja 8 %). Päivittäinen tupakointi oli koko väestöön verrattuna yleisempää Virosta muuttaneilla ja Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmään kuuluvilla.

Sukupuolten välisten erojen suuruus riippui maaryhmästä. Miehet tupakoiivat naisia yleisemmin Venäjä ja entinen Neuvostoliitto-, Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka-, Muu Afrikka- sekä Aasia-ryhmissä. Erot olivat suuret eritoten Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmässä, jossa miehistä vajaa kolmannes ja naisista kolme prosenttia

tupakoi päivittäin, sekä Muu Afrikka -ryhmässä, jonka tupakoivien naisten osuus oli liian pieni raportoitavaksi.

Taulukko 9.3.1 Nykyisin ja päivittäin tupakoivat maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Nykyisin tupakoivat % (LV)	Päivittäin tupakoivat % (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	25,3 (22,3–28,6)	15,9 (13,4–18,7)
Viro	34,2 (29,6–39,2)	27,1 (22,8–31,8)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	26,9 (23,1–31,0)	19,6 (16,2–23,5)
Muu Afrikka	12,2 (7,8–18,6)	8,3 (4,6–14,4)
Aasia	11,8 (9,3–14,8)	5,5 (3,9–7,6)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	18,6 (15,2–22,6)	11,4 (8,8–14,5)
Muut maat ¹	21,3 (15,8–28,2)	11,4 (7,5–17,0)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	22,5 (20,9–24,1)	15,1 (13,8–16,6)
Koko väestö	23,0 (21,6–24,4)	14,0 (12,9–15,2)
Miehet		
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	32,7 (27,6–38,3)	21,9 (17,4–27,2)
Viro	40,6 (33,4–48,3)	29,4 (23,1–36,5)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	39,7 (34,4–45,3)	30,4 (25,2–36,1)
Muu Afrikka	20,1 (12,5–30,7)	13,2 (7,0–23,8)
Aasia	21,2 (16,0–27,6)	11,0 (7,4–16,0)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	20,5 (15,9–26,1)	12,6 (9,1–17,2)
Muut maat ¹	26,9 (18,7–36,9)	16,0 (10,0–24,6)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	30,1 (27,6–32,7)	20,4 (18,3–22,7)
Koko väestö	25,7 (23,6–28,0)	15,0 (13,3–16,8)
Naiset		
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	18,6 (15,4–22,3)	10,9 (8,6–13,7)
Viro	28,0 (22,3–34,6)	24,3 (18,9–30,7)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	6,9 (4,0–11,7)	2,6 (1,2–5,4)
Muu Afrikka	NA	NA
Aasia	5,0 (3,3–7,6)	1,9 (1,1–3,4)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	17,5 (12,7–23,7)	10,2 (6,9–14,8)
Muut maat ¹	15,0 (8,6–24,9)	6,0 (2,3–14,7)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	14,6 (12,9–16,6)	9,7 (8,3–11,4)
Koko väestö	20,1 (18,4–22,0)	13,0 (11,5–14,5)

LV = 95 %:n luottamusväli

NA = vähäisten vastaajamäärien vuoksi lukua ei esitetä.

Tummennetut luvut poikkeavat tilastollisesti merkitsevästi koko väestön tasosta (p < 0,05).

¹ Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Pohdinta

Ulkomaalaistaustaisista henkilöistä noin kuudesosa tupakoi päivittäin. Ulkomaalaistaustaisten tupakointi oli yhtä yleistä verrattuna koko väestöön. Sekä maata sukupuolikohtaisia eroja oli kuitenkin havaittavissa. Eritoten Viro-ryhmässä tupakoitiin muita yleisemmin, kun taas esimerkiksi Aasia-ryhmässä tupakointi oli suhteellisen vähäistä. Miehet tupakoivat naisia yleisemmin kaikissa ryhmissä. Koko väestöön verrattuna ulkomaalaistaustaiset miehet tupakoivat yleisemmin ja naiset harvemmin.

Tämän tutkimuksen tulokset tukevat aiempia tuloksia ulkomaalaistaustaisten tupakoinnista: miesten tupakoinnin on havaittu olevan naisten tupakointia yleisempää ja Virosta muuttaneiden tupakointi erityisen yleistä ulkomaalaistaustaisissa

ryhmissä (Koponen ym. 2015b). Toisaalta nyt raportoidussa FinMonik-tutkimuksessa Aasiasta muuttaneiden miesten tupakointi oli vähäisempää kuin aiemmin toteutetussa Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksessa (UTH, Nieminen ym. 2015b). UTH-tutkimuksessa päivittäinen tupakointi oli koko väestöä yleisempää Virosta muuttaneiden lisäksi Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta sekä Aasiasta muuttaneilla. Myös Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmän miehissä oli koko väestöä enemmän päivittäin tupakoivia (Nieminen ym. 2015b). Nyt raportoidussa FinMonik-tutkimuksessa eroja nykyisessä tupakoinnissa havaittiin samoissa ryhmissä, Aasia-ryhmää lukuun ottamatta. Tutkimukset eivät kuitenkaan ole täysin vertailukelpoisia esimerkiksi käytetyn mittarin ja kohderyhmän suhteen, mikä voi selittää osan eriävistä tuloksista.

Eurooppalaisessa vertailussa Suomella on parannettavaa eritoten tupakoinnin lopettamisen tuen tarjoamisessa ja koko väestölle suunnattujen mediakampanjojen toteutuksessa (Joossens & Raw 2017). Tämän tutkimuksen tulosten perusteella sekä tupakoinnin lopettamisen tuessa että väestökampanjoissa on tärkeää huomioida myös ulkomaalaistaustaiset nykyistä paremmin, ottaen huomioon muun muassa mahdolliset haasteet esimerkiksi kielen ymmärtämisessä.

Esittämämme tulokset tukevat näkemystä siitä, että tupakoinnin lopettamisen tukemista tulisi tarjota nykyistä laajemmin ja koordinoitummin eri väestöryhmien tavoittamiseksi. Maksuttoman tupakoinnin lopettamisen tuen tarjoamisen mahdollisuuksia tulisi selvittää ja edistää sekä kansallisella että alueellisella tasolla. Tietoa paikallisista ja kansallisista tupakoinnin lopettamisen tukipalveluista tulisi olla saatavilla sellaisissa palveluissa, joissa ulkomaalaistaustaiset muutoinkin asioivat. Eri-tyishuomiota on kiinnitettävä runsaasti tupakoivien ryhmiin – tämän tutkimuksen perusteella eritoten Virosta sekä Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneisiin.

9.4 Alkoholi

Pia Mäkelä & Natalia Skogberg

- Ulkomaalaistaustaiset käyttivät alkoholia selvästi harvemmin ja vähemmän kerralla verrattuna koko väestöön.
- Lähimpänä koko väestön korkeaa alkoholin riskikäytön tasoa oltiin Viro-ryhmässä.
- Terveys- ja sosiaalihuollossa alkoholinkäyttö on suositusten mukaisesti otettava puheeksi myös ulkomaalaistaustaisilla vaikka ongelmat ovat heillä harvinaisempia, koska kaikki riskikäyttäjät ovat oikeutettuja tarvitsemaansa tukeen.

Suomalaisten alkoholinkäyttö lisääntyi vuosikymmenien ajan aina vuoteen 2007 asti. Kulutuksen kasvaessa alkoholista johtuvat syyt nousivat yhdeksi tärkeimmistä työikäisen väestön kuolemansyistä (SVT 2018a). Vuoden 2007 jälkeen alkoholin kokonaiskulutus on vähentynyt vajaalla viidenneksellä. Alkoholin riskikäyttöä on

kahta tyyppiä. Korkea keskimääräinen kulutustaso lisää erilaisten sairauksien riskiä, joista maksasairaudet ovat kuolemansyynä yleisin. Humalajuominen, eli suuri kerralla juotu alkoholimäärä, lisää erityisesti tapaturmien riskiä.

Menetelmät

Alkoholin käyttöä kartoitettiin kyselylomakkeessa kolmella kysymyksellä, jotka muodostavat niin kutsutun AUDIT-C-mittarin: kuinka usein vastaaja juo olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia; kuinka monta annosta alkoholia hän yleensä on ottanut niinä päivinä jolloin on käyttänyt alkoholia; ja kuinka usein hän on juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia. Alkoholiannoksen sisältö oli kuvattu esimerkein. Kussakin kysymyksessä oli 5 vastausvaihtoehtoa, jotka pisteytettiin arvoilla 0–4 ja laskettiin yhteen. AUDIT-C-mittaria edelsi kysymys, onko vastaaja käyttänyt alkoholijuomia lainkaan 12 edeltävän kuukauden aikana.

Näistä kysymyksistä muodostettiin neljä taulukoissa näytettävää mittaria. Kaksi ensimmäistä kertovat alkoholinkäytön useuden vastakkaisista päistä: alkoholia käyttämättömiksi määriteltiin ne, jotka eivät olleet edeltävän 12 kuukauden aikana käyttäneet ollenkaan alkoholijuomia, ja ”2–4 kertaa kuukaudessa” tai useammin alkoholia käyttävien osuutta käytettiin mittaamaan melko säännöllisesti alkoholia käyttävien osuutta. Kolmas mittari kertoo humalakulutuksen yleisyydestä: niiden osuus, jotka käyttävät kuusi tai enemmän alkoholiannosta kerralla vähintään kerran kuukaudessa. Neljäs mittari perustuu AUDIT-C-pisteisiin ja kuvastaa yleisempää alkoholin riskikäyttöä: niiden vastaajien osuus, jotka saavat vähintään tietyn AUDIT-C-pistemäärän. Naisilla tämä raja on 5 pistettä ja miehillä 6 pistettä.

Tulokset

Ulkomaalaistaustaisilla alkoholia käyttämättömien osuus oli huomattavasti suurempi kuin koko väestössä (36 % vrt. 13 %, taulukko 9.4.1) ja erityisen suuri tämä ero oli naisilla: 14 prosenttia koko väestön naisista ja 42 prosenttia ulkomaalaistaustaisista naisista ei käyttänyt lainkaan alkoholia. Miehillä vastaavat luvut olivat 11 prosenttia ja 29 prosenttia.

Maaryhmien väliset erot alkoholia käyttämättömien osuudessa olivat miehillä ja naisilla samansuuntaiset. Alkoholia käyttämättömien osuus oli suurin Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta sekä muualta Afrikasta muuttaneilla. Ulkomaalaistaustaisista alhaisin alkoholin käyttämättömien osuus oli Virosta, Venäjältä ja entisen Neuvostoliiton maista sekä EU- ja EFTA-maista sekä Pohjois-Amerikasta tulleilla. Kuitenkin näissä jälkimmäisissäkin ryhmissä alkoholin käyttämättömien osuus oli suurempi kuin koko väestössä.

Melko säännöllisesti alkoholia käyttävien (2 kertaa kuukaudessa tai useammin) osuus muodosti peilikuvan alkoholia käyttämättömien tuloksiin nähden. Osuus oli koko väestössä suurempi kuin ulkomaalaistaustaisilla yhteensä (64 % vrt. 39 %). Kun katsotaan miehiä ja naisia yhdessä, osuus oli koko väestössä suurempi kuin missään ulkomaalaistaustaisten ryhmässä.

Kahden riskimittarin eli humalakulutuksen (kerralla 6 annosta tai enemmän, vähintään kerran kuukaudessa) ja AUDIT-C mittarin osalta maaryhmien erot poikkesivat säännöllisen alkoholin käytön mittaria käytettäessä nähdystä eroista. Kummassakin riskimittarissa osuudet olivat kylläkin koko väestössä korkeampia kuin ulkomaalaistaustaisilla keskimäärin, sekä miehillä että naisilla. Poikkeuksena tähän oli Virossa tulleiden miesten ja naisten humalajuominen sekä Virossa tulleiden miesten AUDIT-C-mittarilla arvioitu riskikäyttäytyminen. Muutoin erot maaryhmien välillä olivat vähäiset ja satunnaisvaihtelun rajoihin mahtuvat, toisin kuin melko säännöllisesti alkoholia käyttävien osuuksissa.

Taulukko 9.4.1 Alkoholin käyttö maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Ei koskaan alkoholia käyttävät	Vähintään 2-4 kertaa kuukaudessa alkoholia käyttävät	Vähintään kuusi annosta vähintään kerran kuukaudessa alkoholia käyttävät	Audit pisteet miehillä 6 tai enemmän, naisilla 5 tai vähemmän
	% (LV)	% (LV)	% (LV)	% (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	21,2 (18,2–24,4)	47,3 (43,7–50,9)	13,2 (10,8–16,0)	10,0 (8,0–12,5)
Viro	18,6 (14,8–23,1)	53,9 (48,9–58,8)	25,0 (20,4–30,3)	21,3 (16,7–26,8)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	64,9 (60,2–69,3)	17,1 (13,9–20,9)	5,7 (4,0–8,0)	6,0 (4,0–9,0)
Muu Afrikka	66,1 (57,1–74,1)	17,7 (12,2–24,9)	9,5 (5,5–15,8)	7,8 (4,1–14,5)
Aasia	42,5 (38,0–47,1)	30,2 (26,1–34,7)	5,5 (3,8–7,8)	4,9 (3,3–7,3)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	20,3 (16,2–25,1)	58,4 (53,5–63,1)	9,7 (7,6–12,4)	12,3 (9,5–15,7)
Muut maat ¹	35,9 (28,4–44,1)	35,4 (28,1–43,5)	7,9 (4,7–12,8)	8,8 (5,3–14,5)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	35,7 (33,7–37,7)	39,1 (37,2–41,0)	11,3 (10,0–12,7)	10,5 (9,2–11,9)
Koko väestö	12,7 (11,7–13,7)	64,4 (62,8–65,9)	25,9 (24,4–27,3)	26,4 (25,0–27,9)
Miehet				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	15,7 (11,6–20,9)	55,0 (49,1–60,8)	19,6 (15,4–24,7)	14,5 (11,0–19,0)
Viro	13,0 (8,7–19,0)	64,9 (57,4–71,7)	36,3 (28,1–45,4)	30,2 (22,2–39,6)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	53,9 (48,2–59,5)	25,0 (20,3–30,5)	10,3 (7,2–14,4)	8,4 (5,6–12,4)
Muu Afrikka	59,0 (47,2–69,9)	23,1 (15,6–32,8)	13,1 (8,0–20,7)	9,0 (4,9–15,9)
Aasia	32,5 (25,4–40,6)	35,9 (28,8–43,5)	8,8 (5,4–14,0)	6,7 (3,7–12,0)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	12,8 (8,7–18,6)	70,3 (63,9–76,0)	14,9 (11,3–19,3)	14,5 (10,5–19,6)
Muut maat ¹	25,9 (17,3–36,8)	43,2 (32,9–54,0)	13,0 (7,4–21,9)	13,2 (7,3–22,6)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	29,3 (26,7–32,1)	46,9 (44,1–49,7)	16,8 (14,7–19,2)	14,1 (12,1–16,3)
Koko väestö	11,1 (9,7–12,6)	71,7 (69,4–73,9)	36,9 (34,6–39,3)	31,5 (29,3–33,8)
Naiset				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	26,4 (22,3–30,9)	39,3 (34,9–43,8)	6,7 (4,7–9,7)	6,1 (4,2–8,8)
Viro	23,9 (18,1–30,8)	43,3 (36,7–50,1)	13,9 (9,6–19,5)	13,6 (9,2–19,7)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	80,6 (71,8–87,1)	6,1 (3,0–11,9)	NA	NA
Muu Afrikka	73,8 (58,6–84,8)	12,0 (5,0–26,0)	6,0 (1,3–24,4)	7,0 (1,7–24,8)
Aasia	51,0 (45,5–56,5)	23,9 (19,4–29,1)	2,5 (1,5–4,1)	3,5 (2,1–5,8)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	29,7 (22,5–38,1)	44,4 (37,1–52,0)	3,8 (2,2–6,4)	9,6 (6,2–14,8)
Muut maat ¹	47,8 (35,5–60,4)	27,6 (17,7–40,3)	2,6 (1,0–7,1)	4,1 (1,5–11,2)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	42,2 (39,4–45,1)	31,2 (28,7–33,8)	5,8 (4,5–7,4)	7,0 (5,6–8,9)
Koko väestö	14,3 (13,0–15,7)	57,0 (54,9–59,0)	14,7 (13,1–16,3)	21,1 (19,4–23,0)

LV = 95 %:n luottamusväli

NA = Vähäisten vastaajamäärien vuoksi lukua ei esitetä.

Tummennetut luvut poikkeavat tilastollisesti merkitsevästi koko väestön tasosta ($p < 0,05$).

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Pohdinta

Tulosten mukaan keskimäärin ulkomaalaistaustaisessa väestössä käytetään alkoholia selvästi harvemmin ja vähemmän kerralla kuin koko väestössä. Ulkomaalais-taustaisen väestön kansanterveyden kannalta tämä on erittäin positiivinen tulos.

Alkoholin riskikäytön osalta lähimpänä koko väestön korkeaa tasoa oltiin Viro-ryhmässä. Aiemmassa Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksessa (UTH, Nieminen ym. 2015b) ulkomaalaistaustaisten alkoholinkäyttöä koskevat tulokset ovat olleet hyvin samankaltaisia (Castaneda ym. 2014). Jatkotutkimuksissa tulisi selvittää alkoholin riskikäyttöön liittyvät tekijät ulkomaalaistaustaisessa väestössä, esimerkiksi Suomessa asutun ajan, maahanmuuttosyiden sekä koulutustautan vaikutukset.

Vaikka ulkomaalaistaustaisten alkoholiin liittyvä riskikäyttäytyminen oli selvästi harvinaisempaa kuin koko väestössä, myös ulkomaalaistaustaisissa oli riskikäyttäjiä. Kaikissa ryhmissä, niin ulkomaalaistaustaisilla kuin muillakin suomalaisilla, keskiarvot peittävät alleen huomattavasti erilaisia kohtaloita ja riskejä. Terveys- ja sosiaalihuollossa suositellaan otettavan alkoholinkäyttö puheeksi, jotta riskikäyttö tulisi esiin. Tätä ohjeistusta ei ole tarvetta muuttaa ulkomaalaistaustaisten osalta sen vuoksi, että riskikäyttö on heillä harvinaisempaa, koska kaikki ovat oikeutettuja tarvitsemaansa tukeen sosiaali- ja terveyspalveluissa.

Alkoholin käyttöön voi erityisesti ulkomaalaistaustaisissa ryhmissä liittyä uskonnollisiin tai kulttuurisiin tekijöihin liittyvää stigmaa, jolloin alkoholin käytössä voi olla aliraportointia. Riskikäyttäjien tunnistaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa edellyttää alan ammattilaisten koulutusta muun muassa kulttuurisensitiiviseen tapaan ottaa alkoholin käyttö puheeksi. Myös muslimienemmistöisistä lähtömaista tulevat henkilöt saattavat käyttää alkoholia, jopa riskialttiisti. Uskontoon tai kulttuuriin liittyvät oletukset eivät saisi ohjata sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten alkoholin riskikäytön puheeksi ottoa.

9.5 Uni

Timo Partonen & Heini Wennman

- 63 prosenttia ulkomaalaistaustaisista kärsi unettomuudesta joko usein tai joskus edeltäneen kuukauden aikana.
- Unettomuus ja painajaisunet olivat ulkomaalaisten keskiarvoa yleisempiä Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneilla.

Ravitsemuksen ja liikunnan ohella uni on terveydelle olennaisen tärkeää. Hyvä uni hellii terveyttä, mutta epäterveelliset elintavat heikentävät unen laatua ja pitkäkestoinen unettomuus altistaa sekä somaattisille että psyykkisille sairauksille. Huonosta nukkumisesta johtuvat haitat ovat Suomessa todennäköisesti yleistymässä (Koponen ym. 2019). Tämä merkitsee sitä, että Suomessa asuvilla mahdollisesti yleistyvät seuraavat kansanterveysongelmat: lihavuus, metabolinen oireyhtymä, kohonnut verenpaine, tyypin 2 diabetes, sepelvaltimosairaus, eteivärinä, masennus, pitkäaikaiset kiputilat, infektioalttius, onnettomuusalttius, ikääntyneiden kaatumiset ja kognitiivisen suorituskyvyn heikkeneminen.

Menetelmät

Unta arvioitiin kahdella kysymyksellä: ”Kuinka usein viimeksi kuluneen kuukauden aikana olet nähnyt painajaisunia?”, sekä ”Kuinka usein viimeksi kuluneen kuukauden aikana sinua on vaivannut unettomuus?”. Vastausvaihtoehdot molempiin kysymyksiin olivat usein; joskus; tai ei lainkaan.

Tulokset

Unettomuus oli vaivannut 63 prosenttia ulkomaalaistaustaisista (taulukko 9.5.1) ja maaryhmien välillä oli havaittavissa selkeitä eroja.

Unettomuus vaivasi ulkomaalaistaustaisista useimmin Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneita. Tässä ryhmässä sekä miehissä että naisissa kolmea neljästä unettomuus oli vaivannut edeltäneen kuukauden aikana joko joskus tai usein. Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneilla unettomuutta oli ollut usein 31 prosentilla, naisista 34 prosentilla ja miehistä 29 prosentilla.

Unettomuus vaivasi Virosta sekä Venäjältä tai entisestä Neuvostoliitosta muuttaneita harvemmin kuin ulkomaalaistaustaisia yhteensä (56 % vrt. 63 %), ja tämä ero näkyi erityisesti miehillä (52 % ja 53 % vrt. 64 %).

Ulkomaalaistaustaisista 48 prosenttia oli nähnyt painajaisia usein tai joskus. Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneilla oli yleisemmin painajaisia (61 %) kuin ulkomaalaistaustaisilla keskimäärin. Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneista painajaisunia oli nähnyt usein 16 prosenttia, naisista 17 prosenttia ja miehistä 14 prosenttia (ei taulukoituna).

Taulukko 9.5.1 Unettomuus ja painajaisunien näkeminen viimeksi kuluneen kuukauden aikana, maaryhmittäin ja sukupuolittain, 18–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Usein tai joskus unettomuuden vaivaamat	Usein tai joskus painajaisunia nähteen
	% (LV)	% (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	55,5 (51,8–59,1)	41,5 (37,9–45,2)
Viro	56,0 (50,9–61,1)	39,7 (34,6–45,0)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	75,7 (71,7–79,2)	61,2 (56,6–65,7)
Muu Afrikka	60,1 (50,8–68,7)	52,8 (43,6–61,8)
Aasia	64,4 (60,0–68,6)	51,5 (47,0–56,1)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	66,6 (62,1–70,9)	42,8 (38,0–47,7)
Muut maat ¹	66,2 (57,8–73,7)	52,1 (43,8–60,4)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	63,2 (61,3–65,1)	48,1 (46,1–50,1)
Miehet		
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	53,1 (47,3–58,9)	35,9 (30,3–42,0)
Viro	52,3 (44,6–59,9)	36,0 (28,5–44,1)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	75,5 (70,9–79,6)	58,6 (53,3–63,7)
Muu Afrikka	56,0 (44,1–67,2)	51,9 (39,9–63,7)
Aasia	69,2 (62,4–75,2)	50,3 (42,9–57,7)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	66,4 (60,5–71,8)	40,0 (33,8–46,5)
Muut maat ¹	69,0 (57,7–78,4)	48,0 (36,8–59,5)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	63,5 (60,8–66,1)	45,9 (43,1–48,7)
Naiset		
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	57,5 (52,8–62,0)	46,8 (42,2–51,4)
Viro	59,3 (52,6–65,8)	43,5 (36,8–50,5)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	75,6 (68,1–81,9)	63,6 (54,8–71,6)
Muu Afrikka	65,5 (50,5–77,9)	52,9 (38,8–66,7)
Aasia	61,6 (55,9–67,1)	53,7 (48,0–59,3)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	66,7 (59,3–73,3)	45,7 (38,4–53,3)
Muut maat ¹	62,1 (49,2–73,4)	56,8 (44,8–68,1)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	62,9 (60,1–65,5)	50,4 (47,6–53,2)

LV = 95 %:n luottamusväli

¹ Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Pohdinta

Ulkomaalaistaustaisista 63 prosentilla unettomuus vaivasi joko usein tai joskus edeltäneen kuukauden aikana. Unettomuus vaivasi erityisesti Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneita. Samassa ryhmässä nähtiin myös keskimäärää enemmän painajaisunia.

Tulokset vahvistavat aiempaa tutkimustietoa, jonka mukaan Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan maista muuttaneilla tilanne unettomuuden ja painajaisunien suhteen on huolestuttava. Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksessa (UTH, Nieminen ym. 2015b) Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneilla oli muita ulkomaalaistaustaisia ryhmiä enemmän masennus-, uni- tai rauhoittavien lääkkeiden käyttöä (Koponen ym. 2015a). Vuosina 2011–2012 toteutetun Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointitutkimuksen (Maamu, Castaneda ym. 2012b) mukaan kurditaustaiset kokivat itsensä väsyneeksi muita ryhmiä useammin (Mäkinen 2012).

Virosta sekä Venäjältä tai entisestä Neuvostoliitosta muuttaneiden tilanne vaikuttaisi kohentuneen unettomuuden osalta 2000-luvun alkuvuosien tilanteesta: vuonna 2002 toteutetun Maahanmuuttajien elinolot -tutkimuksen mukaan unettomuutta oli Venäjältä tai entisestä Neuvostoliitosta muuttaneilla sekä virolaistaustaisilla tuolloin useammin kuin koko väestössä (Pohjanpää ym. 2003).

FinMonik-tuloksia voidaan varovasti verrata myös koko aikuisväestöön kohdistuvan FinTerveys 2017 -tutkimuksesta raportoituihin tuloksiin (Koponen ym. 2018), sillä tutkimuksissa käytettiin unettomuuden ja painajaisien osalta samoja kysymyksiä. Vertailussa on kuitenkin otettava huomioon tutkimusten eri ajankohdista ja kohderyhmä: FinTerveys 2017 -tutkimuksen tiedonkeruu on toteutettu vuonna 2017, eli FinMonik-tutkimuksen tiedonkeruuta aiemmin. Lisäksi FinTerveys 2017 -tutkimuksesta raportoidut tiedot unettomuudesta kattavat kaikki yli 30-vuotiaat aikuiset, kun taas FinMonik-tutkimuksessa ikärajaus on 18–64 vuotta. Painajaisien osalta FinTerveys 2017 -tutkimuksesta raportoidut tiedot kattavat myös 18–29-vuotiaat, eli ne ovat melko vertailukelpoisia FinMonik-tulosten kanssa.

FinTerveys 2017 -tutkimuksen tuloksiin verrattuna unettomuus usein tai joskus edeltäneen kuukauden aikana oli ulkomaalaistaustaisilla koko väestöä yleisempää. Painajaisunia oli nähnyt 48 prosenttia ulkomaalaistaustaisista joko usein tai joskus edeltäneen kuukauden aikana, mikä oli yhtä usein kuin koko väestöllä. Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan maista muuttaneilla sekä unettomuus että painajaisunet olivat yleisempiä koko väestöön verrattuna.

Ulkomaalaistaustaisten terveysneuvonnassa sekä heille tarjotuissa terveydenhuollon palveluissa tulisi kiinnittää nykyistä paremmin huomiota maaryhmien välisiin terveyseroihin myös unettomuuden osalta. Koska uni on terveyden ja hyvinvoinnin keskeinen taustatekijä, tulisi se ottaa huomioon niin hyvinvointi- ja terveyspalveluita suunniteltaessa kuin niitä myöhemmin kehitettäessä.

9.6 Rahapelit

Susanna Raisamo

- Ulkomaalaistaustaisista 35 prosenttia oli pelannut rahapelejä 12 viime kuukauden aikana.
- Viro-ryhmään kuuluvilla rahapeliä pelaaminen oli yleisempää kuin Venäjä ja entinen Neuvostoliitto-, Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka-, Muu Afrikka-, EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmissä.
- Kaikissa maaryhmissä miehet pelasivat rahapelejä naisia yleisemmin.

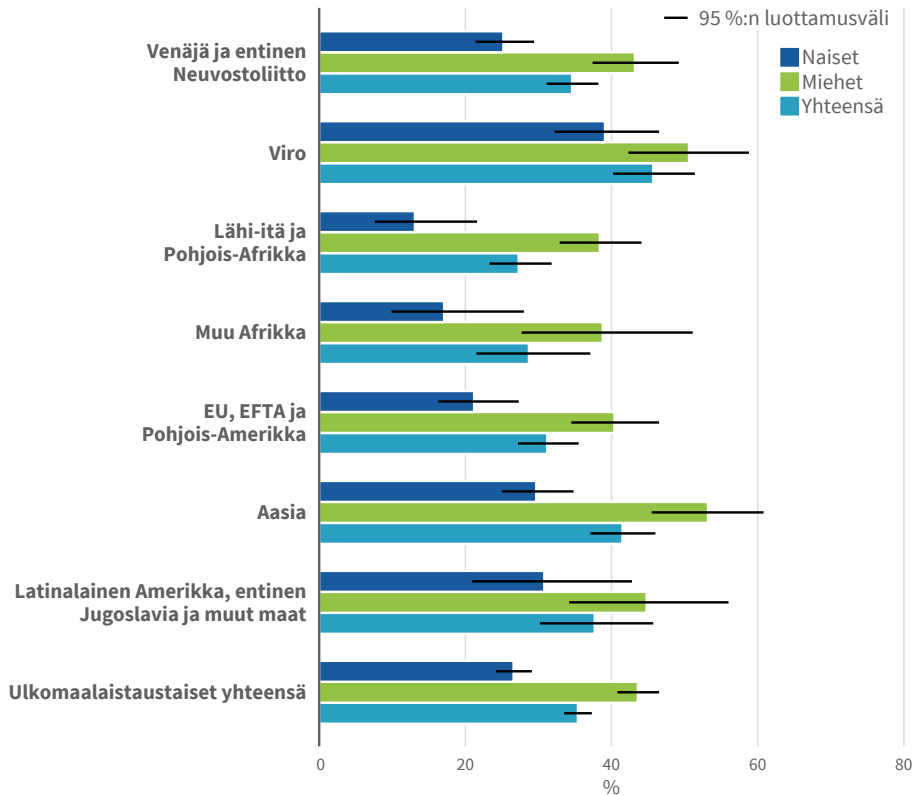
Erilaisista kulttuuritaustoista Suomeen tulevien suhde rahapelaamiseen vaihtelee. Joissain kulttuureissa rahapelaaminen on kiellettyä uskonnollisista syistä, toisaalta rahapelaaminen puolestaan liittyy sosiaaliseen kanssakäymiseen ja on hyväksyttyä viihdettä (Järvinen-Tassopoulos 2015). Rahapelaaminen on Suomessa yleistä ja rahapelejä myös markkinoidaan runsaasti. Suomalaisten rahapelaamista kertovassa raportissa edeltävän 12 kuukauden aikana 80 prosenttia vastaajista oli pelannut ainakin yhtä rahapeliä ja noin kolmannes pelasi rahapelejä viikoittain. Rahapeliongelmia on noin kolmella prosentilla koko väestöstä (Salonen & Raisamo, 2015). Tiheästi toistuva säännöllinen rahapelaaminen kasvattaa rahapelihaittojen ja rahapeliongelman riskiä ja on yhteydessä lisäksi terveysriskeihin, kuten päivittäiseen tupakointiin ja alkoholin suurkulutukseen (Halme ym. 2010).

Menetelmät

FinMonik-tutkimuksessa vastaajilta tiedusteltiin, kuinka usein he olivat pelanneet rahapelejä 12 viime kuukauden aikana. Vastausvaihtoehdot olivat päivittäin tai useita kertoja viikossa; kerran viikossa; 2–3 kertaa kuukaudessa; kerran kuukaudessa; harvemmin; tai en lainkaan. Rahapelaaminen raportoidaan siten, että vastausvaihtoehdot “2–3 kertaa kuukaudessa”, “kerran kuukaudessa” ja “harvemmin” yhdistettiin luokaksi “1–3 kertaa kuukaudessa tai harvemmin”.

Tulokset

Ulkomaalaistaustaisista vastaajista hieman yli kolmannes (35 %, kuvio 9.6.1) oli pelannut rahapelejä 12 viime kuukauden aikana (kuvio 9.6.1). Miehet pelasivat rahapelejä naisia yleisemmin (44 % vrt. 27 %).



Kuvio 9.6.1 Rahapelejä kuluneen 12 kuukauden aikana pelanneet maaryhmittäin ja sukupuolittain, 18–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %. NA = Vähäisten vastaajamäärien vuoksi lukua ei esitetä.

Maaryhmittäin tarkasteltaessa rahapelaaminen oli Viro-ryhmään kuuluvilla yleisempää kuin ulkomaalaistaustaisilla yhteensä (46 % vrt. 35 %). Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleilla rahapelaaminen oli vähäisempää kuin ulkomaalaistaustaisilla

yhTEensä (27 %). Maaryhmien vertailussa sukupuoliittain havaittiin, että miesten rahapelaaminen oli Aasia-ryhmässä yleisempää kuin Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmässä (53 % vrt. 38 %). Naisten rahapelaaminen oli yleisempää Viro-ryhmässä kuin Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka-, Venäjä ja entinen Neuvostoliitto-, Muu Afrikka-, EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmissä (39 % vrt. 13–25 %).

Päivittäin tai useita kertoja viikossa pelaaminen oli vähäisempää Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -ryhmän miehillä verrattuna ulkkomaalaistaustaisiin yhteensä sekä kaikkiin maaryhmiin paitsi Virossa sekä Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmästä muuttaneisiin (1 % vrt. 4–11 %, taulukko 9.6.1). Päivittäin tai useita kertoja viikossa pelaaminen oli naisilla kaikissa tutkituissa maaryhmissä erittäin harvinaista (alle kolme prosenttia) tai sitä ei esiintynyt lainkaan. Naisten tyypillisin pelaamistiheys oli kuukausittain tai tätä harvemmin.

Taulukko 9.6.1 Rahapeliä pelaaminen edellisen 12 kuukauden aikana maaryhmittäin ja sukupuoliittain, 18–64-vuotiaat mallivakioitu osuus, %

	Päivittäin tai useita kertoja viikossa	Kerran viikossa	1-3 kertaa kuukaudessa tai harvemmin	Ei lainkaan
	% (LV)	% (LV)	% (LV)	% (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	0,8 (0,5–1,4)	6,1 (4,6–8,0)	27,6 (24,2–31,2)	65,5 (61,8–69,0)
Viro	2,8 (1,3–6,1)	10,2 (7,3–14,1)	32,7 (27,8–38,0)	54,3 (48,6–59,8)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	3,1 (1,5–6,4)	6,3 (4,3–9,1)	17,9 (14,8–21,6)	72,7 (68,3–76,7)
Muu Afrikka	5,9 (2,4–13,8)	4,8 (2,8–8,2)	18,0 (12,1–25,8)	71,4 (63,0–78,5)
Aasia	4,0 (2,1–7,3)	7,8 (5,7–10,6)	29,8 (25,8–34,2)	58,5 (54,0–62,9)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	2,1 (1,2–3,7)	5,8 (4,2–8,0)	23,3 (19,7–27,3)	68,7 (64,4–72,7)
Muut maat¹	2,0 (0,9–4,4)	8,8 (5,0–15,0)	26,8 (20,4–34,4)	62,3 (54,2–69,7)
Ulkkomaalaistaustaiset yhteensä	2,8 (2,0–3,8)	7,1 (6,2–8,1)	25,5 (23,8–27,3)	64,6 (62,7–66,5)
Miehet				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	1,0 (0,6–1,9)	8,7 (6,0–12,4)	33,6 (28,1–39,7)	56,7 (50,7–62,4)
Viro	2,9 (1,2–6,7)	12,3 (8,0–18,3)	35,7 (28,2–43,9)	49,2 (40,9–57,6)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	4,0 (1,9–8,2)	10,0 (6,8–14,6)	24,3 (20,0–29,3)	61,6 (55,9–67,1)
Muu Afrikka	10,9 (4,4–24,6)	4,1 (2,1–8,0)	24,1 (15,1–36,2)	60,9 (48,6–72,0)
Aasia	6,2 (3,0–12,6)	10,8 (7,0–16,3)	35,9 (28,8–43,7)	47,1 (39,5–54,8)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	3,9 (2,1–6,9)	8,6 (6,0–12,3)	28,0 (22,8–33,8)	59,5 (53,3–65,4)
Muut maat¹	3,7 (1,7–7,9)	8,2 (3,5–18,0)	32,7 (23,3–43,8)	55,3 (44,2–66,0)
Ulkkomaalaistaustaiset yhteensä	4,3 (3,0–6,1)	9,1 (7,7–10,8)	30,2 (27,6–32,9)	56,4 (53,5–59,2)
Naiset				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	0,6 (0,2–1,4)	3,4 (2,4–5,0)	20,9 (17,3–25,0)	75,1 (70,9–78,9)
Viro	2,6 (0,7–9,6)	7,6 (4,3–13,0)	28,7 (22,5–35,7)	61,2 (53,5–68,3)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	NA	NA	9,6 (5,5–16,3)	87,0 (78,6–92,4)
Muu Afrikka	NA	7,0 (3,0–15,4)	10,6 (5,3–20,1)	82,3 (71,4–89,7)
Aasia	1,3 (0,5–3,7)	4,8 (3,1–7,5)	23,7 (19,5–28,4)	70,2 (65,1–74,8)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	NA	2,8 (1,4–5,6)	18,7 (14,0–24,6)	78,3 (72,2–83,4)
Muut maat¹	NA	10,0 (4,9–19,5)	20,4 (12,7–31,1)	69,5 (58,0–79,0)
Ulkkomaalaistaustaiset yhteensä	1,2 (0,6–2,5)	4,9 (3,8–6,2)	20,5 (18,4–22,7)	73,4 (70,9–75,8)

LV = 95 %:n luottamusväli

NA = Vähäisten vastaajamäärien vuoksi lukua ei esitetä.

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Pohdinta

Ulkomaalaistaustaisista hieman yli kolmasosa vastasi pelanneensa rahapelejä viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana. Miehet pelasivat naisia yleisemmin ja naisilla pelaaminen oli kaikissa maaryhmissä erittäin harvinaista.

Tuloksia voidaan varovasti peilata vuonna 2015 kerättyyn Suomalaisten rahapelaaminen -väestötutkimuksen tuloksiin (Salonen & Raisamo 2015), jossa käytettiin samaa kysymystä rahapelaamisesta. Tutkimukset eroavat toisistaan kohdejoukon iän ja tiedonkeruutavan osalta (18–64-vuotiaat vrt. 15–74-vuotiaat, puhelinhaastattelut vrt. kysely ja puhelinhaastattelut), joten suoria vertailuja ei voida tehdä. Suomalaisten rahapelaaminen -väestötutkimuksessa koko väestön rahapelaaminen oli kuitenkin huomattavasti yleisempää kuin ulkomaalaistaustaisilla FinMonik-tutkimuksessa. Alle puolet ulkomaalaistaustaisista miehistä ja hieman yli viidesosa ulkomaalaistaustaisista naisista raportoi pelanneensa rahapelejä. Koko väestössä vastaavat osuudet olivat huomattavasti korkeampia (miehet 85 %, naiset 75 %).

Tiheästi toistuva rahapelien pelaaminen kasvattaa rahapelihaittojen ja rahapeli-ongelman riskiä. Rahapelaamisesta aiheutuvien taloudellisten, sosiaalisten ja terveydellisten haittojen ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi on tärkeää tunnistaa keskimääräistä suuremmassa riskissä olevat pelaajaryhmät. Tämän tutkimuksen perusteella erityishuomiota tulee kiinnittää ulkomaalaistaustaisiin miehiin. Kysymällä rahapelaamisen tiheydestä esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa voidaan tavoittaa henkilöitä, joiden kohdalla rahapelaamisen puheeksiotto ja lyhytneuvonta voivat olla hyödyksi (Björkenheim ym. 2019). Ulkomaalaistaustaisten tietoisuutta runsaaseen rahapelaamiseen liittyvistä riskeistä ja virheellisistä uskomuksista voidaan lisätä pitämällä esimerkiksi palveluissa esillä rahapelaamisesta kertovaa materiaalia.

10 Palvelujen käyttö, tarve ja luottamus palveluihin

10.1 Terveyspalvelujen käyttö, koettu tarve ja riittävyys

Hannamaria Kuusio, Sonja Lumme & Päivikki Koponen

- Ulkomaalaistaustaiset naiset kävivät keskimäärin useammin terveyskeskuksessa ja harvemmin yksityisvastaanotolla ja työterveyshuollossa kuin koko väestön naiset.
- Työssäkäyvät ulkomaalaistaustaiset kävivät koko väestöä harvemmin työterveyshuollossa viimeisen vuoden aikana.
- Lääkärin vastaanottopalvelujen tarvetta koki lähes yhtä suuri osuus kaikista ulkomaalaistaustaisista verrattuna koko väestöön, mutta palvelua tarvinnesta ulkomaalaistaustaisista selvästi suurempi osuus koki palvelut riittämättömiksi.

Suomalaisen sosiaali- ja terveyspolitiikan peruseriaate on tarjota yhdenvertaiset terveyspalvelut henkilöille, joilla on Suomessa vakituinen asuinkunta. Terveyspalvelujen käytössä on kuitenkin väestöryhmien välisiä eroja. Ulkomaalaistaustaiset käyttävät terveyspalveluja hieman vähemmän kuin muu väestö, mutta palvelujen käyttö eroaa eri ulkomaalaistaustaisten ryhmien välillä (Koponen 2012 ja 2015b, Sarría-Santamera ym. 2016). Myös palvelujen tarpeen ja palvelujen riittävyyden kokemuksissa on eroja ulkomaalaistaustaisten ryhmien välillä (Koponen ym. 2012b ja 2015b). Vuonna 2014 terveyspalvelujen tarvetta raportoivat muita enemmän alempaan tulo- luokkaan kuuluvat, turvapaikanhakijoina tai pakolaisena tulleet ja suomenkielensä heikoksi arvioineet (Kuusio ym. 2016). Suomessa koko väestölle ja kansainvälisissä ulkomaalaistaustaisille suunnatuissa tutkimuksissa on havaittu, että korkea-asteen koulutus, korkeampi tulotaso, työssäolo, hyvä koettu terveys ja sosiaalinen tuki näyttäisivät edistävän terveyspalvelujen tarpeenmukaista käyttöä (Guidi ym. 2016, Manderbacka ym. 2012).

Menetelmät

Tässä tutkimuksessa palvelujen käyttöä ja koettua tarvetta kysyttiin samoilla kysymyksillä kuin useissa aiemmissa väestötutkimuksissa (Koponen ym. 2015b). Terveyspalvelujen käyttöä arvioitiin kysymyksellä: ”Kuinka monta kertaa olet käynyt oman sairautesi (tai raskauden tai synnytyksen) vuoksi 12 viime kuukauden aikana lääkärin, terveydenhoitajan tai sairaanhoitajan vastaanotolla tai tavannut lääkärin tai hoitajan kotonasi?”. Lääkärin ja terveyden- ja sairaanhoitajan vastaanottokäynnit merkittiin vastausvaihtoehdoissa erikseen. Tässä luvussa raportoidaan niiden hen-

kilöiden osuus, jotka olivat vastanneet käyneensä terveyskeskuslääkärissä, yksityisellä lääkäriasemalla tai työterveyshuollossa, joko lääkärin tai terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla vähintään kerran.

Koettua palvelun tarvetta kysyttäessä vastaajaa pyydettiin arvioimaan, onko hän mielestään saanut riittävästi palveluja 12 viime kuukauden aikana. Vastausvaihtoehtoja oli neljä: en ole tarvinnut palvelua; olisin tarvinnut, mutta en saanut palvelua; olen käyttänyt palvelua, mutta se ei ollut riittävä; sekä olen käyttänyt palvelua ja se oli riittävä. Näistä muun kuin ensimmäisen vaihtoehdon valinneeet luokiteltiin palvelua tarvinneiksi. Ne, jotka vastasivat tarvinneensa, mutta eivät olleet saaneet palvelua lainkaan tai joiden saama palvelu ei ollut riittävä, luokiteltiin palvelua riittämättömästi saaneiksi. Palvelua riittämättömästi saaneiden osuutta tarkasteltiin rajattuna palvelua tarvinneisiin. Kysymyksessä tarkasteltuja palveluja olivat lääkärin vastaanottopalvelut, sairaanhoitajan vastaanottopalvelut sekä hammaslääkäripalvelut. Tässä luvussa raportoidaan lääkärin, sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanottopalvelujen käyttö. Palvelutarpeen ja riittävyuden kokemusten osalta raportoidaan lääkärin vastaanottopalvelut. Hammaslääkäripalvelut raportoidaan luvussa 11.2.

Tulokset

Lääkärin, sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanotolla vähintään kerran oman sairautensa takia oli kyselyä edeltäneen vuoden aikana käynyt kaikista ulkomaalaistaustaisista miehistä 81 prosenttia ja koko väestön miehistä 87 prosenttia (taulukko 10.1.1). Myös ulkomaalaistaustaisilla naisilla vastaanotolla käyneiden osuus (89 %) oli pienempi kuin koko väestössä (93 %). Koko väestöä harvemmin jollakin vastaanotolla vähintään kerran oli käynyt maaryhmittäin tarkasteluna Venäjä ja entinen Neuvostoliitto- ja Viro-ryhmien miehet, sekä Aasia- ja Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmien miehet ja naiset. Venäjä ja entinen Neuvostoliitto- sekä Viro-ryhmien naisista miehiä suurempi osuus oli käynyt jollakin vastaanotolla viimeksi kuluneen vuoden aikana. Muiden maaryhmien sisällä ei sukupuolten välillä havaittu eroja kaikkien vastaanottokäyntien osuudessa.

Ulkomaalaistaustaisilla vastaanottokäyntejä oli eniten terveyskeskuksissa (miehet 47 % ja naiset 64 %), kun koko väestössä käyntejä oli useimmiten työterveyshuollossa (miehet 61 % ja naiset 66 %). Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka-, Muu Afrikka- ja EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmissä miehillä terveyskeskusvastaanotolla käyneiden osuus oli suurempi kuin vastaava koko väestön miesten osuus (49–60 % vrt. 40 %). Ulkomaalaistaustaisilla naisilla, lukuun ottamatta Aasian maista tulleita, oli terveyskeskusvastaanotolla käyneiden osuus merkitsevästi suurempi kuin koko väestön naisilla (62–81 % vrt. 51 %). Venäjä ja entinen Neuvostoliitto-, Viro-, EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka- sekä Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmien naisista suurempi osuus kuin miehistä oli käynyt terveyskeskusvastaanotolla viimeksi kuluneen vuoden aikana.

Yksityisellä lääkäriasemalla käyneiden osuus oli pienempi kaikilla ulkomaalais-taustaisilla kuin koko väestössä (miehillä 17 % ja naisilla 24 % vrt. miehillä 25 % ja naisilla 34 %). Maaryhmittäin tarkasteltuna koko väestön miehiä ja naisia harvemmin yksityisellä lääkäriasemalla olivat käyneet Venäjä ja entinen Neuvostoliitto-, Viro- ja Aasia-ryhmien miehet ja naiset. Lisäksi EU- ja EFTA-maista sekä Pohjois-Amerikan alueilta muuttaneet miehet ja Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneet naiset olivat käyttäneet yksityisiä lääkäripalveluita harvemmin kuin koko väestö. Ulkomaalaistaustaisilla naisilla, erityisesti Aasiasta ja EU- ja EFTA-maista sekä Pohjois-Amerikan alueilta muuttaneilla, yksityisellä lääkäriasemalla käyneiden osuus oli suurempi kuin samojen maaryhmien miehillä. Myös työterveyshuollon vastaanotolla käyneiden osuus oli työssäkäyvillä ulkomaalaistaustaisilla pienempi sekä miehillä että naisilla kuin koko väestössä työssäkäyvillä miehillä ja naisilla (42 % ja 45 % vrt. 61 % ja 66 %). Tämä ero oli merkitsevä kaikissa muissa maaryhmissä paitsi Muu Afrikka -ryhmässä, jossa näitä käyntejä oli noin puolella vastaajista. Viro-ryhmässä selvästi suuremmalla osuudella naisista kuin miehistä oli työterveyshuollon käyntejä (53 % vrt. 31 %). Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmän työssäkäyvillä miehillä oli naisia useammin ainakin yksi käynti työterveyshuollon vastaanotolla (47 % vrt. 22 %).

