

MARJA VAARAMA, PASI MOISIO & SAKARI KARVONEN (TOIM.)

SUOMALAISTEN HYVINVOINTI

2010

SUOMALAISTEN HYVINVOINTI

2010

MARJA VAARAMA, PASI MOISIO
& SAKARI KARVONEN (TOIM.)

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS

2010

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Kansi: Marko von Konow
Taitto ja kuvat: Seija Puro

Teema 11

ISBN 978-952-245-365-5 (painettu)
ISBN 978-952-245-366-2 (verkko)

Yliopistopaino
Helsinki 2010

Omistettu Matti Heikkilän elämäntyölle
suomalaisen sosiaalipolitiikan hyväksi.

Saatteeksi

Suomalaisten hyvinvoinnin ja hyvinvointierojen seuranta ja arviointi ovat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) perustehtäviä. Sosiaali- ja terveyspolitiikan arviointi on tärkeä osa tätä tehtävää. Poliitiikan arviointi edellyttää tuekseen luotettavaa, ajantasaista ja kriittistä tutkimustietoa väestön hyvinvoinnista ja siihen vaikuttavista sosiaalisista tekijöistä. Sosiaaliset tekijät eli ne olosuhteet, joissa ihmiset elävät, työskentelevät ja ikääntyvät, ovat Maailman terveysjärjestön WHO:n terveyseroja tutkineen komission mukaan pääosin vastuussa niistä terveyseroista, joihin voidaan monella tavalla vaikuttaa.

Köyhyys ja syrjäytyminen ovat voimakkaassa yhteydessä väestön terveyteen ja sairastavuuteen. Taloudellisen laman oloissa nämä ongelmat korostuvat, kun huono-osaisimpien olot vaikeutuvat entisestään. Viimeaikaisen talouskriisin lopullisia sosiaalisia seurauksia on kuitenkin liian aikaista arvioida.

Kokonaisuudessaan suomalaisten hyvinvointi ja terveys ovat kohentuneet viime vuosina, mutta samalla eriarvoisuus on useassa suhteessa kasvanut. Tämä kehitys on herättänyt yhä laajempaa huomiota, ja tutkimustietoakin on paljon. Vähemmän tiedetään siitä, millä tavoin eriarvoisuuden kasvu heijastuu väestön omilla hyvinvointikokemuksissa tai elämänlaadussa. Poliitiikan arvioinnin tueksi tarvitaan tietoa myös niistä tekijöistä ja olosuhteista, jotka vaikuttavat koettuun elämänlaatuun.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on tutkinut 1990-luvun alun laman sosiaalisia seurauksia ja toimia, joita sosiaali- ja terveyspolitiikassa tehtiin lamasta selviytymiseksi. Osa näistä toimista voidaan jälkikäteen todeta lyhytnäköisiksi. Nämä 1990-luvun laman opetukset ovat vaikuttaneet siihen, että 2000-luvun talouskriisin hoidossa on valittu toisenlaisia, vähemmän lyhytnäköisiä toimenpiteitä.

Pidemmän aikavälin yhteiskunnallisena tavoitteena Suomessa, kuten koko Euroopassa, on väestörakenteen muutoksen hallinta. Väestörakenteen muutos haastaa tulevaisuudessa julkisen talouden kestävyden, kun ennakoitu sosiaali- ja terveysmenojen kasvu yhdistyy samanaikaiseen rahoituspohjan heikkenemiseen. Sosiaali- ja terveyspolitiikalla on kuitenkin monia keinoja säilyttää julkisen talouden kestävyys tinkimättä laadukkaista sosiaali- ja terveyspalveluista tai kohtuullisesta toimeentulon turvasta. Tuekseen näiden keinojen määrittely ja arviointi vaativat tutkittua tietoa ja siihen perustuvia suosituksia.

Tämä neljäs Suomalaisten hyvinvointi -kirja jatkaa Stakesin aloittamaa tutkimusraporttien sarjaa suomalaisten hyvinvoinnista. Se piirtää kattavan kuvan suomalaisten hyvinvoinnista, elämänlaadusta sekä hyvinvointieroista ja niiden kehityksestä. Tätä kautta kirja luo tietopohjaa toimenpiteille ja päätöksille, joilla suomalainen hyvinvointimalli voidaan uudistaa ja säilyttää myös tulevaisuudessa.

Helsingissä 28.10.2010

Pekka Puska

SISÄLLYS

Saatteeksi
Sisällys
Kirjoittajat

Johdanto 10
MARJA VAARAMA, PASI MOISIO & SAKARI KARVONEN

PALVELUT JA ETUUDET

Sosiaali- ja terveystenonjen rakenne ja kehitys 20
PASI MOISIO

Suomalaisten terveys, terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset palveluista 28
JAN KLAVUS

Ikäihmisten palvelutarpeet ja saatu apu 44
ANNI VILKKO, HARRIET FINNE-SOVERI & REIJA HEINOLA

Läheisapu iäkkään ihmisen arjessa 60
ANNI VILKKO, ANU MUURI & HARRIET FINNE-SOVERI

Väestön mielipiteet sosiaalipalveluista 78
ANU MUURI

Hyvinvointivaltion kannatusperusta 96
ANU MUURI & KRISTIINA MANDERBACKA

Kannustin- ja byrokraatialoukut suomalaisessa sosiaaliturvassa 112
JARNO KARJALAINEN & PASI MOISIO

HYVINVOINTI JA HYVINVOINTIEROT

Suomalaisten kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen MARJA VAARAMA, EERO SILJANDER, MINNA-LIISA LUOMA & SATU MERILÄINEN	126
80 vuotta täyttäneiden koettu elämänlaatu MARJA VAARAMA, EERO SILJANDER, MINNA-LIISA LUOMA & SATU MERILÄINEN	150
Laatupainotettujen elinvuosien kehitys Suomessa 1996–2009 TIMO T. SEPPÄLÄ & UNTO HÄKKINEN	168
Tuloerojen, köyhyyden ja toimeentulo-ongelmien kehitys PASI MOISIO	180
Lapsiperheiden toimeentulo lamasta lamaan JOHANNA LAMMI-TASKULA & MINNA SALMI	198
Koetun hyvinvoinnin erot ja kehitys asuinpaikan mukaan SAKARI KARVONEN, TIMO M. KAUPPINEN & KATJA ILMARINEN	216
Työttömyys ja huono-osaisuuden kasautuminen TIMO M. KAUPPINEN, PEPPI SAIKKU & RIITTA-LIISA KOKKO	234

HYVINVOINTIPOLITIIKAN AJANTieto

Sosiaali- ja terveysalan ajantieto 2008–2010 KIRSI-MARJA LEHTELÄ	252
Euroopan uusi vuosikymmen ELINA PALOLA	266

YHTEENVETO

Hyvinvointipolitiikka 2010-luvulla MARJA VAARAMA, PASI MOISIO & SAKARI KARVONEN	278
Liite: HYPA-aineistokuvaus	287

KIRJOITTAJAT

HARRIET FINNE-SOVERI, LT, dos.,
yksikönpäällikkö, Ikäihmisten
palvelut -yksikkö, THL

REIJA HEINOLA, FM, kehittämisspäällikkö,
Ikäihmisten palvelut -yksikkö, THL

UNTO HÄKKINEN, FT, tutkimusprofessori,
yksikönpäällikkö, Terveys- ja
sosiaalitalouden yksikkö, THL

KATJA ILMARINEN, FT, erikoistutkija,
Palvelujärjestelmän kehittäminen ja ohjaus
-yksikkö, THL

JARNO KARJALAINEN, YTM, tutkija,
Vähimmäisturvayksikkö, THL

SAKARI KARVONEN, VTT, dos., osastojohtaja,
Sosiaali- ja terveystalouden ja -talouden
osasto, THL

TIMO M. KAUPPINEN, VTT, erikoistutkija,
Vähimmäisturvayksikkö, THL

JAN KLAVUS, VTT, dos., tutkimuspäällikkö,
Terveys- ja sosiaalitalouden yksikkö, THL

RIITTA-LIISA KOKKO, VTT, erikoistutkija,
Hyvinvointi- ja terveyserot -yksikkö, THL

JOHANNA LAMMI-TASKULA, YTT,
yksikönpäällikkö, Poliitiikan seuranta- ja
vaikuttavuusyksikkö, THL

KIRSI-MARJA LEHTELÄ, FM, suunnittelija,
Vähimmäisturvayksikkö, THL

MINNA-LIISA LUOMA, PsT, yksikönpäällikkö,
Toimintakyky-yksikkö, THL

KRISTIINA MANDERBACKA, VTT, dos.,
tutkimuspäällikkö, Palvelujärjestelmän
tutkimus, THL

SATU MERILÄINEN, TtM, tutkija, Terveys- ja
sosiaalitalouden yksikkö, THL

PASI MOISIO, PhD, dos., yksikönpäällikkö,
Vähimmäisturvayksikkö, THL

ANU MUURI, VTT, kehittämisspäällikkö,
Menetelmien ja käytäntöjen arviointiyksikkö,
THL

ELINA PALOLA, VTT, erikoistutkija, Poliitiikan
seuranta- ja vaikuttavuusyksikkö, THL

PEPPI SAIKKU, VTM, tutkija,
Vähimmäisturvayksikkö, THL

MINNA SALMI, VTT, tutkimuspäällikkö,
Poliitiikan seuranta ja vaikuttavuus -yksikkö,
THL

TIMO T. SEPPÄLÄ, PhD, erikoistutkija,
Terveys- ja sosiaalitalouden yksikkö, THL/
VATT

EERO SILJANDER, VTL, erikoistutkija,
Terveys- ja sosiaalitalouden yksikkö, THL/
STM

MARJA VAARAMA, YTT, professori, ylijohtaja,
Hyvinvointi- ja terveystalouden -toimiala,
THL

ANNI VILKKO, VTT, dos., erikoistutkija,
Ikäihmisten palvelut -yksikkö, THL

Johdanto

Suunnanmuutos eriarvoisuudessa

Suomalaisen hyvinvoinnin suuri tarina 1990-luvun alun laman jälkeen on ollut väestön elintason ja hyvinvoinnin yleinen paraneminen. Samaan aikaan kuitenkin myös tulo- ja hyvinvointierot ovat kasvaneet. Suomen talous toipui laman jälkeen nopeasti ja suurin osa suomalaisista pääsi mukaan talouskasvun imuun. Nousukausi ei kuitenkaan tavoittanut kaikkia. Osa syrjäytyi pysyvästi työelämästä, osa koko yhteiskunnasta ulosotossa olevien velkojen myötä. Lamasta selvinnyt Suomi ei myöskään ollut enää sama täystyöllisyyden ja pitkien työurien varaan rakennettu yhteiskunta kuin mitä se oli vielä 1980-luvulla. Työmarkkinat muuttuivat laman myötä epävarmoiksi eivätkä uudet ikäpolvet enää entiseen tapaan löytäneet paikkaansa työmarkkinoilla. Vastaava rakennemuutos korkeine työttömyysasteineen koettiin monissa Länsi-Euroopan maissa jo 1970- ja 1980-luvuilla. Suomeen talouden ja työmarkkinoiden rakennemuutos tuli myöhemmin, mutta sitäkin nopeampana ja rajumpana.

Tämä kahden viime vuosikymmenen hyvinvoinnin kehityskulku on raportoitu jo kolmessa aikaisemmassa 2000-luvulla ilmestyneessä Suomalaisten hyvinvointi-kirjassa (Heikkilä & Kautto 2002; Kautto 2006; Moisio ym. 2008). Viimeisimmässä, vuoden 2008 alussa ilmestyneessä kirjassa tulo- ja hyvinvointierojen kasvu nousi pääsanomaksi. Kirjassa pohdittiin muun muassa sitä, millaisia ovat tulo- ja hyvinvointierojen kasvun yhteiskunnalliset seuraukset. Tulo- ja hyvinvointierojen kasvua ei kuitenkaan tuolloin katsottu välttämättä ongelmaksi, mikäli vähäosais-tenkin asema paranee. Tämä niin kutsutusta Pareto-periaatteesta johdettu ajattelu yhteiskunnallisesta oikeudenmukaisuudesta omaksuttiin laajasti länsimaissa 1990- ja 2000-luvuilla, ei pelkästään Suomessa.

Edellisestä Suomalaisten hyvinvointi -kirjasta on vain kolme vuotta, mutta tuona aikana on tapahtunut paljon. Yhdysvaltojen asuntomarkkinoilta vuonna 2008 alkanut finanssikriisi on kyseenalaistanut useita aikaisempia talous- ja yhteiskuntapoliittisia totuuksia. Rahoitusteoriassa vallalla ollut rationaalisten odotusten teoria edesauttoi rahoitusmarkkinoiden paisumista ja sääntelyjen purkamista. Lopputuloksena ei kuitenkaan ollut rahoitusmarkkinoiden tehostuminen siten, että voimavarat ohjautuisivat tuottoisimpiin reaalitalouden investointeihin, vaan seurauksena olivat hallitsemattomat markkinat, joita leimasivat monimutkaiset sijoitusinstrumentit ja varjopankkien spekulointi. Finanssikriisiin johtivat samat tekijät kuin aiemminkin, mutta sen mittasuhteet uhkasivat valtioiden ja keskuspankkien kykyä selvittää kriisin seurauksista. Usko vapaiden ja säätelemättömien markkinoiden kykyyn tuottaa yhteiskunnan kokonaisedun kannalta optimaalinen lopputulos heikkeni. Tuloerojen tasaaminen nousi uudelleen yhteiskuntapoliittiseen keskusteluun OECD:n (2008) julkaiseman ”Growing unequal” -raportin myötä, jossa esitettiin huoli tuloerojen kasvun yhteiskunnallisista seurauksista.

Tämä neljäs Suomalaisten hyvinvointi -kirja jatkaa hyvinvoinnin ja hyvinvointierojen analyysia ja lähestyy kohdettaan nyt myös koetun elämänlaadun näkökulmasta. Hyvinvointierot ovat 2000-luvun loppua kohden kasvaneet tai ainakin pysyneet entisellään aiempiin ajanjaksoihin verrattuna. Edellisistä kirjoista poiketen nyt tuloksiin liittyy suurempia varauksia, sillä vuonna 2009 Suomeen iskenneen kansainvälisen finanssikriisin lopullisia sosiaalisia seurauksia on vielä liian aikaista arvioida, ja nykyistenkin vaikutusten arviointia vaikeuttaa tilastotietojen hidas päivittyminen. Nyt kirjassa esitellyt tutkimustulokset kertovat aivan toiseltaisesta yhteiskuntapoliittisesta ilmapiiristä kuin vain kolme vuotta sitten. Enää ei kiistellä siitä, onko hyvinvointierojen kasvu ongelma, vaan niiden kasvun kurissa pitämisen katsotaan olevan välttämätöntä yhteiskunnan sosiaalisen ja taloudellisen kestävyuden kannalta. Kansainväliset valtioiden luottoluokittajatkin ovat alkaneet seurata tuloerojen kasvua yhtenä kriteerinä maiden velanmaksukykyä arvioidessaan. Yhteiskunnallisia hyvinvointieroja ei enää pidetä vain moraalisen oikeudenmukaisuuden kysymyksenä. Yhä laajemmin arvioidaan, että hyvinvointierojen hallitsematon kasvu heijastuu sosiaaliseen koheesioon ja luottamukseen, joilla on epäsuotuisia kerrannaisvaikutuksia talouteen ja yhteiskuntaan. Keskusteluilmapiirin muutos mahdollistaa hedelmällisemmän keskustelun siitä, miten hyvinvointieroja voidaan ja tulisi pyrkiä kaventamaan.

Mistä puhumme kun puhumme hyvinvoinnista ja hyvinvointieroista?

Hyvinvointierojen kaventaminen vaatii yhteistä ymmärrystä siitä, mitä hyvinvoinnilla tarkoitetaan. Perinteisesti hyvinvoinnin osatekijät on jaettu karkeasti kolmeen kokonaisuuteen: terveyteen, materiaaliseen hyvinvointiin sekä koettuun

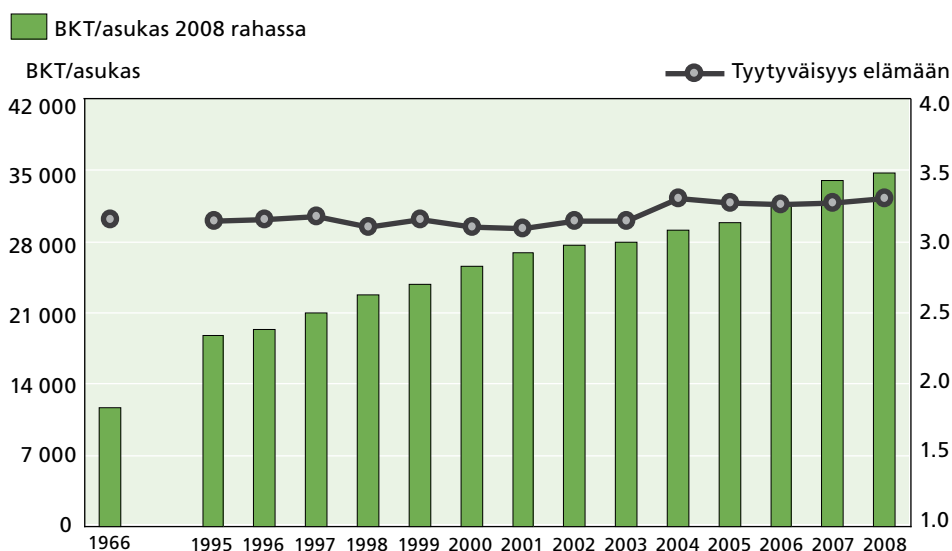
hyvinvointiin. Puhuttaessa hyvinvointieroista tarkoitetaan yleensä kahden ensimmäisen alueen sisältämiä tekijöitä. Terveyseroilla tarkoitetaan sosioekonomisten ryhmien välisiä eroja sairastavuudessa, kuolleisuudessa ja koetussa terveydessä. Esimerkiksi koulutettujen tai hyvätuloisten odotettavissa oleva elinikä on useita vuosia pidempi kuin vähän koulutettujen tai pienituloisten. Suuri osa eroista selittyy elämäntapaan liittyvillä valinnoilla, osa lisäksi esimerkiksi terveyspalvelujärjestelmään liittyvillä rakenteellisilla tekijöillä kuten sillä, että tutkimusten mukaan parempiosaiset saavat enemmän ja parempilaatuisia terveyspalveluja kuin huono-osaiset (Palosuo ym. 2007). Tutkijoiden keskuudessa vallitsee myös laaja yhteisymmärrys siitä, että väestön yleistä terveydentilaa voitaisiin nostaa merkittävästi, mikäli huono-osaisimpien terveys saataisiin nostettua väestön keskimääräiselle tasolle. Keinoiksi tähän nähdään vaikuttaminen suoraan elintapoihin tiedottamisen ja myös elintarvikkeiden ja muun kulutuksen verotuksen kautta, sosiaalipoliittiset keinot eriarvoisuuden vähentämiseksi, sekä palvelujärjestelmän sisältämien, eriarvoa aiheuttavien tekijöiden vähentäminen.

Materiaalisella hyvinvoinnilla tarkoitetaan elinoja ja toimeentuloa. Materiaalisen hyvinvoinnin erojen tarkastelu pelkistyy nykyisin pitkälle tuloista johdettujen tuloerojen ja köyhyyden tarkasteluun, mutta perinteisesti on tarkasteltu myös yleisten elinolojen puutteita. Tulojen keskeinen asema materiaalisen hyvinvoinnin tarkastelussa on perusteltua siksi, että palkkatyöhön perustuvassa yhteiskunnassa tulot ovat tärkein toimeentulo ja elinoloja määräävä tekijä. Asumisen tasoa ja kestokulutushyödykkeiden saantia voidaan pitää pitkän ajan toimeentulon kiteytymänä tai indikaattorina. Toimeentuloon vaikuttavat kuitenkin tulojen lisäksi yhtä tärkeänä osana menot eli tarpeet, jotka tuloilla tulee kattaa. Toimeentulon ongelmia tarkastellaan usein köyhyyden kautta, millä tarkoitetaan puutteellisia tai riittämättömiä voimavaroja välttämättömiksi katsottujen tarpeiden kattamiseen. Tuloerot ja köyhyys ovat kautta aikojen herättäneet keskustelua yhteiskunnallisesta oikeudenmukaisuudesta. Viime vuosina on oikeudenmukaisuuden lisäksi alettu keskustella sosiaalisesta kestävydestä ja taloudellisesta kilpailukyvystä. Tätä keskustelua ovat ruokkineet tutkimukset, joissa on osoitettu suurten tuloerojen ja köyhyyden kielteisiä vaikutuksia niin valtion- kuin koko kansantalouden toimivuudelle.

Bruttokansantuotetta on pidetty 1930-luvulta lähtien yhteiskuntien hyvinvoinnin mittarina. Talouden mittareiden pitämistä väestön hyvinvoinnin mittarina ja yhteiskunnallisen kehityksen tavoitteena on kuitenkin lisääntyvästi alettu kritisoida siitä, ettei kansantuotteen kasvu enää lisää väestön koettua hyvinvointia tietyn elintason jälkeen. Sen jälkeen kun elintaso turvaa perustavien tarpeiden tyydytyksen, ihmisten hyvinvointia kehystäväksi tekijöiksi näyttävät nousevan terveys ja koetun hyvinvoinnin tekijät: ihmissuhteet ja osallisuus, ympäristö, arvontanto ja oikeudenmukaisuus yhteisössä sekä mielekäs tekeminen. Esimerkiksi OECD-maat näyttävät ohittaneen kyseisen pisteen kansantuotteessa jo vuosikymmeniä sitten, muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta (Veenhoven 2010). Väestön tyyty-

väisyyttä kuvaavat aikasarjat osoittavat, että Suomen kansantuote saavutti kyseisen rajan viimeistään 1960-luvun loppupuolella (kuvio 1).

Koettu hyvinvointi eroaa monella tapaa materiaalisesta hyvinvoinnista. Ensinnäkin, ihmisen tyytyväisyyttä elämäänsä määrittävät terveys ja materiaallinen elintaso, mutta myös yksilön oletus siitä, millainen hänen terveytensä ja materiaallinen elintasonsa tulisi olla (ks. Wilkinson & Pickett 2009). Ikäänsä nähden hyväkuntoinen kokee yleensä terveytensä hyväksi, vaikka iän tuomia vaivoja olisikin. Vastaavasti niukatkin elinolot koetaan usein tyydyttäväiksi, mikäli ne vastaavat ympäröivän yhteisön elintasoa, eikä henkilö odota parempaa tai tiedä paremmasta. Ilmiötä selitetään sillä, että ihminen vertaa asemaansa yleensä siihen yhteisöön ja sen odotuksiin, jossa hän elää. Tämä suhteuttava vertailu selittää, miksi yhteiskunnan varakkaat ovat aina keskimäärin tyytyväisempiä elämäänsä kuin saman yhteiskunnan vähäosaiset. Oman aseman vertailu yhteisön muihin jäseniin selittää myös sen, miksi väestön keskimääräinen tyytyväisyys ei enää kasva yhteiskunnan elintason ylittäessä tietyn rajan. Kun elintaso turvaa perustavat inhimilliset tarpeet, koettua hyvinvointia kehystäväksi tekijöiksi nousevat yhä enemmän muut kuin hyvinvoinnin aineelliset tekijät. Psykologisten tutkimusten mukaan ihmisil-



Lähteet: Tilastokeskus (2010); Veenhoven (2010); Haavio-Mannila (1971).

KUVIO 1. Kansantuote asukasta kohti vuoden 2008 rahassa ja keskimääräinen tyytyväisyys elämään* 1966–2008

* Keskiarvo vastauksista kysymykseen: "Kuinka tyytyväinen olette elämäänne, jota elätte?" Erittäin tyytyväinen (4), melko tyytyväinen (3), en kovin tyytyväinen (2), en lainkaan tyytyväinen (1).

lä on myös luontainen kyky arvioida ja tunnistaa kaikessa kanssakäymisessään asemansa sosiaalisessa hierarkiassa (ks. Wilkinson & Pickett 2009, 44). Ihmiset arvioivat kanssakäymisessään herkästi vastavuoroisuuden ja oikeudenmukaisuuden toteutumista kulttuurista ja asemastaan riippumatta. Sosiaaliset hierarkiat hyväksytään, mikäli kanssakäymisen koetaan tapahtuvan vastavuoroisuuden, molemmien puolisen arvonannon ja oikeudenmukaisuuden hengessä. Tämä selittää osaltaan, miksi suuret tuloerot näyttävät nakertavan sosiaalista luottamusta ja yhteiskunnan koheesiota.

Koetun hyvinvoinnin tutkimus on saanut vahvimman jalansijan elämänlaadun tutkimuksen hyvinvointiteoreettisessa suuntauksessa, jossa hyvinvointia lähestytään yksilön (objektiivisten tai koettujen) elinolojen ja subjektiivisen hyvinvoinnin välisenä vuorovaikutuksena. Myös elämänlaadun tutkimusperinteessä on korostettu, että ihmisen kokemus hyvinvoinnista ja elämänlaadusta perustuu kokonaisvaltaiseen arvioon omasta elämästä ja sosiaalisesta tilanteesta, jota terveys ja toimeentulo toisaalta muovaavat ja toisaalta raamittavat (Cummins 1997; Eckersley 2000). Voidaankin sanoa, että kattava kuva hyvinvoinnista edellyttää monipuolista tarkastelua, joka yhdistää erilaiset sosio-ekonomiset mittarit yksilöiden omiin kokemuksiin ja arvioihin. Niinpä hyvinvoinnin mittaamisessa tulisi bruttokansantuotteen rinnalla käyttää myös muita mittareita, jotka kuvaavat väestön hyvinvoinnin tilaa ja jakaumaa niin, että myös muut kuin materiaaliset tekijät sisällytetään mittaukseen.

Kirjan rakenne

Kirja koostuu neljästätoista tutkimusartikkelista sekä kahdesta ajantietoartikkelista, joiden kautta avautuu laaja ja kattava kuva suomalaisten hyvinvoinnista ja koetusta elämänlaadusta, hyvinvointipalvelujen käytöstä ja hyvinvoinnin rakenteellisista taustatekijöistä. Näkökulmana on tutkia koko väestön hyvinvointia ja elämänlaatua moniulotteisena kokonaisuutena. Useimmat kirjan artikkeleista perustuvat syksyllä 2009 kerättyyn Hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -kyselyn tietoihin (aineiston kuvaus s. 287), jotka mahdollistavat koetun hyvinvoinnin ja elämänlaadun tarkastelun yhdessä materiaalsen hyvinvoinnin ja terveyden kanssa. Tuoreimman kyselyn erityisosiota oli 80 vuotta täyttäneiden terveyden, toimintakyvyn, koetun ja saadun avun sekä koetun elämänlaadun tutkiminen kotiin tehdyn haastattelun avulla. Edellisen kerran vastaava tutkimus toteutettiin HYPAn osana vuonna 2004.

Ensimmäinen luku tarkastelee palvelujen ja etuuksien rakennetta, kustannuksia ja käyttöä. Luvun aloittaa Pasi Moisioin katsaus sosiaali- ja terveysmenojen rakenteeseen ja kehitykseen. Sosiaali- ja terveysmenot muodostavat yli puolet julkisista menoista, ja niihin kohdistuu kasvupaineita väestörakenteen muuttuessa. Ennusteiden herkkyyksianalyysi osoittaa, että päätöksentekijöillä on valittavanaan

monia keinoja sosiaalimenojen kasvun pitämiseksi kohtuullisena tulevaisuudessa. Jan Klavus puolestaan tarkastelee artikkelissaan terveyspalvelujen käyttöä ja asiakaskokemuksia. Väestön kokemusten perusteella vaikuttaa siltä, että suomalaiset ovat terveydenhuoltojärjestelmän toimintaan ja laatuun melko tyytyväisiä. Suomalaisien terveyden myönteinen kehityssuunta on jatkunut, mutta sosioekonomiseen asemaan liittyvä eriarvoisuus terveydessä on lisääntynyt. Väestöryhmittäiset erot näkyvät myös terveyspalvelujen käytössä.

Anni Vilkkö, Harriet Finne-Soveri ja Reija Heinola tarkastelevat ikäihmisten palvelutarpeita ja saatua apua. Iäkkäille tarkoitettua sosiaali- ja terveyspalvelua määrittyvät pääsääntöisesti iän ja ikäryhmien keskimääräisten tarpeiden perusteella. Avun tarve ei kuitenkaan välttämättä seuraa ikää, joten palvelut eivät vastaa läheskään kaikkiin kotona asuvien iäkkäiden tarpeisiin. Ikäryhmien keskimääräisten tarpeiden rinnalla olisikin tarkasteltava iäkkään henkilön kokemusta omista tarpeistaan. Ikäihmisten saaman avun tarkastelua jatketaan seuraavassa artikkelissa, jossa Anni Vilkkö, Anu Muuri ja Harriet Finne-Soveri tarkastelevat iäkkäiden läheisavun merkitystä arjessa. Tulokset eivät anna tukea väitteelle, että läheisistä välittäminen olisi hävinnyt palvelujärjestelmän kehittymisen myötä. Ikääntyneet eivät myöskään näyttäytyä vain apua saavana osapuolena, vaan usein myös läheisavun antajina ja tämän avun merkitys on niin inhimillisesti kuin taloudellisesti merkittävä.

Anu Muurin käsittelee artikkelissaan suomalaisten mielipiteitä ja asiakaskokemuksia sosiaalipalveluista. Tulosten mukaan julkisilla sosiaalipalveluilla ja sen henkilöstöllä on väestön keskuudessa vankka kannatus. Yli kaksi kolmasosaa vastaajista katsoi, että sosiaalipalvelut toimivat yleisesti ottaen hyvin. Valtaosa sosiaalipalvelujen asiakkaista katsoi myös, että palvelun lopputulos vastasi heidän tarpeitaan. Mielipiteet ovat kuitenkin muuttuneet aiempaa kriittisemmiksi, ja erityisesti luottamus kotipalveluun on vähentynyt koko 2000-luvun. Syvemmin suomalaisten mielipiteisiin pureudutaan Anu Muurin ja Kristiina Manderbackan artikkelissa, jossa kohteena ovat peruspalvelujen ja sosiaaliturvan taso ja tuottamisvastuu. Tulosten mukaan kansalaiset kannattavat hyvinvointivaltiota edelleen erittäin vahvasti. Enemmistö vastaajista katsoi, ettei sosiaaliturvan tasoa pitäisi leikata ja enemmistö heistä oli valmis verojen korottamiseen sosiaaliturvan tason ylläpitämiseksi. Sosiaaliturvan tasoa liian matalana pitävien osuus on niin ikään kasvanut. Mielipiteet ovat kuitenkin jonkin verran eriytyneet aiempaan verrattuna. Sosiaali- ja terveyspalveluiden kustantamisella verovaroin sekä julkiselle tuottamisvastuulle on myös selkeä kannatus. Julkisen ja yksityisen sektorin kumppanuutta palvelujen tuottamisessa pidettiin kuitenkin tärkeänä, sillä 40 prosenttia katsoi, että tarvitaan yksityisiä palveluja täydentämään julkisia.

Luvun päättää Jarno Karjalaisen ja Pasi Moision artikkeli, jossa luodaan yleiskatsaus suomalaisen sosiaaliturvan tulo- ja byrokraatialoukkuihin sekä tarkastellaan luottamuksen merkitystä aktivoinnissa. Sosiaaliturvan kannustinloukut ovat pienentyneet koska sosiaaliturvan taso on jäänyt jälkeen ansiökehityksestä.

Ongelmaksi ovat nousseet pikemminkin byrokraatialoukut lyhyiden töiden vastaanottamisessa. Sosiaalinen luottamus on vähäistä monilla työttömillä, mikä voi johtaa siihen, että kannustimien vaikutukset ovat vastakkaisia niiden alkuperäisen tavoitteen suhteen.

Kirjan toinen luku tarkastelee hyvinvointia ja hyvinvointieroja. Luvun aloittavat Marja Vaaraman, Eero Siljanderin, Minna-Liisa Luoman ja Satu Meriläisen kaksi artikkelia, jotka keskittyvät suomalaisten koetun elämänlaadun vaihteluun ja sen taustatekijöihin eri elämänvaiheissa. Uutena metodina sovelletaan WHO:n lyhyttä elämänlaadun mittaria hyvinvointiteoreettisessa tutkimusasetelmassa niin, että tarkastellaan sosio-ekonomisten tekijöiden yhteyttä koettuun elämänlaatuun ja sen ulottuvuuksiin. Tulokset todentavat sen, että koettu elämänlaatu vaihtelee elämänkulun ja elämäntilanteiden mukaan. Keskeinen tulos on, että suomalaisten elämänlaatu on yleisesti ottaen korkea aina myöhäiseen ikään saakka. Hyvän elämänlaadun perustekijöitä ovat kyky nauttia elämästä ja myönteinen elämänasenne, mutta muutoin eri tekijöiden merkitys vaihtelee eri elämänvaiheissa. Elämän merkityksellisyys on tärkeintä nuorille aikuisille, kun työikäisten keskuudessa työ ja perhe nousevat etusijalle. Hyvä liikuntakyky ja keskittymiskyky ovat tärkeitä elämänlaadun osatekijöitä eläkeiän kynnyksellä. 70 ikävuoden jälkeen terveys nousee etusijalle, samalla kun mukaan tulee kyky olla tyytyväinen omaan itseen. 80 ikävuoden jälkeen fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin heikkeneminen alkavat vähentää elämänlaatua. Heikon elämänlaadun riskitekijöitä ovat työttömyys, työkyvyttömyyseläkkeellä olo, toimeentulotuen asiakkuus ja alhainen koulutus. Suurimassa heikon elämänlaadun riskissä ovat nuoret työttömät ja 80 vuotta täyttäneet huonokuntoiset vanhukset.

Elämänlaadun kehitystä tarkastellaan myös seuraavassa artikkelissa, jossa Timo T. Seppälä ja Unto Häkkinen esittelevät laatupainotettujen elinvuosien kehitystä Suomessa. Laatupainotetut elinvuodet on muodostettu ottamalla huomioon sekä elinajanodotteet että elämänlaatu. Elinajanodotteet ovat pidentyneet kaikissa ikäryhmissä sekä miehillä että naisilla. Sen sijaan terveyteen liittyvä elämänlaatu on laskenut nuoremmassa ja kasvanut vanhemmissa ikäryhmissä vuodesta 1996. Laatupainotetut elinvuodet ovat lisääntyneet kaikissa ikäryhmissä, mutta vanhemmilla ikäryhmillä nuoria enemmän.

Pasi Moisioin artikkelissa siirrytään tarkastelemaan köyhyiden ja toimeentulo-ongelmien kehitystä viimeisten 15–20 vuoden aikana. Tuloerot ja suhteellinen köyhyys ovat kasvaneet voimakkaasti kuluneen viidentoista vuoden aikana, ja korkealle jäänyt työttömyys on tämän kehityksen tärkein selittäjä. Köyhyiden ja toimeentulo-ongelmien yleisyyden kehitys vaihtelee kuitenkin hyvin paljon kotitalouksien työmarkkina-aseman mukaan. Työssäkäyvien keskuudessa suhteellinen köyhyys ei ole kasvanut missään perhetyyppissä. Päinvastoin toimeentulo-ongelmat ja kulutuksesta tinkiminen ovat jopa vähentyneet. Sen sijaan työttömien ja vähimmäisturvan varassa olevien keskuudessa köyhyys on yleistynyt ja toimeentulo-ongelmat ja kulutuksesta tinkiminen ovat pysyneet korkealla tasolla.

Johanna Lammi-Taskula ja Minna Salmi keskittyvät artikkelissaan lapsiperheiden toimeentulon kehitykseen. Lapsiperheillä työmarkkina-asema, koulutus, lapsiluku ja lasten ikä ovat yhteydessä toimeentulo-ongelmien esiintyvyyteen: työmarkkinoiden ulkopuolella oleminen on suurin riskitekijä. Huolestuttavana kehityksenä havaittiin alle kouluikäisten lasten perheiden toimeentulo-ongelmien kasvu 2000-luvulla. Ehkä hieman yllättäen nuoret vanhemmat kokivat vähemmän toimeentulo-ongelmia kuin 30 vuotta täyttäneet.

Sakari Karvonen, Timo M. Kauppinen ja Katja Ilmarinen tarkastelevat artikkelissaan alueellisten hyvinvointierojen kehitystä 2000-luvulla. Alueelliset erot koetussa hyvinvoinnissa ovat pienempiä kuin tilastollisten ja hallinnollisten indikaattoreiden antama kuva antaa ymmärtää. Ne eivät myöskään näytä kasvaneen 2000-luvulla, mikä sekin poikkeaa aluetilastojen tuloksista. Tosin haja-asutusalueiden väestön hyvinvointi on artikkelin mukaan kohentunut ja keskusta-alueiden vastaavasti heikentynyt jonkin verran. Luvun päättää Timo M. Kauppinen, Peppi Saikun ja Riitta-Liisa Kokon artikkeli huono-osaisuuden kasautumisesta. Huono-osaisuuden kasautumista esiintyy erityisesti pitkään työttömänä olleilla. Työttömien ja työssäkäyvien hyvinvointierot ovat suurimmat taloudellisissa ja terveydellisissä ongelmissa sekä terveyspalvelujen saamisessa. Työkyvyttömillä ja pitkäaikaissairailta huono-osaisuus kasautui ennen kaikkea terveysongelmien ympärille ja kasautuminen oli lähes yhtä yleistä kuin pitkäaikaistyöttömillä.

Kirjan kolmas luku sisältää ajantieto-artikkelit Suomen ja Euroopan unionin sosiaali- ja terveyspolitiikan viimevuosien kehityksestä. Kirsi-Marja Lehtelän artikkelissa käydään läpi Suomen sosiaali- ja terveysalalla tapahtunutta lainsäädännön kehitystä sekä hallitusohjelmassa määriteltyjen politiikkaohjelmien ja muiden suurten kehityshankkeiden edistymistä. Elina Palolan artikkelissa tarkastellaan Euroopan unionin uuden työllisyys- ja kasvustrategian ”Eurooppa 2020” tavoitteita ja sen mahdollisia vaikutuksia jäsenmaiden sosiaali- ja terveyspolitiikkaan. Kirjan päättää toimittajien kirjoittama yhteenveto, jossa vedetään yhteen kirjan artikkelien tuloksia ja pohditaan niiden tuottamia politiikkasuosituksia.

Lähteet

- Cummins, Robert A. (1997) Assessing Quality of life. In Brown, Roy I. (ed.) Quality of life for people with disabilities. Models, research and practice. Cheltenham, UK: Stanley Thornes(publishers) Ltd, 116-150.
- Eckersley, Richard (2000) The mixed blessings of material progress: diminishing returns in the pursuit of happiness. *Journal of Happiness Studies* 1, 267–292.
- Haavio-Mannila, Elina (1971) Satisfaction with Family, Work, Leisure and Life among Men and Women. *Human Relations* 24(6), 585–601.
- Heikkilä, Matti & Kautto, Mikko (toim.) (2002) *Suomalaisten hyvinvointi 2002*. Helsinki: Stakes.
- Kautto, Mikko (toim.) (2006) *Suomalaisten hyvinvointi 2006*. Helsinki: Stakes.

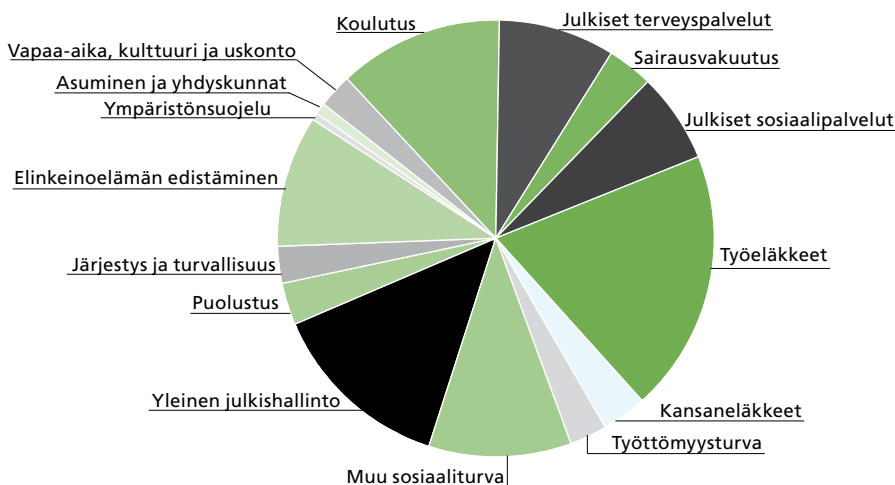
- Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari & Simpura, Jussi & Heikkilä, Matti (toim.) (2008) Suomalaisten hyvinvointi 2008. Helsinki: Stakes.
- OECD (2008) Growing Unequal: Income Distribution and Poverty in OECD Countries. OECD.
- Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (toim.) (2007) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki.
- Tilastokeskus (2010) Kansantalouden tilinpito. www.stat.fi. (viitattu 21.9.2010.)
- Veenhoven, Ruut (2010) World Database of Happiness. www.worlddatabaseofhappiness.eur.nl [viitattu 21.9.2010.]
- Wilkinson, Richard & Pickett, Kate (2009) The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone. Penguin books.

PALVELUT JA ETUUDET

Sosiaali- ja terveystenonjen rakenne ja kehitys

Suomen julkiset menot olivat noin 91 miljardia euroa eli 50 prosenttia Suomen bruttokansantuotteesta vuonna 2008. Osuuden arvioidaan nousevan 2009 bruttokansantuotteen rajun pienenemisen vuoksi. Julkiset eli julkisyhteisöjen menot koostuvat valtion, kuntien ja sosiaaliturvarahastojen yhteenlasketuista menoista. Valtion osuus julkisyhteisöjen menoista on noin 30 prosenttia, kuntien 40 prosenttia ja sosiaaliturvarahastojen 30 prosenttia. Julkiset menot rahoitetaan verojen ja veroluonteisten maksujen avulla, joiden vuosittaista summaa suhteessa bruttokansantuotteeseen kutsutaan (kokonais)veroasteeksi. Veroaste on ollut Suomessa noin 43 prosenttia, joka muodostuu välillisestä verotuksesta (30 %), vakuutettujen ja työnantajien sosiaaliturvamaksuista (30 %), kuntien tuloverotuksesta (23 %), valtion tuloverotuksesta (14 %) ja muista maksuista (1 %).

Kuviossa 1 on esitetty Suomen julkisten menojen jakautuminen tehtävittäin. Suurin menoerä on sosiaaliturva, jonka osuus julkisista menoista on 41 prosenttia. Suurimman osuuden sosiaaliturvassa muodostavat työeläkkeet, joiden osuus on 19 prosenttia julkisista menoista. Kun mukaan otetaan myös kansaneläkemeno, eläkemenojen osuus julkisista menoista on 22 prosenttia. Muut sosiaaliturvan menot ovat työttömyysturva (3 %), sairausvakuutus (3 %) sekä muu sosiaaliturva (11 %). Seuraavaksi suurin menoerä julkisissa menoissa on yleinen hallinto 13 prosentin osuudella, koulutus 12 prosentin osuudella, elinkeinoelämän edistäminen 10 prosentin osuudella. Julkisten terveystenonjen osuus julkisista menoista on 9 prosenttia, julkisten sosiaalipalvelujen 6 prosenttia.



* Luvut ovat kahden eri tilaston yhdistelmä ja siksi kuvion luvuissa on eroavuuksia alkuperäisten tilastojen kanssa.

Lähteet: STM Sote malli; Tilastokeskus, Julkisyhteisöjen menot tehtävittäin.

KUVIO 1. Julkiset menot tehtävittäin 2008, %.

Yhteensä sosiaalimenot eli sosiaaliturva sekä julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut ovat 50 miljardia euroa ja niiden suhde bruttokansantuotteesta on noin 27 prosenttia ja julkisista menoista 55 prosenttia. Valtaosa eli kaksi kolmasosaa sosiaalimenoista on tulonsiirtoja. Tulonsiirroista taasen yli puolet on eläkemenoja, lähinnä työeläkemenoja.

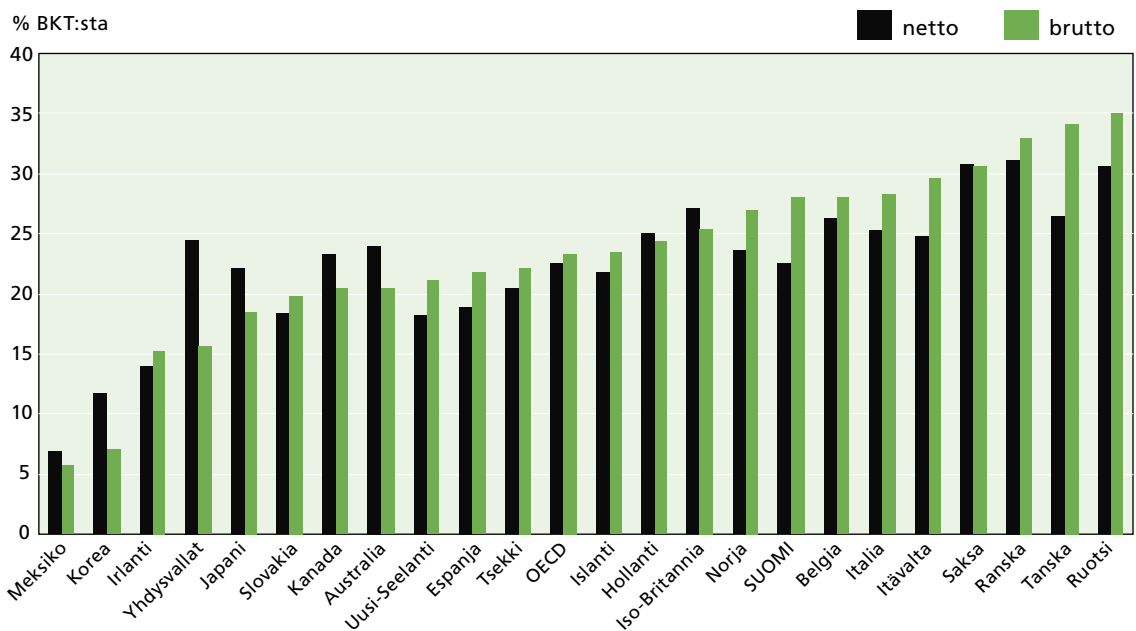
Suomen sosiaali- ja terveystenonon kansainvälinen vertailu

Suomen sosiaali- ja terveystenonon suhde bruttokansantuotteesta nousi 1990-luvun laman aikana korkeimmillaan 34 prosenttiin. 2000-luvulle tultuessa osuus kuitenkin laski nykyiselle tasolle eli noin 27 prosenttiin. Sosiaalimenojen lasku laman huippulukemista selittyy pitkälti työttömyysturvamenonon laskulla työllisyyden parannuttua, mutta myös esimerkiksi terveydenhuoltomenonon kasvu on ollut varsin maltillista. Suomen sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteesta on alle vanhojen EU 15 -maiden keskitason.

Eri maiden sosiaali- ja terveystenonon vertailu ei ole helppoa, sillä eri maissa hoidetaan usein samoja tehtäviä tulonsiirroin tai verohelpotuksin, julkisin ja subventoiduin palveluin tai yksityisin palveluin. Esimerkiksi Saksassa pääasiallinen perhepolitiikan tuki ovat kohdennetut verohelpotukset, Suomessa taasen tulon-

siirrot ja subventoitu päivähoito. Vertailemalla julkisia sosiaalimenoja perheiden tuki ei näyttäisi aiheuttavan juuri lainkaan menoja Saksassa, vaikka tosiasiassa verotulojen menetykset verohelpotusten vuoksi ovat huomattavat. Vastaavasti Yhdysvalloissa suurin osa terveydenhuollosta ja sosiaaliturvasta on yksityisten vakuutusten kattamaa, joiden vakuutusmaksut eivät näy perinteisissä julkisissa sosiaalimenoihin.

Eri maiden sosiaali- ja terveystenomenojen parempaan vertailtavuutta varten onkin kehitetty nettososiaalimenojen käsite, joka sisältää julkisten sosiaali- ja terveystenomenojen lisäksi myös kohdennettujen verohelpotusten sekä yksityisten sosiaali- ja terveystenomenojen kustannukset (ks. Adema 2001). Kuviossa 2 on esitetty perinteisen julkisten sosiaalimenojen sekä OECD:n laskemien nettososiaalimenojen osuuden bruttokansantuotteesta valikoiduissa OECD-maissa. Kuvioista voidaan havaita, että maittain ero sosiaali- ja terveystenomenoissa tasoittuvat, kun otetaan huomioon verotus ja yksityiset sosiaalimenot. Esimerkiksi Yhdysvaltojen sosiaalimenot nousevat 16 prosentista 25 prosenttiin, kun huomioidaan yksityiset sosiaali-, terveydenhuolto- ja sosiaaliturvamaksut sekä verojärjestelmän subventiot. Vastaavasti Suomen sosiaalimenojen bruttokansantuoteosuus laskee 23 prosenttiin siirryttäessä nettososiaalimenoihin. Tämä selittyy pitkälle sosiaaliturvaetuksien verotuksen huomioimisella, sillä Suomessa verotetaan suurinta osaa etuuksia. Vastaavasti Suomessa on hyvin vähän sosiaalipoliittisia verohelpotuksia.



Lähde: OECD sosiaalimenotietokanta.

KUVIO 2. Julkisten- ja nettososiaalimenojen osuus (%) BKT:sta OECD-maissa 2000 puolivälissä.

Suomen julkisten sosiaali- ja terveystennojen osuus bruttokansantuotteesta on muihin OECD-maihin verrattuna keskitasoa korkeampi. Kun huomioidaan sosiaaliturvaetuuksien verotus ja yksityiset sosiaalimenot, Suomen sosiaali- ja terveystennojen bruttokansantuoteosuus laskee alle OECD-maiden keskitason. Suomen sosiaaliturvajärjestelmä on kuitenkin kansainvälisesti tarkasteltuna sangen uudelleenjakava eli sosiaaliset tulonsiirrot kohdentuvat pienituloisille (mt., 115). Vastaavasti sosiaali- ja terveydenhuoltomenojen suhteellisen alhainen taso Suomessa selittyy osin myös hoitohenkilökunnan palkkakustannusten edullisuudella.

Sosiaali- ja terveystennojen ennakoitu kehitys

Väestön ikääntymisen oletetaan hidastavan talouskasvua lähivuosina työvoiman vähentymisen kautta. Pitkällä aikavälillä väestön ikääntymisen ennakoitaan hidastavan talouskasvua myös kiristyvän verorasituksen myötä julkisten menojen kasvaessa. Julkisten menojen osuuden bruttokansantuotteesta oletetaan nousevan useita prosenttiyksiköitä tulevina vuosikymmeninä ikäsidonnaisten sosiaali- ja terveystennojen kasvaessa. Julkisten menojen kasvua ennakoitaan ennen kaikkea eläke-, hoiva- ja terveydenhuoltomenojen osalta. Sen sijaan lapsiin liittyvien menojen, kuten koulutusmenojen, ennustetaan pienenevän syntyvien ikäluokkien pienentyessä.

Sosiaalimenoennusteita laadittaessa joudutaan aina tekemään suuri joukko oletuksia tulevaisuuden kehityksestä. Keskeisimmät oletukset liittyvät työllisyyteen, väestökehitykseen sekä oletuksiin etuuksien ja palvelujen tasosta ja tarpeesta tulevaisuudessa. Esimerkiksi STM:n (2009) pitkän aikavälin sosiaalimenoennusteen niin kutsuttu perusvaihtoehto (eli todennäköisin kehitys nykyisten tietojen valossa) perustuu muun muassa seuraaviin oletuksiin:

Taloukkehitykseen liittyvät oletukset vuoteen 2050

- Tuottavuuden (ansiotason) reaalkasvu on maltillista (1,75 %).
- Työllisyysaste nousee vuoteen 2025 mennessä 74 %:iin, työttömyysaste laskee 6 %:iin.
- Reaalikorko on keskimäärin 4 %, kuluttajahintainflaatio on keskimäärin 2 %.

Väestökehitys Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan

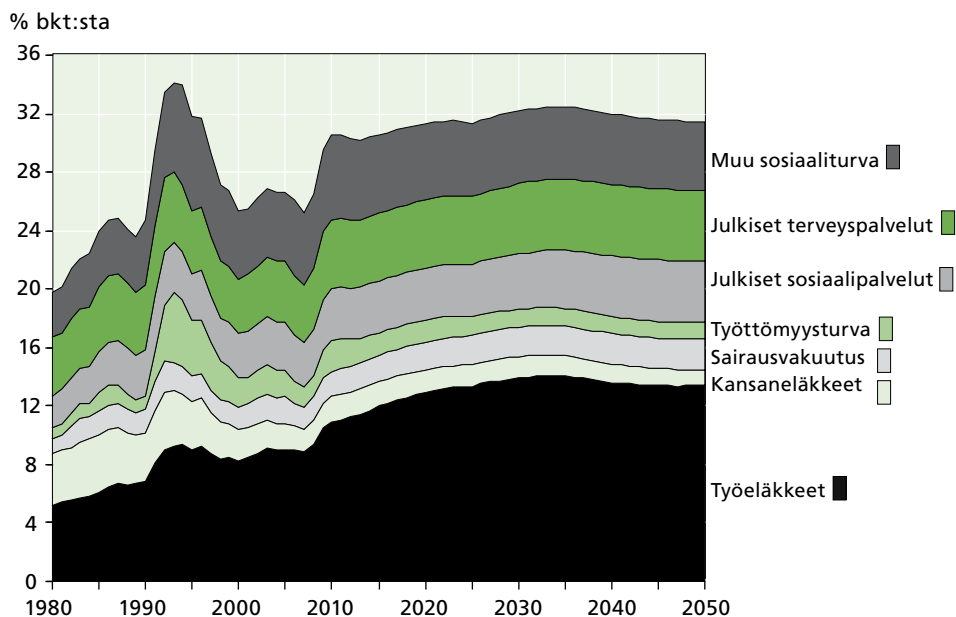
- Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä kasvaa 16 prosentista 26 prosenttiin.
- Maahanmuuton ja maastamuuton suhde on +15 000 henkeä vuodessa Suomeen.
- Syntyvyys (kokonaishedelmällisyysluku) pysyy nykyisellä tasolla eli 1,85.

Etuuksia ja palveluja koskevat oletukset

- Sosiaaliturvaedut ja palvelut säilyvät nykyisellä tasolla.
- Työeläkkeet määräytyvät nykyisen lainsäädännön mukaan.

- Eläkkeellesiirtymisiän odote nousee 3 vuotta (2005–2050).
- Pitkällä aikavälillä Kelan etuuksien ja toimeentulotuen perusosan taso seuraa 80 %:n painolla kuluttajahintoja, 20 %:n painolla reaali-palkkakehitystä.
- Julkisten palvelujen työvoimakustannusten osuus kehittyä yleisen ansiotason kehityksen mukaan.
- Julkisten palveluiden tuottavuuteen ei oleteta muutoksia.
- Eliniän pidentyessä puolet lisävuosista on terveitä, ja palvelutarve siirtyy tämän mukaisesti.

Kuviossa 3 on esitetty edellisiin oletuksiin pohjautuva STM:n pitkän aikavälin ennuste sosiaali- ja terveysmenojen kehityksestä vuoteen 2050. Ennusteen mukaan sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteesta kasvaa nykyisen talouskriisin seurauksena 26 prosentista 30 prosenttiin vuosien 2009 ja 2010 aikana. Tämä on seurausta bruttokansantuotteen laskusta. Pitkällä aikavälillä sosiaalimenojen osuuden bruttokansantuotteesta ennustetaan kasvavan yli 32 prosentin. Sosiaalimenojen kasvu painottuu ennen kaikkea työeläkemenoihin, joiden suhde bruttokansantuotteesta ennakoitaan kasvavan 9 prosentista 14 prosenttiin. Julkisten terveydenhoitomenojen suhteen bruttokansantuotteesta ennakoitaan kasvavan 4 prosentista 5 prosenttiin. Julkisten sosiaalipalvelujen suhteen kansantuotteesta ennakoitaan kasvavan 3 prosentista 4 prosenttiin pitkäaikaishoitomenojen kasvun seurauksena.



Lähde: SOME malli, STM.

KUVIO 3. Sosiaali- ja terveysmenojen kehitys pitkällä aikavälillä, % BKT:sta.

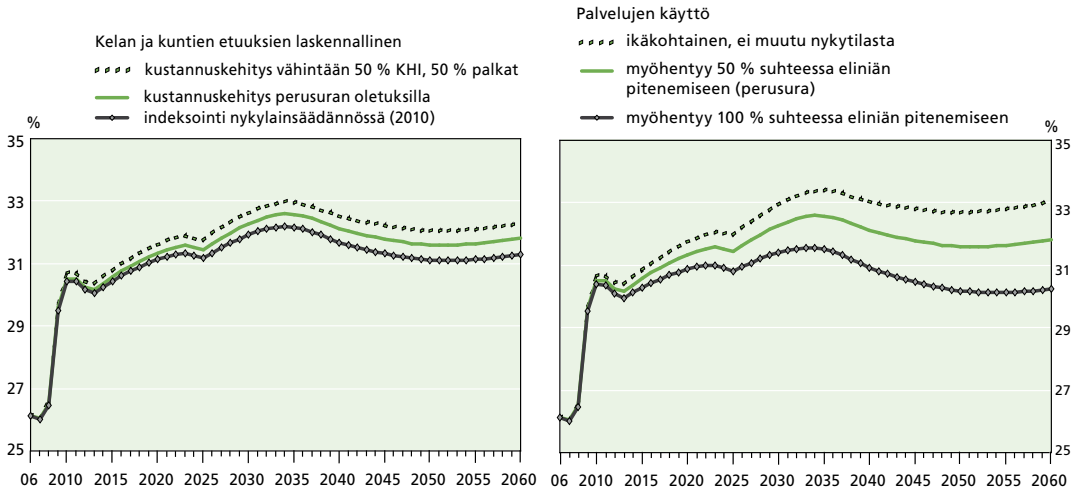
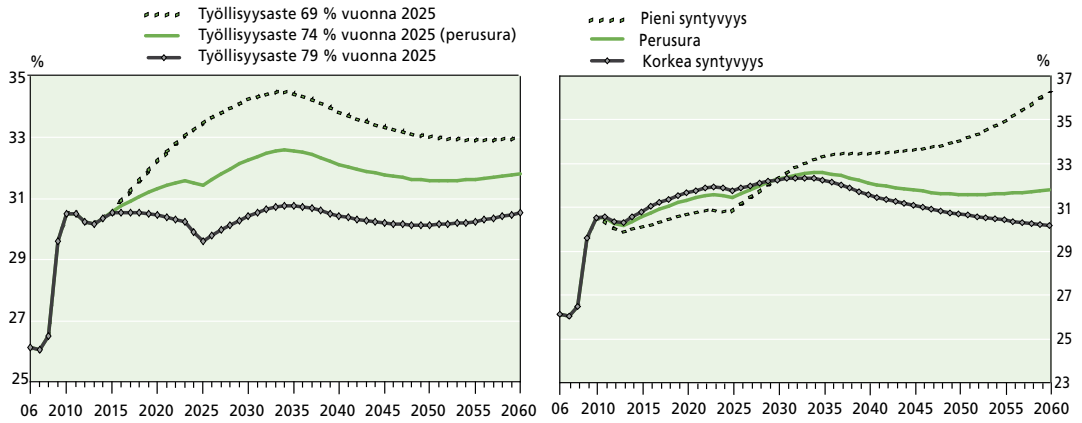
Ennusteet päätöksenteossa

Pitkän aikavälin ennusteet ovat hyvin herkkiä ennusteiden taustalla oleville oletuksille. Tämä on usein luettu ennusteiden heikkoudeksi, vaikka ennusteiden herkkyyden osoittaminen oletusten suhteen on ennusteiden varsinainen tehtävä. Ennusteita laaditaan, jotta voidaan hahmottaa, mihin tekijöihin voidaan ja kannattaa panostaa nyt, jotta tulevaisuuden kehityskulkuihin voidaan vaikuttaa. Pitkän aikavälin ennusteiden tarkoitus on tuoda esiin ja auttaa valitsemaan keinoja, joilla tulevaisuuden kehitystä voidaan ohjata haluttuun suuntaan.

Kuviossa 4 on esitetty pitkän aikavälin ennusteita sosiaali- ja terveystenon kehityksestä, kun neljää keskeistä ja poliittisen päätöksenteon kannalta relevanttia oletusta muutetaan. Kyse on niin sanotusta mallien herkkyyksianalyysistä. Malleissa muutetaan vuorotellen pitkän aikavälin ennustetta työllisyysasteen, syntyvyyden, perusturvan tason sekä ikäkohtaisen palvelutarpeen kehityksestä. Yhtenäinen viiva kuvaa perusvaihtoehdon ennustetta, jonka tuottama sosiaali- ja terveystenonennuste kuvattiin jo kuviossa 3. Salmiakkikuviolla korostettu viiva kuvaa sosiaalimenon kehitystä, jos työllisyyden, syntyvyyden, etuuksien indeksointi ja palvelun tarpeen kehitys on menokehityksen kannalta positiivista. Katkoviiva kuvaa sosiaalimenon oletettua kehitystä, jos kehitys on edellä luetelluissa tekijöissä kustannusten kannalta perusvaihtoehtoa pessimistisempää.

Herkkyyksianalyysin kuvioista voidaan havaita, että perus- ja vähimmäisturvan indeksoinnilla ei ole niin dramaattisia vaikutuksia sosiaali- terveystenon kehitykseen kuin työllisyysasteen tai syntyvyyden kehityksellä. Nykyisen pelkkään hintakehitykseen sidotun indeksoinnin muuttaminen 50–50 indeksiksi, jossa puolet painosta tulisi palkkakehityksestä, nostaisi sosiaali- ja terveystenon bruttokansantuoteosuutta pitkällä aikavälillä noin prosenttiyksikön. Työllisyysasteen laskeminen alle 70 prosentin merkitsisi ennusteen mukaan sosiaali- ja terveystenon osuuden nousemista lähelle 35 prosenttia bruttokansantuotteesta. Sen sijaan työllisyysasteen nostaminen lähelle 79 prosenttiin pitäisi sosiaali- ja terveystenon bruttokansantuoteosuuden 30 prosentissa.

Alhaisella syntyvyydellä on vielä dramaattisempi vaikutus sosiaalimenon kehitykseen syntyvyyteen liittyvän momenttivaikutuksen vuoksi: syntyneiden pienten ikäluokkien vaikutus kertaantuu heidän tullessa lastentekokoikään. Alhaisen syntyvyyden oloissa sosiaalimenon osuuden ennakoidaan kasvavan yli 35 prosentin. Vastaavasti korkean syntyvyyden oloissa sosiaalimenon osuuden bruttokansantuotteesta ennakoidaan laskevan alle 30 prosentin. Väestön eliniän piteneminen heijastuu sosiaali- ja terveystenon eläkemenojen kasvun myötä myös ikäsidonnaisten hoitomenon kautta. Perusvaihtoehdossa oletetaan, että raskaan hoivan tarve siirtyy ajallisesti 50 prosenttia pidentyneen eliniän mukana. Mikäli kaikki pidentyneen eliniän vuodet olisivat niin sanotusti terveitä elinvuosia ja palvelujen tarve myöhentyisi eliniän kasvun tahdissa, niin sosiaali- ja terveystenon osuus bruttokansantuotteesta pysyisi 30 prosentissa.



Lähde: SOME malli, STM.

KUVIO 4. Sosiaali- ja terveysmenojen kehitys pitkällä aikavälillä erilaisilla oletuksilla, % BKT:sta.

Yhteenveto

Suomen julkiset menot ovat lähes sata miljardia euroa ja niiden rahoittamiseksi valtio, kunnat ja sosiaaliturvarahastot keräävät veroja ja veroluonteisia maksuja, jotka vastaavat 43 prosenttia bruttokansantuotteesta. Julkisista menoista yli puolet menee sosiaali- ja terveysmenoihin eli sosiaaliturvan sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoittamiseen. Kaksi kolmasosaa sosiaali- ja terveysmenoista on tulonsiirtoja. Suomen sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteesta on alle vanhojen EU 15 -maiden keskitason. Jos tarkastellaan niin sanottuja nettososiaalimenoja, eli huomioidaan myös verohelpotukset ja yksityiset sosiaalimenot, niin Suomen sosiaali- ja terveysmenojen bruttokansantuoteosuus laskee alle OECD-maiden keskiarvon.

Sosiaali- ja terveysmenojen osuuden kansantuotteesta ennakoitaan pitkän aikavälin ennusteissa nousevan useita prosenttiyksiköitä väestön ikääntymisen seurauksena. Valtaosan eli 80 prosenttia menojen kasvusta ennustetaan kohdistuvan työeläkemenoihin, loput 20 prosenttia sosiaali- ja terveyspalveluihin. Sosiaalimenojen ennusteet ovat kuitenkin hyvin herkkiä ennusteiden taustalla olevien työllisyyttä, väestökehitystä tai palvelujen tarvetta koskevien oletusten suhteen (ks. myös Kiander 2010). Tätä herkkyyttä on joskus pidetty mallien heikkoutena, vaikka se on itse asiassa niiden vahvuus. Ennusteiden herkkyyksianalyysillä voidaan hahmottaa, mihin voidaan ja kannattaa panostaa tänä päivänä, jotta tulevaisuuden kehitys suuntautuu halutulle uralle. Ennusteiden herkkyyksianalyysi osoittaa, että poliittisilla valinnoilla on monia keinoja pitää sosiaalimenojen kasvu kohtuullisena väestön ikääntyessä. Työllisyysasteen nostaminen työuria pidentämällä on yksi keino, mutta sama tulos voidaan saavuttaa myös perhepolitiikan keinoin tai ikääntyneiden toimintakyvyn parantamisella. Sosiaalipoliittiset panostukset tulisikin nähdä myös investointeina, jotka pitkällä aikavälillä tuovat yhteiskunnalle säästöjä (vrt. Fouarge 2003).

Lähteet

- Adema, Willem (2001) "Net Social Expenditure: 2nd Edition," OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers 52, OECD, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs.
- Fouarge, Didier (2003) Costs of non-social policy: towards an economic framework of quality social policies – and the costs of not having them. Report for the Employment and Social Affairs DG.
- Kiander, Jaakko (2010) Julkisen talouden kestävyys – onko meillä vielä varaa hyvinvointivaltioon? Teoksessa Juho Saari (toim.): Tulevaisuuden voittajat – hyvinvointivaltion mahdollisuudet Suomessa. Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan julkaisu 5/2010. Helsinki.
- STM (2009) Skenaarioita sosiaalimenoista – terveyden edistämisen vaikutukset ja analyysimallin esittely. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:7. Helsinki.

Suomalaisten terveys, terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset palveluista

Suomen terveyspolitiikassa on viime vuosina korostunut terveyden edistämisen ja ehkäisevän toiminnan merkitys. Vuosituhannen alussa käynnistettiin laajamittaisia väestön terveyskäyttämiseen ja terveyden edistämiseen liittyviä kansanterveysohjelmia kuten Terveys 2015 -ohjelma, Terveyden edistämisen politiikkaohjelma ja Alkoholiohjelma. Näiden rinnalla toimii kansallisia toimintaohjelmia, joissa pyritään määrittelemään tavoitteiden saavuttamisen kannalta keskeiset toimenpiteet ja kehittämään tietopohjaltaan luotettavia ja yhdenmukaisia seurantajärjestelmiä (Kaste, Teroka; ks. Kirsi-Marja Lehtelän artikkeli s. 252).

Terveyden edistämisen ja ennaltaehkäisyn puitteiden luomiseksi perusterveydenhuolto on ollut palvelujärjestelmän kehittämisessä keskeisellä sijalla. Samanaikaisesti palvelujärjestelmässä on pyritty taloudellisen tehokkuuden, laadun ja vaikuttavuuden sekä palvelujen yhdenmukaisen saatavuuden parantamiseen. Valmisteilla olevan uuden terveydenhuoltolain tavoitteena on vahvistaa perusterveydenhuoltoa sekä parantaa terveyspalvelujen saatavuutta ja tehokasta tuotantoa. Uuden lain avulla pyritään kehittämään perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä ja palvelujen asiakaskeskeisyyttä sekä mahdollisuuksia saada terveyspalveluja yli kuntarajojen.

Kunta- ja palvelurakennemuutoksesta annetun puitelain tavoitteena on tehostaa kunnallisen toiminnan ja palveluiden rakenteita (Paras-hanke). Sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa laki edellyttää, että perusterveydenhuollon palvelut ja niihin läheisesti liittyvät sosiaalipalvelut tulee järjestää vähintään 20 000 asuukaan väestöpohjille. Kuntaliitosten myötä kuntien määrä on vähentynyt vuoden

2005 takaisesta 444:stä 348:een kuntaan vuonna 2010.

Sosiaali- ja terveystalvvelujen päätöksentekijöille suunnatussa kuntakyselyssä vuonna 2009 ei vielä osattu arvioida kunta- ja palvelurakennuudistuksen pitkän aikavälin vaikutuksia. Kunnat toivat monin paikoin esiin uudistukseen liittyvien valmisteluprosessien hyödyllisyyden. Palvelujen uudelleenjärjestämisen myötä kunnat ovat olleet velvoitettuja tarkastelemaan sosiaali- ja terveystalvveluja kokonaisvaltaisesti ja arvioimaan erilaisia ratkaisumalleja sekä niiden vaikutuksia palvelujärjestelmän toimintaan ja kunnan asemaan (Kokko ym. 2009).

Palvelujärjestelmän toimivuutta on 2000-luvulla pyritty kehittämään muun muassa kansallisessa terveystalvvelushankkeessa ja hammashuoltouudistuksessa. Molemmilla keskeisenä tavoitteena on ollut palvelujen saatavuuden parantaminen, mistä esimerkkinä on vuonna 2005 käyttöön otettu hoitotakuu. Hoitotakuulla pyrittiin nopeuttamaan kiireettömään hoitoon pääsyä ja sitä kautta vähentämään alueellisia eroja palvelujen saatavuudessa. Hoitotakuun vaikutuksia arvioineiden selvitysten mukaan alueelliset erot jonotetuissa kiireettömissä toimenpiteissä näyttävät pienentyneen hoitotakuun myötä, mutta ovat erällä osa-alueilla edelleen merkittäviä. Hoitotakuulla ei ole ollut toivottua vaikutusta jonotettujen toimenpiteiden saatavuuden väestöryhmittäisiin eroihin (Pekurinen ym. 2008). Lääkärin vastaanotolle pääsy terveystalvvelukeskuksissa on toteutunut aikaisempaa nopeammin; noin kolmasosa väestöstä pääsi vuonna 2009 lääkäriin vastaanotolle kahden viikon sisällä. Yhteydensaannissa terveystalvvelukeskukseen on kuitenkin paikoitellen esiintynyt ongelmia, sillä yli puolet väestöstä asuu sellaisen terveystalvvelukeskuksen alueella, missä on ollut ajoittain ongelmia saada välittömästi yhteyttä terveystalvvelukeskukseen (Terveystalvveluden ja hyvinvoinnin laitos 2009).

Sosiaali- ja terveystalvveldenhuollon maksupolitiikkatyöryhmä jätti syksyllä 2005 maksupolitiikan uudistamista koskevan mietinnön, jossa esitettiin muutoksia maksujärjestelmään. Maksupolitiikkauudistuksen tavoitteena on ollut järjestelmän selkeyttäminen, yksinkertaistaminen ja yhdenmukaistaminen. Mietinnössä esitettiin muun muassa asiakasmaksujen indeksointia ja terveystalvveldenhuollon maksukattojen yhdistämistä. Vuonna 2008 kunnallisten palvelujen asiakasmaksuissa otettiin käyttöön kahden vuoden välein tehtävä asiakasmaksujen tason tarkistuskäytäntö sitomalla maksut kansaneläkeindeksiin. Vuoden 2010 alussa asiakasmaksuja ja kunnallisten palvelujen maksukattoa korotettiin kansaneläkeindeksin muutosta vastaavasti. Maksukattojen yhdistämistä koskeva selvitystyö on vielä kesken.

Tässä artikkelissa tarkastellaan suomalaisten terveystalvveltyä, terveystalvvelvelujen käyttöä ja väestön kokemuksia palvelujärjestelmän toiminnasta vuosina 2004, 2006 ja 2009. Tutkimusaineiston muodostavat Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -kyselyt (HYPA) kyseisiltä vuosilta. Väestön terveystalvvelvelykyselytutkimuksissa vakiintuneen käytännön mukaisesti terveystalvveldentilaa mitataan koetulla terveystalvveldellä ja pitkäaikaissairastavuudella. Lääkäripalvelujen käyttöä ja niissä tapahtuneita muutoksia tarkastellaan palvelujen käytön sektorikohtaisen jakautumisen ja käyntimäärien

perusteella. Artikkelin lopuksi arvioidaan palvelujärjestelmän toimintaa hoitoon hakeutumisen, hoidon saannin sekä palvelujärjestelmään liittyvien kokemusten ja mielipiteiden osalta. Tulokset esitetään väestöryhmittäisinä keskiarvoina tai osuuksina ikä- ja sukupuoliryhmittäin, tuloluokittain ja alueellisesti. Tuloluokittaisessa ja alueellisessa vertailussa käytetään suoraan vakiointiin perustuvia ikä- ja sukupuolivakioituja lukuja.

Suomalaisten terveydentila

HYPÄ-tutkimuksessa haastateltavien terveydentilaa tiedusteltiin koettuun terveyteen ja pitkäaikaissairastavuuteen liittyvillä kysymyksillä. Koettua terveyttä mitattiin viisiluokkaisella asteikolla: hyvä, melko hyvä, keskinkertainen, melko huono tai huono. Tässä tarkastelussa luokat yhdistettiin niiden vastaajien osalta, jotka ilmoittivat terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi (jatkossa: hyvä terveys) ja niiden osalta, jotka ilmoittivat terveydentilansa melko huonoksi tai huonoksi (jatkossa: huono terveys).

Vuonna 2009 hyväksi terveytensä koki 73 prosenttia ja huonoksi hieman vajaat seitsemän prosenttia vastaajista (taulukko 1). Sukupuolten välillä koetussa terveydessä ei ollut merkittäviä eroja. Koettu terveys heikkeni iän myötä siten, että yli 65-vuotiaista noin 13 prosenttia koki terveytensä huonoksi, kun vastaava osuus nuorimmassa ikäryhmässä (18–34-vuotiaat) oli noin kaksi prosenttia. Tuloluokittain tarkasteltuna hyväksi terveydentilansa kokeneiden osuus oli keskimääräistä suurempi kahdessa suurituloisimmassa tuloluokassa ja alhaisin pienituloisimmassa tuloluokassa. Varsinkin suurituloisimmissa tuloluokissa hyväksi terveytensä kokeneiden osuus kasvoi vuodesta 2006. Alueittain tarkasteltuna terveytensä hyväksi ilmoittaneiden osuus oli alhaisin Itä-Suomen läänissä.

Pitkäaikaissairaksi luokiteltiin ne, jotka vastasivat myöntävästi kysymykseen: ”Onko teillä jokin pitkäaikainen fyysinen tai psyykinen sairaus tai vamma, joka häiritsee teidän jokapäiväistä elämääne?” Vuonna 2009 hieman alle 30 prosenttia väestöstä kärsi jostain pitkäaikaissairaudesta (taulukko 2). Ikäryhmittäisessä tarkastelussa sairastavuus oli pienentynyt vanhemmissa ikäryhmissä ja varsinkin yli 65-vuotiaiden ikäryhmässä. Aikaisempiin kyselyihin verrattuna pitkäaikaissairaita oli vähemmän kaikissa tuloluokissa lukuun ottamatta alinta tuloviidennestä, jossa pitkäaikaissairaiden osuus kasvoi vuodesta 2006. Tuloluokittaiset erot sairastavuudessa näyttävät kasvaneen siten, että vuodesta 2004 alimman tuloluokan suhteellinen sairastavuus on lisääntynyt ja kehittynyt erisuuntaisesti kuin muissa tuloluokissa.

TAULUKKO 1. Hyväksi tai melko hyväksi terveytensä kokeneet aikuiset 2006 ja 2009 (%).

Ikä- ja sukupuoliryhmittäin						
Ikä	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	2006 %	2009 %	2006 %	2009 %	2006 %	2009 %
18–34	85,0	88,4	89,2	84,4	87,0	86,4
35–44	78,6	78,3	81,1	83,1	79,9	80,8
45–54	72,1	72,6	69,4	74,0	70,7	73,3
55–64	60,9	62,5	58,9	64,1	59,8	63,3
65–79	46,2	51,2	49,9	55,5	48,2	53,5
Kaikki	69,6	72,7	69,8	73,2	69,7	73,0

Tuloluokittain		
Tuloviidennes	2006 %	2009 %
1 Alin	66,3	63,3
2	66,4	72,0
3	70,3	70,4
4	71,2	75,3
5 Ylin	76,8	80,0
Kaikki	70,2	72,2

Alueittain		
Alue	2006 %	2009 %
Pääkaupunkiseutu	72,8	73,5
Etelä-Suomi	72,0	73,8
Länsi-Suomi	69,5	72,4
Itä-Suomi	68,6	68,9
Oulu ja Lappi	69,2	72,8
Kaikki	70,5	72,3

Hammasvaivoja oli viimeisen 12 kuukauden aikana ollut noin joka kolmannella vastaajista (taulukko 3). Hammasvaivat olivat jonkin verran yleisempiä nuoremmissa ikäryhmissä ja naiset olivat kärsineet miehiä enemmän hampaisiin liittyvistä vaivoista. Nuorten miesten (alle 35-vuotiaat) ikäryhmässä hammasvaivoja esiintyi aikaisempaa vähemmän. Sen sijaan 55–65-vuotiaiden naisten hammasvaivat olivat jossain määrin lisääntyneet.

TAULUKKO 2. Pitkäaikaissairastavuus 2004, 2006 ja 2009 (%).

Ikä- ja sukupuoliryhmittäin									
Ikä	Miehet			Naiset			Yhteensä		
	2004 %	2006 %	2009 %	2004 %	2006 %	2009 %	2004 %	2006 %	2009 %
18–34	14,9	15,4	14,2	15,5	13,2	14,0	15,2	14,3	14,1
35–44	18,1	18,2	20,3	23,8	24,1	18,1	21,0	21,3	19,2
45–54	30,7	26,6	26,4	35,3	31,7	28,6	33,2	29,1	27,5
55–64	45,2	40,7	40,6	45,8	42,9	37,9	45,5	41,9	39,2
65–79	54,6	56,3	48,1	58,4	52,5	49,8	56,8	54,2	49,0
Kaikki	29,5	30,3	28,1	34,1	32,7	28,3	32,0	31,6	28,2

Tuloluokittain			
Tuloviidennes	2004 %	2006 %	2009 %
1 Alin	36,7	34,8	37,8
2	36,8	34,6	29,6
3	32,1	32,2	28,9
4	31,6	30,3	26,4
5 Ylin	28,9	25,8	22,3
Kaikki	33,2	31,5	29,0

Alueittain			
Alue			
Pääkaupunkiseutu	28,6	25,8	26,8
Etelä-Suomi	33,6	32,0	30,8
Länsi-Suomi	31,7	31,0	27,8
Itä-Suomi	34,7	34,1	31,7
Oulu ja Lappi	37,6	32,4	27,4
Kaikki	32,7	30,8	28,9

TAULUKKO 3. Hammasvaivat ikä- ja sukupuoliryhmittäin 2004, 2006 ja 2009 (%).

Ikä	Miehet			Naiset			Yhteensä		
	2004 %	2006 %	2009 %	2004 %	2006 %	2009 %	2004 %	2006 %	2009 %
18–34	37,6	36,0	31,8	39,7	41,9	42,6	38,6	38,9	37,1
35–44	37,8	36,9	35,6	40,3	41,7	37,6	39,1	39,4	36,6
45–54	33,3	36,2	37,5	38,7	40,2	40,4	36,2	38,2	39,0
55–64	33,2	34,7	31,6	33,2	35,2	39,3	33,2	34,9	35,5
65–79	32,9	34,0	31,7	28,0	28,9	30,5	30,0	31,2	31,1
Kaikki	35,4	35,6	33,5	36,4	37,6	38,6	35,9	36,6	36,1

Terveyspalvelujen käyttö

Terveyspalvelujen käyttöä tiedusteltiin sairauden takia tehtyjen lääkärisikäyntien, terveydenhoitajakäyntien ja hammaslääkärikäyntien osalta. Haastateltavalta kysyttiin, oliko tämä käynyt lääkäriässä/terveydenhoitajalla/hammaslääkärillä viimeisen vuoden aikana, millä sektorilla ja montako kertaa. Vuoden 2004 tutkimuksessa lääkärisikäynnit kysyttiin eri tavalla kuin vuosien 2006 ja 2009 tutkimuksissa, minkä vuoksi tiedot eivät ole keskenään vertailukelpoisia. Tässä yhteydessä esitetään vuotta 2006 ja 2009 koskevat lääkäripalvelujen käyttötiedot.

Sairauden vuoksi lääkäriässä oli vuoden aikana käynyt noin 70 prosenttia vastanneista (taulukko 4). Lääkäripalveluja käyttäneiden naisten osuus oli suurempi kuin miesten kaikissa ikäryhmissä lukuun ottamatta vanhinta ikäryhmää

TAULUKKO 4. Sairauden vuoksi lääkäriässä käyneet 2006 ja 2009 (%).

Ikä- ja sukupuoliryhmittäin						
Ikä	Miehet		Naiset		Yhteensä	
	2006 %	2009 %	2006 %	2009 %	2006 %	2009 %
18–34	54,9	55,8	67,9	68,0	61,4	61,8
35–44	58,0	60,6	70,8	72,4	64,7	66,6
45–54	62,2	58,1	76,8	72,7	69,4	65,4
55–64	67,1	69,5	77,9	76,8	72,9	73,2
65–79	79,8	81,4	80,7	82,4	80,3	81,9
Kaikki	63,7	63,8	74,8	73,8	69,4	68,9

Tuloluokittain		
Tuloviidennes	2006 %	2009 %
1 Alin	66,4	66,5
2	71,4	66,3
3	67,9	70,0
4	71,5	70,8
5 Ylin	67,7	71,3
Kaikki	69,0	69,0

Alueittain		
Alue	2006 %	2009 %
Pääkaupunkiseutu	72,6	71,1
Etelä-Suomi	68,2	70,8
Länsi-Suomi	69,2	67,5
Itä-Suomi	67,5	70,2
Oulu ja Lappi	66,5	64,1
Kaikki	69,0	68,7

(65–79-vuotiaat), jossa lääkärissä käyneiden osuudessa ei ollut sukupuolittaisia eroja. Vuoden 2009 tutkimuksessa lääkärissä käyneitä oli vähiten kahdessa pienituloisimmassa tuloluokassa. Alueellisesti lääkärissä käyneiden osuus oli suurin pääkaupunkiseudulla ja keskimääräistä pienempi Oulun ja Lapin lääneissä.

Terveyskeskuslääkäripalvelujen käyttö painottui alimpiin tuloluokkiin. Pienituloisimmassa tuloviidenneksessä terveyskeskuslääkärillä viimeisen vuoden aikana käyneiden osuus oli 47 prosenttia, kun vastaava osuus suurituloisimmassa tuloviidenneksessä oli 30 prosenttia (taulukko 5). Ylimmässä tuloluokassa yksityislääkärillä käyneitä oli selvästi enemmän kuin muissa tuloluokissa. Myös työterveyslääkärillä käyneiden osuus kasvoi tuloluokittain, painottuen voimakkaasti ylempiin tuloluokkiin. Alimpaan tuloluokkaan kuuluvista 10 prosenttia oli käynyt työterveyslääkärissä, kolmeen ylimpään tuloluokkaan kuuluvista työterveyslääkärissä käyneitä oli 30 prosenttia. Pääkaupunkiseudulla, missä tulotaso on korkein ja palveluja tarjonta runsainta, käytettiin enemmän yksityislääkäri- ja työterveyslääkäripalveluja kuin muualla maassa ja terveyskeskuspalveluja vastaavasti vähiten.

Lukumääräisesti eniten lääkärikäyntejä tehtiin työterveyslääkärille. Terveyskeskuslääkärikäynnit vähenivät vuoteen 2006 verrattuna työterveyslääkärikäyntien

TAULUKKO 5. Lääkärikäynnit sektoreittain 2009 (%) ja käynnit/asukas.

Tuloluokittain					
Tuloviidennes	Terveyskeskus lääkäri %	Sairaalan poliklinikka %	Työterveys lääkäri %	Yksityis lääkäri %	Muu lääkäri %
1 Alin	46,5	25,8	9,8	18,1	4,1
2	43,5	25,1	18,4	19,9	2,1
3	35,8	24,1	28,2	25,7	3,7
4	36,3	24,1	29,2	23,4	3,5
5 Ylin	30,1	20,6	30,4	29,0	3,2
Kaikki	38,4	23,9	23,2	23,2	3,3
Käynnit/asukas	1,0	0,6	1,7	0,5	0,1
Alueittain					
Alue	Terveyskeskus lääkäri %	Sairaalan poliklinikka %	Työterveys lääkäri %	Yksityis lääkäri %	Muu lääkäri %
Pääkaupunki-seutu	31,8	21,7	30,6	30,2	6,5
Etelä-Suomi	37,8	22,8	26,9	26,7	2,3
Länsi-Suomi	38,6	22,7	22,5	25,7	3,4
Itä-Suomi	41,6	33,0	23,1	16,9	2,1
Oulu ja Lappi	39,0	23,0	18,8	17,2	2,2
Kaikki	37,8	24,6	24,4	23,3	3,3

vastaavasti lisääntyessä; vuonna 2006 terveyskeskuslääkärille tehtiin 1,2 käyntiä asukasta kohti vuodessa, vuonna 2009 käyntejä oli 1,0 asukasta kohti. Työterveyslääkärikäynnit lisääntyivät kyseisenä ajanjaksona. Vuonna 2006 tehtiin 0,9 käyntiä työterveyslääkärille ja vuonna 2009 1,7 käyntiä työssä käyvää kohti. Yksityislääkärikäyntien ja sairaalan poliklinikkakäyntien määrät pysyivät ennallaan. Työterveyslääkäri- ja yksityislääkäripalveluja käytettiin eniten pääkaupunkiseudulla ja kahdessa suurituloisimmassa tuloviidenneksessä. Terveyskeskusten käyntimäärät olivat keskimääräistä suuremmat alimmassa tuloviidenneksessä, pääkaupunkiseudun ulkopuolella ja vanhemmissa ikäryhmissä.

Vuoden 2009 tutkimuksessa lähes 60 prosenttia suomalaisista oli käynyt hammaslääkärin vastaanotolla. Eniten käyntejä tehtiin terveyskeskushammaslääkärille ja yksityishammaslääkäreille, keskimäärin 0,6 käyntiä asukasta kohti vuodessa. Yksityishammaslääkäripalveluja käytettiin runsaimmin ylemmissä tuloluokissa, vanhemmissa ikäryhmissä ja pääkaupunkiseudulla. Terveyskeskushammaslääkärikäyntejä oli eniten alle 55-vuotiaiden ikäryhmässä, alemmissa tuloluokissa ja pääkaupunkiseudun ulkopuolella. Tutkimusvuosien välillä ei tapahtunut merkittävää muutosta hammaslääkäripalvelujen käyttömäärissä tai käytön jakautumisessa julkiselle ja yksityiselle sektorille.

Väestön kokemukset ja mielipiteet terveystalveluista

Hoidon saatavuutta selvitettiin kysymällä, oliko vastaaja mielestään saanut riittävästi hoitoa sairauksiinsa ja mitkä tekijät olivat mahdollisesti haitanneet hoidon saamista. Vuonna 2009 seitsemän prosenttia vastaajista ilmoitti, ettei ollut saanut mielestään riittävästi hoitoa. Vastaajista 70 prosenttia oli saanut riittävästi hoitoa ja 22 prosentilla ei ollut tarvetta hoitoon.

Hoidon saamista häiritsi eniten palvelujen puute (taulukko 6). Lähes puolet niistä, jotka eivät mielestään olleet saaneet riittävästi hoitoa sairauksiinsa, ilmoitti syyksi palvelujen puutteen tai etäisyyden. Seuraavaksi tärkeimmät syyt olivat epäily siitä, että hoidosta ei ole apua (18 %) ja rahan puute (17 %). Terveystalvelujen saatavuutta haitanneissa tekijöissä ei tutkimusvuosien välillä tapahtunut olennaisia muutoksia.

TAULUKKO 6. Terveystalvelujen saatavuutta haitanneet tekijät (%).

Haittaava tekijä	2004 %	2006 %	2009 %
Palvelujen puute tai etäisyys	44,0	46,0	46,0
Epäily, että hoidosta ei ole apua	21,0	18,0	18,0
Rahan puute	16,0	17,0	17,0
Työ- koti- tai muiden asioiden hoito	5,0	6,0	7,0

Hoidon saatavuutta ja palvelujärjestelmän toimivuutta arvioitiin lisäksi kysymällä oliko vastaaja viimeisen 12 kuukauden aikana mielestään joutunut odottamaan kohtuuttoman kauan pääsyä tarvitsemaansa hoitoon. Vuonna 2009 kohtuuttoman kauan oli odottanut joka kymmenes vastaaja (taulukko 7). Erityisesti työikäisessä väestössä odotusaikoihin liittyvä tyytymättömyys laski vuoteen 2004 verrattuna. Samoin tuloluokittain tarkasteltuna kohtuuttoman kauan hoitoon pääsyä odottaneiden osuudet olivat pienemmät kuin vuonna 2004. Suurin myönteinen kehitys odotusaikojen pituudessa tapahtui ylimmässä tuloviidenneksessä.

Kohtuuttoman kauan hoitoa vuonna 2009 odottaneista noin 45 prosenttia oli odottanut terveyskeskuslääkärille pääsyä (taulukko 8). Sairaalan poliklinikalle oli joutunut odottamaan 23 prosenttia vastanneista ja sairaalassa suoritettavaan toimen-

TAULUKKO 7. Hoitoon pääsyä viimeisen 12 kuukauden aikana kohtuuttoman kauan odottaneet (%).

Ikä- ja sukupuoliryhmittäin									
Ikä	Miehet			Naiset			Yhteensä		
	2004 %	2006 %	2009 %	2004 %	2006 %	2009 %	2004 %	2006 %	2009 %
18–34	11,0	6,6	6,5	13,8	11,9	10,6	12,4	9,2	8,5
35–44	6,8	9,1	8,2	13,1	9,6	9,0	10,0	9,4	8,6
45–54	8,0	9,2	6,0	13,9	10,2	11,2	11,2	9,7	8,6
55–64	13,1	8,7	7,4	10,4	13,5	12,2	11,7	11,3	9,8
65–79	15,7	14,5	14,3	14,1	12,9	16,6	14,8	13,6	15,5
Kaikki	10,6	9,4	8,1	13,2	11,7	11,8	12,0	10,6	10,0

Tuloluokittain			
Tuloviidennes	2004 %	2006 %	2009 %
1 Alin	12,9	11,2	10,8
2	11,7	10,9	10,5
3	11,7	10,3	9,3
4	12,4	10,9	10,7
5 Ylin	12,0	9,0	8,7
Kaikki	12,2	10,5	10,0

Alueittain			
Alue			
Pääkaupunkiseutu	11,2	9,8	11,4
Etelä-Suomi	12,2	10,9	9,8
Länsi-Suomi	11,7	10,2	9,1
Itä-Suomi	12,4	8,8	11,7
Oulu ja Lappi	13,1	13,1	10,2
Kaikki	12,0	10,5	10,4

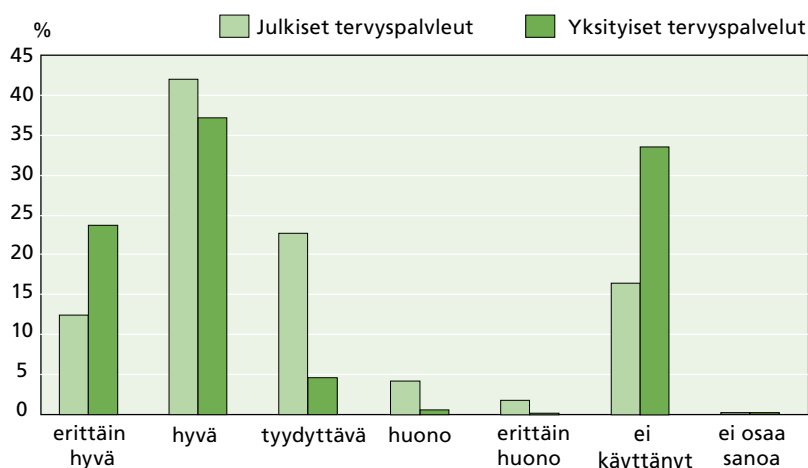
TAULUKKO 8. Hoitoon pääsyä viimeisen 12 kuukauden aikana kohtuuttoman kauan odottaneet palveluittain (%).

	2004 %	2006 %	2009 %
Terveyskeskuslääkärille	55,0	46,0	44,0
Sairaalan poliklinikalle	32,0	34,0	23,0
Sairaalassa suoritettavaan toimenpiteeseen	32,0	34,0	27,0
Terveyskeskushammaslääkärille	17,0	24,0	20,0
Työterveyslääkärille	6,0	5,0	12,0
Yksityislääkärille	5,0	4,0	6,0

piteeseen 27 prosenttia. Terveyskeskuksen hammaslääkärille pääsyä oli mielestään kohtuuttoman kauan joutunut odottamaan joka viides vastaaja. Työterveyslääkärin tai yksityislääkärin vastaanotolle odottamaan joutuneita oli vähiten, vaikkakin työterveyslääkärille odottamaan joutuneiden osuus oli selvästi kasvanut vuodesta 2006.

Terveyskeskuslääkärin vastaanotolle pääsyssä tapahtui myönteistä kehitystä vuoteen 2004 verrattuna. Kohtuuttoman kauan terveyskeskuslääkärille pääsyä oli vuonna 2009 odottanut 44 prosenttia vastanneista, osuuden vuonna 2004 ollessa 55 prosenttia. Myös terveyskeskuksen hammaslääkärille, sairaalan poliklinikalle tai sairaalassa suoritettavaan toimenpiteeseen kohtuuttoman kauan odottaneiden osuudet laskivat vuodesta 2006. Sen sijaan työterveyslääkärille pääsyyn tyytymättömiä oli vuonna 2009 selvästi enemmän kuin vuonna 2006.

Julkisten terveystalvelujen laatuun oltiin melko tyytyväisiä. Erittäin hyvänä laatua piti noin 12 prosenttia ja hyvänä 42 prosenttia väestöstä (kuvio 1). Huonona tai erittäin huonona laatua piti noin 6 prosenttia. Yksityisten palvelujen laatua erittäin hyvänä piti 24 prosenttia väestöstä ja hyvänä 37 prosenttia.



KUVIO 1. Arvio julkisten ja yksityisten terveystalvelujen laadusta (%).

Julkisten palvelujen laatuun liittyvien kokemusten taustalla olevia tekijöitä selvitettiin tarkemmin logistisella regressiomallilla. Selitettävä muuttuja sai arvon nolla, jos palvelujen laatua pidettiin hyvänä, erittäin hyvänä tai tyydyttävänä ja arvon yksi, jos laatua pidettiin huonona tai erittäin huonona. Selittävinä muuttujina käytettiin kroonista sairautta, sukupuoli, ikää, maantieteellistä aluetta ja tulotasoa kuvaavia dummy-muuttujia.

Julkisten palvelujen laatua huonona tai erittäin huonona pitivät muita todennäköisemmin kroonisesti sairaat sekä pääkaupunkiseutulaiset. Sen sijaan iällä, sukupuolella tai tulotasolla ei ollut merkittävää yhteyttä julkisten palvelujen laatuun liittyviin kokemuksiin. Vastaavalla mallilla pyrittiin tarkastelemaan vastaajien arvioita yksityisten palvelujen laadusta. Sairastavuus näytti tässäkin yhteydessä lisäävän todennäköisyyttä sille, että palvelujen laatu koettiin huonoksi tai erittäin huonoksi. Yksityisiä palveluja käyttäneiden lukumäärä tutkimusaineistossa, ja varsinkin niiden, jotka kokivat palvelujen laadun huonoksi tai erittäin huonoksi, oli kuitenkin niin pieni, ettei muiden taustatekijöiden merkitsevyys ollut tilastollisesti osoitettavissa.

Kun julkisten terveystalvelujen laatuun liittyviä kokemuksia arviointiin jakamalla aineisto kahteen osaan, sen mukaan pidettiinkö laatua hyvänä tai erittäin hyvänä, vai tyydyttävänä, huonona tai erittäin huonona, erot taustatekijöissä tulivat jonkin verran selkeämmin esiin. Sairastavuus liittyi voimakkaimmin siihen, että palvelujen laatu koettiin korkeintaan tyydyttäväksi. Laatuun liittyvät kokemukset olivat sitä kielteisemmät, mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kysymys, mutta tilastollisesti merkitsevästi nuorimmasta ikäryhmästä (18–34-vuotiaat) poikkesivat ainoastaan kaikkein vanhimman ikäryhmän (yli 65-vuotiaat) kokemukset. Alueellisessa tarkastelussa tyytymättömyys julkisten palvelujen laatuun oli yhteydessä asumiseen pääkaupunkiseudulla ja varsinkin Etelä- ja Länsi-Suomessa palvelujen laatu koettiin pääkaupunkiseutua paremmaksi. Tulotaso oli yhteydessä julkisten palvelujen laatuun liittyviin kokemuksiin siten, että kahdessa ylimmässä tuloluokassa tyytymättömyys oli selvästi epätodennäköisempää kuin alimassa tuloluokassa. Yksityisten palvelujen osalta vastaavia alueellisia ja tuloluokittaisia eroja ei ollut havaittavissa. Tyytymättömyys yksityisten palvelujen laatuun oli todennäköisempää niiden keskuudessa joilla oli jokin krooninen sairaus ja miehillä yleisemmin kuin naisilla.

Vuosien 2004 ja 2009 tutkimuksissa selvitettiin haastateltavien mielipiteitä terveydenhuoltojärjestelmän toiminnasta ja mahdollisista kehittämiskohteista. Vuonna 2004 noin kolmannes vastanneista oli sitä mieltä, että kokonaisuutena terveydenhuoltojärjestelmä toimii hyvin (taulukko 9). Noin 40 prosentin mielestä terveydenhuoltoa voitaisiin parantaa pienin muutoksin ja joka viides toivoi terveydenhuoltoon perusteellisia muutoksia. Terveydenhuoltojärjestelmän toimintaa tyytyväisten osuus laski vuoden 2009 tutkimuksessa. Hyvänä terveydenhuollon toimintaa piti vuonna 2009 joka viides ja pieniä parannuksia halusi noin puolet vastaajista.

TAULUKKO 9. Tyytyväisyys terveydenhuoltojärjestelmän toimintaan: lähimpänä omaa mielipidettä (%).

	2004 %	2009 %
Kokonaisuutena terveydenhuolto toimii hyvin	32	21
Terveydenhuoltoa voisi parantaa pienin muutoksin	40	49
Terveydenhuollon parantamiseksi tarvitaan perusteellisia muutoksia	21	24
Koko terveydenhuoltojärjestelmä tulisi uudistaa	3	3
Ei osaa sanoa	4	4
Yhteensä	100	100

Terveydenhuollon kehittämiskohteita selvitettiin kysymällä pitäisikö kotikunnassa parantaa seuraavia terveydenhuollon osa-alueita: nopeuttaa lääkärin vastaanotolle pääsyä, nopeuttaa toimenpiteeseen pääsyä, lisätä vapautta hoitavan lääkärin tai hoitopaikan valinnan suhteen, parantaa mahdollisuutta tiedonsaantiin hoidon laadusta ja hoitotuloksista tai alentaa potilaalle hoidosta koituvia kustannuksia.

Lääkärin vastaanotolle tai sairaalassa suoritettavaan toimenpiteeseen pääsyä tulisi nopeuttaa paljon tai jonkin verran noin 70 prosentin mielestä (taulukko 10). Puolet vastanneista oli sitä mieltä, että hoitopaikan valintaan liittyvää vapautta ja hoidon laatua koskevaa tiedonsaantia tulisi parantaa paljon tai jonkin verran. Potilaalle koituvia kustannuksia haluaisi alentaa noin 40 prosenttia vastanneista. Suurin kehittämistarve koski terveyskeskuspalveluja ja vanhustenhuollon palveluja. Myös hammashoidon palvelujen kehittämistä piti tarpeellisena selvästi yli puolet vastanneista.

TAULUKKO 10. Kotikunnan tulisi parantaa paljon tai jonkin verran seuraavia terveydenhuollon osa-alueita (%).

Terveydenhuollon osa-alue	2004 %	2009 %
Nopeuttaa lääkärin vastaanotolle pääsyä	82	69
Nopeuttaa toimenpiteeseen pääsyä sairaalassa	86	68
Lisätä valinnanvapautta hoitavan lääkärin/hoitopaikan suhteen	65	50
Parantaa tiedonsaantia hoidon laadusta ja hoitotuloksista	65	51
Alentaa potilalle hoidosta koituvia kustannuksia	47	42
Palvelut, joita tulisi kehittää		
Terveyskeskuspalvelut	78	68
Sairaalapalvelut	67	54
Vanhustenhuollon palvelut	67	70
Hammashoidon palvelut	65	64
Kuntoutuspalvelut	53	49

Vaikka vuonna 2009 terveydenhuoltojärjestelmään oltiin kokonaisuudessaan tyytymättömämpiä, niiden osuus, joiden mielestä tiettyjä osa-alueita tulisi parantaa paljon tai jonkin verran laski vuoteen 2006 verrattuna. Esimerkiksi vuonna 2006 yli 80 prosenttia halusi nopeuttaa lääkärin vastaanotolle pääsyä, mutta vuonna 2009 tätä mieltä olevien vastaajien osuus oli 10 prosenttiyksikköä pienempi. Vielä suurempi muutos tapahtui niiden osuudessa, jotka näkivät tarvetta nopeuttaa toimenpiteeseen pääsyä sairaalassa. Kaiken kaikkiaan sellaisten vastaajien osuus, joiden mielestä nykyinen palvelutaso on riittävä, oli vuonna 2009 lähes kaikilla osa-alueilla aikaisempaa suurempi.

Tutkimuksessa tiedusteltiin väestön näkemyksiä terveydenhuoltoon käytävien voimavarojen suuruudesta ja siitä miten terveyspalveluja tulisi rahoittaa. Noin puolet vastanneista (52 %) oli sitä mieltä, että nykyinen terveydenhuoltomenojen taso on riittävä, ja että verotuksella ja sairausvakuutusmaksuilla kerättävän rahoituksen määrä tulisi säilyttää ennallaan (taulukko 11). Noin joka kolmas vastaaja haluaisi, että veroja tai sairausvakuutusmaksuja korotetaan, ja että terveydenhuoltoon käytetään nykyistä enemmän rahaa. Julkisen rahoituksen ja terveydenhuoltomenojen alentamista kannatti vain kaksi prosenttia vastanneista. Tutkimusvuosien välillä tapahtui jonkin verran kasvua niiden osuudessa, jotka haluaisivat nostaa veroja tai sairausvakuutusmaksuja ja lisätä terveydenhuoltoon käytettävää rahamäärää.

Enemmistö vastanneista (55 %) haluaisi valtion vastaavan ensisijaisesti terveydenhuollon rahoituksesta (taulukko 12). Seuraavaksi eniten kannatusta saivat terveydenhuoltoon kohdennettavat korvamerkityt verotulot (23 %). Korvamerkitsemisen kannalla oli vuonna 2009 jonkin verran suurempi osuus vastanneista kuin vuonna 2004. Kuntien verotuloja terveyspalvelujen rahoituksessa olisi vuonna 2004 käyttänyt noin 10 prosenttia ja vuonna 2009 alle 6 prosenttia vastanneista. Julkiset sairausvakuutusmaksut, yksityiset sairausvakuutusmaksut, työnantajien maksut ja potilasmaksut saivat vain vähän kannatusta.

TAULUKKO 11. Hallituksen tai eduskunnan tulisi valita seuraavista vaihtoehdoista (%).

	2004 %	2009 %
Säilyttää verotuksen sekä terveydenhuoltomenojen taso ennallaan	57	52
Nostaa veroja tai sairausvakuutusmaksuja ja käyttää enemmän rahaa terveydenhuoltoon	27	36
Alentaa veroja tai sairausvakuutusmaksuja ja käyttää vähemmän rahaa terveydenhuoltoon	3	2
Ei osaa sanoa	13	10
Yhteensä	100	100

TAULUKKO 12. Terveydenhuolto tulisi ensisijaisesti rahoittaa seuraavilla vaihtoehdoilla (%).

	2004 %	2009 %
Valtion verotulot	55,1	52,1
Kunnallisverotulot	10,3	5,7
Julkiset sairausvakuutusmaksut	3,7	5,0
Korvamerkityt verotulot	17,5	23,3
Potilasmaksut	1,3	2,1
Yksityiset sairausvakuutusmaksut	1,1	0,5
Työnantajan sairausvakuutusmaksut	0,6	1,1
Ei osaa sanoa	10,3	10,2
Yhteensä	100,0	100,0

Yhteenvedo ja johtopäätökset

Suomalaisten terveyden myönteinen kehityssuunta on jatkunut kuluneella vuosikymmenellä. Verrattuna esimerkiksi vuoden 1996 terveydenhuollon väestötutkimukseen, hyväksi terveytensä kokeneiden osuus väestöstä näyttää kasvaneen ja pitkäaikaissairaiden osuus pienentyneen (Arinen ym. 1998). Myönteinen kehitys on nähtävissä myös tässä tutkimuksessa tarkastelulla noin viiden vuoden ajanjaksolla. Etenkin vanhempien työikäisten ryhmien (yli 55-vuotiaat) ja eläkeikäisten kohdalla sairastavuuden väheneminen on ollut huomattavan nopeaa. Sen sijaan sosioekonomiseen asemaan liittyvä eriarvoisuus terveydessä on lisääntynyt. Sekä koetussa terveydessä että pitkäaikaissairastavuudessa alimpaan tuloluokkaan kuuluvien terveydentila on huonontunut ja erot ylempiin tuloluokkiin kasvaneet entisestään.

Väestöryhmittäiset erot näkyvät myös terveystalouden käytössä. Terveystalouden palvelujen käyttö on painottunut alempiin tuloluokkiin, kun taas työterveyshuollon ja yksityisten palvelujen käyttö on sitä runsaampaa mitä korkeampi on kotitalouden tulotaso. Esimerkiksi työterveyslääkärillä käyneitä oli ylemmissä tuloluokissa vuonna 2009 kolme kertaa niin paljon kuin alimmassa tuloluokassa. Työterveyshuollon palvelujen lisääntynyt käyttö on nähtävissä myös keskimääräisten käyntikertojen muutoksena. Terveystalouden palvelukäytön väheneminen, työterveyslääkärikäyntien määrän vastaavasti lisääntyessä. Työterveyshuollon palvelujen käyttö heijastaa myös palvelujen tarjonnan eroja maan eri osien välillä – näiden palvelujen käyttö oli selvästi runsainta pääkaupunkiseudulla ja Etelä-Suomen alueella. Työterveyshuollon lisääntynyt käyttö on saattanut paikoitella aiheuttaa palvelujen tarjontakapasiteetin ylittymistä. Tutkimuksen mukaan työterveyslääkärille mielestään kohtuuttoman kauan odottamaan joutuneiden osuus oli viime vuosina selvästi kasvanut.

Kohtuuttoman kauan hoitoon pääsyä odottaneista suurin osa oli edelleen joutunut odottamaan terveyskeskuslääkärille pääsyä. Julkisen sektorin palveluihin liittyvissä odotusajoissa oli kuitenkin tapahtunut myönteistä kehitystä vuoden 2004 tutkimukseen verrattuna. Kohtuuttoman kauan terveyskeskuslääkärille odottaneiden osuus väheni kymmenellä prosenttiyksiköllä ja myös terveyskeskuksen hammaslääkärille, sairaalan poliklinikalle ja sairaalassa suoritettavaan toimenpiteeseen odottaneiden osuudet laskivat. Vaikka näiden kehityssuuntien perusteella ei voida suoraan päätellä palvelujärjestelmän toimivuuden parantamiseksi tehtyjen toimenpiteiden, kuten hoitotakuun vaikutusta, viittaavat tulokset siihen, että ainakin terveyskeskuspalvelujen osalta tilanne on muuttunut parempaan suuntaan. Osaltaan tähän kehitykseen on saattanut vaikuttaa lisääntynyt työterveyspalvelujen tarjonta ja kattavuus. Tuloluokittain tarkasteltuna vaikuttaa siltä, että hoitotakuun voimaan tulon jälkeen, vuonna 2005, etenkin suurituloisimman tuloviidenneksen tyytyväisyys hoitoon pääsyn nopeuteen on parantunut.

Kokonaisuutena suomalaiset olivat terveydenhuoltojärjestelmän toimintaan ja laatuun melko tyytyväisiä. Erittäin hyvänä tai hyvänä julkisten terveyspalvelujen laatua piti yli puolet väestöstä. Vuoden 2010 Eurobarometer-tutkimuksen mukaan enemmistö suomalaisista piti potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon laatua suhteessa muihin maihin hyvänä (Eurobarometer 2010). Tyytyväisempiä terveydenhuollon laatuun oltiin vain Belgiassa ja Itävallassa. Tyytyväisyys järjestelmän toimivuuteen on kuitenkin viime vuosina vähentynyt. Vuonna 2004 kolmasosa väestöstä oli sitä mieltä, että kokonaisuutena terveydenhuoltojärjestelmä toimii hyvin. Hyvänä terveydenhuollon toimintaa vuonna 2009 piti enää viidesosa väestöstä ja entistä useampi katsoi, että järjestelmää voisi parantaa pienin muutoksin.

Suurin osa väestöstä oli sitä mieltä, että nykyinen terveydenhuoltomenojen taso on riittävä ja terveydenhuollon rahoittamista pääosin verovaroin pidettiin edelleen ensisijaisena vaihtoehtona. Aikaisempaa suurempi osa väestöstä oli myös sitä mieltä, että veroja ja sairausvakuutusmaksuja tulisi nostaa ja terveydenhuoltoon pitäisi käyttää enemmän voimavaroja. Valtion tulisi väestön näkemyksen mukaan kantaa pääasiallinen rahoitusvastuu terveydenhuollosta. Sen sijaan nykyisenkaltainen rahoitusjärjestelmä, jossa suurimman rahoitusvastuun kantavat kunnat, ei saanut väestön keskuudessa suurta kannatusta. Kunnallisverotuloja pääasiallisena rahoitusmuotona kannatti vain noin viisi prosenttia väestöstä, mikä oli huomattavasti vähemmän kuin viisi vuotta aiemmin tehdyssä tutkimuksessa. Terveydenhuoltoon kohdennettavat korvamerkityt verotulot olivat selvästi kunnallisverotuloja suosivampi vaihtoehto ja niiden suosio oli jonkin verran kasvanut.

Väestön kokemusten ja mielipiteiden perusteella vaikuttaa siltä, että terveydenhuollon suuriin linjoihin ollaan edelleen pääosin tyytyväisiä ja järjestelmä toimii enemmistön sille asettamien odotusten mukaisesti. Monissa jokapäiväisissä palvelujen käyttöön liittyvissä asioissa, kuten hoitoon pääsyssä, koetaan varsinkin tietyissä väestöryhmissä olevan parantamisen varaa. Vaikka julkisen sektorin palvelut ovat edelleen monelle palveluja tarvitsevalle ensisijainen hoitoon hakeutu-

misen vaihtoehto, on perusterveydenhuollon palveluissa aikaisempaa selvemmin nähtävissä väestön jakautuminen niihin, jotka käyttävät terveyskeskuspalveluja ja niihin, jotka hakeutuvat työterveyshuollon tai yksityisen hoidon piiriin. Toisaalta julkisen, verovaroin rahoitettavan, terveydenhuollon legitimitetti ei näytä olevan uhattuna, vaan pikemminkin päinvastoin: julkisen terveydenhuollon ja yhteisen rahoitusvastuun merkitys näyttää viime vuosina korostuneen entisestään. Havaittavissa on myös lisääntyvää halukkuutta terveydenhuollon rahoituksen sitomiselle nykyistä läheisemmin palvelujen järjestämiseen esimerkiksi erityisesti terveydenhuoltoon kohdennettavan terveysveron kautta.

Nykyinen terveydenhuoltojärjestelmä tarjoaa entistä kattavammat puitteet käyttää julkiselle terveydenhuollolle vaihtoehtoisia, tai niitä täydentäviä, työterveyshuollon ja yksityissektorin palveluja. Vaihtoehtojen ja palveluvalikoiman lisääntyessä luonnollinen kehityssuunta on, että se väestönosa, jolla siihen on mahdollisuus, myös hyödyntää näitä palveluja. Osaltaan palvelujen käyttäjien jakautuminen laajemmalle palvelutarjontasektorille vähentää julkiseen terveydenhuoltoon kohdistuvia kysyntäpaineita ja palvelujen ruuhkautumista, mikä helpottaa palvelujen saantia ja kuntien mahdollisuuksia järjestää riittävät terveys- ja sosiaalipalvelut asukkaalleen. Mahdollisina uhkina tässä kehityksessä ovat sektorikohtaisten ja väestöryhmittäisten erojen syntyminen hoitoon pääsyssä, odotusaikojen pituudessa ja palvelujen laadussa. Koska julkinen terveydenhuolto näyttää edelleen nauttivan väestön luottamusta, on tärkeää, että julkisen perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja vanhustenhuollon palveluja kehitetään sekä laadun, hoitokäytäntöjen ja toimintatapojen että koko palvelujärjestelmän läpileikkaavan sujuvuuden edistämiseksi.

