

MARJA VAARAMA • SAKARI KARVONEN • LAURA KESTILÄ •
PASI MOISIO • ANU MUURI (TOIM.)

SUOMALAISTEN HYVINVOINTI

2014

SUOMALAISTEN HYVINVOINTI

2014

TOIMITTANEET

MARJA VAARAMA, SAKARI KARVONEN,
LAURA KESTILÄ, PASI MOISIO & ANU MUURI

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Toimitus ja kielenhuolto: Maria Kuronen
Taitto ja kuvat: Seija Puro

Teema 22

ISBN 978-952-302-014-6 (painettu)
ISBN 978-952-302-015-3 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-015-3>

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy
Tampere 2014

Saatteeksi

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen perustehtäviä on tuottaa pätevää ja ajantasaista tietoa suomalaisten hyvinvoinnin tilasta, jakaumasta ja kehityksestä sekä harjoitetun hyvinvointipolitiikan toimivuudesta. Käsillä oleva Suomalaisten hyvinvointi -kirja on jo viides tutkimusraportti suomalaisten hyvinvoinnista ja hyvinvointipolitiikan kehityksestä. Ensimmäistä, vuonna 2002 julkaistua tutkimusta kehysti 1990-luvun lama ja sen siivittämät leikkaukset sosiaaliturvaan ja sosiaali- ja terveyspalveluihin, näiden sosiaaliset seuraukset ja huoli hyvinvointivaltion rakenteiden kestävydestä leikkausten jälkeen. Nyt kaksitoista vuotta myöhemmin tutkimusta kehystää yli viisi vuotta jatkunut taloustaantuma, kasvava työttömyys sekä jatkuvat vaatimukset hyvinvointivaltion leikkauksista ja rakenteellisesta uudistamisesta. Hyvinvointivaltion toimintaympäristö on siten ollut miltei koko menneet kaksitoista vuotta talouslaman sävyttämä.

Hyvinvointivaltion tila, tulevaisuus ja rajat ovatkin keskusteluttaneet niin päättäjiä, mediaa, tutkijoita kuin tavallista kansaa. Julkinen keskustelu on ollut taloudellisten argumenttien sävyttämää, ja ns. taloudellisesta kestävyysvajeesta on tullut politiikantekoa ohjaava tekijä. Hyvinvointivaltion etuuksia on leikattu tai jäädytetty, palvelujen piiriin pääsyä kiristetty ja julkisen sektorin työvoimaa on vähennetty. Samaan aikaan verotuksen keventäminen on ollut johdonmukainen osa Suomen hallitusten finanssipolitiikkaa. Tällainen politiikka johtaa vääjäämättä eriarvon kasvuun, ja eri tutkimusten mukaan yhteiskunnallinen eriarvoisuus, köyhyys ja syrjäytyminen ovat Suomessa lisääntyneet.

Suomalaisten hyvinvointi -tutkimusraportit tarjoavat ainutlaatuisen tietopohjan hyvinvointipolitiikan arviointiin ja kehittämiseen. Tämän raportin tulosten mukaan suomalaisten terveys on jatkanut kohentumistaan, väestön valtaosalla on hyvä elämänlaatu ja hyvinvointivaltion kannatuspohja on edelleen vankka. Hyvinvoinnin eriarvo on kuitenkin kasvanut, sosioekonomiset terveyserot ovat kansainvälisestäkin vertaillen hätkähdyttävän suuret, nuorten syrjäytymisen syihin ei ole pystytty puuttumaan ja ero rikkaiden ja köyhien välillä on kansalaistenkin mielestä jo liian suuri.

Tulokset nostavat esiin sosiaalisen kestävyuden kysymykset. Niistä tulisi olla yhtä huolissaan kuin taloudellisesta kestävydestä, jos mielittää vaalia yhteiskunnallista eheyttä ja turvata vakaa yhteiskuntakehitys. Sosiaalisesti kestävä hyvinvointipolitiikan peruskivet ovat sosiaalinen oikeudenmukaisuus yhteisen hyvän jaossa, eriarvoa vähentävien konkreettisten toimien määrittely ja toteuttaminen sekä sosiaaliset investoinnit väestön terveyteen, koulutukseen ja toimintakykyyn. Tämän kirjan sisältämät analyysit ja päätelmät antavat luotettavaa ja ajantasaista tietoa tällaisen hyvinvointipolitiikan kehittämiseen.

Helsingissä 15.11.2014

Juhani Eskola

Päjohtaja

SISÄLLYS

Saatteeksi	3
Sisällys	5
Kirjoittajat	9
Johdanto	10
<i>PASI MOISIO, SAKARI KARVONEN, ANU MUURI, MARJA VAARAMA & LAURA KESTILÄ</i>	

HYVINVOINTI JA HYVINVOINTIEROT

Suomalaisten elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen	20
<i>MARJA VAARAMA, SUSANNA MUKKILA & KATRI HANNIKAINEN-INGMAN</i>	
80 vuotta täyttäneiden elämänlaatu ja elinolot	40
<i>MARJA VAARAMA, SUSANNA MUKKILA & KATRI HANNIKAINEN-INGMAN</i>	
Terveys, terveyserot ja niiden kehitys	62
<i>TUIJA MARTELIN, JUKKA MURTO, OONA PENTALA & EILA LINNANMÄKI</i>	
Hyvinvoinnin puutteet asuinpaikan maaseutumaisuuden mukaan	80
<i>TIMO M. KAUPPINEN & SAKARI KARVONEN</i>	
Tuloerojen ja suhteellisen köyhyyden kehitys	98
<i>MARIA VAALAVUO & PASI MOISIO</i>	
Työttömien ja työllisten koettu hyvinvointi toimintavalmiuksien viitekehyksessä	118
<i>PEPPI SAIKKU, LAURA KESTILÄ & SAKARI KARVONEN</i>	
Lapsiperheiden hyvinvointi	144
<i>JOHANNA LAMMI-TASKULA & MINNA SALMI</i>	
Nuorten aikuisten syrjäytymisvaaraan liittyvä huono-osaisuus	160
<i>SAKARI KARVONEN & LAURA KESTILÄ</i>	

PALVELUT JA ETUUDET

Sosiaali- ja terveystenonjen rakenne ja kehitys <i>ISMO LINNOSMAA, PASI MOISIO & TIMO T. SEPPÄLÄ</i>	180
Väestön lääkäripalvelujen käyttö ja kokemukset terveyspalveluista <i>LIEN NGUYEN & TIMO T. SEPPÄLÄ</i>	192
Sosiaalipalvelut – käyttö ja asiakkaiden tyytyväisyys <i>ANU MUURI & KRISTIINA MANDERBACKA</i>	212
Läheisavun moninaisuus <i>ANNI VILKKO, ANU MUURI, KRISTIINA SAARIKALLE, ANJA NORO, HARRIET FINNE-SOVERI & SARI JOKINEN</i>	222
Ikäihmisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö <i>ANJA NORO, ANNI VILKKO, KRISTIINA SAARIKALLE & HARRIET FINNE-SOVERI</i>	238

HYVINVOINTIPOLITIikka JA ASENTEET

Sosiaali- ja terveysalan ajantieto 2011–2014 <i>KIRSI-MARJA LEHTELÄ</i>	250
Suomalaisen hyvinvointivaltion kannatusperustan ulottuvuudet <i>ANU MUURI & KRISTIINA MANDERBACKA</i>	260
Kaksi vuosikymmentä ruoka-apua <i>KIRSI-MARJA LEHTELÄ & LAURA KESTILÄ</i>	270
Yhteiskunnan sosiaalinen kestävyys väestön mielipiteiden valossa <i>SAKARI KARVONEN & MARJA VAARAMA</i>	282
Köyhyys- ja syrjäytymisriski Suomessa EU2020-tavoitteen valossa <i>ILARI ILMAKUNNAS & PASI MOISIO</i>	306

YHTEENVETO

Eriarvoisuus ja syrjäytyminen hyvinvointipolitiikan keskiöön MARJA VAARAMA, SAKARI KARVONEN, LAURA KESTILÄ, PASI MOISIO & ANU MUURI	322
Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA)-aineistokuvaus	330

KIRJOITTAJAT

HARRIET FINNE-SOVERI, LT, dos.,
tutkimusprofessori, yksikön päällikkö,
Ikäihmisten palvelut -yksikkö, THL

KATRI HANNIKAINEN-INGMAN, VTM, tutkija,
Vähimmäisturvayksikkö, THL

ILARI ILMAKUNNAS, VTM, tohtorikoulutettava,
sosiaalitieteiden laitos, Turun yliopisto
& vierailtava tutkija, Vähimmäisturvayksikkö,
THL

SARI JOKINEN, FM, tutkija,
Ikäihmisten palvelut -yksikkö, THL

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

TIMO M. KAUPPINEN, VTT, dos., erikoistutki-
ja, Vähimmäisturvayksikkö, THL

LAURA KESTILÄ, VTT, dos., erikoistutkija,
Vähimmäisturvayksikkö, THL

JOHANNA LAMMI-TASKULA, YTT,
erikoistutkija, yksikön päällikkö,
Politiikan seuranta- ja vaikuttavuusyksikkö,
THL

KIRSI-MARJA LEHTELÄ, VTM,
erikoissuunnittelija, Vähimmäisturvayksikkö,
THL

EILA LINNANMÄKI, VTT, osastojohtaja,
Väestön terveys, toimintakyky ja hyvinvointi
-osasto, THL

ISMO LINNOSMAA, PhD, dos.,
tutkimusprofessori,
Terveys- ja sosiaalitalouden yksikkö, THL

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

TUIJA MARTELIN, VTT, tutkimuspäällikkö,
Hyvinvointi- ja terveyserot -yksikkö, THL

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

SUSANNA MUKKILA, FM, tutkija,
Vähimmäisturvayksikkö, THL

JUKKA MURTO, VTM, tutkija,
Terveyskäyttäytymisen ja terveyden
edistämisen yksikkö, THL

ANU MUURI, VTT, dos., tutkimuspäällikkö,
yksikön päällikkö, Menetelmien ja
käytäntöjen arviointiyksikkö, THL

LIEN NGUYEN, VTT, erikoistutkija,
Terveys- ja sosiaalitalouden yksikkö CHESSE,
THL

ANJA NORO, THT, dos., tutkimusprofessori,
Ikäihmisten palvelut -yksikkö, THL

OONA PENTALA, VTK, tilastotutkija,
Terveyskäyttäytymisen ja terveyden
edistämisen yksikkö, THL

KRISTIINA SAARIKALLE, YTM, suunnittelija,
Ikäihmisten palvelut -yksikkö, THL

PEPPI SAIKKU, VTM, tutkija,
Vähimmäisturvayksikkö, THL

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

TIMO T. SEPPÄLÄ, VTT, tutkimuspäällikkö,
Terveys- ja sosiaalitalouden yksikkö CHESSE,
THL

MARIA VAALAVUO, PhD, erikoistutkija,
Terveys- ja sosiaalitalouden yksikkö CHESSE,
THL

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

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

Johdanto

Hyvinvoinnin vihollisista eriarvon vahingollisuuteen

Modernin hyvinvointivaltion kattaman sosiaaliturvan ja sen tarjoamien palvelujen lähtökohdat on usein paikallistettu toisen maailmansodan aikana julkaistuun William Beveridgen vetämän komission raporttiin (1942). Raportissa esiteltiin viisi hyvinvoinnin vihollista, joiden taltuttamiseen hallitusten tuli pyrkiä. Nämä hyvinvointia uhkaavat viisi vihollista olivat sairaus, köyhyys, työttömyys, tietämättömyys ja kurjuus. Sairautta vastaan esitettiin yleistä sairausvakuutusta, köyhyyden hävittämiseksi katsottiin tarvittavan yleistä sosiaaliturvaa, työttömyyden poistamiseksi aktiivista täystyöllisyyteen tähtäävää työllisyyspolitiikkaa, tietämättömyyden poistamiseksi oppivelvollisuutta ja ilmaista koulutusta. Kurjuuden poistamisen katsottiin vaativan sosiaalista asuntotuotantoa ja asuntopolitiikkaa, joka pitää huolta asuinalueiden kehittämisestä.

Ehkä työttömyyttä lukuun ottamatta vauraiden hyvinvointivaltioiden voi katsoa pitkälti selittäneen hyvinvoinnin perinteiset viholliset, ainakin, jos vertailukohtana ovat 70 vuoden takaiset olot. Väestön elinikä on kasvanut kymmenillä vuosilla ja terveydentila parantunut huomattavasti. Myös elintason nousu on ollut ennen näkemättömän voimakasta. Pienituloisimpienkin elintaso ja kulutusmahdollisuudet ovat tänä päivänä absoluuttisesti paremmalla tasolla kuin väestössä keskimäärin Beveridgen aikoina. Pohjoismaiden väestö on terveempää ja ihmisten elämänlaatu keskimäärin korkeampi kuin koskaan ihmiskunnan historiassa. Mahdollisuutemme ja vapautemme ovat ennenkuulumattoman suuret, jopa siihen pisteeseen, että kulutamme resursseja moninkertaisesti yli maapallon kestäväen kantokyvyn (Diamond 2005). Väestön tyytyväisyys ja onnellisuus eivät myöskään näytä nousevan suoraviivaisesti elintason mukana enää sen jälkeen, kun elintaso turvaa perustavien tarpeiden tyydytyksen. Esimerkiksi suomalaiset ovat yhtä tyytyväisiä elämäänsä kuin 1960-luvulla, bruttokansantuotteen kolminkertaistumisesta huolimatta (Moisio ym. 2008, 26).

Tämä onnellisuuden paradoksiksi nimetty ilmiö on vaivannut pitkään niin talous-, sosiaali- kuin käyttäytymistieteilijöitäkin. Paradoksiin on esitetty useita selityksiä (Clark ym. 2008). Ihminen vertaa asemaansa aina suhteessa odotuksiinsa ja ympäristöönsä, minkä vuoksi keskimääräisen elintason noustessa väestön keskimääräinen onnellisuus ei kasva. Sen sijaan maiden välisissä vertailuissa maan elintasolla ja väestön keskimääräisellä tyytyväisyydellä on selkeä positiivinen yhteys. Kymmenen viime vuoden aikana selitykseksi on yhä laajemmin tarjottu sosiaalisen eriarvoisuuden lisääntymistä tai vakiintumista tietylle tasolle, millä useimmin viitataan sosioekonomiseen eriarvoisuuteen. Sosioekonomisella eriarvoisuudella tarkoitetaan ennen kaikkea väestöryhmien välisiä tuloeroja ja sosiaalista kerrostuneisuutta (Wilkinson & Pickett 2009).

Terveystutkimuksessa terveyden sosiaaliryhmittäisiin eroihin kiinnitettiin huomiota jo varhain. Vaikutusvaltainen vuonna 1980 julkaistu ”Black Report” osoitti, että sosiaaliryhmien väliset erot terveydessä olivat vastoin yleistä luuloa kasvaneet toisen maailmansodan jälkeen. Raportissa yritettiin ensimmäisten joukossa selittää erojen syntymekanismeja, ja siinä omaksuttu lähestymistapa nojasi sosioekonomisten terveyserojen perinteisiin, kausaatiota ja selektiota korostaviin selitysmalleihin (Townsend & Davidson 1982). Näiden selitysmallien todettiin kuitenkin hyvin pian olevan riittämättömiä, ja julkaisemisen jälkimainingeissa tutkijat alkoivatkin kiinnostua yhtä monimutkaisemmista mekanismeista sosiaaliryhmien välisten terveyserojen taustalla, esimerkiksi psykososiaalisten tekijöiden roolista ja erojen kehittymisestä elämänsäajan aikana. Tutkijat ovat parinkymmenen viime vuoden aikana kiinnostuneet yhä laajemmin sosioekonomisten terveyserojen biologisista ja psykologisista mekanismeista. Kasvavassa määrin on korostettu myös lapsuuden ja nuoruuden sosiaalisen ympäristön roolia aikuisuuden terveyseroja selittävinä tekijöinä. On haettu selitystä sille, millaisia ovat ne fysiologiset prosessit, joiden seurauksena kehittyvät sosiaalisia eroja sairastavuudessa. Terveyserotutkimus jakautui pitkään karkeasti kahteen päälinjaan. Yksi linja keskittyi sosiaalisen taustan eri tekijöiden mukaisten erojen kuvailuun ja niiden tilastolliseen selittämiseen. Toinen tutkimussuunta puolestaan pyrki sellaisten teorioiden luomiseen, joiden avulla väestöryhmien väliset terveyserot voitaisiin selittää talouden ja vallan epätasa-arvosta juontuviksi. Tätä selitysmallia sovelletaan edelleen, ja siihen päätyi esimerkiksi WHO:n asettama terveyden sosiaalisia määrittäjiä käsittelevä globaali komitea. Komitea viittaa vallan eriarvoon terveyserojen perimmäisenä syynä. Vastaava ajattelu ilmenee myös komitean tunnuslauseessa, jonka mukaan: ”Sosiaalinen epäoikeudenmukaisuus tappaa laajasti ihmisiä” (Commission on Social Determinants of Health 2008).

Suhtautumisessa sosiaaliseen eriarvoisuuteen on tapahtunut selvä yhteiskunnallinen muutos. Suuret talousjärjestöt kuten OECD (2008) ja IMF ovat julkistaneet raportteja, joissa ilmaistaan huoli tuloerojen kasvusta ja sen seurauksista yhteiskuntarauhalle ja vakaalle talouskasvulle (Ostry ym. 2014). Tuloerot ovat kasvaneet monissa taloudellisesti ja poliittisesti erilaisissa maissa, minkä vuok-

si tuloerojen kasvun taustalla katsotaan olevan yhteisiä tekijöitä. Tärkeimmiksi moottoreiksi eriarvoisuuden kasvulle näissä puheenvuoroissa on esitetty talouden globalisoitumista, rahoitusmarkkinoiden vapautumista ja teknologian kehityksen mahdollistamaa tuottavuuserojen kasvua. Osa tutkijoista katsoo, että talouden digitaalinen vallankumous on syynä tuloerojen maailmanlaajuiseen kasvuun samalla tapaa kuin teollinen vallankumous oli syynä 1900-luvun taitteessa. Teollisen vallankumouksen alussa eriarvoisuus kasvoi voimakkaasti, mutta tämän jälkeen tuloerot pienenevät. Toisaalta teollisen vallankumouksen hedelmät jakautuivat oikeudenmukaisemmin vasta kahden maailmansodan jälkeen ja kommunistisen vallankumouksen uhan alla. (Piketty 2014.) Göran Therbornin (2014) mukaan eriarvoisuuden vähentäminen on yhteiskuntapoliittisen tavoitteen lisäksi myös moraalinen velvoite. Hän kuvaa modernia eriarvoisuutta ”kuoleman kentiksi”, jotka ovat vastuussa miljoonista ennenaikaista kuolemista.

Miksi hyvinvointivaltioon ei tunnu olevan enää varaa?

Vaikka hyvinvoinnin viisi vihollista olisivatkin pitkälti voitettu, hyvinvointivaltion rajat eivät silti ole tulleet vastaan siinä mielessä, että palvelutarjonta olisi väkiintunut tai sosiaaliturvan taso sovittu. Tämä siksi, että elintason noustessa nuo viholliset ovat muuttaneet muotoaan. Tartuntatautiin ja infektioiden sijaan ongelmiksi ovat nousseet elintapasairaudet, mielenterveyden ongelmat ja toimintakyvyn heikkenemisen kaltaiset terveysongelmat. Vaikka äärimmäinen köyhyys ja aliravitsemus ovat käytännössä kadonneet nykyaikaisista hyvinvointivaltioista, suhteellinen köyhyys ja sosiaalinen syrjäytyminen vaativat sosiaalipoliittisia toimia ja luovat painetta sosiaaliturvajärjestelmän kattavuudelle. Oppivelvollisuus on hävittänyt tietämättömyyden, mutta pitkäkään koulutus ei enää välttämättä takaa työtä, ja talouden rakennemurrosten sykli on kiihtynyt niin, että jatkuvas- ta kouluttautumisesta on tullut etuoikeuden ja emansipaation sijaan välttämätön elinehto. Edelleen yhä suurempi osa työvoimasta uhkaa jäädä pysyvästi syrjään, kun työmarkkinoiden tuottavuusvaatimukset ovat kasvaneet ja koneet korvanneet lihastyön. Vaikka kurjat ja kelvottomat asuinolot eivät enää ole ajankohtainen teema asuntopoliitikassa, asuinalueiden segregatio ja syrjäytymisen alueelliset erot vaativat uudenlaista huomiota.

Elintason nousu on heikentänyt hyvinvointivaltion keinoja taistella vihollisiaan vastaan. Näyttää todennäköiseltä, että hyvinvointivaltion aseet uusia vihollisiaan vastaan eivät ole yhtä tehokkaita kuin ne, joilla vanhat jättiläiset kaadettiin. Syiksi voidaan esittää niin sanottuja Wagnerin lakia ja Baumolin tautia (Korkman 2011). Wagnerin laiksi kutsutaan ilmiötä, jossa väestön vaurastuessa myös odotukset hyvinvointivaltiota, sen palveluja ja tulonsiirtoja, kohtaan yleensä kasvavat. Vauraampi väestö vaatii entistä laadukkaampia ja yksilöidymiä palveluja.

Sosiaaliturva nostaa kaikkein huono-osaisimpienkin elintason yli äärimmäisen köyhyyden, mutta toimeentulon tasoa verrataan nyky-yhteiskunnan yleiseen elintasoon. Lisäksi yhä suurempien ja hienovaraisempien palvelu- ja tulonsiirtojärjestelmien ylläpito lisää byrokratiaa ja kasvattaa hallintoa. Hallintoa kasvattaa myös yhteiskunnan oikeudellistuminen sekä se, että kansalaiset vaativat oikeuksiaan laajeneviin palveluihin ja sosiaaliturvaan tarvittaessa oikeusteitse.

Vastaavasti Baumolin tauti heikentää hyvinvointivaltion kykyä vastata kansalaisten vaatimuksiin, koska hyvinvointivaltion palvelut ovat työvoimavaltaisia. Hyvinvointivaltion palvelujen tuottavuutta ei pystytä kasvattamaan teknologian avulla samalla tavalla kuin teollisessa tavarantuotannossa. Koulussa voidaan kasvattaa luokkakokoa tiettyyn rajaan saakka, mutta oppitunti kestää silti tunnin, eikä teknologisten opetusapuvälineiden kehitys muuta tätä. Vastaavasti hoivan tuottavuuden kasvulla on rajansa, sillä hoivaaminen on työvoimavaltainen sektori. Julkisten palvelualojen palkkakehitys kuitenkin seuraa pitkälti yksityisen sektorin palkkakehitystä. Baumolin tauti yhdessä Wagnerin lain kanssa aiheuttaa pitkällä aikavälillä rahoitusvaikeuksia julkiselle sektorille.

Hyvinvointivaltion rahoitusperustan taloudellisesta kestävyyydestä kannetusta huolesta huolimatta itse hyvinvointivaltion perustaa ei enää kyseenalaisteta. Pohjoismaisen hyvinvointimallin on todettu kansainvälisessä vertailussa olevan ylivoimainen niin sosiaalisesti kuin taloudellisesti. ”The Nordic Model – challenged but capable of reform” todetaan pohjoismaisten ekonomistien tekemässä arviossa (Vihriälä & Valkonen 2014). Hyvinvointivaltion ”kriisissä” ei olekaan kysymys pelkästään talouskasvun hiipumisesta johtuvasta rahoitusongelmasta, vaan kyse on myös rakenteellisten uudistusten tarpeesta. Hyvinvointivaltiota rakennettiin pitkälti teollisuusyhteiskunnan tarpeisiin ja sen aikaisen valtion, perheen ja markkinoiden välisen institutionaalisen työnjaon varaan. Jälkiteollisen yhteiskunnan informaatiotalous vaatii hyvinvointivaltiolta suuria muutoksia työvoiman koulutusvaatimuksen sekä työn ja perheen yhteensovittamisen suhteen (Esping-Andersen 2009). Väestön ikääntyminen lisää tarvetta julkisen sektorin, elinkeinoelämän ja kansalaisyhteiskunnan yhteistyöhön palvelujen tuotannossa (esim. Vaarama 2013).

Brittiläinen sosiologi Anthony Giddens (2013) on esittänyt, että hyvinvointivaltioiden ei tulisi enää keskittyä taistelemaan vanhoja (lyötyjä) hyvinvoinnin vihollisia vastaan, vaan tavoitella sen sijaan niiden vastakohtia. Toisin sanoen, sairauksien vähentämisen sijaan tulisi tavoitella terveyttä, köyhyyden poistamisen sijaan tulisi tavoitella itsenäistä toimeentuloa ja vaurastumista ja tietämättömyyden hävittämisen sijaan pitäisi tavoitella itsenäistä ja elinikäistä oppimista. Edelleen työttömyyden sijasta tavoitteeksi tulisi asettaa työelämän kehittäminen, kuntoutus ja aktivoiva sosiaalipolitiikka. Kurjien asuinolojen sijaan huomio tulisi kiinnittää asuinympäristön virikkeisyyteen ja turvallisuuteen. Kootusti tätä yhteiskuntapolitiittista ajattelua voisi kuvata positiivisen hyvinvoinnin politiikaksi.

Suomi vuoden 2008 kriisin jälkeen

1990-luvun puolivälissä tehtyjen leikkausten jälkeen sosiaaliturvan taso pitkälti jäädytettiin ja hyvinvointipolitiikassa kiinnostuttiin enemmän palvelujen kehittämisestä. Eriarvoisuuden vähentäminen kutistui pitkälti paljon julkisuutta saaneiden niin kutsuttujen köyhyyspakettien luomiseen, joissa pienituloisten toimeentuloa parannettiin erilaisin tarkasti rajatuin täsmätoimin (Kuivalainen & Niemelä 2010). 2000-luvun jälkipuoliskolla eriarvoisuuden vähentäminen alkoi nousta voimakkaammin poliittisen kiinnostuksen kohteeksi. Tähän lienee osaltaan vaikuttanut se, että Suomi sai kyseenalaisen kunnian olla maa, jossa tuloerot ja suhteellinen köyhyys kasvoivat OECD-maista eniten 1990-luvun puolivälistä 2000-luvun puoliväliin (OECD 2008). 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen loppupuolella perusturvaan tehtiin tasokorotuksia ja indeksisuoja laajennettiin. Vuonna 2007 asetettiin SATA-komitea uudistamaan tilkkutäkkimäisenä ja 1990-luvun lamaleikkauksen jäljiltä jälkeenyäneenä pidettyä sosiaaliturvajärjestelmää. Perusturvan tason todettiin jääneen huolestuttavasti jälkeen yleisestä tulokehityksestä ja perusturvan varassa olevien tulotason reaalisesti laskeneen kun asumiskustannukset otettiin huomioon (THL 2011). Vuonna 2011 korotettiin peruseläkkeen tasoa takuueläkkeen myötä, ja vuonna 2012 perusturvaan tehtiin tasokorotus.

1990-luvun laman aiheuttamien hyvinvointivaltion kolhujen korjaaminen jäi kuitenkin eräällä tapaa kesken, kun vuonna 2007 Yhdysvaltojen asuntomarkkinoilta alkanut finanssikriisi levisi myös Suomeen. Vuonna 2009 Suomen bruttokansantuote romahti viennin rajun supistumisen seurauksena. Bruttokansantuote on edelleen alemmalla tasolla kuin ennen talouskriisin alkua. Tämä on tarkoittanut verotulojen pysyvää laskua ja julkisen sektorin menojen bruttokansantuoteosuuden nousua. Kehitys on tuonut aivan uudella voimalla keskusteluun hyvinvointivaltion kestävyysvajeen, josta varoiteltiin jo kymmenen vuotta sitten vahvan talouskasvun ollessa kuumimmillaan (Lassila ym. 2007). Suomen julkisessa taloudessa ennustettiin olevan kestävyysvaje, jonka syynä ei ole talouden suhdanteet tai liian pieni talouskasvu, vaan väestörakenteen muutos. Väestörakenteen muutosta kuvataan usein väestöllisellä huoltosuhteella eli sillä, kuinka monta alle 18-vuotiasta tai yli 64-vuotiasta henkilöä on väestössä sataa työikäistä kohden. Vuonna 1987 väestöllinen huoltosuhte oli 56, kun se nykyään on noin 62. Vuoteen 2030 mennessä huoltosuhteen ennustetaan nousevan 83:een (Ruotsalainen 2012). Tämä väestörakenteen muutos on sangen luotettavasti ennustettavissa, samoin kuin sen tuoma menojen lisäys ja verotulojen väheneminen julkisessa taloudessa.

Jyrki Kataisen hallitusohjelmassa Suomen kestävyysvajeen ratkaisun avainten nähtiin olevan ennen kaikkea palvelujärjestelmän ja kuntarakenteen uudistuksessa, joiden odotettiin tuottavan mittavat säästöt julkiseen talouteen. Suomen kuntarakenteen katsottiin sopivan huonosti kuntien laajoihin sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämistä varten. Kuntien yhteen sopimattomien tietojärjestelmien järjestyttämisessä nähtiin suuria mahdollisuuksia julkisen sektorin tuottavuuden

nostamiseen. Vuonna 2014 hallitus päätti kehysriihessä, että sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvastuu siirtyy kunnilta viidelle sosiaali- ja terveysalueelle ja perustoimeentulotuki esitettiin siirrettäväksi Kelaan. Myös eläkejärjestelmään on tehty merkittäviä muutoksia kestävyysvajeen uhan alla, esimerkiksi alkavia työeläkkeitä on leikattu vuodesta 2009 lähtien elinajan pidentymistä vastaavalla osuudella. Käytännössä tämä tarkoittaa, että nykyisten työssäkäyvien työeläkkeitä leikataan jopa kymmenillä prosenteilla, mikäli elinajan kasvu jatkuu nykyisellä vauhdilla. Syksyllä 2015 päätettiin eläkeiän nostosta. Vuodesta 2017 lähtien vanhuuseläkkeen alaikäraja nousee 1955 syntyneistä lähtien 3 kuukautta ikäluokkaa kohden kunnes eläkkeen alaikäraja on 65 vuotta.

Velka- ja eurokriisi sekä näistä seurannut pitkittynyt taloustaantumana ovat aiheuttaneet myös poliittisia seurauksia meillä ja ulkomailla. Vuoden 2011 eduskuntavaaleissa vuosikymmeniä vallinnut kolmen suuren puolueen *status quo* Suomen poliittisessa järjestelmässä murtui, kun vaalit tuottivat neljän suuren puolueen puoluekentän. Aiemmin kolmen suuren puolueen valta-asema muodosti poliittisen järjestelmän, jossa kaksi muodosti hallituksen. Tämä järjestelmä synnytti konsensushakuista politiikkaa, mutta myös syytöksiä jäykyydestä ja kyvyttömyydestä uudistuksiin. Talouskriisillä on myös ollut vaikutuksia talouspolitiikkaan ja taloustieteen valtavirtaan. Monet talousteorian opinkappalet, erityisesti rahoitusteoriaa koskevat, ovat joutuneet uudelleenarvioinnin kohteiksi. Samoin hyvinvoinnin taloustiede ja kysymykset tulonjaosta ovat nousseet takarivistä keskeisiksi valtavirran tutkimusaiheiksi, kuten Thomas Pikettyn (2014) paljon huomiota saanut tutkimus ”Pääoma 21. vuosisadalla” osoittaa.

Suomalaisten hyvinvointi 2014

Ajanjakso edellisestä Suomalaisten hyvinvointi -kirjasta tähän päivään on siis ollut yhteiskunnallisesti poikkeuksellinen niin taloudessa kuin politiikassakin. Lajisaaan viides Suomalaisten hyvinvointi -kirja antaa ainutlaatuisen tilaisuuden tarkastella, miten suomalaisten hyvinvointi, palvelujen käyttö ja asenteet hyvinvointivaltiota kohtaan ovat kehittyneet näiden talouden ja politiikan suurten muutosten aikana.

Suomalaisten hyvinvointi -kirjasarjaa on tuotettu vuodesta 2002 lähtien Terveystieteen ja hyvinvoinnin laitoksessa (sitä ennen Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskuksesta, Stakesissa). Kirjan tarkoituksena on arvioida hyvinvointivaltion tilaa ja kehitystä väestön hyvinvointivaltiota koskevien mielipiteiden, sosiaali- ja terveyspalvelujen käytön ja niihin liittyvien kokemusten kautta sekä arvioida monipuolisesti väestön elämänlaatua, hyvinvointia ja terveyttä sekä näiden väestöryhmittäisiä eroja. Kehitystä kuvataan mahdollisuuksien mukaan verraten kymmenen vuoden takaiseen aikaan, jolloin ensimmäiset kattavat tiedot suomalaisten hyvinvoinnista ja sen yhteydestä palvelujen käyttöön ovat saatavissa.

Suomalaisten hyvinvointi 2014 -kirja koostuu 18 artikkelista, jotka jakaantuvat kolmeen päälukuun. Ensimmäinen luku käsittelee väestön elämänlaatua, hyvinvointia ja hyvinvointieroja sekä niiden kehitystä kahdeksan artikkelin valossa. Näissä elämänlaatua ja hyvinvointia lähestytään useasta eri näkökulmasta sekä eri väestö- ja ikäryhmiä tarkastellen. Kahdessa ensimmäisessä artikkelissa kohteena on suomalaisen aikuisväestön koettu elämänlaatu koko väestössä ja erikseen 80 vuotta täyttäneessä väestössä. Seuraavat kolme käsittelevät terveyseroja, tuloeroja ja hyvinvoinnin alueellisia eroja. Loput kolme avaavat hyvinvoinnin tilaa ja kehitystä työttömien, lapsiperheiden sekä syrjäytymisvaarassa olevien nuorten aikuisten näkökulmista.

Kirjan toinen osio keskittyy sosiaali- ja terveyspalveluihin ja sosiaalietuuksiin. Osio alkaa sosiaali- ja terveysmenojen kehityksen ja rakenteen tarkastelulla. Seuraavat kaksi artikkelia käsittelevät terveyspalvelujen ja sosiaalipalvelujen käyttöä ja tyytyväisyyttä niihin. Lopuksi paneudutaan läheisavun moninaisuuteen ja ikäihmistien palveluihin.

Viimeinen jakso piirtää kuvaa hyvinvointipolitiikan tilasta ja kehityksestä tarkastelujaksolla. Aluksi esitetään sosiaali- ja terveysalan ajantieto 2011–2014, minkä jälkeen tarkastellaan hyvinvointivaltion kannatusperustan kehitystä ja leipäjoja sekä arvioidaan hyvinvointipolitiikan sosiaalisen kestävyys tilaa väestön mielipiteiden valossa. Luvun päättää arviointi siitä, miten Suomi on onnistunut EU2020-strategian mukaisessa tavoitteessa vähentää köyhyyttä. Lopuksi esitetään yhteenveto, jossa arvioidaan sitä, mitä toimia tämän ajan jättiläisten taltuttaminen edellyttäisi.

Lähteet

- Clark, A E, Frijters, P, & Shields, M A (2008) Relative income, happiness, and utility: An explanation for the Easterlin paradox and other puzzles. *Journal of Economic Literature*, 46:(1), 95–144.
- Commission on Social Determinants of Health (2008) Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health. Geneva: WHO.
- Diamond, Jared (2005) Romahdus: Miten yhteiskunnat päättävät tuhoutua tai menestyä. (Collapse: How societies choose to fail or succeed) Helsinki: Terra cognita.
- Esping-Andersen, Gösta (2009) Incomplete revolution: Adapting welfare states to women's new roles.
- Giddens, Anthony (2013) The third way: The renewal of social democracy. Oxford: Polity.
- Korkman, Sixten (2011) Onko hyvinvointivaltiota tulevaisuutta. Helsinki: Taloustieto Oy.
- Kuivalainen, Susan & Niemelä, Mikko (2010) From universalism to selectivism: the ideational turn of the anti-poverty policies in Finland. *Journal of European Social Policy*, 20(3), 263–276.
- Lassila, Jukka & Määttänen, Niku & Valkonen, Tarmo (2007) Ikääntymisen taloudelliset vaikutukset ja niihin varautuminen. ETLA. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja, 10, 2007.
- 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. Paris: OECD.
- Ostry, Jonathan & Berg, Anders, & Tsangarides, Charalambos (2014) Redistribution, Inequality, and Growth. IMF Staff Discussion Note SDN/14/02.
- Piketty, Thomas (2014) Capital in the Twenty-first Century. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ruotsalainen, Kaija (2012) Huoltosuhde aiheuttaa huolta. Hyvinvointikatsaus 2/2012. Helsinki: Tilastokeskus.
- Therborn, Göran (2014) The killing fields of inequality. Oxford: Polity.
- THL (2011) Perusturvan riittävyuden arviointiraportti. Avauksia 4/2011. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Townsend, P & Davidson, N (1982) The Black Report. Teoksessa: Townsend P, Davidson N & Whitehead M (toim.). Inequalities in health. London: Penguin Books.
- Vaarama, Marja (2013) Kaikenikäisille Hyvä Suomi – Sukupolvipolitiikalla sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävään hyvinvointiyhteiskuntaan. Työpaperi 18/2013. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Vihriälä, Vesa & Valkonen, Tarmo (2014) The Nordic model—challenged but capable of reform. *TemaNord* 2014:531.
- Wilkinson, Richard & Pickett, Kate (2009) The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone. London: Penguin books.

HYVINVOINTI JA
HYVINVOINTIEROT

A faint, light blue watermark logo is visible in the background, partially overlapping the text. It appears to be a stylized emblem or crest, possibly related to the organization or institution associated with the document.

Suomalaisten elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen

Tutkimuksessa tarkasteltiin elämänlaadun kaikkia ulottuvuuksia, joita ovat koettu yleinen elämänlaatu ja terveys sekä fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen hyvinvointi ja elinolot. Tutkimuksessa verrattiin vuoden 2013 väestökyselyn tuloksia vuoden 2009 vastaavan tutkimuksen tuloksiin. Valtaosa Suomessa asuvasta aikuisväestöstä kokee elämänlaatunsa hyväksi. Etenkin terveyden ja toimintakyvyn osalta vastaajien arviot elämänlaadustaan kuitenkin heikkenevät 80. ikävuoden tienoilla, mutta harva silti kokee elämänlaatunsa huonoksi. Elämänlaatu osoittautuu voimakkaasti sosiaalisesti valikoivaksi niin, että parempiosaisilla on parempi elämänlaatu. Työkyvyttömyys, työttömyys ja tuloköyhyys ovat suurimmat heikon elämänlaadun riskitekijät työikäisillä. Nuorilla riskit liittyvät toimeentulon ja asumisen ongelmiin, vanhoilla toimintakyvyn heikkenemiseen. Yksinäisyys ei ole niin yleistä kuin usein luullaan, mutta kasaantuu työttömille ja yksin-asuville vanhuksille, erityisesti 85 vuotta täyttäneille miehille. Tulosten mukaan hyvinvoinnin eriarvo ei ole vähentynyt vuosien 2009–2013 aikana, vaikka se on ollut hallitusohjelman erityisenä tavoitteena.

Suomalainen yhteiskunta on ollut parin viime vuosikymmen aikana monien muutosten kohteena, kun globalisaation, väestörakenteen muutoksen, ilmastomuutoksen ja sosiaalisen muutoksen voimat ovat samanaikaisesti panneet maata uuteen uskoon. 1990-luvun suuren laman jäljiltä työttömyys on säilynyt korkeana ja etenkin pitkäaikaistyöttömyys sitkeänä. Nuorten syrjäytyminen on yleinen huolenaihe, ja elämänskaaren toisessa päässä mietityttää ikäihmisten hoidon ja palvelujen kustannusten kasvu. Tutkimukset osoittavat myös, ettei sosioekonomisia hyvinvointi- ja terveyseroja ole saatu kavennettua. Vallassa ollut hallitus on koettanut ratkoa ongelmia erityisellä rakennepoliittisella ohjelmalla. Näissä oloissa yhteiskuntapolitiikassa etualalla on ollut hyvinvointiyhteiskunnan taloudellinen kestävyys ja työurien pidentäminen (esim. Saari 2013).

Sosiaali- ja terveysministeriön strategiat ja tulevaisuuskaitsaukset edustavat kunkin hallituskauden hyvinvointi- ja terveyspoliittisia tavoitteita. Pääministeri Jyrki Kataisen hallitusohjelmassa köyhyyden ja eriarvon vähentäminen ja ehkäisy nostettiin yhdeksi hallituksen päätavoitteeksi. STM:n strategiassa vuoteen 2020, ”Sosiaalisesti kestävä Suomi” (STM 2011), korostetaan kaikkien osallisuutta ja väestön terveyden, työ- ja toimintakyvyn sekä hyvinvoinnin edistämistä. Tavoitteena on pidentää työuria hyvinvointiyhteiskunnan rahoituspuhjan vahvistamiseksi ja turvata vakaa yhteiskuntakehitys. Myös STM:n tuore tulevaisuuskaitsaus ”Hyvinvointi on toimintakykyä ja osallisuutta” painottaa terveen, toimintakykyisen ja hyvin koulutetun väestön merkitystä Suomen taloudelle ja hyvinvoinnille (STM 2014). Strategian ensimmäinen teesi korostaa jokaisen oikeutta hyvinvointiin, eriarvon vähentämistä ja syrjäytymisen ehkäisyä.

Tämän artikkelin tavoitteena on tuottaa ajantasaista tietoa Suomessa asuvan väestön hyvinvoinnista ja elämänlaadusta väestön itsensä arvioimana. Kyse on hyvinvointilähtöisestä arvioinnista. Vuonna 2010 julkaistiin ensimmäinen Suomessa asuvaa väestöä edustava elämänlaatu tutkimus, joka perustui vuonna 2009 kerättyihin tietoihin (Vaarama ym. 2010). Elämänlaatu osoittautui voimakkaasti sosiaalisesti valikoivaksi. Tulosten mukaan väestön elämänlaatu oli valtaosin hyvä, mutta väestö jakautui kolmeen ryhmään. Paras elämänlaatu oli työikäisillä työssäkäyvillä, parisuhteessa elävillä ja perheellisillä. Toiseksi parhaasta elämänlaadusta nauttivat ns. ”kolmasikäiset” eli hyväkuntoiset ja aktiiviset ikäihmiset (Lasslet 1997). Riski heikkoon elämänlaatuun oli suurin 18–24-vuotiailla vähän koulutetuilla ja työttömillä nuorilla, työkyvyttömyyseläkkeellä olevilla, toimeentulotuen asiakkaila eli tuloköyhillä henkilöillä sekä 80 vuotta täyttäneillä. Elämänlaadulle tärkeiden tekijöiden merkitys myös vaihteli jonkin verran elämän eri vaiheissa.

Tässä tutkimuksessa toistetaan vuoden 2009 tutkimusasetelma uudella, vuonna 2013 kerättyllä aineistolla, ja tuloksia verrataan soveltuvin osin keskenään. Koska yksinäisyys on ollut julkisessa keskustelussa viime aikoina paljon esillä ja sen oletetaan väestön keskuudessa lisääntyneen, tarkastellaan myös tätä kysymystä lyhyesti. Tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

1. Millaiseksi väestö kokee elämänlaatunsa, ja onko havaittavissa muutoksia vuoteen 2009 verrattuna?
2. Vaihtelee elämänlaadulle tärkeiden osatekijöiden merkitys eri ikäryhmissä? Eroavatko vuosien 2009 ja 2013 tulokset toisistaan?
3. Minkälainen merkitys sosioekonomisilla tekijöillä on parhaassa työiässä olevien 18–59-vuotiaiden kokemaan elämänlaatuun, ja eroaako tulos vuoden 2009 vastaavasta?
4. Millainen riskitekijä koettu yksinäisyys on elämänlaadulle, onko yksinäisyys yleistä ja onko se lisääntynyt sekä mitkä tekijät altistavat yksinäisyydelle?

Elämänlaadun käsitteestä

Elämänlaadulle ei ole yhtä teoriapohjaa tai vallitsevaa määritelmää siitä huolimatta, että elämänlaadututkimusta on tehty jo vuosikymmeniä. Tutkimusnäkökulmasta ja -perinteestä riippuu, millaista määritelmää käytetään (Rapley 2003). Usein käsite rinnastetaan koetun hyvinvoinnin käsitteeseen (esim. Eckersley 2000; George 2005) tai koetun hyvinvoinnin yläkäsitteeksi (esim. Kahnemann ym. 1999). Elämänlaadututkijoiden piirissä vallitsee kuitenkin kohtuullisen suuri yksimielisyys siitä, mitkä perustekijät liittyvät elämänlaadun kokemiseen hyväksi tai heikoksi (esim. Eckersley 2000; Cummins 1997; Walker & Mollenkopf 2007; Pieper & Vaarama 2008; Diener 2009; Vaarama ym. 2010).

Pohjoismaiselle perinteelle on tyypillistä objektiivinen eli resurssihin perustuva näkökulma koettuun hyvinvointiin, amerikkalaiselle taas subjektiivinen eli hyvinvoinnin kokemukseen perustuva lähestymistapa. Kokonaisvaltaiset elämänlaaduteoriat pyrkivät yhdistämään molemmat tavat ja sisällyttävät elämänlaatuun sellaisia tekijöitä kuten koettu hyvinvointi ja terveys, psyykinen hyvinvointi, sosiaaliset suhteet, mielekäs tekeminen ja aineelliset elinolot sekä elinympäristön laatu (Cummins 2007; Eckersley 2000; Diener 2009; Vaarama ym. 2010). Nämä ovat olennaisia toimintakyvyn, osallisuuden ja yhteisöön kuulumisen sekä mielekkään elämän kannalta (vrt. Sen 1993; Veenhoven 2010). Veenhoven (2000) puhuu ”elämän neljästä laadusta”, jotka ovat elinolojen laatu (*livability*), sisäisten voimavarojen laatu, hyödyksi olemisen tunne ja elämän merkityksellisyys. Felcen ja Perryn (1995) määritelmä sisältää niin ikään objektiiviset elinolot, sosiaaliset suhteet, henkilökohtaiset arvot, tavoitteet ja täyttymyksen sekä subjektiivisen kokemuksen elämästä. Yksi vanhimmista iäkkäitä koskevista määritelmistä on Lawtonin (1983; 1991) käsitteellinen kehikko elämänlaadusta toisiaan leikkaavien fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja ympäristöllisen ulottuvuuksien kokonaisuutena, jossa ympäristö sisältää myös toimeentulon ja muut elinolot sekä ympäristön ja yksikön kyvykkyyksien välisen suhteen (*person–environment fit*).

Maailman terveysjärjestön WHO:n määritelmän mukaan elämänlaadulla tarkoitetaan ”yksilön arviota elämästään siinä kulttuuri- ja arvokontekstissa missä hän elää, ja suhteessa hänen omiin päämääriinsä, odotuksiinsa, arvoihinsa ja muille hänelle merkityksellisiin asioihin” (WHOQOL Group 1996; 1998). Tässäkin määritelmässä elämänlaadun peruselementit ovat fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja elinympäristöllinen hyvinvointi. Määritelmä sisältää myös ajatuksen siitä, että ihmiset peilaavat omaa elämänlaatuaan muiden samaan viiteryhmään kuuluvien elämänlaatuun. Elämänlaadun eri tekijöiden merkityksen elämänkulun eri vaiheissa ja eri elämäntilanteissa on myös todettu vaihtelevan jonkin verran, ja etenkin iäkkäillä terveyteen liittyvät tekijät korostuvat muita ikäryhmiä enemmän (esim. Hawthorne ym. 2006; Walker & Mollenkop 2007; Vaarama & Pieper 2014). Elämänlaatua vahvistavat ja heikentävät tekijät voivat myös vaihdella eri ikäkausina ja erilaisissa elämäntilanteissa. (Vaarama 2009; Vaarama ym. 2010). Hawthorne ym. (2006) pitävät WHOQoL-BREF-mittaria luonteeltaan subjektiivisen hyvinvoinnin mittarina, kun taas Kahnemann ym. (1999) pitävät subjektiivista hyvinvointia elämänlaadulle alisteisena.

Elämänlaadun mittaaminen tässä tutkimuksessa

Tämän tutkimuksen kohteena on Suomessa asuvan 18 vuotta täyttäneen väestön koettu elämänlaatu ja sen vaihtelu. Vuoden 2013 tutkimusaineisto koostuu Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA 2013) -puhelinhaastatteluun vastanneista 4 266 18–79-vuotiaasta henkilöstä sekä Tilastokeskuksen 80 vuotta täyttäneelle väestölle (n = 372) tekemistä käyntihaastatteluista (liite 1). Tuloksia verrataan soveltuvin osin vuoden 2009 vastaaviin HYPA-tuloksiin. Tuolloin 18–79-vuotiaiden aineisto koostui 3 993 henkilöstä ja 80 vuotta täyttäneiden aineisto 373 henkilöstä (Vaarama ym. 2010). Kaikki aineistot ovat kadon korjaamiseksi painotettuja.

Vuoden 2009 aineistonkeruussa käytettiin 26-muuttujaista WHOQOL-BREF-mittaria (The WHOQOL Group 1996;1998), mutta vuonna 2013 käytettiin lyhyempää 8-muuttujaista EuroHIS-8-mittaria (Nosikov & Gudex 2003). Molemmat mittarit on suunniteltu väestötutkimuksiin, ja niiden psykometriset ominaisuudet on testattu tähän käyttöön. Kummassakin mittarissa elämänlaatu jaetaan fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja ympäristöulottuvuuteen, joista viimeisin sisältää myös toimeentulon ja elinolot. Tämän lisäksi mittarit sisältävät kysymykset koetusta terveydestä ja yleisestä elämänlaadusta. Vuosien 2009 ja 2013 aineistoja voitiin verrata niiden muuttujien kohdalla, jotka ovat mittareille yhteisiä. Vertailuja varten laskettiin myös vuoden 2009 aineistosta elämänlaatu-ulottuvuudet EuroHIS-8-mittarilla.

Yleistä elämänlaatua (YleisQol) mitataan kysymyksellä: ”Millaiseksi arvioitte elämänlaatumme viimeisen kahden viikon aikana?” (arvot 1–5, erittäin huono – erittäin hyvä)¹. Koetusta terveydestä on kysymys: ”Kuinka tyytyväinen olette terveyteenne viimeisen kahden viikon aikana?” (arvot 1–5, erittäin tyytymätön – erittäin tyytyväinen). Fyysistä elämänlaadun ulottuvuutta kysytään kahdella kysymyksellä: ”Missä määrin olette viimeisten kahden viikon aikana kokenut, että teillä on riittävästi tarmoa arkipäivän elämäänne varten?” (arvot 1–5, ei lainkaan – täysin riittävästi), ja: ”Kuinka tyytyväinen olette kykyynne selviytyä päivittäisistä toimista?” (vastausvaihtoehdot erittäin tyytymätön – erittäin tyytyväinen). Samat vastausvaihtoehdot ovat psyykkistä ulottuvuutta mittaavassa kysymyksessä: ”Kuinka tyytyväinen olette itseenne?” sekä sosiaalista ulottuvuutta mittaavassa kysymyksessä: ”Kuinka tyytyväinen olette ihmissuhteisiinne?” Ympäristöulottuvuutta mitataan kahdella kysymyksellä: ”Onko teillä tarpeeksi rahaa tarpeisiinne nähden?” (arvot 1–5, ei lainkaan – täysin riittävästi) sekä kysymyksellä: ”Kuinka tyytyväinen olette asuinalueenne olosuhteisiin?” (vastausvaihtoehdot ovat erittäin tyytymätön, melko tyytymätön, ei tyytyväinen eikä tyytymätön, melko tyytyväinen vai erittäin tyytyväinen).

Tässä analyysissä koettua elämänlaatua ja sen kehitystä tarkastellaan sukupuolen mukaan ikäryhmissä 18–24-vuotiaat, 25–44-vuotiaat, 45–59-vuotiaat, 60–69-vuotiaat, 70–79-vuotiaat sekä 80 vuotta täyttäneet. Sosioekonomista asemaa kuvataan seuraavilla muuttujilla: työmarkkina-asema, siviilisääty, kotitalouden koko, kotitalouteen kuuluvien lasten iät, toimeentulotuen asiakkuus sekä asuinalue. Koetun yksinäisyyden yleisyyttä ja yhteyttä koettuun elämänlaatuun sekä yksinäisyydelle altistavia tekijöitä tarkastellaan lyhyesti. Analyysimenetelminä käytetään ristiintaulukointia ja keskiarvoja sekä lineaarista ja logistista regressioanalyysia. Vuosien 2009 ja 2013 välisten muutosten tilastollista merkitsevyyttä arvioidaan laskemalla niille 95 prosentin luottamusvälit. Monivertailuissa käytetään Bonferronin eri ryhmien keskiarvojen erojen merkitsevyyttä testaavaa p-arvojen korjausmenetelmää, jonka tavoitteena on säilyttää alkuperäinen tilastollinen merkitsevyytaso (α -virhe) alun perin suunnitellun suuruisena monivertailuista huolimatta. Tavallisimmin käytetty taso on 0,05 (5 %).

Elämänlaatu ja sen vaihtelu ja kehitys eri ikäryhmissä

Suurin osa tutkittavista – erityisesti 25–44-vuotiaat – koki yleisen elämänlaatunsa joko hyväksi tai erittäin hyväksi, ja vain harva koki sen heikoksi. Arviot kuitenkin heikkenivät selvästi 80. ikävuoden jälkeen (taulukko 1), sillä joka kymmenes 80 vuotta täyttänyt koki elämänlaatunsa vähintään huonoksi. Mitä iäkkäämpi vastaaja, sitä yleisimmin vastaus oli ”ei hyvä eikä huono”. Tyytyväisyys omaan terveyteen laski iän myötä (liitetaulukot 1 ja 2). Myös Koskisen ym. (2012) mukaan koettu terveys heikkenee iän myötä.

TAULUKKO 1. Elämänlaadun ulottuvuuksien ikä- ja sukupuolittaiset keskiarvot suomalaisella täysi-ikäisellä väestöllä vuosina 2009 ja 2013 EuroHis-8-mittarilla (vastausten vaihteluvälit 1 heikoin – 5 paras, 95 %:n luottamusvälit)

		Elämänlaadun eri ulottuvuudet							
	Vuosi	Fyysinen	Psyykinen	Sosiaalinen	Ympäristö	YleisQol	Terveys	N	
18–24-vuotiaat									
Miehet	2009	4,4 (4,3-4,5)	4,3 (4,2-4,5)	4,1 (3,9-4,3)	4,0 (3,9-4,2)	4,1 (4,0-4,2)	4,3 (4,1-4,5)	198	
	2013	4,5 (4,3-4,6)	4,3 (4,1-4,4)	4,4 (4,3-4,6)	4,0 (3,9-4,2)	4,0 (3,9-4,2)	4,3 (4,2-4,5)	201	
Naiset	2009	4,2 (4,0-4,3)	4,1(4,0-4,2)	4,3 (4,2-4,5)	4,0 (3,9-4,1)	4,2 (4,0-4,3)	3,9 (3,8-4,1)	250	
	2013	4,3 (4,2-4,4)	4,1(4,0-4,3)	4,3 (4,1-4,4)	4,1 (3,9-4,2)	4,2 (4,1-4,3)	4,1 (3,9-4,2)	222	
25–44-vuotiaat									
Miehet	2009	4,2 (4,2-4,3)	4,1 (4,1-4,2)	4,2 (4,2-4,3)	4,1 (4,1-4,2)	4,1 (4,0-4,1)	4,0 (3,9-4,1)	686	
	2013	4,4 (4,3-4,4)	4,2 (4,1-4,2)	4,3 (4,2-4,3)	4,2 (4,1-4,3)	4,1 (4,1-4,2)	4,0 (3,9-4,1)	713	
Naiset	2009	4,1 (4,1-4,2)	4,1 (4,0-4,1)	4,3 (4,2-4,3)	4,1 (4,0-4,1)	4,1 (4,1-4,2)	4,0 (3,9-4,1)	631	
	2013	4,3 (4,3-4,4)	4,1 (4,1-4,2)	4,3 (4,3-4,4)	4,2 (4,1-4,3)	4,3 (4,2-4,3)	4,1 (4,1-4,2)	682	
45–59-vuotiaat									
Miehet	2009	4,2 (4,1-4,3)	4,1 (4,0-4,1)	4,2 (4,1-4,3)	4,1 (4,1-4,2)	3,9 (3,9-4,0)	3,9 (3,8-4,0)	540	
	2013	4,2 (4,2-4,3)	4,1 (4,0-4,1)	4,2 (4,1-4,3)	4,2 (4,1-4,2)	4,0 (3,9-4,0)	3,9 (3,8-4,0)	569	
Naiset	2009	4,2 (4,1-4,2)	4,1 (4,0-4,1)	4,3 (4,2-4,3)	4,1 (4,1-4,2)	4,1 (4,0-4,1)	3,9 (3,8-4,0)	582	
	2013	4,1 (4,1-4,2)	4,0 (4,0-4,1)	4,2 (4,2-4,3)	4,2 (4,1-4,2)	4,0 (4,0-4,1)	3,9 (3,8-4,0)	596	
60–69-vuotiaat									
Miehet	2009	4,3 (4,2-4,4)	4,1 (4,0-4,1)	4,3 (4,2-4,4)	4,2 (4,2-4,3)	4,0 (3,9-4,1)	3,8 (3,7-3,9)	329	
	2013	4,2 (4,1-4,3)	4,1 (4,0-4,2)	4,2 (4,2-4,3)	4,2 (4,2-4,3)	3,9 (3,9-4,0)	3,8 (3,7-3,9)	374	
Naiset	2009	4,2 (4,2-4,3)	4,0 (4,0-4,1)	4,3 (4,2-4,3)	4,2 (4,1-4,2)	4,0 (3,9-4,0)	3,9 (3,8-4,0)	317	
	2013	4,2 (4,2-4,3)	4,1 (4,0-4,1)	4,3 (4,2-4,3)	4,2 (4,1-4,3)	4,0 (3,9-4,0)	3,9 (3,8-4,0)	400	
70–79-vuotiaat									
Miehet	2009	4,1 (4,0-4,2)	4,0 (3,9-4,1)	4,2 (4,1-4,3)	4,1 (4,0-4,2)	3,8 (3,7-3,9)	3,7 (3,5-3,8)	192	
	2013	4,2 (4,1-4,3)	4,0 (3,9-4,1)	4,2 (4,2-4,3)	4,2 (4,1-4,3)	4,0 (3,9-4,1)	3,9 (3,8-4,0)	228	
Naiset	2009	4,1 (4,0-4,2)	4,0 (3,9-4,1)	4,3 (4,2-4,4)	4,2 (4,1-4,2)	3,9 (3,8-4,0)	3,7 (3,6-3,9)	208	
	2013	4,0 (3,9-4,1)	4,0 (4,0-4,1)	4,3 (4,2-4,4)	4,2 (4,1-4,3)	3,8 (3,7-3,9)	3,7 (3,6-3,8)	230	
80 vuotta täyttäneet									
Miehet	2009	3,8 (3,7-4,0)	3,8 (3,7-4,0)	4,2 (4,0-4,3)	4,2 (4,1-4,4)	3,6 (3,4-3,7)	3,6 (3,4-3,7)	120	
	2013	3,7 (3,6-3,9)	4,3 (4,1-4,4)	3,6 (3,5-3,8)	3,5 (3,3-3,7)	4,0 (3,8-4,2)	3,9 (3,7-4,1)	123	
Naiset	2009	3,7 (3,6-3,8)	3,7 (3,6-3,8)	4,1 (4,0-4,2)	4,1 (4,0-4,2)	3,6 (3,5-3,7)	3,5 (3,4-3,6)	253	
	2013	3,7 (3,6-3,8)	4,3 (4,3-4,4)	3,6 (3,5-3,7)	3,5 (3,3-3,6)	4,1 (3,9-4,2)	3,8 (3,7-3,9)	249	

Eri ulottuvuuksien ikäryhmittäiset ja sukupuolittaiset keskiarvot osoittavat, että tyytyväisyys terveyteen ja elämänlaatuun heikkenee tasaisesti iän myötä. Lukuun ottamatta 80 vuotta täyttäneitä ei vuosien 2009 ja 2013 välillä ole tilastollisesti merkitseviä eroja ikäryhmien sisällä ulottuvuuksittain ja sukupuolen mukaan tarkasteltuna. 18–79-vuotiaiden elämänlaadussa ei näin arvioiden ole tapahtunut tarkastelujaksolla merkittäviä muutoksia.

Sen sijaan 80 vuotta täyttäneillä nähdään selviä muutoksia. Vuoteen 2009 verrattuna heidän fyysinen elämänlaatunsa, eli päivittäisiin toimiin tarvittava tarmo ja toimintakyky, ei ole sen enempää parantunut kuin huonontunutkaan. Sen sijaan sosiaalinen ulottuvuus, eli tyytyväisyys ihmissuhteisiin, ja ympäristöulottuvuus, eli tyytyväisyys asuinympäristön olosuhteisiin ja palvelutarjontaan sekä rahojen riittävyteen, ovat heikentyneet tilastollisesti merkitsevästi. Psykkinen elämänlaatu eli tyytyväisyys itseen on kuitenkin parantunut. Kaikkiaan elämänlaadun fyysinen, sosiaalinen ja ympäristöulottuvuus saavat tässä ikäryhmässä vuonna 2013 selvästi muita ikäryhmiä heikommät arvot, sen sijaan psykkinen ulottuvuus saa muuta väestöä paremman arvon.

Ikäryhmien välillä näyttää olevan enemmän eroja vuonna 2013 kuin vuonna 2009, ja nuorimpien tilanne on keskimäärin parantunut. Vaikka 18–79-vuotiaiden ikäryhmissä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja tarkasteluviuosien ja sukupuolten välillä, osoitti Bonferronin monivertailutesti nuorimman eli 18–24-vuotiaiden ryhmän poikkeavan tilastollisesti merkitsevästi muista ryhmistä kaikilla elämänlaadun ulottuvuuksilla, mutta erityisesti fyysisellä ja ympäristöulottuvuudella. Heillä on muita ryhmiä parempi subjektiivinen terveys, tarmo ja toimintakyky, mutta samaan aikaan heillä on ongelmia rahojen riittävydessä ja asumisessa.

Elämänlaadulle tärkeät tekijät ja niiden vaihtelu eri ikäryhmissä

Tyytyväisyys omaan terveyteen ja hyvä elämänlaatu liittyvät käytetyn EuroHIS-8-mittarin tulosten mukaan voimakkaasti yhteen. Elämänlaadulle tärkeiden osatekijöiden kirjo kuitenkin vaihteli, ja *moniulotteisuus oli suurinta nuorimmassa ikäryhmässä* (taulukko 2). Kahdella iäkkäimmällä ryhmällä elämänlaadun osatekijöiden kirjo on suppeampi: sosiaalinen ja psykkinen ulottuvuus eivät nouse enää lainkaan tilastollisesti merkitsevinä esiin, ja merkitsevimpiä ovat aineellinen elintaso 70–79-vuotiailla ja terveys ja toimintakyky 80 vuotta täyttäneillä.

Myös muissa tutkimuksissa on havaittu, että elämänlaadulle tärkeät tekijät vaihtelevat jonkin verran elämäntilanteiden mukaan ja että erityisesti terveyteen liittyvät tekijät korostuvat iän myötä (esim. Hawthorne ym. 2006; Walker & Mollenkopf 2007; Vaarama 2009; Vaarama ym. 2010).

Sovellettaessa EuroHIS-8-mittaria vuoden 2009 aineistoon saatiin jonkin verran erilainen tulos (liitetaulukko 3). Tuolloin elämänlaadun osatekijöiden moninaisuus oli suurinta 25–44-vuotiailla, eli 10 vuotta vanhemmalla ikäryhmällä kuin vuonna 2013. Kuitenkin jo 45–59-vuotiaiden ryhmässä puuttui yksi ulottuvuus kokonaan, eli elämänlaadun moniulotteisuus väheni vuonna 2009 10 vuotta aikaisemmin kuin vuonna 2013. Tulos saattaa johtua satunnaisvaihtelusta tai aineiston eroista. Elämänlaadun moniulotteisuuden myöhentyminen noin 10 vuodella vuoteen 2013 mennessä saattaa kuitenkin viitata ikääntyneen väestön keskuudessa

TAULUKKO 2. Elämänlaadun yleisarvosanalle tärkeät osatekijät eri ikäryhmissä vuonna 2013 (tilastollisesti merkitsevät vakioidut kertoimet vaikutusten suuruusjärjestyksessä)

18–24-vuotiaat (n = 423)	25–44-vuotiaat (n = 1 396)	45–59-vuotiaat (n = 1 166)	60–69-vuotiaat (n = 774)	70–79-vuotiaat (n = 457)	80+ (n = 372)
Tyytyväinen terveyteensä*** (0,23+)	Riittävästi tar- moa arkipäivän tehtäviin*** (0,26+)	Tyytyväinen terveyteensä*** (0,25+)	Tyytyväinen terveyteensä*** (0,28+)	Tyytyväinen terveyteen-sä*** (0,29+)	Tyytyväinen terveyteen-sä*** (0,22+)
Riittävästi tar- moa arkipäivän tehtäviin*** (0,23+)	Tyytyväinen terveyteensä*** (0,19+)	Riittävästi tar- moa arkipäivän tehtäviin*** (0,22+)	Riittävästi tar- moa arkipäivän tehtäviin*** (0,21+)	Tarpeeksi rahaa*** (0,18+)	Tyytyväinen kykyyn selviytyä päivittäisistä toimista*** (0,22+)
Tarpeeksi rahaa*** (0,12+)	Tyytyväinen ihmissuhteisiin*** (0,13+)	Tarpeeksi rahaa*** (0,13+)	Tyytyväinen kykyyn selviytyä päivittäisistä toimista*** (0,13+)	Tyytyväinen asuinalueen olosuhteisiin** (0,15+)	Tarpeeksi rahaa*** (0,17+)
Tyytyväinen itseensä*** (0,10+)	Tarpeeksi rahaa*** (0,11+)	Tyytyväinen itseensä* (0,09+)	Tarpeeksi rahaa*** (0,13+)	Riittävästi tar- moa arkipäivän tehtäviin** (0,16+)	Tyytyväinen kykyyn selviytyä päivittäisistä toimista*** (0,07+)
Tyytyväinen itseensä** (0,10+)	Tyytyväinen kykyyn selviytyä päivittäisistä toimista* (0,09+)	Tyytyväinen ihmissuhteisiin* (0,08+)			
Tyytyväinen ih- missuhteisiin*** (0,05+)		Tyytyväinen ih- missuhteisiin* (0,06+)	Tyytyväinen itseensä* (0,07+)		
Tyytyväinen asuinolosuhteisiin* (0,03+)					
Adj.R ² =32,8 %	Adj.R ² =30,7 %	Adj.R ² = 37,1 %	Adj.R ² = 39,5 %	Adj.R ² =25,6 %	Adj.R ² =29,5 %

* = p<0,05, ** = p<0,01, *** = p<0,001.
Suluissa on vaikutuksen suunta (+) positiivinen kerroinvaikutus ja (-) negatiivinen kerroinvaikutus.
Adj.R² tarkoittaa selittävien muuttujien määrään sovitettua tilastollista selityssastetta, joka vaihtelee välillä 0–100 %.

taphtuvaan sukupolvien ja kulttuurin muutokseen. 70–79-vuotiailla korostuivat vuonna 2013 subjektiiviseen toimeentuloon ja asuinympäristöön liittyvät tekijät enemmän kuin vuonna 2009.

Vuoden 2013 tulos eroaa myös vuoden 2009 alkuperäisestä analyysistä, jossa mittarina käytettiin 26-muuttujaista WHOQOL-BREFiä (Vaarama ym. 2010), sillä psykologiset ja emotionaaliset tekijät jäivät nyt vähemmälle huomiolle. Tämä johtuu mittarien erilaisuudesta, sillä EuroHIS-8-mittariin on sisällytetty vain eri

ulottuvuuksien avainmuuttajat. Laajemmalla mittaristolla eri ikäryhmien välillä nähtiin suurempia eroja, ja esimerkiksi nuorilla oman elämän kokeminen merkityksellisenä liittyi tilastollisesti merkitsevimmin hyväksi koettuun yleiseen elämänlaatuun.

Elämänlaadun sosiaalinen valikoivuus työikäisillä

Vuoden 2009 analyysissä työkyvyttömyys, työttömyys ja tuloköyhyys olivat suurimmat heikon elämänlaadun riskitekijät 18–59-vuotiailla työikäisillä, kun taas hyvä koulutus, turvattu työpaikka ja parisuhde tai useamman hengen taloudessa asuminen suojasivat elämänlaatua. Toistimme saman analyysin vuoden 2013 aineistolla ja valitsimme aiempaan tapaan selitettäväksi muuttujaksi keskimääräistä heikommaksi koetun elämänlaadun. Selittävinä tekijöinä olivat koulutus, työmarkkina-asema, kotitalouden koko, toimeentulotuen asiakkuus, suhteelliset tulot, sukupuoli, ikä ja asuinpaikan kaupunkimaisuus (taulukko 3). Logistisen regressiomallin kertoimet ilmaisevat todennäköisyyden, jolla kukin tarkastelluista muuttujista liittyy keskimääräistä heikommalla elämänlaadun riskiin. Vertailutaso on aina tasan yksi, ja yli yhden kerroin viittaa riskin kasvamiseen. Jos kerroin on alle yhden, se on merkki heikolta elämänlaadulta suojaavasta tekijästä.

Työikäisten yleisen elämänlaadun suurimmat riskitekijät ovat myös vuoden 2013 aineistossa työkyvyttömyys ja työttömyys, jotka heikentävät elämänlaatua voimakkaasti kaikilla tarkastelluilla ulottuvuuksilla. Työssäkäyvään verrattuna työikäisen työkyvyttömyyseläkkeellä olevan riski heikkoon terveyteen ja fyysiseen toimintakykyyn on yli nelinkertainen. Psykkisellä ulottuvuudella riski on yli kolminkertainen, ympäristöulottuvuudella yli kaksinkertainen ja sosiaalisella miltei kaksinkertainen. Työllisiin verrattuna heidän tyytyväisyytensä terveyteen on neljä kertaa ja yleinen elämänlaatu kolme kertaa heikommalla. *Millään muulla tekijällä ei ole näin suurta vaikutusta työikäisten koettuun elämänlaatuun.*

Työttömällä suurin heikon elämänlaadun riski liittyy ympäristöulottuvuuteen eli rahojen riittävyyteen suhteessa tarpeisiin ja /tai tyytyväisyyteen asuinympäristöön. Työllisiin verrattuna riski on miltei kolminkertainen. Psykkisellä ulottuvuudella (tyytyväisyys itsen) riski on yli kaksinkertainen, samoin sosiaalisella ulottuvuudella (tyytyväisyys ihmisiin). Fyysisellä ulottuvuudella (terveys, tarmo ja päivittäinen toimintakyky) riski on miltei kaksinkertainen. Tulos heijastanee erityisesti työttömien toimeentulon ongelmia, mutta *myös työttömyyden suurta vaikutusta itsetuntoon ja ihmisiin.* Työttömyyteen liittyy myös riski heikkoon terveyteen ja fyysiseen toimintakykyyn. Samansuuntaisia tuloksia saivat myös Saikku, Kestilä ja Karvonen (tässä julkaisussa).

Toimeentulotuen saajilla eli tuloköyhillä on yli kaksinkertainen riski samantyyppisiin elinolojen ongelmiin ja miltei kaksinkertainen heikon fyysisen toimintakykyyn riski. Korkeampi koulutus puolestaan kohentaa yleistä elämänlaatua ja toimeen-

TAULUKKO 3. Sosioekonomisten tekijöiden yhteys työikäisillä (18–59-vuotiaat) heikon elämänlaadun riskiin elämänlaadun eri ulottuvuuksilla vuonna 2013 (OR)

	Eurohis-8	Yleinen elämänlaatu	Tytyväisyys terveyteen	Fyysinen ulottuvuus (2 kys.)	Psyykinen ulottuvuus (1 kys.)	Sosiaalinen ulottuvuus (1 kys.)	Ympäristöulottuvuus (2 kys.)
Havaintoja	2 659	2 666	2 666	2 665	2 666	2 666	2 666
Mies	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Nainen	1,15	0,86	0,96	1,22	1,16	1,00	0,96
18–24-v.	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
25–44-v.	1,72 **	1,56	1,80 *	1,10	1,44	1,73	1,09
45–59-v.	2,42 ***	2,15 **	2,06 **	1,71 *	1,44	1,61	1,35
perusaste	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
keskiaste	0,98	0,94	0,76	0,94	1,20	0,81	0,93
alin korkea-aste	0,96	0,72	0,82	0,92	1,05	0,81	0,74
alempi korkeakouluaste	0,76	0,51 *	0,67	0,72	0,71	0,53 *	0,58 **
ylempi korkeakouluaste	0,67*	0,66	0,76	0,79	1,12	0,74	0,51 **
työllinen	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
työtön	2,18***	1,98**	1,93 **	1,84 **	2,37 ***	1,80 *	2,73 ***
työkyvytön/eläkkeellä	3,43 ***	3,17 ***	4,49 ***	4,34 ***	3,02 ***	1,80 *	2,19 **
opiskelija	1,43	1,26	1,11	1,33	1,16	1,18	1,51 *
kotona tai muu	1,57	0,85	1,94	0,83	1,82	1,25	1,89 *
ei lapsia kotitaloudessa	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
alle 7-v. lapsia kotitaloudessa	0,98	0,77	1,04	1,14	1,21	1,15	1,51
7–17-v. lapsia kotitaloudessa	1,06	0,71	0,96	1,08	0,97	1,52	1,25
1 hlön kotitalous	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
2 hlön kotitalous	0,69**	0,71 *	0,90	1,11	0,66 *	0,41 ***	0,75
3 hlön kotitalous	0,78	0,69	0,79	0,94	0,57 *	0,32 ***	0,80
yli 3 hlön kotitalous	0,71	0,63	0,81	0,89	0,49 *	0,25 ***	0,71
ei toimeentulotuen saaja	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
toimeentulotuen saaja	1,95 **	2,79 ***	1,54	1,99 **	1,51	1,48	2,05 **
kaupunki	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
esikaupunki/lähiö	1,20	1,14	1,08	1,27	1,33	1,21	1,29
kuntakeskus	1,06	1,18	1,08	1,06	1,24	0,97	1,07
maaseutu	1,21	1,31	1,07	1,29	1,40	0,97	1,18
kotitalouden tulot (OECD)	0,80 *	0,89	0,92	0,90	1,08	1,09	0,71 **
Nagelkerke, pseudo R ²	8,6 %	10,8 %	6 %	7,2 %	5,3 %	6 %	10,9 %

Odds ratios: OR>1 = kasvanut riski; OR<1 = heikolta elämänlaadulta suojaava tekijä.

Vakioitu sukupuoli, ikäluokka, koulutus, työmarkkina-asema, kotitalouden rakenne ja koko, toimeentulotuen saanti ja asuinpaikka. Referenssiluokkina käytetty miestä, ikäluokkaa 18–24-v., perusasteen koulutusta, työllistä, lapsetonta kotitaloutta, yksinasumista, ei toimeentulotukea sekä kaupunkiasumista. * = p<0,05, ** = p<0,01, *** = p<0,001***. Mallin selityssaste on Nagelkerke, näennäis-R².

tuloa sekä tyytyväisyyttä ihmissuhteisiin ja asuinoloihin. Opiskelijoilla on muita suurempi riski kokea toimeentulon ja asumisen ongelmia. Työllisiin verrattuna myös kotona oleminen (esimerkiksi lasten hoitaminen) on ympäristöulottuvuuteen liittyvä elämänlaadun riski. Sen enempää opiskelijoilla kuin kotona olevillaakaan taloudellinen tilanne tai asuinympäristö ei siis näytä vastaavan tarpeita.

Myös iällä ja kotitalouden koolla on merkitystä. 18–24-vuotiaisiin verrattuna keski-ikäisten eli 45–59-vuotiaiden riski kokea heikkoa yleistä elämänlaatua ja heikentynyttä fyysistä ulottuvuutta on kaksinkertainen. Riski kokea tyytymättömyyttä omaan terveyteen on kuitenkin kohonnut jo 25–44-vuotiailla. Kahden tai useamman henkilön kotitalouksissa elävillä on yhden hengen kotitalouksiin verrattuna vähäisempi riski heikkoon yleiseen elämänlaatuun ja he ovat tyytyväisempiä itseensä ja ihmissuhteisiinsa. Myös Kauppinen ym. (2014) mukaan yhden hengen kotitalouksilla on monia elämänlaatua heikentäviä riskitekijöitä. Sukupuoli, lasten lukumäärä ja asuinpaikka eivät tässä analyysissä nousseet tilastollisesti merkitseviksi.

Tulos vahvistaa heikon työmarkkina-aseman eli työkvyttömyyden ja työttömyyden merkittävän vaikutuksen työikäisen väestön elämänlaatuun. Toimeentulotuen asiakkuus eli tuloköyhyys on seuraavaksi merkittävin riskitekijä. Ainakaan tarkastellun 4-vuotiskauden aikana näiden tekijöiden merkitys elämänlaatua vaarantavina tekijöinä ei näytä vähentyneen.

Yksinäisyys, elämänlaatu ja yksinäisyydelle altistavat tekijät

Suurin osa tutkituista (80 %) koki yksinäisyyttä vain hyvin harvoin tai ei koskaan. Reilu viidennes 18–79-vuotiaista koki yksinäisyyttä ainakin joskus. Muutokset vuoteen 2009 verrattuna eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Kuitenkin 45–59-vuotiaiden ryhmässä niiden osuus, jotka eivät koskaan tunne itseään yksinäiseksi, on kasvanut lähes merkitsevästi (taulukko 4). Yksinäisyyden kokeminen kuitenkin yleistyy 80. ja etenkin 85. ikävuoden jälkeen (ks. Vaarama, Mukkila ja Hannikainen-Ingman, tässä teoksessa).

Koetun yksinäisyyden ja heikon elämänlaadun välillä havaittiin korrelaatioita, jotka eivät olleet kovin voimakkaita ($>0,5$), mutta silti tilastollisesti erittäin merkitseviä. Erityisesti 45–59-vuotiaiden ryhmässä yhteys heikon elämänlaadun ja yksinäisyyden kokemisen välillä oli merkitsevä. Elämänlaadun ulottuvuuksista yksinäisyys vähensi eniten tyytyväisyyttä ihmissuhteisiin. Sosioekonomisen aseman mukainen tarkastelu osoitti, että työttömyys altistaa yksinäisyydelle tilastollisesti merkitsevimmin ja miltei kaksinkertaistaa tämän riskin (taulukko 5). Toiseksi merkitsevin riskitekijä oli naissukupuoli. Näiden jälkeen tulivat ikä, leskeys ja eläkeläisyys tai työkvyttömyys. Parisuhde suojasi yksinäisyydeltä.

TAULUKKO 4. Yksinäisyyden kokemus ikäryhmittäin 2009 ja 2013, % (95 %-n luottamusvälit)

	18–24-vuotiaat		25–44-vuotiaat		45–59-vuotiaat		60–69-vuotiaat		70–79-vuotiaat	
	2009	2013	2009	2013	2009	2013	2009	2013	2009	2013
n	448	423	1 317	1 393	1 122	1 166	646	774	400	456
Jatkuvasti	1,2 (0,4-3,7)	0,4 (0,1-2,8)	0,4 (0,1-0,9)	0,3 (0,1-0,8)	1,7 (1,1-2,7)	0,7 (0,3-1,3)	1,1 (0,6-2,1)	0,6 (0,3-1,4)	1,6 (0,7-3,2)	2 (1,1-3,6)
Melko usein	2,8 (1,3-5,7)	2,7 (2,7-5,6)	2,2 (1,5-3,3)	1,9 (1,3-2,9)	2,7 (1,9-3,9)	3,7 (2,8-5)	2,5 (1,6-3,8)	3,1 (2,2-4,4)	4,3 (2,8-6,6)	4,3 (2,9-6,3)
Joskus	21,2 (16,6-26,7)	18 (13,8-23,2)	18,9 (16,8-21,2)	17,7 (15,7-20)	18,7 (16,5-21,1)	15,4 (13,5-17,6)	17,9 (15,5-20,7)	14,4 (12,3-16,7)	18,8 (15,5-22,7)	17,2 (14,4-20,5)
Hyvin harvoin	45,6 (39,6-51,8)	47,6 (41,6-53,8)	41,8 (39,1-44,6)	40,5 (37,8-43,4)	36 (33,2-38,8)	34 (31,4-36,8)	29,1 (26,2-32,3)	31,8 (28,9-34,9)	25,3 (21,5-29,5)	22,5 (19,3-26)
Ei koskaan	29,2 (23,9-35,1)	31,3 (25,9-37,2)	36,7 (34-39,5)	39,5 (36,8-42,4)	40,9 (38,1-43,8)	46,2 (43,3-49)	49,3 (45,9-52,7)	50,1 (46,9-53,3)	50 (45,4-54,5)	54 (50-58)

Tulos viittaa yhtäältä yksinasuviin tai ilman parisuhdetta eläviin 25–44-vuotiaisiin työttömiin tai työkyvyttömyyseläkkeellä oleviin ja toisaalta 80 vuotta täyttäneisiin naisiin.. Yksinäisyys on jo aiemmin todettu heikon elämänlaadun riskitekijäksi työikäisillä. Yksinäisyyden lisääntyminen iän myötä on osoitettu myös aiemmissa tutkimuksissa (esim. Vaarama ym. 2006; ks. myös tämä teos Vaarama ym.). Myös yksinäisyys näyttää siis kasautuvan sinne missä voimavarat ovat jo ennestään koetuksella.

TAULUKKO 5. Yksinäisyyden kokemuksen riskit aikuisväestöllä 2013 (OR)

Muuttuja	n	OR
Työtön	236	1,9***
Eläkeläinen/työkyvytön	1 438	1,4*
Opiskelija	331	1,0
Kotona tai muu	92	1,5
Nainen	2 381	1,3**
25–44-vuotiaat	1 393	1,5*
45–59-vuotiaat	1 165	1,5
60–69-vuotiaat	773	1,1
70–79-vuotiaat	455	1,2
80+-vuotiaat	379	1,8*
Avoliitossa	751	0,3***
Avioliitossa	2 268	0,3***
Leski	355	1,4*
Joku muu	296	1,2

Odds ratios: OR>1 = kasvanut riski; OR<1 = yksinäisyyden kokemuksesta suojaava tekijä.
* = p<0,05, ** = p<0,01, *** = p<0,001.

Yhteenveto ja pohdinta

Tässä artikkelissa on tarkasteltu suomalaisen aikuisväestön koettua elämänlaatua iän, sukupuolen ja sosioekonomisen aseman mukaan vuonna 2013. Tuloksia on verrattu vuoden 2009 vastaavan tutkimuksen tuloksiin (Vaarama ym. 2010). Elämänlaadun mittarina käytettiin EuroHIS-8-mittaria, joka jaottelee elämänlaadun fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja ympäristöulottuvuuteen, joista viimeisin sisältää myös toimeentulon ja asumisen. Lisäksi mittarissa on kysymykset yleisestä elämänlaadun kokemuksesta sekä tyytyväisyydestä omaan terveyteen. Tavoitteena oli paitsi kuvata elämänlaadun tilaa ja jakaamaa väestössä myös identifioida elämänlaatua suojaavia ja heikentäviä tekijöitä sekä arvioida miten suomalainen hyvinvointipolitiikka on näiden tulosten valossa onnistunut elämänlaadun eriarvon vähentämisessä.

Tulosten mukaan valtaosa väestöstä kokee elämänlaatunsa hyväksi korkeaan ikään saakka. 80. ikävuoden jälkeen elämänlaatu alkaa heiketä, vaikka tässäkin ikäryhmässä vielä yli puolet arvioi elämänlaatunsa hyväksi. Joka kymmenes 80 vuotta täyttänyt koki kuitenkin elämänlaatunsa huonoksi, kun muissa ikäryhmissä tämä oli harvinaista. Käytetyssä mittarissa elämänlaatu oli voimakkaassa yhteydessä koettuun terveyteen ja toimintakykyyn.

Tarkastellut elämänlaadun perustekijät ovat kaikille melko samat, mutta niiden tärkeysjärjestys ja kirjo vaihtelivat jonkin verran eri ikäryhmissä. Nuorimmille eli 18–24-vuotiaille kaikki fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja ympäristöulottuvuuksiin sisältyvät osatekijät olivat tärkeitä, eli elämänlaadun moniulotteisuus näyttäytyi tässä ”elämän rakennusvaiheessa” laajimmillaan. 25–69-vuotiaille tämä moniulotteisuus heikkeni hieman ja painotukset muuttuivat. 70. ikävuoden jälkeen tärkeiksi nousivat enää terveys, toimintakyky sekä toimeentulon riittävyys ja/tai tyytyväisyys asuinympäristöönsä. Tämä vastaa kansainvälisten tutkimusten tuloksia terveyteen liittyvien tekijöiden merkityksen kasvusta iän myötä (Hawthorne ym. 2006; Walker & Mollenkopf 2007) ja korostaa ympäristöulottuvuuden (*person-environment fit*) tärkeyttä iäkkäille.

Tulokset osoittivat elämänlaadun sosiaalisen valikoivuuden ja sen, että työmarkkina-asema määrittää työikäisen väestön elämänlaatua voimakkaasti. Työkyvyttömyyseläkkeellä olo ja työttömyys kaksin- ja jopa nelinkertaistivat riskin heikkoon elämänlaatuun sen eri ulottuvuuksilla. Työkyvyttömyyseläkkeellä olevilla yhteydet heikompaan fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen liittyivät työkyvyttömyyden syihin, jotka Suomessa yleisimmin ovat tuki- ja liikuntaelinten sairaus sekä mielenterveyden ongelmat. Tulos viittaa myös toimeentulon ongelmiin eli työkyvyttömyyseläkkeen pienuuteen suhteessa tarpeisiin, samoin tyytymättömyyteen omaan asuinympäristöönsä. Työkyvyttömyyseläkkeellä olevia vaivaa myös tyytymättömyys ihmissuhteisiin, ja eläkeläisillä todettiin kohonnut yksinäisyyden riski. Tämä tuloksen valossa työkyvyttömyyseläkeläiset kokevat laaja-alaista hyvinvointiresurssien puutetta, ja he ovat monimuotoisen kuntouttavan ja yksinäisyyttä lievittävän toiminnan tarpeessa.

Myös työttömillä oli kohonnut heikon elämänlaadun riski kaikilla ulottuvuuksilla. Riski oli korkein eli miltei kolminkertainen ympäristöulottuvuudella, psyykkisellä yli kaksinkertainen, ja muilla miltei kaksinkertainen. Tuloksen mukaan työttömyyteen liittyy heikoksi koettu terveys ja fyysinen toimintakyky sekä heikko psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi. Myös Saikku ym. (2014, tässä teoksessa) saivat samansuuntaisia tuloksia. Työttömyys myös kaksinkertaisti riskin kokea itsensä yksinäiseksi. Tulos saattaa yhtäältä viitata siihen työttömien joukkoon, joka on syrjäytynyt työmarkkinoilta terveysongelmien takia, mutta ei ole vielä päässyt työkyvyttömyyseläkkeelle. Toisaalta myös työttömyys pitkittyessään nakertaa terveyttä ja psyykkistä hyvinvointia ja lisää toimeentulon ongelmia. Ympäristöulottuvuus viittaa työttömien toimeentulon ongelmiin.

Huonoksi koetun terveyden on aiemmissa tutkimuksissa osoitettu lisäävän työttömyys- ja eläkeriskiä (Böckerman & Ilmakunnas 2009). Palosuon ja Lahelman (2013) mukaan ansiotyöhön osallistuminen tai sen puuttuminen ovat keskeisiä terveyteen vaikuttavia sosiaalisia ja rakenteellisia määrittäjiä. Pitkäaikaistyöttömät ja erityisesti työmarkkinatuensaajat ovat heikossa asemassa. Työmarkkinatuen saajien heikkoa taloudellista tilannetta kuvaa se, että yli puolet heistä saa yleistä asumistukea, yli kolmasosa toimeentulotukea ja noin 30 prosenttia sekä asumisettä toimeentulotukea (Hannikainen-Ingman ym. 2012).

Kolmas riskiryhmä olivat toimeentulotuen saajat. Heillä oli heikentynyt yleinen elämänlaatu, terveys ja toimintakyky sekä toimeentulon ja asumisen ongelmia. Toimeentulotuen asiakkaita on perinteisesti pidetty yhteiskunnan marginaalisena ilmiönä. Pienituloisuuden ohella asiakaskuntaan on liitetty moniulotteinen huono-osaisuus. Toimeentulotuen asiakkaat ovat kuitenkin heterogeeninen ryhmä, eikä ole syytä yleistää, että kaikki tuen saajat olisivat moniongelmaisia tai syrjäytyneitä. Ongelmat kasautuvatkin toimeentulotuen pitkäaikaisasiakkaisiin. Hannikainen-Ingmanin ym. (2013) mukaan toimeentulo-ongelmat näkyvät toimeentulotukiasiakkailla muuhun väestöön verrattuna monella eri tapaa. Heillä on myös muuta väestöä enemmän terveyteen ja toimintakykyyn liittyviä ongelmia, ja he kokevat elämänlaatunsa heikommaksi kuin muu väestö. Jo 20 vuotta sitten Heikkilä (1990) ja Ritakallio (1991) osoittivat, että toimeentulotuen pitkäaikaisasiakkailla erityisesti terveyteen liittyvät ongelmat ovat yleisiä ja että pitkäaikaisasiakkuus on yhteydessä sairastavuuteen. Toimeentulotuen asiakkuuden syyt näyttävät siis olevan varsin pysyviä ja liittyvän heikompaan terveyteen ja korkeaan sairastavuuteen.

Myös *iällä ja koulutuksella* on merkitystä elämänlaadulle. Jo keski-ikäisten (45–59-vuotiaat) riski heikkoon terveyteen ja fyysiseen toimintakykyyn oli merkittävästi kohonnut verrattuna nuorimpiin eli 18–24-vuotiaisiin. Huolestuttavaa on, että heikoksi koetun terveyden riski kasvaa jo 25–44-vuotiailla. Parempi koulutus taas kohensi yleistä elämänlaatua, tyytyväisyyttä ihmissuhteisiin, subjektiivista toimeentuloa ja tyytyväisyyttä asuinympäristöön. Aiempien tutkimusten mukaan koulutus ja ammattiasema ovat yhteydessä myös työssä jaksamiseen. Työssä jat-

kamisen halukkuus 63 ikävuoden jälkeen on keskimäärin selvästi vähäisempää työntekijöillä kuin alemmilla ja ylemmillä ammattitoimihenkilöillä. Työntekijöillä tärkein tekijä, joka vaikuttaa haluun jatkaa työssä on huoli oman terveyden säilymisestä (Kauppinen 2012; Perkiö-Mäkelä & Kauppinen 2012). Työurien pidentämisen näkökulmasta tulos liittyy myös edellä esitettyyn analyysiin työmarkkina-asemasta ja vahvistaa käsitystä siitä, että kaikenikäisille työttömille tulisi tarjota terveystarkastuksia ja neuvontaa sekä erilaisia aktivoivia ja kuntouttavia toimia. Samaa tulisi harkita myös työkyvyttömyyseläkkeellä oleville, joiden joukossa saattaa olla sellaisia osatyökykyisiä, jotka haluaisivat työllistyä osa-aikaisesti. Muita heikon elämänlaadun riskiryhmiä olivat opiskelijat ja kotona työtä tekevät. Kummallakin riski liittyi ympäristöulottuvuuteen eli todennäköisesti heikkoon toimentuloon.

Myös kotitalouden koko suojaasi elämänlaatua, ja kahden, kolmen ja yli kolmen hengen kotitalouksissa elävillä heikon psyykkisen ja sosiaalisen elämänlaadun riski oli yhden hengen kotitalouksiin verrattuna vähäisempi. Valtaosa eli 80 prosenttia ei ollut kokenut yksinäisyyttä lainkaan tutkimusta edeltäneiden kahden viikon aikana. Viidesosa oli kuitenkin kokenut yksinäisyyttä mainittuna aikana joskus. Yksinäisyyden kokemus ei ollut muuttunut tilastollisesti merkitsevästi mihinkään suuntaan vuodesta 2009, eli ei ollut sen enempää lisääntynyt kuin vähentynytkään. Yksinäisyydenkin nähtiin olevan yhteydessä sosioekonomiseen asemaan ja ikään. Tilastollisesti merkitsevin yksinäisyyden riskiryhmä olivat työttömät, joilla oli muihin tutkittaviin verrattuna miltei kaksinkertainen ja tilastollisesti erittäin merkitsevä riski kokea itsensä yksinäiseksi. Myös naissukupuoli, leskeys ja vähintään 80 vuoden ikä, 25–44-vuoden ikä ja eläkeläisyys tai työkyvyttömyys kasvattivat riskiä. Työttömille, iäkkäille ja työkyvyttömille siis kasautuu myös yksinäisyys. Iäkkäiden yksinäisyyttä tarkastellaan lähemmin tuonnempana tässä julkaisussa (Vaarama, Mukkila & Hannikainen-Ingman tässä teoksessa).

Yhteenvedona voi siis todeta, että työikäisillä heikolta elämänlaadulta parhaiten suojaavat hyvä terveys ja toimintakyky, turvattu työpaikka, riittävä toimentulo ja hyvät ihmissuhteet sekä vähintään kahden hengen kotitaloudessa asuminen. Suurimman riskin kokea heikkoa elämänlaatua ja yksinäisyyttä aiheuttavat työkyvyttömyys, työttömyys, tuloköyhyys ja korkea ikä.

Tässä tutkimuksessa toistettiin edellisen koko väestöä koskevan elämänlaatu-tutkimuksen asetelma tuoreella aineistolla. 18–79-vuotiaiden elämänlaadun eri ulottuvuuksissa ei tulosten mukaan ole tapahtunut tarkastelujaksolla merkittäviä muutoksia. Sen sijaan 80 vuotta täyttäneillä nähdään molemmilla sukupuolilla tilastollisesti merkitsevä muutos sosiaalisessa ja ympäristöulottuvuudessa, eli tyytyväisyys ihmissuhteisiin ja rahojen riittävyyteen ja/tai asuinympäristön olosuhteisiin ovat iäkkäillä heikentyneet. Psykkinen elämänlaatu eli tyytyväisyys itse on kuitenkin parantunut. Kaikkiaan elämänlaadun fyysinen, sosiaalinen ja ympäristöulottuvuus saavat iäkkäillä vuonna 2013 selvästi muita ikäryhmiä heikommat arvot, sen sijaan psyykinen muuta väestöä paremman. Tulos viittaa siihen, että

iäkkäät ovat sopeutuneet hyvin vanhuuteensa, mutta heillä on paitsi terveyteen ja toimintakykyyn myös talouteen ja asuinympäristöön liittyviä ongelmia muita väestöryhmiä yleisemmin.

Nuorimpien eli 18–24-vuotiaiden ryhmä erosi muista tilastollisesti merkitsevästi kaikilla elämänlaadun ulottuvuuksilla. Heillä oli muita parempi subjektiivinen terveys, tarmo ja toimintakyky, mutta rahojen riittävydessä ja asumisessa on ongelmia. Ympäristöulottuvuudella eli aineellisessa elintasossa nähtiin aluksi selvä nousu nuorimmasta ikäryhmästä seuraavaan, eli elinolot paranivat nuoruudesta aikuisikään – kääntykseen jälleen laskuun 70. ikävuoden jälkeen. Yleisesti ottaen ikäryhmien välillä oli enemmän eroja vuonna 2013 kuin vuonna 2009.

Lopuksi on todettava, että elämänlaatu on vaikea asia mitattavaksi. Kun käytetään valmiita kysymyspatteristoja, myös tulokset muodostuvat sen mukaisiksi, ja monia tekijöitä jää huomiotta. Mikään mittari ei kuitenkaan pysty antamaan täydellistä kuvaa tai tulkintaa elämänlaadun kokemuksellisesta ja moniulotteisesta sisällöstä. Elämänlaadun käsitteen moniulotteisuus nostettiin esiin alun kirjallisuuskatsauksessa, ja samalla perusteltiin tähän tutkimukseen valittua elämänlaadun määrittelyä ja mittareita. Lähestymistapa soveltui tutkimuksen tavoitteisiin. Käytetty mittari oli kuitenkin aiempaa suppeampi, ja psykologiset sekä emotionaaliset elämänlaadun osatekijät jäivät pitkälti analyysin ulkopuolelle. Elämänkokemista merkitykselliseksi pidetään kuitenkin elämänlaadulle tärkeänä (Veenhoven 2000; 2010; Diener 2009; Nussbaum 2011), ja myös vuoden 2013 vastausten analyysi osoitti psyykkiseen hyvinvointiin liittyvien asioiden merkityksen iäkkäiden elämänlaadulle (Vaarama, Mukkila & Hannikainen-Ingman tässä teoksessa). Tulokset työmarkkina-aseman tärkeydestä työkäisten elämänlaadulle saattavat myös viitata siihen, että työllä ei ole vain aineellinen, instrumentaalinen merkitys ihmiselle, vaan se myös määrittää sosiaalista statusta ja antaa itsetuntoa ja elämälle merkitystä. EuroHis-8-mittaria käytettäessä olisi harkittava ainakin psyykkisen ulottuvuuden lisämittareiden käyttöä. Jatkossa olisi syytä tutkia koettua elämänlaatua myös esimerkiksi etnografisin menetelmin ja näin syventää standardoiduilla mittareilla saatua kuvaa.

Johtopäätökset

Vaikka väestö keskimäärin voi yhä paremmin, elämänlaadussa, hyvinvoinnissa ja terveydessä suomalainen yhteiskunta on jakautunut hyvä- ja huono-osaisten ryhmään, eikä tilanne näytä muuttuneen vuodesta 2009. Jakajana ei välttämättä enää ole perinteinen köyhyys ja tietämättömyys vaan osallisuus. Työkäisillä tätä osallisuutta määrittää vahvasti se, onko heillä työtä: Parasta hyvinvointipolitiikkaa on työ ja siitä maksettava säällinen palkka. Jos eriarvoisuutta halutaan vähentää, tarvitaan edelleen sekä koko väestön terveyttä, koulutusta ja hyvinvointia edistävää politiikkaa, mutta myös aivan konkreettisia työ- ja asuntopoliittisia sekä

sosiaaliturvaan liittyviä parannuksia, joilla kohennetaan nyt osattomien asemaa. Tarvitaan työtä, kohtuuhintaisia asuntoja, perustoimeentulon turvaa, terveystal-veluja ja sosiaalisen toimintakyvyn tukea. Eriarvon vähentämisen tavoitteet tulisi konkretisoida hallituskausittain niin, että niitä voidaan myös arvioida riippumat- tomalla tutkimuksella. Väestön kokeman elämänlaadun valossa harjoitetun hy- vinvointipolitiikan suunta on oikea, mutta eriarvon vähentämistä koskevan ta- voitteen toteutuminen odottaa vielä konkreettisia toimia.

Viite

- 1 Vastausvaihtoehdot eri kysymyksiin olivat: Erittäin huono, huono, ei hyvä eikä huono, hyvä, erittäin hyvä; Erittäin tyytymätön, melko tyytymätön, ei tyytyväinen eikä tyytymätön, melko tyytyväinen vai erittäin tyytyväinen; Ei lainkaan – täysin riittävästi

Lähteet

- 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. Teoksessa: 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.
- Diener, Ewald (2009) *The Science of Well-Being*. New York: Springer
- Eckersley, Richard (2000) The mixed blessings of material progress: diminishing returns in the pursuit of happiness. *Journal of Happiness Studies* 1, 267–292.
- Felce, David & Perry, Jonathan (1995) Quality of Life: It's Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*. Vol.16. No 1. pp. 51–74.
- George, Linda K (2005) Socioeconomic status and health across the life course: progress and prospects. *Journal of gerontology series B psychological sciences and social sciences*. 60(2), 135–139.
- Hannikainen-Ingman, Katri & Hiilamo, Heikki & Honkanen, Pertti & Kuivalainen, Susan & Moisio, Pasi (2012) Perus- ja vähimmäis- turvan yleisyys ja päällekkäisyys 2000–2009. Kelan nettityöpapereita 33/2012. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Hannikainen-Ingman, Katri & Kuivalainen, Susan & Sallila, Seppo (2013) Toimeentulotuen asiakkaiden elinolot ja hyvinvointi. Teoksessa Kuivalainen, Susan (toim.) *Toimeentulo- tuki 2010-luvulla. Tutkimus toimeentulotuen asiakkuudesta ja myöntämiskäytännöistä*. Raportti 9/2013). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Hawthorne, Graeme & Herrman, Helen & Murphy, Barbara (2006) Interpreting the WHOQOL-Bref preliminary population norms and effect sizes. *Social Indicator Research* (2006) 77:37–59, Springer 2006.

- Heikkilä, Matti (1990) *Köyhyys ja huono-osaisuus hyvinvointivaltiossa. tutkimus köyhyyden ja hyvinvoinnin puutteiden kasaumisesta Suomessa. Sosiaalhallituksen julkaisuja 8/1990.* Helsinki.
- Kahneman, D, Diener, E, Schwarz N (eds): (1999) *Well-being: The Foundations of Hedonistic Psychology*, Russel Sage Foundation, New York.
- Kauppinen, Timo (2012) *Työolot.* Teoksessa Koskinen, Seppo & Lundqvist, Annamari & Ristiluoma, Noora (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011.* Raportti 68/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kauppinen, Timo M & Martelin, Tuija & Hannikainen-Ingman, Katri & Virtala, Esa (2014) *Yksin asuvien hyvinvointi – Mitä tällä hetkellä tiedetään? Työpäpaperi 27/2014.* Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Koskinen, Seppo & Lundqvist, Annamari & Ristiluoma, Noora (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011.* Raportti 68/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Lasslet, Peter (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.* Teoksessa Birren, James E & Lubben, James & Rowe, John & Deutschman, David (edt.) *The concept of measurement of quality of life in frail elders.* San Diego, academic press, 3–27.
- Nosikov, Anatoliy & Gudex, Claire (2003) *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys.* World Health Organization. IOS Press: Amsterdam.
- Nussbaum, Martha (2011) *Creating Capabilities.* Cambridge: Harvard University Press.
- Palosuo, Hannele & Lahelma, Eero (2013) *Terveyden sosiaaliset määrittäjät.* Teoksessa Sihto, Marita, Palosuo, Hannele, Topo, Päivi, Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt.* Teema 17/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Perkiö-Mäkelä, Merja & Kauppinen, Timo (2012) *Työ, terveys ja työssä jatkamisajatus.* Työ ja ihminen tutkimusraportti 41. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Pieper, Richard & Vaarama, Marja (2008) *The concept of care-related quality of life.* Teoksessa 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.
- Pieper, Richard & Vaarama, Marja & Karvonen, Sakari (2014) *Social Sustainability: Theory, Model and Measurement.* Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (tulossa).
- Rapley, M (2003) *Quality of Life Research. A Critical Introduction.* London: Sage
- Ritakallio, Veli-Matti (1991) *Köyhyys ei tule yksin. Tutkimus hyvinvointipuutteiden kasaumisesta toimeentulotukiasiakkailla.* Tutkimuksia 11. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus.
- Saari, Juho (toim.) (2013) *Suomen sillat tulevaisuuteen. Kuluttajatutkimuksen kirjoja 8.* Tampereen yliopistopaino Oy.
- Saikkku, Peppi & Kestilä, Laura & Karvonen, Sakari (2014) *Työttömien hyvinvointi ja aktiivisuuspolitiikka.* Tässä teoksessa.
- Sen, Amartya (1993) *Capability and Well-Being.* Teoksessa Nussbaum, Martha & Sen, Amartya (eds.) *The Quality of Life.* Oxford: Clarendon Press, 30–53.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2011) *Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia.* Julkaisuja 2011:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2014) *Hyvinvointi on toimintakykyä ja osallisuutta. Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatso 2014.* Julkaisuja 2014:13. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Vaarama, Marja & Luoma, Minna-Liisa & Ylönen, Lauri (2006) *Ikääntyneiden toimintakyky, Palvelut ja koettu elämänlaatu.* Teoksessa Kautto, Mikko (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi.* Helsinki: Stakes.
- Vaarama, Marja & Mikkilä, Susanna & Hannikainen-Ingman, Katri (2014) *80 vuotta täyttäneiden elämänlaatu ja elinolot.* Tässä teoksessa.
- Vaarama, Marja & Pieper, Richard (2014) *Care-related Quality of Life in Old Age.* Teoksessa Michalos AC (Ed.) (2014) *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research.* Dordrecht, Netherlands: Springer.
- Vaarama, Marja & Siljander, Eero & Luoma, Minna-Liisa & Meriläinen, Satu (2010a) *Suomalaisten kokemus elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen.* Teoksessa Vaarama Marja, Moisio Pasi & Karvonen Sakari (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010.* Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

- Vaarama, Marja & Luoma, Minna-Liisa & Siljander, Eero & Meriläinen, Satu (2010b) 80 vuotta täyttäneiden elämänlaatu. Teoksessa Vaarama Marja & Moisio Pasi & Karvonen Sakari (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Walker, Alan & Mollenkopf, Heidrun (2007) International and multidisciplinary perspectives on quality of life in old age: conceptual issues. Teoksessa Mollenkopf, Heidrun & Walker, Alan (eds.) Quality of life in old age: international and multi-disciplinary issues. New York. Springer 3–13.
- Veenhoven, Ruut (2000) The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of happiness studies* 1, 1–39.
- Veenhoven, Ruut (2010) Capability and happiness: Conceptual difference and reality links. *The Journal of Socio-Economics*, Elsevier, vol. 39(3), pp. 344–350, June.
- 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

LIITETAULUKKO 1. Elämänlaadun arvio aikuisväestöllä ikäryhmittäin vuonna 2013, % (95 %:n luottamusväli)

	18–24-v.	25–44-v.	45–59-v.	60–69-v.	70–79-v.	≥ 80-v.
n	424	1 395	1 166	774	459	372
Erittäin huono	1 (0–3)	1 (0–1)	1 (1–2)	1 (1–2)	1 (0–2)	2 (1–4)
Huono	2 (1–5)	2 (2–3)	4 (3–5)	3 (2–5)	3 (2–5)	8 (6–11)
Ei hyvä eikä huono	11 (8–16)	9 (7–11)	13 (12–15)	15 (13–18)	21 (18–25)	32 (28–37)
Hyvä	58 (52–64)	55 (52–57)	57 (55–60)	61 (58–64)	57 (53–61)	48 (43–54)
Erittäin hyvä	28 (23–34)	34 (31–36)	24 (22–27)	20 (17–23)	18 (15–21)	10 (7–13)

LIITETAULUKKO 2. Tyytyväisyys terveydentilaan aikuisväestöllä vuonna 2013, % (95 %:n luottamusväli)

	18–24-v.	25–44-v.	45–59-v.	60–69-v.	70–79-v.	≥ 80-v.
n	424	1 395	1 166	774	459	372
Erittäin tyytymätön	2 (1–5)	2 (1–3)	3 (2–4)	3 (2–4)	2 (1–4)	7 (5–10)
Melko tyytymätön	4 (2–7)	7 (6–9)	9 (7–10)	10 (8–12)	11 (9–14)	13 (10–17)
Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	7 (5–11)	7 (6–9)	8 (7–10)	8 (6–10)	11 (9–14)	19 (15–23)
Melko tyytyväinen	47 (41–53)	50 (47–53)	57 (54–60)	60 (57–63)	56 (51–60)	52 (47–57)
Erittäin tyytyväinen	40 (35–47)	34 (32–37)	23 (21–26)	20 (17–22)	20 (17–23)	10 (7–13)

LIITETAULUKKO 3. Elämänlaadun yleisarvosanalle tärkeät osatekijät eri ikäryhmissä vuonna 2009 EuroHis-8-mittarilla (tilastollisesti merkitsevät vakioidut kertoimet vaikutusten suuruusjärjestyksessä)

18–24-vuotiaat (n = 448)	25–44-vuotiaat (n = 1 317)	45–59-vuotiaat (n = 1 122)	60–69-vuotiaat (n = 646)	70–79-vuotiaat (n = 400)	80+vuotiaat (n = 373)
Tyytyväinen ihmissuhteisiin *** (0,19+)	Riittävästi tar-moa arkipäivän tehtäviin*** (0,20+)	Tyytyväinen terveyteensä*** (0,22+)	Tyytyväinen terveyteensä*** (0,30+)	Tyytyväinen terveyteensä *** (0,32+)	Tyytyväinen ter-veyteensä *** (0,32+)
Tyytyväinen itseensä** (0,17+)	Tyytyväinen terveyteensä*** (0,18+)	Riittävästi tar-moa arkipäivän tehtäviin*** (0,22+)	Riittävästi tar-moa arkipäivän tehtäviin *** (0,24+)	Riittävästi tar-moa arki-päivän tehtä-viin ** (0,15+)	Riittävästi tar-moa arkipäivän tehtäviin ** (0,17+)
Tyytyväinen kykyyn selviytyä päivittäisistä toimista* (0,12+)	Tyytyväinen ihmissuhteisiin*** (0,13+)	Tarpeeksi rahaa*** (0,15+)	Tyytyväinen kykyyn selviytyä päivittäisistä toimista** (0,13+)	Tarpeeksi rahaa** (0,15+)	Tyytyväinen ihmissuhteisiin** (0,15+)
Tarpeeksi rahaa* (0,11+)	Tyytyväinen kykyyn selviytyä päivittäisistä toimista*** (0,12+)	Tyytyväinen itseensä* (0,07+)	Tarpeeksi rahaa** (0,11+)		
	Tyytyväinen itseensä*** (0,12+)				
	Tarpeeksi rahaa*** (0,12+)				
Adj.R ² =26,3 %	Adj.R ² =37,1 %	Adj.R ² =28,8 %	Adj.R ² =34,3 %	Adj.R ² =26,3 %	Adj.R ² =33,8 %

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

80 vuotta täyttäneiden elämänlaatu ja elinolot

Valtaosalla 80 vuotta täyttäneistä kotona asuvista suomalaisista on hyvät elinolot ja hyvä elämänlaatu. Vuoteen 2004 verrattuna 80–84-vuotiaiden naisten tyytyväisyys ihmissuhteisiin ja ystäviltä saatuun tukeen sekä heidän kykynsä liikkua ja asioida kodin ulkopuolella olivat parantuneet, muutoin merkittäviä muutoksia ei havaittu. Iäkkäiden elämänlaatua suojaavat etenkin psyykinen hyvinvointi, mutta myös riittävä päivittäinen toimintakyky, tarpeita vastaavat tulot sekä tyytyväisyys asuinympäristöön ja sen terveys- ja muihin palveluihin. Elämänlaatua heikensivät heikko terveys ja toimintakyky, kipu ja yksinäisyys, rahan puute sekä lähipalvelujen saatavuuden ongelmat. Iäkkäiden kotona asumisen kulmakivi on edelleen omaisten antama apu, sillä vain viidesosa sai kunnallista kotipalvelua tai kotihoitoa. Viidesosa sai avun puolisoiltaan, mutta pääasiallinen auttaja oli oma tai puolison lapsi. Puolisoiden antaman avun määrä on vuodesta 2004 kaksinkertaistunut. Viidesosa tutkittavista koki, ettei saa apua riittävästi, ja kaikkiaan erilaisia elinolojen ja elämänlaadun ongelmia oli

noin viidesosalla tutkittavista. Erityisesti 85 vuotta täyttäneet miehet nousivat esiin heikon elämänlaadun riskiryhmänä. Tarvitaan uusia palvelu- ja asumiskonsepteja, ja näille vaihtoehtoisia rahoitusmalleja, joissa myös pienituloisille taataan hyvä palvelu ja hoito.

Elämänlaadun käsitettä käytetään kirjavasti eikä sillä ole yhtä yhteisesti hyväksyttyä teoriapohjaa tai määritelmää (Rapley 2003). Käsite samaistetaan usein koettuun hyvinvointiin (esim. George 2005) tai tyytyväisyyteen elämään (Hawthorne ym. 2006). Kahneman, Diener ja Schwartz (1999) puolestaan pitävät tyytyväisyyttä elämään alisteisena elämänlaadulle. Käsittekeskustelua on käyty laajasti aiemmissa Suomalaisten hyvinvointi -julkaisuissa (esim. Vaarama ym. 2006; Vaarama ym. 2010) ja toisaalla tässä teoksessa (ks. Vaarama, Mukkila & Hannikainen-Ingman), joten tässä aiheeseen paneudutaan vain lyhyesti.

Iäkkäitä koskevat elämänlaatuutkimukset keskittyvät usein terveyteen liittyvään elämänlaatuun (*health-related quality of life*), ja terveyteen liittyvät tekijät korostuvatkin iäkkäiden elämänlaatua koskevissa tuloksissa (Walker & Mollenkopf 2007). Kokonaisvaltaisemmissa lähestymistavoissa elämänlaadun nähdään muodostuvan fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin, sosiaalisten suhteiden ja elinolojen ja elinympäristön vuorovaikutuksessa (Cummins 1997; Pieper & Vaarama 2008; Diener 2009; Veenhoven 2000). Iäkkäiden kohdalla käytetään paljon Lawtonin (1983; 1991) mallia elämänlaadusta toisiaan leikkaavien fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja ympäristöllisen ulottuvuuksien kokonaisuutena. Siinä ympäristö sisältää myös toimeentulon ja muut elinolot sekä näiden ja yksilön kyvykkyyksien välisen suhteen (*person-environment fit*). Mitä enemmän henkilöllä on toimintakyvyn vajeita, sitä tärkeämpi on ympäristön esteettömyys ja tarvittavien palvelujen antama tuki. Sama ajatus sisältyy *hoivasta riippuvaisen elämänlaadun* malliin (Pieper & Vaarama 2008; Vaarama & Pieper 2014).

Aikaisempi tutkimus on osoittanut, että paljolti samat tekijät, jotka ovat tärkeitä muiden ikäryhmien elämänlaadulle, ovat tärkeitä myös ikääntyneiden elämänlaadulle, mutta että heillä korostuvat terveyteen ja toimintakykyyn liittyvät asiat (Walker ja Mollenkopf 2007). Lisäksi ikääntyneillä korostuvat eräät muut juuri tähän elämänvaiheeseen liittyvät erityispiirteet, jotka eivät tavallisesti nouse esiin muilla ikäryhmillä. Näitä ovat asunnon ja asuinympäristön esteettömyys, päivittäisen toimintakyvyn ongelmat, riippuvuus muiden avusta, saadun avun koettu tarkoituksenmukaisuus ja riittävyys, kyky selviytyä kognition toimivuutta vaativista tehtävistä sekä turvattomuuden tunne (Vaarama & Tiit 2008; Vaarama ja

Pieper 2014). Myös Laitalaisen (2008) mukaan pelko toisten avusta riippuvaiseksi tulemisesta ja muistin heikkenemisestä sekä laitoshoitoon joutumisesta aiheuttavat iäkkäimmillä turvattomuuden tunnetta. Elämänlaadulle tärkeiden tekijöiden merkityksen on havaittu myös vaihtelevan elämäntilanteiden ja elämänkulun eri vaiheiden mukaan (Vaarama ym. 2006; Vaarama 2009; Vaarama ym. 2010; Vaarama, Mukkila & Hannikainen-Ingman tässä julkaisussa).

Iäkkäiden elämänlaadun tutkimus on sisällynyt Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -tutkimukseen alusta lähtien (Vaarama & Kaitsaari 2002; Vaarama ym. 2006; Vaarama & Ollila 2008; Vaarama ym. 2010). Vuonna 1998 (Vaarama & Kaitsaari 2002) mittarina oli elämään tyytyväisyys. Vuodesta 2004 mittarina on ollut Maailman terveysjärjestön, WHO:n, lyhyt elämänlaadun mittari WHOQOL-BREF (WHOQOL Group 1998), jota voi pitkälti pitää elämään tyytyväisyyden mittarina (Hawthorne ym. 2006).

Aiempien HYPA-tutkimusten mukaan valtaosa suomalaisista 80 vuotta täyttäneistä kokee elämänlaatunsa hyväksi. Fyysinen ja psyykinen toimintakyky, tyydyttävät ihmissuhteet, riittävä toimeentulo, soveltuva asunto ja palvelujen saataavuus ovat 80 vuotta täyttäneiden elämänlaadulle tärkeitä. Iäkkäiden elämänlaatua huonontavat toimintakyvyn heikkeneminen, yksinäisyys ja masennus, toimeentulon ongelmat ja asunnon puutteet sekä liian kaukana olevat lähipalvelut ja tyytymättömyys avun riittävyteen.

Tutkimuksen tarkoitus, menetelmät ja aineisto

Tämä artikkeli jatkaa iäkkäiden elämänlaadututkimuksen perinnettä ja tarkastelee 80 vuotta täyttäneen väestön elämänlaadun ja elinolojen kehitystä Suomessa kymmenvuotiskautena 2004–2014.

WHO:n kansainvälisesti validoidussa, 26-muuttujaisessa WHOQOL-BREF-mittarissa (WHOQOL Group 1998) elämänlaatua mitataan ”lawtonilaisittain” neljän ulottuvuuden eli fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja ympäristöllisen ulottuvuuden ja näitä kuvaavien 24 muuttujan avulla. Lisäksi ovat kysymykset koetusta yleisestä elämänlaadusta ja koetusta terveydestä. Vastausvaihtoehdot on skaalattu 5-luokkaisiksi Likert-asteikollisiksi muuttujiksi. *Fyysinen ulottuvuus* määritellään viiden muuttujan mukaan: estääkö fyysinen kipu tekemästä päivittäisiä tarpeellisia asioita, onko riittävästi tarmoa arkipäivän elämää varten, millainen on liikuntakyky, onko tyytyväinen unensa laatuun sekä onko tyytyväinen kykyynsä selviytyä päivittäisistä toimista.¹ *Psyykkistä ulottuvuutta* mitataan kuuden kysymyksen avulla: kuinka paljon nauttii elämästä, missä määrin tuntee elämänsä merkitykselliseksi, kuinka hyvin pystyy keskittymään asioihin, onko tyytyväinen omaan ulko- muotoonsa, kuinka tyytyväinen on itseensä ja kuinka usein on tuntenut sellaisia negatiivisia tunteita kuin alakuloisuus, ahdistus, epätoivo tai masennus. *Sosiaalista ulottuvuutta* mitataan sillä, kuinka tyytyväinen on henkilökohtaisiin ih-

missuhteisiinsa ja kuinka tyytyväinen on ystäviltä saamaansa tukeen.² *Ympäristö-olottuvuutta* mitataan kahdeksalla muuttujalla: kuinka turvallisesti tuntee itsensä päivittäisessä elämässään, kuinka terveellisenä pitää fyysistä ympäristöään, onko tarpeeksi rahaa tarpeisiin nähden, saako tarpeeksi tietoa päivittäisen elämänsä kannalta tärkeistä asioista, missä määrin on tarjolla mahdollisuuksia vapaa-ajan harrastuksiin, kuinka tyytyväinen on asuinpaikkansa olosuhteisiin, kuinka tyytyväinen on mahdollisuuksiinsa saada terveystalvueluita, sekä kuinka tyytyväinen on mahdollisuuksiinsa käyttää julkisia tai muita liikennevälineitä.

Hoivasta riippuvaisen elämänlaadun mallin (Pieper & Vaarama 2008; Vaarama & Pieper 2014) mukaisesti analyysiin sisällytetään seuraavat lisämuuttujat:

1. Psykykinen olottuvuus: Koettu yksinäisyys
2. Sosiaalinen olottuvuus: Harrastukset ja toisten auttaminen
3. Ympäristöolottuvuus:
 - a. vuositulot, euroa
 - b. asunnon hallintamuoto: omistusasunto, vuokra-asunto
 - c. asuuko yksin: kyllä/ei
 - d. asuinolojen puutteellisuus ja asunnon esteettömyys: onko puutteita keittiössä, pesutiloissa, asunnossa liikuntaesteitä
 - e. itse raportoitu avun saanti: keneltä saa apua eri toimissa, kokeeko avun riittäväksi³
 - f. lähipalvelumatkojen pituus: onko palvelu riittävän lähellä vai liian kaukana (ruokakauppa, apteekki, posti/asiamiesposti, pankki, KELA, terveysasema, sosiaalitoimisto, julkisen liikennevälineen pysäkki),
 - g. asuinalueen kaupunkimaisuuden aste (kaupungin keskusta, esikaupunki/lähiö, kuntakeskus, haja-asutusalue)

Vuoden 2013 tutkimusaineisto koostuu niistä 372:sta 80 vuotta täyttäneestä henkilöstä, jotka haastateltiin vuoden 2013 HYPÄ-tiedonkeruun osana. Haastatelluista 241 eli noin kaksi kolmesta oli naisia ja miehiä oli 131. Lähes puolet oli siviilisäädyltään leskiä (183), naimattomia oli joka kymmenes (39) ja hieman yli kolmannes eli joko avo- tai avioliitossa (132). Haastateltujen keski-ikä oli 85 vuotta, ja vanhin haastatelluista oli 98-vuotias. Vuoden 2004 vertailuaineisto puolestaan koostuu 391:stä ko. vuonna HYPÄ-tiedonkeruun osana haastatellusta 80 vuotta täyttäneestä henkilöstä. Heistä 129 eli 33 prosenttia oli miehiä ja 67 prosenttia naisia. 85 vuotta täyttäneitä oli runsaat 36 prosenttia. (Vaarama ym. 2006.)

Analyysit tehtiin 80 vuotta täyttäneille iän ja sukupuolen mukaan, ja joiltakin osin analysoidaan myös 80–84-vuotiaiden ja 85 vuotta täyttäneiden ryhmiä erikseen. Tilastollisina menetelminä käytettiin ristiintaulukointia, keskiarvoja, keskihajontoja sekä lineaarista ja logistista regressioanalyysia. Vuosien välisissä vertailuissa käytettiin 95 prosentin luottamusvälejä osoittamaan muutoksen tilastollista merkitsevyyttä.

80 vuotta täyttäneiden yleinen elämänlaatu eri ulottuvuuksilla

Noin kolme viidestä tutkittavasta koki yleisen elämänlaatunsa hyväksi tai erittäin hyväksi, mutta 85 vuotta täyttäneistä miehistä miltei viidesosa koki elämänlaatunsa huonoksi. 85 vuotta täyttäneillä naisilla vastaava osuus oli vajaa 10 prosenttia. Vuoteen 2004 verrattuna 85 vuotta täyttäneiden, elämänlaatunsa huonoksi kokevien miesten määrä on kolminkertaistunut, mutta tapausmäärä on pieni, eikä muutos nouse tilastollisesti merkitseväksi (liitetaulukko 1). Kolme viidestä 80 vuotta täyttäneestä oli myös melko tai erittäin tyytyväinen terveyteensä. Viidesosa oli kuitenkin siihen joko melko tai erittäin tyytymättömiä (liitetaulukko 2). Verrattuna vuoteen 2004 näyttää 80 vuotta täyttäneiden subjektiivinen elämänlaatu ja terveys säilyneen ennallaan. Myös Koskisen ym. (2012) mukaan viidennes 75 vuoden iän saavuttaneista arvioi terveytensä melko huonoksi tai huonoksi.

Tutkittavat kokivat elämänlaatunsa parhaaksi sosiaalisella ja ympäristöulottuvuudella ja heikommaksi fyysisellä ja psyykkisellä ulottuvuudella (taulukko 1). 85 vuotta täyttäneillä miehillä fyysinen ulottuvuus oli heikoin, mikä sopii yhteen edellä mainitun koettua terveyttä koskevan tuloksen kanssa. Myös ympäristöulottuvuudella 85 vuotta täyttäneiden miesten elämänlaatu oli hieman muita heikompi. 80–84-vuotiailla naisilla sosiaalinen elämänlaadun ulottuvuus on parantunut tilastollisesti merkitsevästi vuoteen 2004 verrattuna, muut muutokset ovat merkitseviä.

TAULUKKO 1. Koettu elämänlaatu WHOQOL-BREF-mittarin eri ulottuvuuksilla iän ja sukupuolen mukaan vuosina 2004 ja 2013 (keskiarvot, luottamusvälit ja vastanneiden lukumäärät)

	Miehet				Naiset			
	80–84-v.		≥ 80-v.		80–84 v.		≥ 80-v.	
	2004	2013	2004	2013	2004	2013	2004	2013
Fyysinen k.a. (95 % LV) n	63 (59-68) 60	67 (63-71) 64	62 (55-69) 49	58 (53-63) 57	66 (62-69) 142	63 (59-67) 109	56 (52-60) 128	62 (59-66) 136
Psyykinen k.a. (95 % LV) n	64 (61-66) 50	68 (65-71) 62	67 (62-71) 45	65 (61-69) 47	64 (61-66) 126	64 (61-67) 102	62 (59-66) 106	66 (63-69) 123
Sosiaalinen k.a. (95 % LV) n	68 (62-74) 56	74 (68-80) 61	61 (51-71) 49	72 (64-79) 52	61 (56-66) 138	77 (72-81) 104	61 (55-68) 121	73 (68-78) 127
Ympäristö k.a. (95 % LV) n	75 (72-78) 53	72 (68-75) 58	72 (66-79) 38	69 (65-74) 49	71 (68-73) 129	70 (67-73) 99	66 (63-70) 106	71 (69-74) 113

Ulottuvuuksien arviot 0–100, missä 100 paras mahdollinen.

Tutkimuksen tavoitteena oli myös analysoida vaihteleekeo tarkasteltujen elämänlaadulle tärkeiden tekijöiden painoarvo iän ja sukupuolen mukaan. Taulukoissa 2 ja 3 esitetään vain tilastollisesti merkitsevät muuttujat ($p < 0,05$).

Tuloksen mukaan fyysiseen ja psyykkiseen ulottuvuuteen sekä kognitiiviseen toimintakykyyn liittyvät tekijät ovat hyvin tärkeitä iäkkäiden elämänlaadulle (taulukko 2). Kun ikäryhmiä tarkastellaan erikseen, psyykkiseen ulottuvuuteen liittyvät tekijät korostuvat. Masennus ja kielteiset tuntemukset heikentävät elämänlaatua. Rahojen riittävyys suhteessa tarpeisiin korostuu 85 vuotta täyttäneillä, mutta sosiaalinen ulottuvuus ei nouse esiin. Tuloksen mukaan elämänlaadulle tärkeiden asioiden painotukset vaihtelevat hieman kun niitä tarkastellaan eri ikäryhmissä, mutta psyykinen hyvinvointi ja riittävä toimeentulo ovat kaikille tärkeä elämänlaadun ylläpitäjä fyysisen terveyden ja toimintakyvyn rinnalla. Tulos on yhtenevä aiempien iäkkäiden elämänlaatu tutkimusten tulosten kanssa (esim. Walker & Mollenkopf 2007; Vaarama ym. 2006; Vaarama ym. 2010).

Psyykkiseen ulottuvuuteen liittyvät tekijät korostuvat myös sukupuolittain tarkasteltuna niin miehillä kuin naisillakin (taulukko 3). Kielteiset tunteet kuten ahdistus, masennus tai epätoivo heikensivät miesten elämänlaatua tilastollisesti merkitsevimmän. Toinen elämänlaatua heikentävä tekijä heillä oli se, etteivät he saaneet tarpeeksi tietoa päivittäisen elämän kannalta tärkeistä asioista. Miesten elämänlaatua suojasivat kyky keskittyä asioihin, tyytyväisyys omaan terveyden-

TAULUKKO 2. 80 vuotta täyttäneiden elämänlaatua lisäävät ja vähentävät tekijät WHOQOL-BREFillä mitaten vuonna 2013 (tilastollisesti merkitsevät vakioidut kertoimet vaikutusten suuruusjärjestyksessä)

80–84-vuotiaat (n = 175)	≥ 85-vuotiaat (n = 197)	Kaikki 80 vuotta täyttäneet (n = 372)
Elämästä nauttiminen (0,21+)**	Riittävästi rahaa (0,25+)**	Kyky keskittyä asioihin (0,19+)**
Tyytyväisyys terveyteen (0,20+)*	Kuinka hyvin pystyy keskittymään asioihin (0,21+)**	Kuinka paljon nauttii elämästä (0,17+)**
Kuinka usein ahdistusta, masennusta tai epätoivoa (0,17–)*	Kyky selviytyä päivittäisistä toimis-ta (0,19+)*	Riittävästi rahaa (0,17+)**
Kuinka turvalliseksi tuntee olonsa (0,14+)*	Kuinka usein ahdistusta, masennusta tai epätoivoa (0,17–)*	Kuinka usein ahdistusta, masennusta tai epätoivoa (0,14–)**
	Kuinka paljon nauttii elämästä (0,16+)*	Kuinka tyytyväinen on terveyteen (0,12+)*
		Kyky selviytyä päivittäisistä toimis-ta (0,11+)*
		Hyvä liikuntakyky (0,11+)*
Adj.R ² = 38,8 %	Adj.R ² = 41,3 %	Adj.R ² = 38,1 %
* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$.		
Suluissa on vaikutuksen suunta (+) positiivinen kerroinvaikutus ja (–) negatiivinen kerroinvaikutus. Adj.R ² tarkoittaa selittävien muuttujien määrään sovitettua tilastollista selitysasastetta, joka vaihtelee välillä 0–100 %.		

TAULUKKO 3. 80 vuotta täyttäneiden miesten ja naisten elämänlaatua lisäävät ja vähentävät tekijät WHOQOL-BREFillä mitaten vuonna 2013 (tilastollisesti merkitsevät vakioidut kertoimet vaikutusten suuruusjärjestyksessä)

Miehet (n = 123)	Naiset (n = 249)
Kuinka usein ahdistusta, masennusta tai epätoivoa** (0,25–)	Kuinka paljon nauttii elämästä** (0,21+)
Kuinka hyvin pystyy keskittymään asioihin* (0,24+)	Kuinka hyvin pystyy keskittymään asioihin* (0,2+)
Tyytyväisyys terveyteensä* (0,24+)	Riittävästi rahaa* (0,14+)
Riittävästi rahaa* (0,2+)	Mahdollisuudet vapaa-ajan toimintaan* (0,13+)
Tarpeeksi tietoa elämän kannalta tärkeistä asioista* (0,2–)	Mahdollisuus saada terveyspalveluita* (0,13–)
	Tyytyväisyys ihmissuhteisiin* (0,12–)
Adj.R ² = 41,2 %	Adj.R ² = 39,2 %
* = p<0,05, ** = p<0,01, *** = p<0,001. Suluissa on vaikutuksen suunta (+) positiivinen kerroinvaikutus ja (–) negatiivinen kerroinvaikutus. Adj.R ² tarkoittaa selittävien muuttujien määrään sovitettua tilastollista selitysasetta, joka vaihtelee välillä 0–100 %.	

tilaansa sekä rahojen riittävyys suhteessa koettuihin tarpeisiin. Naisilla puolestaan kyky nauttia elämästä suojasi elämänlaatua tilastollisesti merkitsevimmin, sen jälkeen tulivat keskittymiskyky, rahojen riittävyys ja tyytyväisyys asuinalueen vapaa-ajan palveluihin. Tyytymättömyys terveyspalvelujen saantiin ja omiin ihmissuhteisiin heikensivät naisten elämänlaatua. Miehillä rahojen riittävyys oli tärkeämpää kuin naisille, kun taas naisille tärkeää oli palvelujen saatavuus.