Taulukko 10.1.1 Lääkärin tai terveyden- ja sairaanhoitajan vastaanotolla vähintään kerran edeltävän 12 kuukauden aikana käyneet maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Käynyt lääkärin tai terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla terveyskeskuksessa	Käynyt lääkärin tai terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla yksityisesti	Käynyt lääkärin tai terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla työterveyshuollossa ²	Käynyt lääkärin tai terveyden- tai sairaanhoitajan jollakin vastaanotolla
	% (LV)	% (LV)	% (LV)	% (LV)
Miehet				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	41,9 (35,8–48,2)	17,4 (13,1–22,8)	44,8 (37,6–52,2)	81,4 (76,5–85,5)
Viro	42,2 (34,0–50,8)	16,0 (10,6–23,5)	31,3 (23,8–40,0)	74,0 (64,3–81,7)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	51,0 (44,6–57,4)	19,1 (14,4–24,8)	46,6 (38,2–55,1)	84,6 (79,8–88,4)
Muu Afrikka	60,0 (46,5–72,2)	18,6 (10,5–30,9)	52,5 (38,7–65,8)	83,3 (69,0–91,8)
Aasia	43,5 (35,7–51,7)	12,1 (8,0–18,1)	38,3 (30,2–47,1)	79,0 (72,0–84,6)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	49,1 (42,6–55,6)	19,1 (14,8–24,3)	49,0 (42,3–55,7)	86,7 (81,9–90,4)
Muut maat ¹	39,4 (28,9–51,0)	16,0 (8,7–27,6)	31,9 (22,5–43,1)	76,5 (64,4–85,4)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	46,7 (43,6–49,8)	17,2 (15,0–19,6)	42,4 (39,0–45,8)	81,4 (78,7–83,7)
Koko väestö	40,0 (37,6–42,5)	24,8 (22,5–27,2)	60,5 (57,4–63,5)	86,8 (85,1–88,4)
Naiset				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	62,3 (57,6–66,8)	22,2 (18,7–26,2)	46,1 (39,9–52,4)	90,4 (86,7–93,2)
Viro	66,3 (59,8–72,3)	22,5 (17,2–28,9)	52,7 (45,7–59,5)	94,4 (91,3–96,4)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	64,0 (53,8–73,0)	21,9 (14,7–31,4)	21,8 (12,9–34,5)	91,2 (86,0–94,6)
Muu Afrikka	81,1 (69,0–89,3)	15,2 (5,7–34,7)	46,6 (27,1–67,2)	92,5 (83,4–96,8)
Aasia	52,8 (47,3–58,3)	24,7 (19,8–30,4)	38,7 (32,2–45,7)	81,7 (76,9–85,6)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	70,2 (63,4–76,2)	31,4 (24,6–39,0)	47,2 (38,6–55,9)	92,9 (88,3–95,8)
Muut maat ¹	69,1 (55,2–80,2)	27,3 (16,6–41,4)	40,2 (26,5–55,6)	80,6 (66,4–89,7)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	64,2 (61,4–66,9)	23,7 (21,2–26,3)	45,0 (41,7–48,4)	89,3 (87,5–90,9)
Koko väestö	51,4 (49,4–53,5)	33,9 (32,0–35,9)	66,4 (63,8–69,0)	93,0 (91,7–94,2)

LV = 95 %:n luottamusväli

Tummennetut luvut poikkeavat tilastollisesti merkitsevästi koko väestön tasosta ($p < 0,05$).

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

²Osuus niistä, jotka työssä osa- tai kokopäiväisesti

Lääkärin vastaanottopalvelujen tarvetta oli kokenut kaikista ulkomaalaistaustaisista miehistä 62 prosenttia, mikä ei eronnut merkitsevästi koko väestön osuudesta (67 %, ks. taulukko 10.1.2). Myöskään naisilla ei ollut eroa ulkomaalaistaustaisten ja koko väestön välillä (molemmilla 78 %). Maaryhmittäin tarkasteltuna miehet raportoivat palvelutarvetta koko väestöön verrattuna selvästi harvemmin Viro- sekä Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmissä. Aasia-ryhmän naiset kokivat lääkärin palvelujen tarvetta koko väestöä harvemmin. Naiset kokivat lääkärin vastaanottopalvelujen tarvetta miehiä useammin Venäjä ja entinen Neuvostoliitto-, Viro-, Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka-, sekä Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmissä.

Taulukko 10.1.2 Lääkärin vastaanottopalveluihin edeltävän 12 kuukauden aikana tarvetta kokeneet maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

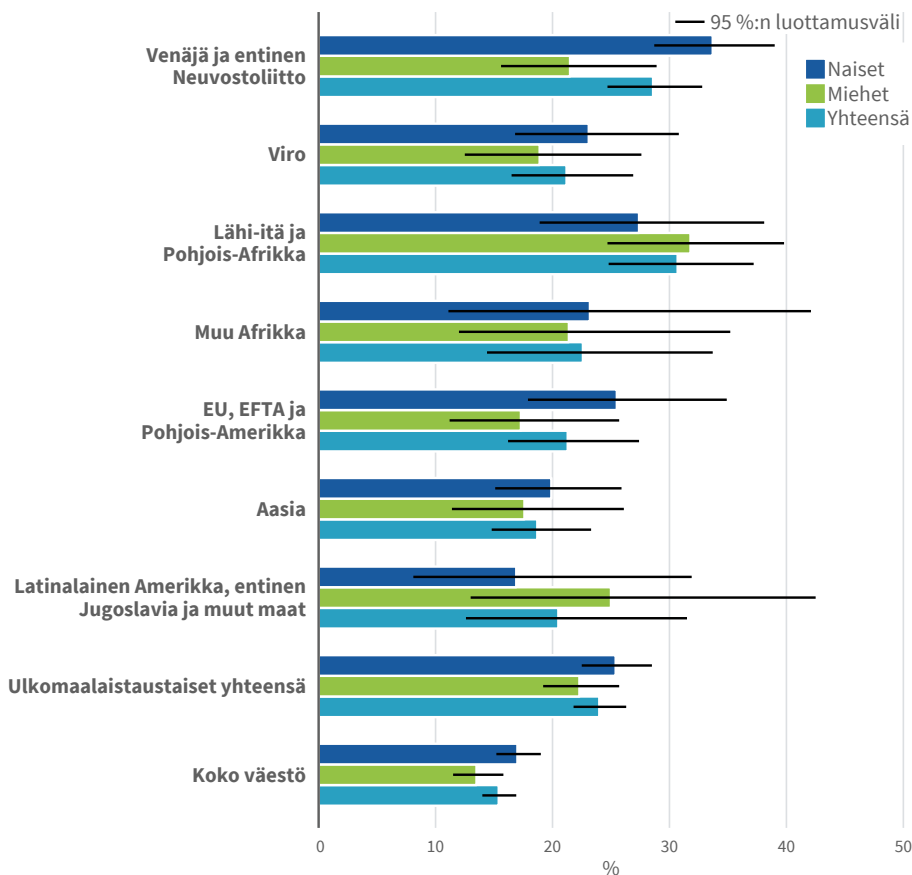
	Kaikki % (LV)	Miehet % (LV)	Naiset % (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	72,2 (68,7–75,4)	67,1 (61,4–72,3)	77,5 (73,3–81,3)
Viro	68,9 (63,6–73,8)	54,9 (45,8–63,6)	81,3 (75,8–85,7)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	73,6 (69,4–77,5)	65,2 (59,5–70,4)	84,0 (76,8–89,2)
Muu Afrikka	73,2 (63,3–81,2)	66,9 (53,6–78,0)	79,5 (62,5–90,0)
Aasia	64,0 (59,5–68,3)	58,4 (50,7–65,7)	70,3 (65,0–75,1)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	71,1 (66,7–75,1)	65,5 (59,2–71,3)	76,2 (70,1–81,5)
Muut maat ¹	63,3 (55,1–70,9)	48,0 (36,9–59,3)	82,0 (71,3–89,3)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	69,9 (67,9–71,7)	62,0 (59,0–64,9)	77,8 (75,4–80,0)
Koko väestö	72,2 (70,7–73,7)	66,5 (64,1–68,9)	78,0 (76,2–79,7)

LV = luottamusväli

Tummennetut luvut poikkeavat tilastollisesti merkitsevästi koko väestön tasosta ($p < 0,05$).

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Lääkärin vastaanottopalveluja tarvinneista ulkomaalaistaustaisista miehistä noin viidennes ja naisista neljännes arvioi saaneensa palveluja riittämättömästi (kuviot 10.1.1), kun koko väestöllä vastaava osuus oli pienempi (miehillä 14 % ja naisilla 17 %). Palvelua tarvinneista Venäjä ja entinen Neuvostoliitto- sekä Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmien miehet ja naiset sekä EU- ja EFTA-maista ja Pohjois-Amerikan alueilta tulleet naiset kokivat koko väestön miehiin ja naisiin verrattuna saaneensa useammin riittämättömästi palvelua.



Kuvio 10.1.1 Lääkärin vastaanottopalveluita tarvinneista edeltävän 12 kuukauden niitä riittämättömästi saaneet maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

Pohdinta

Ulkomaalaistaustaiset olivat koko väestöön verrattuna käyneet kyselyä edeltäneen vuoden aikana harvemmin oman sairautensa takia lääkärin, sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanotolla. Tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia kuin laajassa kansainvälisessä katsausartikkelissa, jonka päälöydöksenä raportoitiin maahan muuttaneiden käyttävän terveyspalveluja yleisellä tasolla hieman muuta väestöä vähemmän. Lisäksi katsauksessa havaittiin palvelujen käytön vaihtelevan ulkomaalaistaustaisten ryhmien välillä. (Sarría-Santamera ym. 2016).

Ulkomaalaistaustaisista miehistä ja naisista selvästi koko väestöä suurempi osuus oli käynyt terveyskeskusvastaanotolla. Yksityisiä lääkäriasemakäyntejä oli puolestaan harvemmin ulkomaalaistaustaisilla kuin koko väestössä. Myös työssäkävijöillä oli harvemmin työterveyshuollon vastaanottokäyntejä, lukuun ottamatta muualta kuin Pohjois-Afrikasta muuttaneita miehiä ja naisia, joiden pieni vastaajamäärä voi kuitenkin vääristää tulkintaa. Maaryhmien ja koko väestön välillä havaittiin myös eroja. Esimerkiksi Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta tulleet mie-

het sekä Aasiasta muuttaneet naiset kävivät koko väestön miesten ja naisten kanssa lähes yhtä usein terveyskeskusvastaanotolla, mutta selvästi harvemmin yksityisvastaanotolla.

Tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia kuin aiemmin Suomessa toteutetussa Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (Maamu, Castaneda ym. 2012b). Siinäkin havaittiin tutkittujen ulkomaalaistaustaisten ryhmien lääkärikäyntien kohdentuvan terveyskeskuksiin useammin kuin muille lääkärin vastaanotoille (Koponen ym. 2012b). Maamu-tutkimuksessa tarkasteltiin ainoastaan lääkärikäyntejä, kun tässä tutkimuksessa huomioitiin lisäksi sairaanhoitajan ja terveydenhoitajien käynnit. Eri palvelumuotojen käytön erot voivat liittyä sosioekonomiseen asemaan: terveyskeskuspalvelut on kohdennettu kaikille ja asiakasmaksut ovat varsin kohtuulliset, mikä voi osaltaan selittää terveyskeskuskäyntien suurempaa osuutta.

Lääkäripalvelujen koetussa tarpeessa ei havaittu juurikaan eroja ulkomaalaistaustaisten ja koko väestön välillä, kun tarkasteltiin kaikkia ryhmiä yhdessä. Sen sijaan koko väestöä pienempi osuus Viro- sekä Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmien miehistä ja Asia-ryhmän naisista raportoi palvelutarvetta. Palveluja tarvinneiden osuus oli naisilla, erityisesti Venäjä ja entinen Neuvostoliitto-, Viro-, Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka- sekä Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmissä, suurempi kuin samojen ryhmien miehillä. Ero sukupuolten välillä liittyy ainakin osittain raskauksiin ja synnytyksiin liittyvien palvelujen tarpeeseen.

Ulkomaalaistaustaiset kokivat saaneensa palveluja riittämättömästi selvästi useammin kuin koko väestö. Jopa yli joka viides mies ja neljännes ulkomaalaistaustaisista naisista koki saaneensa palveluja riittämättömästi. Kokemus lääkärin vastaanottopalvelujen riittämättömyydestä oli yleisin Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -ryhmän naisilla ja Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan alueilta tulleilla miehillä. Aiemmassa tutkimuksessa venäläistaustaiset ovat raportoineet tyytymättömyyttä hoidon riittävyteen suomalaisessa palvelujärjestelmässä (Pohjanpää 2003, Koponen ym. 2012b). Maamu-tutkimukseen osallistuneista venäläistaustaisista parhaiten kotoutuneet ja vähemmän epäoikeudenmukaista kohtelua suomalaisessa terveydenhuollossa kokeneet hakeutuivat harvemmin hoitoon Suomen rajojen ulkopuolella (Kemppainen ym. 2017). Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksessa (UTH, Nieminen ym. 2015b) Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmään kuuluvat kokivat tarvinneensa koko väestöä useammin mielenterveyspalveluja, mutta ryhmässä mielenterveyspalveluja käyttäneiden osuus oli yhtä suuri kuin koko väestöllä (Koponen ym. 2015b). Myös tässä tutkimuksessa Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikan maista tulleet raportoivat sairastavansa muita enemmän masennusta ja muita mielenterveysongelmia (ks. luku 8.3 Psykkinen hyvinvointi), jolloin ryhmän palvelujen riittämättömyyden kokemusta voi osaltaan selittää suurempi mielenterveyspalvelujen tarve.

Palveluja suunniteltaessa ja toteutettaessa tulisi huomioida se, että ulkomaalaistaustaisten palveluihin pääsyyn vaikuttavat monet samat tekijät kuin muilla vä-

estöryhmillä. Ongelmia hoitoon pääsyssä on muihin palvelupaikkoihin verrattuna erityisesti terveyskeskuksissa (Aalto ym. 2017 ja 2019). Ulkomaalaistaustaisten oikea-aikaista ja tarpeenmukaista palvelujen käyttöä voidaan helpottaa muun muassa edistämällä yleistä kotoutumista sekä riittävällä tiedonsaannilla palvelujärjestelmässä, sekä erityisesti edistämällä terveyskeskuspalvelujen saatavuutta niissä väestöryhmissä, joilla on muita heikkomat mahdollisuudet käyttää työterveyshuollon ja yksityisten lääkäriasemien palveluja.

10.2 Suun terveystalvelujen käyttö, koettu tarve ja riittävyys

Liisa Suominen & Eero Raittio

- Ulkomaalaistaustaisista koko väestöä pienempi osuus oli käynyt vuoden aikana hammaslääkärissä (56 % vrt. 63 %) tai koki olevansa hammashoidon tarpeessa (55 % vrt. 61 %).
- Toisaalta ulkomaalaistaustaisista suurempi osa kuin koko väestöstä ilmoitti, että hammaslääkärin palvelut eivät olleet riittäviä (24 % vrt. 19 %).
- Palvelujen käytössä, koetussa palvelujen tarpeessa sekä palvelujen riittämättömyydessä oli maaryhmien välisiä eroja.
- Ulkomaalaistaustaiset naiset raportoivat miehiä useammin riittämättömiä palveluja – hoidon tarpeessa tai edellisen vuoden aikana tapahtuneissa hammaslääkärikäynneissä ei ollut eroa sukupuolten välillä.

Ulkomaalaistaustaisen väestön suunterveys on kansainvälisissä ja suomalaisissa tutkimuksissa havaittu olevan muuta väestöä heikompaa. Ulkomaalaistaustaisen väestön on myös todettu käyttävän koko väestöä vähemmän palveluja. (Chen 1995, Pohjanpää ym. 2003, Suominen & Suontausta 2012, Koponen ym. 2015b.) Suomessa tehdyissä aikaisemmissa tutkimuksissa ulkomaalaistaustaiset olivat käyneet muuta väestöä harvemmin hammashoidossa, vaikka heidän koettu hoidon tarpeensa oli koko väestöä suurempi (Koponen ym. 2015b). Suomen ulkomaalaistaustaisen väestön suun terveydessä ja palvelujen käytössä on havaittu maaryhmien välisiä eroja. Esimerkiksi Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi -tutkimuksessa (Maamu, Castaneda ym. 2012b) havaittiin, että somalialais- ja kurditaustaisista koko väestöä huomattavasti suurempi osuus ei ollut käynyt hammashoidossa edellisen viiden vuoden aikana tai koskaan (Suominen & Suontausta 2012). Suomeen tulleilla turvapaikanhakijoilla hammassärky ja suusairaudet ovat yleisiä ja turvapaikanhakijoilla suunterveyteen liittyvät ongelmat olivat yleisin syy käydä sairausvastaanotolla. Merkittävä osa erityisesti muualta kuin Venäjältä tai entisen Neuvostoliiton alueelta Suomeen tulleista turvapaikanhakijoista ei ole koskaan käynyt hammaslääkärissä (Raittio ym. 2019).

Menetelmät

Tutkittavilta kysyttiin, kuinka monta kertaa he olivat 12 viime kuukauden aikana käyneet hammaslääkärin vastaanotolla julkisessa tai yksityisessä hammashuollossa. Vuoden aikana hoidossa käyneisiin laskettiin ne, joilla käyntejä oli vähintään yksi. Tutkittavilta kysyttiin myös, ovatko he mielestään saaneet riittävästi hammaslääkärin palveluita. Vastausvaihtoehdot olivat: en ole tarvinnut; olisin tarvinnut, mutta palvelua ei saatu; olen käyttänyt, mutta palvelu ei ollut riittävä; sekä olen käyttänyt, palvelu oli riittävä. Ne, jotka vastasivat vastausvaihtoehdoista minkä tahansa muun paitsi ”en ole tarvinnut”, katsottiin kokeneen tarvetta hammaslääkäripalveluihin. Ne, jotka vastasivat vastausvaihtoehdoista ”olisin tarvinnut, mutta palvelua ei saatu”, tai ”olen käyttänyt, mutta palvelu ei ollut riittävä”, katsottiin kokeneen saaneensa riittämättömästi palveluita.

Tulokset

Ulkomaalaistaustaisista vastaajista pienempi osuus kuin koko väestöstä oli käynyt vuoden aikana hammaslääkärissä (56 % vrt. 63 %). Ero oli merkitsevä erityisesti niillä, joiden lähtömaa oli Aasia tai Viro (39 % ja 55 %) (taulukko 10.2.1). EU- ja EFTA-maista sekä Pohjois-Amerikasta tulleilla vastaava osuus oli 64 prosenttia, Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleilla 63 prosenttia, muualta Afrikasta tulleilla 54 prosenttia ja Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmässä 56 prosenttia.

Kummallakin sukupuolella hammaslääkärissä käyneiden osuus oli pienempi kuin koko väestössä. Ulkomaalaistaustaisilla miehillä hoidossa käyneiden osuus oli koko väestöä pienempi erityisesti Aasiasta, mutta myös Virossa muuttaneilla (37 % ja 49 %). Naisista hoidossa käyneiden osuus oli pienempi Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta sekä Aasiasta muuttaneilla (56 % ja 42 %).

Taulukko 10.2.1 Hammaslääkärissä edeltävän 12 kuukauden aikana käyneet, maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Kaikki % (LV)	Miehet % (LV)	Naiset % (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	58,5 (54,5–62,5)	56,0 (49,5–62,3)	61,4 (56,3–66,2)
Viro	54,8 (48,6–60,8)	48,9 (39,5–58,3)	60,1 (51,9–67,8)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	62,9 (57,3–68,3)	65,5 (59,1–71,4)	56,1 (46,1–65,6)
Muu Afrikka	54,2 (43,5–64,6)	44,4 (30,9–58,8)	65,7 (49,3–79,1)
Aasia	38,8 (34,2–43,7)	36,6 (29,0–45,0)	41,6 (35,9–47,6)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	63,6 (58,7–68,3)	60,2 (53,5–66,6)	66,8 (59,5–73,4)
Muut maat ¹	56,4 (46,7–65,7)	55,7 (42,7–67,9)	55,5 (41,2–68,9)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	55,8 (53,5–58,1)	54,2 (50,8–57,5)	57,5 (54,3–60,5)
Koko väestö	62,7 (61,0–64,4)	58,6 (56,0–61,2)	66,8 (64,6–68,9)

LV = 95 %:n luottamusväli

Tummennetut luvut poikkeavat tilastollisesti merkitsevästi koko väestön tasosta ($p < 0,05$).

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Ulkomaalaistaustaiset kokivat koko väestöä harvemmin olevansa hammashoidon tarpeessa (55 % vrt. 61 %). Tämä korostui erityisesti Aasiasta (47 %), Virosta (53 %) tai Venäjältä tai entisestä Neuvostoliitosta (56 %) muuttaneilla (taulukko 10.2.2). Naisista ulkomaalaistaustaiset kokivat hoidon tarvetta vähemmän kuin koko väestö. Tämä näkyi erityisesti Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta, Virosta sekä Aasiasta muuttaneilla (51–57 %). Miehistä hoidon tarvetta kokivat koko väestöä harvemmin Aasiasta muuttaneet miehet (42 %).

Taulukko 10.2.2 Hammashoidon tarvetta edeltävän 12 kuukauden aikana kokeneet, maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Kaikki % (LV)	Miehet % (LV)	Naiset % (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	55,9 (52,1–59,6)	55,7 (49,7–61,6)	56,8 (52,1–61,4)
Viro	52,6 (47,3–57,9)	51,5 (43,4–59,4)	54,2 (47,2–61,2)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	63,1 (58,2–67,8)	62,7 (57,2–67,9)	61,5 (52,0–70,1)
Muu Afrikka	52,5 (42,8–62,1)	47,7 (35,6–60,0)	58,0 (42,3–72,2)
Aasia	47,1 (42,4–51,8)	42,1 (34,5–50,2)	51,3 (45,6–57,1)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	58,1 (53,3–62,7)	56,9 (50,5–63,0)	58,3 (50,8–65,5)
Muut maat ¹	54,0 (44,9–62,8)	51,9 (39,8–63,9)	55,5 (42,4–67,9)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	55,0 (52,9–57,1)	54,0 (51,0–56,9)	55,9 (53,0–58,8)
Koko väestö	60,7 (59,1–62,3)	57,2 (54,7–59,6)	64,3 (62,2–66,3)

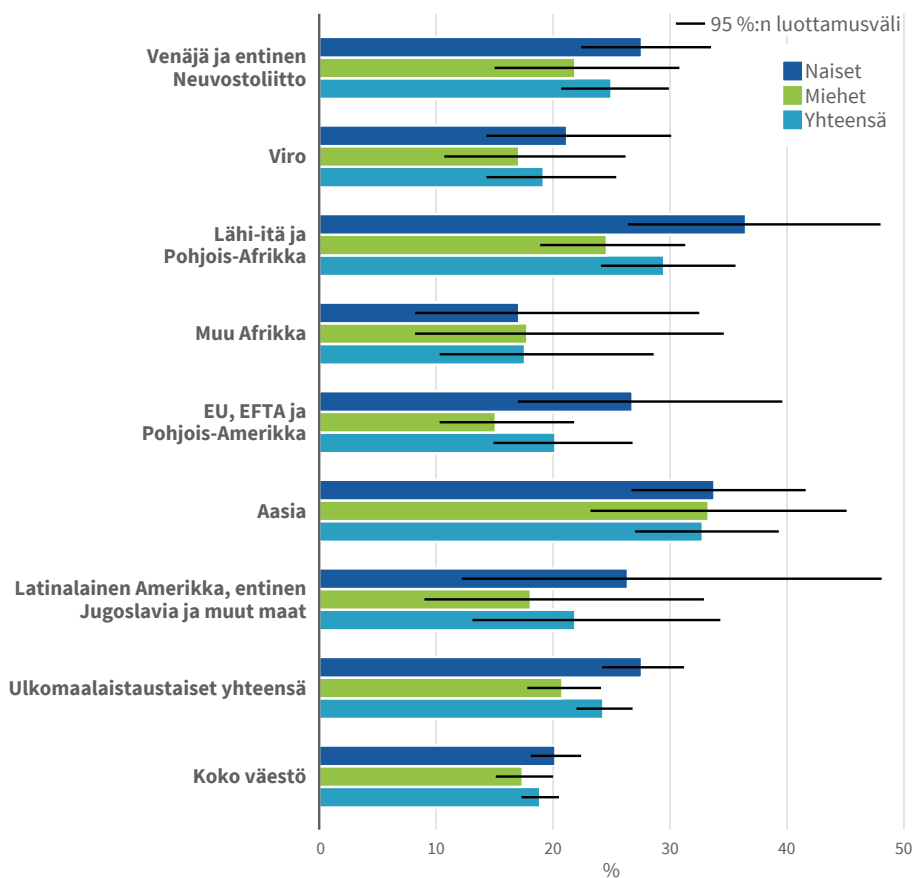
LV = 95 %:n luottamusväli

Tummennetut luvut poikkeavat tilastollisesti merkitsevästi koko väestön tasosta ($p < 0,05$).

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Ulkomaalaistaustaisista koko väestöä suurempi osa (24 % vrt. 19 %) ilmoitti saaneensa riittämättömästi hammaslääkärin palveluja. Osuus oli suurempi erityisesti niillä ulkomaalaistaustaisilla, jotka olivat Aasiasta (33 %), Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta (30 %) tai Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta (25 %) muuttaneita.

Ulkomaalaistaustaiset naiset kokivat miehiä useammin saaneensa riittämättömästi hammaslääkärinpalveluita (kuvio 10.2.1). Ulkomaalaistaustaisilla naisilla, erityisesti Aasiasta, Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta sekä Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta muuttaneilla, osuus oli korkeampi kuin koko väestössä (28–37 % vrt. 20 %). Miehistä koko väestöä korkeampi osuus oli Aasiasta sekä Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneilla (25–33 % vrt. 17 %).



Kuvio 10.2.1 Hammashoidon palveluja edeltävän 12 kuukauden aikana riittävästi saaneet palvelua tarvinneista, maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat mallivakioitu osuus, %

Pohdinta

Tulokset ovat samansuuntaisia kuin aiemmissa ulkomaalaistaustaisten suun terveydenhuollon palveluita selvittäneissä tutkimuksissa. Ulkomaalaistaustaiset käyttävät muuta väestöä harvemmin suun terveydenhuollon palveluita. Sen sijaan toisin kuin aiemmissa tutkimuksissa on raportoitu, hoidon tarvetta kokevien osuus oli ulkomaalaistaustaisissa tämän tutkimuksen mukaan pienempi kuin koko väestössä (Suominen & Suontausta 2012, Koponen ym. 2015b). Ristiriitaista toisaalta on se, että vähäisemmän hoidon tarpeen lisäksi ulkomaalaistaustaiset kokivat muuta väestöä useammin palvelut riittäväksi. Nämä erot todennäköisesti selittyvät ainakin osittain erilaisilla tutkittavien taustoilla sekä tutkimusmenetelmien (haastattelu vrt. kysely) ja tutkituille esitettyjen kysymysten muotoiluilla.

Koetun hammaslääkäripalvelun tarve ja palvelujen riittävyys on monimutkainen subjektiivinen kokemus, joka riippuu todennäköisesti ainakin vastaajan lähtömaasta, kulttuurista, iästä, sukupuolesta, sosioekonomisesta asemasta, suun tervey-

dentilasta sekä monesta muusta tekijästä. FinMonik-tutkimuksen tulokset osoittivat selkeitä eroja maaryhmien välillä palvelujen käytössä, koetussa tarpeessa ja palvelujen riittävyden kokemuksessa. Nämä erot tulisi huomioida suunniteltaessa kotoutumis- ja suunterveydenhuoltopalveluja erityisesti niissä kunnissa, joissa maahan muuttaneita asukkaita on enemmän.

10.3 Pääsy terveyspalveluihin, niiden laatu ja sujuvuus

Hannamaria Kuusio, Tuulikki Vehko & Anna-Mari Aalto

- Yhteyden hoitopaikkaan sujuvasti oli saanut reilusti alle puolet palvelua käyttäneistä ulkomaalaistaustaisista.
- Vain noin 40 prosenttia ulkomaalaistaustaisista miehistä ja kolmannes naisista koki saaneensa vastaanottoajan sujuvasti.
- Aasian maista tulleet miehet raportoivat koko väestön miehiä harvemmin ja Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -ryhmän naiset puolestaan koko väestön naisia useammin, että yksityisyyttä kunnioitetaan tutkimus- ja hoitotapahtumissa.
- Maaryhmien erot tulkin avun saamisessa vastaanotolla olivat suuret, sillä Viron alueelta tulleista naisista vain joka sadas, Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmässä enemmän kuin joka viides ja Muu Afrikka -ryhmässä hieman vähemmän kuin joka kolmas raportoi tulkin olleen apuna vastaanotolla.

Suomessa terveyspalvelujen yhdenvertainen saavutettavuus ja terveydentilansa edellyttämät riittävät ja laadukkaat palvelut väestöryhmille ovat keskeisiä sosiaali- ja terveyspolitiikan sekä palvelujen kehittämisen tavoitteita. Palvelujen yhdenvertaisella saavutettavuudella tarkoitetaan sitä, että eri väestöryhmien pääsy palveluihin on turvattu ja eri väestöryhmät pystyvät hyödyntämään palveluja yhdenvertaisesti (Hyvärinen ym. 2019). Tutkimustietoa ulkomaalaistaustaisten pääsystä palveluihin Suomessa ei juuri ole, mutta valtioneuvoston tarkastusviraston arviossa vuonna 2014 todettiin, että ulkomaalaistaustaisten terveyspalvelutarpeisiin ei ole vastattu riittävästi ja myös pääsyssä palveluihin on eroja kuntien välillä (Hanhinen ym. 2014). Hoidon laatua koskevissa kansainvälisissä tutkimuksissa on viitteitä siitä, että hoidon laatu on ulkomaalaistaustaisilla heikompaa kuin koko väestöllä (Derose ym. 2009).

Menetelmät

Tässä tutkimuksessa kokemuksia terveyspalveluista tutkimusta edeltäneen 12 kuukauden aikana selvitettiin kuuden kysymyksen sarjalla. Sujuvaa palveluihin pääsyä arvioitiin Maailman terveysjärjestön (WHO) terveydenhuollon asiakaslähtöisyyttä kartoittavasta kysymyssarjasta (Valentine ym. 2007) mukailuilla kysymyksillä. Sarjan kysymyksissä kysyttiin esimerkiksi sitä, kuinka tutkimukseen osallistuneet arvioivat saaneensa yhteyden hoitopaikkaan; sekä pääsivätkö he riittävän nopeasti vastaanotolle, hoitoon ja tutkimuksiin. Asiakkaan ja ammattilaisen vuorovaikutuksen laatua arvioitiin kysymällä kunnioitettiin vastaajan yksityisyyttä tutkimuksissa ja hoidoissa sekä kokiko vastaaja, että hoitokäynnistä oli ollut hyötyä. Palvelujen sujuvuutta arvioitiin Kansallinen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus FinSote 2018 -tutkimuksen (Parikka ym. 2019) kehitetyllä kysymyksellä, joka kartoittaa vastaajan kokemusta siitä, hoidettiin hänen asiansa sujuvasti ja kulkiko tieto ammattilaisten välillä. Lisäksi tutkimukseen osallistuneilta kysyttiin, oliko tulkki ollut apuna vastaanotolla. Kysymysten vastausvaihtoehtoina esitettiin: aina; useimmiten; joskus; ei koskaan; sekä ei koske minua (en ole käyttänyt terveyspalveluja). Tässä luvussa raportoidaan terveyspalveluja käyttäneistä ”aina”-vastanneiden osuus.

Tulokset

Terveyspalvelujen käyttäjistä yhteyden hoitopaikkaan oli riittävän nopeasti saanut alle puolet (48 %) ulkomaalaistaustaisista miehistä ja 46 prosenttia koko väestön miehistä (taulukko 10.3.1). Terveyspalvelujen käyttäjistä ulkomaalaistaustaisilla naisilla riittävän nopea yhteydensaanti hoitopaikkaan ei myöskään eronnut koko väestön naisista (41 % ja 38 %). Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -ryhmän miehet ja naiset raportoivat saaneensa riittävän nopeasti yhteyden hoitopaikkaan selvästi useammin kuin koko väestön miehet ja naiset (miehet 59 % vrt. 46 %, naiset 44 % vrt. 38 %). Lisäksi Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta tulleet miehet ilmoittivat harvemmin ja Viro-ryhmän naiset useammin kuin koko väestön saman sukupuolen edustajat saaneensa yhteyden hoitopaikkaan riittävän nopeasti.

Terveyspalveluja käyttäneistä ulkomaalaistaustaisista ja koko väestöön kuuluvista miehistä noin 40 prosenttia ja naisista kolmannes raportoi saaneensa vastaanottoajan aina riittävän nopeasti. Viro-ryhmään kuuluvat naiset raportoivat koko väestön naisia useammin (42 %) ja Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmän miehet ja naiset ilmoittivat koko väestöä harvemmin kokemuksesta riittävän nopeasta vastaanottoajan saamisesta (28 % ja 18 %). Terveyspalveluja käyttäneistä ulkomaalaistaustaisista ja koko väestöstä reilusti alle puolet raportoi päässeensä riittävän nopeasti tutkimuksiin (esim. laboratoriokokeisiin tai röntgeniin) (43 % ja 41 %). Viro- ja EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmien miehet raportoivat useammin (54 % ja 52 %) ja Aasian maista tulleet naiset harvemmin (33 %) kuin koko väestön saman sukupuolen edustajat päässeensä tutkimuksiin riittävän nopeasti.

Taulukko 10.3.1 Sujuvasti edeltävän 12 kuukauden aikana hoitoon päässeet palvelua tarvinneista, maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Riittävän nopea yhteys hoitopaikkaan	Riittävän nopea vastaanottoajan saaminen	Riittävän nopea pääsy tutkimuksiin
	% (LV)	% (LV)	% (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	50,7 (46,7–54,8)	37,6 (33,8–41,6)	46,6 (42,4–50,9)
Viro	50,0 (43,8–56,2)	43,8 (37,8–50,1)	50,4 (44,0–56,8)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	35,1 (30,0–40,5)	23,7 (19,5–28,5)	34,4 (29,1–40,2)
Muu Afrikka	39,4 (30,0–49,5)	38,8 (29,3–49,2)	42,1 (31,5–53,4)
Aasia	37,5 (32,7–42,5)	31,9 (27,4–36,7)	35,7 (30,8–40,9)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	46,4 (41,1–51,7)	39,2 (34,3–44,4)	47,1 (41,6–52,6)
Muut maat ¹	45,5 (36,4–54,9)	42,2 (33,3–51,7)	46,0 (36,6–55,6)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	44,1 (41,8–46,3)	36,2 (34,1–38,4)	43,3 (41,0–45,7)
Koko väestö	41,6 (39,8–43,5)	35,5 (33,8–37,3)	41,2 (39,3–43,1)
Miehet			
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	59,1 (52,2–65,7)	44,3 (37,6–51,2)	50,5 (43,4–57,7)
Viro	52,5 (43,0–61,9)	45,8 (36,6–55,3)	54,3 (44,4–63,9)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	37,9 (31,6–44,5)	28,6 (23,2–34,8)	36,1 (29,6–43,1)
Muu Afrikka	43,4 (31,0–56,6)	41,7 (29,5–55,1)	33,4 (21,7–47,6)
Aasia	39,2 (31,1–47,9)	33,0 (25,5–41,6)	40,0 (31,3–49,4)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	52,1 (44,9–59,1)	43,7 (37,0–50,7)	52,1 (44,7–59,4)
Muut maat ¹	47,1 (34,4–60,1)	47,4 (34,9–60,3)	51,2 (37,8–64,4)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	47,8 (44,5–51,1)	39,8 (36,7–43,1)	45,6 (42,2–49,1)
Koko väestö	45,8 (42,9–48,8)	39,3 (36,4–42,2)	42,9 (39,9–46,0)
Naiset			
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	44,1 (39,2–49,1)	32,3 (27,9–37,0)	43,7 (38,6–48,9)
Viro	47,3 (39,2–55,5)	41,5 (33,7–49,7)	47,5 (39,2–55,9)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	33,3 (24,9–43,0)	18,0 (11,7–26,8)	33,1 (24,3–43,2)
Muu Afrikka	35,8 (22,5–51,8)	36,4 (22,5–53,0)	51,2 (34,7–67,5)
Aasia	35,2 (29,6–41,2)	30,0 (24,8–35,8)	32,7 (27,1–38,9)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	40,7 (33,1–48,7)	35,0 (27,9–42,8)	41,0 (33,2–49,4)
Muut maat ¹	44,6 (31,8–58,1)	37,4 (25,1–51,5)	41,0 (28,5–54,9)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	40,8 (37,7–43,9)	33,0 (30,1–36,1)	41,3 (38,1–44,6)
Koko väestö	37,9 (35,7–40,1)	32,2 (30,2–34,3)	39,7 (37,5–42,0)

LV = 95 %:n luottamusväli

Tummennetut luvut poikkeavat tilastollisesti merkitsevästi koko väestön tasosta (p < 0,05).

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Terveyspalveluja käyttäneistä ulkomaalaistaustaisista sekä miehistä että naisista 72 prosenttia ilmoitti kokemuksesta yksityisyyden kunnioituksesta tutkimuksissa ja hoidossa (taulukko 10.3.2). Koko väestössä vastaava osuus oli miehillä 73 prosenttia ja naisilla 68 prosenttia. Aasian maista tulleet miehet ilmoittivat harvemmin (59 %) ja Venäjä ja entisestä Neuvostoliitosta tulleet naiset useammin (75 %) kuin koko väestön samojen sukupuolten edustajat, että yksityisyyttä kunnioitettiin toteutuneissa tutkimuksissa ja hoidoissa.

Terveyspalveluja käyttäneillä ulkomaalaistaustaisilla miehillä ”hoitokäynnistä oli hyötyä” -ilmoittaneiden osuus vaihteli 43 ja 56 prosentin välillä kun se koko väestössä oli miehillä 51 prosenttia. Myöskään naisilla hoitokäynnistä hyötyä raportoineiden osuus ei eronnut ulkomaalaistaustaisten ja koko väestön välillä (46 % ja 48 %). Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmän miehet (43 %) sekä Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -ryhmän naiset (40 %) raportoivat koko väestöä harvemmin, kun taas Muu Afrikka -ryhmän naiset (65 %) raportoivat koko väestöä useammin, että hoitokäynnistä oli hyötyä. Ulkomaalaistaustaisten miesten ja naisten välillä ei havaittu eroja

”hoitokäynnistä oli hyötyä” -ilmoittavien osuudessa. Noin puolet terveyspalveluja käyttäneistä ulkomaalaistaustaisista miehistä ja koko väestön miehistä (45 %) koki hoidon olevan sujuvaa ja tiedon kulkevan ammattilaisten välillä. Myös naisilla ulkomaalaistaustaisten ja koko väestön erot olivat merkitseviä (44 % ja 40 %). Miehistä erityisesti EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmään (57 %) sekä miehistä ja naisista Muu Afrikka -ryhmään kuuluvat raportoivat selvästi muita useammin sujuvaa hoitoa ja tiedon kulkua ammattilaisten välillä (65 % ja 57 %).

Taulukko 10.3.2 Asiakkaan ja ammattilaisen vuorovaikutuksen laadun ja hoidon sujuvuuden edeltävän 12 kuukauden aikana palvelua käyttäneistä hyväksi arvioineet maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Yksityisyyden kunnioittaminen tutkimuksissa ja hoidossa	Itse arvioitu hyöty hoitokäynnistä	Sujuva asioiden hoito ja tietojen kulku ammattilaisten välillä
	% (LV)	% (LV)	% (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	74,6 (70,7–78,2)	44,3 (40,4–48,4)	43,7 (39,6–47,8)
Viro	71,8 (65,8–77,1)	47,3 (41,0–53,8)	46,2 (39,9–52,7)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	72,0 (66,6–76,9)	40,4 (35,1–46,1)	42,9 (37,4–48,6)
Muu Afrikka	69,3 (58,4–78,4)	60,1 (49,3–70,0)	63,3 (52,5–73,0)
Aasia	64,3 (59,2–69,1)	49,3 (44,1–54,6)	43,7 (38,6–48,9)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	76,5 (71,1–81,2)	48,2 (43,0–53,5)	51,4 (46,1–56,7)
Muut maat ¹	71,3 (61,2–79,6)	53,5 (44,1–62,7)	52,3 (42,7–61,7)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	71,7 (69,5–73,8)	47,6 (45,3–49,9)	47,6 (45,2–49,9)
Koko väestö	69,9 (68,2–71,5)	49,3 (47,5–51,1)	42,3 (40,5–44,1)
Miehet			
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	74,3 (67,0–80,4)	49,8 (42,9–56,6)	49,6 (42,7–56,6)
Viro	68,7 (58,7–77,2)	44,0 (34,6–53,8)	43,8 (34,2–53,9)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	72,4 (66,0–77,9)	42,9 (36,5–49,6)	46,0 (39,4–52,8)
Muu Afrikka	69,9 (56,4–80,7)	56,3 (42,8–68,8)	65,2 (51,7–76,6)
Aasia	58,9 (49,4–67,8)	51,8 (42,3–61,1)	47,4 (38,3–56,6)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	79,6 (72,1–85,5)	53,1 (46,0–60,1)	56,5 (49,3–63,4)
Muut maat ¹	68,3 (53,6–80,0)	50,0 (37,4–62,5)	53,3 (40,1–65,9)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	71,5 (68,2–74,6)	49,2 (45,8–52,5)	51,1 (47,8–54,5)
Koko väestö	72,5 (69,8–75,0)	51,1 (48,2–53,9)	44,7 (41,8–47,6)
Naiset			
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	74,5 (69,9–78,5)	40,4 (35,6–45,3)	39,2 (34,3–44,3)
Viro	73,1 (65,4–79,6)	48,8 (40,6–57,2)	46,8 (38,8–55,0)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	72,6 (62,9–80,6)	37,6 (28,6–47,6)	39,8 (30,6–49,7)
Muu Afrikka	69,1 (50,8–82,8)	65,1 (47,6–79,2)	61,8 (44,2–76,7)
Aasia	66,6 (61,0–71,8)	47,4 (41,3–53,6)	40,7 (34,8–46,9)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	73,0 (64,7–79,9)	42,3 (34,6–50,3)	45,5 (37,8–53,5)
Muut maat ¹	74,2 (60,1–84,6)	57,6 (43,7–70,3)	51,7 (38,1–65,1)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	71,9 (68,9–74,7)	46,2 (43,0–49,5)	44,4 (41,2–47,6)
Koko väestö	67,6 (65,4–69,7)	47,8 (45,6–50,0)	40,2 (38,0–42,4)

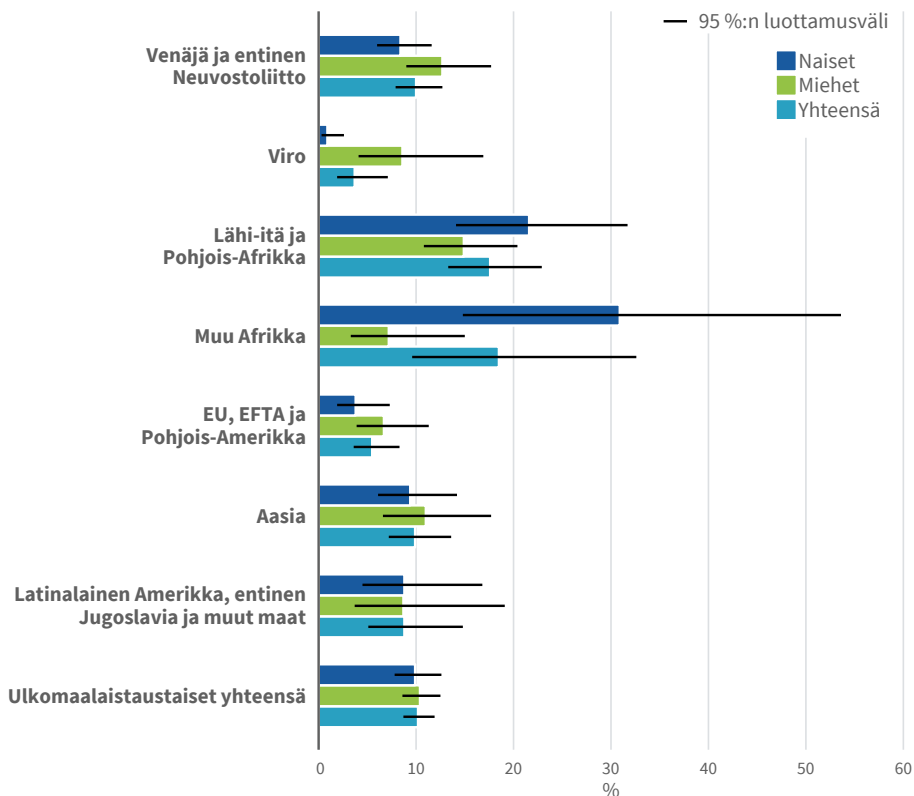
LV = 95 %-n luottamusväli

Tummennetut luvut poikkeavat tilastollisesti merkitsevästi koko väestön tasosta ($p < 0,05$).

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Kaikista ulkomaalaistaustaisista joka kymmenes ilmoitti, että tulkki oli ollut apuna vastaanotolla (kuvio 10.3.1). Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka ja Muu Afrikka -ryhmien naiset raportoivat useammin kuin Venäjä ja entinen Neuvostoliitto, Viro sekä EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmien naiset, että tulkki oli ollut apuna vastaanotolla. Miehillä maaryhmien väliset erot eivät olleet selkeät, mutta Virosta tulleet mie-

het ilmoittivat useammin kuin saman ryhmän naiset, että tulkki oli ollut apuna vastaanotolla.



Kuvio 10.3.1 Tulkin apua vastaanotolla tutkimusta edeltäneen 12 kuukauden aikana käyttäneet määrymittäin ja sukupuolittain, 20–64 -vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

Pohdinta

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että ulkomaalaistaustaisilla näyttäisi olevan ongelmia hoitoon pääsyssä, mikä on linjassa koko väestön tulosten kanssa. Reilusti alle puolet kaikista ulkomaalaistaustaisista terveystalvelujen käyttäjistä oli saanut aina yhteyden hoitopaikkaan ja päässyt tutkimuksiin sujuvasti. Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -ryhmän miehet ja naiset sekä Viro-ryhmän naiset arvioivat hieman koko väestön naisia tai miehiä useammin saaneen aina yhteyden hoitopaikkaan. Virosta tulleet miehet raportoivat koko väestön miehiä harvemmin, kun taas Aasian maista tulleet naiset koko väestön naisia useammin ongelmia sujuvassa pääsystä tutkimuksiin. Myös vastaanottoajan saamisessa on ongelmia, sillä vain noin 40 prosenttia ulkomaalaistaustaisista miehestä ja kolmannes naisista koki saaneensa vastaanottoajan sujuvasti. Erityisesti Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikan maista tulleet olivat kokeneet ongelmia vastaanottoajan saamisessa. Ulkomaalaistaustaisten kokemuksia hoitoon pääsystä ei ole Suomessa aikaisemmin tutkittu. Koko väestölle suun-

natussa hoitoon pääsyä koskevassa tutkimuksessa havaittiin, että pitkäaikaissairaat, masennusoireista kärsivät sekä paljon palveluja käyttävät kokivat muita useammin ongelmia hoitoon pääsyssä (Aalto ym. 2017). Turvapaikanhakijoiden terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa (TERTTU, Skogberg ym. 2019) Suomeen saapuneista naisista joka toisella oli itse ilmoitettu pitkäaikainen sairaus tai muu terveysongelma. Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi-tutkimuksessa (UTH, Nieminen ym. 2015b) havaittiin, että Lähi-itä- ja Pohjois-Afrikka -taustaiset raportoivat muita maaryhmiä ja koko väestöä useammin psyykkistä kuormittuneisuutta (Castaneda ym. 2015b). Psyykinen kuormittuneisuus lisää mielenterveyspalvelujen tarvetta, mikä voi osaltaan selittää Lähi-idän ja Pohjois-Afrikan alueilta tulleiden kokemaa ongelmia palveluihin pääsyssä.

Hoidon laadun osalta terveyspalveluja käyttäneiden ulkomaalaistaustaisten miesten ja naisten ja koko väestön samojen sukupuolten osuuksissa ei havaittu eroja. Ulkomaalaistaustaisista terveyspalvelujen käyttäjistä suurin osa koki, että yksityisyyttä kunnioitetaan aina tutkimus- ja hoitotapahtumissa, mutta vain alle puolet ilmoitti hoitokäynnin olevan aina hyödyllinen. Aasian maista tulleet miehet raportoivat koko väestön miehiä harvemmin ja Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -ryhmän naiset puolestaan koko väestön naisia useammin, että yksityisyyttä kunnioitetaan tutkimus- ja hoitotapahtumissa.

Terveydenhuollon laatutyöllä on pitkä ja monipolvinen historia Suomessa. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) takaa potilaalle oikeuden laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon terveydenhuollolla käytettävissä olevien voimavarojen rajoissa (Vuori 2013). Lämsä (2013) on kuvannut yksityisyyden kunnioittamisen (hoidon integriteetin) tärkeyttä sairaalapotilailla. Sama yksityisyyden kunnioittamisen periaate on tärkeä ja osin myös helpommin toteutettavissa avoterveydenhuollon palveluissa. Tässä tutkimuksessa hoidon laatua mitattiin palveluja käyttäneiden kokemuksilla terveyspalveluista. Potilaiden palvelukokemusten on todettu aiemmassa tutkimuskirjallisuudessa olevan yhteydessä hoidon vaikuttavuuteen (Raivio ym. 2014). Seuraamalla kokemuksia hoidon laadusta terveyspalveluita käyttäneiltä vastataan osaltaan julkisen sektorin läpinäkyvyyden periaatteeseen.

Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -ryhmän naiset raportoivat koko väestön naisia harvemmin ja Muu Afrikka -ryhmän naiset puolestaan koko väestön naisia useammin hoitokäynnistä olleen hyötyä. Palvelujen käytön sujuvuuden lisäämisessä on runsaasti parantamisen varaa, sillä alle puolet vastaajista ilmoitti palvelujen käytön olleen sujuvaa. Vertailu eri väestöryhmien välillä osoittautui mielenkiintoiseksi, sillä palvelujen käytön sujuvaksi koki suurempi osa ulkomaalaistaustaisista kuin koko väestöstä. Muu Afrikka -ryhmässä miehet ja naiset sekä EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmässä miehet raportoivat selvästi useammin kuin koko väestön samojen sukupuolten edustajat sujuvaa asioiden hoitoa ja tietojen kulkua ammattilaisten välillä. Ulkomaalaistaustaiset saattavat arvioida palvelujen sujuvuutta suhteessa aikaisempiin kokemuksiinsa lähtömaassa, mikä saattaa selittää eroja ulkomaalaistaustaisten ja koko väestön välillä. Hyvä tiedon kulku ammattilaisten välillä on edellytys potilasta koskevan tiedon kumuloitumiselle ja auttaa osaltaan turvaamaan hoidon

jatkuvuutta. (Kuusisto 2018). Useissa tutkimuksissa on raportoitu terveydenhuollon ammattilaisten kokemus siitä, että tiedonkulun ongelmat vaikeuttavat työtä (Hyp-
pönen ym. 2017, Vehko ym. 2018, Saastamoinen ym. 2018, Metsäniemi ym. 2018). Pitkäaikaissairailta hoitosuunnitelma voi toimia tiedon koostajana ja sillä on todettu olevan merkitystä myös potilaiden arvioissa terveydenhuollon palveluista: terveyskeskuksessa asioineilla pitkäaikaissairailta, joilla oli hoitosuunnitelma, arvio lääkärin vastaanottoajan riittävydestä ja hoidon laadusta oli parempi verrattuna pitkäaikaissairaisiin, joille ei ollut laadittu hoitosuunnitelmaa (Vehko ym. 2016).

Tässä tutkimuksessa ilmeni, että tulkin käyttö vastaanotolla oli verraten harvinaista, sillä kaikista ulkomaalaistaustaisista vain joka kymmenes kertoi tulkin olleen apuna vastaanotolla. Kuitenkin maaryhmien erot tulkin avun saamisessa olivat suuria. Esimerkiksi Viron alueelta tulleista naisista vain joka sadas ja Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmässä enemmän kuin joka viides ja Muu Afrikka -ryhmässä hieman vähemmän kuin joka kolmas raportoi tulkin olleen apuna vastaanotolla. Tulkkipalvelujen tarve voi olla pienempi sukulaiskieltä äidinkielenään puhuvien kesken. Tutkimuksessa ei kysytty sitä kuka oli toiminut tulkkina. On varsin mahdollista, että vastaanotolla tulkkausta on toteuttanut joku muu kuin ammattitulkki, esimerkiksi puoliso, oma lapsi tai ystävä. Näin ollen näiden tulosten perusteella ei voida arvioida ammattitulkin käyttöä tai tarvetta vastaanotolla.

Tulokset antavat viitteitä siitä, että ulkomaalaistaustaisten kokemukset terveyspalveluista ovat samansuuntaisia kuin koko väestössä, mutta myös maaryhmien kokemukset vaihtelevat jonkin verran koko väestöön verrattuna. Palveluja suunniteltaessa ja toteutettaessa tulisikin huomioida, että ulkomaalaistaustaisten palveluihin pääsyyn ja palvelun laatuun vaikuttaa monet samat tekijät kuin muilla väestöryhmillä. Ulkomaalaistaustaisten työllisyys on koko väestöä heikompi, joten he todennäköisesti ovat useammin julkisten terveyspalvelujen käyttäjiä. Ongelmat hoitoon pääsyssä korostuvat erityisesti terveyskeskuksissa (Aalto 2017 ja 2019) verrattuna työterveyshuoltoon tai yksityissektoriin. Terveyskeskusten lääkärivaje on viime vuonna kääntynyt nousuun ja samalla sijaisten määrä on noussut. Tämä heijastuu myös alueellisinä eroina palvelujen saatavuudessa (Rissanen 2019). Ulkomaalaistaustaiset eivät välttämättä hyödy kohdennetuista erillispalveluista, mutta tehokas tiedottaminen palvelupaikoista, niiden sisällöistä ja toimintatavoista saattaisi vähentää palveluihin pääsyn ongelmia. Tulkkipalveluja tarvitsevilla hieman pidemmät vastaanottoajat voivat helpottaa asioimista vastaanotolla ja parantaa näin kokemuksia terveyspalveluista.

10.4 Sosiaalipalvelujen ja perustoimeentulotuen käyttö, koettu tarve ja riittävyys

Laura Kestilä & Hannamaria Kuusio

- Sosiaalityöntekijän ohjaus- ja neuvontapalveluja oli käyttänyt 15 prosenttia, lapsiperhepalveluja 18 prosenttia ja vammaispalveluja neljä prosenttia ulkomaalaistaustaisista kyselyä edeltäneen vuoden aikana.
- Ulkomaalaistaustaiset käyttävät ja kokevat tarvitsevansa sosiaalipalveluja useammin kuin väestö keskimäärin, mutta osuuksissa on maaryhmittäisiä eroja.
- Sosiaalityöntekijän ohjaus- ja neuvontapalveluja ja lapsiperhepalveluja tarvinneista ulkomaalaistaustaisista palveluja koki saaneensa riittämättömästi 49 ja 34 prosenttia, mikä ei poikennut merkitsevästi koko väestöstä.
- Ulkomaalaistaustaisista noin 40 prosenttia oli saanut perustoimeentulotukea kyselyä edeltäneen vuoden aikana. Sekä perustoimeentulotuen käyttö että sen tarve on kaikissa maaryhmissä yleisempää kuin väestössä keskimäärin.

Perustuslaki asettaa julkiselle vallalla velvollisuuden turvata jokaiselle riittävät ja yhdenvertaiset sosiaali- ja terveystalvet (Perustuslaki 731/1999). Lisäksi jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Yhdenvertaisuuden näkökulmasta palvelujen saatavuuden kysymykset ovat tärkeitä. Aikaisemmat tutkimukset kuitenkin osoittavat, että sosiaali- ja terveystalvet saatuudessa esiintyy väestöryhmien välisiä eroja (Manderbacka ym. 2019, Ilmarinen ym. 2019, Koponen ym. 2015b).

Sosiaalipalveluja järjestetään monenlaisiin tuen tarpeisiin - esimerkiksi sosiaalisen syrjäytymisen torjumiseksi ja osallisuuden edistämiseksi, lapsen tasapainoisen kehityksen ja hyvinvoinnin tukemiseksi, tueksi jokapäiväisestä elämästä selviytymiseen, taloudellisen tuen tarpeeseen sekä erilaisista sairauksista, vammoista tai ikäännyttämisestä johtuvaan tuen tarpeeseen (STM 2019). Sosiaalietuuksiin lukeutuva perustoimeentulotuki on viimesijainen taloudellinen tuki, jolla turvataan henkilön tai perheen ihmisarvoisen elämän kannalta välttämätön toimeentulo.

Sosiaalipalvelujen tutkimus on tärkeää, jotta palvelujen järjestämisessä tapahtuvaa muutosta voidaan seurata ja ohjata ja jotta palvelujen asiakaslähtöisyyttä voidaan arvioida. Palvelujen saatavuutta arvioidaan usein tarkastelemalla niiden käyttöä. Käyttö ei kerro kuitenkaan yksin palvelujen tarpeesta, sillä palvelujen piiriin ei välttämättä hakeuduta erilaisista syistä johtuen, vaikka niiden tarvetta olisikin. (Ilmarinen 2019.)

Menetelmät

Sosiaalipalvelujen ja perustoimeentulotuen käyttöä, koettua tarvetta ja kokemusta riittämättömästä palvelun tai etuuden saamisesta kysyttiin kysymyksellä, jossa vastaaja pyydettiin arvioimaan, onko hän mielestään saanut riittävästi sosiaalityöntekijän ohjaus- ja neuvontapalveluja, lapsiperheiden palveluja (esim. lastensuojelu, kasvatusta- ja perheneuvonta, kotipalvelut), Kelasta haettavaa perustoimeentulotukea ja vammaispalveluja (esim. kuljetuspalvelut, henkilökohtainen apu ja asunnon muutostyöt) kyselyä edeltäneen 12 kuukauden aikana. Vastausvaihtoehtoja oli neljä: en ole tarvinnut; olisin tarvinnut, mutta palvelua tai etuutta ei saatu; olen käyttänyt, palvelu tai etuus ei ollut riittävä; sekä olen käyttänyt, palvelu tai etuus oli riittävä.

Sosiaalipalveluja tai perustoimeentulotukea käyttäneiksi luokiteltiin kaksi viimeksi mainittua vastausvaihtoehtoa raportoineet. Muun kuin ensimmäisen vastausvaihtoehdon valinneet luokiteltiin puolestaan palveluja tai perustoimeentulotukea tarvinneiksi. Ne, jotka ilmoittivat tarvinneensa mutta eivät olleet saaneet sosiaalipalvelua tai perustoimeentulotukea lainkaan tai palvelu tai etuus ei ollut riittävä, luokiteltiin niitä riittämättömästi saaneiksi. Palvelua tai etuutta riittämättömästi saaneiden osuutta tarkasteltiin suhteessa niihin, jotka olivat tarvinneet niitä. Vammaispalvelujen osalta ei pienen vastaajamäärän takia voida raportoida palveluja tarvinneiden eikä palvelua riittämättömästi saaneiden osuutta. Koko väestöä koskevat tulokset on saatu Kansallinen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus FinSote 2018:sta (Parikka ym. 2019).

Tulokset

Sosiaalipalvelujen ja perustoimeentulon käyttö

Sosiaalityöntekijän ohjaus- ja neuvontapalveluja oli kyselyä edeltäneen 12 kuukauden aikana käyttänyt 15 prosenttia ulkkomaalaistaustaisista, mikä on selvästi enemmän kuin väestössä keskimäärin (5 %) (taulukko 10.4.1). Ero koko väestön ja ulkkomaalaistaustaisten välillä oli merkitsevä sekä miehillä että naisilla. Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmästä neljännes (25 %) ja Muu Afrikka- ja Aasia-ryhmistä vajaa viidennes (18 %) oli käyttänyt sosiaalityöntekijän ohjaus- ja neuvontapalveluja. Venäjä ja entinen Neuvostoliitto-, Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka-, Muu Afrikka-, Aasia- ja EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmien miehet olivat käyttäneet enemmän sosiaalityöntekijän neuvonta- ja ohjauspalveluja kuin koko väestön miehet keskimäärin. Naisilla kaikki tarkasteltavat maaryhmät raportoivat käyttäneensä palveluja enemmän kuin väestön naiset keskimäärin.

Lapsiperheiden palveluja oli käyttänyt 20–55-vuotiaista ulkomaalaistaustaisista vajaa viidennes (18 %) ja koko väestöstä kahdeksan prosenttia. Ero koko väestön ja ulkomaalaistaustaisten välillä oli merkitsevä, myös tarkasteltaessa sukupuolia erikseen. Sekä miehillä että naisilla lähes kaikkien maaryhmien vastaajat (pl. Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmä ja lisäksi miehillä Venäjä ja entinen Neuvostoliitto- ja naisilla Viro-ryhmä) raportoivat käyttäneensä palveluja enemmän kuin väestön miehet ja naiset keskimäärin.

Ulkomaalaistaustaisista neljä prosenttia oli käyttänyt vammaispalveluja. Vastaava osuus koko väestössä oli alle kaksi prosenttia. Koko väestöä merkitsevästi suurempi vammaispalveluja käyttäneiden osuus oli sekä miehillä että naisilla Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka ja Muu Afrikka ryhmien vastaajilla, ja naisilla lisäksi Venäjältä ja entisestä Neuvostoliitosta ja Aasiasta muuttaneilla sekä Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmässä.

Kelasta haettavaa perustoimeentulotukea oli saanut kyselyä edeltäneen vuoden aikana yli 40 prosenttia ulkomaalaistaustaisista, mikä on selvästi enemmän kuin väestössä keskimäärin (7 %). Maaryhmittäin perustoimeentulotukea saaneiden osuuksissa oli vaihtelua: sitä oli maaryhmästä riippuen saanut 28–60 prosenttia vastaajista (miehistä 20–51 % ja naisista 33–73 %). Kaikki maaryhmät raportoivat käyttäneensä perustoimeentulotukea enemmän kuin koko väestö keskimäärin. Näin oli sekä miehillä että naisilla. Alle 30-vuotiailla, joilla perustoimeentulotuen saaminen on koko väestössä yleisintä, perustoimeentulotukea oli saanut ulkomaalaistaustaisista 44 prosenttia ja koko väestöstä 13 prosenttia (ei taulukossa).

Taulukko 10.4.1 Sosiaalipalveluja ja perustoimeentulotukea käyttäneet maaryhmittäin ja sukupuolitain, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Sosiaalityöntekijän ohjaus- ja neuvontapalvelut	Lapsiperheiden palvelut (alle 55 v.)	Vammaispalvelut	Kelan perustoimeentulotuki
	% (LV)	% (LV)	% (LV)	% (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	11,2 (9,2–13,5)	10,5 (8,0–13,5)	3,0 (2,0–4,5)	42,3 (38,6–46,1)
Viro	10,1 (6,6–15,1)	5,9 (3,7–9,4)	2,4 (1,0–5,3)	28,3 (23,3–33,9)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	24,7 (20,4–29,5)	18,6 (14,7–23,3)	9,0 (6,3–12,9)	59,7 (54,9–64,4)
Muu Afrikka	18,2 (12,2–26,2)	30,9 (22,4–40,9)	6,0 (3,1–11,3)	52,5 (43,5–61,4)
Aasia	17,8 (14,2–22,2)	26,8 (22,7–31,4)	4,3 (2,9–6,4)	43,0 (38,3–47,8)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	11,8 (8,5–16,2)	23,1 (18,6–28,3)	1,8 (1,0–3,2)	32,4 (27,6–37,5)
Muut maat ¹	6,7 (3,9–11,2)	9,3 (5,9–14,2)	2,8 (1,2–6,1)	29,6 (22,4–37,9)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	14,5 (13,0–16,1)	17,5 (15,8–19,3)	4,0 (3,3–4,9)	41,0 (39,0–43,1)
Koko väestö	5,0 (4,2–6,0)	8,0 (6,9–9,2)	1,5 (1,1–2,0)	7,1 (6,2–8,2)
Miehet				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	9,1 (6,6–12,6)	8,0 (4,9–12,7)	2,7 (1,3–5,4)	38,1 (32,2–44,3)
Viro	9,7 (4,4–19,9)	2,9 (1,4–5,9)	3,5 (1,1–10,9)	23,1 (16,0–32,1)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	23,1 (18,5–28,4)	14,6 (10,9–19,2)	7,8 (5,1–12,0)	50,6 (44,8–56,3)
Muu Afrikka	13,1 (7,7–21,4)	23,7 (15,6–34,3)	6,5 (3,0–13,4)	37,3 (26,8–49,1)
Aasia	15,6 (10,0–23,7)	20,9 (15,0–28,3)	1,9 (0,8–4,4)	37,8 (30,0–46,2)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	8,7 (5,5–13,3)	20,4 (15,4–26,4)	2,2 (1,0–4,5)	30,7 (24,5–37,6)
Muut maat ¹	3,1 (1,2–7,5)	7,9 (4,4–13,8)	NA	20,4 (12,6–31,2)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	12,5 (10,6–14,7)	13,9 (12,0–16,0)	3,9 (2,9–5,2)	35,2 (32,4–38,1)
Koko väestö	4,8 (3,7–6,4)	7,2 (5,7–9,2)	1,8 (1,1–2,8)	6,7 (5,4–8,3)
Naiset				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	13,0 (10,2–16,5)	12,8 (9,3–17,3)	3,1 (1,9–5,2)	46,7 (42,0–51,4)
Viro	10,6 (6,8–16,2)	8,6 (4,8–14,8)	1,5 (0,6–3,6)	33,3 (26,4–40,9)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	25,8 (18,4–34,8)	23,9 (16,3–33,6)	11,6 (6,5–19,7)	72,9 (64,2–80,1)
Muu Afrikka	24,2 (13,7–39,1)	39,3 (24,1–56,8)	5,5 (1,6–17,1)	71,0 (58,6–80,9)
Aasia	19,9 (15,6–25,1)	31,7 (26,2–37,7)	5,9 (3,8–9,0)	48,0 (42,3–53,7)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	15,8 (9,9–24,2)	25,7 (18,2–35,0)	1,3 (0,5–3,0)	32,9 (26,2–40,4)
Muut maat ¹	11,9 (6,1–21,8)	10,6 (5,4–19,9)	4,0 (1,4–10,5)	41,2 (29,6–53,9)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	16,5 (14,3–18,9)	21,1 (18,4–24,1)	4,2 (3,2–5,4)	46,9 (44,1–49,8)
Koko väestö	5,2 (4,3–6,4)	8,7 (7,2–10,4)	1,3 (0,9–1,8)	7,6 (6,3–9,1)

LV = 95 %:n luottamusväli

NA = vähäisten vastaajamäärien vuoksi lukua ei esitetä.

Tummennetut luvut poikkeavat tilastollisesti merkitsevästi koko väestön tasosta (p < 0,05).

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Sosiaalipalveluja ja perustoimeentulotukea tarvinneet sekä niitä riittämättömästi saaneet

Sosiaalityöntekijän ohjaus- ja neuvontapalveluja ilmoitti tarvitseensa kyselyä edeltäneen 12 kuukauden aikana lähes viidesosa (19 %) ulkomaalaistaustaisista, mikä on selvästi suurempi osuus kuin väestössä keskimäärin (6 %) (taulukko 10.4.2). Palvelua tarvinneiden osuudet vaihtelivat maaryhmittäin 9 ja 32 prosentin välillä. Eriytyisen usein palveluja ilmoittivat tarvinneensa Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka- (32 %) ja Muu Afrikka (30 %) -ryhmien vastaajat.

Sosiaalityöntekijän palveluja tarvinneista ulkomaalaistaustaisista lähes puolet (49 %) ilmoitti saaneensa palveluja riittämättömästi ja koko väestössä osuus oli lähes yhtä suuri. Myöskään yksittäiset maaryhmät eivät eronneet koko väestöstä tyydyttymättömän palvelutarpeen raportoinnissa, mutta sukupuolittaisessa tarkastelussa Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmän miehet (59 %) raportoivat saaneensa riittämättömästi sosiaalityöntekijän palveluja useammin kuin väestö keskimäärin (40%). (Ei taulukossa.)

Lapsiperheiden palveluja ilmoitti tarvinneensa viidennes 20–55-vuotiaista ulkomaalaistaustaisista vastaajista (koko väestöstä 9 %). Ulkomaalaistaustaisilla naisilla (25 %) osuus oli ulkomaalaistaustaisia miehiä (16 %) suurempi. Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka-, Muu Afrikka-, Aasia- sekä EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmien miehet ja naiset, ja lisäksi Viro-ryhmän miehet ja Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -ryhmän naiset ilmoittivat tarvinneensa lapsiperheiden palveluja useammin kuin koko väestön miehet ja naiset keskimäärin. Riittämättömästi lapsiperhepalveluja koki saaneensa niitä tarvinneista ulkomaalaistaustaisista kolmannes (34 %), eikä osuus eronnut merkitsevästi koko väestöstä

Perustoimeentulotukea ilmoitti tarvinneensa lähes puolet (46 %) ulkomaalaistaustaisista ja koko väestöstä joka kymmenes. Kaikissa maaryhmissä perustoimeentulotuen tarve oli yleisempää kuin koko väestössä, myös tarkasteltaessa sukupuolia erikseen. Maaryhmien välillä oli kuitenkin eroja: esimerkiksi Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka- ja Muu Afrikka -ryhmissä perustoimeentulotukea tarvinneiden osuus oli suurempi kuin muissa maaryhmissä (64–65 % vrt. 32–50 %). Perustoimeentulotukea tarvinneista ulkomaalaistaustaisista 40 prosenttia raportoi saaneensa etuutta riittämättömästi, mikä on vähemmän kuin väestössä keskimäärin (57 %). Kokemuksessa oli maaryhmittäisiä eroja: osuudet vaihtelivat maaryhmästä riippuen 30–51 prosentin välillä (miehillä 28–51 % ja naisilla 28–53 %).

**Taulukko 10.4.2 Sosiaalipalveluja ja perustoimeentulotukea tarvinneet maaryhmittäin ja sukupuoli-
taint, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %**

	Sosiaalityöntekijän ohjaus- ja neuvontapalvelut	Lapsiperheiden palvelut (alle 55v.)	Kelan perustoimeentulotuki
	% (LV)	% (LV)	% (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	14,1 (11,8–16,7)	12,1 (9,5–15,3)	46,9 (43,2–50,6)
Viro	11,7 (8,1–16,6)	7,2 (4,8–10,8)	31,9 (26,8–37,5)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	31,7 (27,0–36,9)	22,6 (18,4–27,5)	64,8 (60,1–69,2)
Muu Afrikka	30,1 (22,3–39,2)	40,7 (31,3–50,8)	64,1 (55,0–72,4)
Aasia	24,8 (20,7–29,4)	30,6 (26,3–35,2)	50,1 (45,3–54,9)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	14,8 (10,9–19,6)	24,7 (20,1–29,9)	35,9 (31,0–41,1)
Muut maat ¹	9,4 (5,9–14,7)	9,6 (6,2–14,5)	32,2 (24,8–40,5)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	19,2 (17,5–21,0)	20,5 (18,7–22,4)	46,2 (44,2–48,3)
Koko väestö	6,4 (5,5–7,4)	8,9 (7,7–10,2)	9,9 (8,9–11,1)
Miehet			
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	10,7 (7,9–14,3)	8,9 (5,7–13,5)	39,8 (33,9–46,0)
Viro	11,6 (6,0–21,2)	4,2 (2,2–7,8)	26,3 (18,9–35,2)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	29,6 (24,4–35,4)	16,7 (12,8–21,5)	54,4 (48,5–60,1)
Muu Afrikka	27,8 (18,7–39,2)	35,3 (24,8–47,5)	53,7 (41,2–65,8)
Aasia	22,7 (16,2–30,9)	22,7 (16,6–30,3)	46,4 (38,3–54,7)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	12,2 (7,9–18,4)	21,7 (16,7–27,8)	33,0 (26,8–40,0)
Muut maat ¹	6,8 (3,3–13,5)	7,9 (4,4–13,8)	23,2 (14,8–34,3)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	17,5 (15,3–20,0)	16,4 (14,3–18,7)	40,0 (37,1–43,0)
Koko väestö	5,7 (4,4–7,2)	8,1 (6,5–10,1)	9,4 (7,9–11,1)
Naiset			
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	17,0 (13,8–20,8)	15,1 (11,4–19,8)	53,4 (48,8–57,9)
Viro	12,0 (7,9–17,7)	10,0 (6,0–16,2)	37,3 (30,3–44,7)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	33,2 (25,1–42,5)	30,9 (22,5–40,8)	80,8 (73,2–86,6)
Muu Afrikka	32,3 (20,1–47,5)	46,5 (30,6–63,1)	76,5 (64,5–85,4)
Aasia	27,1 (22,2–32,7)	36,6 (30,9–42,7)	54,0 (48,2–59,6)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	17,7 (11,6–26,1)	27,6 (20,0–36,9)	38,2 (31,1–45,8)
Muut maat ¹	12,9 (6,9–22,8)	11,3 (5,9–20,5)	43,6 (31,9–56,0)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	20,8 (18,5–23,4)	24,6 (21,8–27,7)	52,5 (49,7–55,3)
Koko väestö	7,1 (5,9–8,5)	9,6 (8,1–11,4)	10,5 (9,1–12,1)

LV = 95 %:n luottamusväli

Tummennetut luvut poikkeavat tilastollisesti merkitsevästi koko väestön tasosta (p < 0,05).

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Pohdinta

Sosiaalityöntekijän ohjaus- ja neuvontapalveluja oli käyttänyt 15 prosenttia, lapsiperhepalveluja 18 prosenttia ja vammaispalveluja neljä prosenttia ulkomaalaistaustaisista kyselyä edeltäneen vuoden aikana. Ero koko väestöön (5 %, 8 % ja 2 %) oli merkitsevä kaikkien palvelujen kohdalla. Näin oli sekä naisilla että miehillä. Maaryhmittäin palveluja käyttäneiden osuuksissa oli kuitenkin eroja.

Ulkomaalaistaustaiset raportoivat myös koko väestöä useammin sosiaalipalvelujen tarvetta. Esimerkiksi sosiaalityöntekijän ohjaus- ja neuvontapalveluja ilmoitti tarvitseensa kyselyä edeltäneen 12 kuukauden aikana lähes viidesosa ulkomaalaistaustaisista (koko väestöstä 6 %) ja lapsiperhepalvelujen tarvetta raportoi yhtä suuri osuus (koko väestössä n. 10 %). Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi-tutkimuksessa (UTH, Nieminen ym. 2015b) sosiaalityöntekijän palvelujen tarve oli samaa suuruusluokkaa (Koponen ym. 2015b).

Perustoimeentulotukea ilmoitti saaneensa kyselyä edeltäneen vuoden aikana 40 prosenttia ulkomaalaistaustaisista, mikä on selvästi enemmän kuin väestössä keskimäärin (7 %). Kaikki tarkastellut maaryhmät olivat saaneet perustoimeentulotukea useammin kuin väestö keskimäärin, mutta perustoimeentulotukea saaneiden osuuksissa oli maaryhmittäin vaihtelua. Perustoimeentulotuen tarvetta raportoi lähes puolet ulkomaalaistaustaisista ja myös nämä erot olivat merkitseviä kaikissa maaryhmissä kun palvelua tarvinneiden osuutta verrattiin koko väestöön. Maaryhmien välillä oli eroja tarpeen raportoinnissa: esimerkiksi sekä miehillä että naisilla Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka- ja Muu Afrikka -ryhmissä perustoimeentulotukea tarvinneiden osuus oli suurempi kuin muissa maaryhmissä.

Perustoimeentulotukea voi saada Suomessa asuva tai oleskeleva henkilö tai perhe, jonka tulot ja varat eivät riitä välttämättömiin jokapäiväisiin menoihin. Se on tarveharkintainen sosiaalietuus ja viimesijainen taloudellinen tuki, jonka myöntämiseen ja määrään vaikuttavat kaikki käytettävissä olevat tulot ja varat, myös muut sosiaalietuudet. Ulkomaalaistaustaisten yleisempää perustoimeentulotukea saaneiden osuutta ja tarvetta selittää osittain se, että heillä työttömyys on yleisempää kuin väestössä keskimäärin (Nieminen 2015). Työttömyyden ja työllistymiseen kuuluvan, muun muassa kielitaitovaatimusten takia joskus pitkänkin, ajan takia toimeentulo on heikompaa ja siten myös toimeentulotukeen turvautuminen yleisempää. Tämä voi lisätä myös sosiaalipalvelujen käyttöä ja tarvetta, sillä kotoutumislain mukaan kaksi kuukautta toimeentulotukea saaneista asiakkaista lähtee automaattisesti ilmoitus kunnan sosiaalitoimeen (laki kotoutumisen edistämisestä 1386/2010, ks. Jokela ym. 2019). Aiemman tutkimuksen mukaan Suomessa asuvat ulkomaalaistaustaiset kokevat kuitenkin työkykynsä paremmaksi kuin väestö keskimäärin, ovat työhaluisia, ei-työllisten työnhaku on aktiivisempaa, ja halu tehdä kokopäivätyötä on yleistä (Nieminen 2015, Rask ym. 2015). Työllistymistä vaikeuttavat kuitenkin puutteellisen kielitaidon ja työkokemuksen lisäksi Suomeen sopimattomat tutkimnot ja työnantajien ennakkoluulot (Sutela 2005).

Ulkomaalaistaustainen väestö on keskittynyt pääkaupunkiseudulle ja ylipäänsä niin sanottuihin keskustaupunkiin, joissa asumiskustannukset ovat korkeampia (Saikkonen ym. 2018). Myös muualle Suomeen sijoittuneita ulkomaalaistaustaisia muuttaa hyvin yleisesti suuremmille kaupunkialueille ja pääkaupunkiseudulle (Juopperi 2019). Korkeat asumiskustannukset nostavat yleisesti toimeentulotuen tarvetta ja erityisesti pääkaupunkiseudulla ja kasvukeskuksissa korkeita asumiskustannuksia maksetaan usein toimeentulotuesta. Velattomassa omistusasunnossa asuminen puolestaan vähentää toimeentulotuen tarvetta, kun asumiskustannukset ovat matalammat. Ulkomaalaistaustaisten välillä on maaryhmittäin merkittäviä eroja niin tulotasossa kuin omistusasumisessa. Ulkomaalaistaustaisten omistusasuminen Turun, Tampereen ja Helsingin seutukunnissa on keskimäärin harvinaisempaa kuin suomalaistaustaisten, mutta yleistyy maassa vietetyn ajan kuluessa (Vaalavuo & Kauppinen 2019).

Maaryhmittäin tarkasteltuna erityisesti Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka- sekä Muu Afrikka -ryhmissä sosiaalipalvelujen ja perustoimeentulotuen käyttö on yleistä. Tätä

selittänee osaltaan se, että näissä maaryhmissä on suhteellisesti paljon pakolaistaustaisia ja turvapaikanhakijoina maahan tulleita. Heistä monet ovat etenkin maahan tullessaan epävarmassa elämäntilanteessa ja esimerkiksi työllisyysaste on muihin ulkomaalaistaustaisiin nähden selvästi heikoin (Nieminen ym. 2015b).

Vaikka ulkomaalaistaustaisilla esiintyy huomattavan paljon sosiaalipalvelujen ja perustoimeentulotuen tarvetta, kokemus palvelujen riittämättömyydestä on ylipäänsä sosiaalipalveluja ja perustoimeentulotukea tarvinneilla melko yleistä. Tuoreessa koko väestöä koskevassa FinSote 2018 -tutkimuksessa tyydyttymätöntä palvelutarvetta koki 30–50 prosenttia sosiaalipalvelujen käyttäjistä, perustoimeentulotuen kohdalla vielä useampi (Ilmarinen ym. 2019). Verrattuna koko väestöön, ulkomaalaistaustaisten on aiemmassa tutkimuksessa todettu raportoivan keskimäärin harvemmin tyydyttämätöntä sosiaali- ja terveystalvöpalvelujen tarvetta, mutta riittämättömästi palveluja saaneiden osuus vaihteli maaryhmittäin paljon (Koponen ym. 2015b).

Palvelujärjestelmän toimivuuden kannalta sosiaalipalveluja riittämättömästi saaneiden osuudet ovat huolestuttavia. Riittämättömästi palveluja saaneiden osuudet niitä tarvinneista eivät ulkomaalaistaustaisilla eroa koko väestöstä merkitsevästi, ja osuus on perustoimeentulotuessa jopa koko väestön osuutta pienempi, mutta palveluja tarvinneiden osuudet ovat kaikissa tarkastelluissa sosiaali- ja terveystalvöpalveluissa ja perustoimeentulotuessa väestöä suurempia. Palveluja tarvinneista myös selvä osa kokee, etteivät palvelut ole riittäviä. Väestötasolla tarkasteltuna tyydyttämätöntä palvelutarvetta näyttäisi sosiaalipalveluissa olevan aiempaa enemmän (Muuri 2010, Muuri & Manderbacka 2014, Ilmarinen ym. 2019). Tutkimuksen tulokset vahvistavat näkemystä siitä, että sosiaali- ja terveystalvöpalvelujärjestelmää uudistettaessa olisi tärkeää huomioida riittävät ja yhdenvertaiset palvelut.

Tärkeää on huomioida myös se, että palvelujen käyttäjien palvelutarpeet ovat erilaisia. Sosiaali- ja terveydenhuoltoa uudistettaessa on hyvä muistaa, että esimerkiksi Työ ja elinkeinotoimiston tarjoamilla palveluilla (TE-palvelut) ja yleisillä kotoutumispalveluilla voidaan edistää ulkomaalaistaustaisten työllistymistä, mikä tukee integroitumista ja vähentää toimeentulotuen tarvetta. TE-palvelujen ja sosiaalipalvelujen entistä tiiviimpi yhteistyö ja asiakkaiden suomalaisen yhteiskuntaan integroitumisen tai kotoutumisen selkeämpi poluttaminen kohti työmarkkinoita voi näkyä tulevaisuudessa ulkomaalaistaustaisten sosiaalipalvelujen tarpeen vähenemisenä ja myös työllisyyden lisääntymisenä.

10.5 TE-toimiston työllisyyspalvelut

Laura Kestilä, Erja Koponen & Hannamaria Kuusio

- TE-toimiston työllisyyspalveluja oli käyttänyt kyselyä edeltäneen vuoden aikana reilu kolmannes ja tarvinnut noin 40 prosenttia ulkomaalaistaustaisista. Palvelujen käytössä ja tarpeessa oli maaryhmittäisiä eroja.

- Palveluja tarvinneista yli 40 prosenttia koki saaneensa palveluja riittämättömästi.
- Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneet ilmoittivat tarvinneensa työllisyyspalveluja useammin kuin ulkomaalaistaustaiset keskimäärin.
- Palveluja tarvinneet miehet kokivat saaneensa palveluja riittämättömästi useammin kuin palveluja tarvinneet naiset (47 % ja 38 %).

Työllistyminen on usein tärkeä integraation ja kotoutumisen osatekijä. Ulkomaalaistaustaisten työttömyysaste on korkeampi kuin suomalaistaustaisten. Työttömyys on varsin tavallista etenkin maahan muutettaessa, mikäli muuton syy on joku muu kuin työperäinen. Kielitaito määrittelee usein sen, kuinka nopeasti ja minkälaiseen työhön henkilöllä on mahdollisuus työllistyä. (Nieminen 2015.)

Työ- ja elinkeinotoimiston (TE-toimiston) tarjoamat palvelut ovat tärkeitä ulkomaalaistaustaisten henkilöiden työllistymisen ja kotoutumisen kannalta. Sen osoittaa esimerkiksi Taloudellisen yhteistyön ja kehityksen järjestön (OECD) raportti, jonka mukaan niiden väliaikaisesti työmarkkinoiden ulkopuolella olevien ulkomaalaistaustaisten, jotka eivät saa TE-toimiston tarjoamaa kotoutumispalvelua, voi olla myöhemmin vaikea kiinnittyä työelämään (OECD 2018).

Menetelmät

TE-toimiston työllisyyspalvelujen käyttöä, koettua tarvetta ja palvelujen koettua riittävyttä kartoitettiin pyytämällä vastaajaa arvioimaan, onko hän mielestään saanut riittävästi TE-toimiston työllisyyspalveluja kyselyä edeltäneen 12 kuukauden aikana. Vastausvaihtoehtoja oli neljä: en ole tarvinnut; olisin tarvinnut, mutta palvelua ei saatu; olen käyttänyt, palvelu ei ollut riittävää; sekä olen käyttänyt, palvelu oli riittävää. Palvelua käyttäneiksi luokiteltiin kaksi viimeksi mainittua vastausvaihtoehtoa raportoineet. Muun kuin ensimmäisen vastausvaihtoehdon valinneet luokiteltiin puolestaan palvelua tarvinneiksi. Ne, jotka ilmoittivat tarvinneensa mutta eivät saaneet palvelua lainkaan tai saatu palvelu ei ollut riittävää, luokiteltiin palveluja riittämättömästi saaneiksi. Palvelua riittämättömästi saaneiden osuutta tarkasteltiin vain suhteessa niihin, jotka olivat tarvinneet palvelua.

Tulokset

TE-toimiston työllisyyspalveluja ilmoitti käyttäneensä kyselyä edeltäneen vuoden aikana reilu kolmannes kaikista ulkomaalaistaustaisista (35 %, taulukko 10.5.1). Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneet (49 %) olivat käyttäneet palveluja useammin kuin ulkomaalaistaustaiset keskimäärin. Näin oli sekä miehillä (47 %, ulkomaalaistaustaiset miehet keskimäärin 33 %) että naisilla (51 %, ulkomaalaistaustaiset naiset keskimäärin 38 %). Virosta muuttaneet naiset olivat sen sijaan käyttäneet palveluja vähemmän kuin ulkomaalaistaustaiset naiset keskimäärin (28 % vrt. 38 %). Ulkomaalaistaustaiset naiset olivat käyttäneet palveluja hieman miehiä useammin.

Taulukko 10.5.1 TE-toimiston työllisyyspalveluja edeltävän 12 kuukauden aikana käyttäneet maaryhmittäin ja sukupuolittain, 18–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Kaikki % (LV)	Miehet % (LV)	Naiset % (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	34,5 (31,0–38,2)	34,5 (29,0–40,4)	35,5 (31,2–40,0)
Viro	25,5 (20,7–30,9)	22,9 (16,0–31,8)	28,2 (22,1–35,2)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	48,9 (44,0–53,9)	46,5 (40,9–52,1)	50,6 (41,6–59,6)
Muu Afrikka	40,2 (31,5–49,5)	32,7 (22,8–44,5)	49,6 (35,1–64,1)
Aasia	38,1 (33,7–42,7)	29,9 (23,1–37,9)	44,9 (39,3–50,6)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	28,0 (23,6–32,9)	24,6 (19,1–31,1)	31,8 (25,0–39,5)
Muut maat ¹	33,1 (25,3–41,9)	32,0 (22,0–43,9)	33,3 (22,7–45,9)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	35,2 (33,3–37,2)	32,5 (29,8–35,3)	38,1 (35,4–40,9)

LV = 95 %:n luottamusväli

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Kaikista ulkomaalaistaustaisista reilu 40 prosenttia (miehistä 39 % ja naisista 45 %) ilmoitti tarvinneensa TE-toimiston työllisyyspalveluja (taulukko 10.5.2). Maaryhmittäin tarkasteltuna osuudet vaihtelivat 28 ja 56 prosentin välillä (miehillä 27–54 %, naisilla 30–58 %). Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneet miehet ja naiset (54 % ja 58 %) ja Aasiasta muuttaneet naiset (54 %) raportoivat tarvinneensa palveluja enemmän kuin samaa sukupuolta edustavat ulkomaalaistaustaiset keskimäärin (miehet 39 % ja naiset 45 %). Virosta muuttaneet naiset (30 %) ja miehet (27 %) ilmoittivat puolestaan tarvinneensa palveluja vähemmän kuin samaa sukupuolta olevat ulkomaalaistaustaiset keskimäärin.

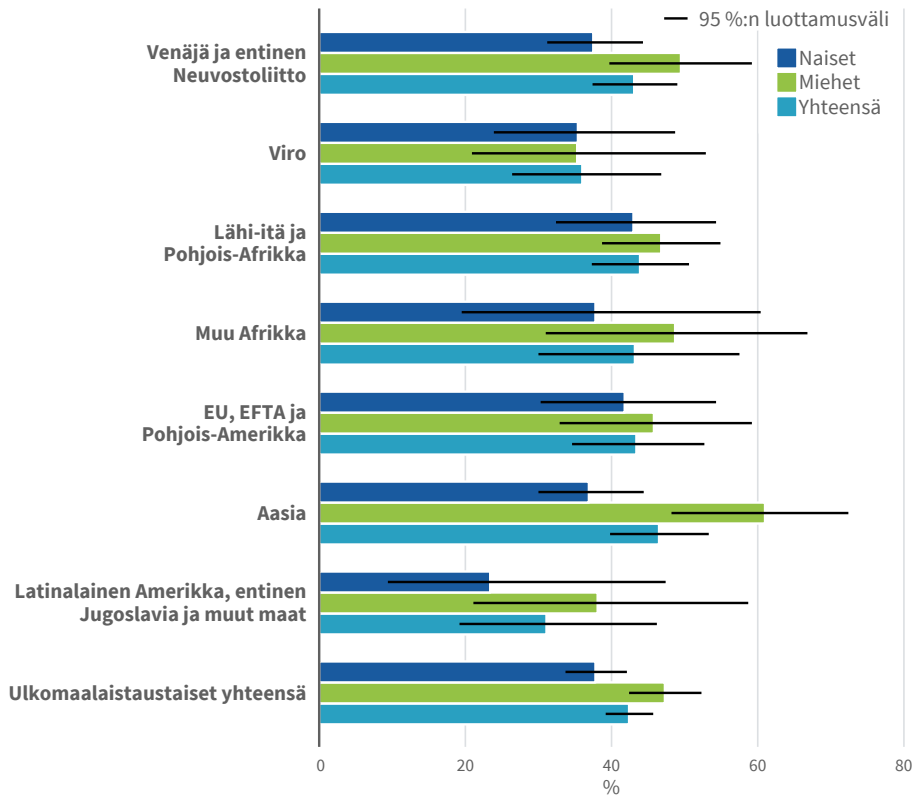
Taulukko 10.5.2 TE-toimiston työllisyyspalveluja edeltäneen 12 kuukauden aikana tarvinneet maaryhmittäin ja sukupuolittain, 18–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Kaikki % (LV)	Miehet % (LV)	Naiset % (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	40,8 (37,1–44,5)	39,4 (33,7–45,5)	42,7 (38,1–47,3)
Viro	28,3 (23,3–33,8)	26,5 (19,1–35,5)	30,4 (24,2–37,4)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	56,1 (51,2–61,0)	53,9 (48,3–59,4)	57,7 (48,4–66,4)
Muu Afrikka	51,3 (42,0–60,5)	46,4 (34,6–58,6)	57,3 (42,6–70,8)
Aasia	48,2 (43,6–52,9)	41,4 (33,8–49,4)	54,1 (48,3–59,7)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	34,5 (29,7–39,5)	30,0 (24,0–36,7)	39,8 (32,5–47,6)
Muut maat ¹	34,5 (26,7–43,3)	33,2 (23,2–45,1)	35,1 (24,2–47,9)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	41,8 (39,8–43,8)	39,2 (36,3–42,1)	44,5 (41,7–47,4)

LV = 95 %:n luottamusväli

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

TE-toimiston työllisyyspalveluja tarvinneista yli 40 prosenttia koki saaneensa palveluja riittämättömästi (kuvio 10.5.1). Osuus oli miehillä (47 %) naisten osuutta suurempi (38 %). Maaryhmittäin ei esiintynyt merkitseviä eroja palvelujen riittämättömyyden kokemuksessa palveluja tarvinneilla.



Kuvio 10.5.1 TE-toimiston työllisyyspalveluja tarvinneista edeltäneen 12 kuukauden aikana palveluja riittämättömästi saaneet maaryhmittäin ja sukupuolittain, 18–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

Pohdinta

TE-toimiston tarjoamia työllisyyspalveluja oli käyttänyt 35 prosenttia ulkomaalaistaustaisista kyselyyn vastaamista edeltäneen vuoden aikana. Palvelujen käytössä havaittiin maaryhmittäisiä eroja. Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneiden suurempi palvelujen käyttö selittyy sillä, että näiltä alueilta muuttaneet ovat usein pakolaistaustaisia tai turvapaikanhakijoita ja heillä myös työllisyysaste on muihin ulkomaalaistaustaisiin nähden selvästi matalin (Larja & Sutela 2015). Toisaalta pakolaisena maahan muuttaneille tehdään yleensä kolmen vuoden kuluessa ensimmäisestä oleskeluluvasta kotoutumissuunnitelma, jonka yhteydessä heille tarjotaan lakisääteisesti kotoutumislain mukaisia palveluja joko kunnasta tai TE-toimistosta (laki kotoutumisen edistämisestä 1386/2010). Tämä auttaa heitä hakeutumaan palvelujen käyttäjiksi. Virolaisten muuttaneiden naisten keskimääräistä vähäisempi työllisyyspalvelujen käyttö selittyy puolestaan osittain sillä, että he työllistyvät erittäin hyvin ja melko nopeasti muutettuaan Suomeen (OECD 2018). Lisäksi he muuttavat Suomeen usein saadun työn tai työnhaun vuoksi. Virolaistaustaisten työsuhteet ovat myös muita yleisemmin toistaiseksi voimassaolevia ja kokoaikaisia (Sutela 2015, Su-

tela & Larja 2015b). Tästä johtuen tyypillisesti pätkätyöhön ja osa-aikatyöhön liittyvä TE-palvelujen asiakkuus ei virolaistaustaisilla ole niin yleistä kuin esimerkiksi pakolaistaustaisilla, joilla määräaikaisuudet ja osa-aikatyö ovat yleisempiä.

Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneista miehistä ja naisista ulkomaalais-taustaisia keskimääräistä suurempi osuus kokee tarvinneensa TE-toimiston tarjoamia työllisyyspalveluja. Tarpeeseen voi vaikuttaa näillä ryhmillä edellä mainitun korkeamman työttömyysasteen lisäksi myös maahan muutettaessa usein muita ulkomaalaistaustaisia ryhmiä matalampi koulutustaso (Sutela & Larja 2015b). Haastetta korostaa se, että suomalaisessa yhteiskunnassa lähes kaikenlaiseen työllistymiseen vaaditaan koulutus tai vähintään lupakortti. Myös Aasiasta muuttaneet naiset kokevat muita ulkomaalaistaustaisia naisia useammin palvelujen tarvetta. Heillä tuloksia selittänee pääasiassa samat tekijät kuin palvelujen käytön eroja selittävät tekijät. On kuitenkin huomattava että aasialaistaustaisilla naisilla yleisin maahanmuuton syy on pakolaisuuden sijaan perhesuhteet ja opiskelu (Sutela & Larja 2015b). Tästä huolimatta he kohtaavat samankaltaisia, erityisesti kielitaitoon liittyviä, työllistymisen haasteita kuin pakolaisina tai turvapaikanhakijoina saapuvat ja siten myös tarve TE-palveluille on vastaavanlainen.

TE-toimiston tarjoamia työllisyyspalveluja riittämättömästi saaneiden osuus kaikista palveluja tarvinneista ulkomaalaistaustaisista oli tässä tutkimuksessa huomattavan suuri ja linjassa Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksessa (UTH, Nieminen ym. 2015b) havaittujen riittämättömästä kotoutumis-palvelua saaneiden osuuden kanssa (Nieminen & Larja 2015). Tässä tutkimuksessa selvitettiin erityisesti työllisyyspalvelujen käyttöä, tarvetta ja palvelujen riittämättömyyttä. Ulkomaalaistaustaisille nämä palvelut näyttävät kuitenkin kotoutumisaikana monesti yhtenäisenä kotoutumiskoulutuksen kanssa ja niitä käytetäänkin TE-toimistoissa asiakkaan tarpeen mukaan yhtenäisenä kokonaisuutena. Kokemus palvelujen riittämättömyydestä on ymmärrettävää, kun tarkastellaan ulkomaalaistaustaisten matalia työllisyysasteita ja toisaalta heidän suomalaistaustaisia suurempaa halukkuuttaan tehdä kokoaikatyötä (Nieminen 2015).

Suomen nykyisen hallituksen tavoitteena on saavuttaa 75 prosentin työllisyysaste hallituskauden 2019–2023 aikana. Tämä tarkoittaa sitä, että työllisyyspalveluille on jatkuvaa kysyntää ja odotukset suuntaavat erityisesti ulkomaalaistaustaisille ja muiden hankalassa työmarkkina-asemassa oleville suunnattuihin palveluihin. Hallitusohjelmassa todetaan, että Suomen työllisyyden kasvun suurin potentiaali on niissä ryhmissä, joissa työllisyysaste on matala joko työttömyyden tai työmarkkinoilta ulos jäämisen vuoksi. Ulkomaalaistaustaisten työllistyminen avoimille työmarkkinoille vaatiikin suunnitelmallista poluttamista eli asteittaista työmarkkinavalmiuk-sien parantamista. (Valtioneuvosto 2019.) Suunnitelmalliseen työhön tarvitaan monipuolista tietoa eri ulkomaalaistaustaisten ryhmien palvelutarpeista ja palvelujen käytöstä. Jatkossa myös palvelujen vaikuttavuutta on tutkittava, jotta ihmiset saavat aidosti vaikuttavia palveluita.

Yhtenä merkittävänä työllistymisen esteenä on kielitaidon puute. Esimerkiksi Virosta muuttavat voivat oppia suomea joitakin muita ulkomaalaistaustaisia ryhmiä

nopeammin, koska viron ja suomen kielet kuuluvat samaan kieliperheeseen (OECD 2018). Näin ollen heidän työllistymisen edellytykset voivat olla muita paremmat.

Ulkomaalaistaustaiset tarvitsevat usein monenlaisia kotoutumis- ja työllisyyspalveluja kielikursseista aina ammatilliseen koulutukseen asti. Erityisesti naisilla työttömyyteen liittyy merkittävä syrjäytymisen uhka, joka saattaa rajoittaa ulkomaalaistaustaisten naisten yhteiskuntaan osallistumista ja kotoutumista (OECD 2018, TEM 2018). Näihin tarpeisiin tulisi voida jatkossa vastata nykyistä paremmin.

Ulkomaalaistaustaisten kielitaidon ja ammatillisen koulutuksen puute tulisi huomioida myös työllisyyspalveluissa siten, että erityisesti haavoittuvassa asemassa oleville ulkomaalaistaustaisille tarjotaan aktiivisemmin tarpeenmukaisia palveluita, kielikoulutusta ja ammatillista koulutusta myös kotoutumisajan jälkeen. On havaittu, että ulkomaalaistaustaisten työllisyysaste nousee kielitaidon kehittyessä vasta siinä vaiheessa, kun heidän suomen kielen taitonsa paranee keskitasolta edistyneelle tasolle (Larja & Sutela 2015). Kielikoulutusta tulisikin tarjota aktiivisesti myös esimerkiksi neuvolassa asioiville äideille, jolloin työmarkkinoiden ulkopuolella perehdistymisen vuoksi olevilla olisi aito mahdollisuus oppia suomen kieltä ja siten integroitua paremmin suomalaiseen yhteiskuntaan.