Lähteet

- Arinen, Sisko & Häkkinen, Unto & Klaukka, Timo & Klavus, Jan & Lehtonen, Risto & Aro, Seppo (1998) Suomalaisten terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Terveydenhuollon väestötutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. SVT; Terveys 1998:5. Helsinki: Stakes.
- Eurobarometer (2010) Patient safety and quality of healthcare. Summary report 327. TNS Opinion & Social. Brussels: TNS.
- Kokko, Simo & Heinämäki, Liisa & Tynkkynen, Liina-Kaisa & Haverinen, Riitta & Kaskisaari, Marja & Muuri, Anu & Pekurinen, Markku & Tammelin, Mia (2009) Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutuminen: Kuntakysely sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta. Raportti 26/2009. Helsinki: THL.
- Pekurinen, Markku & Mikkola, Hennamari & Tuominen, Ulla (2008) Hoitotakuun kolme ensimmäistä vuotta. Yhteenvedo hoitotakuun keskeisistä taloudellisista ja toiminnallisista vaikutuksista. Teoksessa Pekurinen, M. ym. (toim.) Hoitotakuun talous. Raportteja 5/2008. Helsinki: Stakes.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2009) Hoitotakuun toteutuminen terveyskeskuksissa lokakuussa 2009 < <http://www.thl.fi/fi/tilastot/hoitoonpaasy/pth> >

Ikäihmisten palvelutarpeet ja saatu apu

Julkisten hoiva- ja palveluresurssien oikeudenmukainen jakautuminen sekä niiden kohdentaminen ikäihmisten tarpeita vastaavasti on kaikissa hyvinvointiyhteiskunnissa ajankohtainen kysymys. Hyvinvointivalttiollisen huolenpidon ja kansalaisten oman vastuun suhdetta on yleensä säädelty universalistiseen, tarveperustaiseen ajatteluun nojautuen: kaikilla on oikeus julkisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin, kunhan tarve niiden saamiseen todetaan. Suomessa ikäihmisille tarkoitettuja palveluja ovat vuosikymmenten kuluessa muovanneet toisistaan erilliset sosiaali- ja terveystoimi omine lainsäädäntöineen sekä kuntien toisistaan poikkeavat käytännöt. Palvelujärjestelmän kehitykseen ovat osaltaan vaikuttaneet myös kuntien käytettävissä oleva tieto ja kulloisetkin rahavarat sekä henkilöstörakenteet historiallisine muodostelmineen.

Ikäihmisten palvelutarvetta on pyritty arvioimaan yhtäältä kysymällä sitä heiltä itseltään ja toisaalta mittaamalla annettujen palveluiden piirissä olevien ongelmia ja avun tarvetta. Molempiin tapoihin liittyy omat harhansa. Toimintakyvyn vajeita ennakoivien ja sen heikkenemistä ehkäisemään pyrkivien palveluiden näkökulmasta itseraportoidun tarvemäärityksen yhtenä ongelmana on, että omaan vanhenemiseen ja haurastumiseen liittyvä palvelutarvetta saattaa olla vaikea hahmottaa tai myöntää ennen kuin akuutti tarve on jo käsillä. Jos palveluiden piiriin hakeudutaan vasta avun tarpeen ollessa ilmiselvä, palvelujärjestelmän ammattilaisten tekemältä tarvemäärityltä ja -arvioinnilta edellytetään nopeutta sekä ajantasaisuutta ja itse palvelujärjestelmältä joustavaa kykyä vastata yksilöllisiin tarpeisiin.

Myöhäinen palveluiden piiriin hakeutuminen on kuitenkin vain asian toinen puoli. Palvelutarpeen arvioinnista keskusteltaessa on myös kysyttävä, vastaako palvelujärjestelmä riittävän hyvin ikäihmisen heikkoihin, varhaista avuntarvetta viestiviin signaaleihin. Tällaisina ensimmäisinä merkkeinä iäkkään ihmisen itse kokemasta voimien heikkenemisestä ja avuntarpeen lisääntymisestä on monesti pidetty esimerkiksi tarvetta apuun raskaissa kotitöissä (kuten siivousapua) ja laajemminkin kotona asumisen arkea tukevien palveluiden tarvetta. Aiempi tutkimus on osoittanut, että ikäihmiset arvioivat toimintakykysä ja ennakoivat siihen liittyvän avun ja tuen tarpeen hyvin samansuuntaisesti kuin mitä ammattilaiset tekevät (esim. Mäkelä 2008). Mainitussa tutkimuksessa havaittiin, että seurattaessa ikäihmisten aiemmin tekemien toimintakykyarviointien toteutumista oma arvio suoriutumisesta ennusti kotipalvelujen, siivouspalvelujen ja yleisesti kotona asumista tukevien palvelujen käyttöä. Ikäihminen on siis oman palvelutarpeensa asiantuntija, kun hän sen vain saattaa toisten tietoon (myös Larsson ym. 2006).

Varsin isolla osalla ikäihmisiä palvelutarpeen herääminen liittyy myös kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemiseen, jolloin tilanteen kykenee usein henkilöä itseään paremmin hahmottamaan esimerkiksi joku hänen omaisensa. Annettujen palveluiden mittaamisessa on puolestaan ongelmana se, että tietoa palvelun ulkopuolelle jääneistä – niistä, jotka eivät ole joko hakeneet palveluja tai eivät ole saaneet niitä – on vähän. Palveluiden kattavuus ilmaisee, kuinka monta prosenttia tietyn ikäisistä henkilöistä saa kyseistä palvelua tietyssä ajankohtana. Kattavuuslukujen seurannalla saadaan karkea kuva palvelujen muutoksista. Kattavuusindikaattorit eivät kuitenkaan kerro palvelun resurssoinnista, sisällöstä, intensiteetistä tai laadusta. Kysynnän ja tarjonnan suhteesta tiedämme kuitenkin aiemman tutkimuksen perusteella (Heinola ym. 2010; Peruspalvelujen tila -raportti 2010), että tutkituissa kunnissa kotihoidon saavien asiakkaiden palvelutarpeen kasvusta huolimatta virallisen kotihoidon antama hoitoaika väheni vuosina 2007–2009. Keskivaikeasta dementiaasta kärsivien asiakkaiden osuus kotihoidossa lisääntyi noin kahdella prosenttiyksiköllä ja asiakkaiden keskimääräinen toimintakyky heikkeni seuranta-aikana. Yhä harvemmat asiakkaat pääsivät ulos asunnostaan ja yhä useampi vietti päivänsä täysin yksin.

Yllä kuvattu problematiikka huomioiden on yllättävää, kuinka vähän on tutkittu palvelutarpeen arvioinnin näkökulmasta sitä, mitkä tekijät kotona asuva iäkäs ihminen itse katsoo avun ja tuen kannalta keskeisiksi ja hakeutuu asianmukaisten palveluiden piiriin (Larsson ym. 2006; Mäkelä ym. 2008). Tiedämme huomattavasti enemmän ympärivuorokautiseen laitoshoidon johtavista tekijöistä kuin tästä varhaisemmasta avuntarpeesta, vaikka palvelujärjestelmän tärkeimmäksi tavoitteeksi on asetettu nimenomaan edistää ja tukea kotona asumista sekä ehkäistä jo ennalta toimintavajeiden syntyä (Ikäihmistien palvelujen laatusuositus, STM 2008). Tässä artikkelissa tarkastelemme palvelutarpeen arvioinnin problematiikkaa tutkimalla kotona asuvien iäkkäiden suomalaisten palvelutarpeita sekä saadun avun ja tarpeen vastaavuutta. Kiinnitämme huomiota etenkin palveluiden piiriin tulemiseen ja suomalaisen palvelujärjestelmän sisällä etenemiseen.

Aineistot ja menetelmät

Iäkkään väestön palvelutarpeista samoin kuin siitä, kykeneekö palvelujärjestelmä ylipäätään vastaamaan niihin odotuksiin, joita iäkkäällä henkilöllä, on tarvitaan sekä monimuotoista että yksityiskohtaista tietoa. Vanhimpiin ikäluokkiin kuuluvien ihmisten avun tarpeille ja tarpeita vastaavan avun saamiselle on tyypillistä, että elämäntilanteiden ja elämänkulun vaiheiden synnyttämät muutospaineet asettavat palvelujärjestelmälle erityisiä vaatimuksia joustavuudesta, muuntuvuudesta ja ajantasaisuudesta. Palvelujärjestelmän kannalta yksilön vanheneminen näyttäytyy vaiheina ja siirtyminä prosessissa, jota erisisältöisten tarpeiden nouseminen ja niitä vastaavan avun järjestäminen muovaavat ja jaksottavat. Jos tutkimuksessa tarkastelemme tarpeiden ja saadun avun kohtaamista ainoastaan yhden poikkileikkausaineiston varassa, annamme sille kohtuuttoman suuren tulkintavallan sivuuttaessamme iän karttumiseen ja toimintakyvyn muutoksiin liittyvän dynamiikan.

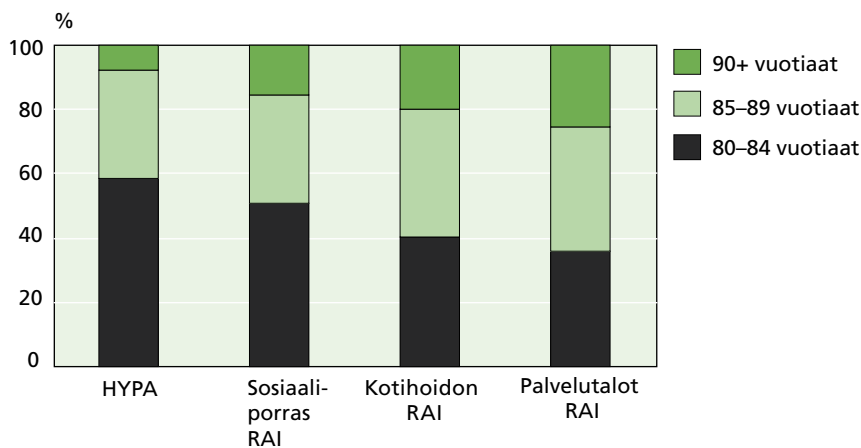
Käsillä olevassa artikkelissa olemme pyrkineet ratkaisemaan edellä esitettyä ongelmaa tarkastelemalla rinnakkain eri elämänvaiheita ja palvelutilanteita valaisevia aineistoja. Lähtökohtana on iäkkäiden suomalaisten palvelutarve ja avun saanti HYPÄ 2009 -tutkimuksen valossa. HYPÄ 2009 -käyntihaastattelu on kohdistettu kotona asuville yli 79-vuotiaille ikäihmisille, jotka täyttävät haastatteluvuonna 80 vuotta. Aineisto edustaa sekä niitä iäkkäitä ihmisiä, jotka eivät vielä tarvitse tai saa palveluita, että niitä, jotka ovat jo palveluiden piirissä. Iäkkäiden ihmisten läheisapua tarkastelevassa artikkelissa (Vilkkö, Muuri & Finne-Soveri s. 60) on luonnehdittu HYPÄ 79+ -käyntihaastatteluaineistoa lähemmin. Tässä yhteydessä on kuitenkin huomion arvoista todeta se, että katoanalyysin tulosten mukaan brutto-otokseen kuuluneista ikäihmisistä jäi kokonaan haastatteleematta noin 130 henkilöä muun muassa pysyvän sairauden tai vamman, pysyvästi laitoshoitoon siirtymisen ja kuoleman perusteella. Haastatteluista kieltäytyneiden joukossa (62 henkilöä) on kaikella todennäköisyydellä myös terveysperusteisia syitä. Aineistoon haastatellut kotona asuvat ikäihmiset ovat mitä ilmeisimmin parhaassa kunnossa oleva, valikoitunut osa kohortistaan. HYPÄ 2009 -aineistoa on kuvattu lähemmin tämän kirjan liiteosassa.

Peilaamme HYPÄ 79+ -käyntihaastattelutietoja samanikäisistä samaan aikaan kerättyihin Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen rekisteritietoihin. Ensimmäinen otos on kerätty satunnaisotannalla 19.3.2007–15.12.2009 välisenä aikana kaikista Helsingin sosiaalitoimeen ja Vantaan omaishoidon tukeen yhteyttä ottaneista henkilöistä (n=502), joista 80 vuotta täyttäneitä ja sitä vanhempia henkilöitä oli 274 (Finne-Soveri ym. 2010). Hankkeessa kehitettiin arviointilomake sosiaalityön tarpeisiin laajentamalla RAI-järjestelmään kuuluvan Contact Assessment Form -lomakkeen kysymyksiä sosiaalisen tilanteen arvioinnin suuntaan. RAI on kansainvälisenä yhteistyönä kehitetty henkilön tarpeiden laaja, systemaattinen arviointi- ja seurantajärjestelmä, jonka avulla voidaan seurata hoidon ja palveluiden

laatua ja kustannusvaikuttavuutta. Portaittaisen arviointitavan mahdollistava uusi sosiaalialan työväline sai nimekseen SosiaaliporrasRAI. Toinen otos on kerätty kotihoidon RAI-lomaketta käyttäen 1.4.–30.9.2009 välisenä aikana 40 kunnan alueelta kotihoidon (KotihoitoRAI, n=4333) ja palvelutalojen (PalvelutaloRAI, n=1234) 80 vuotta täyttäneistä asiakkaista. Palvelutaloista kerättyä aineistoa ei voi pitää edustavana, koska otos on pieni ja palvelutalojen osallistuminen arviointitoimintaan on vapaaehtoista.

Edellä esitellyt neljä aineistoa ovat vertailukelpoisia toistensa kanssa siinä suhteessa, että ne edustavat samaan aikaan Suomessa eläviä 80-vuotiaita ja sitä vanhempia ihmisiä ja sisältävät avun ja palvelujen tarpeen osalta riittävästi samoja tai samansisältöisiä kysymyksiä. Kunkin tässä artikkelissa käytetyn kysymyksen vertailukelpoisuuden vuoksi esitetään kysymysten muotoilu aina kyseisen taulukon tai kuvion yhteydessä viitteessä. Vertailun kiinnostavuutta lisää se, että kukin aineistokokonaisuus kohdentuu hieman eri tavoin riippuen siitä, miten aineistonkeruun kohderyhmä asettuu avun tarpeen ja palveluiden saannin suhteen. Vaikka avun tarve ei yksilötasolla lisäänty kaikilla samanikäisenä, väestötasolla palveluiden tarpeella ja saannilla on yhteys ikärakenteeseen kunkin osa-aineiston sisällä: iäkkäämpiä henkilöitä on enemmän niissä osa-aineistoissa, joiden kohderyhmän palvelutarve ja niiden saanti on suurempi. Tämä havainto herättää ajatuksen hoivasiirtymistä iän karttumisen ja haurastumisen prosessissa. Aineistojen ikäjakaumat on esitetty kuviossa 1.

Oletuksemme on, että mainitut neljä aineistoa kuvaavat jatkumona sitä prosessia, jossa ikäihmisen avun tarve kasvaa itsenäisestä kotona selviytymisestä hoivapalveluiden käyttäjäksi. Ensimmäinen aineisto (HYPA) edustaa kaikkia kotona



KUVIO 1. Aineistojen ikäryhmittäinen jakauma (%).

asuvia ikäihmisiä. Osa heistä tulee toimeen omin voimin tai vain pienen, mahdollisesti omaisten tai tuttavien antaman avun turvin, osalla heistä avun tarve on suurempi ja saatu apu sisältää myös julkisin varoin tuotettuja palveluita. Järjestyksessä toinen aineisto (SosiaaliporrasRAI) kattaa sen kotona asuvien ikäihmisten joukon, jotka ovat eri syistä hakeneet kunnallisia vanhuspalveluita sosiaali- ja/tai terveystoimen piiristä, joko ensimmäistä kertaa tai aiemmin saatujen palveluiden lisäksi. Kolmas aineisto (KotihoidoRAI) edustaa puolestaan kotihoidon piirissä jo olevia ikäihmisiä. Neljäs aineisto (PalvelutaloRAI) kattaa ne kotihoidon palveluja saavat iäkkäät ihmiset, joiden koti sijaitsee palvelutalossa.

Oletamme, että kussakin aineistossa ilmenevä kotona asumista tukevan avun ja hoiva- ja hoitopalveluiden tarve vaihtelee sekä määrältään että laadultaan. Koska palvelutarve yleisesti ottaen kasvaa biologisen iän lisääntymisen myötä, kukin aineisto pitää sisällään ikävaiheeseen sidoksissa olevia eroja. Esimerkiksi yli 90-vuotiaan hauraan ihmisen avun tarpeiden voi ainakin teoriassa olettaa poikkeavan 80-vuotiaan ihmisen tarpeista, joskin monet tarvealueet ovat myös yhteisiä.

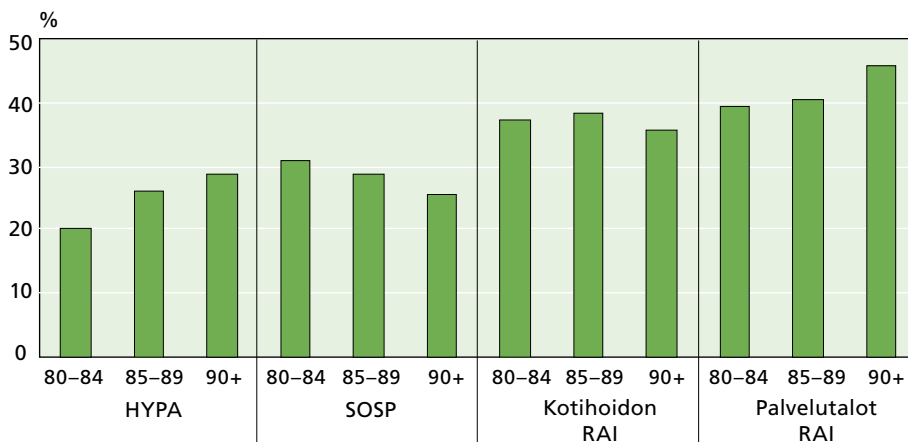
Artikkelissa ei käytetä tilastollisia analyysejä. Tarkastelu perustuu kustakin aineistosta valittuihin suoriin jakaumiin ikäryhmittäin sekä määrällisten ja laadullisten aineistotietojen sisällölliseen luokitteluun.

Palveluiden tarve ja niiden saanti

Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (STM 2008) perustuu ajattelulle, että tiettyä ikäryhmää – laatusuosituksen mukaan kalenteri-ikältään yli 75 -vuotiaita – kohden tarvitaan tietty määrä hoiva- ja hoitopalveluita. Niitä tulee tarjota kevyestä vaativaan apuun, jolloin ikäkriteeriä vahvemmin palveluiden saantia säätelee toimintakyvyn arviointi. Toisaalta painotetaan yksilöllisen avuntarpeen havaitsemista.

Itse arvioitu terveydentila kuvaa yleensä hyvin toimintakyvyssä ennakoitavissa olevia ja jo tapahtuneita muutoksia (Vuorisalmi 2007). Se on toimintakyvyn vajaiden ja rajoitusten keskeinen selittäjä, mutta toimintakyky sinänsä on fysiologisia tekijöitä laajempi käsite sisältäen yhtä lailla kognition sekä sosiaalisen ja psyykkisen toiminnan alueet sekä suhteen ympäristöön (esim. Heikkinen 2003; Vaarama ym. 2006; Vaarama & Kaitsaari 2002).

Terveydentilansa huonoksi arvioivien ikäihmisten ikäryhmittäiset osuudet tarkastelemisemme aineistoissa (kuviot 2) antavat viitteitä eri-ikäisten vanhuusvaihettaan elävien suomalaisten palvelukysynnän ja -tarjonnan jakautumisesta. Toisiinsa rinnastetuissa aineistoissa terveydentilansa huonoksi arvioineiden ikäihmisten prosentuaaliset osuudet kasvavat keskimäärin, kun siirrytään kotona suhteellisen itsenäisesti asuvista senioreista palveluita hakeviin ja sieltä eteenpäin ”kevyempiä” ja edelleen ”raskaampia” palveluita saaviin ikäihmisiin. Tulos noudattaa pääpiirteissään avun tarpeiden oletettua kasvua: parempikuntoiset asuvat kotona vähin palveluin, palveluita hakevat ovat terveydentilansa ja toimintakykynsä puo-



KUVIO 2. Itse arvioitu huono terveydentila (%) ikäryhmittäin ja aineistoittain.

lesta mitä ilmeisimmin niiden tarpeessa, ja kotihoidon asiakkaiden on kaiken todennäköisyyden mukaan jo aiemmin arvioitu tarvitsevan palveluita heikentyneen toimintakykynsä tueksi.

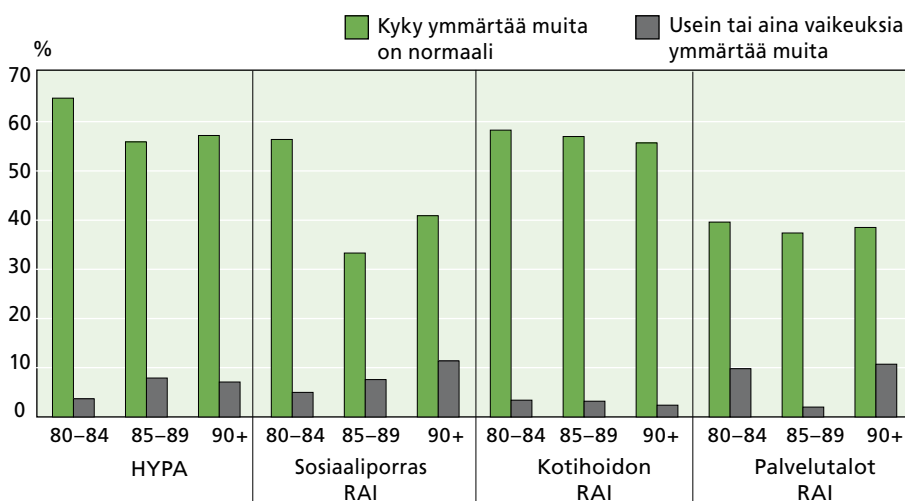
Kuviosta 2 nähdään, että satunnaisotannalla valituista kotona asuvista haastateltavista (HYPA) terveydentilaansa huonona pitävät henkilöt kasaantuvat vanhimpiin ikäluokkiin. Sen sijaan palvelujen piiriin hakeutuvien (Sosiaaliporras-RAI) tai jo kotihoidon asiakkaana olevien (KotihoidoRAI) joukossa vanhimmat ikäihmiset näyttävät pitävän terveydentilaansa saman palvelutyyppin piirissä olevia nuorempia parempana. Tämä saattaa olla tulkittavissa siten, että iäkkäiden kotona asuvien ”tervaskantojen” vanhenemisprosessit ovat olleet terveydentilan ja toimintakyvyn säilymisen kannalta erityisen suotuisia, ja heidän keskuudestaan ovat toimintakyvyltään huonoimmat ja sairaimmat siirtyneet jo palvelujen piiriin tai kuolleet. Tähän viittaavat muun muassa HYPA 79+ -aineiston laatua ja katoanalyysiä koskevat tulokset, joiden mukaan yli 90-vuotiaiden toimintakyky ja avun tarpeet eivät näytä huomattavasti poikkeavan kahdesta nuoremmasta ikäikäiden ryhmästä (ks. lähemmin Vilkkonen & Muuri & Finne-Soveri s. 60). Kyseeseen saattaa tulla myös subjektiivisen arvioinnin mittapuun muuttuminen iän karttumisen myötä: kun on riittävän vanha, heikohkokin terveydentila vertautuu vielä huonompaan mahdollisuuteen, joko omaan tai samanikäisten kanssaihkimisten (Vuorisalmi 2007, 31–32). Kuten Vuorisalmi huomauttaa (mts., 31), iän ja terveydentilan subjektiivisen arvioinnin suhteesta on esitetty toistensa kanssa ristikkäisiä tuloksia, joten kalenteri-ikä ei yksioikoisesti voi pitää ainoana luotettavana terveydentilan määrittelijänä kaikkein vanhimmissakaan ikäluokissa.

HYPA 79+ -aineistonkeruun yhteydessä kerättiin haastattelijoiden arviot haastateltujen suoriutumuksesta haastattelutilanteesta. Niiden mukaan yhteensä 144 haastatellulla (38,2 %) oli jonkin asteisia ymmärtämishäiriöitä, 23 henkilöllä (5,4

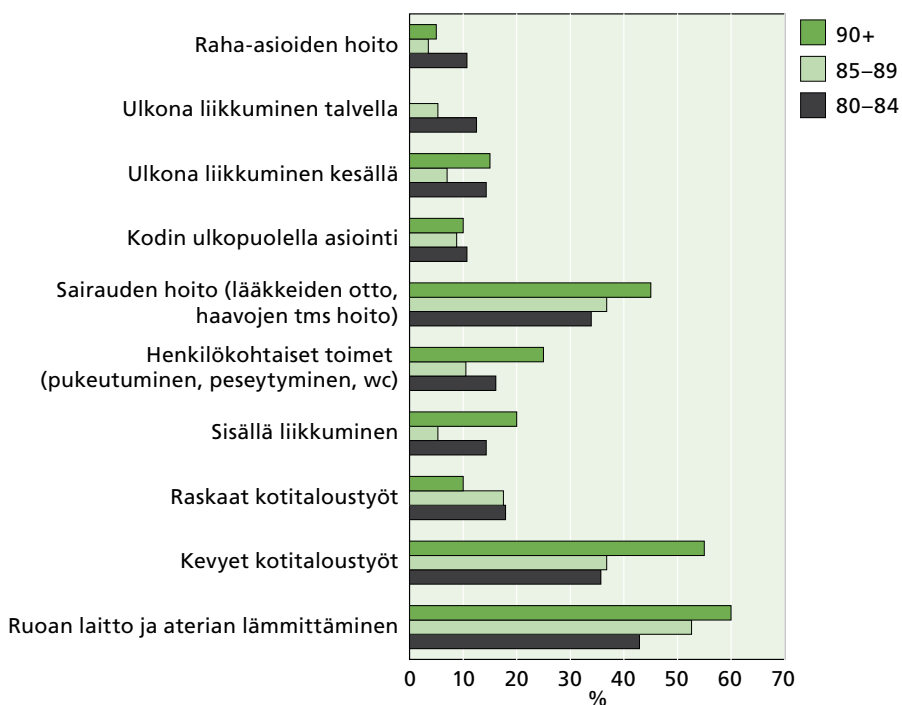
%) vaikeuksia oli haastattelun kuluessa usein tai hyvin usein. Yhteensä kahdeksalatoista henkilöllä oli muistivaikeuksia, kuudella keskittymisvaikeuksia ja viidellä haastattelua haittaavasti heikentynyt kuulo. Kaikkiaan kognition eli keskittymisen, muistin ja ymmärtämisen vajeisiin viittaavia oireita esiintyi 63 haastatellulla (16,9 %).

Palvelujen kehittämisen kannalta oleellista on, saako asiakas apua kokemaansa avun tarpeeseen ja miten hyvin saatu apu koituu hänen hyödykseen. Kuviossa 3 on esitetty normaali ja heikko tai erittäin heikko käsityskyky. Kuvio osoittaa käsityskyvyn olevan sitä heikompi, mitä suurempi on palvelujen tarve. Rakennettaessa itsearviointia ja asiakkaan omia valintoja korostavia palvelujärjestelmiä iäkkäille ihmisille sijaisvalitsijoiden rooli tulee korostumaan. Tarpeiden ja avun vastaavuuden kannalta on tärkeä kysyä, kenen ikäihminen haluaa suorittavan itseään koskevia valintoja silloin, kun hän itse ei enää kykene valintoihin.

Palvelujen oikeudenmukaisen jakautumisen kannalta yksi keskeinen kysymys on, tavoittavatko palvelut niiden tarvitsijat oikea-aikaisesti heidän kalenteri-ikästään riippumatta ja sallivatko palveluiden saannin kriteerit myös riittävän varhaiset kotona asumisen sekä jäljellä olevan toimintakyvyn säilyttämisen tukitoimet. HYPA 2009 -käyntihaastattelutiedoista on kuviossa 4 otettu tarkasteluun ne ihmiset, jotka ovat ilmoittaneet haastattelussa olevansa kyvyttömiä selviämään arjen sujumiseen kotona vaikuttavista toiminnoista, kuten kotitaloudesta, liikkumisesta tai raha-asoiden hoidosta. Aineiston perusteella voidaan osoittaa, että kevyitä



KUVIO 3. Kyky ymmärtää muita ikäryhmittäin.



KUVIO 4. Palvelujen saanti kuhunkin toimintoon kykenemättömillä ikäluokan mukaan HYPY2009 -aineistossa.

TAULUKKO 1. Avun ja palvelun tarve ja saanti kotona asuvilla yli 79-vuotiailla HYPY 2009 -aineiston mukaan.

Arjen toiminto	Ei selviä toiminnosta	Ei saa lainkaan apua	Saa apua päivittäin
	(% kaikista)	(% toiminnosta selviämättömistä)	
Ruoan laitto ja aterian lämmittäminen	29	5	90
Kevyet kotitaloustyöt	23	3	87
Raskaat kotitaloustyöt	74	3	19
Sisällä liikkuminen	5	33	50
Henkilökohtaiset toimet (pukeutuminen, peseytyminen, wc)	7	0	78
Sairauden hoito (lääkkeiden otto, haavojen tms hoito)	26	3	77
Kodin ulkopuolella asiointi,	64	12	13
Ulkona liikkuminen kesällä	20	30	26
Ulkona liikkuminen talvella	33	46	7
Raha-asioiden hoito	47	7	13

kotitaloustöitä, sairauden hoitoa ja aterioita lukuun ottamatta palvelujärjestelmän antama apu ei kohdennu asiakkaille iän mukaan.

Taulukko 1 kuvaa puolestaan arjesta selviytymisen perustoimintoja ja kustakin toiminnosta selviytymättömien henkilöiden prosentuaalista osuutta sekä avun päivittäistä tai miltei päivittäistä saantia. Lisäksi taulukkoon on kirjattu niiden henkilöiden osuus, jotka eivät saa mitään apua huolimatta kyvyttömyydestä selviytyä toiminnosta. Taulukossa ei eritellä avun tuottajia, vaan se kuvaa sekä epävirallista että virallista apua.

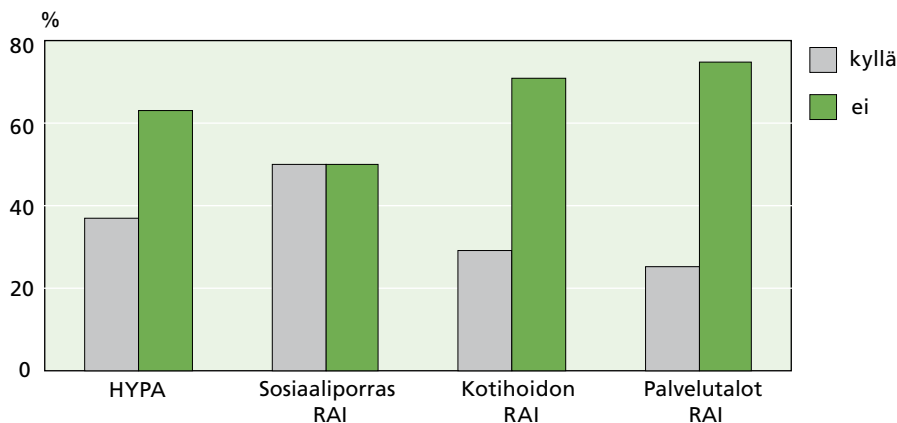
Taulukko osoittaa epävirallisen ja virallisen palvelujärjestelmän yhdessä antaman avun vastaavan heikosti sosiaalisen eristymisen uhkaan, joka liittyy heikentyneeseen liikuntakykyyn ja erityisesti kykyyn liikkua kodin ulkopuolella.

Koettu yksinäisyys, turvattomuus ja luottamus

Jatkuvasti itsensä yksinäiseksi kokemisen on edellisessä HYPÄ 2004 -tutkimuksessa todettu lisääntyvän iän myötä ja olevan yleisintä vanhimmissa ikäluokissa (Vaarama ym. 2006, 115). Väestön ikääntymisen on ennakoitu olevan yksi tekijä, joka lisää niiden ihmisten määrää, jotka kokevat yksinäisyyttä (Saari 2010). Yksinäisyyden tunne on subjektiivinen kokemus, jonka yhteyttä iäkkään ihmisen hyvinvointiin ovat Suomessa tarkastelleet myös muun muassa Pirkko Routasalo ja Kaisu Pitkälä (2003) ja Hanna Palkeinen (2007). Palkeisen tulosten mukaan (mts., 116) ikäihmiset liittävät yksinäisyyden tunteiden lisääntymisen itse ikääntymisen prosessiin ja siihen usein sisältyviin elämänmuutoksiin, kuten yksin asumiseen ja sosiaalisten suhteiden vähyyteen, leskeksi jäämiseen ja terveyden heikkenemiseen. Kaikki yksinäisyys, kuten myös Palkeinen osoittaa, ei ole negatiivista. Ikäihmisellä kokemus yksinäisyydestä voi kuitenkin yhdistyä huolenpidon puutteiden ja turvattomuuden kokemuksiin sekä tarpeita vastaavan avun ja palveluiden saannin keskinäissuhteisiin (Routasalo & Pitkälä 2003), minkä lisäksi heikentyneeseen liikuntakykyyn liittyvä eristyminen voi lisätä asumispalveluiden kysyntää.

Kun tarkastellaan yksinäisyyden kokemusta eri aineistoissa (kuviot 5), yksinäisyys vaikuttaa olevan yleisintä niillä, jotka ovat hakeutumassa palveluihin tai tarvitsevat niitä aiemmin saatujen lisäksi, ja vähäisintä palvelutaloissa asuvilla ikäihmisillä, jotka jo saavat määrällisesti enemmän tai laadullisesti vaativampia palveluita.

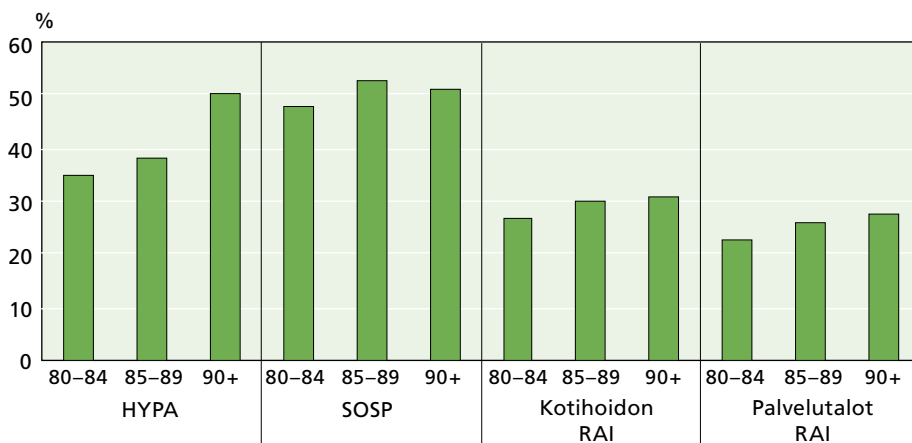
Tulos on sekä yllättävä että yllätyksetön. On luontevaa ajatella, että yksinäisyyden tuntemuksia on paljon tilanteissa, joissa palveluiden tarve kasvaa siinä määrin, että yhteydenotto sosiaali- ja terveystoimeen on välttämätöntä. Kotipalveluiden saannin turvaamisen myötä huolenpidon ja turvallisuuden kokemus lisääntyy ja yksinäisyyden tuntemukset hellittävät. Tämä vaihtelu saattaa viitata ”laajentuneeseen” yksinäisyyden tai turvattomuuden käsitteeseen, jossa iäkkään ihmisen tilannetta leimaa huoli arkiselviytymisestä. Toisaalta on havaittu viitteitä siitä,



KUVIO 5. Yksinäisyyden kokemus (%) eri aineistojen mukaan.²

että nimenomaan kotihoidon palveluita saavat ikäihmiset elävät nykyisin varsin eristyneinä kodeissaan (Heinola ym. 2010, 40), millä ymmärretään olevan yhteys yksinäisyyden kokemuksiin. Yllä olevan aineistovertailun perusteella vaikuttaa kuitenkin siltä, että juuri palveluiden saannin tai niiden lisäämisen tarpeessa olevien ikäihmisten asema ei ole suotuisa koettua yksinäisyyttä ajatellen. Pikemminkin palveluihin hakeutumista voisi kuvata hätäntymisen ja huolen täyttämäksi elämäntilanteeksi, johon myötävaikuttavat ikääntymisen muassa tuoma toimintakyvyn heikkeneminen ja yleinen haurastuminen.

Palveluiden piiriin pääsy ei kokonaan poista yksinäisyyttä (kuvio 5), vaikka yksinäisyyden ilmaiset ovat harvinaisempia aineistoissa, jotka kuvaavat palveluiden piirissä olevia ikäihmisiä heidän ikäryhmästään riippumatta. Yksinäisyyden lisääntyminen näyttää jossain määrin liittyvän iän karttumiseen kussakin nyt tarkasteltavana olevassa poikkileikkausaineistossa (kuvio 6).

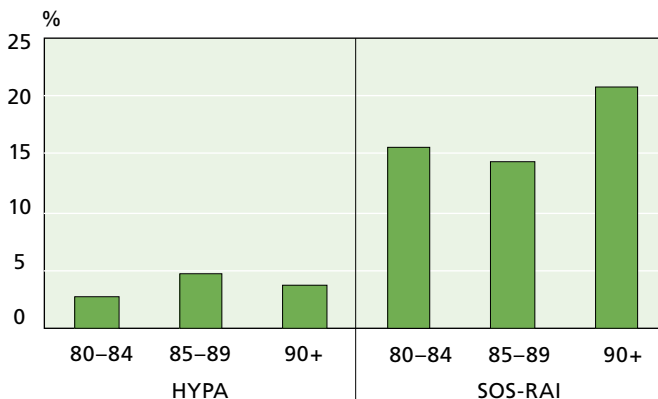


KUVIO 6. Yksinäisyyden kokemus ikäryhmittäin ja aineistoittain.

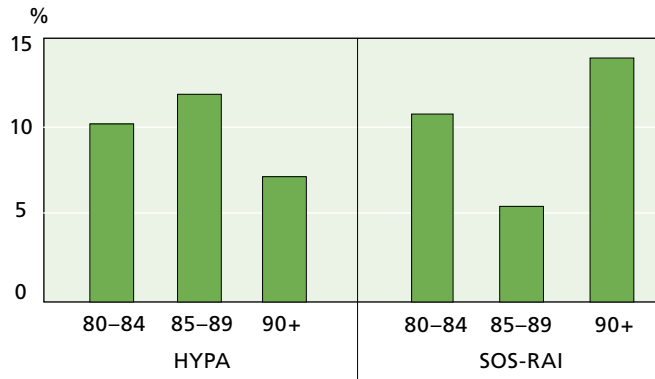
Yksinäisyyden kokemus yhdistyy yleensä muihinkin subjektiivisen hyvinvoinnin tekijöihin kuin hoivan ja huolenpidon saantiin. Turvattomuuden kokemuksesta on suoraan kysytty kahdessa nyt tarkastelluista aineistoista. Kuvio 7 osoittaa, että kotona asuvien satunnaisotokseen verrattuna turvattomuus on yleisempää palvelujen piiriin hakeutuville henkilöillä ja heidän joukossaan useammin iäkkäillä kuin nuoremmilla eläkeikäisillä. On mahdollista, että elämäntilanteeseen ja hoivatarpeiden muutokseen kytkeytyvä trendi on sama kuin edellä kuvattu yksinäisyyden ja palveluiden saannin välinen (kuvio 5). Kotona asuvien elämäntilanne mahdollisine avun enemmän tai vähemmän pysyvine järjestelyineen tuottaa turvallisuutta niin kauan kuin siinä ei tapahdu itsenäistä suoriutumista uhkaavia muutoksia. Turvattomuuden kokemus näyttää lisääntyvän, jos saatu apu ei vastaa tarvetta, ja asiakas hakee julkisista palveluista helpotusta tilanteeseensa.

Kokemuksellinen yksinäisyys ja turvattomuus näyttävät yllä esitetyn perusteella olevan yhteydessä eritoten tuen ja avun saamiseen, ja näin ollen oletettavasti myös niihin sisältyvään sosiaaliseen kanssakäymiseen ja kuulluksi tulemiseen. Kyseessä ei ole abstrakti apu ja tuki vaan se, että joku toinen ihminen auttaa, on se sitten julkisen palvelutuotannon työntekijä tai vapaaehtoinen auttaja.

Yksinäisyyden ja turvattomuuden kokemusten kanssa rinnan kulkevat monasti epäluottamus ja pelko siitä, ettei apua ole saatavilla silloin kun ikäihminen sitä tarvitsee. Luottamuksen käsitettä voidaan määritellä varsin erilaisin tavoin, mutta on tärkeä ymmärtää, että luottamus ei ole ensi sijassa henkilön ominaisuus tai tapa kokea asioita vaan pikemminkin hänen toimintaansa ohjaava ennakoiva oletus (Zechner 2007, 140). Luottamuksen puutetta on kuviossa 8 tarkasteltu HYPA- ja SosiaaliporrasRAI-aineistoista ikäluokittain. Oletus siitä, ettei saa palveluita niitä tarvitessaan, kohdistuu tulkintamme mukaan nimenomaan sosiaalipalvelujärjestelmään ja sen kykyyn huolehtia iän tuomista tarpeista tavalla, joka vastaa avun tarvitsijan itsensä käsitystä oikeista ja ajantasaisista toimista kussakin tilantees-



KUVIO 7. Turvattomuuden kokemus ikäryhmittäin ja aineistoittain, HYPA- ja SosiaaliporrasRAI-aineistot.³



KUVIO 8. Iäkäs henkilö ei luota saavansa apua tarvitessaan, (%) ikäryhmittäin ja aineistoittain.⁴

sa (myös Gunnarsson 2009, 369). Ilmaistu avun saamista koskeva epäluottamus voi pohjimmiltaan olla osa samankaltaista epävarmuutta ja avuttomuutta uuden elämäntilanteen edessä, joita myös yksinäisyyden ja turvattomuuden tunteet indikoivat. Toisaalla on myös havaittu (ks. Anu Muurin & Kristiina Manderbackan artikkeli tässä kirjassa), että alle 79 -vuotiaista HYPA 2009 -puhelinhaastatteluun vastanneista ihmisistä enää vähän alle 60 prosenttia luotti kotipalvelun saatavuuteen. Luottamusta koskeviin aiempiin tuloksiin verraten tämä on tulkittu merkittäväksi muutokseksi asenteissa kohti epäluottamusta palvelujärjestelmään. Epäluottamuksella ja sen kasvulla lienee yhteys havaittuun kotipalvelun kattavuuden laskuun, jota on tapahtunut koko 2000-luvun ajan (Heinola ym. 2010; Peruspalvelujen tila -raportti 2010, 34–35).

Hyvinvointia ja terveyttä edistävät neuvot

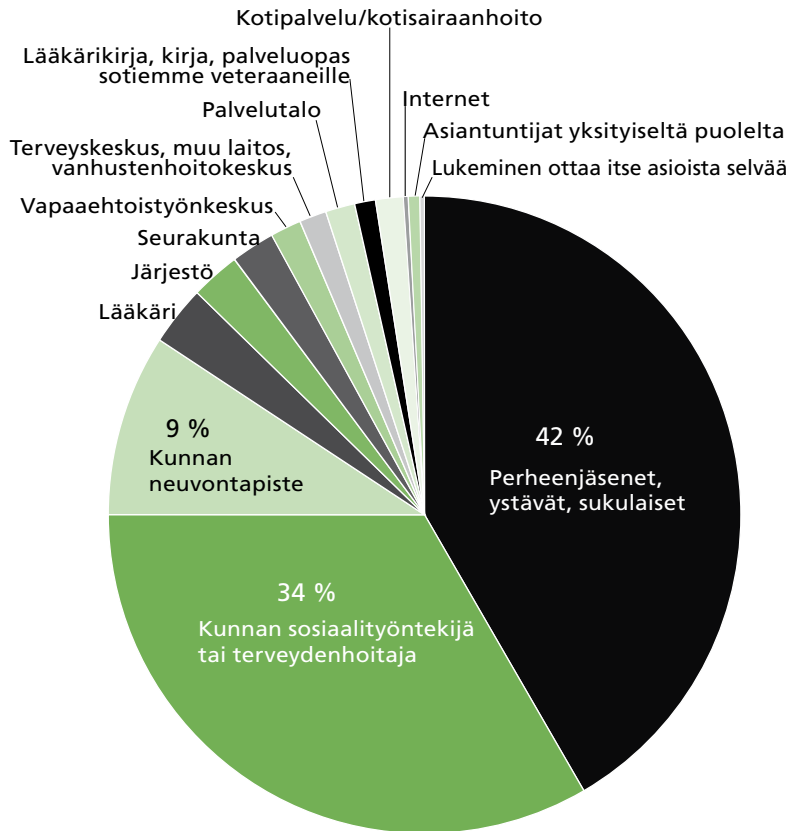
Mikäli huolenpidon, hoivan ja avun tarpeiden lisääntymiseen halutaan vaikuttaa jo ennen kuin iäkkäiden ihmisten itse arvioitu terveydentila ja hyvinvointi heikenevät, kannattaa pohtia, miltä avun tarpeessa olevan iäkkään mielenmaisema näyttää ja millä keinoin erityisesti toimintakykyä, turvallisuutta ja sosiaalisen elämän laatua voitaisiin tukea ennen palveluihin hakeutumista. Suomessa hakeudutaan julkisten sosiaali- ja terveystalveluiden piiriin varsin myöhään (Finne-Soveri ym. 2010), jolloin avun saannissa korostuvat korjaavat toimenpiteet. Kuntien palveluiden piiriin pääsynkin taso on viritetty niin korkealle, että ennakoiville tukitoimille jää enää vähän sijaa. Tämän viimeksi mainitun seikan korjaamiseen on pyritty vaikuttamaan Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksella (STM 2008).

Myös sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmämme toimintakulttuurissa on havaittu vastaavanlaista ”takapainotteisuutta”. Valtakunnallisten vanhuspoliittisten linjausten keskeinen tavoite onkin iäkkäiden ihmisten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen jo ennalta, minkä toteuttamiseksi sosiaali- ja terveysministeriön Ikäneuvo-työryhmä ehdotti muistiossaan (STM 2009) koko maan kattavan hyvinvointia ja terveyttä edistävän neuvontaverkoston perustamista. Tämä tarkoittaa kunnan järjestämää ja koordinoimaa laaja-alaista tiedotusta, neuvontaa ja ohjausta omaehtoisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä, palveluista ja sosiaaliturvasta.

HYPÄ-käyntihaastattelussa tiedusteltiin kotona asuvilta yli 79-vuotiailta henkilöiltä sitä, keneltä he kysyisivät omaa hyvinvointiaan ja terveyttään edistäviä neuvoja tai tietoja saatavilla olevista palveluista. Tulosten mukaan (kuvio 9) useimmissa vastauksissa neuvoja ja tietoja kysyttäisiin perheenjäseneltä, ystäviltä ja sukulaisilta (42 %) ja seuraavaksi useimmin kunnan sosiaalityöntekijältä tai terveydenhoitajalta (34 %). Vertailtaessa nuorempien ja vanhempien ikäihmisten vastauksia keskenään havaitaan, että iän myötä perheenjäsenten, ystävien ja sukulaisten merkitys neuvojen lähteenä korostuu. Nuoremmat eli 80–84-vuotiaat kääntyisivät lähes yhtä usein kunnan sosiaalityöntekijän tai terveydenhoitajan kuin läheistenkin puoleen. Yli 90-vuotiaista puolestaan useimmat kysyivät neuvoja läheisiltään.

Selvästi harvemmin käännettäisiin kunnan neuvontapisteen (9 %) puoleen, mikä saattaa johtua siitä yksinkertaisesta syystä, että neuvontapisteitä on vielä suhteellisen harvassa. Vastauksissa nousi esille myös lääkärin (3 %), järjestön (3 %) ja seurakunnan (2 %) rooli hyvinvointia ja terveyttä edistävien neuvojen ja palvelutietojen antajina. Tutkiessaan lääkärin osuutta hyvinvointia ja terveyttä edistävän, lähinnä liikuntaneuvonnan osalta Mirja Hirvensalo ym. (2003) totesivat lääkärin antamalla liikuntaneuvonnalla olevan selvä yhteys 65–84-vuotiaiden henkilöiden lisääntyneeseen osallistumiseen ohjattuun liikuntaan. Bernardine Pinto ym. (2005) puolestaan totesivat yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa, että lääkärin arvovaltaa voidaan hyödyntää osoittamaan 60 vuotta täyttäneiden ja sitä vanhempien henkilöiden liikuntakäyttötymisen muutostarve, mutta varsinainen muutos liikunnan lisäämiseksi tapahtuu terveyskasvattajien tuella.

Yksittäisistä HYPÄ-aineiston vastauksista käy ilmi, että ikäihmiset hakisivat hyvinvointia ja terveyttä edistäviä neuvoja ja tietoja edellisten lisäksi vapaaehtoistyön keskuksista, terveyskeskuksista, muusta laitoksesta, palvelutalosta, lääkärikirjasta tai muusta kirjallisesta materiaalista ja kotipalvelusta/kotisairaanhoidosta, internetistä sekä fysioterapeutilta. Fysioterapeutin antama yksilöllinen liikunta-neuvonta ja puhelinseuranta saattaa Mikaela von Bonsdorffin ym. (2009) mukaan auttaa vähentämään kotihoidon tarvetta pitkällä aikavälillä. Mainitun tutkimuksen tulokset indikoivat, että kokeilun hyödyt voivat ulottua vähentyneistä liikuntatarajoitteista vähentyneisiin IADL-vaikeuksiin ja sitä kautta vähentyneeseen kotihoidon tarpeeseen.



KUVIO 9. Taho (%), jolta 80 vuotta täyttäneet henkilöt kysyisivät omaa hyvinvointiaan ja terveyttään edistäviä neuvoja tai tietoja saatavilla olevista palveluista.

Neuvonnassa on tärkeää laaja-alainen näkemys ikäihmisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä, jolloin fyysisen hyvinvoinnin ohella hahmotetaan myös kognitiiviset, psyykkiset, sosiaaliset sekä kotiin, ympäristöön ja talouteen liittyvät hyvinvoinnin osatekijät. Neuvonnan rinnalla on kehitettävä hyvinvointia ja terveyttä edistäviä monipuolisia palveluja. Esimerkiksi ikäihmisten eristyneisyyttä ja yksinäisyyttä voidaan tehokkaasti lievittää koulutusta ja sosiaalista tukea sisältävillä ryhmämuotoisilla interventioilla (Cattan ym. 2005).

Yhteenveto ja päätelmät

Iäkkäille henkilöille tarkoitetut sosiaali- ja terveyspalvelut nojautuvat pääsääntöisesti kalenteri-ikään pohjaavalle määrittelylle ja ikäryhmien keskimääräisiin tarpeisiin siten, että tarpeiden määrittelyssä painottuvat fyysinen toimintakyky ja arjesta selviytyminen sisätiloissa. Palvelujen kysyntään vaikuttaa kuitenkin aina yksilön oma tai hänen lähipiirissään olevien henkilöiden kokemus elämän sujumisesta ja sen miellyttävyydestä sekä kokemus selviytymiseen liittyvistä uhkakiteijöistä. Kaikki avun tarve ei näytä olevan sitä suurempaa mitä korkeampi on kalenteri-ikä, eikä kotona asuvien iäkkäiden läheskään kaikkeen palvelutarpeeseen näytetä vastattavan. Oleellista tarpeiden ja niitä vastaavan avun suhteiden selvitelyssä on, kuinka suuren haitan vastaamatta jäänyt avun tarve aiheuttaa henkilölle sekä paljonko järjestelmän kyvyttömyys tuottaa palveluja kotiin synnyttää lisäpalveluiden tarvetta, kustannuksia ja pahoinvointia jatkossa, vaikka nämä vaikutukset olisivat ehkäistävissä tai ainakin viivytettävissä varhaisemmalla puuttumisella.

Kehitettäessä palvelujärjestelmää yhtäältä iäkkäiden tarpeita vastaavaksi ja toisaalta palvelutarpeen vähenemistä tai niiden ilmaantumisen myöhentämistä edesauttavaksi, ennakoivan toiminnan merkitys korostuu. Tällöin fyysisten, helposti mitattavissa olevien tarpeiden rinnalle astuu iäkkään henkilön subjektiivinen kokemus omista tarpeistaan, avun ja palveluiden oikea-aikaisuudesta ja muodoista sekä halustaan ottaa vastaan palvelujärjestelmän tarjoamaa apua. Näihin perustavanlaatuisiin tarpeisiin kuuluu mahdollisuus sosiaalisen kanssakäymisen kannalta rikkaaseen, täysipainoiseen elämään.

Viitteet

- 1 Tulos nojaa seuraaviin ikäihmisen itse haastattelijalle tai työntekijälle ilmaisemiin arvioihin:
 - HYPA: Kysymys ”Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne ...”: Yhdistetty vastausvaihtoehdot ”melko huono” ja ”huono”.
 - SOSP: Kysymys ”Miten yleensä arvioisit terveytesi tasoa?”, vastausvaihtoehdot ”huonoksi”.
 - KH-RAI ja PT-RAI: Asiakas pitää terveydentilaansa huonona (kysyttäessä)
- 2 Tulos nojaa seuraaviin ikäihmisen itse haastattelijalle tai työntekijälle ilmaisemiin arvioihin:
 - HYPA : ”Tunneteko itsenne yksinäiseksi?” Kysymyksen vastausvaihtoehdot ”jatkuvas-ti”, ”melko usein” ja ”joskus” on yhdistetty luokaksi KYLLÄ, ”hyvin harvoin” ja ”ei koskaan” luokaksi EI.
 - KH-RAI ja PT-RAI: ”Asiakas ilmaisee tai viittaa tuntevansa itsensä yksinäiseksi”, vastausvaihtoehdot KYLLÄ ja EI.
 - SOSP-RAI: ”Jos asiakas tuntee itsensä yksinäiseksi, mitä se tarkoittaa”. Vastausvaihtoehdot yhdistetty kaksiluokkaiseksi muuttujaksi ”tuntee itsensä yksinäiseksi” (KYLLÄ), ”ei tunne itseään yksinäiseksi” (EI).
- 3 Tulos nojaa seuraaviin ikäihmisen itse joko haastattelijalle tai työntekijälle ilmaisemiin arvioihin:
 - HYPA: ”Kuinka turvalliseksi tunnet-te olonne päivittäisessä elämässänne?”. Yhdistetty luokat ”ette lainkaan” ja ”vähän” luokaksi ”ilmaisee turvattomuutta”
 - SOSIAALIPORRAS: ”Asiakas ilmaisee sanallisesti turvattomuuden tunteita”, vastausvaihtoehdot KYLLÄ / EI.
- 4 Tulos nojaa seuraaviin ikäihmisen itse joko haastattelijalle tai työntekijälle ilmaisemiin arvioihin:
 - HYPA: ”Luotatteko siihen, että saatte tarvitessanne apua, tukea ja palveluja?”, vastausvaihtoehdot KYLLÄ/EI.
 - SOSIAALIPORRAS: ”Asiakas ilmaisee, ettei luota saavansa apua tarvittaessa”, vastausvaihtoehdot KYLLÄ/EI.

Lähteet

- von Bonsdorff, Mikaela B. & Leinonen, Raija & Kujala, Urho M. & Heikkinen, Eino & Törmäkangas, Timo & Hirvensalo, Mirja & Rasinaho, Minna & Karhula, Sirkka & Mänty, Minna & Rantanen, Taina (2009) Effect of physical activity counseling on home care use in older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(3): 571–573.
- Cattan, Mima & White, Martin & Bond, John & Learmouth, Alison (2005) Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions. *Ageing & Society* 25:41–67.
- Finne-Soveri, Harriet & Helameri, Tarja & Noro, Anja & Peiponen, Arja & Rautio, Maaret (2010) SosiaaliporrasRAI -hanke 2007–2009. Gerontologisen sosiaalityön porrastettu palvelutarpeen arviointi. Helsingin kaupungin sosiaalivivasto. Tutkimuksia 2010:1.
- Gunnarsson, Ewy (2009) The welfare state, the individual and the need for care: older people's views. *International Journal of Social Welfare* 18: 252–259.
- Heikkinen, Eino (2003) Vanhenemisen ulottuvuudet ja onnistuneen vanhenemisen edellytykset. Teoksessa Heikkinen, Eino & Rantanen, Taina (toim.) *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim, 330–335.
- Heinola, Reija & Finne-Soveri, Harriet & Noro, Anja & Kauppinen, Sari & Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Sainio, Päivi (2010) Vanhusten kotiin annettavat palvelut ja omaishoidon palvelut. Teoksessa Kauppinen, Sari (toim.) *Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijoiden arvioita peruspalvelujen tilasta. Peruspalveluiden tila -raportin tausta-aineisto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 9, 34–43.*
- Hirvensalo, Mirja & Heikkinen, Eino & Lintunen, Tomi & Rantanen, Taina (2003) The effect of advice by health care professionals on increasing physical activity of older people. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports* 13: 231–236.
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus (2008) Sosiaali- ja terveysministeriö ja Suomen Kuntaliitto Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Yliopistopaino.
- Larsson, Kristina & Thorslund, Mats & Kåreholt, Ingemar (2006) Are public care and services for older people targeted according to need? Applying the Behavioural Model on longitudinal data of a Swedish urban older population. *European Journal of Ageing* 3: 22–33.
- Mäkelä, Tiina & Karisto, Antti & Valve Raisa & Fogelholm, Mikael (2008) Kotona asumista tukevien palvelujen käyttö ikääntyneillä on ennakoitavissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 73(6), 609–624.
- Neuvonta- ja palveluverkosto ikääntyneiden hyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä. Ikäneuvo-työryhmän muistio (2009) Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009: 24. Helsinki.
- Palkeinen, Hanna (2007) Yksinäisyys ja vanhuus – erottamaton parivaljakko? *Janus* 15(2), 104–117.
- Peruspalvelujen tila -raportti 2010. Kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunta. Valtiovarainministeriön julkaisuja 12/2010. Helsinki: Valtiovarainministeriö.
- Pinto, Bernardine M. & Goldstein, Michael G. & Ashba, Jacqueline & Sciamanna, Christopher N. & Jette, Alan (2005) Randomized Controlled Trial of Physical Activity Counseling for Older Primary Care Patients. *American Journal of Preventive Medicine* 29 (4), 247–255.
- Routasalo, Pirkko ja Pitkälä, Kaisu (2003) Ikääntyvien yksinäisyys – miten sitä on tutkittu gerontologiassa. *Gerontologia* 17(1), 23–29.
- Saari, Juho (2010) Yksinäisten yhteiskunta. Helsinki: WSOYpro.
- Vaarama, Marja & Kaitsaari, Tuula (2002) Ikääntyneiden toimintakyky ja koettu hyvinvointi. Teoksessa Heikkilä, Matti & Kautto, Mikko (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2002*. Stakes: Helsinki, 120–148.
- Vaarama, Marja & Luoma, Miina-Liisa & Ylönen, Lauri (2006) Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. teoksessa Kautto, Mikko (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2006*. Stakes: Helsinki, 104–133.
- Vuorisalmi, Merja (2007) Examining Self-Rated Health in Old Age. A Methodological Study of Survey Questions. *Acta Universitatis Tamperensis* 1272. Tampere: Tampere University Press.
- Zechner, Minna (2007) Puolisoitaan hoivaavien luottamus vanhuspalveluihin. Teoksessa Seppänen, Marjaana & Karisto, Antti & Kröger, Teppo (toim.) *Vanhuus ja sosiaali-työ*. Jyväskylä: PS-kustannus, 139–166.

Läheisapu iäkkään ihmisen arjessa

Läheisten apu ja tuki on suomalaisille tärkein avun lähde silloin, kun ongelmia ilmenee (Vaarama & Moisio 2009, 25). Tutkimustulosten mukaan suomalaiset ovat auttamisen kohteiden suhteen kuitenkin myös valikoivia. Suomalaisen halu auttaa on suurempi, jos apua saavien ihmisten omat mahdollisuudet tilanteen kohentamiseen ovat vähäiset ja jos avun tarve ei johdu apua tarvitsevien omista valinnoista tai käyttäytymisestä. Suomalaiset ovat siten valmiita auttamaan esimerkiksi lapsia ja vanhuksia, mutta eivät niinkään työkykyisiä. Näin ihmisten oma vastuu, eivät niinkään tarpeet, näyttää määrittelevän ihmisten auttamishalukkuutta. (Saari & Yeung 2007, 133.)

Raija Julkusen mukaan pohjoismaisten hyvinvointivaltioiden erityinen piirre onkin siinä, miten hyvin ne ovat onnistuneet juurruttamaan hyvinvointivaltion eetoksen peruspilarit eli universalismin, tasa-arvon ja julkisen vastuun (Julkunen 2006, 30). Hyvinvointivaltion kannalta ihmisten valikoiva halu auttaa huonoesaisia yhteiskunnan jäseniä tarkoittaa, että kansalaisten apuun voidaan tukeutua lähinnä silloin, kun kyse on lapsista, sairaista tai vanhuksista, jotka tarvitsevat julkisen vallan toimenpiteitä täydentäviä, suhteellisen vähän avunantajaa sitovia palveluja tai tulonsiirtoja. Tämä merkitsee sitä, että hankalammat ja eri syistä vaativammat asiakkaat ovat jatkossakin pääosin julkisen vallan tai erikoistuneiden kansalaisjärjestöjen vastuulla. Näyttää siltä, että hyvinvointivaltio täyttää kansalaisten arvojen ja yhteiskunnallisen oikeudenmukaisuuden välillä olevaa aukkoa. (Saari & Yeung 2007, 133–134.)

Suuri osa kanssaihminen huolenpidosta ja avusta tapahtuu keskinäisissä auttamissuhteissa lähi- ja sukulaissuhteiden sisällä ja perhesukupolvien välillä. Sitä säätelevät epäviralliset sosiaaliset normit oikeuksien, velvollisuuksien ja vastuiden määrittelyineen. Auttamisen suunta eli annetaanko apua saman sukupolven sisällä vai sukulinjassa alas tai ylöspäin, tuo toisistaan huolen pitämiseen kulloinkin omia erityispiirteitä. Keskitymme tässä artikkelissa nimenomaan iäkkäiden ihmisten arjessa toteutuvaan apuun ja huolenpitoon, yhtä lailla vapaaehtoiseen ja epäviralliseen keskinäisen avun antamiseen kuin sen saamiseen.

Läheisavun tutkimus

Perhe- ja sukupolvisuhteiden tarkasteluun hoivasuhteina, joissa vanhimmat sukupolvet ovat avun vastaanottajina, suuntautuu lisääntyvästi tutkimusta. Läheisten antamaa apua ja huolenpitoa tarkastellaan usein yksisuuntaisena, nuoremmilta vanhemmille ikäpolville suuntautuvana toimintana tai vanhempien sukupolvien osallistumisena nuorempien perheenjäsenten, esim. lastenlasten hoivaan. Iäkkäiden ihmisten keskinäisen avun muotoja puolestaan lähestytään useimmiten puolisohoivan kysymyksenä (esim. Kirsi 2004; Andersson 2007; Zechner 2007; Mikkola 2009). Suomessa läheisiä ja omaisia ikäihmisen auttajina koskenut tutkimus on kohdistanut erityisen huomion ns. kolmatta ikää eläviin aikuisiin, joilla nuorehkoina eläkeläisinä on paljon voimavaroja auttaa sekä lapsiaan, lapsenlapsiaan että iäkkäitä vanhempiaan ja muita läheisiään (esim. Vaarama & Ollila 2008; Danielsbacka & Hämäläinen & Tanskanen 2009; Tanskanen & Danielsbacka 2009; Danielsbacka 2010).

Auttaminen on suhde auttajan ja autettavan välillä. Iäkkään henkilön ollessa kyseessä siihen sisältyy intiimiyttä, joka johtuu osin siitä, että astutaan toisen ihmisen yksityisyyden, kodin alueelle (Tedre 2000, 525). Samalla avun pyytämisen ja vastaanottamisen tilanteet asettavat ikäihmiselle palveluiden vastaanottajana monia sanallisia ja sanattomia vaatimuksia. Ne liittyvät itsemääräämiseen, valtaan ja asemiin näissä yksityiselämän alueelle sijoittuvissa ja sitä säätelevissä tilanteissa, eikä avun vastaanottaminen ole aina helppoa (Nurmi-Koikkalainen 2006, 31; Vilkkio 2010, 230–232). Auttamisen ja saamisen luonteeseen kuuluvasta olennaisesta vastavuoroisuudesta puhutaan tutkimuksessa usein käsitteellä ”sosiaalinen hoiva” (*social care*), millä halutaan alleviivata avun antamisen, tarvitsemisen, saamisen ja vastaanottamisen kokonaisuutta. Se on kokonaisvaltaista huolenpitoa ihmisestä, joka tarvitsee toisen ihmisen apua ja hoivaa päivittäisissä toiminnoissaan ja arkielämässä selviytymisessään (Tedre 2001, 181).

Perheen ja läheisten rooli iäkkäiden omaisten hoitamisessa on vahvistunut merkittävästi kaikissa Pohjoismaissa, ja on sinänsä kiinnostavaa, että hoivan ja avun vastaanottamista omalta perheeltä, lähinnä lapsilta, koskevat kotimaiset tutkimustulokset ovat edellisiä harvemmassa. Eurobarometrissä vuodelta 2007 kysyttiin

15 vuotta täyttäneeltä ja sitä vanhemmalta väestöltä, miten he haluaisivat itseään hoidettavan, jos he tulisivat riippuvaiseksi toisten antamasta säännöllisestä avusta. Suomi sijoittuu muiden Pohjoismaiden tapaan siihen ääripäähän, jossa suurin osa ihmisistä haluaa asua mahdollisimman pitkään omassa kodissaan, mutta ei välttämättä juuri omaisten ja läheisten avun varassa. Eurobarometrin mukaan 37 prosenttia toivoi, että voisi asua kotona lähiomaisten avun turvin, mutta lähes sama määrä, 32 prosenttia toivoi, että voisi asua kotona kotipalvelun turvin. Toista ääripäätä toiveissa ja asenneilmastossa edusti esimerkiksi Puola, jossa 70 prosenttia toivoi saavansa asua kotona lähiomaisten avun turvin ja ainoastaan kahdeksan prosenttia toivoi ulkopuolista kotiapua. (Health and long-term care... 2007, 97.)

Läheisavun määrittely

Määrittelemme tässä tarkastelussamme läheisavun sekä eri sukupolvien väliseksi että sukupolvittaiseksi, saman ikäluokan ihmisten toinen toistaan auttamiseksi. Läheisapu on perheen, muiden omaisten, naapurien, ystävien ja tuttavien, ja joskus rajatussa määrin myös joidenkin järjestöjen toimintaa. Se on luonteeltaan ns. epävirallista auttamista ja huolenpitoa. Epävirallisen avun ja virallisen, esimerkiksi kunnallisen kotipalvelun ja kotihoidon toiminnan, ero ei ole kaikissa suhteissa selvärajainen (Blomgren ym. 2006). Virallisen avun lähtökohtana on kuitenkin asiakkaan esittämä tarve palvelun saamiseksi, kun taas läheisapu vastaa tarpeen lisäksi kokonaisvaltaisemmasta huolenpidosta.

Laissa määritelty, omaishoitotosopimuksella ”virallistettu” läheisen hoiva ja auttaminen ei eroa ilman virallista omaishoitajan statusta työskentelevän läheisavun antajan toiminnasta juuri muutoin kuin omaishoidon palkkion osalta. Virallista kunnallista omaishoidon tukea sai vuonna 2007 kaikkiaan noin 33 000 omaishoitajaa, joista kaksi kolmasosaa oli 65 vuotta täyttäneitä. Ne omaiset, jotka auttavat läheisiään epävirallisesti, ilman hoivasuhteen muodollista virallistamista, tekevät monesti samaa työtä kuin edelliset. Heitä oli pääasiallisina auttajina vuoden 2006 HYPA -kyselyn arvion mukaan koko väestössä noin 300 000. Vanhusten osalta läheisavun antajien määräksi on heistä arvioitu noin 150 000 (Vaarama ym. 2006, 117). Kaiken kaikkiaan epävirallista läheisapua omaisilleen, tuttavilleen tai ystävilleen antavia henkilöitä oli vuoden 2006 kyselyn mukaan yli miljoona suomalaista. (Kattainen ym. 2008.)

Paneudumme tässä artikkelissa läheisapuun tarkastelemalla *iäkkäitä, kotona asuvia yli 79-vuotiaita sekä avun saajina että antajina*. Millaista on iäkkäiden ihmisten keskinäinen apu ja ketä ikäihminen auttaa? Mitä on se apu ja tuki, jota he puolestaan saavat läheisiltään? Millaisia avun tarpeita iäkkäillä ihmisillä on, mitä apua odotetaan läheisiltä, mihin tarve kohdentuu ja millä intensiteetillä eli kuinka usein autetaan? Myös toiveet siitä, kuka tai ketkä ikäihmisen mielestä olisivat mieluisimpia auttajia, liittyvät olennaisesti läheisavun problematiikkaan. Onko se,

keneltä ikäihmiset saavat apua, ristiriidassa sen kanssa, keneltä he sitä toivoisivat saavansa?

Aineisto ja menetelmät

Artikkelin keskeisen aineiston muodostavat kotona asuvien yli 79-vuotiaiden henkilöiden käyntihaastattelut. Kyseessä on HYPÄ 2009 -aineistokeruun ns. lisäosio, joka suunnattiin kotona asuvalle vanhusväestölle nyt toista kertaa. Vertailuaineistona käytämme vastaavan yli 79-vuotiaille suunnatun HYPÄ 2004 -käyntihaastattelun tietoja soveltuvin osin. Lisäksi otamme mukaan HYPÄ 2009 -puhelinhaastattelutietoja rajallisesti sikäli kuin tarkastellaan omaisten, läheisten ja naapureiden auttamiseen liittyviä kysymyksiä. Tällöin aineistoon sisältyvät muutkin ikäluokat kuin yli 79-vuotiaat. HYPÄ 2009 -aineisto on kuvattu tarkemmin tämän kirjan liiteosassa.

HYPÄ 2009 -käyntihaastatteluaineiston perusotos oli 600 yli 79-vuotiasta henkilöä. Otos poimittiin satunnaisotantana väestörekisteristä, ja siinä oli jonkin verran ylipeittoa, mikä on perusteltua näin iäkkään väestöryhmän ollessa kyseessä. Otoksesta saatiin haastateltua kaikkiaan 373 henkilöä. Vastausprosentti oli 80,7 (netto). Vastaavat luvut HYPÄ 2004 -käyntihaastattelusta olivat: otos 580, haastateltu 391 yli 79-vuotiasta suomalaista, vastausprosentin ollessa 72,5. Menetelmänä käytettiin suoria jakaumia ja ristiintaulukointia. Erojen tilastollista merkittävyyttä tarkasteltiin käyttämällä Khiin neliötestiä ($p < 0.05$).

Aineiston soveltuvuus läheisavun tarkasteluun

Tarkastelussamme sukupuoli ja siviilisääty on otettu keskeisiksi muuttujiksi, sillä eritoten sukupuolen ja siviilisäädyn kietoutuminen toisiinsa määrittää pitkälti iäkkään ihmisen asumisjärjestelyjä, mikä on läheisavun antamisen ja saamisen kannalta merkittävää. Olemme jakaneet aineiston ikäryhmiin: 80–84-vuotiaat, 85–89-vuotiaat ja yli 90-vuotiaat. Suurin vastaajaryhmä ovat alle 85-vuotiaat lähes 60 prosentin osuudella. Yli 90-vuotiaita vastaajia on puolestaan alle 10 prosenttia.

TAULUKKO 1. HYPÄ 2009 -käyntihaastatteluaineisto ikäryhmittäin ja sukupuolen mukaan.

Ikäryhmä	Mies		Nainen	
	(n)	%	(n)	%
80–84	91	70	127	52
85–89	34	26	93	38
90–	5	4	23	10
Yhteensä	130	100	243	100

Kokonaisaineisto vastaa väestösuhteita siten, että naisia on aineistossa 65 prosenttia, kun heidän väestöosuutensa on 68 prosenttia, ja 35 prosenttia on miehiä, kun heidän väestöosuus on 31 prosenttia. Verrattaessa naisten ja miesten prosentuaalisia osuuksia kunkin ikäluokan sisällä, miesten suhteellinen osuus ikäluokasta vähenee iän karttuessa, joten mitä iäkkäämmästä vastaajasta on kyse, sitä useammin hän on nainen.

Yksi kolmesta haastatellusta elää avio- tai avoliitossa. Hieman yli puolet on leskiä. Eronneiden ja naimattomien osuus on noin 14 prosenttia. Vastaajien jakautuminen kotitalouden koon mukaan on pitkälti sen suuntainen kuin siviilisäädyn jakauma antaa olettaa. Haastatelluista 61 prosenttia asuu yksin. Kahden hengen talouksia on seuraavaksi eniten eli 34 prosenttia, ja valtaosa näissä talouksissa elävistä ikäihmisistä asuu puolisonsa tai avopuolisonsa kanssa. Haastateltavien joukossa on myös 19 haastateltua (noin 5 %), jotka ovat ilmoittaneet kotitalouden kooksi enemmän kuin kaksi henkilöä. Kahden hengen talouksissa elävien joukossa on lisäksi 14 prosenttia sellaisia vastaajia, jotka ovat ilmoittaneet olevansa siviilisäädyltään leskiä tai naimattomia, useammin juuri ensin mainittuja. Huomiota kiinnittää se, että enemmän kuin yksi viidestä leskestä (22 leskeksi jäänyttä henkilöä 179:stä) elää useamman kuin yhden hengen taloudessa, mikä lisää läheisten antaman avun mahdollisuutta ja avunsaannin joustavuutta. Mikäli kotitalouden koko ylipäättään kertoo suuremmasta todennäköisyydestä saada läheis- ja lähiapua, parhaimmassa asemassa ovat ne ihmiset, jotka eivät elä yksin. Useimmin kyse siis on siis parisuhteessa elävistä, samassa asunnossa asuvista ikäihmisistä, mutta myös leskeksi jääneiden elämässä vaikuttaa olevan runsaammin suojaverkkoja kuin naimattomien tai eronneiden.

Vaikka on todennäköistä, että avun tarve lisääntyy iän myötä, HYPA 79+ -aineiston ikäryhmissä kasvu ei ole yksiselitteistä, kuten tulee lähemmässä tarkastelussa esiin. Vaikuttaa siltä, että itsenäisen kotona asumisen ja muilta saatavan avun laadun ja määrän suhteen yli 90 -vuotiaat vastaajat eivät poikkea kovin merkittävästi kahden muun ikäryhmän vastaajista. Nuorempien, 80–84 -vuotiaiden eläkeläisten, tarve saada enemmän apua on aineiston valossa joiltakin osin jopa yleisempää kuin yli 90-vuotiailla.

Selitystä voi hakea ainakin kahdesta suunnasta. Yhtäältä kotona yli 90-vuotiaina elävät ihmiset ovat valikoitunut joukko ”tervaskantoja” (esim. Jylhä ym. 2009): heitä on vähän, mutta he ovat sitäkin sitkeämpiä. Lyhytikäisemmät ikätoverit ovat jo poistuneet tästä joukosta, ja paljon apua tarvitsevat ovat puolestaan siirtyneet kodeistaan avunsaannin paremmin mahdollistaviin laitoshoidon asumisympäristöihin, kuten vanhankoteihin tai muihin pitkäaikaisyksiköihin. Marja Jylhä ym. (2009) mukaan suurimmalla osalla yli 90-vuotiaista on toimintakyvyn rajoitteita, ja kotona asuvat ikäihmiset kuuluvat palvelutaloissa tai laitoksissa asuvia parempikuntoisempiin. Lisäksi mainitussa tutkimuksessa havaittiin, että vuosien 1996–2007 aikana tehtyjen viiden postikyselyn perusteella yli 90-vuotiaiden toimintakyky ei kehittynyt yhtä positiivisesti kuin nuorempien eläkeläisten toimintakyvyn

on todettu kehittyneen (esim. Koskinen ym. 2007). Toisaalta on myös mahdollista, että nuoremmat eläkeläiset ovat avuntarpeen syntymisen ja sen täyttämiseen liittyvien saantivajeiden suhteen toisessa asemassa kuin heitä iäkkäämmät, joiden auttamisverkostot ovat voineet muotoutua ja vakiintua aiemmin.

HYPÄ 2009 -haastatteluaineiston iäkkäiden ihmisten mahdolliseen valikoituneisuuteen läheisavun tarkastelun kannalta vaikuttaa myös kato. Erilaisten toimintavajeiden vuoksi haastattelusta pois jääneiden joukossa on ryhmiä, joiden ollessa mukana kokonaiskuva ikäihmisen avuntarpeesta näyttäisi toiselta kuin aineistossa nyt. Tällaisia isoja ryhmiä ovat esimerkiksi ne yhteensä yli 100 ihmistä, joiden kanssa haastattelua ei voitu tehdä jonkin pysyvän sairauden tai vamman vuoksi (59 henkilöä) tai he rajautuivat ulos otoksesta, koska olivat siirtyneet pysyvästi laitoshiitoon (46 henkilöä). Haastattelusta eri syistä kieltäytyneiden (62 henkilöä) joukossa lienee myös heitä, joiden voimat eivät ole riittäneet vastaanottamaan haastattelijaa. Viimeksi mainittujen joukossa kahdeksan henkilön osallistumisen haastatteluun kielsi joku muu kuin haastateltava itse. Lisäksi haastattelu keskeytyi tai sitä ei voitu tehdä kielivaikkeuksien vuoksi viidessä tapauksessa. Yhteensä 27 henkilöä ei jostain syystä tavoitettu, ja otoksesta oli kuollut 26 henkilöä.

Yllä sanotun perusteella on pääteltävissä, että aineisto piirtää kuvaa enemmän tai vähemmän omin avuin toimivista, kotona asuvista 80+ -ikäisistä eläkeläisistä, mutta tavoittaa heikommin huonokuntoiset, vielä kotona asuvat ikäihmiset, jotka tarvitsevat paljon toisten apua arkensa tueksi. Aineisto saattaa myös olla vinoutunut juuri vanhimpien haastateltavien osalta: edelleen itsenäisesti tai tuetusti kotioloissa pärjäävinä he edustavat ikäluokkansa eliittiä hyvän kuntonsa ja terveytensä ansiosta.

Epävirallisena auttamis- ja tukitoimintana läheisapu on rajallista sekä määrältään että huolenpidon muodoiltaan. Tässä mielessä käsillä oleva haastatteluaineisto soveltuu hyvin läheishoivan tarkasteluun. Sellainen arkiapu ja huolenpito, joka läheisten antamana hoivana koetaan luonnollisena ja lähisuhteisiin enemmän tai vähemmän itsestään selvästi kuuluvana, tulee tässä aineistossa hyvin esille. Haastattelut tavoittavat osan siitäkin hoivan vaiheesta, jolloin läheisten apua, tukea ja huolenpitoa sovitetaan yhteen palvelujärjestelmän antaman avun muotojen kanssa. Kovin hyvin ei kuitenkaan välttämättä tavoiteta sitä hoivaprosessin vaihetta, jolloin ikäihmisen hoiva ja hoito vaatii lisääntyvästi tuekseen julkisia hoivapalveluja. Tähän johtopäätökseen viittaavat mm. haastattelijoiden kirjaukset kadon syistä.

Läheisavun antaminen

Kysymykseen, auttaako iäkäs haastateltava jotakuta perheenjäsentä, sukulaista tai ystävää, joka ei tule toimeen ilman apua vanhuuden, vammaisuuden tai sairauden vuoksi, vastasi haastatelluista yli 79-vuotiaista myöntävästi 12 prosenttia (n=43). Määrä on pieni, ja siitä vedettävät johtopäätökset eittämättä korkeintaan suuntaa antavia. Kysymystä rasittaa ajatus auttamisen suuntautumisesta nimenomaan vanhuuden, vammaisuuden tai sairauden perusteella, ja on mahdollista, että keskinäisen huolenpidon ja tuen aspekteista jää puuttumaan osa ”pehmeämmästä” hoivasta. Etenkin tämä saattaa koskea puolisoiden keskinäistä hoivaa, jota tutkimusten mukaan ei välttämättä mielletä auttamiseksi (Mikkola 2009).

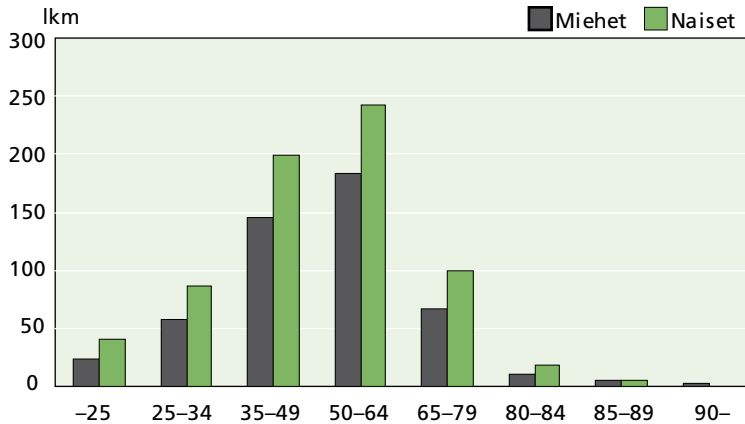
Runsaat puolet läheistään auttavista ikäihmisistä (26 henkilöä) auttoi sukulaista tai ystävää, runsas kolmasosa (15 henkilöä) omaa puolisoa ja vajaa joka kymmenes (2 henkilöä) omaa lasta tai lastenlasta. Auttamisen useutta kuvaa se, että runsas 40 prosenttia auttoi jotakuta henkilöä päivittäin. Noin neljäsosa auttoi läheistään pari kertaa viikossa, viidesosa pari kertaa kuukaudessa ja 14 prosenttia harvemmin kuin kerran kuukaudessa.

Aineiston 80 vuotta täyttäneistä läheisauttajista 19 oli miehiä ja 23 naisia. Auttajina miehet vaikuttavat tukevan useammin puolisoaan ja naiset taas jotakuta muuta sukulaista tai ystävää (myös Vaarama ym. 2006, 117), mikä näissä vanhimmissa ikäihmisryhmissä selittyy osin sillä, että miehet elävät iäkkäinä useammin parisuhteessa kuin naiset, jotka leskeksi jäätyään avioituvat harvoin uudelleen (esim. Tapanila 2009).

Läheistään auttavista 44 prosenttia (19 henkilöä) oli autettavansa pääasiallinen tuki. Auttajista kuitenkin vain 14 prosenttia (6 henkilöä) oli tehnyt virallisen omaishoitosopimuksen läheisensä huolenpidosta kotikunnan kanssa. Kolme 90 vuotta täyttänyttäkin auttoi vielä läheistään.

Yli 79-vuotiaille suunnatussa käyntihaastattelussa iäkkäiden ihmisten ilmaiseva tuki ja apu läheisilleen on seuraavassa kuviossa 1 asetettu rinnakkain HYPA 2009 -puhelinhaastattelun tietojen kanssa. Puhelinhaastattelun läheisten auttamista koskevat kysymykset esitettiin alle 79-vuotiaille aikuisikäluokille, eikä niissä kysytty auttamisen suuntaa, ts. sitä auttaako omaikäistään, itseään nuorempaa vai itseään vanhempaa sukulaista tai ystävää. Kuvion tarkoitus on kuvata karkealla tasolla läheisauttajia ikäryhmittäin koko väestön osalta. Kuviossa on lisäksi katsottu läheisavun jakautumista sukupuolen mukaan.

Vaikka puhelin- ja käyntihaastattelut eivät ole sellaisenaan vertailtavissa toistensa kanssa, on ilmeistä, että läheisten auttaminen on yhteydessä elämänkaaren vaiheeseen monin sellaisin tavoin, joita tämän artikkelin aineistot eivät valaise riittävästi. Iäkkäiden ihmisten osalta on joka tapauksessa syytä todeta, että iän karttuessa lähiavun suunta kääntyy vääjäämättä antajasta saajaksi. Tämän ei kuitenkaan pidä antaa sulkea ulos sen seikan ymmärtämistä, että toimintakyvyn rajoitteet ja avun tarve eivät tee iäkkäistä lähipiirilleen ”tarpeetonta” ihmistä. Läheisapu käsit-



Lähde: HYPA2009, puhelinhaastattelun alle 80-vuotiaat ja käyntihaastattelun yli 79-vuotiaat.

KUVIO 1. Sukulaistaan tai ystäväänsä auttavat ikäryhmittäin ja sukupuolittain 2009, (n).

teenä leikkaa huolenpidon ja hoivan kentästä ainoastaan kapean siivun omaisten ja läheisten sosiaalista kanssakäymistä. Tässä auttamiseksi määritelty toiminta jättää varjoonsa sellaisia auttamisen ja vuorovaikutuksen merkityksiä, joita aineistossa ei ole pyrittykään kattamaan.

Lähestymme seuraavissa kahdessa aluvussa läheisapua tarkastelemalla iäkään ihmisen avun tarpeen ja saadun avun välisiä suhteita. Kysymme ensin, mihin päivittäisiin toimiin ja missä määrin ikäihminen tarvitsee apua. Sen jälkeen selvitämme, keneltä hän sitä saa ja kuinka usein sekä mihin avuntarpeisiin vastataan läheisavulla. Molemmissa tarkasteluissa kiinnitämme huomiota myös tulosten sukupuolittaisiin jakaumiin.

Avun tarve

Ikäihmisen avun tarvetta ja selviytymistä päivittäisistä askareista tarkastellaan taulukossa 2 vuosien 2004 ja 2009 vertailuna ja vastaajan sukupuoli huomioon ottaen. Kuusi ensimmäistä kysymystä kysyttiin molempina vuosina samalla tavoin eli näiltä osin vertailu on mahdollista. Liikkumiseen ja raha-asoiden hoitoon liittyvät kysymykset ovat uusia, joten vertailutietoa aiempaan ei ole.

Ylipäätään näiden kahden eri aineiston ikääntyneistä voi sanoa, että vuoden 2009 vastaajat ovat toimintakykyisempiä kuin vuoden 2004 vastaajat. Erittelemättä aineistoa ikäluokittain vaikuttaisi ajanjaksolla tapahtuneen pientä siirtymää parempikuntoisuuden suuntaan. Onko kysymys todellisesta muutoksesta vai aineiston valikoitumisesta, jää myöhemmin selvitettäväksi.

Kotityöt ja ruokailu

Pääosin vastaajat selviävät ruuan laitosta ja kevyistä kotitöistä kuten astioiden pesusta hyvin, mutta raskaat kotityöt kuten siivous aiheuttavat merkittäviä ongelmia. Koko aineiston vastaajista 48 prosentilla on suuria hankaluuksia selvitä raskaista kotitöistä tai he eivät lainkaan kykene tekemään niitä. Vaikka sukupuolitaista vaihtelua kevyiden kotitöidenkin osalta on jonkin verran näkyvissä, se ei ole näitä kahta ajankohtaa verrattaessa systemaattista. Sen sijaan sukupuolten välillä on merkittävä ero kyvyssä suoriutua omin voimin raskaista kotitöistä, kuten siivouksesta. Naisilla ongelma on suurempi, sillä yli puolella naisista ja miehilläkin neljäsosalla on joko suuria vaikeuksia tai he eivät lainkaan kykene raskaisiin kotitöihin. Miehistä 37 prosenttia vastasi suorittavansa raskaita kotitöitä ilman vaikeuksia, kun samaan pystyi naisista vain 23 prosenttia. Vastaavat luvut vuodelta 2004 olivat miehillä 22 prosenttia ja naisilla 10 prosenttia. Ero sukupuolten välillä on molempina ajankohtina yhtäältä samansuuntainen ja toisaalta vaikuttaa siltä, että vuoden 2009 aineiston vastaajat ovat olleet hieman parempikuntoisempia kuin vastaajat vuonna 2004.

Henkilökohtainen hygienia ja terveyden ja sairauden hoito

Pääosin vastaajat pystyvät huolehtimaan henkilökohtaisista toimista kuten pukeutumisesta, peseytymisestä ja WC:ssä käynnistä itse, mutta toisaalta lähes neljäsosa naisista vastasi, että heillä oli pieniä vaikeuksia näissä toimissa. Miehillä vastaava luku oli 14 prosenttia. Eroja vuosien 2004 ja 2009 välillä ei ole havaittavissa.

Sairauksien hoitoon kotona, muun muassa lääkkeiden ottoon ja pienten haavojen hoitoon, pätee pitkälti yllä esitetty tulkinta: valtaosa ikäihmisistä on oma-toimisia, ja suuria vaikeuksia huolehtia näistä toimista on vain yhdellä tai kahdella kymmenestä. Tältä osin ei myöskään ole havaittavissa merkittävää eroa sukupuolten välillä.

Liikkuminen ja asiointi

Lähes kaikki liikkuvat sisällä vaivattomasti. Ulkona liikkuminen tuottaa jo vaikeuksia, ja erityisesti talvella liikkuminen. Ero miesten ja naisten välillä säilyy tältäkin osin vaikkakaan se ei ole kovin merkittävä eli miehet liikkuvat naisia paremmin riippumatta siitä, onko kyse sisä- tai ulkotilasta tai vuodenajasta. Ainoastaan hankalin eli talvella liikkuminen on selvästi helpompaa miehille kuin naisille.

Sukupuolten huomattavat erot tulevat esiin kysyttäessä asioimisesta kodin ulkopuolella. Kolme viidesosaa miehistä ja kaksi viidesosaa naisista asioi kodin ulkopuolella ilman vaikeuksia. Kun miehistä ainoastaan yhdellä viidestä on suuria vaikeuksia hoitaa kauppa- yms. asioita tai he eivät selviä niistä lainkaan, naisilla vastaava tilanne on edessä jo kahdella viidestä.

Sukupuolten välillä ei ole suuria eroja raha-asioden hoidossa silloin, kun siitä selvittää ilman vaikeuksia. Sen sijaan niiden joukossa, joilla on suuria vaikeuksia hoitaa raha-asioita, naisia on prosentuaalisesti enemmän kuin miehiä.

TAULUKKO 2. Päivittäisistä askareista selviäminen ilman apua sukupuolen mukaan 2004 ja 2009, %.

	Ilman vaikeuksia		Pienin vaikeuksin		Suuria vaikeuksia/ei selviä lainkaan	
	Mies	Nainen	Mies	Nainen	Mies	Nainen
Ruuan laitto ja aterian lämmittäminen						
2004*	48	55	15	20	28	23
2009	69	69	14	14	13	17
Kevyet kotityöt kuten astioiden pesu						
2004***	59	62	12	18	20	20
2009*	68	66	15	19	12	15
Raskaat kotityöt kuten siivous						
2004*	22	10	21	22	53	66
2009**	37	23	23	21	37	55
Henkilökohtaiset toimet kuten pukeutuminen, peseytyminen ja WC:ssä käynti						
2004	78	66	14	22	9	12
2009*	79	66	13	25	8	10
Sairauden hoito kotona kuten lääkkeiden otto tai haavojen hoito						
2004	73	72	12	12	14	16
2009	81	76	8	11	10	17
Kodin ulkopuolella asiointi esim. kaupoissa tai kunnan palveluyksiköissä						
2004***	45	29	24	27	30	44
2009***	62	40	16	18	20	43
Sisällä liikkuminen (esim. huoneesta toiseen)						
2009*	79	64	16	28	6	9
Ulkona liikkuminen kesällä						
2009*	66	51	20	26	14	24
Ulkona liikkuminen talvella						
2009**	55	34	21	27	23	39
Raha-asioiden hoito						
2009	73	61	6	10	18	28

* p<0.05. **p<0.01. ***p<0.001. N=391 (2004) ja N=373 (2009).

Ei osaa sanoa -vastanneiden määrä oli vähäinen, joten saraketta ei esitetä taulukossa. Tästä syystä rivisumma sukupuolittain ei ole 100.

Liikkumisen ja raha-asioiden hoitamisen osalta ei ole saatavissa vertailutietoa vuoden 2004 aineistoon. Vertailua vuosien 2004 ja 2009 välillä haittaa myös se, että vuoden 2004 aineistossa kodin ulkopuolella liikkuminen ja asiointi katettiin yhdellä kysymyksellä, kun taas vuoden 2009 haastattelu tuottaa yksityiskohtaisempaa tietoa liikkumisen, kaupoissa asioinnin ja raha-asioiden keskinäisistä suhteista.

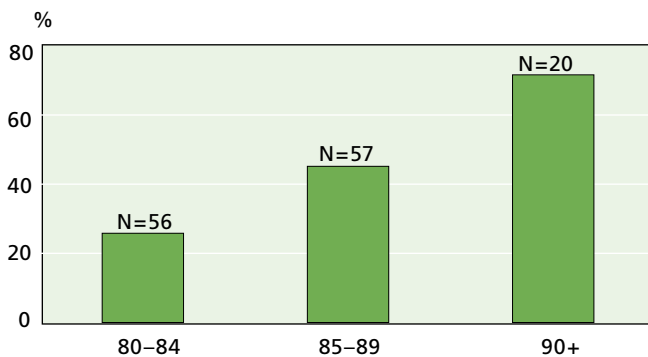
Avun saaminen

Vaikka suuri osa ikäihmisistä elää arkeaan ilman ulkopuolista apua, niitä, jotka tarvitsevat toista ihmistä tukemaan päivittäisessä selviytymisessä ja toimittamaan asioita puolestaan, on myös melkoinen joukko. Avun tarve näyttää kasvavan tasaisesti iän myötä: reilu neljännes 80–84-vuotiaista ikäihmisistä (26 %) kertoi haastattelussa saavansa toimintakykynsä alentumisen vuoksi apua, kun yli 90-vuotias ta jo miltei kolme neljännestä (71 %) sai apua päivittäisissä toimissaan (Kuvio 2).

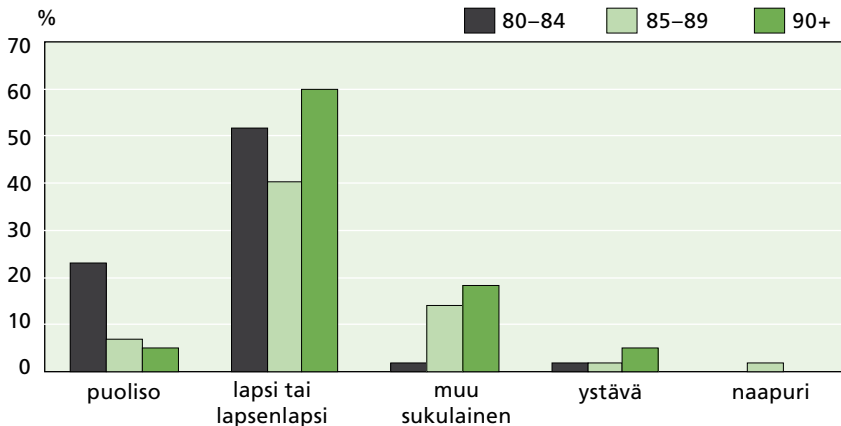
Vastaavat luvut vuoden 2004 iäkkäistä ihmisistä ovat hieman mainittuja lukuja korkeammat, mikä todentaa osaltaan artikkelin alussa esitettyä näkemystä siitä, että vuoden 2009 haastatteluun osallistuneet ovat vuoden 2004 haastateltuja parempikuntoisempia. Tuolloin päivittäistä apua ilmoitti saavansa miltei yksi kolmannes (31 %) 80–84-vuotiaista, miltei puolet (48 %) 85–89-vuotiaista ja peräti 86 prosenttia yli 90-vuotiaista.

Ikäihmisten saama apu jakaantuu antajan mukaan läheisten, ystävien ja naapureiden, kunnallisen tai yksityisen ammattiavun sekä vapaaehtoisjärjestöjen ja seurakuntien kesken. Näistä merkittävimmät auttajat ovat lapset ja lapsenlapset (48 %), puoliso (14 %) sekä kunnallinen kotihoito ja kotisairaanhoido (18 %). Monesti ikäihminen saa kuitenkin apua usealta eri taholta näiden avun ja huolenpidon muotojen erilaisina yhdistelminä. Kohdistamme tässä huomiomme artikkelin otsikon mukaisesti nimenomaan läheisten antamaan apuun pitäen muita avun lähteitä enemmän taustalla.

Kaikkiaan päivittäisissä toimissa apua saavista naisia on kaksi kolmasosaa, miehiä yksi kolmasosa. Kuvio 3 kertoo muun muassa sen, että puolisoita on eniten auttajina silloin, kun autettava ei iältään kuulu vielä kaikkein vanhimpien joukkoon. Tämä on ymmärrettävää etenkin siitä näkökulmasta, että leskeksi jääneiden määrä kasvaa iän lisääntyessä, eikä kaikkein vanhimmilla apua tarvitsevilla ikäihmisillä enää kovin usein ole puolisoa rinnallaan. Kun tarkastellaan puolisoauttajien



KUVIO 2. Päivittäisissä toimissa apua saavat iäkkäät ihmiset, % kustakin ikäryhmästä, vuonna 2009.



KUVIO 3. Läheisavun antajat (% kaikista avun antajista) autettavan ihmisen ikäryhmän mukaan vuonna 2009.

sukupuolta, käy ilmi, että puolison antamaa apua saa useammin miespuolinen kuin naispuolinen henkilö. Naiset saavat puolestaan huolenpitoa ja hoivaa useammin lapsiltaan kuin miehet. Kaikkein iäkkäimpien, yli 90 -vuotiaiden ihmisten läheisauttajista lapsia on noin 60 prosenttia. Tälle ikäryhmälle antavat apuaan myös muut sukulaiset ja ystävät, etenkin silloin kun avun tarpeessa on iäkäs nainen, hyvin harvoin vastaavanikäinen mies.

Avuntarpeiden laadussa, määrässä ja useudessa ikäryhmät eroavat toisistaan jonkin verran. Jatkossa emme tarkastele aineistoa ikäryhmittäin tai sukupuolen mukaan, koska aineisto on siihen tarkasteluun pienehkö. Samasta syystä olemme joutuneet yhdistämään avun saamisen useutta koskevien tietojen osalta vastausvaihtoehdot ”kerran tai kahdesti viikossa”, ”kerran tai kahdesti kuussa”, ”harvemmin kuin kerran kuussa” uudeksi muuttujaksi ”viikoittain tai harvemmin”.

Taulukoissa 3–5 kuvataan läheisavun saamista samalla jaottelulla kuin aiemmin kuvattiin avun tarvetta (kotityöt ja ruokailu, henkilökohtainen hygienia ja terveyden ja sairaanhoito sekä liikkuminen ja asiointi), avun saannin useutta sekä sitä, kuka iäkästä ihmistä missäkin toimessa auttaa. Vertailun vuoksi mukana on läheisten auttamistoiminnan lisäksi myös julkiselta sektorilta (kunta) saatava apu, samoin kuin järjestöiltä ja yksityiseltä sektorilta (muut) saatu apu.

Kotityöt ja ruokailu

Oma perhe muodostaa pääosalle tärkeimmän avun lähteen, kun on kysymys ruoan laitosta, aterian lämmittämisestä sekä kevyistä ja raskaista kotitöistä (taulukko 3). Oma perheen ohella kunnallinen kotipalvelu ja erilaiset järjestöjen ja yksityisen sektorin palvelut olivat kuitenkin myös merkittävässä roolissa vastaajien arjessa.

TAULUKKO 3. Avun saaminen: "Keneltä saatte apua seuraaviin tehtäviin ja kuinka usein?", 2009 (%).

	Päivittäin	Viikoittain tai harvemmin
Ruuan laitto ja aterian lämmittäminen		
oma perhe	45	56
ystävät	0	6
kunta	32	38
muut	23	0
yhteensä	100	100
Kevyet kotityöt kuten astioiden pesu		
oma perhe	53	43
ystävät	3	14
kunta	33	36
muut	11	7
yhteensä	100	100
Raskaat kotityöt kuten siivous		
oma perhe	73	33
ystävät	0	6
kunta	9	22
muut	18	39
yhteensä	100	100

Ruuan laittoon ja aterian lämmittämiseen sai omalta perheeltään apua päivittäin vajaa puolet vastaajista, mutta myös kunnan kotipalvelulta lähes yksi kolmas osa. Raskaissa kotitöissä kuten siivouksessa, jossa aiemmin tässä artikkelissa todettiin olevan useilla vastaajista vaikeuksia, asetelma kuitenkin muuttui siten, että päivittäisessä huolehtimisessa oma perhe oli tärkein avun lähde, mutta viikoittain tai harvemmin auttamisessa yksityisen sektorin palvelut muodostivat tärkeimmän avun lähteen.

Henkilökohtainen hygienia ja terveyden ja sairauden hoito

Henkilökohtaisissa toimissa, kuten pukeutumisessa, peseytymisessä ja wc:ssä käynnissä, avun lähteen muodosti kahdella kolmasosalla oma perhe ja yhdellä kolmasosalla kunnan kotipalvelu tai muu taho (taulukko 4). Viikoittain tai harvemmin tarkasteltuna kunnan kotipalvelu muodostui tärkeimmäksi avun lähteeksi, mikä viittaa siihen, että autettava henkilö tekee muut henkilökohtaiset toimet itse, mutta kotipalvelu käy auttamassa peseytymisessä. Sairauden hoidossa kunnan kotipalvelu tai kotihoito muodostaa tärkeimmän avun lähteen sekä päivittäin tai viikoittain ja harvemmin tarkastelussa.

TAULUKKO 4. Avun saaminen: "Keneltä saatte apua seuraaviin tehtäviin ja kuinka usein?", 2009 (%).

	Päivittäin	Viikoittain tai harvemmin
Henkilökohtaiset toimet kuten pukeutuminen, peseytyminen ja WC:ssä käynti		
oma perhe	68	37
ystävät	0	7
kunta	23	43
muut	9	13
yhteensä	100	100
Sairauden hoito kotona kuten lääkkeiden otto tai haavojen hoito		
oma perhe	31	35
ystävät	0	0
kunta	58	56
muut	11	9
yhteensä	100	100

Liikkuminen ja asiointi

Päivittäisessä kodin ulkopuolisessa asiointissa oma perhe ja kunnan kotipalvelu olivat tärkeimmät ja ainoat avun lähteet (taulukko 5). Viikoittain tai harvemmin tarvittavassa avussa ne ovat edelleen tärkeitä, mutta myös ystävät sekä yksityisen sektorin ja järjestöjen palvelut auttavat asiointissa.

Sisällä päivittäin tai viikoittain ja harvemmin liikkumisessa oma perhe ja kunnan kotipalvelu ovat tärkeitä auttajia, mutta ulkona liikkumisessa kasvaa myös ystävien avun merkitys. Raha-asioiden hoidossa oma perhe on lähes kaikkien toisen ihmisen tukea tarvitsevien vastaajien avun lähteenä, ja ainoastaan joka kymmenes saa siinä kunnan kotipalvelun apua. Viikoittain tai harvemmin apua saavien joukossa ystävien merkitys kasvaa hieman.

Tarkasteltaessa erikseen sitä, onko apua saavaa ikäihmistä (n=133) nyt eniten auttava taho hänen kannaltaan myös mieluisin vai toivooko haastateltava jonkun muun kuin nykyisen avunantajan panosta, erot saadun ja toivotun avun välillä ovat varsin vähäiset. Heikko viittaus siihen suuntaan tuloksissa kuitenkin on, että puolison ja lasten auttamispanosta haluttaisiin vähentää (60:sta 56:een prosenttiin) ja kunnan kotipalvelun ja kotisairaanhoidon panosta puolestaan lisätä (18:sta 20:een prosenttiin). Pieni lisäys toiveessa saada enemmän apua joltain muulta sukulaiselta näkyy myös. Vaikka määrät ovat pieniä ja sisältävät satunnaisuuden siemenen, aineistosta käy lisäksi ilmi, että haastatelluista neljällä on yksityisesti palkattu hoitaja, ja heistä puolet haluaisi mieluummin jonkun muun olevan tässä auttajana.

TAULUKKO 5. Avun saaminen: "Keneltä saatte apua seuraaviin tehtäviin ja kuinka usein?", 2009 (%).

	Päivittäin	Viikottain tai harvemmin
Kodin ulkopuolella asiointi esim. kaupoissa tai kunnan palveluyksiköissä		
oma perhe	86	58
ystävät	0	12
kunta	14	16
muut	0	14
yhteensä	100	100
Sisällä liikkuminen (esim. huoneesta toiseen)		
oma perhe	59	77
ystävät	0	0
kunta	29	23
muut	12	0
yhteensä	100	100
Ulkona liikkuminen kesällä		
oma perhe	76	52
ystävät	6	14
kunta	6	28
muut	12	6
yhteensä	100	100
Ulkona liikkuminen talvella		
oma perhe	70	56
ystävät	10	15
kunta	20	21
muut	0	8
-yhteensä	100	100
Raha-asioiden hoito		
oma perhe	89	83
ystävät	0	12
kunta	11	3
muut	0	2
yhteensä	100	100

Yhteenvedo

Runsas puolet läheistään auttavista ikäihmisistä auttoi sukulaista tai ystävää, runsas kolmasosa omaa puolisoa ja noin joka kymmenes omaa lasta tai lastenlasta. Auttamisen useutta kuvaa se, että runsas 40 prosenttia auttoi jotakuta henkilöä päivittäin. Tämä ei vahvista sitä usein esitettyä väitettä, että läheisistä välittäminen olisi hävinnyt hyvinvointivaltion palvelujärjestelmän kehittymisen myötä (myös Muuri 2008, 66). Vahvistusta ei saa myöskään se näkemys, että ikääntyneet olisivat vain saavana osapuolena, hoivattavina, vaan ikäihmiset ovat monin tavoin tuottavia kansalaisia ja heidän läheisapuna antamansa voimavarat ovat paitsi inhimillisesti myös taloudellisesti merkittävät (myös Vaarama & Ollila 2008, 132).

Avun tarpeen näkökulmasta tarkasteltiin kotitöistä ja ruokailusta selviämistä, henkilökohtaista hygieniää ja terveyden ja sairauden hoitoa sekä liikkumista ja asiointia kodin ulkopuolella. Pääosin vastaajat selviävät ruuan laitosta ja kevyistä kotitöistä, kuten astioiden pesusta, hyvin, mutta raskaat kotityöt, kuten siivous aiheuttavat merkittäviä ongelmia. Naisilla ongelma oli suurempi, sillä yli puolella naisista (55 %) ja 25 prosentilla miehistä oli joko suuria vaikeuksia tai he eivät lainkaan kyenneet raskaisiin kotitöihin. Pääosa vastaajista pystyi huolehtimaan henkilökohtaisista toimista, kuten pukeutumisesta, peseytymisestä ja WC:ssä käynnistä, itse, mutta toisaalta lähes neljäsosa naisista vastasi, että heillä oli pieniä vaikeuksia näissä toimissa. Sairauksien hoidon osalta valtaosa ikäihmisistä on omatoimisia, ja suuria vaikeuksia huolehtia näistä toimista on vain yhdellä tai kahdella kymmenestä.

Lähes kaikki liikkuivat sisällä vaivattomasti. Ulkona liikkuminen tuotti jo vaikeuksia, ja erityisesti talvella liikkuminen. Kolme viidesosaa miehistä ja kaksi viidesosaa naisista asioi kodin ulkopuolella ilman vaikeuksia. Miehistä ainoastaan yhdellä viidestä oli suuria vaikeuksia hoitaa kauppa- yms. asioita tai he eivät selvinneet niistä lainkaan, naisilla vastaava tilanne oli kahdella viidestä. Vaikka suuri osa ikäihmisistä elää arkeaan ilman ulkopuolista apua, niitä jotka tarvitsevat toista ihmistä toimittamaan asioita puolestaan ja tukemaan päivittäisessä selviytymisessä, on myös melkoinen joukko. Avun tarve kasvaa iän myötä: reilu neljännes 80–84-vuotiaista ikäihmisistä kertoo haastattelussa saavansa toimintakykynsä alentumisen vuoksi apua, kun yli 90-vuotiasta jo miltei kolme neljännestä saa apua päivittäisissä toimissaan.

Niillä iäkkäillä ihmisillä, jotka saavat apua arkeensa, keskeisin tuki tarpeen tyydyttämisessä oli oma perhe eli puoliso, lapset ja lapsenlapset: peräti 60 prosenttia haastateltavista nimesi heidät itseään eniten auttaviksi toimijoiksi. Seuraavaksi suurin ryhmä apua antavia toimijoita oli kunnan kotipalvelu ja kotisairaanhoido, jonka yksi viidesosa vastaajista katsoi auttavan heitä eniten. Koska tuloksista on luettavissa toive, että oman perheen panos auttamisessa voisi olla nykyistä pienempi ja kunnallisten palvelutuottajien puolestaan suurempi, on mahdollista, että tässä näyttäytyy perhesukupolvien sisäistä hoivasopimusta koskevien asenteiden

tasolla pyrkimys kohti sen kaltaista oman vastuun, läheisten avun ja julkisten palveluiden jakaamaa, josta edellä tässä artikkelissa esitelty tulos Eurobarometrissa 2007 kertoo (Health and long-term care... 2007, 97). Asenteiden ja todellisuuden välinen ristiriita ilmentää pyrkimystä vastuuttaa iäkkäiden ihmisten hoivassa oman läheisten sijaan nykyistä enemmän kunnallisia palvelutuottajia, ja tämän voi tulkita viestivän hyvinvointivaltiollisen eetoksen sitkeydestä ja syvään juurtuneesta, totutusta yksityisen ja julkisen vastuun rajojen määrittelystä.

Lähteet

- Andersson, Sirpa (2007) Kahdestaan kotona. Tutkimus vanhoista pariskunnista. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 169. Helsinki: Stakes.
- Blomgren, Jenni & Martikainen, Pekka & Martelin, Tuija & Koskinen, Seppo (2006) Ikääntyneiden saama epävirallinen ja virallinen apu Suomessa. Yhteiskuntapolitiikka 71(2), 167–178.
- Danielsbacka, Mirka & Hämäläinen, Hans & Tanskanen, Antti (2009) Onko isovanhemmissa eroa? Gerontologia 23(2), 225–227.
- Danielsbacka, Mirka (2010) Vaikuttaako asenne auttamiseen? Suuret ikäluokat ja lastenlasten hoito. Gerontologia 24(1), 14–26.
- Health and long-term care in the European Union (2007) Special Eurobarometer 283/Wave 67.3 – TNS Opinion & Social.
- Julkunen, Raija (2006) Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Helsinki: Stakes.
- Jylhä, Marja & Vuorisalmi, Merja & Luukkaala, Tiina & Sarkeala, Tytti & Hervonen, Antti (2009) Elinikä pitenee nopeammin kuin toimintakyky paranee. 90-vuotiaiden ja sitä vanhempien toimintakyvyn muutokset vuosina 1996–2007. Suomen Lääkärilehti 64(25), 2285–2290.
- Kattainen, Eija & Muuri, Anu & Luoma, Minna-Liisa & Voutilainen, Päivi (2008) Läheispua ja sen merkitys kansalaisille. Teoksessa Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari & Simpura, Jussi & Heikkilä, Matti (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2008. Stakes: Helsinki, 218–231.
- Kirsi, Tapio (2004) Rakasta, kärsi ja kirjoita. Tutkimus dementoitunutta puolisoaan hoitaneiden naisten ja miesten hoitokokemuksista. Acta Universitatis Tampereensis 1051. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Sainio, Päivi (2007) Iäkkäiden toimintakyky: ulottuvuudet, viimeaikaiset muutokset ja kehitysnäkymät. Teoksessa Tuija Martelin & Noora Kuosmanen (toim.): Ikääntyminen ja toimintakyky: haasteet tutkimukselle. Kolmas kansallinen ikääntymisen foorumi 9.11.2006. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B24. Helsinki: Kela, 15–25.
- Mikkola, Tuula (2009) Sinusta kiinni – Tutkimus puolisohoivan arjen toimijuuksista. Diakonia-ammattikorkeakoulun julkaisu A Tutkimuksia 21. Helsinki.
- Muuri, Anu (2008) Sosiaalipalveluja kaikille ja kaiken ikää? Tutkimus suomalaisten mielipiteistä ja kokemuksista sosiaalipalveluista sekä niiden suhteesta legitimitettiin. Tutkimuksia 178. Helsinki: Stakes.
- Nurmi-Koikkalainen, Päivi (2006) Pienten ja haavoittuvien ryhmien oikeuksien varmistaminen – näkökulmia ja ehdotuksia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kohdentumisen oikeudenmukaisuuden varmistamiseksi. Teoksessa Teperi, Juha & Vuorenkoski, Lauri & Manderbacka, Kristiina & Ollila, Eeva & Keskimäki, Ilmo (toim.) Riittävät palvelu jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Stakes, 173–180.
- Saari, Juho & Yeung, Anne Birgitta (2009) Altruismi ja oikeudenmukaisuus. Teoksessa Saari, Juho & Yeung, Anne Birgitta (toim.) Oikeudenmukaisuus hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Gaudeamus, 115–135.
- Tanskanen, Antti & Danielsbacka, Mirka (2009) Perheen vai yhteiskunnan vastuu? Suurten

- ikäluokkien auttamisasenteiden tarkastelua. *Janus* 17(2), 20–35.
- Tedre, Silva (2000) Hoivaa jokapäiväisten toisten maailmassa. *Yhteiskuntapolitiikka* 65 (6), 520–526.
- Tedre, Silva (2001) Hoiva ja ruumiillisuus. *Janus* 9 (3), 178–188.
- Tapanila, Tiina (2009) Lesken elämänpiiri. Julkaisematon pro gradu -tutkielma. Helsingin yliopisto, yhteiskuntapolitiikan laitos.
- Vaarama, Marja & Kaisaari, Tuula (2002) Ikääntyneiden toimintakyky ja koettu hyvinvointi. Teoksessa Heikkilä, Matti & Kautto, Mikko (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2002*. Stakes: Helsinki.
- Vaarama, Marja & Luoma, Miina-Liisa & Ylönen, Lauri (2006) Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. teoksessa Kautto, Mikko (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2006*. Stakes: Helsinki, 104–133.
- Vaarama, Marja & Moisio, Pasi (2009) Hyvinvointivaltiomallin legitimiteetti. Teoksessa Vaarama, Marja (toim.): *Ikääntyminen riskinä ja mahdollisuutena. Poliittisen kestävyuden alaryhmän raportti. Valtioneuvoston kanslian raportteja 3/2009*.
- Vaarama, Marja & Ollila, Kati (2008) Koettu hyvinvointi ja elämänlaatu kolmannessa iässä. Teoksessa Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari & Simpura, Jussi & Heikkilä, Matti (toim.): *Suomalaisten hyvinvointi 2008*. Stakes: Helsinki, 116–138.
- Vilkko, Anni (2010) Koti vanhetessa. Teoksessa Vilkko, Anni & Suikkanen, Asko & Järvinen-Tassopoulos, Johanna (toim.) *Kotia paikantamassa*. Rovaniemi: Lapin yliopistokustannus, 213–236.
- Zechner, Minna (2007) Puolisoihtaan hoivaavien luottamus vanhuspalveluihin. Teoksessa Seppänen, Marjaana & Karisto, Antti & Kröger, Teppo (toim.) *Vanhuus ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, 139–166.