Elämänlaadun eri ulottuvuuksien lähempi tarkastelu

Fyysinen ulottuvuus

Koko väestöä koskevissa tuloksissa tyytyväisyys terveyteen aleni jo keski-ikästä alkaen, mutta elämänlaatu fyysisellä ulottuvuudella heikentyi selvästi vasta 80 vuotta täytettyä (Vaarama, Mukkila & Hannikainen-Ingman tässä julkaisussa). Heikoin elämänlaatu fyysisellä ulottuvuudella oli 85 vuotta täyttäneillä miehillä.

Kipu alentaa elämänlaatua etenkin silloin kun se haittaa päivittäistä toimintaa. Reilut puolet tutkittavista koki vain vähän tällaisia kipuja. Kuitenkin viidesosalla naisista ja joka kymmenennellä miehellä tällaisia kipuja oli paljon tai erittäin paljon. Kivun kokemisen yleisyys ei ole muuttunut vuodesta 2004 tilastollisesti merkitsevällä tavalla.

Henkilökohtaiset toimet kuten wc:ssä käynti, pukeutuminen ja peseytyminen sujuivat tutkittavilta pääosin ilman suurempia vaikeuksia (taulukko 4). Raskaat kotityöt tuottivat eniten vaikeuksia niin miehille kuin naisillekin. Ainoa tilastollisesti merkitsevä muutos subjektiivisessa toimintakyvyssä vuoteen 2004 verrattuna on naisten parantunut kyky itsenäiseen asiointiin ja ulkona liikkumiseen.

TAULUKKO 4. Arkielämän tehtävistä ilman vaikeuksia tai pienin vaikeuksin selviytyvien 80 vuotta täyttäneiden miesten ja naisten osuudet vuosina 2004 ja 2013, % (95 %:n luottamusvälit)

	Miehet		Naiset	
	2004	2013	2004	2013
Ruuanlaitto	69 (59-77)	79 (71-86)	77 (71-82)	85 (80-89)
Kevyet kotityöt	79 (69-86)	87 (80-92)	80 (74-85)	88 (83-92)
Raskaat kotityöt	46 (36-55)	55 (46-64)	33 (27-39)	45 (38-51)
Asiointi tai ulkona liikkuminen	70 (60-78)	77 (69-84)	56 (50-62)	69 (63-75)
Henkilökohtaiset toimet	92 (85-96)	94 (88-97)	88 (83-92)	88 (83-91)
Sairaushoito kotona	86 (77-92)	89 (82-94)	85 (79-89)	89 (84-92)

80 vuotta täyttäneiden arjen toimintakyky näyttää siis vuoteen 2004 verrattuna säilyneen aika lailla ennallaan naisten asiointiavun tarpeen vähenemistä lukuun ottamatta. Myös Sainion ym. (2012) mukaan vaikeudet selviytyä arkitoimista ovat 75 vuotta täyttäneillä edelleen yleisiä, ja vaikeuksia esiintyi toiminnasta riippuen viidesosasta puoleen tutkittavista. Iäkkäimpien toimintakyky ei siis näytä kohentuneen vuodesta 2004 tavalla, joka vähentäisi merkittävästi heidän päivittäisiin toimiin liittyvää avun tarvettaan.

Psykinen ja sosiaalinen ulottuvuus

Elämänlaadun psyykkisen ulottuvuuden nähtiin koko väestöä koskevassa tutkimuksessa pysyvän hyvänä korkeaan ikään saakka ja jopa paranevan 80. ikävuoden jälkeen (Vaarama, Munkkila & Hannikainen-Ingman tässä teoksessa). Samantyyppisiä tuloksia saivat myös Daatland & Hansen (2007) tutkiessaan 40–79-vuotiaan norjalaisen aikuisväestön elämänlaatua. He pitävät ”paradoksina” sitä, että tyytyväisyys elämään lisääntyy kun ihminen vanhenee. Ilmiön taustalla saattaa olla myönteinen sopeutuminen omaan vanhenemiseen, ”onnistunut vanheneminen” (*successful ageing*, Baltes & Baltes 1990). Daatlandin ja Hansenin (2007) mukaan syy kuitenkin voi olla yksinkertaisesti se, että vanheneminen ei ehkä olekaan niin huono asia kuin vallitsevien kielteisten stereotyyppien perusteella luullaan.

Tässä tutkimuksessa psyykkisen ulottuvuuden lisämuuttujaksi valittiin koettu yksinäisyys, joka tosin voidaan liittää myös sosiaaliseen elämänlaatuun (Koskinen ym. 2012). Nykyään puhutaan paljon yksinäisyyden lisääntymisestä väestön ja etenkin vanhusväestön keskuudessa. Sen enempää koko väestössä (Vaarama ym. tässä teoksessa) kuin 80 vuotta täyttäneilläkään ei kuitenkaan tässä tutkimuksessa nähdä tilastollisesti merkitsevää muutosta yksinäisyyden kokemisen yleisyydessä vuoteen 2004 verrattuna (taulukko 5).

TAULUKKO 5. Koettu yksinäisyys iän ja sukupuolen mukaan vuosina 2004 ja 2013, % (95 %:n luottamusvälit)

	80–84-v.				≥ 85-v.			
	Miehet		Naiset		Miehet		Naiset	
	2004	2013	2004	2013	2004	2013	2004	2013
n	62	66	147	109	51	58	132	139
Ei lainkaan	65 (54–75)	69 (58–79)	56 (48–64)	59 (50–68)	68 (52–81)	59 (46–72)	55 (45–65)	50 (41–59)
Joskus	27 (18–37)	19 (12–30)	32 (25–40)	31 (23–40)	14 (6–29)	23 (14–37)	28 (20–37)	41 (32–50)
Usein	5 (2–12)	10 (5–19)	9 (5–14)	7 (3–13)	7 (2–18)	12 (6–23)	12 (7–21)	6 (3–12)
Koko ajan	3 (1-10)	3 (1-10)	3 (1-6)	3 (1-9)	11 (4-26)	6 (2-16)	5 (2-12)	4 (2-9)

Valtaosa (70 %) 80–84-vuotiaasta miehestä ja kolme viidestä naisesta ei ollut kokenut tutkimusta edeltävän kahden viikon aikana itseään lainkaan yksinäiseksi. Vajaa viidesosa 85 vuotta täyttäneistä miehistä ja joka kymmenes vastaavanikäinen nainen oli kuitenkin tuntenut itsensä usein tai koko ajan yksinäiseksi. Tuloksen mukaan yksinäisyyden kokeminen kasaantuu 85 vuotta täyttäneille, joista miehet kokevat yksinäisyyttä naisia yleisemmin usein tai aina, kun taas naiset taas kokivat miehiä yleisemmin yksinäisyyttä joskus. Verrattuna koko väestöön 80 vuotta täyttänyt väestö tuntee itsensä usein tai aina yksinäiseksi yleisemmin kuin muu väestö (vrt. Vaarama, Mukkila & Hannikainen-Ingman tässä teoksessa). Myös Koskisen ym. (2012) mukaan 75 vuotta täyttäneillä yksinäisyyden kokeminen oli muuta väestöä yleisempää.

Yksinäisyys ja yksin asuminen liitetään usein toisiinsa. Tässä tutkimuksessa valtaosa yksinään asuvista ikäihmisistä ei ollut tuntenut itseään lainkaan yksinäiseksi tutkimusta edeltäneiden kahden viikon aikana. Yksinäisyyden kokeminen oli yksin asuvilla kuitenkin miltei neljä kertaa yleisempää kuin niillä, jotka eivät asu yksin, sillä yksin asuvista 15 prosenttia koki itsensä yksinäiseksi koko ajan tai usein, kun kahden hengen talouksissa vastaava luku oli 4 prosenttia. Yksin asuminen lisäsi erityisesti 80 vuotta täyttäneiden miesten yksinäisyyttä, sillä heistä noin kolmasosa koki yksinäisyyttä usein tai koko ajan, kun naisilla vastaava osuus oli kymmenesosa. Parisuhteessa elävät kokivat yksinäisyyttä harvemmin (20 %) kuin naimattomat ja lesket (60 %). Myös koettu terveydentila vaikutti yksinäisyyden kokemiseen, sillä lähes kolmannes terveydentilaansa tyytymättömistä koki yksinäisyyttä usein tai koko ajan, kun taas terveydentilaansa tyytyväisistä vain alle kymmenesosa. Samoin noin kolmasosa päivittäisiä toimia paljon tai erittäin paljon haittaavaa kipua kokevista kärsi yksinäisyydestä.

Sosiaalinen aktiivisuus ja harrastukset liitetään aktiiviseen ikääntymiseen (esim. Kalache ym. 2005). Käsillä olevan tutkimuksen mukaan ikäihmiset ovat aktiivisia lukijoita, sillä miltei jokainen luki kirjoja ja sanomalehtiä. Myös kyläily oli yleistä. Luovaa toimintaa kuten käsitöitä, musiikkia ja maalausta oli harrastanut noin kaksi viidestä, mutta kodin ulkopuolisiin harrastuksiin kuten järjestötoimin-

taan osallistuttiin harvemmin. Samantyyppisiä tuloksia on saatu myös aiemmin (esim. Vaarama ym. 2006). Ikäryhmittäin tarkasteltuna 80–84-vuotiaat olivat hie- man 85 vuotta täyttäneitä aktiivisempia, samoin parisuhteessa elävät naimattomia aktiivisempia. Aiemmin nähtiin, että hyvät mahdollisuudet vapaa-ajan harrastuk- siin lisäsivät iäkkäiden naisten elämänlaatua.

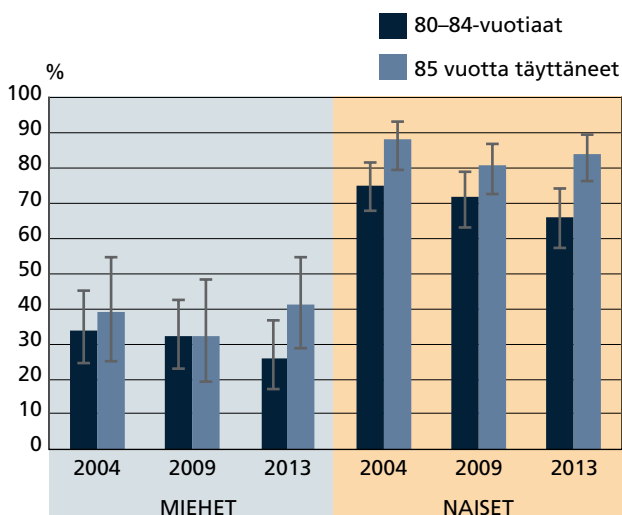
80 vuotta täyttäneet ovat myös huomattava voimavara toisilleen ja muille lä- heisilleen. Avo- tai avioliitossa elävistä lähes puolet ilmoitti auttavansa puolisoaan säännöllisesti. Tämä näkyi myös puolisoiden antaman avun kaksinkertaistumise- na vuodesta 2004. Lapsenlapsiaan tai muita läheisiäänkin auttoi vielä lähes joka kymmenes 80 vuotta täyttänyt.

Ympäristöulottuvuus

Asuminen ja toimeentulo

Valtaosa tutkittavista asui omistusasunnossa, miehet (82 %) naisia (75 %) useam- min. Noin neljäsosalla naisista ja viidesosalla miehistä oli asunnossaan liikkumista vaikeuttavia esteitä, kuten portaita, puuttuva hissi, korkeat kynnykset, kapeat ovi- aukot tai käytävät sekä materiaalien liukkaus. Vajaalla kymmenesosalla oli puut- teita asuntonsa pesu- ja wc-tiloissa, keittiöissä vain harvalla. Merkittävää muutos- ta vuoteen 2004 ei havaittu.

Valtaosa naisista asui yksin. Vuosien 2004–2013 välillä yksinasuvien 80 vuotta täyttäneiden suhteellisessa väestöosuudessa ei ole tapahtunut tilastollisesti merkitse- vää muutosta. Sen sijaan 80 vuotta täyttäneiden naisten keskuudessa nähdään tilas-



KUVIO 1. Yksinasuvien yli 80-vuotiaiden osuudet (%) sukupuolittain ja ikäryhmittäin vuosina 2004 ja 2013.

tollisesti merkitsevä ero siinä, että 80–84-vuotiaita yksinasuvia on vähemmän kuin 85 vuotta täyttäneitä (kuviot 1). Tulos kertoo, että yksinasuvat naiset ovat yhä iäkkäämpiä.

Lähipalvelujen saatavuus on ikäihmisille todella tärkeää. Miltei kolme viidestä koki tässä ongelmia. Kolmasosalle KELAn paikallistoimisto, pankki ja terveyskeskus olivat liian kaukana, noin neljäsosalle posti ja apteekki ja viidesosalle myös ruokakauppa. Sosiaalitoimistoa ei suurin osa käyttänyt, mutta runsaalle kymmenesosalle sekin oli liian kaukana. Liian pitkä matka lähipalveluihin heikensi tutkittavien elämänlaatua tilastollisesti merkitsevästi kaikilla muilla paitsi sosiaalisella ulottuvuudella (taulukko 6). Liian kaukana olevat lähipalvelut muodostivat 80–84-vuotiailla yli kolminkertaisen ja 85 vuotta täyttäneillä yli kaksinkertaisen riskin heikkoon elämänlaatuun. Riski fyysisellä ulottuvuudella oli kaikille yli kaksinkertainen, psyykkisellä ulottuvuudella myös 80–84-vuotiaille. 85 vuotta täyttäneillä taajamassa asuminen yli kolminkertaisti riskin huonoon fyysiseen elämänlaatuun. Kun naissukupuoli suojaa samalla ulottuvuudella elämänlaatua, tulos saattaa viitata siihen, että juuri taajamassa asuvilla vanhoilla miehillä on kuntonsa takia ongelmia lähipalveluihin pääsyssä. Asunnon puutteet ja yksinasuminen eivät nouse tilastollisesti merkitseviksi toisin kuin vuonna 2004. Tulos saattaa viitata parantuneeseen asumistasoon iäkkäillä ja parisuhteessa elämisen yleistymiseen.

TAULUKKO 6. Heikon elämänlaadun riskiä lisäävät tekijät WHOQOL-BREFin elämänlaadun eri ulottuvuuksilla 80–84-vuotiailla sekä 85 vuotta täyttäneellä väestöllä vuonna 2013

	Fyysinen ulottuvuus		Psyykinen ulottuvuus		Sosiaalinen ulottuvuus		Ympäristö- ulottuvuus	
	80–84-v.	≥ 85-v.	80–84-v.	≥ 85-v.	80–84-v.	≥ 85-v.	80–84-v.	≥ 85-v.
n	186	166	178	152	178	156	170	145
Lähipalvelut ei liian kaukana	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Lähipalvelut liian kaukana	2,11*	2,38*	2,05*	1,19	1,47	1,45	3,31**	2,12*
Ei puutteita asunnossa	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Puutteita asunnossa	1,91	1,00	1,57	0,99	0,86	0,62	1,74	1,95
Ei asu yksin	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Asuu yksin	0,80	1,01	1,40	1,12	2,08	0,82	1,40	0,90
Mies	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Nainen	1,67	0,45*	1,28	0,92	0,95	1,20	1,10	1,03
Maaseutu	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Kaupunki	0,93	1,78	0,92	0,73	1,11	1,02	0,51	1,58
Taajama	1,06	3,29*	1,23	0,63	1,05	0,62	0,78	2,13
Odds ratios: OR>1 = kasvanut riski; OR<1 = heikolta elämänlaadulta suojaava tekijä.								
* = p<0,05, ** = p<0,01 ja *** = p<0,001.								

Rekisteritietojen mukaan 80 vuotta täyttäneiden miesten käytettävissä oleva rahatulo oli vuonna 2013 reilut 29 000 euroa vuodessa, kun 80–84-vuotiailla naisilla tulot jäivät alle 20 000 euron, ja 85 vuotta täyttäneillä naisilla käytössä oli enää noin 18 000 euroa. Näistä tuloeroista huolimatta yhdeksän kymmenestä katsoi rahaa olevan vähintään kohtuullisesti tarpeisiin nähden. Kysyttäessä mahdollisuuksista säästää kaksi kolmesta tutkittavasta vastasi sen olevan jossakin määrin mahdollista. Muutokset vuoteen 2004 olivat merkityksettömiä.

Sosioekonomisista tekijöistä subjektiivinen toimeentulo eli rahojen riittävyys suhteessa tarpeisiin nousi kaikille elämänlaadun ulottuvuuksille tilastollisesti erittäin merkitseväksi (liitetaulukko 3). Rahojen riittämättömyys yli 7-kertaisti riskin heikkoon elämänlaatuun ympäristöulottuvuudella, nelinkertaisti riskin psyykkisellä ulottuvuudella, kolminkertaisti sen fyysisellä ja kaksinkertaisti sosiaalisella ulottuvuudella.

Avun saanti ja yhteys elämänlaatuun

Iäkkäiden tärkeimpiä auttajia ovat olleet omaiset ja muut läheiset. Kun kunnallinen kotiapu on vuodesta 1998 jatkuvasti suhteellisesti vähentynyt ja apu kohdennetaan päivittäin paljon apua tarvitseville, on omaisten ja läheisten merkitys vanhusten auttajina kasvanut (esim. Vaarama ym. 2010). Vuonna 2013 kaikkiaan 81 prosentille tutkittavista tärkein auttaja oli muu kuin kunnallinen kotipalvelu tai kotihoito (taulukko 7). Kahta viidestä auttoi oma tai puolison lapsi, viidesosaa puoliso. Puolison antaman avun merkitys oli yli kaksinkertaistunut vuodesta 2004, ja muutos on tilastollisesti merkitsevä. Vain vajaa viidesosa sai apua kunnallisesta kotipalvelusta/hoidosta, ja heidän suhteellinen osuutensa oli edelleen vähentynyt vuodesta 2004. Muutos ei kuitenkaan ole tilastollisesti merkitsevä. Yksityisesti palkatut hoitajat olivat harvinaisia.

TAULUKKO 7. Kotona asuvien 80 vuotta täyttäneiden tärkeimmäksi auttajaksi nimeämien tahojen osuudet vuosina 2004 ja 2013, % (95 %:n luottamusväli)

	2004	2013
n	171	134
Oma tai puolison lapsi	46 (38-54)	42 (33-51)
Kunnan kotipalvelu/kotisairaanhoito	27 (20-35)	19 (13-27)
Puoliso	8 (5-14)	20 (14-27)
Muu sukulainen	6 (3-12)	6 (3-12)
Yksityisesti palkattu hoitaja	4 (2-8)	3 (1-7)
Joku muu	9 (5-16)	11 (7-18)

TAULUKKO 8. Avun saannin yhteys WHOQOL-BREFin elämänlaadun ulottuvuuksiin 80 vuotta täyttäneellä väestöllä 2013 (OR)

	Fyysinen ulottuvuus	Psykykinen ulottuvuus	Sosiaalinen ulottuvuus	Ympäristö- ulottuvuus
n	121	105	113	108
Saa apua omaisilta	1,80	2,68	0,76	2,92*
Saa apua kotipalvelulta	0,89	1,21	1,02	2,39
Avun riittävyys	0,07*	0,37	0,94	0,56
Avun intensiteetti	1,07	1,01	1,02	1,02
* = p<0,05, ** = p<0,01 ja *** = p<0,001.				
Odds ratios: OR>1 = heikentää elämänlaatua; OR<1 = lisää elämänlaatua.				

Tutkimuksessa analysoitiin hoivasta riippuvaisen elämänlaatuteorian mukaisesti myös palvelujen ja saadun avun yhteyttä elämänlaatuun (taulukko 8). Tulosten mukaan saadun avun riittävyys lisäsi iäkkäiden elämänlaatua fyysisellä ulottuvuudella, eli paransi tyytyväisyyttä terveyteen ja päivittäistä selviytymistä kotona. Noin viidesosa koki, ettei saanut apua riittävästi. Omaisten hoidon varassa olevilla oli miltei kolminkertainen riski heikkoon elämänlaatuun ympäristöulottuvuudella.³ Tulosta on vaikea tulkita muutoin kuin niin, että jotkut tarpeet yksinkertaisesti jäävät omaishoidossa tyydyttymättä, ja ne liittyvät joko rahaan, asunnon puutteisiin, asuinympäristön mahdollisuuksiin tarjota vapaa-ajan toimintaa, liikenneyhteyksiin ja terveyspalvelujen saantiin. Asia kaipaaisi tarkempaa tutkimusta.

Tulosten yhteenveto

Tämän tutkimuksen valossa kotona asuvat 80 vuotta täyttäneet kokevat tyypillisesti elämänlaatunsa joko hyväksi tai ”ei hyväksi eikä huonoksi”. Vuoteen 2004 verrattuna 80–84-vuotiaiden naisten sosiaalinen elämänlaadun ulottuvuus oli parantunut, mutta muutoin muutokset olivat merkityksettömiä. Psykykinen hyvinvointi, arjen toimintakyky, rahojen riittävyys suhteessa tarpeisiin sekä lähipalvelujen hyvä saatavuus olivat kaikille tärkeitä elämänlaadun osatekijöitä. Vajaalla viidesosalla 85 vuotta täyttäneistä miehistä elämänlaatu oli huono. Heikon elämänlaadun riskiryhmäksi 85 vuotta täyttäneet nousivat yksinäisyyden, runsaan päivittäistoimia haittaavan kivun, pienten tulojen ja huonoksi koetun terveyden takia.

Psykykiseen hyvinvointiin liittyvien tekijöiden merkitys elämänlaadulle korostui. Kielteiset tuntemukset kuten ahdistus ja masennus heikensivät elämänlaatua, kyky nauttia elämästä puolestaan paransi sitä. Koko väestöön verrattuna psykykinen elämänlaadun ulottuvuus jopa parani iän myötä (Vaarama, Mikkilä & Hannikainen-Ingman tässä teoksessa). Samantyyppinen elämään tyytyväisyyden

kehityksen ”paradoksi” on löydetty muissakin tutkimuksissa (Daatland & Hansen 2007). Näyttää siis siltä, ettei vanheneminen olekaan niin huono asia kuin kielteisten stereotyyppien perusteella usein ajatellaan.

Yksinäisyyden kokeminen ei ollut niin yleistä kuin usein kuvitellaan, eikä se ollut lisääntynyt vuodesta 2004. Tyypillisintä oli tuntee itsensä yksinäiseksi vain joskus. 85 vuotta täyttäneistä kuitenkin noin joka viides mies ja joka kymmenes nainen oli usein tai aina yksinäinen. Yhdeksän kymmenestä yksin asuvasta ei kokenut itseään yksinäiseksi, mutta yksinasuminen nelinkertaisti todennäköisyyden kokea yksinäisyyttä. Lisäksi tyytymättömyys omaan terveyteen ja päivittäistä toimintaa haittaava kipu liittyivät usein yksinäisyyteen.

Verrattuna vuoteen 2004 ei 80 vuotta täyttäneiden subjektiivisessa terveydessä ja toimintakyvyssä ollut tapahtunut muuta merkittävää kehitystä kuin naisten parantunut kyky asioida ja liikkua kodin ulkopuolella. Valtaosa 80 vuotta täyttäneistä oli tyytyväinen terveydentilaansa, mutta joka viides oli siihen melko tai erittäin tyytymätön. Avun tarvetta oli edelleen muun muassa raskaissa kotitöissä, asioinnissa ja kivun hoidossa. Myös Koskisen ym. (2012) tulokset iäkkäiden toimintakyvyn kehityksestä ovat samansuuntaiset.

Liian kaukana sijaitsevat lähipalvelut (KELA, posti, terveyskeskus, ruokakauppa jne.) vähensivät tutkittavien elämänlaatua voimakkaasti, kuten oli laita myös vuonna 2004. Naisilla tyytymättömyys terveystalv palvelujen saatavuuteen heikensi ja tyytyväisyys asuinalueensa vapaa-ajan toimintoihin paransi elämänlaatua. 80 vuotta täyttäneiden miesten elämänlaatua heikensi riittämätön tiedonsaanti päivittäisen elämän kannalta tärkeistä asioista.

Riittävä avunsaanti tuki elämänlaatua. Tärkein auttaja oli oma tai puolison lapsi, viidesosalle oma puoliso. Vain vajaa viidesosa oli kunnallisen kotipalvelun tai kotihoidon piirissä. Omaisten avun varassa oleminen heikensi tutkittavien elämänlaatua ympäristöolotuvuudella voimakkaasti, mikä liittyy tutkittavien tarpeisiin nähden riittämättömiin tuloihin ja tyytymättömyyteen asuinympäristöön ja sen palveluihin. Tämä saattaa viitata siihen, että muita todennäköisemmin pienituloiset ja heikon palvelutarjonnan alueella asuva vanhus on omaistensa avun varassa. Omaisten avun varassa elävillä ikäihmisillä näyttää siis olevan hyvinvointipuuutteita ja tyydyttämätöntä palvelutarvetta. Tätä pitäisi selvittää tarkemmin. Myös Mäkelän ym. (2012) mukaan yleisin auttaja iäkkäillä on omainen, ja vain murto-osa heistä saa omaishoidon tukea.

80 vuotta täyttäneet naiset asuvat pääosin yksin. Tässä yksin asuvien joukossa 85 vuotta täyttäneiden osuus on huomattavasti 80–84-vuotiaita suurempi. Yksinasuvien iäkkäiden suhteellinen osuus väestöstä ei ollut muuttunut vuodesta 2004, mutta yksinasumisen oletetaan yleistyvän väestön ikääntyessä ja yksin elävien määrän kasvaessa (Kauppinen ym. 2014). Tutkittujen asunnot olivat pääosin esteettömiä, eikä puutteellinen asuminen enää noussut elämänlaatua alentavana tilastollisesti merkitseväksi tekijäksi esiin. Silti vajaa neljäsosa naisista ja vajaa viidesosa miehistä ilmoitti asunnon liikuntaesteistä ja wc- ja pesutilojen ongelmis-

ta noin joka kymmenes. Kun kyse on kotona asuvista 80 vuotta täyttäneistä, on ymmärrettävää, että asunnon tulisi tässä vaiheessa olla esteetön ja mahdollistaa liikkuminen myös apuvälineitä käyttäen.

Valtaosalla oli omaisuutta, sillä 80 vuotta täyttäneistä miehistä 90 prosenttia ja naisista 80 prosenttia asui omistamassaan asunnossa. Karvosen ja Vaaraman (tässä teoksessa) mukaan etenkin nuoremmat ikäihmiset ovat valmiita käyttämään vapaaehtoisesti omaisuuttaan tarvitsemiensa palvelujen rahoittamiseen, eivätkä he halua olla omaistensa avun varassa. Pakkoon perustuvaa järjestelmää ei juuri kannatettu. Keskustelu tarpeesta kehittää rahoitusmuotoja, jotka mahdollistavat asuntovarallisuuden käytön oman hoivan rahoittamiseen onkin viime vuosina Suomessa voimistunut. Esimerkiksi Poikonen ja Silvola (2013) toteavat, että ”rahaa on, mutta rahoitusmuotoja on kehitettävä”. Kaikilla tätä varallisuutta kuitenkin ei ole, sillä joka kolmannella kaikki rahat menivät elämiseen. Vaikka suurin osa katsoikin rahojensa riittävän kohtuullisesti tarpeisiinsa, sosioekonomisista tekijöistä rahojen riittävyys vaikutti kaikilla erittäin merkitsevästi kaikkiin elämänlaadun ulottuvuuksiin. Tämä oli etenkin 85 vuotta täyttäneillä miehillä tilastollisesti merkitsevin yksittäinen elämänlaatuun vaikuttava tekijä.

Päätelmät

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan Suomi on hyvä maa vanheta, eikä vanheneminen näytä lainkaan niin huonolta asialta kuin kielteiset stereotyyptit antavat ymmärtää. Kaikki iäkkäät eivät kuitenkaan ole päässeet tästä myönteisestä kehityksestä osallisiksi. Pienituloisten toimeentulon kohentaminen, tarvittavien kotipalvelujen ja terveyspalvelujen saannin turvaaminen, tuki vapaa-ajan toimintoihin osallistumiseen ja yksinäisyyden lieventäminen ovat keinoja kohentaa iäkkäiden elämänlaatua. Palvelumaksuja määriteltäessä olisi otettava huomioon, että rahanpuute vaivaa juuri silloin kun palvelutarve alkaa olla suuri. Tarvitaan myös pienituloisten iäkkäiden ostovoimaa tukevia toimia niin, että heilläkin olisi tosiasiallinen mahdollisuus hankkia tarvitsemansa palvelut myös yksityiseltä sektorilta, ellei kunnalla ole niitä tarjota.

Omaisten antama apu on 80 vuotta täyttäneiden kotona pärjäämisen kivijalka, sillä valtaosaa auttoivat omat tai puolison lapset, ja vain vajaa viidesosa sai kunnallista kotipalvelua/hoidtoa. Puoliso auttoi joka viidettä, ja tämä osuus oli kaksinkertaistunut vuodesta 2004. Kehitys todennäköisesti jatkuu kun miesten eliniän pidetessä puoliset asuvat yhä iäkkäämpinä yhdessä. Pienituloiset ja asuinalueensa palvelutarjontaan tyytymättömät ikäihmiset näyttivät olevan muita todennäköisemmin omaisten antaman avun varassa. Myös niille omaishoidon varassa eläville vanhuksille ja heidän hoitajilleen, joilla ei ole omaishoitosopimusta, tulisi tarjota tukea, palveluja, psykososiaalista kuntoutusta ja virkistystä. Yhä enemmän huomiota tulisi kiinnittää iäkkäiden pariskuntien pärjäämiseen ja tarpeisiin.

Iäkkäiden yksinäisyys ei ole näiden tulosten valossa niin yleistä kuin usein luullaan, eikä yksinäisyys ole vuodesta 2004 yleistynyt. Kuitenkin yksinäisyys, jota yksin asuminen lisää, heikentää etenkin 85 vuotta täyttäneiden elämänlaatua. Et-sivää gerontologista sosiaalityötä, terveyttä edistäviä kotikäyntejä ja yksinäisyyttä lieventäviä palveluja kuten ystäväpiiritoimintaa tulisi kohdistaa erityisesti yksin asuville iäkkäille ja etenkin 85 vuotta täyttäneille.

Näiden tulosten valossa ei ole nähtävissä sellaista toimintakyvyn paranemista, joka olisi vähentänyt 80 vuotta täyttäneiden kotiin annettavan avun tarvetta kulu-neen kymmenvuotiskauden aikana. Myöskään Koskisen ym. (2012) mukaan päi-vittäisen toimintakyvyn parantuminen ei ulottunut iäkkäimpiin väestöryhmiin. Jotta iäkkäitä voidaan tukea pärjäämään kotonaan mahdollisimman pitkään, tu-lee palvelujärjestelmään sisällyttää kiinteänä osana palveluketjua myös kuntoutus. Esimerkiksi Pikkaraisen ym. (2013) mukaan gerontologisella kuntoutuksella voi-tiin vahvistaa 75 vuotta täyttäneiden turvallisuuden tunnetta ja parantaa heidän elämänlaatuaan sekä liikkumis- ja muuta toimintakykyään. Tässä kuntoutus pe-rustui yhteistoiminnalliseen malliin, ja tulosten mukaan myös omalta ikäpolvelta saatu tuki edisti kuntoutettavien mahdollisuuksia jatkaa itsenäistä elämää ja osal-listua kodin ulkopuolisiin toimintoihin

Toisaalta tulos osoittaa myös sen, että korkeassa iässä ulkopuolisen avun tar-ve tulee vääjäämättä vastaan, ja yhteiskunnan pitää se hyväksyä. Pitkäikäisyyden yleistyessä iäkkäiden palvelutarve ei tule vähenemään, ja tähän tulee myös julkisen sektorin varautua. Arjessa selviämisen tuki, sairauksien hyvä hoito sekä kuntoutus muodostavat kotona asuvien iäkkäiden olennaisen palveluketjun, ja sen tulisi olla hyvin koordinoitu ja selkeästi vastuutettu (esim. Vaarama & Tiit 2008). Edelleen on myös tarvetta asuntojen korjausneuvonnalle ja muutostöille. Vanhustyön Kes-kusliiton korjausneuvontahankkeessa on pystytty osoittamaan, että niiden avulla voidaan kustannusvaikuttavasti pidentää iäkkäiden kotona asumista (Vanhus-työnkeskusliitto 2011).

Pitkät lähipalvelumatkat ovat merkittävä elämänlaatua heikentävä tekijä kai-kille 80 vuotta täyttäneille. Palvelujen saavutettavuuden helpottamiseksi tarvitaan sekä kuljetuspalveluja että liikkuvia kotiin tuotavia palveluja. Koti- ja terveyspal-velujen lisäksi tarvitaan myös harrastus- ja vapaa-ajan toimintoja sekä riittävää tiedonsaantia itselle tärkeistä asioista. Tiedottamiseen tulisi käyttää keinoja ja ka-navia, joista tiedetään, että niiden avulla tietoa saadaan ikäihmisille perille. Yh-dyskuntasuunnittelussa tulisi palvelujen ja levähdyspaikkojen sijoittelussa sekä lii-kenneyhteyksien suunnittelussa entistä vakavammin ottaa huomioon ikääntyvän väestön tarpeet, sillä tulevaisuudessa yhä useampi ympärillämme on iäkäs.

Valmisteilla olevan sote-uudistuksen suuri haaste on turvata iäkkäiden tarvit-semien sosiaali- ja terveyspalvelujen tasa-arvoinen saatavuus koko maassa, varsin-kin kun tavoitteena on, että he asuvat kotona yhä iäkkäämpinä ja huonokuntoi-sempinä. Psykkisellä toimintakyvyllä, johon liittyy myös turvallisuuden tunne, todettiin olevan suuri merkitys kotona pärjäämiselle. Turvallisuutta lisää tieto

siitä, että apu on lähellä silloin kun sitä tarvitaan. Koska kotona asuu yhä heterogeenisempi ryhmä apua tarvitsevia ikäihmisiä, tulisi palvelujärjestelmään räätälöidä joustavia ja eri alueille ja kunnille soveltuvia malleja. Tässä tutkimuksessa nousivat esiin taajamissa asuvat huonokuntoiset vanhukset heikon elämänlaadun riskiryhmänä. Lähipalvelujen määrittely ja niiden saatavuuden turvaaminen myös haja-asutusalueilla onkin tärkeää. Myös etsivää gerontologista sosiaalityötä tulisi lisätä vanhusten turvattomuuden ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi.

Yksin asuvien ikäihmisten elämänlaadun tukeminen ja hoivan ja huolenpidon tarpeisiin vastaaminen on kasvava haaste. Puolisoiden antaman avun määrä tulee vanhuspariskuntien määrän kasvaessa todennäköisesti lisääntymään, ja monen sukupolven perheiden yleistyessä apua saataneen jatkossakin juuri läheisiltä. Kaikilla ei kuitenkaan ole puolisoa tai muita omaisia, eivätkä kaikki halua olla omaistensa avun varassa. Ne, joilla on varaa, ovat valmiita myös käyttämään varojaan järjestääkseen avun itselleen, mutta myös vähävaraisille on turvattava hyvä hoito ja palvelu. Ykin elävien määrän kasvaessa (vrt. Kauppinen ym. 2014) erilaiset yhdessä asumisen ja toinen toistensa auttamisen muodot voivat lisääntyä. Tarvitaan käyttäjälähtöistä palvelumuotoilua uusien asumis- ja palvelukonseptien kehittämiseksi. Tarvitaan kohtuuhintaisia ja esteettömiä, myös yhteisöasumiseen soveltuvia asuntoja ja palvelumalleja, jotka lähtevät yhä heterogeenisemmän vanhusväestön tarpeista. Myös vastuukysymykset saattavat vaatia uudelleenmäärittelyä, jos iäkkäiden ja toinen toistensa apua tarvitsevien yhteisöasuminen lisääntyy.

80 vuotta täyttäneiden joukko osoittautui heterogeeniseksi, sillä vaikka kaikki tarkastellut elämänlaadun ulottuvuudet olivat kaikille tärkeitä, niiden sisältämien asioiden painoarvo vaihteli iän ja sukupuolen mukaan. Mikäli iäkkäistä puhutaan vain 65 ja 75 vuotta täyttäneiden ryhminä, jää kaikki tämä vaihtelu piiloon. On lisäksi huomattava, että tämän tutkimuksen aineisto edustaa niitä kotona asuvia ikäihmisiä, jotka ovat pystyneet osallistumaan haastatteluun. Näin ollen tutkimuksen ulkopuolella ovat huonokuntoisimmat, esimerkiksi muistisairaavat kotona asuvat ja laitoshoidossa olevat ikääntyneet.

Kaikkiaan tarvitaan lisää tutkimusta siitä, miten ikäihmiset itse määrittelevät tarpeensa ja osallistavaa palvelumuotoilua niihin vastaamiseksi. Iäkkäiden omia arvioita, näkemyksiä ja elämänsuunnitelmia pitää yleensäkin kuunnella ja kuulla. Suomella on Euroopan nopeimman väestörakenteen muutoksen vauhdittamana mahdollisuus kehittyä ikääntymisen mallimaaksi, jossa kaiken ikäisillä on hyvä elää. Kaikenikäisten Suomi -työryhmän raportissa (Vaarama 2013) on esitetty runsaasti suuntaviivoja ja ehdotuksia siitä, miten tähän tavoitteeseen voidaan päästä.

Viitteet

- 1 Alkuperäisessä lomakkeessa on kahdeksan kysymystä, joista tässä on jätetty lääkehoidon määrä ja oma arvio työkyvystä pois.
- 2 Alkuperäisessä lomakkeessa on myös kysymys tyytyväisyydestä seksuaalielämään, mutta se on jätetty pois, koska aiempien tutkimusten mukaan ikäihmiset eivät mielellään kysyttäessä vastaa tähän kysymykseen, jolloin puuttuvia havaintoja on huomattavan paljon (esim. Power, Quinn, Schmidt & WHOQOL Group 2005; Vaarama & Tiit 2008).
- 3 Saa apua omaisilta -muuttujan arvo on 'kyllä' silloin kun haastateltava on vastannut 'omalta perheeltä' vähintään yhteen seuraavista kysymyksistä: Keneltä saa apua ruuan laitossa, Keneltä saa apua kevyissä kotitöissä, Keneltä saa apua raskaissa kotitöissä, Keneltä saa apua asioinnissa tai ulkona liikkumisessa, Keneltä saa apua henkilökohtaisissa toiminnoissa, Keneltä saa apua sairaudenhoidossa kotona. Vastaavasti jos haastateltava on vastannut yhteenkin edellä olevista kysymyksistä 'kunnan kotipalvelulta tai kotihoidolta', on hänen tulkittu saavan apua kotipalvelulta. Lisäksi kysytty onko apu riittävää: kyllä/ei.

Lähteet

- Cummins, Robert A (1997) Assessing Quality of life. Teoksessa 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.
- Daatland, Svein Olav & Hansen, Thomas (2007) Well-being, Control and Ageing: An empirical Assessment. Teoksessa Mollenkopf, Heidrun & Walker, Alan (eds) Quality of Life in Old Age. International and Multi-Disciplinary Perspectives. Social Indicators Research Series 31. Springer:Dordrecht, the Netherlands.
- Diener, Ewald (2009) The Science of Well-Being. New York: Springer
- George, Linda K (2005) Socioeconomic status and health across the life course: progress and prospects. Journal of gerontology series B psychological sciences and social sciences. 60(2), 135–139.
- Hawthorne, Graeme & Herrman, Helen & Murphy, Barbara (2006) Interpreting the WHOQOL-Bref preliminary population norms and effect sizes. Social Indicator Research (2006) 77:37–59, Springer 2006.
- Kahneman, D, Diener, E, Schwarz N (eds) (1999) Well-being: The Foundations of Hedonistic Psychology, Russel Sage Foundation, New York.
- Kalache, Alexandre & Barreto, Sandhi, Maria & Keller, Ingrid (2005) Global ageing: The Demographic Revolution in All Cultures and Societies. In: Johnson, Malcolm J. (ed) The Cambridge Handbook of Age and Ageing. Cambridge University Press:Cambridge.
- Karvonen, Sakari & Vaarama, Marja (2014) Yhteiskunnan sosiaalinen kestävyys väestön mielipiteiden valossa. Tässä teoksessa.
- Koskinen, Seppo & Lundqvist, Annamari & Ristiluoma, Noora (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Koskinen, Seppo & Sainio Päivi & Tiikkainen, Pirjo & Vaarama, Marja (2012) Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa: Koskinen, Seppo & Lundqvist, Annamari & Ristiluoma, Noora (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Laitalainen, Elina & Helakorpi, Satu & Uutela, Antti (2008) Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2007 ja niiden muutokset 1993–2007. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B 14/2008. Helsinki.
- Lawton, M Powell (1983) Environments and other determinants of well-being in older people. The Gerontologist, 23, 349–57.
- Lawton, M Powell (1991) A multidimensio-

- nal view of quality of life in frail elders. Teoksessa Birren, James E & Lubben, James & Rowe, John & Deutschman, David (edt.) The concept of measurement of quality of life in frail elders. San Diego, academic press, 3–27.
- Pieper, Richard & Vaarama, Marja (2008) The concept of care-related quality of life. Teoksessa Vaarama, Marja & Pieper, Richard & Sixsmith, Andrew Care related quality of life in old age: concepts, models and empirical findings. Springer, New York, NY 65–101.
- Pikkarainen, Aila & Vaara Marita & Salmelainen Ulla (2013) Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen. Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoinnallisen kuntoutuksen kehittämishankkeen loppuraportti. Helsinki: Kela.
- Poikonen, Piritta & Silvola, Timo (2013) Mistä rahat? Hoivan rahoituksen tasapainoa etsimässä. Finanssi- ja vakuutus kustannus Oy FINVA. Tammerprint Oy: Tampere.
- Power, M & Quinn, K & Schmidt, S & WHOQOL-OLD Group (2005) Development of the WHOQOL-old module. Quality of Life Research/14. 2197–2214.
- Rapley, Mark (2003) Quality of Life Research. A critical introduction. Sage. London.
- Sainio, Päivi & Mäkelä, Marjukka & Koskinen, Seppo & Noro, Anja & Aromaa, Arpo (2012) Arkitoimista suoriutuminen. Teoksessa Koskinen, Seppo & Lundqvist, Annamari & Ristiluoma, Noora (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Vaarama, Marja (2009) Care-related quality of life in old age. European Journal of Ageing 6, 113–125.
- Vaarama, Marja (2013) Kaikenikäisille hyvä Suomi. Sukupolvipoliittikalla sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävään hyvinvointiyhteiskuntaan. Työpäpaperi 18/2013. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Vaarama, Marja & Kaitsaari, Tuula (2002) Ikääntyneiden toimintakyky ja koettu hyvinvointi. Teoksessa Heikkilä, Matti & Kautto Mikko (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2002. Helsinki: Stakes.
- Vaarama, Marja & Ollila, Kati (2008) Koettu hyvinvointi ja elämänlaatu kolmannessa iässä. Teoksessa Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari & Simpura, Jussi & Heikkilä, Matti (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2008. Helsinki: Stakes.
- Vaarama, Marja & Tiit, Ene-Margit (2008) Quality of life of older people in home care. Teoksessa Vaarama, Marja & Pieper, Richard & Sixsmith Andrew Care related quality of life in old age: concepts, models and empirical findings. Springer, New York, NY.
- Vaarama, Marja & Pieper Richard (2014) Care-related Quality of Life in Old Age. Teoksessa Michalos AC (Ed.). (2014) Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research. Springer : Dordrecht, Netherlands.
- Vaarama, Marja & Luoma, Minna-Liisa & Ylönen, Lauri (2006) Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Teoksessa Kautto Mikko (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006. Helsinki: Stakes.
- Vaarama, Marja & Siljander, Eero & Luoma, Minna-Liisa & Meriläinen, Satu (2010) Suomalaisten kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa Vaarama Marja & Moisio Pasi & Karvonen Sakari (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Stakes.
- Vaarama, Marja, Mukkila, Susanna & Hannikainen-Ingman, Katri (2014) Suomalaisten elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Tässä teoksessa.
- Vanhustyön keskusliitto (2011) Korjausneuvonta. Kaksikymmentä vuotta veteraanien vanhustyön parantamista. Helsinki: Vanhustyön keskusliitto ry.
- Veenhoven, Ruut (2000) The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life in nations. Social Indicators Research, vol. 39, 1–58.
- 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.
- 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

LIITETAULUKKO 1. Koettu elämänlaatu 80 vuotta täyttäneillä iän ja sukupuolen mukaan vuosina 2004 ja 2013, % (95 %:n luottamusvälit)

	Miehet				Naiset			
	2004		2013		2004		2013	
	80–84-v.	≥ 85-v.	80–84-v.	≥ 85-v.	80–84-v.	≥ 85-v.	80–84-v.	≥ 85-v.
n	61	51	66	58	144	130	109	135
Erittäin huono	0	3 (0-18)	3 (1-11)	0	0 (0-3)	1 (0-7)	0	3 (1-9)
Huono	4 (1-12)	2 (0-15)	3 (1-10)	16 (8-28)	3 (1-7)	6 (3-13)	9 (5-16)	6 (3-12)
Ei hyvä eikä huono	28 (19-39)	31 (19-47)	28 (19-39)	34 (22-47)	31 (24-39)	32 (23-42)	34 (25-43)	33 (25-42)
Hyvä	64 (53-74)	53 (37-68)	53 (42-64)	41 (28-54)	52 (44-60)	51 (40-61)	50 (41-59)	48 (39-57)
Erittäin hyvä	4 (1-10)	11 (4-25)	14(8-24)	10 (5-21)	14 (9-20)	11 (6-19)	8 (4-14)	9 (5-16)

LIITETAULUKKO 2. 80 vuotta täyttäneiden tyytyväisyys terveyteen vuosina 2004 ja 2013, % (95 %:n luottamusvälit)

	Miehet		Naiset	
	2004	2013	2004	2013
n	113	123	277	244
Erittäin tyytymätön	8 (4-15)	4 (2 -9)	10 (6-14)	8 (5-13)
Melko tyytymätön	21 (15-30)	14 (9 -21)	20 (16-26)	13 (9-18)
Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	11 (7-18)	21 (15 -29)	14 (10-19)	17 (13-23)
Melko tyytyväinen	48 (39-57)	53 (44 -61)	41 (35-47)	51 (45-58)
Erittäin tyytyväinen	12 (7-19)	8 (5-15)	15 (11-29)	10 (7-15)

LIITETAULUKKO 3. Heikon elämänlaadun riskiä lisäävät sosioekonomiset tekijät WHOQOL-BREFin elämänlaadun eri ulottuvuuksilla (OR)

	Fyysinen	Psyykinen	Sosiaalinen	Ympäristö
n	362	333	341	321
Mies	1,00	1,00	1,00	1,00
Nainen	1,05	1,43	1,11	1,32
80–84	1,00	1,00	1,00	1,00
85+	1,35	0,80	1,24	1,32
Ei ole yksinasuva	1,00	1,00	1,00	1,00
Yksinasuva	0,82	1,17	1,25	0,91
On rahaa	1,00	1,00	1,00	1,00
Ei ole rahaa	3,36***	4,06***	2,27**	7,59***
Perusaste	1,00	1,00	1,00	1,00
Keskiaste	2,26*	1,14	1,14	1,91
Korkea-aste	1,25	1,13	1,52	0,90
Kaupunki	1,00	1,00	1,00	1,00
Taajama	1,24	0,86	0,65	0,93
Maaseutu	0,64	1,08	0,94	0,84

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$.

Odds ratios: $OR > 1$, kasvanut riski; $OR < 1$, heikolta elämänlaadulta suojaava tekijä.

Terveys, terveyserot ja niiden kehitys

Suomalaisten terveys on kehittynyt viimeksi kuluneen kymmenen vuoden aikana pääosin myönteisesti. Koetussa terveydessä ja pitkäaikaissairastavuudessa on tapahtunut kehitystä parempaan suuntaan, sen sijaan stressikokemukset ovat lisääntyneet. Sosioekonomisen aseman mukaiset terveyserot ovat näiden osoittimien valossa suuria. Eroja tarkasteltiin vuosien 2004–2013 välillä kerättyjen Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -aineistojen pohjalta. Huono koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus ovat vähän koulutetuilla ja pienituloisilla yleisempiä kuin muilla ryhmillä. Poikkeuksen tähän sääntöön muodostavat stressikokemukset, jotka ovat yleisempiä eniten koulutusta saaneilla. Erot säilyivät tarkastelujaksolla pääpiirteissään samanlaisina, mutta pitkäaikaissairastavuudessa perus- ja keskiasteen koulutuksen saaneiden välillä ei ollut enää eroa vuonna 2013. Sen sijaan koetussa terveydessä erot pikemminkin kasvoivat. Vaikka eriarvoisuuden vähentäminen on jo pitkään ollut suomalaisen terveyspolitiikan tavoitteena, sosioekonomiset terveyserot näyttävät siis myös tämän tutkimuksen valossa olevan edelleen varsin sitkeitä. Niiden kaventaminen on tärkeää koko väestön terveydentilan myönteisen kehityksen turvaamiseksi.

Suomalaisten terveys on useimpien mittareiden valossa kehittynyt myönteisesti viimeksi kuluneiden vuosikymmenien aikana. Miesten elinajanodote piteni jaksolla 1992–2012 lähes kuudella vuodella (71,7 vuodesta 77,5 vuoteen) ja naisten neljällä vuodella (79,4 vuodesta 83,4 vuoteen) (Tilastokeskus: Kuolleet). Monet kansansairaudet ovat käyneet harvinaisemmiksi ja toimintakyky on kohentunut. Toisaalta on havaittavissa myös päinvastaisia trendejä, kuten diabeteksen lisääntyminen sekä alkoholiin liittyvän kuolleisuuden kasvu. (Koskinen & Martelin 2013.)

Väestöryhmien – etenkin sosioekonomisten ryhmien – välisten terveyserojen kaventaminen on jo pitkään ollut yksi keskeisiä suomalaisen terveyspolitiikan tavoitteita (Sihto & Palosuo 2013). Siitä huolimatta erot ovat säilyneet selkeinä, ja joissakin tapauksissa ne ovat jopa kasvaneeet. Esimerkiksi jaksolta 1971–1975 jaksolle 2006–2010 ero 30-vuotiaan elinajanodotteessa korkea-asteen ja perusasteen koulutuksen saaneiden välillä kasvoi miehillä 4,9 vuodesta seitsemään vuoteen ja naisilla 2,8 vuodesta 4,4 vuoteen (Martikainen ym. 2013). Vastaavasti jaksolla 1988–2007 ylimpään ja alimpaan tuloviidennekseen kuuluvien suomalaisten miesten välinen ero 35-vuotiaan elinajanodotteessa kasvoi 7,4 vuodesta 12,5 vuoteen ja naisilla 3,9 vuodesta 6,8 vuoteen; alimman tuloviidenneksen elinajanodote ei juuri pidentynyt 20 vuoden aikana. Tuloryhmien väliset erot kasvoivat enemmän kuin käytettäessä ammattiin perustuvaa sosiaaliryhmää sosioekonomisen aseman mittarina. (Tarkiainen ym. 2011.)

Sosioekonomiset erot ovat kuolleisuuden lisäksi Suomessa selviä myös useimmissa muissa terveysosoittimissa (esim. Palosuo ym. 2007). Esimerkiksi sairauspäivärahopäivien määrä on Suomessa sitä suurempi, mitä alemmasta tuloluokasta on kysymys, ja ylimmän ja alimman tulokymmenyksen välinen ero kasvoi jaksolla 1990–2007 (Aittomäki ym. 2014). Myös itse raportoitu terveys on useiden mittareiden valossa keskimäärin sitä heikompi, mitä alemmasta sosioekonomisesta ryhmästä on kysymys. Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) mukaan koulutusryhmien erot ovat varsin johdonmukaiset eri terveys- ja hyvinvointiosoittimissa, kuten koetussa terveydessä, joka mittaa kokoavasti useita terveyden osaluueita (esim. Kaikkonen ym. 2014). Sama havainto on tehty Terveys 2000- ja 2011-tutkimuksissa (Aromaa & Koskinen 2002; Koskinen ym. 2012). Koetun terveyden koulutusryhmittäiset erot olivat selviä ja johdonmukaisia jaksolla 1979–2004 myös Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -tutkimuksen (AVTK) mukaan, ja erot säilyivät jaksolla suunnilleen ennallaan tai kaventuivat hieman (Rahkonen ym. 2007). Terveys- ja hyvinvointierojen muutosta jaksolla 2000–2011 koskeneet Terveys 2000- ja Terveys 2011-tutkimusten aineistoihin perustuneet analyysit antoivat viitteitä siitä, että koulutusryhmittäiset erot koetussa terveydessä ovat 2000-luvulla kaventuneet miehillä ja erot pitkäaikaissairastavuudessa molemmilla sukupuolilla (Talala ym. 2014).

Fyysisen terveyden ohella myös vakavien mielenterveyden häiriöiden on osoitettu olevan yhteydessä matalaan sosioekonomiseen asemaan, kun taas lievemmän psyykkisen oireilun ja stressikokemusten erot sosioekonomisten ryhmien välillä

ovat olleet epäselvempiä (Ostamo ym. 2007). Vuosien 1979–2004 AVTK-aineistoihin perustuneessa tutkimuksessa masentuneisuuden ja lisääntyneen stressin havaittiin olevan yleisempää alimmassa tuloryhmässä parempituloisiin verrattuna, mutta toisaalta taas korkeampi koulutus oli yhteydessä lisääntyneeseen stressiin. Äärimmäisen kova stressi oli kuitenkin yleisempää alemmin koulutetuilla. (Talala ym. 2012.)

Vaikka terveyden tiedetään vaihtelevan sosioekonomisen aseman mukaan, erojen suuruudesta, kehityksestä ja joissakin tapauksissa jopa kehityksen suunnasta piirtyy tutkimusten pohjalta jossain määrin erilainen kuva sen mukaan, miten toisaalta terveydentilaa, toisaalta sosioekonomista asemaa mitataan. Tässä artikkelissa tarkastellaan 18–79-vuotiaiden suomalaisten terveydentilan ja siinä todettujen sosioekonomisten erojen kehitystä viimeksi kuluneiden kymmenen vuoden jaksolla vuosina 2004, 2006, 2009 ja 2013 kerättyjen Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -kyselyiden pohjalta. Terveydentilan osoittimina käytetään koettua terveyttä, pitkäaikaissairastavuutta ja stressikokemuksia. Koettua terveyttä pidetään varsin luotettavana mittarina, joka tiivistää henkilön tiedon ja kokemuksen sairauksista, toimintakyvystä ja erilaisista oireista ja joka yksinkertaisuudestaan huolimatta ennustaa hyvin kuolleisuutta (Jylhä 2011). Pitkäaikaissairastavuus puolestaan on yksi koettuun terveyteen vaikuttavista tekijöistä, ja stressikokemukset edustavat psyykkisen oireilun osoittimia.

Sosioekonomista asemaa kuvataan koulutustasolla ja tuloilla. Koulutustaso mittaa sosioekonomisen aseman tiedollista ulottuvuutta, ja samalla se on tärkeä ammatti- ja työmarkkina-asemaa sekä tuloja määrittävä tekijä. Sen etu moniin muihin sosioekonomisen aseman mittareihin verrattuna on terveydestä johtuvan valikoitumisen melko vähäinen vaikutus, joskin lapsuusajan terveysongelmat voivat rajoittaa kouluttautumismahdollisuuksia. Tulot mittaavat taloudellisia resursseja, jotka puolestaan liittyvät henkilön mahdollisuuksiin tehdä erilaisia terveyttä edistäviä valintoja. Tulotaso voi myös vaikuttaa henkilön sosiaaliseen asemaan. (Galobardes ym. 2007.)

Aineisto ja menetelmät

Tulokset perustuvat vuosina 2004, 2006, 2009 ja 2013 kerättyyn 18–79-vuotiaiden HYPA-aineistoon (yhteensä N = 17 039). Tulokset esitetään eri terveysongelmien osuuksina iän, koulutuksen ja tulojen mukaan. Saatua prosenttiosuus on katoa korjaavalla painolla painotettu ikävakioitu osuus kyseisestä tarkasteluluokasta, jolle on laskettu 95 prosentin luottamusväli. Molempia sukupuolia koskevat tulokset esitetään kuvioina, sukupuolittaiset tulokset on raportoitu liitetäulukoiissa.

Ikäluokat on muodostettu aineiston poimintahetkellä rekisteritiedoista saadun iän perusteella ja koulutusryhmät rekistereistä saadun peruskoulun jälkeisen korkeimman tutkinnon perusteella (ISCED). Eryityisesti 30 vuotta täyttä-

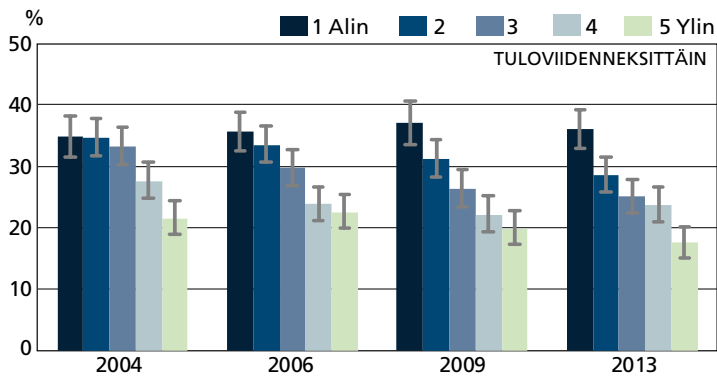
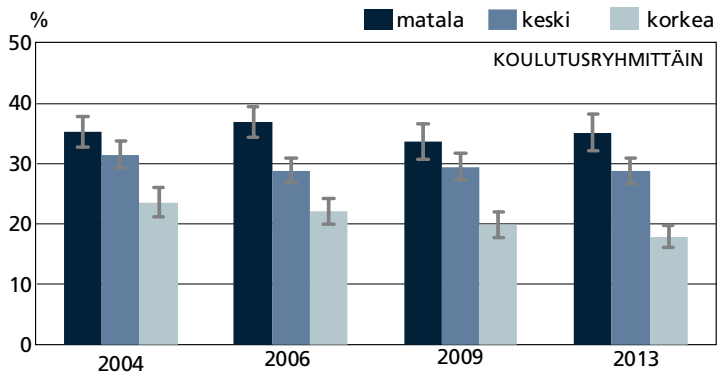
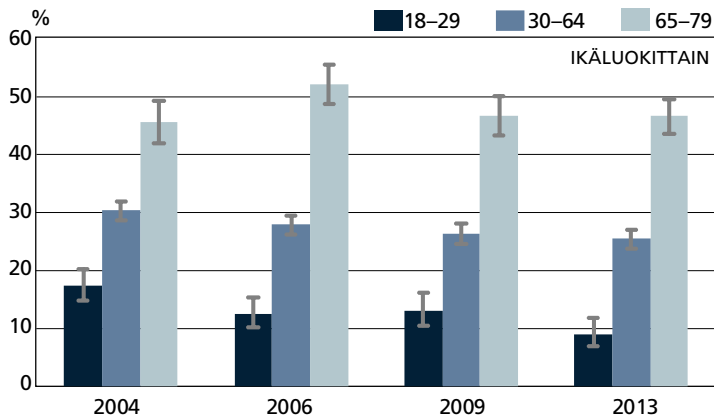
neiden ryhmässä koulutustaso nousi tutkimusjakson aikana: kun vuonna 2004 enintään perusasteen koulutuksen saaneiden osuus tutkimukseen osallistuneista 30–64-vuotiaista oli noin 24 prosenttia, luku oli enää 13 prosenttia vuonna 2013. Ikäryhmässä 65–79 muutos oli vielä selvempi, sillä vastaava osuus pieneni 69 prosentista 44 prosenttiin. Koko ikävälillä 18–79 enintään perusasteen koulutuksen saaneiden osuus pieneni tutkimusjaksolla 31 prosentista 22 prosenttiin, ja vastaavasti ylimmän koulutusluokan osuus kasvoi 29 prosentista 36 prosenttiin. Tuloviidennesluokat on muodostettu jokaiselle vuodelle erikseen viiden prosenttipisteen avulla, jolloin jokaiseen luokkaan kuuluu yhtä suuri joukko vastaajia (miehet ja naiset yhteensä). Tuloluokkien muodostamiseen on käytetty rekistereistä saatua kotitalouden käytettävissä olevaa kokonaisrahatuloa (bruttotulosta vähennetty maksetut tulonsiirrot).

Terveysvasteita on kolme: koettu terveys, pitkäaikaissairaus ja stressikokemukset. Koettua terveyttä selvitettiin HYPA-lomakkeessa kysymyksellä: ”Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne: 1) hyvä, 2) melko hyvä, 3) keskinkertainen, 4) melko huono vai 5) huono?” Tässä artikkelissa tarkastellaan niiden osuutta, jotka ovat ilmoittaneet terveytensä olevan joko keskinkertainen tai sitä huonompi. Pitkäaikaissairailta tarkoitetaan niitä vastaajia, jotka ovat vastanneet myönteisesti kysymykseen: ”Onko teillä jokin pitkäaikainen fyysinen tai psyykinen sairaus tai vamma, joka haittaa teidän jokapäiväistä elämääne?” Stressikokemuksia tiedusteltiin kysymyksellä: ”Oletteko ollut viime aikoina stressaantunut: 1) erittäin paljon, 2) melko paljon, 3) jonkin verran, 4) vähän 5) vai ette lainkaan?” Lisäohjeena annettiin kuvaus: ”Stressillä tarkoitetaan tilannetta, jossa ihminen tuntee itsensä jännittyneeksi, levottomaksi, hermostuneeksi, ahdistuneeksi tai hänen on vaikea nukkua asioiden vaivatessa jatkuvasti mieltä.” Tässä artikkelissa tarkastellaan niiden osuutta, jotka ovat ilmoittaneet kokevansa stressiä vähintään melko paljon.

Koetussa terveydessä yhä suuremmat erot koulutus- ja tuloryhmien välillä

Keskimäärin hieman alle 30 prosenttia vastaajista koki terveytensä enintään keskinkertaiseksi (kuvio 1, liitetaulukko 1). Osuus oli tavallisesti sitä suurempi, mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kysymys. Koettu terveys koheni tarkastelujaksolla 2004–2013 alle 65-vuotiailla ja molemmilla sukupuolilla.

Koettu terveys oli korkea-asteen koulutuksen saaneilla keskimäärin selvästi parempi kuin vähemmän koulutettujen ryhmissä. Terveytensä enintään keskinkertaiseksi kokeneiden osuus ei juuri muuttunut perus- tai keskiasteen koulutuksen saaneilla tarkastelun kohteena olevalla kymmenvuotijaksolla, kun taas korkea-asteen koulutuksen ryhmässä koettu terveys parani johdonmukaisesti molemmilla sukupuolilla. Tämän seurauksena koulutusryhmien väliset erot kasvoivat.



KUVIO 1. Terveytensä keskinertaiseksi tai sitä huonommaksi kokeneiden ikävakioitu osuus (%) vuosina 2004, 2006, 2009 ja 2013 ikä-, koulutus- ja tuloryhmittäin.

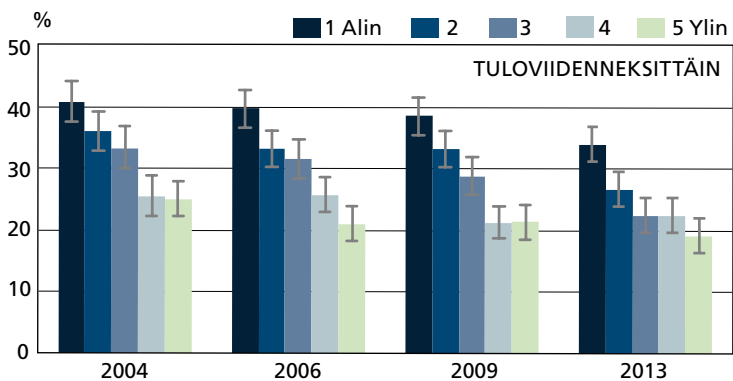
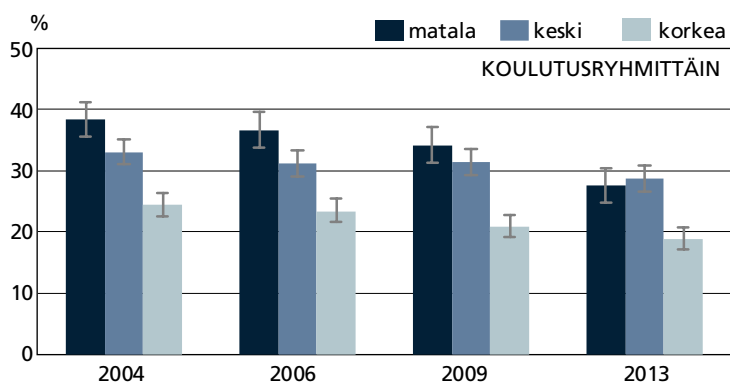
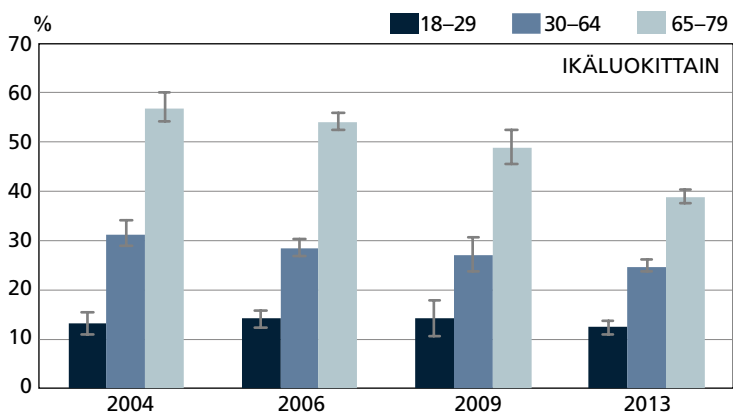
Koettu terveys oli selvästi yhteydessä myös tuloihin sekä miehillä että naisilla. Esimerkiksi vastaajien pienituloisimmassa viidesosassa terveytensä enintään keskinkertaiseksi kokoneiden osuus oli vuonna 2013 noin kaksinkertainen verrattuna hyvätuloisimpaan viidesosaan. Koetun terveyden kohentumista oli havaittavissa tarkastelujaksolla useimmissa tuloryhmissä. Alimmassa tuloviidenneksessä muutoista ei juuri tapahtunut, ja sen heikko asema muihin tuloryhmiin verrattuna korostui tutkimusjaksolla.

Koulutusryhmien väliset erot pitkäaikaissairastavuudessa kaventuneet

Noin neljäsosa 18–79-vuotiaista suomalaisista ilmoitti vuonna 2013 kärsivänsä jostakin pitkäaikaisesta sairaudesta tai vammasta; 18–29-vuotiaista osuus oli runsaat 10 prosenttia, 30–64-vuotiaista noin neljännes ja 65–79-vuotiaista lähes 40 prosenttia molemmilla sukupuolilla (kuvio 2, liitetaulukko 2). Jaksolla 2004–2013 pitkäaikaissairaudesta kärsivien osuus pieneni etenkin eläkeikäisillä, jonkin verran myös 30–64-vuotiailla.

Pitkäaikaissairaiden osuus oli kaikkina neljänä tutkimusvuonna ja molemmilla sukupuolilla selvästi pienempi korkea-asteen koulutuksen saaneiden kuin perus- tai keskiasteen koulutuksen saaneiden ryhmissä. Pitkäaikaissairastavuus väheni tarkastelujaksolla kaikissa koulutusryhmissä. Ensimmäisinä tutkimusvuosina pitkäaikaissairastavuus oli yleisintä perusasteen ryhmässä, mutta vuonna 2013 – naisilla jo vuonna 2009 – perus- ja keskiasteen koulutuksen saaneiden välillä ei ollut eroa. Tämä liittyy toisaalta tilanteen muita ryhmiä nopeampaan kohentumiseen pelkän perusasteen koulutuksen saaneiden ryhmässä, toisaalta muutoksen vähäisyyteen keskiasteen koulutuksen saaneiden ryhmässä. Korkea-asteen koulutuksen saaneet kärsivät kuitenkin myös tutkimusjakson lopulla selvästi harvemmin jostakin pitkäaikaissairaudesta kuin vähemmän koulutetut ryhmät.

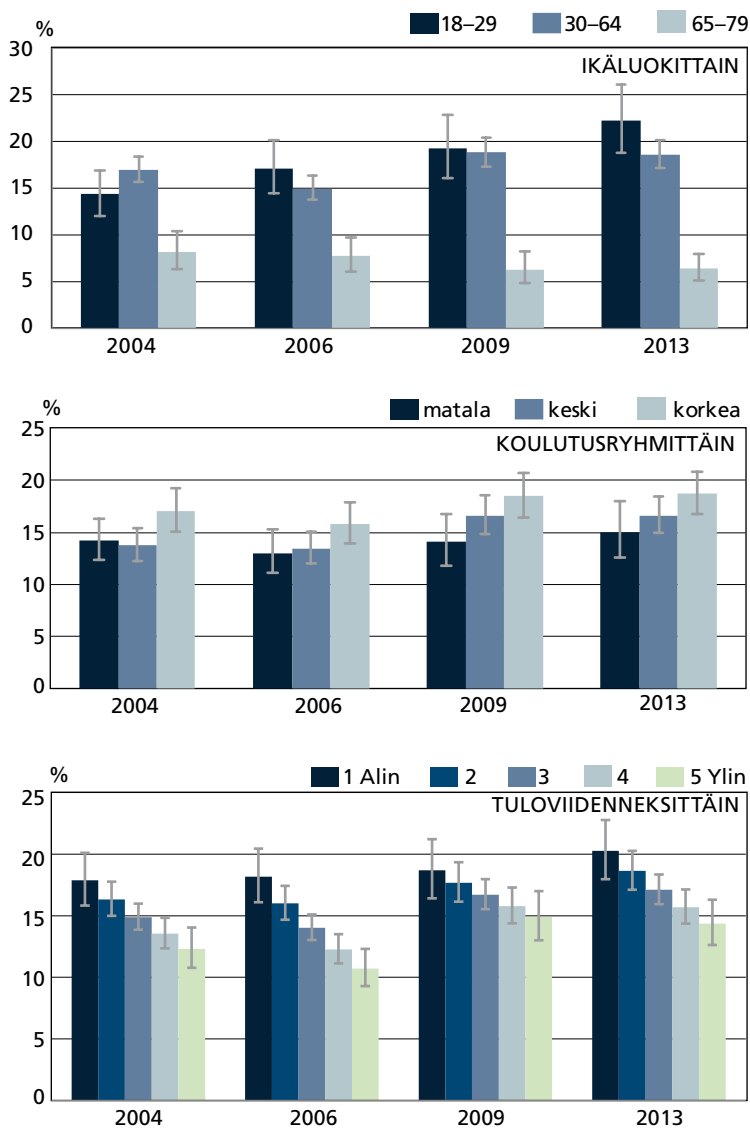
Pitkäaikaissairaiden osuus oli sitä suurempi, mitä pienituloisimmasta ryhmästä oli kysymys. Esimerkiksi vuonna 2013 osuus oli molemmilla sukupuolilla alimmassa tuloviidenneksessä 1,7–1,8-kertainen suurituloisimpaan viidesosaan verrattuna. Tarkastelujaksolla pitkäaikaissairastavuus väheni kaikissa tuloryhmissä. Absoluuttinen väheneminen oli pienintä ylimmissä tuloryhmissä, mutta tuloryhmien välisten erojen peruskuva eli pitkäaikaissairastavuuden asteittainen väheneminen tulojen kasvaessa säilyi kuitenkin melko selkeänä koko jakson.



KUVIO 2. Pitkäaikaissairaiden ikävakioitu osuus (%) vuosina 2004, 2006, 2009 ja 2013 ikä-, koulutus- ja tuloryhmittäin.

Stressin kokeminen lisääntynyt nuorilla aikuisilla

Itsensä vähintään melko paljon stressaantuneeksi koki tutkimusjaksolla noin 15 prosenttia kaikista 18–79-vuotiaista vastaajista, ja osuus oli selvästi suurempi naisilla kuin miehillä joka ikäryhmässä ja kaikkina vuosina (kuvio 3, liitetaulukko 3). Vähiten stressiä kokivat 65–79-vuotiaat. Stressikokemukset lisääntyivät tarkastelujakson aikana työikäisillä, etenkin 18–29-vuotiailla, kun taas 65–79-vuotiailla muutokset olivat pieniä ja pikemminkin toisensuuntaisia.



KUVIO 3. Vähintään melko paljon stressiä kokeneiden ikävakioidu osuus (%) vuosina 2004, 2006, 2009 ja 2013 ikä-, koulutus ja tuloryhmittäin.

Koulutustason mukaiset erot olivat stressikokemusten kohdalla varsin erilaiset kuin pitkäaikaissairastavuudessa ja koetussa terveydessä. Sekä miehillä että naisilla stressikokemukset olivat tavallisempia korkea-asteen koulutuksen saaneiden ryhmässä kuin muissa koulutusryhmissä. Kaikissa koulutusryhmissä stressikokemus oli vuonna 2013 jossain määrin yleisempi kuin vuonna 2004, ja ryhmien väliset erot olivat vuosina 2009 ja 2013 selvemmat kuin aiempina vuosina tarkasteltaessa molempia sukupuolia yhdessä. Tuloryhmien väliset erot stressikokemuksessa sen sijaan olivat samansuuntaiset kuin kahden muun terveysosoittimen tapauksessa: vähintään melko paljon stressiä kokeneiden osuus oli sitä suurempi, mitä pienituloisemmasta ryhmästä oli kysymys.

Yhteenveto ja johtopäätökset

Suomalaisten terveyden kehityksestä viimeksi kuluneen kymmenen vuoden aikana piirtyy HYPA-aineiston perusteella pääosin myönteinen kuva: sekä koetussa terveydessä että pitkäaikaissairastavuudessa on tapahtunut kehitystä parempaan suuntaan. Tulos vastaa esimerkiksi Terveys 2011 -tutkimuksen havaintoja vuosien 2000 ja 2011 välisestä muutoksesta (Koskinen ym. 2012).

Sen sijaan työikäisten stressikokemukset ovat lisääntyneet. Kyse saattaa olla pitkäaikaisesta trendistä, sillä myös jaksolla 1979–2002 on AVTK-aineistojen (Aikuisväestön terveys ja terveystyökyky) perusteella havaittu koetun stressin yleistyneen, tosin tulos perustuu hieman toisenlaiseen stressimittariin (Talala ym. 2012).

Sosioekonomisen aseman mukaiset terveyserot olivat nyt käytettyjen osoittimien valossa varsin suuria. Huono koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus olivat vähän koulutetuilla ja pienituloisilla yleisempiä kuin muilla ryhmillä. Poikkeuksen tähän sääntöön muodostivat stressikokemukset, jotka olivat yleisempiä eniten koulutusta saaneilla. Vastaava havainto saatiin myös vuosien 1979–2012 AVTK-aineistoihin perustuneessa tutkimuksessa, jossa kova stressi (”elämäntilanteeni on lähes sietämätön”) painottui kuitenkin matalimmin koulutettujen ryhmään (Talala ym. 2012). Sen sijaan tarkasteltaessa stressikokemuksia tuloryhmittäin, ryhmien väliset erot olivat samansuuntaisia kuin kahdessa muussa terveystutkimuksessa. Koulutuksen ja tulojen mahdollisten yhdysvaikutusten tarkastelu sekä työttömyyden ja ammattiin ja työhön liittyvien seikkojen huomioon ottaminen voisivat tuoda lisävalaistusta koetun stressin vaihteluun sosioekonomisten ryhmien välillä.

Terveyserot säilyivät tutkimusjaksolla pääpiirteissään samanlaisina, mutta joitakin muutoksia niiden suuruudessa havaittiin. Pitkäaikaissairastavuudessa ei ollut enää eroa vuonna 2013 perus- ja keskiasteen koulutuksen saaneiden välillä. Myös Terveys 2011 -tutkimuksessa on tehty vastaava havainto (Talala ym. 2014). Tulos poikkeaa kuolleisuuserojen kehitystä koskevista havainnoista, sillä kuolleisuudessa koulutusryhmien erot ovat viime aikoina vain kasvaneet (Martikainen

ym. 2013). Havainnot eivät välttämättä ole silti ristiriidassa keskenään, sillä kyse on kuitenkin eri ilmiöistä: kaikki pitkäaikaissairaudet eivät lisää kuolleisuutta. Tuloksen ymmärtäminen edellyttäisi tarkempaa, sairauskohtaista analyysyä. Sen sijaan koetussa terveydessä sekä koulutus- että tuloryhmien väliset erot kasvoivat, koska toisaalta perus- ja keskiasteen, toisaalta alimman tuloviidenneksen tilanne ei juuri kohentunut tutkimusjakson aikana, toisin kuin korkeimpaan koulutusryhmään tai ylempiin tuloluokkiin kuuluvilla. Tämä havainto on yhdenmukainen kuolleisuuserojen kasvun kanssa (Tarkiainen ym. 2011), mikä ei ole yllättävää, koska koetun terveyden on havaittu ennustavan kuolleisuutta (Jylhä 2011).

Sosioekonomisten terveyserojen taustalla on monia tekijöitä, kuten kulttuuriin, elämäntyyliin ja käyttäytymiseen sekä toisaalta aineellisiin tekijöihin ja materiaaliseen hyvinvointiin liittyviä seikkoja (esim. Lahelma ym. 2007). Syytekijöiden väliset vaikutusketjut ja mekanismit ovat moninaiset ja monimutkaiset, ja syy-seuraussuhteita on vaikea määrittää yksiselitteisesti. Yksi keskeinen sekä koulutus- että tuloryhmien välisiin terveyseroihin vaikuttava tekijä lienee työttömyys. Työttömyys aiheuttaa toimeentulopaineita, lisää mielenterveysongelmia ja sosiaalisen syrjäytymisen uhkaa. Myös työn laatu ja työolot – kuten fyysinen ja henkinen kuormitus, työtapaturmat ja työn hallinta sekä epävarmuus työpaikan säilymisestä – vaikuttavat merkittävästi terveyteen ja sairastavuuteen. Tarkiainen ym. (2011) arvioivat elinajanodotteen tuloeroja koskeneessa tutkimuksessaan pienituloisimman viidenneksen epäsuotuisan kehityksen johtuneen osittain siitä, että tutkimusjaksolla (1988–2007) työttömien ja yksin asuvien osuus kasvoi tässä ryhmässä.

Myös elintavoilla on merkitystä terveyserojen synnyssä. Esimerkiksi tupakoinnin on havaittu vaikuttavaan edelleen merkittävästi koulutusryhmien välisiin kuolleisuuseroihin miehillä, ja vaikutuksen on todettu jopa kasvaneen naisilla (Martikainen ym. 2013). Elintapoja muovaavat kuitenkin monet kulttuuriset, taloudelliset ja psykososiaaliset tekijät, mikä on syytä ottaa huomioon pyrittäessä terveyserojen kaventamiseen.

Osittain tuloryhmien väliset terveys- ja kuolleisuuserot selittyvät valikoitumisella. Terveet menestyvät paremmin koulutuksessa ja työmarkkinoilla, kun taas terveysongelmat saattavat johtaa heikkoon sosioekonomiseen asemaan. Valikoituminen ei kuitenkaan riitä selittämään alimpien tuloluokkien eikä etenkin alimman koulutusryhmän selvästi muita suurempaa sairastavuutta ja kuolleisuutta.

Terveyseroilla hukataan työ- ja elinvuosia. Erojen kaventaminen on tärkeää koko väestön terveydentilan myönteisen kehityksen turvaamiseksi. Jos terveysongelmien yleisyys saataisiin koko väestössä pienemään samalle tasolle kuin korkea-asteen koulutuksen suorittaneilla, useimmat keskeiset terveysongelmat vähenisivät 30–50 prosentilla (Terveyseroilla hukataan työ- ja elinvuosia -infograafi, 2014).

Terveyserojen kaventamiseksi on puututtava erojen perimmäisiin rakenteellisiin syihin eli terveyden sosiaalisiin määrittäjiin ja eriarvoisuuteen niissä. Rakenteellisia syitä ovat esimerkiksi tuloerot, köyhyys ja toimeentuloturva ja koulutusjärjestelmä. Näihin voidaan vaikuttaa talous- ja palkkapolitiikalla, sosiaalipolitiikalla sekä koulutuspolitiikalla. Samanaikaisesti makrotason rakenteellisten syiden kanssa on vaikutettava työ- ja asumisoloihin, työttömyyteen, elintapoihin, psykososiaalisiin ongelmiin sekä sosiaali- ja terveystalouden järjestelmään. Keskeisiä politiikan alueita ovat tällöin työpolitiikka (sisältäen työvoimakysymysten lisäksi työelämän laadun ja työhyvinvoinnin), perhepolitiikka, alkoholipolitiikka sekä kansallinen ja kunnallinen terveystalouden politiikka. (ks. Palosuo ym. 2013.)

Terveyserot kehittyvät koko elämänkulun aikana kohdusta hautaan. Monet terveysongelmat kasautuvat elämänkulussa huono-osaisimmille ryhmille (ns. terveyskuilu). Toisaalta terveys kuitenkin vaihtelee myös asteittain siten, että sosiaalisen aseman parantuessa keskimääräinen terveydentilakin kohenee (ns. terveysgradientti). Tämän tutkimuksen valossa Suomessa on havaittavissa piirteitä molemmista terveyserojen tyypeistä. Tavoiteltaessa terveyden kohentamista kaikissa väestöryhmissä ja terveysgradientin loiventamista on kehitettävä sekä kaikille avoimia universaaleja palveluita että sosiaalisesti huono-osaisille ryhmille kohdennettuja palveluita. (Ks. esim. Sihto ja Palosuo 2013; WHO 2014.)

Suomessa on ollut runsaasti poliittista mielenkiintoa terveyserojen kaventamiseen, mitä osoittaa muun muassa se, että erojen kaventuminen on ollut tavoitteena Vanhasen I ja II hallitusohjelmissa sekä Kataisen hallitusohjelmassa. Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen on ollut tavoitteena myös kansallisissa terveyspoliittisissa ohjelmissa, kuten Kansallisessa terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa 2008–2011 (STM 2008). Terveyden eriarvoisuus on keskeisesti esillä myös Kataisen hallituksen käynnistämän Syrjäytymistä, köyhyyttä ja terveysongelmia vähentävän poikkihallinnollisen toimintaohjelman tavoitteissa (STM 2012). Ohjelmien ongelmana on usein ollut koordinaation ja toimeenpanoresurssien puute sekä kokonaisuuden hajanaisuus.

Vaikka suomalaisen terveystalouden tavoitteena on jo pitkään ollut pyrkimys vähentää eriarvoisuutta, sosioekonomiset terveyserot näyttävät myös tämän tutkimuksen valossa olevan edelleen varsin sitkeitä. On ilmeistä, ettei terveyserojen kaltaista monimutkaista yhteiskunnallista ongelmaa ole mahdollista ratkaista yksittäisillä, lyhytkestoisilla ohjelmilla ja informaatio-ohjauksella.

Sosioekonomisia terveyseroja maiden välillä ja maiden sisällä on ilmeisen mahdotonta kokonaan poistaa, mutta erojen suuruuden vaihtelu eri maissa ja eri aikoina osoittaa, että erojen vähentämiseen on mahdollisuuksia määrätietoista tasa-arvoon tähtäävällä yhteiskuntapolitiikalla.

Lähteet

- Aittomäki, Akseli & Martikainen, Pekka & Rahkonen, Ossi & Lahelma, Eero (2014) Household income and health problems during a period of labour-market change and widening income inequalities - a study among the Finnish population between 1987 and 2007. *Soc Sci Med.* 100, 84–92.
- Galobardes, Bruna & Lynch, John & Davey Smith, George (2007) Measuring socioeconomic position in health research. *British Medical Bulletin* 81 and 82, 21–37.
- Jylhä, Marja (2011) Self-rated health and subjective survival probabilities as predictors of mortality. Teoksessa Richard G. Rogers & Eileen M. Crimmins (toim.) *International Handbook of Adult Mortality, International Handbooks of Population 2*. New York: Springer, 329–344.
- Kaikkonen, Risto & Murto, Jukka & Pentala, Oona & Koskela, Timo & Virtala, Esa & Härkänen, Tommi & Koskenniemi, Timo & Ahonen, Juha & Vartiainen, Erkki & Koskinen, Seppo (2014) Hyvinvoinnin maakunnalliset ja väestöryhmien väliset erot Suomessa 2013 - ATH-tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 2/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.julkari.fi/handle/10024/114627>
- Koskinen, Seppo & Lundqvist, Annamari & Ristiluoma, Noora, toim. (2012) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Raportti 2012/68, Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-769-1>
- Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija (2013) *Suomalaisten terveys, toimintakyky ja terveyserot*. Teoksessa Marita Sihto & Hannele Palosuo & Päivi Topo & Lauri Vuorenkoski & Kimmo Leppo, (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Teema 17/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 56–67.
- Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi & Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Palosuo, Hannele (2007) *Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit*. Teoksessa Hannele Palosuo & Seppo Koskinen & Eero Lahelma & Ritva Prättälä & Tuija Martelin & Aini Ostamo & Ilmo Keskimäki & Marita Sihto & Kirsi Talala & Elisa Hyvönen & Eila Linnanmäki (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa*. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 25–41.
- Martikainen, Pekka & Ho, Jessica & Preston, Samuel & Peltonen, Riina & Elo, Irma T (2013) *Koulutusryhmien välillä suuria ja kasvavia eroja elinajanodotteessa*. Tupa-kointi merkittävä taustatekijä. Suomen Lääkärilehti 68(39),2435–2442.
- Ostamo, Aini & Huurre, Taina & Talala, Kirsi & Aro, Hillevi & Lönnqvist, Jouko (2007) *Mielenterveys*. Teoksessa Hannele Palosuo & Seppo Koskinen & Eero Lahelma & Ritva Prättälä & Tuija Martelin & Aini Ostamo & Ilmo Keskimäki & Marita Sihto & Kirsi Talala & Elisa Hyvönen & Eila Linnanmäki (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa*. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 87–103.
- Palosuo, Hannele & Sihto, Marita & Lahelma, Eero & Lammi-Taskula, Johanna & Karvonen, Sakari (2013) *Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveyspolitiikassa*. Raportti 14/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Rahkonen, Ossi & Talala, Kirsi & Sulander, Tommi & Laaksonen, Mikko & Lahelma, Eero & Uutela, Antti & Prättälä, Ritva (2007) *Koettu terveys*. Teoksessa Hannele Palosuo & Seppo Koskinen & Eero Lahelma & Ritva Prättälä & Tuija Martelin & Aini Ostamo & Ilmo Keskimäki & Marita Sihto & Kirsi Talala & Elisa Hyvönen & Eila Linnanmäki (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa*. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 65–73.
- Sihto, Marita & Palosuo, Hannele (2013) *Terveyserot terveyspoliittisena kysymyksenä*. Teoksessa Marita Sihto & Hannele Palosuo & Päivi Topo & Lauri Vuorenkoski & Kimmo Leppo (toim.) *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Teema 17/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, s. 223–239.
- STM (2008) *Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 16/2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- STM (2012) *Syrjäytymistä, köyhyyttä ja terveysongelmia vähentävä poikkihallinnollinen toimintaohjelma*. <http://www.stm.fi>
- Talala, Kirsi & Härkänen, Tommi & Martelin, Tuija & Karvonen, Sakari & Mäki-Opas,

- Tomi & Manderbacka, Kristiina & Suvisaari, Jaana & Sainio, Päivi & Rissanen, Harri & Ruokolainen, Otto & Heloma, Antero & Koskinen, Seppo (2014). Koulutusryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat edelleen suuria. Suomen Lääkärilehti 69(36), 2185–2192.
- Talala, Kirsi & Martelin, Tuija & Haukkala, Ari & Härkänen, Tommi & Prättälä, Ritva (2012) Socio-economic differences in self-reported insomnia and stress in Finland from 1979 to 2002: a population-based repeated cross-sectional survey. BMC Public Health 12:650.
- Tarkiainen, Lasse & Martikainen, Pekka & Laaksonen, Mikko & Valkonen, Tapani (2011) Tuloluokkien väliset erot elinajanodotteessa ovat kasvaneet vuosina 1988–2007. Suomen Lääkärilehti 66(48), 3651–2442.
- Terveyseroilla hukataan työ- ja elinvuosia. THL:n infograafi 12.3.2014, <http://www.slideshare.net/THLfi/thln-infograafi-terveyserot-1232014>.
- Tilastokeskus: Kuolleet. Vastasyntyneen elinajanodote 1751–2012. http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/vrm/kuol/kuol_fi.asp (30.5.2014)
- Tilastokeskus: Väestön koulutus rakenne. 15 vuotta täyttänyt väestö koulutusasteen, kunnan, sukupuolen ja ikäryhmän mukaan 1970–2012. http://pxweb2.stat.fi/database/StatFin/kou/vkour/vkour_fi.asp (30.5.2014)
- WHO (2014) The equity action spectrum: taking a comprehensive approach. Guidance for addressing inequities in health. <http://www.euro.who.int/en/data-and-evidence/equity-in-health-project/policy-briefs>

LIITETAULUKKO 1. Terveytensä keskinkertaiseksi tai sitä huonommaksi kokeneiden ikävakiointu osuus (%) vuosina 2004, 2006, 2009, ja 2013 sukupuolittain jaoteltuna ikä-, koulutus- ja tuloryhmittäin (95 %:n luottamusväli)

IKÄ- JA SUKUPUOLIRYHMITÄIN												
	2004			2006			2009			2013		
	%	LV –	LV +	%	LV –	LV +	%	LV –	LV +	%	LV –	LV +
Miehet												
18–29	19,0	15,4	23,3	14,7	11,4	18,7	10,8	7,6	15,1	9,5	6,4	13,8
30–64	32,7	30,2	35,2	27,6	25,3	30,0	27,0	24,5	29,5	27,0	24,6	29,5
65–79	47,0	41,2	52,8	54,1	49,1	59,1	48,8	43,7	53,8	47,2	43,0	51,8
Kaikki	32,7	30,7	34,8	29,7	27,9	31,6	27,6	25,7	29,6	27,2	25,4	29,1
Naiset												
18–29	15,8	12,5	19,7	10,2	7,3	14,0	15,4	11,5	20,2	8,7	5,8	12,7
30–64	27,8	25,6	30,2	28,1	25,9	30,4	25,6	23,3	28,0	23,8	21,6	26,1
65–79	44,3	39,6	49,2	49,9	45,4	54,5	44,5	39,9	49,2	45,9	41,9	50,0
Kaikki	28,3	26,5	30,2	29,7	27,9	31,6	27,0	25,1	28,9	24,8	23,2	26,6
Yhteensä												
18–29	17,4	14,9	20,3	12,5	10,3	15,2	13,1	10,5	16,3	9,0	6,8	11,9
30–64	30,2	28,6	32,0	27,9	26,3	29,5	26,3	24,6	28,0	25,4	23,8	27,1
65–79	45,5	41,8	49,2	51,9	48,5	55,2	46,5	43,1	50,0	46,5	43,6	49,5
Kaikki	30,5	29,1	31,8	29,1	27,9	30,4	27,3	25,9	28,7	26,0	24,7	27,3

LIITETAULUKKO 1. jatkuu

KOULUTUSRYHMITÄIN												
	2004			2006			2009			2013		
	%	LV –	LV +	%	LV –	LV +	%	LV –	LV +	%	LV –	LV +
Miehet												
matala	36,0	32,4	39,7	36,9	33,4	40,6	33,8	30,0	37,8	35,9	31,8	40,2
keski	35,1	31,9	38,4	29,7	26,8	32,8	29,3	26,3	32,6	30,1	27,2	33,1
korkea	25,1	21,6	28,8	22,2	19,4	25,0	19,9	17,0	23,2	18,1	15,6	21,0
Naiset												
matala	34,7	31,3	38,2	36,9	33,3	40,6	33,6	29,5	37,9	34,2	30,1	38,6
keski	27,8	24,8	31,0	28,1	25,3	31,3	29,6	26,6	32,9	27,4	24,7	30,4
korkea	22,4	19,5	25,6	22,1	19,4	25,0	19,8	17,1	22,7	17,7	15,4	20,2
Yhteensä												
matala	35,3	32,8	37,9	37,0	34,4	39,6	33,7	30,9	36,7	35,1	32,1	38,2
keski	31,5	29,3	33,8	28,9	26,9	31,1	29,5	27,3	31,7	28,8	26,8	30,9
korkea	23,6	21,3	26,0	22,1	20,1	24,3	19,8	17,8	22,0	17,9	16,1	19,7
TULOLUOKITTAIN												
Tulo- viiden- nes	2004			2006			2009			2013		
	%	LV –	LV +	%	LV –	LV +	%	LV –	LV +	%	LV –	LV +
Miehet												
1 Alin	38,3	32,9	44,0	36,3	31,7	41,1	38,2	33,1	43,6	39,2	34,4	44,2
2	38,8	34,1	43,7	34,9	30,8	39,3	30,7	26,6	35,2	28,2	24,2	32,6
3	33,5	29,3	38,0	32,4	28,4	36,7	27,9	23,8	32,4	27,8	23,9	32,0
4	30,9	26,8	35,3	24,0	20,3	28,1	23,0	19,2	27,3	24,4	20,7	28,4
5 Ylin	23,6	19,8	27,9	22,3	18,6	26,4	20,8	17,2	25,0	19,1	15,7	23,0
Naiset												
1 Alin	32,4	28,4	36,7	35,2	31,1	39,3	36,2	31,8	41,0	33,5	29,4	37,8
2	31,3	27,4	35,4	32,4	28,6	36,4	31,9	27,6	36,5	29,1	25,5	33,0
3	33,1	28,8	37,6	27,0	23,2	31,2	25,1	21,1	29,5	22,2	18,8	26,1
4	24,4	20,6	28,6	23,9	20,3	28,0	21,4	17,6	25,8	23,0	19,2	27,2
5 Ylin	19,6	16,2	23,5	22,9	19,3	26,9	19,1	15,6	23,2	16,1	13,0	19,7
Yhteensä												
1 Alin	34,9	31,6	38,3	35,6	32,6	38,8	37,1	33,7	40,7	36,1	32,9	39,4
2	34,8	31,7	37,9	33,6	30,8	36,6	31,3	28,3	34,5	28,7	26,0	31,6
3	33,3	30,3	36,5	29,8	27,0	32,8	26,5	23,6	29,6	25,2	22,5	28,0
4	27,7	24,9	30,8	24,0	21,3	26,8	22,2	19,5	25,4	23,7	21,0	26,6
5 Ylin	21,6	19,0	24,5	22,6	20,0	25,4	20,0	17,4	22,9	17,6	15,3	20,2

LIITETAULUKKO 2. Pitkäaikaissairaiden ikävakioitu osuus (%) vuosina 2004, 2006, 2009 ja 2013 sukupuolittain jaoteltuna ikä-, koulutus- ja tuloryhmittäin

IKÄ- JA SUKUPUOLIRYHMITÄIN												
	2004			2006			2009			2013		
	%	LV -	LV +	%	LV -	LV +	%	LV -	LV +	%	LV -	LV +
Miehet												
18–29	12,8	9,8	16,6	12,8	9,7	16,6	14,9	11,1	19,7	10,4	7,2	14,9
30–64	29,4	27,0	31,9	27,3	25,0	29,6	27,2	24,7	29,7	23,9	21,6	26,4
65–79	54,9	49,0	60,6	56,2	51,1	61,1	48,1	43,1	53,2	37,9	33,9	42,2
Kaikki	30,6	28,6	32,6	29,4	27,6	31,3	28,5	26,5	30,5	23,7	21,9	25,5
Naiset												
18–29	13,2	10,3	16,9	15,6	12,1	20,0	13,5	10,0	18,0	14,2	10,5	18,9
30–64	33,0	30,6	35,4	29,8	27,6	32,1	27,2	24,9	29,7	25,6	23,3	28,0
65–79	58,4	53,5	63,1	52,4	47,8	56,9	49,8	45,1	54,4	40,0	36,0	44,0
Kaikki	33,7	31,9	35,6	31,0	29,3	32,9	28,5	26,7	30,5	25,7	24,0	27,6
Yhteensä												
18–29	13,0	10,8	15,6	14,1	11,7	16,9	14,2	11,5	17,4	12,4	9,8	15,5
30–64	31,2	29,5	32,9	28,6	27,0	30,2	27,2	25,5	28,9	24,8	23,1	26,5
65–79	56,9	53,1	60,5	54,1	50,7	57,5	49,0	46,6	52,4	39,0	36,1	41,9
Kaikki	32,2	30,8	33,5	30,2	29,0	31,6	28,5	27,1	30,0	24,7	23,5	26,0
KOULUTUSRYHMITÄIN												
	2004			2006			2009			2013		
	%	LV -	LV +	%	LV -	LV +	%	LV -	LV +	%	LV -	LV +
Miehet												
matala	35,5	32,0	39,1	35,2	31,7	38,8	36,0	32,0	40,2	26,5	22,8	30,6
keski	32,5	29,4	35,7	30,7	27,8	33,6	30,1	27,0	33,4	27,0	24,2	30,0
korkea	21,6	18,4	25,2	21,6	18,7	24,9	19,8	16,8	23,1	17,6	15,1	20,5
Naiset												
matala	41,0	37,5	44,6	37,9	34,2	41,7	32,1	28,3	36,2	28,6	24,7	32,8
keski	33,6	30,6	36,8	31,6	28,6	34,7	32,7	29,6	36,0	30,5	27,5	33,6
korkea	26,5	23,5	29,8	24,8	22,1	27,8	21,7	19,0	24,7	19,9	17,4	22,5
Yhteensä												
matala	38,2	35,7	40,8	36,5	34,0	39,2	34,1	31,3	37,0	27,5	24,8	30,5
keski	33,0	30,9	35,3	31,1	29,0	33,3	31,4	29,1	33,7	28,7	26,6	30,8
korkea	24,3	22,1	26,7	23,4	21,3	25,6	20,8	18,8	23,1	18,8	17,0	20,8

LIITETAULUKKO 2. jatkuu

TULOLUOKITTAIN												
Tulo- viiden- nes	2004			2006			2009			2013		
	%	LV -	LV +	%	LV -	LV +	%	LV -	LV +	%	LV -	LV +
Miehet												
1 Alin	34,9	30,0	40,2	38,8	34,2	43,7	38,6	33,4	43,9	32,8	28,1	37,8
2	35,7	31,3	40,4	32,9	28,9	37,1	33,2	28,9	37,9	24,9	21,1	29,2
3	33,4	29,2	37,8	31,6	27,6	35,8	29,7	25,4	34,3	21,7	18,2	25,6
4	24,3	20,5	28,5	25,8	22,1	29,9	22,3	18,5	26,6	22,2	18,8	26,2
5 Ylin	25,2	21,4	29,5	19,7	16,3	23,6	21,2	17,4	25,7	18,9	15,4	22,9
Naiset												
1 Alin	45,2	41,0	49,5	40,5	36,4	44,8	38,6	34,2	43,3	35,0	30,6	39,6
2	36,5	32,6	40,7	33,6	29,7	37,8	33,3	29,0	37,9	28,3	24,6	32,3
3	33,4	29,2	37,8	31,5	27,4	35,9	28,0	24,0	32,3	23,2	19,6	27,2
4	26,9	23,1	31,1	25,8	22,1	30,0	20,1	16,4	24,3	22,7	18,9	27,0
5 Ylin	24,7	21,0	28,7	22,4	18,9	26,4	21,5	17,9	25,6	19,4	16,0	23,3
Yhteensä												
1 Alin	40,9	37,7	44,2	39,8	36,7	43,0	38,6	35,2	42,1	33,9	30,7	37,4
2	36,1	33,2	39,3	33,3	30,4	36,2	33,2	30,1	36,5	26,8	24,0	29,7
3	33,4	30,4	36,5	31,6	28,7	34,6	28,8	25,9	32,0	22,4	19,9	25,2
4	25,6	22,9	28,5	25,8	23,1	28,7	21,3	18,6	24,2	22,4	19,8	25,3
5 Ylin	25,0	22,2	27,9	21,0	18,5	23,8	21,4	18,6	24,4	19,2	16,7	21,9

LIITETAULUKKO 3. Vähintään melko paljon stressiä kokeneiden ikävakioidu osuus (%) vuosina 2004, 2006, 2009, ja 2013 sukupuolittain jaoteltuna ikä-, koulutus- ja tuloryhmittäin

IKÄ- JA SUKUPUOLIRYHMITÄIN												
	2004			2006			2009			2013		
	%	LV –	LV +	%	LV –	LV +	%	LV –	LV +	%	LV –	LV +
Miehet												
18–29	9,7	7,1	13,2	10,8	7,9	14,4	12,8	9,3	17,5	16,4	12,3	21,7
30–64	14,0	12,3	16,0	13,0	11,3	14,8	16,2	14,2	18,4	15,6	13,7	17,8
65–79	5,8	3,6	9,2	6,2	4,2	9,2	5,0	3,1	7,8	4,2	2,8	6,3
Kaikki	11,8	10,4	13,2	11,3	10,0	12,7	13,6	12,1	15,3	13,7	12,2	15,4
Naiset												
18–29	19,1	15,6	23,3	24,0	19,7	28,9	25,2	20,4	30,8	27,5	22,5	33,2
30–64	19,8	17,8	21,9	16,9	15,0	18,8	21,3	19,2	23,7	21,6	19,4	23,8
65–79	9,9	7,3	13,2	9,0	6,7	12,0	7,6	5,5	10,4	8,4	6,3	10,9
Kaikki	18,0	16,4	19,6	16,8	15,3	18,4	19,7	18,0	21,6	20,4	18,7	22,2
Yhteensä												
18–29	14,3	12,0	16,9	17,1	14,4	20,1	19,2	16,0	22,8	22,2	18,8	26,0
30–64	16,9	15,6	18,3	14,9	13,7	16,3	18,8	17,3	20,4	18,6	17,1	20,1
65–79	8,1	6,3	10,4	7,7	6,1	9,7	6,3	4,9	8,2	6,4	5,1	8,0
Kaikki	14,9	13,8	16,0	14,1	13,1	15,1	16,7	15,5	17,9	17,1	15,9	18,3
KOULUTUSRYHMITÄIN												
	2004			2006			2009			2013		
	%	LV –	LV +	%	LV –	LV +	%	LV –	LV +	%	LV –	LV +
Miehet												
matala	9,6	7,4	12,3	11,7	9,2	14,7	11,0	8,3	14,5	12,4	9,4	16,3
keski	12,0	10,1	14,2	10,5	8,8	12,5	13,6	11,4	16,2	13,7	11,6	16,2
korkea	13,7	11,0	16,8	12,4	10,0	15,3	15,7	12,8	19,0	14,5	12,0	17,6
Naiset												
matala	19,2	16,2	22,6	14,6	11,7	18,0	17,7	14,1	22,0	18,1	14,3	22,6
keski	15,8	13,5	18,2	16,7	14,4	19,3	19,8	17,2	22,8	19,9	17,3	22,8
korkea	19,6	17,0	22,6	18,4	15,8	21,2	20,7	17,9	23,8	21,9	19,2	24,8
Yhteensä												
matala	14,2	12,3	16,3	13,0	11,1	15,3	14,1	11,8	16,8	15,1	12,5	18,0
keski	13,8	12,3	15,4	13,4	12,0	15,0	16,6	14,8	18,5	16,6	14,9	18,5
korkea	17,0	15,1	19,2	15,8	14,0	17,8	18,5	16,4	20,7	18,7	16,7	20,8

LIITETAULUKKO 3. jatkuu

TULOLUOKITTAIN												
Tulo- viiden- nes	2004			2006			2009			2013		
	%	LV –	LV +	%	LV –	LV +	%	LV –	LV +	%	LV –	LV +
Miehet												
1 Alin	16,8	14,8	18,9	17,1	15,1	19,3	17,8	16,6	20,3	19,2	16,9	21,6
2	14,4	13,0	15,9	14,1	12,7	15,6	16,1	14,5	17,8	16,6	15,0	18,4
3	12,3	11,0	13,8	11,6	10,3	13,0	14,5	13,0	16,2	14,4	12,9	16,0
4	10,5	9,0	12,2	9,5	8,1	11,1	13,1	11,3	15,2	12,4	10,7	14,3
5 Ylin	8,9	7,2	10,9	7,7	5,2	9,5	11,8	9,6	14,4	10,6	8,7	13,0
Naiset												
1 Alin	18,8	16,6	21,1	19,1	16,9	21,5	19,4	17,0	22,0	21,2	18,8	23,8
2	18,1	16,5	19,8	17,7	16,1	19,4	19,1	17,3	21,1	20,5	18,7	22,4
3	17,5	16,0	19,0	16,4	15,0	18,0	18,9	17,2	20,6	19,8	18,1	21,5
4	16,8	15,1	18,8	15,2	13,5	17,1	18,6	16,6	20,8	19,1	17,1	21,2
5 Ylin	16,2	14,0	18,8	14,0	11,9	16,5	18,3	15,7	21,3	18,4	15,9	21,2
Yhteensä												
1 Alin	17,9	15,8	20,1	18,2	16,1	20,4	18,7	16,4	21,2	20,3	18,0	22,8
2	16,3	15,0	17,8	16,0	14,7	17,4	17,7	16,1	19,3	18,6	17,1	20,3
3	14,9	13,9	16,0	14,0	13,0	15,1	16,7	15,5	18,0	17,1	15,9	18,3
4	13,5	12,4	14,8	12,3	11,1	13,5	15,8	14,3	17,3	15,7	14,4	17,1
5 Ylin	12,3	10,8	14,0	10,7	9,2	12,3	14,9	13,0	17,0	14,4	12,6	16,3

Hyvinvoinnin puutteet asuinpaikan maaseutumaisuuden mukaan

Suomalaisen aikuisväestön hyvinvointi vaihtelee edelleen asuinpaikan maaseutumaisuuden mukaan, pääsääntöisesti siten, että maaseutumaisemmillä alueilla ilmenee enemmän hyvinvoinnin puutteita kuin kaupunkimaisemmillä alueilla. Asumismenot koetaan kuitenkin vähemmän rasittaviksi maaseutumaisemmillä alueilla. Lisäksi tyytymättömyyttä elämään ei maaseudulla koeta sen enempää kuin kaupungeissa. Luottamuksen vaihtelua maaseutumaisuuden mukaan on selvitetty harvemmin. Tässä tutkimuksessa havaittiin, että epäluottamus sekä muihin ihmisiin että julkisiin valtaan on yleisintä harvaan asutulla maaseudulla ja harvinaisinta kaupunkialueilla. Itä- ja Pohjois-Suomessa asuvat erottuvat vastaaventyypisillä alueilla Etelä- ja Länsi-Suomessa asuvista erityisesti siten, että he kokevat vähemmän turvattomuutta. Tutkimuksessa sovellettiin ensimmäistä kertaa uutta ruutupohjaista kaupunki-maaseutu-luokitusta hyvinvoinnin puutteiden tutkimiseen.

Hyvinvoinnin alueellinen vaihtelu on suomalaisen yhteiskuntapolitiikan kes-
toaiheita, joka on säteilyt niin sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuksiin
kuin liikenne- ja työvoimapolitiikkaan. Niinpä sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen
tasapuolista saatavuutta että hyvinvoinnin eri ulottuvuuksien ilmenemistä mah-
dollisimman tasaisena maan eri osissa voidaan pitää oikeudenmukaisen yhteis-
kuntapolitiikan onnistuneisuuden mittana. Valtioneuvosto tavoittelee palvelujen
saatavuuden alueellisten erojen kaventamista muun muassa kuntauudistuksella
ja ns. sote-uudistuksella, jolla tarkoitetaan sosiaali- ja terveyspalvelujen rakenteen
uudistamista suuriksi sote-alueiksi. Valtionosuuskriteerien uudistus puolestaan
pyrkii tasaamaan kuntien voimavaroja ottamalla huomioon asukkaiden palvelu-
tarve. Tällä pyritään muun muassa hyvinvoinnin alueellisten erojen kaventumi-
seen. Vaikka terveyden, aineellisten elinolojen ja psykososiaalisen hyvinvoinnin
alue-eroja on sinänsä kuvattu jo varhain (esim. Kannisto 1947; Riihinen 1965),
niiden kehityksen jatkuva seuranta on yhteiskuntapolitiikan vaikuttavuuden nä-
kökulmasta tärkeää.

Aiemmassa hyvinvoinnin alueellisten erojen tutkimuksessa on havaittu kau-
punki-maaseutu-jaon yhteys hyvinvointiin (Siirilä ym. 1988; Kainulainen ym.
2001; Heikkilä ym. 2002), mutta tämä tutkimus on lähinnä dokumentoinut kun-
tien välistä vaihtelua. Erilaisiin viranomaisrekistereihin perustuvia tilastotietoja
käytettäessä on havaittu materiaalsen hyvinvoinnin puutteita enemmän maaseu-
dulla ja psykososiaalisen hyvinvoinnin puutteita enemmän kaupungeissa (esim.
Kainulainen ym. 2001; Karvonen & Kauppinen 2008). Kaupunkien läheisen maa-
seudun korkea hyvinvointi on tullut esiin useassa tutkimuksessa (Siirilä ym. 1999;
Kainulainen ym. 2001; Viljanen 2001; Antikainen 2006; Karvonen & Kauppinen
2008; Karvonen & Kauppinen 2009).

Kyselytutkimuksissa havaitut erot koetussa hyvinvoinnissa erityyppisissä kun-
nissa asuvien välillä ovat olleet pienempiä kuin tilastotiedoilla havaitut erot (esim.
Karvonen & Kauppinen 2008). Tämä voi liittyä esimerkiksi yksilöiden kykyyn
sopeutua erilaisiin olosuhteisiin ja siihen, että tilastotiedot kuvaavat tyypillisesti
erityisesti hyvinvoinnin resursseja, kun koetun hyvinvoinnin kysymykset kuvaa-
vat välittömämmin varsinaista hyvinvointia. Koetussa hyvinvoinnissa on havaittu
eroja erityyppisissä kunnissa asuvien välillä erityisesti taloudellisissa indikaatto-
reissa ja koetussa terveydessä.

Asuinympäristön maaseutumaisuus tai kaupunkimaisuus ei vielä tuo esiin
kaikkea olennaista asuinpaikan ja hyvinvoinnin välisestä yhteydestä. Myös maan-
tieteellisellä sijainnilla on merkitystä, mikä on näkynyt muun muassa itäisen ja
pohjoisen Suomen erona läntiseen ja eteläiseen Suomeen nähden. Tilastollisiin
indikaattoreihin perustuvassa tarkastelussa huono-osaisuus näyttää painottuneen
2000-luvulla aiempaa selvemmin itäiseen ja pohjoiseen Suomeen (Karvonen &
Kauppinen 2009). Toisaalta koettua hyvinvointia tarkasteltaessa on havaittu, että
asuiympäristön maaseutumaisuuden ja vastaajien iän, koulutuksen ja sukupuol-
len huomioon ottamisen jälkeenkin stressiä ja turvattomuutta koetaan vähemmän
itäisessä ja pohjoisessa Suomessa (Karvonen ym. 2010).

Asuinkuntatieto on kuitenkin asuinympäristön luonteen kuvaajana epätarkka. Ongelmana on, että kuntien sisällä voi olla suuria eroja esimerkiksi asuinympäristön maaseutumaisuudessa. Jopa Helsingin sisälle mahtuu yhtä hyvin koko maan urbaanein asuinmiljöö kuin pitkälle maaseutumaista asuinympäristöä. Esimerkiksi vuonna 2012 Helsingin maapinta-alasta kolme prosenttia oli luonnonsuojelulla suojeltua tai Natura-aluetta (Helsingin kaupunki 2012). Viime vuosina tapahtuneiden kuntaliitosten myötä kunta on entisestäänkin menettänyt käyttökelpoisuuttaan erottelukykyisenä yksikkönä.

Maaseudun yhteistyöryhmän toimeksiannosta julkistettiin vuonna 2013 uusi kaupunki-maaseutu-luokitus (Helminen ym. 2013), jonka avulla on pyritty ottamaan huomioon kuntakentän muutoksesta aiheutuva kuntien sisäisten olojen kirjavuuden. Uusi luokitus ei enää perustu hallinnollisiin rajoihin, vaan siinä yksikkönä ovat 250 m × 250 m ruudut, jotka on luokiteltu seitsemään luokkaan kaupunki-maaseutu-ulottuvuudella. Luokituksen avulla voidaan erottaa toisistaan sisempi kaupunkialue, ulompi kaupunkialue, kaupungin kehysalue, maaseudun paikalliskeskus, kaupungin läheinen maaseutu, ydinmaaseutu ja harvaan asuttu maaseutu. Luokat ovat lähes samat kuin aiemmassa kuntien luokittelussa (Malinen ym. 2006), mutta uuden luokituksen avulla otetaan huomioon myös kuntien sisäiset erot, joten hyvinvoinnin maaseutumaisuuden mukaisia eroja voidaan tarkastella täsmällisemmin kuin kuntiin perustuvilla tiedoilla.

Tutkimuksen toteutus

Tämän artikkelin tarkoitus on eritellä alueellisia eroja hyvinvoinnissa hyödyntäen alueluokituksissa tapahtunutta kehitystä. Tarkastelemme tässä erilaisten hyvinvoinnin puutteiden yleisyyttä uuden kaupunki-maaseutu-luokituksen mukaan. Tutkimusaineistona on Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) 2013 -aineiston 18–79-vuotiaita koskeva osuus, johon on Tilastokeskuksessa yhdistetty tieto vastaajan vuoden 2012 lopun asuinpaikan kaupunki-maaseutu-luokituksesta.

Tarkastelemme monipuolisesti erilaisia hyvinvoinnin ulottuvuuksia kuvaavia indikaattoreita. Liitteessä 1 kuvataan, kuinka tarkasteltavat hyvinvoinnin puutteita kuvaavat muuttujat on muodostettu. Taulukoissa ja kuvioissa nämä indikaattorit on ryhmitelty ns. SOLA-mallin mukaan. SOLA-mallilla viitataan THL:n ja Tampereen yliopiston toteuttamassa Kestävä sosiaalinen laatu -hankkeessa (Sustainable Social Quality) tuotettuun käsitelmään, jonka pyrkimyksenä on selvittää sosiaalisen kestävyden, sosiaalisen laadun ja elämänlaadun käsitteiden välisiä suhteita (Vaarama 2011; Pieper 2013). Malli pitää sisällään myös teoreettisen viitekehysten yhteiskunnan sosiaalisen kestävyden keskeisistä ulottuvuuksista ja ehdotelman niiden operationalisoimiseksi. Mallin ytimenä on (sosiaalisesti) laadukkaan yhteiskunnan määritelmä: se koostuu sosiaalisesta turvasta, valtaistami-

sesta, yhteisyydestä ja osallisuudesta, joten yhteiskunnan sosiaalinen kestävyys nojaa näiden ulottuvuuksien ylläpitämiseen ja uusintamiseen sukupolvelta toiselle.

SOLA-mittamalla sovelletaan tässä tutkimuksessa käytettävien hyvinvoinnin puutteita kuvaavien osoittimien jäsentäjänä (ks. taulukko 2). Sosiaalinen turva viittaa ennen kaikkea hyvinvoinnin materiaaliseen ulottuvuuteen: kyse on voimavarojen riittävydestä ja pääsystä niihin. Näin ollen tälle ulottuvuudelle lukeutuvat toimeentuloon, asumiseen ja työllisyyteen liittyvät osoittimet. Valtaistamisen ulottuvuus puolestaan käsittää väestön toimintavalmiuksiin ja kyvykkyyksiin liittyviä osoittimia. Tässä tarkastelussa näitä kuvaavat terveydentila ja vapaa-ajan riittävyys. Yhteisyyden ulottuvuus puolestaan kattaa yhteisön jäsenyyteen emotionaalisenä kokemuksena liittyviä osoittimia, joista analysoimme turvattomuuden, yksinäisyyden ja epäluottamuksen kokemuksia. Osallisuus taas pitää sisällään sosiaaliseen ympäristöön kohdistuviin normeihin, arvoihin ja arviointeihin liittyviä tietoja, joita tässä kuvaavat muun muassa luottamus julkiseen valtaan ja arvio oman elämäntilanteen kehittymisestä (ks. taulukko 2).

Kiinnostuksemme kohteena ovat alueelliset erot sinänsä, riippumatta niiden syntymekanismista. Emme siis pyri varsinaisesti selvittämään, onko tiettyntyyppisellä alueella asumisella vaikutusta hyvinvointiin, vaan lähtökohtana on että alueellisilla eroilla on ylipäänsä merkitystä yhteiskunnan sosiaalisen kestävyuden näkökulmasta. Koska esimerkiksi terveyseroissa alueiden ikärakenteiden erot ovat toisaalta hyvin ilmeisiä terveyserojen selittäjiä, menemme analyysissä hieman pintaa syvemmälle vakioimalla eräitä vastaajien taustatekijöitä. Tällöin nähdään, jääkö eroja jäljelle sen jälkeen, kun kaikkein ilmeisimmät selittäjät on otettu huomioon.

Kuvaamme yhteyksiä ristiintaulukoinnein esittämällä hyvinvoinnin puutteita kokevien prosenttiosuudet kussakin kaupunki-maaseutu-luokassa ja yhteyksien tilastollista merkitsevyyttä kuvaavat χ^2 -testien p-arvot. Lisäksi esitämme tuloksia logistisista regressiomalleista, joissa on vakioitu vastaajan ikä (mukaan lukien iän neliötermi) ja sukupuoli. Esitämme myös näistä malleista saadut tulokset prosenttilukuina, jotka kuvaavat, mikä on ennustettu hyvinvoinnin puutteen todennäköisyys kussakin (karkeistetun) kaupunki-maaseutu-luokituksen luokassa keskiarvoikäiselle (n. 48-vuotiaalle), kun luokan sukupuolirakenne vastaa aineiston keskitasoa (50,5 % naisia). Viittaamme myös tuloksiin malleista, joissa on vakioitu iän ja sukupuolen ohella vastaajan koulutustaso ja/tai asuinpaikan karkea maantieteellinen sijaintitieto (itä/pohjoinen vs. länsi/etelä). Kaikissa analyyseissä käytettiin vastauskatoa korjaavaa painotusta.

Koska sovellettu alueluokitus on uusi, eikä sitä ole yhdistetty aiempiin HYPA-aineistoihin, emme voineet selvittää ajallisia muutoksia tätä luokitusta soveltaen. Sen sijaan tarkastelimme eroja vuoden 2009 HYPA-aineiston tuloksiin seuraavaksi esiteltävän ”koettu asuin ympäristö” -kysymyksen perusteella.

Oma kokemus asuinympäristöstä suhteessa kaupunki-maaseutu-luokitukseen

Uuden alueluokituksen lisäksi HYPA 2013 -kyselyssä kysyttiin myös vastaajan omaa näkemystä asuinympäristöstänsä kysymyksellä: ”Asutteko nyt: 1) kaupungin keskustassa, 2) esikaupunkialueella tai lähiössä, 3) kuntakeskuksessa tai muussa taajamassa, 4) vai maaseudun haja-asutusalueella tai kylässä?” Aineisto tarjoaa näin ollen mahdollisuuden tarkastella vastaajan omaa kokemusta asuinympäristöstänsä maaseutumaisuudesta suhteessa uuteen alueluokitukseen. Ennen hyvinvoinnin puutteiden tarkastelua on kiinnostavaa analysoida näiden kahden tiedon yhteyttä ja selvittää, kuinka hyvin koettu asuinympäristö vastaa uuden alueluokituksen mukaista tietoa.

Taulukon 1 perusteella uudella alueluokituksella on selvä yhteys vastaajien omaan kokemukseen asuinympäristöstään (χ^2 : $p < 0,001$), mutta kokemusten yhdenmukaisuus vaihtelee jonkin verran luokkien välillä. *Sisemmällä kaupunkialueella* asuvat selvästi myös kokevat asuvansa kaupunkimaisella alueella, enemmistö (55 %) kuitenkin lähiössä eikä keskustassa. *Uloimmalla kaupunkialueella* asuvista puolestaan selvä enemmistö (73 %) kokee asuvansa lähiössä tai esikaupungissa. *Kaupungin kehysalueella* asuvista huomattava osa (42 %) kokee ympäristönsä haja-asutusalueeksi, ja *kaupungin läheisellä maaseudulla* asuvista näin kokee jo selvä enemmistö (67 %). Niiden osuus, jotka kokevat asuvansa haja-asutusalueella, on suurimmillaan (71 %) *harvaan asutulla maaseudulla*, joskin tässäkin luokassa kohtalainen osuus kokee asuvansa taajama-alueella. *Ydinmaaseudulla* asuvat kokevat harvemmin (51 %) asuvansa haja-asutusalueella kuin kaupungin läheisellä maaseudulla asuvat, ja kaikkein eniten kokemukset hajautuvat *maaseudun paikalliskeskuksissa*, joissa asuvien kokemukset jakautuvat melko tasaisesti kaupungin keskustan, lähiön ja muun taajaman välillä.¹

Lukuun ottamatta kaupunkien kehysalueita ja maaseudun paikalliskeskuksia enemmistö kunkin alueluokan vastaajista sijoittaa siis itsensä yksimielisesti samaan koetun asuinympäristön luokkaan. Jonkinasteista hajontaa kokemuksissa asuinympäristön luonteesta yksittäisen uuden alueluokan sisällä voidaan odottaa jo siitä syystä, että uuden luokituksen tarkoituksena on luonnehtia yksittäisen paikan sijaan laajempia aluekokonaisuuksia. Yksittäiselle ruudulle määrittyvä arvo perustuu siis myös sen lähiympäristön piirteisiin (Helminen ym. 2013). Lisäksi vastaajat ovat voineet muuttaa edellisen vuodenvaihteen ja kyselyajankohdan välillä.

Taulukon 1 tarkastelu tuo esiin sen, että uusi alueluokitus erottelee huonosti kaikkein kaupunkimaisimpia ympäristöjä. Missään luokassa enemmistö vastaajista ei katso asuvansa kaupungin keskustassa, eikä luokituksen avulla myöskään voi erottaa suurimpia kaupunkiseutuja pienemmistä, vaikka niiden väestö voi poiketa hyvinvoinniltaan toisistaan selvästi (Karvonen & Kauppinen 2008).

TAULUKKO 1. Koettu asuin ympäristö kaupunki-maaseutu-luokituksen mukaan, %

Kaupunki-maaseutu-luokitus	Koettu asuin ympäristö				Yhteensä, %	n (painot-tamaton)
	Kaupungin keskusta	Esikaupunki-alue tai lähiö	Kuntakeskus tai muu taajama	Maaseudun haja-asutus-alue tai kylä		
Sisempi kaupunkialue	41	55	3	1	100	1 290
Ulompi kaupunkialue	11	73	13	2	100	1 094
Kaupungin kehysalue	4	19	35	42	100	470
Maaseudun paikalliskeskus	34	27	32	7	100	243
Kaupungin läheinen maaseutu	0	8	25	67	100	307
Ydinmaaseutu	11	8	30	51	100	536
Harvaan asuttu maaseutu	4	4	22	71	100	286

Uuden alueluokituksen yhteys hyvinvoinnin puutteisiin

Taulukosta 2 nähdään erilaisten hyvinvoinnin puutteiden yleisyys kaupunki-maaseutu-luokituksen mukaan. Tilastollisesti merkitsevää vaihtelua luokkien välillä on yhdeksässä kuudestatoista hyvinvoinnin puutteen indikaattorissa ja jokaisella hyvinvoinnin ulottuvuudella. Niin sosiaalisessa turvassa, valtaistamisessa, osallisuudessa kuin yhteisyydessäkin on vaihtelua asuinpaikan tyyppin mukaan. Näissä yhteyksissä on pääsääntöisesti kyse siitä, että maaseutumaisemmillä alueilla ilmenee enemmän hyvinvoinnin puutteita kuin kaupunkimaisemilla alueilla. Esimerkiksi terveys koetaan maaseutumaisemilla alueilla huonommaksi kuin kaupunkimaisemilla alueilla, ja epäluottamus muihin ihmisiin ja julkiseen valtaan on yleisintä harvaan asutulla maaseudulla ja harvinaisinta kaupunkialueilla.

Kaikilla indikaattoreilla yhteys ei kuitenkaan ole näin suoraviivainen. Työttömyydessä erottuvat kaupunkien kehysalueet, joilla työttömyyttä on vähiten. Asumisenot rasittavat vähiten maaseudun paikalliskeskuksissa ja harvaan asutulla maaseudulla. Tyytymättömyyttä asuinalueen kunnallisiin palveluihin koetaan paljon myös kaupungin läheisellä maaseudulla. Turvattomuutta puolestaan koetaan maaseutumaisemilla alueilla vähemmän kuin kaupunkimaisilla alueilla. Toimeentulo-ongelmia kuvaavat indikaattorit, osa valtaistamista ja yhteisyyttä kuvaavista indikaattoreista sekä tyytymättömyyttä elämään kuvaava indikaattori eivät vaihtelee tilastollisesti merkitsevästi uuden alueluokituksen mukaan.

TAULUKKO 2. Hyvinvoinnin puutteiden yleisyys 18–79-vuotiailla vuonna 2013 uuden alueluokituksen mukaan, %

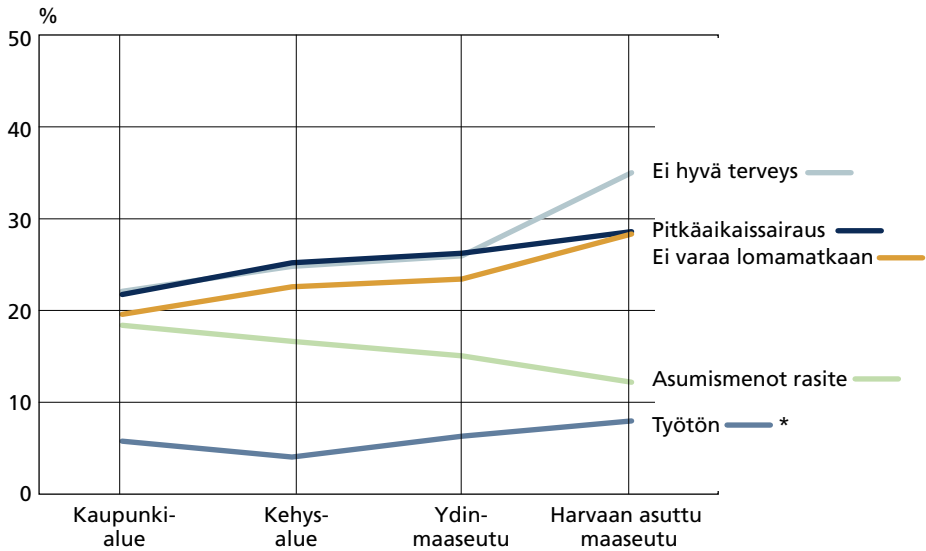
	Sisempi kaupunkialue	Ulompi kaupunkialue	Kaupungin kehysalue	Maa-seudun paikalliskeskus	Kaupungin läheinen maaseutu	Ydinmaaseutu	Harvaan asuttu maaseutu	p
Sosiaalinen turva								
Työtön ¹	9	10	4	10	10	10	13	0,045
Menojen kattamisen hankalaa	28	28	26	21	26	28	28	0,562
Ruokarahat loppuneet	13	11	8	10	10	10	11	0,178
Ei varaa lomamatkaan	22	24	24	27	26	26	30	0,104
Asumismenot rasitte	17	16	15	9	16	16	11	0,015
Valtaistaminen								
Ei hyvä terveys	23	25	28	27	28	31	43	<0,001
Pitkäaikaissairaus	22	23	29	27	26	30	34	<0,001
Stressaantunut	19	17	16	13	13	16	15	0,077
Vapaa-ajan puutetta	21	20	23	16	21	20	17	0,317
Yhteisyys								
Yksinäinen	21	20	16	20	17	22	21	0,122
Epäluottamus ihmisiin	21	23	29	28	31	28	37	<0,001
Turvaton asuinalue	9	6	6	6	4	5	4	0,001
Osallisuus								
Epäluottamus julkiseen valtaan	35	40	42	41	43	41	48	<0,001
Ei tyytyväinen palveluihin	17	20	32	23	36	28	37	<0,001
Ei tyytyväinen elämään	11	8	7	8	9	9	9	0,258
Huonompaan suuntaan	7	6	6	13	9	8	8	0,003
n (painottamaton)	1 290	1 094	470	243	307	536	286	
¹ Työttömien osuus on laskettu osuutena työvoimasta.								
p = Yhteyden tilastollinen merkisyys khi ² -testin mukaan, merkitsevät yhteydet lihavoitu								

Yhteenvedona voidaan todeta, ettei yksikään hyvinvoinnin ulottuvuuksista vaihdellut systemaattisesti asuinpaikan tyyppin mukaan, vaan yksittäisten indikaattorien välillä on eroja vaihtelun luonteessa. Aluetyypeistä harvaan asutun maaseudun sosiaalinen kestävyys näyttää olevan eniten koetuksella. Kaikkiaan kuudessa niistä yhdeksästä indikaattorista, joissa asuinpaikan tyyppin mukaisia eroja ylipäättään havaittiin, hyvinvoinnin puutteita on eniten harvaan asutulla maaseudulla.