10.6 Maahanmuuttoviraston palvelujen käyttö, koettu tarve ja riittävyys

Hannamaria Kuusio, Katri-Leena Mustonen, Harriet Mallenius & Laura Kestilä

- Lähes kolmannes ulkomaan kansalaisista oli käyttänyt Maahanmuuttoviraston palveluja kyselyä edeltäneen vuoden aikana, mutta palvelujen käyttö vaihteli maaryhmittäin.
- Noin kolmannes ulkomaan kansalaisista oli tarvinnut Maahanmuuttoviraston palveluja kyselyä edeltäneen vuoden aikana.
- Palvelua tarvinneista noin joka neljäs koki saaneensa palvelua riittämättömästi.

Maahanmuuttovirasto on sisäministeriön alainen virasto, joka toteuttaa Suomen maahanmuuttopolitiikkaa. Sen tehtävänä on muun muassa rekisteröidä EU-kansalaisen oleskeluoikeus, käsitellä ja ratkaista oleskelulupia Suomeen tuleville ulkomaalaisille kuten opiskelijoille, työntekijöille, yrittäjille ja Suomeen perhesiteen perusteella muuttaville. Oleskelulupa on valtion viranomaisen tekemä päätös siitä, että jonkin muun maan kansalainen saa tulla kyseisen valtion alueelle ja oleskella siellä muuten kuin väliaikaisesti. Vuoden 2017 alusta oleskeluluvan jatkamiseen ja EU-kansalaisen oleskeluun liittyvät asiat siirtyivät poliisilta Maahanmuuttovirastolle.

Menetelmät

Palvelujen käyttöä ja koettua palvelun tarvetta kysyttäessä vastaajaa pyydettiin arvioimaan, onko hän saanut mielestään riittävästi Maahanmuuttoviraston palveluja kyselyä edeltäneen 12 kuukauden aikana. Vastausvaihtoehdot olivat: en ole tarvinnut palvelua; olisin tarvinnut, mutta en saanut palvelua; olen käyttänyt palvelua, mutta se ei ollut riittävä; sekä olen käyttänyt palvelua ja se oli riittävä. Ne, jotka olivat valinneet kaksi jälkimmäistä vaihtoehtoa, luokiteltiin palvelua käyttäneiksi. Vastausvaihtoehdoista muun kuin ensimmäisen vaihtoehdon valinneet luokiteltiin palvelua tarvinneiksi. Ne, jotka vastasivat tarvinneensa mutta eivät saaneet palvelua lainkaan tai saatu palvelu ei ollut riittävä, luokiteltiin palvelua riittämättömästi saaneiksi. Tässä luvussa tarkastellaan ainoastaan niitä ulkomalaistaustaisia, jotka eivät ole Suomen kansalaisia (68 % otoksesta).

Tulokset

Maahanmuuttoviraston palveluja kyselyä edeltäneen 12 kuukauden aikana oli käyttänyt lähes kolmannes vastanneista ulkomaan kansalaisista (30 %, taulukko 10.6.1). Palveluja käyttäneiden osuus vaihteli maaryhmien ja sukupuolten välillä. Lähi-idästä, Pohjois-Afrikasta ja Aasiasta muuttaneet miehet ja naiset (47–58 %) ja Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmän naiset (60 %) käyttivät Maahanmuuttoviraston palveluita keskiarvoa enemmän. Viro- ja EU-, EFTA- ja Pohjois-Amerikka -ryhmistä muuttaneet olivat käyttäneet vähiten (6–7 %) Maahanmuuttoviraston palveluja kyselyä edeltäneen vuoden aikana.

Taulukko 10.6.1 Maahanmuuttoviraston palveluita edeltävän 12 kuukauden aikana käyttäneet, muut kuin Suomen kansalaiset ja sukupuolittain, 18–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Kaikki % (LV)	Miehet % (LV)	Naiset % (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	36,1 (30,7–41,9)	38,2 (30,4–46,7)	34,5 (27,6–42,1)
Viro	5,6 (3,2–9,5)	5,1 (2,4–10,4)	6,1 (2,8–12,6)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	48,2 (41,3–55,1)	46,6 (39,1–54,3)	50,9 (37,7–64,0)
Muu Afrikka	42,7 (31,4–54,9)	42,4 (28,2–57,9)	43,0 (26,0–61,9)
Aasia	51,7 (46,4–57,0)	58,3 (49,8–66,4)	47,5 (41,1–54,1)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	7,4 (5,0–10,9)	6,7 (3,9–11,3)	8,4 (4,7–14,7)
Muut maat ¹	43,6 (33,6–54,2)	33,0 (22,2–45,9)	60,0 (43,8–74,3)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	30,3 (28,0–32,6)	30,2 (27,2–33,5)	30,3 (27,1–33,7)

LV = 95 %:n luottamusväli

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Maahanmuuttoviraston palveluja kyselyä edeltäneen 12 kuukauden aikana ilmoitti tarvinneensa reilu kolmannes sekä miehistä että naisista (taulukko 10.6.2). Maahanmuuttoviraston palvelujen tarve vaihteli maaryhmittäin siten, että Viro- sekä EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmissä sekä miehillä (6 % ja 8 %) että naisilla (7 % ja 11 %), palvelua tarvinneita oli vähiten, kun muissa maaryhmissä osuudet vaihtelivat 39 ja 58 prosentin välillä.

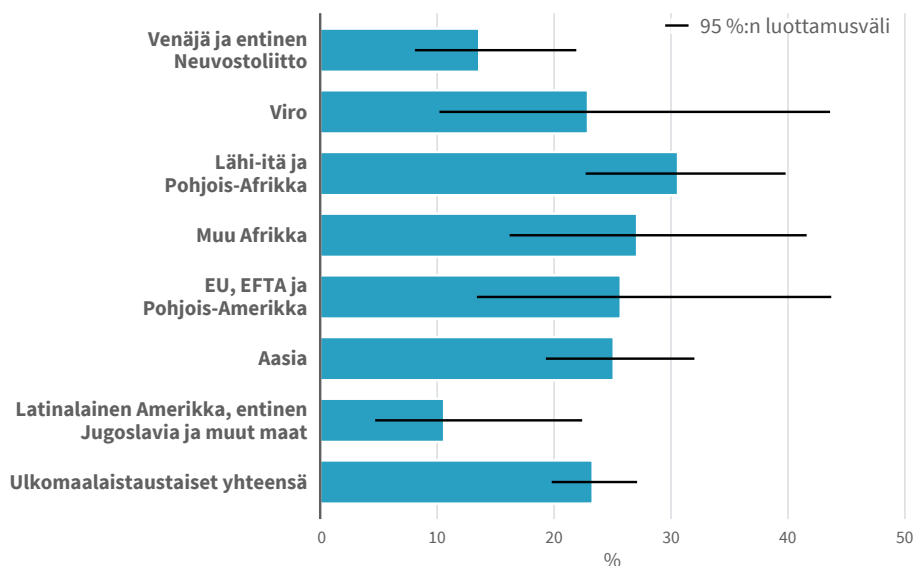
**Taulukko 10.6.2 Maahanmuuttoviraston palveluihin edeltävän 12 kuukauden aikana tarvetta kokee-
neet, muut kuin Suomen kansalaiset ja sukupuolittain, 18–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %**

	Kaikki % (LV)	Miehet % (LV)	Naiset % (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	39,1 (33,5–44,9)	42,1 (34,1–50,6)	36,5 (29,4–44,3)
Viro	6,3 (3,8–10,2)	5,6 (2,8–10,9)	6,8 (3,4–13,3)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	56,7 (49,2–63,9)	54,6 (46,6–62,4)	60,5 (45,0–74,1)
Muu Afrikka	49,1 (36,6–61,7)	48,9 (33,2–64,8)	49,0 (30,3–68,0)
Aasia	58,4 (53,1–63,6)	64,7 (56,0–72,5)	54,6 (48,1–60,9)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	8,9 (6,2–12,5)	7,7 (4,7–12,4)	10,5 (6,1–17,3)
Muut maat ¹	43,7 (33,5–54,4)	32,6 (21,6–46,0)	60,0 (43,6–74,4)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	33,7 (31,3–36,1)	33,6 (30,4–37,0)	33,8 (30,4–37,3)

LV = 95 %:n luottamusväli

¹Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Maahanmuuttoviraston palveluja tarvinneista lähes neljäsosa koki saaneensa niitä riittämättömästi Maahanmuuttoviraston palveluja. (kuvio 10.6.1). Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneet kokivat enemmän riittämättömää maahanmuuttoviraston palvelujen saamista kuin Venäjä ja entinen Neuvostoliitto sekä Latinalaisesta Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmien maista muuttaneet. Miesten ja naisten kokemuksia palvelujen riittävydestä ei raportoida erikseen, koska vastaajien määrä jäi näissä ryhmissä vähäiseksi.

**Kuvio 10.6.1 Maahanmuuttoviraston palveluja edeltävän 12 kuukauden aikana riittämättömästi saaneet, muut kuin Suomen kansalaiset ja sukupuolittain, 18–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %**

Pohdinta

Jokainen Suomesta oleskelulupaa vuoden 1995 jälkeen hakenut henkilö on asioinut Maahanmuuttoviraston kanssa. Maahanmuuttoviraston palveluja oli kyselyä edeltäneen vuoden aikana kokenut tarvetta ja käyttänyt noin kolmannes FinMonik-tut-

kimukseen vastanneista ulkomaan kansalaisista. Virosta sekä EU- ja EFTA-maista ja Pohjois-Amerikasta muuttaneet olivat käyttäneet muita maaryhmiä vähemmän Maahanmuuttoviraston palveluja ja myös kokeneet niille vähemmän tarvetta. Muita enemmän Maahanmuuttoviraston palveluja olivat käyttäneet Lähi-idästä, Pohjois-Afrikasta ja Aasiasta muuttaneet sekä Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmän naiset.

Maahanmuuttopalvelujen käyttö voi liittyä useisiin syihin, kuten ulkomaalaisten maahantuloon, maassa oleskeluun, pakolaisuuteen sekä kansalaisuuteen liittyviin asioihin. Lähi-itä- ja Pohjois-Afrikka- sekä Muu Afrikka -ryhmien osalta palvelujen käyttö ja tarve liittyy kansainväliseen suojeluun ja turvapaikanhakuun, sillä ennen vuotta 2018 oleskelulupaa kansainvälisen suojelun perusteella hakeneiden ja turvapaikanhakijoiden suurimmat lähtömaaryhmät ovat olleet Irak, Afganistan, Somalia ja Syyria (Maahanmuuttovirasto 2019c). FinMonik-tutkimuksessa ovat mukana henkilöt, jotka otoksen poimintahetkellä (3/2018) ovat asuneet Suomessa vähintään vuoden.

Palveluja tarvinneista miehistä reilu neljännes ja naisista hieman alle viidennes koki saaneensa Maahanmuuttoviraston palveluja riittämättömästi. Kokemus riittämättömästä palvelujen saamisesta ei juuri vaihdellut maaryhmien välillä. Palveluja tarvinneiden vastaajien määrä jäi kuitenkin vähäiseksi.

Kysymyksiä Maahanmuuttoviraston palvelujen tarpeesta ja kokemuksista ei ole aikaisemmin sisällytetty laajoihin väestötutkimuksiin. Tähän tutkimukseen Maahanmuuttoviraston palvelut valittiin mukaan, koska haluttiin selvittää ulkomaalaistaustaisten palvelukokemuksia laajasti.

10.7 Luottamus julkisten palvelujen tarpeenmukaiseen saatavuuteen

Hannamaria Kuusio & Laura Kestilä

- Ulkomaalaistaustaisten luottamus terveystalvelujen tarpeenmukaiseen saatavuuteen on vähäisempää kuin väestössä keskimäärin, mutta sosiaalipalvelujen osalta luottamus on yleisempää.
- Tarkastelluista sosiaalipalveluista ulkomaalaistaustaiset luottavat niitä tarvittaessaan eniten lapsiperhepalvelujen sekä Kelasta haettavan perustoimeentulotuen (72 % ja 71 %) ja vähiten kunnalta haettavan täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen saatavuuteen (49 %).
- Suurin osa ulkomaalaistaustaisista luottaa saavansa TE-toimiston ja Maahanmuuttoviraston palveluja niitä tarvittaessaan.

Suomessa koko väestölle suunnatuissa tutkimuksissa luottamus sosiaali- ja terveystalveluihin on arvioitu varsin korkeaksi, joskin luottamus sosiaalipalveluihin on jonkin verran terveystalveluja vähäisempää (Muuri ym. 2019, Aalto ym. 2016b). Ulkomaalaistaustaisten luottamuksesta sosiaali- terveystalvelujen ja muiden palvelu-

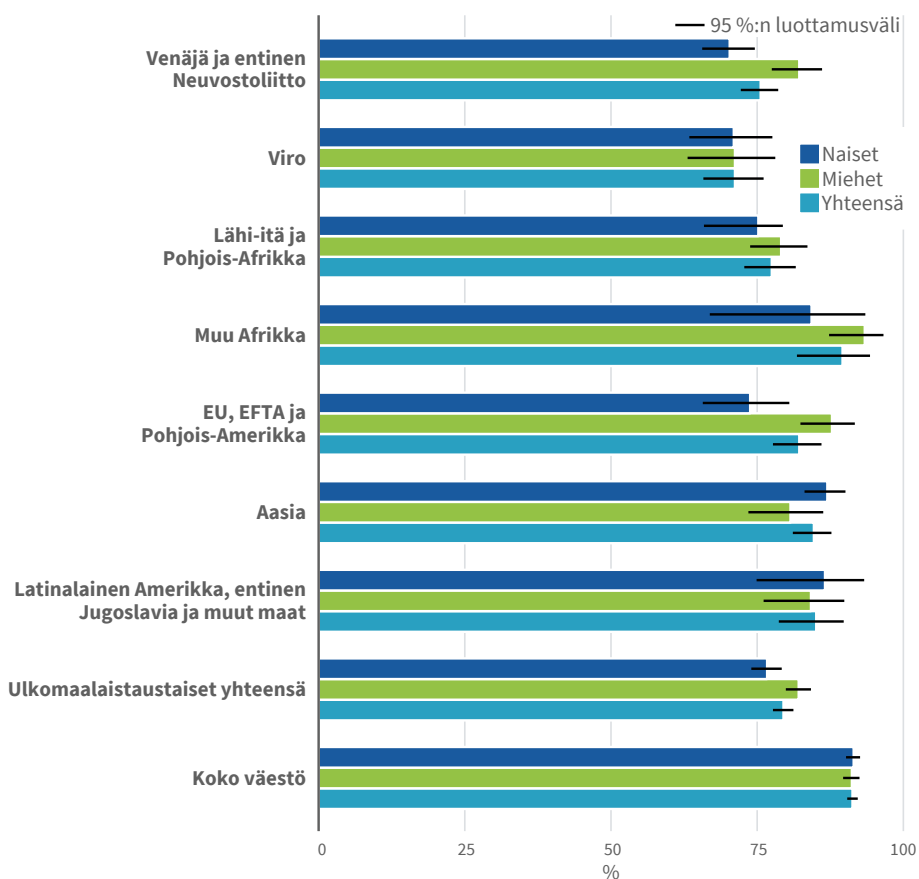
jen, kuten työelämä- tai maahanmuuttopalvelujen, toimivuuteen ja saatavuuteen on olemassa vain vähän tutkittua tietoa. Systemaattista tietoa, erityisesti palvelujen käyttäjien mielipiteitä ja kokemuksia, tarvitaan jotta palveluja voidaan kehittää paremmin vastaamaan asiakkaiden tarpeita.

Menetelmät

Luottamusta julkisten palvelujen tarpeenmukaiseen saatavuuteen arvioitiin kysymällä missä määrin vastaajat luottavat saavansa sosiaali- ja terveydenhuollon sekä työelämä- että maahanmuuttoviraston palveluja niitä tarvitessaan. Terveyspalvelujen osalta kysyttiin luottaako vastaaja siihen, että hän saa tarvittaessa kiireellistä hoitoa äkilliseen vakavaan sairauteen ja säännöllistä hoitoa ja seuranta pitkäaikaisairauteen. Sosiaalipalveluista kysyttiin luottamusta vammais-, lapsiperheiden-, sosiaalityöntekijän tai -ohjaajan neuvonnan ja ohjauksen palveluihin, Kelalta haettavan perustoimeentulotuen sekä kunnalta haettavan täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen saatavuuteen. Lisäksi kysyttiin luottamusta Työ- ja elinkeinotoimistosta (TE-toimisto) saatavien työllisyyspalvelujen sekä Maahanmuuttoviraston palvelujen tarpeenmukaiseen saatavuuteen. Maahanmuuttoviraston palvelujen osalta tarkastellaan ainoastaan tutkimukseen vastanneita ulkomaan kansalaisia. Vastausvaihtoehdot kysymykseen olivat: täysin samaa mieltä; jokseenkin samaa mieltä; ei samaa mieltä eikä eri mieltä; jokseenkin eri mieltä; sekä täysin eri mieltä. Tarkastelussa tarpeenmukaiseen saatavuuteen luottaviksi luokiteltiin vaihtoehdot täysin samaa mieltä ja jokseenkin samaa mieltä valinneet vastaajat.

Tulokset

Ulkomaalaistaustaisista miehistä 82 prosenttia ja naisista 77 prosenttia luotti siihen, että saa äkilliseen vaivaan tai sairauteen kiireellistä hoitoa sitä tarvitessaan (kuvio 10.7.1). Vastaava osuus koko väestössä oli miehillä peräti 91 prosenttia ja naisilla 92 prosenttia. Ulkomaalaistaustaiset (miehet 71–82 % ja naiset 70–87 %), lukuun ottamatta Muu Afrikka- sekä Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmien miehiä ja naisia sekä EU- ja EFTA-maista sekä Pohjois-Amerikasta muuttaneita miehiä, luottivat selvästi vähemmän kiireellisen hoidon tarpeenmukaiseen saatavuuteen kuin koko väestön saman sukupuolen edustajat.



Kuvio 10.7.1 Kiireellisen hoidon tarpeenmukaiseen saatavuuteen luottavien osuus, maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20-64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

Ulkomaalaistaustaiset luottivat koko väestöä harvemmin myös pitkäaikaissairau-
den säännöllisen hoidon ja seurannan tarpeenmukaiseen saatavuuteen (77 % vrt.
85 %, taulukko 10.7.1). Ulkomaalaistaustaisista miehistä ja naisista Venäjältä ja entisen
Neuvostoliiton alueelta, Viirasta sekä EU- ja EFTA-maista ja Pohjois-Amerikasta
muuttaneet luottivat säännöllisen hoidon saatavuuteen koko väestön miehiä ja nai-
sia vähemmän (71–80 % ja 65–70 % vrt. 86 % ja 83 %). Miehillä myös Aasia-, Lati-
nalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmien maista muuttaneil-
la luottamus säännöllisen hoidon ja seurannan tarpeenmukaiseen saatavuuteen oli
koko väestöä vähäisempää.

Taulukko 10.7.1 Pitkäaikaissairausten tarpeenmukaisen hoidon saatavuuteen luottavat maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Yhteensä % (LV)	Miehet % (LV)	Naiset % (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	67,5 (63,9–71,0)	70,9 (65,2–76,1)	64,5 (59,8–69,0)
Viro	71,0 (65,5–76,0)	75,8 (68,1–82,1)	67,1 (59,2–74,1)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	82,9 (78,7–86,4)	80,7 (75,4–85,0)	88,1 (81,0–92,8)
Muu Afrikka	86,9 (79,6–91,9)	83,7 (72,8–90,7)	91,6 (81,6–96,4)
Aasia	80,2 (76,4–83,6)	76,4 (69,4–82,2)	82,3 (77,7–86,1)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	76,1 (71,3–80,3)	80,2 (74,2–85,2)	70,3 (62,4–77,1)
Muut maat ¹	80,8 (73,2–86,5)	75,7 (64,7–84,2)	88,4 (79,4–93,8)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	76,6 (74,7–78,3)	77,6 (75,0–79,9)	75,6 (72,9–78,0)
Koko väestö	84,5 (83,2–85,7)	85,7 (83,9–87,4)	83,3 (81,6–84,8)

LV = 95 %:n luottamusväli

Tummennetut luvut poikkeavat tilastollisesti merkitsevästi koko väestön tasosta (p < 0,05).

¹ Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Sosiaalityöntekijän tai -ohjaajan antaman ohjauksen ja neuvonnan tarpeenmukaiseen saatavuuteen ilmoitti luottavansa ulkomaalaistaustaisista 66 prosenttia, mikä on selvästi enemmän kuin väestössä keskimäärin (58 %, taulukko 10.7.2). Naiset luottivat koko väestön naisia useammin näiden palvelujen saatavuuteen (68 % vrt. 58 %) ja osuutta suurensi erityisesti Asiasta ja Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmästä muuttaneiden korkea luottavien osuus (77 % ja 87 %). Venäjä ja entinen Neuvostoliitto- sekä Lähi-itä ja Pohjois-Afrikan miehet luottivat näiden palvelujen saatavuuteen useammin kuin koko väestön miehet (67 % ja 77 % vrt. 59 %).

Ulkomaalaistaustaiset luottivat koko väestöä yleisemmin myös lapsiperhepalvelujen saatavuuteen (72 % vrt. 65 %). Ero koko väestöön korostuu erityisesti naisilla sekä Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmän miehillä (77 %). Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka-, Muu Afrikka-, Aasia- sekä Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmistä muuttaneet naiset luottavat koko väestön naisia useammin lapsiperhepalvelujen tarpeenmukaiseen saatavuuteen (79–88 % vrt. 63 %).

Kelalta haettavan perustoimeentulotuen saamiseen luotti 71 prosenttia ulkomaalaistaustaisista vastaajista. Vastaava osuus koko väestössä on 55 prosenttia. Kaikkien maaryhmien miehet (66–75 %, pl. Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmä) ja naiset (67–81 %, pl. Muu Afrikka- ja Viro-ryhmät), luottivat perustoimeentulotuen saatavuuteen selvästi useammin kuin koko väestön saman sukupuolen edustajat (miehet 56 % ja naiset 53 %). Hieman kriittisempiä oltiin kunnalta haettavan täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen kohdalla: näiden palvelujen tarpeenmukaiseen saatavuuteen luotti noin joka toinen ulkomaalaistaustainen ja 42 prosenttia koko väestöstä. Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta sekä Aasian maista muuttaneet miehet luottivat selvästi useammin täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen saatavuuteen kuin koko väestön miehet keskimäärin (57 % ja 59 % vrt. 43 %) tai Venäjä ja entinen Neuvostoliitto- ja EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmien miehet (40 % ja 42 %). Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka-, Aasia- ja Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat -ryhmien naiset luottivat täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen saatavuuteen enemmän kuin koko väestön

naiset (63–70 % vrt. 41 %). Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -ryhmän naiset luottivat toimeentulotuen saatavuuteen vähemmän (36 %).

Ulkomaalaistaustaisilla luottamus vammaispalvelujen tarpeenmukaiseen saatavuuteen oli selvästi yleisempää kuin koko väestössä (62–78 % vrt. 56 %).

Taulukko 10.7.2 Sosiaalipalvelujen tarpeenmukaiseen saatavuuteen luottavat maaryhmittäin ja sukupuolittain, 20–64-vuotiaat, mallivakioitu osuus, %

	Sosiaalityöntekijän tai -ohjaajan tuki ja neuvonta	Lapsiperhepalvelut	Perustoimeentulotuki	Täydentävä ja ehkäisevä toimeentulotuki
	% (LV)	% (LV)	% (LV)	% (LV)
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	63,6 (59,8–67,2)	63,6 (59,9–67,0)	72,9 (69,5–76,1)	37,7 (34,0–41,5)
Viro	64,4 (58,9–69,4)	64,7 (58,9–70,0)	65,4 (59,8–70,6)	42,5 (36,9–48,4)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	67,9 (62,8–72,7)	77,3 (72,5–81,5)	74,2 (69,4–78,6)	59,6 (54,4–64,6)
Muu Afrikka	70,8 (60,5–79,3)	81,7 (72,1–88,5)	72,1 (61,1–81,0)	50,3 (40,6–60,0)
Aasia	72,3 (67,7–76,4)	77,5 (72,9–81,5)	76,4 (72,0–80,2)	61,6 (56,9–66,1)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	56,6 (51,6–61,5)	72,1 (67,3–76,5)	66,2 (61,2–70,8)	42,2 (37,3–47,2)
Muut maat ¹	70,5 (62,4–77,5)	79,4 (71,9–85,3)	69,9 (61,7–77,0)	60,6 (52,2–68,4)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	65,8 (63,8–67,8)	72,1 (70,1–74,0)	71,1 (69,1–73,0)	49,2 (47,1–51,3)
Koko väestö	58,4 (56,7–60,0)	64,9 (63,4–66,4)	54,5 (52,9–56,1)	42,3 (40,7–44,0)
Miehet				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	66,9 (60,9–72,3)	64,0 (58,1–69,5)	75,3 (69,9–80,0)	40,3 (34,5–46,5)
Viro	63,9 (55,4–71,6)	61,0 (51,5–69,7)	70,7 (63,0–77,5)	48,6 (40,1–57,2)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	67,3 (61,2–72,9)	76,8 (70,9–81,9)	74,3 (68,7–79,2)	56,6 (50,5–62,5)
Muu Afrikka	71,5 (58,0–82,0)	79,8 (65,4–89,2)	75,4 (61,5–85,5)	51,4 (39,3–63,4)
Aasia	64,9 (56,4–72,6)	70,7 (62,0–78,1)	73,3 (65,3–80,0)	59,2 (51,1–66,8)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	55,3 (48,8–61,6)	72,3 (66,0–77,8)	66,0 (59,3–72,0)	41,8 (35,7–48,3)
Muut maat ¹	59,5 (48,2–69,9)	73,7 (62,6–82,4)	61,9 (50,3–72,3)	54,1 (42,7–65,1)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	64,0 (61,0–66,9)	70,9 (67,9–73,6)	71,4 (68,6–74,0)	49,5 (46,5–52,5)
Koko väestö	59,0 (56,5–61,5)	66,4 (64,0–68,6)	55,6 (53,2–58,1)	43,3 (40,8–45,8)
Naiset				
Venäjä ja entinen Neuvostoliitto	61,0 (56,2–65,7)	63,0 (58,4–67,4)	71,0 (66,4–75,2)	35,5 (31,0–40,3)
Viro	64,7 (57,5–71,2)	67,4 (60,5–73,6)	61,1 (53,3–68,4)	37,6 (30,4–45,3)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	69,3 (59,7–77,5)	78,8 (70,2–85,4)	74,7 (65,2–82,4)	66,2 (56,5–74,7)
Muu Afrikka	69,7 (53,0–82,5)	84,7 (72,8–92,0)	67,8 (49,4–82,0)	48,9 (33,4–64,7)
Aasia	77,0 (72,2–81,2)	81,8 (77,0–85,8)	78,1 (73,0–82,5)	62,9 (57,3–68,2)
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	58,9 (50,9–66,4)	72,2 (64,3–78,9)	67,1 (59,5–74,0)	43,2 (35,6–51,1)
Muut maat ¹	86,5 (78,6–91,8)	88,0 (79,5–93,3)	81,0 (71,0–88,1)	70,0 (58,6–79,3)
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä	67,8 (65,0–70,5)	73,5 (71,0–75,9)	70,9 (68,0–73,6)	48,9 (45,9–51,9)
Koko väestö	57,7 (55,6–59,7)	63,4 (61,5–65,4)	53,3 (51,3–55,4)	41,4 (39,4–43,5)

LV = 95 %:n luottamusväli

Tummennetut luvut poikkeavat tilastollisesti merkitsevästi koko väestön tasosta ($p < 0,05$).

¹ Latinalainen Amerikka, entinen Jugoslavia ja muut maat

Kaikista ulkomaalaistaustaisista yli kolme viidestä ilmoittaa luottavansa TE-toimistosta saatavien työllisyyspalvelujen saatavuuteen niitä tarvitessaan. Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmän miehet (63 %) ja Aasian maista muuttaneet miehet ja naiset raportoivat useammin (66 % ja 77 %) kuin Venäjä ja entinen Neuvostoliitto -ryhmän miehet ja naiset (molemmissa 51 %) luottavansa TE-toimiston palvelujen saatavuuteen.

Suurin osa vastaajista (57 %) luottaa saavansa tarvittaessa Maahanmuuttoviraston palveluja. Aasiasta muuttaneet (74 %) ilmoittavat luottavansa Maahanmuuttoviraston palvelujen saatavuuteen enemmän kuin ulkomaalaistaustaiset yhteensä. Maahanmuuttoviraston palvelujen saatavuuteen luottavat tätä harvemmin Viron ja

EU-, EFTA- ja Pohjois-Amerikan alueilta muuttaneet vastaajat (44 % ja 41 %). Sukupuolten välillä ei ollut eroja luottamuksessa palvelujen saatavuuteen.

Pohdinta

Ulkomaalaistaustaiset luottavat vähemmän terveyspalvelujen, mutta enemmän sosiaalipalvelujen tarpeenmukaiseen saatavuuteen kuin väestö keskimäärin, riippumatta kysytystä terveydenhuollon tai sosiaalihuollon palvelusta. Kuitenkin enemmistö myös ulkomaalaistaustaisista luottaa saavansa sekä kiireellistä hoitoa äkilliseen sairauteen että hoitoa ja seurantaa pitkäaikaissairauteen. Maaryhmien ja koko väestön välillä havaittiin eroja ja esimerkiksi Muu Afrikka -ryhmän vastaajat luottivat kiireellisen hoidon saatavuuteen sekä pitkäaikaissairauden hoidon ja seurannan saatavuuteen suunnilleen yhtä usein kuin väestö keskimäärin.

Tarkastelluista sosiaalipalveluista ja etuuksista ulkomaalaistaustaiset luottavat eniten lapsiperhepalvelujen ja perustoimeentulotuen ja vähiten kunnalta haettavan täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen saatavuuteen. Kuten luottamuksessa terveyspalvelujen tarpeenmukaiseen saatavuuteen, myös sosiaalipalvelujen kohdalla on eroja maaryhmien ja koko väestön välillä, ja täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen osalta myös maaryhmien välillä.

Luottamuksen taustalla vaikuttavia tekijöitä ei ulkomaalaistaustaisilla Suomessa ole erikseen tutkittu, mutta koko väestölle suunnatussa Kansallinen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus FinSote 2018 -tutkimuksessa (Parikka ym. 2019) havaittiin selviä sosioekonomisia eroja luottamuksessa terveyspalveluihin. Työttömät ja toimeentulovaikeuksia kokevat luottavat muita harvemmin saavansa kiireellistä hoitoa ja hoitoa pitkäaikaissairauteen (Aalto ym. 2019 ja 2016b). On varsin todennäköistä, että myös ulkomaalaistaustaisilla sosioekonominen asema vaikuttaa luottamuksen kokemukseen siten, että paremmin koulutetut ja toimeentulevat sekä työssäkäyvät luottavat palveluihin muita useammin. Myös aikaisemmillä kokemuksilla ja kohtelulla palveluissa, koetulla hyödyllä, sekä maahanmuuttoon liittyvillä tekijöillä (kuten maahanmuuton syillä, maassaoloajan kestolla ja maahanmuuttoäidillä) on todennäköisesti vaikutusta luottamuksessa terveys- ja sosiaalipalvelujen saatavuuteen.

Ilmarinen ym. (2019) tarkastelivat luottamusta sosiaalipalvelujen saatavuuteen FinSote 2018 -aineistolla ja vertasivat tutkimuksen tuloksia aiempina vuosina tehtyihin väestötutkimuksiin. Väestön luottamuksen useisiin sosiaalipalveluihin, kuten toimeentulotukeen, sosiaalityöntekijän palveluihin ja vammaispalveluihin, arvioitiin heikentyneen kymmenen vuoden takaisesta tilanteesta. Samassa tutkimuksessa havaittiin, että toimeentulovaikeuksia kohdanneet luottivat palvelujen saatavuuteen muita vähemmän. Vuonna 2014 toteutetussa Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksessa (UTH, Nieminen ym. 2015b) kysyttiin luottamusta sosiaalipalveluihin yleisesti. Vertailussa kaikki ulkomaalaistaustaiset ryhmät raportoivat luottamusta sosiaalipalveluihin yleisemmin kuin koko väestö keskimäärin (Castane-

da ym. 2015a), mikä vastaa FinMonik-tutkimuksen luottamusta koskevaa tulosta sosiaali- ja terveyspalveluista.

TE-toimistosta saataviin työllisyyspalveluihin luottavat eniten Aasian maista muuttaneet miehet ja naiset ja vähiten Venäjä ja entinen Neuvostoliitto- sekä EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmien miehet ja naiset. FinMonik-tutkimuksessa kysymys TE-toimiston palvelujen saatavuudesta rajattiin koskemaan vain työllisyyspalveluja, vaikka TE-toimiston palvelukirjo maahanmuuttajille on tätä selvästi laajempi. On mahdollista, että osa vastaajista arvioi luottamusta työllisyyspalvelujen saatavuuden lisäksi myös TE-toimistosta saataviin kotoutumispalveluihin.

Reilusti yli puolet ulkomaalaistaustaisista kokee voivansa luottaa Maahanmuuttoviraston palvelujen saatavuuteen niitä tarvitessaan. Keväällä 2019 Maahanmuuttoviraston teettämään mainetutkimukseen vastasi yli 200 henkilöä ja tulosten perusteella viraston toiminta oli asiakasystävällistä ja tehokasta. Tyytyväisimpiä palveluihin olivat oleskelulupaa työnteon perusteella hakeneet, kun taas opiskelijoiden oleskelulupaa hakeneet antoivat keskimäärin heikompia arvioita (Maahanmuuttovirasto 2019a).

Luottamusta ei ole aiemmin kysytty laajoissa ulkomaalaistaustaisille suunnatuissa väestötutkimuksissa samalla tavalla kuin tässä tutkimuksessa. Jatkossa tulisikin tutkia ulkomaalaistaustaisten luottamusta palveluihin huomioiden väestöryhmän palvelutarve ja sosioekonominen tausta. On varsin todennäköistä, että luottamus on erilainen niillä henkilöillä, joilla on omakohtaista kokemusta palveluista.

11 Yhteenveto ja tutkimuksen luotettavuus

Hannamaria Kuusio, Eero Lilja, Laura Somersalo, Satu Jokela & Anna Seppänen

FinMonik 2018–2019 on toistaiseksi laajin Suomessa asuvalle ulkomailla syntyneelle ulkomaalaistaustaiselle väestölle kohdennettu kyselytutkimus. Se on myös ensimmäinen tutkimus, jossa kerättiin edustavalla otoksella maakuntakohtaista tietoa ulkomaalaistaustaisesta väestöstä. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa luotettavaa tietoa Suomen ulkomaalaistaustaisen aikuisväestön (18–64-vuotiaat) hyvinvoinnista ja terveydestä sekä näiden taustatekijöistä. Tuloksia tulisi hyödyntää muun muassa kotoutumis-, terveys- ja hyvinvointipolitiikan suunnittelussa ja arvioinnissa sekä päätöksenteossa.

Yhteenveto keskeisistä tuloksista

Tutkimuksen tulokset antavat monin paikoin myönteisen kuvan Suomen ulkomaalaistaustaisen väestön terveydestä, hyvinvoinnista ja osallisuudesta. Suurin osa ulkomaalaistaustaisista vastaajista pitää yhteyttä ystäviinsä ja sukulaisiinsa viikoittain ja lähes kaikilla on vähintään yksi Suomessa asuva ystävä. Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryhmään kuuluvat kuitenkin kokevat itsensä sekä koko väestöä että useita muita ulkomaalaistaustaisia ryhmiä useammin yksinäiseksi ja ovat muita useammin vailta läheistensä tukea. Yksinäisyys on huomattavan yleistä myös EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmässä. Suurin osa ulkomaalaistaustaisista kokee kuuluvansa omaan syntymä- tai lähtömaahansa ja lähes puolet kokee kuuluvansa suomalaisiin. Uskonnolliseen tai hengelliseen ryhmään kuuluminen on yleistä erityisesti Muu Afrikka -ryhmässä. Samassa maaryhmässä myös osallistuminen uskonnollisen tai hengellisen yhteisön toimintaan on erityisen aktiivista.

Ulkomaalaistaustaisten äänestysaktiivisuus on koko maan virallisia lukuja selvästi alhaisempi kaikissa kysytyissä vaaleissa. Eniten äänestettiin vuoden 2018 presidentinvaaleissa ja vähiten vuoden 2014 EU-vaaleissa. Tiedon puute mainitaan keskeisimmäksi syyksi jättää äänestämättä.

Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneet kokevat elämänlaatunsa heikommaksi kuin koko väestö. Tulos oli sama kaikilla kahdeksalla elämänlaatua mittaavalla kysymyksellä. Myös unettomuus vaivaa erityisesti Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneita. Muualta Afrikasta muuttaneet ovat koko väestöön verrattuna tyytyväisempiä terveyteensä ja itseensä, mutta käytössä oleva raha koetaan harvemmin riittäväksi kuin koko väestössä. EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka -ryhmässä elämänlaatu poikkeaa vähiten koko väestöstä.

Syrjintäkokemukset ovat tutkimukseen osallistuneilla erittäin yleisiä. Liki 40 prosenttia ulkomaalaistaustaisesta väestöstä on kokenut syrjintää viimeisen vuoden aikana ja heistä joka neljäs kokee syrjintää viikoittain. Muu Afrikka -ryhmässä syrjintä- ja häirintäkokemukset ovat selvästi yleisimpiä ja myös säännöllisesti toistu-

via kokemuksia. Turvattomuuden tunnetta koetaan erityisesti yleisötapahtumissa, mutta huomattavan paljon myös kodin lähikaduilla. Virosta muuttaneissa turvattu-
muutta koetaan useammin kuin ulkomaalaistaustaisten keskuudessa keskimäärin,
kodin lähikatuja lukuun ottamatta.

Ulkomaalaistaustaiset kokevat terveytensä hyväksi harvemmin kuin koko väes-
tö. Pitkäaikaissairastavuus on ulkomaalaistaustaisilla melko samanlaista kuin koko
väestössä, vaikka myös joitain eroja on havaittavissa: diabetes ja mielenterveysongel-
mat ovat huomattavan yleisiä Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikan maista tulleilla. He ra-
portoivat myös eniten masennusta ja muita mielenterveysongelmia sekä psyykkis-
tä kuormittuneisuutta.

Noin kolme neljästä ulkomaalaistaustaisesta arvioi muistinsa, oppimiskykyn-
sä ja keskittymiskykynsä hyväksi. Suurin osa vastaajista arvioi myös olevansa täysin
työkykyisiä. Miehet ovat naisia useammin täysin työkykyisiä. Fyysisen toimintaky-
vyn ongelmat erityisesti liikkumisen suhteen ovat huomattavan yleisiä ulkoma-
laistaustaisessa väestössä. Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneista naisista
useampi kuin joka kolmas ja miehistä joka viides raportoi kävelyvaikeuksia. Juoksu-
vaikeudet ovat huomattavan yleisiä ulkomaalaistaustaisilla naisilla.

Sekä ulkomaalaistaustaisista että koko väestöstä joka toinen on ylipainoinen tai
lihava. Ulkomaalaistaustaisista neljännes ei harrasta vapaa-ajallaan liikuntaa. Varsi-
naista kuntoliikuntaa ja urheilua ulkomaalaistaustaisista miehistä harrastaa noin jo-
ka kolmas, mutta naisista vain noin joka kuudes. Ulkomaalaistaustaiset syövät he-
delmiä ja marjoja niukemmin kuin koko väestö, mutta tuoreita vihanneksia syödään
molemmissa ryhmissä jokseenkin yhtä paljon. Erityisen niukkaa sekä tuoreiden vi-
hannesten että hedelmien ja marjojen käyttö on Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka -ryh-
mässä.

Tupakointi on ulkomaalaistaustaisilla miehillä yleisempää ja naisilla harvinais-
empää kuin koko väestössä. Viro-ryhmässä tupakoidaan muita yleisemmin, kun
taas esimerkiksi Aasia-ryhmässä tupakointi on suhteellisen vähäistä. Miehet tupa-
koivat naisia yleisemmin kaikissa ryhmissä. Ulkomaalaistaustaiset käyttävät alko-
holia koko väestöä selvästi harvemmin ja pienempiä määriä kerralla. Ulkomaalais-
taustaisista hieman yli kolmasosa on pelannut rahapelejä viimeisen vuoden aikana.
Miehet pelaavat naisia yleisemmin rahapelejä ja naisilla pelaaminen on kaikissa
maaryhmissä erittäin harvinaista.

Ulkomaalaistaustaisista miehistä ja naisista selvästi koko väestöä suurempi
osuus on käynyt terveyskeskusvastaanotolla, mutta käyntejä on koko väestöä har-
vemmin yksityisellä lääkäriasemalla, työterveyshuollossa ja hammaslääkärissä. Lää-
käripalvelujen koetussa tarpeessa ei havaittu juurikaan eroja ulkomaalaistaustaisten
ja koko väestön välillä, mutta ulkomaalaistaustaisista koko väestöä pienempi osuus
kokee olevansa hammashoidon tarpeessa. Ulkomaalaistaustaiset kokevat saaneensa
sekä hammas- että muita lääkäripalveluja riittämättömästi selvästi useammin kuin
koko väestö. Palvelujen käytössä, koetussa palvelujen tarpeessa sekä palvelujen riit-
tämättömyyden kokemuksessa on selviä maaryhmien välisiä eroja.

Reilusti alle puolet kaikista ulkomaalaistaustaisista terveystalvelujen käyttäjistä on saanut aina tarvittaessa yhteyden hoitopaikkaan ja päässyt tutkimuksiin sujuvasti. Myös vastaanottoajan saamisessa on ongelmia, sillä vain noin 40 prosenttia ulkomaalaistaustaisista miehistä ja kolmannes naisista kokee saaneensa vastaanottoajan sujuvasti. Erityisesti Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikan maista tulleet kokevat ongelmia vastaanottoajan saamisessa. Enemmistö ulkomaalaistaustaisista kuitenkin luottaa saavansa sekä kiireellistä hoitoa äkilliseen sairauteen että hoitoa ja seurantaa pitkäaikaissairauteen.

Ulkomaalaistaustaiset käyttävät ja kokevat tarvitsevansa sosiaalipalveluja useammin kuin koko väestö, mutta osuuksissa on maaryhmittäisiä eroja. Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka- sekä Muu Afrikka -ryhmissä perustoimeentulotukea tarvinneiden osuus on suurempi kuin muissa maaryhmissä. Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneilla myös Työ- ja elinkeinotoimiston (TE-toimisto) työllisyyspalvelujen käyttö on suurempi kuin muilla ulkomaalaistaustaisilla. Kokemus palvelujen riittämättömyydestä on sosiaalipalveluja ja perustoimeentulotukea sekä TE-toimiston työllisyyspalveluja tarvinneilla melko yleistä.

Tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Tutkimustulosten yleistettävyyteen ja luotettavuuteen vaikuttavat muun muassa tutkimusmenetelmät, otos ja sen muodostaminen sekä osallistumisaktiivisuus. Keskeistä on osallistujien valikoituminen. Tällä tarkoitetaan erityisesti sitä, miten osallistuneet mahdollisesti poikkeavat niistä, jotka eivät eri syistä vastaa kyselyyn. Itse täytettävällä lomakkeella katoon jäävät erityisesti lukutaidottomat, joita oli Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (Maamu) mukaan paljon erityisesti somalialais- ja kurdinaisten keskuudessa (12 % ja 8 %, Castaneda ym. 2012b). Tätä vinoumaa pyrittiin osittain korjaamaan puhelinhaastatteluilta. FinMonik-tutkimuksessa vastausaktiivisuutta seurattiin tiedonkeruun aikana ja samalla valvottiin kerätyn aineiston laatua. Tutkimuksen vastausaktiivisuuteen (53 %) voidaan olla tyytyväisiä.

FinMonik-tutkimuksen tiedonkeruuseen oli käytössä huomattavan vähän resursseja, minkä takia tutkittavien systemaattinen tavoittelu puhelimitse tai kotiovikäynneillä ei ollut mahdollista. Verkko- ja paperikyselyn vastaajien määrän kasvattamiseksi tuotettiin enemmän kieliversioita kuin aiemmissä vastaavissa tutkimuksissa ja lisäksi tutkittavilla oli mahdollisuus osallistua arvontaan. Käännösten laatua pyrittiin varmistamaan siten, että käännöstoimiston tekemät kieliversiot tarkastettiin toisessa käännöstoimistossa. Myöhemmin tiedonkeruun ollessa jo käynnissä, puhelinhaastattelijat ja muut THL:n työntekijät jatkoarvioivat 11 käännösversioita. Korjattavaa löytyi kahdesta lomakkeesta, jonka seurauksena lomakkeet korjattiin ja virheellisiin kysymyksiin kohdistuneet vastaukset poistettiin (ks. luku 2.2 Tiedonkeruun toteutus). Kieleen liittyvät tulkinalliset seikat vaikuttavat kyselymenetelmällä kerätyn tiedon luotettavuuteen. Vaikka tutkittava vastaisi lomakkeelle omalla äidinkielellään, lomakkeen sisällön tulkintoihin vaikuttavat esimerkiksi murre-erot

ja kulttuurikysymykset sekä käännosten sanavalinnat (Henriksson ym. painossa). Tutkimukseen osallistumiseen ja kysymysten ymmärtämiseen voivat vaikuttaa myös monet muut syyt, kuten esimerkiksi heikentynyt terveydentila. Myös muun muassa aiemmassa kotimaassa käytettyjen palvelujen eroavaisuudet suhteessa nykyiseen voivat vaikuttaa vastauksiin, kun kysytään palvelujen käytöstä tai niiden käyttökokemuksista, sekä kokemuksia terveydentilasta tai hyvinvoinnista.

Koska valtaosa tutkimustiedosta kerättiin postikyselynä, palautetta käännosten laadusta ja kysymysten ymmärrettävyydestä saatiin tutkittavilta vähän. Tiedon luotettavuuden arviointi on siksi hankalaa erityisesti niiden kysymysten osalta, joita ei ole aiemmin käytetty muissa tutkimuksissa, tai jotka eivät sisällyneet puhelinhaastatteluihin. Vertailukelpoisuutta FinSote 2018 -tutkimukseen voidaan kuitenkin pitää erityisen hyvänä niiltä osin, joissa tutkimusten kysymykset ovat yhteneväisiä.

Lopuksi

Syrjinnän kitkemiseksi ja turvallisuuden parantamiseksi tarvitaan hyvien väestösuhteiden politiikkaa. Lisäksi erityisesti kunnissa ja paikallistasolla tarvitaan aktiivista hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyötä poistamaan muun muassa yksinäisyyttä sekä lisäämään hyvinvointia ja osallisuuden kokemuksia ja edistämään terveyttä. Oikea-aikaista ja tarpeenmukaista palvelujen käyttöä voidaan tukea parantamalla palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta. Keskeisiä toimenpiteitä ovat esimerkiksi palvelujärjestelmän ja palvelupolkujen kehittäminen. Muita keskeisiä toimenpiteitä ovat muun muassa ammattilaisten kouluttaminen sekä yksilöiden riittävä tiedottaminen palvelujärjestelmästä ja terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämisestä.

Kotoutumisen edistäminen ja hyvinvointi- ja terveystutkimusten huomioinen osana kotoutumisprosessia parantavat ulkomaalaistaustaisen väestön elämänlaatua. FinMonik-tutkimuksen tulokset lisäävät tietämystä, ymmärrystä ja keskustelua Suomen ulkomaalaistaustaisesta väestöstä. Tietoja tulisi hyödyntää laajasti eri organisaatioissa palvelujen kehittämisessä sekä ulkomaalaistaustaisen väestön kotoutumisen tukemisessa.

FinMonik-tutkimuksen tiedonkeruu onnistui monilta osin hyvin ja jatkossa se on tarkoitus toteuttaa neljän vuoden välein. Kiitämme lämpimästi kaikkia tutkimuksen suunnitteluun, toteutukseen ja raportointiin osallistuneita. Erityisesti kiitämme Sinua, joka vastasit kyselyyn ja annoit näin tärkeää tietoa ulkomaalaistaustaisten terveydestä, hyvinvoinnista ja palvelujen tarpeesta muun muassa kotoutumisen ja eri palvelujen suunnitteluun ja arviointiin.