Väestön mielipiteet sosiaalipalveluista

Tuoreimman Sosiaali- ja terveystietomuksen mukaan (STM 2010, 21–22) kolme suurinta haastettamme ovat sosiaali- ja terveyspalvelujen eheyden ylläpitäminen, väestön elintapojen muutokset sekä tuloerojen kasvuun ja köyhyyteen liittyvät ongelmat. Erityisinä ongelmakohtina nähtiin lihavuuden yleistyminen ja siihen liittyvien kansantautien kasvu. Alkoholin kulutus jatkaa kasvuaan ja päihdepalveluilta vaaditaan uudenlaisia ratkaisuja, koska kasvava kulutus kohdistuu erityisesti naisten alkoholinkäyttöön. Talouden kiristyminen ja erityisesti yksinhuoltajaperheiden aseman heikkeneminen sekä lastensuojelutarpeen kasvu ja ongelmien syveneminen asettavat haasteita lapsiperheiden aseman parantamiseksi. Sosiaali- ja terveyspalveluiden kysynnän kasvu ja sen edellyttämät muutokset palvelurakenteessa ja erityisesti ikääntyneiden palveluissa ovat suurimpia tulevaisuuden haasteita sen ohella että sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön tarve ja saatavuus sekä kunnallisella että yksityisellä sektorilla tulee jatkossa vaikeutumaan. Palvelut ja erityisesti sosiaalipalveluihin kohdistuvat kehittämistarpeet nousivat kertomuksessa keskeiselle sijalle.

Vaikka sosiaali- ja terveydenhuollossa on tehty hallinnollisia yhdentymisiä jo vuosikymmenien ajan, odotettiin Paras-uudistuksen tukevan tätä kehitystä entisestään. Tutkimuksen mukaan Paras-uudistus on vauhdittanut hallinnollista yhdentymiskehitystä erityisesti kuntaliitoskunnissa, mutta yhteistoiminta-alueilla on tapahtunut muutoksia myös vastakkaiseen suuntaan. Merkittävä osa yhteistoiminta-alueista on siirtänyt puitelain nojalla vain osan sosiaalipalveluista yhteistoiminta-alueen vastuulle. Osa sosiaalipalveluista on jäänyt edelleen kunnan

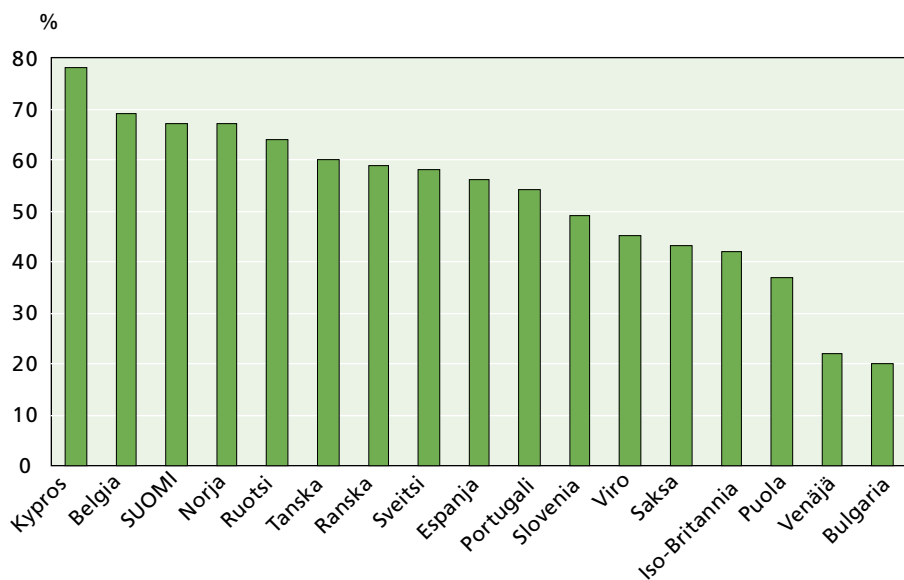
vastuulle. (Kokko ym. 2009.) On myös todettava, että Paras-uudistuksessa ei ole vielä päästy varsinaisten palveluiden uudistamiseen, saati asiakkaiden aseman parantamiseen, vaan kehittäminen on keskittynyt rakenteisiin ja järjestelmiin (Stenvall & Airaksinen 2009). Briitta Koskiahho toteaaakin, että sosiaalipolitiikkaamme vaivaa innostus rakentaa ennemmin järjestelmiä kuin ratkaista asioita konkreettisiin toimin (Koskiahho 2008, 15). Peter Beresford (2001) on mennyt Englantia koskevissa arvioissaan vielä pidemmälle ja toteaa, että niiltä osin kuin instituutioiden rakenteita ja toimintaa kehitetään, se pyritään tekemään ilman asiakkaita. Palvelujen pelkkä organisoiminen ja järjestäminen eivät ole vielä kuitenkaan sosiaalipolitiikkaa, jos siinä ei ole sosiaalipolitiikan eetosta (Koskiahho 2008, 15). Hallinnon uudistukset eivät myöskään takaa, että asiakas saisi tarvitsemansa palvelut. Sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuuden hajoaminen osin yhteistoiminta-alueelle ja osin kuntiin tekee sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista entistä vaikeammin hallittavia sekä asiakkaan että henkilöstön kannalta. (Kokko ym. 2009.)

Koskiahhon mukaan suomalaisessa yhteiskunnassa on tehty pala palalta muutoksia, jotka pyrkivät sosiaalisen vastuun siirtämiseen enenevässä määrin suoraan kansalaisille. Tällaisina toimenpiteinä hän mainitsee verotuksen tekemisen kannustavammaksi, palveluiden ulkoistamisen, julkisten palvelujen maksujen korottamisen sekä palvelusetelin käyttöönoton. Liiketaloudellista ajattelua painottava organisaatioiden luominen sisältää palvelujen tuottamisen palvelutaloudessa, mutta se ei välttämättä tarkoita sosiaalisten ongelmien ratkaisemista. (Koskiahho 2008, 15–16.)

Sosiaalipalvelupolitiikassa tehdyistä ratkaisuista huolimatta väestö luottaa edelleen julkisen sektorin vahvaan rooliin sosiaaliturvan tuottamisessa ja se haluaa julkisen sektorin vastaavan sosiaali- ja terveystalouden tuottamisesta myös tulevaisuudessa (ks. Hyvinvointivaltion kannatusperusta -artikkeli tässä kirjassa). Eurooppalaisessa vertailussa Suomi ja muut Pohjoismaat erottuvat pohjoismaisen mallin mukaisesti tarkastelussa, jossa kansalaisia on pyydetty arvioimaan, turvaavatko sosiaaliturva ja palvelut tasa-arvoisemman yhteiskunnan (kuviot 1). Väestön suuri enemmistö luottaa siihen, että niiden avulla saavutetaan tasa-arvoisempi yhteiskunta.

Aikaisempi tutkimus

1980-luvulla tutkimusmielenkiinto kansalaisten ja asiakkaiden mielipiteisiin painottui legitimitettiin ja hyvinvointivaltion kriisiin ja siten järjestelmätasoisiiin kysymyksiin. Tutkimuksellinen painopiste siirtyi 1990-luvulla asiakaslähtöisyyteen ja asiakkaiden oikeuksiin. Keskustelua tukivat samaan aikaan säädetyt sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja potilaslait. (Muuri 2008, 31.) Mielipidetutkimusta hyvinvointivaltioon liittyvistä asenteista on tehty Suomessa 1980-luvun lopulta lähtien (ks. Muuri & Manderbacka tässä kirjassa), mutta tutkimus on harvoin si-



Lähde: Kysymys: "Sosiaalietuuksilla ja palveluilla turvataan tasa-arvoisempi yhteiskunta?", European Social Survey 2008.

KUVIO 1. Pohjoismaissa kansalaiset luottavat sosiaaliturvan ja palveluiden takaavan tasa-arvoisemman yhteiskunnan.

sältänyt kysymyksiä yksittäisistä sosiaalipalveluista (kuitenkin Sihvo 1989 ja 1990; Kouvo & Kankainen 2009). Kansainvälisen sosiaalipalvelututkimuksen ongelmana on pätevän tietopohjan puute sekä sosiaalipalveluiden määrittelyn erilainen kirjo. Kotimaisen sosiaalipalvelututkimuksen mielenkiintoa on lisännyt kuitenkin tarve tuoda asiakkaiden kokemuksia aiempaa enemmän esiin (esim. Metteri 2003a, 2003b ja 2004).

Suomalaiset sosiaali- ja terveyspalvelut ovat kokonaisuutena iso luottamusinstituutio, toteavat Vappu Taipale ja Hannu Hämäläinen (2007, 203). Luottamus viittaa tulevaisuuteen ja sen ennustettavuuteen. Ihmisiä ja instituutioita kohtaan osoitetaan luottamusta, koska se tekee tulevaisuudesta kontrolloitavan tai ainakin ymmärrettävän (Ilmonen & Jokinen 2002, 90). Luottamus on voimakkaasti yhdistetty sosiaalisen pääoman yhdeksi tekijäksi (Ilmonen 2002, 136) ja sosiaalisen pääoman uskotaan olevan yhteydessä moniin positiivisiin asioihin (esim. Offe 1999, 42). Yhteiskunnallisen luottamuksen uskotaan edistävän taloudellista kasvua ja tehokkuutta, sosiaalista integraatiota, yhteistyötä tai harmoniaa, demokraattista vakautta sekä kehitystä ja jopa henkilökohtaista elämäntyytyväisyyttä, hyvää terveyttä ja pitkäikäisyyttä (Komu & Hellsten 2010, 5). Erityisesti Pohjoismaissa sen katsotaan olevan pohjoismaisen mallin menestystarinan taustalla (esim. Rothstein 2008).

Yksilötasolla hyvinvointivaltion kannatusta ja mielipiteiden vaihtelua on selitetty karkeasti kahden eri vaikuttimen eli intressien ja poliittisen samaistumisen kautta (esim. Pöntinen & Uusitalo 1986; Papadakis 1992; Ervasti 1994; Sihvo & Uusitalo 1995; Svallfors 1999; Jæger 2006). Erilaiset elämäkokemukset ja elämäntilanteet (esim. työttömyys) ovat merkityksellisiä intressien kannalta (esim. Sihvo & Uusitalo 1995 ja 1993). Niiden, jotka käyttävät palveluita ja etuuksia enemmän, arvellaan suhtautuvan palveluihin positiivisemmin tai nuorempien ikäluokkien intressien voidaan ajatella olevan kehittää enemmän esim. perheiden palveluita. Ideologiaa on taas usein mitattu poliittisella suuntautumisella. Poliittista samaistumista ei ollut tässä artikkelissa mahdollista kuitenkaan tarkastella, koska aineisto ei sisällä ko. tietoa. Näiden lisäksi mielipidetutkimuksissa on kiinnitetty huomiota myös riskeihin ja niiden kokemiseen. Esimerkiksi huono terveydentila tai elämän laatu saattavat olla merkityksellisiä mielipiteiden muodostumisen kannalta (esim. Forma ym. 2008).

Artikkelissa tarkastellaan väestön mielipiteitä sosiaalipalveluista, niiden kehittämistä ja verovarojen käytöstä. Artikkelin lopussa kuvataan asiakkaiden näkemyksiä sosiaalitoimen palvelukäytännöistä. Väestön ja asiakkaiden mielipiteitä tarkastellaan aiempien aineistojen valossa niiden kysymysten osalta, joissa se oli mahdollista.

Aineisto ja menetelmät

Tämän artikkelin kysymykset sisältyvät Hyvinvointi ja palvelut (HYPA) 2009 -aineiston puhelinhaastattelumakkeeseen. Väestön mielipiteitä ja asiakkaiden kokemuksia sosiaalipalveluista tarkastellaan myös soveltuvien osin verrattuna vuosien 2004 ja 2006 tietoihin. Puhelinhaastatteluun 2009 osallistuneita oli 3 933 ja vastausprosentti oli 80 nettona ylipiitto huomioiden. HYPA 2009 -aineisto on kuvattu tarkemmin tämän kirjan liiteosassa.

Väestön mielipiteitä sosiaalipalveluista tarkasteltiin käyttäen kysymyksiä ”Suomessa sosiaalipalvelut toimivat yleisesti ottaen hyvin?”, ”Luotatte sosiaalipalvelujen henkilöstön ammattitaitoon ja osaamiseen?”, ja ”Sosiaalipalveluilla lisätään yhteiskunnallista tasavertaisuutta ja oikeudenmukaisuutta?”. Vastausvaihtoehdot olivat kaikissa kolmessa kysymyksessä (1) täysin samaa mieltä, (2) jokseenkin samaa mieltä, (3) ei samaa eikä eri mieltä, (4) jokseenkin eri mieltä vai (5) täysin eri mieltä. Liitetäulukossa 1 tarkastellaan niiden prosenttiosuuksia, jotka ovat vastanneet olevansa täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että sosiaalipalveluihin voi luottaa, sekä myös niitä, jotka ovat vastanneet olevansa täysin tai jokseenkin eri mieltä tästä väittämästä. ”En osaa sanoa -vastaukset” on poistettu analyysistä.

Luottamusta eri sosiaalipalveluihin tarkasteltiin tarkemmin seuraavalla kysymyksellä: ”Luotatte siihen, että tarvittaessa saisitte lapselle päivähoitopaikan, toimeentulotukea, vammaispalveluja, kotipalveluja ja sosiaalityöntekijän neuvon-

tapalveluja?” Vastausvaihtoehdot olivat samat kuin edellisissä kolmessa kysymyksessä. Liitetaulukossa 2 tarkastellaan väestön luottamusta eri sosiaalipalveluihin esittämällä niiden prosenttiosuudet, jotka ovat vastanneet olevansa täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että sosiaalipalveluihin voi luottaa. Heidät määriteltiin eri sosiaalipalveluihin luottaviksi. Lisäksi taulukossa on mukana vuoden 2006 kyselyn vastaavat tiedot.

Sosiaalipalveluihin liittyviä yleisten mielipiteiden jakaumaa (prosenttiosuuk-sia) tarkastellaan erikseen miehillä ja naisilla, ikäryhmittäin, tulo- ja koulutusluo-kittain, pääasiallisen toiminnan mukaan, elinvaiheen, koetun terveydentilan ja elämänlaadun (ei kysytty vuonna 2006), asuinalueen ja käytön mukaan. Tulokset esitetään pääosin liitetaulukkoissa (1–2).

Sosiaalipalveluihin liittyneiden luottamusta kuvaavien kysymysten jälkeen tiedusteltiin väestön mielipiteitä palveluiden rahoittamisesta. Kysymyksessä tie-dusteltiin missä määrin vastaajat toivoivat verovarvoja käytettävän seuraavien palveluiden rahoittamiseen: lasten päivähoito, kotipalvelu, vanhuspalvelut, vam-maispalvelut, toimeentulotuki ja aikuissosiaalityö, lastensuojelu ja päihdepalvelut. Vastausvaihtoehdot olivat ”nykyistä enemmän”, ”jokseenkin nykyinen määrä” ja ”nykyistä vähemmän”.

Asiakkaiden palvelukokemuksia selvitettiin kysymällä, onko vastaaja hakenut viimeisen 12 kuukauden aikana erikseen lueteltuja sosiaalipalveluja tai toimeen-tulotukea tai muuta rahallista etuutta. Näistä muuttujista muodostettiin aineiston käyttäjä-muuttuja. Lisäksi kysyttiin palvelun tai etuuden riittävydestä, kohtuul-lisuudesta ja jonotusajasta. Lopuksi asiakkaille esitettiin kahdeksan sosiaalitoimen kanssa tapahtunutta asiointia kuvaava väittämää, joiden vastausvaihtoehdot olivat (1) täysin samaa mieltä, (2) jokseenkin samaa mieltä, (3) ei samaa eikä eri mieltä, (4) jokseenkin eri mieltä vai (5) täysin eri mieltä. Menetelminä käytetään suoria jakaumia ja ristiintaulukointia. Erojen tilastollista merkitsevyyttä tarkasteltiin käyttämällä Khiin neliötestiä ($p < 0.05$).

Sosiaalipalvelut lisäävät oikeudenmukaisuutta

Suuri osa väestöstä luotti sosiaalipalveluiden toimivuuteen, sillä runsas kaksi kol-masosaa vastaajista sanoi olevansa täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että palvelut toimivat yleisesti ottaen hyvin. Vielä suurempi oli luottamus henkilös-töön, sillä 77 prosenttia vastaajista sanoi luottavansa henkilöstön ammattitaitoon ja osaamiseen. Kysymys yhteiskunnallisesta tasavertaisuudesta ja oikeudenmukai-suudesta otettiin käyttöön vuoden 2009 kyselyssä. 75 prosenttia vastaajista oli täy-sin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että sosiaalipalveluilla lisätään yhteiskunnal-lista oikeudenmukaisuutta (taulukko 1).

Verrattaessa vuosia 2006 ja 2009, voi havaita ehkä hienoisen muutoksen vä-estön asenteissa kriittisempään suuntaan. Vuonna 2006 väestöstä 73 prosenttia

TAULUKKO 1. Väestön mielipiteitä sosiaalipalveluista sukupuolen mukaan, % vuosina 2006 ja 2009.

Väittäjä	Täysin/jokseenkin samaa mieltä			Täysin/jokseenkin eri mieltä		
	Miehet	Naiset	Yhteensä	Miehet	Naiset	Yhteensä
Sosiaalipalvelut toimivat yleisesti ottaen hyvin						
2006 (***)	77	69	73	15	22	19
2009 (***)	72	64	68	18	24	21
Sosiaalipalveluiden henkilöstön ammattitaitoon ja osaamiseen voi luottaa						
2006	81	79	80	11	13	12
2009 (***)	78	76	77	11	14	13
Sosiaalipalveluilla lisätään yhteiskunnallista tasavertaisuutta ja oikeudenmukaisuutta						
2009 (***)	78	71	75	13	17	15

p<0.05. **p<0.01. ***p<0.001.

vastasi olevansa täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että sosiaalipalvelut toimivat hyvin ja 80 prosenttia luotti henkilöstön ammattitaitoon. Kun kysymyksiä tarkastellaan vielä erikseen miesten ja naisten välillä, erot kasvavat. Naiset olivat miehiä kriittisempiä kaikkien kolmen esitetyn kysymyksen suhteen. Naisista vajaa kaksi kolmasosaa oli vuonna 2009 sitä mieltä, että sosiaalipalvelut toimivat hyvin mutta samalla neljäsosa naisista vastasi olevansa täysin tai jokseenkin eri mieltä väittämästä.

Sosiaalipalveluiden toimivuutta kohtaan oltiin sitä kriittisempiä, mitä iäkäämmästä vastaajasta oli kyse (liitetaulukko 1). Alle 25-vuotiaista 76 prosenttia oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että sosiaalipalvelut toimivat hyvin, kun 65 vuotta täyttäneistä tätä mieltä oli enää runsaat puolet. Samoin oli koulutuksen ja tulojen suhteen. Mitä koulutetumpi ja korkeampaan tuloluokkaan vastaaja kuului, sitä positiivisemmin hän suhtautui sosiaalipalveluiden toimivuuteen. Työssä oleva suhtautuivat eläkeläisiä myönteisemmin. Yksinhuoltajista lähes kolmasosa oli täysin tai jokseenkin eri mieltä siitä, että sosiaalipalvelut toimivat meillä hyvin. Huonon elämän laadun ja terveydentilan omaavat suhtautuivat myös kriittisesti palveluiden toimivuuteen, sillä ainoastaan runsaat puolet heistä katsoi olevansa täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että sosiaalipalvelut toimivat hyvin. Asuinpaikan mukaan tarkasteltuna mitä maaseutumaisimmissa oloissa vastaaja asui, sitä tyytyväisempi hän oli palveluiden toimivuuteen. Kaupunkikeskuksissa asuvista vajaa kaksi kolmasosaa oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että sosiaalipalvelut toimivat hyvin, kun tätä mieltä oli maaseudulla asuvista vastaajista 70 prosenttia.

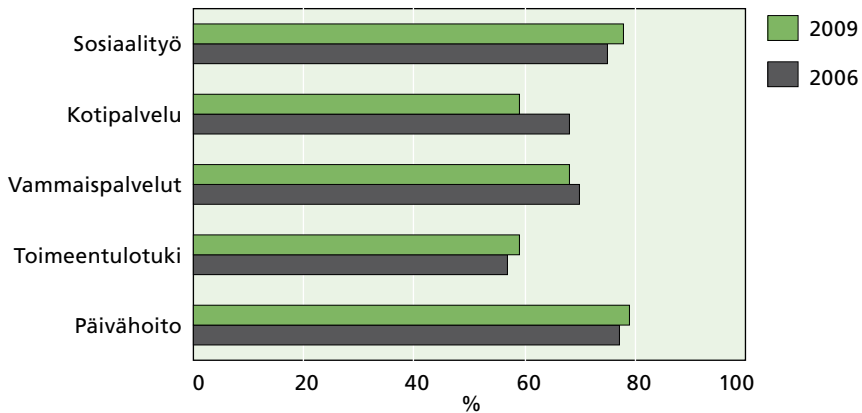
Mielipiteet sosiaalipalveluiden henkilöstön ammattitaidosta eri taustamuuttujien mukaan seurailevat sosiaalipalveluiden toimivuuskysymyksen tuloksia. Mitä nuoremmasta henkilöstä oli kyse, sitä positiivisemmin hän suhtautui henkilöstön ammattitaitoon ja kääntäen, mitä vanhemmasta henkilöstä oli kyse, sitä kriitti-

sempiä vastaajat olivat. Samoin oli laita koulutuksen ja tulojen suhteen: mitä korkeammin vastaaja oli koulutettu ja mitä korkeampaan tuloaluokkaan hän kuului, sitä enemmän vastaaja luotti henkilöstöön. Eläkeläiset ja yksinhuoltajat suhtautuivat muita kriittisemmin myös henkilöstön ammattitaitoon samoin myös huonon elämän laadun ja terveyden tilan omaavat. Asuinpaikan ja käytön suhteen erot olivat vähäisiä.

Tarkasteltaessa lähemmin väitettä sosiaalipalveluiden yhteiskunnallisen tasa-vertaisuuden ja oikeudenmukaisuuden lisäävästä vaikutuksesta, vastausten linja jatkuu lähes samana. Miehet olivat useammin kuin naiset sitä mieltä, että sosiaalipalveluilla lisätään yhteiskunnallista tasa-arvoa. Lähes viidesosa naisista oli tästä väittämästä täysin tai jokseenkin eri mieltä. Mitä iäkkäämmästä henkilöstä oli kyse, sitä vähemmän hän uskoi palveluiden tuottavan tasa-arvoa. Kaksi kolmasosaa 65 vuotta täyttäneistä oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että palvelut lisäävät tasa-arvoa, kun vastaavasti tätä mieltä oli alle 25-vuotiaista yli 80 prosenttia. Runsas 80 prosenttia korkea-asteen koulutuksen omaavista luotti myös tasa-arvon lisääntymiseen palveluiden kautta samoin kuin ylimmässä tuloaluokassa olevat. Eläkeläisistä ja yksinhuoltajista runsas kaksi kolmasosaa luotti sosiaalipalveluiden lisäävän tasa-arvoa. Huonon elämänlaadun ja terveydentilan omaavat olivat kriittisempiä kuin hyvän elämänlaadun ja terveydentilan omaavat, sillä neljäsosa huonon elämänlaadun ja viidesosa huonon terveydentilan omaavista oli täysin tai jokseenkin eri mieltä siitä, että sosiaalipalveluilla lisättäisiin yhteiskunnallista tasa-arvoa. Asuinpaikalla ja käytöllä ei ollut havaittavissa myöskään tämän kysymyksen kohdalla eroja.

Luottamus kotipalveluihin vähentynyt koko 2000-luvun

Sosiaalipalvelujärjestelmään liittyvien yleisten kysymysten jälkeen kysyttiin väestön luottamuksesta eri sosiaalipalveluihin (liitetaulukko 2). Kysymykset olivat vuosina 2006 ja 2009 samat, joten väestön luottamuksen muutosta oli mahdollista vertailla. Luottamus siihen, että tarvittaessa saisi eri sosiaalipalveluja, oli kasvanut sosiaalityön, toimeentulotuen ja lasten päivähoiton kohdalla (kuvio 2). Sen sijaan luottamus oli vähentynyt vammaispalveluiden ja ennen kaikkea kotipalvelun kohdalla. Lasten päivähoito on edelleen universaalein sosiaalipalvelumme väestön mielipiteiden mukaan mutta sosiaalityöntekijöiden antama neuvonta-apu on 2000-luvulla saavuttanut lasten päivähoitoon kohtaan tunnetun luottamuksen. Sosiaalityöntekijöiden neuvonta-apuun luotti miehistä 80 prosenttia ja naisista 76 prosenttia vuonna 2009 ja luottamus oli kasvanut vuodesta 2006. Mielenkiintoista toimeentulotuen kohdalla on sitä kohtaan tunnetun luottamuksen lisääntyminen ja toisaalta vammaispalveluja kohtaan tunnetun luottamuksen vähentyminen. Kotipalvelun osalta jatkui koko 2000-luvun kestänyt luottamuksen vähentyminen.



KUVIO 2. Väestön luottamus eri sosiaalipalveluiden saamiseen tarvittaessa, 2006 ja 2009, %. Täysin/jokseenkin samaa mieltä olevat.

Tarkasteltaessa sukupuolten mielipiteitä vuonna 2009 eri sosiaalipalveluista, voi todeta, että naiset suhtautuivat miehiä kriittisemmin kaikkiin muihin palveluihin paitsi lasten päivähoidon, johon naiset luottivat miehiä enemmän. Lasten päivähoido ja sosiaalityöntekijöiden antama neuvonta-apua herättivät molempien sukupuolten luottamusta. Toimeentulotuen ja kotipalvelun kohdalla noin kaksi kolmasosaa miehistä ja runsas puolet naisista luotti palveluihin. Naiset luottivat kaikkein vähiten kotipalveluun.

Lasten päivähoidon ikäryhmittäisessä tarkastelussa nousevat esiin juuri ne ikäryhmät, jotka tätä palvelua käyttävätkin, sillä peräti 85 prosenttia 35–49-vuotiaista luotti päivähoidopaikan saamiseen. Luottamusta lisäsi se mitä korkeimmin vastaja oli koulutettu ja mitä korkeimpaan tuloluokkaan hän kuului. Työssä olevista 82 prosenttia luotti päivähoidopaikan saamiseen, kun eläkkeellä olevista näin vastasi vain 59 prosenttia. Yksinhuoltajien suuri enemmistö, 90 prosenttia, luotti päivähoidopaikan saamiseen. Asuinalueen mukaan tarkasteltuna vastaukset hajautuivat kahtia siten, että kuntakeskuksissa asuvat luottivat eniten päivähoidopaikan saamiseen muita alueita enemmän. Käyttäjistä vajaa 80 prosenttia luotti päivähoidopaikan saamiseen.

Toimeentulotuen osalta kahta vertailuvuotta tarkasteltaessa paljastuu mielenkiintoinen trendi: mielipiteet ovat kauttaaltaan positiivisempia vuonna 2009 kuin 2006 tarkastelipa mitä taustamuuttujaa tahansa. Yksi kohta muodostaa tästä trendistä kuitenkin poikkeuksen, ja se on yksinhuoltajien mielipiteet, jotka ovat muuttuneet aikaisempaa kriittisemmiksi. Yksinhuoltajista vain 55 prosenttia luotti vuonna 2009 siihen, että saisi tarvittaessa toimeentulotukea. Mitä nuoremmasta, koulutetummasta ja korkeammassa tuloluokassa olevasta vastaajasta oli kyse, sitä positiivisemmin hän suhtautui toimeentulotuen saamiseen. Eläkkeellä olevat suhtautuivat kriittisesti toimeentulotuen saamiseen, sillä vain 45 prosenttia luotti sen

saamiseen. Asuinalueen mukaan tarkasteltuna mitä kaupunkimaisemmassa ympäristössä vastaaja asui, sitä enemmän hän apuun luotti. Toimeentulotuen käyttäjistä vajaa kaksi kolmasosaa luotti tuen saamiseen, kun ei-käyttäjistä näin vastasi vajaa 60 prosenttia.

Vammaispalveluiden osalta mielipiteiden muutos vuosien 2006 ja 2009 välillä on myös mielenkiintoinen. Koko 2000-luvun väestön mielipiteet vammaispalveluja kohtaan muuttuivat positiivisemmiksi, mutta nyt vuoden 2009 lukuja tarkasteltaessa tässä kohdin oli tapahtunut muutos, joka ei ole kuitenkaan niin systemaattinen kuin toimeentulotuen kohdalla. Mielipiteet ovat muuttuneet kriittisemmiksi joidenkin taustamuuttujien osalta. Miesten mielipiteet vammaispalveluja kohtaan ovat pysyneet suhteellisen samoina, mutta naisten mielipiteet ovat muuttuneet kriittisemmiksi. Ikäryhmittäin tarkasteltuna kaikki muut ikäryhmät paitsi alle 25-vuotiaat ovat myös muuttuneet kriittisemmiksi vammaispalveluja kohtaan. Silti niihin luottavien osuus on keskimäärin kaksi kolmasosaa vastaajista. Koulutuksen suhteen tarkasteltuna keski-asteen koulutuksen saaneet luottivat vammaispalveluihin eniten, sillä 70 prosenttia heistä vastasi siten mutta heidänkin osuutensa oli vähentynyt vuodesta 2006. Tuloryhmittäiset erot eivät olleet suuria, kuitenkin vammaispalveluihin luotti eniten alin ja ylin tuloryhmä. Eläkkeellä olevat luottivat kaikkein vähiten vammaispalveluiden saamiseen samoin kuin yksinhuoltajat. Asuinpaikan ja käytön suhteen mielipiteissä ei ollut merkittäviä eroja.

Kotipalvelun osalta tarkastelu vuosien 2006 ja 2009 välillä tuotti kriittisen tuloksen. Väestön mielipiteet kotipalvelua kohtaan olivat muuttuneet kaikkien tarkasteltujen taustamuuttujien osalta merkittävästi negatiivisemmiksi. Luottamus kotipalvelun saamista kohtaan on osan taustamuuttujien kohdalla jopa huonompaa kuin toimeentulotuen kohdalla, joka oli vuosia kaikkein vähiten luotettu sosiaalipalvelu. Sekä miesten että naisten mielipiteet ovat muuttuneet molemmat negatiivisempaan suuntaan, naisten osalta jopa 10 prosenttiyksikön verran. Naisista enää noin puolet luottaa kotipalvelun saamiseen. Ikäryhmittäin tarkasteltuna vähiten kotipalveluun luottivat 35–49-vuotiaat, joista 55 prosenttia vastasi luottavansa kotipalvelun saamiseen. Näin vastasivat myös korkea-asteen koulutuksen saaneet. Perusasteen koulutuksen saaneet luottivat kotipalvelun saamiseen enemmän, sillä näin vastasi 62 prosenttia heistä. Tuloryhmittäisessä tarkastelussa mielipiteet eivät muodosta lineaarista tulosta, sillä eniten luottamusta kotipalveluja kohtaan löytyi alimpaan tuloryhmään kuuluvien joukosta. Sen sijaan ylimpään ja toiseksi alimpaan kuuluvien joukosta löytyi luottamusta kaikkein vähiten. Pääasiallisen toiminnan, elinvaiheen, asuinpaikan ja käytön mukaan erot eivät olleet suuria.

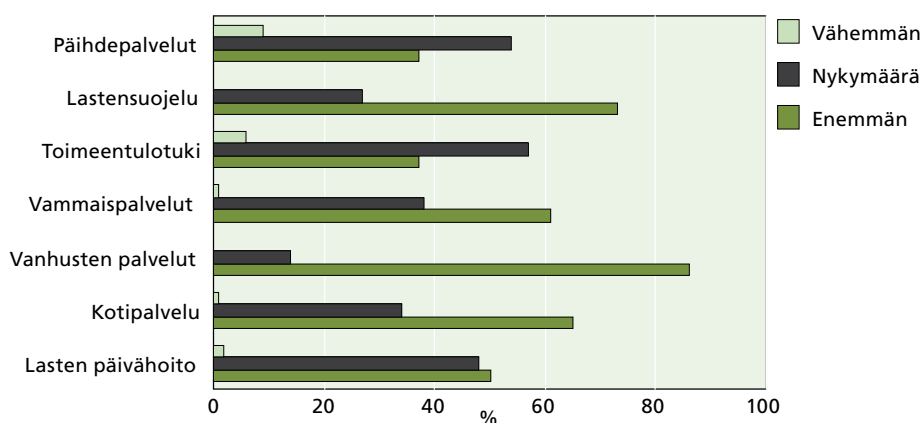
Sosiaalityöntekijöiden antama neuvonta-apu on koko 2000-luvun muuttanut väestön mielipiteissä positiivisemmaksi palveluksi. Vuoden 2009 tarkastelussa se on noussut luotettavimmaksi palveluksi ohi lasten päivähoidon. Miehistä 80 prosenttia ja naisista 76 prosenttia vastasi luottavansa sosiaalityöntekijöiden antamaan neuvonta-apuun. Mitä nuorempaan ikäryhmään vastaaja kuului, sitä posi-

tiivisemmin hän suhtautui. Keski-asteen koulutuksen saaneet suhtautuivat muita positiivisemmin eikä tuloryhmittäisessä tarkastelussa ollut eroja. Eläkkeellä olevat luottivat sosiaalityöntekijöiden apuun muita enemmän. Elinvaiheen mukaan tarkasteltuna ei ollut merkittäviä eroja mielipiteissä, mutta kriittisimmin sosiaalityön apuun suhtautuivat jälleen yksinhuoltajat. Asuinpaikan ja käytön suhteen ei ollut havaittavissa eroja.

Verovaroja halutaan kohdentaa enemmän vanhusten palveluihin

Väestön enemmistö toivoi enemmän verovarojen käyttöä ennen kaikkea vanhusten palveluihin (kuvio 3). Lisäksi toivottiin lisävaroja lastensuojeluun, vammais- palveluihin ja kotipalveluihin. Nykyinen määrä riittäisi lasten päivähoidossa. Vastaaajat olivat valmiita hieman vähentämään verovarojen käyttöä päihdepalveluiden ja toimeentulotuen kohdalla.

Lasten päivähoidon osalta vastaukset olivat jakautuneet niin, että toinen puoli vastaajista oli sitä mieltä, että verovaroja tulisi kohdentaa nykyistä enemmän ja toinen puoli vastaajista sanoi nykyisen määrän riittävän. Kotipalvelun osalta kaksi kolmasosaa vastaajista toivoi verovaroja lisää ja yksi kolmas osa oli sitä mieltä, että nykyinen määrä riittäisi. Vanhuspalveluihin toivottiin kaikkein eniten verovaroja lisää, sillä 86 prosenttia lisäisi verorahoja näihin palveluihin. Vain noin joka kymmenes oli sitä mieltä, että nykyinen määrä riittää. Vammais- palveluihin toivoi lisää verovaroja vajaa kaksi kolmasosaa vastaajista ja yhdelle kolmasosalle nyky määrä riittäisi. Toimeentulotuen ja aikuissosiaalityön osalta nykyinen määrä taas riittäisi.



KUVIO 3. Väestön mielipiteitä verovarojen käytöstä eri sosiaalipalveluihin vuonna 2009, %.

si lähes 60 prosentille ja ainoastaan yksi kolmasosaa ehdotti verovarojen lisäystä. Runsas 70 prosenttia toivoi verovaroja lisää lastensuojeluun ja noin neljäsosalle riittäisi nyky määrä. Runsaat puolet vastaajista oli sitä mieltä, että nyky määrä verovaroja riittäisi päihdepalveluihin ja ainoastaan runsas yksi kolmasosa olisi lisäämässä päihdepalveluihin resursseja. Verovarojen vähentämistä ehdotettiin oikeastaan vain kahden palvelun, toimeentulotuen ja päihdepalveluiden, kohdalla.

Sosiaalipalvelun lopputulos vastasi asiakkaiden tarpeita

Väestölle suunnattujen kysymysten jälkeen kysyttiin vielä sosiaalipalveluiden asiakkaiden palvelukokemuksia. Vastaajista 12 prosenttia vastasi hakeneensa viimeisen vuoden aikana kunnan sosiaalitoimelta sosiaalipalveluja. Vastanneista lähes 80 prosentille palvelu oli ollut riittävä ja 13 prosentille riittämätöntä, 5 prosenttia ei ollut saanut palvelua lainkaan ja 3 prosenttia ei ollut saanut vielä päätöstä. Runsaat puolet vastaajista (58 %) oli sitä mieltä, että palvelusta peritty maksu oli kohtuullinen, 12 prosentin mielestä maksu oli ollut kohtuuton ja 29 prosentilla palvelusta ei ollut peritty maksua lainkaan. Vastaavat kysymykset kysyttiin toimeentulotuen tai muun rahallisen etuuden saamisen kohdalla. Vastaajista 6 prosenttia oli saanut viimeisen vuoden aikana kunnan sosiaalitoimelta toimeentulotukea tai muuta rahallista etuutta. Vajaalle puolelle (48 %) etuus oli ollut riittävä, runsaalle yhdelle kolmasosalle (36 %) etuus oli ollut riittämätön, 13 prosenttia ei ollut saanut etuutta lainkaan ja 3 prosentin kohdalla päätöstä ei ollut vielä tullut.

Vastaajilta kysyttiin kokemuksia palvelun tai etuuden odotusajasta (taulukko 2). Runsas puolet sai palvelun alle viikossa, kun etuuden sai samassa ajassa runsas neljäsosa. Lähes 30 prosenttia odotti etuutta yksi tai kaksi viikkoa ja lähes sama määrä odotti alle kuukauden. Vastaajista runsaat joka kymmenes odotti etuutta jopa 1–3 kuukautta (katso myös Jan Klavuksen artikkeli terveyspalveluiden odotusajoista tässä kirjassa).

TAULUKKO 2. Sosiaalipalvelun tai toimeentulotuen odotusaika, %.

Odotusaika	Sosiaalipalvelu	Toimeentulotuki
ei yhtään tai alle viikko	53	27
1–2 viikkoa	18	29
2–4 viikkoa	11	28
1–3 kuukautta	9	13
Pidempään kuin 3 kk	9	3
Yhteensä	100	100

Sosiaalipalvelut N=476; Etuudet N=226.

TAULUKKO 3. Sosiaalipalveluiden asiakkaiden palvelukokemuksia, 2004, 2006 ja 2009, %.

Väittämät	Täysin/jokseenkin samaa mieltä			Täysin/jokseenkin eri mieltä		
	2004	2006	2009	2004	2006	2009
Viraston/toimipaikan aukioloaika tuotti hankaluutta?	20	24	23	62	70	66
Pitkä matka palvelupisteeseen tuotti hankaluutta?	10	-	11	72	-	81
Jouduitte jonottamaan vuoroanne liian kauan?	17	16	13	61	75	74
Asian hoito oli monimutkaista ja työlästä?	45	40	29	40	53	63
Ette saanut tietoa asian käsittelystä?	-	-	24	-	-	66
Tilanteenne ymmärrettiin ja saitte asiantuntevaa apua?	53	77	73	26	18	19
Omat ehdotuksenne ja toivomuksenne otettiin huomioon?	41	69	65	30	22	22
Palvelun lopputulos vastasi tarvettanne?		-	72		-	21

2004 N=238; 2006 N=698; 2009 N=476.

Asiakkaiden palvelukokemuksia (taulukko 3) tiedusteltiin samoilla kysymyksillä kuin vuosina 2004 ja 2006 ja lisäksi esitettiin kolme uutta kysymystä.

Asiakkaiden vastausten mukaan aukioloajat, matkat palveluihin tai jonotus eivät muodostaneet kovin suurta ongelmaa eikä vastauksissa ole merkittäviä muutoksia vuosien 2006 ja 2009 välillä. Myös asioiden hoitoa monimutkaisena ja työläänä pitävien määrä oli vähentynyt vuodesta 2006 vuoteen 2009. Vuonna 2009 enää vajaa kolmasosa asiakkaista piti asioiden hoitoa työläänä, kun tästä eri mieltä olevien osuus oli noussut vajaaseen kahteen kolmasosaan. Neljäsosa asiakkaista oli sitä mieltä, ettei saanut tietoa oman asiansa käsittelystä, ja kaksi kolmasosaa oli sitä mieltä, että sai tarpeeksi tietoa asiansa käsittelystä. Pääosa asiakkaista oli molempina vuosina myös sitä mieltä, että asiakkaan tilanne ymmärrettiin ja saatu apu oli asiantuntevaa sekä että asiakkaan omat ehdotukset otettiin huomioon. Pääosa asiakkaista, kaikkiaan 72 prosenttia oli sitä mieltä, että palvelun lopputulos vastasi asiakkaan tarvetta. Tästä oli kuitenkin eri mieltä viidesosa asiakkaista.

Asiakkailta tiedusteltiin lopuksi vielä, mitä mieltä he kokonaisuudessaan olivat julkisten sosiaalipalveluiden laadusta. Runsas kaksi kolmasosaa vastasi julkisten sosiaalipalveluiden laadun olleen erittäin hyvä tai hyvä. Neljäsosa vastaajista oli sitä mieltä, että laatu oli tyydyttävä. Vain viisi prosenttia oli sitä mieltä, että laatu oli huono ja kahden prosentin mielestä se oli ollut erittäin huonoa. Asiakkaista vajaa kaksi prosenttia oli käyttänyt viimeisen vuoden aikana myös yksityisiä sosiaalipalveluita. Runsaat 80 prosenttia vastasi sen laadun olleen erittäin hyvä tai hyvä. Tyydyttävää yksityinen sosiaalipalvelu oli ollut noin 14 prosentin mielestä ja laatu oli erittäin huonoa noin kahden prosentin mielestä. Yksityinen sosiaalipalvelu oli siten vastaajien mielestä ollut laadultaan parempaa kuin julkinen mutta sama määrä vastasi sen olleen erittäin huonoa niin julkisella kuin yksityiselläkin sektorilla.

Yhteenvedo

Tietoiset arvovalinnat ovat tulevaisuuden määrittämiselle tärkeitä. Arvot legitimoivat instituutioita, tekevät ne hyväksyttäviksi. Instituutiot, kuten hyvinvointivaltio, tarvitsevat arvoja ja uskomuksia toimiakseen ja säilyäkseen, mutta samalla ne välittävät, tukevat ja ylläpitävät yhteiskunnan arvoja ja uskomuksia (Hellsten 1992, 131–132). Kriisi syntyy, jos haaveet ja todellisuus ovat liian jyrkässä ristiriidassa keskenään (Sulkunen 2006).

Sosiaalipalvelujärjestelmän arvoihin ja rakenteisiin liittyvää työtä tehdään parhaillaan sosiaali- ja terveysministeriössä sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyön yhteydessä. Ydinhaaste on sovittaa yhteen sosiaalisesti kestäväällä tavalla kilpailukyvyyn ja hyvinvoinnin tuottaminen. Sosiaalipalveluiden tulevaisuuden turvaamiseksi on taloudellisten arvojen värittämään keskusteluun pyritty nostamaan myös hyvän elämän perusarvoja kuten itsemääräämisoikeutta, oikeudenmukaisuutta ja osallisuutta. Palveluiden oikeudenmukainen kohdentaminen edellyttää kansalaisten yhdenvertaisuuden turvaavaa palvelutarpeen arviointia. Oikeudenmukaisuus näyttäytyy palveluiden yhtenäisinä myöntämisperusteina, ihmisten tarpeisiin vastaamisen tapana, toimintaa ohjaavana päämääränä ja siinä, voivatko kansalaiset luottaa annettuihin lupauksiin (esim. Muuri & Nurmi-Koikkalainen 2006; Muuri ym. 2008).

Tämän artikkelin tulosten mukaan pääosa väestöstä luottaa sosiaalipalveluiden toimivuuteen, sillä 68 prosenttia vastaajista sanoi olevansa täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että palvelut toimivat yleisesti ottaen hyvin. Vielä suurempi on luottamus henkilöstöön, sillä 78 prosenttia vastaajista sanoi luottavansa sen ammattitaitoon ja osaamiseen. Vastaajista 75 prosenttia oli myös sitä mieltä, että sosiaalipalveluilla lisätään yhteiskunnallista oikeudenmukaisuutta. Verrattaessa vuosia 2006 ja 2009, voi asenteissa havaita hienoisien muutoksen kriittisempään suuntaan.

Vastaajien luottamus siihen, että he tarvittaessa saisivat eri sosiaalipalveluja, oli kasvanut sosiaalityön, toimeentulotuen ja lasten päivähoiton kohdalla. Sen sijaan luottamus oli vähentynyt vammaispalveluiden ja ennen kaikkea kotipalvelun kohdalla. Lasten päivähoito on edelleen universaalein sosiaalipalvelumme. Mielenkiintoista tuloksissa oli toimeentulotukea kohtaan tunnetun luottamuksen lisääntyminen ja toisaalta vammaispalveluja kohtaan tunnetun luottamuksen vähentyminen. Kotipalvelun osalta jatkui koko 2000-luvun kestänyt luottamuksen vähentyminen (sama kehitys Ruotsissa, tarkemmin Gunnarsson 2009).

Väestön enemmistö toivoi verovarojen lisäystä ennen kaikkea vanhusten palveluihin. Lisäksi toivottiin lisävaroja lastensuojeluun, vammaispalveluihin ja kotipalveluihin. Vastaajat olivat valmiita hieman vähentämään verovarojen käyttöä päihdepalveluiden ja toimeentulotuen kohdalla.

Sosiaalipalveluita käyttäneiden asiakkaiden vastausten mukaan aukioloajat, matkat palveluihin tai jonotus eivät muodostaneet kovin suurta ongelmaa eikä

vastauksissa ole merkittäviä muutoksia vuosien 2006 ja 2009 välillä. Pääosa asiakkaista oli myös sitä mieltä, että tilanne ymmärrettiin ja saatu apu oli asiantuntevaa sekä että asiakkaan omat ehdotukset otettiin huomioon. Pääosa asiakkaista, kaikkiaan 72 prosenttia oli sitä mieltä, että sosiaalipalvelun lopputulos myös vastasi ilmaistua tarvetta.

Sosiaalihuollon lainsäädäntöä uudistettaessa olisi mietittävä, millä arvopohjalla julkinen valta vastaa kysymyksiin mitä palveluita, kenelle ja kuinka paljon, sillä näiden uudistusten päätökset viitoittavat etuja ja palveluita vuosikymmeniksi eteenpäin. Taloudelliset tunnusluvut ovat entistä tärkeämmässä roolissa taloudellisen taantumun aikana. Voitaisiko uudistuksessa oppia edellisen laman säästöjen ja leikkausten seurauksista asiakkaille ja palveluille ja rakentaa uudenlaisia ratkaisuja?

Lähteet

- Beresford, Peter (2001) Service users' Knowledge and the Social Construction of Social Work. *Journal of Social Work*, 1(3) 295–316.
- Ervasti, Heikki (1994) Yhteiskuntaluokat ja hyvinvointivaltion vaihtoehdot. Turun yliopisto. Sosiaalipolitiikan tutkimuksia -sarja A:3. Turku: Turun yliopisto.
- European Social Survey 2008. <http://ess.nsd.uib.no/ess/round4/>. [11.5.2010]
- Forma, Pauli & Saarinen Arttu (2008) Väestön mielipiteet sosiaaliturvasta vuonna 2006. Teoksessa Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari & Simpura, Jussi & Heikkilä, Matti (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2008. Helsinki: Stakes.
- Gunnarsson, Evy (2009) The welfare state, the individual and the need for care: older people's views. *International Journal of Social Welfare*, 18, 252–259.
- Hellsten, Katri (1992) Muuttuva yhteiskunta ja sosiaalipolitiikan keskeiset arvot ja päämäärät. Teoksessa Riihinen, Olavi (toim.) Sosiaalipolitiikka 2017. Näkökulmia Suomalaisen yhteiskunnan kehitykseen ja tulevaisuuteen. Suomen itsenäisyyden juhlarahaston SITRA:n julkaisusarja n:o 123. WSOY: Juva, 131–168.
- Ilmonen, Kaj (2002) Luottamus paikallisiin instituutioihin ja sosiaalisiin verkostoihin. Teoksessa Ruuskanen, Petri (toim.) Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi. Näkökulmia sosiaali- ja terveysaloille. Keuruu: Otavan kirjapaino, 136–160.
- Ilmonen, Kaj & Jokinen, Kimmo (2002) Luottamus modernissa maailmassa. *SoPhi* 60. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Jæger, Mads Meier (2006) What Makes People Support Public Responsibility for Welfare Provision: Self-interest or Political Ideology? A longitudinal Approach. *Acta Sociologica* 49 (3), 321–338.
- Kokko, Simo & Heinämäki, Liisa & Tynkkynen, Liina-Kaisa & Haverinen, Riitta & Kaskisaari, Marja & Muuri, Anu & Pekurinen, Markku & Tammelinen, Mia (2009) Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta. Raportteja 36/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Koskiahon, Briitta (2008) Hyvinvointipalvelujen tavaratalossa. *Palvelutalous ja sosiaalipolitiikka Englannissa, Ruotsissa ja Suomessa*. Tampere: Vastapaino.
- Komu, Merja & Hellsten, Katri (2010) Luottamus ihmisiin ja luottamus instituutioihin Euroopassa. *Kelan nettipapereita* 12/2010. [10.5.2010]
- Kouvo, Antti & Kankainen, Tomi (2009) Sosiaalista pääomaa rakentamassa vai purkamassa? Suomalaiset hyvinvointipalvelut ja

- yleistynyt luottamus. Yhteiskuntapolitiikka 74:6, 585-603.
- Metteri, Anna (toim.) (2003a) Syntykö luottamusta? Sairastaminen, kansalainen ja palvelujärjestelmä, Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry. Helsinki: Edita.
- Metteri, Anna (toim.) (2003b) Kitkakohdistusta kehittämisehdotuksiin. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry. Helsinki: Edita.
- Metteri, Anna (2004) Hyvinvointivaltion lupaukset ja kohtuuttomat tapaukset. Helsinki: Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry. Helsinki: Edita.
- Muuri, Anu & Nurmi-Koikkalainen, Päivi (2006) Sosiaalipalvelut ja piiloutuva oikeudenmukaisuus. Teoksessa Teperi, Juha & Vuorenkoski, Lauri & Manderbacka, Kristiina & Ollila, Eeva & Keskimäki, Ilmo (toim.) Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Stakes, 66-79.
- Muuri, Anu (2008) Sosiaalipalveluja kaikille ja kaiken ikää? Tutkimus suomalaisten mielipiteistä ja kokemuksista sosiaalipalveluista sekä niiden suhteesta legitimitettiin. Stakesin Tutkimuksia 178. Helsinki: Stakes.
- Muuri, Anu & Manderbacka, Kristiina & Vuorenkoski, Lauri & Keskimäki, Ilmo (2008) Yhdeksän teesiä sosiaali- ja terveyspalveluiden oikeudenmukaisuudesta. Yhteiskuntapolitiikka 73 (4), 446-451.
- Offe, Claus (1999) How can we trust our fellow citizens? Teoksessa Warren, Mark E. (ed.) Democracy and Trust. Cambridge: Cambridge University Press, 42-87.
- Papadakis, Elim (1992) Public Opinion, Public Policy and the Welfare State. Political Studies XL, 21-37.
- Pöntinen, Seppo & Uusitalo, Hannu (1986) The Legitimacy of the Welfare State: Social Security Opinions in Finland 1975-1985. Suomen Gallup Oy, Report n:o 15.
- Rothstein, Bo (2008) Pohjoismainen hyvinvointivaltio ja keskiluokka. Yhteiskuntapolitiikka 73: 4, 368-375.
- Sihvo, Tuire (1989) Arki ja apu – sosiaalishallituksen väestötiedustelun raportti I. Sosiaalishallituksen julkaisuja 14. Helsinki: Sosiaalishallitus.
- Sihvo Tuire (1990) Suomalainen sosiaalihuolto: Mielikuvat ja todellisuus. Sosiaalishallituksen väestötiedustelun raportti II. Sosiaalishallituksen julkaisuja 1. Helsinki: Sosiaalishallitus.
- Sihvo, Tuire & Uusitalo, Hannu (1993) Mielipiteiden uudet ulottuvuudet. Suomalaisten hyvinvointivaltiota, sosiaaliturvaa sekä sosiaali- ja terveyspalveluja koskevat asenteet vuonna 1992. Stakesin Tutkimuksia 33. Helsinki: Stakes.
- Sihvo, Tuire & Uusitalo, Hannu (1995) Economic Crises and Support for the Welfare State in Finland 1975-1993. Acta Sociologica 38, 251-262.
- Stenvall, Jari & Airaksinen, Jenni (2009) Manse mallillaan – Tampereen mallin arviointi ja palveluinnovaatiot. Kuntaliiton verkkojulkaisu. [30.4.2010]
- STM (2010) Sosiaali- ja terveystietomus 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1:2010. Kertomuksen toimittajat: Järvelin, Jutta & Muuri, Anu. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sulkunen, Pekka (2006) Projektiyhteiskunta ja uusi yhteiskuntasopimus. Teoksessa Rantala, Kati & Sulkunen, Pekka (toim.) Projektiyhteiskunnan kääntöpuolia. Helsinki: Gaudeamus, 17-38.
- Svallfors, Stefan (1999) Political trust and attitudes towards redistribution. European Societies 1 (2), 241-268.
- Taipale, Vappu & Hämäläinen, Hannu (2007) Kertomuksia sosiaalisista innovaatioista. Helsinki: Stakes.

LIITETAULUKOT

LIITETAULUKKO 1. Väestön mielipiteitä sosiaalipalveluista vuonna 2009, %.

	Sosiaalipalvelut toimivat hyvin		Sosiaalipalveluiden henkilöstön ammattitaitoon voi luottaa		Sosiaalipalvelulla lisätään yhteiskunnallista oikeudenmukaisuutta	
	Täysin/jokseenkin samaa mieltä	Täysin/jokseenkin eri mieltä	Täysin/jokseenkin samaa mieltä	Täysin/jokseenkin eri mieltä	Täysin/jokseenkin samaa mieltä	Täysin/jokseenkin eri mieltä
Sukupuoli						
Mies	72	18	78	11	78	13
Nainen	64	24	76	14	71	17
	***		***		***	
Ikä						
–25	76	15	87	8	81	11
25–34	72	18	79	13	80	11
35–49	72	19	76	14	75	16
50–64	63	25	76	14	73	26
65–79	58	24	74	11	66	19
	***		***		***	
Koulutus						
Perusaste	65	22	74	13	67	19
Keskiaste	68	22	77	13	73	16
Korkea-aste	70	18	81	10	82	11
	***		***		***	
Tulot						
I alin	65	24	73	14	73	16
II	65	24	77	13	71	18
III	70	20	79	12	74	15
IV	68	20	77	13	73	15
V ylin	71	17	80	9	82	11
	*		***		***	
Pääasialinen toiminta						
Työssä	71	19	78	12	77	14
Eläkkeellä	59	25	74	12	67	19
Muut	70	22	79	13	78	14
	***		***		***	
Elinvaihe						
1 henkilö	67	21	76	11	74	16
2 henkilöä	65	23	77	12	73	15
Pari ja lapsia	74	18	79	13	78	13
Yksinhuoltaja	63	27	68	25	68	19
	***		***			
Elämänlaatu						
Huono/EOS	55	31	67	17	63	24
Hyvä	70	19	79	11	77	13
	***		***		***	

Terveydentila						
Hyvä	71	18	80	11	77	14
Keskink/huono	59	28	71	14	67	19
	***		***		***	
Asuinalue						
Kaupunkikeskus	65	21	78	12	76	12
Esikaupunkialue	67	22	77	13	75	15
Kuntakeskus	71	19	77	13	73	17
Maaseutu/kylä	70	20	79	11	73	15
	*					
Käyttö						
Käyttäjä	73	18	79	8	79	12
Ei-käyttäjä	67	21	77	13	74	15
			*			

N=3 933. *p<0.05. **p<0.01.***p<0.001. Aineisto on koko väestöön painotettuna.

LIITETAULUKKO 2. Väestön luottamus eri sosiaalipalveluihin vuosina 2006 ja 2009, %. Väitteestä täysin tai jokseenkin samaa mieltä olevat.

	Päivähoito		Toimeentulo-tuki		Vammais-palvelut		Kotipalvelu		Sosiaalityö	
	2006	2009	2006	2009	2006	2009	2006	2009	2006	2009
Sukupuoli										
Mies	76	78	60	62	73	72	72	65	76	80
Nainen	78	79	54	57	67	64	64	54	74	76
	***		***	***	***	***	***	***	***	***
Ikä										
-25	83	81	77	77	78	79	74	70	81	85
25-34	84	85	70	70	76	72	70	60	81	82
35-49	85	85	57	61	71	68	65	55	77	78
50-64	74	77	50	53	67	64	66	57	73	75
65-79	53	63	39	43	62	60	70	63	65	72
	***	***	***	***	***	**	***	***	***	***
Koulutus										
Perusaste	65	72	47	52	63	65	69	62	70	74
Keskiaste	81	79	60	60	73	70	70	61	77	79
Korkea-aste	81	84	60	64	72	66	64	55	75	78
	***	***	***	***	***	**	***	***	***	**
Tulot										
I alin	76	73	62	60	71	69	69	62	73	77
II	71	74	51	54	67	65	69	58	76	76
III	79	80	55	57	70	68	68	59	75	78
IV	79	84	59	60	70	67	68	60	76	79
V ylin	78	83	58	65	71	69	66	58	75	78
	***	***	**	**	*		**			
Pääasiallinen toiminta										
Työssä	82	84	60	63	72	69	67	59	77	78
Eläkkeellä	59	66	41	45	63	61	69	62	79	82
Muut	81	78	68	67	73	72	68	59	66	73
	***	***	***	***	***	***	**		***	***
Elinvaihe										
1 henkilö	74	73	62	62	69	71	69	62	74	79
2 henkilöä	71	77	51	57	68	66	68	61	73	76
Pari ja lapsia	87	88	58	63	73	67	67	56	79	79
Yksinhuoltaja	90	77	61	55	73	59	57	49	76	70
	***	***	***	**	**		***	*	**	*
Terveydentila										
Hyvä	81	82	62	64	74	70	70	62	78	80
Kesk./huono	66	71	44	47	59	61	62	54	67	72
	***	***	***	***	***	***	***	***	***	***
Asuinalue										
Kaupunkikeskus	77	80	60	60	71	68	67	60	74	77
Esikaupunkialue	75	79	58	63	69	68	65	57	74	77
Kuntakeskus	81	81	59	57	72	67	71	64	78	80
Maaseutu/kylä	76	75	50	52	70	66	72	61	75	78
	***	**	***	**			***	*		
Käyttö										
Käyttäjät	79	79	59	63	68	73	64	61	76	79
Ei-käyttäjät	76	79	56	59	70	67	69	59	75	77
	**		***				*			

2006 N=4 530. 2009 N=3 933. Muuttujaluokkien välinen ero *p<0.05. **p<0.01. ***p<0.001. Aineisto on koko väestöön painotettuna.

Hyvinvointivaltion kannatusperusta

Yhteiskunnallisten instituutioiden toimintaan liitetään usein legitimitettiin vaatimus. Yksinkertaisimmillaan legitimitetti tarkoittaa sitä, pitävätkö ihmiset asianomaista järjestelmää hyväksymisen arvoisena vai eivät. Legitimitettiin vahvistaa tai heikentää se, voiko väestö luottaa järjestelmän kykyyn auttaa arjen ongelmissa. Valtaosa väestöstä niin Suomessa kuin muuallakin läntisissä teollisuusmaissa kannattaa hyvinvointivaltion säilyttämistä (Svallfors 1996; Taylor-Gooby 2001). Suomalaiset tutkimukset antavat kuitenkin myös viitteitä siitä, ettei nykyinen sosiaaliturva- ja palvelujärjestelmä pysty kaikilta osin riittävästi vastaamaan kaikkien yksilöiden tarpeisiin ja että siinä on aukkoja (Teperi ym. 2006), joita esimerkiksi kirkko ja järjestöt joutuvat täydentämään ja osin myös korvaamaan (Grönlund & Juntunen 2006, 183; Kinnunen 2009).

Perustuslain (731/1999) 19 §:n mukaan ”julkisen vallan on turvattava [– –] jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä”. Sosiaaliturvan lähtökohtana on ollut universalismin periaate, joka on ollut Pohjoismaissa järjestelmän legitimitetin pohjana. Raija Julkunen (2001, 27) määrittelee universalismin tarkoittavan sitä, ”että kaikki kansalaiset, myös keskiluokka, ovat elämänsäkaressaan hyvinvointivaltion etuuksien piirissä ja siis asiakaskuntia” (myös Roos 1988, 107). Universalismin määrittelemineen on kuitenkin osoittautunut hankalaksi tehtäväksi ja universalismin käsitteellä voidaan myös vetää rajaa

julkisten ja yksityisten turvaverkkojen välille (Anttonen & Sipilä 2000 ja 2010). Sosiaalipalveluissa universalismia on turvattu subjektiivisilla oikeuksilla, mutta terveyspalveluissa ja osassa sosiaalipalveluja palveluiden saaminen edellyttää ammatillaisen tekemää tarpeen arviointia.

Mielipidetutkimusta hyvinvointivaltioon liittyvistä asenteista on tehty Suomessa 1980-luvun lopulta lähtien (Alestalo & Uusitalo 1980; Pöntinen & Uusitalo 1986; Kangas 1986; Ervasti 1994, 1996, 1998; Forma 1998, 2002, 2006; Forma & Saarinen 2008; Muuri 2008; Kallio 2010). Muissa maissa on myös julkaistu runsaasti hyvinvointivaltion sosiaaliturvaan liittyviä vertailevia tutkimuksia (esim. Jæger 2006a; Svallfors 1996, 1999, 2004; Taylor-Gooby 2001). Tutkimuksellista mielenkiintoa on lisännyt myös tarve tuoda asiakkaiden kokemuksia aiempaa enemmän esiin (esim. Metteri 2003a, 2003b ja 2004; Helne & Laatu 2006; Hirvilampi & Laatu 2008). Kiinnostusta kansalaisten osallistumiseen eri tasoilla palvelujen kehittämiseen on ollut erityisesti anglosaksisissa maissa terveydenhuollon osalta (ks. esim. Tritter 2009).

Kansantalouden kasvuvauhdin vaihteluiden on arvioitu vaikuttavan ihmisten hyvinvointivaltiota koskeviin asenteisiin siten, että taloudellisesti suotuisina aikoina hyvinvointimenoja halutaan kasvattaa, mutta ankeina aikoina altruismi vähenee ja mielipiteet hyvinvointivaltion aiheuttamien menojen rahoitusta kohtaan muuttuvat varauksellisemmiksi (Alt 1979; Sihvo & Uusitalo 1995, 260 261; Jaeger 2006b). Hyvinvointivaltion kannatusperustan ennakoitiin 1990-luvulla heikentyvän laman myötä (Andersen ym. 1999). Tutkimustulokset eivät kuitenkaan tue arvioita legitimaatiokriisin synnystä 1990-luvulla (ks. esim. Ervasti 1996, 1998; Forma 1998).

Viimeaikaisten tutkimusten mukaan hyvinvointivaltion kannatus on säilynyt varsin vakaana. Vaikka esimerkiksi Kunnallisalan kehittämissäätöön tulosten (Ilmapuntari 2009) mukaan seitsemän kymmenestä kuntalaisesta katsoo, että palveluista tulee säästää lama-aikana, haluttiin sosiaali- ja terveyspalveluista pitää kiinni (ks. Jan Klavuksen ja Anu Muurin artikkelit tässä kirjassa). Tiukimmin kuntalaiset pitivät kiinni vanhustenhuollosta (93 % ei säästäisi lainkaan), terveyskeskuspalveluista (89 %), lasten päivähoidosta (89 %) ja peruskoulusta (87 %). Kuntalaiset olivat tutkimuksen mukaan myös huolissaan kunnallisten palveluiden yksityistämisestä, sillä kolme neljästä arvioi, että mikäli kunnallisia palveluja yksityistettäisiin, kuntalaisten eriarvoisuus ja turvattomuus lisääntyisi. Elinkeinoelämän valtuuskunnan tuoreimman yleisiä asenteita koskevan tutkimuksen mukaan väestöstä kolme neljänestä katsoi, että nykyinen markkinataloutemme ei ota huomioon heikompia ja vajaakykyisiä. Lisäksi 82 prosenttia näki hyvinvointiyhteiskunnan ”aina hintansa arvoisena”, vaikka sosiaaliturvan ja muiden julkisten palveluiden ylläpitäminen maksaa paljon. Yksityiseen palvelutuotantoon väestö suhtautui aiempaa kriittisemmin, ja enemmistö ei nähnyt voittoa tavoittelevien yritysten soveltuvan julkisten palveluiden tuottajiksi. (Haavisto & Kiljunen 2009.)

Tarkastelemme artikkelissamme hyvinvointivaltion kannatusperustaa selvittämällä vastaajien mielipiteitä sosiaaliturvan tasosta, tuottamisvastuusta ja siitä, miten rahoitusta pitäisi kohdentaa palveluihin ja etuuksiin. Tarkastelemme näitä kysymyksiä vastaajien taustatekijöiden mukaan. Kiinnostuksemme kohteena ovat erityisesti väestön käsitykset hyvinvointivaltion legitimitetistä ja palvelujen tuottamisvastuun jakautumisesta julkisen ja yksityisen palvelutuotannon kesken.

Aineisto ja menetelmät

Tämän artikkelin kysymykset sisältyvät Hyvinvointi ja palvelut (HYPA) 2009 -aineiston postikyselylomakkeeseen. Mielipiteitä sosiaaliturvan tasosta tarkastellaan myös pidemmällä aikasarjalla. Puhelinhaastatteluun osallistuneilta, joita oli 3 933, kysyttiin suostumus postikyselylomakkeen lähettämiseen. Haastatelluista 79 prosenttia suostui tähän ja heistä 1 824 eli 59 prosenttia palautti postikyselylomakkeen. Perusotokseen suhteutettuna postikyselyn vastausprosentti oli 47. HYPA 2009 -aineisto on kuvattu tarkemmin tämän kirjan liiteosassa.

Mielipiteitä sosiaaliturvan tasosta tarkasteltiin käyttäen kysymystä ”Onko sosiaaliturvan taso mielestänne Suomessa tällä hetkellä 1) aivan liian korkea, 2) jonkin verran liian korkea, 3) sopiva, 4) jonkin verran liian alhainen vai 5) aivan liian alhainen?” Logistiseen regressioanalyysiin kysymys dikotomisoitiin sen tarkastelemiseksi, ketkä pitivät sosiaaliturvan tasoa liian korkeana (1–2). Toisena kysymyksenä tarkasteltiin väitettä ”Sosiaaliturvan taso pitää Suomessa ylläpitää, vaikka se johtaisi verojen korottamiseen. Oletteko väitteestä 1) täysin samaa mieltä, 2) jokseenkin samaa mieltä, 3) ei samaa eikä eri mieltä, 4) jokseenkin eri mieltä vai (5) täysin eri mieltä?”

Mielipiteitä sosiaaliturvan tuottamisvastuusta tarkasteltiin käyttäen kysymystä ”Oletteko seuraavista väittämistä samaa vai eri mieltä? a) Valtion ja kuntien tulisi tuottaa pääosa väestön tarvitsemista sosiaalipalveluista b) Valtion ja kuntien tulisi tuottaa pääosa väestön terveyden- ja sairaanhoidosta c) Yksityisiä sosiaalipalveluja tulisi lisätä ja d) Yksityistä terveyden- ja sairaanhoitoa tulisi lisätä”. Vastausvaihtoehdot olivat 1) täysin samaa mieltä, 2) jokseenkin samaa mieltä, 3) ei samaa eikä eri mieltä, 4) jokseenkin eri mieltä vai 5) täysin eri mieltä?

Vastaajat luokiteltiin kolmeen ryhmään sen mukaan, kenen heidän käsityksensä mukaan tulisi tuottaa sosiaali- ja terveysterveystulot. Julkisten palvelujen kannattajiksi (*universalistit*) määrittelimme ne vastaajat, joiden näkemyksen mukaan julkisen vallan tulisi tuottaa pääosa väestön palveluista eikä yksityisiä palveluita tulisi lisätä. Osa vastaajista katsoi, että julkisen vallan tulisi edelleen kantaa päävastuu palvelujen tuottamisesta, mutta yksityisiä sosiaali- ja/tai terveysterveystulot tulisi myös lisätä. Heidät nimesimme *synergisteiksi*. Kolmanneksi ryhmäksi (*liberalistit*) määrittelimme ne, joiden mielestä oli samantekevää, kenellä vastuu palvelujen tuottamisesta on tai joiden mielestä julkista tuottamisvastuuta tulisi vähentää ja yksityisiä sosiaali- ja/tai terveysterveystulot tulisi lisätä.

Mielipiteitä rahoituksen painotuksista palveluihin ja etuuksiin tarkastelimme käyttäen kysymystä ”Missä määrin toivoisitte verovaroja käytettävän seuraavien asioiden rahoitukseen a) terveyden- ja sairaudenhoitoon, b) sosiaalipalveluihin (päivähoito, kotipalvelu), c) tulonsiirtoihin, kuten sosiaalietuuksiin?” Vastausvaihtoehdot olivat 1) nykyistä enemmän, 2) jokseenkin nykyinen määrä ja 3) nykyistä vähemmän.

Tarkastelemme mielipiteiden jakaumaa (prosenttiosuuksia) erikseen miehillä ja naisilla, ikäryhmittäin, tulo- ja koulutusluokittain, pääasiallisen toiminnan mukaan, siviilissädyttäin, asuinalueittain, elinvaiheen sekä koetun terveydentilan ja elämänlaadun mukaan (koetusta terveydentilasta ja elämänlaadusta tarkemmin Anu Muurin artikkelissa tässä kirjassa). Tulokset esitetään pääosin liitetaulukkoissa (1–4). Käsitteitä sosiaaliturvan tasosta ja tuottamisvastuun jakautumisesta sosiaali- ja terveystaloudissa tarkastelimme myös monimuuttujamenetelmin. Tutkimuksemme oli selvittää, mitkä tekijät ovat yhteydessä kantaan, että sosiaaliturvan taso on liian korkea ja mitkä liberalistisiin mielipiteisiin palvelujen tuottamisvastuusta. Koska alustavissa analyysissä sosiaaliturvan nykytasoa sopivana tai liian matalana pitäviin sekä universalistisia ja synergisiä näkemyksiä omaaviin kuumuisissa ei kummassakaan havaittu eroja taustatekijöiden suhteen, päädyimme käyttämään analyysimenetelmänä logistista regressioanalyysiä.

Logistisessa regressioanalyysissä tarkastellaan selitettävän tekijän suhteellista todennäköisyyttä tarkasteltavalla ryhmällä verrattuna valittuun vertailuryhmään. Analyysit teimme kullekin taustatekijöitä kuvaavalle muuttujalle erikseen ikä ja sukupuoli huomioon ottaen. Koska tarkasteltavien muuttujien yhteydet selitettäviin tekijöihin eivät poikenneet toisistaan eri sukupuolilla, teimme analyysit yhdessä miehille ja naisille. Lopulliseen malliin, jossa muiden tekijöiden vaikutus on otettu huomioon, otimme mukaan vain ne muuttujat, joilla oli tilastollisesti merkitsevä vaikutus selitettävään tekijään ($p < 0.05$). Selitettävien mielipiteiden todennäköisyyksiä suhteessa vertailuryhmään kuvaaville vetosuhteille (OR) esitetään myös 95 prosentin luottamusvälit.

Valtaosa halua säilyttää sosiaaliturvan nykytason

Kysyttäessä mielipidettä sosiaaliturvan tasosta puolet vastaajista piti tasoa sopivana ja vajaa kolmannes joko jonkin verran tai aivan liian alhaisena. Miesten ja naisten näkemyksissä ei juuri ollut eroja (liitetaulukko 1). Iän tai elinvaiheen mukaan eroja ei myöskään todettu. Pääasiallisen toiminnan mukaan muut kuin työssäkäyvät ja eläkeläiset pitivät sosiaaliturvan tasoa liian alhaisena. Hyvätuloisin viidennes piti sosiaaliturvan tasoa muuta useammin jonkin verran liian korkeana ja alimmassa tuloviidenneksessä melkein puolet piti tasoa liian alhaisena. Koulutusryhmittäiset erot olivat samansuuntaiset. Elämänlaatunsa tai terveytensä keskimertaiseksi tai heikommaksi arvioivat pitivät muuta useammin sosiaaliturvan tasoa liian alhaisena.

TAULUKKO 1. Sosiaaliturvan tason liian korkeana pitämiseen yhteydessä olevat tekijät (logistinen regressioanalyysi, vetosuhteet OR* ja niiden 95 % luottamusväli).

	OR	95% luottamusväli
Sukupuoli		
Nainen	1.00	
Mies	1.13	0.87–1.48
Ikä		
–25	0.73	0.34–1.59
25–34	0.99	0.60–1.64
35–49	1.29	0.86–1.94
50–64	0.97	0.66–1.43
65–79	1.00	
Koulutus		
Perusaste	1.00	
Keskiaste	0.95	0.63–1.42
Korkea-aste	1.43	0.97–2.13
Tuloviidennes		
Alin	1.00	
2	1.58	0.96–2.58
3	1.22	0.73–2.02
4	1.10	0.63–1.77
Ylin	1.86	1.14–3.02

*Vetosuhde (OR) kertoo vedonlyöntitodennäköisyyden kussakin ryhmässä suhteessa referenssiluokkaan, jota merkitään arvolla 1.00.

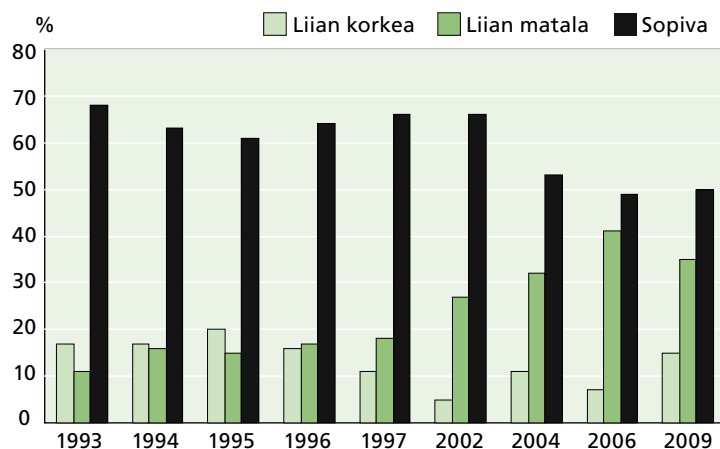
Tarkasteltaessa, mitkä tekijät ovat yhteydessä näkemykseen, että sosiaaliturvan nykytaso on liian korkea, todettiin tilastollisesti merkitseviä eroja koulutuksen, tulojen, koetun terveyden ja elämänlaadun mukaan, kun mallissa otettiin huomioon ikä ja sukupuoli. Kun kaikki pelkästään sukupuolen, iän ja kyseisen muuttujan sisältävissä malleissa tilastollisesti merkitsevät tekijät otettiin mukaan malliin yhdessä iän ja sukupuolen kanssa, ei koetulla terveydellä tai elämänlaadulla enää todettu yhteyttä näkemyksiin sosiaaliturvan tasosta ja ne jätettiin pois mallista. Lopullisen mallin tulokset esitetään taulukossa 1. Sosiaaliturvan nykytason pitäminen liian korkeana oli yhteydessä ylimpään tuloviidennekseen kuulumiseen. Korkea-asteen koulutuksen osalta tulos oli samansuuntainen.

Kaksi kolmannelta vastaajasta katsoi, että sosiaaliturvan nykytasoa pitää ylläpitää, vaikka se johtaisi verojen korottamiseenkin. Miesten ja naisten välillä eroja ei juuri ollut, mutta nuorimmat ikäryhmät olivat muita useammin vastakkaista mieltä (liitetaulukko 2). Lapsiperheissä katsottiin myös muita useammin, ettei sosiaaliturvan tasoa pidä ylläpitää veroja korottamalla. Eläkeläiset olivat muita

useammin sitä mieltä, että sosiaaliturvan tasoa on tarpeen ylläpitää vaikka veroja korottamalla. Tuloryhmittäin eroja näkemyksissä ei ollut, mutta koulutuksen suhteen todettiin lähes systemaattinen portaittainen vaihtelu: mitä korkeampi koulutus, sitä useampi katsoi, ettei sosiaaliturvan tasoa pitäisi ylläpitää veroja korottamalla. Elämänlaadun ja terveyden suhteen eroja ei havaittu.

Miten mielipiteet ovat kehittyneet?

Sosiaaliturvan tasoon liittyvä kysymys on ollut mukana kyselyissä pitkään. Kuviossa 1 on esitetty mielipiteiden muutos vuosien 1993–2009 aikana. Sosiaaliturvan tasoa sopivana pitävien osuus on ollut yleisin väestön keskuudessa koko tarkastellun jakson ajan. Vuonna 2009 sosiaaliturvan tasoa piti sopivana noin puolet vastanneista, mikä vastaa vuoden 2006 tilannetta. Muutosta oli sen sijaan tapahtunut sosiaaliturvan tasoa korkeana pitävien joukossa, sillä heidän osuutensa on kasvanut vuodesta 2006 seitsemästä 15 prosenttiin. Edellisen kerran luku oli vastaavalla tasolla vuonna 1996. Vastaavasti liian matalana sosiaaliturva tasoa piti noin joka kolmas vastaajista ja mielipiteiden nykyinen taso vastaa vuoden 2004 kyselyn tuloksia.



Lähteet: Forma 2002, 2006; HYPA 2004, 2006, 2009.

KUVIO 1. Väestön mielipiteet sosiaaliturvan tasosta vuosina 1993–2009 (%).

Rahoitusta pikemmin sosiaali- ja terveystalouteen kuin tulonsiirtoihin

Melkein kaikki vastaajat (99 %) katsoivat, että verovarot tulisi suunnata terveyden- ja sairaanhoitoon joko nykyinen määrä tai nykyistä enemmän. Ikäryhmittäisiä eroja ei mielipiteissä havaittu. Korkeasti koulutetut olivat muita useammin sitä mieltä, että nykyinen panostus on riittävä. Terveystaloutensa huonoksi tai keskitasoisiksi arvioineet olivat terveytensä hyväksi arvioineita useammin sitä mieltä, että terveyden- ja sairaanhoitoon tulisi panostaa nykyistä enemmän verovarot.

Sosiaalipalvelujen kannatus oli samaa luokkaa. Vastaajista 98 prosenttia katsoi, että verovarot tulisi suunnata sosiaalipalveluihin, kuten päivähoitoon ja kotipalveluun, nykyistä enemmän tai joko nykyinen määrä. Naiset (98 %) olivat hieman miehiä (96 %) useammin tätä mieltä. Ikäryhmittäisiä eroja ei ollut, mutta tuloryhmittäin todettiin lähes systemaattinen vaihtelu: mitä alempi tuloryhmä sitä useammin vastaajat katsoivat, että panostusta näihin palveluihin tulisi lisätä. Koulutuksen suhteen tulokset olivat samansuuntaiset.

Tulonsiirtojen kustantaminen verovaroin nykyisellä tai sitä suuremmalla määrällä sai vastaajilta myös vakaan kannatuksen (78 %), vaikka se ei yltänyt palveluiden tasolle. Miehistä kolme neljänestä ja naisista yli 80 prosenttia katsoi, että tulonsiirtoihin pitäisi käyttää vähintään nykyä enemmän verovarot. Yksinkertaiset katsoivat muita ryhmiä useammin, että verovarot tulisi suunnata tulonsiirtoihin nykyistä enemmän, työssä olevat olivat tätä mieltä muita ryhmiä harvemmin. Tulosten mukaan havaittiin jälleen systemaattinen vaihtelu: mitä pienemmät tulot sitä useampi panostaisi nykyistä enemmän tulonsiirtoihin, ja kääntäen, mitä suuremmat tulot sitä useampi katsoi, että panostusta tarvittaisiin nykyistä vähemmän. Koulutuksen suhteen tulokset olivat samansuuntaiset. (Liitetaulukko 3.) Viidenes vastaajista katsoi, että verovarot tulisi suunnata tulonsiirtoihin nykyistä vähemmän. Miehet olivat hieman naisia useammin tätä mieltä. Keski-ikäisistä ja sitä vanhemmista (50+ -vuotiaat) joka viides oli tätä mieltä, nuorimmasta ikäryhmästä vain noin joka kymmenes.

Palvelujen tuottamisen päävastuu julkisella sektorilla

Palvelujen tuottamisvastuuta tarkasteltiin kolmessa ryhmässä. ”Universalisteihin” kuuluivat julkisen palvelujen tuottamisvastuun kannattajat. ”Synergisteiksi” luokiteltiin ne, joiden mielestä julkisen vallan tulisi kantaa päävastuu palvelujen tuottamisesta, mutta yksityisiä sosiaali- ja/tai terveystaloutta tulisi myös lisätä. ”Liberalisteiksi” taas luokiteltiin ne, joilla ei ollut kantaa palvelujen tuottamisvastuusta tai joiden mielestä julkista tuottamisvastuuta tulisi vähentää ja yksityisiä sosiaali- ja/tai terveystaloutta lisätä. Liitetaulukossa 4 esitetään mielipiteiden jakauma miehillä ja naisilla.

Nuoremmissa ikäryhmissä liberalistiset näkemykset olivat muita ikäryhmiä yleisempiä sekä miehillä että naisilla. Myös korkea-asteen koulutuksen saaneilla ja ylimmässä tuloviidenneksessä olevilla miehillä näytti olevan muita enemmän liberalistisiä näkemyksiä. Universalistien ja synergistien väliset erot olivat iän ja koulutuksen suhteen melko pienet. Naimattomat olivat muita siviilisäätyryhmiä useammin liberalistisiä näkemykseltään. Asuinalueen, koetun terveydentilan ja itse arvioitun elämänlaadun suhteen eroja ei juuri havaittu.

Koska alustavissa analyyseissä ei synergistien ja universalistien välillä havaittu juurikaan vaihtelua, mielipide-eroja tarkasteltiin vielä yhdistäen nämä kaksi ryhmää. Liberalististen mielipiteiden todennäköisyyttä suhteessa muihin tarkasteltiin logistisen regressioanalyysin avulla. Alustavissa analyyseissä ei todettu eroja muiden tarkasteltujen tekijöiden vaihtelussa miehillä ja naisilla, ja siksi mallinnus tehtiin molemmille sukupuolille yhdessä (taulukko 2).

Sukupuolella, iällä, koulutuksella ja tuloilla todettiin olevan tilastollisesti merkitsevä yhteys mielipide-eroihin. Tulos oli samansuuntainen riippumatta siitä, tarkasteltiin tekijöitä vain ikä ja sukupuoli vakioiden tai myös muut taustate-

TAULUKKO 2. Liberalistisiin mielipiteisiin sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisvastuusta yhteydessä olevat tekijät (logistinen regressioanalyysi, vetosuhteet OR ja niiden 95% luottamusväli).

	OR	95 % luottamusväli
Sukupuoli		
Nainen	1.00	
Mies	1.52	0.99–2.32
Ikä		
–25	7.70	3.27–18.1
25–34	3.02	1.53–5.96
35–49	0.97	0.49–1.93
50–64	0.51	0.25–1.04
65–79	1.00	
Koulutus		
Perusaste	1.00	
Keskiaste	1.74	0.81–3.77
Korkea-aste	3.54	1.61–7.78
Tuloviidennes		
Alin	1.00	
2	1.46	0.66–3.25
3	0.93	0.40–2.18
4	1.95	0.90–4.20
Ylin	2.63	1.23–5.59

kijät huomioon ottaen. Liberalistiset mielipiteet olivat muita ryhmiä todennäköisempiä miehillä ja kahdessa nuorimmassa ikäryhmässä. Liberalismi oli todennäköisempää yleisellä sosiaaliryhmillä muihin ryhmiin verrattuna, mutta vain ylimmän koulutusasteen omaavat ja ylimpään tuloviidennekseen kuuluvat erosivat tilastollisesti merkitsevästi muista ryhmistä.

Johtopäätökset

Sosiaaliturvajärjestelmä on voimakkaassa muutoksessa sekä tulonsiirtoihin että palvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen liittyen. Esimerkkeinä uudistustyöstä voidaan mainita SATA-komitea, kuntien palvelurakennemuutos sekä valmisteilla oleva terveydenhuoltolaki ja sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteita koskevat säädökset. Palvelujen osalta kuntakysely sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta paljastaa suurta eriytymiskehitystä ja palvelukentän pirstaloitumista, eikä hallinnon yhdistäminen toistaiseksi ole välttämättä lisännyt sosiaali- ja terveyspalveluiden tuottamistapojen yhtenäisyyttä. Palvelut voivatkin olla entistä vaikeammin hallittavia sekä asiakkaan että henkilöstön kannalta. (Kokko ym. 2009.) Väestön tuki julkisesti tuotetulle järjestelmälle on kuitenkin selvä. Enemmistö vastaajista katsoo, että sosiaaliturvan tasoa ei pitäisi ainakaan leikata. Kaksi kolmannesta tämän kyselyn vastaajista on valmis verojen korottamiseenkin kehitteäkseen ja ylläpitteäkseen sosiaaliturvan tasoa.

Tuki on ollut vankkaa 1990-luvun alkupuolelta alkaen, joskin mielipiteet ovat hieman eriytyneissä aiempaan verrattuna. Koko 2000-luvun ajan noin puolet vastaajista on pitänyt sosiaaliturvan tasoa sopivana jos kohta osuus on hieman pienentynyt. Sen sijaan turvan tasoa liian matalana pitävien osuus on viime vuosikymmenenä kasvanut, ja kummankin laman aikana myös sosiaaliturvan tasoa liian korkeana pitävien osuus kasvoi.

Sosiaalipalvelut ovat aina olleet kiistanalaisempi osa hyvinvointivaltiota kuin esimerkiksi terveydenhuolto ja koulutus. On pidetty hyväksyttävänä, että keskeisempiä koulutus- ja terveyspalveluja tarjotaan ilmaiseksi tai lähes ilmaiseksi kaikille kansalaisille. Sen sijaan sosiaalipalveluiden universaalisuus tuntuu olevan aineisen kiistelun kohteena. (Anttonen & Sipilä 2000.) Sosiaali- ja terveyspalveluilla oli tämän tutkimuksen tulosten mukaan kuitenkin erittäin selkeä ja yhtenäinen kannatus väestön keskuudessa. Tulonsiirtojenkin kustantaminen verovaroin nykyisellä tai sitä suuremmalla määrällä saa vastaajilta vakaan kannatuksen, vaikka se ei ylläkään palveluiden tasolle.

Vaikka yksityiset palvelut ovat jatkuvasti lisääntyneet (THL 2010) ja palvelujen tarjonta monimuotoistunut, on väestön tuki julkiselle tuottamisvastuulle vankka. Vastaajista noin 60 prosenttia katsoo, että julkisen vallan tulisi yksin tuottaa pääosa sosiaali- ja terveyspalveluista ja runsas 30 prosenttia katsoo, että julkisen vallan tulisi tuottaa pääosa palveluista, mutta myös, että yksityisiä palveluita tulisi lisätä

ja vajaalla kymmenellä prosentilla joko ei ollut kantaa palvelujen tuottamisvastuuseen tai heidän mielestään julkista tuottamisvastuuta tulisi vähentää ja yksityisiä palveluja lisätä.

Julkisin varoin tuotetun hyvinvointivaltion kannatusperusta on tämän kyselyn tulosten perusteella erittäin vahva. Palvelukulttuuria ja asiakaslähtöisyyttä vaativassa yhteiskunnassa ihmisten äänen kuuleminen on tärkeää. Koska pääosa väestöstä pitää järjestelmää hyvänä, se antaa jatkuvuutta ylläpitää ja kehittää asiakaslähtöistä ja kohtuuhintaista palvelu- ja etuusjärjestelmää. Väestön ja asiakkaiden heikkojen signaalien kuuleminen ja niihin reagointi turvaa järjestelmän kehittämisen ja legitimitetin myös tulevaisuudessa.

Lähteet

- Alestalo, Matti & Uusitalo, Hannu (1980) Suomalaiset ja sosiaaliturva. Sosiaaliturvan kehittämistä koskevat mielipiteet vuosina 1975 ja 1980. Suomen Gallupin julkaisusarja, julkaisu n:o 6.
- Alt, James E. (1979) *The politics of economic decline. Economic management and political behaviour in Britain since 1964.* London: Cambridge University Press.
- Andersen, Jørgen Goul & Pettersen, Per Arnt, Svallfors, Stefan & Uusitalo, Hannu (1999) The legitimacy of the Nordic welfare states. *Nordic Social Policy*, 235-261.
- Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (2000) *Suomalaista sosiaalipolitiikkaa.* Tampere: Vastapaino.
- Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (2010) Universalismi Britannian ja Pohjoismaiden sosiaalipolitiikassa. *Janus* 18 (2), 104-120.
- Ervasti, Heikki (1994) Yhteiskuntaluokat ja hyvinvointivaltion vaihtoehdot. Turun yliopisto. *Sosiaalipolitiikan tutkimuksia -sarja A:3.* Turku: Turun yliopisto.
- Ervasti, Heikki (1996) Kenen vastuu? Tutkimuksia hyvinvointipluralismista legitimitetin näkökulmasta. *Stakesin tutkimuksia* 62. Helsinki: Stakes.
- Ervasti, Heikki (1998) Yhteiskuntaluokat, individualistinen kritiikki ja hyvinvointipalveluiden kannatus. *Janus* 6 (2), 167-187.
- Forma, Pauli (1998) Mielipiteiden muutos ja pysyvyys. *Suomalaisten mielipiteet hyvinvointivaltiosta, sosiaaliturvasta ja hyvinvointipalveluista vuonna 1992 ja 1996.* Raportteja 222. Helsinki: Stakes.
- Forma, Pauli (2002) *Suomalaisten sosiaaliturvaa ja sosiaalipalveluja koskevat mielipiteet vuonna 2002.* Teoksessa Heikkilä, Matti & Kautto, Mikko (2002) *Suomalaisten hyvinvointi 2002.* Helsinki: Stakes, 292-310.
- Forma, Pauli (2006) *Niin hyvinä kuin huonoinakin aikoina - Suomalaisten sosiaalipolitiikkaa koskevat mielipiteet vuonna 2004.* Teoksessa Kautto, Mikko (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2006.* Helsinki: Stakes, 160-184.
- Forma, Pauli & Saarinen, Arttu (2008) *Väestön mielipiteet sosiaaliturvasta vuonna 2006.* Teoksessa Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari & Simpura, Jussi & Heikkilä, Matti (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2008.* Helsinki: Stakes, 162-177.
- Grönlund, Henrietta & Juntunen, Elina (2006) *Diakonia hyvinvointijärjestelmän aukkojen tunnistajana ja paikkaajana.* Teoksessa Juntunen, Elina & Grönlund, Henrietta & Hiilamo, Heikki Viimeisellä luokulla - tutkimus viimesijaisen sosiaaliturvan aukoista ja diakoniatyön kohdentumisesta. *Kirkkohallitus: Helsinki*, 180-198.
- Haavisto, Ilkka & Kiljunen, Pentti (2009) *Kapitalismi kansan kärejillä.* EVA:n kansallinen arvo- ja asennetutkimus 2009. Helsinki: EVA.
- Helne, Tuula & Laatu, Markku (toim.) (2006) *Vääryyskirja.* Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Hirvilampi, Tuuli & Laatu, Markku (toim.) (2008) *Toinen vääryyskirja. Lähikuvia sosiaalisista epäkohdista.* Helsinki: Kelan

- tutkimusosasto.
- Ilmapuntari 2009. Kansalaismielipide ja kunnat. Kunnallissalan kehittämissäätiö. Polemia-sarjan julkaisu nro 73. Helsinki: Kunnallissalan kehittämissäätiö.
- Julkunen, Raija (2001) Suunnanmuutos. 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Tampere: Vastapaino.
- Jæger, Mads Meir (2006a). Welfare Regimes and Attitudes Towards Redistribution: The Regime Hypothesis Revisited. *European Sociological Review* 22 (2), 157-170.
- Jæger, Mads Meier (2006b) What Makes People Support Public Responsibility for Welfare Provision: Self-interest or Political Ideology? A longitudinal Approach. *Acta Sociologica* 49 (3), 321-338.
- Kallio, Johanna (2010) Hyvinvointipalvelujärjestelmän muutos ja suomalaisten mielipiteet 1996–2006. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 108. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Kangas, Olli (1986) Luokkaintressit ja hyvinvointivaltio. Helsingin kauppakorkeakoulun julkaisuja D-84. Helsinki.
- Kinnunen, Kaisa (toim.) (2009) Sairas köyhyys: Tutkimus sairauteen liittyvästä huono-osaisuudesta diakoniatyössä. Helsinki: Kirkkohallitus.
- Kokko, Simo & Heinämäki, Liisa & Tynkkynen, Liina-Kaisa & Haverinen, Riitta & Kaskisaari, Marja & Muuri, Anu & Pekurinen, Markku & Tammelin, Mia (2009) Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisestä ja tuottamisesta. Raportteja 36. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Metteri, Anna (toim.) (2003a) Syntykö luottamusta? Sairastaminen, kansalainen ja palvelujärjestelmä, Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry. Helsinki: Edita.
- Metteri, Anna (toim.) (2003b) Kitkakohtaisista kehittämisohjelmista. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry. Helsinki: Edita.
- Metteri, Anna (2004) Hyvinvointivaltion lupaukset ja kohtuuttomat tapaukset. Helsinki: Sosiaali- ja terveysjärjestöjen yhteistyöyhdistys YTY ry. Helsinki: Edita.
- Muuri, Anu (2008) Sosiaalipalveluja kaikille ja kaiken ikää? Tutkimus suomalaisten mielipiteistä ja kokemuksista sosiaalipalveluista sekä niiden suhteesta legitimitettiin. Tutkimuksia 178. Helsinki: Stakes.
- Pöntinen, Seppo & Uusitalo, Hannu (1986) The Legitimacy of the Welfare State: Social Security Opinions in Finland 1975–1985. Suomen Gallup Oy, Report n:o 15.
- Roos, J.P. (1988) Elämäntavasta elämäkertaan – Elämäntapaa etsimässä 2. Tutkijaliitto: Gummerus.
- Sihvo, Tuire & Uusitalo, Hannu (1995) Economic Crises and Support for the Welfare State in Finland 1975-1993. *Acta Sociologica* 38, 251-262.
- Suomen perustuslaki (731/1999).
- Svallfors, Stefan (1996) Välfärdsstatens moraliska ekonomi. Välfärdsopinionen i 90-talets Sverige. Umeå: Boréa.
- Svallfors, Stefan (1999) Political trust and attitudes towards redistribution. *European Societies* 1 (2), 241-268.
- Svallfors, Stefan (2004) Class, Attitudes and the Welfare State: Sweden in Comparative Perspective. *Social Policy and Administration* 38 (2), 119-138.
- Taylor-Gooby, Peter (2001) Sustaining welfare in hard times: Who will foot the bill? *Journal of European Social Policy* 11 (2), 133-147.
- Teperi, Juha & Vuorenkoski, Lauri & Manderbacka, Kristiina & Ollila, Eeva & Keskimäki, Ilmo (toim.) (2006) Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: Stakes.
- THL (2010) Yksityinen palvelutuotanto sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen Virallinen Tilasto, Sosiaaliturva. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. www.thl.fi/yksityinenpalvelutuotanto. [31.3.2010.]
- Tritter, Jonathan (2009) Vallankumous vai hidas muutos – Miten ymmärtää kansalaisten ja potilaiden osallistumista? Teoksessa: Koivusalo, Meri & Ollila, Eeva & Alanko, Anna (toim.). Kansalaisesta kuluttajaksi : Markkinat ja muutos terveydenhuollossa. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 210-226.

LIITETAULUKOT

LIITETAULUKKO 1. Näkemykset sosiaaliturvan tasosta (%).

Muuttuja	Miehet			Naiset		
	Liian korkea	Sopiva	Liian matala	Liian korkea	Sopiva	Liian matala
Ikä						
–25	16	56	28	6	46	48
25–34	17	52	31	12	54	34
35–49	21	51	28	17	50	33
50–64	14	50	36	16	47	37
65–79	15	53	32	13	45	42
Koulutus						
Perusaste	14	50	36	12	49	39
Keskiaste	13	48	39	12	47	41
Korkea-aste	22	56	22	19	49	32
Tulot						
I Alin	14	36	50	8	46	46
II	17	49	34	16	46	38
III	15	47	38	13	45	42
IV	14	54	32	11	55	34
V Ylin	20	62	18	23	48	29
Pääasiallinen toiminta						
Työssä	18	55	27	16	51	33
Eläkkeellä	13	51	36	13	44	43
Muut	17	30	53	11	44	45
Terveydentila						
Hyvä	19	51	30	15	50	35
Keskink./huono	11	51	38	14	43	43
Siviilisäät						
Naimaton	17	49	34	10	57	33
Avo/avioliitossa	17	52	31	15	49	36
Leski/muut	11	47	42	17	37	46
Asuinalue						
Kaupunkikeskus	18	49	33	13	53	34
Esikaupunkialue	15	53	32	15	46	39
Kuntakeskus	21	46	33	17	42	41
Maaseutu, kylä	16	52	32	14	53	33
Elämänlaatu						
Huono/Eos	10	42	48	12	42	46
Hyvä	18	53	29	15	49	36
Elinvaihe						
1 henkilö	16	47	37	14	47	39
2 henkilöä	16	53	31	14	47	39
Pari ja lapsia	18	57	25	14	53	33
Yksinhuoltaja	—*	—	—	25	30	45
Yhteensä	16	52	32	15	48	37

* Osuutta ei voida laksea vastaajien pienestä lukumäärästä johtuen.

LIITETAULUKKO 2. Näkemykset sosiaaliturvan tasosta, vaikka se johtaisi verojen korottamiseen (%).

Muuttuja	Miehet			Naiset		
	Liian korkea	Sopiva	Liian matala	Liian korkea	Sopiva	Liian matala
Ikä						
-25	44	28	28	61	18	21
25-34	62	12	26	65	16	19
35-49	56	14	30	63	13	24
50-64	70	13	17	67	18	15
65-79	70	21	9	74	16	10
Koulutus						
Perusaste	65	20	15	70	17	13
Keskiaste	64	15	21	68	16	16
Korkea-aste	65	13	22	64	15	21
Tulot						
I Alin	73	13	14	65	19	16
II	64	16	20	69	15	16
III	63	18	19	70	12	18
IV	67	15	18	69	14	17
V Ylin	61	14	25	61	19	20
Pääasiallinen toiminta						
Työssä	60	15	24	64	16	21
Eläkkeellä	72	18	11	72	18	10
Muut	64	8	28	68	14	18
Terveydentila						
Hyvä	63	15	22	66	15	19
Keskink./huono	68	15	17	69	18	13
Siviilisäät						
Naimaton	63	17	20	63	19	18
Avo/avioliitossa	65	15	20	67	16	17
Leski/muut	69	18	13	68	15	17
Asuinalue						
Kaupunkikeskus	67	15	18	69	16	15
Esikaupunkialue	63	15	22	67	15	18
Kuntakeskus	69	14	17	61	19	20
Maaseutu, kylä	63	18	19	67	16	17
Elämänlaatu						
Huono/Eos	68	16	16	69	19	12
Hyvä	64	15	21	66	16	18
Elinvaihe						
1 henkilö	64	18	18	66	18	16
2 henkilöä	68	16	16	70	14	16
Pari ja lapsia	59	13	28	61	17	22
Yksinhuoltaja	—*	—	—	50	5	45
Yhteensä	65	15	20	67	16	17

* Osuutta ei voida laksea vastaajien pienestä lukumäärästä johtuen.

LIITETAULUKKO 3. Näkemykset verovarojen kohdentamisesta eri alueille nykyistä enemmän (%).

Muuttuja	Miehet			Naiset		
	Terveydenhoitoon	Sosiaali- palveluihin	Tulon- siirtoihin	Terveydenhoitoon	Sosiaali- palveluihin	Tulon- siirtoihin
Ikä						
-25	36	28	8	48	57	21
25-34	52	47	20	61	56	13
35-49	54	33	12	58	50	14
50-64	54	34	14	62	50	21
65-79	52	41	19	66	50	20
Koulutus						
Perusaste	56	39	15	63	51	20
Keskiaste	58	41	19	64	59	23
Korkea-aste	45	31	11	56	44	12
Tulot						
I Alin	62	41	30	66	52	25
II	60	43	19	61	59	19
III	47	34	12	60	53	18
IV	55	39	13	56	46	16
V Ylin	46	31	9	59	46	12
Pääasiallinen toiminta						
Työssä	52	35	11	58	50	15
Eläkkeellä	52	40	19	69	52	21
Muut	56	37	26	56	55	25
Terveydentila						
Hyvä	51	35	14	58	51	16
Keskink./huono	56	40	17	66	53	22
Siviilisäät						
Naimaton	55	37	14	61	49	16
Avo/avioliitossa	52	37	15	59	52	17
Leski/muut	57	36	22	64	52	23
Asuinalue						
Kaupunkikeskus	58	38	15	58	50	18
Esikaupunkialue	50	38	16	61	54	17
Kuntakeskus	51	38	18	68	53	21
Maaseutu, kylä	56	32	12	54	45	18
Elämänlaatu						
Huono/Eos	57	40	22	65	50	19
Hyvä	52	36	14	60	52	18
Elinvaihe						
1 henkilö	55	36	16	62	50	19
2 henkilöä	54	36	16	63	51	19
Pari ja lapsia	46	40	11	55	53	13
Yksinhuoltaja	—*	—	—	70	63	30
Yhteensä	53	37	15	60	51	18

*Osuutta ei voida laskea vastaajien pienestä lukumäärästä johtuen

LIITETAULUKKO 4. Näkemykset sosiaali- ja terveystalvelujen tuottamisvastausta (%).

Muuttuja	Miehet			Naiset		
	Universa- listit	Synergistit	Liberalistit	Universa- listit	Synergistit	Liberalistit
Ikä						
-25	44	34	22	58	25	17
25-34	57	28	15	53	30	17
35-49	55	36	9	62	33	5
50-64	62	33	5	55	43	2
65-79	65	29	6	61	35	5
Koulutus						
Perusaste	55	41	4	59	38	3
Keskiaste	63	31	5	54	39	7
Korkea-aste	58	28	14	61	32	7
Tulot						
I Alin	63	30	7	61	35	5
II	63	31	6	62	31	6
III	58	38	4	60	35	4
IV	61	32	7	55	36	9
V Ylin	57	29	14	54	40	6
Pääasiallinen toiminta						
Työssä	60	31	9	57	37	6
Eläkkeellä	51	40	9	58	31	12
Muut	63	31	6	60	36	4
Terveystila						
Hyvä	57	34	9	58	35	7
Keskink./huono	66	28	5	59	38	3
Siviilisääty						
Naimaton	58	30	12	55	36	9
Avo/avioliitossa	59	33	7	57	36	6
Leski/muut	67	28	5	65	33	2
Asuinalue						
Kaupungin keskusta	58	40	6	60	35	5
Esikaupunkialue	62	29	9	59	34	7
Kuntakeskus	61	32	7	58	36	6
Maaseutu, kylä	54	37	8	54	39	6
Elämänlaatu						
Huono/Eos	68	25	8	59	37	4
Hyvä	58	34	8	58	36	7
Elinvaihe						
1 henkilö	60	30	10	59	34	7
2 henkilöä	62	32	6	57	37	6
Pari ja lapsia	56	31	13	56	36	8
Yksinhuoltaja	100	0	0	63	31	6
Yhteensä	60	32	8	58	36	7

Kannustin- ja byrokratialoukut suomalaisessa sosiaaliturvassa

Kannustimet ovat keskeisellä sijalla taloustieteissä, jota usein kuvataankin tieteenksi, joka tutkii taloudellisia kannustimia ja niiden vaikutuksia. Taustalla on ajatus ihmisestä rationaalisenä toimijana, joka tekee valintoja, jotka ovat hänelle taloudellisesti kannattavimpia. Taloudellisilla kannustimilla voidaan näin katsoa olevan mahdollista ohjata ihmisten valintoja ja käyttäytymistä. Sosiaaliturvajärjestelmä on massiivinen taloudellisia kannusteita muokkaava järjestelmä yhteiskunnassa. Sen rahoittamiseksi verotetaan lähes joka toinen taloudessa liikkuva euro, ja nämä verotulot jaetaan uudestaan kansalaisille etuuksina ja palveluina (ks. Pasi Moisioin artikkeli sosiaali- ja terveystieteiden rakenteesta tässä kirjassa).

Ei ole lainkaan yhdentekevää, millaisiin valintoihin verotus- ja sosiaaliturvajärjestelmä kannustaa esimerkiksi työn vastaanottamisessa, elintavoissa tai asuinpaikan valinnassa. Alkoholi- ja tupakkaveroilla pyritään eksplisiittisesti ohjaamaan tiettyihin kulutusvalintoihin. Verotusjärjestelmällä on kannustinvaikutuksia lukemattomiin muihin valintoihin suoraan tai välillisesti. Sosiaaliturvajärjestelmän kannustimien eräänlaisena ohjaavana periaatteena on ollut, että omilla valinnoilla täytyy pystyä parantamaan omaa taloudellista asemaansa. Käytännössä tämä sääntö on kääntynyt muotoon, että työn teon täytyy aina kannattaa.

Tähän periaatteeseen liittyviä ongelmia kutsutaan yleisesti kannustinloukuiksi. Sosiaaliturvajärjestelmän sisältämät työn tekemistä tai vastaanottamista haittaavat kannustinloukut voidaan karkeasti kahteen ryhmään eli tulo- ja byrokratialoukuihin. Tuloloukku on tilanne, jossa verotuksen ja sosiaaliturvan yhteisvaikutuksen vuoksi ansiotulojen lisäys ei lisää käteen jääviä tuloja. Tuloloukun alalajina on työttömyysloukku, jossa työn vastaanottaminen ei lisää käteen jääviä tuloja.

Byrokratialoukuilla tarkoitetaan vastaavasti etuuksien ja pienten ansiotulojen yhteensovituksesta syntyvää paperisotaa ja asiointipakkoa, etuuksien viivästy- mistä ja tukien maksatuksen katkeamisvaaraa, jotka kaikki toimivat negatiivisina kannusteina työn vastaanottamisen. Voidaan olettaa, että byrokratialoukkujen ei tarvitse olla todellisia, sillä jo pelkkä työttömän oletus niiden olemassa olosta voi toimia negatiivisena kannusteena.

Kannustinloukkukeskustelu rantautui Suomeen 1990-luvun laman aikana. Vuonna 1996 hallitus asetti kannustinloukkutyöryhmän, jonka loppuraportissa (Kannustinloukkutyöryhmän loppuraportti 1996) ehdotettiin muun muassa ansiotulojen marginaaliverojen alentamista ja useiden keskeisten etuuksien mää- räytymisperusteiden muuttamista kannustavammiksi. Vuonna 2001 tuli voimaan laki kuntouttavasta työtoiminnasta. Kuntouttavalla työtoiminnalla pyritään akti- voimaan pitkäaikaistyöttömiä, jotka saavat työmarkkinatukea tai toimeentulotu- kea. Vuoden 2010 alusta kuntouttavaan työtoimintaan osallistuminen tuli velvoit- tavaksi.

Vuonna 2006 tuli voimaan työmarkkinatukiuudistus, jossa tuki voidaan lak- kauttaa toistaiseksi tai kokonaan, jos työtön ei 500 työmarkkinatukipäivän jäl- keen ole valmis osallistumaan tarjottuihin työvoimapolitiisiin toimenpiteisiin. Työmarkkinatukiuudistuksen yhteydessä työmarkkinatuen ja toimeentulotuen rahoitusvastuu jaettiin puoliksi valtion ja kuntien kesken yli 500 päivää työmark- kinatukea saaneiden kohdalla, kun aiemmin valtio rahoitti kokonaan työmark- kinatukimenot. Aktivointitoimenpiteen ajalta työmarkkinatuen maksaa valtio kokonaan. Uudistus voimisti kuntien taloudellista intressiä aktivoida työmarkki- natukea saavia työttömiä erilaisin aktiivitoimin. Aktivointitoimenpiteiden velvoit- tavuus koskee nykyään myös ansiosidonnaista tukea tai peruspäivärahaa saavia. Sata-komitea asetettiin vuonna 2007, ja sen tavoitteena oli selkeyttää sosiaalitur- vajärjestelmää ja edistää kannustavuutta. Komitea ehdotti muun muassa työmark- kinatuen tarveharkinnan poistamista sekä aktivointilisää työttömyysturvaan.

Tässä artikkelissa luomme yleiskatsauksen kannustimiin sekä tulo- ja byro- kratialoukkuihin suomalaisessa sosiaaliturvassa. Keskitymme ennen kaikkea ta- loudellisiin kannustimiin työvoimapolitiikan ja työttömyyden viitekehyydessä, eli siihen, miten työtöntä kannustetaan ja aktivoidaan pyrkimään kohti työllisyyttä. Lopuksi pohdimme, mihin ongelmiin voidaan törmätä, jos oletetaan työttömien reagoivan taloudellisiin kannusteisiin puhtaasti teorian ennustamalla tavalla. Tar- kastelemme HYPA 2004 ja 2006 -kyselyjen¹ avulla sosiaalisen luottamuksen tasoa työttömien ja työssäkäyvien keskuudessa sekä heidän näkemyksiään siitä, mitä he haluaisivat tehdä, mikäli se olisi taloudellisesti mahdollista. Ihmiset, joilla on epä- luottamus muita ihmisiä, heidän motiivejaan ja yhteiskuntaa kohtaan, reagoivat todennäköisesti eri tavalla kannusteisiin ja sanktioihin kuin rationaalisesti käyt- täytyvät *homo oeconomicukset*.

Taloudelliset kannustimet sosiaaliturvassa

Yksilöiden taloudelliset kannustimet liittyvät yleensä etuus- ja verotusjärjestelmään. Työnteon kannustimina voidaan pitää veronkevennyksiä, sosiaaliturvan tuloharkinnan lievennyksiä, työllistymisen palkitsemista ja myös tulonsiirtojärjestelmän yksinkertaistamista päällekkäisiä etuja vähentämällä (Parpo 2004, 100). Kannustimet voivat olla positiivisia eli ”porkkanoita”, joiden tarkoituksena on houkutella työttömiä hakemaan aktiivisesti työtä tai hakeutumaan työllistymistä edistäviin toimenpiteisiin. Kannustimet voivat olla myös negatiivisia eli ”keppejä” tai sanktioita, jotka toimivat pelotteen tai rangaistuksen logiikalla.

Keskeisimmät perustyöttömyysturvan ja toimeentulotuen kannustinrakenteet ovat kohdennetut veronkevennykset, ylläpitokorvaus, toimintaraha ja aktivointilisä sekä etuoikeutettu tulo. Verotusta ja varsinkin kohdennettuja veronkevennyksiä voidaan pitää tärkeinä kannustimina työn teolle. Antti Parpon (2004) tutkimustulosten mukaan veronkevennykset pienentävät työttömyysloukkuja enemmän yksinasujilla ja parisuhteessa elävillä lapsiperheillä. Yleisillä tai kohdennetuilla veronkevennyksillä ei kuitenkaan voida poistaa työttömyysloukkuja, vain siirtää niitä paikasta toiseen (mt.).

Työvoimapolitiittisiin toimenpiteisiin ja kuntouttavaan työtoimintaan osallistuvalla maksetaan ylläpitokorvausta ja toimintarahaa työttömyysturvan tai toimeentulotuen lisäksi kannustimena osallistua tällaiseen aktivoivaan toimintaan. Ylläpitokorvaus ja toimintaraha ovat verottomia etuuksia, ja niitä maksetaan niiltä päiviltä, joina asiakas osallistuu toimintaan. Ylläpitokorvaus tuli käyttöön vuonna 2006. Työvoimapolitiittisiin toimenpiteisiin osallistuva saa ylläpitokorvausta tai toimintarahaa yhdeksän euroa päivässä. Työvoimakoulutukseen osallistuvalla voidaan myöntää myös korvausta matka- ja muista ylläpitokustannuksista, jotka aiheutuvat koulutukseen hakemisesta ennen koulutuksen alkamista.