Taulukosta 2 tehtävät havainnot saattavat osittain perustua eroihin ikä- ja sukupuolirakenteessa aluetyyppien välillä.² Sen vuoksi aluetyyppien välisiä eroja on syytä tarkastella myös siten, että tämä väestörakenteen erojen vaikutus tuloksiin poistetaan. Tämä tehdään kuvioissa 1 ja 2, jotka esittävät logistisiin regressiomalleihin perustuen karkeistetun alueluokittelun ikä- ja sukupuolivakioidun yhteyden valikoituihin hyvinvoinnin puutteisiin. Alueluokitus on tässä yhteydessä karkeistettu neliluokkaiseksi, koska aineiston tapausmäärä ei riitä kaikkien seitsemän luokan riittävän tarkkaan kuvaamiseen. Karkeistus on tehty yhdistämällä sisempi ja ulompi kaupunkialue ”Kaupunkialue”-luokaksi, kaupungin kehysalue ja kaupunkien läheinen maaseutu ”Kehysalue”-luokaksi ja maaseudun paikalliskeskukset ja ydinmaaseutu ”Ydinmaaseutu”-luokaksi.³ Kuvioihin on valittu kaikki indikaattorit, joilla havaittiin merkitsevä yhteys uuteen alueluokitukseen ainakin yhdessä tämän artikkelin analyysistä.

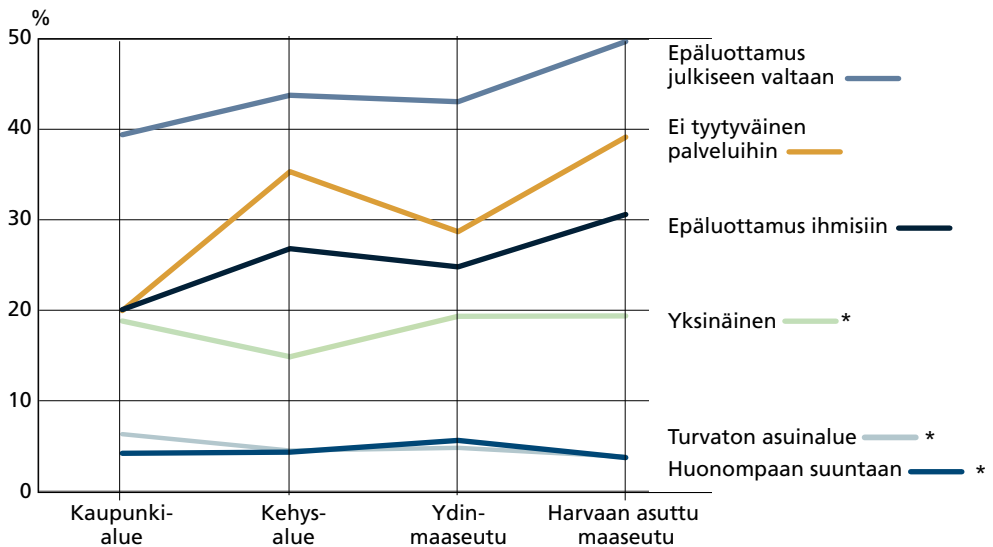
Kuvio 1 esittää alueluokituksen yhteydet sosiaalisen turvan ja valtaistamisen indikaattoreihin. Kuvioista nähdään, että työttömyydessä ei tässä tarkastelussa enää ole merkitsevää aluetyyppien välistä vaihtelua. Tämä liittyy osittain karkeamman alueluokituksen käyttöön, mutta myös ikärakenteiden eroihin aluetyyppien välillä.⁴ Sen sijaan erot ikä- ja sukupuolirakenteessa eivät riitä selittämään huonompaa koettua terveyttä ja toisaalta asumismenojen pienempää rasittavuutta maaseutumaisemmillä alueilla. Kuviossa käytetty karkeampi alueluokitus on merkitsevässä yhteydessä myös siihen, riittävätkö rahat lomamatkaan, ja iän vakiointi vain vahvistaa tätä yhteyttä. Taloudellisten resurssien niukkuus vaihtelee siis aluetyyppien välillä enemmän kuin voitaisiin olettaa ikärakenteiden erojen perusteella. Koska rahojen riittäminen ruokaan ei vaihtelee samalla tavoin, kyse ei näyttäisi olevan niinkään vakavasta taloudellisten resurssien puutteesta kuin lievemmästä niukkuudesta.

Yhteisyyden ja osallisuuden indikaattorien yhteydet uuteen alueluokitukseen esitetään kuviossa 2. Sen mukaan kokemus oman elämän menemisestä huonompaan suuntaan ja turvattomuuden tunne eivät tässä tarkastelussa enää vaihtelee merkitsevästi aluetyyppien välillä. Näin ollen taulukossa 1 havaitut yhteydet liittyivät erityisesti tulevaisuudenodotusten osalta paljolti siihen, että maaseutumaisemmillä alueilla asuu vanhempaa väkeä. Epäluottamusta kuvaavat indikaattorit sekä tyytymättömyys kunnallisiin palveluihin ovat sen sijaan edelleen yhteydessä kaupunki-maaseutu-luokitukseen. Sekä maaseudun että kaupunkien perifeerisillä alueilla ilmenee enemmän tyytymättömyyttä palveluihin kuin keskusalueilla, ja epäluottamusta on enemmän harvaan asutulla maaseudulla kuin kaupunkialue-



*Ikä- ja sukupuolivakioidu yhteys ei ole tilastollisesti merkitsevä ($p \geq 0,05$)

KUVIO 1. Hyvinvoinnin puutteiden ikä- ja sukupuolivakioidut yleisyydet karkeistetun maaseutumaisuusluokituksen mukaan, sosiaalisen turvan ja valtaistamisen indikaattorit.



*Ikä- ja sukupuolivakioidu yhteys ei ole tilastollisesti merkitsevä ($p \geq 0,05$)

KUVIO 2. Hyvinvoinnin puutteiden ikä- ja sukupuolivakioidut yleisyydet karkeistetun maaseutumaisuusluokituksen mukaan, yhteisyyden ja osallisuuden indikaattorit.

eilla. Kaupunkien kehysalueilla näyttää ilmenevän muita aluetyyppejä vähemmän yksinäisyyttä, mutta kokonaisuudessaan yksinäisyyden yhteys aluetyyppiin ei tässä analyysissä ole aivan merkitsevä.

Kun tuloksia tarkastellaan sosiaalisen kestävyuden viitekehyksessä, havaitaan, että maaseudun harvaan asuttu alue näyttäytyy edelleen sosiaaliselta kestävyydeltään vaikeimmalta. Ikä- ja sukupuolirakenteiden erot huomioon ottaenkin harvaan asutulla maaseudulla esiintyy eniten vajeita kaikilla neljällä ulottuvuudella.

Kuvioden 1 ja 2 tuloksetkin voivat vielä liittyä väestörakenteen eroihin aluetyyppien välillä, erityisesti eroihin sosioekonomisissa resursseissa. Väestön koulutustaso vaihtelee maaseutumaisuuden mukaan siten, että koulutustaso on korkein kaupunkialueilla ja matalin harvaan asutulla maaseudulla. Koulutustason erojen – ja niihin liittyvien muiden sosioekonomisten erojen – merkityksen selvittämiseksi tarkastelimme alue-eroja vielä vastaajien koulutustaso vakioituna. Tämä vakiointi selitti aluetyyppien välisiä eroja menojen riittämisessä lomamatkaan, pitkäaikaissairauksien yleisyydessä sekä epäluottamuksessa yhteiskuntaan. Näitä hyvinvoinnin puutteita ilmenee enemmän vähän koulutetuilla, joten niiden suurempi yleisyys maaseutumaisemmillä alueilla liittyy näiden alueiden väestön vähäisempään koulutustasoon. Muut kuvioden 1 ja 2 merkitsevät yhteydet (asumismenojen rasittavuus, ei hyvä terveys, epäluottamus ihmisiin, ei tyytyväinen palveluihin) säilyivät edelleen merkitsevinä, joten koulutustason erot eivät selittäneet aluetyyppien välisiä eroja näissä hyvinvoinnin puutteissa. Erot yksinäisyydessä aluetyyppien välillä puolestaan korostuivat koulutustason vakioinnin myötä ja tulivat merkitseviksi. Kehysalueilla on kaupunkialueita vähemmän yksinäisyyttä, vaikka väestö on kehysalueilla vähemmän koulutettua ja vähäinen koulutustaso on muuten yhteydessä yleisempään yksinäisyyteen.

Sosiaalisen laadun näkökulmasta havainto harvaan asutun maaseudun muita heikommasta kestävyydestä säilyi muilla paitsi sosiaalisen turvan ulottuvuudella. Sosiaalisen turvan osalta jäljelle jäi merkitseväenä yhteytenä vähäisempi asumismenojen rasittavuus maaseutumaisemmillä alueilla, ja tämä kuvastanee varsinaisia alueiden ominaisuuksia samaan tapaan kuin tyytymättömyys palveluihin.

Ajallisia muutoksia ei voitu selvittää uutta kaupunki-maaseutu-luokitusta käyttäen. Jotta kuitenkin saisimme jonkinlaisen kuvan mahdollisista muutoksista vuoden 2009 jälkeen, vertasimme ”koetun aluetyypin” yhteyttä hyvinvoinnin puutteisiin niillä kahdeksalla tässä artikkelissa käytetyllä indikaattorilla, jotka voitiin muodostaa myös vuodelle 2009. Tarkastelu osoitti, että koetun aluetyypin yhteydet hyvinvoinnin puutteisiin eivät vaihtele olennaisesti eri vuosina.

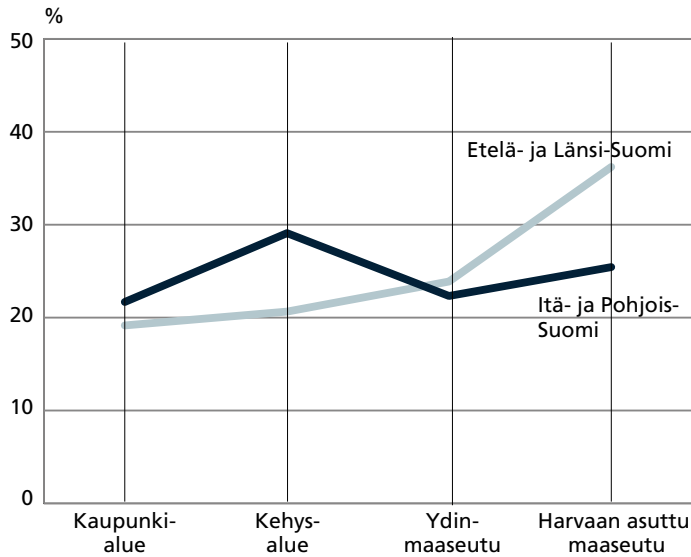
Itä- ja Pohjois-Suomi vs. Länsi- ja Etelä-Suomi

Tarkastelimme lopuksi onko myös maantieteellinen sijainti asuin ympäristön maaseutumaisuuden ohella yhteydessä hyvinvoinnin eroihin. Manner-Suomi jaettiin karkeasti itään ja länteen, millä tarkoitamme jakoa itäiseen ja pohjoiseen Suomeen (Etelä-Savon, Pohjois-Savon, Pohjois-Karjalan, Kainuun, Pohjois-Pohjanmaan ja Lapin maakunnat) ja läntiseen ja eteläiseen Suomeen (muut maakunnat). Karkeistettu alueluokitus on yhteydessä tähän itä-länsi-jakoon: itäisessä ja pohjoisessa Suomessa asuvien osuus on kaupunkialueilla 15 prosenttia, kehysalueilla 23 prosenttia, ydinmaaseudulla 30 prosenttia ja harvaan asutulla maaseudulla 73 prosenttia. Näin ollen edellä tehdyt havainnot voivat liittyä osittain maantieteelliseen sijaintiin eikä niinkään aluetyyppeihin. Tätä selvitetiin erittelemällä itä-länsi-jaon yhteyttä hyvinvoinnin puutteisiin ensin yksinään ja sitten yhdessä alueluokituksen kanssa.

Kun itä-länsi-jaon yhteyttä hyvinvoinnin puutteisiin tarkasteltiin vain vastaajan ikä ja sukupuoli vakioituna, itäisen ja pohjoisen Suomen vastaajilla ilmeni eräitä puutteita useammin kuin läntisessä ja eteläisessä Suomessa. Näitä puutteita olivat rahojen riittämättömyys lomamatkaan, puutteellinen terveys ja tyytymättömyys kunnallisiin palveluihin. Huomattava osa näistä eroista selittyi kuitenkin uuden alueluokituksen vakioinnilla, eivätkä erot olleet tällöin enää tilastollisesti merkitseviä. Havaitut maantieteelliset hyvinvointierot liittyivät siis suurelta osin aluetyyppien maantieteelliseen jakaumaan itä-länsi-ulottuvuudella.

Idässä ja pohjoisessa koettiin toisaalta *vähemmän* tyytymättömyyttä elämään ja asuinalueen turvattomuutta kuin etelässä ja lännessä. Turvattomuuden kokemus oli idässä merkitsevästi harvinaisempaa vielä senkin jälkeen kun aluetyyppi vakioitiin: idässä ja pohjoisessa asuvilla on tällöin keskimäärin 3,5 prosenttiyksikköä pienempi todennäköisyys kokea turvattomuutta kuin lännessä ja etelässä asuvilla ($p=0,003$). Itäinen ja pohjoinen Suomi erosi lähes merkitsevästi ($p=0,052$) myös koetun toimeentulon ja elämään tyytymättömyyden osalta: tulojen riittämättömyys oli idässä ja pohjoisessa 3,5 prosenttiyksikköä vähemmän todennäköistä ja tyytymättömyys elämään 2,3 prosenttiyksikköä vähemmän todennäköistä kuin läntisessä ja eteläisessä Suomessa. Itä-länsi-jaolla on siis havaittavissa jonkin verran aluetyypistä riippumatonta yhteyttä hyvinvoinnin puutteisiin.⁵

Tarkastelimme myös itä-länsi-jaon vakioinnin vaikutusta kuvioissa 1–2 havaittuihin kaupunki-maaseutu-luokituksen ja hyvinvoinnin puutteiden välisiin yhteyksiin. Nämä aiemmin havaitut tilastollisesti merkitsevät yhteydet pysyivät merkitsevinä myös itä-länsi-jaon vakioinnin jälkeen lukuun ottamatta asumismenojen rasittavuutta, jonka merkitsevyys heikkeni ($p=0,052$). Erot aluetyyppien välillä pysyivät kuitenkin käytännössä samoina kuin ennen itä-länsi-jaon vakiointia. Kyseiset yhteydet eivät siis selity maaseutumaisten alueiden painottumisella itäiseen ja pohjoiseen Suomeen.



KUVIO 3. Rahojen riittämättömyys vuosittaiseen lomamatkaan asuinpaikan maaseutumaisuuden mukaan eri osissa Suomea, ikä- ja sukupuolivakioitu yleisyys.

Testasimme lopuksi, ovatko aluetyyppien väliset erot hyvinvoinnin puutteissa erilaisia itäisessä ja pohjoisessa Suomessa kuin läntisessä ja eteläisessä Suomessa. Vain rahojen riittäminen lomamatkaan oli tilastollisesti merkitsevästi ($p=0,031$) erilaisessa yhteydessä Suomen eri osissa (kuvio 3): siinä missä läntisessä ja eteläisessä Suomessa rahat riittivät sitä huonommin mitä maaseutumaisempi aluetyyppi on kyseessä, ja erityisen huonosti harvaan asutulla maaseudulla, itäisessä ja pohjoisessa Suomessa kehysalueilla asuvat kokivat eniten puutetta, mutta muiden aluetyyppien välillä ollut selviä eroja.

Pohdinta

Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella hyvinvoinnin eroja asuinpaikan maaseutumaisuuden mukaan ja samalla arvioida uuden alueluokituksen käyttökelpoisuutta hyvinvoinnin analyysissä. Hyvinvoinnin puutteet valittiin monipuolisesti niin, että ne kattoivat kestävän sosiaalisen laadun kaikki ulottuvuudet (Vaarama 2011; Pieper 2013). Mahdollisimman tuoreeseen, koko väestön kattavaan kyselyaineistoon perustuva tutkimus osoittaa, että aikuisväestön hyvinvointi vaihtelee edelleen asuinpaikan maaseutumaisuuden mukaan.

Hyvinvoinnin eroja havaittiin kaikilla kestävän sosiaalisen laadun ulottuvuuksilla tyypillisesti niin, että maaseutumaisemmissa alueilla hyvinvoinnin puutteita ilmeni enemmän kuin kaupunkimaisemmissa alueilla. Ikä- ja sukupuolirakenteen erojen huomioon ottamisen jälkeen maaseutumaisemmissa alueilla oli keskimäärin huonompi terveys, rahat riittivät huonommin lomamatkaan ja epäluottamusta muihin ihmisiin ja julkiseen valtaan sekä tyytymättömyyttä julkisiin palveluihin oli enemmän kuin kaupunkimaisemmissa alueilla. Erot olivat erityisen selvää kaupunkialueiden ja harvaan asutun maaseudun välillä, joiden väliin asettuivat useimmissa tapauksissa kaupunkien kehysalueet ja ydinmaaseutu. Erot aluetyyppien välillä väestön koulutustasossa selittivät jonkin verran, mutta eivät täysin havaittuja hyvinvointieroja.

Vaikka useimmat tarkastellut hyvinvoinnin puutteet, ja siis myös sosiaalisen kestävyuden haasteet, olivat yleisempiä maaseudulla, asumismenot koettiin kuitenkin vähemmän rasittaviksi maaseutumaisemmissa alueilla. Toisaalta maaseutumaiseen ympäristöön liittyy mahdollisesti joitain positiivisia tekijöitä, kuten luonnon merkitys hyvinvoinnille, joista ei käytettävissä olleessa aineistossa ollut tietoa. Tältä osin kuva hyvinvointieroista voi olla hieman vaillinaisen, mikä puolestaan voi selittää sitä, että tyytymättömyyttä elämään ei maaseudulla koeta tämänkään tutkimuksen mukaan sen enempää kuin kaupungeissa. Emme kuitenkaan havainneet Saarisen ym. (2013) tapaan viitteitä haja-asutusalueiden asukkaiden muita suuremmasta onnellisuudesta. Tulosten ero saattaa liittyä siihen, ettei Saarisen ym. (2013) aineisto kuvannut koko Suomea, tai siihen, että onnellisuuden kytkös mittaamiimme hyvinvoinnin puutteisiin ei ole suoraviivainen. Havaitsimme toisaalta Itä- ja Pohjois-Suomessa asuvien erottuvan positiivisesti siten, että ikä- ja sukupuolirakenteen sekä asuinpaikan maaseutumaisuuden huomioon ottamiseen jälkeenkin turvattomuutta koettiin vähemmän, ja saimme viitteitä myös vähäisemmistä toimeentulo-ongelmista ja tyytymättömyydestä elämään kuin Etelä- ja Länsi-Suomessa.

Epäluottamus sekä muihin ihmisiin että julkiseen valtaan on tulostemme mukaan yleisintä harvaan asutulla maaseudulla ja harvinaisinta kaupunkialueilla. Tätä aihetta on vain harvoin selvitetty aiemmassa tutkimuksessa, joskin Heikkilä ym. (2002) saivat viitteitä tästä tutkimuksessaan, jossa kysyttiin luottamusta poliittikkoihin. Tulkittaessa epäluottamusta hyvinvoinnin puutteena on syytä muistaa, että vaikka se voi osittain kuvata ”perusluottamusta” yksilöllisenä ominaisuutena (Kouvo 2014), kyse on kuitenkin yksilön suhteesta muihin yksilöihin tai yhteiskuntaan. Epäluottamus voi siis kuvastaa yksilön aiempia kokemuksia suhteessa kanssaihmiisiin ja julkiseen valtaan, ja toisaalta keskus-periferia-suhteeseen liittyvä epätasa-arvoinen valta-asetelma voi lisätä syrjäisellä alueella tunnettua epäluottamusta. Heikkilä ym. (2002) havaitsivatkin epäluottamuksen olevan harvaan asutulla maaseudulla suurta erityisesti suhteessa valtakunnan tason poliittikkoihin.

Pohdinta luottamuserojen tulkinnasta kuvastaa hyvinvoinnin alueellisten erojen erilaisia mahdollisia syntymekanismia. Eroja voi syntyä ominaisuuksiltaan

erilaisten henkilöiden valikoituessa asumaan erityyppisille alueille, joten voidaan kysyä, johtuvatko luottamuserot esimerkiksi ”perusluottamukseltaan” erilaisten henkilöiden hakeutumisesta asumaan erilaisille alueille. Toisaalta asuinympäristö voi vaikuttaa yksilöihin ja yhteisöihin, jolloin voidaan kysyä, vaikuttavatko esimerkiksi harvaan asutun maaseudun fyysiset ja sosiaaliset piirteet siellä asuvien kokemaan luottamukseen. Kolmanneksi, vaikuttavat prosessit voivat olla alueen ja yksilön ulkopuolella, jolloin esimerkiksi valtakunnan tasolla harjoitetun politiikan vaikutukset voivat olla erilaisia harvaan asutulla maaseudulla kuin kaupungeissa, ja tämä voi vaikuttaa näillä alueilla asuvien kokemaan luottamukseen. Emme tässä tutkimuksessa pyrkineet tarkemmin selvittämään eri mekanismien merkitystä, joten nämä kysymykset jäävät muiden tutkimusten selvitettäväksi.

Yhteiskuntapolitiikan näkökulmasta nämä erilaiset mekanismit tarkoittavat, että yksittäisille alueille kohdentuvien toimenpiteiden ohella on otettava huomioon myös erilaisten politiikkojen vaikutukset muuttoliikkeeseen alueiden välillä sekä valtakunnallisen politiikan erilaiset vaikutukset eri alueilla. Esimerkiksi harjittaessa keskiasteen oppilaitoksen lopettamista pienellä paikkakunnalla tulisi tiedostaa, että lopettaminen voi vaikuttaa alueen lapsiperheiden muuttoaikeisiin ja alueelle suuntautuvaan lapsiperheiden muuttoon, etenkin jos samaan aikaan valtakunnallisella tasolla ollaan pidentämässä oppivelvollisuutta. Muutokset muuttoliikkeessä voivat puolestaan toteutuessaan näkyä muutoksina sekä lähtö- että kohdealueella asuvan väestön hyvinvoinnissa. Toisin sanoen, mikäli alueellisia hyvinvointieroja halutaan tasata, ennen toimenpiteiden toteuttamista on syytä tehdä laaja vaikuttavuusarviointi, joka kattaa kaikki sosiaalisen kestävyyden ulottuvuudet.

Hyödynsimme tässä tutkimuksessa aiempien tutkimusten soveltamista kuntatason luokittelusta poiketen 250 m * 250 m ruutuihin perustuvaa kaupunki-maaseutu-luokitusta hyvinvointierojen tarkasteluun. Tämän tarkemman mittauksen olisi voinut odottaa tuovan esiin suurempia eroja kuin aiemmissa tutkimuksissa. Tulokset eivät kuitenkaan poikenneet merkittävästi aiempien vastaavia indikaattoreita tarkastelleiden tutkimusten havainnoista, eivätkä havaitut erot ole erityisen suuria. Tähän voi olla useita syitä. Ensinnäkin, suurimpia kaupunkeja ei tässä eritelty (vrt. Kauppinen & Karvonen 2008), joten kaikkein urbaaneimmilla alueilla asumisen yhteyttä hyvinvoinnin puutteisiin ei voitu selvittää. Toiseksi, koetun hyvinvoinnin erojen on aiemminkin havaittu olevan pienempiä kuin objektiivisemmillä indikaattoreilla havaittavat erot: olisi siis hyvä tarkastella uuden kaupunki-maaseutu-luokituksen yhteyttä myös objektiivisiin hyvinvointi-indikaattoreihin. Kolmanneksi, kunnallakin on oma merkityksensä alueellisena kontekstina, mitä ei tällä aineistolla voitu ottaa huomioon. Osa tässä havaituista eroista voikin liittyä erityyppisten kuntien välisiin eroihin. Suuremmalla aineistolla olisi hyvä ottaa yhtäaikaaisesti huomioon kunta ja välittömän asuinympäristön tyyppi. Ylipäänsä maantieteellisen sijainnin merkityksen selvittäminen jäi aineiston pienuuden vuoksi tässä hyvin karkealle tasolle. Sekä maantieteellisten erojen että kaikkien

seitsemän aluetypin välisten erojen tarkka analyysi vaatisi suurempaa aineistoa.

Edellä esiin tulleiden jatkotutkimuksen aiheiden ohella jatkossa on syytä selvittää myös hyvinvointierojen ajallista kehitystä tässä sovelletun maaseutumaisuusluokituksen mukaan. Kuntien yhdistymisten jatkuessa hyvinvointierojen kehitystä on hankalaa seurata kuntatason luokitteluihin perustuen, mutta ruutujen rajoihin kuntakentän muuttuminen ei vaikuta.

Kokonaisuutena käsillä oleva tutkimus sekä varmentaa että täsmentää aikaisempia hyvinvointieroja koskevia tuloksia. Asuinalueiden aiempaa hienosyisempi ryhmittely osoittaa, että alue-erot pysyvät sitkeässä, eikä niissä ole kyse mittauksen tai luokittelun virheellisyydestä. Vaikka tutkimus on poikkileikkaus alue-eroista tietynä ajanjaksona, niin yhdistettynä aiempiin suomalaisten hyvinvointia kuvaaviin tutkimuksiin se viittaa siihen, että kymmenen viime vuoden aikana harjoitettu aluepolitiikka tai yhteiskuntapolitiikka laajemmin ei ole ainakaan poistanut alueellisia eroja hyvinvoinnin puutteissa. Oikeudenmukaisuusnäkökulmasta tärkeää olisikin suorittaa alueellisten vaikutusten arviointi kaikkia suuria yhteiskunnallisia uudistuksia samoin kuin politiikkatoimia valmisteltaessa.

Viitteet

1. Toisin päin yhteyttä tarkasteltaessa havaitaan, että yhtenäisimmät koetun asuinympäristön luokat ovat ”kaupungin keskusta” (67 % sijoittuu sisemmälle kaupunkialueelle, 15 % ulommalle) ja ”esikaupunkialue tai lähiö” (43 % sisemmälle, 45 % ulommalle kaupunkialueelle). Sen sijaan ”maaseudun haja-asutusalueelle” itsensä sijoittaneet asuvat melko tasaisesti kaupungin kehysalueilla, kaupungin läheisellä maaseudulla, ydinmaaseudulla ja harvaan asutulla maaseudulla. Lisäksi ”kuntakeskuksessa tai muussa taajamassa” mielestään asuvat jakautuvat melko tasaisesti ulommalle kaupunkialueelle, kaupungin kehysalueelle ja ydinmaaseudulle ja hieman näitä harvemmin maaseudun paikalliskeskusiiin.
2. Kaupunkialue-luokan vastaajat ovat nuorimpia, harvaan asutun maaseudun vastaajat puolestaan vanhimpia. Sukupuolirakenteessa ei ole merkittäviä eroa aluetyyppien välillä, mutta otoksessa aluetyyppien välillä on kuitenkin jonkin verran eroa siten, että naisten osuus on suurin kaupunkialueilla ja pienin harvaan asutulla maaseudulla.
3. Kaupunki-maaseutu-luokitusta voidaan pääosin pitää järjestysasteikollisena luokituksena, jolloin peräkkäiset luokat voidaan suuremmitta ongelmitta yhdistää toisiinsa. Maaseudun paikalliskeskus -luokka ei kuitenkaan sijoitu selvästi tiettyyn kohtaan kaupunki-maaseutu-skaalalla. Koska tähän luokkaan kuuluvien alueiden ympärillä on useimmiten ydinmaaseutuun kuuluvia alueita, luokka päätettiin yhdistää ydinmaaseutuun.
4. Erityisesti työttömyysaste on kuviossa hieman eri tasolla kuin vakioimattomissa tuloksissa. Tämä johtuu siitä, että vakioidut tulokset esitetään ”keskimääräisen vastajan” tasolla, mikä ei aina vastaa aineiston keskimääräistä tasoa iän vaikutuksen epälinearisuuden vuoksi.
5. Koulutustason vakiointi ei vaikuta turvatomuuden tunteen itä-länsi-eroon, vaan se säilyy muuttumattomana vakioitaessa koulutustaso. Myös itä-länsi-erot koetussa toimeentulossa ja elämään tyytymättömyydessä pysyvät ennallaan, ja tässä tapauksessa nämä erot ovat myös tilastollisesti merkitseviä ($p=0,047$ ja $p=0,042$).

Lähteet

- Heikkilä, Matti & Rintala, Taina & Airio, Ilpo & Kainulainen, Sakari (2002) Hyvinvointi ja tulevaisuus maalla ja kaupungissa. Tutkimuksia 126. Helsinki: Stakes.
- Helminen, Ville & Nurmio, Kimmo & Rehunen, Antti & Ristimäki, Mika & Oinonen, Kari & Tiitu, Maija & Kotavaara, Ossi & Antikainen, Harri & Rusanen, Jarmo (2013) Kaupungin-maaseudun alueluokitus. Paikkatietomuotoisen alueluokituksen muodostamisperiaatteet. Helsinki: SYKE.
- Helsingin kaupunki (2012) Ympäristöraportti 2012. Helsinki: Helsingin kaupunki, rakennusvirasto.
- Kainulainen, Sakari & Rintala, Taina & Heikkilä, Matti (2001) Hyvinvoinnin alueellinen erilaistuminen 1990-luvun Suomessa. Tutkimuksia 114. Helsinki: Stakes.
- Kannisto, Väinö (1947) Kuolemansyyt väestöllisinä tekijöinä suomessa. Helsinki: Kansantaloudellinen yhdistys.
- Karvonen, Sakari & Kauppinen, Timo M (2008) Hyvinvoinnin vajeet maalla, kaupungeissa ja kaupunkikeskuksissa. Teoksessa Pasi Moisio, Sakari Karvonen, Jussi Simpura & Matti Heikkilä (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2008. Helsinki: Stakes.
- Karvonen, Sakari & Kauppinen, Timo (2009) Kuinka Suomi jakautuu 2000-luvulla? Hyvinvoinnin muuttuvat alue-erot. Yhteiskuntapolitiikka 74(5), 467–486.
- Karvonen, Sakari, Kauppinen, Timo M. & Ilmarinen, Katja (2010) Koetun hyvinvoinnin erot ja kehitys asuinpaikan mukaan. Teoksessa Marja Vaarama, Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kouvo, Antti (2014) Luottamuksen lähteet. Vertaileva tutkimus yleistynyttä luottamusta synnyttävistä mekanismeista. Turku: Turun yliopisto.
- Pieper, Richard (2013) Social Sustainability and Social Development: An Integrated Approach. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/531fa265-3bc0-4972-8a01-37b0fa5ae80a>
- Riihinen, Olavi (1965) Teollistuvan yhteiskunnan alueellinen erilaistuneisuus. Kuopio: WSOY.
- Saarinen, Arttu & Airio, Ilpo & Kaikkonen, Risto & Luoma, Minna-Liisa (2013) Onnellisuus erityyppisillä asuinalueilla. Yhteiskuntapolitiikka 78(5), 520–532.
- Siirilä, Seppo & Hautamäki, Lauri & Kuitunen, Jorma & Keski-Petäjä, Timo (1988) Hyvinvoinnin alueelliset erot Suomessa. Tutkimuksia B 47. Tampere: Tampereen yliopisto, aluetiede.
- Vaarama, Marja (2011) The SOLA Project: Monitoring Social Sustainability. <http://www.slideshare.net/THLfi/sola-dec-2011>

Liite 1. Hyvinvoinnin puutteita kuvaavien muuttujien muodostaminen.

Ne vastausvaihtoehdot, jotka valittiin kuvaamaan hyvinvoinnin puutetta kullakin hyvinvointi-indikaattorilla, on **lihavoitu**. Näihin vastausvaihtoehtoihin vastanneiden yhteenlaskettu osuus vastaajista on mainittu indikaattorin nimen jälkeen (työttömyydessä osuus työvoimasta).

Työtön (9 %)

Muodostettua pääasiallista toimintaa kuvaavan kysymyksen perusteella. Työttömäksi katsotaan henkilö, joka on vastannut olevansa työtön tai lomautettu palkatta, työllisyyskoulutuksessa, työllistetty tai työttömyyseläkkeellä. Indikaattori kuvaa näiden osuutta työvoimasta, johon on tässä laskettu em. kategorioiden ohella ne, jotka ovat vastanneet olevansa työssä, tilapäisesti poissa työsuhteen jatkuessa, osa-aikaeläkkeellä tai perhevapaalla siten, että työsuhde on voimassa.

Menojen kattaminen hankalaa (27 %)

”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) hyvin helppoa**

Ruokarahat loppuneet (11 %)

”Oletteko joskus viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana joutunut tilanteeseen, että ruokarahat olisivat loppuneet? ” **1) kyllä, 2) ei**

Ei varaa lomamatkaan (24 %)

”Onko kotitaloudellanne halutessanne varaa kustantaa viikon loma tai lomamatka vuosittain? ” **1) kyllä, 2) ei**

Asumismenot rasite (15 %)

”Millaisena taloudellisena rasitteena pidätte kotitaloutenne asumismenoja. Onko niiden maksaminen: ” **1) huomattava rasitus, 2) jonkin verran rasitus, 3) ei lainkaan ongelma**

Ei hyvä terveys (27 %)

”Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne: ” **1) hyvä, 2) melko hyvä, 3) keskinkertainen, 4) melko huono, 5) huono**

Pitkäaikaissairaus (25 %)

”Onko teillä pitkäaikainen fyysinen tai psyykkinen sairaus tai vamma, joka haittaa teidän jokapäiväistä elämäännne? ” **1) kyllä, 2) ei**

Stressaantunut (17 %)

”Oletteko ollut viime aikoina stressaantunut:” 1) **erittäin paljon**, 2) **melko paljon**, 3) jonkin verran, 4) vähän, 5) ette lainkaan

Vapaa-ajan puutetta (20 %)

”Oletteko vapaa-aikanne määrään tällä hetkellä:” 1) erittäin tyytyväinen, 2) melko tyytyväinen, 3) **ette tyytyväinen ettekä tyytymätön**, 4) **melko tyytymätön**, 5) **erittäin tyytymätön**

Yksinäinen (20 %)

”Tunnetteko itsenne yksinäiseksi:” 1) **jatkuvasti**, 2) **melko usein**, 3) **joskus**, 4) hyvin harvoin, 5) ette koskaan

Epäluottamus ihmisiin (25 %)

”On paras olla luottamatta keneenkään. Oletteko:” 1) **täysin samaa mieltä**, 2) **jokseenkin samaa mieltä**, 3) ei samaa eikä eri mieltä, 4) jokseenkin eri mieltä, 5) täysin eri mieltä

Turvaton asuinalue (6 %)

”Jos ajattelette omaa asumistanne ja asuinalueettanne, oletteko – – asuinalueen turvallisuuteen” 1) erittäin tyytyväinen, 2) melko tyytyväinen, 3) **ei tyytyväinen eikä tyytymätön**, 4) **melko tyytymätön**, 5) **erittäin tyytymätön**

Epäluottamus julkiseen valtaan (39 %)

”Yhteiskuntamme julkiseen valtaan ja hallintoon voi luottaa. Oletteko:” 1) täysin samaa mieltä, 2) jokseenkin samaa mieltä, 3) ei samaa eikä eri mieltä, 4) **jokseenkin eri mieltä**, 5) **täysin eri mieltä**

Ei tyytyväinen palveluihin (23 %)

”Jos ajattelette omaa asumistanne ja asuinalueettanne, oletteko – – asuinalueen kunnallisiin palveluihin” 1) erittäin tyytyväinen, 2) melko tyytyväinen, 3) **ei tyytyväinen eikä tyytymätön**, 4) **melko tyytymätön**, 5) **erittäin tyytymätön**

Ei tyytyväinen elämään (9 %)

”Oletteko nykyiseen elämäänne tällä hetkellä:” 1) erittäin tyytyväinen, 2) melko tyytyväinen, 3) **ette tyytyväinen ettekä tyytymätön**, 4) **melko tyytymätön**, 5) **erittäin tyytymätön**

Huonompaan suuntaan (7 %)

”Uskotteko oman elämäntilanteenne yleisesti kehittyvän lähitulevaisuudessa:” 1) **huonompaan suuntaan**, 2) parempaan suuntaan, 3) pysyvän ennallaan

Tuloerojen ja suhteellisen köyhyyden kehitys

Tuloerot ja suhteellinen köyhyys ovat Suomessa kansainvälisesti katsoen suhteellisen matalat, mutta taloudellinen eriarvoisuus kasvoi Suomessa poikkeuksellisen voimakkaasti 2000-luvun taitteessa. Vuonna 2008 taloudellisen eriarvoisuuden kasvu pysähtyi ja kääntyi laskuun. Tämän hetkinen huono taloustilanne ei ole toistaiseksi näkynyt toimeentulo-ongelmien tai kulutuksesta tinkineiden määrän kasvuna Suomessa. Tämä kertoo osaltaan suomalaisen hyvinvointivaltion kyvystä turvata ihmisten toimeentulo. Globalisoituneessakin taloudessa kansallinen politiikka vaikuttaa eriarvoisuuden kehitykseen.

Vuonna 2008 alkanut talouskriisi on nostanut tulonjakoa ja köyhyyttä koskevat kysymykset korkealle poliittisella agendalla. Suomessa tutkijat ja media ovat keskustelleet luokkayhteiskunnan uudesta esiinnoususta (Erola 2010), samalla kun Wilkinsonin ja Pickettin (2009) teos ”The Spirit Level” on lisännyt vauhtia yhteiskunnalliseen debattiin tuloerojen seurauksista. Aihe huolestuttaa myös kan-

salaisia: vuonna 2010 yli kolme neljäsosaa eurooppalaisista piti tuloeroja maasaan liian suurina ja merkittävä enemmistö arvioi köyhyyden kasvaneen. Myös suomalaisista 84 prosenttia arvioi köyhyyden ongelmaksi, joka vaatii hallitukselta välittömiä toimia (Eurobarometer 2010).

Vaikka Suomi on perinteisesti ollut pienten tuloerojen maa – ja on sitä kansainvälisissä vertailuissa edelleenkin – on se muiden Pohjoismaiden tavoin lähentynyt muita Euroopan maita, sillä tuloerot ovat kasvaneet Pohjoismaissa kolmen viime vuosikymmenen aikana (OECD 2011a). Tiettyyn pisteeseen asti tuloerot ovat tarkoituksenmukaisia ja välttämättömiäkin, eikä pyrkimyksenä yleensä olekaan poistaa niitä täysin. Tavoitteena on ennemminkin *oikeudenmukaiseksi* katsottu tulonjako, mutta sellaiseksi nykyistä tulonjakoa ei kyselyiden perusteella selvästikään koeta (Eurobarometer 2010). Tilastot vahvistavat kansalaisten tunteen: maailmanlaajuisesti 85 rikkainta henkilöä omistaa enemmän kuin puolet maapallon ihmisistä yhteensä (Oxfam 2014), ja Suomessa lähemmäs kymmenes tuloista keskittyy rikkaimmalle yhdelle prosentille.¹

Huomion kiinnittäminen tulonjakoon on tärkeää, sillä tuloerot ovat voimakkaasti yhteydessä moniin muihin eriarvoisuuden muotoihin, kuten poliittisen vallan, terveyden ja koulutuksen jakaantumiseen yhteiskunnassa. Suurilla tuloeroilla on useita negatiivisia taloudellisia, poliittisia ja sosiaalisia seurauksia, jotka eivät liity vain huonoon elintason tulonjaon alapäässä. Tutkimukset osoittavat, että tuloerot itsessään – eikä vain köyhyys – ovat yhteydessä heikompaan hyvinvointiin monilla eri mittareilla määriteltynä (Wilkinson & Pickett 2009; Rowlingson 2011; Hiilamo & Kangas 2012). Tuloerot vaikuttavat hyvinvointiin erityisesti vähenevän sosiaalisen luottamuksen ja niin kutsutun statuslevottomuuden kautta (Delhey & Dragolov 2014).

Euroopan unionin Eurooppa 2020 -kasvustrategiassa köyhyyden vähentäminen on olennainen osa osallistavaa taloutta, jossa talouskasvusta hyötyvät kaikki.² Köyhyyttä ja tuloeroja vähentävän sosiaalipolitiikan ei enää oleteta vahingoittavan talouskasvua, vaan päinvastoin. Eriarvoisuus vahingoittaa talouskasvua, jos tulonjaon alapäässä olevat kärsivät huonosta terveydestä ja heikosta tuottavuudesta eikä koulutukseen investoida tarpeeksi. Osa taloustieteilijöistä katsoo, että hallitsematon eriarvoisuus oli taustalla myös vuonna 2008 alkaneessa finanssikriisissä (Levine ym. 2010; Cynamon & Fazzari 2014). Vaikka yksiselitteistä yhteyttä tuloerojen ja talouskasvun välillä on ollut vaikea osoittaa suuntaan tai toiseen, Bergin ja Ostryn (2011) tutkimus näyttää, että kestävä ja pitkäaikainen talouskasvu on yhteydessä tulonjaon tasaisuuteen. Ostry ym. (2014) ovat sittemmin myös todenneet, että tulojen uudelleenjako vahvistaa talouskasvua. Tutkijoiden keskuudessa onkin kehittynyt konsensus, että taloudellista suoriutumista arvioitaessa talouskasvun rinnalla tulisi katsoa tuloerojen kehitystä (Stiglitz ym. 2009; OECD 2012).

Tuloerot ja köyhyys yhteiskunnallisen kehityksen kannalta

Eräiden arvioiden mukaan tasa-arvoisessa yhteiskunnassa inhimillistä pääomaa voidaan hyödyntää tehokkaammin, kun myös pienituloisilla on paremmat mahdollisuudet kouluttautua ja osallistua työmarkkinoille. Tasaisen tulonjaon maissa pienituloisilla on parempi mahdollisuus nousta tuloasteikossa ylöspäin, kun taas suuret tuloerot johtavat jähmeään sosiaalisen liikkuvuuteen (Blanden ym. 2005; OECD 2011b). Tähän liittyy yksi eriarvoisuuden ehkä huolestuttavimmista seurauksista: mahdollisuuksien tasa-arvon ja sosiaalisen liikkuvuuden väheneminen, näköalattomuus pienituloisten keskuudessa ja vähäiset mahdollisuudet parantaa omaa elintasoja. Tasa-arvoisessa yhteiskunnassa voidaan lisäksi välttää eriarvoisuuden negatiiviset seuraukset: esimerkiksi luottamuksen väheneminen, solidarisuuden mureneminen, korkeampi rikollisuus ja yhteiskunnallinen epävakaus. Köyhyyden ja tuloerojen vähentäminen onkin katsottu Suomessa osaksi sosiaalisesti kestävästä yhteiskunnan rakentamisesta (STM 2011).

Vaikka globaali talous ja muutokset työmarkkinoilla vaikuttavat tuloeroihin ja köyhyyteen, myös harjoitetulla sosiaalipolitiikalla on huomattava vaikutus niihin. Itse asiassa kansallinen politiikka ja instituutiot selittävät parhaiten maiden välisiä eroja tuloeroissa (OECD 2011a). Hyvinvointivaltioiden välillä on eroja niin verotuksessa kuin tulonsiirtojen kattavuudessa ja anteliaisuudessa, mutta kaikkiin sisältyy jonkinlainen tulojen uudelleenjaon järjestelmä. Tämä järjestelmä on muotoutunut ideologisten näkemysten, yhteiskunnallisten taistojen, taloudellisten voimien ja institutionaalisten mallien lopputuloksena. Uudelleenjaon tarkoituksena on taata riittävä elintaso ja ehkäistä vajoaminen köyhyyteen sekä samalla lisätä sosiaalista yhteenkuuluvuutta.

Edellä esitetyt ajatukset tuloerojen merkityksestä yhteiskunnan ja yksilön hyvinvoinnille johdattavat tämän artikkelin empiiriseen osuuteen, jossa analysoimme tuloerojen, suhteellisen köyhyyden ja toimeentulo-ongelmien kehitystä Suomessa. Aloitamme tuloerojen ja köyhyyden mittaamisen perusteista ja tähän liittyvistä käsitteistä. Tämän jälkeen käymme läpi kirjallisuutta, jossa on selitetty tuloerojen kehityksen taustalla olevia tekijöitä Suomessa ja muualla länsimaissa. Tästä jatkamme esittelemään tuloerojen ja köyhyyden kehitystä Suomessa 1980-luvun lopulta lähtien. Suhteellisen köyhyyden lisäksi elinolojen kehitystä tarkastellaan myös HYPA-kyselyn vastausten pohjalta, mikä antaa monipuolisemman kuvan viime aikojen kehityksestä. Viimeisessä luvussa vedämme esitetyt tulokset yhteen ja pohdimme niiden merkitystä etenkin suomalaiselle hyvinvointipolitiikalle ja yhteiskunnalle yleensä.

Tuloerojen ja suhteellinen köyhyyden mittaaminen

Suomessa koettiin voimakas tuloerojen ja suhteellisen köyhyyden kasvu 1990-luvun puolivälistä 2000-luvun puoliväliin. Tuloerojen kasvu oli Suomessa teollisuusmaiden voimakkainta kyseisenä ajanjaksona. Huomioitavaa tosin on, että lähtötaso oli Suomessa muiden Pohjoismaiden tavoin matala, joten Suomi kuului edelleen pienten tuloerojen maiden joukkoon. 2000-luvun puolivälin jälkeen tuloerojen ja suhteellisen köyhyyden kasvu hidastui ja pysähtyi kokonaan vuonna 2008 alkaneen talouskriisin myötä. Talouskriisiä seuranneiden hitaan talouskasvun vuosien aikana tuloerot ja suhteellisen köyhyys ovat alkaneet pienentyä Suomessa ensimmäistä kertaa lähes 20 vuoteen. (Tilastokeskus, 2013a, 2013b.)

Tuloerojen ja suhteellisen köyhyyden mittaamiseen on olemassa vakiintuneet mittarit. Tuloeroja ja köyhyyttä mitattaessa analysoidaan yleensä kulutusyksikön käytettävissä olevia rahatuloja, eli tuloja suorien verojen ja tulonsiirtojen jälkeen. Jotta erikokoisten kotitalouksien tuloja voitaisiin vertailla, käytetään tavallisesti kulutusyksikkökohtaisia tuloja kotitalouskohtaisten tulojen sijaan.³ Tuloeroja mitataan useimmiten joko Gini-kertoimella⁴ tai ylimmän ja alimman tuloviidenneksen tai -kymmenyksen⁵ tulojen suhteella.

Suhteellisen köyhyyden mittariksi on vakiintunut Eurostatin suhteellinen köyhyyriskiraja, josta käytetään myös nimeä pienituloisuusraja. Suhteellisesti köyhiksi määritellään sellaisissa kotitalouksissa elävät henkilöt, joiden tulot ovat alle 60 prosenttia maan keskimääräisestä tulotasosta, eli medianituloista. Suhteellinen köyhyysaste kuvaa siten, kuinka monta prosenttia suomalaisista asuu kotitalouksissa, joiden tulot jäävät köyhyysrajan alapuolelle. Vuonna 2012 Suomen suhteellinen köyhyysraja kulutusyksikköä kohden – tai yksinasuvalla – oli 1 100 euroa nettona. Raja nousee noin 500 euroa jokaisesta seuraavasta aikuisesta ja 300 euroa jokaisesta lapsesta. (Ks. Tulonjakotilasto 2013a.)

Eurostatin suhteellinen köyhyyriskiraja on itse asiassa tulonjakoa kuvaava mittari. Se kuvaa pienituloisten ja keskituloisten välisen tuloerojen kehitystä. Juuri tämän köyhyyden määritelmän suhteellisuuden takia sen kehitystä on vaikea tulkita. Köyhyysaste saattaa tilastoissa kasvaa, vaikka todellisuudessa pienituloisten elintaso ja reaalitytulot säilyvät ennallaan. Tällöin maan keskimääräinen tulotaso on noussut ja köyhyysraja sen mukana. Paradoksaalisesti myös taloustaantumien ja suuren työttömyyden aikana suhteellisesti lasketun köyhyysrajan alapuolella elävien määrä saattaa pienentyä, kun tulot alenevat merkittäväällä osalla keskituloista väestöstä. Näin tapahtui Suomessa 1990-luvun alussa.

Niinpä on hyvä täsmentää, että pienituloisten kotitalouksien suhteellisen aseman kehittyminen tulonjaossa on eri asia kuin heidän elintasonsa tai reaalitytulojensa kehitys. Esimerkiksi Suomessa pienituloisten kotitalouksien kokemat toimeentulo-ongelmat ovat vähentyneet ja reaalitytulot kasvaneet vuosittain 1990-luvun puolivälistä 2000-luvun puoliväliin. Samaan aikaan suhteellinen köyhyys kuitenkin kasvoi voimakkaasti, kun keskituloisten tulot kasvoivat nopeammin kuin

pienituloisten (Moisio, 2010). Lisäksi kotitalouksien tulonjakauma on Suomessa muodoltaan sellainen, että suhteellisen köyhyysrajan ympärillä on paljon kotitalouksia. Tämän vuoksi sangen pienetkin euromääräiset muutokset suhteellisessa köyhyysrajassa tai köyhyysriskissä elävien tuloissa voivat heijastua voimakkaasti köyhyysasteeseen (Blomgren ym. 2014).

Rahan puutteen lisäksi köyhyys ja huono-osaisuus voivat liittyä – ja usein liittyvätkin – muihin resursseihin, esimerkiksi terveyteen, asumiseen, sosiaalisiin verkostoihin tai koulutukseen (ks. esim. Verbist ym. 2012). Köyhyys tulisivin nähdä monitahoisena ilmiönä, joka ei tarkoita ainoastaan pienituloisuutta. Henkilöiden tai kotitalouksien tuloja vertailtaessa optimaalisessa tilanteessa voitaisiin ottaa huomioon kotitalouksien erilaiset olosuhteet. Pankkitilillä olevan rahan lisäksi elintasoon vaikuttavat siis kotitalouden tarpeet ja omaisuus, ennen kaikkea asunnon omistaminen. Eri elämänvaiheissa myös kulutustottumukset vaihtelevat. Kotitalouden elinolojen kannalta on merkittävää myös pienituloisuuden kesto ja pysyvyys; eli onko köyhyydessä kyse pysyvästä tilasta vai hetkellisestä elämäntilanteesta, kuten opiskelusta.

Tilastoja tulkittaessa on hyvä pitää mielessä, että suhteellinen köyhyysmittari on ennen kaikkea tuloeroja kuvaava mittari, joka ei kerro välttämättä paljoakaan suhteellisen köyhyysrajan alapuolella olevien ostovoimasta tai sen kehityksestä. Eurostatin käyttämän suhteellisen köyhyysasteen rinnalle onkin kehitetty koettua toimeentuloa, elinoloja ja kulutusta kuvaavia köyhyysmittareita köyhyyden kehityksen seuraamiseksi (ks. Ilmakunnas ja Moisio tässä teoksessa). Esimerkiksi kotitalouksien kokemia toimeentulo-ongelmia ja peruskulutuksesta tinkimistä kuvaavat mittarit ovat vakiintuneet tuloihin perustuvien köyhyysmittarien rinnalle. Tässä artikkelissa esitetyt tulokset Hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -kyselystä täydentävät siten hyvin virallisten tilastojen antamaa kuvaa köyhyydestä ja sen kehityksestä.

Tuloerojen ja suhteellisen köyhyyden kehityksen taustatekijöitä

Tuloerojen kasvu on globaali ilmiö. Tuloerot ovat kasvaneet niin teollisuusmaissa kuin kehittyvissä maissa, niin hyvinvointivaltioissa kuin epädemokraattisissa yksipuoluejärjestelmissä. Toisaalta maiden väliset tuloerot ovat samalla kaventu-
neet (Milanovic 2012). Yhtenäiselle trendille on pyritty löytämään yleisiä syitä, joista ainakin teknologia, globalisaatio, demografia, työttömyys, koulutus, työmarkkinasääntely, pääoma, verotus ja sosiaaliturva on nostettu esille potentiaalisina tuloeroissa tapahtunutta muutosta selittävinä tekijöinä. Näiden tekijöiden ymmärtäminen on tärkeää, jos haluamme löytää tehokkaimmat keinot tuloerojen kasvun hillitsemiseksi. Etenkin OECD:n tuloeroja koskevassa raportissa ”Divided We Stand” on analysoitu tuloerojen kehitykseen vaikuttavia tekijöitä kansainvälisesti (OECD 2011a).

Tuotannontekijätuloissa tapahtuvat muutokset heijastuvat nopeasti tulojakau-
maan, sillä ansiot ja palkat muodostavat suurimman osan kotitalouksien käytettä-
vissä olevista tuloista. Teknologian muutos taas on suurin yksittäinen tekijä palk-
kaerojen kasvun taustalla. Tuotantoteknologian muutos on kasvattanut yksilöllisiä
tuottavuuseroja ja luonut rakenteellista työttömyyttä hävittämällä rutiininomai-
sia matalan tuottavuuden työpaikkoja (OECD 2011a; Euroopan komissio 2012a).
Myös Suomessa korkeammin koulutetuilla on suuremmat tulot ja pidempi työura
kuin matalammin koulutetuilla. Panostus koulutukseen voi vähentää tuloeroja ja
mahdollistaa sosiaalisen nousun myös tulojaon alapäässä.

Blomgren ym. (2014) esittävät, että toisin kuin muissa OECD-maissa, palkka-
erot selittävät tuloerojen kasvua Suomessa vain rajallisesti. Suomessa työmarkki-
najärjestöjen neuvottelut ovat pitäneet palkka- ja ansiotulojen eriytymisen hallin-
nassa, ja kaikilla aloilla kasvu on tapahtunut kutakuinkin samansuuntaisesti. Sen
sijaan pääomatulojen merkitys tuloerojen kasvun selittäjänä on ratkaiseva. Myös
OECD:n tutkimuksen mukaan pääomatulojen vaikutus tuloeroihin on kaksin-
kertaistunut kahden viime vuosikymmenen aikana, ja vaikutus on ollut erityisen
huomattava Pohjoismaissa.

Ruotsalainen (2011) esittää tuloerojen kasvun syyksi Suomessa osinkotulojen⁶
ja myyntivoittojen rajun kasvun, verotuksen progression lieventämisen sekä an-
sio- ja pääomatulojen erilaisen verokohtelun. Vuodesta 1993 lähtien suomalaisia
on verotettu kahden järjestelmän kautta: ansiotuloja verotetaan progressiivisesti,
mutta pääomatuloja kiinteän veroprosentin mukaan. Tämä on johtanut ansiotu-
lojen muuttamiseen pääomatuloiksi verosuunnittelun avulla – muuntaminen ei
kuitenkaan ole mahdollista kaikille, vaan kuuluu etenkin hyvätuloisten keinova-
likoimaan. Pääomatulojen verotusta on kuitenkin korotettu vuoden 2011 28 pro-
sentista 30 prosenttiin (yli 50 000 euron tuloista vero on 32 prosenttia). Kevään
2014 kehysriihessä päätettiin kiristää pääomaverotusta niin, että ylemmän vero-
tuskannan alarajaa lasketaan 30 000 euroon ja vero tämän ylittävältä osalta nousee
33 prosenttiin.

Verojen tuloeroja tasaava vaikutus on Suomessa vähentynyt 1990-luvulta läh-
tien. Esimerkiksi ansiotuloverojen tuloeroja tasaava vaikutus on pienentynyt Gi-
ni-kertoimella mitattuna 7 prosenttiyksiköstä 4 prosenttiyksikköön 2000-luvulla
(Ruotsalainen 2011).

Verotuksen muutoksilla on ollut suuri vaikutus myös suhteellisen köyhyysas-
teen kehitykseen Suomessa. 1990-luvun puolivälissä luotiin ansiotulovähennys,
joka kevensi keskituloisten palkansaajien verotusta. Tämä nosti nettomääräistä
mediaanituloa sekä siihen 60 prosentin etäisyydellä sidottua suhteellista köyhyys-
rajaa. Samaan aikaan työelämän ulkopuolella olevien pienituloisten verotus ki-
ristyi kunnallisverotuksen perusvähennyksen pysyessä nimellisesti samana. Suh-
teellinen köyhyysaste olisi 2,5 prosenttiyksikköä matalampi, mikäli verotus olisi
nyt sama kuin 1990-luvun alkupuolella (Moisio ym. 2014). Tämän kehityksen
lisäksi verotuksen painopiste on siirtynyt Suomessa kulutukseen, mikä on osal-

taan vähentänyt verojärjestelmän progressiivisuutta, sillä tuloihin suhteutettuna pienituloiset maksavat arvonlisäveroja enemmän kuin hyvätuloiset (O'Donoghue ym. 2004).

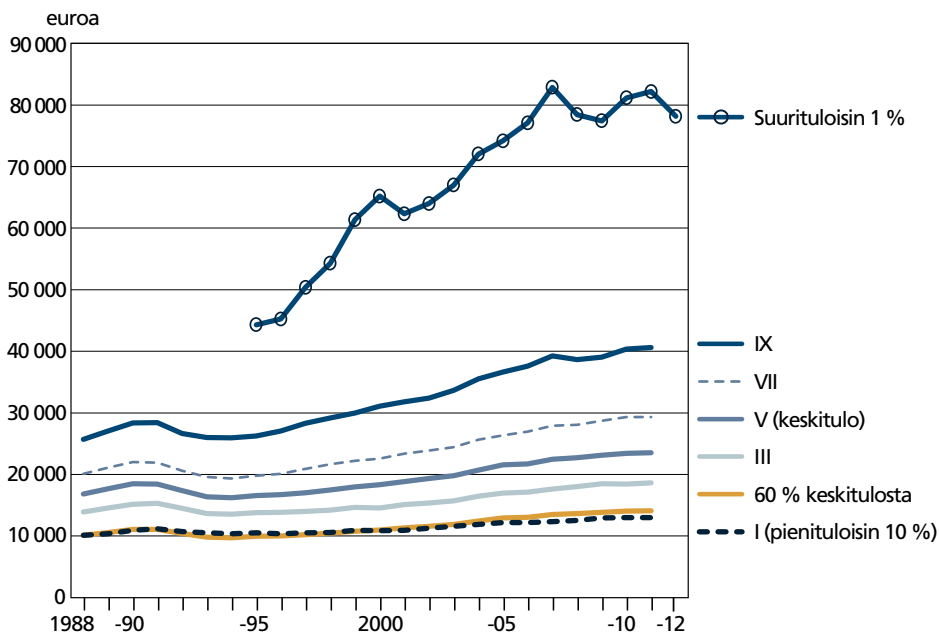
Lisäksi perusturvan heikko kehitys suhteessa palkkoihin selittää tulonsiirtojen tuloeroja tasaavan vaikutuksen heikentymistä (Honkanen & Tervola 2014). Vaikka perusetuudet ovat reaalisesti kasvaneet, ne ovat kuitenkin jääneet jälkeen ansiotulojen kehityksestä 20–40 prosenttia kuluneen 20 vuoden aikana. Vuosina 2002–2011 työttömien perusturva kasvoi vain elinkustannusten verran, samalla kun palkansaajien reaaliensiot kasvoivat noin neljänneksen vuosituhannen alusta. Tämä on selittänyt tuloerojen kasvua perusturvalla elävien työttömien ja palkansaajien välillä. Työssäkäyvien ja eläkkeensaajien tulosuhde on sen sijaan pysynyt samana koko 2000-luvun (keskieläke on noin puolet keskiansioista). Perusturvaa saavista juuri eläkkeensaajien toimeentulotilanne on selvitysten mukaan paras (THL 2011). Nuoret työkyvyttömyyseläkeläiset nousevat kuitenkin esiin riskiryhmänä köyhyyttä tarkasteltaessa (Tuominen ym. 2011).

Jopa puolet suhteellisen köyhyysasteen kasvusta 20 viime vuoden aikana selittyy etuuksien jäämisellä jälkeen yhteiskunnan yleisestä tulokehityksestä (Moisio ym. 2014). 1990-luvun puolivälissä tehtiin myös leikkauksia useisiin etuuksiin, mutta näillä leikkauksilla on ollut pienempi vaikutus köyhyysasteen kehitykseen: etuuksien leikkausten seurauksena suhteellinen köyhyysaste kasvoi prosenttiyksikön, mutta 2000-luvulla tehdyt etuuksien korotukset vastaavasti vähensivät suhteellista köyhyysastetta saman verran. Vuoden 2012 perusturvan ja asumistuen tasokorotukset ovat laskelmien mukaan vähentäneet suhteellista köyhyysastetta 0,1–0,5 prosenttiyksikköä (Kemppinen 2012; Lehtelä ym. 2014).

Tulojen, tuloerojen ja suhteellisen köyhyden kehitys

Kuviossa 1 esitellään koko väestön reaalityulojen kehitys vuosina 1988–2012. Viivat kuvaavat kulutusyksikkökohtaisten käytettävissä olevien tulojen mukaan muodostettujen tulodesiilien ylärajoja vuoden 2012 rahassa (Tilastokeskus 2014). Väestön keskituloa eli mediaanituloa kuvaa viidennen tulodesiilin yläraja. Lisäksi kuviossa esitetään suurituloisimman prosentin tulojen kehitys.

Suurituloisimman tulodesiilin, eli Suomen rikkaimman kymmenen prosentin, tulot (alarajalla mitattuna) ovat reaalisesti kasvaneet vuodesta 1988 noin 70 prosenttia ja vuodesta 2000 noin 31 prosenttia. Suurituloisimman prosentin tuloista on tilastotietoa vasta vuodesta 1995, minkä jälkeen heidän tulonsa ovat kasvaneet 76 prosenttia. Suurituloisimpien tulojen kasvua selittää ennen kaikkea pääomatulojen kasvu.⁷ Keskituloisten reaalityulot ovat kasvaneet vähemmän, eli vuodesta 1988 noin 52 prosenttia ja vuodesta 2000 noin 29 prosenttia. Koska suhteellinen köyhyysraja on määritelty 60 prosentiksi mediaanitulosta, myös suhteellinen köyhyysraja on noussut reaalisesti vastaavan määrän.



Huom. Tulodesiilien ylärajat ja suhteellinen köyhyysraja (60 % mediaanituloista) kulutusyksikköä kohti vuoden 2012 rahassa.

Lähde: Tulonjakotilasto ja Tulonjaon kokonaistilasto, Tilastokeskus.

KUVIO 1. Tulodesiilien käytettävissä olevien tulojen kehitys 1988–2012.

Pienituloisimman tulodesiilin reaalitytulot ovat kasvaneet reaalisesti 1–2 prosenttia vuosittain 1990-luvun puolivälistä lähtien. Tähän tulokymmenykseen kuuluvien reaalitytulot ovat kasvaneet vuodesta 1988 noin 35 prosenttia ja vuodesta 2000 noin 23 prosenttia, eli huomattavasti vähemmän kuin rikkaimpien suomalaisten tulot.

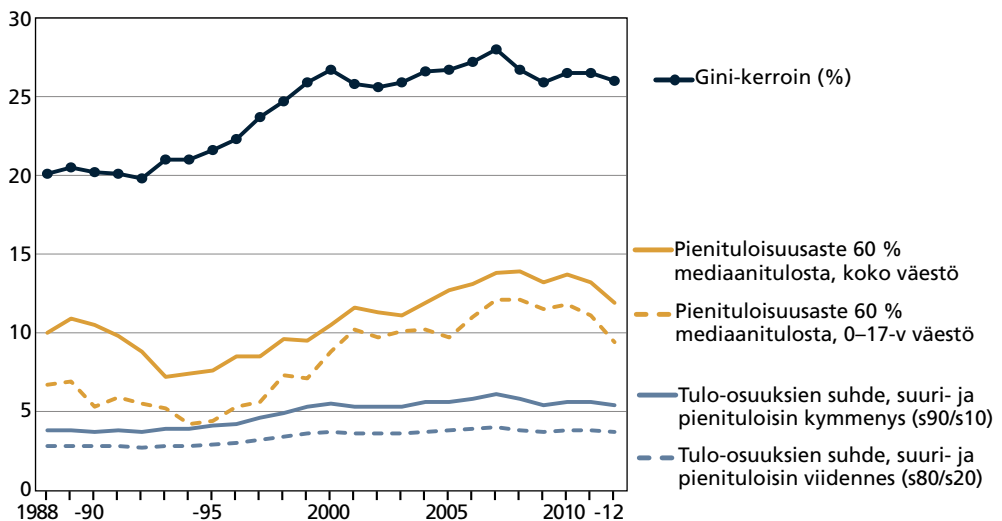
Kasvaneiden tuloerojen taustalla on juuri rikkaiden tulojen karkaaminen muiden tuloryhmien tulokehityksestä. Viimeksi kuluneiden 20 vuoden aikana suurituloisin prosentti on selvästi irtaantunut muun väestön tulokehityksestä, jopa muihin ylimpään tulokymmenykseen kuuluviin verrattuna. Tuloerot eivät ole kuitenkaan kasvaneet vain ääripäiden välillä, vaan myös tulojakauman keskiosassa. Blomgren ym. (2014) huomauttavat, että tämä kehitys on päinvastainen kuin hyvinvointivaltion kasvun vuosina 1960-luvulta lähtien aina 90-luvun alkuun, jolloin pienituloisten tulot kasvoivat suhteessa eniten. He lisäävät, että suurituloisten tuloissa on toisaalta enemmän turbulenssia; esimerkiksi vuoden 2008 taantuma näkyi välittömästi heidän tuloissaan, mikä taas johti tuloerojen kaventumiseen.

Tuloerot kasvoivat Suomessa etenkin 1990-luvun lopun nousukauden aikana ja hieman maltillisemmin 2000-luvulla aina vuoteen 2007 asti (kuvio 2). Tänä

aikana Gini-kerroin kasvoi 1980-luvun lopun noin 20 prosentista 28 prosenttiin. Myös tulonjaon ääripäät erkaantuivat toisistaan. Kun rikkain kymmenys ansaitsi 1980-luvun lopulla noin neljä kertaa enemmän kuin pienituloisin kymmenys, niin vuonna 2007 suhde oli yli kuusinkertainen (s90/s10). Samaan aikaan ero suurituloisimman ja pienituloisimman kvintiilin välillä kasvoi alle kolminkertaisesta nelinkertaiseksi (s80/s20).

Vuodesta 2008 niin tuloerot kuin suhteellinen köyhyys ovat vähentyneet. Tuloerojen supistuminen ei kuitenkaan ole niinkään seurausta harjoitetusta politiikasta kuin suurituloisten laman aikaisista osinkomenetyksistä. Vuosina 2007–2012 Gini-kerroin on pienentynyt 28,0 prosentista 26,0 prosenttiin ja ylimmän ja alimman tulokymmenyksen tulosuhde 6,1-kertaisesta 5,4-kertaiseksi. Suhteellinen köyhyysaste on samaan aikaan laskenut 13,8 prosentista 11,9 prosenttiin.

Suhteellinen köyhyysaste laski 1990-luvun alussa syvimmän laman aikana, kun köyhyysraja laski väestön keskitulon mukana (ks. kuvio 1). 1990-luvun puolivälistä lähtien suhteellinen köyhyysaste niin koko väestössä kuin lapsi- ja vanhuusväestössä on kasvanut tuloerojen mukana vuoteen 2008 saakka: köyhyysriskissä elävien määrä kasvoi koko väestössä 7 prosentista 14 prosenttiin, lapsiväestössä 4 prosentista 12 prosenttiin ja yli 75-vuotiaiden keskuudessa se lähes kaksinkertaistui noin 15 prosentista 30 prosenttiin, josta se on tosin vuoteen 2012 mennessä laskenut 24 prosenttiin.



Lähde: Tilastokeskuksen tulonjakotilasto.

KUVIO 2. Tuloerojen kehitys Suomessa vuosina 1987–2012 eri tuloeromittareilla tarkasteltuna.

Suhteellinen köyhyys näyttää keskittyvän etenkin nuoriin ja kaikkein vanhimpaan ikäryhmään. Ikä on merkittävä riskitekijä erityisesti vanhemmilla naisilla. Tämä johtuu ennen kaikkea vanhojen naisten pienistä työeläkkeistä ja miehiä yleisemmästä yksin asumisesta (leskeytymisen seurauksena) (Ahonen & Bach-Othman 2009). Suomen lapsiköyhyys on Euroopan unionin matalin Tanskan jälkeen, mutta vanhuusköyhyys on sitä vastoin Suomessa eurooppalaisittain korkea. Vanhuusköyhyys oli vuonna 2012 lähes sama tai alempi kuin vuosituhannen alussa, mikä poikkeaa useimpien muiden ikäryhmien köyhyyskehityksestä. Koska Suomen köyhyysriskiraja on noin 1100 euroa, ei takuueläkkeen (743 euroa vuonna 2014) käyttöönotto vaikuta pelkkää kansaneläkettä saavien köyhyysriskiin.

Suhteellinen köyhyys perhetyypin ja sosioekonomisen aseman mukaan

Köyhyysaste vaihtelee suuresti myös kotitalouden elinvaiheen ja sosioekonomisen aseman mukaan. Taulukossa 1 on esitetty Suhteellinen köyhyysrajan alapuolella olevien kotitalouksien lukumäärä (ja osuus) perhetyypin ja sosioekonomisen aseman mukaan sekä köyhyysaste erityyppisissä kotitalouksissa.

Köyhiksi luettavista kotitalouksista suurin osa on yksinasuvia. Noin 52 prosenttia köyhyysrajan alapuolella olevista elää yksinäistalouksissa. Yksin elävien muita huonommasta toimeentulosta kertoo myös heidän yliedustuksensa toimeentulotukiasiakkuuksissa; yli 70 prosenttia tukea saavista asuu yksin. Yhden hengen talouksissa tulojen menetys esimerkiksi työttömyyden tai eläköitymisen seurauksena on tuntuvampaa, sillä kotitalouden muiden jäsenten tulot eivät toimi puskurina. Seuraavaksi eniten pienituloisia elää lapsiperheissä, lähes 30 prosenttia. Perhetyypeittäin tarkasteltuna suurimmassa köyhyysriskissä ovat yksinasuvat sekä yksinhuoltajat, joiden keskuudessa köyhyysaste on 31 ja 20 prosenttia (ks. Lammi-Taskula & Salmi tässä teoksessa).

Kotitalouden sosioekonomisen aseman mukaan tarkasteltuna suurimmassa köyhyysriskissä ovat työttömien kotitaloudet, joista 38 prosenttia lukeutuu köyhiksi. Seuraavaksi korkein köyhyysriski on opiskelijoilla: 26 prosenttia. Myös yrittäjillä ja eläkeläisillä köyhyysriski on korkea, noin 17 prosenttia. Lukumääräisesti tarkasteltuna eläkeläiset muodostavat kuitenkin suurimman ryhmän köyhyysrajan alapuolella elävistä. Noin 35 prosenttia köyhyysrajan alapuolella olevista elää eläkeläistaloudessa. Työttömien osuus köyhistä on noin 15 prosenttia ja opiskelijoiden 17 prosenttia.

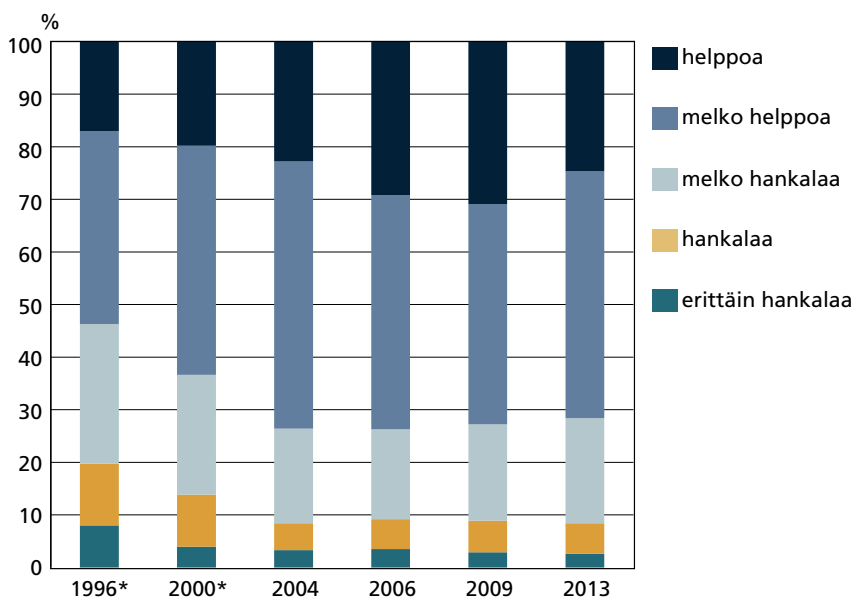
Työ toimii yhä parhaana reittinä ulos köyhyydestä. Suomessa työssäkäyvien köyhyys on vähäistä (2,2 prosenttia palkansaajista elää köyhyysriskirajan alapuolella) eikä ilmiö ole noussut suureksi poliittiseksi kysymykseksi toisin kuin monissa muissa länsimaissa (Euroopan komissio 2012b, 141). Epäsäännölliset työsuhteet, matala palkka ja heikko koulutus lisäävät köyhyyden riskiä kuitenkin myös Suomessa.

TAULUKKO 1. Suhteellinen köyhyys perhetyypin ja kotitalouden sosioekonomisen aseman mukaan vuonna 2012

	n	Osuus köyhyys- riskissä olevista %	Köyhyysaste %
Perhetyyppi			
1. Yhden hengen taloudet	328 000	52	31,3
2. Lapsettomat parit	90 000	14	5,6
3. Parit, joilla lapsia	133 000	21	6,7
4. Yksinhuoltajataloudet	53 000	8	20,3
5. Kotitaloudet, joissa lapsia	186 000	29	8,3
6. Muut taloudet	30 000	5	6,6
Yhteensä	635 000	100	11,9
Sosioekonominen asema			
1. Yrittäjät ja maatalousyrittäjät	46 000	7	15,0
1.1 Maatalousyrittäjät	10 000	2	17,6
1.2 Muut yrittäjät	36 000	6	14,3
2. Palkansaajat	42 000	7	2,2
2.2 Alemmat toimihenkilöt	17 000	3	2,2
2.3 Työntekijät	20 000	3	3,4
3. Opiskelijat	111 000	17	26,0
4. Eläkeläiset	219 000	34	16,9
5. Työttömät	95 000	15	37,7
6. Muut	122 000	19	10,9
Yhteensä	635 000	100	11,9
Lähde: Tulonjakotilasto, Tilastokeskus.			

Kotitalouksien kokemat toimeentulo-ongelmat 1990-luvun puolivälistä nykyhetkeen

Tuloihin perustuvien köyhyysmittarien rinnalle on kehitetty koettua toimeentuloa mittaavia mittareita, jotka täydentävät tulonjakotilastoista saatavaa kuvaa toimeentulo-ongelmien kehityksestä Suomessa. Kotitalouksien itsensä raportoimat toimeentulo-ongelmat vähenivät 1990-luvun puolivälistä 2000-luvun puoliväliin, minkä jälkeen suuria muutoksia ei ole tapahtunut. Kuviossa 3 on esitetty vastausten jakautuminen kysymykseen ”Kun kotitaloutenne kaikki tulot otetaan huomioon, onko menojen kattaminen näillä tuloilla?” (Eurostat 2000). Vuonna 2013 kahdeksan prosenttia raportoi kotitalouden menojen kattamisen olevan hankalaa tai erittäin hankalaa. Tämä on siis hieman vähemmän kuin tilastoiden antama kuva köyhyyden yleisyydestä. Osuus on laskenut hieman vuodesta 2009, jolloin



*Vuoden 1996 ja 2000 tiedot perustuvat käyntihaastatteluihin ja eivät siten täysin vertailukelpoisia vuoden 2004 ja sen jälkeisten puhelinhaastatteluihin perustuvien lukujen kanssa.

KUVIO 3. Kotitalouden menojen kattaminen nykyisillä tuloilla vuosina 1996–2013, vastaukset %.

tämä osuus oli yhdeksän prosenttia. Vuonna 1996 yli kaksinkertainen osuus (20 %) kotitalouksista raportoi toimeentulo-ongelmista. Tämä huomattavan positiivinen kehitys ei käy ilmi tarkasteltaessa pienituloisuusasteen kehitystä perinteisillä mittareilla (ks. edellä).

Meneillään oleva taluskriisi ei heijastu vastauksiin, mikä kertoo kriisin ainakin toistaiseksi vähäisistä vaikutuksista hyvinvointiin Suomessa ja toisaalta suomalaisen hyvinvointivaltion kyvystä turvata ihmisten toimeentulo taloudellisen myllerryksen hetkenä. Huonon talouskehityksen seuraukset ihmisten toimeentulolle ja arjessa selviytymiselle voivat tulla esiin kuitenkin pidemmällä aikavälillä tai mikäli työttömyys lähtee voimakkaammin kasvuun.

Taulukossa 2 on esitetty menojen kattamisen hankalaksi tai erittäin hankalaksi raportoivien osuudet vuosina 2004–2013 kotitalouden sosioekonomisen aseman ja elinvaiheen mukaan. Kotitalouden toimeentulo-ongelmat vaihtelevat suuresti näiden mukaan. Vuonna 2013 työssäkäyvistä kotitalouksista 7 prosenttia raportoi toimeentulo-ongelmista, opiskelijoista 15, eläkkeensaajista 8 ja työttömistä 29 prosenttia. Näiden lukujen vertailu rinnakkain köyhyysriskilukujen kanssa on kiinnostavaa, sillä etenkin eläkeläisten keskuudessa ero on merkittävä. Koetut toimeentulo-ongelmat ovat eläkeläisillä huomattavasti harvinaisempia kuin heidän suhteellinen köyhytensä. Tämä kertoo todennäköisesti eroista kulutustottumuk-

sisä, varallisuudessa ja odotuksissa. Myös takuueläkkeen käyttöönotto on voinut vaikuttaa koettuun toimeentuloon.

Lukuun ottamatta työttömien kotitalouksia toimeentulo-ongelmat ovat tarkastelujaksolla pysyneet yhtä yleisinä tai hieman vähentyneet. Työttömien raportoimat toimeentulo-ongelmat sen sijaan ovat yleistyneet 24 prosentista 29 prosenttiin kymmenessä vuodessa. Suhteellisen köyhyysrajan alapuolella olevien kotitalouksien, eli pienituloisten, raportoimat toimeentulo-ongelmat ovat pysytelleet 20–21 prosentin osuudessa.

Kotitalouden elinvaiheen mukaan tarkasteltuna yleisintä toimeentulo-ongelmista raportoiminen on yksinhuoltajatalouksien keskuudessa, joista 25 prosenttia raportoi toimeentulo-ongelmista vuonna 2013. Kahden vanhemman lapsiperheistä sen sijaan huomattavasti harvempi, eli 6 prosenttia, kertoi toimeentulo-ongelmista. Toimeentulo-ongelmien yleisyys on kehittynyt varsin yhtenäisesti eri kotitalouksissa vuodesta 2004. Toimeentulo-ongelmat ovat pysyneet lähes yhtä yleisinä kymmenen viime vuoden ajan tai hieman laskeneet kotitaloustyypistä riippumatta.

TAULUKKO 2. Menojen kattaminen hankalaa tai erittäin hankalaa vastaajan* työmarkkina-aseman ja kotitalouden perhetyypin mukaan vuosina 2004–2013, %

	2004	2006	2009	2013
Työssä	6	5	6	7
Työtön	24	21	39	29
Opiskelija	26	15	18	15
Eläkeläinen	11	11	9	8
Muu	12	14	14	6
yhden hengen talous, 18–34-v.	15	16	15	12
yhden hengen talous, 35–64-v.	15	18	20	19
yhden hengen talous, ≥65-v.	13	17	12	10
Lapseton pari, 18–34-v.**	6	4	6	5
Lapseton pari, 35–64-v.**	4	5	6	5
Lapseton pari, ≥65-v.**	5	6	5	3
Pari ja lapsia***	7	7	8	6
Yksinhuoltaja***	28	21	24	25
muu	13	9	10	11
Pienituloiset	20	20	24	21
Kaikki / väestö	9	8	9	8

Lähde: HYPA 2004–2013

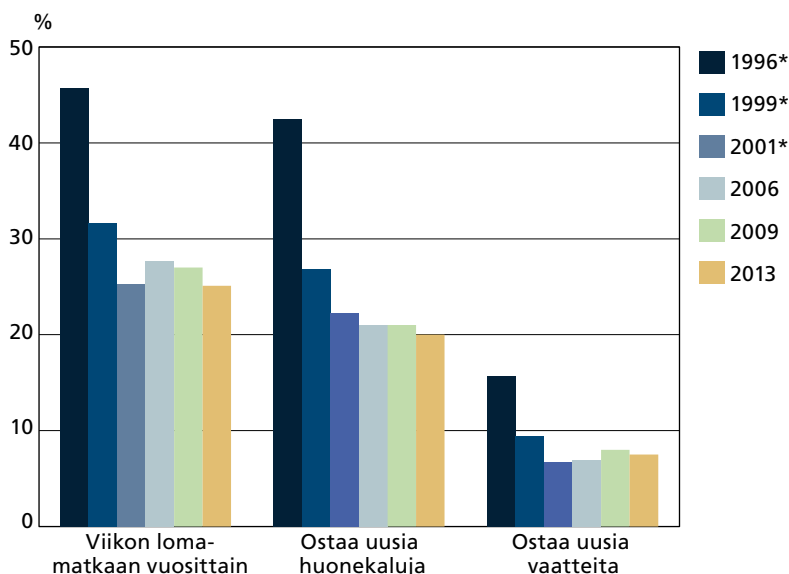
*Kotona asuvat täysi-ikäiset lapset ja muut kuin kotitalouden päänä tai puolisona olevat vastaajat on poissuljettu

** Vastaajan iän mukaan; *** Kotitalouden kaikki lapset alle 18-vuotiaita

Kotitalouksien peruskulutuksesta tinkiminen 1990-luvun puolivälistä nykyyhetkeen

Kotitalouksien peruskulutuksesta tinkiminen on pitkään käytössä ollut toimeentulo-ongelmien mittari, ja muun muassa Eurostat seuraa väestön peruskulutusta (Townsend 1979; Eurostat 2000). Myös tämä mittari täydentää edellä esitettyjä tietoja tulojen kehityksestä. Kuviossa 4 on esitetty *kieltävästi* vastanneiden osuus kolmeen peruskulutusta koskevaan kysymykseen vuosina 1996–2013: "Onko kotitaloudellanne halutessanne varaa 1) kustantaa viikon loma tai lomamatka vuosittain, 2) ostaa uusia huonekaluja kuluneiden tilanne ja 3) ostaa uusia vaatteita mieluummin kuin käytettyjä (ks. Moisio 2010).

Peruskulutuksesta tinkineiden osuus vähentyi kaikilla kolmella kysymyksellä tarkasteltuna voimakkaasti 1990-luvun jälkipuoliskolla, mutta 2000-luvulla osuudet ovat pysytelleet samalla tasolla. Vuonna 1996 noin 46 prosenttia ilmoitti, ettei heillä ollut varaa viikon lomamatkaan kodin ulkopuolelle, kun vuoteen 2001 mennessä heidän osuutensa oli laskenut 25 prosenttiin. Vuonna 2013 osuus on sama: 25 prosenttia ilmoitti, ettei ollut varaa viikon lomamatkaan. Kehitys on ollut hyvin samanlaista kysyttäessä varaa ostaa uusia huonekaluja käytettyjen sijaan. Vuonna 1996 noin 43 prosenttia ilmoitti tinkineensä uusien huonekalujen ostamisessa; vuonna 2001 heitä oli 22 prosenttia ja vuonna 2013 osuus oli 20 prosent-



*Vuosien 1996–2001 tiedot perustuvat käyntihaastatteluihin, eivätkä siten ole täysin vertailukelpoisia vuonna 2006 ja sen jälkeen tehtyihin puhelinhaastatteluihin perustuvien lukujen kanssa.

Lähde: HYPA 2004–2013, ECHP 1996–2001

KUVIO 4. Kotitaloudella ei ole varaa halutessaan... 1996–2013, vastaukset %.

tia. Uusien vaatteiden hankinnasta tinkineiden osuus on laskenut 16 prosentista 7 prosenttiin vuosina 1996–2001, ja osuus on pysytellyt samassa 7–8 prosentissa vuodesta 2001 lähtien.

Taulukossa 3 on esitetty edellisen kolmen kysymyksen pohjalta muodostettu summaindeksi, jossa kuvataan vähintään kahdesta peruskulutushyödykkeestä tinkineiden osuus väestössä ja sen jakautuminen kotitalouden sosioekonomisen aseman ja perhetyypin mukaan. Summaindeksin mukaan peruskulutuksesta tinkineiden osuus nousi 15 prosentista 18 prosenttiin vuosina 2006–2009, mutta 2009–2013 useammasta kuin yhdestä peruskulutuksesta tinkineiden osuus laski jälleen 16 prosenttiin.

Useammasta kuin yhdestä peruskulutuksesta tinkineiden osuus vaihtelee suuresti kotitalouden sosioekonomisen aseman mukaan. Ainoastaan työttömien kotitaloudet ilmoittivat vuonna 2013 useammin tinkivänsä useasta peruskulutushyödykkeestä verrattuna aiempiin vuosiin. Vuonna 2013 työttömistä 54 prosenttia oli tinkinyt useammasta kuin yhdestä peruskulutushyödykkeestä, opiskeliyoista 28, eläkeläisistä 19 ja työssäkäyvistä 11 prosenttia. Useammasta kuin yhdestä peruskulutushyödykkeestä tinkineiden osuus on kasvanut myös pienituloisuusrajan alapuolella olevissa kotitalouksissa 33 prosentista 39 prosenttiin 2006–2013.

TAULUKKO 3. Kotitalous tinkinyt kahdesta tai kolmesta peruskulutuksesta vastaajan* työmarkkina-aseman ja kotitalouden perhetyypin mukaan vuosina 2006–2013, %

	2006	2009	2013
Työssä	10	11	11
Työtön	39	51	54
Opiskelija	38	38	28
Eläkeläinen	21	21	19
Muu	21	27	22
yhden hengen talous, 18–34-v.	26	25	23
yhden hengen talous, 35–64-v.	27	32	28
yhden hengen talous, ≥65-v.	32	27	28
Lapseton pari, 18–34-v.**	13	14	12
Lapseton pari, 35–64-v.**	10	9	12
Lapseton pari, ≥65-v.**	16	13	10
Pari ja lapsia***	13	14	13
Yksinhuoltaja***	34	42	32
muu	20	21	22
Pienituloiset	33	43	39
Kaikki / väestö	15	18	16

Lähde: HYPÄ 2006–2013

*Kotona asuvat täysi-ikäiset lapset ja muut kuin kotitalouden päänä tai puolisona olevat vastaajat on poissuljettu, ** Vastaajan iän mukaan, *** Kotitalouden kaikki lapset alle 18-vuotiaita

Kotitalouden elinvaiheen mukaan tarkasteltuna useammasta kuin yhdestä peruskulutuksesta tinkineiden osuus ei ole kasvanut yhdessäkään perhetyypissä 2006–2013. Yksinhuoltajilla peruskulutuksesta tinkineiden osuus on pysytellyt samana, mutta muissa ryhmissä osuus on laskenut; eniten yksinasuvien 65 vuotta täyttäneiden keskuudessa 32 prosentista 28 prosenttiin.

Tuloerojen ja suhteellisen köyhyyden kasvun merkitys suomalaiselle hyvinvointivaltiolle

Taluskriisi on saattanut kansalaisten silmiin kuvat levottomuuksista ja kurjittumisesta eteläisessä Euroopassa, mutta näky ei ole tuntematon Suomessakaan. Tilastot kertovat viime vuosikymmenten kehityksestä: tuloerot ja suhteellinen köyhyys kasvoivat merkittävästi vuosina 1995–2007. Vaikka pienituloisten elintaso on samalla kasvanut, näkyy yhteiskunnassamme tiettyjä polarisaation merkkejä, joilla voi olla kauaskantoisia seurauksia demokratian, sosiaalisen koheesion ja suomalaisen hyvinvointipolitiikan kannalta. Sosiaalisen kestävyuden takaamiseksi eriarvoisuuden ja köyhyyden vähentäminen ovat ensisijaisen tärkeitä tavoitteita.

Eurooppa 2020 -strategiassa Suomen kansallisena tavoitteena on vähentää köyhyyden tai syrjäytymisen riskissä elävien määrää 150 000 henkilöllä.⁸ EU määrittelee riskihenkilöt kolmen indikaattorin avulla: köyhyysriskissä elävät, työttömissä kotitalouksissa elävät ja materiaalisesta puutteesta kärsivät (ks. Ilmakunnas & Moisio tässä teoksessa). Myös Jyrki Kataisen ja sittemmin Alexander Stubbin hallitusohjelmassa köyhyyden, eriarvoisuuden ja syrjäytymisen vähentäminen on nostettu yhdeksi hallituskauden kärkitavoitteeksi (VNK 2011, 2014).

Tavoite on kuitenkin jäänyt vuonna 2008 alkaneen taluskriisin ja hitaan talouskasvun jalkoihin. Asiantuntijoiden suosittamat leikkauslistat ja verouudistukset eivät tavoitetta varmaankaan edistä. Viime vuosien tuloerojen kasvun hidastuminen johtuu pitkälti nykyisestä taloustilanteesta, joka on vaikuttanut etenkin suurituloisempien tuloihin; toisin sanoen harjoitetulla sosiaalipolitiikalla on ollut vähemmän merkitystä tuloksen saavuttamisessa. Vuosien 2010 ja 2012 takuueläke- ja perusturvakorotuksilla on tosin ollut vaikutusta suhteellisen köyhyyden vähentämiseen.

Tuloerojen ja suhteellisen köyhyyden kasvu Suomessa selittyy osin samoilla tuotantorakenteen ja työmarkkinoiden muutoksilla, joiden seurauksena tuloerot ovat kasvaneet useissa pienten tuloerojen maissa kymmenen viime vuoden aikana: tuotantoteknologian kehitys, funktionaalisen tulonjaon muutos, investointien vähentyminen. Tärkeämpinä tekijöinä voidaan nähdä kuitenkin muutokset verotuksessa ja etenkin pääomaverotuksen erillisyyden ansiotuloveroista. Myös etuuksien jääminen jälkeen yhteiskunnan yleisestä tulokehityksestä selittää merkittävän osuuden suhteellisen köyhyysasteen kasvusta, sillä köyhyysraja on sidottu keskituloon.

Samaan aikaan kun tilastot kertovat suhteellisen köyhyyden lisääntymisestä, ovat pienituloisten reaalitytulot kuitenkin kasvaneet vuosittain ja kotitalouksien raportoimat toimeentulo-ongelmat ja peruskulutuksesta tinkiminen ovat vähentyneet voimakkaasti. Nämä vastakkaiset tulokset kertovat suhteellisen köyhyyden mittauksen haasteista, jotka tulee ottaa huomioon tilastoja tulkittaessa.

Muutokset harjoitetussa politiikassa ja ideologiset käännökset ovat vaikuttaneet 1990-luvun alusta alkaen suomalaisen hyvinvointivaltion kehitykseen sekä tuloeroihin ja köyhyyteen näiden muutosten ilmentymänä. 1990-luvun laman aikana sosiaaliturvaan tehtiin heikennyksiä taloustilanteen niin vaatiessa, mutta lamaa edeltävään tilanteeseen ei palattu edes nousukauden aikana (Jutila 2011). Vaikka eri tilastojen ymmärtäminen vaatii laaja-alaista tulkintaa, voi tutkimukseen perustuen kuitenkin viestittää tärkeän huomion: kotimaassa tehdyt poliittiset päätökset vaikuttavat tuloeroihin sekä pienituloisten ja muiden heikommassa asemassa olevien väestöryhmien taloudelliseen tilanteeseen ja riittävän toimeentulon takaamiseen myös globalisoituneessa Suomessa. Vaikea taloustilanne vaatii toki sopeutuksia, mutta on syytä miettiä, missä määrin siihen liittyviä argumentteja käytetään ideologisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Päätösten sosiaalisia ja taloudellisia vaikutuksia pitkällä aikavälillä tulisi myös analysoida tarkasti, sillä yhä useammat tutkimukset kertovat tuloerojen yhteiskunnallisista haittavaikutuksista.

Neljännesvuosisadan ajan tuloeroja tutkinut Maailmanpankin taloustieteilijä Branko Milanovic (2011) on kuvaillut tuloeroja kuten kolesterolia: sitä on sekä hyvää että pahaa. *Hyvät tuloerot* ovat tarpeellisia kannustimien luomiseksi. Ihmiset opiskelevat, työskentelevät ja ottavat riskejä yrittäjinä odottaessaan palkintoa ponnisteluistaan. *Huonot tuloerot*, joiden rajaa on tosin vaikea määritellä, taas jähmettävät yhteiskunnan, jossa rikkaat pyrkivät vain säilyttämään oman asemansa. Sopivan tasapainon löytäminen on vaikeaa, mutta elintärkeää sosiaalisesti ja taloudellisesti kestäväälle yhteiskunnalle. Viime vuosien painavimman puheenvuoron tuloerojen tasaamisen välttämättömyydestä yhteiskunnallisen poliittisen kestävyuden vuoksi on antanut Thomas Piketty teoksellaan ”Capital in the Twenty-First Century” (2014). Pikettyn mukaan kapitalismiin on sisäänrakennettuna varallisuuden kasautuminen harvojen käsiin ja tuloerojen kasvu. Tämä vuoksi toimiva markkinatalous vaatii toimiakseen valtion harjoittamaa tuloerojen tasaimista. Keinoksi Piketty suosittelee etenkin nykyistä progressiivisempaa verotusta.

Pienituloisuuden kokemusta pahentavat puutteet muissa resursseissa. Tämän takia hyvinvointivaltion tulisi taata kaikille mahdollisuus käyttää laadukkaita terveyst- ja sosiaalipalveluita. Niin kansallisen taloudellisen kehityksen kuin yksilön mahdollisuuksien kannalta myös koulutukseen investointi on tärkeää ja edesauttaa myös köyhyyden ylisukupolvisen kierteen katkaisemista. Julkisten palveluiden rooli eriarvoisuuden ja köyhyyden vähentämisessä onkin olennaista, ja tämä tulisi ottaa huomioon palveluiden saatavuudesta, laadusta ja rahoituksesta päätettäessä.

Viitteet

- 1 Top Incomes Database: <http://topincomes.g-mond.parisschoolofeconomics.eu/> (viitattu 8.4.2014)
- 2 Euroopan komission Eurooppa2020-interetsivu (viitattu 8.4.2014): http://ec.europa.eu/europe2020/europe-2020-in-a-nutshell/priorities/inclusive-growth/index_fi.htm
- 3 Kulutusyksikkökohtaiset tulot saadaan jakamalla kotitalouden jäsenten yhteenlasketut tulot kotitalouden kulutusyksikköjen määrällä. Yleisimmin käytössä oleva kulutusyksikköskaala on OECD:n muunnettu skaala, jossa yhden hengen taloudella kulutusyksikköluku on yksi ja jokainen seuraava 14 vuotta täyttänyt jäsen kotitaloudessa nostaa kotitalouden kulutusyksikkölukua 0,5 yksikköä ja jokainen alle 14-vuotias jäsen 0,3 yksikköä. Skaala siis olettaa, että esimerkiksi kahden aikuisen ja kahden lapsen kotitalouden köyhyysraja on 2,1-kertainen yksinasuvan rajaan nähden, sillä kyseisen kotitalouden oletetaan tarvitsevan 2,1-kertaiset tulot saavuttaakseen saman elintason kuin yksinasuva.
- 4 Gini-kerroin saa arvon nollan ja sadan prosentin välillä. Gini-kertoimen 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).
- 5 Tällöin henkilöt on jaettu viiteen tai vastaavasti kymmeneen yhtä suureen ryhmään tulojen perusteella. Ylimmässä viidennöksessä/kymmenyksessä, joista myös puhutaan nimityksillä kvintiili ja desiili, on siis 20/10 prosenttia Suomen rikkaimmista ja vastaavasti alimmassa viidennöksessä/kymmenyksessä 20/10 prosenttia pienituloisimmista.
- 6 Niin sanottuja verovapaita osinkotuloja on Ruotsalaisen (2011) mukaan maksettu vuosina 2006–2009 yli 9 miljardin euron edestä. Näistä suurituloisin desiili on saanut n. 80 prosenttia ja suurituloisin prosentti (eli n. 52 000 suomalaista) noin puolet.
- 7 Pääomatulojen merkitys on erityisen huomattava rikkaimman 1 prosentin tuloissa. Kehitys tämän suhteen on ollut myös merkittävä: vuonna 1990 pääomatulot muodostivat 14 prosenttia rikkaimman prosentin tuloista, kun vuonna 2007 osuus oli jo 62 prosenttia (Blomgren ym. 2014). Pienituloisimmalla kymmenyksellä pääomatulojen osuus bruttotuloista on parin prosentin luokkaa (Ruotsalainen, 2011).
- 8 Euroopan komission ”Eurooppa 2020 -tavoitteet” (viitattu 8.4.2014): http://ec.europa.eu/europe2020/pdf/targets_fi.pdf

Lähteet

- Ahonen, Kati & Bach-Othman, Jarna (2009) Vanhuusköyhyyden jäljillä – kotitalouden rakenteen merkitys sukupuolten välisiin köyhyseroihin kahdeksassa EU-maassa. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 2009:8.
- Berg, Andrew G & Ostry, Jonathan D (2011) Inequality and unsustainable growth: two sides of the same coin? IMF Staff Discussion Note 11/08. April 8, 2011.
- Blanden, Jo & Gregg, Paul & Machin, Stephen (2005) Social mobility in Britain: low and falling. Centre Piece: <http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/CP172.pdf> (viitattu 8.4.2014)
- Blomgren, Jenni & Hiilamo, Heikki & Kangas, Olli & Niemelä, Mikko (2014) Finland: Growing inequalities with contested consequences. Teoksessa Brian Nolan, Wiemer Salverda, Daniele Checchi, Ive Marx, Abigail McKnight, István György & Herman van de Werhorst (toim.) Changing inequalities and societal impacts in rich countries. Thirty countries' experience. Oxford: oxford University Press, s. 222–247.
- Cynamon, Barry Z & Fazzari, Steven M (2014) Inequality, the great recession and slow recovery. January 23, 2014: http://pages.wustl.edu/files/pages/imce/fazz/cyn-fazz_consinequ_130113.pdf (viitattu 8.4.2014)

- Delhey, Jan & Dragolov, Georgi (2014) Why inequality makes Europeans less happy: The role of distrust, status anxiety, and perceived conflict. *European Sociological Review*. Vol. 30(2): 151–165.
- Erola, Jani (toim.) (2010) Luokaton Suomi?: Yhteiskuntaluokat 2000-luvun Suomessa. Gaudeamus.
- Eurobarometer (2010) Poverty and Social Exclusion. Report. Euroopan komissio: Special Eurobarometer 355.
- Euroopan komissio (2012a) Are our societies working fairly? Recent changes in income inequality. Luku 2 teoksessa *Employment and Social Developments in Europe 2011*.
- Euroopan komissio (2012b) Is working enough to avoid poverty? In-work poverty mechanisms and policies in the EU. Luku 4 teoksessa *Employment and Social Developments in Europe 2011*.
- Eurostat (2000) *European Social Statistics. Income, Poverty and Social Exclusion. THEME 3, Population and Social Conditions*, Luxembourg.
- Hiilamo, Heikki & Kangas, Olli (2012) Väärien profeettojen jäljillä? Kahdeksan erää tuloerojen vaarallisuudesta. *Yhteiskuntapolitiikka* 77(2): 121–133.
- Honkanen, Pertti, & Tervola, Jussi (2014) Veron tulosiirtojärjestelmän vaikutus tulonjakoon Suomessa 1995–2013. *Yhteiskuntapolitiikka* 79(3): 306–317.
- Jutila, Merja (2011) Narrowing of public responsibility in Finland, 1990–2010. *Social Policy & Administration*. Vol. 45(2): 194–205.
- Kemppinen, Heidi (2012) Tasokorotus pienensi tuloeroa. *Sosiaalivakuutus* 3/2012.
- Lehtelä, Kirsi-Marja & Moisio, Pasi & Mukkila, Susanna (2014) Vuoden 2014 talousarvion vaikutukset perusturvaan. *Työpapere* 9/2014. Helsinki: THL.
- Levine, Adam Seth & Frank, Robert H & Dijk, Oege (2010) *Expenditure Cascades*. September 13, 2010. SSRN: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1690612> (viitattu 8.4.2014)
- Milanovic, Branko (2011) *The Haves and the have nots. A Brief and idiosyncratic history of global inequality*. New York: Basic Books.
- Milanovic, Branko (2012) *Global income inequality by the numbers: in history and now – an overview*. The World Bank. Policy Research Working Paper no. 6259. November 2012.
- Moisio, Pasi (2010) *Tuloerojen, köyhyyden ja toimeentulo-ongelmien kehitys*. Teoksessa Marja Vaarama, Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Helsinki: THL, 180–196.
- Moisio, Pasi & Lehtelä, Kirsi-Marja & Mukkila, Susanna (2014) Estimating poverty reduction effect of the tax-benefit system in Finland 1993–2013 using microsimulation method. *ImProVe Discussion Paper No. 14/06*. Antwerp: Herman Deleeck Centre for Social Policy, University of Antwerp.
- O’Donoghue, C & Baldini, M & Mantovani, D (2004) *Modelling the redistributive impact of indirect taxes in Europe: an application of EUROMOD*. Working Paper No. EM7/01.
- OECD (2008) *Growing unequal? Income distribution and poverty in OECD countries*. Paris: OECD.
- OECD (2011a) *Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising*. Paris: OECD.
- OECD (2011b) *Tackling inequality*. OECD Ministerial meeting on social policy. Paris, 2 May 2011. <http://www.oecd.org/els/soc/47711165.pdf> (viitattu 8.4.2014)
- OECD (2012) *Reducing income inequality while boosting economic growth: Can it be done? Chapter 5 in Economic Policy Reforms 2012. Goind for Growth*. Paris: OECD.
- Ostry, Jonathan D & Berg, Andrew & Tsangarides, Charalambos G (2014) *Redistribution, inequality and growth*. IMF Staff Discussion Note 14/02. February 2014.
- Oxfam (2014) *Working for the few – Political capture and economic inequality*. Oxfam Briefing Paper. 20 January 2014.
- Piketty, Thomas (2014) *Capital in the Twenty-First Century*. Belknap Press.
- Rowlingson, Karen (2011) *Does income inequality cause health and social problems?* Joseph Rowntree Foundation.
- Ruotsalainen, Pekka (2011) *Jäävätkö tuloerot pysyvästi suuriksi? Hyvinvointikatsaus 1/2011*.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2011) *Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia*. Julkaisu 2011:5. Helsinki: STM.
- Stiglitz, Joseph E & Sen, Amartya & Fitoussi, Jean-Paul (2009) *Report by the Commission on the measurement of economic performance and social progress*. <http://www.stiglitz-sen-fitoussi.fr/documents/rap->

- port_anglais.pdf (viitattu 8.4.2014)
- THL (2011) Perusturvan riittävyyden arviointiraportti. (Työryhmäraportti). Avauksia 4/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Tilastokeskus (2013a) Tulonjakotilasto 2012, ennakkotiedot, Tilastokeskus
- Tilastokeskus (2013b) Tulonjaon kokonaistilasto, Tilastokeskus.
- Tilastokeskus (2014) Tulonjakotilasto 2012. Suomen virallinen tilasto (SVT). Helsinki: Tilastokeskus.
- Townsend, Peter (1979) Poverty in the United Kingdom. Lontoo: Allen Lane.
- Tuominen, Eila & Nyman, Heidi & Lampi, Jukka (2011) Eläkkeiden reaalin kehitys vuosina 2000–2010. Teoksessa M. Kautto (toim.) Eläkkeet ja eläkkeensaajien toimeentulo 2000–2010. Eläketurvakeskuksen raportteja 04/2011.
- Valtioneuvoston kanslia (2011) Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. 22.6.2011. <http://valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf/fi.pdf> (viitattu 8.4.2014)
- Valtioneuvoston kanslia (2014) Pääministeri Alexander Stubbin hallituksen ohjelma. 24.6.2014. <http://valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf-stubb/fi.pdf> (viitattu 21.8.2014)
- Verbist, Gerlinde & Förster, Michael F. & Vaalavuo, Maria (2012) The impact of publicly provided services on the distribution of resources – review of new results and methods. OECD Social, Employment, and Migration Working Papers, no. 130.
- Wilkinson, Richard & Pickett, Kate (2009) The Spirit Level: Why greater equality makes societies stronger. New York: Bloomsbury Press.

Työttömien ja työllisten koettu hyvinvointi toimintavalmiuksien viitekehyksessä

Työttömien ja työllisten mahdollisuudet saavuttaa hyvinvointia näyttävät erilaisilta. Ryhmien välillä on selviä eroja hyvinvoinnin kokemuksissa vuosina 2006, 2009 ja 2013. Erot pysyvät hyvin samankaltaisena koko tarkastelujakson ajan eivätkä täysin selity erilaisilla taustatekijöillä. Koettua hyvinvointia tarkastellaan myönteisten kokemusten, ei hyvinvoinnin vajeiden, kautta. Viitekehyksenä on ns. toimintavalmiuksien teoria (*capability approach*). Tarkastelussa ovat työttömien ja työllisten väliset erot hyvinvoinnin kokemuksissa ja niiden ajallinen muutos sekä ryhmien välisiä hyvinvointieroja selittävät tekijät. Tutkimuksen tuloksia pohditaan suhteessa työmarkkinatilanteen muutoksiin ja työttömien aktivointipolitiikkaan.

Työikäiset suomalaiset voivat tutkimusten mukaan keskimäärin varsin hyvin (esim. Karvonen 2008; Vaarama ym. 2010). Suomalaisten aikuisten terveys, toimintakyky ja hyvinvointi näyttävät myös monelta osin kohentuneen 2000-luvulla (Koskinen ym. 2012). Hyvinvointi ei kuitenkaan jakaudu tasaisesti: hyvinvointieroja havaitaan työikäisillä muun muassa sukupuolen, koulutuksen, ammattiryhmän ja työn luonteen mukaan (esim. Manderbacka ym. 2001; Perkiö-Mäkelä & Kauppinen 2012; Talala ym. 2014).

Työvoima-asema, työllisyys tai työttömyys, erottelee työikäiset hyvinvoinnin perusteella selvästi. Työ itsessään toimii usein hyvinvoinnin lähteenä esimerkiksi säännöllisen toimeentulon, sosiaalisten kontaktien ja itsensä toteuttamisen mahdollisuuksien kautta (McKee-Ryan ym. 2005). Työttömyyden tiedetään sen sijaan olevan yhteydessä monenlaisiin vajeisiin yksilön hyvinvoinnissa, esimerkiksi taloudellisen toimeentulon ongelmiin, heikkoon terveyteen ja yksinäisyyteen (esim. Ervasti 2004; Karvonen 2008; Cole 2009; Korpi 1997). Työvoima-aseman on myös todettu vaikuttavan voimakkaasti elämänlaatuun (Vaarama ym. 2010; Hultman ym. 2006). Hyvinvoinnin vajeet kasautuvat erityisesti pitkään työttömänä olleilla selvästi yleisemmin kuin työllisillä (Kauppinen ym. 2010).

Vaikka työvoima-aseman yhteys huono-osaisuuteen tunnetaankin verrattain hyvin, on työttömien ja työllisten hyvinvoinnin vertailu monella tavalla tärkeää ja kiinnostavaa. Tässä tutkimuksessa hyvinvointia lähestytään ns. toimintavalmiuksien viitekehystä (*capability approach*)¹. Toimintavalmiuksien viitekehys on laaja teoreettinen kehikko, jota voidaan käyttää niin inhimillisen kehityksen, hyvinvoinnin kuin esimerkiksi toimintapolitiikkojen arviointiin (Robeyns 2005). Kehikko perustuu taloustieteilijä Amartya Senin (1993; 2005) esittämille ajatuksille hyvinvoinnista. Senin (1993, 30–31) mukaan ihmisen hyvinvointi on riippuvainen hänen todellisista mahdollisuuksistaan tai toimintavalmiuksistaan (*capabilities*) toteuttaa itselleen arvokkaaksi kokemiaan tekoja ja toimintoja (*functionings*). Teot ja toiminnot voivat olla yleisesti hyväksytyjä, kuten olla riittävästi ravittu tai terve, tai monimutkaisempia, kuten saada itsekunnioitusta. Yksilön mahdollisuuksiin toteuttaa näitä toimintoja vaikuttavat niin yhteiskunnalliset olosuhteet kuin henkilökohtaiset, sosiaaliset ja ympäristölliset tekijät. Näin muodostuvat yksilölliset toimintavalmiudet eli yksilön todelliset mahdollisuudet olla ja tehdä. Hyvinvoinnin näkökulmasta tärkeimpiä ovat juuri yksilölliset toimintavalmiudet, ei se, mitä yksilö lopulta tekee tai on. (Sen 1993; Robeyns 2005.)

Tutkimuksen tavoitteena on selvittää, näyttävätkö työttömien ja työllisten toimintavalmiudet eli mahdollisuudet saavuttaa hyvinvointia erilaisilta. Vertaamme tutkimuksessa työttömien ja työllisten hyvinvoinnin kokemuksia sekä tutkimme näiden ryhmien välisiin hyvinvointieroihin yhteydessä olevia ja niitä selittäviä tekijöitä vuonna 2013. Lisäksi tavoitteena on arvioida työttömien ja työllisten koetun hyvinvoinnin ja hyvinvointierojen ajallista muutosta tarkastelemalla näitä ilmiöitä vuosina 2006, 2009 ja 2013. Työttömien ja työllisten välisten koetun hyvinvoinnin erojen lisäksi vertaamme pitkään työttömänä olleiden hyvinvoinnin kokemuksia lyhyemmän aikaa työttömänä olleisiin.

Tausta tarkastelulle tulee työmarkkinatilanteen vaihtelusta. Yleisen työmarkkinatilanteen on havaittu vaikuttavan työikäisten hyvinvointiin, erityisesti terveyteen ja kuolleisuuteen siten, että työttömyyden ja kuolleisuuden välinen yhteys heikkenee korkean työttömyyden aikana. Syynä tähän voi olla se, että työttömyyden kasvaessa työttömien joukko on vähemmän valikoitunutta muun muassa terveystottumusten tai heikomman terveyden mukaan. Työttömyyden yleistyminen voi myös vähentää työttömyyteen liittyvää stigmaa ja stressiä ja siten vaikuttaa myönteisesti työttömien terveyteen ja kuolleisuuteen. (Martikainen & Valkonen 1996; Valkonen ym. 2000.) Taloudellinen laskusuhdanne ja korkea työttömyys voivat myös heikentää työikäisten, erityisesti työllisten ja nuorten, koettua terveyttä. Taustalla ovat muun muassa työn epävarmuuden lisääntyminen sekä heikentynyt luottamus tulevaisuuteen. (Astell-Burt & Feng 2013; Novo ym. 2001; Talala 2013.)

Työmarkkinatilanteen vaihtelut 2006–2013

1990-luvun alkuvuosien taloudellinen lama ja sitä seurannut voimakas työttömyyden kasvu ovat heijastuneet Suomen työmarkkinatilanteeseen 2000-luvulle asti (esim. Moisala ym. 2004). Laman myötä Suomeen syntyi varsin laaja ja sitkeä rakenteellisen pitkäaikais- ja toistuvaistyöttömyyden ongelma. Enemmistö esimerkiksi vuoden 1993 työttömistä ei koskaan palannut työhön eikä tilanne suuresti muuttunut 2000-luvulle tultaessa: vuonna 2000 työttömäksi jääneistä puolet ei palannut vakinaisesti työelämään (Myrskylä 2010). Vuonna 2013 työttömänä työnhakijana oli keskimäärin lähes 300 000 henkilöä, ja heistä noin joka neljäs oli ollut yhtäjaksoisesti työttömänä vähintään vuoden.

Työttömyysaste nousee ja laskee usein nopeasti taloudellisten suhdanteiden vaihdellessa, mutta vaikutukset pitkäaikaistyöttömyyteen tulevat viiveellä. Tässä artikkelissa tarkasteltava ajanjakso vuodesta 2006 vuoteen 2013 sisältää erilaisia työmarkkinatilanteen vaihteluita. Vuonna 2006 elettiin talouskasvun aikaa ja työllisyys oli nousussa. Pitkäaikaistyöttömien osuus työttömistä oli kuitenkin vielä melko suuri, noin neljännes kaikista työttömistä työnhakijoista. Kansainvälinen talouden taantuma alkoi näkyä Suomen työttömyystilanteessa vuoden 2008 loppulla, ja vuoden 2009 loppuun mennessä työttömien kokonaismäärä oli kasvanut runsaalla kolmanneksella edellisvuoteen verrattuna. Etenkin alle 30-vuotiaiden työttömyys yleistyi. (Myrskylä 2010.) Pitkäaikaistyöttömien osuus työttömistä työnhakijoista oli kuitenkin vielä laskusuunnassa: noin 15 prosenttia työttömistä työnhakijoista oli ollut yhtäjaksoisesti työttömänä vähintään vuoden. Taloudellisen epävarmuuden jatkuessa vuonna 2013 työttömyyden kasvua selitti etenkin työttömyyden pitkittyminen (Alatalo 2014).

Laman ja sitä seuranneen pitkäaikaistyöttömyyden lisääntymisen voidaan nähdä muokanneen maaperää myös työttömien aktivointipolitiikalle (Julkunen 2013). Aktivointipolitiikka voidaan määritellä politiikkatoimiksi, joilla tuetaan

työttömien työhön osallistumista. Työllisyys- ja sosiaalipolitiikan lisäksi aktivointipolitiikkaan kytkeytyy muun muassa terveys- ja koulutuspolitiikkaa. (Keskitalo & Karjalainen 2013.) Aktivointipolitiikan ensisijaisena tavoitteena on työttömien nopea työllistyminen ja siirtyminen pois sosiaalietuuksilta. Työllistymisellä ja sitä tukevilla toimilla nähdään olevan myös hyvinvointiin liittyviä tavoitteita, kuten sosiaalisen osallisuuden edistäminen ja syrjäytymisen ehkäiseminen. (Keskitalo & Karjalainen mt.; Eichhorst ym. 2008.)

Tutkimustehtävä

Hyvinvointitutkimusta on perinteisesti jaoteltu esimerkiksi sen mukaan, ovatko tutkimuskohteena objektiiviset hyvinvoinnin resurssit vai subjektiiviset kokemukset hyvinvoinnista (esim. Saari 2011). Riippumatta tutkimuskohteesta huomio on yleensä kiinnittynyt pikemminkin hyvinvoinnin vajeisiin tai huono-osaisuuteen kuin hyvinvointiin (Simpura & Uusitalo 2011). Viime vuosina on myös yleistynyt myönteisen hyvinvoinnin tarkastelu, esimerkiksi onnellisuustutkimus tai pyrkimys määrittää elämään tyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä (esim. Saarinen ym. 2013).

Toimintavalmiuksien viitekehukseen ei sisälly yksiselitteistä näkemystä siitä, mitä asioita hyvinvointiin sisältyy tai miten niitä tulisi tutkia. Tutkimusaihe, yhteiskunnallinen konteksti ja kulttuuriset käsitykset vaikuttavat siihen, mitkä ovat olennaisia toimintoja ja toimintavalmiuksia kussakin tutkimuskysymyksessä (Sen 2005, 157–160). Toimintavalmiuksien viitekehystä onkin operationalisoitu monin eri tavoin, ja esimerkiksi hyvinvoinnin jakautumisen tutkimuksessa toiminnot ja tekemiset ovat olennaisia mittauskohteita toimintavalmiuksien sijaan (Robeyns 2006, 354; myös Zimmermann 2006). Robeyns (mts. 353) esittää, että toimintavalmiuksien viitekehystä hyödyntävässä tutkimuksessa tulisi määritellä kolme asiaa: 1) tutkitaanko toimintavalmiuksia vai toimintoja, 2) mitä toimintavalmiuksia tai toimintoja tutkitaan ja 3) millaisessa suhteessa nämä ovat keskenään.

Tässä tutkimuksessa hyvinvointia lähestytään subjektiivisen koetun hyvinvoinnin avulla. Koetun hyvinvoinnin ulottuvuudet, kuten koettu terveys tai koettu taloudellinen toimeentulo, kuvaavat hyvinvoinnin ”tuloksia” eli toimintoja (esim. Anand ym. 2005; Kotan 2010). Näkökulmana tutkimuksessa ovat hyvinvoinnin myönteiset kokemukset. Esimerkiksi hyvä koettu terveys voidaan nähdä sellaiseksi yleisesti arvokkaaksi koetuksi toiminnoksi tai tulemaksi, johon ihmiset pyrkivät. Toiminnon ja toimintavalmiuden välinen ero ei kuitenkaan ole yksiselitteinen (Anand ym. 2005). Esimerkiksi hyvä koettu terveys voidaan nähdä sekä toimintona, eli seurauksena niistä toimintamahdollisuuksista, joita ihmisellä on käytettävissään, että myös itsessään toimintavalmiutena, joka mahdollistaa muita asioita (ks. mts. 43).

Tärkeinä hyvinvoinnin osa-alueina nähdään usein aineellinen hyvinvointi, terveys ja sosiaaliset suhteet (esim. Raijas 2008; Stiglitz ym. 2009). Tässä artikkelissa hyvinvointia tarkastellaan neljän toiminnon kautta. Nämä ovat:

- 1) kokemus hyvästä terveydestä
- 2) kokemus psykososiaalisesta hyvinvoinnista
- 3) kokemus taloudellisesta hyvinvoinnista
- 4) kokemus hyvästä elämänlaadusta.

Kuten edellä todettiin, myös työ on merkittävä hyvinvoinnin osatekijä. Tässä tutkimuksessa työn ja työttömyyden merkitys hyvinvoinnille on tarkastelun keskiössä, koska vertailussa ovat työttömien ja työllisten hyvinvoinnin kokemukset ja niiden erot. Lisäksi työttömien hyvinvointia tarkastellaan työllistymisen koetun todennäköisyyden avulla. Kokemus työllistymisen todennäköisyydestä kertoo työttömän henkilön näkemyksen mahdollisuudesta päästä työelämään.

Valittuja toimintoja tarkastellaan erillisinä eikä mitään niistä nähdä toista tärkeämpänä (ks. Robeyns 2006). Elämänlaatu voidaan tosin nähdä hyvinvoinnin osatekijöitä kokoavana toimintona (Vaarama ym. 2010). Kokemus psykososiaalisesta hyvinvoinnista muodostetaan useammasta muuttujasta (stressi, yksinäisyys, sosiaalinen aktiivisuus), samoin kokemus taloudellisesta hyvinvoinnista (toimeentulo, kulutus, asuminen). Valitut toiminnot eivät kata kaikkia hyvinvoinnin osatekijöitä eivätkä kuvaa kaikkia kyseisiin hyvinvoinnin ulottuvuuksiin liittyviä asioita. Pyrkimyksenä on tarkastella sellaisia toimintoja, jotka voidaan nähdä yleisesti tavoittelemisen arvoisina työkäisille suomalaisille. Lisäksi tutkimusaineisto on asettanut omat rajoituksensa toimintojen valinnalle.

Koettuun hyvinvointiin, ja etenkin ns. onnellisuustutkimukseen, on perinteisesti suhtauduttu melko kriittisesti toimintavalmiuksien viitekehyksessä. Koettu hyvinvointi ei välttämättä tunnista heikossa asemassa olevien tilannetta, koska ihmiset eivät tiedä mitä mahdollisuuksia heillä tulisi olla saatavilla. Lisäksi ihmiset usein mukautuvat nopeasti muuttuneisiin tilanteisiin, eivätkä esimerkiksi muutokset toimeentulossa tai muissa resursseissa tule välttämättä esiin koetun hyvinvoinnin avulla. (Sen 1993; Schokkaert 2007.)

Viime vuosina toimintavalmiuksien viitekehyksessä on kuitenkin vahvistunut näkemys koetusta hyvinvoinnista tärkeänä hyvinvoinnin osa-alueena (esim. Stiglitz ym. 2009). Tutkimuksissa on muun muassa hyödynnetty koetun hyvinvoinnin mittareita (Anand ym. 2005; Muffels & Headey 2013) ja tarkasteltu koetun hyvinvoinnin antia toimintavalmiuksien näkökulmasta (Kotan 2010; Schokkaert 2007). Useat koetun hyvinvoinnin ulottuvuudet, kuten terveys tai toimeentulo, ovat ilmeisen arvokkaita suurimmalle osalle ihmisiä. Koetun hyvinvoinnin erojen voidaan siten nähdä kertovan toimijoiden erilaisista mahdollisuuksista saavuttaa arvokkaaksi kokemiaan toimintoja ja tekoja (Kotan 2010, 372–374).

Tutkimustehtävänä on selvittää työttömien ja työllisten eroja valituissa toiminnoissa ja niiden ajallista muutosta. Tämä tehdään tarkastelemalla työttömien ja työllisten hyvinvoinnin kokemuksia, niiden eroja ja erojen muutosta ajanjaksolla

2006–2013. Lisäksi tutkimme, mitkä tekijät voivat selittää työttömien ja työllisten välisiä eroja valituissa toiminnoissa tarkastelemalla hyvinvoinnin kokemusten eroihin yhteydessä olevia ja niitä selittäviä tekijöitä. Kahden ryhmän toimintojen eroaminen ilman perusteltavissa olevaa syytä voi kertoa ryhmien erilaisista toimintavalmiuksista (Robeyns 2006, 354). Näin voimme saada tietoa siitä, näyttävätkö työttömien ja työllisten mahdollisuudet saavuttaa hyvinvointia erilaisilta ja onko tässä tapahtunut muutosta viime vuosina. Taustan tarkastelulle antaa työmarkkinatilanteen vaihtelu. Aiemman tutkimuksen perusteella erityisesti vuonna 2009 alkanut taloudellinen laskusuhdanne ja työttömyyden kasvu ovat kiinnostava vertailukohde vuosiin 2006 ja 2013. Lopuksi tuloksia pohditaan toimintavalmiuksien viitekehyksessä suhteessa työmarkkinatilanteen vaihteluun ja työttömien aktivointipolitiikkaan.

Aineisto

Tutkimuksen aineistona on Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -tutkimuksen aineistot vuosilta 2006, 2009 ja 2013. Työmarkkina-aseman perusluokittelussa työkäinen (18–64-vuotiaat) väestö jaetaan työllisiin, työttömiin ja työvoiman ulkopuolisiin. Näistä työlliset ja työttömät muodostavat työvoiman. Tässä tutkimuksessa vertaillaan kolmea työvoimaan kuuluvaa ryhmää: työlliset, lyhytaikaisesti työttömät ja pitkäaikaisesti työttömät. Työvoiman ulkopuolella olevat, kuten opinto-, perhe- tai työkyvyttömyysetuuksilla olevat työkäiset henkilöt, jäävät siten tarkastelun ulkopuolelle. Työvoima-aseman mukaiset ryhmät muodostetaan pääasiallista toimintaa ja yhtäjaksoisen työttömyyden kestoa koskevien kysymysten perusteella. Työllisiksi katsotaan ne vastaajat, jotka ovat ilmoittaneet olevansa työssä tai tilapäisesti poissa työsuhteen jatkuessa tai osa-aikaeläkkeellä. Työllisiksi ei tässä katsota niitä henkilöitä, jotka ovat perhevapaalla, vaikka heidän työsuhteensa olisi voimassa. Työttömien ja työllisten määrät käyvät ilmi vuoden 2013 osalta taulukosta 1 ja muiden vuosien osalta liitetaulukosta 2.

Työttömyyden keston perusteella työttömistä muodostetaan vielä kaksi ryhmää: lyhytaikaisesti työtön (0–11 kuukautta) ja pitkäaikaisesti työtön (12 kuukautta tai enemmän). Tieto työttömyyden kestosta puuttuu joiltakin vastaajilta, joten työttömiä on tässä ryhmittelyssä hieman vähemmän. Esimerkiksi vuonna 2013 työttömiä vastaajia oli kaikkiaan 213 henkilöä, mutta tieto työttömyyden kestosta oli 212 henkilöllä. Vuonna 2013 lyhytaikaisesti työttömillä työttömyys oli oman ilmoituksen mukaan kestänyt yhtäjaksoisesti keskimäärin noin 3,5 kuukautta ja pitkäaikaistyöttömillä vajaan 42 kuukautta eli noin 3,5 vuotta.

Hyvinvointia mitataan aiempien tutkimusten mukaisesti usealla eri muuttujalla (Karvonen ym. 2006; Karvonen 2008; Kauppinen ym. 2010). Valintaperusteena on ollut soveltuvuus kuvaamaan kyseistä toimintoa sekä kysymyksen toistuvuus eri vuosina. Koettua terveyttä mitataan arviolla nykyisestä koetusta terveydenti-

lasta. Koettua psykososiaalista hyvinvointia mitataan kolmen kysymyksen avulla: ”Oletteko ollut viime aikoina stressaantunut?”, ”Tunnetteko itsenne yksinäiseksi?” ja ”Osallistuttekko jonkin kerhon, järjestön tai vastaavan toimintaan?”. Koettua taloudellista hyvinvointia mitataan yhtäältä kysymyksellä kotitalouden menojen kattamisen hankaluudesta tai helppoudesta ja toisaalta kysymyksellä koetuista kulutusmahdollisuuksista. Kulutusmahdollisuuksia kartoitetaan kysymyksellä: ”Onko kotitaloudellanne halutessaan varaa: 1) kustantaa viikon loma tai lomamatka vuosittain, 2) ostaa uusia huonekaluja kuluneiden tilalle ja 3) ostaa uusia vaatteita mieluummin kuin käytettyjä?”. Mukaan otetaan myös kysymys tyytyväisyydestä asumisen kustannuksiin.

Koettua elämänlaatua mitataan vuonna 2006 kysymyksellä: ”Oletteko nykyiseen elämäänne tällä hetkellä tyytyväinen?”, sekä vuosina 2009 ja 2013 kysymyksellä: ”Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?”. Kysymykset eroavat eri vuosina, koska vuoden 2006 kysely ei sisällä kysymystä elämänlaadusta. Tyytyväisyys elämään ja elämänlaatu voidaan molemmat nähdä koettua hyvinvointia kokoavina kysymyksinä. Lisäksi työttömien koettua työllistymisen todennäköisyyttä tarkastellaan vuosina 2006 ja 2013 kysymyksellä: ”Kuinka todennäköisenä pidätte sitä, että saatte työtä seuraavan kuuden kuukauden aikana?”.

Valituista muuttujista tarkastellaan myönteisiä kokemuksia: 1) kokemus hyvästä terveydestä (”hyvä tai melko hyvä koettu terveys”), 2) kokemus psykososiaalisesta hyvinvoinnista: stressittömyys (”vähän tai ei lainkaan stressiä”), yksinäisyyden puuttuminen (”hyvin harvoin tai ei koskaan yksinäinen”) ja sosiaalinen aktiivisuus (”osallistuminen kerhon tai järjestön toimintaan”), 3) kokemus taloudellisesta hyvinvoinnista: riittävä toimeentulo ja kulutusmahdollisuudet (”menojen kattaminen on vähintään melko helppoa, varaa halutessaan viikon lomaa vuosittain, varaa halutessaan ostaa uusia huonekaluja tai vaatteita, tyytyväinen asumisen kustannuksiin”) sekä 4) kokemus hyvästä elämänlaadusta (”tyytyväinen nykyiseen elämäänsä tai erittäin hyvä tai hyvä koettu elämänlaatu”). Työttömien osalta tarkastelussa on lisäksi kokemus työllistymisen todennäköisyydestä (”pitää todennäköisenä työllistymistä seuraavan kuuden kuukauden aikana”).

Taustamuuttujina ja mahdollisina hyvinvointieroja selittävinä tekijöinä tarkastellaan ikää (ikäryhmä), sukupuolta, koulutustasoa, siviilisäätystä, maantieteellistä suuraluetta ja kuntaryhmää. Taustamuuttujien luokat käyvät ilmi taulukosta 1.

Menetelmät

Työttömien ja työllisten välisiä hyvinvoinnin eroja tutkitaan ristiintaulukoinnin avulla ja erojen merkittävyyttä kuvaa Pearsonin χ^2 -testin p-arvo. Lisäksi eroja selittäviä tekijöitä analysoidaan logistisella regressioanalyysillä. Logistisessa regressioanalyysissä pyritään ennustamaan millä todennäköisyydellä jokin tarkasteltava asia toteutuu. Lisäksi sen avulla tutkitaan, vaikuttavatko selittävät muuttujat tapahtuman todennäköisyyteen ja kuinka suuri vaikutus on. Tulokset esitetään

vetosuhteina, odds ratioina (OR), 95 prosentin luottamusvälein. Kaikki analyysit on tehty katoa korjaavalla painotuksella.

Logistisessa regressioanalyysissä työttömiä verrataan työllisten viiteryhmään, joka saa arvon 1. Tämän ylittävät arvot kertovat, että työttömillä on työllisiä suurempi todennäköisyys mainittuun hyvinvoinnin kokemukseen ja tätä alempi arvo taas sitä, että työttömillä on työllisiä pienempi todennäköisyys kyseiseen hyvinvoinnin kokemukseen. Analyysissä on ensin laskettu nk. päävaikutusmalli (0-malli) ilman taustatekijöiden vakiointia. Sen jälkeen malliin on lisätty vaiheittain uusia tekijöitä kolmessa vaiheessa: I) ikäluokka ja sukupuoli, II) malli I + siviilisääty ja III) malli II + koulutus. Analyysit on tehty myös ottamalla mukaan alueellisia muuttujina suuralue ja kuntaryhmä, mutta nämä jätettiin lopullisista analyyseistä pois, koska niillä ei ollut vaikutusta tuloksiin.

Analyysi kertoo, miten hyvinvoinnin kokemisen todennäköisyydet eri osa-alueilla muuttuvat työttömien ja työllisten ryhmissä, kun selittäviä tekijöitä vakioidaan. Näin voidaan päätellä, mitkä tutkituista tekijöistä selittävät hyvinvointieroja.

Taustatekijät eri vuosina

Työttömät ja työlliset eroavat toisistaan kaikkina tarkasteluvuosina etenkin iän, koulutuksen ja siviilisäädyn mukaan (taulukko 1). Vuonna 2006 työttömistä suhteellisesti suurempi osa (43 %) oli yli 50-vuotiaita kuin työllisistä (31 %). Vuosina 2009 ja 2013 yli 50-vuotiaiden osuus oli lähes yhtä suuri molemmissa ryhmissä, mutta työttömissä oli suhteellisesti enemmän alle 30-vuotiaita kuin työllisissä. Vuonna 2013 työttömistä useammalla (30 %) oli vain perusasteen koulutus työllisiin verrattuna (11 %) ja vastaavasti korkea-asteen suorittaneita oli työllisissä (44 %) selvästi enemmän kuin työttömissä (19 %). Erot koulutuksessa ovat olleet hyvin samanlaisia tarkastelujakson ajan (taulukko 1). Työllisistä yli kaksi kolmasosaa oli avo- tai avioliitossa kaikkina tarkasteluvuosina, työttömistä vain noin puolet. Työttömistä vastaajista useampi oli naimaton vuosina 2009 ja 2013 kuin vuonna 2006. Tämä liittyy nuorimman ikäryhmän suhteellisen osuuden kasvuun työttömien ryhmässä.