Lähdeluettelo

- Aalto A-M (2019). FinSote kyselyn tuloksia asiakkaan kohtaamisesta. Asiakkaat ja Sote-seminaari. 7.2.2019. Saatavilla: <https://www.innokyla.fi/web/tyotila1923650/asiakkaat-ja-sote-kohtaamisen-kehassa-seminaari-7.2.2019>.
- Aalto A-M, Korpilahti U, Sainio P, Malmivaara A, Koskinen S, Saarni S, Valkeinen H, Luoma M-L (2016a). "Elämänlaadun mittaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa". Suomen Lääkärilehti 71(36), 2191–2198.
- Aalto A-M, Manderbacka K, Muuri A, Karvonen S, Junnila M, Pekurinen M (2016b). Mitä väestö ajattelee sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisesta? Tutkimuksesta tiiviisti 4, 3/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-635-3>.
- Aalto A-M, Vehko T, Sinervo T, Sainio S, Muuri A, Elovainio M, Pekurinen M (2017). Terveydenhuollon asiakaslähtöisyys. Tutkimuksesta tiiviisti 12/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-880-7>.
- Adebayo F, Itkonen S, Koponen P, Prättälä R, Härkänen T, Lamberg-Allardt C, Erkkola M (2017). Consumption of healthy foods and associated socio-demographic factors among Russian, Somali and Kurdish immigrants in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(3), s. 277–287.
- Agyemang C, Kunst AE, Bhopal R, Zaninotto P, Nazroo J, Unwin N, van Valkengoed I, Redekop WK, Stronks K (2017). A cross-national comparative study of metabolic syndrome among non-diabetic Dutch and English ethnic groups. *European Journal of Public Health*, 23(3), s. 447–452.
- Ahlfors G, Saarela I, Vanhanen S, Wetzer-Karlsson M (2014). Työuramentoroinnilla tuloksiin. Opas koulutettujen maahanmuuttajien mentorointiin. Helsinki: Väestöliitto.
- Airas M, Delahunty D, Laitinen M, Saarilampi M-L, Sarparanta T, Shemsedini G, Stenberg H, Vuori H, Väättäin H (2019). Ulkomaalaistaustaiset opiskelijat korkeakoulupolulla. Julkaisu 22:2019. Saatavilla: https://karvi.fi/app/uploads/2019/11/KARVI_2219.pdf.
- Alberer M, Malinowski S, Sanftenberg L, Schelling J (2018). Notifiable infectious diseases in refugees and asylum seekers: experience from a major reception center in Munich, Germany. *Infection*, 46(3), s. 375–383.
- APA (2017). American Psychological Association, Working Group on Stress and Health Disparities. Stress and health disparities: Contexts, mechanisms, and interventions among racial/ethnic minority and low-socioeconomic status populations. Saatavilla: <http://www.apa.org/pi/health-disparities/resources/stress-report.aspx>.
- Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O, Knekt P, Maatela J, Joukamaa M, Klaukka T, Lehtinen V, Melkas T, Mälikkiä E, Nyman K, Paunio I, Reunanen A, Sievers K, Kalimo E, Kallio V (1989). Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveystutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja: AL:32. Helsinki ja Turku: Kansaneläkelaitos.
- Aromaa A, Koskinen S (2002). Terveys ja toimintakyky Suomessa - Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Julkaisu B3/2002. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Azerkan F, Sparen P, Sandin S, Tillgren P, Faxelid E, Zendejdel K (2012). Cervical screening participation and risk among Swedish-born and immigrant women in Sweden. *International Journal of Cancer*, 130(4), s. 937–947.
- Bastola K, Koponen P, Härkänen T, Luoto R, Gissler M, Kinnunen TI (2018). Delivery and its complications among women of Somali, Kurdish, and Russian origin, and women in the general population in Finland. *Birth*, 46(1).
- Bergbom B, Väänänen A, Toivanen M, Koskinen S (2012). Työkyky. Teoksessa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (toim.). Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa, s. 208–212. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Björkenheim C, Castrén S, Jaakkola T, Kesänen M, Pietilä E, Ränniranta R, Saariluoma O, Wuorio S (2019). Pelihaitat-tukiaineisto. Rahapelaaminen puheeksi. Puheeksiotto, tunnistaminen ja lyhytneuvonta. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/137628/THL_Rahapelaaminen_puheeksi_A4_WEB_26.2.19%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

- Borodulin K, Harald K, Jousilahti P, Laatikainen T, Männistö S, Vartiainen E (2016). Time Trends in Physical Activity from 1982 to 2012 in Finland. *Scandinavian Journal of Medical Science & Sports*, 26, s. 93–100.
- Brown ED, Anderson KE, Garnett ML, Hill EM (2019). Economic instability and household chaos relate to cortisol for children in poverty. *Journal of Family Psychology*, 33, s. 629–639.
- Butler, DM (2014). *Representing the advantaged: How politicians reinforce inequality*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Caperchione, C, Kolt, GS, Mummery, WK (2009). Physical Activity in Culturally and Linguistically Diverse Migrant Groups to Western Society: A Review of Barriers, Enablers and Experiences. *Sports medicine (Auckland)*, 39(3), s. 167–177.
- Castaneda A, Koponen P, Rask S (2012a). Maahanmuuttotausta. Teoksessa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (toim.). *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012*. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (toim.) (2012b). *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012*. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Castaneda A, Jokela S, Koponen P, Pentala O, Koskela T, Koskinen S (2014). *Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksen perustulokset 2014*. Saatavilla: www.terveytemme.fi/uth.
- Castaneda A, Kauppinen TM (2015a). *Asuminen ja tulojen riittävyys*. Teoksessa: Nieminen T, Sutela H, Hannula U (toim.). *Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014*. Helsinki: Tilastokeskus.
- Castaneda A, Kauppinen TM (2015). *Elämänlaatu*. Teoksessa: Nieminen T, Sutela H, Hannula U (toim.). *Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014*. Helsinki: Tilastokeskus.
- Castaneda AE, Larja L, Nieminen T, Jokela S, Suvisaari J, Rask S, Koponen P, Koskinen S (2015a). *Ulkomaalaistaustaisten psyykinen hyvinvointi, turvallisuus ja osallisuus. Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimus 2014 (UTH)*. Työpöytäpaperi 18/2015. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Suvisaari J, Koskinen S, Härkönen T, Mannila S, Laitinen K, Järveläinen P, Jasinskaja-Lahti I (2015b). The association between discrimination and psychological and social well-being: a population-based study of Russian, Somali and Kurdish migrants in Finland. *Psychology and Developing Societies*, 27, s. 270–292.
- Castaneda AE, Junna L, Lilja E, Skogberg N, Kuusio H, Mäki-Opas J, Koponen P, Suvisaari J (2017). The prevalence of potentially traumatic pre-migration experiences in Russian, Somali and Kurdish origin migrants in Finland: a population-based study in Finland. *Journal of Traumatic Stress Disorders and Treatment*, 6, s. 1.
- Castaneda AE, Mäki-Opas J, Jokela S, Kivi N, Lähteenmäki M, Miettinen T, Nieminen S, Santalahhti P, PALOMA-asiantuntijaryhmä (2018). *Pakolaisten mielenterveyden tukeminen Suomessa. PALOMA-käsikirja. Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja, Ohjaus 5/2018*.
- Castaneda AE, Snellman O, Garoff F, Klemetilä A, Lehti V, Qvarnström-Obrey A-C, Kankaanpää S, Oroza V, Halla T (2019a). *Psyykkiset oireet*. Teoksessa: Skogberg N, Mustonen K-L, Koponen P, Tiittala P, Lilja E, Ahmed Haji Omar A, Snellman O, Castaneda AE (toim.). *Turvapaikanhakijoiden terveys ja hyvinvointi. Tutkimus Suomeen vuonna 2018 tulleista turvapaikanhakijoista. Raportti 12*. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Castaneda AE, Snellman O, Garoff F, Klemetilä A, Lehti V, Qvarnström-Obrey A-C, Kankaanpää S, Oroza V, Halla T (2019b). *Järkyttävät tapahtumat*. Teoksessa: Skogberg N, Mustonen K-L, Koponen P, Tiittala P, Lilja E, Ahmed Haji Omar A, Snellman O, Castaneda AE (toim.). *Turvapaikanhakijoiden terveys ja hyvinvointi. Tutkimus Suomeen vuonna 2018 tulleista turvapaikanhakijoista. Raportti 12*. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Castaneda AE, Kuusio H (painossa). *Sosiaalinen hyvinvointi, kotoutuminen, terveys ja näiden väliset yhteydet Suomen ulkomailla syntyneessä väestössä. Maahanmuuton kokonaiskatsaus. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja*.
- Chen M (1995). *Oral health of disadvantage populations*. Teoksessa: Cohen LK, Gisft HC (toim.). *Disease prevention and oral health promotion: socio-dental sciences in action*. Copenhagen: Munksgaard.

- Choummanivong C, Poole GE, Cooper A (2014). Refugee family reunification and mental health in resettlement. *Kotuitui: New Zealand Journal of Social Sciences*, 9(2), s. 89–100.
- Cohen S, Syme LS (1985). *Social support and health*. USA: Academic Press.
- Cuijpers P, Smits N, Donker T, ten Have M, de Graaf R (2009). Screening for mood and anxiety disorders with the five-item, the three-item, and the two-item Mental Health Inventory. *Psychiatry Research* 168(3), s. 250–255.
- De Jesus M, Puleo E, Shelton RC, Emmons KM (2010). Associations between perceived social environment and neighborhood safety: Health implications. *Health & Place*, 16(5), s. 1007–1013.
- Derosé K, Bahney B, Lurie N, Escarce J (2009). Immigrants and Health Care. Access, Quality, and Cost. *Medical Care Research and Review*, 66(4), s. 355–408.
- DesMeules M, Gold J, McDermott S, Cao Z, Payne J, Lafrance B, Vissandjée B, Kliever E, Mao Y (2005). Disparities in mortality patterns among Canadian immigrants and refugees, 1980–1998; results of national cohorts study. *Journal of Immigrant Health* 7(4), s. 21–232.
- EAT-Lancet Commission (2019). *Healthy Diets From Sustainable Food Systems - Healthy Planet Health*. Summary Report of the EAT-Lancet Commission. Saatavilla https://eatforum.org/content/uploads/2019/07/EAT-Lancet_Commission_Summary_Report.pdf.
- GBD 2015 Tobacco Collaborators (2017). Smoking prevalence and attributable disease burden in 195 countries and territories, 1990–2015: A systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet*, 389, s. 1885–1906.
- ECRI (2019). ECRI Report on Finland. Saatavilla: <https://rm.coe.int/fifth-report-on-finland/1680972fa7>.
- Etnisten suhteiden neuvottelukunta ETNO (2019). Oikeus kuuluu joukkoon – Ehdotuksia monikulttuuristen nuorten yhteenkuuluvuuden vahvistamiseksi suomalaisessa yhteiskunnassa. Saatavilla: https://oikeusministerio.fi/artikkeli/-/asset_publisher/etnisten-suhteiden-neuvottelukunnan-julkaisu-monikulttuuristen-nuorten-yhteenkuuluvuuden-vahvistamisesta-suomessa.
- Elmusharaf S, Elhadi N, Almroth L (2006). Reliability of self-reported form of female genital mutilation and WHO classification: Cross sectional study. *BMJ*, 333, 124.
- Euroopan komissio (2015). *Syrjintä EU:ssa 2015: Eurobarometri 83.4. Suomen tulokset*.
- European Union Agency for Fundamental Rights (2018). *Second European Union Minorities and Discrimination Survey: Being Black in the EU*. Vienna: European Union Agency for Fundamental Rights Agency.
- Gerritsen AAM, Bramsen I, Deville W, van Willigen LHM, Hovens JE, van der Ploeg HM (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41(1), s. 18–26.
- Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S (toim.) (2006). *Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia*. Helsinki: ETK, Kela, KTL, TTL.
- Graubard BI, Korn EL (1999). Predictive Margins with Survey Data. *Biometrics*, 55, s. 652–659.
- Guidi CF, Palência L, Ferrini S, Malmusi D (2016). Inequalities by Immigrant Status in Unmet Needs for Healthcare in Europe: The Role of Origin, Nationality and Economic Resources. *European University Institute. EUI RSCA: 55: Global Governance Programme*, s. 237.
- Hagerty BMK, Lynch-Sauer JL, Patusky KL, Bouwsema M, Collier P (1992). Sense of Belonging: A Vital Mental Health Concept. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(3), s. 172–177.
- Halgreen EA, Wejse C (2017). Review of infectious diseases in refugees and asylum seekers—current status and going forward. *Public Health Reviews*, 38, s. 22.
- Halme J, Helakorpi S, Laitalainen E, Uutela A, Alho H (2010). Rahapelaamisen tiheys on yhteydessä terveysriskeihin työikäisillä suomalaisilla. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 47, s. 98–108.
- Harcourt N, Ghebre RG, Whembolua G, Zhang Y, Osman SW, Okuyemi KS (2014). Factors Associated with breast and cervical cancer screening behavior among African Immigrant Women in Minnesota. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(3), s. 450–456.
- Hanhinen S, Martikka M, Jämsä A (2014). Tuloksellisuustarkastuskertomus – Kotouttaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 3/2014.
- Heino AE, Gissler M, Malin M, Väisänen H (2018). Induced abortions by woman's country of origin in Finland 2001–2014. *Scandinavian Journal of Public Health*, ePub.

- Henriksson M, Rask S, Anttila H, Kuusio H (painossa). Työ- ja toimintakyvyn arviointimenetelmän kulttuurin adaptointi kognitiivisen haastattelun menetelmällä: kokemuksia Kykyviisarin testauksesta arabian-, somalin, kurdin- ja venäjänkielillä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*.
- Huusko T, Pitkälä K (2006). Mitä elämänlaatu on? Teoksessa: Huusko T, Strandberg T, Pitkälä K (toim.). Voiko ikääntyneiden elämänlaatua mitata? Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke. Tutkimusraportti 12. Helsinki: Vanhustyön Keskusliitto.
- Hyppönen H, Lääveri T, Hahtela N, Suutarla A, Sillanpää K, Kinnunen U-M (2017). Kyvykkäille käyttäjille fiksut järjestelmät? Sairaanhoidtajien arviot potilastietojärjestelmistä. *Finnish Journal of EHealth and EWelfare*, 10(1), s. 30-59.
- Hyvärinen A, Jokela S, Linnanmäki E, Lumme S, Mancerbacka K, Martelin T, Sainio S, Siukola R, Sivula S, Vihtari J, Suhonen S (2019). Sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdenvertaisuuden käsitteet: Versio 2.0. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019121948919>.
- Idehen EE, Korhonen T, Castaneda AE, Juntunen T, Kangasniemi M, Pietilä AM, Koponen P (2017). Factors associated with cervical cancer screening participation among immigrants of Russian, Somali and Kurdish origin: a population-based study in Finland. *BMC Women's Health*, 17(19).
- Idler EL, Kasl SV (1995). Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 50(6), s. S344–353.
- Ilmarinen K, Aalto A-M, Muuri A (2019). Sosiaalipalvelujen saatavuus ja asiakaskokemukset. Teoksessa: Kestilä L, Karvonen S (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- InfoFinland (2019). Suomen kansalaisen oikeudet ja velvollisuudet. Saatavilla: <https://www.infofinland.fi/fi/elama-suomessa/asettuminen-suomeen/suomen-kansalaisuus/suomen-kansalaisen-oikeudet-ja-velvollisuudet>.
- Isola A-M, Kaartinen H, Leemann L, Lääperi R, Schneider T, Valtari S, Keto-Tokoi A (2017). Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. Työpäpaperi 33/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Jahoda M (1982). *Employment and unemployment. A socialpsychological analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jetten J, Haslam A, Cruwys T, Greenaway KH, Haslam C, Steffens NK (2017). Advancing the social identity approach to health and well-being: Progressing the social cure research agenda. *European Journal of Social Psychology*, Special issue on 'Social Identities as Social Cures: Advancing the Social Identity Approach to Health and Well-Being'.
- Jokela S, Lilja E, Kinnunen TI, Gissler M, Castaneda AE, Koponen P (2018). Births and induced abortions among women of Russian, Somali and Kurdish origin, and the general population in Finland –comparison of self-reported and register data. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, s. 296.
- Jokela M, Kivipelto M, Ylikännö M (2019). Toimeentulotuelta sosiaalityön asiakkaaksi. Työpäpaperi 26/2019. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Joossens L, Raw M (2017). The Tobacco Control Scale 2016 in Europe. Saatavilla: <https://www.tobaccocontrolscale.org/>.
- Joro T (2019). Turvapaikanhakijoiden osaaminen yhteiskunnallisena voimavarana. Selvitys Suomen Punaisen Ristin vastaanottokeskuksissa vuosina 2016–2018 tehdyistä turvapaikanhakijoiden osaamiskartoituksista. Saatavilla: <http://www.allyouthstn.fi/wp-content/uploads/2019/05/Loppuraportti-2019-UEF-Osaamiskartoitukset.pdf>.
- Juopperi J (2019). Maahanmuuttajat suuntaavat kaupunkeihin – Euroopasta tulleita asettanut maaseudullekin. *Tieto & Trendit* 7.2.2019.
- Jylhä M (2009). What Is Self-Rated Health and Why Does It Predict Mortality? Towards a Unified Conceptual Model. *Social Science and Medicine*, 69, s. 307–316.
- Järvinen-Tassopoulos J (2015). Maahanmuuttajien rahapelaaminen. Teoksessa: Alho H, Heinälä P, Kiiänmaa K, Lahti T, Murto A (toim.). Rahapeli riippuvuus. *Duodecim*. Saatavilla: <https://www.julkari.fi/handle/10024/126753>.
- Kansallinen muistiohjelma 2012–2020 (2012). Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:IS-BN:978-952-00-3224-1>.

- Kaplan R, Toshima M (1990). The functional effects of social relationships on chronic illnesses and disability. Teoksessa: Sarason B, Sarason I, Pierce G (toim.). *Social support: An interactional view*. New York: John Wiley & Sons. s. 427–453.
- Karvonen S, Martelin T, Kestilä L, Junnila L (2017). Tulotason mukaiset terveyserot edelleen suuria. Suomen sosiaalinen tila 3/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.
- Kemppainen L, Kemppainen T, Skogberg N, Kuusio H, Koponen P (2017). Immigrants' use of health care in their country of origin: the role of social integration, discrimination and the parallel use of health care systems. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2).
- Kerkkäinen H, Säävälä M (2015). Maahanmuuttajien psyykkistä hyvinvointia ja mielenterveyttä edistävät tekijät ja palvelut. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 40/2015.
- Kiesepää V, Torniaainen-Holm M, Jokela M, Suvisaari J, Gissler M, Markkula N, Lehti V (painossa). Immigrants' mental health service use compared to that of native Finns: a register study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- Klemetti R, Raussi-Lehto E (2013). Edistä, ehkäise, vaikuta - Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Klemetti R, Raussi-Lehto E (toim.) (2016). Edistä, ehkäise ja vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Opas 33. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Koponen P, Klemetti R, Surcel H-M, Mölsä M, Gissler M, Weiste-Paakkanen A (2012a). Raskauden ehkäisy, raskaudet, synnytykset ja imetys. Teoksessa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S. (toim.). *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa*. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Koponen P, Kuusio H, Keskimäki I, Mölsä M (2012b). Avosairaanhoidon palvelujen käyttö. Teoksessa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (toim.). *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa*. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, s. 250–258.
- Koponen P, Kuusio H, Mölsä M, Keskimäki I (2012c). Terveyspalvelut ja kuntoutus. Teoksessa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (toim.). *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi - Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa*. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Koponen P, Mölsä M (2012). Naisten ympärileikkaus. Teoksessa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (toim.). *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa*. Tampere: Juvenes Print. s.141–144.
- Koponen P, Jokela S, Skogberg N, Castaneda AE, Suvisaari J, Laatikainen T, Koskinen S (2015a). Terveys. Teoksessa: Nieminen T, Sutela H, Hannula U (toim.) *Ulkomaalaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014*. Helsinki: Tilastokeskus. s. 141–150. Saatavilla: http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yyti_uso_201500_2015_16163_net.pdf. s. 151–162.
- Koponen P, Manderbacka K, Jokela S, Castaneda AE, Suvisaari J, Suominen L (2015b). Sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve ja käyttö. Teoksessa: Nieminen T, Sutela H, Hannula U (toim.). *Ulkomaalaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014*. Helsinki: Tilastokeskus. Saatavilla: http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yyti_uso_201500_2015_16163_net.pdf. s. 171–184.
- Koponen P, Skogberg N, Suominen L, Borodulin K, Laatikainen T, Koskinen S (2015c). Elintavat. Teoksessa: Nieminen T, Sutela H, Hannula U (toim.) *Ulkomaalaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014*. Helsinki: Tilastokeskus. s. 141–150. Saatavilla: http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yyti_uso_201500_2015_16163_net.pdf. s. 141–150.
- Koponen P, Rask S, Skogberg N, Castaneda A, Manderbacka K, Suvisaari J, Kuusio H, Laatikainen T, Keskimäki I, Koskinen S (2016). Suomessa vakituisesti asuvat maahanmuuttajat käyttävät vaihtelevasti terveyspalveluja. *Suomen lääkärilehti* 12-13/ vsk 71.
- Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (2018). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Jääskeläinen T, Koskela T, Koskinen S (2019). FinTerveys -tutkimuksen perustulokset 2019. Saatavilla: www.terveytemme.fi/finterveys.

- Korkiasaari J, Söderling I (2003). Finnish Emigration and Immigration after World War II. Turku: Siirtolaisinstituutti. Saatavilla: http://www.migrationinstitute.fi/files/pdf/artikkelit/finnish_emigration_and_immigration_after_world_war_ii.pdf.
- Koskinen S, Härkänen T, Rissanen H, Sainio P, Martelin T, Gould R (2011). Väestön toiminta- ja työkyvyn kehitys. Teoksessa: Uusitalo H (toim.). Työurat pidemmäksi – selvityksiä työuraryhmälle. Eläketurvakeskuksen selvityksiä 2011:1. Helsinki. s. 117–133.
- Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (2012a). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Koskinen S, Rask S, Sainio P (2012b). Näkö ja kuulo. Teoksessa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (toim.). Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Koskinen S, Sainio P (2018a). Kognitiivinen toimintakyky. Teoksessa: Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Koskinen S, Sainio P (2018b). Työkyky. Teoksessa: Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa: FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, s. 132–134.
- Koukkula M, Klemetti R (2019a). Tyttöjen ja naisten sukuelinten silpomisen (FGM) estämisen toimintaohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1/2019. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Koukkula M, Klemetti R. (2019b) Sukuelinten silpominen ja ympärileikkaukset. Teoksessa: Skogberg N, Mustonen K-L, Koponen P, Tiittala P, Lilja E, Ahmed Haji Omar A, Snellman O, Castaneda AE (toim.). Turvapaikanhakijoiden terveys ja hyvinvointi- Tutkimus Suomeen vuonna 2018 tulleista turvapaikanhakijoista- Raportti 12/2019. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos; 2019.
- Krige S, Mahomoodally F, Subratty A, Ramasawmy D (2012). Relationship between Socio-Demographic Factors and Eating Practices in a Multicultural Society. *Food and Nutrition Sciences*, 3, s. 286–295.
- Kuusio H, Koponen P, Castaneda AE, Lilja E, Manderbacka K, Koskinen S (2016). Unmet need for medical care among people of foreign origin in Finland. *European Journal of Public Health*, 26(1).
- Kuusisto, A (2018). Potilaan hoidon jatkuvuuden turvaaminen sähköisen hoitotyön yhteenvedon avulla. UEF, väitöskirja. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-2707-1>.
- Käypä hoito -suositus (2016). Liikunta. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavilla: www.kaypahoito.fi.
- Lahtinen H, Mattila M, Wass H, Martikainen P (2017). Explaining social class inequality in voter turnout: The contribution of income and health. *Scandinavian Political Studies*, 40(4), s. 388–410.
- Larja L, Sutela H (2015). Työllisyys. Teoksessa: Nieminen T, Sutela H, Hannula U (toim.). Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014. Helsinki: Tilastokeskus, s. 71–82.
- Larja L, Sutela H, Nieminen T (toim.) (2015). Maahanmuuttajat väestötutkimuksissa – hyviä käytäntöjä kvantitatiivisen haastattelututkimuksen tekijälle. Tilastokeskuksen käsikirjoja 2015. Saatavilla: http://www.tilastokeskus.fi/ajk/julkistamiskalenteri/kuvailusivu_fi.html?ID=16131.
- Larja L, Luukko J (2018). Koulutuksen ja työn vastaavuus. Teoksessa: Toivanen M, Väänänen A, Kurki A-L, Bergbom B, Airila A (toim.). Moni osaa! Työpaikkaosaaminen monikulttuurisilla työpaikoilla. Helsinki: Työterveyslaitos, s. 23–45.
- Lautiola H (2013) Kumppanuutta kotouttamisen kentällä. Esimerkkejä järjestöjen ja viranomaisten yhteistyöstä kotouttamisessa. Suomen Kulttuurirahasto.
- Larsson M, Cohen P, Creighton S, Hodes D, Hann G (2017). G64 An exploration of attitudes towards female genital mutilation/cutting (fgm/c) in men and women accessing fgm/c services. *Archives of Disease in Childhood*, 102, A27.
- Lee PN, Forey BA, Coombs KJ (2012). Systematic review with meta-analysis of the epidemiological evidence in the 1900s relating smoking to lung cancer. *BMC Cancer*, 12, s. 385.

- Leinonen M, Lamminmäki M, Koponen P, Kuusio H, Anttila A (2019). Sosiaalinen eriarvoisuus ja naisten syöpäseulonnat. (Social inequalities and female cancer screening) *Duodecim*, 135, s. 1912–1919.
- Leemans L, Hämäläinen R-M (2016). Asiakasosallisuus, sosiaalinen osallisuus ja matalan kynnyksen palvelut. *Pohdintaa käsitteiden sisällöstä. Yhteiskuntapolitiikka*, 81(5), s. 586–594.
- Lehtonen R, Pahkinen E (2004). *Practical methods for design and analysis of complex surveys*. Revised, 2nd Edition. Chichester: John Wiley & Sons.
- Lepola O (2018). Koko ajan jännittyneenä - Moniperusteinen syrjintä seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvien kokemana. Helsinki: Oikeusministeriö.
- Liu Z, Zhang Y, Zheng, Y, Lan J, Zhang G (2019). Sense of belonging and social identity on the settlement intentions of rural-urban migrants: evidence from China. *Ciência Rural*, 49(8).
- Lorenc T, Clayton S, Neary D, Whitehead M, Petticrew M, Thomson H, Cummins S, Sowden A, Renton A (2012). Crime, fear of crime, environment, mental health and wellbeing: Mapping review of the theories and causal pathways. *Health & place*, 18(4), s. 757–765.
- Lundqvist A, Männistö S, Jousilahti P, Kaartinen N, Mäki P, Borodulin K (2018). Lihavuus. Teoksessa: Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 –tutkimus. Raportti 4/2018*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Lämsä R (2013). *Potilaskertomus – Etnografia potiluudesta sairaalaosaston käytännössä*. Tutkimus 99, Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Maahanmuuttovirasto (2019a). Kysely: Maahanmuuttoviraston asiakkaiden mielestä viraston asiakaspalvelu on hyvää. Saatavilla: https://migri.fi/artikkeli/-/asset_publisher/kysely-maahanmuuttoviraston-asiakkaiden-mielesta-viraston-asiakaspalvelu-on-hyvaa.
- Maahanmuuttovirasto (2019b). Maahanmuuton vuoden 2018 tilastot: Yhä useampi haki viime vuonna oleskelulupaa työn perusteella. Tiedote. Saatavilla: https://migri.fi/artikkeli/-/asset_publisher/maahanmuuton-vuoden-2018-tilastot-yha-useampi-haki-viime-vuonna-oleskelulupaa-tyon-perusteella.
- Maahanmuuttovirasto (2019c). Tilastot. Saatavilla: <http://tilastot.migri.fi/#applications/23330?start=576&end=587>.
- Maahanmuuttovirasto (2019d). Tilastot. Hakemukset. Saatavilla: <https://tilastot.migri.fi/index.html#applications>.
- Majjala H-M (2014). Maahanmuuttajien kotouttaminen liikunnan avulla – Kehittämishankkeiden seuranta ja arviointi vuosilta 2011–2013. Jyväskylä: Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 290. Liikunnan ja kansanterveyden edistämissektori LIKES.
- Manderbacka K, Muuri A, Keskimäki I, Kaikkonen R, Elovainio M (2012). Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo terveyspalvelujen saatavuudesta? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 49, s. 4–12.
- Manderbacka K, Arffman M, Aalto A-M, Muuri A, Kestilä L, Häkkinen U (2019). Eriarvoisuus somaattisen terveyspalvelujen saatavuudessa. Teoksessa: Kestilä L, Karvonen S (toim.). *Suomalaisten hyvinvointi 2018*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mannila S, Castaneda A, Jasinskaja-Lahti I (2012). Syrjintäkokemukset. Teoksessa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (toim.). *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi - Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Markkula N, Lehti V, Gissler M, Suvisaari J (2017). Incidence and prevalence of mental disorders among immigrants and native Finns: a register-based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 52(12), s. 1523–1540.
- Martela F, Richard R (2015). The Benefits of Benevolence: Basic Psychological Needs, Beneficence, and the Enhancement of Well-Being. *Journal of Personality* 84(6), s. 750–764.
- Martelin T, Castaneda AE, Kauppinen TM (2012). Siviilisäätö ja kotitalous. Teoksessa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (toim.). *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. s. 48–52.
- McCormack K (2006). The calibration software CALMAR – What is it?. Central Statistics Office Ireland. Saatavilla: <http://vesselinov.com/CalmarEngDoc.pdf>.
- Metsäniemi P, Hyppönen H, Vainiomäki S, Kaipio J, Saastamoinen P, Reponen, J, Lääveri T (2018). Yksityissektorin potilastietojärjestelmät arvioitu 2017. *Suomen Lääkärilehti* 44/2018, 73 s. 2570–2580.

- Murto J, Kaikkonen R, Pentala-Nikulainen O, Koskela T, Virtala E, Härkänen T, Koskenniemi T, Jussmäki T, Vartiainen E, Koskinen S (2017). Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus ATH:n perustulokset 2010–2017. Saatavilla: www.thl.fi/ath.
- Muuri A (2010). Väestön mielipiteet sosiaalipalveluista. Teoksessa: Vaarama M, Moisio P, Karvonen S (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Stakes.
- Muuri A, Manderbacka K (2014). Sosiaalipalvelut. Teoksessa: Vaarama M, Karvonen S, Kestilä L, Moisio P, Muuri A (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mäkeläinen T, Häkkinen T, Federley M, Poutanen O, Kyttä M, Staffans A, Välimäki S, Ratvio R, Kekki T, Nikkanen M (2019). Turvalliseksi koetun lähiympäristön ohjauksen ja suunnittelun nykytila ja suosituksia. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminta. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2019:31.
- Mäkinen, T (2012). Kuntoliikunnan harrastaminen, työn ruumiillinen rasittavuus ja unen riittävyys. Teoksessa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (toim.). Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi: tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditustaina Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. s. 178–182.
- Nickerson A, Bryant RA, Steel Z, Silove D, Brooks R (2010). The impact of fear for family on mental health in a resettled Iraqi refugee community. *Journal of Psychiatric Research*, 44(4), s. 229–235.
- Nielsen SS, Krasnik A (2010). Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: a systematic review. *International Journal of Public Health*, 55, s. 357–371.
- Nieminen T (2015). Työttömyys ja työvoiman ulkopuolella olevat. Teoksessa: Nieminen T, Sutela H, Hannula U (toim.). Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014, s. 121–134. Helsinki: Tilastokeskus.
- Nieminen T, Larja L (2015). Kielitaito. Teoksessa: Nieminen T, Sutela H, Hannula U (toim.). Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014. Helsinki: Tilastokeskus. s. 43–54.
- Nieminen T, Larja L, Koponen P (2015a). Maahanmuuttajat väestötutkimuksissa. Hyviä käytäntöjä kvantitatiivisen haastattelututkimuksen tekijälle. Helsinki: Tilastokeskus.
- Nieminen T, Sutela H, Hannula U (toim.) (2015b). Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014. Helsinki: Tilastokeskus.
- OECD (2017). *How's Life? 2017 Measuring Well-being*. Chapter 3. Migrants' well-being: Moving to a better life?. Saatavilla: <http://www.oecd.org/statistics/how-s-life-23089679.htm>
- OECD (2018). *Working Together - Skills and Labour Market Integration of Immigrants and their Children in Finland*. s. 14, 24, 101.
- Oikeusministeriö (2018). Häirintä on syrjintää. Policy Brief 1/2018.
- Pankakoski M, Heinävaara S, Sarkeala T, Anttila A (2017). High lifetime probability of screen-detected cervical abnormalities. *Journal of Medical Screening* 24(4), s. 201–207.
- Parikka S, Pentala-Nikulainen O, Koskela T, Kilpeläinen H, Ikonen J, Aalto A-M, Muuri A, Koskinen S, Lounamaa A (2019). Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2017–2018. Saatavilla: thl.fi/finsote.
- Phinney JS, Horenczyk G, Liebkind K, Vedder P (2001). Ethnic Identity, Immigration, and Well-Being: An Interactional Perspective. *Journal of Social Issues*, 57 (3).
- Pirkkalainen P, Wass H, Weide M (2016). Suomen somalit osallistuvina kansalaisina. *Yhteiskuntapolitiikka*, 81(1), s. 69–77.
- Pitkänen V, Saukkonen P, Westinen J (2019). Ollako vai eikö olla? Tutkimus viiden kieliryhmän kiinnittymisestä Suomeen. Helsinki: e2-tutkimus.
- Pitkäniemi J, Heikkinen S, Jousilahti J, Laaksonen M, Seppä K (2017). Savuton, raitis tai normaali-painoinen Suomi. Miten käy uusien syöpien? *Duodecim*, 33, s. 2035–2042.
- Pohjanpää K (2003). Maahanmuuttajien terveydentila. Teoksessa: Pohjanpää K, Paananen S, Nieminen M (toim.). Maahanmuuttajien elinolot – Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamiläisten elämää Suomessa 2002. Elinolot. Raportti 2003:1. Helsinki: Tilastokeskus.
- Pohjanpää K, Paananen S, Nieminen M (toim.) (2003). Maahanmuuttajien elinolot. Venäläisten, virolaisten, somalialaisten ja vietnamiläisten elämää Suomessa 2002. Elinolot 2003:1. Helsinki: Tilastokeskus.

- Power M (2003). Development of a common instrument for quality of life. Teoksessa: Nosikov A, Gudex C (toim.). EUROHIS: Developing a common instrument for health surveys. Amsterdam: WHO.
- Prättälä R, Laatikainen T, Koskinen S, Koponen P (2015). Suomessa asuvien venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisten ruokatottumukset. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 52, s. 317–323.
- Raittio E, AlRamadhani R, Metsäniitty M, Suominen L (2019). Suunterveys. Teoksessa: Skogberg N, Mustonen K-L, Koponen P, Tiittala P, Lilja E, Ahmed Haji Omar A, Snellman O, Castaneda AE (toim.). Turvapaikanhakijoiden terveys ja hyvinvointi - Tutkimus Suomeen vuonna 2018 tulleista turvapaikanhakijoista. Raportti 12. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Raivio R, Holmberg-Marttila D, Mattila K (2014). Patients' assessments of the continuity of primary care in Finland: a 15-year follow-up questionnaire survey. *British Journal of General Practice*, 64(627).
- Rask S, Luoma M-L, Solovieva N, Koskinen S (2012a). Elämänlaatu. Teoksessa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (toim.). Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. s. 213–218.
- Rask S, Martelin T, Nieminen T, Solovieva N (2012b). Osallistuminen ja luottamus. Teoksessa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (toim.). Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. s. 219–228.
- Rask S, Sainio P, Stenholm S, Vaara M, Hurnasti T (2012c). Fyysinen toimintakyky ja liikkumisen apuvälineet. Teoksessa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (toim.). Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi - Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. s. 183–193.
- Rask S, Sainio P, Koponen P, Koskinen S (2015). Toimintakyky ja työkyky. Teoksessa: Nieminen T, Sutela H, Hannula U (toim.). Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014. Helsinki: Tilastokeskus, s. 141–150.
- Rask S, Castaneda AE, Härkänen T, Koponen P, Bergbom B, Toivanen M, Gould R, Koskinen S (2016a). Työttömistä maahanmuuttajista suuri osa on työkykyisiä ja työhaluisia. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 53(1), s. 317.
- Rask S, Paavonen A-M, Lilja E, Koponen P, Suvisaari J, Halla T, Koskinen S, Castaneda AE (2016b). Primääriperheestä erossaolo on yhteydessä somalialais- ja kurditaustaisten maahanmuuttaja-aikuisten hyvinvointiin ja kotoutumiseen Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 81(3), s. 273–287.
- Rask S, Suvisaari J, Koskinen S, Koponen P, Mölsä M, Lehtisalo R, Schubert C, Pakaslahti A, Castaneda AE (2016c). The ethnic gap in mental health: a population-based study of Russian, Somali and Kurdish origin migrants in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health* 44(3), s. 281–290.
- Rask S (2017). Miten maahanmuutto ja suomalaisuus näyttäytyvät tulevaisuuden terveys- ja hyvinvointitutkimuksissa? Puheenvuoro. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 54, s. 251–256.
- Rask S, Elo IT, Koskinen S, Lilja E, Koponen P, Castaneda AE (2018). The association between discrimination and health: findings on Russian, Somali and Kurdish origin populations in Finland. *European Journal of Public Health* 28(5), s. 898–903.
- Rask S, Henriksson M, Anttila H, Kuusio H (2019a). Suositus toiminta- ja työkyvyn arvioinnista kotoutumisvaiheessa. Saatavilla: TOIMIA-tietokanta. Saatavilla: <https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/tms00053>.
- Rask S, Sainio P, Koskinen S (2019b). Kognitiivinen toimintakyky. Teoksessa: Skogberg N, Mustonen K-L, Koponen P, Tiittala P, Lilja E, Ahmed Haji Omar A, Snellman O, Castaneda AE (toim.). Turvapaikanhakijoiden terveys ja hyvinvointi - Tutkimus Suomeen vuonna 2018 tulleista turvapaikanhakijoista. Raportti 12. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M (2013). Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet* 2013, 381, s. 1235–1245.
- Reisel D, Creighton S (2014). Long term health consequences of female genital mutilation (FGM). *Maturitas*, 80, 48–51.
- Rikoksentorjantaneuvosto (2019). Naisiin ja miehiin kohdistuva väkivalta. Saatavilla: <https://rikoksentorjunta.fi/naisiin-ja-miehiin-kohdistuva-vakivalta>.
- Rissanen P (2019). Sosiaali- ja terveystieteet Suomessa. Päätöksenteon tueksi 2/2019. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinninlaitos.

- Robins JM, Rotnitzky A, Zhao LP (1994). Estimation of regression coefficients when some regressors are not always observed. *Journal of the American Statistical Association*, 89, s. 846–866.
- Saari, J (toim.) (2016). *Yksinäisten Suomi*. Helsinki: Gaudeamus.
- Saastamoinen P, Hyppönen H, Kaipio J, Lääveri T, Reponen J, Vainiomäki S, Vänskä J (2018). Lääkärien arviot potilastietojärjestelmistä parantuneet hieman. *Suomen Lääkärilehti* 34/2018, 73, s.1814–1819.
- Saikkonen P, Hannikainen K, Kauppinen T, Rasinkangas J, Vaalavuo M (2018). Sosiaalinen kestävyys: asuminen, segregaatio ja tuloerot kolmella kaupunkiseudulla. *Raportteja* 2/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Salonen A, Raisamo S (2015). *Suomalaisten rahapelaaminen 2015*. Raportti 16/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sanou D, Ngnie-Teta I, Batal M, Mondain N, Andrew C, Newbold BK, Bourgeault UL (2014). Acculturation and nutritional health of immigrants in Canada: A scoping review. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16(1), s. 24–34.
- Sarkeala T, Luostarinen T, Dyba T, Anttila A (2014). Breast carcinoma detection modes and death in a female population in relation to population-based mammography screening. *Springer-Plus*, 3, s. 348.
- Sarría-Santamera A, Hijas-Gómez AI, Carmona R, Gimeno-Feliú LA (2016). A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations. *Public Health Reviews*, 37, s. 28.
- SAS/STAT 9.3 User's Guide (2011). 9.3. Cary, NC.
- Saukkonen P (2018). Kotoutuminen tapahtuu kaupungeissa. OECD:n raportti tarjoaa hyviä neuvoja kotouttamiseen paikallistasolla. Työpapereita: 5. Helsinki: Helsingin kaupunki. Saatavilla: https://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/18_08_27_Tyopapereita_5_Saukkonen.pdf.
- Schmidt S, Muhlan H, Power M (2005). The EUROHIS-QOL 8-item index: psychometric results of a cross-cultural field study. *Eur J Public Health*, 16, s. 420–428.
- Sisäministeriö (2017). Johdanto. Mikä on Suomen kyky vastaanottaa turvapaikanhakijoita? Tarkastelu sisäministeriön hallinnonalan näkökulmasta. Sisäministeriön julkaisu 25/2017. Helsinki, Lönnberg Print & Promo.
- Skogberg N, Laatikainen T, Koskinen S, Vartiainen E, Jula A, Leiviskä J, Härkänen T, Koponen P (2016). Cardiovascular risk factors among Russian, Somali and Kurdish migrants in comparison with the general Finnish population. *European Journal of Public Health*, 24(4), s. 667–673.
- Skogberg N, Laatikainen T, Lundqvist A, Lilja E, Härkänen T (2018). Which anthropometric measures best indicate type 2 diabetes among Russian, Somali and Kurdish origin migrants in Finland? A cross-sectional study. *BMJ Open*, 8(5).
- Skogberg N, Mustonen K-L, Koponen P, Tiittala P, Lilja E, Ahmed Haji Omar A, Snellman O, Castaneda AE (2019). Turvapaikanhakijoiden terveys ja hyvinvointi - Tutkimus Suomeen vuonna 2018 tulleista turvapaikanhakijoista. Raportti 12/19. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Steffens N, Haslam A, Schuh S, Jetten J, van Dick R (2017). A Meta-Analytic Review of Social Identification and Health in Organizational Contexts. *Personality and Social Psychology Review*, 21(4).
- Steger MF, Kashdan TB (2009). Depression and Everyday Social Activity, Belonging, and Well-Being. *Journal of Counseling Psychology*, 56(2), s. 289–300.
- STM (2015). STM:n ohje poikien ei-lääketieteellisestä ympärileikkauksesta. STM/242/2015. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2019). Sosiaalipalvelut. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla: www.stm.fi/sosiaalipalvelut.
- SUDAAN Language Manual, Volumes 1 and 2 (2012). 11.0. Research Triangle Institute. Research Triangle Park, NC.
- Suominen L, Suontausta N (2012). Suun terveys, suunhoitotavat ja tyytyväisyys hoitoon. Teoksessa: Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (toim.). *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa*. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sutela H (2005). *Maahanmuuttajat palkkatyössä*. Teoksessa: Paananen, S. *Maahanmuuttajien elämää Suomessa*. Helsinki: Tilastokeskus.

- Sutela H (2015). Ulkomaalaistaustaiset työelämässä. Teoksessa: Nieminen T, Sutela H, Hannula U (toim.). Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014. Helsinki: Tilastokeskus, s. 83–109.
- Sutela H (2016). Lähi-idästä ja Afrikasta kotoisin olevien naisten kotoutumiseen kiinnitettävä huomiota. *Tieto & trendit - Talous- ja hyvinvointikatsaus 2/2016*.
- Sutela H, Larja L (2015a). Koulutus rakenne. Teoksessa: Nieminen T, Sutela, H, Hannula, U (toim.). Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014. Helsinki: Tilastokeskus. Saatavilla: https://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yyti_uso_201500_2015_16163_net.pdf.
- Sutela H, Larja L (2015b). Maahanmuuton syyt. Teoksessa: Nieminen T, Sutela H, Hannula U (toim.). Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi tutkimus 2014 Helsinki: Tilastokeskus. Saatavilla: www.stat.fi/tup/maahanmuutto/art_2015-10-15_001.html.
- SVT (2014). EU-vaalit 2014. Suomen virallinen tilasto. Helsinki: Tilastokeskus.
- SVT (2015). Eduskuntavaalit 2015. Suomen virallinen tilasto. Helsinki: Tilastokeskus.
- SVT (2017). Kuntavaalit 2017. Suomen virallinen tilasto. Helsinki: Tilastokeskus.
- SVT (2018a). Kuolemansyyt. Suomen virallinen tilasto. Helsinki: Tilastokeskus.
- SVT (2018b). Presidentinvaalit 2018. Suomen virallinen tilasto. Helsinki: Tilastokeskus.
- SVT (2018c). Työvoimatutkimus. Aikasarjatiedot 2009–2018. Suomen virallinen tilasto. Helsinki: Tilastokeskus.
- SVT (2019a). Tulonjakotilasto. Pienituloisuus 2017, Liitetaulukko 2. Kotitalouksien lukumäärät, rakenne ja tulot tuloluokittain vuonna 2017, keskimäärin kotitaloutta kohden. Helsinki: Tilastokeskus. Saatavilla: http://www.stat.fi/til/tjt/2017/02/tjt_2017_02_2019-03-08_tau_002_fi.html.
- SVT (2019b). Ulkomailla syntyneet. Suomen virallinen tilasto. Helsinki: Tilastokeskus.
- SVT (2019c). Väestörakenne. Vuosikatsaus 2018. Suomen virallinen tilasto. Helsinki: Tilastokeskus.
- Suomen Syöpärekisteri (2019). Seulonta. Saatavilla: <https://syoparekisteri.fi/seulonta/>.
- Sutton RM, Farrall S (2005). Gender, Socially Desirable Responding and the Fear of Crime. Are Women Really More Anxious about Crime? *British Journal of Criminology*, 45(2), s. 212–224.
- Tan H, Fischer A, Tinchan P, Stieger M, Steenbekkers L, van Trijp, H (2015). Insects as food: exploring cultural exposure and individual experience as determinants of acceptance. *Food Quality and Preference*, 42(1), s. 78–89.
- Taylor AW, Grande ED, Gill TK, Chittleborough CR, Wilson DH, Adams RJ, Grant J, Phillips P, Appleton S, Ruffin R (2007). How valid are self-reported height and weight? A comparison between CATI self-report and clinic measurements using a large cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 30(3), s. 238–246.
- TEM (2018). Kotopolulla: järjestöt kumppaneina kotouttamisessa. TEM oppaat ja muut julkaisut 11/2018. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- THL (2019). Meille tulee vauva –opas. Saatavilla suomeksi, ruotsiksi, englanniksi, venäjäksi, somaliaksi, saameksi). Saatavilla: https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ja_lastenneuvola/opaat-perheille/meille_tulee_vauva_opas.
- Tilastokeskus (2013). Asuinolot vaihtelevat syntyperän mukaan. Saatavilla: https://www.stat.fi/artikkelit/2013/art_2013-06-03_004.html?s=0.
- Tilastokeskus (2019a). Väestön koulutus rakenne 2018. Ainakin neljännes ulkomaalaistaustaisista suorittanut korkea-asteen tutkinnon. Saatavilla: http://www.stat.fi/til/vkour/2018/vkour_2018_2019-11-05_fi.pdf.
- Tilastokeskus (2019b). Aikuiskoulutukseen osallistuminen. Kielitaito 2017, 3. Useampaa kuin yhtä vierasta kieltä osaa 78 prosenttia suomalaisista. http://www.stat.fi/til/aku/2017/04/aku_2017_04_2018-12-12_kat_003_fi.html.
- Tilastokeskus, TEM (2019). Kototietokanta. 006 Väestö koulutusasteen ja iän mukaan: maakunnat ja suurimmat kaupungit, 1987–2017. Saatavilla: http://kototietokanta.stat.fi/PXWeb/px-web/fi/Kototietokanta/Kototietokanta__tyokay__syntypera__paa/060_koto_syntypera__tyokay_006.px/?rxid=5ade3d90-79db-4572-b209-db3a3c513319
- Toivanen M (2014). Negotiating home and belonging. *Young Kurds in Finland*. Väitöskirja. Turku: University of Turku. <https://www.utupub.fi/handle/10024/98544>.
- Toivanen M, Väänänen A, Kurki A-L, Bergbom B, Airila A (toim.) (2018). Moni osaa! Työpaikkaosaaminen monikulttuurisilla työpaikoilla. Helsinki: Työterveyslaitos.

