



Jukka Murto, Oona Pentala, Satu Helakorpi, Risto Kaikkonen (toim.)

Yksinäisyys ja osallistuminen, ATH-tutkimuksen tuloksia - Järjestökentän tutkimusohjelma

TYÖPAPERI

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN **978-952-302-546-2** (painettu)
ISBN **978-952-302-547-9** (verkkajulkaisu)
ISSN **2323-363X** (verkkajulkaisu)
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-547-9>

Tikkurilan Kopiopalvelu Oy
Helsinki, 2015

TYÖPAPERI 25/2015

Jukka Murto, Oona Pentala, Satu Helakorpi, Risto Kaikkonen (toim.)

**Yksinäisyys ja osallistuminen
ATH-tutkimuksen tuloksia
Järjestökentän tutkimusohjelma**

Sisälllys

Johdanto	7
Terveysten ja hyvinvoinnin laitos: Jukka Murto, Oona Pentala, Risto Kaikkonen Raha-automaattiyhdistys: Tuomas Koskela, Janne Jalava	
Raha-automaattiyhdistys: Aikuisväestön yksinäisyys ja järjestötoimintaan osallistuminen Suomessa – ATH-tutkimuksen tuloksia	9
Sini Toikka, Ona Vuorjoki, Tuomas Koskela, Oona Pentala (THL)	
UKK-instituutti: Istumisen yhteydet yksinäisyyteen ja henkiseen hyvinvointiin	15
Pauliina Husu, Kari Tokola, Jaana Suni, Harri Sievänen, Tommi Vasankari	
Kehitysvammaliitto: Vammaispalveluja tarvinneiden taloudellinen tilanne ja osallistuminen – ATH-tutkimuksen tuloksia	25
Antti Teittinen, Hannu T. Vesala	
Kuntoutussäätiö: Ikääntyvien saaman epävirallisen avun puute – ATH-tutkimuksen tuloksia	33
Timo Ilomäki, Aurora Saares, Hanna Rinne, Riikka Shemeikka	
Kuntoutussäätiö: Nuorten aikuisten sosiaaliset verkostot, yksinäisyys ja osallistuminen: sosiaalisen toimintakyvyn väestöryhmittäiset erot ATH-aineiston perusteella	41
Riikka Shemeikka, Hanna Rinne, Aurora Saares	
Raha-automaattiyhdistys: Omaishoitajien määrä ja osallistuminen sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan - Miten RAY:n avustama toiminta tukee omaishoitajien osallistumista?	51
Janne Jalava, Samuli Koiso-Kanttila, Ona Vuorjoki, Oona Pentala (THL)	

Johdanto

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) ja Raha-automaattiyhdistys (RAY) ovat tehneet vuodesta 2012 lähtien tiivistä yhteistyötä Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) ympärillä. THL:n koordinoima ATH-tutkimus käynnistyi vuosina 2010–2011 ja vastasi pilottivaiheessaan tietoperustaisen päätöksenteon haasteisiin mittavalla 34 000 suomalaisen tutkimuskokonaisuudella. Vuosina 2012–2015 ATH-tutkimus laajeni kansalliseksi käsittäen jopa yli 150 000 suomalaista. ATH-tutkimus tarjoaa kunnille ja alueille tietoa alueen aikuisväestön terveydestä ja hyvinvoinnista, toiminta- ja työkyvystä, elintavoista ja riskitekijöistä sekä palveluiden käytöstä. Tulokset raportoidaan nopeasti asiantuntijoiden käyttöön. ATH on merkittävä uusi kansallinen avaus ja suuri apu kunnille ja alueille mm. hyvinvointikertomusten tekemisessä sekä terveydenhuoltolain mukaisen väestöryhmittäisen seurannan toteuttamisessa. Kuntien ja alueiden lisäksi tutkimusaineistoa hyödynnetään lukuisissa tutkimushankkeissa.

RAY hyödyntää ATH-tutkimusaineistoa ja tutkimustuloksia kehittäessään avustustoimintaansa sekä kohdentaessaan rahoitusta sosiaali- ja terveysalan järjestöjen yleishyödylliseen toimintaan. RAY on kannustanut järjestöjä analysoimaan ATH-tutkimusaineistoa sekä levittämään ja hyödyntämään saatuja tuloksia laajasti järjestökentässä. Tutkittu tieto luo pohjan niin julkisten palveluiden kuin järjestötoiminnan kehittämiseksi ja suuntaamiselle sosiaali- ja terveysalalla.

Merkittävä tutkimuksellinen yhteistyön avaus oli RAY:n ja THL:n koordinoima järjestöjen ATH tutkimusverkosto ja -ohjelma, jossa on toistaiseksi ollut mukana seitsemän järjestöä. Tässä THL:n ja RAY:n tutkimusohjelmassa julkaistiin yhteensä 37 verkostoon osallistuneen henkilön toimesta vuonna 2014 yhteensä 13 osatyötä sekä lukuisia määriä verkkomateriaalia tulosportaaleihin. Tutkimusohjelmaa on tehty hyvässä yhteistyössä, matkalla monia asioita toisiltamme oppien. Tämä julkaisu on jatkoa tälle hyvin käynnistyneelle tutkimusohjelmatyölle.

Tässä teoksessa julkaistavissa artikkeleissa on käytetty vuosina 2012–2014 kerättyä ATH-tutkimusaineistoa, joka koostuu yhteensä 7 kansallisesta otoksesta. Yhteensä otoskoko oli 141 000 jakaantuen seuraavasti:

Koko Suomi 2012 N= 8000
Koko Suomi 2013 N=95 000
- 1/2013 (N=38 000)
- 2/2013 (N=19 000)
- 3/2013 (N=19 000)
- 4/2013 (N=19 000)
Koko Suomi 2014 N=38 000
- 1/2014 N=19 000
- 2/2014 N=19 000

ATH-tutkimuksen kohteena on koko suomalainen aikuisväestö kansallisella tasolla 20 ikävuodesta ylöspäin. Ikääntyneitä (75+) poimitaan mukaan kaksinkertaisella poimintatodennäköisyydellä, jotta määrä vastaisi muita ikäryhmiä. Vastausaktiivisuus vaihteli vuosien, ikäryhmien ja alueiden välillä, kokonaisaineistossa se oli 53 %. Puuttuvien vastausten, eli kadon, vaikutusten huomioimiseksi tilastollisissa analyyseissa jokaiselle tutkimukseen osallistuneelle muodostettiin painokerroin, joka kuvaa, miten monta samankaltaista ihmistä yksi osallistunut keskimäärin edustaa. Ilman katoa painokertoimen arvo olisi yksi, ja mitä suurempi kato on, sitä suurempi on myös painokertoimen arvo. Painokertoimilla voidaan korjata kadon vaikutuksia tilanteessa, jossa osallistuneet ja katoon jääneet ovat samanlaisia esim. ikä- ja sukupuoliryhmittäin, mikä ei välttämättä pidä paikkaansa, koska katoon jääneillä esim. terveydentila tai toimintakyky on usein heikompi kuin osallistuneilla.

Kirjoittajat (THL): Jukka Murto, Oona Pentala, Risto Kaikkonen

Kirjoittajat (RAY): Janne Jalava, Tuomas Koskela



Aikuisväestön yksinäisyys ja järjestötoimintaan osallistuminen Suomessa – ATH-tutkimuksen tuloksia

Päälöydökset

- ATH-tutkimusaineiston perusteella suomalaisesta aikuisväestöstä noin joka kymmenes on yksinäinen.
- Väestötasolla naiset ovat pääsääntöisesti miehiä yksinäisempiä. Yksinäisyys korostuu 20–29-vuotiaiden ja yli 70-vuotiaiden ikäryhmissä.
- Joka kuudes yksinäinen on aktiivisesti mukana järjestötoiminnassa. Järjestötoiminnalla tavoitetaan parhaiten 30–39-vuotiaat yksinäiset. Yli 70-vuotiaat osallistuvat aktiivisimmin sote-järjestöjen toimintaan, kun taas passiivisimpia ovat 20–29-vuotiaat.
- Maakunnista Keski-Suomessa järjestötoiminta tavoittaa parhaiten yksinäiset. Vähäisintä osallistumisaktiivisuus on Etelä-Pohjanmaalla.

Kirjoittajat:

Sini Toikka

Erityisasiantuntija, RAY

Ona Vuorjoki

Korkeakouluharjoittelija, RAY

Tuomas Koskela

Kehittämispäällikkö, RAY

Oona Pentala

Tilastotutkija, THL

Johdanto

Suomalaisista aikuisista lähes joka kymmenes kokee olevansa yksinäinen. Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) perusteella Suomen aikuisväestöstä yksinäiseksi olonsa tuntee yli 400 000 henkilöä. Yksinäisyyteen kytkeytyy merkittäviä terveydellisiä ja hyvinvointiin liittyviä ongelmia. Aikuisväestön kokema yksinäisyys näyttää esimerkiksi olevan vahvasti yhteydessä masennukseen: yksinäiseksi itsensä kokevista aikuisista peräti 70 prosenttia on kärsinyt vuoden sisällä masennuksesta (väestötasolla 25,8 %). Myös itsemurhaajatukset vaivaavat yksinäisiä: joka neljännellä heistä on ollut itsemurhaajatuksia viimeisen vuoden aikana (väestötasolla 5,5 %). Noin puolet yksinäiseksi itsensä kokevista arvioi työkykynsä heikentyneen (väestötasolla 27,1 %). (ATH-aineisto 2013)

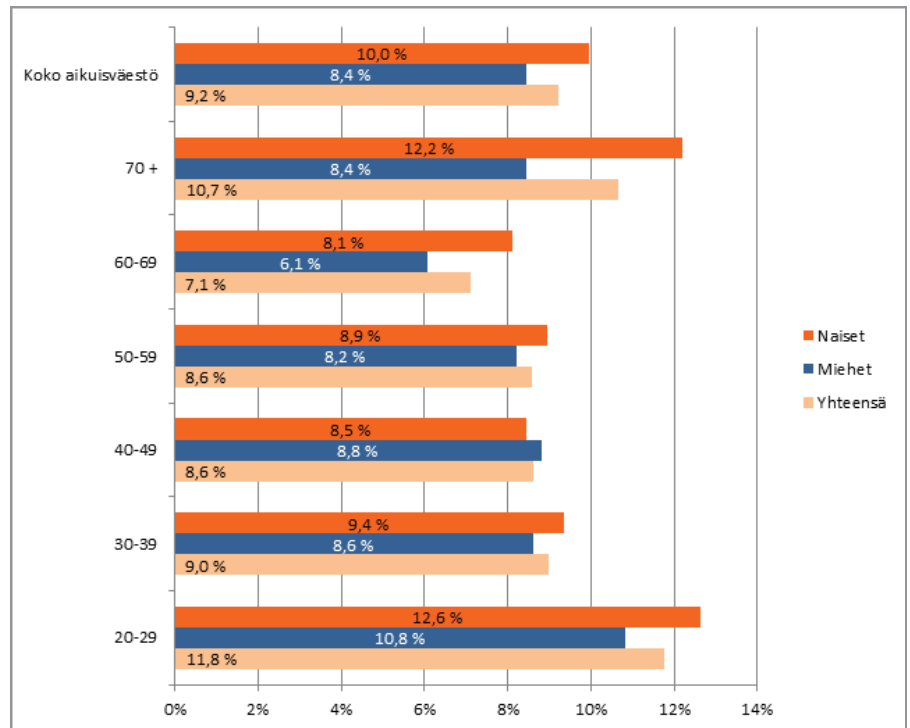
Yksinäisyydessä on kyse ahdistavasta ja epämiellyttävästä kokemuksesta, joka liittyy ihmisen sosiaalisissa suhteissa kokemiin määrällisiin tai laadullisiin puutteisiin.

Ihmiset ovat erilaisia ja erilaisista syistä yksinäisiä, joten yhtä ratkaisua ei yksinäisyyden ehkäisemiseksi tai vähentämiseksi ole. Toisen yksinäisyydestä ei voida sanoa mitään esimerkiksi sosiaalisten suhteiden määrän tai laadun perusteella: yksinäinen voi olla parisuhteessakin tai ihminen voi olla yksin olematta silti yksinäinen.

Tässä julkaisussa tarkastelemme yksinäisyyttä kokevien osuutta väestötasolla maakunnittain, ikäryhmittäin ja sukupuolen mukaan. Lisäksi selvitämme miten järjestötoiminta tavoittaa eri-ikäisiä ja eri puolilla Suomea asuvia yksinäisiä aikuisia. Aineistona käytämme THL:n Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) vuosien 2013–2014 20 vuotta täyttäneet suomalaiset kattavaa otosta (n= 69 440).

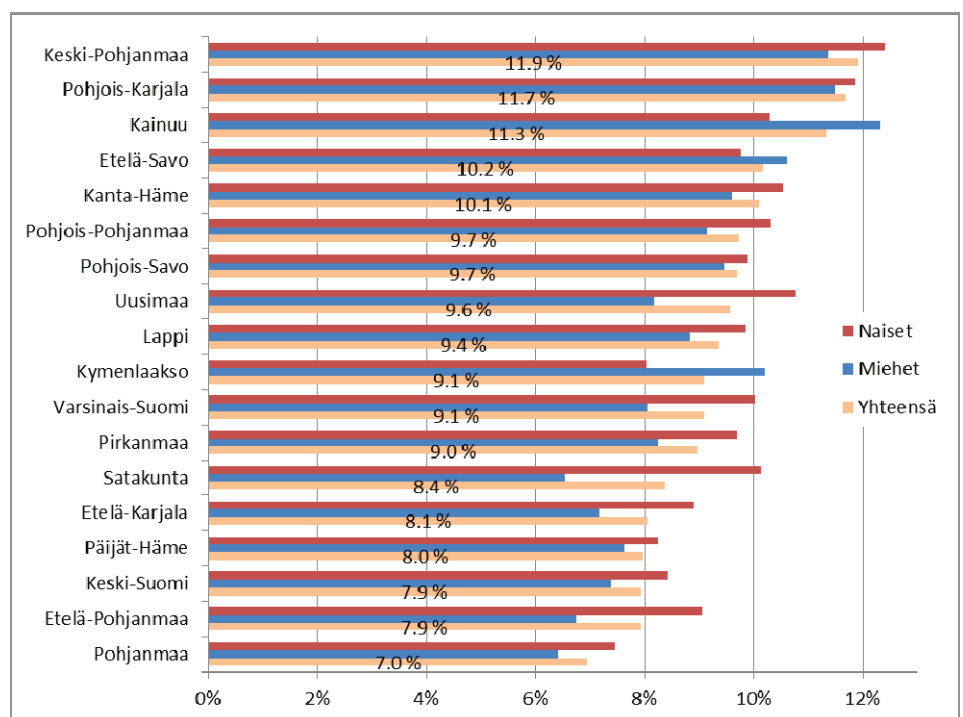
Aikuisväestön yksinäisyys Suomessa

Tarkasteltaessa aikuisväestön yksinäisyyttä ikäryhmittäin havaitaan, että yksinäiseksi itsensä kokevia on vähiten keski-ikäisissä (kuvio 1). Eniten yksinäisyyttä tuntevia on nuorten aikuisten ja yli 70-vuotiaiden joukossa. Väestötasolla naiset ovat pääsääntöisesti miehiä yksinäisempiä. Vertailtaessa sukupuolten välisiä eroja ikäryhmittäin miehistä useampi tuntee itsensä yksinäiseksi vain 40–49-vuotiaiden ikäryhmässä, tosin ero on tällöin pieni. Yli 70-vuotiaista miehistä 8,4 % kertoo tuntevansa yksinäisyyttä, saman ikäisiin naisiin verrattuna eroa on lähes neljä prosenttiyksikköä.



Kuvio 1. Koko väestöstä itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus (%) ikäryhmittäin sukupuolen mukaan.

Kun yksinäisyyttä tarkastellaan maakunnittain, havaitaan että Pohjanmaalla yli 20-vuotiaista yksinäisiä on lähes viisi prosenttiyksikköä vähemmän kuin Keski-Pohjanmaalla (kuvio 2). Eniten yksinäisiä naisia aikuisväestöstä on Keski-Pohjanmaalla (12,4 %) ja yksinäisiä miehiä taas Kainuussa (12,3 %). Yksinäisyyttä kokevat eivät aina jakaudu tasaisesti sukupuolittain yhden maakunnan sisällä. Yksinäisiä naisia on miehiä selvästi enemmän Satakunnassa, Uudellamaalla ja Etelä-Pohjanmaalla. Yksinäisyyttä kokevien miesten osuus on taas suurempi Kymenlaaksossa ja Kainuussa.

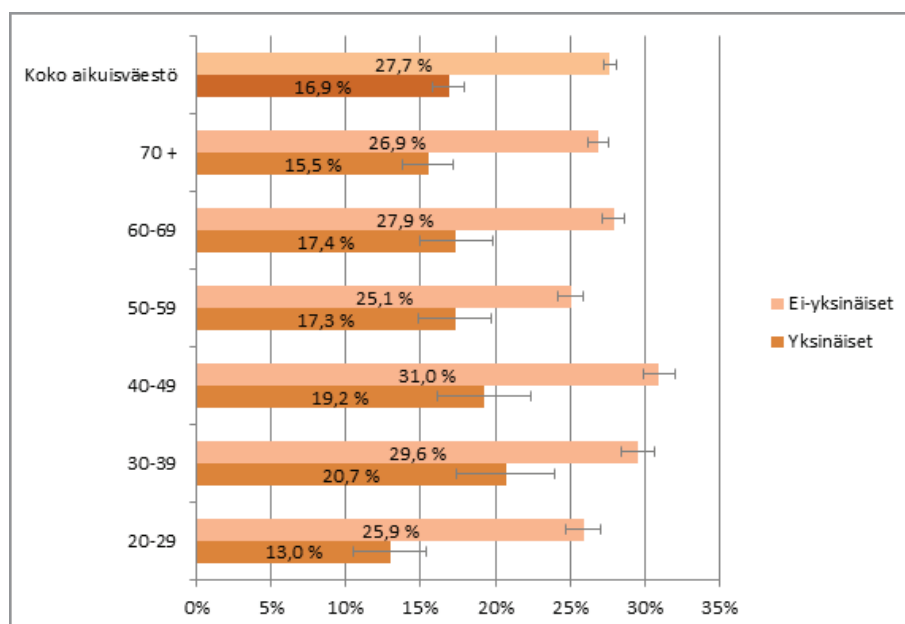


Kuvio 2. Koko väestöstä itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus (%) maakunnittain sukupuolen mukaan.

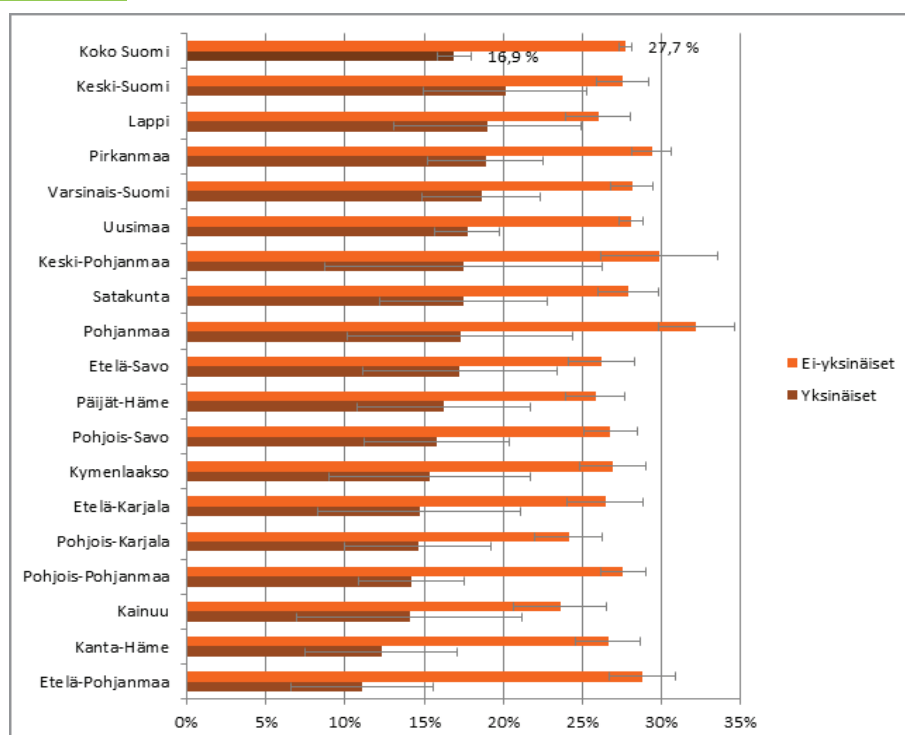
Yksinäiset mukana järjestötoiminnassa

Tarkastelemme aluksi sitä väestöryhmää, joka on ilmoittanut osallistuvansa aktiivisesti jonkin kerhon, järjestön, yhdistyksen, harrastusryhmän tai hengellisen tai henkisen yhteisön toimintaan.

Sukupuolittain yksinäisten aktiivinen osallistuminen järjestötoimintaan on jakautunut tasaisesti (naiset 17,5 % ja miehet 16,1%). Viidennes 30–39-vuotiaista yksinäisistä osallistuu aktiivisesti järjestötoimintaan (kuvio 3). Vähiten yksinäisiä osallistujia löytyy 20–29-vuotiaiden joukosta, ja ero ei-yksinäisten 20–29-vuotiaiden osallistujien määrään on lähes 13 prosenttiyksikköä.



Kuvio 3. Aktiivisesti järjestötoimintaan tai vastaavaan osallistuneiden yksinäisten ja ei-yksinäisten osuudet (%) ikäryhmittäin ja 95 % luottamusvälit.



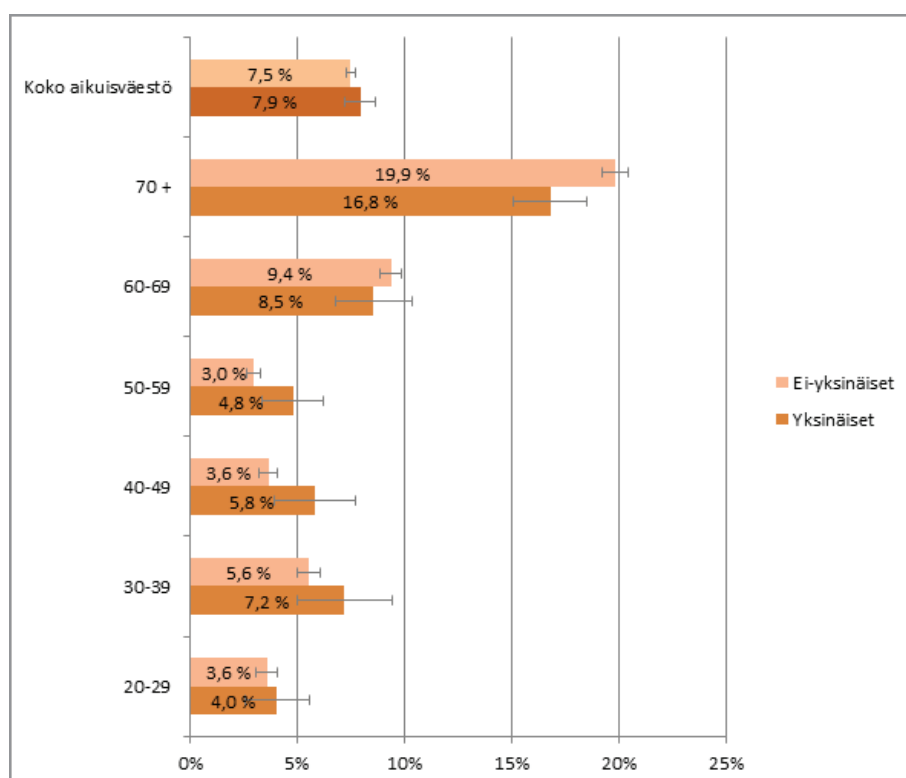
Kuvio 4. Aktiivisesti järjestötoimintaan tai vastaavaan osallistuneiden yksinäisten ja ei-yksinäisten osuudet (%) maakunnittain ja 95 % luottamusvälit.

Maakuntien väliset erot mahtuvat 10 prosenttiyksikön sisään, on kyse sitten aktiivisesti toimintaan osallistuvista yksinäisistä tai ei-yksinäisistä (kuvio 4). Yksittäisen maakunnan sisällä erot itsensä yksinäiseksi tuntevien aktiivisten osallistujien ja ei-yksinäisten aktiivisesti osallistuvien välillä voivat kasvaa isommiksikin. Suurimmat maakunnan sisäiset erot löytyvät Etelä-Pohjanmaalta, Pohjanmaalta ja Kanta-Hämeestä, joissa ero yksinäisten ja ei-yksinäisten osallistumisosuuksissa on noin 15 prosenttiyksikköä.