Vuonna 2013 työttömissä (58 %) oli suhteellisesti enemmän miehiä kuin työllisissä (51 %), muina vuosina vastaavaa sukupuolieroja ei havaittu. Maantieteellisten suuralueiden mukaan ryhmät erosivat tilastollisesti merkitsevästi vain vuonna 2006, jolloin työttömistä vastaajista kolmannes asui Itä- tai Pohjois-Suomessa, mutta työllisistä vain reilu viidennes (taulukko 1). Kaikkina vuosina suurin osa vastaajista molemmissa ryhmissä oli Etelä-Suomen alueelta. Kuntaryhmittäin vastaajaryhmät eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi: suurin osa sekä työllisistä että työttömistä asui kaupunkimaisessa kunnassa. Vuosina 2006 ja 2009 yli 60 prosenttia työttömistä vastaajista oli ollut työttömänä enintään 11 kuukautta. Sen sijaan vuonna 2013 enemmistö työttömistä (51 %) oli ollut työttömänä vähintään 12 kuukautta.

TAULUKKO 1. Taustamuuttujat työvoima-aseman mukaan vuosina 2006, 2009 ja 2013, %

	2006		2009		2013	
	Työllinen	Työtön	Työllinen	Työtön	Työllinen	Työtön
	(n = 2 608)	(n = 235)	(n = 2 139)	(n = 222)	(n = 2 260)	(n = 213)
Sukupuoli						
Mies	53	49	52	57	51	58
Nainen	48	51	48	43	49	42
<i>p</i>	0,289		0,118		0,045	
Ikä						
18–29 vuotta	17	17	17	28	15	32
30–49 vuotta	52	40	51	36	50	33
50–64 vuotta	31	43	32	36	35	35
<i>p</i>	0,000		0,000		0,000	
Koulutus						
Perusaste	15	34	15	28	11	30
Keskiaste	47	46	45	51	45	52
Korkea-aste	38	20	40	21	44	19
<i>p</i>	0,000		0,000		0,000	
Siviilisääty						
Naimaton	18	28	18	39	19	38
Avo-/avioliitto	75	58	75	51	74	52
Muu	7	14	7	10	7	10
<i>p</i>	0,000		0,000		0,000	
Suuralue						
Etelä-Suomi	51	43	52	49	53	48
Länsi-Suomi	26	25	25	26	24	27
Pohjois- ja Itä-Suomi	23	32	23	25	23	25
<i>p</i>	0,011		0,720		0,402	
Kuntaryhmä						
Kaupunkimaiset	66	61	69	70	71	68
Taajaan asutut	17	18	16	14	16	18
Maaseutumaiset	18	20	15	16	13	14
<i>p</i>	0,599		0,605		0,627	
Työttömyys						
Lyhytaikaisesti (0–11 kk)		61		63		49
Pitkäaikaisesti (12 kk+)		39		37		51
<i>p</i> = työllisten ja työttömien välisen eron merkitsevyys, khi ²						

Myös työttömien välillä on ikään liittyviä eroja työttömyyden keston mukaan tarkasteltuna (liitetaulukko 1). Lyhytaikaisesti työttömät olivat useammin alle 30-vuotiaita, kun pitkäaikaistyöttömissä suurin ryhmä kaikkina tarkasteluvuosi-

na oli vähintään 50-vuotiaat. Alle 30-vuotiaiden osuus oli molemmissa ryhmissä vuonna 2013 aikaisempia vuosia suurempi: lyhytaikaisesti työttömistä yli kolmasosa oli alle 30-vuotiaita ja pitkäaikaistyöttömistäkin miltei joka neljäs.

Työttömien ja työllisten koettu hyvinvointi ja sen ajallinen muutos

Kaikissa tutkituissa hyvinvoinnin kokemuksiä kuvaavissa muuttujissa on tilastollisesti merkitsevä ero työttömien ja työllisten välillä vuonna 2013 (taulukko 2): työllisten koettu hyvinvointi oli parempi kuin työttömällä, lukuun ottamatta stressittömyyttä. Työttömistä 55 prosenttia koki vähän tai ei lainkaan stressiä, kun työllisistä näin koki 46 prosenttia ($p=0,008$). Stressittömyys oli yleisempää pitkäaikaistyöttömällä (60 %) kuin lyhytaikaisesti työttömänä olleilla (49 %), mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Työttömistä noin 70 prosenttia koki terveytensä hyväksi, kun työllisistä näin koki yli 80 prosenttia ($p<0,001$). Lyhytaikaisesti työttömänä olleista taas useampi (75 %) koki terveytensä hyväksi kuin pitkäaikaistyöttömistä (66 %). Vuonna 2013 yksinäisyyttä ei kokenut yli 80 prosenttia työllisistä kun työttömistä 68 prosentilla ei ollut yksinäisyyden kokemuksia ($p<0,001$). Koetun yksinäisyyden suhteen työttömyyden kestolla ei ollut merkitystä. Kerhoon tai järjestöön kuuluminen oli selvästi yleisempää työllisillä (59 %) kuin työttömällä (38 %) ($p<0,001$). Pitkään työttömänä olleista hieman harvempi (35 %) osallistui kerhon tai vastaavan toimintaan kuin lyhytaikaisesti työttömistä (41 %).

Erot koetussa taloudellisessa hyvinvoinnissa olivat työttömien ja työllisten välillä suurimmat. Työttömistä (45 %) selvästi harvempi koki menojen kattamisen olevan vähintään melko helppoa työllisiin (77 %) verrattuna ($p<0,001$). Myös kulutuksen osalta erot ryhmien välillä olivat suuret: työllisistä yli 80 prosenttia koki omaavansa halutessaan varaa viikon lomaan vuosittain tai varaa hankkia uusia huonekaluja kuluneiden tilalle, kun taas työttömistä näin koki alle puolet ($p<0,001$). Miltei kaikilla (97 %) työllisillä oli varaa halutessaan hankkia uusia vaatteita, työttömistä harvemmallalla kuin kolmella neljästä (72 %) ($p<0,001$). Erot ryhmien välillä olivat pienimmät tyytyväisyydessä asumisen kustannuksiin: työllisistä 70 prosenttia oli tyytyväinen asumisen kustannuksiin, työttömistä 61 prosenttia ($p=0,003$).

Lyhyt- ja pitkäaikaisesti työttömien välillä oli taloudellisessa hyvinvoinnissa samansuuntaisia eroja kuin työttömien ja työllisten välillä (taulukko 2). Erot lyhyt- ja pitkäaikaistyöttömien välillä olivat kuitenkin selvästi pienempiä kuin työttömien ja työllisten välillä. Suurin ero työttömien välillä liittyi menojen kattamiseen: lyhytaikaistyöttömistä yli puolet piti menojen kattamista vähintään melko helppona, kun pitkäaikaistyöttömistä näin koki 40 prosenttia.

Vuonna 2013 elämänlaatunsa koki erittäin hyväksi tai hyväksi 87 prosenttia työllisistä, mutta työttömistä vain 71 prosenttia ($p < 0,001$). Lyhytaikaisesti työttömänä olleissa oli hieman enemmän (75 %) elämänlaatunsa hyväksi kokevia kuin pitkäaikaistyöttömissä (69 %). Työttömistä vajaa puolet (46 %) piti todennäköisenä työllistymistään seuraavan kuuden kuukauden aikana. Luottamus työmarkkinoihin ja omaan työllistymiseen oli lyhytaikaisesti työttömänä olleilla selvästi suurempaa kuin pitkäaikaistyöttömillä: 60 prosenttia lyhytaikaistyöttömistä uskoi työllistyvänsä seuraavan kuuden kuukauden aikana, kun pitkäaikaistyöttömistä näin arveli vain kolmannes ($p < 0,001$).

TAULUKKO 2. Koettu hyvinvointi vuonna 2013 työvoima-aseman mukaisesti, %

	Työllinen (n = 2 260)	Työtön yhteensä (n = 213)	Työtön 0–11 kk (n = 102)	Työtön 12 kk+ (n = 110)
Terveys				
Hyvä tai melko hyvä koettu terveys	82	71	75	66
$p1/p2$	0,000		0,113	
Psykososiaalinen hyvinvointi				
Vähän tai ei lainkaan stressiä	46	55	49	60
p	0,008		0,105	
Hyvin harvoin tai ei koskaan yksinäinen	82	68	67	69
p	0,000		0,674	
Kuuluu kerhoon tai järjestöön	59	38	41	35
p	0,000		0,274	
Taloudellinen hyvinvointi				
Menojen kattaminen vähintään melko helppoa	77	45	51	40
p	0,000		0,080	
Varaa viikon lomaan vuosittain	81	42	46	39
p	0,000		0,250	
Varaa uusiin huonekaluihin	87	46	47	45
p	0,000		0,757	
Varaa uusiin vaatteisiin	97	72	71	75
p	0,000		0,505	
Tyytyväinen asumisen kustannuksiin	70	61	63	58
p	0,003		0,408	
Elämänlaatu				
Koettu elämänlaatu hyvä tai erittäin hyvä	87	71	75	69
p	0,000		0,299	
Työllistyminen				
Todennäköisesti 6 kk:n aikana		46	60	32
p			0,000	
p1 = työllisten ja työttömien välisen eron merkitsevyys, khi ² p2 = lyhyt- ja pitkäaikaistyöttömien välisen eron merkitsevyys, khi ²				

Ajallinen muutos työttömien ja työllisten hyvinvoinnin kokemuksissa on ollut vähäistä (liitetaulukko 2). Siten myös hyvinvoinnin erot ryhmien välillä ovat tarkastelujakson aikana pysyneet miltei ennallaan. Pääpiirteissään tilanne näytti hyvin samanlaiselta vuosina 2006 ja 2009 kuin vuonna 2013: työllisten koettu hyvinvointi oli parempi kuin työttömien stressittömyyttä lukuun ottamatta. Vuonna 2009 ryhmien välillä ei tosin ollut eroa stressittömyyden kokemuksissa: työllisistä 45 prosenttia ja työttömistä 46 prosenttia ei kokenut stressiä tai koki sitä vain vähän (liitetaulukko 2). Useimpien hyvinvoinnin ulottuvuuksien perusteella näyttää, että työttömien koettu hyvinvointi oli vuonna 2013 hieman heikompi kuin vuonna 2006, mutta parempi kuin vuonna 2009. Työllisten tilanne pysyi hyvin samanlaisena kaikkina tarkasteluvuosina.

Lyhyt- ja pitkäaikaisesti työttömien välisessä vertailussa huomataan, että ajallinen muutos hyvinvoinnin kokemuksissa on ryhmien välillä vähäistä (liitetaulukko 3). Useimmat ryhmien väliset erot eivät ole tilastollisesti merkitseviä. Selvimmat erot lyhyt- ja pitkäaikaistyöttömien koetussa hyvinvoinnissa havaitaan vuonna 2009. Tällöin hyvän koetun terveyden koki omaavansa lyhytaikaisesti työttömistä selvästi useampi (75 %) kuin pitkäaikaistyöttömistä (53 %) ($p=0,001$) ja menojen kattamisen koki helpoksi 44 prosenttia lyhytaikaisesti työttömistä, mutta vain noin joka kolmas pitkäaikaistyöttömistä ($p=0,061$). Erot koetussa hyvinvoinnissa näkyivät myös siten, että elämänlaatuaan piti hyvänä 77 prosenttia lyhytaikaisesti työttömistä, mutta vain 65 prosenttia pitkäaikaistyöttömistä ($p=0,046$).

Vuosien 2006 ja 2013 välillä ei tapahtunut suurta muutosta siinä, miten todennäköisenä lyhyt- ja pitkäaikaistyttömät pitivät työllistymistään. Vuonna 2006 lyhytaikaisesti työttömistä 62 prosenttia piti työllistymistä seuraavan kuuden kuukauden aikana todennäköisenä, kun pitkäaikaistyttömistä näin koki vain 26 prosenttia ($p<0,001$) (liitetaulukko 3). Vuonna 2013 pitkäaikaistyttömistä hieman aiempaa useampi (32 %) uskoi työllistyvänsä lähiaikoina, mutta ero ryhmien välillä oli edelleen suuri ($p<0,001$) (taulukko 3).

Työttömien ja työllisten hyvinvointieroja selittävät tekijät

Työttömien ja työllisten hyvinvointieroja selittävien analyysien tulokset esitetään kuviossa 1. Tulokset vuosilta 2006 ja 2009 löytyvät liitetaulukosta 4. Tulokset ovat hyvin samansuuntaisia kaikkina tarkasteluvuosina, minkä vuoksi tässä käsitellään tarkemmin vain vuotta 2013.

Työttömien todennäköisyys raportoida vähintään melko hyvää koettua terveyttä on merkitsevästi pienempi kuin työllisillä (kuvio 1, malli 0): työllisillä on miltei kaksi kertaa todennäköisemmin hyvä koettu terveys työttömiin verrattuna ($OR=0,54$). Ero ryhmien välillä säilyy tilastollisesti merkitseväenä kaikissa selitysmalleissa.

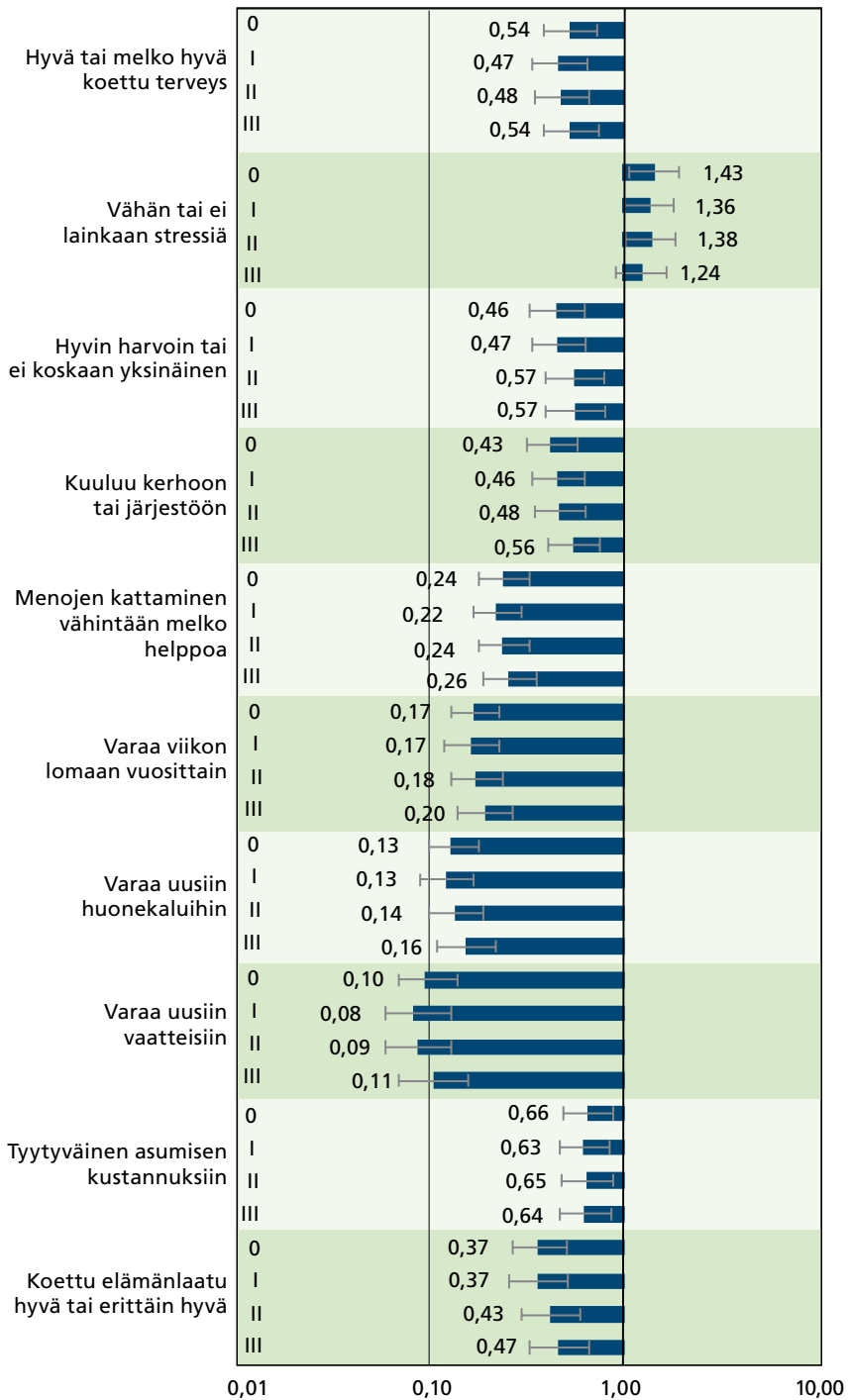
Stressittömyys on ainoa koetun hyvinvoinnin osatekijä, johon työttömillä on suurempi todennäköisyys kuin työllisillä, myös ikä, sukupuoli ja siviilisäädy huomioiden (OR=1,38) (kuvio 1, malli II). Kun malliin tuodaan mukaan koulutus (malli III), yhteys menettää tilastollisen merkitsevyytensä. Yksinäisyyden kokemus on työttömillä selvästi yleisempi kuin työllisillä (OR=0,46). Siviilisäädyn vakioiminen (malli II) pienentää ryhmien välistä eroa, mutta ero säilyy tilastollisesti merkitsevänä (OR=0,57). Työllisten todennäköisyys siihen, etteivät he koe yksinäisyyttä, on yli 1,5 kertaa suurempi kuin työttömien. Sosiaalisessa osallistumisessa työttömien ja työllisten välistä eroa pienentää osaltaan koulutuksen vakioiminen (malli III), mutta ero säilyy tilastollisesti merkitsevänä (OR=0,56). Todennäköisyys siihen, että työlliset osallistuvat kerhon tai järjestön toimintaan on miltei kaksinkertainen työttömiin verrattuna vakioidussa mallissakin.

Työlliset kokevat miltei neljä kertaa todennäköisemmin kuin työttömät menojen kattamisen olevan vähintään melko helppoa (OR=0,24)(kuvio 1, malli 0). Koettua varallisuutta kuvaavien tekijöiden kohdalla erot ovat vielä suuremmat. Esimerkiksi todennäköisyys siihen, että kokee voivansa halutessaan ostaa uusia huonekaluja, on työttömillä noin kuusi kertaa pienempi kuin työllisillä (OR=0,13). Tyytyväisyydessä asumisen kustannuksiin ryhmien väliset erot ovat pienemmät kuin muissa koetun taloudellisen toimeentulon kuvaajissa (OR=0,66). Työttömien todennäköisyys tyytyväisyyteen asumisen kustannuksista on noin puolitoista kertaa pienempi kuin työllisten. Vakioinneilla ei näyttäisi olevan suurta vaikutusta ryhmien välisiin koetun taloudellisen hyvinvoinnin eroihin. Siviilisäädyn (malli II) ja koulutuksen (malli III) vakioiminen pienentää hieman ryhmien välisiä eroja (kuvio 1).

Työttömien todennäköisyys hyvään koettuun elämänlaatuun on noin kaksi kertaa pienempi kuin työllisillä (OR=0,37). Siviilisäädyn (malli II) ja koulutuksen (malli III) vakioiminen pienentää hieman eroa ryhmien välillä, mutta ero säilyy tilastollisesti merkitsevänä vakiointien jälkeenkin (OR=0,47) (kuvio 1, malli III).

Mikään kolmesta selitysmallista ei kykene täysin selittämään työttömien ja työllisten välisiä eroja koetussa hyvinvoinnissa. Stressittömyyttä lukuun ottamatta iän, sukupuolen, siviilisäädyn tai koulutuksen vakioiminen ei merkittävästi vaikuta ryhmien välisiin eroihin koetussa hyvinvoinnissa. Stressittömyydessä koulutuksen (malli III) vakioiminen pienentää ryhmien välistä eroa. Vuonna 2006 tulos on samansuuntainen, kun taas vuonna 2009 todennäköisyys stressittömyyteen on molemmissa ryhmissä samansuuruinen kaikissa selitysmalleissa (liitetaulukko 4).

Vaikka mikään selitysmalli ei kykene selittämään pois ryhmien välistä eroa, voidaan todeta, että etenkin koulutus selittää osin työttömien ja työllisten välisiä eroja hyvinvoinnin kokemuksissa. Myös siviilisäädyn vaikutus tulee esille yksinäisyyden kokemisessa ja elämänlaadussa sekä koetussa taloudellisessa hyvinvoinnissa (kuvio 1).



0 = päävaikutusmalli, I = vakioitu ikäluokka ja sukupuoli, II = vakioitu ikäluokka, sukupuoli ja siviilisääty, III = vakioitu ikäluokka, sukupuoli, siviilisääty ja koulutusryhmä.

KUVIO 1. Työttömien koettu hyvinvointi eri osa-alueilla suhteessa työllisiin vuonna 2013 (OR, 95 %:n LV). Päävaikutusmalli (malli 0) ja vakioidut selitysmallit I–III.

Tulosten yhteenveto: työttömien ja työllisten hyvinvoinnin kokemukset, erot ja kehitys 2006–2013

Tässä artikkelissa tarkastelimme työttömien hyvinvoinnin kokemuksia suhteessa työllisiin sekä ryhmien välisiä hyvinvointieroja selittäviä tekijöitä. Kiinnostus kohdistui myös lyhyt- ja pitkäaikaisesti työttömien mahdollisiin hyvinvointieroihin. Hyvinvointia lähestyttiin neljän ulottuvuuden kautta: kokemus hyvästä terveydestä, kokemus psykososiaalisesta hyvinvoinnista, kokemus taloudellisesta hyvinvoinnista ja kokemus hyvästä elämänlaadusta. Työttömien hyvinvointia tarkasteltiin myös työllistymisen koetun todennäköisyyden avulla. Ajallinen tarkastelu kattoi vuodet 2006, 2009 ja 2013.

Tutkimuksen tulosten perusteella työttömien ja työllisten välillä oli selviä eroja hyvinvoinnin kokemuksissa kaikkina tarkasteluvuosina. Suurimmat erot ryhmien välillä liittyivät koettuun taloudelliseen hyvinvointiin. Työllisistä selvästi useampi kuin työttömistä koki tulevansa toimeen ja pystyvänsä halutessaan kuluttamaan. Työttömistä esimerkiksi harvempi kuin joka toinen koki menojen kattamisen olevan edes melko helppoa, kun työllisistä näin koki neljä viidestä. Tämä tulos vahvistaa näkemystä siitä, että taloudelliset ongelmat liittyvät keskeisesti työttömyyteen. Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että taloudelliset ongelmat vaikuttavat merkittävästi työttömien työllisiä heikompaan hyvinvointiin (Ervasti & Venetoklis 2010; McKee-Ryan ym. 2005).

Myös kokemus hyvästä terveydestä oli tutkimuksen mukaan työttömillä työllisiä harvinaisempaa. Koetun psykososiaalisen hyvinvoinnin osalta työttömistä useampi kuin työllisistä koki itsensä yksinäiseksi eikä ollut sosiaalisesti aktiivinen. Toisaalta työlliset kokivat stressiä useammin kuin työttömät. Koulutustason ja stressin on aiemmassa tutkimuksessa todettu olevan yhteydessä muun muassa siten, että korkeampi koulutus on yhteydessä lisääntyneeseen stressiin (Talala 2013.) Myös tässä tutkimuksessa koulutuksen vakiointi pienensi työttömien ja työllisten välistä eroa stressin kokemisessa. Toisaalta Kauppisen ym. (2010) tutkimuksen mukaan työttömistä useampi kuin työllisistä oli erittäin stressaantunut. Tämä voisi viitata siihen, että työttömillä stressin kokeminen vaihtelee enemmän kuin työllisillä. Tässä tutkimuksessa asiaa ei ollut mahdollista tutkia tarkemmin. Kun hyvinvointia tarkastellaan kokonaisuutena, työlliset kokivat elämänlaatunsa hyväksi työttömiä useammin.

Muutokset hyvinvoinnin kokemuksissa olivat sekä työttömillä että työllisillä hyvin pieniä ajanjaksolla 2006–2013. Siten myös hyvinvointierot työttömien ja työllisten välillä pysyivät ennallaan.

Tutkimuksen tulosten mukaan etenkin koulutus, mutta myös siviilisääty, selittävät osittain työttömien ja työllisten välisiä hyvinvointieroja. Työttömillä oli työllisiä useammin vain perusasteen koulutus ja he olivat useammin naimattomia. Sekä koulutusasteen että siviilisäädyn on aiemmissa tutkimuksissa osoitettu olevan yhteydessä koettuun terveyteen ja hyvinvointiin (esim. Karvonen 2008; Kestilä

2008). Tulosten mukaan mikään käytetyistä selittäjistä – ikä, sukupuoli, siviilisäätö ja koulutus – ei kuitenkaan poistanut työttömien ja työllisten välistä eroa hyvinvoinnissa. On toki muistettava, että tässä tutkimuksessa käytettyjen selittäjien lisäksi on mahdollisesti muita vaikuttavia tekijöitä, joita ei tässä analyysissä voitu ottaa huomioon.

Työttömien ja työllisten välisiä koetun hyvinvoinnin eroja ei ole aiemmin tutkittu Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -tutkimuksen aineistoilla hyvinvoinnin myönteisten kokemusten kautta. Tulokset osoittavat, että työttömien ja työllisten väliset hyvinvointierot ovat todettavissa myös hyvinvoinnin myönteisissä kokemuksissa, eivät vain hyvinvoinnin vajeissa tai keskimääräisessä hyvinvoinnissa, kuten aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet (Karvonen ym. 2006; Karvonen 2008; Kauppinen ym. 2010). Aiemmissä tutkimuksissa työttömällä oli esimerkiksi huonompi koettu terveys kuin työllisillä, kun tässä tutkimuksessa työllisillä oli työttömiä useammin kokemus hyvästä terveydestä.

Useissa tutkimuksissa on todettu, että työttömyyden pitkittyessä koettu hyvinvointi heikkenee (esim. Kauppinen ym. 2010; McKee-Ryan 2005). Tässä tutkimuksessa erot hyvinvoinnin kokemuksissa olivat työttömyyden keston mukaan tarkasteltuna varsin pieniä. Lyhytaikaisesti työttömänä olleet sijoittuivat hyvinvoinnin kokemuksissa työllisten ja pitkäaikaistyöttömien väliin: heidän koettu hyvinvointinsa oli työllisiä heikompi, mutta pitkäaikaistyöttömiä parempi. Pitkä- ja lyhytaikaistyöttömien väliset erot terveydessä, psykososiaalisessa hyvinvoinnissa ja elämänlaadussa olivat pääasiallisesti samansuuntaisia kuin työttömien ja työllistenkin välillä, mutta eivät tilastollisesti merkitseviä. Etenkin koetussa taloudellisessa hyvinvoinnissa erot pitkäaikais- ja lyhytaikaistyöttömien välillä olivat pienempiä kuin työttömien ja työllisten välillä. Osittain tulokset voivat johtua siitä, ettei aineiston pieni koko tuo luotettavasti esille työttömien välisiä eroja. Pääasiallisena syynä erilaisiin tuloksiin aiempiin tutkimuksiin verrattuna lienee se, että niissä on tarkasteltu hyvinvoinnin vajeita, ei hyvinvoinnin kokemuksia. Hyvinvoinnin vajeet voivat keskimäärin yleistyä työttömyyden pitkittyessä, mutta tästä ei välttämättä seuraa hyvinvoinnin kokemusten vähenemistä samassa suhteessa. Asian selvittäminen edellyttäisi lisätutkimuksia.

Pohdinta

Hyvinvointia lähestyttiin tässä tutkimuksessa toimintavalmiuksien viitekehyksestä. Näkökulmana olivat yleisesti yhteiskunnassa arvokkaaksi koetut toiminnot: hyvinvoinnin kokemukset. Hyvinvoinnin tai ”hyvän elämän” määrittäminen on kuitenkin vaikeampaa kuin hyvinvoinnin vajeiden määrittely. Yhteiskunnallisessa keskustelussa on helpompi päästä yhteisymmärrykseen esimerkiksi siitä, millaiset ovat huonot asunto-olot kuin siitä, millaista on hyvä asuminen. (Simpura & Uusitalo 2011, 114–115.)

Tässä tutkimuksessa hyvinvointia pyrittiin kuvaamaan sellaisilla toiminnoilla, joiden saavuttamista useimmat työikäiset voisivat pitää arvokkaana. Muuttujina olivat muun muassa vähintään melko hyvä koettu terveys ja se, että menojen kattaminen on vähintään melko helppoa. Varallisuuteen liittyvissä kysymyksissä ”halutessaan” -ilmaisulla huomioitiin yksilöiden erilaiset tarpeet ja valinnat kulluttamisessa. Pulmallisimpana hyvinvoinnin osa-alueista voitiin nähdä sosiaalista aktiivisuutta kuvaava osallistuminen kerhoon, järjestöön tai vastaavaan, jota ei välttämättä koeta yleisesti tavoittelemisen arvoiseksi toiminnoksi. Tämä muuttuja valittiin mukaan ensisijaisesti siksi, että se oli ainoa sosiaalista osallistumista kuvaava muuttuja, joka toistui aineistossa samanlaisena eri vuosina. Järjestötoiminnan ja vastaavien aktiviteettien on myös todettu vaikuttavan yksilön sosiaaliseen pääomaan ja sitä kautta koettuun hyvinvointiin (Nieminen ym. 2010).

Hyvinvoinnin kokemusten näkökulmaa hyvinvoinnin vajeiden sijaan voitiin tutkimuksessa perustella sillä, että tavoitteena oli saada tietoa siitä, näyttävätkö työttömien ja työllisten mahdollisuudet saavuttaa hyvinvointia erilaisilta. Työlliset nähtiin siten viiteryhmänä, johon työttömien hyvinvoinnin kokemuksia suhteutettiin. Ryhmien hyvinvoinnin kokemusten erojen oletettiin kertovan myös heidän erilaisista mahdollisuuksistaan eli toimintavalmiuksistaan toteuttaa arvokkaaksi kokemiaan toimintoja (ks. Kotan 2010). Esimerkiksi työikäisten ja vanhusten hyvinvoinnin kokemusten vertailu voisi olla vaikeampaa, koska eri-ikäiset ihmiset voivat arvostaa ja tavoitella eri asioita (ks. Vaarama ym. 2010). Toisaalta tutkimuksessa tarkastellut hyvinvoinnin toiminnot voidaan nähdä varsin yleisesti hyväksytyinä ja tavoittelemisen arvoisina, ainakin länsimaisessa hyvinvointivaltiossa.

Hyvinvoinnin kokemukset eivät kuvaa suoraan yksilöiden tai ryhmien toimintavalmiuksia vaan pikemmin toimintoja. Toimintavalmiuksien viitekehystä soveltavissa empiirisissä tutkimuksissa tarkastellaan usein toimintoja, koska käytettävissä olevat aineistot kuvaavat usein niitä (esim. Zimmermann 2006; Robeyns 2006). Kahden ryhmän toimintojen eroaminen ilman perusteltavissa olevaa syytä voi kuitenkin kertoa myös ryhmien erilaisista toimintavalmiuksista (Robeyns 2006, 354). Toimintavalmiuksien viitekehyksessä työttömien ja työllisten väliset erot hyvinvoinnin kokemuksissa eivät siten kerro vain koetun hyvinvoinnin eroista vaan viittaavat myös eroihin mahdollisuuksissa saavuttaa hyvinvointia. Tämän tutkimuksen mukaan erilaiset taustatekijät, kuten ikä, sukupuoli, siviilisääty tai koulutus, eivät poistaneet työttömien ja työllisten välisiä eroja hyvinvoinnin kokemuksissa. Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan siten päätellä, että työttömien ja työllisten toimintavalmiudet eli mahdollisuudet saavuttaa hyvinvointia näyttävät erilaisilta.

Toimintavalmiuksien viitekehys ei selitä mistä hyvinvointierot johtuvat, mutta sitä voidaan käyttää erojen tarkasteluun (Robeyns 2005). Työttömien ja työllisten välisen hyvinvoinnin kokemusten erojen taustalla voidaan tunnistaa erilaisia rakenteellisia tekijöitä. Esimerkiksi kokemukseen hyvästä terveydestä vaikuttaa fyysisten tekijöiden lisäksi niin mahdollisuus saada tarvittavia terveyspalveluja kuin

mahdollisuus ylläpitää terveyttään esimerkiksi liikuntaharrastuksella. Työttömille terveystalvet ja harrastukset ovat usein vaikeammin saavutettavissa kuin työllisille (Saikku 2009). Erot voivat kertoa myös siitä, että työttömänä yksilön mahdollisuudet sosiaaliseen kanssakäymiseen ja psykososiaaliseen tukeen ovat heikommät kuin työssä ollessa. Työyhteisöllä voi olla suuri merkitys tässä suhteessa (ks. esim. Perkiö-Mäkelä & Kauppinen 2012; Kokko ym. 2013). Myös yksilölliset tekijät, kuten koulutustaso, voivat vaikuttaa siihen, millaisia mahdollisuuksia yksilöllä on hyödyntää olemassa olevia resursseja ja välineitä hyvinvointinsa edistämisessä. Tässä tutkimuksessa työttömien ja työllisten väliset koulutuserot selittivät osittain eroja hyvinvoinnin kokemuksissa. Koulutuserojen taustalla on yksilöllisten tekijöiden lisäksi myös monia sosiaalisia ja rakenteellisia tekijöitä (ks. esim. Paananen ym. 2012). Suurin ero työttömien ja työllisten välillä liittyi kokemukseen taloudellisesta hyvinvoinnista. Tämä ei ole yllättävää, sillä ryhmien välillä olisi oletettavasti selkeä ero toimeentulossa ja kulutuksessa myös objektiivisilla mittareilla tarkasteltuna. Huomionarvoista on, että heikko taloudellinen hyvinvointi voi vaikuttaa työttömän mahdollisuuksiin saavuttaa myös muuta hyvinvointia (ks. Ervasti & Venetoklis 2010).

Tutkimuksen tulosten mukaan työttömien ja työllisten välinen ero hyvinvoinnin kokemuksissa näyttää pysyneen hyvin samankaltaisena koko tarkastelujakson ajan työmarkkinatilanteen vaihtelusta huolimatta. Aiemmissä tutkimuksissa on havaittu, että taloudellinen laskusuhdanne ja korkea työttömyys voivat heikentää työikäisten, erityisesti työllisten ja nuorten, koettua terveyttä (Astell-Burt & Feng 2013; Novo ym. 2001; Talala 2013). Toisaalta on havaittu, että työttömyyden ja kuolleisuuden välinen yhteys heikkenee korkean työttömyyden aikana (Martikainen & Valkonen 1996; Valkonen ym. 2000). Tässä tutkimuksessa ei havaittu yhteyttä työttömien tai työllisten hyvinvoinnin kokemusten ja työttömyystilanteen heikentymisen ja taloudellisen laskusuhdanteen välillä. Työttömien ja työllisten hyvinvoinnin kokemukset ja niiden väliset erot olivat vuonna 2009, taloudellisesta laskusuhdanteesta ja työttömyyden nopeasta kasvusta huolimatta, hyvin samanlaisia kuin vuosina 2006 ja 2013. Erojen pysyvyys voi kertoa siitä, että niin työllä kuin työttömyydellä siihen liittyvine taloudellisine, sosiaalisine ja psyykkisine seurauksineen on merkittävä vaikutus yksilön mahdollisuuksiin saavuttaa hyvinvointia työmarkkinatilanteesta riippumatta (ks. esim. McKee-Ryan ym. 2005; myös Sen 1997.)

Sen sijaan työttömien ryhmän sisällä erot hyvinvoinnin kokemuksissa olivat joiltakin osin (terveys, taloudellinen hyvinvointi, elämänlaatu) suurempia vuonna 2009 kuin vuosina 2006 tai 2013. Erot näyttivät syntyneen lähinnä siitä, että pitkäaikaistyöttömillä hyvinvoinnin kokemukset olivat harvinaisempia vuonna 2009 kuin muina tarkasteluvuosina. Tulosta voidaan selittää siten, että matalamman pitkäaikaistyöttömyyden aikana pitkäaikaistyöttömyyteen jäivät ne työttömät, joilla on eniten työllistymistä estäviä tekijöitä. Näiden henkilöiden mahdollisuuksia saavuttaa hyvinvointia voivat rajoittaa moninaiset yksilölliset, sosiaaliset ja yhteiskunnalliset tekijät (esim. Dean ym. 2005).

Tutkimuksen tulosten mukaan työttömien mahdollisuuksia saavuttaa hyvinvointia tulisi pyrkiä edistämään. Työttömien aktivointipolitiikan tavoitteilla ja toteutuksella on suuri merkitys hyvinvoinnin näkökulmasta. Esimerkiksi työttömien terveystarkastuksilla ja -palveluilla voidaan edistää työttömien pääsyä tarvittavaan terveyspalveluun ja kuntoutukseen (Saikku 2009) ja siten tukea heidän toimintavalmiuksiaan. Olennaista on, pyritäänkö aktivointipolitiikalla lisäämään työttömien toimintamahdollisuuksia vai rajaamaan niitä. Toimintavalmiuksien näkökulmasta aktivointipolitiikan tulisi ensisijaisesti pyrkiä edistämään työttömän mahdollisuuksia toimia omassa elämäntilanteessaan ja sitä kautta hänen mahdollisuuksiaan saavuttaa hyvinvointia (Dean ym. 2005; Bonvin & Orton 2009). Tämä tarkoittaisi aktivointipolitiikassa niin työttömien yksilöllisten tilanteiden ja tarpeiden entistä parempaa huomioimista kuin heidän omien vaikutusmahdollisuuksiensa lisäämistä. Ajankohtaisessa keskustelussa osallistavasta sosiaaliturvasta on aineksia tällaiseen lähestymistapaan, mutta nähtäväksi jää miten niitä kyetään tai halutaan ottaa huomioon.

Viite

- 1 Capability -sanalle ei ole suomeksi vakiintunutta käännöstä. Käännöksiä ovat mm. toimintavalmiudet (Björklund & Sarlio-Siintola 2010), toimintakyvyt (Lagerspetz 2011) ja kyvyt (Riihinen 2002).

Lähteet

- Alatalo, Johanna (2014) Onko viime aikojen taantuma heikentänyt tilannetta työmarkkinoilla paljon vai vähän? – Vuosi 2013 työmarkkinatilastojen valossa. Työpoliittinen Aikakauskirja, 1, 42–51.
- Anand, Paul & Hunter, Graham & Smith, Ron (2005) Capabilities and well-being: evidence based on the Sen-Nussbaum approach to welfare. *Social Indicators Research* 74, 9–55.
- Astell-Burt, Thomas & Feng, Xiaoqi (2013) Health and the 2008 Economic Recession: Evidence from the United Kingdom. *PLOS one*, vol.8, iss.2, e56674.
- Björklund, Liisa & Sarlio-Siintola, Sari (2010) Inhimilliset toimintavalmiudet suomalaisessa hyvinvointipolitiikassa. Teoksessa Heikki Hiilamo & Juho Saari (toim.): Hyvinvoinnin uusi politiikka – johdatus sosiaaliin mahdollisuuksiin. A tutkimuksia 27. Tampere: Diakonia ammattikorkeakoulu, 37–70.
- Bonvin, Jean-Michael & Orton, Michael (2009) Activation policies and organisational innovation: the added value of the capability approach. *International Journal of Sociology and Social Policy*, vol. 29, iss.11, 565–574.
- Cole, Kenneth & Daly, Anne & Mak, Anita (2009) Good for the soul: The relationship between work, wellbeing and psychological capital. *The Journal of Socio-Economics*, 38, 464–474.
- Dean, Hartley & Bonvin, Jean-Michel & Vielle,

- Pascale & Farvaque, Nicolas (2005) Developing capabilities and rights in welfare-to-work policies. *European Societies*, vol. 7, no.1, 3–26.
- Eichhorst, Werner & Kauffmann, Otto & Konle-Seidl, Regina & Reinhard, H-J (2008) Bringing the Jobless into Work? An Introduction to Activation Policies. Teoksessa Werner Eichhorst & Otto Kauffmann & Regina Konle-Seidl (eds.): *Bringing the Jobless into Work? Experiences with Activation Schemes in Europe and the US*. Berlin: Springer, 1–16.
- Ervasti, Heikki (2004) Työttömyys ja koettu hyvinvointi. *Janus* 12 (3), 298–318.
- 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.
- Hultman, Barbro & Hemlin, Sven & Hörnquist, Jan Olof (2006) Quality of life among unemployed and employed people in northern Sweden. Are there any differences? *Work* 26, 47–56.
- Julkunen, Raija (2013) Aktivointipolitiikka hyvinvointivaltion paradigman muutoksena. Teoksessa Vappu Karjalainen & Elsa Keskitalo (toim.) *Kaikki työuralle! Työttömien aktiivipolitiikkaa Suomessa*. Teema 18. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 21–44.
- Karvonen, Sakari & Lahelma, Eero & Winter, Torsten (2006) Työkäisten terveys ja hyvinvointi 2000-luvun alussa. Teoksessa Mikko Kautto (toim.): *Suomalaisten hyvinvointi 2006*. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, 78–103.
- Karvonen, Sakari (2008) Hyvinvointi työkäisten kokemana. Teoksessa Pasi Moisio & Sakari Karvonen & Jussi Simpura & Matti Heikkilä (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2008*. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, 96–115.
- Kauppinen, Timo M. & Saikku, Peppi & Kokko, Riitta-Liisa (2010) Työttömyys ja huono-osaisuuden kasautuminen. Teoksessa Marja Vaarama & Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 234–250.
- Keskitalo, Elsa & Karjalainen, Vappu (2013) Mitä on aktiivointi ja aktiivipolitiikka? Teoksessa Vappu Karjalainen & Elsa Keskitalo (toim.) *Kaikki työuralle! Työttömien aktiivipolitiikkaa Suomessa*. Teema 18. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 7–20.
- Kestilä, Laura (2008) Pathways to Health. Determinants of Health, Health Behaviour and Health Inequalities in Early Adulthood. Publications of the National Public Health Institute A 23/2008. Helsinki: National Public Health Institute.
- Kokko, Riitta-Liisa & Nenonen, Tellervo & Martelin, Tuija & Koskinen, Seppo (toim.) (2013) Työllisyys, terveys ja hyvinvointi – Paltamon työllistämismallin vaikutusten arviointitutkimus 2009–2013. Hankkeen loppuraportti. Raportti 18/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Korpi, Tomas (1997) Is utility related to employment status? Employment, unemployment, labor market policies and subjective well-being among Swedish youth. *Labour Economics*, 4, 125–147.
- Koskinen, Seppo & Lundqvist, Annamari & Ristiluoma, Noora (2012) (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa vuonna 2011*. THL raportti 68/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kotan, Murat (2010) Freedom or happiness? Agency and subjective well-being in the capability approach. *The Journal of Socio-Economics*, vol.39, iss.3, 369–375.
- Lagerspetz, Eerik (2011) Hyvinvoinnin filosofia. Teoksessa Juho Saari (toim.): *Hyvinvointi. Suomalaisen yhteiskunnan perusta*. Helsinki: Gaudeamus, 79–105.
- Manderbacka, Kristiina & Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi (2001) Structural changes and social inequalities in health in Finland, 1986–1994. *Scandinavian Journal of Public Health*, 29, supplement 55, 41–54.
- Martikainen, Pekka T. & Valkonen, Tapani (1996) Excess mortality of unemployed men and women during a rapidly increasing unemployment. *The Lancet*, 348, 909–912.
- 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.
- Moisala, Jutta & Pekkarinen, Jukka & Taimio, Heikki & Vartiainen, Juhana (2004) Vertaileva näkökulma Suomen työmarkkinoihin. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 21/2004. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.
- Muffels, Ruud & Headey, Bruce (2013) Capabilities and Choices: Do They Make Sense for Understanding Objective and Subjective Well-being? An Empirical Test on Sen's Ca-

- pability Framework on German and British Panel Data. *Social Indicators Research*, 110, 1159–1185.
- Myrskylä, Pekka (2010) Taantuma ja työttömyys. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja, Työ ja yrittäjyys 57/2010. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Nieminen, Tarja & Martelin, Tuija & Koskinen, Seppo & Aro, Hillevi & Alanen, Erkki & Hyypä, Markku T. (2010) Social capital as a determinant of self-rated health and psychological well-being. *International Journal of Public Health* (55): 6, 531–542.
- 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 & Medicine*, 53, 299–303.
- Paananen, Reija & Ristikari, Tiina & Merikukka, Marko & Rämö, Antti & Gissler, Mika (2012) Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallinen syntymäkohortti 1987 - tutkimusaineiston valossa. Raportti 52. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Perkiö-Mäkelä, Merja & Kauppinen, Timo (toim.) (2012) Työ, terveys ja työssä jatkamisajatuksat. Työ ja ihminen. Tutkimusraportti 41. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Raijas, Anu (2008) Arjen hyvinvointi ja mahdollisuudet sen mittaamiseen. Työselosteita ja esitelmää 110. Helsinki: Kuluttajatutkimuskeskus.
- Riihinen, Olavi (2002) Kyvyt, hyvinvointiteoria ja yhteiskunnalliset jaot. Teoksessa Timo Piirainen & Juho Saari (toim.) Yhteiskunnalliset jaot. 1990-luvun perintö? Helsinki: Gaudeamus, 179–203.
- Robeyns, Ingrid (2005) The capability approach: a theoretical survey. *Journal of Human Development* vol. 6, no. 1, 93–114.
- Robeyns, Ingrid (2006) Capability Approach in Practice. *The Journal of Political Philosophy*, vol.14, no. 3, 351–376.
- Saari, Juho (toim.) (2011) Hyvinvointi. Suomalaisen yhteiskunnan perusta. Helsinki: Gaudeamus.
- Saarinen, Arttu & Airio, Ilpo & Kaikkonen, Risto & Luoma, Minna-Liisa (2013) Onnellisuus erityyppisillä asuinalueilla. *Yhteiskuntapolitiikka* (78): 5, 520–532.
- Saikkun, Peppi (2009) Terveyspalvelu työllistymisen tukena. Pitkäaikaistyöttömien terveystarkastukset ja -palvelut siirtymätyömarkkinoilla. Raportti 22/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Schokkaert, Erik (2007) Capabilities and Satisfaction with Life. *Journal of Human Development*, vol.3, no.3, 415–430.
- Sen, Amartya (1993) Capability and Well-being. Teoksessa Martha Nussbaum & Amartya Sen (eds.) *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon Press, 30–53.
- Sen, Amartya (1997) Inequality, unemployment and contemporary Europe. *International Labour Review*, vol.136, no.2, 155–171.
- Sen, Amartya (2005) Human Rights and Capabilities. *Journal of Human Development*, vol.6, no.2, 151–166.
- Simpura, Jussi & Uusitalo, Hannu (2011) Hyvinvointi ja sosiaalinen kehitys. Teoksessa Juho Saari (toim.) Hyvinvointi. Suomalaisen yhteiskunnan perusta. Helsinki: Gaudeamus, 106–139.
- Stiglitz, Joseph E & Sen, Amartya & Fitoussi, Jean-Paul (2009) Report on the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. www.sitglitz-sen-fitoussi.fr (poimittu 7.4.2014)
- Talala, Kirsi (2013) Psychological distress in Finland 1979–2003: Overall trends, socioeconomic differences and contribution to cause-specific mortality inequalities. Research 102. Helsinki: National Institute for Health and Welfare.
- Talala, Kirsi & Härkönen, Tommi & Martelin, Tuija & Mäki-Opas, Tomi & Manderbacka, Kristiina & Sainio, Päivi, Rissanen, Harri & Ruokolainen, Otto & Heloma, Antero & Koskinen, Seppo (2014) Koulutusryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat edelleen suuria. *Suomen Lääkärilehti*, vol.69, no. 36, 2185–2192.
- Vaarama, Marja & Siljander, Eero & Luoma, Minna-Liisa & Meriläinen, Satu (2010) Suomalaisten kokemus elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. Teoksessa Marja Vaarama & Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 126–149.
- Valkonen, Tapani & Martikainen, Pekka & Jalovaara, Marika & Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Mäkelä, Pia (2000) Changes in socioeconomic inequalities in mortality during an economic boom and recession among middle-aged men and women in Finland. *The European Journal of Public Health*, 10, 274–280.
- Zimmermann, Bénédicte (2006) Pragmatism and the Capability Approach. *European Journal of Social Theory* 9 (4), 467–484.

LIITETAULUKKO 1. Taustamuuttujat työttömyyden keston mukaan, %

	2006		2009		2013	
	Työtön	Työtön	Työtön	Työtön	Työtön	Työtön
	0–11 kk	12 kk+	0–11 kk	12 kk+	0–11kk	12 kk+
	(n = 138)	(n = 94)	(n = 119)	(n = 77)	(n = 102)	(n = 110)
Sukupuoli						
Mies	49	49	58	53	51	66
Nainen	51	51	42	47	49	34
<i>p</i>	0,963		0,524		0,016	
Ikä						
18–29 vuotta	24	7	29	8	39	24
30–49 vuotta	45	31	40	34	36	31
50–64 vuotta	32	63	32	58	26	45
<i>p</i>	0,000		0,000		0,004	
Koulutus						
Perusaste	30	40	24	21	35	23
Keskiaste	51	39	54	52	46	59
Korkea-aste	19	21	23	27	19	19
<i>p</i>	0,186		0,704		0,074	
Siviilisäätö						
Naimaton	32	21	31	36	40	38
Avo-/avioliitto	55	62	59	51	53	49
Muu	13	17	10	13	8	13
<i>p</i>	0,170		0,503		0,480	
Suuralue						
Etelä-Suomi	40	51	42	58	43	52
Länsi-Suomi	24	24	29	24	29	26
Pohjois- ja Itä-Suomi	36	25	29	18	28	22
<i>p</i>	0,212		0,081		0,327	
Kuntaryhmä						
Kaupunkimaiset	56	69	72	72	62	75
Taajaan asutut	20	16	14	15	22	14
Maaseutumaiset	24	16	14	13	16	11
<i>p</i>	0,157		0,982		0,121	

p = lyhyt- ja pitkäaikaistyöttömien välisen eron merkitsevyys, χ^2

LIITETAULUKKO 2. Koettu hyvinvointi työvoima-aseman mukaisesti vuosina 2006, 2009 ja 2013, %

	2006		2009		2013	
	Työllinen (n = 2 608)	Työtön (n = 235)	Työllinen (n = 2 139)	Työtön (n = 222)	Työllinen (n = 2 260)	Työtön (n = 213)
Terveys						
Hyvä tai melko hyvä koettu terveys	79	70	81	67	82	71
<i>p</i>	0,001		0,000		0,000	
Psykososiaalinen hyvinvointi						
Vähän tai ei lainkaan stressiä	49	57	45	46	46	55
<i>p</i>	0,025		0,886		0,008	
Hyvin harvoin tai ei koskaan yksinäinen	79	62	81	66	82	68
<i>p</i>	0,000		0,000		0,000	
Kuuluu kerhoon tai järjestöön	52	35	57	37	59	38
<i>p</i>	0,000		0,000		0,000	
Taloudellinen hyvinvointi						
Menojen kattaminen vähintään melko helppoa	81	44	82	39	77	45
<i>p</i>	0,000		0,000		0,000	
Varaa viikon lomaan vuosittain	81	46	82	41	81	42
<i>p</i>	0,000		0,000		0,000	
Varaa uusiin huonekaluihin	87	48	87	51	87	46
<i>p</i>	0,000		0,000		0,000	
Varaa uusiin vaatteisiin	97	75	97	75	97	72
<i>p</i>	0,000		0,000		0,000	
Tyytyväinen asumisen kustannuksiin	75	65	74	64	70	61
<i>p</i>	0,001		0,001		0,003	
Elämänlaatu						
Tyytyväinen nykyiseen elämäänsä	92	71				
<i>p</i>	0,000					
Koettu elämänlaatu hyvä tai erittäin hyvä			88	73	87	71
<i>p</i>			0,000		0,000	
<i>p</i> = työllisten ja työttömien välisen eron merkitsevyys, khi ²						

LIITETAULUKKO 3. Koettu hyvinvointi työttömyyden keston mukaan vuosina 2006, 2009 ja 2013, %

	2006		2009		2013	
	Työtön	Työtön	Työtön	Työtön	Työtön	Työtön
	0–11 kk	12 kk+	0–11 kk	12 kk+	0–11 kk	12 kk+
	(n = 138)	(n = 94)	(n = 119)	(n = 77)	(n = 102)	(n = 110)
Terveys						
Hyvä tai melko hyvä koettu terveys	71	72	75	53	75	66
<i>p</i>	0,948		0,001		0,113	
Psykososiaalinen hyvinvointi						
Vähän tai ei lainkaan stressiä	53	63	45	47	49	60
<i>p</i>	0,117		0,776		0,105	
Hyvin harvoin tai ei koskaan yksinäinen	61	65	71	61	67	69
<i>p</i>	0,528		0,161		0,674	
Kuuluu kerhoon tai järjestöön	36	35	41	30	41	35
<i>p</i>	0,932		0,111		0,274	
Taloudellinen hyvinvointi						
Menojen kattaminen vähintään melko helppoa	42	49	44	30	51	40
<i>p</i>	0,253		0,061		0,080	
Varaa viikon lomaan vuosittain	44	50	46	38	46	39
<i>p</i>	0,365		0,238		0,250	
Varaa uusiin huonekaluihin	46	52	58	43	47	45
<i>p</i>	0,378		0,033		0,757	
Varaa uusiin vaatteisiin	77	72	84	61	71	75
<i>p</i>	0,399		0,000		0,505	
Tyytyväinen asumisen kustannuksiin	61	73	68	60	63	58
<i>p</i>	0,065		0,217		0,408	
Elämänlaatu						
Tyytyväinen nykyiseen elämäänsä	72	69				
<i>p</i>	0,634					
Koettu elämänlaatu hyvä tai erittäin hyvä			77	65	75	69
<i>p</i>			0,046		0,299	
Työllistyminen						
Todennäköisesti 6 kk aikana	62	26			60	32
<i>p</i>	0,000				0,000	
<i>p</i> = lyhyt- ja pitkäaikaistyöttömien välisen eron merkitsevyys, khi ²						

LIITETAULUKKO 4. Työttömien koettu hyvinvointi eri osa-alueilla suhteessa työllisiin vuosina 2006, 2009 ja 2013 (OR, 95 %:n luottamusväli). 0 = päävaikutusmalli, I = vakioitu ikäluokka ja sukupuoli, II = vakioitu ikäluokka, sukupuoli ja siviilisääty, III = vakioitu ikäluokka, sukupuoli, siviilisääty ja koulutusryhmä.

		2006	2009	2013
		OR	OR	OR
		(95 %:n LV)	(95 %:n LV)	(95 %:n LV)
Hyvä tai melko hyvä koettu terveys	0	0,731 (0,553–0,967)	0,485 (0,357–0,659)	0,537 (0,393–0,734)
	I	0,776 (0,584–1,033)	0,465 (0,339–0,636)	0,471 (0,340–0,653)
	II	0,769 (0,577–1,025)	0,492 (0,359–0,675)	0,482 (0,347–0,668)
	III	0,791 (0,591–1,059)	0,52 (0,378–0,715)	0,54 (0,387–0,753)
	0	1,354 (1,031–1,776)	1,02 (0,766–1,359)	1,432 (1,072–1,915)
	I	1,324 (1,007–1,740)	0,974 (0,732–1,297)	1,362 (1,017–1,824)
Vähän tai ei lainkaan stressiä	II	1,326 (1,008–1,745)	0,968 (0,725–1,293)	1,38 (1,028–1,852)
	III	1,211 (0,918–1,599)	0,89 (0,661–1,197)	1,236 (0,913–1,672)
	0	0,445 (0,335–0,591)	0,446 (0,328–0,607)	0,458 (0,334–0,627)
	I	0,446 (0,335–0,594)	0,463 (0,338–0,633)	0,466 (0,337–0,643)
	II	0,529 (0,389–0,721)	0,59 (0,418–0,832)	0,566 (0,402–0,797)
	III	0,53 (0,388–0,724)	0,558 (0,396–0,787)	0,57 (0,403–0,807)
Hyvin harvoin tai ei koskaan yksinäinen	0	0,506 (0,382–0,670)	0,45 (0,336–0,604)	0,427 (0,317–0,575)
	I	0,502 (0,378–0,666)	0,462 (0,344–0,620)	0,462 (0,341–0,626)
	II	0,512 (0,385–0,682)	0,486 (0,361–0,653)	0,475 (0,350–0,644)
	III	0,564 (0,423–0,753)	0,542 (0,401–0,732)	0,559 (0,410–0,763)
	0	0,183 (0,139–0,242)	0,142 (0,105–0,193)	0,244 (0,181–0,328)
	I	0,173 (0,130–0,229)	0,129 (0,095–0,177)	0,224 (0,166–0,304)
Kuuluu kerhoon tai järjestöön	II	0,185 (0,140–0,245)	0,135 (0,098–0,185)	0,241 (0,177–0,327)
	III	0,198 (0,149–0,263)	0,138 (0,100–0,191)	0,261 (0,192–0,355)
	0	0,183 (0,139–0,242)	0,142 (0,105–0,193)	0,244 (0,181–0,328)
	I	0,173 (0,130–0,229)	0,129 (0,095–0,177)	0,224 (0,166–0,304)
	II	0,185 (0,140–0,245)	0,135 (0,098–0,185)	0,241 (0,177–0,327)
	III	0,198 (0,149–0,263)	0,138 (0,100–0,191)	0,261 (0,192–0,355)

Varaa viikon lomaan vuosittain	0	0,203 (0,154–0,268)	0,158 (0,117–0,213)	0,172 (0,128–0,233)
	I	0,187 (0,141–0,249)	0,145 (0,107–0,198)	0,167 (0,123–0,227)
	II	0,201 (0,152–0,265)	0,151 (0,110–0,206)	0,176 (0,129–0,240)
	III	0,221 (0,167–0,293)	0,159 (0,116–0,217)	0,198 (0,144–0,272)
	0	0,138 (0,104–0,183)	0,157 (0,116–0,213)	0,131 (0,097–0,178)
	I	0,132 (0,098–0,176)	0,143 (0,105–0,194)	0,125 (0,091–0,171)
Varaa uusiin huonekaluihin	II	0,14 (0,105–0,186)	0,147 (0,108–0,202)	0,138 (0,100–0,191)
	III	0,152 (0,114–0,204)	0,157 (0,114–0,217)	0,157 (0,113–0,219)
	0	0,109 (0,076–0,157)	0,108 (0,073–0,159)	0,097 (0,066–0,141)
	I	0,107 (0,074–0,154)	0,097 (0,065–0,145)	0,084 (0,057–0,125)
	II	0,118 (0,082–0,171)	0,106 (0,069–0,163)	0,089 (0,059–0,134)
	III	0,132 (0,090–0,193)	0,115 (0,074–0,179)	0,108 (0,071–0,164)
Varaa uusiin vaateisiin	0	0,622 (0,468–0,827)	0,629 (0,465–0,850)	0,663 (0,492–0,894)
	I	0,596 (0,447–0,795)	0,628 (0,464–0,851)	0,631 (0,467–0,852)
	II	0,609 (0,456–0,813)	0,641 (0,473–0,870)	0,653 (0,481–0,888)
	III	0,608 (0,454–0,815)	0,637 (0,469–0,864)	0,638 (0,468–0,869)
	0	0,202 (0,146–0,278)		
	I	0,203 (0,147–0,281)		
Tyytyväinen asuminen elämäänsä	II	0,227 (0,164–0,316)		
	III	0,224 (0,160–0,313)		
	0		0,371 (0,267–0,516)	0,368 (0,265–0,510)
	I		0,365 (0,262–0,509)	0,369 (0,263–0,518)
	II		0,411 (0,291–0,579)	0,426 (0,301–0,603)
	III		0,423 (0,300–0,597)	0,471 (0,331–0,669)
Koettu elämänlaatu hyvä tai erittäin hyvä	0			
	I			
	II			
	III			
	0			
	I			

0 = päävaikutusmalli, I = vakioitu ikäluokka ja sukupuoli, II = vakioitu ikäluokka, sukupuoli ja siviilisäätö, III = vakioitu ikäluokka, sukupuoli, siviilisäätö ja koulutusryhmä.

Lapsiperheiden hyvinvointi

Lapsiperheiden toimeentulokokemukset jakautuvat kahtia: kahdella viidestä on hankaluuksia rahan riittämisessä, kahdella viidestä jää rahaa säästöönkin. Reilu kolmasosa äideistä ja lähes puolet isistä tekee ylitöitä viikoittain. Ylitöiden tekeminen lisää jännitteitä työn ja perheen välillä. Kaksi viidestä vanhemmasta kokee laiminlyövänsä kotiasioita työnsä takia ja on huolissaan jaksamisestaan äitinä tai isänä, lähes kolmasosa kokee aikaa lapsille ja puolisolle olevan liian vähän. Toimeentulon hankaluus, kotitöiden epätasainen jakaminen sekä vähäinen yhteinen aika puolison kanssa heikentävät voimavaroja parisuhteessa ja vanhemmuudessa. Lapsiperheiden toimeentulon tukeminen, työn ja vanhemmuuden yhdistämistä helpottavat ratkaisut työpaikoilla ja tasaisen työnjaon perustan luominen jo pikkulapsivaiheessa pidentämällä isien ansiosidonnaista isyysvapaata ovat toimia, joilla lapsiperheiden hyvinvointia voidaan vahvistaa.

Lapsiperheiden elämä rakentuu monien jännitteiden kentässä. Ajankäytössä on yhdistämään eri perheenjäsenten tarpeet toimivaksi kokonaisuudeksi. Parisuhteen ja vanhemmuuden vuorovaikutussuhteet voivat sekä tukea että kuormittaa arjessa jaksamista. Lapsiperheiden tukena on perhepolitiikka, jonka tavoitteena on luoda lapsille turvallinen kasvuympäristö ja turvata vanhemmille aineelliset ja henkiset mahdollisuudet perheen perustamiseen ja lasten kasvattamiseen. Perhepolitiikan painopisteenä on viime vuosina ollut erityisesti työn ja perheen yhteensovittaminen, isyyden vahvistaminen ja lapsiperheiden toimeentulon turvaaminen. (STM 2013.) Tarkastelemme tässä artikkelissa lapsiperheiden hyvinvointia näiden painopisteiden valossa.¹

Hyvinvoinnin ymmärtämisessä teoreettisena lähtökohtanamme ovat Erik Allardt'n määrittelemät ulottuvuudet *Having, Loving ja Being* (Allardt 1976, 1993). Allardt tiivistää ulottuvuudet näin: *Having* edustaa aineellisia oloja, jotka ovat välttämättömiä hengissä pysymiselle ja kurjuuden välttämiseksi. Osoittimina ovat tulot ja varallisuus, asuinolot, työssäolo (vastakohtana työttömyydelle), työolot, terveys ja koulutus. *Loving* viittaa tarpeeseen olla suhteessa toisiin ihmisiin ja muodostaa sosiaalisia identiteettejä. Tätä tarvetta kuvaavat liittyminen ja suhteet paikallisyhteisöön, perheeseen ja sukuun sekä ystäviin ja ihmisiin erilaisissa organisaatioissa, myös suhteet työtovereihin. *Being* kuvaa tarvetta kiinnittyä yhteiskuntaan ja elää sopusoinnussa luonnon kanssa. Tämän ulottuvuuden myönteinen pää on henkilökohtainen kasvu, kielteinen pää määritellään vieraantumiseksi. Ulottuvuuden osoittimia ovat osallistuminen omaan elämään vaikuttavaan päätöksentekoon ja toimintaan, poliittinen toiminta, mahdollisuus vapaa-ajan toimintoihin, jota kuvaa lisäulottuvuus *Doing*, sekä myös mahdollisuudet nauttia luonnosta ja tehdä mielekäästä työtä. (Allardt 1993, 89–91.)

Olemme aiemmin kehitelleet Allardt'n ulottuvuuksia työn ja perheen yhteensovittamisen näkökulmasta (Salmi & Lammi-Taskula 2011a). Tässä artikkelissa sovellamme näitä ulottuvuuksia lapsiperheiden hyvinvointiin kolmesta näkökulmasta. *Having*-ulottuvuutta edustaa lapsiperheiden toimeentulo ja vanhempien ansiotyö sen keskeisenä lähteenä sekä koettu aikapula perheen kanssa. *Loving*-ulottuvuus kiteytyy lasten vanhempien tyytyväisyyteen parisuhteensa eri puoliin, parisuhteen jännitteisiin ja riidanaiheisiin sekä jaksamiseen äitinä ja isänä. *Being/Doing*-ulottuvuutta tarkastelemme vanhempien työnjaon kautta erityisesti palkattoman, perheen arkea ylläpitävän hoiva- ja kotityön osalta, kiinnittäen erityistä huomiota isyyteen ja isien osuuteen hoivatyössä.

Kuvaamme ensin lapsiperheiden vanhempien työssäkäyntiä, työsuhteita ja työaikoja. Sen jälkeen tarkastelemme lapsiperheiden toimeentuloa yhtäältä köyhyyseriskin ja toisaalta vanhempien kokemusten valossa. Sitten selvitämme, miten lapsiperheiden vanhempien aika riittää sekä työlle että perhe-elämälle ja miten huolissaan he ovat omasta jaksamisestaan. Seuraavaksi tarkastelemme vanhempien välistä työnjakoa palkattoman hoivatyön ja kotityön tekemisessä. Lopuksi ana-

lysoimme edellä mainittujen kokemusten – toimeentulon, aikapulan ja työnjaon – yhteyttä tyytyväisyyteen parisuhteeseen ja vanhempien jaksamiseen.

Aineistona käytämme THL:n vuoden 2012 Lapsiperhekyselyä. Siihen vastasi 1 834 äitiä ja 1 122 isää, joilla oli kotona alle 18-vuotiaita lapsia (aineistosta tarkemmin ks. Lammi-Taskula & Karvonen 2014).

Äitien ja isien työssäkäynti

Suomalaisten lapsiperheiden vanhemmat tekevät paljon työtä. Kaikista lapsiperheiden äideistä oli vuonna 2012 työssä 76 prosenttia ja isistä 91 prosenttia. Lapsiperheiden äidit ovat työssä lähes yhtä usein kuin samanikäiset lapsettomat naiset (78 %), isät puolestaan selvästi useammin kuin lapsettomat miehet (75 %). Isien työssäolo ei vaihtele lapsen iän mukaan. Sen sijaan ne äidit, joilla on alle kolmivuotiaita lapsia, ovat ansiotyössä muita harvemmin (52 %), koska äidit käyttävät valtaosan perhevapaista. Alle kolmivuotiaiden lasten äideistä työelämässä on vain reilu kolmannes. Vajaa kolmannes on perhevapaalla voimassa olevasta työsuhteesta, ja suunnilleen yhtä suuri osuus äideistä hoitaa lapsia kotona ilman voimassa olevaa työsuhdetta. Jo lapsen täytettyä kaksi vuotta äideistä kuitenkin yli 60 prosenttia on töissä, 3–6-vuotiaiden lasten äideistä töissä on neljä viidesestä ja kouluikäisten lasten äideistä 90 prosenttia. (Pärnänen 2014; Tilastokeskus, Työvoimatutkimus, julkaisemattomia ennakkotietoja.) Työllisyyden ohella hyvinvointiin vaikuttaa se kuinka kiinteä tai sirpaleinen suhde työmarkkinoihin on ja millaisiksi toimeentulon edellytykset näin muodostuvat. Suomessa määräaikaiset työsuhteet ovat olleet naisilla lähes kaksi kertaa yleisempiä kuin miehillä (Lehto & Sutela 2008). Vuonna 2012 määräaikainen työsuhde oli naisista 18,4 prosentilla ja miehistä 12,8 prosentilla. Korkea koulutukseen ei takaa naisille pysyvän työsuhteen saamista. (Tilastokeskus 2012.)

Lapsiperhekyselyn vastaajista määräaikaisessa työsuhteessa oli äideistä 16 prosenttia ja isistä 5 prosenttia. Määräaikaiset työsuhteet olivat yleisempiä alle kouluikäisten lasten perheissä kuin kouluikäisten lasten vanhemmilla. Äideistä runsas kolmannes ja isistä lähes puolet ilmoitti, että epävarmuus oman työsuhteen jatkumisesta on lisääntynyt – varsinkin koululaisperheiden isät pitivät tilannettaan epävarmana (Salmi & Lammi-Taskula 2014a).

Vuonna 2012 osa-aikaisesti työskenteli Suomessa viidennes naisista ja noin kymmenesosa miehistä. Talouskriisin vuosina osa-aikaisesti työskentelevien palkansaajien osuus on kasvanut parilla prosenttiyksiköllä, miehillä hieman vähemmän kuin naisilla. Lapsiperheiden vanhemmat eivät Suomessa yleensä työskentele osa-aikaisesti lapsen hoidon takia lukuun ottamatta aivan pienten lasten äitejä. Vuonna 2011 alle yksivuotiaiden lasten ansiotyössä olevista äideistä lähes puolet oli osa-aikatyössä, yksivuotiaiden äideistä neljännes ja kaksi–kolmivuotiaiden las-

ten äideistä viidennes. Lapsen lähestyessä kouluikää osa-aikatyötä tekevien äitien osuus vähenee edelleen, ja alakouluikäisten lasten äideistä enää 12–14 prosenttia työskentelee osa-aikaisesti. (Melasniemi-Uutela 2012.)

Lapsiperhekyselyn vastaajista osa-aikaisesti työskenteli äideistä 9 prosenttia, isistä 1 prosentti. Alle kouluikäisten lasten äideistä osa-aikaisesti työskenteli 18 prosenttia ja kouluikäisten lasten äideistä 10 prosenttia. Kaikki osa-aikatyötä tekevät isät olivat kouluikäisten lasten isiä. (Salmi & Lammi-Taskula 2014a.)

Lapsiperheiden arjen sujumista määrittelevät paljolti vanhempien työajat ja niiden joustavuus. Lapsiperheiden vanhemmat tekevät pitkiä työpäiviä ja -viikkoja vähintään yhtä yleisesti kuin lapsettomat palkansaajat. Työolotutkimus vuodelta 2008 kertoo, että isät tekivät ylityötä viikoittain useammin (30 %) kuin lapsettomat miehet (27 %). Vajaa kolmannes (30 %) sekä yli 12-vuotiaiden että alle kolmivuotiaiden lasten äideistä teki ylityötä joka viikko. Leikki- ja kouluikäisten (3–11-vuotiaiden) lasten äideillä säännöllisten ylityöiden tekeminen oli hieman harvinaisempaa (27 %). (Lehto & Sutela 2008.)

Lapsiperhekyselyyn vuonna 2012 vastanneista työssäkäyvistä vanhemmista selvästi useampi teki ylityötä säännöllisesti. Isistä lähes puolet ja äideistä reilu kolmannes kertoi tehneensä ylityötä viikoittain. Tavallisin ylityöiden tekemisen muoto niin isillä kuin äideilläkin on tehdä niitä kotona työajan jälkeen. (Salmi & Lammi-Taskula 2014a.)

Kaikkien palkansaajien keskuudessa ylityöiden tekeminen väheni työolobarometrin (Lyly-Yrjänäinen 2013) mukaan 2000-luvun alkuvuosina, mutta on lisääntynyt huomattavasti vuodesta 2010 alkaen. Vuonna 2012 miehistä 61 prosenttia ja naisista 58 prosenttia oli tehnyt ylityötä. Reilu kolmannes ylityöstä korvattiin vapaa-aikana, reilu neljännes rahana ja reilu kymmenesosa tehtiin ilman korvausta.

Suomalaiset palkansaajat voivat melko yleisesti vaikuttaa työnsä aloitus- ja lopetusaikoihin. Työn ja perheen yhteensovittamista tukevat työaikajoustot eivät silti ole kovin yleisiä. Kaikista palkansaajista vain reilu kolmannes naisista ja vajaa puolet miehistä kokee voivansa hyödyntää joustavia työaikoja riittävästi omien tarpeidensa mukaan. (Lehto & Sutela 2008; Ylöstalo & Jukka 2009.)

Lapsiperhekyselyyn vastanneista työssäkäyvistä vanhemmista parhaimmillaankin vain noin puolella oli mahdollisuus käyttää päivittäistä työaikalukumaa. Neljännes isistä ja yksi äiti seitsemästä kertoi etätöyön olevan mahdollista. Isistä kaksi kolmesta mutta äideistä alle puolet sanoi voivansa tarvittaessa hoitaa omia asioita työpäivän aikana. Noin 70 prosenttia vanhemmista katsoo, että työaika joustaa riittävästi perheen tarpeiden mukaan, kolmannes sen sijaan joutuu usein venyttämään työpäiväänsä saadakseen työt tehtyä. (Salmi & Lammi-Taskula 2014b.)

Lapsiperheiden toimeentulo

Suomalaisten lapsiperheiden toimeentulokokemukset jakautuvat kahtia: kahdella viidestä perheestä rahaa jää säästettäväksi, samoin kahdella viidestä perheestä toimeentulossa on eriasteisia hankaluuksia (Salmi ym. 2014). Mitä pienemmät tulot perheellä on, sitä vaikeampaa on ylläpitää nyky-yhteiskunnassa normaalina pidettyä elintasoja ja elämäntapaa. Kun yleinen elintaso nousee, nousevat myös vaatimukset sen suhteen, mitä yhteiskunnassa katsotaan tarvittavan normaaliin elämään. Pienituloisuus estää mahdollisuuksia osallistua tavanomaisiksi katsottuihin toimintoihin.

Taloudellinen eriarvoisuus on läsnä lasten arjessa erityisesti kuluttamisen ja kulutusmahdollisuuksien eroina. Perheen pienituloisuus saattaa johtaa lasten syrjimiseen, ryhmästä sulkemiseen ja kiusaamiseen, kun lapset erottelevat toisiaan esimerkiksi pukeutumisen ja tavaroiden omistamisen pohjalta tai he eivät voi osallistua maksullisiin harrastuksiin (Hakovirta & Rantalaiho 2012).

Jos perheessä kärsitään toimeentulo-ongelmista, vanhempien voimat joutuvat koetukselle ja heidän toimintakykynsä voi laskea. Toimeentulo-ongelmat aiheuttavat vanhemmille masennusta ja ahdistusta, joka heijastuu sekä parisuhteeseen että vanhemmuuden laatuun ja sitä kautta myös lasten hyvinvointiin ja mielenterveyteen (Leinonen 2004).

Köyhyys kietoutuu myös syrjäytymisriskeihin ja sillä on taipumus periytyä. Vanhempien köyhyys lisää lasten riskiä vähäiseen koulutukseen, mielenterveysongelmiin, huostaanottoihin ja pienimuotoiseen rikollisuuteen sekä toimeentuloongelmiin aikuisiässä (Paananen ym. 2102; Paananen & Gissler 2014). Lastensuojelun piirissä olevat lapset ja nuoret tulevat usein köyhistä perheistä, joissa vanhemmilla on heikko kytkentä työelämään (Heino 2007; Hiitola 2008; Saarikallio-Torp ym. 2010; Kestilä ym. 2012).

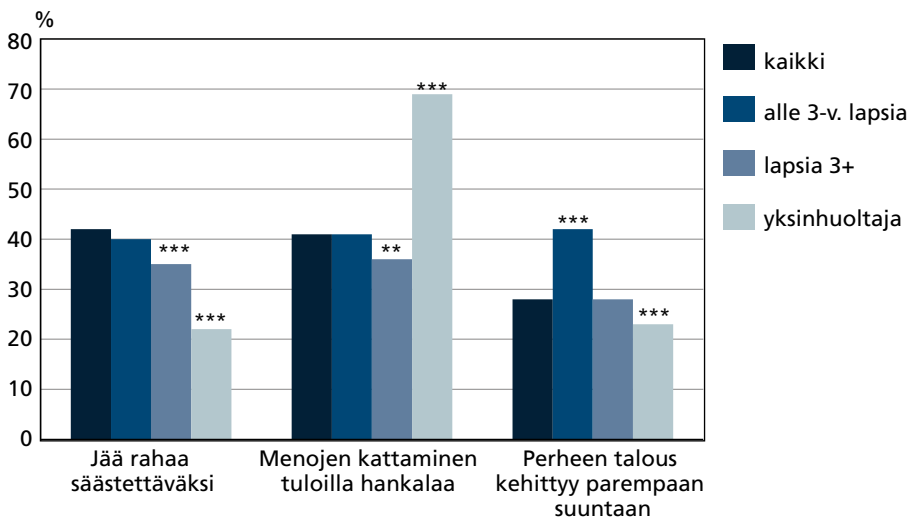
Suuri osa lapsiperheistä on keskituloisia, mutta lapsiperheiden pienituloisuus on pitkällä aikavälillä lisääntynyt. Lapsiperheiden köyhyyden taustalla on työttömyyttä, mutta joka toisessa köyhässä lapsiperheessä huoltaja käy työssä. Toimeentuloa kuormittavat myös työelämän epävarmuus kuten pätkätyöt tai vastentahtoinen osa-aikatyö. (Salmi ym. 2014.)

Köyhät lapsiperheet ovat pitkälle riippuvaisia sosiaaliturvasta: tulonsiirtojen osuus köyhien lapsiperheiden käytettävissä olevista tuloista on noin kolminkertainen muihin lapsiperheisiin verrattuna. Lapsiperheiden tulonsiirrot ovat kuitenkin reaaliarvoltaan alentuneet huomattavasti useiden vuosien aikana, mikä on heikentänyt erityisesti köyhien lapsiperheiden hyvinvointia. (Salmi ym. 2012.)

Lapsiköyhyys, eli köyhiin kotitalouksiin kuuluvien alle 18-vuotiaiden lasten osuus kaikista alle 18-vuotiaista lapsista, alkoi kasvaa 1990-luvun laman myötä ja oli korkeimmillaan 13,7 prosenttia vuonna 2007, jolloin se oli lähes kolminkertainen verrattuna vuoteen 1995. Tämän jälkeen lapsiköyhyys on hitaasti laskenut, ja vuonna 2012 se oli 11,3 prosenttia.² Suhteellisen lapsiköyhyyden aleneminen joh-

tuu väestön keskitulon kasvun hidastumisesta, eikä tarkoita merkittävää muutosta pienituloisten perheiden arjessa, koska alimman tuloviidenneksen kotitalouksissa tulojen kasvu on ollut vähäistä. Alle kolmivuotiaiden lasten perheissä köyhyysriski on suurempi (14,2 %), kun äidit ovat perhevapailla ja väliaikaisesti poissa ansiotyöstä. Köyhyysriski on keskimääräistä suurempi myös monilapsisissa perheissä (13 %) ja varsinkin yksinhuoltajaperheissä (26 %), joissa se on lisääntynyt jyrkästi. Vaikka lapsiköyhyys kääntyi laskuun vuonna 2007, lasten pitkittynyt, vähintään kolme vuotta kestänyt pienituloisuus jatkoi kasvuaan aina vuoteen 2011 asti, jolloin myös se kääntyi laskuun. Pitkittyneesti pienituloisten lasten osuus on kuitenkin edelleen 8,5 prosenttia eli yli kaksinkertainen verrattuna 1990-luvun loppuun, jolloin se oli 3,3 prosenttia. (Salmi ym. 2014.)

Lapsiperheiden vanhempien oma kokemus toimeentulostaan vaihtelee perherakenteen ja perhevaiheen mukaan (Salmi ym. 2014). Yksinhuoltajien taloudellinen tilanne on selvästi muita vaikeampi. Vuoden 2012 lapsiperhekyselyssä kysyttiin, onko menojen kattaminen tuloilla helppoa vai hankalaa. Toimeentuloa tarkasteltiin myös siitä näkökulmasta, jääkö perheellä rahaa säästettäväksi ja ajattelevatko vanhemmat perheen talouden kehittyvän tulevaisuudessa parempaan suuntaan. Toimeentulo oli erittäin tai melko hankalaa lähes kahdella viidestä kyselyyn vastanneesta, mutta yksinhuoltajaperheissä useammalla kuin kahdella kolmesta (kuvio 1). Yksinhuoltajat voivat laittaa rahaa säästöön pahan päivän varalle puolta harvemmin kuin kahden huoltajan perheet, ja he myös odottivat muita harvemmin perheen talouden kehittyvän parempaan suuntaan tulevaisuudessa.



*** tilastollisesti merkitsevä ero perhetyyppien välillä, $p < 0,001$

** tilastollisesti merkitsevä ero lapsiluvun mukaan, $p < 0,01$

KUVIO 1. Lapsiperheiden vanhempien kokemuksia toimeentulosta 2012, %.

Verrattuna yhden tai kahden lapsen perheisiin myös suurempi lapsiluku heikentää hieman mahdollisuutta laittaa rahaa säästöön, mutta tulevaisuuteen suhtaututaan yhtä toiveikkaasti kuin lapsiperheissä keskimäärin.

Alle kolmivuotiaiden lasten vanhempien kokemukset toimeentulosta eivät sen sijaan poikkea paljoakaan kaikkien lapsiperheiden kokemuksista. Kahdelle viidestä jää rahaa säästettäväksi, ja samansuuruinen osuus kokee menojen kattamisen tuloilla hankalaksi.

Lapsiperheiden äitien ja isien kokemuksia toimeentulovaikeuksista ennustavat nuori ikä, matala koulutus ja työelämän ulkopuolella oleminen sekä yksinhuoltajuus. Kun nämä tekijät vakioidaan, pikkulapsivaihe, eli se että perheessä on alle kolmivuotiaita lapsia, ei merkittävästi selitä toimeentulon kokemista hankalaksi. Alle kolmivuotiaiden lasten vanhemmat myös suhtautuivat perheen talouden kehitysnäkyymiin keskimääräistä toiveikkaammin: kun kaikista lapsiperheiden vanhemmista reilu neljäsosa uskoo perheen talouden kehittyvän parempaan suuntaan, alle kolmivuotiaiden vanhemmista osuus on yli 40 prosenttia. (Salmi ym. 2014.)

Vaikka menojen kattaminen tuloilla on monille hankalaa, enemmistöllä lapsiperheistä on lapsiperhekyselyn tulosten mukaan halutessaan varaa syödä lihaa tai kalaa joka toinen päivä ja hankkia uusia vaatteita. Enemmistö perheistä pystyy myös halutessaan maksamaan lapsille viikkorahaa, kustantamaan heille oman huoneen ja maksullisia harrastuksia sekä hankkimaan erilaisia nykyisin tavanomaisena pidettyjä tavaroita kuten kännykän tai tietokoneen. Sen sijaan esimerkiksi huonekalujen hankinta aiheuttaa ongelmia joka toiselle lapsiperheelle, ja vain puolella perheistä on varaa vuosittaiseen lomamatkaan. Erityisesti yksinhuoltajien, mutta myös monilapsisten perheiden kulutusmahdollisuudet ovat kaikilta osin heikommat kuin perheillä keskimäärin. (Mt.)

Työn ja perheen yhteensovittaminen

Lapsiperheen elämä on kiireistä: aika on saatava riittämään niin ansiotyölle, parisuhteelle kuin lasten hoitamiseksi ja kasvattamiseksi. Lapsiperhekyselyyn 2012 vastanneista pienten lasten vanhemmista lähes kolmasosa koki, että heillä on työnsä takia usein tai jatkuvasti liian vähän aikaa lapsilleen. Koululaisperheissä osuus oli reilu viidennes äideistä ja neljännes isistä. Puolison kanssa työstä johtuvaa ajanpuutetta koettiin yhtä yleisesti kuin lasten kanssa. Äitien ja isien välillä ei ollut eroa siinä, miten yleisesti ajanpuutetta lasten kanssa koettiin, mutta koululaisperheissä isät kärsivät työstä johtuvasta ajanpuutteesta puolisonsa kanssa useammin kuin äidit. (Salmi & Lammi-Taskula 2014b.)

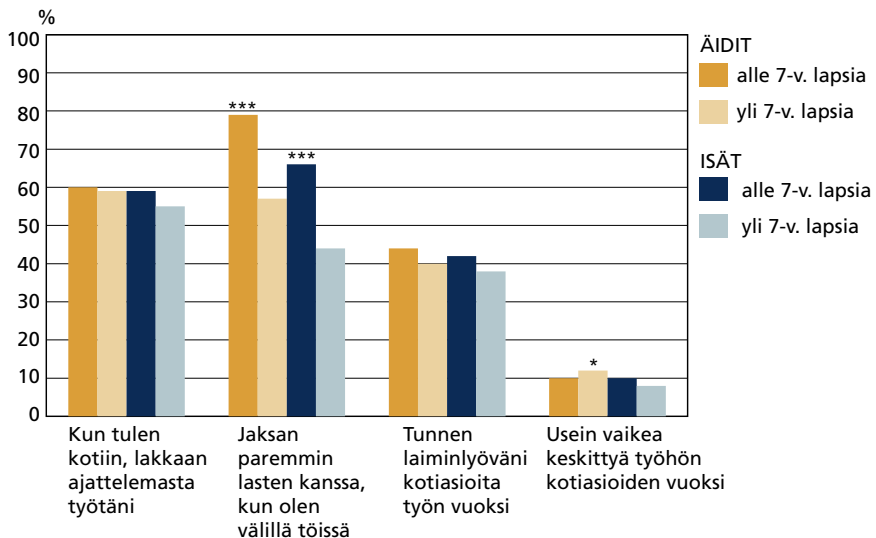
Ei siis ole yllättävää, että monet lapsiperhekyselyyn vastanneet vanhemmat tunsivat laiminlyövänsä kotiasioita työnsä takia (kuvio 2). Näitä tuntemuksia oli yhtä yleisesti sekä äideillä että isillä, niin pienten kuin isompienkin lasten per-

heissä. Yhtä usein (40 %) vanhemmat olivat myös huolissaan omasta jaksamisestaan äitinä tai isänä. Huolta koetaan sekä pikkulapsiperheissä että isompien lasten kanssa, ja äidit ovat huolissaan isää useammin. (Mt.)

Vanhempien huolta jaksamisestaan äitinä tai isänä lisäävät eniten uupumus ja masennus, mutta tärkeä selitys huolelle on myös vanhempien työtilanne. Vanhempien huoli jaksamisestaan on vahvasti yhteydessä työelämän vaativuuteen. Huolen todennäköisyys lisääntyy selvästi, jos työ vie niin paljon aikaa tai voimia, että vanhemmat tuntevat laiminlyövänsä kotiasioita. (Lammi-Taskula & Salmi 2008; Salmi & Lammi-Taskula 2014b.)

Työ kuormittaa perhe-elämää enemmän kuin perhe työelämää (Kinnunen & Mauno 2002; Lammi-Taskula & Salmi 2009). Lapsiperhekyselyyn vastanneista työssäkäyvistä pikkulasten vanhemmista vain joka kymmenes koki, että työhön olisi vaikea keskittyä kotiasioiden vuoksi (kuvio 2). Perhe myös toimii hyvänä vastapainona työlle ja auttaa monia unohtamaan työasiat työpäivän jälkeen: yli puolet äideistä ja isistä sanoi voivansa työstä kotiin palattuun irrottautua työasioista.

Työn ja perheen yhdistämisestä on monille myös iloa, ja työssäkäynti voi puolestaan toimia vastapainona perhe-elämälle. Varsinkin pikkulapsivaiheessa mutta myös koululaisperheissä äidit kokevat jaksavansa paremmin lasten kanssa, kun he ovat myös ansiotyössä, ja enemmistölle heistä työ tarjoaa hengähdystauon perheen hälinästä. Isistäkin huomattava osa ajattelee näin. (Salmi & Lammi-Taskula 2014b.)



*** tilastollisesti merkitsevä ero pikkulasten ja isompien lasten vanhempien välillä, $p < 0,001$

* tilastollisesti merkitsevä ero isompien lasten äitien ja isien välillä, $p < 0,05$

KUVIO 2. Lapsiperheiden vanhempien kokemuksia työn ja perheen yhteensovittamisesta 2012 (pitää täysin tai jokseenkin paikkansa), %.

Työelämän paineet ovat kuitenkin lisääntyneet viime vuosina. Lapsiperhekyse-
lyyn vuonna 2012 vastanneista työssäkävivistä vanhemmista selvä enemmistö ko-
kee työnsä entistä vaativammaksi: työtehtävien määrä on lisääntynyt, työtahti tiu-
kentunut, aikataulut kiristyneet ja henkilöstö vähentynyt suhteessa työmäärään.
Äidit ovat isä useammin kokeneet työtehtävien määrän lisääntyneen ja työtahdin
tiukentuneen. (Mt.)

Kun työ ja perhe asettavat toisilleen ristiriitaisia ajankäyttövaatimuksia, saa
perhe usein antaa tilaa työlle. Ansiotyön ja perhe-elämän yhdistämisen aiheutta-
mat jännitteet ovat lapsiperheissä yleisiä. Lapsiperheiden vanhemmilla tavallinen
ylitöiden tekeminen moninkertaistaa todennäköisyyden kokea laiminlyövänsä ko-
tiasioita. Jos joustava työaika tai etätö ovat käytettävissä, nekään eivät välttämättä
helpota työn ja perheen jännitteitä vaan saattavat jopa lisätä niitä, jos ne lisäävät an-
siotyöhön kokonaisuudessaan käytettyä aikaa. (Salmi & Lammi-Taskula 2011b.)

Vanhempien työnjako

Lasten saamisen myötä pariskunnan on yhdessä opeteltava jakamaan sekä uusia
hoivaan liittyviä tehtäviä että ennestään tuttuja, mutta lisääntyviä kotitöitä. En-
simmäiset vuodet lapsen syntymän jälkeen ovat vanhempien työnjakokäytäntö-
jen kehittymisen kannalta ratkaisevia. Ennen lapsen syntymää kotitöiden jako on
tasaisempaa kuin sen jälkeen (Sutela 2007), ja eroriski on suurimmillaan parin
ensimmäisen lapsiperhevuoden aikana (Kartovaara 2007). Kotitöiden jakaminen
on pikkulapsiperheissä yleisin riidanaihe, jossa punnitaan kokemusta oikeuden-
mukaisuudesta (Salmi & Lammi-Taskula 2014). Noin puolet kahden vanhemman
perheiden äideistä kokee olevansa liikaa vastuussa kotitöistä ainakin silloin tällöin,
isistä yksi kymmenestä (Kiianmaa 2012).

Isien osallistuminen lastenhoitoon ja kotitöihin on vähitellen lisääntynyt viime
vuosikymmenten kuluessa (Niemi & Pääkkönen 2001; Melkas 2004; Nieminen
2008; Miettinen 2008; Kiianmaa 2012; Miettinen & Rotkirch 2012). Silti kahden
huoltajan lapsiperheissä äitien ja isien välinen työnjako on edelleen varsin epäta-
saista. Äidit pitävät pitkiä vanhempain- ja hoitovapaita, isät kestoltaan lyhyempiä
isyy vapaita (Lammi-Taskula 2007; Hämäläinen & Takala 2007; Salmi ym. 2009;
Lammi-Taskula & Salmi 2013). Kun äiti on kotona lapsen kanssa, hän hoitaa usein
melko itsestään selvästi myös päivittäisiä kotitöitä, mutta äidin palattua töihin
työnjaon muuttaminen vaatii tietoista valintaa ja neuvottelua (Närvi 2014).

Tilastokeskuksen ajankäyttötutkimuksen tietojen perusteella ansiotyössä käy-
vät äidit käyttivät vuonna 2010 kotitöihin keskimäärin runsaat kaksi tuntia työ-
päivinä ja runsaat 4,5 tuntia viikonloppuisin. Isät tekivät kotitöitä noin puolitoista
tuntia työpäivinä ja 3,5 tuntia viikonloppuisin. Lastenhoitoon kului alle koulu-
ikäisten lasten perheissä ansiotyössä olevilta äideiltä arkisin noin puolitoista tun-
tia ja isiltä hieman yli tunti. (Miettinen & Rotkirch 2012.)

Tasa-arvobarometrin (Kiianmaa 2012) tulokset kertovat, että kaikkein sukupuolisidonnaisimpia kotitöitä kahden huoltajan lapsiperheissä ovat pääasiassa äitien vastuulla olevat pyykinpesu ja silittäminen sekä pääosin isien vastuulla olevat kulkuneuvojen huolto ja muut huoltotyöt. Tasaisimmin äitien ja isien kesken jaetaan lasten kanssa seurustelu ja leikkiminen sekä lasten kuljettaminen päiväkotiin, kouluun tai harrastuksiin. Verrattuna kymmenen vuoden takaiseen työnjakoon isien osuus on lisääntynyt erityisesti päivittäisostosten tekemisessä ja ruuanlaitossa.

Myös Lapsiperhekyselyyn vastanneissa perheissä vanhempien työnjako oli tasaisempaa lastenhoidossa kuin kotitöissä (Lammi-Taskula & Salmi 2014). Leikki-ikäisten lasten vanhemmista kaksi kolmesta äidistä ja kolme neljästä isästä vastasi vanhempien leikkivän lasten kanssa yhtä paljon. Pyykinpesu sen sijaan oli pääosin äidin vastuulla noin 80 prosentissa perheistä, siivous ja ruuanlaitto noin puolessa perheistä.

Parisuhde

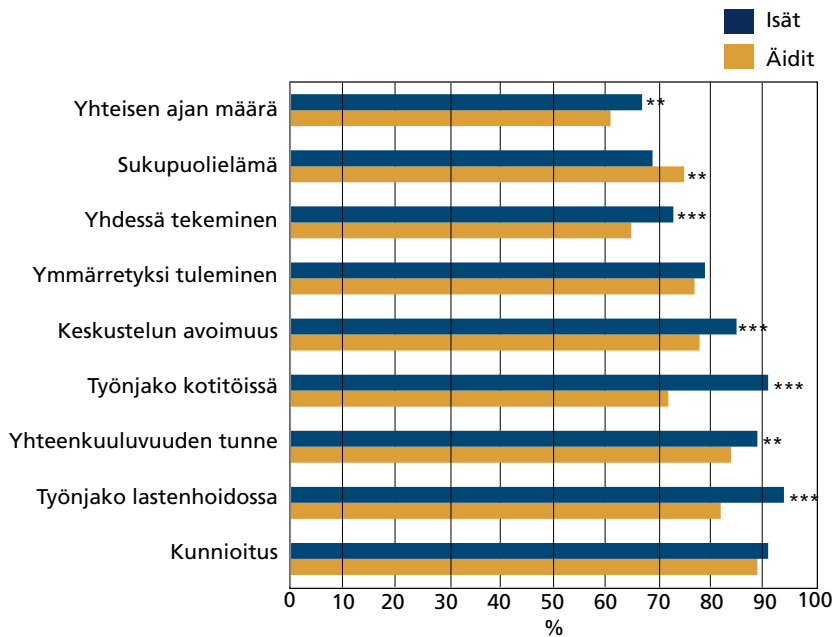
Suomalaiset kertovat kyselyissä olevansa varsin onnellisia parisuhteessaan. Vähintään melko onnelliseksi parisuhteensa ilmoittaa yli 80 prosenttia niin miehistä kuin naisistakin. Onnellisen parisuhteen peruslähtökohtia ovat tunne suhteen oikeudenmukaisuudesta, hyvä kommunikaatio sekä tyydyttäväksi koettu seksielämä. (Kontula 2009.)

Lapsiperheiden vanhemmat ovat tyytyväisiä molemminpuoliseen kunnioitukseen ja yhteenkuuluvuuden tunteeseen parisuhteessaan, tyytymättömyys puolestaan liittyy yleisimmin yhteisen ajan puutteeseen (kuvio 3). Kun lapset kasvavat, kasvaa myös vanhempien tyytyväisyys yhteisen ajan määrään ja yhdessä tekemiseen. Isät ovat äitejä useammin tyytyväisiä työnjakoon niin lastenhoidossa kuin kotitöissäkin, äidit puolestaan ovat isää yleisemmin tyytyväisiä seksielämään. Verrattuna pikkulapsivaiheeseen, kouluikäisten lasten perheissä äitien ja isien välinen ero tyytyväisyydessä yhtäältä sukupuolielämään ja toisaalta kotitöiden jakamiseen on jonkin verran tasoittunut. (Lammi-Taskula & Salmi 2009; Lammi-Taskula & Salmi 2014.)

Lapsiperheiden vanhempien koulutustaso heijastuu parisuhdetyytyväisyyteen. Vähemmän koulutetut isät ovat korkeasti koulutettuja tyytyväisempiä erityisesti yhteenkuuluvuuden tunteeseen ja molemminpuoliseen kunnioitukseen puolisoitten välillä. Korkeakoulutetut äidit ovat puolestaan muita äitejä tyytyväisempiä keskusteluun, yhdessä tekemiseen ja ymmärretyksi tulemiseen parisuhteessaan. (Lammi-Taskula & Salmi 2014.)

Kotitöiden jakamiseen liittyvä kiistely heikentää lapsiperheiden vanhempien tyytyväisyyttä omaan parisuhteeseensa. Usein toistuvat kiistat ovat erityisesti yhteydessä siihen, että parisuhteessa on liian vähän yhteistä aikaa ja keskustelua, eivätkä puoliset koe tulevansa ymmärretyksi. (Lammi-Taskula & Salmi 2009.)

Lastenhoidon ja kotitöiden tasainen jakaminen äidin ja isän välillä heijastuu myönteisesti parisuhteeseen. Vauvaperheissä on merkitystä sillä, että isä pitää lap-



*** tilastollisesti merkitsevä ero sukupuolten välillä, $p < 0,001$

** tilastollisesti merkitsevä ero sukupuolten välillä, $p < 0,01$

KUVIO 3. Lapsiperheiden vanhempien kokemuksia parisuhteesta 2012 (erittäin tai melko tyytyväinen), %.

sen syntyessä täyden kolmen viikon isyysvapaan (Lammi-Taskula & Salmi 2009). Äidit, joiden puoliso oli ollut kolme viikkoa isyysvapaalla, ovat muita tyytyväisempiä työnjakoon kotitöissä. Kolmen viikon isyysvapaan pitäneet isät ovat puolestaan muita isiä useammin tyytyväisiä molemminpuoliseen kunnioitukseen ja ymmärretyksi tulemiseen omassa parisuhteessaan. Lasten kasvaessa arjessa usein toistuvien kotitöiden, kuten ruuanlaiton, pyykinpesun ja siivouksen, jakaminen tasaisesti vanhempien kesken yhdistyy sekä äitien että isien kokemuksessa parempaan keskinäiseen ymmärretyksi tulemiseen, yhdessä tekemiseen ja myös tyytyväisyyteen sukupuolielämään (Lammi-Taskula & Salmi 2014).

Toimeentulon, työnjaon ja aikapulan yhteys vanhempien voimavaroihin

Tarkastelemme seuraavaksi vuoden 2012 Lapsiperhekyselyn pohjalta lapsiperheiden äitien ja isien kokemuksia hyvinvoinnin eri ulottuvuuksista kahden vanhemman perheissä (taulukko 1). Perheen ihmissuhteita kuvaamme yhtäältä parisuhdetyytyväisyyteen ja toisaalta äitinä tai isänä jaksamiseen liittyvien vastausten avulla. Toimeentulokokemuksia heijastavat vastaukset siihen, onko menojen kattaminen tuloilla hankalaa tai helppoa. Puolisoiden työnjakoa tarkastelemme sen

TAULUKKO 1. Äitien ja isien kokemukset hyvinvoinnista kahden vanhemman lapsiperheissä, %

	Äidit	Isät	p
Menojen kattaminen tuloilla hankalaa	35	35	ns
Puolisot huolehtivat yhtä paljon ruuanlaitosta arkisin	22	27	0,003
Usein omasta työstä johtuvaa aikapulaa puolison kanssa	19	25	0,000
Tyytyväinen molemminpuoliseen kunnioitukseen parisuhteessa	45	47	ns
Huolissaan jaksamisesta vanhempana	39	32	0,001
N	1 378	1 018	

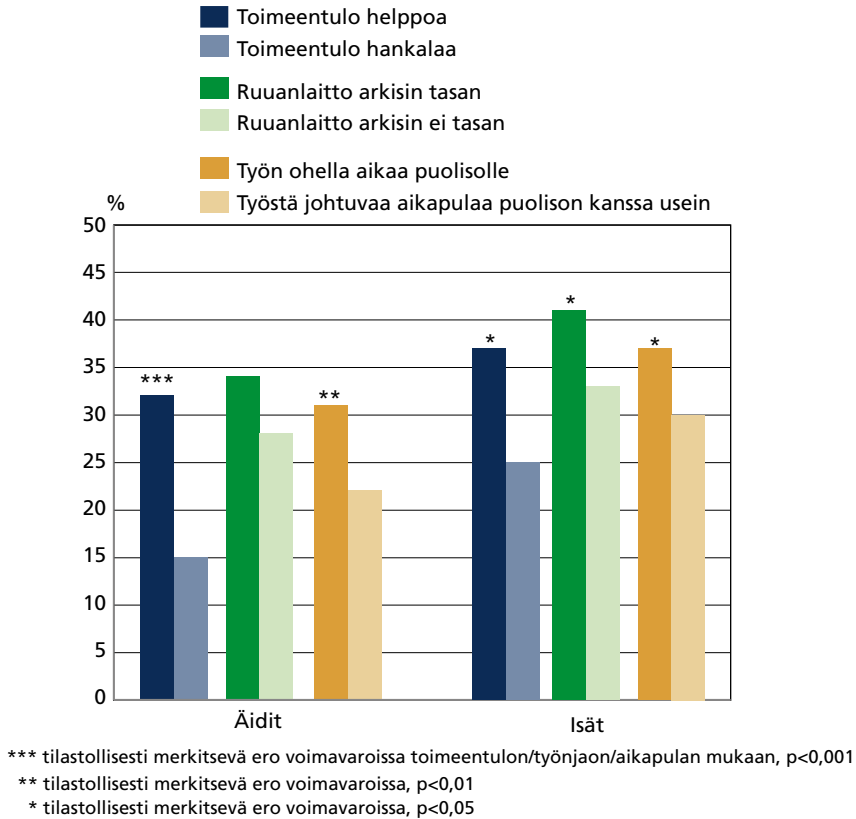
p = äitien ja isien välisen eron merkitsevyys

valossa, huolehtivatko he yhtä paljon ruuanlaitosta arkisin vai kantaako jompi-kumpi suuremman vastuun. Aikapulan kokemusta kuvaa, onko vastaaja viettänyt työnsä takia usein tai jatkuvasti vähemmän aikaa puolisonsa kanssa kuin haluaisi – yhteisen ajan vähäisyys on riski parisuhteelle (kuvio 3).

Toimeentulon koki hankalaksi reilu kolmasosa kahden vanhemman perheiden äideistä ja isistä. Noin neljännes isistä ja viidennes äideistä kertoi, että vanhemmat huolehtivat yhtä paljon ruuanlaitosta arkisin. Työstä johtuvaa ajanpuutetta puolison kanssa koki joka neljäs isä ja joka viides äiti. Lähes puolet lapsiperheiden vanhemmista oli erittäin tyytyväisiä molemminpuoliseen kunnioitukseen parisuhteessaan. Kolmannes isistä ja kaksi viidestä äidistä oli huolissaan omasta jaksamisestaan vanhempana.

Seuraavaksi tarkastelemme hyvinvoinnin eri ulottuvuuksien keskinäisiä suhteita. Yhdistimme parisuhteen tyytyväisyyttä ja vanhempana jaksamista kuvaavat muuttujat vanhempien voimavaroja kuvaavaksi dikotomiseksi muuttujaksi siten, että voimme erotella muista ne vastaajat, jotka ovat sekä erittäin tyytyväisiä parisuhteeseensa että eivät kovin huolissaan omasta jaksamisestaan vanhempana. Selitämme voimavarojen kokemista toimeentulon, työnjaon ja aikapulan kokemuksilla (kuvio 4). Tarkastelemme yhteyksiä erikseen äitien ja isien osalta, koska sukupuolten välillä on selkeitä eroja hyvinvoinnin ulottuvuuksien jakautumisessa.

Toimeentulokokemusten yhteys parisuhteeseen ja vanhemmuuteen on selvä: voimavaroja oli vähemmän silloin, jos toimeentulo koettiin hankalaksi. Vaikka äideillä ja isillä oli yhtä usein kokemuksia toimeentulo-ongelmista, oli niiden yhteys voimavaroihin äideillä voimakkaampi kuin isillä. Myös kotitöiden jakaminen tasaisesti vanhempien kesken, samoin kuin työn ja perheen hyvä yhteensovittaminen, olivat yhteydessä parempiin voimavaroihin sekä äideillä että isillä. Voimavaroja oli enemmän niillä, jotka huolehtivat yhtä paljon ruuanlaitosta arkipäivisin sekä niillä, jotka kokivat viettävänsä työn ohella riittävästi aikaa puolison kanssa. Vastaavasti toimeentulon kokeminen vaikeaksi, ruuanlaiton jääminen enemmän toisen vanhemman vastuulle sekä usein koettu työstä johtuva aikapula puolison kanssa vähensivät sekä äitien että isien kokemia voimavaroja parisuhteessa ja vanhemmuudessa.



KUVIO 4. Äitien ja isien kokemus hyvistä voimavaroista suhteessa toimeentulo-kokemuksiin, puolisoiden työnjakoon ja yhteisen ajan riittävyteen kahden vanhemman perheissä, %. (Voimavarat: "Olen tyytyväinen molemminpuoliseen kunnioitukseen parisuhteessa, enkä ole huolissani jaksamisestani vanhempana".)

Hyvinvoinnin yhteen kietoutuvat ulottuvuudet

Lapsiperheiden vanhemmat tekevät paljon työtä: pienten lasten äitejä lukuun ottamatta heidän työllisyysasteensa on muuta väestöä korkeampi ja harvat tekevät osa-aikatyötä. Sen sijaan ylityöt ovat yleisiä. Ei siis ole ihme, että monet kokevat viettävänsä työnsä takia vähemmän aikaa perheen kanssa kuin haluaisivat. Työsäkäynti on useimmille välttämättömyys perheen toimeentulon turvaamiseksi. Työsäkäynti vähentääkin selvästi köyhyysriskiä. Silti toimeentulo on tiukkaa ja menojen kattaminen tuloilla hankalaa kahdella viidestä lapsiperheestä, erityisesti yksinhuoltajaperheissä mutta myös monilapsisissa perheissä. Yleisesti ottaen vuonna 2008 alkanut talouskriisi ei syksyyn 2012 mennessä ollut heikentänyt lapsiperheiden vanhempien työllisyyttä, koska äitien ja isien työttömyys oli selvästi vähäisempää kuin lapsettomiin miesten ja naisten. Myöskään kokemukset toimeentulosta eivät olleet talouskriisin vuosina muuttuneet: toimeentulo oli syksyllä 2012 hankalaa samoissa ryhmissä kuin ennen talouskriisiä, eli erityisesti yksinhuoltaja- mutta myös monilapsisissa perheissä, ja suunnilleen sama osuus

erilaisista perheistä koki toimeentulovaikkeitä kuin ennen talouskriisiä. Uskoa perheen talouden kehittymisestä parempaan suuntaan talouskriisi kuitenkin on vähentynyt. Viime vuosina arviot tulevaisuuden näkymistä ovat heikentyneet kaikkien lapsiperheiden vanhempien keskuudessa, olivatpa he työssäkäyviä, työttömiä tai eri syistä työelämän ulkopuolella.

Lapsiperheiden toimeentulon tukeminen esimerkiksi korjaamalla lapsiperheiden tulonsiirtojen jälkeensä jääneisyyttä on tärkeää, koska köyhyys on yhteydessä lasten syrjäytymisriskeihin ja taipuvaista periytymään. Lapsiperheiden toimeentulosta tinkiminen aiheuttaa näin yhteiskunnalle kustannuksia pitkällä tähtäimellä.

Lapsiperheiden vanhemmat yrittävät selviytyä arjesta päivä kerrallaan ansio-työn, toimeentulon ja perhe-elämän asettamien vaatimusten keskellä. Työssäkäynti antaa monille voimavaroja perheen kanssa toimimiseen, mutta äitien ja isien huoli jaksamisestaan vanhempina liittyy usein työelämän kuormittavuuteen. Myös uupumus johtuu usein työstä. Työelämän vaativuuden kasvu heijastuu lisääntyvinä ylityinä, jotka puolestaan lisäävät työn ja perheen välisiä jännitteitä. Yksi lapsiperheiden hyvinvoinnin avainkysymyksistä onkin miten vanhempien aika ja voimat riittävät sekä työhön että perheelle. Työnteon organisoimisen tapa on tässä avainasemassa. Työn ja vanhemmuuden yhteensovittamista edistävillä ratkaisuilla sekä perhepoliittisin toimin että erityisesti työpaikoilla näyttäisi siis olevan oleellinen merkitys vanhempien jaksamisen tukemisessa ja huolen hälventämisessä (vrt. Drobnič 2011).

Puolisoiden välinen työnjako on keskeinen tekijä vanhempien jaksamisen ja myös parisuhdetyytyväisyyden kannalta. Lastenhoidon ja kotitöiden epätasainen jakaminen kuormittaa erityisesti äitejä ja saa heidät huolestumaan omasta jaksamisestaan. Puolisoiden keskinäinen tuki ja oikeudenmukaiseksi koettu työnjako auttavat selviytymään lapsiperheen arjessa. Pikkulasten vanhempien elämäntilaa ja kokemusmaailmaa luonnehtii kuitenkin edelleen pitkälti sukupuolittunut työnjako palkkatyön ja palkattoman hoiva- ja kotityön välillä. Vaikka eriytyneet työnjako lastenhoidossa ja kotitöissä voi selkiyttää ja helpottaa arkea, se myös eriyttää puolisoiden kokemusmaailmaa toisistaan. Käsitukset ja odotukset työnjaosta ovat äideillä ja isillä jossain määrin erilaisia, mikä aiheuttaa myös riitoja puolisoiden välille. Riidat kuormittavat parisuhdetta ja saattavat heijastua myös lasten hyvinvointiin. Tasaisempi kotitöiden jakaminen puolestaan yhdistyy suurempaan tyytyväisyyteen parisuhteessa ja sitä kautta koettuun hyvinvointiin ja myös jaksamiseen äitinä ja isänä. Tasaisemman työnjaon perustaa luodaan pikkulapsivaiheessa, ja sitä voidaan tukea vahvistamalla isien osuutta perhevapaiden käyttäjinä ansiosidonnaista isyysvapaata pidentämällä (vrt. Kitterød 2013).

Yksinhuoltajilla ei ole puolison tukea arjen pyöryksessä jaksamiselle, ja toimeentulokin on tiukempaa, kun käytettävissä on vain yhden vanhemman tulot. Niin lasten ja perheiden palveluissa kuin työpaikkojen käytännöissäkin olisi hyvä löytää yhdessä äitien ja isien kanssa keinoja tukea jaksamista. Näin vahvistettaisiin vanhempien ja lasten hyvinvointia ja sen myötä lasten tasapainoisen kasvun ja kehityksen edellytyksiä ja samalla nykyisen ja tulevan työvoiman työkykyä.

Viitteet

- 1 Artikkelin perustuu kirjoittajien Lapsiperheiden hyvinvointi 2014 -kirjaan laatimiin lukuihin lapsiperheiden toimeentulosta, vanhempien osallistumisesta työelämään, työn ja perheen yhteensovittamisesta sekä vanhempien työnjaosta ja tyytyväisyydestä parisuhteeseensa (Lammi-Taskula & Karvonen, toim. 2014). Artikkelin tarkoituksena on tiiviisti koota tutkimustuloksia lapsiperheiden hyvinvoinnin eri puolista vanhempien näkökulmasta. Uutta antia artikkelissa on analyysi arjen eri hyvinvointitekijöiden – toimeentulon, työnjaon ja aikapulan – yhteydestä vanhempien voimavaroihin.
- 2 Tässä artikkelissa köyhyysraja on laskettu tuloista, joihin sisältyvät myös laskennalliset tuloerät (ks. Salmi ym. 2014). Siksi lapsiköyhyyttä kuvaava prosenttiluku ei ole sama kuin virallisessa tilastossa viitevuodesta 2011 alkaen käytetyn rahatulokäsitteen pohjalta laskettu lapsiköyhyyssaste. Tässä käytetyt luvut ovat sen sijaan vertailukelpoisia 2000-luvun kuluessa lapsiköyhyydestä käydyssä keskustelussa käytettyjen lukujen kanssa.

Lähteet

- Allardt, Erik (1976) Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Porvoo: WSOY.
- Allardt, Erik (1993) Having, Loving, Being: An Alternative to the Swedish Model of Welfare Research. Teoksessa Martha Nussbaum & Amartya Sen (toim.) The Quality of Life. Oxford: Clarendon Press.
- Drobnič, Sonja (2011) Introduction: Job Quality and Work-Life Balance. Teoksessa Drobnič, Sonja & Guillén, Ana (toim.) Work-Life Balance in Europe. The Role of Job Quality. Palgrave Macmillan, 1–14.
- Hakovirta, Mia & Rantalaiho, Minna (2012) Taloudellinen eriarvoisuus lasten arjessa. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 124. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Heino, Tarja (2007) Keitä ovat uudet lastensuojelun asiakkaat? Työpaperiä 30/2007. Helsinki: Stakes.
- Hiitola, Johanna (2008) Selvitys vuonna 2006 huostaanotetuista ja sijaishuoltoon sijoitetuista lapsista. Työpaperiä 21/2008. Helsinki: Stakes.
- Hämäläinen, Ulla & Takala, Pentti (2007) Isien perhevapaat ja tasa-arvo. Teoksessa Lilja, Reija & Asplund Rita & Kauppinen Kaisa (toim.) Perhevapaavalinnat ja perheväpöiden kustannukset. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 22–45.
- Kartovaara, Leena (2007) Suomalainen lapsi 2007. Helsinki: Tilastokeskus.
- Kestilä, Laura & Paananen, Reija & Väisänen, Antti & Muuri, Anu & Merikukka, Marko & Heino, Tarja & Gissler, Mika (2012) Kodin ulkopuolelle sijoittamisen riskitekijät. Rekisteripohjainen seuranta tutkimus vuonna 1987 syntyneistä. Yhteiskuntapolitiikka 77(2012):1, 34–52.
- Kiianmaa, Nelli (2012) Tasa-arvobarometri 2012. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus.
- Kinnunen, Ulla & Mauno, Saija (2002) Työ ja perhe-elämä vanhempien ja lasten näkökulmasta. Teoksessa Rönkä, Anna & Kinnunen, Ulla (toim.) Perhe ja vanhemmuus. Suomalainen perhe-elämä ja sen tukeminen. PS-kustannus, Keuruu, 99–118.
- Kitterød, Ragni Hege (2013) Mer familiearbeid og mindre jobb blant småbarnsfedre. Teoksessa Brandth, Berit & Kvande, Elin (red.): Fedrekvoten og den farsvennlige velferdsstaten. Oslo: Universitetsforlaget, 42–59.
- Kontula, Osmo (2009) Parisuhdeonnan avaimet ja esteet. Perhebarometri 2009. Väestöntutkimuslaitos – Katsauksia E 38/2009. Helsinki: Väestöliitto.
- Lammi-Taskula, Johanna (2007) Parental leave for fathers? Gendered conceptions and practices in families with young children in Finland. Research report 166. Helsinki: Stakes.
- Lammi-Taskula, Johanna & Salmi, Minna (2009) Työ, perhe ja hyvinvointi. Teoksessa Lammi-Taskula, Johanna & Karvonen, Sakari & Ahlström, Salme (toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi 2009. Helsinki: THL, 38–47.
- Lammi-Taskula, Johanna & Salmi, Minna (2014) Työnjako ja tyytyväisyys parisuhteeseen pikkulapsiperheissä. Teoksessa Lammi-Taskula, Johanna & Karvonen, Sakari (toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Helsinki: THL, 72–81.
- Lammi-Taskula, Johanna & Salmi, Minna (2013) Perhevapaat ja sukupuolten tasa-arvo. Teoksessa Pietiläinen, Marjut (toim.): Työ, talous ja tasa-arvo. Helsinki: Tilastokeskus, 187–194.

- Lammi-Taskula, Johanna & Karvonen, Sakari (toim.) (2014) Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Helsinki: THL.
- Lehto, Anna-Maija & Sutela, Hanna (2008) Työolojen kolme vuosikymmentä. Työolo-tutkimusten tuloksia 1977–2008. Helsinki: Tilastokeskus.
- Leinonen, Jenni (2004) Families in Struggle – Child Mental Health and Family Well-being in Finland During the Economic Recession of the 1990s: The Importance of Parenting. Helsinki: Kasvatustieteellinen tiedekunta, Helsingin yliopisto.
- Lyly-Yrjänäinen, Maija (2013) Työolobarometri. Syksy 2012. Työ ja yrittäjyys 24/2013. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Melasniemi-Uutela, Heidi (2012) Pienten lasten vanhempien kiinnittyminen työelämään tilastojen valossa. Esitys Sosiaali- ja terveysministeriön Kotihoidon tuen ja lasten hoitojärjestelmän joustavuuden edistämistä selvittävän työryhmän kokouksessa 9.11.2012
- Melkas, Tuula (2004) Tasa-arvobarometri 2004. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Miettinen, Anneli & Rotkirch, Anna (2012) Yhteistä aikaa etsimässä. Lapsiperheiden ajankäyttö 2000-luvulla. E 42. Helsinki: Väestöliitto.
- Niemi, Iiris & Pääkkönen, Hannu (2001) Ajan käytön muutokset 1990-luvulla. Helsinki: Tilastokeskus.
- Nieminen, Tarja (2008) Tasa-arvobarometri 2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Närvi, Johanna (2014) Määräaikainen työ, vakituinen vanhemmuus. Sukupuolistuneet työurat, perheellistyminen ja vanhempien hoivaratkaisut. Tutkimus 122:2014. Helsinki: THL.
- Paananen, Reija & Ristikari, Tiina & Merikukka, Marko & Rämö, Antti & Gissler, Mika (2012) Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallinen syntymäkohortti 1987 -tutkimusaineiston valossa. Raportti 52/2012. Helsinki: THL. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-696-0>
- Paananen, Reija & Gissler, Mika (2014) Hyvinvointi ulottuu yli sukupolvien. Teoksessa Lammi-Taskula, Johanna & Karvonen, Sakari (toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Helsinki: THL.
- Pärnänen, Anna (2014) Kotihoidon tuen puolituksella vähäinen vaikutus. Tilastokeskus, Tieto & trendit blogi 24.3.2014. <http://tietotrenditblogi.stat.fi/kotihoidontuen-puolituksella-v%C3%A4h%C3%A4inen-ty%C3%B6llisyysvaikutus/>
- Saarikallio-Torp, Miia & Heino, Tarja & Hii-lamo, Heikki & Hytti, Helka & Rajavaara, Marketta (2010) Lapsen huostassa, vanhemmat ahdingossa. Teoksessa Hämäläinen, Ulla & Kangas, Olli (toim.) Perhepiirissä. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 236–264.
- Salmi, Minna & Lammi-Taskula Johanna & Närvi, Johanna (2009) Perhevapaat ja työelämän tasa-arvo. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö, Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 24/2009.
- Salmi, Minna & Lammi-Taskula, Johanna (2011a) Job Quality, Work-Family Tensions and Well-Being: The Finnish Case. Teoksessa Drobnič, Sonja & Guillén, Ana (toim.) Work-Life Balance in Europe. The Role of Job Quality. Palgrave Macmillan, 120–146.
- Salmi, Minna & Lammi-Taskula, Johanna (2011b) Joustoa työn vai perheen hyväksi? Teoksessa Pietikäinen, Petteri (toim.) Työstä, jouta ja jaks. Työn ja hyvinvoinnin tulevaisuus. Helsinki: Gaudeamus, 155–167.
- Salmi, Minna & Lammi-Taskula Johanna (2014a) Lapsiperheiden vanhemmat työelämässä. Teoksessa Lammi-Taskula, Johanna & Karvonen, Sakari (toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Helsinki: THL, 26–35.
- Salmi, Minna & Lammi-Taskula Johanna (2014b) Työn ja perheen yhteensovittaminen. Teoksessa Lammi-Taskula, Johanna & Karvonen, Sakari (toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Helsinki: THL, 38–51..
- STM (2013) Lapsi- ja perhepolitiikka Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 9. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Salmi, Minna & Sauli, Hannele & Lammi-Taskula, Johanna (2012) Lasten ja lapsiperheiden asema nyky-Suomessa. Teoksessa Söderholm, Annlis & Kivitie-Kallio, Satu (toim.) Lapsen kaltoinkohtelu. Helsinki: Duodecim, 22–47.
- Salmi, Minna & Sauli, Hannele & Lammi-Taskula, Johanna (2014) Lapsiperheiden toimeentulo. Teoksessa Lammi-Taskula, Johanna & Karvonen, Sakari (toim.) Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Helsinki: THL, 82–104.
- Sutela, Hanna (2007) Työ, hoiva ja perhe. Teoksessa Sutela, Hanna & Lehto, Anna-Maija: Tasa-arvo työn takana. Helsinki: Tilastokeskus, 5–59.
- Tilastokeskus (2012) Työvoimatutkimus. Työllisyys ja työttömyys 2011. SVT, Työmarkkinat 2012. Helsinki: Tilastokeskus.
- Ylöstalo, Pekka & Jukka, Pirkko (2009) Työolobarometri. Lokakuu 2008. Työ ja yrittäjyys 33/2009. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.

Nuorten aikuisten syrjäytymisvaaraan liittyvä huono-osaisuus

Nuorten syrjäytymisen ehkäisy ja hyvinvointierojen kaventaminen ovat olleet tärkeitä hyvinvointipoliittisia tavoitteita jo pitkään. Erityisesti kouluttamattomien nuorten (vain perusasteen koulutuksen suorittaneiden) on katsottu olevan syrjäytymisen riskissä. Tässä artikkelissa tarkastellaan monipuolisesti 18–30-vuotiaiden nuorten aikuisten hyvinvointia ja sen kehitystä kymmenen viime vuoden aikana. Pääpainona on kouluttamattomien nuorten aikuisten hyvinvointi verrattuna koulutetumpiin ikätovereihinsa. Tulosten mukaan syrjäytymisvaarassa olevat nuoret ovat muita huono-osaisempia useimmilla hyvinvoinnin osa-alueilla. Merkittävimmät hyvinvointivajeet liittyvät toimeentuloon, työllisyyteen ja terveydentilaan. Kouluttamattomien nuorten aikuisten huono-osaisuus näyttäisi myös olevan melko pysyvää, sillä koulutusryhmien välisissä hyvinvointieroissa on tapahtunut kymmenen vuoden aikana vain vähän muutoksia.

Nuorten syrjäytymisen ehkäisy ja hyvinvointierojen kaventaminen ovat olleet päätöksentekijöiden voimaperäisen kiinnostuksen kohteena jo pitkään. Esimerkiksi Matti Vanhasen II hallitus toteutti poikkihallinnollista *Lasten, nuorten ja perheiden hyvinvoinnin politiikkaohjelmaa*, jossa kiinnitettiin huomiota syrjäytymisen ehkäisyyn ja pahoinvoinnin vähentämiseen. Jyrki Kataisen hallitus puolestaan käynnisti nuorisotakuun, joka lupaa, että jokaiselle alle 25-vuotiaalle ja alle 30-vuotiaalle vastavalmistuneelle tarjotaan työ-, harjoittelu-, opiskelu-, työpaja- tai kuntoutuspaikka viimeistään kolmen kuukauden kuluessa työttömäksi joutumisesta (Työ- ja elinkeinoministeriö 2012). Nuorisotakuu on joukko eri tahoille kohdistuvia toimenpiteitä, joista rahoitusosuuksien perusteella tärkeimmät ovat koulutustakuu, nuorten työllistämistä suoraan tukevat toimet sekä nuorten aikuisten osaamisohjelma. Lisäksi rahoitusta kohdennetaan etsivään nuorisotyöhön ja työpajatoimintaan sekä pääsyn helpottamiseksi ammatillisen koulutukseen. Vuositasolla toimenpiteen rahoitustasoksi on suunniteltu noin 60 miljoonaa euroa.

Valtioneuvosto, eduskunta ja yksittäiset ministeriöt ovat lisäksi tilanneet useita selvityksiä, joissa on kartoitettu lasten, nuorten ja heidän perheidensä huono-osaisuutta ja niihin vaikuttavia toimia. Yksin vuonna 2013 näitä ilmestyi kolme kappaletta (Notkola ym. 2013; Ristolainen ym. 2013; Sipilä & Österbacka 2013). Viimeisimpänä toukokuussa 2014 eduskunnan tarkastusvaliokunta antoi mietinnön nuorten syrjäytymisestä, jossa edellytetään muun muassa lasten, nuorten ja perheiden ongelmien ennalta ehkäisyn painopisteen siirtämistä mahdollisimman varhaiseen vaiheeseen, kun sosiaali- ja terveystalouselu-järjestelmää kehitetään (TrVM 1/2014 vp). Myös nuorisotakuun vaikuttavuutta on ehditty arvioida. Valtiontalouden tarkastusvaliokunta totesi, että ensimmäisen vuoden aikana nuorisotakuun toteuttamiseen vaikutti suuresti hankala taloudellinen tilanne, joka lisäsi työttömien nuorten määrää, minkä vuoksi työllisyysvaikutukset jäivät vähäisiksi (VTV 2014).

Vaikka suuri osa tehdystä selvitystyöstä korostaa laadukkaiden peruspalvelujen ja oikea-aikaisen ennalta ehkäisevän toiminnan merkitystä, kysymys nuorten huono-osaisuudesta näyttää kiertyvän paljolti kouluttamattomien tai vain pakollisen oppivelvollisuuden suorittaneiden nuorten työllistymisen ongelmiin. Tässä keskustelussa syrjäytyminen on vakiintunut tarkoittamaan työtä tai koulutusta vaille olevia nuoria, joiden määrää Pekka Myrskylä arvioi kattavan tilastoaineiston perusteella (Myrskylä 2011). Kansainvälisessä kirjallisuudessa samaan ryhmään viittaa lyhenne NEET (*not in education, employment or training*) (ks. esim. Furlong 2006). Eurooppalaiset vertailut ovat osoittaneet, että kyse on hyvin moniaikaisesta ryhmästä, jonka vertailu niin maiden välillä kuin yksittäisten maiden sisällä on tehtävä taiten. Esimerkiksi Suomelle tyypillistä on pieni syrjäytymisvaarassa olevien nuorten joukko, jonka ominaisuuksissa painottuu toimettomuus (*inactivity*), mutta jota ei leimaa lannistuneisuus (*discouragement*), joka puolestaan on tyypillistä esimerkiksi Baltian maiden syrjäytymisvaarassa oleville nuorille

(Macherini ym. 2012). Kaikkien kohdalla ei välttämättä edes ole mielekästä puhua syrjäytymisvaarasta. Joillekin nuorille koulutuksen ja työn ulkopuolella oleminen saattavat olla itse valittua marginalisaatiota, kuten totutusta aikuistumisen reitistä poikkeamista tai valintojen lykkäämistä (Järvinen & Jahnukainen 2001).

Nuorten syrjäytymisen tutkimuksessa viitataan usein yhteiskunnallisten järjestelmien, kuten koulutus- ja työmarkkinajärjestelmien, ulkopuolelle jäämiseen, ja siinä yhdistyvätkin usein matala koulutus, pitkäaikainen työttömyys ja toimeentulo-ongelmat. Huomion arvoisia ovat myös esimerkiksi elämänhallintaan liittyvät ja terveydelliset ongelmat, sosiaalisten suhteiden vähyys ja syrjäytyminen yhteiskunnallisesta osallisuudesta (Kestilä ym. 2011). Syrjäytymiseen liittyvässä keskustelussa ja tutkimuksessa on peräänkuulutettu sitä, että siinä tulisi ottaa huomioon erilaisia huono-osaisuuden osa-alueita sekä kiinnittää huomiota niiden ketjuuntumiseen ja päällekkäisyyteen (Cederlöf ym. 2009; Suurpää ym. 2009). Yksittäiset vaikeudet jollakin hyvinvoinnin osa-alueella eivät vielä välttämättä horjuta elämänhallintaa, ja syrjäytyminen saa usein alkunsa silloin, kun huono-osaisuus kasautuu ja monimuotoistuu ja alkaa siksi heikentää ihmisen mahdollisuuksia hallita omaa elämäänsä (Berg ym. 2011). Huono-osaisuuden kasautumiseen viittaavana käsitteenä syrjäytyminen voidaan nähdä myös elämänkulussa etenevänä prosessina, johon sisältyy usein kulttuurisia, terveydellisiä, sosiaalisia ja taloudellisia tekijöitä. Nuoren syrjäytymisen ymmärtämiseksi tulisi ottaa huomioon hänen nykyisen elämäntilanteensa hyvinvoinnin vajeet ja niiden kasautuminen, mutta myös aikaisempien elämänvaiheiden merkitys: selviämistä tukeneet ja syrjäytymisen riskiä lisänneet piirteet ja tekijät (Kestilä ym. 2011).

Nuorten (koululaisten) terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin yhteydessä olevia elinoloja ja tekijöitä tutkitaan säännöllisesti toteutettavien kyselytutkimusten avulla, näistä tärkeimpinä Kouluterveyskysely, Nuorten terveystapatutkimus NNTT sekä WHO-koululaiskysely. Vaikka syrjäytymisvaarassa oleviin nuoriin aikuisiin kohdistuu merkittävää yhteiskunnallista kiinnostusta, heidän hyvinvoinnistaan on käytettävissä selvästi vähemmän tuoretta ja säännöllisesti kerättyä tietoa. Tärkeimmät kotimaiset tietolähteet ovat kahden lapsi-ikäluokan seurantoja, joita ylläpidetään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa (THL). Nämä ovat rekisteriseuranta-aineisto vuonna 1987 syntyneistä (Paananen & Gissler 2011) ja TAM-projekti, jossa on kyselytutkimuksin seurattu vuonna 1983 peruskoulun yhdeksättä luokkaa käyneitä tamperelaisnuoria jo noin 25 vuoden ajan (Mustonen ym. 2013). 15–29-vuotiaiden nuoren aikuisten terveydestä ja elintavoista saadaan tietoa esimerkiksi säännöllisesti toteutettavasta Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen (AVTK) -tutkimuksesta (Helldán ym. 2013) ja jatkossa Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen avulla (esim. Kaikkonen ym. 2014). Terveyttä, elintapoja ja palvelujen käyttöä selvitetään myös säännöllisesti alle 35-vuotiaille perustutkintoa suorittaville korkeakouluopiskelijoille suunnatuilla kyselytutkimuksilla (Kunttu & Huttunen 2008; Kunttu & Pesonen 2013).