Aktivointilisällä tarkoitetaan korotusosaa peruspäivärahaan ja työmarkkinatukeen, jos työtön osallistuu koulutukseen tai muihin työkykyä tukeviin toimiin. Aktivointilisä tuli käyttöön vuoden 2010 alusta ja sen suuruus on tällä hetkellä 100 euroa kuukaudessa. Aktivointilisän tarkoituksena on kannustaa työtöntä osallistumaan työllistymistä edistäviin toimenpiteisiin. Vähävaraiselle nämä tukimuodot voivat olla suuri lisä kuukausituloihin. Kuitenkin yksi aktivointilisään liittyvä ongelma on se, että se otetaan tällä hetkellä huomioon toimeentulotukea laskettaessa; toimeentulotukea saavilla työttömillä aktivointilisä leikkautuu toimeentulotuessa pois.

Toimeentulotuessa huomioidaan käytännössä kaikki kotitalouden tulot. Tämä tarkoittaa, että kotitalouden tulonlisäys leikkautuu yleensä pois kokonaan, lukuun ottamatta pientä etuoikeutettua tuloa. Etuoikeutettu tulo tarkoittaa sitä, että osa ansiotuloista jätetään huomioimatta tulona, kun toimeentulotukea myönnetään (toimeentulotukilain 11 § 3 momentti). Kotitaloutta kohti jätetään huomioimatta vähintään 20 prosenttia ansiotuloista, kuitenkin enintään 150 euroa kuukaudessa. Etuoikeutetulla ansiotulolla halutaan antaa toimeentulotukiasiakkaalle mahdol-

lisuus parantaa toimeentuloaan vähäisillä ansioilla ja helpottaa työelämään kiinnittymistä. Yhden hengen- ja yksinhuoltajakotaloudet ovat hyötäneet eniten etuoikeutetusta tulosta. Etuoikeutettu tulo lisää käytettävissä olevia tuloja niillä, joilla on työtuloja ja lisää siten tuen kannustavuutta ja poistaa tilanteita, joissa nettotulot eivät kasva lainkaan toimeentulotuen saajalla. (Hiilamo ym. 2004, 5.)

Sanktioilla pyritään velvoittamaan ja aktivoimaan tukien saajia osallistumaan aktivointitoimenpiteisiin. Osallistumisesta kieltäytyminen voi johtaa tuen pienentämiseen tai jopa sen menettämiseen. Työ- ja elinkeinohallinnolla ja kuntien sosiaalitoimilla on omat sanktionsa erilaisille työllistämistoimenpiteille. Työ- ja elinkeinohallinnolla sanktiot riippuvat osaksi työttömän statuksesta; kuinka kauan hän on saanut työttömyystukea, saako hän ansiosidonnaista päivärahaa tai peruspäivärahaa vai työmarkkinatukea. Työmarkkinatukea saavalla on enemmän velvoitteita kuin ansiosidonnaista päivärahaa saavalla, esimerkiksi velvoite osallistua aktivointisuunnitelman tekemiseen. Velvoittavuus lisääntyy työttömyyden pitkeytyessä.

Työttömän on osallistuttava työllistymis- ja aktivointisuunnitelmien tekoon. Suunnitelma tehdään yhdessä asiakkaan, työ- ja elinkeinohallinnon virkailijan ja aktivointisuunnitelmassa myös kunnan sosiaalitoimen työntekijän kanssa. Suunnitelmat velvoittavat asiakasta ja viranomaisia toimimaan suunnitelman mukaan ja suunnitelman toteuttamatta jättämisestä seuraa sanktioita työttömälle. Työtön voi saada kieltäytyessään työvoimapolitiisesta toimenpiteestä tai suunnitelman tekemisestä ”karenssin”, jolta ajalta hän ei saa työttömyyskorvausta. Tällöin hän voi hakea toimeentulotukea kunnan sosiaalitoimesta. Jos kieltäytymisiä on useampia, työtön voi saada sanktiona työssäoloehdon, jolloin hänen täytyy osallistua työvoimapolitiiseen toimenpiteeseen tai olla palkkatyössä tietty aika. Työvoimapolitiisesta lausunnosta riippuen vaadittava aika palkkatyössä on 3–5 kuukautta, jonka jälkeen hän saa takaisin työttömyysturva-oikeutensa. Kunnan sosiaalitoimi voi myös laskea hakijan toimeentulotukea 20 prosenttia, jos hakija kieltäytyy osallistumasta aktivointisuunnitelman tekemiseen. Toistuvasta kieltäytymisestä alentaminen voi olla korkeintaan 40 prosenttia. Alentaminen voi olla voimassa enintään kaksi kuukautta kerrallaan. (Kuntouttavan työtoiminnan käsikirja 2001.)

Kannustinloukut sosiaaliturvassa

Kannustinloukkuna pidetään kaikkia tilanteita, joissa työnteko on sosiaaliturvan ja verotuksen takia taloudellisesti kannattamatonta (Parpo 2004, 44). Keskeisimmät kannustinloukun tyypit ovat tulo- ja työttömyysloukut sekä byrokraatialoukut. Kannustinongelmia kohtaavat todennäköisemmin ihmiset, jotka ovat heikosti kiinni työelämässä ja joilla on vähän palkkatuloja (Rekrytointiongelmat... 2007, 320). Työttömyysloukku syntyy, kun työttömän eri etuuksista saamat tulot ovat niin suuria suhteessa työstä saataviin ansiotuloihin, ettei synny kannustetta ottaa vastaan työtä. Tulojen on noustava suuremmiksi kuin työssäkäynnistä aiheutuvat

kiinteät kulut, jotta työn tekeminen olisi kannattavaa taloudellisesti. Työllistymisestä on myös muita, ei taloudellisesti mitattavia kustannuksia, merkittävimpänä vapaa-ajan menetykset. Myös kotitalouden koko vaikuttaa työnteon kannustavuuteen. Monet sosiaalietuudet määräytyvät kotitalouden koon mukaan, joten mitä suurempi kotitalous ja mitä useampia etuuksia saadaan eri lähteistä, sitä suuremmiksi perheen tulot (tulonsiirroista) muodostuvat ja sitä suuremmaksi kynnyksensä vastaan työtä kasvaa. (Parpo 2004, 44–45.)

Kannustinloukkujen arvioinnissa yksi keskeinen käsite on *efektiivinen marginaaliveroaste*. Se kertoo, miten paljon bruttotulojen lisäyksestä jää saamatta kasvavien tuloverojen, pienenevien etuuksien ja kasvavien palvelumaksujen vuoksi. Lisätyön tekemisen myötä verot ja palvelumaksut nousevat ja tulosisidonaiset etuudet pienenevät, ja ne pienentävät lisätyöstä saatua nettohyötyä (esim. Viitamäki & Laitila 2009). Esimerkiksi 80 prosentin marginaaliveroaste tarkoittaa, että yhden lisäeuron ansaitsemisesta käteen jäävä tulo lisääntyy 20 sentillä. Kotitalouden voidaan sanoa olevan tuloloukussa ainakin siinä vaiheessa, kun efektiivinen marginaaliveroaste nousee 100 prosenttiin. Vastaava käsite työttömyysturvan puolella on niin kutsuttu *kynnyspalkka*, jolla tarkoitetaan bruttopalkkaa, joka on sama kuin käytettävissä oleva tulo työttömänä ollessa. Kynnyspalkka kuvaa siis palkkarajaa, jonka jälkeen työstä saatava palkka hyödyttää taloudellisesti. (Hiilamo 2003b.)

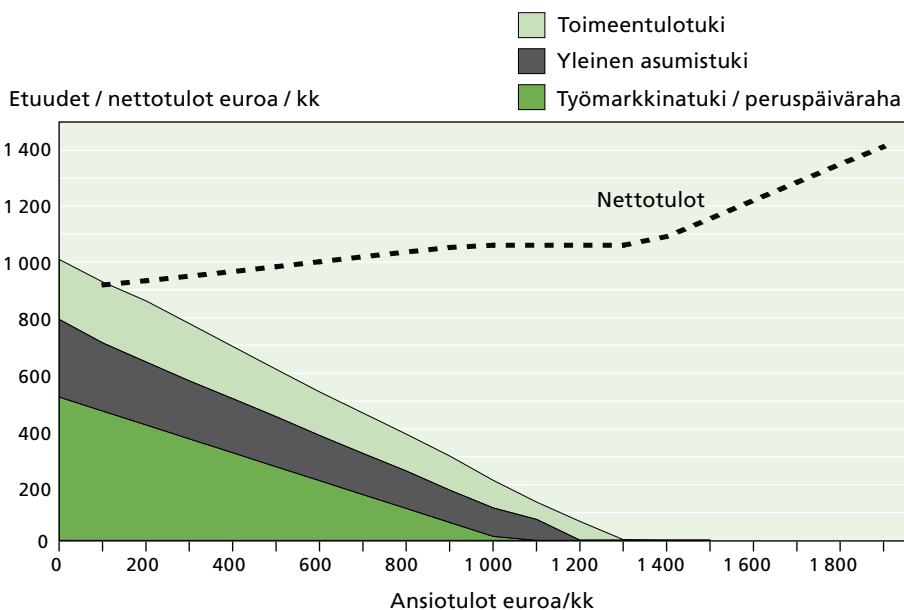
Parpo (2004) on tehnyt kattavan tutkimuksen kannustinloukkujen yleisyydestä 2000-luvun alun Suomessa. Hänen tutkimuksensa mukaan noin 13 prosenttia työttömien kotitalouksista on työttömyysloukussa, kun rajana käytetään vähintään 80 prosentin marginaaliveroastetta. Vain muutama prosentti työttömien kotitalouksista oli 100 prosentin marginaaliveroasteen loukussa. Samansuuntaiseen tulokseen päädyttiin myös Valtioneuvoston kanslian tutkimuksessa (2007), jonka mukaan vakavat kannustinloukut ovat suhteellisen harvinaisia. Vähintään 80 prosentin marginaaliveroasteen loukussa oli tutkimuksen noin 17 prosenttia työttömistä ja alle 4 prosenttia työttömistä ei hyötyisi työllistymisestä lainkaan taloudellisesti. Noin 10 prosenttia työmarkkinatuen ja peruspäivärahan varassa olevista on työttömyysloukussa. (Rekrytointiongelmia... 2007, 106–108.) Suomessa tehtyjen tutkimusten mukaan työnteon kannustavuus on yleisesti parantunut 1990-luvun alun tilanteeseen verrattuna tehtyjen uudistusten sekä perusturvan tasokorotusten niukkuuden vuoksi. Perusturvan taso on jäänyt jälkeen noin 30 prosenttia yleisestä tulokehityksestä (Moisio 2009.).

Ansioitua saavilla kannustinloukun todennäköisyys on noin kaksinkertainen verrattuna muuta tukea saaviin työttömiin. Työttömyysloukut eivät kosketa kaikkia työttömiä, ja kokopäivätyön vastaanottaminen on useimmiten kannattavaa. Kannustinloukkuja toimeentuloturvaetuuksista syntyy kuitenkin sen suhteen, kannattaako ottaa lyhytaikaista keikkatyötä. (Parpo 2004, 88–92.) Vakavat kannustinloukut ovat suhteellisen harvinaisia. Ongelmat ovat pikemminkin työttömien heikko kysyntä työmarkkinoilla eli sopivien työpaikkojen vähäinen määrä ja se, että työttömien valmiudet eivät vastaa niitä töitä, joita työnantajilla on käyville työvoim-

makustannuksilla tarjolla. (Rekrytointiongelmat... 2007, 106–108.) Myös asumisen kalleus ja asuntojen (varsinkin vuokra-asuntojen) heikko saatavuus vaikuttaa pääkaupunkiseudulle ja muihin kasvukeskuksiin suuntautuvaan muuttoliikkeeseen ja työn vastaanottamisen kannattavuuteen muutettaessa muualta Suomesta kasvukeskuksiin. Työttömyyskorvaus saattaa tuottaa yhtä hyvän nettotulon asumiskustannusten jälkeen kuin saatava palkka korkeiden asumiskustannusten alueella.

Mielenkiintoinen tulos Parpon (2007) tutkimuksessa oli, että moni työttömyysloukussa olleista valitsi työnteon, vaikka se ei lisännyt heidän käteen jääviä tulojaan lainkaan. Tämä ei ole yllättävä tulos, kun huomioidaan se, että työstä seuraa tekijälleen yleensä myös muuta hyötyä kuin toimeentulo lyhyellä aikavälillä. Työpaikasta seuraa usein muita niin subjektiivisia tai pitkän aikavälin etuja, kuten yhteiskunnallinen status, työterveydenhuolto ja ansioturvan sekä -eläkkeen karttuminen. Tutkimuksen mukaan pitkäaikaistyöttömille kynnyispalkka työnteon kannattamiseksi oli keskimäärin noin 1500 euroa kuukaudessa. Kannustinloukkujen eniten vaikuttavia tekijöitä ovat toimeentulotuki, soviteltu työttömyyspäiväraha, työmarkkinatuen tarveharkinta puolison tulojen mukaan, asumistuki sekä verotus.

Tulo- ja työttömyysloukut suomalaisessa sosiaaliturvassa kiertyvät ennen kaikkea sosiaaliturvan ja pienten ansiotulojen yhteensovitukseen. Kuviossa 1 on esitetty laskennallisesti KOTO-mallin avulla yksinasuvan pitkäaikaistyöttömän sosiaaliturvaetuuksien ja pienten ansiotulojen yhteensovitus. Vaakasuoraa akselia oikealle siirryttäessä voidaan tarkastella, kuinka ansiotulojen kasvu vaikuttaa työttömän



Lähde: Koto-malli 2007. Yksinasuva Helsingissä, kuuluu kirkkoon, asumistuen enimmäismäärä.

KUVIO 1. Sosiaaliturvan ja pienten ansiotulojen yhteensovitus yksinasuvalla työttömällä.

saamiin tulonsiirtoihin sekä käteen jääviin tuloihin. Kuvioista havaitaan, että työmarkkinatuen, asumistuen ja toimeentulotuen yhteisvaikutuksen seurauksena työttömän käteen jäävät tulot eivät kasva paljoakaan alle 1400 euron ansiotuloilla. Käteen jäävät tulot kasvavat työttömällä vain alle 200 euroa kuukaudessa ansiotulojen kasvaessa nollassa eurosta 1400 euroon. Vasta 1400 euron bruttopalkan jälkeen nettotulot alkavat kasvaa noin tuhannesta eurosta ylöspäin.

Byrokraloukut sosiaaliturvassa

Byrokraloukuilla tarkoitetaan erilaisten hallinnollisten asiointipakkojen ja toimenpiteiden aiheuttamia negatiivisia kannusteita (lyhyen) työn vastaanottamisen. Lyhyet keikkatyöt aiheuttavat työttömälle (ja työntajalle) usein paperityötä ja eri etuuksien uudelleen käsittelyä, minkä seurauksena tulojen arviointi vaikeutuu. Sosiaaliturvan määräytymisen perusteet ovat monimutkaisia ja palkkatulojen vaikutusta kokonaistuloihin on vaikeaa arvioida, koska verotus ja eri tukien maksuperusteet muuttuvat. Tämän kokonaisuuden vaikutusta tuloihin on vaikea arvioida ennalta. (Parpo 2004, 46–47.) Kyse on sosiaaliturvajärjestelmän monimutkaisuudesta, kankeudesta ja yhteensovituksen ongelmista, joita ei voida koskaan kokonaan poistaa.

Työttömyysturvan hakijan täytyy liittää palkkatodistukset tukihakemuksiin niiltä päiviltä, jolloin hän on ollut töissä. Palkkatodistukset täytyy toimittaa, jotta hakemus voidaan käsitellä. Tässä voi tulla ongelmia, mikäli työnantaja ei toimita palkkatodistusta ajallaan. Jos henkilö ei pysty esittämään tehtyjä työtunteja ja säännöllistä työaika, (esimerkiksi provisiotuloiset), törmätään ongelmiin sovitellun päivärahan ja työmarkkinatuen maksamisessa. Lyhytaikaisen työsuhteen vaikutus työttömyysetuuteen ja varsinkin ansiosidonnaiseen työttömyysturvaan voi olla ”maallikolle” vaikea selvitystehtävä. Myös vapaaehtoistyö voi vaikuttaa jopa niin, että työttömyysturva evätään kokonaan. Toimeentulotuesta tai työttömyystuista tehtävät valitusprosessit kestävät pitkään.

Viranomaisilta voi olla myös etukäteen vaikeaa saada tietoa, mikä tulee olemaan uudelleenlaskettujen etuuksien määrä työhönmenon jälkeen. Sen vuoksi nettotulojen kasvua on vaikea arvioida etukäteen ja lyhytaikaisen tai epävarman työn vastaanottaminen on riskialtista. Hallinnollisia vaikuttavia tekijöitä ovat hakemusmenettelyt, hakemusten käsittelyajat, tukien maksupäivät, palautus- ja perintäkäytännöt, ilmoitusvelvollisuus. Tarveharkinnan menettelyt ja säännöt vaihtelevat eri etuuksissa. (Hiilamo 2003a, 298, 309.) Oma erityinen ongelmansa on se, että ansiotulot otetaan huomioon viiveellä, jonka seurauksena tulot kasvavat ensin voimakkaasti kotitalouden saadessa palkkaa ja etuutta samanaikaisesti. Työssäkäynti alentaa esimerkiksi asumistukea vasta kolmen kuukauden kuluttua sen alkamisesta. Työttömäksi jäännin jälkeen on myös viive ennen kuin tuki on uudelleen käsitelty, jolloin asumistuki on jonkin aikaa liian pieni. Liikaa maksettuja tukia voidaan myös periä takaisin, joskus jopa kuukausia työkeikan jälkeen.

Stakesin toimeentulotukea koskevassa haastattelututkimuksessa (Karjalainen ym. 2003) selvitettiin viranomaisten ja toimeentulotukiasiakkaiden näkemyksiä toimeentulotuen kannustavuudesta. Tutkimuksen mukaan etuuksien päällekkäisyys usein estää työssäkäyntiä, kun lisätulot pienentävät tukia tai nostavat päivähoitomaksuja. Suurempana ongelmana työttömät pitivät kuitenkin pienten tulojen mukanaan tuomaa epävarmuutta toimeentulosta. Pienten ansiotulojen seurauksena etuudet voivat katketa, maksatus viivästyä uudelleenlaskennan päätöstä odotellessa ja mahdollinen tukien takaisinperintä kuukausia jälkepäin on vaikeasti ennakoitavissa. Toimeentulotuessa huomioidaan lisäksi jälkikäteen kaksi kuukautta ansiotuloja, huolimatta siitä olivatko ne olleet tiedossa toimeentulotuesta päätettäessä. Toimeentulon ennakointia ja takaisinperintää vaikeuttaa lisäksi se, että työttömillä ei välttämättä ole säästöjä, joihin turvata. (Hiilamo 2003a, 295.)

Kannusteiden ongelmista

Ihmisten valintoihin vaikuttavat tietenkin monet muutkin tekijät kuin taloudelliset kannustimet, kuten tarve omanarvontuntoon ja yhteenkuuluvuuteen. Lisäksi ihmiset arvottavat hyvin eri tavalla esimerkiksi vapaa-aikansa tai riippumattomuutensa. Sosiaaliturvan luomat tuloloukut tai vapaa-ajan priorisointi eivät välttämättä ole voimakkaita työllistymisen esteitä. Kannustintutkimusten mukaan kannustimet vaikuttavat työvoiman tarjontaan, mutta taloudellisten kannusteiden vaikutus ei ole niin voimakas kuin teoreettisista laskelmista voitaisiin olettaa. Esimerkiksi yksinhuoltajat ja lapsiperheiden vanhemmat työllistyivät avoimille työmarkkinoille paremmin kuin yksinasuvat ja lapsettoman parin puoliset, vaikka kannustinlaskelmien mukaan tuloloukut ovat erityisesti lapsiperheiden ongelma (Hiilamo 2003b, 83–85.)

Voidaan myös pohtia, onko taloudellisilla kannusteilla ja aktiivisella työllisyystoimilla samanlainen vaikutus pitkään työttöminä olleiden valintoihin kuin hyvin toimeentulevien työssäkäyvien, saati teoreettisen homo oeconomicus -ihmisen valintoihin verrattuna. Pitkään työttömänä olleiden vaarana on syrjäytyminen. Voidaan olettaa, että taloudelliset kannustimet ja aktivointitoimet eivät välttämättä toimi tällaisessa elämäntilanteessa olevan kohdalla toivotulla tavalla (esim. Kortteinen & Tuomikoski 1998, 180). Kannustimella pyritään vaikuttamaan kohteen käyttäytymiseen ja valintoihin, joko palkiten tai sanktioiden. Kohteen täytyy kuitenkin uskoa ja luottaa siihen, että ottamalla vastaan esimerkiksi keikkatöitä hän pystyy parantamaan asemaansa, eli toimeentuloaan ja saamaan ehkä mahdollisuuden kokopäivätyöhön. Tämä vaatii suhteellisen paljon riskinottoa, luottamusta tulevaisuuteen, epävarmuuden ja stressin sietokykyä.

Sosiaalista luottamusta on mitattu HYPA 2004 ja 2006 -kyselyissä asenneväitännällä ”Paras olla luottamatta kehenkään”, johon vastaajia pyydettiin vastaamaan viisiportaisella Likert-asteikolla. Vuoden 2006 puhelinhaastattelussa väitteen

TAULUKKO 1. Vastaukset väitteeseen ”Parasta olla luottamatta kehenkään” sosioekonomisen aseman mukaan 2006.

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	ei samaa eikä eri mieltä	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä	Yht	Yht
	%	%	%	%	%	%	N
työssä tai osa-aikaeläkkeellä	6	15	5	44	30	100	2 646
perhevapaalla / hoitama omaa taloutta	5	14	2	41	38	100	125
työtön tai lomautettu palkatta	17	20	4	37	23	100	229
opiskelija tai koululainen	3	10	3	42	43	100	389
työkyvyttömyyseläkkeellä tai sairas	18	29	6	31	16	100	222
eläkkeellä iän/työvuosien perusteella	20	27	8	30	15	100	841
Yhteensä	9	18	5	40	27	100	
Yhteensä N	418	796	241	1 775	1 222		4 452

Lähde: HYPÄ 2006

kanssa täysin samaa mieltä oli keskimäärin 9 % vastaajista: työttömistä vastaajista 17 % ja työssä olevista 6 % (taulukko 1). Työttömistä siis lähes kolminkertainen osuus työssäkäyviin verrattuna vastaavat olevansa täysin samaa mieltä väitteen kanssa, että on parasta olla luottamatta kehenkään. Näyttää siltä, että mitä kauempana työmarkkinoista ollaan, sitä vähemmän muihin ihmisiin luotetaan. Työkyvyttömyyseläkkeellä, iän perusteella eläkkeellä tai sairaana olevilla täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä väitteen kanssa olevien osuudet olivat vielä työttömiäkin korkeammat.

Matti Kortteisen ja Hannu Tuomikosken (1998) tutkimuksen mukaan mitä vähemmän työtön luottaa muihin ihmisiin sitä todennäköisemmin hän sairastuu ja tätä kautta syrjäytyy. Ihmisen tarvitsee ainakin jonkin verran luottamusta muihin ihmisiin toimiakseen järkevästi, sillä luottamus antaa toiminnalle merkitystä. Kannusteet toimivat todennäköisesti paremmin sellaisiin, joilla on enemmän sosiaalista luottamusta, joiden elämä on hallinnassa ja jotka jo toimivat kohtuullisen ennakoitavasti. Ihmiseen, joka kokee paljon vastoinkäymisiä ja epäoikeudenmukaisuutta, voi olla vaikeampi vaikuttaa kannustimilla niin, että hän toimisi toivotulla tavalla. Byrokritia- ja työttömyysloukkuun joutunutta työtöntä, jonka sosiaalinen luottamus mennyt, on todennäköisesti hyvin vaikea kannustaa tai aktivoida – varsinkin mikäli oma kokemus kertoo, että lupauksilla ei ole katetta. Hän ei usko tai välitä sanktioiden uhasta tai positiivisista kannustimista, jolloin kannustamisen tavat eivät vaikuta häneen järjestelmän odottamalla tavalla. Pahimmassa tapauksessa kannustamisen ja aktivoinnin vaikutus voi olla jopa päinvastainen kuin on tarkoitus.

Sanktioiden taustalla on ajatus siitä, että pyritään saamaan ihmisiä tekemään jotain, mitä he eivät ilman sanktioita haluaisi tehdä. Työttömien kohdalla heitä pyritään motivoimaan työnetsintään. Taustalla saattaa olla oletusta, että osa työttömistä ei välttämättä haluaisi tehdä työtä, ellei tähän olisi jonkinlaista kannustetta. HYPÄ 2004 tiedonkeruun yhteydessä postihaastattelussa kartoitettiin epäsuorasti tätä kysymystä esittämällä vastaajille kysymys: ”Jos olisi taloudellisesti ja muutoin mahdollista, mitä seuraavista tekisitte mieluiten nykyisessä elämäntilanteessa?”. (Taulukko 2.) Yli puolet (58 %) vastanneista halusi tehdä työtä, joko kokopäivä-, osapäivä- tai lyhytaikaisia keikkatöitä tai toimia yrittäjänä. Vastaavasti työttömistä tai palkatta lomautetuista 71 % halusi tehdä mieluiten jotain työtä: kokopäivätyötä 46 %, osapäivätyötä 16 %, lyhyttä keikkatyötä 6 % ja toimia yrittäjänä 5%. Työttömistä ilmoitti haluavansa olla mieluiten työttömänä vain yksi prosentti. Työssä tai osa-aikaeläkkeellä olevista 71 % tekisi mieluiten töitä: 35 % tekisi mieluiten kokopäivätyötä, 25 % osapäivätyötä, 4 % lyhyttä työkeikkaa ja 9 % toimisi yrittäjänä. Myös työllisistä vain yksi prosentti ilmoitti olevansa mieluiten työtön, jos se olisi taloudellisesti mahdollista. Sekä työllisistä (11 %) että työttömistä (15 %) sangen suuri osuus ilmoitti haluavansa olla eläkkeellä, mikäli se olisi taloudellisesti mahdollista.

Voidaan pohtia sitä, syyllistetäänkö yksilöitä rakenteellisesta työttömyysongelmasta liian paljon. Varsinkin ns. vaikeasti työllistyvien tilanne on erityisen vaikea, koska suurella osalla heistä ammattitaito on vanhentunut tai sitä vastaavat tehtävät ovat hävinneet tai vähentyneet työmarkkinoilta. Osalla heistä varsinaista

TAULUKKO 2. Vastaukset kysymykseen ”Mitä tekisitte mieluiten nykyisessä elämäntilanteessa?” sosioekonomisen aseman mukaan 2004, %.

	Kokopäivätyötä	Osapäivätyötä	Lyhytaikaisia keikkatöitä	Toimisi yrittäjänä	Hoitaisi omaista/läheistä palkatta	Tekisi vapaaehtois-/yleishyödyll. työtä	Opiskelisi	Olisi eläkkeellä	Olisi työttömänä	Jotain muuta	Yht	Yht
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	N
työssä tai osa-aikaeläkkeellä	35	25	4	9	1	3	8	11	1	4	100	1707
perhevapaalla / hoitamasas omaa taloutta	17	25	7	4	8	5	12	7	0	15	100	84
työtön tai lomautettu palkatta	43	16	6	5	1	3	5	15	1	4	100	170
opiskelija tai koululainen	25	15	5	6	0	3	39	1	1	5	100	155
työkyvyttömyyseläkkeellä tai sairas	15	3	4	7	1	9	6	45	0	9	100	119
eläkkeellä iän/työvuosien perusteella	4	3	4	2	6	10	2	56	0	13	100	484
Yhteensä %	28	19	4	7	2	4	9	20	1	6	100	
Yhteensä N	757	519	117	191	62	116	232	539	14	172		2 719

Lähde: HYPÄ 2004

ammattikoulutusta ei ole hankittukaan. Ennen päästiin töihin ”kansakoulupohjalta”, nykyään vaatimattomampaa koulutustasoa vaativat tehtävät ovat häviämässä työmarkkinoilta. Yritykset ovat siirtäneet työvoimavaltaista tuotantoaan halvemman kustannustason maihin, suorittava työ on vähentynyt ja vaatimustaso osaamisen suhteen on kohonnut työmarkkinoilla.

Pohdinta

Tulo- ja byrokraloukkujen purkaminen sosiaaliturvasta ei ole yksinkertaista eikä edes kokonaan mahdollista. Mikäli lähtökohtana on kattava ja kohtuulliseksi katsottu sosiaaliturva, sen seurauksena syntyy aina jonkin asteisia tulo- ja byrokraloukkuja. Jos lievennetään etuuksien tulosidonnaisuutta, yhä parempituloiset saavat etuuksia ja kustannukset kasvavat. Jos etuuksia kohdennetaan pienituloisimmille, syntyy välttämättä korkeita marginaaliveroasteita. (Viitamäki & Laitila 2009, 12–13.) Kattava sosiaaliturva, joka ottaa huomioon yksilölliset elämäntilanteet, edellyttää vastaavasti monimutkaisen järjestelmän, jonka käänttöpuolella on byrokralia. Näin etenkin silloin, hieman paradoksaalisesti, kun toteutetaan yhdenvertaisen kohtelun periaatetta.

Aktivoinnissa on yhteiskunnan tasolla kyse poliittisista valinnoista, mutta yksilön tasolla järkeen ja tahtoon liittyvistä seikoista. Aktivoinnissa pyritään saamaan ihminen tahtomaan työn tekemistä. Tällä on kuitenkin rakenteellisia reunaehtoja, joista tärkein on se, että todellisia työpaikkoja tulisi olla tarjolla ihmisille. Pelkkä yksilöihin kohdistuva aktivointipolitiikka ei lisää työpaikkojen tarjontaa. (Kotiranta 2008.) Aktivointipolitiikkaa kohtaan on esitetty kritiikkiä, että se helposti yksilöllistää rakenteellista työttömyysongelmaa. Sanktiointi voi huonontaa heikoimmassa tilanteessa olevien asemaa ja lisätä heidän katkeruuttaan ja syrjäytymistään, mikäli ei ole työpaikkoja, joihin kannustamisella ajetaan.

Aktivoinnissa pyritään yksilö saamaan aktivoitumaan, eli herättämään hänessä jonkinlainen oman toimijuuden vahvistumisen tai voimaantumisen ”kipinä”. Tämä vaatii jonkinlaista positiivista, luottamusta herättävää työotetta ja kannustusta. Liian pitkälle menevä sanktiointi voi haitata vaikeassa asemassa olevan henkilön etenemistä, vaikka sanktioinnilla onkin oma paikkansa aktivoinnissa. Aktivoinnissa pitäisi kiinnittää huomiota yksilön vahvuuksiin ongelmien sijaan ja ottaa huomioon hänen yksilöllinen työ- ja toimintakykynsä, mutta myös ympäröivät rakenteelliset edellytykset.

Kannustinloukkujen todellisista ja konkreettisista vaikutuksista ihmisten käyttäytymiseen on varsin vähän tutkimustietoa. Töissä käydään, vaikka se ei olisikaan kannustavaa, eikä työhaluttomuuden ole todettu olevan merkittävä työttömyyden selittäjä. Tämänkin artikkelin HYPÄ-aineiston tarkastelu osoitti, että halu tehdä työtä työttömien keskuudessa on hyvin korkea. Sosiaaliturvajärjestelmän kannustinrakenteita sekä aktivointitoimia suunniteltaessa tulisi myös huomioida se, että

kannusteiden ja aktivoinnin kohteena olevat työttömät ja pienituloiset eivät välttämättä reagoi samalla tavalla taloudellisiin kannusteisiin ja sanktioihin kuin työssä käyvät ja turvatus toimeentulon omaavat. Luottamus muita ihmisiä ja julkisen vallan toimia kohtaan voi olla heikko pitkään työttömänä olleiden keskuudessa. Tätä tukevia tuloksia saatiin HYPÄ-aineiston pohjalla, joka osoitti luottamuksen olevan selvästi alempaa työttömien keskuudessa verrattuna työssäkäyviin. Sosiaalisen luottamuksen puuttuminen voi aiheuttaa sen, että työttömyysturvan taloudellisilla kannusteilla ja sanktioilla voi olla vähän vaikutusta kohteena olevien valintoihin. Pahimmassa tapauksessa kannustimien ja sanktioiden vaikutukset käyttäytymiseen voivat olla vastakkaisia niiden alkuperäisen tarkoituksen suhteen.

Viite

- 1) Kysymykset eivät olleet mukana vuoden 2009 kyselyssä.

Lähteet

- Hiilamo, Heikki (2003a) Sosiaaliturvan yhteensovittamisen kannustimet. Kansantaloudellinen aikakauskirja 3/2003.
- Hiilamo, Heikki (2003b) Työ kannustaa enemmän kuin laskelmat osoittavat. Yhteiskuntapolitiikka 68 2003:1 , 83–88.
- Hiilamo, Heikki & Karjalainen, Jouko & Kautto, Mikko & Parpo, Antti (2004). Tavoitteena kannustavampi toimeentulotuki. Tutkimus toimeentulotuen lakimuutoksista. Tutkimuksia 139. Helsinki: Stakes.
- Karjalainen, Jouko & Hiilamo, Heikki & Raivio, Helka (2003) Harkinta toimeentulotuessa: Toimeentulotuen muutosten arvioinnin väliraportti. Helsinki: Stakes.
- Kannustinloukkutyöryhmän loppuraportti (1996). Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 5/1996. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.
- Kortteinen, Matti & Tuomikoski, Hannu (1998) Työtön. Tutkimus pitkäaikaistyöttömien selviytymisestä. Helsinki: Tammi/Hanki ja Jää.
- Kotiranta, Tuija (2008) Aktivoinnin paradoksit. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Kuntouttavan työtoiminnan käsikirja (2006) Työministeriön julkaisuja 289 / Sosiaali- ja terveysministeriö, Oppaita 2001:8. Helsinki: Työministeriö ja Sosiaali ja terveysministeriö.
- Moisio, Pasi (2009) Vähimmäisturva ja köyhyysraja Suomessa. Avauksia 9/2009. Helsinki: Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos (THL).
- Parpo, Antti (2001) Tulonsiirtojärjestelmän synnyttämät tuloloukut. Raportti 262. Helsinki: Stakes.
- Parpo, Antti (2004) Kannustavuutta tulonsiirtojärjestelmään. Tulonsiirtojärjestelmän muutokset, kannustinloukut ja tulonjako. Tutkimuksia 140. Helsinki: Stakes.
- Parpo, Antti (2007) Työllistymisen esteet. Stake-sin raportteja 11/2007. Helsinki: Stakes.
- Rekrytointiongelmien, työvoiman tarjonta ja liikkuvuus (2007). Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 5/2007.
- Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) ehdotukset sosiaaliturvan uudistamiseksi (2009) Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:62.
- Viitamäki, Heikki, Laitila, Jussi (2009) Työnteon taloudelliset kannustimet. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus.

HYVINVOINTI JA
HYVINVOINTIEROT

Suomalaisten kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen

Suomalaisen hyvinvointipolitiikan tavoitteena on turvata kaikille kansalaisille tasa-arvoiset mahdollisuudet hyvinvointiin ja hyvään elämään. Tässä yhteydessä voidaan viitata Sosiaali- ja terveysministeriön asettaman maksupolitiikkaa pohtineen työryhmän mietinnössä lausuttuihin sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteisiin: ”Suomen terveyspolitiikan tavoitteena on pidentää ihmisten terveyttä ja toimintakykyistä elinaikaa, turvata jokaiselle mahdollisimman hyvä elämänlaatu sekä vähentää väestöryhmien terveyseroja ja ennenaikaista kuolleisuutta” (STM 2005). Keinoiksi nähdään hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja väestön toimintakyvyn tukeminen, eriarvoisuuden vähentäminen, köyhyyden ja syrjäytymisen torjuminen, erilaiset aktivoivat toimet sekä ympäristön terveellisyydestä ja turvallisuudesta huolehtiminen. Esimerkiksi sosiaalihuoltolain uudistamista pohtiva komitea toteaa väliraportissaan (STM 2010) seuraavaa: ”Sosiaalihuollon tarkoituksena on edistää ja ylläpitää yksilön, perheen sekä yhteisön hyvinvointia, toimintakykyä ja sosiaalista turvallisuutta. Tehtävänä on tarjota oikea-aikaisesti laadukkaita palveluja ja tukitoimia, vahvistaa osallisuutta, tasata hyvinvointieroja sekä ehkäistä syrjäytymistä ja köyhyyttä. Tavoitteena on turvata jokaiselle mahdollisuus ihmisarvoiseen elämään sen kaikissa vaiheissa.” Elämänlaadun ja hyvinvoinnin teoreettisessa kirjallisuudessa esimerkiksi Amartya Sen (1993 ja 2009) ja Anthony Giddens (2007) nostavat sosiaalisen oikeudenmukaisuuden toteutumisen hyvinvointipolitiikan onnistuneisuuden keskeiseksi kriteeriksi.

Yhteiskunnan onnistumista hyvinvointitavoitteiden saavuttamisessa on arvioitu jo 1900-luvun alkupuolelta mittaamalla kansantuotteen kehitystä. 1960-luvulla mukaan tulivat erilaiset normatiiviset, väestön hyvinvoinnin tilaa kuvaavat sosiaali-indikaattorit (esim. koulutustaso, tulotaso) ja 1970-luvulla subjektiivinen eli ihmisten kokemana hyvinvointi. Pohjoismaiselle hyvinvointitutkimukselle on ollut tyypillistä lähestyä hyvinvointia yksilön tarpeiden ja niiden tyydyttämiseen käytettävissä olevien resurssien funktiona, lisäksi voidaan erottaa objektiivisen ja subjektiivisen, eli koetun hyvinvoinnin tutkimussuunnat. Parin viime vuosikymmenen aikana voimistuneen koetun elämänlaadun tutkimuksen hyvinvointiteoreettisessa suuntauksessa huomio kohdistuu yksilön objektiivisten elinolojen ja subjektiivisen hyvinvoinnin väliseen vuorovaikutukseen. (Esim. Diener 1994 ja 2000; Felce & Perry 1997; Veenhoven 2000; George 2005.) Tämä perustuu käsitykseen, että vaikka erilaiset talousindikaattorit kuten työllisyysaste ja bruttokansantuote (bkt) muovaavat yksilöiden elinympäristöä ja elämän mahdollisuuksia, ihmisen elämänlaadun kokemusta määrittävät kuitenkin hänen oma arvionsa elämästään ja sosiaalisesta tilanteestaan (Cummins 1997; Eckersley 2000). Elämänlaatua onkin alettu käyttää yhä yleisemmin subjektiivisen hyvinvoinnin mittarina etenkin terveydenhuollon vaikuttavuuden tutkimuksessa, mutta myös väestötutkimuksissa (Hawthorne ym. 2006). Vuonna 2009 ilmestyneen niin kutsutun Stiglitzin komitean raportin mukaan ihmisten hyvinvointia ei voida kuvata ainoastaan kansantalouden tunnusluvuilla, vaikka taloudellinen kasvu ja aineellisen elintason kohoaminen ovatkin olennaisia hyvinvoinnin osatekijöitä. Komitea korostaa, että hyvinvointiin sisältyy laajassa katsannossa tekijöitä kuten koulutus, sivistys, kulttuuri, psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi sekä ympäristöarvot. (Measuring the progress of societies, www.oecd.org.)

Tässä artikkelissa analysoimme suomalaisen aikuisväestön kokemaa elämänlaatua ja sen yhteyttä demografisiin ja sosioekonomisiin tekijöihin, palvelujen käyttöön ja subjektiivisiin palvelukokemuksiin eri ikäryhmissä. Kyseessä on ensimmäinen valtakunnallinen, koko aikuisväestön koettua elämänlaatua moniulotteisesti tarkasteleva tutkimus. Osa analyseista on rajattu alle 80-vuotiaisiin, sillä 80 vuotta täyttäneiden elämänlaatua analysoidaan tarkemmin toisaalla tässä kirjassa (Vaarama, Luoma, Siljanderi & Meriläinen s. 150).

Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Millainen on suomalaisten 18 vuotta täyttäneiden koettu elämänlaatu ja miten se vaihtelee iän ja sukupuolen mukaan? Vaihteleeko elämänlaadulle tärkeiden tekijöiden merkitys elämänkulun aikana?
2. Onko sosio-ekonomisilla tekijöillä (mm. tulot, koulutus, työmarkkina-asema) yhteyttä parhaassa työiässä olevien 18–59-vuotiaiden kokemaan elämänlaatuun?
3. Voidaanko erottaa joitakin ryhmiä, joilla on suuri riski heikoksi koettuun elämänlaatuun tai joilla mahdollisuudet hyvään elämänlaatuun ovat muita paremmat?

4. Onko sosiaali- ja terveystalvelujen käytöllä sekä niihin kohdistuvalla tyytyväisyydellä assosiaatioita elämänlaatuun?
5. Voidaanko ja millaisia päätelmiä nostaa esiin suomalaisen hyvinvointipolitiikan roolista elämänlaadun tukijana, tuottajana ja mahdollistajana?

Elämänlaadun käsite ja mittaaminen

Elämänlaadusta ei ole olemassa yhtä yleismääritelmää, mutta valtaosa tutkijoista sisällyttää siihen melko samantyyppisiä tekijöitä: aineellinen hyvinvointi, läheissuhteet, terveys ja toimintakyky, psyykinen, emotionaalinen ja kognitiivinen hyvinvointi sekä käsitys itsestä (Cummins 1997, Pieper & Vaarama 2008). Esimerkiksi David Felce ja Jonathan Perry (1997) määrittelevät elämänlaadun keskeisiksi osa-alueiksi fyysisen, aineellisen, sosiaalisen, emotionaalisen ja tuottavan hyvinvoinnin, ja heidän mukaansa yksilön arvio elämänlaadustaan määräytyy hänen objektiivisten elinolojensa ja subjektiivisen arvionsa funktiona. Ruut Veenhoven (2000) puolestaan puhuu ”elämän neljästä laadusta” tarkoittaen tällä elinolojen laatua, sisäisten voimavarojen laatua, elämän merkityksellisyyttä ja hyödyksi olemisen tunnetta. Määritelmiä yhdistää se, että kaikkiin sisältyvät fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja elinympäristöön ja elinoloihin liittyvät asiat (vrt. esim. ”having, loving, being”-teoreema, Allardt 1980). Käsitteitä elämänlaatu, elämään tyytyväisyys ja koettu hyvinvointi käytetään myös toistensa synonyymeina (Eckersley 2000; George 2005). Elämään tyytyväisyyden on todettu liittyvän tulojen riittävyyteen, hyväksi koettuun terveyteen, hyviin asuinoloihin, vähäiseen sairastavuuteen, optimistiseen elämänasenteeseen ja perheongelmien vähäisyyteen (Kainulainen 1998), mutta myös ikään, sukupuoleen, koulutukseen, ammattiasemaan ja persoonallisuustekijöihin (Veenhoven 1996). Lisäksi elämänlaatua pidetään moniulotteisena ja dynaamisena ilmiönä, joka vaihtelee yksilöllisesti elämäntilanteiden mukaan. (Walker & Mollenkopf 2007).

Lähestymme tässä elämänlaatua WHO:n määritelmään tukeutuen. Sen mukaan elämänlaadussa on kyse yksilön arviosta elämästään siinä kulttuuri- ja arvo-kontekstissa, missä hän elää, ja suhteessa hänen omiin päämääriinsä, odotuksiinsa, arvoihinsa ja muihin hänelle merkityksellisiin asioihin. Kyseessä on laaja-alainen käsite, johon vaikuttavat monimutkaisella tavalla ihmisen fyysisen terveyden tila, psyykinen tila, autonomian aste, sosiaaliset suhteet sekä yksilön ja hänen elinympäristönsä välinen suhde. (WHOQOL Group 1995). WHO on kehittänyt elämänlaadun määritelmäänsä myös kaksi mittaria: laajan WHOQOL-100 -mittarin ja siitä lyhyen version WHOQOL-Bref. Tämä lyhyt mittari soveltuu niin väestötutkimuksiin kuin kansainväliseen vertailuunkin. (WHOQOL Group 1996 ja 1998; Skevington ym. 2004). WHOQOL-Bref -mittarissa elämänlaatu jaetaan fyysisen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja ympäristöulottuvuuteen, joista viimeksi mainittuun sisältyvät myös elinolot sekä ympäristön ihmiselle antama tuki kuten palvelut,

turvallisuus ja esteettömyys sekä psykososiaalinen tuki. Näin ollen mittari vastaa hyvin edellä mainittuja teoreettisia määritelmiä (ks. myös Lawton 1991). Sosiaali-tutkimuksessa WHO:n elämänlaatumittaria on toistaiseksi käytetty vähän vaikka sen voidaan olettaa soveltuvan hyvin myös hyvinvointiteoreettiseen elämänlaadun tutkimukseen, jossa tutkimuksen kohteena on aineellisten elinolojen ja koetun elämänlaadun väliset yhteydet (vrt. Diener 1994; Diener ym. 1999; Eckersley 2000; George 2005).

WHOQOL-Bref -mittari käsittää 26 kysymystä jaettuna elämänlaadun fyysiseen (7 kysymystä koskien fyysistä terveyttä), psyykkiseen (6 kysymystä psyykkisestä hyvinvoinnista), sosiaaliseen (3 kysymystä sosiaalisesta hyvinvoinnista) ja ympäristöulottuvuuteen (8 kysymystä asuin- ja elinympäristöön, rahojen riittävyyteen sekä terveys-, vapaa-ajan ja liikennepalvelujen saatavuuteen liittyen). Lisäksi mittari sisältää Likert-asteikolliset (1 erittäin tyytymätön – 5 erittäin tyytyväinen) yleismittarit koetusta terveydestä (kuinka tyytyväinen olet terveyteesi?) ja yleisestä elämänlaadusta (millaiseksi arvioit elämänlaatusi?) Tässä tutkimuksessa käytetään välimatka-asteikollista mittausta indeksillä 0–100 (WHOQOL Group 1996 ja 1998). Tutkijat suosittavat WHOQOL-Bref -mittarin käyttöä niin, että koko mittarin summapisteyden sijasta keskitytään eri ulottuvuuksien (fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja ympäristö) sisäiseen vaihteluun ja ulottuvuuksien omiin summapisteyksiin, sekä ulottuvuuksien yhteyksiin koettuun yleiseen elämänlaatuun. Maiden välisissä vertailuissa tulisi olla varovainen etenkin jos vertailumaat ovat kulttuuriltaan kovin erilaisia. (Theuns ym. 2010) WHOQOL-Brefin suomenkielinen versio kehitettiin vuonna 2004 (Vaarama & Muurinen 2005; Vaarama ym. 2008), ja sitä on käytetty tähän saakka erilaisissa osapopulaatioissa, eritoten iäkkäillä (Vaarama ym. 2006; Huusko ym. 2006; Vaarama ym. 2008; Vaarama 2009.) Vuoden 2009 HYPÄ-aineisto antoi mahdollisuuden testata mittarin psykometriset ominaisuudet myös Suomessa väestötasolla, ja ne todettiin hyväiksi. (Vaarama ym, tulossa).

On tavallista, että WHOQOL-Bref mittarin kanssa käytetään myös lisämuuttujia analysoitaessa elämänlaadun eroja eri väestöryhmillä. Tässä tällaisina mittareina käytetään eräitä rekisteritietoja (ks. HYPÄ-aineistoliite tässä kirjassa):

1. Demografiset muuttujat: ikä, sukupuoli. Tässä yhteydessä käytetään myös käsitteitä ”kolmas ja neljäs ikä”. Edellisellä tarkoitetaan yleensä ikää eläkkeelle siirtymisen ja varsinaisen vanhuuden välillä (esim. 60–79-vuotiaita) ja jälkimmäisellä varsinaista vanhuutta eli 80 vuotta täyttäneitä (Lasslett 1977)
2. Sosio-ekonomista tilaa kuvaavat muuttujat: koulutus (peruskoulu, keskiaste, alempi- ja ylempi korkeakouluaste), työmarkkina-asema (työllinen, työtön, yrittäjä, eläkkeellä, opiskelija/varusmies/ muu), siviilisääty (naimaton, avioliitto, leski, muu), asuntokunnan koko (1,2,3+ henkilöä), kotitalouteen kuuluvien lasten ikä (alle 7, 7–17 v), subjektiivinen taloudellinen tilanne (menojen kattamisen helppous), toimeentulotuen asiakkuus sekä objektiivisesti mitatut tuloneljänneeseen kuulumisen (oecd-standardoidut tulot), ja kotita-

louden käytettävissä olevien tulojen logaritmi (log käytettävissä olevat-tulot, Oecd-normeeratut, suhdelukuasteikollinen)

3. Asuinympäristöä kuvaavat muuttujat: vastaajan raportoima asuinalue (kaupungin keskusta, esikaupunki tai lähiö, kuntakeskus, haja-asutusalue)
4. Palvelujen käyttöä ja palvelukokemuksia kuvaavat muuttujat: lääkärissä käynnit viimeisen 12 kk:n aikana, julkisten sosiaalipalvelujen käyttö viimeisten 12 kk:n aikana, tyytyväisyys terveyspalveluihin/sosiaalipalveluihin.

Analyysimenetelmät ja tutkimusaineisto

Elämänlaadun jakaumia kuvataan frekvenssianalyysin avulla. Elämänlaadun vaihtelun selittämiseksi ja heikon elämänlaadun riskitekijöiden identifioimiseksi käytetään askeltavaa lineaarista ja logistista regressioanalyysiä. Riskiryhmien identifioimiseksi käytetään aineistolähtöistä ryhmittelyanalyysiä, jossa ei ole ryhmistä mitään ennakkotietoa tai oletusta jakautumisesta eri taustatekijöiden mukaan. Tutkimusaineisto koostuu niistä 4 306 henkilöstä, jotka vastasivat WHOQOL-Bref kysymyksiin puhelin- (18–79-vuotiaat) tai käyntihaastattelussa (80+) osana HYPÄ-tutkimusta (ks. aineistoliite). 48 % tutkittavista on miehiä ja 52 % naisia. Kaikkiaan 3 933 (91 %) on alle ja 373 (9%) yli 80-vuotiaita Valtaosa on 25–59-vuotiaita, noin joka neljäs on ”kolmasikäinen” eli 60–79-vuotias, nuoria (alle 25-vuotias) on runsas kymmenys ja ”neljäskäläinen” (80+) vajaa kymmenesosa. Kahdella viidestä on keskiasteen, kolmasosalla korkea-asteen ja vajaalla kolmanneksella perusasteen koulutus. Valtaosa on työssä, eläkkeellä runsas joka viides.

Aineistojen jakaumat taustamuuttujittain on esitetty liitetaulukossa 1. Suhteessa koko väestöön nuoret (alle 24 v) ovat aliedustettuina ja vanhat (80+) yliedustettuina. Tämä on kahdesta syystä melko tavallinen tulos. Ensinnäkin jos halutaan iäkkäimmistä edustava aineisto, on otoksessa painotettava heidän osuuttaan väestöosuuttaan enemmän. Toiseksi, nuoria ja erityisesti alle 25-vuotiaita miehiä on vaikeata tavoittaa tällaisiin tutkimuksiin ilman osallistumista motivoivien tekijöiden, kuten esim. palkintoarvontojen, käyttöä. Monissa tutkimuksissa on havaittu kadon kohdistuvan heikommassa elinoloissa eläviin ryhmiin, joten tätä taustaa vasten tulokset saattavat antaa nuorten tilanteesta todellisuutta myönteisemmän kuvan.

Tämän artikkelin malleissa käytetään tavanomaista pns-regressioanalyysiä, jossa standardoitujen betakertoimien tai vakioitujen regressiokertoimien tarkoituksena on osoittaa vuorovaikutuksen voimakkuus ja suunta (+ –) suhteessa mallin muihin muuttujiin. Toinen käytetty menetelmä on logistinen regressioanalyysi, joka kuvaa selitettävän tapahtuman todennäköisyyttä. Logistisessa analyysissä OR (*odds ratio*) tai riskisuhteiden avulla kuvataan todennäköisyyttä selvitettävän tekijän suhteen. Perusvaihtoehdossa tai referenssiryhmässä riskisuhde on tasan 1, mikä merkitsee sitä, että alle yhden riskisuhteet merkitsevät riskin vähentymistä

(esim. OR=0,5; riski puolittuu), ja vastaavasti yli yhden riskisuhteet merkitsevät riskitason kasvamista (esim. OR=2; riski kaksinkertaistuu). Tilastollinen merkitsevyys ilmoitetaan jokaisen muuttujan osalta 5 (*), 1 (**), 0,1 %:n (***) riskitasoilla tai 95 %:n, 99 %:n tai 99,9 %:n luottamusvälein. Adj. R2 ja pseudoR2 -luvut kuvaavat mallin selitysvälikettä, missä 0 (tai 0 %) tarkoittaa sitä, että malli ei selitä lainkaan kohdemuuttujan vaihtelua, tai 1 (100 %) mikä merkitsee, että malli selittää kohdemuuttujan vaihtelun täydellisesti.

Suomalaisten yleinen elämänlaatu on korkea myöhäiseen ikään saakka

Suomalaisväestön elämänlaatu on niin yleisenä elämänlaadun kokemuksena kuin eri ulottuvuuksilla mitatenkin korkea. Kaikkiaan noin 80 % suomalaista kokee yleisen elämänlaatunsa erittäin hyväksi tai hyväksi kunnes saavutetaan 70. ikävuosi, jolloin osuus putoaa 73 %:iin. 80 vuotta täyttäneistä enää 57 % kokee elämänlaatunsa hyväksi, mutta myös keskinkertainen arvio on melko yleinen (30–40 %). Erot ovat tilastollisesti merkitseviä. Terveystilansa kokee huonoksi noin 10 % alle 70 vuotiaista, kun 70 vuotta täyttäneillä osuus kohoaa 18 %:iin. Alle 70 vuotiaista terveytensä hyväksi kokee 73 %, mutta yli 80-vuotiaista enää 63 %. Aiemman Terveys 2000 -tutkimuksen perusteella terveytensä koki hyväksi tai melko hyväksi kaksi kolmesta työikäisestä, ja sama siis vahvistuu tässäkin aineistossa. (vrt. Aromaa & Koskinen 2002).

WHOQOL-Brefillä mitaten suomalaisten elämänlaatu säilyy korkeana myöhäiseen ikään (taulukko 1.). Naisten kokema elämänlaatu on pääsääntöisesti miehiä hiukan heikompi kaikilla muilla paitsi sosiaalisella ulottuvuudella, mutta tyytyväisyydessä omaan terveyteen ja yleisessä elämänlaadussa ei juuri ole eroja. Poikkeuksen muodostavat 45–59-vuotiaat naiset, joilla sekä psyykinen että sosiaalinen elämänlaadun ulottuvuus saa ikäryhmänsä miehiä paremmat arvot, ja 80 vuotta täyttäneet naiset, jotka ovat ikäryhmänsä miehiä tyytymättömämpiä terveyteensä.

Tuloksista havaitaan myös, että kaikilla elämänlaadun neljällä ulottuvuudella elämänlaatu laskee iän karttumisen myötä niin, että jokainen ikäryhmä saa edellistä heikompia arvoja. WHOQOL-Bref ei sisällä tietoa siitä, milloin mittarin piste-erot ovat merkitseviä. David Osoban ym. (1998) mukaan kliinisillä mittareilla yleensä kymmenen pisteen erot ovat tilastollisesti merkitseviä. Näin arvioituna elämänlaatu heikkenee iän myötä merkitsevästi fyysisellä ja psyykkisellä ulottuvuudella, mutta ei sosiaalisella eikä ympäristöulottuvuudella. Lisäksi merkittävät erot alkavat ilmetä vasta 80 vuotta täyttäneillä sitä lukuun ottamatta, että 60 vuotta täytettyään miehet kokevat fyysisen elämänlaatunsa merkittävästi heikommaksi kuin alle 25-vuotiaana. Kaikkiaan siis voidaan sanoa, että suomalaiset kokevat elämänlaatunsa hyväksi aina 80 ikävuoteen saakka, minkä jälkeen fyysiset vaivat ja psyykkisen hyvinvoinnin heikkeneminen alkavat tasaisesti vähentää sitä.

TAULUKKO 1. Elämänlaadun ikä- ja sukupuolittaiset keskiarvot suomalaisella 18–98 v. väestöllä. WHOQOL-Bref keskiarvo (ka) ja keskihajonta (sd). Vaihteluvälit (0 heikoin – 100 paras) paitsi yleisQol ja terveys (1 heikoin – 5 paras).

	WHOQOL-Bref ulottuvuus						Havaintoja (N)
	Fyysinen ka (sd.)	Psyykinen ka (sd.)	Sosiaalinen ka (sd.)	Ympäristö ka (sd.)	YleisQol ka (sd.)	Terveys ka (sd.)	
18–24							
Miehet	87 (11,9)	79 (13,4)	82 (20,1)	78 (12,4)	4 (0,7)	4 (0,9)	198
Naiset	83 (13,1)	75 (14,7)	84 (16,3)	78 (11,0)	4 (0,8)	4 (1,0)	250
25–44							
Miehet	83 (13,9)	77 (13,5)	79 (16,3)	77 (12,3)	4 (0,7)	4 (1,0)	686
Naiset	80 (15,4)	76 (14,2)	82 (16,6)	76 (12,5)	4 (0,7)	4 (1,0)	631
45–59							
Miehet	78 (16,8)	74 (14,6)	77 (17,6)	77 (12,7)	4 (0,8)	4 (1,0)	537
Naiset	78 (16,1)	76 (12,9)	80 (15,3)	77 (12,4)	4 (0,7)	4 (1,0)	580
60–69							
Miehet	76 (18,2)	75 (14,0)	76 (16,3)	79 (13,0)	4 (0,7)	4 (1,0)	325
Naiset	75 (17,7)	74 (14,6)	78 (16,2)	77 (13,3)	4 (0,8)	4 (1,0)	316
70–79							
Miehet	72 (15,8)	71 (13,3)	75 (15,7)	77 (12,9)	4 (0,8)	4 (1,0)	190
Naiset	69 (18,8)	71 (12,8)	79 (15,7)	76 (13,3)	4 (0,7)	4 (1,1)	206
80+							
Miehet	63 (19,6)	66 (16,6)	77 (18,3)	73 (14,5)	4 (0,7)	4 (1,0)	119
Naiset	61 (19,4)	64 (15,7)	77 (18,2)	70 (15,3)	4 (0,8)	3 (1,0)	251
Koko väestö							
Miehet	79 (16,8)	75 (14,3)	78 (17,2)	77 (12,8)	4 (0,8)	4 (1,0)	2 065
Naiset	76 (17,7)	74 (14,5)	80 (16,4)	76 (13,0)	4 (0,8)	4 (1,0)	2 241
Yhteensä	77 (17,4)	74 (14,4)	79 (16,8)	77 (12,9)	4 (0,8)	4 (1,0)	4 306

WHOQOL-Brefistä on toistaiseksi saatavilla vähän satunnaisotantaan perustuvaa väestötason vertailutietoa. Verrattuna tanskalaisiin (Noerholm ym. 2004), norjalaisiin (Hanestad ym. 2004) ja australialaisiin (Hawthorne ym. 2006) on suomalaisten elämänlaatu sukupuolesta riippumatta lähes kaikilla ulottuvuuksilla samaa tasoa tai hiukan parempi (taulukko 2). Tuloksiin on kuitenkin suhtauduttava varauksella aineistojen mahdollisten erojen takia. Jo se, että suomalaisen aineiston havaintomäärä ja reliabiliteetti on korkeampi kuin muissa maissa vaikuttaa vertailtavuuteen.

TAULUKKO 2. Elämänlaadun ulottuvuuksien väestötason keskiarvot (ka) ja keskihajonnat (sd.) kolmessa Pohjoismaassa ja Australiassa.

Valtio (havaintoja)	Fyysinen ka (sd.)	Psyykinen ka (sd.)	Sosiaalinen ka (sd.)	Ympäristö ka (sd.)
Suomi (n = 4 306)	77 (17)	74 (14)	79 (17)	77 (13)
Tanska (n = 1 101)	82 (17)	71 (16)	67 (18)	75 (16)
Norja (n = 1 691)	75 (17)	69 (14)	69 (16)	69 (14)
Australia (n = 866)	74 (18)	71 (14)	72 (18)	75 (13)

Elämänlaadulle merkitykselliset asiat vaihtelevat elämäkulun aikana

Aiempi tutkimus on osoittanut, että aineellinen hyvinvointi, läheissuhteet, terveys ja toimintakyky, psyykinen, emotionaalinen ja kognitiivinen hyvinvointi sekä käsitys itsestä ovat tärkeitä elämänlaadun rakentajia. Lisäksi elämänlaadun oletetaan vaihtelevan yksilöllisesti elämäkulun ja elämäntilanteiden mukaan, vaikka eri ikäryhmiä vertailevia väestötason tutkimuksia onkin toistaiseksi saatavilla vain vähän (Walker & Mollenkopf 2007.) Tämän tutkimuksen väestötason analyysit tukevat oletusta niin kaikille yhteisistä tekijöistä kuin eri tekijöiden merkityksen vaihtelusta elämäkulun aikana.

Taulukossa 3 on esitetty yleisen elämänlaatu pistemäärän tilastollisesti merkitsevät yhteydet WHOQOL-Bref -mittarin eri ulottuvuuksien yksittäisiin kysymyksiin. Tulosten mukaan fyysisillä tekijöillä kuten työ- ja toimintakyvyllä, mutta myös psyykkisillä tekijöillä, kuten riittävällä tarmolla arkipäivää varten ja kyvyllä nauttia elämästä, on voimakas yhteys elämänlaatuun ikäryhmästä riippumatta. Nuoremmissa ikäryhmissä (18–24 ja 25–44) elämänlaatu kohentavat erityisesti elämän kokeminen merkityksellisenä ja kielteisten tuntemusten vähäisyys. Vanhemmissa ikäryhmissä (70–79 ja 80+) puolestaan korostuvat tyytyväisyys terveydentilaan ja läheisiltä sekä ystäviltä saatu tuki. Kaikkiaan tuloksista voi päätellä, että nuorten elämänlaadulle on tärkeää kokea elämä merkitykselliseksi, keski-ikäisille jaksaa työn, arjen ja taloudellisten huolien paineessa, kolmasikäisille siirtyä hyväkuntoisina eläkkeelle tai kyetä jatkamaan työelämässä, ja neljäskäisille hyvä terveys, ystävien tuki ja kunnollinen yöuni.

TAULUKKO 3. Elämänlaadun yleisarvosanalle tärkeät osatekijät eri ikäryhmissä. Lineaarinen regressioanalyysi. Tilastollisesti merkitsevät vakioidut kertoimet vaikutusten suuruusjärjestyksessä (std.beta).

18–24 (n=447)	25–44 (n =1 315)	45–59 (n=1 120)	60–69 (n=645)	70–79 (n=399)	80+ (n=372)
Elämä on merkityksellistä *** (0,284 +)	Nauttii elämästä *** (0,254+)	Nauttii elämästä *** (0,317+)	Riittävästi tarmoa arkipäivää varten *** (0,213+)	Nauttii elämästä *** (0,200+)	Tyytyväinen terveyteensä *** (0,272+)
Nauttii elämästä *** (0,186+)	On negatiivisia tuntemuksia *** (0,186–)	Riittävästi tarmoa arkipäivää varten *** (0,142+)	Nauttii elämästä *** (0,193+)	Tyytyväinen terveyteensä *** (0,166+)	Riittävästi tarmoa arkipäivää varten *** (0,210+)
Hyvä liikuntakyky *** (0,163+)	Tyytyväinen terveyteensä *** (0,143+)	On negatiivisia tuntemuksia *** (0,114–)	On negatiivisia tuntemuksia *** (0,137–)	Hyvä liikuntakyky *** (0,154+)	Tyytyväinen ystävilta saatuun tukeen ** (0,155+)
On negatiivisia tuntemuksia *** (0,089–)	Tyytyväinen kykyynsä hoitaa päivittäiset aktiviteetit *** (0,077+)	Tarpeeksi tietoa päivittäisen elämän kannalta tärkeistä asioista ** (0,087+)	Hyvä keskittymiskyky *** (0,120+)	On negatiivisia tuntemuksia *** (0,153–)	Nauttii elämästä ** (0,135,+)
Tyytyväisyys itseensä * (0,097+)	Elämä on merkityksellistä ** (0,071)	Tyytyväinen terveyteensä** (0,085+)	Terveellinen ympäristö * (0,087+)	Tyytyväinen itseensä ** (0,111+)	Tyytyväinen unensa laatuun ** (0,117+)
Tyytyväinen joukkoliikenteeseen * (0,096–)	On ystäviä** (0,061+)	Tyytyväinen ulkonäkönsä* (0,081+)	Tyytyväinen joukkoliikenteeseen* (0,079+)	Tarvitsee lääkitystä * (0,106–)	
Hyvä keskittymiskyky * (0,094+)	Hyvä keskittymiskyky * (0,056+),	Riittävästi rahaa* (0,068+)	Tyytyväinen sukupuolielämänsä* (0,064–)	Riittävästi rahaa * (0,098+)	
Riittävästi rahaa * (,088+)		Tyytyväinen sukupuolielämänsä ** (0,061+)			
Tarvitsee lääkitystä* (0,088–)		Tyytyväisyys itseensä* (0,061+)			
Adj. R2 = .43,8 %	Adj. R2 = 46,5 %	Adj. R2 = 41,3 %	Adj. R2 = 44,8 %	Adj. R2 = 35,9 %	Adj. R2 = 38,8 %

T-arvo merkitsevyyys: * = p < .05, ** = p<.01, ***=p<.001. Suluissa vaikutuksen suunta (–) negatiivinen kerroinvaikutus ja (+) positiivinen kerroinvaikutus. Adj. R2 tarkoittaa selitettävien muuttujien määrään sovitettua tilastollista selitysasetta, joka vaihtelee välillä 0–100 %.

Elämänlaatukin on sosiaalisesti valikoivaa

Edellä todettiin ensinnäkin, että suomalaiset kokevat elämänlaatunsa pääsääntöisesti korkeaksi, ja vasta varsin korkeassa iässä koettu elämänlaatu heikkenee merkittävästi. Toiseksi nähtiin, että elämänlaadulle tärkeiksi koetut ja sen vaihtelua selittävät tekijät vaihtelevat eri ikäryhmissä, mikä todentaa päätelmää siitä, että hyvän elämänlaadun rakennuspuut vaihtelevat ihmisen elämänkulun aikana. Seuraavaksi siirrytään tarkastelemaan kysymystä siitä, missä määrin elämänlaatu liittyy yksilön sosioekonomiseen asemaan, ja kohderyhmäksi otetaan 18–59-vuotiaat työkäiset. Selitettäväksi tekijäksi otetaan keskimääräistä heikommaksi koettu elämänlaatu, ja selittävinä tekijöinä ovat koulutus, työmarkkina-asema, kotitalouden koko, toimeentulotuen asiakkuus, suhteelliset tulot ja sukupuoli. Logistisen regressiomallin kertoimet ilmaisevat todennäköisyyden, jolla kukin tarkastelluista muuttujista liittyy heikon elämänlaadun riskiin. Vertailutason arvo on aina tasan yksi ja yli yhden kerroin viittaa riskin todentumiseen. Alle yhden kerroin puolestaan on merkki heikolta elämänlaadulta suojaavasta tekijästä. (Taulukko 4.)

Tulosten mukaan työkäisten yleisen elämänlaadun merkittävimmät riskitekijät ovat työkyvyttömyyseläkkeellä olo, työttömyys ja toimeentulotuen asiakkuus. Kun kotitalouden tulot kasvavat, vähenee myös riski heikkoon elämänlaatuun. Kotitalouden koon kasvaessa yli 3 henkeen myös tyytyväisyys omaan terveyteen kasvaa. Tyytymättömmimpiä taas ovat työkyvyttömyyseläkkeellä olevat. Sen sijaan koulutus ei tilastollisesti merkittävästi lisää eikä vähennä yleistä elämänlaatua eikä tyytyväisyyttä terveyteen. Verrattuna perusasteen koulutuksen saaneisiin korkeampi koulutus kuitenkin näyttää lisäävän riskiä heikompaan psyykkiseen ja sosiaaliseen elämänlaatuun, joskin alempi korkeakouluaste suojaa heikolta elämänlaadulta ympäristöulottuvuudella. Tulos viittaa siihen, että koulutuksella ei tässä tarkastelussa ole merkitystä psyykkiselle ja sosiaaliselle elämänlaadulle, mutta parempi koulutus parantaa tyytyväisyyttä elinoloihin. Keskeisiä tuloksia on esitetty myös kuviossa 1.

Työmarkkina-asetamalla näyttää olevan erittäin suuri merkitys etenkin fyysiselle mutta myös psyykkiselle elämänlaadulle. Verrattuna työssäkäyviin työkyvyttömyyseläkkeellä olo miltei seitsenkertaistaa riskin heikkoon fyysiseen ja miltei kolminkertaistaa riskin heikkoon psyykkiseen elämänlaatuun. Työttömillä taas on yli kaksinkertainen riski heikkoon yleiseen elämänlaatuun, ja miltei kaksinkertainen riski heikentyneeseen psyykkiseen elämänlaatuun. Riski heikkoon fyysiseen ja ympäristölliseen elämänlaatuun on yli puolitoistakertainen. Kotona eli työmarkkinoiden ulkopuolella olevien riski heikentyneeseen fyysiseen elämänlaatuun on miltei kaksinkertainen. Toimeentulotuen asiakkuus on niin ikään yksi merkittävimmistä hyvän elämänlaadun riskitekijöistä, sillä se lisää riskiä heikkoon fyysiseen, psyykkiseen ja ympäristölliseen elämänlaatuun, ja heikentää myös yleistä elämänlaadun kokemusta. Naissukupuoli lisää heikon fyysisen ja ympäristöllisen elämänlaadun riskiä, mutta suojaa sosiaalista elämänlaatua. Paras suoja heikon

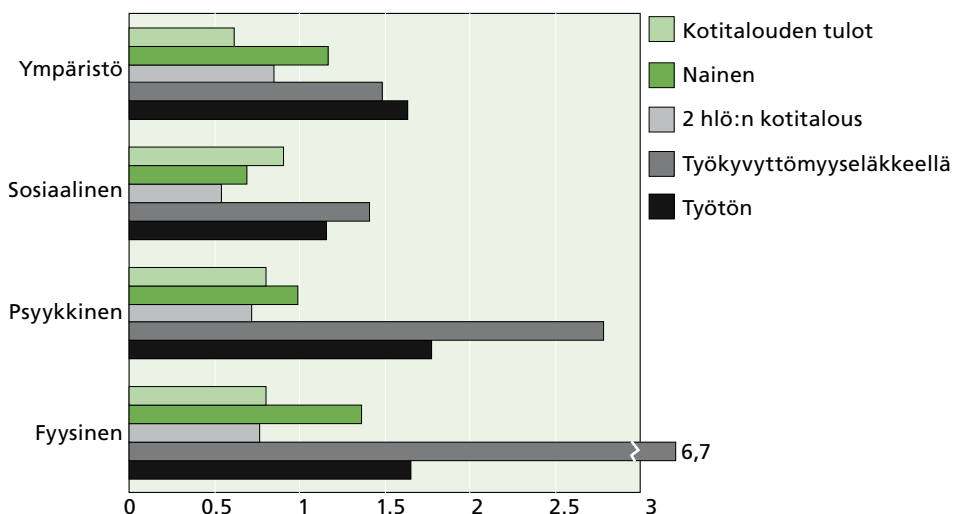
TAULUKKO 4. Sosioekonomisten tekijöiden yhteys työikäisillä heikon elämänlaadun riskiin WHOQOL-Brefin elämänlaadun eri ulottuvuuksilla. Logistinen regressioanalyysi. Odds ratios (OR) eli riskisuhdeluvut. OR > 1, kasvanut riski; OR < 1, heikolta elämänlaadulta suojaava tekijä.

Ikäryhmä 18–59 v.					Elämänlaadun yleisarvosana	Tyytyväisyys terveyteen
	Fyysinen	Psyykinen	Sosiaalinen	Ympäristö	Yleis_QoL	Terveys
havainnot – n	2 608	2 608	2 603	2 608	2 611	2 611
muuttuja – riskisuhdeluvut	OR	OR	OR	OR	OR	OR
Keskiaste	1,191	1,306*	1,147	1,121	1,114	,912
Alempi korkeakouluaste	,915	,941	1,292*	,723*	,702	,750
Ylempi korkeakouluaste	1,174	1,204	1,463*	,767	1,068	1,266
Työtön	1,651***	1,779***	1,159	1,637***	2,047***	1,358
Työkyvyttömyyseläkkeellä	6,705***	2,789***	1,408	1,485	2,545***	4,089***
Opiskelija	1,305	1,283	1,043	,890	1,283	1,281
Kotona tai muu	1,765*	,829	,982	1,369	1,263	1,062
Alle 7 v. lapsia kotitaloudessa	,956	,990	1,295	1,317	1,069	1,119
7–17 v. lapsia kotitaloudessa	,923	1,086	1,164	,959	,946	1,110
2 hlön kotitalous	,764*	,715**	,538***	,846	,885	,787
3 hlön kotitalous	,906	1,457**	1,260	,990	1,176	,877
yli 3 hlön kotitalous	,762	,503*	,509***	,876	,646	,652*
Nainen	1,368***	,988	,691***	1,167*	,930	1,190
Toimeentulotuen saaja	2,068***	1,845***	1,320	1,598*	1,596*	1,221
Kotitalouden tulot (oecd)	,802**	,808**	,909	,613***	,608***	,859
Nagelkerke, pseudoR2	R2=10,4 %	R2=6,9 %	R2=5,4 %	R2=8,6 %	R2=8,2 %	R2=5,2 %

Vakioitu ikäluokat (18–24, 25–44, 45–59), työmarkkina-asema (työllinen, työtön, työkyvytön, työkyvyttömyyseläkeläinen ja kotona/muu) ja asuinpaikka (kaupunki, esikaupunki/lähiö, kuntakeskus, maaseutu). Viiteryhmä lihavoitu. T-arvo merkitsevyyks* =p<.05, **=p<.01, ***=p<.001***. Mallin selitysaste on Nagelkerke, näennäis-R2.

elämänlaadun riskeiltä on riittävä toimeentulo ja kahden hengen kotitaloudessa asuminen. Kahden ja yli 3 hengen kotitaloudessa asuminen suojaa sekä psyykkisen että sosiaalista elämänlaadun riskitekijöiltä.

Työn merkitys suomalaisten työikäisten elämänlaadulle näyttää tämän analyysin perusteella aivan keskeiseltä. Suomalaisille työikäisille on myös tärkeää saada toimeentulonsa työstä, sillä toimeentulotuen varassa eläminen heikentää elämänlaatua kaikilla muilla paitsi sosiaalisella ulottuvuudella. Sen sijaan ansiotulojen



KUVIO 1. Heikon elämänlaadun riskitekijät (riskisuhteet >1), parhaassa työiässä olevilla, elämänlaadun ulottuvuuksittain 18–59 v.

kasvu suojaa heikolta fyysiseltä elämänlaadulta, mikä sopii hyvin yhteen sen kanssa, että aiemmissa tutkimuksissa mm. kuolleisuuserojen on havaittu korreloivan voimakkaasti tuloerojen kanssa (Martikainen ym. 2001 ja 2005). Tulokset sopivat hyvin yhteen aiemman tutkimuksen kanssa myös siinä, että huonoksi koettu terveys aiheuttaa työttömyys- ja eläkeriskin, joka heijastuu myös heikentyneenä subjektiivisena elämänlaatuna (Böckerman & Ilmakunnas 2009).

Vähän koulutetuilla nuorilla ja vanhoilla leskinaisilla suurin riski heikkoon elämänlaatuun

Seuraavaksi tarkastelemme elämänlaadun jakautumista demografisten ja sosioekonomisten taustatekijöiden suhteen ryhmittelyanalyysin keinoin. Ryhmittelyanalyysi jakaa havainnot ryhmiin kohdemuuttujan arvojen suhteen, kun mallinnetaan kohdemuuttujaan liittyviä taustatekijöitä, kuten koulutusta, toimeentuloa, työmarkkina-asemaa. Mallinnuksen etuna on se, että ryhmittelyyn ei käytetä etukäteisoletuksia havaintojen sijoittumisesta kohdemuuttujan suhteen, vaan malli sijoittaa tietyn etäisyyden päässä olevat havainnot ryhmiksi matemaattisen funktiolaskennan avulla.

Ryhmittelyanalyysi erotteli tutkittavat kolmeen elämänlaadun suhteen erilaiseen osajoukkoon. Ensimmäisellä osajoukolla on paras elämänlaatu, sillä ryhmän pistemäärät ovat suomalaisten viitearvoja (taulukko 5) tilastollisesti merkitsevästi

TAULUKKO 5. Elämänlaatu eri ryhmissä. Ryhmittelyanalyysi, 18–98-vuotiaat, keskiarvo (ka) ja keskihajonta (sd).

	Fyysinen ka (sd.)	Psyykinen ka (sd.)	Sosiaalinen ka (sd.)	Ympäristö ka (sd.)
Osajoukko 1. Keski-ikäiset, 25–59 v.	83 (12,9)	77 (12,0)	82 (14,7)	78 (11,5)
Osajoukko 2. Kolmas ikä 60–79 v.	71 (18,8)	72 (14,5)	76 (16,7)	77 (13,6)
Osajoukko 3. Nuoret 18–24 v. ja iäkkäät 80+ v.	73 (19,4)	70 (15,9)	77 (18,5)	74 (14,2)
Koko väestö	77 (17,4)	74 (14,3)	79 (16,6)	77 (13,0)

korkeammat kaikilla ulottuvuuksilla. Tämä ryhmä kattaa 44 prosenttia (n=1 899) HYPÄ-aineiston havainnoista, joten noin kaksi viidestä suomalaisesta kuuluu näihin ”onnekkaisiin”. He ovat tyypillisesti 25–59-vuotiaita, työssäkäyviä, perheellisiä 3–4 hengen talouksissa eläviä henkilöitä, jotka kokevat taloudellisen tilanteensa hyväksi ja terveytensä erittäin hyväksi. Osajoukossa on poikkeuksellisen vähän työttömiä, eläkeläisiä ja yksineläjiä. Tulos vahvistaa aiemman analyysin (taulukko 4.) tulosta elämänlaadun sosiaalisesta valikoivuudesta ja hyvää elämänlaatua suojaavista tekijöistä.

Toinen osajoukko koostuu joko jo eläkkeelle jääneistä tai sen kynnyksellä olevista 60–79-vuotiaista ”kolmasikäisistä” (27,3 % havainnoista, n= 1 175). Heidän kokemuksensa elämänlaadustaan on ympäristöulottuvuutta lukuun ottamatta kaikilla muilla ja erityisesti fyysisellä ulottuvuudella heikompi kuin suomalaisten keskimäärin, ja selvästi heikompi kuin parhaan elämänlaadun ryhmällä. Tämä selittyy pitkälti sillä, että iän karttuessa liikkumiseen ja muuhun toimintakykyyn liittyvät ongelmat lisääntyvät, mikä vaikuttaa myös psyykkiseen hyvinvointiin ja sosiaaliseen aktiivisuuteen. 60 vuotta täyttäneiden jatkoanalyysi (liitetaulukko 2) paljastaa, että erityisen heikosta elämänlaadusta kärsivät entiset miespuoliset maatalousyrittäjät ja heidän puolisonsa, joiden elämänlaadun pistemäärät ovat kaikilla ulottuvuuksilla merkittävästi heikommat kuin esimerkiksi kaupungissa asuvilla vastineillaan. Analyysin mukaan kolmasikäisillä, kuten muillakin vanhemmilla ikäryhmillä, heikko toimeentulo, heikko terveys ja toimintakyky ovat alentuneen elämänlaadun suurimmat riskitekijät.

Heikoimman elämänlaadun osajoukossa (28,6 % havainnoista, n=1 232) erottuu selkeästi kaksi sosio-ekonomista ryhmää: työttömät nuoret aikuiset 18–24 ikävuoden väliltä ja yli 80-vuotiaat naiset, jotka ovat yleensä leskiä. Ryhmään kuuluvilla on yleensä perusasteen tai korkeintaan keskiasteen koulutus ja taloudellisia vaikeuksia. Iäkkäimpiä vaivaa huono terveys, kun taas nuoret 18–24-vuotiaat ovat tässä ryhmässä heikon koulutuksen ja työttömyyden vuoksi.

Heikoimman elämänlaadun ryhmän jäsenet kokevat elämänlaatunsa kaikilla ulottuvuuksilla selvästi huonommaksi kuin parhaan elämänlaadun ryhmä, ja fyysisellä ja psyykkisellä ulottuvuudella ero on Osoban ym. (1998) kriteerin mukaan tilastollisesti merkitsevä. Tämä on tärkeä tulos, sillä heikomman elämänlaadun ryhmässä on mukana kaikkein nuorimpia ja vanhimpia tutkittavia. Verrattuna kolmasikäisiin heikoimman elämänlaadun ryhmä saa nuorten mukana olosta johdettua fyysisellä ulottuvuudella hieman paremmat summapisteteet. Myös sosiaalisella ulottuvuudella pisteet ovat hieman paremmat, mutta psyykkisellä ja ympäristöulottuvuudella taas heikommat. Tulos viittaa siihen, että tämän ryhmän psyykinen hyvinvointi ja aineelliset elinolot ovat muita matalammat. On kuitenkin huomattava, että hajonnan perusteella kaksi jälkimmäistä ryhmää ovat ensimmäistä ryhmää heterogeenisempia.

Julkiset sosiaali- ja terveystalvet kohdentuvat oikein, heikommassa sosiaalisessa asemassa olevat käyttävät muita enemmän palveluita

Palvelujen tehtävänä on tukea ihmisten terveyttä ja hyvinvointia sekä arjen selviytymistä, parantaa sairauksia ja auttaa ratkaisemaan sosiaalisia ongelmatilanteita ja näin vähentää hyvinvointipuutteita. Iäkkäillä 80 vuotta täyttäneillä suomalaisilla on todettu palvelujen käytön ja koettun elämänlaadun välillä myönteinen yhteys jos palvelu kohdentuu oikein, apu on riittävää, laatu hyvä ja asiakas on tyytyväinen (Vaarama & Kaitsaari 2002, Vaarama ym. 2006; Vaarama & Tiit 2008; Vaarama 2009). Taulukossa 6 ja kuviossa 2 esitetään vastaavantyyppinen analyysi vuoden 2009 koko väestöä koskevalla aineistolla. Tuloksista nähdään ensinnäkin, että julkiset sosiaali- ja terveystalvet näyttävät kohdentuvan oikein, sillä niiden käyttö liittyy pääosin puutteisiin elämänlaadun fyysisellä, psyykkisellä ja ympäristöulottuvuudella, eli käyttäjillä on fyysisiä, psyykkisiä ja taloudellisia ongelmia, ja he ovat tyytymättömiä niin terveyteensä kuin yleiseen elämänlaatuunsaakin. Näyttää myös siltä, että myös palvelujen käyttäjillä asuminen yli kahden hengen kotitaloudessa kohottaa elämänlaatua kaikilla ulottuvuuksilla, parantaa yleistä elämänlaatua ja lisää tyytyväisyyttä terveyteen. Kahdenkin hengen kotitaloudessa asuminen on elämänlaadun kannalta parempi kuin yksin asuminen.

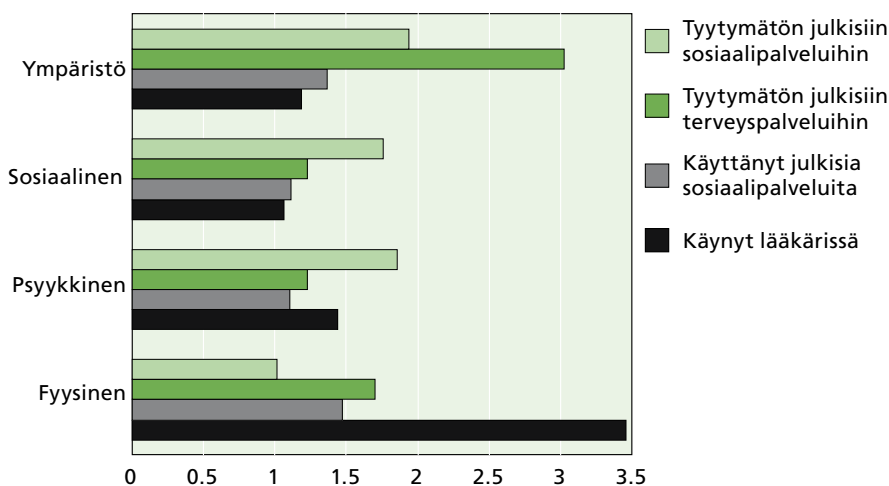
Tuloksista nähdään myös miten voimakkaasti köyhyys ja pienituloisuus heikentävät elämänlaadun kaikkia muita paitsi sosiaalista ulottuvuutta (eli ystävät sentään ovat jäljellä). Toimeentulotuen asiakkuus puolestaan liittyy riskiin alentuneesta fyysisestä ja psyykkisestä terveydestä ja toimintakyvystä sekä heikkojen elinolojen riskiin. Näin sekin näyttää kohdentuvan juuri siihen, mihin se on tarkoitettukin.

TAULUKKO 6. Palvelujen käytön yhteys heikon elämänlaadun riskiin työ- ja kolmasikäisillä (18–79 v.), WHOQOL -Brefin elämänlaadun eri ulottuvuuksilla. Logistinen regressioanalyysi, riskisuhteet (Odds ratio) OR.

	Ulottuvuus				Elämänlaadun yleisarvosana	Tyytyväisyys terveyteen
	Fyysinen OR	Psyykinen OR	Sosiaalinen OR	Ympäristö OR	Yleis_Qol OR	Terveys OR
havainnot – n	3 635	3 925	3 912	3 925	3 928	3 928
Käynyt lääkärissä	3,457***	1,438***	1,060	1,182*	1,818***	3,119***
Käyttäneet julkisia sosiaalipalveluita	1,468**	1,108	1,116	1,364**	1,646***	1,809***
Tyytymättömät julkisiin terveyspalveluihin	1,699**	1,223	1,230	3,027***	1,933***	1,748***
Tyytymättömät julkisiin sosiaalipalveluihin	1,011	1,860	1,762	1,940	2,408**	1,784
Saa toimeentulotukea	1,695**	1,594*	1,351	1,463*	1,242	1,016
Alin tuloneljännes	1,836***	1,673***	1,162	2,530***	2,232***	1,362*
2. alin tuloneljännes	1,348**	1,312**	0,922	1,918***	2,068***	1,169
2. ylin tuloneljännes	1,347**	1,213	0,982	1,416***	1,564***	1,077
Kahden hengen kotitalous	,804*	,785**	,678***	,775**	,850	,870
Yli kahden hengen kotitalous	,686**	,641***	,756**	,753**	,617***	,679***
Esikaupunki/lähiö	1,149	1,003	1,082	1,139	1,044	1,405***
Kuntakeskusalue	1,214	1,024	0,945	1,448**	,854	1,158
Haja-asutusalue	1,324*	1,142	1,026	1,952***	1,127	1,110
Nainen	1,120	0,963	,703***	1,088	,822*	,983
Nagelkerke pseudo R2	R2= 10,5 %	R2= 7,2 %	R2= 5,9 %	R2= 6,8 %	R2=11,4 %	R2=10,9 %

Vakioitu ikäluokat (18–24, 25–44, 45–59, 60–69 ja 70–79), työmarkkina-asema (työllinen, työtön, työkyvytön, eläkeläinen ja kotona/muu), kotitalouden koko (1 hlö, 2 hlö, 3 tai yli hlöä), OECD-tuloneljännes (korkein tuloneljännes) ja asuinpaikka (kaupunki, esikaupunki/lähiö, kuntakeskus ja, maaseutu). Viiteryhmä lihavoitu. T-arvo merkitsevyytensä $p < .05$, * $p < .01$, ** $p < .001$ ***. Mallin selityssaste on Nagelkerke, näennäis-R2.

Tyytymättömyys julkisiin terveyspalveluihin liittyy kolminkertaiseen riskiin heikoista elinoloista ja ympäristön tuesta, kaksinkertaiseen riskiin heikosta yleisestä elämänlaadusta sekä yli puolitoistakertaiseen riskiin heikosta fyysisestä terveydestä ja tyytymättömyydestä omaan terveyteen. Kuviosta 2 voidaan havaita, että palvelujärjestelmiin tyytymättömyys vaikuttaa eniten elämänlaadun ympäristö- ja sosiaaliseen ulottuvuuteen. Ympäristöulottuvuuden osalta tulos saattaa viitata paitsi heikkoihin elinoloihin myös palvelujen saatavuuteen, sillä elämänlaatumittarin yksi kysymys liittyy terveyspalveluiden saavutettavuuteen asuinympäristössä ja toinen asuinalueen olosuhteisiin. Sosiaalisen ulottuvuuden osalta tulos voi liittyä sosiaalisten verkostojen antaman tuen vähäisyyteen, jota palvelujärjestelmä ei ehkä kykene kompensoimaan.



KUVIO 2. Sosiaali- ja terveyspalvelujen käytön ja asiakastytyväisyyden yhteys elämänlaatuun, kohonnut riski (OR = riskisuhteet >1), 18–79 v.

Tuloksista ei voida vetää johtopäätöksiä siitä, mikä on palveluiden rooli elämänlaadun osatekijänä tai pystytäänkö palveluilla lisäämään elämänlaatua vai ei. Tätä ei voida analysoida nyt käytettävissä olevalla poikkileikkausaineistolla, vaan käytössä pitäisi olla paneeliaineisto (ks. myös Böckerman & Ilmakunnas 2009).

Elämänlaadun tuen tarpeet vaihtelevat eri elämänvaiheissa

Yhteenvedon tuloksista voidaan ensinnäkin todeta, että kahdeksan kymmenestä suomalaisesta aikuisesta kokee yleisen elämänlaatunsa erittäin hyväksi tai hyväksi aina korkeaan ikään saakka. Kyky nauttia elämästä ja myönteinen elämänasenne ovat kaikille ikäryhmille yhteisiä elämänlaadun perustekijöitä, mutta muutoin ikäryhmien välillä on selviä eroja. Nuorimmalle ryhmälle eli 18–24-vuotiaille elämän merkityksellisyys on tärkeintä, samoin elämästä nauttiminen ja kielteisten tuntemusten puute. Tulosta voi tulkita niin, että nuorille on tärkeää mielekäs elämä ja se, että voi luottaa elämään ja uskoa tulevaisuuteen. Tämän ryhmän nuoret valikoituivat heikon elämänlaadun riskiryhmään puutteellisen koulutuksen ja työttömyyden vuoksi, joten nämä tekijät ovat nuorten suomalaisten elämänlaadun merkittäviä uhkia. Yleisesti ottaen työmarkkina-asema vaikuttaa voimakkaasti koettuun elämänlaatuun, mikä on havaittavissa kaikista tehdyistä analyyseistä. Samantyyppinen löydös työttömyyden kielteisestä vaikutuksesta on saatu myös esimerkiksi tutkittaessa saksalaisten kokemaa onnellisuutta 25 vuoden paneeliaineistolla (Headey ym. 2010).

Keski-ikäiset (25–59-vuotiaat) kokevat kyvyn nauttia elämästä olevan heille keskeinen elämänlaadun rakentaja. Nuoremmille keski-ikäisille (25–44 v.) ovat tämän ohella tärkeitä tyytyväisyys omaan terveyteen, rahojen riittävyys suhteessa tarpeisiin, kyky selviytyä päivittäisistä toiminnoista sekä elämän kokeminen merkitykselliseksi. Myöhäisessä keski-ikässä (45–59 v.) korostuvat lisäksi riittävä tieto elämän kannalta tärkeitä asioista sekä hyvä liikuntakyky. 25–59-vuotiaiden suomalaisten elämänlaatu on hyvin korkea silloin kun he ovat työssäkäyviä ja perheellisiä. Työn merkitys suomalaisten työikäisten elämänlaadulle on kaikkiaan tämän tutkimuksen mukaan aivan keskeinen. Tulokset vahvistavat työmarkkina-aseman, toimeentulon ja perherakenteen suuren merkityksen työikäisten elämänlaadulle. Parhaiten elämänlaatua suojaavat hyvä terveys ja työkyky, työpaikka, riittävä toimeentulo ja perheellisyys. Ja kääntäen riskitekijöitä ovat heikko terveys, työkyvyttömyys, työttömyys, köyhyys ja yksinäistalous. Työttömien nopeaa työllistymistä edistäviä aktiivisia työvoimapolitiittisia, mutta myös sosiaali- ja terveys- ja koulutuspolitiittisia toimia pidetäänkin tärkeinä syrjäytymistä estävinä toimenpiteinä yhteiskunnassa (esim. Percy-Smith 2000).

Vaikka elämänlaatu säilyy pääsääntöisesti korkeana myöhäiseen ikään saakka, tapahtuu sen kaikilla ulottuvuuksilla kuitenkin selvää heikentymistä iän myötä. Kolmasikäiset valikoituivat tässä analyysissä elämänlaadun suhteen omaksi ryhmäkseen. Nuorimmille heistä, eli 60–69-vuotiaille, riittävä tarmo arjesta selviytymiseen, hyvä liikuntakyky ja keskittymiskyky osoittautuivat tärkeiksi elämänlaadun osatekijöiksi. Taustalla lienee huoli työkyvystä sekä fyysisen toimintakyvyn ja kognition säilymisestä iän karttuessa. Tulos on samansuuntainen kuin vuonna 2004 (Vaarama ym. 2006). Tähän ryhmään asetetaan suuria toiveita pidentyvistä työurista. Mikäli tämä joukko halutaan pitää työelämässä pidempään, keinoksi ei riittäne pelkästään eläkeiän nosto vaan tarvitaan myös joustavia työ- ja eläkejärjestelyjä. Varhaista toimintakyvyn ongelmiin puuttuminen sekä panostaminen niin fyysiseen kuin kognitiotakin ylläpitävään kuntoutukseen, liikunta- ja kulttuuriharrastusten tukemiseen sekä työkyvyn edistäminen on osoitettu kustannusvaikuttaviksi terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoiksi (Valtioneuvoston kanslia 2007).

70:n ikävuoden jälkeen terveys nousee etusijalle, liikuntakyvyn merkitys korostuu ja kuvaan tulee mukaan kyky olla tyytyväinen omaan itseen. Taustalla saattaa olla terveysongelmien yleistymisen tässä iässä, kasvava kiinnostus tai huoli oman toimintakyvyn kehityksestä, sekä onnistunutta sopeutumista omaan vanhenemiseen kuvaava kyky hyväksyä itsensä kaikkine ikäänymisen mukanaan tuomine muutoksineen. Tämänkin tulos ja päätelmä ovat yhteneviä aiemman tutkimuksen kanssa. (Vaarama ym. 2006; Bowling 2007; Deeg 2007). Tähän ryhmään olisi hyvä kohdistaa toimintakykyä ja sosiaalista identiteettiä laajasti tukevia ehkäiseviä toimia. Tärkeää on myös terveyspalvelujen hyvä saatavuus.

Neljännessä iässä eli 80 ikävuoden jälkeen terveys on edelleen ensimmäisellä sijalla, ja riittävä tarmo ja tieto arkipäivää varten ovat tärkeitä. Nyt mukaan tule-

vat myös tyytyväisyys unen laatuun ja ystäviltä saatuun tukeen. Tässä elämänvaiheessa on tärkeää hyvä terveystalvelujen saatavuus, mutta myös osallisuus arjen tarmoaa, virkistystä ja sosiaalisia suhteita tukevaan toimintaan. Arkipäivän sujuvoittamiseksi tulisi tarjolla olla myös helposti saatavaa ja ymmärrettävää tietoa eri hoito- ja palvelumahdollisuuksista sekä niiden hinnoista. Tämäkin tulos vastaa aiempia HYPÄ-aineistolla saatuja tuloksia. (Vaarama ym. 2006; Karvonen 2008.)

Tarvitsemme sosiaalisempaa hyvinvointipolitiikkaa

Tässä tutkimuksessa haluttiin tuottaa tuoretta tietoa suomalaisen aikuisväestön koetusta elämänlaadusta ja sen vaihtelusta. Erityisen kiinnostuneita oltiin siitä, vaihtelevatko elämänlaadulle tärkeät tekijät elämäkulun aikana, ja miten sosiaalisesti oikeudenmukaiselta hyvän elämänlaadun jakautuminen väestössä vaikuttaa. Lisäksi haluttiin testata maailman terveysjärjestön elämänlaatumittaria tällaisessa toistaiseksi kansainvälisestäikin harvinaisessa asetelmassa.

Tulosten mukaan suomalaisten koettu elämänlaatu on korkea aina 80:nteen ikävuoteen saakka, minkä jälkeen fyysiset vaivat ja psyykkisen hyvinvoinnin heikkeneminen alkavat tasaisesti vähentää sitä. Kaikille suomalaisille yhteisiä elämänlaadun perustekijöitä ovat kyky nauttia elämästä, hyväksi koettu terveydentila, tarmokkuus arjessa sekä myönteinen elämänsäsenne, mutta muutoin eri tekijöiden merkitys vaihtelee eri elämänvaiheissa. Myös perheeltä ja ystäviltä saatu tuki koetaan keskeiseksi elämänlaatua kohentavaksi tekijäksi kaikissa ikäryhmissä, mutta syy-yhteys on erityisen voimakas erityisesti vanhimmilla kansalaisilla. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin esimerkiksi Sakari Kainulaisen (2008) tulokset edelliseltä lamakaudelta 1990-luvun alusta. Tulos vahvistaa käsitystä siitä, että elämänlaatu on dynaaminen, elämäntilanteiden mukaan ja elämäkulun aikana vaihteleva kokemus oman elämän hyvydestä ja sille tärkeistä tekijöistä (vrt. Walker & Mollenkopf 2007; Pieper & Vaarama 2008). Tämä viittaa siihen, että hyvinvointipolitiikassa tulisi ottaa näiden tekijöiden vaihtelu huomioon ja olisi kehitettävä ikäryhmä- ja elämäntilannespesifejä politiikkatoimia.

Tulokset nostivat esiin kolme ryhmää, joilla on riski heikentyneeseen elämänlaatuun: sosio-ekonomisesti heikommassa asemassa olevat ja työttömät nuoret, 80 vuotta täyttäneet naiset sekä kolmannessa iässä olevat, heikot fyysiset ja psyykkiset voimavarat omaavat henkilöt. Tämän perusteella elämänlaadun tukemisessa olisi kiinnitettävä erityistä huomiota syrjäytymisen ehkäisyyn, sillä heikon elämänlaadun riskitekijät liittyvät ylipäänsä heikkoihin hyvinvoinnin edellytyksiin. Yleisesti syrjäytymisen riskitekijöihin luetaan heikko koulutustaso, puutteellinen ammattitaito, nuoruuden huono-osaisuus perheessä, työttömyys, huono terveys ja toimintakyky, puutteelliset asuinolosuhteet sekä vähemmistöihin kuuluminen (Euroopan Komissio 2002; Percy-Smith 2000). Jos peruskoulun jälkeiset opinnot puuttuvat tai ovat jääneet kesken, voi työttömyysriski kasvaa ja syrjäytymi-

sen todennäköisyys lisääntyä työttömyyden aikana (Vähätalo 1998). On ilmeisen tärkeää huolehtia nuorten hyvästä koulutuksesta sekä edistää heidän pääsyään työmarkkinoille esimerkiksi palkkatuetun työn, oppisopimusten ja työpajatoiminnan kautta.

Toinen merkittävä syrjäytymiskijä koulutuksen puutteiden ohella on heikko taloudellinen tilanne, joka ei välttämättä rajoitu ainoastaan tuloköyhyyteen, vaan se voi merkitä myös sellaisten hyödykkeiden puuttumista, joita ilman ihmiset eivät voi osallistua yleisesti hyväksytyyn elämäntapaan (harrastukset, sosiaaliset verkostot, kulutusmahdollisuudet), ja joiden puute heikentää osallisuuden mahdollisuuksia vallitsevassa kulttuurissa ja ympäristössä, ja siten myös koettua elämänlaatua (Kangas & Ritakallio 2003; Townsend 1979).

Julkisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tehtävänä on osaltaan tukea ihmisten terveyttä, toimintakykyä ja selviytymistä niissä toimissa, joissa hän tarvitsee hoitoa, apua ja tukea. Toimeentulotuen tulisi tarjota apua silloin kun omat varat eivät jonkun yllättävän tilanteen takia riitä takaamaan toimeentuloa. Terveyspalveluja kansalaiset käyttävät laajasti, sosiaalipalveluja vähemmän ja toimeentulotuesta on perusturvan riittämättömyyden vuoksi muodostunut pienituloisten pysyvä tulonlähde (ks. Pasi Moision artikkeli kirjassa). Tämän tutkimuksen mukaan julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut kohdentuvat ihmisille, joiden elämänlaadussa on paljon puutteita: huono fyysinen ja psyykinen terveys, pienituloisuus ja köyhyys, sekä heikommat ympäristöresurssit ja haja-asutusalueella asuminen. Täten voidaan sanoa, että oikeudenmukaisuusnäkökulmasta palveluiden kohdentuminen näyttää suosivan tasa-arvoa. Tämä voi parhaimmillaan kaventaa väestössä havaittuja terveys- ja hyvinvointieroja. Nyt tehdyssä elämänlaadun analyysissä toimeentulotuen asiakkuuteen liittyi merkittävästi kohonnut riski heikentyneeseen psyykkiseen elämänlaatuun. Esimerkiksi Elina Laaksosen (2010) mukaan toimeentulon ongelmat aiheuttavat mielenterveysongelmia suomalaisilla ja englantilaisilla toimihenkilöillä.

Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan voida poikkileikkausaineistosta johtuen tehdä päätelmää elämänlaadun ja palvelujen välisten yhteyksien suunnasta. Voidaan vain todeta, että palvelujen käytön ja koetun elämänlaadun välillä on ilmeinen yhteys, mutta sen selvittäminen vaatii toisenlaista tutkimusasetelmaa. Myös soveltuvista mittareista on etenkin sosiaalipalvelujen osalta puute. Tätä nykyä käytettävissä käytössä on useita päteviä terveyteen liittyvän elämänlaadun mittareita (esim. 15D, EQ5D ym., ks. Pekurinen & Sintonen 2006), samoin iäkkäiden hoivapalvelujen vaikuttavuuden mittareita (Care Keys, ks. Vaarama ym. 2008). Sosiaalipalvelujen osalta ensimmäiset hyvinvointihyödyn mittaamisen perustuvat elämänlaadun mittarit ovat kuitenkin vasta pilottivaiheessa (ASCOT, ScQoL ym., ks. <http://www.pssru.ac.uk/ascot>). Niistä muodostuu aikanaan välineitä sosiaalipalvelujen kustannusvaikuttavuuden tutkimiseen, jolloin mahdollistuu myös sosiaalipalvelujen ja elämänlaadun välisten yhteyksien tarkempi analyysi.

Tässä tutkimuksessa käytettiin WHO:n lyhyttä elämänlaatumittaria, mikä mahdollisti myös sen tilastollisten ominaisuuksien, validiteetin ja erotteluvoiman arvioinnin. Saadut tulokset ovat pitkälti yhteneviä aiemman koettua hyvinvointia käsittelevän tutkimuksen kanssa, joten mittari näyttää soveltuvan hyvinvointiteoreettiseen elämänlaadun tutkimukseen hyvin. WHOQOL-Bref -mittari osoitautui erotteluvoimaiseksi niin iän kuin sosioekonomistenkin tekijöiden suhteen. Mittarin etuna on mahdollisuus tarkastella koetun elämänlaadun ulottuvuuksia aiempaa spesifimmin, ja se kykeni antamaan uutta tietoa elämänlaadun väestöryhmittäisestä jakautumisesta ja sosiaalisesta oikeudenmukaisuudesta.

Voidaan sanoa, että terveys- ja hyvinvointierojen kasvu ovat elämänlaadun sosiaalisesti oikeudenmukaisen jakautumisen ehkä suurin este, siksi niiden kaventaminen ja poistaminen tulisi olla mahdollistavan hyvinvointipolitiikan kärkitavoitteita. Tutkimusten mukaan esimerkiksi sosioekonomiset terveyserot eivät ole juuri kaventuneet viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana, vaan pysyneet jotakuinkin ennallaan ja jopa kasvaneet (Hyvönen ym. 2007). Antti Alila ym. (2009) ovat arvioineet, että terveys- ja hyvinvointieroja vähentämällä voidaan saada aikaan merkittäviä kansantaloudellisia säästöjä. Merkittävä osa terveyden edistämisestä tapahtuu terveydenhuoltopalveluiden ulkopuolisilla sosiaalipoliittisilla toimilla ja muilla politiikkatoimialoilla (McKeown 1976). Tässä työllisyyspolitiikalla, työkyvyn edistämällä ja ylläpidolla, sekä riittävän perusturvan takaamisella on suuri merkitys.

Tämän tutkimuksen keskeinen tulos on elämänlaadun sosiaalinen valikointisuus. Hyvinvointipolitiikalla voidaan vaikuttaa valintoihin, jotka lisäävät ihmisten onnellisuutta ja elämään tyytyväisyyttä (Headey ym. 2010). Tarvitsemekin sosiaalisempaa hyvinvointipolitiikkaa. Sen kärkien tulisi suuntautua nuorten elämänlaadun edellytysten tukemiseen ja korjaamiseen, iäkkäimpien kansalaisten tarvitseman hoivan ja tuen turvaamiseen sekä syrjäytymisen ehkäisyyn kaikissa elämänvaiheissa. Tässä koulutuspolitiikalla, työpolitiikalla ja sosiaaliturvapolitiikalla sekä siihen läheisesti liittyvällä palvelupolitiikalla on kaikilla niin omat kuin yhteistyötä edellyttävät tehtävänsä. Jatkossa on toivottavasti mahdollista pitkitäisaineistojen karttuessa analysoida elämänlaadun muutosten yhteyksiä elämäntilanteiden muutoksiin.

Lähteet

- Alila, Antti, Myhrman, Rolf & Siljander, Eero (2009) Skenaarioita terveysmenoista. Terveystyön edistämisen vaikutukset ja analyysimallin esittely. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009: 7.
- Allardt, Erik (1980) Hyvinvoinnin ulottuvuuk-
sia. Porvoo: WSOY.
- Aromaa, Arpo & Koskinen, Seppo (toim.) (2002) Terveys ja toimintakyky Suomessa: Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitos. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 3/2002. <http://www.ktl.fi/publications/2002/b3.pdf>
- Ascot -mittari. Social care-related quality of life (SCRQOL) <http://www.pssru.ac.uk/ascot/>. Personal Social Services Research Unit, Cornwallis Building, George Allen Wing, University of Kent, Canterbury, UK..
- Bowling, Ann (2007) Quality of life in older age: What the old people say. In Mollenkopf, Heidrun & Walker, Alan (eds.) Quality of life in old age. International and Multi-Disciplinary perspectives. New York: Springer, 15-30.
- Böckerman, Petri & Ilmakunnas, Pekka (2009) Unemployment and Self Assessed Health: Evidence from Panel Data. Health Economics 18, 161-179.
- Cummins, Robert A. (1997) Assessing Quality of life. In Brown, Roy I. (edt.) Quality of life for people with disabilities. Models, research and practice. Second edition. Cheltenham, UK: Stanley Thornes(publishers) Ltd, 116-150.
- Deeg, Dorly H.J. (2007) Health and quality of life. In Mollenkopf, Heidrun & Walker, Alan (eds.) Quality of life in old age. International and multi-disciplinary perspectives. Springer, New York, 195-214.
- Diener, Ed (1994) Assessing Subjective Well-Being: Progress and Opportunities. Social Indicators Research 31 (2), 103-157.
- Diener, Ed (2000) Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. American Psychologist 55, 34-43.
- Diener, Ed, Suh, Eunkook M., Lucas, Richard E. & Smith, Heidi L. (1999) Subjective well-being: Three decades of progress. Psychological Bulletin 125(2), 276-302.
- Eckersley, Richard (2000) The mixed blessings of material progress: diminishing returns in the pursuit of happiness. Journal of Happiness Studies 1, 267-292.
- Euroopan Komissio (2002) Yhteinen raportti sosiaalisesta osallisuudesta. Luettelonumero: KE-42-02-521-**-C.
- Felce, David & Perry, Jonathan (1997) Quality of life: The scope of the term and its breadth of measurement. In Brown, Roy Ivan (eds.) Quality of life for people with disabilities. Models, research and practice. Second edition. Cheltenham, UK: Stanley Thornes (publishers) Ltd, 56-71.
- George, Linda K. (2005) Socioeconomic status and health across the life course: Progress and prospects. Journals of gerontology, series B-psychological sciences and social sciences. 60(2), 135-139.
- Giddens, Anthony (2007) Europe in the Global Age. Cambridge: Polity Press.
- Hanestad, Berit Rokne, Rustoen, Tone, Knudsen, Øistein Jr., Lerdal, Anners & Wahl Astrid K. (2004) Psychometric properties of the WhoQol-Bref questionnaire for the Norwegian general population. Journal of nursing measurement 12(2), 147-159.
- Hawthorne, Graeme, Herrman, Helen & Murphy, Barbara (2006) Interpreting the WHOQOL-Bref: Preliminary population norms and effect sizes. Soc Indicators Res 77, 37-59.
- Headey Bruce, Muffels Ruud, Wagner Gert G. (2010) Long-running German panel survey shows that personal and economic choices, not just genes, matter for happiness. www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1008612107
- Huusko, Tiina, Strandberg, Timo & Pitkälä, Kaisu (2006) Voiko ikääntyneiden elämäntilaa mitata? Geriatrisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishanke, raportti 12.
- Hyvönen, Elisa, Keskimäki, Ilmo & Koskinen, Seppo ym. (toim.) (2005) Terveystyön eriarvoisuus Suomessa: Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Julkaisuja 23:2007, Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeri.
- Kainulainen, Sakari (1998) Elämäntapahtumat ja tyytyväisyys eri sosiaaliluokissa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 62. Kuopio.
- Kangas, Olli & Ritakallio, Veli-Matti (2003) Moniulotteisen köyhyyden trendit 1990-luvulla. Teoksessa Kangas, Olli (toim.) Laman varjo ja nousun huumaa. Sosiaali- ja terveystyön tutkimuksia 72, 49-92. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Karvonen, Sakari (2008) Hyvinvointi työikäis-

- ten kokemana. Teoksessa Moisio, Pasi, Karvonen, Sakari, Simpura, Jussi & Heikkilä, Matti (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2008*, 96-114. Helsinki: Stakes.
- Laaksonen, Elina (2010) Multiple socioeconomic circumstances and health: associations and explanations among Finnish and British public sector employees. University of Helsinki, Faculty of Medicine, Hjelt Institute, Public Health.
- Lasslet, Peter (1997) Interpreting the demographic changes. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London, Series B*, 352, 1805-1809.
- Lawton, M. Powell (1991) A multidimensional view of quality of life in frail elders. In Birren, James E., Lubben, James, Rowe, John & Deutchman, David (edt.) *The concept of measurement of quality of life in frail elders*. San Diego, academic press, 3-27.
- Martikainen, Pekka, Mäkelä Pia, Koskinen, Seppo & Valkonen, Tapani (2001) Income differences in mortality: a register-based follow-up study of three million men and women. *Int J Epidemiol*. 30: 1397-405.
- Martikainen, Pekka, Martikainen, Tuomo & Wass, Hanna (2005) The effect of socioeconomic factors on voter turnout in Finland: A register based study of 2.9 million voters. *European Journal of Political Research*, Vol. 44, p. 645-669.
- McKeown, Thomas (1976) A historical appraisal of the medical task. McLachlan, Gordon & McKeown, Thomas (eds.) *Medical history and medical care*. Oxford University press, Oxford.
- Noerholm, V., Groenvold, Mogens, Watt, Torquil, Bjorner, Jakob, Rasmussen, N-A. & Bech, Per (2004) Quality of life in the Danish general population – normative data and validity of WhoQol-Bref using Rasch and item response theory models. *Quality of life research* 13, 531-540.
- Osoba, David, Rodrigues, George, Myles James, Zee, Benny & Pater, Joseph (1998) Interpreting the significance of changes in health-related quality of life scores. *Journal of Clinical Oncology* 16(1), 139-144.
- Pekurinen, Markku & Sintonen, Harri (2006) *Terveystaloustiede*, WSOY, Helsinki.
- Pieper, Richard & Vaarama, Marja (2008) The concept of care-related quality of life. In Vaarama, Marja, Pieper, Richard & Sixsmith, Andrew (2008) *Care-related quality of life in old age: concepts, models and empirical findings*. Springer, New York, NY, 65-101.
- Percy-Smith, Janie (2000) Introduction: the contours of social exclusion. In Percy-Smith, Janie (eds.): *Policy Responses to Social Exclusion: Towards inclusion?* Open-University Press, Buckingham, 121.
- Sen, Amartya (1993) *Capability and Well-Being*. In Nussbaum, Martha & Sen, Amartya (eds.) *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon Press, 30-53.
- Sen, Amartya (2009) *The Idea of Justice*, Allen Lane Publisher, London 2009
- Skevington, Suzie M., Loftly, M., O'Connell, Kathryn A. & The WHOQOL Group (2004) *The World Health Organization's WHOQOL-Bref Quality of life assessment: psychometric properties and the results of the international field trial. A report from the WHOQOL group*. *Qual Life Res* 13, 299-310.
- Stiglitz, Joseph E., Sen, Amartya & Fitoussi, Jean-Paul (2009) Report by the commission on the measurement of economic performance and social progress. Julkaistu 14.9.2009. www.stiglitz-sen-fitoussi.fr ja www.oecd.org.
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (2005) *Sosiaali- ja terveydenhuollon maksupolitiikan ja maksujärjestelmän uudistamista selvittäneen toimikunnan mietintö*. Julkaisuja 2005:10. Helsinki: STM.
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (2010) *Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen, sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väliraportti, Selvityksiä 2010:19*. Helsinki: STM.
- The WHOQOL Group (1995) *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Social science and medicine* 41(10), 1403-1409.
- The WHOQOL Group (1996) *WHOQOL BREF -introduction, administration, scoring and generic version of assessment*. WHO The world health organization. Geneva.
- The WHOQOL Group (1998) *Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref quality of life assessment*. *Psychol Med* 28, 551-558.
- Theuns, Peter, Hofmans, Joeri, Mazaheri, Mehrdad, Van Acker, Frederik & Bernheim, Jan L. (2010) *Cross-national comparability of the WHOQOL-BREF: A measurement invariance approach*. *Qual Life Res*. 2010

- Mar;19(2):219-24. Epub 2010 Jan 20.
- Townsend, Peter (1979) *Poverty in the United Kingdom*. Penguin Books Ltd., New York.
- Vaarama, Marja & Kaisaari, Tuula (2002) Ikääntyneiden toimintakyky ja koettu hyvinvointi. Teoksessa Heikkilä, Matti & Kautto, Mikko (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2002*. Helsinki: Stakes.
- Vaarama, Marja, Luoma, Minna-Liisa & Ylönen, Lauri (2006) *Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu*. Teoksessa Kautto, Mikko (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi*. Helsinki. Stakes, 104-132.
- Vaarama, Marja, Luoma, Minna-Liisa, & Siljanen, Eero. *Quality of life in the Finnish general population and validity of WHOQol-Bref*. Käsikirjoitus.
- Vaarama, Marja & Muurinen, Seija (toim.) (2005) *Koti- ja laitoshoidon asiakkaiden elämänlaatu*. Suomen raportti. CareKeys -projektin julkaisuja. Helsingin kaupunki ja Stakes.
- Vaarama, Marja, Pieper, Richard & Sixsmith, Andrew (2008) *Care-related quality of life in old age: Concepts, models and empirical findings*. New York, NY: Springer.
- Vaarama, Marja & Tiit, Ene-Margit (2008) *Quality of life of older people in home care*. In Vaarama, Marja & Pieper Richard & Sixsmith, Andrew: (2009) *Care-related quality of life in old age: Concepts, models and empirical findings*. New York, NY: Springer.
- Vaarama, Marja (2009) *Care-related quality of life in old age*. *European Journal of Ageing* 6, 113-125.
- Valtioneuvon kanslia (2007) *Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimusraportti ja ennaltaehkäisyn merkitys*. Julkaisuja 4/2007. Helsinki.
- Veenhoven, Ruut (1996) *Happy life-expectancy, A comprehensive measure of quality of life in nations*. *Social Indicators Research*, vol. 39, 1-58.
- Veenhoven, Ruut (2000) *The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life*. *Journal of happiness studies* 1, 1-39.
- Vähätalo, Kari (1998) *Työttömyys ja suomalainen yhteiskunta*. Helsinki: Gaudeamus.
- Walker, Alan & Mollenkopf, Heidrun (2007) *International and multidisciplinary perspectives on quality of life in old age: conceptual issues*. In Mollenkopf Heidrun & Walker, Alan (eds.) *Quality of life in old age: international and multi-disciplinary issues*. New York, Springer, 3-13.