- Toivanen M, Väänänen A (2018). Pohdinta – työpaikkaosaaminen ja moninainen työelämä. Teoksessa: Toivanen M, Väänänen A, Kurki A-L, Bergbom B, Airila A (toim.). *Moni osaa! Työpaikkaosaaminen monikulttuurisilla työpaikoilla*. Helsinki: Työterveyslaitos. s. 163–174.
- Tuulio-Henriksson A. (2018). Kognitiivisen toimintakyvyn arviointi väestötutkimuksissa. TOIMIA-suositus. TOIMIA-tietokanta. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. url: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/16/>.
- Työnvälitystilasto (2019). Tietokantakuutio 1207. Työnhakijat ammatin, koulutuksen, diagnoosin, kielen ja kansalaisuuden mukaan. Työ- ja elinkeinoministeriö.
- United Nations (2019). Department of Economic and Social Affairs. International Migrant Stock. Saatavilla unmigration.org
- Vaalavuo M, Kauppinen T (2019). Maahanmuuttajien tulot ja omistusasuminen. URMI kaupunki-analyysi VI. Saatavilla: http://urmi.fi/wp-content/uploads/2019/05/URMI_kaupunkianalyysi_tulot_ja_asuminen_korjattu_170519.pdf.
- Valentine N, Bonsel G, Murray C (2007). "Measuring quality of health care from the user's perspective in 41 countries: psychometric properties of WHO's questions on health systems responsiveness." *Quality of Life Research*, 16, s. 1107–1125.
- Valtioneuvosto. (2019) Pääministeri Antti Rinteen hallituksen ohjelma 6.6.2019 OSALLISTAVA JA OSAAVA SUOMI – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Valtioneuvoston julkaisuja 2019:23.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Terveyttä ruoasta – Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014 (2014). Saatavilla: https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/kuluttaja-ja-ammattilaismateriaali/julkaisut/ravitsemussuositukset_2014_fi_web_versio_5.pdf.
- Vehko, T, Aalto, A-M, Sainio, S, Sinervo, T (2016). Potilaiden tyytyväisyys terveysasemien palveluihin. *Suomen Lääkärilehti*, 71(38), s. 2348–2356.
- Vehko T, Hyppönen H, Ryhänen M, Tuukkanen J, Ketola E, Heponiemi T (2018). Tietojärjestelmät ja työhyvinvointi – terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia. *Finnish Journal of EHealth and EWelfare*, 10(1), s. 143–163.
- Virtanen A, Anttila A, Luostarinen T, Malila N, Nieminen P (2015). Improving cervical cancer screening attendance in Finland. *International Journal of Cancer*, 136(6), s. 677–684.
- Vuori H (2013). Terveydenhuollon laatutyön kehitys Suomessa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 50, s. 87–92.
- Väestöliitto (2019a). Väestöliiton materiaalit. Saatavilla: <https://www.vaestoliitto.fi/monikulttuurisuus/tietoa-monikulttuurisuudesta/>.
- Väestöliitto (2019b). Nettikurssi Tasa-arvo ja seksuaalisuus. Saatavilla: <http://www.vaestoliitto.fi/monikulttuurisuus/nettikurssi-tasa-arvo-ja-seksuaa/>.
- Väänänen A, Toivanen M, Koskinen A (2015). Osana työyhteisöä. Teoksessa: Nieminen T, Sute-la H, Hannula U (toim.). *Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014*. Helsinki: Tilastokeskus. s. 111–120.
- WHO (2003). Promoting fruit and vegetable consumption around the world. World Health Organization. <https://www.who.int/dietphysicalactivity/fruit/en/>.
- Wass H, Brog S (2016). Yhdenvertaisuus äänestyskopissa: äänestysaktiivisuus vuoden 2015 eduskuntavaaleissa. Teoksessa: Grönlund K, Wass H (toim.). *Poliittisen osallistumisen erityminen Eduskuntavaalitutkimus 2015. Selvityksiä ja ohjeita, Utredningar och anvisningar*. 28/2016.
- WHOQOL - Measuring Quality of Life (1997). Saatavilla: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.
- Wilmsen B (2013). Family separation and the impacts on refugee settlement in Australia. *Australian Journal of Social Issues (Australian Social Policy Association)*, 48(2), s. 241–262.
- Yhdenvertaisuusvaltuutettu (2018). Yhdenvertaisuusvaltuutetun toimintakertomus eduskunnalle.
- Zacheus T (2010). Liikunnan ja urheilun merkitys maahanmuuttajien kotoutumiselle. *Kasvatus & Aika*, 4 (2), s. 203–235.

LAIT JA ASETUKSET

Suomen perustuslaki 731/1999

Laki kotoutumisen edistämisestä 1386/2010

Valtioneuvoston asetus seulonnoista 339/2011

Yhdenvertaisuuslaki 1325/2014

Liitteet

Liite 1. Tiivistelmän käännökset

Albania

Përmbledhje

FinMonik 2018-2019 është pyetëtori hulumtues më gjithëpërfshirës deri më tani që ka për qëllim popullsinë që janë me origjinë nga jashtë në tërë Finlandën e që janë të lindur në shtetet jashtë saj. Poashtu është hulumtimi i parë, në të cilin u mbledhën të dhëna si mostra që përfaqësojnë popullsinë me origjinë nga jashtë në nivel të krahinave. Objektivë e këtij hulumtimi ishte të jepet një informim i besueshëm për popullsinë me origjinë nga jashtë e moshës madhore (18-64 vjetë) për mirëqenjen dhe shëndetin e tyre si dhe për faktorët mbi të cilët ato mbështeten. Të dhënat e hulumtit janë një përmbledhje e zgjeruar nëpër lëmi të ndryshme jetsore: për shembull rreth cilësisë së jetës, mirëqenjes shëndetsore, pjesëmarrjes në aktivitete sociale dhe shoqërore komunale, përvojat nga diskriminimi, siguria, vështërsi shëndetsore, punësimi dhe aftësimi. Përveç kësaj raporti përshkruan nevojat dhe përdorimin e shërbimeve sociale dhe shëndetsore si dhe shërbimet për punësim dhe shërbime ndaj të ardhurave si dhe besueshmërinë në këto shërbime. Në këtë raport prezantohen rezultatet për popullsinë me origjinë nga jashtë e moshës madhore në tërë Finlandën të grupuara sipas vendeve prej nga kanë ardhur dhe gjinisë. Rezultatet e hulumtit do të mund të përdoren në dobi të planifikimit si dhe të vlerësimit të politikave për integrim, shëndetësi dhe mirëqenje.

Matërgjali hulumtues është mbledhur nga maji i vitit 2018 deri në janar të vitit 2019. Një mostër e hulumtit me (n = 12 877) është marrë nga sistemi informativë i popullsisë nga Qendra e rexhistrimit të popullsisë. Pjesëmarrja në përgjigjeje ndaj pyetjeve është llogaritur në bazë të të gjitha përgjigjeve 53,1 përqind (n = 6 836). Të dhënat janë mbledhur fillimisht me pyetësorë elektronik përmes interneti, të cilat u plotësuan me pyetësorë prej letre dhe me intervista telefonike për ata të cilët nuk ishin përgjigjur në pyetësorët elektronik që i kishin pranuar më parë. Të dhëna referente për FinMonik-hulumtimin janë përdorë të dhënat nga hulumtimi FinSote 2018.

Rezultatet e hulumtit në shumë vende japin një pasqyrë pozitive për shëndetin, mirëqenjen dhe pjesëmarrjen e popullsisë së moshës madhore në Finlandë që janë të ardhur nga shtetet jashtë saj. Pjesa më e madhe e banorëve të ardhur nga jashtë kanë miqë, ata i mbajnë raportet me të afërmit e tyre, nga të cilët ata në rast nevojë përfitojnë ndihma. Shumica e banorëve me origjinë nga jashtë vlerësojnë se janë plotësisht të aftë për punë. Është e kuartë se banorët me origjinë nga jashtë e përdorin alkoholin më rrallë dhe në rastë përdorimi në masë më të vogël krahasuar me gjithë popullsinë.

Përjetimi i diskriminimit kishte shkakuar sfida të veçanta në shëndetin dhe mirëqenjen e banorëve me prejardhje nga jashtë: prej burrave 40 përqind dhe prej femrave 37 përqind kishin përjetuar diskriminim gjatë vitit të fundit. Përveç kësaj ndjenja e pasigurisë te femrat është kërcënim për mirëqenjen e tyre: çdo e dhjeta femër e ka përjetuar pasigurinë në rrugët lokale afër shtëpisë. Sikurse burrat me prejardhje nga jashtë ashtu edhe femrat kishin përjetuar se rrallë herë kanë pasur shëndetë të mirë ose gati të mirë krahasuar me gjithë popullsinë e vendit. Femrat me prejardhje nga jashtë bëjnë stërvitje gjimnastikore gjatë kohës së lirë më rrallë krahasuar me gjithë popullsinë, derisa burrat pijnë duhanë më shumë krahasuar me gjithë popullsinë. Banorët me prejardhje nga jashtë ndjejnë se kanë përfituar shërbime të pamjaftueshme sociale dhe shëndetsore më shpesh se sa e gjithë popullsia e vendit. Megjithatë besimi në institucionet finlandeze për shërbime është veçanërisht i mirë.

Faktorët që rrezikojnë mirëqenjen dhe shëndetin në përgjithësi janë të theksuar posaçërisht në ato grupe të ardhura nga shtetet prej të cilava në përgjithësi të ardhurit kanë pasur statusin e refugjatit. Afërsisht çdo i pesti i ardhur nga Lindja e Mesme dhe Afrika e Veriore ka përjetuar vetmin. Të ardhurit nga Lindja e Mesme dhe nga Afrika Veriore kanë përjetuar poashtu edhe cilësinë më të dobët të jetës krahasuar me tërë popullsinë. Për më tepër ata që vuajnë nga pagjumësia dhe ata që gjumin e bëjnë nën presion ishin në përgjithësi veçanërisht në këto grupe. Të ardhurit nga Lindja e Mesme dhe nga Afrika Veriore poashtu raportojnë më shumë se të tjerët se vuajnë nga diabeti, depresioni dhe problemet shëndetsore psikike. Megjithatë të ardhurit nga Lindja e Mesme dhe nga Afrika Veriore marrin pjesë në veprimtaritë e organizatave, shoqatave dhe klubeve më shpesh se sa të ardhurit nga vendet tjera. Përkatësisht pjesëmarrja e tyre në aktivitetin zgjedhor ishte po aq e lartë sa edhe pjesëmarrja e atyre në grupet e ardhura nga shtetet tjera.

Për zhdukjen e diskriminimit dhe përmirësimin e sigurisë nevojitet një politikë e mirë për raportet në mes të grupeve etnike. Përveç kësaj, posaçërisht nëpër komuna dhe në nivel lokal nevojitet një promovim aktivë i mirëqenjes dhe shëndetit për të eliminuar vetmin, për të rritur aktivitetin sportivë dhe për të zvogluar pirjen e duhanit. Përdorimi në kohën e duhur dhe në masën e duhur i shërbimeve mund të ndihmohet duke përmirësuar çasjen dhe mundësin e përdorimit të këtyre shërbimeve. Veprimtarit qendrore janë për shembull zhvillimi i institucioneve shërbyese dhe i mundësis së arritjes së këtyre shërbimeve, shkollimi profesional si dhe sigurimin që secili do të ketë çasje personale në informatat e institucioneve shërbyese si dhe në mirëmbajtjen e shëndetit dhe të mirëqenjes.

Promovimi i integritimit duke marrë në konsiderim mirëqenjen dhe shëndetin si pjesë e procesit të integritimit, e përmirëson nga ana e tij cilësinë e jetës për popullsinë me origjinë nga jashtë. Rezultatet e hulumtimit nga FinMonik e shtojnë njohurinë, mirëkuptimin dhe të biseduarit për popullsinë e Finlandës me origjinë nga jashtë. Këto njohuri do të duhej të gjenin përdorim të gjerë nëpër organizata të ndryshme për zhvillimin e shërbimeve të tyre si dhe për mbështetjen e integritimit për popullsinë me origjinë nga jashtë.

Fjalë kyçe: FinMonik-hulumtimi 2018-2019, mirëqenja, shëndeti, pjesëmarrja, diskriminimi, siguria, mënyrë jete, aftësi veprimi, nevojë shërbimi, përdorim shërbimi, besimi në shërbime, popullsi me origjinë nga jashtë, të ardhur nga jashtë, popullsi që kanë lindur jashtë

صخلمل

عومي ج فدهمتسي (نايبتسا) يئاصق تسا ثحب لمشأ نألا ىتح ربت عئى 2018 - 2019 FinMonik
 ثحبلا وه ادنلنف يف نونكسيو جراخا يف نيديولمنا الكسلا نم ةيبنجالا لوصالا يوذ كئىلوا
 يوذ الكسلا نع عطاقم لكفب فصاخ تانايبلا نم ةيليثمت ةني ع عمج هيف مت يذلا اذى لوالا
 صاخشالا ءهافرو صوصخب اهب قوئوم تامول عم جاتنل وه ثحبلا فده. ةيبنجالا لوصالا
 نع وه، ةيبنجالا لوصالا يوذ ادنلنف يف الكسلا نم (قن س 64 - 18 م مرام عأ حوارتت نيذلا) نيغلبلا
 يوحاونلا فلتخم نم عس او لكشب ثحبلا ناشب تانايبلا انعمج، مهتيفلخ يف ةرئولم لم او عل
 ةيعامتجالا تايلا عفل يف ءكراشم او ةيهافرل او ةايحل ءدوج ىدم نع لاشملا ليبس ىلع: ةيشي عل
 ميسل من أب صخشلا روحش ىدمو نامالا وشي مهتلاب قوقل عتملا براجتلا، عمت جملاب قوقل عتملا كفتو
 ىل! ءاجلا ريرقتلا يف فصن، كلذ ىل! ءفاضل اب، تارامل او ليغش تال نعو ةيحصلا ةيحوال نم
 ىدمو ءرجهلاب قوقل عتملا رومال او لم عل! ءايح تامدخ ىل! ءاجلا كلذكو، ةيحصلا ةيحوال تامدخ
 ادنلنف يف نيغلبلا الكسلا جئانن ريرقتلا اذى يف ضرعن، تامدخلا يف ءقتلا كلذكو امل عتسا
 جئانن نم ءدافتستالا نك ممل نم، سن جلا وأ ءلودلاب فصاخلا تاعوم جملاب سح ةيبنجالا لوصالا يوذ
 امي يقيقتل كلذكو ةيهافرل او ءحصل او نيوطتلا ءساي سل طيختل ثحبلا.

(n = 12877) ثحبلا ءني ع، 2019 ريانى و 2018 و يام نيب اميف ءرئفلا لال خ ثحبلا داوم انعمج
 ءباجال طاشنلا ىدم روق، ين الكسلا لجلسلا زكمرل الكسلا لي جستل ةيتامول عمل ءموظنملا نم اهان عمج
 ءرامتسالا لوالا ماقملا يف تامول عمل انعمج. (n = 6836) ءئاملا يف 53,1 وه ءباجالا قرط لك عمج ن
 ، ءتاهال لال خ نم تالباقملا و يقرولا نايبتسالا لال خ نم اهتئبعت تومت من ائشي، ءنيورتنكلالا
 ثحب تامول عم انلم عتسا. آينورتنكل! مهفناب نايبتسالا ىلع اوبجي مل نيذلا كئىلوا صوصخب
 - FinMonik - ثحبلا ءنراقملا تامول عملك 2018 FinSote -

يف نيغلبلا الكسلا ءحص ناشب ابياجي! أفصو يوحاونلا نم ديءل يف يطعت ثحبلا جئانن
 مهيدل ناك ةيبنجالا لوصالا يوذ كئىلوا مظعم، مهتكراشمو مهتيفاهرو ةيبنجالا لوصالا يوذ ادنلنف
 دنع اذى ءدعاسملا ىلع مهنم اولصحي مهن ائشي، مهنم نيبرقلا عم نولصوتى اونكو، ءاقصأ
 يوذ نأ حضاولا نم. لملك لكشب لم عل! ىلع نيرداق املاب اوميق ةيبنجالا لوصالا يوذ مظعم. ءاجلا
 ءرمل يف لقا تايكفبو اريثك اردان روقب ءيلو حكلا تابورشمل نوذختسي ةيبنجالا لوصالا
 ن. الكسلا عي ج عم ءنراقم، ءدحاولا

، ةيبنجالا لوصالا يوذ الكسلا ةيهافرو ءحصل تابو عصب صوصخلا هجو ىلع تبست دوق
 ءاسنلا نم ءئاملا يف 37 و لاجرلا نم ءئاملا يف 40 نأ ئي ح: بش يممتل ضرعتلا ناشب براجتلا
 مدعب ءاسنلا روعش ناف كلذل ءفاضل اب، ءريخالا قنسلالا لال خ شيمي متل او ضرعت مهناب اورعش
 نم بيبرقلا عراشلا يف نامالا مدعب رعشت ءاسن رشع لك نم ءارم: ءيهافرل اديدهت ربت عئى نامالا
 نأب الكسلا عي ج عم ءنراقم لقا روقب نورعشي، اذى ءاسنالا ةيبنجالا لوصالا يوذ لاجرلا، اهتئب
 غارفل تاقو ءنشا ءضاي رلا نسرامي ةيبنجالا لوصالا تاوذا ءاسنالا، ءديج ابيرقت وأ ءديج مهتحص
 لوصالا يوذ، الكسلا لك عم ءنراقم رثك روقب نونخدي لاجرلا، الكسلا لك عم ءنراقم لقا روقب
 لك نم رثك روقب ءيهاك ريغ ةيحصو ةيعامتجا تامدخ ىلع نولصحي مهناب نورعشي ةيبنجالا
 ، أء ءديج ءيدنلنفل تامدخلا ءموظنم يف ءقتلا ناف لال لك ىلع، الكسلا

كفت ىدل صوصخلا هجو ىلع دادزت ءحصلالا ىلع رطخ لكشت يتلا لم او عل ءرئو ءيسلا لال
 ءسمخ نيب نم دحاو صخش، دلبلالا ىل! امل اءتنال اءئاش ائببس ءوجللا لكشي يتلا لودلا نم تاعوم جمل
 وأ طسوالا قرشلا نم نومدقلا، ءدحولاب رعشي ايق يرفا لامش وأ طسوالا قرشلا نم نيمدقلا نم صاخشأ
 ناف كلذ ىل! ءفاضل اب، الكسلا عي ج نم ءوس رثك مهتايح ءدوج نأب اذى نورعشي ايق يرفا لامش
 نمو طسوالا قرشلا نم نيمدقلا نأ املك، ءعوم جمل هذ ىدل أء ءئاش مونلا ءانثا سيب اوكل! ءيوروقرالا
 بائتكال ابو يركسل ضررب نيبرخالا نم رثك روقب نوضرمي مهناب اذى اوغلب ايق يرفا لامش
 ايق يرفا لامشو طسوالا قرشلا نم نيمدقلا ناف لال لك ىلع، ءيسفنالا ءحصللا لكاشمبو يسفنالا
 نيبرخالا ةيبنجالا لوصالا يوذ نم رثك روقب يداونلا و تاي عمجل او تامظنملا تايلا ع يف نوكراشي
 ىرخالا لودلا نم تاعوم جملك روقل سفنب عفترم تيوصتلا صوصخب مهطاشن ناف لباقملا يف

ءفاضل اب، نمال نيسحتو شيمي مهتلا ىلع ءاضقلل الكسلا نيب ءديجل تاقال عل ءساي ىل! جاتن
 ءحصل او ءيهافرل زيزعتل قطن لامع! ىل! يل جمل ايوئسملا ىلعو تاي دلبلالا يف ءاج كانه، كلذ ىل!
 تامدخلا لام عتسا معد ان الكملاب، نيخبتلا نم ليقتلا ءضاي رلا ءدايز لال خ نم، ءدحوللا نم صلختلا و

تايلاعفلا. ةحاتم اهل عجو تامدخال رفوت نيسحت لال خ نم، ةعاجل بسحو بس انملا تقولا يف
كلذكو نيي نهملا ميلعتو، تامدخال تاراسمو ةمدخال تاموظنم ريوطت لاثملا ليبس ىلع يه ةيس يىرلا
ةيهافرلاو ةحصللا ىلع عظفاجملا كلذكو ةمدخال تاموظنم نم تامول عملا ىلع درفلا لوصح نم دكأتل

نم نسحت، نيوطوتلا ةيلمع نم ءزجك رابتعالا ني عب ةحصللا ةيهافرلا لئاسم ذخأو نيوطوتلا زيذعت
مهفلاو ةفر عملا ديذت FinMonik - ثحب جئاتن. ةيبنجال لوصلا يوذ نالكسلل ةايحلا ءدوج امتي حان
ىلع تامول عملا نم ءدافتسال بجوت ي. ادنلنف يف ةيبنجال لوصلا يوذ نالكسل انشب راولح او
ةيبنجال لوصلا يوذ كئىل و نيوطوت معدل كلذكو تامدخال ريوطتلا تامظنملا فل تخم يف عساو قاطن
نالكسل نم.

نمألا، شيمهتلا، ءكراشملا، ةحصللا، ةيهافرلا، 2019 - 2018 FinMonik - ثحب: ةمهملا تادرفملا
، تامدخال يف ءقتلا، تامدخال لامعتسا، تامدخال ىل ءعاجل، ةيلاعفلا ىلع تردقلا، ةيشي عملا عابطالا
جراخلا يف نيديولوملا نالكسل، بنجال، نالكسل نم ةيبنجال لوصلا يوذ كئىل و

خلاصه

۲۰۱۸-۲۰۱۹ تاکنون در نوع خود جامع‌ترین تحقیقات پرسش‌نامه‌ای بوده است که روی مطالعه بر همه جمعیت (FinMonik) فین‌مونیک مهاجرینی که در خارج به‌دینا آمده‌اند و در فنلند زندگی می‌کنند، تمرکز کرده است. این همچنین اولین تحقیقی است که طی آن نمونه‌گیری‌های بزرگی از جمعیت‌های خارجیانی که در ولایت‌های مختلف بود و باش می‌کنند، انجام شده است. هدف از انجام تحقیقات این بود که معلومات قابل اعتماد در رابطه با وضعیت آسایش و صحت و همچنین عوامل و پیش‌زمینه‌های موثر بر آنها، در مورد مهاجرین بزرگسالی (۶۴-۱۸ ساله (که در فنلند بود و باش می‌کنند، به‌دست بیاوریم. معلومات تحقیقات به‌صورت گسترده در مورد بخش‌های مختلف زندگی جمع‌آوری شدند، مثلاً در مورد: کیفیت زندگی، وضعیت آسایش، اشتراک در فعالیت‌های گروهی و اجتماعی، احساس امنیت، برداشت شخص از وضعیت صحتی خود، اشتغال و مهارت‌ها. ضمناً در گزارش، تصویری از نیازها به خدمات اجتماعی، صحت و تداوی، اشتغال و خدمات مهاجرین و همچنین استفاده از این خدمات و میزان اعتماد به آنها ارائه می‌شود. در این گزارش نتایج حاصل از تحقیق در مورد مهاجرین خارجی بزرگسال سراسر فنلند، بر مبنای جنسیت و کشورها، نشان داده شده است. از نتایج تحقیقات می‌توان بر نامرئی و ارزیابی سیاست‌های وقایعی، صحتی-تداوی و رفاهی بهره برد.

مواد و مطالب تحقیقات از ما می‌۲۰۱۸ الی جنوری ۲۰۱۹ جمع‌آوری شدند. پاسخ‌دهندگان به تحقیقات (به تعداد ۱۲۸۷۷) با استفاده از معلومات به‌دست آمده از مرکز ثبت احوال نفوس انتخاب شدند. اندازه پاسخگویی، با مد نظر قرار دادن تمامی روش‌ها برای پاسخگویی، فی‌صد (به تعداد ۶۸۳۶) (به‌دست آمد. معلومات در درجه اول از طریق فرم‌های الکترونیکی جمع‌آوری شدند. در مورد کسانی که به ۵۳،۱ فرم‌های الکترونیکی پاسخ ندادند بودند، معلومات با پرسش‌نامه‌های کتبی و مصاحبه‌های تلفنی تکمیل شدند. به منظور تقابل معلومات، تحقیقات ۲۰۱۸ مقایسه شدند (FinSote) با معلومات تحقیقات فین‌سوته (FinMonik) فین‌مونیک.

در موارد مختلف، نتایج تحقیقات تصویری مثبت از وضعیت صحتی، آسایش و اشتراک مهاجرین بزرگسالی که در فنلند بود و باش می‌کنند، ارائه می‌دهد. اکثریت زیاد مهاجرین دوستانی یافته‌اند، با نزدیکان خود در ارتباط هستند و همچنین در صورت نیاز، از طرف آنها حمایت می‌شوند. اکثریت مهاجرین چنین ارزیابی کردند که کاملاً توانایی کار را دارند. مهاجرین، در مقایسه با جمعیت کل کشور، به‌وضوح دفعات کمتری و همچنین مقدار کمتری در هر دفعه، نوشیدنی‌های الکلی استفاده کرده‌اند.

چالش‌هایی که در رابطه با صحت و آسایش جمعیت مهاجرین وجود دارند به‌طور خاص تجربیاتی می‌باشند که با مورد تبعیض قرار گرفتن مربوط هستند: ۴۰ فی‌صد از مردان و ۲۷ فی‌صد از زنان طی یک سال اخیر احساس کرده‌اند که در این رابطه مورد تبعیض قرار گرفته‌اند. ضمناً احساس عدم امنیت در زنان، تهدیدی برای آسایش آنان محسوب می‌شود: از هر ده زن یک زن در سرک‌های نزدیک منزل خود احساس عدم امنیت می‌کند. در مقایسه با جمعیت کل کشور، خارجی‌ها، هم مردان و هم زنان، کمتر سطح صحتی خود را خوب یا نسبتاً خوب ارزیابی کردند. زنان خارجی، در مقایسه با جمعیت کل کشور فعالیت‌های جسمی و ورزشی کمتری در اوقات فراغت خود داشتند و مردان در مقایسه با جمعیت کل کشور بیشتر سگرت می‌کشیدند. تعداد دفعاتی که خارجی‌ها احساس می‌کردند که خدمات اجتماعی و صحتی-تداوی ناکافی هستند، در مقایسه با جمعیت کل کشور بیشتر بود. اما به هر حال اعتماد به سیستم‌های خدماتی در فنلند خیلی خوب بود.

عواملی که برای صحت خطر آفرین هستند و احتمال بروز مشکلات را بیشتر می‌کنند اغلب و خصوصاً در میان آن گروه از خارجی‌ان بیشتر مشاهده شدند که مهاجرت از کشورهای آنها عموماً به دلیل پناهندگی است. تقریباً یک پنجم از کسانی که از خاورمیانه و شمال آفریقا مهاجرت کرده‌اند، احساس تنهایی می‌کردند. کسانی که از خاورمیانه و شمال آفریقا مهاجرت کرده‌اند همچنین احساس می‌کردند که در مقایسه با کل جمعیت، کیفیت زندگی‌شان بدتر است. ضمناً بی‌خوابی و کابوس دیدن، شدیداً در میان این گروه معمول است. همچنین کسانی که از کشورهای خاورمیانه و شمال آفریقا مهاجرت کرده‌اند در مقایسه با دیگران بیشتر خود را دچار به تکلیف شکر خون، افسردگی و مشکلات روحی گزارش داده‌اند. اما به هر حال مهاجرین اهل خاورمیانه و شمال آفریقا به اندازه سایر مهاجرین در فعالیت‌های سازمان‌ها، انجمن‌ها و باشگاه‌ها اشتراک می‌کنند. به همین ترتیب، میزان اشتراک آنها در انتخابات، به‌اندازه سایر مهاجرین سایر کشورهاست.

برای رفع تبعیض و بهبود احساس امنیت نیاز به سیاست‌های خوب میان‌فرهنگی وجود دارد. ضمناً به‌طور خاص در شهرها و محل‌های بود و باش مهاجرین، نیاز به انجام سلسله اقداماتی وجود دارد که فعالانه و عملاً آسایش و صحت‌مندی مهاجرین را بهبود بخشد و احساس تنهایی را از بین ببرد، فعالیت‌های جسمی و ورزشی را بیشتر کند و کشیدن سگرت را کاهش دهند. می‌توان استفاده به‌هنگام و هماهنگ با نیاز از خدمات را با تقویت امکان ارائه و بهبود دسترسی به خدمات ارتقا بخشید. محوریت‌ترین کارها به‌عنوان مثال: توسعه سیستم‌های خدماتی، بهبود روش‌های ارزیابی خدمات، تربیت نیروهای متخصص و همچنین اطمینان از رسیدن معلومات لازم به اشخاص در مورد سیستم‌های خدماتی و همچنین اقدامات در جهت حفظ صحت و آسایش هستند.

به‌عنوان بخشی از پروژه سازگاری با کشور جدید، پیشبرد وقایعی و توجه به مسایل مربوط با آسایش و صحت به سهم خود باعث بهبود کیفیت زندگی جمعیت مهاجرین خارجی می‌شوند. نتایج تحقیقات فین‌مونیک آگاهی، فهم و گفتگو در مورد جمعیت مهاجرین فنلند را بیشتر می‌کند. توصیه می‌شود که از این معلومات به‌طور گسترده در سازمان‌های مختلف به منظور توسعه خدمات و همچنین ارتقای وقایعی جمعیت مهاجرین بهره‌بردار می‌شود.

لغات کلیدی: تحقیقات فین‌مونیک ۲۰۱۸-۲۰۱۹، آسایش، صحت، اشتراک، تبعیض، امنیت، عادات زندگی، توانایی انجام کار، نیاز به خدمات، استفاده از خدمات، اعتماد به خدمات، جمعیت مهاجرین خارجی، خارجی‌ان، جمعیت کسانی که در خارج متولد شده‌اند.

خلاصه

۲۰۱۸-۲۰۱۹ تاکنون در نوع خود جامع‌ترین تحقیقات پرسش‌نامه‌ای بوده است که روی مطالعه بر همه جمعیت (FinMonik) فین‌مونیک مهاجرینی که در خارج به دنیا آمده‌اند و در فنلاند زندگی می‌کنند، تمرکز کرده است. این همچنین اولین تحقیقی است که طی آن نمونه‌گیری‌های بزرگی از جمعیت‌های خارجیانی که در استان‌های مختلف زندگی می‌کنند، انجام شده است. هدف از انجام تحقیقات این بود که اطلاعات قابل اعتماد در رابطه با وضعیت آسایش و سلامت و همچنین عوامل و پیش‌زمینه‌های موثر بر آنها، در مورد مهاجرین بزرگسالی (۱۸-۶۴ ساله که در فنلاند زندگی می‌کنند، به دست بیاوریم. اطلاعات تحقیقات به صورت گسترده در مورد بخش‌های مختلف زندگی جمع‌آوری شدند، مثلا در مورد کیفیت زندگی، وضعیت آسایش، مشارکت در فعالیت‌های گروهی و اجتماعی، احساس امنیت، برداشت شخص از سلامت خود، اشتغال و مهارت‌ها، ضمنا در گزارش، تصویری از نیازها به خدمات اجتماعی، بهداشت و درمان، اشتغال و خدمات مهاجرین و همچنین استفاده از این خدمات و میزان اعتماد به آنها ارائه می‌شود. در این گزارش نتایج حاصل از تحقیق در مورد مهاجرین خارجی بزرگسال سراسر فنلاند، بر مبنای جنسیت و کشورها، نشان داده شده است. از نتایج تحقیقات می‌توان در برنامه‌ریزی و ارزیابی سیاست‌های و فقیایی، بهداشتی-درمانی و رفاهی بهره برد.

مواد و مطالب تحقیقات طی دوره زمانی: می ۲۰۱۸ الی ژانویه ۲۰۱۹ جمع‌آوری شدند. پاسخ‌دهندگان به تحقیقات تعداد ۱۲۸۷۷ (از طریق سیستم اطلاعات جمعیت مرکز ثبت جمعیت انتخاب شدند. شاخص پاسخگویی، با مد نظر قرار دادن تمامی روش‌ها برای پاسخگویی، ۳ درصد) تعداد ۶۸۳۶ (به دست آمد. اطلاعات در درجه اول از طریق فرم‌های الکترونیکی جمع‌آوری شدند. در مورد کسانی که به ۱/۵ فرم‌های الکترونیکی پاسخ ندادند، اطلاعات با پرسش‌نامه‌های کتبی و مصاحبه‌های تلفنی تکمیل شدند. به منظور تقابل اطلاعات، تحقیقات ۲۰۱۸. مقایسه شدند (FinSote) فین‌مونیک با اطلاعات تحقیقات فین‌سوته.

در موارد مختلف، نتایج تحقیقات تصویری مثبت از وضعیت سلامت، آسایش و مشارکت مهاجرین بزرگسالی که در فنلاند زندگی می‌کنند، ارائه می‌دهد. اکثریت غالب مهاجرین دوستانی یافته‌اند، با نزدیکان خود در ارتباط هستند و همچنین در صورت نیاز، از طرف آنها حمایت می‌شوند. اکثریت مهاجرین چنین ارزیابی کردند که کاملا توانایی کار دارند. مهاجرین، در مقایسه با جمعیت کل کشور، به وضوح دفعات کمتری و همچنین مقدار کمتری در هر دفعه، نوشیدنی‌های الکلی استفاده کرده‌اند.

چالش‌هایی که در رابطه با سلامت و آسایش جمعیت مهاجرین وجود دارند به‌طور خاص تجربیاتی می‌باشند که با مورد تبعیض قرار گرفتن مرتبط هستند: ۴۰ درصد از مردان و ۳۷ درصد از زنان طی یک سال اخیر احساس کرده‌اند که در این رابطه مورد تبعیض قرار گرفته‌اند. ضمنا احساس عدم امنیت در زنان، تهدیدی برای آسایش آنان محسوب می‌شود. بیک نفر از هر ده زن در خیابان‌های نزدیک منزل خود احساس عدم امنیت می‌کند. در مقایسه با جمعیت کل کشور، خارجیان، خواه مردان و خواه زنان، کمتر سطح سلامت خود را خوب یا نسبتا خوب ارزیابی کردند. زنان خارجی، در مقایسه با جمعیت کل کشور فعالیت‌های جسمی و ورزشی کمتری در اوقات فراغت خود داشتند و مردان در مقایسه با جمعیت کل کشور بیشتر سیگار می‌کشیدند. تعداد دفعاتی که خارجیان احساس می‌کردند که خدمات اجتماعی و بهداشت-درمان باکافی هستند، در مقایسه با جمعیت کل کشور بیشتر بود. اما به هر حال اعتماد به سیستم‌های خدماتی در فنلاند خیلی خوب بود.

عواملی که برای سلامتی خطر آفرین هستند و احتمال بروز مشکلات را بیشتر می‌کنند اغلب و خصوصا در میان آن گروه از خارجیان بیشتر مشاهده شدند که مهاجرت از کشورهای آنها عموما به دلیل پناهنده‌گی است. تقریبا یک پنجم از کسانی که از خاورمیانه و شمال آفریقا مهاجرت کرده‌اند، احساس تنهایی می‌کردند. کسانی که از خاورمیانه و شمال آفریقا مهاجرت کرده‌اند همچنین احساس می‌کردند که در مقایسه با کل جمعیت، کیفیت زندگی‌شان بدتر است. ضمنا بی‌خوابی و کابوس دیدن، شدیداً در میان این گروه معمول است. همچنین کسانی که از کشورهای خاورمیانه و شمال آفریقا مهاجرت کرده‌اند در مقایسه با دیگران بیشتر ابتلای خود را به دیابت، افسردگی و مشکلات روحی گزارش کرده‌اند. اما به هر حال مهاجرین اهل خاورمیانه و شمال آفریقا به اندازه سایر مهاجرین در فعالیت‌های سازمان‌ها، انجمن‌ها و باشگاه‌ها مشارکت می‌کنند. به همین ترتیب، میزان مشارکت آنها در انتخابات، به اندازه مهاجرین سایر کشورهای است.

برای رفع تبعیض و بهبود احساس امنیت نیاز به سیاست‌های خوب میان‌فرهنگی وجود دارد. ضمنا به‌طور خاص در شهرها و محل‌های زندگی مهاجرین، نیاز به انجام سلسله اقداماتی وجود دارد که فعالانه و عملا آسایش و سلامت مهاجرین را بهبود بخشند و احساس تنهایی را از بین ببرند، فعالیت‌های جسمی و ورزشی را بیشتر کنند و سیگار کشیدن را کاهش دهند. می‌توان استفاده به‌هنگام و هماهنگ با نیاز از خدمات را با تقویت امکان ارایه و بهبود دسترسی به خدمات ارتقا بخشید. محوری‌ترین کارها به‌عنوان مثال: توسعه سیستم‌های خدماتی، بهبود روش‌های ارایه خدمات، تربیت نیروهای متخصص و همچنین اطمینان از رسیدن اطلاعات لازمه به اشخاص در مورد سیستم‌های خدماتی و همچنین اقدامات در جهت حفظ سلامت و آسایش هستند.

به‌عنوان بخشی از پروژه سازگاری با کشور جدید، پیشبرد و فقیایی و توجه به مسایل مرتبط با آسایش و سلامت به سهم خود باعث بهبود کیفیت زندگی جمعیت مهاجرین خارجی می‌شوند. نتایج تحقیقات فین‌مونیک آگاهی، فهم و گفتگو در مورد جمعیت مهاجرین فنلاند را بیشتر می‌کند. توصیه می‌شود که از این اطلاعات به‌طور گسترده در سازمان‌های مختلف به منظور توسعه خدمات و همچنین ارتقای و فقیایی جمعیت مهاجرین بهره‌برداری شود.

لغات کلیدی: تحقیقات فین‌مونیک ۲۰۱۸-۲۰۱۹، آسایش، سلامت، مشارکت، تبعیض، امنیت، عادات زندگی، توانایی انجام کار، نیاز به خدمات، استفاده از خدمات، اعتماد به خدمات، جمعیت مهاجرین خارجی، خارجیان، جمعیت کسانی که در خارج متولد شده‌اند.

Espanja

Resumen

FinMonik 2018–2019 es, con diferencia, la encuesta más completa dirigida al conjunto de la población nacida en el extranjero que vive en Finlandia. También es el primer estudio que recopila, en una muestra representativa, información específica por provincias sobre la población de origen extranjero. El objetivo del estudio fue proporcionar información confiable sobre el bienestar y la salud de la población adulta finlandesa (18–64 años) de origen extranjero y los factores que influyan en este bienestar y salud. Los datos de la investigación se recopilaron ampliamente sobre diferentes aspectos de la vida: por ejemplo, calidad de vida, bienestar, participación en actividades sociales y comunitarias, casos de discriminación, seguridad, salud percibida, empleo y habilidades. Además, el informe describe la necesidad y el uso de los servicios sociales y de salud, así como los servicios de empleo e inmigración y la confianza que se tenga en estos servicios. Este informe presenta los resultados de la población adulta de origen extranjero en Finlandia por grupo de país y género. Los resultados del estudio pueden usarse para diseñar y evaluar políticas de integración, salud y bienestar.

Los datos de la encuesta se recopilaron entre mayo de 2018 y enero de 2019. Se extrajo una muestra del estudio ($n = 12.877$) del Sistema de Información de Población del Centro de Registro de Población. La participación en la encuesta fue 53.1% ($n = 6.836$) incluyendo todos los tipos de respuesta. La información se recopiló principalmente a través de un cuestionario electrónico, complementado con un cuestionario en papel y entrevistas telefónicas para aquellos que no habían completado el cuestionario ellos mismos electrónicamente. Los datos de FinSote 2018 se utilizaron como datos de referencia para la encuesta FinMonik.

En muchos casos, los resultados del estudio proporcionan una imagen positiva de la salud, el bienestar y la inclusión de la población adulta de Finlandia de origen extranjero. La mayoría de las personas de origen extranjero tenían alguna amistad, se mantenían en contacto con sus seres queridos y familiares y también recibían ayuda cuando la necesitaban. La mayoría de las personas de origen extranjero se consideran totalmente capaces de trabajar. El consumo alcohol es significativamente menos frecuentemente y en menor cantidad en comparación con la población total de Finlandia.

En particular, las experiencias de discriminación han generado desafíos para la salud y el bienestar en la población de origen extranjero: el 40% de los hombres y el 37% de las mujeres han experimentado discriminación en el último año. Además, la inseguridad de las mujeres es una amenaza para su bienestar: una de cada diez mujeres experimenta inseguridad en las inmediaciones de su hogar. Son menos los hombres y mujeres de origen extranjero que consideran su salud buena o bastante buena en comparación la población en general. Las mujeres de origen extranjero tenían menos probabilidades de realizar actividad física en su tiempo libre que la población en general, y los hombres fumaban con más frecuencia en la población en general. Los extranjeros sintieron que habían recibido servicios sociales y de salud inadecuados con más frecuencia que la población en general. Sin embargo, la confianza en el sistema de servicio y atención pública de Finlandia es bastante buena.

El malestar y la prevalencia de los factores de riesgo para la salud fueron particularmente pronunciados en grupos de países donde la migración es común debido a la condición de refugiado. Alrededor de una quinta parte de los que se mudaron de Medio Oriente y África del Norte experimentan soledad. Los migrantes del Medio Oriente y África del Norte también sienten que tienen una calidad de vida más baja que la población general. Además, el insomnio y las pesadillas fueron particularmente comunes en este grupo. Los migrantes del Medio Oriente y África del Norte también informan más que sufren de diabetes, depresión y problemas de salud mental. Sin embargo, los inmigrantes del Medio Oriente y África del Norte participaron

en organizaciones, asociaciones y clubes con tanta frecuencia como otros extranjeros. En lo referente en su participación como votantes son iguales de activos que los otros grupos de países.

Se necesita una política de buenas relaciones poblacionales para erradicar la discriminación y mejorar la seguridad. Además, es importante una promoción activa del bienestar y la salud, particularmente a nivel municipal y local, para así eliminar la soledad, aumentar la actividad física y reducir el tabaquismo. El uso oportuno y apropiado de los servicios se puede respaldar mejorando su disponibilidad y accesibilidad. Las acciones clave incluyen, entre otras, mejorar el sistema de servicio y los eslabones de acceso a los servicios, capacitar a los profesionales encargados de los servicios y atención social, así como que cada persona conozca el sistema de servicio y atención social y sepan cómo mantener la salud y el bienestar.

Promover la integración y abordar los problemas de salud y bienestar como parte del proceso de integración contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas de origen extranjero. Los resultados de la encuesta FinMonik ayudan a mejorar el conocimiento, la comprensión, el análisis y discusión sobre la población finlandesa con antecedentes extranjeros. La información debe ser ampliamente utilizada en todas las organizaciones para desarrollar servicios y apoyar la integración de las personas de origen extranjero.

Palabras clave: encuesta FinMonik 2018–2019, bienestar, salud, inclusión, discriminación, seguridad, estilos de vida, capacidad funcional, necesidad de servicios, uso de servicios, confianza en los servicios, población de origen extranjero, población extranjera, población nacida en el extranjero

概要

FinMonik 2018-2019 是目前针对在全芬兰居住的有国外背景人口的最广泛的调查。本调研也是第一次进行有代表性的抽样，收集国内省级行政区的有国外背景居民的特定信息。调研的目的是提供有关居住在芬兰的外国背景成年人口（18-64岁）的福利生活和健康及潜在因素的可靠信息。调研广泛收集了生活不同范围的材料，例如生活质量，福利，参加公共活动与融入社会，被歧视感觉的经历，安全感，健康状况，就业及能力。此外，报告也将描述对社会与保健服务，对就业和移民服务的需求，使用及信任度。本报告介绍全芬兰有外国背景的成年人口按国家及性别分组的结果。调研结果有益于在融合，健康和福利政策方面的计划和评估。

调查材料是在2018年5月和2019年1月期间收集的。调查抽样（12 877 人）收集于民政登记处人口信息系统。从各种调查方式得到回应的比率是53,1%（6836人）。信息收集首先以填写电子表格问卷为主，并以对没有填写电子表格者，进行纸质问卷调查和电话采访作为补充。调查对比数据是 FinSote 2018 调查的信息。

研究结果在许多方面提供关于居住在芬兰的移民背景的居民的健康，福利生活和融入社会的积极的印象。大多数有外国背景的人有朋友，他们跟亲属保持密切关系，在需要的时候可以得到帮助。大多数外国移民的自我评估都是完全有能力工作的。外国移民少饮酒而且每次的饮用量明显比本地居民少。

对外国移民背景人的健康，幸福生活有挑战的主要是感受到被歧视：有40 % 的男性和37 % 的女性在过去的一年里经历过歧视。此外，妇女经历的不安全感会威胁到她们对生活幸福的感受：十分之一的女性在居住附近的街道上感觉到不安全。外国移民背景无论男女感觉自己健康状况良好或者比较好比本地全民少。外国移民背景女性的业余时间运动比本地居民少，男性比本地居民吸烟多。外国移民背景的人比本地居民对社会及健康服务感到不足。但是，对芬兰服务系统有良好的信任感。

在那些因难民身份移民的国家普遍不幸福感和健康危机感因素存在。来自中东及北非的移民大约五分之一一感觉到孤独。来自中东及北非的移民也感觉生活质量比全国人口差。此外在这群人中经常经历失眠与噩梦。自中东及北非的移民有比平均数更多的糖尿病，抑郁症及精神问题。但是，来自中东和北非的移民与其他移民一样经常参加组织，协会和俱乐部的活动。他们在选举中的投票率与其它国家分组一样高。

为了消除歧视和促进安全，需要制定改善人口群体关系的政策。此外，特别是在市政和地方一级需要积极促进丰富生活和保健工作，以消除孤独感，增加体育锻炼和减少吸烟。通过提高服务的可用性和方便性，以支持在需要的时候和适当使用服务。关键行动包括开发服务系统和增加服务途径，培训专业人员并确保个人获取有关服务系统及保健的信息。

促进融入社会且注意福利与安康问题会改善有外国背景的移民的生活质量。FinMonik 调研成果会增加对在芬兰移民背景居民知识，理解及讨论。调查所获得的信息应该在各种组织与机关广泛地充分利用于修改他们提供的服务，并且支持有移民背景的人士融入芬兰社会。

关键词: FinMonik调研2018-2019, 安康, 福利, 健康, 参与, 歧视, 安全, 生活方式, 活动能力, 需要服务, 使用服务, 信任服务, 外来移民, 外国背景人, 外国人, 非芬兰土生人士

پوخته

بەر بلۆترین لیکۆلینەو هی راپرسییه که لەسەر کۆمەڵەئە نوێ کەسانەئە که بەر مچەلمەک بیانی و لە 2019-2018 FinMonik تا نێستا دەر مەوێ فیئەلەند لەمادیک بوون، کرابێت. هەر وەها نوێ یەکم لیکۆلینەو مێه که تێیدا لە رێگەئە کۆکردنەو هی زانیاری لەسەر بەشێکی دیاری کراوی کۆمەلگە، زانیاری لەسەر کەسانی بەر مگەز بیانی پارێزگا جیاواژەکان کۆکراوە. نامانجی لیکۆلینەو مە و دەست هێنانی زانیاری باوەر پێکراو لەسەر خۆشگوزەران و تەندروستی و هەر وەها هۆکارە کار یگەرەکانی نوێ بابەتەئە کەسانی بەر مگەز بیانی سەر ووی تەمەنی یاسایی (کەسانەئە تەمەن 18 تا 64 (لە فیئەلەند بوو. زانیاری لیکۆلینەو مە بە شیو مێکی بەر بلۆ لە بەشە جیاواژەکانی ژیان کۆکراوە: بۆ وێنە چۆنیمتی ژیان، خۆشگوزەران، بەمشاری کردن لە چالاکیه کۆمەلایهتییهکان و کۆمەلگەیهکان، نەزموو نەکانی جیاکاری، ناسایش، نەمو بارە تەندروستییهی هەست پێدەکریت، کار و زانیان هێندیک لەو بەشانەن. هەر وەها لە راپۆرتەکاندا پێویستی بەکار هێنانی خزمەتگوزاری و باوەر پێکردنی خزمەتگوزارییهکانی کۆمەلایهتی و تەندروستی و هەر وەها خزمەتگوزارییهکانی ژبانی کار و کۆچبەرەن روون دەرکەرتەو. لەو راپۆرتەدا ناکامەکانی راپرسی هەموو کۆمەلگەئە بەر مچەلمەک بیانی لە فیئەلەند بە پێی و لات و رەگەز (جنسیهت (پێشکەش دەرکەرت. دەرکەرت لە کاتی بەر نامەدانان و هەلەسەنگەندنی سیاسەتی خۆگەنجانەن، تەندروستی و خۆشگوزەرانیدا کەلمەکانی لیکۆلینەو مە وەر بگێریت.

زانیارییهکانی لیکۆلینەو مە لە مانگی پێنجی 2018 راپۆرتە مانگی یەکی 2019 کۆکراوە. نەمو بەشەئە لیکۆلینەو مە لەسەر کرا (بەمشاران = 12877 (لە سیستەمی بەنکەئە ناماری کۆمەلگە هەلێزێردەران. بە گشتی چالاکی لە وەلامەدانەو مە 53،1 (لە سەد بوو) (بەمشاران = 6836). زانیارییهکان لە یەکمە باروودخدا بە فورمی تێلیکترۆنی کۆکراوە. لەو باروودخدا که کەسەکه خۆی بە فورمی تێلیکترۆنی وەلامە ناداو وە زانیارییهکانی FinMonik بە فورمی کاغەزی و گەفت گۆی تەلفۆنی زانیارییهکان کۆکراوە. وەک زانیاری هەلەسەنگەندنی لیکۆلینەو مە بەکار هێنارون 2018 FinSote لیکۆلینەو مە.

نەجامەکانی لیکۆلینەو مە که زۆر بەشدا وێنەیهکی نەریهتی لەسەر تەندروستی، خۆشگوزەران و بەمشاری کردنی کەسانی سەر ووی تەمەنی یاسایی بەر مچەلمەک بیانی لە و لات فیئەلەند دەدات. بەشێکی گەورەئە کەسانی بەر مچەلمەک بیانی هاروینان هەبوو، لەگەڵ کەسانی نێزیکیان لە پەيوەندی دا بوون و لە کاتی پێوستدا هواروایان لێو دەرکەرتن. زۆر بەئە کەسانی بەر مچەلمەک بیانی مەزەندیان کرد که بە تەواوی توانایی کاریان هەبێت. کەسانی بەر مچەلمەک بیانی بەر اوورد بە هەموو کۆمەلگە بە رادیهیهکی بەر چاو دەرنگ تر و لە جارێک دا کەستەریان نالکۆل بەکار دێنا.