Kohorttiaineistojen avulla voidaan seurata monipuolisesti muutamaa ikäluokkaa. Ne soveltuvat erityisen hyvin elämäntulon aikana kehittyvien prosessien ja vaikutusten seurantaan ja analyysiin. Kyselyihin perustuvien seurantojen ongelma on kuitenkin siinä, että ajan mittaan vastanneista valikoituvat pois juuri ne, joiden syrjäytymisvaara on suurin. Rekisteriseuranta tämä ilmiö ei koske, mutta rekisterit kattavat vain tiettyjä viranomaistoimintaan liittyviä tietoja eivätkä ne kerro nuorten omista hyvinvointikokemuksista. Lisäksi kaikki kohortit ovat sidoksissa niihin yhteiskunnallisiin oloihin, joissa tietynä sukupolvena syntyvät ja kasvavat henkilöt elävät.

Tavoitteet, aineisto ja menetelmät

Tämän artikkelin tavoitteena on tarkastella 18–30-vuotiaiden nuorten aikuisten huono-osaisuutta monipuolisesti hyvinvoinnin eri ulottuvuudet huomioiden. Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -aineisto (HYPA) tavoittaa tämänikäisten koko ikäluokan verraten kattavasti, joten tutkimuksen avulla saadaan ajantasaista ja hyvinvoinnin eri osa-alueet kattavaa tietoa juuri tämän hetken nuorista aikuisista. Tarkastelun pääpaino on kouluttamattomien (vain perusasteen tutkinnon suorittaneiden) vertailussa muihin samanikäisiin. Artikkelissa a) tarkastellaan suomalaisten nuorten aikuisten huono-osaisuutta eri elämänalueilla (työ, toimeentulo, terveys ja sosiaaliset suhteet) vuonna 2013 ja esitellään myös niiden ajassa tapahtuneita muutoksia. Lisäksi b) tutkitaan vain perusasteen tutkinnon suorittaneiden riskejä kokea hyvinvoinnin vajeita verrattuna koulutetuimpiin nuoriin aikuisiin ja tarkastellaan näiden ryhmien välisen eron kehitystä ajassa, sekä c) arvioidaan hyvinvointivajeiden päällekkäisyyttä kouluttamattomilla ja koulutetuilla nuorilla aikuisilla vuonna 2013.

Tutkimuksen pääasiallisena aineistona toimii vuoden 2013 HYPA-kysely. Tutkimuksessa tarkastellaan lisäksi kymmenen viime vuoden aikana tapahtunutta kehitystä sekä hyvinvointivajeiden yleisyydessä että niiden koulutusryhmäeroissa, joten aineistona käytetään myös HYPA-kyselyjä vuosilta 2004, 2006 ja 2009. Kaikissa analyyseissä käytetään vastauskatoa korjaavaa painotusta. HYPA-kyselyihin on yhdistetty Tilastokeskuksen rekisteritietoja, joista koulutus on tämän tutkimuksen näkökulmasta tärkein. Koulutus on määritelty tässä korkeimman suoritetun tutkinnon mukaan. Tutkintotiedot ovat vuoden 2011 lopusta.

Nuorten aikuisten huono-osaisuutta käsitellään eri elämänalueiden hyvinvoinnin vajeiden kautta. Analyyseihin valittiin kahdeksan muuttujaa: *pääasiallinen toiminta, toimeentulotuen hakeminen, varojen koettu riittävyys, koettu terveys, haittaava pitkäaikais sairaus tai vamma, stressi, yksinäisyyden kokemukset sekä tyytyväisyys ihmissuhteisiin*. Näiden muuttujien avulla pyritään tavoittamaan hyvinvoinnin eri ulottuvuuksia mahdollisimman monipuolisesti. Muuttujat tiivistettiin

kaksiluokkaisiksi tarkastelun yksinkertaistamiseksi. Käytetyt luokitukset ja muuttajien katkaisukohtat ilmenevät taulukosta 2.

Sekä elinolot että hyvinvoinnin vajeet muuttuvat nopeasti iän myötä ja ne vaihtelevat naisilla ja miehillä selvästi. Tämän vuoksi hyvinvoinnin vajeiden ikä- (18–24 ja 25–30-vuotiaat) ja sukupuoliryhmittäistä vaihtelua vuonna 2013 tarkasteltiin ristiintaulukoinnin avulla (taulukko 1). Tulokset esitetään prosenttiosuuksina ja sukupuolten välistä eroa kuvaa χ^2 -testin p-arvo. Esitämme ikä- ja sukupuolivakioidut prevalenssit hyvinvoinnin vajeille vuosina 2004, 2006, 2009 ja 2013 koko perusjoukosta. Nämä prosenttiosuudet ovat mallivakioinnin avulla laskettuja ennustettuja todennäköisyyksiä (*predicted prevalences*) (taulukko 2, sarake ”Kaikki (%)^{*}”). Kuvio 1 perustuu näihin sukupuoli- ja ikävakioituihin ennustettuihin todennäköisyyksiin.

Vain perusasteen suorittaneiden nuorten aikuisten riskiä eri hyvinvoinnin vajeille koulutetumpiin nuoriin nähden vuosina 2013, 2009, 2006 ja 2004 selvitetään logistisen regressioanalyysin avulla, jolloin iän ja sukupuolen vaikutus voidaan ottaa huomioon (taulukko 2). Aineiston pieni koko ei antanut mahdollisuutta tehdä analyysijä erikseen miehille ja naisille. Esitämme tulokset vetosuhteina, *odds ratioina* (OR), 95 prosentin luottamusvälein, sekä adjustoidun Waldin testin p-arvon, joka kuvaa eron merkitsevyyttä.

Kuviossa 2 (ks. tarkemmin liitetaulukko 1) tarkastellaan hyvinvointivajeiden päällekkäisyyttä vain perusasteen suorittaneilla ja koulutetummilla nuorilla aikuisilla sukupuolittain sekä yhteensä. Aiemmin mainituista kaksiluokkaisista hyvinvointivajemuuttujista muodostettiin summamuuttuja, joka saattoi saada arvoja välillä 0–8, kun kukin kahdeksasta alkuperäisestä muuttujasta sai joko arvon 0 tai 1. Summa luokiteltiin seuraavasti: ”ei yhtään”, ”yksi”, ”kaksi” ja ”kolme tai enemmän” hyvinvoinnin vajetta. Muuttuja kuvaa siis hyvinvoinnin vajeiden päällekkäisyyttä. Tämän muuttujan vaihtelua tarkasteltiin kaksiluokkaisen koulutusmuuttujan mukaisesti ja yhteyden merkitsevyyttä ilmaisee χ^2 -testin p-arvo. Prevalensseja ei vakioitu.

Nuorten aikuisten elinolot ja hyvinvoinnin vajeet ikäryhmittäin ja sukupuolittain

Taulukossa 1 kuvataan nuorten aikuisten elinoloja ja hyvinvoinnin vajeita vuonna 2013 sukupuolittain ja kahdessa ikäryhmässä, jotka ovat 18–24- ja 25–30-vuotiaat (taulukko 1). Hyvinvoinnin vajeiden dikotomisoitujen muuttajien mukaiset ikä- ja sukupuolivakioidut prevalenssit vuosilta 2013, 2009, 2006 ja 2004 on puolestaan esitetty taulukossa 2 ja kuviossa 1.

TAULUKKO 1. 18–30-vuotiaiden nuorten aikuisten elinolot ja hyvinvointi sukupuolittain ja ikäryhmittäin vuonna 2013, %

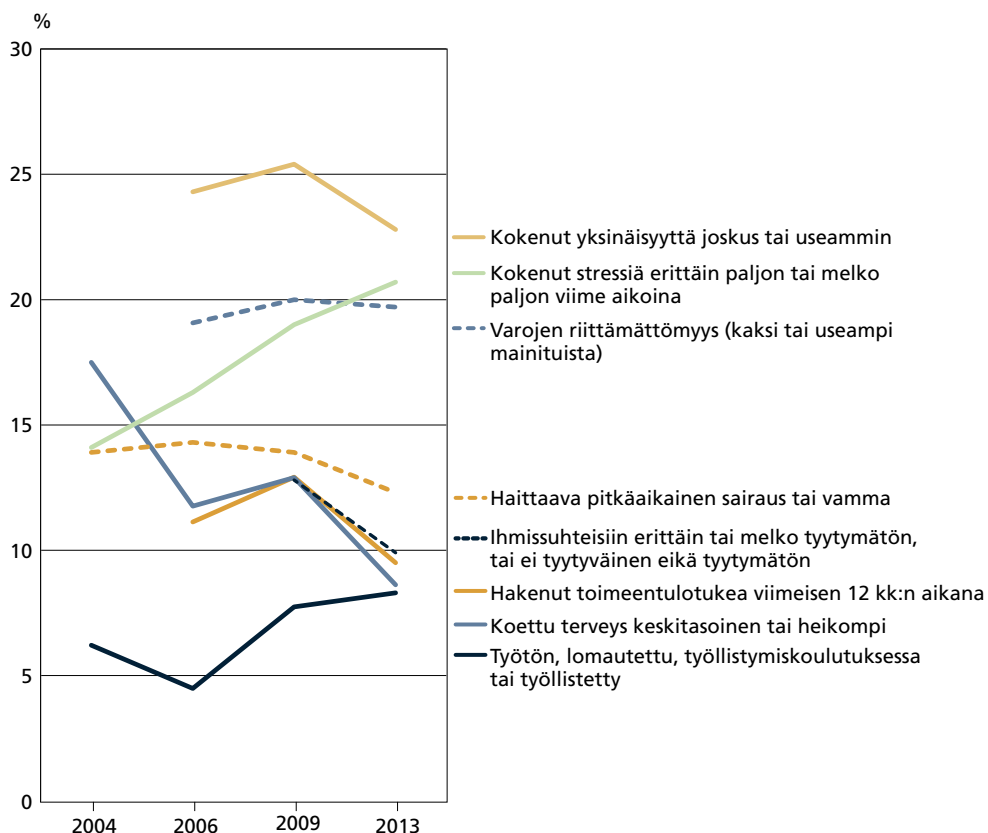
	MIEHET			NAISET		
	18–24-v.	25–30-v.	18–30-v.	18–24-v.	25–30-v.	18–30-v.
N (painottamaton)	120	151	271	136	169	305
% (painottamaton)	46,9	47,2	47,1	53,1	52,8	53,0
Koulutus						
Vain perustasteen tutkinto	41,4	9,5	25,0	41,6	1,7	21,9
Keskiasteen tutkinto	58,6	66,9	62,9	57,0	56,7	56,9
Alempi korkeakouluaste tai korkeampi	0,0	23,7	12,1	1,5	41,6	21,2
p						0,015
Asuinpaikka						
Kaupungin keskusta	72,2	77,7	75,1	81,1	78,1	79,6
Esikaupunkialue tai lähiö	18,2	11,9	15,0	12,2	11,8	12,0
Maaseutu	9,6	10,3	10,0	6,7	10,1	8,4
p						0,409
Pääasiallinen toiminta						
Työssä (tai tilapäisesti poissa työsuhteen jatk.) tai osa-aikaeläk.	29,9	72,6	51,8	33,1	64,1	48,3
Työtön, lomautettu, työllisyyskoulutuksessa tai työllistetty	15,0	10,6	12,8	8,8	2,9	5,9
Opiskelija tai koululainen	47,6	13,5	30,1	54,5	20,2	37,6
Muu	7,4	3,3	5,3	3,6	12,8	8,2
p						0,010
Työttömyyden kesto, jos työtön tai lomautettu						
alle 3 kk	44,2	30,3	38,3	27,4	38,6	30,3
3–9 kk	22,3	19,4	21,1	36,3	20,7	32,2
10–20 kk	22,2	26,4	24,0	27,2	19,4	25,2
yli 20 kk	11,3	23,9	16,7	9,1	21,4	12,3
p						0,835
Toimeentulotuen hakeminen joskus						
Kyllä	28,3	29,2	28,8	27,3	27,8	27,5
Ei	71,7	70,8	71,2	72,7	72,2	72,5
p						0,740
Toimeentulotuen hakeminen viimeksi niillä, jotka sitä joskus hakeneet (n=163)						
Viimeksi kuluneen vuoden aikana	64,8	27,1	45,2	32,3	22,4	27,4
Viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana	35,2	35,3	35,3	62,1	39,0	50,7
Tätä kauemmin	0,0	35,1	18,2	5,6	36,6	20,9
EOS	0,0	0,0	1,3	0,0	2,0	1,0
p						0,092
Kotitalouden varojen riittävyys, ei varaa seuraaviin						
Vuosittain viikon loman tai lomamatkan kustantamiseen	41,7	19,7	30,5	40,6	28,5	34,5
Uusien huonekalujen ostamiseen kuluneiden tilalle	25,9	18,8	22,3	30,8	24,3	27,6
Uusien vaatteiden ostamiseen mielummin kuin käytettyjen	5,9	5,3	5,6	12,6	11,6	12,1
Kahteen tai kolmeen edellä mainituista	21,7	13,3	17,4	26,4	19,3	22,8

Taulukko 1 jatkuu

	MIEHET			NAISET		
	18–24-v.	25–30-v.	18–30-v.	18–24-v.	25–30-v.	18–30-v.
Koettu terveys						
Keskinkertainen, melko huono tai huono	6,7	12,2	9,5	11,6	4,6	8,2
Melko hyvä tai hyvä	93,3	87,8	90,5	88,4	95,4	91,8
p						0,571
Pitkäaikainen haittaava sairaus tai vamma						
Kyllä	8,4	13,4	11,0	14,1	13,4	13,8
Ei	91,6	86,6	89,0	85,9	86,6	86,2
p						0,310
Sairauden tai vamman haittaavuus niillä, joilla sellainen on (n=73)						
Erittäin paljon tai melko paljon	40,0	39,8	39,8	15,9	22,2	18,9
Jonkin verran	20,2	37,6	31,1	78,8	48,2	64,2
Vähän tai ei lainkaan	39,8	22,7	29,1	5,3	29,6	17,0
p						0,022
Stressi viime aikoina						
Melko paljon tai erittäin paljon	14,2	17,3	15,8	27,9	24,9	26,4
Jonkin verran, vähän tai ei lainkaan	85,8	82,8	84,2	72,2	75,1	73,6
p						0,002
Päihdepalvelujen käyttö viimeisen vuoden aikana						
Kyllä	1,7	1,4	1,5	0,8	1,3	1,0
Ei	98,3	98,6	98,5	99,2	98,7	99,0
p						0,637
Yksinäisyyden tunne						
Joskus, melko usein tai usein	18,5	22,2	20,4	23,5	27,1	25,3
Hyvin harvoin tai ei koskaan	81,6	77,8	79,6	76,5	72,9	74,7
p						0,165
Tyytyväisyys ihmissuhteisiin viimeisen 2 viikon aikana						
Erittäin tai melko tyytymätön, tai ei tyytyväinen eikä tyytymätön	6,7	13,1	10,0	10,3	9,9	10,1
Melko tyytyväinen tai erittäin tyytyväinen	93,3	87,0	90,0	89,7	90,1	89,9
p						0,969
p = sukupuolten välisen eron merkitsevyys (khi ²)						

Koulutus, pääasiallinen toiminta ja asuinalue

Neljäsosalla miehistä ja viidesosalla naisista ei ollut mitään perusasteen jälkeistä tutkintoa. Osuudet vaihtelivat selvästi ikäryhmän mukaan. Nuoremmista, 18–24-vuotiaista miehistä reilu 40 prosenttia oli ilman perusasteen jälkeistä tutkintoa, mutta 25–30-vuotiaista enää joka kymmenes. Naisilla vastaavat osuudet olivat 42 prosenttia ja 2 prosenttia (taulukko 1). Miehistä kolme neljästä ja naisista lähes 80 prosenttia asui kaupungin keskustassa ja maaseudulla joka kymmenes. Asuinpaikan taajama-aste ei vaihdellut olennaisesti ikäryhmän mukaan.



KUVIO 1. Ikä- ja sukupuolivakioitujen dikotomisoitujen hyvinvointivajeiden prevalenssit vuosina 2004, 2006, 2009 ja 2013, %.

Vuonna 2013 noin puolet 18–30-vuotiaista oli työssä (tai pysyvästä työsuh- teesta tilapäisesti poissa). Työssä oleminen oli yleisempää vanhemmassa ikäryh- mässä: miehistä 73 prosenttia ja naisista 64 prosenttia oli työssä, kun vastaava osuus nuoremmissä ikäryhmässä oli kummallakin sukupuolella noin kolmannes. Opiskelijoita oli nuoremmissä ikäryhmässä puolestaan selvästi enemmän: ikäryh- män miehistä lähes puolet ja naisista yli puolet ilmoitti pääasialliseksi toiminnak- seen opiskelun, kun näin teki vanhemman ikäryhmän miehistä reilu kuudesosa ja naisista viidesosa (taulukko 1).

Työttömyys ja taloudellinen huono-osaisuus

Työttömiä nuoria aikuisia oli 18–24-vuotiaista miehistä 15 prosenttia ja 25–30-vuotiaista 11 prosenttia. Naisista työttömiä oli vastaavasti 9 prosenttia ja 3 prosenttia (taulukko 1). Lyhyt, alle kolme kuukautta kestänyt työttömyys oli ylei- sintä, mutta useampi kuin joka viides 25–30-vuotias työtön oli ollut vailla työtä vähintään 20 kuukautta. Työttömien nuorten aikuisten ikä- ja sukupuolivakioitua

osuutta tarkasteltaessa huomataan, että työttömyys oli vuonna 2013 yleisempää kuin aikaisempina vuosina (taulukko 2).

Toimeentulotukea oli hakenut joskus elämänsä aikana vajaa kolmannes miehistä ja naisista. Toimeentulotukea hakeneista nuoremman ikäryhmän miehistä lähes kaksi kolmesta oli hakenut sitä viimeksi kuluneen vuoden aikana, vanhemman ikäryhmän miehistä enää vajaa kolmannes. Naisilla erot eivät olleet yhtä suuria: reilu kolmannes nuoremman ikäryhmän ja reilu viidennes vanhemman ikäryhmän toimeentulotukea hakeneista naisista oli hakenut tukea viimeksi kuluneen vuoden aikana (taulukko 1). Toimeentulotukea tai muuta etuutta on hakenut edeltäneen vuoden aikana myös aikaisempina tutkimusvuosina noin kymmenesosa vastaajista (taulukko 2).

Kotitalouden toimeentuloa tutkittiin myös kolmella muulla kysymyksellä: onko vastaajalla halutessaan varaa viikon lomamatkaan, uusiin huonekaluihin ja uusiin vaatteisiin. Miehistä 17 prosenttia ja naisista 23 prosenttia ilmoitti, ettei heillä ollut varaa näistä kahteen tai kolmeen, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Tällä tavoin mitaten toimeentulo nuoremmilla vastaajilla oli niukempaa kuin vanhemmilla. Esimerkiksi nuoremmista miehistä 42 prosenttia arvioi, ettei lomamatkaan olisi varaa, kun vanhemmilla miehillä vastaava osuus oli 20 prosenttia. Muiden yksittäisten kysymysten jakaumat käyvät ilmi taulukosta 1.

Terveydellinen huono-osaisuus

Lähes kymmenes miehistä ja 8 prosenttia naisista koki terveytensä keskitasoiseksi tai sitä heikommaksi. Miehillä tämä oli yleisempää vanhemmassa ja naisilla nuoremmassa ikäryhmässä (taulukko 1). Keskitasoista tai sitä huonompaa terveyttä näyttäisi esiintyvän vähemmän vuonna 2013 kuin aiemmin. Esimerkiksi vuonna 2004 peräti 18 prosenttia vastaajista ilmoitti terveytensä olevan keskitasoinen tai heikompi, kun vastaava osuus vuonna 2013 oli noin 9 prosenttia (taulukko 2).

Miehistä 11 prosenttia ja naisista 14 prosenttia ilmoitti, että heillä on joku pitkäaikainen haittaava sairaus tai vamma. Stressiä oli kokenut melko tai erittäin paljon noin 16 prosenttia miehistä ja 26 prosenttia naisista, mutta ikäryhmien välillä ei ollut suuria eroja. Stressin kokeminen näyttäisi yleistyneen: vuonna 2004 ikä- ja sukupuoli-eroja ei ollut, kun se vuonna 2013 oli noin 14 prosenttia, kun se vuonna 2013 oli noin 21 prosenttia (taulukko 2).

Sosiaalinen huono-osaisuus

Yksinäisyyttä oli kokenut joskus, melko usein tai usein noin viidennes miehistä ja noin neljäsosaa naisista. Suuria eroja ikäryhmän mukaan ei havaittu, mutta yksinäisyyden kokeminen oli hieman yleisempää vanhemmassa ikäryhmässä (taulukko 1). Kymmenesosa sekä naisista että miehistä ilmoitti, että on ihmissuhteisiinsa erittäin tai melko tyytymätön, tai ei tyytyväinen eikä tyytymätön. Yksinäisyyden kokemisessa ja tyytyväisyydessä ihmissuhteisiin ei näytä olevan suuria eroja eri tutkimusvuosien välillä (taulukko 2).

TAULUKKO 2. Ikä- ja sukupuolivakioidut vetosuhteet (OR) vain perusasteen suorittaneiden 18–30-vuotiaiden nuorten aikuisten hyvinvointivajeille suhteessa koulutettuihin nuoriin aikuisiin vuosina 2013, 2009, 2006 ja 2004 (95 %:n luottamusvälit)

	Aineiston keräysvuosi			
	2013	2009	2006	2004
	OR (95 %:n LV)	OR (95 %:n LV)	OR (95 %:n LV)	OR (95 %:n LV)
Työtön, lomautettu, työllistymiskoulutuksessa tai työllistetty				
Kaikki (%)*	8,3	7,7	4,5	6,2
Keskiaste tai korkeampi	1,00	1,00	1,00	1,00
Vain perusaste	4,16 (1,85-9,34)	2,31 (1,05-5,11)	6,95 (3,23-14,94)	1,99 (0,99-3,99)
p (koulutus)	0,001	0,038	0,001	0,053
Hakenut toimeentulotukea viimeisen 12kk:n aikana				
Kaikki (%)*	9,5	12,9	11,1	
Keskiaste tai korkeampi	1,00	1,00	1,00	
Vain perusaste	2,34 (1,10-4,96)	1,83 (0,93-3,63)	2,02 (1,12-3,66)	
p (koulutus)	0,027	0,081	0,020	
Varojen riittämättömyys (kaksi tai useampi mainituista)				
Kaikki (%)*	19,7	20,0	19,1	
Keskiaste tai korkeampi	1,00	1,00	1,00	
Vain perusaste	1,57 (0,84-2,94)	0,74 (0,37-1,52)	0,85 (0,48-1,51)	
p (koulutus)	0,160	0,421	0,581	
Koettu terveys keskitasoinen tai heikempi				
Kaikki (%)*	8,6	12,9	11,8	17,5
Keskiaste tai korkeampi	1,00	1,00	1,00	1,00
Vain perusaste	2,04 (1,02-4,09)	2,97 (1,47-6,00)	2,32 (1,30-4,16)	1,14 (0,69-1,88)
p (koulutus)	0,043	0,002	0,005	0,612
Haittaava pitkäaikainen sairaus tai vamma				
Kaikki (%)*	12,3	13,9	14,3	13,9
Keskiaste tai korkeampi	1,00	1,00	1,00	1,00
Vain perusaste	1,54 (0,72-3,28)	1,64 (0,86-3,16)	1,94 (1,12-3,37)	0,88 (0,51-1,54)
p (koulutus)	0,265	0,135	0,019	0,741
Kokenut stressiä erittäin paljon tai melko paljon viime aikoina				
Kaikki (%)*	20,7	19,0	16,3	14,1
Keskiaste tai korkeampi	1,0	1,00	1,00	1,00
Vain perusaste	0,67 (0,35-1,28)	1,11 (0,59-2,08)	1,19 (0,68-2,08)	1,10 (0,65-1,87)
p (koulutus)	0,227	0,743	0,551	0,727
Kokenut yksinäisyyttä joskus tai useammin				
Kaikki (%)*	22,8	25,4	24,3	
Keskiaste tai korkeampi	1,00	1,00	1,00	
Vain perusaste	1,93 (1,10-3,40)	0,93 (0,55-1,60)	1,13 (0,69-1,87)	
p (koulutus)	0,023	0,809	0,623	
Ihmissuhteisiin erittäin tai melko tyytymätön, tai ei tyytyväinen eikä tyytymätön				
Kaikki (%)*	9,9	12,8		
Keskiaste tai korkeampi	1,00	1,00		
Vain perusaste	1,65 (0,72-3,76)	0,48 (0,22-1,09)		
p (koulutus)	0,233	0,078		
*ikä- ja sukupuolivakioitu (predicted prevalences %)				

Kouluttamattomuuden yhteydet hyvinvoinnin vajeisiin

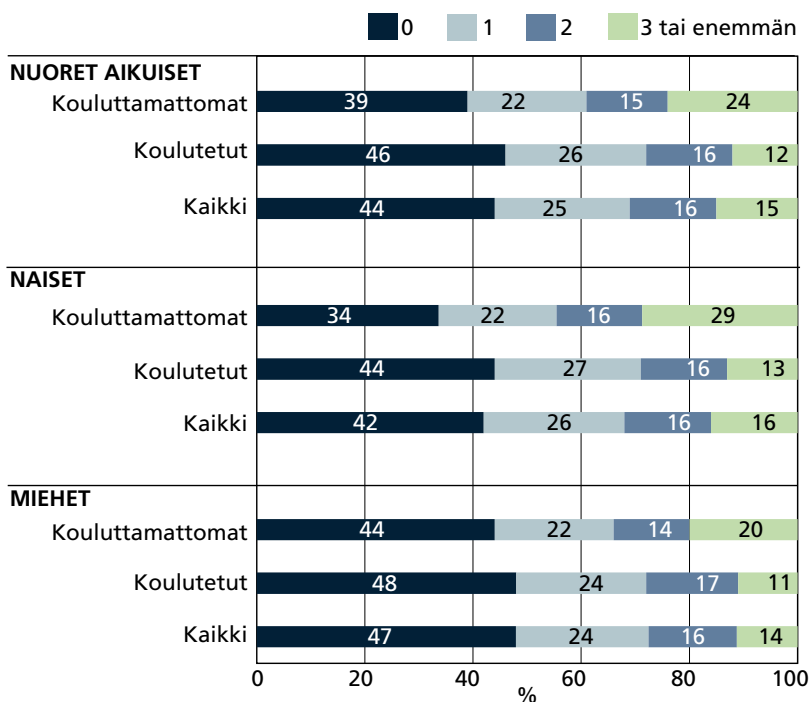
Taulukossa 2 esitetään ikäryhmä- ja sukupuolivakioidut vetosuhteet (OR) luottamusväleinen perusasteen suorittaneiden nuorten aikuisten hyvinvoinnin vajeille verrattuna koulutetumpiin nuoriin aikuisiin vuosina 2013, 2009, 2006 ja 2004.

Vain perusasteen suorittaneiden nuorten aikuisten riski olla työttömänä vuonna 2013 oli noin nelinkertainen koulutetumpiin nuoriin aikuisiin nähden (OR = 4,16, $p=0,001$). Koulutusryhmäero on ollut tilastollisesti merkitsevä myös aikaisempina tutkimusvuosina 2009 ($p=0,038$) ja 2006 ($p<0,001$) ja lähes tilastollisesti merkitsevä vuonna 2004 ($p=0,053$). Vuonna 2013 perusasteen varassa olevat nuoret aikuiset olivat myös hakeneet muita useammin toimeentulotukea edeltäneen 12 kuukauden aikana (OR=2,34, $p=0,027$), kuten myös tutkimusvuonna 2006 ($p=0,020$). Myös vuonna 2009 yhteys oli lähes tilastollisesti merkitsevä ($p=0,081$). Varojen koettu riittävyys ei sitä vastoin vaihdellut koulutusryhmien välillä tilastollisesti merkitsevästi.

Vuonna 2013 vain perusasteen suorittaneiden nuorten aikuisten riski ilmoittaa terveytensä keskitasoiseksi tai heikommaksi oli kaksinkertainen koulutetumpiin nuoriin aikuisiin verrattuna (OR=2,04, $p=0,043$). Keskitasoisen tai heikomman koetun terveyden riski on ollut vähintään kaksinkertainen myös vuosina 2009 ($p=0,002$) ja 2006 ($p=0,005$). Riski haittaavaan pitkäaikaissairauteen tai vammaan ei, lukuun ottamatta vuotta 2006 (OR=1,94, $p=0,019$), sen sijaan eronnut tilastollisesti merkitsevästi näiden kahden koulutusryhmän välillä. Tilastollisesti merkitseviä eroja ei havaittu myöskään koetussa stressissä tai tyytymättömyydessä ihmissuhteisiin. Vain perusasteen suorittaneet nuoret aikuiset sen sijaan ilmoittivat uusimassa kyselyssä olevansa yksinäisiä useammin kuin koulutetummat ikätoverinsa (OR=1,93, $p=0,023$). Vastaavaa eroa ei aikaisempina tutkimusvuosina havaittu.

Hyvinvointivajeiden päällekkäisyys

Kuviossa 2 (ks. liitetaulukko 1) havainnollistetaan hyvinvoinnin vajeiden päällekkäisyyttä vertailemalla vain perusasteen suorittaneita ja koulutetumpia nuoria aikuisia. Kuviossa esitetään tulokset koko 18–30-vuotiaiden nuorten aikuisten joukolle sekä miehille ja naisille erikseen. Kuten kuviosta käy ilmi, vain perusasteen suorittaneilla kolmen tai useamman hyvinvoinnin vajeen päällekkäisyys oli selvästi yleisempää kuin koulutetummilla ikätovereilla: kouluttamattomista 24 prosentilla ja koulutetuista 12 prosentilla ($p=0,010$) oli kolme tai useampi päällekkäinen hyvinvoinnin vaje. Naisilla kouluttamattomien ja koulutettujen välinen ero oli tilastollisesti merkitsevä ja miehiä selvempi (kuvio 1, liitetaulukko 2).



KUVIO 2. Hyvinvointivajeiden päällekkäisyys 18–30-vuotiailla nuorilla aikuisilla koulutusryhmän mukaan vuonna 2013, %.

Pohdinta

Tässä artikkelissa tarkastelimme nuorten aikuisten huono-osaisuutta ennen kaikkea siitä näkökulmasta, ovatko syrjäytymisvaarassa olevat nuoret aikuiset huono-osaisempia kuin heidän koulutetummat ikätoverinsa. Syrjäytymisvaaralla tarkoitimme vain perusasteen tutkinnon suorittaneita 18–30-vuotiaita nuoria aikuisia, joiden aktivointiin, työllistämiseen ja edelleen kouluttamiseen monet yhteiskuntapoliittiset toimet tällä hetkellä kohdistuvat. Kouluttamattomien ja työttömien nuorten syrjäytymisriskejä on pohdittu ja tutkittu aiemminkin (esim. Vanttaja & Järvinen 2004; Järvinen & Vanttaja 2006; Sipilä ym. 2011; Kestilä 2008, Aaltonen 2011), ja koulutuksen puute on havaittu tärkeäksi muun huono-osaisuuden ja syrjäytymisen riskitekijäksi. Heikko suoriutuminen peruskoulussa johtaa usein karsiutumiseen toisen asteen koulutuksesta sekä tätä kautta myös epävarmaan ja heikkoon työmarkkina-asemaan. Pelkän peruskoulun suorittaneilla on lisäksi tutkimuksissa havaittu terveyteen ja etenkin psyykkiseen terveyteen liittyviä ongelmia (Rintanen 2000; Kestilä 2008) sekä muita elämänhallinnan ongelmia, kuten alkoholin ongelmakäyttöä (Martelin ym. 2005; Kestilä ym. 2008) ja rikollisuutta (Aaltonen 2011). Siksi ei ole yllättävää, että nämä syrjäytymisvaarassa olevat nuoret todella ovat huono-osaisempia kuin muut nuoret.

Tämän tutkimuksen pääpaino olikin tuoda ajankohtaista lisäväriä tilastoista välittyvän huono-osaisia nuoria valottavan karkean yleiskuvan täydennykseksi. Tiedot ovat mahdollisimman tuoreita ja peräisin vuonna 2013 kerätystä, poikkeuksellisen kattavasta kyselyaineistosta. Tarkastelussa pyrittiin lisäksi moniulotteisuuteen kiinnittämällä huomiota huono-osaisuuden eri puoliin ja sen kasautumiseen. Yksi tutkimuksen tavoitteista oli myös tarkastella syrjäytymisvaaran ja huono-osaisuuden yhteyksien pysyvyyttä.

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että merkittävimmät syrjäytymisvaarassa olevien nuorten huono-osaisuuden vajeet liittyvät toimeentuloon, työllisyyteen ja terveydentilaan. Syrjäytymisvaarassa olevilla nuorilla oli yli nelinkertainen riski olla työtön, työllistymiskoulutuksessa tai työllistettynä muihin samanikäisiin nuoriin verrattuna. Tältä osin tulokset vahvistavat aiempien suomalaisten tutkimusten tuloksia: pelkän peruskoulun suorittaneiden nuorten osuus nuorista työttömistä on pysynyt korkeana (Myrskylä 2010) ja myös pitkittynyt työttömyys on heillä yleisempää (Sipilä ym. 2011). Tulosten mukaan toimeentulotuen varassa olemisen riski oli vain perusasteen suorittaneilla yli kaksinkertainen ja huonon terveyden riski kaksinkertainen muihin samanikäisiin verrattuna. Myös sosiaalinen huono-osaisuus oli muita yleisempää: yksinäisyyden riski oli vuonna 2013 heillä selvästi suurempi kuin ikätovereilla, vaikka aiempina vuosina tätä yhteyttä ei havaittu.

Näyttää myös siltä, että nuorten syrjäytymisvaaraan liittyvä huono-osaisuus on hyvin pysyvää, sillä syrjäytymisvaaraan on vuodesta toiseen yhdistynyt toimeentulon ja työllisyyden ongelmia ja myös muita huonompi terveydentila. Tuoreimman aineiston tulokset kuitenkin viittaavat siihen, että tähän varsin pysyvältä vaikuttavaan kolmiyhteyteen on liittymässä neljäs elementti: sosiaalisen syrjäytymisen riski. Juuri sosiaalinen syrjäytyminen on nuoria itseään eniten huolettava syrjäytymisen muoto jopa siinä mitassa, että he ymmärtävät syrjäytymisen paljolti juuri yhteisöllisenä ilmiönä, jonka tärkein syy on yksinäisyys ja syrjään jääminen sosiaalisista suhteista (Myllyniemi 2009).

Yhteiskuntapoliittisesti merkittävin havainto tutkimuksesta on huono-osaisuuden voimakas kasautuminen juuri syrjäytymisvaarassa oleville nuorille aikuisille. Syrjäytymisen kannalta keskeistä onkin huono-osaisuuden monimuotoistuminen ja kasautuminen, mikä saattaa johtaa jatkuvasti kasvaviin elämänhallinnan ongelmiin. Huono-osaisuuden kasautumista on tutkittu suomalaisväestössä aiemmin (mm. Berg ym. 2011; Kauppinen ym. 2010, Kainulainen 2006; Kortteinen ja Tuomikoski 1998), ja sillä on todettu olevan monia epäsuotuisia vaikutuksia. Esimerkiksi suomalaisia nuoria koskevassa seurantatutkimuksessa on todettu nuoruusiän huono-osaisuuden kasautumisella olevan yhteys kuolleisuuteen (Berg ym. 2011). Suomalaisten kohorttitutkimuksen valossa puolestaan kodin ulkopuolelle sijoittaminen on yhteydessä useisiin hyvinvoinnin puutteisiin ja etenkin teini-iässä sijoitetut voivat huonosti pitkälle nuoreen aikuisuuteen. Kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten ja nuorten elämään on liittynyt jo monia elinoloihin sekä

vanhempiin ja heidän huolenpitoonsa liittyviä epäsuotuisia tekijöitä. Suomalaisen työikäisen väestön huono-osaisuuden kasautumista käsittelevässä tutkimuksessa todetaan, että erityistä huolta tulisi kantaa matalan tulotason, työttömyyden ja toimeentulotuen pitkittymisestä ja keskittymisestä samoille henkilöille (Kainulainen 2006).

Näyttää myös siltä, että huono-osaisuuden kasautuminen on osin sukupuolittunutta. Kun nuorista syrjäytymisvaarassa olevista miehistä joka viidennellä oli vähintään kolme hyvinvoinnin vajetta, nuorista naisista vastaava osuus oli lähes kolmannes. Verrattuna muihin ikätovereihin nämä osuudet olivat vähintään kaksinkertaisia, mikä on sikälikin merkittävä tulos, että nuorten aikuisten keskuudessa erilaiset hyvinvoinnin vajeet olivat verraten yleisiä. Alle puolet koko ikäryhmästä oli sellaisia, joilla ei ollut yhtään hyvinvoinnin vajetta. Vastaavanlaista sukupuolittaista kahtiajakoa on aiemmin raportoitu muun muassa työttömyydessä. Koulutuksen puuttumisen todettiin tällöin olevan työmarkkinoilla pärjäämisen kannalta miehille suhteellisesti haitallisempaa kuin naisille (Sipilä ym. 2011).

Syrjäytymisvaarassa olevien nuorten huono-osaisuuden moniulotteisuus ja voimakas kasautuneisuus osoittavat, että huomion kiinnittäminen vain nuorten työmarkkinakiinnittyneisyyden parantamiseen on yhteiskuntapoliittisesti riittämätöntä. Vaikka tärkeimmistä hyvinvoinnin vajeista työttömyys ja toimeentulo-ongelmat ymmärrettävästi kietoutuvat yhteen, syrjäytymisvaaraan liittyvään huonoon terveydentilaan ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota. Uutena ilmiönä syrjäytymisvaaraan yhdistyy yksinäisyys, johon puuttuminen ei ole perinteisesti ollut sosiaalipolitiikan ydinalaa. Yksinäisyyden kokemus sinänsä ei ollut yleistynyt, vaan kyse on kokemuksen jakautumisen muutoksesta. Aiempaa suurempaa osuutta yksinäisistä voi pitää syrjäytymisvaarassa olevina nuorina. Näin ollen tulosta ei voi tulkita sillä tavoin, että nuorten yhteisöllisyys sinänsä olisi muuttamassa muotoa niin, että nuorten yhteisöt olisivat aiempaa valikoivampia. Pitkemminkin olettaisi päinvastoin; että sosiaalinen media ja muut internet-yhteisöt mahdollistaisivat nuorille osallisuuden kokemuksia aiempaa laajemmin.

Kaikkiaan noin viidennes nuorista ilmoitti olevansa joskus, melko usein tai usein yksinäinen. Vaikka yksinäisyyden kokemusta silloin tällöin ei ehkä voi pitää sinänsä vakavaa huolta herättävänä ilmiönä, myös joskus yksinäiset haluttiin ottaa tarkasteluun mukaan siksi, että oletimme heidän kokemuksensa toimivan heikkona signaalina sosiaalisesta huono-osaisuudesta. Tältä osin ratkaisu vaikuttaa onnistuneelta sikäli, että se tavoittaa uuden ilmiön syrjäytymisvaarassa olevien nuorten huono-osaisuudessa. On liian aikaista arvioida, onko kyse pysyvästä kehityksestä vai juuri tämän hetken syrjäytymisvaarassa oleville nuorille tyypillisestä kokemuksesta. Joka tapauksessa varhainen tuki syrjäytymisvaarassa oleville nuorille ja sen ennalta ehkäiseminen edellyttävät myös sen selvittämistä, onko nuorella sosiaaliseen huono-osaisuuteen liittyviä huolia.

Nuorten syrjäytymisen taustalla voidaan nähdä yhteiskunnan kahtiajakautuminen siitä näkökulmasta, että huono-osaisuus näyttää pysyvästi kasautuvan

tiettyjen riskien ympärille. Toisaalta erot ovat pysyneet verrattain samansuuruisina eivätkä ole juuri kasvaneet, ainakaan tämän tutkimuksen kymmenen vuoden aikaperspektiivissä. Jotkut nuoret ja nuoret aikuiset kykenevät hyödyntämään yhteiskunnan tarjoamia mahdollisuuksia hyvin. Heillä on siihen riittävästi erilaisia resursseja: terveyttä, tietoja ja taitoja. Niille nuorille ja nuorille aikuisille, joilla tällaisia resursseja on vähemmän, on tyypillistä kohdata koulutus- ja työmarkkinoiden epävarmuus tai sieltä putoaminen. He ovat myös yhä riippuvaisempia sekä sosiaaliturvajärjestelmästä että toimijoista, jotka vastaavat sosiaalipalvelujen ja -huollon järjestämisestä ja kehittämisestä. Kouluttamattomuuteen ja työttömyyteen kietoutuu erilaisia terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin vajeita ja riskejä.

Nuorten syrjäytymisen ehkäisyyn ja hyvinvointierojen kaventamiseen tähtäävissä toiminnoissa tulisi nähdä hyvinvointi moniulotteisesti. Esimerkiksi Valtiontalouden tarkastusvirasto korostaa nuorisotakuun toteutumista arvioidessaan viranomaisyhteistyön merkitystä ja nuorisolain mukaisen ohjaus- ja palveluverkoston tärkeyttä nuorisotakuun toimivuuden jatkokehittämisessä (VTV 2014; ks. myös Tuusa ym. 2014). Nuorisotakuun edistämiseksi ja toteuttamisessa olisi siis varmistettava moniulotteista otetta; yhtäältä pitäisi pyrkiä takaamaan toimet nuorten kouluttautumisen ja työllistymisen tueksi sekä toisaalta edistämään sosiaalista hyvinvointia. Tämä edellyttää moniulotteista, monialaista ja sektorirajat ylittävää eri toimijoiden välistä vuoropuhelua sekä sitoutunutta yhteistyötä.

Lähteet

- Aaltonen, Mikko (2013) Socioeconomic Differences in Crime and Victimization: A Register-Based Study. Helsinki: Oikeuspoliittisen tutkimuslaitoksen tutkimuksia 263.
- Berg, Noora & Huurre, Taina & Kiviruu, Olli & Aro, Hillevi (2011) Nuoruusiän huono-osaisuus ja sen kasautumisen yhteys kuolleisuuteen. Seurantatutkimus 16-vuotiasta nuorista. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 48,168–181.
- Cederlöf, Petri & Gretchel, Anu & Kestilä, Laura & Kuure, Tapio & Myllyniemi, Sami & Määttä, Mirja & Paakkunainen, Kari & Paju, Petri & Suurpää, Leena & Vehkalahti, Kaisa (2009) Nuoria koskeva syrjäytymistieto: johtopäätöksiä ja suosituksia. Teoksessa Leena Suurpää (toim.) Nuoria koskeva syrjäytymistieto: avauksia tietämisen politiikkaan. Verkkojulkaisu 27. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto /Nuorisotutkimusseura, 62–67.
- Furlong, Andy (2006) Not a very NEET solution: representing problematic labour market transitions among early school-leavers. Work, Employment and Society 20(3), 553–569.
- Helldán, Anni & Helakorpi, Satu & Virtanen, Suvi & Uutela, Antti (2013) Suomalaisten aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2013. Raportti 21/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Järvinen, Tero & Jahnukainen, Markku (2001) Kuka meistä onkaan syrjäytynyt? Marginalisaation ja syrjäytymisen käsitteellistä tarkastelua. Teoksessa Minna Suutari (toim.) Vallattomat marginaalit. Yhteisöllisyyksiä nuoruudessa ja yhteiskunnan reunoilla. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto, Nuorisotutkimusseura, 125–151.
- Järvinen, Tero & Vanttaja, Markku (2006) Koulupudokkaiden työurat. Yhteiskuntapolitiikka 71(1), 14–22.
- Kaikkonen, Risto & Murto, Jukka & Pentala, Oona & Koskela, Timo & Virtala, Esa & Härkänen, Tommi & Koskenniemi, Timo & Ahonen, Juha & Vartiainen, Erkki & Koskinen, Seppo (2014) Hyvinvoinnin maannolliset ja väestöryhmien väliset erot Suomessa 2013 – ATH-tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 2/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kainulainen, Sakari (2006) Huono-osaisuuden kasautuminen ja pitkittyminen Suomessa 1970–2000. Yhteiskuntapolitiikka 71(4), 373–386.
- Kauppinen, Tapani M & Saikku, Peppi & Kokko, Ritva-Liisa (2010) Työttömyys ja huono-osaisuuden kasautuminen. Teoksessa Marja Vaarama & Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 234–250.
- Kestilä, Laura (2008) Pathways to Health. Determinants of Health, Health Behaviour and Health Inequalities in Early Adulthood. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisu A23/2008.
- Kestilä, Laura & Heino, Tarja & Solantaus, Tytti (2011) Nuorten syrjäytyminen – epäsuotuisia polkuja aikuisuuteen. Haaste 1/2011.
- Kestilä, Laura & Martelin, Tuija & Rahkonen, Ossi & Joutsenniemi, Kaisla & Pirkola, Sami & Poikolainen, Kari & Koskinen, Seppo (2008) Childhood and Current Determinants of Heavy Drinking in Early Adulthood. Alcohol and Alcoholism 43(4), 460–469.
- Kestilä, Laura & Väisänen, Antti & Paananen, Reija & Heino, Tarja & Gissler, Mika (2012) Kodin ulkopuolelle sijoitetut nuorina aikuisina. Rekisteripohjainen seurantatutkimus Suomessa vuonna 1987 syntyneistä. Yhteiskuntapolitiikka, 77(6), 599–620.
- Kortteinen, Matti & Tuomikoski, Hannu (1998) Työtön. Hämeenlinna: Kustannus Oy Tamara Press.
- Kunttu, Kristina & Huttunen, Teppo (2009) Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2008. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 45.
- Kunttu, Kristina & Pesonen, Tommi (2013) Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2012. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 47.
- Mascherini, Massimiliano & Salvatore, Lidia & Meierkord, Anja & Jungblut, Jean-Marie (2012) NEETs - young people not in employment, education or training: Characteristics, costs and policy responses in Europe. Luxemburg: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Martelin, Tuija & Koskinen, Seppo & Kestilä, Laura & Aromaa, Arpo (2005) Terveyden ja toimintakyvyn vaihtelu asuinalueen, koulutuksen ja kotitaloustyyppin mukaan. Teoksessa Seppo Koskinen & Laura Kestilä & Tuija Martelin & Arpo Aromaa (toim.)

- Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Mustonen, Ulla & Huurre, Taina & Kiviruusu, Olli & Berg, Noora & Aro, Hillevi & Marttunen, Mauri (2013) Elämänkulku, mielen-terveys ja hyvinvointi - seurantatutkimus 16-vuotiaista tamperelaisnuorista 22-, 32- ja 42-vuotiaina (TAM-projekti). Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Myllyniemi, Sami (2009) Taidekohtia. Nuorisobarometri 2009. Helsinki: Opetusministeriö, Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, julkaisuja 97, Nuorisoasiain neuvottelukunta, julkaisuja 41.
- Myrskylä, Pekka (2010) Taantuma ja työttömyys. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 57/2010. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Myrskylä, Pekka (2011) Nuoret työmarkkinoiden ja opiskelun ulkopuolella. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 12/2011. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Notkola, Veijo & Pitkänen, Sari & Tuusa, Matti & Ala-Kauhaluoma, Mika & Harkko, Jaakko & Korkeamäki, Johanna & Lehikoinen, Tuula & Lehtoranta, Pirjo & Puumalainen, Jouni & Ehrling, Leena & Hämäläinen, Juha & Kankaanpää, Eila & Rimpelä, Matti & Vornanen, Riitta (2013) Nuorten syrjäytyminen. Tietoa, toimintaa ja tuloksia? Eduskunnan tarkastusvaliokunnan julkaisu 1/2013.
- Paananen, Reija & Gissler, Mika (2011) Cohort Profile: The Finnish 1987 Birth Cohort. *International Journal of Epidemiology*, doi: 10.1093/ije/dyr035.
- Rintanen, Hannu (2000) Terveys ja koulutuksellinen syrjäytyminen nuoren miehen elämänkulussa. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Ristolainen, Heidi & Varjonen, Sampo & Vuori, Jukka (2013) Mitä tiedämme politiikkatoimien vaikuttavuudesta lasten ja nuorten syrjäytymisen sekä hyvinvointierojen vähentämisessä? Poliittikkatoimien vaikuttavuuden tieto- ja arviointikatsaus. Helsinki: Valtioneuvoston kanslian raporttisarja 2/2013.
- Sipilä, Noora & Kestilä, Laura & Martikainen, Pekka (2011) Koulutuksen yhteys nuorten työttömyyteen: mihin peruskoulututkinto riittää 2000-luvun alussa. *Yhteiskuntapolitiikka* 76(2), 121–134.
- Sipilä, Jorma & Österbacka, Eva (2013) Enemmän ongelmien ehkäisyä, vähemmän koraailua? Perheitä ja lapsia tukevien palvelujen tuloksellisuus ja kustannusvaikuttavuus. Helsinki: Valtiovarainministeriön julkaisuja 11/2013.
- Suurpää, Leena (toim.) (2009) Nuoria koskeva syrjäytymistieto: avauksia tietämisen politiikkaan. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto /Nuorisotutkimusseura. Verkkojulkaisuja 27.
- Tuusa, Matti & Pitkänen, Sari & Shemeikka, Riikka & Korkeamäki, Johanna & Harju, Henna & Saares, Aurora & Pulliainen, Marjo & Kettunen, Aija & Piirainen, Keijo (2014) Yhdessä tekeminen tuottaa tuloksia. Nuorisotakuun tutkimuksellisen tuen loppuraportti. Työ ja yrittäjyys 15/2014. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Työ- ja elinkeinoministeriö (2012) Nuorten yhteiskuntatakuu 2013. TEM raportteja 8/2012. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Vanttaja, Markku & Järvinen, Tero (2004) Koulutuksesta ja työstä karsiutuneet. Vailla ammattitutkintoa ja työpaikkaa vuonna 1985 olleiden nuorten myöhemmät elämänvaiheet. *Yhteiskuntapolitiikka* 69(5), 472–480.
- VTV (2014) Nuorisotyöttömyyden hoito. Tuloksellisuuskertomus. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 8/2014. Helsinki: Valtiontalouden tarkastusvirasto.

LIITETAULUKKO 1. Hyvinvointivajeiden päällekkäisyys 18–30-vuotiailla aikuisilla sukupuolen ja koulutuksen mukaan, %

	Hyvinvointivajeiden määrä				p
	0	1	2	3 tai enemmän	
Kaikki miehet (n = 271)	46,8	23,6	16,2	13,5	
Koulutetut miehet (n = 207)	47,8	24,2	16,9	11,1	
Kouluttamattomat miehet (n = 64)	43,8	21,7	14,1	20,5	0,302
Kaikki naiset (n = 305)	42,0	26,1	15,7	16,4	
Koulutetut naiset (n = 245)	44,3	27,1	15,7	12,9	
Kouluttamattomat naiset (n = 60)	33,7	22,2	15,6	28,5	0,035
Kaikki nuoret aikuiset (n = 576)	44,3	24,9	15,9	15,0	
Koulutetut nuoret aikuiset (n = 452)	45,9	25,8	16,3	12,1	
Kouluttamattomat nuoret aikuiset (n = 124)	39,0	22,0	14,8	24,3	0,010

p = kouluttamattomien ja koulutettujen nuorten aikuisten välisen eron merkitsevyys (khi²)

PALVELUT JA ETUUDET

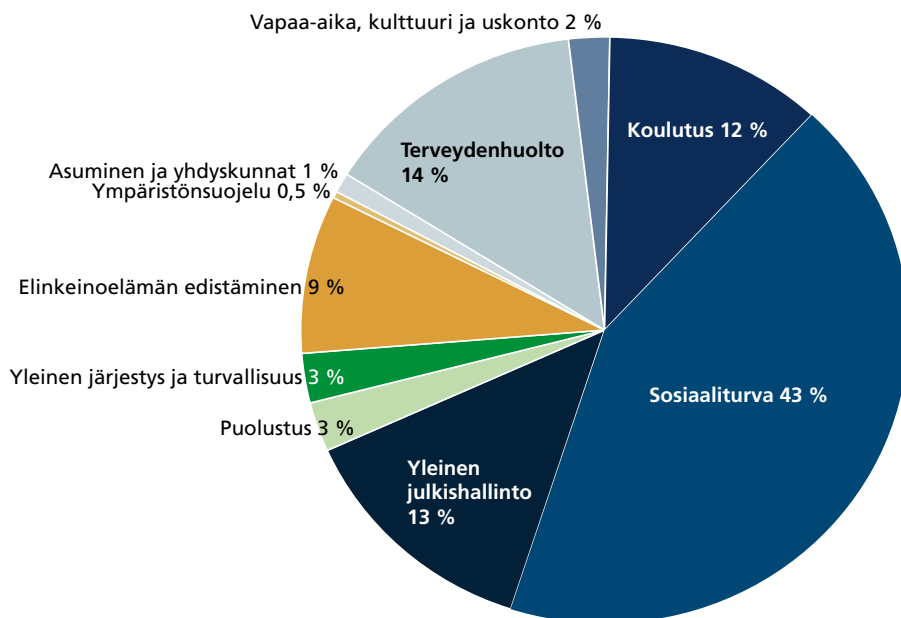


Sosiaali- ja terveystenonon rakenne ja kehitys

Taloustaantumun seurauksena julkisten menonon suhde bruttokansantuotteeseen ja kokonaisveroaste ovat nousseet. Julkisyhteisöjen menot muodostuvat valtion, kuntien ja sosiaali-rahastojen menoista, ja ne olivat yhteensä 109 miljardia euroa vuonna 2012. Julkisista menoista yli puolet menee sosiaali- ja terveystenoihin. Suomessa on kansainvälisesti korkea bruttososiaalimenonon BKT-osuus, mutta nettososiaalimenoihin sijoitus on keskimääräinen. Nettomääräiset sosiaalimenot ovat kasvaneet Suomessa keskimäärin 2,3 prosenttia vuodessa ajanjaksolla 1990–2012. Sosiaalimenonon merkittävimpiä rahoittajia ovat valtio ja työnantajat. Väestön ikääntymisen oletetaan hidastavan talouskasvua lähivuosina työvoiman vähentymisen, kiristyvän verorasituksen ja kaventuvan veropohjan myötä. Julkisten menonon oletetaan nousevan tulevana vuosikymmeninä ikäsidonnaisten sosiaali- ja terveystenonon kasvaessa.

Julkisyhteisöjen menot olivat 109 miljardia euroa eli 57 prosenttia Suomen bruttokansantuotteesta vuonna 2012. 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 kokonaisveroasteeksi. Kokonaisveroaste on noussut vuonna 2008 alkaneen talouden laskusuhdanteen myötä 43 prosentista 46 prosenttiin. Verotuloista noin kolmannes muodostuu välillisestä verotuksesta, noin kolmannes vakuutettujen ja työnantajien sosiaaliturvamaksuista ja noin kolmannes kuntien ja valtion tuloverotuksesta.

Kuviossa 1 on esitetty Suomen julkisten menojen jakautuminen tehtävittäin vuonna 2012. Suurimman erän muodosti sosiaaliturva, jonka osuus julkisista menoista oli 43 prosenttia. Seuraavaksi suurin oli terveydenhuolto 14 prosentilla ja yleinen julkishallinto 13 prosentilla. Koulutuksen osuus julkisista menoista oli 12 prosenttia ja elinkeinoelämän edistäminen 9 prosenttia. Puolustusmenot ovat 3 prosenttia julkisista menoista, samoin yleinen järjestys ja turvallisuus. Ympäristönsuojelun, asumisen ja vapaa-ajan sekä kulttuurin osuus julkisista menoista on yhteensä noin 3 prosenttia. Sosiaali- ja terveystenot olivat yhteensä noin 63 miljardia euroa vuonna 2012, ja niiden osuus bruttokansantuotteesta oli noin 33 prosenttia ja julkisista menoista 57 prosenttia.



Lähde: Kansantalouden tilinpito, Tilastokeskus

KUVIO 1. Julkisyhteisöjen menot tehtävittäin 2012, %.

Sosiaali- ja terveismenoilla tarkoitetaan palveluista ja toimeentuloturvasta koostuvia sosiaaliturvan menoja. Jatkossa käytämme myös käsitettä sosiaalimenot. Tietoja sosiaalimenoista julkaistaan Suomessa vuosittain (ks. esim. THL 2014). Tilastot kertovat, kuinka paljon sosiaali- ja terveyspalvelut ja toimeentuloturva maksavat kokonaisuudessaan sekä henkeä kohden laskettuna ja miten ja kenen toimesta menot rahoitetaan. Tilastot tuottavat tietoa yhteiskunnan investoinneista kansalaisten hyvinvoinnin tukemiseen ja turvaamiseen, mutta sosiaalimenot kuvaavat koettua hyvinvointia ja sen muutoksia vain rajallisesti.

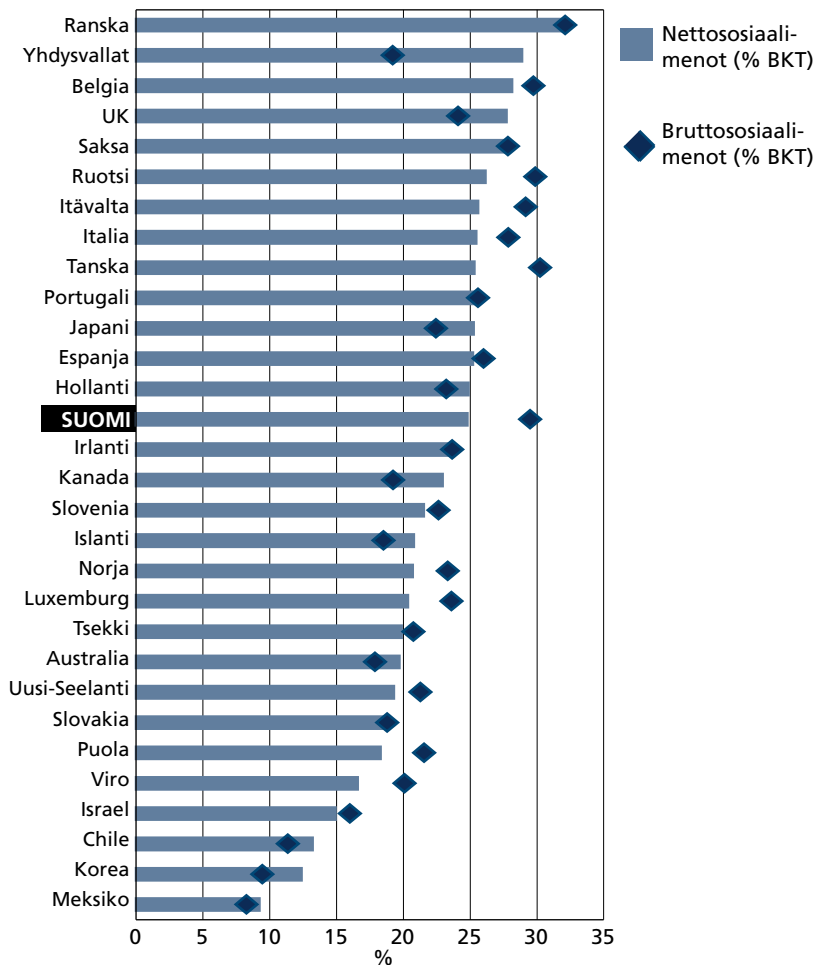
Tässä kappaleessa kuvataan sosiaali- ja terveismenojen kehitystä, rakennetta ja rahoitusta Suomessa 1990-luvun alusta viime vuosiin saakka. Tavoitteenamme on luoda yleiskuva taloudellisesta toimintaympäristöstä, jossa sosiaali- ja terveyspalveluista ja toimeentuloturvasta koostuva sosiaaliturvajärjestelmä Suomessa toimii. Arvioimme sosiaalimenojen ja rahoituksen kehitykseen vaikuttavia taustatekijöitä yleisellä tasolla menemättä syvällisempään tarkasteluun taustatekijöiden ja menokehityksen välisistä yhteyksistä. Sosiaalimenojen ja rahoituksen kuvaamisen ohella vertaamme sosiaalimenojen osuutta bruttokansantuotteesta OECD-maissa ja arvioimme sosiaalimenojen todennäköistä tulevaisuuden kehitystä.

Suomen sosiaali- ja terveismenojen kansainvälinen vertailu

Sosiaali- ja terveismenojen kansainvälisessä vertailussa käytetään usein brutto- ja nettomääräisiä menoja. Tämä siksi, että eri maissa voidaan hoitaa samoja tehtäviä joko yksityisin tai julkisin maksuin, julkisin tai yksityisin palveluin. Lisäksi joissain maissa tulonsiirtoja verotetaan ja verotuksessa on sosiaalipoliittisia verohelpotuksia, joissain maissa taas ei. Esimerkiksi Suomessa työeläkkeet rahoitetaan veroluonteisin maksuin, monet etuudet ovat veronalaisia ja osa sosiaali- ja terveyspalveluista on maksuttomia tai subventoituja. Vertailemalla pelkästään bruttomääräisiä julkisia sosiaalimenoja saa vinoutuneen kuvan väestöön kohdistuvista maksuista ja maan sosiaalimenoista. Esimerkiksi Yhdysvalloissa suurin osa terveydenhuollosta ja sosiaaliturvasta on yksityisten vakuutusten kattamaa, joiden vakuutusmaksut eivät näy perinteisissä julkisissa sosiaalimenoissa. Samoin esimerkiksi Saksassa laajat perhepoliittiset verohelpotukset jäävät bruttomääräisten sosiaalimenotarkastelujen ulkopuolelle.

Nettososiaalimenot sisältävät julkisten sosiaali- ja terveismenojen lisäksi myös kohdennettujen verohelpotusten sekä yksityisten sosiaali- ja terveismenojen kustannukset (ks. Adema 2001). Kuviossa 2 on esitetty sekä bruttomääräisten julkisten sosiaalimenojen osuus bruttokansantuotteesta että vastaava osuus nettososiaalimenojen osalta. Maitten väliset erot sosiaali- ja terveismenoissa tasoittuvat, kun otetaan huomioon verotus ja yksityiset sosiaalimenot. Korkeimmat sosiaalimenot ovat Ranskassa niin brutto- kuin nettomääräisinä tarkasteltuna, 32 prosenttia

bruttokansantuotteesta. Toiseksi korkeimmat sosiaalimenot ovat Yhdysvalloissa, jonka sosiaalimenot nousevat 19 prosentista 29 prosenttiin, kun huomioidaan yksityiset sosiaali-, terveydenhuolto- ja sosiaaliturvamaksut sekä verojärjestelmän subventiot. Vastaavasti Suomen sosiaalimenojen bruttokansantuoteosuus laskee 29 prosentista 25 prosenttiin siirryttäessä nettososiaalimenoihin. Samalla Suomen OECD-maista viidenneksi korkein sosiaalimenojen osuus bruttokansantuotteesta laskee OECD-maiden keskimääräiseksi (14. sija), kun siirrytään julkisista brutto-sosiaalimenoista nettososiaalimenoihin.



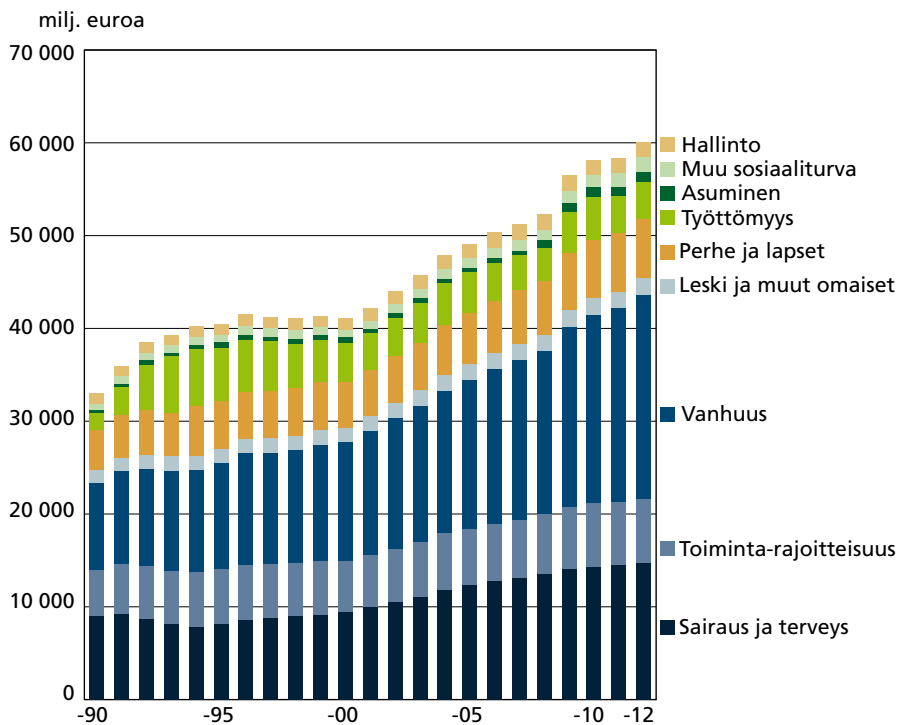
Lähde: OECD:n sosiaalimenotietokanta

KUVIO 2. Julkisten brutto- ja nettososiaalimenojen osuus (%) BKT:sta OECD-maissa vuonna 2009.

Sosiaalimenojen kehitys Suomessa vuosina 1990–2012

Sosiaalimenot olivat Suomessa hieman yli 60 mrd. euroa vuonna 2012 (THL 2014). Käypähintaiset sosiaalimenot ovat kasvaneet keskimäärin 4,0 prosenttia ja kiinteähintaiset menot 2,3 prosenttia vuodessa ajanjaksolla 1990–2012. Menojen kasvu oli nopeaa 1990-luvun alun sekä 2000-luvun alun ja lopun vuosina (kuvio 3).

Sosiaalimenojen kasvu on ollut hieman hitaampaa kuin bruttokansantuotteen kasvu vuosina 1990–2012. Tämä johtuu pitkälti kehityksestä 1990-luvun lopun vuosina, jolloin bruttokansantuotteen kasvu oli nopeaa ja sosiaalimenojen kasvu hidasta. Sosiaalimenoilla on taipumus kasvaa talouden laskusuhdanteessa, sillä työttömyyden myötä sosiaalimenot lähtevät nousuun samalla kun työtulojen väheneminen sekä kaupan ja tuotannon pieneneminen vähentävät verotuloja. Julkisten tulojen väheneminen voi myös johtaa herkästi sosiaaliturvan heikennyksiin ja hillitää menojen kasvua. Vaikka BKT:n ja sosiaalimenojen kasvun välillä voi olla joko suora tai käänteinen yhteys, Suomessa bruttokansantuotteen hidaskasvu (vastaavasti nopea) kasvu on ollut yhteydessä sosiaalimenojen nopeaan (vastaavasti hitaaseen) kasvuun vuosina 1990–2012.



Lähde: THL 2014

KUVIO 3. Sosiaalimenojen kehitys kohderyhmittäin vuosina 1990–2012 vuoden 2012 hinnoin, milj. euroa.

Sosiaalimenojen rakenteen kehitys

Sosiaalimenot kohdennetaan yhdeksään eri ryhmään, joita ovat sairaus ja terveys, toimintarajoitteisuus, vanhuus, leski ja muut omaiset, perhe ja lapset, työttömyys, asuminen, muu sosiaaliturva ja hallinto. Menot kussakin ryhmässä koostuvat toimeentuloturvana maksettavista ja palveluina annettavista etuuksista. Sosiaalime-noista toimeentuloturvan osuus on 66 prosenttia ja palvelujen 34 prosenttia.

Vanhuuteen liittyvät sosiaalimenot on ollut suurin ja myös yksi nopeimmin kasvavista sosiaalimenoeristä vuosina 1990–2012 (kuvio 3). Vanhuuteen liittyvät sosiaalimenot olivat 9,4 miljardia euroa vuonna 1990 ja 22,1 miljardia euroa vuonna 2012. Vanhuuteen liittyvät sosiaalimenot kasvoivat keskimäärin 3,7 prosenttia vuodessa tarkasteluajanjaksolla. Vanhuuteen liittyvien sosiaalimenojen keskimääräinen kasvu vuodessa oli nopeampaa kuin kiinteähintaisten sosiaalimenojen kasvu keskimäärin, mistä johtuen vanhuuteen liittyvien sosiaalimenojen osuus kaikista sosiaalimenoista on kasvanut (kuvio 4). Kehityksen taustalla vaikuttaa eläkkeensaajien ja ikääntyneiden palveluja käyttävien asiakkaiden lukumäärien kasvu (THL 2014) ja 1960-luvulla tehtyjen työeläkejärjestelmän muutosten realisoituminen.

Sairauteen ja terveyteen liittyvät nettomääräiset sosiaalimenot olivat 9,1 miljardia euroa vuonna 1990 ja 14,8 miljardia euroa vuonna 2012: menot kasvoivat tällä ajanjaksolla reaalisesti, eli ostovoimalla mitattuna, noin 63 prosenttia. Vuosina 1992–1994 sairauteen ja terveyteen liittyviä sosiaalimenoja leikattiin yhteensä noin 14,8 prosenttia, mikä vaikutti kohderyhmän menojen ja meno-osuuden kehitykseen tarkasteluajanjaksolla (kuvio 4). Nettomääräiset sosiaalimenot tässä ryhmässä kasvoivat keskimäärin 3 prosenttia vuodessa ajanjaksolla 1990–2012. Palvelut muodostavat runsaat 80 prosenttia sairauteen ja terveyteen liittyvistä sosiaalimenoista toimeentuloturvan osuuden ollessa 20 prosenttia.

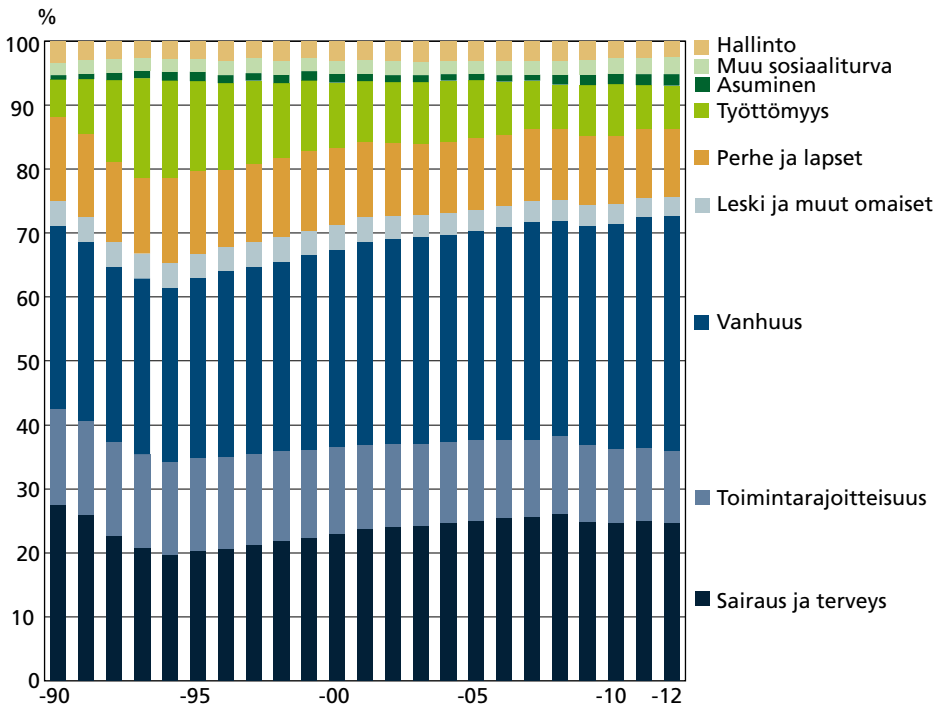
Työttömyyteen liittyvät sosiaalimenot koostuvat pääosin toimeentuloturvasta (esim. työmarkkinatuki, peruspäiväraha ja ansiopäiväraha) mutta myös joistakin palveluista kuten työvoimapolitiittisen aikuiskoulutuksen palveluista. Työttömyysmenot ovat sidonnaisia kansantalouden suhdanteisiin, mitä kuvastaa työttömyyteen liittyvien menojen ja meno-osuuden kasvua 1990-luvun lamavuosina. Työttömyysmenojen osuus kaikista sosiaalimenoista oli 5,9 prosenttia vuonna 1990, josta meno-osuus nousi yli 15 prosenttiin vuosina 1993–1994 (kuvio 4). Laman jälkeisinä nopean talouskasvun vuosina työttömyysmenojen kasvu on puolestaan ollut hitaampaa kuin muiden sosiaalimenojen kasvu.

Hitainta menojen kasvu on vuosina 1990–2012 ollut Toimintarajoitteisuus- sekä Perhe ja lapset -ryhmissä. Kiinteähintaisten sosiaalimenojen osuus keskimäärin prosenttia vuodessa Toimintarajoitteisuus-ryhmässä ja 1,3 prosenttia vuodessa Lapset ja perheet -ryhmässä. Toimintarajoitteisuus-ryhmän osuus yhteenlasketuista sosiaalimenoista on supistunut lähes neljä prosenttiyksikköä vuoden 1990 15 prosentista 11,3 prosenttiin vuonna 2012. Vastaavasti Lapset ja

perheet -ryhmän meno-osuus on pienentynyt hieman yli kaksi prosenttiyksikköä vuoden 1990 13 prosentista 10,6 prosenttiin vuonna 2012. (Kuvio 4.)

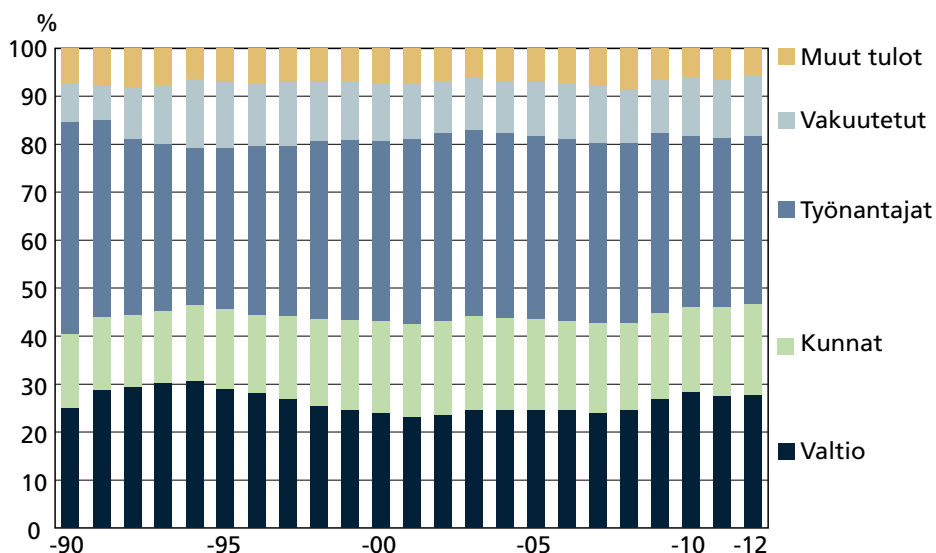
Sosiaalimenojen rahoituksen kehitys

Nettomääräisiä sosiaalimenoja rahoittavat pääosin valtio, kunnat, työnantaja ja vakuutetut. Kunnat rahoittavat palveluja ja joitakin toimeentuloturvan eriä, kuten esimerkiksi toimeentulotukea ja lasten kotihoidon tukea. Valtio osallistuu toimeentuloturvan ja myös palveluina myönnettävien tukien rahoitukseen valtionosuusjärjestelmän välityksellä. Työnantajat ja vakuutetut rahoittavat pääosin toimeentuloturvaa mutta myös joitakin harvoja palveluina myönnettäviä etuuksia, kuten esimerkiksi Toimintarajoitteisuus -ryhmään kuuluvia kuntoutuspalveluja. Muut tulot ovat työeläkelaitosten ja muiden sosiaaliturvarahastojen korko- ja osinkotuottoja (THL 2014).



Lähde: THL 2014

KUVIO 4. Sosiaalimenojen kohderyhmien osuuksien kehitys vuosina 1990–2012, %.



Lähde: THL 2014

KUVIO 5. Sosiaalimenojen rahoitusosuuksien kehitys 1990–2012, %.

Merkittävimpiä sosiaalimenojen rahoittajia ovat olleet työnantajat ja valtio (kuvio 5). Työnantajat rahoittivat 34,8 prosenttia sosiaalimenoista vuonna 2012. Rahoitusosuus on pienentynyt vuodesta 1990, jolloin työnantajat rahoittivat 44,1 prosenttia sosiaalimenoista. Kehityksessä on havaittavissa kuitenkin suurta vaihtelua (kuvio 5): rahoitusosuus aleni nopeasti 32,9 prosentin tasolle vuosina 1991–1994, nousi tämän jälkeen aina 39,1 prosenttiin vuoteen 2002 mennessä, ja on tämän jälkeen supistunut noin 5 prosenttiyksikköä vuosina 2003–2012.

Valtio rahoitti sosiaalimenoista 27,6 prosenttia vuonna 2012. Valtion rahoitusosuus nousi 1990-luvun alkuvuosina, laski tämän jälkeen tai pysyi samalla tasolla aina vuoteen 2008 saakka ja on noussut muutamalla prosenttiyksiköllä vuosien 2009–2012 välisenä aikana.

Valtion ja työnantajien rahoitukseen ja rahoitusosuuksiin vaikuttavat kansantalouden suhdanteet. 1990-luvun lamavuosina työttömien määrä lisääntyi voimakkaasti, mikä vähensi työnantajien sosiaalivakuutusmaksuja ja vastaavasti lisäsi valtion työttömyyteen liittyviä sosiaalimenoja. Nämä molemmat tekijät selittävät työnantajien rahoitusosuuden supistumista ja valtion rahoitusosuuden kasvua 1990-luvun alussa (kuvio 5). Vastaava kehitys, joskaan ei niin voimakas, on ollut havaittavissa vuoden 2008 taluskriisistä alkaneen hitaamman talouskasvun aikana.

Asiakasmaksujen kehitys

Sosiaali- ja terveystalvelujen käyttäjiltä kerättävien asiakasmaksujen kokonaisuus on kolminkertaistunut vuodesta 1990 vuoteen 2012: asiakasmaksuja maksettiin 0,95 miljardia euroa vuonna 1990 ja 2,88 miljardia euroa vuonna 2012 (THL 2014). Vastaavanlainen kehitys on havaittavissa myös asukasta kohti lasketuissa asiakasmaksuissa, jotka nousivat 190 eurosta 530 euroon ajanjaksolla 1990–2012. Asiakasmaksujen osuus bruttomääräisistä sosiaalimenoista ei kuitenkaan ole lisääntynyt merkittävästi tarkasteluajanjaksolla. Se oli 4,1 prosenttia vuonna 1990 ja 4,6 prosenttia vuonna 2012. Korkeimmillaan osuus oli tarkasteluajanjaksolla vuonna 2003, jolloin asiakasmaksut kattoivat 5 prosenttia bruttomenoista.

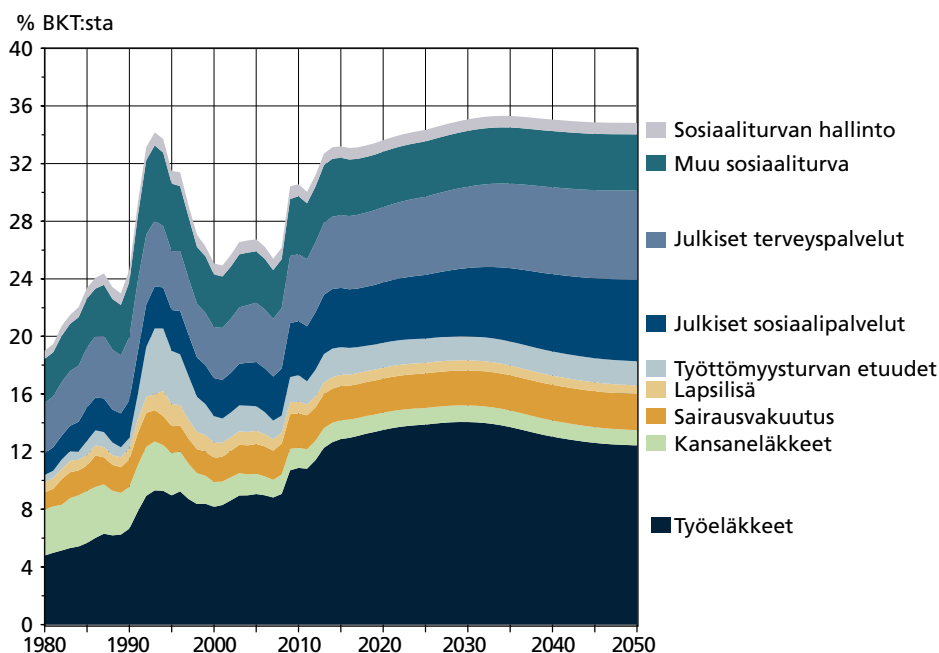
Asiakasmaksujen merkitys vaihtelee sosiaalimenoluokittain. Suurin osa asiakasmaksuista kerätään terveystalveluista ja jossakin määrin myös vanhuspalveluista. Muissa sosiaalimenoluokissa asiakasmaksujen merkitys on vähäinen.

Sosiaali- ja terveystalvelujen ennakoitu kehitys

Väestön ikääntymisen oletetaan hidastavan talouskasvua lähivuosina työvoiman vähentymisen kautta. Pitkällä aikavälillä väestön ikääntymisen ennakoidaan hidastavan talouskasvua myös kiristyvän verorasituksen ja kaventuvan veropohjan myötä julkisten menojen kasvaessa. Julkisten menojen osuuden bruttokansantuotteesta oletetaan nousevan useita prosenttiyksiköitä tulevina vuosikymmeninä ikäsidonnaisten sosiaali- ja terveystalvelujen kasvaessa. Julkisten menojen kasvua ennakoidaan ennen kaikkea eläke-, hoiva- ja terveystalvelujen 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. Taustalla olevat oletukset vaikuttavat voimakkaasti pitkän aikavälin ennusteisiin. Tämä on usein luettu ennusteiden heikkoudeksi, vaikka yksi niiden tehtävistä on juuri osoittaa se, miten herkästi oletukset vaikuttavat ennusteeseen. Ennusteita laaditaan, jotta voidaan hahmottaa, mihin tekijöihin voidaan ja kannattaa panostaa nyt, jotta tulevaisuuden kehityskulkuun voitaisiin vaikuttaa. Pitkän aikavälin ennusteiden tarkoitus on tuoda esiin ja auttaa valitsemaan keinoja, joilla tulevaisuuden kehitystä voidaan ohjata haluttuun suuntaan.

Kuviossa 6 on esitetty STM:n SOME-mallin pitkän aikavälin ennuste sosiaali- ja terveystalvelujen kehityksestä vuoteen 2050. Ennuste perustuu niin sanottuun perusvaihtoehtoon¹ eli oletettuun kehitykseen nykyisten tietojen valossa (STM 2009). Sosiaalimenojen suhde bruttokansantuotteesta kasvoi vuonna 2008 alka-



Lähde: SOME-malli 2014 (ks. STM 2009)

KUVIO 6. Sosiaali- ja terveystenöjen kehitys pitkällä aikavälillä, % BKT:stä.

neen talouskriisiin seurauksena 26 prosentista 30 prosenttiin vuosien 2009 ja 2010 aikana. Tämä oli seurausta bruttokansantuotteen laskusta. Bruttokansantuote on edelleen alemmalla tasolla kuin ennen vuoden 2008 kriisiä, minkä vuoksi sosiaalimenöjen osuuden bruttokansantuotteesta ennustetaan kasvavan lähivuosina yli 32 prosentin. Pitkällä aikavälillä sosiaali- ja terveystenöjen osuuden bruttokansantuotteesta ennustetaan kasvavan 34 prosenttiin.

Sosiaali- ja terveystenöjen kasvu on painottunut viime vuosina eläkemenoihin suurten ikäluokkien eläköityessä. Eläkemenojen osuus bruttokansantuotteesta kasvoi 11 prosentista 14 prosenttiin vuosina 2008–2014, ja osuuden ennustetaan nousevan 15 prosenttiin pitkällä aikavälillä. Julkisten terveydenhoitomenöjen suhteen bruttokansantuotteesta ennakoidaan kasvavan nykyisestä 5 prosentista 6 prosenttiin. Julkisten sosiaalipalvelujen suhteen kansantuotteesta ennakoidaan kasvavan 4 prosentista 5 prosenttiin pitkäaikaishoitomenöjen kasvun seurauksena.

Yhteenveto

Suomen julkisyhteisöjen menot ovat yli 100 miljardia euroa, ja niiden rahoittamiseksi valtio, kunnat ja sosiaaliturvarahastot keräävät veroja ja veroluonteisia maksuja 46 prosentin kokonaisveroasteen verran. Julkisista menoista yli puolet menee sosiaali- ja terveystoimintoihin. Suomen nettososiaalimenojen suhde bruttokansantuotteesta on OECD-maiden keskitasoa.

Sosiaali- ja terveystoimintojen osuuden kansantuotteesta ennakoidaan pitkän aikavälin ennusteissa nousevan useita prosenttiyksiköitä väestön ikääntymisen seurauksena. Suurimman osan menojen kasvusta ennustetaan kohdistuvan työeläkemenoihin ja lopun sosiaali- ja terveystoimintoihin. Sosiaali- ja terveystoimintojen pitkän aikavälin ennusteet ovat kuitenkin hyvin herkkiä ennusteiden taustalla olevien työllisyyttä, väestökehitystä tai palvelujen tarvetta koskevien oletusten suhteen (Kiander 2010).

Julkisten sosiaali- ja terveystoimintojen kattaminen voi tulevaisuudessa osoittautua vaikeaksi sekä rakenteellisesti että suuruudeltaan. Kumpikin haasteista liittyy ikääntymisen tuomiin paineisiin. Ikääntyvä väestö on osoittanut merkittävää mieltymysten ja tarpeiden monimuotoisuutta, mikä luo kysyntää monipuoliselle palvelutarjonnalle (Pursiainen & Seppälä 2013). Tällöin myös rahoitusinstrumenteilta vaaditaan luovuutta. Kasvava ikääntyneiden väkiluokka aiheuttaa kasvavan veropohjan myötä painetta rahoitukselle. Rahoitus voidaan kattaa joko lisäveroilla tai käyttäen vaihtoehtoisia rahoitusmuotoja. Verotuksen kiristäminen merkittävästi nykyisestäään siten, että talouden toimeliaisuus säilyy, on vaikeaa. Siksi rahoitus on hankittava muilta valtion rahoitusmomenteilta, palvelutasoa on karsittava tai vaihtoehtoisia rahoitus- ja toimintatapoja on löydettävä.

Viite

- 1 Talouskehitykseen liittyvät oletukset vuoteen 2050: Tuottavuuden (ansiotason) reaalkasvu maltillista 2010 jälkeen (1,5 %), työllisyysaste 71,9 %, työttömyysaste 6,4 % ja reaalkorko 4 %, kuluttajahintainflaatio 2 %. Väestökehitys Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan: Yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä 16 prosentista 27 prosenttiin.

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.
- Kiander, Jaakko (2010) Julkisen talouden kestävyys – Onko meillä vielä varaa hyvinvointivaltioon? Teoksessa Juho Saari (toim.) Tulevaisuuden voittajat – Hyvinvointivaltion mahdollisuudet 2010-luvun Suomessa. Julkaisuja 5/2010. Helsinki: Tulevaisuusvaliokunta.
- OECD (2012) Social spending during the crisis: Social expenditure (SOCX) data update 2012.
- Pursiainen, Heikki & Seppälä, Timo (2013) Hoivakodissa vai kotihoivassa? Suurten ikäluokkien halukkuus maksaa vanhuspalveluista. VATT-tutkimukset 173. Helsinki: Valtion taloudellinen tutkimuskeskus.
- STM (2009) Skenaarioita sosiaalimenoista - terveyden edistämisen vaikutukset ja analyysimallin esittely. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:7. Helsinki: STM.
- Suomen virallinen tilasto (SVT) Kansantalouden tilinpito [verkkojulkaisu]. ISSN=1795-8881. 2013, Liitetaulukko 1. Bruttokansantuote (BKT) markkinahintaan 1975-2013*. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 23.4.2014]. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/vtp/2013/vtp_2013_2014-03-03_tau_001_fi.html
- THL (2014) Sosiaalimenot ja rahoitus 2012. Tilastoraportti 4/2014, Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Väestön lääkäripalvelujen käyttö ja kokemukset terveyspalveluista

Kaksi kolmasosaa väestöstä kävi vuoden 2013 aikana lääkäri- rissä. Alempiin tuloluokkiin kuuluvat käyttävät odotetusti ylempiin kuuluvia enemmän terveyskeskuslääkäripalveluja. Vastaavasti työterveys- ja yksityislääkäripalveluja käytetään enemmän ylemmissä tuloluokissa. Eläkeikäiset käyttävät eniten terveyskeskuksen ja erikoissairaanhoidon poliklinikan lääkäripalveluja. Eläköitymisen kynnyksellä käytetään runsaimmin työterveyshuollon ja yksityissektorin lääkäripalveluja. Väestön tyytymättömyys hoitoon pääsyn odotusaikoihin on lisääntynyt. Yksityisten palvelujen laatuun ollaan tyytyväisempiä kuin julkisten palvelujen laatuun. Lapsiperheistä enemmistöllä on yksityinen sairausvakuutus. Yksityisen sairausvakuutuksen kasvava suosio ilmentää väestön halua hoidon valinnanvapauteen ja erilaisia terveydenhuoltoon ja sairaanhoitoon liittyviä mieltymyksiä. Enemmistö kansalaisista haluaisi kuitenkin kohdentaa julkiseen terveydenhuoltoon nykyistä enemmän verovaroja. Tehokas julkisrahoitus ja sote-uudistus onnistuessaan mahdollistavat sen, että julkisilla resursseilla tuotetut palvelut ovat lain edellyttämällä tavalla laadukkaita ja yhtäläisesti saatavilla.

Terveyspolitiikan tavoitteena on koko väestön mahdollisimman hyvä terveys. Terveystieteiden ja terveydenhuoltojärjestelmä pyrkii edistämään väestön terveyttä ja hyvinvointia, ennalta ehkäisemään sairauksia ja ylläpitämään terveyttä. Terveystieteiden ja terveydenhuolto voidaan jakaa karkeasti perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuollon painopiste on kahdessa ensimmäisessä tehtävässä ja erikoissairaanhoidon painottuessa terveyden ylläpitämiseen.

Palvelutuotantojärjestelmä koostuu julkisesta ja yksityisestä palvelutuotannosta.¹ Kunnat päättävät itsenäisesti lakien ja asetusten velvoittamien palvelujen järjestämistavan ja ovat keskeisessä roolissa myös julkisten palvelujen tuottajina. Palvelut tuotetaan pääosin verovaroin. Erikoissairaanhoidon tarjotaan sekä julkisena palvelutuotantona että osittain Kansaneläkelaitoksen (Kelan) hallinnoiman sairausvakuutuksen tukemana, yksityisesti tuotettuna palvelutuotantona. Kiireellinen akuuttihoito sen sijaan on puhtaasti julkisen sektorin tuotantoa. Yksityistä palvelutuotantoa ohjaavat markkinamekanismit. Sairausriskien tuetaan osittain myös yksityislääkäri- ja yksityishammaslääkäripalvelujen käyttöä.

Työterveyshuollon päätehtävä on ylläpitää työssäkäyvien toimintakykyä ja edistää työhyvinvointia, ja se on tärkeä osa yksityisen palvelutuotannon kokonaisuutta. Suomen työterveyshuoltoa vastaavaa järjestelmää ei löydy muista maista (OECD 2005). Työterveyshuolto mahdollistaa työelämässä oleville nopean hoidon ja siten tehostaa työssäkäyvien tuottavuutta. Samalla se vapauttaa osaltaan julkisen sektorin perusterveydenhuollon voimavaroja työelämän ulkopuolella olevien käyttöön. Työterveyshuollon vuoksi lääkäripalvelujen käyttö on ollut Suomessa runsaampaa paremmin toimeentulevien piirissä muihin OECD-maihin verrattuna (van Doorslaer ym. 2006; Devaux & de Looper 2012).

Muiden vakuutusten tavoin myös yksityisten hoitokuluvakuutusten perimmäisenä tavoitteena on riskien kollektiivinen jakaminen. Sairastumiseen ja terveyspalveluihin liittyvä epävarmuus on synnyttänyt sairausvakuutusmarkkinat. Yksityisen sairausvakuutuksen ottaja pyrkii suojautumaan sairastumisen aiheuttamilta taloudellisilta seurauksilta. Yksityinen sairausvakuutus osin korvaa ja osin täydentää julkista sairausvakuutusta. Yksityinen sairausvakuutus korvaa palvelujen käyttäjille yksityisten palvelujen kustannuksia ja julkisten palvelujen käyttäjämaksuja. Ostettaessa vakuutuksen tukemia terveyspalveluja, vakuutuslaitosten tarjoamat hoitokuluvakuutukset lisäävät myös vakuutuksenottajan valinnan mahdollisuuksia. On syytä korostaa, että yksityiset sairausvakuutukset keventävät osaltaan potilasvirtaa julkisen sektorin palveluissa.

Yksilön terveyspalvelujen käyttöön ja hoitosektorien valintaan ovat yhteydessä sekä yksilöön liittyvät ominaisuudet, kuten sosioekonomiset tekijät, asuinpaikka ja kokemus tai uskomus palvelujen laadusta tai muista hänelle merkityksellisistä tekijöistä, että useat palveluntarjoajiin liittyvät ominaisuudet (Sintonen & Pekuri 2006). Koska julkisessa terveydenhuollossa jaetaan niukkoja resursseja jonottamalla ja hoitoja priorisoimalla, väestön ikääntymisen lisäämä palvelujen kysyntä merkitsee yhä suurempaa julkisten resurssien niukkuutta. Sen sijaan markkina-

hintaista palvelutuotantoa tarjoavalla yksityisellä sektorilla ei synny pitkiä jonoja, koska resursseja jaetaan markkinamekanismin avulla ja yksityishoitopalvelut myydään yleensä maksuvalmiille asiakkaille.

Vakuutusmarkkinat, ja etenkin yksityisten sairausvakuutusten määrä, ovat viime vuosina kasvaneet (Finanssialan Keskusliitto 2014a). Väestön keskiluokkaistumisen myötä kasvanut ostovoima on nostanut myös yksityisten sairausvakuutusten kysyntää. Koska yhä harvempi suomalainen hoitaa terveyttään ja sairauksiaan julkisen terveydenhuollon varassa, yksityissairausvakuutusten yleistymisen voidaan nähdä merkinä puhdaspiirteisen julkisen terveydenhuollon supistumisesta. Toisaalta yksityispalvelujen käyttö ei ole heikoimmin toimeentulevien piirissä aina taloudellisesti mahdollista, koska Kelan korvauksen jälkeen itse maksettavaksi jäävä osuus on vielä sen verran korkea (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2011). Koska potilaan valinnanvapaus on kunnallisessa terveydenhuollossa vähäistä, toteutuu se tällä hetkellä ensisijaisesti yksityisen sektorin tarjoamien palvelujen kautta (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2011). Näin ollen yksityisten sairausvakuutusten suosion lisääntymistä voidaan nykyisessä terveydenhuollossa pitää osittain potilaan valinnanvapauden kysynnän kasvuna.

Terveydenhuollon rahat kerätään useista lähteistä ja niiden jaosta tuottajille päätetään usealla taholla. Terveydenhuollon monikanavainen rahoitus vähentää rahoitus- ja järjestämisvastuun linjausten läpinäkyvyyttä. Rahoituksen monikanavaisuuden on uumoiltu luovan epäsuotuisia kannusteita tarpeettoman laajaan päällekkäiseen palvelutarjontaan, saatavuusongelmia ja hitautta palveluihin sekä lisäävän alueellista ja väestöryhmien välistä eriarvoisuutta (Pekurinen ym. 2011). Myös OECD:n (2012) raportissa kiinnitetään huomiota suuriin alueellisiin ja väestöryhmien välisiin terveyseroihin, Suomen terveydenhuoltojärjestelmän hajanaisuuteen ja potilaan vähäisiin valintamahdollisuuksiin. Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän on parhaillaan suuressa muutoksessa. Merkittävä muutos valmisteltavassa uudistuksessa on kunnille perinteisesti kuuluneen sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisvastuun siirto niin sanotuille sosiaali- ja terveysalueille (*sote-alueet*). Uudistuksen toteutuessa palvelujen järjestämisvastuu tulee olemaan viidellä sote-alueella ja palvelujen tuottamisvastuu kunnalla tai kuntayhtymällä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014). Sote-alue on tietyn alueen kuntien muodostama kuntayhtymä, joka vastaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä alueellaan. Jokaisen kunnan on kuuluttava yhteen sote-alueista. Kunnat rahoittavat sote-alueiden toiminnan asukaslukuun pohjautuvalla maksulla ja sote-alueet puolestaan rahoittavat palvelujen tuottamisen. Laajemman järjestämispohjan vuoksi sote-uudistuksen on ennakoitu parantavan palvelujen saatavuutta ja laatua sekä palvelujen käyttäjien yhdenvertaisuutta (Erhola ym. 2014).

Tarkastelemme suomalaisten terveyspalvelujen käyttöä ja palvelun käyttäjien kokemuksia palvelujärjestelmän toiminnasta vuonna 2013 toteutetun Suomalaisen hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -kyselytutkimuksen aineiston pohjalta. Ajallisia muutoksia palvelujen käytössä ja mielipiteissä verrataan vuoteen 2009 mahdollisuuksien mukaan.² Eri hoitosektorien lääkäripalvelujen käyttöä tarkastellaan käyntimäärien perusteella. Yksityisen sairausvakuutuksen yleisyyttä ja palvelujärjestelmän toimintaa arvioidaan hoidon saantia, palvelujen laatua sekä palvelujärjestelmään liittyviä kokemuksia ja mielipiteitä käsittelevien vastausten perusteella. Lisäksi tässä artikkelissa päivitetään väestön terveyspalvelujen kohdentumisen ja kokemusten osalta aiemmin suoritettujen väestötutkimuksien tuloksia (Arinen ym. 1998; Häkkinen 2002; Klavus ym. 2008; Klavus 2010; Nguyen ym. 2012) (ks. liitetaulukko 1). Artikkelit tarjoaa päätöksentekijöille mahdollisuuden perehtyä alueellisiin eroihin väestön terveyspalvelujen käytössä ja kokemuksissa. Siten se helpottaa sote-uudistuksen yhteydessä käytävää keskustelua organisaatiomuutosten tarpeesta ja julkisen terveydenhuollon muuttuvasta roolista.

Menetelmät ja taustamuuttujat

Analyysissä käytetyt taustamuuttujat ovat ikä, sukupuoli, tulo ja alue (ks. seuraava kappale). Tulokset ilmoitetaan vakioimattomina väestöryhmittäisinä keskiarvoina ja osuuksina ikä- ja sukupuoliryhmittäin, tuloluokittain ja alueittain. Lääkäriissä käyneiden osuuksien ja käyntimäärien tuloluokittaisessa ja alueellisessa sekä ajallisessa vertailussa vuoden 2009 tietoihin käytettiin myös suoran vakioinnin tuottamia keskiarvoja (liitetaulukko 2). Ikä- ja sukupuolivakioinnissa perusjoukon tasoitettuina tietoina käytettiin vuoden 2012 lopun tietoja koko väestöä (laitosväestöä lukuun ottamatta) koskevasta ikä- ja sukupuolijakaumasta.

Tuloluokittaisessa tarkastelussa aineisto jaettiin kotitalouden kulutusyksikköä kohti käytettävissä olevien tulojen mukaan viiteen yhtä suureen osaan eli tulo-viidenneksiin.³ Tutkimuksessa käytettiin OECD-kulutusyksikköasteikkoa, jossa kotitalouden ensimmäinen aikuinen saa painon 1,0, muut aikuiset painon 0,7 ja kukin lapsi (alle 18-vuotiaat) painon 0,5 (OECD 1982). Tulotiedot perustuivat Verohallituksen henkilöverorekisterin tulotietoihin vuodelta 2013. Alueellisissa tarkasteluissa maa jaettiin viiteen yliopistollisten sairaaloiden erityisvastuualueeseen (*erva*) vuoden 2013 aluejakoa noudattaen. Nämä *erva*-alueet ovat HYKS,⁴ TYKS,⁵ TAYS,⁶ KYS⁷ ja OYS⁸. Erilaisia kuvailevia tunnuslukuja laskettaessa käytettiin myös Tilastokeskuksen muodostamia henkilön analyysipainoja.

Terveyspalvelujen käyttö

Terveyspalvelujen käyttöä selvitettiin tiedustelemalla sairauden takia tehtyjä lääkäri- ja terveydenhoitajakäyntejä. Jotta tutkimuksesta saatuja tuloksia voitaisiin luotettavasti yleistää koskemaan koko väestöä, tutkimukseen olisi pitänyt osallistua riittävän suuri määrä ihmisiä. Tämän vuoksi käsitellään tässä artikkelissa vain lääkäripalvelujen käyttötietoja. Haastateltavalta kysyttiin, oliko tämä käynyt lääkärissä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana, millä sektorilla ja montako kertaa.

Viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana sairauden vuoksi lääkärissä oli käynyt noin 67 prosenttia vastanneista (taulukko 1). Kaikissa ikäryhmissä naiset kävivät lääkärissä enemmän kuin miehet. Eläkeläiset kävivät lääkärin vastaanotolla ja erityisesti sairaalan poliklinikalla eniten. Tutkimukseen osallistuneet kävivät sairauden vuoksi lääkärissä edeltäneiden 12 kuukauden aikana keskimäärin 3,1 kertaa (taulukko 1). Naisilla oli vuoden aikana keskimäärin 3,5 lääkärissäkäyntiä ja miehillä 2,7. Sukupuolten välinen ero lääkärissäkäyntien määrissä korostui alle 45-vuotiaiden ikäryhmässä. Pitkäaikaissairas kävi lääkärissä keskimäärin 2,6 kertaa enemmän kuin ei-pitkäaikaissairas (taulukko 2). Käynnit vähenivät pitkäaikaissairailta mutta lisääntyivät ei-pitkäaikaissairailta iän kasvaessa. Erityisesti 45–54-vuotiailla pitkäaikaissairailta miehillä keskimääräinen käyntimäärä oli suurin.

Kaikista lääkärissäkäynneistä 33 prosenttia tehtiin terveyskeskukseen, 22 prosenttia sairaalan poliklinikalle, 23 prosenttia työterveyshuoltoon ja 19 prosenttia yksityisvastaanotolle. Tuloryhmittäin tarkasteltuna lääkärissä käyneitä oli eniten ylimmässä tuloviidenneksessä (70 %); muissa tuloviidenneksissä ei ollut tuloeroja. Alueelliset erot lääkärissä käyneiden osuuksissa eivät myöskään olleet kovin suuria. Kun lääkärissä käyneiden osuus oli suurin HYKSillä ja TYKSillä (69 %) ja keskimääräistä pienempi OYSillä (62 %), lääkärissä käyneitä oli lähes yhtä paljon TAYSillä (67 %) kuin KYSillä (66 %).

TAULUKKO 1. Sairauden vuoksi lääkärissä käyneet (%) ja lääkärissäkäyntien määrä henkeä kohti

	Ikäryhmä					Kaikki
	19–34-v.	35–44-v.	45–54-v.	55–64-v.	65–80-v.	
Sairauden vuoksi lääkärissä käyneet (%)						
Miehet	52,5	58,8	64,3	70,4	72,2	62,8
Naiset	66,4	74,4	69,7	71,1	78,0	71,5
Yhteensä	59,4	66,5	67,0	70,8	75,2	67,2
Avohoidon lääkärissäkäyntien määrä/henki						
Miehet	2,0	2,3	3,2	3,1	3,3	2,7
Naiset	3,4	3,6	3,3	3,7	3,6	3,5
Yhteensä	2,7	2,9	3,2	3,4	3,5	3,1

TAULUKKO 2. Avohoidon lääkarissäkäyntien määrä henkeä kohti pitkäaikaissairailta ja muilla

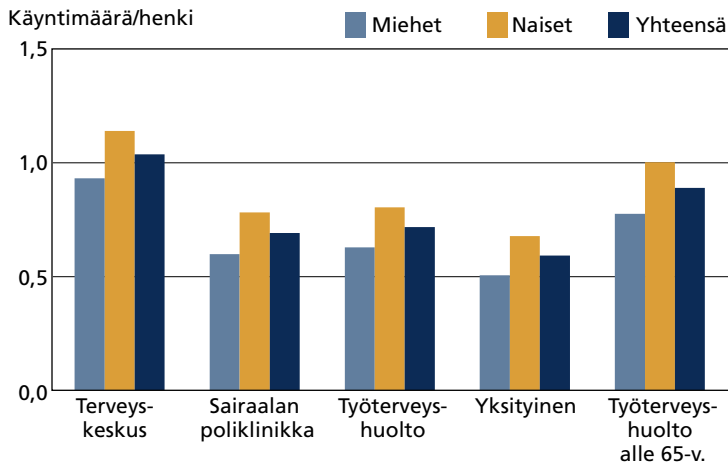
Ikä	Pitkäaikaissairaat			Ei-pitkäaikaissairaat		
	Miehet	Naiset	Yhteensä	Miehet	Naiset	Yhteensä
19–34-v.	5,9	8,2	7,1	1,5	2,6	2,0
35–44-v.	4,7	7,3	6,0	1,7	2,8	2,3
45–54-v.	6,6	5,9	6,2	2,1	2,4	2,3
55–64-v.	4,7	6,0	5,4	2,2	2,3	2,3
65–80-v.	5,1	5,0	5,1	2,2	2,7	2,4
Kaikki	5,3	6,2	5,8	1,9	2,6	2,2

Terveyskeskuslääkäripalvelujen käyttö painottui odotetusti alimpiin tuloluokkiin. Vuonna 2013 viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana väestöstä 38 prosenttia kävi terveyskeskuslääkarissä. Vastaanotolla kävi keskimääräistä tiheämmin toiseen tuloluokkaan kuuluvia (45 %) ja keskimääräistä vähän harvemmin neljänteen tuloluokkaan kuuluvia (33 %). Alimmassa tuloluokassa terveyskeskuslääkarissä oli viimeisen vuoden aikana käynyt lähes joka toinen vastanneista (46 %); vastaava osuus ylimmässä tuloluokassa oli sen sijaan 25 prosenttia.

Yksityislääkarissä kävi vuoden aikana 28 prosenttia väestöstä. Eniten käyntejä oli ylimmässä tuloluokassa (38 %), vähinten alimmassa tuloluokassa (21 %) ja keskimääräistä vähemmän muissa tuloluokissa (25–27 %). Niin ikään työterveyslääkarissä käyneiden osuus painottui odotetusti ylempiin tuloluokkiin. Alueittain tarkasteltuna sekä työterveyslääkäriin että yksityislääkäriin vastaanotolla vuoden aikana käyneitä oli eniten HYKSillä (30 % ja 33 %) ja vähinten OYSillä (20 % ja 21 %). Väestöstä joka neljäs kävi vuoden aikana poliklinikalla vähintään kerran. Sairaalan poliklinikalla oli käyty eniten KYSillä (30 %) ja vähiten HYKSillä (23 %).

Ammattiryhmittäinen tarkastelu osoittaa, että eniten käytiin terveyskeskuslääkarissä. Vuonna 2013 oli edeltäneiden 12 kuukauden aikana käyty terveyskeskuslääkarissä keskimäärin kerran, mutta sairaalan poliklinikalla, työterveyslääkäriin ja yksityislääkäriin vastaanotolla noin 0,7 kertaa (kuvio 1). Työikäiset puolestaan olivat vuoden aikana käyneet sekä työterveyslääkarissä että terveyskeskuslääkarissä keskimäärin 0,9 kertaa.

Kahdessa alimmassa tuloviidenneksessä lääkäripalveluja käytettiin kaiken kaikkiaan lukumääräisesti eniten (3,2 ja 3,3 käyntiä) ja vähiten neljännessä tuloviidenneksessä (2,9 käyntiä). Alueelliset erot lääkarissäkäyntien määrässä eivät olleet suuria OYSin erva-aluetta lukuun ottamatta. Henkeä kohti laskettu vuosittainen keskimääräinen lääkarissäkäyntien määrä oli HYKSillä ja TAYSillä 3,1 kertaa, KYSillä 3,4 kertaa sekä TYKSillä 3,3 kertaa. OYSillä oli edellisiä selvästi pienempi käyntimäärä, noin 2,5 kertaa vuodessa. Työterveyslääkäripalveluja käytettiin odotetusti eniten kolmessa ylimmässä tuloviidenneksessä ja yksityislääkäripalveluja eniten suurimmassa tuloviidenneksessä.⁹ Terveyskeskuspalvelujen käyttö oli kes-



KUVIO 1. Avohoidon lääkärikäyntien määrä henkeä kohti sektoreittain.

kimääristä runsaampaa kahdessa alimmassa tuloviidenneksessä. Alueelliset erot työterveyslääkäripalvelujen käytössä olivat myös pieniä lukuun ottamatta OYSin erva-alueetta, jolla työterveyslääkäripalveluja käytettiin selvästi keskimääristä niukemmin. Yksityislääkäripalveluja käytettiin eniten HYKSin ja TYKSin erva-alueilla ja keskimääristä vähemmän muilla erva-alueilla.

Väestön kokemukset ja mielipiteet terveyspalvelujen käytöstä

Saatavuus. Hoidon saatavuutta ja palvelujärjestelmän toimintaa arvioitiin kysymällä, oliko vastaaja viimeisen 12 kuukauden aikana mielestään joutunut odottamaan kohtuuttoman kauan tarvitsemaansa hoitoon pääsyä ja mikä kohtuuton odotusaika oli viikoissa mitattuna.¹⁰ Vuoden 2013 vastaajista keskimäärin 12 prosenttia (naisista 13 % ja miehistä 10 %) oli mielestään odottanut hoitoon pääsyä kohtuuttoman kauan. Vuonna 2009 vastaavaa mieltä oli joka kymmenes vastaaja (Klavus 2010). Edelliseen tutkimusvuoteen verrattuna odotusaikoihin liittyvä tyytymättömyys lisääntyi kaikissa ikäryhmissä mutta eniten 55–64-vuotiailla.

Tutkimuskyselylomakkeessa ei määritetty, mikä on kohtuuton aika odottaa vastaajan tarvitsemaan hoitoon pääsyä. Vastaajien ilmoittama kohtuuttoman pitkä odotusaika vaihtelee hoitosektorien välillä (taulukko 3). Erittäin lyhyet ja pitkät odotusajat heikentävät keskiarvon käyttöä mittarina. Sen sijaan hoitoon pääsyn odotusaikojen mediaanit¹¹ kuvaavat mielekkäämmin keskimääräisiä kohtuuttomana pidettyjä odotusaikoja. Vastaajien vähäisen lukumäärän vuoksi ilmoitettuja odotusaikoja ei ole mielekästä yleistää väestön tasolle.¹²

TAULUKKO 3. Kohtuuttoman pitkä odotusaika hoitoon pääsyyn (viikkoa/henki)

	Keskiarvo	Minimi	Mediaani	Maksimi	Vastaajien määrä
Terveyskeskuslääkärille	7	1	4	52	252
Terveyskeskuksen hammaslääkärille	21	1	20	52	149
Sairaalan poliklinikalle	11	1	8	52	111
Sairaalassa suoritettavaan toimenpiteeseen	16	1	12	52	97
Työterveyslääkärille	6	1	3	52	19
Yksityislääkärille	6	1	3	52	17

Taloustilanteen vaikutus. Sairauden hoidon ja taloudellisen tilanteen välistä yhteyttä arvioitiin tiedustelemalla, oliko vastaaja viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana jättänyt ostamatta lääkärin määräämiä lääkkeitä rahapulan takia. Vastaajista 3,4 prosenttia oli jättänyt ostamatta määrättyjä lääkkeitä (taulukko 4). 35–44-vuotiaat, joiden kotitaloudessa oli alle 18-vuotiaita lapsia, jättivät harvimminkin ostamatta lääkkeitä muihin saman kotitaloustilanteen ikäryhmiin verrattuna. Alueittain tarkasteltuna lääkärin määräämiä lääkkeitä ostamatta jättäneitä lapsiperheitä oli eniten KYSin ja vähinteen OYSin erva-alueilla.

Yksityisten lääkäripalvelujen käyttö ja sairausvakuutukset. Yksityislääkäripalvelujen käyttöä arvioitiin lisäksi kysymällä, oliko vastaajalla tai tämän perheenjäsenellä yksityinen sairausvakuutus haastatteluhetkellä. Vaikka joka kolmas vastaajista ilmoitti ottaneensa yksityisen sairausvakuutuksen, sen hankinta näyttää vähentyvän odotetus-

TAULUKKO 4. Lääkärin määräämien lääkkeiden ostamatta jättäminen rahapulan takia (%), vakioimattomat tulokset

	Kotitaloudessa alle 18-v. lapsia		Yhteensä
	ei	kyllä	
Kaikki	3,4	3,3	3,4
Miehet	2,2	2,6	2,3
Naiset	4,6	3,9	4,4
län mukaan			
19–34-v.	4,9	3,9	4,6
35–44-v.	3,4	2,2	2,5
45–54-v.	5,0	4,1	4,6
55–64-v.	2,1	5,2	2,3
65–80-v.	2,2	0,0	2,2
Erityisvastuualueittain			
HYKS	4,1	3,6	3,9
TYKS	2,5	3,4	2,7
TAYS	2,3	2,9	2,5
KYS	3,4	3,9	3,5
OYS	4,3	2,5	3,8
Tuloviidenneksittäin¹			
I Alin	7,7	6,4	7,2
II	4,1	3,8	4,1
III	2,5	3,1	2,6
IV	1,7	1,2	1,3
V Ylin	0,5	1,8	1,2

¹ Tuloluokat olivat erilaisia eri tapauksissa: ei ollut lapsia kotitaloudessa, oli lapsia kotitaloudessa ja yhteensä.

ti iän myötä (taulukko 5). Yleisimmin yksityisen sairausvakuutuksen oli ottanut TYKSin erva-alueella asuvat ja 19–44-vuotiaat vanhemmat, joilla on alle 18-vuotiaita lapsia. Yksityisen sairausvakuutuksen hankinta yleistyi siirryttäessä pienimmästä tuloviidenneksestä suurimpaan kotitalouden tilanteesta riippumatta. Vastaaajille oli tyypillisempää hankkia yksityinen sairausvakuutus itselleen kuin toiselle kotitaloudessa asuvalle. Alle 18-vuotiaille lapsille hankkivat eniten yksityisiä sairausvakuutuksia odotetusti 35–44-vuotiaat vastaajat.

Palvelujen laatu. Julkisten terveystalvelujen laatuun oltiin vastaajien keskuudessa melko tyytyväisiä. Erittäin hyvänä laatua piti noin 11 %, hyvänä 41 % ja tyydyttävänä 30 % väestöstä. Vain 7 % piti laatua huonona tai erittäin huonona. Yksityisten terveystalvelujen laatua piti sen sijaan erittäin hyvänä 22 %, hyvänä

TAULUKKO 5. Yksityisen sairausvakuutuksen ottaminen (%), vakioimattomat tulokset

	Kotitaloudessa alle 18-v. lapsia		Yhteensä	Yksityinen sairausvakuutus ¹			
	ei	kyllä		Itsellä	Lapsilla	Puolisolla	Muulla perheenjäsenellä
Kaikki	24	57	34	16	16	14	1
Miehet	28	59	37	20	16	17	1
Naiset	21	56	31	13	16	12	1
län mukaan							
19–34-v.	33	60	41	20	16	14	3
35–44-v.	36	60	53	22	40	18	0
45–54-v.	33	53	42	20	23	18	0
55–64-v.	20	40	21	12	5	12	1
65–80-v.	13	36	13	8	1	9	0
Erityisvastuualueittain							
HYKS	25	58	35	16	18	14	1
TYKS	28	63	38	19	18	15	1
TAYS	23	58	33	16	15	14	1
KYS	22	54	31	15	14	14	1
OYS	23	50	32	16	14	14	1
Tuloviidenneksittäin²							
I Alin	18	40	25				
II	19	51	32				
III	23	59	33				
IV	28	68	39				
V Ylin	33	69	41				

¹ Tätä ei kysytty yksinasuvilta.

² Tuloluokat olivat erilaisia eri tapauksissa: ei ollut lapsia kotitaloudessa, oli lapsia kotitaloudessa ja yhteensä.

41 %, tyydyttävänä 5 % ja huonona tai erittäin huonona 1 % vastaajista. Tarkasteltaessa vain joko julkisia tai yksityisiä palveluja käyttäneiden vastaajien kannanottoja havaittiin, että nämä vastaajat pitivät käyttämiensä palvelujen laatua selvästi parempana kuin ne, jotka olivat käyttäneet sekä julkisia että yksityisiä palveluja. Niistä, jotka eivät käyttäneet lainkaan yksityisiä terveyspalveluja, piti erittäin hyvänä julkisten palvelujen laatua 15 %, hyvänä 49 %, tyydyttävänä 30 % ja huonona tai erittäin huonona 5 %. Samoin niistä, jotka eivät käyttäneet lainkaan julkisia terveyspalveluja, erittäin hyvänä yksityisten palvelujen laatua piti 38 %, hyvänä 53 %, tyydyttävänä 7 % ja huonona tai erittäin huonona 1 %.

Rahoituksen riittävyys. Haastateltavilta tiedusteltiin myös mielipiteitä terveyden- ja sairaanhoitoon kohdennetun rahoituksen riittävydestä kysymällä, missä määrin henkilö olisi toivonut verovaroja käytettävän niiden rahoitukseen. Kaikista vastanneista 57 prosenttia oli sitä mieltä, että terveyden- ja sairaanhoitoon tulisi käyttää nykyistä enemmän verovaroja (taulukko 6). Mielipiteiden jakaumissa ei juuri ollut alueellisia eroja lukuun ottamatta OYSin erva-alueita, missä keskimääräistä useampi vastaaja olisi halunnut lisätä verorahoitusta. Tuloluokittain tarkasteltuna havaittiin, että tulojen kasvaessa halu käyttää nykyistä enemmän verovaroja väheni, mutta samalla halu käyttää jokseenkin nykyinen määrä verovaroja lisääntyi. Ylimpään tuloluokkaan kuuluvista 49 prosenttia oli valmis lisäämään terveyden- ja sairaanhoitoon nykyistä enemmän verovaroja, mutta myös lähes yhtä suuri osuus (47 prosenttia) halusi käyttää siihen saman määrän verovaroja.

TAULUKKO 6. Terveyden- ja sairaanhoitoon tulisi käyttää enemmän, vähemmän vai saman verran verovaroja (%), vakioimattomat tulokset

	Nykyistä enemmän	Jokseenkin nykyinen määrä	Nykyistä vähemmän	Ei osaa sanoa
Kaikki	57,3	39,5	1,8	1,3
Miehet	53,8	42,0	2,7	1,4
Naiset	60,8	37,1	0,9	1,2
Erityisvastuualueittain				
HYKS	56,3	40,0	2,2	1,4
TYKS	56,8	40,5	0,9	1,8
TAYS	57,2	39,9	1,9	1,1
KYS	57,7	40,7	1,0	0,6
OYS	60,6	35,1	2,7	1,6
Tuloviidenneksittäin				
I Alin	59,4	35,8	2,5	2,3
II	59,2	37,0	1,6	2,3
III	60,8	37,3	1,0	0,9
IV	57,7	40,9	1,1	0,4
V Ylin	49,4	47,1	2,9	0,6

Pohdinta

Vertailu vuoden 2009 tutkimuskertaan osoittaa, että lääkarissäkäyntien määrä näyttää pysyneen vuonna 2013 lähes samana. Lääkäripalvelujen käyttö määrä on osittain yhteydessä väestön toimintakyvyn ja terveydentilan kehitykseen. Tutkimusaineistojen mukaan pitkäaikaissairausten ilmoittaneita tutkittavia oli vuonna 2013 vähemmän kuin vuonna 2009. Hyväksi tai melko hyväksi terveytensä kokeneita oli molempina vuosina yhtä paljon. Ikäryhmittäisesti tarkasteltuna pitkäaikaissairastavuus oli vuosien 2009–2013 välillä vähentynyt kaikilla yli 44-vuotiailla, mutta huomattavinta vähentyminen oli eläkeikäisillä (vrt. Koskinen ym. 2012; ks. kuvio 2, Martelin ym. tässä teoksessa). Terveydentilan kohentumisen heijastusvaikutuksia lääkäripalvelujen käyttöön näkyi ehkä siinä, että käyntimäärät olivat lisääntyneet kaikissa ikäryhmissä mutta etenkin 45–64-vuotiailla. Väestötason terveydentilan muutokset ovat pikemminkin hiipiviä kuin nopeita heilahduksia, eikä niitä ehdi juuri ilmaantua neljän vuoden aikajänteellä. Näin ollen väestön terveydentilasta johtuvien muutosten ei voida odottaa vaikuttavan merkittävästi terveyspalvelujen käyttöön annetulla aikajänteellä käyntimäärillä mitattuna. Käyntimäärät voivat myös muuttua, mikäli terveydenhuoltojärjestelmässä itsessään tapahtuu merkittäviä muutoksia, jotka vaikuttavat olennaisesti potilaan asemaan tai palvelujen saatavuuteen. Tällaisia terveyspolitiikalla aikaansaattavia muutoksia ei kuitenkaan 2009–2013 välisenä aikana ole tapahtunut.¹³

Lääkäripalvelujen käyttö voi heijastaa myös muutoksia palvelutuotannon organisoimisessa. Havaittu terveyskeskuslääkarissäkäyntien määrän ennallaan pysyminen saattaa johtua esimerkiksi siitä, että lääkarissäkäyntien määrä on tasaisesti vähentynyt koko 2000-luvun muiden ammattihenkilöiden kuten sairaan- ja terveydenhoitajien käyntimäärien kasvaessa (Vainiola & Vainikka 2011). Havainto on seurausta terveyspalvelutuotannon tehostamisesta hyödyntämällä hoitavan henkilöstön ammattitaitoa täysimääräisesti. Koko maan tasolla tarkasteltuna perusterveydenhuollon avohoidon kaikki lääkarissäkäyntien määrät asukasta kohti olivat vuosien 2000–2012 aikana vähentyneet lähes puoleen, mutta yksityislääkarissäkäyntien määrät vastaavasti pysyneet samalla tasolla (SOTKANet 2014). Vuonna 2012 avohoidon lääkarissäkäyntien määrä 15–64-vuotiaista kohti oli keskimäärin yksi käynti ja 65–74-vuotiaista kohti noin 1,7 käyntiä (SOTKANet 2014). Nämä tiedot vastaavat myös tämän artikkelin aineiston vastaavia käyttötietoja.

Sairaalan poliklinikan, työterveys- ja yksityislääkarissäkäyntien keskimääräisissä määrissä ei neljässä tutkimusvuodessa myöskään ollut kovin suuria muutoksia. Vaikka neljästä tutkitusta palvelusta yksityislääkarissäkäyntien määrät olivat muuttuneet eniten (liitetaulukko 2), nämäkin ovat pysyneet oletettavasti varsin samalla tasolla. Olettamusta tukee se, että yksityislääkarissäkäynneistä korvausta saaneiden osuus väestöstä on Kelan (2013) sairausvakuutuslaskosten ja SOTKANet-tietokannan (2014) mukaan viime vuosina pysynyt lähes muuttumattomana. Yksityislääkarissäkäyntien määrä henkeä kohti vuodessa on ollut samojen lähteiden mukaan vuodesta 2001 lähtien keskimäärin 0,7, mikä oli hieman korkeampi

kuin tämän artikkelin aineistosta laskettu. On kuitenkin otettava huomioon, että Kelan tilastoissa oli koko väestön korvauksen saajat, kun taas HYPÄ 2013 -aineistossa vain 19–80-vuotiaat otokseen valikoituneet vastaajat.

Koko väestöön suhteutettuna työterveyslääkärille tehtiin vuonna 2013 keskimäärin 0,7 käyntiä. Paremman vertailupohjan työterveyslääkäripalvelujen käytöstä tuottaa kuitenkin työikäisen väestön tarkastelu. Tällöin havaitaan, että alle 65-vuotiailla vastaava keskiarvokäyttömäärä oli 0,9 (kuvio 1 ja liitetaulukko 1). Vaikka palvelujen käyttöajanjakso ei ollut täsmälleen sama kuin nykyisessä tutkimuksessa, ”Työ- ja terveys Suomessa” -haastattelututkimuksen mukaan työterveyslääkärisäkäyntejä oli puolen vuoden aikana ollut keskimäärin 0,9 kertaa vuonna 2012 (Kauppinen ym. 2013). Kuten yksityislääkäripalvelujen käytöstä edellä havaittiin, myös alle 65-vuotiaiden työterveyslääkäripalvelujen käytössä oli heikkoa kasvua. Kelan (2013) sairausvakuutus tilastoja tarkastelemalla voidaan työterveyslääkäripalvelujen käytön hienoista kasvua perustella esimerkiksi sillä, että vuosien 2009–2011 välillä työntekijöiden työterveyshuollon sairaanhoitokäyntien määrä oli myös lisääntynyt, vaikka työterveyshuollon piiriin kuuluvien osuus työvoimasta oli vähän pienentynyt.

Tässä tutkimuksessa on myös rajoituksia. On syytä korostaa, että havaitut erot vuosien 2009 ja 2013 haastateluaineistojen välisissä tuloksissa voivat osittain johtua kyselytutkimusten vastauskadoista aiheutuvasta tutkittavien valikoitumisesta.¹⁴ Myös tutkittavien itse ilmoittamiin käyntimääriin on syytä suhtautua varauksella. Vaikka ihmiset muistavat hyvin, onko jokin asia tapahtunut tai ei, kyky muistaa arkipäiväisten tapahtumien lukumäärää vuoden ajalta on ymmärrettävästi vaihteleva. Vastaajien valikoituminen ja vastausten epätarkkuus häiritsevät osaltaan tutkimuksesta saatujen tulosten vertailemista.

2000-luvun aikana myös hoitokäytännöissä ja hoitotakuussa on tapahtunut muutoksia, joiden huomioiminen tässä tutkimuksessa on erittäin vaikeaa. Tehtyjen lääkärisäkäyntien perusteella voidaan todeta, että työikäisten lääkäripalvelujen käytön painopiste siirtyi terveyskeskuksista työterveyshuoltoon jo 2000-luvulla, eikä valtavan suuria muutoksia käyttömäärissä sektoreittain ole viime vuosina havaittu (ks. liitetaulukko 1).¹⁵ Erikoissairaanhoidon avohoidon käyntien määrä asukasta kohti lisääntyi 2000-luvulla, mutta oli viime lähivuosina jäänyt lähes samalle tasolle (SOTKANet 2014). Tutkimusaineistojen mukaan vuonna 2009 pitkäaikaissairailla oli keskimäärin 1,5 käyntiä sairaalan poliklinikalla, mikä oli neljä kertaa enemmän kuin ei-pitkäaikaissairailla. Vuonna 2013 pitkäaikaissairailla ja ei-pitkäaikaissairailla kävivät poliklinikalla vastaavasti keskimäärin 1,6 kertaa ja 0,4 kertaa. Pitkäaikaissairailla oli havaittavissa pieni lisäys poliklinikakäynneissä sekä alle 65-vuotiailla että 65 vuotta täyttäneillä, mutta lisäys käyntimäärässä oli suurempi jälkimmäisessä kuin edellisessä ikäryhmässä. Havaintoa tukee Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastot, joiden perusteella väestömäärään suhteutettuna eniten potilaita erikoissairaanhoidon avohoitoon tuli vuonna 2012 75 vuotta täyttäneiden ikäryhmästä (Fredriksson ym. 2013).

Tutkimustulokset osoittivat, että vaihtelu lääkarissäkäyntien määrissä johtui sairastavuudesta ja ikääntymisestä. Terveystilan ja sairastavuuden ohella myös asuinpaikalla ja tulotasolla näyttäisi olleen yhteys siihen, minkä tyyppisiä lääkäripalveluja valittiin ja käytettiin. Yksityis- ja työterveyspalveluja on yleensä enemmän saatavilla tiheään asutuilla alueilla, pääkaupunkiseudulla ja Etelä-Suomen alueella eli HYKSin erva-alueella, mutta useimmiten vähemmän harvaan asutuilla alueilla kuten OYSin erva-alueella. Tulotaso näytti olevan yhteydessä myös runsaampaan käyttöön. Terveysthuoltojärjestelmän rakenteiden mukaisesti terveyskeskuksen ja sairaalan poliklinikan lääkäripalvelujen käyttö oli odotetusti selvästi yleisempää alemmissa tuloluokissa ja toisaalta yksityis- ja työterveyslääkäripalvelujen käyttö oli yleisempää ylemmissä tuloluokissa, joihin työelämän piirissä olevat myös automaattisesti sijoittuvat.

Tutkimuksessa ei saatu selville, miksi ihmiset olivat jättäneet ostamatta lääkärin määräämiä lääkkeitä. Ei myöskään selvitetty, miksi moni oli jättänyt käyttämättä jo ostamansa lääkärin määräämät lääkkeet. Reseptilääkkeiden ostamatta ja/tai käyttämättä jättäminen merkitsee usein sairauden hoitamatta jättämistä. Tästä voi koitua myöhemmin vakavampia sairauksia ja suurempia sairauskustannuksia sekä potilaalle itselleen että yhteiskunnalle. Reseptilääkkeiden ostamatta ja/tai käyttämättä jättäminen voidaan tulkita myös lääkäripalvelujen tarpeettomaksi käytöksi eli yhteiskunnan niukkojen voimavarojen haaskaamiseksi. Potilaan toiminta saattaa puolestaan heijastaa hänen vähäistä luottamustaan lääkäriin.