LIITETAULUKOT

LIITETAULUKKO 1. Keskeisten taustamuuttujien n ja % -osuudet.

Ikäryhmä	M		N		Yht	
	n	%	n	%	n	%
18–24	198	9,6	250	11,2	448	10,4
25–44	686	33,2	631	28,1	1317	30,6
45–59	540	26,1	582	26	1122	26
60–69	329	15,9	317	14,2	646	15
70–79	192	9,3	208	9,3	400	9,3
80–	120	5,8	253	11,3	373	8,7
yhteensä	2065	100	2241	100	4306	100
Tutkinto						
Peruskoulu	580	28,1	659	29,4	1239	28,8
Keskiaste	902	43,7	860	38,4	1761	40,9
Alin korkea-aste	203	9,9	338	15,1	541	12,6
Alempi korkeakouluaste	190	9,2	200	8,9	390	9,1
Ylempi korkeakouluaste	172	8,3	174	7,8	346	8
Tutkijakoulutusaste	19	0,9	10	0,5	29	0,7
Yhteensä	2065	100	2241	100	4306	100
Työmarkkinastatus						
Työssä	1273	61,7	1356	60,5	2629	61,1
Työtön	149	7,2	116	5,2	266	6,2
Opiskelija tai vm	135	6,6	195	8,7	330	7,7
Muu eläkeläinen	110	5,3	80	3,6	190	4,4
Vanhuseläkkeellä	387	18,7	425	19	812	18,9
Kotona tai muu	11	0,5	69	3,1	79	1,8
Yhteensä	2 065	100	2 241	100	4 306	100

LIITETAULUKKO 2. Parhaan elämänlaadun omaavat kaikilla elämänlaadun osa-alueilla mitattuna. Klusterianalyysi, yli 59-vuotiaat.

	Fyysinen	Psyykinen	Sosiaalinen	Ympäristö
	ka (sd.)	ka (sd.)	ka (sd.)	ka (sd.)
Kaupunki, nainen, palkansaaja	72 (18,3)	72 (14,5)	78 (16,6)	76 (13,1)
Maaseutu, yrittäjä, mies	57 (16,0)	62 (11,3)	70 (16,6)	68 (12,6)
Kaupunki, mies, palkansaaja	82 (11,7)	79 (11,3)	80 (14,4)	83 (10,5)
Yhteensä	74 (17,8)	73 (13,8)	77 (16,0)	78 (13,1)

80 vuotta täyttäneiden koettu elämänlaatu

Ikääntyneiden elämänlaadun tutkimus on kansainvälisesti vilkasta erityisesti psykologiassa ja terveystieteissä. Elämänlaadun käsite on monimutkainen ja vaikeasti avautuva, sille on runsaasti erilaisia määritelmiä, eikä sille ole kokoavaa teoreettista viitekehystä (Rapley 2003; Walker & Mollenkopf 2007). Mark Rapleyn (2003) mukaan yksilön kokeman elämänlaadun osalta sosiaalitieteellinen tutkimus näyttää pitkälti yhtyvän Robert A. Cumminsin (1997) lähestymistapaan. Sen mukaan elämänlaadussa on kyse sekä objektiivisesta että yksilön subjektiivisesta arviosta siitä, miten asiat ovat seuraavalla seitsemällä ulottuvuudella: materiaallinen hyvinvointi, terveys, tuottavuus, intiimiyys, turvallisuus, yhteisöllisyys ja emotionaalinen hyvinvointi. Objektiivisella ulottuvuudella mittarit koostuvat kullekin kulttuurille ominaisista, relevanteista hyvinvoinnin mittareista (esimerkiksi suhteellisen köyhyyden määritelmä on kulttuurisidonnainen). Subjektiiviset mittarit puolestaan kuvaavat yksilön omia arvotuksia siitä, mitkä tekijät koetaan tärkeiksi omalle hyvinvoinnille. Määritelmä on läheinen koetun hyvinvoinnin lähestymistavalle. Esimerkiksi Linda K. Georgen (2005) mukaan termejä ”hyvinvointi” ja ”elämänlaatu” käytetäänkin lisääntyvästi toistensa synonyymeina erityisesti kun tutkimuksen kohteena on koetun elämänlaadun ja hyvinvointiresurssien välinen vuorovaikutus.

Aikaisempi tutkimus on osoittanut, että ikääntyneiden elämänlaadulle ja hyvinvoinnille ovat tärkeitä paljolti samat tekijät kuin muillekin ikäryhmille eli hyvä terveys, toimivat sosiaaliset verkostot, psyykinen hyvinvointi ja riittävä toimeen-

tulo (Hughes 1990; Bowling 1997 ja 2007; Diener & Seligman 2002; Vaarama ym. 2006; Vaarama ym. 2008). Alan Walkerin ja Heidrun Mollenkopfin (2007) mukaan elämänlaadulle tärkeiden tekijöiden merkitys kuitenkin myös vaihtelee elämäntilanteiden ja elämänkulun eri vaiheiden mukaan, esimerkiksi nuoret aikuiset kokevat merkityksellisiksi erilaiset asiat kuin hyvin vanhat ihmiset (ks. Vaarama ym. artikkeli s. 126). Ikääntyessä, ja erityisesti ”neljännessä iässä” (Lasslett 1976) eli 80:nneen ikävuoden jälkeen koetussa elämänlaadussa korostuvat eräät juuri tähän elämänvaiheeseen liittyvät erityispiirteet, jotka eivät tavallisesti nouse esiin muilla ikäryhmillä. Näitä ovat päivittäisen toimintakyvyn ongelmat, riippuvuus muiden avusta, saadun avun koettu tarkoituksenmukaisuus ja riittävyys, kyky selviytyä kognition toimivuutta vaativista tehtävistä sekä turvattomuuden tunne. (Bowling 2007; Walker & Mollenkopf 2007; Vaarama ym. 2008; Vaarama 2009.) Esimerkiksi Elina Laitalaisen ym. (2008) mukaan eläketulojen niukkuus, pelko toisten avusta riippuvaiseksi tulemisesta sekä muistin heikkeneminen ja laitoshoitoon joutumisen pelko aiheuttavat iäkkäimmillä turvattomuuden tunnetta.

Gerontologisessa elämänlaadun tutkimuksessa viitataan usein Powell M. Lawtonin ”hyvän elämän” malliin (1983) sekä sen myöhempään elämänlaadun versioon (Lawton 1991). Lawton näkee iäkkäiden elämänlaadun koostuvan neljästä toisiaan leikkaavasta ulottuvuudesta: fyysinen terveys ja käyttäytymisen kompetenssi, psyykinen hyvinvointi, sosiaaliset suhteet ja sosiaalinen identiteetti, sekä yksilön kykyjen ja ympäristön vaatimusten välinen yhteensopivuus (*person-environment-fit*). Lawton sisällyttää ympäristöön fyysisen ja emotionaalisen asuin- ja elinympäristön lisäksi myös yhteiskunnan järjestämien palvelujen antaman tuen, esimerkiksi liikenneyhteyksien, vapaa-ajan toimintojen ja sosiaali- ja terveystalvelujen saavutettavuuden ja niiden kyvyn kompensoida toimintakyvyn puutteita. Lisäksi ympäristöön sisältyvät aineelliset elinolot kuten käytettävissä olevien varojen riittävyys suhteessa tarpeisiin. Ajatuksena on, että mitä enemmän toimintakyvyssä on puutteita, sitä enemmän ihminen tarvitsee ympäristön tukea selviytyäkseen elämässään.

Tutkittaessa iäkkäitä käytetään myös käsitettä hoivasta riippuvainen elämänlaatu (*Care related Quality of life*, esim. Pieper & Vaarama 2008; Vaarama 2009). Marja Vaaraman ja Richard Pieperin (2008) mallissa huomio kohdistuu saadun avun merkitykseen toisten avusta riippuvaisten ikäihmisten elämänlaadun osatekijänä. Mallin perusajatus on, että hyvä elämänlaatu tukee aktiivista ja hyvää vanhenemista ja suojaa ennenaikaiselta avuttomuudelta, siksi myös hoito- ja hoivapalvelujen tulisi ottaa iäkkäiden asiakkaidensa elämänlaadun tukeminen tietoisesti tavoitteeksi. Tällöin hoidon ja palvelujen tulisi kohdistua kaikille niille elämänlaadun ulottuvuuksille, joilla yksilöllinen avun ja tuen tarve ilmenee. Mallin mukaan elämänlaatua tukevan palvelun peruselementit ovat asiakkaan autonomian, psyykkisen hyvinvoinnin ja sosiaalisen identiteetin tukeminen, asuin- ja elinympäristön soveltuvuutta lisäävien muutosten toteuttaminen ja muun tarvittavan hoidon ja tuen järjestäminen. Mallin kotimaiset ja kansainväliset empiiriset tes-

taukset tukevat mallin oletuksia, sillä tulosten mukaan riittävä ja tarpeisiin vastaava apu liittyy hyvään elämänlaatuun. Lisäksi työntekijän ja asiakkaan välisen vuorovaikutuksen laadulla on suuri merkitys lopputulokselle. Iäkkään asiakkaan elämänlaatua kohentaa, mikäli häntä kohdellaan arvostavasti, hänet ja hänen läheisensä osallistetaan hoidon ja palvelun suunnitteluun, ja palvelut vastaavat juuri niihin tuen tarpeisiin, joita kullakin asiakkaalla elämänlaatunsa eri ulottuvuuksilla on. (Vaarama & Tiit 2008; Vaarama 2009).

Tarkastelemme tässä tutkimuksessa iäkkäiden elämänlaatua WHO:n aiemmin kuvattuun elämänlaadun määritelmään nojautuen, eli elämänlaatua lähesyttään neljän ulottuvuuden (fyysinen, psyykkinen, sosiaalinen, ympäristö) kautta (WHOQOL-Group 1995; ks. Vaarama ym. tässä kirjassa). WHO:n määritelmää voi pitää ”lawtonilaisena” sekä ulottuvuuksiensa osalta että siinä, että ympäristö- ulottuvuus sisältää myös palvelujen saatavuuden ja ympäristön esteettömyyden sekä yksilön taloudelliset voimavarat suhteessa hänen kokemuksiinsa tarpeisiin.

Tutkimuksen tarkoitus, metodit ja aineisto

Suomalaisten ikäihmisten elämänlaatua on tutkittu jo aiemmin valtakunnallisilla aineistoilla (Vaarama & Kaitsaari 2002; Vaarama ym. 2006; Vaarama & Ollilla 2008). Tämän artikkelin tarkoituksena on jatkaa näitä analyyseja ja seurata iäkkäiden elämänlaadun kehitystä:

1. Tuottamalla ajankohtaista tietoa iäkkäiden elinoloista, terveydestä, toimintakyvystä ja elämänlaadusta sekä palvelujen merkityksestä siinä.
2. Vertaamalla tuloksia soveltuvin osin vuoden 2004 tutkimukseen, jolloin erillinen 80 vuotta täyttäneiden tiedonkeruu toteutettiin edellisen kerran.

Elämänlaatua mitataan WHOQOL-Bref-mittarilla (Vaarama ym. tässä kirjassa). Lisäksi käytetään seuraavia täydentäviä muuttujia:

1. Koettu yksinäisyys
2. Mielenkiinnon menetys asioihin, joista ennen on nauttinut
3. Asuinolojen puutteellisuus ja asunnon esteettömyys
4. Lähipalvelumatkojen pituus
5. Asuinalue: kaupungin keskusta, esikaupunki/lähiö, kuntakeskus, haja-asutusalue
6. Itse raportoitu avun tarve, saanti ja riittävyys
7. Koettu toimeentulo (menojen kattamisen helppous, ks. Karvonen ym. tässä kirjassa)
8. Palvelukokemukset (tyytyväisyys sosiaali- ja terveyspalveluihin)

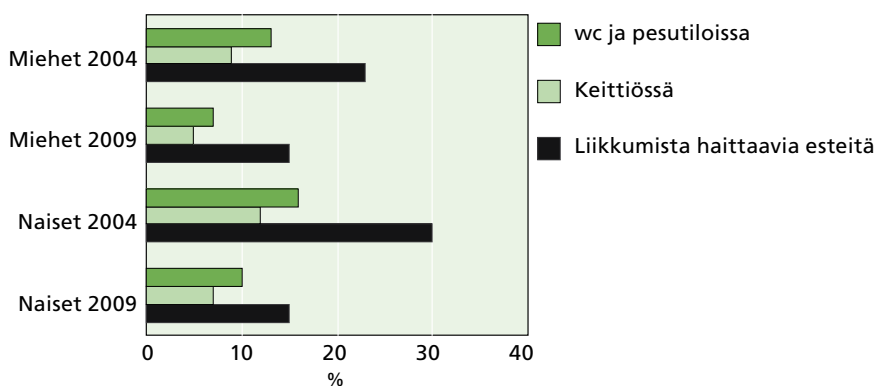
Aluksi kuvataan iäkkäiden elinoloja, terveyttä ja toimintakykyä sekä koettua yksinäisyyttä ja näiden kehitystä, minkä jälkeen siirrytään koetun elämänlaadun

kuvaamiseen sekä sen vaihtelun analysointiin. Koska asuinalue ei analyysissa osoittautunut tilastollisesti merkitseväksi iäkkäiden elämänlaadun vaihtelun selittäjäksi, se jätettiin analyysien ulkopuolelle.

Tutkimusaineisto koostuu niistä 373:sta 80 vuotta täyttäneestä henkilöstä, jotka haastateltiin vuoden 2009 HYPA-tiedonkeruun osana (ks. aineistoliite tässä kirjassa). Tutkittavista 353:lta (95 %) saatiin vastaukset myös WHOQOL-Bref -mittariin. Artikkelin perustuu siten iäkkäiden omiin arvioihin elinoloistaan, toimintakyvystään, avun tarpeestaan ja saannistaan sekä muista elämänlaadulle tärkeistä tekijöistä. Tutkimusmenetelminä käytetään lineaarista ja logistista regressioanalyysia, jossa OR tai riskisuhteiden avulla kuvataan todennäköisyyttä kyseisen tekijän suhteen.¹

Puutteellinen asuminen on iäkkäiden keskuudessa vähenemässä

Neljä viidestä tutkittavasta halusi asua kotona, mutta asumiseen liittyi monia kotona selviytymistä koettelevia seikkoja. Puutteellinen asuminen ja asunnon liikuntaesteet ovat olleet iäkkäiden elinolojen sitkeä ongelma: hankalat portaat, korkeat kynnykset, kapeat oviaukot ja käytävät tai puuttuva hissi. Asuinympäristön liikuntaesteet näyttävät kuitenkin vähentyneen huomattavasti, sillä kun vuonna 2004 niistä kärsi joka kolmas nainen ja joka kolmas mies, oli osuus kummallekin sukupuolelle vuonna 2009 enää 10 prosenttia (kuvio 1). Puutteellisista pesutiloista kärsi kymmenesosa naisista ja puutteellisista keittiöistä vajaa kymmenesosa. Kaikkiaan naiset raportoivat puutteita asumisessaan hieman miehiä enemmän. Verrattuna vuoteen 2004 kaikki asumisen ongelmat näyttävät selvästi vähentyneen, kun ajanjaksolla 1998–2004 vähentyminen oli hidasta. (Vaarama ym. 2006).



KUVIO 1. Asunnon puutteet sukupuolittain 80 vuotta täyttäneillä (%) 2004 ja 2009.

Myönteinen kehitys saattaa liittyä iäkkäiden kohentuneeseen toimintakykyyn. Toisaalta elinolojen parantuessa myös iäkkäiden asumistaso lienee parantunut ja he ovat myös itse voineet kunnostaa asuntojaan esteettömimmiksi. Myös kunnat ovat panostaneet asuntojen ja asuinympäristöjen esteettömyyteen.

Koettu terveys ja toimintakyky ovat parantuneet

Tutkittavat olivat yleensä melko tai erittäin tyytyväisiä omaan terveyteensä, eikä sukupuolten välillä ollut merkittäviä eroja. Verrattuna vuoteen 2004 iäkkäiden tyytyväisyys omaan terveyteen näyttää lisääntyneen. (Taulukko 1.)

Iäkkäiden elämänlaadulle ja kotona selviytymiselle on keskeistä suoriutumisen päivittäisistä toimista (ADL). Yleensä päivittäisillä toimilla tarkoitetaan henkilökohtaisia perustoimintoja (PADL) kuten syöminen, pukeutuminen ja peseytyminen, sekä ns. välinetoimintoja (IADL), kuten kotiaskareiden hoito ja kodin ulkopuolella asiointi. Päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä fyysinen, psyykinen ja kognitiivinen toimintakyky sekä ympäristötekijät liittyvät kiinteästi toisiinsa (esim. Voutilainen 2009). Vuonna 2009 miltei kolmasosa 80 vuotta täyttäneistä miehistä ja viidesosa naisista selviytyi kaikista päivittäisistä toimista ilman vaikeuksia. Kahdella viidestä oli vaikeuksia kodinhoidossa ja asioinnissa sukupuolesta riippumatta. Kaikkiaan molemmilla sukupuolilla ongelmat liittyivät voittopuolisesti arkitoimista selviytymiseen ja pieniin vaikeuksiin henkilökohtaisissa päivittäistoimissa. Etenkin naisilla tämä kombinaatio voimistui 85 ikävuoden jälkeen, ja jo yli puolet heistä koki ongelmia henkilökohtaisissa toimissa välinetoimintojen lisäksi. (Taulukko 2.)

Verrattuna vuoteen 2004 on toimintakykyvaikeuksien kokeminen vähentynyt huomattavasti 80–84-vuotiailla, ja hienoista paranemista nähdään myös 85 vuotta täyttäneiden ryhmässä. Arkitoimista suoriutuminen on parantunut kaikilla muilla paitsi 85 vuotta täyttäneillä miehillä, joilla nämä ongelmat näyttävät yleistyneen voimakkaasti. Sen sijaan juuri tässä ryhmässä on henkilökohtaisissa päi-

TAULUKKO 1. 80 vuotta täyttäneiden tyytyväisyys terveyteen (%) 2004 ja 2009.

	Miehet		Naiset	
	2004	2009	2004	2009
n	129	130	261	232
Erittäin tyytyväinen	12	14	15	12
Melko tyytyväinen	46	50	41	50
Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	13	20	15	19
Melko tyytymätön	23	9	20	12
Erittäin tyytymätön	7	8	9	7

TAULUKKO 2. Päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen 80 vuotta täyttäneillä iän ja sukupuolen mukaan (%) 2004 ja 2009.

	2004				2009				Kaikki 2009	
	Miehet		Naiset		Miehet		Naiset		Miehet	Naiset
Ikäryhmä	80–84	85+	80–84	85+	80–84	85+	80–84	85+	80+	
n	86	43	163	99	91	39	127	116	130	243
Ei toimintaky- ky-vaikeuksia	20	16	17	3	39	18	34	7	32	21
Vain IADL vaikeuksia	51	37	55	43	34	56	40	38	41	39
Pieniä PADL vaikeuksia	20	21	15	20	20	13	17	38	18	27
Suuria PADL vaikeuksia	9	26	13	33	8	13	9	17	9	13
	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

vittäistoimissa ongelmia kokevien osuus vähentynyt puoleen edellisestä. Naisilla molemmissa ikäryhmissä on pienten PADL-ongelmien määrä yleistynyt mutta suurten vähentynyt. Iäkkäät kotona asuvat naisetkin olivat aiempaa paremmassa kunnossa, mutta edelleen huonokuntoisempia kuin kotona asuvat miehet, tai heillä ei ollut puolisoa auttamassa. Huolimatta myönteisestä kehityksestä iäkkäillä on siis edelleen paljon toimintakykyongelmia, sillä vain joka kolmas 80 vuotta täyttänyt mies ja joka toinen samanikäinen nainen eli vanhuuttaan niistä vapaana.

Tutkittavista miehistä noin joka kolmas ja naisista kaksi viidestä oli kokenut itsensä yksinäiseksi vähintään joskus. Jatkuvasti tai melko usein yksinäisyyttä koki joka kymmenes, ja tämä lisääntyi hieman 85 ikävuoden jälkeen. Yleisintä oli tuntea yksinäisyyttä joskus tai hyvin harvoin. (Taulukko 3.) Yksinäisyyden kokemus yleistyi 85 ikävuoden jälkeen, sillä ei koskaan itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus pieneni verrattuna 80–84-vuotiaisiin. Vuonna 2004 joka kolmas oli kokenut yksinäisyyttä joskus ja noin joka kymmenes usein tai jatkuvasti, naiset miehiä hiukan

TAULUKKO 3. Koettu yksinäisyys 80 vuotta täyttäneillä (%) 2009.

	Ikä			
	80–84		85 +	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
n	91	127	39	116
Jatkuvasti	3	4	5	4
Melko usein	6	6	10	10
Joskus	22	28	18	28
Hyvin harvoin	19	21	28	19
Ei koskaan	51	41	39	38

useammin. Yksinäisyyden kokeminen lisääntyi iän myötä siten, että jatkuvasti yksinäiseksi itsensä kokeminen oli yleisintä 85 vuotta täyttäneillä. Vaikka tulokset eivät ole erilaisesta mittaustavasta johtuen täysin verrannollisia, ovat ne yhtenevät. Näiden löydösten valossa iäkkäiden koetussa yksinäisyydessä ei ole tapahtunut muutoksia vuosien 2004–2009 aikana. Yksinäisyys näyttää olevan vakava ongelma noin joka kymmenennelle 80 vuotta täyttäneelle, ja tämä yleistyy hieman 85 ikävuoden jälkeen. Aiemman tutkimuksen mukaan emotionaalista yksinäisyyttä määrittävät tekijät masentuneisuuden lisäksi ovat leskeys, yksin asuminen, huonoksi koettu terveys ja alentunut toimintakyky sekä ihmissuhteiden menetykset (Tiikkainen 2006).

Naisista 16 prosenttia ja miehistä 61 prosenttia asui yhdessä puolison kanssa. Yhteydet läheisiin olivat kiinteitä, sillä miehistä 80 prosenttia ja naisista 75 prosenttia oli yhteydessä lapsiinsa vähintään viikoittain. Kaksi viidestä oli vähintään viikoittain yhteydessä myös lapsenlapsiinsa. Noin puolet miehistä ja kaksi kolmasosaa naisista oli vähintään viikoittain yhteydessä myös läheisimpään ystävään. Vuonna 2004 saatiin samansuuntainen tulos, eli iäkkäiden yhteydenpito läheisiin on säilynyt kiinteänä.

Apua tarvitseville omaiset ja läheiset pääasiallinen avun lähde, tyytymättömyys avun saantiin kasvanut entisestään

Kuten taulukosta 2 nähdään, kaikkiaan iäkkäiden avuntarpeet kohdistuvat kodinhoitoon ja asiointiin sekä pieneen auttamiseen henkilökohtaisissa toimissa. Eniten vaikeuksia aiheuttivat raskaat kotityöt, joihin lukeutuu myös siivous. Toiseksi yleisimmin vaikeuksia oli asioinnissa ja ruuanlaitossa. Kun vuonna 2004 kaikkiaan 19 prosenttia apua tarvitsevista 80 vuotta täyttäneistä sai oman ilmoituksensa mukaan apua kunnallisesta kotipalvelusta (Vaarama ym. 2006), oli osuus noussut 23 prosenttiin vuonna 2009. Kunnallisen kotipalvelun ilmoitti pääasialliseksi avukseen 18 prosenttia. Kuten jo vuonna 2004, nytkin apua saatiin pääasiassa perheeltä ja läheisiltä (ks. myös Anni Vilkon, Anu Muurin ja Harriet Finne-Soverin artikkeli s. 60). Miltei puolet kunnallisen kotipalvelun tai kotihoidon saajista (48 %) koki saamansa avun riittämättömäksi, kun vastaava osuus vuonna 2004 oli 25 prosenttia (Vaarama ym. 2006). Iäkkäille kohdennettujen julkisten kotipalvelujen kattavuus on laskenut 1990-luvulta lähtien jatkuvasti, ja palvelun sisältö on muuttunut kodinhoidollisesta avusta henkilökohtaisen hoidon suuntaan (Vaarama 2008). Vuoteen 2004 verrattuna julkisen kotihoidon rooli iäkkäiden auttamisessa on siten jonkin verran kasvanut, mikä on tervetullut käänne aiempaan kehitykseen. Verrattuna iäkkäiden kokemuksiin toimintakyvyn ongelmiin näyttää kunnallisen kotihoidon kattavuus asettuvan samalle tasolle kuin mikä on suuria toimintakykyongelmia kokevien osuus 80 vuotta täyttäneistä. Huolestuttavaa on, että tyytymät-

tömyys saatuu apuun on miltei kaksinkertaistunut vuodesta 2004. Anu Muurin (tässä kirjassa) mukaan juuri iäkkäiden naisten tyytymättömyys kotipalveluun on kasvanut koko 2000-luvun. Niinpä kyse saattaa olla siitä, että annettu kotihoito kohdennetaan eniten toimintakykyvaikeuksia omaaville, mutta annettu apu ei joko vastaa heidän avuntarpeisiinsa tai he eivät saa sitä riittävästi.

Tuloksen mukaan 85 vuotta täyttäneiden kotona asuvien päivittäisiin toimiin liittyvät ongelmat ovat yleistyneet. Miehillä tarve kohdistuu erityisesti kodinhoitoon ja asiointiin, naisilla taas pieniin ongelmiin henkilökohtaisissa toimissa. Tämä luonnollisesti liittyy siihen, että kotona asutaan yhä pidempään, ja vaikka ollaankin aiempaa paremmassa kunnossa, silti arjesta suoriutuminen alkaa korkeassa iässä tuottaa ongelmia. Kehityksessä on monia mielenkiintoisia kysymyksiä jatkotutkimuksia varten: Liittyykö miesten IADL-ongelmien yleistyminen yksinastuvien miesten määrän lisääntymiseen? Vai onko kyse huonokuntoisten vanhojen pariskuntien määrän kasvusta, jolloin juuri siivous ja kodin ulkopuolinen asiointi tuottavat molemmille hankaluuksia? Ja kun pientä henkilökohtaista apua tarvitsevien naisten osuus on lisääntynyt ja suuria ongelmia kokevien osuus vähentynyt, mihin tämä liittyy? Ovatko huonokuntoisemmat siirtyneet laitoksiin ja palveluasumiseen? Esimerkiksi kunnilla saattaa olla käytössään pisteytyksiä, joissa tietyn RAVA-pistemäärän jälkeen iäkäs ei kuulu enää kotihoitoon, vaan hänet tulee sijoittaa palveluasumiseen. Nämä ovat kysymyksiä, joihin ei tällä aineistolla saada vastauksia, vaan niitä tulisi tutkia jatkotutkimuksissa tarkemmin.

Huolimatta toimintakyöngelmistä on iäkkäiden koettu elämänlaatu hyvä

Koettua yleistä elämänlaatua mitataan WHOQOL-Brefissä kysymyksellä ”Mil-laiseksi arvioitte elämänlaatonne?” (kts. Vaarama ym. tässä kirjassa). Tutkittavat kokivat elämänlaatunsa pääsääntöisesti hyväksi tai erittäin hyväksi, huonoksi sen koki vain harva. Verrattuna vuoteen 2004 näyttää hyväksi tai erittäin hyväksi elämänlaatunsa kokeneiden 80–84-vuotiaiden miesten ja 80 vuotta täyttäneiden naisten osuus kuitenkin hieman vähentyneen (taulukko 4).

Kysymys koetusta elämänlaadusta on subjektiivinen kokonaisarvio, jonka erotteluvoima on todettu heikoksi, sillä ihmisillä on taipumus antaa hyviä arvioita tällaisiin abstrakteihin yleiskysymyksiin. Parempi kuva saadaan, kun käytetään lisänä elämänlaadun eri ulottuvuuksien summapistettä ja yksittäisten tekijöiden merkitystä niissä. Kun ikääntyneiden elämänlaatua tutkittiin moniulotteisesti ja verrattiin sitä vuoden 2004 tuloksiin näyttää suomalaisten iäkkäiden miesten elämänlaatu parantuneen kaikilla ulottuvuuksilla ja naistenkin erityisesti sosiaal-lisella ja ympäristöulottuvuudella. Vain naisilla on tapahtunut heikkenemistä, alle 85-vuotiailla fyysisellä ja 85 vuotta täyttäneillä psyykkisellä ulottuvuudella (tau-lukko 5). Sosiaalisen ulottuvuuden tuloksia ei voida sellaisenaan verrata vuoden

TAULUKKO 4. Koettu elämänlaatu 80 vuotta täyttäneillä iän ja sukupuolen mukaan (%) 2004 ja 2009.

	Miehet				Naiset			
	2004		2009		2004		2009	
Ikäryhmä	80–84	85+	80–84	85+	80–84	85+	80–84	85+
n	85	43	91	39	160	98	127	116
Erittäin hyvä	5	9	8	3	14	11	13	8
Hyvä	65	54	50	62	50	51	46	46
Ei hyvä eikä huono	27	33	35	33	32	31	37	41
Huono	4	2	6	3	3	6	3	5
Erittäin huono	0	2	2	0	1	1	1	0

TAULUKKO 5. Koettu elämänlaatu WHOQOL-Brefin elämänlaadun eri lottuvuoksilla iän ja sukupuolen mukaan vuosina 2004 ja 2009 (ka. skaala 0–100).

	Miehet				Naiset			
	2004		2009		2004		2009	
Ikäryhmä	80–84	85+	80–84	85+	80–84	85+	80–84	85+
n	85	43	91	39	160	98	127	116
Fyysinen	63	61	64	62	65	57	64	57
Psykykinen	65	65	66	66	64	63	66	62
Sosiaalinen	70	62	77	78	62	63	81	74
Ympäristö	73	72	73	74	70	67	71	68

2004 aineistoon, koska tuolloin osa kysymyksistä oli jätetty pois. Verrattuna koko väestön elämänlaatuun keskimäärin on 80 vuotta täyttäneiden elämänlaatu kaikilla ulottuvuuksilla kuitenkin selvästi heikompi (vrt. Vaarama ym. taulukko 1, s. 132).

Suurin osa tutkittavista koki elämänlaatunsa fyysisen ulottuvuuden lähinnä keskinkertaiseksi. Heikoimmaksi sen kokivat 85 vuotta täyttäneet naiset. Tulosta selittää se, että tämä elämänlaadun ulottuvuus keskittyy fyysiseen terveyteen ja toimintakykyyn. 85 vuotta täyttäneet naiset kokivat erityisesti liikuntakykynsä ja tarmokkuutensa nuorempia heikommiksi, ja lisäksi he kärsivät enemmän kivusta. 80 vuotta täyttäneistä miehistä peräti 64 prosenttia ja naisista 69 prosenttia naisista ilmoitti kärsivänsä päivittäistä elämää haittaavasta kivusta. Joka neljännen naisen ja noin joka kymmenennen miehen elämää kipu haittasi erittäin paljon tai paljon. (Taulukko 6).

Verrattuna vuoteen 2004 on yleisesti ottaen kivuliaisuus miehillä pysynyt ennallaan ja naisilla jonkin verran lisääntynyt. Kun miehillä sekä paljon että erittäin paljon kipua kokevien osuus on vähentynyt, on naisilla paljon kipuja kokevien

TAULUKKO 6. Koettu päivittäistoimia haittaava kipu (%) 80 vuotta täyttäneillä 2004 ja 2009.

	Miehet		Naiset	
	2004	2009	2004	2009
n	129	130	258	243
Ei lainkaan	37	36	35	31
Vähän	19	27	22	26
Kohtuullisesti	17	23	17	20
Paljon	17	5	13	16
Erittäin paljon	9	7	13	7

osuus kasvanut mutta erittäin kivuliaiden osuus vähentynyt. Näin ollen kivuliaisuus on lieventynyt ainakin erittäin paljon kipua kokevien ryhmässä, mikä sopii yhteen edellä todettujen terveyden ja toimintakyvyn paranemisen kanssa. Kunnissa lienee myös tietoisesti parannettu kivunhoitoa.

Iäkkäiden koetun elämänlaadun tärkeimmät komponentit

Kun iäkkäiden elämänlaatua tarkastellaan WHOQOL-Brefin sallimien eri ulottuvuuksien yksittäisten muuttujien ja valittujen lisämuuttujien valossa saadaan tärkeimpiä kuva 80 vuotta täyttäneiden suomalaisten elämänlaadulle tärkeitä asioista (taulukko 7).

Tulos osoittaa ensinnäkin, että hyvä toimintakyky ja yksinäisyyden tunteen puute ovat jokaisella ulottuvuudella keskeisiä hyvän elämänlaadun resursseja. (myös Koskinen ym. 2006). Fyysisellä ja psyykkisellä ulottuvuudella ne ovat tilastollisesti merkittävimmät elämänlaadun vaihtelun selittäjät. Sosiaalista elämänlaatua parantaa se, ettei tunne itseään yksinäiseksi. Tämä viittaa aktiiviseen elämäntapaan ja toimiviin sosiaalisiin verkostoihin. Ympäristöulottuvuudella toimeentulohuolien puuttuminen on tilastollisesti vahvin selittäjä, mikä nostaa esiin sen, että myös iäkkäät tarvitsevat hyvään elämään riittävät rahavarat. Muut ympäristöulottuvuudelle tärkeät tekijät ovat yksinäisyyden tunteen puute, hyvä toimintakyky, esteetön asunto ja terveystalouden hyvä saatavuus. Merkittävimmät ovat myös avun riittävä intensiteetti ja lähipalvelujen hyvä saatavuus. Edelleen, iäkkäiden yleistä elämänlaadun kokemusta parantavat hyvä toimintakyky, yksinäisyyden tunteen puuttuminen, mielihyvän säilyminen itselle tärkeisiin asioihin, kotipalvelun saaminen ja tyytyväisyys siihen sekä taloudellisten huolien puuttuminen.

Tulos korostaa toimintakyvyn ja ihmissuhteiden merkitystä iäkkään elämänlaadulle sekä sitä, että palveluilla voidaan kohentaa iäkkäiden elämänlaatua. Vuosi-

TAULUKKO 7. Iäkkäiden elämänlaadulle tärkeät tekijät WHOQoL-Brefin elämänlaadun eri ulottuvuuksilla. Lineaarinen regressioanalyysi, standardoidut kertoimet (std. beta).

Fyysinen	Psyykinen	Sosiaalinen	Ympäristö	Yleinen elämänlaatu
n=372, r2=0,453	n=369, r2=0,254	n=372, r2=0,138	n=370, r2=0,384	n=372, r2=0,23
Puutteita asunnossa 0,07(-)	Saa intensiivistä apua 0,10*	Saa apua kotipalvelulta 0,01(-)	Ei tunne itseään yksinäiseksi 0,26(+)**	Toimintakyvyn vaje 0,23(-)**
Toimintakyvyn vaje 0,57(-)**	Tyytyväinen julkisiin sosiaalipalveluihin 0,01*	Toimintakyvyn vaje 0,1(-)	Kotitalouden menojen kattaminen helppoa 0,30(+)**	Ei tunne itseään yksinäiseksi 0,22 (+)**
Ei menetä mielihyvää 0,08(+)*	Puutteita asunnossa 0,01(-)*	Ei tunne itseään yksinäiseksi 0,29 (+)**	Toimintakyvyn vaje 0,22(-)**	Ei menetä mielihyvää 0,15(+)**
Ei tunne itseään yksinäiseksi 0,12 (+)**	Toimintakyvyn vaje 0,23(-)**		Puutteita asunnossa 0,17(-)**	Saa apua kotipalvelulta 0,14(-)**
Kotitalouden menojen kattaminen helppoa 0,01 (+)*	Ei menetä mielihyvää 0,10 (+)*		Tyytymätön julkisiin terveystalouteen 0,14(-)**	Tyytyväinen julkisiin sosiaalipalveluihin 0,12(+)*
	Ei tunne itseään yksinäiseksi 0,28 (+)**		Saa intensiivistä apua 0,11**	Kotitalouden menojen kattaminen helppoa 0,1(+)*
			Ei menetä mielihyvää 0,11(+)*	
			Lähipalvelut liian kaukana 0,09(-)*	

T-arvo merkitsevyys * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Suluissa vaikutuksen suunta (-) negatiivinen kerroinvaikutus ja (+) positiivinen kerroinvaikutus. Adj. R2 tarkoittaa aineiston kokoon sovitettua selityssastetta.

en 2004 ja 2009 tulokset tukevat toisiaan (vrt. Vaarama ym. 2006). Myös Jacobsson ja Hallberg (2005) ovat todenneet yksinäisyyden, toimintakyvyn ja elämänlaadun välisen yhteyden. Kiinnostuksen menettämistä mielihyvää tuottaviin asioihin voidaan pitää yhtenä masentuneisuuden oireena. Siten masennuksen ehkäisy ja hoito kohottavat ikääntyneen elämänlaatua. Myös se, että selviytyy jokapäiväisistä kotitalouden menoista ilman hankaluuksia eli ei ole taloudellisia huolia parantaa elämänlaatua.

Toimintakyvyn vajeet ja avun saaminen kotipalvelulta liittyvät iäkkäillä heikentyneeseen yleiseen elämänlaatuun. Aiemman tutkimuksen mukaan autonomin tunne on eräs keskeisiä elämänlaadun osatekijöitä (esim. Luoma 2004). Tulokset heikon elämänlaadun ja julkisen kotipalvelun yhteydestä saattaakin osaltaan liit-

tyä siihen, että juuri toimintakyvyn vajeiden takia iäkkäät ovat riippuvaisia ulkopuolisesta avusta, ja tämä vähentää heidän mahdollisuuksiaan itsemääräämiseen. Elämänlaadun, palvelutyytyväisyyden ja asuinympäristön välinen yhteys tukee hoivasta riippuvan elämänlaadun keskeistä oletusta palvelujen ja ympäristön merkityksestä huonokuntoisten ihmisten elämänlaadulle. Tässä tapauksessa julkisiin sosiaalipalveluihin tyytyväisyydessä on kyse mitä ilmeisemmin kunnallisesta kotihoidosta ja kotipalvelusta. (vrt. Vaarama & Tiit 2008; Vaarama 2009).

Ympäristöulottuvuudella nähdään, miten fyysinen, sosiaalinen ja psyykinen eli fyysinen ja ei-fyysinen ympäristö kietoutuvat toisiinsa, ja miten suuri merkitys iäkkäille on sekä riittävällä toimeentulolla että terveys- ja lähipalvelujen saatavuudella. Tulos vahvistaa ”person-environment-fit” -näkökulman tärkeyttä iäkkäiden elämänlaadun ja toimintakyvyn mahdollistajana (Lawton 1991), ja sen mukaan on tärkeää, että ympäristö tukee iäkkään selviytymistä niin fyysisen kuin psyykososiaalisen tuenkin muodossa.

Avun saannin ja asuinympäristön ongelmat ovat keskeisiä heikon elämänlaadun riskitekijöitä iäkkäillä

Jo edellä nousi esiin, miten tärkeitä avun saanti ja tyytyväisyys saatuun apuun ovat iäkkäiden elämänlaadulle. Seuraavaksi tarkastelemme sitä, miten suuria riskitekijöitä nämä ovat (taulukko 8).

Kotihoidon saantiin liittyy kaksi ja puolikertainen riski heikkoon sosiaaliseen elämänlaatuun ja omaishoidon saantiin yli kolminkertainen riski heikkoon elämänlaatuun fyysisellä ulottuvuudella. Tulos viittaa siihen, että omaisten apu on heikon terveyden ja fyysisen toimintakyvyn omaaville iäkkäille keskeisin avun lähde, kun taas heille, joilla ei ole perhettä tai omaisapua saatavilla, kotihoito on keskeisin auttaja. Tulos on yhtenevä aiemmin todetun kanssa eli omaiset ovat ny-

TAULUKKO 8. Heikon elämänlaadun riskiä lisäävät avun saantiin ja riittävyteen liittyvät tekijät 80 vuotta täyttäneillä. Logistinen regressioanalyysi, riskisuhdeluvut Ex(B).

	Elämänlaadun ulottuvuus			
	Fyysinen	Psyykinen	Sosiaalinen	Ympäristö
Saa kotipalvelua	1,99	1,99	2,52*	1,45
Saa apua omaisilta/ perheeltä	3,17**	1,78	,99	1,21
Avun suuri intensiteetti	,65	,96	2,00	0,43
Luottamus avun saantiin	1,33	,49	0,39*	0,35*
Tyytymätön julkisiin terveyspalveluihin	1,23	,30	,57	1,13
Tyytymätön julkisiin sosiaalipalveluihin	2,98*	2,48	1,58	2,98*

T-arvo merkitsevyys * = p < .05, ** = p < .01, *** = p < .001
N = 373

kyään apua tarvitsevien kotona asuvien iäkkäiden pääasiallisia auttajia, kun kunnallinen kotihoito antaa apua enää vain vajaalle viidesosalle avun tarvitsijoista. Tämän tuloksen mukaan siis lähinnä iäkkäille, joilla ei ole läheisapua saatavilla. Tulos antaa lisävalaistusta sille, miten nykyiset niukat julkisen kotihoidon resurssit näyttävät kohdentuvan.

Toiseksi tulos osoittaa, miten tärkeää iäkkäille on voida luottaa siihen, että saa apua tarvitessaan: luottamus avun saantiin kohentaa iäkkään elämänlaatua sosiaalisella ja ympäristöulottuvuudella yli 60 prosenttiyksikköä verrattuna siihen, että ei luota saavansa apua. Luottamuksen merkitys sosiaalisella ulottuvuudella saattaa viitata myös siihen, että auttajat ovat iäkkäille merkityksellisiä myös sosiaalisten suhteiden kannalta (vrt. Vaarama 2009). Tyytymättömyys julkisiin sosiaalipalveluihin puolestaan kolminkertaistaa riskin heikkoon elämänlaatuun fyysisellä ja ympäristöulottuvuudella. Tulos liittyyne apua tarvitsevilla iäkkäillä pitkälti juuri kotihoitoon ja muuhun ympäristön tarjoamaan tukeen. Aiemmassa, samalla metodilla vuonna 2004 tehdyssä valtakunnallisessa tutkimuksessa avun riittävä intensiteetti oli tilastollisesti merkitsevä tekijä (Vaarama ym. 2006), mutta nyt se on korvautunut luottamuksella avun saantiin. Tulos saattaa kuvata lisääntyntä epävarmuutta siitä, saako tarvitessaan apua mistään. Tämä lienee omiaan lisäämään myös turvattomuuden tunnetta. (vrt. Laitalainen ym. 2008).

Myös asunnon puutteiden ja lähipalvelumatkojen pituuden on todettu aiemmissa valtakunnallisissa tutkimuksissa olevan iäkkäiden elämänlaadulle ongelmia (Vaarama 2004; Vaarama ym. 2006). Sama tulos saadaan myös nyt (taulukko 9)

Tässäkin aineistossa asunnon puutteet muodostivat suuren riskitekijän iäkkäiden elämänlaadulle sen kaikilla ulottuvuuksilla. Ne kolminkertaistivat riskin fyysisellä ja ympäristöulottuvuudella, kaksinkertaistivat sen psyykkisellä ulottuvuudella, ja puolitoistakertaistivat riskin sosiaalisella ulottuvuudella. Lähipalvelumatkat luonnollisesti ovat ongelma fyysisen toimintakyvyn ja yksilön kykyjen ja ympäristön vaateiden sopusoinnulle. Yksin asuminen on aiemmin osoittautunut lähinnä alle 80-vuotiaiden elämänlaadun riskiksi kaikilla muilla paitsi sosiaalisella

TAULUKKO 9. Heikon elämänlaadun riskitekijät elämänlaadun eri ulottuvuuksilla 80 vuotta täyttäneillä. Logistinen regressioanalyysi, riskisuhdeluvut Ex(B).

	Elämänlaadun ulottuvuus			
	Fyysinen	Psyykinen	Sosiaalinen	Ympäristö
Nainen	1,23	1,25	,87	1,00
Lähipalvelut liian kaukana	1,66*	,99	,96	1,81*
Asuu yksin	1,40	,98	1,25	1,39
Puutteita asunnossa	3,23***	2,26***	1,58*	3,08***

T-arvo merkitsevyys * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

ulottuvuudella, jossa se oli vuonna 2004 myös 80 vuotta täyttäneillä riskitekijä (Vaarama ym. 2006). Sen sijaan vuonna 2009 yksin asuminen ei näyttäydä tilastollisesti merkittävänä, mikä saattaa johtua tämän ulottuvuuden erilaisista kysymyspattereista vuonna 2004 ja 2009.

On monia tapoja tukea iäkkäiden elämänlaatua, jos niihin tartutaan

Tutkimuksemme tarkoitus oli tuottaa ajankohtaista tietoa iäkkäiden elämänlaadusta ja sen determinanteista ja kuvata elämänlaadussa tapahtuneita muutoksia vuodesta 2004. Tulosten mukaan suomalaisten iäkkäiden tyytyväisyys omaan terveyteensä ja koettu toimintakyky ovat parantuneet ja he kokevat elämänlaatusa voittopuolisesti hyväksi. Kohentuneeseen elämänlaatuun näyttää liittyvän myös kohentunut asumistaso. Myöskään yksinäisyyden kokeminen ei näytä yleistyneen. Suunta siis on hyvä ja valtaosa suomalaisista iäkkäistä nauttii entistä paremmasta terveydestä, hyvinvoinnista ja elämänlaadusta.

Tuloksista piirtyy kuitenkin esiin myös se, että kaikki eivät ole päässeet tästä osallisiksi, ja voidaan erottaa selkeitä elämänlaatua vähentäviä tekijöitä ja heikon elämänlaadun riskiryhmiä. Ensinnäkin, vaikka asunnon puutteet ovat vähentyneet vuodesta 2004, on niiden merkitys elämänlaadun riskitekijöinä edelleen suuri. Sama koskee pitkiä lähipalvelumatkoja. Olennaisimmat riskitekijät ovat kuitenkin fyysisen toimintakyvyn aleneminen, yksinäisyys, masennus ja pienituloisuus sekä palvelujen saatavuuteen liittyvät ongelmat ja tyytymättömyys palveluihin. Luottamus siihen, että saa tarvitessaan apua on toisten avusta riippuvaisille iäkkäille tärkeä elämänlaadun tukija. Tutkimus nostaa esiin myös sen, miten tärkeää iäkkäille on ympäristön antama tuki. Siinä tärkeitä ovat ympäristön esteettömyys, palvelujen hyvä saavutettavuus, riittävyys ja oikea kohdentuminen sekä ympäristön antama sosiaalinen ja psyykinen tuki ja turvattu taloudellinen tilanne.

Eri tutkimusten mukaan iäkkäät haluavat asua kotona. Fyysisen ympäristön näkökulmasta iäkkäiden kotona asumista voidaan tukea elinympäristön muutoksilla tai apuvälineiden avulla, jolloin voidaan palauttaa menetettyä toimintakykyä tai lievittää toimintarajoituksista aiheutuvaa haittaa (Koskinen ym. 2006) ja sitä kautta kohentaa iäkkäiden elämänlaatua. Arjen selviytymisen näkökulmasta tärkeäksi nousevat myös iäkkään ihmisen auttamisen ja hoivan verkosto ja psykososiaalinen tuki. Tällä verkostolla tarkoitetaan niitä virallisen ja epävirallisen tukiverkoston toimijoita, jotka ovat ikäihmisille toimintakyvyn kannalta tärkeitä ja hänelle itselleen merkityksellisiä. Näin ollen terveys- ja sosiaalipalvelujen laatu, saatavuus ja määrän riittävyys sekä palvelujen oikea kohdentuminen ovat keskeisiä hyvän elämänlaadun ylläpitäjiä, ja olennaista on myös auttajaverkoston sujuva yhteistyö. Tämän tutkimuksen mukaan heikon elämänlaadun riski on erityisen suuri niillä paljon apua tarvitsevilla iäkkäillä, jotka eivät saa riittävästi apua kotihoidosta

ja/tai omaisiltaan. Tähän liittyy myös tyytymättömyys juuri sosiaalipalveluihin, joihin myös kunnan kotihoito kuuluu. Se, että iäkäs voi luottaa siihen, että saa tarvitessaan riittävästi apua vähentää heikon elämänlaadun riskiä jopa puolitoistakertaisesti verrattuna niihin, jotka eivät voi tällaiseen luottaa. Huolestuttavaa on, että tyytymättömyys avun riittävyteen näyttää miltei kaksinkertaistuneen vuodesta 2004, ja nyt jo miltei puolet avunsaajista on siihen tyytymättömiä.

Tämäkin tutkimus vahvistaa toimintakyvyn ja psyykkisen hyvinvoinnin suurta merkitystä iäkkäiden elämänlaadulle. Toimintakyvyn ongelmia omaavien iäkkäiden elämänlaadun tukemisessa on kotiin annettavan hoidon ja palvelun hyvä saatavuus avainasemassa, sillä usealla elämänlaadun ulottuvuudella tärkeiksi nousivat avun riittävä intensiteetti, tyytyväisyys saatuun apuun sekä luottamus siihen, että apua saa tarvitessaan. Voidaan päätellä, että hoiva- ja terveystalouden avulla voidaan tukea iäkkään ihmisen autonomian tunnetta ja lievittää yksinäisyyttä, mikä on erityisesti iäkkäimpien kotona asuvien naisten ongelma. Yksinäisyyden läpileikkaava merkitys elämänlaadun kaikille ulottuvuuksille korostuu tässäkin tutkimuksessa. Näin ollen yksinäisyyden ehkäiseminen ja lievittäminen on tärkeää. Esimerkiksi Vaarama (2009) havaitsi, että kotihoidon yksinäisille asiakkaille työntekijöillä oli suuri merkitys puuttuvien sosiaalisten suhteiden paikkaajina, ja siksi myös vanhusten odotukset kotihoitoa kohtaan olivat suuret. Tämä saattaa lisätä myös palvelutyytymättömyyttä, koska kotihoidon voi olla vaikeaa vastata yksinäisten asiakkaiden odotuksiin: aika ei aina välttämättä riitä muuhun kuin nopeaan auttamiseen kun taas asiakas toivoisi myös sosiaalista kanssakäymistä. Kaikkiaan tulos viittaa siihen, että iäkkäiden kotihoidossa olisi tarpeen ottaa käyttöön elämänlaatua tukeva hoidon ja palvelun toimintamalli, sillä kun apua annetaan, resurssin voi käyttää joko iäkkään yksilöllisyyttä kunnioittaen tai sen sivuuttaen. (Pieper & Vaarama 2008; Vaarama & Tiit 2008; Vaarama 2009). Lisäksi olisi tärkeää, että kotihoito verkottuisi myös ulkopuolisten toimijoiden kuten vapaaehtoistyön, järjestöjen ja muiden palvelujen tuottajien kanssa. Järkevällä työnjaolla ja yhteistyöllä voitaisiin nykyistä paremmin vastata niin iäkkäiden konkreettisiin arkituon kuin psykososiaalisinkin tarpeisiin.

Tulokset antavat merkittävän viestin sosiaali- ja terveystalouden suunnittelulle. Tämän hetken yksi keskeisimmistä sosiaali- ja terveystaloudellista tavoitteista on löytää keinoja siihen, miten ikääntyneet ihmiset voisivat selviytyä omassa kodissaan entistä pidempään. Kotihoidon turvin asuu yhä huonokuntoisempia iäkkäitä, jolloin palvelujärjestelmän haasteeksi nousee tarvittavan avun riittävyys ja luotettavuuden turvaamisen lisäksi myös laaja-alainen vaikuttaminen iäkkään elämänlaadun muihin rakennuspuihin: asunnon ja asuinympäristön puutteiden ja liikuntaesteiden poistamiseen, julkisten liikennepalvelujen ja lähipalvelujen saatavuuden varmistamiseen, yksinäisyyden lievittämiseen, masennusoireiden tunnistamiseen ja hoitamiseen, sekä vähävaraisten vanhusten riittävästä palvelujen ja tuen saannista huolehtimiseen. Autonomian tunteen ollessa keskeinen elämänlaadun määrittäjä tärkeää on myös se, että iäkäs itse on aktiivinen omien palvelui-

densa suunnittelija. Suuriin kuntakeskittyymiin pyrkivässä maassa tulokset korostavat lähipalvelujen saatavuuden turvaamista ja iäkkäiden sosiaalisen integraation ja psykososiaalisen tuen järjestämisen tärkeyttä. Iäkkäiden tarpeisiin vastaaminen on koko yhteiskunnan asia, ja siinä tarvitaan julkisen, yksityisen, kolmannen sektorin ja vapaaehtoistyön yhteistyötä.

Viitteet

1) Perusvaihtoehdossa tai referenssiryhmässä riskisuhte on tasan 1. Alle yhden riskisuhteet merkitsevät riskin vähentymistä (esim. OR=0,5 tarkoittaa, että riski puolittuu), ja vastaavasti yli yhden riskisuhteet merkitsevät riskitason kasvamista (esim. OR=2; riski kaksinkertaistuu). Tilastollinen merkitsevyys ilmoitetaan jokaisen muuttujan osalta 5 (*), 1 (**), 0,1 %:n (***) riskitasoilla. Standardoitujen betojen tai vakioitujen

regressiokertoimien tarkoituksena on osoittaa vuorovaikutuksen voimakkuus ja suunta (+-) suhteessa muihin mallin muuttujiin. R2 ja pseudoR2 luvut kuvaavat mallin selitysasetta. 0 (tai 0%) tarkoittaa sitä, että malli ei selitä lainkaan kohdemuuttujan vaihtelua ja 1 (100 %) merkitsee, että malli selittää kohdemuuttujan vaihtelun täydellisesti.

Lähteet

- Bowling, Ann (1997) Measuring health: a review of quality of life. Measurement scales (second ed.) Buckingham: Open university press.
- Bowling, Ann (2007) Quality of life in older age: What the old people say. In Mollenkopf, Heidrun, Walker, Alan (eds.): Quality of life in old age. International and Multi-Disciplinary perspectives. New York: Springer, 15-30.
- Cummins, Robert A. (1997) Assessing Quality of life. In Brown, Roy I. (eds.) Quality of life for people with disabilities. Models, research and practice. Second edition. Cheltenham, UK: Stanley Thornes (publishers) Ltd, 116-150.
- Diener, Ed & Seligman, Martin, E.P. (2002) Very happy people. Psychological science: a journal of the American psychological society. APS/2002, 13(1), 81-84.
- George, Linda K. (2005) Socioeconomic status and health across the life course: Progress and prospects. Journals of gerontology, series B -psychological sciences and social sciences. 60(2), 135-139.
- Hughes, Bill (1990) Quality of life. In Peace S.M. (eds.) Researching Social Gerontology. Sage: London.
- Jakobsson, Ulf & Hallberg, Ingalill Rahm (2005) Loneliness, fear, and quality of life among elderly in Sweden: a gender perspective. Aging Clinical Experimental Research. December 17(6), 494-501.
- Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Sainio, Päivi (2006) Iäkkäiden toimintakyvyn kohentaminen on välttämätöntä. Duodecim 122, 255-257.
- Laitalainen, Elina & Helakorpi, Satu & Uutela, Antti (2008) Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2007 ja niiden muutokset 1993 – 2007. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 14/2008. Helsinki.
- Lasslett, P (1996) A Fresh Map of Life. The Emergence of the Third Age. Second Edition. London.: Macmillan Press Ltd.
- Lawton, M. Powell (1983) Environment and other determinants of well-being in older people. Gerontologist 4, 349-357.
- Lawton, M. Powell (1991) A multidimensional view of quality of life in frail elders. In Birren, James E., Lubben, James, Rowe, John & Deutchman, David (eds.): The concept of measurement of quality of life in frail elders. San Diego: Academic press, 3-27.
- Luoma, Minna-Liisa (2004) Health Related Quality of Life among Women with Advanced Breast Cancer: Issues of measurement, clinical significance and personal meaning. University of Helsinki, Faculty of Behavioural Sciences, Department of Psychology.
- Pieper, Richard & Vaarama, Marja (2008) The concept of care-related quality of life. In

- Vaarama, Marja & Pieper, Richard & Sixsmith, Andrew (2008) Care-related quality of life in old age: concepts, models and empirical findings. New York, NY: Springer, 65–101.
- Rapley, Mark (2003) Quality of Life Research. A critical introduction. London: Sage.
- Tiikkainen, Pirjo (2006) Vanhuusiän yksinäisyys Seuruututkimus emotionaalista ja sosiaalista yksinäisyyttä määrittävistä tekijöistä Studies in sport, physical education and health 114, <http://urn.fi/URN:ISBN:951-39-2537-4>
- The WHOQOL Group (1995) The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Social science and medicine 41 (10), 1403–1309.
- Vaarama, Marja (2004) Ikääntyneiden toimintakyky ja hoivapalvelut – nykytila ja vuosi 2015. Teoksessa Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuuden liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004. Helsinki, 133–198.
- Vaarama, Marja (2008) Vanhuspalvelujen tuottavuus – hyvä renki mutta huono isäntä? Kunnallistieteellinen aikakauskirja 4/2008, 457–468.
- Vaarama, Marja (2009) Care-related quality of life in old age. European Journal of Ageing 6, 113–125.
- Vaarama, Marja & Kaitsaari, Tuula (2002) Ikääntyneiden toimintakyky ja koettu hyvinvointi. Kirjassa Heikkilä, Matti & Kautto, Mikko (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2002. Helsinki: Stakes.
- Vaarama, Marja & Ollila, Kati (2008) Koettu hyvinvointi ja elämänlaatu kolmannessa iässä. Kirjassa Moisio, Pasi & Karvonen Sakari & Simpura, Jussi & Heikkilä, Matti (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2008. Stakes: Helsinki, 116–139.
- Vaarama, Marja & Tiit, Ene-Margit (2008) Quality of life of older people in home care. In Vaarama, Marja & Luoma, Minna-Liisa & Ylönen, Lauri (2006) Ikääntyneiden toimintakyky, Palvelut ja koettu elämänlaatu. Teoksessa Kautto, Mikko (toim.): Suomalaisten hyvinvointi. Helsinki: Stakes, 104–132.
- Vaarama, Marja & Pieper, Richard & Sixsmith, Andrew (2008) Care-related quality of life in old age: Concepts, models and empirical findings. New York, NY: Springer.
- Voutilainen, Päivi (2009) Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi. Teoksessa Voutilainen, Päivi & Tiikkainen, Pirjo (toim.) Gerontologinen hoitotyö. Helsinki: WSOY, 124–144.
- Walker, Alan & Mollenkopf, Heidrun (2007) International and multidisciplinary perspectives on quality of life in old age: Conceptual issues. In Mollenkopf, Heidrun & Walker, Alan (eds.) Quality of life in old age: international and multi-disciplinary issues. New York, NY: Springer., 3–13 .

Laatupainotettujen elinvuosien kehitys Suomessa 1996–2009

Ihmisten hyvinvointiin vaikuttaa oleellisesti terveydentila. Väestön terveydentilan seuraaminen on tästä syystä merkittävä osa hyvinvoinnin kehittymisen tarkastelua. Terveydentilan mittarina voidaan käyttää elinajanodotetta: terveempi ihminen elää yleensä pidempään. Elinajanodote ei kuitenkaan ota huomioon elämänlaatua, jolla on oleellinen merkitys elämän mielekkyyteen. Esimerkkitalanteena mahdollisesta harhasta elinajanodotteen käyttämisestä terveydentilan ja hyvinvoinnin mittarina voi esittää tapausta, jossa elinajanodote on pidentynyt mutta toimintakyky huonontunut. Kuvatun kaltainen tilanne voisi olla seurausta esimerkiksi terveydenhuollon teknologisesta kehityksestä: tiettyyn tautiin sairastuneet kuolivat aiemmin, mutta teknologisen kehityksen seurauksesta vastaavat potilaat pystytään jatkossa pitämään hengissä. Tällöin ei ole itsestään selvää onko hyvinvointi ja ihmisten terveydentila parantunut vai heikentynyt.

Laatupainotetut elinvuodet (QALY, *expected quality adjusted life years*) ottavat terveyteen liittyvän elämänlaadun huomioon.¹ Laatupainotteisia elinvuosia laskettaessa elinajanodotetta painotetaan elämänlaadulla. Terveyteen liittyvän elämänlaadun mittareita on monia, mutta HYPÄ-aineisto tarjoaa mahdollisuuden käyttää QALYjen laskemiseen tarkkaa ja hyvin testattua suomalaista terveyteen liittyvän elämänlaadun mittaria (15D), joka sisältää 15 terveyden ulottuvuutta (ks. Sintonen 1994, 1995 ja 2001; Sintonen & Arinen 1997).² QALYja käytetään yleisesti terveydenhuollon taloudellisissa arvioissa vaikuttavuusmittarina ja QALYjen maksimoitiin sisältyvä ajatus on jo pitkään ollut keskeisenä terveystaloudellisenä tavoitteena: ”lisää vuosia elämään, lisää terveyttä elämään, lisää elämää vuosiin” (vrt. STM 1986).

Tarkastelemalla odotettavissa olevien laatu painotteisten elin vuosien ajallista kehitystä voidaan kuvata ikäryhmien eroja, hyvinvoinnin kehityspolkuun vaikuttavan elämänlaadun eri ulottuvuuksien muutoksia ja elinajanodotteen sekä elämänlaadun kehityksen jaetuista vaikutuksista muodostuvan terveyteen liittyvän hyvinvoinnin kokonaiskehitystä.

Tässä artikkelissa kuvaamme suomalaisten laatu painotettujen elin vuosien kehitystä vuosina 1996–2009. Lisäksi arvioimme

- kulkevatko elinajanodotteet ja terveyteen liittyvä elämänlaatu samaan suuntaan
- kuinka eri ikäryhmien odotettavissa olevien laatu painotettujen elin vuosien kehityskaaret poikkeavat toisistaan
- mikä osuus laatu painotettujen elin vuosien kehityksestä on seurausta elinajanodotteen muutoksista ja mikä osuus elämänlaadun muutoksista.

Aineistot ja menetelmät

Tutkimuksemme hyödyntää ja täydentää aikaisemman, Timo Seppälän ym. (2008) tutkimuksen tuloksia vuoden 2009 tiedoilla. Tutkimuksessa käytettiin vuoden 1998 Terveysturvan väestötutkimuksen, Terveys 2000 -tutkimuksen ja vuoden 2004 Hyvinvointi ja palvelut -kyselyn poikkileikkausväestötutkimusaineistoja (Arinen ym. 1998; Aromaa & Koskinen 2004; Kautto 2006.) Lisäksi käytämme HYPÄ 2009 -aineistoa, joka on kuvattu tämän kirjan liitteessä.

Laatu painotteisten elin vuosien laskemisessa tarvittavat kuolemanvaaratiedot saatiin Tilastokeskuksen tuottamista kuolemanvaaratauluista (Tilastokeskus 2009). Vuoden 2009 kuolemanvaaratietoja ei ollut vielä saatavilla, joten käytimme viimeisintä saatavilla olevaa kuolemanvaaratietoa (vuosi 2007) arvioina 2009 kuolemanvaarasta.³

Kaikkissa aineistoissa tutkimusjoukko muodostettiin rajaamalla pois alle 18-vuotiaat, laitoshoidossa olevat ja henkilöt, joiden 15D-tiedot olivat puutteelliset. Näiden rajauksien jälkeen vuoden 1996 aineistoon jäi 3 579, vuoden 2000 aineistoon 6 166, vuoden 2004 aineistoon 2 787 ja vuoden 2009 aineistoon 1 710 havaintoa. Kaikki aineistot kattoivat 30–79-vuotiaat suomalaiset, mutta vuosien 1996, 2004 ja 2009 aineistossa mukana oli myös alle 30-vuotiaita (18 ikävuodesta alkaen) sekä yli 79-vuotiaita (94 ikävuoteen saakka).

Laatu painotteisten elin vuosien laskennassa tarvitaan 15D-arvoja ja kuolemanvaaratietoja 1-vuotisikäryhmittäin. 15D-arvot laskettiin aineistoon sisällytettyjen 15 ulottuvuuden painotettuja arvoja hyväksi käyttäen (Sintonen 2001.) Yksilötason aineistosta laskettiin tämän jälkeen sukupuolittain 1-vuotisikäryhmittäiset keskiarvot.

Laatu painotettu elinajanodote (eli odotettavissa oleva QALY) laskettiin yhdistämällä 1-vuotisikäryhmittäiset 15D arvot vastaavien ikäryhmien kuolemanvaaratietoihin soveltaen todennäköisyyslaskennan menetelmiä (Seppälä ym. 2008).⁴

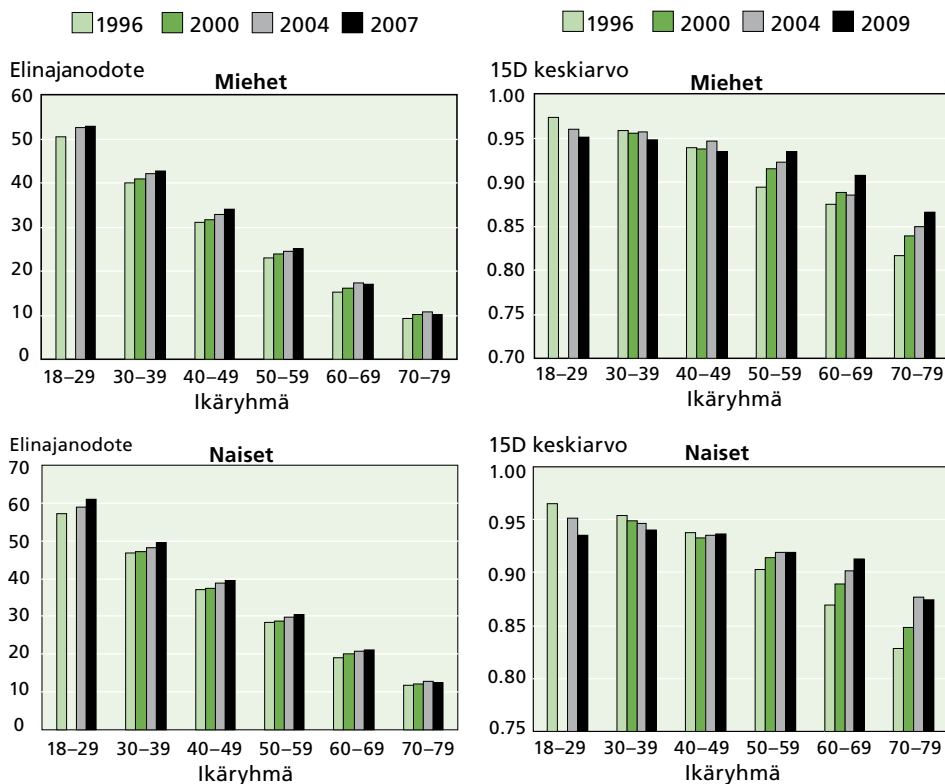
15D-arvon muutoksen vaikutuksen QALYjen kokonaismuutokseen laskettiin puolestaan kiinnittämällä kuolemanvaaraluvut vuoden 1996 tasolle ja antamalla ainoastaan 15D-arvon muuttua.

QALYjen laskennassa diskonttaus pyrkii ottamaan huomioon sen, että aikajanelle kiinnitetystä tarkastelupisteestä vertailtuna terveyden arvo on sitä pienempi mitä kauemmaksi tulevaisuudessa tarkastelua viedään (vrt. rahavirran diskonttaus). Yksilön tämän päivän näkövinkkelistä tarkasteltuna lisäelinvuosi tänä vuonna on arvokkaampi kuin lisäelinvuosi 20 vuoden kuluttua. Diskonttauksella on oleellinen vaikutus siihen kuinka QALYjen muutokset kohdistuvat eri ikäryhmille.⁵

Terveyteen liittyvä elämänlaatu ja elinajanodote

Terveyteen liittyvän elämänlaadun ja elinajanodotteen kehitykset eivät ole samansuuntaisia (kuvio 1).

Elinajanodotteet ovat pidentyneet systemaattisesti kaikissa ikäryhmissä sekä miehillä että naisilla, joskin kasvu on hieman hidastunut viimeisten vuosien aika-



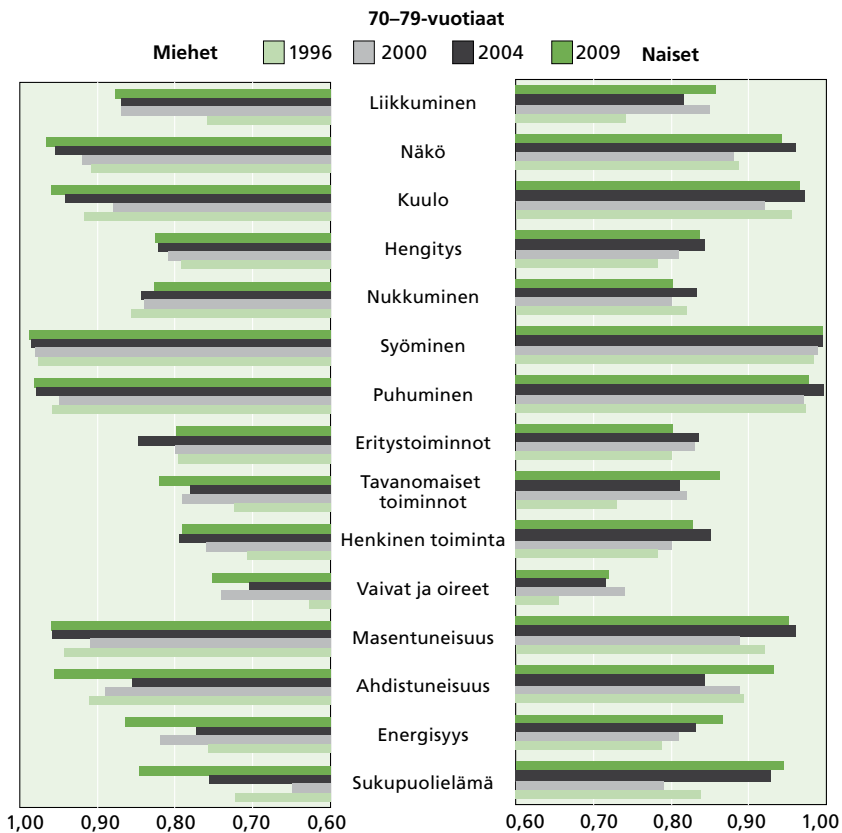
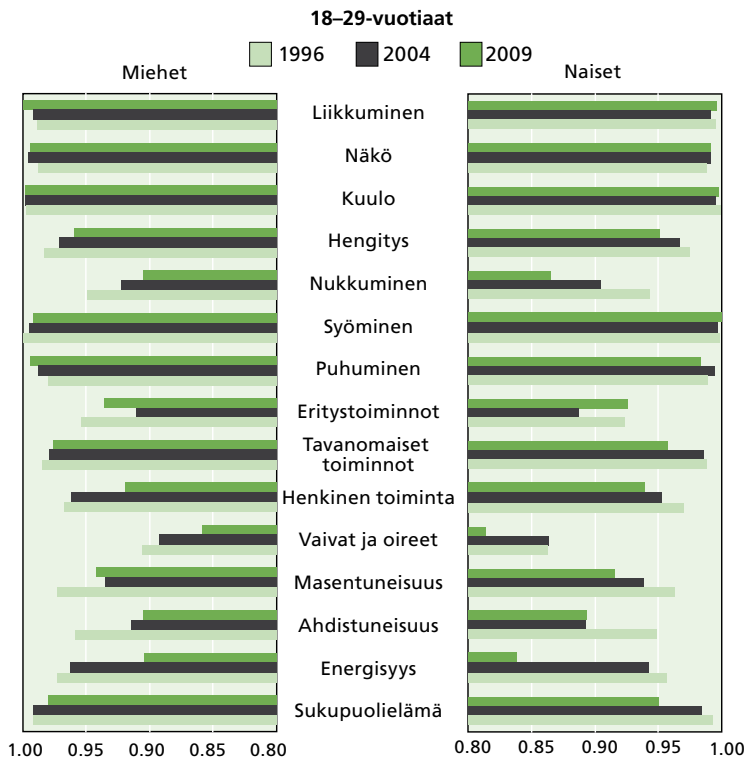
KUVIO 1. Elinajanodote sekä terveyteen liittyvän elämänlaadun (15D) keskiarvot.

na.⁶ Terveyteen liittyvä elämänlaatu on laskenut alemmissa ikäryhmissä ja kasvanut ylemmissä ikäryhmissä. Tilastollisesti merkitseviä (5 %:n merkitsevyystasolla) muutoksia vuosien 1996 ja 2009 välillä on 15D-arvoissa tapahtunut kaikissa ikäryhmissä lukuun ottamatta 30–49-vuotiaita miehiä ja 40–59-vuotiaita naisia, joilla arvot ovat pysyneet tilastollisesti tarkasteltuna samalla tasolla. 18–39-vuotiailla naisilla ja 18–29-vuotiailla miehillä 15D on alentunut tilastollisesti merkitsevästi ja 50 vuotta täyttäneillä miehillä sekä 60 vuotta täyttäneillä naisilla kasvanut. Miesten terveyteen liittyvä elämänlaatu on kehittynyt naisia suotuisammin 18–39, 50–59 sekä 70–79-vuotiaiden osalta ja sitä vastoin heikommin muissa ikäryhmissä. Erot sukupuolittaisissa 15D-kehityskaarissa ovat kuitenkin olleet hyvin pieniä muissa kuin 50–69-vuotiaissa, suurimpien ja erityisesti positiivisten muutosten painottuessa selvästi vanhusväestöön. Eri ikäryhmien erisuuntaisten kehityksen vaihteluiden seurauksesta väestön keskimääräisen terveyteen liittyvän elämänlaadun ei voida sanoa muuttuneen tilastollisesti merkitsevästi vuosien 1996–2009 välillä koko väestön tasolla tarkasteltuna, eikä myöskään sukupuolittain vertailtuna. Vanhusväestön parantuneen terveyteen liittyvän elämänlaadun vaikutus koko väestön keskiarvoon on tasoittunut nuorten heikentyneellä elämänlaadulla.

Kuviossa 2 esitetään terveyteen liittyvän elämänlaadun yksittäisten ulottuvuuksien arvot suhteutettuna siten, että arvo 1 vastaa ulottuvuudessa tasoa ”täydellinen terveys” ja arvo 0 vastaa hypoteettista tasoa ”kuollut”. Kuvissa esitetään nuorimman ja vanhimman ikäryhmän arvot kultakin tarkasteluvuodelta sukupuolittain jaoteltuna. Vuoden 2000 osalta 18–29-vuotiaiden ikäryhmää ei ole, sillä aineisto ei kattanut alle 30-vuotiaita.

Tarkasteluväestön 70–79-vuotiailla on positiivista kehitystä tapahtunut lähes kaikissa ulottuvuuksissa. Eniten on parantunut sukupuolielämä, liikkuminen, näkö, tavanomaisten toiminnat, energisyys ja vaivat ja oireet. Nuorilla 18–29-vuotiailla elämänlaatua ovat eniten heikentäneet sukupuolielämän, masentuneisuuden, energisyyden, henkisen toiminnan, nukkumisen sekä vaivojen ja oireiden ulottuvuuksien huononeminen. Merkillepantavaa on havaitun kehityssuunnan ajallinen pysyvyys niin positiivisen kuin negatiivisenkin kehityksen osalta.

Yksittäisten ulottuvuuksien vaikutusta kokonaisuutokseen ajanjaksolla 1996–2009 voidaan todeta seuraavaa. Suotuisat muutokset liikkumisen ulottuvuudessa ovat parantaneet vanhusten terveyteen liittyvää elämänlaatua noin 15 prosenttia, muutokset henkisessä toiminnassa 6–10 prosenttia, vaivoissa ja oireissa 9–15 prosenttia. Energisyydessä ja sukupuolielämässä vaikutukset ovat olleet 10–15 prosenttia. Nuorten terveyteen liittyvää elämänlaatua nukkumisen heikentyminen on alentanut noin 15 prosenttia. Henkisen toiminnan, vaivojen ja oireiden sekä masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden negatiivinen kehitys on vaikuttanut 7–16 prosenttiin kokonaisuutoksesta. Selkeästi suurin terveyteen liittyvää elämänlaatua heikentävä yksittäinen tekijä nuorilla on ollut energisyyden heikkeneminen, jonka vaikutus kokonaisuutokseen on ollut 20–25 prosenttia.

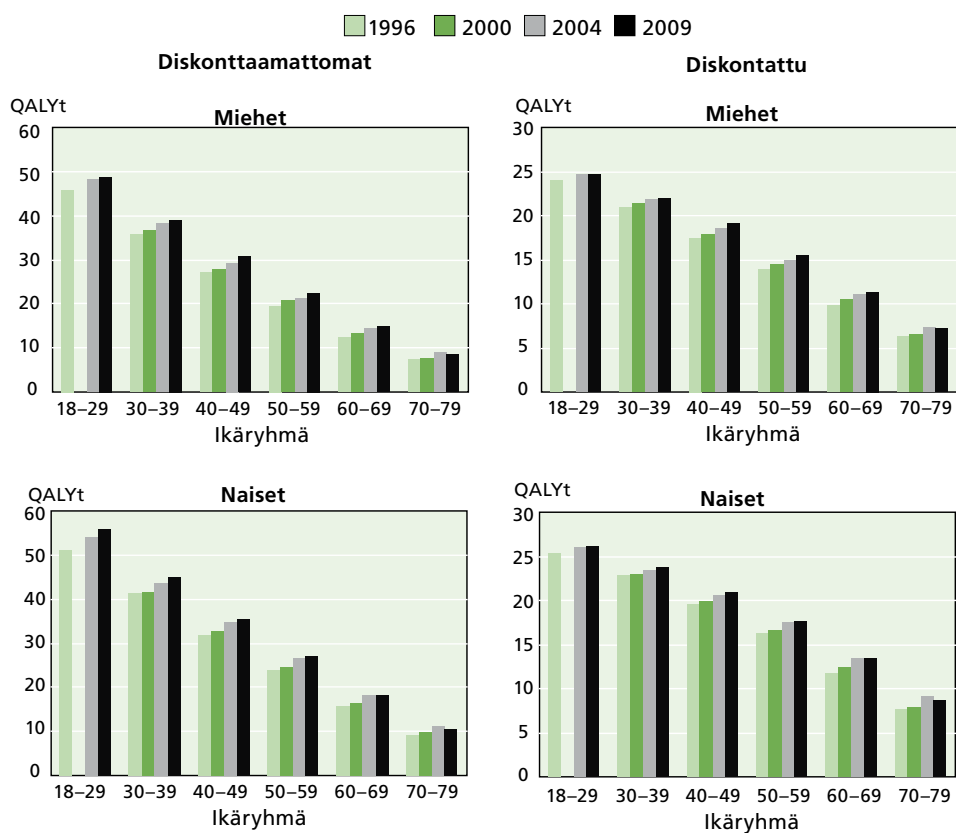


KUVIO 2. Terveysteen liittyvän elämänlaadun (15D) suhteutetut keskiarvot (18-29- ja 70-79-vuotiaat).

Laatupainotteiset elinvuodet ja niihin vaikuttavat tekijät

Yhdistämällä kuolemanvaara ja terveyteen liittyvä elämänlaatu voidaan laskea odotettavissa olevat laatupainotteiset elinvuodet (kuvio 3).

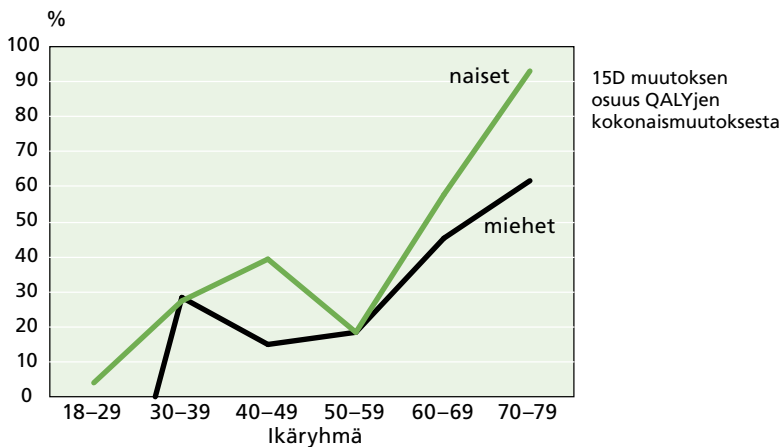
Koska sekä 15D-arvojen että elinajanodotteen kehitys on ollut pääasiallisesti positiivista, ovat myös laatupainotteiset elinvuodet kehittyneet positiivisesti eli kasvaneet. Kasvuvauhti on jonkin verran hidastunut kahden viimeisen tarkasteluajankohdan välillä, ja eniten kasvuvauhdin hidastumista on tapahtunut vanhusväestöllä. Diskonttaamattomien muutoksien tarkastelu osoittaa naisten QALYjen kasvaneen kokonaisuudessaan miesten QALYja enemmän, joten miesten ja naisten välinen QALY-ero olisi kasvanut vuosien 1996 ja 2009 välisenä aikana. Diskonttattuja QALYja tarkasteltaessa tilanne on toisenlainen: miesten QALYt ovat kasvaneet naisten QALYja enemmän 30–59-vuotiailla osalta ja vain hieman vähemmän 18–29 sekä 60–79-vuotiailla.



KUVIO 3. Laatupainotetut elinvuodet (QALY) 1996–2009.

Kuviossa 4 esitetään laatupainotettujen elinvuosien muutokseen liittyvien osatekijöiden, terveyteen liittyvän elämänlaadun (15D) ja kuolemanvaaran, suhteelliset vaikutukset kokonaismuutokseen vuosien 1996 ja 2009 välillä. Siinä kuvataan, kuinka suuri prosentuaalinen vaikutus on yhtäältä ollut 15D-arvojen muutoksella ja toisaalta kuolemanvaaran muutoksella QALYn kokonaismuutokseen 1996–2009. Kuviossa esitetään vain terveyteen liittyvän elämänlaadun vaikutus, sillä kuolemanvaaran vaikutus sisältää jäljelle jäävän osan kokonaismuutoksesta, eli kuolemanvaaran osuus on 100 % – (elämänlaadun osuus, %).

Kuolemanvaaran kehitys on miesten vanhinta ja naisten kahta vanhinta ikäryhmää lukuun ottamatta dominoiva tekijä QALYjen muutoksessa (15D-muutoksen osuus kokonaismuutoksesta on alle 50 %). Nuorilla lähes koko vaikutus tulee elinajanodotteen kehittymisestä, eli kuolemanvaaran positiivisesta kehityksestä, koska heillä on 15D-arvot lähes maksimiarvoissa, joten niissä voi tapahtua muutosta vain alaspäin. Jos alaspäin tapahtuva kehitys on puolestaan lievää, kuten usein on asian laita, jää alenevan kuolemanvaaran kehitys dominoivaksi tekijäksi QALYjen positiivisessa muutoksessa. Vanhusväestöllä tilanne taas on päinvastainen. Oleellinen havainto kuvioista 4 on miesten naisia suurempi kuolemanvaaran (pienempi 15D-arvojen) muutoksen vaikutus QALYjen kokonaismuutoksessa.



KUVIO 4. Terveysteen liittyvän elämänlaadun (15D) muutoksen vaikutus laatupainotettujen elinvuosien (QALY) kokonaismuutokseen 1996–2009, %, diskonttaamaton.

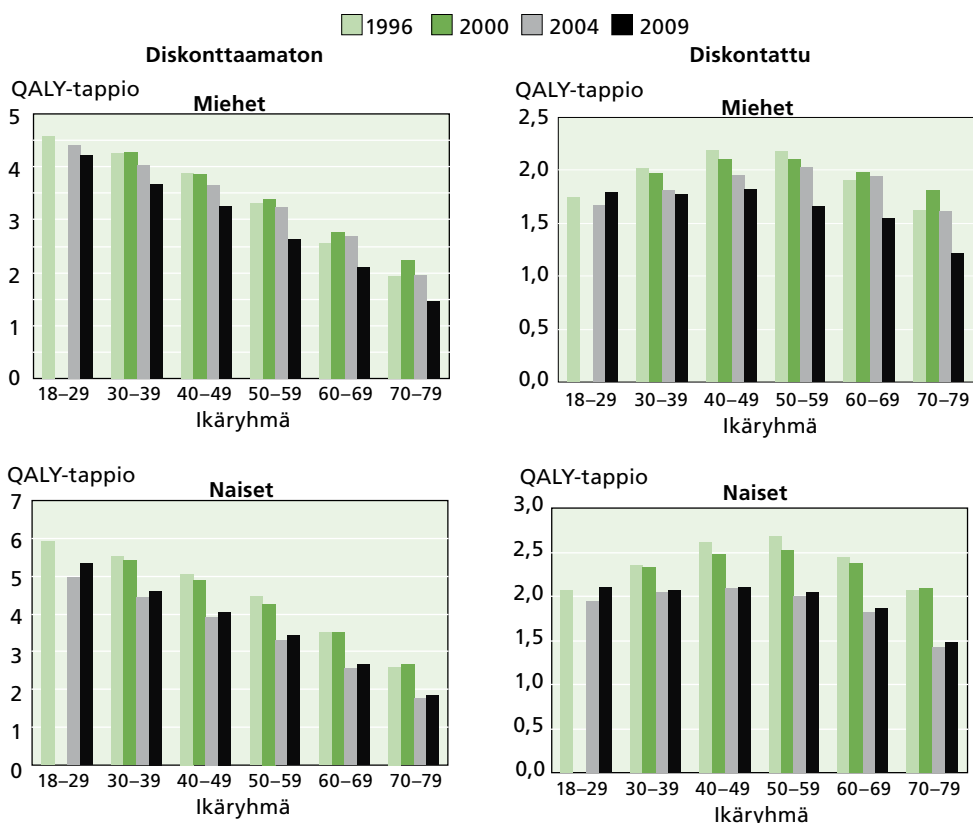
QALY-tappio ja sen suhteellinen muutos

QALY-tappio syntyy siitä, että elossa olevien elämän laatu ei ole paras mahdollinen. QALY-tappio voidaan mieltää terveystapaamisen menetykseksi. Mitatun tappion suuruus on puolestaan herkkä diskonttaukselle (kuvio 5).

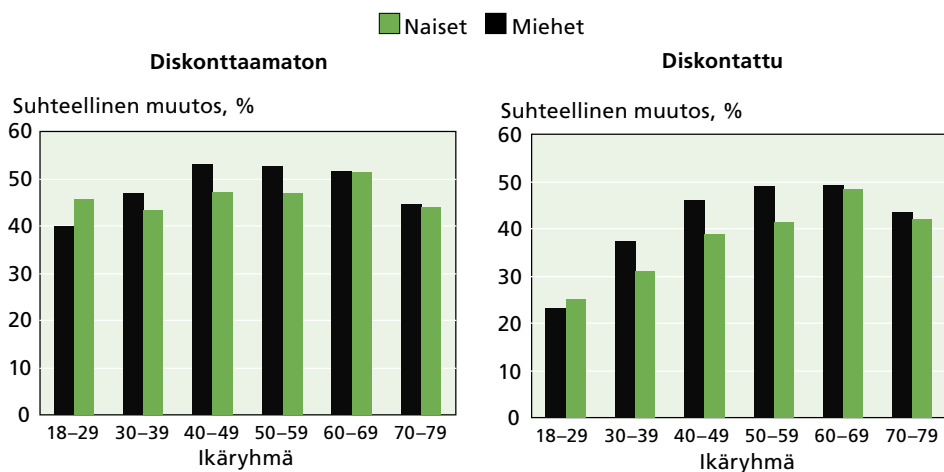
Kun tarkastellaan diskonttaamattomia tuloksia havaitaan, että nuoret näyttävät kärsivän suurimmat terveystapaamisen menetykset. Diskonttatessa havaitaan selvästi sen ajantasaistava vaikutus, joka tasoittaa nuoren ja vanhusväestön kohtaamia QALY-menetyksiä.

Kuviossa 6 esitetään ikäryhmien välisiä QALYjen muutoksia mittarilla, joka vaimentaa diskonttauksen vaikutuksia. Mittari kuvaa sitä kuinka suuri suhteellinen osuus QALY-tappiosta on kyetty poistamaan ajan kuluessa.

Kuvioissa ei ole oleellista suuruus, vaan järjestys ja erityisesti suurimman ja pienimmän muutoksen havainnointi. Havaitaan, että nuorinta ikäluokkaa lukuun ottamatta miesten ajassa mitattu QALY-tappio on pienentynyt naisia enemmän. Ikäryhmien välinen vertailu puolestaan osoittaa että pääosa QALYien positiivisesta kehityksestä on kohdistunut 40–69-vuotiaille.



KUVIO 5. Terveystapaamisen menetys (QALY-tappio).



KUVIO 6. Suhteellinen muutos tavoitellusta laatu-painotetun elinajanodotteen muutoksesta 1996–2009 (diskontattu ja diskonttaamaton).

Pohdintaa

Tässä artikkelissa käytetyllä terveyteen liittyvällä laatu-painotettujen elinvuosien mittarilla, QALYlla, voidaan osittain arvioida terveyspolitiikan tavoitteiden toteutumista yhdellä luvulla, jossa väestön arvostuksilla painotettuna otetaan huomioon sekä elämän odotettu pituus että sen laatu. Tulostemme mukaan terveyteen liittyvällä elämänlaadulla painotettu elinajanodote on noussut vuodesta 1996 vuoteen 2009 verrattuna. On luonnollista, että QALYjen positiivinen kehittyminen ei ole seurausta ainoastaan hyvästä terveyspolitiikasta vaan monilla muillakin osatekijöillä ja niiden yhteisvaikutuksilla on merkittävät roolinsa. Tästä huolimatta saavutettu muutos kuvastaa väistämättä positiivista suuntaa, jonka pitäisi herättää ajatuksia siitä olisiko voitu saavuttaa vielä parempi kehitys toisenlaisella politiikalla vai onko harjoitettu politiikka parasta mahdollista, jonka muuttaminen kääntäisi kehityssuunnan päinvastaiseksi.

QALYt ovat lisääntyneet kaikissa ikäryhmissä, mutta vanhemmilla ikäryhmillä nuoria enemmän. Nuorilla terveyteen liittyvä elämänlaatu on jopa huonontunut, mikä selittyy pääosin energisyyden, henkisen toiminnan ja nukkumisen huonontumisena ja masentuneisuuden sekä vaivojen ja oireiden lisääntymisenä. Nuorten terveyden osoittimen huonontuminen on havaittu myös muissa tutkimuksissa (mm. Helakorpi ym. 2010.) Kouluterveydenhuoltoa tarkastelevissa tutkimuksissa terveyteen liittyvä hyvinvointi heikkeni vuosina 1996–2000 ja tasaantui seuraavissa mittauksissa, joten tuloksemme saattavat heijastaa sitä, että nämä jo kouluikäisiä koskevat muutokset ovat siirtyneet nuoriin aikuisiin (Rimpelä ym. 2006.) Terveyspolitiikan kannalta onkin tärkeää kiinnittää huomiota paitsi huononemi-

sen takana oleviin syihin myös siihen kuinka voidaan edistää tämän ikäkohortin terveyttä heidän ikääntyessään, jotta heikomman terveydentilan kustannusrasitetta ei pääse syntymään muiden heikkoon terveyteen helposti liittyvien, esimerkiksi sosiaalisten, lieveilmiöiden ohessa.

Yli 60-vuotialla on elämänlaatu parantunut koko ajan ja QALYjen lisäyksestä suurin osa selittyykin terveyteen liittyvän elämänlaadun paranemisella. Tällä seikalla on merkitystä sekä vanhempien ikäryhmien hoidon tarpeeseen, että sen mahdolliseen siirtymiseen myöhemmäksi kuten myös mahdollisen hoidon muotoon. Tällöin on mahdollista, että väestö pystyy olemaan työssä kauemmin ainakin terveytensä puolesta. Tulosten mukaan juuri tavanomaista toimintoja kuvaava ulottuvuus on parantunut selvästi ikäihmisillä. Myös tämän havainnon yhteydessä olisi tärkeä tietää, missä määrin saavutettu muutos on terveydenhuoltojärjestelmän aikaansaannos ja mikä on muiden tekijöiden osuus.

Kirjallisuudessa terveyteen liittyville laatu painotteisille elinvuosille annetaan usein rahallinen arvo, jolloin niiden kehityksellekin voidaan laskea rahallinen terveyspääoman muutoksen arvo. QALYn rahallisesta arvosta on kirjallisuudessa paljon keskustelua, mutta monessa lähteessä on käytetty yhden QALYn arvona 100 000 dollaria eli noin 72 000 euroa (ks. Viscusi 1993; Johannesson & Meltzer 1998; Cutler & Richardson 1997 ja 1998; Burström ym. 2003.) Tulostemme valossa suomalaisten miesten terveyspääoma on vuosien 1996 ja 2009 välillä nousut tarkasteluikäryhmissä henkilöä kohden 84 000–266 000 euroa (diskontattuna 39 000–114 000 €) ja vastaavasti naisten 104 000–324 000 euroa (diskontattuna 50 000–125 000 €). Onkin helppo siten todeta, että harjoitettu terveystoiminta ei ole ainakaan vähentänyt yhteiskuntamme arvoa.

Viitteet

- 1) On tärkeää erottaa toisistaan laatu painotetut elinvuodet (quality adjusted life years, QALYs) ja laatu painotettu elinajanodote (expected QALYs), joiden välillä kirjallisuudessa ei aina tehdä selkeää rajanvetoa. Laatu painotetuissa elinvuosissa tarkastelu tulisi tehdä tarkastelemalla toteutunutta elämänpituutta ja sen laatua, kun taas laatu painotetussa elinajanodotteessa tarkastelu tehdään todennäköisyyslaskennan odotusarvoon perustuvan elämän pituuden ja sen laadun yhteistuloksena. Tässä luvussa käytämme kirjoittamisen yksinkertaisuutensa vuoksi QALY-terminä tarkoittamaan jälkimmäistä, eli tarkasti ottaen tarkastelemme laatu painotettua elinajanodotetta ja kutsumme sitä QALYksi.
- 2) 15D-mittarin arvo on ulottuvuuksien painotettu summa, joka on normeerattu välille 0 (kuollut) ja 1 (täydellinen terveys). Mittarin yhtenä etuna on se, että yksittäisiä ulottuvuuksia voidaan edelleen tarkastella normeerattuina arvoina.
- 3) Vuoden 2007 kuolemanvaaratietojen käyttäminen 2009 tietojen arvona ei vaikuta oleellisesti tuloksiimme, sillä kuolemanvaarat eivät oleellisesti muutu kahden vuoden aikajänteellä ikäluokissa, joissa kuolema on harvinaista ja elossa olevien ihmisten lukumäärä suuri. Vanhojen ihmisten ikäluokissa puolestaan muutoksia voi tapahtua elävien ihmisten lukumäärän ollessa pieni. On todennäköistä, että mainitut seikat siis painavat elinajanodote- ja QALY-laskelmiamme alaspäin.

- 4) Koska vuoden 2009 aineisto ei sisältänyt yli 79-vuotiaiden 15D-arvoja, QALYjen laskemiseksi yli 79-vuotiaiden 15D-arvot muodostettiin mallintamalla (Seppälä ym. 2008).
- 5) QALYjen diskonttaamattomien ja diskontattujen tulosten laskemiseksi käytimme 0 %:n ja 3 %:n diskonttokorkoa (ks. Weinstein 1996, Gold ym. 1996; Cutler & Richardson 1997 ja 1998; Cutler ym. 2006; Burström ym. 2003; Seppälä ym. 2008). Ikäryhmien välinen vertailu suoritettiin suhteuttamalla toteutunut QALY-muutos hypoteettiseen maksimimuutokseen, jolloin diskonttauksen ikäryhmittäistä vertailua hankaloittavat vaikutukset vaimenevat (Seppälä 2008.) Tulokset raportoitiin sukupuolittain ikäryhmissä, joissa keskiarvon laskennassa painona käytettiin 1-vuotissikäryhmien otoskokoa. Ikäryhmät olivat: 18–29, 30–39, 40–49, 50–59, 60–69, 70–79, eli vertailtavuuden vuoksi samat kuin Seppälä ym. (2008) käyttää.
- 6) Elinajanodotteessa viimeisin tarkasteluvuosi on 2007, koska 2009 kuolemanvaaratietoja ei ollut tutkimusentekohetkellä vielä saatavilla Tilastokeskuksen tilastoista.

Lähteet

- Arinen, Sisko & Häkkinen, Unto & Klaukka, Timo & Klavus, Jan & Lehtonen, Risto & Aro, Seppo (1998) Health and the Use of Health Services in Finland. Main Findings of the Finnish Health Care Survey 1995/96 and Changes from 1987. Helsinki National Development and Research Centre for Welfare and Health and Social Insurance Institution.
- Aromaa, Arpo & Koskinen, Seppo (eds.) (2004) Health and Functional Capacity in Finland. Baseline Results of the Health 2000 Health Examination Survey, vol. B12/2004 of Publications of the National Public Health Institute. Helsinki: National Public Health Institute.
- Burström, Kristina & Johannesson, Magnus & Diderichsen, Finn (2003) The Value of the Change in Health in Sweden 1980/81 to 1996/97. *Health Economics*, 12, 637–654.
- Cutler, David, M. & Richardson, Elizabeth (1997) Measuring the Health of U.S. Population. *Brooking Papers in Economic Activity*. *Microeconomics*, 1997, 217–71.
- Cutler, David, M. & Richardson, Elizabeth (1998) The Value of Health: 1970–1990. *American Economic Review*, 88, 97–100.
- Cutler, David, M. & Rosen, Allison, B. & Vijan, Sandeep (2006) The Value of Medical Spending in the United States, 1960–2000. *New England Journal of Medicine*, 355, 920–927.
- Gold, Marthe, R. & Siegel, Joanna, E. & Russel, Louise, B. & Weinstein, Milton, C. (1996) *Cost-Effectiveness in Health and Medicine*. Oxford University Press, New York, Oxford.
- Helakorpi, Satu & Laitalainen, Elina & Uutela, Antti (2010) *Health Behaviour and Health among the Finnish Adult Population, Spring 2009*. Raportti 7/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Johannesson, Magnus & Meltzer, David (1998) Some Reflections on Cost-Effectiveness Analysis. *Health Economics*, 7, 1–7.
- Kautto, Mikko (toim.) (2006) *Suomalaisten Hyvinvointi 2006*. Helsinki: Stakes.
- Rimpelä, Matti & Luopa, Pauliina & Räsänen, Minna & Jokela, Jukka (2006) *Nuorten hyvinvointi 1996–2005 – Eriytyvätkö hyvinvoinnin ja pahoinvoinnin kehityssuunnat?* Teoksessa Mikko Kautto (toim.): *Suomalaisten hyvinvointi 2006*. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Sintonen, Harri (1994) The 15D Measure of Health Related Quality of Life: Reliability, Validity and Sensitivity of its HealthState Descriptive System. National Centre for Health Program Evaluation, Working Paper, 41.
- Sintonen, Harri (1995) The 15D Measure of Health Related Quality of Life. II Feasibility, Reliability and Validity of its Valuation System. National Centre for Health Program Evaluation, Working Paper, 42.
- Sintonen, Harri (2001) The 15D Instrument of Health-Related Quality of Life: Properties and Applications. *Annual Medicine*, 33, 328–336.
- Sintonen, Harri & Arinen, Sirkka-Sisko (1997) *Suomalaisten Terveydentila Mitattuna*

- Elinajanodotteella, 15D:llä ja QALYilla Vuosina 1992 ja 1995. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 34, 182–188.
- STM (1986) Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Tilastokeskus (2009) http://www.stat.fi/til/kuol/2007/kuol_2007_2008-11-07_tau_004.xls.
- Seppälä, Timo & Häkkinen, Unto & Pekuri-
nen, Markku (2008) Changes in QALYs in
Finland 1995/96-2004. Stakes, Discussion
papers 2/2008.
- Viscusi, Kip, W. (1993) The Value of Risks to
Life and Health. *Journal of Economic Lite-
rature*, XXXI, 1912–1946.
- Weinstein, Milton, C. & Siegel, Joanna, E.
& Gold, Marthe, R. & Kamlet, Mark, S.
(1996) Recommendations of the Panel
on the Cost-Effectiveness in Health and
Medicine. *Journal of American Medical
Association*, 276, 1253–1258.

Tuloerojen, köyhyyden ja toimeentulo-ongelmien kehitys

Tuloerot ja suhteellinen köyhyysaste kasvoivat Suomessa voimakkaasti 1990-luvun loppupuolella. 2000-luvulle tultaessa tuloerojen ja köyhyyden kasvu pysähtyi, mutta kasvu alkoi jälleen vuosikymmenen puolivälissä. Vuonna 2008 tuloerot ja suhteellinen köyhyys laskivat ensimmäisen kerran lähes vuosikymmenen. Tuloeroja kavensivat pääomatulojen voimakas lasku vuonna 2008 alkaneen finanssikriisin seurauksena. (Tulonjakotilasto 2008.) Finanssikriisin vaikutukset eivät heijastuneet vielä vuonna 2008 Suomen reaalityömarkkinoiden ja työllisyyden, joten on vielä ennen aikaista arvioida, millaisia pidemmän aikavälin vaikutuksia finanssikriisillä tulee olemaan tuloerojen ja köyhyyden kehitykseen. Työttömien ja toimeentulokasien määrät lähtivät kasvuun vasta 2009 ja tämän vaikutukset tuloeroihin ja köyhyyteen eivät vielä näy vuoden 2008 tuloeroja kuvaavissa tilastoissa. Vuosien 2009 ja 2010 tiedot työttömyyden ja toimeentulotuen asiakkaiden kehityksestä ennakoivat sitä, että tuloerot ja köyhyysaste tulevat kasvamaan nykyisen talouskriisin myötä. (Työvoimatutkimus 2010; Toimeentulotuen menot 2009.)

Tuloerot ja suhteellinen köyhyys ovat kasvaneet myös muissa pohjoismaissa ja monissa matalien tuloerojen maissa viimeisen 15–20 vuoden aikana. Tuloerojen ja suhteellisen köyhyyden kasvu on ollut kuitenkin Suomessa poikkeuksellisen voimakasta muihin OECD maihin verrattuna. (OECD 2008.) Tuloerojen kasvu matalan tuloerojen maissa ei selity talouskasvulla, sillä tuloerojen kehityksellä ja talouskasvulla ei ole yksiselitteistä yhteyttä. Esimerkiksi Suomessa tuloerot pie-

nentyivät 1980-luvun voimakkaan talouskasvun aikana, ja kasvaneet 1990-luvun laman jälkeisen talouskasvun aikana. (Mt.)

Mutta tarkasteltaessa köyhyyden kehitystä viimeisen kahden vuosikymmenen aikana myös muilla kuin suhteellisilla tulomittareilla, kuva on paljon monivivahteisempi. Vuosina 1995–2005 pienituloistenkin reaalitytulot kasvoivat Suomessa 1–2 prosenttia vuodessa, toimeentulotukiasiakkaiden määrä väheni sekä toimeentulo-ongelmia raportoivien määrä laski. Trendi taittui 2000-luvun loppupuolella, kun pienituloisten reaalitytulojen kasvu pysähtyi, samoin koettu toimeentulo ei enää kohentunut. (Moisio 2008; Tulonjakotilasto 2008.) Pitkäaikaisten toimeentulotukiasiakkaiden määrän pysyminen korkealla kertoo myös siitä, että köyhyydestä on tullut pysyvämpää ja toimeentulo-ongelmat ovat kasautuneempia kuin aikaisemmin (Toimeentulotuki 2008). Lisäksi talouskriisin seurauksena toimeentulotukea saavien kotitalouksien määrä on lähtenyt voimakkaaseen kasvuun vuonna 2009 (Toimeentulotuen menot 2009).

Syitä tuloerojen ja suhteellisen köyhyyden kasvulle Suomessa on useita. Työttömyys kasvoi voimakkaasti 1990-luvun laman aikana ja pitkästä taloudellisesta nousukaudesta huolimatta sen taso jäi korkeammalle tasolle kuin ennen 1990-luvun lamaa. Laman jälkeen suomalaisen yhteiskuntaan syntyi ilmiö, että työkään tulevista ikäluokista muutama prosenti ei enää kiinnittynyt työmarkkinoille. Tämä kehitys on synnyttänyt suuren joukon työelämästä syrjäytyneitä. Talouden vapautuminen ja kansainvälistyminen sekä tuotannon muutos ovat osaltaan kasvattaneet tuottavuuseroja ja sitä kautta ennen kaikkea pääomatulojen eroja. Lisäksi tulonsiirtojen ja verotuksen tuloeroja tasaava ja suhteellista köyhyyttä vähentävä vaikutus on heikentynyt. Verotuksen tuloeroja tasaavan vaikutuksen heikkeneminen selittyy pääosin ansiotuloja lievemmin verotettujen pääomatulojen kasvulla. (Tulonjakotilasto 2008.) Tulonsiirtojen tuloeroja ja köyhyyttä vähentävän vaikutuksen heikkeneminen selittyy ennen kaikkea perus- ja vähimmäisturvan etuuk-sien tason jäämisellä jälkeen 20–30 prosenttia yleisestä ansiokehityksestä. (Kuivalainen 2010; Moisio 2009.)

Seuraavassa on tarkoitettu tarkastella tuloerojen, köyhyyden, toimeentulotuen ja toimeentulo-ongelmien kehitystä Suomessa viimeisen 15–20 vuoden aikana. Aluksi tarkastellaan tuloerojen ja köyhyysasteiden kehityksestä koko väestössä, jonka jälkeen siirrytään tarkastelemaan tarkemmin köyhyysasteiden kehitystä perhetyypin ja perheen sosioekonomisen aseman mukaan käyttäen Tulonjakotilaston mikroaineistoa 1990–2008 (Tilastokeskus 2010). Aikaisempien tutkimusten mukaan tiedetään, että köyhyysasteiden kehitys on ollut hyvin erilaista eri perhetyypeissä (Moisio 2008). Tarkempi tarkastelu osoittaa, että perhetyyppien väliset erot köyhyysasteissa (ja niiden kehityksessä) ovat usein seurausta eri perhetyyppien erilaisesta työmarkkina-asemasta. Tämän jälkeen siirrytään tarkastelemaan koettujen toimeentulo-ongelmien kehitystä kotitalouksien työmarkkina-aseman ja vähimmäisturvan saamisen mukaan. Aikaisempien tutkimusten pohjalta tiedetään, köyhyysasteet ovat kasvaneet vähimmäisturvan varassa olevien kotita-

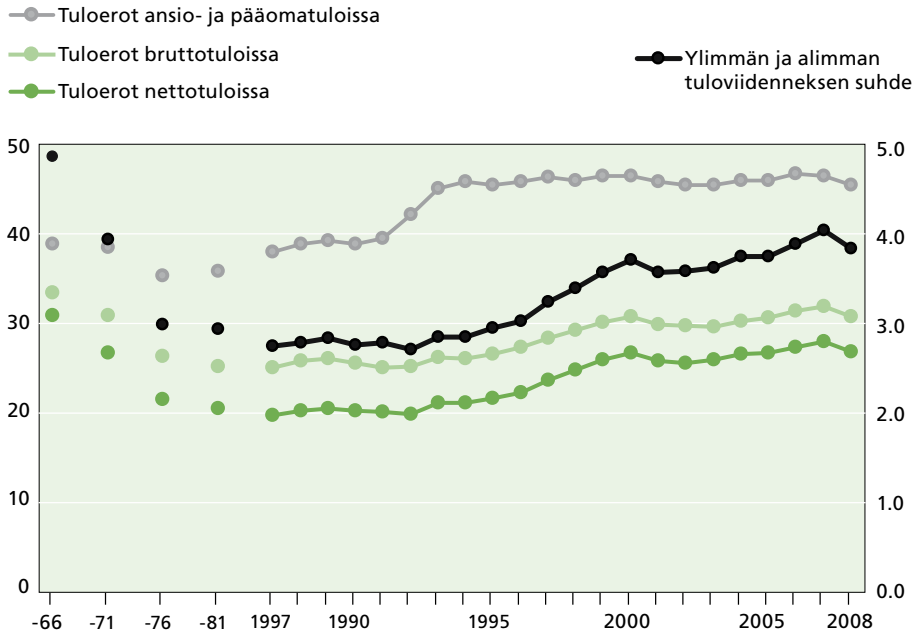
louksien keskuudessa (Kangas & Ritakallio 2008; Kuivalainen 2010). Tarkastelu paljastaa, että kotitalouksien raportoimat toimeentulo-ongelmat ovat keskimäärin vähentyneet, lukuun ottamatta köyhyysrajan alapuolella tai vähimmäisturvan varassa olevia kotitalouksia. Aineistona ovat harmonisoidut aikasarjat vuodesta 1996, jotka pohjautuvat European Community Household Panel (ECHP) -kyselyjen sekä Hyvinvointi ja palvelut (HYPA 2004, 2006 ja 2009) -kyselyjen tietoihin.

Tuloerot ja suhteellinen köyhyys Suomessa 1966–2008

Kuviossa 1 on esitetty tuloeroja kuvaavat Gini-indeksi¹ sekä ylimmän ja alimman tuloviidenneksen tulojen suhde². Lisäksi on esitetty erikseen nettotulojen Gini-indeksi sekä Gini-indeksi ennen verotusta ja tulonsiirtoja. Jälkimmäinen kuvaa tuloeroja ansio- ja pääomatuloissa, ennen verotuksen ja sosiaaliturvan tuloeroja tasaavaa vaikutusta. Tuloerot kapenivat Suomessa vuosina 1966–1987. Ginikerroin pieneni kolmanneksen, 31 prosentista 20 prosenttiin. Ylimmän ja alimman tuloviidenneksen tulojen suhde lähes puolittui: ylin tuloviidennes ansaitsi lähes viisinkertaisesti alimpaan tuloviidennekseen verrattuna 1960-luvun lopulla, kun 1980-luvulle tultaessa suhde oli laskenut alle kolmen. Tuloerot kasvoivat niin Gini-kertoimella kuin tuloviidennesten tulosuhteiden avulla tarkasteltuna vuosina 1993–2008 lähes kolmanneksen, saavuttaen saman tason kuin mitä ne olivat 1970-luvun alussa. Ylin tuloviidennes ansaitsi 1990-luvun alussa noin kolminkertaisesti kertaisesti alimpaan tuloviidennekseen verrattuna, vuonna 2008 noin nelinkertaisesti.