بە تابهتی هەستکردن بە جیاکاری گەرفتی بۆ تەندروستی و خۆشگوزەران کۆمەلگەئە کەسانی بەر مچەلمەک بیانی دروست دەرکەرت: لە پیاو مەکان 40% لە سەت و لە ژنەکان 27% لە سەت لە ماوهی یەک سالی رابردوودا هەستیان بە جیاکاری کردبوو. هەر وەها نەمو نەبوونی ناسایشی ژنەکان هەستی پێدەکەن هەر مەشایه بۆ خۆشگوزەران: هەر یەک لە دە ژن هەست بە نەبوونی ناسایش لە رێگاوبانەکانی نێزیک مانی خۆی دەرکەرت. هەم ژنان و هەم پیاوانی بەر مچەلمەک بیانی بەر اوورد بە هەموو کۆمەلگە کەم تر هەستیان بە باشی یان تا رادیهیهکی باشی تەندروستیان دەرکەرت. ژنانی بەر مچەلمەک بیانی بەر اوورد بە هەموو کۆمەلگە بە دەرنگتر و مەزەندیان دەرکەرت، و پیاو مەکان بەر اوورد بە هەموو کۆمەلگە زۆر تر جگەر میان دەرکەرتا. کەسانی بەر مچەلمەک بیانی بەر اوورد بە هەموو کۆمەلگە زۆر تر راپان و ابو که بە رادهی پێویست خزمەتگوزاریه کۆمەلایهتی و تەندروستیان وەر نەگەرتەو. بەلام باوەر پێکردن بە سیستەمەکانی خزمەتگوزاری فیئەلەندی لە رادیهیهکی باش دایه.

خراب بوون و هۆکارە مەتر سیدارەکانی تەندروستی بە تابهتی لە ناو گروپی نوێ و لاتانەئە بە هۆی ناواریه کۆچیان لێ کراوه باوتر بوو. نێزیکیهی یەک لە پێنج کۆچبەری و لاتەکانی رۆژ هەلاتی ناو مەرست و باکووری نەفریقا هەستیان بە تابهتی دەرکەرت. کۆچبەرانی رۆژ هەلاتی ناو مەرست و باکووری نەفریقا بەر اوورد بە هەموو کۆمەلگە زۆر تر هەستیان بە خراب بوونی چۆنیمتی ژبانیان دەرکەرت. جگەلمەش بی خومی و دیتنی مۆتە یا مۆتەکه (خومی ناخۆش (لە ناو نوێ گروپیدا بە شیو مێکی بەر چاو باو بوون. نەمو کەسانەئە لە رۆژ هەلاتی ناو مەرست و باکووری نەفریقا راپۆرتیان داوه که زۆر تر لە وانی تر تووشی نەخۆشییهکانی دیابیت و خەموکی دەبن و گەرفتی دەر وونیان هەیه. بەلام نوێ کەسانەئە لە رۆژ هەلاتی ناو مەرست و باکووری نەفریقا راپۆرتیان داوه که زۆر تر لە وانی تر تووشی نەخۆشییهکانی دیابیت و خەموکی دەبن و گەرفتی دەر وونیان هەیه. رێکخراو، یهکیهتی و کۆمەلمەکان دا دەرکەن. جگەلمەش چالاکیه دەرنگەدانێ نوێان هوارتا بوو لەگەڵ گروپەکانی تری و لاتان.

بۆ لەناو بردنی جیاکاری و باشکردنی ناسایش پێویست بە سیاسەتی باشی پەيوەندییهکانی کۆمەلگا هەیه. هەر وەها بەتابهت لە شار ووانی و لە ناستی خۆجینی دا پێویست بە کار یکی چالاک بۆ گەشەپێدانی خۆشگوزەران و تەندروستی بۆ لە ناو بردنی تەنایی، زیادکردنی مەرز و کەسکەرنەو مە جگەرە کێشان هەیه. بە گەشە پێدانی هەبوون و دەست پێگەشتنی ناسانی خزمەتگوزارییهکان، دەرکەرت پالێشتی بە کار هێنانی خزمەتگوزارییهکان لە کاتی خۆی و لە کاتی پێویست دا بکەرت. گەرنگترین کار مەکان بۆ وێنە بریتین لە گەشە پێدانی سیستەمی خزمەتگوزاری و رێگەکانی وەرگەرتنی خزمەتگوزاری، راپهێنانی کەسانی کارناس و دلنیا بوون لە گەشتنی زانیاری لەسەر سیستەمی خزمەتگوزاری به کەسەکه و هەر وەها راپهێنانی تەندروستی و خۆشگوزەران.

گهشه پندان به خوگونجانندن و له بهر چاوگرتتی پرسهکانی خوشگوزهرانی و تهندروستی و مک بهشینک له پرؤسهی خوگونجانندن، ژبانی زانین، تیگهپشتن و گفتوگو لهسهر کسانانی FinMonik کومهلگهی کسانانی به رهچهلک بیانی بهر مو باشی دهبات. نهنجامهکانی لیکولینهوهی به رهگهر بیانی له فینلهمند زیاد دهکهن. دهیی نمو زانناربیانه به شئوهیهکی بهربلأو له ریکخراوه جیاوازهکان بو گهشه پندانی خزمهتگوزار بیهکان و پال پشتی کردنی خوگونجانندی کسانانی به رهگهر بیانی بهکار بین

خوشگوزهرانی، تهندروستی، بهشداری بوون، جیاکاری ناسایش، «FinMonik 2018-2019» وشه سهر مکیهکانی لیکولینهوه: لیکولینهوهی شیوازی ژبان، توانایی، پئویستی به خزمهتگوزاری، بهکار هینانی خزمهتگوزاری، باور کردن به خزمهتگوزاری، کومهلگهی کسانانی به رهچهلک بیانی، بیانییهکان، کومهلگهی لهدایک بوو له ولاتانی بیانی

Streszczenie

FinMonik 2018–2019 jest jak dotąd najszerszym badaniem ankietowym skierowanym do osób mieszkających na terenie Finlandii, ale urodzonych poza jej granicami. To także pierwsze badanie, które w oparciu na reprezentatywnej próbie prezentuje informacje dotyczące miejsca zamieszkania osób obcego pochodzenia. Celem badania było zdobycie wiarygodnych informacji na temat samopoczucia i zdrowia osób dorosłych (w wieku 18–64 lat) obcego pochodzenia w Finlandii oraz czynników leżących u ich podstaw. Dane do badania zbierano szeroko z różnych obszarów: na przykład na temat jakości życia, dobrego samopoczucia, uczestnictwa w działalności socjalnej i społecznej, doświadczeń dotyczących dyskryminacji, bezpieczeństwa, oceny zdrowia, zatrudnienia i umiejętności. Dodatkowo raport opisuje zapotrzebowanie na usługi socjalne i zdrowotne oraz usługi związane z rynkiem pracy i w zakresie imigracji, ich wykorzystanie oraz zaufanie do nich. W raporcie prezentowane są wyniki dla osób dorosłych obcego pochodzenia z podziałem według grup krajów i płci. Wyniki badania można wykorzystać podczas planowania polityki integracyjnej, zdrowotnej i opieki socjalnej oraz do jej oceny.

Materiał do badania zebrano w okresie między majem 2018 r. a styczniem 2019 r. Próbę do badania (n=12 877) wybrano z systemu informacji o ludności Centralnego Rejestru Ludności Västöräkisterikeskus. Poziom realizacji próby, uwzględniając wszystkie możliwości udzielenia odpowiedzi, wyniósł 53,1 procent (n=6836). Informacje były zbierane przede wszystkim na podstawie wypełnionych formularzy elektronicznych, uzupełnianych ankietami papierowymi i wywiadami telefonicznymi w przypadku tych, którzy nie odesłali ankiety elektronicznej. Jako dane porównawcze do badania FinMonik wykorzystano dane z badania FinSote 2018.

Wyniki badania przynoszą w wielu miejscach pozytywny obraz zdrowia, samopoczucia i zaangażowania mieszkających na terenie Finlandii osób dorosłych obcego pochodzenia. Większość z nich utrzymywała przyjaźnie oraz kontakty z osobami bliskimi, które w razie potrzeby im pomagały. Większość osób obcego pochodzenia oceniała, że jest w pełni zdolna do pracy. W porównaniu z całą ludnością osoby obcego pochodzenia znacznie rzadziej i w mniejszych ilościach piły alkohol.

Wyzwaniem dla zdrowia i dobrego samopoczucia ludności obcego pochodzenia były szczególnie doświadczenia związane z dyskryminacją: 40 procent mężczyzn i 37 procent kobiet doświadczyło dyskryminacji w ciągu ostatniego roku. Dodatkowo odczuwane przez kobiety poczucie braku bezpieczeństwa jest zagrożeniem dla dobrego samopoczucia: co dziesiąta kobieta doświadczyła poczucia zagrożenia w okolicy swojego domu. W porównaniu z całą populacją zarówno mężczyźni, jak i kobiety obcego pochodzenia rzadziej ocenili swoje zdrowie jako dobre lub całkiem dobre. Kobiety obcego pochodzenia rzadziej niż cała populacja w czasie wolnym uprawiały sport, a mężczyźni częściej sięgali po papierosy. Osoby obcego pochodzenia częściej niż cała populacja oceniały, że otrzymały wystarczającą ilość usług socjalnych i zdrowotnych. Jednak zaufanie do fińskiego systemu usług jest bardzo wysokie.

Złe samopoczucie i powszechność czynników ryzyka dla zdrowia szczególnie zaznaczyły się w tych grupach krajów, z których imigracja była powszechna ze względu na problem uchodźstwa. Mniej więcej co piąta osoba, która przybyła z Bliskiego Wschodu lub Afryki Północnej, doświadczyła samotności. Imigranci z Bliskiego Wschodu lub Afryki Północnej oceniają także jakość swojego życia znacznie gorzej niż reszta populacji. W tej grupie szczególnie częste są także bezsenność i koszmary nocne. Według informacji podanych przez imigrantów z Bliskiego Wschodu i Afryki Północnej, częściej niż inni chorują oni na cukrzycę, depresję i borykają się z problemami psychicznymi. Jednak imigranci z Bliskiego Wschodu i Afryki Północnej również często jak inne osoby obcego pochodzenia uczestniczą w działalności organizacji, związków i

towarzystw. Odpowiednio ich aktywność w wyborach jest równie wysoka, jak w innych grupach krajów.

W celu wyeliminowania dyskryminacji i poprawy bezpieczeństwa konieczna jest polityka dobrych stosunków. Ponadto, szczególnie na poziomie gmin i lokalnie, potrzebna jest aktywna praca nad wspieraniem dobrego samopoczucia i zdrowia w celu wyeliminowania samotności, zwiększenia aktywności fizycznej i ograniczenia palenia tytoniu. Terminowe i zgodne z potrzebami wykorzystanie usług można wspierać, poprawiając ich dostępność. Najważniejszymi środkami są na przykład rozwijanie systemu usług i ścieżki usług, szkolenie fachowców oraz zapewnienie, że jednostka otrzyma informacje na temat systemu usług, w celu utrzymania zdrowia i dobrego samopoczucia.

Wspieranie integracji i uwzględnienie problemów socjalnych i zdrowotnych jako części procesu integracji poprawiają z kolei jakość życia ludności obcego pochodzenia. Wyniki badania FinMonik zwiększają poziom wiedzy i empatii oraz powodują, że więcej się mówi na temat ludności obcego pochodzenia w Finlandii. Dane winny zostać szeroko wykorzystane przez różne organizacje w celu rozwijania usług oraz wspierania integracji osób obcego pochodzenia.

Słowa kluczowe: Badanie FinMonik 2018–2019, dobre samopoczucie, zdrowie, zaangażowanie, dyskryminacja, bezpieczeństwo, styl życia, zdolność do funkcjonowania, zapotrzebowanie na usługi, wykorzystanie usług, zaufanie do usług, ludność obcego pochodzenia, obcokrajowcy, ludność urodzona poza granicami kraju

Résumé

FinMonik 2018-2019 est, jusqu'à présent, l'enquête la plus vaste ciblée sur la population d'origine étrangère née à l'étranger qui réside en Finlande. C'est également la première enquête qui a permis de collecter des données par régions sur la population d'origine étrangère, au moyen d'échantillons significatifs. L'enquête a pour objectif de fournir des informations fiables sur la population adulte d'origine étrangère de la Finlande (18-64 ans), relatives au bien-être et à la santé, ainsi que sur les facteurs sous-jacents. Les données d'enquête ont été largement recueillies à partir des différents domaines de la vie, par exemple, la qualité de vie, le bien-être, la participation aux activités sociales et citoyennes, les expériences en matière de discrimination, la sécurité, l'état de santé ressenti, l'emploi et les compétences. De plus, dans le rapport, on décrit les services sanitaires et sociaux, ainsi que le besoin et l'utilisation des services du monde du travail et de l'immigration, ainsi que la confiance dans ces services. Ce rapport présente les résultats de la population adulte d'origine étrangère de toute la Finlande, par groupe de pays et par genre. Les résultats de la recherche peuvent être exploités dans la planification et l'évaluation de la politique en matière d'intégration, de santé et de bien-être.

Les documents de la recherche ont été collectés de mai 2018 à janvier 2019. L'échantillon utilisé (env. = 12877) a été prélevé dans le système d'information sur la population du Registre de la population. En tenant compte de tous les modes de réponse, on a obtenu un taux de réponse de 53,1 pour cent (env. = 6 836). Les données ont été collectées en premier lieu via un formulaire électronique, qui a été complété par un questionnaire papier et des interviews par téléphone, en ce qui concerne ceux qui n'ont pas répondu au questionnaire en ligne. Les données de l'enquête FinSote 2018 ont été utilisées comme données de comparaison de l'enquête FinMonik.

Les résultats de l'enquête fournissent dans de nombreux domaines une image positive sur la santé, le bien-être et la participation de la population adulte d'origine étrangère de la Finlande. La plupart des personnes d'origine étrangère avait un ami, étaient en contact avec leurs proches, et étaient aidées par ceux-ci au besoin. La majeure partie des personnes d'origine étrangère estime être en pleine capacité de travail. Les personnes d'origine étrangère consommaient de l'alcool nettement plus rarement et en moindres quantités, comparé au reste de la population.

Les défis majeurs pour la santé et le bien-être rencontrés par la population d'origine étrangère étaient dûs en particulier aux expériences discriminatoires susceptibles : parmi les hommes, 40 pour cent et les femmes 37 pour cent avaient expérimenté une forme de discrimination au courant de cette dernière année. De plus, le sentiment d'insécurité expérimenté par les femmes représente une menace pour le bien-être, et une femme sur dix a ressenti l'insécurité dans les rues proches de son domicile. Aussi bien les hommes que les femmes d'origine étrangère avaient le sentiment d'être en bonne ou relativement bonne santé par rapport au reste de la population. Les femmes d'origine étrangère pratiquaient plus rarement des activités physiques pendant leur temps libre que le reste de la population, et les hommes fumaient plus couramment que le reste de la population. Les personnes d'origine étrangère ont eu le sentiment d'avoir bénéficié de services sanitaires et sociaux insuffisants par rapport au reste de la population. Toutefois, la confiance dans le système de services finlandais est assez bonne.

La fréquence du mal-être et des facteurs de risque de la santé ont été mis en évidence, en particulier dans les groupes de pays où la migration est courante en raison des flux de réfugiés. Près d'un cinquième des personnes venues du Proche-Orient et d'Afrique du Nord éprouvaient un sentiment de solitude. Les personnes qui ont déménagé du Proche-Orient et de l'Afrique du Nord ressentaient aussi leur qualité de vie comme moins bonne par rapport au reste de la population. De plus, l'insomnie et les cauchemars étaient fortement courants dans ce groupe de population. Les personnes qui ont déménagé du Proche-Orient et de l'Afrique du Nord

ont aussi communiqué souffrir plus que les autres de diabète, de dépression et de troubles psychiques. Toutefois, les personnes qui ont déménagé du Proche-Orient et de l'Afrique du Nord participaient aux activités des organisations, des associations et des clubs aussi souvent que les autres personnes d'origine étrangère. Respectivement, leur taux de participation aux élections était aussi élevé que dans les autres groupes de pays.

Pour lutter contre la discrimination et pour améliorer la sécurité, on a besoin d'une bonne politique démographique. De plus, en particulier dans les communes et au niveau local, on a besoin d'un travail actif visant la promotion du bien-être et de la santé pour supprimer la solitude, renforcer les activités physiques et réduire le tabac. L'utilisation des services nécessaires en temps voulu peut être mieux soutenue en améliorant la disponibilité et l'accessibilité aux services. Parmi les mesures essentielles figurent, entre autres, le développement des systèmes et créneaux de service, la formation de professionnels, ainsi que l'assurance de l'information de l'individu à partir du système de service et pour la protection de la santé et du bien-être.

La promotion de l'intégration, et la prise en compte des questions liées au bien-être et à la santé en tant que partie intégrante du processus d'intégration améliorent, pour leur part, la qualité de vie des personnes d'origine étrangère. Les résultats de l'enquête FinMonik renforcent les connaissances, la compréhension et le dialogue sur la population d'origine étrangère de la Finlande. Il faudrait largement exploiter les données dans le développement des services de diverses organisations, ainsi que pour soutenir l'intégration de la population d'origine étrangère.

Mots-clés : Enquête FinMonik 2018-2019, bien-être, santé, participation, discrimination, sécurité, modes de vie, capacité, besoin de services, utilisation des services, confiance dans les services, population née à l'étranger, étrangers, population d'origine étrangère

Somali

Soo koobid

FinMonik 2018-2019 waa cilmibaarista su'aalo-weydiinta ah ee illaa iyo hadda ugu ballaaran ee loogu talagalay dhammaan dadka Finland deggan ee dibadda ku dhashay asal ahaanna ajnabi ah. Sidoo kale waa cilmibaaristi ugu horreysay, oo lagu uruurinayo macluumaad gobollada ku wajahan oo tiro badan, kaas oo ku saabsan dadka asal ahaan ajnabiga ah. Hadafka cilmibaaristu waa in la soo saaro macluumaad lagu kalsoonaan karo oo ku saabsan dadka qaangaarka ah ee asal ahaan ajnabiga ah ee Finland jooga (18-64 sano jiryada) nololwanaagooda, caafimaadkooda iyo saameeyayaashooda dahsoon. Macluumaadka cilmibaarista waxaa si baaxad leh looga uruuriyay dhinacyada nolosha ee kala duduwan: tusaale ahaan tayada nolosha, nololwanaagga, ka qaybqaadashada waxqabadka bulshada iyo ummadda, waayo-aragnimada takoorka, ammaanka, qiilqiilnimada caafimaadka, shaqaaloobista iyo aqoonta. Waxaa kale oo warbixinta lagu sharraxayaa adeegyada sooshalka iyo caafimaadka iyo baahida adeegyada nolosha shaqada iyo u soo guurista dalka iyo kalsoonida lagu qabo adeegyada. Warbixintan waxaa lagu soo bandhigayaa natiiyooyinka dhammaan dadka asal ahaan ajnabiga ah ee Finland jooga, gaar ahaan kuwa qaangaarka ah oo loo kala qaybinayo dalalka ay ka soo jeedaan iyo jinsigooda. Natijada cilmibaarista waxaa looga faa'iidayaan karaa qorshaha iyo qiimeynta siyaasadda laqabsashada, caafimaadka iyo nololwanaagga.

Xogaha cilmibaarista waxaa la uruuriyay mudadi u dhexeysay Maaajo 2018 iyo Janaayo 2019. Qaybta cilmibaarista lagu sameeyay (qiyaasta = 12 877) waxaa laga soo qaatay Nidaamka macluumaadka dadka ee Xarunta rajistareeshinka dadka. Firfircoonida jawaabta waxaa iyadoo lagu xisaabinayo hababka jawaabta laga helay 53,1% (qiyaasta: 6836). Macluumaadka waxaa ugu horreyn lagu uruuriyay foom elektroonig ah, kaas oo dadki aan su'aalo-weydiinta uga jawaabin qaab elektroonig ah looga dhammaystiray su'aalo-weydiin warqad ah iyo wareysiyo khadka telefoonka ah. Macluumaadka cilmibaarista ee FinSote 2018 ayaa loo isticmaalayaa isbarbardhigga macluumaadka ee cilmibaarista FinMonik.

Natiiyooyinka cilmibaaristu waxay dhinacyo badan ka bixinayaa sawir wanaagsan oo ku saabsan dadka qaangaarka ah ee Finland oo asal ahaan ajnabiga ah caafimaadkooda, nololwanaagooda iyo ka qaybqaadashooda. Inta badan dadka asal ahaan ajnabiga ah waxay leeyihiin saaxiib, waxay la xiriiraan ehelkooda, kuwaas oo xittaa haddii loo baahdo ay caawimaad ka helaan. Aqlabaniyadda dadka asal ahaan dibadda ka soo guuray waxay sheegeen in ay si buuxda u awoodaan shaqo qabashada. Dadka asal ahaan dibadda ka soo jeeda waxay markiiba isticmaalaan khamri waxa badan ka yar kan ay isticmaalaan dadka oo dhan.

Dhibaatooyinka caafimaadka iyo nololwanaagga dadka asal ahaan dibadda ka soo jeeda waxaa si gaar ah u sababa noqoshada qof la takooray: ragga 40% iyo dumarka 37% ayaa la kulmay takoorid inti lagu jiray sannadki la soo dhaafay. Waxaa intaas dheer in ammaan la'aanta ay dumarku dareemayaan, taas oo halis ku ah nololwanaagga: tobankii dumar ahba hal ayaa waddooyinka gurigeeda u dhow ku dareentay ammaan la'aan. Ragga iyo dumarka ka soo dibaddu waxay caafimaadkooda u arkaan in uu wanaagsan ama uu iska yara wanaagsan si ka yar sida ay u arkaan dadweynaha kale. Jimicsiga ay hiwaayad ahaan u sameeyaan dumarka asal ahaan ka soo jeeda dibadda wakhtiga firaaqadu waa mid aad uga yar kan dadweynaha, ragguna waxay sigaarka u cabaan si ka badan sida dadweynuhu u cabaan. Dadka asal ahaan dibadda ka soo jeeda waxay u arkaan in aysan helin adeegyada sooshalka iyo caafimaadka oo ku filan marka la barbardhigo dadweynaha oo dhan. Si kastaba ha ahaatee kalsoonida ay ku qabaan nidaamka adeegyada Finnishku waa mid fiican.

Baahsanaanta dareen xumida iyo halis wadayaasha caafimaadku waxay si gaar ah uga muuqdaan koox -wadaneedyada sababta ay dalkan ugu soo guureen ay tahay qaxootinimada guud. Ku dhowaad shantii qofba qof ka tirsan dadka Bariga Dhexe iyo Waqooyiga Afrika ka soo guuray

ayaa dareemaya kalinimo. Dadka ka soo guuray Bariga Dhexe iyo Waqooyiga Afrika waxay tayada noloshooda u arkaan mid ka xun tan dadweynaha oo dhan. Waxaa intaas dheer oo kooxdaan ku badnaa hurdo la'aanta iyo riyoooyinka xun ee la arko. Dadka ka soo guuray Bariga Dhexe iyo Waqooyiga Afrika waxay si ka badan sida dadka kale u sheegeen in ay qabaan cudurka sokorowga, niyadjabka iyo dhibaatooyinka caafimaadka dhimirka. Si kastaba ha ahaatee dadka ka soo guuray Bariga Dhexe iyo Waqooyiga Afrika waxay si ka badan sida dadka kale ee asal ahaan dibadda ka soo jeeda uga qaybqaataan waxqabadyada ururada, jimciyadaha iyo naadiyada. Taas waxay u dhiganta in firfircoonidooda codbixintu ay ka sarreyso kooxa kale ee wadamada kale ka soo jeeda.

Si loo ciribtiro takoorka ammaankana loo hagaajiyo waxaa loo baahanyahay siyaasadda xiriirka dadweynaha oo wanaagsan. Waxaa intaas dheer oo si gaar ah oo firfircooni leh loogu baahan yahay heer degmo iyo mid deegaan ahaanba sameynta shaqo horumarinaysa nololwanaagga iyo caafimaadka si meesha looga saaro kalinimada, loo kordhiyo jimicsiga islamarkaasna loo dhimo cabista sigaarka. Isticmaalidda adeegyada wakhtiga ku habboon la helo baahidana waafaqsan ayaa lagu taageeri karaa iyadoo la hagaajinayo gaaritaanka iyo helitaanka adeegyada. Waxqabadyada muhiimka ah waa tusaale ahaan horumarinta nidaamka adeegyada iyo waddooyinka adeegyada, tababaridda xirfadlayaasha, xaqiijinta helitaanka shakhsigu helayo macluumaadka ku saabsan adeegga iyo gacan ku sii heynta caafimaadka iyo nololwanaagga.

Horumarinta laqabsashada iyo ku xisaabtamidda su'aalaha la xiriira nololwanaagga iyo caafimaadka ee qaybta ka ah habsami-socodka laqabshadu waxay dhinacooda ka hagaajinayaan tayada nolosha ee dadka asal ahaan dibadda ka soo jeeda. Natiijooyinka cilmibaarista FinMonik waxay kordhinayaan ogaalka, fahamka iyo ka hadalka arrimaha dadka asal ahaan dibadda ka soo jeeda ee Finland. Ururo kala duwan ayaa macluumaadyada si weyn uga faa'iidayaanaya iyagoo ku horumarinaya adeegyada islamarkaasna u kaalmaysanaya laqabsashada dadka asalka ahaan dibadda ka soo jeeda.

Erayada furaha ah: Cilmibaarista FinMonik 2018-2019, nololwanaagga, caafimaadka, ka qaybaashada, takoorka, ammaanka, qaab nololeedka, awoodda waxqabadka, baahida adeegyada, isticmaalidda adeegyada, ku kalsoonaanta adeegyada, dadka asalka ahaan dibadda ka soo jeeda, dadka asal ahaan u dhashay dibadda

บทคัดย่อ

ในระหว่างปี พ.ศ. 2018- พ.ศ. 2019 จนถึงปัจจุบัน FinMonik เป็นการวิจัยเชิงสำรวจครั้งใหญ่ที่สุด ที่มีการใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อใช้สำหรับประชากรชาวต่างชาติที่ถือกำเนิดในต่างประเทศและอาศัยอยู่ในประเทศฟินแลนด์ FinMonik ถือเป็นการวิจัยแรกที่มีการรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างของประชากรที่มีพื้นเพเป็นชาวต่างชาติตามเขตพื้นที่ต่าง ๆ การวิจัยมีจุดประสงค์เพื่อนำเสนอข้อมูลที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับความอยู่ดีมีสุข สุขภาพ รวมถึงตัวแปรต่าง ๆ ของประชากรชาวต่างชาติที่เป็นผู้ใหญ่ (อายุ 18-64 ปี) ที่อาศัยอยู่ในประเทศฟินแลนด์ การเก็บข้อมูลการวิจัยครอบคลุมเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับชีวิตในด้านต่าง ๆ ยกตัวอย่างเช่น คุณภาพชีวิต ความอยู่ดีมีสุข การให้ความร่วมมือในกิจกรรมทางสังคมและกิจกรรมของชุมชน ประสบการณ์จากการถูกเลือกปฏิบัติ ความปลอดภัย ประสบการณ์จากสถานการณ์ทางด้านสุขภาพ การจ้างงาน และศักยภาพในการทำสิ่งต่าง ๆ นอกเหนือจากนี้ รายงานยังได้มีอธิบายถึงการบริการทางสังคมและสาธารณสุข ชีวิตการทำงาน ความจำเป็นและการใช้บริการในเรื่องการย้ายถิ่นฐานเข้าประเทศ รวมถึงความไว้วางใจในการรับบริการต่าง ๆ รายงานฉบับนี้มีการแสดงให้เห็นผลการวิจัยของประชากรต่างชาติในวัยผู้ใหญ่ทั่วประเทศฟินแลนด์ โดยแบ่งตามประเทศและเพศ ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในด้านต่าง ๆ ในการวางแผนด้านปรับตัวเข้าสู่สังคม นโยบายการเมืองเกี่ยวกับสาธารณสุขและความอยู่ดีมีสุขของประชาชน รวมถึงในด้านการประเมินผล

ในช่วงระหว่างเดือนพฤษภาคมปี พ.ศ. 2018 ถึงเดือนมกราคม ปี พ.ศ. 2019 ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยชั้น กลุ่มตัวอย่างของการวิจัย (จำนวนกลุ่มตัวอย่าง หรือ $n = 12\ 877$) ถูกคัดมาจากระบบข้อมูลประชากรของสำนักงานสำมะโนประชากร สัดส่วนของการตอบคำถามที่ได้จากรูปแบบตอบคำถามทั้งหมด คิดเป็น ร้อยละ 53,1 (จำนวนกลุ่มตัวอย่าง หรือ $n = 6\ 836$) ในการเก็บข้อมูลในขั้นแรกนั้น เป็นการเก็บข้อมูลทางแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์ และเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ทางการเก็บข้อมูล ในบางส่วนจึงมีการกรอกข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่อยู่ในรูปแบบเอกสารและการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ เนื่องจากบุคคลเหล่านี้จะไม่ได้ออกแบบสอบถามอิเล็กทรอนิกส์เอง การวิจัยของ FinMonik ได้มีการเปรียบเทียบทางข้อมูลกับข้อมูลการวิจัยของ FinSote ในปี พ.ศ. 2018

ผลของการวิจัยได้สื่อให้เห็นภาพทางบวกของประชากรชาวต่างชาติที่เป็นผู้ใหญ่ในประเทศฟินแลนด์ในหลาย ๆ พื้นที่ ทั้งทางด้านสุขภาพ ความอยู่ดีมีสุข และในเรื่องของการมีส่วนร่วมในหมู่ของประชากรที่มีพื้นเพเป็นชาวต่างชาติส่วนใหญ่แล้วจะมีเพื่อน พวกเขาเหล่านี้จะมีการติดต่อกันกับบุคคลใกล้ชิด และจะได้รับความช่วยเหลือในยามที่จำเป็น ประชากรส่วนใหญ่ของกลุ่มที่มีพื้นเพเป็นชาวต่างชาตินั้นได้ประเมินว่าพวกเขามีศักยภาพในการทำงาน ส่วนในเรื่องการบริโภคเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ของประชากรที่มีพื้นเพเป็นชาวต่างชาตินั้นก็จะมีน้อยกว่า และปริมาณในการบริโภคเครื่องดื่มน้อยกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรโดยรวมทั้งหมด

ประสบการณ์ของประชากรที่มีพื้นเพเป็นชาวต่างชาติที่ถูกเลือกปฏิบัติส่งผลกระทบต่อทำให้เกิดความยากลำบากในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพและความอยู่ดีมีสุข ผู้ชายร้อยละ 40 และผู้หญิงร้อยละ 37 ประสบกับการถูกเลือกปฏิบัติในช่วงหนึ่งปีที่ผ่านมา นอกจากนี้ การที่ผู้หญิงประสบกับเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกไม่ปลอดภัยนั้น ก็เป็นสิ่งที่คุกคามต่อความอยู่ดีมีสุข ผู้หญิงร้อยละสิบรู้สึกว่าการนอนหลับพักผ่อนของพวกเขาไม่ปลอดภัย และจากจำนวนทั้งชายและหญิงที่มีพื้นเพเป็นชาวต่างชาติ มีส่วนน้อยเท่านั้นที่รู้สึกว่าการเข้ามามีสุขภาพที่ดีหรือเกือบดีเมื่อเปรียบเทียบกับประชากรโดยรวมทั้งหมด ประชากรหญิงที่มีพื้นเพเป็นชาวต่างชาติออกกำลังกายในช่วงเวลาว่างน้อยกว่าประชากรโดยรวม และการสูบบุหรี่ในประชากรชายก็เป็นสิ่งที่พบเห็นได้ทั่วไปมากกว่า บ่อยครั้งที่ประชากรที่มีพื้นเพเป็นชาวต่างชาติรู้สึกว่าพวกเขาไม่ได้รับการบริการต่าง ๆ ในเรื่องการบริการทางสังคมและสาธารณสุขอย่างเพียงพอเมื่อเทียบกับประชากรโดยรวมทั้งหมด ถึงอย่างไรก็ตามพวกเขาก็มีความเชื่อมั่นในเรื่องการจัดให้บริการของประเทศฟินแลนด์

ปัญหาด้านสุขภาพจิตและปัจจัยเสี่ยงทั่วไปทางด้านสุขภาพนั้น จะสังเกตได้เป็นพิเศษในกลุ่มประเทศที่มีการอพยพเข้าประเทศด้วยเหตุผลของการลี้ภัย รอยละเยี่สิบของประชากรที่อพยพมาจากเขตประเทศตะวันออกกลางและแอฟริกาเหนือรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้าง ประชากรที่อพยพมาจากเขตประเทศตะวันออกกลางและแอฟริกาเหนือรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตของพวกเขาต่ำกว่าประชากรโดยรวมทั้งหมด นอกเหนือจากนี้ อาการนอนไม่หลับและการฝันร้ายยังเป็นเรื่องปกติมากของประชากรกลุ่มนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรกลุ่มอื่นประชากรที่อพยพมาจากเขตประเทศตะวันออกกลางและแอฟริกาเหนือจะป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคซึมเศร้า และมีปัญหาทางสุขภาพจิตต่าง ๆ มากกว่ากลุ่มอื่น ถึงอย่างไรก็ตาม ประชากรที่อพยพมาจากประเทศเขตประเทศตะวันออกกลางและแอฟริกาเหนือได้เข้าร่วมกิจกรรมขององค์กรสมาคม และกลุ่มต่าง ๆ เท่ากันกับประชากรที่มีพื้นเพเป็นชาวต่างชาติในกลุ่มอื่น ๆ รวมถึงความกระตือรือร้นในการเลือกตั้งก็มีสัดส่วนที่เท่ากันกับกลุ่มประชากรจากประเทศอื่น ๆ

การที่จะถอนรากถอนโคนการเลือกปฏิบัติและการปรับปรุงเรื่องความปลอดภัยได้นั้น จะต้องมียุทธศาสตร์ทางการเมืองที่ดีที่มารองรับในเรื่องของความสัมพันธ์ในหมู่ประชากรกลุ่มต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับเมืองและในระดับท้องถิ่น ซึ่งจะก่อให้เกิดความอยู่ดีมีสุขและการผลักดันให้เกิดการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุขเพื่อขจัดความโดดเดี่ยวอ้างว้าง เพิ่มการออกกำลังกาย และลดการสูบบุหรี่ ให้ประชากรได้รับบริการอย่างทันทางที่และตอบรับกับความต้องการของพวกเขา ทั้งนี้จึงสมควรที่จะมีการให้การสนับสนุนเรื่องดังกล่าวโดยการปรับปรุงการบริการต่าง ๆ ที่มีอยู่ รวมถึงการปรับปรุงการเข้าถึงบริการเหล่านั้น โดยมีวิธีการหลัก ๆ เช่น การจัดการการบริการ การพัฒนาแนวทางการบริการ การให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่ รวมถึงทำให้เกิดความมั่นใจว่าบุคคลจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับระบบการจัดการบริการ การดูแลรักษาสุขภาพและความอยู่ดีมีสุข

การผลักดันในเรื่องการปรับตัวเข้าสู่สังคมและการใส่ใจในเรื่องเกี่ยวกับความอยู่ดีมีสุขและสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการปรับตัวเข้าสู่สังคม

ที่จะทำให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตในบางส่วนของประชากรที่มีพื้นเพเป็นชาวต่างชาติให้ดีขึ้น ผลการวิจัยของ FinMonik ได้เพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับประชากรที่มีพื้นเพเป็นชาวต่างชาติในประเทศฟินแลนด์ ความรู้ต่าง ๆ นี้จะสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์อย่างกว้างขวางในเรื่องการพัฒนาการบริการในเรื่องต่าง ๆ ของเหล่าองค์กร รวมถึงสนับสนุนการปรับตัวเข้าสู่สังคมของประชากรที่มีพื้นเพเป็นชาวต่างชาติอีกด้วย

คำสำคัญ: การวิจัย FinMonik ในระหว่างปี พ.ศ. 2018- พ.ศ. 2019, ความอยู่ดีมีสุข, สุขภาพ, ความร่วมมือ, การเลือกปฏิบัติ, ความปลอดภัย, การดำเนินชีวิต, ศักยภาพในการทำสิ่งต่าง ๆ, ความจำเป็นในการรับบริการ, การใช้บริการ, ความเชื่อมั่นในการบริการ, ประชากรที่มีพื้นเพเป็นชาวต่างชาติ, ชาวต่างชาติ, ประชากรที่มีถิ่นกำเนิดในต่างประเทศ

Özet

FinMonik 2018-2019, yurtdışında doğmuş olup Finlandiya’da yaşayan yabancı kökenli nüfus ile ilgili şimdiye kadar yapılmış en geniş anket araştırmasıdır. Ayrıca bu araştırma, yabancı kökenli nüfustan bölgelere göre temsili örneklem toplanmış olan ilk araştırmadır. Araştırmanın amacı Finlandiya’da yaşayan yabancı kökenli yetişkin nüfusun (18-64) refahı ve sağlığı ve de bunların etkenleri hakkında güvenilir bilgi oluşturmaktır. Veriler kapsamlı olarak hayatın değişik alanlarından toplanmıştır. Örneğin, yaşam kalitesi, refah, sosyal ve toplumsal faaliyetlere katılım, ayrımcılığa ilişkin deneyimler, güvenlik, deneyimlenen sağlık, iş ve beceriler gibi. Raporda ayrıca sosyal ve sağlık hizmetlerinin, iş hayatı ile ilgili hizmetlerin ve göçmen hizmetlerinin gerekliliği, hizmetlerden yararlanma ve hizmetlere duyulan güven de betimlenmiştir. Bu raporda Finlandiya’nın yabancı kökenli yetişkin nüfusun bulguları cinsiyete göre ve bölgesel olarak sunulmuştur. Araştırmanın bulgularından; uyum sağlama, sağlık ve refah politikalarının planlanmasında ve değerlendirilmesinde yararlanılabilir.

Araştırma materyali 2018 Mayıs ve 2019 Ocak ayları arasında toplanmıştır. Araştırma örneği (n=12 877) Nüfus Kayıt Merkezinin nüfus bilgisi sisteminden rastlantısal olarak seçilmiştir. Bütün yanıtlama yolları dahil toplam yanıtlama aktifliği yüzde 53,1’dir (n=6836). Bilgiler birincil olarak elektronik form yoluyla toplanmıştır. Elektronik olarak yanıtlamayan kişilerin yanıtları, kağıt form ve telefon görüşmesi ile tamamlanmıştır. Finmonik araştırmasının kıyaslama bilgileri olarak FinSote 2018 araştırmasının bilgileri kullanılmıştır.

Araştırma sonuçları yabancı kökenli yetişkin nüfusun sağlığı, refahı ve katılımı ile ilgili Finlandiya’nın birçok bölgesinde olumlu bir tablo çizmektedir. Yabancı kökenli bireylerin çoğunun bir arkadaşı vardır ve yakınları ile iletişim içinde oldukları gibi gerekirse yardım da almaktadırlar. Yabancı kökenlilerin çoğu tamamen iş yapabilecek durumda olduklarını değerlendirmişlerdir. Tüm nüfus ile karşılaştırıldığında da yabancı kökenliler açıkça daha nadir alkol kullanmakta ve bir defasında daha az içmektedirler.

Yabancı kökenli nüfusun sağlık ve refahını özellikle kötü etkileyen konu ayrımcılığa maruz kaldıkları tecrübesidir: erkeklerin yüzde 40’ı ve kadınların yüzde 37’si son bir sene içerisinde ayrımcılığa uğramıştır. Ayrıca kadınların hissettikleri güvende olmama hissi refah için bir tehdittir. Her on kadından birinin evinin yakınlarında kendini güvende hissetmediği olmuştur. Hem yabancı kökenli erkekler hem de kadınlar sağlık durumlarını, tüm nüfusa kıyasla daha nadir olarak iyi ya da oldukça iyi olarak değerlendirmişlerdir. Yabancı kökenli kadınlar serbest zamanlarında diğer nüfusa nazaran daha az spor yapmaktadır ve genelde erkeklerin daha çoğu sigara içmektedir. Yabancı kökenliler diğer nüfusa kıyasla, sağlık ve sosyal hizmetlerini yeterince alamadıklarını düşünmektedirler. Yine de Fin hizmet sistemine duydukları güven oldukça iyidir.

Rahatsızlık ve hastalık riski, özellikle ülkeye taşınmanın mültecilikten kaynaklanan ülke gruplarında öne çıkmıştır. Orta Doğu ve Kuzey Afrika’dan taşınanların beşte biri yalnızlık çekmektedir. Orta Doğu’dan ve Kuzey Afrika’dan taşınanlar tüm nüfusa kıyasla yaşam kalitelerinin de daha kötü olduğunu hissetmektedirler. Ayrıca bu grupta özellikle uykusuzluk ve kabus görme yaygındır. Orta Doğu ve Kuzey Afrika ülkelerinden taşınanların verdiği raporlara göre, başkalarına nazaran daha çok diyabet, depresyon ve ruh sağlığı hastalıklarını taşımaktadırlar. Buna rağmen Orta Doğu’dan ve Kuzey Afrika’dan taşınanlar derneklerin, birliklerin ve cemaatlerin faaliyetlerine diğer yabancı kökenliler kadar sık katılmaktadırlar. Aynı şekilde oy verme aktiflikleri de diğer ülke grupları kadardır.

Ayrımcılığa son vermek ve güvenlik faktörünü düzeltmek için iyi bir nüfus ilişkileri politikasına ihtiyaç vardır. Bunun yanında yalnızlığın azaltılması, sporun fazlaştırılması ve sigaranın azaltılması için özellikle belediyelerde ve yerel seviyede refahın ve sağlığın

aktif olarak güçlendirilmesi gerekmektedir. Doğru zamanda ve ihtiyaca uygun hizmetlerden yararlanılmasını, hizmetlerin mevcudiyet ve ulaşılabilirliđin geliştirilmesi ile desteklenebilir. Ana faaliyetler arasında hizmet sisteminin ve hizmet yolunun geliştirilmesi, uzmanların eğitimi ve kişinin hizmet sistemi hakkında, sađlık ve refahını koruyabilmesi adına bilgi edinebildiđinden emin olmak vardır.

Uyum sađlamayı geliřtirmek, refah ve sađlık ile ilgili konuların uyum sađlama prosesinde dikkate alınması yabancı kökenli nüfusun yařam kalitesini yükseltecektir. FinMonik araştırmasının sonuçları Finlandiya'nın yabancı kökenli nüfusu hakkındaki bilgileri, kavrayışı ve diyalogu arttıracaktır. Bilgilerden farklı organizasyonların hizmetlerini geliřtirmek ve yabancı kökenli nüfusun uyum sađlamasını desteklemekte geniř çapta faydalanılmasında yarar vardır.

Anahtar kelimeler: FinMonik araştırması 2018-2019, refah, sađlık, katılımcılık, ayrımcılık, güvenlik, hayat alışkanlıkları, faaliyet becerisi, hizmet gereksinimi, hizmetlerin kullanımı, hizmetlere duyulan güven, yabancı kökenli nüfus, yabancılar, yurtdışında doğmuş nüfus

Аннотация

Исследование FinMonik 2018-2019 является в настоящий момент самым широким опросом из всех адресованных проживающим в Финляндии выходцам из других стран, родившимся за рубежом. Оно является также первым исследованием, в котором репрезентативной выборкой была собрана информация об иммигрантах, проживающих в регионах Финляндии. Данное исследование было направлено на получение достоверной информации о благосостоянии и здоровье проживающего в Финляндии взрослого населения (от 18 до 64 лет) иностранного происхождения, а также о фоновых факторах этого состояния. Исследуемая информация касалась широкого спектра различных вопросов образа жизни, таких как качество жизни, благополучие, участие в социальной и общественной жизни, опыт дискриминации, защищённость, состояние здоровья и наличие навыков. Помимо этого, в отчёте описываются востребованность и использование услуг социально-здравоохранительного характера, а также услуг для иммигрантов, и степень доверия этим услугам. В данном отчёте представлены результаты исследования всего населения Финляндии иностранного происхождения, сгруппированные по странам происхождения и половым признакам иммигрантов. Результаты исследования могут быть использованы при планировании и оценке мер в области политики интеграции, здравоохранения и социальной защиты.

Исследовательский материал накапливался в период с мая 2018 года по январь 2019 года. Репрезентативная выборка (ок. 12 877) была сделана на основе сведений из системы о данных населения Центра регистрации населения. Показатель активности респондентов составил 53,1 % (ок. 6 836). Он включает в себя все виды ответов. Информация собиралась первоочередно с помощью электронной анкеты, которая дополнялась опросником на бумажном носителе и телефонными интервью в отношении тех респондентов, которые не воспользовались электронным способом ответа. Для проведения сравнительного анализа в исследовании FinMonik использовались данные исследования FinSote 2018.

Результаты исследования во многих отношениях дают положительное представление о состоянии здоровья, благополучии и вовлеченности взрослого населения Финляндии иностранного происхождения. У большей части выходцев из других стран есть друзья, они поддерживают связи со своими близкими, от которых в случае необходимости могут получить помощь. Большинство выходцев из других стран на момент проведения исследования считали себя полностью трудоспособными. Выходцы из других стран употребляют алкоголь явно реже и в меньшем количестве за один раз по сравнению со всем населением Финляндии.

Проблемы со здоровьем и благополучием у населения Финляндии иностранного происхождения были вызваны в особенности опытом дискриминационного обращения, полученного ими. В текущем году 40 % мужчин и 37 % женщин испытали дискриминационное обращение по отношению к себе. Кроме того, испытываемое женщинами чувство незащищённости является угрозой для их благополучия. Каждая десятая женщина испытывала чувство незащищённости на улицах близ своего дома. Редкие мужчины и женщины иностранного происхождения считали состояние своего здоровья лучшим или достаточно хорошим по сравнению со всем населением страны. Женщины иностранного происхождения реже занимаются спортом в свободное время, а мужчины чаще являются курящими по сравнению со всем населением. Выходцы из других стран чаще испытывали неудовлетворённость объёмом предоставляемых услуг в области социальной защиты и здравоохранения, чем все население Финляндии. Однако доверие к финской системе общественных услуг является достаточно хорошим.

Неблагополучие и распространённость факторов риска, связанных со здоровьем, подчёркиваются в особенности в тех группах стран, из которых люди эмигрировали как беженцы. Каждый пятый выходец из стран Ближнего Востока и Северной Африки испытывает чувство одиночества. Выходцы из стран Ближнего Востока и Северной Африки также считают качество своей жизни худшим, чем все население Финляндии. Кроме того, бессонница и ночные кошмары являются особенно распространёнными среди этой группы населения. Выходцы из стран Ближнего Востока и Северной Африки имеют больше проблем со здоровьем по причине диабета, депрессии и психических расстройств. Однако мигранты из стран Ближнего Востока и Северной Африки принимают столь же активное участие в деятельности ассоциаций, общественных организаций и клубов, как и другие жители иностранного происхождения. Соответственно и их активность при участии в голосовании является столь же высокой, как и у выходцев из других стран.

Для искоренения дискриминации и улучшения безопасности необходима политика хороших взаимоотношений между населением. Кроме того, в особенности на уровне муниципалитетов и местного управления необходимо проводить активную работу в области улучшения благосостояния и здравоохранения, направленную на устранение одиночества, увеличение физических занятий и уменьшение курения. Использование своевременных и востребованных услуг можно поддержать, улучшая их наличие и доступность. В качестве основных мер можно назвать, например, развитие системы обслуживания и разработку путей предоставления услуг, профессиональное обучение работников, поддержание здравоохранения и благосостояния, а также обеспечение получения каждым индивидом информации о системе обслуживания.

Улучшение мер по интеграции, а также принятие во внимание вопросов благосостояния и здравоохранения в составе процесса интеграции, со своей стороны, будут способствовать улучшению качества жизни населения иностранного происхождения. Результаты исследования FinMonik увеличивают знание, обсуждение и понимание вопросов, связанных с населением иностранного происхождения в Финляндии. Информация должна быть широко использована различными организациями для разработки услуг, а также для интеграции выходцев из других стран.

Ключевые слова: Исследование FinMonik 2018–2019, благосостояние, здоровье, курение, сопричастность, дискриминация, безопасность, образ жизни, функциональная способность, потребность в услугах, использование услуг, доверие к услугам, выходцы из других стран, иностранцы, население иностранного происхождения

Vietnam

Tóm tắt

FinMonik 2018-2019 là bảng câu hỏi khảo sát quy mô nhất từ trước đến nay nhằm vào dân cư sinh sống tại Phần Lan có gốc nước ngoài sinh đẻ ở nước ngoài. Đây cũng là cuộc khảo sát đầu tiên đã thu thập thông tin theo từng tỉnh thành với số liệu đại diện về dân cư gốc nước ngoài. Mục tiêu của cuộc khảo sát là cung cấp thông tin đáng tin cậy về thực trạng phúc lợi, sức khỏe và cả các yếu tố lí lịch của dân cư sinh sống tại Phần Lan ở tuổi trưởng thành (độ tuổi 18–64) có gốc nước ngoài. Thông tin trong cuộc khảo sát đã thu thập trên diện rộng về những lĩnh vực khác nhau trong cuộc sống: ví dụ như chất lượng sống, thực trạng phúc lợi, sự tham gia hoạt động cộng đồng và xã hội, trải nghiệm bị phân biệt đối xử, an ninh, thực trạng sức khỏe, việc làm và sự hiểu biết. Thêm đó, trong bản báo cáo có miêu tả các điều như nhu cầu cần và sử dụng dịch vụ xã hội và y tế, dịch vụ lao động và nhập cư và sự tin tưởng vào những dịch vụ. Kết quả của cuộc khảo sát trong báo cáo này được trình bày theo từng nhóm các quốc gia và giới tính của dân cư sinh sống tại Phần Lan có gốc nước ngoài. Kết quả trong cuộc khảo sát có lợi ích trong việc lên kế hoạch và cả đánh giá chính sách hội nhập xã hội, dịch vụ y tế và phúc lợi.