Lääkärille mielestään kohtuuttoman kauan odottamaan joutuneiden osuus oli kasvanut vuosien 2009 ja 2013 välillä. Tyytyväisyydessä eri sektorien terveystalvelujen laatuun ei kuitenkaan havaittu muutoksia vuosien 2009 ja 2013 välillä. Yhä useammat olivat vuonna 2013 tyytyväisempiä yksityisten kuin julkisten palvelujen laatuun. Julkisten palvelujen osalta oli kuitenkin havaittavissa pieni positiivinen kehitys. Vuonna 2013 julkisten palvelujen laatua piti tyydyttävänä suurempi joukko ihmisiä kuin vuonna 2009. Tämä viittaa siihen, että julkisten palvelujen laatua voisi kuitenkin edelleen parantaa. Koska jonotuksen tulkinta on moniselitteinen, on syytä korostaa, että pitkä odotusaika hoitoon pääsyyn julkiselle sektorille ei välttämättä merkitse julkisissa palveluissa annetun hoidon huonoa laatua. Vuonna 2013 kohtuuttoman pitkään hoitoon pääsyä odottamaan joutuneista 30 prosenttia piti julkisten palvelujen laatua hyvänä ja tyydyttävänäkin vielä vajaa puolet vastaajista. Tiettyjen hoitopalvelujen tai palvelutyyppeiden keskittäminen voi parantaa palvelujen laatua ja samalla edistää potilasturvallisuutta.

Vastaajien ilmoittamana pitkä odotusaika terveyskeskushammaslääkärille osoittaa, että 2000-luvun alussa toteutunut hammashoitouudistus ei ole johtanut haluttuun potilasvirran tasaiseen jakautumiseen julkisen ja yksityisen sektorin välillä. Julkisella sektorilla esiintyvä jonotus on puolestaan tulkittavissa hinnaksi, jonka asiakkaat maksavat palvelun edullisuudesta.¹⁶ Moni kansalainen ei edelleenkään hakeudu yksityiselle sektorille hoidettavaksi, koska sektorien välinen hintasuhde suosii julkisia suun terveydenhuollon palveluja (Kela 2014; Suomen Hammaslääkäriliitto 2014).

Tutkimusaineistojen valossa tarkasteltuna julkiseen terveydenhuoltoon kohdistuneet kysyntäpaineet näyttävät lieentyneen viime vuosina. Kun väestöstä 65 prosenttia oli vuonna 2009 valmis laittamaan terveyden- ja sairaanhoitoon nykyistä enemmän verovaroja ja 32 prosenttia jokseenkin saman verran verovaroja kuin nyt, vastaavat luvut olivat vuonna 2013 vain 57 ja 40 prosenttia. Ajalliset erot saattavat kertoa siitä, että julkiselle terveydenhuollolle on tullut täydentäviä ja muun tyyppisiä hoitovaihtoehtoja sekä palvelutarjontasektorille palveluntarjoajia, jotka ovat mahdollisesti vähentäneet palvelujen ruuhkautumista ja lisänneet saatavuutta.

Puhdaspiirteinen julkinen terveydenhuolto on ollut supistumassa. Vuosina 1995–1996 yksityinen sairausvakuutus oli 12 prosentilla väestöstä (Arinen ym. 1998). Sen suosio on kasvanut vajaan kahden vuosikymmenen aikana lähes kolmikertaiseksi. Finanssialan Keskusliiton (2014a) tilastojen mukaan sekä lasten että aikuisten yksityisten sairausvakuutusten määrä on kasvanut viime vuosina runsaasti. Yksityisten sairausvakuutusten lisääntynyt kysyntä toisaalta heijastelee käyttötottumuksissa ja elämäntavoissa tapahtuneita muutoksia ja toisaalta ilmentää asiakkaiden mieltymystä vapaaseen valintaan. Vanhemmat hankkivat lapsille yksityisen sairausvakuutuksen luultavaksi lisätäkseen sekä sairaan lapsensa että omaa hyvinvointiaan välttämällä julkisella sektorilla ajoittain esiintyvää jonotusta (Finanssialan Keskusliitto 2014b). Yksityisillä vakuutusmarkkinoilla hyvin toimivat markkinamekanismit ja kilpailu ovat osaltaan edistäneet yksityisten vakuutusten yleistymistä. Vuosivakuutusmaksut ovat Suomessa vielä suhteellisen edullisia. Vielä ei voida arvioida, miten suureksi yksityisten sairausvakuutusten määrä kasvaa. Haastavimmassa tilanteessa nykyinen kehitys voi hankaloittaa terveydenhuollon tasa-arvon toteutumista. Toisaalta lasten yksityisten sairausvakuutusten yleistymisen nostaa myös esiin vaatimuksia, voisiko Suomessa vapaaehtoinen sairausvakuutus olla joissain tilanteissa kaikille yhdenvertainen oikeus (Liukko 2014).

Johtopäätökset

Väestön lääkäripalvelujen käytössä ei ole neljän viime vuoden aikana tapahtunut kovin suuria muutoksia. Lääkäripalvelujen käyttömäärän pysyminen ennallaan on todennäköisesti yhteydessä väestön toimintakyvyn paranemiseen ja terveydentilan kohentumiseen. Aikuisväestön subjektiivisesti koettu terveydentila on viime vuosina parantunut ja pitkäaikaissairastavuus on vähentynyt erityisesti eläkeikäisillä.

Lääkärissäkäyntien määrä poikkeaa sairastavuudesta ja ikääntymisestä. Iän kasvaessa runsas lääkäripalvelujen käyttö vähentyi pitkäaikaissairailta suhteessa enemmän kuin mitä palvelujen käyttö lisääntyi ei-pitkäaikaissairailta. Väestön ikääntyminen ja eläkkeelle siirtyminen näkyi lähinnä siinä, että eläkeikäiset

käyttivät eniten terveyskeskuksen ja sairaalan poliklinikan lääkäripalveluja mutta 55–64-vuotiaat eniten sekä työterveys- että yksityislääkäripalveluja. Työikäisten lääkäripalvelujen käytön painopiste oli siirtynyt terveyskeskuksista työterveys- huoltoon jo aiemmin. Työssäkäyvät voivat nykyään käyttää työelämän ulkopuolella oleviin verrattuna usean eri sektorin lääkäripalveluja. Alueelliset tarkastelut toisaalta vahvistavat asuinpaikan ja saatavuuden välistä suhdetta. Mittavampi työterveys- ja yksityislääkäripalvelujen tarjonta on keskittynyt tiheään asutuille alueille.

Väestö luottaa edelleen julkiseen terveydenhuoltoon. Hieman alle 60 prosenttia kansalaisista haluaisi käyttää julkiseen terveydenhuoltoon nykyistä enemmän verovarvoja. Yksityisten sairausvakuutusten kasvava suosio kertoo väestön halusta valita palveluja vapaammin sekä erilaisista mieltymyksistä terveyden- ja sairaanhoidossa. Julkisen terveydenhuollon palvelujärjestelmä ei näyttäisi riittävän monille, eikä se pärjää palvelun nopeudessa. Käynnissä oleva sote-uudistus pyrkii ratkomaan haasteita valjastamalla laajempia vastuunkantajatahoja ja siten vahvistamaan julkista terveydenhuoltoa. Sote-uudistus ottaa kuitenkin heikosti huomioon kysynnän potilaan valinnanvapaudelle. Lain edellyttämän tasapuolisen laadun ja palvelujen saatavuuden takaamiseksi on markkinoiden avautuessa ja terveydenhuoltosektorin muuttuessa resurssien riittävyys turvattava myös julkisella sektorilla. Julkisen rahoituksen toimivalla kohdistuksella ja hyvin toteutetulla sote-uudistuksella voidaan tähän tavoitteeseen päästä.

Uudistuksen toteutuessa väestöryhmittäistä ja alueellista terveyspalvelujen käyttöä sekä palvelujen laatua koskevat tulokset näkyvät todennäköisesti vasta vuosien kuluttua. Näihin kysymyksiin nykyinen tutkimus ei pysty vastaamaan. Tarkemmat analyysit terveyspalvelujen kohdentumisesta edellyttävätkin syvällisempää terveystaloustieteellistä tutkimusta ja tilastotieteellisiä menetelmiä sekä pitkän aikavälin rekisteritietoja.

Viitteet

- 1 Voidaan laajassa merkityksessä ajatella, että myös kolmas sektori kuuluu palvelutuotantojärjestelmään. Kolmannen sektorin tuottajina toimivat yhdistykset ja järjestöt. Sen käsittely sivuutetaan, koska tässä artikkelissa palvelutuotantojärjestelmä tulkitaan lain määrääviä tehtäviä tuottavaksi, joita ei voida alistaa pelkästään kolmannen sektorin tuotantoon.
- 2 Terveyspalvelujen käyttöä on vertailukelpoisesti selvitetty aiemmissa terveydenhuollon väestötutkimuksissa kuten Klavus ym. (2008) sekä Klavus (2010).
- 3 Tässä järjestyksessä tuloviidennes I on alin tuloluokka ja tuloviidennes V ylin tuloluokka.
- 4 HYKS sisältää Helsingin ja Uudenmaan, Etelä-Karjalan ja Kymenlaakson sairaanhoitopiirit.
- 5 TYKS sisältää Varsinais-Suomen, Satakunnan ja Vaasan sairaanhoitopiirit.
- 6 TAYS sisältää Pirkanmaan, Etelä-Pohjanmaan, Kanta-Hämeen ja Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirit.
- 7 KYS sisältää Pohjois-Savon, Etelä-Savon, Itä-Savon, Keski-Suomen ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirit.
- 8 OYS sisältää Pohjois-Pohjanmaan, Kainuun, Keski-Pohjanmaan, Lapin ja Länsi-Pohjan sairaanhoitopiirit.
- 9 On hyvä pitää mielessä, että työterveyspalveluja käyttävät vain työssäkäyvät. Työssäkäyvät puolestaan ansaitsevat enemmän kuin työelämän ulkopuolella olevat. Tästä seuraa luonnollisesti se, että työterveys- ja yksityislääkäripalvelujen käyttö painottuu yleensä ylempiin tuloluokkiin.
- 10 Kysymys koski odottamista sairaalan poliklinikalle, sairaalassa suoritettavaan toimenpiteeseen, terveyskeskus-, työterveys- ja yksityislääkärille tai terveyskeskushammaslääkärille.
- 11 Mediaani on keskiluku, joka on järjestetyn aineiston (tai joukon) keskimäinen luku (tai alkio).
- 12 Vastauksia voi verrata esimerkiksi terveyskeskusten johtaville lääkäreille tarkoitettuna kyselytutkimuksen tuloksiin, joiden mukaan lokakuussa 2013 väestöstä 17 prosenttia asui alueilla, joilla kiireettömässä hoidossa vastaanottoaikaa terveyskeskuslääkärille joutui odottamaan 5–12 viikkoa, mutta selvä enemmistö (62 prosenttia) alueilla, joilla joutui odottamaan vain 2–4 viikkoa (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013). Saman lähteen mukaan joka toinen väestöstä asui syksyllä 2013 sellaisten terveyskeskusten alueilla, joilla hammaslääkärin vastaanotolle joutui odottamaan 3–6 kuukautta, ja 40 prosenttia alueilla, joilla hammaslääkärin hoitoon pääsi 22–90 päivän kuluessa hoitoon hakeutumisesta.
- 13 Potilaiden valinnanvapautta lisäävä Terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1326) ei olettavasti vaikuttanut lääkärisäkäyntien määriin.
- 14 Tutkimuksen vastauskato vuonna 2013 oli 27,7 prosenttia (ks. Aineiston kuvaus) ja vuonna 2009 21,3 prosenttia.
- 15 Oletetaan, että valikoituminen ja epätarkkuus väestötutkimuksissa olivat kontrollissa tai eivät olleet kovin vakavia vääristämään tuloksia.
- 16 Koska julkista terveydenhuoltoa tarjotaan markkinahintaa edullisemmin, syntyy liika-kysyntää eli jono. Markkinoiden tasapainossa jonotusaika vastaa täsmälleen yksityisen ja julkisen palvelusektorin hintojen eroa.

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: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus & Kansaneläkelaitos.
- Devaux, Marion & de Looper, Michael (2012) Income-Related Inequalities in Health Service Utilisation in 19 OECD Countries, 2008–2009. OECD Health Working Papers, No. 58, OECD Publishing. doi: 10.1787/5k95xd6stnxt-en (7.5.2014).
- Erhola, Marina & Vaarama, Marja & Pekurinen, Markku & Jonsson, Pia Maria & Junnila, Maijaliisa & Hämäläinen, Päivi & Nykänen, Eeva & Linnosmaa, Ismo (2014) Sote-uudistuksen vaikutusten ennakoarviointi. Raportti 14/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Finanssialan Keskusliitto (2014a) Sairauskulu- vakuutuksen lukumäärätilasto 2009–2013. www.fkl.fi (7.5.2014).
- Finanssialan Keskusliitto (2014b) Lasten vakuuttaminen. www.fkl.fi (7.5.2014).
- Fredriksson, Sami & Rautiainen, Hanna & Pelanteri, Simo & Rasilainen, Jouni (2013) Somaattinen erikoissairaanhoito 2012. Tilastoraportti 33/2013. SVT Terveys 2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Häkkinen, Unto & Alha, Pirkko & Keskimäki, Ilmo & Klaukka, Timo & Koponen, Päivi & Räsänen, Kimmo (2002) Hoitopalvelujen käyttö. Teoksessa Arpo Aromaa & Seppo Koskinen (toim.) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 66–69.
- Kauppinen, Timo & Mattila-Holappa, Pauliina & Perkiö-Mäkelä, Merja ym. (toim.) (2013) Työ ja terveys Suomessa 2012. Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista. Helsinki: Työterveyslaitos. www.ttl.fi (7.5.2014).
- Kela (2013) Kelan tilastollinen vuosikirja 2012. SVT; Sosiaaliturva 2013. Helsinki: Kansaneläkelaitos. <https://helda.helsinki.fi/> (7.5.2014).
- Kela (2014) Hintavertailu – Kela. www.kela.fi/hintavertailu (20.5.2014).
- Klavus, Jan & Kapiainen, Satu & Nguyen, Lien & Pekurinen, Markku (2008) Suomalaisten terveys, terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset. Teoksessa Pasi Moisio & Sakari Karvonen & Jussi Simpura & Matti Heikkilä (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 178–190.
- Klavus, Jan (2010) Suomalaisten terveys, terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset palveluista. Teoksessa Marja Vaarama & Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 28–43.
- Koskinen, Seppo & Lundqvist, Annamari & Ristiluoma, Noora (toim.) (2012) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Liukko, Jyri (2014) Vakuutusyhteiskunta tänään – julkisen ja yksityisen rajankäyntiä. Hyvinvointikatsaus 2/2014 – Teema: Rakenteet ja arki, 29–35.
- Nguyen, Lien & Sauni, Riitta & Koponen, Päivikki & Alha, Pirkko & Häkkinen, Unto (2012) Käynnit lääkärin ja terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla. Teoksessa Seppo Koskinen & Annamari Lundqvist & Noora Ristiluoma (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 170–178.
- OECD (1982) The OECD List of Social Indicators. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- OECD (2005) OECD Reviews of Health Systems: Finland 2005, OECD Publishing. doi: 10.1787/9789264013834-en.
- OECD (2012) OECD Economic Surveys: Finland 2012, OECD Publishing. doi: 10.1787/eco_surveys-fin-2012-en.
- Pekurinen, Markku & Erhola, Marina & Häkkinen, Unto & Jonsson, Pia Maria & Keskimäki, Ilmo & Kokko, Simo & Kärkkäinen, Jukka & Widström, Eeva & Vuorenkoski, Lauri (2011) Sosiaali- ja terveydenhuollon monikanavaisen rahoituksen edut, haitat ja kehittämistarpeet. Raportti 4/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sintonen, Harri & Pekurinen, Markku (2006) Terveystaloustiede. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2014) Sote-uudistus. www.stm.fi (15.8.2014).
- SOTKANet (2014) Tilasto- ja indikaattoripankki. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/>

- portal/etusivu (7.5.2014).
- Suomen Hammaslääkäriliitto (2014) Ham-
mashoidon tavanomaisia hintoja 2013.
Yksityisen hoidon hinta: Tilastokeskuk-
sen hintaseuranta 10/2013. [http://www.
hammaslaakariliitto.fi/suun-terveys/mistae-
hoitoa/hoidon-hinnoista/](http://www.hammaslaakariliitto.fi/suun-terveys/mistae-
hoitoa/hoidon-hinnoista/) (9.7.2014).
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2013)
Hoitoonpääsy perusterveydenhuollossa.
Perusterveydenhuollon hoitoonpääsytiedot
lokakuussa 2013. Helsinki: Terveyden ja
hyvinvoinnin laitos. www.thl.fi (7.5.2014).
- Vainiola, Tarja & Vainikka, Satu (2011) Perus-
terveydenhuollon avohoitokäynnit terveys-
keskuksissa 2010. Tilastoraportti 30/2011.
- SVT Terveys 2011. Helsinki: Terveyden ja
hyvinvoinnin laitos.
- van Doorslaer, Eddy & Masseria, Cristina &
Koolman, Xander for the OECD Health
Equity Research Group (2006) Inequali-
ties in access to medical care by income in
developed countries. *Canadian Medical
Association Journal* 174 (2), 177–183.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto (2011) Tu-
loksellisuustarkastuskertomus 228/2011.
Sairaanhoidovakuutus – erityisesti korvauk-
set yksityislääkäreiden ja yksityishammas-
lääkäreiden palkkioista. Valtiontalouden
tarkastusviraston tarkastuskertomus 6/2011.
Helsinki: Valtiontalouden tarkastusvirasto.

LIITETAULUKKO 1. Lääkärissäkäyntien määrä henkeä kohti sektoreittain vuosina 1987–2011, vakioimattomat tulokset

Lähde	Aineiston keruuvuosi	Terveyskeskuslääkäri	Poliklinikkalääkäri	Yksityinen lääkäri	Työterveyslääkäri
Arinen ym. (1998)	1987	1,5	0,6	0,7	0,5
Arinen ym. (1998)	1996	1,9	0,8	0,7	0,5
Häkkinen ym. (2002) ¹	2000	1,0–1,5	0,5–0,6	0,3–0,5	0,6–0,8
Klavus ym. (2008)	2006	1,2	0,8	0,7	0,9
Klavus (2010) ²	2009	1,0	0,6	1,7	0,5
Nguyen ym. (2012) ¹	2011	0,7–1,0	0,4–0,6	0,3–0,5	0,8–1,1

¹ Naisilla oli lääkärisäkäyntejä keskimäärin henkeä kohti enemmän kuin miehillä.

² Tämän artikkelin kirjoittajien tekemien analyysien mukaan yksityislääkäripalvelujen käyttö oli keskimäärin 0,7 käyntiä henkeä kohti (ks. liitetaulukko 2).

LIITETAULUKKO 2. Avohoidon lääkärisäkäyntien määrä asukasta kohti vuosina 2009 ja 2013

	Vakioimattomat		Ikä- ja sukupuolivakioidut ¹	
	2009	2013	2009	2013
Kaikki	2,95	3,12	2,96	3,11
Sektoreittain				
Terveyskeskuslääkäri	1,03	1,04	1,05	1,03
Poliklinikkalääkäri	0,64	0,69	0,65	0,69
Työterveyslääkäri ²	0,66	0,72	0,64	0,71
Yksityislääkäri	0,50	0,59	0,50	0,59
Muu lääkäri	0,13	0,09	0,13	0,08
Erityisvastuualueittain				
HYKS	3,11	3,12	3,14	3,14
TYKS	2,85	3,37	2,88	3,34
TAYS	3,10	3,12	3,10	3,12
KYS	3,09	3,42	3,06	3,39
OYS	2,26	2,51	2,24	2,51
Tuloviidenneksittäin				
I Alin	3,10	3,13	3,21	3,25
II	2,81	3,36	2,74	3,33
III	3,00	3,01	3,04	2,98
IV	2,93	2,98	2,95	2,93
V Ylin	2,89	3,13	2,86	2,97
¹ Ikä- ja sukupuolivakioinnissa perusjoukon tasoitettuina tietoina käytettiin vuoden 2012 lopun tietoja koko väestöä (laitosväestöä lukuunottamatta) koskevasta ikä- ja sukupuolijakaumasta. ² Luvut on suhteutettu koko väestöön.				

Sosiaalipalvelut – käyttö ja asiakkaiden tyytyväisyys

Väestö luottaa edelleen suomalaisen sosiaalipalvelujärjestelmän toimivuuteen, vaikka universalistiseksi tarkoitettu järjestelmä onkin murenemassa. Lasten päivähoidon siirtyminen pois sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalta on nostanut käytetyimmäksi sosiaalipalveluksi sosiaalityöntekijöiden neuvontapalvelut. Niitä oli käyttänyt joka kymmenes kyselytutkimukseen vastanneista. Toimeentulotukea oli saanut neljännes vastaajista viimeksi kuluneen vuoden aikana, mutta tukea tarvinneista melkein puolet koki saamansa tuen riittämättömäksi tai ei ollut saanut sitä lainkaan. Muita kyselyssä mukana olleita sosiaalipalveluja eli vanhusten ja lapsiperheiden kotipalvelua, vammaispalveluja, lastensuojelua ja päihdepalveluja oli joskus käyttänyt vain noin 2–4 prosenttia vastaajista. Käyttäjätilastojen mukaan kaikkein kriittisin tilanne on lastensuojelun palveluissa, joissa asiakasmäärät ovat kasvaneet muiden peruspalveluiden pettäessä. Erityisesti lapsiperheiden kotipalveluita ei käytännössä enää ole.

Suomalaisten sosiaali- ja terveyspalveluiden tavoitteena on väestön terveyden ja hyvinvoinnin oikeudenmukainen ja tasa-arvoinen jakautuminen. Suuri osa väestöstä luottaakin sosiaalipalveluiden toimivuuteen, sillä 69 prosenttia väestöstä oli vuonna 2013 sitä mieltä, että sosiaalipalvelut toimivat hyvin. Vuoden 2009 Hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -kyselyn mukaan 75 prosenttia vastaajista katsoi, että juuri sosiaalipalvelujen avulla lisätään myös yhteiskunnallista oikeudenmukaisuutta (Muuri 2010). Yhteisvastuu on historiallisesti ollut tärkeä osa suomalaisen hyvinvointivaltion oikeudenmukaisuusajattelua. Sosiaalipalveluiden voi myös tulkita olevan moderniin yhteiskuntaan kuuluva sopimus arkielämän järjestämisestä. Kysymys on palkkatyön ja inhimillisen huolenpidon eli arkisten välttämättömyksien yhteen sitomisesta (Rauhala 1996).

Suomalaista ja kansainvälistä sosiaalipalvelututkimusta on edelleen vähän, sillä kansainvälisen tutkimuksen ongelmana on kattavan ja yhdenmukaisen tietopohjan puute sekä sosiaalipalveluiden erilainen määrittely. Lähimmäs sosiaalipalveluiden yhtenäistä määrittelyä päästään Pohjoismaissa, joissa niissäkin tutkimus on melko vähäistä ja painottuu enemmän sosiaaliturvan tutkimukseen (ks. lähemmin Muuri & Manderbacka tässä kirjassa). Tuoreimmat eurooppalaiset tutkimukset osoittavat samansuuntaisia trendejä: terveydenhuolto on rahoituskriisissä ja sosiaalipalvelut kulkevat kohti residuaalista mallia kuten on tapahtunut esimerkiksi Englannissa (esim. Barker 2014). Toisaalta toisenlaisiakin kehityskulkuja on esimerkiksi Ruotsissa (esim. Svallfors 2011).

Tarkastelemme tässä artikkelissa asiakkaiden mielipiteitä sosiaalipalveluista, sillä kyselyyn ei sisältynyt väestölle kohdistettuja kysymyksiä niistä. Tarkastelemme taulukossa 1 HYPA-kyselyyn sisältyneiden sosiaalipalveluiden saamisen kriteereitä, mahdollisten asiakasmaksujen perusteita, käyttäjien osuutta vuoden 2012 tilastojen mukaan sekä palveluiden käytössä tapahtuneita suhteellisia muutoksia 2000-luvun alusta vuoteen 2012. Niissä sosiaalipalveluissa, joissa on useampia palvelumuotoja, olemme valinneet taulukkoon avo- ja laitospalveluina vaihtoehdot, koska palveluiden sisäinen muutos tapahtuu pääosin näiden palvelumuotojen välillä. Hypoteesimme on, että lasten päivähoito siirryttyä opetus- ja kulttuuritoimeen, jäljelle jäävät palvelut ovat suhteellisen pienen väestöosan palveluja, jotka kohdistuvat pääosin syrjäytyneille ja huono-osaisimmille ryhmille.

Lasten päivähoito ja toimeentulotuki kuuluvat subjektiivisten oikeuksien piiriin, joissa asiakas itse määrittelee palvelutarpeensa (taulukko 1). Koko väestölle tarkoitettuja palveluja ovat toimeentulotuen lisäksi sosiaalityöntekijän neuvontapalvelut ja päihdepalvelut. Muihin sosiaalipalveluihin liittyy joku erityiskriteeri palvelun piiriin kuulumisesta. Sosiaali- ja terveyspalveluissa periaatteena on, että ne ovat joko maksuttomia tai asiakasmaksu on kaikille sama tai että asiakasmaksu määräytyy tulojen ja perhesuhteiden mukaan. Asiakasmaksupolitiikan tavoitteena on ollut, että maksut ovat kohtuullisia eivätkä ole esteenä palveluihin hakeutumiselle. Kunnallisten sosiaali- ja terveyspalveluiden enimmäismaksut määritellään laissa ja asetuksessa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista. Kunta voi päättää ottaa käyttöön niitä pienemmät maksut tai antaa palvelun maksutta.

TAULUKKO 1. Sosiaalipalvelujen käyttö ja palvelukriteerit

	Palvelun saamisen kriteerit	Asiakasmaksujen perusteet	Käyttäjien osuus (%) 2012	Muutos (%) 2000–2012
Lasten päivähoito (0–6-v.)	Kaikkille alle kouluikäisille kuuluva subjektiivinen oikeus.	Lasten määrä ja perheen tulot vaikuttavat asiakasmaksuihin; kaikkein pienituloisimmilta maksua ei peritä.	1–6-vuotiaista: 58 %	+4
Vanhusten kotipalvelu	Sairauden tai alentuneen toimintakyvyn vuoksi arkipäivän askareissa ja henkilökohtaisissa toiminnoissa apua tarvitsevat.	Maksu sen mukaan, onko kyse tilapäisestä vai jatkuvasta avuntarpeesta. Jatkuvassa avuntarpeessa määritetään kuukausimaksu henkilömäärän ja tulojen mukaan.	75 vuotta täyttäneistä: 20,2 %	+3
Lapsiperheiden kotipalvelu	Alentuneen toimintakyvyn, perhetilanteen, rasittuneisuuden, sairauden, synnytyksen, vamman tai muun vastaavanlaisen syyn perusteella apua tarvitsevat.	Kotipalvelun maksu peritään sen mukaan, onko kyse tilapäisestä vai jatkuvasta avuntarpeesta. Jatkuvassa avuntarpeessa määritetään kuukausimaksu henkilömäärän ja tulojen mukaan.	Lapsiperheistä: 1,5 %	–48
Vammais- palvelu	Vamman tai sairauden johdosta pitkäaikaisesti vaikeuksia suoriutua tavanomaisista elämän toiminnoista ilman apua.	Kuljetuspalvelut: joukkoliikennemaksu Avustajatoiminta: Maksutonta Laitoshoidon maksu	Vaikeavammaisten kuljetuspalvelut, asiakkaita: 101 221 Henkilökohtainen avustajatoiminta: 13 457 Vammaisten laitoshoidon: 1 789	+52 +377 –40
Sosiaalityöntekijän neuvontapalvelu (koko väestön palvelu)	Neuvontaa ja ohjausta yhdessä asiakkaan kanssa, tukitoimia, jotka ylläpitävät ja edistävät henkilön ja perheen arkielämän suoriutumista.	Maksuton
Lastensuojelu (0–20-v.)	Avohuollon piirissä: Jos kasvuolot tai lapsi itse vaarantaa terveyttään tai kehitystään. Kodin ulkopuolelle sijoitetut: Jos kasvuolot tai lapsi itse vaarantaa vakavasti terveyttään tai kehitystään, eivätkä avohuollon tukitoimet ole sopivia, mahdollisia tai riittäviä.	Maksuton	Avohuollon piirissä lapsia ja nuoria 0–20-vuotiaista: 6,8 % Kodin ulkopuolelle sijoitetut 0–17-vuotiaista: 1,4 %	+84 +56
Päihdepalveluja (koko väestön palvelu)	Avopalveluihin voi hakeutua oma-aloitteisesti, laitoshoidon tarvitaan useimmiten lähete.	Maksuton	Asumispalvelut ja ensisuojaat 15,0 / 100 asukasta kohti Katkaisuhoito ja kuntoutuslaitokset 5,2 /100 asukasta kohti	+35 –4
Toimeentulotuki	Tukea saa henkilö tai perhe, jonka tulot ja varat eivät riitä välttämättömiin jokapäiväisiin menoihin.	Ei sovellettavissa	6,8 %	–23

Lähteet: Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2013, Sotkanet-tietokanta

Lasten päivähoidon piirissä oli Tilastollisen vuosikirjan mukaan yli puolet alle kouluikäisistä. Muista palveluista kohtuullisen suuria olivat vanhusten kotipalvelut, joiden käyttäjiä oli viidennes 75 vuotta täyttäneistä. Lapsiperheiden kotipalvelujen käyttö on 13 viime vuoden aikana vähentynyt lähes 50 prosenttia. Vammaispalveluissa tapahtui samana ajanjaksolla selvä muutos: avopalveluissa kuten kuljetuspalveluissa ja henkilökohtaisessa avustajatoiminnassa tapahtui voimakasta kasvua, samaan aikaan kun laitoshoido väheni. Vaikka lastensuojelun piirissä oli vain pieni osa lapsista, kasvoi määrä kuitenkin tarkastellulla jaksolla voimakkaasti. Toimeentulotukea saaneiden osuus laski tarkastelujaksolla melkein neljänneksellä.

Tarkastelemme sosiaalipalvelujen ja toimeentulotuen tarpeenmukaista saatavuutta väestössä ja siihen vaikuttavia sosiodemografisia tekijöitä vuonna 2013. Lisäksi tarkastelemme tyydyttämätöntä palvelujen tarvetta. Käytölle voi olla erilaisia esteitä, jotka hankaloittavat saatavuuden arviointia. Asiakkaaseen liittyviä käytön esteitä voivat olla muun muassa ikä, sosioekonomiset tekijät, aiemmat kokemukset palveluista ja asenteet. Tällöin asiakas ei ehkä hakeudu tarvitsemiinsa palveluihin. Esteet voivat liittyä myös palvelurakenteeseen, kuten palvelujen järjestämisen tapoihin, asiakasmaksuihin ja jonoihin. Saatavuuden arvioinnin puutteita on pyritty viime vuosina kansainvälisessä kirjallisuudessa paikkaamaan tarkastelemalla käytön sijasta tyydyttämätöntä palvelutarvetta (Gulliford ym. 2002, Allin & Masseria 2009). Tarkastelemme erikseen sosiaalipalvelujen ja toimeentulotuen tyydyttämätöntä palvelutarvetta.

Aineisto ja menetelmät

Tässä artikkelissa käsitellyt kysymykset sisältyvät vuoden 2013 HYPA-kyselyn puhelintomakkeeseen. Vastaavia sosiaalipalveluja koskevia kysymyksiä ei ole aiemmin ollut mukana HYPA-kyselyissä, joten vertailua aiempiin vuosiin ei ollut mahdollista tehdä. Sosiaalipalveluita koskeva kysymys kuului: ”Oletteko joskus käyttänyt seuraavia kunnan sosiaalipalveluja: lasten päivähoitoa, vanhusten kotipalvelua, lapsiperheiden kotipalvelua, vammaispalveluja, sosiaalityöntekijän neuvontapalvelua, lastensuojelua, ja päihdepalveluja?” Jos haastateltava vastasi käyttäneensä palveluja, kysyttiin käyttöä viimeksi kuluneen vuoden ja viiden viime vuoden aikana sekä onko käytöstä vielä kauemmin tai eikö vastaaja muista. Tarkastelemme ensin kunkin palvelun käytön yleisyyttä miehillä ja naisilla ja sen jälkeen sosiaalipalveluiden käyttöön vaikuttavia sosiodemografisia tekijöitä. Sosiodemografisista tekijöistä tarkastelemme logistisen regressiomallin avulla sukupuolen, iän, elinvaiheen, koulutuksen, tuloköyhyyden, pääasiallisen toiminnan sekä asuinalueen kaupungistumisasteen yhteyttä palvelujen käyttöön.

Tyydyttämätöntä sosiaalipalvelujen palvelutarvetta tarkastelemme niiden vastausten perusteella, jotka saatiin kysymykseen: ”Oliko viimeisin käyttämäne palvelu riittävä vai riittämätön?” Toimeentulotukea hakeneilta kysyttiin: ”Oliko saa-

manne toimeentulotuki riittävä, riittämätön, päätöstä ei ole vielä tullut vai ettekö saanut etuutta lainkaan?” Riittämättömään toimeentulotukeen sisällytimme sekä vastausvaihtoehdot riittämätön ja ei ollut saanut etuutta lainkaan. Tarkastelimme myös vastaajien ilmoittamia syitä tyydyttämättömään sosiaalipalvelujen tarpeeseen (asiakasmaksut, käsittelyn kohtuuton kesto, saatavuuden ja saavutettavuuden ongelmat). Toimeentulotukea hakeneilta kysyttiin vain päätöksenteon kestoja. Tulokset esitetään ristiintaulukointien ja logististen regressiomallien avulla. Logistisella regressioanalyysillä tarkasteltiin sosiaalityöntekijän neuvontapalvelujen sekä toimeentulotuen käyttöä (joskus käyttäneet), sillä muissa palveluissa vastaajien määrät olivat niin pieniä, ettei mallinnusta voitu tehdä.

Tulokset

Palvelujen käyttö

Taulukossa 2 esitetään kunnallisia sosiaalipalveluja ja toimeentulotukea käyttäneiden osuudet miehillä ja naisilla palveluittain. Lasten päivähoito oli yleisin käytetty palvelu, jota oli joskus käyttänyt lähes puolet vastaajista. Lapsiperheiden kotipalvelua sen sijaan oli viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttänyt vain yksi sadasta vastaajasta. Vammaispalveluja oli ainakin joskus käyttänyt kolme prosenttia vastaajista. Kaikille avoimia ja maksuttomia sosiaalityöntekijän neuvontapalveluja taas oli käyttänyt yllättävän moni. Ainakin joskus palvelua käyttäneitä oli sekä miehistä että naisista noin joka kymmenes ja viime vuodenkin aikana neljä prosenttia väestöstä. Päihdepalveluja oli käyttänyt vain prosentti väestöstä. Toimeentulotukea oli ainakin joskus saanut melkein neljännes sekä miehistä että naisista.

TAULUKKO 2. Kunnallisten sosiaalipalvelujen ja toimeentulotuen käyttö sukupuolen mukaan vuonna 2013, %

	Miehet			Naiset		
	Joskus	1 v aikana	2–5 v aikana	Joskus	1 v aikana	2–5 v aikana
	%	%	%	%	%	%
Lasten päivähoito	42	10	5	48	10	5
Vanhusten kotipalvelua	4	2	1	6	3	2
Lapsiperheiden kotipalvelu	3	1	0	7	0	1
Vammaispalvelu	3	2	1	3	2	1
Sosiaalityöntekijän neuvontapalvelu	9	4	2	11	4	3
Lastensuojelua	2	1	1	3	1	1
Päihdepalveluja	2	1	0	1	1	0
Toimeentulotuki	23	20	16	24	13	20
	n = 2 086–2 091			n = 2 133–2 135		

Miehistä viidennes oli saanut toimeentulotukea viime vuoden aikana, naisista vain runsas kymmenesosa.

Palvelujen käyttöön yhteydessä olevat tekijät

Sosiaalityöntekijän neuvontapalvelujen käyttö ainakin joskus palvelua käyttäneillä oli yhteydessä ikään, koulutukseen, elinvaiheeseen, pääasialliseen toimintaan ja asuinalueeseen (liitetaulukko 1). Iällä oli portaittainen yhteys palvelujen käyttöön: mitä vanhempi ikäryhmä, sitä suurempi oli käytön todennäköisyys. Palveluja käyttivät muita todennäköisemmin korkea-asteen koulutuksen saaneet ja eläkeläiset.

Toimeentulotuen käyttö ainakin joskus palvelua käyttäneillä oli yhteydessä ikään, koulutukseen, elinvaiheeseen, asuinalueeseen ja pääasialliseen toimintaan (liitetaulukko 1). Nuoret aikuiset, vain perusasteen koulutuksen omaavat, yhden hengen taloudessa asuvat ja kaupungeissa asuvat sekä työssä käyvät käyttivät toimeentulotukea muita todennäköisemmin.

Tyydyttämätön sosiaalipalvelujen ja toimeentulotuen tarve

Henkilöistä, joilla oli arvionsa mukaan jonkin sosiaalipalvelun tarve, noin kymmenesosa arvioi käyttämänsä palvelun olleen riittämätöntä. Naisten ja miesten luvut olivat samaa suuruusluokkaa. Tyydyttämätön sosiaalipalvelujen tarve ei monimuuttuja-analyysissä ollut yhteydessä juuri mihinkään tarkastelluista taustatekijöistä. Tyydyttämätöntä palvelutarvetta ilmoittivat muita todennäköisemmin yksin asuvat, keski-ikäiset sekä työssä käyvät.

Toimeentulotukea hakeneista sen sijaan melkein puolet koki saamansa tuen riittämättömäksi tai ei ollut saanut sitä lainkaan (taulukko 3) ja luvut olivat samaa suuruusluokkaa molemmilla sukupuolilla. Tämä kertonee, että toimeentulotukea tarvinneet kokevat tason jääneen jälkeen yleisestä elämisen tasosta – toimeentulotuen taso ei olekaan kasvanut samaan tahtiin yleisen tulo- ja hintatason kanssa. Tarkastellut taustatekijät eivät juuri selittäneet tyydyttämätöntä toimeentulotuen tarvetta. Korkeamman asteisen koulutuksen saaneet kokivat muita useammin tyydyttämätöntä toimeentulotuen tarvetta.

Tyydyttämättömän palveluntarpeen tärkeimpiä syytekijöitä olivat saatavuuden ongelmat, joita oli kokenut yli puolet miehistä ja vajaa puolet naisista, saavutettavuuden ongelmia oli kokenut noin kolmannes sekä miehistä että naisista (taulukko 4). Käsittelyn kestoa piti kohtuuttomana puolet sosiaalipalvelujen tar-

TAULUKKO 3. Tyydyttämätön sosiaalipalvelujen ja toimeentulotuen tarve sukupuolen mukaan vuonna 2013, %

	Miehet		Naiset	
	%	n	%	n
Sosiaalipalvelut	9	495	12	533
Toimeentulotuki	46	464	44	493

TAULUKKO 4. Tyydyttämättömän palvelutarpeen syyt sukupuolen mukaan vuonna 2013, %

Syytekijä	Miehet		Naiset	
	%	n	%	n
Sosiaalipalvelut				
Asiakasmaksut	13	491	19	524
Käsittelyn kohtuuton kesto	53	490	50	529
Saatavuuden ongelmat	57	495	46	532
Saavutettavuuden ongelmat	38	495	33	531
Toimeentulotuki				
Päätöksenteon kesto	61	250	57	241

vetta omanneista. Asiakasmaksuja piti tyydyttämättömän palvelutarpeen synnyttävänä viidesosa naisista ja runsas kymmenesosa miehistä. Tyydyttämättömästä toimeentulotuen tarvetta ilmoittaneet katsoivat melkein kahdessa tapauksessa kolmesta, että käsittelyn kesto oli kohtuuton. Näihin lukuihin on tarpeen suhtautua varauksella, sillä vastaajien määrät olivat melko pieniä. Toimeentulotukea hakeneista miehistä 37 prosenttia oli joutunut odottamaan tukipäätöstä kolme viikkoa tai kauemmin, naisilla osuus oli 30 prosenttia. Alle seitsemän vuorokautta päätöstä odottaneita oli miehistä 24 prosenttia ja naisista 29.

Päätelmät

Sosiaalipalvelujärjestelmää rakennettiin alun perin universalistiseksi järjestelmäksi kaikille sitä tarvitseville. Hyvinvointivaltion sosiaalipalveluja tuottavat kuitenkin myös epävirallinen sektori, ja läheisapu voikin kompensoida merkittävästi muiden palvelujen heikkoa saatavuutta ja saavutettavuutta (Vilkko ym. 2010; Danielsbacka ym. 2010). Niinpä merkittävä osa palvelutarpeesta ei kanavoitu julkiseen apuun tai palveluun kohdistuvana paineena (ks. Vilkko ym. tässä kirjassa). Läheisten ja omaisten apu onkin tarpeen, sillä sosiaalipalvelujärjestelmän universalistiset piirteet ovat murentuneet.

Lasten päivähoito, joka on ollut universalistisin sosiaalipalvelumme, siirtyi vuoden 2013 alusta pois sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalta. Tämän artikkelin tulosten mukaan seuraavaksi eniten sosiaalipalveluista väestö käytti sosiaalityöntekijöiden neuvontapalveluja. Toimeentulotukea oli saanut neljännes vastaajista viimeksi kuluneen vuoden aikana. Heistä melkein puolet koki saamansa tuen riittämättömäksi tai ei ollut saanut sitä lainkaan. Toimeentulotukilain mukaan tukipäätös tulee tehdä seitsemän vuorokauden sisällä, mutta tämän aineiston perusteella tavoiteaika toteutui vain noin runsaan kolmanneksen kohdalla. Tutkimukset osoittavat myös, että toimeentulotuen saajilla on tarvetta yleisemmin

muunkinlaiseen tukeen ja apuun kuin pelkästään toimeentulotukeen (Kivipelto ym. 2013; Kuivalainen 2013). Muita HYPA-kyselyssä mukana olleita sosiaalipalveluja, kuten vanhusten ja lapsiperheiden kotipalveluja, vammaispalveluja, lastensuojelua ja päihdepalveluja, ei voida pienten asiakasmäärien vuoksi arvioida. On myös mahdollista, että kysely- ja haastattelututkimukset eivät juuri tavoita kaikkein heikoimmassa asemassa olevia asiakkaita.

Käyttäjätilastojen mukaan vanhusten kotipalvelu on ikäryhmään suhteutettuna lasten päivähoidon jälkeen käytetyin sosiaalipalvelumme. Tilastot eivät kuitenkaan kerro miten paljon pienituloiset iäkkäät joutuvat tinkimään sosiaali- ja terveyspalveluiden käytöstä, tai onko heillä suurempi riski joutua esimerkiksi laitoshoitoon liian korkeiden avopalvelumaksujen takia (Vaarama 2006).

Lastensuojelussa on pyritty asiakkuuksien vähentämiseen erilaisin toimenpitein (mm. normi- ja informaatio-ohjaus, hallitusohjelmat, lakimuutokset, kehittämis- ja toimeenpano-ohjelmat), mutta silti sekä avohuollon piirissä olevien että kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten ja nuorten määrä on kasvanut jatkuvasti (Kataja ym. 2014). Vuonna 2012 tehtiin yli 100 000 lastensuojeluilmoitusta, ja ne koskivat lähes 64 400 lasta. Kodin ulkopuolelle oli vuonna 2012 sijoitettuna 1,4 prosenttia alle 18-vuotiaista ja avohuollon piirissä oli alle 21-vuotiaista 6,8 prosenttia. Kasvu on merkittävää myös muihin Pohjoismaihin verrattuna. (Heino ym. 2014.) Lastensuojelun avopalvelujen kasvu ei näytä riittävän kattamaan tarvetta, eikä peruspalvelujärjestelmä toimi, minkä seurauksena ongelmat näyttävät valuvan lastensuojeluun. Lapsiperheille suunnattuja kotipalveluja ei käytännössä enää ole.

Myös vammaisten laitospalveluja ollaan purkamassa ja tulevaisuudessa keskitytään avopalveluiden kehittämiseen. Selvitysten mukaan kuitenkin juuri kehittämättömät avohuollon palvelut ja asuntojen puute näyttävät olevan suurin este laitoksista pois muuttamiselle (Nurmi-Koikkalainen 2013). Päihdepalveluissa puolestaan on viime vuosina ollut nähtävissä erityisesti ostopalveluina hankittavan laitospalveluun päihdekuntoutuksen väheneminen. Kuntouttavien laitospalvelujen sijaan päihdeongelmaisia on ohjattu asumispalveluihin. Päihdeongelmaiset kuitenkin tarvitsevat monissa tapauksissa pitkäjänteistä muutosta tukevaa avo- ja laitospalveluista hoitoa ja kuntoutusta, eikä päihde- ja riippuvuusongelmiin liittyvä palvelutarve ole vähenemässä vaan monimuotoistumassa. (Partanen ym. 2014.)

Itse arvioitu tyydyttämätön sosiaalipalvelujen tarve oli huomattavasti aiemmissa tutkimuksissa raportoitua terveyspalvelujen tyydyttämätöntä tarvetta pienempi. Terveys 2011 -tutkimuksen mukaan toistuvaa tai jatkuvaa lääkärihoidon tarvetta ilmoittaneista joka viidennellä oli tyydyttämätöntä lääkärihoidon tarvetta (Manderbacka ym. 2012a). Alueellinen terveys ja hyvinvointi -tutkimuksessa luvut olivat vielä korkeammat (Manderbacka ym. 2012b). Tämä johtunee ainakin osaksi siitä, että sosiaalipalvelut eroavat luonteeltaan terveyspalveluista, niiden tarve on satunnaisempaa ja se liittyy yleensä johonkin tiettyyn elämänvaiheeseen. Kaikkiaan tämän analyysin tulokset ja sosiaalipalveluiden käyttäjätilastot antavat melko synkän kuvan sosiaalipalveluiden nykytilanteesta.

Sosiaalipalveluiden tulevaisuuden kannalta hallituksen sosiaali- ja terveystalveluja koskevat linjaratkaisut ovat elintärkeitä. Talvelujen alueellisesta järjestämisestä, jossa on yhdistetty integroidut palvelupisteet ja hyvä lähipalvelujen saatauuus sekä asiantunteva johtaminen, on saatu hyviä kokemuksia. Asiakkaiden ja palvelujen käyttäjien näkökulma tulisi huomioida entistä enemmän palvelujen kehittämisisssä. Investoiminen ihmisiä lähellä oleviin arjen perustalveluihin on välttämätöntä, koska niiden rapautuminen lisää erityistalvelujen tarvetta ja eriarvoisuutta.

Lähteet

- Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (2000) Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Tampere: Vastapaino.
- Allin, Sara & Masseria, Cristina (2009) Unmet need as an indicator of health care access. *Eurohealth* 2009:15:7-9.
- Barker, Kate (2014) A new settlement for health and social care. Interim report. Commission on the Future of Health and Social Care in England. The King's Fund: http://www.kingsfund.org.uk/publications/new-settlement-health-and-social-care?utm_medium=email&utm_source=The+King%27s+Fund+newsletters&utm_campaign=3925853_The+Weekly+Update+2014-04-03&utm_content=Barkercommissionreportpage&dm_i=21A8,2C57H,FLWONY,8H9UT,1
- Gulliford, Martin & Figueroa-Munoz, Jose & Morgan, Myfanwy & Hughes, David & Gibson, Barry & Beech, Roger & Hudson, Meryl (2002) What does 'access to health care' mean? *Journal of Health Services Research and Policy* 7:186-188.
- Heino, Tarja & Kuoppala, Tuula & Känkänen, Päivi & Oranen, Mikko & Säkkinen, Salla & Väisänen, Antti (2014) Lastensuojelu. Teoksessa *Perustalvelujen tila -raportti 2014. Kunnallistalouden ja -hallinnon neuvottelukunta, II osa – Liiteosa*. Helsinki: Valtiovarainministeriön julkaisuja, 206---
- Kataja, Kati & Ristikari, Tiina & Paananen, Reija & Heino, Tarja & Gissler, Mika (2014) Hyvinvointiongelmien ylisukupolviset jatkumot kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten elämässä. *Yhteiskuntapolitiikka* 79 (1), 38-54.
- Kivipelto, Minna & Blomgren, Sanna & Karjalainen, Pekka & Saikkonen, Paula (2013) Vaikuttavaa aikuissosiaalityötä – arviointimalleista mittareihin. Tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti, Raportteja 8/2013. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Kuivalainen, Susan (toim.) (2013) Toimeentulotuki 2010-luvulla. Tutkimus toimeentulotuen asiakkuudesta ja myöntämiskäytännöistä. Raportteja 9/2013. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Manderbacka, Kristiina & Koponen, Päivikki & Koskinen, Seppo (2012a) Hoidontarve ja sen tyydyttäminen. Teoksessa Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N. Terveysten, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 189-91.
- Manderbacka, Kristiina & Muuri, Anu & Keskimäki, Ilmo & Kaikkonen, Risto & Elovainio Marko (2012b) Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo terveystalvelujen saatavuudesta? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49, 4-12.
- Muuri, Anu (2008) Sosiaalitalveluja kaikille ja kaiken ikää? Tutkimuksia 178/2008. Helsinki: Stakes.
- Muuri, Anu (2010) Väestön mielipiteet sosiaalitalveluista. Teoksessa Vaarama, Marja & Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 78-91.
- Nurmi-Koikkalainen (2013) Laitoksesta lähiyhteisöön Kuntakyselyn tuloksia vammaisten kuntalaisten talveluista. Työpapereita 26/2013. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Rauhala, Pirkko-Liisa (1996) Miten sosiaalitalvelut ovat tulleet osaksi suomalaista sosiaalitalurvaa? *Acta Universitatis Tamperensis ser*

- 4 vol. 477. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2013 (2014) Suomen virallinen tilasto, Sosiaaliturva 2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sotkanet.fi, tietokanta. <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>
- Svallfors, Stefan (2011) A bedrock of support? Trends in welfare state attitudes in Sweden, 1981-2010. *Social Policy & Administration* 45 (7), 806–825.
- Vaarama, Marja & Luoma, Minna-Liisa & Ylönen, Lauri (2006) Ikääntyneiden toimintakyky, palvelut ja koettu elämänlaatu. Teoksessa Kautto, Mikko (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2006*. Helsinki. Stakes.
- Vilkko, Anni & Muuri, Anu & Finne-Soveri, Harriet (2010) Läheisapu iäkkään ihmisen arjessa. Teoksessa Vaarama, Marja & Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 60–77.

LIITETAULUKKO 1. Sosiaalityöntekijän neuvontapalvelun ja toimeentulotuen käyttöön vaikuttaneet sosiodemografiset tekijät (logistinen regressiomalli ja vetosuhteet OR)

Taustamuuttuja		Neuvontapalvelu	Toimeentulotuki
		OR	OR
Sukupuoli	miehet	1,00	1,00
	naiset	0,87	1,16
Ikä	19–39	1,00	1,00
	40–64	1,73	0,21
	65+	2,20	0,24
Koulutus	Perusaste	1,00	1,00
	Keskiaste	0,99	0,61
	Korkea-aste	1,33	0,65
Elinvaihe	Yhden hengen talous	1,00	1,00
	Lapseton pari	1,14	0,59
	Pari ja lapsia	0,91	0,78
	Yksinhuoltaja	1,40	0,37
	Muu	3,19	0,32
Tuloköyhyys	> Mediaanitulo	1,00	*
	< Mediaanitulo	0,77	*
Asuinalue	Kaupunki	1,00	1,00
	Esikaupunki tai lähiö	1,04	0,75
	Taajama	1,04	0,72
	Haja-asutusalue	1,07	0,78
Pääasiallinen toiminta	Työssä	1,00	1,00
	Työtön	0,89	0,78
	Eläkkeellä	1,81	0,25
	Muu	1,61	0,55
	n	3 898	3 879

* Toimeentulotukea tarkasteltaessa ei tuloköyhyyttä otettu mukaan malliin. vetosuhte (OR) kertoo vedonlyöntitodennäköisyyden kussakin ryhmässä suhteessa referenssiluokkaan, joka merkitään arvolla 1.00.

Läheisavun moninaisuus

Hoivan sijoittuminen aiempaa useammin kotioloihin muuttaa käsityksiä virallisen ja epävirallisen hoivan keskinäisestä työnjaosta. Huomio kohdennetaan tässä artikkelissa kansalaisten keskinäisapuun ja sen moninaisuuteen. Tarkastelemme läheisavun yleisyyttä, suuntautumista ja sitovuutta silloin, kun apua toiselle annetaan vanhuuden, sairauden tai vammaisuuden vuoksi, sekä sitä millainen osa erityisesti iäkkäiden hoivasta voitaisiin kansalaisten mielestä järjestää läheisavun turvin ja millainen on yhteiskunnallisen hoivan rooli. Toisilleen läheiset ihmiset tukevat toisiaan arkiselviytymisessä useimmiten joko niin, että keski-ikäiset tukevat heitä vanhempia sukupolvia sukulinjassa tai iäkkäiden sukupolvi auttaa toinen toistaan. Naiset kantavat läheishoivasta miehiä suuremman vastuun. Iäkkäiden omat asenteet poikkeavat nuorempien asenteista silloin, kun tarkastellaan, olisiko hoivan järjestämisessä muita vaihtoehtoja kuin läheisapu. Hyvinvointivaltion vastuun kannatus on kaikissa ikäryhmissä laajaa. Vapaaehtoinen omien varojen käyttö hoivan saamiseksi saa kannatusta sitä yleisemmin, mitä vanhemmasta ikäryhmästä on kyse.

Sosiaalisesti kestävässä yhteiskunnassa yhteiset arvot ja toimintamallit kannattelevat ja tukevat arjen kulkua. Pohjoismainen sosiaalipoliittinen eetos on korostanut hyvinvointivaltion mahdollistavaa roolia. Vallitsevassa hyvinvointimallisessa olemme kasvaneet siihen, että julkisen vallan toteuttama hyvinvointipoliittikka ohjaa voimavaroja kansalaistensa arjen tueksi etenkin silloin kun elämänkulun hallinta ja arjen toimivuus on tilapäisesti tai pysyvämminkin uhattuna. Yksilöitä ja perheitä ei ole jätetty oman onnensa nojaan, vaan julkinen valta on pyrkinyt luomaan olosuhteet, joissa ne pystyvät kantamaan vastuunsa. Julkinen ja yksityinen vastuu eivät sulje toisiaan pois, vaan ne yhdistyvät ja sekoittuvat monin tavoin. (Julkunen 2006.)

Erityisesti iäkkäiden, mutta myös muun muassa mielenterveysongelmaisten ja vammaisten hoivan sijoittuminen aiempaa useammin kotioloihin on muuttanut käsityksiämme virallisen ja epävirallisen hoivan keskinäisestä työnjaosta ja tapahtumapaikoista. Monessa mielessä on kyse vastuun siirtymisestä julkispalveluiden toimijoilta painokkaammin lähipiirin epävirallisille auttajille ja perheenjäsenille. Kun vastuita määritellään uudelleen, vaatii läheisten tavanomaisen keskinäis-huolenpidon ja varsinaisten ammatillista hoivaa ja hoitoa edellyttävien toimien lomittuminen toimijoilta joustavuutta ja uusia taitoja – huolimatta siitä, että ammatilliset työt pysyvät osaavissa, tehtäviin koulutetuissa käsissä. Muutos koskee selvimminkin perheenjäseniä ja muita läheisiä, joilta odotetaan aiempaa suurempaa osallisuutta etenkin vähemmän osaamista vaativaan arkiapuun ja tarpeiden tyydyttämiseksi tarvittavan avun saatavuuden koordinointiin. Aiempiin käytäntöihin nähden hoidon siirtyminen enenevästi kotiin vaikuttaa voimakkaimmin silloin, kun läheiset ovat toimijoina hetkellisesti tai pitkäaikaisesti suurta osallisuutta vaativissa olosuhteissa, erityisesti erilaisissa omaishoitotilanteissa. Yhteisöllisten voimavarojen ottaminen käyttöön ja laajempi keskinäisapuun nojautuminen ei ole ongelmatonta myöskään yhteiskunnallisen hoivan kannalta. Koti toimintakenttänä on yksityistä, omassa hallinnassa olevaa tilaa, joka jo sellaisenaan asettaa lähipiirin ulkopuolelta tulevalle ehtoja ja sisäjäsenille vaatimuksia ja vastuita. Liukuma perheenjäsenten ja läheisten keskinäisestä huolenpidosta suurta osaamista ja taitoja vaativiin hoiva- ja hoitotilanteisiin on toimijoiden vaikea hahmottaa muutoin kuin aiemman kokemuksen valossa. Palvelurakenteen suurissa muutoksissa lähivuosina on mahdollista, että omaiset ja läheiset rasittuvat ja kuormittuvat yhä enemmän ilman, että heidän läheishoitotilanteen synnyttämiä tarpeitaan osataan riittävän hyvin tunnistaa ja vastata niihin pätevästi. Yhtä lailla hoiva-ammattilaiset kohtaavat toimintaympäristön, jonka käyppiä käytäntöjä on muokattava.

Oma kysymyksensä on se, hyväksyvätkö kansalaiset valitun hyvinvointipoliittisen etenemistien. Suomalaiset luottavat edelleen siihen, että hyvinvointivaltio pystyy huolehtimaan tehtävistään. Väestön suuri enemmistö kannattaa julkisia sosiaali- ja terveyspalveluja, mutta tukee myös yksityisen palvelutuotannon kehittämistä (ks. Muuri & Manderbacka 2010 sekä Muurin & Manderbackan artikkeli tässä julkaisussa). Toisaalta myös perheen merkityksen korostuminen ja vahvis-

tuminen nähdään tässä yhteydessä tärkeäksi, mikä voidaan ymmärtää myös (familistisena) vastareaktionä hyvinvointivaltion persoonattomiksi ja tasapäistäviksi mielletyille käytännöille, eikä kehitystä sinänsä tunnuta vastustettavan.

Yllä kuvattu problematiikka asettaa laajuudessaan ja kansalaisyhteiskunnan ydinkollektiiveja koskettaessaan uusia kysymyksiä hyvinvointivaltion eri poliittikalohkoille. Se haastaa myös läheisavun antajat samoin kuin sen vastaanottajat. Onkin syytä tarkastella yksityiskohtaisemmin läheisille suuntautuvaa apua näiden perustason toimijoiden – perheiden, omaisten ja muiden läheisten – näkökulmista.

Artikkelissa kuvataan läheisavun yleisyyttä, suuntautumista ja sitovuutta silloin, kun apu suuntautuu kanssaihmiselle vanhuuden, sairauden tai vammaisuuden vuoksi sekä tarkastellaan kansalaisten asenteita läheisten, eritoten vanhusten hoivan järjestämiseen.

Aineisto ja menetelmät

Artikkelin aineiston muodostivat vuosien 2006, 2009 ja 2013 Hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -tutkimukseen osallistuneiden 18–79-vuotiaiden puhelinhaastattelut soveltuvien osien. Lisäksi tutkimukseen otettiin mukaan vanhustenhoidon tärkeintä vastuutahoa koskeva kysymys vuoden 2004 HYPA-kyselystä. Aineiston edustavuutta korjattiin käyttämällä painokertoimia. Aineistoista analysoitiin kysymykset siitä, osallistuvatko vastaajat sairaan, vammaisen tai iäkkään läheisensä auttamiseen ja miten he siihen osallistuvat sekä tarkasteltiin auttamista ikäluokittain ja sukupuolen mukaan. Menetelminä käytettiin suoria jakaumia ja ristiintaulukointia. Tulosten tilastollista luotettavuutta testattiin χ^2 -testillä.

Paljonko läheisauttaja on?

Läheisapu ja läheisauttaja ovat käsitteinä epämääräisiä, eivätkä sinänsä erottele toisistaan tavanomaista ihmisten keskinäistä arkista kanssakäymistä ja sen ylittävää apua. Artikkelissa haetaan selvyyttä auttamisen ja auttajuuden tematiikkaan empiiristen kysymyksenasettelujen avulla. HYPA-tutkimuksen puhelinhaastatteluissa esitettiin suomalaisille 18–79-vuotiaille aikuisille vuosina 2006, 2009 ja 2013 seuraava kysymys: ”Autatteko jotakuta sukulaistanne tai ystäväännne, joka ei tule toimeen ilman apua vanhuuden, vammaisuuden tai sairauden vuoksi?” Kysymyksen muotoilu rajasi pois muut keskinäisauttamisen syyt kuin toimintavajeista, terveydentilasta tai korkeasta iästä syntyvät avuntarpeet, ja sillä pyrittiin tunnistamaan läheisille nimenomaan näillä perusteilla kohdistettu auttaminen. Auttamista ei kyselyssä myöskään määritetty koskemaan tiettyä ajanjaksoa, kuten esimerkiksi haastattelua edeltänyttä vuotta, vaan yleiskuvaa auttamistoiminnasta täsmennettiin jatkokysymyksillä auttamisen kohteista, säännöllisyydestä ja määrästä.

TAULUKKO 1. Läheisiään auttavat 18–79-vuotiaat vuosina 2006, 2009 ja 2013 kaikkiaan ja sukupuolen mukaan, %

Kyselyvuosi (vastaajien määrä)	Läheisauttaja	Läheisauttaja naisvastaajista	Läheisauttaja miesvastaajista
2006 (N = 4 530)	30,2	32,9	27,3
2009 (N = 3 933)	29,1	33,5	29,1
2013 (N = 4 226)	29,7	33,5	29,1

Näin ymmärretty kansalaisten keskinäinen apu vaikutti tarkastelujaksolla 2006–2013 vakiintuneen tietyllä tasolle, sillä kaikkina kyselyajankohtina noin 30 prosenttia 18–79-vuotiaista osallistujista vastasi kysymykseen myöntävästi. Väestötasolla tämä tarkoittaa sitä, että yli 1,2 miljoonaa suomalaista – naisista joka kolmas alle 80-vuotias aikuisväestöön kuuluva ja miehistä vain hieman harvempi – osallistui jonkun tai joidenkin tarvitsevien läheistensä arkeen auttaen heitä tavalla tai toisella selviytymään vanhuuden, sairauksien tai vammaisuuden tuomien haasteiden kanssa. (Taulukko 1.)

Ilmoitetut auttamisen määrät kertovat laajasta vapaaehtoisesta, yksittäisten kansalaisten ja näiden muodostamien lähiauttajien verkostojen avusta sukulaisille, ystäville ja tuttaville, joiden arki ei suju korkeaan ikään liittyvien syiden, vammaisuuden tai sairauden vuoksi. Auttajia on todellisuudessa tätäkin enemmän, sillä yllä esitetyistä luvuista puuttuvat ne omaisiaan ja läheisiään auttavat henkilöt, jotka olivat yli 80-vuotiaita. Toisten auttamisesta mainituista syistä kysyttiin yli 80-vuotiailta vastaajilta vuoden 2009 Hyvinvointi ja palvelut -käyntihaastattelussa. Heistä noin 12 prosenttia vastasi auttavansa läheisiään, ja eniten osallistuivat ikäryhmään 80–84-vuotiaat kuuluneet (Vilkko ym. 2010, 66–67). Tulos viittaa siihen, että kahdeksankymmenen ikävuoden tienoilla avun antajan ja vastaanottajan roolit muuttuvat siten että, vanhimmista ikäryhmistä tulee enemmän avun saajia ja nuoremmista puolestaan sen antajia. Itsekin iäkkäitä henkilöitä, jotka hoitavat omaistaan, lähinnä puolisoaan, on yhteiskunnallisesti tuetun virallisen omaishoitotosopimuksen tehneissä auttajissa kuitenkin huomattavan paljon, sillä yli puolet omaishoitajista oli vuonna 2013 täyttänyt 65 vuotta.

Myönteisesti auttamiskysymykseen vastanneiden henkilöiden ikäryhmittäisten osuuksien vaihtelu tarkastelujaksolla 2006–2013 kertoo, että ikäryhmien keskinäisyyksissä ja niiden sisällä ei tapahtunut suuria muutoksia avun antamisen yleisyydessä (taulukko 2). Läheisiään auttavia henkilöitä oli kaikkina kyselyvuosina suhteellisesti eniten ”keskimmäisissä” eli 35–44-, 45–54- ja 55–64-vuotiaiden ikäluokissa. Näiden kolmen suurimman sisällä tapahtui pientä liikettä, vaikka muutoksen pysyvyydestä ja suunnasta ei vielä voikaan tehdä kovin varmaa tulkintaa. Hienoista kasvua läheisauttajien osuudessa oli nähtävissä näistä kolmesta vanhimpien eli 55–64-vuotiaiden, vanhuuseläkeiän alarajaa lähestyvien ikäryhmässä. Muutos ei ole tilastollisesti merkitsevä mutta suuntaa antava. Sen sijaan kolmesta

TAULUKKO 2. Läheisiään auttavien osuudet ikäryhmittäin vuosina 2006, 2009 ja 2013, %

	ikäryhmä						
	18–24-v.	25–34-v.	35–44-v.	45–54-v.	55–64-v.	65–74-v.	≥75-v.
2006	19,2	20,2	33,4**	41,0	35,7	27,1	20,5
2009	14,1	21,7	31,1	39,1	36,3	27,6	19,2
2013	18,7	20,6	26,9**	41,6	39,6	26,5	20,1

** p<0,01 = merkitsevä ero ikäluokkien välillä vuosina 2006 ja 2013

suurimmasta auttajaikäluokasta nuorimpien eli 35–44-vuotiaiden ikäryhmässä tapahtui muutosta toiseen suuntaan eli läheisauttajiksi itsensä tunnistaneiden osuuden selvää vähenemistä. Tulos on tilastollisesti merkitsevä. Tämä auttamista vähentänyt ikäryhmä koostuu elämän ruuhkavuosia elävistä työikäisistä. On mahdollista, että väestön ikärakenteen vanheneminen, pitkäikäisyyden yleistyminen ja terveyden ja toimintakyvyn paraneminen vanhemmissa ikäryhmissä sekä samanaikainen työelämän kiristyminen ruuhkavuosiin elävien ikäryhmässä ovat tekijöitä, jotka väestön tasolla tarkastellen siirtävät läheisauttajuutta enemmän ikääntyville ja ikääntyneille väestöryhmille. Hypoteesi edellyttäisi kuitenkin tarkempaa tutkimusta sekä pitemmän seurantajakson.

Samansuuntaisia tuloksia kansalaisten auttamisen yleisyydestä on raportoitu mm. Terveys 2011 -tutkimuksessa (ks. Mäkelä ym. 2012). Tuolloin tosin kysyttiin auttamisesta yleisemmin rajaamatta sitä sairauksien, vanhuuden tai vammaisuuden aiheuttamaan avuntarpeeseen. Tämän mukaan viidennes 30 vuotta täyttäneistä suomalaisista ilmoitti auttavansa säännöllisesti toista henkilöä kotona selviytymisessä, ja auttajien osuus lisääntyi vuodesta 2000 vuoteen 2011.

Keitä autetaan?

Hyvinvointi ja palvelut -aineiston kokonaisluvut kertovat avusta, joka voi suuntautua yhtä lailla sukulinjassa lapsille kuin vanhemmille ja isovanhemmille tai suvun ulkopuolelle naapureille, ystäville ja muille läheisille iästä riippumatta silloin, kun sairaus, vamma tai vanhuus vaikeuttaa elämää. Lähemmin tarkasteltuna näyttäisivät läheiset ihmiset kuitenkin tukevan toisiaan arkiselviytymisessä useimmiten joko niin, että keski-ikäiset tukevat heitä vanhempia sukupolvia sukulinjassa tai sama iäkkäiden sukupolvi auttaa toinen toistaan. Hieman yli puolet läheisavun antajista ilmoitti olevansa avuksi omille tai puolison vanhemmille, eikä tässä eri kyselykertoina ollut tapahtunut mainittavaa muutosta. Väestön ikääntyessä huolenpito omista vanhemmista ja iäkkäistä läheisistä koskettaa entistä laajemmin ikäryhmiä, joissa muutoinkin painitaan työn ja perheen yhteensovittamisen kanssa. Puolisoa ilmoitti auttavansa sairauden, vamman tai iän vuoksi heikentyneessä

arkisuoriutumisessa varsin harva (3,6–4,0 %), samoin harva auttoi omaa lastaan la (5,3–4,4 %). (Taulukko 3.)

Suuren autettavien ryhmän muodosti kuitenkin vastausvaihtoehto ”muu sukulainen tai ystävä”, joita kaikkina kyselykertoina ilmoitti avustavansa noin 40 prosenttia vastaajista. Tämän vaihtoehdon valinneita pyydettiin avovastauksella täsmentämään, kenelle vastaajan apu suuntautui. Avovastaukset luokiteltiin tätä analyysia varten uudelleen sen mukaan, miten tarkkaan sukulaissuhde oli eritelty. Tällöin erottui ennen muuta isovanhemmille suuntautuva apu sekä osa ydinperheen ulkopuolisille sukulaisille suuntautuvasta läheisavusta, kuten apu omille tai puolison sisaruksille sekä vanhempien sisaruksille. Tätä etäisemmät sukulaiset sekä ystävät, tuttavat ja naapurit jätettiin edelleen ryhmään ”muu sukulainen tai ystävä”. Luokittelematon osuus pysyi edelleen melko suurena, joskin jäi alle 20 prosenttiin. Tarkempaa luokittelua haittasi muun muassa se, että vastausten läheismääritelmät olivat liian yleisiä, koskivat kokonaista ryhmää autettavia tai vastaaja oli avovaihtoehdossa nimennyt useampia avun saajia, jolloin luokittelu-perusteeksi otettiin ainoastaan ensimmäisenä mainittu.

Huolimatta luokittelun joistakin epävarmuustekijöistä, tuloksia voidaan pitää vähintäänkin suuntaa antavina. Useampien sukupolvien eläessä samanaikaisesti on oletettavaa, että läheisavun saajina ainakin iäkkäiden isovanhempien ryhmä tulee kasvamaan. Tähän luokkaan sijoittui eri tutkimusvuosina hieman alle tai yli 10 prosenttia avun saajista. Omia tai puolison sisaruksia autettiin lähes yhtä usein. Lisäksi omien tai puolison vanhempien tädit, sedät ja enot muodostivat erottuvan, joskin varsin pienen ryhmän noin kolmen prosentin osuudella. Lapsenlapsia, joille muutoin saatetaan antaa paljonkin huolenpitoa, oli kysymyksen asettamiskriteerien – vamma tai sairaus – nojalla vain muutamia. Aivan lähisukuun kuulumattomia sekä naapureita, ystäviä ja tuttavuuksia autetaan arkiselviytyemisessä joka tapauksessa paljon.

TAULUKKO 3. Avun kohde läheisiään auttavilla vuosina 2006, 2009 ja 2013, %

Ketä auttaa	2006	2009	2013
puolisoa	3,6	3,8	4,0
vanhempia (omia/puolison)	50,3	50,8	51,4
omaa lasta	5,3	4,6	4,4
isovanhempia (omia/puolison)	9,7	8,7	10,9
sisaruksia (omia/puolison)	8,7	9,0	8,7
täitejä, enoja, setiä	2,5	3,6	3,6
lapsenlapsia	0,4	0,2	0,4
muuta sukulaisia tai ystäviä	19,5	19,2	16,7

Kuinka usein autetaan?

Auttamisen tiheys ja säännöllisyys kertovat avun tarpeen sitovuudesta. Kun apu on autettavan arjen sujumisen edellytys ja tarve on tunnustettu, apu sitoo auttaja. Vuosina 2009 ja 2013 auttamisen tiheyttä tiedusteltiin läheisauttajiksi itsensä ilmoittaneilta seuraavilla vastausvaihtoehdoilla: henkilö auttaa toista ”päivittäin”, ”pari kertaa viikossa”, ”pari kertaa kuukaudessa” tai ”harvemmin kuin kerran kuukaudessa”. Voidaan arvioida, että auttamisen sitovuuden kannalta kaksi kertaa viikossa auttavat kuuluvat vielä niihin säännöllisesti avuksi oleviin läheisiin, joiden vastuu autettavansa arjen toimivuudesta on iso. Raja vähäisempään ja vähemmän velvoittavaan apuun kulkee heidän ja pari kertaa kuussa tai harvemmin avuksi olevien välillä.

Vähintään kaksi kertaa viikossa auttavia oli 54 prosenttia vuonna 2009 ja vuonna 2013 puolestaan 43 prosenttia. Tätä harvemmin läheisilleen vuonna 2009 antoi apua 46 ja vuonna 2013 taas 57 prosenttia auttamiskysymyksen myönteisesti vastanneista. (Taulukko 4.) Muutos kaksi kertaa viikossa auttavien ja pari kertaa kuussa tai harvemmin auttavien osuuksissa vuodesta 2009 vuoteen 2013 on tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < 0,001$). Säännöllinen ja sitova auttaminen väheni tarkastelujaksolla, vaikka päivittäin auttavien osuus pysyi suhteellisen samana eli noin 12 prosentin tienoilla. Toisin sanoen läheisauttajien avunannon tiheydessä tapahtui neljän vuoden tarkastelujaksolla siirtymää kohti vähemmän sitovaa auttamista.

Tuloksen tulkintaa läheisavun merkityksen ja määrän kannalta vaikeuttaa se, että auttamisen säännöllisyyttä ja tiheyttä koskeva mittaustapa ei yksinään pureudu riittävän terävästi läheisten auttamistoiminnan monimuotoisuuteen. Se, että läheisauttaja vastaa avuntarpeisiin, ei myöskään kerro yksioikoisesti kohdattujen tarpeiden määrästä tai laadusta. Kun vanhuus, vammaisuus tai sairaudet rajoittavat autettavan itsenäistä selviytymistä paljon, auttamiseen sisältyy usein maallikkoauttajien osaamisalueen ulkopuolella olevia toimia. Auttamiseen osallistuvien

TAULUKKO 4. Auttamisen tiheys ja säännöllisyys läheisiään auttavilla vuosina 2009 ja 2013, %

Auttamisen tiheys	2009	2013
Vähintään 2 krt/vk, yhteensä	54,1***	42,8
• päivittäin	41,8	12,3
• 2 krt/vk	31,1	11,7
Pari krt/kk tai harvemmin, yhteensä	45,9***	57,2
• pari krt/kk	11,4	34,5
• harvemmin	18,3	38,9
*** $p < 0,001$ = merkitsevä ero vuosien 2009 ja 2013 välillä		

verkostoon saattaa heidän lisäksi kuulua sekä muita vastaavia auttajia että ammattiapua. Näin on laita etenkin silloin kun kyse on iäkkäistä henkilöistä, joilla monenlaisia toimintavajeita. Tällöin läheisavun tarve saattaa myös vähetä kun ammatillista apua lisätään (ks. Finne-Soveri ym. 2014).

Mitä läheisauttajat tekevät?

Avuksi oleminen perustuu tuttuudelle ja läheissuhteelle, jotka tukevat toisen tarpeiden havaitsemista ja vastuuharkintaa sekä omien voimavarojen ja kykyjen suuntaamista toisen konkreettisiin tarpeisiin vastaamiseksi. Siitä, mihin läheisauttajat osallistuvat ja missä hyödynnetään ammattiauttajien osaamista, ei ole saatavilla uusinta tietoa HYPÄ-tutkimuksen perusteella. Auttamistyön suuntautumisesta erilaisiin tehtäviin ja tämän myötä auttamisen työnjaosta saatiin vuoden 2006 kyselyn perusteella joitakin tuloksia (ks. Kattainen ym. 2008). Läheisten työpanoksesta noin 70 prosenttia suuntautui kodin ulkopuolisiin toimiin ja koti-töihin. Pelkästään kotitöitä tekemällä auttoi 42 prosenttia vastanneista. Hoivasuhteen kannalta vaativimmat ja läheisyyttä koettelevat henkilökohtaiset toiminnot (esim. peseytyminen, ruokailu) ja sairaanhoidolliset tehtävät kuuluivat selvästi harvempien auttajien tehtäviin. Ensin mainituissa auttoi 13 prosenttia ja sairaanhoidollisissa toimissa 10 prosenttia läheisauttajista. Näitä tehtäviä jakamassa oli entistä useammalla läheisauttajalla tukenaan myös ammatillista apua.

Avun antajan ja saajan keskinäiset sitoumukset, vastavuoroinen auttaminen, kahden- ja monenkeskinen apu ja avun osin immateriaalinen luonne tekevät mitaamisen vaikeaksi. Etenkin puolisoiden keskinäisessä auttamisessa on tekijöitä, joita kyselytutkimus ei helposti tavoita (Mikkola 2009). Vaikka auttamissuhde on muodoltaan kahdenkeskinen, apu tarvitsevalle läheiselle on monasti usean auttajan yhteistyön tulosta. Näkökulma verkostoituneeseen apuun ja läheisauttamisen ääriivivoihin olisi arvokas tilanteessa, jossa eritoten iäkkäiden avuntarvitsijoiden määrä kasvaa ja vanhuspalvelulain suuntamassa palvelujärjestelmän rakenne-muutoksessa painottuvat entistä enemmän kotona annettu apu ja hoiva. Läheisavun keskinäistä työnjakoa, verkoston laajuutta ja eritoten auttajien toimintaa ja kokemuksia jaetusta avusta on kuitenkin tutkittu verkostonäkökulmasta varsin vähän (Tolkacheva ym. 2011). Verkostomaisesti toimivan avun ja auttajien keskinäissuhteiden tarkastelu ei kuitenkaan ollut HYPÄ-kyselytutkimuksen perusteella mahdollista.

Paljon vaativa apu

Auttamisen jakautumista vaativaan ja vähäisempään auttamiseen koetettiin HYPA-kyselyissä selvittää suuntaamalla läheisensä auttajaksi itsensä tunnistaneille henkilöille auttamisen tiheyttä ja säännöllisyyttä koskevan kysymyksen lisäksi jatkokysymys: ”Oletteko hänen pääasiallinen auttajansa?” Vastausvaihtoehdot kysymykseen olivat ”kyllä” tai ”ei”. Tämä määrittely ei yksiselitteisesti sulkenut pois sitä, ettei muutakin apua olisi saatavilla, mutta se korosti yhtäältä huolenpidon vastuullisuutta ja toisaalta auttajan subjektiivista käsitystä oman tukiroolinsa merkityksellisyydestä. Tässä asemassa näki itsensä 24–27 prosenttia läheisauttajista tarkastelujaksolla 2006–2013. Vaikka hienoista kasvua olikin havaittavissa, muutos ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Sen sijaan kaikkina tarkasteluajankohtina näkyi päävastuullisten läheisauttajien osuuksissa tilastollisesti merkitsevä ero, joka liittyi auttajan sukupuoleen: naiset ilmoittivat useammin olevansa päävastuullisia läheistensä auttajia kuin miehet. (Taulukko 5.)

Tarkasteltaessa pääasiallisia auttajia ikäluokittain havaittiin yhtäältä, että heidän osuutensa lisääntyivät vuodesta 2006 vuoteen 2013 eniten vanhimmissa ja nuorimmassa ikäryhmässä ja toisaalta, että heitä oli enemmän yli 45-vuotiaiden läheisauttajien ikäryhmissä kuin näitä nuoremmassa (taulukko 6). Viimeksi mainitun havainnon osalta tulos oli yhdensuuntainen edellä esitetyn läheisauttajien ikäluokittaisen jakauman kanssa (ks. taulukko 2), joskin pääasiallinen auttajuus kasaantui vielä yleistä läheisauttajuutta laajemmin vanhimpiin ikäryhmiin. Erityisesti yli 75-vuotiaiden läheisauttajien joukossa pääasialliseksi auttajaksi itsensä määrittelevien osuus kasvoi vuodesta 2006 vuoteen 2013. Vaikka vastaajien lukumäärät tässä ikäryhmässä ovat varsin pienet eikä tulosta voida pitää tilastollisesti merkitseväenä, on tähän havaintoon syytä kiinnittää jatkossa huomiota. Jos tälle tulokselle halutaan etsiä tulkintatukea, kasvulla saattaa olla yhteys iäkkäiden, erityisesti puoliso-omaishoitajien määrän kasvuun, vaikka kaikki pääasialliset läheisauttajat eivät olekaan tehneet virallista omaishoitosopimusta. On havaittu, että omaishoitosopimuksen tehneiden yli 65-vuotiaiden omaishoitajien suhteellinen osuus on kasvanut jatkuvasti, ja heitä oli vuonna 2013 jo yli puolet (55 %) kaikista omaishoitajista (THL, Sotkanet). Nuorimman ikäryhmän sisällä tapahtunut pää-

TAULUKKO 5. Pääasiallisten auttajien osuus läheisauttajista sukupuolittain vuosina 2006, 2009 ja 2013, %

	Pääasiallisia auttajia läheisiään auttavista naisista	Pääasiallisia auttajia läheisiään auttavista miehistä
2006	26,2*	21,1*
2009	28,5**	21,0**
2013	29,9**	22,7**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ = merkitsevä ero sukupuolten välillä

TAULUKKO 6. Pääasiallisten auttajien osuudet läheisauttajista ikäluokittain vuosina 2006, 2009 ja 2013, %

	Ikäryhmä						
	18–24-v.	25–34-v.	35–44-v.	45–54-v.	55–64-v.	65–74-v.	≥75-v.
2006	4,0*	12,2	17,8	28,8	31,2	33,1	25,6
2009	3,2	23,1	21,8	24,9	32,9	26,7	31,4
2013	12,7*	16,2	17,6	29,3	34,7	30,3	36,4

*p<0,05 = merkitsevä ero vuosien 2006 ja 2013 välillä

asiallisten auttajien osuuden hyppäyksenomainen kasvu osoittautui tilastollisesti tarkastellen merkitseväksi, mutta vastaajamäärät tässä ikäryhmässä olivat kovin pienet, joten satunnaisuutta ei voida sulkea pois. Jos tulosta halutaan kontekstoida yhteiskunnassa tapahtuneisiin muutoksiin, tulkintavaihtoehtona tarjoutuu mahdollinen isovanhempien hoivantarpeeseen vastaaminen väestön eläessä yhä pitkempään ja perherakenteen monimuotoistuuessa esimerkiksi uusperheiden myötä, jolloin vastuuta jakaantuu myös kolmannelle polvelle.

Yhteiskunnallisesti tuettu läheisapu

Määrältään pieni mutta työpanoksensa mukaan mitaten merkittävä läheisauttajien joukko ovat läheisiään ns. virallisen omaishoitosopimuksen nojalla auttavat. Suomessa iso osa omaisten ja läheisten tekemälle auttamistyölle annetusta tuesta kanavoituu omaishoidon tuen järjestelmän kautta. Kyseessä on yhteiskunnallisesti tuettu auttamisen, hoivan ja hoidon muoto, jossa omainen tai muu läheinen kantaa aina erikseen neuvoteltavan ja julkis palvelujärjestelmän kanssa sovittavan osavastuun hänelle läheisen ihmisen tarpeenmukaisesta ja tämän kodissa tapahtuvasta avusta. Omaishoitosopimuksen nojalla auttavien profiili erottuu muista läheisauttajista yhtäältä auttamisen sitovan luonteen ja autettavan tarpeiden määrän ja vaativuuden vuoksi. Toisaalta avun antaja sitoutuu nimenomaan säännölliseen auttamiseen, johon hän saa yhteiskunnalta tukea (omaishoidon tuen palkkio, vapaapäivät, tarvittavat tukipalvelut).

Tällaista läheishoivan sitovuutta ja auttajien sitoutuneisuutta pyrittiin vuosien 2009 ja 2013 kyselyissä tavoittamaan myös kysymyksellä: ”Oletteko tehnyt autettavana olevan läheisenne asuinkunnan kanssa omaishoitosopimuksen hänen auttamisestaan?”, vastausvaihtoehtoina ”kyllä” tai ”ei”. Vuoden 2009 kyselyssä omaishoitosopimuksen tehneiksi läheisauttajiksi ilmoittautui 3,8 prosenttia kaikista auttajista, väestöön suhteutettuna noin 50 000 henkilöä, ja vuonna 2013 heitä oli 4,7 prosenttia eli noin 60 000 henkilöä. Luvut ovat suuremmat kuin virallisen tilaston mukaiset, noina vuosina omaishoitolaisten nojalla omaishoitosopimuksen tehneiden henkilöiden määrät. Lakiperustaisen omaishoidon tuen piirissä toimi

vuoden 2009 aikana kaikkiaan noin 35 000 ja vuoden 2013 aikana noin 42 500 läheisestään huolehtivaa omaishoitajaa (THL, Sotkanet). Kysymys näyttää siten tavoittaneen sekä ne läheisauttajat, jotka olivat tehneet omaishoitolain mukaisen sopimuksen omaishoidon tuen palkkioista että ne, jotka läheisensä hoito- ja palvelusuunnitelmassa tai muutoin tehdyin sitoumuksin (esim. suullisesti) olivat sopineet, mihin avuntarpeisiin he omalta osaltaan vastaavat. Näin toimitaan usein omaishoitotilanteissa, joissa kotihoidon työntekijät vastaavat joihinkin avuntarpeisiin ja omainen pitää huolta joistakin muista sovituista tehtävistä, vaikei olekaan tehnyt omaishoidon tuen lainsäädännön mukaista sopimusta.

Miten vastaajat suhtautuvat vanhusten hoivan järjestämiseen?

Edellä esitetyt tulokset eivät suoraan kerro yksinomaan iäkkäille suuntautuvasta läheisavusta, sillä sairauden tai vamman vuoksi apua saaneiden joukossa on myös muita kuin iäkkäitä läheisiä. Iäkkäät henkilöt ovat kuitenkin suurin läheisavun saajaryhmä, joten tulokset pätevät tähän kansalaisten joukkoon, joskin pienin varauksin. Tämän suurimman ryhmän tilannetta valaistetaan seuraavassa tarkastelemalla vanhusten hoivaan liittyviä asenneväittämiä iän, sukupuolen ja läheisauttamiseen osallistumisen kehyksessä. Tarkastelussa nojaututaan vuoden 2013, mutta pieneltä osin myös vuoden 2004 Hyvinvointi ja palvelut -puhelinhaastatteluaineistoihin. Lähtökohdan tarkasteluun tarjoavat aikuisväestölle vuonna 2013 esitetyt vanhuutta koskevat asennekysymykset, joihin jatkossa peilataan läheisavun problematiikkaa. Ensimmäisen kysymysparin ”Tulisiko ikäihmisten käyttää *vapaaehtoisesti* enemmän omaisuuttaan ja säästöjään oman hoivansa rahoittamiseen?” ja ”Tulisiko ikäihmiset *velvoittaa* käyttämään enemmän omaisuuttaan ja säästöjään oman hoivansa rahoittamiseen?” vastausvaihtoehtoina olivat ”kyllä” tai ”ei”.

Kysyttäessä kantaa siihen, tulisiko iäkkäiden ihmisten *vapaaehtoisesti* käyttää säästöjään oman hoivansa rahoittamiseen, myönteisesti vastasi keskimäärin 62 prosenttia. Tätä keskimääräistä osuutta hieman myönteisemmin hoivamenoihin osallistumiseen suhtautuivat ne vastaajat, jotka eivät itse olleet läheisavun antajia ja hieman kielteisemmin vastaamisajankohtana apua ja tukea läheisilleen antaneet, mutta erot eivät sinänsä olleet suuria. Nais- ja miesvastaajien välillä ei myöskään havaittu mainittavia eroja asenteissa.

Myönteisesti omien varojen käyttämiseen suhtautuvien osuudet vaihtelivat kuitenkin suuresti vastaajien ikäluokan mukaan: suopean suhtautumisen osuus kasvoi tasaisesti 44 prosentista 75 prosenttiin mentäessä ikäluokissa nuorimmista vanhimpiin päin. Tämä vastaajien ikäryhmän mukainen vaihtelu havahduttaa eritoten siksi, että arkiajattelussa on totuttu mieltämään iäkkäämmät ihmiset kitsaammiksi käyttämään omia varojaan hoitokuluihin ja heidän on sen sijaan

ajateltu säätelevän kulutustaan eritoten perinnön jättämistä ajatellen. Nuorten on puolestaan oletettu suhtautuvan heitä edeltävien sukupolvien varoihin näille itselleen kuuluvina ja omaan kulutukseen käytettävänä, ei perintönä jaettavaksi tarkoitettuina osuuksina. Saadun tuloksen valossa näytti siltä, että kaikkein ikäkkäimpien joukossa kolme neljästä suhtautui myönteisesti siihen, että osallistuisivat omilla varoillaan hoitokulujensa rahoittamiseen. Nuoremmat ikäryhmät olivat selvästi ikääntyneitä konservatiivisempia asenteessaan omien varojen käyttämiseen hoivakuluihin. (Taulukko 7.)

Tutkimuksessa kysyttiin vapaaehtoisen osallistumisen lisäksi suhtautumista myös siihen, pitäisikö ikäihmiset *velvoittaa* osallistumaan oman hoivansa rahoittamiseen omaisuudellaan ja säästöillään. Velvoitetta arvostettiin vähemmän kuin vapaaehtoista osallistumista, keskimäärin 26 prosenttia vastaajista kannatti tätä vaihtoehtoa. Myönteisesti suhtautuvien prosentuaaliset osuudet vaihtelivat ikäryhmittäin nuorimpien ikäluokan 17 prosentista vanhimpien 36 prosenttiin. Vaihtelun suunta oli sama kuin vapaaehtoista osallistumista koskevan kysymyksen kohdalla eli vanhimmat ikäryhmät olivat myönteisempiä ajatukselle kuin nuorimmat. Velvoitteen kannattamisessa ei ollut juurikaan eroja miesten ja naisten välillä, ei myöskään läheisavun antajina toimivien ja toimimattomien välillä.

Tuloksessa näkyvää ilmiötä – vanhempien ikäryhmien nuorempia myönteisempi suhtautuminen varallisuutensa käyttöön oman hoivansa rahoittamiseen – on pulmallista tulkita ilman jatkoselvittelyä, ellei sitten kyseessä ole nimenomaan ikään ja sen karttumiseen kytkeytyvä vaikutus. Tällöin voidaan yhtäältä ajatella, että nuoremmilla on ikääntyneitä heikompi mahdollisuus samaistua vanhuuden elämäntilanteisiin, joista jälkimmäisillä on puolestaan realistisempi kuva.

Toisaalta tulos yhdistyy kiinnostavasti, mutta ehdottomasti jatkoselvittelyjä vaati, keskusteluihin sukupolvien välisestä riippumattomuudesta ja hoivaratkaisuksista. Kevättalvella 2014 käytiin Suomessa keskustelu siitä, tulisiko meillä joidenkin keskieuropalaisten yhteiskuntien tapaan siirtyä kohti lasten velvollisuutta huolehtia vanhempiensa elatuksesta ja heidän hoivamenoistaan, mikäli nämä eivät ole itse siihen kykeneviä. Tuolloin TNS Gallup haastatteli Helsingin Sanomien pyynnöstä noin tuhatta 15–79-vuotiasta ihmistä, joista enemmistö kaikissa ikäryhmissä, kaikkiaan 83 prosenttia, torjui tämän vaihtoehdon ja runsas

TAULUKKO 7. Omien varojen vapaaehtoiseen käyttämiseen vanhuuden hoitomenoihin myönteisesti suhtautuneet ikäluokissa ja läheisavun antamiseen osallistumisen mukaan vuonna 2013, %

Osallistuminen läheisavun antamiseen	Ikäryhmä						
	18–24-v.	25–34-v.	35–44-v.	45–54-v.	55–64-v.	65–74-v.	≥75-v.
kaikki	44,2	55,7	61,1	60,6	65,1	72,7	74,9
läheisauttajat	35,4	46,9	64,5	59,6	63,6	73,3	72,7
ei-läheisauttajat	46,2	57,9	59,8	61,3	66,1	72,5	75,4

kymmenesosa hyväksyi (HS, 30.3.2014). Lehden tietojen mukaan kielteisimminkin suhtautuivat yli 50-vuotiaat, joista lähes yhdeksän kymmenestä vastusti ajatusta nuorempien sukupolvien maksuvelvollisuudesta. Oman varallisuuden käyttäminen omiin vanhuuden hoivakuluihin ja nuorempien sukupolvien hoivavastuuseen kielteisesti suhtautuminen korostavat molemmat sukupolvien halua keskinäiseen riippumattomuuteen ja omavastuuseen hoivan järjestämisessä.

Läheisten ja yhteiskunnan vastuunjako

Kysymyksen ”Kenen mielestänne pitäisi kantaa päävastuu vanhusten hoidosta Suomessa: Mikä seuraavista on mielestänne tärkein taho?” vastausvaihtoehtoiksi annettiin ”omaiset ja perhe”, ”kunta tai valtio”, ”yksityinen sektori” ja ”jokin muu taho”. Sama kysymys esitettiin myös vuonna 2004.

Vuonna 2013 Hyvinvointi ja palvelut -tutkimuksessa keskimäärin 70 prosenttia aikuisvastaajista katsoi toivottavaksi asiantilaksi suomalaisessa yhteiskunnassa, että päävastuu vanhusten hoidosta on valtiolla ja kunnilla. Omaisten ja perheen hoivavastuun ensisijaisuutta piti puolestaan parempana reilut 28 prosenttia vastanneista. Painotusero päävastuullisten tahojen välillä oli selvä ja korosti hyvinvointivaltiollisen tuen keskeisyyttä kansalaisten mielipiteissä. Muista vaihtoehdoista mikään ei ylittänyt yhden prosentin osuutta.

Verrattaessa tulosta vuoden 2004 tuloksiin havaittiin, että vajaan kymmenen vuoden aikana oli vastuunjako koskevassa asenteessa tapahtunut siirtymistä kunnan ja valtion vastuun kannatuksesta kohti perheen ja omaisten vastuun painotusta (taulukko 8). Tarkasteltaessa tätä muutosta sukupuolten asenteiden kannalta havaittiin, että kyseessä oli lähes yksinomaan miesten asenteissa tapahtunut siirtymä kohti omais- ja perhevastuun kannatusta ja pois päin julkisen tahon vastuista. Miesten asenteissa tapahtunut muutos oli tilastollisesti tarkastellen erittäin merkitsevä ($p < 0,001$). Tulos on varsin mielenkiintoinen ja myös ristiriitainen, kun tiedetään, että huolimatta miesten lisääntyneestä osuudesta läheisavun antajina, naiset edelleenkin vastaavat läheishoivasta miehiä useammin. Esimerkiksi viimeisimmän omaishoitokyselyn mukaan naisten osuus virallisen omaishoitosopimuksen tehneistä läheishoivaajista oli 69 prosenttia, kun taas omaishoidon tuella hoidettavien enemmistö, 56 prosenttia, oli miehiä (Linnosmaa ym., 2014, THL, ennakkotieto omaishoidon tukea koskevasta kuntakyselystä). Nyt saadun tuloksen nojalla naisilla ei näy olevan samassa määrin halua omais- ja perhevastuun osuuden lisäämiseen kuin miehillä havaittiin. Naisten asenteissa ei tarkastelujakson aikana tapahtunut merkittäviä muutoksia, vaan hoivan hyvinvointivaltiollisten muotojen kannatus pysyi vakaana.

Lisäksi jatkoanalyysissä havaittiin, että läheisiään auttavat vastaajat korostivat vuoden 2013 kyselyssä omaisten ja perheen vastuuta vanhusten hoivasta enemmän kuin ei-auttajat (30,5 % vs. 27,4 %). Tulos oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,05$).

TAULUKKO 8. Tärkein taho vastaamaan vanhusten hoidosta sukupuolen mukaan vuosina 2004 ja 2013, %

Tärkein vastuutaho	2004	2013
Omaiset ja perhe		
• kaikki yhteensä	25,4*	28,3*
• miehet	23,5***	29,0***
• naiset	27,2	27,6
Kunta ja valtio		
• kaikki yhteensä	72,4**	69,9**
• miehet	74,0	68,9
• naiset	70,8	71,0

*p<0,05; **p<0,05; ***P<0,001 merkitsevä ero

Vastaavasti henkilöt, joilla ei ollut läheisiä autettavana, olivat edellisiä taipuvaisempia korostamaan hyvinvointivaltiota edustavien toimijoiden roolia (68,2 % vs. 70,7 %), joskaan ero ei ollut tilastollisesti merkitsevällä tasolla. Ikäryhmittäin tarkasteltaessa asennoituminen siihen, minkä tahon tulisi kantaa päävastuu vanhusten hoidosta Suomessa, vaihteli samansuuntaisesti kuin omien varojen käyttämistä hoitoon koskeva asenne eli yhteiskunnallisen hoivavastuun korostaminen kasvoi nuorimmista ikäryhmistä vanhimpiin päin mentäessä. Nuoremmat ikäluokat painottivat enemmän perheen ja omaisten vastuuta vanhuksistaan kuin vanhimmat, mutta ero ei kuitenkaan ollut yhtä suuri kuin omien varojen käyttämistä koskevan asenteen kohdalla.

Vastaavia tutkimuksia, joissa olisi tarkasteltu väestön asenteita läheisavun antamisen ja yhteiskunnallisen tuen keskinäissuhteista, on tehty harvoin. Ruotsissa tehdyssä kyselytutkimuksessa haluttiin selvittää sitä, millainen vastuunjako yhteiskunnan ja läheisten välillä on nykyisin tuen, avun ja hoivan antamisessa ja millainen sen kansalaisten mielestä tulisi olla. Tulosten mukaan 35 prosenttia vastaajista katsoi, että nykyisellään yhteiskunnalla (terveydenhuollolla ja sosiaalipalveluilla) on päävastuu vanhojen, sairaiden ja vammaisten ihmisten hoidosta ja omaisilla on tässä avustava rooli. Toisin asian näki 40 prosenttia vastaajista, jotka katsoivat, että nykyisin omaisilla on jo päävastuu ja että yhteiskunta tukee heitä tässä tehtävässä. Loput 25 prosenttia vastauksista jakaantui yksinomaan yhteiskunnan tai omaisten vastuuta kannattaneisiin sekä niihin, jotka eivät osanneet muodostaa kantaansa. Kysymys ”Miten asian pitäisi olla?” nosti esiin varsinaisen eron ajattelutavoissa: 60 prosenttia samaisista vastaajista katsoi, että päävastuun iäkkäiden, sairaiden ja vammaisten avuntarpeista tulisi olla yhteiskunnalla ja ainoastaan 18 prosenttia asettaisi päävastuun avusta ja huolenpidosta omaisille. (Socialstyrelsen 2012.)

Johtopäätökset

Kansalaisten keskinäisen auttamisen ja tuen taso läheisille silloin, kun keskinäisauttamisen syynä ovat toimintavajeista, terveydentilasta tai korkeasta iästä syntyvät avuntarpeet, pysyi tarkasteluajanjaksolla muuttumattomana. Aikuisväestössä naisista noin joka kolmas ja miehistä hieman harvempi kertoi auttavansa apua tarvitsevia läheisiään. Sosiaalinen koheesio yhteiskunnassa on tämän nojalla vankalla pohjalla. Monesti esitettyyn perhe- ja sukusidosten löystymistä koskevaan huoleen ei myöskään ole aihetta, sillä läheisten auttamisesta valtaosa tapahtui juuri perheen ja suvun piirissä, ja se suuntautui sukulinjassa vanhemmille sukupolville tai oli vanhimpien ikäryhmien keskinäisauttamista. Pientä liikettä oli sen sijaan havaittavissa eri ikäryhmien osallisuudessa läheisapuun, sillä saadun tuloksen mukaan vaikutti siltä, että aktiivisia elämänsä ruuhkavuosia elävät 35–44-vuotiaat olisivat vähentämässä apuaan iäkkäille, sairaille tai vammaisuuden vuoksi toimintavajeisille läheisilleen. Läheisavun kasaantuminen edellistä vanhemmille ikäryhmille oli niin ikään nähtävissä.

Auttamisen tiheydessä oli sen sijaan tapahtunut muutosta. Tulosten mukaan säännöllinen ja auttajaa niin muodoin sitova auttaminen väheni verrattuna harvemmin tapahtuvaan ja vähemmän sitovaan auttamiseen, vaikka päivittäin auttaminen pysyikin aiemmalla tasolla. Sukupuolten välinen ero hoivataakan kantamisessa säilyi ennallaan, ja pääasialliseksi auttajaksi itsensä nimesi edelleen useammin nais- kuin miespuolinen läheisauttaja. Pääasialliseksi auttajaksi itsensä mieltävien ikäluokittainen tarkastelu tuotti mahdollisesti jatkossa tarkkailua vaativan tuloksen, jonka mukaan kaikkein vanhimpien eli yli 75-vuotiaiden suuri hoivavastuu läheisestään saattaa olla lisääntymässä. Tämä kehitys on tilastojen mukaan jo nähtävissä iäkkäiden, yli 65-vuotiaiden, omaishoitajien osuuden jatkuvana kasvuna. Myös nuorimman ikäluokan, 18–24-vuotiaiden, kohdalla todettiin merkkejä suuremmasta osallistumisesta läheisapuun.

Kaikkiaan on syytä todeta, että kansalaiset ottavat kollektiivista vastuuta perheenjäsenistään ja läheisistään silloin, kun heidän riippuvuutensa muiden avusta on kasvanut. Apu ja avun tarpeeseen vastaamisen koordinointi ilmentää merkittävää kansalaisten keskinäisen tukea. Tämä on sellaisenaan merkki vahvasta ja toimintakykyisestä kansalaisyhteiskunnasta, jossa koetaan keskinäistä solidaarisuutta ja sosiaalista yhteenkuuluvuutta.

Tarkasteltaessa erikseen vastaajien asenteita siihen, miten valmiita he ovat käyttämään vapaaehtoisesti säästöjään ja omaisuuttaan oman vanhuuden hoivansa rahoittamiseen osoittautui, että suhtautuminen tähän ajatukseen oli myönteisempää vanhemmissa kuin nuoremmassa ikäryhmissä. Suoepaan suhtautumisen osuus vastaajista kasvoi alle 50 prosentista 75 prosenttiin nuorimmista ikäluokista vanhimpiin päin mentäessä. Myönteisyys ja sen ikäluokittaiset erot olivat nähtävissä, joskin heikompina, myös silloin, kun kysyttiin suhtautumista velvoitteeseen käyttää omia varoja. Tulos antoi aihetta pohtia vanhusten hoidon menojen vastuujakoa

myös siltä kannalta, missä määrin vastuun hoivasta toivottiin olevan pienempien yhteisöjen, kuten perhekollektiivien, ja missä määrin hyvinvointivaltion hoivainstitutioiden harteilla. Julkisyhteisöjen hyvinvointivastuulle ja kumppanuudelle kansalaisten elämänkulun prosesseissa asetui tarkastelun perusteella huomattavia toiveita ja odotuksia. Noin 70 prosenttia aikuisvastaajista katsoi vuonna 2013, että tärkein taho vastaamaan vanhusten hoidosta Suomessa ovat valtio ja kunnat. Verrattaessa vastauksia vuoteen 2004 havaittiin hienoista muutosta kohti perheen ja omaisten vastuun korostusta. Lähemmässä tarkastelussa muutos asenteissa paikantui miespuolisten vastaajien asenteisiin, kun taas naiset – jotka jo kantavat suuremman osan läheishoivasta kuin miehet – eivät olleet juurikaan muuttaneet painotustaan.

Lähteet

- Anhöriga som ger omsorg till närstående – omfattning och konsekvenser. Stockholm: Socialstyrelsen 2012. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18811/2012-8-15.pdf>
- HS 30.3.2014
- Julkunen, Raija (2006) Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus.
- Kattainen, Eija & Muuri, Anu & Luoma, Minna-Liisa & Voutilainen, Päivi (2008) Läheisapu ja sen merkitys kansalaisille. Teoksessa Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari & Simpura, Jussi & Heikkilä, Matti (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, 218–231.
- Linnosmaa, Ismo & Jokinen, Sari & Vilkkö, Anni & Noro, Anja & Siljander, Eero (2014) Omaishoidon tuki. Selvitys omaishoidon tuen palkkioista ja palveluista kunnissa vuonna 2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (tulos).
- Mikkola, Tuula (2009) Sinusta kiinni – tutkimus puolisoahoivan arjen toimijuuksista. Sarja A, tutkimuksia 21. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Muuri, Anu & Manderbacka, Kristiina (2010) Hyvinvointivaltion kannatusperusta. Teoksessa Vaarama, Marja & Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari (toim.) Suomalaisen hyvinvointi. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 96–110.
- Mäkelä, Matti & Vilkkö, Anni & Blomgren, Jenni & Sainio, Päivi & Koskinen, Seppo & Noro, Anja (2012) Avun antaminen. Teoksessa Koskinen, Seppo & Lundqvist, Annamari & Ristiluoma, Noora (toim.) Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 199–201.
- Finne-Soveri, Harriet ym. (2014) Mitä on huomioitava laitoshoidon vähennettäessä. Teoksessa Noro, Anja & Alastalo, Hanna (toim.) Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013. Raportti 13/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 56–70.
- Tolkacheva, Natalia & Broese van Groenou, Marjolein & De Boer, Alice & Van Tilburg, Theo (2011) The impact of informal caregiving networks on adult children's caregiver burden. *Ageing and Society* 31, 34–51.
- THL, Sotkanet, <http://uusi.sotkanet.fi/>
- Vilkkö, Anni & Muuri, Anu & Finne-Soveri, Harriet (2010) Läheisapu iäkkään ihmisen arjessa. Teoksessa Vaarama, Marja & Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 60 – 77.

Ikäihmisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö

Vanhimmissa ikäryhmissä pitkäaikaissairaudet ovat vähentyneet, mutta koettu huono terveys on lisääntynyt. Iäkkäiden koettua terveyttä ja sairastavuutta sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä ja muutoksia näissä tarkastellaan sukupuolen ja iän mukaan kymmenen viime vuoden ajalta. Tulokset osoittavat, että ikääntyneiden terveyskeskuslääkärillä käynnit ovat vähentyneet mutta sairaalan poliklinikalla käynnit puolestaan lisääntyneet.

Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012), jatkossa vanhuspalvelulaki, koskee koko Suomen 63 vuotta täyttäneitä väestöstä. Vanhuspalvelulain tavoitteena on lisätä väestön mahdollisuuksia osallistua heille tarjottavien sosiaali- ja terveyspalveluiden suunnitteluun sekä lisätä palveluiden käyttäjien osallisuutta. Vanhuspalvelulaissa laaja-alainen ja luotettava toimintakyvyn ja palvelutarpeen arviointi on perusta ikäihmisten palveluille, ei ikä. Vanhuspalvelulaissa tavoitteena on järjestää ikäihmisten palvelut joko kotiin tai kodinomaisiin ympäristöihin avopalvelujen turvin. Tätä korostavat myös sosiaali- ja terveysministeriön ja Kuntaliiton laatusuosituks-

set vuodelta 2013. Tässä artikkelissa tarkastellaan ikäihmisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä ja palvelujen riittävyttä ja niiden muutoksia kymmenen viime vuoden aikana.

Vanhuspalvelulain kattamasta ikäryhmästä on otettu tarkasteluun 65 vuotta täyttäneet ja vanhemmat. Aiempien suomalaisten kyselytutkimusten perusteella tiedetään, että sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö lisääntyy iän myötä (Ngyen ym. 2012). Palvelujen käyttöä ennustavat hyvin yksilön kokema terveydentila, pitkäaikaissairaudet ja toimintakyvyn vajaukset. Koettu terveys heikkenee iän myötä, mutta siinä ei ole suuria sukupuolittaisia eroja (Koskinen ym. 2012).

Aineistot ja menetelmät

Tutkimusaineistoina on käytetty Hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -tutkimuksen aineistoja vuosilta 2004, 2009 ja 2013. HYPA-tutkimuksia on tehty puhelinhaastatteluna 79 vuoden yläikärajaa saakka, ja 80 vuotta täyttäneille ja vanhemmille on tehty käyntihaastattelu kaikkina kolmena tutkimusvuotena. Kunkin vuoden puhelin- ja käyntihaastattelut on yhdistetty yhdeksi vuositaso aineistoksi. Puhelinhaastatteluista poimittiin aineistoon mukaan 65–79-vuotiaat. Poikkeuksena tähän on vuoden 2013 puhelinaineisto, jossa 65 vuotta täyttäneistä noin yksi prosentti oli 80-vuotiaita. Vuoden 2004 aineistossa on 1 088 havaintoa, vuoden 2009 aineistossa on 1 207 havaintoa ja vuoden 2013 aineistossa on 1 479 havaintoa. Analyseissä käytettiin otantaa korjaavia painokertoimia.

Kaikista tiedonkeruista poimittiin aineistoihin mukaan sukupuoli, ikä ja yksinäisyys. Terveyttä kuvaavina muuttujina otettiin mukaan huonoksi koettu terveys verrattuna omanikäisiin ja toimintakykyä haittaava pitkäaikainen sairaus. Terveyspalvelujen käytön kuvaajina käytettiin käyntejä lääkärillä tai terveydenhoitajalla, terveyskeskuslääkärillä tai hoitajalla, yksityislääkärillä ja sairaalan poliklinikalla sekä sairaalahoitoa. Lisäksi tarkasteltiin avun tarvetta päivittäisissä toiminnoissa ja avun saamista johonkin avun tarpeeseen sekä kunnan kotihoitoa tai kotipalvelua avunantajina. Kokemusta sosiaali- ja terveyspalvelujen riittävydestä ja hoidon saamisesta tarkasteltiin niiden osalta, jotka olivat käyttäneet tiettyä palvelua.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöön liittyvät kysymykset ei olleet suoraan verrannollisia eri vuosien eikä tietyn vuoden puhelin- ja käyntihaastattelujen välillä, joten joissakin kohdissa on jouduttu laskemaan vastauksista vastaavuuksia. Esimerkiksi kotihoidon käyttöä oli kysytty siten, että onko saanut apua johonkin avuntarpeeseen, jolloin yhtenä vaihtoehtona on ollut kunnan kotipalvelu tai kotihoito. Kotisairaanhoidon vaihtoehtona puuttui kokonaan. Lääkäripalvelujen käyttöä on kysytty kahdella eri tavalla: joko onko käynyt lääkärillä tai onko käynyt lääkärillä tai hoitajalla ja vastaavasti samoin terveyskeskuslääkärillä käynnit vs. terveyskeskuslääkärillä/terveydenhoitajalla käynnit. Koska useimmissa lomakkeissa oli kysytty lääkärin tai terveydenhoitajan yhdistelmää, niihin tietoihin, jois-

sa kysyttiin pelkkää terveyskeskuslääkärillä käyntiä, yhdistettiin myös hoitajalla käynti vuoden 2009 ja 2013 puhelinaineistoista. Analyysimenetelminä käytettiin ristiintaulukointia iän ja sukupuolen ja vuoden mukaan. Vuosien 2004 ja 2013 välisten tulosten tilastollista merkitsevyyttä testattiin χ^2 -testillä, ja tilastollisesti merkitsevät erot on raportoitu tekstissä.

Tulokset

Aineistoissa tarkasteluajankohtina suurempi osa vastaajista oli naisia (55–62 %) kuin miehiä. Naisten osuus vastaajina oli suurin vuonna 2004. Ikäryhmittäin tarkasteltuna vastaajia on eniten ikäryhmässä 65–74-vuotiaat (taulukko 1). Yksin asuminen oli puolet yleisempää naisilla kuin miehillä kaikissa ikäryhmissä. Etenkin 85 vuotta täyttäneistä naisista jo 84 prosenttia asui yksin. Miehistä yksin asui noin kaksi viidestä vastaavassa iässä. Miesten ja naisten väliset erot tutkimusvuosina ovat merkitseviä, mutta tutkimusvuosien väliset erot eivät ole merkitseviä.

Tarkasteltaessa huonoksi koettua terveydentilaa 65 vuotta täyttäneillä luvuissa ei ole eroa vuosien eikä sukupuolen välillä. Ikäryhmässä 65–74-vuotiaat noin joka kymmenes koki terveydentilansa melko huonoksi tai huonoksi. Huonoksi tai erittäin huonoksi terveydentilansa kokevien osuus on lisääntynyt vanhimmissa ikäryhmissä vuodesta 2004 vuoteen 2013, jolloin joka kolmas 85 vuotta täyttänyt ilmoitti terveydentilansa huonoksi. Huonoksi koetun terveydentilan suurempi osuus vuonna 2013 verrattuna vuoteen 2004 on tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,005$).

Tarkasteltaessa jokapäiväistä elämää haittaavaa pitkäaikaista sairautta nähdään vähenevä trendi kaikissa ikäryhmissä vuonna 2013 verrattuna vuoteen 2004. Erot ovat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,000$). Ikäryhmässä 65–74-vuotiaat pitkäaikainen sairaus on noin joka kolmannella ja ikäryhmässä 85+-vuotiaat noin 70 prosentilla.

Terveyspalvelujen käyttö

Lääkärillä tai terveydenhoitajalla olivat käyneet useimmat ikäryhmästä riippumatta (taulukko 2). Vuonna 2013 75 prosentilla miehistä oli käyntejä, mikä on 12 prosenttiyksikköä vähemmän kuin vuonna 2004, ja naisilla vastaavasti 79 prosentilla, mikä on 8 prosenttiyksikköä vähemmän kuin vuonna 2004. Sekä miesten että naisten lääkäriä tai terveydenhoitajalla käyntien vähenemät ovat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,000$). Aivan vastaava kehitys on nähtävissä terveyskeskuslääkärillä tai hoitajalla käymisessä, ja erot ovat tilastollisesti merkitseviä ($p < 0,000$). Yksityislääkärillä käyneiden osuus oli miehillä lisääntynyt 33 prosentista 40 prosenttiin ja naisilla vähentynyt 38 prosentista 34 prosenttiin vuodesta 2004 vuoteen 2013. Nämä erot eivät kuitenkaan ole tilastollisesti merkitseviä.

TAULUKKO 1. Taustatietoja vastanneista sukupuolen ja ikäryhmän mukaan vuosina 2004, 2009 ja 2013

Ikäluokka	Miehet			Naiset		
	2004	2009	2013	2004	2009	2013
Vastanneet, n						
65–74-v.	219	293	413	288	328	432
75–79-v.	67	91	110	123	122	141
80–84-v.	86	91	80	163	127	121
≥85-v.	43	39	56	99	116	126
Yhteensä	415	514	659	673	693	820
Yksinasuminen, % ¹						
65–74-v.	18	17	16	40	39	34
75–79-v.	30	19	25	65	47	51
80–84-v.	34	32	31	75	72	67
≥85-v.	39	32	41	88	81	84
Yhteensä	24	20	21	57	52	49
Huonoksi koettu terveys, % ¹						
65–74-v.	11	12	12	14	7	9
75–79-v.	13	23	16	18	22	23
80–84-v.	16	23	21	16	18	22
≥85-v.	16	16	31	15	30	28
Yhteensä	13	16	15	15	15	16
Pitkäaikainen sairaus, % ¹						
65–74-v.	50	45	37	57	45	32
75–79-v.	68	57	42	61	62	61
80–84-v.	79	74	60	81	62	66
≥85-v.	78	79	69	88	81	74
Yhteensä	58	54	43	65	57	49

¹ Laskettu yhdistetystä puhelin- ja haastatteluaineistosta. Käytetty otosta korjaavia painokertoimia.

Sairaalan poliklinikalla käyntien osuus on pysynyt suurin piirtein ennallaan, noin 40 prosentissa miehillä ja noin 50 prosentissa naisilla. Eri ikäryhmien tai sukupuolen välillä ei ole suuria eroja, mutta naisilla sairaalan poliklinikalla käynnit ovat lisääntyneet 8 prosenttiyksikköä. Ero vuosien 2004 ja 2013 välillä ei kuitenkaan ole merkitsevää. Sairaalahoidtoa oli kysytty vain 80 vuotta täyttäneiden käyntihaastattelussa. Noin joka kolmas mies oli ollut sairaalahoidossa, vuodesta 2004 vähenemä osuudessa oli 7 prosenttiyksikköä. Myös kolmannes naisista oli ollut sairaalahoidossa, vuonna 2013 kuitenkin 6 prosenttiyksikköä vähemmän kuin vuonna 2004. Nämä erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

TAULUKKO 2. Terveyspalvelujen käyttö viimeisen 12 kuukauden aika sukupuolen ja ikäryhmän mukaan vuosina 2004, 2009 ja 2013, %

Ikäluokka	Miehet			Naiset		
	2004	2009	2013	2004	2009	2013
Käynyt lääkärillä tai terveydenhoitajalla¹						
65–74-v.	88	80	73	86	82	77
75–79-v.	85	87	73	87	83	84
80–84-v.	90	90	86	86	88	86
≥85-v.	89	88	80	86	87	78
Yhteensä	87	83	75	87	84	79
Käynyt terveyskeskuslääkärillä tai hoitajalla¹						
65–74-v.	84	75	70	92	78	73
75–79-v.	91	76	73	89	80	77
80–84-v.	83	82	78	85	89	80
≥85-v.	87	92	82	85	83	81
Yhteensä	86	77	72	89	81	76
Käynyt yksityislääkärillä¹						
65–74-v.	30	30	41	38	48	34
75–79-v.	36	36	39	41	33	37
80–84-v.	41	37	35	35	38	36
≥85-v.	46	40	44	33	45	30
Yhteensä	33	33	40	38	43	34
Käynyt sairaalan poliklinikalla¹						
65–74-v.	41	47	40	39	39	45
75–79-v.	37	52	49	40	46	52
80–84-v.	48	55	51	38	45	47
≥85-v.	55	36	55	49	58	50
Yhteensä	42	48	45	40	45	48
Ollut sairaalahoitossa¹						
65–74-v.	-	-	-	-	-	-
75–79-v.	-	-	-	-	-	-
80–84-v.	34	31	31	26	24	21
≥85-v.	41	29	32	41	39	32
Yhteensä	38	31	32	33	31	27

¹ Laskettu yhdistetystä puhelin- ja haastatteluaineistosta. Käytetty otosta korjaavia painokertoimia.

Kokemus terveyspalvelujen riittävydestä ja hoidon saamisesta

Kysyttäessä vastaajilta ovatko he saaneet riittävästi hoitoa sairauksiinsa, noin kolme neljästä vastasi myönteisesti ikäryhmästä ja sukupuolesta riippumatta (taulukko 3). Kuitenkin riittävyyden kokemisessa oli hienoista laskua vuonna 2013 verrattuna vuoteen 2004. Kysyttäessä, ovatko vastaajat joutuneet odottamaan kohtuuttoman kauan saadakseen tarvitsemaansa hoitoa, miehet olivat hieman kriittisempiä kuin naiset. Etenkin 75–79- ja 80–84-vuotiaista miehistä viidennes koki joutuneensa odottamaan kohtuuttoman kauan sekä vuonna 2004 että 2013. Vuonna 2013 naisista joka viides koki joutuneensa odottamaan kohtuuttoman kauan kahdessa nuoremmassa ikäryhmässä, joissa oli lisäystä vuodesta 2004. Vanhimmissa ikäryhmissä naisilla ei havaittu muutosta. Erot vuosien 2004 ja 2013 välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

TAULUKKO 3. Kokemus terveyspalvelujen riittävydestä ja odotuksesta hoidon saannissa viimeisten 12 kuukauden aikana, sukupuolen ja ikäryhmän mukaan vuosina 2004, 2009 ja 2013, %

Ikäluokka	Miehet			Naiset		
	2004	2009	2013	2004	2009	2013
On saanut riittävästi hoitoa sairauksiinsa¹						
65–74-v.	76	77	72	78	75	72
75–79-v.	81	84	73	76	70	78
80–84-v.	70	79	71	72	68	70
≥85-v.	81	75	81	79	73	74
Yhteensä	77	79	73	73	73	74
On joutunut odottamaan kohtuuttoman kauan saadakseen tarvitsemaansa hoitoa¹						
65–74-v.	14	16	14	14	17	18
75–79-v.	21	13	16	13	18	22
80–84-v.	20	-	21	12	-	13
≥85-v.	10	-	16	18	-	17
Yhteensä	16	15	15	14	17	18

¹ Laskettu yhdistetystä puhelin- ja haastatteluaineistosta. Käytetty otosta korjaavia painokertoimia.

Avun saanti päivittäisiin toimintoihin

Vastaajilta kysyttiin pääasiassa vain käyntihaastatteluissa, saavatko he apua päivittäisiin toimintoihinsa toimintakyvyn alentumisen vuoksi. (Taulukko 4.) Joka viides 80–84-vuotiaista miehistä ilmoitti saavansa apua. Ikäryhmästä 85+-vuotiaat ilmoitti vuonna 2004 saavansa apua puolet, vuonna 2009 joka viides ja vuonna 2013 joka kolmas. Naisista vanhimmassa ikäryhmässä 61 prosenttia ilmoitti saavansa apua vuosina 2004 ja 2009, ja puolet vuonna 2013. Tarkasteltaessa 85 vuotta täyttäneiden miesten ja naisten avunsaantia yhteensä, pienempi avunsaannin osuus vuonna 2013 (46 %) verrattuna vuoteen 2004 (59 %) oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,009$).

Avun saantia tarkasteltiin useamman eri avun lajin mukaan ja arvioimalla avun saamisen useutta ja avun saantia kunnallisesta kotihoidosta tai kotipalvelusta (taulukko 5). Mukana analyysissä olivat vain yli 80-vuotiaat, joille kysymys esitettiin käyntihaastattelussa. Mikäli nämä iäkkäät saivat apua johonkin tarpeeseensa, apua saatiin vähintään kuukausittain tai useammin. Kotihoito tai kotipalvelu auttoi yli 80-vuotiaista miehistä noin kahta viidestä ja noin joka toista samanikäistä naista. Vaikka naisten saama osuus kotihoidosta oli hieman vähentynyt vuodesta 2004 vuoteen 2013, ero ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevä.

Jos tarkastellaan kotihoidon saantia koko kerätyssä aineistossa, noin joka viides on saanut kotihoidon palveluja viimeisen kuukauden aikana, mikä vastaa kansallista tilastointia. Jonkinlaista apua johonkin avun tarpeeseen saaneet olivat pääsääntöisesti saamaansa apuun tyytyväisiä.

TAULUKKO 4. Saanut apua päivittäisissä toiminnoissa toimintakyvyn alentumisen vuoksi sukupuolen ja ikäryhmän mukaan vuosina 2004, 2009 ja 2013, %¹

Ikäluokka	Miehet			Naiset		
	2004	2009	2013	2004	2009	2013
80–84-v.	26	24	25	33	28	25
≥85-v.	55	24	35	61	61	51
Yhteensä	39	24	29	46	44	40

¹ Laskettu haastatteluaineistosta. Käytetty otosta korjaavia painokertoimia.

TAULUKKO 5. Avun saannin useus ja kunnan kotipalvelu tai kotihoito auttajana apua saaneilla sukupuolen ja ikäryhmän mukaan vuosina 2004, 2009 ja 2013, %

Ikäluokka	Miehet			Naiset		
	2004	2009	2013	2004	2009	2013
Apua johonkin avuntarpeeseen saaneista, saanut apua kerran kuukaudessa tai useammin ^{1,2}						
80–84-v.	94	95	94	98	97	100
≥85-v.	100	100	100	99	97	99
Yhteensä	98	97	97	98	97	99
Apua saaneista, sai apua kunnan kotipalvelusta tai kotihoidosta ^{1,2}						
80–84-v.	41	37	40	51	42	21
≥85-v.	46	56	45	53	52	53
Yhteensä	44	43	43	52	49	44

¹ Laskettu vain ikäihmisten haastatteluaineistosta, käytetään otantaa korjaavia painokertoimia.

² Laskettu kaikista jotain apua saaneista

Pohdinta

Tulosten perusteella kymmenen viimeisen vuoden aikana huonoksi terveydentilansa kokevien osuus on vanhimmassa ikäryhmässä lisääntynyt sekä miehillä että naisilla. Vastaavasti pitkäaikaissairastavuus on vähentynyt kaikissa ikäryhmissä. Kun pitkäaikaissairaudet itse asiassa vähenevät, tarkoittaako tämä sitä, että hoidon tarve on tyydytetty aiempaa paremmin vai onko mahdollisesti ikääntyneiden toimintakyky aiempaa parempi? Enemmistö vastaajista koki, että oli saanut riittävästi hoitoa sairauksiinsa, mutta tämä osuus hieman vähentyi vuoteen 2013.

Terveysspalvelujen käytössä on nähtävissä kaksi kehityssuuntaa. Terveyskeskuskäynnillä ja hoitajalla käyneiden osuus vähenee ja sairaalan poliklinikalla käyneiden naisten osuus lisääntyy. Käyntien osuus on samaa kokoluokkaa kuin aiemmissa tutkimuksissa (Ngyen ym. 2012). Noin vajaa viidennes miehistä koki, että oli joutunut odottamaan kohtuuttoman kauan saadakseen tarvitsemaansa hoitoa.

Avun tarvetta päivittäisissä toiminnoissa oli joka neljännellä 80–84-vuotiaalla ja joka toisella yli 85 -vuotiaalla. Apua eri alueilla saatiin pääasiassa muilta kuin virallisilta auttajilta, ja noin kaksi viidestä apua tarvinneesta sai sitä kunnallisesta kotihoidosta. Vanheneminen ja raihnautuminen tuo päivittäisen avun tarpeen esiin, ja yhteiskunnan onkin syytä miettiä, vastataanko kaikkeen avuntarpeeseen kunnallisilla palveluilla vai olisiko myös muita ratkaisuja tarjolla omaishoidon lisäksi. Kunnan eri toimialueiden ja vapaaehtoistoimijoiden yhteistyö on nostettu esille sekä vanhuspalvelulaissa että uusituissa laatusuosituksissa (STM ja Kuntaliitto, 2013). Iäkkäillä henkilöillä myös elämäntilanteen muutokset, kuten puolison

kuolema tai asuinpaikan muutto, voivat vaikuttaa avun tarpeeseen. Sama koskee myös yksinasumista, joka on hyvin tyypillistä etenkin naisille vanhimmissa ikäryhmissä.

Verrattaessa tilanteeseen vuonna 1996 terveyskeskuslääkärillä, yksityislääkärillä ja sairaalan poliklinikoilla käynnit ja sairaalahoito ovat lisääntyneet 2000-luvulla (Noro ym. 2000). Tuolloin reilu viidennes 65–74-vuotiaista ja yli kolmannes 75 vuotta täyttäneistä arvioi terveydentilansa huonoksi (Arinen ym. 1998). Tässä tutkimuksessa saadut tulokset ovat hyvin samankaltaisia Terveys 2000 ja Terveys 2011 -tutkimuksen tulosten kanssa (Koskinen ym. 2012; Ngyen ym. 2012), samoin hiljattain julkistettujen Alueellisen terveyden ja hyvinvointi (ATH) -tutkimuksen tulosten kanssa (Murto ym. 2013). Pääsääntöisesti tutkimukset kertovat yhä terveemmästä ja toimintakykyisemmästä ikääntyneestä väestönosasta ja palvelutarpeen myöhentymisestä. Väestötutkimuksista puuttuvat yleensä kaikkein heikoimmassa kunnossa olevat, muistisairaat ja jo ympärivuorokautisten palveluiden piirissä olevat, joita yli 80-vuotiaista on noin kolmannes, mikä vaikuttaa väestötason tulkintoihin. Joka tapauksessa väestötasolla tapahtuu muutosta, mutta samalla muuttuvat myös palvelut ja niiden kohdentuminen etenkin kaikkien vanhimpien ryhmässä ja erityisesti omaishoidossa, josta Anni Vilkkonen ym. tässä kirjassa kirjoittavat. Terveys- ja sosiaalipalveluiden riittävydestä on vaikea väestötutkimuksen perusteella tehdä päätelmiä, koska ikääntyneiden palvelutarve viimekädessä määrittää palveluiden kohdentumisen.

Tulosten yleistettävyys ja luotettavuus saavat vahvistusta aiemmin julkaistujen tulosten samansuuntaisuudesta, mutta koska erityisesti vanhimmissa ikäryhmissä otos on pieni, saattaa vastaajien valikoituminen ja myös huonokuntoisten vastaamatta jättäminen aiheuttaa vaihtelua. Ongelmallista oli se, ettei vertailuun valittuja kysymyksiä ollut joka vuosi esitetty samalla tavalla. Tuloksiin saattaa vaikuttaa myös se, että analyyseissä yhdistettiin sekä käynti- että puhelinhaastattelut, vaikka käytettiin painokertoimia korjaamaan vastaajaosuuksia. Koska painottamattomat ja painotetut luvut olivat verrattaessa hyvin samansuuntaisia, voidaan tämän aineiston sisällä tuloksia pitää melko luotettavina.

Tehtäessä jatkossa seurantakyselyjä on hyvä varmistaa, että kysymykset ovat eri vuosien välillä vertailukelpoisia, jotta voidaan tehdä varteen otettavaa pitkitäisseurantaa yhteismitallisina kysymyksinä. Ikäihmisten kohdalla on syytä seurata myös sitä, onko vastaaja toimintakyvyn rajoitusten ja mahdollisen avun tarpeen takia muuttanut vanhuksille paremmin sopivaan asuntoon tai onko vastaajan nykyiseen asuntoon tehty muutostöitä. Palvelujen käyttöä koskevilla kysymyksillä olisi tarpeen selvittää tarkemmin, mitä ja millaista palvelua vastaaja on käyttänyt, ja erityisesti kiinnittää huomio ennaltaehkäiseviin palveluihin, kotihoitoon, kotisairaanhoidon ja kuntoutukseen liittyviin kysymyksiin.

Lähteet

- Arinen, Sisko & Häkkinen, Unto & Klaukka, Timo & Klavus, Jan & Lehtonen, Risto & Aro, Seppo (1998) Suomalaisten terveys ja palvelujen käyttö. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset 1987. SVT Terveys 1998:5. Helsinki: Stakes ja KELA.
- Koskinen, Seppo & Manderbacka, Kristiina & Aromaa, Arpo (2012) Koettu terveys ja pitkäikäisyyden edellytykset. Teoksessa: Koskinen, S., Lundqvist A, Ristiluoma N (toim): Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimuskeskus, 77–79.
- Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista (980/2012).
- Murto, Jukka & Sainio, Päivi & Pentala, Oona & Koskela, Timo & Luoma, Minna-Liisa & Koponen, Päivikki & Kaikkonen, Risto & Koskinen, Seppo (2014) Ikääntyneen väestön hyvinvointi, terveys ja toimintakyky ja palveluiden saanti – ATH-tutkimuksen tuloksia. Teoksessa: Vanhuspalvelulain 980/2012 toimeenpanon seuranta. Tilanne ennen lain voimaantuloa vuonna 2013. Raportti 13/2014. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimuskeskus, 86–118.
- Noro, Anja & Häkkinen, Unto & Arinen, Sisko (2000) Ikääntyvien suomalaisten terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö vuonna 1996. Tutkimustuloksia laitoksissa ja kotona asuvasta väestöstä. SVT Terveys 2000:2. Helsinki: Stakes ja KELA.
- Ngyen, Lien & Sauni, Riitta & Koponen Päivikki & Alha, Pirkko & Häkkinen, Unto (2012) Käynnit lääkärin ja terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla. Teoksessa: Koskinen, Seppo & Lundqvist, Annamari & Ristiluoma, Noora (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. (toim.) Raportti 68/2012. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tutkimuskeskus, 170–175.
- STM ja Kuntaliitto (2013) Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palveluiden parantamiseksi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11, Helsinki: STM.