Yksinäiset mukana sosiaali- ja terveysjärjestöjen toiminnassa

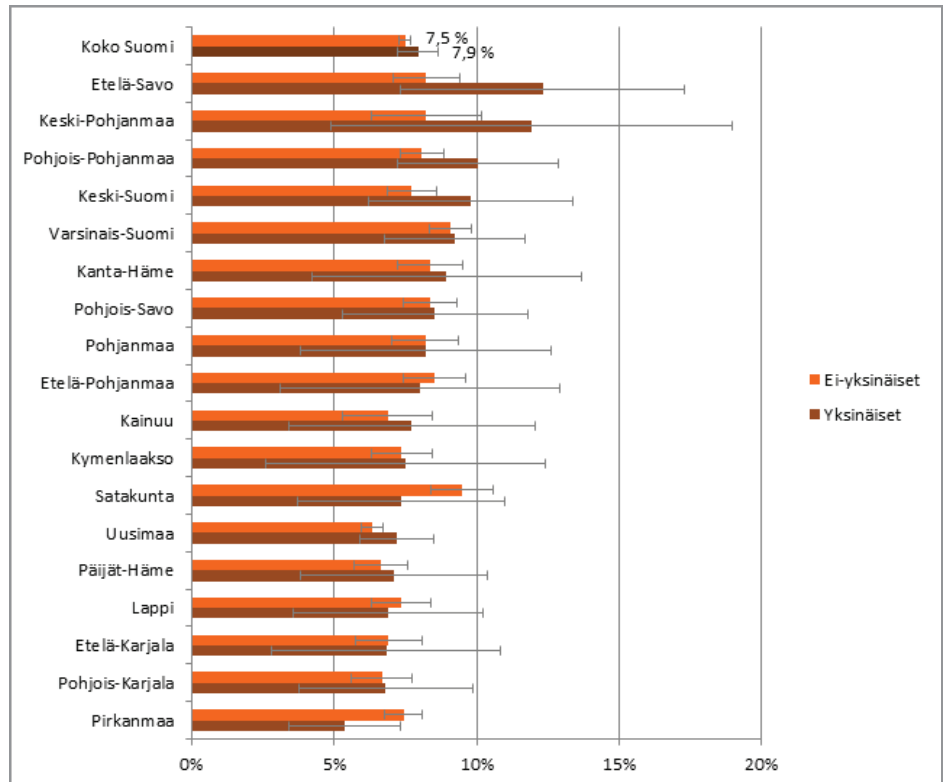
Sosiaali- ja terveysjärjestöjen (sote-järjestöt) toiminnalle on ominaista, että ne tavoittavat usein ihmisiä, jotka eivät hakeudu tai löydä julkisen palvelujärjestelmän piiriin tai ovat muuten jollain lailla syrjässä. Tämän vuoksi olemme nostaneet erilliseen vertailuun sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan aktiivisesti (vähintään 1–3 kertaa kuukaudessa) osallistuvien yksinäisten ja ei-yksinäisten osuudet.

Yksinäiset naiset (9 %) osallistuvat sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan hieman yksinäisiä miehiä (6,6 %) aktiivisemmin. Yli 70-vuotiaista yksinäisistä 16,8 % osallistuu aktiivisesti sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan, kun taas 20–29-vuotiaiden yksinäisten kohdalla vastaava luku on vain 4 %.



Kuvio 5. Aktiivisesti sote-järjestöjen toimintaan osallistuneiden yksinäisten ja ei-yksinäisten osuudet (%) ikäryhmittäin ja 95 % luottamusvälit.

Maakunnittain tarkasteltuna Etelä-Savossa yksinäiset osallistuvat aktiivisimmin sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan (12,3 %, kuvio 6). Vastaavasti alhaisinta yksinäisten osallistumisaktiivisuus on Pirkanmaalla (5,4 %.) Yksinäisten ja ei-yksinäisten osallistumisosuuksien välillä ei ole havaittavissa oleellisia eroja ikäryhmittäin tai maakunnittain tarkasteltuna.



Kuvio 6. Aktiivisesti sote-järjestöjen toimintaan osallistuneiden yksinäisten ja ei-yksinäisten osuudet (%) maakunnittain ja 95 % luottamusväli.

Johtopäätökset

Sekä 20–29-vuotiaat että yli 70-vuotiaat ovat muihin ikäryhmiin verrattuna yksinäisempiä. Tämä johtuu todennäköisesti ainakin osittain siitä, että nuoret liikkuvat alueellisesti ja sosiaalisesti ja vanhuksat taas menettävät sosiaalisia suhteitaan muita ikäryhmiä enemmän. (Saari 2010: 124)

ATH-tutkimuksen tulosten perusteella erot yksinäisyyttä tuntevien ja ei-yksinäisten aktiivisten järjestötoimintaan osallistujien määrissä ovat huomattavia, tarkasteltiin määriä sitten ikäryhmittäin tai maakunnittain. Sen sijaan aktiivisesti sosiaali- ja terveysjärjestötoimintaan osallistuneiden keskuudessa yksinäisten osuus ei näytä korostuvan suuntaan tai toiseen. Erot yksinäisten ja ei-yksinäisten osallistujamäärien välillä ovat siis erittäin vähäisiä.

Oli kyse mistä tahansa järjestötoiminnan muodosta tai yksinäisistä ja ei-yksinäisistä, niin miesosallistujia on naisia vähemmän. Koko väestöstä naiset ovat yleensä miehiä yksinäisempiä, mutta he osallistuvat toimintaan miehiä aktiivisemmin. Itsensä yksinäiseksi kokevista henkilöistä järjestötoimintaa tavoittaa parhaiten 30–39-vuotiaat, joista joka viides on mukana aktiivisesti järjestötoiminnassa. Ikäryhmässä 20–29-vuotiaat vain 12,9 % itsensä yksinäiseksi kokevista on aktiivisesti mukana järjestötoiminnassa. Kun tarkastellaan pelkästään sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan aktiivisesti osallistuvia yksinäisiä, korostuvat erot nuorimman ja vanhimman ikäryhmän välillä.

Maakunnittain tarkasteltuna eniten aikuisväestöön kuuluvia itsensä yksinäiseksi tuntevia on Keski-Pohjanmaalla (11,9 %) ja vähiten Pohjanmaalla (7 %). Keski-Pohjanmaan yksinäisistä löytyy suhteessa paljon aktiivisia järjestötoimintaan

Lähteet

Kaikkonen R, Murto J, Pentala O, Koskela T, Virtala E, Härkänen T, Koskenniemi T, Ahonen J, Vartiainen E & Koskinen S. Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010–2014. Verkkojulkaisu: www.thl.fi/ath

Saari, Juhon: Yksinäisten yhteiskunta. 2010, WSOYpro Oy, Helsinki.

RAY:n ja IRO Research Group Oy:n kyselytutkimus 2015. (Verkossa tehtyyn tutkimukseen vastasi yhteensä 1 000 suomalaista toukokuussa 2015) www2.ray.fi/fi/ray/ajankohtaista/nuoret-aikuiset-kaikkein-yksin%C3%A4isimpi%C3%A4-suomessa

yleisesti sekä sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan osallistuvia, verrattiin maakunnan lukuja sitten maakunnittaisiin tai kaikkien yksinäisten lukuihin. Vaikka Pohjanmaalla on väestötasolla tarkasteltaessa suhteessa vähemmän yksinäisiä, hekin osallistuvat keskitasoa aktiivisemmin sekä järjestötoimintaan yleisesti että sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan. Erot maakuntien välillä yksinäisten osallistumisaktiivisuudessa eivät siis selity suoraan yksinäisten määrällä. Maakunnista Keski-Suomessa järjestötoiminta tavoittaa parhaiten yksinäisiä (20,1 %), kun taas Etelä-Pohjanmaalla yksinäisiä osallistuu aktiivisesti järjestöjen toimintaan vain 11,1 %. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen osalta yksinäisten osallistumisaktiivisuus on korkeinta Etelä-Savossa (12,3 %) ja alhaisinta Pirkanmaalla (5,4 %).

Järjestötoimintaan osallistuminen tarjoaa parhaimmillaan sosiaalisia suhteita, vertaistukea, ja mielekästä tekemistä sekä lisää merkityksellisyyden kokemuksia. Ei-yksinäiset osallistuvat yksinäisiä aktiivisemmin järjestötoimintaan. Aktiivisesti järjestötoimintaan osallistuvista itsensä yksinäiseksi kokevia on vähemmän kuin järjestötoiminnan ulkopuolella. Silti on muistettava, että järjestötoimintaan osallistuminen ei välttämättä poista yksinäisyyden tunnetta (Saari 2010: 126).

RAY:n teettämän kyselyn mukaan suomalaiset havaitsevat yksinäisyyttä ympärillään ja ovat valmiita toimintaan: yli puolet kyselyyn vastanneista kertoi olevansa valmiita tekemään jotain ainakin omassa lähipiirissään. Erityisesti nuoret olivat halukkaita toimimaan myös laajemmin yhteiskunnassa, esimerkiksi järjestöjen vapaaehtoistyössä. Selvä enemmistö järjestötoiminnassa mukana olevista koki, että järjestötoimintaan osallistuminen oli auttanut vähentämään omaa yksinäisyyttä. (RAY:n ja IRO Research Group Oy:n kyselytutkimus 2015)

Yksinäisyyden vähentämisessä järjestöillä on jo nyt merkittävä rooli. RAY:n sosiaali- ja terveysjärjestöille myöntämien avustusten turvin tuetaan yksinäisyyden ehkäisemistä välillisesti noin 100 miljoonalla eurolla vuodessa. Loka-kuussa 2015 käynnistynyt RAY:n ideahaku sosiaali- ja terveysjärjestöille kerää uusia oivalluksia yksinäisyyden ehkäisemiseksi järjestötyön keinoin.

Järjestötoiminnan uusia muotoja kehitettäessä on olennaista pohtia, miten voitaisiin tavoittaa erityisesti niitä henkilöitä, jotka tällä hetkellä eivät ole järjestötoiminnassa mukana. Tämän tutkimuksen mukaan erityistä huomiota tulisi kiinnittää nuoriin aikuisiin ja miehiin. Aineistosta johtuen lapset ja nuoret oli rajattu tämän tarkastelun ulkopuolelle. Myös maakuntien väliset erot sekä koetussa yksinäisyydessä että järjestötoimintaan osallistumisaktiivisuudessa ovat huomionarvoisia ja tarjoavat kiinnostavia jatkopohdinnan aiheita.

Istumisen yhteydet yksinäisyyteen ja henkiseen hyvinvointiin

Päälöydökset

- Lähes joka kymmenes vastaaja ilmoitti kokevansa yksinäisyyttä melko usein tai jatkuvasti.
- Joka viides oli kokenut alakulon tai masennuksen tunteita vähintään kahden viikon ajan kyselyyn vastaamista edeltäneen vuoden aikana.
- Joka viides oli myös menettänyt kiinnostuksensa asioihin, joista ennen koki mielihyvää.
- Yli yhdeksän tuntia päivässä istuvat ilmoittivat enemmän em. kokemuksia kuin enintään kuusi tuntia istuvat.
- Vapaa-ajalla istuminen oli yhteydessä erityisesti yksinäisyyteen ja kiinnostuksen menettämisen kokemuksiin.
- Työssään yli kuusi tuntia päivässä istuvat ilmoittivat enemmän yksinäisyyttä sekä alakuloa ja masennusta kuin enintään tunnin istuvat.
- Aktiivinen osallistuminen järjestötoimintaan oli yhteydessä vähäisempään yksinäisyyden kokemukseen sekä parempaan henkiseen hyvinvointiin.

Kirjoittajat:

Pauliina Husu,
erikoistutkija, UKK-instituutti
Kari Tokola,
tilastotieteilijä, UKK-instituutti
Jaana Suni,
tutkimus- ja kehittämisspäällikkö,
UKK-instituutti
Harri Sievänen,
tutkimusjohtaja, UKK-instituutti
Tommi Vasankari,
johtaja, UKK-instituutti

Johdanto

Suomalaiset ovat paikallaan paljon – Terveys 2011 -tutkimuksen Fyysinen aktiivisuus ja kunto -alaotoksessa keskimäärin 60 % valveillaoloajasta (Husu ym. 2014a). Rungas istuminen lisää terveydellisiä riskejä. Erityisen haitallista istuminen on sydän- ja verisuoniterveyden sekä aineenvaihdunnan kannalta (de Rezende ym. 2014, Biswas ym. 2015). Myös Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) aikaisemmissa tarkasteluissa todettiin, että runsas istuminen oli yhteydessä huonoon koettuun terveyteen, lihavuuteen ja runsaampaan terveystalveluiden käyttöön. Erityisesti vapaa-ajan istuminen näyttäisi olevan yhteydessä terveyshaittoihin. (Husu ym. 2014b) Jonkin verran on näyttöä runsaan istumisen yhteydestä myös masennukseen (Teychenne ym. 2010, de Rezende ym. 2014) ja jännittyneisyyteen (Teychenne ym. 2015), mutta istumisen mahdollista yhteyttä yksinäisyyden kokemukseen ei juuri ole tutkittu.

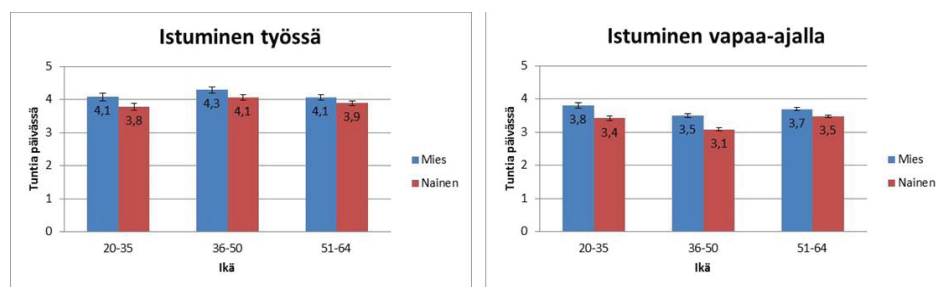
Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, onko runsas istuminen yhteydessä yksinäisyyteen ja henkiseen hyvinvointiin eri-ikäisillä suomalaisilla miehillä ja naisilla. Lisäksi tavoitteena oli tutkia, poikkeavatko työssä ja vapaa-ajalla istumisen yhteydet näihin kokemuksiin toisistaan.

Tutkimus perustuu vuosina 2013 ja 2014 kerättyihin ATH-tutkimuksen aineistoihin. ATH-kyselytutkimuksen yleisenä tavoitteena on selvittää monipuolisesti aikuisväestön terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksen toteuttamisesta vastaa Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

Tuloksia

Alle 74-vuotiaiden, vastaajien istumista arvioitiin kysymällä, kuinka monta tuntia vastaajat keskimäärin istuvat arkipäivänä toisaalta työssä ja toisaalta vapaa-ajalla. Yli 75-vuotiaiden (N=5919) istumista selvitettiin kysymällä, kuinka paljon he keskimäärin istuvat arkipäivänä.

Alle 65-vuotiaiden koko- tai osa-aikatyössä olevien vastaajien istumista tarkasteltiin erikseen työssä (n=48 313) ja vapaa-ajalla (n=55 079). Keskimäärin vastaajat istuivat työssä 4 tuntia ja vapaa-ajalla 3,5 tuntia. Miehet istuivat jonkin verran enemmän kuin naiset (kuvio 1). Alle 65-vuotiaiden kokonaisistumisaika arvioitiin laskemalla työssä ja vapaa-ajalla istuminen yhteen. Miehet istuivat oman ilmoituksensa mukaan yhteensä keskimäärin 7,4 tuntia ja naiset 6,8 tuntia päivässä. Yli 65-vuotiailla vastaavat luvut olivat 5,7 ja 5,4 tuntia.

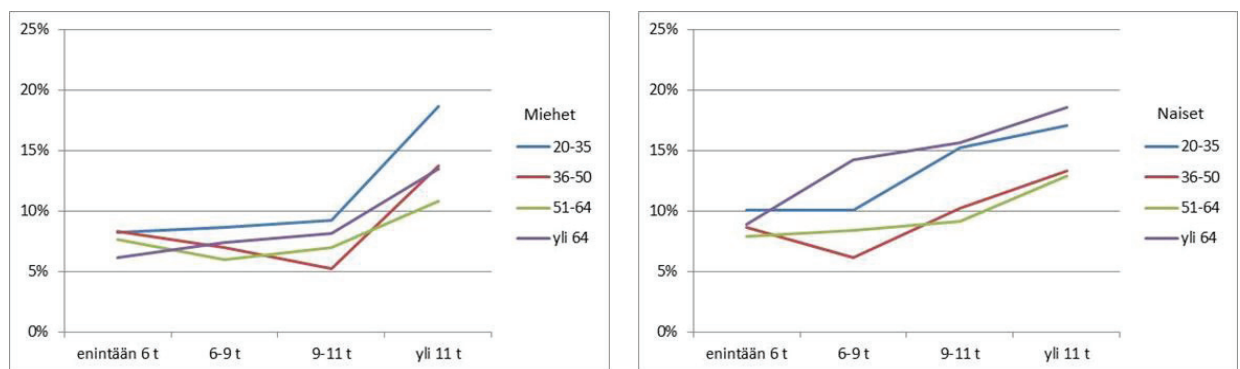


Kuvio 1. Istuminen työssä ja vapaa-ajalla.

Yksinäisyys

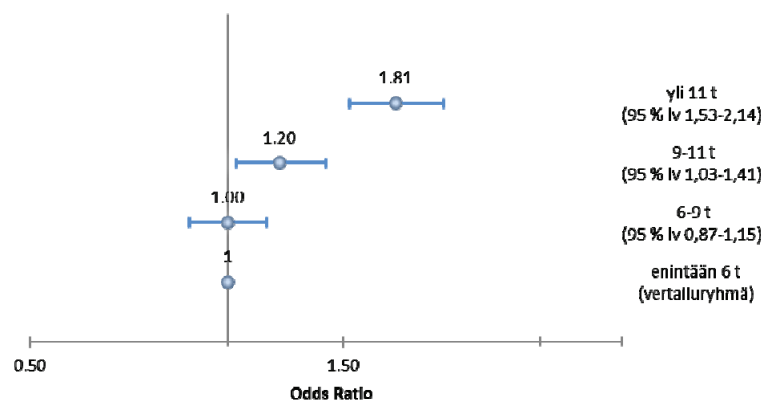
Vastaajien koettua yksinäisyyttä selvitettiin kysymällä, tuntevatko vastaajat itsensä yksinäiseksi (n=67 334). Neljäsosa vastaajista ei kokenut olevansa koskaan yksinäinen. Reilu kolmannes (37 %) ilmoitti tuntevänsä itsensä yksinäiseksi hyvin harvoin, reilu neljäsosa (28 %) joskus ja 9 % melko usein tai jatkuvasti. Istumisen ja yksinäisyyskokemusten välisten yhteyksien tarkastelussa ei koskaan, harvoin tai joskus itsensä yksinäiseksi tuntevat yhdistettiin yhdeksi ryhmäksi ja yksinäisyyttä melko usein tai jatkuvasti kokeneet toiseksi ryhmäksi. Naisista keskimäärin 11 % ja miehistä 9 % tunsivat itsensä yksinäiseksi ainakin melko usein.

Istumisen kokonaismäärää tarkasteltaessa yksinäisyyden kokeminen lisääntyi naisilla istumismäärän lisääntyessä. Miehillä yksinäisyyden kokemus lisääntyi vasta, kun istumisen määrä ylitti 11 tuntia päivässä (kuvio 2). Nuorimmat miehet ilmoittivat kokevänsä yksinäisyyttä useammin kuin vanhempien ikäryhmien miehet.



Kuvio 2. Itsensä yksinäiseksi tuntevien osuudet (%) kokonaisistumismäärän mukaan.

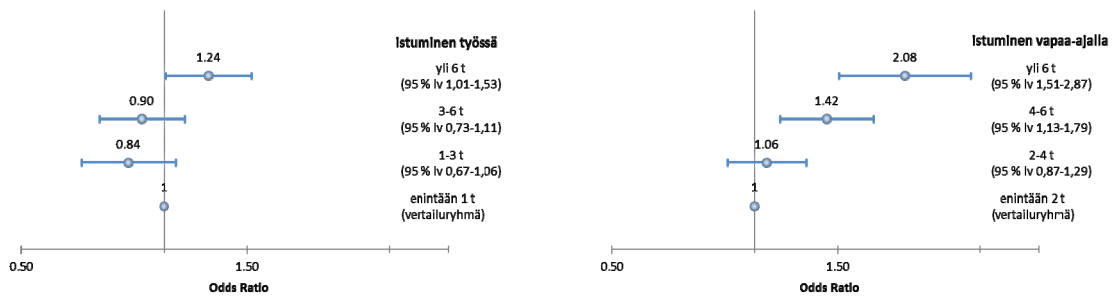
Logistisen regressioanalyysin mukaan vähintään yhdeksän tunnin istuminen oli voimakkaammin yhteydessä yksinäisyyden kokemiseen kuin enintään kuuden tunnin istuminen. Yli 11 tuntia istuvilla yhteys oli vielä voimakkaampi. Yhteys säilyi, vaikka analyysissä huomioitiin iän ja sukupuolen lisäksi myös siviilisäädyn, koulutuksen, työtilanteen, ammattiaseman, tupakoinnin, alkoholin käytön, fyysisen aktiivisuuden ja kehon painoindeksin (ks. liitetaulukko) mahdollinen vaikutus (kuvio 3).



Kuvio 3. Kokonaisistumisen yhteys yksinäisyyteen, logistinen regressioanalyysi

Kun työssä ja vapaa-ajalla istumista tarkasteltiin erikseen, todettiin, että yksinäisyyden kokeminen oli yleisempää niillä, jotka istuivat työssään vähintään kuusi tuntia päivässä kuin enintään tunnin istuvilla. Myös tämä yhteys säilyi, vaikka analyysissä huomioitiin iän ja sukupuolen lisäksi myös muiden mahdollisten sekoittavien tekijöiden, mm. koulutuksen, työtilanteen ja ammattiaseman (liitetaulukko) vaikutus (kuvio 4).

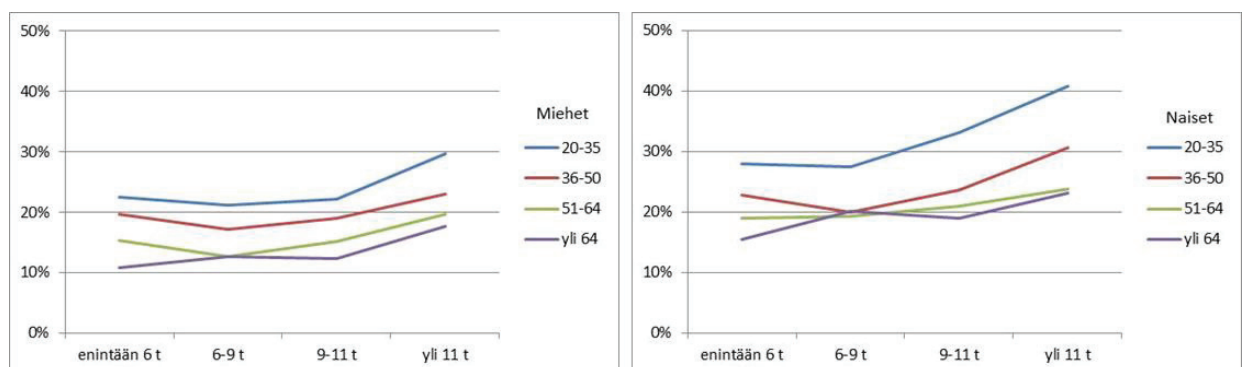
Myös vapaa-ajan istuminen oli yhteydessä yksinäisyyden kokemiseen sekä vakioimattomassa että mahdollisilla sekoittavilla tekijöillä (liitetaulukko) vakioidussa mallissa. Erityisesti neljä tuntia ylittävä istuminen vapaa-ajalla oli yhteydessä yksinäisyyteen enintään kahden tunnin istumiseen verrattuna. Yli kuusi tuntia istuvilla yhteys oli vielä voimakkaampi.



Kuvio 4. Työssä ja vapaa-ajalla istumisen yhteys yksinäisyyteen, logistinen regressioanalyysi.

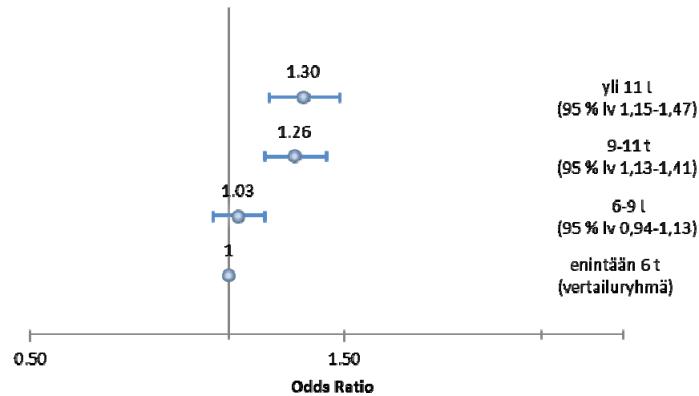
Henkinen hyvinvointi

Henkisen hyvinvoinnin osoittimina käytettiin vastaajien kokemusta alakuloisuudesta tai masentuneisuudesta (n=66 733) sekä tunnetta siitä, että on menettänyt kiinnostuksen asioihin, joista ennen koki mielihyvää (n=66 234). Viidesosa (20 %) vastaajista ilmoitti, että heillä oli viimeisen 12 kuukauden aikana ollut vähintään kahden viikon jakso, jolloin he olivat olleet suurimman osan ajasta mieli maassa, alakuloisia tai masentuneita. Nämä kokemukset olivat naisilla yleisempiä kuin miehillä ja nuorimman ikäryhmän vastaajat ilmoittivat masennuksen ja alakulon tuntemuksia enemmän kuin vanhemmat vastaajat. Istumisen kokonaismäärän mukaisessa tarkastelussa runsaampi istuminen oli yhteydessä alakulon ja masennuksen tuntemuksiin (kuvio 5). Eniten istuvien (yli 11 tuntia) joukossa oli eniten em. tuntemuksia kokeneita, erityisesti nuorimmassa ikäryhmässä.