Myös markkinatulojen tuloerot pienenivät 1970-luvulla, mutta vain väliaikaisesti. Markkinatulojen Gini-indeksi nousi 1980-luvun loppupuolella 39 prosenttiin, samalle tasolle kuin mitä se oli 1960-luvun lopulla. Toisin sanoen, 1970-luvulla tuloerot tasoittuivat pitkälle markkinatulojen tuloerojen tasaantuessa, mutta 1980-luvulla tuloerojen tasaantuminen selittyi enemmänkin tulonsiirtojärjestelmän tuloeroja tasaavan vaikutuksen kasvulla. Markkinatuloissa tarkastellut tuloerot kasvoivat voimakkaasti vuosina 1991–1993 työttömyyden kasvun myötä. Tulonsiirrot ja laskevat palkkatulot pitivät käytettävissä olevien tulojen tuloerot paikallaan pari vuotta, mutta vuonna 1993 myös varsinaiset tuloerot lähtivät kasvuun.

Tuloerojen kasvu 1990-luvun puolivälin jälkeen selittyy pitkälle tulonsiirtojärjestelmän tuloeroja tasaavan vaikutuksen heikkenemisellä, sillä markkinatulojen tuloerot ovat pysytelleet samalla tasolla. Markkinatulojen tuloerot näyttävät jääneen 1990-luvun laman jälkeen pysyvästi noin 46 prosenttiin, mikä on huomattavasti korkeampi kuin 1980- tai 1970-luvuilla. Tämä selittyy korkealle jääneestä työttömyydestä. Vastaavasti työttömyyden lasku 1990-luvun alun huippulukemista selittää, miksi pääomatuloissa tapahtunut voimakasta tuloerojen kasvu ei ole näkynyt markkinatulojen tuloerojen kasvuna. Työttömyyden lasku alentaa mark-

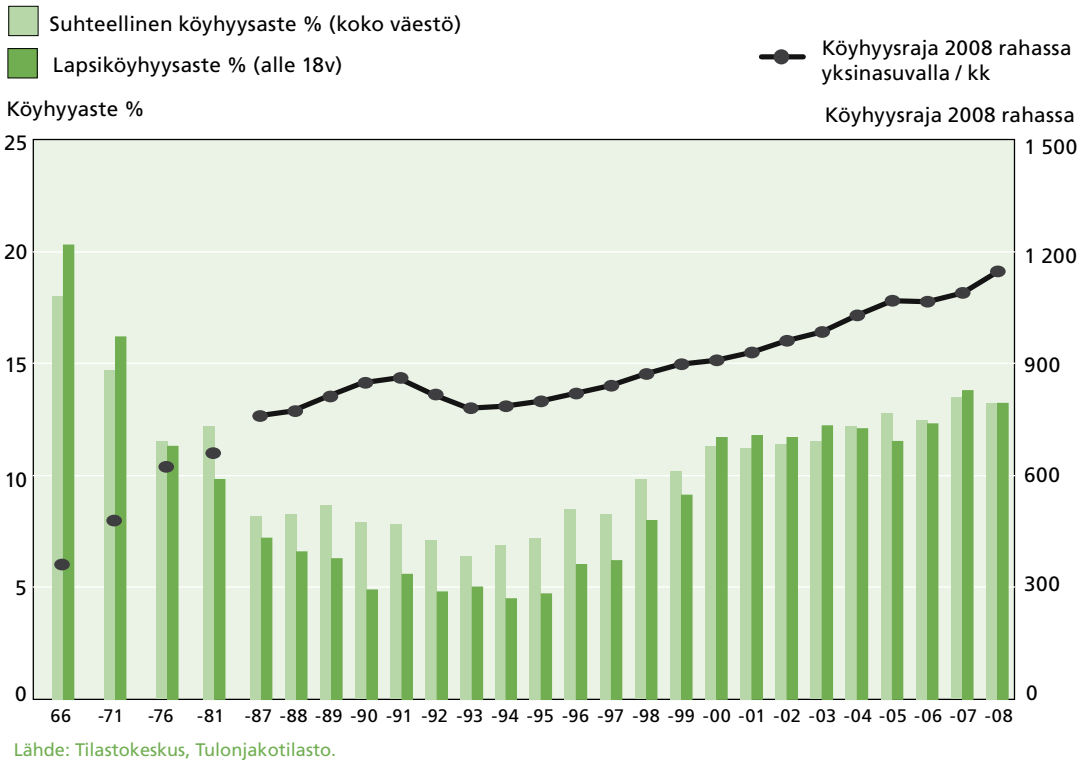


Lähde: Tilastokeskus, Tulonjakotilasto.

KUVIO 1. Tuloerojen ja tulonsiirtojen tuloeroja tasaava vaikutus Suomessa 1966–2008.

kinatulojen tuloeroja, sillä palkkaerot ovat pienemmät kuin erot sosiaaliturvan ja palkkojen välillä.

Kuviossa 2 on esitetty suhteellinen köyhyysasteen sekä köyhyysrajan kehitys Suomessa viimeisen neljän vuosikymmenen aikana. Suhteellisen köyhyysasteen³ kehitys on ollut samanlaista kuin tuloerojen. Suhteellinen köyhyysaste laski niin väestön kuin lapsiväestön keskuudessa vuosina 1966–1993 noin 18–20 prosentista 5–6 prosenttiin. Laman jälkeen suhteellinen köyhyysaste kasvoi voimakkaasti, erityisesti 1990-luvun lopulla. Vuosien 1993–2008 aikana suhteellinen köyhyysaste väestön keskuudessa on noin kaksinkertaistunut ja lapsiväestön keskuudessa noin kolminkertaistunut, tosin mediaanituloon sidottu köyhyysrajakin on noussut reaalisesti 30 prosenttia. Vuonna 2008 noin 13 prosenttia koko väestöstä sekä lapsiväestössä asui kotitalouksissa, jotka jäivät tuloiltaan alle suhteellisen köyhyysrajan.



KUVIO 2. Suhteellinen köyhyysaste (%) ja köyhyysraja vuoden 2008 rahassa 1966–2008.

Suhteellinen köyhyys eri perhetyypeissä työmarkkina- aseman mukaan

Suhteellisen köyhyyden jakautumista väestössä tarkastellaan usein vertailemalla köyhyysasteita erityyppisissä kotitalouksissa, esimerkiksi yksinasuvien tai lapsiperheiden välillä. Vertailtaessa köyhyysasteita erityyppisten kotitalouksien välillä tulee muistaa, että kotitalouden pienituloisuus on usein seurausta sen nykyisestä tai menneestä sosioekonomisesta asemasta työ- ja pääomamarkkinoilla. Erilaiset ja eri elinvaiheessa olevat kotitaloudet ovat usein myös erilaisessa työmarkkina-asemassa, mikä usein selittää havaitut erot köyhyysasteissa erityyppisten kotitalouksien välillä. Esimerkiksi nuorilla ja vanhoilla yksinasuvilla on korkea köyhyysriski. Tämä selittyy pitkälle sillä, että suuri osa nuorista ei ole vielä siirtynyt työelämään ja moni iäkäs yksinasuva on (leski)nainen ilman kunnollista työhistoriaa, jonka vuoksi heille ei ole kertynyt työeläkettä. Sen sijaan köyhyysasteet ovat matalat yksinasuvilla työssäkävillä nuorilla tai täyttä työeläkettä saavilla iäkkäillä yksinasuvilla. Köyhyysasteiden erot erilaisten ja eri elinvaiheessa olevien kotita-

louksien välillä selittyy pitkälle sillä, että kotitalouksien työssäkäynti ja omaisuus painottuvat eri tavalla eri elinvaiheissa olevissa kotitalouksissa.

Taulukossa 1 on esitetty suhteelliset köyhyysasteet kotitalouden elinvaiheen mukaan, jaoteltuna kotitalouden työmarkkina-aseman mukaan, joko nykyisen tai eläkejärjestelmän kautta muodostuneen. Luvuista voidaan havaita monesti todettu seikka, että köyhyysasteet vaihtelevat suuresti eri elinvaiheissa olevien kotitalouksien välillä. Suurimmat köyhyysriskit ovat nuorilla ja iäkkäillä yksinasuvilla sekä yksinhuoltajilla. Mutta mikäli tarkastelemme vain työssäkäyviä tai pelkkää työeläkettä saavia, erot erityyppisten kotitalouksien välillä pienevät huomattavasti. Tosin nuorilla yksinasuvilla ja yksinhuoltajilla on edelleen korkeimmat köyhyysasteet. Nuorten työssäkäyvien korkeampi köyhyysriski selittyy todennäköisesti osa-aikatyön yleisyydellä. Työssäkäyvistä korkein köyhyysriski (15 %) on yksinhuoltajilla, mikä selittyy todennäköisesti yhden palkan riittämättömyydellä perheen kokoon nähden. Työssäkäyvistä tai pelkkää työeläkettä saavista pariskunnista korkein köyhyysaste on lapsiperheellisillä (6 %).

Köyhyysasteet ovat huomattavasti korkeammat, kun siirrytään tarkastelemaan kotitalouksia, joissa kotitalouden pää (suurimmat tulot) on työelämän ulkopuolella tai kansaneläkkeellä.⁴ Yksinasuvien työttömyyden peruspäivähalla tai työmarkkinatuella olevien köyhyysasteet ovat 86–92 prosenttia, ansiosidonnaisella olevilla yksinasuvilla työttömilläkin 50 prosenttia. Köyhyysasteet ovat hyvin korkeat myös nuorilla opiskelijoilla, niin yksinasuvilla (90 %) kuin pariskunnilla (77 %). Myös yksinasuvien työkyvyttömyyseläkkeellä olevien kansaneläkeläisten köyhyysaste on korkea, 73 prosenttia. Vanhuseläkkeellä olevien yksinasuvien kansaneläkeläisten köyhyysaste on 50 prosenttia. Ero selittyy todennäköisesti eläkkeensaajien asumistuen paremmalla tasolla sekä asunto-omaisuudella, joka huomioidaan asuntotulona (Tilastokeskus 2008).

Lapsiperheissä perheen pään työttömyys nostaa köyhyysriskin 50–90 prosenttiin riippuen siitä, saako perheen pää työttömyyden perus- vai ansioturvaa tai onko kyseessä yksinhuoltaja vai pariskunta. Työttömyyden yhtäläinen vaikutus selittyy osaltaan sillä, että kotitaloudet on luokiteltu perheen pään aseman mukaan. Mikäli perheen pää on työtön, tämä tarkoittaa yleensä myös sitä, että perheessä ei ole muita työssäkäyviä. Lapsiperheellisillä opiskelijoilla on myös lähes yhtä korkeat köyhyysasteet (59–65 %) kuin työttömillä lapsiperheillä. Myös ilman huollettavia lapsia olevilla pariskunnilla perheen pään työttömyys tai opiskelu nostaa köyhyysasteen hyvin korkeaksi. Sen sijaan vanhuseläkkeellä olevien pariskuntien kohdalla perheen pään kansaneläkkeen saaminen ei nosta sanottavasti köyhyysriskiä verrattuna pariskuntiin, joissa pää saa työeläkettä. Tämä voi selittyä asuntoomaisuuden kasautumisesta pitkään yhdessä asuneiden pariskuntien kohdalla.

Köyhyysasteiden ajallista kehitystä tarkasteltaessa huomataan, että köyhyysasteet ovat pysyneet lähes samalla tasolla työssäkäyvillä ja pelkkää työeläkettä saavien kotitalouksissa. Muissa kotitalouksissa köyhyysaste on kasvanut. (Taulukko 1.) Kotitalouksissa joissa perheen pää on työssäkäyvä, köyhyysaste on kasvanut

TAULUKKO 1. Suhteelliset köyhyyssasteet (60% mediaani) kotitalouden elinvaiheen ja perheen pään sosioekonomisen aseman mukaan 1990–2008.

	1990	1995	2001	2005	2006	2007	2008
Yksinasuva 18–34v							
Työssä	10	7	11	9	9	13	10
Työtön (peruspvr / TmT)	*	62	83	96	85	97	92
Opiskelija	83	77	81	90	84	92	90
Yhteensä	26	34	40	42	41	42	37
Yksinasuva 35–64v							
Työssä	5	5	8	6	6	6	5
Työtön (ansiopäiväraha)	49	29	34	40	52	51	50
Työtön (peruspvr / TmT)	90	67	81	82	91	90	86
Eläkkeellä (vain työeläke)	7	10	4	7	9	8	16
Eläkkeellä (kansaneläke)	44	16	36	55	62	65	73
Yhteensä	19	18	21	24	24	25	27
Yksinasuva 65+							
Eläkkeellä (vain työeläke)	*	*	5	7	7	8	7
Eläkkeellä (kansaneläke)	37	14	30	45	43	52	50
Yhteensä	37	14	21	28	27	30	30
Pariskunta 18–34v							
Työssä	3	6	4	5	4	3	4
Opiskelija	54	38	57	66	76	67	77
Yhteensä	7	12	12	13	12	11	15
Pariskunta 35–64v							
Työssä	1	1	1	1	1	2	1
Työtön (ansiopäiväraha)	*	9	4	5	13	22	12
Työtön (peruspvr / TmT)	*	32	51	72	62	55	91
Eläkkeellä (vain työeläke)	4	0	1	2	2	4	1
Eläkkeellä (kansaneläke)	10	2	7	16	25	19	16
Yhteensä	4	2	3	4	3	4	3
Pariskunta 65+							
Eläkkeellä (vain työeläke)	*	*	2	1	2	1	2
Eläkkeellä (kansaneläke)	10	2	3	7	8	9	6
Yhteensä	10	2	3	5	6	6	4
Pari ja lapsia							
Työssä	3	2	5	6	6	6	6
Työtön (ansiopäiväraha)	*	15	56	53	69	54	54
Työtön (peruspvr / TmT)	*	25	68	68	71	88	91
Opiskelija	17	37	95	79	81	90	59
Yhteensä	3	4	8	8	9	10	10
Yksinhuoltaja							
Työssä	6	7	7	8	11	15	15
Työtön (peruspvr / TmT)	*	15	63	71	79	100	65
Opiskelija	42	19	48	60	76	84	65
Yhteensä	11	9	23	24	24	32	26
Kaikki							
Työssä	3	3	5	5	5	6	6
Työtön (ansiopäiväraha)	28	16	32	36	38	49	54
Työtön (peruspvr / TmT)	60	38	70	77	76	89	86
Eläkkeellä (vain työeläke)	11	6	4	5	5	6	5
Eläkkeellä (kansaneläke)	23	8	17	25	25	30	28
Opiskelija	56	48	70	78	79	82	74
Yhteensä	8	7	11	12	13	14	13

Lähde: Tulonjakotilasto, omat laskelmat.

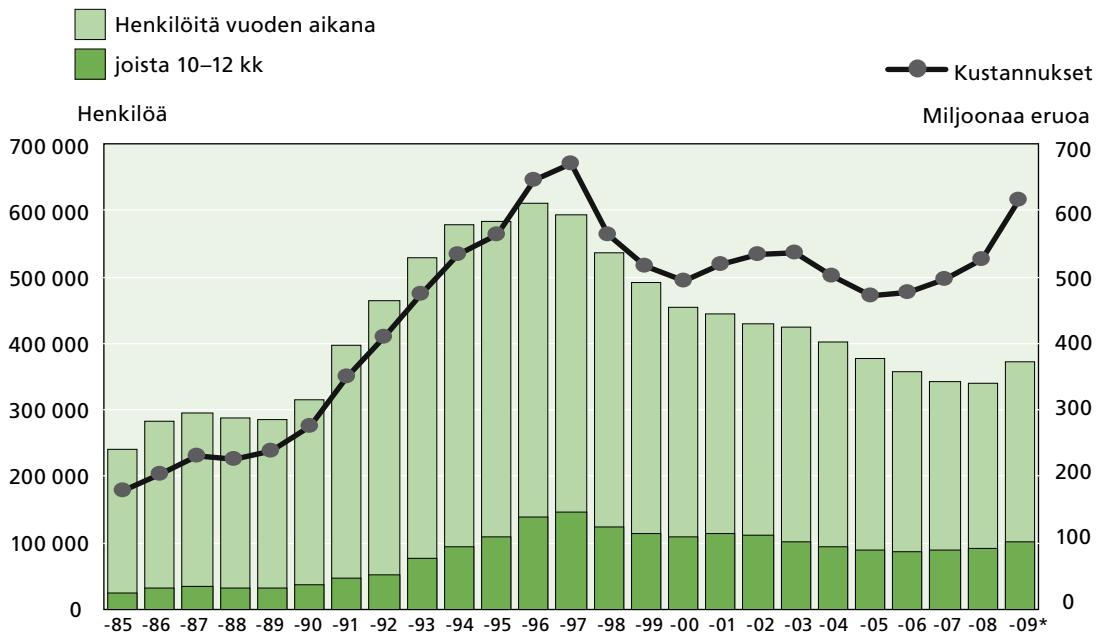
3 prosentista 6 prosenttiin vuosien 1990–2008 aikana. Kansaneläkettä saavien kotitalouksien köyhyysaste laski 1990-luvun laman aikana, kun mediaanituloon sidottu köyhyysraja laski (kuvio 2), mutta vuodesta 1995 kansaneläkettä saavien köyhyysaste on kasvanut 8 prosentista 28 prosenttiin. Pelkkää työeläkettä saavien köyhyysaste on laskenut 11 prosentista 5 prosenttiin. Ansiosidonnaista työttömyysturvaa saavien kotitalouksien köyhyysaste on kasvanut 28 prosentista 54 prosenttiin. Kasvu selittyy osaltaan ansiosidonnaisen työttömyysturvan korvausasteen pienenemisellä. Perustyöttömyysturvalla olevien kotitalouksien köyhyysaste on kasvanut 60 prosentista 86 prosenttiin. Opiskelijoiden köyhyysaste on kasvanut 56 prosentista 74 prosenttiin.

Toimeentulotukimenojen ja asiakasmäärien kehitys

Toimeentulotukiasiakkaiden määrän kehitys on ollut lähes peilikuva suhteellisen köyhyysasteen kehitykselle, kuten kuvio 3 voidaan havaita. Asiakkaiden määrä lähti voimakkaaseen kasvuun 1990-luvun alussa ja lakipiste saavutettiin vuonna 1996, jolloin 600 000 suomalaista eli 14 prosenttia väestöstä sai toimeentulotukea vuoden aikana. Asiakasmäärät lähtivät tämän jälkeen laskuun työttömyyden laskun myötä, mutta asiakasmäärien laskuja selittää myös toimeentulotuen saantiehtojen ja myöntämiskäytäntöjen kiristymisellä (Karjalainen & Raivio 2010). Asiakasmäärät laskivat aina vuoteen 2008 saakka, jolloin 340 000 suomalaista eli 8 prosenttia väestöstä sai toimeentulotukea vuoden aikana. Tietyissä perhetyypeissä osuus on kuitenkin huomattavasti korkeampi, ennen kaikkea yksinhuoltajilla (23 %) ja yksinasuvilla miehillä (13 %). (Toimeentulotuki 2008.)

Toimeentulotukea saavien määrä laski jo lähelle 1990-luvun alun lamaa edeltäviä lukuja vuonna 2008, mutta toimeentulotuen kestossa, määrissä ja asiakaskunnassa on tapahtunut selviä muutoksia. Pitkäaikaisasiakkaiden osuus ja määrä toimeentulotuen asiakkaiden keskuudessa on kasvanut noin 10 prosentista yli 25 prosenttiin. Toimeentulotuen muuttuminen pidempiaikaiseksi tuen muodoksi on heijastunut myös toimeentulotukimenoihin, jotka ovat reaalisesti kaksinkertaistuneet 1990-luvun alusta nykyiseen 615 miljoonaan euroon vuodessa (kuvio 3). Vuonna 2009 asiakasmäärät lähtivät nousuun talouskriisin seurauksena pitkän laskun jälkeen. Vuonna 2009 toimeentulotukea saavien kotitalouksien ja henkilöiden määrä kasvoi 10 prosenttia, toimeentulotukimenot 17 prosenttia ennakkotilastojen mukaan. Menojen ja asiakasmäärien kehitys on ollut hyvin erilaista eri kunnissa. (Toimeentulotuen menot 2009.) Asiakasmäärien kasvu näyttää kuitenkin taittuneen vuoden 2010 aikana kuntien sosiaalitoimistoista tulevien tietojen perusteella.

Pitkäaikaisasiakkaiden määrän kasvu selittyy kahdella tekijällä. Ensinnäkin, 1990-luvun laman myötä Suomeen syntyi laaja työmarkkinoilta syrjäytyneiden joukko, joka on jäänyt enemmän tai vähemmän pysyvästi toimeentulotuen asiakkaiksi. Toiseksi, Kelan maksamien perusturvaetuuksien taso, ennen kaikkea



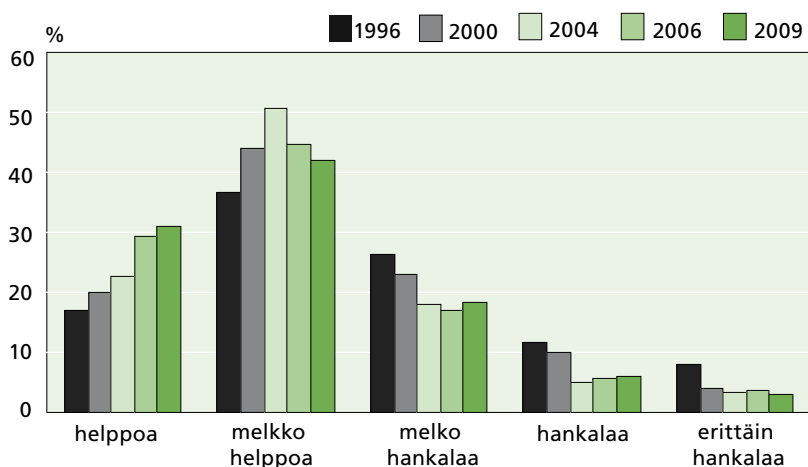
Lähde: Toimeentulotuen menot 2009, THL.

KUVIO 3. Toimeentulotukimenojen ja -asiakkaiden kehitys 1985–2009.

yleinen asumistuki, on jäänyt jälkeen toimeentulotuen tasosta. Toimeentulotuessa asumismenot korvataan tavallisesti kunnan oman vuokra-asuntojen vuokratason mukaisesti. Näin ollen korvaustaso on pysynyt (kunnallisen) vuokratason mukana, toisin kuin yleinen asumistuki. Käytännössä tämä tarkoittaa, että kalliimpien asumiskustannusten kunnissa toimeentulotuen taso on 100–200 euroa korkeampi kuin perustyöttömyysturvan ja asumistuen yhteismäärä. Näiden kahden tekijän seurauksena tilapäiseksi ja viimesijaiseksi tarkoitettu toimeentulotuki on muuttunut pysyväksi tuen muodoksi suurelle joukolle ihmisiä. (Moisio 2009.)

Koetut toimeentulo-ongelmat kotitalouksissa 1996–2009

Myös kotitalouksien itse raportoimien toimeentulo-ongelmien kehitys on ollut erilaista kuin suhteellisen köyhyyden kehitys. Kuviossa 4 on esitetty vastausten jakautuminen kysymykseen ”Kun kotitaloutenne kaikki tulot otetaan huomioon, onko menojen kattaminen näillä tuloilla...?”. Kysymys on Eurostatin (2000) käyttämä ns. subjektiivista toimeentuloa kartoittava mittari ja se toistettu samanlaisena vuosien 1996–2009 ECHP ja HYPÄ-kyselyissä (Moisio 2008). Kuviosta voidaan havaita, että kotitalouksien itse raportoimat toimeentulo-ongelmat vähentyivät voimakkaasti 1990-luvun puolivälistä 2000-luvun puoliväliin, jonka jälkeen



Lähde: HYPA 2004,2006,2009; ECHP (1996–2001)

KUVIO 4. Kotitalouden menojen kattaminen nykyisillä tuloilla on... 1996–2009, henkilöt %.

suuria muutoksia ei ole tapahtunut. Vuonna 1996 viidennes vastaajista raportoi kotitalouden menojen kattamisen olevan hankalaa tai erittäin hankalaa. Osuus laski 2000-luvun puoliväliin tultaessa 9 prosenttiin. Syksyllä 2009 kerätyn HYPÄ-kyselyn mukaan 9 prosenttia vastaajista ilmoitti kotitalouden menojen kattamisen olevan vähintään hankalaa. Toimeentulo-ongelmista raportoitujen kotitalouksien määrä näyttääkin seuranneen sängen suoraviivaisesti työttömyysasteen kehitystä Suomessa.

Kotitalouden sosioekonominen asema vaikuttaa voimakkaasti kotitalouden taloudellisiin resursseihin (ks. taulukko 1) ja sitä kautta myös toimeentulo-ongelmien esiintymiseen. Taulukossa 2 on esitetty menojen kattamisen ”hankalaksi” tai ”erittäin hankalaksi” raportoitujen osuudet vuosina 1996–2009 vastaajan tai hänen puolisonsa sosioekonominen aseman⁵ sekä kotitalouden toimeentulotuen saannin ja pienituloisuuden⁶ mukaan. Toimeentulo-ongelmat ovat odotetusti yleisempiä työttömien kotitalouksissa kuin työssäkäyvien. Vuonna 2009 työssäkäyvien kotitalouksista 6 prosenttia raportoi toimeentulo-ongelmista, työttömien kotitalouksista 39 prosenttia. Opiskelijoiden kotitalouksista toimeentulo-ongelmia raportoi 18 prosenttia ja eläkkeensaajien 9 prosenttia. Toimeentulotukea saavista kotitalouksista raportoi toimeentulovaikeuksista 36 prosenttia, pienituloisista kotitalouksista 24 prosenttia.

Ajallisesti tarkasteltuna toimeentulo-ongelmat ovat vähentyneet hyvin eri tavalla eri sosioekonominen aseman omaavissa kotitalouksissa. Kotitalouksissa, joissa viitehenkilö tai puoliso on työtön, 41 prosenttia raportoi toimeentulo-ongelmista vuonna 1996, ja vuonna 2009 osuus on käytännössä sama, 39 prosenttia. Myös eläkeläisten ja toimeentulotukea saavien kotitalouksien kohdalla toimeentu-

TAULUKKO 2. Menojen kattaminen hankalaa tai erittäin hankalaa vastaajan* työmarkkina-aseman, kotitalouden toimeentulotuen saannin ja pienituloisuuden mukaan 1996–2009, henkilöt (%).

	1996	1999	2001	2004	2006	2009
Työssä	16	11	9	6	5	6
Työtön	41	36	24	24	21	39
Opiskelija	50	30	30	26	15	18
Eläkeläinen	12	12	9	11	11	9
Muu	24	12	11	12	14	14
Toimeentulotuella	43	42	31	22	36	36
Pienituloiset**	38	28	28	20	20	24
Kaikki / väestö	21	14	11	9	8	9

Lähde: HYPA 2004,2006,2009; ECHP (1996–2001).

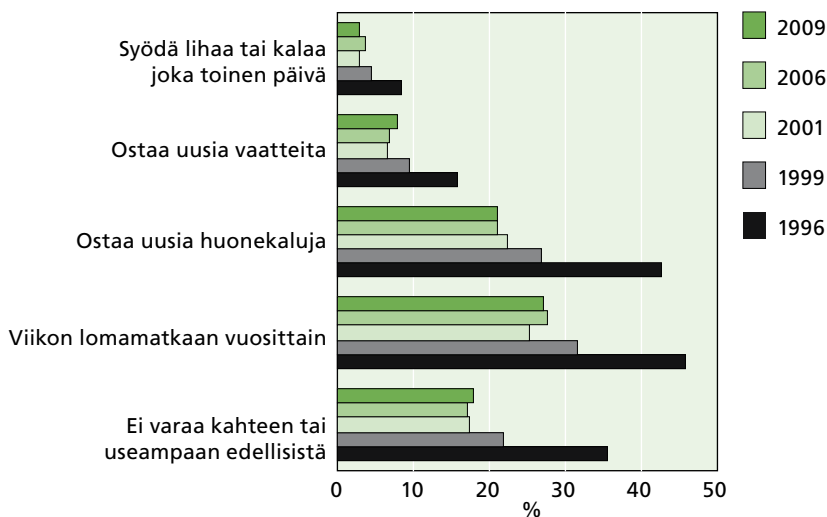
*Kotona asuvat täysi-ikäiset lapset ja muut kuin kotitalouden päähän tai puolisona olevat vastaajat on poissuljettu

** Kotitalouden nettotulot alle Eurostatin 60 % mediaanista köyhyysrajan.

lo-ongelmista raportoivien kotitalouksien osuus on pysynyt suunnilleen samalla tasolla, edellisten noin kymmenessä prosentissa ja jälkimmäisten noin 40 prosentissa. Sen sijaan työssäkäyvien kotitalouksien raportoimat toimeentulo-ongelmat ovat vähentyneet kolmannekseen vuodesta 1996. Samoin huomattavaa laskua on tapahtunut opiskelijoiden kohdalla. Tämä selittyy todennäköisesti opiskelijoiden työssäkäynnin lisääntymisellä. Myös suhteellisen köyhyysrajan alapuolella olevien pienituloisten kotitalouksien raportoimat toimeentulo-ongelmat ovat vähentyneet 38 prosentista 24 prosenttiin. Todennäköinen selitys tälle on työllisyyden koheneminen myös pienituloisten keskuudessa 1990-luvun puoliväliin verrattuna. Eläkeläistalouksia lukuun ottamatta toimeentulo-ongelmista raportoivien osuus kasvoi hieman vuosien 2006 ja 2009 välisenä aikana.

Kulutuksesta tinkiminen kotitalouksissa 1996–2009

Kotitalouksien toimeentulo-ongelmia voidaan tarkastella myös kysymällä kotitalouksien kulutuksesta tinkimisestä. Yksi tällainen mittari on Eurostatin (2000) käyttämä neljän kysymyksen kokonaisuus: ”Onko kotitaloudellanne halutessanne varaa... 1) kustantaa viikon loma tai lomamatka vuosittain, 2) ostaa uusia huonekaluja kuluneiden tilanne, 3) ostaa uusia vaatteita mieluummin kuin käytettyjä sekä 4) syödä liha-, kala- tai kanaruokia joka toinen päivä?”(ks. myös Moisio 2008). Kuviossa 6 on esitetty ”Ei” vastanneiden osuus vuosina 1996–2009 toistetuissa kyselyissä. Alimmaisena esitetään kysymyksestä muodostettu indeksi, joka kuvaa kahdesta tai useammasta kulutuksesta tinkineiden osuutta.



Lähde: HYPA 2006, 2009; ECHP (1996–2001).

KUVIO 5. Kotitaloudella ei ole varaa halutessaankaan... 1996–2009, henkilöt %.

Kulutuksesta tinkimisen mittari antaa hyvin samanlaisen kuvan toimeentulon kehityksestä kuin toimeentulo-ongelmia kartoittava kysymys. Kulutuksesta tinkiminen on vähentynyt kaikilla tarkastelluilla osa-alueilla selvästi 1990-luvun puolivälistä 2000-luvun puoliväliin, jonka jälkeen se on kääntynyt hienoiseen nousuun. Vuonna 1996 noin 8 prosenttia asui kotitalouksissa, jotka raportoivat tinkineensä kalan tai lihan kulutuksessa, vuoteen 2009 mennessä osuus oli laskenut 3 prosenttiin. Uusien vaatteiden ostamisesta tinkimään joutuneiden osuus on laskenut 16 prosentista 8 prosenttiin, uusien huonekalujen hankinnasta tinkimään joutuneiden osuus on laskenut 43 prosentista 21 prosenttiin. Viikon lomamatkaan kodin ulkopuolelle ei ollut varaa alle puolella (46 %) vastaajista vuonna 1996, vuonna 2009 osuus oli laskenut 27 prosenttiin. Kahteen tai useampaan edellisistä ei ollut varaa 36 prosentilla kotitalouksista vuonna 1996 ja vuoteen 2009 mennessä osuus oli laskenut 18 prosenttiin. Vuosien 2006 ja 2009 välillä kulutuksesta tinkineiden osuus nousi noin yhden prosenttiyksikön.

Aivan kuten köyhyysasteen ja toimeentulo-ongelmien kohdalla, kulutuksesta tinkimisen yleisyys vaihtelee huomattavasti vastaajan sosioekonomisen aseman mukaan. Taulukosta 3 voidaan havaita, että työssäkäyvistä vastaajista 11 prosenttia ilmoitti kotitaloutensa tinkineen kulutuksesta vuonna 2009. Vastaava osuus työttömien vastaajien kotitalouksissa oli 52 prosenttia ja opiskelijoiden kotitalouksissa 39 prosenttia. Eläkeläisten talouksista 22 prosenttia raportoi tinkineensä kulutuksesta. Toimeentulotukea saavissa kotitalouksissa kulutuksesta tinkineiden osuus oli 56 prosenttia ja pienituloisissa kotitalouksissa 43 prosenttia.

TAULUKKO 3. Kotitalous tinkinyt peruskulutuksesta vastaajan* työmarkkina-
 aseman, kotitalouden toimeentulotuen saannin ja pienituloisuuden mukaan
 1996–2009, henkilöt (%).

	1996	1999	2001	2006	2009
Työssä	30	17	13	10	11
Työtön	60	51	42	39	52
Opiskelija	70	50	41	37	39
Eläkeläinen	29	22	21	21	22
Muu	48	33	29	21	28
Toimeentulotuella	64	60	52	52	56
Pienituloiset	62	50	38	33	43
Kaikki / väestö	37	22	17	15	18

Lähde: HYPA 2004,2006,2009; ECHP (1996–2001).

*Kotona asuvat täysi-ikäiset lapset ja muut kuin kotitalouden päässä tai puolisona olevat vastaajat on poissuljettu

Kulutuksesta tinkimisestä raportoivien osuudet ovat laskeneet tai pysyneet lähes samoina kaikissa sosioekonomisissa ryhmissä vuodesta 1996. Voimakkainten kulutuksesta tinkimisen vähentyminen on ollut työssäkäyvien kotitalouksissa, joissa osuus on laskenut kolmannekseen. Samoin opiskelijoiden kotitalouksissa kulutuksesta tinkineiden osuus on laskenut voimakkaasti, lähes puoleen. Todennäköinen selitys laskulle on työllisyyden koheneminen näissä ryhmissä. Eläkeläistalouksissa kulutuksesta tinkiminen on laskenut 29 prosentista 22 prosenttiin. Laskua selittää todennäköisesti työeläkejärjestelmän läpimeno: työeläkettä saavien osuus kasvoi voimakkaasti 2000-luvulle tultaessa (Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2008).

Sen sijaan kulutuksesta tinkineiden osuudet työttömien tai toimeentulotukea saavien kotitalouksissa keskuudessa ovat pysyneet lähes ennallaan tai laskeneet vain vähän 1990-luvun puolivälistä. Työttömistä vastaajista 60 prosenttia vastasi tinkineensä kulutuksesta vuonna 1996 ja vuonna 2009 osuus oli 52 prosenttia. Toimeentulotukea saavien kotitalouksien kohdalla kulutuksesta tinkineiden osuus on laskenut 64 prosentista 56 prosenttiin. Sen sijaan suhteellisen köyhyysrajan alapuolella olevien pientuloisten kotitalouksien kulutuksesta tinkimisessä on tapahtunut selvää laskua, 62 prosentista 43 prosenttiin. Lasku selittyy todennäköisesti työllisyyden kohenemisella myös pienituloisten keskuudessa vuodesta 1996. Vuosien 2006 ja 2009 välillä kulutuksesta tinkineiden osuus nousi jonkin verran kaikissa tarkastelluissa sosioekonomisissa ryhmissä.

Yhteenveto

Pitkiä trendejä tarkastellen suhteellinen köyhyysaste on lähes kaksinkertaistunut kuluneen viidentoista vuoden aikana Suomessa, samalla tuloerot kasvaneet 1970-luvun alun tasolla. Suhteellinen köyhyysaste ja tuloerot ovat edelleen Suomessa kansainvälisesti matalalla tasolla, mutta edellisten kasvuvauhti on ollut Suomessa nopeinta OECD-maissa, mihin myös OECD (2008) on kiinnittänyt huolestuneena huomiota. Tuloerojen ja suhteellisen köyhyyden kasvu Suomessa selittyy osin samoilla tuotantorakenteessa ja työmarkkinoilla tapahtuneilla muutoksilla, joiden seurauksena tuloerot ovat kasvaneet useissa matalan tuloerojen maissa viimeisen kymmenen vuoden aikana. Työttömyyden kasvu on keskeisin selittäjä tuloerojen ja suhteellisen köyhyyden kasvulle näissä maissa. Talouskasvun voimakkuudella ei sen sijaan ole yhteyttä tuloerojen kasvuun OECD maissa. Tuloerot ovat kehittyneet eri suuntaan eri maissa talouskasvun aikana, myös samassa maassa eri aikoina (mt). Suomen tuloerojen kasvu selittyy osin myös poliittisilla tekijöillä, joiden seurauksena sekä verotus että tulonsiirtojärjestelmä tasaa vähemmän tuloeroja kuin aikaisemmin (Tulonjakotilasto 2008). Joidenkin mielestä tuloerojen kasvun taustalla länsimaissa onkin pääosin talous- ja sosiaalipoliittinen suunnanmuutos, joka alkoi 1980-luvulla Yhdysvalloissa ja Britanniassa (ks. Pierson 1994).

Tuloerot ja suhteellinen köyhyys kuitenkin laskivat vuonna 2008 viimeisimmän saatavilla olevilla tilastotiedon mukaan. Tämä selittyy pääomatulojen laskulla Yhdysvalloista alkaneen finanssikriisin seurauksena. Kriisin lopullisia tai pidempiaikaisia vaikutuksia tuloerojen ja köyhyyden kehitykseen Suomessa on vaikea arvioida, sillä finanssiriisin vaikutukset eivät vielä vuonna 2008 näkyneet Suomen reaalityössä. Työttömyys ja sen myötä toimeentulotukiasiakkaiden määrä lähti kasvuun vasta 2009 ja kasvu on jatkunut myös vuonna 2010, tosin kasvuvauhti on jo taantunut. Myös vuosikymmenen alussa IT-kuplan puhkeamisen seurauksena tuloerot pienenevät pääomatulojen pienentyessä. Kuplan puhkeamisen vaikutukset reaalityönteeseen ja työllisyyteen jäivät kuitenkin vähäisiksi ja esimerkiksi työttömien tai toimeentulotukea saavien määrä ei kasvanut. Sen sijaan nyt tiedetään, että työttömien ja toimeentulotukea saavien määrät ovat kasvaneet voimakkaasti vuosina 2009 ja 2010. Tämä tulee todennäköisesti heijastumaan tuloeroihin ja köyhyysasteisiin.

Toimeentulotuen saajien määrä laski 2000-luvun loppupuolella jo lähelle 1990-luvun lamaa edeltäviä lukuja, mutta toimeentulotuen menot ovat reaalisesti kaksinkertaistuneet ja pitkäaikaisasiakkaiden määrä kolminkertaistunut. Menojen ja pitkäaikaisasiakkaiden määrän kasvun taustalla on korkealle jäänyt pitkäaikaistyöttömyys ja työelämästä syrjäytyminen. Toimeentulotuen menojen kasvun taustalla on myös yleisen asumistuen korvaustason jääminen jälkeen vuokrien kehityksestä. Toimeentulotuessa korvataan asumismenot yleensä kunnan omien vuokra-asuntojen vuokratason mukaisesti, jonka seurauksena toimeentulotuen taso on noussut yli Kelan perusturvaetuksien ja asumistuen, erityisesti korkeiden

asumiskustannusten kunnissa (Moisio 2009). Tämän seurauksena viimesijaiseksi ja väliaikaiseksi tarkoitettu toimeentulotuki on muuttunut pysyväisluontoiseksi toimeentuloturvan muodoksi laajalle joukolle ihmisiä.

Suhteellinen köyhyys vaihtelee suuresti eri elinvaiheissa olevien perhetyyppien välillä. Samoin köyhyysaste on kehittynyt hyvin eri tavalla erityyppisissä kotitalouksissa. Kotitaloustyyppin mukaisesti tarkasteltuna korkeimmat suhteelliset köyhyysasteet löytyvät nuorilla ja vanhoilla yksinasuvilla sekä yksinhuoltajilla. Mutta eri kotitaloustyyppien köyhyysasteiden erot ja erilainen kehitys selittyvät pitkälle sillä, että eri elinvaiheissa olevilla kotitalouksilla on myös usein erilainen sosioekonominen asema. Esimerkiksi työssäkäyvien yksinasuvien nuorten ja yksinhuoltajien köyhyysasteet ovat alle väestön keskimääräisen köyhyysasteen. Samoin täyttä työeläkettä saavien yksinasuvien iäkkäiden köyhyysasteet ovat alle koko väestön köyhyysasteen. Köyhyysasteet ovat kuitenkin keskimäärin korkeat näissä elinvaiheissa olevilla kotitalouksilla, koska suhteellisen suuri osa nuorista ja vanhoista yksinasuvista sekä yksinhuoltajista on työmarkkinoiden ulkopuolella tai pelkän kansaneläkkeen varassa.

Kotitalouksien raportoimat toimeentulo-ongelmat ja kulutuksesta tinkiminen vähentyivät voimakkaasti 1990-luvun puolivälistä 2000-luvun puoliväliin saakka, jonka jälkeen suuria muutoksia ei ole tapahtunut. Kotitalouden sosioekonominen asema on keskeisin tekijä myös raportoitujen toimeentulo-ongelmien ja kulutuksesta tinkimisen yleisyydessä. Toimeentulo-ongelmien ja kulutuksesta tinkimisen vähentyminen selittyy käytännössä työssäkäyvien kotitalouksien taloudellisen aseman parantumisella. Sen sijaan työttömien tai vähimmäisturvan varassa elävien kotitalouksien keskuudessa toimeentulo-ongelmat ja kulutuksesta tinkiminen eivät ole sanottavasti vähentyneet vuodesta 1996. Tämä ehkä odotettavissa oleva tulos ottaen huomioon perus- ja vähimmäisturvaetuuksien tason kehityksen viimeisen 15 vuoden aikana (ks. Honkanen 2006).

Vähimmäisturvan varassa elävien toimeentulon turvaaminen on suhteellisesti yhä pienempi taloudellinen kustannus vaurastuvalle yhteiskunnalle. Hinta-indeksiin sidottu perus- ja vähimmäisturva vievät yhä pienemmän osuuden kasvavasta bruttokansanosantuotteesta, ja kohtuulliset tasokorotuksetkaan eivät muuta tätä (ks. Pasi Moisioin artikkeli s. 20). Ongelmana nykyisessä vähimmäisturvan tasossa on kuitenkin se, että vähimmäisturvan taso on mitoitettu lyhyen aikavälin kulutuksen näkökulmasta, jossa ei ole huomioitu kestokulutushyödykkeiden uusimisesta aiheutuvia kustannuksia tuen pitkittyessä (Kosunen 1999). Vähimmäisturvan tason riittävyyden lisäksi tulee huolehtia siitä, että vähimmäisturvalta voi myös nousta pois. Tämä vaatii etuuksien ja pienten ansiotulojen yhteensovituksesta huolehtimisesta. Tällä hetkellä vähimmäisturvan varassa olevan on vaikeaa parantaa taloudellista asemaansa pienillä ansiotuloilla tulo- ja byrokraloukkujen vuoksi. Etuuksien katkoskohdat ja yhteensovitukset pienten epäsäännöllisten ansioiden kanssa aiheuttavat helposti kohtuuttomia tilanteita pienituloisille tuensaajilla (ks. Jarno Karjalaisen ja Pasi Moisioin artikkeli s.112).

Sen sijaan suhteellisen köyhyyden vähentäminen, tai edes kurissa pitäminen, on toisen mittaluokan kysymys kuin vähimmäisturvan riittävän tason turvaaminen. Suhteellisen köyhyyden kurissa pitäminen vaatii, että pienituloisten tulokehitys seuraa keskituloisten tulokehitystä. Koska perus- ja vähimmäisturvan tulonsiirrot muodostavat pääosan pienituloisten tuloista (Tulonjakotilasto 2008), niin suhteellisen köyhyyden kurissa pitäminen vaatii, että perus- ja vähimmäisturvan tason tulee seurata yhteiskunnan yleistä tulokehitystä. Julkisen talouden kestävyyskannalta tämä on mahdollista toteuttaa vain, jos maksajia on mahdollisimman paljon ja saajia mahdollisimman vähän. Käytännössä tämä tarkoittaa, että yhteiskunnassa tulisi vallita liki täystyöllisyys ja korkea työllisyysaste. Täystyöllisyyden oloissa suurin osa työelämän ulkopuolellakin olevista on ansiosidonnaisen etuuksien piirissä ja vähimmäisturvan rooliksi jäisi sen alkuperäinen tehtävä: olla lyhytaikainen ja viimesijainen taloudellinen tuki yllättävissä tilanteissa.

Viitteet

- 1) Tuloeroja mitataan niin sanotulla Gini-indeksillä, joka saa arvon nollan ja sadan prosenttien välillä. Gini-indeksin arvo nolla kuvaa tilannetta, jossa yhteiskunnan tulot ovat täysin tasaisesti jakautuneet jokaisen yhteiskunnan jäsenen kesken. Arvo 100 kuvaa tilannetta, jossa yhteiskunnan tulot ovat kasautuneet yhdelle henkilölle. (OECD 2008, 38).
- 2) Eurostat käyttää tuloerojen kuvaajana ylimmän ja alimman tulodesiilien (income quintile share ratio) käytettävissä olevien tulojen (nettotulojen) suhdetta (Eurostat 2010).
- 3) Suhteellista köyhyyttä mitataan yleensä Eurostatin niin kutsutulla suhteellisella köyhyysriskirajalla, joka on määritelty 60 prosentiksi väestön keskimääräisestä (mediaani) käytettävistä olevista tuloista. Suomessa kyseinen raja oli vuonna 2008 noin 1100 euroa nettona yksinasuvalla. Raja nousee noin 500 euroa jokaisesta seuraavasta aikuisesta ja 300 euroa jokaisesta lapsesta. (Ks. Tulonjakotilasto 2008.)
- 4) Kotitalouksien pään (suurimmat henkilökohtaiset tulot kotitaloudessa) sosioekonomista asemaa ei otokseen kokoon liittyvien rajoitusten vuoksi esittää kaikille kotitalouksityypeille kaikissa tapauksissa.
- 5) Kotona asuvat täysi-ikäiset lapset ja muut kuin kotitalouden pään tai puolisona olevat vastaajat on poissuljettu.
- 6) Kotitalouden tulot ovat alle Eurostatin suhteellisen köyhyysriskirajan.

Lähteet

- Eurostat (2000) European Social Statistics. Income, Poverty and Social Exclusion. THEME 3, Population and Social Conditions, Luxembourg.
- Eurostat (2010) http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Category:Glossary [Viitattu 21.10.2010]
- Honkanen, Pertti (2006) Perusturvan indeksisuojojassa aikaisempaa enemmän aukkoja. Yhteiskuntapolitiikka 71:2.
- Karjalainen, Jouko & Raivio, Helka (2010) Toimeentulotuen jakolinjat. Teoksessa Sakari Hänninen & Elina Palola & Maija Kaivonurmi (toim.): Mikä meitä jakaa? Sosiaalipolitiikkaa kilpailuvaltiosta. Helsinki: Terveystyön ja hyvinvoinnin laitos
- Kangas, Olli & Ritakallio, Veli-Matti (2008) Köyhyyden mittaustavat, sosiaaliturvan riittävyys ja köyhyyden yleisyys Suomessa. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 61.

- Helsinki: Kela.
- Kosunen, Virpi (1999) Paljonko on riittävästi? Vähimmäisetuuksien riittävyyden arviointia kulutuksen näkökulmasta. Raportteja 232. Helsinki: Stakes.
- Kuivalainen, Susan (2010) Kestääkö suomalainen vähimmäisturva pohjoismaisen vertailun? Yhteiskuntapolitiikka 75:4.
- Moisio, Pasi (2008) Köyhyyden ja toimeentulo-ongelmien kehitys. Teoksessa Pasi Moisio & Sakari Karvonen & Jussi Simpura & Matti Heikkilä (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2008. Helsinki: Stakes, 256-275.
- Moisio, Pasi (2009) Vähimmäisturva ja köyhyysraja Suomessa. Avauksia 9/2009. Helsinki: Terveystieteiden ja Hyvinvoinnin laitos.
- Pierson, Paul 1994: Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher and the politics of Retrenchment. Cambridge: Polity Press.
- OECD (2008) Growing Unequal: Income Distribution and Poverty in OECD Countries. OECD.
- Tilasto Suomen eläkkeensaajista 2008. Suomen virallinen tilasto. Eläketurvakeskus ja Kela 2010.
- Tilastokeskus (2010) Tulonjakotilasto. <http://www.stat.fi/meta/til/tjt.html> [Viitattu 21.9.2010]
- Toimeentulotuen menot 2009. Tilastoraportti 11/2009, Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2010. Helsinki: THL.
- Toimeentulotuki 2008. Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2010. Helsinki: THL.
- Tulonjakotilasto 2008. <http://www.stat.fi/til/tjt/index.html> [Viitattu 28.5.2010]
- Työvoimatutkimus 2010. <http://www.stat.fi/til/tyti/> [Viitattu 21.9.2010]

Lapsiperheiden toimeentulo lamasta lamaan

Suomalaisen perhepolitiikan linjaukset ovat pääpiirteissään pysyneet samoina viimeisen vuosikymmenen ajan. Tavoitteena on luoda lapsille turvallinen kasvuympäristö ja tasata lasten perheille aiheuttamia kustannuksia. Halutaan varmistaa, että vanhemmilla on aineelliset ja henkiset mahdollisuudet synnyttää ja kasvattaa lapsia. Molempien vanhempien tasavertaiset mahdollisuudet osallistua lasten hoitoon pyritään turvaamaan. Jos lapset voivat huonosti, tilanteeseen pyritään puuttumaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (STM 2006.) Hallitus on ohjelmassaan sitoutunut vähentämään lasten, nuorten ja perheiden pahoinvointia ja syrjäytymiskehitystä sekä vähentämään lapsiperheiden köyhyyttä (Pääministeri Matti Vanhasen... 2007, 55).

Hallitusohjelmaan kirjatun tavoitteen taustalla ovat kokemukset 1990-luvun lamasta, joka koetteli lapsiperheitä monin tavoin. Työttömyyttä koettiin enimmillään vuonna 1993 neljänneksessä lapsiperheistä, ja sitäkin useammassa perheessä taloudellinen tilanne tiukkeni selvästi. Vielä vuonna 1997 työttömyys oli todellisuutta 16 prosentissa lapsiperheistä. (Salmi ym. 1996.) Toimeentulotukea sai yli 10 prosenttia lapsiväestöstä vuosina 1993–1998, enimmillään 12 prosenttia vuonna 1996 (Moisio & Kauppinen 2010). Perheet joutuivat säästämään niin ruuassa kuin vaatteissa ja luopumaan paitsi hankinnoista myös matkustamisesta, mikä heikensi sosiaalisia kontakteja. Vanhemmat säästivät omista menoistaan, jolloin heidän mahdollisuutensa uusintaa voimavarojaan vähenivät. Lasten menot – varsinkin harrastusmenot ja harrastusvälineet – olivat perheissä viimeisimpiä säästökohteita.

ta, mutta niistäkin jouduttiin tinkimään melko yleisesti. Lapset suhtautuivat kuluksensa vähentämiseen tyyneästi, mutta samalla moni koululainen kertoi oppilaita kiusattavan jos heidän perheellään ei ole varaa ostaa samoja tavaroita kuin toisilla. Omakohtaisia kokemuksia kiusaamisesta oli enemmän lapsilla, jotka tulivat niukoissa taloudellisissa oloissa elävistä perheistä. Taloudelliset ongelmat painoivat paitsi aikuisten myös lasten mieltä. 1990-luvun lamavuosina vaikeimmiksi lapsiperheissä arvioitiin laman seuraukset perheen ilmapiiriin ja vanhempien jaksamiseen. Noin puolessa perheistä vanhemmat raportoivat kielteisistä seurauksista omiin mielialoihinsa ja perheen yleiseen hyvinvointiin, ja kolmannes vanhemmista koki keskinäisen suhteensa kärsineen laman vaikutuksista. Näin vanhemmilla oli vähemmän voimia tukea lapsiaan. Perheen kokemukset vaikuttivat myös lasten tulevaisuudenuskoon: työttömyyttä kokeneista perheistä tulevat lapset arvelivat muita harvemmin varmasti saavansa töitä isona. (Salmi ym. 1996.)

1990-luvun laman jälkeen suomalaislasten enemmistön hyvinvointi on monilla mittareilla mitattuna parantunut. Samaan aikaan kuitenkin osalla lapsista ja lapsiperheistä pahoinvointi on yleistynyt, ja pienelle vähemmistölle on kasautunut vaikeutuvaa pahoinvointia. Se ilmenee muun muassa unihäiriöiden, erityisopetuksen sekä kasvatus- ja perheneuvolapalvelujen tarpeen, mielenterveyden häiriöiden, lastensuojelun avohuollon asiakkaiden ja huostaanottojen lisääntymisenä (Salmi 2008; ks. myös www.thl.fi/kasvunkumppanit). Raskaimpien erityispalveluiden tarve on lisääntynyt (Rimpelä 2008). Pienituloisuus on yleistynyt erityisesti yhden huoltajan sekä monilapsisissa perheissä (Moisio 2008; Salmi ym. 2009b; Sauli & Honkkila 2010).

Lastensuojelun asiakkuuden taustalla on usein vanhempien kuormittuneisuutta, mutta myös nuorten mielenterveys- ja päihdeongelmat johtavat huostaanottoihin. Sekä lastensuojelun asiakkuuden alkuvaiheessa että huostaanotoissa lasten ja nuorten perheissä on vaikeita toimeentulo-ongelmia huomattavasti useammin kuin lapsiperheissä yleensä. (Heino 2007; Hiitola 2008; Saarikallio-Torp ym. 2010.) Myös ns. tavallisten perheiden työssäkäyvät äidit ja isät kokevat toimeentulo-ongelmia ja aikapulaa ja huolestuvat jaksamisestaan lastensa vanhempana (Salmi & Lammi-Taskula 2004; Julkunen ym. 2004; Lammi-Taskula & Salmi 2008). Toimeentulon ongelmat heijastuvat myös lievästi, mutta systemaattisesti vanhempien mahdollisuuksiin huolehtia lastensa hyvinvoinnista (Salmi ym. 2009b; Sauli & Honkkila 2010).

Tuloerot ovat kasvaneet ja lapsiperheiden tulokehitys on jäänyt jälkeen keskimääräisestä (Jäntti 2010). Vaikka lapsiköyhyys on Suomessa kansainvälisesti verrattuna melko alhaista (Eurostat 2010), köyhyysrajan alapuolelle jää kasvava osa erityisesti pikkulapsiperheistä. Perheiden toimeentuloa vaikeuttaa tulonsiirtojen jääminen jälkeen hintakehityksestä ja erityisesti asumismenojen nousu. Riippuvuus tulonsiirroista on suurta varsinkin pikkulapsivaiheessa, kun alle kolmivuotiaiden äideistä suuri osa on tilapäisesti pois työelämästä perhevapailla. Vanhempien alhainen koulutus ja pitkäaikainen työttömyys sekä perheen hajoaminen

lisäävät lasten köyhyysriskiä. Lähes puolet lapsiperheistä kokee menojen kattamisen tuloilla hankalaksi, yksinhuoltajista jopa kaksi kolmesta. (Salmi ym. 2009b.)

Kuvaamme tässä artikkelissa lapsiperheiden toimeentulon kehitystä vuosina 1995–2009. Tarkastelemme ensin tilastojen valossa pienituloisuutta ja lapsikäyhyyttä Suomessa. Tämän tarkastelun aikajakso päättyy vuoteen 2008, joten syksyllä 2008 alkaneen, meneillään olevan talouskriisin seuraukset lapsiperheiden toimeentulolle eivät siinä vielä näy. Sen jälkeen kuvaamme naisten ja miesten, äitien ja isien työssäkäyntiä ja erityisesti niitä työn piirteitä, jotka ovat yhteydessä toimeentuloon: työaika ja ylitöitä, työsuhteen epävarmuutta sekä palkkatasoa. Lopuksi selvitämme vuoteen 2009 ulottuvien kyselytutkimusten pohjalta, miten toimeentulon kokemukset ovat muuttuneet vuosien varrella ja mitkä tekijät lisäävät tai vähentävät toimeentulon hankaluutta.

Pienituloisuus ja lapsikäyhyys Suomessa

Pienituloisten¹ määrä on kasvanut Suomessa 1990-luvun puolivälistä lähtien. Vuonna 2008 pienituloisia oli lähes 694 000, kun heitä vuonna 1995 oli noin 360 000. Pienituloisten osuus väestöstä on lähes kaksinkertaistunut 7,9 prosentista 13,2 prosenttiin. Suhteellinen köyhyys on lisääntynyt, koska pienituloisimman väestöosanan tulot ovat kasvaneet hitaammin kuin keskivertotulonsaajalla ja huomattavasti hitaammin kuin ylimmissä tuloryhmissä (ks. Jäntti 2010). Viimeisimmän nousukauden talouskasvu ei juurikaan nostanut kaikkein pienituloisimpien tulotasoa. Tuloerot ovat kasvaneet myös pienituloisten joukossa ja heistä yhä useamman tulot jäävät entistä kauemmaksi köyhyysrajastakin. Pienituloisten reaaliset keskitulot alenivat vuonna 2008 edelliseen vuoteen verrattuna. (Sauli & Honkkila 2010; Honkkila & Paananen 2010.)

Pienituloisia on eri väestöryhmissä varsin vaihtelevasti: suurin köyhyysaste on yksin asuvilla alle 35-vuotiailla (37 %) – varsinkin ikäryhmään 16–24-vuotiaat kuuluvilla (62 %) – ja yli 65-vuotiailla (30 %) sekä yksinhuoltajaperheissä (27 %). Köyhyysasteen kehitys on ollut erilaista eri ikäryhmissä. Yli 75-vuotiaiden köyhyysaste aleni 1990-luvun alkuvuosina 25:stä 10 prosenttiin, mutta alkoi jälleen kasvaa jyrkästi vuodesta 2002 alkaen, ja on nyt 20 prosenttia. Nuorten, 16–24-vuotiaiden köyhyys lisääntyi jyrkästi 1990–1996 runsaasta 10 prosentista noin 24 prosenttiin, mutta on sen jälkeen pysytellyt 25 prosentin tuntumassa. (Sauli & Honkkila 2010.) Eri ikäryhmien köyhyys on erilaista myös sikäli, että vanhimmassa ikäryhmässä köyhyys on usein pysyvää; kansaneläkkeen varassa elävät naiset ovat suurin ryhmä pysyvästi köyhistä (Ruotsalainen 2010). Pitkittänyt pienituloisuus² on kuitenkin yleistynyt myös lapsiväestön keskuudessa kymmenvuotiskaudella 1998–2007 (Salmi ym. 2009). Lasten köyhyys on noussut huomion kohteeksi siksi, että se on lähes kolminkertaistunut vuodesta 1995 alkaen, ja tämä on tapahtunut hyvän taloudellisen kasvun vuosina. Yhden hengen talouksissa köyhyysaste on samaan

aikaan noussut ”vain” puolella, eikä se viime vuosina ole kasvanut, toisin kuin varsinkin pikkulapsiperheissä.

Kansainvälisessä vertailussa lapsiköyhyys on Suomessa muiden Pohjoismaiden tapaan vähäisempää yksittäisiä vuosia tarkasteltaessa: köyhyysrajan alapuolella eli lapsista vuonna 2007 kaikissa EU-maissa 20 prosenttia, Suomessa 12 prosenttia (Eurostat 2010) ja kansallisen tulonjakotilaston mukaan 13,9 prosenttia (Salmi ym. 2009b). Kuitenkin pitkittynyt köyhyys lasten keskuudessa on Suomessa lähellä EU:n keskitasoa: kaksi kolmesta vuonna 2006 köyhäksi määrittyneestä suomalaisesta lapsesta oli ollut köyhä myös vähintään kahtena edeltävistä kolmesta vuodesta (Jäntti 2010). Suomen tapaisessa korkean toimeentulon maassa lapsiperheiden toimeentulo liittyy yhteiskunnan tasolla tulonjakopolitiikkaan ja työmarkkinoiden luonteeseen ja perheen tasolla vanhempien työmarkkina-asemaan ja perheen rakenteeseen (Salmi ym. 2009b; Gornick & Jäntti 2009).

Vanhempien työssäkäynti

Useimmissa suomalaisissa lapsiperheissä molemmat vanhemmat käyvät töissä. Vuonna 2007 lapsiperheiden isistä 94 prosenttia ja äideistä 82 prosenttia kuului työvoimaan. Kun perheessä on alle kouluikäisiä lapsia tai enemmän kuin kaksi lasta, äitien työssäkäynti vähenee, mutta isien lisääntyy. Alle kouluikäisten lasten äideistä sekä monilapsisten perheiden äideistä hieman alle 70 prosenttia kuului työvoimaan, isistä yli 95 prosenttia. (Naiset ja miehet Suomessa 2009.)

Naisten työvoimaosuus on Suomessa kansainvälisesti vertaillen korkealla tasolla, mutta ero pienten lasten äitien ja muiden naisten välillä on suhteellisen suuri. Vuonna 2008 alle 12-vuotiaiden lasten äideistä 75 prosenttia kuului työvoimaan eli oli joko ansiotyössä tai työnhakijana, kun vastaava osuus tätä vanhempien lasten äideillä oli 86 prosenttia. Esimerkiksi Tanskassa tällaista eroa ei ole, kun taas joissakin Itä-Euroopan maissa (Tšekissä, Unkarissa, Slovakiassa) ero on 25–30 prosenttiyksikön luokkaa. (European Commission 2010.)

Kotimaiset tilastot antavat äitien työssäkäynnistä tarkemman kuvan kuin EU-maiden vertailu. 3–6-vuotiaiden lasten äideistä oli vuonna 2005 ansiotyössä 79 prosenttia, kun taas lapsettomista 20–44-vuotiaista naisista – ja miehistä – töissä oli vain 60 prosenttia (Hulkko 2007). Vuonna 2007 töissä oli 3–6-vuotiaiden lasten äideistä 81 prosenttia, lapsettomista 15–64-vuotiaista naisista ja miehistä 70 prosenttia (Naiset ja miehet Suomessa 2009). Erot eri lähteiden tiedoissa johtunevat siitä, että EU-tilastossa tarkastellaan kaikkia alle 12-vuotiaiden lasten äitejä, jolloin suomalaisten alle 3-vuotiaiden lasten äitien perhevapaat laskevat työvoimaan kuuluvien osuutta. Kotimaiset tilastot puolestaan kertovat, että lapsen täytettyä kolme vuotta äitien ansiotyö on varsin yleistä ja yleisempää kuin saman ikäryhmän lapsettomien naisten tai miesten. Pienten lasten äitien töissä olo ja perhevapaiden kesto ovat myös selvästi yhteydessä työmarkkinoiden kulloiseenkin tilanteeseen (Salmi ym. 2009a).

Syntytyssä olevien 25–29-vuotiaiden naisten yli 80 prosentin työvoimaosuus putosi laman takia 1990-luvun alkupuolella alle 75 prosenttiin, mutta palautui 2000-luvun nousukaudella lähes lamaa edeltäneelle tasolle (Lammi-Taskula ym. 2009). Lapsen kouluikä selkeämmän rajan äitien työssäololle muodostaa Suomessa mahdollisuus saada kotihoidon tukea lapsen 3-vuotispäivään asti: valtaosa suomalaisista äideistä hoitaa lasta kotona ensin äitiys- ja vanhempainvapaalla ja sen jälkeen kotihoidon tuen turvin keskimäärin parivuotiaaksi; tosin vain viidennes hoitaa lasta kotona 3-vuotiaaksi asti (Salmi ym. 2009a).³Päivähoitopaikka on saatavilla kaikille alle kouluikäisille lapsille, mutta alle 1-vuotiaista oli vuonna 2008 päivähoitossa vain prosentti, 1-vuotiaista vajaa kolmannes ja 2-vuotiaistakin vain hieman yli puolet (THL päivähoitotilastot).

Naisten työssäkäynnin taustalla on korkea koulutustaso: vuonna 2007 30–34-vuotiaista naisista 90 prosenttia ja miehistä 83 prosenttia oli suorittanut perusasteen jälkeisen tutkinnon, korkeakoulututkinto oli saman ikäryhmän naisista 38 prosentilla ja miehistä 27 prosentilla (Naiset ja miehet Suomessa 2009).

Työaika, työn epävarmuus ja palkka

Osa-aikatyö on Suomessa harvinaisempaa kuin monissa muissa Euroopan maissa. EU-maissa keskimäärin vajaa kolmannes naisista teki vuonna 2008 osa-aikatyötä (EC 2010). Suomessa vuoden 2008 työvoimatutkimuksen mukaan naisista 17 prosenttia ja miehistä 7 prosenttia teki osa-aikatyötä (Naiset ja miehet Suomessa 2009). Pienten lasten äidit tekevät hieman muita useammin osa-aikatyötä, mutta lastenhoito ei Suomessa ole tyypillinen osa-aikatyön syy: vain 11 prosenttia osa-aikatyössä olevista naisista sanoi osa-aikaisuuden syyksi lastenhoidon (Naiset ja miehet Suomessa 2009). Lapsiperhevaihetta elävistä 30–49-vuotiaista osa-aikatyön tekijöistä sen oli kuitenkin valinnut lastenhoidon vuoksi joka neljäs; samalla tässä ikäryhmässä osa-aikatyötä tehtiin usein selvästi keskimääräistä yleisemmin (lähes 40 %) kokoaikaisen työn puutteen vuoksi (Melasniemi-Uutela 2007). Vuonna 2005 osa-aikatyössä oli 23 prosenttia työssäkäyvistä alle 3-vuotiaiden lasten äideistä (Hulkko 2007). Osa-aikatyö antaa mahdollisuuden viettää enemmän aikaa perheen kanssa, mutta siihen liittyy yleensä pienemmät ansiot ja siten myös toimeentulon pulmia.

Määräaikaiset työsuhteet ovat Suomessa yleisempiä kuin EU-maissa keskimäärin (Lammi-Taskula ym. 2009). Määräaikainen työsuhde oli vuonna 2008 naisista 18 prosentilla ja miehistä 11 prosentilla. Määräaikaiset työsuhteet ovat erityisen yleisiä alle 30-vuotiailla naisilla: 20–24-vuotiaista työssäkäyvistä naisista 42 prosentilla ja 25–29-vuotiaista 34 prosentilla oli määräaikainen työsuhde. Vastaavat osuudet miehillä olivat 29 ja 19 prosenttia. (Naiset ja miehet Suomessa 2009.)

Määräaikaiset työsuhteet luovat elämään epävarmuutta, joka hankaloittaa perheen perustamista ja saa monet lykkäämään lasten hankintaa (Sutela 2006; Lehto & Sutela 2008). Ne myös vähentävät vuoden mittaan kertyviä tuloja, jos työsuhte-

den väliin jää katkoja. Köyhissä lapsiperheissä huoltaja onkin muita lapsiperheitä useammin osa-aikaisessa tai määräaikaisessa työssä (Salmi ym. 2004). Määräaikainen työ on yhteydessä myös siihen, miten pitkiä perhevapaita naiset pitävät: jos äidillä ei ole työpaikkaa johon palata, kotihoidontukikausi ja siihen liittyvä alhainen tulotaso venyy keskimääräistä pidemmäksi (Salmi ym. 2009a).

Ylitöiden tekeminen on lisääntynyt viimeisen viidentoista vuoden aikana. Se ei kuitenkaan välttämättä merkitse perheelle lisääntyviä tuloja, koska ylityö korvataan usein vapaa-aikana. Erityisesti ilman korvausta tehtävä ylityö lisääntyi voimakkaasti 1980- ja 1990-luvuilla; 2000-luvulla suunta on ollut lievästi laskeva. Työolotutkimuksen mukaan korvattuja ylitöitä teki vuonna 2008 miehistä 72 prosenttia ja naisista 70 prosenttia; miehet saivat korvauksen useammin rahana ja naiset vapaana. Perheelliset miehet ja naiset tekevät ylitöitä lapsettomia työntekijöitä yleisemmin. Isistä 30 prosenttia teki viikoittain ylitöitä, kun lapsettomista miehistä niitä teki 27 prosenttia. Eniten ylitöitä tekivät 7–11-vuotiaiden lasten isät (36 % viikoittain). Äitien joukossa ylityöt olivat yleisimpiä 12 vuotta täyttäneiden lasten äideillä (31 % teki ylitöitä viikoittain), mutta myös ne alle 3-vuotiaiden äidit, jotka olivat palanneet perhevapaalta työelämään, tekivät ylitöitä lähes yhtä usein (30 % viikoittain) – kyseessä oli tällöin usein hyvin koulutettu ja hyvätuloisen ylempi toimihenkilöaiti. (Lehto & Sutela 2008.)

Naisten palkat ovat Suomessa keskimäärin 80 prosenttia miesten palkoista laskettuna kokopäivätyössä olevien bruttopalkoista vuorotyö ja muine lisineen ilman ylityökorvauksia. Työolotutkimuksen mukaan korkeasti koulutettujen parissa palkkaero on suurempi: naiset ansaitsevat vain 74 prosenttia miesten palkoista. (Lehto & Sutela 2008.) Vuonna 2008 suomalaiset palkansaajanaiset ansaitsivat keskimäärin 2530 euroa ja miehet 3114 euroa kuukaudessa. Sukupuolten välinen palkkaero on nuorilla pienempi ja iän myötä se kasvaa. Vuonna 2007 25–29-vuotiaiden ikäryhmässä naisten keskiansio oli noin 2250 euroa ja miesten noin 2500 euroa kuukaudessa. Pienituloisuus liittyykin myös perheen pääasiallisen huoltajan sukupuoleen: kahden vanhemman perheissä päähuoltaja on nainen sitä todennäköisemmin mitä pienemmät perheen tulot ovat, ja pienituloiset yksinhuoltajat ovat naisia useammin kuin yksinhuoltajat keskimäärin (Salmi ym. 2009b). Yksinhuoltajaäideistä 25 prosenttia sai toimeentulotukea vuonna 2007, yksinhuoltajaisista 15 prosenttia ja kahden vanhemman perheistä 4 prosenttia. (Naiset ja miehet Suomessa 2009).

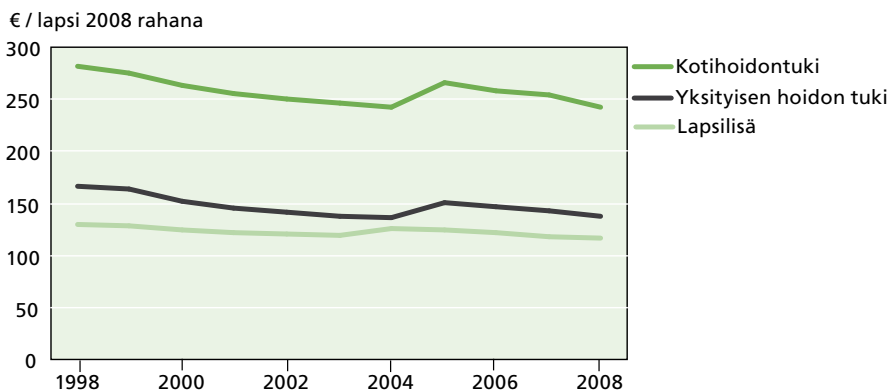
Äitien pääasiallinen perhevapaiden käyttö (Salmi ym. 2009a) ja pidettyjen perhevapaiden kesto heijastuvat naisten tulotasoon. Alle kolmivuotiaiden lasten äitien osuus perheen nettotuloista on keskimäärin runsas kolmannes, kun se vanhempien lasten perheissä on noin 40 prosenttia ja ennen lasten syntymää 44 prosenttia. Jos perheen lapsiluku jää yhteen, äidin ansiotulojen osuus palautuu lapsen syntymää edeltäneelle tasolle viidessä vuodessa, mutta jos perhevapailla ollaan useamman lapsen kanssa, äidin nettotulojen osuus perheen tuloista jää keskimäärin kolmannekseen useiksi vuosiksi. (Haataja & Hämäläinen 2010.)

Tulonsiirrot lapsiperheille

Tulonsiirtojen merkitys lapsiperheiden toimeentulolle on Suomessa suuri. Jos otetaan huomioon vain vanhempien työmarkkinoilta saamat tulot, alle 6-vuotiaista suomalaislapsista yli neljännes asui köyhissä perheissä. Kun otetaan huomioon verojen ja tulonsiirtojen vaikutus käytettävissä oleviin tuloihin, osuus on reilu kymmenesosa. (Gornick & Jantti 2009.) Tulonsiirtojen osuus käytettävissä olevista tuloista on pienituloisimmissa perheissä noin kolmannes (Salmi ym. 2009b).

Lapsiperheille kohdistettujen palvelujen ja tulonsiirtojen kokonaisuus oli euromääräisesti korkeimmillaan vuonna 1992. Laman merkeissä tehdyt leikkaukset heikensivät lapsiperheiden toimeentuloa. Perhepoliittisen tuen kokonaisuus ja lähes kaikki sen osatekijät pienenivät aina vuoteen 2003 asti. Lasta kohden laskettuna perhepoliittisessa tuessa päästiin vuoden 1992 tasolle vasta vuonna 2004. (Mt.)

Viime vuosina on tehty korotuksia lapsilisään⁴, kotihoidon tukeen⁵, yksityisen hoidon tukeen⁶ sekä vanhempainrahan vähimmäistasoon⁷, mutta korotukset eivät kata vuosien varrella syntynyttä jälkeenjääneisyyttä (kuvio 1). Lisäksi lapsilisien viimeisimmät korotukset koskevat vain osaa lapsiperheistä: esimerkiksi monilapsisia (3 tai sitä useampia lapsia) on vain 18 % lapsiperheistä; valtaosa lapsiperheistä eli yhden tai kahden lapsen perheet ovat jääneet korotuksia paitsi. Myös yksityisen hoidon tuki koskettaa vain harvoja (ja pääosin hyvätuloisia) perheitä: yksityisessä päivähoitossa on ainoastaan 6 % päivähoitoikäisistä lapsista. (Lammi-Taskula, Salmi & Parrukoski 2009.) Lapsilisä, vanhempainrahan vähimmäispäiväraha sekä kotihoidon tuki ja yksityisen hoidon tuki on päätetty sitoa kuluttajahintaindeksiin vuonna 2011.



Lähde: Kelan tilastollinen vuosikirja 2009

KUVIO 1. Lapsilisä, kotihoidontuki ja yksityisen hoidon tuki 1998–2008, (€/lapsi vuoden 2008 rahassa).

HYPÄ 2009 -aineisto ja menetelmät

Analyysimme toimeentulo-ongelmia ennustavista tekijöistä perustuu Hyvinvointi ja palvelut -kyselyaineistoon (HYPÄ), joka kerättiin puhelinhaastatteluna loppusyksyllä 2009. Kysely suunnattiin 18–79-vuotiaille suomalaisille ja sen nettovastausosuus oli 80 %. Aineistossa on 593 äitiä ja 506 isää, joiden kotitaloudessa asuu alle 18-vuotiaita lapsia. Alle kouluikäisiä lapsia on äideistä 43 prosentilla ja isistä 47 prosentilla, alle kolmivuotiaita lapsia äideistä 25 prosentilla ja isistä 27 prosentilla. Yksinhuoltajia on joka kymmenes aineiston äiti ja 2 % isistä.⁸ Yhden lapsen vanhempia on 42 %, kahden lapsen 38 % ja kolmen tai useamman lapsen vanhempia 18 %. Isistä 87 % ja äideistä 74 % on työssä, 8 % äideistä on perhevapaalla ja toiset 8 % hoitaa omaa kotitaloutta. Työttömiä on 5 % äideistä ja 6 % isistä, opiskelijoita 4 % äideistä ja 3 % isistä.

Toimeentulon kokemuksia kysyttiin puhelinhaastattelussa esittämällä seuraava kysymys: ”Kotitaloudella voi olla erilaisia tulolähteitä ja useammalla jäsenellä tuloja. Kun kotitaloutenne kaikki tulot otetaan huomioon, onko menojen kattaminen näillä tuloilla: 1 erittäin hankalaa, 2 hankalaa, 3 melko hankalaa, 4 melko helppoa, 5 helppoa vai 6 hyvin helppoa?”. Toimeentulon hankaluutta tarkastelevassa analyysissä muodostettiin kaksiluokkainen muuttuja, jossa vastausvaihtoehdot ”erittäin hankalaa” ja ”hankalaa” yhdistettiin arvon 1 saavaksi luokaksi ja muut vaihtoehdot arvon 0 saavaksi luokaksi.

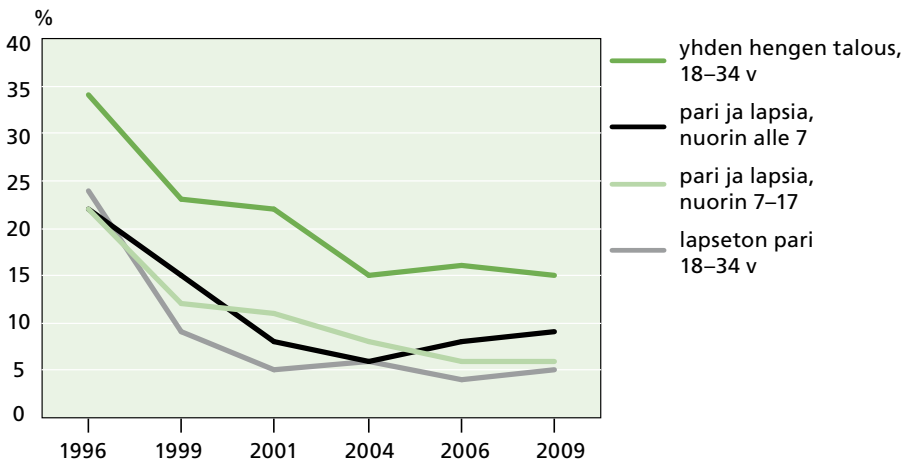
Toimeentulon kokemuksia analysoidaan elinvaiheen mukaan niin, että lapsiperheiden vanhempien kokemuksia verrataan yhtäältä 18–34-vuotiaisiin yhden hengen taloudessa eläviin (elinvaihe ennen avo- tai avioliiton solmimista) ja toisaalta 18–34-vuotiaisiin lapsettomassa avo- tai avioliitossa eläviin (elinvaihe ennen lasten saamista). Lapsiperheiden vanhempien kokemuksia tarkastellaan lisäksi erikseen pikkulapsiperheissä (nuorin lapsi alle 7-vuotias) ja kouluikäisten lasten perheissä (nuorin lapsi 7–17-vuotias).

Vuoden 2009 HYPÄ-kyselyaineistosta selvitämme, mitkä erilaiset tekijät ovat yhteydessä toimeentulon kokemiseen hankalaksi. Logistisessa regressiomallissa selitettävänä muuttujana on toimeentulon hankaluus ja selittävinä muuttujina vastaajan sosioekonomista asemaa luonnehtivia taustatekijöitä (ikä, koulutus, pääasiallinen toiminta, käytettävissä olevat tulot) sekä perherakennetta kuvaavia tekijöitä (huoltajien määrä, lasten ikä, lapsiluku). Selittävät muuttujat on koodattu kaksiluokkaisiksi siten, että muihin verrataan alle 30-vuotiaita, korkeakoulutettuja, työssäkäyviä, köyhyysrajan alle jääviä (kotitalouden kulutusyksikköä kohti lasketut käytettävissä olevat tulot alle 60 prosenttia mediaanitulosta), yksinhuoltajia, alle 3-vuotiaiden vanhempia sekä niitä, joilla on lapsia kolme tai enemmän.

Toimeentulo-ongelmat eri elämänvaiheissa

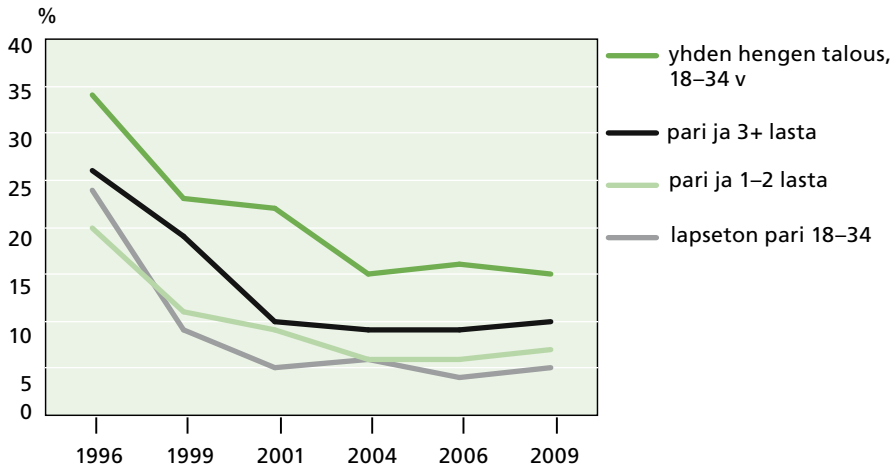
Kun tarkastellaan miten *lapsiperheiden ja nuorten lapsettomien ihmisten* kokemukset toimeentulon hankaluudesta ovat muuttuneet runsaan kymmenen vuoden kuluessa (kuvio 2), havaitaan joitakin eroavuuksia. Nuorilla sinkuilla toimeentulon hankaluuksia on koko ajan ollut selvästi muita yleisemmin ja heidän tilanteensa koheni 1990-luvun laman jälkeen hitaasti, mutta on viimeiset viisi vuotta pysynyt samalla tasolla. Muissa ryhmissä toimeentulo koettiin hankalaksi jokseenkin yhtä yleisesti 1990-luvun puolivälissä, mutta sen jälkeen kokemukset eriytyivät. Pikkulapsiperheissä talous koheni 1990-luvun jälkipuoliskolla hitaammin kuin muilla ja kääntyi 2000-luvulla huonompaan suuntaan aikaisemmin ja jyrkemmin kuin muilla. Kouluikäisten lasten perheissä talous koheni loivemmin, mutta ei ollut kääntynyt uudelleen huonompaan vuoteen 2009 tultaessa. Lapseton pari selvisi 1990-luvun lamasta nopeimmin ja ”parhaiten”, eikä ole vielä juuri kokenut muutosta syksyllä 2008 alkaneen talouskriisin seurauksena.

Perheen koko heijastuu toimeentulon hankaluuden kokemuksiin siten, että monilapsisilla perheillä hankaluuksia on ollut useammin kuin muilla perheellisillä ja heidän taloutensa kohentui 1990-luvun laman jälkeen melko hitaasti, mutta toimeentulonsa hankalaksi kokevien osuus on pysynyt samalla tasolla koko 2000-luvun (kuvio 3). Yhden ja kahden lapsen perheissä toimeentulon hankaluus väheni aina vuoteen 2004 asti, mutta on sen jälkeen hieman yleistynyt.



Lähde: ECHP 1996–2001; HYPA 2004 & 2006 (Moisio 2008); HYPA 2009

KUVIO 2. Toimeentulon kokeminen hankalaksi elinvaiheen mukaan (menojen kattaminen tuloilla hankalaa tai erittäin hankalaa), %.



Lähde: ECHP 1996-2001; HYPÄ 2004 & 2006 (Moisio 2008); HYPÄ 2009

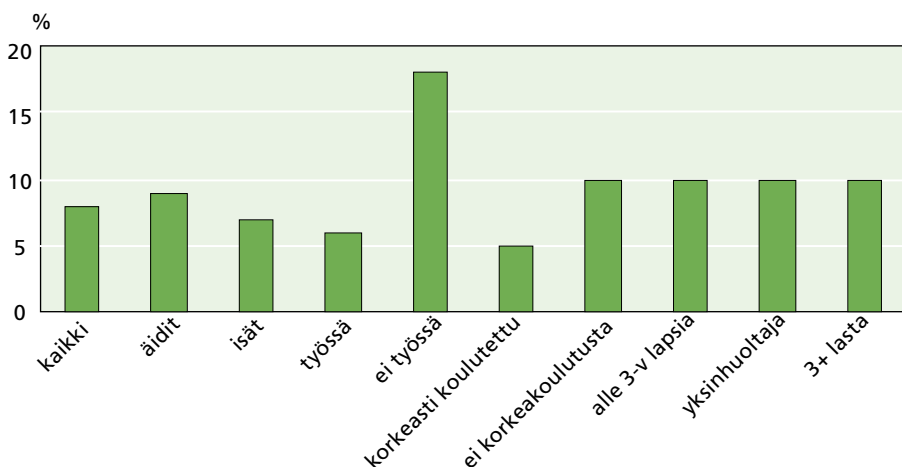
KUVIO 3. Toimeentulon kokeminen hankalaksi perherakenteen mukaan (menojen kattaminen tuloilla hankalaa tai erittäin hankalaa), %.

Lapsiperheiden vanhempien kokemus toimeentulosta

Kun tarkastellaan *lapsiperheiden* vanhempien kokemuksia toimeentulosta erilaisen taustatekijöiden mukaan (kuvio 4), vakavimmat toimeentulon ongelmat eli suuret vaikeudet saada perheen menot katettua käytettävissä olevilla tuloilla liittyvät pitkälti vanhempien sijoittumiseen työelämän ulkopuolelle ja jonkin verran myös koulutustasoon. Jos vastaaja on työssä tai hänellä on korkeakoulutasoinen koulutus, kokemuksia toimeentulo-ongelmista on harvemmin. Perheen rakenne ei näyttäisi olevan yhteydessä vaikeimpien toimeentulokokemusten yleisyyteen.

Jos analyysiin otetaan mukaan myös lievemmät toimeentulon hankaluudet (toimeentulon kokeminen melko hankalaksi, kuvio 5), eroja ilmenee myös vastaajan sukupuolen ja perheen lapsiluvun mukaan: äidit raportoivat hankaluuksista useammin kuin isät, ja muita yleisemmin toimeentulonsa hankalaksi kokevat perheet, joissa on kolme tai useampia lapsia. Alle 3-vuotiaiden lasten vanhempien sekä yksinhuoltajien pienestä määrästä tässä aineistossa johtunee se, etteivät erot toimeentulon kokemuksissa näiden ja muiden lapsiperheiden välillä ole tilastollisesti merkitseviä (toisin kuin aiemmassa tutkimuksessa, ks. Salmi ym. 2009b).

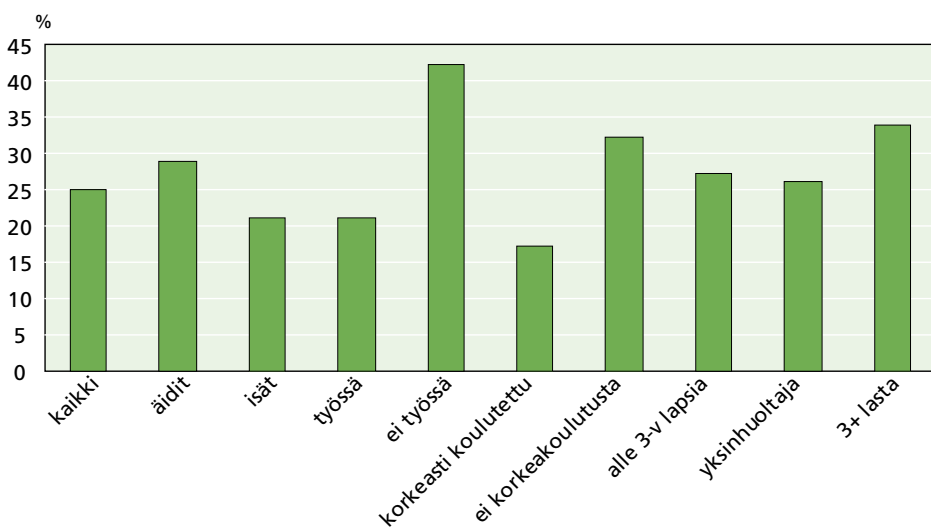
Seuraavassa mallissa (taulukko 1) selvitämme toimeentulo-ongelmia *koko väestön* keskuudessa niin, että huomioon otetaan lievemmätkin hankaluuden kokemukset (toimeentulo erittäin hankalaa, hankalaa tai melko hankalaa). Logistisessa regressiomallissa toimeentulovaikkeuksien todennäköisyyttä tutkitaan ottamalla yhtä aikaa huomioon useita tekijöitä: vastaajan ikä ja sukupuoli, perhetilanne (perheessä alle 3-vuotiaita lapsia, yksinhuoltajuus, kolme tai useampia lapsia),



Lähde: HYPA 2009

KUVIO 4. Toimeentulon kokeminen erittäin hankalaksi tai hankalaksi lapsiperheissä (on alle 18-vuotiaita kotona asuvia lapsia), %.

koulutus sekä työssäkäynti. Tässä mallissa toimeentulo-ongelmien kokemista vähentää työssäkäynnin ja korkean koulutuksen ohella se, että perheessä on enintään kaksi lasta. Kolmen tai useamman lapsen vanhemmilla on muuhun väestöön verrattuna lähes kaksinkertainen riski kokea perheen toimeentulo hankalaksi. Kun koulutus, työssäkäynti ja perhetilanne on otettu huomioon, naisilla on hieman todennäköisemmin kokemuksia toimeentulon hankaluudesta kuin miehillä.



Lähde: HYPA 2009

KUVIO 5. Toimeentulon kokeminen erittäin hankalaksi, hankalaksi tai melko hankalaksi lapsiperheissä (on alle 18-vuotiaita kotona asuvia lapsia), %.

TAULUKKO 1. Toimeentulo-ongelmia ennustavia tekijöitä koko väestössä (logistinen regressio)¹⁰.

	Riskikerroin	p
sukupuoli (nainen)	1,233	.006
ikä alle 30	1,020	.857
palkansaaja tai yrittäjä	,486	.000
korkeakoulutus	,452	.000
alle 3-vuotiaita lapsia	1,062	.697
lapsia 3 tai enemmän	1,919	.000
yksinhuoltaja	,947	.832
vakiotermi	,428	.000

N=3 933; $\chi^2=223,6$; $R^2=0,081$; Sig=.000; df=7

Jos analysoidaan logistisessa regressiomallissa ainoastaan *lapsiperheitä* (taulukko 2), samat tekijät – työssäkäynti, koulutustaso ja perheen lapsiluku – liittyvät toimeentulo-ongelmien kokemisen todennäköisyyteen kuin koko väestönkin keskuudessa. Lapsiperheiden vanhemmilla myös ikä lisää kokemusta toimeentulon hankaluudesta: alle 30-vuotiailla vanhemmilla on perhe- tai työtilanteesta riippumatta vähemmän kokemuksia toimeentulon ongelmista. Äideillä puolestaan on isiä todennäköisemmin kokemuksia siitä, että tulot eivät riitä perheen menoihin.

TAULUKKO 2. Toimeentulo-ongelmia ennustavia tekijöitä lapsiperheväestössä (logistinen regressio).

	Riskikerroin	p
sukupuoli (nainen)	1,531	.005
ikä alle 30	.310	.000
palkansaaja tai yrittäjä	.364	.000
korkeakoulutus	.383	.000
alle 3-vuotiaita lapsia	1,050	.786
lapsia 3 tai enemmän	1,398	.060
yksinhuoltaja	1,182	.570
vakiotermi	,562	.067

(N=1 099) $\chi^2=98,8$ $R^2=0,127$ Sig=.000 df=7

Keskustelua

Kokemukset toimeentulon ongelmallisuudesta vähenivät selvästi 1990-luvun jälkipuolella kaikissa tässä tarkastelluissa kotitalouksissa, niin nuorten yksin asujien, lapsettomien parien, pikkulapsiperheiden kuin kouluikäisten lasten perheidenkin keskuudessa. Nuoria lapsettomia pareja lukuun ottamatta toimeentulon koettiin kohentuneen vielä 2000-luvun alkuvuosinakin. Alle kouluikäisten perheissä ongelmat kuitenkin vähenivät hitaammin ja alkoivat 2000-luvulla yleistyä nopeammin kuin muissa kotitalouksissa. Kouluikäistenkin lasten perheissä talous koheni loivasti, mutta ongelmien kokeminen ei yleistynyt 2000-luvun jälkipuoliskolla, kuten pikkulapsiperheissä. Vuoteen 2009 tultua näistä, perheellistymisvaiheen molemmin puolin elävistä, kotitalouksista toimeentulovaikeuksia koettiin jälleen yleisimmin pikkulapsiperheissä nuorten yksinasujien ohella.

Pienten lasten perhevaihe on tutkimuksissa yleensä ollut se, jossa taloudellinen niukkuus on tavallisinta ja talouden suhdanteet tuntuvat herkimmin. Tämä aineisto viittaisi siihen, että pienten lasten perhevaiheessa kyse on pitkälti siitä, että vanhemmat eivät ole töissä vaan ovat hoitamassa lapsia kotihoidon tuella tai opiskelevat. Sekä koko väestössä että lapsiperheväestössä ansiotyössä oleminen ja korkeakoulutus vähentävät selvästi todennäköisyyttä kokea toimeentulo-ongelmia. Pikkulapset sinällään eivät tuo perheeseen köyhyyttä, mutta kylläkin työn ja perheen yhdistämisen jännitteitä. Niiden ratkaisemiseen valituista keinoista (kotihoitontukikaudet, osa-aikatyö) seuraa sitten toimeentulon niukkuutta, semminkin kun pois jäävää ansiotuloa kompensoimaan tarkoitetut tulonsiirrot ovat reaaliarvoltaan heikentyneet.

Aiempi tutkimus on osoittanut, että köyhyysriski on suurin yksinhuoltajien ja usean lapsen perheissä, ja myös kulutusmahdollisuudet ovat heikommat varsinkin yksinhuoltajaperheissä (Lammi-Taskula & Salmi 2009). Lapsiperheiden vanhempien kokemus toimeentulon hankaluudesta ei tässä aineistossa kuitenkaan näyttäisi liittyvän tilastollisesti merkitsevällä tavalla yksinhuoltajuuteen tai monilapsisuuteen, kun muiden tekijöiden merkitys otetaan huomioon. Yksinhuoltajat tai monilapsisten perheiden vanhemmat ovat ehkä tottuneet niukkuuteen, eivätkä koe sitä hankalana. Yksinhuoltajille tyypilliset toimeentulo-ongelmat saattavat kuitenkin tässä aineistossa jäädä osittain piiloon aineiston rakenteen takia: osa todellisista yksinhuoltajaperheistä on täysi-ikäisten kotona asuvien lasten takia määritelty kahden aikuisen lapsiperheeksi ja heidän kokemansa toimeentulon hankaluus – joka voi olla pikkulapsivaihetta ankarampaa – näyttäytyy virheellisesti kahden vanhemman perheen kokemuksena.

Vanhempien ikä näyttäisi olevan odotusten vastaisessa yhteydessä toimeentulon kokemiseen hankalaksi lapsiperheväestössä: nuoret vanhemmat kokevat ongelmia vähemmän todennäköisesti kuin yli kolmikymppiset. Alle 30-vuotiaat vanhemmat saattavat olla huolettomampia eivätkä murehdi rahan riittämistä yhtä paljon kuin yli 30-vuotiaat. Heillä ei ehkä vielä ole asuntolainaa, ja omat vanhem-

matkin tukevat taloudellisesti nuorempia lapsiaan yleisemmin kuin vanhempia (Haavio-Mannila ym. 2009, 59). Nuoret vanhemmat saattavat olla opiskeluajan elämäntavassa niukoin kulutustottumuksin; niukkuuden ajatellaan olevan ohimenevää eikä siitä huolestuta (vrt. usko talouden kohenemiseen on suurempi alle 3-vuotiaiden perheissä, Lammi-Taskula & Salmi 2009).

Lapsiperheissä äidit kokevat todennäköisemmin toimeentulo-ongelmia kuin isät. Äitien tulot ovat pikkulapsivaiheessa niukat, ja varsinkin jos puolisoilla on erilliset rahat, äiti voi pienituloisempana puolisona kokea toimeentulovaikeuksia vaikka isä ei niitä kokisikaan. Jos perheen talous on tiukalla, ja äidit vastaavat isiä useammin päivittäisistä tai usein toistuvista menoista kuten ruokaostoksista ja lasten vaatehankinnoista, ovat toimeentuloon liittyvät ongelmat myös ehkä enemmän äitien kuin isien mielessä.¹¹

Koulutuksen merkitys näyttää tässä aineistossa nousevan perhevaihetta tai -rakennetta merkityksellisemmäksi: korkeakoulutuksen saaneilla on selvästi sitä vailla olevia epätodennäköisemmin toimeentulo-ongelmia. EU-maat kattavassa tarkastelussa käy ilmi, että köyhyysriski on sitä alempi mitä korkeampi koulutus-taso vastaajalla on; Suomessa riski oli vuonna 2007 alimman tason koulutuksen saaneilla 21 prosenttia, mutta ylimmän tason koulutuksen saaneilla enää 4 prosenttia (Eurostat 2010). Koulutuksen merkitys selittyy paremmilla työnsaanti-mahdollisuuksilla, mutta voi liittyä myös siihen, että pienimpien lasten perheissä vanhemmista osa on vielä opiskelijoita. Kotihoidon tukea käyttävät yleisimmin ja pisimpään vähän koulutetut naiset, joista osa on vielä opiskeluvaiheessa (Salmi ym. 2009a). Jos halutaan helpottaa lasten hankintaa nuorempana ja pitää samalla kiinni korkeasta suomalaisesta koulutustasosta, tulisi paremmin tukea opiskelevien vanhempien toimeentuloa.

1990-luvun laman kokemukset osoittavat, että lapsiperheiden taloudellisilla ongelmilla on kauaskantoisia seurauksia. Varsinkin pitkäaikaiset tai toistuvat taloudelliset vaikeudet luovat epävarmuuden tilan, joka syö vanhempien fyysisiä ja psyykkisiä voimia, rasittaa heidän keskinäistä suhdettaan ja heikentää heidän mahdollisuuksiaan luoda lapsilleen hyvät kasvuedellytykset.

Lasten köyhyyden, sen jyrkän lisääntymisen ja pitkittymisen seurauksista on edelleen liian vähän tutkimusta. Sitä tarvitaan lisää. Jo käytettävissä oleva tutkimus kuitenkin osoittaa monia yhteyksiä lasten köyhyyden ja syrjäytymisriskien välillä ja antaa eväitä löytää keinoja, joilla asiaa voidaan korjata. Tällaisia keinoja olisivat tuloerojen kasvun saaminen kuriin esimerkiksi verotuksen keinoin sekä lapsiperheille suunnattujen tulonsiirtojen tason selvä nostaminen. Tasoa tulisi nostaa ennen tulonsiirtojen sitomista indeksiin – indeksiin sitominen 2011 ei auta paljoakaan, ellei sitä edeltävien 15 vuoden jälkeenjääneisyyttä ensin korjata kuop-pakorotuksilla.

Suomessa on koko 2000-luvun ajan käyty keskustelua lasten hyvin- ja pahoinvoinnista. Samaan aikaan tietoa lasten hyvinvoinnin ongelmista, tuloerojen kasvusta, lapsiköyhyydestä, tulonsiirtojen reaaliarvon laskusta ja kuntien säästöis-

tä lasten palveluissa on kertynyt runsaasti. Tanskalainen lapsuuden tutkija Jens Qvortrup onkin puhunut paradoksista: huolestunut puhe lapsista on yleistä, mutta se kääntyy vaikeasti poliittiseksi toimiksi ja voimavarojen jakamiseksi. Tämä paradoksi on osa rakenteellista välinpitämättömyyttä, joka luonnehtii suhtautumista lasten hyvinvoinnin ongelmiin. (Salmi 2008.) Lasten köyhyden nopean kasvun ja pitkittyneen lapsiköyhyden yleistymisen salliminen on eräs rakenteellisen välinpitämättömyyden rumimmista piirteistä. Nykytiedon pohjalta on perusteltua ryhtyä ripeisiin toimiin lapsiköyhyden kääntämiseksi laskuun.

Viitteet

- 1) Pienituloisilla tai köyhillä tarkoitetaan tässä henkilöitä, joiden käytettävissä oleva tulo alittaa 60 % väestön keskitulosta. Kotitalous jäi vuonna 2008 köyhyysrajan alapuolelle, jos käytettävissä olevat tulot olivat alle 1 146,50 euroa kuukaudessa kulutusyksikköä kohden. Kulutusyksiköt lasketaan siten, että kotitalouden 1. aikuinen on 1 kulutusyksikkö, 2. aikuinen tai 14 vuotta täyttänyt lapsi on 0,5 kulutusyksikköä ja alle 14-vuotias lapsi on 0,3 kulutusyksikköä. Näin esim. kahden vanhemman ja kahden alle 14-vuotiaan lapsen perheessä on 2,1 kulutusyksikköä, ja köyhyysraja tällaisessa kotitaloudessa vuonna 2008 oli $2,1 \times 1\,146,50$ euroa eli 2 407,65 euroa kuukaudessa.
- 2) Pienituloisuus määritellään tilastoissa pitkittyneeksi, jos henkilö kuuluu pienituloiseen talouteen ainakin kolmena neljästä peräkkäisestä vuodesta.
- 3) Anita Haataja ja Ulla Hämäläinen ovat selvittäneet rekisteriaineiston avulla vuonna 1999 ensimmäisen lapsensa saaneiden naisten perhevapaiden kokonaiskestoja ja havainneet, että näiden äitien perhevapaan mediaanikesto oli 19 kuukautta, eli puolet äideistä oli perhevapailla enintään siihen asti kun lapsi oli noin 1,5-vuotias. Lähes 30 prosenttia äideistä oli perhevapaalla 36 kuukautta tai kauemmin, joka kymmenes noin viisi vuotta. Näillä äideillä esikaisen kanssa alkanut perhevapaa on jatkunut keskeytyksettä seuraavien lasten kanssa. Haataja ja Hämäläinen toteavatkin, että tällöin äidin tulojen pieneminen näkyy melko pitkään. (Haataja & Hämäläinen 2010.)
- 4) Lapsilisää nostettiin vuonna 2004 ensimmäisen lapsen osalta 11 % (10 €) sekä vuosina 2004 ja 2008 yksinhuoltajille maksettavan lisän osalta yhteensä 38,7 % (3 €/kk ja 10 €/kk) ja vuonna 2009 monilapsisille perheille 7,6 % (10 €/kk).
- 5) Kotihoidon tuen sisaruskorotusta nostettiin vuonna 2007 12 % (10 €/kk, korotus oli 20 % yli kolmivuotiaasta mutta alle kouluikäisestä sisaruksesta) ja hoitorahaa 6,8 % (20 €/kk) vuonna 2009.
- 6) Yksityisen hoidon tukea korotettiin 16,5 % (22,67 €) vuonna 2009.
- 7) Vähimmäismääräistä vanhempainpäivärahaa nostettiin 45 % (6,84 €/päivä = 171 €/kk) vuonna 2009.
- 8) Yksinhuoltajien väestötasoa selvästi alhaisempi osuus aineiston äitien keskuudessa selittyy sillä, että luokituksessa käytetyn Tilastokeskuksen määritelmän mukaan yksinhuoltajia ovat ne lasten vanhemmat, joiden kanssa ei asu muita aikuisia. Jos äidin tai isän kanssa asuu nuorempien lasten ohella myös 18 vuotta täyttänyt lapsi, perhe luokitellaan kahden aikuisen lapsiperheeksi.
- 10) Selittävät muuttujat ovat mallissa kaksiluokkaisia: esimerkiksi alle 30-vuotiaita verrataan 30 vuotta täyttäneisiin. Jos kerroin on suurempi kuin 1, toimeentulo-ongelmien riski on vertailuryhmää suurempi ja jos kerroin on alle 1, riski on pienempi. Esimerkiksi naisten saama kerroin 1,5 merkitsee, että naisilla on miehiin verrattuna puolitoistakertainen riski kokea toimeentulo-ongelmia. Ero on tilastollisesti merkitsevä, jos satunnaisuuden todennäköisyyttä kuvaava p-arvo on pienempi kuin .05.
- 11) Kulutustutkimuksessa on havaittu, että kolmasosassa perheistä äideillä ja isillä on henkilökohtaiset pankkitilit, joita vain he itse käyttävät. Enemmistöllä vanhemmista on siis joko yhteinen tili tai käyttöoikeus puolison tiliin; avoliitoissa ja uusperheissä

kuitenkin rahat ovat erilliset noin puolessa perheistä. Kahdessa kolmesta perheestä yhteiset menot myös katetaan yhteisvastuullisesti. Äidit maksavat perheen eri menoista yleisimmin päivittäiset ruokamenot, mutta vain 28 prosentissa perheistä. Äitien palkasta maksetaan myös lasten menoja useammin kuin isien palkasta: lasten menot

maksetaan useimmiten yhteisvastuullisesti, mutta kolmasosassa perheistä äiti maksoi lasten vaate- ja jalkinehankinnat, runsaassa viidenneksessä terveydenhoitomenot ja kuudenneksessä harrastukset. Isät olivat pääasiallisina vastuunkantajina lasten menoista harvoin. (Raijas & Wilska 2007; Raijas 2010.)

Lähteet

- European Commission (2010) Report on Equality Between Women and Men 2010.
- Eurostat (2010) Combating poverty and social exclusion. A statistical portrait of the European Union 2010. Eurostat Statistical books, European Union.
- Gornick, Janet C. & Jäntti, Markus (2009) Child poverty in upper-income countries: lessons from the Luxembourg Income Study. Luxembourg Income Study Working Paper Series, Working Paper No. 50.9
- Haataja, Anita & Hämäläinen, Ulla (2010) Viekö haikara tasa-arvon? Puolisoiden väliset tuloerot lapsiperheissä. Teoksessa Hämäläinen, Ulla & Kangas, Olli (toim.): Perhepiirissä. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 76–116.
- Haavio-Mannila, Elina & Majamaa, Karoliina & Tanskanen, Antti & Hämäläinen, Hans & Karisto, Antti & Rotkirch, Anna & Roos, JP (2009) Sukupolvien ketju. Suuret ikäluokat ja sukupolvien välinen vuorovaikutus Suomessa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 107. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Heino, Tarja (2007) Keitä ovat uudet lastensuojelun asiakkaat? Työpapereita 30/2007. Helsinki: Stakes.
- Hiitola, Johanna (2008) Selvitys vuonna 2006 huostaan otetuista ja sijaishuoltoon sijoitetuista lapsista. Työpapereita 21/2008. Helsinki: Stakes
- Honkkila, Juha & Paananen, Seppo (2010) Pienituloisten väliset tuloerot suurenvat. Hyvinvointitarkaus 21 (1), 20.
- Hulkko, Laura (2007) Lasten vanhemmat ja työ. Teoksessa Suomalainen lapsi 2007. Helsinki: Tilastokeskus ja Stakes.
- Julkunen, Raija & Nätti, Jouko & Anttila, Timo (2004) Aikanyrjähdys. Keski-ikäisten työn puristuksessa. Tampere: Vastapaino
- Jäntti, Markus (2010) Lapsiköyhyydestä Suomessa. Teoksessa Hämäläinen, Ulla & Kangas, Olli (toim.): Perhepiirissä. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 62–75
- Lammi-Taskula, Johanna & Salmi, Minna (2008) Huoli jaksamisesta vanhempana. Teoksessa Moisio, Pasi ym. (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2008. Helsinki: Stakes, 38–61
- Lammi-Taskula, Johanna & Salmi, Minna & Parrukoski, Sanna (2009) Työ, perhe ja tasa-arvo. Selvityksiä 2009:55. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Lehto, Anna-Maija & Sutela, Hanna (2008) Työolojen kolme vuosikymmentä. Työolo-tutkimuksen tuloksia 1997–2008. Helsinki: Tilastokeskus.
- Melasniemi-Uutela, Heidi (2007) Osa-aikatyö – vapaaehtoista vai pakkoa? Hyvinvointitarkaus 18 (3), 58–61.
- Moisio, Pasi (2008) Köyhyyden ja toimeentulo-ongelmien kehitys. Teoksessa Moisio, Pasi ym. (toim.): Suomalaisen hyvinvointi 2008. Helsinki: Stakes, 256–275.
- Moisio, Pasi & Kauppinen, Timo M. (2010) Toimeentulotuen asiakkuus periytyy vanhemmilta lapsille. Hyvinvointitarkaus 21 (1), 21–24.
- Naiset ja miehet Suomessa 2009. Helsinki: Tilastokeskus, Sukupuolten tasa-arvo 2010.
- Perhepolitiikka Suomessa. , Esitteitä 2006:12. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma 19.4.2007.
- Raijas, Anu (2010) sähköposti 20.5.2010.
- Raijas, Anu (2008) Ostopäätökset ja hankintojen rahoittaminen suomalaisissa lapsiperheissä. Teoksessa Raijas, Anu & Wilska, Terhi-Anna (toim.) Perhe kulutusyhteiskunnassa. Helsinki: Kuluttajatutkimuskeskus, 17–32.
- Raijas, Anu & Wilska, Terhi-Anna (2007) Huolenpitoa ja jakamista – rahan ja ajan jakautuminen suomalaisissa lapsiperheissä.

- Työselosteita ja esitelmiä 104. Helsinki: Kuluttajatutkimuskeskus.
- Rimpelä, Matti (2008) Lasten ja nuorten hyvinvointi. Teoksessa Moisio, Pasi ym. (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2008. Helsinki: Stakes, 62–75.
- Ruotsalainen, Pekka (2010) Suurituloisuus on pysyvämpää kuin pienituloisuus. Hyvinvointikatsaus 21 (1), 12–19.
- Saarikallio-Torp, Miia & Heino, Tarja & Hiilamo, Heikki & Hytti, Helka & Rajavaara, Marketta (2010) Lapset huostassa, vanhemmat ahdingossa. Teoksessa Hämäläinen, Ulla & Kangas, Olli (toim.): Perhepiirissä. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 236–265.
- Salmi, Minna (2008) Rakenteellinen välinpitämättömyys riski lasten tulevaisuudelle. Futura 27 (4), 37–47.
- Salmi, Minna & Bardy, Marjatta & Sauli, Hannele (2004) Lapsen ja lapsiperheiden asemasta nyky-Suomessa. Teoksessa Söderholm, Annlis ym. (toim.): Lapsen kaltoinkohtelu. Helsinki: Duodecim, 16–39
- Salmi, Minna & Huttunen, Jouko & Yli-Pietilä, Päivi (1996) Lapset ja lama. Raportteja 197. Helsinki: Stakes.
- Salmi, Minna & Lammi-Taskula, Johanna (2004) Puhelin, mummo vai joustava työ-aika? Työn ja perheen yhdistämisen arkea. Helsinki: Stakes.
- Salmi, Minna & Lammi-Taskula Johanna & Närvi, Johanna (2009a) Perhevapaat ja työleämän tasa-arvo. Työ ja yrittäjyys 24/2009. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Salmi, Minna & Sauli, Hannele & Lammi-Taskula, Johanna (2009b) Lapsiperheiden toimeentulo. Teoksessa Lammi-Taskula, Johanna ym. (toim.): Lapsiperheiden hyvinvointi. Helsinki: THL.
- Sauli, Hannele & Honkkila, Juha (2010) http://www.stat.fi/til/tjt/2008/01/tjt_2008_01_2010-01-26_kat_001_fi.html [26.10.2010]
- Sutela, Hanna (2006) Työsuhteen määräaikaisuuden kokeminen. Teoksessa Lehto, Anna-Maija & Sutela, Hanna & Miettinen, Arto (toim.): Kaikilla mausteilla. Artikkeleita työolotutkimuksesta. Helsinki: Tilastokeskus, 223–247
www.stat.fi [4.3.2010]

Koetun hyvinvoinnin erot ja kehitys asuinpaikan mukaan

Suomen alueellinen kehitys etenee vauhdilla, kun samaan aikaan muutoksessa ovat niin aluehallinto, kuntien rajat kuin palvelujen järjestämisen mallitkin. Tarkastelemme tässä artikkelissa sitä, millä tavoin väestön kokema hyvinvointi on kehittynyt samaan aikaan, kun toimintaympäristö alueilla muuttuu. Hyvinvoinnin kehityksen ymmärtämiseksi on kuitenkin ensin tarkasteltava hallinnollista kehitystä. Seuraavassa kuvaamme lyhyesti tärkeimmät aluehallinnolliset uudistukset ja sitä poliittista tavoitteenasettelua, joka niiden taustalla on. Tämä sen vuoksi, että luvun lopussa tarkoitus on myös arvioida harjoitetun aluepolitiikan painotuksia.

Kuntien palvelurakennemuutosta (Paras) on kritisoitu siitä, että uudistuksissa on keskitytty hallinnollisiin rajoihin, kun sen sijaan sosiaali- ja terveyspalvelujen sisältöihin on kiinnitetty vähemmän huomiota (Kokko ym. 2009). Samaan aikaan sosiaali- ja terveysministeriö on valmistellut sote-aluemallia, jonka ytimenä on niin kutsuttu peruspalvelujen ja erityispalvelujen järjestämisen tapojen erottaminen toisistaan. Myös aluehallinto on vastikään uudistunut niin, että vuoden 2010 alussa toimintansa aloitti kuusi aluehallintovirastoa (AVI) ja niiden rinnalla elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskukset (ELY), joita on viisitoista.

Hallinnollisten ja rakenteellisten muutosten ohella aluekehitykseen pyritään vaikuttamaan myös politiikan keinoin. Perinteisen yleisen aluepolitiikan ohella 2000-luvulla yhdeksi poliittiseksi instrumentiksi on kehittynyt ohjelmapoliittinen

ohjaus. Hyvinvoinnin alueellisen kehityksen näkökulmasta tässä suhteessa olennaisimmat ovat maaseutupoliittinen kokonaisohjelma ja valtioneuvoston maaseutupoliittinen selonteko sekä sen vastinpariksi hahmotettava kaupunkipoliittinen ohjelma.