HYVINVOINTIPOLITIikka
JA ASENTEET



Sosiaali- ja terveysalan ajantieto 2011–2014

Vuosien 2011–2014 aikana on toteutettu tai valmisteltu poliittisia linjauksia, joilla on suuri vaikutus sosiaali- ja terveysalaan. Sosiaali- ja terveyshuollon palvelurakenteen uudistamisella ja toiminnan ohjauksen tehostamisella (SOTE) pyritään supistamaan nk. kestävyysvajetta sosiaali- ja terveydenhuollon menoja hillitsemällä. Samaa tavoitellaan rakennepoliittisilla uudistuksilla, joiden avulla pyritään turvaamaan julkisten palvelujen ja etuuksien rahoitus. Artikkelissa tarkastellaan sosiaali- ja terveysalalla toteutettuja politiikkaohjelmia ja lainsäädännön kehitystä vuosina 2011–2014.

Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelman julkilausuttuna tavoitteena oli kaventaa tulo-, hyvinvointi- ja terveyseroja. Sosiaali- ja terveyshuollon peruspalveluiden vahvistaminen ja uudistaminen olivat niin ikään mukana ohjelmassa. Hallitusohjelmassa luvattiin erityisesti panostaa vanhuksiin, sosiaalisten ja terveydellisten ongelmien ennaltaehkäisyyn sekä mielenterveys- ja päidenpalveluihin. Lisäksi luvattiin parantaa mm. toimeentuloturvaa ja puuttua nuorten koulunkäynnin keskeyttämiseen. (HO2011.)

Toinen pääministeri Kataisen hallituksen keskeinen ohjelmapäätös, jolla on kauaskantoinen vaikutus sosiaali- ja terveydenhuollon muutoksiin, tehtiin vuoden 2013 elokuussa. Hallitus sopi tuolloin budjettiriihessään nk. rakenneuudistusohjelmasta, jota oli valmisteltu valtionvarainministeriön johdolla. Rakennepoliittiset uudistukset tähtäävät Suomen julkisen talouden nk. kestävyysvajeen poistamiseen ja niiden avulla pyritään turvaamaan julkisten palvelujen ja etuuskien rahoitus. (RAPO.)

Pääministeri Alexander Stubbin hallituksen ohjelma perustui edellisen hallituksen ohjelmaan ja rakennepoliittiseen ohjelmaan, ja Stubbin hallitus sitoutui kyseisissä ohjelmissa sovittujen uudistusten toimeenpanoon ja julkisen talouden sopeuttamista koskeneisiin linjauksiin (HO2014).

Perhepoliittiset uudistukset, lapset ja nuoret

Pääministeri Kataisen hallituksen ohjelmassa painotettiin varhaiskasvatuksen ja sosiaali- ja terveydenhuollon tiivistä yhteistyötä sekä lasten, nuorten ja perheiden asioiden koordinoinnin parantamista. Vuoden 2013 alusta päivähoitopalvelujen lainsäädännön valmistelu, hallinto ja ohjaus siirtyivät sosiaali- ja terveysministeriöstä opetus- ja kulttuuriministeriöön. Siten päivähoito ei enää ole sosiaalihuoltolain mukainen sosiaalipalvelu, vaikka siihen sovelletaan joiltain osin myös sosiaalihuollon lainsäädäntöä. Hallinnon uudistuksesta ei koitunut päivähoidon asiakkaina oleville perheille mitään muutoksia, mutta ministeriöitä se velvoittaa entistä tiiviimpään yhteistyöhön. (HE 159/2012vp & SK 909/2012.) Hallitusohjelmassa mainitut sektoreiden välistä yhteistyötä painottavat perhepoliittiset tavoitteet sisältyivät myös sosiaali- ja terveysministeriön kansalliseen palveluiden kehittämisohjelmaan (Kaste) (STM 2012:1). Konkreettisen toiminnan tavoitteeksi asetettiin mm. perhekeskustoiminnan laajentaminen siten, että perheet, kunnat, järjestöt ja muut toimijat toimivat yhteistyössä nojautuen olemassa olevaan sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntöön. Tavoitteena on siten laajapohjainen yhteistyö, joka velvoittaa äitiys- ja lastenneuvoloita, terveydenhuoltoa, varhaiskasvatusta, kouluterveydenhuoltoa sekä oppilashuoltotyötä edistämään lapsen ja nuorten kasvua, kehitystä ja hyvinvointia sekä vanhemmuuden tukea. Lisäksi lasten ja nuorten hyvinvointia sekä lastensuojelua pyrittiin edistämään siten, että kunnan tai useamman kunnan yhdessä on laadittava palveluiden toteuttamisesta ja kehittämisestä vuosittainen suunnitelma, joka hyväksytään kunkin kunnan kunnanvaltuustossa. Suunnitelma on huomioitava kuntalain mukaista talousarviota ja -suunnitelmaa laadittaessa (HE 67/2013vp & SK 1287/2013 & SK 1288/2013 SK 1289/2013 & SK 1290/2013 & SK 1292/2013 & SK 1293/2013 & 16 ja 17 §:n muuttamisesta. SK 1294/2013. Laki kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annetun lain muuttamisesta.).

Perhepoliittisia muutoksia tarkasteltuna ajankohtana olivat mm. isyysvapaan pidennys, joka mahdollista jatkossa 54 arkipäivää yksinomaan isän käyttöön ja jonka ajalta maksetaan ansiotuloihin perustuvaa isyyspäivärahaa (STM 227/2012), sekä alle kolmivuotiaiden lasten vanhemmille maksettavan osittaisen hoitorahan korvaaminen uudella joustavalla hoitorahalla (STM 261/2013 & SK 975/2013).

Nuorten syrjäytymisen ehkäisyyn tähtäävä nuorisolain muutos tuli voimaan vuonna 2011, ja se edellyttää monialaista yhteistyötä kunnissa, joissa on lainsäädännön muutoksen pohjalta käynnistynyt laajamittaisesti nk. etsivä nuorisotyö opetus- ja kulttuuriministeriö vuosittain osoittamalla määrärahalla. Etsivän työn ensisijaisena tehtävänä on ollut auttaa alle 29-vuotiaita nuoria, jotka ovat koulutuksen tai työmarkkinoiden ulkopuolella tai jotka tarvitsevat tukea saavuttaakseen tarvitsemansa palvelut. Etsivä nuorisotyö tarjoaa nuorelle varhaista tukea, jos nuori sitä itse haluaa. (HE 1/2010vp & SK 693/2010.) Vuonna 2013 voimaan tulleen nuorisotakuun myötä etsivää nuorisotyötä on pyritty tehostamaan kunnissa. Nuorisotakuu on nuorten yhteiskuntatakuu, joka mahdollistaa alle 25-vuotiaalle työttömälle ja alle 30-vuotiaalle vastavalmistuneelle työllistymisen alle kolmessa kuukaudessa. (TEM/2905/03.01.04/2012.) Mikäli työllistyminen ei ole mahdollista, on vaihtoehtona koulutuksen tarjoaminen tai muut työllistymistä tukevat toimenpiteet. Lisäksi osana nuorisotakuun toteuttamista käynnistettiin määräaikainen nuorten aikuisten osaamisohjelma pelkän peruskoulun varassa oleville 20–29-vuotiaille. Ohjelmassa voi hakeutua tutkintoon johtavaan ammatilliseen koulutukseen ja suorittaa ammatti- tai erikoisammattitutkinnot näyttötutkintona. (OKM.)

Ikääntyvien palvelut ja toimintakyvyn edistäminen

Uusi vanhuspalvelulaki, joka täydentää sosiaali- ja terveyshuollon yleis- ja erityislainsäädäntöä, tuli pääosiltaan voimaan vuoden 2013 heinäkuun alusta. Lain tarkoituksena on tukea ikääntyneen väestön hyvinvointia ja palvelujen kehittämistä kunnissa. Lain tavoitteena on taata palvelujen saatavuutta ja laatua. Lisäksi lain avulla haluttiin tukea ikääntyneen väestön mahdollisuuksia vaikuttaa palvelujen sisältöön ja toteuttamistapaan. Laki asettaa kunnalle velvollisuuden huolehtia iäkkäiden henkilöiden sosiaali- ja terveystalouden edellytyksistä. Ikääntyneen väestön palveluista on tehtävä valtuustokausittain suunnitelma, ja palvelujen riittävyttä ja laatua on arvioitava vuosittain. Lainsäädännön avulla pyritään velvoittamaan kuntia varamaan riittävät voimavarat ikääntyneiden kuntalaisten tukemiseen. Kuntiin on vuoden 2015 alusta alkaen asetettava vanhusneuvosto, jolla on oltava riittävät toimintaedellytykset ja vaikuttamismahdollisuudet kunnassa. (HE 160/2012 vp & SK 980/2012.)

Keskeistä uudessa vanhuspalvelulaissa on, että siinä säädetään iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeisiin vastaamisen yleisistä periaatteista ja pitkäaikaisen hoidon toteuttamisen periaatteista. Laadun lisäksi palveluiden on vastattava henkilön

tarpeisiin ja oltava oikea-aikaisia sekä riittäviä. Hoiva ja huolenpito pyritään ensisijaisesti toteuttamaan kotona. Iäkkäille puolisoiden hoiva on pyrittävä järjestämään siten, että mahdollisuus asua yhdessä säilyy. Hoitojärjestelyjen pysyvyys on turvattava. Laissa säädetään myös laitoshoidon yksityiskohdista muun muassa laadusta, henkilöstön määrästä, koulutuksesta ja tehtävärakenteista toimintayksiköistä. (HE 160/2012vp & SK 980/2012.)

Huono-osaisuuden ehkäisy

Pääministeri Kataisen hallituksen ohjelman yhdeksi painoalueeksi sovittiin köyhyyden, eriarvoisuuden ja syrjäytymisen ehkäiseminen, ja sosiaali- ja terveysministeriö koordinoi useiden eri hallinnonalojen yhteistyötä poikkihallinnollisen ohjelman toimeenpanossa. Hallituksen toimenpideohjelman tavoitteena on vakiinnuttaa pysyvä toimintamalli yhteiskunnalliseen päätöksentekoon, jossa tulisi aina ottaa huomioon vaikutukset ihmisten hyvinvointiin, terveyteen ja syrjäytymiseen. (HO2011.)

Hallitus päätti kevään 2014 budjettiriihessä osana rakennepoliittista ohjelmaa, että toimeentulotuen käsittely siirretään kunnista Kelan hoidettavaksi. Tarkoituksena on parantaa ihmisten yhdenvertaisuutta tuen saamisessa, tehostaa toimintaa ja vähentää kuntien tehtäviä tiukassa taloustilanteessa. Vallitsevan lainsäädännön mukaisesti suurin osa toimeentulotukipäätöksistä on tehty hakemusten perusteella kunnissa, ja myönnettyjen tukipäätösten euromäärissä on havaittu kuntakohtaisia eroja. Tuen käsittely Kelassa normittaisi käytäntöjä ja tukipäätöksiä siten, että kuntakohtaiset erot vähenisivät ja tuesta muodostuisi yhtenäisempi perustoimeentulotuki. (STM 75/2014.)

Rakennepoliittisen ohjelman mukainen päätös oli niin ikään työikäisten osallistavaa sosiaaliturvaa koskevan pilottihankkeen käynnistys. Sosiaali- ja terveysministeriö valitsi Loimaan, Paltamon, Rauman, Rovaniemen, Varkauden ja Äänekosken osallistavan sosiaaliturvan pilottikunniksi. Näissä kunnissa joko kehitetään kuntouttavaa työtoimintaa tai kokeillaan työttömien vapaaehtoista toimintaa. (STM/23.6.2014.) Hankkeen ytimessä on kysymys myös vaikeasti työllistettävien sosiaaliturvan osittaisesta vastikkeellistamisesta.

Huono-osaisuuteen on pyritty vaikuttamaan tarkastellulla aikavälillä mm. seuraavien konkreettisten lainsäädännön muutosten avulla:

Toimeentulolakia muutettiin vuoden 2011 alusta siten, että ammatillista koulutusta vailla olevalle 18–24-vuotiaalle nuorelle myönnettävää toimeentulotuen perusosaa on mahdollista alentaa enintään 20 prosenttia silloin, jos nuorelta on evätty työttömyysturva perusteettoman koulutuksesta kieltäytymisen tai sen keskeyttämisen vuoksi. Lisäksi vuoden 2014 loppuun saakka on jatkettu säännöstä, jonka mukaan toimeentulotukea saavilla on ansiotuloista etuoikeutettua tuloa

20 prosenttia, mutta enintään 150 euroa kuukaudessa. Etuoikeutettua tuloa ei huomioida toimeentulotukea myönnettäessä. (STM 407/2010.)

Toimeentulotuen perusosaa korotettiin vuoden 2012 alusta kuudella prosentilla verrattuna edellisen vuoden tukitasoon. Päätös oli hallitusohjelman mukainen. Lisäksi yksinhuoltajan toimeentulotukea korotettiin yksin asuvan aikuisen henkilön perusosa korotettuna kymmenellä prosentilla. (SK 1184/2011 & HE 69/2011 vp.) Vuoden 2013 alusta alkaen toimeentulotukilaki muutettiin siten, että työttömyysturvan aktiivajan korotusosat luetaan etuoikeutetuksi tuloksi henkilön ja perheen toimeentulotukea määriteltäessä (SK 1006/2012).

Lapsilisät, sairauspäivärahat ja kotihoidon tuki sidottiin vuonna 2011 indeksiin, jonka jälkeen koko perusturva siirtyi käytännössä indeksisuojan piiriin. Ainoastaan opintotuki jäi indeksisuojan ulkopuolelle. Indeksisuojan ansiosta etuuden ostovoima vastaa lainsäädäntöhetken tasoa, koska etuuksia korotetaan tammikuussa edellisen vuoden hintojen kehitystä kuvaavan KEL-indeksin mukaisesti. (STM 400/2010.)

Vuonna 2012 hyväksyttiin kuitenkin lapsilisälain muutos (SK 713/2012), jonka myötä lapsilisien indeksitarkistuksia päätettiin olla toteuttamatta vuosina 2013–2015. Seuraava indeksitarkistus oli tarkoitus tehdä vasta vuoden 2016 alussa, korjaten vain vuoden 2015 inflaation vaikutuksen. (HE 116/2012.) Hallitus antaa eduskunnalle vuoden 2015 talousarvioesitykseen liittyvän budjettilakiesityksen syksyllä 2014 lapsilisän leikkauksesta, joka vähentäisi lapsilisämenoja 113 miljoonalla eurolla vuonna 2015 (TAE2015).

Työeläkejärjestelmää muutettiin vuoden 2013 alusta siten, että varhennettu vanhuuseläke eläkemuotona lopetettiin työeläkejärjestelmästä. Lisäksi tarkennettiin nk. takuueläkkeen määräytymistä siten, että takuueläkkeeseen ei enää uudistuksen jälkeen tehty varhennusvähennystä mikäli eläkkeen saaja siirtyy vanhuuseläkkeelle työttömyyspäivärahan lisäpäiviltä (HE 77/2012vp). Takuueläkkeeseen on oikeus henkilöllä, joka on täyttänyt 63 vuotta ja saa vanhuuseläkettä tai varhennettua vanhuuseläkettä (SK 804/2012).

Puolison tulojen vaikutus työmarkkinatukeen poistettiin vuoden 2013 alusta. Puolison tulojen vaikutuksen poistaminen korostaa etuuden yksilökohtaisuutta. Uudistuksen tavoitteena oli purkaa muun muassa työttömyysturvaan liittyviä kannustinongelmia. (STM 146/2012.)

Työttömyysturvaan tuli vuoden 2014 alusta useita eri muutoksia, joilla pyrittiin lisäämään työn kannustavuutta ja yksinkertaistamaan lainsäädäntöä: Soviteltua työttömyyspäivärahaa saava työtön sai mahdollisuuden ansaita 300 euroa kuukaudessa ilman, että summa pienentää työttömyysetuutta. Tulojen ylittäessä 300 euroa, vähennetään 50 prosenttia tuloista työttömyyspäivärahasta. Muutos koskee sekä työmarkkinatukea, peruspäivärahaa että ansiopäivärahaa. Lisäksi työstä saadun palkan ja ansiopäivärahan yhteismäärä saa olla enintään työttömyyttä edeltävän palkan suuruinen. Aiemmin yhteismäärä sai olla korkeintaan 90 prosenttia työttömyyttä edeltäneestä palkasta. Lisäksi työttömyyspäivärahan saamisen eh-

toa madallettiin sekä palkansaaajilla että yrittäjillä. Omavastuu-aika eli aika, jolta ei työttömyyden alkaessa makseta päivärahaa, lyheni seitsemästä päivästä viiteen päivään. Ansiosidonnaista päivärahaa maksetaan aiemman 500 päivän sijasta vain 400 päivältä, jos henkilön työhistoria on alle kolme vuotta. Ansiosidonnainen päiväraha-kausi lyhenee 100 päivällä myös silloin, jos työnhakija kieltäytyy ilman pätävää syytä työllistymistä edistävistä palveluista 250 ensimmäisen työttömyyspäivän aikana. Edellä luetellut vuoden 2014 alusta voimaan tulleet muutokset perustuivat hallitusohjelmaan, hallituksen rakenneuudistukseen sekä työmarkkinajärjestöjen keväällä 2012 solmimaan työurasopimukseen. (STM 273/2013.)

Lääkekattoa laskettiin vuoden 2014 alusta 610 euroon. Lääkekatto tarkoittaa sitä, että maksettuaan lääkkeitään yhteensä 610 euroa henkilö maksaa sen jälkeen kuluvan kalenterivuoden aikana ainoastaan 1,50 euroa ostokertaa kohti. Vuoden 2013 lääkekatto oli 670 euroa, ja ilman lain muutosta se olisi kohonnut noin 680 euroon. Lääkekaton ylittävillä potilaille muutos tarkoittaa noin 70 euron helpotusta lääkekustannuksiin vuositasolla. (STM 259/2013.)

Vuoden 2014 elokuusta tulivat voimaan hallituksen rakennepoliittisen ohjelman mukaisesti ehdotetut korkeakouluopiskelijoiden opintotuen muutokset; opintorahaa korotettiin, mutta yhden korkeakoulututkinnon suorittamista varten tukeen oikeuttavaa aikaa lyhennettiin. Muutosten tarkoituksena on opintotuen riittävyuden parantaminen päätoimiseen opiskeluun kannustavaksi sekä opiskeluaikojen lyhentäminen ja työurien pidentäminen opiskelijoilla, jotka aloittavat ensimmäiset korkeakouluopinnot syyslukukautena 2014 tai sen jälkeen. (HE 197/2013vp & SK 1243/2013.)

Asumistukilaki uudistuu hallituksen esityksen mukaan vuoden 2015 alusta pääministeri Kataisen hallitusohjelman ja hallituksen kehyspäättöksessä vuosille 2014—2017 sovittujen uudistusten perusteella. Asumistuen korjausta ehdotti jo sosiaaliturvan uudistamista selvittänyt SATA-komitea. Uudistuksen tavoitteena on yksinkertaistaa ja selkeyttää yleisen asumistuen määräytymisperusteita. Lisäksi uudistuksessa tarkistetaan yleisen asumistuen ja eläkkeensaajan asumistuen yhteensovittamista. (HE 52/2014vp.)

Uusi sosiaalihuoltolaki

Sosiaalihuoltolain uudistus on ollut valmistelussa koko tässä artikkelissa tarkastellun aikavälin. Edellinen sosiaalihuoltolaki tuli voimaan 1984 ja se modernisoi sosiaalihuoltoa ja sosiaalipalveluja merkittävästi kehittämällä niitä universaalimpaan suuntaan pohjoismaisen hyvinvointivaltion hengessä. (SK 710/1982.)

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti työryhmän valmistelemaan sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamista huhtikuussa 2009. Työryhmän tehtäväksi annettiin selvittää sosiaalihuoltoa koskevien lakien kokonaisrakenteen, soveltamisalan ja sisällön uudistamistarve, valmistella uudistamista koskevat keskeiset linjaukset

ja laatia niiden perusteella esitys sosiaalihuollon lainsäädännön sisällön uudistamiseksi. Työryhmä julkaisi vuonna 2012 loppuraporttinsa, jossa kuvattiin sosiaalihuollon uudet tavoitteet, muun muassa painopisteen siirtäminen ennaltaehkäisevään työhön ja varhaiseen tukeen sekä asiakaslähtöiseen lainsäädäntöön ja palvelurakenteeseen. (STM 2012:21)

Tätä artikkelia kirjoitettaessa sosiaalihuoltolain uudistus on edelleen sosiaali- ja terveysministeriön valmistelussa, mutta ministeriön aikataulutavoitteena on ollut antaa esitys eduskunnalle budjettilakina syksyllä 2014, jotta laki voisi tulla voimaan vuoden 2015 alusta. Uuden sosiaalihuoltolain valmistelun ajankohtaa on sävyttänyt yhteiskunnallinen muutos, jossa samanaikaisesti on pyritty uudistamaan kuntarakennetta ja sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakennetta (SOTE-uudistus). Uuden sosiaalihuoltolain valmistelun olisi syytä tapahtua koordinoitusti SOTE-uudistuksen kanssa. Lisäksi pääministeri Kataisen hallituksen elokuussa 2013 budjettiriihessään sopima rakenneuudistusohjelma asetti lisävaatimuksia mm. palvelujen tuottavuudesta (RAPO).

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistaminen

Poliittiset puolueet sitoutuivat keväällä 2014 sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistamiseen, ja pääministeri Kataisen hallitusta seurannut pääministeri Stubbin hallitus sitoutui myös uudistukseen. (SOTE.)

Palvelurakenteen uudistaminen määriteltiin siten, että julkiset sosiaali- ja terveyspalvelut turvataan tasapuolisesti ja kattavasti koko maassa. Keskeinen väline rakenteen uudistamisessa on toiminnan ohjauksen tehostaminen niin kansallisesti kuin uudistuksessa määriteltävillä viidellä sosiaali- ja terveysalueella. Uudistuksen julkilausuttuna tavoitteena on nk. kestävyysvajeen supistaminen sosiaali- ja terveydenhuollon menoja hillitsemällä. (SOTE.)

Parlamentaarinen valmisteluryhmä pääsi kesäkuussa 2014 sopimukseen palvelurakennetta koskevan lainsäädännön keskeisistä periaatteista ja uudistuksen jatkotoimista. Uudessa mallissa palvelujen järjestäminen ja niiden tuottaminen on erotettu toisistaan. Järjestämisvastuu on viidellä sosiaali- ja terveysalueella, joilla alueen kuntayhtymä vastaa siitä, että kyseisen alueen asukkaat ja muut palveluihin oikeutetut saavat tarvitsemansa palvelut. Lähtökohtana on lähipalvelujen turvaaminen, ja sovittujen periaatteiden mukaisesti palveluja voidaan keskittää vain, mikäli palvelujen saatavuus ja laadun turvaaminen edellyttävät erityisosaamista tai kalliita investointeja, tai palvelujen tarkoituksenmukainen ja kustannustehokas toteuttaminen edellyttävät keskittämistä. Palvelujen tuottamisvastuu on kunnalla tai kuntayhtymällä. Lisäksi uudistuksen tavoitteena on valtion ohjauksen vahvistaminen. Uusien sosiaali- ja terveyspalveluista vastaavien alueiden toiminnan on suunniteltu alkavan 1.1.2017. (SOTE.)

Sosiaali- ja terveystalvluiden kehittäminen sekä muita ohjelmia ja kokeiluja

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelman (Kaste) toinen ohjelmakausi vuosille 2012–2015 vahvistettiin valtioneuvostossa vuonna 2012. Kaste-ohjelma on sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta annettuun lakiin perustuva kehittämissyön väline, jonka avulla pyritään edistämään sekä kuntien välistä yhteistyötä että eri hallintotasojen ja alueellisten toimijoiden välistä yhteistyötä (SK 733/1992, 5 §). Ohjelma on sosiaali- ja terveysministeriön pääohjelma, jonka tavoitteena on hyvinvointi- ja terveyserojen kaantumisen ja palveluiden asiakaslähtöisyyden kehittäminen. Ohjelman tavoitteisiin pyritään konkreettisesti osaohjelmilla, joiden painopisteet ovat riskiryhmien mahdollisuuksien ja osallisuuden parantaminen; lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelujen uudistaminen; ikäihmistien palveluiden rakenteiden ja sisällön uudistaminen; palvelurakenteen ja peruspalvelujen uudistaminen; tiedon ja tietojärjestelmien kehittäminen siten, että ne tukevat niin alan ammattilaisia kuin asiakkaita; ja lopuksi johtamisen kehittäminen siten, että se tukee palvelurakenteen uudistamista ja työhyvinvointia. (STM 2012:1.)

Vammaispoliittinen ohjelma (VAMPO) 2010–2015 on ollut käynnissä koko kuluneen hallituskauden ajan. Sen tavoitteena on ollut parantaa vammaisten henkilöiden osallisuutta, torjua syrjintää ja vahvistaa yhteiskunnan esteettömyyttä ja saavutettavuutta. Ohjelma koostuu laajasta toimenpidekokonaisuudesta, joka tähtää epäkohtien poistamiseen. Lähtökohtana on, että toimenpiteitä toteutetaan kulloinkin voimassaolevan valtioneuvoston kehyspäättöksen ja talousarvion puitteissa kohdentaen resursseja mahdollisuuksien ja tarpeen mukaan. (STM 2010:4.)

Kansallinen mielenterveys- ja päihdeohjelma vuosille 2009–2015 ohjaa ensimmäistä kertaa mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä valtakunnallisesti yhtenä kokonaisuutena. Sen avulla pyritään vahvistamaan mielenterveys- ja päihdeasiakkaan asemaa, edistämään mielenterveyttä ja päihhteettömyyttä sekä ehkäisemään haittoja. Lisäksi ohjelmassa painotetaan avo- ja peruspalveluja mielenterveys- ja päihdepalvelujärjestelmän kehittämissä sekä pyritään vahvistamaan palvelujen ohjauskeinoja. (THL.)

Kansallisen ohjelman lisäksi pääministeri Stubbin hallituksen ohjelmassa sovittiin, että ehkäisevän päihdetyön lainsäädännön kehittämistä jatketaan tavoitteena voimaantulo vuonna 2015 (HO2014).

Lähteet

- HE 1/2010vp. Hallituksen esitys Eduskunnalle laeiksi nuorisolain sekä opiskelijavalintarekisteristä ja ylioppilastutkintorekisteristä annetun lain 5 §:n muuttamisesta.
- HE 69/2011vp Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi toimeentulotuesta annetun lain 9 ja 9 a §:n muuttamisesta.
- HE 116/2012 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi lapsilisälain 7 §:n muuttamisesta ja 21 §:n väliaikaisesta muuttamisesta.
- HE 77/2012vp. Hallituksen esitys eduskunnalle varhennettua vanhuuseläkettä ja osaaikaeläkettä oskevien säännösten muuttamisesta.
- HE 159/2012vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi lasten päivähoidosta annetun lain muuttamisesta sekä eräksi siihen liittyviksi laeiksi.
- HE 160/2012vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemista sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista ja laiksi terveydenhuoltolain 20 §:n kumoamisesta.
- HE 67/2013vp. Hallituksen esitys eduskunnalle oppilas- ja opiskelijahuoltolaiksi ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi.
- HE 197/2013vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi opintotukilain 7 ja 11 §:n muuttamisesta.
- HE 52/2014vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi yleisestä asumistuesta ja eläkkeensaajan asumistuesta annetun lain muuttamisesta.
- HO2011. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. <http://valtioneuvosto.fi/tietoarkisto/aiemmat-hallitukset/katainen/hallitusohjelma/pdf/fi.pdf> [2014-05-15]
- HO2014. Pääministeri Alexander Stubbin hallituksen ohjelma 24.6.2014. <http://valtioneuvosto.fi/hallitus/hallitusohjelma/pdf-stubb/fi.pdf> [2014-07-07]
- OKM. Nuorten aikuisten osaamisohjelma. <http://www.minedu.fi/OPM/Koulutus/koulutuspolitiikka/Hankkeet/osaamisohjelma/index.html> [2014-05-15]
- RAPO. Hallituksen päätös rakennepoliittisen ohjelman toimeenpanosta 29.11.2013. <http://valtioneuvosto.fi/etusivu/rakennuudistus395285/tiedostot/paatos-29112013/fi.pdf> [2014-05-15]
- SK 710/1982. Sosiaalihuoltolaki.
- SK 733/1992, 5 §. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon suunnittelusta ja valtionavustuksesta. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma.
- SK 693/2010. Laki nuorisolain muuttamisesta.
- SK 1184/2011. Lakitoimeentulotuesta annetun lain 9 ja 9 a §:n muuttamisesta.
- SK 713/2012. SK 713/2012. Laki lapsilisälain 7 §:n muuttamisesta ja 21 §:n väliaikaisesta muuttamisesta.
- SK 804/2012. Laki takuueläkkeestä annetun lain 7 §:n muuttamisesta.
- SK 909/2012. Laki päivähoidosta annetun lain muuttamisesta.
- SK 980/2012. Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista.
- SK 1006/2012. Laki toimeentulotuesta annetun lain 11 §:n muuttamisesta.
- SK 975/2013. Laki lasten kotihoidon ja yksityisen hoidon tuesta annetun lain muuttamisesta.
- SK 1243/2013. Laki opintotukilain muuttamisesta.
- SK 1292/2013. Laki lastensuojelulain 9 ja 12 §:n muuttamisesta.
- SK 1287/2013. Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki.
- SK 1288/2013. Laki perusopetuslain muuttamisesta.
- SK 1289/2013. Laki lukiolain muuttamisesta.
- SK 1290/2013. Laki ammatillisesta koulutuksesta annetun lain muuttamisesta.
- SK 1293/2013. Laki terveydenhuoltolain 16 ja 17 §:n muuttamisesta.
- SK 1294/2013. Laki kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annetun lain muuttamisesta.
- SOTE. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistaminen. http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/palvelurakennuudistus [2014-08-15]
- STM 2010:4. Vahva pohja osallisuudelle ja yhdenvertaisuudelle. Suomen vammapolitiittinen ohjelma VAMPO 2010–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2010:4. Helsinki.
- STM 400/2010. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote/16.12.2010. Perhe-etuudet sekä kuntoutus- ja sairauspäiväraha sidotaan kansaneläkeindeksiin.
- STM 407/2010. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote/16.12.2010. Toimeentulotukilakiin tulee muutoksia.
- STM 146/2012. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote/17.9.2012. Puolison tulojen vaikutus työmarkkinatukeen poistumassa.
- STM 227/2012. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote/20.12.2012. Isälle korvamerkitty

- vapaa pitenee.
- STM 259/2013. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote/12.12.2013. Lääkekatto laskee 610 euroon vuodessa.
- STM 261/2013. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote/12.12.2013. Alle 3-vuotiaita lapsia hoitaville vanhemmilla maksetaan joustavaa hoitorahaa.
- STM 273/2013. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote/19.12.2013. Työttömälle oikeus ansaita 300 euroa kuukaudessa ilman etuuden pienentymistä.
- STM 75/2014. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote/ 3.4.2014. Toimeentulotuen siirto Kelalle lisää yhdenvertaisuutta.
- STM 2012:1. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:1. Helsinki.
- STM 2012:21. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistaminen. Sosiaalihuollon lainsäädännön uudistamistyöryhmän loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:21. Helsinki.
- STM/23.6.2014. Sosiaali- ja terveysministeriön verkkouutinen. <http://www.stm.fi/tiedotteet/verkkouutinen/-/view/1886028> [2014-08-15]
- TAE2015. Valtion talousarvioesitys. Valtionvarainministeriön ehdotus vuoden 2015 talousarvioksi. http://budjetti.vm.fi/indox/tae//2015/valtiovarainministerionKanta_tae_2015.jsp
- TEM/2905/03.01.04/2012. Työ- ja elinkeinoministeriön linjaukset nuorisotakuun toteuttamisesta TE-hallinnossa.
- THL. Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. <http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/kansallinen-mielenterveys-ja-paihdesuunnitelma> [2014-08-15]

Suomalaisen hyvinvointivaltion kannatusperustan ulottuvuudet

Suomalaiset kannattavat edelleen nykymuotoista hyvinvointivaltiota ja haluavat ylläpitää ja vahvistaa sitä verovaroin. Hyvinvointivaltion luottamusperusta on vahva: 86 prosenttia miehistä ja 92 prosenttia naisista piti vuonna 2013 sosiaaliturvan tasoa sopivana tai liian matalana. Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää piti toimivana kolme neljäsosaa miehistä ja kaksi kolmasosaa naisista. Sosiaalimenojen kannatus oli myös edelleen vahvaa: miehistä 97 prosenttia ja naisista 99 prosenttia halusi säilyttää terveyspalvelujen rahoituksen nykytasolla tai lisätä sitä, sosiaalipalveluissa luvut olivat 93 prosenttia ja 97 prosenttia. Sosiaalietuuksien osalta luvut olivat 85 prosenttia ja 92 prosenttia. Mielenpitoet ovat kuitenkin 1990-lukuun verrattuna jonkin verran eriytyneet. Väestön viesti näyttää olevan, että peruspalvelut ovat tärkeitä ja niistä halutaan edelleen pitää kiinni.

Suomalainen sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmä on ollut jo pitkään voimakkaassa muutoksessa. Kuntakysely sosiaali- ja terveystalouden järjestämisestä ja tuottamisesta paljastaa voimakasta eriytymiskehitystä ja palvelukentän pirstaloitumista. Palvelut voivatkin olla entistä vaikeammin hallittavia sekä asiakkaan että henkilöstön näkökulmasta. (Kokko ym. 2009.) Valmisteilla oleva sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislaki tarjoaa Suomeen uudenlaista palveluiden järjestämisen tapaa, jossa pyritään suurempiin alueellisiin kokonaisuuksiin.

Briitta Koskiahon (2008) esittämä, että sosiaalipolitiikka on muuttumassa pelkäksi palvelujen järjestämiseksi ja että sen arvopohja on murenemassa. Hän katsoo, että julkisia palveluita puretaan systemaattisesti ja palvelujen tuottamista siirretään yksityiselle sektorille. Siirtoa perustellaan kestävyysvajeella ja sillä, ettei julkinen sektori pysty ottamaan vastuuta kasvavasta asiakasmäärästä. Yksityisen palvelutuotannon oletetaan myös olevan julkisia tehokkaampaa ja halvempaa. Suuntaus ei ole pelkästään suomalainen ilmiö, vaan kehitystrendi on samanlainen koko Euroopassa. Samalla palveluiden ja etuisuuksien tarve on kasvanut eri puolilla Eurooppaa (esim. Taylor-Gooby 2001). Kysymys järjestelmän legitimititeetistä ja sen säilymisestä heijastuu entistä enemmän väestön ja asiakkaiden mielipiteissä. Taylor-Goobyn (2004) mielestä etsittäessä tasapainoa hyvinvointiarvojen ja taloudellisten arvojen välillä onkin tärkeää kuunnella väestön mielipiteitä.

Väestön mielipiteitä on tutkittu ja mitattu paljon sekä kansallisilla että kansainvälisillä vertailuaineistoilla. Hyvinvointivaltioasenteita on tutkittu joidenkin yleisten teorioiden lähtökohdista. Ensinnäkin arvioissa on käytetty erityisesti Walter Korven esittämää valtareresurssiteoriaa (*power resource theory*), jonka mukaan puolueet ovat kytkeytyneet yhteiskunnan luokkarakenteeseen ja ajavat eri yhteiskuntaluokkien etuja. Eri toimijoiden hallussa olevat valtaresurssit taas määrittävät, millä painoarvolla ne pääsevät vaikuttamaan hyvinvointivaltion muotoutumiseen. Suomalaisen hyvinvointivaltion rakentaminen on Ruotsiin verrattuna kuitenkin ollut pikemmin yhteinen projekti vasemmistolle, keskustalle ja oikeistolle (Hiilamo & Lankinen 2008). Toiseksi hyvinvointivaltiomielipiteitä on tutkittu rationaalisen valinnan teorian avulla (*the rational choice theory*), jossa väestöllä katsotaan olevan näkemyksiä palveluista ja sosiaaliturvasta toisaalta niiden käyttäjinä ja toisaalta niiden rahoittajina. (Kangas 1997; Papadakis 1992; Sihvo & Uusitalo 1995). Kolmanneksi mielipiteiden selittäjänä käytetään usein yhteiskunnan arvopohjaa eli niitä ideologisia arvoja ja normeja, joista kansakuntana halutaan pitää kiinni ja joita pääosa väestöstä kannattaa (Arts & Gelissen 2001).

Suomalaisen hyvinvointivaltion taustalla on esitetty olevan oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon vaatimus ja usko siihen, että hyvinvointivaltio ei ole vain talouteen liittyvä kysymys (Forma 1997). Tutkimukset myös osoittavat, että vaikka yleisen mielipiteen ja poliittisen päätöksenteon välillä ei ole suoraa yhteyttä, hyvinvointivaltion rakenne vaikuttaa kuitenkin sen legitimitettiin väestön silmissä (Forma 1997). Legitimiteetti tarkoittaa yksinkertaisimmillaan sitä, kuinka hyväksyttävänä väestö järjestelmää pitää ja kuinka laaja kannatus sen rahoittamisella on.

Stefan Svallfors (2011) on tutkinut pitkään ruotsalaisten hyvinvointivaltiomieli-
lipiteitä ja on äskettäin julkaissut tutkimuksen, jossa hyvinvointivaltiomieli-
piteitä on selvitetty vuosien 1981 ja 2010 välillä. Svallforsin jaottelun mukaan hyvinvoin-
tivaltion kannatusperustan vahvuutta voidaan arvioida neljällä ulottuvuudella.
Ensinnäkin on tärkeää, että väestö luottaa hyvinvointivaltion kykyyn huolehtia
tehtävistään, kutsumme tätä ulottuvuutta *luottamusperustaksi*. Toiseksi, koska hy-
vinvointivaltion universalistiset järjestelmät ovat muunlaisia järjestelmiä kalliim-
pia, on tärkeää, että verojen maksamisella ja niiden kohdentamisella hyvinvoin-
tivaltion ylläpitämiseen on väestön keskuudessa laaja kannatus, kutsumme tätä
ulottuvuutta *sosiaalimenojen kannatusperustaksi*. Kolmanneksi on tärkeää, että
väestö katsoo, että palveluiden tuottajien on tarpeen olla julkisen sektorin toimi-
joita, kutsumme tätä ulottuvuutta *julkisen palvelutuotannon kannatusperustaksi*.
Neljänneksi kyse on väestön luottamuksesta siihen, ettei järjestelmässä esiinny
”vapaamatkustajia”, vaan kaikki osallistuvat järjestelmän ylläpitämiseen ja käyttä-
vät palveluita ja etuuksia tarpeen mukaan.

Euroopassa on tehty paljon tutkimuksia hyvinvointivaltioon liittyvistä mieli-
piteistä, joita Svallfors (1996) nimittää yleisiksi asenteiksi ja joiden arvioidaan jäävän
vastaajille usein abstrakteiksi. Sen sijaan tutkijoita ovat kiinnostaneet vähemmän
esimerkiksi sosiaali- ja terveystalouteen liittyvät mielipiteet, joita Svallfors kut-
suu spesifeiksi asenteiksi. Näistä väestöllä voi olla voimakkaampia mielipiteitä,
koska ne ovat lähempänä arkielämää. Viimeaikaisissa hyvinvointivaltioon liitty-
vissä tutkimuksissa on painotettu sitä, etteivät väestön mielipiteet muodosta yhtä
yhtenäistä loogista jatkumoa, vaan ne ovat hyvin monitasoisia ja voivat olla jopa
ristiriidassa keskenään (van Oorschot & Meuleman 2012). Tästä syystä tutkijat
ovat kehittäneet erilaisia kysymyspatteristoja, joiden avulla voidaan tarkastella
hyvinvointivaltiomieli-
piteiden eri ulottuvuuksia (Svallfors 2011; Van Oorschot & Meuleman 2012; Roosma ym. 2013).

Laajassa, 22 Euroopan maata kattavassa vertailevassa tutkimuksessa havaittiin,
että yleisesti ottaen eurooppalaiset suhtautuvat hyvin positiivisesti hyvinvointival-
tion tavoitteisiin ja pitävät kattavuutta tärkeänä, mutta arvioivat samaan aikaan
kuitenkin kriittisesti järjestelmän tehokkuutta, vaikuttavuutta ja tuloksia (Roos-
ma ym. 2013). Hyvinvointivaltioasenteissa on löydetty eroja Länsi- ja Pohjois-
Euroopan ja toisaalta Itä- ja Etelä-Euroopan välillä. Länsi- ja Pohjois-Euroopan
maissa vastaajat pitivät hyvinvointivaltion tuloksia ja tehokkuutta tärkeämpänä
kuin vastaajat Itä- tai Etelä-Euroopan maissa. Itä- ja Etelä-Euroopan maiden vas-
taajat osoittivat tukea laajalle valtion roolille, mutta olivat samaan aikaan kriitti-
sempiä etuuskien tasoa ja palveluiden laatua kohtaan.

Suomalaisten hyvinvointivaltioon liittyviä mielipiteitä on mitattu jo pitkään,
ja ensimmäiset kyselyt tehtiin jo 1980-luvun lopulla (esim. Pöntinen & Uusitalo
1986; Forma 1998, 2002, 2006; Muuri 2008; Muuri & Manderbacka 2010). Tutki-
musten ohella tehdään aika ajoin barometrityyppisiä selvityksiä hyvinvointivaltion
kannatuksesta. Esimerkiksi Kunnallisanalan kehittämissäätiön tulosten (Ilmapunta-

ri 2013) mukaan kuntalaiset haluavat pitää monet palvelut julkisesti järjestettyinä ja olisivat valmiita lisäämään muun muassa vanhustenhuollon, perusterveydenhuollon ja lastensuojelun voimavaroja. Elinkeinoelämän valtuuskunnan arvo- ja asennetutkimuksesta käy ilmi, että kansalaisten enemmistö katsoo suomalaisen sosiaaliturvan ja julkisten palveluiden tason olevan maailman kärkiluokkaa. Raportin mukaan väestö kokee hyvinvointivaltion tärkeäksi osaksi suomalaista identiteettiä. (Haavisto & Kiljunen 2011; ks. myös Karvonen & Vaarama tässä kirjassa.)

Tässä artikkelissa kysymme, onko suomalaisten hyvinvointivaltiota koskevissa asenteissa havaittavissa muutoksia ja onko julkisen palvelujärjestelmän kannatus suomalaisten keskuudessa edelleen vahvaa vai onko se rapautumassa. Tarkastelemme väestön käsityksiä hyvinvointivaltion kannatusperustasta ja palvelujen tuottamisvastuun jakautumisesta kahdesta näkökulmasta: ensiksi tarkastelemme ajallista kehitystä 2004–2013 ja toiseksi vuoden 2013 tilannetta. Tavoitteena on selvittää väestön hyvinvointivaltiomielenpitoja, niiden kehitystä ajassa sekä niihin yhteydessä olevia tekijöitä.

Aineisto ja menetelmät

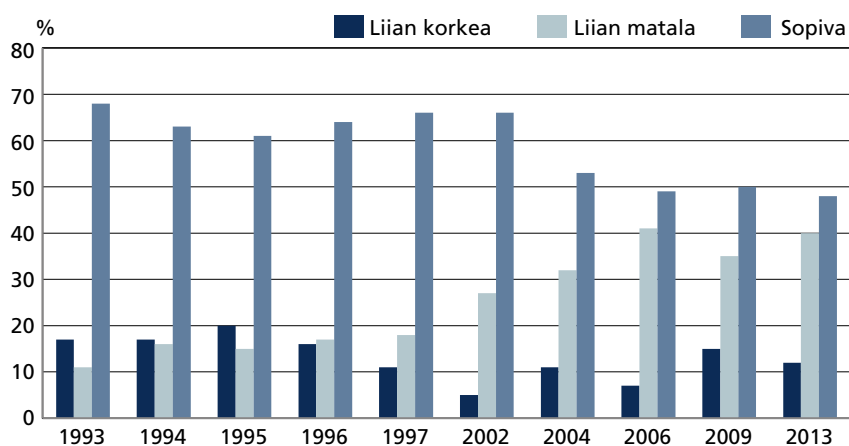
Tämän artikkelin kysymykset ovat sisältyneet Hyvinvointi- ja palvelut (HYPA)-kyselyihin seuraavasti: vuonna 2004 puhelin- ja postilomakkeeseen, vuonna 2006 puhelinelomakkeeseen, vuonna 2009 postilomakkeeseen ja vuonna 2013 puhelinlomakkeeseen. Mielenpitojen muutoksia tarkastellaan siis pidemmällä aikavälillä, mutta kaikkia käyttämiämme kysymyksiä ei löytynyt kaikilta kyselyvuosilta. Tuloksia tarkasteltaessa on tarpeen muistaa, että keruumenetelmän vaihtelu voi vaikuttaa saatuihin tuloksiin.

Yleistä luottamusta hyvinvointivaltion kykyyn selviytyä tehtävistään tarkastelimme sosiaaliturvan tasoa koskevan kysymyksen avulla: ”Onko sosiaaliturvan taso mielestänne Suomessa tällä hetkellä 1) aivan liian korkea ... 5) aivan liian alhainen.” Yhdistimme vastausvaihtoehdot ”aivan liian korkea” ja ”jonkin verran liian korkea” sekä ”jonkin verran liian alhainen” ja ”aivan liian alhainen”. Kysymystä on tarkasteltu Suomessa vuodesta 1993. Luottamusta hyvinvointivaltion kykyyn suoriutua tehtävistään selvitimme vuoden 2013 osalta myös toisen kysymyksen avulla: ”Suomessa sosiaalipalvelut/terveyspalvelut toimivat yleisesti ottaen hyvin: (1) täysin samaa mieltä ... (5) täysin eri mieltä.” Sosiaalimenojen kannatusperustaa mittasimme palveluita ja etuuksia koskevilla kysymyksillä: ”Missä määrin toivoisitte verovaroja käytettävän seuraavien asioiden rahoittamiseen: terveyden ja sairaanhoitoon, sosiaalipalveluihin ja tulonsiirtoihin, kuten sosiaalietuuksiin?” Vastausvaihtoehdot ovat: 1) nykyistä enemmän, 2) jokseenkin nykyinen määrä, 3) nykyistä vähemmän”. Tämä kysymys puuttui vuoden 2004 aineistosta ja tarkastelemme sitä vuosina 2006–2013. Julkisen palvelutuotannon kannatusperustaa selvitimme kysymyksillä: ”Yksityisiä sosiaalipalveluja/ terveyden- ja sairaanhoitoa

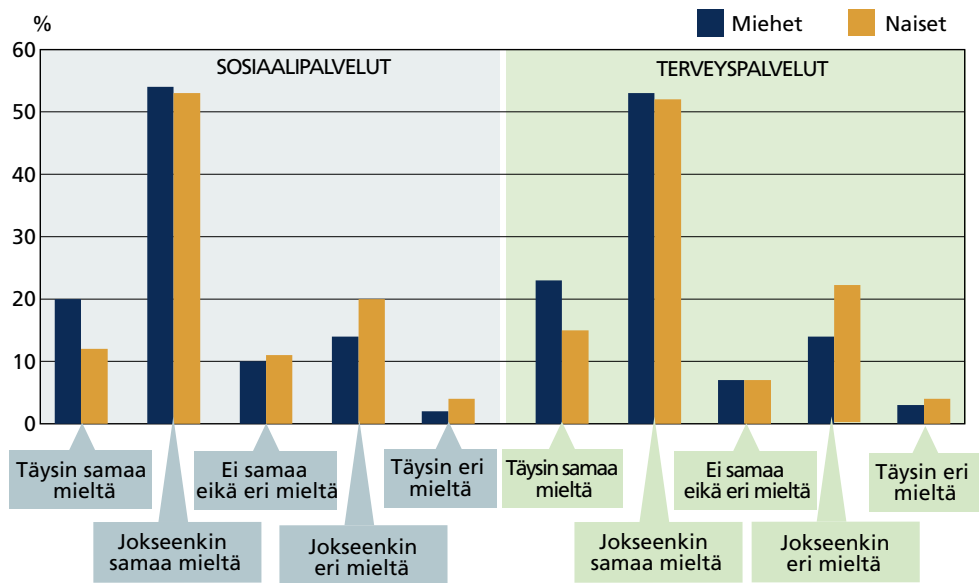
tulisi lisätä” ja vastausvaihtoehdot olivat: ”1) täysin samaa mieltä ... 5) täysin eri mieltä”. Kaikissa kysymyksissä yhdistimme vaihtoehdot (1–2) ja (4–5). Tulokset esitetään prosenttiosuuksina. HYPÄ-aineistoon ei sisälly kysymyksiä vapaamatkustamisesta ts. etuuksien tai palveluiden väärinkäytöstä, emmekä siksi tarkastele sitä. Vuoden 2013 osalta tarkastelimme vielä sosiodemografisten tekijöiden (sukupuoli, ikä, siviilisääty, koulutus, tuloviidennes, pääasiallinen toiminta, oliko kotitaloudessa alle 18-vuotiaita) sekä koetun terveyden yhteyttä hyvinvointivaltion luottamusperustaan (mielipiteisiin sosiaaliturvan tasosta sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen toimivuudesta). Linearisessa regressioanalyysissä käytettiin alkuperäisiä viisiluokkaisia kysymyksiä luottamusperustasta, ja mallissa otettiin kaikki edellä mainitut tekijät huomioon samanaikaisesti. Tulokset esitetään standardoitujen regressiokertoimien avulla.

Väestön hyvinvointivaltiomielenkehitys 2000-luvulla

Tarkasteltaessa väestön mielipiteitä sosiaaliturvan tasosta kahdenkymmenen viime vuoden aikana vuodesta 1993 eteenpäin, on 2000-luvun alussa havaittavissa selvä käänne. Kun 1990-luvulla ja vielä 2000-luvun alussa sosiaaliturvan tasoa sopivana pitävien osuus oli yli 60 prosenttia, vuoden 2004 tutkimuksessa sosiaaliturvan tasoa liian korkeana pitävien osuus kasvoi ja sopivana pitävien osuus pieneni. 2000-luvulla sosiaaliturvan tasoa sopivana pitävien osuus on pysynyt alle 50 prosentissa ja sitä liian matalana pitävien osuus on kohonnut runsaasta 25 prosentista 40 prosenttiin (kuvio 1).



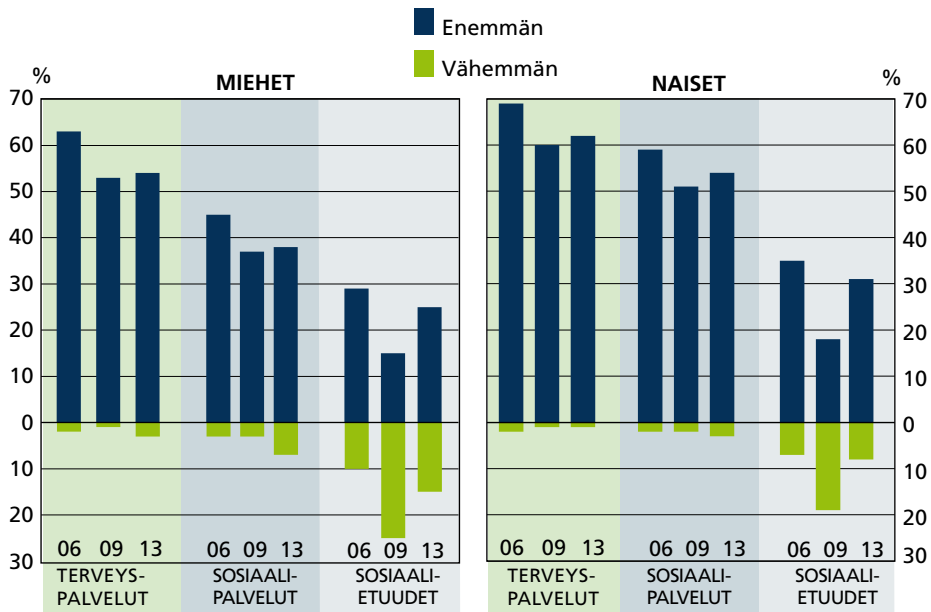
KUVIO 1. Väestön mielipiteet sosiaaliturvan tasosta vuosina 1993–2013, %.



KUVIO 2. Luottamus hyvinvointipalvelujen toimivuuteen vuonna 2013, %.

Luottamusta hyvinvointivaltion yleiseen kykyyn huolehtia tehtävistään tarkastelimme vielä erikseen vuonna 2013 selvittämällä väestön mielipiteitä sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän toimivuudesta (kuvio 2). Toimivuutta koskevat mielipiteet olivat varsin samanlaisia, mutta miehet katsoivat naisia useammin palvelujen toimivan hyvin. Vaikka naisten arviot julkisten palvelujen toimivuudesta olivat kriittisempiä, oli heistä kaksi kolmannesta sitä mieltä että palvelut toimivat hyvin. Toisaalta melkein viidennes miehistä ja neljännes naisista katsoi, että palvelut eivät toimineet hyvin.

Kuviossa 3 on esitetty niiden vastaajien osuus, jotka katsoivat sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä sosiaalietuuksien rahoitusta olevan tarpeen lisätä tai vähentää. Sosiaalimenojen kannatusperusta oli terveydenhuollon osalta vuosina 2006–2013 vakaata. Vaikka naiset koko tarkastelujakson ajan katsoivat miehiä useammin, että terveyspalvelujen rahoitusta olisi tarpeen lisätä, oli osuus miehilläkin yli 50 prosenttia kaikkina vuosina. Rahoitusta ei juuri toivottu vähennettävän. Sosiaalipalveluissa sukupuolten välinen ero oli selvempi. Kun naisista yli puolet katsoi että rahoitusta olisi tarpeen lisätä, miehillä osuus oli selvästi alle puolet. Rahoituksen lisäystä kannattavien osuus väheni jonkin verran vuoden 2006 jälkeen sekä miehillä että naisilla. Sosiaalietuuksien tasoon väestö näytti olevan kohtalaisen tyytyväinen. Noin kaksi kolmasosaa sekä miehistä että naisista halusi säilyttää etuuksien rahoitustason ennallaan, ja osuus säilyi varsin vakaana koko tarkastelujakson ajan. Etuuksien kohdalla väestön mielipiteet kuitenkin jakautuivat enemmän, ja rahoituksen tason vähentämisen kannalla olevien osuus oli palveluihin verrattuna selvästi suurempi.



KUVIO 3. Sosiaalimenojen kannatusperusta vuosina 2006–2013. Sosiaalimenoihin nykyistä enemmän ja nykyistä vähemmän rahoitusta toivovien osuus, %.

Julkisen palvelutuotannon kannatusperustaa tarkasteltaessa on tarpeen huomata, että väestö ei näytä pitävän yksityistä ja julkista palvelutuotantoa toisensa poissulkevinä vaihtoehtoina, vaan suuri osa suomalaisista kannattaa sekä julkisten että yksityisten palvelujen lisäämistä (taulukko 1). Väestön mielipiteet yksityisistä palveluista pysyivät vakaina vuosien 2004 ja 2013 välillä. Vuonna 2009 yksityisten palvelujen lisäämisen kannatus oli sekä miehillä että naisilla matalimmillaan, tällöin vain noin kolmannes väestöstä kannatti yksityisten sosiaali- ja terveystalvelujen lisäämistä, mutta kannatus kasvoi taas vuoteen 2013 molemmilla sukupuolilla. Kiinnostavaa on, että vuosina 2009 ja 2013 yksityisten terveystalvelujen ja vuonna 2009 myös yksityisten sosiaalipalvelujen lisäämistä kannatti ja vastusti yhtä suuri osa väestöstä. Aiemmin kannatus oli suurempi, sillä silloin noin puolet sekä miehistä että naisista katsoi, että yksityisiä palveluja pitäisi lisätä.

TAULUKKO 1. Väestön mielipiteet yksityisestä palvelutuotannosta 2004–2013, %

	Miehet				Naiset			
	2004	2006	2009	2013	2004	2006	2009	2013
Yksityisiä sosiaalipalveluja tulisi lisätä								
Samaa mieltä	44	55	31	44	50	60	34	51
Eri mieltä	27	30	35	36	19	26	30	28
Yksityisiä terveystalveluita tulisi lisätä								
Samaa mieltä	44	52	33	42	49	52	33	43
Eri mieltä	29	34	35	40	22	33	33	38

Hyvinvointivaltiomielipiteisiin yhteydessä olevat tekijät 2013

Tarkasteltaessa sosiodemografisten tekijöiden yhteyttä mielipiteisiin sosiaaliturvan tasosta katsoivat naiset, alemman koulutustason omaavat ja alimmat tulo-
luokat muita useammin, että sosiaaliturvan taso on Suomessa liian matala, samoin ne, joiden koettu terveys oli keskinkertainen tai huonompi (liitetaulukko 1). Jos perheessä oli alle 18-vuotiaita lapsia, sosiaaliturvan tasoa pidettiin hieman useammin liian matalana. Ikä, siviilisääty ja elämänvaihe eivät olleet yhteydessä sosiaaliturvan tasoa koskeviin mielipiteisiin. Sosiodemografisista tekijöistä vain sukupuoli ja koettu terveys olivat yhteydessä mielipiteisiin sosiaalipalvelujärjestelmän toimivuudesta. Naiset ja keskinkertaisen tai huonomman koetun terveyden omaavat katsoivat muita useammin sosiaalipalvelujen toimivan pääosin huonommin kuin miehet ja hyvän terveyden omaavat. Naiset ja keskinkertaisen tai huonomman koetun terveyden omaavat katsoivat muita useammin myös terveyspalvelujen toimivan pääosin huonosti samoin kuin ne, joiden perheessä oli alle 18-vuotiaita lapsia. Palvelujärjestelmän luottamusperusta oli siis yhteydessä lähinnä sellaisiin tekijöihin, jotka lisäävät palvelujen käytön todennäköisyyttä. Ikä sinänsä ei näyttänyt vaikuttavan palvelujen toimivuutta koskeviin mielipiteisiin.

Pohdinta

Suomalaisten luottamus hyvinvointivaltion kykyyn huolehtia tehtävistään on edelleen kohtuullisen vahva, vaikka mielipiteet ovat 1990-lukuun verrattuna eriytyneet. Yli kolmannes väestöstä kuitenkin katsoo, että sosiaaliturvan tasoa pitäisi korottaa. Väestö selvästi pitää nykyisenkaltaista hyvinvointivaltiota tärkeänä ja halua säilyttää sosiaaliturvan tason tai parantaa sitä nykyisestä. Vaikka hyvinvointivaltiolla on laaja kannatusperusta, palvelujärjestelmässä koettiin vuonna 2013 olevan ongelmia ja viidennes väestöstä ei luottanut palvelujärjestelmän toimivuuteen.

Sosiaalimenojen kannatusperusta on myös erityisesti terveyspalveluiden osalta vahva, ja palvelujen järjestäminen halutaan turvata ja verovaroja halutaan käytettävän nykyistä enemmän sekä sosiaali- että terveyspalveluihin. Sosiaalietuuksien kohdalla väestö pikemmin katsoo, että niihin käytettävän rahoituksen tason tulisi pysyä ennallaan ja mielipiteet hajoavat palveluja koskevia mielipiteitä enemmän. Sosiaalimenojen kannatuspohjassa on kuitenkin havaittavissa pientä heikentymistä vuodesta 2006.

Väestön keskuudessa on vahva näkemys siitä, että palveluiden tuottaminen julkisella sektorilla on tärkeää ja julkisten palvelujen rahoitusta halutaan kasvat-
taa. Samalla kuitenkin myös yksityisiä palveluja halutaan lisäävän – jos kohta yksityisten palvelujen lisäämisen kohdalla väestön mielipiteet ovat hyvin eriyty-

neet. Väestön hyvinvointivaltion kannatusperustaa koskeva viesti näyttää olevan, että peruspalvelut ovat väestölle tärkeitä ja niistä halutaan edelleen pitää kiinni. Palvelujen toimivuutta koskevat mielipiteet lienevät yhteydessä joissakin julkisissa peruspalveluissa ilmenneisiin saatavuusongelmiin.

Palvelujärjestelmää on kehitetty vuosikautia ilman että olisi päästy yksimielisyyteen siitä millainen järjestelmä tulee olemaan tulevaisuudessa. Niinpä väestö ei voi olla varma siitä, että muutokset takaavat palvelujen saatavuuden. Samanlaisesti kuitenkin osa väestöstä haluaa lisätä yksityisiä palveluja, joita näytetäänkin pitävän pikemmin julkisia palveluja täydentävinä kuin korvaavina palveluina. Toinen tulkinta voi olla, että julkinen keskustelu kestävyysvajeesta ja talouden ongelmista on johtanut käsitykseen, että nykyisen kaltaista hyvinvointivaltiota on vaikea pitää yllä tulevaisuudessa ja siksi niitä täydentämään tarvitaan enemmän yksityisiä palveluita. Sosiaali- ja terveystaloutta uudistettaessa on tärkeää säilyttää tämänkin kyselyn tuloksista välittyvä hyvinvointivaltion arvopohja.

Lähteet

- Arts, Wil & Gelissen, John (2001) Welfare States, solidarity and justice principles: Does the type really matter? *Acta Sociologica* 44: 283–99.
- Ervasti, Heikki & Kangas, Olli (1995) Class bases of universal social policy. Pension policy attitudes in Finland 1993. *European Journal of Political Research* 27: 347–67.
- Forma, Pauli (1998) Mielipiteiden muutos ja pysyvyys. Suomalaisten mielipiteet hyvinvointivaltioista, 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 (toim.) 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.
- Haavisto, Ilkka & Kiljunen, Pentti (2011) Maa ilman paras maa. EVAn kansallinen arvo- ja asennetutkimus 2011. <http://www.eva.fi/wp-content/uploads/2011/03/Maailman-paras-maa.pdf>.
- Hiilamo, Heikki & Lankinen, Markku (2008) Alueellinen kurjuuden kierre vaaleissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (1): 52–62.
- Kangas, Olli (1997) Self-interest and the common good: The impact of norms, selfishness and the context in social policy opinions. *Journal of Socio-Economics* 26: 475–94.
- 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 terveystaloutta koskevan järjestämisestä ja tuottamisesta. Raportteja 36/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Koskiahho, Briitta (2008) Hyvinvointipalvelujen tavaratalossa. *Palvelutalous ja sosiaalipolitiikka Englannissa, Ruotsissa ja Suomessa*. Tampere: Vastapaino.
- Kunnallissalan kehittämissäätiö, Ilmapuntari 2013: Kuntalaisten näkemyksiä palveluiden järjestämisestä ja talouden tasapainottamisesta http://www.kaks.fi/sites/default/files/Ilmapuntari10_2013.pdf
- Muuri, Anu (2008) Sosiaalipalveluja kaikille ja kaiken ikää? Tutkimus suomalaisten mielipiteistä ja kokemuksista sosiaalipalveluista sekä niiden suhteesta legitimitettiin. Tutkimuksia 178. Helsinki: Stakes.
- Muuri, Anu & Manderbacka, Kristiina (2010)

- Hyvinvointivaltion kannatusperusta. Teoksessa Vaarama, Marja & Moisio, Pasi & Karvonen, Sakari (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveystien ja hyvinvointi laitoksen 96–110.
- 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.
- Roosma, Femke & Gelissen, John & van Oorschot, Wim (2013) The multidimensionality of welfare state attitudes: A European cross-national study. *Social Indicator Research* 113: 235–255.
- Sihvo, Tuire & Uusitalo, Hannu (1995) Economic crises and support for the welfare state in Finland 1975–1993. *Acta Sociologica* 38: 251–62.
- Svallfors, Stefan (1996) Välfärdsstatens moraliska ekonomi. *Välfärdsopinionen I 90-talets Sverige*. Umeå, Boréa.
- Svallfors, Stefan (2011) A bedrock of support? Trends in welfare state attitudes in Sweden, 1981–2010. *Social Policy & Administration* 45 (7), 806–825.
- Taylor-Gooby, Peter (2001) Sustaining state welfare in hard times: Who will foot the bill? *Journal of European Social Policy* 11, 2: 133–147.
- Taylor-Gooby, Peter (2004) Open markets and welfare values. Welfare values, inequality and social change in the silver age of the welfare state. *European Societies* 6, 1: 29–48.
- van Oorschot, Wim & Meuleman, Bart (2012) Welfarism and the multidimensionality of welfare state legitimacy: Evidence from the Netherlands, 2006. *International Journal of Social Welfare* 21, 79–93.

LIITETAULUKKO 1. Sosiodemografisten tekijöiden yhteys hyvinvointivaltion luottamusperustaan vuonna 2013

	Sosiaaliturvan taso		Sosiaalipalvelujen toimivuus		Terveyspalvelujen toimivuus	
	β (stand.)	p-arvo	β (stand.)	p-arvo	β (stand.)	p-arvo
(Vakio)		0,000		0,000		0,000
Sukupuoli	0,140	0,000	0,124	0,000	0,116	0,000
Siviilisääty	0,013	0,471	0,000	0,997	-0,014	0,432
Ikä (3-luokkainen)	-0,003	0,885	-0,030	0,131	0,027	0,173
Koettu terveys	0,089	0,000	0,090	0,000	0,088	0,000
Koulutus	-0,046	0,009	-0,014	0,420	0,021	0,216
Elinvaihe	-0,024	0,237	-0,001	0,942	0,026	0,183
Tuloviidennes	-0,098	0,000	-0,023	0,267	0,015	0,460
Pääasiallinen toiminta	-0,048	0,010	-0,027	0,145	-0,004	0,819
Alle 18-vuotiaita kotitaloudessa	0,063	0,007	-0,016	0,497	-0,054	0,019

Kaksi vuosikymmentä ruoka-apua

Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -kyselyn perusteella ruoka-apua leipäjonosta tai ruokapankista kyselyä edeltäneen vuoden aikana ilmoitti hakeneensa 2,3 prosenttia vastaajista. Reilu kymmenes ilmoitti joutuneensa tilanteeseen, jossa ruokarahat olisivat loppuneet. Virallista tilastotietoa Suomessa annetun ruoka-avun laajuudesta ja määristä kokonaisuutena ei ole, koska kyse on vapaaehtoisesta avustustoiminnasta. Tässä artikkelissa aihetta tarkastellaan kotimaisesta sosiaalipoliittisesta näkökulmasta ja vuonna 2013 toteutetun väestökyselyn pohjalta. Edellä mainittujen ilmiöiden vaihtelua tarkastellaan erilaisten taustatekijöiden mukaan. Lisäksi artikkelissa käytetään tietolähteenä muun muassa Maatalousviraston ja Kirkkopalveluiden julkaisemia tietoja EU:n elintarviketuesta.

Suomalaisen hyvinvointipolitiikan julkilausuttuna tavoitteena on ollut taata kaikille tasavertaiset mahdollisuudet hyvinvointiin. Kansalaisten yhdenvertainen kohtelu ja mahdollisuus osallisuuteen ovat niin ikään tunnustettuja tavoitteita. Yhteiskunnan sosiaalisen kestävyuden nimissä tavoitteeksi on määritelty kansalaisten hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen ja heikoimmassa asemassa olevien tilanteen parantaminen. (STM 2011; HO 2011.) Kansainvälisissä keskimääräisen hyvinvoinnin vertailuissa Suomi sijoittuu muiden Pohjoismaiden tavoin yleensä kärkijoukkoon ja lukeutuu maailman vauraimpiin maihin¹. Suomalaisen hyvinvointiyhteiskunnan käytäntöihin on kuitenkin kuulunut jo parin vuosikymmenen ajan ruoka-aputoiminta, joka täydentää huono-osaisten kansalaisten lakisääteistä perusturvaa. Ruoka-aputoiminta hyvinvointivaltioissa on kansainvälisesti yleinen ja laaja ilmiö, joka liittyy myös elintarvikejärjestelmään.

Mitä ruoka-apu on? Ketkä sitä antavat?

Ruoka-apu ei sinänsä ole uusi ilmiö suomalaisessa yhteiskunnassa, ja esimerkiksi erilaiset avustusjärjestöt ovat lähes aina harjoittaneet tarpeen vaatiessa muun toimintansa ohella myös ruoanjakelua hädässä oleville. Hyvinvointivaltion laajentuessa ruoka-avusta kuitenkin pyrittiin pääsemään eroon, ja sen jakelu olikin hyvin rajallista ennen 1990-luvun alkua, jolloin laman myötä ruoka-avun jakelu käynnistyi laajamittaisena yhteiskunnallisena ilmiönä. Tuolloin useat tahot ryhtyivät jakamaan ruokaa tai järjestämään aamiais- ja lounasruokaloita tai julkisia ilmaisia ruokailuja työttömyyden ja velkaantumisen vuoksi hätään joutuneille kansalaisille. Mittakaava hätkähdytti koko suomalaista yhteiskuntaa ja Suomi sai asian tiimoilta myös kansainvälistä huomiota. (Hänninen ym. 2008.) Evankelis-luterilainen kirkko otti tuolloin vahvan toimijan roolin nälkäkeskustelun velloessa kiivaimmillaan vuosina 1994–1995 ja vastasi hädänalaisten kansalaisten tarpeeseen organisoimalla nopeasti ruoka-apua useilla eri paikkakunnilla. Ensimmäinen nk. ruokapankki perustettiin vuonna 1995 Tampereella, ja sen toiminta perustui pääosin lahjoitusruuan jakeluun ruokakasseina. Ruokapankkitoiminnan taustalla oli kirkon pyrkimys herättää yhteiskunnallista keskustelua ja vaikuttaa päätöksentekoon. Vähitellen ruoka-avusta on muodostunut pysyvä osa seurakuntien diakoniatyötä, ja sen tavoitteena on ehkäistä myös syrjäytymiskehitystä ja auttaa hädänalaisia löytämään selviytymiskeinoja. (Hiilamo ym. 2008.) Avunantajina seurakuntien ohella toimivat myös useat eri avustusjärjestöt. Lisäksi työttömien omien yhdistysten toimintaan on 1990-luvulta alkaen liittynyt myös edullisten ruokailujen järjestäminen (TVY).

Laman väistyessä ruoka-apu kansalaisten perusturvaa täydentävänä käytäntönä kuitenkin jäi. Ruoka-apu ei ole osa julkista sosiaalipalvelujärjestelmää eikä se liioin ole osa julkista lakisääteistä ruokapalvelua, jota on tarjolla esimerkiksi oppilaitoksissa, sairaaloissa tai muissa yhteiskunnan ylläpitämissä laitoksissa.

Ruoka-avussa on viime kädessä kyse hyväntekeväisyydestä, jonka avulla kaikkein heikoimmassa asemassa olevat saavat osakseen muilta ylijäänyttä ruokaa. Laajana käytäntönä ruoka-apu ikään kuin sujahti takaovesta suomalaiseseen hyvinvointivaltioon 1990-luvun talouslaman sivutuotteena. Avun tarpeen olisi pitänyt vähentyä laman jälkeisen nousukauden vaikutuksesta, ja joinakin vuosina kävijämäärät olivatkin laskussa parantuneen työllisyystilanteen ansiosta, mutta ne lähtivät uuteen kasvuun talouslaman myötä syksyllä 2008 (Hänninen ym. 2008).

Ruoka-apua eivät ohjaa sellaiset periaatteet kuten asiakaslähtöisyys tai oikeus vapaaseen valintaan, joita hyvinvointipalveluiden kehittämisessä peräänkuulutaan ja lainsäädännöllä pyritään jopa takaamaan. Ruoka-avun yleisin muoto on valmis elintarvikepakkaus tai -kassi, ja jakelu tapahtuu tiettyinä ennalta ilmoitettuin aikoina seurakunnan tai avustusjärjestön tiloissa. Kasseissa on yleensä säilyvää kuivamuonaa, mutta usein myös tuoreruokaa. Ruoka-apu saattaa sisältää niin EU:n elintarviketukena hankittuja tarvikkeita kuin paikallisten myymäläketjujen lahjoittamaa ruokaa. Seurakunnat hankkivat elintarvikkeita myös keräysvaroilla. Useat seurakunnat järjestävät myös säännöllisiä yhteisruokailuja, joissa tarjotaan lämpimiä aterioita ilmaiseksi tai hyvin pientä korvausta vastaan. EU:n elintarvikeapu muodostaa tärkeän osan annetusta avusta. (KP.) Ruoka-apua vastaanottava saa sitä mitä annetaan avunantajan määrittelemänä ajankohtana.

Ruoka-avun hiljaisesta poliittisesta hyväksymisestä lakisäateistä perusturvaa täydentävänä yhteiskunnallisena käytäntönä kuvaavat Suomen EU:n ruoka-tuesta tekemät poliittiset päätökset: vuodesta 1996 lähtien eli melkein kahden vuosikymmenen ajan Suomi on ainoana Pohjoismaana ollut mukana EU:n jäsenmaiden huono-osaisille kansalaisille suunnatuissa ruoka-apuohjelmissa avun vastaanottajan roolissa (Hänninen ym. 2008; MAVI, TEM 17.4.2014). EU:n yhteiseen maatalouspolitiikkaan ja jäsenmaiden interventiovarastoihin liittyneiden linjausten mukaisesti ruoka-apuohjelmassa mukana olleet avustusjärjestöt eri maissa ovat vastaanottaneet ja jakaneet elintarvikkeita vuodesta 1987 alkaen yhteisön vähävaraisille kansalaisille. Maatalouden interventiorahaston varoilla rahoitettu EU:n ruoka-aputoiminta päättyi vuonna 2013, jolloin ohjelman viimeiset elintarvikkeet toimitettiin kumppanuusjärjestöille (HE 141/2013vp; TEM). Päättyneen ruoka-apuohjelman tilalle tuli vuoden 2014 maaliskuussa uusi EU:n vähävaraisten avun rahasto, jonka toimintaan on osoitettu yhteensä 3,8 miljardia euroa vuosille 2014–2020. Suomi ei enää ole ainoa apua vastaanottava Pohjoismaa, sillä Tanska ja Ruotsi ovat liittyneet mukaan avun vastaanottajiin. Uuden rahaston toiminnassa jäsenmailla on aiempaa suurempi mahdollisuus vaikuttaa annettavan avun sisältöön ja soveltaa apua kansallisten periaatteiden mukaisesti. Suomessa valtioneuvosto on omaksunut kannan, jonka mukaan täällä pitäydytään vain ruoka-avun jakamisessa. Rahastosta apua saavien jäsenmaiden omarahoitusosuus on 15 prosenttia annetusta avusta ja loput 85 prosenttia tulee rahastolta. Rahaston sääntöjen mukaan rahaston varoilla hankittua materiaalista apua on annettava aina yhdistettynä muihin sosiaalista osallisuutta edistäviin toimenpiteisiin. Jäsenmaat

voivat myös halutessaan käyttää rahaston myöntämät varat vähävaraisten sosiaalista osallisuutta lisääviin toimenpiteisiin materiaalisen avun asemesta. Suomen osuus määrärahoista on noin 22,5 miljoonaa euroa. Suomessa työ- ja elinkeinoministeriöllä on vastuu EU:n vähävaraisten avun rahastosta, mutta Maaseutuvirasto jatkaa ohjelman toimeenpanoa yhteistyössä kumppanuusorganisaatioiden kanssa. (EU 223/2014; TEM.)

Vuoden 2013 jakelutilanne ja ruoka-apua hakeneet kyselytutkimuksen valossa

Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -kysely toteutettiin vuonna 2013, jolloin ruoka-avun jakelun suurin kenttätoimija eli Kirkkopalvelut ry jakoi EU:n elintarviketukea runsaat 500 000 kiloa yhteensä 183 seurakuntaan eri puolille Suomea. Ruoan jakelupisteitä oli yli 200. Apu painottui ruokakasseihin, joita jaettiin yli 110 000 kappaletta. Ruokakassien lisäksi seurakunnat valmistivat ja tarjosivat yli 20 000 ilmaista tai edullista ateriaa vuoden 2013 aikana. Seurakunnat toimittivat myös jonkin verran ruoka-apua kotikäyntien yhteydessä lähinnä ikääntyneille seurakuntalaisille sadan seurakunnan alueella. Kaiken kaikkiaan seurakuntien antaman avun vastaanottajia oli yli 120 000. (KP.) Lisäksi myös muut Maatalousviraston kumppanuusjärjestöiksi rekisteröityneet tahot jakoivat EU:n elintarviketukea (MAVI). Kuten seurakunnat, myös järjestöt saattoivat hankkia tai vastaanottaa ruokakasseihin tuoretarvikkeita vaikkapa lähimymälöiltä. Ruoka-avun ollessa vain osittain viranomaistoimintaa ja suurelta osin vapaaehtoistoimintaa sekä hyväntekeväisyyttä, on sen kokonaisuutta ja laajuutta jokseenkin vaikea arvioida. *Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut* -kyselyn tulosten avulla pyritään hahmottamaan epävirallisen avun kokonaisuutta vastaanottajien tilanteista lähtien.

Kyselytutkimuksen aineisto ja analyysimenetelmät

Tutkimuksen aineisto perustuu vuoden 2013 HYPA-kyselyyn ja siihen on yhdistetty Tilastokeskuksen rekisteritietoja. Kyselyssä selvitettiin, kuinka suuri osuus suomalaisesta aikuisväestöstä ilmoitti kyselyhetkeä edeltäneen vuoden aikana a) hakenensa ruoka-apua leipäjonosta tai ruokapankista ja b) joutuneensa tilanteeseen, jossa ruokarahat olivat loppuneet. Ruoka-avun hakemista kysyttiin 18–79-vuotiailta aikuisilta seuraavasti: ”Oletteko joskus viimeisen 12 kk:n aikana joutuneet tilanteeseen, jossa olette hakeneet ruoka-apua leipäjonosta tai ruokapankista?” Kokemusta ruokarahojen riittävydestä puolestaan kartoitettiin kysymyksellä: ”Oletteko joskus viimeksi kuluneen 12 kk:n aikana joutuneet tilanteeseen, jossa ruokarahat olisivat loppuneet?” Tämä kysymys esitettiin 18–79-vuotiaiden lisäksi myös ikääntyneille (80+-vuotiaat).

Sekä ruoka-avun hakemista että kokemusta ruokarahojen loppumisesta analysoitiin iän, sukupuolen, koulutuksen, pääasiallisen toiminnan, toimeentulotuen

hakemisen, perhetyypin ja erilaisten asuinalueuuttujien mukaan. Tutkittujen taustatekijöiden luokittelut ja jakaumat (%) käyvät ilmi liitetaulukosta 1. Analyysimenetelmänä käytettiin ristiintaulukointia ja erojen merkitsevyyttä kuvaa χ^2 -testin p-arvo. Tulokset esitetään prosenttiosuuksina (%). Kaikissa analyyseissä käytetään painokertoimia, jotka korjaavat kadon vaikutusta.

Ruoka-apua leipäjonosta tai ruokapankista hakeneet

Ruoka-apua leipäjonosta tai ruokapankista kyselyä edeltäneen vuoden aikana ilmoitti hakeneensa 2,3 prosenttia vastaajista (taulukko 1). Ruoka-avun hakeminen ei vaihdellut tilastollisesti merkitsevästi sukupuolittain ($p=0,339$) eikä tilastollisesti merkitsevästi myöskään ikäryhmän mukaan ($p=0,099$), joskin ruoka-avun hakeminen näytti olevan harvinaisinta vanhimmassa eli 65–79-vuotiaiden ikäryhmässä (1,3 %) ja yleisintä 30–64-vuotiaiden ikäryhmässä (2,6 %) (taulukko 2).

Ruoka-avun hakeminen leipäjonosta tai ruokapankista vaihteli selvästi henkilön korkeimman suoritettun tutkinnon mukaan ($p=0,004$) (taulukko 2). Yleisintä se oli vain perusasteen tutkinnon suorittaneilla vastaajilla (3,3 %) ja harvinaisinta

TAULUKKO 1. Ruoka-apua leipäjonosta tai ruokapankista viimeksi kuluneen 12 kk:n aikana hakeneiden sekä ruokarahojen loppumisesta raportoineiden määrät ja osuudet, n ja % (painottamattomat ja vastaukset korjaavalla kertoimella painotetut)

	% (painottamattomat)	n ¹ (painottamattomat)	% (painotettu)
Ruoka-apua leipäjonosta tai ruokapankista viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana hakeneet			
18–79-vuotiaat			
Kyllä	2,2	94	2,3
Ei	97,8	4 131	97,7
Tieto puuttuu	0,02	1	
Yhteensä	100,0	4 226	100,0
Ruokarahat loppuneet viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana			
18–79-vuotiaat			
Kyllä	9,9	419	10,9
Ei	90,1	3 806	89,1
Tieto puuttuu	0,02	1	
Yhteensä	100,0	4 226	100,0
80 vuotta täyttäneet ja vanhemmat			
Kyllä	1,3	5	1,3
Ei	98,7	367	98,7
Yhteensä	100,0	372	100,0

TAULUKKO 2. Ruoka-apua leipäjonosta tai ruokapankista viimeksi kuluneen 12 kk:n aikana hakaneiden ja ruokarahojen riittämättömyyttä raportoineiden 18–79-vuotiaiden osuus eri taustatekijöiden mukaan, %

	Hakenut ruoka-apua ruokapankista tai leipäjonosta	Ruokarahat loppuneet
Sukupuoli		
Miehet	2,1	9,5
Naiset	2,5	12,3
p ¹	0,339	0,006
Ikäluokka		
18–29 vuotta	2,3	20,2
30–64 vuotta	2,6	10,3
65–79 vuotta	1,3	4,4
p ¹	0,099	<0,001
Koulutus		
Vain perusaste	3,3	13,8
Keskiaste	2,7	13,3
Alin korkea-aste tai korkeampi	1,3	6,3
p ¹	0,004	<0,001
Pääasiallinen toiminta		
Työssä (tai tilapäisesti poissa työsuhteen jatk.) tai osa-aikaeläkkeellä	1,4	9,6
Työtön, lomautettu, työllisyyskoulutuksessa tai työllistetty	11,1	31,4
Opiskelija tai koululainen	3,1	21,8
Muu	2,1	6,6
p ¹	<0,001	<0,001
Hakenut toimeentulotukea		
Viimeksi kuluneen vuoden aikana	18,1	56,7
Ei koskaan tai kauemmin kuin vuosi sitten	1,7	9,1
p ¹	<0,001	<0,001
Kotitaloudessa alle 14 -vuotiaita lapsia		
Kyllä	2,2	14,7
Ei	2,8	10,3
p ¹	0,427	0,004
Pääkaupunkiseutu (sairaanhoidopiirin mukaan luokiteltu)		
Kyllä	2,0	11,8
Ei	2,4	10,7
p ¹	0,544	0,412
Asuinalueen taajama-aste		
Kaupungin keskusta	2,3	11,3
Esikaupunkialue tai lähio	2,3	8,4
Maaseutu	2,6	11,6
p ¹	0,907	0,088
Uusimaa (maakunnan mukaan luokiteltu)		
Kyllä	1,9	11,28
Ei	2,5	10,75
p ¹	0,300	0,646
¹ ryhmien välisen eron merkitsevyyys (khi ²)		

niillä, joilla oli jokin korkea-asteen tutkinto (1,3 %). Keskiasteen suorittaneet sijoittuivat näiden ryhmien väliin (2,7 %). Pääasiallisen toiminnan mukaan tarkasteltuna ruoka-avun hakeminen vaihteli myös selvästi ($p < 0,001$). Työttömistä (ml. lomautetut, työllisyyskoulutuksessa olevat ja työllistetyt) vastaajista reilu kymmenes oli hakenut ruoka-apua, työssä olevista vain reilu prosentti ja opiskelijoista reilu kolme prosenttia. Ne vastaajat, jotka olivat hakeneet toimeentulotukea viimeksi kuluneen vuoden aikana raportoivat myös selvästi enemmän ruoka-avun hakemista ($p < 0,001$): heistä lähes 20 prosenttia oli hakenut ruoka-apua leipäjönosta tai ruokapankista. Vastaava osuus muista vastaajista oli vajaa kaksi prosenttia. Sillä, oliko kotitaloudessa alle 14-vuotiaita lapsia, ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ruoka-avun hakemiseen ($p = 0,427$) (taulukko 2).

Ruoka-avun hakemisen vaihtelua tarkasteltiin kolmella erilaisella aluejaotellalla, mutta tilastollisesti merkitseviä eroja ei havaittu (taulukko 2).

Ruokarahojen loppuminen

18–79-vuotiaista vastaajista reilu kymmenes (10,9 %) ilmoitti viimeksi kuluneen 12 kk:n aikana joutuneensa tilanteeseen, jossa ruokarahat olivat loppuneet (taulukko 1). Sukupuolten välillä oli tässä tilastollisesti merkitsevä ero ($p = 0,006$): 9,5 prosenttia miehistä ja 12,3 prosenttia naisista raportoi ruokarahojen loppumisesta (taulukko 2). Yleisintä ruokarahojen loppuminen oli nuorimmassa 18–29-vuotiaiden ikäryhmässä (20,2 %). 30–64-vuotiaista reilu kymmenes ja 65–79-vuotiaista reilu neljä prosenttia raportoi ruokarahojen loppumisesta (taulukko 2). Yli 79-vuotiaista vain 1,3 prosenttia ilmoitti joutuneensa tällaiseen tilanteeseen (taulukko 1).

Koulutusryhmittäin tarkasteltuna ruokarahojen koettu riittämättömyys vaihteli selvästi. Ruokarahojen loppumisesta raportoi vain perusasteen tutkinnon suorittaneista 13,8 prosenttia, keskiasteen suorittaneista 13,3 prosenttia, mutta alimman korkea-asteen tai sitä korkeamman koulutuksen suorittaneista vain 6,3 prosenttia ($p < 0,001$). Työttömistä (ml. lomautetut, työllisyyskoulutuksessa olevat sekä työllistetyt) lähes kolmasosa kertoi kokeneensa ruokarahojen loppumista ja opiskelijoistakin reilu viidennes. Vastaava osuus oli työssä olevista alle 10 prosenttia (taulukko 2).

Myös toimeentulotuen hakeminen oli voimakkaasti yhteydessä kokemukseen ruokarahojen loppumisesta ($p < 0,001$): peräti yli puolet (56,7 %) toimeentulotukea viimeisen 12 kk:n aikana hakeneista raportoi ruokarahojen loppumisesta. Muista vastaajista vastaava osuus oli reilu yhdeksän prosenttia. Perhetyypin mukaan tarkasteltuna ruokarahojen koettu loppuminen oli yleisempää kotitalouksissa, joissa oli alle 14-vuotiaita lapsia (14,7 %) verrattuna muihin kotitalouksiin (10,3 %) ($p = 0,004$). Tilastollisesti merkitseviä alueellisia eroja ei havaittu.

Pohdintaa

Ruoka-apua jaettiin ja haettiin hyvinvointia ja palveluita koskeneen kyselyn ajankohtana todennäköisesti samoissa tilanteissa, joissa apua tarvitsevat ovat aieminkin joutuneet turvautumaan sosiaaliturvajärjestelmän ulkopuoliseen apuun. Ravinto on keskeinen perustarve, ja ruokamenot muodostavat pienituloisen kotitalouden kulutuksesta merkittävän kustannuserän. Useimmiten ruoasta aiheutuvat kulut ovat kotitalouksissa asumismenojen jälkeen suurin kuluerä. Lapsiperheissä lasten tarpeet ovat yleensä keskeisiä, ja niiden ehdoilla tehdään kulutuspäätöksiä ja -valintoja. Lapsiperheissä myös muut kulut kuten vaatteet ovat ruoan ohella välttämättömiä menoeriä. Perheissä, joissa on teini-ikäisiä lapsia, on erityisesti ruoan kulutus selvästi suurempaa kuin lapsettomissa tai pienilapsisissa perheissä. (Lehtinen & Aalto 2014.) Ruokamenot ovat usein myös se ainoa meno-erä, josta pienituloiset voivat kulutustaan leikata. Ruoka-apuun on siis turvauduttava tilanteissa, joissa ei enää ole muuta keinoa käytettävissä.

Toimeentulotuen hakeminen on kyselytutkimuksen valossa selvästi yhteydessä sekä ruoka-apuun turvautumiseen että kokemukseen ruokarahojen loppumisesta. Kirkkopalvelujen julkaisemien tietojen mukaan ruoka-apuun turvaudutaan usein silloin, kun odotetaan päätöstä etuuksista tai toimeentulotuesta ja kun kaikki mahdolliset säästöt on jo käytetty. Ruoka-apua vastaanottaneet ovat antaneet muun muassa avustustyöntekijöille palautetta kertoen ruoka-avun olevan välttämätön lisä pieniin tuloihin, jotta ylipäätään voi selviytyä. Perusturvan varassa pitkään eläneet eivät pysty kerryttämään säästöjä, ja jo yhdenkin yllättävän meno-erän vuoksi arki mullistuu siten, että ruoka-apuun on turvauduttava. Ruoka-apu on tarpeen myös esimerkiksi sairauden sattuessa. (KP.)

Kyselytutkimuksen tulosten perusteella ruoka-avun tarpeen alueellisessa ja kautumisessa ei ollut merkittäviä eroja, mikä voi johtua myös aineiston koosta, ilmiön harvinaisuudesta ja käytetyistä alueluokituksista. Kirkkopalvelujen julkaisemien tietojen mukaan EU:n elintarvikeapua jaettiin eniten Itä- ja Pohjois-Suomessa (KP). On myös mahdollista, että Etelä- ja Länsi-Suomen suurissa kunnissa on seurakuntien ohella muitakin ruoka-apua jakavia toimijoita, joten avun tarve ja elintarvikkeiden kysyntä kohdistuvat useammalle auttajataholle. Mahdollisesti myös ruoka-avun tarjontaa on enemmän, esimerkiksi myymäläketjujen myynnistä poistamia elintarvikkeita saattaa olla runsaammin tarjolla.

Seurakuntien ruokapankkien asiakkaat edustavat muun muassa yksinhuoltajia, eläkeläisiä, työttömiä (KP). Myös vuoden 2013 HYPA-kyselytutkimuksen mukaan ruoka-apuun joutuvat turvautumaan työttömät ja toimeentulotukea hakeneet sekä matalasti koulutetut. Maahanmuuttajat mainitaan seurakuntien antamissa tiedoissa omana asiakasryhmänä (KP), kun taas HYPA-kyselytutkimuksessa ei maahanmuuttajataustaa kysytty. Seurakuntien suurimmaksi asiakasryhmäksi vuonna 2013 ilmoitettiin lapsiperheet (KP), jotka eivät kuitenkaan kyselytutkimuksen valossa erottautuneet muista kotitalouksista. Henkilöt, joiden kotitaloudessa asui alle

14-vuotiaita lapsia, raportoivat kuitenkin tutkimuksessa tilastollisesti merkitsevästi enemmän ruokarahojen loppumista kuin muissa kotitaloustyypeissä asuvat. Mahdollista on myös, että seurakuntien toiminta tavoittaa lapsiperheet paremmin kuin muiden järjestöjen toiminta. Avustustoimintaa harjoittavat järjestöt saattavat myös suunnata tiedotustaan ja ruoka-apuaan tietyille valitsemilleen kohderyhmille; esimerkiksi Pelastusarmeijan kohderyhmänä ovat nuoret opiskelijat (PA).

Mainitut erot kyselytutkimuksen tulosten ja Kirkkopalveluiden julkaisemien tietojen välillä kertovat ruoka-avun monista ilmenemismuodoista ja ilmiön tutkimiseen liittyvistä haasteista. Verrattain harvinainen ilmiö on vaikea tutkittava myös kyselyaineistossa, jossa analyysi törmää usein aineiston pienuuteen. Näin ollen ruoka-avun hakemisesta saadaan tässäkin tutkimuksessa vain melko karkeaa luokiteltua tietoa. Lisäksi on oletettavaa, että ne, jotka ruoka-apua hakevat ja ovat kaikkein heikoimmassa asemassa, vastaavat vähiten kyselytutkimuksiin ja rikastuvat näin tutkimuksen katoon. Ruoka-avun hakemisen kynnyks on korkea ja siitä kertomiseenkin liittyy sosiaalista häpeää, joka saattaa vähentää raportoimista. Kokemus ruokarahojen loppumisesta on selvästi yleisempää tutkimusjoukossa, ja analyysi tarjoaakin varsin mielenkiintoisia tuloksia, joiden perusteella saa kuvaa siitä, ketkä ovat ilmiön kannalta heikoimmassa asemassa.

Ruoka-avusta on kahdessa vuosikymmenessä muodostunut pysyvä käytäntö suomalaisessa yhteiskunnassa, ja eräs keskeisistä tekijöistä on luonnollisesti perusturvan kehittyminen kuluneen kahden vuosikymmenen aikana, sillä perusturvan varassa elävillä on muuhun väestöön verrattuna moninkertainen köyhyysriski. Ruoka-aputoiminnan käynnistyessä laajamittaisena 1990-luvun laman myötä perusturvan varassa olevien henkilöiden köyhyysriski oli pienempi kuin 2000-luvulla. Vaikka perusturvan varassa elävien kotitalouksien käytettävissä olevat tulot ovat reaalisesti kasvaneet vuoden 1990 jälkeen, ovat asumismenojen jälkeiset käytettävissä olevat tulot laskeneet kaikilla muilla kotitalousryhmillä paitsi eläkkeensaajilla. Perustyöttömyysturvaa, vähimmäismääräistä sairauspäivärahaa tai opintotukea (ml. opintolaina) saavan yksinasuvan asumismenojen jälkeiset tulot ovat reaalisesti laskeneet vuodesta 1990, ja samoin on käynyt perusturvan varassa olevien yksinhuoltajien, lapsiperheiden ja lapsettomien pariskuntien asumismenojen jälkeisille tuloille. (THL 2011.) Seurakuntien avustustyöntekijöiden keräämän palautteen mukaan erityisesti pääkaupunkiseudulla ja muissa suurissa kaupungeissa asumiskustannusten kasvu aiheuttaa toimeentulo-ongelmia ja pakottaa turvautumaan ruoka-apuun (KP). Avuntarvitsijoiden antaman palaute kertoo samansuuntaisesta kehityksestä kuin perusturvan riittävydestä tehty arvio, jonka mukaan perusturvan varassa elävien kotitalouksien tulot riittävät kattamaan noin kaksi kolmasosaa kohtuulliseksi katsotusta minimikulutuksesta². Esimerkiksi yksinasuvien tulotaso suhteessa väestön riittäväksi katsomaan vähimmäisturvan tasoon on laskenut selvästi vuoden 1995 tasosta. (THL 2011.) Ruoka-avun pysyvää tarvetta selittää perusturvan varassa olevien kotitalouksien käytettävissä olevien tulojen reaalin kehitys, joka useimmilla kotitaloustyypeillä on jäänyt hintojen ja keskipalkkojen kehityksestä jälkeen.

Ruoka-avussa on kyse myös ruoan hinnanmuodostuksesta sekä elintarvikkeiden tuotanto- ja jakelujärjestelmien kehittämisestä. Monessa länsimaisessa hyvinvointivaltiossa elintarvikkeiden jakelujärjestelmät ovat jo kauan sitten suunnanneet toimintaansa siten, että jakeluketjujen ruokahävikki- ja jäteongelmat yhtäällä ja huono-osaisten kansalaisten ruoka-avun tarpeet toisaalla ovat päässeet kohtaamaan ruoka-aputoiminnan erilaisissa muodoissa (Riches 1997). Askel tähän suuntaan toteutui Suomessakin vuonna 2013, kun elintarvikelainsäädännön tulkintaa muutettiin elintarvikkeiden säilyvyyden ja jakelun viimeisen päivämäärän osalta. Uusi ohjeistus helpottaa paikallisten elintarvikkeiden lahjoittajien ja vastaanottajien yhteistoimintaa mahdollistaen tuoretarvikkeiden laajemman käytön avustustoiminnassa (Evira). Ruoka-avun vakiintuminen yhä vankemmin myös julkisen sektorin toimintaan ja käytäntöihin on löytämässä uusia muotoja: ruoka-avun antaminen ja samalla ruokahävikin vähentäminen käynnistyi muun muassa Vantaalla, missä päätettiin kokeilla yhteistyötä kansalaisjärjestöjen kanssa ylijääneen kouluruoan jakamiseksi ilmaiseksi syksyllä 2014. (HS 3.6.2014.) Näin meilläkin ruokahävikki ja vähävaraisten ruoka-avun tarve pääsevät aiempaa tehokkaammin kohtaamaan toisensa.

Sen lisäksi, että ruoka-avun tarjonta on laajalti kytköksissä elintarvikkejärjestelmän tuotanto- ja jakelumekanismiin, ja avun tarve taas liittyy etuusjärjestelmän mekanismeihin ja etuuksien kehittämiseen suhteessa yleiseen hinta- ja palkkatasoon, on ruoka-apu myös kansalaisten perusoikeuksiin liittyvä kysymys. Välttämättömän toimeentulon vaade perustuu suoraan perustuslain säädökseen, mutta perustoimeentulon turvan tasoa ei ole rahamääräisesti määritelty (SK 731/1999). Laajamittainen ruoka-aputoiminta vakiintuneena ja melkein puolivirallisena käytäntönä kertoo suomalaisen hyvinvointivaltion oikeudenmukaisuusperiaatteen rappeutumisesta. Lisäksi yhteiskunnan sosiaalisen kestävyyden näkökulmasta näin laajamittainen ruoka-apu on ristiriidassa julkilausuttujen tavoitteiden kanssa; ruoka-aputoiminta ei tue kansalaisten mahdollisuuksia osallisuuteen ja vastavuoroisuuteen.

Ruoka-apu on näin laajana ja pysyvänä yhteiskunnallisena ilmiönä konkreettinen esimerkki siitä sosiaalipolitiikan paradigman muutoksesta, jonka ensi vaiheet sijoittuvat 1990-luvun lamaa seuranneisiin vuosiin (Hänninen 1998; Julkunen 2001). Muutoksen seurauksena julkinen vastuu kansalaisten hyvinvoinnista on heikentynyt ja tuloeroja kaventavasta politiikasta on tingitty (Jutilla 2011). Useiden eri poliittisten päätösten seurauksena kuluneen kahden vuosikymmenen aikana sosiaalipoliittisten tulonsiirtojen vaikutus köyhyyden ja eriarvoisuuden vähentämiseksi on heikentynyt, kun taas verotusta koskevilla päätöksillä on harjoitettu tuloeroja kasvattavaa politiikkaa (Moisio ym. 2014). Mikäli perusturvaan liittyviin ongelmiin ei löydetä poliittista ratkaisua, ruoka-apua annetaan ja siihen turvaudutaan edelleen laajalti eri puolilla Suomea jatkossakin. Kuten Kirkkopalveluiden asiakkailta kerätysessä palautteessa viestitetään päättäjille, ruoka-apu on monelle pitkään pienten tulojen varassa eläneelle ehdottoman tärkeää ja ainoa tapa selvitä arjesta.

Viitteet

- 1 Esimerkkinä muutamia kotimaisia ja kansainvälisiä hyvinvointia eri tavoin kuvaavia vertailuja:
Hyvinvointia kuvaavat Findikaattorit:
<http://www.findikaattori.fi/fi/hyvinvointi> (2014-05-05)
Compendium of OECD Well-Being indicators: <http://www.oecd.org/std/47917288.pdf> (2014-05-05)
- 2 UN Human Development Reports: <http://hdr.undp.org/en> (2014-05-05)
Eurostat: <https://eppssso.ec.europa.eu/sso/pages/index.jsp> (2014-05-05)

Lähteet

- EU 807/2010. KOMMISSION ASETUS (EU) N:o 807/2010 interventiovarastoista tulevien elintarvikkeiden unionin vähävaraisimpien henkilöiden hyväksi toimittamisen yksityiskohtaisista soveltamissäännöistä.
- EU 223/2014. Euroopan parlamentin ja neuvoston asetus (EU) N:o 223/2014 vähävaraisimmille suunnatun eurooppalaisen avun rahastosta.
- Evira. Elintarviketurvallisuusvirasto. Ohje 16035/1. Ruoka-apuun luovutettavat elintarvikkeet.
- HE 141/2013vp. Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi maatalouden interventiorahastosta annetun lain 1 §:n muuttamisesta.
- Hiilamo, Heikki & Pesola, Ulla & Tirri, Sirpa (2008) Kirkon ruoka-apu. Teoksessa Sakari Hänninen & Jouko Karjalainen & Kirsi-Marja Lehtelä & Tiina Silvasti (toim.) Toisten pankki – Ruoka-apu hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Stakes, 115–124.
- HS. Helsingin Sanomat 3.6.2014.
- HO 2011. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. Valtioneuvoston kanslia 2011.
- Hänninen, Sakari (1998) Has Finland gone beyond the entitlement? Teoksessa Sakari Hänninen (ed.) Displacement of social policies. Jyväskylä: University of Jyväskylä, 242–257
- Hänninen, Sakari & Karjalainen, Jouko & Lehtelä, Kirsi-Marja & Silvasti, Tiina (2008) Johdanto: Leipäjonoista ruokapankkeihin. Teoksessa Sakari Hänninen & Jouko Karjalainen & Kirsi-Marja Lehtelä & Tiina Silvasti (toim.) Toisten pankki – Ruoka-apu hyvinvointivaltiossa. Helsinki: Stakes, 5–20.
- Julkunen, Raija (2001) Suunnanmuutos: 1990-luvun sosiaalipoliittinen reformi Suomessa. Tampere: Vastapaino.
- Jutila, Merja (2011) Narrowing the public responsibility in Finland, 1990-2010. Social Policy & Administration. Vol. 45(2):194–205. KP. <http://www.kirkkopalvelut.fi/eu-elintarviketuki> [2014-04-04]
- Lehtinen, Anna-Riitta & Aalto, Kristiina (2014) Viitebudjettien päivitys vuodelle 2013 – Mitä kohtuullinen eläminen maksaa? Tutkimuksia ja selvityksiä 3 • 2014. Helsinki: Kuluttajatutkimuskeskus.
- MAVI. Maatalousvirasto: <http://www.mavi.fi/fi/oppaat-ja-lomakkeet/jarjesto-seurakunta/Sivut/EUn-ruoka-apu-yhteison-vahavaraisimmille.aspx> [2014-04-04]
- Moisio, Pasi & Lehtelä, Kirsi-Marja & Mukkila, Susanna (2014) Estimating poverty reduction effect of taxation and benefit systems in Finland (1993–2013). ImProve Working Paper. <http://improve-research.eu/?pageid=37>
- PA. Pelastusarmeija: <http://pelastusarmeija.fi/helsinki/avis/opiskelijoiden-ruoka-apu> [2014-04-04]
- Riches, Graham (1997) First World Hunger. Food Security and Welfare Politics. Macmillan Press Ltd. London.
- SK 731/1999:19. Suomen perustuslaki 731/1999 § 19 Oikeus sosiaaliturvaan.
- STM (2011) Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveystieteiden strategia. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisu 2011:5. Helsinki.
- TEM. Työ- ja elinkeinoministeriö. Tiedotteet: Alueiden kehittäminen 17.4.2014. Vähävaraisten avun rahastolla turvataan EU:n ruoka-avun jatko.
- THL (2011) Perusturvan riittävyden arviointiraportti. Avauksia 4/2011. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos.
- TVY. TVY ry:n historia. <http://www.tvy.fi/tvy/tvy-ry-n-historia> [2014-04-03]

LIITETAULUKKO 1. Taustatekijöiden jakaumat¹ aineistossa, 18–79-vuotiaiden osuudet ja lukumäärät, %, n

	%	n
Sukupuoli		
Miehet	47,5	2 006
Naiset	52,5	2 220
	100,0	4 226
Ikäluokka		
18–29 vuotta	12,1	513
30–64 vuotta	61,7	2 606
65–79 vuotta	26,2	1 107
	100,0	4 226
Koulutus		
Vain perusaste	22,3	941
Keskiaste	41,8	1 765
Alin korkea-aste tai korkeampi	36,0	1 520
	100,0	4 226
Pääasiallinen toiminta		
Työssä (tai tilapäisesti poissa työsuhteen jatk.) tai osa-aikaeläk.	54,5	2 303
Työtön, lomautettu, työllisyyskoulutuksessa tai työllistetty	5,0	213
Opiskelija tai koululainen	5,3	224
Muu	35,2	1 486
	100,0	4 226
Hakenut toimeentulotukea		
Viimeksi kuluneen vuoden aikana	3,1	132
Ei koskaan tai kauemmin kuin vuosi sitten	96,8	4 091
Tieto puuttuu	0,1	3
	100,0	4 226
Kotitaloudessa alle 14 -vuotiaita lapsia		
Kyllä	12,4	524
Ei	87,6	3 702
	100,0	4 226
Pääkaupunkiseutu (sairaanhoidopiirin mukaan luokiteltu)		
Kyllä	18,3	774
Ei	81,7	3 452
	100,0	4 226
Asuinalueen taajama-aste		
Kaupungin keskusta	66,9	2 829
Esikaupunkialue tai lähiö	16,8	711
Maaseutu	16,2	686
	100,0	4 226
Uusimaa (maakunnan mukaan luokiteltu)		
Kyllä	27,0	1 140
Ei	73,0	3 086
	100,0	4 226
¹ painottamattomat prevalenssit		

Yhteiskunnan sosiaalinen kestävyys väestön mielipiteiden valossa

Tulkitsimme 18–79-vuotiaiden näkemyksiä ja niiden muutoksia suomalaisesta yhteiskunnasta ennakoivasti arvioina hyvinvointivaltion tulevaisuudesta ja mittauksina yhteiskunnan sosiaalisesta kestävydestä. Tulosten perusteella näyttää siltä, että yhteiskunnan eheys ja osallisuus ovat joiltakin osin koetuksella. Selvimpiä merkkejä sosiaalisen kestävyuden rakoilusta näkyy siinä, että pieni- ja suurituloisten eroja pitää liian suurena entistä suurempi joukko väestöstä ja että syrjintää pidetään yleisenä. Mikään väestön näkemyksissä ei viittaa siihen, että jokin erityinen kriisi olisi näköpiirissä. Sekä rahoitusta että palveluja koskevat asennemuutokset ovat vähäisiä. Sosiaaliturvan tasoon ei kohdistu muutospaineita. Yhtäältä verovaroja ei kuitenkaan haluta käyttää ainakaan enempää sosiaali- ja terveystalouteen tai sosiaaliturvan rahoittamiseen, toisaalta juuri kukaan ei kannata niiden rahoituksen vähentämistäkään. Yksityisen palvelutuotannon kannatus on laskenut 2000-luvun alun tasolle. Lisäksi iäkkäät eivät halua jäädä omaistensa hoidettaviksi vaan ovat valmiita osallistumaan tarvitsemiensa hoivapalvelujen rahoittamiseen myös varallisuudellaan.

Sosiaalipolitiikkaa koskevat mielipiteet heijastavat aina omaa aikaansa. Kun hyvinvointivaltion rakentamisvaiheessa keskusteltiin siitä, mihin sosiaalipolitiikan lohkoihin julkisia varoja tulisi kohdentaa ja kuinka paljon, 1990-luvun alun lamavuosina ja sen jälkeisessä keskustelussa kyse on ollut säästöjen kohdentamisesta. Etenkin 2000-luvun keskustelua ovat värittäneet julkisen talouden niukkuus, työttömyyden kasvu ja pitkäaikaistyöttömyyden sitkeys, ikääntyminen sekä julkisen talouden ongelmat ja kestävyysvaje. Eri medioissa käydään miltei päivittäin keskustelua siitä, kuinka hyvinvoinnin taloudellista pohjaa pitää vahvistaa ja sosiaaliturvaetuksien tasoa ja kattavuutta supistaa sekä kohdentaa niitä nykyistä paremmin. On esitetty myös, ettei Suomella enää ole varaa hyvinvointivaltioon (ks. tarkemmin tämän teoksen Johdanto-luku).

Sana ”hyvinvointivaltio” onkin jo poliittisessa fraseologiassa korvattu sanalla ”hyvinvointiyhteiskunta”, millä halutaan korostaa sitä, että julkisen sektorin ohella kansalaisten ja perheiden tulee kantaa itse vastuuta elämästään ja että vastuun jakajina tulee nähdä myös yksityinen sektori ja vapaaehtoistoiminta. Tämä käsitteellinen muutos tuottaa myös eronteon vanhan ja ”uuden hyvinvointiyhteiskunnan” välille: siinä missä ”vanha” hyvinvointivaltio keskittyi ongelmien korjaamiseen reaktiivisesti, ”uudessa” hyvinvointiyhteiskunnassa pyritään proaktiivisiin toimiin, joita ovat terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä ihmisten valtaistaminen tiedoilla ja taidoilla niin, että he pystyvät paremmin kohtaamaan ja selviytymään eteensä tulevista ongelmista ja kriiseistä. Puhutaan jälleen sosiaalisista investoinneista eli investoinneista tulevaisuutta varten.

Sosiaalisen median mahdollisuuksia hyödynnetään laajentamalla keskustelun piiriä perinteisten eliittiryhmien ulkopuolelle. Kansalaisten osallistamiseen on pyritty joukkoistamisen kautta, mistä on esimerkkinä eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan keväällä 2014 avaama ”suuri kansalaiskeskustelu” *Keksitään Suomi uudestaan* (www.suomijoukkoistaa.fi), joka poiki 28 ideaa hyvinvointiyhteiskunnan parantamiseksi. Vaikka aloitteiden määrää ei voine pitää suurena, Elinkeinoelämän valtuuskunnan EVAn arvo- ja asennetutkimuksessa päädytään tulkitsemaan, että suomalaisten kriisitietoisuus on ”syvempää kuin päällepäin vaikuttaisi”. Näin siitäkin huolimatta, että tutkimus kuvaa kansalaisten asenteiden ja arvostusten myös olevan hyvin vakaita (Haavisto 2014, 7).

Sosiaalipolitiikan kannatuksen onkin todettu seuraavan talouden syklejä niin, että sosiaalimenojen lisäämiseen suhtaudutaan taantuman aikana kielteisemmin kuin taloudellisen kasvun aikoina (Sihvo & Uusitalo 1995; Forma 2006). Hyvinvointivaltiota myös kannattavat eniten ne, jotka sitä eniten tarvitsevat. Pohjoismaisen universalismin periaatteen mukaan hyvinvointivaltio on kaikkia kansalaisia varten, joten sen legitimeetti eli oikeutus perustuu kaikkien yhteiskuntaluokkien kannatukseen. (Taylor-Gooby 2001; Svallfors 2011). Onkin tärkeää tietää, ovatko vain sosiaalipoliittista keskustelua käyvien eliittiryhmien näkemykset muuttuneet, vai myös kansalaisten, ja onko hyvinvointivaltio myös kansalaisten silmissä kriisissä tai menettänyt legitimeettiansa. Legitimiteetin näkökulmasta hyvinvointivaltiota tarkastelevat Muuri ja Manderbacka toisaalla tässä kirjassa.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena sen sijaan on tarkastella 18–79-vuotiaiden suomalaisten näkemyksiä yhteiskunnasta ennakoiteina hyvinvointivaltion tulevaisuudesta, ja tulkintaamme ohjaa yhteiskunnan sosiaalisen kestävyuden malli. Tulkitsemme toisin sanoen väestön näkemykset yhteiskunnan arvopohjan heijastumiksi, joiden avulla saadaan tietoa yhteiskunnan laadukkuudesta ja viime kädessä myös kestävyydestä eri ulottuvuuksilla. Tässä suhteessa asetelma poikkeaa tavanomaisesta sosiaalipoliittisesta mielipidetiedustelujen perinteestä, jossa tyypillisesti rajoitetaan hyvinvointivaltion toimintaa (palvelut, tulonsiirrot) koskeviin asenteisiin. Myös tarkastelun perspektiivi on hieman toinen: sosiaalisen kestävyuden näkökulmasta väestön näkemyksiä tulkitaan ennakoiteina yleensä ja erityisesti arvioina sukupolvisopimuksen pitävyydestä.

Tutkimuksen empiirisinä tavoitteina on selvittää: 1) tiettyjen suomalaista yhteiskuntaa koskevien asenteiden ja mielipiteiden yleisyyttä vuonna 2013, 2) kuvata näiden asenteiden ja mielipiteiden ajallista muutosta vertaamalla tietoja aiempien vuosien mittauksiin, ja 3) analysoida sitä, millä tavoin väestön sosiodemografista taustaa kuvaavat tiedot selittävät asenteita vuonna 2013.

Tutkimuksen viitekehys, aineisto ja menetelmät

Niin sanottua kestävyysvajetta koskevassa yhteiskunnallisessa keskustelussa pääpaino on ollut taloudellisen kestävyuden turvaamisessa. Hyvinvointivaltion uudistumista on pidetty yhtenä keinona taloudellisen kestävyuden säilyttämiseksi, sillä väestölle tarjolla oleva palvelupaletti on katsottu joko liian laajaksi tai liian laadukkaaksi. Näiden näkemysten mukaan hyvinvointivaltion tarjoamien palvelujen radikaali supistaminen ja palvelutuotannon voimakas tehostaminen ovat välttämättömiä Suomen väestörakenteen muuttuessa.

Vähemmän huomiota tässä hyvinvointiyhteiskunnan kestävyyttä koskevassa keskustelussa ovat saaneet kestävyuden muut ulottuvuudet, joita ovat sosiaalinen ja ekologinen kestävyys. Ekologista kestävyyttä eritteleviä katsauksia on kuitenkin julkaistu äskettäin toisaalla (Helne ym. 2012; Helne ym. 2014). Sosiaaliselle kestävyydelle ei ole vakiintunutta määritelmää, mutta yleensä siihen sisällytetään hyvinvoinnin tasa-arvo, osallisuus, oman elämän hallinta ja luottamus toisiin ihmisiin ja instituutioihin (Kautto & Metso 2008). Sukupolvinäkökulmasta sosiaalisella kestävyydellä ymmärretään niiden yhteisön tai yhteiskunnan ominaisuuksien ja varantojen ylläpitämistä ja siirtämistä tuleville sukupolville, jotka pitävät yhteiskunnan sosiaalisesti hyvälaatuisena (Walker 1996). Sosiaalisesti kestävä kehitys ei siis tarkoita samaa kuin nykytilan jatkuminen ennallaan, vaan se edellyttää yhteiskunnilta sitoutumista kansalaisten mahdollisimman hyvän elämänlaadun turvaamiseen ja hyvinvoinnin jakautumiseen oikeudenmukaisesti sekä solidaarisuuteen niin nykyisten sukupolvien välillä kuin tulevia sukupolvia kohtaan (Vaarama 2009).

Tässä tutkimuksessa sosiaalisen kestävyuden käsitteellisenä viitekehyksenä on *sosiaalisen laadun teoria* (v.d. Maesen & Walker 2012). Sen pääulottuvuudet ovat riittävä sosiaalinen turva, valtaistaminen, osallisuus ja yhteiskunnan eheys eli koheesio. Van der Maesen ja Walker (2005) määrittelevät sosiaaliseen tai sosioekonomiseen turvaan kuuluvan, että ihmisillä on välttämättömät aineelliset ja muut voimavarat, jotka mahdollistavat kanssakäymisen. Valtaistaminen puolestaan viittaa ihmisten kykyihin hallita elämäänsä niin, että heillä on mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa yhteiskunnassa tapahtuviin muutoksiin. Osallisuudessa taas on kyse paitsi mahdollisimman vähäisestä syrjäytymisestä, ennen kaikkea pääsystä mukaan sosiaaliseen toimintaan ja tiedon lähteisiin. Lisäksi sosiaalisesti ehyttä yhteiskuntaa luonnehtii se, että ihmiset jakavat yhteisesti hyväksytyt arvot ja normit.

Vaarama (2011) ja Pieper ym. (2014) ovat kehittäneet mallia edelleen kestävyuden näkökulmasta ja operationalisoineet sen eri ulottuvuuksille joukon jatkotestaukseen tarkoitettuja indikaattoreita. Tässä tutkimuksessa empiirisen tarkastelun ytimenä ovat väestön arviot eriarvon, syrjinnän ja luottamuksen tilasta nyky-yhteiskunnassa. Lisäksi analysoimme aikuisväestön näkemyksiä niin sanotun sukupolvisopimuksen näkökulmasta, jonka mittana ovat suomalaisten arviot siitä, kenelle ikääntyneen hoivan vastuu kuuluu ja kuinka ikääntymisen mukanaan tuomaan hoivan tarpeeseen tulisi varautua. Sosiaalisen kestävyuden viitekehyksessä nämä teemat sijoittuvat lähinnä sosiaalisen turvan ja yhteisyyden ulottuvuuksille.

Tutkimuksen pääaineisto on Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -puhelin-kyselyaineisto vuodelta 2013. Osaa asenneväittämistä kysyttiin jo ensimmäisessä, vuoden 2004 HYPA-tutkimuksessa, joten myös tätä aineistoa hyödynnetään asenteiden ajallisten muutosten tarkastelussa, samoin kuin sitä myöhempiä HYPA-aineistoja, joista näitä tietoja on saatavissa. Kaikissa analyyseissä käytetään vastauskatoa korjaavaa painotusta. HYPA-kyselyihin on yhdistetty Tilastokeskuksen rekisteritietoja, joista tässä tutkimuksessa käytetään vastaajan koulutustietoa. Koulutusta mittaa korkein suoritettu tutkinto, joka on selittäviä analyyseja varten luokiteltu Tilastokeskuksessa neljään ryhmään: perusaste (21 % vastaajista), keskiaste (44 %), alempi (24 %) ja ylempi korkea-aste (12 %). Esimerkiksi alempaan korkea-asteeseen luetaan alemmat yliopistotutkinnot, ammattikorkeakoulututkinnot, insinöörin tutkinto ja valtiotieteiden kandidaatin alempi tutkinto.

Hyvinvointivaltiota koskevat asenneväittämät olivat seuraavat (suluissa analyyseihin otettu kyselyvuosi): ”Onko sosiaaliturvan taso mielestänne Suomessa tällä hetkellä?” (2004, 2006, 2013), johon vastausvaihtoehdot olivat 1) aivan liian korkea, 2) jonkin verran liian korkea, 3) sopiva, 4) jonkin verran liian alhainen ja 5) vai aivan liian alhainen? Lisäksi vastaajaa pyydettiin ottamaan kantaa siihen, missä määrin verovaraja tulisi kohdentaa (2006, 2013): a) ”Terveiden ja sairaanhoitoon”, b) ”Sosiaalipalveluihin” (joista mainittiin selventäviä esimerkkejä kuten lasten päivähoito ja toimeentulotuki) sekä c) ”Tulonsiirtoihin kuten sosiaalietuuksiin”. Vaihtoehtoja oli kolme: 1) nykyistä enemmän, 2) jokseenkin nykyisen määrän ja 3) vai nykyistä enemmän?

Palveluita ja niiden tuotantoa koskevia väitteitä oli neljä. ”Suomessa sosiaalipalvelut toimivat yleisesti ottaen hyvin” (2009, 2013), ”Suomessa terveystalvullut toimivat yleisesti ottaen hyvin” (2013), ”Yksityisiä sosiaalipalveluja tulisi lisätä” (2006, 2013) ja ”Yksityistä terveyden- ja sairaanhoitoa tulisi lisätä” (2006, 2013). Vastausvaihtoehdot olivat 1) täysin samaa mieltä, 2) jokseenkin samaa mieltä, 3) ei samaa eikä eri mieltä, 4) jokseenkin eri mieltä ja 5) vai täysin eri mieltä.

Ikäihmisten hoivaa ja hoivan rahoittamista koskevia kysymyksiä oli myös neljä. ”Kenen mielestänne pitäisi kantaa päävastuu vanhusten hoidosta Suomessa. Mikä seuraavista on mielestänne tärkein taho:” (2004, 2013) ja ”Entä toiseksi tärkein taho:” (2004, 2013), joihin vastausvaihtoehdot olivat 1) omaiset ja perhe, 2) kunta tai valtio, 3) yksityinen sektori sekä 4) jokin muu taho. Lisäksi kysyttiin vanhuudenturvaan varautumisesta: ”Tulisiko ikäihmisten käyttää vapaaehtoisesti enemmän omaisuuttaan ja säästöjään oman hoivansa rahoittamiseen?” (2013) ja ”Tulisiko ikäihmiset velvoittaa käyttämään enemmän omaisuuttaan ja säästöjään oman hoivansa rahoittamiseen?” (2013). Näihin vastausvaihtoehdot olivat vain ”kyllä” tai ”ei”.

Väestön näkemyksiä syrjinnästä kartoitettiin kysymyspatterilla, jossa kysyttiin: ”Esiintyykö mielestänne Suomessa syrjintää paljon, jossain määrin vai ei lainkaan?” (2013). Osiot olivat 1) ikääntyneitä kohtaan (2004, 2013), 2) nuoria kohtaan, 3) maahanmuuttajia kohtaan, 4) vammaisia kohtaan, 5) seksuaalivähemmistöjä kohtaan, 6) etnisiä vähemmistöjä, 7) naisia ja 8) miehiä kohtaan. Taulukoissa ja analyyseissa tarkastellaan niitä, jotka ovat vastanneet syrjintää esiintyvän paljon tai jossain määrin. Vuonna 2004 kysyttiin ikääntyneisiin kohdistuvasta syrjinnästä (”Syrjitäänkö Suomessa mielestänne ikääntyneitä?”), mutta tuolloin vastausvaihtoehdot olivat ”ei lainkaan”, ”jossain määrin” ja ”suurella määrin”. Ajallista vertailua varten yhdistettiin kaksi jälkimmäistä luokkaa. Vastausvaihtoehtojen erojen lisäksi vertailua vaikeuttaa sekin, että vuonna 2004 kysymys esitettiin erillisessä postikyselylomakkeessa, joka toimitettiin vain varsinaiseen puhelinkyselyyn vastanneille. Postikyselyyn vastasi 78 prosenttia puhelinkyselyyn vastanneista, joten vastanneita ei voi pitää varmasti täysin koko väestöä edustavana joukkona.

Lopuksi kysyttiin yhteiskunnan koheesiota kuvaavina asioina kantaa taloudelliseen eriarvoon ja sosiaaliseen luottamukseen. Vastaja pyydettiin ottamaan kantaa väitteeseen ”Rikkaiden ja köyhien välillä on Suomessa liian suuri ero” (2004, 2013). Vastausvaihtoehtoja oli viisi: 1) täysin samaa mieltä, 2) jokseenkin samaa mieltä, 3) ei samaa eikä eri mieltä, 4) jokseenkin eri mieltä ja 5) täysin eri mieltä. Analyyseja varten muuttuja luokiteltiin kahteen yhdistämällä vaihtoehdot 1 ja 2 (täysin tai jokseenkin samaa mieltä) ja muut. Sosiaalista luottamusta tarkasteltiin kolmen väittämän avulla: ”Paras olla luottamatta keneenkään” (2006, 2013), ”Yhteiskunnassamme ihmiset luottavat toisiinsa” (2013) ja ”Yhteiskuntamme julkiseen valtaan ja hallintoon voi luottaa” (2013). Vaihtoehdot olivat samat kuin edellä taloudellisen eriarvon kysymyksessä.

Asenteita ja hyvinvointiyhteiskunnan kannatuspohjaa selittävinä tekijöinä analysoidaan sosiodemografisia taustatekijöitä, joista tähän tutkimukseen valittiin ikä, sukupuoli, koulutus, työmarkkina-asema, asuinpaikka ja toimeentulo. Vastaajan ikää, sukupuolta ja koulutustasoa lukuun ottamatta tiedot olivat itse raportoituja. Ikää analysoitiin ikävuosina ja koulutus luokiteltiin koulutusasteisiin (ks. edellä). Työmarkkina-asema luokiteltiin työllisiin (59 % vastaajista), työmarkkinoiden ulkopuolella oleviin (15 %) ja eläkeläisiin (25 %). Vastaajaa pyydettiin valitsemaan 11-kohtaisesta listasta osio, joka kuvaa hänen pääasiallista toimintaansa parhaiten. Opiskelijoiden katsottiin olevan työmarkkinoiden ulkopuolella, mutta perhevapaalla olevat luettiin työllisiksi. Asuinpaikkaa analysoitiin itse raportoidun asuinpaikan luonnetta kuvaavan tiedon perusteella. Sen luokat olivat 1) kaupungin keskustassa (20 % vastaajista), 2) esikaupunkialueella tai lähiössä (43 %), 3) kuntakeskuksessa tai muussa taajamassa (17 %) ja 4) maaseudun haja-asutusalueella tai kylässä (21 %). Toimeentuloa selvitettiin tiedustelemalla, miten helpoksi kokee kotitalouden menojen kattamisen, vaihtoehtoina analyysissa olivat 1) erittäin hankalaa (8 % vastaajista), 2) melko hankalaa (19 %), 3) melko helppoa (46 %) ja 4) erittäin helppoa (27 %).

Tulokset esitetään ensin koko väestölle laskettuina prosenttiosuuksina, jotka on laskettu kullekin tutkimusvuodelle erikseen. Vuosien välistä vertailua varten on prosenttiosuuksille laskettu 95 prosentin luottamusvälit. Asennevastauksista poistettiin ne, jotka eivät osanneet ottaa kantaa kysymykseen, joten vastanneiden määrä vaihtelee hieman kysymyksestä toiseen. Eniten jätettiin ottamatta kantaa kysymykseen etnisiin vähemmistöihin kohdistuvasta syrjinnästä, johon vastamatta jätti 195 haastateltua. Useimmissa kysymyksistä vastaamatta jättäneiden osuus oli 1–2 prosentin luokkaa.

Asenteiden ja mielipiteiden vaihtelua sosiodemografisten tekijöiden mukaan tutkittiin logistisen regressioanalyysin avulla. Analyysit toteutettiin yksivaiheisena pakottamalla kaikki käytössä olleet sosiodemografiset muuttujat malliin yhtä aikaa. Analyysitapa valittiin, sillä haluttiin verrata eri hyvinvointivaltioasenteita selittäviä tekijöitä ja niiden selitysvoimaa toisiinsa. Vaihtoehtoiset analyysitavat, kuten askeltava mallinnus, vaikeuttavat mallien vertailuja, sillä lopulliset mallit voivat poiketa selittäjien suhteen toisistaan paljonkin. Koska lisäksi pyrittiin verraten tiiviiseen raportointiin, selittäjät lisättiin kerralla eikä askeltaen pakottaen.

Analyysin tulokset esitetään vetosuhteina (odd ratio, OR), jotka kuvaavat eroa viiteluokan ja vertailtavan luokan välillä. Muuttujien tilastollista merkitsevyyttä kuvataan Waldin testin p-arvolla sekä tarkastelemalla kunkin yksittäisen luokan eron tilastollista merkitsevyyttä 95 prosentin luottamusvälin avulla. Taulukossa viiteluokasta merkitsevästi poikkeavat luokat on lihavoitu.

Esitämme kullekin seuraavista teemoista kuvailevat taulukot sekä selittävät mallit (suluissa sosiaalisen kestävyuden ulottuvuuden tulkinta):

1. Sosiaaliturvan taso (turvallisuus)
2. Sosiaali- ja terveystalouden toiminta ja laatu (valtaistaminen¹)
3. Ikäihmisten hoidon järjestäminen (koheesio-yhteisyys)
4. Syrjintä (osallisuus)
5. Eriarvo ja luottamus (koheesio-yhteisyys)

Analysoimme myös palvelujen tuotantoa tarkastelemalla yksityisen palvelutuotannon kannatusta, eli käänteisesti julkisen palvelutuotannon priorisointeja.

Turvallisuus – sosiaaliturvan tasoa koskevat mielipiteet

Vastaajista 48 prosenttia piti sosiaaliturvan tasoa sopivana ja 40 prosenttia jonkin verran tai aivan liian alhaisena ja 12 prosenttia liian tai aivan liian korkeana, mikä osuus oli samaa luokkaa kuin vuonna 2004 (taulukko 1). 1990-luvulla toteutettujen tutkimusten mukaan kuitenkin sosiaaliturvan tasoa pidettiin tuolloin yleisesti sopivana, sillä näin vastanneiden osuus vaihteli 60 ja 70 prosentin välillä (ks. tarkemmin Muuri ja Manderbacka tässä teoksessa).

Verovarojen käytöstä sosiaaliturvaan ja palveluihin kysyttiin ensimmäisen kerran vuonna 2006. Tuolloin 66 prosenttia olisi halunnut käytettävän nykyistä enemmän verovaroja terveyden ja sairauden hoitoon ja 52 prosenttia sosiaalipalveluihin. Vuonna 2013 vastaavat luvut olivat 58 prosenttia ja 46 prosenttia. Nykyistä enemmän verovaroja tulonsiirtoihin kuten sosiaalietuuksiin olisi halunnut käytettävän 32 prosenttia vuonna 2006 ja 28 prosenttia vuonna 2013. Kaikki nämä muutokset ovat tilastollisesti merkitseviä, eli halu käyttää enemmän verovaroja

TAULUKKO 1. 18–79-vuotiaiden suomalaisten sosiaaliturvaa koskevia asenteita vuosina 2004, 2006 ja 2013, % (95 %:n luottamusvälit)

	2004		2006		2013	
	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV
Sosiaaliturvan taso liian korkea (aivan liian/jonkin verran liian korkea)	11,3	10,3-12,3	6,9	6,2-7,6	11,8	10,8-12,8
Verovaroja nykyistä enemmän terveyden ja sairauden hoitoon			66,2	64,8-67,6	58,1	56,6-59,6
Verovaroja nykyistä enemmän sosiaalipalveluihin			51,9	50,4-53,4	46,0	44,5-47,5
Verovaroja nykyistä enemmän tulonsiirtoihin kuten sosiaalietuuksiin			32,0	30,6-33,4	27,6	26,2-29,0
2004 (N = 4 136–4 307), 2006 (N = 4 447–4 530) ja 2013 (N = 4 061–4 205)						

sosiaaliturvaan ja sote-palveluihin on vuodesta 2006 vähentynyt. Kyse lienee kuitenkin lähinnä jonkinlaisesta kattovaikutuksesta, sillä niiden vähentämistä ei toivo juuri kukaan (ks. tarkemmin Muuri ja Manderbacka tässä teoksessa).