Kuvio 5. Alakuloa ja masennusta viimeisen 12 kuukauden aikana kokeneiden osuudet (%) kokonaisistumismäärän mukaan.

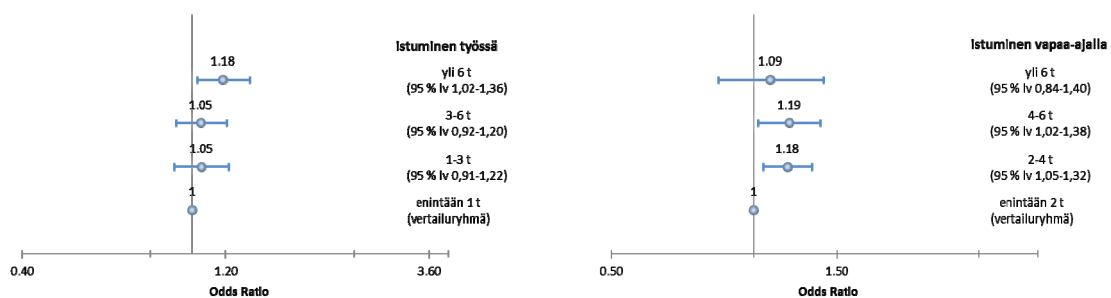
Logistisen regressioanalyysin mukaan vähintään yhdeksän tunnin kokonaisistuminen oli voimakkaammin yhteydessä alakulon ja masennuksen tunteisiin kuin enintään kuuden tunnin istuminen. Tämä yhteys oli tilastollisesti merkitsevä sekä vain iän ja sukupuolen huomioivassa analyysissä että kaikki liitetaulukossa mainitut tekijät huomioivassa analyysissä (kuvio 6).



Kuvio 6. Kokonaisistumisen yhteys alakulon ja masennuksen tunteisiin, logistinen regressioanalyysi.

Alakuloisuuden ja masennuksen tunteet eivät olleet yhteydessä työssä istumiseen, kun analyyseissa oli huomioitu vain vastaajien ikä ja sukupuoli. Kun muutkin liitetaulukossa kuvatut mahdolliset sekoittavat tekijät otettiin huomioon, olivat alakulon ja masennuksen kokemukset yleisempiä niillä vastaajilla, jotka istuivat työssään vähintään kuusi tuntia kuin enintään tunnin istuvilla (kuvio 7).

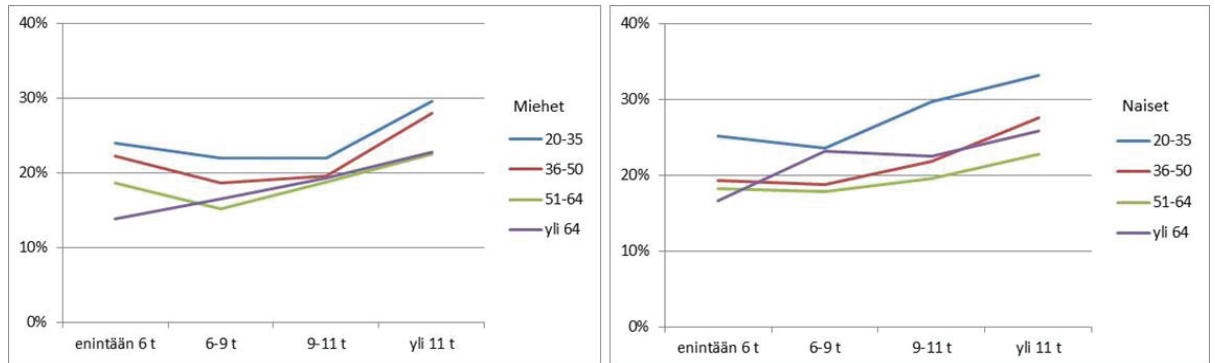
Vapaa-ajan istumisen osalta vain iän ja sukupuolen huomioivassa analyysissä istuminen oli yhteydessä alakulon ja masennuksen tunteisiin. Yhteys säilyi, kun mahdolliset sekoittavat tekijät otettiin huomioon, mutta ainoastaan 2–4 tunnin ja 4–6 tunnin istuminen vapaa-ajalla oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä em. kokemuksiin alle kahden tunnin istumiseen verrattuna (kuvio 7).



Kuvio 7. Työssä ja vapaa-ajalla istumisen yhteys alakulon ja masennuksen tunteisiin, logistinen regressioanalyysi.

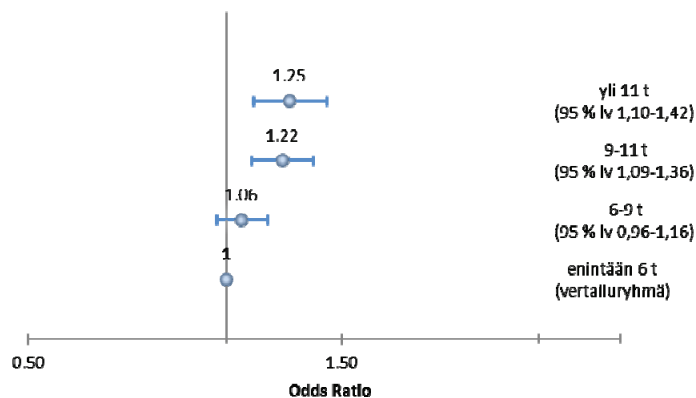
Vastaavasti kuten alakulon ja masennuksen kohdalla, viidesosa vastaajista ilmoitti viimeisen vuoden aikana vähintään kahden viikon jakson, jolloin he olivat kadottaneet kiinnostuksensa harrastuksiin, työhön tai muihin asioihin, jotka aikaisemmin olivat tuottaneet heille mielihyvää. Myös nämä kokemukset olivat tyypillisempiä naisille kuin miehille ja nuoremmille kuin vanhemmille.

Kokonaisistumisajan mukaisessa tarkastelussa yli 11 tuntia päivässä istuvat 20–50-vuotiaat miehet ilmoittivat enemmän kiinnostuksen menetystä kuin tätä vanhemmat miehet. Kaikkein vanhimmat miehet raportoivat enemmän kiinnostuksen menettämisen kokemuksia istumismäärän lisääntyessä, 51–64-vuotiaat erityisesti istumismäärän ylittäessä yhdeksän tuntia päivässä. (kuvio 8)



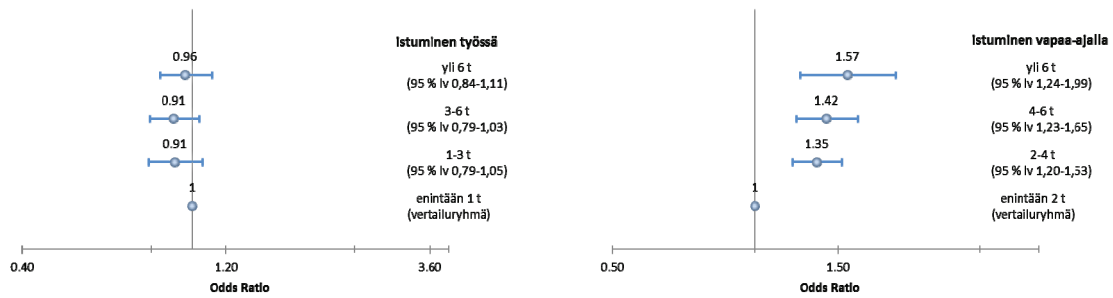
Kuvio 8. Kiinnostuksen menettämistä viimeisen 12 kuukauden aikana kokeneiden osuudet (%) kokonaisistumismäärän mukaan.

Myös logistisen regressioanalyysin mukaan 9–11 tuntia ja yli 11 tuntia istuvat ilmoittivat enemmän kiinnostuksen menettämisen tunteita kuin enintään kuusi tuntia päivässä istuvat (kuvio 9).



Kuvio 9. Kokonaisistumisen yhteys kiinnostuksen menettämisen tunteisiin, logistinen regressioanalyysi.

Kun työssä ja vapaa-ajalla istumista tarkasteltiin erikseen, havaittiin, ettei työssä istuminen ollut yhteydessä kiinnostuksen menettämisen kokemuksiin (kuvio 10). Nämä kokemukset olivat yhtä yleisiä kaikissa työssä istumisen luokissa. Vapaa-ajan istuminen sen sijaan oli voimakkaasti yhteydessä em. kokemuksiin sekä vain iän ja sukupuolen että kaikki liitetaulukossa mainitut tekijät huomioivissa analyysissä. Vapaa-ajallaan yli kaksi tuntia istuvat raportoivat kadottaneensa kiinnostuksen itselleen tärkeisiin asioihin useammin kuin enintään kaksi tuntia istuvat. Yhteys voimistui istumismäärän lisääntyessä.

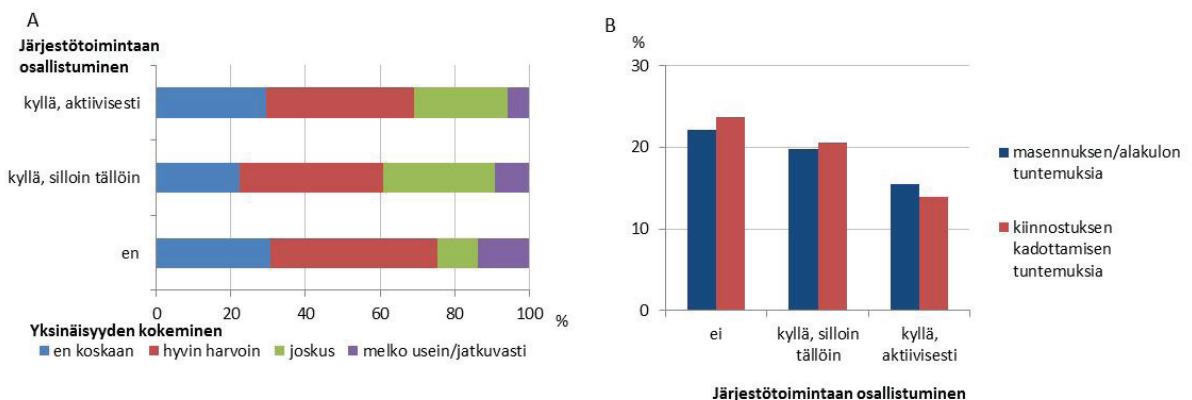


Kuvio 10.

Työssä ja vapaa-ajalla istumisen yhteys kiinnostuksen menettämisen tunteisiin, logistinen regressioanalyysi.

Yksinäisyyden kokeminen ja henkinen hyvinvointi järjestötoimintaan osallistumisen mukaan

Vastaajien järjestötoimintaan osallistumista selvitettiin kysymällä, osallistuvatko he jonkin kerhon, järjestön, yhdistyksen, harrastusryhmän tai hengellisen tai henkisen yhteisön toimintaan (liitetaulukko). Kun yksinäisyyden kokemusta ja masennuksen/ alakulon tai kiinnostuksen kadottamisen tunteiden raportoimista tarkasteltiin suhteessa em. toimintaan osallistumiseen, havaittiin, että aktiivisesti järjestötoimintaan osallistuvat henkilöt kokivat vähemmän sekä yksinäisyyttä että masennuksen/alakulon ja kiinnostuksen kadottamisen tunteita kuin ne vastaajat, jotka eivät osallistuneet järjestöjen toimintaan (kuvio 11). Aktiivisesti järjestötoimintaan osallistuvista 6 % ilmoitti olevansa melko usein tai jatkuvasti yksinäinen, kun vastaava osuus järjestötoimintaan osallistumattomilla oli 14 %. Vastaavasti 15 % aktiivisesti järjestötoimintaan osallistuvista ilmoitti masennuksen ja alakulon tuntemuksia ja 14 % kiinnostuksen kadottamisen tuntemuksia, kun vastaavat osuudet järjestötoimintaan osallistumattomilla olivat 22 % ja 24 %. Järjestötoimintaan osallistumisen yhteys yksinäisyyden kokemiseen ei kuitenkaan ole suoraviivainen. Järjestötoimintaan aktiivisesti osallistuvista 69 % ilmoitti kokevansa yksinäisyyttä hyvin harvoin tai ei koskaan, kun vastaava osuus järjestötoimintaan osallistumattomilla oli 75 %.



Kuvio 11.

Järjestötoimintaan osallistumisen yhteys yksinäisyyden kokemiseen (A) ja masennuksen, alakulon sekä kiinnostuksen menettämisen (B) tunteisiin.

Yhteenveto

Masennuksen ja alakulon tunteet sekä kokemus siitä, että on menettänyt kiinnostuksen johonkin itselle aikaisemmin mielihyvää tuottaneeseen asiaan, olivat vastaajilla yhtä yleisiä. Keskimäärin viidesosa vastaajista ilmoitti näitä kokemuksia vähintään kahden viikon ajalta kyselyyn vastaamista edeltäneen vuoden aikana. Yksinäisyyttä melko usein tai jatkuvasti oli kokenut lähes joka kymmenes vastaaja.

Yli yhdeksän tuntia päivässä istuvat ilmoittivat enemmän kaikkia tulostapahtumia kuin enintään kuusi tuntia istuvat. Työssä ja vapaa-ajalla istumisen yhteydet yksinäisyyteen ja henkiseen hyvinvointiin poikkesivat toisistaan. Vapaa-ajan istuminen oli työssä istumista useammin merkitsevä tekijä. Yli neljän tunnin istuminen vapaa-ajalla oli yhteydessä yksinäisyyden kokemiseen enintään kahden tunnin istumiseen verrattuna. Vastaavasti jo kaksi tuntia ylittävä vapaa-ajan istuminen päivässä oli yhteydessä alakulon, masennuksen ja kiinnostuksen kadottamisen tunteisiin. Yli kuusi tuntia istuvat eivät tosin poikenneet alakulon ja masennuksen kokemuksissaan alle kaksi tuntia istuvista. Työssään yli kuusi tuntia päivässä istuvat ilmoittivat enemmän yksinäisyyttä sekä alakuloa ja masennusta kuin enintään tunnin istuvat, mutta kiinnostuksen kadottamisen tunne ei ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä työssä istumiseen.

Aktiivisesti järjestötoimintaan osallistuvat vastaajat raportoivat vähemmän sekä yksinäisyyden kokemuksia että masennuksen/alakulon ja kiinnostuksen kadottamisen tunteita kuin ne vastaajat, jotka eivät osallistuneet järjestöjen toimintaan. Yhteys toimintaan osallistumisen ja yksinäisyyskokemusten välillä ei kuitenkaan ollut suoraviivainen.

Johtopäätöksiä

Tutkimus tarjoaa arvokasta tietoa suomalaisten aikuisten itse ilmoittamasta istumisen määrästä ja sen yhteyksistä yksinäisyyteen ja henkiseen hyvinvointiin. Tulokset vahvistavat aikaisemmin raportoituja ATH-tutkimuksen tuloksia (Husu ym. 2014b) siitä, että työssä ja vapaa-ajan istumisen yhteydet tarkasteltuihin tulostapahtumiin ovat jonkin verran erilaisia ja että vapaa-ajan istuminen näyttäisi olevan työssä istumista useammin merkitsevä tekijä. Väestön terveyden edistämässä onkin tärkeää kiinnittää huomiota erityisesti vapaa-ajan istumisen määrään. Tutkimuksessa havaittu yhteys järjestötoimintaan osallistumisen ja tarkasteltujen tulostapahtumien välillä antaa viitteitä siitä, että järjestöjen tarjoama sosiaalinen toiminta voi olla yhteydessä vähäisempään yksinäisyyden kokemiseen ja parempaan henkiseen hyvinvointiin. Järjestökenttä tarjoaa siten arvokkaan mahdollisuuden edistää väestön terveyttä ja hyvinvointia.

Tulosten tulkinnessa on syytä huomioida, että ne perustuvat poikkileikkaustutkimukseen, eikä niiden perusteella voida tehdä syy-seurauspäätelmiä. Tulokset eivät siis kerro, lisääkö istuminen yksinäisyyttä sekä alakulon, masennuksen ja kiinnostuksen menettämisen tunteita, vai johtavatko nämä tuntemukset runsaampaan istumiseen. Tulosten perusteella ei myöskään voida päätellä, tuottaako aktiivinen järjestötoimintaan osallistuminen vähemmän yksinäisyyden kokemuksia ja parempaa henkistä hyvinvointia, vai ovatko vähemmän yksinäisyyttä, masennusta/alakuloa ja kiinnostuksen kadottamisen tunteita kokevat vastaajat aktiivisempia osallistumaan toimintaan.

Jatkossa tarvitaan pitkittäisasetelmassa toteutettuja väestötutkimuksia, jotta tässä tutkimuksessa havaittuja yhteyksiä istumisen ja yksinäisyyden sekä henkisen hyvinvoinnin osoittimien välillä voitaisiin tarkastella myös syy-seuraussuhteiden kannalta. Lisäksi itsearviointien rinnalle tarvitaan objektiivisilla menetelmillä mitattua tietoa väestön istumisesta.

KIRJALLISUUTTA

Biswas A, Oh PI, Faulkner GE, Bajaj RR, Silver MA, Mitchell MS, et al. Sedentary time and its association with risk for disease incidence, mortality, and hospitalization in adults: a systematic review and meta-analysis. *Annals of internal medicine*. 2015;162(2):123-32. Epub 2015/01/20.

de Rezende LF, Rodrigues Lopes M, Rey-Lopez JP, Matsudo VK, Luiz Odo C. Sedentary behavior and health outcomes: an overview of systematic reviews. *PLoS one*. 2014;9(8):e105620. Epub 2014/08/22.

Husu P, Suni J, Vähä-Ypyä H, Sievänen H, Tokola K, Valkeinen H, Mäki-Opas T, Vasankari T. Suomalaisen aikuisten kiihtyvyyttämittarilla mitattu fyysinen aktiivisuus ja liikkumattomuus. *Suomen Lääkäri-lehti* 2014a;25-32(69):1860-1866.

Husu P, Tokola K, Suni J, Sievänen H, Borodulin K, Mäki-Opas T, Kaikkonen R, Vasankari T. Istumisen yhteydet terveyteen ja hyvinvointiin poikkileikkaustutkimuksessa - tuloksia Alueellisesta terveys- ja hyvinvointitutkimuksesta. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpapereita* 37/2014b, s. 49–56.

Teychenne M, Ball K, Salmon J. Sedentary behavior and depression among adults: a review. *International journal of behavioral medicine*. 2010;17(4):246-54. Epub 2010/02/23.

Teychenne M, Costigan SA, Parker K. The association between sedentary behaviour and risk of anxiety: a systematic review. *BMC public health*. 2015;15:513. Epub 2015/06/20.

Liitetaulukko. Tarkasteltujen tausta- ja tulosmuuttujien kuvaus.

Taustamuuttujat

- Sukupuoli
 - mies
 - nainen
- Ikäryhmä
 - tutkimuslomakkeiden ikäjaottelu
 - 20–35-vuotiaat
 - 36–50-vuotiaat
 - 51–64-vuotiaat
 - yli 64-vuotiaat
- Siviilisäätö
 - avioliitto tai rekisteröity parisuhde
 - avoliitto
 - asumuserossa tai eronnut
 - leski
 - naimaton
- Koulutusvuodet: Kuinka monta vuotta olette yhteensä käyneet koulua tai opiskellut päätoimisesti? Kansa- ja peruskoulu lasketaan mukaan.
 - korkeintaan 6 vuotta
 - 7–9 vuotta
 - 10–12 vuotta
 - 13–15 vuotta
 - yli 15 vuotta
- Työtilanne: Oletteko tällä hetkellä pääasiassa:
 - kokopäivätyössä
 - osa-aikatyössä/osa-aikaeläkkeellä
 - eläkkeellä (iän perusteella)
 - työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuen saajana
 - työtön/lomautettu
 - perhevapaalla, kotiäiti tai -isä
 - opiskelija
 - jokin muu
- Ammattiryhmä: Mikä on/oli viimeisin ammattiasemanne/työmuotonne?
 - palkansaaja
 - maatalousyrittäjä
 - muu yrittäjä
 - ammatin harjoittaja tai free lance
 - työssä perheenjäsenen yrityksessä palkatta
 - ei ole koskaan toiminut päätoimisessa ammatissa
 - muu
- Tupakointi nykyisin: Tupakoitko nykyisin (savukkeita, sikareita tai piippua)?
 - kyllä, päivittäin
 - satunnaisesti
 - ei lainkaan

- Alkoholin käyttö annoksia yhteensä viikossa
- Ikä numeerisena
- Terveysliikuntasuosituksen toteutuminen (Muodostettu kysymyksestä Kuinka paljon kaikkiaan liikutte viikottain?)
 - ei täytä suositusta
 - täyttää kestävyysliikunnan osalta
 - täyttää lihaskuntoharjoittelun osalta
 - täyttää koko suosituksen
- Kehon painoindeksi itse ilmoitettu paino (kg)
itse ilmoitettu pituus (cm)
=kg/m²
- Järjestötoimintaan osallistuminen: Osallistutteko jonkin kerhon, järjestön, yhdistyksen, harrastusryhmän tai hengellisen tai henkisen yhteisön toimintaan (esimerkiksi urheiluseura, asukastoiminta, puolue, kuoro, seurakunta)?
 - kyllä, aktiivisesti
 - kyllä, silloin tällöin
 - en

Tulosmuuttajat

- Tunnetteko itsenne yksinäiseksi?
 - melko usein tai jatkuvasti
 - joskus, harvoin tai ei koskaan
- Onko teillä 12 viime kuukauden aikana ollut vähintään kahden viikon jaksoa, jolloin olette suurimman osan aikaa: ollut mieli maassa, alakuloinen tai masentunut?
 - kyllä
 - ei
- Onko teillä 12 viime kuukauden aikana ollut vähintään kahden viikon jaksoa, jolloin olette suurimman osan aikaa: menettänyt kiinnostuksenne useimpiin asioihin, kuten harrastuksiin, työhön tai muihin asioihin, joista yleensä koette mielihyvää?
 - kyllä
 - ei

Vammaispalveluja tarvinneiden taloudellinen tilanne ja osallistuminen – ATH-tutkimuksen tuloksia

Päälöydökset

- Vammaispalveluja tarvinneiden yhteisöllinen ja yhteiskunnallinen osallistuminen on huomattavasti vähäisempää kuin muilla, lukuun ottamatta järjestötoimintaan osallistumista.
- Kun menojen kattaminen tuloilla on hankalaa, myös osallistuminen yhteisöön ja yhteiskuntaan on hankalampaa.
- Taloudellisen tilanteen tarkastelu ei täysin selitä vammaispalveluja tarvinneiden ja ei-tarvinneiden välisiä eroja, joten vammaispalveluja tarvinneiden osallistumiselle on myös muita esteitä.

Kirjoittajat:

Antti Teittinen
tutkimuspäällikkö,
Kehitysvammaliitto
Hannu T. Vesala
tutkija,
Kehitysvammaliitto

Johdanto

Vammaispalveluja tarvinneet kotitaloudet kokevat taloudellisen tilanteensa huomattavasti muita heikommaksi (Vesala ym. 2014). Monissa tapauksissa on jouduttu rahanpuutteen vuoksi tinkimään ruoasta, lääkkeistä ja lääkärikäynteistä eikä menojen kattamista saatavilla tuloilla pidetä helppona. Vammaispalveluita tarvinneissa kotitalouksissa on siis köyhyyttä¹, kun perustarpeista joudutaan tinkimään. Tässä raportissa tarkastelemme vammaispalveluja tarvinneiden yhteisöllistä ja yhteiskunnallista osallistumista sekä sitä, miten taloudellinen tilanne on osallistumiseen yhteydessä.

Osallistumista ja osallisuutta tutkittaessa on viime aikoina havaittu, että osallistuminen erityisesti vammaisten henkilöiden omien näkemysten mukaan ei välttämättä tarkoita osallisuuden kokemusta (Kivistö 2014). Osallistumisen määrät eivät siis välttämättä tarkoita saman verran osallisuuden kokemusta. Tämä havainto toimii rajauksena tässä raportissa siten, että määrällisellä tarkastelulla ei pyritä selittämään osallistumisen kokemusta, vaan ainoastaan eritellään osallistumismääriä ja suhteutetaan niitä vastaajien taloudelliseen tilanteeseen.

Vammaispalvelulain tarkoituksena on edistää vammaisen henkilön edellytyksiä elää ja toimia muiden kanssa yhdenvertaisena yhteiskunnan jäsenenä sekä ehkäistä ja poistaa vammaisuuden aiheuttamia haittoja ja esteitä (VpL §1). Tämän tarkoituksen toteutumista tutkittaessa niiltä henkilöiltä, jotka ovat tarvinneet vammaispalveluita, asetamme seuraavat tutkimuskysymykset:

1. Kuinka paljon vammaispalveluita tarvinneet henkilöt osallistuvat?
2. Mitkä ovat yhteisöllisen ja yhteiskunnallisen osallistumisen määrät ja merkitykset?
3. Millainen on osallistumismäärien ja taloudellisen tilanteen välinen suhde vastaajilla?