Chủ đề của cuộc khảo sát đã thu thập vào giữa tháng 5 năm 2018 và tháng 1 năm 2019. Số liệu trong cuộc khảo sát (khoảng 12 877) đã lấy từ cơ sở dữ liệu dân cư của Trung tâm đăng ký hộ tịch. Phần trăm tích cực trả lời theo tất cả cách thức trả lời khảo sát đã được là 53,1 (khoảng 6836). Thông tin đã được thu thập trước tiên qua bảng hỏi điện tử, và đã được bổ sung thêm qua bảng hỏi giấy và phỏng vấn qua điện thoại đối với những người mà không tự trả lời khảo sát điện tử được. Đã sử dụng thông tin của khảo sát Finsote 2018 làm tài liệu đối chiếu với thông tin của khảo sát FinMonik.

Kết quả của cuộc khảo sát cho thấy ở nhiều nơi có hình ảnh tích cực về thực trạng sức khỏe, phúc lợi và sự tham gia cộng đồng của dân cư tuổi trưởng thành sinh sống tại Phần Lan có gốc nước ngoài. Phần lớn những người gốc nước ngoài có bạn bè, họ thường giữ liên lạc với người thân, khi cần thì họ cũng được sự giúp đỡ từ những người này. Đa số những người gốc nước ngoài đã đánh giá mình hoàn toàn có khả năng lao động. Rõ ràng là ít khi người gốc nước ngoài dùng rượu bia và khi dùng thì với lượng nhỏ so với dân cư bản xứ.

Đặc biệt là trải nghiệm bị phân biệt đối xử gây khó khăn cho dân cư gốc nước ngoài trong việc tiếp cận dịch vụ y tế và phúc lợi: có 40 phần trăm số đàn ông và 37 phần trăm số phụ nữ đã trải qua phân biệt đối xử trong năm ngoái. Ngoài ra, việc phụ nữ cảm thấy không an toàn là mối đe dọa đối với tình trạng phúc lợi: một trong mười phụ nữ cảm thấy không an toàn ngay tại đường phố nhà mình ở. Đàn ông cũng như phụ nữ có gốc nước ngoài ít khi cảm thấy sức khỏe của mình tốt hay gần tốt so với dân cư toàn quốc. Phụ nữ gốc nước ngoài chơi thể thao ít hơn, và đàn ông gốc nước ngoài hút thuốc lá thông thường hơn so với dân cư bản xứ. Tỷ lệ dân cư gốc nước ngoài cảm thấy không được dịch vụ xã hội và y tế đầy đủ nhiều hơn so với dân cư toàn quốc. Tuy nhiên, niềm tin vào cơ sở dịch vụ Phần Lan rất cao.

Đặc biệt là các yếu tố gây rủi ro đến tình trạng bất mãn và sức khỏe thường gặp ở các nhóm quốc gia mà lí do nhập cư là tị nạn. Khoảng một trong năm người nhập cư từ khu vực Trung Đông và Bắc Phi cảm thấy đơn độc. Những người nhập cư từ khu vực Trung Đông và Bắc Phi cũng cảm thấy chất lượng sống tệ hơn so với dân cư toàn quốc. Thêm đó, tình trạng mất ngủ và ngủ thấy ác mộng cũng thường gặp trong nhóm này. Những người nhập cư từ các quốc gia thuộc khu vực Trung Đông và Bắc Phi cũng báo là mắc nhiều bệnh hơn so với các nhóm người khác như bệnh đái tháo đường, trầm cảm và các triệu chứng về sức khỏe tâm lý. Tuy nhiên, các người nhập cư từ khu vực Trung Đông và Bắc Phi có tham gia hoạt động tổ chức, hội và đoàn thông thường như các nhóm dân gốc nước ngoài khác. Tương tự như vậy, tỉ lệ đi bầu cử của họ cũng cao như dân cư thuộc các nhóm quốc gia khác.

Cần có chính sách quan hệ dân cư tốt để chấm dứt phân biệt đối xử và cải thiện an ninh. Ngoài ra, cần có công tác thúc đẩy tích cực dịch vụ phúc lợi và y tế ở các tỉnh thành và cơ quan địa phương để loại bỏ tình trạng cô độc, gia tăng thể dục thể thao và giảm bớt hút thuốc lá. Cải thiện việc cung cấp và tiếp cận dịch vụ có thể sẽ hỗ trợ được việc sử dụng dịch vụ đúng cách và theo đúng nhu cầu. Các biện pháp chính là ví dụ như phát triển cơ sở dịch vụ và tiếp cận dịch vụ, đào tạo chuyên viên và cả đảm bảo việc cá nhân tiếp thu thông tin từ cơ sở dịch vụ, duy trì dịch vụ y tế và phúc lợi.

Thúc đẩy việc hội nhập xã hội và quan tâm đến các câu hỏi về dịch vụ y tế và phúc lợi sẽ một phần cải thiện chất lượng sống của dân cư gốc nước ngoài. Kết quả của cuộc khảo sát sẽ tăng sự nhận thức, hiểu biết và thảo luận về dân cư gốc nước ngoài sinh sống tại Phần Lan. Nên tận dụng thông tin của cuộc khảo sát rộng rãi ở các tổ chức để cải thiện dịch vụ và cả hỗ trợ dân cư gốc nước ngoài hội nhập xã hội.

Từ khóa: cuộc khảo sát FinMonik 2018–2019, phúc lợi, sức khỏe, sự tham gia, phân biệt đối xử, an ninh, lối sống, khả năng hoạt động, nhu cầu cần dịch vụ, sử dụng dịch vụ, tin tưởng vào dịch vụ, dân cư gốc nước ngoài, người nước ngoài, dân cư có ngu ần gốc sinh đẻ ở nước ngoài

Viro

Kokkuvõte

FinMonik 2018–2019 on suuruselt teine küsitlus, mis on mõeldud välismaal sündinud sisserändajatest Soome elanikele. Ühtlasi on see esimene uuring, milles koguti esindusliku valimi abil teavet sisserändajate kohta maakonniti. Uuringu eesmärk oli anda usaldusväärset teavet Soomes elavate täiskasvanud sisserändajate (18–64aastased) heaolust ja tervisest ning nende taustateguritest. Andmeid koguti eri eluvaldkondadest, näiteks elukvaliteedi, heaolu, sotsiaalses ja ühiskondlikus elus osalemise, diskrimineerimise, turvalisuse, tervise ja enesetunde, tööhõive ja pädevuse kohta. Lisaks kajastatakse aruandes seda, kui palju kasutatakse sotsiaal- ja tervishoiuteenuseid ning tööelu- ja immigratsiooniteenuseid ning kui usaldusväärseks neid peetakse. Selles aruandes esitatakse kogu Soome täiskasvanud sisserändajate tulemused, liigitatuna päritolumaaj ja soo järgi. Uuringu tulemusi võib kasutada integratsiooni-, tervishoiu- ja heaolupoliitika planeerimisel ning hindamisel.

Uuringu andmed koguti 2018. aasta maist kuni 2019. aasta jaanuarini. Uuringu valim ($n = 12\,877$) moodustati rahvastikuregistri infosüsteemi abil. Kõiki vastamisviise arvestades osales küsitluses 53,1% valimist ($n = 6836$). Andmeid koguti esmalt internetiküsitluse abil, mida täiendati paberil küsitluste ja telefoniintervjuudega, milles küsitleti inimesi, kes ei olnud internetiküsitlusele vastanud. Uuringu FinMonik võrdlusandmetena kasutati uuringu FinSote 2018 tulemusi.

Uuringu tulemused annavad mitmeski kohas positiivse pildi Soomes elavate sisserändajate tervisest, heaolust ja osavõtlikkusest. Suurel osal sisserändajatest oli sõber, kellega nad olid lähedased ja kellelt said vajaduse korral abi. Enamik sisserändajatest pidas end täielikult töövõimeliseks. Võrreldes kogu Soome rahvaga tarvitasid sisserändajad alkoholi märgatavalt harvemini ja väiksemates kogustes.

Peamine põhjus, mis tekitas sisserändajatele tervise- ja heaoluprobleeme, oli nende diskrimineerimine: 40% meestest ja 37% naisest oli viimase aasta jooksul diskrimineerimisega kokku puutunud. Lisaks mõjutas naiste heaolu turvatunde puudumine: iga kümnes naine ei tundnud end naabruskonnas turvaliselt. Võrreldes kogu rahvastikuga pidasid sisserännanud mehed ja naised harvemini oma tervist heaks või üsna heaks. Samuti tegid sisserännanud naised vähem tervisesporti ja mehed suitsetasid rohkem võrreldes kogu rahvastikuga. Sisserändajad tunnevad, et pääsevad sotsiaal- ja tervishoiuteenuste kergesti ligi, kogu rahvastik hindas teenuste kättesaadavust madalamalt. Siiski on usaldus Soome teenusesüsteemide vastu üsna hea.

Terviseprobleemid kajastusid rohkem nende sisserändajate rühmades, kelle Soome kolimise põhjus oli pagulus. Umbes iga viies Lähis-Idast ja Põhja-Aafrikast tulnu tundis üksindust. Lähis-Idast ja Põhja-Aafrikast pärit sisserändajad hindasid ka oma elukvaliteeti halvemaks kui kogu rahvastik. Selles rühmas oli inimestel rohkem probleeme unetuse ja õudusunenägudega. Lähis-Ida ja Põhja-Aafrika riikidest tulnud mainisid ka rohkem haigestumist diabeeti, masendust ja vaimse tervise probleeme. Siiski osalesid Lähis-Idast ja Põhja-Aafrikast pärit sisserändajad organisatsioonide, ühingute ja seltside tegevuses sama palju kui teised sisserändajad. Samuti oli nende valimisaktiivsus sama suur kui teistes rühmades.

Diskrimineerimise piiramiseks ja turvalisuse suurendamiseks on tarvis head rahvussuhete poliitikat. Lisaks on eriti valdades ja kohalikes omavalitsustes tarvis teha aktiivset heaolu ja tervise edendamise tööd, et vähendada üksindust ja tubakatoodete tarvitamist ning suurendada tervisespordi harrastamist. Õigeaegset ja vajadusele vastavat teenuste kasutamist saab toetada, parandades teenuste kättesaadavust ja nendele ligipääsetavust. Peamised abinõud on näiteks teenusesüsteemide ja kliendikogemuste parendamine, spetsialistide koolitamine ja teabe leviku parendamine, et üksikisikud saaksid infot teenusesüsteemide kohta, samuti tervise ja heaolu eest hoolitsemise kohta.


Lõimumise edendamine ning heaolu- ja terviseprobleemide käsitlemine integratsiooniprotsessi osana parandab sisseändajate elukvaliteeti. FinMoniku uuringu tulemused suurendavad teadlikkust ja mõistmist ning tekitavad arutelu Soome sisseännanute üle. Tulemused aitavad organisatsioonidel oma teenuseid parandada ning sisseändajate lõimumist toetada.

Võtmesõnad: Uuring FinMonik 2018–2019, heaolu, tervis, osalus, diskrimineerimine, turvalisus, elustiilid, toimetulek, teenuste vajamine, teenuste kasutamine, teenuste usaldusväärsus, sisseändajad, välismaalased, välismaal sündinud osa rahvastikust

Liite 2. Kyselylomake

OHJEET VASTAAJALLE

Kysymyksiin vastaaminen:

- Rastita kuulakärkikynällä sopiva vaihtoehto tai kirjoita kysytty tieto sille varattuun tilaan. Älä mielellään käytä lyijykynää.
-  Mikäli teet merkintöjä vastausruutuun, johon et ole niitä tarkoittanut, pyydämme että mustaat koko ruudun.
- Valitse kunkin kysymyksen kohdalla vain yksi, parhaiten sopiva vaihtoehto, ellei kysymyksen kohdalla erikseen mainita, että vaihtoehtoja voi valita useita. Eräiden kysymysten kohdalla on täydentäviä vastaamisohjeita.

Lisätietoja:

thl.fi/finmonik

finmonik@thl.fi

Anna Seppänen, +358 29 524 7320 (ma–pe, klo 9–16)

FinMonik

Olen perehtynyt tutkimusta koskevaan Tietoja tutkimukseen osallistuvalla-tiedotteeseen ja saanut riittävän selvityksen tutkimuksesta ja siinä kerättävistä tiedoista, tietojen käsittelystä, yhdistämisestä ja luovuttamisesta. Ymmärrän, että osallistumiseni tutkimukseen on vapaaehtoista ja että tietojani käsitellään luottamuksellisesti. Voin peruuttaa suostumukseni jälkikäteen ottamalla yhteyttä Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen.

Suostun siihen, että vastauksiini voidaan yhdistää tiedotteessa mainittuja rekisteritietoja

- kyllä
 ei

Tulevaisuudessa on mahdollista, että joku toinen tutkija haluaisi tehdä jatkotutkimusta. Saako Sinuun ottaa myöhemmin yhteyttä, jos tästä tutkimuksesta halutaan tehdä jatkotutkimusta? Kysymys on vain yhteydenotosta. Voit myöhemmin päättää haluatko osallistua tutkimukseen vai et.

- kyllä
 ei

Haluatko osallistua arvontaan? Kaikkien kyselyyn vastanneiden kesken arvotaan kolme Gigantin lahjakorttia (500€) ja 100 kappaletta (10€) S-ryhmän liikkeisiin.

- kyllä
 en

Elinolot ja elämänlaatu

Pyydämme Sinua seuraavien kysymysten (1-3) kohdalla miettimään elämääsi kahden viime viikon ajalta.

1. Millaiseksi arvioit elämänlaatusi?

- erittäin huono
 huono
 ei hyvä eikä huono
 hyvä
 erittäin hyvä

2. Miten tyytyväinen olet ollut viimeksi kuluneiden kahden viikon aikana erilaisiin asioihin elämässäsi?

	Erittäin tyytyväinen	Melko tyytyväinen	En tyytyväinen enkä tyytymätön	Melko tyytymätön	Erittäin tyytymätön
terveyteesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kykyysi selviytyä päivittäisistä toimitasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
itseesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ihmissuhteisiisi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asuinalueesi olosuhteisiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Onko Sinulla

	ei lainkaan	vähän	kohtuullisesti	lähes riittävästi	täysin riittävästi
riittävästi tarmoa arkipäivän elämääsi varten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tarpeeksi rahaa tarpeisiisi nähden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Seuraavat viisi (5) kysymystä koskevat sitä, miltä sinusta on tuntunut 4 viime viikon aikana. Merkitse kunkin kysymyksen kohdalla se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa tuntemuksiasi

4. Kuinka suuren osan ajasta olet 4 viime viikon aikana

	koko ajan	suurimman osan aikaa	huomattavan osan aikaa	jonkin aikaa	vähän aikaa	en lainkaan
ollut hyvin hermostunut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuntunut mielialasi niin matalaksi, ettei mikään ole voinut pristää sinua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuntunut itsesi tyyneksi ja rauhalliseksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tuntunut itsesi alakuloiseksi ja apeaksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ollut onnellinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Osallisuus

5. Kuinka useasti olet seuraavilla tavoilla yhteydessä ystäviinne ja sukulaisiinne, jotka eivät asu kanssanne samassa taloudessa?

	päivittäin tai lähes päivittäin	1-3 kertaa viikossa	1-3 kertaa kuukaudessa	harvemmin kuin kerran kuukaudessa	en koskaan
tapaamalla kasvokkain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
puhelimitse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
internetin välityksellä (esim. sähköposti, chat, Skype, Facebook yms.) tai kirjeitse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Kuinka usein olet osallistunut seuraavien järjestöjen, yhdistysten, seurojen yms. toimintaan 12 viime kuukauden aikana?

	en ole osallistunut	harvemmin kuin kerran kuukaudessa	1-3 kertaa kuukaudessa	1-2 kertaa viikossa	3 kertaa viikossa tai useammin
liikunta- tai urheiluryhmä tai järjestö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oman kieli- tai kulttuuritaustan toiminta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muu harrastustoiminta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
poliittinen järjestö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ammattiyhdistys (esim. PAM, JHL, Akava)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uskonnollinen tai hengellinen yhteisö (esim. seurakunta, moskeija tms.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lapsi-, nuoriso- tai perhetyön yhdistystoiminta (esim. koulujen tai lasten harrastusryhmien toiminta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ikäntyneiden yhdistystoiminta (esim. eläkeläisjärjestöt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jokin muu järjestö, yhdistys tai seura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Kuinka monta hyvää Suomessa asuvaa ystävää Sinulla on?

Laske mukaan ne, joihin voit luottaa ja jotka voivat auttaa sinua, kun olet avun tarpeessa.

- ei yhtään
 1
 2-3
 4-5
 enemmän kuin 5

8. Tunnetko itsesi yksinäiseksi?

- en koskaan
 hyvin harvoin
 joskus
 melko usein
 jatkuvasti

9. Arvioi mahdollisuuksiasi saada apua läheisiltäsi kun olet avun tai tuen tarpeessa.

Voit valita kultakin riviltä useampia vaihtoehtoja.

	puoliso, kumppani	joku muu lähiomainen (oma lapsi, sisar, veli, vanhemmat)	läheinen ystävä	läheinen työtoveri	läheinen naapuri	joku muu läheinen	ei kukaan
Kenen voit todella uskoa välittävän sinusta, tapahtuipa sinulle mitä tahansa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Keneltä saat käytännön apua, kun sitä tarvitset?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Autatko säännöllisesti jotakuta omassa kotitaloudessasi asuvaa toimintakyvyltään heikentynyttä tai sairasta henkilöä selviytymään kotona?

- en (siirry kysymykseen 11)
 kyllä

Ketä/keitä autatte?

	en	kyllä
puolisoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lasta tai lapsenlasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vanhempia tai puolison vanhempia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
isovanhempia tai puolison isovanhempia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muuta henkilöä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Äänestitkö edellisissä

	en	kyllä	minulla ei ollut äänioikeutta
presidentinvaaleissa (2018)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kuntavaaleissa (2017)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eduskuntavaaleissa (2015)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EU-vaaleissa (2014)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jos et äänestänyt, miksi? Voit vastata yhteen tai useampaan kohtaan

- en ollut vaalien aikaan Suomessa
- en muistanut käydä äänestämässä
- tunnen epäluottamusta politiikkaa kohtaan
- en katsonut äänestämisestä olevan minulle itselleni hyötyä
- vaalit ja äänestäminen eivät kiinnosta minua
- en usko että äänestämällä voi vaikuttaa asioihin
- oli vaikea löytää sopiva ehdokas
- halusin protestoida politiikkoja vastaan
- minulla ei ollut riittävästi tietoa
- jätin äänestämättä sairauden tai korkean iän vuoksi
- jokin muu syy

12. Mihin seuraavista alueista tai ryhmistä koet kuuluvasi?

	täysin	melko paljon	vähän	en lainkaan
asuinkuntaani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
suomalaisiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eurooppalaisiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oma syntymä- tai lähtömaan kansalaisiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maailman kansalaisiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uskonnolliseen tai hengelliseen yhteisöön	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ammattiryhmääni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
poliittiseen tai ideologiseen ryhmään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä? Luotan siihen, että saan tarvittaessa...

	Täysin samaa mieltä	Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Täysin eri mieltä
kiireellistä hoitoa äkilliseen vakavaan sairauteen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
säännöllistä hoitoa ja seurantaa pitkäaikaissairauteen (esim. kohonnut verenpaine)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vammaispalveluja (esim. kuljetuspalvelut, henkilökohtainen apu, asunnon muutostyöt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lapsiperheiden palveluja (esim. lastensuojelu, kasvatus- ja perheneuvonta, kotipalvelut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalityöntekijän tai -ohjaajan antamaa neuvontaa ja ohjausta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kelalta haettavaa perustoimeentulotukea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kunnalta haettavaa täydentävää ja ehkäisevää toimeentulotukea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TE-toimistosta saatavia työllisyyspalveluja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maahanmuuttoviraston (MIGRI) palveluja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Syrjintä, turvallisuus ja kohtelu

Seuraavat kysymykset liittyvät kokemaasi turvallisuuteen ja kohteluun.

14. Onko joku viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana nimittellyt, loukannut Sinua sanallisesti tai muuten kohdistanut Sinuun negatiivisia kommentteja?

- Ei
- Kyllä, vähintään kerran viikossa
- Kyllä, harvemmin kuin kerran viikossa

Oliko tekijä

- tuntematon
- naapuri tai työtoveri
- oma perheenjäsen
- muu tuttu henkilö

15. Onko joku viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana suunnannut Sinuun kielteisiä eleitä (esim. sormi- tai käsimerkit, osoittelu, ilmeet)?

- Ei
- Kyllä, vähintään kerran viikossa
- Kyllä, harvemmin kuin kerran viikossa

Oliko tekijä

- tuntematon
- naapuri tai työtoveri
- oma perheenjäsen
- muu tuttu henkilö

16. Onko joku viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana uhannut Sinua väkivallalla tai käyttäytynyt uhkaavasti Sinua kohtaan?

- Ei
- Kyllä, vähintään kerran viikossa
- Kyllä, harvemmin kuin kerran viikossa

Oliko tekijä

- tuntematon
- naapuri tai työtoveri
- oma perheenjäsen
- muu tuttu henkilö

17. Onko joku viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana tehnyt ilkeävaltaa tai vahingoittanut omaisuuttasi?

- Ei
- Kyllä, vähintään kerran viikossa
- Kyllä, harvemmin kuin kerran viikossa

Oliko tekijä

- tuntematon
- naapuri tai työtoveri
- oma perheenjäsen
- muu tuttu henkilö

18. Onko joku viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana jättänyt Sinut huomiotta tai jättänyt Sinut ryhmän ulkopuolelle tms.?

- Ei
- Kyllä, vähintään kerran viikossa
- Kyllä, harvemmin kuin kerran viikossa

Oliko tekijä

- tuntematon
- naapuri tai työtoveri
- oma perheenjäsen
- muu tuttu henkilö

19. Onko joku viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana lyönyt Sinua nyrkillä tai kovalla esineellä, potkinut, kuristanut tai käyttänyt jotain asetta?

- Ei
 Kyllä, vähintään kerran viikossa
 Kyllä, harvemmin kuin kerran viikossa

Oliko tekijä

- tuntematon
 naapuri tai työtoveri
 oma perheenjäsen
 muu tuttu henkilö

20. Onko joku viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana pakottanut tai yrittänyt pakottaa Sinut sukupuoliyhteyteen tai muuhun seksuaaliseen kanssakäymiseen?

- Ei
 Kyllä, vähintään kerran viikossa
 Kyllä, harvemmin kuin kerran viikossa

Oliko tekijä

- tuntematon
 naapuri tai työtoveri
 oma perheenjäsen
 muu tuttu henkilö

21. Minuun on kohdistunut muuta uhkaa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana

- Ei
 Kyllä, vähintään kerran viikossa
 Kyllä, harvemmin kuin kerran viikossa

Oliko tekijä

- tuntematon
 naapuri tai työtoveri
 oma perheenjäsen
 muu tuttu henkilö

22. Koetko seuraavat paikat turvalliseksi?

	en	kyllä
julkiset liikennevälineet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
yleiset puistot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ostoskeskukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kotisi lähikadut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
yleisötapahtumat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Elintavat

23. Kuinka paljon liikut ja rasitat itseäsi ruumiillisesti vapaa-aikana?

Älä laske mukaan työmatkaliikuntaa.

- luen, katselen televisiota ja teen askareita, jotka eivät juuri rasita ruumiillisesti
 kävelen, pyöräilen, tai teen kevyttä koti- ja pihatyötä yms. useita tunteja viikossa
 harrastan varsinaista kuntoliikuntaa tai urheilua kuten juoksua, hiihtoa, uintia, tai pallopelejä useita tunteja viikossa

24. Kuinka usein viimeksi kuluneen kuukauden aikana

	usein	joskus	ei lainkaan
olet nähnyt painajaisunia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sinua on vaivannut unettomuus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Kuinka usein olet syönyt seuraavia ruokia 7 viime päivän aikana?

	en kertaakaan	1-2 päivänä	3-5 päivänä	6-7 päivänä
tuoreita kasviksia tai kasvissalaattia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kypsennettyjä kasviksia (ei perunaa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hedelmiä tai marjoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
voita tai voi-kasviöljyseosta (esim. Oivariini)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Kuinka usein yleensä harjaat hampaasi / hammasproteesisi?

- useammin kuin kaksi kertaa päivässä
- kaksi kertaa päivässä
- kerran päivässä
- harvemmin kuin joka päivä
- en koskaan

27. Tupakoitko nykyisin (savukkeita, sikareita tai piippua)?

- kyllä, päivittäin
- satunnaisesti
- en lainkaan
- en ole koskaan tupakoinut

28. Oletko käyttänyt alkoholijuomia 12 viime kuukauden aikana?

- en, → mikäli et ole käyttänyt alkoholijuomia 12 viime kuukauden aikana, siirry kysymykseen 32
- kyllä

29. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia?

Ota mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä. Valitse se vaihtoehto, joka lähinnä vastaa omaa tilannettasi.

- en koskaan
- noin kerran kuukaudessa tai harvemmin
- 2–4 kertaa kuukaudessa
- 2–3 kertaa viikossa
- 4 kertaa viikossa tai useammin

30. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?

Katso kysymyksen alla olevaa laatikkoa.

- 1–2 annosta
 3–4 annosta
 5–6 annosta
 7–9 annosta
 10 tai enemmän

*Yksi alkoholiannos on:
pullo (33 cl) keskiolutta tai siideriä tai
lasi (12 cl) mietoa viiniä tai
pieni lasi (8 cl) väkevää viiniä tai
ravintola-annos (4 cl) väkeviä*

31. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

Katso kysymyksen alla olevaa laatikkoa.

- en koskaan
 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
 kerran kuukaudessa
 kerran viikossa
 päivittäin tai lähes päivittäin

*Esimerkkejä:
0,5 l tuoppi keskiolutta tai siideriä = 1,5 annosta
0,5 l tuoppi A-olutta tai vahvaa siideriä = 2 annosta
0,75 l pullo mietoa (12%) viiniä = 6 annosta
0,5 l pullo väkeviä = 13 annosta*

Rahapelejä ovat muun muassa arvontapelit kuten Lotto, rahapeliautomaatit, raaputusarvat, urheilu- ja hevospelit, vedonlyönti, kasinopelit, yksityinen vedonlyönti sekä internetissä pelattavat rahapelit.

32. Ajattele 12 viime kuukautta. Kuinka usein pelasit rahapelejä?

- päivittäin tai useita kertoja viikossa
 kerran viikossa
 2-3 kertaa kuukaudessa
 kerran kuukaudessa
 harvemmin
 en lainkaan

Terveys

33. Onko terveydentilasi mielestäsi nykyisin?

- hyvä
 melko hyvä
 keskitasoinen
 melko huono
 huono

34. Onko Sinulla jokin pitkäaikainen sairaus tai muu pitkäaikainen terveysongelma?

- kyllä
 ei

35. Rajoittaako jokin terveysongelma Sinua toimissa, joita ihmiset tavallisesti tekevät?

- rajoittaa vakavasti
 rajoittaa, muttei vakavasti
 ei rajoita lainkaan (siirry kysymykseen 37)

36. Onko rajoituksia ollut vähintään kuuden viime kuukauden ajan?

- kyllä
 ei

37. Onko Sinulla ollut seuraavia lääkärin toteamia tai hoitamia sairauksia 12 viime kuukauden aikana?

	ei	kyllä
kohonnut verenpaine, verenpainetauti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
selän kulumavika, iskias tai muu selkäsairaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
masennus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muu mielenterveysongelma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jokin muu pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Kuinka pitkä olet?

_____ cm

(Merkitse senttimetrin tarkkuudella.)

39. Miten paljon painat?

_____ kg

(Merkitse kilogramman tarkkuudella.)

40. Joissakin maissa tehdään tytöille tai pojille ympärileikkauksia, jolla voi olla vaikutusta terveyteen. Onko Sinulle tehty ympärileikkaus?

ei

kyllä, Minkä ikäisenä ympärileikkaus Sinulle tehtiin? _____ vuotiaana
Jos et tiedä tai muista tarkkaa ikää, arvio riittää

Naisten kysymykset

41. Oletko synnyttänyt? Laske mukaan alatiesynnytykset ja keisarileikkaukset

en

kyllä, montako synnytystä _____ lukumäärä

42. Onko Sinulle tehty raskauden keskeytyksiä (abortteja)?

ei

kyllä, montako _____ lukumäärä

43. Onko Sinulla ollut keskenmenoon päättyneitä raskauksia?

ei

kyllä, montako _____ lukumäärä

44. Oletko käynyt seuraavissa tutkimuksissa ja tarkastuksissa 5 viime vuoden aikana:

	en	kyllä, viime (1) vuoden aikana	kyllä, 1–5 viime vuoden aikana
mammografia (rintasyövän seulontatesti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PAPA-koe (kohdunkaulan irtosolunäyte)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Toiminta- ja työkyky

45. Onko Sinulla vaikeuksia...

	ei vaikeuksia	vähän vaikeuksia	paljon vaikeuksia	ei onnistu lainkaan
nähdä tavallista sanomalehtitekstiä (silmälaseilla tai ilman)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kuulla, mitä usean henkilön välisessä keskustelussa sanotaan (kuulokojeen kanssa tai ilman)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kävellä levähtämättä noin puoli kilometriä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
juosta lyhyehkö matka (noin sata metriä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Millaiseksi koet muistisi, oppimis- ja keskittymiskykyysi?

	erittäin hyvin	hyvin	tydyttävästi	huonosti	erittäin huonosti
muistini toimii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uusien tietojen omaksuminen ja asioiden oppiminen sujuu minulta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pystyn yleensä keskittymään asioihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Riippumatta siitä, oletko ansiotyössä vai et, arvioi minkälainen työkykyysi on nykyisin.

Oletko

- täysin työkykyinen
 osittain työkyvytön
 täysin työkyvytön

Palvelut

48. Kuinka monta kertaa olet käynyt oman sairautesi (tai raskauden tai synnytyksen) vuoksi 12 viime kuukauden aikana lääkärin, terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla tai tavannut lääkärin tai hoitajan kotonasi? Jos et ole käynyt kertaakaan, merkitkää 0 kertaa. Mukaan ei lasketa niitä kertoja, jolloin olet ollut sairaalassa sisäänotettuna potilaana.

	lääkärin vastaanotolla	terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla
terveysasemalla (ei hammaslääkärikäyntejä)	<input type="checkbox"/> kertaa	<input type="checkbox"/> kertaa
yksityisellä lääkäriasemalla	<input type="checkbox"/> kertaa	<input type="checkbox"/> kertaa
työterveyshuollossa	<input type="checkbox"/> kertaa	<input type="checkbox"/> kertaa
sairaalan poliklinikalla	<input type="checkbox"/> kertaa	<input type="checkbox"/> kertaa
julkisessa hammashuollossa	<input type="checkbox"/> kertaa	<input type="checkbox"/> kertaa
yksityisessä hammashuollossa	<input type="checkbox"/> kertaa	<input type="checkbox"/> kertaa

49. Ajattele kokemuksiasi terveysterveyspalveluiden käytöstä 12 viime kuukauden ajalta. Kuinka alla olevat asiat ovat toteutuneet Sinun kohdallasi?

	aina	useim- miten	joskus	ei koskaan	ei koske minua (en ole käyttänyt terveysterveyspalveluja)
sain yhteyden hoitopaikkaan sujuvasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sain vastaanottoajan riittävän nopeasti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pääsin tutkimuksiin riittävän nopeasti (esim. laboratoriotutkimukset, röntgen, ultraäänitutkimus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
yksityisyyttäni kunnioitettiin tutkimuksissa ja hoidoissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hoitokäynnistä oli minulle hyötyä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
asiani hoidettiin sujuvasti ja tieto kulki ammattilaisten välillä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tulkki oli apunani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Oletko mielestäsi saanut riittävästi seuraavia terveysterveyspalveluita 12 viime kuukauden aikana?

	en ole tarvinnut	olis tarvinnut, mutta palvelua ei saatu	olen käyttänyt, palvelu ei ollut riittävää	olen käyttänyt, palvelu oli riittävää
lääkäriin vastaanottopalvelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sairaanhoidajan tai terveydenhoitajan vastaanottopalvelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hammaslääkäripalvelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Oletko mielestäsi saanut riittävästi seuraavia sosiaalipalveluja tai -etuksia 12 viime kuukauden aikana?

	en ole tarvinnut	olis tarvinnut, mutta palvelua tai etuutta ei saatu	olen käyttänyt, palvelu tai etuus ei ollut riittävää	olen käyttänyt, palvelu tai etuus oli riittävää
vammaispalvelut (esim. kuljetuspalvelut, henkilökohtainen apu, asunnon muutostyöt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lapsiperheiden palvelut (esim. lastensuojelu, kasvatus- ja perheneuvonta, kotipalvelut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sosiaalitoimikunnan ohjaus- ja neuvontapalvelut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kelasta haettava perustoimeentulotuki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Työ- ja elinkeinotoimisto (TE toimiston) palveluja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maahanmuuttoviraston (MIGRI:n) palveluja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Työ

52. Oletko tällä hetkellä pääasiassa: Valitse parhaiten tilannettasi kuvaava vaihtoehto

- kokopäivätyössä, (siirry kysymykseen 54)
- osa-aikatyössä
- eläkkeellä iän perusteella, (siirry kysymykseen 63)
- työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuen saajana, (siirry kysymykseen 63)
- osa-aikaeläkkeellä, (siirry kysymykseen 54)
- työtön tai lomautettu, (siirry kysymykseen 59) nykyisen jakson kesto kuukausina: _____ kuukautta
- perhevapaalla, kotiäiti tai -isä, (siirry kysymykseen 59)
- opiskelija, (siirry kysymykseen 63)
- jokin muu, (siirry kysymykseen 63)

53. Teetkö osa-aikatyötä, koska:

- kokoaikatyötä ei ollut tarjolla
- opiskelet
- hoidat omia lapsia
- hoidat muuta omaista
- terveydellisistä syistä
- haluat jostain muusta syystä tehdä osa-aikatyötä

54. Oletko palkansaaja vai onko Sinulla oma yritys?

- palkansaaja
- maatalousyrittäjä (ml. metsä-, puutarha- ym.)
- muu yrittäjä (muu kuin maatalousyrittäjä)
- ammatinharjoittaja, freelancer tai apurahansaaja
- työssä perheenjäsenen maatilalla palkatta
- vai työssä perheenjäsenen yrityksessä palkatta
- muu
- en osaa sanoa

55. Onko nykyinen työsuhteesi:

- jatkuva (toistaiseksi voimassa oleva)
- määräaikainen tai tilapäinen
- en osaa sanoa

56. Onko Sinulla tämän työn lisäksi joku muu työ?

- ei
- kyllä

57. Miten sait nykyisen työpaikkasi?

- yksityisen työnvälityksen kautta
- kysyin töitä suoraan työnantajalta
- työnantaja otti suoraan yhteyttä minuun
- ystävien tai tuttavien kautta
- lähetin hakemuksen työpaikkailmoituksen perusteella
- opintoihin liittyvän työharjoittelun kautta
- TE-toimiston kautta

58. Ylikoulutetulla tarkoitetaan, että henkilön koulutuksella ja taidoilla voisi työskennellä myös vaativimmissa työtehtävissä. Ottaen huomioon oman koulutustasosi, työkokemuksesi ja taitosi, oletko mielestäsi ylikoulutettu nykyiseen työhönne?

- en (siirry kysymykseen 63)
 kyllä (siirry kysymykseen 63)
 en osaa sanoa (siirry kysymykseen 63)

59. Oletko joskus aikaisemmin ollut työssä, joko Suomessa tai ulkomailla?

- en
 kyllä, työni päättyi vuonna _____
 en osaa sanoa

60. Onko Sinulla voimassaoleva työnhaku työvoimatoimistossa?

- ei
 kyllä
 en osaa sanoa

61. Oletko viimeisen neljän viikon aikana etsinyt työtä?

- en
 kyllä
 en osaa sanoa

62. Olisitko halunnut tehdä viime tai toissa viikolla ansiotyötä?

- en
 kyllä
 en osaa sanoa

Esteet työelämässä

63. Mikä mahdollisesti on estänyt tai vaikeuttanut osallistumistasi työelämään?

	ei	kyllä
puutteellinen kielitaito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liian vähäinen koulutus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ammattia tai koulutusta ei ole hyväksytty Suomessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
työkokemuksen puute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
työnantajien syrjivät asenteet (etninen tai uskonnollinen tausta)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
työpaikoista on vaikea saada tietoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vähäiset suhteet kantasuomalaisiin, jotka voisivat auttaa työn saannissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
perheen jäsenten kielteinen suhtautuminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vaikea perhetilanne (paljon lapsia tai pitää hoitaa sairasta perheenjäsentä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oma epävarmuus ja pelot työelämään liittyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oma terveys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

64. Oletko viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana joutunut eriarvoisen kohtelun tai syrjinnän kohteeksi nykyisessä työpaikassasi seuraavissa asioissa:

	ei	kyllä
työhönotto- tai nimitystilanteessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
palkkauksessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
etenemismahdollisuuksissa uralla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
työn tai työvuorojen jaossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
työnantajan järjestämään koulutukseen pääsyssä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tiedon saannissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
työsuhde-etujen saamisessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
työtovereiden tai esimiesten asenteissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Taustakysymykset

65. Mikä on sukupuolesi?

- mies
 nainen
 muu

66. Kuinka suuret olivat taloutesi (ruokakuntasi) kokonaistulot viime vuonna (veroja vähentämättä)?

- alle 15 000 € (alle 1250€/kk)
 15 001 - 35 000 € (noin 1251-2500€/kk)
 35 001 - 45 000 € (noin 2500 - 3750€/kk)
 yli 45 001€ (3750€/ kk tai yli)

67. Oletko joskus 12 viime kuukauden aikana:

	en	kyllä
pelännyt, että sinulta loppuu ruoka, ennen kuin saat rahaa ostaaksesenne lisää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
joutunut tinkimään lääkkeiden ostosta rahan puutteen vuoksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jättänyt rahan puutteen vuoksi käymättä lääkärissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

68. Asutko yksin?

- kyllä
 en

69. Kuinka moni taloutesi jäsenistä mukaan lukien itsetsi on Merkitse 0 jos ei yksikään.

	lukumäärä
alle 3-vuotias	<input type="text"/>
3-6-vuotias	<input type="text"/>
7-17-vuotias	<input type="text"/>
18-49-vuotias	<input type="text"/>

	lukumäärä
50-64-vuotias	<input type="text"/>
65-79-vuotias	<input type="text"/>
80-vuotias tai vanhempi	<input type="text"/>

70. Onko Sinulla käytössäsi

	ei	kyllä
älypuhelin, jossa on internet yhteys?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
internet kotona, työpaikalla, kirjastossa tai muualla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pankkitunnukset tai mobiilivarmennin sähköiseen tunnistautumiseen internetissä?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Koulutus

71. Mikä on korkein Suomessa suorittamasi tutkinto?

- en ole käynyt koulua Suomessa
- vähemmän kuin peruskoulun (vain osan peruskoulua tai vastaavaa)
- peruskoulun (tai vastaavan oppimäärän)
- ylioppilastutkinnon
- ammatillisen tutkinnon (esim. kokki tai hitsaaja)
- ammattikorkeakoulututkinnon (esim. sosionomi, restonomi)
- alemman korkeakoulututkinnon (kandidaatti, bachelor)
- yliopiston tai ylemmän korkeakoulututkinnon
- lisensiaatin tai tohtorin tutkinto
- en osaa sanoa

72. Mikä on korkein ulkomailla suorittamasi tutkinto?

- en ole käynyt koulua ulkomailla
- vähemmän kuin peruskoulun (vain osan peruskoulua tai vastaavaa)
- peruskoulun (tai vastaavan oppimäärän)
- ylioppilastutkinnon
- ammatillisen tutkinnon (esim. kokki tai hitsaaja)
- ammattikorkeakoulututkinnon (esim. sosionomi, restonomi)
- alemman korkeakoulututkinnon (kandidaatti, bachelor)
- yliopiston tai ylemmän korkeakoulututkinnon
- lisensiaatin tai tohtorin tutkinto
- en osaa sanoa

73. Kuinka hyvin puhut suomen tai ruotsin kieltä?

- en puhu lainkaan
- aloittelijana: selviän yksinkertaisista arkisista tilanteista
- keskitasoisesti: pystyn aktiivisesti osallistumaan keskusteluihin
- erinomaisesti: osaan käyttää suomea monipuolisesti eri tilanteissa (esim. pystyn hoitamaan asioita viranomaisten kanssa suomen kielellä)

74. Kuinka montaa eri kieltä puhut sujuvasti? _____ kieltä

Pystyt aktiivisesti osallistumaan keskusteluihin

Maahanmuutto

75. Oletko Suomen kansalainen (onko Sinulla Suomen passi)?

- ei
 kyllä

76. Kuinka monta vuotta olet asunut Suomessa? _____ vuotta

77. Mikä oli tärkein syy muuttaa Suomeen?

- työ, jonka sain ennen muuttoa
 työ, työnhaku
 puolison työ tai opiskelu
 perhesyyt (uusi avioliitto, rakkaus)
 perheenyhdistäminen
 oma opiskelu
 pakolaisuus, turvapaikan haku, tai kansainvälinen suojelu
 inkeriläisenä tai Suomen sukuisena paluumuuttajana

78. Onko Sinulla perhettä Suomessa tai ulkomailla?

	kyllä, asuu Suomessa	kyllä, asuu muualla kuin Suomessa	ei ole/ kuollut
puoliso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alle 18 vuotiaita lapsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 vuotta täyttäneitä lapsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
isä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
äiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sisaruksia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muita läheisiä ihmisiä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Liite 3. Haastattelulomakkeen sisältö

Osa-alue	Kysymyksen sisältö	Kysymysnumero kyselylomakkeella
Elinolot ja elämänlaatu	Arvio omasta elämänlaadusta	1
	Suomessa asuvien ystävien määrä	7
Osallisuus	Kokemus yksinäisyydestä	8
	Äänestäminen vaaleissa (vain presidentinvaalit ja eduskuntavaalit)	11
Syrjintä, turvallisuus ja kohtelu	Kokemukset nimittelyn kohteena olemisesta (ei jatkokysymystä)	14
	Kokemukset kielteisten eleiden kohteena olemisesta (ei jatkokysymystä)	15
	Kokemus turvallisuudesta (julkisissa liikennevälineissä, puistoissa, ostoskeskuksissa, kodin lähikaduilla, yleisötapahtumissa).	22
Elintavat	Vapaa-ajan liikunta	23
	Painajaiset ja unettomuus	24
	Tupakointi	27
	Alkoholin käyttö viimeisen 12 kuukauden aikana	28
Terveys	Alkoholin käytön tiheys	29
	Arvio omasta terveydentilasta	33
	Pitkäaikaiset sairaudet	34
	Mieliala	4
	Lääkärin toteamat sairaudet	37
	Pituus	38
	Paino	39
	Arvio omasta työkyvystä	47
Toiminta- ja työkyky Palvelut	Terveyspalvelujen riittävyys	50
	Sosiaalipalvelujen riittävyys	51
	Työtilanne	52
Työ	Työn etsiminen	61
	Halu tehdä ansiotyötä	62
	Esteet työelämässä osallistumiselle	63
Esteet työelämässä Taustakysymykset Koulutus	Yksinasuminen	68
	Korkein Suomessa suoritettu tutkinto	71
	Korkein ulkomailla suoritettu tutkinto	72
	Suomen ja ruotsin kielen taito	73

Liite 4. Raportin kirjoittajat

Anna-Mari Aalto	Tutkimuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Järjestelmät-osasto
Rekar Abdulhamed	Vieraileva tutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointiosasto
Anu Castaneda	Tutkimuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointiosasto
Katja Cilenti	Vieraileva tutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointiosasto
Ferdinand Garoff	Erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointiosasto
Idil Hussein	Tutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Terveysturvallisuusosasto
Satu Jokela	Kehittämispäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointiosasto
Niina Kaartinen	Erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut-osasto
Villiina Kazi	Erityisasiantuntija, työ- ja elinkeinoministeriö
Laura Kestilä	Tutkimuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Järjestelmät-osasto
Reija Klemetti	Tutkimuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointiosasto
Erja Koponen	Tutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Järjestelmät-osasto
Päivikki Koponen	Tutkimuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut-osasto
Seppo Koskinen	Tutkimusohjelmajohtaja, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut-osasto
Mimmi Koukkula	Asiantuntija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointiosasto
Hannamaria Kuusio	Tutkimuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointiosasto
Tiina Laatikainen	Tutkimusprofessori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut-osasto
Liisa Larja	Erityisasiantuntija, työ- ja elinkeinoministeriö
Lars Leemann	Tutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointiosasto
Eero Lilja	Tilastotutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointiosasto
Sonja Lumme	Erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Järjestelmät-osasto
Annamaria Lundqvist	Erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut-osasto
Riikka Lämsä	Erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut -osasto
Harriet Mallenius	Asiakkuusjohtaja, Maahanmuuttovirasto
Tuija Martelin	Tutkimuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointiosasto
Katri-Leena Mustonen	Projektikoordinaattori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointiosasto
Pia Mäkelä	Tutkimusprofessori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut-osasto
Johanna Mäki-Opas	Projektipäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointiosasto

Tarja Nieminen	Yliaktuaari, Tilastokeskus
Hanna Ollila	Asiantuntija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut-osasto
Timo Partonen	Tutkimusprofessori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut-osasto
Susanna Raisamo	Tutkimuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut-osasto
Eero Raittio	Yliopisto-opettaja, Itä-Suomen yliopisto
Shadia Rask	Tutkimuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointiosasto
Susanna Raulio	Erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut-osasto
Otto Ruokolainen	Asiantuntija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut-osasto
Päivi Sainio	Kehittämispäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointiosasto
Anna Seppänen	Projektikoordinaattori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointiosasto
Natalia Skogberg	Projektipäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointiosasto
Laura Somersalo	Projektikoordinaattori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointiosasto
Liisa Suominen	Suun terveydenhuollon professori, Itä-Suomen yliopisto
Minna Toivanen	Vanhempi asiantuntija, Työterveyslaitos
Heli Valkeinen	Erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointiosasto
Tuulikki Vehko	Tutkimuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Järjestelmät-osasto
Johanna Vihtari	Projektisuunnittelija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointiosasto
Ari Väänänen	Tutkimusprofessori, Työterveyslaitos
Heini Wennman	Tutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut-osasto

Hannamaria Kuusio
Anna Seppänen
Satu Jokela
Laura Somersalo
Eero Lilja
(toim.)

Ulkomaalaistaustaisten terveys ja hyvinvointi Suomessa

FinMonik-tutkimus 2018–2019



Työ- ja elinkeinoministeriö
Arbets- och näringsministeriet

Kotouttaminen.fi
Integration.fi



TURVAPAIKKA-,
MAAHANMUUTTO- JA
KOTOUTTAMISRAHASTO

Europopan unionin tuella



ESPOO
ESBO

Tässä raportissa esitetään FinMonik 2018–2019 -tutkimuksen tuloksia Suomen ulkomaalaistaustaisen aikuisväestön terveydestä ja hyvinvoinnista. Lisäksi raportissa kuvataan sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä työelämä- ja maahanmuuttopalvelujen tarvetta ja käyttöä sekä luottamusta palveluihin.

Tutkimuksen tulokset antavat monin paikoin myönteisen kuvan Suomen ulkomaalaistaustaisen aikuisväestön terveydestä, hyvinvoinnista ja osallisuudesta. Suurimmalla osalla ulkomaalaistaustaisista on vähintään yksi ystävä ja he pitävät yhteyttä läheisiinsä, joilta he saavat myös tarvittaessa apua. Tutkimus nostaa esiin myös väestöryhmäkohtaisia terveyseroja: pahoinvointi ja terveysriskien yleisyys korostuvat erityisesti niissä maaryhmissä, joissa maahan muuttaminen on yleistä pakolaisuuden vuoksi. Myös syrjintä ja turvattomuuden kokemukset ovat varsin yleisiä joissain maaryhmissä.

Tutkimustulosten toivotaan lisäävän tietämystä ja ymmärrystä Suomen ulkomaalaistaustaisesta väestöstä. Tietoja on tarpeen hyödyntää laajasti eri organisaatioissa palvelujen kehittämiseksi sekä ulkomaalaistaustaisen väestön kotoutumisen tukemiseksi.



Terveyden ja
hyvinvoinnin laitos



9 789523 029316

ISBN 978-952-302-931-6

Julkaisujen myynti

www.thl.fi/kirjakauppa

Puhelin: 029 524 7190