Vaikka halu käyttää veroja palveluihin on vähentynyt, silti terveyden ja sairaanhoitoon oltiin valmiita satsaamaan veroja enemmän kuin sosiaalipalveluihin tai tulonsiirtoihin. Tämä havainto saa tukea myös aiemmasta tutkimuksesta. Forman (2006) mukaan 2000-luvun puolivälissä vastustettiin eniten säästöjen kohdentamista terveyden- ja sairaanhoitoon. Myös sosiaalipalveluja arvostettiin tässä mielessä, mutta tulonsiirroista säästämistä vastusti selvästi pienempi osa väestöstä.

Mielipiteitä sosiaaliturvan tasosta mallinnettiin myös logistisella regressioanalyysillä niin, että väittämän ”Sosiaaliturvan taso on liian korkea (aiivan liian/jonkin verran liian korkea)” kannatuksen todennäköisyyttä selitettiin iän, koulutuksen, työmarkkina-aseman, asuinpaikan ja toimeentulon riittävyttä kuvaavan menojen kattamisen helppouden-hankaluuden mukaan (taulukko 2).

Tulosten mukaan kaikki muut ovat tilastollisesti merkitsevässä suhteessa väittämään paitsi ikä ja asuinpaikka. Sukupuolella ja työmarkkina-aseamalla oli voimakkain yhteys väittämään niin, että miehet ovat väittämän kanssa samaa mieltä miltei kaksi kertaa useammin kuin naiset ja vastaavasti työlliset verrattuna työttömiin. Alempi ja ylempi korkea-

TAULUKKO 2. Sosiaaliturvan tasoa liian korkeana pitämistä (aiivan liian / jonkin verran liian korkea) selittävät tekijät (OR)

	Sosiaaliturvan taso liian korkea
Ikä	p=0,64
18–79-v.	1,00
Sukupuoli	p<0,001
Nainen	1,00
Mies	1,71
Koulutus	p=0,04
Perusaste	1,00
Keskiaste	1,09
Alempi korkea-aste	1,38
Ylempi korkea-aste	1,50
Työmarkkina-asema	p=0,004
Työssä	1,00
Työtön	0,54
Eläkkeellä	0,78
Asuinpaikka	p=0,06
Kaupungin keskustassa	1,00
Esikaupunkialueella tai lähiössä	0,72
Kuntakeskuksessa tai muussa taajamassa	0,69
Maaseudun haja-asutus tai kylässä	0,75
Menojen kattaminen	p=0,02
Hyvin/helppoa	1,00
Melko helppoa	0,78
Melko vaikeaa	0,71
Erittäin/hankalaa	0,53
p = selittävien tekijöiden tilastollinen merkitsevyys. Yksittäisten luokkien poikkeama viiteryhmästä 95 %:n luottamusvälin perusteella on merkitty lihavoinnilla.	

kouluaste lisää väittämän kannatusta noin puolitoistakertaiseksi perus- tai keskiasteen koulutuksen saaneisiin verrattuna. Eläkeläisten mielipiteet eivät poikenneet tilastollisesti merkitsevästi työllisistä. Toimeentulon mukaan tarkasteltuna sosiaaliturvaa pitivät liian korkeana tyypillisimmin ne, joilla menojen kattaminen oli helpointa. Hyvin koulutettu, työssä käyvä mies, jolla on turvattu toimeentulo pitää siis todennäköisimmin sosiaaliturvan tasoa liian korkeana, kun epätodennäköisimmin näin ajattelee vähän koulutettu työtön nainen, jolle menojen kattaminen on hankalaa.

Valtaistaminen – sosiaali- ja terveyspalvelujen toimintaa ja laatua koskevat mielipiteet

Tietoa väestön sosiaali- ja terveyspalveluja koskevista mielipiteistä on HYPA-kyselyissä kerätty vaihtelevasti. Palvelujen yksityistämisestä on tietoa vuodelta 2006. Vuodelta 2009 on tieto sosiaalipalvelujen toimivuuden arvioista, terveyspalvelujen vastaavasta vasta vuoden 2013 kyselystä. Näillä rajoituksilla analysoiden nähdään ensinnäkin, että vuonna 2009 kaksi kolmesta oli sitä mieltä, että sosiaalipalvelut toimivat yleisesti ottaen hyvin, ja vuonna 2013 luku oli käytännössä sama. (Taulukko 3.) Vuonna 2013 vastaava luku terveyspalveluille oli 72 prosenttia. Vuonna 2006 yksityisten sosiaalipalvelujen lisäämistä kannatti 57 prosenttia, kun osuus oli vuonna 2013 pudonnut kymmenen prosenttiyksikköä. Samansuuruinen vähenys koskee yksityistä terveyden- ja sairauden hoitoa. Molemmat muutokset ovat tilastollisesti merkitseviä ja tarkoittavat paluuta vuoden 2004 tasolle (ks. tarkemmin Muuri ja Manderbacka, tässä teoksessa).

Väestön kannatus palvelujen yksityistämiseksi on siis laskenut reilusti vuodesta 2006, eikä ainakaan sosiaalipalvelujen osalta julkisten palvelujen arvostus ole vähentynyt. Terveyspalveluja arvostetaan hieman enemmän kuin sosiaalipalveluja.

TAULUKKO 3. 18–79-vuotiaiden suomalaisten sosiaali- ja terveyspalveluja ja niiden tuotantoa koskevia asenteita vuosina 2006, 2009 ja 2013, % (95 %:n luottamusväli)

	2006		2009		2013	
	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV
Sosiaalipalvelut toimivat yleisesti ottaen hyvin (täysin/jokseenkin samaa mieltä)			67,6	66,1-69,1	69,2	67,8-70,6
Terveyspalvelut toimivat yleisesti ottaen hyvin (täysin/jokseenkin samaa mieltä)					72,1	70,7-73,5
Yksityisiä sosiaalipalveluja tulisi lisätä (täysin/jokseenkin samaa mieltä)	57,1	55,7-58,5			47,4	45,9-48,9
Yksityistä terveyden- ja sairaanhoitoa tulisi lisätä (täysin/jokseenkin samaa mieltä)	52,0	50,5-53,5			42,4	40,9-43,9
2006 (N = 4 447–4 530), 2009 (N = 3 844) ja 2013 (N = 4 061–4 205)						

TAULUKKO 4. Yksityisten palvelujen lisäämistä (täysin tai jokseenkin samaa mieltä) koskevia asenteita selittävät tekijät (OR)

	Yksityisiä sosiaali- palveluja tulisi lisätä	Yksityistä terveyden- ja sairaanhoitoa tulisi lisätä
Ikä	p=0,19	p<0,001
18–79-v.	1,00	0,99
Sukupuoli	p<0,001	p=0,08
Nainen	1,00	1,00
Mies	0,74	0,89
Koulutus	p=0,04	p=0,002
Perusaste	1,00	1,00
Keskiaste	0,84	0,84
Alempi korkea-aste	0,75	0,76
Ylempi korkea-aste	0,80	0,64
Työmarkkina-asema	p=0,24	p=0,64
Työssä	1,00	1,00
Työtön	0,83	0,93
Eläkkeellä	0,99	1,07
Asuinpaikka	p=0,02	p=0,09
Kaupungin keskustassa	1,00	1,00
Esikaupunkialueella tai lähiössä	1,01	0,92
Kuntakeskuksessa tai muussa taajamassa	1,17	0,97
Maaseudun haja-asutus tai kylässä	1,29	1,15
Menojen kattaminen	p=0,35	p=0,02
Hyvin/helppoa	1,00	1,00
Melko helppoa	0,93	0,84
Melko vaikeaa	0,97	0,80
Erittäin/hankalaa	0,79	0,70

p = selittävien tekijöiden tilastollinen merkitsevyys. Yksittäisten luokkien poikkeama viiteryhmästä 95 %:n luottamusvälin perusteella on merkitty lihavoinnilla.

Palvelujen tuotantoa koskevia mielipiteitä mallinnettiin edellä mainitulla tavalla kahden väittämän avulla eli kysymällä yksityisen palvelutuotannon lisäämisen kannatusta erikseen sosiaali- ja terveystalvluille (taulukko 4).

Sosiaalipalvelujen osalta tilastollisesti merkitseviksi nousivat sukupuoli, koulutus ja asuinpaikka. Naiset ja perusasteen koulutuksen saaneet kannattivat yksityisten palvelujen lisäämistä todennäköisemmin kuin miehet ja pidemmälle koulutetut. Lisäksi maaseudun haja-asutusalueella tai kylässä asuvat katsoivat muita todennäköisemmin, että yksityisiä sosiaalipalveluja tulisi lisätä.

Yksityisen terveyden- ja sairaanhoidon lisäämisessä koulutus ja tulot erottelivat väestöä niin, että toisaalta ajatusta kannattivat lyhyen (perus- tai keskiasteen)

koulutuksen saaneet ja toisaalta hyvin toimeentulevat henkilöt. Voimakkaimmin mielipide oli kuitenkin yhteydessä ikään niin, että nuorimmat vastaajat kannattivat sitä yleisimmin.

Analyysien tulos viittaa siis siihen, että yksityisten palvelujen kannatus ei paikannu mihinkään tiettyyn väestöryhmään, vaan että sosiaali- ja terveystieteiden yksityistämistä selvimmän kannattavien taustat ovat erilaisia. Esimerkiksi syrjäseuduilla kannatetaan sosiaalipalvelujen yksityistämistä, mutta ei terveydenhuollon.

Koheesio (yhteisyys) – ikäihmisten hoivan järjestämistä koskevat mielipiteet

Vuonna 2013 valtaosa (70 %) aikuisista katsoi, että kunta ja valtio ovat tärkeimmät tahot vastaamaan vanhustenhoidosta. Runsas neljännes väestöstä piti omia ja perheitä päävastuullisina sekä vuonna 2004 että vuonna 2013. Vastaavasti toiseksi tärkeimpänä omia ja perhettä piti kumpanakin vuonna noin vajaa 60 prosenttia vastaajista. Yksityistä sektoria ei pitänyt päävastuullisena juuri kukaan, mutta toiseksi tärkeimpänä sitä piti noin joka kymmenes kumpanakin vuonna. Tämä osuus oli kuitenkin laskenut tilastollisesti merkitsevästi (taulukko 5). Yksityisen sektorin kannatus on siis vähentynyt hieman.

Vuonna 2013 kysyttiin ensimmäisen kerran tulisiko ikäihmisten joko vapaaehtoisesti tai pakolla käyttää säästöjään ja muuta omaisuuttaan oman hoivansa rahoittamiseen. Valtaosa eli 64 prosenttia oli vapaaehtoisen käytön kannalla, mutta pakon kannattajia oli puolta vähemmän (27 %). Kaikenikäisten Suomi -työryhmän kansalaispalautteesta saatiin vastaavanlainen tulos (Vaarama 2013). Tulos saa tukea myös vakuutuslustoista, joiden mukaan sosiaalivakuutuksen peruspiirteet ovat melko vakaat. Vaikka lasten yksityinen sairausvakuutus on yleistynyt nope-

TAULUKKO 5. 18–79-vuotiaiden suomalaisten ikäihmisten hoivan järjestämistä koskevia asenteita vuosina 2004 ja 2013, % (95 %:n luottamusväli)

	2004		2013	
	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV
Omaisten ja perheen pitäisi kantaa päävastuu vanhusten hoidosta	25,6	24,3-26,9	28,5	27,1-29,9
Omaiset ja perhe toiseksi tärkein taho vastaamaan vanhusten hoidosta	57,6	56,1-59,1	59,7	58,2-61,2
Yksityinen sektori toiseksi tärkein taho vastaamaan vanhusten hoidosta	13,8	12,8-14,8	10,5	9,6-11,4
Ikäihmisten tulisi käyttää vapaaehtoisesti enemmän säästöjään oman hoivansa rahoittamiseen			64,1	62,6-65,6
Ikäihmiset tulisi velvoittaa käyttämään enemmän säästöjään oman hoivansa rahoittamiseen			27,2	25,8-28,6
2004 (N = 4 136–4 307) ja 2013 (N = 4 061–4 205)				

asti, muuten yksityisvakuutukset ovat harvinaisia. Ennen kaikkea vanhuuden varalta vakuuttaminen on lakannut käytännössä kokonaan verotukien ja ikärajojen muutosten myötä vuonna 2010. (Liukko 2014.)

Ikäkkäiden hoivaa koskevia mielipiteitä selitettiin jälleen logistisella regressio-analysillä niin, että otettiin neljä eri väittämää tarkasteltavaksi ja aiempien analyysien tapaan selittäjinä olivat sosiodemografista asemaa kuvaavat muuttujat (taulukko 6).

TAULUKKO 6. Ikäihmisten hoivaa ja hoivan rahoittamista koskevia asenteita selittävät tekijät (OR)

	Omaiset ja perheet päävastuussa hoidosta	Yksityinen sektori toiseksi tärkein hoidon vastuutaho	Ikäihmisiä tulisi velvoittaa käyttämään säästöjään	Ikäihmisten tulisi vapaaehtoisesti käyttää säästöjään
Ikä	p<0,001	p=0,10	p<0,001	p<0,001
18–79-v.	0,98	1,01	1,02	1,03
Sukupuoli	p=0,48	p=0,10	p=0,23	p=0,52
Nainen	1,00	1,00	1,00	1,00
Mies	1,05	0,84	1,09	1,05
Koulutus	p=0,74	p=0,50	p=0,01	p=0,80
Perusaste	1,00	1,00	1,00	1,00
Keskiaste	1,00	0,85	0,76	1,02
Alempi korkea-aste	0,91	1,01	0,72	0,93
Ylempi korkea-aste	0,93	0,86	0,72	0,96
Työmarkkina-asema	p=0,35	p=0,08	p=0,56	p=0,39
Työssä	1,00	1,00	1,00	1,00
Työtön	1,01	1,26	0,96	1,08
Eläkkeellä	1,18	1,37	0,89	0,87
Asuinpaikka	p=0,16	p=0,05	p=0,62	p=0,77
Kaupungin keskustassa	1,00	1,00	1,00	1,00
Esikaupunkialueella tai lähiössä	0,91	1,00	0,95	0,91
Kuntakeskuksessa tai muussa taajamassa	1,06	0,98	0,86	0,96
Maaseudun haja-asutus tai kylässä	1,11	0,68	0,92	0,95
Menojen kattaminen	p=0,04	p=0,33	p=0,006	p<0,001
Hyvin/helppoa	1,00	1,00	1,00	1,00
Melko helppoa	1,09	0,82	0,89	0,76
Melko vaikeaa	0,86	0,81	0,70	0,55
Erittäin/hankalaa	1,23	1,00	0,71	0,53

p = selittävien tekijöiden tilastollinen merkitsevyys. Yksittäisten luokkien poikkeama viiteryhmästä 95 %:n luottamusvälin perusteella on merkitty lihavoinnilla.

Analyysin mukaan vain kaksi tekijää oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä väittämään, jonka mukaan omaiset ja perheet tulisi asettaa päävastuuseen hoidosta. Mitä vanhempi henkilö on, sen vähemmän hän kannattaa omaisten ja perheen päävastuuta. Jos taas menojen kattaminen on hankalaa tai erittäin hankalaa, kannatus lisääntyy hieman. Iän merkitys on kuitenkin voimakkaampi, mikä kertonee siitä, että vanhuksset itse eivät halua jäädä omaistensa hoidettaviksi. Yksityisen sektorin vastuu toiseksi tärkeimpänä hoidon järjestäjänä ei ollut leimallista millekään tietylle väestöryhmälle. Vain asuinpaikka erotteli niin, että maaseudun haja-asutusalueella tai kylissä asuvat vastustivat ajatusta useammin kuin kaupunkilaiset.

Ikäihmisten velvoittamista käyttämään säästöjään kannattivat juuri ikäihmiset itse, ja sitä vastustivat perusastetta korkeamman koulutuksen saaneet sekä ne, joille menojen kattaminen tuotti vaikeuksia. Kun samaa kysyttiin vapaaehtoisuuteen pohjaavana, saatiin vastaava tulos sillä erotuksella, että koulutusaste ei erotellut vastaajia.

Ikäihmiset itse eivät tämän mukaan halua jäädä omaistensa ja perheidensä hoidettaviksi, ja he ovat valmiita niin vapaaehtoisesti kuin veloitettuinkin käyttämään omaan hoivaansa säästöjään ja omaisuuttaan. Vanhusten hoidon vastuun antoa yksityiselle sektorille kannattaa vain harva.

Osallisuus – syrjintää koskevat mielipiteet

Yhteiskunnallista osallisuutta tutkittiin sen kääntöpuolta eli sosiaalista syrjintää kuvaavien näkemysten kautta. Vastausten perusteella syrjintää on 2010-luvun Suomessa yleinen ilmiö. (Taulukko 7.) Vuonna 2013 useampi kuin neljä viidestä vastaajasta katsoi, että ainakin jossain määrin syrjintää kohdistuu lähes kaikkiin tiedustelluista ryhmistä. Hieman vähemmän katsottiin syrjintää kohdistuvan nuoriin, naisiin ja miehiin. Nuoria arvioi syrjittävän 79 prosenttia vastaajista, naisia reilu puolet vastaajista, mutta miehiä vain noin kolmannes vastaajista. Yleisimpänä suomalaiset pitivät maahanmuuttajiin ja etnisiin vähemmistöihin kohdistuvaa syrjintää, jota 95 ja 92 prosenttia vastaajista katsoi esiintyvän ainakin jossain määrin. Vastaajista 90 prosenttia arveli, että seksuaalivähemmistöjä syrjitään ja 85 prosenttia että vammaisia syrjitään.

Vain ikääntyneisiin kohdistuvasta syrjinnästä on vertailutieto vuodelta 2004. Ikääntyneisiin kohdistuvaa syrjintää katsoi vuonna 2013 esiintyvän 86 prosenttia suomalaisista ainakin jossain määrin. Vuonna 2004 vastaava luku oli 90 prosenttia, mutta aineiston valikoituneisuuden vuoksi luvut vertautuvat hieman huonosti toisiinsa. Tältä osin voidaan korkeintaan todeta, että ikääntyviin kohdistuva syrjintä tuskin on ainakaan merkittävästi vähentynyt tarkastelujakson aikana.

Vaikka kannan ottamisen syrjinnän esiintymiseen voisi olettaa olevan vaikeaa ja yhteydessä vastaajan omiin kokemuksiin, suomalainen aikuisväestö ei mitään ilmeisimmin kokenut kysymyksen olevan kohtuuttoman hankala. Tätä ilmen-

TAULUKKO 7. 18–79-vuotiaiden suomalaisten syrjintää koskevia asenteita vuosina 2004 ja 2013, % (95 %:n luottamusväli)

Esiintykö Suomessa syrjintää	"Paljon" tai "jossain määrin" vastanneiden osuus			
	2004		2013	
	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV
... ikääntyneitä kohtaan	90,2 ¹	89,1-91,3	86,3	85,3-87,3
... nuoria kohtaan	–		78,6	77,3-79,9
... maahanmuuttajia kohtaan	–		94,7	94,0-95,4
... vammaisia kohtaan	–		84,7	83,6-85,8
... seksuaalivähemmistöjä kohtaan	–		89,9	89,0-90,8
... etnisiä vähemmistöjä kohtaan	–		91,5	90,6-92,4
... naisia kohtaan	–		56,3	54,8-57,8
... miehiä kohtaan	–		36,0	34,5-37,5
¹ Vuonna 2004 vastausvaihtoehdot jossain määrin ja suuressa määrin yhdistetty. Vastaukset postikyselylomakkeesta (puuttuvien osuus 32,5 %).				
2004 (N = 2 760) ja 2013 (N = 4 031–4 161)				

tää kantaa ottamattomien pieni osuus, joka väestöryhmästä riippumatta oli vain muutaman prosentin suuruinen. Suurin osuus oli kysymyksessä etnisten vähemmistöjen syrjinnästä, johon ei osannut vastata 4,6 prosenttia haastatelluista.

Sen sijaan kannan jyrkkyys vaihteli selvästi väestöryhmän mukaan niin, että noin 25 prosenttia vastaajista oli sitä mieltä, että maahanmuuttajia syrjitään paljon, kun nuoria katsoi syrjittävän vain kuusi prosenttia vastaajista. Reilu 10 prosenttia vastaajista ilmoitti syrjintää kohdistuvan ikääntyneisiin, etnisiin vähemmistöihin, seksuaalivähemmistöihin ja vammaisiin.

Kun syrjintää koskevia näkemyksiä mallinnettiin sosiodemografisen taustan mukaan, havaittiin, että ikä ja koulutus lisäsivät todennäköisyyttä mielipiteeseen siitä, että ikääntyneitä syrjitään Suomessa (taulukko 8). Sen sijaan miessukupuoli ja eläkkeellä olo lisäsivät todennäköisyyttä olla eri mieltä asiasta eli että ikääntyneitä ei syrjitä. Ikä ja etenkin miessukupuoli vähensivät todennäköisyyttä nähdä yhteiskunnassa nuorten syrjintää.

Maahanmuuttajia kohtaan korkea-asteen koulutuksen saaneet katsoivat esiintyvän kolme kertaa useammin syrjintää kuin perusasteen koulutuksen omaavat. Iän myötä näkemys maahanmuuttajien syrjinnästä väheni, samoin jos menojen kattamisessa oli ongelmia. Näkemystä syrjinnästä vammaisia kohtaan vähensivät ikä, miessukupuoli, ja työttömyys tai eläkkeellä olo. Sen sijaan korkea-asteen koulutus ja nuori ikä lisäsivät taipumusta nähdä yhteiskunnassa vammaisten syrjintää. Seksuaalivähemmistöjä kohtaan vain sukupuoli nousi merkitseväksi niin, että miessukupuoli vähensi todennäköisyyttä nähdä tätä syrjintämuotoa Suomessa. Syrjintää etnisiä vähemmistöjä kohtaan näkivät herkemmin perusastetta korkeamman koulutuksen saaneet, ja jälleen miessukupuoli ja eläkeläisyys vähensivät

TAULUKKO 8a. Syrjintäasenteita selittävät tekijät (paljon tai jossain määrin vastanneiden osuudet) (OR)

	Suomessa esiintyy syrjintää					
	ikäntyneitä kohtaan	nuoria kohtaan	maahanmuuttajia kohtaan	vammaisia kohtaan	seksuaalivähemmistöjä kohtaan	etnisiä vähemmistöjä kohtaan
Ikä	p=0,001	p=0,02	p<0,001	p<0,009	p=0,25	p=0,44
18–79-v.	1,02	0,99	0,98	0,99	0,99	1,00
Sukupuoli	p<0,001	p<0,001	p=0,23	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Nainen	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Mies	0,53	0,58	0,48	0,42	0,47	0,53
Koulutus	p=0,001	p=0,44	p=0,01	p=0,006	p=0,13	p<0,001
Perusaste	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Keskiaste	1,43	1,11	1,20	1,19	1,37	1,38
Alempi korkea-aste	1,69	1,08	1,98	1,58	1,07	1,95
Ylempi korkea-aste	1,78	0,91	3,12	1,50	1,27	2,18
Työmarkkina-asema	p=0,001	p=0,11	p=0,56	p<0,001	p=0,14	p=0,001
Työssä	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Työtön	0,85	0,94	1,03	0,65	0,94	0,69
Eläkkeellä	0,50	0,78	0,69	0,61	0,74	0,55
Asuinpaikka	p=0,28	p=0,92	p=0,62	p=0,40	p=0,67	p=0,48
Kaupungin keskustassa	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Esikaupunki-alueella tai lähiössä	0,84	0,94	0,69	0,88	0,90	0,92
Kuntakeskuksessa tai muussa taajamassa	0,79	0,99	0,77	0,89	1,05	1,12
Maaseudun haja-asutus tai kylässä	0,75	0,99	0,60	0,78	0,88	0,84
Menojen kattaminen	p=0,11	p=0,63	p=0,006	p=0,12	p=0,68	p=0,70
Hyvin/helppoa	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Melko helppoa	1,02	1,12	1,05	1,11	1,16	1,12
Melko vaikeaa	1,36	1,14	0,69	0,92	1,10	1,24
Erittäin/hankalaa	1,31	1,14	0,55	1,46	0,98	1,10

p = selittävien tekijöiden tilastollinen merkitsevyys. Yksittäisten luokkien poikkeama viiteryhmästä 95 %:n luottamusvälin perusteella on merkitty lihavoimilla.

TAULUKKO 8b. Syrjintäasenteita selittävät tekijät (paljon tai jossain määrin vastanneiden osuudet) (OR)

	Suomessa esiintyy syrjintää	
	naisia kohtaan	miehiä kohtaan
Ikä	p=0,14	p=0,24
18–79-v.	1,01	1,00
Sukupuoli	p<0,001	p<0,92
Nainen	1,00	1,0
Mies	0,52	0,99
Koulutus	p=0,001	p=0,74
Perusaste	1,00	1,00
Keskiaste	1,26	1,05
Alempi korkea-aste	1,41	0,97
Ylempi korkea-aste	1,60	0,95
Työmarkkina-asema	p=0,009	p=0,03
Työssä	1,00	1,00
Työtön	0,96	0,80
Eläkkeellä	0,73	0,82
Asuinpaikka	p=0,087	p=0,60
Kaupungin keskustassa	1,00	1,00
Esikaupunki-alueella tai lähiössä	0,93	0,92
Kuntakeskuksessa tai muussa taajamassa	0,78	0,86
Maaseudun haja-asutus tai kylässä	0,98	0,93
Menojen kattaminen	p=0,001	p=0,04
Hyvin/helppoa	1,00	1,00
Melko helppoa	1,25	1,24
Melko vaikeaa	1,35	1,20
Erittäin/hankalaa	1,60	1,36

p = selittävien tekijöiden tilastollinen merkitsevyys. Yksittäisten luokkien poikkeama viiteryhmästä 95 %:n luottamusvälin perusteella on merkitty lihavoinnilla.

todennäköisyyttä. Miehet eivät naisia todennäköisemmin nähneet naisten syrjintää Suomessa ja samaan suuntaan toimi eläkeläisyys. Jälleen perusasetta korkeampi koulutus ja etenkin hankaluudet kattaa menoja lisäsivät näkemystä. Miesten syrjintää näkivät menojensa kattamisen joko melko helpoksi tai erittäin vaikeaksi kokevat. Työttömyys ja eläkeläisyys vähensivät todennäköisyyttä. Tosin eläkeläisten ero työllisiin ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Koheesio (yhteisyys) – eriarvoa ja luottamusta koskevat mielipiteet

Suomalaisen yhteiskunnan eheyden eli koheesion tilaa selvitettiin kysymällä näkemyksiä suuri- ja pienituloisten eroista (yhteiskuntaluokkien välinen etäisyys) sekä luottamusta toisiin ihmisiin ja instituutioihin mittaavilla kysymyksillä. Vuonna 2013 aikuisista 78 prosenttia oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että rikkaiden ja köyhien välillä on liian suuri ero (taulukko 4). Verrattuna vuoteen 2004 näin ajattelevien osuus on kasvanut kuusi prosenttiyksikköä. Forman (2006) mukaan myös 1990-luvulla osuus oli samaa tasoa. Muutosta on siis pidettävä merkittävänä, sillä väestötasolla suuret asennemuutokset ovat harvinaisia ja tapahtuvat hitaasti. Väestötasolle suhteutettuna muutos tarkoittaisi sitä, että tätä mieltä oli lähes 250 000 henkilöä enemmän vuonna 2013 kuin yhdeksän vuotta aiemmin. Täysin eri mieltä väitteen kanssa oli kaksi vastaajaa sadasta, mikä sekin osuus oli puolittunut vuodesta 2004. Väestön näkemys saa tukea palkkatilastoista, joiden mukaan työmarkkinat ovat polarisoituneet niin, että työt keskittyvät entistä enemmän palkkajakauman ääripäihin. Keskipalkkaiset ammatit ovat vähentyneet 1990-luvun puolivälistä 2010-luvulle tultaessa, ja palkansaajat ovat jakautuneet pieni- ja suurituloisiin (Idman 2014).

Luottamusta on HYPA-tutkimuksessa kysytty varsin kirjavasti, ja vain vuodelta 2006 löytyy vertailutieto asenneväittämään ”Paras olla luottamatta keneenkään”. Sekä tuolloin että vuonna 2013 noin neljännes vastaajista oli tätä mieltä. Vuonna 2013 kaikkiaan 64 prosenttia arveli, että ”yhteiskunnassamme ihmiset luottavat toisiinsa” ja 48 prosenttia katsoi voivansa luottaa myös julkiseen valtaan ja hallintoon. Kansainvälisesti pohjoismaisten yhteiskuntien yhtenä vahvuutena pidetään luottamuksen korkeaa astetta, joka säteilee myös taloudelliseen kestävytyteen ruokkien maiden kimmoisuutta muutosten edessä (Valkonen & Vihriälä 2014).

TAULUKKO 9. 18–79-vuotiaiden suomalaisten yhteiskunnan koheesiota koskevia asenteita vuosina 2004, 2006 ja 2013, % (95 %:n luottamusvälit)

	2004		2006		2013	
	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV	%	95 %:n LV
Rikkaiden ja köyhien välillä on Suomessa liian suuri ero (täysin/jokseenkin samaa mieltä)	72,4	71,7-73,7			77,7	76,4-79,0
Paras olla luottamatta keneenkään (täysin/jokseenkin samaa mieltä)			27,4	26,1-28,7	25,6	24,3-26,9
Yhteiskunnassamme ihmiset luottavat toisiinsa (täysin/jokseenkin samaa mieltä)					64,4	62,9-65,9
Julkiseen valtaan ja hallintoon voi luottaa (täysin/jokseenkin samaa mieltä)					48,0	46,5-49,5

2004 (N = 4 136–4 307), 2006 (N = 4 447–4 530) ja 2013 (N = 4 061–4 205).

Yhteiskunnan eheyden taustatekijöitä analysoitiin mallintamalla edeltävät neljä väittämää (taulukko 10). Ikä, sukupuoli, koulutus ja toimeentulo olivat merkittävästi yhteydessä arvioon rikkaiden ja köyhien välisestä erosta. Eroa liian suurena pitivät vanhemmat vastaajat, naiset miehiä todennäköisemmin sekä vähemmän koulutetut (keski- tai perusasteen koulutustaso) todennäköisemmin kuin kor-

TAULUKKO 10. Rikkaiden ja köyhien välistä kuilua ja luottamusta koskeneet kysymykset taustatekijöiden mukaan (täysin/jokseenkin samaa mieltä -vastaukset) (OR)

	Rikkaiden ja köyhien ero liian suuri	Paras olla luottamatta keneenkään	Yhteiskunnassamme ihmiset luottavat toisiinsa	Julkiseen valtaan ja hallintoon voi luottaa
Ikä	p<0,001	p<0,001	p=0,01	p<0,001
18–79-v	1,02	1,03	0,99	0,99
Sukupuoli	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Nainen	1,00	1,00	1,00	1,00
Mies	0,74	1,39	1,30	1,28
Koulutus	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Perusaste	1,00	1,00	1,00	1,00
Keskiaste	0,97	0,77	1,20	1,06
Alempi korkea-aste	0,72	0,44	1,57	1,45
Ylempi korkea-aste	0,47	0,24	2,06	2,95
Työmarkkina-asema	p=0,09	p=0,93	p=0,83	p=0,004
Työssä	1,00	1,00	1,00	1,00
Työtön	0,78	0,98	1,05	1,27
Eläkkeellä	0,87	0,96	0,96	1,32
Asuinpaikka	p=0,10	p=0,44	p=0,16	p=0,70
Kaupungin keskustassa	1,00	1,00	1,00	1,00
Esikaupunkialueella tai lähiössä	1,11	1,04	0,99	1,01
Kuntakeskuksessa tai muussa taajamassa	1,36	1,18	0,87	0,93
Maaseudun haja-asutus tai kylässä	1,26	1,16	1,11	0,93
Menojen kattaminen	p<0,001	p<0,001	p=0,002	p<0,001
Hyvin/helppoa	1,00	1,00	1,00	1,00
Melko helppoa	1,46	0,88	0,93	0,78
Melko vaikeaa	1,94	1,27	0,76	0,57
Erittäin/hankalaa	2,20	1,63	0,64	0,38

p = selittävien tekijöiden tilastollinen merkittävyys. Yksittäisten luokkien poikkeama viiteryhmästä 95 %:n luottamusvälin perusteella on merkitty lihavoinnilla.

keasti koulutetut. Rikkaiden ja köyhien eron pitäminen liian suurena yleistyi lisäksi toimeentulon heiketessä. Toisin päin kuvattuna ne, jotka eivät pitäneet rikkaiden ja köyhien eroa liian suurena, olivat tyyppillisimmin nuoria, hyvin koulutettuja ja hyvin toimeentulevia miehiä.

Väittämään ”Paras olla luottamatta keneenkään” yhtyivät todennäköisimmin iäkkäämmät miehet, joilla oli vaikeuksia kattaa menojaan. Perusastetta korkeampi koulutus lisäsi erimielisyyttä väittämästä, joten iäkkäämmät ja vähän koulutetut, pienituloiset miehet katsovat parhaaksi olla luottamatta keneenkään.

Sen sijaan väittämään, että ”Yhteiskunnassamme ihmiset luottavat toisiinsa” yhtyi todennäköisimmin korkea-asteen koulutuksen saanut nuori mies. Vähiten kannatusta asia sai niiden iäkkäämpien miesten keskuudessa, joilla on ongelmia menojensa kattamisessa. Näkemykseen siitä, että ”Julkiseen valtaan ja hallintoon voi luottaa” yhtyivät muita todennäköisemmin korkea-asteen koulutuksen saaneet työttömät tai eläkkeellä olevat miehet. Vähiten samaa mieltä olivat jälleen iäkkäämmät henkilöt, joilla menojen kattaminen ei ollut helppoa ja etenkin he, joille se oli erittäin vaikeaa.

Iäkkäät ja vähän koulutetut miehet eivät siis näytä luottavan keneenkään, korkea-asteen koulutuksen saanut mies uskoo, että ihmiset luottavat toisiinsa. Julkiseen valtaan luotti korkeakoulutettu, työtön tai eläkkeellä oleva mies. Ikääntyneet, kouluttamattomat naiset puolestaan pitävät rikkaiden ja köyhien eroa liian suurena.

Pohdinta

Tässä tutkimuksessa tarkastelimme 18–79-vuotiaiden näkemyksiä yhteiskunnan sosiaalisesta kestävydestä, jota tarkasteltiin sosiaaliturvan tasoa, palvelujen tuotantoa, eriarvoa, syrjintää ja luottamuksen tilaa sekä ikääntyneiden hoivaa koskevan sukupolvisopimuksen kestävyttä koskevien mielipiteiden avulla. Ajallisia muutoksia tarkasteltiin vertaamalla tuoreimman, vuoden 2013 kyselyn tuloksia mahdollisuuksien mukaan aiempiin vastaaviin kyselyihin, joista varhaisin on vuodelta 2004. Myös tuolloin kartoitettiin hoivavastuuta ja eriarvoa koskevia asenteita. Päähavainnot suomalaisten hyvinvointivaltiota koskevista asenteista ja niiden muutoksista on tiivistetty oheiseen taulukkoon sosiaalisen kestävyden ulottuvuuksien mukaan jäsennettyinä.

Turvallisuus

- Liian korkeana sosiaaliturvan tasoa pitävien osuus ei ole muuttunut 2000-luvun puolivälistä.
- Halu käyttää enemmän verovarjoja sosiaaliturvaan ja sosiaali- ja terveyspalveluihin on vähentynyt.

Valtaistaminen

- Väestön kannatus palvelujen yksityistämiselle on vähentynyt selvästi vuodesta 2006 ja laskenut vuoden 2004 tasolle.
- Julkisten sosiaalipalvelujen arvostus ei ole vähentynyt.
- Terveyspalveluja arvostetaan hieman enemmän kuin sosiaalipalveluja.

Yhteiskunnan eheys

- Omaisten vastuun kannatus ikäihmisten hoivasta sekä päävastuullisena tai toiseksi tärkeimpänä vastuunkantajana on pysynyt ennallaan 2000-luvun puolivälistä. Iäkkäät eivät halua jäädä omaisten hoidettaviksi.
- Yksityisen sektorin kannatus iäkkäiden hoivan järjestäjinä on vähentynyt.
- Rikkaiden ja köyhien ero pitää liian suurena entistä suurempi osuus väestöstä.
- Neljännes väestöstä ajattelee, ettei keneenkään voi luottaa.
- Selvä enemmistö on sitä mieltä, että ihmisiin voi luottaa.
- Julkiseen valtaan ja hallintoon luottaa puolet väestöstä.

Osallisuus

- Syrjintää pidetään erittäin yleisenä.
- Ikääntyneisiin kohdistuva syrjintä on tuskin ainakaan vähentynyt.

Sosiaalisen kestävyuden näkökulmasta havaitut muutokset eivät viittaa siihen, että mikään erityinen kriisi olisi näköpiirissä. Sekä rahoitusta että palveluja koskevat muutokset ovat vähäisiä. Sosiaaliturvan tasoon ei kohdistu muospaineita. Suurin muutos on siinä, että verovarjoja ei haluta käyttää ainakaan enempää sosiaali- ja terveyspalveluihin tai sosiaaliturvan rahoittamiseen. Tämän voi tulkita kertovan siitä, että väestö on tietoinen taloudellisen kestävyuden haasteista, jotka seuraavat muun muassa väestörakenteen muutoksesta. EVA peräänkuuluttaa tuoreessa arvo- ja asennetutkimuksessaan Suomen uudistumista (Haavisto 2014). Toisaalta samaisen raportin tuloksissa näkyy myös tästä tutkimuksesta nousevaa tulkintaa pitkälle menevästä hyvinvointivaltion legitimitetistä. Esimerkiksi väittämää, että suomalainen hyvinvointivaltio on aina hintansa arvoinen, tuki talvella 2014 EVAn kyselyn vastaajista 76 prosenttia, mikä oli suurempi osuus kuin yhdesäkään 1990-luvun mittauksista (Haavisto 2014). Vuonna 1992 näin ajatteli vain 63 prosenttia vastaajista.

(Lisä)rahoitusta sosiaaliturvaan ja palveluihin ei siis odoteta. Väestö näyttääkin varsin valmiilta osallistumaan talkoisiin käyttämällä omaa omaisuutta ja säästöjä ikäihmisten hoivan järjestämiseen. Vapaaehtoisuuteen perustuvaa hoivan rahoitusta tuki kaksi kolmasosaa vastaajista, siihen pakottamista sen sijaan selvä vähemmistö, vain joka neljäs. Taloudellisen kestävyuden haasteet näytetään siis tunnistettavan, mutta on hieman yllättävää, että selvästi yhä harvempi kannattaa hyvinvointivaltion reformia niin, että yksityistä palvelutuotantoa lisättäisiin. Kun yksityisen palvelutuotannon kannatus on vähentynyt nopeasti vain muutamassa vuodessa, voi olettaa, että tämä arvostusten muutos heijastaa myös karvaimia kokemuksia palvelujen epäonnistuneista ulkoistuksista.

Tarkastelumme viitekehiksenä oli sosiaalisen kestävyuden malli, jonka lähtökohtana on teoria yhteiskunnan sosiaalisesta laadusta (v.d. Maesen & Walker 2005, 2012). Kun mielipiteitä arvioi yhteiskunnan sosiaalisen kestävyuden mittauksena, näyttää siltä, että yhteiskunnan eheys ja osallisuus ovat joiltakin osin koetuksella. Turvallisuuden ulottuvuudella, jota mitattiin sosiaaliturvan tasoa koskevalla kysymyksellä, tai valtaistamisen ulottuvuudella, jota kuvasivat palveluja koskevat kysymykset, tiedot viittasivat enemmän taloudellisen kuin sosiaalisen kestävyuden haasteisiin. Selvimpiä merkkejä sosiaalisen kestävyuden rakoilusta näkyy siinä, että pieni- ja suurituloisten eroja pitää liian suurena entistä suurempi joukko väestöstä ja että syrjintää pidetään yleisenä. Suurin osa suomalaisista katsoo eri väestöryhmiä syrjittävän ainakin jonkin verran. Hieman väestöryhmän mukaan vaihteli se, arveltiinko syrjintää esiintyvän paljon vai jonkin verran, mutta kaikkia kahdeksaa kysyttyä ryhmää vastaajista selvä enemmistö katsoi kuitenkin syrjittävän.

Käytimme eheyden mittana myös luottamuksesta kertovia kysymyksiä. Aikuisväestössä näyttää olevan verraten pysyvästi neljäsosa ihmisiä, jotka eivät luota toisiin ihmisiin lainkaan. Valtaosa – kaksi kolmasosaa vastaajista – kuitenkin katsoo, että yleensä ihmisiin voi luottaa. Luottamus on hyvä esimerkki siitä, miten keskeinen elementti sosiaalinen kestävyys on myös taloudellisen kestävyuden kannalta, sillä se vahvistaa yhteiskuntaa myös taloudellisten muutosten hallinnassa (Vihriälä & Valkonen 2014).

Julkiseen valtaan ja hallintoon luotti sen sijaan vain noin joka toinen vastaaja. Ero on tyypillinen sikäli, että luottamus abstrakteihin instituutioihin, joista väestöllä ei välttämättä ole kuin satunnaisia kokemuksia, on – ehkä ymmärrettävästikin – vähäisempää kuin arkielämässä jatkuvasti koeteltu luottamus toisiin ihmisiin. Julkisen hallintovallan kritiikki on myös varsin pysyvää. EVAn tutkimuksen mukaan vuonna 1984 yhtä suuri osa suomalaisista kuin vuonna 2014 oli samaa mieltä väitteen kanssa, että virkakoneistosta on tullut ihmisten hallitsija eikä palvelija (Haavisto 2014). Silti eurooppalaisessa vertailussa suomalaiset kuuluvat kärkijoukkoon niin luottamuksessa niin poliitikkoihin kuin juridiseen järjestelmään (Calmfors 2014).

Verrattuna julkisuudessa käytyyn keskusteluun, jota leimaavat näkemykset luottamuskriisistä hyvinvointivaltioon, julkiseen palvelujärjestelmään kohdistuva kritiikki ja yksittäiset kuvaukset vaikkapa palveluketjujen epäonnistumisesta, tämän tutkimuksen tulokset voivat vaikuttaa yllättäviltä. Tämä tutkimus perustui poikkeuksellisen kattavaan väestöaineistoon, joka edustaa suomalaista aikuisväestöä luotettavasti. Kysymyksissä sovellettiin myös vakiintuneita ja jo aiemmin koeteltuja muotoiluja, ja havaitut erot testattiin tilastollisesti perusjoukkoon suhteuttaen. Tiedotusvälineiden pikaisesti toteuttamien gallupien edustavuus sen sijaan on ajojin kyseenalainen, ja uutisoinnissa saatetaan korostaa epäolennaisen pieniä muutoksia tai havaintoja, joiden yhteiskuntapoliittinen merkitys on vähäinen, mutta uutisarvo korkea.

Koska tavoitteenamme oli ymmärtää yhteiskunnallisten asenteiden muotoutumista sosiaalisena prosessina, analysoimme myös sitä, millaiset sosiodemogra-

fiset tekijät selittävät väestön asenteita. Tältä osin on todettava yleisesti, että niin mallien selitysvaikutus kuin eri taustatekijöiden merkitys asenteiden ennustajina vaihteli suuresti asenteesta ja mielipiteestä toiseen. Analyysien yksityiskohdat on esitetty tulososiossa, mutta kokonaisuutena yleisimmin asenteita selittivät koulutus, ikä, sukupuoli ja tulot, joita arvioitiin toimeentulon riittävyttä koskevalla kysymyksellä. Työmarkkina-asema oli yhteydessä joihinkin asenteista, sen sijaan asuinpaikka vain kahdessa tapauksessa, jotka molemmat kiinnostavaa kyllä koskivat palvelutuotantoa. Asuinpaikka ei siis näytä juurikaan vaikuttavan väestön näkemyksiin yhteiskunnan sosiaalisesta kestävydestä. Tätä voi pitää hieman yllättävänä tuloksena, sillä maaseutuun yhdistetään usein tietynlainen arvokonservatiivisuus ja kaupunkilaisuuteen liberaalisuus. Tämän tutkimuksen teemat eivät suoraan liikkuneet konservatiivisuus-liberaalisuus-asteikolla, mutta esimerkiksi EVA raportoi selviä asukastiheyden mukaisia eroja myös muissa yhteiskunnallisissa asenteissa (Haavisto 2014). Tulosten ero selittyy sillä, että alueiden välisiä eroja sellaisinaan kuvaavat tutkimukset eivät ota huomioon muita sosiaalisen taustan eroja. Tässä tutkimuksessa vakioimme muut sosiodemografiset ominaisuudet, siis otimme huomioon sen, että maaseudulla asuu osin erilaista väkeä kuin vaikka kaupunkien keskustoissa, jolloin asuinpaikan mukaisia asenne-eroja ei havaittu. Ne siis johtuvat paljolti etenkin koulutuksen, iän, sukupuolen ja toimeentulon vaikutuksesta asenteisiin.

Ei ole yllättävää, että etenkin koulutus, ikäänntyminen ja sukupuoli muokkaavat ihmisten asennemaailmaa. Myös tulotaso vaikuttaa ymmärrettävästi paitsi asenteisiin myös altistaa erilaisille kokemuksille sosiaaliturvajärjestelmästä ja heijastuu palveluita koskeviin odotuksiin. Nämä taustatekijät kuvaavat niitä erilaisia rooleja, joita kansalaisilla on hyvinvointivaltiollisina toimijoina. Koulutus, ikä, sukupuoli ja tulotaso muokkaavat näin ollen myös väestön intressejä sen mukaan, kuinka eri väestöryhmät sijoittuvat yhteiskunnan rakenteeseen (Forma 2006; Vaarama & Moisio 2009).

Päätelmät

Vaikka sekä taloudellisen että sosiaalisen kestävyuden ongelmat tunnustetaan, hyvinvointivaltio ei ole väestön mielipiteiden valossa kriisissä tai kriisin uhan alla. Ikäihmiset edellyttävät kuitenkin saavansa tarvitsemansa hoivapalvelut, eivätkä he halua jäädä omaistensa hoidettaviksi. Ne, joilla siihen on varaa, ovat myös valmiita käyttämään varallisuuttaan hoivansa rahoittamiseen. Päätöksenteon kannalta on huomionarvoista, että suomalaiset antavat pikemminkin mandaatin jatkaa nyky-mallisen hyvinvointivaltion kehittämistä kuin edellyttäisivät ”uuden hyvinvointivaltio-Suomen” keksimistä. Väestön näkökulmasta suurimmat huolenaiheet liittyvät luottamuksen rakoiluun ja eriarvon kasvuun pikemmin kuin sosiaaliturvaan tai julkisen vallan ylläpitämiin palveluihin.

Viite

- 1 Palvelut tulkitaan tässä terveydellä ja hyvinvoinnilla valtaistamiseksi ja/tai sen puutteeksi.

Lähteet

- Calmfors, Lars (2014) How well is the Nordic model doing? Recent performance and future challenges. Teoksessa Tarmo Valkonen & Vesa Vihriälä (toim.): The Nordic model - challenged but capable of reform. TemaNord 2014:531. Copenhagen: Nordic Council of Ministers, 17–89.
- Forma, Pauli (2006) Niin hyvinä kuin huonoinakin aikoina – suomalaisten sosiaalipoliittikkaa koskevat mielipiteet vuonna 2004. Teoksessa Mikko Kautto (toim.): Suomalaisen hyvinvointi 2006. Helsinki: Stakes, 160–181.
- Haavisto, Ilkka (2014) Neljäs Suomi. EVAn arvo- ja asennetutkimus 2014. Helsinki: EVA.
- Helne, Tuula & Hirvilampi, Tuuli & Alhanen, Kai (toim.) (2014) Kriisi-istunto. Dialogi ekologiseen hyvinvointivaltioon siirtymisestä. Helsinki: Kela.
- Helne, Tuula & Hirvilampi, Tuuli & Laatu, Markku (2012) Sosiaalipoliittikka rajallisella maapallolla. Helsinki: Kela.
- Idman, Mika (2014) Suomen palkkaerot ovat pysyneet pieninä – palkkojen hajonta kuitenkin kasvaa. Hyvinvointikatsaus 25, 14–18.
- Kautto, Mikko & Metso, Laura (2008) Sosiaalinen kestävyys – uusi poliittinen horisontti. Yhteiskuntapolitiikka 73(4), 411–420.
- Liukko, Jyri (2014) Vakuutusyhteiskunta tänään – julkisen ja yksityisen rajankäyntiä. Hyvinvointikatsaus 25, 29–35.
- Pieper, Richard & Vaarama, Marja & Karvonen, Sakari (2014) An integrated, theory-based approach to social sustainability: The SOLA model. Esitys konferenssissa: The 12th annual ESPAnet conference, September 4–6, 2014 Oslo.
- Sihvo, Tuire & Uusitalo, Hannu (1995) Attitudes towards the welfare state have several dimensions. Scandinavian Journal of Social Welfare 4(4), 215–223.
- Svallfors, Stefan (2011) A bedrock of support? Trends in welfare state attitudes in Sweden, 1981-2010. Social Policy & Administration 45, 806–825.
- Taylor-Gooby, Peter (2001) Sustaining state welfare in hard times: Who will foot the bill? Journal of European Social Policy 11(2), 133–147.
- Vaarama, Marja (2013) Kaikenikäisille hyvä Suomi. Sukupolvipoliittikalla sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävään hyvinvointiyhteiskuntaan. Työpäperi 18/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Vaarama, Marja (2011) The SOLA project: Monitoring social sustainability. Haettu 17.9.2014 osoitteesta <http://www.slideshare.net/THLfi/sola-dec-2011>
- Vaarama, Marja (2009) Poliittisesta kestäväydestä. Teoksessa Marja Vaarama (toim.) Ikääntyminen riskinä ja mahdollisuutena. Poliittisen kestävyuden alaryhmän raportti. Raportteja 3. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.
- Vaarama, Marja & Moisio, Pasi (2009) Hyvinvointivaltiomallin legitimitteetti. Teoksessa Marja Vaarama (toim.): Ikääntyminen riskinä ja mahdollisuutena. Poliittisen kestävyuden alaryhmän raportti. Raportteja 3. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.
- Walker, Alan (toim.) (1996) The new generational contract: intergenerational relations, old age and welfare. London: Routledge.
- van der Maesen, Laurent & Walker, Alan (2012) Social quality. From theory to indicators. New York: Palgrave McMillan.
- van der Maesen, Laurent & Walker, Alan (2005) Indicators of social quality: Outcomes of the European scientific network. European Journal of Social Quality, 5(1/2), 8–24.
- Vihriälä, Vesa & Valkonen, Tarmo (toim.) (2014) The Nordic model - challenged but capable of reform. TemaNord 2014:531. Copenhagen: Nordic Council of Ministers.

Köyhyys- ja syrjäytymisriski Suomessa EU2020-tavoitteen valossa

Suomi on sitoutunut EU2020-strategian mukaisesti vähentämään köyhyys- ja syrjäytymisriskissä olevien määrää 150 000 henkilöllä. EU2020-strategian toteutumisen seurantaan on luotu uusi köyhyys- ja syrjäytymisriskiä kuvaava mittari, joka koostuu kolmesta ulottuvuudesta: tuloköyhyys, vakava materiaallinen puute ja vajaatyöllisyys. Talouskriisin seurauksena köyhyys- ja syrjäytymisriskissä olevien määrä on tavoitteen vastaisesti kuitenkin kasvanut useissa maissa. Suomessa ei ole juurikaan tapahtunut edistystä köyhyyden vähentämistavoitteen saavuttamisessa vuosina 2008–2012. Tämä selittyy vajaatyöllisten kotitalouksien määrän kasvulla. Sen sijaan materiaalisesta puutteesta tai tuloköyhyydestä kärsivien ihmisten väestöosuus on laskenut hieman. Köyhyys- ja syrjäytymisriskin eri ulottuvuuksien päällekkäisyys on pysynyt samana.

Suomalaisten Hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -kysely mahdollistaa suomalaisen elinolojen, hyvinvoinnin ja hyvinvointipalvelujen käytön trendien seuraamisen ja analysoinnin kuluneen vuosikymmenen ajalta. Ajallisen muutoksen lisäksi kiinnostavaa on, millaiset suomalaisten elinolot ja hyvinvoinnin taso ovat muihin maihin verrattuna. Maiden välisten vertailujen avulla on mahdollista arvioida suomalaisen hyvinvointivaltion kykyä ja tehokkuutta toimia väestön hyvinvoinnin edistämiseksi ja köyhyyden vähentämiseksi. Eurooppalaiset vertailut ovat mahdollisia Euroopan unionin maat kattavan EU-SILC-kyselyn (The European Union Statistics on Income and Living Conditions) avulla. EU-SILC-kyselyn tarkoituksena on tuottaa tilastotietoja ja tutkimusaineistoa elinolojen, köyhyyden ja syrjäytymisen kehityksestä EU-maissa.

Euroopan unioni asetti vuonna 2010 ensimmäisen määrällisen tavoitteen köyhyyden ja syrjäytymisen vähentämiseksi EU2020-strategiassaan. Tavoite on vähentää köyhyys- ja syrjäytymisriskissä olevien määrää EU:ssa 20 miljoonalla vuoteen 2020 mennessä. Tavoitteen toteutumisen seuraamiseksi sovittiin, että köyhyys- ja syrjäytymisriskissä olevien joukkoa arvioidaan kolmen indikaattorin valossa. Indikaattorit kuvaavat suhteellista tuloköyhyyttä, aineellista puutetta ja kotitalouden vajaatyöllisyyttä. Jäsenvaltiot saivat lisäksi asettaa kansallisia tavoitteita. Suomi sitoutui EU2020-tavoitteeseen laatimalla kansallisen suunnitelman suhteellisessa köyhyydessä ja syrjäytymisvaarassa olevien vähentämiseksi 150 000 henkilöllä vuoteen 2020 mennessä (Valtiovarainministeriö 2011).

Jo ensimmäisestä, vuoden 1975 köyhyysohjelmasta alkaen Euroopan unioni on korostanut köyhyyden vähentämistä tärkeänä osana toimintansa tavoitteita (Euroopan komissio 1975). Osana Lissabonin strategiaa (2000–2010) nostettiin sosiaalipolitiikka talous- ja työllisyyspolitiikan rinnalle. Vuonna 2010 alkaneessa älykkääseen, kestäväan ja osallistavaan kasvuun tähtäävässä EU2020-strategiassa köyhyyden vähentäminen nostettiin yhdeksi viidestä päätavoitteesta. Päätavoitteet ovat 1) työllisten osuuden nostaminen 75 prosenttiin 20–64-vuotiaiden keskuudessa, 2) tutkimus- ja kehitystoimintaan osoitettavan rahoituksen osuuden nostaminen kolmeen prosenttiin EU:n bruttokansantuotteesta, 3) kasvihuonepäästöjen vähentäminen, energiatehokkuuden kasvattaminen ja uusiutuvien energiamuotojen osuuden lisääminen EU:n energiankulutuksesta. Lisäksi tavoitteena on 4) pienentää koulunkäynnin keskeyttävien osuutta alle 10 prosenttiin ja kasvattaa korkea-asteen tutkinnon suorittaneiden osuutta vähintään 40 prosenttiin. Strategian viidentenä tavoitteena on 5) vähentää köyhyys- ja syrjäytymisriskissä olevien määrää EU:ssa 20 miljoonalla vuoteen 2020 mennessä. (Eurooppa-neuvosto 2010.)

Tavoitetta on kiitetty siitä, että se on käytännön tasolla merkittävä ele. Tavoite on ensimmäinen Euroopan unionin asettama määrällinen sosiaalitaloite sen historiassa (ks. Kuivalainen & Palola (2013) Euroopan unionin köyhyys- sekä sosiaalipolitiikan kehittymisestä). Käynnissä oleva talouskriisi ja sen seurauksena tapahtuneet muutokset köyhyysasteissa ovat kuitenkin vaikeuttaneet tämän

tavoitteen saavuttamista (Euroopan komissio 2012). Toisaalta keskustelua on herättänyt myös se, että EU2020-tavoitteen toteutumista seuraavan köyhyys- ja syrjäytymisriskimittarin on osoitettu kuvaavan paikoitellen heikosti ja jähmeästi talousmuutosten sosiaalisia vaikutuksia. Väestötason muutoksia kuvaavat keskiarvoluvut eivät välttämättä ole kovin herkkiä hyvinvointijakauman ääripäissä tapahtuville muutoksille esimerkiksi talouskriisin oloissa. Talouskriisin sosiaalisten seurausten analysoimiseen onkin esitetty muun muassa viitebudjetteihin perustuvia köyhyysmittareita, jotka ottavat huomioon kotitalouksien todellisen ostovoiman muutokset ja kuvaavat paremmin kansallisten tulonsiirtojärjestelmien köyhyyttä vähentävän vaikutuksen ja sen muutokset (ks. Storms ym. 2013).

Köyhyys- ja syrjäytymisriskin mittari AROPE

EU2020-strategian sosiaalitavoitteen köyhyys- ja syrjäytymisriskiä kuvaava mittari AROPE (*at-risk-of poverty or social exclusion*) koostuu kolmesta ulottuvuudesta: suhteellinen tuloköyhyys, vakava materiaallinen puute sekä vajaatyöllisyys. Vielä Lissabonin strategian aikaan köyhyyttä ja syrjäytymistä tarkasteltiin pääasiassa vain tulojen kautta. AROPE-mittarin mukaan henkilö elää köyhyys- ja syrjäytymisriskissä, jos hän on yhdenkin mainitun ulottuvuuden perusteella köyhä tai syrjäytynyt. Esimerkiksi henkilön katsotaan olevan AROPE-mittarin mukaan köyhyys- ja syrjäytymisriskissä, jos hän asuu vajaatyöllisessä kotitaloudessa, vaikka hän ei tulojen perusteella olisi köyhyysriskissä eikä kokisi vakavaa materiaalista puutetta. Uuden mittarin on kuvattu olleen poliittisen kamppailun tulos ja kompromissi eri ulottuvuuksien välillä (Copeland & Daly 2012). Tämän lisäksi jäsenmaat voivat painottaa eri ulottuvuuksia halunsa mukaan sekä tämän seurauksena määrittellä sitä, kuinka kunnianhimoisesti köyhyudessa tai syrjäytyneinä elävien lukumäärää halutaan vähentää (Copeland & Daly 2012).

Ensimmäinen köyhyys- ja syrjäytymisriskimittarin ulottuvuuksista on suhteellinen tuloköyhyys (*at-risk-of poverty*). Suhteellisen tuloköyhyyden mittaaminen perustuu kotitalouden tulojen etäisyydelle keskimääräisestä tulosta. Henkilön katsotaan olevan suhteellisessa köyhyudessa, jos kotitalouden ekvivalentit¹ käytettävissä olevat tulot ovat alle 60 prosenttia käytettävissä olevien tulojen kansallisesta mediaanista. Tätä mittaria on pidetty tärkeänä jo Lissabonin strategian ensimmäisistä vuosista lähtien ja Eurostat on julkaissut vuosittaista tilastoa suhteellisen tuloköyhyyden kehittämisestä jäsenmaissaan jo 1990-luvulta saakka (ks. Atkinson ym. 2002). Tilastokeskus käyttää suhteellisen tuloköyhyyden mittarista suomenkielistä käännöstä ”pienituloisuusaste”. Mittarista esiintyy myös suomennos ”suhteellinen köyhyysriski”.

Toinen köyhyys- ja syrjäytymisriskimittarin ulottuvuuksista perustuu vakavaan materiaaliseen puutteeseen (*severe material deprivation*). Kotitalouden katsotaan elävän vakavassa materiaalissa puutteessa, jos kotitalous kokee tahottomaan puutetta vähintään neljällä materiaalisen puutteen ulottuvuudella yh-

deksästä. Nämä ulottuvuudet ovat: kotitaloudella ei ole varaa 1) puhelimeen, 2) pesukoneeseen, 3) televisioon, 4) autoon, 5) liha-, kala-, kana- tai vegetariaaniseen vaihtoehtoruokaan joka toinen päivä, 6) viikon lomaan vuodessa, 7) pitää kotiaan riittävän lämpimänä, 8) maksaa yllättäviä menoja ja 9) laskujen ja lainojen hoidossa on ongelmia. Nämä tiedot on kerätty kotitalouksia haastatteleamalla. Materiaalisen puutteen tarkasteleminen antaa mahdollisuuden mitata puutetta suoraan eikä epäsuorasti pienien tulojen kautta, jolloin esimerkiksi säästöt jäävät huomioimatta. Mittarissa köyhyysraja on sama kaikissa maissa, joten se on tulo- köyhyysmittaria tarkempi keino tarkastella maiden välisiä elintasoeroja (Calvert & Nolan 2012, 8).

Köyhyys- ja syrjäytymismittarin kolmas ulottuvuus on vajaatyöllisyys (*low work intensity*). Se perustuu tutkimusvuoden aikaiseen kotitalouksien jäsenten työssäkäyntiin. Mikäli henkilö asuu kotitaloudessa, jonka 18–59-vuotiaat jäsenet työskentelevät alle 20 prosenttia kotitalouden mahdollisesta täystyöllisyydestä, hänen katsotaan asuvan vajaatyöllisessä kotitaloudessa. Kotitalouden täystyöllisyyden laskenta perustuu kaikille kotitalouden työhön käytössä olleille kuukausille. Mittarin laskennassa 18–24-vuotiaita opiskelijoita ei lasketa työikäisten henkilöiden joukkoon. Vajaatyöllisyyttä kuvaavan indikaattorin on arvioitu olevan enemmänkin köyhyyteen johtava tekijä kuin sen indikaattori (Nolan & Whelan 2011). Vajaatyöllisyysindikaattorin yläikärajaa (59 vuotta) sekä leikkauspistettä (20 prosenttia kotitalouden täystyöllisyydestä) on arvioitu liian mataliksi (Ward & Ozdemir 2013). Ward ja Ozdemir (2013) huomauttavatkin, että EU2020-strategian työllisyystavoitteessa työikäisten yläikärajana on 64 vuotta.

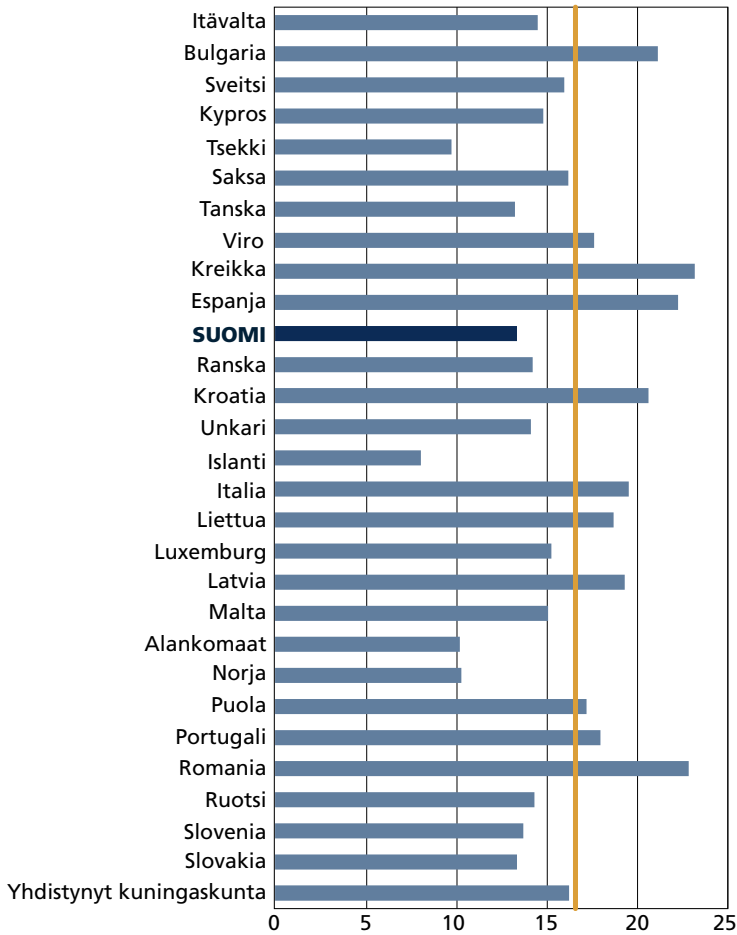
Kolmesta mittarista koostuva AROPE-mittari on osittain vastaus köyhyys-tutkimukseen kohdistuneelle kritiikille, joka on koskenut erityisesti vain tulojen käyttämistä köyhyyden mittaamisessa. Tämän lisäksi eri ulottuvuuksien hyödyntäminen vastaa yleisesti omaksuttua käsitystä siitä, että köyhyys on moniulotteinen ilmiö (mm. Atkinson ym. 2002; Nolan & Whelan 2007). On myös arvioitu, että tulot eivät ole riittävä köyhyysindikaattori laajentuneessa Euroopan unionissa, sillä vanhat köyhyysmittarit eivät kykene tavoittamaan aikaisempaa suurempia elintasoeroja rikkaimpien ja köyhimpien jäsenmaiden välillä (Guio 2005). Suhteelliset köyhyysrajat ovat varakkaimmissa jäsenmaissa korkeammat kuin keskimääräinen tulo köyhimmässä jäsenmaissa (esim. Marlier ym. 2007). Tässä yhteydessä on esitetty, että köyhyyttä ei tulisi mitata Euroopan unionissa kansallisilla köyhyysrajoilla vaan pikemminkin yhdellä EU-tason rajalla (esim. Fahey 2007). Joskin EU-tason köyhyysraja ei ole välttämättä yhteen sovitettavissa itse suhteellisen köyhyyden määritelmän kanssa, jossa resurssien puutetta tarkastellaan aina suhteessa siihen yhteiskuntaan ja sen elintasaan, jossa henkilö elää (Marlier ym. 2007, 154–155; Whelan & Maître 2009). Myös AROPE-mittaria on tarkasteltu kriittisesti (esim. Guio ym. 2012; Maître ym. 2013; Nolan & Whelan 2011; Ward & Ozdemir 2013). Kritiikki on koskenut myös ylipäänsä indikaattorin kykyä mitata lyhyen aikavälien muutoksia (Olkkonen & Sauli, 2013).

Suhteellisen köyhyyden ja syrjäytymisuhan vähentämisen tavoitetta seuraavat indikaattorit perustuvat EU-SILC-aineistoon (European Union Statistics on Income and Living Conditions), joka on ensisijainen aineisto tulojen ja elinolojen seurantaan ja tutkimukseen Euroopan unionissa. Aineistoa on kerätty vuodesta 2004 saakka, ja vuodesta 2005 lähtien mukana ovat olleet kaikki Euroopan unionin jäsenmaat. Vuosittain kerättävä aineisto sisältää tietoa muun muassa kotitalouksien tuloista, asumisesta, terveydestä, koetusta puutteesta ja työtilanteesta. Tiedot kerätään rekistereistä ja kotitalouksia jäseniä haastatteleamalla. Aineisto mahdollistaa EU2020-strategian mukaisen köyhyyden vähentämistavoitteen seurannan strategian alusta saakka. Käytetyssä EU-SILC-aineistossa mukana olleet maat on lueteltu kuvioissa 1–4.

Köyhyys- ja syrjäytymisriski Suomessa ja muissa Euroopan maissa

Seuraavaksi tarkastellaan köyhyys- ja syrjäytymisriskin esiintyvyyttä Suomessa ja muissa Euroopan maissa. Tarkastelussa keskitytään vuoden 2012 tilanteeseen ja EU2020-strategian mukaisen köyhyyden vähentämistavoitteen kehittymiseen seurannan ensimmäisten vuosien aikana AROPE-mittarin avulla. Suomessa tuloiltaan köyhiä oli 13,2 prosenttia väestöstä vuonna 2012 (kuvio 1). Suomessa tuloköyhiä oli selkeästi alle Euroopan unionin painottamattoman keskiarvon², jota kuvaa kuviossa 1 musta vaakaviiva. Suomea pienempää tuloköyhyys oli viidessä Euroopan maassa (Alankomaissa, Islannissa, Norjassa, Tanskassa ja Tšekissä). Slovakiassa tuloköyhyys oli yhtä yleistä kuin Suomessa. Suurinta tuloköyhyys oli Romaniassa, Bulgariassa, Espanjassa, Kreikassa ja Kroatiassa. Maiden hyvinkin erilaisiin tulotasoihin verrattuna suhteelliset köyhyysriskit ovat kaiken kaikkiaan melko lähellä toisiaan Euroopassa (Kainu & Niemelä 2014).

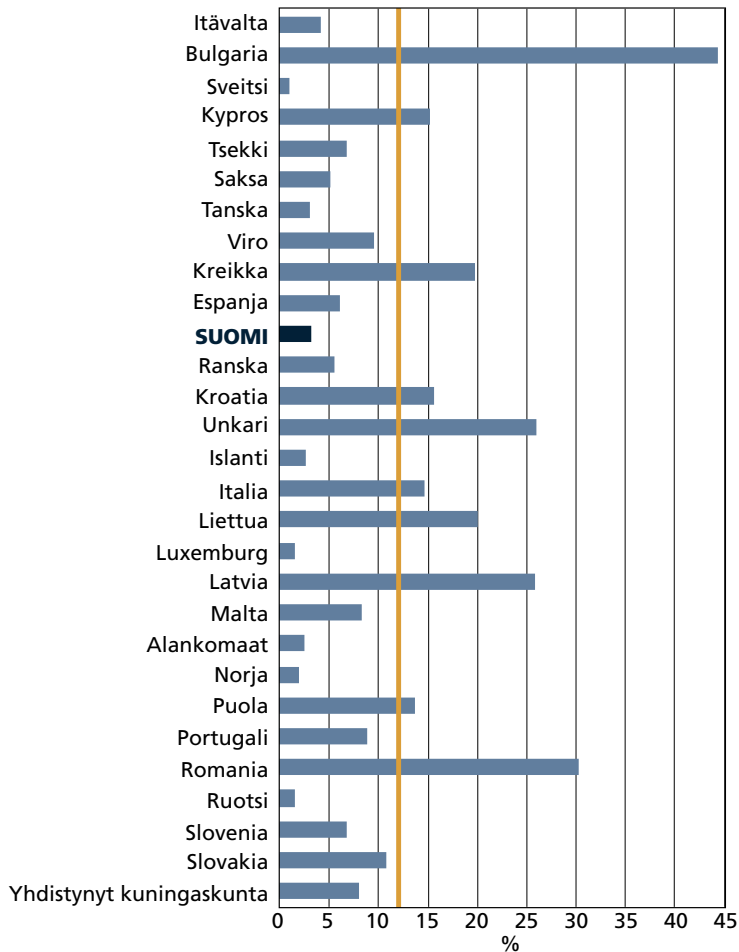
Kuviossa 2 tarkastellaan vakavaa materiaalista puutetta Suomessa ja muissa Euroopan maissa. Tällä indikaattorilla mitattuna maiden välillä on selvästi enemmän eroja kuin tuloköyhyydellä mitattuna. Tätä selittää se, että vakavan materiaalsen puutteen mittarissa köyhyysraja on kaikille EU-maille sama eli neljä yhdeksästä materiaalsen puutteen ulottuvuudesta. Suomessa vakava materiaalsen puute on erityisen vähäistä. Suomalaisista 2,9 prosenttia koki vakavaa materiaalista puutetta vuonna 2012. Tämä oli selvästi alle Euroopan unionin maiden keskiarvon (12,0 %). Kuitenkin seitsemässä maassa vakava materiaalsen puute oli vielä Suomeakin vähäisempää (Alankomaat, Islanti, Luxemburg, Norja, Ruotsi, Sveitsi ja Tanska). Erityisen korkeaa vakava materiaalsen puute oli Bulgariassa, Latviassa, Unkarissa ja Romaniassa. Suomen väestöllä puuteulottuvuuksista tehdyn summaindeksin, joka saa arvoja välillä 0–9, keskiarvo oli 0,7 ja koko Euroopan Unionissa 1,3. Toisin sanoen sekä Suomessa että Euroopan unionissa suuri osa väestöstä ei koe lainkaan puutetta yhdenkään materiaalsen puutteen ulottuvuuden perusteella.



Lähde: EU-SILC UDB 2012.

KUVIO 1. Suhteellinen tuloköyhyysaste Suomessa ja muissa Euroopan maissa (prosenttia väestöstä).

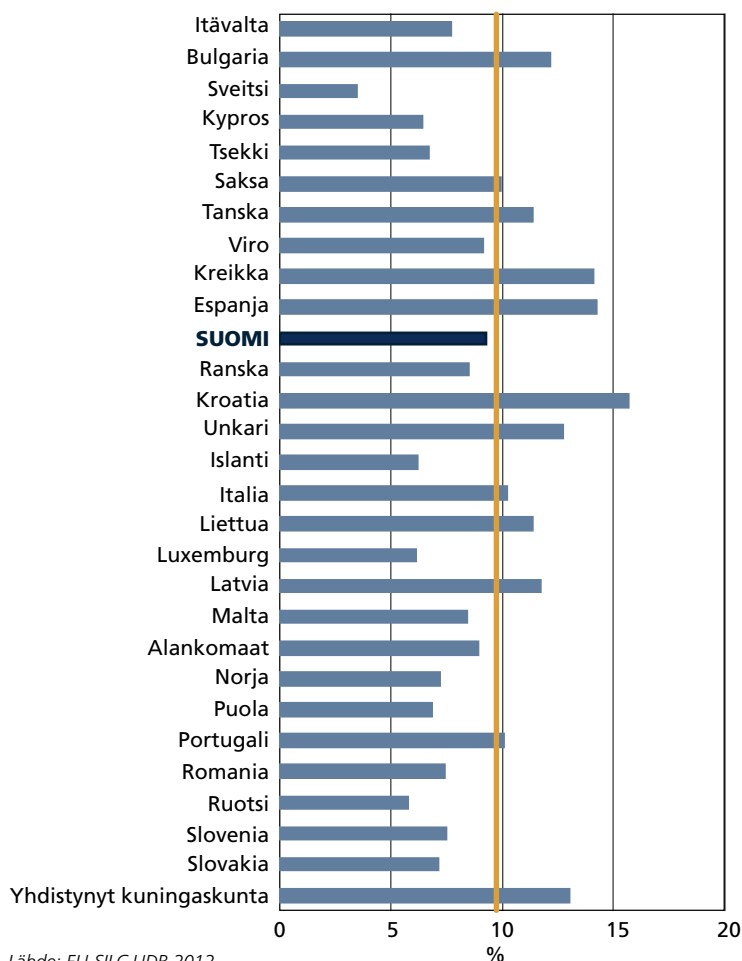
Köyhyys- ja syrjäytymisriskin kolmannen ulottuvuuden, vajaatyöllisyyden, perusteella Suomi sijoittuu hieman muita ulottuvuuksia huonommin muihin maihin verrattuna (kuviot 3). Suomessa vajaatyöllisyys on vain hieman Euroopan unionin painottamatonta keskiarvoa matalampaa. Suomessa vajaatyöllisissä kotitalouksissa asui 9,3 prosenttia 0–59-vuotiaasta väestöstä. Kuitenkin 12 maassa vajaatyöllisyys on Suomea yleisempää. Erityisen korkeaa vajaatyöllisyys oli Kreikassa, Espanjassa ja Kroatiassa. Näiden lisäksi Irlanti, joka ei ole tässä tarkastelussa mukana, on erottunut erittäin korkean vajaatyöllisyyden perusteella (esim. Euroopan komissio 2012, 147). Matalinta vajaatyöllisyys oli Islannissa, Kyproksessa, Luxemburgissa, Ruotsissa, Sveitsissä ja Tšekissä.



Lähde: EU-SILC UDB 2012.

KUVIO 2. Vakava materiaallinen puute Suomessa ja muissa Euroopan maissa (prosenttia väestöstä).

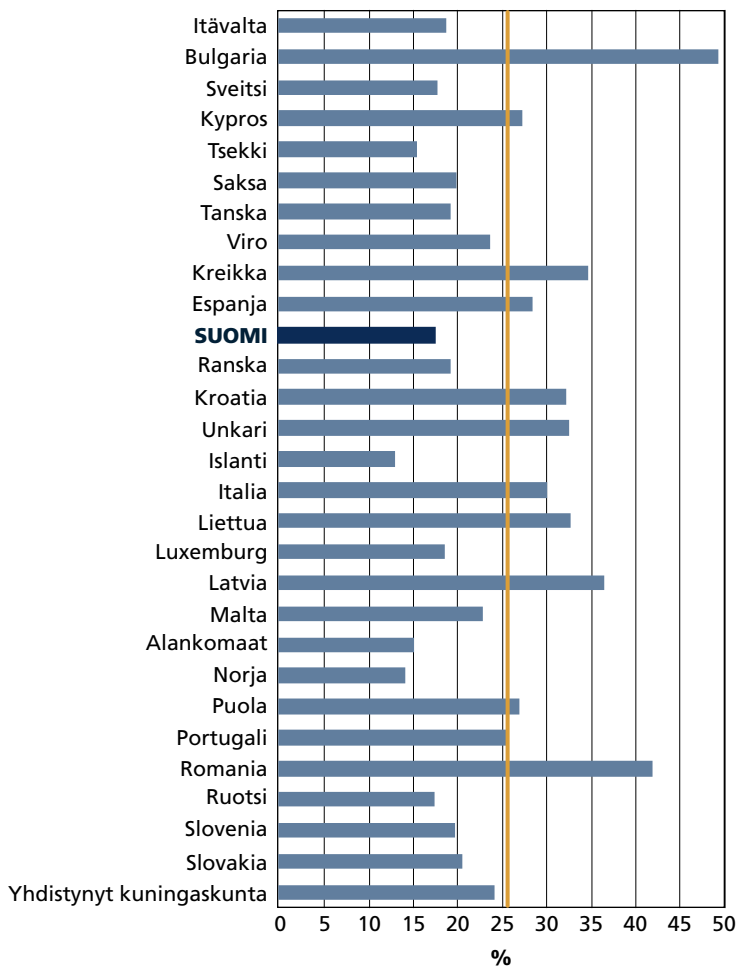
Kuviossa 4 esitetään kaikkien kolmen edellisten mittarien yhdessä muodostaman AROPE-mittarin mukainen tilanne köyhyys- ja syrjäytymisriskistä Euroopassa. AROPE-mittarin perusteella Suomen väestöstä 17,2 prosenttia eli köyhyys- ja syrjäytymisriskissä vuonna 2012. Henkilöinä tämä teki lähes 920 000. Suomessa on köyhyys- ja syrjäytymisriskissä selvästi vähemmän ihmisiä kuin Euroopan unionin maissa keskimäärin. Vain viidessä maassa oli pienempi osa väestöstä köyhyys- ja syrjäytymisriskissä kuin Suomessa. Köyhyys- ja syrjäytymisriski oli suurinta Bulgariassa, Latviassa, Kreikassa ja Romaniassa. Maiden välillä ei köyhyys- ja syrjäytymisriskissä ole kovinkaan paljon eroa, sillä kolmen eri ulottuvuuden käyttö yhdessä mittarissa tasoittaa maiden välisiä eroja. Rikkaimmissa maissa etenkin



KUVIO 3. Vajaatyöllisyys Suomessa ja muissa Euroopan maissa (prosenttia 0–59-vuotiaista, jotka asuvat kotitalouksissa, joissa on työikäisiä aikuisia).

tuloköyhyys nostaa köyhyys- ja syrjäytymisriskin astetta. Vastaavasti köyhyys- ja syrjäytymisriskissä elävien osuutta väestössä nostaa osassa Itä-Euroopan maita suhteellisen korkea materiaallinen puute ja Irlannissa sekä Iso-Britanniassa korkea vajaatyöllisyys. Yleisesti ottaen vauraimpien eurooppalaisten maiden ongelma on tuloköyhyys ja köyhimpien vakava materiaallinen puute (Kuivalainen & Palola 2013).

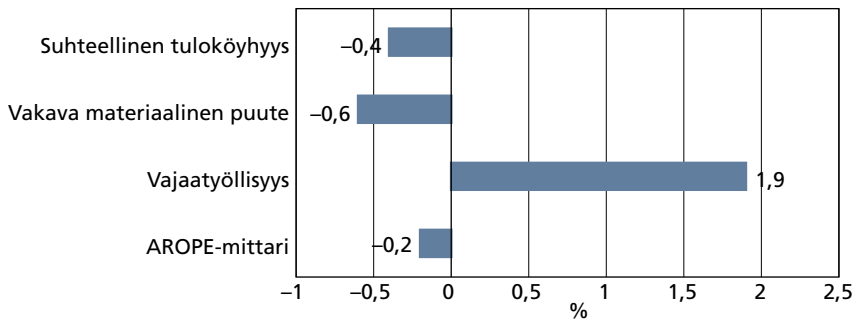
AROPE-mittarilla tarkasteltuna köyhyys- ja syrjäytymisriskissä olevien osuudessa ei ole tapahtunut juurikaan muutosta Suomessa EU2020-strategian seurantaajakson aikana vuosina 2008–2012³ (kuvio 5). Köyhyys- ja syrjäytymisriskissä elävien väestöosuus on vähentynyt vain hieman, mutta kehitys on ollut erilaista



Lähde: EU-SILC UDB 2012.

KUVIO 4. Köyhyys- ja syrjäytymisriskissä (AROPE-mittari) elävän väestön osuus Suomessa ja muissa Euroopan maissa (prosenttia väestöstä).

mittarin eri ulottuvuuksilla. Suhteellinen tuloköyhyys on laskenut hieman Suomessa. Samoin vakavan materiaallisen puutteen yleisyys on laskenut. Sen sijaan vajaatyöllisissä kotitalouksissa asuvien osuus on kasvanut selvästi. Toisin sanoen aikaisempaa enemmän ihmisiä asuu kotitalouksissa, joissa työikäiset aikuiset työskentelevät vain vähän. Kehityksen taustalla on kansainvälinen talouskriisi ja sen seurauksena kasvanut työttömyys. AROPE-mittarin yksittäisissä ulottuvuuksissa tapahtuneet muutokset eivät näy välttämättä johdonmukaisesti köyhyys- ja syrjäytymisriskissä olevien määrän muutoksina, sillä kotitalous määrittyy köyhyys- ja syrjäytymisriskissä olevaksi jo yhdenkin ulottuvuuden perusteella.



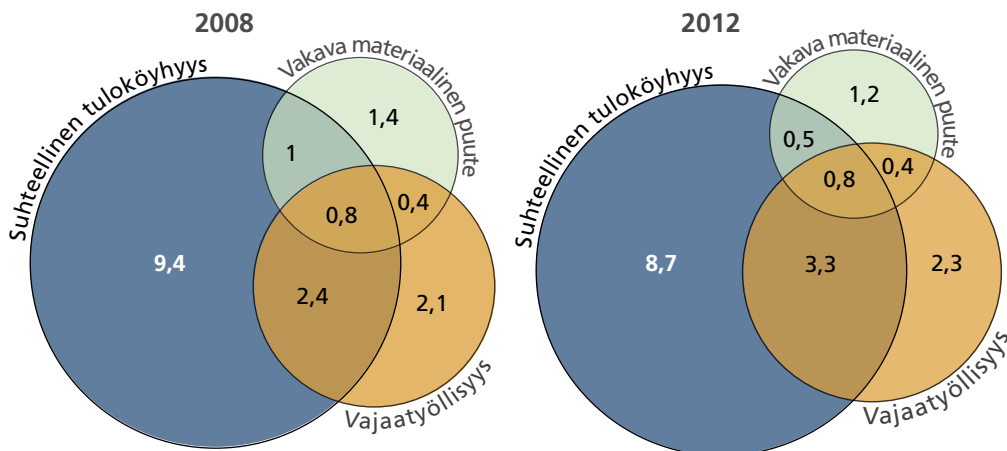
Lähde: EU-SILC UDB 2012.

KUVIO 5. Muutos prosenttiyksiköissä köyhyys- ja syrjäytymisriskissä Suomessa, 2008–2012.

Valtaosassa Euroopan maista on AROPE-mittarilla tarkasteltuna tapahtunut köyhyys- ja syrjäytymisriskin kasvua. Erityisesti Baltian maissa ja Välimeren maisa köyhyys- ja syrjäytymisriski on kasvanut. Kehitys ei kuitenkaan ole ollut täysin ennako-odotusten mukaista. Esimerkiksi Islannissa riski on kasvanut vähemmän kuin Tanskassa. Kriisimaaksi miellettyssä Portugalissa on köyhyys- ja syrjäytymisriskissä olevien osuus väestöstä jopa laskenut. (Olkkonen & Sauli 2013; ks. myös Kainu & Niemelä 2014.) Suomen ero eurooppalaiseen keskitasoon on viime vuosina kaventunut, sillä etenkin uusissa jäsenvaltioissa köyhyys- ja syrjäytymisriski on selvästi vähentynyt (Kuivalainen & Palola 2013).

Seuraavaksi tarkastellaan köyhyys- ja syrjäytymisriskimittarin eri ulottuvuuksien päällekkäisyyksiä Suomessa vuosina 2008 ja 2012 Venn-kuvioiden avulla (kuvio 6) (vrt. Heikkilä 1990, 77, 183). Kukin iso ympyrä kuvaa yhtä AROPE-mittarin ulottuvuutta. Ulottuvuudet ovat osittain päällekkäisiä, sillä osa väestöstä on samanaikaisesti usealla ulottuvuudella määriteltynä köyhiä tai syrjäytyneitä. Kaikkien kolmen ympyrän sisällä olevat ovat huono-osaisia kaikilla kolmella ulottuvuudella mitattuna.

Venn-kuviosta voidaan havaita, että ulottuvuuksien päällekkäisyys ei ole Suomessa suurta. Tämä pätee Euroopan unioniin kokonaisuudessaankin (esim. Euroopan komissio 2011, 17). Alle prosentti suomalaisista on kaikilla kolmella AROPE-mittarin ulottuvuudella köyhyys- ja syrjäytymisriskissä. Tätä selittää osin se, että yli 59-vuotiaista koostuvia kotitalouksia sekä nuoria opiskelijakotitalouksia ei ole otettu huomioon vajaatyöllisyyden laskennassa⁴ sekä se, että vakava materiaallinen puute on hyvin vähäistä Suomessa. AROPE-mittarin ulottuvuuksien aidosti heikkoa päällekkäisyyttä kuvaa esimerkiksi myös se, että alle puolet (45 %) materiaalista puutetta kokevista kotitalouksista määrittyi tuloköyhiksi Suomessa vuonna 2012. Köyhyyttä ja huono-osaisuutta kuvaavien mittareiden heikko päällekkäisyys onkin raportoitu useissa tutkimuksissa (esim. Whelan ym. 2012). AROPE-mittarin mukaisessa köyhyys- ja syrjäytymisriskissä elävistä selvästi suurimman ryhmän muodostaa ”vain” tuloköyhissä kotitalouksissa asuvat. Seuraa-



Lähde: EU-SILC UDB 2008 & 2012.

KUVIO 6. Köyhyys- ja syrjäytymisriskimittarin (AROE) eri ulottuvuuksien päällekkäisyydet Suomessa 2008 ja 2012. Lukujen summien ero kuvioihin 4 ja 5 verrattuna johtuu lukujen pyöristämisestä. Venn-kuviot on tehty käyttäen eulerAPE-ohjelmaa (ks. Micallef & Rodgers, 2014).

vaksi suurimmat ryhmät muodostavat vain vajaatyöllisessä kotitaloudessa asuvat, sekä samanaikaisesti tuloköyhässä ja vajaatyöllisessä kotitaloudessa asuvat.

Vuosien 2008 ja 2012 välillä ei tapahtunut merkittäviä muutoksia köyhyys- ja syrjäytymisriskimittarin eri ulottuvuuksien päällekkäisyyksien osalta. Vajaatyöllisyyden kasvu näkyy lähinnä samanaikaisesti tuloköyhien ja vajaatyöllisten kotitalouksien väestöosuuden kasvuna. Vain tuloköyhyyttä kokevien väestöosuudessa tapahtui sen sijaan laskua. Myös niiden osuus väestöstä, jotka kokevat tuloköyhyyttä ja materiaalista puutetta samanaikaisesti, laski hieman.

Yhteenveto

Käynnissä olevan EU2020-strategian mukaista köyhyyden vähentämistavoitetta seuraava AROPE-mittari on mielenkiintoinen ja hyödyllinen askel köyhyyden seuraamiseen Euroopan tasolla. Konkreettinen tavoite köyhyyden vähentämiseksi mahdollistaa sosiaalisesti kestävämmän Euroopan rakentamisen. Tavoitteen asettamisen ajankohta ei tosin olisi voinut olla juuri huonompi – talouskriisin seurauksena köyhyys- ja syrjäytymisriskissä olevien osuus väestöstä on pikemminkin osoittanut kasvua kuin laskua. Täytyykin toivoa, että asetettu sosiaalitaloustavoite ei jää entisestään talous- ja työllisyystavoitteiden jalkoihin, kuten näyttää käyneen monessa Euroopan unionin jäsenmaassa (ks. Frazer & Marlier 2012).

Suomen EU2020-strategian mukainen tavoite on vähentää köyhyys- tai syrjäytymisriskissä olevien määrää 150 000 henkilöllä. Köyhyys- tai syrjäytymisriskissä oli Suomessa kaikkiaan noin 916 000 henkilöä vuonna 2012. Tarkastelujakson aikana vuosina 2008–2012 köyhyys- ja syrjäytymisriskissä olevien määrä ei ole muuttunut. Köyhyys- ja syrjäytymisriskissä olevien osuus väestöstä oli Suomessa kuudenneksi pienin kaikista EU-maista. Köyhyys- ja syrjäytymisriski on suurin uusissa jäsenmaissa ja niistä erityisesti Bulgariassa, Kroatiaassa, Latviassa ja Romaniassa.

EU2020-strategian köyhyys- ja syrjäytymisriskin seurantaindikaattoriksi luotu AROPE-mittari koostuu kolmesta eri mittarista: suhteellisesta tuloköyhyydestä, vakavasta materiaalisesta puutteesta ja vajaatyöllisyydestä. Tuloköyhiksi luettavissa talouksissa asui Suomessa vuonna 2012 noin 704 000 henkilöä, materiaalista puutetta kärsivissä talouksissa noin 156 000 henkilöä ja vajaatyöllisissä talouksissa noin 361 000 työkäistä henkilöä. EU-maiden kesken vertaillen Suomi sijoittuu melko hyvin myös AROPE-mittarin yksittäisillä ulottuvuuksilla tarkasteltuna. Poikkeuksena on vajaatyöllisyys, joka on Suomessa lähellä EU-maiden keskiarvoa. AROPE-mittarin kolmen ulottuvuuden päällekkäisyys on yllättävänkin vähäistä niin Suomessa kuin Euroopan unionissa. Yleisesti ottaen suurin osa köyhyys- ja syrjäytymisriskissä elävistä kokee huono-osaisuutta vain yhdellä mittarin ulottuvuuksista.

ARPE-mittari pitää sisällään kolme hyvin erilaista köyhyyden (riskin) mittaria. Maiden väliset erot voivat johtua eroista yksittäisissä ulottuvuuksissa tai kaksi maata voi näyttäytyä samankaltaisilta tarkasteltaessa kaikkia mittareita yhtä aikaa, vaikka mittarin yksittäisillä ulottuvuuksilla tarkasteltuna erot voivat olla suuret. Kaiken kaikkiaan kolmen ulottuvuuden käyttö tasoittaa selkeästi maiden välisiä eroja. Onkin toisen analyysin paikka pohtia, kertooko AROPE-mittari juurikaan maiden välisistä elintasoeroista Euroopassa, ja tulisiko köyhyyttä Euroopassa analysoida käyttäen kansallisia vai kaikille yhteneviä köyhyysrajoja. Konkreettisia vaihtoehtoja onkin esitetty. Esimerkiksi on ehdotettu että EU:n köyhyyspolitiikan keskiöön tulisi nostaa kotitaloudet, jotka täyttävät tuloköyhyyden ja materiaallisen puutteen ns. kaksoisehdon (esim. Nolan & Whelan 2011; Whelan & Maître 2009). Näissä köyhyyden kaksoisehdon täyttävissä kotitalouksissa asuu 1,3 prosenttia suomalaisista kuten kuviosta 6 voidaan nähdä.

Köyhyys- ja syrjäytymisriskin seurantaindikaattorin kolme ulottuvuutta antavat mahdollisuuden asettaa erilaisia kansallisia painopisteitä köyhyyden vähentämisessä. Maat, joissa uskotaan etenkin työmarkkinoille kiinnittymisen olevan väylä pois köyhyydestä, voivat keskittyä vajaatyöllisyyden vähentämiseen. Toiset maat voivat painottaa enemmän suhteellisen tuloköyhyyden tai vakavan materiaallisen puutteen vähentämistä tai ottaa keskiöön esimerkiksi tuloköyhyyden ja materiaallisen puutteen kaksoisehdon mukaisen köyhyyden vähentämisen. Vaarana on se, että köyhyyden vähentämisessä keskitytään helpoimpaan ulottuvuuteen, vaikka ongelmat olisivat akuutimpia joillain muilla ulottuvuuksilla mitattuna.

Viitteet

- 1 Erikokoisten kotitalouksien vertailemiseksi tulot jaetaan niin kutsutulla ekvivalenssiskaalalla. Tässä köyhyysmittarissa käytetään niin sanottua modifioitua OECD:n ekvivalenssiskaalaa. Tässä skaalassa kotitalouden ensimmäinen aikuinen saa arvon 1, toinen aikuinen arvon 0,7 ja alle 14-vuotiaat lapset saavat arvon 0,5.
- 2 Euroopan unionin painottamattoman keskiarvon laskennassa ei ole huomioitu Islantia, Norjaa ja Sveitsiä, jotka eivät ole EU:n jäsenmaita. Myös Belgia ja Irlanti puuttuvat Euroopan unionin keskiarvosta ja tehdyistä laskelmista, sillä ne eivät olleet vielä mukana käytetyssä EU-SILC:n käyttäjäversiossa.
- 3 Koska EU-SILC-aineistot valmistuvat noin kahden vuoden viiveellä tietojen keräämisestä, voi EU-SILC -aineistoa vuodelta 2008 pitää EU2020-strategian köyhyden vähentämistavoitteen seurannan lähtöpisteenä.
- 4 Tosin, mikäli kyseiset opiskelijataloudet ja yli 59-vuotiaista koostuvat taloudet jätetään tarkastelun ulkopuolelle, on eri ulottuvuuksien päällekkäisyys silti melko vähäistä Suomessa (ks. Blomgren ym. 2012, 52-53). Tällaisessa tarkastelussa suhteellista tulo-köyhyyttä kuvaava ympyrä olisi pienempi kuin tässä luvussa esitettyssä kuviossa.

Lähteet

- Atkinson, T., Cantillon, B., Marlier, E., & Nolan, B. (2002) *Social Indicators: The EU and Social Inclusion*. Oxford: Oxford University Press.
- Blomgren, Jenni & Hiilamo, Heikki & Kangas, Olli & Niemelä, Matti (2012) *Growing inequalities and their impacts in Finland*. GINI Country Report. Amsterdam: AIAS.
- Calvert, E., & Nolan, Brian (2012) *Material Deprivation in Europe*. GINI Discussion Paper 68. Amsterdam: AIAS.
- Copeland, Paul & Daly, Mary (2012) *Varieties of poverty reduction: Inserting the poverty and social exclusion target into Europe 2020*. *Journal of European Social Policy*, 22(3), 273–287.
- Euroopan komissio (1975) *Pilot schemes and studies to combat poverty*. SEC (75) 3835 final, 27 November 1975. Brussels.
- Euroopan komissio (2011) *The social dimension of the Europe 2020 Strategy - A report of the Social protection committee* (2011). Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Euroopan komissio (2012) *Employment and Social Developments in Europe 2012*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurooppa-neuvosto (2010) *European Council*. 17 June 2010. Conclusions. Brussels.
- Fahey, Tony (2007) *The Case for an EU-wide Measure of Poverty*. *European Sociological Review*, 23(1), 35–47.
- Frazer, H. & Marlier, E. (2012) *2011 Assessment of Social Inclusion Policy Developments in the EU. Main Findings and Suggestions on the Way Forward*. CEPS/INSTEAD. European Network of Independent Experts on Social Inclusion, No. 2012-01.
- Guio, Anne-Catherine (2005) *Material deprivation in the EU*. *Statistics in Focus, Population and Social Conditions, Living Conditions and Welfare*, 21/2005. Luxembourg: Eurostat.
- Guio, Anne-Catherine & Gordon, David & Marlier, Erik (2012) *Measuring Material Deprivation in The EU: Indicators for the whole population and child-specific indicators*. Eurostat Methodologies and Working papers. Luxembourg: Eurostat.
- Heikkilä, Matti (1990) *Köyhyys ja huono-osaisuus hyvinvointivaltiossa: Tutkimus köyhyydestä ja hyvinvoinnin puutteiden kasaumisesta Suomessa*. Sosiaalihuollituksen julkaisuja 8/1990. Helsinki: Sosiaalihuollitus.
- Kainu, Markus, & Niemelä, Matti (2014) *Taloudelliset elinolot ja elämänvaiheet Euroopassa*. Teoksessa Matti Niemelä (toim.), *Eurooppalaiset elinolot*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 8–45.
- Kuivalainen, Susan, & Palola, Elina (2013) *Tuloerot ja köyhyys*. Teoksessa T. Raunio & J. Saari (toim.), *Euroopan paras maa? Suomen muuttuva asema Euroopan unionissa*. Helsinki: Gaudeamus, 89–113.
- Maitre, Bertrand & Nolan, Brian & Whelan,

- Christopher T (2013) A Critical Evaluation of the EU 2020 Poverty and Social Exclusion Target: An Analysis of EU-SILC 2009. Gini Discussion Paper 79. Amsterdam: AIAS.
- Marlier, E., Atkinson, A. B., Cantillon, B., & Nolan, B. (2007) The EU and Social Inclusion: Facing the Challenges. Bristol: The Policy Press.
- Micallef, L., & Rodgers, P. (2014) eulerAPE: Drawing Area-Proportional 3-Venn Diagrams Using Ellipses. PLoS ONE 9(7): e101717.
- Nolan, Brian & Whelan, Christopher T (2007) On the multidimensionality of poverty and social exclusion. Teoksessa J. Micklewright & S. Jenkins (toim.), *Inequality and Poverty Re-Examined*. Oxford: Oxford University Press, 146–165.
- Nolan, Brian & Whelan, Christopher T (2011) The EU 2020 Poverty Target. GINI Discussion Paper 19. Amsterdam: AIAS.
- Olkkonen, Kaisa-Mari, & Sauli, Hannele (2013) Talouskriisi sosiaali-indikaattoreiden valossa. *Hyvinvointikatsaus*, 1/2013.
- Storms, B., Goedemé, T., Van den Bosch, K., & Devuyst, K. (2013) Towards a common framework for developing cross-nationally comparable reference budgets in Europe. ImPRovE Methodological Paper No. 13/02. Antwerp.
- Valtiovarainministeriö. (2011) Eurooppa 2020 -strategia. Suomen kansallinen ohjelma, kevät 2011. Valtiovarainministeriön julkaisuja 16a/2012. Helsinki: Valtiovarainministeriö.
- Ward, T. & Ozdemir, E. (2013) Measuring low work intensity – an analysis of the indicator. ImPRovE Discussion Paper No. 13/09. Antwerp.
- Whelan, Christopher T & Maitre, Bertrand (2009) Comparing Poverty Indicators in an Enlarged European Union. *European Sociological Review*, 26, 713–730.
- Whelan, Christopher T & Nolan, Brian & Maitre, Bertrand (2012) Multidimensional Poverty Measurement in Europe: An Application of the Adjusted Headcount Approach. GINI Discussion Paper 40. Amsterdam: AIAS.



YHTEENVETO

Eriarvoisuus ja syrjäytyminen hyvinvointipolitiikan keskiöön

Suuri taantuma ja hyvinvointivaltion sopeutuspainheet

Ajanjakso edellisestä Suomalaisten hyvinvointi -kirjasta tähän päivään on ollut yhteiskunnallisesti poikkeuksellista talouden ja politiikan kannalta, niin Suomessa kuin kansainvälisesti. Tämä suureksi taantumaksi kutsuttu aika alkoi Suomessa vuonna 2009 bruttokansantuotteen ennen kokemattoman suurella romahtamisella kansainvälisen finanssikriisin ja viennin rajun supistumisen seurauksena. Bruttokansantuote on edelleen huomattavasti alemmalla tasolla kuin ennen talouskriisin alkua. Tämä on tarkoittanut verotulojen pysyvää laskua ja julkisen sektorin menojen bruttokansantuoteosuuden nousua. Taantuma on tuonut myös aivan uudella voimalla keskusteluun hyvinvointivaltion kestävyysvajeen. Kestävyysvaje käsitteenä nousi julkiseen keskusteluun jo 2000-luvun alussa. Julkisten menojen ennustettiin, ja ennustetaan edelleen, kasvavan tulevina vuosikymmeninä väestörakenteen muuttuessa ja sitä seuraavien ikäsidonnaisten sosiaali- ja terveystenonjen kasvaessa. Väestön ikääntymisen oletetaan myös hidastavan talouskasvua työvoiman vähentymisen, kiristyvän verorasituksen ja kaventuvan veropohjan myötä.

Suurella taantumalla on kuitenkin ollut yllättävän vähän vaikutuksia väestön hyvinvointiin, kuten kirjan artikkelien tuloksista voidaan todeta. Merkittävä syy tähän lienee ollut, että työttömyys on kasvanut hitaasti eikä se ole lähtenyt jyrkkään kasvuun 1990-luvun laman tapaan. Mikäli kotitalous ei kohtaa työttömyyttä tai konkurssia, taantuma näkyy keskimääräisen kotitalouden osalta lähinnä ostovoiman hitaana laskuna ja palkkojen nousun pysähtymisenä. On hyvä muistaa,

että väestön hyvinvointi ja (julkinen) talous eivät ole sama asia eivätkä ne kulje aina yhtä matkaa. Jotkut voivat kokea taantumana jopa tervetulleena oravanpyörän hidastumisena ja materiaalsen arvomaailman pehmentäjänä. Talouden taantuma onkin ennen kaikkea ongelma julkiselle taloudelle, sillä bruttokansantuotteen pieneneminen vähentää verotuloja samalla kun menot yleensä kasvavat työttömyyden kasvaessa. Julkinen sektori ei voi sopeuttaa menojaan tuloihinsa yhtä yksinkertaisesti kuin yksittäinen kotitalous. Huonosti tehdyt ja ajoitetut leikkaukset voivat ajaa talouden negatiiviseen kierteeseen ilman, että julkinen talous tasapainottuu. Milloin ja mihin elvytykset tai leikkaukset tulisi suunnata, ovat kysymyksiä, joista käydään parhaillaan keskustelua niin politiikassa kuin akateemisessa tutkimuksessa.

Vaikka julkisuudessa puhutaan paljon hyvinvointivaltion ”kriisistä”, tämän kirjan tulosten mukaan sellaista ei ole väestön mielipiteiden perusteella nähtävissä. Päinvastoin, hyvinvointivaltion kannatus on väestön keskuudessa edelleen vankkaa, eikä siinä sen enempää kuin tyytyväisyydessä julkisiin palveluihin ole tapahtunut merkittäviä muutoksia. Sen sijaan yhteiskunnallisen eriarvoisuuden kasvu on lisännyt suomalaisten huolta eriarvoisuuden seurauksista, ja valtaosa väestöstä pitääkin kuilua rikkaiden ja köyhien välillä nyt liian suurena. Tämä näkemys on voimistunut merkittävästi kuluneen kymmenvuotiskauden aikana.

Kansainvälisesti pitkän aikavälin trendeinä asenneilmapiirissä on havaittu yksilöllisyyden ja jälkimaterialististen arvojen kasvu, mutta tämä kehitys on alkanut jo kauan ennen nykyistä taantumaa ja on globaali ilmiö (Inglehart & Welzel 2005). Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -kyselyn mukaan kansalaisten näkemys vastuunjaosta julkisen sektorin ja perheiden välillä hoivan ja turvan antamisessa ei ole muuttunut. Kokonaisuudessaan käsillä oleva kirja osoittaa, että tosiasiaa kansalaisten tyytyväisyys hyvinvointivaltion tarjoamaan turvaan ja palveluihin on suuri, eikä kuva hyvinvointivaltion tilasta ole lainkaan niin synkkä kuin julkisen keskustelun ja median välittämän kuvan perusteella olettaisi. Myös poliittisesta murroksesta voidaan helposti tehdä väärä tulkinta, että puolueiden kannatusten muutokset heijastelevat suuria asennemuutoksia väestössä. Väestötasolla muutama prosentti ns. liikkuvia tai nukkuvia äänestäjiä riittää muuttamaan äänestyskäyttäytymisellään esimerkiksi puolueiden suuruusjärjestyksen ja poliittisen vallan jakautumisen. Pohjoismaisen hyvinvointimallin kannatus kuitenkin on kaikkien puolueiden keskuudessa vakaata, eikä mikään puolue kannata ainakaan julkisesti mallin alasajoa. Sen sijaan muutokset tapahtuvat asteittain, kuten Suomenkin hyvinvointivaltion historia osoittaa. Voidaankin sanoa, että hyvinvointivaltion on oltava alati liikkeessä sopeutuakseen muuttuviin oloihin, vaatimuksiin ja mahdollisuuksiin. Yhteiskunnan kehityksestä ja siihen liittyvistä kansalaisten mielipiteistä esiintyy runsaasti eräänlaisiksi myyteiksi muodostuneita käsityksiä, jotka eivät perustu tutkimustietoon. Tämän kirjan tulokset murtavat osaltaan näitä myyttejä, sillä ne perustuvat laadukkaaseen ja ajantasaiseen tutkimustietoon, jota on tuotettu pitkäjänteisesti.

Palvelut toimivat ja hyvinvointivaltion kannatus on vakaa

Tässä kirjassa esiteltyjen tulosten mukaan hyvinvointivaltion kannatus on edelleen vahva suomalaisten keskuudessa, vaikka kannatuksessa onkin havaittavissa eriytymistä. Väitteet sosiaaliturvan liian korkeasta tasosta eivät saa tämän kirjan tuloksista tukea, sillä valtaosa suomalaisista pitää sosiaaliturvan tasoa sopivana tai jopa liian matalana. Samoin suurin osa suomalaisista pitää sosiaali- ja terveystalveluja toimivina. Tämän kirjan tulosten mukaan hyvinvointivaltion peruspilarit eli sosiaaliturva ja peruspalvelut ovat suomalaisille tärkeitä ja niistä halutaan pitää kiinni – tarvittaessa veroja korottamalla. Vaikka yksityisten vakuutusten ottaminen ja kasvavat odotukset valinnanmahdollisuuksista luovat painetta julkisten terveystalvelujen uudistamiseksi, talveluiden tuottaminen julkisen sektorin toimesta koetaan edelleen tärkeäksi. Yksityiset hyvinvointitalvelut koetaan pikemminkin julkisia talveluja täydentäviksi kuin korvaaviksi, ja ylipäätään yksityisten talvelujen kannatus on vähentynyt tarkastelukaudella. Hyvätuloiset tosin käyttävät enemmän yksityisiä talveluja, sillä heillä on siihen tulojensa puolesta mahdollisuus. Kaikkiaan julkisten talvelujen legitimitetti on hyvä, ja enemmistö kansalaisista haluaisi suunnattavan lisää verovaroja talvelujen kehittämiseen.

Talvelujärjestelmässä nähtiin kuitenkin myös ongelmia. Viidennes vastaajista ei luottanut talvelujärjestelmän toimivuuteen. Vaikka terveystalveluihin ollaan pääosin tyytyväisiä, on tyytymättömyys pitkiin odotusaikoihin terveystalveluissa lisääntynyt. Talvelujen käytössä väestö on jakautunut kahtia siten, että pienituloiset käyttävät terveystalveluista ja parempituloiset yksityisiä talveluja. Yhteiskunnan eriytyminen huolestuttaa suomalaisia, sillä yhä useampi vastaajista katsoo, että kuilu rikkaiden ja köyhien välillä on kasvanut liian suureksi Suomessa.

Yksi ajoittain toistuva myytinomainen käsitys on, että elämäntavat ovat privatisoituneet ja yhteisöiden eheys rapautunut niin, että suomalaiset auttavat yhä vähemmän toisiaan. Tosiasiassa keskinäinen auttaminen ja tuki eivät ole vähentyneet, pikemminkin päinvastoin. Läheistään auttavien osuudet ovat pysyneet vakaana vuodesta 2006. Suurin osa auttaa lähisukulaisiaan, mutta myös muita sukulaisia tai ystäviä autetaan paljon. Puolisoaan auttavien määrä on jopa kaksinkertaistunut. Perhe- ja sukusidosten löystymistä koskevaan väitteeseen ei siis löydetty tukea. Julkisyhteisöjen hyvinvointivastuulle ja kumppanuudelle kansalaisten elämäntalvelun prosesseissa sen sijaan asettuu huomattavia toiveita ja odotuksia. Omaishoivan institutionalisoituminen tulee todennäköisesti muuttamaan käsitystä epävirallisen ja virallisen hoivan työnjaosta, joskin ajalliset muutokset asenteissa ovat toistaiseksi pieniä. Sosiaalinen koheesio ja läheisapu ovat Suomessa vankalla pohjalla, mutta suuri osa suomalaisista arvelee syrjinnän maahanmuuttajia ja vähemmistöjä kohtaan olevan yleistä.

Suomalaisten terveyden ja elinolojen erot entisellään

Suomalaiset kokevat oman terveytensä entistä parempana, ja pitkäaikaissairastavuus on vähentynyt. Sen sijaan stressiä raportoidaan aiempaa enemmän. Sosioekonomiset terveyserot ovat kuitenkin Suomessa kansainvälisestikin tarkasteltuna suuret eivätkä erot näytä lainkaan kaventuvan (ks. myös Talala ym. 2014). Huono koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus ovat edelleen yleisempiä vähän koulutetuilla ja pienituloisilla. Poikkeus tähän on stressin kokeminen, joka on yleisempää korkeasti koulutetuilla. Työttömien ja työssäkäyvien terveys- ja hyvinvointieroissa ei myöskään ole tapahtunut muutoksia. Niin ikään entisellään ovat maaseudun ja kaupunkien väliset hyvinvointierot, sillä maaseudulla koettiin ja raportoitiin enemmän hyvinvoinnin puutteita kuin kaupunkimaisemilla alueilla. Samoin sosiaalisen luottamuksen todettiin olevan matalinta harvaan asutulla maaseudulla. Asumismenojen koettiin kuitenkin rasittavan taloutta vähemmän maaseutumaisemilla alueilla.

Tuloerojen ja suhteellisen köyhyyden kasvu pysähtyi vuonna 2008. Vaikka taloudellinen eriarvoisuus kasvoi Suomessa poikkeuksellisen voimakkaasti 2000-luvun taitteessa, taloudellinen eriarvoisuus on Suomessa kansainvälisesti edelleen suhteellisen pientä eikä se siis ole kasvanut viime aikoina. Pitkään jatkunut taantuma ei ole myöskään heijastunut kotitalouksien toimeentulo-ongelmien tai peruskulutuksesta tinkimisen kasvuna. Tämä kertoo osaltaan hyvinvointivaltion turvaverkon toimivuudesta, mutta myös siitä, että työttömyys ei ole lähtenyt voimakkaaseen kasvuun. Niukka toimeentulo on silti varsin yleistä, sillä joka kymmenes vastaajista raportoi joutuneensa vuoden aikana tilanteeseen, jossa ruokarahat ovat loppuneet. Ruoka-apua leipäjonosta tai ruokapankista vuoden aikana ilmoitti hakeneensa kaksi prosenttia vastaajista, mutta toimeentulotuen saajista jopa viides.

Talouden taantuma ei näytä heijastuneen myöskään lapsiperheiden työllisyyteen tai toimeentuloon, mutta työn ja perheen yhteensovittamisesta on tullut yhä vaativampaa. Lapsiperheiden vanhemmat tekevät paljon työtä ja monet kokevat työn ja perheen yhteensovittamisen ongelmia. Myös toimeentulon koetaan oleva tiukkaa ja menojen kattaminen tuloilla on hankalaa erityisesti yksinhuoltajaperheissä ja monilapsisissa perheissä. Puolisoiden keskinäinen tuki ja oikeudenmukaiseksi koettu perheen sisäinen työnjako auttavat selviytymään lapsiperheen arjessa. Pikkulasten vanhempien työnjako on kuitenkin edelleen pitkälti sukupuolittunutta ja tämäkin tilanne muuttuu hitaasti.

Elämänkulun myöhemmistä vaiheista sen sijaan on myönteisiä tuloksia. Ikääntyneiden terveys ja toimintakyky ovat kohentuneet. Suurella osalla kotona asuvista iäkkäistä elinolot ovat hyvät, toimeentulo riittävää, terveydentila hyvä ja koettu elämänlaatu korkea. Kirjan tulokset haastavatkin stereotypiaa ikääntymisestä menetysten leimaamana elämänvaiheena, sillä valtaosa iäkkäistä on tyytyväisiä elämäänsä vielä korkeassa iässä ja nauttii hyvästä psyykkisestä hyvinvoinnista

ja sosiaalisista suhteista. 80 ikävuoden jälkeen heikentyvä fyysinen terveys ja päivittäinen toimintakyky alkavat kuitenkin usein alentaa elämänlaatua. Viidesosalle ikäihmisistä kasautuu lisäksi muita hyvinvoinnin puutteita kuten toimeentulo- ja asumisen ongelmia, kipuja ja yksinäisyyttä. Erityisesti 85 vuotta täyttäneet yksinäiset miehet erottuvat riskiryhmänä.

Elämänlaatu ja hyvinvointipolitiikka

Tämän kirjan tulokset osoittavat hyvän koulutuksen, terveyden ja turvatuun toimeentuloon sekä työikäisillä turvatuun työpaikan olevan ratkaisevan tärkeitä ihmisten hyvän elämänlaadun rakennuspuita. Tulokset osoittavat myös psyykkisen hyvinvoinnin ja sosiaalisten suhteiden suuren merkityksen elämänlaadulle. Väestö on kuitenkin jakautunut elämänlaadun suhteen eri ryhmiin. Heikoin elämänlaatu on työkyvyttömyyseläkkeellä olevilla ja työttömillä. Myös ongelmat terveydessä ja toimintakyvyssä heikentävät elämänlaatua, minkä vuoksi kaikkein iäkkäimmillä elämänlaatu usein heikkenee. Hyvä koulutus, riittävät tulot ja useamman kuin yhden hengen kotitalous suojaavat elämänlaadun riskeiltä. Elämänlaadun taso vaihtelee siis voimakkaasti sosiaalisen aseman mukaan, mikä havaittiin jo edellisessä Suomalaisten hyvinvointi 2010 -kirjassa (Vaarama ym. 2010).

Yhteisöllisyys on elämänlaatua vahvistava voimavara. Perheeltä ja ystäviltä saatu tuki on tärkeä elämänlaatua kohentava tekijä kaikissa ikäryhmissä. Yksinäisyys kasautuukin työttömille sekä 80 vuotta täyttäneille iäkkäille. Yksinäisten ikäihmisten elämänlaadun tukeminen ja hoivan tarpeisiin vastaaminen onkin tulevaisuuden suuri haaste. Kotona asumisen, tarvittaessa palvelujen turvin, on oltava todellinen vaihtoehto myös yksinasuville ja paljon apua tarvitseville. Tämä edellyttää uudenlaisia asumisratkaisuja ja liikkuvia palveluja. Teknologisten innovaatioiden lisäksi tarvitaan myös sosiaalisia innovaatiota, ja molemmat tulee nähdä yhtä tärkeinä. Teknologisten ja sosiaalisten innovaatioiden edellyttämässä tutkimuksessa ja palvelumuotoilussa Suomella on mahdollisuus olla suunnannäyttävä ja edelläkävijä koko maailmassa.

Julkiisuudessa toistetaan usein käsitystä yksinäisyyden yleistymisestä Suomessa. Tämän tutkimuksen valossa näin ei kuitenkaan ole, sillä yksinäisyyttä kokevien osuus väestössä ei ole kasvanut vuodesta 2004. Tutkimus kuitenkin paljasti yksinäisyyden monet kasvot, osoitti sen liittyvän moneen huono-osaisuuden muotoon ja kasautuvan eri tavoin osattomille. Työttömyys, köyhyys, työkyvyttömyys ja vanhuus altistavat yksinäisyydelle. Myös yksinasuminen on altistava tekijä, joskin vain murto-osa yksinasuvista kokee itsensä yksinäiseksi. Nuorilla yksinäisyys ilmenee yhtenä syrjäytymisen riskitekijänä. Jo aiemmin syrjäytymisvaarassa olevien nuorten on todettu olevan suuressa riskissä kokea toimeentuloon, työllisyyteen ja terveydentilaan liittyviä ongelmia. Uutena ilmiönä näihin on liittynyt tämän kirjan tulosten mukaan yksinäisyyden kokemus. Aikaisemmassa tutkimuksessa

onkin viitattu siihen, että nuoret itse pitävät merkityksellisimpinä syrjäytymisen syinä erityisesti sosiaalisia syitä kuten ystävien puutetta (Myllyniemi 2009). Yksinäisyys on siten signaali myös muista mahdollisista hyvinvoinnin puutteista.

Suomen Eurooppa 2020 -strategian mukainen kansallinen tavoite on vähentää köyhyyden tai syrjäytymisen riskissä elävien määrää 150 000 henkilöllä. Köyhyyden, eriarvoisuuden ja syrjäytymisen vähentäminen oli myös yksi Kataisen hallitusohjelman kolmesta kärkitavoitteesta. Köyhyys- ja syrjäytymisriskissä olevien määrä on kuitenkin kasvanut Suomessa. EU:n käyttöön ottamaa uutta, kolmesta eri mittarista koostuvaa köyhyys- ja syrjäytymisriskin indikaattoria on kritisoitu, mutta köyhyyden vähentämisen määrällinen tavoite on merkittävä askel politiikan vaikuttavuuden arvioinnissa. Myös kotimaan politiikassa tulisi asettaa mitattavia politiikkatavoitteita. Esimerkiksi hallitusohjelmien tavoitteiden seuranta tehostuisi, jos hallitusohjelman tavoitteille asetettaisiin mitattavat tavoitteet EU2020-strategian tapaan.

Tämän kirjan tulokset osoittavat, että harjoitettu hyvinvointipolitiikka on ollut perusteiltaan oikean suuntaista, sillä väestön hyvinvointi ja elämänlaatu ovat keskimäärin hyvät. Eri mittareilla arvioiden kuitenkin osa väestöstä ei ole päässyt osalliseksi tästä yleisestä hyvinvoinnista. Terveys- ja tuloerot ovat elämänlaadun sosiaalisesti oikeudenmukaisen jakautumisen ehkä suurin este, ja siksi niiden kaventamisen ja poistamisen tulisi olla hyvinvointipolitiikan kärkitavoite. Kun niitä ei ole politiikkaohjelmista huolimatta saatu vähennettyä, tulisi niiden syihin ja kehittymekanismeihin kiinnittää nyt päähuomio. Olisi löydettävä vastaus kysymykseen, millainen hyvinvointipolitiikka toimisi parhaiten niin, että koko väestön hyvinvointi säilyisi korkeana (universalismi), ja samalla myös huono-osaisten hyvinvointia saataisiin nostettua lähemmäksi yleisen hyvinvoinnin tasoa (kohdenetut toimet).

Suomalainen yhteiskunta on vuonna 2014 selvien muutospaineiden edessä, joita tuottavat väestörakenteen muutos, väestön kulttuurinen ja etninen kirjavointuminen sekä tuotantorakenteen muutos. Kysymys ei ole kuitenkaan pelkästään talouskasvun hiipumisesta johtuvasta rahoitusongelmasta. Hyvinvointivaltion tehtävä on alati muuttuvissa oloissa pitää huolta koko hyvinvointiyhteiskunnan tukipilarien kestävyydestä ja turvata hyvinvointi myös heille, jotka eivät sitä ilman tukea saavuta. Tämän kirjan tulosten mukaan suomalaisten kannattavat tällaista kollektiivista solidaarisuutta. Hyvinvointivaltion kannatusperustan murenemistä suomalaisten keskuudessa ei ole näköpiirissä. Kuten tämä teos osoittaa, suuri osa väestöstä on päinvastoin tyytyväisiä saamiinsa palveluihin, valmiita tukemaan hyvinvointivaltiota verovaroin ja myös nauttimaan sen hedelmistä, joita ovat laaja palvelutarjonta, sosiaalinen turvaverkko ja korkea hyvinvoinnin taso pitkälle vanhuusikään. Hyvinvointivaltion näin laaja hyväksytyt legitimitteetti antaa hyvän pohjan rakentaa tulevaa.

Julkista keskustelua hyvinvointivaltion tulevaisuudesta on hallinnut huoli taloudellisesta kestävydestä eli kysymys siitä, mihin meillä on varaa ja millä ehdoin. Yhteiskunnallinen keskustelu sosiaalisesta kestävydestä sen sijaan on ollut laimeaa. Ei tulisi kysyä pelkästään, mihin meillä on taloudellisesti ja ekologisesti varaa, vaan myös kuinka suureen sosiaaliseen eriarvoisuuteen meillä on varaa. Ja miten ihmisten elämän edellytyksiä voitaisiin kohentaa, jotta sosiaalinen eriarvoisuus vähenisi. Edessä olevien yhteiskunnallisten muutosten hallinta edellyttää pätevää tutkimustietoa, jonka varaan voidaan rakentaa sosiaalisesti ja taloudellisesti kestävä yhteiskuntapolitiikka. Sosiaalisen kestävyden ulottuvuuden tärkeys yhteiskunnallisessa päätöksenteossa tulee myös tunnustaa. Samalla tavalla kuin nyt kootaan talousfoorumeita pohtimaan Suomen taloudellista kestävyyttä ja ympäristöfoorumeita miettimään maan hiilijalanjäljen pienentämistä, tarvitsevat hallitukset myös foorumeita, joissa pohditaan suomalaisen hyvinvointimallin sosiaalista kestävyyttä. Ja koska yksikään näistä kestävyyksistä ei ole mitään ilman toisia, tarvitaan foorumeita, joissa ratkaisuja haetaan kaikkien kestävyysien rinnakkaisen tarkastelun avulla.

Lähteet

- Inglehart, Ronald & Welzel, Christian (2005) *Modernization, Cultural Change, and Democracy. The Human Development Sequence*. New York: Cambridge University Press.
- Myllyniemi, Sami (2009) *Taidekohtia. Nuorisobarometri 2009*. Nuorisotutkimusverkosto, julkaisuja 97 / Nuorisoasiain neuvottelukunta, julkaisuja 41. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriö.
- Talala, Kirsi & Härkänen, Tommi & Martelin, Tuija & Karvonen, Sakari & Mäki-Opas, Kristiina & Manderbacka, Kristiina & Suvisaari, Jaana & Sainio, Päivi & Rissanen, Harri & Ruokolainen, Otto & Heloma, Antero & Koskinen, Seppo (2014) *Koulutusryhmien välisten terveys- ja hyvinvointierojen muutos vuodesta 2000 vuoteen 2011 Suomessa*. Suomen Lääkärilehti 69, 2185–2192.
- Vaarama, Marja & Siljander, Eero & Luoma, Minna-Liisa & Meriläinen, Satu (2010) *Suomalaisten kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen*. Teoksessa Marja Vaarama & Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.) (2010) *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos, 126–149.

Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -aineiston kuvaus

Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -kysely on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) aikuisväestölle suunnattu, osittain paneelimuotoinen kyselytutkimus, jossa yhdistetään puhelin- ja käyntihaastatteluja, postikyselyjä sekä rekisteriaineistoja. Tiedonkeruu on toteutettu vuosina 2004, 2006, 2009 ja 2013. Vuoden 2013 HYPA-kysely on lajissaan neljäs, ja tiedonkeruu on tarkoitus toteuttaa tulevaisuudessa joka neljäs vuosi. Kyselyn tavoitteena on tarjota ajantasaista, kattavaa ja luotettavaa tutkimusaineistoa suomalaisten hyvinvoinnista sekä hyvinvointipalvelujen käytöstä. Tarkempaa tietoa kyselystä löytyy HYPA-kyselyn kotisivuilta www.thl.fi/hypa. HYPA-aineisto on arkistoitu Yhteiskuntatieteelliseen tietoarkistoon (FSD). Aineistokuvaukset sekä ohjeet aineiston saamiseksi tutkimuskäyttöön löytyvät FSD:n sivuilta www.fsd.uta.fi.

Tutkimuksen rungon muodostavat puhelinhaastattelut, joista osa koostuu edellisessä tutkimusaalossa mukana olleille tehdyistä haastatteluista 50 prosentin rotaatiomenetelmällä. Haastattelutietoja täydennetään rekisteritiedoilla: esimerkiksi aluetiedot sekä tiedot sukupuolesta, iästä, perherakenteesta, koulutuksesta ja tuloista on yhdistetty rekistereistä. Puhelinhaastattelujen otos muodostuu 18–79-vuotiaista Suomessa vakituisesti asuvista henkilöistä. Otos poimittiin Väestötietojärjestelmään (VTJ) perustuvasta Tilastokeskuksen Suomen väestöä koskevasta tietokannasta. Otantamenetelmänä on systemaattinen satunnaisotanta,

ja otospoiminnassa käytetyt taustamuuttujat olivat sukupuoli, syntymävuosi ja asuinalue. Jälkiosituksella lasketuilla painomuuttujilla korjataan sukupuolen, ikäryhmien ja alueiden välisiä eroja. 18–79-vuotialta kerättiin tiedot puhelimitse ja yli 79-vuotiaille tehtiin erillistutkimus, jossa tiedot kerättiin käyntihaastatteluin. Ruotsinkielisiä vastaajia varten kyselylomakkeet oli käännetty ruotsiksi.

Puhelinhaastattelututkimuksen otoksessa oli vuonna 2013 yhteensä 5 842 henkilöä: 3 704 uutta vastaajaa sekä 2 138 pitkittäisvastaajaa, jotka olivat mukana vuoden 2009 tutkimuskierroksella ja antoivat tällöin suostumuksensa seuraavan kyselytutkimuksen haastatteluun. Haastattelut kerättiin kahdessa osassa. Ensimmäisen erän (otos 3 106 henkilöä) haastattelut tehtiin 15.4.–18.6.2013 välisenä aikana Tilastokeskuksen kenttähaastatteluyksikössä. Haastattelun kesto oli keskimäärin 27 minuuttia. Toisen erän (otos 2 736 henkilöä) haastattelut tehtiin 19.8.–2.12.2013 välisenä aikana Tilastokeskuksen puhelinhaastatteluüksikössä (CATI). Haastattelun kesto oli tällöin keskimäärin 24 minuuttia.

Puhelinhaastattelun kokonaisvastausosuudeksi muodostui 72,3 prosenttia. Yleisimmät kadon syyt olivat tavoittamattomuus ja tutkimuksesta kieltäytyminen. Puhelinhaastattelun kato ja kadon syyt käyvät ilmi taulukosta 1. Koko tutkimuksen uusien kohteiden haastateltavien vastausosuudeksi muodostui 65,1 prosenttia, joka oli noin kolme prosenttiyksikköä parempi kuin vuoden 2009 tutkimuksessa. Myös pitkittäisvastaajien kohdalla oli parannusta vastausaktiivisuudessa: vuonna 2009 uudelleen tutkimukseen suostuneista vastaajista 84,9 prosenttia vastasi myös vuoden 2013 tutkimukseen.

Taulukko 1. Kadon syyt ja vastausosuus koko puhelinaineistossa, %

	Vanhat		Uudet		Yhteensä	
	N	%	N	%	N	%
Otos	2 138	100	3 704	100	5 842	100
Saadut haastattelut	1 816	84,9	2 410	65,1	4 226	72,3
Kato yhteensä, josta	322	15,1	1 294	34,9	1 616	27,7
• kieltäytyi	121	37,6	342	26,4	463	28,7
• ei tavoitettu, puh nro löytyy	56	17,4	456	35,2	512	31,7
• tavoitettu, ei saada sovittua	59	18,3	93	7,2	152	9,4
• kieliongelma	0	0,0	22	1,7	22	1,4
• henkilö kuollut	2	0,6	7	0,5	9	0,6
• muuttanut ulkomaille	3	0,9	15	1,2	18	1,1
• laitoshoidossa	3	0,9	4	0,3	7	0,4
• puh nroa ei löydetä	55	17,1	282	21,8	337	20,9
• muu syy	23	7,1	73	5,6	96	5,9

TAULUKKO 2. Ikääntyneiden aineiston kadon syyt ja vastausosuus, %

	N	%
Otos	600	100
Saadut haastattelut (brutto)	372	62,2
Kato yhteensä, josta	228	37,8
• kieltäytyi	41	18,0
• ei tavoitettu, puh nro löytyy	9	3,9
• tavoitettu, ei saada sovittua	4	1,8
• kieliongelma	1	0,4
• pysyvä sairaus	99	43,4
• henkilö kuollut	20	8,8
• muuttanut ulkomaille	1	0,4
• laitoshoidossa	45	19,7
• puh nroa ei löydetä	2	0,9
• muu syy	6	2,6

Vanhusväestöä koskeva tiedonkeruu toteutettiin käyntihaastatteluina. Kohdejoukkona olivat vähintään 80 vuotta täyttäneet Suomessa vakituisesti asuvat henkilöt. Haastattelut ajoituivat aikavälille 16.5–30.9.2013. Otoksen koko oli 600 henkilöä, joista kyselyyn vastasi 372. Vastausosuudeksi muodostui siis tässä ryhmässä 62,2 prosenttia, mikä vastaa vuoden 2009 lukua. Kun otoksesta vähennetään nk. alipeitto eli laitosväestö, kuolleet ja ulkomaille muuttaneet, saadaan nettovastausosuudeksi 69,9 prosenttia. Yleisimmät syylookitukset kadolle olivat kieltäytymisen lisäksi pysyvä sairaus, kuolema sekä laitoshoitoon joutuminen (taulukko 2).

Aineistoon laskettiin mukaan painokertoimet, jotka ottavat huomioon otanta-asetelman ja korjaavat jossain määrin kadon aiheuttamaa vinoumaa.