Aineistona käytämme THL:n vuonna 2013 keräämää Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus (ATH) aineistoa. Kyselyyn vastasi 32 633 vähintään 20 vuotta täyttänyttä henkilöä, joista vammaispalveluja tarvinneita oli 1044 (3,5 %). Käytettävissä olevien tietojen perusteella ei kuitenkaan ole mahdollista tietää, onko vastaaja itse vammaisen henkilö, vai onko hän tarvinnut vammaispalveluja siksi, että joku toinen henkilö hänen kotitalouudessaan tai hänen omaisensa on vammaispalvelujen käyttäjä. Siksi käytämme ilmaisua ”vammaispalveluja tarvinneet”. Tarkkaan ottaen on siis kyse henkilöistä, jotka asuvat vammaispalveluja tarvinneissa kotitalouksissa. Aineiston analyysit on toteutettu käyttäen THL:n määrittämiä painokertoimia.

¹ ”Tilastojen valossa köyhyys on nyky-Suomessa enimmäkseen suhteellista, tuloeroihin liittyvää, eikä niinkään absoluuttista, välttämättömyyksiä puuttavaa. Köyhyyttä mitataan monella tavalla. Suhteellista köyhyyttä mitataan tavallisesti suhteessa väestön keskimääräiseen tulotasoon. Tällöin pienituloisia ovat ne, jotka näyttävät pienituloisilta verrattuna keskiarvoihin. Suomessa ei ole kuitenkaan omaa virallista köyhyyseräjä tai pienituloisuuden määritelmää” (stat.fi).



Kehitysvammaliitto

Kehitysvammaliitto edistää kehitysvammaisten ja muiden oppimisessa, ymmärtämisessä ja kommunikoinnissa tukea tarvitsevien ihmisten tasa-arvoa ja osallistumista yhteiskunnassa, kehittää palveluja sekä edistää alan tutkimusta.

Perustehtäviämme ovat

- tutkimus
- kehittämistoiminta
- henkilöstön koulutus
- materiaalin tuotanto
- selkokielisen tiedonvälityksen ja kulttuurin edistäminen
- esteettömän ja osallistavan kommunikoinnin ja tietotekniikan käytön edistäminen
- tiedotus- ja vaikuttamistoiminta.

Kehitysvammaliitto on yhteiskunnallinen vaikuttaja, tieto-taitokeskus ja yhteistyöfoorumi. Toimimme monipuolisesti yhteistyössä vammaisten henkilöiden ja heidän läheistensä, alan työntekijöiden, palveluntuottajien, järjestöjen, yritysten ja viranomaisten kanssa. Toimintamme merkittävin rahoittaja on Raha-automaattiyhdistys.

Osallistumisen muodot

Osallistumisen tutkimus on pitkään keskittynyt osaksi demokratian, politiikan ja vallan tutkimusta (Paloheimo & Borg 2009). Tässä tutkimustraditiossa on kehitetty erilaisia osallistumisasteikkoja suhteessa julkiseen poliittiseen järjestelmään, jolloin nämä asteikot yleensä jakautuvat institutionaaliseen ja ei-institutionaaliseen osallistumiseen. Yleisesti institutionaalinen osallistuminen on tarkoittanut kansalaisvaikuttamisen muotoja ja ei-institutionaalinen osallistuminen kansalaisten oma-aloitteista toimintaa (Sainio 1994). Sovellettuna tästä jaottelusta tässä raportissa osallistumismuotoja jaotellaan sen mukaan, miten osallistuminen edustaa yhteiskuntaan vaikuttamista tai edistää kansalaisuutta sekä yksilötason elämisen mielekkyyttä. Tässä mielessä työelämään osallistuminen, poliittinen osallistuminen ja järjestötoimintaan osallistuminen edustavat yhteiskuntaan vaikuttamista. Yksilötason elämisen mielekkyyttä edustaa kulttuuripalvelujen käyttö, internet-yhteys ja yksinäisyyden kokemus. Lisäksi näitä molempia osallistumismuotoja peilataan vastaajien taloudelliseen tilanteeseen.

Yhteiskuntaan vaikuttaminen ja kansalaisuuden edistäminen

Työelämään osallistuminen tarkoittaa yleisesti kansalaisuuden toteutumista työhön perustuvassa modernissa yhteiskunnassa parhaalla mahdollisella tavalla. Tästä ilmiöstä on käytetty myös käsitettä *työntekijäkansalaisuus*, jolla tarkoitetaan palkkatyöllä rakennettua taloudellista ja sosiaalista sidettä yksilön ja yhteiskunnan välille. Työntekijäkansalaisina ihmiset saavat työstään palkkaa ja he ovat oikeutettuja työterveyshuoltoon, heillä on loma-oikeus ja järjestäytymisoikeus ammattiliittoon. Työntekijäkansalaisuuden kautta muodostuu myös työeläke, joka tarjoaa kansaneläkettä paremman toimeentulon. (Ekholm & Teittinen 2014; Brunila ym. 2013).

Tämän kysymyksen tarkastelussa ovat mukana vain alle 65-vuotiaat henkilöt. Vammaispalveluja tarvinneista kokopäivätyössä oli 36,6 % ja osa-aikatyössä 4,2 %, yhteensä työssäkäyviä oli 40,8 % (kuviot 1). Muista vastaajista työssäkäyviä oli 63,0 % eli lähes kaksi kolmannesta. Kun noin 40 % vammaispalveluita tarvinneista työikäisistä henkilöistä käy töissä, niin työntekijäkansalaisuuden kautta saavutettavat oikeudet ja mahdollisuudet toteutuvat heikommin työelämän ulkopuolella olevilta eli lähes 60 % vammaispalveluita tarvinneista vastaajista. Heikommin saavutettavat oikeudet ja mahdollisuudet tarkoittavat käytännön tasolla erityisesti heikompaan taloudelliseen asemaan, jolloin osallistumismahdollisuudet ovat vähäisemmät.

Poliittinen osallistuminen

Äänestäminen vaaleissa on edustuksellisessa demokratiassa yleisin poliittisen osallistumisen muoto. Heikki Paloheimo ja Sami Borg (2009) esittävät suomalaisen poliittisen osallistumisen tutkimuksessaan, että mitä enemmän ihmisillä on tietoa politiikasta, sitä enemmän he äänestävät vaaleissa. Poliittinen tietotaso on yhteydessä koulutustasoon. On kuitenkin huomattava, että politiikan tietotaso vaikuttaa myönteisesti myös muihin poliittisen osallistumisen muotoihin lukuun ottamatta laitonta poliittista osallistumista.

Vammaispalveluita tarvinneilla oli hieman alempi koulutustaso: heistä matalan koulutustason ryhmään sijoittui 50,5 % ja korkean koulutustason ryhmään 22,5 %, kun vastaavat prosenttiosuudet muiden vastaajien ryhmässä olivat 44,1 % ja 26,5 %.

Vaaleissa äänestämistä kysyttiin neljällä kysymyksellä: *Oletko äänestänyt 1) kunnallisvaaleissa 2) eduskuntavaaleissa 3) presidentin vaaleissa 4) EU-parlamenttivaaleissa?* Näiden kysymysten perusteella vastaajat jaettiin kahteen ryhmään: 1= ei ole äänestänyt yksissäkään vaaleissa ja 2 = on äänestänyt vähintään yksissä vaaleissa.

Vammaispalveluja tarvinneista 16,8 % ei ollut äänestänyt lainkaan, muista ei-äänestäneistä oli 10,3 %. Ero oli siis lähes 7 prosenttiyksikköä.

Oikeusministeriön julkaisussa 5/2009 on arvioitu, että tulotasolla ei ole kovin suurta merkitystä äänestyskäyttäytymiseen sen jälkeen, kun perustarpeet pystytään kattamaan. Köyhyyden tilanteissa äänestäminen kuitenkin laskee jossain määrin. Tämä arvio tukee aiemman raporttimme (Vesala ym. 2014) tuloksia vastaajien suhteellisesta köyhyydestä, kun tulot eivät kata kaikkia perustarpeita. Koulutustasoon yhteydessä olevan poliittisen tietotason vähäisyys yleensä vähentää äänestysaktiivisuutta samoin, kuin sosioekonomisen aseman heikkous. Tässä äänestämistä selvittävän kysymyksen tulos kertoo siitä, että vähäisemmän koulutuksen välitön suhde poliittiseen tietotasoon tai ”poliittiseen lukutaitoon” suhteellisen köyhyyden kanssa on odotetun kaltainen. Mainitut tekijät vähentävät äänestysaktiivisuutta.

Järjestötoimintaan osallistuminen

Järjestötoimintaan osallistumista kysyttiin yhdellä kysymyksellä (tämän lisäksi oli toki runsaasti kysymyksiä mm. erilaisten järjestöjen toimintaan osallistumisen useudesta): *”Osallistuttko jonkin kerhon, järjestön, yhdistyksen, harrastusryhmän tai hengellisen tai henkisen yhteisön toimintaan?”* Vammaispalveluja tarvinneiden ja ei-tarvinneiden välillä ei ollut juurikaan eroa, kummassakin ryhmässä noin 47 % ilmoitti osallistuvansa toimintaan (kuviot 1).

Järjestötoiminnan luonne osallistumisen muotona on hyvin kiinnostava, koska se voi tarkoittaa sekä institutionaalista että ei-institutionaalista osallistumista. Jos järjestötoimintaan osallistumista eritellään tarkemmin, niin vammaispalveluja tarvinneet vastaajat osallistuvat vähän enemmän järjestötoiminnan institutionaalisiin eli kansalaisvaikuttamisen muotoihin lukuun ottamatta poliittista järjestötoimintaa. Vammaisjärjestöillä on suuri rooli tässä yhteydessä, kun ne järjestävät systemaattisesti erilaisia aktiviteetteja pyrkimyksensä vammaisten ihmisten osallisuus (esim. Kemppi ym. 2011).

Tämä tulos poikkeaa yleisestä trendistä, että 1970-luvulta alkaen erilaisten harrastus- ja kulttuurijärjestöjen määrä ja osallistumismäärät ovat kasvaneet ja samalla ammatillisten ja poliittisten järjestöjen asema suomalaisessa yhdistyslaitoksessa on heikentynyt (ks. Siisiäinen & Kankainen 2009, 111; Hanifi 2006, 36.)

Kulttuuripalvelujen käyttö

Kulttuuripalvelujen käyttöä kysyttiin kysymyksellä *”Kuinka usein olette käyttänyt seuraavia kulttuuripalveluja 12 viime kuukauden aikana?”* 1) Teatteri-, tanssi-, sirkus- ym. esittävä taide, 2) Klassisen/konserttimusiikin konsertti, 3) kevyen musiikin tai rock-musiikin konsertti, 4) Museo tai taidenäyttely, 5) Kirjasto, 6) Elokvateatteri, 7) Urheilu- tai liikuntatapahtumassa katsojana, 8) Muussa kulttuuritapahtumassa katsojana. Näistä teimme tiivistetyn muuttujan: 1) ei ole käyttänyt lainkaan 2) on käyttänyt vähintään yhtä kysytyistä kulttuuripalveluista.

Vammaispalveluja tarvinneista 71,9 % oli käyttänyt vuoden aikana ainakin yhtä kysytyistä kulttuuripalveluista, mikä samalla merkitsee sitä, että lähes 30 % heistä ei ollut käyttänyt lainkaan kulttuuripalveluja. Muista vastaajista 88,1 % oli käyttänyt vähintään yhtä kysytyistä kulttuuripalveluista (kuvio 1). Kulttuuripalvelujen käyttö oli siis huomattavasti vähäisempää vammaispalveluja tarvinneilla kuin muilla vastaajilla.

Kummassakin ryhmässä selvästi useimmin käytetty oli kirjasto. Kun kirjasto jätetään tarkastelusta pois, niin muita kulttuuripalveluja käyttämättömiä on vammaispalveluja tarvinneista peräti 42 %, ja muista 20 %.

Kulttuuripalvelujen vähäisempi käyttö vammaispalveluita tarvinneilla henkilöillä voi johtua monesta syystä. Vaikka emme ole käytettävissä olevan aineiston perusteella pystyneet arvioimaan tämän eroavaisuuden syitä, niin Valtion taidemuseon selvityksessä (2012) käy ilmi, että vammaiset henkilöt käyttävät kulttuuripalveluja muuta väestöä vähemmän, koska kulttuuripalvelut eivät ole tarpeeksi saavutettavia, tarjonta pääkaupunkiseudun ulkopuolella on vähäistä ja kulttuuripalveluja on suunnattu niukasti alle keski-ikäisille.

Internet-yhteys

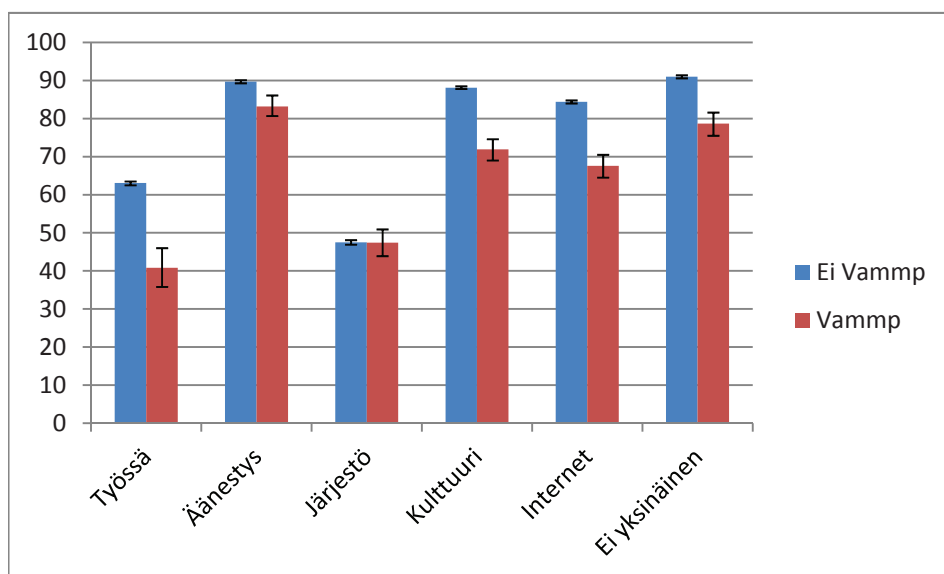
Tätä kysyttiin yhdellä kysymyksellä: *”Onko kotitaloudessanne Internet-yhteys?”*. Vammaispalveluja tarvinneista Internet-yhteys oli vain 67,6 prosentilla, kun muista se oli 84,4 prosentilla (kuvio 1). Nykypäivänä Internet-yhteyttä voidaan pitää välttämättömänä osana kotitalouksien tietoinfrastruktuurissa. Sähköisten palveluiden saatavuus on käytännössä täysin riippuvainen Internet-yhteyksistä. Kun vammaispalveluita tarvinneilla lähes kolmanneksella ei ole Internet-yhteyttä, tarkoittaa se käytännössä, että jää helposti monien hyvinvointipalveluiden ja niiden osaratkaisujen ulkopuolelle. Internetpohjaisten palveluiden saavuttamattomuus saattaa marginalisoida ja syrjäyttää ihmisiä heille oikeutetuista palveluista.

Yksinäisyyden kokemus

Yksinäisyyden kokemusta kysyttiin yhdellä kysymyksellä: *”Tunneteko itsenne yksinäiseksi? En koskaan/ hyvin harvoin / joskus / melko usein / jatkuvasti”*. Rungas viidennes (22,3 %) vammaispalveluja tarvinneista oli kokenut itsensä melko usein tai jatkuvasti yksinäiseksi, kun muista yksinäiseksi kokeneista oli vain 9 %. 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä tehdyssä tutkimuksessa (Moisio & Rämö 2007) täysin sama asteikollinen kysymys kysyttiin eri väestöryhmiltä. Vammaispalveluja tarvitsevia ei tässä tutkimuksessa ollut pyritty tunnistamaan, mutta lähin vastaava ryhmä oli työkyvyttömyyseläkkeellä olevat henkilöt, joista noin 12 % oli yksinäisiä. Tulos osoittaa, että vammaiset ihmiset näyttäisivät jääneen edellisen kyselyn ulkopuolelle, koska ei ole realistista olettaa, että heidän keskuudessaan yksinäisyyden kokemus olisi kymmenessä vuodessa kasvanut 10 %. Suomalaisessa kyselytutkimuksessa vammaisista henkilöistä 39 % ilmoitti olevansa yksinäinen (Heini 2013). Tämä tulos on samansuuntainen ATH-aineiston vammaispalveluja tarvinneiden yksinäisyyden kokemuksen kanssa, vaikka ATH-aineistosta ei voidakaan identifioida, onko vastaaja vammainen vai ei.

Yhteenvetoa

Tarkastelluilla indikaattoreilla vammaispalveluja tarvinneiden yhteisöllinen ja yhteiskunnallinen osallistuminen on huomattavasti vähäisempää kuin muilla, lukuun ottamatta järjestötoimintaan osallistumista (kuvio 1).



Kuvio 1. Vammaispalveluja tarvinneiden ja ei-tarvinneiden osallistuminen. Prosentuaaliset osuudet.

KIRJALLISUUTTA

Brunila K., Hakala K., Lahelma E. & Teittinen A. (toim.) (2013): Ammatillinen koulutus ja yhteiskunnalliset eronteot. Helsinki: Gaudeamus.

Ekholm E. & Teittinen A. (2014): Vammaiset nuoret ja työntekijäkansalaisuus. Osallistumisen esteitä ja edellytyksiä. Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 133. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen tutkimusosasto.

Hanifi, R. (2006). Sosiaalinen, kulttuurinen ja poliittinen osallistuminen ja luottamus. Kirjassa Laura Iisakka, toim., Sosiaalinen pääoma Suomessa. Tilastokatsaus (Elinolot), ss, 33-41.

Heini, A. (2013). Vammaisten henkilöiden terveystyö ja koettu hyvinvointi. Pro gradu. UTU.

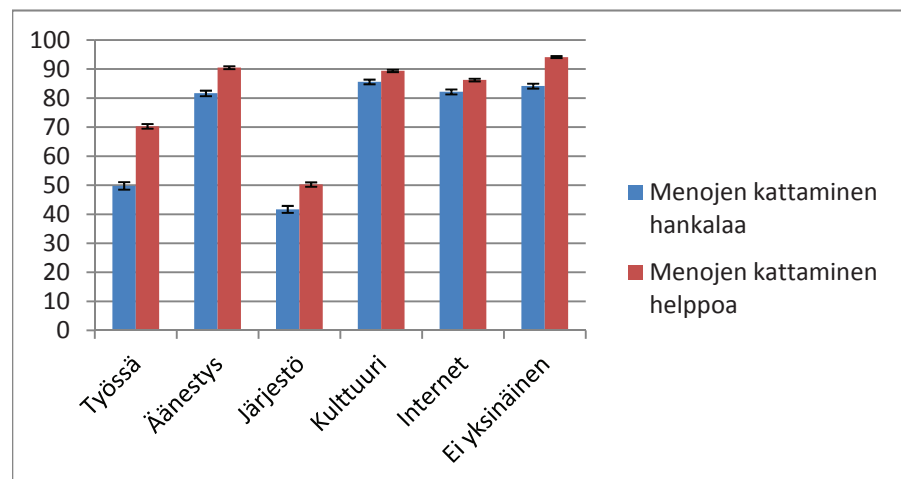
Kemppi, A., & Kittilä, R. (2011). Hyvinvointijärjestöt sosiaalisesti vahvistamassa. Teoksessa Lundbom Pia ja Jatta Herranen (toim.) Sosiaalinen vahvistaminen kokemuksina ja käytänteinä. Helsinki: Humanistinen korkeakoulu-HUMAK, 165-179.

Kivistö, M. (2014). Kolme ja yksi kuvaa osallisuuteen: monimenetelmällinen tutkimus vaikeavammaisten ihmisten osallisuudesta toimintana, kokemuksena ja kielenkäyttönä. Lapin yliopisto.

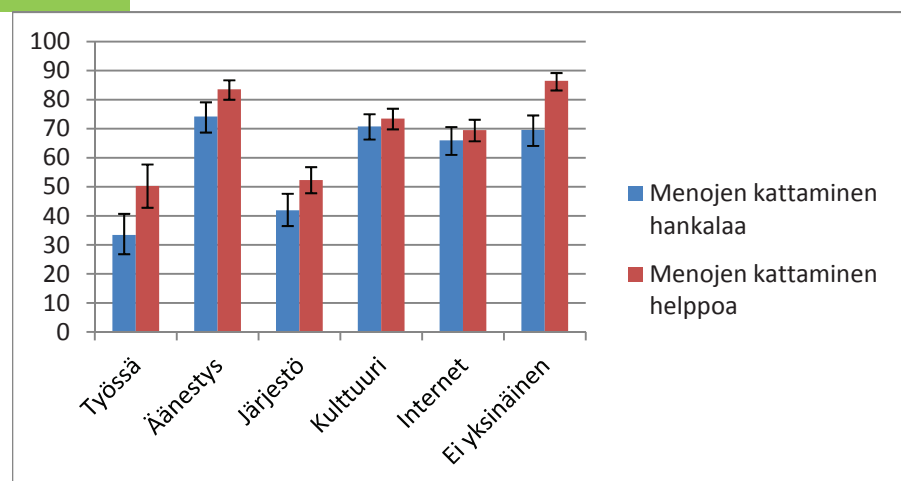
Miten taloudellinen tilanne vaikuttaa yhteisöön osallistumiseen?

Taloudellisen tilanteen indikaattorina käytämme kaksiluokkaista muuttujaa, joka on muokattu kysymyksestä ”*Kotitaloudella voi olla erilaisia tulonlähteitä 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) erittäin helppoa?*”. Nämä vaihtoehdot tiivistettiin kahteen luokkaan: 1) hankalaa (alkuperäiset luokat 1-3) ja 2) helppoa (luokat 4-6). Vammaispalveluja tarvinneista 45 % koki menojen kattamisen hankalaksi, kun taas muista menojen kattamisen hankalaksi koki noin 30 %.

Kummassakin ryhmässä kaikilla tarkastelluilla osallisuuden indikaattoreilla tulos on selkeä ja samansuuntainen: kun menojen kattaminen tuloilla on hankalaa, myös osallistuminen yhteisöön/yhteiskuntaan on hankalampaa (kuviot 2 ja 3). Kun vammaispalvelujen tarpeen (tarvinnut vammaispalveluja vs. ei ole tarvinnut vammaispalveluja) ja koetun taloudellisen tilanteen yhteyttä osallisuuteen tarkasteltiin logistisilla regressioanalyysillä, havaittiin että vammaispalvelujen tarpeella oli tilastollisesti merkitsevä omavaikutus kaikkiin muihin osallisuuden indikaattoreihin paitsi järjestötoimintaan osallistumiseen ja koetulla taloudellisella tilanteella oli merkitsevä omavaikutus kaikkiin osallisuuden indikaattoreihin.



Kuvio 2. Ei ole tarvinnut vammaispalveluja: Taloudellinen tilanne ja osallistuminen. Prosentuaaliset osuudet.



Kuvio 3. On tarvinnut vammaispalveluja: Taloudellinen tilanne ja osallistuminen. Prosentuaaliset osuudet.

KIRJALLISUUTTA

Moisio, P., & Rämö, T. (2007). Koettu yksinäisyys demografisten ja sosioekonomisten taustatekijöiden mukaan Suomessa vuosina 1994 ja 2006. *Yhteiskuntapolitiikka-YP 72 (2007): 4*.

Paloheimo, H., & Borg, S. (2009). Vaalit yleisdemokratiassa. Tampere: Tampere University.

Sainio, A. (1994). *Kohti kansalaisten kuntaa*. Suomen kuntaliitto.

Siisiäinen, M., & Kankainen, T. (2009). Järjestötoiminnan kehitys ja tulevaisuudennäkymät Suomessa. *Teoksessa: Suomalaiset osallistujina – katsaus suomalaisen kansalaisvaikuttamisen tilaan ja tutkimukseen. Oikeusministeriön julkaisuja, 5, 2009*.

Suomalaiset osallistujina – katsaus suomalaisen kansalaisvaikuttamisen tilaan ja tutkimukseen. Oikeusministeriön julkaisuja, 5, 2009.

Vammaisten ihmisten kokemukset taide- ja kulttuuripalvelujen käyttäjinä - Kyselyyn ja haastatteluihin perustuva selvitys vuonna 2011. Valtion taidemuseon selvitys 2012. Vammaispalvelulaki 380/1987.

Vesala H.T., Teittinen A. & Kaikkonen R. (2014): Vammaispalveluja tarvitsevien kotitalouksien koettu taloudellinen tilanne vuonna 2013 – ATH-tutkimuksen tuloksia. Terveystieteiden tutkimuslaitoksen työpapereita 37/2014, s. 45 – 48.

Taloudellisen tilanteen tarkastelu ei kuitenkaan näytä selittävän vammaispalveluja tarvinneiden ja ei-tarvinneiden välisiä eroja, joten vammaispalveluja tarvinneiden osallistumiselle on myös muita esteitä. Ainoastaan järjestötoiminta näyttää tarjoavan yhtäläiset osallistumismahdollisuudet myös vammaispalveluja tarvinneille.