Maa- ja metsätalousministeriön (MMM) Maaseutupoliitiikan yhteistyöryhmän (YTR) koordinoiman maaseutupoliitiikan tavoite on maaseudulla asuvien ja toimivien ihmisten hyvinvointi ikään, kansallisuuteen tai ammattiin katsomatta. Poliitiikan työkaluina Suomessa käytetään maaseutupoliittisia kokonaisohjelmia ja valtioneuvoston maaseutupoliittisia selontekoja. Uusimman kokonaisohjelman, Maaseutu ja hyvinvoiva Suomi, nimellä halutaan viestittää, että Suomessa tulee olla tasa-arvoiset mahdollisuudet hyvinvointiin asuinpaikasta riippumatta. Aluepoliittisia tavoitteita ja päämääriä, muun muassa alueiden elinvoimaisuuden vahvistaminen ja kehityserojen pienentäminen, on määritelty alueiden kehittämislain mukaisessa valtioneuvoston aluepoliittisessa tavoitepäätöksessä hallituskaudelle 2009–2011. Suppeampaa maaseutupoliittikkaa toteutetaan paikallisesti, muun muassa seudullisten toimintaryhmien, kylätoiminnan ja maakuntaohjelmien tasolla. Toimintaryhmien kehittämishankkeiden painopisteenä on muun muassa yhteisöllisyyden ja maaseudun elämänlaadun parantaminen. (Maaseutu ja hyvinvoiva Suomi 2009.)

Maaseutupoliitiikan toimenpiteet tähtäävät hyvinvoinnin ja elinvoiman kasvuun parantamalla lähipalveluja, vahvistamalla alueiden taloudellista perustaa ja kilpailukykyä sekä kehittämällä yhteisöllisyyttä ja kansalaistoimintaa. Palvelujen rinnalle maaseutupoliitikassa nostetaan esille erityisesti järjestötoiminnan hyvinvointia, sosiaalista pääomaa ja verkostoja vahvistava merkitys. Samoin esille nostetaan luonnon ja kulttuurin hyvinvointia edistävä vaikutus. (Mt.)

Maaseutupoliitikassa korostetaan, että hyvinvoinnin ja terveen elämän edellytykset ja ongelmat ovat erilaiset eri maaseututyypeissä. Uusimmassa kokonaisohjelmassa (2009–2013) huomiota kiinnitetään erityisesti harvaan asutulla maaseudulla asuvien ongelmiin, kuten työttömyyteen, toimeentulo-ongelmiin, palveluverkon harvenemiseen ja toimimattomiin yhteyksiin. Valtaosa harvaan asutun maaseudun kunnista sijaitsee Itä- ja Pohjois-Suomessa. (Malinen ym. 2006; Maaseutu ja hyvinvoiva Suomi 2009.)

Kaupunkipoliitikassa toimijoita ja ohjelmia on useita. Kansallista kaupunkipoliittikkaa koordinoi työ- ja elinkeinoministeriö. Lisäksi yksittäisillä kaupungeilla ja kaupunkiseuduilla on omia kaupunkipoliittisia ohjelmia, ja kuusi suurinta kaupunkia ovat toimineet yhdessä. Myös kansallinen kaupunkipoliittikka on eriytynyt siten, että yleisen erikokoisten kaupunkiseutujen kehittämisen ohella on suurkaupunkipoliittikkaa ja Helsingin metropolialueen politiikkaa (viimeksi mainittua koordinoi ympäristöministeriö).

Tärkeässä asemassa Suomessa harjoitetussa kaupunkipoliitikassa on ollut kaupunkiseutujen – erityisesti suurimpien kaupunkiseutujen – kilpailukykyyn edistäminen. Suuret kaupungit on nähty alueiden sekä koko maan taloudellisen kasvun

moottoreina tai vetureina. Väestön hyvinvointiin liittyvät kysymykset eivät ole olleet yhtä keskeisiä kuin maaseutupolitiikassa (vrt. Moisio & Vasanen 2008), lähinnä esillä ovat olleet pyrkimykset ”sosiaalisen eheyden” turvaamiseen ja (suur)kaupungeille ominaisten ongelmien ehkäisemiseen. Sosiaalista eheyttä uhkaavina tekijöinä nähdään muun muassa työttömyys, köyhyys, asunnottomuus ja kohtuuhintaisten vuokra-asuntojen puute. Ongelmien alueellinen kasautuminen kaupunkiseutujen sisällä on erityinen suuriin kaupunkeihin liittyvä uhkakuva, jonka perusteella tavoitteeksi on esitetty muun muassa osallisuuden ja yhteisöllisyyden edistämistä paikallisesti. (ks. esim. Suurten kaupunkiseutujen neuvottelukunta 2006; Työ- ja elinkeinoministeriö 2009.)

Toimintaympäristön nopean muutoksen ohella on tärkeää seurata väestön hyvinvoinnin tilaa, hyvinvointieroja ja hyvinvoinnin muutoksia. Uudistusten yksi tarkoitushan on vastata entistä paremmin väestön hyvinvoinnin vajeiden synnyttämiin tarpeisiin. Tästä näkökulmasta on myös tarpeen eritellä alueellisten erojen kehitystä.

Hyvinvointi on vaihdellut suuresti maan eri osissa ainakin koko sen ajan, jolta tietoja on käytössä (Kannisto 1947; Riihinen 1965). Myös 2000-luvulla alueelliset hyvinvointierot näyttävät olleen selviä (Karvonen & Kauppinen 2008) ja tuoreimmat tulokset viittaavat siihen, että alueellinen hyvinvointikartta alkaisi muistuttaa aikaa ennen teollistumista niin, että huono-osaisuus olisi keskittymässä entistä voimakkaammin maan itä- ja pohjoisosiin (Karvonen & Kauppinen 2009).

Toinen aiemmasta tutkimuksesta kumpuava tulos on maaseudun ja kaupungin huono-osaisuuden erilainen luonne. Kaupungeille, varsinkin suurimmille, leimallisia hyvinvoinnin ongelmia ovat asunnottomuus ja asumisahtaus ja pitkäaikaistyöttömyys (Karvonen & Kauppinen 2008). Maaseudun erityispiirteenä puolestaan on sosiaalinen eristyisyys ja hyvinvointipalvelujen huono saatavuus. Myös ikääntymiseen liittyvät ongelmat näkyvät kärjekkäimmin juuri syrjäseuduilla. Näistä leimallisoin on huono terveydentila.

Aiempaan suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -kyselyyn perustuneessa tutkimuksessamme havaitsimmekin selvimmät koetun hyvinvoinnin erot taloudellisella ja terveydellisellä ulottuvuudella (Karvonen & Kauppinen 2008). Psykososiaaliset erot sen sijaan olivat vähäisempiä. Vähiten taloudellisia ja terveydellisiä puutteita esiintyi suurimmissa kaupungeissa kun yleisimpiä ne olivat harvaan asutulla maaseudulla. Nämä erot eivät selittyneet kokonaan väestön ikä- ja koulutusrakenteiden eroilla. Talous- ja terveysongelmien yleisyyden eroista huolimatta väestön onnellisuus ei vaihdellut maaseudun ja kaupunkien välillä, ainakaan kun onnellisuuden mittarina käytettiin sitä, onko vastaaja tyytyväinen elämäänsä kokonaisuutena.

Tarkoitus, aineisto ja menetelmät

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata erityisesti viime vuosina tapahtunutta kehitystä asuinpaikan mukaisissa koetun hyvinvoinnin eroissa. Lisäksi tutkitaan tuoreimpien tietoja varassa, mitkä tekijät selittävät asuinpaikan mukaisia hyvinvointieroja.

Tutkimus keskittyy viimeisten viiden vuoden aikana tapahtuneeseen kehitykseen, jota tarkastellaan HYPA-kyselyn vuosien 2004, 2006 ja 2009 aineistojen avulla. Perusjoukkona ovat täysi-ikäiset (18–79-vuotiaat) suomalaiset, jotka vastasivat kyselyn puhelinhaastattelusuuteen syksyllä 2009 (ks. HYPA-aineistoliite). Tältä osin aineisto on siis mahdollisimman tuore. Analyysimenetelminä ovat ristiintaulukointi ja logistinen regressioanalyysi, jonka avulla voidaan ottaa huomioon esimerkiksi se, että eri alueilla asuu keskimäärin eri ikäistä väestöä. Hyvinvointi puolestaan on voimakkaasti yhteydessä ikään, joten nämä erot on tilastollisessa mielessä vakioitava.

Tarkastelumme jakautuu kahteen osaan siten, että aluksi kuvataamme koetun hyvinvoinnin eri ulottuvuuksien ajallisia muutoksia ja alue-erojen kehitystä. Tämän jälkeen tutkitimme asuinalueen merkitystä hyvinvoinnin selittäjänä tilastollisten mallien avulla poikkileikkaustilanteessa.

Asuinpaikan luokittelu entistä hankalampaa

Aiemmissä vastaavissa tutkimuksissa (esim. Karvonen & Kauppinen 2008; Karvonen & Rintala 2006) on hyödynnetty kuntatyyppin mukaista asuinpaikan luokitusta. Tällöin kunnat on luokiteltu maaseutumaisuuden tai kaupunkimaisuuden perusteella siten, että ääripäinä ovat harvaan asuttu maaseutu ja suurimmat kaupungit. Vuonna 2009 tapahtuneiden lukuisten kuntaliitosten myötä tällaisen luokittelun käyttökelpoisuus on kuitenkin heikentynyt. Erityisesti ajallisten muutosten kuvaaminen kuntatyyppin mukaan on tässä tilanteessa vaikeaa. Tämän vuoksi tässä tutkimuksessa sovelletaan toisenlaista asuinpaikan luokittelua.

Asuinpaikkaa tarkastellaan kahdella tavalla. Yhtäältä se ymmärretään maantieteellisenä alueena, jota tutkitaan vertaamalla itäistä ja pohjoista Suomea (jatkossa Itä) läntiseen ja eteläiseen Suomeen (jatkossa Länsi). Toisaalta asuinpaikka ilmenee välittömänä asuinympäristönä, jonka luonnetta selvitettiin haastattelussa kysymällä vastaajilta: ”Asuttko: 1. kaupungin keskustassa, 2. esikaupunkialueella tai lähiössä, 3. kuntakeskuksessa tai muussa taajamassa 4. vai maaseudun haja-asutusalueella tai kylässä?”. Kysymys on toistettu samanlaisena kaikissa kolmessa kyselyssä. Vuonna 2009 vastaajista 18,8 prosenttia ilmoitti asuvansa kaupungin keskustassa, 45,1 prosenttia esikaupunkialueella, 16,4 prosenttia kuntakeskuksessa ja loput 19,7 prosenttia maaseudun haja-asutusalueella.

Asuinympäristön luonteen yhteyttä kuntatyyppiin tarkasteltiin vuoden 2006 aineistolla, jossa oli vielä käytettävissä kuntatyyppiluokitus, joka jollakin tavoin vastasi väestön tavanomaista arkisen vuorovaikutuksen alueita, kuten työssäkäynti ja muu päivittäisasiointi. Tuolloin puolet harvaan asutun maaseudun kunnissa asuvista katsoi asuvansa haja-asutusalueella tai kylässä, kolmasosa kuntakeskuksessa tai muussa taajamassa (taulukko 1). Senaikaisen luokituksen mukaan harvaan asutussa kunnassa asuvista kuitenkin joka kymmenes ilmoitti asuvansa kaupungin keskustassa, mikä voi osin selittyä muutoilla, jotka eivät olleet ehtineet kirjautua väestörekisterin asuinkuntatietoihin. Pääosin vastaukset kuvastanevat vastaajien omaa näkemystä asuinympäristönsä luonteesta, sillä yhdenkin kunnan sisällä asuinympäristö vaihtelee suuresti. Asuinympäristö vastasi parhaiten kunnan tyyppiä suurimmissa kaupungeissa, joissa asuvista 95 prosenttia ilmoitti asuvansa joko keskustassa tai lähiössä. Myös muissa kaupungeissa vastaavuus oli hyvä: 85 prosenttia ilmoitti asuvansa joko keskustassa tai lähiössä.

Kun tarkastelu käännettiin toisinpäin, ilmeni, että kuntakeskuksessa tai muussa taajamassa asuviksi itsensä ilmoittavat ovat kuntatyyppin mukaan jaoteltuna heterogeenisin ryhmä: heistä 17 prosenttia asui kaupunkikunnissa, reilu kolmannes (37 %) kaupungin läheisellä maaseudulla ja muuntyyppisissä maaseutukunnissa lähes puolet (45 %). (Taulukko 2.)

Hallinnollisen kuntajaon vastaavuus siihen, millaiseksi väestö kokee välittömän asuinympäristönsä, näyttää siis verraten huonolta. Kun hyvinvoinnin kannalta kuitenkin juuri välittömän asuinympäristön luonne on merkittävä taustatekijä, on itse raportoitu tieto siitä sangen hyödyllinen. Jatkotarkastelussa keskitytään lähinnä kaupunkien keskustassa asuvien ja haja-asutusalueilla asuvien vertailuun, sillä asuinympäristöinä ne erottuvat selväpiirteisemmin toisistaan. Lisäksi niihin kohdistuu voimakkaimmin aluepoliittista intressiä, joka ilmenee maaseutupolitiikan ja kaupunkipolitiikan vastakkainasetteluna. Kaupunkipolitiikan painopisteenä ovat erityisesti suurimmat kaupungit.

TAULUKKO 1. Koetun asuinpaikan jakauma kuntatyyppin mukaan vuoden 2006 HYPA-aineistossa, %.

Kuntatyyppi	Koettu asuinpaikka				Yhteensä, %	(n)
	Kaupungin keskustassa	Esikaupunki-alueella tai lähiössä	Kunta-keskuksessa tai muussa taajamassa	Maaseudun haja-asutusalueella tai kylässä		
Suurimmat kaupungit	21	74	3	2	100	(1 328)
Muut kaupungit	30	55	7	9	100	(1 391)
Kaupunkien läheinen maaseutu	10	12	44	34	100	(629)
Ydinmaaseutu	14	12	26	48	100	(699)
Harvaan asuttu maaseutu	11	6	33	50	100	(483)

TAULUKKO 2. Kuntatyyppien jakauma koetun asuinpaikan mukaan vuoden 2006 HYPA-aineistossa, %.

Kuntatyyppi	Koettu asuinpaikka			
	Kaupungin keskustassa	Esikaupunki-alueella tai lähiössä	Kunta-keskuksesta tai muussa taajamassa	Maaseudun hajaasutusalueella tai kylässä
Suurimmat kaupungit	31	51	5	2
Muut kaupungit	46	39	12	13
Kaupunkien läheinen maaseutu	7	4	37	23
Ydinmaaseutu	11	4	24	36
Harvaan asuttu maaseutu	6	2	21	26
YHTEENSÄ, %	100	100	100	100
(n)	(918)	(1 937)	(744)	(931)

Hyvinvointi moniulotteisena ilmiönä

Aiemmassa tutkimuksessa (Karvonen & Kauppinen 2009) päädyimme kuvaamaan hyvinvoinnin alue-eroja viidellä ulottuvuudella, jotka olivat materiaallinen elintaso, terveys, psykososiaalinen hyvinvointi, turvallisuus ja poliittinen osallisuus. Tämän tutkimuksen tarpeisiin HYPA-aineistoista voitiin hyödyntää yksilön hyvinvointia kuvaavia indikaattoreita, jotka kattoivat neljä ensin mainittua ulottuvuutta. Poliittista osallisuutta kuvaavia tietoja ei aineistossa ollut.

Materiaalista elintasoja kuvaamme ensinnäkin koetun toimeentulon mittarilla. Tätä kysyttiin kysymyksellä ”Kotitaloudella voi olla erilaisia tulolähteitä ja useammalla jäsenellä tuloja. Kun kotitaloutenne kaikki tulot otetaan huomioon, onko menojen kattaminen näillä tuloilla: 1 erittäin hankalaa, 2 hankalaa, 3 melko hankalaa, 4 melko helppoa, 5 helppoa, 6 vai hyvin helppoa?”. Toimeentulo-ongelmia kokeviksi määrittelimme ne, jotka olivat valinneet jonkin vaihtoehdoista 1–3.

Toisena materiaallisen elintason mittarina käytämme asumisen ahtautta (mukana ainoastaan logistisessa regressioanalyysissä). Sitä selvitettiin laajempaan asumiskysymyksiä sisältävään kokonaisuuteen kuuluvalla kysymyksellä, onko vastaa- ja asunnon kokoon 1 erittäin tyytyväinen, 2 melko tyytyväinen, 3 ei tyytyväinen eikä tyytymätön, 4 melko tyytymätön, 5 erittäin tyytymätön. Vastausten 3–5 katsottiin ilmentävän asumisen ahtautta.

Terveyttä kuvaamme koetulla terveydellä, jota kysyttiin kysymyksellä ”Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne: 1 hyvä, 2 melko hyvä, 3 keskinkertainen, 4 melko huono, 5 vai huono?”. Terveystilaa kokeviksi määrittelimme ne, jotka olivat valinneet jonkin vaihtoehdoista 3–5.

Koettu stressi on laskettavissa terveyden tai psykososiaalisen hyvinvoinnin indikaattoriksi. Se perustuu kysymykseen ”Oletteko ollut viime aikoina stressaantunut: 1 erittäin paljon, 2 melko paljon, 3 jonkin verran, 4 vähän, 5 vai ette lainkaan?”. Stressiä kokeviksi määrittelimme ne, jotka olivat valinneet vaihtoehdon 1 tai 2.

Psykososiaalisen hyvinvoinnin osalta kuvaamme myös yksinäisyyttä ja ystävien ja sukulaisten tapaamista. Yksinäisyyden kokemista kysyttiin seuraavasti: ”Tunneteko itsenne yksinäiseksi: 1 jatkuvasti, 2 melko usein, 3 joskus, 4 hyvin harvoin, 5 vai ette koskaan?”. Yksinäisyyttä kokeviksi määrittelimme ne, jotka olivat valinneet jonkin vaihtoehdoista 1–3. Ystävien ja sukulaisten tapaamista selvitettiin kysymyksellä ”Kuinka usein tapaatte ystäviä tai sukulaisia, jotka eivät asu kanssanne samassa taloudessa? 1 lähes päivittäin, 2 kerran tai kahdesti viikossa, 3 kerran tai kahdesti kuukaudessa, 4 harvemmin kuin kerran kuukaudessa, 5 ei koskaan”. Harvoin ystäviä tai sukulaisia tapaaviksi katsoimme ne, jotka olivat valinneet jonkin vaihtoehdoista 3–5.

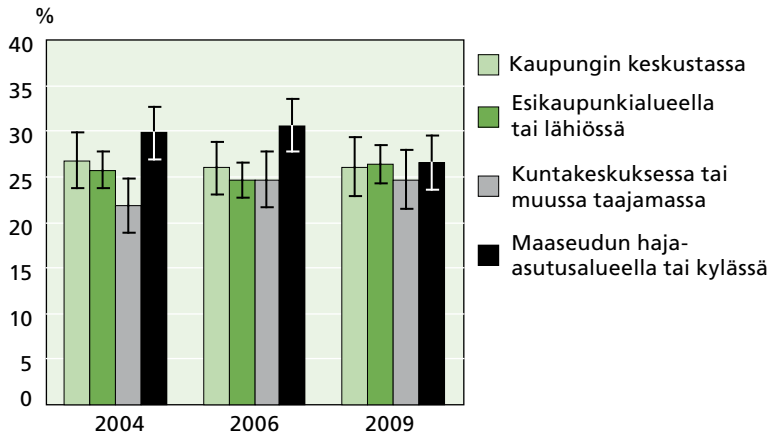
Turvallisuutta ja toisaalta myös asuinympäristöä kuvaa kysymys asuin ympäristön turvallisuudesta. Se oli kyselyssä osana laajempaa asumista koskevaa kysymyspatteria, ja se kuvaa, onko vastaaja asuinalueensa turvallisuuteen 1 erittäin tyytyväinen, 2 melko tyytyväinen, 3 ei tyytyväinen eikä tyytymätön, 4 melko tyytymätön, 5 erittäin tyytymätön. Vaihtoehtojen 3–5 katsottiin kuvaavan koettua puutetta asuin ympäristön turvallisuudessa.

Erillisessä vuoden 2009 aineiston analyysissä kuvaamme myös yleistä koettua elämänlaatua, jota selvitettiin kysymyksellä ”Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne: 1 erittäin huonoksi, 2 huonoksi, 3 ei hyväksi eikä huonoksi, 4 hyväksi, 5 vai erittäin hyväksi?”. Ohjeistuksena tässä oli arvioida viimeisen kahden viikon tilannetta. Määrittelimme elämänlaadun puutteita kokeviksi ne, jotka olivat valinneet jonkin vaihtoehdoista 1–3.

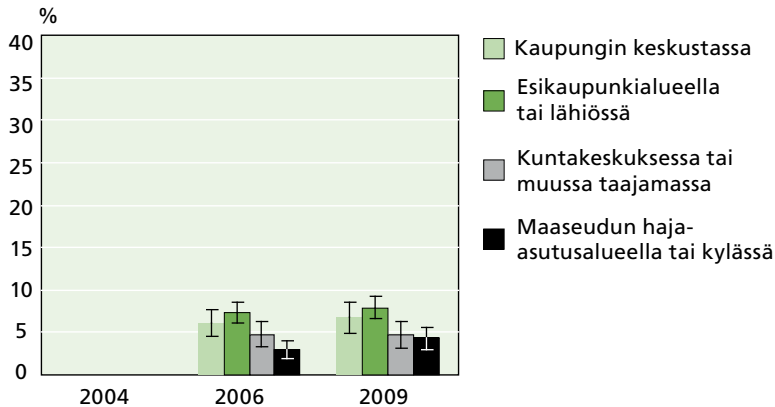
Koettu toimeentulo, terveys ja stressi olivat käytettävissä mittareina kaikkien kolmen HYPA-kyselyn osalta (2004, 2006 ja 2009). Muut ajalliset vertailut rajautuvat vuosien 2006 ja 2009 väliseen vertailuun.

Vähäisiä muutoksia hyvinvoinnin alueellisissa eroissa

Asuin ympäristön mukaiset toimeentuloerot olivat vähäisiä koko tutkimusjaksolla (kuvio 1). Vuosina 2004–2006 toimeentulo koettiin haja-asutusalueilla hankalamaksi kuin muilla alueilla asuvilla, mutta vuonna 2009 ero oli tasaantunut. Eroja ei juurikaan ilmennyt tarkasteltaessa erikseen, mihin on varaa (lomamatkat, uudet huonekalut, liharuoat, uudet vaatteet). Asuin ympäristöstä riippumatta noin 5 prosenttia vastaajista ilmoitti, ettei heillä ollut varaa liharuokiin, ja noin joka neljäs ilmoitti, ettei ollut varaa lomamatkaan. Asuin ympäristö koettiin puolestaan turvattommaksi kaupunkimiljöössä, sekä keskustoissa että lähiöissä, kuin maalla, eikä tämä ero muuttunut tarkastelun kuluessa (kuvio 2).

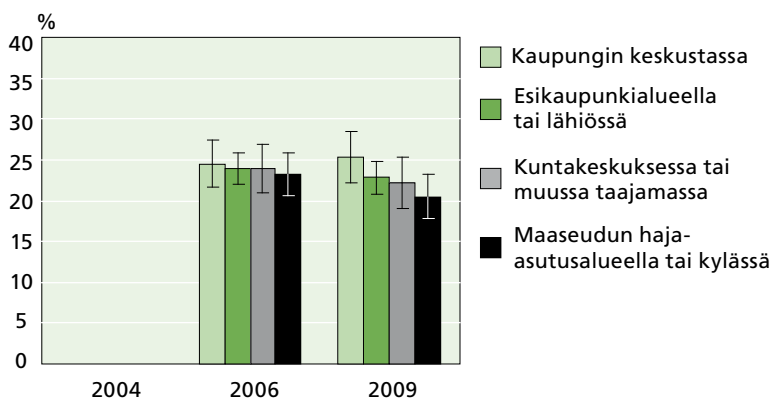


KUVIO 1. Menojen kattaminen hakalaa.

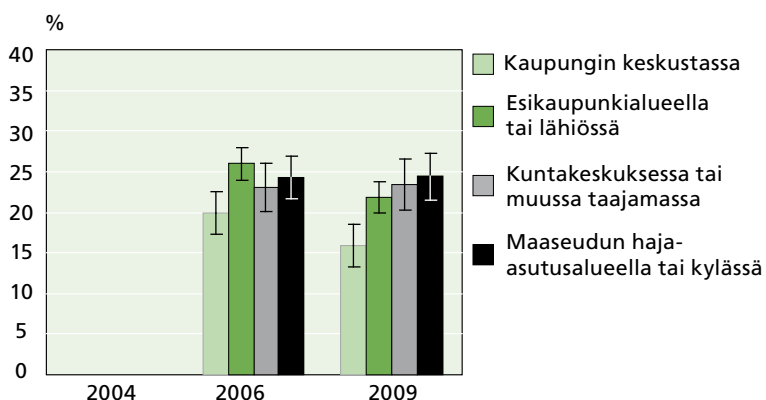


KUVIO 2. Ei tyytyväinen asuinalueen turvallisuuteen.

Yksinäisyydestä on tietoja vain kahdelta tuoreimmalta kyselykerralta (kuvio 3). Niiden mukaan yksinäisyys oli vuonna 2009 yleisintä keskustoissa ja harvinaisinta haja-asutusalueilla. Vuonna 2006 yksinäisyys ei ollut yhteydessä asuinpaikan luonteeseen. Vaikka yksinäisyys oli hieman yleisempää keskustoissa, kaupunkien keskustoissa asuvat osoittautuivat silti sosiaalisemmaksi kuin muut (kuvio 4). Keskustoissa asuvat ilmoittivat tapaavansa ystäviä ja sukulaisia muita useammin, vieläpä niin, että vuosien 2006–2009 välillä keskustoissa samoin kuin lähiöissä ystävien ja tuttavien tapaaminen on yleistynyt.



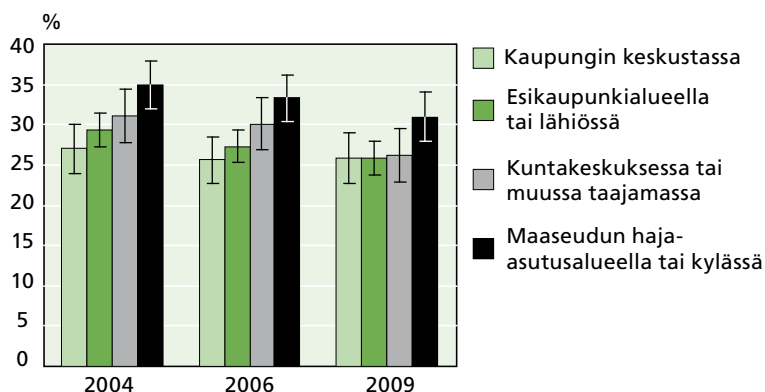
KUVIO 3. Yksinäinen ainakin joskus.



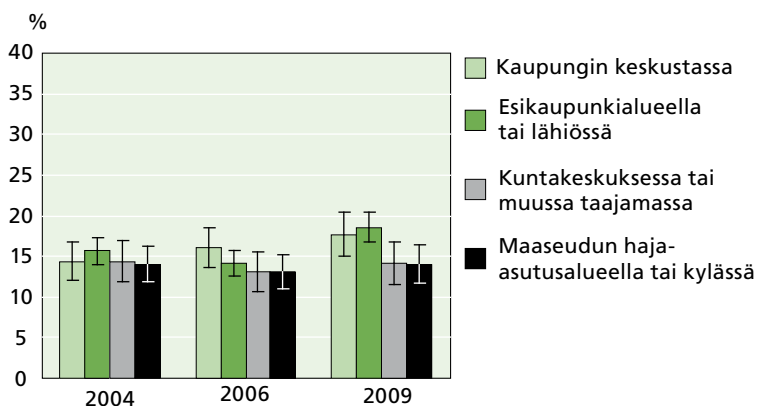
KUVIO 4. Tapaa ystäviä tai sukulaisia enintään kerran tai kahdesti kuussa.

Vuonna 2009 haja-asutusalueella asuvat kokivat terveytensä muita huonommaksi (kuvio 5). Vielä aiempina tutkimusvuosina koettu terveys näyttäisi olleen sitä huonompi, mitä maaseutumaisemmassa ympäristössä vastaaja asui. Tosin erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Stressi sen sijaan on lisääntynyt kaupungeissa, sillä vuonna 2009 kaupunkimaiset asuin ympäristöt (keskustat ja lähiöt) erottuvat maaseudusta (kuvio 6).

Yhteenvetona ajallisista muutoksista voidaan todeta, että haja-asutusalueet sijoittuvat osalla hyvinvoinnin mittareista positiivisemmin suhteessa kaupunkiin kuin tutkimusjakson alussa. Haja-asutusalueiden myönteinen kehitys liittyy toimeentulo-ongelmiin, yksinäisyyteen ja stressiin.



KUVIO 5. Terveys enintään keskinkertainen.



KUVIO 6. Stressaantunut melko tai erittäin paljon.

Väestörakenne ei selitä kaikkia alueellisia eroja

Alueellisia eroja selittäviä tekijöitä tarkasteltiin erikseen poikkileikkaustilanteessa tuoreimpien, vuoden 2009 tietojen valossa. Tarkoituksena oli saada kuvaa siitä, missä määrin havaitut hyvinvoinnin erot eri aluetyyppien välillä liittyvät erilaisiin väestön ikä-, sukupuoli- ja koulutusrakenteisiin. Tässä tarkastelussa myös laajennettiin alueellista tarkastelua ottamalla huomioon aluetyypin ohella itä-länsi-ulottuvuus. Tulokset ovat taulukossa 3.

Vuonna 2009 alueiden välillä oli eniten vaihtelua tyytyväisyydessä asunnon kokoon, tyytyväisyydessä asuinalueen turvallisuuteen, ystävien tai sukulaisten tapaamisessa, ja stressaantuneisuudessa. Sen sijaan koetut toimeentulo-ongelmat tai

TAULUKKO 3. Koettu hyvinvointi koetun asuinpaikan mukaan 18–79-vuotiailla vuonna 2009, logistisen regressioanalyysin ristitulosuhteet (odds ratio -kertoimet), vakioimattomat yhteydet sekä iän, sukupuolen ja koulutustason suhteen vakioidut yhteydet.

	Menojen kattaminen hankalaa		Ei tyytyväinen asunnon kokoon	
	Vakioimaton	Vakioitu	Vakioimaton	Vakioitu
Kaupungin keskustassa	1,00	1,00	1,00	1,00
Esikaupunkialueella tai lähiössä	1,02	1,01	0,97	0,93
Kuntakeskuksessa tai muussa taajamassa	0,92	0,86	0,76	0,76
Maaseudun haja-asutusalueella tai kylässä	1,01	0,91	0,57	0,63
Etelä- ja Länsi-Suomen läänit	1,00	1,00	1,00	1,00
Itä-Suomen, Oulun ja Lapin läänit	1,14	1,13	1,02	1,07
	Ei tyytyväinen asuinalueen turvallisuuteen		Yksinäinen ainakin joskus	
	Vakioimaton	Vakioitu	Vakioimaton	Vakioitu
Kaupungin keskustassa	1,00	1,00	1,00	1,00
Esikaupunkialueella tai lähiössä	1,18	1,20	0,87	0,89
Kuntakeskuksessa tai muussa taajamassa	0,71	0,72	0,84	0,86
Maaseudun haja-asutusalueella tai kylässä	0,65	0,68	0,77	0,79
Etelä- ja Länsi-Suomen läänit	1,00	1,00	1,00	1,00
Itä-Suomen, Oulun ja Lapin läänit	0,67	0,68	0,93	0,92
	Tapaa ystäviä tai sukulaisia enintään kerran tai kahdesti kuussa		Terveys enintään keskinkertainen	
	Vakioimaton	Vakioitu	Vakioimaton	Vakioitu
Kaupungin keskustassa	1,00	1,00	1,00	1,00
Esikaupunkialueella tai lähiössä	1,47	1,43	1,01	1,08
Kuntakeskuksessa tai muussa taajamassa	1,63	1,50	1,01	0,93
Maaseudun haja-asutusalueella tai kylässä	1,72	1,50	1,28	1,07
Etelä- ja Länsi-Suomen läänit	1,00	1,00	1,00	1,00
Itä-Suomen, Oulun ja Lapin läänit	0,93	0,90	1,14	1,10
	Stressaantunut melko tai erittäin paljon		Elämänlaatu ei hyvä	
	Vakioimaton	Vakioitu	Vakioimaton	Vakioitu
Kaupungin keskustassa	1,00	1,00	1,00	1,00
Esikaupunkialueella tai lähiössä	1,05	0,96	0,95	0,97
Kuntakeskuksessa tai muussa taajamassa	0,78	0,74	0,81	0,77
Maaseudun haja-asutusalueella tai kylässä	0,77	0,77	1,09	0,97
Etelä- ja Länsi-Suomen läänit	1,00	1,00	1,00	1,00
Itä-Suomen, Oulun ja Lapin läänit	0,79	0,80	0,95	0,92

Lihavoidut arvot poikkeavat tilastollisesti merkitsevästi referenssiluokasta 95 %:n merkitsevyystasolla.

yleinen elämänlaatu eivät vaihdelleet sen enempää asuin ympäristön kuin maantieteellisen alueen mukaan. Yksinäisyydessä ja koetussa terveydessä haja-asutusalueet poikkesivat kaupunkien keskustoista.

Tyytyväisyys asunnon kokoon oli odotetusti yhteydessä asuinpaikan kaupungistuneisuuteen siten, että tyytymättömiä olivat kaupungin keskustassa asuvat. Tyytymättömyys oli harvinaisinta haja-asutusalueilla tai kylissä asuvien keskuudessa. Vaikka alueiden väliset iän, sukupuolen ja koulutustason erot otettiin huomioon, erot eivät muuttuneet. Idän ja lännen välillä ei ollut eroa tyytyväisyydessä asunnon kokoon.

Asuinalueen turvallisuuden kokemuksessa ero oli lähiöiden ja haja-asutusalueiden välillä siten, että eniten turvattomuutta koettiin lähiöissä ja vähiten haja-asutusalueilla. Myös lännen ja idän välinen ero oli selvä niin, että turvattomuuden kokemus oli yleisempää Länsi-Suomessa.

Yksinäisyys oli harvinaisinta maaseudulla ja yleisintä keskustassa asuvilla, eikä tämä yhteys juuri muuttunut, kun iän, sukupuolen ja koulutuksen erot otettiin huomioon. Tilastollisesti merkitsevää eroa ei enää ollut vakiointien jälkeen, mutta vakiointi selitti vain hyvin pienen osan haja-asutusalueiden ja kaupunkien keskustojen välisestä erosta. Yksinäisyys ei vaihdellut idän ja lännen välillä, kuten ei myöskään ystävien tai sukulaisten tapaaminen. Sen sijaan ystävien tai sukulaisten tapaaminen oli yhteydessä asuinpaikan kaupunkimaisuuteen siten, että keskustassa asuvat tapasivat ystäviä tai sukulaisia muita useammin.

Koettu terveydentila oli heikoin maaseudulla, mutta ero muihin alueisiin hävisi, kun iän, sukupuolen ja koulutuksen erot otettiin huomioon. Toisin sanoen havaittu alue-ero johtui väestörakenteen eroista alueiden välillä. Stressi puolestaan osoittautui harvinaisemmaksi taajamissa ja kuntakeskuksissa asuvilla kuin keskustassa asuvilla sen jälkeen kun muut taustatekijöiden erot oli otettu huomioon. Tämä vakiointi ei sen sijaan vaikuttanut idän ja lännen eroon vaan vakioinnista riippumatta lännessä asuvat osoittautuivat idässä asuvia stressaantuneemmiksi.

Yleinen elämänlaatu siis kuitenkin koettiin yhtä hyväksi asuinpaikasta ja asuinpaikan sijainnista riippumatta. Myöskään taustatekijöiden huomioon ottaminen ei muuttanut tätä tulosta.

Pohdinta

Tutkimuksen tarkoitus oli kuvata hyvinvoinnin alue-eroissa 2000-luvulla tapahtuneita muutoksia ja tutkia, selittyvätkö erot väestörakenteellisilla tekijöillä. Olenaisiin muutoksiin verrattuna oli haja-asutusalueiden hyvinvoinnin paraneminen usean indikaattorin mukaan. Tosin kehitys ei johtunut yksinomaan haja-asutusalueiden myönteisestä kehityksestä vaan osin keskusta-alueiden kielteisemmästä kehityksestä. Huono koettu terveys, yksinäisyys ja toimeentulo-ongelmat ovat tulosten perusteella kuitenkin vähentyneet nimenomaan haja-asutusalueilla.

Silti maaseudulle leimallinen hyvinvointi-ongelma, huonoksi koettu terveydentila oli yleisintä haja-asutusalueilla, joskin ero heijastaa lähinnä alueiden välisiä väestörakenteellisia eroja. Edelleen, vaikka toimeentulo-ongelmat hieman vähenevät, ne olivat maaseudulla yhtä yleisiä kuin kaupungeissa. Asuinympäristöstä riippumatta noin joka neljäs vastaaja ilmoitti kokevansa toimeentulo-ongelmia siten, että rahat eivät syystä tai toisesta riitä kattamaan menoja. Kun erikseen kysyttiin, mihin vastaajilla on varaa, yleisimmät puutteet olivat, ettei halutessaan pääsisi lomamatkalle eikä olisi varaa uusiin huonekaluihin. Näin vastasi 20–25 prosenttia vastaajista. Selvästi pienempi osuus vastasi, ettei raha riitä lihan ostamiseen tai uusiin vaatteisiin. Silti näitäkin vastaajia oli viitisen prosenttia asuinympäristöstä riippumatta.

Kokonaisuutena alue-erojen kehitys näyttää yllättävän myönteiseltä, varsinkin tutkimusajankohdan huomioon ottaen. Tuorein, vuoden 2009 kysely tehtiin synkän talouden taantumien keskellä, mutta se näyttää heijastuneen verraten vähän eri alueilla asuvien suomalaisten hyvinvointiin. Tulos on sikälkin yllättävä, että alueellisten hyvinvointi-indikaattorien tuottama kuva viittaa erojen pysyvyyteen ja mahdollisesti jopa maantieteellisten erojen kasvuun (esim. Karvonen & Kauppinen 2008; Karvonen & Kauppinen 2009).

Vaikka aikuisväestöä mahdollisimman kattavasti ja luotettavasti edustavaan empiiriseen aineistoon perustuva tulos haja-asutusalueiden positiivisesta hyvinvointikehityksestä vaikuttaa yksiselitteiseltä, sitä on tulkittava varoen. Ensinnäkin kyse saattaa olla siitä, että taloudellisen taantumien vaikutukset heijastuvat väestön hyvinvointiin vasta vitkaan. Esimerkiksi pitkittyneen työttömyyden on osoitettu heijastuvan työikäisten hyvinvointiin noin puolen vuoden yhtäjaksoisen työttömyyden jälkeen (Lahelma 1989; Kortteinen & Tuomikoski 1998; Heponiemi ym. 2008). Tässä emme tutkineet työttömyyden yleisyyttä tai työttömyyskokemuksia sinänsä, mutta edellisen laman seuraukset näkyivät alueellisella tasolla vasta usean vuoden mittaisena huono-osaisuuden kierteenä (Karvonen 2000). 1990-luvun puolivälistä alkanut kierre alkoi kuntien talousvaikeuksien kasautumisena, mikä heijastui vuoden parin sisällä terveysongelmien kasvuna ja jatkuen edelleen psykososiaalisten ongelmien yleistymisenä. Mikäli vastaava kehitys pätee myös 2000-luvun kehitykseen, syrjäseutujen huono-osaistumisen kierre on vasta käynnistymässä. Tällöin käsillä olevat havaintomme kuvastaisivat lähinnä sitä, että hyvinvointiongelmat näkyvät jostain syystä välittömimmin kaupungeissa. Kaupunkien kulutuskeskeisempi elämäntapa saattaa olla selittää osaltaan tätä eroa.

Toiseksi on huomattava, että tutkimus ei kata koko vanhusväestöä, jonka elämänlaatua tarkastellaan toisaalla tässä kirjassa (Vaarama ym. s. 150). Haja-asutusalueiden väestöstä todennäköisesti juuri vanhukset ovat hauraimmassa asemassa. Esimerkiksi yksinäisyys on maaseudulla asuvalle vanhusväestölle tyypillisempi ongelma kuin kaupunkilaisvanhuksille (Savikko ym. 2005). Myös vanhuspalvelujen saatavuus on muodostumassa entistä hankalammaksi ongelmaksi harmaantuvalla maaseudulla (Tedre & Pulkkinen 2010).

Tutkimusasetelma poikkeaa kahdessa olennaisessa suhteessa alueellista hyvinvointia kuvastavista tutkimuksista. Jo aiemmin on havaittu, että väestön omat kokemukset hyvinvoinnistaan eroavat hallinnollisiin indikaattoreihin pohjautuvista tiedoista. Yleishavainto tällä tavoin objektiivista ja subjektiivista vertailevista tiedoista on, että koetun hyvinvoinnin erot ovat vähäisempiä kuin ns. objektiiviset erot. Alueelliset hallinnolliset erotthan kattavat koko väestön, siis myös ne, joita kyselytutkimukset eivät tavoita, ja joiden keskuuteen osa vaikeimmasta huonosaisuudesta kasautuu. Toisaalta näyttää olevan niinkin, että oman hyvinvoinnin arvioissa korostuu vertailu lähiympäristöön, siinä vallitsevaan elämäntapaan ja arvostuksiin. Tällöin myös hyvinvoinnin kokemukset pohjautuvat eräänlaiseen paikalliseen kalibrointiin, joten esimerkiksi yhdessä ympäristössä tavanomaiseksi punnittu sosiaalisuuden aste saattaa toisaalla tuntua vähäiseltä. Ilmiö on tunnettu koetun terveyden kulttuuristen ja ikäryhmittäisten erojen vertailevassa tutkimuksessa (esim. Manderbacka 1998; Palosuo 2003): helsinkiläinen kantaväestö raportoi terveytensä meille kulttuurisesti tyypillisellä tavalla, joka poikkeaa esimerkiksi moskovanvenäläisten omaksumasta terveysstandardista. Vastaavasti 60-vuotias punnitsee terveysarvionsa suhteessa omaan ikäluokkaansa, ei niinkään koko väestön keskimäärään tai vaikkapa nuoren aikuisen toimintakykyyn.

Havaintoa ei tulisi tulkita niin, että subjektiiviset arviot ovat epäluotettavia. Päinvastoin, tässä käyttämämme koettujen mittareiden voi ajatella kuvaavan ihmistä omaan asuinympäristöönsä sopeutuneena sosiaalisena yksilönä. Näin ollen muodostuva kuva voi olla jopa aidompi ja todellisempi kuin niin sanottuihin objektiivisiin tietoihin pohjautuva analyysi, heijastaahan se väestön hyvinvointikokemuksia sellaisenaan ilman hallinnollisiin tilastoihin väistämättä sisältyvää välittyneisyyttä. Toisaalta vastakkainasettelu on tässäkin tapauksessa tarpeetonta ja hedelmätöntä, sillä tiedot täydentävät toisiaan. Lisäksi tässä tutkimuksessa subjektiivisten tietojen relativistisuutta pyrittiin vähentämään kysymällä vastaajilta pääosin tosiasialuonteisia kysymyksiä, kuten arviota siitä, riittävätkö rahat vastaajan niin halutessa tiettyihin normaaliin elämäntapaan kuuluviin hyödykkeisiin (uudet vaatteet, lomamatka jne).

Myös aluetarkastelumme nojaa itseraportoituun asuinpaikkatietoon, joka eroaa selvästi hallinnollisista tiedoista, mikä myös tässä tutkimuksessa havaittiin. Kuntayhdistelyjen myötä vastaajan kotikunta kuvaa aikaisempaan verrattuna selvästi huonommin hänen asuinpaikkansa tyyppiä. Vaikka itseraportoitu tieto asuinpaikan luonteesta voi olla moniselitteinen, sen avulla voidaan kuitenkin muodostaa vastaajien omaan käsitykseen pohjautuva ja siten todennäköisesti hyvinkin erotteluvoimainen asuinympäristöluokitus. Tämä tutkimus on käsityksemme mukaan ainutlaatuinen sikäli, että se on yksi harvoista töistä, jossa hyödynnetään mahdollisuutta eritellä hyvinvointia itseraportoidun asuinympäristötiedon mukaan.

Kun hyvinvointieroja tarkastellaan erityyppisten lähiympäristöjen mukaan, tulokset poikkeavat kiinnostavasti kunnan tyyppin mukaisista tarkasteluista. Tuoreen kansalaisbarometrin mukaan suomalaisten hyvinvointi olisi selvästi pola-

risoitunut niin, että itäsuomalaiset, kainuulaiset ja pohjoiskarjalaiset arvioivat hyvinvointinsa heikoimmaksi (Siltaniemi ym. 2009). Barometrin mukaan hyvinvointiin oltiin useammin tyytyväisiä kaupunkimaisissa ja taajaan asutuissa kunnissa ja kaupunkien läheisellä maaseudulla kuin maaseutumaisissa kunnissa ja harvaan asutulla maaseudulla. Hyvinvointi oli tutkimuksen mukaan yhteydessä myös kunnan kokoon siten, että alle 10 000 asukkaan kunnissa voitiin heikommin kuin sitä isommissa kunnissa eikä ero selittynyt ikäryhmäeroilla. Käsillä olevan tutkimuksen mukaan kokonaishyvinvointia kuvaava yleinen elämänlaatu ei sen sijaan vaihdellut asuinympäristön tyyppin mukaan. Tulos toisin sanoen täsmentää asuinpaikan ja hyvinvoinnin välistä yhteyttä: erityyppisten lähiympäristöjen (keskusta, muu taajama, haja-asutusalue) mukaiset erot ovat vähäisiä, siitä huolimatta, että samantyyppisissä kunnissa asuvien ihmisten välillä eroja havaitaan. Marja Vaarama työtovereineen (s. 126) tosin huomauttaa, että yleinen elämänlaatu on mittarina karkea ja elämänlaadun syvempi tarkastelu vaatii sen eri ulottuvuuksien erittelyä. Kaikkiaan kyse lienee siitä, että kuntatyyppi kuvaa asuinympäristöä nimenomaan palvelujen järjestämisen näkökulmasta, kun lähiympäristö liittyy pikemminkin sosiaaliseen kanssakäymiseen, paikallisiin arvostuksiin ja elämäntyyliin.

Terveyden osalta tulokset sen sijaan ovat samansuuntaiset. Myös kansalaisbarometrin mukaan fyysinen terveys koetaan heikommaksi maaseutumaisissa kunnissa ja harvaan asutulla maaseudulla kuin kaupungeissa (mt.). Tämän tutkimuksen mukaan eroissa on kyse pitkälti siitä, että erilaisissa asuinympäristöissä asuu eri ikäistä väkeä, joten maaseudun vanheneva väestörakenne ymmärrettävästi ilmenee huonompana terveydentilana.

Aluepolitiikka hyvinvointipuntarissa

Miltä tutkimuksen tulokset sitten näyttävät harjoitetun aluepolitiikan näkökulmasta tarkasteltuna? Yksi tutkimuksen päähavainnoistahan on, että haja-asutusalueiden tilanne suhteessa kaupunkien keskustoihin on kohentunut. Tämän suhteuttaminen kaupunkipolitiikkaan on hankalaa, koska kaupunkipolitiikassa ovat korostuneet nimenomaan suuret kaupungit ja niiden elinkeinopolitiikka. Tutkimusasetelma ei kuitenkaan mahdollistanut suurten kaupunkien tarkastelua erikseen. Kaupungin keskustassa asumisen vastaajat olivat lisäksi tulkinneet niin, että myös harvaan asutun kunnan keskusta pidettiin usein keskusta-asumisena.

Kaupunkipolitiikan tulosten arviointi jää varsin ohueksi, mutta katsomme kuitenkin sen kommentoinnin mahdolliseksi. Sosiaalisen eheyden kannalta tulos toimeentulon ja yksinäisyyden lähiympäristön mukaisten erojen vähäisyydestä on rohkaiseva. Maantieteelliset erot eivät myöskään viitanneet näiden ulottuvuuksien kasautumiseen alueellisesti. Toisaalta tarkastelussa ei voitu erottaa suurimpia kaupunkeja, joihin kohdistuva poliittinen huoli on suurin. Niinpä päähavaintomme

on, että jatkossa on syytä kiinnittää entistä enemmän huomiota asuin ympäristön mittamiseen ja luokitteluun. Vaikka suurten kaupunkien erottaminen muista kuntatyypeistä vielä onkin kohtalaisen luotettavaa, vertailuryhmien muodostaminen on hankalaa pelkkään kuntien luokitteluun perustuen, koska kunnat ovat yhdistymisten myötä muuttuneet sisäisesti entistä heterogeenisemmiksi. Niinpä asuinpaikan mukaisten hyvinvointierojen tarkastelu edellyttää uusia tietolähteitä. Kaikki kolme spatiaalista ulottuvuutta tulisi selvästi ottaa huomioon niin, että jatkossa tulisi analysoida kunnan tyyppiä, maantieteellistä sijaintia ja lähiympäristön luonnetta.

Maaseutupolitiikassa yksi kestoteemoista on ollut maaseudulla asuvien elämänlaadun ja arjen sujuvuuden parantaminen, muun muassa palvelujen saavuutta kehittämällä. Kehittämishankkeiden kautta on luotu ja testattu erilaisia uusia palveluiden tuottamisen toimintamalleja. Niiden laajempaa käyttöönottoa ei kuitenkaan ole mahdollistettu eikä toimintamallin käyttöönottoa rajoittavia tekijöitä poistettu. Palveluverkko on edelleen harventunut ja kynnyksien palvelun piiriin hakeutumiselle on kasvanut. Tähän nähden on hivenen paradoksaalista, että lähiympäristön mukaan tarkasteltuna väestön hyvinvointi ei ole ainakaan ratkaisevasti heikentynyt. Jälleen tulosta on peilattava suhteessa eri tietolähteiden tuottamaan ristivalotukseen. Vaikka palvelut – esimerkiksi poliisi ja ambulanssipalvelut – maaseudulla kiistatta ovat etäännyneet, kokonaisuutena haja-asutusalueella tosi asiassa asuvien turvallisuuden kokemus ei ole heikentynyt. Muut tutkimukset viittaavat siihen, että juuri pelko näiden palvelujen katoamisesta herättää turvatomuuden tunnetta niiden keskuudessa, jotka asuvat haja-asutusalueiksi luokiteltavissa kunnissa (Turvallisuus harvaan asutuilla alueilla 2009), joihin sisältyy myös muuntyyppisiä asuin ympäristöjä. Julkisessa puheessa esiintyy usein haja-asutusalueen turvallisuuden heikkeneminen ja tätä käsitystä tukevia tuloksia on saatu aiemminkin (Karisto ym. 2003). Tutkimuksemme osoittaa, että asuin ympäristön ja hyvinvoinnin välinen suhde on kuitenkin oletettua monimutkaisempi. Kun hallinnollisten muutosten seurauksena hyvinvoinnin alueellisen kehityksen seuraaminen on entistä hankalampaa, tarvitaan perinpohjaisempia lisätutkimuksia ja niitä tukeva erillinen poikkitieteellinen tutkimusohjelma.

Lähteet

- Heponiemi, Tarja & Wahlström, Mikael & Elovainio, Marko & Sinervo, Timo & Aalto, Anna-Mari & Keskimäki, Ilmo (2008) Katsaus työttömyyden ja terveyden väliin yhteyksiin. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 14/2008. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Kannisto, Väinö (1947) Kuolemansyyt väestöllisinä tekijöinä Suomessa. Helsinki: Kansantaloudellinen yhdistys.
- Karisto, Antti. ym. (2003) Ikääntyvä Päijät-Häme. Kuntien hyvinvointiraportti. Helsingin yliopiston Tutkimus- ja koulutuskeskus Palmenia.
- Karvonen, Sakari & Kauppinen, Timo (2008) Kirjassa Suomalaisten hyvinvointi 2008.
- Karvonen, Sakari & Kauppinen, Timo (2009) Kuinka Suomi jakautuu 2000-luvulla? Hyvinvoinnin muuttuvat alue-erot. Yhteiskuntapolitiikka 74:5, 467–486.
- Karvonen, Sakari & Rintala, Taina (2006) Asuinympäristö hyvinvoinnin määrittäjänä. Kirjassa Mikko Kautto (toim.), Suomalaisen hyvinvointi 2006 (285–305). Helsinki: Stakes.
- Kokko, Simo. ym. (2009) Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteutuminen. Kuntakysely sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisestä ja tuottamisesta. Raportti 36/2009. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kortteinen, Matti & Tuomikoski, Hannu (1998) Työtön: tutkimus pitkäaikaistyöttömien selviytymisestä. Helsinki: Tammi.
- Lahelma, Eero (1989) Unemployment, re-employment and mental well-being. Helsinki: Yliopistopaino.
- Maaseutu ja hyvinvoiva Suomi (2009) Maaseutupoliittinen kokonaisuohjelma 2009–2013. Maaseutupoliittikan yhteistyöryhmän julkaisuja 5/2009.
- Malinen, Pentti & Kytölä, Liisa & Keränen, Heikki & Keränen, Reijo (2006) Suomen maaseututyypit 2006. Maa- ja metsätalousministeriön julkaisu 7/2006. Helsinki.
- Manderbacka, Kristiina (1998) Questions on survey questions on health. Avhandlingsserie 30. Stockholm: Swedish Institute for Social Research, 1998.
- Moisio, Sami & Vasanen, Antti (2008) Alueellistuminen valtiomuutoksen tutkimuskohteenä. Tieteessä tapahtuu 3–4/2008, 20–31.
- Palosuo, Hannele (2003) Health and well-being in Moscow and Helsinki. Tutkimuksia 129. Helsinki: Stakes.
- Riihinen, Olavi (1965) Teollistuvan yhteiskunnan alueellinen erilaistuneisuus. Kuopio: WSOY.
- Savikko, N. ym. (2005) Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. Archives of Gerontology and Geriatrics, 41(3):223–233.
- Siltaniemi, A., Perälähti, A., Eronen, A., Särkelä, R. & Londén, P (2009) Kansalaisbarometri 2009. Suomalaisen arvioita hyvinvoinnista, palveluista ja Paras-uudistuksesta. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry.
- Suurten kaupunkiseutujen neuvottelukunta (2006) Suurten kaupunkiseutujen politiikkakokonaisuus. Sisäasiainministeriön julkaisuja 45/2006. Helsinki: Sisäasiainministeriö.
- Tedre, Silva & Pulkkinen A. Vanhuksen paikka maaseudulla vanhustyönjohtajien näemyksiä. Maaseudun Uusi Aika 1/2010.
- Turvallisuus harvaan asutuilla alueilla (2009) Tilanneraportti 2009. Sisäasiainministeriön julkaisuja 20/2009.
- Työ- ja elinkeinoministeriö (2009) Kaupunkipoliittikan periaatepäätös 2009 – 2011. Helsinki: Alueiden kehittämisyksikkö, työ- ja elinkeinoministeriö.

Työttömyys ja huono-osaisuuden kasautuminen

Suomalaisessa yhteiskuntapolitiikassa työelämään osallistumisen lisääminen ja työurien pidentäminen ovat tärkeitä tavoitteita. Työ nähdään parhaaksi keinoksi ehkäistä syrjäytymistä ja torjua köyhyyttä yhteiskunnassa (Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma). Työhön osallistumista korostetaan myös sosiaaliturvajärjestelmän rahoituksen kestävyden vuoksi. Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) ehdottamat toimenpiteet tähtäävät työllisyysasteen nostoon toimilla, jotka kohdistuvat muun muassa työkyvyn ja osaamisen parantamiseen, sairaudesta ja työttömyydestä aiheutuvien jaksojen vähenemiseen ja lyhenemiseen sekä työuran pidentymiseen. Työllisyysasteen nosto nähdään edellytyksenä sosiaaliturvajärjestelmän kestävyydelle. (Sosiaaliturvan uudistamiskomitean... 2009.) Työttömien työllistymistä pyritään edistämään aktiivisen työvoima- ja sosiaalipolitiikan keinoin niin lisäämällä vähimmäisturvan vastikkeellisuutta ja työttömien velvollisuuksia työmarkkinasuuntautuneeseen toimintaan kuin tarjoamalla toimenpiteitä ja palveluja työllistyvyyden parantamiseksi (esim. Keskitalo 2008; Dingeldey 2007).

Työttömyyden tiedetään olevan yhteydessä monenlaisiin ongelmiin yksilön hyvinvoinnissa. Esimerkiksi Sakari Karvonen (2008) havaitsi työttömyyden olevan johdonmukaisemmin yhteydessä koetun hyvinvoinnin vajeisiin työikäisillä kuin tulot ja koulutustaso. Tämä yhteys voi johtua ensinnäkin siitä, että työttömyys aiheuttaa muita ongelmia. Heikompi taloudellinen toimeentulo työllisiin verrattuna on ilmiselvä seuraus, mutta muitakin seurauksia on havaittu tutkimuksissa. Nämä liittyvät erityisesti pitkittyneeseen työttömyyteen (esim. McKee-Ryan ym. 2005; Kortteinen & Tuomikoski 1998).

Psyykkiseen hyvinvointiin ja mielenterveyteen työttömyys voi vaikuttaa sekä heti työttömäksi joutumisen että työttömyyden pitkittymisen myötä. Siirryttäessä palkkatyöstä työttömäksi heikentynyt taloudellinen tilanne aiheuttaa stressiä (Thomas ym. 2007).¹ Itsetunto ja minäkuva voivat olla koetuksella, erityisesti jos minäkuva on ollut vahvasti sidoksissa työhön (McKee-Ryan ym. 2005; Turner 1995). Työssäkäynnillä katsotaan myös olevan monenlaisia psyykkisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden kannalta positiivisia ”sivuvaikutuksia”, joiden menettäminen voi johtaa heikentyneeseen psyykkiseen hyvinvointiin. Tällaisia ovat erityisesti säännöllinen päiväohjelma ja säännölliset sosiaaliset kontaktit oman perhepiirin ulkopuolelle (Jahoda 1982; McKee-Ryan ym. 2005). Työttömyyden pitkittyessä vaarana on ongelmien syveneminen vaihe vaiheelta (esim. Ezzy 1993).

Fyysinen terveys on työttömillä keskimäärin heikommalla tolalla kuin työllisillä, mikä voi olla työttömyyden seurausta (Bartley ym. 2006; Heponiemi ym. 2008; Janlert & Hammarström 2009). Tämä voi osittain liittyä kohonneeseen stressiin ja muihin edellä mainittuihin psykologisiin mekanismeihin. Myös elintapoihin saattaa tulla muutoksia työttömyyden myötä. Työttömyyden on Suomessa havaittu olevan yhteydessä epäterveellisempään syömiseen sekä tupakointiin ja alkoholin käyttöön (esim. Prättälä & Paalanen 2007), joskin elintapojen taustalla voi olla viime kädessä muita tekijöitä kuin työttömyys. Terveyspalvelujen käytöstä tiedetään, että työttömät käyttävät ensisijaisesti terveyskeskuspalveluja, jotka ovat maksullisia ja heikosti resursoituja verrattuna työsuhteessa olevien käytössä oleviin työterveyshuollon palveluihin (OECD 2005). Hoidon kattavuus, hoidon aloittamisen nopeus ja hoidon sisällöt eroavat sosioekonomisissa väestöryhmissä, esimerkiksi terveystarkastuksia tehdään sitä todennäköisemmin mitä korkeampaan tuloryhmään henkilö kuuluu (Teperi 2008; Häkkinen & Alha 2006). Fyysisen terveyden ongelmien voidaan psyykkisen terveyden ongelmien tavoin olettaa pahenevan pitkittyneen tai toistuvan työttömyyden myötä. Työttömyyden pitkittymisen ja toistuvuuden on havaittu alentavan työkykyä (Pensola ym. 2006, 236–239).

Työttömäksi joutuminen voi johtaa muutoksiin yksilön sosiaalisissa verkostoissa. Esimerkiksi yhteydenpito entisiin työtovereihin voi lakata. Siinä määrin kuin sosiaalisilla verkostoilla on vaikutuksia esimerkiksi psyykkiseen hyvinvointiin, terveyteen ja työllistymiseen, verkostoissa tapahtuvat muutokset voivat heijastua laajemminkin yksilön hyvinvointiin. Matti Kortteinen ja Hannu Tuomikoski (1998) katsoivat, että työttömän selviytyminen pitkittyvästä työttömyydestä riippuu taloudellisten tekijöiden ohella nimenomaan yhteisyyssuhteista. Työttömät ovat keskimäärin yksinäisempiä kuin työssäkäyvät (Karvonen 2008), mikä voi toisaalta kuvastaa sosiaalista eristyneisyyttä jo ennen työttömäksi joutumista (Gallie ym. 2003).

Työttömyyden yhteys hyvinvointiin voi olla monitulkintainen myös muiden hyvinvoinnin indikaattoreiden valossa. Vaikka työttömyyden tiedetään olevan yhteydessä moniin hyvinvoinnin ongelmiin, tämä yhteys ei välttämättä aina johdu siitä, että työttömyys aiheuttaisi muutoksia hyvinvoinnissa. Yhteys saattaa olla

päinvastainenkin, esimerkiksi huono terveys voi johtaa työttömyyteen (ks. esim. Korpi 2001; Böckerman & Ilmakunnas 2009; tarkemmin eri selitysmalleista Bartley ym. 2006). Fyysisen tai psyykkisen terveyden heikkeneminen tai lähtökohtaisesti heikko terveys saattaa estää työuran vakautumista ja johtaa uran epävakaistumiseen tai katkaista sen kokonaan (Mannila 1993, 133). Työttömyyden ja muiden hyvinvoinnin vajeiden välillä ei myöskään välttämättä ole mitään suoraa yhteyttä, sillä samat taustatekijät ja prosessit voivat johtaa sekä työttömäksi päätymiseen että muihin hyvinvoinnin vajeisiin. Nykyisen työttömyyden yhteys esimerkiksi terveyteen voi johtua myös siitä, että moni työtön on jo aiemmin ollut työttömänä, ja terveydessä näkyy näiden työttömyysjaksojen kasautunut vaikutus (Korpi 2001).

Sikäli kun työttömyydellä on suoria vaikutuksia yksilön hyvinvointiin, näidenkin vaikutusten ilmeneminen riippuu monenlaisista tekijöistä. Esimerkiksi korkeasti koulutetulle ammattilaiselle vaikutus itsetuntoon voi olla suurempi kuin ruumiillisen työn tekijälle, jolle taloudelliset seuraukset voivat olla keskeisempi ongelma (Turner 1995). Työttömyyden seuraukset psyykkiselle hyvinvoinnille voivat myös riippua monenlaisista yksilön persoonallisuuteen liittyvistä tekijöistä (McKee-Ryan ym. 2005). Yhteisöt voivat toimia yksilöä ”kannattelevina” (Kortteinen & Tuomikoski 1998) tai työttömyyden haitallisia vaikutuksia ”suodattavina” (Vähätalo 1998) tekijöinä. Myös sosiaaliturvajärjestelmällä ja työttömyyden yleisyydellä voi olla merkitystä. Esimerkiksi sosiaaliturvan kattavuus voi lieventää työttömyyden kielteisiä terveysvaikutuksia (Bambra & Eikemo 2009) ja työttömiä vähäisempi leimaautuminen korkeamman työttömyyden aikoina voi lieventää työttömyyden vaikutuksia (Martikainen & Valkonen 1996). Työttömien ero työsäkäyviin nähden voi olla taloudellisen taantumien aikoina pienempi myös siitä syystä, että työllisilläkin on tuolloin heikompi terveys ja psyykkinen hyvinvointi (Novo ym. 2001; Burchell 1994).

Edellä on esitetty näkökulmia ja aiempia tutkimustuloksia työttömyyden yhteydestä materiaaliseen ja psykososiaaliseen hyvinvointiin, terveyteen, työkykyyn sekä terveystalouden käyttöön. Vastaavanlaisia indikaattoreita on käytetty myös tutkittaessa huono-osaisuutta moniulotteisena ilmiönä. Esimerkiksi Matti Heikkilä (1990) tarkasteli huono-osaisuuden ulottuvuuksina köyhyyttä, asumista, työtä ja työoloja, sosiaalisia suhteita, terveyttä, yhteiskunnallista aktiivisuutta ja vapaa-aikaa. Urho Rauhala (1991) puolestaan listasi taloudellisen, sosiaalisen, terveydellisen ja koulutuksellisen huono-osaisuuden sekä syrjäytyneisyyden vallankäytöstä ja osallistumisesta, työmarkkinoilta ja asuntomarkkinoilta. Jenni Blomgrenin (2005) tarkastelussa olivat työmarkkinoilta syrjäytyminen, perheettömyys, parisuhteen purkautuminen, tuloköyhyys, omistusasunnosta luopuminen ja ”äärimmäisenä huono-osaisuutena” ennen aikainen kuolleisuus.

Huono-osaisuutta koskevissa tutkimuksissa on kiinnitetty huomiota erityisesti erilaisten huono-osaisuuden muotojen yhdistymiseen samalla henkilöllä. Henkilön ollessa huono-osainen useammalla ulottuvuudella voidaan puhua kasautu-

neesta huono-osaisuudesta. Voidaankin katsoa, että nimenomaan kasautunut huono-osaisuus on ”todellista” huono-osaisuutta. Huono-osaisuuden eri ilmenemismuodot ovat usein yhteydessä toisiinsa siten, että henkilö, joka on yhdellä ulottuvuudella huono-osainen, on huono-osainen myös muilla ulottuvuuksilla. Täysin päällekkäisiä eri ulottuvuudet eivät kuitenkaan ole. Esimerkiksi Heikkilä (1990) havaitsi muun materiaalsen deprivaaation olevan yhteydessä köyhyyteen, mutta sen sijaan sosiaalisella ulottuvuudella ilmenevä huono-osaisuus ei ollut yhtä vahvasti yhteydessä köyhyyteen.

Huono-osaisuuden kasautumisen tilaa voidaan mitata poikkileikkaustilanteissa, mutta taustalla voi olla pitkä prosessi, jossa yksi tekijä johtaa toiseen ja lopputuloksena on useamman huono-osaisuuden muodon kasautuminen. Esimerkiksi Kortteinen ja Tuomikoski (1998) päätyivät pitkäaikaistyöttömiä koskevassa tutkimuksessaan pitämään taloudellista huono-osaisuutta keskeisenä tekijänä, joka vaikuttaa myös yhteisölliseen ankkuroitumiseen. Koska taloudellinen asema heikkenee työttömyyden pidetessä, yhteisöllinen kannattelu on vaarassa pettää, ja tällöin on myös terveys uhattuna. Tällainen prosessinäkökulma muistuttaa työttömyyden pitkittymisen merkityksestä huono-osaisuuden selittäjänä.

Tutkimusasetelma

Analysoimme tässä artikkelissa työttömyyden yhteyttä useisiin eri hyvinvoinnin puutteisiin. Erityisenä kysymyksenä on, kuinka voimakkaasti muut hyvinvoinnin puutteet kasautuvat työttömillä verrattuna muihin väestöryhmiin. Tämä tutkimus yhdistyy aiempiin kuvauksiin *huono-osaisuuden kasautumisesta* (esim. Heikkilä 1990; Kainulainen 2006; Rintala & Karvonen 2003). Kuvaamme yleisemmin erilaisia koettuja hyvinvoinnin puutteita, joista kaikkia ei yksinään voitane vielä pitää varsinaisena huono-osaisuutena.

Tarkastelemme työttömyyden yhteyttä hyvinvoinnin puutteisiin Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) 2009 -aineiston avulla. Rajaamme pääosin työelämän ulkopuolella olevat ikäluokat tarkastelun ulkopuolelle, joten aineisto käsittää 18–64-vuotiaat vastaajat (N = 3 099). Analyyseissä on käytössä katoa korjaava painotus ja kaikki ilmoitetut prosenttiluvut ovat sen mukaisia, mutta maininnat vastaajien lukumääristä perustuvat painottamattomiin lukumääriin.

Analyysissä vertaillaan koettuja hyvinvoinnin puutteita työttömien ja muiden ryhmien, erityisesti työssäkäyvien välillä. Ryhmien muodostus perustuu ensinnäkin kysymykseen vastaajan pääasiallisesta toiminnasta (ks. HYPA-liite tämän kirjan lopussa). Niiltä, jotka ilmoittivat pääasialliseksi toiminnakseen työttömyyden, palkattoman lomautuksen, työllisyyskoulutuksen tai työllistettynä olon ja joiden viimeisin ammattiasema ennen sitä oli ollut palkansaaja, kysyttiin nykyisen työttömyyden tai lomautuksen kestoja kuukausina. Tähän kysymykseen vastanneista muodostettiin kaksi työttömien ryhmää: enintään kuusi kuukautta työttömänä

olleet (N = 97) ja vähintään seitsemän kuukautta työttömänä olleet (N = 101). Jälkimmäiseen ryhmään kuuluvia kutsutaan tässä artikkelissa pitkään työttömänä olleiksi; 78 prosenttia ryhmään kuuluvista oli pitkäaikaistyöttömiä (työttömyys kestänyt vähintään vuoden) ja 44 prosenttia oli ollut työttömänä vähintään kaksi vuotta.

Työssäkävynä luokiteltiin ne vastaajat, jotka ilmoittivat pääasialliseksi toiminnakseen joko ”työssä (tai tilapäisesti poissa työsuhteen jatkuessa) tai osa-aikaeläkkeellä” tai ”perhevapaalla (mutta työsuhte voimassa)” (N = 2 187). Toisenlaisen vertailukohdan saamiseksi erottelimme muista vastaajista vielä ne, jotka olivat ilmoittaneet pääasialliseksi toiminnakseen ”työkyvyttömyyseläkkeellä tai pitkäaikaisesti sairas” (N = 162). Tämä ryhmä on työttömien tapaan työikäinen mutta palkkatyön ulkopuolella oleva ryhmä, joka on lisäksi lähtökohtaisesti huono-osainen myös terveyden osalta. Muut vastaajat ovat yhtenä ryhmänä (N = 552), eli rajaamme esimerkiksi opiskelijoiden ja iän tai työvuosien perusteella eläkkeellä olevien erillisen tarkastelun tämän artikkelin ulkopuolelle.

Koetun hyvinvoinnin puutteita kuvaavat indikaattorit valitsimme siten, että ne kuvaisivat useita hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Pyrimme monipuolisuuteen, jotta erilaiset kasautumisen muodot voisivat tulla esiin. Tämä tapahtui kuitenkin käytettävissä olleen aineiston ehdoilla, eli täysin kattavaa huono-osaisuuden tai hyvinvoinnin puutteiden kuvausta ei ollut mahdollista tuottaa. Kuvaamme materiaalisesta hyvinvoinnin puutteista taloudellisen toimeentulon ja asumisen osalta ja terveyttä koetun terveyden ja terveyspalvelujen saatavuuden osalta. Psykososiaalista hyvinvointia kuvaamme stressin, kielteisten tuntemuksien kokemisen ja yksinäisyyden osalta. Lisäksi tarkastelemme yksittäisinä hyvinvoinnin indikaattoreina kykyä selviytyä päivittäisistä toiminnoista, asuinalueen koettua turvallisuutta ja mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan.

Tämän tutkimuksen tuloksia tulkittaessa on hyvä pitää mielessä kyselyaineistoihin yleisesti liittyvä rajoite eli se, ettei kaikkia otokseen kuuluvia tavoiteta eivätkä kaikki tavoitetut vastaa kyselyyn. Huono-osaisuutta tutkittaessa tällä on erityistä merkitystä, koska kaikkein huono-osaisimmat eivät vastaa kyselyihin. Analyysissä käytettiin katoa korjaavaa painotusta, mutta se ei kokonaan poista tätä ongelmaa, joten voidaan katsoa, että huono-osaisuuden yleisyys tulee aliarvioituksi. Tuloksia erilaisten hyvinvoinnin puutteiden yleisyydestä voidaan siis pitää alarajoina todellisille arvoille (kuitenkin otantasattumasta johtuva virhemarginaali huomioiden).

Taustatekijät pääasiallisen toiminnan mukaan

Taulukosta 1 nähdään, kuinka pääasiallisen toiminnan mukaan muodostetut ryhmät eroavat toisistaan eräiltä taustatekijöiltään. Selvimmin ryhmiä erottelevat ikä ja kotitaloustyyppi. Työkyvyttömyyseläkkeellä tai pitkäaikaissairana olevat ovat selvästi vanhin ryhmä: kaksi kolmannesta on 55–64-vuotiaita. Työssäkävynä ja

työttömien ikärakenteet muistuttavat enemmän toisiaan, mutta pitkään työttöminä olleet ovat työssäkäyviä vanhempi ryhmä ja lyhyen aikaa työttömänä olleet ovat puolestaan työssäkäyviä nuorempi ryhmä. Yksin asuminen on yleisintä työkyvyttömillä² ja pitkään työttömänä olleilla, ja lapsiperheiden osuus puolestaan on suurin työssäkäyvillä.

Ryhmät eroavat jonkin verran toisistaan myös muilta taustatekijöiltään. Miesten osuus on suurempi työttömillä ja työkyvyttömillä kuin työssäkäyvillä. Koulutustaso on korkein työssäkäyvillä ja matalin työkyvyttömillä. Työkyvyttömät asuvat muita ryhmiä yleisemmin maaseudulla ja samoin kuin lyhytaikaisesti työttömänä olevat, itäisessä ja pohjoisessa Suomessa. Ryhmä ”muu” on sisällöltään monimuotoinen, ja ikärakenteesta nähdään, että tässä ryhmässä on lähinnä kaikkein nuorimpia ja kaikkein vanhimpia vastaajia, eli käytännössä kyse on opiskelijoista ja eläkeläisistä.

Hyvinvoinnin puutteet pääasiallisen toiminnan mukaan

Kuviosta 1 havaitaan, kuinka yleisiä erilaiset hyvinvointiin liittyvät ongelmat olivat vastaajien kokemana, ja millaisia eroja niissä on pääasiallisen toiminnan mukaan muodostettujen ryhmien välillä. Kuviossa ylimpänä ovat ne ongelmat, joissa ero pitkään työttömänä olleiden ja työssäkäyvien välillä oli suurin (prosenttiyksiköissä mitattuna), ja alimpana ovat ne ongelmat, joissa kyseinen ero oli pienin. Tarkat arvot näkyvät liitetaulukossa 1.

Lähes kaikki kuviossa mukana olevat ongelmat olivat yleisempiä pitkään työttömänä olleilla kuin työssäkäyvillä. Vain tyytyväisyydessä asuinalueen turvallisuuteen ja mahdollisuuksissa vapaa-ajan toimintaan eroa ei ollut tai se ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Myös lyhyen aikaa työttömänä olleilla oli työssäkäyviä enemmän menojen kattamiseen, terveyteen, elämän merkityksellisyyteen, stressiin sekä kielteisten tuntemusten kokemiseen liittyviä ongelmia (näissä kaikissa ero työssäkäyviin nähden oli tilastollisesti merkitsevä). Osassa ongelmia (esimerkiksi huono terveys ja tyytymättömyys terveyspalveluihin) lyhyen aikaa työttömänä olleet ovat tasoltaan lähempänä työssäkäyviä kuin pitkään työttömänä olleita. Kyse on toisaalta siitä, että lyhyen työttömyyden aikana työttömyyden kielteiset vaikutukset eivät ehdi tulla selvästi esiin, toisaalta siitä, että lyhyen aikaa työttömänä olleet ovat vähemmän valikoitunut joukko kuin pitkäaikaistyöttömät. Työkyvyttömillä korostuvat odotetusti ongelmat terveydessä ja toimintakyvyssä. Myös muut ongelmat olivat tässä ryhmässä suhteellisen yleisiä, mutta eivät useimmissa tapauksissa kuitenkaan yhtä yleisiä kuin pitkään työttömänä olleilla. Ero työssäkäyviin nähden on tilastollisesti merkitsevä muissa ongelmissa paitsi stressissä, tyytyväisyydessä asunnon kokoon ja asuinalueen turvallisuuteen sekä mahdollisuuksissa vapaa-ajan toimintaan.

TAULUKKO 1. Taustatekijöiden jakaumat 18–64-vuotiailla pääasiallisen toiminnan mukaan (%).

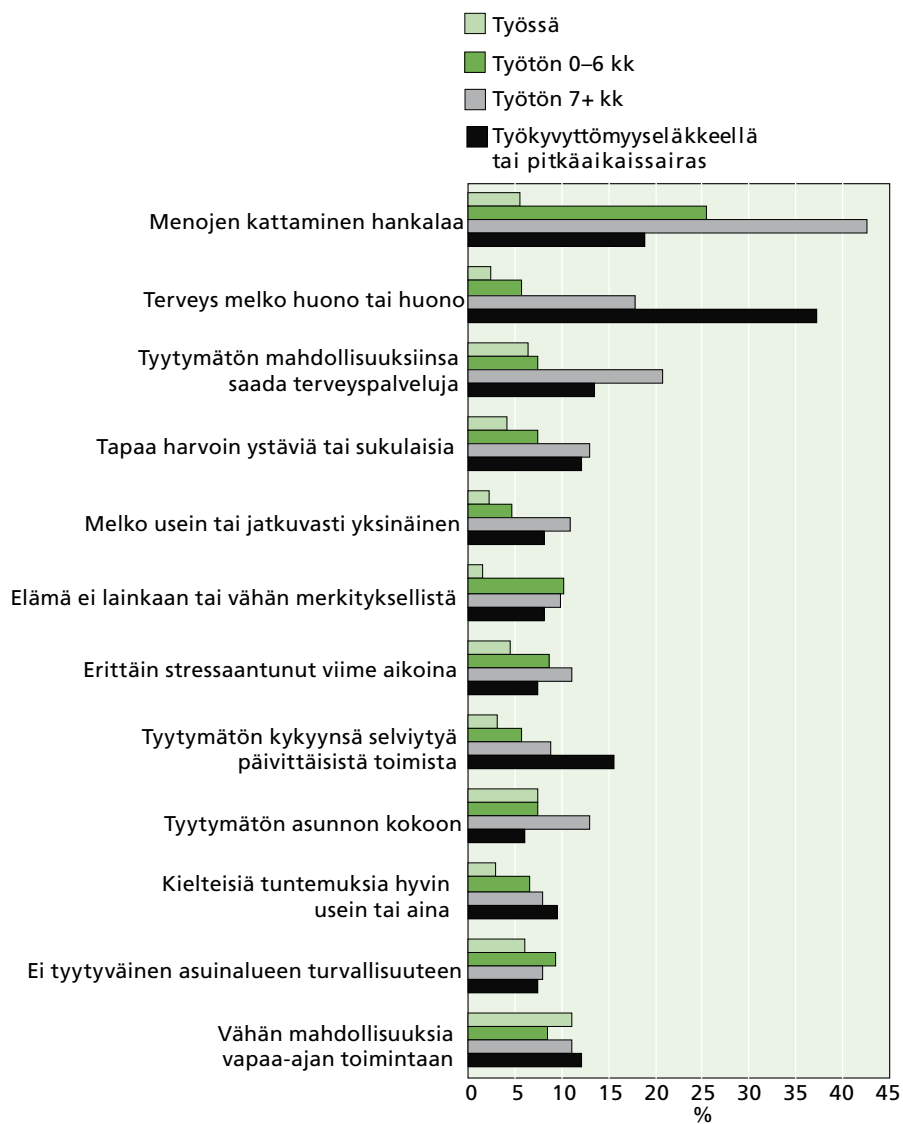
	Työssä	Työtön		Työkyvyttömyys eläkkeellä tai pitkäaikaissairas	Muu	KAIKKI
		0–6 kk	7+ kk			
Ikä						
18–24	7	22	4	0	42	14
25–34	23	24	12	3	16	20
35–44	25	17	19	8	6	20
45–54	28	18	30	23	4	23
55–64	18	20	36	66	33	24
Sukupuoli						
mies	51	55	57	58	43	50
nainen	49	45	43	42	57	50
Kotitaloustyyppi						
Yhden hengen talous	16	24	34	35	31	21
Lapseton pari	31	28	35	40	37	33
Pari ja lapsia	32	25	13	5	10	26
Yksinhuoltaja	2	4	2	1	3	2
Muu	18	20	16	18	19	18
Koulutustaso						
Ei perusasteen jälkeistä tutkintoa	14	26	20	33	31	19
Keskiaste	45	52	54	52	54	48
Korkea-aste	41	22	27	15	16	34
Asuinpaikka						
Kaupungin keskusta	16	15	15	10	26	18
Esikaupunkialue tai lähiö	47	49	50	42	47	47
Kuntakeskus tai muu taajama	17	18	16	22	13	17
Maaseudun haja-asutusalue tai kylä	20	18	20	27	14	19
Lääni						
Etelä-Suomi	43	30	46	39	41	42
Länsi-Suomi	35	40	35	29	36	35
Itä-Suomi	10	12	8	13	11	10
Oulu	8	12	8	14	8	9
Lappi	4	6	3	5	3	4
YHTEENSÄ, %	100	100	100	100	100	100
N (painottamaton)	2 187	97	101	162	552	3 099

Suurimmat prosenttiyksikköinä mitatut erot pitkään työttömänä olleiden ja työssäkävien välillä ilmenevät taloudellisissa ja terveysongelmissa sekä tyytymättömyydessä mahdollisuuksiin saada terveystaloudellisia palveluja. Nämä olivat myös pitkään työttömänä olleiden yleisimmät ongelmat. Työssäkävillä kaikki ongelmat olivat melko harvinaisia, mutta yleisimmät ongelmat koettiin mahdollisuuksissa vapaa-ajan toimintaan, asunnon koossa ja mahdollisuuksissa saada terveystaloudellisia palveluja.

Vertailtaessa ryhmien kokemia ongelmia on otettava huomioon, että otsikkotasolla ”sama” ongelma voi käytännössä merkitä eri ryhmillä eri asioita. Esimerkiksi ongelmat mahdollisuuksissa vapaa-ajan toimintaan ovat kaikilla ryhmillä suunnilleen yhtä yleisiä, mutta oletettavasti työttömällä kyse on enemmän taloudellisista rajoitteista ja työssäkävillä taas ajan puutteesta. Vastaavasti työkyvyttömät saattavat arvioida terveyttään eri kriteereillä kuin työssäkävyt (esim. Koskinen ym. 2010).

Koska pitkään työttömänä olleet ovat työssäkäyviä hieman vanhempi ja miesvoittoisempi ryhmä (taulukko 1), voidaan erityisesti terveyttä koskevien indikaattorien osalta kysyä, voisivatko erot ryhmien välillä johtua näistä ikä- ja sukupuolirakenteen eroista. Tätä testattiin suorittamalla kunkin kuvion 1 indikaattorien osalta logistinen regressioanalyysi, jossa vakioitiin vastaajan ikä ja sukupuoli. Tulokset olivat selvät: kuviosta 1 havaittavat erot eivät johdu ryhmien ikä- ja sukupuolirakenteiden eroista, vaan jostain muusta. Tarkempaan taustatekijöiden merkityksen selvittämiseen tässä ei mennä, koska tarkoituksena on yksinkertaisesti kuvata hyvinvoinnin puutteiden kasautumista pääasiallisen toiminnan mukaan.

Taloudelliset ongelmat olivat kuvion 1 mukaan työttömien yleisin ongelma ja esiintyvyydeltään täysin eri tasolla kuin työssäkävillä. Tarkempi kuva taloudellisten ongelmien merkityksestä nähdään taulukosta 2, jossa katsotaan, mihin eri ryhmiin kuuluvat vastaajat katsovat kotitaloudellaan olevan varaa, ja kuinka moni on hakenut toimeentulotukea viimeisimmän 12 kuukauden aikana. Ryhmien välillä on erittäin selvät erot siinä, millaiseen kulutukseen katsotaan olevan varaa. Vaikein tilanne on pitkään työttömänä olleilla, joista lähes kahdella kolmanneksella ei ole varaa kustantaa viikon lomaa tai lomamatkaa vuosittain, puolella ei ole varaa ostaa uusia huonekaluja kuluneiden tilalle, kolmanneksella ei ole varaa ostaa uusia vaatteita ja viidenneksellä ei ole varaa syödä liha-, kala- tai kanaruokia joka toinen päivä. Nämä osuudet ovat moninkertaisia työssäkäviin verrattuna. Sama pätee toimeentulotukeen, jota on hakenut neljännes pitkään työttömänä olleista. Lyhyemmän aikaa työttömänä olleet joutuvat vastausten perusteella tinkimään erityisesti lomamatkoista ja huonekaluista, ja myös toimeentulotukea he ovat hakenneet lähes yhtä yleisesti kuin pitkään työttömänä olleet, kun taas vaatteiden ja ruoan suhteen he ovat tasoltaan lähempänä työssäkäyviä kuin pitkään työttömänä olleita. Työkyvyttömien vastaajien kotitalouksien kulutusmahdollisuudet näyttävät olevan suunnilleen samalla tasolla lyhyen aikaa työttömänä olleiden kanssa.



KUVIO 1. Erialaisten ongelmien yleisyys 18–64-vuotiailla pääasiallisen toiminnan mukaan, %.

TAULUKKO 2. Pääasiallisen toiminnan yhteys taloudelliseen niukkuuteen.

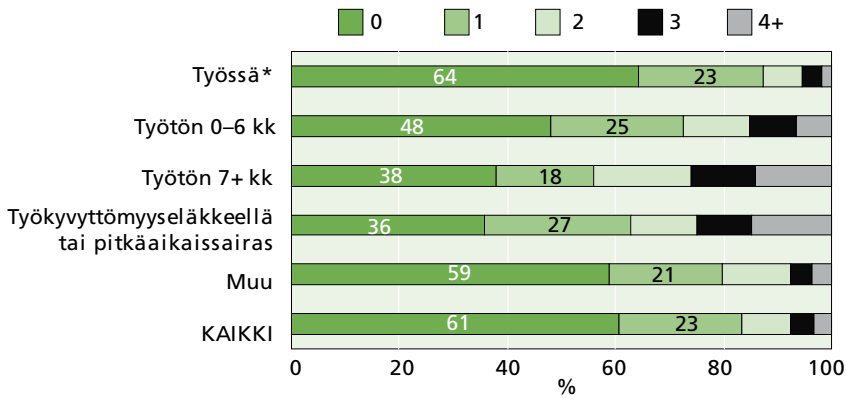
	Osuus pääasiallisen toiminnan ryhmästä, %					KAIKKI
	Työssä*	Työtön		Työkyvyttömyys- eläkkeellä tai pitkäaikaissairas	Muu	
		0-6 kk	7+ kk			
Ei varaa lomamatkaan	19	54	61	48	41	27
Ei varaa uusiin huonekaluihin	13	43	53	43	32	20
Ei varaa uusiin vaatteisiin	4	15	36	24	10	7
Ei varaa liha-, kala- tai kanaruokiin	1	6	20	9	5	3
Hakenut toimeentulotukea	3	19	26	10	15	7

* Sisältää myös osa-aikaeläkkeellä ja perhevapaalla olevat

Hyvinvoinnin puutteiden kasautuminen

Sen lisäksi, että useimmat edellä kuviossa 1 tarkastelluista yksittäisistä ongelmista olivat työttömillä yleisempiä kuin työllisillä, myös niiden yhdistelmät olivat työttömillä yleisempiä. Kuvio 2 kuvaa tätä niin sanottua huono-osaisuuden kasautumista pääasiallisen toiminnan mukaan. Siitä nähdään, kuinka suurella osalla kustakin ryhmästä ei ollut yhtään tarkastelluista 12 ongelmasta, tai 1, 2, 3 tai vähintään neljä ongelmaa. Esimerkiksi työssäkäyvien osalta nähdään, että 64 prosentilla ei ollut yhtään näistä ongelmista, 23 prosentilla oli yksi ongelma ja lopuilla (13 prosentilla) oli useampi ongelma. Useamman ongelman kasautuminen samalle henkilölle yleistyy työttömyyden myötä niin, että lyhyen aikaa työttömänä olleista 27 prosentilla oli useampi kuin yksi ongelma ja pitkään työttömänä olleista 44 prosentilla. Työkyvyttömistä useampi ongelma oli 37 prosentilla. Kahdessa viimeksi mainitussa ryhmässä noin neljänneksellä oli vähintään kolme tarkastelluista koetuista ongelmista, kun työssäkäyvillä näin oli vain viidellä prosentilla.

Kasautumistarkastelujen tulokset ovat aina riippuvaisia siitä, mitä muuttujia tarkasteluun on valittu. Tämä ilmenee erityisesti siten, että mitä useampi huono-osaisuutta kuvaava muuttuja on mukana ja mitä yleisempiä niiden kuvaamat ongelmat ovat, sitä enemmän ilmenee kasautumista. Lisäksi tulokset voivat vinoutua, jos tarkasteltavana on liian yksipuolisesti tietyntyyppisiä huono-osaisuuden muotoja kuvaavia muuttujia. Verrattaessa kuviota 2 vastaavaan suppeammalla seitsemän huono-osaisuusmuuttujan joukolla tehtyyn kuvioon (jota ei näytetä tässä) nähtiin kuitenkin, että johtopäätökset eivät muuttuneet ainakaan näiden kahden muuttujajoukon välillä. Täysin ilman ongelmia on useampi pienemmällä muuttujajoukolla tehdyssä tarkastelussa, mutta kasautumisen rakenne on vastaava kuin kuviossa 2.



KUVIO 2. Ongelmien kasautuminen 18–64-vuotiailla pääasiallisen toiminnan mukaan.

Kuvion 2 tulokset huono-osaisuuden kasautumisesta jäivät sikäli abstrakteiksi, ettei niistä ilmene, mitkä huono-osaisuuden muodot tai ongelmatyypit ilmenevät yhdessä. Tämän vuoksi katsomme lopuksi, mitkä kahden ongelman yhdistelmät olivat yleisimpiä kussakin pääasiallisen toiminnan ryhmässä. Tähän vaikuttaa luonnollisesti se, kuinka yleisiä yksittäiset ongelmat ovat, mikä tulisi ottaa huomioon, jos tarkoituksena olisi selvittää, kuinka vahvaa on erilaisten ongelmien keskinäinen riippuvuus (vrt. Heikkilä 1990). Tämä ei kuitenkaan ole tässä tarkoituksena, vaan pyrimme yksinkertaisesti kuvaamaan, millaiset yhdistelmät ovat yleisiä eri ryhmissä. Taulukossa 3 näkyvät viisi yleisintä aineistossa esiintynyttä kahden ongelman yhdistelmää kussakin ryhmässä. Kukin taulukon prosenttiluku kuvaa niiden osuutta, joilla on *ainakin* kyseiset kaksi ongelmaa. Aineiston pienuuden vuoksi lukuja on pidettävä suuntaa antavina (luottamusvälit ovat pienimmillään työssäkäyvillä noin 0,5 prosenttiyksikköä prosenttiluvun molemmin puolin ja suurimmillaan pitkään työttömänä olleilla noin 6–7 prosenttiyksikköä prosenttiluvun molemmin puolin).

Työssäkäyvien osalta tiedetään jo kuvion 2 perusteella, ettei kasautumista juuri ilmene. Mitään kahden ongelman yhdistelmää ei ollut yli kahdella prosentilla työssäkäyvistä. Yleisimmissä yhdistelmissä on kyse lähinnä siitä, että osalla niistä, joilla ei ole mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan, on myös jokin muu ongelma. Lyhyen aikaa työttöminä olleilla kasautuminen on jonkin verran yleisempää ja yleisimmät yhdistelmät liittyvät erityisesti taloudellisten ongelmien kietoutumiseen yhteen muiden ongelmien kanssa: taloudellisten ongelmien yhteyteen liittyy tyytymättömyyttä terveyspalvelujen saatavuuteen ja vapaa-ajan vieton mahdollisuuksiin sekä stressiä. Pitkään työttömänä olleilla kahden ongelman yhtäaikainen esiintyminen on jo selvästi yleisempää. Kaikissa yleisimmissä yhdistelmissä on kyse taloudellisten ongelmien ilmenemisestä yhtäaikaisesti muun ongelman kanssa. Näitä muita ongelmia ovat tyytymättömyys terveyspalvelujen saatavu-

TAULUKKO 3. Erilaisten ongelmien yhtäaikainen esiintyminen 18–64-vuotiailla pääasiallisen toiminnan mukaan.

KAIKKI (n = 3 099)	%
Menojen kattaminen hankalaa & Vähän mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan	2
Menojen kattaminen hankalaa & Tyytymättömän mahdollisuuksiinsa saada terveystalvveluja	2
Tyytymättömän mahdollisuuksiinsa saada terveystalvveluja & Vähän mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan	2
Erittäin stressaantunut viime aikoina & Vähän mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan	2
Terveystalvvel melko huono tai huono & Tyytymättömän kykyynsä selviytyä päivittäisistä toimista	2
Työssä (n = 2187)	%
Tyytymättömän mahdollisuuksiinsa saada terveystalvveluja & Vähän mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan	2
Menojen kattaminen hankalaa & Vähän mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan	2
Erittäin stressaantunut viime aikoina & Vähän mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan	2
Tyytymättömän asunnon kokoon & Vähän mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan	2
Tyytymättömän asunnon kokoon & Ei tyytyväinen asuinalueen turvallisuuteen	1
Työtön 0-6 kk (n = 97)	%
Menojen kattaminen hankalaa & Tyytymättömän mahdollisuuksiinsa saada terveystalvveluja	7
Menojen kattaminen hankalaa & Vähän mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan	5
Erittäin stressaantunut viime aikoina & Vähän mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan	5
Menojen kattaminen hankalaa & Erittäin stressaantunut viime aikoina	5
Terveystalvvel melko huono tai huono & Tyytymättömän kykyynsä selviytyä päivittäisistä toimista	4
Työtön 7+ kk (n = 101)	%
Menojen kattaminen hankalaa & Tyytymättömän mahdollisuuksiinsa saada terveystalvveluja	16
Menojen kattaminen hankalaa & Terveystalvvel melko huono tai huono	13
Menojen kattaminen hankalaa & Tyytymättömän asunnon kokoon	10
Menojen kattaminen hankalaa & Vähän mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan	9
Menojen kattaminen hankalaa & Erittäin stressaantunut viime aikoina	9
Työkyvyttömyyseläkkeellä tai pitkäaikaissairas (n = 162)	%
Terveystalvvel melko huono tai huono & Tyytymättömän kykyynsä selviytyä päivittäisistä toimista	13
Menojen kattaminen hankalaa & Terveystalvvel melko huono tai huono	9
Terveystalvvel melko huono tai huono & Tyytymättömän mahdollisuuksiinsa saada terveystalvveluja	8
Terveystalvvel melko huono tai huono & Kielteisiä tuntemuksia hyvin usein tai aina	8
Terveystalvvel melko huono tai huono & Vähän mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan	8
Muu (n = 552)	%
Terveystalvvel melko huono tai huono & Tyytymättömän kykyynsä selviytyä päivittäisistä toimista	3
Tyytymättömän kykyynsä selviytyä päivittäisistä toimista & Tyytymättömän mahdollisuuksiinsa saada terveystalvveluja	3
Menojen kattaminen hankalaa & Terveystalvvel melko huono tai huono	2
Menojen kattaminen hankalaa & Vähän mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan	2
Menojen kattaminen hankalaa & Erittäin stressaantunut viime aikoina	2

teen, huono terveys, ahdas asunto, riittämättömät mahdollisuudet vapaa-ajan toimintoihin sekä stressi. Työkyvyttömiä ongelmia taas on kyse erityisesti huonon terveyden yhdistymisestä muihin ongelmiin.

Yhteenveto

Tämän artikkelin tarkoituksena oli selvittää työttömyyden yhteyttä erilaisiin koettuihin hyvinvoinnin puutteisiin sekä näiden puutteiden kasautumista. Vertailukohtana olivat erityisesti työlliset. Tulokset osoittivat aiempien tutkimusten tapaan, että nimenomaan pitkään työttömänä olleilla on selvästi yleisemmin puutteita hyvinvoinnissa kuin työllisillä. Suurin ero ongelmien yleisyydessä näiden kahden ryhmän välillä ilmeni taloudellisissa ja terveydellisissä ongelmassa sekä terveystalouden saamisessa. Nämä olivat myös pitkään työttömänä olleiden kolme yleisimmän koettua ongelmaa tutkittavana olleista 12 ongelmasta. Työllisillä kaikki tutkitut hyvinvoinnin puutteet olivat melko harvinaisia; vähäiset mahdollisuudet vapaa-ajan toimintaan korostuivat ja se oli heillä yhtä yleinen ongelma kuin työttömillä.

Hyvinvoinnin puutteiden kasautuminen oli pitkään työttömänä olleilla selvästi yleisempää kuin työllisillä. Tässä oli kyse erityisesti taloudellisten ongelmien yhdistymisestä muihin ongelmiin. Työssäkäyvillä kasautumista eli useamman puutteen yhtäaikaista esiintymistä oli vain vähän ja siinä oli tyypillisesti kyse jonkin muun ongelman esiintymisestä vapaa-ajan ongelmien lisäksi. Työkyvyttömillä ja pitkäaikaissairailta kasautuminen oli lähes yhtä yleistä kuin pitkään työttömänä olleilla, mutta se liittyi erityisesti terveydellisiin ongelmiin.

Lyhyemmän aikaa eli enintään puoli vuotta työttömänä olleilla oli taloudellisia ongelmia selvästi enemmän kuin työllisillä, mutta muilta osin ero työllisiin oli varsin pieni ja selvempää eroa tuli lähinnä elämän merkityksellisenä kokemisessa. Sen, että suurempia eroja työttömien ja työllisten välillä näkyy vain pitempään työttömänä olleita tarkasteltaessa, voi tulkita kahdella tavalla. Ensinnäkin monet työttömyyden oletetuista vaikutuksista hyvinvointiin ovat pitempiaikaisia prosesseja, joiden seuraukset eivät näy välittömästi. Tästä näkökulmasta onkin ymmärrettävää, että lyhyen aikaa työttömänä olleilla on nimenomaan taloudellisia ongelmia: tulotaso laskee usein pian työttömäksi jouduttua, kun taas vaikutukset esimerkiksi psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen voivat olla pitkiä prosesseja. Toinen tulkintatapa taas on, että lyhyen aikaa työttömänä olleet eivät ole yhtä valikoitunut ryhmä kuin pitkäaikaistyöttömät. Tästä näkökulmasta pitkäaikaiseen työttömyyteen päätyvät herkemmin ne, joilla on jo monia muita ongelmia, mutta lyhytaikainen työttömyys voi olla monessa tapauksessa vain ”kitkatyöttömyyttä” kahden työsuhteen välissä. Todennäköisesti osa havainnosta selittyy kausaalisella työttömyyden vaikutuksia korostavalla tulkinnalla ja osa valikoitumistulkinnalla (esim. Bartley ym. 2006).

Työttömillä korostuivat tässä tutkimuksessa taloudelliset ongelmat; miltei puolet pidempään työttömänä olleista koki menoimensa kattamisen vaikeaksi ja joka neljäs oli hakenut toimeentulotukea. Köyhyys on muodostunut pysyväksi ilmiöksi työelämästä syrjäytyneillä (ks. Pasi Moision artikkeli s. 180) ja se heijastuu myös muuhun hyvinvointiin. Esimerkiksi heikot mahdollisuudet täysipainoiseen ravintoon tai tarvittavien lääkkeiden hankintaan oletettavasti vaikuttavat myös henkilön terveydentilaan, etenkin jos tilanne jatkuu pitkään. Aineistossa erityisesti pidempään työttömänä olleet kokivat terveytensä heikommaksi kuin työssäkäyvät. Alimpaan tuloluokkaan kuuluvien terveydentila koetussa terveydessä ja pitkäaikaissairastavuudessa on kaiken kaikkiaan huonontunut ja erot ylempiin tuloluokkiin ovat kasvaneet entisestään. Kolmas yhteen liittyvä tekijä, joka heijastelee niin toimeentuloa kuin terveyttäkin on terveyspalvelujen saatavuus. Pidempään työttömänä olleista joka viides oli tyytymätön mahdollisuuksiinsa saada terveyspalveluja, työssäkäyvistä harvempi kuin joka kymmenes. Myös terveyspalvelujen kohdalla on nähtävissä väestön entistä selvempää tuloluokittaista jakautumista niihin, jotka käyttävät terveyskeskuspalveluja ja niihin, jotka hakeutuvat (tai voivat hakeutua) työterveyshuollon tai yksityisen hoidon piiriin (ks. Jan Klavuksen artikkeli s. 28). Etenkin pitkään työttömänä olleiden kohdalla voidaan siten perustellusti puhua huono-osaisuuden kasautumisesta, jossa toimeentulon ongelmat ja muut hyvinvoinnin puutteet sitoutuvat tiiviisti toisiinsa (Heikkilä 1990, 227).

Pitkäaikaisen työttömyyden, köyhyyden ja terveysongelmien nivoutuminen yhteen herättää myös kysymyksiä aktivointipolitiikasta. Millaisia seurauksia työttömille tosiasiallisesti aiheuttaa aktivointipolitiikka, jossa taloudellisten etuuksien vähentämiseen liittyvät sanktiot ovat keskeisiä? Mitä ei-tarkoitettuja seurauksia tällaisella politiikalla voi olla (myös Jarno Karjalaisen ja Pasi Moision artikkeli s. 112)? Etuuksiin kohdistuvilla leikkauksilla saattaa olla kannustinvaikutusten sijaan ainoastaan huono-osaisuutta syventävää vaikutusta, kun ne kohdistuvat pitkään työttömänä olleisiin, joilla voi jo olla ongelmia toimeentulossaan. Sanktiokeskeisen aktivointipolitiikan toteuttamisen vaarana on, että pitkään työttömänä olleiden toimeentuloa (entisestään) kiristämällä itse asiassa edesautetaan huono-osaisuuden kasautumista kaikkein heikoimmassa väestöryhmässä (ks. myös Ervasti & Venetoklis 2010).

Pitkään työttömänä olleiden henkilöiden työllistymistä pyritään edistämään myös palvelua kehittävin toimin, kuten tarjoamalla sektorirajat ylittäviä palveluja ja työttömille kohdennettua terveyspalvelua (Karjalainen ym. 2008; Saikku 2009). Työttömien terveyden, psykososiaalisen hyvinvoinnin ja terveyspalvelun saatavuuden edistäminen on tärkeää tämänkin tutkimuksen tulosten valossa. On kuitenkin ymmärrettävä, että riittävä taloudellinen toimeentulo luo perustan muille hyvinvoinnin edellytyksille.

Viitteet

- 1) Työttömyys voi toisaalta myös vähentää stressiä työstressin hävittäessä (ks. esim. Luoto ym. 1999).
- 2) Jatkossa työkyvyttömyyseläkkeellä tai pitkäaikaisesti sairaana olevista käytetään yksinkertaisuuden vuoksi nimitystä “työkyvyttömät”.

Lähteet

- Bambra, Claire & Eikemo, Terje A (2009) Welfare state regimes, unemployment and health: a comparative study of the relationship between unemployment and self-reported health in 23 European countries. *Journal of Epidemiological Community Health* 63, 92–98.
- Bartley, Mel & Ferrie, Jane & Montgomery, Scott M. (2006) Health and labour market disadvantage: unemployment, non-employment, and job insecurity. Teoksessa Marmot, Michael & Wilkinson, Richard G. (toim.): *Social Determinants of Health*, s. 78–95. Oxford: Oxford University Press.
- Blomgren, Jenni (2005) Huono-osaisuus Suomen kaupunkiseutukunnissa: alueerot ja sosiaalisen ympäristön vaikutukset 1990-luvulla. Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen tutkimuksia 246. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Burchell, Brendan (1994) The Effects of Labour Market Position, Job Insecurity, and Unemployment on Psychological Health. Teoksessa Gallie, Duncan & Marsh, Catherine & Vogler, Carolyn (toim.): *Social Change and the Experience of Unemployment*, s. 188–212. Oxford: Oxford University Press.
- Böckerman, Petri & Ilmakunnas, Pekka (2009) Unemployment and self-assessed health: evidence from panel data. *Health Economics* 18, 161–179.
- Dingeldey, Irene (2007) Between workfare and enablement – The different paths to transformation of the welfare state: A comparative analysis of activating labour market policies. *European Journal of Political Research* 46:6, 823–851.
- Ervasti, Heikki & Venetoklis, Takis (2010) Unemployment and Subjective Well-being: An Empirical Test of Deprivation Theory, Incentive Paradigm and Financial Strain Approach. *Acta Sociologica* 53:2, 119–138.
- Ezzy, Douglas (1993) Unemployment and mental health: a critical review. *Social Science and Medicine* 37:1, 41–52.
- Gallie, Duncan & Paugam, Serge & Jacobs, Sheila (2003) Unemployment, poverty and social isolation. Is there a vicious circle of social exclusion? *European Societies* 5:1, 1–32.
- Heikkilä, Matti (1990) Köyhyys ja huono-osaisuus hyvinvointivaltiossa. Tutkimus köyhyydestä ja hyvinvoinnin puutteiden kasautumisesta Suomessa. *Sosiaalihuollituksen julkaisuja* 8/1990. Helsinki: Sosiaalihuollitus.
- Heponiemi, Tarja & Wahlström, Mikael & Elovainio, Marko & Sinervo, Timo & Aalto, Anna-Mari & Keskimäki, Ilmo (2008) Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja, Työ ja yrittäjyys, 14/2008. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Häkkinen, Unto & Alha, Pirkko (toim.) (2006) *Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 10/2006*. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Janlert, Urban & Hammarström, Anne (2009) Which theory is best? Explanatory models of the relationship between unemployment and health. *BMC Public Health* 9:235.
- Kainulainen, Sakari (2006) Huono-osaisuuden kasautuminen ja pitkittyminen Suomessa 1970–2000. *Yhteiskuntapolitiikka* 71:4, 373–386.
- Karjalainen, Vappu & Saikku, Peppi & Pasuri, Auvo & Seppälä, Anja (2008) Mitä on aktiivinen sosiaalipolitiikka kunnassa? Näköalapaikkana työvoiman palvelukeskukset. *Raportteja* 20/2008. Helsinki: Stakes.
- Karvonen, Sakari (2008) Hyvinvointi työikäisten kokemana. Teoksessa Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari & Simpura, Jussi & Heikkilä, Matti (toim.): *Suomalaisten hyvinvointi 2008*. Helsinki: Stakes, 96–114.
- Keskitalo, Elsa (2008) *Balancing Social Citizenship and New Paternalism. Finnish activation policy and street-level practice in*

- a comparative perspective. Research report 177. Helsinki: Stakes.
- Korpi, Tomas (2001) Accumulating Disadvantage. Longitudinal Analyses of Unemployment and Physical Health in Representative Samples of the Swedish Population. *European Sociological Review* 17:3, 255–273.
- Kortteinen, Matti & Tuomikoski, Hannu (1998) Työtön. Tutkimus pitkäaikaistyöttömien selviytymisestä. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Hämeenlinna.
- Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Sainio, Päivi & Gould, Raija (2010) Työkyky ja terveys. Teoksessa Aromaa, Arpo & Koskinen, Seppo (toim.) *Suomalaisten työ, työkyky ja terveys 2000-luvun taitteessa*. Raportti 11/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 51–59.
- Luoto, Riitta & Helakorpi, Satu & Uutela, Antti (1999) Lama ja terveys. Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen (AVTK) -aineiston 7-vuotisseuratutkimus 1989/90–1997. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/1999. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- McKee-Ryan, Frances M. & Song, Zhaoli & Wanberg, Connie R. & Kinicki, Angelo J. (2005) Psychological and Physical Well-Being During Unemployment: A Meta-Analytic Study. *Journal of Applied Psychology* 90:1, 53–76.
- Mannila, Simo (1993) Työhistoria ja syrjäytyminen. Vaikeasti työllistyvien terveysongelmaisten elämänkulusta. Työpoliittinen tutkimus 58. Helsinki: Työministeriö.
- Martikainen, Pekka T & Valkonen Tapani (1996) Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *Lancet* 348:9032, 909–12.
- Matti Vanhasen II hallituksen ohjelma 19.4.2007.
- Novo, Mehmed & Hammarström, Anne & Janlert, Urban (2001) Do high levels of unemployment influence the health of those who are not unemployed? A gendered comparison of young men and women during boom and recession. *Social Science and Medicine* 53, 293–303.
- OECD (2005) *Reviews of Health Systems: Finland*. OECD.
- Pensola, Tiina & Järvikoski, Aila & Järvisalo, Jorma (2006) Työttömyyden ja muiden syrjäytymisriskien yhteys työkykyyn. Teoksessa Gould, Raija & Ilmarinen, Juhani & Järvisalo, Jorma & Koskinen, Seppo (toim.) *Työkyvyn ulottuvuudet*. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Hakapaino Oy, 223–240.
- Prättälä, Ritva & Paalanen, Laura (toim.) (2007) *Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa*. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 2 /2007. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Rauhala, Unto (1991) Köyhyys ja huono-osaisuusongelman lähtökohdista ja ratkaisuyrityksistä. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisosaston julkaisuja 1991:7. Valtion Painatuskeskus. Pasilan VALTIMO. Helsinki.
- Rintala, Taina & Karvonen, Sakari (2003) Koetun huono-osaisuuden kasautuminen erilaisissa kuntatyypeissä. *Yhteiskuntapoliittikka* 68:5, 454–463.
- Saikka, Peppi (2009) Terveyspalvelu työllistymisen tukena. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja -palvelut siirtymätyömarkkinoilla. Raportti 22/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) ehdotukset sosiaaliturvan uudistamiseksi (2009) Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:62. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Teperi, Juha (2008) Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän tasa-arvon lisääminen. Teoksessa Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008 - 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:12. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 118–124.
- Thomas, Claudia & Benzeval, Michaela & Stansfeld, Stephen (2007) Psychological distress after employment transitions: the role of subjective financial position as a mediator. *Journal of Epidemiology and Community Health* 61:1, 48–52.
- Turner, J. Blake (1995) Economic Context and the Health Effects of Unemployment. *Journal of Health and Social Behavior* 36:3, 213–229.
- Vähätalo, Kari (1998) Työttömyys ja suomalainen yhteiskunta. Helsinki: Gaudemus.

LIITETAULUKKO

LIITETAULUKKO 1. Erilaisten hyvinvoinnin puutteiden yleisyys (%) 18–64-vuotiailla pääasiallisen toiminnan mukaan.

	Työssä*	Työtön		Työkyvyttömyys- eläkkeellä tai pitkäaikaissairas	Muu	KAIKKI
		0–6 kk	7+ kk			
Menojen kattaminen hankalaa	6	26	43	19	13	9
Terveys melko huono tai huono	2	6	18	37	7	5
Tyytymätön mahdollisuuksiinsa saada terveyspalveluja	6	8	21	14	8	8
Tapaa harvoin ystäviä tai sukulaisia	4	8	13	12	3	5
Melko usein tai jatkuvasti yksinäinen	2	5	11	8	6	4
Elämä ei lainkaan tai vähän merkityksellistä	2	10	10	8	5	3
Erittäin stressaantunut viime aikoina	5	9	11	7	5	5
Tyytymätön kykyynsä selviytyä päivittäisistä toimista	3	6	9	16	6	5
Tyytymätön asunnon kokoon	8	8	13	6	6	7
Kielteisiä tunteita hyvin usein tai aina	3	7	8	10	5	4
Ei tyytyväinen asuinalueen turvallisuuteen	6	9	8	7	8	7
Ei lainkaan tai vähän mahdollisuuksia vapaa-ajan toimintaan	11	9	11	12	8	10

* Sisältää myös osa-aika-eläkkeellä ja perhevapaalla olevat

HYVINVOINTIPOLTIKAN
AJANTIE TO

Sosiaali- ja terveysalan ajantieto 2008–2010

Artikkelissa tarkastellaan vuosien 2008–2010 aikana sosiaali- ja terveyshallinnon alalla tapahtunutta lainsäädännön kehitystä sekä hallitusohjelmassa määriteltyjen politiikkaohjelmien ja muiden suurten kehityshankkeiden edistymistä. Kauden keskeisiä teemoja ovat olleet, terveyden ja toimintakyvyn edistäminen, työelämän vetovoiman lisääminen, köyhyyden ja syrjäytymisen vähentäminen, toimivien palvelujen ja kohtuullisen toimeentuloturvan varmistaminen sekä tasa-arvon vahvistaminen ja lapsiperheiden hyvinvoinnin edistäminen. Pääministeri Matti Vanhasen II hallituksen sosiaali- ja terveyspoliittisina painopisteinä ovat olleet laajat ohjelmakokonaisuudet, jotka esitellään lyhyesti. Sosiaaliturvajärjestelmän uudistaminen kuului hallituskauden tavoitteisiin, kuten työn kannattavuuden vahvistaminenkin. Ohjelmassa on myös ollut sosiaali- ja terveyspalveluiden rakenteellinen uudistaminen sekä sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalan virastojen ja laitosten uudelleen organisointi. Aluehallinnon uudistus koskee myös muita hallinnonaloja. Artikkelin lopuksi luodaan katsaus suomalaista sosiaaliturvaa täydentävään ja pohjoismaisessa hyvinvointivaltiossa poikkeukselliseen ilmiöön eli ruoka-apuun, jota jaetaan pääosin Euroopan unionin myöntämän elintarviketuen turvin.

Sosiaaliturvan uudistaminen

Valtioneuvosto asetti kesäkuussa 2007 komitean valmistelemaan sosiaaliturvan kokonaisuudistusta, jonka tavoitteeksi määriteltiin työnteon kannustavuuden parantaminen, köyhyyden vähentäminen ja riittävän perustoimeentulon turvaaminen kaikissa elämäntilanteissa. Työmarkkinoiden toimivuuden parantamiseksi sosiaaliturvauudistuksen yhteydessä arvioitiin myös verotuksen, perusturvan (mukaan lukien asumistuen) sekä työttömyysturvan uudistaminen. Tavoitteeksi määriteltiin myös edunsaajien aseman parantaminen yksinkertaistamalla ja selkeyttämällä sosiaaliturvajärjestelmää. (STM 2009:10.)

Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) kokoonpanossa olivat edustettuina uudistustyön kannalta keskeiset hallinnonalat sekä työmarkkinajärjestöt ja kolmas sektori. Laajuutensa takia valmistelutyö jaettiin neljälle jaostolle, jotka valmistelevat komitealle sen edellyttämiä selvityksiä: perusturvajaosto, ansioturvajaosto, rahoitus- ja kannustavuusjaosto sekä hallinto- ja prosessijaosto. Komitean linjauksiin liittyvien kustannusvaikutusten arvioinnissa komitean apuna toimi myös epävirallinen laskentaryhmä. Työskentelynsä aikana komitea kuuli kansalaisjärjestöjä ja eduskuntaryhmiä. (STM 2009:10.)

Komitean toimeksianto oli laaja ja se sai tehtäväkseen laatia ehdotukset muun muassa perusturvan uudistamisesta siten, että perusturvan taso on riittävä erilaisissa elämäntilanteissa aiheuttamatta tarvetta turvautua viimesijaiseen toimeentulotukeen ja että järjestelmä on selkeä ja tekee mahdolliseksi työn ja sosiaaliturvan yhdistämisen aiempaa paremmin. Lisäksi komitealta odotettiin ehdotuksia kaikkein pienimpien eläketulojen varassa elävien toimeentulon nykyistä paremmin turvaavasta mallista, hoitotukien, omaishoidon tuen ja kotitalousvähennyksen yhteensovittamisesta saumattomalla tavalla sekä sosiaalietuuksien verotuksesta ja asiakasmaksuista. Toimeksiannossa oli myös ansioturvan ja erityisesti työttömyysturvan kehittäminen siten, että sosiaaliturva tukee aktiivivaihtoehtoja ja työurien pidentämistä. Selvitettäviä asioita olivat muun muassa työttömyysturvan kehittämistarpeet, aikuiskoulutus- ja kuntoutusajan toimeentuloturva, työvuorottelu, työllistämistoimenpiteiden työttömyysturvan ja muutosturvan toimivuuden parantaminen ja välityömarkkinoiden toimeentuloturva. (STM 2009: 10.)

Sosiaaliturvan kannustavuuden parantaminen ja työn vastaanottamisen helpottaminen sisältyivät myös toimeksiantoon ja niiden tarkastelu oli toteutettava sosiaaliturvan, verotuksen, asiakasmaksujen sekä työstä saatavan ansiotulon yhteisvaikutuksien pohjalta. Erityisenä tehtävänä oli lainsäädännön, hallinnollisten prosessien ja menettelytapojen yksinkertaistaminen ja selkeyttäminen. Komitean toimeksiannon mukaan sosiaaliturvauudistuksen erityisenä tavoitteena ehdotuksien oli sisällettävä kansalaisen kannalta ja järjestelmän läpinäkyvyyden osalta parannuksia aiempaan. Tästä syystä toimeksiantoon sisältyivät myös sosiaaliturvan myöntämiskäytäntöjen ja maksatusten parantaminen ja yksinkertaistaminen siten, että kansalainen saa etuutensa viivytyksettä eikä toimeentuloon tule kat-

koksia. Lopuksi komitean toimeksiantoon sisältyi vaatimus sosiaaliturvan rahoituksen varmistamisesta siten, että se on kestäväällä pohjalla pitkälläkin aikavälillä. (STM 2009:10.)

Ensimmäiset ja keskeiset linjauksensa komitea julkisti vuoden 2009 alussa. Jyrkästi muuttunut talous- ja työllisyystilanne vuoden 2008 lopulla vaikutti siihen, että linjausehdotukset kytkettiin hallituksen suunnittelemiin valtiontalouden elvytysratkaisuihin. Työmarkkinoiden keskusjärjestöt neuvottelivat ratkaisun työeläkettä ja työttömyysturvaa koskevista kohdista osaltaan tukeakseen hallituksen elvytysratkaisua. Ratkaisu korostaa työuran pidentämisen ja työttömyysjaksojen lyhentämisen tärkeyttä. Keskusjärjestöjen neuvotteluratkaisu (21.1.2009) oheistettiin liitteeksi mietintöön, ja komitean linjausehdotuksissa on huomioitu työmarkkinoiden keskusjärjestöjen neuvotteluratkaisu. Komitean antamissa linjauksissa korostettiin kuitenkin sitä, että niiden tavoitteet ulottuvat ajallisesti pidemmälle tulevaisuuteen ja että tavoitteena pitkällä aikavälillä on elatussuhteen korjaaminen ja voimistaminen, jotta sosiaaliturvan rahoitus voidaan siten turvata. (STM 2009:10.)

Vuoden 2009 lopulla annetun komitean loppumietinnön ehdotukset liittyivät perusturvan ja ansioturvan parantamiseen, työllisyyden edistämiseen, sosiaaliturvan selkeyttämiseen ja byrokraloukkujen vähentämiseen. Yhteensä komitean loppumietinnössä oli yli 50 ehdotusta sosiaaliturvan riittävyyden, kannustavuuden, selkeyttämisen ja kestävyysparantamiseksi. (STM 2009:62.)

Perusturvaan liittyvistä parannuksista keskeisimmät ehdotukset olivat kansaneläkettä saavan takuueläke, perusturvan indeksisuojan laajennus ja kunnallisverotuksen perusvähennyksen korotus. Komitea ehdotti myös omaishoidon siirtoa kunnista Kelalle, työmarkkinatuen harkinnanvaraisuuden poistoa ja yleisen asumistuen yksinkertaistamista. Perusturvaa koskevien ehdotusten lisäksi komitea esitti loppumietinnössään toimeentuloturva ja työllistymismahdollisuuksia lisääviä toimenpiteitä, jotka koskevat mm. työttömyys- ja koulutusturva, kuntoutusta ja työterveyshuoltoa sekä aktiivisia toimia työllisyyden edistämiseksi. (STM 2009:62.)

Loppumietinnössä ehdotettiin sosiaaliturvalainsäädännön selkiyttämiseksi kehittämisohjelmaa, jonka avulla kyseinen lainsäädäntö koottaisiin johdonmukaiseksi kokonaisuudeksi. Työttömyysturvaan liittyviin byrokraloukkuihin esitettiin muutoksia ja sosiaaliturvan palveluverkostoon asiointiin liittyviä parannuksia. (STM 2009:62.)

Kokonaisuudessaan komitean esittämien toimenpiteiden kustannusvaikutusten arvioitiin olevan noin 640 miljoonaa euroa valtion budjetissa. Loppumietinnössä kuitenkin todettiin, että komitean ehdotukset muodostavat kokonaisuuden, jonka tavoitteena on työn kannustavuuden parantaminen, köyhyyden vähentäminen sekä riittävän perusturvan tasona turvaaminen kaikissa elämäntilanteissa. Mietinnössä korostettiin, että ehdotukset sosiaaliturvan uudistamiseksi voidaan toteuttaa vain julkisen talouden kestävyysrajoissa. (STM 451/2009.)

Sosiaaliturvan uudistamiskomitean työhön ja uudistusehdotuksiin kohdistui paljon odotuksia ja vaateita muun muassa eri etujärjestöjen puolelta (STKL 4.12.2008; SAK 08/2008). Komitea aloitti työskentelynsä tilanteessa, jossa talouskehityksen näkymät olivat jokseenkin myönteiset. Kansalaisten perusturvan kehitys oli kuitenkin jäänyt jälkeen ansiotulojen kehityksestä, ja sen vajeita oli alettu kattaa viimesijaiseksi tarkoitetulla toimeentulotuella (Moisio 2009). Työmarkkinajärjestöjen aktiivisuus vauhditti ja sävytti SATA-komitean vuoden 2009 alussa komitean linjausvuoden alussa julkaisemaa linjauspaperia (STM 2009:10; SAK 27.1.2009). Komitean loppumietinnön julkistamisen jälkeen esitettiin kritiikkiä, joka pääosiltaan kohdistui siihen, että ehdotuksissa ei puututtu köyhyyden ja syrjäytymisen perusongelmaan, jonka ytimessä ovat sosiaaliturvan perusturvan alhainen tason lisäksi byrokraatialoukut. Ne vaikeuttavat työnteon ja tulonsiirtojen yhdistämistä: työmarkkinatuen ja asumistuen alhaisen tason vuoksi useimmat toimeentulo-ongelmaiset joutuvat turvautumaan viimesijaiseen ja harkinnanvaraiseen toimeentulotukeen. Toimeentulotuen myöntäminen vaatii sekä hakijoilta että myöntäjiltä, kunnan sosiaalityöntekijöiltä, paljon selvitystyötä. Tukimuotona se on passivoiva, koska lähes kaikki lisätulot vähennetään toimeentulotuesta. Kriittikin mukaan työmarkkinatuen ja pienempien päivärahojen tason nostaminen olisi ollut keino tilanteen korjaamiseksi. Tämän tyyppistä perusturvan tason korotusta pidettiin poliittisesti liian kalliina ratkaisuna vallinneessa taloustilanteessa. (HS 4.12.2009; Soininvaara 2009.)

Kehittämishjelmat ja -hankkeet

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämishjelma (Kaste)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämishjelma (Kaste) 2008–2011 on työväline alan valtakunnallisen toiminnan kehittämiseksi ja suuntaamiseksi. Ohjelman keskeisenä tavoitteena on lisätä väestön hyvinvointia ja terveyttä, parantaa palvelujen laatua ja vaikuttavuutta sekä lisätä väestön osallisuutta ja vähentää syrjäytymistä. Näihin tavoitteisiin pyrittiin ehkäisevän toiminnan avulla ja sosiaali- ja terveysalan henkilöstön riittävyden ja osaamisen varmistamisella sekä luomalla sosiaali- ja terveydenhuoltoon eheitä palvelukokonaisuuksia ja vaikuttavia toimintamalleja. (STM 2008:6.) Tavoitteiden saavuttamiseksi ohjelmassa määriteltiin 39 toimenpidettä, joiden avulla ohjelma toteutettiin. Lisäksi valittiin 19 tilastollista seurantaindikaattoria tavoitteiden toteutumisen seuraamiseksi. (STM 2009:9.)

Kaste-ohjelmassa valtionavustusta annettiin sellaisille kuntien ja kuntayhtymien kehittämishankkeille ja -ohjelmille, joiden tavoitteena oli sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan uudistaminen ja tehostaminen ja joiden avulla pyrittiin pysyviin rakenteiden ja toimintamallien muutoksiin sosiaali- ja terveydenhuollon

järjestämisessä. Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valtionosuudet kasvoivat ohjelmakaudella 2008–2011 vuosittain 21,3 miljoonalla eurolla, yhteensä 85,2 miljoonaa euroa. Valtion budjettikehyksissä varattiin valtionavustuksia yhteensä 104,2 miljoonaa euroa vuosille 2008–2011. Kehittämishankkeille tarjottavalla valtakunnallisella tuella pyrittiin edistämään laajojen uudistushankkeiden syntymistä, joissa alueelliset tarpeet olisi sovittu yhteen valtakunnallisten Kaste-ohjelman tavoitteiden kanssa. Valtionavustuspäätöksen myötä hankkeessa mukana olevat tahot sekä valtakunnallisesta kehittämistyöstä vastaavat toimijat sitoutuivat kiinteään yhteistyöhön hankkeen toteuttamiseksi, seuraamiseksi, arvioimiseksi, juurruttamiseksi ja hyvien käytäntöjen levittämiseksi. (STM 2009:9.)

Kaste-ohjelman toteutumista ja seuraamista varten asetettiin sosiaali- ja terveydenhuollon neuvottelukunta, joka sai tehtäväkseen myös määrärahojen kohdentamista koskevien ehdotusten tekemisen. Lisäksi sen tehtäväksi asetettiin hankkeiden ohjeistaminen. Sen tehtävänä on ollut myös tukea sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten ja alueellisten tahojen yhteistyötä. Neuvottelukunnan yhteydessä on toiminut kolme jaosta: konserni-, kansalais- ja aluejaostoa. Ohjelman alueellisesta toteutumisesta on vastannut viisi alueellista johtoryhmää, jotka ovat laatineet omaa aluettaan koskevan kehittämistoiminnan suunnitelman. (STM 2008:6.)

Kaste-ohjelman ensimmäinen väliraportti valmistui alkuvuodesta 2010 ja sen mukaan ohjelman tavoitteenasettelun ja strategisuuden todettiin olevan kohdallaan. Yhteydet kunta- ja palvelurakenteen uudistushankkeen (Paras) linjauksiin ovat olleet kohdallaan, mutta käytännön toteutuksen osalta yhteistyötä eri hallinnonalan ohjelmien ja kehittämistyön kanssa ehdotetaan tiivistettäväksi. Kaste-ohjelma on myös osoittautunut hyväksi välineeksi luoda dialogia keskushallinnon ja hajanaisen sekä monimuotoisen kuntakentän välille. Toimenpiteitä ja indikaattoreita pidettiin arviointiraportissa oikean suuntaisina, mutta niitä katsottiin olevan liikaa. Rahoitusmallia pidettiin pääosin toimivana. Raportin suositukset huomioidaan uuden ohjelmakauden suunnittelussa. (STM 2010:8.)

Kunta- ja palvelurakenteen uudistus (Paras)

Kunta- ja palvelurakennemuutos on edennyt vuonna 2007 annetun puitelain pohjalta tavoitteenaan vahvistaa kunta- ja palvelurakennetta, kehittää palvelujen tuotantotapoja ja organisointia, uudistaa kuntien rahoitus- ja valtionosuusjärjestelmiä sekä tarkistaa kuntien ja valtion välistä tehtäväjakoja siten, että kuntien vastuulla olevien palvelujen järjestämiseen ja tuottamiseen sekä kuntien kehittämiseen on vahva rakenteellinen ja taloudellinen perusta. Tarkoituksena on parantaa tuottavuutta ja hillitä kuntien menojen kasvua sekä luoda edellytykset kuntien järjestämien palveluiden ohjauksen kehittämiseksi. Laki on voimassa vuoden 2012 loppuun. (SK 169/2007.)

Vanhasen II hallituksen kaudella uudistuksen valmistelua on johtanut peruspalveluohjelmaa valmisteleva ministeriryhmä sekä 23.5.2007 asetet-

tu uudistuksen toimeenpanon parlamentaarinen seurantaryhmä (toimikausi 23.5.2007 31.12.2009), jonka puheenjohtajana toimi hallinto- ja kuntaministeri. Uudistuksen valmistelusta on vastannut vuodesta 2005 lähtien sisäasiainministeriön/valtiovarainministeriön kuntaosasto yhteistyössä muiden ministeriöiden kanssa. (VNS 9/2009 vp.)

Uudistuksen tarkoituksena on ollut vaikuttaa kuntarakenteen kehittymiseen ja pienten kuntien määrän vähenemiseen. Valtioneuvoston eduskunnalle antamassa selonteossa todetaan kuitenkin, että vuoden 2009 lopulla kuntarakenne on tapahtuneiden muutosten jälkeenkin vielä jossain määrin hajanainen, vaikka eheytymistä on yhdistymisten myötä tapahtunut. Selonteossa annetun arvion mukaan mahdollisuudet entistä vahvempaan rakenteelliseen ja taloudelliseen perustaan kuntien vastuulla olevien palvelujen järjestämisessä ja tuottamisessa sekä kuntien kehittämisessä ovat kuitenkin lisääntyneet kuntaliitoksia toteuttaneissa kunnissa. (VNS 9/2009 vp.)

Kunta- ja palvelurakennemuutistuksen myötä sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisen väestöpohjat ovat kasvamassa ja kuntien välinen yhteistyö on lisääntynyt. Tämä oli uudistuksen keskeinen välineellinen tavoite. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhtenäisyys ei ole erityisen ongelmallinen kysymys kuntaliitosalueilla, mutta osassa yhteistoiminta-alueita rakenteet näyttäsivät kehittyvän entistä hajanaisempaan suuntaan eikä sosiaali- ja terveydenhuolto enää muodosta yhtenäistä kokonaisuutta. Yhteistoiminta-alueilla myös terveyden ja hyvinvoinnin tehokas edistäminen vaatii lisää huomiota. (VNS 9/2009 vp.)

Perusterveydenhuollon osalta palvelurakennetta on pyritty vahvistamaan myös Toimiva terveyskeskus -toimenpideohjelmalla. Ohjelman tarkoituksena on ollut kehittää perusterveydenhuoltoa Paras-uudistuksen ja Kaste-ohjelman linjausten mukaisesti. Ohjelma keskittyy perusterveydenhuollon toimivuutta edistäviin keskeisiin osa-alueisiin: perusterveydenhuollon ohjaukseen ja rakenteiden kehittämiseen, potilaiden ja asiakkaiden hoitoon pääsyyn, terveydenhuoltohenkilöstön saatavuuteen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon väliseen työnjakoon (yhteistyöhön) sekä seurantaan ja valvontaan (ml. laatu ja potilasturvallisuus). Perusterveydenhuollon kehittämisen yhteydessä on haluttu varmistaa yhteys sosiaalipalveluihin niin, että palveluprosessit ja -ketjut olisivat toimivia ja vaikuttavia. (VNS 9/2009 vp.)

Sosiaali- ja terveysministeriössä selvitettiin kesän 2008 tietojen pohjalta, miten Paras-uudistus on vaikuttanut sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallisen kokonaisuuden kehittymiseen kunnissa, jotka ovat mukana yhteistoiminta-alueissa. Vertailu tehtiin tilanteeseen ennen uudistuksen toteuttamista. Selvityksen mukaan kuntien suunnitelmat/päätökset sosiaalihuollon tehtävien siirtämisestä yhteistoiminta-alueille näyttävät selvästi olevan yhteydessä siihen, miten niiden hallinto on ennen uudistusta järjestetty. Useimmissa ”yhteisen lautakunnan kunnista” sosiaali- ja terveydenhuollon yhtenäisyys on toteutumassa hyvin. Sen sijaan useissa kunnista, joissa perusterveydenhuolto on hoidettu kuntayhtymässä, yksittäisiä so-

siaalihuollon tehtäviä on siirtymässä yhteistoiminta-alueelle. Sosiaalihuollon hajoamista kahdelle hallintotasolle näyttää siis tapahtuvan erityisesti niissä kunnissa, joissa sosiaali- ja terveydenhuollon hallinto on aiemmassa vaiheessa ollut erillään. (VNS 9/2009 vp.)

Paras-uudistuksen yhteydessä kysymys sosiaali- ja terveydenhuollon yhtenäisyydestä koskee lähinnä yhteistoiminta-alueita. Sosiaali- ja terveydenhuollon yhtenäisyyden toteutuminen ei ole yhtä haasteellista suuremmissa kunnissa tai kunnissa, jotka toteuttavat vain liitoksen. Puitelaki ei edellyttänyt sosiaali- ja terveydenhuollon yhtenäisyyttä, vaan sitä, että kuntien harkinnan mukaisesti perusterveydenhuoltoon kiinteästi liittyvät sosiaalitoimen tehtävät hoidetaan yhteistoiminta-alueella. Täten sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallisen eheyden ja yhtenäisyyden toteutuminen uudistuksen yhteydessä määräytyy pitkälti sen mukaan, miten kunnat ovat soveltaneet puitelain 5. §:ää eli mitä sosiaalihuollon palveluita kunnat ovat perusterveydenhuollon lisäksi siirtäneet tai siirtämässä yhteistoiminta-alueille. (VNS 9/2009 vp.)

Koko uudistuksen valmistelun ja toteuttamisen ajan on sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta ollut huolestuttavaa se, että sosiaalihuolto uhkaa jakautua monilla yhteistoiminta-alueilla kahdelle hallintotasolle (kunta ja yhteistoiminta-alue). Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallisen kokonaisuuden toteutuminen vaarantuu siten samanaikaisesti kun uudistuksen myötä kuntakentän toimijat vähenevät ja palvelujen järjestämiselle saadaan välttämättömät suuremmat väestöpohjat toteutuvien liitosten ja muodostettavien yhteistoiminta-alueiden kautta. Perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon yhteistyö on erityisen tärkeää vanhenevan väestön palvelujen, mielenterveystyön, päihdehuollon sekä lasten ja nuorten hyvinvoinnin turvaamiseksi. Näistä syistä johtuen sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnallisen kokonaisuuden toteutuminen on jatkuvassa seurannassa koko uudistuksen toteuttamisen ajan (Kokko ym. 2009).

Paras-uudistuksen yhteydessä kuntien suuntaan on korostettu, että hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen on sekä sisällön että rakenteiden osalta edelleen kunnan perustehtävä. Tältä osin Paras-uudistus sivuaa Kaste-ohjelman linjauksia, samoin kuin sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämistoiminnasta huolehtimisen osalta. Niin Paras-uudistuksen kuin Kaste-ohjelmankin linjausten mukaista on perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon kehittämisen vahvistaminen.

Kuntarakenteen uudistaminen jatkuu puitelain mukaisesti vuoteen 2013 asti. Kuntien yhdistyminen ja yhteistoiminta-alueiden muodostaminen ovat jatkossakin tasavertaisia vaihtoehtoja palvelujen järjestämisen väestöllistä ja taloudellista perustaa vahvistettaessa. Erityisenä haasteena sosiaali- ja terveydenhuollossa on toiminnan uudistaminen siten, että palvelujen yhdenvertainen saatavuus turvataan samalla kun kustannustasoa yritetään hillitä. (VNS 9/2009 vp.)

Aluehallinnon uudistus sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta

Aluehallintovirastot (AVI) aloittivat toimintansa vuoden 2010 alusta ja ne hoitavat aiempien lääninhallitusten, ympäristölupavirastojen, alueellisten ympäristökeskusten ja työsuojelupiirien lupa-, valvonta ja oikeusturvatehtäviä. Osa palveluista siirtyi samaan aikaan perustettuihin elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskuksiin (ELY).

Aluehallintovirastot edistävät perusoikeuksien ja oikeusturvan toteutumista, peruspalvelujen saatavuutta, ympäristönsuojelua, ympäristön kestävää käyttöä, sisäistä turvallisuutta sekä terveellistä ja turvallista elin- ja työympäristöä alueilla. Niiden vastuulle kuuluvat muun muassa seuraavia peruspalveluihin, kansalaisten oikeusturvaan ja lupakäytäntöihin liittyviä tehtäviä: kanteluiden käsittely, sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus ja valvonta, yksityisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajien luvat ja valvonta, alkoholijuomien anniskelu- ja vähittäismyyntiluvat ja valvonta sekä kilpailuvalvonta ja kuluttajien aseman turvaaminen. Lisäksi aluehallintavirastojen tehtävänä on peruspalvelujen alueellisen saatavuuden arviointi.

Muita ohjelmia, hankkeita ja uudistuksia

Matti Vanhasen II hallituksen kaudella valtionhallinnossa vahvistui yleinen suuntaus valtionhallinnon hankeohjaukseen. Edellä kuvattujen hankkeiden ja ohjelmien lisäksi tarkastelukaudella käynnissä oli sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla myös terveyden edistämisen politiikkaohjelma, terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma sekä alkoholiohjelma, jonka hallitus käynnisti jo vuonna 2004. Vanhasen II hallitus päätti jatkaa ohjelman toteuttamista vuosina 2008–2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on ohjelman pääkoordinaattori, joka ohjaa kuntia alkoholiohjelman toteutuksessa. Hallituksen tuki ohjelmalle tulee Terveyden edistämisen politiikkaohjelman kautta. Alkoholiohjelmassa on yhteisiä elementtejä myös Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelman kanssa. Ohjelma tukee myös kunta- ja palvelurakennemuudistusta. (VN 18/2007.)

Masennuksen ehkäisy ja masennuksesta aiheutuvan työkyvyttömyyden vähentämiseen työikäisen väestön parissa ovat tavoitteina MASTO-ohjelmassa, joka toteutetaan osana Kaste-hanketta. Hankkeessa paneudutaan työhyvinvoinnin ja mielenterveyden tukemiseen, masennuksen ehkäisemiseen, masennuksen hoidon tehostamiseen sekä kuntoutuksen ja hyvien sairauspoissaolokäytäntöjen kehittämiseen. Hankkeen tarkoituksena on tukea työssä jatkamista ja työhön paluuta masennuksen yhteydessä sekä vähentää masennusperusteista työkyvyttömyyttä. (STM 340/2007.)

Keväällä 2010 valmistunut Vammaispoliittinen ohjelma 2010–2014 (Vampo) linjaa seuraavien vuosien vammaispolitiikan keskeiset toimenpiteet vammaisten oikeudenmukaisen aseman turvaamiseksi. Vammaispoliittinen ohjelma luo poh-

jaa syrjimättömyydelle, yhdenvertaisuudelle ja osallisuudelle. Viestintäpalveluiden tulisi olla esteettömiä kaikille. Erityisesti televisio-ohjelmien saavutettavuuden edistäminen ja verkkopalveluiden esteettömyyden haasteet korostuvat vammaisten esteettömän tiedonsaannin kehittämisessä. Vampon valmistelussa olivat mukana valtion eri hallinnonalojen edustajia, valtakunnallinen vammaisneuvosto, Vammaisfoorumin järjestöt, Suomen kuntaliitto, työnantaja- ja tekijäjärjestöt sekä Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Hallinnonalan laitosten uudistus

Vuoden 2009 alussa Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalle perustettiin hyvinvoinnin ja terveyden tutkimus- ja kehittämislaitos. Uuteen Terveyden ja hyvinvoinnin laitokseen (THL) yhdistettiin 31.12.2008 lakkautettujen Kansanterveyslaitoksen ja Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskukseen (Stakes) tehtävät. Uuden laitoksen perustamisen tavoitteena oli luoda kansallisesti ja kansainvälisesti vahva hyvinvoinnin ja terveyden tutkimus-, asiantuntija- ja kehittämislaitos. Tavoitteena oli myös selkeyttää toimialan hallintoa, poistaa Kansanterveyslaitoksen ja Stakesin toimialojen päällekkäisyyksiä ja tehostaa tutkimustoimintaa. Uuden tutkimus-, asiantuntija- ja kehittämislaitoksen keskeisiksi tehtäviksi määriteltiin muun muassa sosiaali- ja terveyspalvelujen tieto-ohjaus ja kehittäminen. (HE 124/2008 vp.)

Sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla perustettiin vuoden 2009 alusta myös kaksi muuta uutta laitosta: Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) ja Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus (FIMEA). Uuteen Valviraan yhdistettiin vuoden 2008 lopussa lakkautettujen Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskuksen ja Terveydenhuollon oikeusturvakeskuksen tehtävät lisätyinä sosiaalihuollon ohjaukseen ja valvontaan liittyvillä tehtävillä (HE 131/2008 vp). Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksesta muodostui hallinnonalalle lääkealan tehtävistä vastaava uusi viranomainen lakkautetun Lääkelaitoksen ja Lääkehoidon kehittämiskeskukseen tilalle (HE 74/2009 vp).

Valmistunut tai valmisteilla oleva lainsäädäntö

Terveydenhuoltolain uudistus

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti työryhmän toimikaudeksi 15.6.2007 – 31.5.2008 valmistelemaan kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidolain yhdistämistä laiksi terveydenhuollosta. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, palvelutarpeiden kasvu ja terveydenhuollon kustannusten hallinta edellyttävät perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon entistä tiiviimpää yhteistyötä ja raja-aitojen madaltamista. Myös terveydenhuollon asianmukaiseen toimeenpantoon liittyvät sosiaalihuollon palvelut pitäisi entistä paremmin integroida eheäksi palvelukokonaisuudeksi. (STM 2008:28.)

Vuoden 2010 keväällä hallitus teki esityksen uudesta terveydenhuoltolaista, jonka lähtökohtana on asiakkaiden aseman, palvelujen ja hoidon parantaminen. Esityksen mukaan siihen pyritään muun muassa antamalla asiakkaalle mahdollisuus valita hoitopaikkansa, takaamalla palvelujen yhdenvertainen saatavuus ja parantamalla hoidon laatua ja potilasturvallisuutta. (HE 90/2010 vp; STM 194/2010.)

Terveydenhuoltolaki on ensi askel sosiaali- ja terveydenhuollon kokonaisuudistuksessa. Uudistus toteutetaan vaiheittain niin, että kansanterveystolain ja erikoissairaanhoidon toiminnan ja palvelujen sisältöä koskevat säännökset yhdistetään esityksessä uudeksi terveydenhuoltolaiksi. Palvelujen järjestämistä ja rakenteita koskevat säännökset jäävät ennalleen kansanterveystolakiin ja erikoissairaanhoidon lakiin. Seuraavassa vaiheessa on tarkoitus säätää sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen rakenteista, valvonnasta ja kehittämisestä sekä rahoituksesta. (STM 194/2010.)

Sosiaalihuollon uudistaminen

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asettama sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmä antoi kesäkuussa 2010 väliraporttinsa, jossa se määritteli sosiaalihuoltolain uudistamista ohjaavat periaatteet ja linjaukset. Tavoitteena on selkiyttää lainsäädäntöä siten, että laki määritteli yhteiset periaatteet sosiaalihuollon toiminnalle, palveluille ja tukitoimille. Uuden lain tavoitteena on kattava edistävä, ennaltaehkäisevä ja korjaava toiminta. Laissa on tarkoitus säätää muun muassa sosiaalisten olojen ja osallisuuden edistämisestä, sosiaalihuollon saatavuudesta, ennaltaehkäisevistä toimista, sosiaalipalveluista ja niiden määrittelystä sekä sosiaalihuollon toteuttamiseen liittyvästä menettelystä ja asiakkaan oikeusturvasta. (STM 186/2010.)

Työryhmä korostaa, että sosiaalihuollon on perustuttava kokonaisvaltaiseen tarpeen arviointiin ja siihen vastaamiseen tarpeen mukaisina kokonaisuuksina. Samalla on turvattava jokaisen yksilön ihmisarvoisen elämän toteutuminen ja heikompien suoja. Palvelujen saatavuus on taattava erityisesti niillä hoivan ja tukitoimien alueilla, joilla avun tarve on suurin. Hyvin toimiva sosiaalihuolto ja siihen liittyvä palvelujärjestelmä ovat keskeinen osa ihmisten hyvinvoinnin ja peruspalvelujen toteuttamista. (STM 2010:19.)

Sosiaalihuollon asiantuntijoista koostuva työryhmä valmistelee vuoden 2011 loppuun mennessä esityksen sosiaalihuoltolaiksi ja ehdotuksen erityislakeja koskevaksi lainsäädäntöohjelmaksi. Samalla on tarkoitus valmistella vanhuspalvelulakia. Sosiaalihuollon järjestämisestä, kehittämisestä ja valvonnasta on tarkoitus säätää sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämistä koskevassa laissa. (STM 186/2010)

Sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittaminen Euroopan unionin alueella

Toukokuussa 2010 tuli voimaan uudistus, jonka mukaan Euroopan unionin jäsenvaltiosta toiseen liikkuvien henkilöiden sosiaaliturvaa koskevat säännökset muut-

tuivat. Näin varmistetaan, että kansalaisten oikeudet sosiaaliturvaan eivät katkea, kun he muuttavat EU-valtiosta toiseen. Uudistus lisää kansalaisten tiedonsaantia oikeuksiensa käyttämisestä. Myös lainsäädännön toimeenpanosta vastaavilla viranomaisilla ja laitoksilla on tiedotus- ja yhteistyövelvoite.

Uusi asetus koskee kaikkia EU:n jäsenvaltioiden sosiaaliturvan piiriin kuuluvia kansalaisia. Jatkossakin henkilö voi kuulua vain yhden jäsenvaltion sosiaaliturvan piiriin kerrallaan, jolloin häneen sovelletaan sen jäsenvaltion sosiaaliturvasäännöksiä, jossa hän on palkkatyössä tai itsenäisenä ammatinharjoittajana. Henkilö, joka ei ole työssä, kuuluu asuinmaansa sosiaaliturvan piiriin. (STM 139/2010; HE 34/2010 vp; EV 68/2010 vp; StVM 8/2010 vp)

Ruoka-apu ja EU-ruokatuki suomalaisen hyvinvoinnin erityispiirteenä

Ruoka-avusta on 1990-luvun laman jälkeen muodostunut suomalaisen hyvinvointivaltion sosiaaliturvaa täydentävä pysyvä tukimuoto kaikkein huono-osaisimmille kansalaisille. Ruokapankit ja leipäjonot ovat osa monen kansalaisen arkea ja keino selviytyä työttömyyden, niukan sosiaaliturvan ja sairauksien paineissa. Ruoan hinnan nousun ja talouslaman syventymisen myötä vuoden 2008 syksyllä alkoi avuntarvitsijoiden lukumäärä kasvaa mm. Suomen evankelis-luterilaisen kirkon ruokapankeissa. (Hänninen ym. 2008.)

Suomi on ainoana Pohjoismaana osallistunut Euroopan yhteisön rahoittamaan elintarvikkeiden jakeluun yhteisön vähävaraisimmille vuodesta 1996 lähtien (mt.). Ohjelman hallinnointi on siirretty maa- ja metsätalousministeriöstä Maaseutuvirastolle, joka hankkii, varastoi ja kuljettaa elintarvikkeet. Suomen vastaanottamalla määrärahalta on katettu avustustuotteiden hankinta sekä niiden kuljetuskustannuksia. Kirkkopalvelut on vuodesta 1996 koordinoinut EU:n elintarviketuen jakelua ja on Suomen suurin elintarvikeavun jakaja. Jakelua hoitavat seurakunnat ja järjestöt pitävät elintarvikkeiden jakelua tärkeänä asiana. Erityisesti taloudellisen laman aikana EU:n vähävaraisten ruoka-apuohjelman sosiaalipoliittinen näkökulma korostuu maatalouspoliittisen ohella. (MMM2008-0081)

Suomen evankelis-luterilaisen kirkon ruokapankit toimivat ympäri maata osana seurakuntien diakoniatyötä. Seurakunnat toimivat usein yhteistyössä muiden paikkakunnilla toimivien järjestöjen kuten työttömien yhdistysten, mielenterveysyhdistysten, Katulähetyksen, A-kiltojen, Suomen Punaisen Ristin ja Mannerheimin Lastensuojeluliiton paikallisosastojen kanssa. Mukana yhteistyössä saattaa olla myös kunnan sosiaalitoimi (www.kirkkopalvelut.fi; UP 2010). Kaikki EU:n ruoka-apua anoneet seurakunnat ovat myös saaneet sitä ja jakelua järjestävien seurakuntien määrä on tarkastelukaudella lisääntynyt; vuonna 2008 mukana oli 154 ja vuonna 2009 164 seurakuntaa. Vuonna 2010 lukumäärä oli 192. Kirkkopalvelujen mukaan seurakunnissa on myös opittu ennakoimaan taantumasta aiheutuvia

avunpyyntöjä. Kokemus on osoittanut, että kun lomautukset määräajan päätyttyä muuttuvat työttömyydeksi, niin ruoka-apu alkaa olla tarpeen. Seurakunnissa on myös paikallistuntemusta ja apua osataan jakaa oikein tarvitseville. (UP 2010.)

Seurakuntien ruokapankkien toiminnassa EU:n elintarvikeavusta koostuvat ruokakassit ovat pitkään olleet yleisin avunannon muoto. Kassien sisältö on viime vuosina monipuolistunut ja apu kohdentuu yhä enenevässä määrin äkillisen ansiomenetyksen vuoksi ahdinkoon joutuneille. Yleensä elintarvikkeita jaetaan diakoniatyöntekijän vastaanotolla ja ruokakassin äärellä on mahdollista myös kohdata seurakunnan työntekijä, joka voi tarvittaessa antaa neuvontaa ja tukea vaikeaan elämäntilanteeseen. Ilmaiset tai hyvin edulliset ateriat ovat toinen ruoka-avun muoto. Ateriahetkiin osallistuvien määrä on jo usean vuoden ajan ollut kasvussa, mikä selittynee sillä, että niihin osallistuminen antaa mahdollisuuden myös kohdata toisia. Yksinasuvat on myös lukumääräisesti suurin ryhmä kirkon ruoka-aputoiminnan kohteena. Yksinhuoltajat ovat seuraavaksi suurin ryhmä. Niinpä kirkon diakoniatyössä taloudellinen avustaminen on kehittynyt useissa seurakunnissa yhteisöllisempään suuntaan. Avustustoiminnan myötä myös kirkon diakoniatyön sisältö on suuntautunut entistä enemmän sosiaalityöhön, jota useilla paikkakunnilla tehdään yhteistyössä muiden järjestöjen ja myös sosiaalitoimen kanssa. (Hänninen ym. 2008; Kirkon toimintatilastot 2009; Hiilamo 2009)

Eniten EU:n ruoka-avun piirissä on seurakuntia Oulun ja Lapuan hiippakunnista. Vuonna 2010 uusia hakemuksia tuli myös esimerkiksi vauraana pidetyn Tampereen hiippakunnan alueelta. Sen lisäksi, että apua pyytäneitä seurakuntien määrä on kasvanut, myös jaettavan ruoan määrät ovat kasvaneet; vuonna 2008 jaettiin reilut neljäsatua tuhatta kiloa, vuonna 2009 noin 600 000 kiloa ja vuonna 2010 määrä nousee yli 800 000 kilon. Kirkkopalveluiden mukaan avuntarpeessa ei näytä olevan kyse mistään tietystä suuntauksesta. Kuitenkin näyttää siltä, että suuriin kaupunkeihin siirtyy sekä yksinäisiä että köyhtyneitä lapsiperheitä. Muutotappioalueilla väkeä on entistä vähemmän, ja suuri osa avustettavista on köyhiä kansaneläkeläisiä. (UP 2010.)

EU:n köyhyyden ja syrjäytymisen vastainen teemavuosi 2010 Suomessa

Suomi on yhdessä muiden Euroopan unionin jäsenvaltioiden kanssa sitoutunut ehkäisemään köyhyyttä ja sosiaalista syrjäytymistä. Komissio ehdotti vuosien 2005–2010 sosiaalipoliittisessa toimintaohjelmassaan, että vuosi 2010 nimettäisiin Euroopan köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen torjunnan teemavuodeksi. Tarkoituksena oli vahvistaa EU:n Lissabonin strategian käynnistämisen yhteydessä tekemää poliittista sitoumusta toimiin, jotka ”merkittävästi edistävät köyhyyden poistamista”. Köyhyyden vastaisella teemavuodella pyritään parantamaan tietoisuutta sosiaalisesta syrjäytymisestä ja edistämään aktiivista osallisuutta, koska

vuoden 2008 kansainvälisen taluskriisin seuraukset vaikuttavat kaikissa jäsenmaissa. (1098/2008/EY; 2010againstopoverty)

Jokainen jäsenmaa toteutti teemavuotta omalla kansallisella ohjelmallaan, jossa teemavuoden tavoitteet sovitettiin kunkin maan tilanteeseen ja tarpeisiin. Suomessa vuoden 2010 pääteemana oli osallisuuden ja yhteenkuuluvuuden lisääminen. Teemavuoden tapahtumilla ja hankkeilla halutaan vahvistaa osallisuutta ja sen ymmärtämistä, edistää tasavertaisuutta ja resurssien oikeudenmukaista jakoa sekä poistaa osallisuuden sosiaalisia ja kulttuurisia esteitä. Vuoden aikana järjestetyissä tapahtumissa ja hankkeissa on puheenvuoro annettu asianosaisille köyhille ja syrjäytyneille sekä heidän kanssaan työskenteleville vapaaehtoistyöntekijöille, järjestöille ja sosiaalityöntekijöille. (ks. www.stopkoyhyys.fi)

Lähteet

- 2010againstopoverty. Euroopan köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen torjunnan teemavuosi (2010) Strateginen puiteasiakirja. Teemavuoden 2010 toimien painopisteet ja tavoitteet. www.2010againstopoverty.eu
- 1098/2008/EY. Euroopan parlamentin ja neuvoston päätös n:o 1098/2008/EY köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen torjunnan Euroopan teemavuodesta (2010).
- EV 68/2010 vp. Eduskunnan vastaus koskien hallituksen esitystä eduskunnalle laiksi sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista koskevan Euroopan unionin lainsäädännön soveltamisesta ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi.
- HE 124/2008 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksesta.
- HE 131/2008 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirastosta ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi.
- HE 74/2009 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskuksesta ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi
- HE 34/2010 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaaliturvajärjestelmien yhteensovittamista koskevan Euroopan unionin lainsäädännön soveltamisesta ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi.
- HE 90/2010 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle terveydenhuoltolaiksi sekä laeiksi kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidolain muuttamiseksi sekä sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetun lain muuttamiseksi.
- HS 4.12.2009. Helsingin Sanomat 4.12.2009.
- Hiilamo, Heikki (2009) Diakoniatyönhaasteet haasteet lamassa. Mielen hyvinvointi nro 4/2009. www.evl.fi
- Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko & Lehtelä, Kirsi-Marja & Silvasti, Tiina (toim.) (2008) Toisten pankki. Ruoka-apu hyvinvointivaltiossa. Helsinki; Stakes.
- Kirkon toimintatilastot 2009, diakoniatyö. www.evl.fi [10.6.2010]
- Kokko, Simo & Heinämäki, Liisa & Tynkkynen, Liina-Kaisa & Haverinen, Riitta & Kaskisaari, Marja & Muuri, Anu & Pekurinen, Markku & Tammelin, Mia (2009) Kunta- ja palvelurakennemuutoksen toteuttaminen. Raportti 36/2009. Helsinki: THL.
- MMM2008-0081. Maa- ja metsätalousministeriö. Perusmuistio MMM2008-0081. 26.9.2008.
- Moisio, Pasi (2009) Vähimmäisturva ja köyhyysraja Suomessa. Selvitys sosiaaliturvan kokonaisuudistus (Sata) -komitealle. Avauksia 9/2009. Helsinki: THL.
- SAK 08/2008. Sosiaaliturvan uudistaminen. Taustaa sosiaaliturvauudistuksesta. Elokuu 2008. www.sak.fi
- SAK 27.01.2009. SAK:n tiedote 27.01.2009: Sata-komitea yhtyi työmarkkinajärjestöjen esityksiin. www.sak.fi
- SK 169/2007. Laki kunta- ja palvelurakennemu-

- distuksesta 169/2007.
- Soininvaara, Osmo (2009) SATA-komitea. Miksi asioista päättäminen on niin vaikeata? Helsinki: Teos.
- STKL 4.12.2008. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry:n kannanotto 4.12.2008. www.stkl.fi
- STM 2008:6. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. KASTE 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008: 6. Helsinki.
- STM 2009:9. Kaste-ohjelman valtakunnallinen toimeenpanosuunnitelma vuosille 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:9. Helsinki.
- STM 2009:10. Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) esitys sosiaaliturvan kokonaisuudistuksen keskeisistä linjauksista. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:10, Helsinki.
- STM 2009:62. Sosiaaliturvan uudistamiskomitean (SATA) ehdotukset sosiaaliturvan uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:62. Helsinki.
- STM 2010:1. Sosiaali- ja terveystietomus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:1. Helsinki.
- STM 2010:8. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman (Kaste) arviointi. Ensimmäinen väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:8. Helsinki.
- STM 340/2007. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 340/2007, 26.10.2007
- STM 28/2008. Uusi terveydenhuoltolaki. Terveydenhuoltolakitöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:28. Helsinki.
- STM 23/2009. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 23/2009, 27.1.2009.
- STM 451/2009. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 451/2009, 18.12.2009.
- STM 139/2010. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 139/2010, 26.4.2010.
- STM 186/2010. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 186/2010, 3.6.2010.
- STM 194/2010. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 194/2010, 10.6.2010.
- STM 2010:19. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän väliraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010. Helsinki.
- StVM 8/2010 vp. Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietintö StVM 8/2010 vp.
- VN 18/2007. Hallituksen strategia-asiakirja 2007. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 18/2007. Helsinki.
- VNS 9/2009 vp. Valtioneuvoston selonteko kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta.
- UP (2010). Ulla Pesola/Kirkkopalvelut/23.6.2010.
- avi.fi: <http://www.avi.fi/fi/virastot/Sivut/Aluehallintovirastojentehtavat.aspx> [7.6.2010]
- kirkkopalvelut.fi: <http://www.kirkkopalvelut.fi/eu-elintarviketuki> [7.6.2010]
- stopkoyhyys.fi: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankeet/stop_koyhyys [7.6.2010]

Euroopan uusi vuosikymmen

Uusi vuosikymmen alkoi Euroopan unionissa köyhyyden ja syrjäytymisen torjunnan teemavuodella. Lähes kolme neljästä eurooppalaisesta on sitä mieltä, että köyhyys on heidän kotimaassaan laajalle levinnyt ongelma; suomalaisistakin näin ajattelee yli puolet. Lisäksi useampi kuin kahdeksan kymmenestä eurooppalaisesta arvioi köyhyyden lisääntyneen kotimaassaan viimeisten kolmen vuoden aikana, ja yhdeksän kymmenestä odottaa maansa hallitukselta nopeita toimia köyhyysongelman ratkaisemiseksi. Tiedot ovat lokakuussa 2009 julkaistusta Eurobarometri-kyselystä, jonka teetti Euroopan komission työllisyys-, sosiaali- ja tasa-arvoasioiden pääosasto.

Eurobarometrissä kysyttiin myös, mitä kansalaiset ajattelevat eri toimijoiden vastuusta köyhyyden torjumisessa. Yli puolet eurooppalaisista on sitä mieltä, että ensisijainen vastuu on kansallisilla hallituksilla. Alankomaat ja Suomi erottuvat kyselyssä maina, joissa korostuu muita enemmän ajatus siitä, että köyhyyden torjuminen on ensisijaisesti kansalaisten itsensä vastuulla. Näin ajattelee reilu neljäsosa alankomaalaisista ja yli viidesosa suomalaisista, kun EU:n keskiarvo on 13 prosenttia. Maiden väliset erot ovatkin eurooppalaisen sosiaalipolitiikan näkökulmasta monella tavoin kiinnostavia. Esimerkiksi Ranskassa yli neljäsosa uskoo köyhyyden torjumisen olevan ensisijaisesti kansalais- ja hyväntekeväisyysjärjestöjen vastuulla (EU:n keskiarvo on 7 %), kun taas Kreikassa lähes yhtä usea korostaa Euroopan unionin vastuun ensisijaisuutta (EU:n keskiarvon ollessa 9 %). Kaiken kaikkiaan Euroopan unionin rooli köyhyyden torjumisessa nähdään kuitenkin yllättävänkin tärkeänä (28 % näkee sen hyvin tärkeänä ja 46 % jokseenkin tärkeänä).

Euroopan unioni onkin vuosien ja vuosikymmenten mittaan tehnyt monenlaisia yrityksiä torjua köyhyyttä ja syrjäytymistä. Kun vuosituhannen vaihteessa käynnistettiin Lissabonin strategiaksi nimetty kymmenvuotinen EU:n uudistusohjelma, vaadittiin sitä luotsanneissa Eurooppa-neuvoston puheenjohtajan päätelmissä unionilta ja sen jäsenmailta ”toimenpiteitä, jotka merkittävästi vaikuttavat köyhyyden poistamiseen”. Strategian painavin tavoite oli kuitenkin tehdä EU:sta maailman kilpailukykyisin alue vuoteen 2010 mennessä. Todellisuus jäi sekä köyhyyden torjumisen että kilpailukyvyn osalta lopulta kauas haavekuvista, ja uusi vuosikymmen käynnistyi suoranaississa kriisitunnelmissa.

Uuden vuosikymmenen alkua Euroopan unionissa leimaakin voimakkaasti toipuminen sen historian syvimmästä talouden taantumasta. Talousvaikeudet haastavat tietenkin myös sosiaalipolitiikan. Euroopan komissio julkisti tiedonantonsa tulevaisuuden strategiaksi (KOM(2010)2020) maaliskuussa 2010 korostamalla, ettei paluu talouskriisiä edeltävään tilanteeseen riitä, vaan Euroopan olisi tultava kriisistä ulos entistä vahvempana. Tämä puolestaan on komission mielestä mahdollista vain, jos Eurooppa toimii kollektiivisesti, unionina. Unionin tulee komission visiossa nojata ”älykkääseen, kestäväan ja osallistavaan talouteen”, jonka tuotoksena ovat korkea työllisyys- ja tuottavuusaste sekä korkea sosiaalisen koheesion taso.

Uusi työllisyys- ja kasvustrategia ”Eurooppa 2020” ei tavoitteiltaan poikkea olennaisesti sitä edeltäneestä Lissabonin strategiasta. Tärkeimmät erot entiseen ovat siinä, että tavoitteita on uudessa strategiassa reilusti vähemmän, köyhyyden vähentäminen on nostettu yhdeksi määrälliseksi avaintavoitteeksi ja sen sijaan, että unionimaita käsiteltäisiin yhtenä yhtenäisenä kokonaisuutena, niiden erityispiirteet tunnustetaan jo tavoitteita asetettaessa. Strategian hallinnoinnissa vahvistetaan EU-tason ohjausta ja jäsenmaiden kohdennettua raportointia; poliittinen koordinaatio ja seuranta etenevät vuosittain ”eurooppalaisen lukukauden” mukaisesti. Tarkoituksena on, että jäsenmaat huomioivat EU-tason ohjeistukset myös kansallisissa budjeteissaan.

Eurooppa 2020 -yleistavoitteet

Eurooppa-neuvosto sopi maaliskuussa 2010 uuden työllisyys- ja kasvustrategian täytäntöönpanoa ohjaavista tavoitteista ja niiden toteutumisen seurannasta toteamalla vallitsevan talouskriisin suurelta osin kumonneen vuoden 2000 jälkeen saavutetun kehityksen. Nyt vastassa ovat liiallinen velka, hidas talouskasvu ja korkea työttömyys. Huippukokouspäätelmissä korostettiinkin jälleen kerran, että rakenteelliset uudistukset ovat olennaisia elpymiselle ja Euroopan sosiaalisten mallien kestävyuden säilyttämiselle: ”Työpaikat ja sosiaalinen hyvinvointi ovat vaarassa. Jos emme toimi, Eurooppa jää jälkeen. Eurooppa-neuvoston vastuulla on näyttää tie eteenpäin”, päätelmissä todettiin.

Tienä eteenpäin esitetään nyt talouspolitiikkojen tehostettuun koordinointiin perustuvaa strategiaa, jonka pohjana on Euroopan komission tiedonanto ”Eurooppa 2020: Älykkään, kestävä ja osallistavan kasvun strategia” (KOM(2010)2020). Uuden strategian avainaloiksi nimetään siinä tieto ja innovointi, kestävämpi talous, korkea työllisyys ja sosiaalinen osallisuus. Näitä avainaloja kehitetään eurooppalaisilla yleistavoitteilla, joiden perusteella kukin jäsenvaltio asettaa kansalliset tavoitteensa ottaen huomioon omat lähtökohtansa ja olosuhteensa. Jäsenmaat laativat kansalliset uudistusohjelmat, joissa esitetään yksityiskohtaisesti toimet, joihin ne aikovat ryhtyä uuden strategian täytäntöön panemiseksi. Eurooppalaiset yleistavoitteet ovat seuraavat:

- 20–64-vuotiaiden naisten ja miesten työllisyysaste pyritään nostamaan 75 prosenttiin muun muassa lisäämällä nuorten, vanhempien työntekijöiden ja matalan osaamistason työntekijöiden osallistumista sekä integroimalla paremmin lailliset maahanmuuttajat
- koulutustasoa parannetaan erityisesti pyrkimällä laskemaan koulunkäynnin keskeyttäneiden osuus alle 10 prosenttiin ja nostamalla korkea-asteen tai vastaavan tason tutkinnon suorittaneiden 30–34-vuotiaiden osuus vähintään 40 prosenttiin
- sosiaalista osallisuutta edistetään erityisesti vähentämällä köyhyyttä ja pyritään saamaan vähintään 20 miljoonaa ihmistä pois köyhyys- ja syrjäytymisriskin piiristä
- tutkimus- ja kehitystoiminnan edellytyksiä parannetaan pyrkien erityisesti nostamaan alan julkisten ja yksityisten investointien yhteenlaskettu osuus 3 prosenttiin bruttokansantuotteesta
- kasvihuonekaasupäästöjä vähennetään 20 prosentilla vuoden 1990 tasosta, uusiutuvien energialähteiden osuus nostetaan 20 prosenttiin energian loppukäytöstä ja energiatehokkuutta pyritään parantamaan 20 prosenttia.

Määrällisestä köyhyystavoitteesta ei päästy sopimukseen vielä uutta strategiaa käynnistäneessä keväthuippukokouksessa, vaan se vahvistettiin kesäkuun 2010 Eurooppa-neuvostossa. EU:n sosiaalisen suojelun komitea sai tehtäväkseen löytää tällä välin yhteisen näkemyksen käytettävistä osoittimista. Aikalisän ottaminen eurooppalaisesta köyhyystavoitteesta päätettäessä kertoo asian problemaattisuudesta. Köyhyys on kovin moniulotteista ja maat hyvin erilaisia, joten kaikkia tyydyttävän mittarin löytäminen oli vaikeaa. Poliittinen tahto ottaa köyhyden torjuminen näyttävästi yhteiseurooppalaiselle agendalle oli kuitenkin voimakas, osin varmasti eurooppalaisen teemavuoden ansiosta.

Myös Suomen eduskunnan suuri valiokunta painotti Eurooppa 2020 -strategiaa koskevassa lausunnossaan köyhyden vähentämisen olevan niitä kysymyksiä, joihin kansalaiset perustellusti odottavat Eurooppa-neuvostolta selkeitä, selkeästi ilmaistavia ja selkeästi todennettavia määrällisiä tavoitteita. Valiokunta totesi seuraavaa: ”Suhteellista köyhyyttä mittaava indikaattori (60 prosenttia kunkin maan mediaanituloista) on edelleen välttämätön, mutta se ei riitä huono-osaisimpien ihmisten tilanteen parantamiseksi eikä myöskään anna oikeaa kuvaa unionin jä-

senvaltioiden ja alueiden koheesion kehityksestä. Tavoite on muotoiltava siten, että kansalaiset voivat arvioida sen saavuttamista. Tämä edellyttää useiden indikaattoreiden samanaikaista käyttöä sekä eri jäsenvaltioiden vauraus- ja tuotantorakenne-eroista johtuen todennäköisesti myös maittain erilaisten täydentävien indikaattoreiden käyttöä. Eurooppa-neuvoston tulisi asettaa tiukka, absoluuttisen köyhyyden poistamista koskeva määrällinen tavoite, jonka saavuttamiseksi tulee olla valmius myös unionin rahoitukseen. Jo eettisistä syistä unionilla on oltava nollatoleranssi köyhyydelle, joka merkitsee riittävän ravinnon, asunnon ja peruskoulutuksen puuttumista”.

Kesäkuun Eurooppa-neuvosto totesi lopulta olevansa yhtä mieltä köyhyys- ja syrjäytymisriskiä koskevista määrällisistä indikaattoreista, jotka EU:n työ- ja sosiaaliministerineuvosto oli hyväksynyt aiemmin kesäkuussa. Indikaattoreiksi vahvistettiin sosiaalisen suojelun komitean kompromissina ehdottamat kolme indikaattoria, joiden mukaan syrjäytymisvaarassa ovat kotitaloudet, jotka ovat joko pienituloisia, aineellisessa puutteessa eläviä tai vajaatyöllisiä:

- pienituloisuus: kotitaloudet, joiden käytettävissä olevat tulot ovat alle 60 prosenttia kansallisesta mediaanitulosta
- aineellinen puute: kotitaloudet, joilla on vähintään neljä mittarin yhdeksästä puutteesta¹
- vajaatyölliset taloudet: kotitaloudet, joiden yhteenlaskettu vuotuinen työllisyyspanos alittaa 25 prosenttia siitä ajasta, mikä olisi mahdollista.

Näiden indikaattoreiden viitoittamina jäsenvaltiot voivat asettaa omat kansalliset tavoitteensa ja painopisteensä köyhyyden vähentämiseksi ja käyttää lisäksi myös muita indikaattoreita. Jäsenvaltioiden on kuitenkin huolehdittava siitä, että kansalliset tavoitteet tukevat myös EU-tason tavoitteiden saavuttamista. Strategian puolivälin arvioinnin vuonna 2015 tulee perustua EU-tasolla yhdessä sovittuihin indikaattoreihin.

Yhdennetyt suuntaviivat ja lippulaivahankkeet

Uuden työllisyys- ja kasvustrategian mukaisesti komissio esitti keväällä 2010 myös ehdotuksensa yhdennetyiksi suuntaviivoiksi, joihin kuuluvat työllisyyttä koskevat sekä talouspolitiikan laajat suuntaviivat (KOM (2010) 193). Suuntaviivojen perustana on Euroopan unionin toiminnasta tehty sopimus, jossa määrätään, että jäsenvaltiot pitävät talouspolitiikkaansa ja työllisyyden edistämistä yhteistä etua koskevinä asioina ja sovittavat ne yhteen neuvostossa. Suuntaviivat ovat puolestaan perustana kaikille maakohtaisille suosituksille, joita neuvosto voi osoittaa jäsenvaltioille. EU:n työllisyys-, sosiaalipolitiikka-, terveys- ja kuluttaja-asiain neuvosto hyväksyi jäsenvaltioiden työllisyyspolitiikkaa koskevat suuntaviivat lokakuussa 2010. Kaikkiaan kymmenestä yhdennetystä suuntaviivasta yksi käsittelee suoraan sosiaalista osallisuutta ja köyhyyttä:

”Suuntaviiva 10: Sosiaalisen osallisuuden edistäminen ja köyhyyden torjuminen

Työllistymismahdollisuuksien laajentaminen on olennainen osa jäsenvaltioiden yhdenmetytjä strategioita, joilla ehkäistään ja vähennetään köyhyyttä ja edistetään täyttä osallistumista yhteiskunta- ja talouselämään. Tämän vuoksi olisi tarvittaessa käytettävä Euroopan sosiaalirahastoa ja muita EU:n rahastoja. Toimissa olisi keskityttävä varmistamaan yhtäläiset mahdollisuudet, myös mahdollistamalla kaikille pääsy korkealaatuisiin, kohtuuhintaisiin ja kestäviin palveluihin erityisesti sosiaalialalla. Julkiset palvelut (mukaan lukien verkkopalvelut) ovat tässä suhteessa tärkeitä. Jäsenvaltioiden olisi otettava käyttöön tehokkaat toimet syrjinnän torjumiseksi. Sosiaalista syrjäytymistä voidaan torjua ihmisten voimavaraistamisella sekä pyrkimällä lisäämään työmarkkinoilta pisimpään poissa olleiden osallistumista työmarkkinoille ja ehkäisemällä työssäkäyvien köyhyyttä. Tämä edellyttäisi, että vahvistetaan sosiaaliturvajärjestelmiä, elinikäistä oppimista ja kokonaisvaltaisia aktiivisia yhteenkuuluvuutta lisääviä politiikkoja, jotta ihmisille voidaan tarjota mahdollisuuksia eri elämänvaiheissa ja suojella heitä syrjäytymisvaaralta, ottaen erityisesti huomioon naiset. Sosiaalisen suojelun järjestelmiä, mukaan lukien eläkkeet ja terveydenhuollon saatavuus, olisi nykyaikaistettava ja käytettävä täysimääräisesti hyväksi riittävän toimeentulotuen ja palvelujen varmistamiseksi – millä luodaan sosiaalista yhteenkuuluvuutta – ja samalla olisi pysyttävä taloudellisesti kestäväällä pohjalla sekä rohkaistava osallistumista yhteiskuntaan ja työmarkkinoille.

Etuusjärjestelmissä olisi keskityttävä toimeentuloturvan varmistamiseen työelämän siirtymätilanteissa ja köyhyyden vähentämiseen erityisesti ryhmissä, joissa sosiaalisen syrjäytymisen riski on suurin, jollaisia ryhmiä ovat yksinhuoltajaperheet, vähemmistöt romanit mukaan lukien, vammaiset ja osatyökykyiset henkilöt, lapset ja nuoret, iäkkäät naiset ja miehet, lailliset maahanmuuttajat ja asunnottomat. Jäsenvaltioiden olisi myös aktiivisesti edistettävä yhteisötaloutta ja sosiaalisia innovaatioita kaikkein haavoittuvimpien ryhmien tueksi. Kaikilla toimenpiteillä olisi pyrittävä myös sukupuolten tasa-arvoon. EU:n yleistavoitteella, jonka perusteella jäsenvaltiot asettavat kansalliset tavoitteensa ottaen huomioon suhteelliset lähtökohtansa ja kansalliset olosuhteensa, pyritään edistämään sosiaalista osallisuutta erityisesti köyhyyttä vähentämällä, pyrkien saamaan vähintään 20 miljoonaa ihmistä pois köyhyys- ja syrjäytymisriskin piiristä.”

Sosiaalipolitiikan kannalta merkityksellisiä ovat tietysti muutkin talous- ja työllisyysuuntaviivat. Esimerkiksi suuntaviivassa 7, joka käsittelee työvoimaosuuden nostamista ja rakennetyöttömyyden vähentämistä, todetaan seuraavaa:

”Jäsenvaltioiden olisi torjuttava työssäkäyvien köyhyyttä ja edistettävä työterveyttä ja -turvallisuutta. Myös määräaikaissa työsuhhteessa oleville henkilöille ja itsenäisille ammatinharjoittajille olisi varmistettava riittävä sosiaaliturva. Työvoimapalvelut ovat tärkeässä asemassa työvoiman aktivoijina ja välittäjinä ja niitä olisi sen vuoksi vahvistettava yksilöllisillä palveluilla sekä aktiivisilla ja ennaltaehkäisevillä työmarkkinatoimenpiteillä varhaisessa vaiheessa. Näiden palveluiden ja toimenpiteiden olisi oltava avoimia kaikille, myös nuorille, työttömyysuhan alla oleville sekä työmarkkinoilta pisimpään poissa olleille.”

EU:n yleistavoitteita edistetään paitsi näiden yhdenmukaisen suuntaviivojen ja spesifien kansallisten tavoitteiden avulla, myös seitsemällä ”lippulaivahankkeella”, joita komissio esitti Eurooppa 2020 -tiedonannossaan. Lippulaiva-aloitteiden ajatuksena on saada eurooppalaisille tavoitteille laajaa kannatusta ja poliittista näkyvyyttä sekä ulottaa kunkin prioriteetin edistäminen kaikille politiikan sektoreille. Aloitteiden takana on avainlukuja. Esimerkiksi ”uuden osaamisen ja työllisyyden ohjelmaa” EU:n yhtenä lippulaivana perustellaan sillä, että työllisten osuus unionin työikäisestä väestöstä on vain 66 prosenttia, kun se on Yhdysvalloissa ja Japanissa yli 70 prosenttia. Iäkkäämpien (55–64-vuotiaat) osalta kuilu on vielä suurempi: EU:ssa työllisiä on heistä 46 prosenttia, Yhdysvalloissa ja Japanissa yli 62 prosenttia.

Köyhyyden torjuntaa lippulaivana perustellaan puolestaan seuraavilla avainlukuilla: ennen talouskriisiä köyhyys uhkasi EU:ssa 80:tä miljoonaa ihmistä, joista 19 miljoonaa on lapsia. Työssä käyvistä kahdeksan prosenttia ei ansaitse niin paljon, että heidän tulonsa ylittäisivät köyhyysrajan, ja työttömiä köyhyys uhkaa erityisesti. ”Lippulaivahanke: Euroopan köyhydentorjuntafoorumi” esitellään komission tiedonannossa (2010(2020), 20) seuraavasti:

”EU:n tasolla komissio aikoo

- muuntaa sosiaalisen syrjäytymisen ja sosiaalisen suojelun avoimen koordinaation menetelmän yhteistyön, vertaisarviointien ja käytäntöjenvaihdon foorumiksi sekä välineeksi, jolla edistetään julkisten ja yksityisten toimijoiden sitoutumista sosiaalisen syrjäytymisen vähentämiseen ja konkreettiseen toimintaan, muun muassa rakennerahastojen, erityisesti ESR:n, kohdennetulla tuella;
- suunnitella ja toteuttaa ohjelmia, joilla edistetään kaikkein haavoittuvimpia koskevia sosiaalisia innovaatioita, erityisesti tarjoamalla innovatiivisia koulutus- ja työllistymismahdollisuuksia vähäosaisille yhteisöille, torjutaan syrjintää (esim. vammaisten syrjintää) ja laaditaan uusi toimintasuunnitelma maahanmuuttajien kotouttamiseksi, jotta he voivat hyödyntää mahdollisuuksiaan täysimääräisesti;
- toteuttaa sosiaaliturva- ja eläkejärjestelmien riittävyyden ja kestävyysarvioinnin ja määrittää keinoja, joilla voidaan varmistaa terveydenhoitopalvelujen parempi saatavuus.

Kansallisella tasolla jäsenvaltioiden on tarpeen:

- edistää kollektiivisen ja yksilöllisen vastuun jakamista köyhyyden ja sosiaalisen syrjäytymisen torjunnassa;
- määrittää ja toteuttaa toimenpiteitä, joilla puututaan erityisten riskiryhmien olosuhteisiin (esim. yksinhuoltajaperheet, vanhat naiset, vähemmistöt, romanit, vammaiset ja kodittomat);
- hyödyntää sosiaaliturva- ja eläkejärjestelmiään täysimääräisesti asianmukaisen toimeentulotuen ja terveydenhoidon varmistamiseksi.”

Sosiaalipolitiikan laavat kehykset

Eurooppalaisen sosiaalipolitiikan selkeä lähtökohta on, että sitä on toteutettava ”kautta yhteiskunnan useilla eri aloilla”. Lisäksi painotetaan, että sosiaalipolitiikan on pysyttävä muuttuvan todellisuuden tasalla: sen on oltava joustavaa ja reagoitava muutoksiin, ja helpoimmin tämä käy, kun keskitytään ”voimaannuttamaan yksilöitä ja suomaan heille tilaisuuksia toteuttaa mahdollisuuksiaan”. (KOM(2008)412.)

Euroopan ”sosiaalisesta visiosta” puhutaankin yleensä yksilöllisten mahdollisuuksien ja investointien käsitteillä yhteiskunnallisten riskien, ongelmien ja kustannusten sijaan. Samalla huomio suuntautuu perinteisestä sosiaalipolitiikasta – ja sen yhteistä vastuuta ja kollektiivista hyvinvointia korostavista toimista – kohti yksilön suurempaa vastuuta ja politiikan merkitystä tämän vastuun kantamisen tukemisessa. Komissio onkin jo kauan peräänkuuluttanut tarvetta uusiin poliittisiin ratkaisuihin sekä toimijoiden roolien ja vastuusuhteiden muutoksiin. (Barroso 2008; KOM(2007)726.) Sen mielestä viimeaikainen kehitys edellyttää – ei niinkään sosiaalipolitiikan tavoitteiden – vaan erityisesti *keinojen nopeaa uudelleenarviointia*.

Lissabonin strategian sosiaalipoliittiset painotukset kertovat näistä tavoiteltavista uusista keinoista (ks. Palola 2010):

- hyvinvointi- ja koulutusjärjestelmien nykyaikaistaminen varmistamalla niiden riittävyys ja kestävyys sekä sukupolvien yhteisvastuu
- vero- ja etuusjärjestelmien uudistukset poistamalla köyhyys- ja työttömyysloukkuja
- työnteko keinona ehkäistä sosiaalista syrjäytymistä: enemmän huomiota aktiiviseen osallisuuteen ”eli siihen, että vaikka kaikille taataan riittävä vähimmäistoimeentulon taso, niin silti työnteko kannattaa”
- kaikille kansalaisille tietoyhteiskunnassa elämistä ja työskentelemistä varten tarvittavat tiedot ja taidot
- köyhyyden ja syrjäytymisen torjumistavoitteen valtavirtaistaminen kaikille asiaan liittyville politiikan aloille

- monialainen lähestymistapa sosiaalisen osallisuuden politiikkaan keskittymällä tiettyihin kohderyhmiin, kuten köyhydessä eläviin lapsiin.

Suomen Lissabon-toimenpideohjelman tavoitteena olivatkin rakenteelliset uudistukset, joilla haluttiin vahvistaa kestävyyttä ja kasvua, tehostaa markkinoiden toimintaa sekä lisätä politiikan eri osa-alueiden vuorovaikutusta. Esimerkkejä näistä ovat eläkeuudistus, Paras-hanke, tuottavuusohjelma ja sosiaaliturvauudistus tavoitteinaan muun muassa työnteon kannattavuuden lisääminen ja kannustinloukkujen purkaminen. Lisäksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluinnovaatiohankkeella on tähdätty kansalaisten omatoimisuuden, osallistumisen ja toimintaedellytysten parantamiseen, ja terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa terveys on nähty sekä yksilön että Suomen menestyksen kilpailutekijänä. Palvelujen osalta tavoitteena on ollut kilpailuneutraaliteetin varmistaminen yritysten, julkisen sektorin ja kolmannen sektorin välisessä kilpailutilanteessa, samoin myönteisempi suhtautuminen yksityisen sektorin osallistumiseen julkisten palvelujen tuotannossa. (Valtiovarainministeriö 2007.) Suomalaisessa palvelurakenteiden uudistamisessa onkin osaltaan ollut kyse myös niiden muokkaamisesta paremmin EU-normistoon sopivaksi.

Suomen ensimmäisessä kansallisessa Lissabon-toimenpideohjelmassa (2005–2008) korostettiin juuri tarvetta *merkittäviin uudistuksiin palvelujen järjestämisessä* (Valtiovarainministeriö 2005, 32). Ohjelman mukaan julkista sektoria kehitetään mahdollisimman tehokkaaksi ja taloudelliseksi, ja tämä tehdään muun muassa jatkamalla liikelaitostamista, yhtiöittämistä ja palvelujen ostamista yksityiseltä ja kolmannelta sektorilta, uudistamalla palvelutuotannon rakenteita ja toimintatapoja sekä tehostamalla hankintatointia. Kun sosiaali- ja terveyspalveluja tuotetaan lisääntyvästi markkinapohjaisten palvelujen avulla – niin Suomessa kuin useimmissa muissakin EU-maissa – seurauksena on ollut hyvinvointivaltion liukuminen yhä enemmän EU:n sisämarkkinasääntelyn alaiseksi. Kyse on isosta periaatteellisesta linjanvedosta, sillä mitä enemmän sosiaali- ja terveyspolitiikassa turvaututaan markkinaperusteisiin ratkaisuihin, sitä pienemmäksi kansallisen tai paikallisen itsemääräämisoikeuden ala käytännössä kapenee.

”Sosiaaliturvan eurooppalaistuminen on fakta”

Vaikka Suomen liittyessä Euroopan unioniin korostettiin, ettei liittymisellä olisi juurikaan vaikutusta sosiaalipolitiikkaan, todettiin sosiaali- ja terveysministeriön tiedotteessa kymmenisen vuotta myöhemmin, että sosiaaliturvan eurooppalaistuminen on fakta, josta on keskusteltava (STM 2006). Unioni tavoitteleeekin yhä proaktiivisempaa roolia jäsenvaltioidensa muutosten vauhdittajana, ohjaajana ja tukijana. Komissio on korostanut unionin vahvuuden olevan juuri siinä, ”ettei se ole pelkästään arvoyhteisö, vaan myös toimiva yhteisö, jossa jäsenvaltiot yh-

distävät voimansa ja saavuttavat yhteisiä tuloksia”. Tämä yhteisvoima haluttaisiin nyt suunnata ”innovatiivisiin talous- ja sosiaalipoliittisiin ratkaisuihin”. Ja vaikka useimmat ratkaisut löytyvätkin yhä paikalliselta, alueelliselta tai kansalliselta tasolta, EU voi komission mielestä olla uudistamisessa avuksi monin eri tavoin. Tällaisia eurooppalaisia mekanismeja ovat esimerkiksi seuraavat (KOM(2007)726.):

- avoin koordinaatio (uudistusten tavoitteet, aikataulut, raportointimekanismit, indikaattorit, parhaat käytännöt);
- ”yhteisiin periaatteisiin perustuva lähestymistapa” (esimerkiksi työelämän joustoturvan yhteiset periaatteet);
- EU-lainsäädäntö, jolla halutaan varmistaa kansallisten sääntöjen parempi yhteensopivuus samoin kuin globaalien sääntöjen muovaaminen ja yhteensovittaminen;
- kokemusten jakaminen: EU:n tavoitteiden edistymisen seuraaminen, arvioiminen ja vertaileminen jäsenmaissa, sosiaalisten innovaatioiden testaaminen, investointien sosiaalisen tuoton arvioiminen ja parhaiden käytäntöjen levittäminen;
- EU:n koheesipolitiikka ja rakennerahastot yhdistettyinä unionin kasvu- ja työllisyystavoitteisiin, Euroopan sosiaalirahasto ja globalisaatorahasto;
- tietoisuuden ja tietopohjan parantaminen: ”EU:lla on tärkeä tehtävä keskeisten kysymysten esiin nostamisessa, keskustelun virittämisessä ja poliittisesti suopean ilmapiirin luomisessa”; ”vertailukelpoisen tiedon keruu on välttämätöntä ja haastavaa”.

Eurooppalaisen sosiaalipolitiikan kehittämisessä on kyse ”sosiaalisista investoinneista, joita on perusteltava käyttämällä parhaita käytettävissä olevia arvioita siitä, mikä on niistä saatava sosiaalinen ja taloudellinen tuotto kestävän kehityksen näkökulmasta”. Esimerkiksi investoinnit varhaislapsuuteen, koulutukseen tai ehkäisevään terveydenhuoltoon mainitaan erittäin tuottoisina, ”sillä ne maksavat itsensä takaisin myöhemmin yksilön elinkaaren aikana tai seuraavassa sukupolvessa sekä korkeampana työllisyytenä ja tuottavuutena että vähentämällä niitä valtavia kustannuksia, joita hyvinvointiyhteiskunnan murenemisestä aiheutuisi eurooppalaisille yhteiskunnille”. (KOM(2007)726, 9-10.)

Vaikka eurooppalainen ja suomalainen sosiaalipolitiikka eivät ole missään vaiheessa ajautuneet törmäyskurssille, ei eurooppalaisen uudistusajattelun sovittaminen suomalaiseen todellisuuteen ole suinkaan aina ollut – eikä tule olemaan – ongelmatonta. Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta totesikin lausunnossaan valtioneuvoston selonteosta EU-politiikasta (10/2009 vp) suorasanaisesti, että unionin jäsenyysvuodet ovat Suomessa olleet tuloerojen kasvun ja eriarvoistumisen aikaa, eivätkä Suomen EU-politiikan linjaukset ole olleet vaivatta yhteen sovitettavissa julkilausutun tasa-arvotavoitteen kanssa.

Uusi eurooppalainen työllisyys- ja kasvustrategia tarjoaa nyt suomalaisellekin sosiaalipolitiikalle taas hieman uudenlaiset kehykset, samoin kuin poikkeukselli-

sen vaikea taloustilanne useimmissa EU-maissa. Vuonna 2020 elämmekin varmasti jo uudenlaisen sosiaalipolitiikan aikaa. Komission puheenjohtajan José Manuel Barroson sanoin: ”Eurooppa on saatava takaisin raiteilleen. Ja raiteilla on pysyttävä. Siihen Eurooppa 2020 -strategialla pyritään. On kyse työpaikkojen lisäämisestä ja paremmasta elämästä [– –] Meillä on uudet työkalut ja uusi tavoitetaso. Nyt meidän on ryhdyttävä töihin”.

Viite

- 1) Indikaattorin kysymyspatterin yhdeksän puutetta ovat seuraavat: ei varaa 1) puhelimeen, 2) pesukoneeseen, 3) autoon, 4) väritelevisioon, 5) viikon lomaan kodin ulkopuolella, 6) päivittäiseen proteiinipi-
toiseen ateriaan, 7) pitää kotia lämpimänä, 8) ei selviä yllättävistä isohkoista laskuista ilman apua ja 9) on osamaksujen, lainojen, vuokran tai asumiskustannusten maksuhäiriöitä.

Lähteet

- Barroso, Jose Manuel (2008) A social Europe fit for globalisation. Puhe Euroopan komission konferenssissa Brysselissä 16.4.2008.
- Euroopan unionin neuvosto: neuvoston päätös jäsenvaltioiden työllisyyspolitiikan suuntaviivoista 143 38/10, 12.10.2010.
- Eurooppa-neuvostot 25.–26.3.2010 a 17.6.2010. Päätelmät.
- KOM(2010)2020: Komission tiedonanto. Eurooppa 2020 – Älykkään, kestävän ja osallistavan kasvun strategia.
- KOM(2010)193: Ehdotus: neuvoston päätös jäsenvaltioiden työllisyyspolitiikan suuntaviivoista.
- KOM(2007)726: Komission tiedonanto. Mahdollisuudet, väylät ja yhteisvastuu: 2000-luvun Euroopan uusi sosiaalinen visio.
- Palola, Elina (2010) Sosiaalipolitiikka Lissabonin strategiassa. Teoksessa Hänninen, Sakari & Palola, Elina & Kaivonurmi, Mari (toim.) Mikä meitä jakaa? Sosiaalipolitiikkaa kilpailuvaltiossa. Helsinki: THL, 27–52.
- STM (2006) Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 9.11.2006. Sosiaaliturvan eurooppalaistuminen on fakta.
- Valtiovarainministeriö (2005) Lissabonin strategia kasvun ja työllisyyden parantamiseksi. Suomen kansallinen toimenpideohjelma 2005–2008.
- Valtiovarainministeriö (2007) Lissabonin strategia kasvun ja työllisyyden parantamiseksi. Suomen kansallisen toimenpideohjelman 2005–2008 väliarvio. Taloudelliset ja talouspoliittiset katsaukset 3a.

YHTEENVETO

Hyvinvointipolitiikka 2010-luvulla

Suomalaisten hyvinvointi lisääntynyt mutta eriarvoisuus jatkanut kasvuaan

Tämän kirjan tavoitteena on ollut tuottaa mahdollisimman ajankohtaista tietoa suomalaisten hyvinvoinnista ja hyvinvointieroista, sosiaali- ja terveystalouden käytöstä sekä palvelujen tarpeesta. Kirja jatkaa vuodesta 2002 määrävuosin toteutettujen Suomalaisten hyvinvointi - tutkimusten sarjaa, ja mahdollistaa siten myös vertailun aiempien poikkileikkausaineistojen tuloksiin.

Keskeinen tulos on, että suomalaisten terveys ja hyvinvointi ovat jatkaneet myönteistä kehitystään, mutta samalla sosioekonomiseen asemaan liittyvä eriarvoisuus terveydessä ja hyvinvoinnissa on lisääntynyt. Tämä eriarvoisuus heijastuu myös terveystalouden käytössä ja vanhusten hoivapalveluissa koettuina puutteina. Valtaosa väestöstä haluaisi kehittää sosiaaliturvaa ja palveluja niin, että niiden taso olisi riittävä takaamaan kohtuullisen toimeentulon ja riittävät palvelut. Enemmistö kannattaa julkista vastuuta ja sen täydentämistä kumppanuudella yksityisen sektorin kanssa, ja on valmis korottamaan veroja sosiaaliturvan ja palvelujen turvaamiseksi.

Yksityiskohtaisempi tulosten tarkastelu osoittaa ensinnäkin sen, että vaikka Suomen sosiaali- ja terveystaloudella julkisuudessa usein moititaan, on väestö nii-

den toimintaan ja laatuun melko tyytyväisiä. Poikkeuksen tähän muodostaa koko 2000-luvun heikentynyt luottamus julkiseen kotipalveluun. Luottamuksen puute liittyy suuresti, joskaan ei ainoastaan, iäkkäiden kokeman palvelutarpeen kasvuun. Näyttää siltä, että 1990-luvun lamasta alkanut kotiin annettavan avun väheneminen suhteessa tarpeeseen jatkuu edelleen, ja tyytymättömyys saadun avun määrään jatkaa kasvuaan (vrt. Vaarama 2009). Iäkkäiden kotona asuvien pääasiallisia auttajia ovat omaiset ja läheiset, ja julkisen kotiaavun osuus jää viidesosaan avun tarvisijoista. Ongelmaksi nähdään, että iäkkäille tarkoitettut sosiaali- ja terveyspalvelut määrittyvät pääasiassa iän ja ikäryhmien keskimääräisten tarpeiden perusteella, vaikkei avun tarve välttämättä seuraa ikää. Tulokset omaishoidon merkityksestä eivät anna tukea väitteelle, että läheisistä välittäminen olisi hävinnyt palvelujärjestelmän kehittymisen myötä. Omais- ja läheisavun merkitys on niin inhimillisesti kuin taloudellisesti niin merkittävä, että voidaan kysyä olemmeko palaamassa tai jo palanneet omaishoitoyhteiskuntaan, ja onko tämä se suunta, mihin ikääntyvä Suomea halutaan kuljettaa.

On hälyttävä tulos, että tuloerot ja suhteellinen köyhyys ovat jatkuvasti kasvaneet kuluneen viidentoista vuoden aikana. Korkealla pysyvä työttömyys on tämän kehityksen tärkein selittäjä, ja toinen on 1990-luvun laman jälkeen toteutettu perus- ja vähimmäisturvan jäädyttäminen. Vaikka etuuskien tasoa on sittemmin nostettu, se on silti jäänyt jälkeen noin 20–30 prosenttia yleisestä ansiokohityksestä. Tämän politiikan seurauksena köyhyys on kasvanut etenkin työttömien ja vähimmäisturvan varassa olevien keskuudessa, ja toimeentulo-ongelmat ja kuluksista tinkiminen ovat pysyneet korkealla tasolla. Lapsiperheillä työmarkkina-asema, koulutus, lapsiluku ja lasten ikä ovat yhteydessä toimeentulo-ongelmiin: suurin toimeentulo-ongelmien riski on työmarkkinoiden ulkopuolella olevilla. Huolestuttavaa on alle kouluikäisten lasten perheiden toimeentulo-ongelmien yleistyminen 2000-luvulla. Lapsiköyhyys onkin lisääntynyt voimakkaasti, ja siinä suhteessa on palattu 1970-luvun tasolle. Tämä ei ole sosiaalisesti kestävää hyvinvointipolitiikkaa, joten lapsiperheiden tuen parantamiselle on selkeä tarve.

Tässä tutkimuksessa käytettiin ensi kertaa koko väestön tasolla WHO:n lyhyttä elämänlaadun mittaria niin, että tarkasteltiin sosioekonomisten tekijöiden yhteyttä koettuun elämänlaatuun ja sen ulottuvuuksiin. Tulosten mukaan koettu elämänlaatu vaihtelee elämäkulun ja elämäntilanteiden mukaan. Vaikka suomalaisten elämänlaatu on yleisesti ottaen korkea aina myöhäiseen ikään saakka, on elämänlaatu terveyden ja toimintakyvyn tapaan sosiaalisesti valikoitunutta. Suurimmat heikon elämänlaadun riskitekijät ovat työttömyys, työkyvyttömyyseläkkeellä olo, toimeentulotuen asiakkuus ja alhainen koulutus. Heikon elämänlaadun riskiryhminä nousivat esiin erityisesti nuoret työttömät ja 80 vuotta täyttäneet huonokuntoiset vanhuksat. Sen sijaan alueelliset erot koetussa hyvinvoinnissa ovat pienempiä kuin tilastollisten ja hallinnollisten indikaattoreiden antama kuva antaa ymmärtää, eivätkä ne näytä kasvaneen 2000-luvulla, mikä sekin poikkeaa aluetilastojen tuloksista.

Vanhusten ohella työttömät ja toimeentulotukea saavat kokivat elämänsä laadun heikoimmaksi. Huono-osaisuus siis kasaantuu, ja erityisesti näin tapahtuu pitkään työttömänä olleilla. Työttömien ja työssäkäyvien hyvinvointierot ovatkin suurimmat taloudellisissa voimavaroissa, terveydessä ja terveyspalvelujen käytössä. Terveysongelmat määrittivät työkyvyttömiä ja pitkäaikaissairaiden huono-osaisuuden kasautumista miltei yhtä yleisesti kuin pitkäaikaistyöttömillä. Köyhyys, huono terveys ja työttömyys nivoutuvat siis monin tavoin yhteen, ja näin tehdessään jättävät yksittäisiä ihmisiä ja jopa kokonaisia perheitä osattomaksi siitä hyvinvoinnista, johon suomalaiset tyypillisesti ovat tottuneet. Eriarvoisuuden kärjistyminen heikentää yhteiskunnan eheyttä ja yhteisvastuuta. Tällaista kehitystä ei voi pitää edistyksenä maassa, jossa yhteiskuntapolitiikan julkilausuttuna tavoitteena on pitää kiinni pohjoismaisen hyvinvointimallin periaatteista ja luotsata hyvinvointiyhteiskunta myös tulevaisuuteen taloudellisesti ja sosiaalisesti kestäväällä tavalla.

Sosiaaliturvan kannustinloukkujen pienentäminen on ollut yksi sosiaalipolitiikan tavoitteista. Ne ovatkin pienentyneet, mutta ei niinkään tavoitteellisen rakenteellisen kehittämistyön seurauksena kuin siitä syystä, että sosiaaliturvan taso on jäänyt jälkeen ansiokehityksestä. Ongelmaksi ovat nyt nousseet pikemminkin byrokraloukut lyhyiden töiden vastaanottamisessa. Sosiaalinen luottamus on myös vähäistä monilla työttömillä, mikä voi johtaa siihen, että kannustimien vaikutukset kääntyvät vastakkaisiksi alkuperäisille tavoitteilleen. Tämä tulos viittaa tarpeeseen parantaa pienten tulojen ja sosiaaliturvan yhteensovittamista niin, että saataisiin aikaan mahdollisimman joustava ja työntekoon kannustava järjestelmä.

Kaikkiaan tuloksista voidaan todeta, että suomalaisten hyvinvoinnin ytimen muodostavat hyvä terveys ja turvattu toimeentulo. Ongelmat jommassakummasa näkyvät usein välittömästi hyvinvoinnissa, olivat terveyden tai toimeentulon ongelmien syyt sitten sairaudessa, työttömyydessä tai toimintakyvyn laskussa. Terveys ja toimeentulo vaihtelevat niin sosioekonomisen aseman, asuinalueen kuin elämänvaiheen mukaan. Näin ollen myös hyvinvoinnissa erot vaihtelevat edellä lueteltujen tekijöiden mukaan.

Näiden hyvinvointierojen kaventaminen vaatii yhteistä ymmärrystä siitä, mitä hyvinvoinnilla tarkoitetaan. Kirjan johdannossa hyvinvoinnin osatekijät jaettiin kolmeen ulottuvuuteen: terveyteen, materiaaliseen hyvinvointiin ja koettuun hyvinvointiin. Materiaalisella hyvinvoinnilla tarkoitetaan toimeentuloa ja elinoja, koetulla hyvinvoinnilla tyytyväisyyttä elämäänsä ja onnellisuutta. Yhä useammin koettua hyvinvointia mitataan elämänlaadulla, jota kehystävät terveys ja materiaallinen hyvinvointi, samoin kuin yksilön odotukset hyvästä elämästä, ihmissuhteet, omanarvontunto ja mielekäs tekeminen. Koettu elämänlaatu tai hyvinvointi on monella tapaa erilainen hyvinvoinnin mittari kuin ovat materiaallinen hyvinvointi ja terveys. On totuttu ajattelemaan, että myös yhteiskunnan keinot ja mahdollisuudet vaikuttaa siihen ovat toisenlaisia ja odotettavissa olevat vaikutukset todennäköisesti välittyneempiä. Tämä tutkimus kuitenkin antaa viitteitä siitä, että

yhteiskunta voi tukea väestön hyvää elämänlaatua luomalla elämiselle puitteet, jotka mahdollistavat hyvän ja ihmisarvoisen elämän (vrt. Ruut Veenhoven 2000: ”liveability of living environment”).

Tämän kirjan vahvuus on suomalaisten hyvinvoinnin tarkastelu kokonaisuutena, jolloin terveyttä, materiaalista hyvinvointia ja elämänlaatua voidaan eritellä rinnan ja vuorovaikutuksessa toisiinsa. Koetun hyvinvoinnin mittaamiseksi Hyvinvointi- ja palvelut (HYPA) -kyselyyn on sisällytetty elämänlaatua mittaava kysymyspatteri (WHOQOL-Bref), jonka avulla voitiin tarkastella yhtä aikaa koko väestöä ja peilata eri ikäryhmien koetun hyvinvoinnin ulottuvuuksia toisiinsa. Kirjan tuoreimmat havainnot liittyvät tämän mittarin antamiin tuloksiin elämäntilanteen ja elämänvaiheen merkityksestä koetussa elämänlaadussa. Yksi keskeisimmistä ja kiinnostavimmista tuloksista koskee sitä, miten keskeisessä asemassa työ on työikäisten elämänlaadussa, sillä niin työttömyys, työkyvyttömyys kuin toimeentulotuen asiakkuuskin heikensivät sitä. Esiin nousi erityisesti kaksi väestöryhmää, joiden riski heikkoon elämänlaatuun on muita suurempi: 18–24-vuotiaat heikosti koulutetut ja työttömät nuoret, sekä 80 vuotta täyttäneet huonokuntoiset vanhuksat. Tulos viittaa ensinnäkin siihen, että työn arvostus on suomalaisten keskuudessa edelleen vahva. Toiseksi se kertoo miten tärkeää on panostaa väestön hyvään koulutustasoon. Kolmas johtopäätös on, että nuorten työelämään kiinnipääsyä pitää helpottaa kaikin keinoin, ja tämä tulisi nostaa työurien pidentämiskeskustelussakin nykyistä perusteellisempaan keskusteluun. Vanhusten osalta tutkimuksessa todettiin, että heidän elämänlaatuun voidaan kohentaa myös heidän tarpeitaan vastaavan julkisen kotipalvelun avulla.

Kaikkiaan kirjan tulokset koetusta hyvinvoinnista ja siihen vaikuttavista tekijöistä antavat uutta ja arvokasta tietoa hyvinvointierojen kasvusta. Esimerkiksi suhteellisen köyhyyden kasvu ilmenee myös elämänlaadun heikentymisenä. Tuloksista havaitaan myös se, että toimentulo, elinolot, terveys ja asuinympäristö kehystävät hyvinvoinnin ja elämänlaadun kokemusta. Turvattu toimeentulo ja terveys ovat laadukkaan elämän välttämätön ehto. Hyvinvointia rakentaa kuitenkin vahvasti myös psyykkisen hyvinvoinnin, sosiaalisten suhteiden ja osallisuuden muodostama kokonaisuus.

Kansantuotteesta hyvinvointiin

Kirjan tulokset yhtäältä haastavat, toisaalta alleviivaavat sitä kasvavaa kritiikkiä, jota pelkkien talouden mittareiden kuten kansantuotteen käyttäminen väestön hyvinvoinnin mittarina on saanut osakseen (ks. Stiglitz ym. 2008). Kritiikki perustuu siihen tosiasiaan, että taloudellista toimeliaisuutta kuvaava bruttokansantuote kuvaa huonosti väestön hyvinvointia. Kansantuote ei ota huomioon väestön terveyttä, luonnon saastumista tai tuloeroja, saati väestön omaa kokemusta siitä, mikä heille on tärkeää. Lisäksi valtaosa koti- ja hoivatyöstä jää kansantuotteen

ulkopuolelle. Yhteiskuntien kehittäminen yksinomaan kansantuotteen kasvattamisen näkökulmasta näyttäytyä tätä taustaa vasten huonolta ja kestäättömältä. Yhteiskunnallisen päätöksenteon ohjenuoraksi tulisi asettaa mittareita, jotka kuvaavat paremmin väestön hyvinvointia, sen edellytyksiä ja jakautumista sekä kestävää kehitystä.

Edellisessä Suomalaisten hyvinvointi -kirjassa (Moisio ym. 2008) todettiin Anthony Giddensin (2006) mukaillen, että perinteinen sosiaalipolitiikan eetos nojaa puutteen, kurjuuden ja tietämättömyyden poistamiseen. Giddensin mukaan tämä eetos on vanhentunut, ja uuden yhteiskuntapolitiikan on pyrittävä vastaamaan uusiin ”niukkuuden jälkeisen” (post-scarcity) ajan haasteisiin. Uusia haasteita yhteiskuntapolitiikalle asettavat tuotantorakenteen murros kohti tietotyötä ja palveluja, individualisoituminen ja elämäntyylien moninaistuminen, monikulttuurisuus ja maahanmuutto sekä väestönrakenteen muutos. Niukkuuden jälkeisen yhteiskuntapolitiikan päätavoitteeksi vauraissa hyvinvointivaltioissa Giddens määrittelee Wilkinsonin ja Picketin tapaan (2009) sosiaalisen oikeudenmukaisuuden toteutumisen.

Myös sosiaalisen laadun käsite korostaa sosiaalista oikeudenmukaisuutta yhteiskuntien kehittämisessä. Tämä alun perin Wolfgang Beckin, Laurent van der Maesenin ja Alan Walkerin (1997, ks. myös Walker & van der Maesen 2003) kehittämä käsite on läheinen sosiaalisen kestävyuden käsitteelle, ja on yksi vaihtoehtoinen tapa arvioida yhteiskuntien sosiaalista ja taloudellista edistystä. Yhteiskunnan mahdollisimman korkean sosiaalisen laadun tavoittaminen edellyttää kaikkien osalta riittävää sosiaaliturvaa ja suojaa köyhyydeltä ja muulta materiaaliselta deprivatiolta, kansalaisten osallisuutta yhteiskunnan keskeisiin toimintoihin kuten työmarkkinoille ja palveluihin, kansalaisten autonomisuutta ja valtaistamista niillä tiedoilla ja osaamisella, joita yhteiskuntien sosiaaliseen ja taloudelliseen muutokseen osallistuminen edellyttää, sekä sosiaalisen eheyden vaalimisesta. Jaeyeol Yee ja Dukjin Chang (2009) ovat kokeilleet sosiaalista laatua sosiaalisen kehityksen mittarina analysoiden OECD-maita. Heidän tulostensa mukaan pohjoismaat sijoittuvat sosiaalisen kehityksen kärkeen. Tämän tutkimuksen köyhyyttä, työttömyyttä, palveluissa koettuja puutteita ja hyvinvointieroja kuvaavat tulokset kertovat kuitenkin omaa kieltään niistä haasteista, jotka suomalaisen yhteiskunnan on selätettävä ennen kuin voidaan puhua sosiaalisesti kestävästä kehityksestä.

Tietoyhteiskunnan hyvinvointipolitiikka

On ilmeistä, että julkisen vallan mahdollisuudet ja keinot vaikuttaa koettuun hyvinvointiin ovat toisenlaiset kuin materiaalisessa hyvinvoinnissa ja terveydessä. Yhteiskunta voi tarjota laadukkaat terveys- ja hoivapalvelut sekä luoda edellytyksiä sille, että kaikilla olisi mahdollisuus terveellisiin elinympäristöön ja elintapoihin. Sairauden, vanhemmuuden, työttömyyden tai vanhuuden seurauksena yksi-

lön itsenäinen toimeentulo voi vaikeutua, jolloin julkinen valta pyrkii takaamaan toimeentulon ja elintason säilymisen tulonsiirtojen avulla. Vaikka suomalaisessa terveydenhuollossa ja toimeentuloturvassa on monia aukkoja ja puutteita, yleisesti ottaen julkinen valta pystyy takaamaan väestön tarvitsemat peruspalvelut ja toimeentulon turvan. Tämä kirja osoittaa, että suomalaiset myös arvostavat peruspalvelut korkealle. Ilman hyvinvointipalveluja ja toimeentuloturvaa suomalaisten suuren enemmistön subjektiivinen hyvinvointi romahtaisi. Mutta miten subjektiivista hyvinvointia voidaan lisätä julkisen vallan keinoin, kun hyvinvointipalvelut ja toimeentuloturva ovat nostaneet periaatteessa kaikkien elintason tasolle, jossa materiaallinen puute ei ole subjektiivisen hyvinvoinnin ensisijainen este (ks. Johdanto s. 13)? Kun terveys ja työllisyys ovat hyvällä tolalla ja toimeentulo turvattu, koettu hyvinvointi edistyy paremmin kiinnittämällä huomiota sosiaalisen laadun muihin ulottuvuuksiin, kuten osallisuuteen, sosiaaliseen luottamukseen, vastavuoroisuuteen ja yhteisön kiinteeseen.

Richard Wilkinson ja Kate Pickett (2009) ovat esittäneet paljon julkisuutta saaneessa kirjassaan ”Spirit Level”, että vauriissa teollisuusmaissa hyvinvointia tulee ja voidaan lisätä juuri eriarvoisuutta vähentämällä. Lukuisten tilastotietojen valossa he pyrkivät osoittamaan, että suuret tuloerot aiheuttavat terveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia, sekä heikentävät väestön kokemaa hyvinvointia. He myös väittävät, että pohjoismaiden kaltaiset pienten tuloerojen maat ovat myös taloudellisesti kilpailu- ja muuntautumiskykyisempiä juuri pienten tuloerojensa ansiosta. Suuret tuloerot heikentävät sosiaalista luottamusta ja ylisukupolvista sosiaalista liikkuvuutta, mikä jäykistää yhteiskuntaa, heikentää talouden dynamiikkaa ja tuhlaa lahjakkuuksia. Kirjassa esitetyt suoraviivaiset tulokset ovat saaneet osakseen myös kritiikkiä, mutta kirjan pääväite on saanut tukea monissa muissakin tutkimuksissa: yhteiskunnan tasa-arvoisuus on väestön hyvinvoinnin lisäksi myös taloudellista kilpailukykyä lisäävä tekijä nykyisessä nopeasti muuttuvassa globaalissa taloudessa (ks. Andersen ym. 2007).

Wilkinsonin ja Pickettin kirjan argumentit eivät ole uusia. Nykyistä yhteiskunnallista kehitystä on kritisoitu paljon, nojaahan se jatkuvaan talouskasvuun ja oman edun tavoitteluun luonnon ja yhteisöllisyyden kustannuksella (mm. Sennett 2003; James 2007; Bardy & Parrukoski 2010). Wilkinsonin (1996) esitti väitteensä alun perin jo toistakymmentä vuotta sitten, mutta tuolloin keskustelu rajautui terveyserotutkimukseen saamatta laajempaa kaukupohjaa. Talouskasvuun ja statuskilpailuun nojaava länsimainen elämänmuoto on näissä puheenvuoroissa esitetty kehityksenä, joka on vaarantanut niin luonnon kuin ihmisten kestokyvyn. Maltillisimmissa puheenvuoroissa on kyseenalaistettu jatkuvan talouskasvun tavoittelu, koska talouskasvu ei enää lisää ihmisten hyvinvointia vauriissa länsimaissa. Kriitikoiden mukaan yhteiskuntien menestystä ja kehitystä tulisikin mitata kansantuotteen sijaan mittareilla, jotka ottavat huomioon myös väestön hyvinvoinnin ja luonnon.

On jossain mielessä paradoksaalista, että jatkuvan talouskasvun vaade on osaltaan myötäsyntyinen hyvinvointivaltioiden synnyn kanssa. Hyvinvointivaltioiden antamien eläke- ja hoivalupauksien rahoittaminen tulevaisuudessa perustuu oletukselle jatkuvasta talouskasvusta. Näin ollen hyvinvointimallimme taloudellinen kestävyys perustuu hyvin pitkälle talouskasvun varaan (esim. Bardy & Parrukoski 2010). Talouskasvulla on myös hyvin suuri merkitys koko talouden toiminnan kannalta, sillä suuri osa investoinneista nojaa talouskasvun tuottamiin resursseihin. Valtaosa talouskasvusta perustuu teknologisiin innovaatioihin, joiden ansiosta esimerkiksi viimeisten vuosikymmenien aikana kansantuote on moninkertaistunut samalla kun keskimääräinen työaika on lyhentynyt. Teknologian kehitys on nostanut elintason niin korkealle, että nykyisellä tuotantotavalla sen ylläpito vaarantaa luonnon kestokyvyn. Toisaalta teknologian kehitys on mahdollistamassa sen, että elintaso voidaan saavuttaa myös kestäväällä tavalla. Tuotannosta yhä kasvava osuus on aineettomia hyödykkeitä ja palveluja, jotka eivät välttämättä kuluta luonnonvaroja samassa määrin kuin perinteinen teollisuus (mm. Leadbeater 2000). Olemme todennäköisesti saaneet vasta esimakua siitä, miten sähköisten tietoverkkojen varaan rakentuva talous muuttaa koko yhteiskuntaa.

On perusteltua väittää, että länsimaat ovat samanlaisen muutoksen kynnyksellä kuin mikä tapahtui maatalousyhteiskuntien muuttuessa teollisuusyhteiskunniksi. Suurta erimielisyyttä vallitsee siitä, millainen tämä teollisuusyhteiskunnan jälkeinen tietoyhteiskunta on. Puhutaan esimerkiksi hiilen (*post-carbon*) tai niukkuuden (*post-scarcity*) jälkeisestä yhteiskunnasta. Sosiaaliturvavaltio syntyi ratkaisuna ongelmiin, jotka syntyivät teollistumisen repiessä vanhoja maatalousyhteiskunnan suojaverkkoja. Ilman modernia sosiaaliturvaa teollisuustuotantoon tarvittua vapaasti liikkuvaa työvoimaa ja yhteiskuntarauhaa ei olisi voitu saavuttaa. Tietoon ja tietoverkkoihin perustuva uusi talous ja uudenlainen ihmisten ja talouden kansainvälistyminen purkavat puolestaan nyt teollisuusyhteiskunnan suojaverkkoja. Tietoyhteiskuntaan siirtyminen voidaan nähdä sekä uhkana että mahdollisuutena hyvinvointimallillemme. Tietoyhteiskunta synnyttää uudenlaisia syrjäytymisen ja huono-osaisuuden muotoja, samalla kun vanhat teollisuusyhteiskunnan sosiaaliset ongelmat säilyvät uusien ongelmien rinnalla. Toisaalta tietoyhteiskunta antaa mahdollisuuden pitää kiinni annetuista hyvinvointilupauksista, mikäli talouskasvu perustuu luontoa säästäviin ratkaisuihin. Tietoyhteiskuntaan siirtyminen mahdollistaa ja edellyttää uudenlaisen talouden ja yhteiskunnan, joka perustuu sosiaaliseen luottamukseen sekä sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävään kehitykseen.

Euroopan unionin niin sanottua sosiaalista ohjelmaa on leimannut korostus, jossa työtä on pidetty kaiken hyvinvoinnin ja sosiaaliturvan perustana (Lissabonin strategia ja sen päivitys Europe 2020 -strategia). Tiettyyn pisteeseen edelleen pätee se, että työ on parasta sosiaaliturvaa. Samalla on kuitenkin vahvistuneet kriittiset äänenpainot, joissa on tuotu esiin työkeskeisen hyvinvointikäsitteen ongelmia. Eurooppalaisissa yhteiskunnissa on suuri joukko ihmisiä, jotka ovat pysyvästi työ-

elämän ulkopuolella. Abstrakti puhe työstä ja työntekijöistä peittää helposti väestön moninaisuuden, joka perustuu kykyihin ja kvalifikaatioihin, sukupuoleen, etniseen ryhmään taikka maassaoleskelustatukseen. Myös monet elämänvaiheet ja -muutokset johtavat työelämän ulkopuolelle, kuten työkyvyttömyys tai eläköityminen. Kritiikki tiivistyy havaintoon, jonka mukaan työllisyyden edistäminen edellyttää työelämän ulkopuolisen ”maailman” kehittämistä. Työntekijät tarvitsevat kohtuuhintaisia asuntoja, laadukkaita ja helposti saatavia palveluja, kuten päiväkotia ja kouluja, sekä toimivan liikenneinfrastruktuurin. Eräänlaisena hyvinvointiparadoksina voi pitää sitä, että tämän ”työelämän ulkopuolisen” sfäärin kehittäminen luo tehokkaasti työpaikkoja varsinkin palvelusektorille. Tälle areenalle panostaminen johtanee myös elämänlaadun paranemiseen.

Suomalaista yhteiskunnallista keskustelua on 1990-luvun lamasta lähtien leimannut korostuneesti taloudellinen argumentointi ja huoli kansantalouden kestävyydestä väestön ikääntyessä. Huoli on aiheellinen, sillä vuonna 2009 sosiaali- ja terveystalouden muodostivat yli puolet julkisista menoista, ja niihin kohdistuu suuria kasvupaineita väestörakenteen muuttuessa. Erilaisten menoennusteiden herkkyyksianalyysi kuitenkin osoittaa, että poliittisesti on valittavissa monia keinoja sosiaalimenojen kasvun pitämiseksi kohtuullisena tulevaisuudessa (myös Myhrman ym. 2009). Tässä kirjassa esitetyt suomalaisten mielipiteet antavat vahvan tuen sille, että hyvinvointivaltion rahoitusperusta tulee turvata, sillä hyvinvointivaltion kannatus on kansalaisten parissa edelleen erittäin suuri. Enemmistö katsoi, että sosiaaliturvan tasoa ei pitäisi leikata, ja sosiaaliturvan tasoa liian matalana pitävien osuus on kasvanut. Selkeä kannatus on myös sosiaali- ja terveyspalveluiden kustantamiselle verovaroin sekä niiden julkiselle tuottamisvastuulle. Myös yksityisen sektorin täydentävää roolia pidettiin tärkeänä. Enemmistö oli myös valmis verojen korottamiseen riittävän sosiaaliturvan ylläpitämiseksi.

Voidaan siis sanoa, että hyvinvointivaltion legitimitetiperusta on edelleen vahva, ja siksi tulokset ovat voimakas signaali pohjoismaisen hyvinvointimallin säilyttämisen puolesta. Toisaalta kirjan tulokset viittaavat myös siihen, että hyvinvointimallimme on uudistamisen tarpeessa, ja että joudutaan hakemaan uusia toimintatapoja, jotta eriarvoisuuden kasvu saadaan taitettua ja päästään sosiaalisesti kestävään hyvinvoinnin kehitykseen. Vaikka näyttääkin selvältä, että ihmisten elämää rakentavien perinteisten sosiaalisten riskien merkitys on nyky-yhteiskunnassa aiempaa pienempi, ja väestön kokemuksia määrittävät jossain määrin uudenlaiset riskit, on siis edelleen syytä kiinnittää huomiota yhteiskuntia kokonaisuudessaan koossa pitäviin ja niitä koetteleviin tekijöihin. Tarvitaan yhteiskuntapolitiikkaa, jonka avulla määrätietoisesti vähennetään suomalaisten eriarvioistumista ja hyvinvoinnin jakautumisen epäoikeudenmukaisuutta.

Lähteet

- Andersen, Torben M. & Holmström, Bengt & Honkapohja, Seppo & Korkman, Sixten & Söderström Hans Tson & Vartiainen, Juhana (2009) *The Nordic Model. Embracing globalization and sharing risks.* Elinkeinoelämän Tutkimuslaitos, B 232. Helsinki.
- Bardy, Marjatta & Parrukoski, Sanna (toim.) (2010) *Hyvinvointi ilmastonmuutoksen oloissa? Keskustelunavauksia tulevaisuusvaliokunnalle.* Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Beck, Wolfgang, van der Maesen, Laurent & Walker, Alan (toim.) (1997) *The Social Quality of Europe.* The Hague: Kluwer Law International.
- Giddens, Anthony (2006) *Debating the social model: Thoughts and suggestions, The Hampton Court Agenda: a Social Model for Europe (95–152).* London: Policy Network.
- James, Oliver (2007) *Affluenza: How to Be Successful and Stay Sane.* Vermillion.
- Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari & Simpura, Jussi & Heikkilä, Matti (toim.) (2008) *Suomalaisten hyvinvointi 2008.* Helsinki: Stakes.
- Myhrman, Rolf & Alila, Antti & Siljander, Eero (2009) *Skenaarioita sosiaalimenoista – terveyden edistämisen vaikutukset ja analyysimallin esittely.* Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:7.
- Leadbeater, Charles (2000) *The Weightless Society: Living in the New Economy Bubble.* New York: Texere Publishing.
- Sennett, Richard (2003) *Respect: The Formation of Character in an Age of Inequality,* Penguin books.
- Stiglitz, Joseph E. & Sen, Amartya & Fitoussi Jean-Paul. (2008) *Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress.* www.stiglitz-sen-fitoussi.fr [1.9.2010]
- Veenhoven, Ruut (2000) *The four qualities of Life. Ordering concept and measures of the good life.* Journal of Happiness Studies, 1, 1–39.
- Yee, Jaeyeol & Chang, Dukjin (2009) *The 3rd OECD World Forum on “Statistics, Knowledge and Policy”. Charting Progress, Building Visions, Improving Life.* Busan, Korea. 27-30 October 2009.
- Vaarama, Marja (toim.) (2009) *Ikääntyminen riskinä ja mahdollisuutena. Poliittisen kestävyuden alaryhmän raportti. Raportteja 3/2009.* Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 118–146.
- Walker, Alan & van der Maesen, Laurent (2003) *Social Quality and Quality of Life.* Paper for ESPA-NET Conference, Copenhagen 13-15 November, 2003. www.socialquality.org.
- Wilkinson, Richard & Pickett, Kate (2009) *The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone.* Penguin books.
- Wilkinson, Richard G. (1996) *Unhealthy Societies. The Afflictions of Inequality.* London: Routledge.

Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -aineiston kuvaus

Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -kysely on THL:n osittain paneeli-muotoinen kyselytutkimus, jossa yhdistetään puhelin- ja käyntihaastatteluja, postikyselyjä ja rekisteriaineistoja. Tiedonkeruu toteutetaan noin joka kolmas vuosi ja syksyn 2009 tiedonkeruu oli lajissaan kolmas. Aikaisemmat tiedonkeruut toteutettiin syksyllä 2004 ja syksyllä 2006. HYPA-kyselyjen tavoitteena on tarjota ajan tasalla olevaa, luotettavaa ja kattavaa tutkimusaineistoa suomalaisten hyvinvoinnista ja hyvinvointipalveluiden käytöstä. Tarkempaa tietoa HYPA-kyselystä sekä aineistokuvaukset löytyvät hankkeen kotisivuilta: www.thl.fi/hypa.

HYPA-tutkimuksen rungon muodostavat puhelinhaastattelut, joista puolikas muodostaa aina paneelin edellisen aallon kanssa 50 prosentin rotaatiomenetelmällä. Haastattelutietoja täydennetään rekisteritiedoilla. Käytännössä kaikki taustamuuttujat, kuten sukupuoli, ikä, perherakenne, tulot ja niin edelleen, on yhdistetty rekistereistä. Näin on vapautettu tilaa haastattelulomakkeeseen sellaisia kysymyksiä varten, joita koskevia tietoja ei saada rekistereistä. Puhelinhaastattelujen kohderyhmä on 18–79-vuotiaat Manner-Suomen asukkaat. Ruotsinkielisiä vastaajia varten kyselylomakkeet on käännetty ruotsiksi. Otantamenetelmänä on systemaattinen satunnaisotanta Tilastokeskuksen väestötietokannasta. Jälkiosituksella lasketuilla painomuuttujilla korjataan sukupuolten, ikäryhmien ja alueiden välisiä eroja vastaushalukkuudessa.

Vuoden 2009 aallon puhelinhaastattelut toteutti 31.8.–4.12.2009 Tilastokeskuksen haastatteluorganisaatio. Otoksen koko oli 5 800, josta puolet oli uusia kohteita, puolet oli ollut mukana edellisessä vuoden 2006 aallossa. Puhelinhaastattelu kesti keskimäärin noin 21 minuuttia. Puhelinhaastatteluja saatiin 3 933 kappaletta, ja otoksen ylipeitto huomioon ottaen vastausosuudeksi (netto) saatiin 80 prosenttia. Bruttokadon yleisin syy oli se, ettei otoshenkilön puhelinnumeroa löydetty. Ensimmäistä kertaa mukana olleiden bruttokato oli huomattavasti suurempi kuin jo vuonna 2006 mukana olleiden. Tämä johtui pääasiassa siitä, että vuonna 2006 mukana olleille löydettiin puhelinnumero paljon paremmin kuin ensimmäistä kertaa mukana olleille. Haastattelijoiden apuna oli heille vuoden 2006 tiedonkeruun aikana löydetyt puhelinnumerot. Toiseksi yleisin kadon syy oli kieltäytyminen haastattelusta.

Puhelinhaastatelluilta kysyttiin myös lupa erillisen postikyselyn lähettämiseen. Haastatelluista 79 prosenttia (n=3 099) antoi luvan postikyselyn lähettämiseksi. Kirjekyselyn vastaukset saatiin lokakuun 2009 ja tammikuun 2010 välisenä aikana. Postikyselylomakkeita palautettiin 1 824 kappaletta, eli postikyselyn vastausosuus (netto) oli 47 prosenttia alkuperäisestä otoksesta. Rekisteritiedot taustamuuttujista yhdistettiin haastattelutietoihin aikaisempien aaltojen tapaan.

Vuoden 2009 aallon yhteydessä toteutettiin vuoden 2004 aallon kaltainen erillinen lisäotos ja tiedonkeruu erillisellä käyntihaastattelulomakkeella 80 vuotta täyttäneille. Otos käsitti Manner-Suomen suomen- ja ruotsinkieliset itsenäisesti asuvat henkilöt. Tilastokeskuksen haastatteluorganisaatio toteutti käyntihaastattelut 16.9.–4.12.2009. Käyntihaastattelujen keskimääräinen kesto oli noin 45 minuuttia. Otokoko oli 600 henkilöä ja onnistuneita haastatteluja saatiin 373. Otoksen ylipeitto on kohdehenkilöiden korkean iän vuoksi korkea, joten nettovastausosuus on 81 prosenttia. Yleisin syylokiutus ylipeitolle oli sairastuminen tai kuolema, toiseksi yleisin pysyvä laitoshoitoon joutuminen.

Lisätietoa HYPÄ-kyselystä löytyy hankkeen kotisivuilta www.thl.fi/hypa.