Lopuksi

Osallistumismäärien ja taloudellisen tilanteen välinen suhde osoittautui vammaispalveluja tarvinneilla henkilöillä negatiiviseksi. Kun taloudellinen tilanne koetaan heikoksi, on myös osallistuminen vähäisempää. Tosin koettu taloudellinen tilanne ei kerro välttämättä varallisuudesta, vaan sopeutumisesta tai ei-sopeutumisesta oman elämänsä menojen kattamiseen. Ainoastaan järjestötoimintaan osallistumisessa negatiivista yhteyttä ei havaittu. Tämä yleishavainto ei kuitenkaan riitä selittämään täysin vammaispalveluja tarvinneiden henkilöiden vähäisempää osallistumisaktiivisuutta verrattuna muihin vastaajiin.

Osallistumismuotoja eriteltäessä, vähäinen osallistuminen voi selittyä taloudellisen tilanteen ohella myös osallistumismahdollisuuksien muilla puutteilla, kuten saavuttamattomuudella, esteellisyydellä sekä eräiden osallistumismuotojen puuttumisella vastaajien elinympäristössä. ATH-aineisto ei suoranaisesti anna tähän vastauksia, mutta aihepiiriin kirjallisuudessa vammaisten ihmisten osallistumisesta löytyy tällaisia tuloksia.

Siksi Vammaispalvelulain merkitys korostuu vammaisilla ihmisillä, kun lain tarkoituksena on edistää osallisuutta. Suomalaisen yhteiskunnan heikoksi arvioitu taloustilanne voi vaikuttaa vähintäänkin epäsuorasti osallistumismahdollisuuksiin ja -edellytyksiin. Osallistumista tukevien palveluiden määrärahojen niukkuus ja yleinen osallistumismahdollisuuksien kaventuminen yhteiskunnassa ei edistä marginaaliryhmien osallistumista ja kansalaisuusasemaa.



Ikääntyvien saaman epävirallisen avun puute – ATH-tutkimuksen tuloksia

Päälöydökset

- Epävirallisen avun puutetta kokee 65 vuotta täyttäneistä miehistä 6 % ja naisista 7 %
- Yksinäisiä on miehistä 11 % ja naisista 13 %
- Avun puutteen ja yksinäisyyden yhteys on voimakas eikä selity muilla taustatekijöillä
- Koulutuksen yhteys yksinäisyyteen on selkeämpi kuin avun puutteeseen
- Naimattomat, eronneet ja lesket ovat yksinäisempiä ja heistä suurempi osa kokee avun puutetta kuin liitoissa elävistä
- Asuinalueella ei ole selvää yhteyttä epävirallisen avun puutteeseen ja yhteys yksinäisyyteen selittyy muilla tekijöillä

Kirjoittajat:

Timo Ilomäki
Kuntoutussäätiö

Aurora Saares
Tutkija, Kuntoutussäätiö

Hanna Rinne
Tutkija, Kuntoutussäätiö

Riikka Shemeikka
Erikoistutkija, Kuntoutussäätiö

Tausta

Ikääntyvien hoivajärjestelyillä on kasvava rooli suomalaisessa yhteiskunnassa. Näin on siitä huolimatta, että vanhusväestön määrän noustessa myös heidän terveytensä ja toimintakykynsä on arvioitu aiempaa paremmiksi (esim. Martelin ym. 2004). Niin kutsuttua laitostumista pyritään ehkäisemään tukemalla palveluasumista tai mahdollisimman pitkään jatkuva kotona asumista. Kuitenkin esimerkiksi vuonna 2013 laitosten ulkopuolella asuvista 75 vuotta täyttäneistä naisista lähes puolet koki arkitoimissa suuria vaikeuksia (Kaikkonen ym. 2015). Pääsääntöisesti läheisiltä saatavan epävirallisen avun onkin havaittu olevan erityisen tärkeää ikääntyneiden kotona selviytymisen kannalta (Blomgren ym. 2006).

Tässä artikkelissa selvitetään ikääntyvän eli 65 vuotta täyttäneen väestön kokemaa epävirallisen avun puutetta sekä yksinäisyyden yhteyttä avun puutteeseen. Epävirallisen avun saantia ja taajuutta on käsitelty esimerkiksi Blomgrenin (2006) ja tarkemmin läheisavun saantia Vilkon ym. (2010b) artikkeleissa. Tämä kirjoitus pyrkii täydentämään kokonaiskuvaa nimenomaan epävirallisen avun tyydyttämättömän tarpeen ja yksinäisyyden yhteyden osalta.

Epävirallisen avun puute ja yksinäisyys

Epävirallisella avulla tarkoitetaan tässä puolisolta, lapsilta, sukulaisilta, ystävilä, tuttavilta ja naapureilta saatavaa apua, siinä missä virallista apua ovat esimerkiksi kunnan järjestämät kotiaavustajan, kodinhoitajan ja kotisairaanhoidon palvelut. Avun puutteella tarkoitetaan kokemusta tarpeeseen nähden riittämättömästä epävirallisilta tahoilta saatavasta avusta tai uskomusta, ettei tällaista apua tarpeen tullen olisi saatavilla. Ikääntyneiden saaman avun jaottelu epäviralliseen ja viralliseen ei toki ole aina aivan yksiselitteistä. Esimerkiksi ikääntyneen lasten toimiessa ostopalveluiden maksajana voidaan apu mieltää kumpaankin kategoriaan; omaishoito muodostaa oman luokkansa epävirallisen ja virallisen avun välimaastossa. (Blomgren ym. 2006.)

Yksinäisyys itsessään ei välttämättä ole negatiivinen ilmiö, mutta varsinkin ikääntyvillä kokemus yksinäisyydestä voi yhdistyä huolenpidon puutteiden ja turvattomuuden kokemuksiin (Routasalo & Pitkälä 2003; Vilko ym. 2010a). Yksinäisyyden ja epävirallisen avun puutteen yhteydellä ei viitata siihen, että jokin vastaajan persoonallisuuden piirre tai suhtautumistapa vaikuttaisi luottamukseen avun saantia kohtaan – esim. Zehchner (2007, 140) huomauttaa tämän erottelun tärkeydestä. Ikäihmiset arvioivat toimintakykynsä ja ennakoivat siihen liittyvän avun tarpeen hyvin samansuuntaisesti kuin ammattilaiset (esim. Mäkelä 2008).

Ikääntyvät liittyvät yksinäisyyden tunteiden lisääntymisen itse ikääntymiseen sekä siihen liittyviin prosesseihin kuten yksin asumiseen, leskeksi jäämiseen ja terveyden heikkenemiseen (Palkeinen 2007). Tähän liittyen myös tässä tutkimuksessa vakioitiin vastaajan siviilisäätö ja itse arvioima terveydentila yksinäisyyden ja avunpuutteen yhteyttä tarkasteltaessa. Iän vaikutusta tutkittuun yhteyteen ei tarkasteltu erityisesti, mutta aineiston ikävakiointin lisäksi ikä vakioitiin regressiomalleissa 5-vuotisikäryhmittäin.

Siviilisäädyn ja terveydentilan lisäksi tarkasteltiin koulutuksen ja alueen (maakunnan) vaikutusta yksinäisyyden ja avun puutteen yhteyteen. Alueellinen näkökulma on tärkeää etenkin siksi, että syrjäisellä maaseudulla avun saaminen voi olla keskeinen haaste varsinkin yksin asuville ikääntyneille. Yksin asuvien ikäihmisten suhteellinen osuus on kasvanut eniten Kainuun ja Lapin pienissä kunnissa sekä muuallakin väestömäärältään pienissä ja maaseutumaisissa kunnissa. Kuitenkin yksinäisimpiä ovat kaupunkien keskustoissa asuvat, mikä on hienoisessa ristiriidassa esimerkiksi palveluiden saatavuuden kanssa. (Jaako 2012; Vaarama ym. 2010.)

Toteutus

Aineistona oli Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus (ATH) vuosilta 2012, 2013 ja 2014. Tarkastelussa olivat mukana 65 vuotta täyttäneet vastaajat, joita oli 28 510. Vastausprosentti oli 66 %. ATH-aineiston otos poimittiin satunnaisotannalla koko väestön kattavasta Väestörekisterikeskuksen rekisteristä, ja kadon huomioimiseksi tilastollisissa analyyseissa käytetään iän, sukupuolen, siviilisäädyn, koulutuksen alueen ja kieliryhmän huomioivia painokertoimia (Härkönen ym. 2014).

Vastemuuttujana oli koettu epävirallisen avun puute. Muuttuja muodostettiin kolmen eri kysymyksen vastausten pohjalta. Kyselylomakkeen kohtaan ”Arvioi mahdollisuuksianne saada apua läheisiltänne, kun olette avun tai tuen tarpeessa” sisältyi kaksi erillistä alakysymystä: ”kenen voitte todella uskoa välittävän Teistä, tapahtuipa Teille mitä tahansa?” (1) sekä ”keneltä saatte käytännön apua, kun sitä tarvitsette?” (2) Molempien kysymysten muut kuusi vastausvaihtoehtoa (puoliso tai kumppani, joku muu lähiomainen, läheinen ystävä, läheinen työtoveri, läheinen naapuri, joku muu läheinen) yhdistettiin ja avun puutetta viestivä ”ei kukaan” jätettiin omaksi luokakseen. Lisäksi muuttujan yhdistettiin konkreettisempi avun puutetta kuvaava osa. Kysymyksen ”Tarvitsetteko ja saatteko heikentyneen toimintakykynne vuoksi apua arkipäivän askareissa?” (3) alakohdat koti- ja pihatyöt, kauppa-, pankki- ym. asiat, päivittäisistä toiminnoista huolehtiminen, henkinen tuki sekä taloudellinen tuki yhdistettiin ja mikäli vastaaja oli missä tahansa kohdassa merkinnyt vastausvaihtoehdon ”en keneltäkään, vaikka olisin tarvinnut” sai avun puute - muuttuja positiivisen arvon.

Yksinäisyyttä oli ATH -lomakkeessa mitattu kysymyksellä ”Tunnetteko itsenne yksinäiseksi?”. Viisi vastausvaihtoehtoa yhdistettiin luokiksi ”joskus, harvoin tai ei koskaan” (1–3) sekä ”usein tai jatkuvasti” (4–5). Myös siviilisäätö (avo- tai avioliitossa, eronnut tai leski, naimaton) sekä koettu terveys (hyvä tai melko hyvä, keskiverto, huono tai melko huono) muutettiin viisiluokkaisesta kolmi-luokkaiseksi. Tieto vastaajan koulutuksesta saatiin Tilastokeskuksen tutkintorekisteristä ja muuttujan vaihtoehdot olivat ”perusaste”, ”keskiaste” ja ”korkeaste”.

Tilastollisen analyysin menetelmänä käytettiin ristiintaulukointia, luottamusväleitä ja logistista regressioanalyysiä. Osuudet ikävakiointiin kävttäen vakioväes-

Tutkimuskysymykset olivat:

- 1) Onko ikääntyneillä väestöryhmittäisiä tai alueellisia eroja epävirallisen avun puutteessa?
- 2) Onko ikääntyneillä väestöryhmittäisiä tai alueellisia eroja yksinäisyydessä?
- 3) Onko yksinäisyys yhteydessä epävirallisen avun puutteeseen ja selittävätkö muut tekijät (siviilisäätö, koulutus ja koettu terveys) tätä yhteyttä?

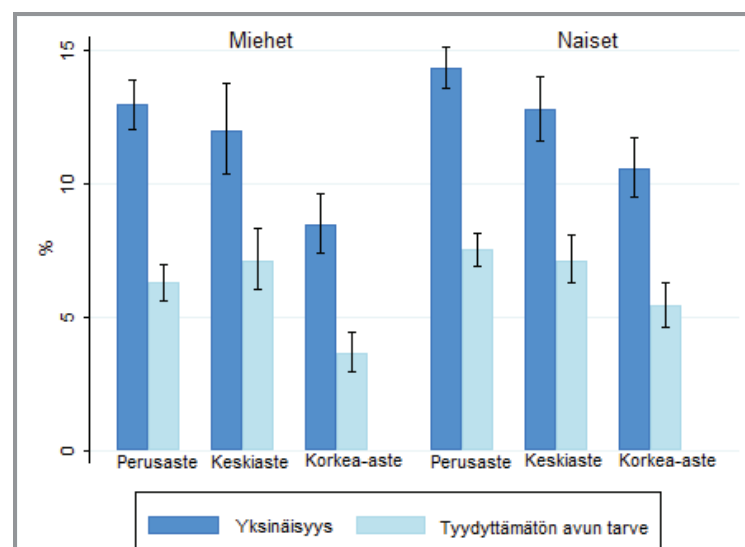
Taulukko 1. Epävirallisen avun puutetta mittaavan muuttujan osamuuttajat.

		n	%
<i>Kenen voitte todella uskoa välittävän Teistä, tapahtuipa Teille mitä tahansa?</i>	Ylipäänsä jonkun	28 036	98
	En kenenkään	472	2
<i>Keneltä saatte käytännön apua, kun sitä tarvitsette?</i>	Joltakulta	27 919	98
	En keneltäkään	588	2
<i>Tarvitsetteko ja saatteko heikentyneen toimintakykyne vuoksi apua arkipäivän askareissa? (viim. 12 kk aikana saaneiden osuudet)</i>	Saanut apua tai selviää ilman	27 270	96
	Ei saanut apua vaikka olisi tarvinnut	1 240	4
<i>Yhdistelmämuuttuja: Ei saanut apua epävirallisilta tahoilta viimeisen 12 kk aikana tai ei usko saavansa apua tarpeen vaatiessa</i>	Saa ja saanut apua tarvittaessa	36 690	94
	Ei luota saavansa apua tai ei saanut apua	1 820	6

Avun puute yksinäisyyttä harvinaisempaa – vaihtelee vain vähän koulutusryhmittäin

Yhteensä epävirallisen avun puutetta koki tai ei luottanut saavansa apua 6 prosenttia vastaajista, mitä voidaan pitää melko pienenä osuutena. Kokemus avun puutteesta oli aavistuksen yleisempää naisilla (7 %) kuin miehillä (6 %).

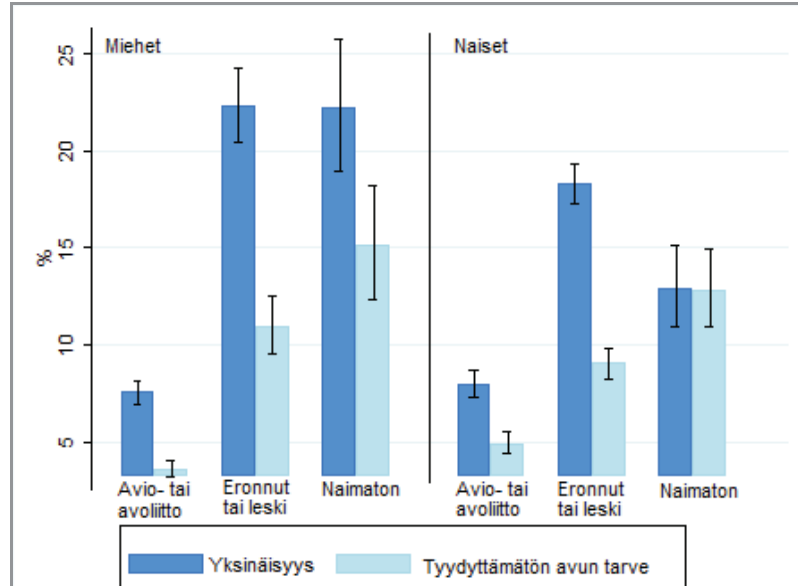
Yksinäisyys oli ATH-aineistossa selvästi yleisempää kuin kokemus avun puutteesta. Usein tai jatkuvasti yksinäiseksi itsensä koki 12 prosenttia. Yksinäisyys oli hieman yleisempää naisilla (13 %) kuin miehillä (11 %). Korkeakoulutetuilla miehillä sekä yksinäisyys että avunpuute olivat muita koulutusasteita harvinaisempia, naisilla yhteys oli samansuuntainen, mutta luottamusvälit olivat osin päällekkäiset (kuvio 1).



Kuvio 1. Tyydyttämätön epävirallisen avun tarve ja yksinäisyys koulutusasteen mukaan 65 vuotta täyttäneillä miehillä ja naisilla.

Avo- tai avioliiton ulkopuolella elävät yksinäisempiä ja avun tarpeessa

Sosioekonomisista taustatiedoista tarkasteltiin koulutuksen lisäksi siviilisäädyn yhteyttä tutkittavaan yhteyteen. Siviilisäätty liittyy konkreettisesti yksin asumiin ja vaikuttaa ikääntyvillä välillisesti etenkin tulotasoon, jota tällä kertaa ei tarkasteltu taustamuuttujana, sillä taloudelliset vaikeudet olivat osa vastemuuttujaa (onko tarvinnut/saanut taloudellista apua). Avunpuutetta siviilisäättyryhmien mukaan on tarkasteltu kuviossa 2.



Kuvio 2. Tyydyttämätön epävirallisen avun tarve ja yksinäisyys siviilisäättyryhmien mukaan 65 vuotta täyttäneillä miehillä ja naisilla.

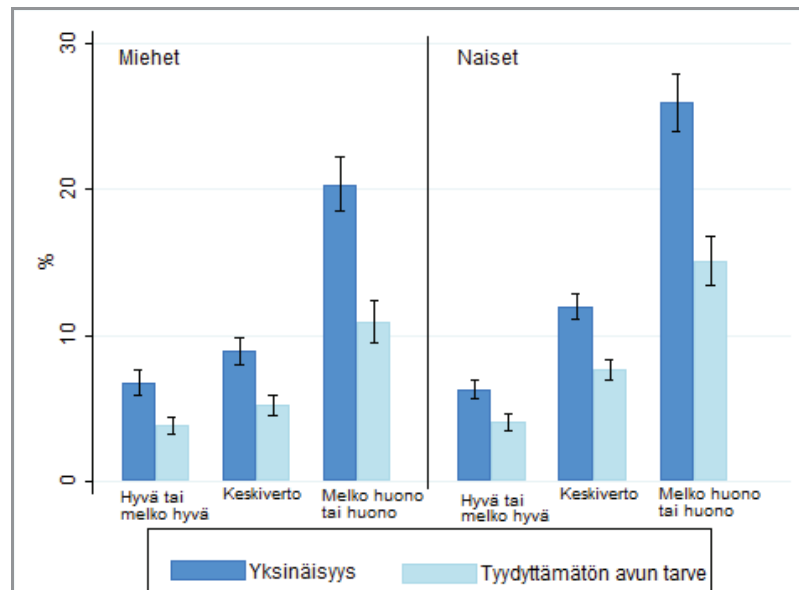
Avio- tai avoliitossa elävillä tyydyttämätön avun tarve on harvinaista. Vain 3,6 % miehistä ja 4,9 % naisista koki, ettei ollut saanut riittävästi apua tai pelkäsi, ettei saisi apua tarvittaessa. Liitoissa elävistä kuitenkin yksinäisiksi itsensä usein tai jatkuvasti koki miehistä 7,6 % ja naisista 8 %. Yksinäisyyden kokemukset olivat liitoissa harvinaisempia kuin eronneilla, leskillä tai naimattomilla – mainittujen ryhmien miehistä yli viidennes koki itsensä yksinäiseksi. Naimattomilla naisilla epävirallisen avun puute oli lähes yhtä yleistä kuin yksinäisyyden kokemukset. Epävirallisen avun puute oli kaikissa muissa ryhmissä yksinäisyyttä harvinaisempaa. Yleisintä se oli naimattomilla miehillä (15,1 %).

Avun puutteesta ei eroja maakunnittain

Yksinäisyyden suhteen on havaittu maakuntien välisiä eroja (Vaarama ym. 2010), joten maakunta on koetun yksinäisyyden kannalta mielekäs selittävä muuttuja epävirallisen avun puutteen vertailussa. Vertailu maakunnittain ei kuitenkaan tuottanut tilastollisesti merkitseviä eroja. Kokemus avun puutteesta oli jonkin verran yleisempää esimerkiksi Keski-Pohjanmaalla ja Pohjois-Karjalassa ja puolestaan harvinaisempaa esimerkiksi Etelä-Pohjanmaalla, mutta logistisessa regressiomallissa yksikään maakunta ei eronnut tilastollisesti merkitsevästi kun muut tekijät vakioitiin.

Yksinäisyyttä ja avun puutetta kokevien terveydentila kehnempi

Selittävien sosiaalisten taustatekijöiden sekä alueen lisäksi on kokonaiskuvan kannalta tarpeellista tarkastella sitä, millaiseksi yksinäiset tai liian vähän epävirallista apua saavat kokevat terveydentilansa – esimerkiksi hyväksi koettu terveydentila voi ennustaa myöhempää avun tarvetta. Itse arvioitu terveydentila on toimintakyvyn vajeiden ja palveluiden tarpeen keskeinen selittäjä (Vilkkonen ym. 2010a.)



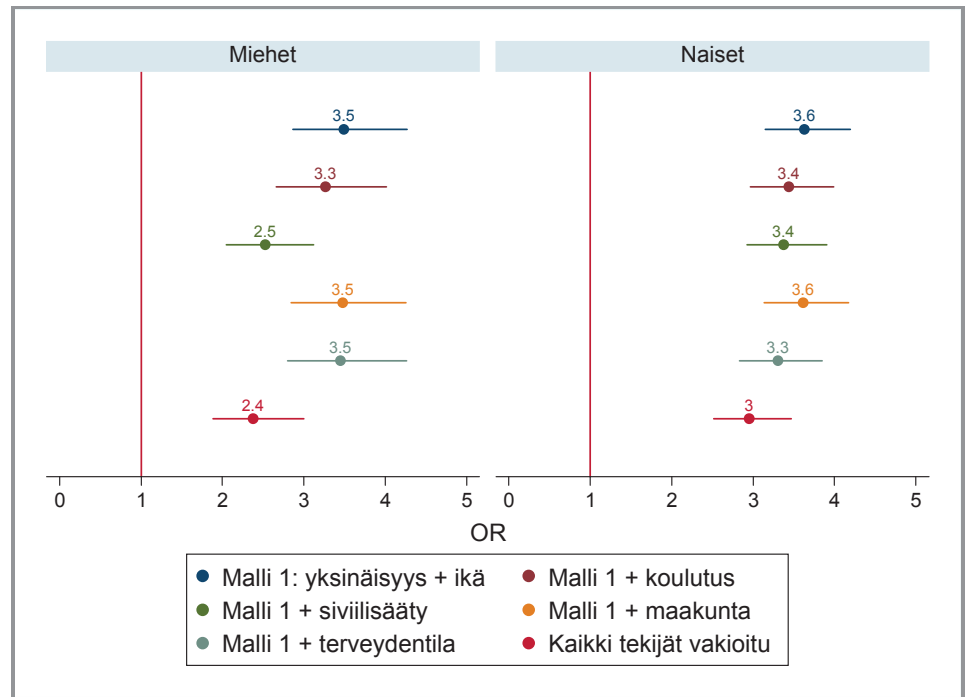
Kuvio 3. Tyydyttämätön epävirallisen avun tarve ja yksinäisyys vastaajan terveydentilan mukaan 65 vuotta täyttäneillä miehillä ja naisilla.

Terveydentilan ja yksinäisyyden sekä avun puutteen yhteys on melko suoraviivainen – mitä heikompi terveydentila, sitä enemmän yksinäisiä ja epävirallisen avun puutetta. Jopa neljännes naisista, joilla oli melko huono tai huono terveydentila, koki itsensä yksinäiseksi, miehistä viidennes. Samoin terveydentilansa huonoksi kokevista naisista peräti 15 prosentilla ja miehistäkin yli 10 prosentilla avun saanti oli puutteellista. (Kuvio 3)

Yksinäisyyden ja avun puutteen yhteys on voimakas

Yksinäisyyden ja avun puutteen yhteyttä tarkasteltiin myös logistisella regressioanalyysillä siten, että ensin vakioitiin taustatekijät yksittäin ja sitten yhdessä mallissa. Avun puute oli yksinäisten miesten joukossa 3,5 ja naisilla 3,6 kertaa yleisempää kuin niillä, jotka eivät koe itseään yksinäiseksi.

Mikään yksittäinen taustatekijä ei selittänyt yksinäisyyden yhteyttä avun puutteeseen. Kuitenkin miehillä siviilisäätö selitti melko suuren osan yhteydestä. Kummallakaan sukupuolella etenkin maakunnan vakiointi ei vaikuttanut yksinäisyyden ja avun puutteen yhteyteen. Kaikkien taustatekijöiden yhtäaikaisten vakioinnin jälkeenkin avun puute oli yksinäisyyttä kokevilla miehillä 2,4-kertaista ja naisilla kolminkertaista muihin verrattuna. (Kuvio 4)



Kuvio 4. Yksinäisyyden yhteys tyydyttämättömään epävirallisen avun tarpeeseen, logistisia regressiomalleja.

Johtopäätökset ja pohdinta

Tässä katsauksessa on käsitelty ikääntyvien saaman epävirallisen avun puutteen ja yksinäisyyden yhteyttä ja tätä yhteyttä selittäviä tekijöitä. Epävirallisen avun puute ei ollut yhtä yleistä kuin yksinäisyys ja on tärkeä huomata, ettei yksinäisyyden yhteydellä avun puutteeseen tarkoiteta yksilön suhtautumistapaa tai asennetta, vaikka yksinäisyydellä on myös vahva subjektiivinen ulottuvuus, jollaisesta tuloksissakin on viitteitä esimerkiksi avo- ja avioliitoissa eläville. Kokemus avun puutteesta on liitoissa eläviä merkittävästi yleisempää etenkin naimattomilla mutta myös eronneilla ja leskillä. Siviilisääty ei selitä yksinäisyyden ja avun puutteen yhteyttä kokonaan vaan yksinäisyys on itsessään merkitsevässä ja merkittävässä yhteydessä avun puutteeseen.

Sosiaali- ja terveyspalveluita karsittiin syrjäiseltä maaseudulta edellisen taloudellisen taantuman aikana voimakkaasti. Tämän on tulkittu (ks. Holmila 2001, 145–146) vaikuttaneen kielteisesti esimerkiksi psykososiaalista tukea tarvitsevien yksilöiden kohdalla. 2000-luvulla koettujen hyvinvointiongelmien kasautuminen maaseudulla onkin liittynyt psykososiaalisiin ongelmiin, kun taas kaupunkikeskuksissa ovat korostuneet materiaaliset seikat (Rintala & Karvonen 2003, 461). Käytössä olleen aineiston avulla ei päästy analysoimaan eroja nimenomaan syrjäisen maaseudun ja muiden alueiden välillä vaan tarkastelu tehtiin maakunnittain (joista toisaalta osassa on verraten enemmän syrjäistä maaseutua). Kaikkien maakuntien luottamusvälit olivat tutkimuksessa isoja ja vaikka joitain tilastollisesti merkitseviäkin eroja löytyi, ei maakunta ollut lopullinen selitys niin yksinäisyydelle kuin avun puutteellekaan kun muut tekijät otettiin huomioon.

Väestön ikääntymisen sosiaali- ja terveydenhuoltoon tuomaan haasteeseen reagoidaan parhaillaan. Hallitusohjelmassa (HO 10/2015) kaavailun sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisen tavoitteina ovat terveyserojen kaventaminen sekä kustannusten hallinta. Tavoitteita lähdetään toteuttamaan ”palveluiden täydellisellä horisontaalisella ja vertikaalisella integraatiolla sekä vahvistamalla järjestäjien kantokykyä” (mts. 28). Uudistuksen jälkeen sote-alueet tuottavat alueensa sosiaali- ja terveyspalvelut ja ne voivat käyttää palveluiden tuottamiseen myös yksityisiä tai kolmannen sektorin tuottajia. Kuntien velvoitteita puolestaan karsitaan miljardin euron edestä, ja yhdessä sote-uudistuksen ja tuottavuustoimien kanssa näistä rakenneuudistuksista arvioidaan saatavan pitkällä aikavälillä yhteensä neljän miljardin euron suuruiset säästöt valtiontalouteen. Osana rakennepoliittisia uudistuksia myös ”kuntalaisen ja lähiyhteisöjen omaa vastuuta yhteiskunnan haasteiden ratkaisemisessa” aiotaan lisätä (mts. 31).

Edellä mainittujen toimenpiteiden sisällöstä on toistaiseksi vähän tietoa. Kuitenkin voidaan olettaa, että Pohjoismaissa käynnissä oleva trendi, jossa perheellä ja läheisillä on yhä voimakkaampi rooli iäkkäiden omaisten hoitamisessa (Vilkko ym. 2010b, 61), voimistuu lähivuosina entisestään. Valtaosa epävirallisesta avusta on läheisapua, ja läheiset ovat ongelmia kohdatessa suomalaisille tärkein avun lähde (Vaarama & Moisio 2009, 25). Koska epävirallisen avun ja virallisten palvelujen puute, kuten terveyskeskuspalvelujen tyydyttämätön tarve (Shemeikka ym. 2014) kohdistuu osin samoihin väestöryhmiin, on väestöryhmien välisten hyvinvointierojen kaventamisen näkökulmasta erityisen tärkeää, että palvelujen tasa-arvoista tarjontaa kehitetään uudistusten yhteydessä.

Kirjallisuutta

- Blomgren J, Martikainen P, Martelin T & Koskinen S (2006) Ikääntyneiden saama epävirallinen ja virallinen apu Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 71. 2:2006.
- Härkänen T, Kaikkonen R, Virtala E & Koskinen S (2014) Inverse probability weighting and doubly robust methods in correcting the effects of non-response in the reimbursed medication and self-reported turnout estimates in the ATH survey. *BMC Public Health* 14:1150.
- Holmila M (2001) Kylä kaupungistuvassa yhteiskunnassa. Yhteisöelämän muutos ja jatkuvuus. Hämeenlinna: Karisto Oy, 2001.
- Jaako N (2012) Monet syrjäseutujen vanhuksat asuvat vielä puutteellisesti. *Hyvinvointikatsaus* 4/2012. Tilastokeskus. http://www.stat.fi/artikkelit/2012/art_2012-12-10_006.html?s=0 Viitattu 18.8.2015.
- Jalava J ym. (2014) ATH-tutkimuksen tuloksia – Järjestökentän tutkimusohjelma. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpapereita* 37/2014.
- Kaikkonen R, Murto J, Pentala O, Koskela T, Virtala E, Härkänen T, Koskenniemi T, Ahonen J, Vartiainen E & Koskinen S (2015) Alueellisen terveystutkimuksen perustulokset 2010-2014. Verkkójulkaisu: www.thl.fi/ath Viitattu 19.8.2015.
- Martelin T, Sainio P & Koskinen S (2004) Ikääntyvän väestön toimintakyvyn kehitys. Teoksessa: *Ikääntyminen voimavarana. Tulevaisuusselonteon liiteraportti 5. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 33/2004*. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 2004. s. 117–131.
- Mäkelä T, Karisto A, Valve R & Fogelholm M (2008) Kotona asumista tukevien palvelujen käyttö ikääntyneillä on ennakoitavissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 73(6), s. 609–624.
- Palkeinen H (2007) Yksinäisyys ja vanhuus – erottamaton parivaljakko? *Janus* 15(2), 104–117.
- Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015.
- Rintala T & Karvonen S (2003) Koetun huono-osaisuuden kasautuminen erilaisissa kuntatyypeissä. *Yhteiskuntapolitiikka* 68:5, s. 454–463.
- Routasalo P & Pitkälä K (2003) Ikääntyvien yksinäisyys – miten sitä on tutkittu gerontologiassa. *Gerontologia* 17(1), s. 23–29.
- Shemeikka R, Rinne H, Manderbacka K, Murto J & Kaikkonen R (2014) Terveyspalveluiden saatavuuden alue-erot Suomessa – ATH-tutkimuksen tuloksia erityisvastuualueittain (suunnitellut sote-alueet). Teoksessa Jalava J ym. *ATH-tutkimuksen tuloksia – Järjestökentän tutkimusohjelma*. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpapereita* 37/2014, s. 29–36.
- Vaarama M & Moisio P (2009) Hyvinvointivaltiomallin legitimitetti. Teoksessa Vaarama M (toim.): *Ikääntyminen riskinä ja mahdollisuutena. Poliittisen kestävyuden alaryhmän raportti*. Valtioneuvostonkanslian raportteja 3/2009.
- Vilko A, Finne-Soveri H & Heinola R (2010a) Ikäihmistien palvelutarpeet ja saatu apu. Teoksessa Vaarama M ym. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*, Helsinki, s. 44-59.
- Vilko A, Muuri A & Finne-Soveri H (2010b): Läheisapu iäkkään ihmisen arjessa. Teoksessa Vaarama M ym. (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos*, Helsinki, s. 60–77.
- Zechner M (2007) Puolisoitaan hoivaavien luottamus vanhuspalveluihin. Teoksessa Seppänen M, Karisto A, Kröger T (toim.) *Vanhuus ja sosiaalityö*. Jyväskylä: PS-kustannus, s. 139–166.



Nuorten aikuisten sosiaaliset verkostot, yksinäisyys ja osallistuminen: sosiaalisen toimintakyvyn väestöryhmittäiset erot ATH-aineiston perusteella

Päälöydökset

- Sosiaalisen toimintakyvyn rajoitukset olivat 20–34-vuotiailla yleisempiä miehillä (14 %) kuin naisilla (11 %).
- Sosiaalisen toimintakyvyn rajoitteet olivat yleisempiä vähemmän koulutetuilla sekä toimeentulovaikeuksia kokevilla. Pelkän perusasteen suorittaneista lähes joka neljännellä oli toimintakyvyn rajoitteita.
- Naisilla sosiaalinen toimintakyky oli työllisiä parempi kotiäideillä ja opiskelijoilla. Muilla työvoiman ulkopuolella olevilla oli heikoin sosiaalinen toimintakyky.
- Avio- ja avoliitossa olevilla miehillä oli muita vähemmän toimintakyvyn rajoitteita, naisilla rajoitteet olivat harvinaisimpia avioliitossa olevilla.

TAUSTA

Toimintakyvyllä tarkoitetaan yleensä ihmisen valmiuksia selviytyä kotiin, töihin ja vapaa-aikaan liittyvistä jokapäiväisistä tehtävistä (Järvikoski & Härkäpää 2011). Toimintakyky käsittää useita ulottuvuuksia, ja siksi sen tarkastelussa tärkeää onkin riittävän laaja-alainen näkökulma (vrt. Sulander & Pohjolainen 2010). Koskinen ym. (2011) jäsentävät toimintakykyä väestötutkimuksissa seitsemän ulottuvuuden avulla. Nämä ulottuvuudet ovat fyysinen toimintakyky (sisältäen liikkumiskyvyn ja aistitoiminnot), kognitiivinen toimintakyky, psyykinen toimintakyky, sosiaalinen toimintakyky, työkyky ja päivittäisistä toiminnoista suoriutuminen. Näistä ulottuvuuksista tarkastelemme tässä artikkelissa sosiaalista toimintakykyä.

WHO:n toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälisen luokituksen (ICF) mukaan toimintakykyä jäsennetään kehon toimintoina ja rakenteina sekä suorituksina ja osallistumisena. Toimintakyky muodostuu vuorovaikutuksessa terveydentilan sekä yksilö- ja ympäristötekijöiden kanssa. (Stakes 2004.)

Tiikkaisen ja Heikkisen (2011) mukaan sosiaalinen toimintakyky ilmenee toimijuutena muun muassa vuorovaikutuksessa sosiaalisessa verkostossa, yhteisyyden ja osallisuuden kokemuksina, rooleista suoriutumisena sekä sosiaalisena aktiivisuutena ja osallistumisena. He jäsentävät sosiaalista toimintakykyä viiden osa-alueen avulla: 1) sosiaalinen verkosto, 2) sosiaalinen tuki ja yhteisyys, 3) yksinäisyys, 4) sosiaalinen aktiivisuus ja osallistuminen sekä 5) sosiaaliset taidot (Tiikkainen & Heikkinen 2011).

Yhteisöllinen, sosiaalinen ja kansalaiselämä ovat tärkeitä nuorten osallisuuden ja sosiaalisen toimijuuden näkökulmasta. Yhteydenpito ja yhteisöllisyys ovat aiempaa vähemmän fyysiseen välimatkaan sidottuja, mutta esimerkiksi taloudellisista syistä johtuvat rajoitteet osallistua uuden tekniikan kautta tapahtuvaan sosiaaliseen elämään saattavat aiheuttaa sosiaalista ulkopuolisuutta. Toimintakyvyn sosiaalisen ulottuvuuden merkitystä nuorten hyvinvoinnille tunnetaan kuitenkin huonosti.

Tunnistamalla tuen tarpeet ja kohdentamalla varhaiset tukitoimet erityistä toimintakyvyn tukea tarvitsevien nuorten aikuisten ryhmiin voidaan vakavampien toimintakykyrajoitteiden kehittymistä pyrkiä ehkäisemään. Lisäksi oikein kohdistettu tuki voi parantaa nuorten aikuisten hyvinvointia sekä kaventaa väestöryhmien välisiä terveys- ja hyvinvointieroja tulevaisuudessa. Varhainen tuki on usein yhteiskunnalle myös kustannustehokasta.

Tässä artikkelissa tarkastellaan nuorten aikuisten sosiaalisen toimintakyvyn eri osa-alueita ja niiden väestöryhmittäisiä eroja. Tulokset antavat tietoa siitä, millä osa-alueilla sosiaalisen toimintakyvyn rajoitukset ovat yleisimpiä, sekä siitä, mitkä ryhmät tarvitsevat erityisesti tukea toimintakyvyn vahvistamiseksi. Artikkelin perustuu laajempaan, nuorten aikuisten toimintakyvyn eri ulottuvuuksia tarkastelleeseen tieteelliseen artikkeliin, jossa yksittäisen toimintakyvyn ulottuvuuden, eli sosiaalisen toimintakyvyn, yksityiskohtaiseen tarkasteluun ei ollut mahdollisuutta (Shemeikka ym. 2015).

Kirjoittajat:

Riikka Shemeikka
Erikoistutkija, Kuntoutussäätiö

Hanna Rinne
Tutkija, Kuntoutussäätiö

Aurora Saares
Tutkija, Kuntoutussäätiö

TAVOITTEET JA TOTEUTUS

Tutkimuksessa tarkastellaan 20–34-vuotiaiden nuorten aikuisten sosiaalista toimintakykyä ja sen väestöryhmittäisiä eroja.

Tavoitteena on selvittää:

1. Mitkä ovat nuorten aikuisten sosiaalisen toimintakyvyn vahvuudet ja heikkoudet sen eri osa-alueilla?
2. Millaisia väestöryhmittäisiä eroja nuorten aikuisten sosiaalisessa toimintakyvyssä on?

Aineistona on Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) 20–34-vuotiaat vastaajat vuosilta 2012 ja 2013 (THL 2014). ATH-aineiston otos poimitiin satunnaisotannalla koko väestön kattavasta Väestörekisterikeskuksen rekisteristä. 20–34-vuotiaita oli aineistossa 8070 ja heidän vastausprosenttinsa oli 37. Ahvenanmaalaiset ja laitoksissa asuva väestö eivät ole mukana analyyseissa.

Kyselytutkimusten osallistumisaktiivisuus on aiempien tutkimusten perusteella pienin työttömien, enintään perusasteen tutkinnon suorittaneiden ja pienituloisimpien keskuudessa (esim. Koskinen ym. 2008), joilla myös terveyden ja toimintakyvyn rajoitukset ovat yleisimpiä (Koskinen ym. 2005). Puuttuvien vastausten eli kadon vaikutusten huomioimiseksi tilastollisissa analyyseissa on käytetty valmiiksi laskettuja painokertoimia, mikä parantaa aineiston edustavuutta (Härkänen ym. 2014; Pentala 2014).

Väestöryhmien välisiä eroja nuorten aikuisten toimintakyvyssä tarkasteltiin ristiintaulukoimalla ja logistisella regressioanalyysillä. Analyysit tehtiin erikseen miehille ja naisille. Osuudet ikävakiointiin käyttäen vakioväestönä Suomen väestöä 2012 (Tilastokeskus 2014) ja osuuksille laskettiin 95 prosentin luottamusväli. Analyysit tehtiin Stata 12 -ohjelmistolla.

Tarkasteltaessa sosiodemografisten tekijöiden yhteyksiä sosiaalisen toimintakyvyn eri osa-alueisiin logistisella regressioanalyysillä vakioitiin ensin vain ikä (malli 1), minkä jälkeen malliin lisättiin kaikki taustatekijät yhtä aikaa (malli 2).

Sosiodemografiset taustatekijät

Taustatekijöinä tarkastellaan ikää, sukupuolta, koulutusta, pääasiallista toimintaa, taloudellista toimeentuloa sekä parisuhdestatusta (taulukko 1).

Tieto vastaajan iästä saatiin Väestörekisterikeskuksen (VRK) rekisteristä ja koulutusaste Tilastokeskuksen tutkintorekisteristä.

Tieto pääasiallisesta toiminnasta saatiin kyselylomakkeesta. Miehille muodostettiin luokat ”työllinen”, ”työtön”, ”opiskelija” sekä ”muu”, johon miehillä sisältyivät työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuella olevat, perhevapaalla olevat, koti-isät ja muut. Naisille ”muu”-luokasta erotettiin omaksi luokakseen ”kotiäidit”, joka sisälsi myös perhevapaalla olevat.

Toimeentulovaikkeitä kokeneiksi määriteltiin ne, jotka olivat vastanneet kotitalouden menojen kattamisen käytettävissä olevilla tuloilla olevan erittäin hankalaa, hankalaa tai melko hankalaa.

Siviilisääty saatiin Väestörekisterikeskuksen rekisteristä. Tieto puuttui 92:ltä eli yhdeltä prosentilta vastaajista, näistä 85 vastaajan tieto saatiin kyselyvastauksista.

Sosiaalisen toimintakyvyn mittaaminen

Sosiaalisen toimintakyvyn mittareiden suunnittelussa sovellettiin Tiikkaisen ja Heikkisen (2011) esittämää sosiaalisen toimintakyvyn jaottelua viiteen osa-alueeseen, joista tässä tapauksessa tarkasteltiin kolmea ulottuvuutta.

Taulukko 1. Taustatekijöiden ikävakioidut jakaumat (%) 20–34-vuotiailla miehillä (N=3186–3291) ja naisilla (N=4616–4779).

	Miehet		Naiset	
	%	(95 % lv)	%	(95 % lv)
Ikä				
20–24	32	(31–34)	34	(33–36)
25–29	34	(32–35)	33	(32–35)
30–34	34	(33–36)	33	(31–34)
Koulutus				
perusaste	15	(14–17)	10	(10–12)
keskiaste	62	(60–64)	54	(53–56)
korkea-aste	23	(21–24)	35	(34–37)
Pääasiallinen toiminta				
työssä	60	(58–62)	51	(49–52)
opiskelija	24	(23–26)	24	(23–25)
työtön	6	(5–7)	5	(4–6)
kotiäiti	-	-	14	(13–15)
muu	10	(9–11)	6	(6–7)
Toimeentulo				
helppoa	65	(63–66)	62	(61–64)
hankalaa	35	(34–37)	38	(36–39)
Parisuhde				
avioliitossa	19	(18–21)	27	(25–28)
avoliitossa	34	(32–35)	36	(35–38)
muu	47	(45–49)	37	(36–39)
Yhteensä	100		100	

Sosiaalisen verkoston mittarina käytettiin yhdistelmämuuttujaa, joka perustui neljään kysymykseen. Vastaajalla katsottiin olevan sosiaaliseen verkostoon liittyviä ongelmia, jos yhteydenpito sukulaisiin tai ystäviin tapahtui kasvokkain, puhelimitse tai internetin tai kirjeiden välityksellä harvemmin kuin kerran viikossa tai jos vastaaja oli ihmissuhteisiinsa tyytymätön tai erittäin tyytymätön. Sosiaalisen tuen ja yhteisyyden sekä yksinäisyyden osoittimena käytettiin neljään kysymykseen perustuvaa yhdistelmämuuttujaa. Näillä sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueilla katsottiin olevan ongelmia, jos jokin seuraavista toteutui: vastaaja ei saanut keneltäkään tarvittaessa käytännön apua, kukaan ei välittänyt hänestä tapahtuipa mitä tahansa, vastaaja ei itse ollut auttanut ketään kotitalouden ulkopuolella asuvaa henkilöä vapaa-ajallaan 12 viime kuukauden aikana tai vastaaja tunsu itsensä yksinäiseksi melko usein tai jatkuvasti. Sosiaalista aktiivisuutta ja osallistumista mitattiin neljään kysymykseen perustuvalla yhdistelmämuuttujalla. Sosiaalisen aktiivisuuden ja osallistumisen osa-alueella katsottiin olevan ongelmia, jos rajoitteita oli vähintään kahdessa seuraavista neljästä kysymyksestä: henkilö ei osallistunut mihinkään harrastetöihin, ei ollut äänestänyt vaaleissa, ei luottanut ollenkaan kunnalliseen päätöksentekoon tai ei luottanut ollenkaan oikeuslaitokseen. Aineistossa ei ollut sopivia mittareita sosiaalisten taitojen mittaamiseen. Edellä mainitut sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueiden kolme mittaria yhdistettiin. Sosiaalisen toimintakyvyn rajoittuneisuutta katsottiin olevan, jos rajoittuneisuutta oli vähintään kahdella kolmesta tarkastellusta osa-alueesta.

TULOKSET

Nuorilla miehillä naisia useammin sosiaalisen toimintakyvyn rajoitteita

Sosiaalisia verkostoja tarkasteltaessa havaittiin, että miehet pitivät naisia vähemmän yhteyttä ystäviin ja sukulaisiin (taulukko 2). Miehistä 11 prosenttia ja naisista 5 prosenttia oli ystävien tai sukulaisten kanssa yhteydessä harvemmin kuin kerran viikossa, kun otetaan huomioon sekä kasvokkaiset, puhelimitse tapahtuvat että internetin kautta tapahtuvat yhteydenotot. Ero oli pienempi kasvokkaisissa tapaamisissa kuin puhelimitse tai internetin välityksellä tapahtuneessa yhteydenpidossa. Miehet (14 %) olivat myös naisia (10 %) useammin tyytymättömiä tai erittäin tyytymättömiä ihmissuhteisiinsa. Kaiken kaikkiaan miehistä 22 prosenttia ja naisista 14 prosenttia pitivät harvemmin kuin viikoittain yhteyttä ystäviin ja sukulaisiin ja/tai olivat tyytymättömiä ihmissuhteisiinsa.

Taulukko 2.

Sosiaalisen verkoston osa-alueiden rajoitteita kokeneiden ikävaki-
oituuosuus (%) 20–34-vuotiailla miehillä ja naisilla, 95 %:n luotta-
musvälit.

	Miehet		Naiset	
	%	(95 % lv)	%	(95 % lv)
Harvemmin kuin kerran viikossa yhteydessä ystäviin/sukulaisiin	11	(10–12)	5	(5–6)
– Harvemmin kuin kerran viikossa yhteydessä ystäviin/sukulaisiin kasvotusten	38	(37–40)	37	(35–38)
– Harvemmin kuin kerran viikossa yhteydessä ystäviin/sukulaisiin puhelimitse	24	(22–25)	15	(14–16)
– Harvemmin kuin kerran viikossa yhteydessä ystäviin/sukulaisiin netitse	33	(31–35)	23	(22–24)
Tyytymätön tai erittäin tyytymätön ihmissuhteisiin	14	(13–15)	10	(9–11)
Sosiaalinen verkosto (rajoitteita jommallakummalla tai molemmilla osa-alueilla)	22	(21–24)	14	(13–15)
N	3240		4711	

Lähde: Shemeikka ym. 2015.

Sosiaaliseen tuen, yhtenäisyyden ja yksinäisyyden osa-alueista ainakin yhdessä rajoitteita oli 16 prosentilla (taulukko 3). Miehistä hieman suurempi osuus kuin naisista kertoi, ettei itse auta ketään koskaan. Naisilla puolestaan itsensä yksinäiseksi tuntevien osuus oli hieman suurempi kuin miehillä.

Miehillä oli naisia enemmän rajoitteita sosiaalisen aktiivisuuden ja osallistumisen osa-alueella. Äänestysaktiivisuus oli miehillä pienempi kuin naisilla, samoin luottamus kunnan päätöksentekoon ja oikeuslaitokseen (taulukko 4). Sen sijaan kerhojen, järjestöjen tai vastaavien toimintaan osallistumattomuus oli yhtä yleistä miesten ja naisten kesken.

Taulukko 3. Sosiaalisen tuen, yhteisyyden ja yksinäisyyden osa-alueiden rajoitteita kokeneiden ikävakioitu osuus (%) 20–34-vuotiailla miehillä ja naisilla, 95 %:n luottamusvälit.

	Miehet		Naiset	
	%	(95 %lv)	%	(95 % lv)
Ei saa keneltäkään tarvittaessa apua	1	(1–2)	1	(1–1)
Ei ole ketään, joka välittäisi, tapahtuipa mitä hyvänsä	1	(1–2)	1	(0–1)
Ei auta ketään koskaan	7	(6–8)	5	(4–6)
Tuntee itsensä yksinäiseksi melko usein tai jatkuvasti	10	(9–11)	12	(11–13)
Sosiaalinen tuki, yhteisyys ja yksinäisyys	16	(15–18)	16	(15–17)
(rajoitteita vähintään yhdellä osa-alueella)				
N	3240		4711	

Lähde: Shemeikka ym. 2015.

Taulukko 4. Sosiaalisen aktiivisuuden ja osallistumisen osa-alueiden rajoitteita kokeneiden ikävakioitu osuus (%) 20–34-vuotiailla miehillä ja naisilla, 95 %:n luottamusvälit.

	Miehet		Naiset	
	%	(95 % lv)	%	(95 % lv)
Ei osallistu kerhon/järjestön/yms. toimintaan	54	(52–56)	55	(54–57)
Ei äänestänyt presidentin vaaleissa	23	(22–25)	18	(17–19)
Ei luota kunnan päätöksentekoon	9	(8–10)	6	(5–7)
Ei luota oikeuslaitokseen	4	(4–5)	2	(2–3)
Sosiaalinen aktiivisuus ja osallistuminen	21	(20–23)	16	(15–17)
(rajoitteita vähintään kahdella osa-alueella)				
N	3240		4711	

Lähde: Shemeikka ym. 2015.

Sosiaalisen toimintakyvyn rajoitteet yleisimpiä heikoimmassa asemassa olevilla

Sosiaalisen toimintakyvyn rajoitteita katsottiin vastaajalla olevan silloin, kun hänellä oli rajoitteita kahdella kolmesta edellä tarkastellusta sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueesta. Sosiaalisen toimintakyvyn rajoitteet olivat yleisempiä miehillä (14 %) kuin naisilla (11 %) (taulukko 5). Nuorten aikuisten sosiaalisen toimintakyvyn rajoitteet lisääntyivät miehillä iän myötä, naisilla ei ollut iänmukaisia eroja.

Taulukko 5.

Sosiaalisessa toimintakyvyssä vaikeuksia kokeneiden ikävakioitu osuus ja yhteys taustatekijöihin 20–34-vuotiailla miehillä ja naisilla.

		%	(95 % lv)	M1		M2	
				OR	(95 % lv)	OR	(95 % lv)
Miehet	kaikki	14	(13–15)				
Ikä	20–24	14	(12–17)	1,00		1,00	
	25–29	14	(12–16)	0,99	(0,75–1,30)	1,38	(1,03–1,87)
	30–34	15	(13–17)	1,15	(0,87–1,50)	1,90	(1,38–2,61)
Koulutus	korkea-aste	8	(5–10)	1,00		1,00	
	keskiaste	14	(12–15)	1,45	(1,11–1,90)	1,13	(0,85–1,51)
	perusaste	23	(18–27)	2,64	(1,87–3,72)	1,84	(1,24–2,72)
Pääasiallinen toiminta	työssä	11	(9–12)	1,00		1,00	
	opiskelija	15	(11–19)	1,50	(1,12–2,00)	1,11	(0,81–1,51)
	työtön	16	(11–22)	1,63	(1,05–2,52)	1,04	(0,64–1,69)
	muu	32	(26–38)	3,89	(2,86–5,30)	2,52	(1,80–3,51)
Toimeentulo	helppoa	12	(11–14)	1,00		1,00	
	hankalaa	18	(16–21)	1,56	(1,25–1,93)	1,28	(1,00–1,63)
Parisuhde	avioliitto	7	(4–9)	1,00		1,00	
	avoliitto	6	(5–8)	0,85	(0,58–1,25)	0,83	(0,57–1,22)
	muu	24	(21–26)	4,15	(3,00–5,75)	3,83	(2,76–5,31)
Naiset	kaikki	11	(10–11)				
Ikä	20–24	12	(11–14)	1,00		1,00	
	25–29	11	(9–12)	1,03	(0,80–1,32)	1,09	(0,83–1,43)
	30–34	9	(8–11)	0,94	(0,72–1,22)	1,08	(0,81–1,45)
Koulutus	korkea-aste	6	(4–7)	1,00		1,00	
	keskiaste	11	(10–12)	1,77	(1,39–2,25)	1,39	(1,08–1,79)
	perusaste	22	(17–26)	4,00	(2,87–5,58)	2,60	(1,81–3,73)
Pääasiallinen toiminta	työssä	10	(8–11)	1,00		1,00	
	opiskelija	12	(9–15)	0,99	(0,74–1,32)	0,73	(0,55–0,98)
	työtön	17	(12–22)	1,99	(1,34–2,94)	1,35	(0,89–2,06)
	kotiäiti	6	(4–8)	0,58	(0,39–0,86)	0,61	(0,40–0,92)
	muu	27	(21–32)	3,50	(2,54–4,81)	2,34	(1,68–3,25)
Toimeentulo	helppoa	7	(6–8)	1,00		1,00	
	hankalaa	16	(14–18)	2,44	(1,98–3,00)	2,01	(1,62–2,49)
Parisuhde	avioliitto	6	(4–7)	1,00		1,00	
	avoliitto	10	(8–11)	1,75	(1,29–2,37)	1,68	(1,23–2,30)
	muu	15	(13–17)	2,98	(2,23–3,98)	2,41	(1,77–3,28)

1Malli 1: ikä + kyseinen taustatekijä Malli 2: kaikki taustatekijät

2 Miehet N=3189 ja naiset N=4620

Lähde: Shemeikka ym. 2015, liitetaulukot.

Pelkän perusasteen suorittaneista lähes joka neljännellä oli sosiaalisen toimintakyvyn rajoitteita. Rajoitteet olivat perusasteen ja keskiasteen suorittaneilla yleisempiä kuin korkea-asteen suorittaneilla, joskin erot pienenevät, kun muut taustatekijät otettiin huomioon.

Naisilla sosiaalinen toimintakyky oli työllisiäkin parempi kotiäideillä, taustatekijöiden huomioimisen jälkeen myös opiskelijoilla. Miesopiskelijoiden työllisiä heikompi sosiaalinen toimintakyky selittyi taustatekijöillä. Työttömien työllisiä todennäköisempi riski selittyi taustatekijöillä sekä miehillä että naisilla. Moilemmilla sukupuolilla sosiaalisen toimintakyvyn vaikeudet olivat todennäköisimpiä muilla työvoiman ulkopuolella olevilla, eikä ero selittänyt muilla taustatekijöillä.

Taloudellisia vaikeuksia kokeneiden heikompi sosiaalinen toimintakyky ei selittänyt muilla taustatekijöillä. Toimeentulovaikeuksia kokevilla naisilla sosiaalisen toimintakyvyn ongelmien riski oli peräti kaksinkertainen muihin verrattuna.

Avio- ja avoliitossa olevilla miehillä sosiaalisen toimintakyvyn rajoitteet olivat harvinaisempia kuin muilla miehillä. Naisilla sen sijaan avoliitossa olevilla oli todennäköisemmin sosiaalisen toimintakyvyn rajoitteita kuin avioliitossa olevilla, samoin niillä, jotka eivät olleet parisuhteessa. Riski sosiaalisen toimintakyvyn rajoitteisiin oli lähes nelinkertainen niiden miesten keskuudessa, jotka eivät olleet parisuhteessa verrattuna avioliitossa oleviin. Naisilla vastaava riski oli yli kaksinkertainen.

YHTEENVETO JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Sosiaalisen toimintakyvyn rajoitteet olivat nuorilla miehillä yleisempiä kuin nuorilla naisilla. Miehillä oli naisia enemmän rajoitteita sosiaalisissa verkostoissa, sosiaalisessa aktiivisuudessa ja osallistumisessa. Väestöryhmien välisiä eroja tarkasteltaessa sosiaalisen toimintakyvyn rajoitteet olivat yhteydessä alhaisempaan koulutukseen ja toimeentulovaikeuksiin. Rajoitteiden riski oli pienempi työssä käyvillä, naisilla myös kotiäideillä ja opiskelijoilla, kuin muilla työvoiman ulkopuolisilla. Työttömien työssä käyviä yleisemmät sosiaalisen toimintakyvyn rajoitteet selittyivät muilla taustatekijöillä. Sosiaalisen toimintakyvyn rajoitteet olivat siis usein yhteydessä heikompaan sosiaaliseen asemaan, osa tästä yhteydestä selittyy todennäköisesti valikoitumisella (vrt. esim. Östlin 1988).

Yksilötekijöiden lisäksi ympäristötekijät vaikuttavat väestöryhmien välisiin sosiaalisiin toimintakykyeroihin (vrt. Stakes 2004), esimerkiksi internetyhteyden saatavuus, liikenneyhteydet ja elinympäristön turvallisuus voivat vaikuttaa sosiaaliseen toimintakykyyn mahdollistamalla tai rajoittamalla sosiaalisten verkostojen toimintaa ja sosiaalista eristäytyneisyyttä. Ne voivat myös vaikuttaa mahdollisuuksiin osallistua järjestöjen ja muiden yhteisöjen toimintaan. Ympäristötekijöiden rooli nuorten toimintakyvyn eroissa kaipaisi vielä jatkotutkimusta.

Aikaisemman tutkimuksen mukaan nuorten toimintakyvyn eri ulottuvuuksien rajoitteet kasautuvat usein samoille, heikommassa asemassa oleville väestöryhmille (Shemeikka ym. 2015). Sosiaalisen toimintakyvyn rajoitteita kokevista nuorista aikuisista useammalla kuin joka kolmannella oli rajoitteita myös työssä. Sosiaalinen ja psyykinen toimintakyky ovat toimintakyvyn ulottuvuuksista erityisen vahvasti yhteydessä, useammalla kuin joka toisella sosiaalisen toimintakyvyn rajoitteita kokevalla nuorella naisella ja yli 40 prosentilla rajoitteita kokevista nuorista miehistä on rajoitteita myös psyykkisessä toimintakyvyssä. (Shemeikka ym. 2015.)

Koulutuksen, taloudellisen toimeentulon ja pääasiallisen toiminnan yhteys sosiaaliseen toimintakykyyn olisi hyvä ottaa huomioon sekä yhteiskunnallisessa suunnittelussa että järjestötoiminnan suuntaamisessa.

Pelkkä perusasteen koulutus ja toimeentulovaikkeudet ovat yhteydessä sosiaalisen toimintakyvyn rajoitteisiin. Koulutusjärjestelmää ja sen tukitoimia tulisi kehittää siten, että entistä harvempi jäisi pelkän perusasteen varaan. Heikoimmassa asemassa olevien terveys- ja sosiaalipalvelujen saatavuuden parantaminen on erittäin tärkeää hyvinvointierojen kaventamiseksi. Nykyisin esimerkiksi terveyspalvelujen saatavuudessa on huomattavia väestöryhmittäisiä eroja (Shemeikka ym. 2014).

Nuorten aikuisten sosiaalisen toimintakyvyn tukeminen on tärkeää myös heidän työkykynsä ja työllistymisensä näkökulmasta. Nuorten aikuisten työllistymisen tukeminen on keskeistä heidän osallisuutensa ja hyvinvointinsa (vrt. esim. Karvonen & Kestilä 2014; Saikku ym. 2014) samoin kuin yhteiskunnallisten työurien pidentämiseen liittyvien tavoitteiden edistämiseksi.

Lähteet

- Härkänen T, Kaikkonen R, Virtala E, Koskinen S (2014) Inverse probability weighting and doubly robust methods in correcting the effects of non-response in the reimbursed medication and self-reported turnout estimates in the ATH survey. *BMC Public Health* 14:1150.
- Järvikoski A, Härkäpää K (2011) Kuntoutuksen perusteet. Näkökulmia kuntoutukseen ja kuntoutustieteeseen. WSOYpro, Helsinki.
- Karvonen S, Kestilä L (2014) Nuorten aikuisten syrjäytymisvaaraan liittyvä huono-osaisuus. Teoksessa M Vaarama, S Karvonen, L Kestilä, P Moisio, A Muuri A (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2014*. THL, Helsinki 2014.
- Koskinen S, Sainio P & toimintakykyryhmä (2005) Yleinen toimintakyky. Teoksessa S Koskinen, L Kestilä, T Martelin, A Aromaa (toim.) *Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 - tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7, Helsinki.
- Koskinen S, Laiho J, Rinne S, Kuosmanen N, Alha P, Rissanen H, Martelin T (2008) Participation, complementary data collection and other measures to increase participation rate. In S Heistaro (Ed.) *Methodology report. Health 2000 Survey*. Publications of the National Public Health Institute B26/2008.
- Koskinen S, Sainio P, Stenholm S, Vaara M (2011) Toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen väestötutkimuksissa. TOIMIA-suositus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (verkkojulkaisu) <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/22/>
- Martelin T, Koskinen S, Aromaa A (2002) Terveiden ja toimintakyvyn vaihtelu asuinalueen, koulutuksen ja siviilisäädyn mukaan. Teoksessa A Aromaa, S Koskinen (toim.) *Terveys ja toimintakyky Suomessa: Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3, Helsinki.
- Pentala O (2014) Väestötutkimusaineiston tilastolliset kadonhallintamenetelmät. Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen kyselyaineisto 2010. Pro gradu -tutkielma. Sosiaalitieteiden laitos, Helsingin yliopisto, Helsinki.
- Saikka P, Kestilä L, Karvonen S (2014) Työttömien ja työllisten koettu hyvinvointi toimintavalmiuksien viitekehyksessä. Teoksessa M Vaarama, S Karvonen, L Kestilä, P Moisio, A Muuri (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2014*. THL, Helsinki.
- Shemeikka R, Rinne H, Manderbacka K, Murto J, Kaikkonen R (2014) Terveyspalveluiden saataavuuden alue-erot Suomessa – ATH-tutkimuksen tuloksia erityisvastuualueittain (suunnitellut sote-alueet). *Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen työpapereita* 37, 29–36, Helsinki.
- Shemeikka R, Rinne H, Sainio P, Karvonen S, Saares A, Murto J, Koskinen S, Kaikkonen R (2015) Nuorten aikuisten toimintakyvyn väestöryhmittäiset erot. *Kuntoutus* 1/2015, 6-21.
- Stakes (2004) Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus ICF. *Stakes ohjeita ja luokituksia* 4, Helsinki.
- Sulander T, Pohjolainen P (2010) Toimintakyvyn arviointiin tarvitaan laaja-alaista näkökulmaa. *Kuntoutus* 33, 1, 72–73.
- THL (2014) Terveyttä ja hyvinvointia kuntalaisille (ATH). (verkkojulkaisu) <http://www.thl.fi/ath>
- Tiikkainen P, Heikkinen R-L (2011) Sosiaalisen toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen väestötutkimuksissa. TOIMIA-suositus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. (verkkojulkaisu). <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/18/>
- Tilastokeskus (2014) *Stat.fin-tietokanta*. Väestötalastot ja koulutustalastot.
- Östlin P (1988) Negative health selection into physically light occupations. *Journal of epidemiology and community health* 42, 152–6.

Omaishoitajien määrä ja osallistuminen sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan - Miten RAY:n avustama toiminta tukee omaishoitajien osallistumista?

Päälöydökset

- Suhteellisesti eniten omaishoitajia yli 55-vuotiaassa väestöosassa on Pohjois-Pohjanmaalla, Etelä-Pohjanmaalla ja Lapissa.
- Suhteellisesti vähiten omaishoitajia yli 55-vuotiaassa väestöosassa on Kainuussa ja Pirkanmaalla.
- 55 vuotta täyttäneistä omaishoitajista sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan osallistuu peräti 41 %.
- Vertaistuen saaminen houkuttaa eniten omaishoitajia osallistumaan sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan.
- RAY:n kohdennetuilla avustuksilla tavoitetaan noin 76 000 omaishoitajaa, omaishoidettavaa tai heidän läheistään.

Johdanto

Omais- ja läheistyön vahvistaminen ovat vahvasti esillä sekä hallitusohjelmassa että Raha-automaattiyhdistyksen (RAY) sosiaali- ja terveysalan järjestöjen rahoittamista koskevissa linjauksissa. Suomen hallituksen kärkihankkeita on tällä hetkellä alkamassa viisi. Näistä yksi keskittyy kehittämään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistamaan kaiken ikäisten omaishoitoa. Omais- ja läheistyön vahvistaminen ja kaikenlainen tukeminen ovat myös eräitä RAY:n uuden strategian (2016–2019) keskeisiä linjauksia.

Omaishoitaja on henkilö, joka pitää huolta perheenjäsenestään tai muusta läheisestään, jolla on sellainen vamma, sairaus tai muu erityinen hoivan tarve, ettei hän selviydy arjen toiminnoista ilman apua. Omaishoitajat ja läheiset -liiton arvion mukaan noin miljoona suomalaista auttaa säännöllisesti läheistään. Tällä hetkellä Suomessa arvioidaan olevan noin 300 000 omaishoitotilannetta, joista 60 000 on sitovia ja vaativia. Vain pieni osa kaikista omaishoitotilanteista on lakisääteisen omaishoidon tuen piirissä. Laissa omaishoidon tuesta määritellään omaishoitajaksi henkilö, joka on tehnyt toimeksiantosopimuksen läheisensä omaishoidosta kunnan kanssa.

Omaishoito tarkoittaa usein ikäihmisten hoitamista. Toki monet hoidettavat läheiset ovat myös lapsia tai työikäisiä. Omaishoitajia ovat muun muassa puolisoaan hoitavat ja ikääntyvistä vanhemmistaan huolehtivat tyttävät ja pojat tai vammaisen lapsen vanhemmat. Hoitosuhde voi kehittyä hitaasti hoidettavan avuntarpeen lisääntymisen seurauksena (esimerkiksi etenevä muistisairaus) tai äkillisesti sairauskohtauksen, onnettomuuden tai erityistä hoivaa tarvitsevan lapsen myötä.

Yhtenä RAY:n lakisääteisenä tehtävänä on avustetun toiminnan tuloksellisuuden ja laadun seuranta. Tiedot järjestötoimintaan osallistuneiden ihmisten lukumääristä ja taustoista luovat perustan seurannalle ja Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) tutkimusaineisto täydentää RAY:n omaa tiedonkeruuta. Lisäksi ATH-aineisto luo hyvän pohjan tarkastella järjestöjen alueellisia rahoitustarpeita. RAY keräsi ensimmäisen kerran laajalla mittakaavalla tietoa kohdennettujen toiminta-avustusten (Ak-avustus) tuloksista ja vaikutuksista vuoden 2014 toimintaa koskevien tuloksellisuus- ja vaikutusselvitysten (TVS) avulla. Näitä tietoja hyödynnetään tässä artikkelissa omaistyöhön liittyvien järjestöjen tulosten osalta.

Vain melko vähäinen osa kaikista tehdystä omaishoidosta on lakisääteisen omaishoidon tuen piirissä. Laissa omaishoitajaksi määritetään henkilö joka on tehnyt toimeksiantosopimuksen läheisensä omaishoidosta kunnan kanssa ja on näin oikeutettu omaishoitajalle maksettavaan hoitopalkkioon. Tässä artikkelissa tarkastelemme näiden 55 vuotta täyttäneiden virallisten omaishoitajien

Kirjoittajat:

Janne Jalava,
seurantapäällikkö, RAY
Samuli Koiso-Kanttila,
seurantavastaava RAY
Ona Vuorjoki,
korkeakouluharjoittelija RAY
Oona Pentala,
tilastotutkija, THL

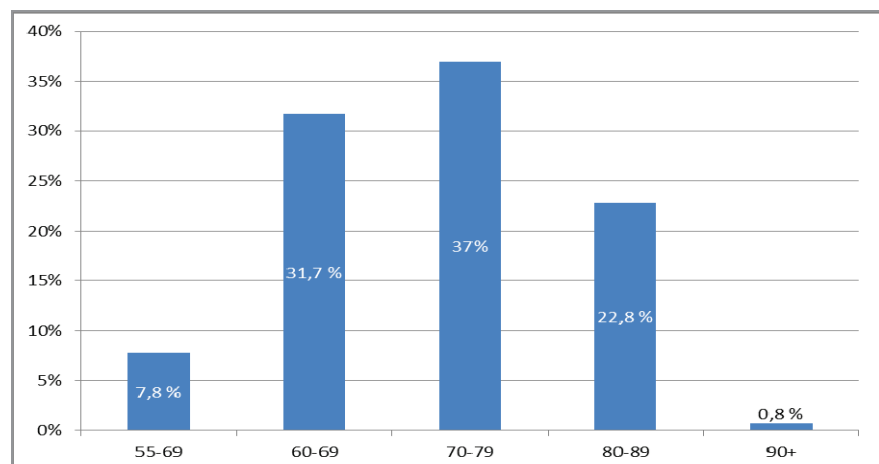
maakunnallisia jakaumia. Lisäksi analysoimme kuinka paljon omaishoitajat osallistuvat sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan ja mitkä ovat syyt osallistumisen taustalla. Lisäksi hahmotamme sitä, miten paljon RAY kohdentaa erilaisia toimintoja omaissektorilla toimiville järjestöille ja millainen niiden volyyymi on. Aineistona käytämme THL:n ATH-tutkimuksen vuosien 2013–2014 aineistoa (yli 55 -vuotiaiden n = 41 163) sekä omaisjärjestöjen TVS-vastauksia. Lopuksi pohdimme alustavasti miten järjestötyöllä voidaan parhaiten vastata tulevaisuuden omaishoidon haasteisiin.

Omaishoitajien kasvava määrä ja sukupuoleen sekä ikään liittyvät tekijät

Omaishoitajien määrä on viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana kasvanut merkittävällä tavalla. Tuen saajien määrä oli vuonna 1994 noin 13 000 ja vuonna 2014 noin 43 000 (Omaishoitajat ja läheiset-liitto, 2015). ATH-tutkimuksen tulosten mukaan suomalaisista 55 vuotta täyttäneistä 3,2 % toimii virallisina omaishoitajina. Määrällisesti tämä tarkoittaisi jo yli 50 000 henkilöä. Vaikka tästä luvusta puuttuu alle 55-vuotiaat, on määrä noussut täten rajusti viime vuosina. Siitä, kuinka paljon toimii tämän lisäksi epävirallisina omaishoitajina tai kuinka moni alle 55-vuotias toimii omaishoitajina, ei tämän aineiston perusteella ole tietoa. Tämänkin aineiston valossa voidaan kuitenkin todeta, että kuntien palvelujärjestelmässä omaishoidolla on ollut ja on edelleen kasvava merkitys. Mikäli laitoshoidon halutaan edelleen vähentää, on omaishoidolla siinä väestön ikääntyessä erittäin merkittävä rooli.

ATH-tutkimuksen perusteella omaishoitajista tällä hetkellä noin 61 % prosenttia on naisia ja noin 39 % miehiä. Tämä on jossain määrin jatkopohdintoja herättävä tulos. THL:n tekemän, vuoden 2012 toimintaa koskevan omaishoidon kuntakyselyn mukaan omaishoitajista naisia oli 69 % ja miehiä 31 %. Kyselytulokset eivät ole suoraan keskenään vertailtavissa, eikä niiden perusteella pidä tehdä suuria johtopäätöksiä. Olennaista on kuitenkin ottaa huomioon se, että ainakin 55 vuotta täyttäneiden keskuudessa ei omaishoitajien sukupuolittainen jakautuminen ole niin suurta kuin yleisesti olisi voitu kuvitella. Omaishoito on täten niin miehiä kuin naisia koskettava asia.

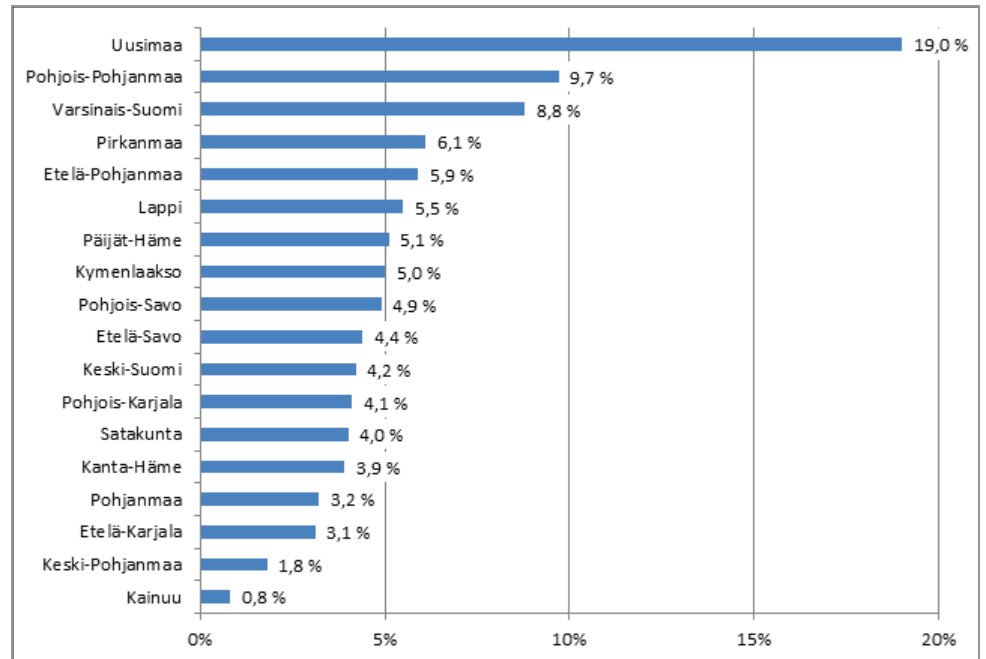
Valtaosa omaishoidettavista on 65–90 -vuotiaita (ks. tarkemmin Omaishoidon kuntakysely 2012). Omaishoitajista valtaosa on 60–79-vuotiaita (kuvi 1). Omaishoitajana toimiminen ei ole kuitenkaan mitenkään harvinaista yli 80-vuotiaiden keskuudessa. Yli 80-vuotiaita omaishoitajia on lähes 14 000. Näistä yli 90-vuotiaitakin on noin 450 henkilöä.



Kuvio1. 55 vuotta täyttäneiden omaishoitajien ikäjakauma.

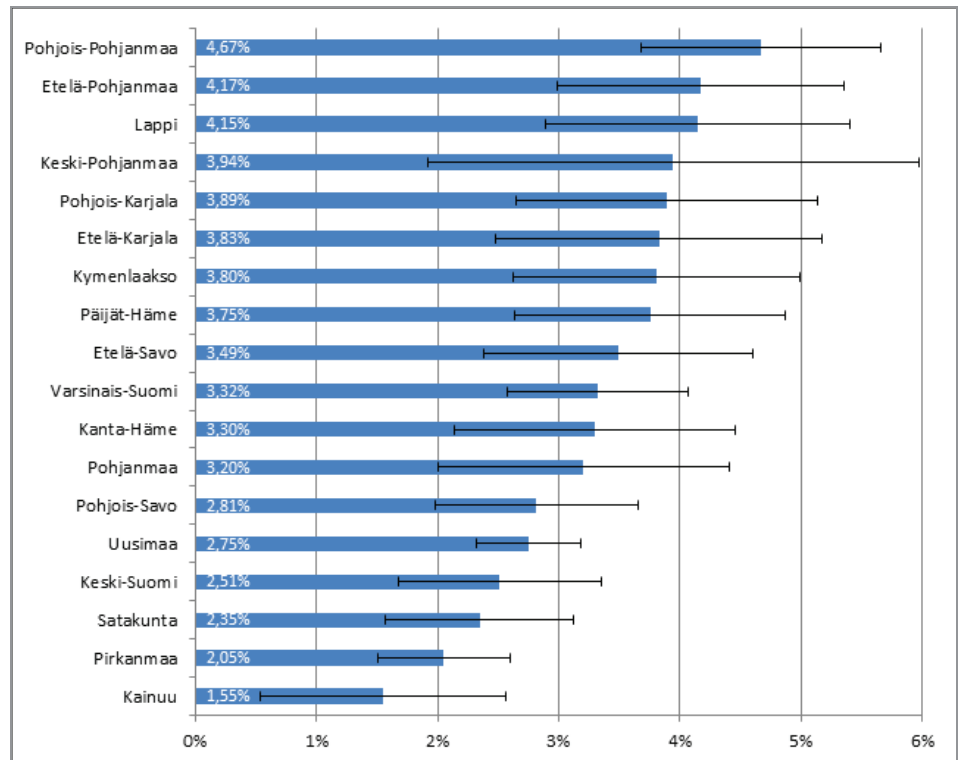
Omaishoitajia määrällisesti eniten Uudellamaalla ja suhteellisesti vähiten Kainuussa ja Pirkanmaalla

Omaishoitajat keskittyvät määrällisesti Uudellemaalle (19 % omaishoitajista), Pohjois-Pohjanmaalle (9,7 %), Varsinais-Suomeen (8,8 %) ja Pirkanmaalle (6,1 %). Myös Lapissa on varsin paljon omaishoitajia (5,5 % omaishoitajista). Kainuussa ei 55 vuotta täyttäneitä omaishoitajia ole kuin 400–500 (0,8 % omaishoitajista) (kuvio 2). Jakautuminen riippuu myös osin maakunnan väestöpohjan suuruudesta ja siitä, kuinka paljon maakunnissa on yli 55-vuotiaita (ja täten yli 55-vuotiaita mahdollisia omaishoitajia ja omaishoidettavia).



Kuvio 2. 55 vuotta täyttäneiden omaishoitajien prosentuaalinen jakautuminen maakunnittain.

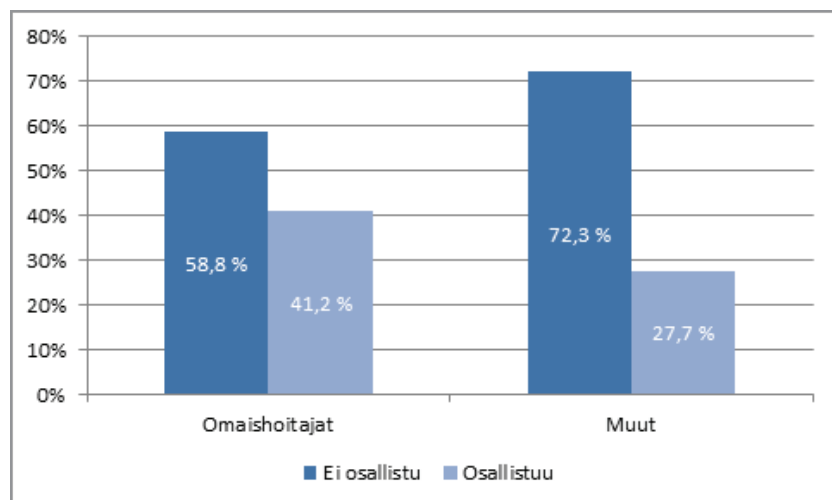
Tarkasteltaessa maakunnittain sitä, kuinka moni 55 vuotta täyttäneistä toimii omaishoitajana, voidaan todeta, ettei mitään kovin merkittäviä eroja ole havaittavissa (kuvio 3). Suhteellisesti eniten omaishoitajia yli 55-vuotiaassa väestöosassa on Pohjois-Pohjanmaalla (4,67 %), Etelä-Pohjanmaalla (4,17 %) ja Lapissa (4,15 %). Kainuussa vastaava luku on 1,55 %. Sen sijaan huomioitavaa on se, että vaikka Pirkanmaalla on maakunnallisesti neljänneksi eniten omaishoitajia, toimii siellä omaishoitajina maakunnallisesti suhteessa toiseksi vähiten kyseisen ikäluokan ihmisiä (noin 2 % 55 vuotta täyttäneistä). Täten asukaslukuun suhteutettuna voidaan todeta, että Pirkanmaan vähäinen omaishoitajien määrä nostaa esiin monia jatkotutkimuskysymyksiä. Onko yksinkertaisesti niin että yli 55-vuotiaiden määrä suhteessa muuhun väestöön riittää selittämään erot maakuntien välillä? Näin ei aivan yksiselitteisesti näytä olevan. Onko laitoshoidon määrä yleisempää kuin muualla? Ovatko omaishoidon kriteerit Pirkanmaan kunnissa tiukempia? Toimiiko Pirkanmaalla suhteellisesti enemmän ns. epävirallisia omaishoitajia? Kainuun tilanne herättää toki vielä enemmän kysymyksiä. Onhan esimerkiksi Lapin omaishoitajien määrä Kainuuseen verrattuna moninkertainen. Kainuun ja Pirkanmaan ero kolmeen kärjessä olevaan maakuntaan on kuitenkin myös tilastollisesti selkeä.



Kuvio 3. Omaishoitajien osuus maakunnittain 55 vuotta täyttäneistä.

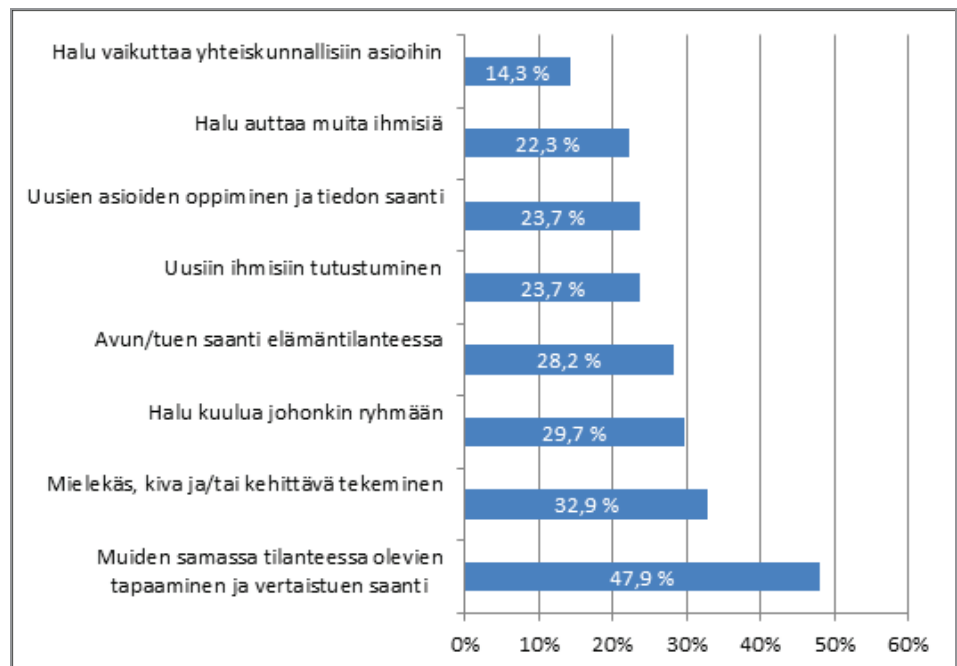
Omaishoitajien osallistuminen sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan

ATH:n perusteella sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan osallistuu noin 17% vähintään 20 vuotta täyttäneistä suomalaisista. Tämä tarkoittaa väestötasolla hieman yli 720 000 ihmistä. Säännöllisesti osallistuvia on yli 460 000 henkilöä. (Jalava ym., 2014.) ATH-tutkimuksen tietojen mukaan 55 vuotta täyttäneistä omaishoitajista sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan osallistuu peräti 41 % (kuvio 4). Omaishoitajat ovat täten selkeästi aktiivisempia kuin muut 55 vuotta täyttäneet suomalaiset, joista noin 28 % osallistuu sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan. Toisaalta kuitenkin eläkeläiset ovat ylipäätään aktiivisempia kuin nuoremmat ikäryhmät (vrt. Jalava ym. 2014).



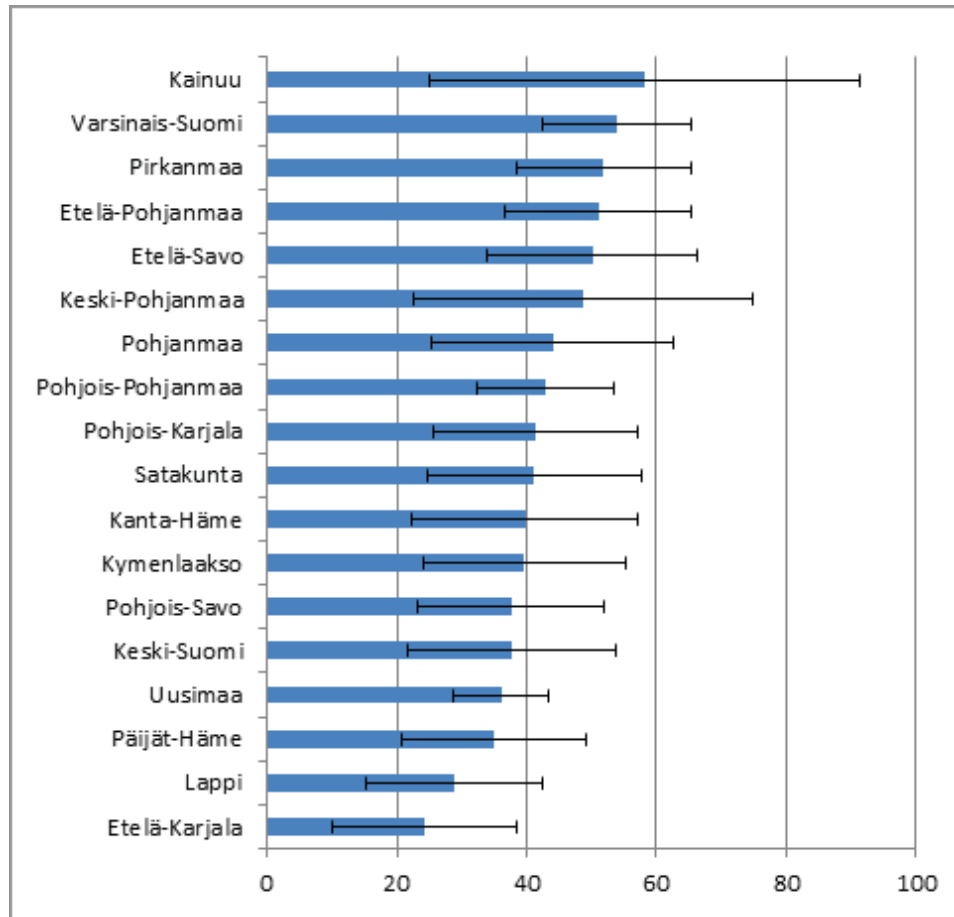
Kuvio 4. 55 vuotta täyttäneiden omaishoitajien ja muiden samanikäisten henkilöiden osallistuminen sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan.

Voidaankin todeta, että sosiaali- ja terveysjärjestöt ovat tavoittaneet omaishoitajat varsin hyvin. ATH -aineiston valossa voidaan tarkastella tarkemmin mitkä syyt ovat osallistumisen taustalla? Lähes puolet osallistujista haluaa tavata järjestöjen toiminnassa samassa tilanteessa olevia omaishoitajia ja kaipaavat vertaistukea (kuvio 5). Noin kolmannes osallistujista menee mukaan järjestöihin, koska haluavat elämäänsä mielekästä ja kivaa tekemistä. Myös selkeä avun tarve nousee varsin merkittäväksi osallistumisen kriteeriksi. Omaishoitajat eivät sen sijaan niinkään koe, että osallistumisen kautta yhteiskunnallisiin asioihin vaikuttaminen olisi kovin tärkeää. Lisäksi näyttäisi siltä, että avun ja vertaistuen saaminen olisi merkittävämpi osallistumisen syy kuin halu auttaa muita ihmisiä vaikkeä tässä yhteydessä vertaistuen voi varmaankin lähtökohtaisesti olettaa olevan yhtä paljon antamista kuin saamista.



Kuvio 5. Syyt 55 vuotta täyttäneiden omaishoitajien osallistumiselle sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan.

Maakunnittaisesta vertailusta sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan osallistumiseen ei voi ATH-tutkimuksen tiedoilla vetää kovin pitkälle meneviä johtopäätöksiä (kuvio 6). Vaikka Kainuussa näyttäisi olevan suhteellisesti korkein osallistumisprosentti, on siellä kuitenkin hyvin vähän vastaajia ja luottamusvälit ovat isot. Näyttäisi kuitenkin siltä, että Varsinais-Suomessa omaishoitajat ovat löytäneet sosiaali- ja terveysjärjestöjen toiminnan varsin hyvin. Siellä noin puolet omaishoitajista osallistuu järjestöjen toimintaan. Vaikka Pirkanmaalla on 55-vuotiaista suhteellisen vähän omaishoitajia, ovat he kuitenkin aika hyvin mukana järjestöjen toiminnassa. Sen sijaan Etelä-Karjalan ja Lapin sekä myös Uudenmaan omaishoitajien osallistumisprosentti jää selkeästi ainakin Varsinais-Suomen taakse.



Kuvio 6. 55 vuotta täyttäneiden omaishoitajien osallistuminen sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan maakunnittain.

Omaishoitosektorin RAY-rahoituksen peruspiirteitä

RAY keräsi tietoa järjestöjen kohdennetuista avustuksista vuoden 2014 toiminnan osalta tuloksellisuus- ja vaikutusselvitysten (TVS) avulla keväällä 2015. Taulukkoon 1 on koottu olennaisimpia omais- ja muistisektorille kohdentuvia, järjestöjen toimittamia volyymitietoja omista RAY-rahoitteisista toiminnoista. Volyymitiedoilla tässä tapauksessa tarkoitetaan järjestöjen järjestämiä ryhmiä, järjestöjen asiakasmääriä sekä sitä, kuinka monta tuntia järjestöt pitävät viikossa ovensa auki niin sanotun matalan kynnyksen toimintaa varten. Kyseiseen taulukkoon ei ole koottu c-hankkeiden (mitkä keskittyvät jonkun yksittäisen asian, toiminnan tai mallin kehittämiseen yleensä kolmen vuoden ajan) lukuja, vaan järjestöjen niin sanotun perustyön kohteiden luvut. Perustyöllä tarkoitetaan tässä yhteydessä järjestötyön vakiintuneita toimintamuotoja, kuten omaisten vertaisryhmätoimintaa tai omaisille suunnattua neuvontaa tai ohjausta. Näiden tietojen avulla voimme hahmottaa osin myös sitä, millaisia aktiviteetteja sosiaali- ja terveysjärjestöillä on omaishoitajille sekä myös omaishoidettaville tarjota.

Indikaattori	Määrä
Avustuskohteita	55 kappaletta
Avustusten määrä	8, 545 miljoonaa euroa
Osallistujia	75 939 henkilöä
Ryhmien lukumäärä	914 ryhmää
Yksilöllisen tuen asiakkaat	15 896 henkilöä
Matalan kynnyksen aukiolotunnit yhteensä	796 h/viikko
Henkilöstö	187 työntekijää
Henkilötyövuodet	143 henkilötyövuotta

Taulukko 1. RAY-rahoitteen omais- ja muistityön perustoiminnan tunnuslukuja.

Pelkästään tarkastelemalla RAY-rahoitteen omais- ja muistijärjestöjen perustoiminnan tunnuslukuja, voidaan havaita, että Suomessa järjestetään lähes tuhat ryhmää, järjestöjen perustoiminnot tavoittavat noin 76 000 osallistujaa ja omais- sekä muistijärjestöjen ovet ovat auki lähes 800 tuntia viikossa. On syytä kuitenkin todeta, että toiminnot eivät ole suunnattu vain omaishoitajille. Näiden lukujen sisällä on toimintoja myös omaishoitajien sekä omaishoidettavien läheisille, runsaasti toimintaa myös niin sanotuille epävirallisille omaishoitajille sekä erilaisia ryhmiä sairausryhmien, omaisten ja omaishoitajien kanssa työskenteleville vapaaehtoisille tai kokemusasiantuntijoille. Tämän lisäksi RAY rahoittaa omaishoitajille sekä omaishoidettaville lähes 30 tuettua lomajaksoa vuosittain. Lisäksi RAY rahoittaa myös kehitysvammaisten omaisille suunnattua monipuolista toimintaa ympäri Suomen.

Kvantitatiivisen tiedon lisäksi järjestöiltä kerätään suuri määrä kvalitatiivista tietoa toimintojen tuloksista ja vaikutuksista. Yhteenvedon voidaan todeta, että koetun hyödyn ja siihen liittyvän tiedon keräämisessä on monilla järjestöillä vielä kehittämisen varaa. Toisaalta esimerkiksi muistisektorin järjestöt keräävät laadullista tietoa erittäin laajalla skaalalla ja monipuolisesti. Tämän tiedon valossa voidaan todeta, että niin omaisille kuin omaishoidettaville järjestetyllä järjestölähtöisellä vertaistoinnilla on suuri merkitys kohderyhmän arjessa. Vertaisuuden suurin hyöty lienee analysoitujen vastausten perusteella se, että omaiset huomaavat toistenkin ihmisten kantavan samoja huolia sekä ratkovan samoja ongelmia. Lisäksi järjestötoiminnan vaikutus näkyy myös kohderyhmän sujuvampana arjesta selviytymisenä. Järjestötoiminnalla myös pystytään lievittämään yksinäisyyden tunteita.

Johtopäätökset

Omaishoitajien määrä tulee lähivuosina kasvamaan entisestään. RAY on jolle tälle vuodelle lisännyt omaishoitajien tukemiseen kohdentuvia avustuksia. Omaishoito on myös tulevien vuosien painopisteenä. RAY:n myöntämä järjestötoiminnan rahoitus kattaa myös niin sanotut epäviralliset omaishoitajat sekä myös omaishoitajien ja omaishoidettavien läheiset. Kolmannen sektorin toiminnan paine tulee kasvamaan tällä sektorilla lähivuosina. Avustusten määrän lisääminen ei kuitenkaan ole riittävä keino monipuolisemman järjestötoiminnan lisäämiseksi omaishoitajille tai omaishoidon ongelmien parissa oleville ihmisille. Järjestötoiminnan kestävä kehitys on mahdollista vain sisältöjä muuttamalla ja uusia toimintamuotoja kehittämällä

ATH-tulosten perusteella omaishoitajat osallistuvat jo nyt hyvin järjestöjen toimintaan. Erääksi järjestöjen haasteeksi nousee se, miten tavoittaa ne 59 % omaishoitajista, mitkä eivät vielä osallistu järjestötoimintaan. Järjestöjen selkeänä painopisteenä omassa toiminnassaan ATH-tulosten perusteella tulee olla vertaistuen muotojen ja erilaisten ryhmätoimintojen kehittäminen. Tätä tukee myös omaishoidon kuntakyselyn 2012 tulokset. Kunnat tarjoavat omaishoitajille lakisääteisten vapaapäivien ohella pääasiassa palveluohjausta ja koulutusta sekä lyhyitä virkistysvapaita. Samaan hengenvetoon kunnat tässä tutkimuksessa kaipaavat omaishoitajille lisää vertaisryhmiä ja monipuolisempia tuen muotoja. Tässä kohtaa katseet kääntyvät järjestöihin.

Järjestötoiminnan kehittämisessä tulee ottaa myös huomioon, että suurin osa omaishoitajista on 60–79 -vuotiaita ja omaishoidettavien puolisoita. Lisäksi sukupuolikysymys on olennainen. Miehiä on omaishoitajista lähes 40 %. Miehet myös osallistuvat sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan selkeästi naisia vähemmän. Miesomaishoitajien mukaan saaminen järjestötoimintaan jo varhaisessa vaiheessa olisi ensiarvoisen tärkeää. Miehet nimittäin kyllä osallistuvat aktiivisesti sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan yli 80-vuotiaana, mutta ovatko he enää silloin omaishoitajia. Itse asiassa yli 80-vuotiaat miehet ovat osallistumisen suhteen kaikkein aktiivisin ikäryhmä (vrt. Jalava ym. 2014).

Ei ole yllätys, että omaishoitajien määrä keskittyy maakuntiin, joissa on suuria kasvukeskuksia. Kuitenkin taas Lapissa on suhteellisesti varsin paljon omaishoitajia. Harvaan asuttujen alueiden kohdalla voidaan jatkossa varmasti hyödyntää paremmin erilaisia teknologisia ja etäyhteyteen nojaavia vertaistoiminnan ratkaisuja. Lisäksi voisi varmasti kehittää myös kotiin vietäviä järjestölähtöisiä tukimuotoja. Nämä toimisivat harvaan asutuilla alueilla sekä omaishoitajilla, joiden on vaikea jättää omaistaan yksin tai ovat muuten estyneitä osallistumaan ryhmätoimintoihin. Näillä keinoin voisi esimerkiksi Lapin tai Kainuun omaishoitajien osallistumista sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintoihin ehkä hieman helpottaa ja osallistujamäärää nostaa.

Alueellisen tasa-arvon edistämisen kannalta järjestöjen sekä myös rahoittajan ja päätöksentekijöiden eräänä mahdollisena toimintamuotona voisi olla myös erityisen vahva vaikuttaminen niillä alueilla, missä omaishoitajia on suhteessa vähiten. Väkisinkin esiin nousee tarve analysoida esimerkiksi Kainuun ja Pirkanmaan tilannetta tarkemmin. Lisäksi on syytä nostaa esiin Pohjois-Pohjanmaa, missä omaishoitajien määrä on tilastollisestikin selkeästi korkeampi kuin viidessä suhteessa vähiten omaishoitajia omaavassa maakunnassa. Mitä Pohjois-Pohjanmaalla tehdään toisin?

Järjestöjen kannalta omaishoidon tuen kehittämisessä on huomioitava myös se, että eri järjestöt keskittyvät eri sairausryhmien omaisiin ja läheisiin. On olemassa myös niin sanottuja yleisjärjestöjä, jotka keskittyvät laajalla skaalalla omais- ja läheistyön kehittämiseen. Järjestöjen yhteistyötä tarvitaan varsinkin niiden ihmisten tavoittamiseksi, jotka eivät ole virallisia omaishoitajia, mutta joilla olisi varmasti yhtä suuri vertaistuen tai avun tarve. Usein tämä tarve on virallisia omaishoitajia suurempi, koska kunnan lakisääteiset palvelut eivät ole näiden ihmisten saatavilla. Järjestöjen yhteistyö olisi täten erityisen suotavaa maakunnissa, joissa virallisia omaishoitajia on suhteellisen vähän. Lisäksi järjestöjen yhteistyö on toivottavaa myös haja-asutusalueilla, missä eri sairausryhmiä edustavat järjestöt tai omaissektorin yleisjärjestöt voisivat yhdessä innovoida uusia vertaistuen ja avun muotoja eri omaissektorin kohderyhmille. Toki järjestöt voivat tehdä yhdessä töitä myös kasvukeskusten läheisyydessä. Yhteistyön avulla voisi kenties lisätä myös Etelä-Karjalan ja Uudenmaan omaishoitajien osallistumista järjestötoimintaan.

KIRJALLISUUTTA

Jalava ym. 2014 Osallistuminen sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan Suomessa 2013. ATH-tutkimuksen tuloksia. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Omaishoidon kuntakysely 2012. Diasetti 18.1.2013. Eero Siljander, CHES/THL. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Omaishoitajat ja läheiset-liitto ry. www.omaishoitajat.fi. Haettu 10/2015.

Yksinäisyys ja osallistuminen, ATH-tutkimuksen tuloksia

-Järjestökentän tutkimusohjelma

Tähän julkaisuun on koottu 6 artikkelia, joiden kirjoittamiseen on osallistunut ATH-tutkimusverkoston 19 kirjoittajaa järjestöistä, RAY:stä sekä THL:sta. Tiiviisti kirjoitetut osatyöt koottiin yksiin kansiin, jotta niitä on helpompi jakaa kootusti eri tilaisuuksissa. Julkaisuksi valittiin THL:n Työpapereita-sarja.

Julkaisu on jatkoa THL:n ja RAY:n tutkimusohjelmalle. Vuonna 2014 tässä tutkimusohjelmassa julkaistiin yhteensä 13 osatyötä 37 verkostoon osallistuneen henkilön toimesta sekä lukuisa määrä verkkomateriaalia.

Julkaisun artikkelit liittyvät yksinäisyyden ja osallistumisen teemaan. Artikkelit käsittelevät mm. järjestötoimintaan osallistumista ja siinä havaittavia väestöryhmäeroja, iäkkäiden epävirallisen avun tarvetta, vammaispalveluja tarvinneiden taloudellista tilannetta ja osallistumista, omaishoitajia sekä istumisen yhteyksiä yksinäisyyteen ja henkiseen hyvinvointiin.



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS