

Päivikki Koponen
Katja Borodulin
Annamari Lundqvist
Katri Sääksjärvi
Seppo Koskinen (toim.)

Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa

FinTerveys 2017 -tutkimus

RAPORTTI



Raportti 4/2018

Päivikki Koponen, Katja Borodulin, Annamari Lundqvist,
Katri Sääksjärvi ja Seppo Koskinen (toim.)

**Terveys, toimintakyky ja
hyvinvointi Suomessa
FinTerveys 2017-tutkimus**



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto: Tarja Palosaari

ISBN 978-952-343-104-1 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-343-105-8 (verkkojulkaisu)

ISSN 1798-0089 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>

Helsinki, 2018

Tiivistelmä

Päivikki Koponen, Katja Borodulin, Annamari Lundqvist, Katri Sääksjärvi ja Seppo Koskinen, toim. *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017-tutkimus*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 4/2018, 236 sivua. Helsinki 2012. ISBN 978-952-343-104-1 (painettu), ISBN 978-952-343-105-8 (verkkojulkaisu)

FinTerveys 2017 -tutkimus on laaja kansallisesti edustava terveystarkastustutkimus, joka yhdistää aiempien Terveys 2000/2011- ja FINRISKI -tutkimusten pitkät perinteet. Tutkimusta koordinoi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) Kansanterveysratkaisut -osasto yhteistyössä laajan asiantuntijaverkoston kanssa. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa terveys- ja hyvinvointipolitiikan suunnittelua ja arviointia varten luotettavat tiedot Suomen aikuisväestön ja sen osaryhmien terveydestä, terveyskäyttäytymisestä, toimintakyvystä ja hyvinvoinnista sekä niiden määrittäjistä vuonna 2017. Tutkimus kattaa laajasti eri teemoja, mm. koettu terveys, elämänlaatu, elintavat, toimintakyky, yleisimpien kansantautien ja terveysongelmien esiintyvyys sekä niiden riskitekijät. Lisäksi kuvataan hoidon ja avun tarvetta sekä terveyspalvelujen käyttöä. Tiedot kerättiin terveystarkastusmittauksin ja kyselylomakkein. Tutkittavilta otettiin myös veri- ja virtsanäytteitä. Tässä raportissa esitetään ensimmäisiä tuloksia 30 vuotta täyttäneen väestön osalta. Tässä ikäryhmässä otokseen kuuluneista (n= 9288) 71 % osallistui johonkin tiedonkeruun osaan ja 60 % osallistui terveystarkastukseen. Kansanterveyden ja siihen vaikuttavien tekijöiden muutoksia arvioidaan vuodesta 2011 vuoteen 2017.

Elintavoissa myönteisiä havaintoja ovat päivittäisen tupakoinnin vähentyminen sekä raittiuden yleistyminen ja humalajuomisen vähentyminen työikäisessä väestössä. Myös muutokset aikuisväestön fyysisessä aktiivisuudessa ovat kansanterveyden kannalta oikean suuntaisia. Väestön kokonaiskolesteroli on kääntynyt uudelleen laskuun, mikä voi merkittävästi vähentää sairastuvuutta sydän- ja verisuonitauteihin. Koholla oleva verensokeri ei myöskään ole yleistynyt väestötasolla. Allergisten oireiden pitkään jatkunut lisääntyminen näyttäisi olevan tasaantumassa. Koettu elämänlaatu parantui vanhimmissa ikäryhmissä. Toimintakyvyssä myönteisiä havaintoja ovat näkökyvyn parantuminen sekä positiivinen kehitys sosiaalisessa osallistumisessa.

Terveyden edistämisen kannalta on havaittavissa lukuisia haasteita. Esimerkiksi päivittäin tupakoivien aikuisten osuus on vielä kaukana tupakkalain tavoitetasosta. Lihavuus on yksi suurimmista kansanterveydellisistä ongelmista, ja se koskettaa kaikkia ikäluokkia. Työikäisessä väestössä lihavuus on yleistynyt. Humalajuominen on yleistynyt eläkeikäisessä väestössä. Kohonnut verenpaine on Suomessa edelleen hyvin yleinen. Lääkehoidossa olevista vain alle puolella verenpaine on tavoitetasolla. Psykkinen kuormittuneisuus ja masennus ovat yleisiä suomalaisessa aikuisväestössä. Masennusoireet ovat yleistyneet koko väestössä, ja psykkinen kuormittuneisuus on lisääntynyt työikäisillä naisilla. Myös tuki- ja liikuntaelimestön kivut ja toiminnanvajavuudet ovat edelleen yleisiä. Suun terveyden kannalta on huolestuttavaa, että hampaiden harjauksen myönteinen kehitys on pysähtynyt, ja suunterveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokeneiden osuus on laskenut.

Vielä 80 vuotta täyttäneistäkin moni on varsin toimintakykyinen, mutta fyysisen toimintakyvyn ongelmia raportoivat myös nuorimpiin ikäryhmiin kuuluneet. Sosiaalisessa toimintakyvyssä huolestuttavaa on epäluottamuksen lisääntyminen työikäisillä. Aiemmin havaittu väestön koetun työkyvyn koheneminen on pysähtynyt tai jopa hieman heikentynyt. Terveyspalvelujen käytössä on paljon väestöryhmittäisiä eroja.

Lääkäripalveluita tarvitessaan työikäiset hakeutuvat ensisijaisesti työterveyshuoltoon, ikääntyneet taas asioivat pääasiassa terveyskeskuksissa. Useimmissa terveyttä, toimintakykyä ja niihin vaikuttavia tekijöitä kuvaavissa mittareissa koulutusryhmien välinen ero oli selvä: tilanne oli edullisin korkea-asteen koulutuksen ja heikoin perusasteen koulutuksen saaneilla.

Jotta palvelutarpeen kasvua voidaan hillitä, tarvitaan kaikissa terveyspalveluissa annettavaa kannustusta terveyttä edistäviin valintoihin ja elintapamuutoksiin sekä näitä tukevaa terveyspolitiikkaa. Tarvitaan myös laajemmin yhteiskuntapolitiikkaa, joka vahvistaa erityisesti huono-osaisimpien väestöryhmien mahdollisuuksia, voimavaroja ja motivaatiota tehdä terveyttä edistäviä valintoja. Liikunta, terveellinen ravinto, riittävä yöuni, tupakoinnin ja päihteiden käytön välttäminen sekä kognitiivinen ja sosiaalinen aktiivisuus suojaavat monilta keskeisimmiltä kansanterveysongelmilta. Sekä sydän- ja verisuonitautien että kognitiivisten toimintojen ja muun toimintakyvyn heikentymistä voidaan ehkäistä myös vähentämällä tunnettuja vaaratekijöitä, joita ovat ylipaino, korkea verenpaine, korkea kolesteroli ja diabetes. Keskeisimpien kansantautien hoitoa on edelleen tehostettava, jotta hoidon tavoitteet saavutetaan entistä suuremmalla osalla potilaista.

FinTerveys-aineisto mahdollistaa tutkimuksia laajasti eri tieteenaloilla. Tietojen hyödyntäminen myös tässä raportissa esitettyjä tuloksia laajemmin esimerkiksi sote-palvelujen suunnittelussa ja arvioinnissa on mahdollista aineiston syventävien analyysien pohjalta. FinTerveys-tutkimus on tarkoitus toistaa viiden vuoden välein osana THL:n lakisääteistä väestön terveyden ja hyvinvoinnin seurantatehtävää.

Avainsanat: FinTerveys 2017 tutkimus, terveys, elintavat, toimintakyky, hyvinvointi

Sammanfattning

Päivikki Koponen, Katja Borodulin, Annamari Lundqvist, Katri Sääksjärvi och Seppo Koskinen, red. Hälsa, funktionsförmåga och välfärd i Finland – undersökningen FinHälsa 2017. Institutet för hälsa och välfärd (THL), Rapport 4/2018, 236 sidor. Helsingfors 2018. ISBN 978-952-343-104-1 (tryckt), ISBN 978-952-343-105-8 (nätpublikation)

Undersökningen FinHälsa 2017 är en omfattande och nationellt representativ hälsoundersökningsstudie som förenar tidigare Hälsa 2000/2011 och FINRISKI undersökningarnas traditioner. Undersökningen koordinerades av avdelningen för folkhälsolösningar vid Institutet för hälsa och välfärd (THL), tillsammans med ett brett nätverk av experter. Syftet med undersökningen är att framställa pålitlig information om den vuxna befolkningens hälsa, levnadsvanor, funktionsförmåga och välfärd, samt om påverkande faktorer år 2017, till stöd för planering och utvärdering av välfärdspolitiken. Undersökningen omfattar ett brett urval av teman, bl.a. självskattad hälsa, livskvalitet, levnadsvanor, funktionsförmåga, prevalens av centrala folksjukdomar och hälsoproblem och deras riskfaktorer. Undersökningen beskriver också behovet av vård och hjälp, samt användningen av hälsotjänster. Informationen har samlats in via hälsokontroller och frågeformulär. Deltagarna har också gett blod- och urinprov. I denna rapport presenteras de första resultaten gällande befolkningen som fyllt 30-år. Av de utvalda i denna åldersgrupp (n=9288) deltog 71 % i någon del av undersökningen och 60 % tog del av hälsokontrollen. I denna rapport utvärderas hur folkhälsan och de faktorer som påverkar folkhälsan utvecklats mellan åren 2011 och 2017.

Positiva iakttagelser om levnadsvanorna är att andelen av dem som röker dagligen har minskat, nykterhet har ökat och konsumtion av alkohol i berusningssyfte har minskat bland befolkningen i arbetsför ålder. Utvecklingen i den vuxna befolkningens fysiska aktivitet är också i rätt riktning med tanke på folkhälsan. Totalkolesterolet i befolkningen har på nytt börjat minska, vilket kan minska insjuknande i hjärt- och kärlsjukdomar. Andelen av personer med förhöjt blodsocker har inte blivit större och den länge pågående ökningen av allergiska symtom verkar ha börjat jämnas ut. Den självskattade livskvaliteten förbättrades i de äldsta åldersgrupperna. Positiva iakttagelser om funktionsförmåga är att synen förbättrats och att det har skett en positiv utveckling i socialt deltagande.

Det finns fortfarande flera utmaningar för främjandet av hälsa. Andelen vuxna som röker dagligen är ännu långt ifrån målsättningen som satts upp i den finländska tobakslagen. Fetma är ett av de största folkhälsoproblemen och berör alla åldersgrupper. Bland befolkningen i arbetsför ålder har fetma blivit vanligare. Konsumtion av alkohol i berusningssyfte har ökat bland befolkningen i pensionsålder. Förhöjt blodtryck är fortfarande väldigt vanligt i Finland. Endast hälften av dem med medicinering har ett blodtryck inom målvärden. Psykisk belastning och depression är vanliga i den finländska vuxenbefolkningen. Depressionssymtom har blivit vanligare i hela befolkningen och psykisk belastning har ökat hos kvinnor i arbetsför ålder. Också smärta och funktionsbegränsningar i stöd- och rörelseorganen är fortfarande vanliga. Gällande munnens hälsa är det oroväckande att den positiva utvecklingen i borstning av tänder har avstannat och att andelen av dem som uppskattar sin munhälsa som god eller rätt god har sjunkit.

Även bland dem som fyllt 80-år har många fortfarande en god funktionsförmåga men problem med fysisk funktionsförmåga rapporteras också i yngre åldersgrupper. Gällande social funktionsförmåga är det oroväckande att misstroende har ökat bland personer i arbetsför ålder. Den förbättring som tidigare har observerats i befolkningens självskattade arbetsförmåga har avstannat eller till och med försämrats. Det finns många skillnader mellan befolkningsgrupper i användningen av hälsotjänster. Vid behov av läkartjänster söker sig personer i arbetsför ålder i första hand till arbetshälsovården medan äldre personer

besöker hälsovårdscentraler. I de flesta indikatorer som bedömer hälsa, funktionsförmåga och påverkande faktorer kan en tydlig skillnad mellan utbildningsgrupper ses: läget är gynnsammast för personer med högskoleutbildning och ogynnsammast för personer med grundskoleutbildning.

För att kunna dämpa tillväxten av behov för tjänster behövs att man uppmuntrar till hälsofrämjande val och förändring av levnadsvanor genomgående i alla hälsotjänster, liksom det behövs en hälsopolitik som stödjer detta. I större omfattning behövs också en samhällspolitik som stärker speciellt de sämre ställda befolkningsgruppernas möjligheter, resurser och motivation att göra hälsofrämjande val. Fysisk aktivitet, hälsosam kost, tillräcklig sömn, undvikandet av rökning och rusningsmedel, samt kognitiv och social aktivitet skyddar från många centrala folkhälsoproblem. Genom att minska fetma, högt blodtryck, högt kolesterol och diabetes kan man också förebygga såväl hjärt- och kärlsjukdomar som försämring i kognitiva funktioner och annan funktionsförmåga. Vården av centrala folksjukdomar måste fortsättningsvis göras effektivare så att målsättningen med vården nås hos ännu fler patienter.

Databasen från undersökningen FinHälsa möjliggör forskning på många olika vetenskapsområden. Det är t.ex. möjligt att använda informationen i planering och utvärdering av vårdreformen i en bredare utsträckning än resultaten i denna rapport genom fördjupade analyser. Undersökningen FinHälsa är planerad att upprepas med fem års mellanrum som en del av THL:s lagstiftade uppgift att följa upp befolkningens hälsa och välfärd.

Nyckelord: Undersökningen FinHälsa 2017, hälsa, levnadsvanor, funktionsförmåga, välfärd

Abstract

Päivikki Koponen, Katja Borodulin, Annamari Lundqvist, Katri Sääksjärvi and Seppo Koskinen, eds. Health, functional capacity and welfare in Finland – FinHealth 2017 study. National Institute for Health and Welfare (THL), Report 4/2018, 236 pages. Helsinki 2018. ISBN 978-952-343-104-1 (printed), ISBN 978-952-343-105-8 (online publication)

The FinHealth 2017 Survey is a comprehensive nationally representative health examination survey that combines the tradition of previous Health 2000/2011 and FINRISK Surveys. The Department of Public Health Solutions at the National Institute for Health and Welfare coordinates the survey in cooperation with an extensive network of experts. The aims of the survey are to produce reliable and up-to-date information on health, health behavior, functional capacity and welfare as well as their determinants in the Finnish adult population in 2017. The survey covers different topics extensively, such as self-perceived health, quality of life, lifestyles, as well as prevalence and risk factors for major public health problems. Need for care and assistance and use of health services are also described. The data were gathered with health examination measurements and self-administered questionnaires. Blood and urine samples were also taken from the participants. First results concerning the population aged 30 and over are presented in this report. In this age group the sample included 9288 persons: of these 71% participated in at least some part of the survey and 60% participated in the health examination. Changes in public health and its determinants are evaluated over time from 2011 to 2017.

Positive observations in the lifestyles are a decrease in daily smoking and an increase in abstinence from alcohol, as well as a decrease in heavy episodic drinking in the working aged population. Also the trends in physical activity in the adult population are positive from the public health perspective. Total cholesterol level is again in a downward trend in the population, which can significantly reduce the incidence of coronary heart diseases. Prevalence of raised blood glucose levels are decreasing at population level. The long trend of increase in allergic symptoms seems to be levelling off. Quality of life of the oldest age groups improved. Positive observations in functional capacity include an improvement in visual acuity and increased social participation.

There are several challenges for health promotion. The prevalence of daily smoking among adults is far from the goals of the Tobacco Act. Obesity is one of the key public health problems among all age groups. The prevalence of obesity in the working aged population has increased. The proportion of heavy episodic drinking among retired persons has increased. Raised blood pressure is still very prevalent in Finland. Among those who use medication, less than half have their blood pressure levels within the target levels. Psychological distress and depression are prevalent in the adult population. The prevalence of depressive symptoms has increased in the total population and psychological distress has increased among working aged women. Musculoskeletal pain and limitations in musculoskeletal functional ability are also prevalent. The positive trend in brushing teeth has ceased and the prevalence of good/rather good self-perceived oral health has decreased.

Many elderly persons aged 80 and over have rather good functional capacity. However, problems in physical functional capacity are reported also among the youngest age groups. Regarding social functioning, the increase in distrust towards other persons among the working aged is worrying. The previous trend towards improvement in experienced working capacity has levelled off or even decreased.

There are disparities in health service utilization between different population groups. When in need of medical services, the working-aged primarily seek occupational health services, while the retired use the municipal health clinics. There are educational differences in most indicators on health and functional capacity: those who have highest level of education have the most favorable and those who have lowest level of education have the least favorable situation.

To control the increase in the need for services, actions are needed in all health services to encourage health promoting choices and lifestyles. Health policy decisions are needed to support these health promoting choices and lifestyles. Public policy that strengthens the possibilities, resources and motivation to make health promoting choices, especially among the most disadvantaged population groups, is needed. Physical activity, healthy diet, sufficient sleep, avoiding smoking and substance abuse, as well as cognitive and social activity prevent many key public health problems. Both CVDs and impairment of cognitive and other functional capacity can be prevented by reducing the well-known risk factors, which are overweight, elevated blood pressure, elevated cholesterol levels and diabetes. Treatment of key public health problems needs to be developed to reach the targets among a larger share of patients.

The FinHealth 2017 data enables extensive scientific research in many different disciplines. Moreover, based on further in-depth analysis the information can be utilized wider in planning and evaluation of health and social services. The FinHealth study is planned to be repeated with five year intervals as part of THL's statutory tasks in monitoring public health and wellbeing.

Keywords: FinHealth 2017 Survey, health, health behavior, functional capacity, welfare

Sisällysluettelo

1	Esipuhe	1
2	Johdanto	3
3	Aineisto ja menetelmät	6
	3.1 Otos	6
	3.2 Kenttätöiminta ja tutkimusmenetelmät	8
	3.3 Osallistuminen ja kato	10
	3.4 Tilastolliset menetelmät	12
	3.4.1 Kadon korjaaminen	12
	3.4.2 Analyysit	12
4	Sosiodemografiset tekijät, työ ja toimeentulo	14
	4.1 Sosiodemografiset taustatekijät	14
	4.2 Työ ja toimeentulo	19
	4.3 Työolot	22
5	Elämänlaatu	24
6	Elintavat	27
	6.1 Tupakointi	27
	6.2 Alkoholinkäyttö	30
	6.3 Ruokatottumukset	33
	6.4 Fyysinen aktiivisuus ja istuminen	38
	6.5 Uni	42
7	Lihavuus	45
8	Koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus	50
9	Sairaudet, riskitekijät ja oireet	53
	9.1 Kohonnut verenpaine ja verenpainetauti	53
	9.2 Kolesterolit	57
	9.3 Verenkiertoelinten sairaudet	62
	9.4 Diabetes	66
	9.5 Hengityselinten sairaudet ja allergiat	71
	9.6 Infektiotaudit	76
	9.7 Tuki- ja liikuntaelinsairaudet	80
	9.8 Mielenterveys	85
	9.9 Sisäilmaan liitetty oireilu	90
	9.10 Muut ajankohtaiset oireet	92
10	Suunterveys	94
11	Tapaturmat	99
12	Seksuaali- ja lisääntymisterveys	102

SISÄLLYSLUETTELO

13	Toiminta- ja työkyky	108
13.1	Fyysinen toimintakyky	108
13.2	Näkö ja kuulo	113
13.3	Kognitiivinen toimintakyky	118
13.4	Sosiaalinen toimintakyky	123
13.5	Psyykinen toimintakyky ja positiivinen mielenterveys	129
13.6	Työkyky	132
13.7	Toimintarajoitteet terveysongelman vuoksi	135
14	Terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset hoidosta	137
14.1	Terveystarkastukset, terveysneuvonta ja seulontatutkimukset	137
14.2	Vastaanottokäynnit ja fysioterapia	142
14.3	Ensisijainen hoitopaikka ja kokemukset terveyspalveluista	146
14.4	Suun terveydenhuolto	151
14.5	Terveyspalvelujen käyttö mielenterveysongelmien vuoksi	156
15	Avun tarve, saanti ja antaminen	159
15.1	Avun tarve ja saaminen	159
15.2	Avun antaminen	161
16	Iäkkäiden ihmisten arkitoimista suoriutuminen, asuinympäristö ja apuvälineet	165
16.1	Arkitoimista suoriutuminen	165
16.2	Asuinympäristö	169
16.3	Apuvälineet	175
17	Terveyden, toimintakyvyn ja niihin vaikuttavien tekijöiden vaihtelu koulutuksen ja asuinalueen mukaan	178
17.1	Koulutusryhmien väliset erot	179
17.2	Alue-erot	183
17.3	Johtopäätökset	185
18	Tiedonkeruumenetelmien standardointi ja kadon vaikutusten arviointi	187
19	Yhteenvedo ja johtopäätökset	189
	Kirjallisuus	195
	Liitteet	212
	Liite 1 Tutkimuksen kenttätöön koordinaatiosta vastanneet henkilöt	212
	Liite 2 Henkilökunta kenttäryhmittäin	213
	Liite 3 Tutkimuspaikkakunnat ja tutkimuspäivät	215
	Liite 4 Kenttähenkilökunnan tehtävät eri tutkimuspisteissa	216
	Liite 5 Otoskoot alueittain	217
	Liite 6 Raportin kirjoittajat	218
	Liite 7 Koulutusryhmä- ja alue-erojen liitetaulukot	220

Taulukot

3.1	Otos, osallistuminen ja kato	10
3.2	Otos ja osallistuminen ikäryhmittäin.	10
3.3	Otos ja osallistuminen alueittain.	11
4.1	Äidinkieli (%).	15
4.2	Siviilisääty (%).	16
4.3	Kotitalouden koko (%).	16
4.4	Elossa olevat lapset, mukaan lukien kasvatti- ja adoptiolapset.	17
4.5	Koulutusaste (%).	17
4.6	Pääasiallinen toiminta 30–69-vuotiailla (%).	20
4.7	Toimeentulonsa riittäväksi kokevien osuus (%).	20
4.8	Työhön liittyviä tekijöitä kokevien osuus (%) työssä olevilla 30–69-vuotiailla.	22
5.1	Elämänlaatu eri osoittimien mukaan.	25
6.1	Tupakointi nykyisin (%).	28
6.2	Nikotiinin kokonaiskäytön indeksi (%).	28
6.3	Nikotiiniriippuvuuden vahvuus (%).	28
6.4	Alkoholin käytön useus (%).	31
6.5	Kerralla vähintään kuusi alkoholiannosta juovien osuus (%).	31
6.6	Lounaan syöminen (%) 30–69-vuotiailla.	34
6.7	Suosittelvat elintarvikevalinnat (%).	35
6.8	Vapaa-ajan liikuntaa harrastavien osuus (%).	39
6.9	Työmatkoilla vähintään 15 minuuttia päivässä liikkuvien osuus (%) alle 65-vuotiaista.	39
6.10	Kestävyysliikuntasuosituksen saavuttavien osuus (%).	40
6.11	Päivittäinen istuminen ruudun äärellä.	40
6.12	Unen pituus ja riittävyys.	43
6.13	Uniongelmien yleisyys.	43
7.1	Pituuden, painon ja painoindeksin keskiarvo.	46
7.2	Painoindeksin jakauma (%).	46
7.3	Ylipainoisten ja lihavien osuus (%) sekä lukumäärä Suomessa.	47
7.4	Vyötärönympäryksen keskiarvo ja vyötärölihavien osuus (%) sekä lukumäärä Suomessa.	47
8.1	Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus (%).	51
8.2	Jonkin pitkäaikaissairauden tai terveysongelman ilmoittaneiden osuus (%).	51
9.1	Mitatun verenpaineen jakauma (%).	54

TAULUKOT

9.2	Kohonneen verenpaineen yleisyys (%).*	55
9.3	Kohonneen verenpaineen hoito ja seuranta (%).	55
9.4	Veren kolesterolipitoisuuden mittauttamisen yleisyys (%).	58
9.5	Kokonaiskolesterolipitoisuuden jakauma (%).	58
9.6	Kohonneet kolesteroliarvot, niiden tunnistaminen ja hoito.	59
9.7	Eräiden itse ilmoitettujen lääkärin toteamien verenkiertoelinten sairauksien yleisyys (%) 50 vuotta täyttäneillä.	64
9.8	Sydäninfarkti-, sepelvaltimotauti- tai aivohalvausriskipisteet (FINRISKI-laskuri) 50–69-vuotiailla; niiden osuus (%) joilla selvästi kohonnuttu riski (>10%).	64
9.9	Diabeteksen yleisyys (%).	67
9.10	Diabeteksen seulonnan yleisyys (%) henkilöillä, joilla ei ole lääkärin toteamaa diabetestä.	68
9.11	Kohonneen verensokeritason yleisyys (%).	69
9.12	Diabeteksen seuranta ja hoito henkilöillä, joilla on lääkärin toteama diabetes (%).	69
9.13	Itse ilmoitetun lääkärin toteaman astman ja keuhkohtaumataudin yleisyys (%).	72
9.14	Allergisten oireiden esiintyvyys (%) 12 viime kuukauden aikana.	73
9.15	Astmalääkkeitä viimeisen viikon aikana käyttäneiden osuus (%).	73
9.16	Antibioottien käytön yleisyys (%) 12 viime kuukauden aikana.	77
9.17	Poissaolon yleisyys infektion vuoksi 30 viime päivän aikana (%) 30–69-vuotiailla töissä olevilla tai opiskelijoilla.	77
9.18	Influenssarokotuskattavuus kaudella 2016 - 2017 (%).	78
9.19	Omalla kustannuksella rokotteiden ottamisen yleisyys (%).	78
9.20	Tuki- ja liikuntaelinoireiden esiintyminen viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana (%).	81
9.21	Olkanivelten liikerajoitusten yleisyys 55 vuotta täyttäneillä (%).	82
9.22	Psyykkisen kuormittuneisuuden yleisyys (%).	86
9.23	Masennusoireiden yleisyys ja masennuksen hoito (%) 12 viime kuukauden aikana.	87
9.24	Sisäilmaan liitetyn oireilun yleisyys (%) 12 viime kuukauden aikana.	90
9.25	Sisäilmaoireiden takia tutkimuksissa tai hoidossa olleiden osuus (%).	91
9.26	Päivittäisen päänsäryn ja virtsankarkailun yleisyys sekä särkylääkkeitä 30 viime päivän aikana käyttäneiden osuus (%).	93
10.1	Hampaansa kahdesti tai useammin päivässä harjaavien osuus (%).	95
10.2	Suun terveyden hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus (%).	95
10.3	Suun terveyteen liittyvät oireet ja vaivat (%).	96
10.4	Hammasproteesien käyttö ja puhdistaminen 70 vuotta täyttäneillä (%).	96
11.1	Terveyspalveluita vaatineen tapaturman yleisyys 12 viime kuukauden aikana (%).	100
11.2	Tapaturman aiheuttamien vammojen takia päivittäisissä toimissa ainakin yhtenä päivänä vaikeuksia 12 viime kuukauden aikana kokeneiden osuus (%).	101

TAULUKOT

11.3	Vaikeuksia päivittäisissä toimissa tapaturman aiheuttamien vammojen takia. Vuorokausien keskiarvo niistä, joilla oli ollut vaikeuksia ainakin yhden päivän ajan.	101
12.1	Ehkäisy pillerien ja hormonikierukan käyttö 30–59-vuotiailla naisilla.	103
12.2	Viimeksi kuluneen kuukauden aikana hormonihoidtoa muuhun kuin raskauden ehkäisyyn käyttäneiden sekä kuumia tai kylmiä aaltoja kokeneiden naisten osuus (%) 30–69-vuotiailla.	104
12.3	Tahattoman lapsettomuuden yleisyys ja tähän liittyvät tutkimukset tai hoidot (%) 30–69-vuotiailla.	104
12.4	Synnytykset ja raskaudet 30–54-vuotiailla naisilla.	105
12.5	Seksikumppanit 12 viime kuukauden aikana (%).	105
12.6	Eri seksitapojen osuus (%) 30–69-vuotiailla, joilla oli ollut seksiä viimeisen 12 kuukauden aikana.	106
12.7	Hiv- ja klamydiatestissä viimeisen viiden vuoden aikana käyneiden osuus (%) 30–69-vuotiailla.	106
13.1	Liikkumiskykyä edellyttävistä toiminnoista vaikeuksitta suoriutuvien osuus (%).	110
13.2	Mitattu fyysinen toimintakyky.	110
13.3	Normaalin ja heikentyneen lähinäön yleisyys (%).	114
13.4	Normaalin ja heikentyneen kaukonäön yleisyys (%).	115
13.5	Tutkittavan oma arvio näöntarkkuudesta ja kuulosta.	115
13.6	Muistinsa, oppimiskykynsä ja keskittymiskykynsä erittäin hyväksi tai hyväksi kokevien osuus (%).	119
13.7	Eräiden kognitiivisten tehtävien tulokset.	120
13.8	Vuorovaikutus ja ihmissuhteet.	125
13.9	Eri asioita harrastavien osuudet (%).	126
13.10	Positiivinen mielenterveys.	130
13.11	Itse raportoitu työkyky eri osoittimien perusteella 30–69-vuotiailla.	133
13.12	Toimintarajoituksia terveysongelman vuoksi kokevien osuus (%).	136
14.1	Terveystarkastuksessa 5 viime vuoden aikana käyneiden osuus (%) 30–69-vuotiailla.	139
14.2	Terveystarkastuksen ammattilaiselta kehoituksen johonkin elintapojen muutokseen terveyssyistä viime 12 kuukauden aikana saaneiden osuus (%).	139
14.3	Seulontatutkimuksissa käyneiden osuus (%).	140
14.4	Sairaanhoitopalveluja 12 viime kuukauden aikana käyttäneiden osuus (%).	143
14.5	Lääkärin läheteellä fysioterapiassa 12 viime kuukauden aikana käyneiden osuus (%).	144
14.6	Ensisijainen hoitopaikka (%).	148
14.7	Kuluneen 12 kk aikana lääkärin ja/tai hoitajan luona käyneiden kokemukset hoitopaikasta (%).	149
14.8	Hammaslääkärikäynnit (%).	152
14.9	Suun terveydenhuollon palvelujen käyttö 12 viime kuukauden aikana (%).	153
14.10	Esteet hammaslääkärin hoitoon pääsyyn (%).	153

TAULUKOT

14.11	Terveyspalvelujen käyttö mielenterveydellisten ongelmien takia 12 viime kuukauden aikana (%) 30–79-vuotiailla.	157
14.12	Terveyspalvelujen käyttö mielenterveydellisten ongelmien takia psyykkisesti oireilevilla (%) 30–79-vuotiailla.	157
15.1	Avun tarve ja saanti (%) kotona asuvilla.	160
15.2	Toimintakyvyltään heikentyntä henkilöä säännöllisesti auttavien osuus (%).	162
15.3	Vastaaajan oman kotitalouden ulkopuolella asuville annetun avun sisältö (%).	163
16.1	Kaupassa asioinnista ja raskaasta siivoustyöstä vaikeuksitta suoriutuvien osuus (%).	166
16.2	Internetiä sähköiseen asiointiin käyttävien osuus (%).	167
16.3	Eräitä asumista haittaavia tekijöitä asunnossa tai asuintalossa ilmoittaneiden osuus (%).	170
16.4	Eräitä asunnon ympäristössä esiintyviä haittatekijöitä ilmoittaneiden osuus (%).	171
16.5	Vanhuuden tarpeiden ennakointi asumisjärjestelyissä (%).	172
16.6	Asumisjärjestelyiden suunnittelun tai toteuttamisen taustalla olevia syitä (%).	172
16.7	Näön, kuulemisen tai liikkumisen apuvälineitä käyttävien osuus (%).	176

Kuvat

3.1	Tutkimuspaikkakunnat ja tulosraportoinnissa käytetyt maakuntien yhteistyöalueet.	7
4.1	Toimeentulonsa riittäväksi kokevien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.	21
5.1	Elämänlaatunsa hyväksi kokevien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.	26
6.1	Päivittäin tupakoivien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.	29
6.2	Raittiuuden yleisyys (%) vuosina 2011 ja 2017.	32
6.3	Kuukausittain vähintään kuusi alkoholiannosta kerralla juovien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.	32
6.4	Kasviksia päivittäin tai lähes päivittäin käyttävien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.	36
6.5	Hedelmiä tai marjoja päivittäin tai lähes päivittäin käyttävien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.	36
6.6	Kasviöljypohjaista levitettä (40-80% rasvaa) leivällä käyttävien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.	37
6.7	Vapaa-ajan liikuntaa harrastavien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.	41
6.8	Päivässä yli 3 tuntia ruudun äärellä istuvien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.	41
6.9	Mielestään tarpeeksi nukkuvien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.	44
7.1	Lihavuuden ($BMI \geq 30$ kg/m ²) yleisyys (%) vuosina 2011 ja 2017.	48
7.2	Vyötärölihavuuden (miehet yli 100 cm, naiset yli 90 cm) yleisyys (%) vuosina 2011 ja 2017.	48
8.1	Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.	52
9.1	Kohonneen kokonaiskolesterolin (vähintään 5 mmol/l) yleisyys (%) vuosina 2011 ja 2017.	60
9.2	Kohonneen LDL-kolesterolin (vähintään 3 mmol/l) yleisyys (%) vuosina 2011 ja 2017.	60
9.3	Matalan HDL-kolesterolin (miehet alle 1 mmol/l, naiset alle 1,2 mmol/l) yleisyys (%) vuosina 2011 ja 2017.	61
9.4	Kohonneen verensokeritason ($HbA1c \geq 48$) yleisyys (%) vuosina 2011 ja 2017.	70
9.5	Lääkärin toteaman astman yleisyys (%) vuosina 2011 ja 2017.	74
9.6	Lääkärin toteaman keuhkohtaumataudin (COPD) yleisyys (%) 60 vuotta täyttäneillä vuosina 2011 ja 2017.	74
9.7	Heinänuhaa tai muita allergisia nenäoireita koskaan elämänsä aikana saaneiden osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.	75

KUVAT

9.8	Olkanivelten liikerajoitusten yleisyys 55 vuotta täyttäneillä (%) vuosina 2011 ja 2017, yläraajan nosto sivukautta vaikeutunut tai ei onnistunut.	82
9.9	Olkanivelten liikerajoitusten yleisyys 55 vuotta täyttäneillä (%) vuosina 2011 ja 2017, yläraajan sisäkierto alakautta vaikeutunut tai ei onnistunut.	83
9.10	Kävelyvaikeuksien yleisyys polven vaivan tai vian takia (%) vuosina 2011 ja 2017.	83
9.11	Masennusoireiden (Beck Depression Inventory, BDI-6) yleisyys (%) vuosina 2011 ja 2017.	88
9.12	Psyykkisen kuormittuneisuuden (GHQ-12 yli 3 pistettä) yleisyys (%) vuosina 2011 ja 2017.	88
9.13	Runsaan vuodenaikaisvaihtelun (GSS-summapistemäärä yli 7) yleisyys (%) vuosina 2011 ja 2017.	89
10.1	Hampaansa kahdesti tai useammin päivässä harjaavien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.	97
10.2	Suun terveyden hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.	97
10.3	Hammassarkyjä tai vaivoja 12 viime kuukauden aikana kokeneiden osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.	98
13.1	Puolen kilometrin kävelystä vaikeuksitta suorituvien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.	111
13.2	Kymmeneen tuolilta nousuun kulunut aika (s) vuosina 2011 ja 2017.	111
13.3	Heikentyneen lähinäön ($V \leq 0,4$) yleisyys (%) vuosina 2011 ja 2017.*	116
13.4	Heikentyneen kaukonäön ($V \leq 0,5$) yleisyys (%) vuosina 2011 ja 2017.*	116
13.5	Opittujen sanojen lukumäärä kolmella esityskerralla yhteensä, keskiarvo, vuosina 2011 ja 2017.	121
13.6	Viivästetyssä mielenpalautuksessa alle 5 sanaa muistaneiden osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.	121
13.7	Kielellinen sujuvuus, lueteltujen sanojen lukumäärä vuosina 2011 ja 2017.	122
13.8	Jatkuvasti tai melko usein itsensä yksinäiseksi kokevien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.	127
13.9	Niiden osuus, jotka eivät luota vastavuoroisuuteen (%) vuosina 2011 ja 2017.	127
13.10	Vähintään kerran kuukaudessa teatterissa, elokuvissa, taidenäyttelyssä tai urheilutapahtumassa käyvien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.	127
13.11	Täysin työkykyisenä itseään pitävien osuus (%) 30–69-vuotiaista vuosina 2011 ja 2017.	134
14.1	Hammaslääkärinhoidon esteeksi jonotuksen kokeneiden osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.	154
14.2	Hammaslääkärinhoidon esteeksi liian korkeat asiakasmaksut ja hinnat kokeneiden osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.	154
14.3	Terveyspalveluiden käyttö mielenterveydellisten ongelmien takia 12 viime kuukauden aikana (%) vuosina 2011 ja 2017.	157

KUVAT

16.1	Kaupassa asiointista vaikeuksitta suoriutuvien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.	167
16.2	Raskaasta siivoustyöstä vaikeuksitta suoriutuvien osuus (%) 2011 ja 2017.	168
16.3	Kuulemisen apuvälinettä käyttävien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.	176
17.1	Elämänlaatusa hyväksi kokevien osuus (%) koulutusryhmittäin. . .	179
17.2	Lihavuuden ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) yleisyys (%) koulutusryhmittäin. . .	180
17.3	Työssäkävien ja opiskelijoiden mahdollisuus käydä syömässä työpaikka- tai oppilaitosruokalassa (%) koulutusryhmittäin.	180
17.4	Kohonnut sepelvaltimotaudin tai aivohalvauksen riski (yli 10 % riski 10 vuoden aikana) 50–69-vuotiailla (%) koulutusryhmittäin.	181
17.5	Täysin työkykyisenä itseään pitävien osuus (%) koulutusryhmittäin.	182
17.6	Hammaslääkärissä säännöllisesti tarkastusta varten käyvien osuus (%) koulutusryhmittäin.	183
17.7	Ei käytä internetiä sähköiseen asiointiin, osuus (%) 70 vuotta täytäneistä koulutusryhmittäin.	183
17.8	Pitkäaikaisen sairauden tai muun pitkäaikaisen terveysongelman ilmoittaneiden osuus (%) alueittain.	184
17.9	Raittiiden osuus (%) alueittain.	184
17.10	Hedelmiä tai marjoja useita kertoja päivässä syövien osuus (%) alueittain.	185

1 Esipuhe

Terhi Kilpi

Hyvinvoivat ja toimintakykyiset asukkaat ovat jokaisen maan tai alueen ehkä merkittävin voimavara. Suomen asukkaiden hyvinvoinnin kohentuminen maamme itenäisyyden aikana on ollut hämmästyttävää. Kovin moni ei 100 vuotta sitten enustanut köyhälle, sisällissodan repimälle ja entisestään kurjistamalle maalle näin suurta menestystä.

Kun ankarien elinolosuhteiden uuvuttama isoisoisäni vuonna 1925 menehtyi aivohalvauksen jälkiseurauksiin vain 49-vuotiaana, hän oli elänyt jopa hieman pitempään kuin vuonna 1876 syntynyt suomalaismies saattoi odottaa elävänsä. Kuollessaan myös vaivaistaloksi nimitetyssä kunnalliskodissa hän kärsi mm. pitkän liikuntakyvyttömyyden ja puutteellisten hoito-olosuhteiden aiheuttamista vaikeista makuuhaavoista. Tänä vuonna syntyvä poikalapsi voi odottaa aivan toisenlaista ja jopa 100 vuotta kestävä elämää, mikäli ihmisten terveys edelleen paranee ja kuolleisuus vähenee.

FinTerveys 2017 -tutkimus vahvistaa osaltaan, kuinka huikeasti maamme asukkaiden terveys on isoisoisäni ajoista parantunut. Alle viisikymmppisten toimintakyky on valtaosalla vielä erinomainen ja hoitoon pääsy sairastumisen sattuessa kohtuullisen sujuvaa. Terveystarkastus pyrkii myös huolehtimaan ihmisten terveydestä: noin kolme neljäsosaa työikäisistä on käynyt terveystarkastuksessa ja kolesterolimittauksessa viimeisen viiden vuoden aikana ja viidennes saanut kehotuksen elintapamuutokseen. Raportti kertoo kuitenkin myös, että hyvän kehityksen jatkuminen ei ole itsestäänselvyys ja että huolenpito väestön terveydestä, hyvinvoinnista ja toimintakyvystä edellyttää sekä uusien että joidenkin yllättävän sitkeiksi osoittautuneiden haasteiden kohtaamista.

Suomessa väestö ikääntyy nopeammin kuin muissa Pohjoismaissa ja useimmissa muissa teollisuusmaissa. Tämä tarkoittaa myös liikuntarajoitteisten ja muistihäiriöisten iäkkäiden ihmisten määrän dramaattista lisääntymistä seuraavan kymmenen vuoden aikana. Edelleen lisääntyvä lihavuus voi vielä lisätä liikuntarajoitteisten määrää. Väestön ikärakenteen nopea muutos onkin toistuvasti mainittu yhdeksi perusteeksi sosiaali- ja terveydenhuollon pikaisen uudistamisen välttämättömyydelle. Vähintään yhtä tärkeää on kuitenkin tiedostaa, että liikuntarajoitteisuutta, muistihäiriöitä ja useimpia muita kansanterveysongelmia voidaan kaikkia ehkäistä samoin, enimmäkseen varsin yksinkertaisin keinoin. Tarvitaan terveellisempää ravintoa, enemmän liikuntaa, aivovoimistelua, sosiaalista osallisuutta ja aktiivisuutta, vähemmän päihteitä, tupakkaa ja riippuvuuksia sekä lopuksi vielä koko positiivisen mielenterveyden voimavarapatteriston lataamista. Jos tämä kaikki toteutuisi laajasti väestössämme, meidän ei ehkä tarvitsisi nykyisessä määrin murehtia käsistä karkaavia sote-kustannuksia, kun terveemmät ja toimintakykyisemmät ihmiset tarvitsisivat vähemmän palveluita. Käytännössä terveellisesti eläminen ei kuitenkaan ole läheskään maan tapa ja toteutuu eriarvoisesti.

Vaikka Suomi onkin maailman tasa-arvoisimpia maita, emme ole päässeet eroon terveyseroista eri koulutusryhmien välillä. Korkeammin koulutetut ihmiset elävät terveellisemmin ja ovat terveempiä kuin vähemmän koulutetut. Isoisoisäni kohtaloksi koituneen aivohalvauksen riski on yhä merkittävästi suurempi alimmassa kuin

ylemmissä koulutusryhmissä. Vaikka nykypäivänä heikossakaan sosioekonomisessa asemassa olevaa ihmistä ei halvauksen jälkeen hylättäisi sängyn pohjalle ilman minkäänlaista kuntoutusta, korkeasti koulutettujen tie terveysongelmien hoitoon näyttää yhä kulkevan eri reittejä ja vaivattomammin kuin matalammin koulutettujen. Kun kaikki tämä eriarvoisuus vielä näyttäytyy korkeammin koulutettujen useita vuosia pitempänä elämänä, päätöksentekijöiden ja asiantuntijoiden on haettava ongelmaan ratkaisua entistä tehokkaammin.

Tämä raportti kuvaa Suomen asukkaiden terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä vuonna 2017 ja arvioi viimeisen vuosikymmenen kehitystä. Myöhemmin raportoidaan vielä tulosten perusteella ennakoituja tulevaisuudennäkymiä. Pelkkä väestön terveyden nykytilan kuvaaminen ei ole FinTerveys 2017 -raportin tai yleensäkin terveys- ja hyvinvointiseurannan perimmäinen tarkoitus. Päätavoite on antaa yhteiskuntamme päätöksentekijöille, asiantuntijoille ja kaikille kiinnostuneille eväitä varautua tulevaan ja mielellään myös muuttaa tulevaisuutta ennakoitua paremmaksi. Asiantuntijoiden tehtävä on arvioinnin ja ennakoinnin lisäksi ehdottaa väestön terveyttä ja hyvinvointia oikeudenmukaisesti edistäviä ratkaisuja. Tällaisten ratkaisujen vaikuttavuus tulisi aiempaa useammin testata vertailevissa tutkimusasetelmissä. Ilman pätevää tutkittua tietoa ei voi aidosti vaikuttaa.

FinTerveys 2017 -raportin painavuudesta kertoo sen laadintaan osallistuneiden asiantuntijoiden kirjo. Onhan tekijöinä lähes sata eri alojen asiantuntijaa THL:sta ja sen ulkopuolelta. Raportti ja vielä tulossa olevat syventävät analyysit ja ennusteet tarjoavat meille kaikille vankan perustan vaikuttavien ratkaisujen kehittämiseen. Hyödyntäkäämme tämä monipuolinen tietopaketti täysimittaisesti toimissamme maamme asukkaiden terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin hyväksi.

Toimittajien kiitokset

Tänään julkistettavat tiedot ja niiden lähtökohtana oleva aineisto ovat laajan kansallisen yhteistyön tulos. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen koordinoiman hankkeen suunnitteluun, rahoitukseen ja toimeenpanoon ovat osallistuneet monet tutkimuslaitokset ja korkeakoulut sekä mm. FinGen-tutkimushanke, Kela, European Food Safety Agency (EFSA), Tampereen yliopisto, Juho Vainion säätiö, Pohjois-Karjalan maakuntaliitto, Diabetesliitto, Gyllenbergin säätiö sekä useat muut tahot. Tiedonkeruun aikana 50 tutkimuspaikkakuntaa luovutti tilojansa tutkimuksen käyttöön ja siten myötävaikuttivat merkittävästi hankkeen toteutumiseen. Kenttätutkimuksen toteutukseen osallistui laaja ja työhönsä sitoutunut henkilökunta. Lisäksi kenttätutkimusta tukivat monet tässä raportissa nimeämättä jäävät henkilöt Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa ja tutkimuspaikkakunnilla, joiden arvokas panos ansaitsee erityiskiitoksen. Terveyden ja hyvinvoinnin asiantuntijat ovat osallistuneet tutkimuksen sisällön ja toteutuksen suunnitteluun, työkalujen rakentamiseen, kenttätutkimuspaikkojen koulutukseen, tiedonkeruun seurantaan ja ohjaamiseen sekä tutkimusaineiston viimeistelyyn ja tämän perustulosraportin kirjoittamiseen. Raportin toimittajakunta ja FinTerveys-tutkimuksen johtoryhmä kiittää lämpimästi jokaista tähän hankkeeseen tähän mennessä osallistunutta.

2 Johdanto

Katja Borodulin, Päivikki Koponen, Seppo Koskinen, Annamari Lundqvist ja Katri Sääksjärvi

Väestön terveyden ja hyvinvoinnin sekä niihin vaikuttavien tekijöiden tunteminen, seuranta ja ennakointi ovat näyttöön perustuvan terveys- ja yhteiskuntapolitiikan sekä palvelujärjestelmän ja sosiaaliturvan suunnittelun, arvioinnin ja kehittämisen edellytys. Näiden tietojen hankkimiseksi tarvitaan sekä tilastojen ja rekistereiden hyödyntämistä että toistuvia väestötasoisia terveystutkimuksia. Väestötoksiin perustuvien poikittaistutkimuksien toteuttaminen säännöllisin väliajoin on välttämätöntä, jotta pystymme arvioimaan ja ennakoimaan terveyden, hyvinvoinnin ja toimintakyvyn muutoksia väestössä ja sen osaryhmissä.

Suomessa Kansaneläkelaitos (Kela), Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus (Stakes), Kansanterveyslaitos (KTL), Tilastokeskus ja Työterveyslaitos (TTL) ovat aikaisemmin toteuttaneet edustaviin väestötoksiin perustuvia terveys- ja hyvinvointitutkimuksia, joissa on hankittu tietoja suomalaisten terveydestä, hyvinvoinnista, toimintakyvystä ja palvelujen käytöstä. Kela aloitti vuonna 1964 tutkimusten sarjan, johon kuului sairausvakuutusta arvioivien toistuvien terveyshaastattelujen sarja sekä terveystarkastuksiin perustuva ns. autoklinikkatoiminta (Heinonen 1966; Purola ym. 1967) ja Mini-Suomi tutkimus vuosina 1978–80, joka jatkui KTL:n ja myöhemmin THL:n koordinoimina Terveys 2000 ja Terveys 2011 -tutkimuksina (Aromaa ja Koskinen 2002; Koskinen ja Martelin 2007; Koskinen ym. 2012d). Näiden ohella on vuodesta 1972 lähtien toteutettu viiden vuoden välein keskeisten ei-tarttuvien tautien, erityisesti sydän- ja verisuonitautien, riskitekijöihin suuntautunutta kansallista FINRISKI-tutkimussarjaa (Borodulin ym. 2017). FINRISKI-tutkimuksiin on liittynyt vuodesta 1982 myös Finravinto-tutkimus, jossa on tutkittu suomalaisen aikuisväestön ruoankäyttöä ja ravinnonsaantia.

THL:n Terveys 2000/2011- ja FINRISKI-tutkimusten tietoja käytetään laajasti kansanterveystyössä muun muassa Käypä Hoito -suositusten laatimiseen ja erilaisten riskilaskurien (esim. FINRISKI-laskuri; Vartiainen ym. 2007) tuottamiseen ja hyödyntämiseen eri terveyspalveluissa. Väestötutkimuksissa kerättyjä tietoja hyödynnetään monipuolisesti myös mm. terveyden eriarvoisuuden kehityksen ja syiden selvittämisessä (mm. Palosuo ym. 2009) sekä väestön terveyden ja toimintakyvyn ennustelaskelmissa (Koskinen ja Martelin 2007; Laine ym. 2009). Lähes kaikkiin muihin maihin verrattuna Suomella on väestön terveysseurannasta poikkeuksellisen pitkä kokemus, ja tämän vuoksi asiantuntemustamme on hyödynnetty laajalti kansainvälisesti. THL on ollut keskeisesti mukana ja suomalaiset väestötutkimukset ovat olleet esimerkkinä kehitettäessä standardeja eurooppalaisiin terveystarkastustutkimuksiin (European Health Examination Survey, EHES; Tolonen ym. 2014a).

Ajankohtaiset tiedot monien yleisten kansantautien, kuten sydän- ja verisuonitautien, syöpien, metabolisten häiriöiden, mielenterveysongelmien, tuki- ja liikuntaelinten sairauksien sekä toiminta- ja työkyvyn ja ravitsemuksen vajavuuksien esiintyvyydestä sekä niitä koskevasta hoidon, kuntoutuksen ja avun tarpeesta ovat kustannustehokkaan kansanterveystyön välttämätön tietopohja. Moniin tunnettuihin terveyden ja sairauksien määrittäjiin voidaan vaikuttaa sairauksien ehkäisemiseksi, mutta kyseisten määrittäjien nykytilaa ja kehitystä on seurattava säännöllii-

sesti. Ainoa keino sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuspaineiden hillitsemiseksi on tukea terveyden edistämistä eli sairauksille altistavien tekijöiden vähentämistä sekä sairauksien mahdollisimman tarkoituksenmukaista hoitoa. Väestön ikääntyessä Suomessa nopeasti on poikkeuksellisen tärkeää hankkia tietoja keskeisistä työ- ja toimintakyvyn vajavuuksien määrittäjistä ja niiden vaikutuksista sekä terveyden ja toimintakyvyn muuttumisesta iän mukana.

Kansalliset terveysohjelmat, kuten Allergiaohjelma ja Lihavuusohjelma, hyödyntävät väestötutkimusten tietoja suunnittelussa ja arvioinnissa. Lisäksi väestötutkimusten tietoja hyödynnetään ravinnosta saatavien hivenaine- ja vitamiinitasojen seurannassa puutostilojen ehkäisemiseksi. Suomessa on onnistuttu korjaamaan väestön D-vitamiinin saantia lisäämällä D-vitamiinia ravintorasvoihin ja maitovalmisteisiin sekä uudistamalla D-vitamiinilisän käyttöä koskevia ohjeita. Väestötutkimuksiin osallistuvien tutkimustiedot ovat olleet välttämättömiä kansainvälisesti tärkeissä tieteellisissä läpimurroissa mm. muistisairauksien riskien ja ennaltaehkäisyyn sekä allergiaan sairastumisen mekanismien selvittämisessä. Väestötutkimuksissa kerättyjä näytteitä on hyödynnetty laajasti ihmisen perimää tutkittaessa, ja on löydetty mm. laktoosi-intoleranssia, korkeaa kolesterolia sekä sydän- ja verisuonitauteja aiheuttavia perintötekijöitä. Sydän- ja verisuonitautien perintötekijöiden tunnistamiseksi kehitetään parhaillaan geneettisen sydäntautiriskin laskuria. Työikäisten kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin on vähentynyt 82 prosentilla 1970-luvulta nykypäivään. Tämä johtuu pääasiassa verenpaineen ja kolesterolitasojen laskusta ja tupakoinnin vähentymisestä.

FinTerveys 2017 -tutkimuksen tavoitteena on tuottaa Suomen aikuisväestöä koskevat luotettavat tiedot terveys- ja hyvinvointipolitiikan suunnittelua ja arviointia varten:

1. Väestön terveyden seuranta

Terveyden seuraamiseksi tuotetaan luotettavat ja edustavat tiedot väestön terveydestä, terveyskäyttäytymisestä, ravinnosta, toimintakyvystä ja hyvinvoinnista sekä niiden määrittäjistä vuonna 2017. Lisäksi arvioidaan em. tekijöiden muutoksia ajassa verrattuna aiempiin väestötutkimuksiin ja tehdään ennustemalleja terveyden kehittymisestä tulevaisuudessa.

2. Tieteellinen tutkimus väestön terveyden ja hyvinvoinnin määrittäjien selvittämiseksi

Yksilö- ja väestötason tietoja hyödynnetään poikkileikkaus- ja seuranta-asetelmiin perustuvissa tutkimuksissa, joiden kohteina ovat väestön terveyden ja hyvinvoinnin ajankohtaiset, tärkeät teemat. Seuranta-asetelmat perustuvat pääasiassa väestötutkimusaineistoon liitettäviin ja päivitettäviin rekisteritietoihin. Tutkimuksen tavoitteena on tunnistaa tekijöitä, joihin vaikuttamalla voidaan parantaa väestön terveyttä ja hyvinvointia, ehkäistä keskeisten kansantautien ilmaantuvuutta ja niiden yhteiskunnallisia kustannuksia, lisätä työkykyä ja työurien pituutta, parantaa iäkkäiden itsenäisen selviytymisen ja hyvän elämänlaadun edellytyksiä sekä pidentää toimintakykyistä elinaikaa.

3. Biopankkitutkimus

Biopankkitutkimusta ohjaa laki biopankkitutkimuksesta. FinTerveys 2017 -tutkimus tuottaa aineistoa THL:n näytearkistoon, johon kuuluu THL Biopankin toiminta. THL Biopankki tukee tutkimusta, joka selvittää sairauk-

2. JOHDANTO

sien syitä ja perimän, ympäristön ja elintapojen vaikutusta niihin sekä pyrkii kehittämään uusia ratkaisuja terveyden edistämiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi.

Tällä tutkimuksella on erittäin tärkeä merkitys suomalaisen terveys- ja hyvinvointipolitiikan kehittämisessä ja arvioinnissa. FinTerveys 2017 -tutkimus yhdistää THL:n aikaisempien Terveys 2000- ja Terveys 2011 -tutkimusten sekä FINRISKI-tutkimusten perinteet. FinTerveys-tutkimus toteutettiin ensimmäisen kerran vuonna 2017, ja tavoitteena on toistaa tutkimus jatkossa viiden vuoden välein osana THL:n lakisääteistä väestön terveyden ja hyvinvoinnin seurantatehtävää. Kansallisten tiedontarpeiden tyydyttämisen ohella hankkeella on suuri kansainvälinen merkitys. Hankkeella edistetään suomalaisen terveysseurannan sekä siihen perustuvan tutkimuksen ja kehittämistyön kansainvälistä asemaa, ja samalla vahvistetaan suomalaisen asiantuntemuksen asemaa kansainvälisessä terveysseurannassa, -tutkimuksessa ja -politiikassa. FinTerveys-tutkimuksessa suuri osa tietoista on kerätty eurooppalaisten terveystarkastustutkimusten ja muiden kansainvälisten standardien mukaisesti, mikä mahdollistaa kansainväliset vertailut sekä terveysseurannassa että tieteellisessä tutkimuksessa (Tolonen ym. 2014b; *Guidance on the EU Menu methodology* 2014).

Tässä raportissa julkaistaan ensimmäiset tulokset FinTerveys 2017 -tutkimuksesta. Muutosta vuosien 2011 ja 2017 välillä on kuvattu Terveys 2000/2011 -aineistoa hyödyntäen. Tässä raportissa esitettyjä tietoja täydentävät Terveys.fi-tietoportaalista (www.terveys.fi/FinTerveys) löytyvät tiedot keskeisimpien väestön terveyden ja hyvinvoinnin osoittimien osalta. Terveys.fi mahdollistaa myös tätä raporttia laajemman tarkastelun alueittain (maakuntien yhteistyöalueilla) ja koulutusryhmittäin. FinRavinto 2017 -tutkimuksen tulokset ruoankäytöstä ja ravinnonsaannista, pidemmän ajanjakson muutostrendit keskeisimmissä kansantautilien riskitekijöissä FINRISKI-aineistoihin pohjautuen sekä mm. tarkempia tuloksia sosioekonomisista terveyseroista ja niiden muutoksista esitetään myöhemmin muissa julkaisuissa.

3 Aineisto ja menetelmät

3.1 Otos

Tommi Härkönen ja Seppo Koskinen

Otos perustui Terveys 2000 -tutkimuksen otantaan, jossa Manner-Suomi (eli Suomi Ahvenanmaata lukuun ottamatta) jaettiin 20 ositteeseen, jotka olivat 15 suurinta kaupunkia ja muu Manner-Suomi jaettuna viiteen ositteeseen (”maaseutusitteen”) yliopistosairaaloiden erityisvastuualueiden (”miljoonapiirit”) mukaan. Otosyksilöiden lukumäärä oli suhteessa kunkin ositteen väkilukuun. 15 suurimman kaupungin ositteissa otanta oli yksiasteinen, eli otosyksilöt poimittiin systemaattisella otannalla. Viidessä muussa ositteessa otanta oli kaksiasteinen, eli ensin terveyskeskuspiirejä poimittiin systemaattisella PPS-otannalla (proportional to population size) siten, että jokaisesta miljoonapiiristä tutkimukseen tuli yhteensä 16 terveyskeskuspiiriä mukaan lukien edellä mainitut suurimmat kaupungit, joista yksilöt poimittiin systemaattisella otannalla. Ensimmäisen asteen otosyksiköitä kutsutaan ryppäiksi. Terveys 2000 -tutkimuksen otanta on kuvattu tarkemmin muualla (Laiho ym. 2008).

FinTerveys 2017 -tutkimukseen sisällytettiin mukaan 50 Terveys 2000 -tutkimuksen otokseen poimittua terveyskeskuspiiriä. Vuoden 2000 15 suurimman kaupungin lisäksi valittiin jokaisesta maaseutusitteen satunnaisesti seitsemän aluetta, jotka vastasivat aiempia Terveys 2000 -tutkimuksen terveyskeskuspiirejä, jolloin FinTerveys-tutkimuksen otos edusti edelleen Manner-Suomen väestöä (kuvio 3.1). Vähentämällä tutkimuspaikkakuntien määrää voitiin säästää kustannuksia. Käytämällä samoja paikkakuntia vuonna 2017 voitiin vähentää satunnaisvaihtelusta johtuvia eroja verrattaessa vuoden 2017 tuloksia Terveys 2000 -tutkimuksen ja sen seuranta-tutkimuksen (Terveys 2011) tuloksiin (Aromaa ja Koskinen 2002; Koskinen ym. 2012d).

Jokaisesta 20 ositteesta poimittiin ositteen väkilukuun suhteutettu määrä 25 vuotta täyttäneitä henkilöitä. Suurimmista 15 kaupungista otokseen poimittiin henkilöitä yksiasteisella satunnaisotannalla. Viidessä maaseutumaisemmassa ositteessä otanta oli kaksiasteinen. Jokaisen maaseutumaisen ositteen alueista otokseen poimittiin yksilöitä sama määrä, mutta jota korjattiin väkilukujen muutoksilla 2000–2016, jolloin otos edusti paremmin väestöä tutkimushetkellä. Tällöin saman maaseutusitteen sisällä muuttovoittoalueilla otoskoko oli suurempi kuin muuttotappioalueilla. Esimerkiksi Helsingin (joka oli yksi ositteista) väkiluku vuonna 2016 oli 11,3 prosenttia koko Manner-Suomen väkiluvusta, joten FinTerveys 2017 -tutkimuksen 10 007 henkilöistä koostuvaan otokseen poimittiin Helsingistä 1130 henkilöä (Liite 5).

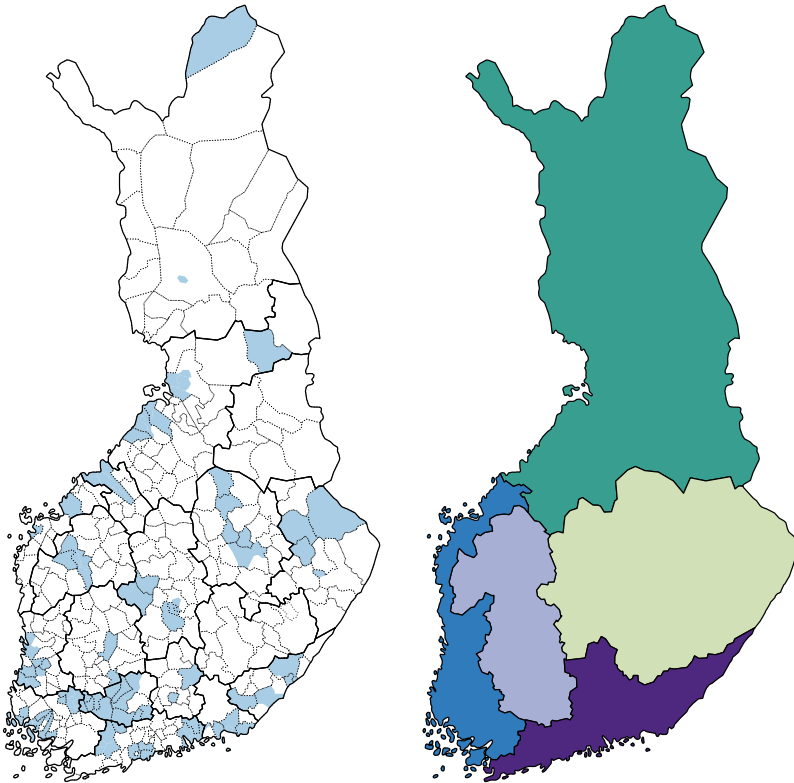
Otos poimittiin Väestörekisterikeskuksen (VRK) väestötietojärjestelmästä (VTJ) seuraavasti.

1. Vuoden 2016 väestön rajaaminen alueittain vuoden 2000 terveyskeskuspiireihin:

- (i) VTJ:n rakennustietokannasta (*Väestötietojärjestelmä - Rakennustiedot 2016*) poimittiin kaikkien Suomessa olevien rakennusten tunnuksat se-

3. AINEISTO JA MENETELMÄT

Kuvio 3.1: Tutkimuspaikkakunnat ja tulosraportoinnissa käytetyt maakuntien yhteistyöalueet.



kä niiden itä- ja pohjoiskoordinaatit. Poimintaan tuli mukaan yhteensä noin 3,5 miljoonaa rakennusta.

- (ii) Kuntarajoina käytettiin vuoden 2000 kuntarajoja. Vuoden 2000 jälkeen on tehty monia kuntaliitoksia ja kuntien rajat ovat muuttuneet. Monien kuntien pinta-alat ovat kasvaneet huomattavasti.
 - (iii) Rakennustunnus yhdistettiin itä- ja pohjoiskoordinaattitietojen avulla kunnanumeroon vuoden 1994 kuntarajojen koordinaattitietojen perusteella käyttämällä R-ohjelmiston (R Core Team 2017) spatialEco- (Evans 2017) ja RANN-paketteja (Arya ym. 2017). Vuoden 1994 kunnanumeron perusteella muodostettiin vuoden 2000 kunnanumero.
 - (iv) Vuoden 2000 kunnanumeron perusteella aineistoon yhdistettiin vuoden 2017 aluetieto vastaamaan aiempia terveyskeskustiirejä.
2. Rakennustunnuksiin yhdistetyistä henkilöistä (rakennuksen asukkaista) suoritettiin otanta:
- (i) Otokseen poimittiin kultakin valitulta alueelta henkilöotos, yhteensä 10 007 henkilöä.

3.2 Kenttätoiminta ja tutkimusmenetelmät

Katja Borodulin, Katri Sääksjärvi, Laura Råman ja Hanna Valtonen

Tutkimuksen suunnittelu alkoi syksyllä 2015. Elokuussa 2016 toteutettiin esitutkimus, johon kutsuttiin 200 satunnaisesti valittua henkilöä Helsingistä, Espoosta ja Vantaalta. Pilottivaiheen kokemusten perusteella päätettiin lopullisesta rekrytointi- ja terveystarkastusvaiheiden toteutuksesta, sekä tarkennettiin kenttätöohjeet ja aikataulut.

Kenttätöitä koordinoitiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta (Liite 1). Tiedonkeruuta varten rekrytoitiin kuusi kenttäryhmää, jotka kiersivät 50 tutkimuspaikkakunnalla kevään 2017 aikana. Kenttäryhmien aikataulu ja paikkakunnat on kuvattu liitteessä (Liite 3). Kussakin kenttäryhmässä oli kuusi henkilöä: yksi vastaava tutkimushoitaja tutkimuspisteessä 1A, yksi tutkimushoitaja tutkimuspisteessä 1B, kaksi tutkimushoitajaa tutkimuspisteessä 2, yksi tutkimushoitaja tutkimuspisteessä 3 sekä ravintohaastattelija tutkimuspisteessä 4 (Liite 4). Lisäksi rekrytoitiin sijaisia, jotka kiersivät kenttäryhmissä tarpeen vaatiessa. Kenttäryhmien henkilökunta on kuvattu liitteessä (Liite 2).

Kenttätöitä suorittavat tutkimushoitajat ja ravintohaastattelijat osallistuivat yhteiseen koulutukseen Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksella 16.–27.1.2017. Lisäksi kunkin kenttäryhmän vastaavat tutkimushoitajat osallistuivat lisäkoulutukseen 12.–13.1.2017. Kenttätö alkoi 31.1.2017 ja päättyi vaiheittain kussakin kenttäryhmässä. Viimeisen kenttäryhmän, Helsingin, tiedonkeruun terveystarkastukset päättyivät 19.5.2017.

Tutkittaville lähetettiin postitse kutsu osallistua terveystarkastukseen sekä kyselylomake etukäteen täytettäväksi paperisena tai sähköisenä. Heitä pyydettiin vahvistamaan kutsukirjeessä tarjottu tutkimusaika tai vaihtamaan aika joko netin kautta (tutkimus- ja ajanvarauspalvelussa) tai puhelimitse.

Terveystarkastus oli jaettu neljään tutkimuspisteeseen. Kaikki tutkittavat kävivät tutkimuspisteissä 1-3, jonka lisäksi osa tutkittavista (FinRavinto-tutkimuksen otos) kutsuttiin ravintohaastatteluun tutkimuspisteessä 4. Terveystarkastuksessa mitattiin verenpaine, vyötärön ja lantion ympäryys, kauko- ja lähinäkö, pituus, paino, kehon koostumus, muisti- ja oppimiskyky, puristusvoima ja tuolilta nousu. Lisäksi kaikilta otettiin verinäyte. Seuraavia mittauksia tehtiin vain alao-toksiin kuuluneille: kerta- ja vuorokausivirtsankeruu, niveltoimintatellit (vain 55 vuotta täyttäneille), liikunta- ja unimittarimittaukset, tai ravintohaastattelu. Eriksen raportoitavaan FinRavinto-tutkimukseen ja ravintohaastatteluun osallistuneet haastateltiin puhelimitse uudelleen helmi-lokakuussa 2017.

Kutsukirjeen yhteydessä lähetetty Kyselylomake 1 sisälsi laajasti kysymyksiä mm. terveydentilasta, sairauksista ja oireista, elintavoista ja toimintakyvystä. Muut kyselylomakkeet annettiin tutkittaville terveystarkastuksen yhteydessä. Lomakkeet oli mahdollista täyttää saman tien tutkimuspaikalla tai myöhemmin kotona ja palauttaa ne postitse. Kaikki lomakkeet (lyhyttä puhelinhaastattelua lukuun ottamatta) oli mahdollista täyttää myös sähköisesti netissä. Kyselylomake 2 ja frekvenssityyppinen ruoankäyttökysely annettiin kaikille terveystarkastuksessa käyneille. Elintarvikkeiden käyttökyselyn saivat kaikki ravintohaastatteluun osallistuneet. Kyselylomake 70 vuotta täyttäneille annettiin terveystarkastukseen osallistuneille tässä ikäryhmässä. Lomakkeet ja materiaalit olivat tarjolla suomen-, ruotsin-

3. AINEISTO JA MENETELMÄT

ja englanninkielisinä.

Tutkimuskadon minimoimiseksi tutkittavia tavoiteltiin useassa vaiheessa ja monilla keinoilla. Tutkimuksesta tiedotettiin ensimmäiseksi postikortilla, joita tehtiin kolmenlaisia eri ikä- ja äidinkieliyryhmille. Kutsukirje lähetettiin noin 4–6 viikkoa postikortin jälkeen. Ajanvarauspalvelusta oltiin yhteydessä tutkittavaan joko puhelimitse tai tekstiviestillä, mikäli tutkittava ei ollut vahvistanut tai vaihtanut tutkimusaikaansa. Jos puhelinnumeroa ei ollut tiedossa, lähetettiin tutkittavalle muistutuspostikortti. Ne, joiden puhelinnumero oli tiedossa, saivat myös tekstiviestin 2 päivää ennen heille varattua terveystarkastusaikaa, muistutuksena varatusta tutkimusajasta ja -paikasta. Jos tutkittavat eivät saapuneet tutkimuspaikalle, heitä pyrittiin tavoittelemaan jo saman päivän aikana uuden tutkimusajan sopimiseksi. Jos tutkittava ei yrityksistä huolimatta osallistunut terveystarkastukseen, lähetettiin hänelle uudelleen Kyselylomake 1 täytettäväksi joko paperisena tai sähköisenä. Mikäli tutkittava kieltäytyi tai ei pystynyt osallistumaan esimerkiksi kiireen, hänelle sopimattomien oman tutkimuspaikkakunnan aikataulujen tai jonkin toimintakyvyn rajoitteen vuoksi terveystarkastukseen tai täyttämään kyselylomaketta 1, tarjottiin hänelle tai hänen omaiselleen/läheiselleen mahdollisuutta vastata puhelinhaastatteluun. Tähän oli poimittu keskeisimpiä kysymyksiä, joiden avulla voidaan myös arvioida tutkimuskadon vaikutusta tuloksiin.

3.3 Osallistuminen ja kato

Katja Borodulin, Tommi Härkönen, Harri Rissanen, Anne Juolevi, Hanna Tolonen, Jaakko Reinikainen ja Katri Sääksjärvi

FinTerveys 2017 -tutkimuksen otoskoko oli 10 305. Tässä raportissa otos on rajattu 30 vuotta täyttäneeseen väestöön (otoskoko 9 345), jotta vertailu Terveys 2000/2011 -tutkimustuloksiin (Koskinen ym. 2012d) olisi helpompaa. (Taulukko 3.1.) Otoksesta poistettiin ennen henkilökohtaista terveystarkastusaikaa kuolleet, ulkomaille muuttaneet ja ne, joiden osoite oli tuntematon (n=57). Näin lopullisen korjatun otoksen koko 30 vuotta täyttäneiden ryhmässä oli 9288. Ainakin johonkin tiedonkeruun vaiheeseen (vähintään lyhyt puhelinhaastattelu) osallistui 6 545 henkilöä (71 %). Terveystarkastukseen osallistui 5 534 henkilöä (60 %), 777 (8 %) palautti vain kyselylomakkeen 1 ja 234 (3 %) osallistui lyhyeen puhelinhaastatteluun. Kyselylomake 2 ja 70-vuotiaiden kysely annettiin vain terveystarkastukseen osallistuneille, joista suuri enemmistö täytti ja palautti nämä lomakkeet. (Taulukko 3.2.)

Taulukko 3.1: Otos, osallistuminen ja kato

	Lukumäärä	%
Otos		
Otos	9345	
Korjattu otos	9288	100
Osallistuneet		
Terveystarkastus	5534	59,6
Vain kyselylomake	777	8,4
Puhelinhaastattelu	234	2,5
Ainakin yhteen edellä mainituista	6545	70,5
Kato	2743	

Taulukko 3.2: Otos ja osallistuminen ikäryhmittäin.

	Otos		Terveystarkastus		Kyselylomake1		Kyselylomake2 ¹		Kyselylomake70+		Puhelinhaastattelu		Ainakin johonkin ²	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Miehet														
30-39	913	44,8	409	50,8	464	50,8	321	35,2			19	2,1	483	52,9
40-49	866	52,8	457	52,8	513	59,2	372	43,0			17	2,0	530	61,2
50-59	939	54,4	511	54,4	586	62,4	434	46,2			22	2,3	608	64,8
60-69	952	64,0	609	64,0	693	72,8	569	60,0			34	3,6	727	76,4
70-79	616	67,4	415	67,4	482	78,2	397	64,5	326	63,1	22	3,6	504	81,8
yli 80	291	46,4	135	46,4	184	63,2	127	43,6	125	43,0	13	4,5	197	67,7
Yhteensä	4577	55,4	2536	55,4	2922	63,8	2220	48,5	451	55,8	127	2,8	3049	66,6
Naiset														
30-39	828	57,0	472	57,0	529	63,9	410	49,5			10	1,2	539	65,1
40-49	814	62,0	505	62,0	554	68,1	453	55,7			7	0,9	561	68,9
50-59	883	67,3	594	67,3	650	73,6	554	62,7			11	1,3	661	74,9
60-69	921	74,6	687	74,6	759	82,4	666	72,3			15	1,6	774	84,0
70-79	713	70,6	503	70,6	583	81,8	490	68,7	407	67,6	21	3,0	604	84,7
yli 80	552	42,9	237	42,9	314	56,9	220	39,9	222	40,2	43	7,8	357	64,7
Yhteensä	4711	63,6	2998	63,6	3389	71,9	2793	59,3	629	54,5	107	2,3	3496	74,2

¹ Annettu vain terveystarkastuksessa käyneille

² Terveystarkastus, kyselylomake1 tai puhelinhaastattelu

Naiset (74 %) osallistuivat miehiä (67 %) aktiivisemmin (taulukko 3.2). Osallistumisaktiivisuus kasvoi iän mukana miehillä 70–79-vuotiaiden ikäryhmään saakka, jossa terveystarkastukseen osallistui 68 prosenttia otoksesta ja ainakin johonkin tiedonkeruun vaiheeseen 82 prosenttia. Naisilla osallistumisaktiivisuus terveystarkastukseen kasvoi iän mukana 60–69-vuotiaiden ryhmään asti, jossa terveystarkastukseen osallistui 75 prosenttia. Naisten osallistuminen ainakin johonkin tiedonkeruun vaiheeseen oli suurimmillaan 70–79-vuotiaiden ryhmässä (85 %). Osallistuminen oli vähäisintä kaikkein nuorimmassa, 30–39-vuotiaiden ryhmässä.

Maakuntien yhteistyöalueiden välillä oli vain vähäisiä eroja osallistumisaktiivisuudessa (taulukko 3.3). Osallistumisaktiivisuus terveystarkastukseen oli matalin Uudenmaan yhteistyöalueella (58 %) ja korkein Pohjois-Pohjanmaan yhteistyöalueella (61 %). Osallistuminen ainakin johonkin tiedonkeruun vaiheeseen oli vähäisintä Uudenmaan yhteistyöalueella (70 %) ja yleisintä Pirkanmaan yhteistyöalueella (72 %).

Taulukko 3.3: Otos ja osallistuminen alueittain.

Maakuntien yhteistyöalueet	Otos		Terveys- tarkastus		Kysely- lomake		Puhelin- haastattelu		Ainakin johonkin edellisistä	
	N		N	%	N	%	N	%	N	%
HYKS ¹	3512		2045	58,2	292	8,3	112	3,2	2449	69,7
KYS ²	1499		908	60,6	129	8,6	21	1,4	1058	70,6
OYS ³	1224		750	61,3	105	8,6	19	1,6	874	71,4
TAYS ⁴	1482		883	59,6	126	8,5	54	3,6	1063	71,7
TYKS ⁵	1571		948	60,3	125	8	28	1,8	1101	70,1
Yhteensä	9288		5534	59,6	777	8,4	234	2,5	6545	70,5

¹ Etelä-Karjala, Kymenlaakso, Päijät-Häme ja Uusimaa

² Etelä-Savo, Keski-Suomi, Pohjois-Karjala ja Pohjois-Savo

³ Kainuu, Keski-Pohjanmaa, Lappi ja Pohjois-Pohjanmaa

⁴ Etelä-Pohjanmaa, Kanta-Häme ja Pirkanmaa

⁵ Pohjanmaa, Satakunta ja Varsinais-Suomi

Rekisteritietojen perusteella havaittiin, että osallistuneiden sosioekonominen asema oli selvästi korkeampi kuin katoon jääneiden. Myös mielenterveysyiden taktia sairaalahoitossa olleiden osallistumisaktiivisuus oli selvästi muita matalampi. Verrattuna vuoteen 2011 korkeamman sosioekonomisen aseman omaavien osallistumisaktiivisuus oli noussut kun taas matalan sosioekonomisen aseman omaavien laskenut. Alle 50-vuotiaiden osallistumisaktiivisuus oli kasvanut, yli 70-vuotiaiden laskenut ja sukupuolten välinen ero osallistumisaktiivisuudessa oli kasvanut.

Tutkimukseen katoon jääneistä osa tavoitettiin puhelimitse tai sähköpostitse ja heiltä kysyttiin mm. syytä pois jäämiselle. Yleisimmin mainittu syy oli ajan puute.

3.4 Tilastolliset menetelmät

Tommi Härkönen ja Tarja Palosaari

3.4.1 Kadon korjaaminen

Osallistumiskadon korjaaminen perustui käänteistodennäköisyyspainotukseen, kuten Terveys 2011 -tutkimuksessa (Härkönen ym. 2016). Osallistumistodennäköisyydet estimoitiin käyttämällä random forest -menetelmää breiman2001random ja R-ohjelmistoa (Liaw ja Wiener 2002). Osallistumista ennustavina tekijöinä käytettiin ikää, sukupuolta, siviilisäätystä, aikaa edellisestä sairaalahoidosta (erikseen sydän- ja verisuonitautien, mielenterveysongelmien, infektioiden, synnytysten ja tapaturmien hoitojaksot), viimeisintä työ- ja työttömyysjaksoa, tutkintoa, ammattia, sosioekonomista asemaa ja tuloja (luku 3.3). Painokertoimena käytettiin osallistumistodennäköisyyden ja poimintatodennäköisyyden tulon käänteislukua, joka kalibroitiin lopuksi ositekohtaisella perusjoukon koolla. Painotusmenetelmässä oletetaan, että katoon jäävät yksilöt ja tutkimukseen osallistuneet yksilöt ovat samankaltaisia edellä mainittujen taustatekijöiden suhteen.

3.4.2 Analyysit

Tässä perustulosraportissa analyysit rajattiin 30 vuotta täyttäneisiin, koska tuloksia haluttiin verrata aiempiin Terveys 2000/2011 -tutkimuskokonaisuuden tuloksiin samasta ikäryhmästä. Otanta-asetelma (eli ositus ja ryvästys) sekä painokertoimet huomioitiin kaikissa analyyseissä. Varianssiestimaatit tuotettiin linearisointiin perustuvilla menetelmillä (Lehtonen ja Pahkinen 2004), ja painokertoimia käytettiin erilaisten poimintatodennäköisyyksien ja kadon vaikutusten huomioimiseksi väestöä edustavia tuloksia varten.

Väestöestimaatit, eli henkilöiden lukumäärät väestössä, on laskettu kertomalla ikäryhmittäiset esiintyvyyksiluvut väestömäärillä (31.12.2016). Manner-Suomen 30 vuotta täyttäneiden määrä oli 3 608 000. Tilastolliset analyysit suoritettiin SAS-ohjelmiston versiolla 9.3 (*SAS/STAT 9.3 User's Guide* 2011) ja Sudaan-ohjelmiston versiolla 11.0.1 (*SUDAAN Language Manual, Volumes 1 and 2* 2012).

Analyyseissä käytettiin kahta ikäluokitusta. Karkea luokitus oli 30–64-vuotiaat ja 65 vuotta täyttäneet, ja lisäksi käytettiin 10-vuotisikäluokitusta 30–39-, 40–49-, 50–59-, 60–69- ja 70–79-vuotiaat sekä 80 vuotta täyttäneet. Osa tuloksista esitetään muista poikkeavin ikärajuksin, silloin kun kysymykset on esitetty tai mittaukset on tehty vain tietyn ikäisille. Kun havaittiin että nuorimmissa tai vanhemmissa ikäryhmissä ei ollut lainkaan tapauksia, nämä ikäryhmät rajattiin pois, etteivät nollasolut olisi aiheuttaneet epäluotettavuutta mallivakioituihin tuloksiin. Koulutusryhmä perustui kyselylomakkeen koulutusmuuttuun (perus-, keski- ja korkeaste). Alueluokitteluna käytettiin viisiluokkaista maakuntien yhteistyöaluejakoa, joka noudattaa vuonna 2018 eduskunnan käsittelyyn tulevaa hallituksen esitystä (kuvio 3.1, *Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi* 2017). Tässä raportissa käytetään yhteistyöalueille aiempien yliopistosairaaloiden eritysvastuualueiden nimikkeitä lyhenteinä koska yhteistyöalueille ei ole vielä vakiintuneita lyhyitä nimikkeitä. Tulosten tarkastelussa on huomioitava, etteivät uudet yhteistyö-

alueet ja aiemmat erityisvastualueet täysin vastaa toisiaan, mutta niistä käytetään seuraavia lyhenteitä:

- Uudenmaan yhteistyöalue (Etelä-Karjala, Kymenlaakso, Päijät-Häme ja Uusimaa) – lyhenteenä HYKS
- Pirkanmaan yhteistyöalue (Etelä-Pohjanmaa, Kanta-Häme ja Pirkanmaa) – lyhenteenä TAYS
- Pohjois-Savon yhteistyöalue (Etelä-Savo, Keski-Suomi, Pohjois-Karjala ja Pohjois-Savo) – lyhenteenä KYS
- Pohjois-Pohjanmaan yhteistyöalue (Kainuu, Keski-Pohjanmaa, Lappi ja Pohjois-Pohjanmaa) – lyhenteenä OYS
- Varsinais-Suomen yhteistyöalue (Pohjanmaa, Satakunta ja Varsinais-Suomi) – lyhenteenä TYKS

Poikkileikkausanalyysit tehtiin käyttämällä jatkuville muuttujille lineaarista, kaksiluokkaisille logistista ja moniluokkaisille yleistä logistista regressiomallia. Selittäjinä olivat päävaikutusmallissa sukupuoli ja ikäryhmä sekä yhdysvaikutusmallissa lisäksi näiden yhdysvaikutus. Jos yhdysvaikutusstermi erosi tilastollisesti merkitsevästi nolasta (merkitsevyystasolla 0,05), tulokset raportoitiin käyttämällä yhdysvaikutusmallia, muutoin päävaikutusmallia. Lisäksi analysoitiin alueen yhteyttä vasteeseen miehille ja naisille erikseen päävaikutusmallilla, jossa selittäjinä olivat ikäryhmä ja alue, sekä yhdysvaikutusmallilla, jossa oli lisäksi näiden yhdysvaikutus. Ikäryhminä käytettiin 20-vuotisikäluokitusta 30–49- ja 50–69-vuotiaat sekä 70 vuotta täyttäneet. Jos yhdysvaikutusstermi erosi tilastollisesti merkitsevästi nolasta (merkitsevyystasolla 0,05), tulokset raportoitiin käyttämällä yhdysvaikutusmallia, muutoin päävaikutusmallia. Koulutusasteen yhteyttä vasteeseen analysoitiin samalla tavoin. Ikävakioidut keskiluvut tuotettiin käyttämällä prediktivisten marginaalien menetelmää (predictive margins) (Graubard ja Korn 1999), joka vakioi saadut keskiluvut sekoittavien tekijöiden suhteen.

Vuosien 2011 ja 2017 välillä tapahtunutta muutosta analysoitiin yhdysvaikutusmallilla, jossa oli 10-vuotisikäryhmän ja sukupuolen yhdysvaikutuksen lisäksi sukupuolen ja tutkimusvuoden yhdysvaikutus. Vuosien 2011 ja 2017 välillä 30 vuotta täyttäneessä väestössä tapahtuneiden muutosten tilastollista merkitsevyyttä arvioitiin Waldin testillä (testi sukupuolen ja tutkimusvuoden yhdysvaikutukselle). Muutosvertailuun valittiin mukaan vain sellaisia ilmiöitä, joissa mittausmenetelmät olivat vertailukelpoisia vuosina 2011 ja 2017. Kuvioissa raportoidaan myös 95 prosentin luottamusvälit.

Analyysituloksista tuotettiin tilastolliset kuvat ja taulukot R-ohjelmistolla (R Core Team 2017). Tulokset kirjoitettiin html- ja pdf-tiedostoihin käyttämällä R:n knitr-pakettia (Xie 2015) ja MiKTeX-ohjelmistoa (*The MiKTeX Project* 2018). Jatkuvien ja kaksiluokkaisten muuttujien tuloksia ei esitetä, jos havaintomäärä ryhmässä on alle viisi. Moniluokkaisten muuttujien tulos puuttuu (.), jos ryhmässä ei ole yhtään havaintoa.

4 Sosiodemografiset tekijät, työ ja toimeentulo

4.1 Sosiodemografiset taustatekijät

Tuija Martelin ja Seppo Koskinen

- Ikäryhmien ja sukupuolten välillä oli suuria eroja taustatekijöiden ja-kaumissa.
- Muita kuin kotimaisia kieliä äidinkielenään puhuvien osuus oli suurin nuorimmissa ikäryhmissä.
- Parisuhteessa olevien osuus oli vielä iäkkäilläkin miehillä suuri, kun taas naisilla osuus pieneni iän myötä ja romahti alle neljännekseen 80 vuotta täyttäneillä.
- Yksinasuminen oli yleisintä 80 vuotta täyttäneiden naisten ryhmässä.
- Koulutustaso oli sitä korkeampi, mitä nuoremasta ikäryhmästä oli kyse.

Väestön sosiodemografinen rakenne ja siinä tapahtuvat muutokset ovat keskeisiä sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeeseen vaikuttavia tekijöitä. Esimerkiksi muita kuin kotimaisia kieliä äidinkielenään puhuvien osuuden kasvu, yksinasumisen yleistyminen ja väestön koulutustason kohoaminen on tarpeen ottaa huomioon palveluita suunniteltaessa. Lisäksi hyvinvoinnin ja terveydentilan sekä palvelutarpeiden tyydyttymisen seuranta eri taustatekijöiden määrittämässä väestöryhmissä on tärkeitä yhdenvertaisuustavoitteiden toteutumisen varmistamiseksi.

Menetelmät

Äidinkieltä koskeva tieto saatiin otannan yhteydessä Väestörekisterikeskuksesta. Se luokiteltiin kolmeen luokkaan: suomi, ruotsi tai saame sekä muu. Siviilisäätystä, kotitalouden kokoa ja lasten lukumäärää sekä koulutusta koskevat tiedot kerättiin kyselyssä. Virallisten siviilisäätyluokkien rinnalla siviilisäätystä koskevassa kysymyksessä valittavana oli vaihtoehto ”avoliitossa”. Taulukossa luokat ”naimisissa” ja ”rekisteröity parisuhde” on yhdistetty. Kotitalouden kokoa selvitettiin kysymällä ”Kuinka monta jäsentä kuuluu tällä hetkellä talouteenne eli ruokakuntaanne mukaan lukien itsenne?”. Muuttuja luokiteltiin neljään luokkaan (yksi henkilö, kaksi henkilöä, 3–4 henkilöä, 5 tai enemmän). Lasten lukumäärää koskeva tieto perustuu kysymykseen ”Kuinka monta elossa olevaa lasta Teillä on tällä hetkellä yhteensä, mukaan lukien kasvatti- ja adoptiolapset?”. Vastausten pohjalta tarkastellaan sekä keskimääräistä lasten lukumäärää että niiden vastaajien osuutta, joilla on vähintään yksi elossa oleva lapsi.

Koulutusaste perustuu kysymykseen ”Mikä on koulutuksenne?”. Perusasteen koulutuksen saaneiksi luokiteltiin vastaajat, jotka valitsivat vaihtoehdon ”kansakoulu tai peruskoulu” tai ”keskikoulu”. Keskiaste kattaa luokat ”ammattikoulu tai vastaava” sekä ”lukio”, ja korkea-asteen koulutukseksi luokiteltiin vastausvaihtoehdot

4. SOSIODEMOGRAFISET TEKIJÄT, TYÖ JA TOIMEENTULO

”opistotutkinto”, ”alempi korkeakoulututkinto (ammattikorkeakoulu tai vastaava)” ja ”ylempi korkeakoulututkinto (maisteri tai vastaava)”. Koulutusaste-muuttuja ei täysin vastaa Terveys 2000- ja Terveys 2011-tutkimusten vastaavaa mittaria.

Nykytilanne

Lähes yhdeksän kymmenestä puhui äidinkielenään suomea. Ruotsin- tai saamenkielisten osuus oli runsaat viisi prosenttia sekä miehistä että naisista. Muita kieliä äidinkielenään puhuvien osuus oli suunnilleen samaa luokkaa, ja alle 50-vuotiaista noin joka kymmenes kuului tähän luokkaan. (Taulukko 4.1.) Terveys 2011 -tutkimukseen verrattuna heidän osuutensa on selvästi kasvanut (Karvonen ym. 2012).

Taulukko 4.1: Äidinkieli (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Miehet							
suomi	84,6	85,6	90,2	94,0	91,0	94,8	89,5
ruotsi tai saame	4,8	5,4	6,2	4,1	6,5	5,2	5,3
muu	10,6	9,0	3,6	1,9	2,5	.	5,2
Naiset							
suomi	85,2	84,7	89,4	90,9	91,6	92,8	88,6
ruotsi tai saame	4,1	3,9	4,6	5,9	8,1	6,9	5,3
muu	10,7	11,5	6,0	3,2	0,3	0,3	6,2
p ²							< 0,001

¹ ikävakiointu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Siviilisäädyn jakauma vaihteli sekä iän että sukupuolen mukaan (taulukko 4.2). Parisuhteessa eli naimisissa, rekisteröidyssä parisuhteessa tai avoliitossa oli miehistä suurempi osuus (75 %) kuin naisista (67 %), kun taas eronneiden ja etenkin leskien osuus oli naisilla suurempi kuin miehillä. Parisuhteessa olevien osuus oli vielä iäkkäilläkin miehillä suuri, kun taas naisilla osuus pieneni iän myötä ja romahti alle neljännekseen 80 vuotta täyttäneillä. Avoliitossa oli noin neljännes alle 50-vuotiaista miehistä ja alle 40-vuotiaista naisista, vanhemmissa ikäryhmissä osuudet olivat pienempiä. Eronneiden osuus oli molemmilla sukupuolilla suurimmillaan 50–69-vuotiailla. Leskien osuus kasvoi jyrkästi siirryttäessä vanhempiin ikäryhmiin, ja sukupuolten välinen ero oli selvä: lähes kaksi kolmasosaa 80 vuotta täyttäneistä naisista, mutta vain viidesosa samanikäisistä miehistä oli leskiä. Naimattomien osuus oli molemmilla sukupuolilla suurimmillaan alle 40-vuotiailla. Terveys 2011 -tutkimukseen verrattuna naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa olevien ja leskien osuus oli hieman pienentynyt ja muiden siviilisäätyryhmien osuus hieman kasvanut (Karvonen ym. 2012). Naisilla naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa olevien osuus oli HYKS-alueella pienempi kuin muualla Suomessa. Molemmilla sukupuolilla naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa olevien osuus oli sitä suurempi ja leskien osuus sitä pienempi, mitä ylemmästä koulutusryhmästä oli kyse.

Siviilisäätyjakauman erot ikäryhmien ja sukupuolten välillä heijastuvat myös ko-

4. SOSIODEMOGRAFISET TEKIJÄT, TYÖ JA TOIMEENTULO

Taulukko 4.2: Siviilisäätö (%)

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Miehet							
Naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa	46,5	53,1	57,6	63,8	69,6	64,3	58,0
Avoliitossa	25,8	24,7	15,8	11,8	7,1	5,3	16,7
Eronnut tai asumuserossa	3,5	7,2	11,8	12,6	8,9	5,9	8,7
Leski	.	0,2	1,3	3,5	7,6	19,0	3,4
Naimaton	24,3	14,9	13,5	8,3	6,9	5,5	13,3
Naiset							
Naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa	48,8	58,1	57,8	56,2	49,4	23,1	52,3
Avoliitossa	28,2	18,0	14,4	9,1	4,5	0,6	14,4
Eronnut tai asumuserossa	5,7	11,2	15,4	17,5	12,1	7,1	12,2
Leski	0,2	0,4	2,3	11,1	27,5	62,7	10,9
Naimaton	17,1	12,3	10,1	6,1	6,5	6,4	10,3
p ²							< 0,001

¹ ikävakiointu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

titalouden koon jakaumiin. Kahden hengen taloudet olivat yleisin asumismuoto sekä miehillä että naisilla (taulukko 4.3). Miehillä kahden hengen taloudessa asuvien osuus kasvoi aina 70–79-vuotiaisiin asti, ja 80 vuotta täyttäneistä lähes seitsemän kymmenestä miehestä, mutta vain neljännes naisista asui kahden hengen taloudessa. Yksin asuminen oli 30 vuotta täyttäneillä miehillä ja naisilla harvinaisinta ikäryhmässä 40–49-vuotiaat ja yleisintä 80 vuotta täyttäneillä, mutta sukupuolten ero oli suuri: kun runsas neljännes 80 vuotta täyttäneistä miehistä asui yksin, oli samanikäisistä naisista yksin asuvia lähes kolme neljännestä. Kolmen hengen tai sitä suuremmat kotitaloudet olivat yleisimpiä alle 50-vuotiailla. Vähintään viiden hengen taloudet olivat hieman harvinaisempia kuin Terveys 2011 -tutkimuksessa, mutta pääosin osuudet olivat samaa luokkaa (Karvonen ym. 2012). Alueiden välillä oli joitakin eroja kotitalouden koon jakaumissa, joskin erot osittain vaihtelivat sukupuolen mukaan. Esimerkiksi yksin asuminen oli naisilla yleisintä HYKS-alueella ja miehillä puolestaan KYS-alueella. Sekä miehillä että naisilla yksin asuvien osuus oli korkea-asteen koulutuksen omaavilla pienempi ja vähintään kolmen hengen talouksien osuus suurempi kuin perusasteen koulutuksen omaavilla.

Taulukko 4.3: Kotitalouden koko (%)

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Miehet							
1 henkilö	21,1	16,3	23,1	22,9	23,2	28,0	21,8
2 henkilöä	22,1	21,8	46,8	69,1	72,1	68,8	47,0
3–4 henkilöä	42,8	45,9	26,2	7,3	4,4	1,8	24,4
5 henkilöä tai enemmän	14,0	16,0	4,0	0,8	0,2	1,4	6,8
Naiset							
1 henkilö	13,7	12,2	21,2	32,2	44,3	73,1	27,3
2 henkilöä	22,2	24,5	50,5	62,2	52,2	24,8	41,0
3–4 henkilöä	50,3	48,6	26,6	5,3	3,1	2,0	25,9
5 henkilöä tai enemmän	13,8	14,7	1,6	0,3	0,4	.	5,9
p ²							< 0,001

¹ ikävakiointu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

4. SOSIODEMOGRAFISET TEKIJÄT, TYÖ JA TOIMEENTULO

Sekä miehillä että naisilla oli keskimäärin 1,9 elossa olevaa lasta (taulukko 4.4). Keskiarvo oli suurin (2,5 lasta) 80 vuotta täyttäneillä. Sen sijaan niiden osuus, joilla oli vähintään yksi elossa oleva lapsi, oli naisilla jonkin verran suurempi (82 %) kuin miehillä (78 %). Ero oli samansuuntainen kaikissa alle 80-vuotiaiden ikäryhmissä, mutta sitä vanhemmilla noin yhdeksällä kymmenestä oli vähintään yksi elossa oleva lapsi sukupuolesta riippumatta.

Taulukko 4.4: Elossa olevat lapset, mukaan lukien kasvatti- ja adoptiolapset.

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Lasten lukumäärä (keskiarvo)							
Miehet	1,2	1,8	2,0	2,1	2,0	2,5	1,9
Naiset	1,4	1,9	2,0	1,9	2,1	2,5	1,9
p ²							0,454
Niiden osuus, joilla vähintään yksi lapsi (%)							
Miehet	58,5	75,5	78,3	85,9	86,9	90,7	77,5
Naiset	66,9	81,6	83,2	89,2	90,5	90,1	82,4
p ³							< 0,001
lkm	438 000	518 000	593 000	650 000	430 000	259 000	2 889 000

¹ ikävakioitu

^{2–3} sukupuolten välinen tasoero

Väestön koulutustason kohoaminen heijastuu selvästi ikäryhmien välisiin eroihin koulutusrakenteessa (taulukko 4.5). Kun pelkän perusasteen koulutuksen saaneita oli 80 vuotta täyttäneistä noin kuusi kymmenestä, alle 50-vuotiaista alle kymmenesosa kuului tähän ryhmään. Vastaavasti noin kaksi kolmesta alle 50-vuotiaasta naisesta ja lähes puolet samanikäisistä miehistä oli saanut korkea-asteen koulutuksen, mutta 80 vuotta täyttäneillä vastaavat osuudet olivat viidenneksen luokkaa (miehillä hieman enemmän, naisilla vähemmän). Naisten koulutustaso oli korkeampi kuin miesten kaikissa alle 70-vuotiaiden ikäryhmissä, sitä vanhemmilla ero oli päinvastainen. Terveys 2011 -tutkimukseen verrattuna koulutustaso oli hieman korkeampi, joskaan koulutusmuuttajat eivät ole täysin samanlaiset (Karvonen ym. 2012).

Taulukko 4.5: Koulutusaste (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Miehet							
Perusaste	8,1	9,0	18,4	32,1	40,0	58,3	23,2
Keskiaste	43,8	45,6	44,1	35,1	27,1	17,9	38,3
Korkea-aste	48,1	45,4	37,5	32,8	32,9	23,9	38,5
Naiset							
Perusaste	3,2	6,4	9,3	28,1	50,7	63,8	21,0
Keskiaste	33,0	27,3	31,4	31,4	23,3	20,7	29,1
Korkea-aste	63,8	66,3	59,3	40,5	26,0	15,4	49,9
p ²							< 0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Johtopäätökset

Ikäryhmien ja sukupuolien välillä on suuria eroja sosiodemografisten taustamuuttujien jakaumissa. Osa niistä heijastaa melko pysyviä väestöllisiä lainalaisuuksia, osa taas on yhteydessä yhteiskunnallisiin muutoksiin. Miesten lyhyempään elinajanodotteeseen liittyvä leskien suuri osuus iäkkäistä naisista on yksi esimerkki edellisistä, ja jälkimmäiseen tyyppiin kuuluu esimerkiksi nuorempien ikäryhmien korkeampi koulutustaso vanhempiin syntymävuosiluokkiin verrattuna. Väestörakenteen muutokset voivat olla nopeitakin: esimerkiksi muita kuin kotimaisia kieliä äidinkielenään puhuvien osuus kasvoi Suomessa yli kolminkertaiseksi jaksolla 2000–2016 (www.sotkanet.fi). Iän ja sukupuolen lisäksi monet sosiodemografiset taustatekijät vaihtelevat myös esimerkiksi alueen ja koulutustason mukaan. Eri väestöryhmien terveys, hyvinvointi ja palveluiden tarve ovat erilaiset, mikä on tarpeen ottaa huomioon palveluiden suunnittelussa. Jotta sosiaali- ja terveystalouden järjestelmän uudistamisessa keskeisen yhdenvertaisuustavoitteen toteutumista voidaan seurata, tulee väestön terveyden ja hyvinvoinnin tilaa sekä palvelutarpeiden tyydyttymistä tarkastella eri väestöryhmissä monipuolisesti ja säännöllisesti.

4.2 Työ ja toimeentulo

Laura Kestilä ja Timo M. Kauppinen

- 30–64-vuotiaista oli töissä vajaa kolme neljänestä.
- Toimeentulonsa koki riittäväksi suurempi osa miehistä kuin naisista.
- Vuosien 2011 ja 2017 välillä naisten koettu toimeentulo huononi ja miesten parani.

Työllä on tärkeä rooli hyvinvoinnin ja terveyden rakentajana. Se on monelle pääasiallinen toimeentulon lähde, mutta sillä on lisäksi tärkeä rooli mm. sosiaalisten kontaktien ja itsensä toteuttamisen kannalta. Useat hyvinvoinnin vajeet ovatkin työttömillä yleisempiä kuin työllisillä (Kauppinen ym. 2010). Työttömyys voi osaltaan vaikuttaa toimeentulovaikkeuksien kokemiseen, mutta ylipäänsä riittävä toimeentulo on yhteydessä terveyteen ja hyvinvointiin (Honkkila 2015; Laaksonen ym. 2007).

Menetelmät

Pääasiallista toimintaa selvitettiin kysymällä, oliko vastaaja kyselyhetkellä pääasiassa ”palkkatyössä tai yrittäjänä”, ”työtön”, ”opiskelija, lisäkoulutuksessa tai palkkattomassa työharjoittelussa”, ”eläkkeellä”, ”perhevapaalla, kotiäiti tai -isä” tai ”jossain muussa (toiminnassa)”. Toimeentulon koettua riittävyttä selvitettiin kysymyksellä, jossa vastaajaa pyydettiin arvioimaan rahojen riittävyttä tarpeisiinsa nähden. Viisi vastausvaihtoehtoa olivat ”täysin riittävästi”, ”lähes riittävästi”, ”kohutuullisesti”, ”vähän” ja ”ei lainkaan”. Tässä raportissa tarkastellaan toimeentulonsa täysin tai lähes riittäväksi arvioineiden osuutta.

Nykytilanne

Palkkatyössä tai yrittäjänä oli 30–69-vuotiaista noin kaksi kolmannesta, työttömiä oli vajaa kymmenesosa vastaajista (taulukko 4.6). 30–64-vuotiaista palkkatyössä tai yrittäjänä oli vajaa kolme neljänestä. Nuorimman ikäryhmän (30–39-vuotiaat) naisista noin seitsemäsosa oli perhevapaalla tai kotiäitinä. 70 vuotta täyttäneistä lähes kaikki olivat eläkkeellä.

4. SOSIODEMOGRAFISET TEKIJÄT, TYÖ JA TOIMEENTULO

Taulukko 4.6: Pääasiallinen toiminta 30–69-vuotiailla (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	30–69 ¹
Miehet					
Palkkatyössä tai yrittäjänä	80,9	85,1	74,6	24,3	65,9
Työtön	9,0	7,6	11,6	5,7	8,5
Opiskelija	6,3	3,0	0,4	.	2,4
Eläkkeellä	1,6	3,5	10,3	68,2	21,3
Perhevapaalla	0,7	.	.	.	0,2
Muu	1,5	0,8	3,2	1,8	1,8
Naiset					
Palkkatyössä tai yrittäjänä	70,1	82,5	77,0	20,9	62,3
Työtön	6,5	6,4	9,6	5,3	7,0
Opiskelija	7,2	4,3	2,5	0,1	3,5
Eläkkeellä	1,1	1,4	5,0	71,1	20,0
Perhevapaalla	13,7	2,6	0,9	.	4,2
Muu	1,5	3,0	5,0	2,6	3,0
p ²					< 0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Toimeentulonsa koki riittäväksi suurempi osa miehistä kuin naisista (taulukko 4.7). Sukupuoliero oli selvin alle 40-vuotiailla ja 70–79-vuotiailla. Alle 40-vuotiailla ero liittyy erityisesti lapsia kotona hoitaviin naisiin (Salmi ym. 2016), 70 vuotta täyttäneillä naisten yleisempään yksinasumiseen (Kauppinen ym. 2014) (ks. luku 4.1). Korkea koulutustaso oli yhteydessä parempaan koettuun toimeentuloon. Toisaalta sukupuolten välinen ero oli suurin korkeasti koulutetuilla (ks. luku 17).

Taulukko 4.7: Toimeentulonsa riittäväksi kokevien osuus (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Miehet	63,5	62,4	61,3	68,4	66,9	64,7	64,5
Naiset	53,0	56,3	62,7	63,3	56,7	59,5	58,8
p ²							< 0,001
lkm	409 000	392 000	455 000	488 000	296 000	175 000	2 218 000

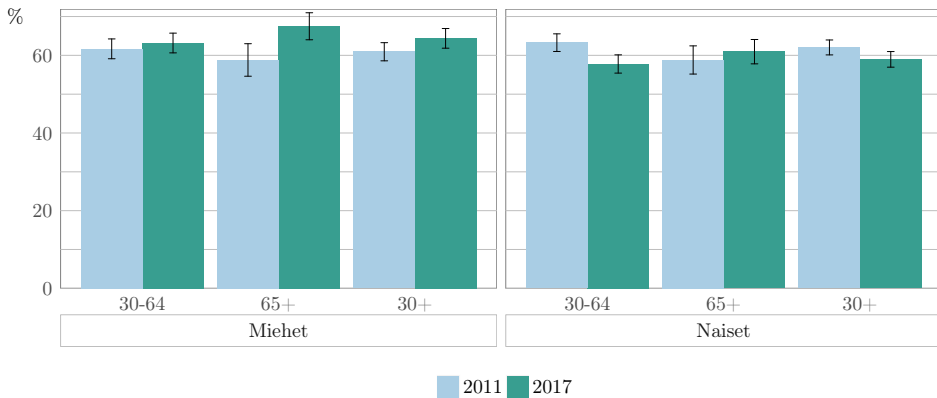
¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

Muutos 2011–2017

Vuosien 2011 ja 2017 välillä 30–64-vuotiaiden eli työikäisten naisten koettu toimeentulo huononi (kuvio 4.1). Miehillä puolestaan toimeentulo kohentui 65 vuotta täyttäneillä. Vastaavansuuntaiset muutokset vuosien 2011 ja 2017 välillä olivat tilastollisesti merkitseviä myös kaikkia 30 vuotta täyttäneitä tarkasteltaessa. Tarkasteluvuosien välillä suurten ikäluokkien eläköityminen tuli käytännössä päätökseen, millä saattaa olla vaikutusta tähän muutokseen.

Kuvio 4.1: Toimeentulonsa riittäväksi kokevien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.



Johtopäätökset

Toimeentulo-ongelmat vaihtelevat muun muassa iän, sukupuolen, työelämässä olon ja koulutuksen mukaisesti. Palvelujärjestelmää kehitettäessä tulisi tunnistaa toimeentulo-ongelmien vaikutus väestön terveyteen ja hyvinvointiin.

4.3 Työolot

Laura Kestilä ja Timo M. Kauppinen

- Naisista runsas kolmannes ja miehistä yli neljännes koki aikapulaa työssään.
- Tässä raportissa tarkasteltujen työhön liittyvien tekijöiden (mahdollisuus tehdä itsenäisiä päätöksiä työssä ja riittävästi aikaa työn tekemiseen) kokeminen vaihteli sukupuolen, iän ja koulutustason mukaan.

Työolot (fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset työympäristötekijät) vaikuttavat merkittävästi työssäkäyvien ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin sekä sitä kautta myös työurien pituuteen (Kauppinen ym. 2013). Erot työolosuhteissa ovat myös sosioekonomisten terveyserojen yksi syy (Kaikkonen ym. 2009). Työelämässä on monia piirteitä, jotka altistavat sairastumiselle. Tällaisia ovat fyysisten riskien ohella muun muassa työn vaativuus ja joustamattomuus, vähäiset vaikuttamismahdollisuudet, koettu epäoikeudenmukaisuus sekä kiusaaminen ja vähäinen sosiaalinen tuki (esim. Burgard ja Lin 2013; Siegrist ym. 2004).

Menetelmät

Työhön liittyvien tekijöiden osalta selvitettiin työssä olevilta vastaajilta, kokivatko he pystyvänsä tekemään paljon itsenäisiä päätöksiä työssään ja oliko heillä tarpeeksi aikaa saada töitä tehdyksi.

Nykytilanne

Suurempi osa työssä olevista miehistä kuin naisista arvioi voivansa tehdä paljon itsenäisiä päätöksiä työssään, ja tämä sukupuolten välinen ero oli korostunein 60–69-vuotiaiden ryhmässä (taulukko 4.8). Lisäksi korkeakoulutetut kokivat näin useammin kuin vähemmän koulutetut (ks. luku 17). Naisista runsas kolmannes ja miehistä yli neljännes arvioi, ettei heillä ollut tarpeeksi aikaa saada töitä tehdyksi. Miehillä koettu ajan puute harvinaistui iän mukana, ja naisistakin 60–69-vuotiaat kokivat ajan puutetta vähemmän kuin nuorempiin ikäryhmiin kuuluvat. Koettu aikapula oli yleisintä korkeasti koulutetuilla (ks. luku 17).

Taulukko 4.8: Työhön liittyviä tekijöitä kokevien osuus (%) työssä olevilla 30–69-vuotiailla.

	30–39	40–49	50–59	60–69	30–69 ¹
Voi tehdä paljon itsenäisiä päätöksiä työssään					
Miehet	85,4	89,5	82,5	89,5	86,2
Naiset	81,8	80,0	78,1	70,6	79,0
p^2					< 0,001
Ei ole tarpeeksi aikaa saada töitä tehdyksi					
Miehet	33,5	29,4	24,2	20,2	28,0
Naiset	36,6	38,7	36,4	31,4	36,7
p^3					< 0,001

¹ ikävakioitu

²⁻³ sukupuolten välinen tasoero

Johtopäätökset

Tässä raportissa tarkasteltujen työhön liittyvien tekijöiden kokeminen vaihteli sukupuolen, iän ja koulutustason mukaan. Työoloja kehittämällä voidaan vähentää sairastavuutta ja pidentää työuria.

5 Elämänlaatu

Seppo Koskinen, Annamari Aalto, Minna-Liisa Luoma ja Samuli Saarni

- Naisten ja miesten elämänlaadussa ei ole selkeitä eroja.
- Useimpien osoittimien valossa elämänlaatu heikkenee jonkin verran iän mukana.
- Iäkkäiden elämänlaatu on jo pitkään kohentunut, mutta työikäisillä muutokset ovat olleet vähäisiä.

Elämänlaadulle ei ole yhtä yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan elämänlaatu tarkoittaa henkilön käsitystä omasta elämäntilanteestaan suhteessa omiin päämääriin, tavoitteisiin ja odotuksiin oman kulttuurin ja arvomaailman määrittelemässä viitekehyksessä (*WHOQOL - Measuring Quality of Life* 1997). Elämänlaatu ymmärretäänkin yleensä moniulotteisena, fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen ulottuvuuden muodostamana kokonaisuutena, johon vaikuttavat mm. henkilön terveydentila ja muut ominaisuudet sekä ympäristöön liittyvät voimavarat ja vaatimukset. Nämä objektiiviset tekijät vaikuttavat elämänlaatuun henkilön oman arviointiprosessin suodattamina (Uutela ja Aro 1993). Elämänlaatu vaihtelee samalla henkilöllä eri ajankohtina ja tilanteissa. Terveydentila ja sen muutokset muokkaavat sekä henkilön tilannetta eri elämänalueilla että näiden elämänalueiden tärkeyttä henkilön arvioidessa omaa elämäänsä (Aalto ym. 2016).

Suomessa iäkkään väestön elämänlaatu kohentui 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä tuntuvasti, ja 45–64-vuotiaidenkin ryhmässä nähtiin lievää myönteistä kehitystä, mutta tätä nuorempien keskuudessa muutoksia ei tapahtunut (Saarni ym. 2012).

Menetelmät

Oma arvio elämänlaadusta mitattiin kysymällä kahden viime viikon ajalta ”millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?”. Viisi vastausvaihtoehtoa olivat erittäin huonoksi, huonoksi, ei hyväksi eikä huonoksi, hyväksi ja erittäin hyväksi. Tässä raportissa tarkastellaan itse arvioitua elämänlaatua sekä kaksiluokkaisena (erittäin hyvä tai hyvä vs. muut vaihtoehdot) että kolmiluokkaisena (erittäin hyvä tai hyvä, kohtalainen eli ei hyvä eikä huono, huono tai erittäin huono).

Elämänlaatua mitattiin lisäksi WHOQOL-mittarista lyhennetyllä EUROHIS-QOL-8 elämänlaatuasteikolla (Schmidt ym. 2006). Vastauksista laskettiin keskiarvo asteikolla 1–5.

Lisäksi tässä luvussa tarkastellaan tyytyväisyyttä kolmeen laajaan elämänalueeseen. Viisi vastausvaihtoehtoa olivat erittäin tyytyväinen, tyytyväinen, jokseenkin tyytyväinen, tyytymätön ja erittäin tyytymätön. Tässä raportissa tarkastellaan erittäin tyytyväisten tai tyytyväisten osuutta. Tarkasteltavat elämänalueet heijastavat Allardtin (Allardt 1976) esittämää hyvinvoinnin ulottuvuuksien jäsenystä: tyytyväisyys taloudelliseen tilanteeseen kuvaa aineellista elintasoja (having), tyytyväisyys perhe-elämään on yhteisyysuhteiden (loving) osoitin ja tyytyväisyys saa-

5. ELÄMÄNLAATU

vutuksiin elämässä ilmaisee itsensä toteuttamista (being).

Nykytilanne

Naiset ja miehet arvioivat oman elämänlaatunsa yhtä hyväksi. Myöskään Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittarin mukaan naisten ja miesten välillä ei ollut eroa. (Taulukko 5.1.) Ikä sen sijaan oli johdonmukaisessa yhteydessä kumpaankin elämänlaatumittariin. Etenkin oma arvio elämänlaadusta heikkeni tuntuvasti iän karttuessa, ja tämä korostui 70. ikävuoden jälkeen. Neljä viidesosaa 30–49-vuotiaista piti elämänlaatuun hyvänä tai erittäin hyvänä, mutta 80 vuotta täyttäneistä enää puolet.

Taulukko 5.1: Elämänlaatu eri osoittimien mukaan.

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Oma arvio elämänlaadusta (%)							
Miehet							
Hyvä	80,9	79,8	72,7	74,6	69,6	53,0	74,3
Kohtalainen	15,9	17,3	22,5	21,1	27,7	36,6	21,6
Huono	3,2	2,8	4,8	4,3	2,7	10,4	4,0
Naiset							
Hyvä	84,8	79,8	75,4	76,4	62,5	49,4	74,8
Kohtalainen	10,7	16,2	17,8	20,3	33,0	43,6	20,4
Huono	4,5	4,0	6,9	3,3	4,4	7,0	4,7
p ²							0,282
Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittari (keskiarvo, EUROHIS-QOL-8, asteikko 1-5)							
Miehet	4,0	4,0	3,9	4,0	4,0	3,8	4,0
Naiset	4,0	4,0	4,0	4,0	3,9	3,8	4,0
p ³							0,560
Taloudelliseen tilanteeseensa tyytyväisten osuus (%)							
Miehet	48,8	50,0	51,0	58,8	63,7	59,2	54,2
Naiset	45,4	47,9	52,0	56,2	59,9	53,4	52,0
p ⁴							0,154
lkm	330 000	323 000	378 000	427 000	298 000	159 000	1 916 000
Niiden osuus, jotka ovat tyytyväisiä saavutuksiinsa elämässä (%)							
Miehet	64,4	67,2	66,9	65,8	68,1	67,1	66,4
Naiset	71,8	75,0	74,8	68,6	66,4	59,8	70,8
p ⁵							0,005
lkm	476 000	469 000	520 000	500 000	325 000	179 000	2 468 000
Perhe-elämäänsä tyytyväisten osuus (%)							
Miehet	80,7	76,5	76,8	78,2	77,8	72,5	77,6
Naiset	79,7	78,9	78,0	79,0	71,8	63,5	77,0
p ⁶							0,605
lkm	561 000	514 000	569 000	584 000	360 000	191 000	2 779 000

¹ ikävakiointu

² sukupuolten välinen tasoero

³ sukupuolten välinen tasoero

⁴ sukupuolten välinen tasoero

⁵ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

⁶ sukupuolten välinen tasoero

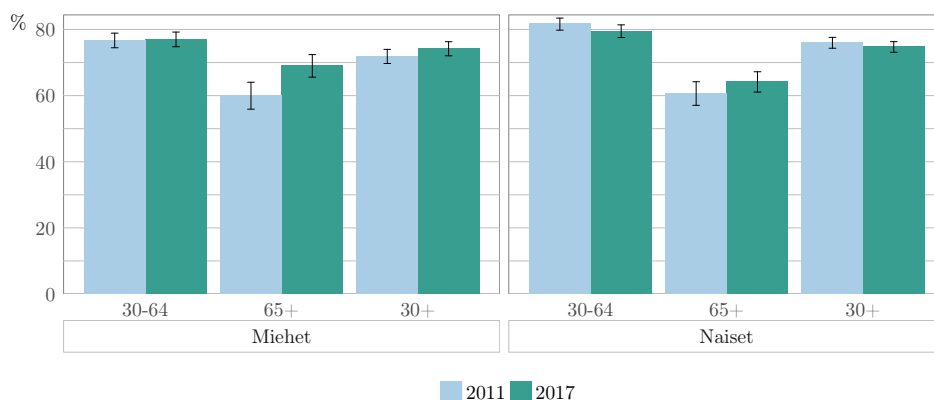
Suomen aikuisväestöstä noin kolme neljäsosaa osoittautui olevan tyytyväisiä

perhe-elämäänsä, kaksi kolmasosaa oli tyytyväisiä saavutuksiinsa elämässä, mutta taloudelliseen tilanteeseensa tyytyväisiä oli vain noin puolet. Taloudelliseen tilanteeseensa tyytyväisimpiä olivat 60 vuotta täyttäneet naiset ja miehet, tyytymättömmimpiä puolestaan alle 40-vuotiaat. Sen sijaan tyytyväisyys perhe-elämään väheni iän mukana; etenkin 80 vuotta täyttäneistä muita ikäryhmiä pienempi osuus oli tyytyväisiä perhe-elämäänsä. Kaikissa ikäryhmissä miehistä noin kaksi kolmasosaa oli tyytyväisiä saavutuksiinsa elämässä, mutta naisilla tyytyväisyys saavutuksiin elämässä oli vähäisempää iäkkäimpien, etenkin 80 vuotta täyttäneiden keskuudessa. Muutoin sukupuolten välillä ei ollut selviä eroja tyytyväisyydessä näihin elämänalueisiin.

Muutos 2011–2017

30 vuotta täyttäneiden miesten elämänlaatu näyttää parantuneen vuodesta 2011 vuoteen 2017. Myönteinen muutos ilmenee kuitenkin lähinnä eläkeikäisten keskuudessa. Myös eläkeikäisten naisten elämänlaatu näyttää hieman parantuneen, mutta työikäisten naisten ja miesten kohdalla tilanne on säilynyt ennallaan (kuvio 5.1). Tyytyväisyydestä eri elämänalueisiin ei ole käytettävissä vertailukelpoisia tietoja vuodelta 2011.

Kuvio 5.1: Elämänlaatunsa hyväksi kokevien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.



Johtopäätökset

Naisten ja miesten välillä ei havaittu eroja elämänlaadussa, ja sukupuolten väliset erot olivat melko vähäisiä myös tyytyväisyydessä taloudelliseen tilanteeseen, perhe-elämään ja saavutuksiin elämässä. Useimpien mittarien valossa elämänlaatu heikkeni iän myötä. Selkeimmin tämä ilmeni tarkasteltaessa omaa arviota elämänlaadusta. Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittarin arvot samoin kuin tyytyväisyys perhe-elämään olivat muita ikäryhmiä alhaisemmat vasta kaikkein varttuneimmissa ikäryhmissä, ja tyytyväisyys taloudelliseen tilanteeseen jopa koheni iän mukana.

Aikuisväestön elämänlaatu on parantunut 2010-luvulla, mutta merkittävästi vain vanhimmissa ikäryhmissä. Iäkkään väestön elämänlaadun koheneminen on jatkunut jo pitempään (Saarni ym. 2012).

6 Elintavat

6.1 Tupakointi

Antero Heloma, Otto Ruokolainen ja Hanna Ollila

- Päivittäin tupakoi 30 vuotta täyttäneistä miehistä 16 prosenttia ja naisista 11 prosenttia.
- Päivittäinen tupakointi on vähentynyt työikäisessä väestössä.
- Eläkeikäisessä väestössä tupakoinnin yleisyys on säilynyt ennallaan.
- Nuuskan ja sähkösavukkeiden käyttö on vähäistä ja keskittyy työikäisiin miehiin.

Tupakointi on merkittävin yksittäinen elintapoihin liittyvä kuolleisuuden vaikuttava riskitekijä. Joka toisen tupakoijan kuolema aiheutuu tupakoinnista ja tupakoija menettää keskimäärin kymmenen elinvuotta tupakointinsa takia. Keuhkosyövistä 80–90 prosenttia aiheutuu tupakoinnista. Tupakointi on merkittävä tekijä myös useissa muissa syövässä, verenkiertoelinten sairauksissa ja keuhkohtaumataudissa. Suomessa väestön tupakointi on ollut laskussa 2000-luvun alusta alkaen ja laskevan suunnan ennustetaan jatkuvan niin, että Maailman terveysjärjestön tavoite tupakoinnin yleisyyden vähenemisestä 30 prosentilla vuodesta 2013 vuoteen 2025 voidaan saavuttaa sekä miehillä että naisilla (Heloma ym. 2015).

Menetelmät

Tutkittavilta kysyttiin tupakka- ja nikotiinituotteiden käytöstä ja niihin liittyvistä tekijöistä kahdella kysymyslomakkeella. Ensimmäisen lomakkeen kysymykset oli suunnattu kaikille vastaajille ja toisen lomakkeen kysymykset niille, jotka tupakoivat nykyisin tai olivat joskus elämänsä aikana tupakoineet säännöllisesti. Kysymyksissä kartoitettiin tupakka- ja muiden nikotiinituotteiden käyttöä ja näiden pohjalta muodostettiin päivittäin nikotiinituotteita (pois lukien nikotiinikorvaushoitotuotteet) käyttävien osuutta kuvaava indeksi. Nikotiiniriippuvuutta arvioitiin kahdesta kysymyksestä koostuvan Fagerströmin testin avulla (ns. Heaviness of Smoking Index, HSI-testi) (Heatherton ym. 1989). Lisäksi kartoitettiin ympäristön tupakan-savulle altistumista.

Nykytilanne

Miehistä 16 prosenttia ja naisista 11 prosenttia tupakoi päivittäin (taulukko 6.1). Siten päivittäin tupakoivia aikuisia on Suomessa lähes puoli miljoonaa. Satunnaisesti tupakoivia oli miehistä kahdeksan prosenttia ja naisista viisi prosenttia. Sekä päivittäinen että satunnainen tupakointi olivat työikäisessä väestössä selvästi yleisempiä kuin vanhemmissa ikäryhmissä. Sekä nuuskan että sähkösavukkeiden käyttö painottui vahvasti alle 50-vuotiaisiin miehiin; näistä joka kymmenes käytti nuuskaa ja viisi prosenttia sähkösavukkeita päivittäin tai satunnaisesti. Naisilla nuuskan ja sähkösavukkeiden käyttö oli erittäin vähäistä.

6. ELINTAVAT

Taulukko 6.1: Tupakointi nykyisin (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Miehet							
Päivittäin	18,3	17,4	19,8	17,5	7,9	1,6	15,6
Satunnaisesti	13,7	12,4	8,0	4,4	3,0	.	7,9
Ei lainkaan	68,1	70,2	72,2	78,1	89,1	98,4	76,4
Naiset							
Päivittäin	12,9	13,3	13,5	11,2	4,4	0,5	10,7
Satunnaisesti	10,1	6,0	5,0	3,5	1,0	1,1	5,0
Ei lainkaan	77,1	80,7	81,6	85,3	94,6	98,4	84,3
p ²							< 0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Joka viides mies ja joka kymmenes nainen käytti jotakin tupakkatuotetta (mu-
kaan lukien nuuska) tai sähkösavuketta päivittäin (taulukko 6.2). Nikotiinin koko-
naiskäyttö väheni sekä miehillä että naisilla huomattavasti 70. ikävuodesta alkaen.

Taulukko 6.2: Nikotiinin kokonaiskäytön indeksi (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Miehet	27,2	23,9	24,2	18,3	7,7	1,8	19,8
Naiset	14,8	14,1	13,6	12,9	4,3	1,8	11,8
p ²							< 0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

Päivittäin tupakoivista joka toisella miehellä ja lähes 40 prosentilla naisista oli
vahva tai hyvin vahva nikotiiniriippuvuus (taulukko 6.3).

Taulukko 6.3: Nikotiiniriippuvuuden vahvuus (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Miehet							
Vähäinen riippuvuus	51,9	42,5	46,8	47,2	46,7	62,4	47,5
Kohtalainen riippuvuus	17,6	15,8	17,6	19,0	18,1	20,0	17,7
Vahva riippuvuus	22,8	26,4	19,1	20,7	25,3	7,9	22,0
Hyvin vahva riippuvuus	7,7	15,3	16,5	13,1	9,9	9,7	12,8
Naiset							
Vähäinen riippuvuus	64,3	57,3	60,4	63,5	63,3	80,0	62,2
Kohtalainen riippuvuus	15,3	20,2	16,2	13,2	15,3	9,1	15,8
Vahva riippuvuus	16,4	15,5	17,4	17,4	16,3	7,9	16,4
Hyvin vahva riippuvuus	4,1	7,1	6,0	5,9	5,1	3,0	5,6
p ²							< 0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

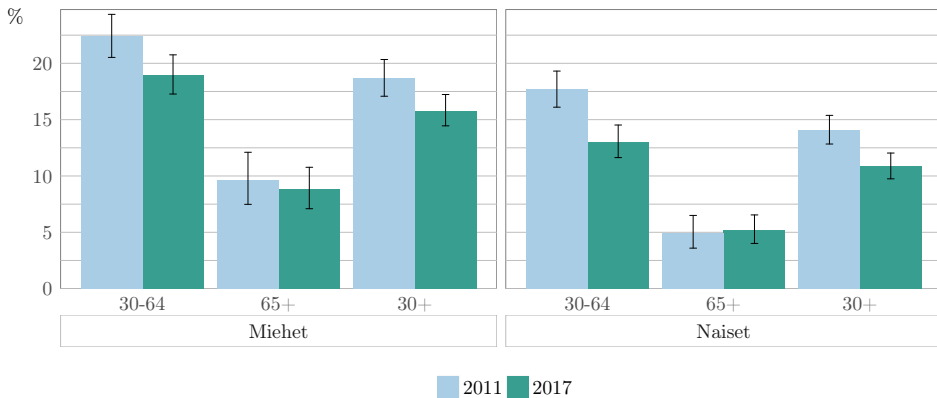
Ympäristön tupakansavulle altistui päivittäin vähintään tunnin ajan kuusi prosenttia miehistä ja kolme prosenttia naisista.

Tupakoinnissa koulutusryhmittäiset erot ovat edelleen suuria ja tupakointi on keskeisimpiä väestön terveyserojen aiheuttajia. Perus- ja keskiasteen koulutetuilla miehillä päivittäinen tupakointi on kaksinkertaista verrattuna korkea-asteen koulutuksen saaneisiin miehiin. Naisilla erot ovat lähes yhtä suuret.

Muutos 2011–2017

Päivittäin tupakoivien työikäisten osuus väheni vuodesta 2011 vuoteen 2017 (kuvio 6.1); alle 65-vuotiaiden tupakoivien miesten osuus laski 22 prosentista 19 prosenttiin ja naisten vastaavasti 18 prosentista 13 prosenttiin. Päivittäin tupakoivien ikääntyvien miesten ja naisten osuudet säilyivät suunnilleen ennallaan; lähes 10 prosenttia yli 65-vuotiaista miehistä ja 5 prosenttia samanikäisistä naisista tupakoi päivittäin.

Kuvio 6.1: Päivittäin tupakoivien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.



Johtopäätökset

Tupakointi on vähentynyt työikäisessä väestössä, mutta päivittäin tupakoivien aikuisten osuus on kuitenkin vielä kaukana tupakkalain tavoitetasosta (alle 5 prosenttia väestöstä käyttää tupakka- tai nikotiinituotteita päivittäin vuonna 2030). Satunnaistupakointi on päivittäistä tupakointia vähäisempää, mutta edelleen melko yleistä erityisesti miehillä. Tupakoinnin yleisyyden laskun jatkumisen ja nopeuttamisen varmistamiseksi tulee maakuntien sote-palveluissa kiinnittää erityistä huomiota hyvin koulutettujen asiantuntijoiden tarjoamien tupakkavieroituspalvelujen saatavuuteen. Tupakoinnin vähentämiseen tähtäävissä toimenpiteissä, erityisesti tupakkavieroituspalvelujen toteuttamisessa, on kiinnitettävä huomiota koulutusryhmien välisiin eroihin tupakoinnin yleisyydessä. Vähemmän koulutetut voivat kokea korkeammin koulutettuja enemmän esteitä tupakoinnin lopettamisessa, minkä vuoksi eritoten tälle ryhmälle sopivia tukimuotoja on tärkeä tarjota. Tupakoinnin laskun jatkuminen on tärkeää kansanterveyden edistämisen kannalta ja tupakkalaissa asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi.

6.2 Alkoholin käyttö

Pia Mäkelä, Satu Männistö, Hannu Alho, Annamari Lundqvist ja Janne Härkönen

- Raittius on yleistynyt vuosien 2011 ja 2017 välillä.
- Humalajuominen on vähentynyt työikäisessä väestössä, mutta yleistynyt eläkeikäisessä väestössä viimeisen kuuden vuoden aikana.
- Humalajuominen on kuitenkin suhteellisen yleistä: 840 000 aikuista käyttää vähintään kuukausittain kerralla 6 alkoholiannosta tai enemmän. Humalajuominen on miehillä huomattavasti yleisempää kuin naisilla, ja yleisintä se on miehistä 40–59-vuotiailla ja naisista 50–59-vuotiailla.

Suomalaisten alkoholin käyttö lisääntyi vuosikymmenien ajan aina vuoteen 2007 asti. Kulutuksen kasvaessa alkoholista johtuvat syyt nousivat yhdeksi tärkeimmistä työikäisen väestön kuolemansyistä (*Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt 2017*). Vuoden 2007 jälkeen alkoholin kokonaiskulutus on vähentynyt noin 15 prosentilla. Alkoholin riskikäyttöä on kahta tyyppiä. Korkea keskimääräinen kulutustaso lisää erilaisten sairauksien riskiä, joista maksasairaudet ovat kuolemansyynä yleisin. Humalajuominen, eli suuri kerralla juotu alkoholimäärä, lisää erityisesti tapaturmien riskiä.

Menetelmät

Alkoholin käyttöä kartoitettiin kyselylomakkeella. Raittiiksi määriteltiin ne, jotka ilmoittivat olleensa koko elämänsä raittiina tai lopettaneensa alkoholin käytön. Alkoholin käytön useutta mitattiin kysymällä ”Kuinka usein juotte alkoholia sisältäviä juomia?” ja humalajuomista kysymällä ”Kuinka usein olette juonut kerralla 6 alkoholiannosta tai enemmän?”. Vastausvaihtoja molemmissa kysymyksissä oli 5.

Riskikäyttöä arvioitiin myös AUDIT-C-mittarilla, joka yhdistää tiedot alkoholin käytön useudesta, tyypillisesti kerralla käytetyistä alkoholimääristä ja humalajuomisesta (vähintään 6 alkoholiannosta kerralla).

Nykytilanne

Vajaa viidennes aikuisista ilmoitti, ettei käytä lainkaan alkoholia (taulukko 6.4). Alkoholia käyttämättömien osuus oli eläkeikäisessä väestössä, erityisesti vanhimmissa ikäryhmissä, huomattavasti suurempi kuin työikäisessä väestössä. Alkoholia käyttämättömien naisten osuus oli suurempi kuin miesten, erityisesti nuorimmissa ikäluokassa ja yli 60-vuotiailla. Raittiutta kysyttäessä saatiin samansuuntaisia tuloksia.

Useammin kuin kerran viikossa alkoholia käyttävien osuus oli suurin 40–69-vuotiailla. Tämän ikäisistä miehistä kolmannes ja naisista vajaa viidennes ilmoitti käyttävänsä alkoholia useammin kuin kerran viikossa.

Humalajuomisessa ikäryhmien ja sukupuolten väliset erot olivat vielä merkittävämmät: useampi kuin joka kolmas mies ja noin joka kymmenes nainen ilmoitti juovansa ainakin kuukausittain kerralla vähintään 6 alkoholiannosta (taulukko 6.5). Väestötasolla tämä tarkoittaa 840 000 aikuista. Kuukausittain toistuva humalajuo-

Taulukko 6.4: Alkoholin käytön useus (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Miehet							
Ei koskaan	9,0	11,0	13,3	17,2	20,3	40,2	15,7
Enintään kerran viikossa	66,3	57,8	52,5	49,8	55,4	42,7	55,3
2–3 kertaa viikossa	19,5	22,7	24,0	22,9	15,4	10,2	20,5
4 kertaa tai useammin viikossa	5,2	8,4	10,3	10,0	8,9	6,9	8,5
Naiset							
Ei koskaan	12,6	10,8	12,7	22,4	35,7	54,9	20,3
Enintään kerran viikossa	78,3	72,5	67,7	60,0	54,5	39,6	65,4
2–3 kertaa viikossa	7,6	14,8	16,8	14,1	7,1	2,6	11,8
4 kertaa tai useammin viikossa	1,6	1,8	2,8	3,4	2,8	2,8	2,5
p ²							0,002

¹ ikävakioitu² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

minen oli yleisintä 40–59-vuotiailla miehillä ja 50–59-vuotiailla naisilla. Viikoittainen humalakulutus oli yleisintä 50–59-vuotiailla. Samansuuntaisia tuloksia saatiin, kun riskikäyttöä arvioitiin AUDIT-C-mittarilla.

Taulukko 6.5: Kerralla vähintään kuusi alkoholiannosta juovien osuus (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Miehet							
Ei koskaan	14,9	16,1	21,7	28,9	47,5	73,7	27,8
Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	49,7	43,8	40,3	39,3	37,4	20,1	40,8
Kerran kuukaudessa	22,9	25,1	20,7	18,0	9,4	3,2	18,7
Viikoittain	12,5	15,0	17,3	13,8	5,7	3,0	12,7
Naiset							
Ei koskaan	26,1	32,4	43,5	64,7	82,5	97,3	51,3
Harvemmin kuin kerran kuukaudessa	62,7	57,5	42,5	28,2	14,7	2,1	39,8
Kerran kuukaudessa	8,8	5,8	8,8	5,1	2,1	0,6	6,0
Viikoittain	2,4	4,3	5,3	2,0	0,8	.	2,9
p ²							< 0,001

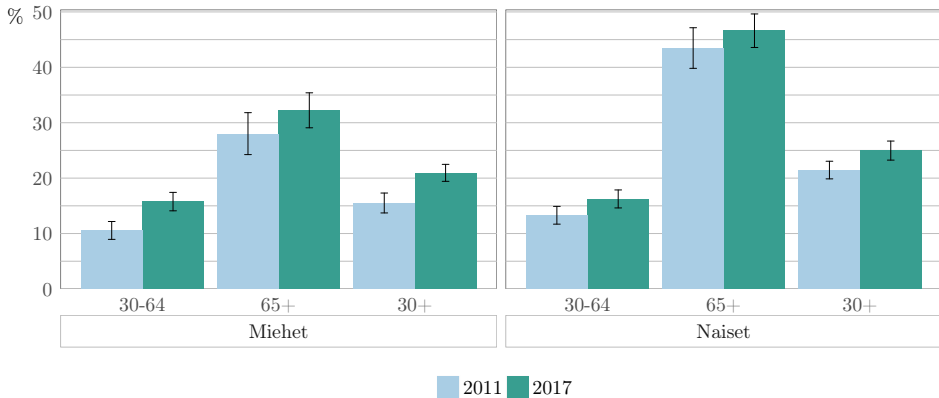
¹ ikävakioitu² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Muutos 2011–2017

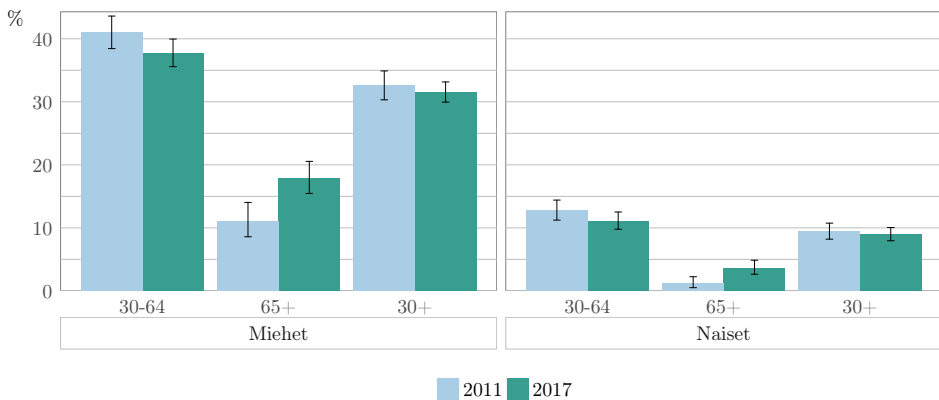
Raittius yleistyi vuosien 2011 ja 2017 välillä: raittiiden miesten osuus kasvoi 15 prosentista 21 prosenttiin ja naisten 21 prosentista 25 prosenttiin (kuvio 6.2).

Humalajuominen väheni työikäisessä väestössä, mutta lisääntyi eläkeikäisillä (kuvio 6.3). Vähintään kuukausittain 6 annosta tai enemmän alkoholia kerralla juoneiden työikäisten miesten osuus pieneni 41 prosentista 38 prosenttiin ja naisten osuus 13 prosentista 11 prosenttiin. Vastaava osuus yli 65-vuotiailla kasvoi miehillä 11 prosentista 18 prosenttiin ja naisilla 1 prosentista 4 prosenttiin. Tulokset olivat samanlaiset, kun riskikäyttöä arvioitiin AUDIT-C-mittarilla.

Kuvio 6.2: Raittiuden yleisyys (%) vuosina 2011 ja 2017.



Kuvio 6.3: Kuukausittain vähintään kuusi alkoholiannosta kerralla juovien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.



Johtopäätökset

Alkoholinkulutus ja vakavat alkoholinkulutukseen liittyvät terveyshaitat ovat Suomessa vähentyneet vuoden 2007 jälkeen (*Päihdetilastollinen vuosikirja 2017: Alkoholi ja huumeet 2017*). Alkoholipolitiikassa tulisi huolehtia siitä, että tämä terveyden kannalta positiivinen kehitys jatkuu.

Eläkeikäisillä alkoholin riskikäyttö on kuitenkin lisääntynyt, ja samoin on käynyt eläkeikäisten alkoholikuolleisuudelle (*Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt 2017*). Tästä voi myös aiheutua lisäkuormitusta ikääntyvän väestön terveydenhuollolle ja siihen liittyville palvelujärjestelmille.

Keskeisiä keinoja alkoholihaittojen hallitsemiseksi ovat ongelmien varhainen tunnistaminen ja puheeksi ottaminen, käytön vähentämisen neuvonta sekä tarvittaessa hoitoon ohjaus. Näitä toimia olisi tarpeen lisätä sekä keski-ikäisillä, joilla vakavat haitat ja riskikulutus ovat yleisimpiä, että eläkeikää lähestyvillä ja eläkeikäisessä väestössä, joilla ne ovat lisääntyneet.

6.3 Ruokatottumukset

Liisa Valsta, Annamari Lundqvist, Niina Kaartinen, Susanna Raulio, Katri Sääksjärvi ja Satu Männistö

- Aikuisten ruokatottumukset ovat huonontuneet viimeisen kuuden vuoden aikana.
- Vain joka kymmenes mies ja joka viides nainen syö kasviksia ja hedelmiä suositusten mukaan.
- Alle kolmannes aikuisista käyttää suositeltua levitettä leivällä.
- Jodioitua suolaa käyttää kaksi kolmasosaa aikuisista.
- Puolet niistä työikäisistä, joilla on mahdollisuus lounastaa työpaikalla tai oppilaitosruokalassa käyttää tätä mahdollisuutta.

Ravitsemussuositusten tavoitteena on parantaa väestön terveyttä kannustamalla hyvinvointia edistäviin ruokavalintoihin (*Terveyttä ruoasta. Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014* 2014). Suosituksia on annettu aterioinnista, ruokavalinnoista ja ravintoaineiden saannista. Terveyttä ylläpitäviä ruokatottumuksia tuetaan myös ruokapalveluita kehittämällä ja ruokapalveluiden saatavuutta parantamalla. Työpaikkaruokailuun on kiinnitetty erityistä huomiota väestöryhmien välisten ravitsemuksellisten erojen kaventamiseksi. Aikuisväestön ruokatottumuksia on Suomessa seurattu jo noin neljän vuosikymmenen ajan. Vaikka kasvisten ja hedelmien kulutus on lisääntynyt ja ruokavalion rasvan laatu parantunut, moni syö suosituksiin nähden liian vähän kasviksia ja hedelmiä sekä liikaa tyydyttyynyttä rasvaa (Männistö ym. 2012). Osalla suomalaisista jodin saanti on niukkaa. Maidon ja maitovalmisteiden ohella merkittävä jodin lähde on jodioitu suola ja siksi käytetyn suolan on syytä olla jodioitua (*Terveyttä ruoasta. Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014* 2014). Tähän lukuun on koottu tulokset lounasruokailusta, suositusten mukaisista elintarvikevalinnoista, jodioidun suolan käytöstä sekä esimerkkejä ruokavalintojen muutoksista vuosina 2011–2017.

Menetelmät

Tietoja ruokatottumuksista kerättiin kyselylomakkeella. Ateriointia kartoitettiin kysymällä, kuinka monena arkipäivänä viikossa tutkittavat söivät lounaan, ja missä he useimmiten sen nauttivat. Lisäksi tiedusteltiin, oliko tutkittavilla mahdollisuus syödä lounas työpaikalla- tai oppilaitosruokalassa. Raportointia varten tulokset rajattiin 30-69-vuotiaisiin.

Ruokavalintoja kartoitettiin kysymällä, miten usein 7 viime päivän aikana tutkittavat olivat syöneet vihanneksia ja juureksia (ei perunaa) sellaisenaan, raasteena tai tuoresalaattina sekä hedelmiä tai marjoja. Vuoden 2017 tulosten raportoinnissa suosituksen mukaan kasviksia sekä hedelmiä tai marjoja käyttäviksi luokiteltiin ne, jotka olivat valinneet vastausvaihtoehdon ”useita kertoja päivässä”. Vuosien 2011 ja 2017 välistä muutosta arvioitaessa tarkasteltiin vastausvaihtoehdon ”6-7 päivänä” ja ”useita kertoja päivässä” valinnoita tulosten vertailukelpoisuuden varmistami-

seksi.

Tutkittavilta kysyttiin myös, mitä rasvaa he käyttivät enimmäkseen leivällä ja ruoanvalmistuksessa. Vuoden 2017 tulosten raportoinnissa tarkasteltiin suositeltujen, vähintään 60 prosenttia rasvaa sisältävien, kasviöljypohjaisten levitteiden käyttöä. Arvioitaessa vuosien 2011 ja 2017 välillä tapahtunutta muutosta, tarkasteluun valittiin 40-80 prosenttia rasvaa sisältävät kasviöljypohjaiset levitteet tulosten vertailukelpoisuuden säilyttämiseksi. Suositeltaviksi ruoanvalmistusrasvoiksi luokiteltiin kasviöljyt, juoksevat kasviöljyvalmisteet ja vähintään 60 prosenttia rasvaa sisältävät kasviöljypohjaiset rasvalevitteet. Suolan osalta tiedusteltiin, mitä suolaa tutkittavat pääasiassa käyttivät kotonaan. Raportoinnissa tarkasteltiin jodioitua suolaa käyttävien osuutta.

Nykytilanne

Noin kolme neljästä aikuisesta söi arkipäivisin lounaan, naiset miehiä hiukan useammin (taulukko 6.6). Joka toisella työssä käyvällä tai opiskelevalla miehellä ja kuudella kymmenestä tähän ryhmään kuuluvalla naisella oli mahdollisuus ruokailla työpaikka- tai oppilaitosruokalassa. Puolet niistä, joilla tämä mahdollisuus oli, ilmoitti käyttäneensä näitä ruokapalveluita hyväkseen.

Taulukko 6.6: Lounaan syöminen (%) 30–69-vuotiailla.

	30–39	40–49	50–59	60–69	30–69 ¹
Joka arkipäivä lounaan syövien osuus					
Miehet	75,2	73,5	68,1	69,8	71,7
Naiset	83,8	76,6	73,4	77,2	77,7
p ²					< 0,001
Mahdollisuus käydä syömässä työpaikka- tai oppilaitosruokalassa*					
Miehet	55,1	49,6	48,3	33,7	49,0
Naiset	61,1	63,7	65,5	49,2	61,8
p ³					< 0,001
Työpaikka- tai oppilaitosruokalaa käyttävien osuus †					
Miehet	52,0	56,1	48,4	50,4	52,0
Naiset	51,0	50,0	45,5	42,3	48,3
p ⁴					0,140

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

³ sukupuolten välinen tasoero

⁴ sukupuolten välinen tasoero

* työssäkäyvien ja opiskelijoiden keskuudessa

† niistä, joilla on mahdollisuus siihen

Vain noin joka kymmenes mies söi tuoreita kasviksia useita kertoja päivässä (taulukko 6.7). Naisistakin vain joka viides käytti kasviksia suosituksen mukaan. Myös hedelmien ja marjojen syönti oli suosituksia vähäisempää: vain joka kymmenes mies ja viides nainen söi hedelmiä tai marjoja useita kertoja päivässä. Suositusten mukaan kasviksia käyttävien osuus pieneni, mutta hedelmiä ja marjoja

6. ELINTAVAT

käyttävien osuus suureni iän myötä.

Taulukko 6.7: Suositeltavat elintarvikevalinnat (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Syö tuoreita kasviksia useita kertoja päivässä							
Miehet	13,9	7,9	7,6	6,8	6,5	4,8	8,3
Naiset	22,5	18,7	16,0	16,4	11,8	9,1	16,8
p ²							< 0,001
lkm	126 000	87 000	87 000	88 000	45 000	22 000	455 000
Syö hedelmiä tai marjoja useita kertoja päivässä							
Miehet	8,8	5,9	8,5	12,6	14,5	13,4	9,9
Naiset	18,1	17,7	22,1	26,9	22,6	17,4	21,1
p ³							< 0,001
lkm	93 000	77 000	112 000	148 000	92 000	46 000	569 000
Kasviöljypohjaista levitettä leivällä käyttävät (väh. 60% rasvaa)							
Miehet	19,1	27,8	31,8	31,2	31,4	30,7	28,4
Naiset	21,8	24,6	28,9	32,4	31,3	30,7	27,9
p ⁴							0,691
lkm	143 000	174 000	223 000	236 000	152 000	88 000	1 015 000
Ruoanvalmistuksessa kasviöljyä tai kasviöljypohjaista valmistetta käyttävät							
Miehet	64,3	64,1	63,6	62,4	58,5	55,3	62,2
Naiset	69,0	63,4	66,0	63,5	61,3	43,5	63,4
p ⁵							0,345
lkm	466 000	421 000	476 000	468 000	291 000	136 000	2 257 000
Jodioitua suolaa käyttävät*							
Miehet	58,8	59,2	71,4	79,1	78,6	82,9	70,2
Naiset	60,2	65,2	76,5	76,5	77,2	79,4	71,7
p ⁶							0,342

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

³ sukupuolten välinen tasoero

⁴ sukupuolten välinen tasoero

⁵ sukupuolten välinen tasoero

⁶ sukupuolten välinen tasoero

* niistä, jotka käyttävät suolaa

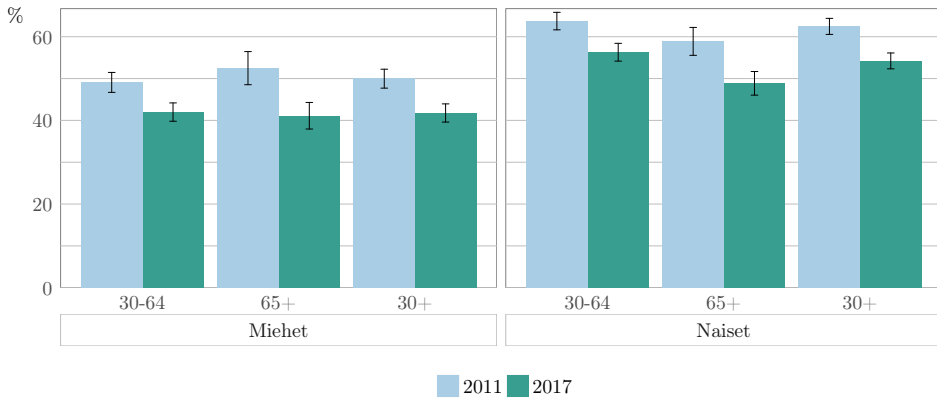
Alle kolmannes aikuisista käytti suositeltua levitettä leivällä. Osuus oli erityisen pieni alle 40-vuotiaiden ikäryhmässä, jossa suosituksen täytti vain joka viides. Suositeltavia ruoanvalmistusrasvoja, valtaosin kasviöljyä, käytti kuusi kymmenestä aikuisesta. Lähes kolme neljästä aikuisesta käytti jodioitua suolaa. Jodioidun suolan käyttö oli yleisintä yli 50-vuotiailla.

Korkeasti koulutettujen ruokatottumukset olivat monessa suhteessa paremmat vähemmän koulutettuihin verrattuna (ks. luku 17) ja esimerkiksi kasvisten ja hedelmien käyttö oli korkeasti koulutetuilla huomattavasti yleisempää kuin vähemmän koulutetuilla. Korkeasti koulutetuilla myös työpaikka- tai oppilaitosruokailumahdollisuus oli yli kaksi kertaa yleisempi vähiten koulutettuihin verrattuna.

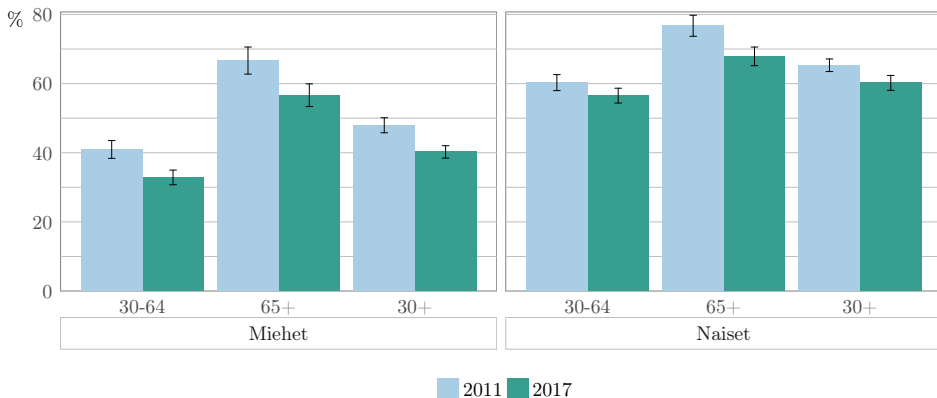
Muutos 2011–2017

Sekä kasvien että hedelmien ja marjojen kulutus kehittyi epäedulliseen suuntaan (kuviot 6.4, 6.5). Kun vuonna 2011 noin 50 prosenttia miehistä ja yli 60 prosenttia naisista söi kasviksia tai hedelmiä ja marjoja päivittäin tai lähes päivittäin, vuonna 2017 vastaavat luvut olivat kasviksille 42 prosenttia ja 54 prosenttia ja hedelmille ja marjoille 40 prosenttia ja 60 prosenttia.

Kuvio 6.4: Kasviksia päivittäin tai lähes päivittäin käyttävien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.

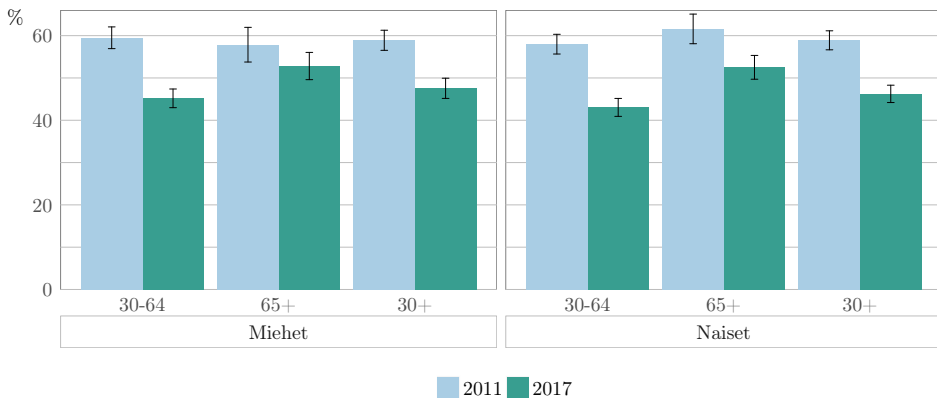


Kuvio 6.5: Hedelmiä tai marjoja päivittäin tai lähes päivittäin käyttävien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.



Kasviöljypohjaista leivettä leivällä käyttävien osuus pieneni vuosien 2011 ja 2017 välillä: miehillä osuus laski 59 prosentista 48 prosenttiin ja naisilla 59 prosentista 46 prosenttiin (kuvio 6.6). Myös suositeltavia ruoanvalmistusrasvoja käyttävien osuus pieneni sekä miehillä (70 prosentista 62 prosenttiin) että naisilla (73 prosentista 64 prosenttiin).

Kuvio 6.6: Kasviöljypohjaista levitettä (40-80% rasvaa) leivällä käyttävien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.



Johtopäätökset

Suomessa lounas on säilyttänyt tärkeän paikkansa aterijärjestyksessä. Mahdollisuus työpaikka- ja oppilaitosruokailuun on noin joka toisella työssäkäyvällä ja opiskelijalla. Varhaiskasvatuksen ja koulun rooli lasten ja nuorten ruokakasvatuksessa ja ravitsemuksessa on merkittävä terveyden tasa-arvoa edistävä tekijä. Aikuisilla terveyden tasa-arvoa voitaisiin edistää tarjoamalla työpaikka- ja oppilaitosruokailumahdollisuus useammille, erityisesti ammattiteissa, joissa on perus- ja keskiasteen tutkinnon suorittaneita. Kehityssuuntaa terveyttä edistävässä keskeisissä ruokavalinnoissa, kuten kasvisten, hedelmien ja marjojen kulutuksessa sekä rasvavaihteiden laadussa on epäedullinen. Erityisen huolestuttavaa on se, että työikäisten ruokavalinnat eivät monilta osin vastaa ravitsemussuosituksia. Viitteitä tästä kehityksestä oli nähtävissä jo vuonna 2011 (Männistö ym. 2012). Ruokatottumusten epäedullista kehityssuuntaa ei ole saatu vuoteen 2017 mennessä taittumaan. Terveyttä edistävien ruokatottumusten yleistymisen väestötasolla edellyttää kotien, koulujen, ruokapalveluiden, kuluttajaviestinnän, elintarvikealan toimijoiden, median sekä ravitsemus- ja elintarvikepolitiikan laajaa yhteistyötä.

6.4 Fyysinen aktiivisuus ja istuminen

Katja Borodulin, Pekka Jousilahti, Tomi Mäki-Opas, Satu Männistö, Heli Valkeinen ja Heini Wennman

- Vajaa kolmannes suomalaisista ei raportoinut harrastavansa vapaa-ajan liikuntaa. Kestävyysliikuntasuositus toteutui puolella vastaajista.
- Vapaa-ajan liikunta lisääntyi vuosina 2011–2017 hiukan miehillä. Naisilla liikunta-aktiivisuus pysyi ennallaan.
- Naiset liikkuivat työmatkoilla miehiä useammin. Työmatkaliikunta lisääntyi erityisesti nuorilla miehillä. Vanhemmilla miehillä ja naisilla työmatkaliikunta-aktiivisuus pysyi suunnilleen entisellä tasolla.
- Kolme kymmenestä vastaajasta istui päivittäin yli kolme tuntia ruudun äärellä. Ruudun äärellä yli kolme tuntia päivittäin istuvien määrä väheni vuosina 2011–2017.

Riittävä fyysinen aktiivisuus suojaa monelta sairaudelta ja parantaa toimintakykyä (*Liikunta. Käypä hoito -suositus* 2016). Vähäinen fyysinen aktiivisuus on merkittävä kansanterveydellinen ja -taloudellinen haaste (*Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks* 2009). Miesten ja naisten vapaa-ajan liikunta on lisääntynyt viime vuosikymmeninä, mutta työmatka- ja työaikainen liikunta ovat vähentyneet (Borodulin ym. 2016). Tietoa paikallaan vietetystä ajasta on tähän mennessä julkaistu vähän, mutta sekä itseraportoidut (Borodulin ym. 2013) että liikemittarilla kerätyt tiedot (Husu ym. 2014) osoittavat väestön viettävän runsaasti aikaa paikallaan. Tietoa väestön fyysisen aktiivisuuden sekä istumisen ja paikallaan olon muutoksista ajassa tarvitaan kansallisten liikunta- ja terveystieteiden ohjelmien suunnittelun ja päätöksenteon tueksi.

Menetelmät

Fyysistä aktiivisuutta mitattiin lomakekysymyksillä vapaa-ajan, työmatkojen ja työn aikaisesta liikunnasta. Vapaa-ajan liikunnassa esitetään niiden osuus, jotka raportoivat harrastavansa edes jotakin liikuntaa vapaa-aikana. Fyysisesti inaktiivisiksi valittiin ne tutkittavat, jotka raportoivat viettävänsä vapaa-aikaansa askareissa, jotka eivät rasita heitä ruumiillisesti. Työmatkaliikunnassa kuvaillaan vähintään 15 minuuttia päivittäin työmatkoillaan liikkuvien osuutta alle 65-vuotiailla. Työn kuormittavuudessa raportoidaan seisomatyötä tai fyysisesti kuormittavaa työtä tekevien osuus muiden kuin eläkkeellä tai työttömänä olevien 30–64-vuotiaiden osalta.

Kestävyysliikuntasuosituksen täyttymistä (vähintään 2 tuntia 30 minuuttia kohtuukuormitteista tai 1 tunti 15 minuuttia raskasta kestävyysliikuntaa viikossa tai näiden yhdistelmä) mitattiin kysymyksillä, joissa pyydettiin kirjaamaan viikoittainen kohtuukuormitteisen ja raskaan fyysisen aktiivisuuden kesto. Vapaa-ajan is-

tumista tavallisena arkipäivänä mitattiin ruutuajakysymyksellä, jossa pyydettiin arvioimaan television, tietokoneen tai äylaitteen ääressä istuen vietetty aika.

Nykytilanne

Vapaa-ajan liikuntaa harrasti 73 prosenttia miehistä ja 71 prosenttia naisista. Väestötasolla tämä vastaa lähes 2,6 miljoonaa liikkujaa. Vapaa-ajan liikunta oli yleistä kaikissa ikäryhmissä aina 79-vuotiaisiin asti. Yli 80-vuotiaissa puolet miehistä raportoivat vapaa-ajan liikuntaa ja naisista vain reilu neljännes. Vapaa-ajan liikunta väheni iän myötä voimakkaammin naisilla kuin miehillä. (Taulukko 6.8.)

Taulukko 6.8: Vapaa-ajan liikuntaa harrastavien osuus (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Miehet	76,3	76,6	71,5	74,7	70,4	50,9	72,5
Naiset	77,2	76,1	73,2	76,1	63,4	26,9	70,7
p ²							< 0,001
lkm	537 000	504 000	531 000	560 000	322 000	101 000	2 556 000

¹ ikävakioitu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Viidennes alle 65-vuotiaista miehistä ja kolmasosa naisista raportoivat liikkuvansa päivittäin työmatkallaan vähintään 15 minuuttia. Miehillä työmatkaliikunta oli yleisintä 30–39-vuotiailla ja väheni iän myötä. Naiset raportoivat miehiä huomattavasti enemmän työmatkaliikuntaa, joka yleistyi 50–59-vuotiaisiin asti. (Taulukko 6.9.)

Taulukko 6.9: Työmatkoilla vähintään 15 minuuttia päivässä liikkuvien osuus (%) alle 65-vuotiaista.

	30–39	40–49	50–59	60–64	30–64 ¹
Miehet	28,0	18,2	16,3	14,0	19,8
Naiset	27,1	27,8	32,6	22,2	28,2
p ²					< 0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Miehet (60 prosenttia) raportoivat naisia (54 prosenttia) useammin fyysisesti kuormittavaa työtä. Niin miehillä kuin naisilla työn fyysinen kuormittavuus oli yleisintä 50–59-vuotiailla (miehet 65 prosenttia, naiset 59 prosenttia), mutta ikäryhmittäinen vaihtelu oli vähäistä.

Kestävyysliikuntasuosituksen mukaisen liikuntamäärän saavutti puolet vastaajista. Suositukseen ylsivät parhaiten nuoremmat ikäryhmät. Suositus täyttyi 30–39-vuotiaissa 63 prosentilla miehistä ja 61 prosentilla naisista. Iäkkäimmässä, 80 vuotta täyttäneiden ryhmässä kestävyysliikunnan suositukseen ylsi vain alle neljäsosa miehistä ja reilu kymmenesosa naisista. (Taulukko 6.10.)

Ruutuakaa vapaa-ajalla kertyi miehillä 3,1 tuntia ja naisilla 2,8 tuntia. Eniten

6. ELINTAVAT

Taulukko 6.10: Kestävyyssiikuntasuosituksen saavuttavien osuus (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Miehet	63,3	61,8	47,3	45,0	41,7	23,3	50,4
Naiset	60,5	61,9	52,7	43,2	34,8	13,8	49,2
p ²							0,023
lkm	433 000	408 000	367 000	327 000	183 000	49 000	1 769 000

¹ ikävakioitu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

ruutuaukaa raportoivat iäkkäät ja vähiten 40–49-vuotiaat. Noin kolmannes miehistä ja naisista istui päivittäin yli 3 tuntia ruudun ääressä vapaa-ajalla, mutta osuuksissa oli erittäin suurta ikäryhmittäistä vaihtelua. Työikäisistä miehistä 26 prosenttia ja naisista 19 prosenttia raportoivat yli 3 tunnin ruutuaukaa, kun iäkkäillä vastaavat luvut olivat 48 prosenttia ja 52 prosenttia. (Taulukko 6.11.)

Taulukko 6.11: Päivittäinen istuminen ruudun äärellä.

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Istumisen määrä, tunteja/päivä, keskiarvo							
Miehet	2,9	2,6	2,9	3,6	3,7	3,4	3,1
Naiset	2,3	2,2	2,6	3,4	3,7	3,7	2,8
p ²							0,002
Päivässä yli 3 tuntia istuvien osuus (%)							
Miehet	25,7	18,0	27,1	45,4	47,6	45,3	32,6
Naiset	16,3	13,3	19,1	44,1	54,7	46,0	28,8
p ³							< 0,001
lkm	148 000	104 000	169 000	332 000	249 000	131 000	1 134 000

¹ ikävakioitu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

³ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

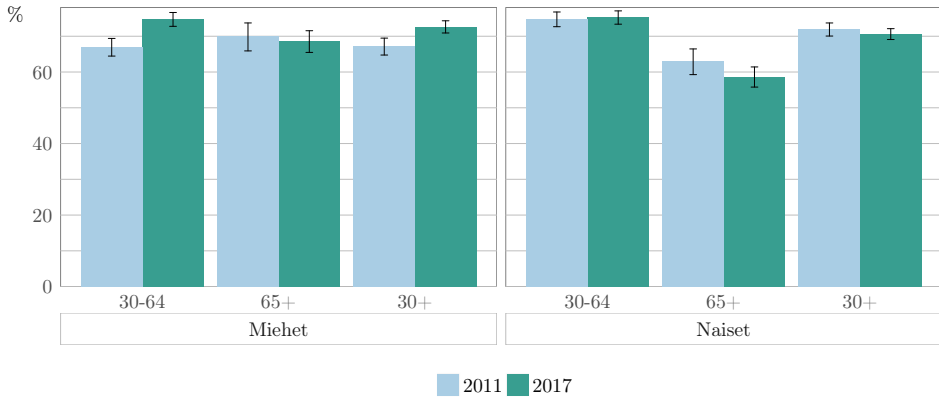
Muutos 2011–2017

Vapaa-ajan liikunta lisääntyi 30–64-vuotiailla miehillä seurantajaksolla 2011–2017, mutta pysyi samalla tasolla sitä iäkkäämmillä miehillä. Sitä vastoin naisilla vapaa-ajan liikunta ei lisääntynyt, vaan iäkkäillä naisilla jopa väheni. Miesten työmatkaliikunta lisääntyi 17 prosentista 20 prosenttiin ja erityisen huomattava lisäys työmatkaliikunnassa tapahtui 30–39-vuotiailla miehillä. Naisten työmatkaliikunta pysyi suunnilleen ennallaan 30–59-vuotiaiden ryhmässä vuosina 2011–2017, mutta lisääntyi kaikkein vanhimpien työssäkäyvien naisten keskuudessa. Työn kuormittavuus lisääntyi seurantajaksolla miehillä kaikissa ikäryhmissä ja naisilla erityisesti 50–59-vuotiaiden ikäryhmässä. (Kuvio 6.7.)

Yli kolme tuntia päivittäin ruudun ääressä istuvien osuus väheni vuodesta 2011 vuoteen 2017. Muutos selittyi erityisesti nuorten miesten vähentyneenä ruudun ääressä istumisena. Naisten yli 3 tunnin ruudun ääressä istuminen väheni nuorissa

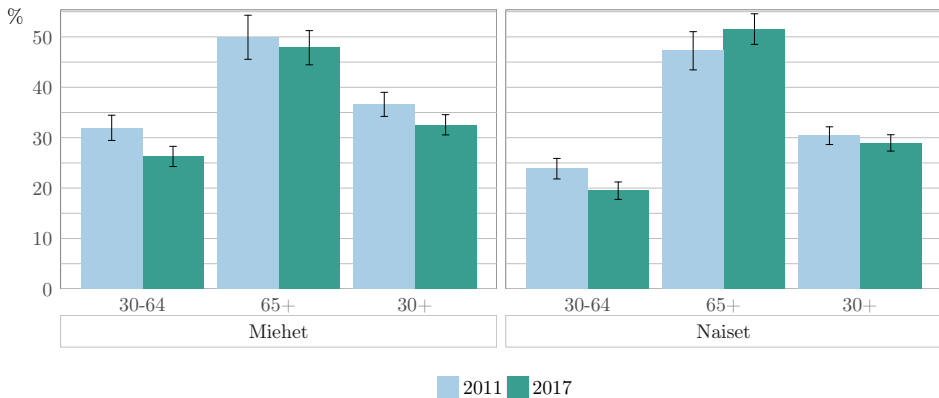
6. ELINTAVAT

Kuvio 6.7: Vapaa-ajan liikuntaa harrastavien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.



ikäryhmissä ja lisääntyi vanhemmissa ikäryhmissä. (Kuvio 6.8.)

Kuvio 6.8: Päivässä yli 3 tuntia ruudun äärellä istuvien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.



Johtopäätökset

Muutokset aikuisväestön fyysisessä aktiivisuudessa ovat olleet vähäisiä koko 2000-luvun ajan, mutta havaitut muutokset ovat olleet kansanterveyden kannalta oikean suuntaisia. Sosiaali- ja terveyspalveluissa pitäisi tulevaisuudessa kiinnittää aiempaa enemmän huomiota fyysisesti inaktiivisen elämäntavan tunnistamiseen ja tehdä ylisektorista yhteistyötä liikunnan palveluketjujen vahvistamiseksi. Kunnilla ja maakunnilla on merkittävä rooli fyysisestä aktiivisuudesta tukevan elinympäristön ja palvelurakenteen kehittämisessä mm. kaupunki- ja yhdyskuntasuunnittelun keinoin. Lisäksi toimivien ja saavutettavien julkisten liikenneyhteyksien ylläpitäminen ja kehittäminen kannustavat arki- ja matkaliikuntaan.

6.5 Uni

Timo Partonen, Annamari Lundqvist, Heini Wennman ja Katja Borodulin

- Uniongelmat ovat suomalaisilla aikuisilla yleisiä ja koskevat jopa 3 miljoonaa aikuista.
- Naiset kertovat nukkuvansa pitempään, mutta kärsivät miehiä useammin uniongelmistä.
- Tarpeeksi nukkuvien osuus on pienentynyt vuodesta 2011 vuoteen 2017.

Uniongelmat ovat väestössä hyvin yleisiä ja ilmaantuvat herkästi niin psyykkisen kuin fyysisen terveydentilan muuttuessa (Potter ym. 2016; Frank ym. 2017; Grandner 2017). Tämän takia väestötutkimusten unta ja nukkumista koskevat kysymykset ovat keskeisiä väestön terveydentilan kehitystä ja ennustetta arvioitaessa.

Menetelmät

Unta ja nukkumista kartoitettiin kysymällä, kuinka monta tuntia tutkittavat nukkuivat vuorokaudessa ja nukkuivatko he mielestään tarpeeksi. Raportointia varten enintään 6 tuntia vuorokaudessa nukkuvien osuus laskettiin erikseen, sillä se kertoo lyhytunisuudesta, ja valtaosalle se ei ole riittävä määrä unta (Hirshkowitz ym. 2015). Lisäksi tiedusteltiin, kuinka usein heitä oli edeltäneen kuukauden aikana vaivannut unettomuus, päiväväsymys, painajaisunet ja yöhikoilu. Heiltä kysyttiin myös, missä määrin heidän unen pituutensa on erilainen eri vuodenaikoina eli vaihtelee vuodenaikojen mukaan.

Nykytilanne

Naiset nukkuivat vuorokaudessa keskimäärin 7 tuntia 24 minuuttia, miehet 7 tuntia 18 minuuttia (taulukko 6.12). Keskimääräinen unenpituus oli suurin yli 70-vuotiailla miehillä ja yli 80-vuotiailla naisilla. Naisista 70 prosentilla ja miehistä 60 prosentilla uni-aika vaihteli vuodenaikojen välillä.

Kolme neljästä aikuisesta nukkui omasta mielestään tarpeeksi (taulukko 6.12). Tarpeeksi nukkuvien osuus oli suurempi miehillä kuin naisilla, etenkin 60–79 vuoden iässä. Miehistä enintään 6 tuntia vuorokaudessa nukkui 16 prosenttia ja naisista 14 prosenttia.

Unettomuus oli edeltäneen kuukauden aikana vaivannut joka toista miestä ja lähes kahta kolmesta naisesta, eli yli kahta miljoonaa henkilöä. (taulukko 6.13). Verrattuna samanikäisiin miehiin unettomuus vaivasi huomattavasti useampaa naista 40 ikävuoden jälkeen, ja tämä sukupuoliero unettomuuden yleisyydessä näkyi etenkin 60–79 vuoden iässä.

Painajaisunia oli edeltäneen kuukauden aikana nähnyt lähes joka toinen aikuinen (taulukko 6.13). Verrattuna samanikäisiin miehiin 30–39-vuotias nainen näki huomattavasti useammin painajaisunia. Myös yli 70-vuotiailla naisilla painajaisunet olivat yleisempiä kuin samanikäisillä miehillä.

Yöhikoilua oli edeltäneen kuukauden aikana kokenut 40 prosenttia naisista ja 28 prosenttia miehistä (taulukko 6.13). Verrattuna samanikäisiin miehiin yöhikoilua

6. ELINTAVAT

Taulukko 6.12: Unen pituus ja riittävyys.

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Unen pituuden keskiarvo							
Miehet	7,1	7,1	7,1	7,3	7,6	7,7	7,3
Naiset	7,4	7,3	7,3	7,4	7,3	7,7	7,4
p ²							< 0,001
Enintään 6 tuntia vuorokaudessa nukkuvien osuus (%)							
Miehet	14,0	16,3	19,2	16,4	13,4	17,5	16,2
Naiset	8,4	10,2	12,3	15,6	18,8	24,1	13,5
p ³							< 0,001
lkm	80 000	88 000	115 000	119 000	79 000	62 000	544 000
Mielestään tarpeeksi nukkuvien osuus (%)							
Miehet	70,7	74,4	74,7	84,7	86,9	80,7	78,0
Naiset	68,0	72,8	75,5	79,8	76,3	77,0	74,6
p ⁴							0,014
lkm	486 000	487 000	552 000	611 000	392 000	224 000	2 751 000

¹ ikävakioitu² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus³ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus⁴ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Taulukko 6.13: Uniongelmien yleisyys.

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Haittaavaa päiväväsymystä kuukauden aikana kokeneiden osuus (%)							
Miehet	80,5	75,9	71,6	67,8	66,9	83,9	73,6
Naiset	82,2	78,1	70,1	71,0	77,5	84,3	76,1
p ²							0,019
lkm	569 000	509 000	521 000	516 000	352 000	242 000	2 707 000
Painajaisia kuukauden aikana nähneiden osuus (%)							
Miehet	36,6	40,2	48,6	51,3	47,3	48,8	45,1
Naiset	47,6	43,7	46,1	53,6	52,2	56,3	49,0
p ³							0,006
lkm	294 000	276 000	348 000	390 000	241 000	154 000	1 703 000
Unettomuutta kuukauden aikana kokeneiden osuus (%)							
Miehet	44,7	51,2	56,7	53,2	54,8	57,4	52,4
Naiset	46,7	58,2	62,9	68,8	69,0	69,8	61,3
p ⁴							0,003
lkm	319 000	361 000	439 000	456 000	303 000	188 000	2 065 000

¹ ikävakioitu² sukupuolten välinen tasoero³ sukupuolten välinen tasoero⁴ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

oli huomattavasti useammalla naisella 40–79 vuoden iässä, ja tämä sukupuoliero yöhikoilun yleisyydessä korostui etenkin 50–79 vuoden iässä.

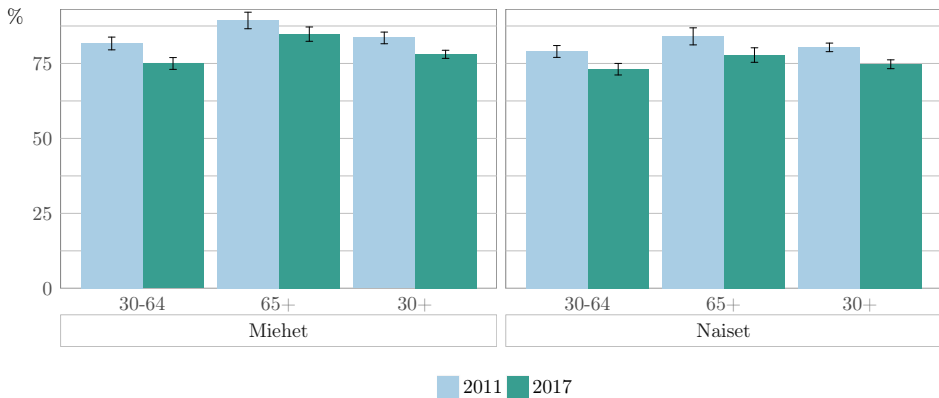
Haittaavaa päiväväsymystä oli edeltäneen kuukauden aikana kokenut kolme nel-

jästä aikuisesta, mikä tarkoittaa 2,7 miljoonaa henkilöä (taulukko 6.13). Päivävyäsymys oli yleisintä nuorimmassa ja vanhimmassa ikäluokassa. Päivävyäsymys oli keskimäärin yhtä yleistä miehillä ja naisilla, lukuun ottamatta 70–79-vuotiaiden ikäryhmää, jossa naisilla oli haittaavaa päivävyäsymystä huomattavasti miehiä useammin.

Muutos 2011–2017

Enintään 6 tuntia nukkuvien osuus pienentyi vuodesta 2011 vuoteen 2017; naisilla osuus laski 19 prosentista 14 prosenttiin, miehillä vastaavasti 19 prosentista 16 prosenttiin (kuvio 6.9). Myös omasta mielestään tarpeeksi nukkuvien osuus pienentyi. Naisista tarpeeksi nukkui 80 prosenttia vuonna 2011 ja 75 prosenttia vuonna 2017. Miehillä vastaavat luvut olivat 84 prosenttia ja 78 prosenttia.

Kuvio 6.9: Mielestään tarpeeksi nukkuvien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.



Unen pituudessa ilmenevää vuodenaikavaihtelua kokeneiden osuus niin ikään pienentyi viimeisen kuuden vuoden aikana työikäisillä miehillä (66 prosentista 62 prosenttiin) ja naisilla (63 prosentista 55 prosenttiin). Myös ikääntyneillä miehillä osuus laski (63 prosentista 55 prosenttiin). Sitä vastoin vuodenaikavaihtelua unen pituudessa raportoivien ikääntyneiden naisten osuudessa ei tapahtunut muutoksia, vaan kaksi kolmesta ikääntyvästä naisesta koki vuodenaikavaihtelua unen pituudessa.

Johtopäätökset

Suurin osa suomalaisista aikuisista nukkuu hyvin. Erilaiset uniongelmat ovat kuitenkin yleisiä. Uniongelmat heikentävät välittömästi hyvinvointia ja murentavat vähitellen toimintakykyä. Tavallisesti samaan aikaan uniongelmiensa kanssa ilmenee usein niin psyykkisiä kuin fyysisiä sairauksia. Tämän takia uniongelmillä on suuri kansanterveydellinen merkitys, mihin tulee kiinnittää huomiota. Vaikka enintään 6 tuntia vuorokaudessa nukkuvien osuus on pienentynyt, on myös omasta mielestään tarpeeksi nukkuvien osuus pienentynyt vuodesta 2011 vuoteen 2017, mikä on ristiriitaista ja vaatii tarkempaa tarkastelua jatkossa. Myönteinen muutos on, että vuodenaikojen vaikutus unen pituuteen on vähentynyt.

7 Lihavuus

Annamari Lundqvist, Satu Männistö, Pekka Jousilahti, Nina Kaartinen, Päivi Mäki ja Katja Borodulin

- Suomessa on 2,5 miljoonaa ylipainoista aikuista (BMI vähintään 25 kg/m²).
- Joka neljäs aikuinen on lihava (BMI vähintään 30 kg/m²).
- Lähes joka toinen aikuinen on vyötärölihava.
- Työikäisessä väestössä lihavuus on yleistynyt kuuden viime vuoden aikana.

Lihavuus tarkoittaa normaalia suurempaa kehon rasvakudoksen määrää, joka on seurausta energian saannin ja kulutuksen välisestä pidempiaikaisesta epätasapainosta. Lihavuus, erityisesti vyötärölle kertyneenä, lisää riskiä sairastua mm. tyyppin 2 diabetekseen, sydän- ja verisuonitauteihin, moniin syöpiin sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksiin. Lihavuus on myös iäkkäiden henkilöiden liikkumisrajoitusten tärkein vaikutettavissa oleva riskitekijä. Lihavuus on yleistynyt Suomessa vuosikymmenten ajan, mutta 2000-luvun alkupuolella kehitys hidastui tai jopa tasaantui (Koskinen ym. 2012d; Männistö ym. 2015).

Menetelmät

Pituus mitattiin Seca 231 -pituusmitalla ja paino bioimpedanssilaitteella (Tanita DC-430MA). Pieneltä joukolta tutkittavia (esim. henkilöitä, joilla oli sydämen-tahdistin) paino mitattiin Seca -digitaalivaa'alla. Painoindeksi (BMI) laskettiin jakamalla paino (kg) pituuden neliöllä (kg/m²). Ylipainoisiksi luokiteltiin henkilöt, joiden BMI oli vähintään 25 kg/m² ja lihaviksi henkilöt, joiden BMI oli vähintään 30 kg/m². Vyötärön ympärysmittaus mitattiin paljaalta iholta suoliluun harjanteen ja alimman kylkiluun puolivälistä kevyen uloshengityksen aikana tutkittavan seistes-sä. Vyötärölihaviksi luokiteltiin miehet, joiden vyötärön ympärysmittaus ylitti 100 cm ja naiset, joiden vyötärön ympärysmittaus ylitti 90 cm.

Nykytilanne

Miesten keskimääräinen BMI oli 27,7 kg/m² ja naisten 27,5 kg/m² (taulukko 7.1). Miesten keskimääräinen pituus oli 177 cm ja paino 87 kg. Naisten vastaavat mitat olivat 163 cm ja 73 kg. Lähes kolme neljäsosaa miehistä ja kaksi kolmasosaa naisista oli ylipainoisia (BMI vähintään 25 kg/m², (*Lihavuus (aikuiset): Käypä hoito -suositus* 2011), taulukot 7.2, 7.3). Sekä miehistä että naisista neljännes oli lihavia. Miesten keskimääräinen painoindeksi oli suurin ja lihavuus yleisintä 50–69-vuotiailla (taulukot 7.2, 7.3). Naisten keskimääräinen painoindeksi suureni ja lihavuus yleistyi iän myötä 60. ikävuoteen saakka, jonka jälkeen ne pysyivät samalla tasolla.

Miesten keskimääräinen vyötärön ympärysmittaus oli 99,6 cm ja naisten 90,1 cm (taul-

7. LIHAVUUS

Taulukko 7.1: Pituuden, painon ja painoindeksin keskiarvo.

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Pituus (cm)							
Miehet	179,3	178,6	177,6	175,9	173,8	170,0	176,7
Naiset	165,1	165,2	164,1	161,7	159,6	156,4	162,8
p ²							< 0,001
Paino (kg)							
Miehet	86,9	88,2	90,0	87,0	83,1	78,6	86,7
Naiset	70,2	74,0	75,6	73,8	72,4	69,5	73,0
p ³							0,001
Painoindeksi (kg/m²)							
Miehet	27,0	27,6	28,5	28,1	27,4	27,2	27,7
Naiset	25,8	27,1	28,1	28,2	28,3	28,3	27,5
p ⁴							< 0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

³ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

⁴ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Taulukko 7.2: Painoindeksin jakauma (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Miehet							
<18,5	0,1	1,2	.	0,4	0,8	.	0,4
18,5–24,9	38,0	25,8	22,8	25,6	25,2	29,4	27,7
25,0–29,9	39,7	49,1	43,3	44,1	52,3	53,8	45,8
30,0–34,9	16,7	17,8	26,0	23,8	17,9	13,4	20,2
35,0–39,9	4,1	5,2	5,9	4,8	3,3	2,5	4,6
≥40	1,4	0,9	2,0	1,3	0,6	0,9	1,3
Naiset							
<18,5	1,4	0,8	0,6	1,5	0,7	1,0	1,0
18,5–24,9	54,4	40,1	33,3	28,9	24,8	21,4	35,7
25,0–29,9	26,1	35,4	34,7	39,8	42,1	42,6	35,8
30,0–34,9	10,6	15,9	20,2	18,6	23,4	25,5	18,0
35,0–39,9	5,0	5,2	7,6	7,0	7,2	7,8	6,5
≥40	2,5	2,7	3,8	4,3	1,8	1,8	3,0
p ²							< 0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

lukko 7.4). Lähes joka toinen aikuinen oli vyötärölihava. Vyötärön ympärys kasvoi iän myötä erityisesti naisilla.

Koulutusryhmien välillä oli selviä eroja ylipainon ja lihavuuden yleisyydessä

7. LIHAVUUS

Taulukko 7.3: Ylipainoisten ja lihavien osuus (%) sekä lukumäärä Suomessa.

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Ylipaino (BMI ≥ 25 kg/m²)							
Miehet	61,9	73,0	77,2	74,0	74,0	70,6	71,9
Naiset	44,2	59,1	66,2	69,7	74,5	77,7	63,2
p ²							< 0,001
lkm	373 000	437 000	526 000	533 000	360 000	215 000	2 444 000
Lihavuus (BMI ≥ 30 kg/m²)							
Miehet	22,2	23,9	33,9	30,0	21,7	16,8	26,1
Naiset	18,1	23,8	31,5	29,8	32,4	35,1	27,5
p ³							0,016
lkm	141 000	158 000	240 000	222 000	134 000	83 000	977 000

¹ ikävakioitu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

³ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Taulukko 7.4: Vyötärönympäryksen keskiarvo ja vyötärölihaviin osuus (%) sekä lukumäärä Suomessa.

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Vyötärönympäryys (cm)							
Miehet	93,7	97,4	102,0	103,1	101,3	100,3	99,6
Naiset	83,4	87,8	91,7	92,9	93,9	93,8	90,1
p ²							< 0,001
Vyötärölihavuus (miehet yli 100 cm, naiset yli 90 cm)							
Miehet	27,0	38,9	53,5	57,0	53,8	42,0	45,6
Naiset	24,6	38,5	49,6	54,5	59,4	62,8	46,0
p ³							0,012
lkm	181 000	256 000	378 000	414 000	276 000	159 000	1 663 000

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

³ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

(ks. luku 17). Esimerkiksi perusasteen koulutuksen saaneista kolmannes, mutta korkea-asteen koulutuksen saaneista runsas viidennes oli lihavia.

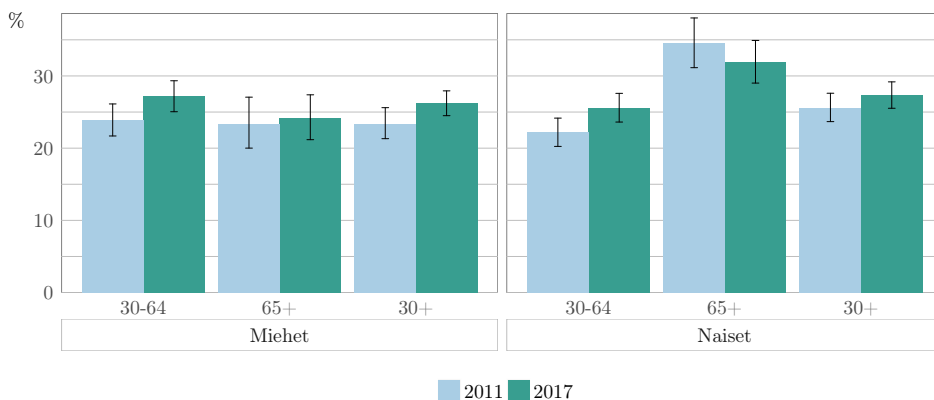
Muutos 2011–2017

Työikäisessä väestössä lihavuus yleistyi (kuvio 7.1). Lihaviin osuus 30–64-vuotiaista miehistä oli 24 prosenttia vuonna 2011, mutta 27 prosenttia vuonna 2017. Lihaviin osuus samanikäisistä naisista kasvoi 22 prosentista 26 prosenttiin. Myös vyötärölihavuuden yleisyys kasvoi työikäisillä: miehillä 39 prosentista 43 prosenttiin ja naisilla 36 prosentista 40 prosenttiin.

Myös eläkeikäisten naisten keskuudessa vyötärölihavuus yleistyi (kuvio 7.2): kun vuonna 2011 54 prosenttia 65 vuotta täyttäneistä naisista oli vyötärölihavia, vuonna 2017 vyötärölihaviin osuus oli 59 prosenttia. Vyötärölihaviin osuus eläkeikäisistä

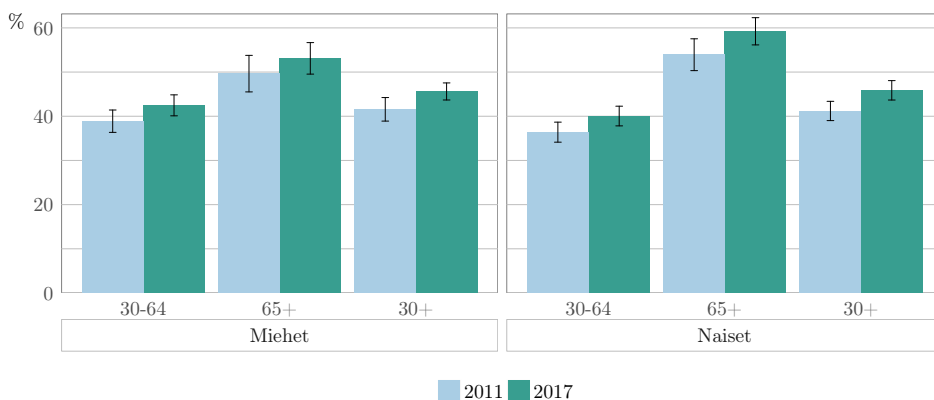
7. LIHAVUUS

Kuvio 7.1: Lihavuuden (BMI ≥ 30 kg/m²) yleisyys (%) vuosina 2011 ja 2017.



miehistä pysyi lähes ennallaan (50 prosenttia vuonna 2011 ja 53 prosenttia vuonna 2017). Myös painoindeksin perusteella arvioidun lihavuuden yleisyys 65 vuotta täyttäneillä säilyi suunnilleen ennallaan: joka neljäs mies ja joka kolmas nainen oli lihava.

Kuvio 7.2: Vyötärölihavuuden (miehet yli 100 cm, naiset yli 90 cm) yleisyys (%) vuosina 2011 ja 2017.



Johtopäätökset

Lihavuus on yksi suurimmista kansanterveydellisistä ongelmista, ja se koskettaa kaikkia ikäluokkia. Koska laihduttaminen on vaikeaa, lihavuuden ehkäisy on tärkeää. Kertyneiden liikakilojen karistaminen on sitä helpompaa, mitä varhaisemmassa vaiheessa ongelmaan puututaan. Jo 5–10 %:n pysyvällä painonpudotuksella saavutetaan merkittäviä terveyshyötyjä (*Lihavuus (aikuiset): Käypä hoito -suositus* 2011). Perusterveydenhuollon rooli lihomisriskissä olevien henkilöiden tunnistami-

7. LIHAVUUS

sessä ja lihavuuden hoidossa on keskeinen. Väestön lihomiskehityksen pysäyttäminen vaatii laajaa yhteistyötä yhteiskunnan eri sektoreilla, kuten terveyden edistämistoimia ihmisten asuinympäristöissä, päivähoitossa, kouluissa, työpaikoilla, vapaa-ajan harrastuksissa ja palveluissa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos koordinoi kansallista lihavuuden ehkäisyyn tähtäävää yhteistyöohjelmaa Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta 2012–2018 (*Kansallinen lihavuusohjelma 2012-2018* 2012; Mäki ym. 2017). Ohjelman tavoitteiden saavuttaminen edellyttää poliittisen päätöksenteon tukea, kuten kansallisten ohjelmien koordinoitua, toteuttamista, seuranta- ja lainsäädännöllistä ja verotuksellista tukea.

8 Koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus

Seppo Koskinen, Kristiina Manderbacka ja Päivi Koponen

- Naisten ja miesten koetussa terveydentilassa ei ole selkeitä eroja.
- Koettu terveydentila heikkenee ja pitkäaikaissairaiden osuus kasvaa iän mukana.
- Väestön koettu terveys näyttää huonontuneen, kun FinTerveystutkimuksen itse täytettävän kyselyn tuottamaa tietoa verrataan Terveys 2011 -tutkimuksen haastatteluun perustuviin tuloksiin.
- Jos tuloksia verrataan viime aikoina postikyselytutkimuksissa saatuihin tuloksiin, väestön koettu terveys näyttää säilyneen ennallaan.

Terveysaiheisten haastattelu- ja kyselytutkimusten vakiintuneinta sisältöä ovat tutkittavan omaa arviota terveydentilastaan sekä pitkäaikaissairautta koskevat yksittäiset kysymykset. Koettu terveys perustuu vastaajan omaan arvioon, ja siihen vaikuttavat oireiden ja todettujen sairauksien ohella vastaajan tiedot elämäntilanteestaan ja omasta ja lähiyhteisönsä sairaushistoriasta sekä odotukset ja kokemukset. Arvio omasta terveydestä antaa vastaajan terveydentilasta hyvän yleiskuvan, jonka on havaittu olevan varsin yhtäpitävä lääkärin tekemän arvion kanssa ja ennustavan tulevia terveysongelmia ja kuolemanvaaraa. (Aromaa ym. 1989; Manderbacka 1998)

Terveys 2000- ja Terveys 2011 -terveystarkastustutkimusten valossa etenkin iäkään väestön terveydentila kohentui 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä huomattavasti, ja 30–54-vuotiaidenkin ryhmässä nähtiin lievempää myönteistä kehitystä (Koskinen ym. 2012c). Terveys 2011 -haastatteluaineistossa väestön koettu terveys oli selvästi parempi kuin samoihin aikoihin kootuissa postikyselytutkimusten aineistoissa (Helakorpi ym. 2012; Murto ym. 2017). ATH-postikyselytutkimusten mukaan 2010-luvulla tilanne on säilynyt suunnilleen ennallaan (Murto ym. 2017).

Menetelmät

Kutsun yhteydessä tutkittaville lähetetyn ensimmäisen kyselylomakkeen ensimmäisessä kysymyksessä pyydettiin tutkittavaa arvioimaan omaa terveyttään viisiluokkaisen asteikon mukaan (hyvä, melko hyvä, keskitasoinen, melko huono, huono). Tämälleen sama kysymys on ollut käytössä lukuisissa aiemmissä kysely- ja haastattelu-tutkimuksissa. Tässä raportissa tarkastellaan terveytensä hyväksi tai melko hyväksi arvioineiden osuutta. Lomakkeen seuraavassa kysymyksessä tutkittavalta tiedusteltiin onko hänellä jokin pitkäaikainen sairaus tai muu pitkäaikainen terveysongelma. Vastausvaihtoehdot olivat ei ja kyllä. Tämän kysymyksen muoto poikkesi aiemmista suomalaisista väestötutkimuksista, mutta se oli samassa muodossa kuin Eurooppalaisissa väestötutkimusten kysymysstandardeissa (*Kansanterveysosoitimien ECHTietokanta* 2018) ja sitä on käytetty myös Suomessa Tilastokeskuksen toteuttamissa elinlotutkimuksissa (EU-SILC, Sauli 2006).

Nykytilanne

Koettu terveys heikkeni melko suoraviivaisesti iän mukana: neljä viidesosaa 30–39-vuotiaista piti terveyttään hyvänä tai melko hyvänä, mutta 80 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä naisista vain joka neljäs ja miehistä joka kolmas. Naisten koettu terveys heikkeni iän mukana jyrkemmin kuin miesten: alle 70-vuotiaiden ryhmässä naiset kokivat terveytensä paremmaksi kuin miehet, mutta 70 vuotta täyttäneiden naisten koettu terveys oli heikompi kuin miesten. (Taulukko 8.1.)

Taulukko 8.1: Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Miehet	80,4	73,3	59,0	52,5	50,7	34,6	61,6
Naiset	81,7	75,4	64,6	58,7	41,9	24,7	62,7
p ²							< 0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Hieman useampi kuin joka toinen aikuinen ilmoitti, että heillä oli jokin pitkäaikaissairaus tai terveysongelma. Pitkäaikaissairaiden osuus kasvoi tasaisesti iän mukana. 80 vuotta täyttäneidenkin keskuudessa kuitenkin joka viides mies ja joka seitsemäs nainen vastasi, ettei hänellä ollut pitkäaikaista sairautta. Kaikissa ikäryhmissä pitkäaikaissairastavuus oli jonkin verran yleisempää naisten kuin miesten keskuudessa. (Taulukko 8.2.)

Taulukko 8.2: Jonkin pitkäaikaissairauden tai terveysongelman ilmoittaneiden osuus (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Miehet	28,2	37,7	53,5	63,9	68,6	79,3	51,6
Naiset	38,7	42,4	54,1	64,7	71,2	84,6	55,5
p ²							< 0,001

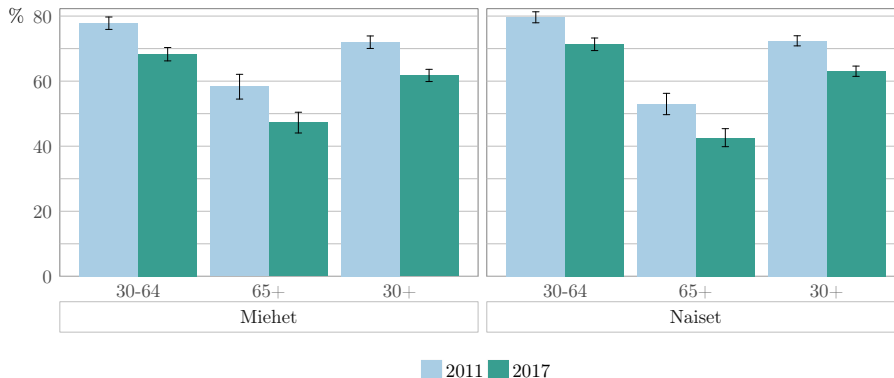
¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

Muutos 2011–2017

Verrattaessa FinTerveys 2017 ja Terveys 2011 -tutkimusten tuloksia näyttää siltä, että jaksolla 2011–2017 sekä työ- että eläkeikäisten koettu terveys heikentyi huomattavasti. Terveys 2011 -aineistossa työikäisistä naisista 80 prosenttia ja miehistä 78 prosenttia piti terveyttään hyvänä tai melko hyvänä, mutta FinTerveys 2017 -aineistossa vastaavat osuudet olivat naisilla 71 ja miehillä 68 prosenttia. Myös eläkeikäisessä väestössä terveyttään hyvänä tai melko hyvänä pitävien osuus pieneni noin 10 prosenttiyksiköllä. (Kuvio 8.1.) FinTerveys 2017 -tulokset väestön koetusta terveydestä ovat kuitenkin varsin tarkkaan samalla tasolla kuin 2010-luvulla tehtyjen postikyselytutkimusten tulokset (Helakorpi ym. 2012; Murto ym. 2017).

Kuvio 8.1: Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.



Johtopäätökset

Koetun terveyden ja pitkäaikaissairastavuuden yhteys ikään oli pääpiirteissään samanlainen kuin aiemmissa tutkimuksissa. Työikäisten naisten koettu terveys on ollut hieman parempi kuin samanikäisten miesten jo Mini-Suomi- ja Terveys 2000 -tutkimuksissa 1970-luvun lopussa ja 2000-luvun luvun alussa (Aromaa ym. 1989; Koskinen ja Aromaa 2002), ja tämä ero ilmeni myös vuonna 2017. Sen sijaan 65 vuotta täyttäneiden ryhmässä miehet kokivat terveytensä paremmaksi kuin naiset sekä vuonna 2017 että vuonna 2011, mutta aiemmissa tutkimuksissa eläkeikäisten naisten ja miesten välillä ei ole ollut eroa koetussa terveydessä. Pitkäaikaissairastavuus oli nuorimmassa ikäryhmässä naisilla hieman yleisempää kuin miehillä, mutta varttuneemmissa ikäryhmissä sukupuolten välisiä eroja ei havaittu sen paremmin vuonna 2017 kuin aiemminkaan.

Selvästi yllättävin tulos oli terveytensä hyväksi kokevien osuuden pieneneminen noin kymmenellä prosenttiyksiköllä työikäisten ja eläkeikäisten naisten ja miesten keskuudessa. Terveys 2011 -tutkimuksen tulosten mukaan aikuisväestön koettu terveys oli parempi kuin samoihin aikoihin tehdyissä postikyselytutkimuksissa (Helakorpi ym. 2012; Murto ym. 2017), ja tämän arvioitiin ainakin osittain johtuvan siitä, että Terveys 2011 -tutkimuksessa koettua terveyttä koskeva kysymys esitettiin haastattelussa (Koskinen ja Aromaa 2002; Bowling 2005). FinTerveys 2017 -tutkimuksessa koettua terveyttä tiedusteltiin itse täytettävällä kyselylomakkeella, ja tämä menetelmäero voi ainakin osin selittää yllättävän kielteisen muutoksen vuodesta 2011. Tähän viittaa sekin, että FinTerveys-tutkimuksen tulokset ovat sopusuhteissa postikyselyyn perustuvasta ATH-tutkimuksesta vuosilta 2013–2016 julkaistujen tietojen kanssa (Murto ym. 2017).

Itse raportoidusta yleisestä pitkäaikaissairastavuudesta ei ole käytettävissä vertailukelpoisia tietoja vuodelta 2011. Vuoden 2015 elinolotutkimuksessa suomalaisista puolet vastasi, että heillä on jokin pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma, mikä on selvästi enemmän kuin EU-jäsenmaissa keskimäärin (36 %) (*Kansanterveysosoittimien ECHI-tietokanta* 2018). Suomen ja EU-maiden ero on pysynyt lähes samana viime vuosina. Tähän eroon voivat vaikuttaa sekä kysymyksen tulkinnan kansalliset erot että eri maiden väliset erot tiedonkeruun toteutuksessa ja osallistumisaktiivisuudessa (Sihvonen ym. 2017).

9 Sairaudet, riskitekijät ja oireet

9.1 Kohonnut verenpaine ja verenpainetauti

Tiina Laatikainen, Erkki Vartiainen, Antti Jula, Pekka Jousilahti ja Teemu Niiranen

- Lähes kahdella kolmesta miehestä ja joka toisella naisella on joko verenpainelääkitys tai kohonnut verenpaine.
- Niistä, joilla on joko aiemmin todettu tai tässä tutkimuksessa todettu korkea verenpaine, lääkitystä käyttää 52 % miehistä ja 56 % naisista.
- Lääkityistä hoitotasapainossa on 43 % miehistä ja 42 % naisista.
- Miesten systolisen verenpaineen keskiarvo on 137 mmHg ja naisten 133 mmHg ja diastolisen vastaavasti 81 mmHg ja 78 mmHg.

Ihanteellinen verenpaine on alle 120/80 mmHg. Verenpaineen katsotaan olevan vielä ”normaali”, kun se terveydenhuollon mittauksissa on alle 130/85 mmHg, tyydyttävä välillä 130–139/85–89 ja koholla, kun paine on 140/90 mmHg tai enemmän. Kohonnut verenpaine lisää riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin. Sepelvaltimotaudin ja aivohalvausten riski kaksin-kolminkertaistuu systolisen verenpaineen noustessa 20 mmHg tai diastolisen noustessa 10 mmHg. Riskin kasvu alkaa ilman kynnyсарvoa tasolta alle 120/80 mmHg ja se kasvaa verenpaineen noustessa (Lewington ym. 2002). Verenpaineen kohoamiseen vaikuttavat merkittävästi useat elintapatekijät. Tärkeimmät muutettavissa olevat riskitekijät ovat suolan (natriumin) liiallinen saanti, ylipaino, runsas alkoholinkäyttö ja vähäinen fyysinen aktiivisuus.

Menetelmät

Tutkittavien verenpaine mitattiin elohopeamanometrillä oikeasta käsivarresta istuvassa asennossa. Ennen mittausta tutkittavat olivat istuneet mansetti olkavarressa vähintään viiden minuutin ajan. Mittaus toistettiin kolme kertaa. Jokaisen mittauksen jälkeen pidettiin vähintään yhden minuutin tauko. Raportoinnissa on käytetty ensimmäisen ja toisen mittauksen keskiarvoa. Verenpaineen seurannan toteutumisesta terveydenhuollossa sekä verenpainelääkkeiden käyttöä selvitettiin kyselylomakkeella. Verenpaine katsottiin kohonneeksi, mikäli systolinen verenpaine oli 140 mmHg tai enemmän tai diastolinen verenpaine 90 mmHg tai enemmän. Mikäli tutkittavilla oli verenpainelääkitys tai tutkimuksessa mitattu systolinen verenpaine oli 140 mmHg tai enemmän tai diastolinen verenpaine 90 mmHg tai enemmän, tutkittavat määriteltiin hypertensiivisiksi eli että heillä on verenpainetauti.

Nykytilanne

Verenpaine oli 12 viime kuukauden aikana mitattu 68 prosentilta miehistä ja 72 prosentilta naisista. Työikäisistä miehistä (30–64-vuotiaat) verenpaine oli mitattu

9. SAIRAUDET, RISKITEKIJÄT JA OIREET

61 prosentilta ja naisista 67 prosentilta. Tutkittavista, jotka olivat täyttäneet 65 vuotta, verenpaine oli mitattu 84 prosentilta. Mittausten toteutuminen oli hieman yleisempää niillä tutkittavilla, jotka raportoivat käyttävänsä verenpainelääkitystä, tai joilta oli mitattu korkeita verenpainearvoja. Heillä vastaavat osuudet olivat työikäisistä miehistä 69 prosenttia ja naisista 74 prosenttia ja 65 vuotta täyttäneistä miehistä 84 prosenttia ja naisista 85 prosenttia.

Kaikkien 30 vuotta täyttäneiden miesten systolisen verenpaineen keskiarvo oli 137 mmHg ja naisten 133 mmHg. Systolinen verenpaine oli 30–64-vuotiailla miehillä keskimäärin 133 mmHg ja naisilla 127 mmHg. Miehillä, jotka olivat täyttäneet 65 vuotta, systolisen verenpaineen keskiarvo oli 143 mmHg ja naisilla 146 mmHg.

Diastolisen verenpaineen keskiarvo kaikilla 30 vuotta täyttäneillä miehillä oli 81 mmHg ja naisilla 78 mmHg. Työikäisillä eli 30–64-vuotiailla miehillä diastolisen verenpaineen keskiarvo oli 83 mmHg ja naisilla 79 mmHg. Miehillä, jotka olivat täyttäneet 65 vuotta, diastolisen verenpaineen keskiarvo oli 78 mmHg ja naisilla 77 mmHg.

Kaikista 30 vuotta täyttäneistä miehistä 45 prosentilla ja naisista 37 prosentilla verenpainetaso ylitti 140/90 mmHg. Vastaavat osuudet 30–64-vuotiaista olivat miehillä 40 prosenttia ja naisilla 26 prosenttia. 65 vuotta täyttäneistä miehistä verenpaine oli koholla 57 prosentilla ja naisista 61 prosentilla. Niiden osuus, joilla verenpainetaso ylitti 160/100 mmHg, oli työikäisistä (30–64-vuotiaista) miehistä 10 prosenttia ja naisista 7 prosenttia. Vastaavat osuudet 65 vuotta täyttäneistä olivat 22 prosenttia miehistä ja 25 prosenttia naisista. Tutkittavien verenpainejakauma kymmenvuotiskäryhmittäin näkyy taulukosta 9.1.

Taulukko 9.1: Mitatun verenpaineen jakauma (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Miehet							
Alle 130/85	48,3	41,3	27,5	22,5	24,8	28,1	32,8
130–139/85–89	26,2	23,5	21,6	21,5	16,5	20,9	22,1
140–159/90–99	22,4	25,4	38,9	35,5	35,0	32,3	31,5
160/100 tai yli	3,2	9,8	12,0	20,5	23,6	18,7	13,7
Naiset							
Alle 130/85	79,5	60,3	41,0	26,4	21,0	16,2	44,4
130–139/85–89	10,7	21,4	23,0	22,1	15,3	21,5	19,0
140–159/90–99	7,7	15,2	26,1	34,8	37,4	31,1	24,2
160/100 tai yli	2,2	3,1	9,9	16,8	26,3	31,2	12,4
p ²							< 0,001

¹ ikävakiointu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Kaikista 30 vuotta täyttäneistä miehistä 58 prosenttia oli hypertensiivisiä ja naisista 48 prosenttia. Työikäisistä miehistä (30–64-vuotiaista) 48 prosenttia ja naisista 33 prosenttia oli hypertensiivisiä, kun 65 vuotta täyttäneistä miehistä hypertensiivisiä oli 79 prosenttia ja naisista 82 prosenttia. Hypertensiivisten osuus kymmenvuotiskäryhmittäin näkyy taulukosta 9.2.

9. SAIRAUDET, RISKITEKIJÄT JA OIREET

Taulukko 9.2: Kohonneen verenpaineen yleisyys (%).*

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Miehet	27,6	40,2	62,0	74,3	79,4	79,8	57,6
Naiset	11,0	23,2	47,1	69,1	84,3	87,2	48,3
p ²							< 0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

* Kohonnut verenpaine: systolinen ≥ 140 tai diastolinen ≥ 90 mmHg (tässä tutkimuksessa mitattu) tai lääkehoito

Kaikista 30 vuotta täyttäneistä tutkituista verenpainelääkkeitä käytti 28 prosenttia miehistä ja 27 prosenttia naisista. Työikäisistä eli 30–64-vuotiaista miehistä lääkitystä käytti 18 prosenttia ja naisista 15 prosenttia ja 65 vuotta täyttäneistä miehistä 51 prosenttia ja naisista 55 prosenttia. Hypertensiivisistä verenpainelääkkeitä käytti 52 prosenttia miehistä ja 56 prosenttia naisista. Työikäisistä miehistä 38 prosentilla ja naisista 44 prosentilla ja 65 vuotta täyttäneistä miehistä 65 prosentilla ja naisista 71 prosentilla oli verenpainelääkitys. (Taulukko 9.3.)

Taulukko 9.3: Kohonneen verenpaineen hoito ja seuranta (%).

	30–64	65+	30+ ¹
Lääkitystä 7 viime päivän aikana käyttäneet*			
Miehet	37,8	65,4	52,0
Naiset	44,4	70,6	55,8
p ²			0,028
Lääkehoidossa olevista verenpainetason 140/90 mmHg alittavat			
Miehet	40,9	42,3	42,5
Naiset	50,0	36,2	41,8
p ³			0,009

¹ ikävakioitu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

³ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

* Osuus niistä, joilla on kohonnut verenpaine: systolinen ≥ 140 tai diastolinen ≥ 90 mmHg (tässä tutkimuksessa mitattu) tai lääkehoito

Tutkittavista, jotka käyttivät verenpainetta alentavaa lääkitystä, 43 prosentilla miehistä ja 42 prosentilla naisista verenpainetaso oli alle 140/90 mmHg. Miehillä kohonneen verenpaineen hoitotavoitteen, alle 140/90 mmHg, saavuttamisessa ei ollut eroja ikäryhmittäin. Naisista 30–64-vuotiaista selvästi suurempi osuus (50 %) oli hoitotavoitteessa, kun 65 vuotta täyttäneistä vain 36 prosentilla verenpainetaso alitti 140/90 mmHg. (Taulukko 9.3.)

Johtopäätökset

Tutkimuksen mukaan verenpainetauti on Suomessa edelleen hyvin yleinen. Työikäisistäkin noin puolella on verenpainelääkitys tai tutkimuksessa todettu kohonnut verenpaine. Suomalaisten systolisen ja diastolisen verenpaineen keskiarvo on edelleen varsin korkea moniin Euroopan maihin verrattuna (Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) 2017). Tulosten mukaan verenpainetta mitataan terveydenhuollossa aktiivisesti. Kuitenkin niistä, joilla tässä tutkimuksessa todettiin kohonnut verenpaine, vain hieman yli puolella oli käytössä verenpainelääke. Hoitotasapainossa lääkityistä oli hieman yli 40 prosenttia. Lääkehoidossa olevien osuus näyttää kuitenkin viime vuosina hieman lisääntyneen (Laatikainen ym. 2013). Kohonneesta verenpaineesta johtuvan sairastuvuuden ja kuolleisuuden alentamiseksi tulisi kansallisesti lisätä toimia riskitekijöiden alentamiseksi ja tehostaa jo sairastuneiden lääkehoitoa.

9.2 Kolesteroli

Erkki Vartiainen, Tiina Laatikainen, Jouko Sundvall, Antti Jula, Pekka Jousilahti ja Teemu Niiranen

- Kehitys väestön kolesterolitasossa näyttää kääntyneen taas myönteiseen suuntaan
- Lähes 60 prosentilla 30 vuotta täyttäneistä on kohonnut veren kolesterolipitoisuus ja lähes joka toisella sitä ei ole aiemmin diagnosoitu.
- Vuosien 2011 ja 2017 välillä kohonneiden kokonais- ja LDL-kolesteroliarvojen osuus pieni, matalien HDL-kolesteroliarvojen osuudessa ei tapahtunut muutoksia.
- Aiemmin diagnosoimaton kokonaiskolesterolipitoisuus oli yleinen etenkin 30–39-vuotiailla, joten veren kolesterolimittauksia tarvitaan lisää erityisesti nuoremmassa ikäryhmässä.

Veren LDL-kolesteroli ja sen muutokset vaikuttavat suoraan sydäntautien riskiin. LDL-kolesterolin nousu lisää ja aleneminen vähentää sydäntautisairastuvuutta ja -kuolleisuutta. Yhden mmol/l:n lasku LDL-kolesterolissa pienentää sepelvaltimotautikuolleisuuden riskiä noin 20 % (Baigent ym. 2005). Kokonais- ja LDL-kolesterolia nostavat ruokavalion tyydyttyneet (kovat) rasvat ja niitä laskevat monitydyttymättömät rasvat, joita on juoksevilla kasviöljyissä ja pehmeissä margariineissa. Suomessa kokonaiskolesteroli laski noin 20 prosenttia 1970-luvun huippuvuosista vuoteen 2007 saakka. Tämä muutos yksin selittää noin 40 prosentin laskun työikäisten miesten ja naisten sydäntautikuolleisuudessa (Jousilahti ym. 2016b). Vuosien 2007 ja 2012 välillä väestön tyydyttyneen rasvan käyttö lisääntyi ja kokonaiskolesterolipitoisuus lisääntyi hieman (Vartiainen ym. 2012)..

Menetelmät

Tutkimuksessa otetusta seeruminäytteestä määritettiin kokonais- ja HDL-kolesteroli ja triglyseridit entsyymaattisella menetelmällä THL:n biokemian laboratorioissa. Laboratorio on osallistunut kansainväliseen lipidimääritysten standardointiohjelmaan (Lipid Standardization Program, Center for Disease Control and Prevention (CDC) Atlanta, USA). Laboratorion systemaattiset virheet kokonaiskolesterolimäärityksissä olivat vuonna 2011 +0,2 prosenttia ja vuonna 2017 -0,3 prosenttia ja vastaavasti HDL-kolesterolimäärityksissä +1,6 ja +2,7 prosenttia ja triglyseridimäärityksissä -4,1 ja -5,2 prosenttia. Koska mittausten systemaattiset virheet eroavat tutkimusten välillä vain vähän, ei kolesteroli- ja triglyseridiarvoja ole korjattu. LDL-kolesteroli laskettiin Friedewaldin kaavalla. Verinäytteen ottoa edelsi vähintään 4 tunnin paasto.

Nykytilanne

Neljännes tutkittavista ei ollut käynyt kolesterolimittauksessa viimeisen viiden vuoden aikana. Nuoremmassa ikäryhmässä 30–39-vuotialta kolesteroli oli mitattu vain

9. SAIRAUDET, RISKITEKIJÄT JA OIREET

hiukan yli puolelta viimeisen viiden vuoden aikana ja kolmasosalla kolesterolia ei oltu koskaan mitattu. Viidenkymmen ikävuoeden jälkeen mittauksia oli tehty lähes 80 prosentille viimeisen viiden vuoden aikana. (Taulukko 9.4.)

Taulukko 9.4: Veren kolesterolipitoisuuden mittauttamisen yleisyys (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Viimeisen 5 vuoden aikana							
Miehet	55,9	67,3	80,2	81,3	86,0	78,6	73,9
Naiset	54,5	69,6	85,7	83,4	89,0	79,6	76,1
p ²							0,026
lkm	387 000	452 000	609 000	613 000	424 000	227 000	2 711 000
Ei koskaan							
Miehet	33,6	17,5	8,6	5,3	6,0	9,5	14,2
Naiset	31,3	14,1	6,4	4,8	3,6	9,3	12,2
p ³							0,021
lkm	227 000	105 000	54 000	37 000	23 000	26 000	474 000

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

³ sukupuolten välinen tasoero

Veren kokonaiskolesteroli oli tavoitetasolla (alle 5 mmol/l) 46 prosentilla yli 30-vuotiaista miehistä ja 40 prosentilla naisista (taulukko 9.5). Lievästi koholla olevia arvoja (5,0–6,49 mmol/l) oli 43 prosentilla miehistä ja 46 prosentilla naisista ja selvästi kohonneita arvoja 10 prosentilla miehistä ja 14 prosentilla naisista. Vastaavat arvot ikäryhmittäin on esitetty taulukossa 9.5. Eniten kohonneita kolesteroliarvoja oli 40–49-vuotiailla miehillä ja 50–59-vuotiailla naisilla. Näiden ikävuosien jälkeen kolesteroliarvot kääntyivät laskuun. Yli 80-vuotiailla miehillä ei juuri kenelläkään todettu selvästi koholla olevia kolesteroliarvoja ja naisista 13 prosentilla. Tämä johtuu kolesterolin vaikutuksesta elinikään, kolesterolin laskusta iän karttuessa vanhuudessa ja yleisemmästä kolesterolilääkkeiden käytöstä.

Taulukko 9.5: Kokonaiskolesterolipitoisuuden jakauma (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Miehet							
Tavoitearvon mukainen (<5 mmol/l)	48,8	30,9	35,7	47,5	61,2	76,6	46,2
Lievästi kohonnut (5–6,49 mmol/l)	44,7	52,7	50,0	41,0	33,3	22,9	43,4
Selvästi kohonnut (≥ 6,5 mmol/l)	6,5	16,4	14,3	11,5	5,5	0,5	10,4
Naiset							
Tavoitearvon mukainen (<5 mmol/l)	62,4	43,6	23,5	27,8	36,9	55,4	39,8
Lievästi kohonnut (5–6,49 mmol/l)	33,4	47,5	56,4	50,7	44,7	31,8	45,7
Selvästi kohonnut (≥ 6,5 mmol/l)	4,2	8,8	20,1	21,5	18,4	12,9	14,4
p ²							< 0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Aiemmin diagnosoimaton kohonnut kokonaiskolesterolipitoisuus (vähintään 5 mmol/l) todettiin 45 prosentilla miehistä ja 47 prosentilla naisista. Aiemmin diag-

9. SAIRAUDET, RISKITEKIJÄT JA OIREET

nosoimaton kokonaiskolesterolipitoisuus oli yleinen etenkin 30–39-vuotiailla miehillä ja naisilla. (Taulukko 9.6.)

LDL-kolesterolin jakauma noudatti kokonaiskolesterolin jakaamaa. Eniten kohonneita (vähintään 3 mmol/l) arvoja oli miehillä 40–49-vuotiaana ja naisilla 50–59-vuotiaana. Noin puolella yli 30-vuotiaasta väestöstä oli kohonnut veren LDL-kolesterolipitoisuus. (Taulukko 9.6.)

Taulukko 9.6: Kohonneet kolesteroliarvot, niiden tunnistaminen ja hoito.

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Aiemmin toteamaton kohonnut kokonaiskolesterolipitoisuus (%)[*]							
Miehet	55,0	44,8	40,6	41,7	47,8	57,1	45,2
Naiset	62,1	57,6	50,2	35,5	34,0	38,4	46,9
p ²							< 0,001
Kohonneen LDL-kolesterolin (vähintään 3 mmol/l) yleisyys (%)							
Miehet	53,3	65,5	60,0	50,1	36,3	24,3	51,9
Naiset	33,5	48,8	68,7	62,6	54,2	39,6	52,8
p ³							< 0,001
Veren kolesterolia alentavia lääkkeitä käyttävien osuus väestössä (%)							
Miehet	1,6	6,5	19,1	30,6	42,8	39,3	20,1
Naiset	0,4	2,5	9,9	26,1	34,2	32,1	14,7
p ⁴							0,045
LDL-kolesterolin tavoitetason (<3 mmol/l) saavuttaneiden osuus (%)[†]							
Miehet	.	41,6	78,8	84,7	93,4	94,1	85,0
Naiset	.	56,8	72,9	77,9	75,0	90,9	76,1
p ⁵							< 0,001

¹ ikävakiointu

^{2–4} sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

⁵ sukupuolten välinen tasoero

* rajattu niihin, joilla kokonaiskolesteroli >5 mmol/l

† 40 vuotta täyttäneistä kolesterolilääkkeiden käyttäjistä

Veren kolesterolia alentavia lääkkeitä käytti 20 prosenttia miehistä ja 15 prosenttia naisista (taulukko 9.6). Väestötasolle laskettuna kolesterolilääkkeitä käytti 638 000 henkilöä. Kolesterolilääkkeiden käyttö yleistyi nopeasti 50 ikävuoden jälkeen. Yleisintä niiden käyttö oli 70–79-vuotiailla, joista kolesterolilääkkeitä käytti 43 prosenttia miehistä ja 34 prosenttia naisista.

LDL-kolesterolin yleisimmin käytetyn tavoitetason (alle 3 mmol/l) saavutti 85 prosenttia miehistä ja 76 prosenttia naisista, jotka käyttivät kolesterolilääkkeitä. Hoitotavoitteeseen pääsy oli yleistä kaikissa ikäluokissa lukuunottamatta 40–49-vuotiaita. (Taulukko 9.6.)

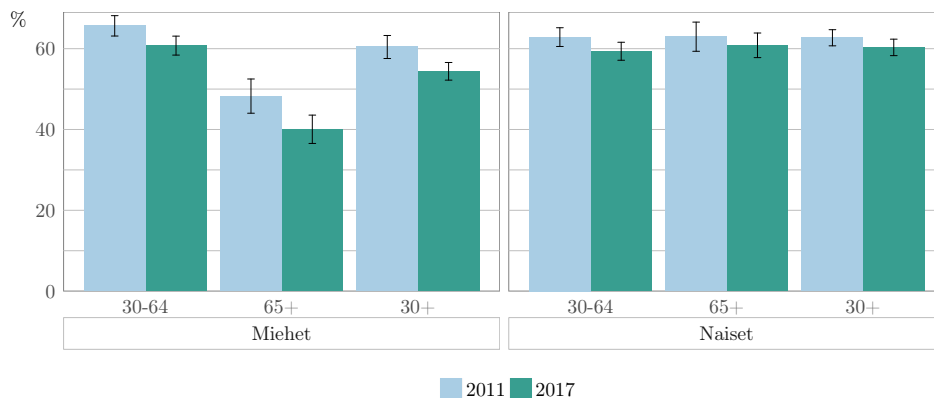
Muutos 2011–2017

Kokonaiskolesterolin keskiarvo oli vuonna 2017 yli 30-vuotiailla miehillä 5,1 mmol/l ja naisilla 5,4 mmol/l. Vuonna 2011 vastaavat keskiarvot olivat 5,3 mmol/l ja 5,4 mmol/l. Työikäisillä, 30–64-vuotiailla miehillä niiden osuus, joiden kokonaiskoles-

9. SAIRAUDET, RISKITEKIJÄT JA OIREET

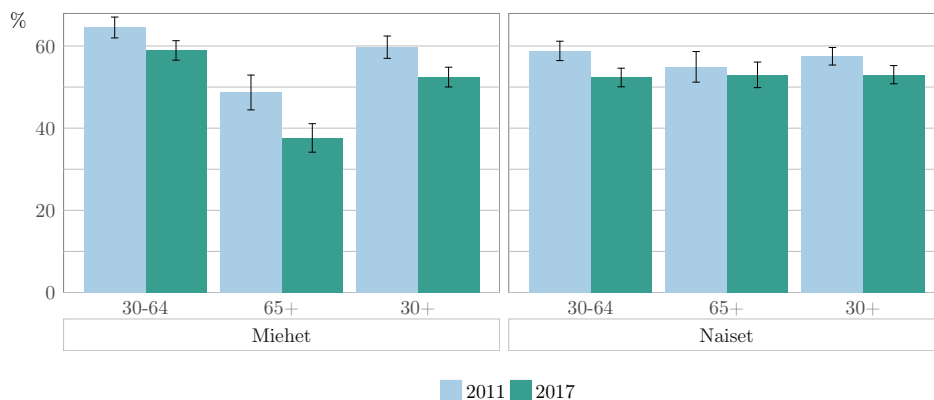
teroli oli vähintään 5 mmol/l, laski vuodesta 2011 vuoteen 2017 66 prosentista 61 prosenttiin (kuvio 9.1). Vastaavasti havaittiin työikäisillä naisilla lasku 63 prosentista 59 prosenttiin.

Kuvio 9.1: Kohonneen kokonaiskolesterolin (vähintään 5 mmol/l) yleisyys (%) vuosina 2011 ja 2017.



Lasku kohonneessa kokonaiskolesterolissa johtui lähinnä LDL-kolesterolin laskusta. LDL-kolesterolin keskiarvo oli miehillä vuonna 2017 3,1 mmol/l ja naisilla 3,2 mmol/l, kun se vuonna 2011 oli sekä miehillä että naisilla 3,2 mmol/l. Työikäisillä 30–64 -vuotiailla miehillä kohonneita, vähintään 3 mmol/l, arvoja oli vuonna 2011 65 prosentilla ja vuonna 2017 59 prosentilla ja naisilla vastaavasti 59 prosentilla ja 52 prosentilla (kuvio 9.2). Molemmilla sukupuolilla lasku oli tilastollisesti merkitsevä.

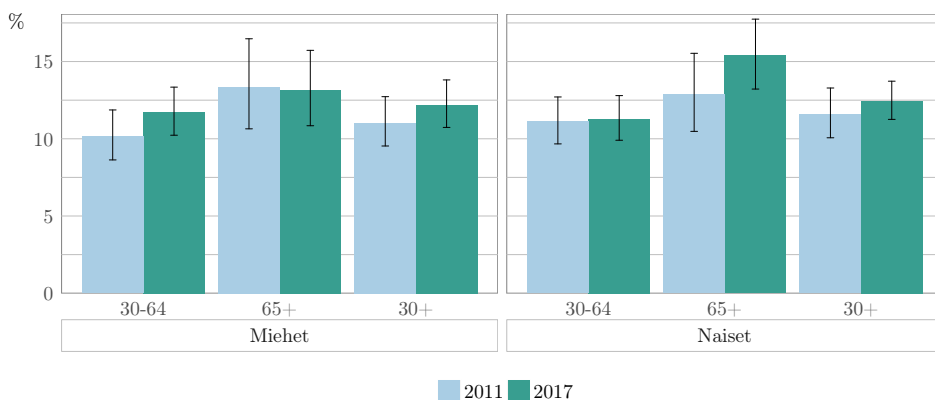
Kuvio 9.2: Kohonneen LDL-kolesterolin (vähintään 3 mmol/l) yleisyys (%) vuosina 2011 ja 2017.



HDL-kolesterolin keskiarvo vuonna 2017 oli miehillä 1,3 mmol/l ja naisilla 1,6 mmol/l kun se vuonna 2011 oli miehillä 1,4 mmol/l ja naisilla 1,6 mmol/l. Matalien

HDL-kolesteroliarvojen osuudessa ei tapahtunut tilastollisesti merkitseviä muutoksia kummallakaan sukupuolella. Vuonna 2011 matalia (alle 1,0 mmol/l) HDL-kolesteroli arvoja oli miehillä 11 prosentilla ja vuonna 2017 12 prosentilla ja naisilla (alle 1,2 mmol/l) molempina vuosina 11 prosentilla (kuvio 9.3).

Kuvio 9.3: Matalan HDL-kolesterolin (miehet alle 1 mmol/l, naiset alle 1,2 mmol/l) yleisyys (%) vuosina 2011 ja 2017.



Johtopäätökset

Väestön kokonaiskolesteroli on kääntynyt uudelleen laskuun. Lasku johtuu LDL-kolesterolin laskusta. HDL-kolesterolitasossa ei tapahtunut muutoksia.

Kolesterolin lääkehoito perustuu sydän- ja verisuonitautiriskin kokonaisarvioon ja painottuu vanhempiin ikäryhmiin. Kolesteroliarvot ovat kuitenkin eniten koholla keski-ikäisillä. Tässä ikäryhmässä tulisi panostaa erityisesti ravitsemuksen parantamiseen. Kolesterolimittaukset ja ravitsemusneuvonta tulisi aloittaa tehokkaasti viimeistään nuorille aikuisille.

Terveydenhuollossa tulisi kiinnittää huomiota erityisesti nuorten aikuisten kolesterolimittausten tehostamiseen. Vaikka veren kolesterolitasoa alentava terveellinen ruokavalio on suositeltavaa koko väestölle, on oman kolesteroliarvon tietäminen tärkeä motivoiva tekijä ruokavalion muuttamisessa. Myös vaikeat geneettiset sairaudet kuten familiaalinen hyperkolesterolemia tulisi löytää mahdollisimman aikaisin ja aloittaa tarvittava lääkehoito.

9.3 Verenkiertoelinten sairaudet

Erkki Vartiainen, Antti Jula, Tiina Laatikainen ja Teemu Niiranen

- Sepelvaltimotautia sairastaa 14 prosenttia 50 vuotta täyttäneistä miehistä ja 7 prosenttia naisista.
- Sydämen ja aivojen verenkierron sairaudet yleistyvät voimakkaasti 50 ikävuoden jälkeen.
- FINRISKI-laskurilla laskettu kohonnut riski sairastua vakavaan sepelvaltimotautiin tai aivohalvaukseen oli noin joka viidennellä 50–59-vuotiaalla miehellä sekä lähes joka toisella 60–69-vuotiaalla miehellä. Naisilla vastaavat osuudet olivat huomattavasti matalammat.
- Vähemmän koulutusta saaneilla esiintyy verenkiertoelinten sairauksia enemmän kuin korkeasti koulutetuilla ja heillä on suurempi sydäntautilaskurilla laskettu riski sairastua seuraavan 10 vuoden aikana.

Sydämen vajaatoiminnassa sydän ei pysty pumppaamaan riittävän tehokkaasti verta elimistölle, erityisesti rasituksessa. Sydämen vajaatoiminta ei ole itsenäinen sairaus vaan johtuu muista sairauksista, jotka heikentävät sydämen toimintaa. Vajatoimintaan johtavia mekanismeja on kahdenlaisia: vasemman kammion supistumiskyvyn aleneminen tai sydänlihaksen joustavuuden ja relaksaation heikentyminen. Vajatoiminnan yleisin syy on sepelvaltimotautiin liittyvä sydänlihaksen supistumishäiriö. Muita yleisiä tekijöitä ovat läppäviat ja perinnölliset sekä infektioihin liittyvät sydänlihaksen sairaudet. Harvinaisempia syitä ovat synnynnäiset sydänviat, sydämen kasvaimet ja keuhkoverenkiertosairaudet.

Sepelvaltimotaudin ilmenemismuodot ovat rasituksessa tuleva rintakipu ja äkillinen sepelvaltimotautikohtaus. Sepelvaltimotaudin synnyssä LDL-kolesterolilla on tärkeä osuus. Kolesteroli kertyy verisuonen seinämän sisään vuosikymmenien aikana. Kertymäkohta paksuuntuu suonen sisälle ja vähitellen tukkii suonen. Muita keskeisiä riskitekijöitä sepelvaltimotaudille ovat matala HDL-kolesteroli, kohonnut verenpaine, diabetes, ylipaino, tupakointi ja perinnölliset tekijät. Sepelvaltimotauti aiheuttaa runsaan viidenneksen kaikista kuolemista.

Sydäninfarkti syntyy, kun sydäntä ruokkivien sepelvaltimoiden seinämässä sijaitsevan kolesterolikertymän päällä oleva kollageenikatto repeytyy. Tämä johtaa veren hyytymiseen suonen sisällä, jolloin suoni tukkeutuu ja osa sydänlihaksesta menee hapenpuutteen vuoksi kuolioon. Kuoliota ja sen laajentumista voidaan ehkäistä lääkkehoidolla tai kirurgisesti pallolaajennuksella.

Aivohalvaus voi johtua kahdesta perussyystä. Verisuoni voi vuotaa aivojen sisälle tai verisuoni voi tukkeutua. Oireet riippuvat siitä, missä osassa aivoja vaurio sijaitsee. Tukos voi syntyä aivojen sisällä tai tukkiva hyytymä voi olla lähtöisin alemmaa verisuonistosta tai sydäimestä. Tukokset ovat synä noin 80 prosenttiin aivohalvauksista. Aivoverenvuodon tyypillisenä oireena on nopeasti alkanut päänsärky. Neurologiset oireet riippuvat vuotokohdasta ja vuodon laajuudesta. Aivoverisuonitukoksen oireena ovat tyypillisesti toispuoleinen halvaus ja puheen häiriöt. Oireet alkavat usein muutamassa minuutissa. Tukos voi laueta itsestään, jolloin oi-

reet häviävät. Mikäli oireet häviävät yhden tunnin kuluessa, puhutaan ohimenevästä iskeemisestä aivoverenkierron häiriöstä. Aivohalvauksille altistavia tekijöitä ovat kohonnut verenpaine, diabetes, tupakointi, korkea kolesteroli, sydämen eteisvärinä ja muut sydänsairaudet.

Riski sairastua vakavaan sepelvaltimotautiin tai aivohalvaukseen seuraavan 10 vuoden aikana arvioitiin FINRISKI-laskurilla. Miehillä kokonaisriski tulisi arvioida viimeistään 40-vuotiaana ja naisilla viimeistään 50-vuotiaana. Kolesteroli- ja verenpainelääkitystä harkittaessa tulisi tämä kokonaisriski huomioida. Henkilökohtaista riskinarviointia tulisi käyttää myös terveysneuvonnassa.

Menetelmät

Tulokset perustuvat lomakkeella annettuihin vastauksiin lääkärin toteamista tai hoitamista sairauksista. Sepelvaltimotautia sairastaviksi luokiteltiin ne, joilla oli lääkärin toteama sepelvaltimotauti, joskus sairastettu sydäninfarkti, sepelvaltimon ohitusleikkaus tai pallolaajennus. FINRISKI-laskurilla laskettiin riski sairastua seuraavan 10 vuoden aikana vakavaan sepelvaltimotautikohtaukseen tai aivohalvaukseen. Kohonneen riskin ryhmään laskettiin kuuluvaksi ne tutkittavat, joiden FINRISKI-laskurin tulos oli yli 10 prosenttia. Laskuri huomioi sukupuolen, iän, kokonaiskolesterolin, HDL-kolesterolin, tupakoinnin, verenpaineen, diabeteksen ja sukurasituksen vaikutuksen riskiin (Vartiainen ym. 2007).

Nykytilanne

Sydämen vajaatoiminta oli harvinainen alle 50-vuotiailla, mutta yleistyi nopeasti iän karttuessa. Miehet sairastuvat noin 10 vuotta aikaisemmin kuin naiset. Vajaatoimintaa oli 50–59-vuotiailla miehillä ja 60–69-vuotiailla naisilla 3 prosentilla, mutta yli 80-vuotiailla jo 24 prosentilla miehistä ja 27 prosentilla naisista. (Taulukko 9.7.)

Sepelvaltimotauti oli harvinainen alle 50-vuotiailla. Miehet sairastuvat lähes kymmenen vuotta aikaisemmin kuin naiset. Sairaus yleistyi nopeasti iän karttuessa. Alle 70-vuotiailla sepelvaltimotauti oli miehillä noin kaksi kertaa yleisempi kuin naisilla, mutta 80 ikävuoden jälkeen miesten ja naisten välillä ei ollut kuitenkaan enää eroja. Naisia on kuitenkin tässä ikäryhmässä enemmän kuin miehiä, jolloin myös potilaista suurempi osa on naisia. Koulutusryhmien väliset erot olivat selvät, erityisesti naisilla. Sepelvaltimotauti oli yleisin perusasteen koulutuksen omaavilla. (Taulukko 9.7.)

Sydäninfarkti yleistyi 50 ikävuoden jälkeen. Miehillä infarkti oli kaikissa ikäryhmissä yleisempää kuin naisilla. Miesten ja naisten välinen ero oli suurin nuoremmissa ikäryhmissä ja tasoittui vanhemmissa ikäryhmissä, mutta ei kokonaan hävinnyt. (Taulukko 9.7.)

Aivoverenvuodot ja aivoverisuonitukokset yleistyivät voimakkaasti 50 ikävuoden jälkeen ja olivat yleisimpiä yli 80-vuotiailla. Miehillä aivohalvaukset olivat yleisempiä kuin naisilla. Nuoremmissa ikäryhmissä ero oli noin kaksinkertainen ja pieneni iän karttuessa. (Taulukko 9.7.)

FINRISKI-laskurilla laskettu kohonnut riski sairastua vakavaan sepelvaltimotautiin tai aivohalvaukseen seuraavan 10 vuoden aikana oli noin joka viidennellä 50–59-vuotiaalla miehellä sekä lähes joka toisella 60–69-vuotiaalla miehellä. Naisilla

9. SAIRAUDET, RISKITEKIJÄT JA OIREET

Taulukko 9.7: Eräiden itse ilmoitettujen lääkärin toteamien verenkiertoelinten sairauksien yleisyys (%) 50 vuotta täyttäneillä.

	50–59	60–69	70–79	80+	50+ ¹
Sydämen vajaatoiminta, 12 viime kuukauden aikana					
Miehet	2,5	5,3	11,3	23,7	9,3
Naiset	0,4	2,5	7,0	27,3	7,2
p ²					0,011
Sepelvaltimotauti					
Miehet	5,2	11,0	19,4	28,0	14,3
Naiset	2,2	4,2	10,5	26,3	7,1
p ³					< 0,001
Sydäninfarkti					
Miehet	3,4	5,9	9,1	17,0	8,7
Naiset	0,7	1,8	2,9	9,1	4,4
p ⁴					< 0,001
Aivohalvaus, aivoverenvuoto tai aivoverisuonitus					
Miehet	2,7	6,3	9,1	16,3	6,6
Naiset	1,3	2,9	6,1	13,7	6,1
p ⁵					< 0,001

¹ ikävakioitu
²⁻⁵ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

vastaavat osuudet olivat huomattavasti matalammat. FINRISKI-laskurilla laskettu riski vaihteli merkittävästi koulutusryhmittäin. Vähintään 10 prosentin riskissä oli perusasteen koulutuksen saaneista miehistä 57 prosenttia ja korkean koulutuksen saaneista miehistä 35 prosenttia. Naisilla vastaavat luvut olivat 24 ja 8 prosenttia. (Taulukko 9.8.)

Taulukko 9.8: Sydäninfarkti-, sepelvaltimotauti- tai aivohalvausriskipisteet (FINRISKI-laskuri) 50–69-vuotiailla; niiden osuus (%) joilla selvästi kohonnut riski (>10%).

	50–59	60–69
Miehet	19,4	71,0
Naiset	1,8	16,7
p ¹		

¹ ikävakioitu
² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Johtopäätökset

Vaikka sydän- ja verisuonisairaudet ovat vähentyneet viimeisten vuosikymmenien aikana erityisesti työikäisessä väestössä, ovat ne edelleen keskeinen kansantervey-

9. SAIRAUDET, RISKITEKIJÄT JA OIREET

songelma. Suurin osa tautitapauksista tulee vanhemmista ikäluokista. Sairastavuutta voitaisiin edelleen vähentää tunnettuja riskitekijöitä alentamalla. Sosiaali-ryhmien väliset sairastavuuserot tulevat jatkumaan, jos muutettavissa olevia riskitekijöitä; kolesterolia, verenpainetta, tupakointia ja ylipainoa, ei saada vähennettyä erityisesti matalamman koulutuksen saaneessa väestössä.

9.4 Diabetes

Jaana Lindström, Pekka Jousilahti, Tiina Laatikainen, Antti Jula ja Markku Peltonen

- Yhteensä arviolta 429 000 suomalaista eli 15 % miehistä ja 10 % naisista sairastaa diabetesta joko tietäen tai tietämättään.
- Noin joka neljännellä miehellä ja naisella on vähintään kohtalainen riski sairastua tyypin 2 diabetekseen 10 vuoden sisällä.
- Verensokerin suhteen tavoitetasoon saavutti 73 % miehistä 70 % naisista, joilla oli aiemmin todettu diabetes.
- Kohonneen glykohemoglobiinin osuus koko väestössä ei ole muuttunut.

Diabetes on yleistynyt tasaisesti viimeisten vuosikymmenten aikana (Peltonen ym. 2015) ja samalla diabeteksen ja sen lisäsairauksien hoidon kokonaishinta yhteiskunnalle on kasvanut. Toisaalta tarkoituksenmukaisella, oikea-aikaisella hoidolla diabeteksesta aiheutuvat suorat ja epäsuorat kustannukset henkilöä kohti pienenevät (Koski ym. 2017). Lisäksi tiedetään, että tyypin 2 diabetesta, joka kattaa noin neljä viidestä diabetestapauksesta, voidaan ehkäistä antamalla kohonneessa diabetesriskissä oleville henkilöille ammattitaitoista ja tavoitteellista elintapaohjausta (Lindström ym. 2013). Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy on todettu olevan myös taloudellisesti kannattavaa (Reini ja Honkatukia 2016).

Tyypin 2 diabeteksen kehittyminen vie tyypillisesti vuosia, eikä se alkuvaiheessa aiheuta erityisiä oireita. Lisäsairauksien kehittyminen alkaa kuitenkin jo varhaisessa vaiheessa verensokerin noustessa, ja juuri lisäsairauksien hoito kuormittaa terveydenhoitojärjestelmää. Siksi diabetesta kannattaa tunnistaa aktiivisesti, jotta hoidon aloittaminen ei viivästy.

Menetelmät

Glykohemoglobiini eli HbA1c analysoitiin kokoverinäytteestä immunoturbidimetrisellä ja paastoglukoosi plasmasta entsyymaattisella menetelmällä (Abbott Laboratories, Illinois, USA). Tutkittavia pyydettiin paastoamaan vähintään 4 tuntia ennen näytteenottoa. Analyyseissä kohonneen verensokerin raja-arvona oli 48 mmol/mol HbA1c-pitoisuudelle ja 7 mmol/l paastoglukoosille. Diabeetikoiden hyvän hoitotasapainon rajana oli 52 mmol/mol HbA1c-pitoisuuksissa.

Verinäytteen lisäksi kysyttiin lomakkeella diagnoosi-, seulonta- ja seurantatietoa. Diabeteksen hoitoa selvitettiin kysymällä lääkärin määräämien diabeteslääkkeiden käytöstä. Itseraportoitu diabetesdiagnoosi perustui kysymykseen siitä, onko lääkäri joskus todennut diabeteksen. Vastausvaihtoehdoissa oli mahdollista valita eri diabetestyyppi. Analyyseissä diabeetikoiksi luokiteltiin ne tutkittavat, jotka valitsivat vastausvaihtoehdon tyypin 1 tai 2 diabetes, tai ”kyllä, mutta en tiedä diabeteksen tyyppiä”, tai ilmoittivat käyttävänsä lääkärin määräämiä lääkkeitä diabeteksen takia. Seulontakysymykset selvittivät viimeisimmän verensokerimittauksen ajankohtaa sekä diabetesriskiä. Tyypin 2 diabetesriskiä seuraavan 10 vuoden aikana

arvioitiin käyttäen kahdeksan kysymyksen diabetesriskitestiä (Lindström ja Tuomi-lehto 2003). Riskitesti on kehitetty helpottamaan niiden henkilöiden tunnistamista, jotka voisivat hyötyä diabeteksen ehkäisemiseen tähtäävästä elintapaneuvonnasta. Riskitestin perusteella henkilön riski luokitellaan pieneksi (1/100 sairastuu), jonkin verran lisääntyneeksi (1/25 sairastuu), kohtalaiseksi (1/6 sairastuu), suureksi (1/3 sairastuu) tai erittäin suureksi (1/3 sairastuu).

Analyyseissä diabeteksen kokonaisuıntıvyvyys määriteltiin kriteereillä: itseraportoitu lääkärin diagnosoima diabetes, kohonnut glykohemoglobiini tai paastoglukoosi.

Nykytilanne

Miehistä 13 % ja naisista 9 % ilmoitti sairastavansa diabetesta (taulukko 9.9). Diabetes yleistyi selvästi iän mukana sekä miehillä että naisilla. Ikäluokkien koosta ja iän myötä kohoavasta riskistä johtuen eniten diabetesta sairastavia (123 000) oli 60–69-vuotiaiden ikäryhmässä. Niistä henkilöistä, joilla ei ollut aikaisemmin todettua diabetesta, mitatun koholla olevan paastoglukoosin ja/tai HbA1c-arvon perusteella mahdollinen aikaisemmin diagnosoimaton diabetes oli 3,1 %:lla miehistä ja 1,4 %:lla naisista. Edellä olevien lukujen perusteella arvioidaan, että yhteensä 429 000 yli 30-vuotiaalla suomalaisella, eli 15 %:lla miehistä ja 10 %:lla naisista oli diabetes.

Taulukko 9.9: Diabeteksen yleisyys (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Itse ilmoitettu lääkärin toteama diabetes							
Miehet	1,2	4,5	11,0	20,9	24,4	22,0	12,6
Naiset	2,2	3,2	5,6	12,6	17,2	20,4	8,6
p ²							< 0,001
lkm	11 000	25 000	61 000	123 000	99 000	60 000	381 000
HbA1c ≥ 48 tai paastoglukoosi ≥ 7 ei-diabeetikoilla							
Miehet	1,1	1,2	3,9	4,3	5,9	3,1	3,1
Naiset	0,3	0,5	1,5	1,7	3,8	2,1	1,4
p ³							< 0,001
Diabeteksen kokonaisuıntıvyvyys (lääkärin toteama, HbA1c ≥ 48 tai paastoglukoosi ≥ 7)							
Miehet	2,2	5,3	13,3	24,6	27,5	22,6	14,6
Naiset	2,9	3,3	6,1	13,8	20,5	18,4	9,4
p ⁴							< 0,001
lkm	18 000	29 000	71 000	142 000	114 000	56 000	429 000

¹ ikävakioitu

^{2–4} sukupuolten välinen tasoero

Tunnistamattoman diabeteksen osuus oli selvästi pienempi kuin aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu. Syynä tähän saattaa olla varsin kattava seulonta: lähes kolmannes miehistä ja naisista kertoi diabetesriskiään arvioidun 12 kuukauden sisällä ja lähes neljä viidestä kertoi, että hänen verensokerinsa on mitattu 5 vuoden sisällä. Toinen selittäjä on menetelmäerot aikaisempiin tutkimuksiin nähden.

Vähintään kohtalainen riski sairastua tyypin 2 diabetekseen 10 vuoden sisällä oli noin joka neljännellä miehellä ja naisella (taulukko 9.10). Riski lisääntyi iän myötä. Joka kolmas yli 50-vuotias, jolla ei vielä ollut diabetesta, oli riskitestin perusteella

vaarassa sairastua diabetekseen.

Taulukko 9.10: Diabeteksen seulonnan yleisyys (%) henkilöillä, joilla ei ole lääkärin toteamaa diabetestä.

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Verensokerimittaus 5 vuoden aikana							
Miehet	68,5	74,0	79,7	82,0	86,2	85,8	78,1
Naiset	72,1	65,6	79,2	84,4	84,3	89,3	77,3
p ²							0,494
Diabetesriskiä arvioitu 12 kk aikana							
Miehet	18,1	25,5	29,7	30,1	29,6	27,9	26,6
Naiset	23,2	24,6	33,4	32,8	38,0	30,1	29,9
p ³							0,041
Vähintään kohtalainen diabetesriski (≥ 12 pistettä riskitestissä)							
Miehet	4,4	13,4	30,4	32,7	33,6	37,4	22,5
Naiset	10,5	14,5	31,4	40,0	48,5	57,8	28,4
p ⁴							0,009

¹ ikävakiointu

^{2,3} sukupuolten välinen tasoero

⁴ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Terveydenhuolto pyrkii varsin aktiivisesti tunnistamaan piilossa olevan diabeteksen tai diabetesriskin. Lähes 80 % miehistä ja naisista, joilla ei ollut diagnosoitua diabetestä, kertoi verensokerinsa mitatun viimeisen viiden vuoden sisällä. Mittaus oli yleinen (noin 70 %) jo 30–39-vuotiaiden ryhmässä. Diabetesriskiä oli arvioitu joko riskitestillä tai verensokerimittauksella edellisen vuoden aikana noin kolmanneksella miehistä ja naisista.

Glykohemoglobiinimittauksen (HbA1c) perusteella kaikista tutkituista 5 %:lla miehistä ja 4 %:lla naisista oli koholla oleva verensokeri (taulukko 9.11). Paastoglyukoosimittauksen perusteella vastaavat osuudet olivat 8 % ja 5 %. Glykohemoglobiinimittaus tunnisti selvästi vähemmän henkilöitä, joilla oli koholla oleva verensokeri tai mahdollinen tunnistamaton diabetes.

Tunnistetuista diabeetikoista noin yhdeksän kymmenestä käytti lääkärin määräämää lääkitystä diabeteksen hoitoon (taulukko 9.12). Verensokeritason seuranta on oleellinen osa diabeteksen hyvää hoitoa. Diabetesta sairastavista miehistä ja naisista verensokeri oli tutkittu viimeisen puolen vuoden aikana noin seitsemällä kymmenestä, mitä voidaan pitää hyvänä kattavuutena ja diabeteksen Käypä hoito -suosituksen mukaisena (*Tyyppin 2 diabetes. Käypä hoito -suositus* 2018). HbA1c-mittauksen perusteella hoitotavoitteessa oli runsas 70 % diabetesta sairastavista.

9. SAIRAUDET, RISKITEKIJÄT JA OIREET

Taulukko 9.11: Kohonneen verensokeritason yleisyys (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
HbA1c ≥ 48							
Miehet	1,0	2,8	4,1	7,9	8,7	9,1	5,0
Naiset	1,7	1,5	2,9	5,4	5,9	6,2	3,6
p ²							0,015
lkm	10 000	14 000	26 000	49 000	35 000	21 000	153 000
Paastoglukoosi ≥ 7							
Miehet	1,3	4,3	8,0	11,4	12,8	11,0	7,6
Naiset	1,9	1,2	3,0	5,5	12,1	9,3	4,7
p ³							0,006
lkm	11 000	18 000	40 000	62 000	60 000	28 000	221 000

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

³ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Taulukko 9.12: Diabeteksen seuranta ja hoito henkilöillä, joilla on lääkärin toteama diabetes (%).

	30–64	65+	30+ ¹
Verensokerimittaus 6 kk aikana			
Miehet	70,8	64,8	67,5
Naiset	73,5	71,1	72,2
p ²			0,187
Käyttää lääkärin määräämiä diabeteslääkkeitä			
Miehet	93,6	92,3	92,8
Naiset	87,0	90,2	89,0
p ³			0,123
Hoitotavoitteessa olevat (HbA1c < 53)			
Miehet	69,2	75,8	72,5
Naiset	61,4	75,5	70,3
p ⁴			0,583

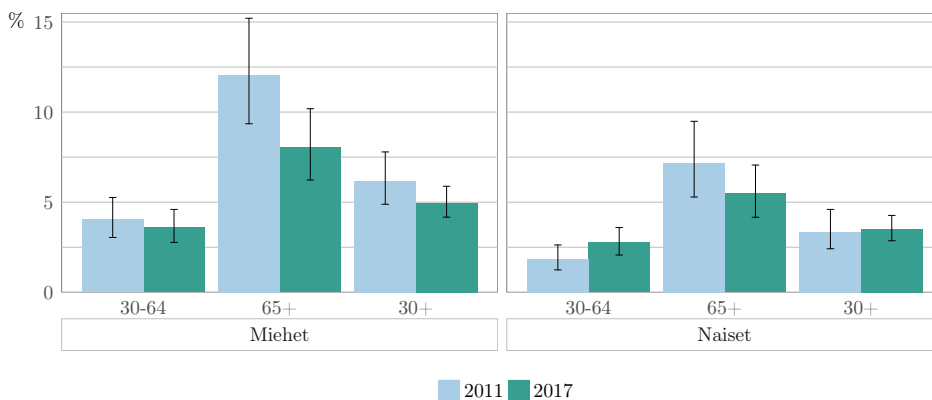
¹ ikävakioitu

²⁻⁴ sukupuolten välinen tasoero

Muutos 2011–2017

Kohonneen verensokerin ($\text{HbA1c} \geq 48 \text{ mmol/mol}$) yleisyys väestötasolla ei ole muuttunut vuosien 2011 ja 2017 välillä (kuvio 9.4).

Kuvio 9.4: Kohonneen verensokeritason ($\text{HbA1c} \geq 48$) yleisyys (%) vuosina 2011 ja 2017.



Johtopäätökset

Diabetes on merkittävä kansansairaus, jota sairastaa arviolta 15 % miehistä ja 10 % naisista. Hyvästä kehityksestä kertoo kuitenkin se, että valtaosa tapauksista on tunnistettu ja potilaat ovat hoidon ja seurannan piirissä. Aikaisemmin arvioitiin, että jokaista tunnistettua diabetestapausta kohti on yksi tunnistamaton, mutta tässä tutkimuksessa tunnistamattomien osuus oli selvästi pienempi. Tämä voi johtua osaksi menetelmällisistä eroista, sillä osallistujille ei tehty glukoosirasituskoetta. Syynä voi olla myös diabeteksen seulonnan kattavuuden lisääntyminen.

Koholla oleva verensokeri ei myöskään ole yleistynyt väestötasolla vuoteen 2011 verrattuna. Tulos viittaa siihen, että diabeteksen pitkään jatkunut lisääntyminen on tasaantunut, mutta saattaa osaltaan kuvastaa myös diabeteksen tunnistamisen ja hoidon pitkäjänteistä kehittämistä.

Tulosten tulkinnaissa on kuitenkin tärkeää huomioida, että kumpikaan tässä tutkimuksessa käytetty menetelmä (paastoglukoosi tai glykohemoglobiini) ei löydä kaikkia tunnistamattomia diabetestapauksia, kun vertailumenetelmänä on glukoo-sirasituskoetta. Erityisesti glykohemoglobiinimittaus, joka on yleistynyt vaivattomuutensa takia, soveltuu melko huonosti diabeteksriskin tunnistamiseen tai alkuvaiheessa olevan diabeteksen seulontaan.

Jotta hyvä kehitys jatkuu, on syytä edelleen painottaa diabeteksen varhaisen tunnistamisen tärkeyttä. Vähintään yhtä tärkeää on tunnistaa diabeteksriskissä olevat henkilöt ja tarjota heille ohjausta terveellisten elintapojen tukemiseksi.

9.5 Hengityselinten sairaudet ja allergiat

Pekka Jousilahti, Markku Heliövaara, Tiina Laatikainen, Tiina Mattila, Erkki Vartiainen ja Tuula Vasankari

- Miehistä joka kymmenennellä, naisista joka seitsemännellä on joskus todettu astma.
- Allergiset nenä-, silmä- ja iho-oireet ovat erittäin yleisiä, niitä on vuoden aikana kolmanneksella.
- Keuhkohtaumatauti on harvinainen työikäisillä, mutta lisääntyy iän myötä. Yli 60 -vuotiaista miehistä 6 prosentilla on todettu keuhkohtaumatauti, naisilla sitä esiintyy puolet vähemmän.

Astma, keuhkohtaumatauti (COPD) ja allergiat ovat yleisiä kansansairauksia. Astma ja allergiset nenä- ja silmäoireet ovat nopeasti lisääntyneet Suomessa viime vuosikymmeninä erityisesti nuorissa ikäryhmissä (Jousilahti ym. 2016a). Lääkäriin toteaman astman esiintyvyys kaksinkertaistui nuorilla aikuisilla (25–44-vuotiaat) vuodesta 1997 vuoteen 2012. Kansallisen astmaohjelman 1994–2004 tavoitteena oli parantaa astman hoitoa ja vähentää hoidon ja sairastavuuden aiheuttamia kustannuksia (Haahtela ym. 2006). Ohjelma oli menestys. Astman sairaalahoitajaksot ja vakavat astma-kohtaukset vähentyivät selvästi ja kustannukset laskivat (Haahtela ym. 2017b). Kansallisen allergiaohjelman 2008–2018 keskeisenä tavoitteena on astman ja allergisten sairauksien ilmaantuvuuden vähentäminen (*Kansallinen Allergiaohjelma* 2008). Ohjelman väliarvioinnissa havaittiin työperäisten allergioiden vähentyneen, mutta koko väestössä astma ja allergiset oireet eivät vähentyneet.

Keuhkohtaumatauti on Suomessa pääosin tupakoinnin aiheuttama krooninen etenevä sairaus, jonka esiintyvyys lisääntyy iän myötä. Tupakoinnin määrä ja kesto vaikuttavat sairastumisriskiin. Tautia voidaan ehkäistä tupakoimattomuudella ja taudin aiheuttamia oireita lievittää tupakoinnin lopettamisen lisäksi liikunnalla, hyvän ravitsemustilan ylläpidolla, hengitystieinfektioita ehkäisevillä rokotuksilla ja lääkehoidolla. Globaalisti myös ilmansaasteet ovat tärkeä keuhkohtaumataudin aiheuttaja.

Menetelmät

Hengityselinten sairauksien ja allergioiden esiintyvyyttä selvitettiin lomakekysymyksillä. Tutkittavilta kysyttiin onko lääkäri koskaan todennut hänellä astman tai keuhkohtaumataudin (COPD). Allergisten nenä-, silmä- ja iho-oireiden esiintyvyyttä kartoitettiin kysymällä onko tutkittavalla ollut kyseisiä oireita viimeisen 12 kuukauden aikana/koskaan elämänsä aikana. Allerginen iho-oire kuvattiin kysymyksessä seuraavasti: kutiava ihottuma, jota on sanottu maitoruveksi, taiveihottumaksi tai atooppiseksi ihottumaksi. Lisäksi kysyttiin astmalääkkeiden käytöstä tutkimusta edeltäneen viikon aikana.

Nykytilanne

Miehistä 10 prosenttia ja naisista 14 prosenttia raportoi, että heillä on lääkärin toteama astma. Miehillä astma oli yleisintä nuorimmassa ikäryhmässä, 30–39 -

vuotiailla. Myös naisilla astma oli yleistä nuorimmassa ikäryhmässä, 40–59-vuotiailla esiintyvyys oli hieman matalampi, ja alkoi sen jälkeen nousta.

Keuhkohtaumatauti oli harvinainen työikäisillä, mutta taudin esiintyvyys lisääntyi iän myötä. Lääkärin toteamaa keuhkohtaumatautia raportoiti sairastavansa 5 prosenttia 60–69-vuotiaista miehistä ja 2 prosenttia naisista. Yli 80-vuotiailla tautia sairastavien osuudet olivat 9 ja 4 prosenttia. (Taulukko 9.13.)

Taulukko 9.13: Itse ilmoitetun lääkärin toteaman astman ja keuhkohtaumataudin yleisyys (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+/60+ ¹
Astma							
Miehet	12,3	7,7	9,6	10,3	9,4	10,4	10,0
Naiset	14,0	10,2	13,0	14,3	15,9	19,7	13,8
p ²							< 0,001
lkm	92 000	59 000	83 000	92 000	63 000	47 000	436 000
Keuhkohtaumatauti (COPD), 60 vuotta täyttäneillä							
Miehet	.	.	.	4,9	6,9	9,1	5,9
Naiset	.	.	.	2,4	3,0	3,8	2,9
p ³							< 0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

³ sukupuolten välinen tasoero

Heinänuhaa tai muita allergisia nenäoireita viimeisen 12 kuukauden aikana raportoiti 27 prosenttia miehistä ja 33 prosenttia naisista. Vastaavasti allergisten silmäoireiden esiintyvyydet olivat miehillä 20 prosenttia ja naisilla 27 prosenttia. Kutiaavaa ihottumaa, jota on sanottu maitoruveksi, taiveihottumaksi tai atooppiseksi ihottumaksi raportoiti 15 prosenttia miehistä ja 16 prosenttia naisista. Allergiset oireet olivat yleisimpiä nuorilla ja vähenivät iän myötä. (Taulukko 9.14.)

Miehistä 7 prosenttia ja naisista 10 prosenttia raportoiti käyttäneensä astmalääkkeitä viimeisen viikon aikana ennen tutkimusta. Lääkärin toteamaa astmaa sairastavista miehistä lääkkeitä oli käyttänyt 57 prosenttia ja naisista 59 prosenttia. Lääkkeiden käyttö lisääntyi iän myötä. (Taulukko 9.15.)

9. SAIRAUDET, RISKITEKIJÄT JA OIREET

Taulukko 9.14: Allergisten oireiden esiintyvyys (%) 12 viime kuukauden aikana.

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Heinänuhaa tai muita allergisia nenäoireita							
Miehet	36,9	35,8	28,1	19,3	17,5	12,3	27,0
Naiset	38,5	39,3	34,6	29,5	25,7	24,2	33,3
p ²							0,002
lkm	263 000	248 000	230 000	182 000	106 000	57 000	1 089 000
Allergisia silmäoireita							
Miehet	28,6	26,9	20,9	14,3	10,0	9,3	20,0
Naiset	30,1	35,4	30,1	22,9	19,1	18,8	27,4
p ³							0,041
lkm	205 000	206 000	188 000	139 000	73 000	44 000	854 000
Kutiava ihottuma (maitorupi, taive- tai atooppinen ihottuma)							
Miehet	14,4	18,1	16,1	14,7	10,9	11,6	14,9
Naiset	22,1	20,8	16,3	12,1	10,2	11,5	16,3
p ⁴							0,111
lkm	127 000	128 000	119 000	99 000	51 000	34 000	557 000

¹ ikävakioitu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

³ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

⁴ sukupuolten välinen tasoero

Taulukko 9.15: Astmalääkkeitä viimeisen viikon aikana käyttäneiden osuus (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Kaikista							
Miehet	5,2	4,8	7,4	7,2	6,5	10,3	6,5
Naiset	6,2	5,7	10,9	11,0	13,2	16,2	9,6
p ²							< 0,001
lkm	40 000	34 000	67 000	68 000	49 000	40 000	299 000
Astmaatikoista							
Miehet	35,0	48,9	62,4	64,4	66,3	79,4	56,9
Naiset	36,5	47,9	69,0	67,0	71,7	72,6	59,2
p ³							0,574

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

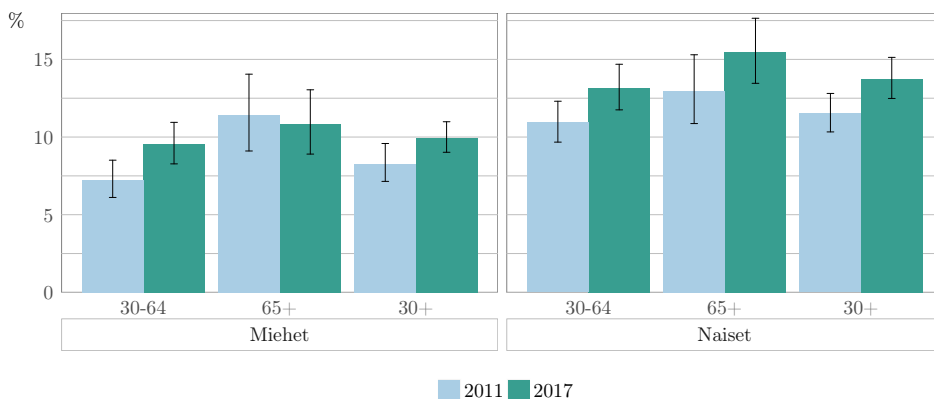
³ sukupuolten välinen tasoero

Muutos 2011–2017

Lääkäriin toteaman astman esiintyvyys lisääntyi miehillä 8 prosentista 10 prosenttiin ja naisilla 12 prosentista 14 prosenttiin. Miehillä nousua todettiin 30–69-vuotiailla ja naisilla kaikissa ikäryhmissä. Molemmilla sukupuolilla nousu oli voimakasta nuorimmassa ikäryhmässä. (Kuvio 9.5.)

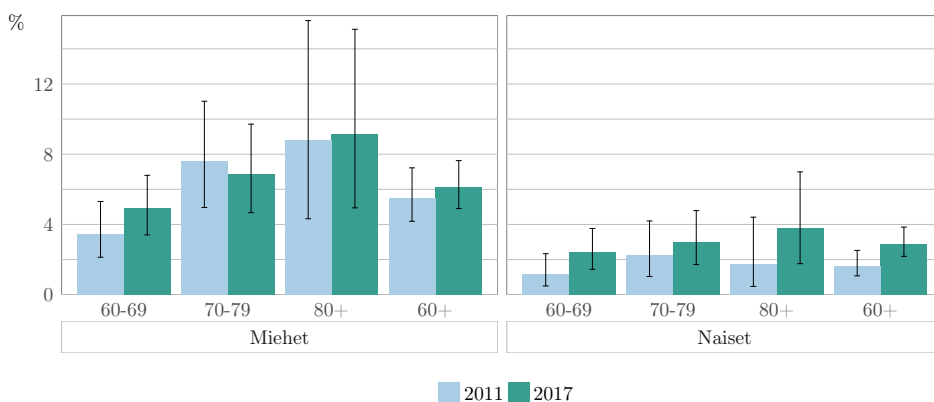
Lääkäriin toteaman keuhkohtaumataudin esiintyvyys 60 vuotta täyttäneessä väestössä lisääntyi hieman. Muutos ei ollut miehillä tilastollisesti merkitsevä. Nai-

Kuvio 9.5: Lääkärin toteaman astman yleisyys (%) vuosina 2011 ja 2017.



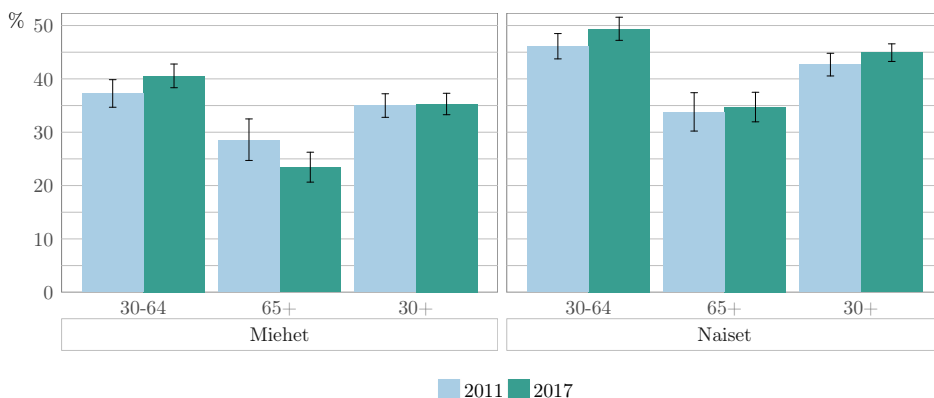
silla muutos oli suhteellisesti suurempi. (Kuvio 9.6.)

Kuvio 9.6: Lääkärin toteaman keuhkohtaumataudin (COPD) yleisyys (%) 60 vuotta täyttäneillä vuosina 2011 ja 2017.



Heinänuhaa tai muita allergisia nenäoireita joskus elämänsä aikana saaneiden osuus pysyi miehillä ennallaan (35 prosenttia). Naisilla todettiin vähäinen ei-merkittävä kasvu 43 prosentista 45 prosenttiin. (Kuvio 9.7.)

Kuvio 9.7: Heinänuhaa tai muita allergisia nenäoireita koskaan elämänsä aikana saaneiden osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.



Johtopäätökset

Astma on yleinen kansansairaus, jonka esiintyvyys edelleen lisääntyy erityisesti nuoremmissa ikäryhmissä. Useimmilla potilailla tauti on kuitenkin lievä. Astman sairaalahoitajaksot ovat Suomessa vähentyneet ja astmakuolleisuus on nykyään Suomessa erittäin vähäistä. Suhteellisen lievään taudinkuvaan viittaa myös se havainto, että vain vähän yli puolet astmaa sairastavista oli käyttänyt astmalääkkeitä tutkimusta edeltäneen viikon aikana.

Lähes puolella on allergisia oireita. Oireet ovat selvästi yleisempiä nuorimmissa ikäryhmissä ja niiden esiintyvyys vähenee iän myötä. Ikäryhmien välinen ero oireiden esiintyvyydessä selittyy pääosin kohorttivaikutuksella. Nuorilla allergioita on vanhempia ikäluokkia useammin. Osa erosta voi selittyä myös allergiaoireiden vähenemisellä iän myötä.

Ainakin pari vuosikymmentä jatkunut allergisten oireiden esiintyvyyden lisääntyminen näyttää nyt kuitenkin taittuneen. Allergioiden perimmäiset syyt ovat edelleen huonosti tunnettuja. Viime vuosina on kuitenkin saatu lisääntyvää näyttöä siitä, että allergioiden kehittyminen ja oireiden nopea lisääntyminen väestössä on yhteydessä kaupungistumiseen ja yhteyden vähentymiseen luontoon ja sen monimuotoiseen mikrobistoon (Haahtela ym. 2017a). Jos allergisten hengityselinoireiden esiintyvyys saadaan kääntymään laskuun, se mitä todennäköisimmin vaikuttaa vähentävästi myös uusien astmatapausten ilmaantuvuuteen.

Keuhkohtaumatauti on merkittävä sairaus eläkeikäisessä väestössä. Tauti heikentää elämänlaatua ja lisää kuolleisuutta. Keuhkohtaumatauti kehittyy hitaasti ja sen esiasteet ovat havaittavissa jo vuosia ennen taudin kliinistä diagnoosia. Spirometria-tutkimuksessa keuhkoputkien ahtaumaa todetaan huomattavasti useammin ja nuoremmalla iällä kuin mitä kliinisen diagnoosin perusteella voidaan arvioida (Vasankari ym. 2012). Kyselyn lisäksi keuhkohtaumataudin esiintyvyyttä tulisi jatkossa tutkia myös objektiivisin mittausmenetelmin. Taudin tärkein ennalta ehkäisy on tupakoimattomuus elämän kaikissa vaiheissa. Jos tupakoinnin on jo ehtinyt aloittaa, tupakoinnin lopettaminen kannattaa aina. Terveydenhuollon tukea tupakoinnin lopettamiseen on syytä lisätä.

9.6 Infektiotaudit

Kirsi Liitsola, Niina Ikonen, Hanna Nohynek, Jussi Sane ja Outi Lyytikäinen

- Antibiootteja on käyttänyt viimeisen vuoden aikana noin kolmannes naisista ja noin neljäsnes miehistä.
- Useampi kuin joka kymmenes työikäinen on ollut poissa töistä tai opiskelusta viimeisen kuukauden aikana hengitystieinfektion tai vatsataudin vuoksi.
- Influenssarokotekattavuus 65 vuotta täyttäneillä on noin 60 prosenttia.
- Jonkin muun rokotteen kuin influenssarokotteen on omalla kustannuksellaan ottanut noin 40 prosenttia.

Infektiotauteja aiheuttavat erilaiset mikrobit, kuten bakteerit ja virukset. Ne voivat tarttua henkilöstä toiseen esimerkiksi kosketuksen, pisaroiden, saastuneen ruoan tai juoman välityksellä. Infektiotauteja voidaan ehkäistä rokotuksin ja tartuntoja voidaan ehkäistä esimerkiksi hyvällä käsi- ja yskimishygienialla. Torjuntatoimista huolimatta infektiotaudit aiheuttavat edelleen paljon sairastavuutta ja sairauspoissaoloja sekä kustannuksia terveydenhuollolle ja yhteiskunnalle.

Menetelmät

Infektiotauteihin liittyvää tietoa kerättiin kyselylomakkeilla 1 (antibioottikysymykset) ja 2 (muut kysymykset). Antibiootit olivat osana taulukkoa, jossa kysyttiin eri lääkkeiden käytöstä. Antibioottien käyttöä täydensi lisäkysymys siitä, mihin tarkoitukseen henkilö oli saanut viimeisen antibioottikuurinsa. Hengitystieinfektioiden (esim. flunssa, influenssa, angiina, poskiontelotulehdus, keuhkoputkentulehdus, keuhkokuume) ja vatsataudin, johon liittyi ripuli ja/tai oksentelu, aiheuttamaa tautitaakkaa selvitettiin kysymällä, oliko henkilö ollut poissa töistä tai opinnoista 30 viime päivän aikana näiden tautien vuoksi. Influenssarokotuskattavuutta selvitettiin kysymällä, oliko henkilö saanut influenssarokotteen kaudella syyskuu 2016 - keuhkotauti 2017. Lisäksi kysyttiin, oliko vastaaja koskaan ottanut itselleen jonkin rokotteen omalla kustannuksella.

Nykytilanne

Naisilla antibioottien käyttö oli yleisempää kuin miehillä (taulukko 9.16). Edeltävän vuoden aikana antibiootteja oli käyttänyt miehistä 27 prosenttia ja naisista 37 prosenttia. Ikäryhmien välillä ei havaittu merkittäviä eroja kummallakaan sukupuolella. Antibiootteja käyttäneistä yli 40 prosenttia oli saanut viimeisimmän antibioottikuurinsa hengitystieinfektioon. Hengitystieinfektioon antibioottikuurin saaneiden osuus kaikista antibiootteja käyttäneistä oli suurempi alle 70-vuotailta kuin sitä vanhemmilla.

Alle 70-vuotiaista, jotka olivat töissä tai opiskelivat, yli 10 prosentilla oli ollut sairauspoissaolo hengitystieinfektion vuoksi ja noin 5 prosentilla vatsataudin

9. SAIRAUDET, RISKITEKIJÄT JA OIREET

Taulukko 9.16: Antibioottien käytön yleisyys (%) 12 viime kuukauden aikana.

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Jokin antibiootti							
Miehet	26,7	31,7	27,9	22,9	25,0	31,6	27,3
Naiset	40,9	38,2	37,0	33,1	32,4	43,4	37,0
p ²							< 0,001
lkm	235 000	231 000	238 000	209 000	141 000	113 000	1 166 000
Antibiootti hengitystieinfektioon (osuus antibiootteja käyttäneistä)							
Miehet	47,9	50,4	42,7	40,4	33,2	39,8	43,3
Naiset	51,8	54,9	46,9	41,3	23,0	24,0	44,0
p ³							0,812

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

³ sukupuolten välinen tasoero

vuoksi edeltävän 30 päivän aikana (taulukko 9.17). Naisilla sairauspoissaolo vatsataudin vuoksi oli lähes kaksi kertaa yleisempää kuin miehillä. Sairauspoissaoloja hengitystieinfektion vuoksi oli lähes saman verran naisilla ja miehillä.

Taulukko 9.17: Poissaolon yleisyys infektion vuoksi 30 viime päivän aikana (%) 30–69-vuotiailla töissä olevilla tai opiskelijoilla.

	30–39	40–49	50–59	60–69	30–69 ¹
Hengitystieinfektion vuoksi					
Miehet	10,7	13,6	11,9	8,1	11,7
Naiset	16,5	11,9	12,7	13,9	13,6
p ²					0,162
Vatsataudin vuoksi					
Miehet	4,8	1,8	3,3	3,0	3,2
Naiset	7,6	5,8	5,9	4,4	6,2
p ³					0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

³ sukupuolten välinen tasoero

Influenssarokotuskattavuus kaudella 2016–2017 oli miehillä 36 ja naisilla 41 prosenttia (taulukko 9.18). Erityisesti alle 60-vuotiaiden naisten rokotuskattavuus oli korkeampi kuin miesten. Rokotuskattavuus oli 60 vuotta täyttäneillä noin kaksi kertaa korkeampi, (miehillä 41–71 ja naisilla 45–67 prosenttia), kuin heitä nuoremmilla (miehillä 23–26 ja naisilla 30–35 prosenttia). 70 vuotta täyttäneiden miesten ja naisten rokotekattavuus oli lähes sama.

Jonkin muun rokotteen kuin influenssa oli ottanut omalla kustannuksella 37 prosenttia miehistä ja 44 prosenttia naisista (taulukko 9.19). Omakustanteinen rokotaminen oli yleisintä nuorimmassa ikäryhmässä ja väheni vanhempiin ikäryhmiin siirryttäessä. Omakustanteisen puutiaisivotulehdusrokotteen (TBE) oli ot-

9. SAIRAUDET, RISKITEKIJÄT JA OIREET

Taulukko 9.18: Influenssarokotuskattavuus kaudella 2016 - 2017 (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Miehet	23,2	20,7	25,9	41,4	63,3	71,4	35,6
Naiset	30,1	29,8	34,6	44,8	65,0	66,7	41,2
p ²							< 0,001
lkm	186 000	167 000	222 000	321 000	310 000	196 000	1 402 000

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

tanut noin joka kymmenes. Hepatiitti A ja B -yhdistelmärokotteen oli ottanut omakustanteisesti lähes joka kolmas. Rokotuksen ottaminen väheni siirryttäessä nuoremmista ikäryhmistä vanhempiin. Yhdistelmärokotteen ottaminen oli selvästi yleisempää kuin pelkän hepatiitti A -rokotteen ottaminen omalla kustannuksella.

Taulukko 9.19: Omalla kustannuksella rokotteiden ottamisen yleisyys (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Puutiaisaivotulehdusrokote (TBE)							
Miehet	7,6	8,1	7,7	9,3	10,6	5,7	8,4
Naiset	8,3	11,3	12,2	10,7	9,3	5,3	10,2
p ²							0,024
lkm	55 000	64 000	73 000	75 000	48 000	16 000	330 000
Hepatiitti A- ja B-yhdistelmärokote							
Miehet	34,5	31,8	27,6	25,5	22,2	12,5	27,7
Naiset	40,6	32,6	32,9	28,2	19,8	7,9	30,2
p ³							0,090
lkm	262 000	213 000	222 000	200 000	102 000	27 000	1 026 000
Hepatiitti A-rokote							
Miehet	8,2	9,8	11,4	13,1	7,4	5,6	10,0
Naiset	16,5	20,1	16,7	13,9	11,7	6,7	15,5
p ⁴							< 0,001
lkm	86 000	98 000	103 000	100 000	47 000	18 000	452 000
Jokin omakustanteinen rokote (pois lukien influenssa)							
Miehet	44,4	41,4	34,2	35,5	32,9	16,1	36,8
Naiset	53,8	48,0	46,9	43,6	29,7	18,2	44,1
p ⁵							0,031
lkm	342 000	294 000	297 000	295 000	151 000	50 000	1 431 000

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

³ sukupuolten välinen tasoero

⁴ sukupuolten välinen tasoero

⁵ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Johtopäätökset

Antibioottien käyttö on yleistä ja tavallisimmin niitä käytetään hengitystieinfektioiden hoitoon. Antibioottien liiallisen käytön vaarana on antibioottien tehon menetys antibiootille resistenttien kantojen kehittymisen myötä. Antibioottien käytön määrä on vähentynyt 2010-luvulla Suomessa, mutta edelleen meillä käytetään antibiootteja enemmän ja käytetyt antibiootit ovat laajakirjoisempia kuin Ruotsissa tai Norjassa (*ECDC: Summary of the latest data on antibiotic consumption in the European Union 2017*).

Hengitystieinfektiot ja vastataudit aiheuttavat paljon sairauspoissaoloja. Yksinkertaisilla menetelmillä kuten käsien pesulla ja oikeilla yskimis-, aivastamis- ja niistämiskäytännöillä voidaan torjua näiden tautien tarttumista. Influenssaepidemian ehkäisyssä rokottaminen on avainasemassa. Rokotusohjelman toteutumista tulisi tehostaa. Suomessa riskiryhmien (*THL: Kausi-influenssarokote 2018*), joihin kuuluvat muun muassa kaikki 65 vuotta täyttäneet, rokotuskattavuus jää merkittävästi alle Euroopan neuvoston suositteleman 75 prosentin (*EN: State of play on implementation of the Council Recommendation of 22 December 2009 on seasonal influenza vaccination 2009*). Tutkimuksessa todettu influenssarokotekattavuus oli suurempi kuin rokotusrekisterin perusteella laskettu. Rokotusrekisteriin kirjautuvat vain julkisessa perusterveydenhuollossa annetut rokotukset, mikä todennäköisesti johtaa influenssarokotuskattavuuden aliarvioon.

Rokotesuojan laajentaminen omakustanteisilla rokotteilla on yleistä. Iäkkäimmissä ikäryhmissä rokottaminen omalla kustannuksella on vähäisempää kuin nuoremmissa, vaikka korkea ikä lisää usein vakavien tautimuotojen riskiä ja myös eläkeikäisten matkailu ulkomaille on lisääntynyt.

9.7 Tuki- ja liikuntaelinsairaudet

Markku Heliövaara, Eira Viikari-Juntura ja Svetlana Solovieva

- Selkäkipu, niskakipu, olkapääkipu ja kävelyvaikeutta aiheuttava polvivaiva ovat kyselyn perusteella hyvin yleisiä, mutta näiden oireiden vallitsevuuden muutoksia vuosien 2011 ja 2017 välillä ei voitu arvioida luotettavasti.
- Selkä- ja niskakivun harvinaistumisesta saatiin kuitenkin viitteitä.
- Olkavarsien sivunoston tai sisäkierron vajavuuksien yleisyys ei ole muuttunut.
- Tuki- ja liikuntaelinten ongelmien yleisyyden kartoittamisessa käytettyjen menetelmien pätevyys ja hyvä vertailukelpoisuus on pyrittävä varmistamaan mahdollisimman hyvin, kun seuraavaa kansallista terveystutkimusta suunnitellaan.

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet (tules) ovat väestön toimintakyvyn vajavuuksien, työkyvyttömyyden ja hoidon tarpeen keskeisiä syitä. Niiden yleisyyttä ja vaikutusta kansanterveyteen on arvioitu aikaisemmin kaikissa Suomen kansallisissa terveystarkastustutkimuksissa (Heliövaara ym. 1993; Aromaa ja Koskinen 2002; Kaila-Kangas 2007; Koskinen ym. 2012d).

Menetelmät

FinTerveys 2017 -tutkimuksessa tuki- ja liikuntaelinsairauksia koskeva sisältö oli suppea. Kyselyyn oli sisällytetty viisi kysymystä, jotka koskivat selkäkipua, niskakipua, olkapääkipua sekä lonkan ja polven vaivan tai vian aiheuttamaa kävelyvaikeutta tai ontumista viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana. Yksittäiset kysymykset oli muotoiltu samoin kuin aikaisemmissa tutkimuksissa, mutta kyselylomakkeen rakenne oli erilainen kuin Terveys 2011 -tutkimuksessa (Viikari-Juntura ym. 2012). Mini-Suomi-tutkimuksessa (1978–80; Heliövaara ym. 1993) ja Terveys 2000 -tutkimuksessa (Riihimäki ym. 2002) tiedot hankittiin koulutetun hoitajan tekemällä haastattelulla. Kyykistymistä ja olkavarsien sivunostoa tutkittiin 55 vuotta täyttäneiden osalta vakioiduilla niveltoimintatesteillä, jotka ovat sisältyneet kansallisiin terveystarkastustutkimuksiin jo Mini-Suomi-tutkimuksesta lähtien. Koulutettu tutkimushoitaja arvioi suoritukset kolmeluokkaisella asteikolla: onnistuu, rajoittunut, ei onnistu. Nyt tehty olkavarsien sisäkiertotesti oli tehty aikaisemmin vain Terveys 2011 -tutkimuksessa. Kyykistymisvaikeutta koskevat tulokset, jotka ovat tärkeitä osoittimia tule-terveyttä monitoroitaessa, on kuvattu tämän raportin toimintakykyä koskevassa luvussa (luku 13.1).

Nykytilanne

Tules-oireiden vallitsevuus ikä-sukupuoliryhmittäin on esitetty taulukossa 9.20. Selkäkipua oli viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana kokenut 44 prosenttia miehistä ja 48 prosenttia naisista. Sukupuolten välinen ero selkäkivun vallitsevuudessa oli yli 60-vuotiailla suurempi kuin nuoremmilla ikäryhmissä. Niskakipua oli tuntenut 37

9. SAIRAUDET, RISKITEKIJÄT JA OIREET

prosenttia miehistä ja 51 prosenttia naisista, olkapääkipua 37 prosenttia miehistä ja 39 prosenttia naisista. Olkapääkipu yleistyi iän myötä naisilla enemmän kuin miehillä. Kävelyvaikeutta tai ontumista polven vian tai vaivan takia ilmoitti 22 prosenttia miehistä ja 25 prosenttia naisista. Polvioire yleistyi jyrkästi iän myötä etenkin naisilla.

Taulukko 9.20: Tuki- ja liikuntaelinoireiden esiintyminen viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Selkäkipu							
Miehet	49,5	50,2	43,4	41,5	34,3	45,3	44,4
Naiset	50,7	44,4	45,6	47,2	51,6	56,0	48,1
p ²							< 0,001
lkm	350 000	313 000	326 000	330 000	212 000	150 000	1 681 000
Niskakipu							
Miehet	39,3	44,0	38,0	33,4	26,5	32,4	36,6
Naiset	59,1	52,7	51,3	46,9	43,6	40,5	50,5
p ³							< 0,001
lkm	343 000	319 000	328 000	300 000	174 000	108 000	1 571 000
Olkapääkipu							
Miehet	28,6	39,2	41,9	39,8	33,4	38,6	37,0
Naiset	29,3	33,6	40,4	44,9	45,9	48,4	39,1
p ⁴							< 0,001
lkm	202 000	241 000	302 000	315 000	195 000	129 000	1 385 000
Kävelyvaikeus tai ontuminen polven vaivan tai vian takia							
Miehet	13,1	19,9	27,2	25,2	21,2	35,1	22,3
Naiset	9,7	17,5	26,4	30,9	33,1	47,9	24,6
p ⁵							< 0,001
lkm	80 000	124 000	197 000	209 000	134 000	125 000	868 000

¹ ikävakioitu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

³ sukupuolten välinen tasoero

⁴ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

⁵ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Olkavarren nosto sivukautta todettiin rajoittuneeksi (jompikumpi yläraaja jäi yli 30 astetta vajaan pystysuorasta linjasta) 12 prosentilla 55 vuotta täyttäneistä miehistä ja 11 prosentilla naisista, olkavarren sisäkierto (jompikumpi käsi ei kääntynyt alakautta lapaluuhun saakka) peräti 61 prosentilla miehistä ja ”vain” 37 prosentilla naisista. Sisäkierto ei onnistunut ensinkään 10 prosentilla miehistä ja 7 prosentilla naisista; tällöin tutkittava ei saanut jompaakumpaa kättään viedyksi selkään lantion yläpuolelle (taulukko 9.21).

Taulukko 9.21: Olkanivelten liikerajoitusten yleisyys 55 vuotta täyttäneillä (%).

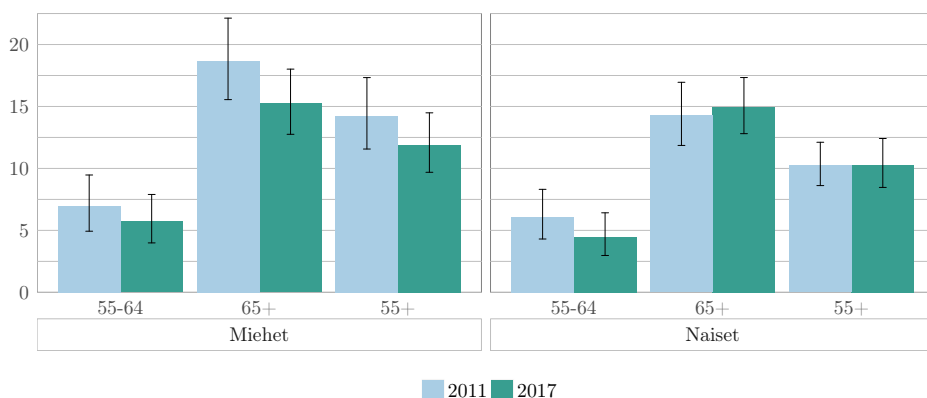
	55–59	60–69	70–79	80+	55+ ¹
Yläraajan nosto sivukautta vaikeutunut tai ei onnistunut					
Miehet	4,5	9,1	11,6	31,7	12,0
Naiset	3,8	5,8	14,9	24,7	10,5
p ²					0,219
Yläraajan sisäkierto alakautta vaikeutunut tai ei onnistunut					
Miehet	52,1	60,6	63,9	70,2	61,2
Naiset	23,2	30,5	44,7	60,6	37,1
p ³					0,003
Yläraajan sisäkierto alakautta ei onnistu					
Miehet	7,8	8,2	8,2	17,7	9,5
Naiset	3,4	3,7	9,2	16,3	6,9
p ⁴					0,042

¹ ikävakioitu
² sukupuolten välinen tasoero
³ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus
⁴ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

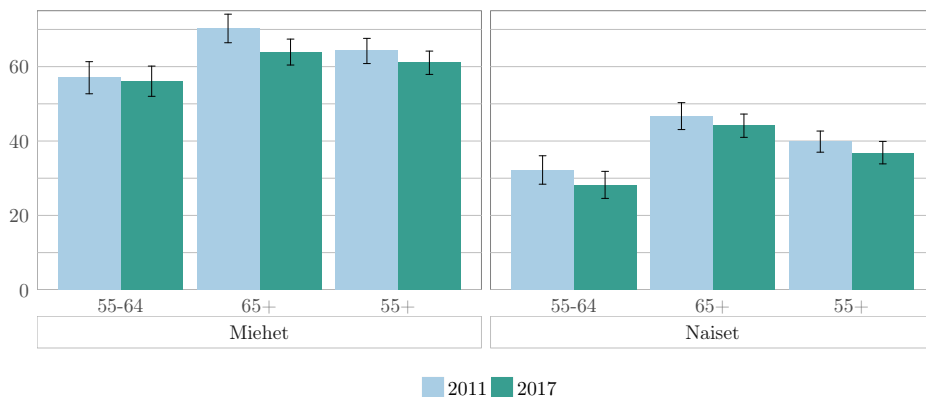
Muutos 2011–2017

Verrattaessa FinTerveys 2017 -tutkimuksen tuloksia Terveys 2011 -tutkimuksen tuloksiin selkä-, niska- ja olkapääkipun vallitsevuus näytti pienevän huomattavasti lähes kaikissa iän ja sukupuolen mukaisissa ryhmissä. Selkäkipu ja niskakipu harvinaistuivat sekä miehillä että naisilla sitä enemmän mitä vanhempaa ikäryhmää tarkasteltiin, mutta olkapääkipu harvinaistui yhtä paljon kaikissa ikäryhmissä. Sen sijaan olkavarsien sivunoston tai sisäkierron vajavuuksien vallitsevuus ei muuttunut merkittävästi. (Kuvio 9.8 ja 9.9.)

Kuvio 9.8: Olkanivelten liikerajoitusten yleisyys 55 vuotta täyttäneillä (%) vuosina 2011 ja 2017, yläraajan nosto sivukautta vaikeutunut tai ei onnistunut.

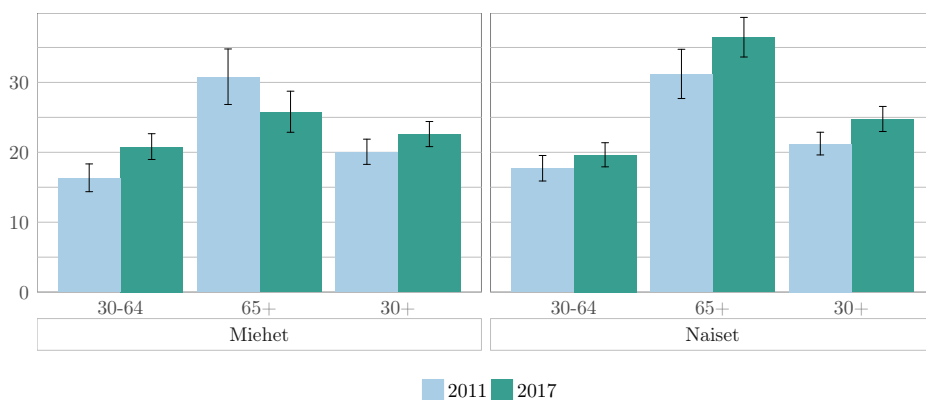


Kuvio 9.9: Olkanivelten liikerajoitusten yleisyys 55 vuotta täyttäneillä (%) vuosina 2011 ja 2017, yläraajan sisäkierto alakautta vaikeutunut tai ei onnistunut.



Kävelyvaikeus tai ontuminen polven vian tai vaivan takia yleistyivät hieman kummallakin sukupuolella, etenkin naisilla (kuvio 9.10). Kyykistymisvaikeudessa ei kuitenkaan havaittu merkittävää muutosta (luku 13.1).

Kuvio 9.10: Kävelyvaikeuksien yleisyys polven vian tai vaivan takia (%) vuosina 2011 ja 2017.



Johtopäätökset

Tuki- ja liikuntaelimestön kivut ja toiminnanvajaavuudet ovat edelleen yleisiä Suomessa asuvassa väestössä. Oireiden yleisyydessä havaitut muutokset voivat johtua monista syistä: todellisista muutoksista väestön terveydessä, aikaisempaa suuremmasta tai eri tavalla valikoituneesta kadosta ja kyselylomakkeen muuttuneesta rakenteesta. Kyselyn rakenteen muutos ja kysymysten määrän supistaminen lienee tärkein selitys havaintoon, että selkä-, niska- ja olkapääkivun vallitsevuus romahti kaikissa iän ja sukupuolen mukaisissa ryhmissä. Tätä tulkintaa tukee etenkin olkapääkivun vallitsevuuden pieneneminen lähes puoleen vuosien 2011 ja 2017 välillä,

mikä on vahvasti ristiriidassa sen kanssa, ettei olkavarsien sivunoston tai sisäkierron vajavuuksien vallitsevuus muuttunut juuri ensinkään samana aikana. Sivunoston vajavuus oli yleisyydeltään samaa tasoa kuin nyt jo vuosina 1978-80 (Heliövaara ym. 1993).

Harvinaistumista ei kuitenkaan havaittu kävelyvaikeudessa tai ontumisessa polven vian tai vaivan takia, vaan polvioire oli jopa merkitsevästi yleistynyt vuodesta 2011. Oire näyttää nyt kaikkiaan hieman yleisemmältä kuin vuosina 1978-80 ja 2000-01, mutta pitkän aikavälin muutokset ikä-sukupuoliryhmien sisällä ovat suuria (Heliövaara ym. 1993; Aromaa ja Koskinen 2002; Kaila-Kangas 2007). Kävelyvaikeutta koskeva kysymys laadittiin aikanaan Mini-Suomi -tutkimukseen polvinivelrikon seulomiseksi kliiniseen arviointiin, kun pelkkää polvikipua koskevaa kysymystä pidettiin liian herkkänä. Se on muotoilultaan huomattavasti konkreettisempi. Se heijasti nivelrikon harvinaistumista vuosista 1978-80 vuosiin 2000-01 ikä-sukupuoliryhmittäin yhdenmukaisesti verrattuna lääkärin kliinisessä tutkimuksessa asettamiin diagnooseihin (Kaila-Kangas 2007). Nyt myös kyykistymisvaikeutta havainnoivan niveltoimintatestin tulokset (luku 13.1) viittasivat siihen, ettei polvinivelten terveydessä ole tapahtunut ainakaan suurta muutosta vuosien 2011 ja 2017 välillä.

Tulokset selkä- ja niskakivun vallitsevuuden pienenemisestä sitä enemmän mitä vanhempaa ikäryhmää tarkasteltiin viittaavat kuitenkin siihen, että ne voivat olla todella harvinaistuneet. Tämä olisi sopusoinnussa sen kanssa, että selän ja niskan pitkäaikaiset oireyhtymät harvinaistuivat keski-ikäisessä väestössä suuresti vuosista 1978-80 vuosiin 2000-01 (Kaila-Kangas 2007). Elinolojen kohentuminen, työergonomian parantuminen ja väestön koulutustason nousu tarjoaisivat muutoksille uskottavan selityksen.

Lonkan vaivan tai vian aiheuttamaa kävelyvaikeutta koskevia tuloksia ei esitetä tässä raportissa, vaikka lonkan nivelrikko on tärkeä kansansairaus. Lonkkaniveloiden yleisyyden ja sen kehityksen arvioimiseksi tarvitaan muutakin tietoa kuin tutkittavan vastaus yksinkertaiseen kysymykseen, sillä nivelen anatominen sijainti tiedetään väestössä huonosti, ja tuo kysymys antaa todelliseen vallitsevuuteen nähden moninkertaisen yliarvion (Heliövaara ym. 1993). Lonkkanivelen terveyden muutoksia Mini-Suomi-tutkimuksesta (1978-80) alkaen on kuitenkin mahdollista tutkia myöhemmin yhdistelemällä tietoja kävelyvaikeutta/ontumista aiheuttavasta lonkkavaivasta, kyykistymistestin tuloksesta ja hoitoilmoitusrekisteristä.

Itse täytettävän kyselyn ominaisuuksia on aiheellista arvioida huolellisesti ja tarvittaessa harkita paluuta haastattelumenetelmään Mini-Suomi- ja Terveys 2000 -tutkimusten tapaan (Heliövaara ym. 1993; Kaila-Kangas 2007), kun seuraavaa kansallista terveystutkimusta suunnitellaan.

9.8 Mielenterveys

Jaana Suvisaari, Satu Viertiö, Pia Solin ja Timo Partonen

- Merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta kokee joka viides naisista ja 15 prosenttia miehistä.
- Naisista 8 prosentilla ja miehistä 6 prosentilla on viimeisen vuoden aikana ollut lääkärin toteama masennus, ja vastaava osuus naisista ja miehistä on käyttänyt masennuslääkkeitä viimeisen vuoden aikana.
- Runsasta kaamosoireilua kokee 23 prosenttia naisista ja 14 prosenttia miehistä.
- Psykkinen oireilu on yleisintä 80 vuotta täyttäneillä.
- Masennusoireet ovat yleistyneet vuoteen 2011 verrattuna sekä miehillä että naisilla.
- Psykkinen kuormittuneisuus on yleistynyt vuoteen 2011 verrattuna työikäisillä naisilla.

Mielenterveysongelmat ovat keskeisimpiä terveysongelmia kaikissa ikäryhmissä. Vain osa niistä kärsivistä hakee apua. Väestötutkimukset antavat tärkeää tietoa mielenterveysoireiden yleisyydestä väestössä.

Mielenterveyshäiriöistä suurimman sairaustaakan maailmanlaajuisesti aiheuttavat masennushäiriöt (Whiteford ym. 2013). FinTerveys 2017 -tutkimuksessa on kartoitettu masennusoireiden esiintymistä ja masennuksen hoitoa sekä psykkinen kuormittuneisuuden yleisyyttä väestössä.

Menetelmät

Väestön psyykkistä oireilua arvioitiin useilla kysymyssarjoilla.

Ajankohtaista psyykkistä kuormittuneisuutta arvioitiin General Health Questionnaire (GHQ-12) kyselyllä (Goldberg 1972). Samaa lomaketta käytettiin myös kolmessa aiemmassa väestötutkimuksessa (Mini-Suomi, Terveys 2000, Terveys 2011). Kyselyssä on 12 kysymystä, joista kussakin vastausvaihtoehtona on (1) ”tavanomaista paremmin”, (2) ”tavanomaisesti”, (3) ”huonommin” tai (4) ”paljon huonommin”. Kysymyksiä ovat esimerkiksi ”Oletteko viime aikoina pystynyt keskittymään töihinne?”, ”Oletteko viime aikoina tuntenut kykeneväne päättämään asioista?” ja ”Oletteko viime aikoina kyennyt kohtaamaan vaikeutenne?”. Raportointia varten on summapistemäärä katkaistu siten, että yli 3 pistettä saaneilla on arvioitu olevan merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta.

Psyykkistä kuormittuneisuutta mitattiin lisäksi Mental Health Index (MHI-5) kyselyllä (Cuijpers ym. 2009). Se koostuu 5 kysymyksestä, joissa vastaajan pitää arvioida, kuinka suuren osan ajasta viimeisen kuukauden aikana hän on (1) ollut hermostunut, (2) tuntenut mielialansa niin matalaksi, ettei mikään ole voinut piristää häntä, (3) tuntenut itsensä tyyneksi ja rauhalliseksi, (4) tuntenut itsensä alakuloiseksi ja apeaksi sekä (5) ollut onnellinen. Raportointia varten on summapis-

Korjaus raporttiin Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017 -tutkimus

s. 86-89 kappale 9.8 Mielenterveys

Taulukossa 9.22 on virheelliset tulokset koskien MHI-5 mittaria, alla oikeat luvut.

Taulukko 9.22: Psykkisen kuormittuneisuuden yleisyys (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
MHI-5 ≤52 pistettä							
Miehet	8,1	7,2	7,8	5,1	3,5	11,0	6,8
Naiset	9,3	7,6	9,8	5,8	6,5	8,8	7,9
p ²							0,108
lkm	61 000	49 000	65 000	40 000	25 000	27 000	267 000
GHQ-12 yli 3 pistettä							
Miehet	17,5	14,8	18,7	10,1	12,0	30,3	15,4
Naiset	27,4	25,6	25,7	15,5	17,5	33,3	22,9
p ³							< 0,001
lkm	156 000	133 000	163 000	95 000	72 000	92 000	712 000

¹ ikävakioitu

²⁻³ sukupuolten välinen tasoero

Lihavoinnilla merkityt kohdat korjattu:

s. 86 *Nykytilanne, 1. kappale:*

Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus oli **selvästi** yleisempää ajankohtaisista huolista ja tehtävistä selviämistä enemmän painottavassa GHQ-12-kyselyssä kuin mielialaa ja ahdistuneisuutta painottavassa MHI-5-kyselyssä. GHQ-12:lla arvioituna merkittävän psyykkisen kuormittuneisuuden yleisyys oli naisilla 23 prosenttia ja miehillä 15 prosenttia. Yleisyys MHI-5:llä arvioituna oli naisilla **8** prosenttia ja miehillä **7** prosenttia. Yleisintä psyykinen kuormittuneisuus oli 80 vuotta täyttäneillä.

s. 89 *Johtopäätökset, 2. kappale:*

Mielenterveysoireilu oli yleistynyt Terveys 2011 -tutkimuksen tuloksiin verrattuna, mutta oli samaa tasoa Terveys 2000 -tutkimuksen tulosten kanssa. Toisaalta vuonna 2017 toteutetussa Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimuksessa (ATH-tutkimus) psyykkisesti kuormittuneiden osuus MHI-5-kyselyllä mitattuna oli **suurempi** kuin tässä tutkimuksessa, naisilla 11 prosenttia ja miehillä 10 prosenttia (Murto ym. 2017). ATH-tutkimuksen heikompi osallistumisaktiivisuus saattaa selittää tätä eroa.

9. SAIRAUDET, RISKITEKIJÄT JA OIREET

temäärä katkaistu siten, että alle 52 pistettä saaneilla on arvioitu olevan kliinisesti merkittävää psyykkistä kuormittuneisuusoireilua.

Masennusoireita arvioitiin kahden kysymyksen avulla. Tutkittavilta kysyttiin, onko heillä edeltäneiden 12 kuukauden aikana ollut vähintään kahden viikon mitaista jaksoa, jolloin suurimman osan ajasta he olisivat olleet mieli maassa, alakuloisia tai masentuneita sekä menettäneet kiinnostuksensa useimpiin niistä asioista, joista he ovat yleensä kokeneet mielihyvää. Nämä kysymykset luotaavat masennuksen kahta keskeistä avainoiretta, ja niitä pidetään masennusjakson seulakysymyksinä.

Masennusoireita kartoitettiin lisäksi 6 kysymyksen versiolla Beck Depression Inventory (BDI) kyselystä. Nämä kysymykset ovat peräisin 21 kysymyksen mittaisesta alkuperäisestä kyselylomakkeesta (Beck ym. 1961). Raportointia varten on summapistemäärä katkaistu siten, että yli 4 pistettä saaneilla on arvioitu olevan ajankohtaista masennusjaksoa vastaavaa oireilua (Aalto ym. 2012).

Masennuksen hoitoon liittyen tutkittavilta kysyttiin, oliko lääkäri todennut tai hoitanut heillä masennusta edeltäneiden 12 kuukauden aikana sekä olivatko he käyttäneet masennuslääkkeitä edeltäneiden 12 kuukauden aikana tai aiemmin.

Mielialan ja käyttäytymisen vuodenaikaisvaihtelu mitattiin 6 kysymyksellä, jotka oli muokattu Seasonal Pattern Assessment Questionnaire (SPAQ) kyselystä (Rosenthal ym. 1984). Raportointia varten on summapistemäärä katkaistu siten, että yli 7 pistettä saaneilla on arvioitu olevan runsasta kaamosoireilua.

Nykytilanne

Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus oli jonkin verran yleisempää ajankohtaisista huolista ja tehtävistä selviämistä enemmän painottavassa GHQ-12-kyselyssä kuin mielialaa ja ahdistuneisuutta painottavassa MHI-5-kyselyssä. GHQ-12:lla arvioituna merkittävän psyykkisen kuormittuneisuuden yleisyys oli naisilla 23 prosenttia ja miehillä 15 prosenttia. Yleisyys MHI-5:llä arvioituna oli naisilla 16 prosenttia ja miehillä 16 prosenttia. Yleisintä psyykinen kuormittuneisuus oli 80 vuotta täyttäneillä. (Taulukko 9.22.)

Taulukko 9.22: Psyykkisen kuormittuneisuuden yleisyys (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
MHI-5 ≤52 pistettä							
Miehet	14,6	11,7	15,9	14,5	14,9	29,0	15,5
Naiset	14,2	10,5	15,4	13,0	22,0	34,6	16,2
p ²							0,483
lkm	101 000	73 000	114 000	102 000	91 000	94 000	576 000
GHQ-12 yli 3 pistettä							
Miehet	17,5	14,8	18,7	10,1	12,0	30,3	15,4
Naiset	27,4	25,6	25,7	15,5	17,5	33,3	22,9
p ³							< 0,001
lkm	156 000	133 000	163 000	95 000	72 000	92 000	712 000

¹ ikävakioitu

²⁻³ sukupuolten välinen tasoero

9. SAIRAUDET, RISKITEKIJÄT JA OIREET

Naisilla oli merkittävästi enemmän masennusoireita kuin miehillä. BDI-kyselyllä arvioituna merkittäviä masennusoireita oli naisista 13 prosentilla ja miehistä 9 prosentilla (kuvio 9.11). Masentunut mieliala vähintään 2 viikon ajan oli viimeisen vuoden aikana ollut naisista 22 prosentilla ja miehistä 16 prosentilla, ja mielihyvän menettämistä oli kokenut naisista 18 prosenttia ja miehistä 16 prosenttia (taulukko 9.23). Masennusoireet olivat yleisimpiä työikäisillä ja 80 vuotta täyttäneillä.

Taulukko 9.23: Masennusoireiden yleisyys ja masennuksen hoito (%) 12 viime kuukauden aikana.

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Lääkärin toteama tai hoitama masennus							
Miehet	5,6	5,5	7,6	4,0	5,1	10,7	5,9
Naiset	7,8	7,7	9,2	8,0	4,9	8,7	7,8
p ²							0,014
lkm	46 000	44 000	62 000	46 000	24 000	27 000	248 000
Masentunut mieliala vähintään kaksi viikkoa							
Miehet	21,0	18,8	18,4	12,1	9,0	16,4	16,4
Naiset	25,7	22,5	22,0	17,0	18,7	27,0	21,8
p ³							< 0,001
lkm	163 000	136 000	149 000	108 000	70 000	66 000	692 000
Mielihyvän menetys vähintään kaksi viikkoa							
Miehet	18,0	19,4	18,3	11,3	10,4	18,1	16,0
Naiset	21,8	19,8	18,6	14,3	14,0	22,3	18,2
p ⁴							0,043
lkm	139 000	129 000	135 000	96 000	60 000	60 000	619 000
Sekä masentunut mieliala että mielihyvän menetys vähintään kaksi viikkoa							
Miehet	14,7	14,5	13,2	8,4	6,1	9,8	11,6
Naiset	17,1	14,9	15,5	11,0	10,1	16,9	14,2
p ⁵							0,015
lkm	111 000	97 000	105 000	72 000	40 000	42 000	466 000
Masennuslääkkeiden käyttö							
Miehet							
viimeisen 12 kk aikana	4,7	6,7	7,6	4,3	5,2	5,7	5,7
yli vuosi sitten	6,7	7,5	7,7	7,0	4,9	.	6,7
ei koskaan	88,6	85,8	84,7	88,7	89,9	91,7	87,6
Naiset							
viimeisen 12 kk aikana	8,0	9,0	9,1	8,1	6,0	8,0	8,2
yli vuosi sitten	12,6	11,7	10,9	9,6	8,2	5,0	10,4
ei koskaan	79,4	79,3	80,0	82,3	85,7	87,0	81,4
p ⁶							< 0,001

¹ ikävakioitu

^{2–6} sukupuolten välinen tasoero

Lääkärin toteama tai hoitama masennus 12 viime kuukauden aikana oli ollut naisista 8 prosentilla ja miehistä 6 prosentilla. Masennuslääkkeitä oli käyttänyt viimeisen vuoden aikana naisista 8 prosenttia ja miehistä 6 prosenttia ja joskus aikaisemmin naisista 10 prosenttia ja miehistä 7 prosenttia. (Taulukko 9.23.)

Koulutusryhmien väliset erot mielenterveysoireissa olivat melko vähäisiä. Koulutusryhmien välillä ei ollut merkitsevää eroa GHQ-12-mittarilla arvioitussa psyykkisessä kuormittuneisuudessa (ks. luku 17). Perusasteen koulutuksen suorittaneilla oli muita enemmän masennusoireita BDI-kyselyllä arvioituna ja miehillä myös

9. SAIRAUDET, RISKITEKIJÄT JA OIREET

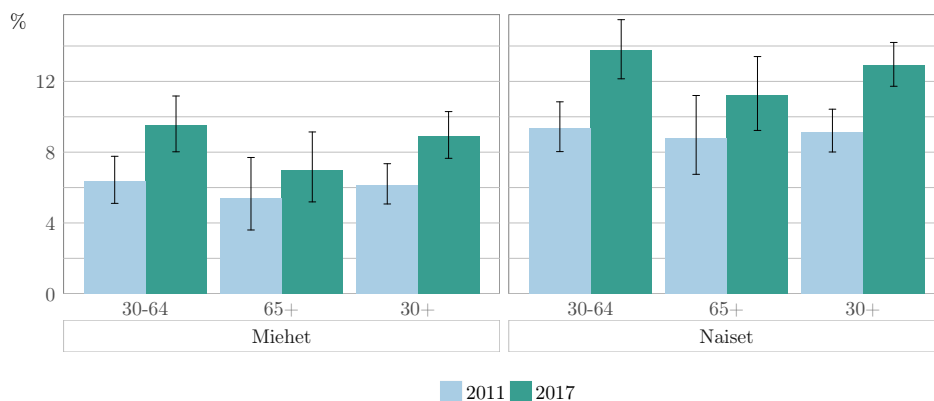
psykkistä kuormittuneisuutta MHI-5-kyselyllä arvioituna.

Runsasta kaamosoireilua oli naisista 23 prosentilla ja miehistä 14 prosentilla (kuvio 9.13).

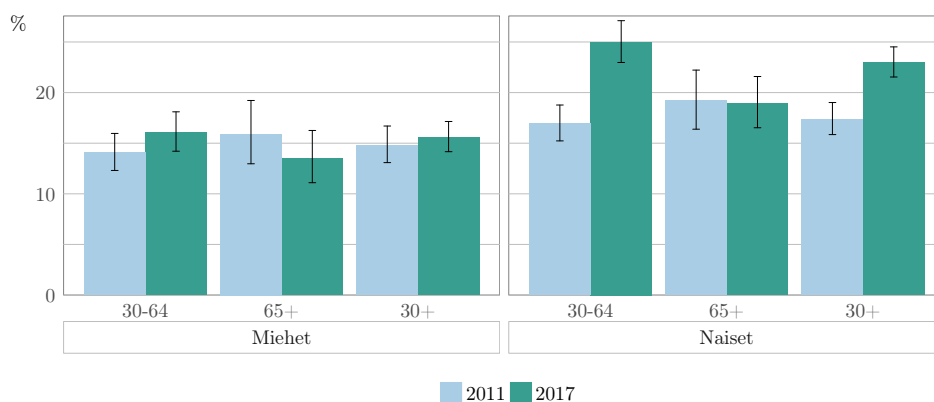
Muutos 2011–2017

Masennusoireet ovat yleistyneet BDI-kyselyllä mitattuna sekä miehillä että naisilla vuoteen 2011 verrattuna (kuvio 9.11). Miehillä merkittäviä masennusoireita kokeneiden osuus oli noussut 6 prosentista 9 prosenttiin, naisilla 9 prosentista 13 prosenttiin. Psykkinen kuormittuneisuus on yleistynyt työikäisillä naisilla, mutta miehillä ei ole tapahtunut muutoksia (kuvio 9.12).

Kuvio 9.11: Masennusoireiden (Beck Depression Inventory, BDI-6) yleisyys (%) vuosina 2011 ja 2017.



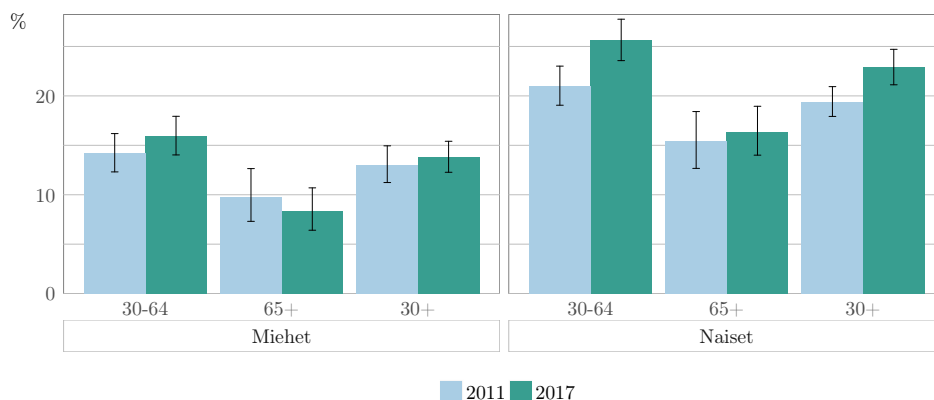
Kuvio 9.12: Psykkisen kuormittuneisuuden (GHQ-12 yli 3 pistettä) yleisyys (%) vuosina 2011 ja 2017.



Myös runsas kaamosoireilu on yleistynyt työikäisillä naisilla. Miehillä runsaan

kaamosoireilun yleisyys ei ole muuttunut. (Kuvio 9.13.)

Kuvio 9.13: Runsaan vuodenaikaisvaihtelun (GSS-summapistemäärä yli 7) yleisyys (%) vuosina 2011 ja 2017.



Johtopäätökset

Psykykinen kuormittuneisuus ja masennus ovat yleisiä suomalaisessa aikuisväestössä, erityisesti työikäisillä naisilla ja 80 vuotta täyttäneillä. Masennuksen kansanterveydellistä merkitystä korostaa se, että mielialahäiriöt ovat yleisin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syy (*Tilasto Suomen eläkkeensajaajista 2016 2017*). Kelan rekisteritietojen mukaan masennuslääkereseptin oli vuonna 2016 lunastanut 8 prosenttia 25–64-vuotiaista ja 11 prosenttia 65 vuotta täyttäneestä väestöstä, toisin sanoen rekisteritietojen valossa masennuslääkkeiden käyttö on väestössä vielä yleisempää kuin tähän tutkimukseen osallistuneiden ilmoittama masennuslääkkeiden käyttö. Alustavat kadon tarkastelut viittaavat siihen, että mielenterveysongelmien vuoksi erikoissairaanhoidon toimipisteissä hoidossa olleet osallistuivat muita harvemmin tutkimukseen. Siten mielenterveysoireilu väestössä on todennäköisesti vielä tässä raportoitua yleisempää.

Mielenterveysoireilu oli yleistynyt Terveys 2011 -tutkimuksen tuloksiin verrattuna mutta oli samaa tasoa Terveys 2000 -tutkimuksen tulosten kanssa. Toisaalta vuonna 2017 toteutetussa Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimuksessa (ATH-tutkimus) psykkinen kuormittuneiden osuus MHI-5-kyselyllä mitattuna oli pienempi kuin tässä tutkimuksessa, naisilla 11 prosenttia ja miehillä 10 prosenttia (Murto ym. 2017). ATH-tutkimuksen heikompi osallistumisaktiivisuus saattaa selittää tätä eroa.

Psykkisen kuormittuneisuuden ja masennusoireilun yleistymisen viittaa siihen, että tarvitaan nykyistä suurempaa panostusta mielenterveyden edistämiseen kaikilla yhteiskunnan sektoreilla sekä mielenterveysoireiden, etenkin masennuksen, varhaiseen toteamiseen ja hoitoon.

9.9 Sisäilmaan liitetty oireilu

Juha Pekkanen, Pekka Jousilahti ja Tiina Laatikainen

- Sisäilmaan liitetty oireilu on selvästi yleisempää työpaikoilla kuin kotona
- Naiset oireilevat enemmän ja käyvät enemmän lääkärissä sisäilmaan liittyen
- Lähes puoli miljoonaa työkäistä on kokenut oireita työpaikalla viimeisen vuoden aikana

Sisäilmaan liitetty oireilu on noussut keskeiseksi ympäristöterveydelliseksi haasteeksi Suomessa. Oireilua ja lääkärissä käyntejä selvitettiin nyt ensimmäisen kerran koko Suomen aikuisväestöä edustavassa otoksessa. Hallitus on äskettäin julkaissut aiheesta toimenpideohjelman (*Terveet tilat 2028* 2017).

Menetelmät

Oireilua ja lääkärissäkäyntejä selvitettiin kolmella kysymyksellä. Niissä selvitettiin, onko vastaaaja koskaan saanut oireita kotinsa tai työpaikkansa sisäilmasta ja onko hän käynyt lääkärissä pääasiassa sisäilmasta johtuvien oireiden tai sairastelun takia. Vastausvaihtoehdot olivat: ei, kyllä (viimeisen 12 kuukauden aikana) ja kyllä (yli 12 kuukautta sitten).

Nykytilanne

Joka viides työkäinen nainen ja joka kymmenes työkäinen mies kokee saaneensa oireita työpaikkansa sisäilmasta viimeisen 12 kuukauden aikana (taulukko 9.24). Suomen tasolla tämä vastaa noin 400 000 alle 65-vuotiasta henkilöä. Kolmasosa (33 prosenttia) työkäisistä naisista ja vajaa viidennes (18 prosenttia) miehistä oli joskus elämässään saanut oireita työpaikalla. Yli puolet niistä vastaajista, jotka olivat joskus kokeneet oireita, raportoi saaneensa oireita myös viimeisen vuoden aikana.

Taulukko 9.24: Sisäilmaan liitetyn oireilun yleisyys (%) 12 viime kuukauden aikana.

	30–64	65+	30+ ¹
Työpaikalla			
Miehet	11,3	1,2	8,3
Naiset	21,1	0,8	15,0
p ²			< 0,001
Kotona			
Miehet	3,9	3,1	3,7
Naiset	5,9	6,5	6,1
p ³			0,016

¹ ikävakiointu

² sukupuolten välinen tasoero

³ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Kotona oireita saatiin huomattavasti harvemmin kuin työpaikalla. Työikäisistä naisista 10 prosenttia ja miehistä 6 prosenttia oli joskus saanut kotonaan oireita sisäilmaan liittyen. Viimeisen 12 kuukauden aikana oireita raportoi saaneensa naisista 6 prosenttia ja miehistä 4 prosenttia.

Noin joka kymmenes nainen ja joka kahdeskymmenes mies oli joskus elämänsä aikana käynyt lääkärissä pääasiassa sisäilmasta johtuvien oireiden tai sairastelun takia (taulukko 9.25). Tämä vastaa Suomen tasolla neljännesmiljoonaa henkilöä. Lääkärissä käynti oli yleisempää työikäisillä ja naisilla.

Taulukko 9.25: Sisäilmaoireiden takia tutkimuksissa tai hoidossa olleiden osuus (%).

	30–64	65+	30+ ¹
Miehet			
Ei	95,1	97,7	95,9
Kyllä, 12 kk aikana	1,3	0,4	1,0
Kyllä, yli 12 kk sitten	3,7	1,9	3,1
Naiset			
Ei	87,8	95,1	90,0
Kyllä, 12 kk aikana	4,4	1,0	3,4
Kyllä, yli 12 kk sitten	7,7	4,0	6,6
p ²			< 0,001

¹ ikäväkioitu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Työpaikalla koetut oireet olivat naisilla yleisimpiä korkeimmin koulutetuilla. Lähes joka neljäs (26 prosenttia) korkea-asteen koulutuksen saaneista naisista koki työpaikalla oireita 12 viime kuukauden aikana, mutta perusasteen koulutuksen saaneista vain 12 prosenttia raportoi oireita. Miehillä oireilu oli yleisintä keski-asteen koulutuksen saaneilla, mutta koulutusryhmien väliset erot eivät olleet merkitseviä. Kotona koetuissa oireissa ei ollut vastaavia eroja.

Johtopäätökset

Merkittävä osa Suomen väestöstä kokee tai on joskus kokenut sisäilmaan liittyviä oireita. Huomattava osa oireita raportoineista on myös käynyt asian takia lääkärissä. Oireita raportoitiin kolme kertaa useammin työpaikoilla kuin kotona. Miksi oireilu on selvästi yleisempää työpaikoilla ja korkeammin koulutetuilla naisilla, vaatii lisäselvityksiä.

9.10 Muut ajankohtaiset oireet

Seppo Koskinen

- Päivittäisestä päänsärystä kärsii pari prosenttia aikuisista
- Naisilla virtsankarkailu on yleistä, ja iäkkäimmistä naisista joka kolmannella sitä esiintyy päivittäin.
- Särkylääkkeiden käyttö on tavattoman yleistä: naisista kolme neljänestä ja miehistäkin yli puolet on käyttänyt särkylääkkeitä edeltäneen kuukauden aikana.

Päänsärky voi johtua hyvin monista eri syistä, ja se aiheuttaa huomattavat kustannukset. Suomessa arviolta 1,6 miljoonaa henkilöä kärsii päänsärystä (Gustavsson ym. 2011). Myös virtsankarkailu on etenkin naisilla hyvin yleinen oire (Cerruto ym. 2013), ja se on yksi aikuisväestön elämänlaatua kaikkein eniten heikentävistä terveystilastoista (Saarni ym. 2006). Särkylääkkeitä käytetään mm. tuki- ja liikuntaelinten ongelmien ja kipujen sekä lukuisten muiden syiden takia hyvin paljon. On arvioitu, että tulehduskipulääkkeitä ja muita särkylääkkeitä käyttää vuosittain noin miljoona suomalaista, ja ne aiheuttavat toivotun kivunlievityksen ohella runsaasti haittavaikutuksia (*Tulehduskipulääkkeiden turvallinen käyttö: Käypä hoito-suositus* 2009).

Menetelmät

Kyselylomakkeen 2 alussa tiedusteltiin 13 oireen esiintymisestä kysymyksellä ”Onko Teillä viimeksi kuluneen kuukauden (30 pv) aikana ollut seuraavia oireita tai vaivoja?”. Vastausvaihtoehdot olivat ”päivittäin”, ”harvemmin kuin päivittäin” ja ”ei lainkaan”. Tässä raportissa tarkastellaan ”päänsärkyä” viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana päivittäin kokeneiden osuutta sekä ”virtsankarkailua, inkontinenssia” viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana päivittäin kokeneiden osuutta.

Kyselylomakkeessa 1 tiedusteltiin lääkkeiden käytöstä kysymyksellä ”Milloin viimeksi olette käyttänyt seuraavia lääkkeitä?”. Vastausvaihtoehdot olivat ”viimeisen viikon aikana”, ”1–4 viikkoa sitten”, ”1–12 kuukautta sitten”, ”yli vuosi sitten” ja ”en koskaan”. Tässä raportissa tarkastellaan niiden vastaajien osuutta, jotka olivat joko viimeisen viikon aikana tai 1–4 viikkoa sitten viimeksi käyttäneet ”särkylääkkeitä päänsärkyyn” ja/tai ”särkylääkkeitä nivel- tai lihassärkyyn” ja/tai ”särkylääkkeitä muuhun särkyyn”.

Tässä luvussa tarkastelluista ilmiöistä ei ole käytettävissä vertailukelpoisia tietoja vuodelta 2011.

Nykytilanne

Päivittäistä päänsärkyä ilmoitti poteneensa runsaat kolme prosenttia naisista ja noin puolitoista prosenttia miehistä. Ikäryhmien välillä ei ollut johdonmukaisia eroja. Päivittäistä virtsankarkailua oli esiintynyt naisista noin seitsemällä prosentilla, miehistä noin kahdella prosentilla. Kaikissa ikäryhmissä virtsankarkailu oli naisilla yleisempää kuin miehillä, ja oire yleistyi jyrkästi iän mukana. 30–39-vuotiaista nai-

9. SAIRAUDET, RISKITEKIJÄT JA OIREET

sista puolitoista prosenttia, mutta 80 vuotta täyttäneistä naisista lähes joka kolmas ilmoitti kärsineensä päivittäisestä virtsankarkailusta. (Taulukko 9.26.)

Taulukko 9.26: Päivittäisen päänsäryn ja virtsankarkailun yleisyys sekä särkylääkkeitä 30 viime päivän aikana käyttäneiden osuus (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Päivittäistä päänsärkyä kokevat							
Miehet	1,5	1,2	1,3	1,0	2,4	1,2	1,4
Naiset	3,7	2,4	3,5	2,7	3,7	5,4	3,3
p ²							< 0,001
lkm	19 000	12 000	18 000	14 000	15 000	11 000	88 000
Päivittäistä virtsankarkailua kokevat							
Miehet	0,4	0,5	0,8	2,6	4,7	5,1	1,9
Naiset	1,4	3,4	2,8	8,2	16,2	30,9	7,2
p ³							< 0,001
lkm	6 000	13 000	13 000	40 000	53 000	63 000	189 000
Särkylääkkeitä käyttäneet							
Miehet	56,7	63,8	59,5	50,5	46,8	56,8	56,2
Naiset	79,5	76,3	74,5	65,7	68,7	79,0	73,6
p ⁴							< 0,001
lkm	474 000	462 000	492 000	433 000	284 000	205 000	2 350 000

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

³ sukupuolten välinen tasoero

⁴ sukupuolten välinen tasoero

Särkylääkkeitä oli edeltävien 30 päivän aikana käyttänyt lähes kolme neljäsosaa naisista ja yli puolet miehistä. Sekä naisten että miesten keskuudessa särkylääkkeiden käyttö oli 60–79-vuotiaiden ikäryhmässä hieman harvinaisempaa kuin nuorempien ja kaikkein iäkkäimpien ryhmissä. (Taulukko 9.26.)

Virtsankarkailun yleisyydessä koulutusryhmien väliset erot olivat suuret: alimman koulutusryhmän 70 vuotta täyttäneistä naisista 23 prosenttia ilmoitti päivittäisestä virtsankarkailusta, mutta ylimmässä koulutusryhmässä vain 12 prosenttia.

Johtopäätökset

Tässä luvussa tarkastellut oireet, päänsärky ja virtsankarkailu, ovat sekä väestön hyvinvoinnin kannalta että taloudellisesti isoja ongelmia, joiden ennaltaehkäisy ja hyvä hoito kuuluvat palvelujärjestelmän tärkeisiin tehtäviin. Särkylääkkeiden käyttö on tavattoman yleistä, ja niiden asianmukaiseen käyttöön ohjaaminen on merkittävä tehtävä sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa.

10 Suunterveys

Liisa Suominen ja Eero Raittio

- Hieman yli puolet miehistä ja neljä viidesosaa naisista harjaa hampaansa vähintään kahdesti päivässä.
- Miehistä 59 prosenttia ja naisista 69 prosenttia kokee suunterveytensä hyväksi tai melko hyväksi, tämä osuus pieni verrattuna vuoteen 2011.
- Hieman yli joka kolmas kärsii hammassärystä tai muista hampaisiin tai hammasproteeseihin liittyvistä vaivoista vuoden aikana.
- Noin joka kymmenes kokee suunsa kuivaksi päivittäin, naiset useammin kuin miehet. Vanhemmissa ikäryhmissä kokemus on moninkertaisesti yleisempää kuin nuoremmassa.

Huolellisella suun omahoidolla on suuri merkitys suun sairauksien ehkäisyssä (*Karies (hallinta). Käypä hoito -suositus* 2014). Koetun suunterveyden mittarit täydentävät ammattilasten arviota suunterveydestä (Tseveenjav ym. 2014) ja niiden perusteella voidaan arvioida vastaaajan hoidon tarvetta (Locker ym. 2005; Thomson ym. 2012). Koetun suunterveyden mittarit ennustavat myös hyvin suun terveydenhuollon palvelujen käyttöä (Kaprio ym. 2012). Näitä väestötason tietoja tarvitaan terveyden edistämisen ja palvelujen järjestämistä varten.

Menetelmät

Tässä luvussa kuvataan kyselylomakkeeseen 1 perustuvia tietoja hampaiden harjaustiheydestä sekä koetusta suunterveydestä. Näitä voidaan verrata aikaisempien väestökyselyjen tuloksiin. Muiden oireiden ja vaivojen yhteydessä kyselylomakkeessa 2 olleet suun kuivuutta ja pahanhajuista hengitystä koskevat oireet ovat uusia. Tutkittavilta kysyttiin kuinka usein he harjaavat hampaansa ja vastajat luokiteltiin niihin, jotka ilmoittivat harjaavansa hampaansa suosituksen mukaisesti eli vähintään kahdesti päivässä tai harvemmin. Tutkittavia pyydettiin arvioimaan omaa suunterveyttään viisiluokkaisen asteikon mukaan (hyvä, melko hyvä, keskitasoinen, melko huono, huono) ja luokiteltiin niihin, jotka ilmoittivat suunterveytensä joko hyväksi tai melko hyväksi tai sitä huonommaksi. Tutkittavilta kysyttiin myös oliko heillä ollut hammassärkyä tai muita hampaisiin tai hammasproteeseihin liittyviä vaivoja 12 edellisen kuukauden aikana tai olivatko he kokeneet suun kuivuutta tai pahanhajuista hengitystä päivittäin, harvemmin tai ei lainkaan 30 viime päivän aikana. Yli 70-vuotiailta tiedusteltiin hampaallisuutta ja kysyttiin käyttivätkö he irrotettavia hammasproteeseja.

Nykytilanne

Miehistä 53 ja naisista 83 prosenttia kertoi harjaavansa hampaansa vähintään kahdesti päivässä (taulukko 10.1). Miehistä nuorimmat ilmoittivat harjaavansa ham-

paansa kahdesti päivässä useimmin, naisilla ikäryhmien väliset erot olivat pieniä. Sekä miehillä että naisilla vähintään kahdesti päivässä harjaavien osuus oli pienin yli 80-vuotiailla.

Taulukko 10.1: Hampaansa kahdesti tai useammin päivässä harjaavien osuus (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Miehet	61,3	54,4	55,3	50,8	45,6	42,2	53,2
Naiset	78,4	81,2	81,7	82,3	79,3	62,0	79,5
p ²							0,002
lkm	487 000	446 000	503 000	498 000	310 000	158 000	2 402 000

¹ ikävakioitu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Miehistä 59 ja naisista 69 prosenttia koki suun terveytensä hyväksi tai melko hyväksi (taulukko 10.2). Sekä miehillä että naisilla tämä osuus oli pienin vanhimmissa ikäryhmissä.

Taulukko 10.2: Suun terveyden hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Miehet	62,0	65,5	59,6	56,8	54,8	49,2	59,2
Naiset	71,5	73,0	72,5	65,7	65,5	55,7	68,9
p ²							< 0,001
lkm	466 000	457 000	485 000	456 000	294 000	153 000	2 311 000

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

Hieman yli joka kolmas oli kärsinyt hammassärystä tai muista hampaisiin tai hammasproteesiin liittyvästä vaivoista 12 viimeisen kuukauden aikana (taulukko 10.3). Miesten ja naisten välillä ei ollut eroa mutta vanhimmissa ikäryhmissä pienempi osa kuin nuoremmissa kertoi kärsineensä hammassärystä tai muista hampaisiin tai hammasproteesiin liittyvistä vaivoista.

Noin joka kymmenes, miehet (7 %) harvemmin kuin naiset (12 %), ilmoitti kokeneensa suun kuivuutta päivittäin viimeisen 30 päivän aikana. Vanhemmissa ikäryhmissä päivittäinen suun kuivuuden kokemus oli moninkertaisesti yleisempää kuin nuoremmissa ikäryhmissä. Yli 80-vuotiailla miehillä osuus oli 22 prosenttia ja naisilla 39 prosenttia. Tämä ikäryhmien välinen ero näkyy myös niiden osuudessa, jotka olivat kokeneet suun kuivuutta päivittäin tai harvemmin siten, että kokemus oli yleisempää vanhemmissa kuin nuoremmissa ikäryhmissä (taulukko 10.3).

Miehistä 3 prosenttia oli kokenut päivittäin pahanhajuista hengitystä ja tätä harvemmin viimeisen 30 päivän aikana 27 prosenttia, naisista vastaavasti 4 prosenttia ja 30 prosenttia. Päivittäin tai harvemmin esiintyvän pahanhajuisen hengityksen kokemus oli yleisempää nuoremmissa ikäryhmissä kuin vanhemmissa.

Yli 70-vuotiaista noin joka neljäs mies ja joka kolmas nainen oli hampaaton (ilman proteesia tai heillä oli käytössä kokoproteesi) (taulukko 10.4). Noin joka toisella yli 70-vuotiaalla oli käytössään irrotettava osaproteesi. Niistä, joilla oli koko-

10. SUUNTERVEYS

Taulukko 10.3: Suun terveyteen liittyvät oireet ja vaivat (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Hamassärkyjä tai vaivoja 12 viime kuukauden aikana							
Miehet	39,0	39,4	41,3	32,3	30,1	27,4	36,1
Naiset	39,4	38,6	35,2	34,2	28,3	26,9	34,9
p ²							0,385
lkm	275 000	258 000	280 000	247 000	141 000	77 000	1 278 000
Suun kuivuutta 30 viime päivän aikana (päivittäin tai harvemmin)							
Miehet	24,1	31,6	41,0	41,9	42,2	60,9	37,7
Naiset	32,0	31,3	43,0	54,0	59,7	72,5	45,2
p ³							0,001
lkm	196 000	208 000	308 000	358 000	250 000	197 000	1 517 000
Pahanhajuista hengitystä 30 viime päivän aikana (päivittäin tai harvemmin)							
Miehet	36,0	32,8	32,7	26,5	21,8	18,5	29,7
Naiset	38,4	39,3	36,1	30,6	25,6	28,3	34,1
p ⁴							0,002
lkm	260 000	237 000	253 000	212 000	116 000	71 000	1 149 000

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

³ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

⁴ sukupuolten välinen tasoero

tai osaproteesi, miehistä pienempi osuus (60 %) kuin naisista (81 %) puhdisti hammasproteesinsa vähintään kahdesti päivässä.

Taulukko 10.4: Hammasproteesien käyttö ja puhdistaminen 70 vuotta täyttäneillä (%).

	70–79	80+	70+ ¹
Hammasproteesien käyttö			
Miehet			
Hampaaton	23,0	32,9	26,1
Hampaallinen ja osaproteesi	30,7	34,9	31,9
Hampaallinen ja ei proteesia	46,3	32,2	42,0
Naiset			
Hampaaton	26,5	44,9	31,9
Hampaallinen ja osaproteesi	29,0	30,9	29,6
Hampaallinen ja ei proteesia	44,5	24,2	38,5
p ²			0,169
Hammasproteesien puhdistaminen vähintään kaksi kertaa päivässä			
Miehet	58,3	62,9	60,0
Naiset	85,4	72,9	80,7
p ³			0,035

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

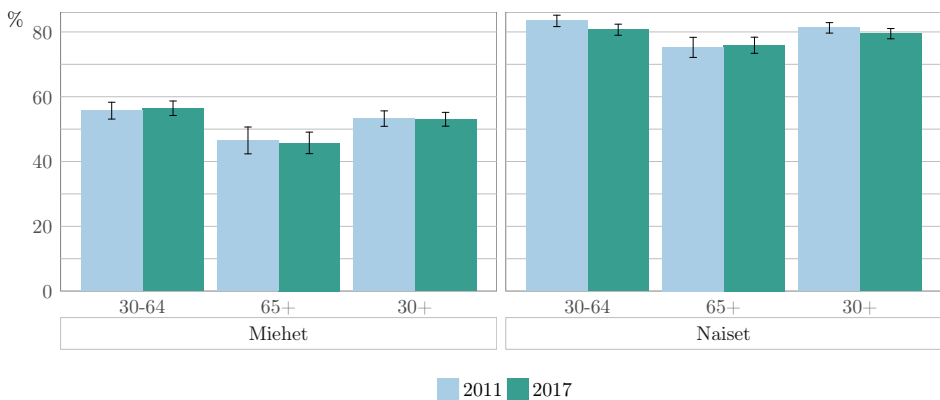
³ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Koulutusryhmittäisessä tarkastelussa havaittiin, että korkeimmin koulutetut harjasivat hampaansa useammin suositusten mukaisesti ja kokivat suunterveytensä paremmaksi kuin vähemmän koulutetut. Peruskoulutetuilla miehillä hammassärkyjä tai vaivoja kokeneiden osuus oli suurempi kuin korkeakoulutetuilla (ks. luku 17).

Muutos 2011–2017

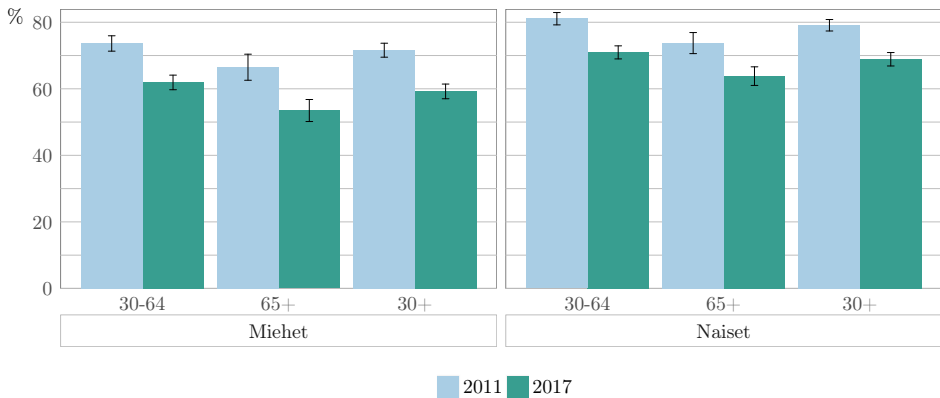
Vähintään kahdesti päivässä harjaavien osuus oli säilynyt ennallaan vuosien 2011 ja 2017 välillä sekä miehillä että naisilla ja kaikissa ikäryhmissä (Kuvio 10.1).

Kuvio 10.1: Hampaansa kahdesti tai useammin päivässä harjaavien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.



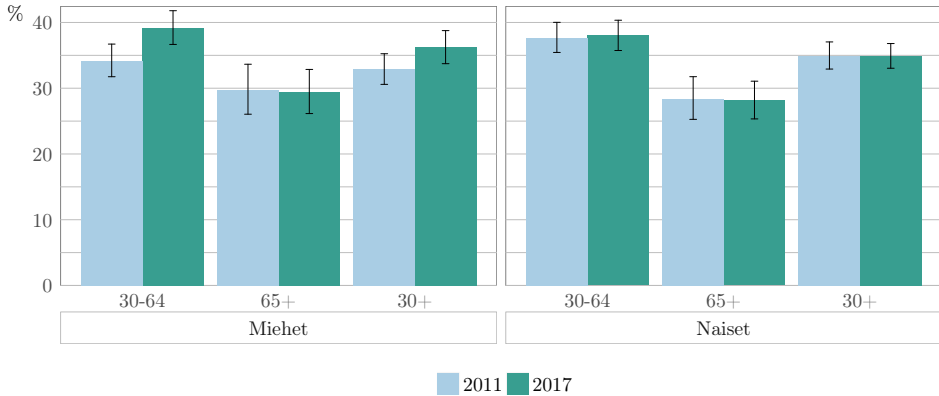
Suunterveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokeneiden osuus laski selvästi sekä naisilla että miehillä vuodesta 2011 vuoteen 2017, 72 prosentista 59 prosenttiin ja naisilla 79 prosentista 69 prosenttiin (kuvio 10.2).

Kuvio 10.2: Suun terveyden hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.



Työikäisillä miehillä hammassärystä tai muusta suun alueen vaivasta raportoitneiden osuus kasvoi vuodesta 2011 (34 %) vuoteen 2017 (39 %) (kuvio 10.3).

Kuvio 10.3: Hammassärkyjä tai vaivoja 12 viime kuukauden aikana kokeneiden osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.



Irrotettavaa hammasproteesia käyttävien osuus pienentyi 70–79-vuotiailla mutta ei yli 80-vuotiailla vuodesta 2011 vuoteen 2017.

Johtopäätökset

Suun terveyden kulmakivinä pidetään huolellista suun omahoitoa sekä säännöllistä suun terveydenhuollon palvelujen käyttöä. Hampaiden harjauksen suhteen myönteinen kehitys oli pysähtynyt verrattuna tilanteeseen vuonna 2011. Miehet harjasivat hampaitaan suositusten mukaan yhä selvästi harvemmin kuin naiset ja erityisesti iäkkäämpien hampaiden omahoidosta voi olla huolissaan. Myös suun terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokeneiden osuus laski selvästi vuodesta 2011 vuoteen 2017. Havaintojen taustalla olevat tekijät tulee selvittää jatkotutkimuksissa, joihin tulee sisältyä kliininen tutkimus väestön suun terveydenhuollon palvelujen tarpeen selvittämiseksi kokonaisuudessaan. Hampaiden harjausaktiivisuus ja koettu suun terveys olivat selvästi yhteydessä koulutustasoon ilmentäen sosioekonomisten terveyserojen pysyvyyttä.

11 Tapaturmat

Anne Lounamaa ja Persephone Doupi

- Noin joka viidennellä on ollut terveystapaturmia vaatinut tapaturma vuoden aikana. Tämä vastaa väestötasolla 740 000 henkilöä.
- 80 vuotta täyttäneet naiset kuuluvat kotitapaturmien riskiryhmään.
- 30–39-vuotiaat miehet kuuluvat liikuntatapaturmien riskiryhmään.
- Terveystapaturmia vaatinut tapaturma aiheuttaa keskimäärin yhden kuukauden jakson, jolloin henkilön on vaikea selviytyä tavanomaisista toimistaan.

Tapaturmat vaikuttavat terveystapaturmien käyttöön ja tapaturmassa loukkaantuneen arkeen. Tapaturma on odottamaton tapahtuma, jonka yhteydessä ihminen loukkaantuu tai menehtyy. Tapaturmat luokitellaan yleisesti koti- ja vapaa-ajan tapaturmiksi (ml. liikuntatapaturmat), liikenneonnettomuudeksi sekä työtapaturmiksi. Tapaturmat kotona ja vapaa-ajalla ovat nousseet merkittäväksi terveyden menetyksen aiheuttajaksi.

Kaikista tapaturmista, vakavista ja lievemmistä, 80–90 prosenttia on koti- ja vapaa-ajan tapaturmia. Kansallinen tavoite on vähentää koti- ja vapaa-ajan tapaturmakuolemia 25 prosentilla vuodesta 2014 (2221 kotitapaturmassa kuollutta) vuoteen 2025 mennessä (*Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn tavoiteohjelma vuosille 2014–2020* 2013). Kehitys on ollut oikean suuntainen. Kuolemat ovat vähentyneet vuodesta 2004 lähtien, mutta ei riittävästi tavoitteen saavuttamiseksi (Doupi ym. 2017). Tapaturmat ovat 50 ikävuoteen asti ensisijainen menetettyjen elinvuosien aiheuttaja ja niistä seuraa merkittävää terveystapaturmien käyttöä. Sairaaloitten vuodeosastolla on 2010-luvulla hoidettu noin 80 000 tapaturmapotilasta vuodessa, näistä 61 000 on 30 vuotta täyttäneitä. Avohoidettavia potilaita arvelaan olevan kymmenkertainen määrä vuodeosastohoitoihin nähden. Hoitoilmoitusrekisteritiedon perusteella tapaturmapotilaiden määrän kehitys ei ole ollut toivotun mukainen (*Sosiaali- ja terveystapaturmien tilastollinen vuosikirja 2017* 2017; *Perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon avohoitokäynnit 2016* 2017; *Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito vuosina 2015–2016* 2017). Hoitajakset ovat 2000-luvulla tasaisesti, vaikkakin vähäisesti, lisääntyneet.

Menetelmät

Kyselylomakkeeseen 2 sisältyi kysymys tapaturmista: Onko Teille 12 viime kuukauden aikana sattunut jokin seuraavista tapaturmista, jonka hoitoon tarvitsitte terveystapaturmia? Kustakin tapaturmatyypistä vastausvaihtoehtoja olivat ei tai kyllä. Kysymykseen kuuluivat koti- ja liikuntatapaturmat, työ- tai työmatkatapaturmat sekä liikenneonnettomuudet. Lisäksi kysyttiin: Kuinka monta kokonaista päivää teidän oli 12 viime kuukauden aikana vaikeaa tai mahdotonta selvitä tavanomaisista päivittäisistä tehtävistänne ja toimistänne tapaturmien aiheuttamien vammojen vuoksi?

Nykytilanne

Haastattelua edeltäneen vuoden aikana miehistä 22 prosentille ja naisista 18 prosentille oli sattunut jokin terveystapaturma (taulukko 11.1). Väestötasolla tämä on noin 740 000 henkilöä. Arvio niiden henkilöiden määrästä, joille oli sattunut terveystapaturmia vaatinut kotitapaturma yhden vuoden aikana (sisällä tai kodin pihapiirissä) on noin 256 000. Sukupuolten välillä tapaturmien yleisyydessä on eroja. Miehillä kotitapaturmat ovat jokseenkin yhtä yleisiä eri ikäryhmissä. Naisilla sen sijaan kotitapaturmat yleistyvät iän myötä, erityisesti 80 vuotta täyttäneet naiset kuuluvat kotitapaturmien riskiryhmään. Tulos on samansuuntainen sairaalapatapaturmien käyttöä koskevan tilaston kanssa.

Taulukko 11.1: Terveystapaturmia vaatineen tapaturman yleisyys 12 viime kuukauden aikana (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Kotitapaturma sisällä tai kodin pihapiirissä							
Miehet	6,8	5,5	7,1	7,0	5,5	8,7	6,6
Naiset	4,2	4,8	5,6	7,1	10,3	19,2	6,9
p ²							0,032
lkm	38 000	33 000	47 000	52 000	39 000	45 000	256 000
Liikuntatapaturma sisällä tai ulkona (kuntoliikunnassa tai urheilussa)							
Miehet	15,1	11,3	8,4	4,2	3,9	4,3	8,3
Naiset	5,8	4,7	3,9	1,7	1,3	1,9	3,4
p ³							< 0,001
lkm	74 000	53 000	45 000	21 000	12 000	8 000	214 000
Jokin tapaturma							
Miehet	29,0	24,4	25,2	18,5	14,5	18,9	22,4
Naiset	18,2	17,8	18,9	14,2	19,0	26,9	17,9
p ⁴							0,007
lkm	166 000	140 000	162 000	121 000	82 000	69 000	740 000

¹ ikävakioitu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

³ sukupuolten välinen tasoero

⁴ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Terveystapaturmia vaatineita liikuntatapaturmia arvioitiin sattuvan yhden vuoden aikana noin 214 000 henkilölle (taulukko 11.1). Miehet loukkaavat itsensä selvästi naisia useammin liikuntaharrastuksissa. Liikuntatapaturmat vähenevät miehillä ja naisilla iän myötä. Korkean riskin ryhmään kuuluvat alle 50-vuotiaat miehet. Tulos on linjassa aiempien tutkimusten kanssa.

Joka kymmenes vastaaja ilmoitti, että hänellä on ollut ainakin yksi päivä, jolloin hänellä oli ollut vaikeuksia selvitä päivittäisistä toiminna (taulukko 11.2). Terveystapaturmia vaatinut tapaturma aiheuttaa keskimäärin noin kuukauden jakson, jolloin vamma vaikeuttaa päivittäisistä toiminna selviytymistä (taulukko 11.3).

Taulukko 11.2: Tapaturman aiheuttamien vammojen takia päivittäisissä toimissa ainakin yhtenä päivänä vaikeuksia 12 viime kuukauden aikana kokeneiden osuus (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Miehet	15,5	11,1	11,8	6,5	5,2	7,6	10,0
Naiset	9,1	10,6	12,2	6,5	6,1	7,9	8,9
p ²							0,254
lkm	87 000	71 000	88 000	48 000	27 000	23 000	345 000

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

Taulukko 11.3: Vaikeuksia päivittäisissä toimissa tapaturman aiheuttamien vammojen takia. Vuorokausien keskiarvo niistä, joilla oli ollut vaikeuksia ainakin yhden päivän ajan.

	30–64	65+	30+ ¹
Miehet	25,1	37,4	28,7
Naiset	23,4	53,5	28,9
p ²			0,971

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

Johtopäätökset

Työikäisessä väestössä tapaturmista johtuva toimintakyvyn menetys heijastuu sekä työelämään että laajemmin yhteiskuntaan. Usein työikäiset kantavat arjessa vastuuta sekä nuoremasta että vanhemmasta sukupolvesta. Iäkkäämmillä tuen tarve lisääntyy tapaturman jälkeen ja kuormittaa terveys-, kuntoutus- ja kotipalveluja.

Koska kotona ja vapaa-ajalla sattuvat tapaturmat liittyvät mm. henkilön käyttäytymiseen ja terveydentilaan, tuotteiden ja palvelujen turvallisuuteen, päihteiden käyttöön sekä ympäristösuunnitteluun, on ehkäiseviä toimia kohdennettava useisiin eri tekijöihin, useilla eri hallinnon aloilla. Etenkin työterveyshuollossa ja iäkkäiden palveluissa olisi hyvä miettiä toimintakäytäntöjen kehittämistä siten, että tapaturmien ehkäisy tulisi arkityössä aiempaa enemmän huomioon otetuksi.

Liikuntavammojen ehkäisemiseksi toimenpiteitä tulee kohdentaa kaiken ikäisiin, opettajien ja valmentajien tietotaitoa turvalliseen liikkumisen edistämiseksi tulee lisätä ja liikuntaympäristöjen turvallisuudesta tulee huolehtia. Myös kansalaisille on jaettava tietoa keinoista turvalliseen liikkumiseen.

Haastattelututkimukset, joissa huomioidaan myös ne vammat, joiden vuoksi ei ole ollut tarvetta terveystalouden käyttöön, arvioivat liikuntatapaturmat kaikkein yleisimmäksi tapaturmatyyppiksi. Jari Parkkari ja kollegansa (Parkkari ym. 2017) kirjoittavat, että ”ellei liikuntavammoja ehkäistä, liikunnan harrastajista ja liikunnan hyödyistä jopa puolet saatetaan menettää”.

Jatkotutkimuksissa tulisi selvittää tarkemmin tapaturmien vaikutusta toimintakykyyn sekä elintapojen ja fyysisen kunnon yhteyttä tapaturmaan johtumiseen. Ennaltaehkäisyn kannalta riskitekijöiden parempi ymmärrys on ensiarvoista.

12 Seksuaali- ja lisääntymisterveys

Reija Klemetti, Kirsi Liitsola, Riitta Luoto, Mika Gissler, Satu Jokela ja Päivikki Koponen

- Alle 70-vuotiaista naisista hieman useampi kuin joka kuudes ja miehistä yksi kymmenestä on kokenut tahatonta lapsettomuutta. Noin 60 prosenttia lapsettomuutta kokeneista on ollut tutkimuksissa tai saanut hoitoa lapsettomuuteen.
- Ehkäisy pillereitä käyttää lähes joka kymmenes ja hormonikierukkaa noin viidesosa 30–59-vuotiaista naisista.
- Raskaudenkeskeytyksen on kokenut useampi kuin joka viides 30–54-vuotiaista naisista ja lähes yhtä moni on kokenut keskenmenon.
- Seksitavat ovat monipuolisia - suuseksiä on yli 40 prosentilla ja anaalilyhdyntää noin 8 prosentilla.
- Nuorin ikäryhmä on muita useammin käynyt viimeisen viiden vuoden aikana hiv- ja klamydiatestissä, kaikista 30–69-vuotiaista vain noin joka kymmenes.

Seksuaali- ja lisääntymisterveys on tärkeä osa ihmisen terveyttä ja hyvinvointia ja siten olennainen osa kansanterveyttä. Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen kuuluu positiivinen ja kunnioittava lähestymistapa seksuaalisuuteen, mahdollisuus vastuulliseen, tyydyttävään ja turvalliseen seksiin ja lisääntymiseen, oikeus sopiviin ja hyväksyttäviin raskaudenehkäisymenetelmiin sekä mahdollisuus käyttää seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluita (*Reproductive health* 2014; *Sexual health* 2014; Raussi-Lehto ja Klemetti 2014). Seksuaalikasvatuksen pitää pystyä vastamaan seksuaalikäyttäytymisessä tapahtuviin muutoksiin, mikä edellyttää väestötason tietoa.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä ja siinä tapahtuneita muutoksia voidaan Suomessa osittain seurata rekisteritiedon avulla. Tämän lisäksi tarvitaan kuitenkin välttämättä muuta väestötason tietoa mm. eri ilmiöistä, kuten tahattoman lapsettomuuden yleisyydestä, seksikäyttäytymisestä tai raskauden ehkäisyn käytöstä. Seksuaali- ja lisääntymisterveyskysymysten sisällyttäminen väestön terveystutkimuksiin mahdollistaa myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden ja merkittävien kansanterveysongelmien yhteyden tutkimisen. Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet seksuaali- ja lisääntymisterveyden olevan yhteydessä moniin kansansairauksiin, kuten sydän- ja verenkiertoelinten sairauksiin ja diabetekseen (Kharazmi ym. 2007; Luoto ym. 2008; Haukkamaa ym. 2009). Suomalais tutkimuksissa on osoitettu myös selvä yhteys mielenterveyden ja seksuaali- ja lisääntymisterveyden, kuten tahattoman lapsettomuuden, raskaudenkeskeytysten ja keskenmenojen välillä (Klemetti ym. 2010; Toffol ym. 2011). Tämän lisäksi väestön terveystutkimukset mahdollistavat mm. seksuaali- ja lisääntymisterveyden ja elintapojen yhteyden tutkimisen.

Menetelmät

Kyselylomakkeen 1 lopussa oli naisille kohdennettu osuus, jossa oli kysymyksiä raskauden ehkäisyn käytöstä. Tässä raportissa tarkastellaan alle 60-vuotiaita naisia, jotka vastasivat ehkäisyn käyttöä koskevaan kysymykseen ehkäisytablettien, kuparierukan ja hormonierukan osalta ”kyllä, käytän tällä hetkellä”. Lisäksi kysyttiin ”Kuinka monta vuotta yhteensä olette käyttänyt näitä valmisteita / ehkäisymenetelmiä”. Vastaja pyydettiin kirjaamaan aika yhteenlaskettuna huomioiden myös aiemmat käyttöjaksot tai 0, jos ei ole koskaan käyttänyt näitä vähintään vuoden ajan. Muissa seksuaali- ja lisääntymisterveyttä kuvaavissa tiedoissa käytetään joko ikärajaa alle 55-vuotiaat tai alle 70-vuotiaat. Ikäraja 55 vastaa aiempia tutkimuksia (Terveys2000 ja 2011) ja mahdollistaa vertailun niihin. Osassa kysymyksiä 70 vuotta täyttäneillä vastausten lukumäärä jäi liian pieneksi luotettavien tietojen esittämiseksi. Hormonihoidon käyttöä kysyttiin viimeksi kuluneen kuukauden ajalta käytettynä hormonihoidona tabletteina, geelinä, puikkona, salvana tai laastarina. Tässä tarkennettiin, että raskauden ehkäisyä ei huomioida. Tässä raportissa tarkastellaan niiden naisten osuutta, jotka vastasivat käyttäneensä hormonihoitoa lääkärin reseptillä tai ilman reseptiä (käsikauppalääkkeenä). Synnytyksistä, keskenmenoista ja raskauden keskeytyksistä kysyttiin vaihtoehtoin ”ei” ja ”kyllä, montako”.

Kyselylomakkeessa 2 oli sekä naisille että miehille kohdennettuja kysymyksiä lapsettomuudesta ja seksitavoista. Tahattoman lapsettomuuden yleisyyttä selvitettiin kysymyksellä ”Onko teillä ollut sellaisia ajanjaksoja, jolloin olette yrittänyt saada lapsen tai tulla raskaaksi, mutta ette ole onnistunut tai onnistumiseen on kulunut aikaa yli 12 kuukautta?”. Kysyttäessä tutkimuksia tai hoitoja lapsettomuuteen tai hedelmättömyyteen, vastaja pyydettiin huomioimaan sekä oma että puolison tai kumppanin tutkimukset tai saatu hoito. Erilaisten oireiden yhteydessä kysyttiin myös kuumia ja kylmiä aaltoja, jotka ovat tyypillisiä vaihdevuosi-oireita. Seksuaaliterveyden osalta kysyttiin seksikumppaneiden sukupuolta ja määrää, seksitapoja sekä hiv- ja klamydiatesteissä käyntiä.

Nykytilanne

Ehkäisytablettien käyttö oli yleisintä nuorimmissa ikäryhmässä, jossa tablettien käyttäjiä oli 17 prosenttia (taulukko 12.1). Ehkäisytabletteja joskus käyttäneet olivat käyttäneet niitä yhteensä keskimäärin yhdeksän vuoden ajan. Noin kolmanneksella 40–49-vuotiaista naisista oli käytössä hormonierukka.

Taulukko 12.1: Ehkäisytablettien ja hormonierukan käyttö 30–59-vuotiailla naisilla.

	30–39	40–49	50–59	30–59 ¹
Ehkäisytabletteja käyttävät (%)				
Naiset	16,5	8,0	1,3	8,6
Ehkäisytablettien käyttövuodet, keskiarvo tabletteja nykyisin tai joskus aiemmin käyttäneistä				
Naiset	7,7	9,7	9,0	8,7
Hormonierukkaa käyttävät (%)				
Naiset	18,8	32,7	16,5	22,4

¹ ikävakioitu

12. SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS

Viidennes kaikista ja yli kolmannes 50–69-vuotiaista naisista oli käyttänyt hormonihoidon muusta syystä kuin raskauden ehkäisyyn viimeksi kuluneen kuukauden aikana (taulukko 12.2). Yli kolmannes 30–69 –vuotiaista naisista oli kokenut kuumia tai kylmiä aaltoja viimeksi kuluneen kuukauden aikana. Tavallisimpia kuumat tai kylmät aallot olivat 50–59-vuotiailla naisilla; yli puolet kertoi kokeneensa niitä.

Taulukko 12.2: Viimeksi kuluneen kuukauden aikana hormonihoidon muuhun kuin raskauden ehkäisyyn käyttäneiden sekä kuumia tai kylmiä aaltoja kokeneiden naisten osuus (%) 30–69-vuotiailla.

	30–39	40–49	50–59	60–69	30–69 ¹
Hormonihoidon käyttö					
Naiset	2,3	6,8	31,0	36,9	19,6
Kuumia tai kylmiä aaltoja					
Naiset	15,5	23,7	57,4	42,5	35,7

¹ ikävakioitu

Tahattoman lapsettomuuden kokemus oli 16 prosentilla 30–69-vuotiaista naisista ja 10 prosentilla vastaavan ikäisistä miehistä (taulukko 12.3). Kokemus lapsettomuudesta oli sitä yleisempi mitä nuoremmasta ikäluokasta oli kyse. Noin 60 prosenttia sekä lapsettomuutta kokeneista naisista että miehistä kertoi olleensa tutkimuksissa tai saaneensa hoitoa lapsettomuuteen tai hedelmättömyyteen.

Taulukko 12.3: Tahattoman lapsettomuuden yleisyys ja tähän liittyvät tutkimukset tai hoidot (%) 30–69-vuotiailla.

	30–39	40–49	50–59	60–69	30–69 ¹
Tahaton lapsettomuus					
Miehet	12,4	12,2	8,6	7,9	10,1
Naiset	19,9	21,0	13,4	8,9	15,5
p ²					< 0,001
Tutkimuksissa tai hoidossa olleet, osuus lapsettomuutta kokeneista					
Miehet	60,5	73,1	56,3	37,7	59,1
Naiset	57,1	62,9	62,5	59,6	60,4
p ³					0,792

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

³ sukupuolten välinen tasoero

Kolme neljäsosaa 30–54-vuotiaista naisista oli synnyttänyt vähintään kerran (taulukko 12.4). Synnyttäneisyys yleistyi selvästi naisen iän myötä niin, että 66 prosenttia 30–39-vuotiaista ja 81 prosenttia vanhimmaasta ikäluokasta oli synnyttänyt. Synnyttäneillä oli keskimäärin kaksi synnytystä. Yli viidennes naisista kertoi heille tehdyn ainakin yhden raskaudenkeskeytyksen (abortin). Enemmistölle oli tehty yksi keskeytys, keskeytysten määrän keskiarvo ainakin yhden keskeytysten

12. SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS

kokeneista oli 1,3. Hieman yli viidennes naisista oli kokenut ainakin yhden keskenmenon. Yleisintä keskenmenon kokeminen oli 40–49-vuotiailla, joista neljännos raportoi keskenmenokokemuksesta.

Taulukko 12.4: Synnytykset ja raskaudet 30–54-vuotiailla naisilla.

	30–39	40–49	50–54	30–54 ¹
Raskauden keskeytyksen kokeneiden osuus, vähintään yksi abortti (%)				
Naiset	21,0	24,0	22,0	22,3
Raskauden keskenmenon kokeneiden osuus, vähintään yksi keskenmeno (%)				
Naiset	18,5	25,4	21,4	21,7
Synnyttäneiden osuus, vähintään yksi synnytys (%)				
Naiset	65,6	79,8	80,6	74,1

¹ ikävakioitu

Miehistä hieman suuremmalla osalla (71 %) kuin naisista (66 %) oli ollut seksiä vain vastakkaisen sukupuolen kanssa (taulukko 12.5). Seksiä oman sukupuolen kanssa oli ollut 3 prosentilla miehistä ja 1 prosentilla naisista. Miehistä noin neljännos ja naisista kolmannos ilmoitti, ettei heillä ole ollut seksiä lainkaan viimeisen vuoden aikana. Niiden osuus, joilla ei ollut seksiä, kasvoi siirryttäessä nuorimmasta ikäryhmästä kohti vanhempia, naisilla miehiä enemmän. Seksikumppaneiden määrän keskiarvo henkilöillä, joilla oli ollut seksiä viimeisen vuoden aikana, oli miehillä 1,3 ja naisilla 1,1.

Taulukko 12.5: Seksikumppanit 12 viime kuukauden aikana (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Seksiä vain vastakkaisen sukupuolen kanssa (%)							
Miehet	86,0	83,3	80,4	64,6	46,5	21,1	71,1
Naiset	88,3	83,8	77,4	55,0	29,1	8,9	65,8
p ²							< 0,001
lkm	610 000	552 000	579 000	444 000	179 000	38 000	2 401 000
Seksi oman sukupuolen kanssa (%)							
Miehet	3,7	2,5	2,2	1,7	3,8	2,5	2,7
Naiset	2,4	1,4	0,2	0,1	0,3	2,3	0,9
p ³							< 0,001
lkm	21 000	12 000	9 000	6 000	9 000	6 000	66 000
Ei lainkaan seksiä (%)							
Miehet	10,3	14,2	17,3	33,6	49,7	76,4	26,3
Naiset	9,3	14,8	22,5	44,9	70,6	88,7	33,3
p ⁴							< 0,001
lkm	68 000	96 000	147 000	293 000	296 000	242 000	1 141 000
Kumppanien määrä seksiä kumppanin kanssa harrastaneilla (keskiarvo)							
Miehet	1,5	1,2	1,2	1,2	1,1	1,0	1,3
Naiset	1,2	1,2	1,1	1,0	1,0	1,0	1,1
p ⁵							0,001

¹ ikävakioitu

^{2,4,5} sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

³ sukupuolten välinen tasoero

12. SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS

Niistä 30–69-vuotiaista, joilla oli ollut seksiä viimeisen vuoden aikana, emätinyhdyntä oli ollut 95 prosenttia miehistä ja 97 prosenttia naisista (taulukko 12.6). Anaalinyhdyntä oli puolestaan ollut 8 prosentilla sekä miehistä että naisista. Anaalinyhdyntä väheni merkitsevästi siirryttäessä nuoremmista ikäryhmistä vanhempiin. Suuseksiä oli ollut lähes puolella miehistä ja 40 prosentilla naisista. Myös suuseksi väheni merkitsevästi siirryttäessä nuoremmista ikäryhmistä vanhempiin.

Taulukko 12.6: Eri seksitapojen osuus (%) 30–69-vuotiailla, joilla oli ollut seksiä viimeisen 12 kuukauden aikana.

	30–39	40–49	50–59	60–69	30–69 ¹
Emätinyhdyntä					
Miehet	92,8	94,9	95,8	95,1	94,6
Naiset	98,5	96,4	98,2	94,4	97,0
p ²					0,030
Anaalinyhdyntä					
Miehet	14,2	12,0	4,5	1,6	8,4
Naiset	15,5	9,2	2,9	0,9	7,5
p ³					0,295
Suuseksiä					
Miehet	71,6	59,8	39,1	16,2	48,3
Naiset	68,6	47,6	27,1	9,4	39,7
p ⁴					< 0,001

¹ ikävakiointu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

^{3,4} sukupuolten välinen tasoero

30–69-vuotiaista vain noin joka kymmenes oli käynyt viimeisen viiden vuoden aikana hiv- tai klamydiatestissä (taulukko 12.7). Testeissä käyneiden naisten osuus oli suurempi kuin miesten. Sekä hiv- että klamydiatesteissä käyneiden osuus pieneni siirryttäessä nuoremmista ikäryhmistä vanhempiin molemmilla sukupuolilla.

Taulukko 12.7: Hiv- ja klamydiatestissä viimeisen viiden vuoden aikana käyneiden osuus (%) 30–69-vuotiailla.

	30–39	40–49	50–59	60–69	30–69 ¹
Hiv-testi					
Miehet	21,8	14,1	6,3	3,3	10,9
Naiset	34,1	14,2	4,9	1,4	12,8
p ²					< 0,001
Klamydiatesti					
Miehet	21,3	11,2	2,8	1,7	8,7
Naiset	36,4	14,2	4,3	1,2	13,1
p ³					< 0,001

¹ ikävakiointu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

³ sukupuolten välinen tasoero

Muutos 2011–2017

Lähes kaikissa kysymyksissä oli pieniä eroja aiemmissa tutkimuksissa käytettyihin kysymyksiin nähden ja aiemmasta poiketen lomake täytettiin itse eikä haastattelussa, joten muutosanalyysit eivät tässä aihepiirissä olleet mahdollisia. Muutosta voidaan arvioida suuntaa-antavasti muista kysymyksistä kuin seksitavoista, joita ei ole aiemmin kysytty yhtä laajasti.

Ehkäisypillereiden käyttö näyttäisi vähentyneen vuodesta 2011, mutta hormoni-kierukkaa kertoi käyttävänsä suurin piirtein yhtä iso osa naisista kuin vuonna 2011 (Koponen ym. 2012a). Tahattoman lapsettomuuden kokemuksen yleisyys vaikuttaisi hyvin samanlaiselta kuin vuonna 2011, jolloin se oli myös yleisempi naisilla kuin miehillä ja nuoremmissa kuin vanhemmissa ikäluokissa. Vuoteen 2000 verrattuna hieman aiempaa useampi oli käynyt hoidoissa tai tutkimuksissa lapsettomuuden tai hedelmättömyyden vuoksi (Klemetti ym. 2004). Tulokset viittaavat siihen, että raskaudenkeskeytyksen olisi kokenut useampi nainen vuonna 2017 kuin 2011. Myös keskenmenon kokeneita näyttäisi olevan aiempaa enemmän kaikissa muissa paitsi 50–59-vuotiaiden ikäluokassa. Synnyttäneitä naisia on hieman aiempaa vähemmän, mutta synnytysten määrä naista kohti oli sama kuin vuonna 2011.

Johtopäätökset

Syntyvyys on Suomessa vähentynyt viimeisten kuuden vuoden aikana ja oli vuonna 2017 ennätysalhainen – viimeksi syntyneiden määrä on ollut näin matalalla 1800-luvulla (*Suomen virallinen tilasto (SVT): Syntyneet 2017*). Myös tämän tutkimuksen mukaan synnyttäneitä naisia on väestössä vähemmän kuin vuonna 2011 ja 2000 (Koponen ym. 2012a).

Tahaton lapsettomuus on edelleen merkittävä terveysongelma. Myönteistä kehitystä näytti tapahtuneet hoitoihin ja tutkimuksiin hakeutumisessa ja niiden saamisessa. Pilleriehkäisyn käytön väheneminen vaatisi lisätutkimusta, jotta voitaisiin varmistua siitä, onko käytön lasku todellinen vai liittyykö se tutkimusasetelman muuttumiseen.

Raskaudenkeskeytysrekisterin mukaan raskaudenkeskeytykset ovat kokonaisuudessaan vähentyneet, mutta toistuvat keskeytykset eivät (*Suomen virallinen tilasto (SVT): Syntyneet 2017*). Tämän tutkimuksen mukaan keskeytyksen kokeneita naisia oli aiempaa enemmän, joten myös tämä kysymys vaatisi jatkotutkimusta.

Suomessa asuvien seksitavat ovat monipuoliset, mikä tulee huomioida seksuaalikasvatuksessa mm. käsiteltäessä seksitautien tarttumista ja seksitaudeista suojautumista. Seksitautien varhaisella toteamisella voidaan estää tautien leviämistä. Testausta pitää tehostaa tarjoamalla testejä entistä aktiivisemmin terveydenhuollossa, myös oireettomille, sekä ottamalla käyttöön uusia testausmahdollisuuksia, kuten esimerkiksi kotinäytteenotto ja kotitestaus. Väestön ikääntyessä sosiaali- ja terveydenhuollon pitää kyetä vastamaan myös vanhemman väestön tarpeisiin seksuaalisuuteen liittyvissä kysymyksissä.

Seksuaali- ja lisääntymisterveys on olennainen osa sekä naisten että miesten terveyttä. Väestön terveystutkimuksilla voidaan merkittävästi täydentää rekistereistä saatavaa tietoa. Kyselytutkimusten ja rekisteriaineistojen yhdistämisellä saadaan ainutlaatuaista, rikasta tutkimusaineistoa myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden pitkäaikaiseen seurantaan ja syventäviin tutkimuksiin.

13 Toiminta- ja työkyky

13.1 Fyysinen toimintakyky

Päivi Sainio, Sari Stenholm, Heli Valkeinen, Mariitta Vaara, Markku Heliövaara ja Seppo Koskinen

- Fyysisen toimintakyvyn ongelmat yleistyvät naisilla iän myötä nopeammin kuin miehillä.
- Vielä 80 vuotta täyttäneistäkin moni on kuitenkin varsin toimintakykyinen: lähes joka toinen arvioi pystyvänsä nousemaan kerrosvälin vaikeuksista.
- Fyysisen toimintakyvyn ongelmia raportoivat jo 30–39-vuotiaat, joista joka kymmenes ei kykene juoksemaan 100 metriä vaikeuksista.
- Väestön fyysisen toimintakyvyn voimakas myönteinen kehitys viime vuosikymmeninä saattaa olla hidastumassa, mutta muutoksen suuntaa ja suuruutta on vielä arvioitava tarkemmin.
- Liikkumisrajoitteisten määrä tulee kasvamaan väestön ikääntymisen vuoksi. Jotta palvelutarpeen kasvua voitaisiin hillitä, on tärkeä tukea ikääntyvien toimintakykyä sairauksien hyvällä hoidolla, liikuntaaktiivisuuteen kannustamalla sekä esteetöntä ympäristöä kehittämällä.

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen fyysisiä edellytyksiä selviytyä arkipäivän tehtävistä, ja se ilmenee esimerkiksi kykynä liikkua. Riittävä fyysinen toimintakyky mahdollistaa omatoimisen kotona asumisen sekä osallistumisen yhteiskuntaan ja yhteisöön, esimerkiksi töissä ja harrastuksissa käymisen, ja on siten tärkeä osa elämänlaatua (Satariano ym. 2012). Suomessa fyysinen toimintakyky on kehittynyt suotuisaan suuntaan viime vuosikymmeninä (Sainio ym. 2012a). Muutos on koskenut erityisesti eläkeikäistä väestöä (Sainio ym. 2013). Sen sijaan kansainvälisesti on havaittu liikkumisongelmien lisääntymistä niin iäkkäiden ihmisten kuin nuorempienkin keskuudessa, mikä on herättänyt huolta sen vaikutuksista yhteiskuntaan (Martin ja Schoeni 2014; Seeman ym. 2010). Toimintakyvyn väestötasoinen seuranta tuottaa tärkeää tietoa muutoksista, jotka tulisi ottaa huomioon yhteiskuntapolitiikassa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita ja palvelujärjestelmiä, terveyden edistämistä ja ympäristöä kehitettäessä.

Menetelmät

Fyysistä toimintakykyä arvioitiin samoilla menetelmillä kuin Terveys 2011 -tutkimuksessa (Sainio ym. 2016). Liikkumiskykyä kartoitettiin kyselylomakkeen kysymyksellä ”Pystytkö yleensä seuraaviin suorituksiin?” jonka erillisiä alakohtia olivat: kävelemään levähtämättä noin puoli kilometriä; juoksemaan lyhyehkön matkan (noin sata metriä); nousemaan portaita yhden kerrosvälin levähtämättä. Vastaus-

vaihtoehtoja oli neljä: 1) pystyn vaikeuksitta, 2) pystyn, mutta vaikeuksia on jonkin verran, 3) pystyn mutta se on erittäin vaikeaa, 4) en pysty lainkaan. Tuloksissa esitetään tehtävistä vaikeuksitta suoriutuvien osuudet.

Terveystarkastuksessa tehtiin tuoliltanousutesti, joka mittaa alaraajojen suorituskyykyä, tasapainoa ja kestävyyttä. Testissä tutkittavan tuli nousta tuolilta ylös 10 kertaa mahdollisimman nopeasti (*TOIMIA-tietokanta: tuoliltanousutesti* 2014). Tuloksina raportoidaan 10 nousuun kulunut aika sekä niiden osuus, jotka eivät pystyneet nousemaan tuolilta kertaakaan ilman käsien apua. Puristusvoima mitattiin kirjoittavasta kädestä puristusvoimamittarilla (Jamar/Saehan-mittari) kaksi kertaa, joista parempi tulos raportoidaan (*TOIMIA-tietokanta: käden puristusvoima* 2018). Kyykistymisen onnistumista arvioitiin 3-luokkaisella asteikolla (normaali, vaikeutunut, ei onnistu) 55 vuotta täyttäneiltä tutkittavilta. Tässä raportissa tarkastellaan niiden osuutta, joiden kyykistys oli vaikeutunut tai ei onnistunut lainkaan.

Nykytilanne

Lähes 90 prosenttia 30 vuotta täyttäneistä naisista ja miehistä arvioi selviytyvänsä vaikeuksitta puolen kilometrin kävelystä ja yhden kerrosvälin portaiden noususta. Sen sijaan sadan metrin mittaisen matkan juokseminen tuotti vaikeuksia runsaalle kolmasosalle vastaajista. Miehistä suurempi osa kuin naisista selviytyi liikkumista edellyttävistä toiminnoista vaikeuksitta. Portaiden nousussa ja puolen kilometrin kävelyssä koetut vaikeudet alkoivat yleistyä selvemmin 50.–60. ikävuodesta alkaen. Työiässä olevista ihmisistä valtaosa selviytyi puolen kilometrin kävelystä ilman vaikeuksia, mutta eläkeikäisistä vain noin kaksi kolmannesta. Fyysisesti vaativammassa 100 metrin juoksemisessa ongelmat alkoivat yleistyä jo 30–39-vuotiaiden ikäryhmästä alkaen. Silti 80 vuotta täyttäneidenkin keskuudessa vielä joka kymmenes nainen ja joka viides mies arveli selviytyvänsä juoksemisesta vaikeuksitta. (Taulukko 13.1.)

Iän mukainen heikkeneminen ja sukupuolten väliset erot näkyivät selvästi myös fyysisen toimintakyvyn testeissä. Kyykkyyn pääseminen ja sieltä nouseminen oli vaikeutunut joka viidennellä 55 vuotta täyttäneellä miehellä ja lähes joka toisella naisella. Vajaa viidennes 80 vuotta täyttäneistä naisista ei pystynyt nousemaan tuolilta ilman käsien apua kertaakaan, miehistä joka kymmenes. Tuoliltanousu aika hidastui naisilla iän myötä nopeammin kuin miehillä: 30–49-vuotiailla naisilla ja miehillä sukupuolten välinen ero oli vain 0,5 sekunnin luokkaa miesten eduksi, mutta 70 vuotta täyttäneillä naisilla 10 nousuun kului keskimäärin 3 sekuntia pidempään kuin miehillä. Käden puristusvoima oli kaikissa ikäryhmissä miehillä runsaat 50 prosenttia suurempi kuin naisilla, ja 40–49-vuotiaista alkaen puristusvoima heikkeni tasaisesti iän mukana sekä naisilla että miehillä. (Taulukko 13.2.)

13. TOIMINTA- JA TYÖKYKY

Taulukko 13.1: Liikkumiskykyä edellyttävistä toiminnoista vaikeuksitta suoriutuvien osuus (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Puolen kilometrin kävely							
Miehet	97,5	95,6	90,3	82,8	74,0	46,6	85,6
Naiset	97,1	96,4	90,1	81,3	69,0	29,1	83,5
p ²							0,011
lkm	680 000	634 000	662 000	609 000	345 000	101 000	3 032 000
Yhden kerrosvälin nouseminen portaita							
Miehet	96,7	96,7	93,2	88,3	80,8	55,2	89,2
Naiset	95,2	96,7	89,6	83,3	72,8	37,8	85,0
p ³							< 0,001
lkm	672 000	639 000	671 000	637 000	370 000	126 000	3 114 000
Lyhyen (noin 100 metriä) matkan juokseminen							
Miehet	91,8	87,8	74,0	61,6	50,0	21,2	71,0
Naiset	87,2	77,7	63,6	49,6	30,8	10,8	60,3
p ⁴							< 0,001
lkm	627 000	548 000	505 000	412 000	191 000	41 000	2 323 000

¹ ikävakioitu

^{2–4} sukupuolten välinen tasoero

Taulukko 13.2: Mitattu fyysinen toimintakyky.

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+/55+ ¹
Maksimaalinen puristusvoima (kg)							
Miehet	55,6	54,3	51,0	45,8	39,9	31,8	48,5
Naiset	34,3	35,1	31,8	28,3	24,7	20,3	30,4
p ²							< 0,001
Kymmeneen tuoilta nousuun kulunut aika (s)							
Miehet	17,2	17,8	19,4	21,5	23,6	27,5	20,1
Naiset	17,6	18,3	20,2	22,4	26,7	30,4	21,2
p ³							< 0,001
Kyykistys vaikeutunut tai ei onnistu*							
Miehet	.	.	10,4	15,1	24,8	52,5	22,0
Naiset	.	.	17,9	31,5	59,7	84,2	43,7
p ⁴							0,015

¹ ikävakioitu

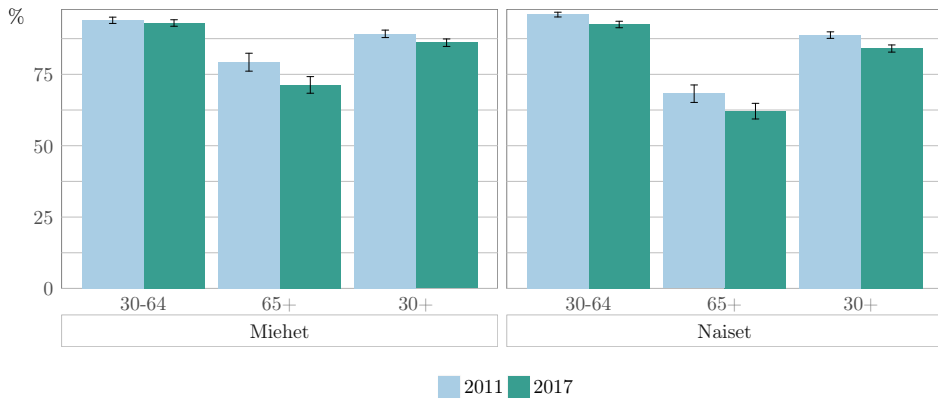
^{2–4} sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

* mitattu vain 55 vuotta täyttäneiltä

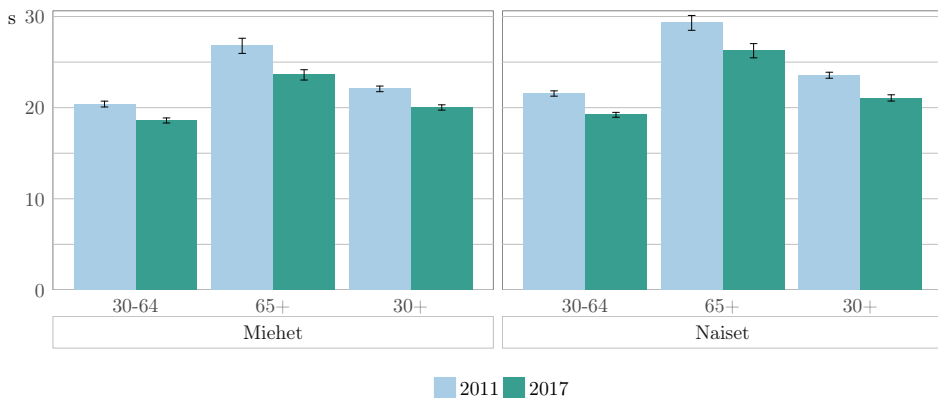
Muutos 2011–2017

Vaikeuksista puolen kilometrin kävelystä suoriutuvien osuus on hieman pienentynyt sekä miehillä että naisilla vuoteen 2011 verrattuna (kuvio 13.1). Vastaava muutos on havaittavissa myös muissa itseraportoiduissa liikkumiskyvyn muuttujissa (portaiden nousussa ja juoksemisessa). Sen sijaan tuoliltanousun (kuvio 13.2) ja puristusvoiman testeissä on tapahtunut paranemista. Kyykistymisvaikeudessa ei havaittu merkitsevää muutosta.

Kuvio 13.1: Puolen kilometrin kävelystä vaikeuksista suoriutuvien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.



Kuvio 13.2: Kymmeneen tuolilta nousuun kulunut aika (s) vuosina 2011 ja 2017.



Johtopäätökset

Liikkumiskyvyn ongelmat vähentävät ihmisten autonomiaa, kun asioiden hoitaminen kodin ulkopuolella ei enää onnistu omatoimisesti. Liikkumisongelmien seurauksena osallistumismahdollisuudet sosiaaliseen kanssakäymiseen voivat rajoittua hei-

kentäen siten myös elämänlaatua (esim. Rantakokko ym. 2016). Tulokset osoittavat, että iäkkäässä väestössä liikkumisvaikeudet ovat edelleen melko yleisiä ja väestön ikääntyminen kiihdyttää liikkumisvaikeuksista kärsivien määrän kasvua tulevina vuosina. Fyysisen toimintakyvyn tukemista on edelleen jatkettava rohkaisemalla kansalaisia lisäämään arkiliikuntaa sekä lihasvoiman ja tasapainon harjoittelua, ja parantamalla fyysisen ympäristön esteettömyyttä.

Saadut tulokset fyysisen toimintakyvyn muutoksesta verrattuna vuoden 2011 tilanteeseen ovat hieman ristiriitaisia. Itse ilmoitettu liikkumiskyky on heikentynyt, mutta mitatuissa fyysisen toimintakyvyn suorituksissa on tapahtunut vähän paranemista. Tuloksia varoen tulkittaessa näyttää siltä, että viime vuosikymmeninä tapahtunut hyvin selkeä väestön fyysisen toimintakyvyn parantuminen saattaa olla hidastumassa. Tärkeän liikkumisrajoitteiden riskitekijän, lihavuuden, yleistyminen (ks. luku 9) tarjoaa havainnolle mielekkään osaselityksen. Itseraportoituihin osoittimiin perustuva negatiivinen käänne voi johtua paitsi todellisista muutoksista väestön toimintakyvyssä, myös menetelmien eroista: vuonna 2011 kysymykset esitettiin haastattelussa ja vuonna 2017 kyselyssä. Haastattelussa vastaajien taipumuksena on ilmoittaa kokemuksistaan myönteisemmin kuin kyselyssä (Bowling 2005), minkä vuoksi muutos voi näyttää todellista huonommalta, etenkin kun toimintakykytestien valossa tilanne on parantunut. Toisaalta mitatun toimintakyvyn muutos voi olla todellista myönteisempi eri tavalla valikoituneen katon vuoksi, vaikka osallistumisaktiivisuudessa sinänsä ei ollut suuria eroja tutkimusten välillä. Nyt terveystarkastukseen tavoitetut tutkittavat olivat todennäköisesti toimintakykyisempiä kuin vuonna 2011, sillä tällä kertaa ei ollut mahdollisuutta tehdä kotikäyntejä huonokuntoisten tutkittavien luokse. Mittausjärjestelyiden ja mittaaajien vaikutustakaan muutostuloksiin ei voida täysin sulkea pois. Vaikka tehdyt fyysisen toimintakyvyn mittaukset olivat tarkalleen samat molemmissa tutkimuksissa, oli niiden järjestyksessä pieniä eroja; lisäksi Terveys 2011 -tutkimuksessa mittaukset jakaantuivat useammalle tutkimushoitajalle. Näiden mittauksen toteutustavoissa olevien pienten erojen aiheuttamat vaikutukset on tarpeen selvittää jatkoanalyysissä.

Menetelmällisistä epävarmuuksista huolimatta nyt havaitut muutokset herättävät huolen siitä, että väestön fyysisen toimintakyvyn myönteinen kehityskulku saattaa olla käännekohdassa. Väestön ikääntyessä nopeasti viitteet fyysisen toimintakyvyn heikentymisestä on otettava vakavasti huomioon kaikilla yhteiskunnan sektoreilla.

13.2 Näkö ja kuulo

Hannu Uusitalo, Alexandra Mikhailova, Päivi Sainio ja Seppo Koskinen

- Noin neljällä prosentilla aikuisista on omia silmälaseja käyttäessään merkittävästi heikentynyt kaukonäöntarkkuus, sokeiden tai vaikeasti heikkonäköisten määrä on kuitenkin varsin vähäinen
- Näköongelmat yleistyvät iän mukana, ja 80 vuotta täyttäneistä joka viidennen kaukonäöntarkkuus on merkittävästi heikentynyt.
- Aikuisväestön näkökyky näyttää edelleen parantuneen 2010-luvulla.
- Näköongelmia voidaan edelleen vähentää silmäsairauksien hyvän diagnostiikan ja hoidon avulla sekä asianmukaisten silmälasien käytön edistämällä.
- Kuulovaikeudet yleistyvät verrattain nopeasti iän mukana, ja 80 vuotta täyttäneistä jo yli puolella on vaikeuksia keskustelun kuulemisessa.

Näkö- ja kuulo-ongelmat yleistyvät nopeasti etenkin 70. ikävuoden jälkeen (Laitinen 2009; Koskinen ym. 2012a; Koskinen ym. 2012b). Sekä näkö- että kuulo-ongelmiin liittyy usein muita toimintakyvyn rajoituksia ja suuri palvelujen tarve (Laitinen 2009; Mikkola ym. 2016; Mick ja Pichora-Fuller 2016). Suomessa merkittävästi heikentyneen näöntarkkuuden yleisyys väheni 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen aikana, mutta kuulovaikeuksien yleisyys pysyi ennallaan (Koskinen ym. 2012a; Koskinen ym. 2012b).

Menetelmät

Silmien yhteisnäön tarkkuutta tutkittiin käyttämällä hyvin valaistuja Oriolan lähi- ja kaukonäkötauluja (Precision Vision). Näöntarkkuus tutkittiin silmälasein, joita tutkittava yleensä käytti katsoessaan lähelle ja/tai kauas. Tutkimusmenetelmät on kuvattu seikkaperäisemmin Terveys 2011 -tutkimuksen menetelmäraportissa (Sainio 2016).

Lähinäkö tutkimuksessa tutkittava piti taulua sillä etäisyydellä, jolta mielestään näki parhaiten. Lähinäön tarkkuus luokiteltiin kirjainten koon perusteella: normaali = erottaa 1 mm ja sitä pienemmät kirjaimet (vastaa lähinäöntarkkuutta yli 0,4 testietäisyyden ollessa 40 cm); heikentynyt = erottaa 1,5–1,8 mm kirjaimet (näöntarkkuus 0,32–0,4); heikkonäköinen = erottaa 2,4–11,5 mm kirjaimet (näöntarkkuus 0,05–0,25); sokea tai lähes sokea = erottaa korkeintaan 11,6 mm kirjaimet (näöntarkkuus alle 0,05).

Kaukonäkö tutkimuksessa tutkittavan etäisyys taulusta oli 4 metriä. Kaukonäöntarkkuus luokiteltiin näöntarkkuusarvojen perusteella seuraavasti: normaali = 1,0 tai parempi; jonkin verran heikentynyt = 0,63–0,8; selvästi heikentynyt = 0,32–0,5; heikkonäköinen = 0,25–0,1; vaikeasti heikkonäköinen tai sokea = alle 0,1. Näöntarkkuuden ollessa 0,5 tai heikompi tutkittavan molempien silmien näöntarkkuus testattiin lisäksi stenooppisen reiän avulla.

Omaa arviota lähinäöntarkkuudesta tiedusteltiin kyselylomakkeen kysymyksel-

lä: ”Pystyttkö lukemaan tavallista sanomalehtitekstiä (silmälaseilla tai ilman)?”. Vastausvaihtoehdot olivat ”pystyn vaikeuksitta”, ”pystyn, mutta vaikeuksia on jonkin verran”, ”pystyn, mutta se on minulle erittäin vaikeaa” ja ”en pysty lainkaan”. Tässä raportissa tarkastellaan sanomalehtitekstiä vaikeuksitta lukemaan pystyvien osuutta.

Omaa arviota kuulosta tiedusteltiin kyselylomakkeen kysymyksellä: Pystyttkö kuulemaan, mitä usean henkilön välisessä keskustelussa sanotaan (kuulokojeen kanssa tai ilman)?” Vastausvaihtoehdot olivat samat kuin sanomalehtitekstin lukemista koskevassa kysymyksessä. Tässä raportissa tarkastellaan keskustelua vaikeuksitta kuulevien osuutta.

Nykytilanne

Lähinään tarkkuus oli normaali lähes kaikilla 30–49-vuotiaiden ikäryhmiin kuuluvilla. Tätä vanhemmilla miehillä lähinäkö heikkeni iän mukana merkittävästi jyrkemmin kuin naisilla. Kun 50–69-vuotiaista naisista vain noin yhdellä prosentilla lähinäkö oli heikentynyt, miehillä vastaava osuus oli noin kolme prosenttia. Sukupuolten välinen ero kasvoi iän myötä niin, että 80 vuotta täyttäneistä naisista joka kahdennenkymmenennen, mutta miehistä melkein joka kuudennen lähinääntarkkuus oli normaalia heikompi. (Taulukko 13.3.)

Taulukko 13.3: Normaalin ja heikentyneen lähinään yleisyys (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Miehet							
Normaali (V>0,4)	99,8	98,3	97,2	96,5	92,3	84,9	96,2
Heikentynyt (V=0,32–0,4)	0,2	1,7	2,2	2,5	5,1	7,9	2,6
Heikkonäköinen (V=0,05–0,25)	.	.	0,6	1,0	2,6	7,2	1,2
Naiset							
Normaali (V>0,4)	99,1	99,1	99,0	98,6	96,0	94,8	98,2
Heikentynyt (V=0,32–0,4)	0,9	0,9	1,0	1,1	2,7	3,0	1,4
Heikkonäköinen (V=0,05–0,25)	.	.	.	0,3	1,4	2,2	0,4
p ²							< 0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

* V=visus

Kaukonäkö oli heikentynyt vain muutamalla prosentilla 30–49-vuotiaista, mutta tämän jälkeen kaukonäöntarkkuus heikkeni melko nopeasti iän mukana, ja 80 vuotta täyttäneistä kahdella kolmasosalla näkö oli ainakin lievästi heikentynyt. Alle 60-vuotiailla vakavammat näkövaikeudet olivat harvinaisia, mutta vanhimmassa ikäryhmässä jo lähes joka neljännellä miehellä ja lähes joka viidennellä naisella oli selvästi heikentynyt tai vielä huonompi kaukonäöntarkkuus. (Taulukko 13.4.)

Nuille noin neljälle prosentille tutkittavista, joiden kaukonäöntarkkuus oli 0,5 tai heikompi, tehtiin kaukonäkötesti myös stenooppisen reiän läpi. Näkötestin alkuperäisen tuloksen paraneminen stenooppisen reiän avulla tutkittuna viittaa siihen, että näöntarkkuus parani, jos tutkittavalla olisi sopivimmat silmälasit. Yli puolella heikkonäköisistä tutkituista kaukonäöntarkkuus parani stenooppisen reiän avulla, ja alle 80-vuotiaiden miesten keskuudessa tuloksen paraneminen oli erityisen

13. TOIMINTA- JA TYÖKYKY

Taulukko 13.4: Normaalin ja heikentyneen kaukonäön yleisyys (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Miehet							
Normaali (V>0,8)	96,3	95,4	87,8	77,5	63,0	32,3	81,3
Lievästi heikentynyt (V=0,63–0,8)	3,2	3,3	10,2	18,9	29,7	44,9	14,5
Heikentynyt (V=0,32–0,5)	0,2	1,3	1,9	3,3	6,4	16,9	3,5
Heikkonäköinen (V=0,1–0,25)	0,3	.	.	0,3	0,4	3,1	0,4
Vaikeasti heikkonäköinen tai sokea (V<0,1)	.	.	.	.	0,5	2,8	0,3
Naiset							
Normaali (V>0,8)	95,3	93,0	90,1	79,7	55,0	36,7	80,8
Lievästi heikentynyt (V=0,63–0,8)	3,9	6,2	9,4	16,8	36,5	44,5	15,5
Heikentynyt (V=0,32–0,5)	0,8	0,8	0,5	3,3	7,2	16,5	3,3
Heikkonäköinen (V=0,1–0,25)	.	.	.	0,3	1,1	1,7	0,3
Vaikeasti heikkonäköinen tai sokea (V<0,1)	.	.	.	.	0,1	0,6	0,1
p ²							< 0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

* V=visus

yleistä: noin neljän viidesosan tulos parani.

Yhdeksän kymmenestä 30 vuotta täyttäneestä arvioi pystyvänsä vaikeuksista lukemaan sanomalehtitekstiä. Vaikeudet sanomalehtitekstin lukemisessa yleistyivät iän mukana, ja 80 vuotta täyttäneistä noin kolmasosa koki vaikeuksia sanomalehtitekstin lukemisessa tai ei suoriutunut siitä lainkaan. (Taulukko 13.5.)

Taulukko 13.5: Tutkittavan oma arvio näöntarkkuudesta ja kuulosta.

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Sanomalehtitekstiä vaikeuksista lukemaan pystyvien osuus (%)							
Miehet	97,8	90,9	90,5	87,4	84,2	69,1	89,0
Naiset	96,4	93,2	92,8	92,2	83,4	61,1	89,9
p ²							0,032
lkm	679 000	608 000	673 000	668 000	405 000	183 000	3 216 000
Usean henkilön välisen keskustelun vaikeuksista kuulevien osuus (%)							
Miehet	95,3	88,2	82,8	74,8	58,6	41,0	78,3
Naiset	92,2	92,6	87,0	80,0	71,6	45,0	82,6
p ³							0,018
lkm	657 000	597 000	624 000	575 000	318 000	125 000	2 895 000

¹ ikävakioitu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

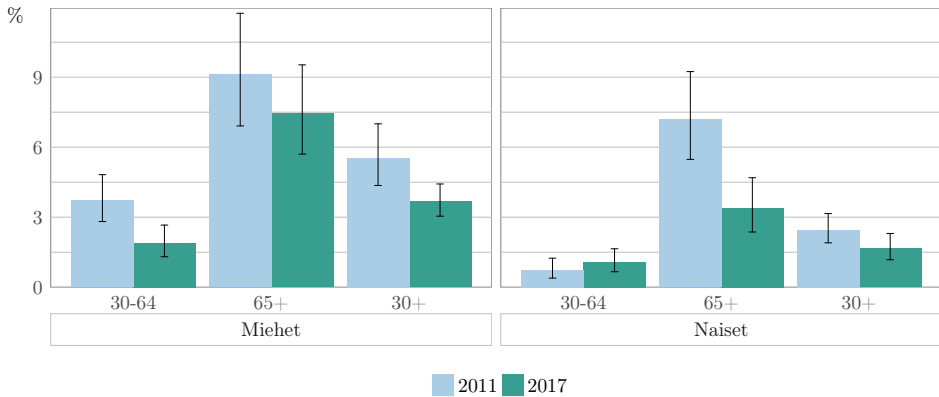
³ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Neljä viidesosaa 30 vuotta täyttäneistä ilmoitti kuulevansa vaikeuksista usean henkilön välisen keskustelun. Kuulovaikeudet yleistyivät selvästi iän mukana: 30–39-vuotiaista vain noin yhdellä kahdestakymmenestä oli kuulovaikeuksia, mutta 80 vuotta täyttäneistä jo useammalla kuin joka toisella. (Taulukko 13.5.)

Muutos 2011–2017

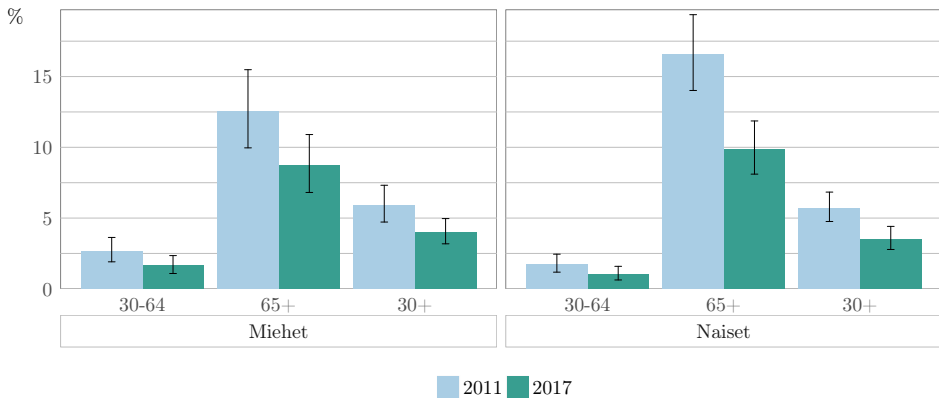
Aikuisväestön näöntarkkuus vaikuttaa parantuneen merkittävästi verrattuna Terveys 2011 -tutkimuksen tuloksiin. Lähinäkö parani erityisesti eläkeikäisillä naisilla ja työikäisillä miehillä (kuvio 13.3). Heikentynyt kaukonäkö näyttää harvinaistuneen sekä työ- että eläkeikäisillä naisilla ja miehillä (kuvio 13.4). Kuulovaikeuksien yleisyydestä ei ole täysin vertailukelpoista tietoa vuosilta 2011 ja 2017, mutta ainaakaan suuria muutoksia itse raportoitujen kuulovaikeuksien yleisyydessä ei vaikuta tapahtuneen.

Kuvio 13.3: Heikentyneen lähinäön ($V \leq 0,4$) yleisyys (%) vuosina 2011 ja 2017.*



* V=visus

Kuvio 13.4: Heikentyneen kaukonäön ($V \leq 0,5$) yleisyys (%) vuosina 2011 ja 2017.*



* V=visus

Johtopäätökset

Aikuisväestön näköongelmien havaittu väheneminen voi johtua useista syistä. Ensinäkin vakavat silmäsairaudet ovat saattaneet harvinaistua ja/tai niiden hoito on aiempaa tuloksellisempaa. Vakavampien näköongelmien osalta havaittuja tuloksia tukee Näkövammarekisterissä olevien näkövammaisten määrän vuodesta 2014 alkanut väheneminen (Ojamo 2017), sekä diabeettisesta verkkokalvosairaudesta aiheutuneen näkövammaisuuden väheneminen (Laatikainen ym. 2016). Myös asianmukaisten silmälasien käyttö on voinut yleistyä, ja tältä osin tilannetta voidaan edelleen tuntuvasti parantaa, koska useamman kuin joka toisen huonosti näkevän kaukonäköntulos parani stenooppisen reiän avulla tutkittuna. Tulokset voivat kuitenkin antaa todellista valoisamman kuvan näköongelmien yleisyyden muutoksista, koska tutkimuksesta pois jäämiseen saattoivat vaikuttaa erilaiset tekijät vuonna 2017 verrattuna vuoteen 2011. Vuoden 2017 tutkimukseen ei voimavarojen puutteen takia voitu sisällyttää kotona tehtäviä terveystarkastuksia, joihin osallistui vuonna 2011 noin joka kymmenes terveystarkastetuista. Vakava näköongelma voi rajoittaa halukkuutta ja mahdollisuuksia matkustaa terveystarkastukseen, vaikka henkilö olisikin halukas osallistumaan kotona tehtävään tutkimukseen. Kadon valikoivuuden ja sen muutosten mahdollisia vaikutuksia tuloksiin on tarkoitus analysoida jatkossa tarkemmin.

13.3 Kognitiivinen toimintakyky

Seppo Koskinen, Anna-Mari Tuulio-Henriksson, Tiia Ngandu ja Päivi Sainio

- Kognitiivisista tehtävistä suoriutuminen heikkenee iän mukana, mutta 80 vuotta täyttäneistäkin monet suoriutuvat näistä varsin hyvin.
- Naiset menestyvät miehiä paremmin kielellisen sujuvuuden ja kielellisen muistin tehtävissä.
- Aikuisväestön kognitiivisessa toimintakyvyssä ei näytä tapahtuneen oleellisia muutoksia jaksolla 2011–2017.

Kognitiivinen toimintakyky on tiedonkäsittelyn eri osa-alueiden yhteistoimintaa, joka mahdollistaa ihmisen suoriutumisen arjessa ja sen vaatimuksissa. Kognitiiviset toiminnot ovat tiedon vastaanottoon, käsittelyyn, säilyttämiseen ja käyttöön liittyviä psyykkisiä toimintoja (Tuulio-Henriksson 2018). Kognitiivisen toimintakyvyn vakavat ongelmat, erityisesti muistisairaudet, yleistyvät iän mukana. Joka kolmas yli 65-vuotias ilmoittaa kärsivänsä muistioireista, vaikka suurimmalla osalla heistä ei ole etenevää muistisairautta (*Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus* 2017). Ikääntyneiden määrän kasvaessa myös muistisairauksia sairastavien määrän ennustetaan kasvavan voimakkaasti (Prince ym. 2015). Eteneviä muistisairauksia sairastavat henkilöt tarvitsevat runsaasti sosiaali- ja terveyspalveluja. Muistisairaudet ovatkin tärkein syy hakeutua ympärivuorokautista hoivaa tarjoavien asumispalveluiden pariin (Finne-Soveri ym. 2015). Kognitiivisella toimintakyvyllä on myös voimakas yhteys itse arvioituun työkykyyn. Esimerkiksi kielellistä sujuvuutta ja oppimiskykyä mittaavissa tehtävissä huonoiten suoriutuvista noin kaksi kertaa muut väestöä suurempi osuus kokee työkykynsä rajoittuneeksi (Sainio ym. 2006a). Terveys 2000- ja Terveys 2011 -tutkimusten tuloksia vertaillaessa aikuisväestön kognitiivinen toimintakyky näytti jonkin verran parantuneen 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä (Tuulio-Henriksson ym. 2012). Pienempi osallistumisaktiivisuus vuonna 2011 verrattuna vuoteen 2000 saattoi kuitenkin osin selittää havaittua myönteistä muutosta, vaikka kadon vaikutus voitiinkin analyysissä ottaa huomioon poikkeuksellisen hyvin.

Menetelmät

Kognitiivista toimintakykyä tutkittiin sekä tutkittavien omien arvioiden että kognitiivisten tehtävien avulla. Kyselylomakkeeseen 1 sisältyi kysymys ”Millaiseksi koete muistinne, oppimis- ja keskittymiskykyne?”. Tutkittava arvioi muistinsa toimintaa, uusien tietojen omaksumisen ja asioiden oppimisen sujumista ja kykyään yleensä keskittyä asioihin valiten yhden viidestä vastausvaihtoehdosta, jotka olivat erittäin hyvin, hyvin, tyydyttävästi, huonosti ja erittäin huonosti. Sama kysymys on sellaisenaan ollut käytössä ATH-kyselytutkimuksessa (Murto ym. 2017) ja lähes samalla tavoin muotoiltuna Terveys 2011 -tutkimuksen haastattelussa. Tässä raportissa esitetään tuloksia muistinsa, oppimiskykynsä ja keskittymiskykynsä erittäin hyväksi tai hyväksi arvioineiden osuuksista.

FinTerveys 2017 -tutkimuksen terveystarkastukseen sisältyi erityisesti Alzheimerin taudin varhaisvaiheiden arviointiin kehitetyn CERAD-tehtäväsarjan kolme

osatehtävää (Morris ym. 1989; Hänninen ym. 2010). Kielellistä sujuvuutta arvioitiin Eläinten luettelemisen -osatehtävällä, mieleenpainamista Oplitut sanat -osatehtävällä ja muistissa säilyttämistä Viivästetty mieleenpalautus -osatehtävällä. Tehtävät on kuvattu tarkemmin Terveys 2011 -tutkimuksen menetelmäraportissa (Tuulio-Henriksson ja Sainio 2016) ja TOIMIA-tietokannassa (*TOIMIA-tietokanta: CERAD-tehtäväsarja* 2018). Tässä raportissa tarkastellaan luetteltujen eläinten lukumäärää, kolmella esityskerralla opittujen sanojen yhteislukumäärää sekä sanalistan viivästetyssä mieleenpalautuksessa alle viisi sanaa muistaneiden osuutta, jonka on arvioitu erottelevan melko hyvin kognitiivisesti terveet ja lievää Alzheimerin tautia sairastavat (Hänninen ym. 2010). CERAD on muistihäiriöitä seulova menetelmä, jonka tulosten perusteella henkilö voidaan ohjata tarkempiin muistisairauksien diagnosointiin tähtääviin tutkimuksiin. Kuten muissakin kognitiivisissa tehtävissä, myös CERADissa esimerkiksi ikä ja koulutustaso vaikuttavat suoriutumiseen.

Nykytilanne

Lähes 90 prosenttia 30–39-vuotiaista naisista ja miehistä piti sekä muistiaan että oppimiskykyään ja keskittymiskykyään erittäin hyvänä tai hyvänä. Koettu oppimiskyky heikkeni iän mukana huomattavasti, koettu muisti hieman vähemmän ja keskittymiskyky vähiten. 80 vuotta täyttäneistä naisista ja miehistä noin 40 prosenttia piti keskittymiskykyään hyvänä, noin kolmannes arvioi muistinsa hyväksi ja vain noin viidesosa piti oppimiskykyään hyvänä. 40–59-vuotiaat naiset arvioivat muistinsa, kykynsä oppia uusia asioita ja keskittymiskykynsä hieman paremmaksi kuin samanikäiset miehet, mutta muissa ikäryhmissä sukupuolten välillä ei ollut eroja. (Taulukko 13.6.)

Taulukko 13.6: Muistinsa, oppimiskykynsä ja keskittymiskykynsä erittäin hyväksi tai hyväksi kokevien osuus (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Muisti							
Miehet	86,0	79,1	70,7	67,9	49,4	32,3	68,9
Naiset	86,8	83,2	78,6	70,3	52,6	32,3	72,4
p ²							0,002
lkm	604 000	536 000	548 000	513 000	247 000	92 000	2 542 000
Oppiminen							
Miehet	89,5	78,2	67,4	57,2	41,7	22,2	65,1
Naiset	89,3	85,0	76,8	57,0	37,8	15,4	67,3
p ³							< 0,001
lkm	626 000	538 000	529 000	424 000	191 000	51 000	2 360 000
Keskittyminen							
Miehet	85,0	78,2	77,7	73,9	61,2	35,0	73,3
Naiset	85,6	86,7	82,3	74,3	62,6	41,8	76,7
p ⁴							0,023
lkm	597 000	544 000	588 000	551 000	300 000	113 000	2 692 000

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

^{3,4} sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Kielellisen sujuvuuden tehtävällä arvioidaan esimerkiksi muistista haun tehokkuutta. Tutkittavaa pyydettiin luettelemaan minuutin aikana mahdollisimman monta eri eläintä. Parhaiten suoriutuivat 30–59-vuotiaat, minkä jälkeen tulos heikkeni iän mukana.

Oppimista ja muistin toimintaa arvioivassa osatehtävässä tutkittavan tuli opetella kymmenen sanan lista lukemalla itse ensin ääneen sanat ja sen jälkeen hänen piti luetella ne sanat, jotka pystyi muistamaan. Tehtävä toistettiin kolme kertaa. Kolmella esityskerralla opittujen sanojen kokonaismäärä oli suurin nuorimmassa, 30–39-vuotiaiden ryhmässä ja pieneni vanhempiin ikäryhmiin siirryttäessä.

Muistissa säilyminen arvioitiin kysymällä sanalista uudelleen noin viiden minuutin kuluttua sen opettelusta. Tästä viivästetystä mieleenpalautuksesta suoriutuivat parhaiten alle 40-vuotiaat, ja tulos heikkeni varsin jyrkästi iän mukana. Alle yksi prosentti 30–39-vuotiaista muisti vähemmän kuin viisi sanaa, mutta yli kolmannes 80 vuotta täyttäneistä naisista ja puolet samanikäisistä miehistä muisti alle viisi sanaa.

Naiset suoriutuivat kaikista kognitiivisista tehtävistä hieman paremmin kuin miehet. (Taulukko 13.7.)

Taulukko 13.7: Eräiden kognitiivisten tehtävien tulokset.

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Kielellinen sujuvuus, lueteltujen sanojen lukumäärä, keskiarvo							
Miehet	24,8	25,0	24,0	22,0	20,1	17,1	22,8
Naiset	25,9	26,4	25,4	23,2	21,1	17,5	24,0
p ²							< 0,001
Opittujen sanojen lukumäärä kolmella esityskerralla yhteensä, keskiarvo							
Miehet	23,2	21,9	20,8	19,0	17,6	14,9	20,1
Naiset	24,3	24,3	23,2	21,3	19,7	16,9	22,2
p ³							< 0,001
Viivästetyssä mieleenpalautuksessa alle 5 sanaa muistaneiden osuus (%)							
Miehet	0,8	4,2	9,5	19,5	28,9	48,3	14,0
Naiset	0,4	1,4	1,6	9,2	16,2	36,7	7,0
p ⁴							0,027

¹ ikävakiointu

² sukupuolten välinen tasoero

³ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

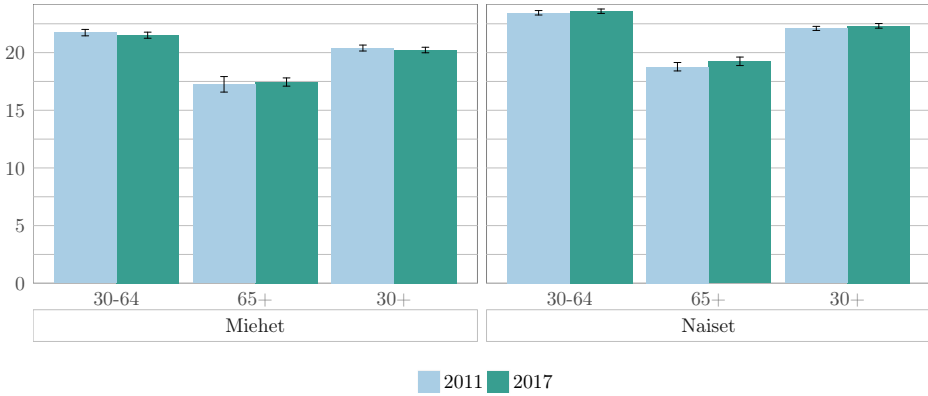
⁴ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Itse arvioidussa muistissa, oppimis- ja keskittymiskyvyssä ei ollut maakuntien yhteistyöalueiden välisiä eroja, mutta kognitiivisten testien tulokset olivat hieman paremmat HYKS- ja TYKS-alueilla kuin muualla maassa. Korkea-asteen koulutuksen suorittaneiden ryhmässä omat arviot kognitiivisesta toimintakyvystä ja suoriutuminen kognitiivisista tehtävistä olivat keskimääräistä paremmat, kun taas perusasteen koulutuksen suorittaneilla ne olivat heikoimmat.

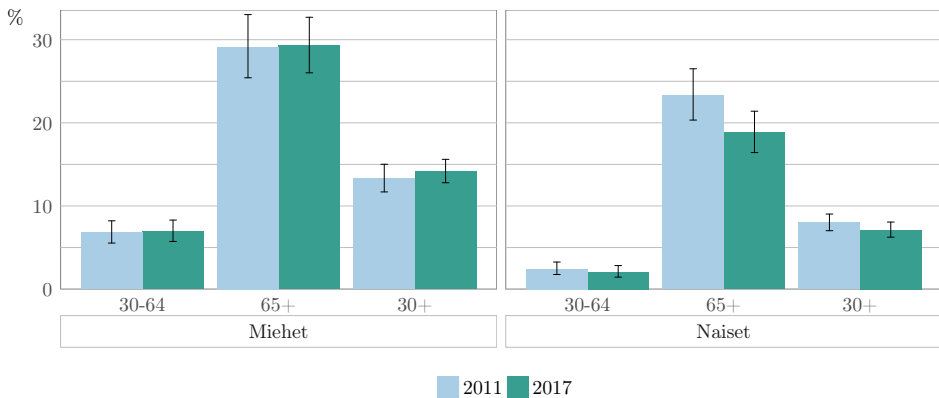
Muutos 2011–2017

Muistinsa hyväksi tai erittäin hyväksi arvioivien osuus 30 vuotta täyttäneistä oli vuoden 2017 aineistossa viitisen prosenttiyksikköä suurempi kuin vuonna 2011. Sen sijaan itse arvioidussa oppimiskyvyssä ja keskittymiskyvyssä ei tapahtunut muutosta vuoteen 2011 verrattuna. Myös kognitiivisissa tehtävissä saatujen piste-määrien muutokset olivat hyvin vähäisiä (kuviot 13.5, 13.6 ja 13.7).

Kuvio 13.5: Opittujen sanojen lukumäärä kolmella esityskerralla yhteensä, keskiarvo, vuosina 2011 ja 2017.

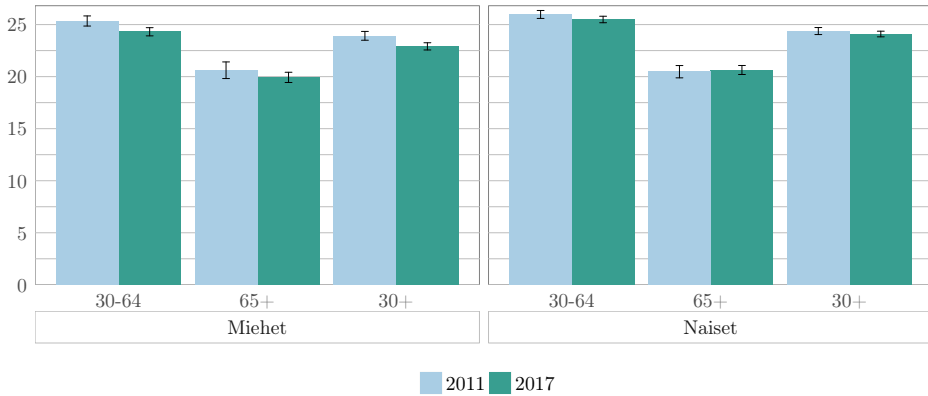


Kuvio 13.6: Viivästetyssä mieleenpalautuksessa alle 5 sanaa muistaneiden osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.



Kolmella esityskerralla opittujen sanojen kokonaismäärä oli sama vuonna 2011 ja 2017, eikä alle viisi sanaa sanalistan viivästetyssä mieleenpalautuksessa muistaneiden osuudessakaan havaittu merkitseviä muutoksia. Naisilla kielellisen sujuvuuden tehtävissä suoriutuminen oli samalla tasolla vuosina 2011 ja 2017, mutta miehillä tulos huononi hieman sekä työikäisten että eläkeikäisten ryhmässä.

Kuvio 13.7: Kielellinen sujuvuus, lueteltujen sanojen lukumäärä vuosina 2011 ja 2017.



Johtopäätökset

Kognitiivinen toimintakyky heikkenee iän mukana, mutta suurella osalla kaikkein vanhimmistakin henkilöistä kognitiivinen toimintakyky on vielä hyvä. Tässä väestötutkimuksessa havaittiin, että ikäryhmien väliset erot olivat kaikkein jyrkimmät viivästetyssä mieleenpalautuksessa. Odotusten mukaisesti korkea-asteen koulutus oli yhteydessä hyvään suoriutumiseen. Myös alueellisia eroja havaittiin: lounaismaalaiset menestyivät parhaiten ja itä- ja pohjoissuomalaiset heikoimmin. Aikuisväestön kognitiivinen toimintakyky näyttää säilyneen ennallaan jaksolla 2011–2017.

Tuloksia kognitiivisesta toimintakyvystä ja sen muutoksista on myös tulkittava varoen, sillä todennäköisesti kognitiivisesti heikoimmin suoriutuvat myös osallistuivat tutkimukseen heikoimmin, ja tulokset voivat antaa liian myönteisen kuvan. Lisäksi käytetyt kognitiiviset tehtävät ovat osa yli 55-vuotiaiden muistisairauksien seulontaan tarkoitettua testipatteristosta, ja tulosten merkitys nuoremmassa ikäryhmissä on epäselvä. Monet menetelmälliset asiat vaativat vielä tarkempaa tutkimista, ennen kuin muutoksen suuntaa, suuruutta ja syitä voidaan varmuudella arvioida.

Kun vanhimpien ikäryhmien koko kasvaa nopeasti lähivuosikymmeninä, on selvää, että muistisairauksia sairastavien määrä väistämättä kasvaa. Sekä palvelujärjestelmän kuormituksen minimoimiseksi että iäkkäiden kansalaisten ja heidän läheistensä hyvinvoinnin turvaamiseksi on tärkeää tukea kognitiivisen toimintakyvyn säilymistä mahdollisimman pitkään. Siihen voidaan vaikuttaa terveillä elintavoilla sekä hyvällä hoidolla ja kuntoutuksella. Liikunta, terveellinen ravinto, tupakoinnin ja päihteiden käytön välttäminen sekä kognitiivinen aktiivisuus suojaavat kognitiota. Kognitiivisten toimintojen heikentymistä voidaan ehkäistä myös vähentämällä tunnettuja vaaratekijöitä, joita ovat ylipaino, korkea verenpaine, korkea kolesteroli ja diabetes (*Kansallinen muistiohjelma 2012–2020* 2012).

13.4 Sosiaalinen toimintakyky

Tuija Martelin, Tarja Nieminen, Päivi Sainio, Seppo Koskinen ja Pirjo Tiikkainen

- Naiset pitävät tiheämmin yhteyttä ystäviin ja sukulaisiin kuin miehet ja heillä on yleisemmin vähintään yksi läheinen ystävä kuin miehillä. Yksinäisyyden kokemus on silti naisilla tavallisempi kuin miehillä.
- Molemmilla sukupuolilla yksinäisyyttä kokevien osuus on suurin 80 vuotta täyttäneillä, joista noin joka seitsemäs kokee itsensä jatkuvasti tai melko usein yksinäiseksi.
- Epäluottamus sekä ihmisiin yleensä että vastavuoroisuuteen on kaikissa ikäryhmissä yleisempää miehillä kuin naisilla, ja se on molemmilla sukupuolilla lisääntynyt vuodesta 2011 30–64-vuotiailla.
- Osallistuminen erilaisiin harrastuksiin ja toimintoihin on pysynyt suunnilleen samalla tasolla kuin vuonna 2011 tai lisääntynyt jonkin verran.

Sosiaalinen toimintakyky voidaan määritellä kyvyksi toimia läheisissä yksilöiden välisissä suhteissa sekä eri yhteisöissä. Se ilmenee esimerkiksi vuorovaikutuksena sosiaalisen verkoston kanssa, rooleista suoriutumisena, sosiaalisena osallistumisena ja yhteisyyden sekä sosiaalisen osallisuuden kokemuksina. Vastaavasti sen ongelmat näkyvät vaikeuksina selviytyä arkielämän edellyttämistä tehtävistä tai sosiaalisiin suhteisiin ja vuorovaikutukseen liittyvinä ongelmina. Sosiaalisen toimintakyvyn määritelmä ei ole täysin vakiintunut, ja sitä on eri tutkimuksissa tarkasteltu vaihtelevilla mittareilla, joista monet ovat käytössä myös muiden, sosiaalista toimintakykyä sivuavien lähikäsitteiden – kuten sosiaalisen pääoman, sosiaalisen tuen, toimijuuden ja osallisuuden – mittaamisessa (Tiikkainen ja Pynnönen 2018). Sosiaalisten verkostojen tarjoama tuki sekä aktiivinen osallistuminen ovat yhteydessä hyvinvointiin ja terveyteen, ja siten ne vähentävät palveluiden tarvetta.

Menetelmät

TOIMIA-tietokannan suosituksessa sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnista ja mittaamisesta väestötutkimuksissa (Tiikkainen ja Pynnönen 2018) mittarit luokitellaan toisaalta henkilöiden välistä vuorovaikutusta ja ihmissuhteita, toisaalta sosiaalista osallistumista kuvaaviin menetelmiin. Tässä raportissa ensin mainitun ulottuvuuden mittarit perustuvat kyselyssä esitettyihin kysymyksiin, joissa on tiedusteltu yhteydenpitoa sukulaisiin ja ystäviin, läheisen ystävän olemassaoloa ja yksinäisyyttä. Yksin asumista ja leskeyttä on tarkasteltu tämän raportin luvussa 4.1, muiden auttamista (produktiivinen sosiaalinen osallistuminen) puolestaan luvussa 15.2. Lisäksi tarkastellaan luottamusta ihmisiin yleisesti sekä luottamusta vastavuoroisuuteen, jotka myös liittyvät sosiaalisten verkostojen toimivuuteen ja joita pidetään keskeisinä sosiaalisen pääoman näkökulmasta (Ilmonen 2002). Sosiaalista osallistumista kuvataan harrastusaktiivisuudella.

Tieto yhteydenpidosta sukulaisiin ja ystäviin perustuu kysymykseen ”Kuinka

usein olette yhteydessä ystäviinne tai sukulaisiin, jotka eivät asu kanssanne samassa taloudessa?”. Tarkastelun kohteeksi valittiin niiden osuus, jotka pitivät yhteyttä ystäviin tai sukulaisiin (tapaamalla, puhelimitse tai internetin välityksellä) harvemmin kuin kerran viikossa. Läheisen ystävän olemassaoloa selvitettiin kysymyksellä ”Onko Teillä tällä hetkellä todella läheistä ystävää, jonka kanssa voitte keskustella luottamuksellisesti lähes kaikista omista asioistanne?”. Tässä tarkastellaan niiden osuutta, joilla ei ollut yhtään tällaista ystävää. Yksinäisiksi luokiteltiin ne vastaajat, jotka valitsivat vastausvaihtoehdon ”jatkuvasti” tai ”melko usein” kysyttäessä ”Tunnetteko itsenne yksinäiseksi?”. Luottamusta ihmisiin yleensä selvitettiin tiedustelemalla vastaajan suhtautumista väittämään ”On parasta olla luottamatta kehenkään”. Tässä tarkastellaan niiden osuutta, jotka eivät luota toisiin ihmisiin eli joiden mielestä väite piti täysin tai melko lailla paikkansa. Luottamusta vastavuoroisuuteen kartoitettiin väittämällä ”Useimmat ihmiset eivät oikeastaan haluaisi nähdä vaivaa auttaakseen toisia”. Tässäkin tarkastellaan niiden osuutta, joiden mielestä väite piti täysin tai melko lailla paikkansa (ei luota vastavuoroisuuteen).

Sosiaalista osallistumista kuvaavat mittarit perustuvat kysymykseen ”Kuinka usein keskimäärin teette seuraavia asioita?”. Tässä tarkastellaan niiden osuuksia, jotka 1) osallistuivat kerho- tai yhdistystoimintaan vähintään kerran kuukaudessa, 2) kävivät teatterissa, elokuvissa, konserteissa, taidenäyttelyissä tai urheilukilpailuissa tms. vähintään kerran kuukaudessa, 3) kävivät kirkossa tai muissa uskonnollisissa tilaisuuksissa vähintään kerran kuukaudessa, 4) harrastivat liikuntaa, metsästystä, kalastusta, puutarhanhoitoa tai muuta ulkoilua vähintään kerran viikossa tai 5) harrastivat käsitöitä, askartelua, soittamista, laulamista, valokuvaamista, maalaamista, keräilyä tms. vähintään kerran viikossa. Osa näistä harrastuksista on sellaisia, että niitä on mahdollista harrastaa myös yksin, mutta kysymys ei mahdollistanut yhdessä muiden kanssa tai yksin harrastamisen erottelua.

Nykytilanne

Harvemmin kuin kerran viikossa ystäviin tai sukulaisiin yhteyttä pitävien osuus sekä niiden osuus, joilla ei ollut yhtään läheistä ystävää, oli kaikissa ikäryhmissä naisilla selvästi pienempi kuin miehillä (taulukko 13.8). Kun 30 vuotta täyttäneistä naisista hieman yli kymmenesosa piti harvoin yhteyttä ystäviin tai sukulaisiin ja vielä harvempi ilmoitti, ettei heillä ollut yhtään läheistä ystävää, miehillä vastaavat osuudet olivat 29 prosenttia ja 17 prosenttia. Molemmissa mittareissa osuus oli sekä miehillä että naisilla pienin alle 40-vuotiailla. Yksinäisyyden kokemus oli kuitenkin naisilla lähes kaikissa ikäryhmissä hieman yleisempi kuin miehillä: jatkuvasti tai melko usein yksinäisyyttä koki naisista kahdeksan prosenttia, miehistä kuusi prosenttia. Molemmilla sukupuolilla yksinäisten osuus oli suurin 80 vuotta täyttäneiden ryhmässä. Yksin asuvien osuus 80 vuotta täyttäneistä oli huomattavasti suurempi kuin nuoremmassa ikäryhmissä, miehillä 28 prosenttia ja naisilla peräti 73 prosenttia (luku 4.1). Neljäsosa aikuisväestöstä ei luottanut toisiin ihmisiin ja kolmasosa ei luottanut vastavuoroisuuteen. Epäluottamus sekä ihmisiin yleensä että vastavuoroisuuteen oli kaikissa ikäryhmissä yleisempää miehillä kuin naisilla. Molemmilla sukupuolilla epäluottamus toisiin ihmisiin kasvoi siirryttäessä vanhempiin ikäryhmiin, ja myös epäluottamus vastavuoroisuuteen oli yleisempää vanhimmissa ikäryhmissä nuorempiin verrattuna.

Taulukko 13.8: Vuorovaikutus ja ihmissuhteet.

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Pitää yhteyttä ystäviin tai sukulaisiin harvemmin kuin kerran viikossa (%)							
Miehet	14,9	27,7	32,5	33,0	33,4	29,5	28,6
Naiset	5,9	10,3	13,7	12,7	13,2	15,5	11,5
p ²							< 0,001
lkm	74 000	126 000	169 000	168 000	108 000	58 000	703 000
Ei yhtään läheistä ystävää (%)							
Miehet	11,4	17,3	21,6	17,5	15,4	14,3	16,8
Naiset	7,1	9,3	8,6	9,3	9,4	11,1	8,9
p ³							< 0,001
lkm	65 000	88 000	111 000	98 000	59 000	35 000	456 000
Tuntee itsensä yksinäiseksi jatkuvasti tai melko usein (%)							
Miehet	6,5	4,0	6,3	6,7	4,7	12,2	6,2
Naiset	9,0	5,6	7,6	6,7	9,1	14,9	8,0
p ⁴							0,020
lkm	55 000	31 000	51 000	50 000	34 000	40 000	260 000
Ei luota toisiin ihmisiin (%)							
Miehet	18,0	21,7	22,4	27,2	34,4	38,9	25,1
Naiset	16,2	17,1	17,2	26,5	32,1	34,0	22,1
p ⁵							0,007
lkm	120 000	129 000	145 000	199 000	160 000	103 000	856 000
Ei luota vastavuoroisuuteen (%)							
Miehet	30,8	31,4	36,2	42,0	45,5	45,1	37,4
Naiset	26,9	25,2	28,5	32,3	44,1	35,9	31,0
p ⁶							< 0,001
lkm	202 000	187 000	238 000	275 000	217 000	112 000	1 230 000

¹ ikävakioitu^{2–6} sukupuolten välinen tasoero

Luottamuksessa koulutusryhmien väliset erot olivat hyvin selkeät: lähes neljä kymmenestä perusasteen koulutuksen saaneesta koki epäluottamusta muihin ihmisiin, kun taas korkea-asteen koulutuksen ryhmässä vastaava osuus oli 15 prosentin luokkaa.

Kerho- tai yhdistystoimintaan osallistui vähintään kerran kuukaudessa lähes joka kolmas (taulukko 13.9). Myös teatterissa, elokuvissa ym. tapahtumissa käyminen oli suunnilleen yhtä yleistä, naisilla hieman yleisempää kuin miehillä. Uskonnollisiin tapahtumiin osallistui vähintään kerran kuukaudessa noin kymmenesosa, naisista hieman suurempi osuus kuin miehistä. Sekä kerho- tai yhdistystoimintaan että etenkin uskonnollisiin tapahtumiin osallistuminen oli yleisempää vanhemmissa ikäryhmissä nuorempiin verrattuna, kun taas teatterissa, elokuvissa ym. tapahtumissa käyminen kävi harvinaisemmaksi iän karttuessa. Noin 70–80 prosenttia 30–79-vuotiaista harrasti liikuntaa, ulkoilua ym. vähintään kerran viikossa (naisista hieman suurempi osuus kuin miehistä), 80 vuotta täyttäneistäkin yli puolet. Muita harrastuksia, kuten käsitöitä, musisointia ym., harrasti vähintään viikoittain puolet naisista ja lähes kolmannes miehistä. Nämä harrastukset olivat kaikissa ikäryhmissä yleisempiä naisilla kuin miehillä, ja niitä harrastavien osuus oli naisilla

13. TOIMINTA- JA TYÖKYKY

suurimmillaan 60–79-vuotiailla.

Taulukko 13.9: Eri asioita harrastavien osuudet (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Kerho- tai yhdistystoiminta (väh. kuukausittain)							
Miehet	27,7	28,0	22,9	25,0	37,8	31,4	27,8
Naiset	31,4	28,0	24,9	26,5	39,8	40,3	30,0
p ²							0,097
lkm	207 000	185 000	176 000	192 000	189 000	106 000	1 053 000
Teatteri, elokuvat, taidenäyttelyt, urheilutapahtumat tms. (väh. kuukausittain)							
Miehet	40,3	35,0	28,0	22,1	24,0	16,2	28,9
Naiset	38,9	42,4	32,7	29,8	26,2	10,8	32,9
p ³							0,003
lkm	277 000	255 000	222 000	193 000	122 000	36 000	1 107 000
Kirkko tai muut uskonnolliset tapahtumat (väh. kuukausittain)							
Miehet	5,2	5,7	7,6	7,1	10,2	20,5	7,8
Naiset	4,8	6,6	10,0	14,0	23,0	25,0	11,9
p ⁴							0,031
lkm	35 000	40 000	65 000	80 000	83 000	67 000	369 000
Liikunta, ulkoilu, metsästys, puutarhatyöt tms. (väh. viikoittain)							
Miehet	72,0	72,5	68,0	69,2	71,7	54,5	69,7
Naiset	83,1	81,9	80,6	81,4	73,1	57,9	79,2
p ⁵							0,022
lkm	541 000	509 000	545 000	561 000	351 000	162 000	2 670 000
Käsityöt, musisointi, valokuvaus, maalaaminen, keräily tms. (väh. viikoittain)							
Miehet	32,7	31,4	24,2	28,5	31,1	22,3	29,0
Naiset	47,0	42,4	48,8	56,7	59,8	44,7	50,4
p ⁶							< 0,001
lkm	277 000	243 000	268 000	320 000	227 000	106 000	1 441 000

¹ ikävakioitu

^{2–3} sukupuolten välinen tasoero

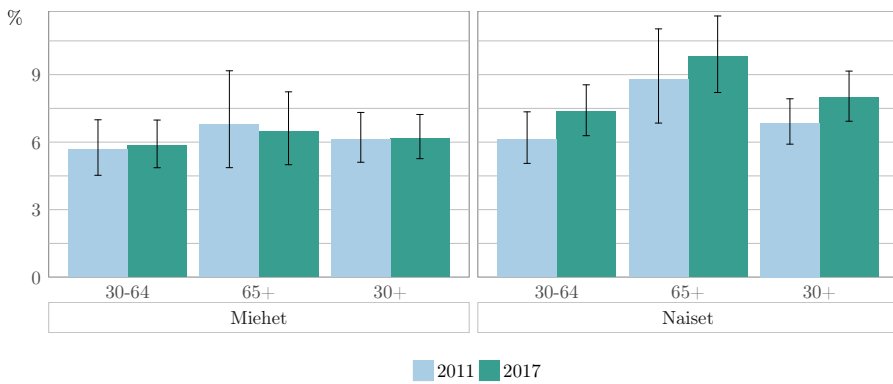
^{4–6} sukupuolten välinen tasoero

Muutos 2011–2017

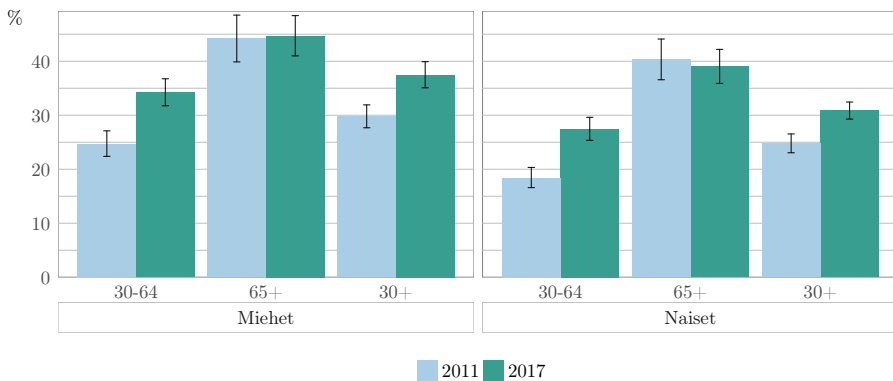
Yksinäisyyttä kokevien osuus säilyi miehillä ja naisilla keskimäärin samalla tasolla kuin vuonna 2011 (kuvio 13.8). Epäluottamus ihmisiin yleensä ja etenkin epäluottamus vastavuoroisuuteen oli yleistynyt 30–64-vuotiailla miehillä ja naisilla (kuvio 13.9). Osallistuminen erilaisiin harrastuksiin ja toimintoihin oli pysynyt suunnilleen ennallaan vuodesta 2011 tai hieman lisääntynyt. Poikkeuksen muodosti osallistuminen uskonnollisiin tapahtumiin, jossa naisilla havaittiin merkkejä pienestä laskusta ainakin työikäisillä. Kerho- ja yhdistystoimintaan osallistuminen sekä liikunta, ulkoilu yms. olivat miehillä pysyneet suunnilleen samalla tasolla vuodesta 2011, kun taas naisilla edellinen oli hiukan kasvanut 30–64-vuotiailla ja jälkimmäinen puolestaan 65 vuotta täyttäneillä. Muita harrastuksia (käsitöitä, musisointia ym.) harrastavien osuus oli jonkin verran kasvanut alle 65-vuotiailla molemmilla sukupuolilla. Selkein lisäys havaittiin teatterissa, elokuvissa ym. vähintään kerran kuukaudessa käyvien osuudessa (kuvio 13.10).

13. TOIMINTA- JA TYÖKYKY

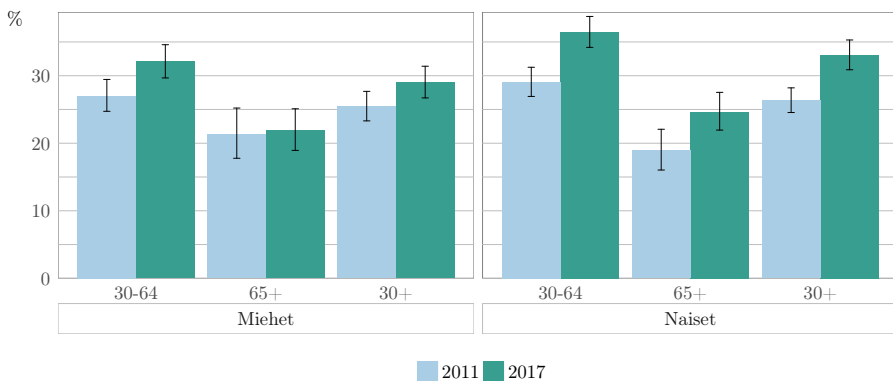
Kuvio 13.8: Jatkuvasti tai melko usein itsensä yksinäiseksi kokevien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.



Kuvio 13.9: Niiden osuus, jotka eivät luota vastavuoroisuuteen (%) vuosina 2011 ja 2017.



Kuvio 13.10: Vähintään kerran kuukaudessa teatterissa, elokuvissa, taidenäyttelyssä tai urheilutapahtumassa käyvien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.



Johtopäätökset

Sosiaalisessa toimintakyvyssä on tässä raportoitujen mittareiden valossa tapahtunut sekä myönteisiä että kielteisiä muutoksia vuoden 2011 jälkeen. Sosiaalisessa osallistumisessa, jota mitattiin erilaisiin sekä yhdessä että yksin tehtäviin harrastuksiin ja toimintoihin osallistumisella, havaittiin monessa tapauksessa lisääntymistä. Lähes joka kolmas osallistui kerho- tai yhdistystoimintaan, mikä oli suunnilleen samaa luokkaa kuin järjestö- ym. toimintaan aktiivisesti osallistuvien osuus samana vuonna toteutetun Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimuksen (ATH) mukaan (Murto ym. 2017). Huolestuttava kehityskulku sen sijaan oli epäluottamuksen lisääntyminen työikäisillä vuodesta 2011 molemmilla sukupuolilla. Kun jaksolla 2000–2011 luottamuksessa havaittiin selvää lisääntymistä (Nieminen ym. 2012), nyt sekä luottamus ihmisiin yleensä että vastavuoroisuuteen oli vähentynyt vuoteen 2011 verrattuna. Muutos saattaa osittain liittyä esimerkiksi katoon, mutta havainto vaatisi joka tapauksessa jatkotutkimusta.

Yhteydenpito ystäviin ja sukulaisiin sekä yksinäisyyden tunne olivat keskimäärin suunnilleen samalla tasolla kuin Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimuksessa (ATH) vuonna 2017 (Murto ym. 2017). Kaikkein vanhimpien (80+) keskuudessa yksinäisyys oli selvästi yleisempää kuin muissa ikäryhmissä: noin joka seitsemäs koki itsensä jatkuvasti tai melko usein yksinäiseksi. Yksinäisyys lisää monien toimintakykyä heikentävien sairauksien riskiä (Saari 2016), mutta kotihoidon resurssit eivät riitä yksinäisyyden lievittämiseen. Kun iäkkäiden määrä lähitulevaisuudessa kasvaa, tarvitaan entistä enemmän matalan kynnyksen palveluita ja yhteisöllisyyttä edistäviä ”olohuoneita”, jonne on helppo mennä. Myös iäkkäät itse arvostivat sosiaalista kanssakäymistä ja keskinäisen avun mahdollisuutta, kun he pohtivat asumisratkaisujaan vanhuuden tarpeita ennakoiden (luku 16.2). Asuinympäristöjen yhteisöllisyyden kehittämällä pyritäänkin yhteisen toiminnan kautta parantamaan hyvinvointia ja osallisuutta ja siten vähentämään yksinäisyyden tunteita (Jolanki ym. 2017).

13.5 Psyykkinen toimintakyky ja positiivinen mielenterveys

Pia Solin, Timo Partonen, Jaana Suvisaari, Nina Tamminen ja Satu Viertiö

- Vastanneista lähes 70 prosenttia luokiteltiin kohtalaisen positiivisen mielenterveyden omaaviksi, matalan positiivisen mielenterveyden omaaviksi hieman yli 16 prosenttia ja korkean positiivisen mielenterveyden omaaviksi ainoastaan 14 prosenttia.
- 60-vuotiaat ja sitä iäkkäämmät tuntevat omaavan enemmän positiivista mielenterveyttä kuin nuoremmat.
- 50–59-vuotiaiden naisten positiivisen mielenterveyden keskiarvo on hieman korkeampi kuin miesten, kun taas 70-vuotiaiden ja sitä vanhempien miesten positiivisen mielenterveyden keskiarvo on hieman korkeampi kuin naisten.

Positiivisella mielenterveydellä tarkoitetaan henkilön psyykkisiä voimavaroja, vaikuttamismahdollisuuksia omaan elämään, toiveikkuutta, tyydytystä tuottavien sosiaalisten suhteiden olemassaoloa sekä myönteistä käsitystä omasta itsestä ja omista kehittymismahdollisuuksista. Nämä kaikki ovat psyykkisen toimintakyvyn osa-alueita ja myös edellytyksiä sille. Positiivinen mielenterveys on voimavara, jonka kapasiteettia voi ja tulee kehittää ja hyödyntää. Positiivinen mielenterveys ei siis ole vain mielenterveyshäiriön puuttumista, vaan sairautta ja terveyttä voi esiintyä samaan aikaan. Näin ajatellen mielenterveyshäiriöistä kärsivät henkilöt voivat kokea myös mielen hyvinvointia oireistaan riippumatta ja mielenterveyttä resurssina voidaan hyödyntää myös ongelmia kohdatessa (Keyes 2005). Positiivisen mielenterveyden korostamisella pyritään siirtämään ajattelua pois sairaus- ja ongelmakeskeisyydestä. Aiempia tuloksia positiivisesta mielenterveydestä ei ole suomalaisissa väestötutkimuksissa.

Menetelmät

Väestön positiivista mielenterveyttä mitattiin kyselylomakkeessa 2 Warwickin ja Edinburghin yliopistoissa kehitetyllä positiivisen mielenterveyden mittarilla (WEMWBS) (Tennant ym. 2007). Mittari sisältää 14 eri väittämää, jotka koostuvat hyvän mielenterveyden eri osa-alueista, kuten positiivisista tunteista (toiveikkuus, rentoutuminen, ilo), tyydyttävistä sosiaalisista suhteista ja toimintakyvystä (energisyyden, selkeä ajattelu, itsensä hyväksyminen, itsensä kehittäminen, pystyvyys ja autonomia). Kysymykset ovat esimerkiksi seuraavanlaisia ”Olen ollut kiinnostunut muista ihmisistä”, ”Olen kyennyt tekemään omia päätöksiä asioista” ja ”Olen tuntenut läheisyyttä toisiin ihmisiin”. Vastaaaja vastaa väittämiin kahden viime viikon kokemuksen perusteella joko 1) ”en koskaan”, 2) ”harvoin”, 3) ”silloin tällöin”, 4) ”usein” tai 5) ”koko ajan”.

Vastaaaja voi saada 14–70 pistettä. Raportointia varten tulokset on luokiteltu kolmeen luokkaan: matalan positiivisen mielenterveyden ryhmä, kohtalaisen positiivisen mielenterveyden ryhmä ja korkean positiivisen mielenterveyden ryhmä.

Nykytilanne

Vastanneista naisista sekä miehistä noin kaksi kolmasosaa luokiteltiin kohtalaisen positiivisen mielenterveyden omaaviksi, matalan positiivisen mielenterveyden omaaviksi naisista 16 prosenttia ja miehistä 17 prosenttia. Korkean positiivisen mielenterveyden omaaviksi luokiteltiin naisista ja miehistä 14 prosenttia. (Taulukko 13.10.)

Taulukko 13.10: Positiivinen mielenterveys.

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Positiivisen mielenterveyden luokka (%)							
Miehet							
Matala	17,0	20,4	20,7	13,7	14,2	17,6	17,3
Kohtalainen	71,6	68,0	69,5	68,8	64,8	65,1	68,6
Korkea	11,4	11,6	9,9	17,5	21,0	17,4	14,1
Naiset							
Matala	16,4	18,3	18,2	12,6	13,4	27,4	16,4
Kohtalainen	75,4	71,0	65,6	69,7	67,7	57,8	69,3
Korkea	8,2	10,7	16,2	17,6	19,0	14,9	14,3
p ²							0,045
Positiivisen mielenterveyden keskiarvo							
Miehet	52,5	52,1	51,6	53,9	53,9	52,8	52,7
Naiset	51,6	52,1	52,7	54,0	53,6	51,1	52,7
p ³							0,967

¹ ikävakiointu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

³ sukupuolten välinen tasoero

60 vuotta täyttäneet tuntuvat omaavan enemmän positiivista mielenterveyttä kuin nuoremmat. Poikkeuksena ovat 80 vuotta täyttäneet naiset, joista vain 15 prosenttia kuului korkean positiivisen mielenterveyden ryhmään. Miehistä 60–69-vuotiaista korkean positiivisen mielenterveyden ryhmään kuului 18 prosenttia, 70–79-vuotiaista 21 prosenttia ja 80 vuotta täyttäneistä 17 prosenttia. 30–59-vuotiaista miehistä vain noin joka kymmenes kuului samaan ryhmään. Naisista korkean positiivisen mielenterveyden ryhmään kuului 60–69-vuotiaista 18 prosenttia ja 70–79-vuotiaista 19 prosenttia. (Taulukko 13.10.)

Naisten ja miesten positiivisen mielenterveyden keskiarvo on ikävakiointuna sama. Kuitenkin 10-vuotiskäryhmiä tarkasteltaessa nähdään, että 50–59-vuotiaiden naisten positiivisen mielenterveyden keskiarvo on hieman miehiä korkeampi, kun taas 70-vuotiaiden ja sitä vanhempien miesten positiivisen mielenterveyden keskiarvo on taas naisia korkeampi. (Taulukko 13.10.)

Johtopäätökset

Positiivisen mielenterveyden mittaaminen on verraten uusi alue väestötutkimuksissa. Pelkästään mielenterveyden häiriöihin keskittyminen ei anna koko kuvaa yk-

sittäisen ihmisen tai väestön mielenterveyden tilasta. Tieto positiivisesta mielenterveydestä antaa yksilötasolla tärkeitä työkaluja potilaan hyvinvoinnin arvioon ja seurantaan, kun taas väestötason tutkimus tarjoaa viitearvoja ja mahdollistaa vertailun väestöryhmien kesken esimerkiksi koulutus- tai sosiaaliryhmien välillä tai terveyspalvelujen käytön perusteella (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016). Yhdistettynä väestötason tietoon mielenterveysoireista saadaan kattava kuva mielenterveyden kaikista ulottuvuuksista ja psyykkisestä toimintakyvystä sekä yksilö- että väestötasolla.

13.6 Työkyky

Seppo Koskinen ja Päivi Sainio

- Lähes yhdeksän kymmenestä 30–49-vuotiaasta arvioi olevansa täysin työkykyinen, ja 60–69-vuotiaistakin selvästi yli puolet.
- Sukupuolten väliset työkyvyn erot ovat melko vähäisiä, ja niiden suunta riippuu tarkasteltavasta työkyvyn mittarista.
- Jaksolla 2000–2011 havaittu väestön itse raportoidun työkyvyn kohe-
neminen on pysähtynyt.

Työikäisen väestön hyvä työkyky on yhteiskuntapolitiikan keskeinen päämäärä. Tämän päämäärän merkitys korostuu lähitulevaisuudessa, kun väestön ikärakenteen muutos asettaa kasvavia vakavia haasteita työvoiman saatavuudelle ja sosiaaliturvan rahoitukselle (Gould ym. 2006). Työurien pidentämistavoitteessa onnistuminen edellyttää, että ikääntyvän työikäisen väestön työkykyä kyetään ylläpitämään tai mieluummin kohentamaan, ja mahdollisimman moni työelämän ulkopuolella oleva työkykyinen työllistyy. Vuonna 2000 työelämän ulkopuolella arvioitiin olevan noin 400 000 itseään täysin työkykyisenä pitävää työikäistä, ja osittain työkykyisiä oli yhtä paljon (Koskinen ym. 2011). Työikäisten oma arvio työkyvystään parani merkittävästi tämän vuosituhannen ensimmäisen vuosikymmenen aikana (Gould ym. 2012).

Menetelmät

Vastaaajien itse raportoimaa työkykyä koskevat tiedot perustuvat kyselyssä esitettyihin kysymyksiin. Nykyistä työkykyä koskeva kolmiportainen arvio on peräisin Mini-Suomi-tutkimuksesta ja muut tässä tarkasteltavat työkyvyn osoittimet ovat Työterveyslaitoksessa kehitetyn työkykyindeksin osioita (Gould ym. 2006; Tuomi ym. 2006). Ruumiillista ja henkistä työkykyä sekä työstä poissaolopäivien lukumäärää tarkastellaan ainoastaan ansiotyössä käyvien 30–69-vuotiaiden ryhmässä; vanhuuseläkkeelle siirtymisen oletettua ajankohtaa puolestaan niiden 30–64-vuotiaiden joukossa, jotka eivät tutkimushetkellä olleet eläkkeellä. Omaa yleistä arviota työkyvystä ja työkykypistemäärää koskevat tulokset kattavat kaikki 30–69-vuotiaat siitä riippumatta, olivatko he töissä vai eivät.

Nykytilanne

Lähes neljä viidesosaa 30–69-vuotiaista piti itseään täysin työkykyisenä. Työkyky heikkeni iän mukana etenkin 50. ikävuodesta lähtien. Lähes 90 prosenttia 30–49-vuotiaista piti itseään täysin työkykyisenä, 50–59-vuotiaista noin kolme neljäsosaa ja 60–69-vuotiaista enää hieman yli puolet. (Taulukko 13.11.)

Vastaaajat arvioivat nykyistä työkykyään myös suhteessa parhaimpaan työkykyynsä. Työkyvylle annettiin pisteitä asteikolla 0–10, jossa 10 tarkoitti työkykyä parhaimmillaan. Tämän osoittimen valossa työkyky alkoi hiljalleen heiketä jo 40. ikävuoden jälkeen. 30–39-vuotiaat antoivat nykyiselle työkyvylleen keskimäärin vajaan yhdeksän pistettä ja 60–69-vuotiaat vajaan seitsemän pistettä. (Taulukko

Taulukko 13.11: Itse raportoitu työkyky eri osoittimien perusteella 30–69-vuotiailla.

	30–39	40–49	50–59	60–69	30–69 ¹
Täysin työkykyisenä itseään pitävien osuus (%)					
Miehet	89,1	88,1	75,2	60,8	78,1
Naiset	89,9	88,5	76,1	54,9	77,1
p ²					0,426
Työkyypistemäärän keskiarvo (0-10 pistettä, 10 = työkyky parhaimmillaan)					
Miehet	8,8	8,3	7,5	6,8	7,8
Naiset	8,8	8,5	7,8	6,9	8,0
p ³					0,021
Ruumiillisen työkykynsä hyväksi kokevien osuus (%) työssäkäyvistä					
Miehet	93,2	89,9	77,0	75,0	85,2
Naiset	95,0	88,9	82,3	76,9	87,3
p ⁴					0,104
Henkisen työkykynsä hyväksi kokevien osuus (%) työssäkäyvistä					
Miehet	90,9	87,8	82,4	84,7	86,6
Naiset	86,5	82,9	81,1	80,4	83,1
p ⁵					0,026
Oman arvionsa mukaan vanhuuseläkeikään saakka ammatissaan työskentelemään pystyvien osuus (%)[*]					
Miehet	78,6	73,1	73,5	77,8	75,2
Naiset	79,9	78,6	72,9	71,5	76,5
p ⁶					0,448
Sairauspoissaolopäivien keskiarvo työssäkäyvillä 12 viime kuukauden aikana					
Miehet	5,9	5,2	7,7	9,1	6,6
Naiset	10,7	11,9	9,6	9,0	10,6
p ⁷					< 0,001

¹ ikävakioitu^{2–7} sukupuolten välinen tasoero^{*} alle 65-vuotiaista, jotka eivät vielä ole eläkkeellä

13.11.)

Ansiotyössä käyvistä 30–69-vuotiaista lähes 90 prosenttia arvioi työkykynsä hyväksi työn ruumiillisten vaatimusten kannalta. Suunnilleen saman verran oli niitä jotka pitivät työkykyään hyvänä suhteessa työn henkisiin vaatimuksiin. Oma arvio ruumiillisesta työkyvystä heikkeni selvästi iän mukana, mutta koettu henkinen työkyky laski vain hieman iän myötä. (Taulukko 13.11.)

Kaikissa ikäryhmissä noin kolme neljäsosaa niistä 30–64-vuotiaista henkilöistä, jotka eivät olleet eläkkeellä, arvioi pystyvänsä työskentelemään ammatissaan vanhuuseläkeikään saakka (taulukko 13.11).

Sairaudesta johtuvien työstä poissaolopäivien lukumäärä edeltäneiden 12 kuukauden aikana oli 30–49-vuotiailla naisilla 11–12, mutta samanikäisillä miehillä noin puolet pienempi. Tämän jälkeen töistä poissaolopäivien määrä väheni naisilla iän karttuessa ja miehillä päinvastoin työstä poissaolot lisääntyivät. 60–69-vuotiaiden ikäryhmässä sukupuolten välillä ei ollut enää eroa. (Taulukko 13.11.)

Muiden työkyvyn osoittimien yhteys sukupuoleen vaihteli osoittimesta toiseen. Työkyypistemäärän valossa naisten koettu työkyky oli hieman parempi kuin miesten, mutta henkisen työkykynsä hyväksi kokevia oli enemmän miesten kuin naisten keskuudessa. Kahden muun työkyvyn osoittimen mukaan sukupuolten välillä ei ollut eroa.

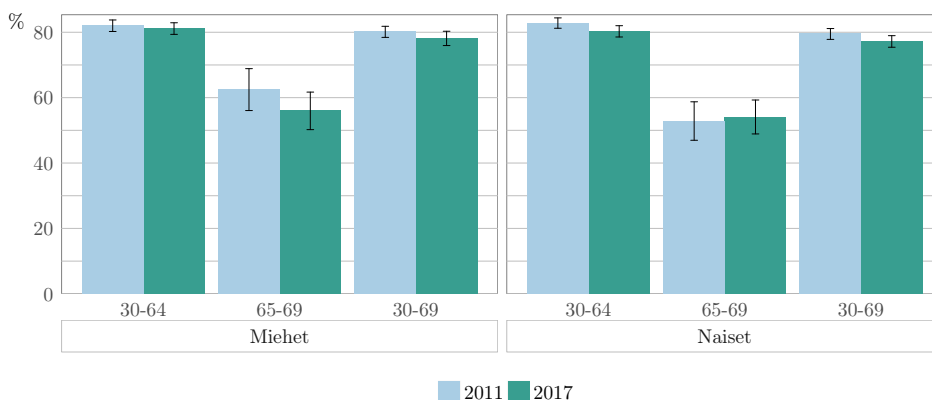
Useilla työkyvyn osoittimilla oli johdonmukainen yhteys koulutusasteeseen. Esi-merkiksi täysin työkykyisenä piti itseään korkea-asteen koulutuksen saaneista nai-

sista 83 ja miehistä 89 prosenttia, kun perusasteen koulutuksen saaneiden ryhmässä vastaava osuus oli naisilla 63 ja miehillä 67 prosenttia. Korkea-asteen koulutuksen saaneet myös arvioivat muita useammin pystyvänsä työskentelemään ammatissaan vanhuuseläkeikään saakka.

Muutos 2011–2017

Miesten itse arvioidussa työkyvyssä ei tapahtunut merkittäviä muutoksia. Naisilla sen sijaan täysin työkykyiseksi itsensä arvioivien osuus pieneni hieman vuodesta 2011 vuoteen 2017, ja tämä lievä kielteinen muutos ilmeni lähinnä 65–69-vuotiaiden ryhmässä. (Kuvio 13.11.)

Kuvio 13.11: Täysin työkykyisenä itseään pitävien osuus (%) 30–69-vuotiaista vuosina 2011 ja 2017.



Ruumiillisen työkykynsä hyväksi kokevien osuus säilyi osapuilleen ennallaan. Sen sijaan henkisen työkykynsä hyväksi kokevien osuus pieneni merkittävästi, 30–64-vuotiailla naisilla 91 prosentista 83 prosenttiin ja samanikäisillä miehillä 93 prosentista 87 prosenttiin.

Johtopäätökset

Työkyky heikkenee iän mukana, mutta vielä 60–69-vuotiaistakin selvästi yli puolet pitää itseään täysin työkykyisenä. Lisäksi iso osa iäkkäimmistä arvioi olevansa osittain työkykyisiä. Väestön oma arvio työkyvystään parani merkittävästi 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä, mutta jaksolla 2011–2017 tilanne säilyi ennallaan tai jopa hienvien heikkeni – erityisesti tarkasteltaessa iäkkäimpiä naisia ja koettua henkistä työkykyä. Työ- ja elinkeinoministeriön toteuttaman Työolobarometrin (Mähönen 2017) mukaan työssäkäyvän 18–64-vuotiaan väestön työkyky säilyi ennallaan jaksolla 2011–16 sekä työn ruumiillisten vaatimusten että työn henkisten vaatimusten näkökulmasta. Olisi tärkeää löytää keinot, joiden avulla väestön työkykyä voidaan edelleen parantaa, ja näin jatkaa 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen myönteistä kehitystä. Jäljellä olevan työkyvyn tukeminen ja työn sovittaminen työntekijän edellytyksiin ovat työterveyshuollon ja laajemmin koko hyvinvointipolitiikan keskeisiä tehtäviä.

13.7 Toimintarajoitteet terveysongelman vuoksi

Päivi Sainio, Mika Gissler, Päivi Nurmi-Koikkalainen, Hanna Tolonen ja Päivikki Koponen

- Suomessa on noin 1,4 miljoonaa henkilöä, jotka kokevat terveysongelman rajoittavan tavanomaista toimintaa.
- Toimintarajoitteet yleistyvät iän myötä: viidennes 30–39-vuotiaista, mutta kolme neljäsosaa 80 vuotta täyttäneistä koki rajoituksia.
- Toimintarajoitteita mittaava GALI-kysymys on keskeisessä asemassa EU:n terveys- ja hyvinvointiseurannassa; sen validiteettia ja käyttökelpoisuutta tulee nyt tutkia suomalaisessa kontekstissa FinTerveysaineiston avulla.

Eurooppalaiset väestötutkimukset tuottavat laaja-alaisesti tietoa EU:n jäsenmaista tilastointia varten. Terveysongelmien aiheuttamia rajoitteita tavanomaisessa toiminnassa mitataan EU-tason väestötutkimuksissa ns. GALI-kysymyksellä (Global Activity Limitation Indicator) (Robine ja Jagger 2003). Euroopan tilastovirasto Eurostat käyttää GALI-kysymyksen tuottamaa tietoa vammaisten henkilöiden yhdenvertaisuuden toteutumisen seurantaan (*Eurostat: toimintarajoitteiden tietokanta* 2018), jota Suomenkin vuonna 2016 ratifioima YK:n vammaissopimus edellyttää (*Vammaissopimus* 2016).

GALI:n perusteella lasketaan myös eurooppalaisten terveitä elinvuosia (EHLEIS). Suomi on sijoittunut niiden osalta häntäpäähän, mihin osasyynä on pidetty maiden välistä heikkoa vertailukelpoisuutta niin GALI-kysymyksen kuin tutkimusten toteutustapojen osalta (Berger ym. 2015; Sihvonen ym. 2017).

GALI-kysymyksen validiteetista on jonkin verran tutkimuksia, mutta Suomi ei ole ollut mukana tarkasteluissa. Kysymystä on kritisoitu monimutkaiseksi ja vaikeasti ymmärrettäväksi, minkä vuoksi Eurostat kehitti alkuperäisestä yhden kysymyksen versiosta kaksiosaisen parantaakseen sen ymmärrettävyyttä (Eurostat 2015). Uudessa kysymyksessä rajoitteiden kesto erotettiin omaksi kysymyksekseen. Uusi kysymysmuoto otettiin mukaan FinTerveys-tutkimukseen, jotta sen toimivuutta ja validiteettia voitaisiin tutkia suomalaisessa väestössä. Samalla toimintarajoitteiden yleisyydestä saadaan vertailevaa tietoa Suomesta.

Menetelmät

GALI-kysymyksen kaksiosainen versio esitettiin kyselylomake 1:ssä koettua terveyttä ja pitkäaikaissairastavuutta koskevien kysymysten jälkeen: ”Rajoittaako jokin terveysongelma Teitä sellaisissa toimissa, joita ihmiset tavallisesti tekevät?” Vastausvaihtoehtoja oli kolme: rajoittaa vakavasti; rajoittaa mutta ei vakavasti; ei rajoita lainkaan. Mikäli rajoituksia oli, kysyttiin vielä: ”Onko rajoituksia ollut vähintään kuuden viime kuukauden ajan?” (Kyllä/ei). Tässä raportissa kuvataan, kuinka suurella osalla aikuisista oli ollut vähintään kuuden kuukauden ajan rajoituksia tavanomaisissa toimissa siten, että vakavat ja lievemmat rajoitukset on yhdistetty.

Nykytilanne

Lähes 40 % Suomessa asuvista 30 vuotta täyttäneistä henkilöistä ilmoitti kokeensa terveysongelmasta johtuvia vähintään kuuden kuukauden ajan kestäneitä rajoituksia tavanomaisissa toimissa. Väestössä tämä vastaa noin 1,4 miljoonaa ihmistä. Rajoitukset olivat naisilla yleisempiä kuin miehillä. Iän myötä rajoitukset yleistyivät selvästi: 30–39-vuotiaista noin viidennes koki rajoituksia tavanomaisissa toimissa, mutta 80 vuotta täyttäneistä jo kolme neljästä. (Taulukko 13.12.)

Taulukko 13.12: Toimintarajoituksia terveysongelman vuoksi kokevien osuus (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Miehet	20,3	26,7	36,7	42,3	49,3	73,0	37,0
Naiset	22,8	29,4	41,4	44,8	53,3	76,6	40,2
p ²							0,012
lkm	150 000	185 000	286 000	323 000	249 000	216 000	1 411 000

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

Johtopäätökset

Yleisen toimintarajoiteindikaattorin mukaan terveysongelmasta aiheutuvat toimintarajoitteet ovat erittäin yleisiä Suomen aikuisväestössä: niitä ilmoitti noin 40 prosenttia väestöstä. Ikä- ja sukupuoliryhmittäiset tulokset ovat samaa suuruusluokkaa kuin EU:n tulo- ja elinolotutkimuksessa (EU:n SILC <http://www.stat.fi/keruu/tuel/index.html>) vuodelta 2015 (*European life and health expectancy information system* 2018). Suomen luvut ovat Euroopan huonoimpien joukossa: vain Puolassa, Latviassa, Virossa ja Kroatiassa rajoitteet olivat hieman yleisempiä, kun taas esimerkiksi Maltalla ja Ruotsissa rajoitteiden yleisyys oli vain noin kolmannes Suomessa luvuista (*Kansanterveysosoittimien ECHI-tietokanta* 2018). Myös Saksan luvut olivat aiemmin 2010-luvulla samaa suuruusluokkaa kuin Suomessa, mutta Saksassa toimintarajoitteiden yleisyys väheni selvästi sen jälkeen, kun siellä kysymys muutettiin kolmiosaiseksi, erottamalla myös rajoitteiden vakavuusaste omaksi kysymyksekseen. Tämä on osoitus siitä, että tutkimusten standardoinnissa kansallisten kysymysmuotoiluiden osalta Eurostatilla on edelleen paljon tehtävää.

Toimintakyvyn monitahoista käsitettä on vaikea mitata kattavasti yhdellä tai kahdellakaan yleisellä kysymyksellä. Lyhyelle ja vähän tilaa vievälle instrumentille on kuitenkin tarvetta, sillä laaja-alaisissa monia eri aihepiirejä käsittävissä väestötutkimuksissa ei ole mahdollista kartoittaa yhtä asiaa kovin kattavasti. Eurostat on käyttänyt yleisenä toimintarajoitteiden mittarina GALI-kysymystä, mutta kansainvälisessä asiantuntijayhteisössä käydään parhaillaan laajasti keskustelua siitä, millaisiin kysymyksiin esimerkiksi vammaisten henkilöiden tilanteen seurannan pitäisi nojautua. Varteenotettavana vaihtoehtona ovat mm. YK:n Tilastokomitean alaisen Washington Groupin suosittelemat kysymykset (*Washington Group on disability statistics*, 2018). Siitä, mitkä instrumentit toimivat parhaiten Suomen oman tilanteen arvioinnissa, saadaan jatkossa tarkempaa tietoa, kun FinTerveysaineiston avulla tarkastellaan GALI-kysymyksen ja Washington Groupin kysymysten yhteyksiä.

14 Terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset hoidosta

14.1 Terveystarkastukset, terveysneuvonta ja seulontatutkimukset

Päivikki Koponen ja Anna-mari Aalto

- Miehet käyvät naisia yleisemmin terveystarkastuksissa, erityisesti ikäryhmissä, joissa tarvitaan lääkärin todistuksia ajokorttien uusintaan.
- Lähes viidennes saa joltain terveydenhuollon ammattilaiselta kehotuksen elintapojen muutokseen vuoden aikana. Keski-ikäiset saavat muita useammin elintapamuutoskehotuksia.
- Seulonnan kohderyhmiin kuuluvissa ikäryhmissä naiset osallistuvat rintasyövän seulontatutkimuksiin paremmin kuin kohdun kaulan syövän seulontatutkimuksiin.
- Miehillä eturauhasen syövän tai liikakasvun tutkimukseen kuuluvat PSA-testit ovat yleisiä, vaikka tällaista seulontaa ei suositella väestötasolla.

Koko väestölle kohdennettujen ja määrävälein toteutettavien terveystarkastusten hyödyistä ei ole riittävää näyttöä, mutta terveystarkastuksia tehdään laajasti mm. työterveyshuollossa. Terveystarkastuksia tarvitaan mm. työkyvyn ja ajokorttiluvan terveysvaatimusten arviointiin, mutta niihin liittyvästä palvelujen käytöstä ei nykyisin saada kokonaiskuvaa hoitoilmoitustiedoista tai mistään muista rekistereistä. Terveystarkastuksissa, mutta myös muissa terveyspalveluissa, voidaan kiinnittää huomiota asiakkaan tai potilaan mahdollisuuksiin vaikuttaa omaan terveystensä elintapamuutoksilla. Toistaiseksi on kuitenkin niukasti tietoa siitä, kuinka yleisesti terveyspalveluissa otetaan puheeksi asiakkaan tai potilaan elintavat ja kehoitetaan näissä tarpeellisiin muutoksiin.

Rintasyövän seulontaan eli mammografia-tutkimukseen kutsutaan 50–69-vuotiaat naiset noin kahden vuoden välein. Kohdunkaulan syövän seulontaan kutsutaan 30–60-vuotiaat naiset viiden vuoden välein, osassa kuntia myös 25- ja/tai 65-vuotiaat naiset. Vaikka PSA-testiin perustuvan seulonnan on todettu vähentäneen eturauhasen syövän aiheuttamia kuolemia, väestöseulontaa ei ole aloitettu Suomessa seulonnan aiheuttamien haittojen, kuten huomattavan yli diagnostiikan ja ylihoidon vuoksi. Kuntien järjestämien seulontatutkimusten lisäksi kaikkia em. tutkimuksia tehdään myös muiden terveyspalvelujen yhteydessä kuten esimerkiksi yksityisessä terveydenhuollossa gynekologien ja muiden yksityislääkärien läheteillä tai muualla seulontaohjelman ulkopuolella (Niironen ym. 2014). Väestötutkimus antaa siis seulontatutkimuksissa käynneistä mahdollisesti kattavamman kuvan kuin rekisteritieto, joka kuvaa vain kuntien järjestämää seulontaa.

Menetelmät

Kyselylomakkeeseen 2 sisältyi kysymys siitä, koska tutkittava oli viimeksi ollut terveystarkastuksessa (esimerkiksi lakisääteinen työpaikkatarkastus, ajokorttitarkastus, neuvolatarkastus). Koska terveystarkastuksessa harvoin käydään vuosittain, tässä raportissa tarkastellaan niiden osuutta, jotka ilmoittivat käyneensä viimeksi terveystarkastuksessa 12 viime kuukauden aikana tai 1–5 vuotta sitten. Elintapamuutoskehotuksia tiedusteltiin kysymällä onko joku kysymyksessä mainitusta henkilöistä kehottanut vastaajaa terveystarkastukseen 12 viime kuukauden aikana seuraaviin muutoksiin: liikunnan lisääminen, ruokailutottumusten muuttaminen, laihduttaminen, alkoholin käytön vähentäminen sekä tupakoinnin lopettaminen. Tutkittavaa pyydettiin tarvittaessa valitsemaan useita seuraavista muutoksiin kehoitaneista henkilöistä: lääkäri tai hammaslääkäri, terveydenhoitaja tai muu terveydenhuollon ammattilainen, perheenjäsen tai joku muu. Lisäksi oli vaihtoehto ”ei kukaan”. Tässä tarkastellaan niiden osuutta koko väestössä, jotka olivat merkinneet ainakin yhteen em. elintapamuutokseen saaneensa kehotuksen lääkäriltä, hammaslääkäriltä, terveydenhoitajalta tai muulta terveydenhuollon ammattilaiselta. Lisäksi tätä tarkasteltiin osuutena niistä vastaajista, joilla oli vähintään yksi käynti viime 12 kk aikana oman sairauden takia joko lääkärissä tai terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla (tai kotikäynti, ks. luku 14.2).

Seulontatutkimuksiin osallistumista selvitettiin kysymällä ”Oletteko ollut seuraavissa tutkimuksissa”. Naisille vastattavaksi kohdennettuja tutkimuksia olivat mammografia (rintojen röntgentutkimus), rintojen tutkimus ultraäänellä, kohdunkaulan syövän seulontatutkimus (PAPA-koe) sekä gynekologin tarkastuskäynti tai tutkimus. Miehillä kohdennettiin ”eturauhasen syövän tai liikakasvun tutkimukseen kuuluva verinäytteenä mitattava PSA-testi”. Tässä tarkastellaan niiden osuuksia, jotka valitsivat vaihtoehdon ”kyllä, 12 viime kuukauden aikana” tai ”kyllä, 1–5 vuoden aikana”.

Elintapamuutoskehotuksia ei kysytty aiemmin Terveys 2011 tutkimuksessa. Terveystarkastuksia ja seulontatutkimuksia koskevissa kysymyksissä tehtiin muutoksia verrattuna aiempiin tutkimuksiin, joten näiden yleisyyden muutoksia ei voida suoraan arvioida.

Nykytilanne

Alle 70-vuotiaista miehistä 77 ja naisista 74 prosenttia oli käynyt jossakin terveystarkastuksessa viiden viime vuoden aikana. Terveystarkastuksessa käyneitä oli naisista suurempi osuus kuin miehistä vain nuorimmassa ikäryhmässä. (Taulukko 14.1.)

Lähes viidennes vastaajista oli saanut joltain terveydenhuollon ammattilaiselta kehotuksen elintapojen muutokseen 12 viime kuukauden aikana. Kun tarkastelu rajattiin lääkärin tai hoitajan palveluja käyttäneisiin, miehet olivat naisia useammin saaneet elintapamuutoskehotuksen ammattilaiselta. Palveluita käyttäneistä miehistä lähes kolmannes oli saanut tällaisen kehotuksen, muita useammin 50–59- tai 60–69-vuotiaat (38–39%). Myös naisilla elintapamuutoskehotusten saaminen oli yleisintä keski-ikässä. (Taulukko 14.2.)

Kaikista naisista yli puolet oli käynyt mammografiatutkimuksessa ja alle neljännes oli käynyt rintojen ultraäänitutkimuksessa viiden viime vuoden aikana. Rinta-

14. TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ JA KOKEMUKSET HOIDOSTA

Taulukko 14.1: Terveystarkastuksessa 5 viime vuoden aikana käyneiden osuus (%) 30–69-vuotiailla.

	30–39	40–49	50–59	60–69	30–69 ¹
Miehet	68,4	76,1	86,0	77,8	77,4
Naiset	73,6	72,9	77,1	70,5	73,5
p ²					0,006

¹ ikävakioitu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Taulukko 14.2: Terveystarkastuksen ammattilaiselta kehoituksen johonkin elintapojen muutokseen terveyssyistä viime 12 kuukauden aikana saaneiden osuus (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Osuus kaikista							
Miehet	11,0	18,5	23,2	24,5	19,1	14,6	19,0
Naiset	14,3	18,7	26,6	22,3	18,9	13,7	19,8
p ²							0,424
lkm	88 000	122 000	183 000	174 000	92 000	41 000	699 000
Osuus lääkärin tai terveyden- tai sairaanhoitajan palveluja käyttäneistä							
Miehet	21,9	32,6	38,5	37,5	28,1	26,9	32,2
Naiset	22,1	27,4	34,8	29,6	25,4	27,5	28,3
p ³							0,017

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

³ sukupuolten välinen tasoero

syövän seulonnan kohderyhmään kuuluvissa ikäluokissa mammografiassa käyneitä oli yli 90 prosenttia. Kohdunkaulan syövän seulontatutkimuksessa käyminen oli hie- man harvinaisempaa seulonnan kohderyhmiin kuuluvissa ikäluokissa. Kaikista nai- sista kohdunkaulan syövän seulontatutkimuksessa oli viiden viime vuoden aikana käynyt 73 prosenttia. Noin kolmasosa alle 60-vuotiaista naisista oli käynyt gyne- kologin tarkastuksessa tai tutkimuksissa 12 viime kuukauden aikana. PSA-tutki- muksessa käyminen yleistyi miehillä iän myötä. 60 vuotta täyttäneistä miehistä yli puolet oli käynyt PSA-tutkimuksessa viiden viime vuoden aikana. (Taulukko 14.3.)

Taulukko 14.3: Seulontatutkimuksissa käyneiden osuus (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Mammografia 5 viime vuoden aikana							
Naiset	13,4	36,0	96,7	93,5	46,7	16,6	57,4
Rintojen ultraäänitutkimus 5 viime vuoden aikana							
Naiset	14,2	30,1	29,0	22,6	23,7	12,7	23,3
Kohdunkaulan syövän seulontatutkimus 5 viime vuoden aikana							
Naiset	90,2	87,0	92,0	74,4	30,8	12,2	73,1
Gynekologin tarkastus/tutkimus 12 viime kuukauden aikana							
Naiset	38,4	31,2	35,0	28,5	15,8	8,6	29,1
PSA-tutkimus 5 viime vuoden aikana							
Miehet	3,7	15,1	39,9	56,8	66,7	69,3	37,3

¹ ikävakioitu

Johtopäätökset

Tässä raportoidut terveystarkastuksissa ja seulontatutkimuksissa käyneiden osuudet voivat olla yliarvioita, sillä on todennäköistä, että henkilöt, jotka ovat aktiivisesti käyneet terveystarkastuksessa ja seulontatutkimuksissa, ovat myös muita useammin osallistuneet tähän tutkimukseen. Terveys 2000- ja Terveys 2011 -tutkimuksissa terveystarkastuskäynneistä kysyttiin yksityiskohtaisemmin osana tutkimusterveystarkastuksen yhteydessä tehtyä haastattelua, jossa vastausaktiivisuus oli parempi kuin FinTerveys 2017 -tutkimuksessa kyselylomakkeen 2 osalta. Kun tarkastellaan jossakin terveystarkastuksessa viiden viime vuoden aikana käyneiden osuutta vuonna 2011 (Koponen ym. 2012b) ja 2017, terveystarkastuksessa käyminen näyttäisi hieman yleistyneen. Osa tästä muutoksesta voi kuitenkin johtua menetelmäeroista ja kadon aiheuttamasta harhasta.

Vuonna 2011 yleisimpiä terveystarkastuksia olivat työterveyshuollon terveystarkastukset sekä miehillä ajokorttitarkastukset (Koponen ym. 2012b). Tuolloin naisilla myös raskauden ehkäisyyn liittyvä tarkastukset olivat yleisiä. Myös FinTerveys-tutkimuksessa nuorimpien naisten miehiä yleisempi terveystarkastuksissa käyminen liittyy erityisesti tarkastuksiin raskauden ehkäisyyn vuoksi, raskauden aikana tai synnytysten jälkeen. Miesten naisia yleisempi terveystarkastuksessa käyminen puolestaan liittyy mm. ajolupien uusintaan tarvittaviin lääkärintodistuksiin sekä työterveyshuoltoon, jossa miesvaltaisilla toimialoilla voi olla naisia enemmän terveystarkastuksia työperäisiin terveystarpeisiin liittyen (esim. melutyö teollisuudessa ja rakennuksilla).

Elintapamuutoskehotukset olivat yleisimpiä ikäryhmissä, joissa terveystarpeet alkavat mahdollisesti tulla esiin. Jatkotutkimuksissa on syytä tarkemmin selvittää, miten ne henkilöt, joilla todettiin terveystarpeita (esim. tupakoivat, olivat ylipainoisia tai lihavia tai ne, joilla oli kohonnut verenpaine) olivat saaneet kehotuksia elintapamuutoksiin.

Rekisteritiedon mukaan rintasyövän seulontaan osallistuu yli 80 prosenttia ja kohdunkaulan syövän seulontaan noin 70 prosenttia kutsun saaneista naisista (*Syö-*

pärekisteri 2016; Niironen ym. 2014). Mammografiatutkimuksiin ja kohdunkaulan syövän seulontatutkimuksiin osallistuminen näiden kohderyhmiin kuuluvissa ikäryhmissä näyttää FinTerveys-tutkimustulosten perusteella hieman yleisemmältä kuin rekisteritiedon perusteella: Osa kuntien järjestämistä seulontatutkimuksista korvautuu tai täydentyy muualla, mm. yksityisessä terveydenhuollossa ote-
tuin näyttein. Myös aikaisempi tutkimus (Niironen ym. 2014) osoittaa, että muita huonommin kohdunkaulan syövän seulontaan osallistuvat nuorimmat ja alimpaan koulutusryhmään kuuluvat. Naisia pitäisi kannustaa osallistumaan organisoituun seulontaan ja aktivoita huonoiten osallistuvia ryhmiä mm. uusintakutsuin ja joustavaa ajanvarausta kehittämällä.

Vaikka PSA-tutkimuksia ei väestöseulontana suositella Suomessa, kuten ei muuallakaan Euroopassa, varsin suuri osa miehistä on käynyt näissä tutkimuksissa. PSA-tutkimusten merkitystä tulisi arvioida aiempaa laajemmin myös miesten muiden terveyspalvelujen käytön näkökulmasta.

14.2 Vastaanottokäynnit ja fysioterapia

Päivikki Koponen, Päivi Sainio, Katri Kilpeläinen ja Anna-Mari Aalto

- Kolme neljästä aikuisesta käy vähintään kerran vuoden aikana lääkärin vastaanotolla. Lääkäriissä käyminen on myös pitkäaikaissairailta naisilla yleisempää kuin miehillä.
- Terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla käyneiden tai hoitajan kotikäynnillä tavanneiden osuus on noussut verrattuna vuoteen 2011.
- Noin 650 000 henkilöä käy fysioterapiassa vuoden aikana. Fysioterapiassa käyminen on yleisintä keski-ikäisillä naisilla.

Suomalaisen terveystalouden sekä palvelujen suunnittelun arvioinnin perustaksi tarvitaan tietoa palvelujen järjestämistavan ja hoitokäytäntöjen muutoksien vaikutuksista palvelujen käyttöön eri väestöryhmissä. Peruseriaate on tarjota jokaiselle Suomessa asuvalle hänen terveydentilansa edellyttämät riittävät ja laadukkaat palvelut riippumatta sosioekonomisesta asemasta, taloudellisista edellytyksistä tai asuinalueesta.

Ahovhoidon hoitoilmoitusjärjestelmän kehittymisen myötä tietoa saadaan aiempaa kattavammin rekistereistä. Terveyskeskuskäyntejä oli vuonna 2016 kaikkiaan 24,5 miljoonaa (Mölläri ja Saukkonen 2017). Näistä lääkärikäyntejä oli 6,6 miljoonaa ja terveydenhuollon muiden ammattihenkilöiden käyntejä 17,9 miljoonaa. Asiakkaita oli yhteensä 3,8 miljoonaa. Avosairaanhoito oli perusterveydenhuollon avohoidon käyntien kokonaisuudesta suurin ryhmä (45 prosenttia).

Toistaiseksi hoitoilmoitustiedoista ei kuitenkaan voida tarkastella palvelujen käyttöä koko väestössä niin, että voitaisiin tunnistaa myös ne, jotka eivät käytä lainkaan palveluja mutta olisivat niitä tarvinneet. Perusterveydenhuollon rekisteritiedot eivät myöskään anna kuvaa julkisten ja yksityisten (ml. työterveyshuolto) palvelujen käytöstä väestötasolla, eikä niiden perusteella voida tunnistaa väestöryhmien välisiä eroja palvelujen käytössä. Vuonna 2011 todettiin terveyskeskuslääkärikäyntien määrän vähentyneen ja työterveyslääkärikäyntien määrän kasvaneen (Nguyen ym. 2012). Aiempien tutkimusten perusteella sosioekonomiset erot palvelujen käytössä ovat olleet merkittäviä. Terveyspalveluja käyttävät eniten ne, joilla on siihen taloudellisia ja muita sosiaalisia edellytyksiä. Sosioekonomisen hierarkian yläpäässä olevilla on eniten resursseja (rahaa, tietoa, tuttavuuksia, mahdollisuuksia) tavoitella terveyttä ja hakea tarvitsemiaan palveluita. Paremmiin koulutetuilla on enemmän tietoa palveluista, sekä enemmän voimia vaatia itselleen tutkimuksia ja jatkohoitoa. (Manderbacka ym. 2017; Lahelma ja Rahkonen 2011).

Menetelmät

Terveyspalvelujen käyttöä koskeviin kysymyksiin kyselylomakkeella 2 sisältyi kysymys ”Montako kertaa 12 viime kuukauden aikana olette käynyt lääkärin vastaanotolla oman sairautenne takia?”. Vastaavasti kysyttiin käyntejä terveydenhoitajan, sairaanhoitajan tai työterveyshoitajan vastaanotolla, mutta hoitajakäyntien osalta kysymykseen sisältyi myös tarkennus ”tai terveydenhoitaja on käynyt Teillä koti-

14. TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ JA KOKEMUKSET HOIDOSTA

käynnillä”. Kysymykset poikkesivat hieman aiemmin Terveys 2011 -tutkimuksessa käytetyistä kysymyksistä. Tässä raportissa kuvataan niiden osuutta, joilla oli vähintään yksi käynti. Fysioterapiakäynneistä kysyttiin lääkärin läheteellä toteutunutta fysioterapiaa. Tässä raportissa palvelujen käyttöä tarkastellaan kaikilla 30 vuotta täyttäneillä sekä niillä, jotka ilmoittivat, että heillä on jokin pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma (ks. luku 8).

Nykytilanne

Naisista 78 prosenttia ja miehistä 70 prosenttia oli käynyt lääkärin vastaanotolla vähintään kerran oman sairautensa takia 12 viime kuukauden aikana (taulukko 14.4). Naiset olivat miehiä useammin käyneet lääkärin vastaanotolla kaikissa muissa paitsi 80 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä. Lääkäriin käyminen yleistyi iän myötä: 30–39-vuotiaista noin kaksi kolmasosaa ja 80 vuotta täyttäneistä yli 80 prosenttia oli käynyt lääkärissä. Pitkäaikaissairaista naisista 87 prosenttia ja miehistä 81 prosenttia oli käynyt lääkärin vastaanotolla oman sairautensa takia eivätkä ikäryhmien väliset erot olleet yhtä johdonmukaisia kuin koko väestössä. Naisten ja miesten välinen ero lääkärin vastaanotolla käyneiden osuudessa oli merkitsevä myös pitkäaikaissairailta.

Taulukko 14.4: Sairaanhoitopalveluja 12 viime kuukauden aikana käyttäneiden osuus (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Käynyt lääkärin vastaanotolla, kaikki							
Miehet	59,5	69,9	69,8	68,6	78,2	83,2	69,6
Naiset	71,7	74,7	80,7	77,3	82,9	81,0	77,5
p ²							< 0,001
lkm	458 000	477 000	552 000	543 000	391 000	234 000	2 656 000
Käynyt lääkärin vastaanotolla, pitkäaikaissairaat							
Miehet	75,4	81,5	80,9	78,8	85,6	89,0	81,3
Naiset	86,4	83,5	90,3	85,3	88,1	87,1	86,9
p ³							< 0,001
Käynyt terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla tai kotikäynti, kaikki							
Miehet	43,4	45,5	47,0	46,3	53,2	41,9	46,6
Naiset	47,5	47,7	53,8	47,3	52,9	59,0	50,2
p ⁴							0,017
lkm	317 000	307 000	370 000	348 000	256 000	152 000	1 751 000
Käynyt terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla tai kotikäynti, pitkäaikaissairaat							
Miehet	48,5	55,7	57,1	55,4	64,0	47,2	56,1
Naiset	56,6	62,9	59,7	53,5	59,4	64,0	58,5
p ⁵							0,243

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

³ sukupuolten välinen tasoero

⁴ sukupuolten välinen tasoero

⁵ sukupuolten välinen tasoero

Naisista puolet ja miehistä hieman harvempi oli käynyt terveyden- tai sairaan-

14. TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ JA KOKEMUKSET HOIDOSTA

hoitajan vastaanotolla tai tavannut hoitajan kotikäynnillä vähintään kerran oman sairautensa takia 12 viime kuukauden aikana (taulukko 14.4). Pitkäaikaissairaila hoitajan vastaanotolla käyntejä tai kotikäyntejä oli noin 10 prosenttiyksikköä enemmän kuin koko väestössä. Naisten ja miesten ero hoitajakäynneissä oli merkitsevä vain tarkasteltaessa kaikkia 30 vuotta täyttäneitä, mutta ei heillä, joilla oli jokin pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma. Hoitajakäynneissä ei havaittu merkitseviä ikäryhmien välisiä eroja koko väestössä eikä pitkäaikaissairailailla.

Fysioterapiassa edellisen vuoden aikana oli käynyt naisista noin joka viides ja miehistä joka seitsemäs (taulukko 14.5). Yleisintä fysioterapiassa käynti oli 40–59-vuotiailla: naisista joka neljäs ja miehistä joka kuudes oli saanut fysioterapiaa. Harvinaisinta se oli puolestaan 70–79-vuotiailla miehillä, joista vain joka 16. oli käynyt fysioterapiassa lääkärin läheteellä. Pitkäaikaista sairautta sairastavilla fysioterapiassa käynti oli vain hieman yleisempää kuin koko 30 vuotta täyttänyttä väestöä tarkasteltaessa, mutta aktiivisin fysioterapian käyttäjäryhmä oli kuitenkin keskiikäiset jotain pitkäaikaista sairautta sairastavat naiset: heistä noin kolmannes oli käynyt lääkärin läheteellä fysioterapiassa edellisen vuoden aikana.

Taulukko 14.5: Lääkärin läheteellä fysioterapiassa 12 viime kuukauden aikana käyneiden osuus (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Fysioterapia, kaikki							
Miehet	15,9	16,4	17,8	13,6	6,6	12,2	14,4
Naiset	17,6	23,8	25,3	19,7	20,0	18,0	21,2
p ²							0,003
lkm	117 000	132 000	158 000	124 000	67 000	46 000	645 000
Fysioterapia, pitkäaikaissaira							
Miehet	24,2	15,9	20,5	17,5	6,1	12,8	16,2
Naiset	25,1	34,5	31,7	23,1	23,0	20,2	26,6
p ³							0,006

¹ ikävakioitu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

³ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Koulutusryhmien väliset erot olivat vähäisiä, kun tarkasteltiin vähintään kerran lääkärissä käyneiden osuutta 30 vuotta täyttäneessä väestössä. Perusasteen koulutuksen saaneista naisista hieman pienempi osa kuin korkea-asteen koulutuksen saaneista oli käynyt vähintään kerran lääkärissä. Korkea- ja keskiasteen koulutuksen saaneet naiset kävivät yleisemmin fysioterapiassa kuin perusasteen koulutuksen saaneet.

Muutos 2011–2017

Käytettyjen kysymysten erot rajoittavat vertailuja vuoteen 2011. Lääkärissä vähintään kerran vuoden aikana käyneiden osuus näyttäisi kasvaneen vain muutaman prosentin vuodesta 2011, jolloin naisista 74 ja miehistä 65 prosenttia oli käynyt vähintään kerran lääkärissä viimeksi kuluneen vuoden aikana (Nguyen ym. 2012).

Fysioterapiakäynneissä vaikuttaa olevan lievää kasvua vuoteen 2011 verrattuna, jolloin fysioterapiassa käyneiden osuus oli naisilla 17 ja miehillä 12 prosenttia (Röberg ja Sainio 2012). Terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla käyneiden tai hoitajan kotikäynnillä tavanneiden osuus näyttäisi nousseen (Nguyen ym. 2012) noin 10 prosentilla.

Johtopäätökset

Erot pitkäaikaissairaiden ja koko väestön palvelujen käytössä näyttävät melko vähäisiltä kun tarkastellaan lääkärin vastaanotolla käyneiden tai fysioterapiassa olleiden osuuksia. Kuten koko väestössä, myös pitkäaikaissairaajat miehet olivat käyneet naisia harvemmin lääkärin vastaanotolla ja fysioterapiassa. Aktiivisin fysioterapian käyttäjäryhmä on keski-ikäiset pitkäaikaissairaajat naiset. Myös aikaisemmat tutkimukset ja rekisteritiedot tukevat näitä käsityksiä suomalaisista fysioterapian käyttäjistä (Klaukka ym. 1987; Arinen ym. 1998; Hakulinen 2004). Terveyden- tai sairaanhoitajien palveluissa sukupuolten välinen ero oli havaittavissa vain koko väestössä, mutta ei pitkäaikaissairaiden osalta. FinTerveys-tutkimuksessa kysymykset tarkennettiin koskemaan palvelujen käyttöä oman sairauden takia, minkä vuoksi sukupuolten välinen ero ei todennäköisesti johdu esimerkiksi naisten neuvolakäynneistä. Kun otetaan huomioon se, että aiemmissa tutkimuksissa naisia on pyydetty näissä kysymyksissä huomioimaan myös raskauteen ja synnytykseen liittyvät lääkäri- ja hoitajakäynnit, on kasvu terveyden- ja sairaanhoitajien palveluja käyttäneiden osuudessa todennäköisesti nyt havaittua suurempi.

Tuki- ja liikuntaelinten oireet ovat yleisin fysioterapian käytön syy (Hakulinen 2004), ja vaikka useimpien oireiden muutosta ei voitu luotettavasti arvioida (ks. luku 9), vaikuttaa siltä, että ainakin polvioireet ovat lisääntyneet. Tämä voi osittain selittää fysioterapian käytön lievää yleistymistä. Terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla käyneiden tai hoitajan kotikäynnillä tavanneiden osuuden kasvu vastaa hoitokäytäntöjen muutoksia niissä terveyskeskuksissa, joissa sekä akuutisti että pitkäaikaisesti sairaiden hoitoa on aiempaa enemmän ohjattu hoitajille niin, ettei potilas aina tapaa lääkärää.

FinTerveys-tutkimuksessa kerättyä tietoa, huomioiden myös käyntien määrillä arvioitu palveluja runsaasti käyttävien ryhmä, voidaan myöhemmin hyödyntää esimerkiksi tiettyjen sairaus- tai riskiryhmien hoidon tarpeen arvioinnissa. Hoitoilmoitusjärjestelmäkokonaisuudesta (Hilmo) saatavat tiedot tarjoavat tulevaisuudessa yhä kattavammin ajantasaista tietoa väestön palvelujen käytöstä ja hoidon saatavuudesta. Väestötutkimustietoa tarvitaan täydentämään rekisteritietoja ainakin niin kauan kun hoitoilmoitustieto ei ole vielä täysin kattavaa eikä siitä saada tietoa väestöryhmien välisistä eroista.

14.3 Ensisijainen hoitopaikka ja kokemukset terveyspalveluista

Anna-Mari Aalto ja Päivikki Koponen

- Työikäiset hakeutuvat ensisijaisesti työterveyshuoltoon lääkäripalveluita tarvittaessaan, ikääntyneet taas asioivat pääasiassa terveyskeskuksissa.
- Yli puolet sekä miehistä että naisista ei koe päässeensä osallistumaan riittävän hyvin omaan hoitoonsa. Myös tiedonkulussa ensisijaisen hoitopaikan ja muun terveydenhuollon välillä koetaan ongelmia.
- Naisten kokemukset ensisijaisen hoitopaikan toiminnasta ovat kielteisempiä kuin miehillä.

Terveydenhuollon painopisteen siirtyminen yhä enemmän pitkäaikaisten sairauksien ja niiden riskitekijöiden hallintaan, valinnanvapauden laajentuminen terveyspalveluissa, palvelujen digitalisoituminen ja ihmisten oman vastuun lisääntyminen omasta terveydestään korostavat kaikki potilaiden aktiivisen roolin huomiointista terveydenhuollossa. Asiakslähtöisyydestä on tullut keskeinen terveyspoliittinen tavoite, jota pidetään arvona sinänsä, mutta myös tärkeänä hoidon vaikuttavuutta ja yhdenvertaisuutta edistävänä sekä kustannuksia hillitsevänä tekijänä. Samalla potilaiden omien palvelujen toimintaa koskevien kokemusten merkitys terveydenhuollon laadun arvioinnissa on korostunut.

Menetelmät

Palvelujen käyttöä ja palvelukokemuksia koskeva tieto kerättiin kyselylomakkeella 2. Pääasiallista hoitopaikkaa arvioitiin kysymällä mihin hoitopaikkaan vastaajat ensisijaisesti hakeutuisivat jos he tarvitsevat lääkäripalveluja. Vastausvaihtoehtoja olivat: terveyskeskus, yksityinen lääkäriasema, työterveyshuolto, opiskelijaterveydenhuolto, sairaalan poliklinikka, muu hoitopaikka. Analyyseissä opiskelijaterveydenhuolto ja sairaalan poliklinikka yhdistettiin ryhmään ”muu”.

Kokemuksia terveyspalveluista 12 viime kuukauden aikana arvioitiin 10 kysymyksen sarjalla. Palvelujen saatavuutta arvioitiin sen perustella, kuinka sujuvasti tutkimukseen osallistuneet olivat saaneet yhteyden hoitopaikkaan sekä pääsivätkö he riittävän nopeasti hoitoon ja tutkimuksiin. Kokemuksia vuorovaikutuksesta henkilökunnan kanssa mitattiin kolmella kysymyksellä, jotka oli muokattu tähän tutkimukseen Maailman terveysjärjestön (WHO) terveydenhuollon asiakslähtöisyyden mittaamiseen kehitetystä kysymyssarjasta (Valentine ym. 2007). Vastaajilta kysyttiin oliko hoitohenkilökunta kuunnellut heitä riittävästi, oliko asiat selitety heille ymmärrettävästi ja oliko heidän annettu osallistua omaa hoitoa ja tutkimuksia koskeviin päätöksiin niin paljon kuin he halusivat. Vastaavan sisältöiset kysymykset kuuluvat myös OECD:n asiakslähtöisyys kysymyssarjaan. Lisäksi kysyttiin oliko hoitokäynnistä ollut hyötyä, kulkiko tieto oman hoitopaikan ja muun terveydenhuollon välillä, oliko matka hoitopaikkaan hankala ja olivatko liian korkeat asiakasmaksut vaikeuttaneet hoidon saamista. Vastausvaihtoehdot olivat 1) aina, 2) useimmiten, 3) joskus 4) ei koskaan, 5) ei koske minua. Palvelukokemusten

analyyseissä tarkastellaan vaihtoehdon ”aina” valinneiden osuuksia, paitsi matkan hankaluutta ja liian korkeita asiakasmaksuja koskevissa kokemuksissa, joissa tarkastellaan vaihtoehdon 1,2 ja 3 valinneiden osuuksia (niitä, jotka vähintään joskus kokivat matkan tai maksujen vaikeuttaneen hoidon saamista). Asiakaskysymyksissä kysymysmuotoilut on yhdenmukaistettu FinSote-tutkimuksen kanssa, jonka vuoksi ne eivät ole vertailukelpoisia Terveys 2011 -kysymysten kanssa. Siksi tässä kuvataan vain vuoden 2017 tuloksia.

Nykytilanne

Hieman yli puolet vastaajista piti terveyskeskusta ensisijaisena hoitopaikkanaan. Terveyskeskus oli useimmiten ensisijainen hoitopaikka erityisesti yli 60-vuotiaiden joukossa, joista useampi kuin kaksi kolmesta asioi ensisijaisesti terveyskeskuksessa. Miehillä terveyskeskuksen valinta ensisijaiseksi hoitopaikaksi oli vähäisintä alle 40-vuotiailla, joista alle kolmannes piti terveyskeskusta pääasiallisena hoitopaikkanaan. Naisista 40–60 -vuotiaat valitsivat muita harvemmin terveyskeskuksen, heistä noin kolmannes asioi ensisijaisesti terveyskeskuksessa. Yksityislääkäripalvelut ilmoitti ensisijaiseksi hoitopaikakseen hieman yli 10 % sekä miehistä ja naisista. Yksityislääkäripalvelujen ensisijaisuus oli jonkin verran vähäisempää yli 70-vuotiaiden joukossa kuin sitä nuoremmilla. Työikäisistä työterveyshuollon valitsi ensisijaiseksi hoitopaikakseen hieman alle 60 % vastaajista. Työterveyshuollon ensisijaisuus oli yleisintä keski-ikäisten joukossa ja vähäisintä yli 60-vuotiailla. Jonkun muun (esim. opiskelijaterveydenhuolto, sairaalan poliklinikka) ensisijaiseksi hoitopaikakseen valitsi hieman yli 2 %. (Taulukko 14.6.)

Palvelujen saatavuutta koskevissa kysymyksissä hieman yli puolet arvioi saaneensa aina sujuvasti yhteyden hoitopaikkaan, miehet jonkin verran naisia useammin. Yhteydensaanti hoitopaikkaan oli sujuvampaa työikäisillä, kuin sitä vanhemmilla. Noin puolet miehistä katsoi päässeensä aina riittävän nopeasti hoitoon. Naisilla oli jonkin verran enemmän ongelmia hoitoon pääsyssä. Hoitoon pääsy toteutui parhaiten työikäisillä. Tutkimuksiin oli aina päässyt riittävän nopeasti noin puolet vastaajista, miehet kuitenkin jonkin verran naisia useammin. Tutkimuksiin pääsyssä ei esiintynyt huomattavia eroja työikäisten ja vanhempien vastaajien välillä. (Taulukko 14.7.)

Hieman yli puolet vastaajista katsoi että hoitohenkilökunta aina kuunteli mitä heillä oli sanottava ja että asiat selitettiin aina heille ymmärrettävästi. Miehet arvioivat kommunikaatiota henkilökunnan kanssa positiivisemmin kuin naiset, mutta työ- ja eläkeikäisten vastaajien välillä ei ollut eroja kommunikaatioon liittyvissä kokemuksissa. Omaa hoitoa koskeviin päätöksiin oli aina päässyt osallistumaan vain hieman yli 40 % vastaajista siinä määrin kuin halusi. (Taulukko 14.7.)

Hoitokäyntejä piti aina hyödyllisinä puolet vastaajista. Eläke-ikäiset miehet pitivät muita useammin käyntejä aina hyödyllisinä. Tiedonkulun oman hoitopaikan ja muun terveyden huollon välillä arvioi sujuvan aina hyvin hieman alle puolet vastaajista, miehet naisia jonkin verran useammin.

Noin joka viides miehistä ja joka neljäs naisista piti matkaa hoitopaikkaan vähintään joskus hankalana. Eläke-ikäiset naiset pitivät matkoja hoitopaikkaan jonkin verran muita useammin hankalina. Noin joka neljäs vastaaja katsoi korkeiden asiakasmaksujen ainakin joskus haitanneen hoidon saamista. (Taulukko 14.7.)

Perusasteen koulutuksen suorittaneista useampi kuin korkea-asteen koulutuk-

14. TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ JA KOKEMUKSET HOIDOSTA

Taulukko 14.6: Ensisijainen hoitopaikka (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Terveyskeskus							
Miehet	30,9	33,3	37,7	69,3	86,3	90,1	52,3
Naiset	41,9	34,3	33,6	71,6	88,2	88,3	54,3
p ²							0,045
lkm	253 000	223 000	261 000	523 000	423 000	255 000	1 940 000
Yksityinen terveysasema							
Miehet	13,1	14,6	14,5	15,5	11,3	7,6	13,7
Naiset	13,2	12,3	13,2	13,8	9,5	8,8	12,4
p ³							0,207
lkm	92 000	89 000	101 000	109 000	50 000	24 000	465 000
Työterveyshuolto*							
Miehet	61,4	57,7	58,0	47,0	.	.	57,8
Naiset	54,7	59,4	63,2	54,5	.	.	58,9
p ⁴							0,658
Jokin muu							
Miehet	4,3	2,3	1,4	3,1	1,9	1,0	2,5
Naiset	1,9	2,1	1,8	2,4	2,3	2,9	2,1
p ⁵							0,377
lkm	22 000	15 000	11 000	20 000	10 000	6 000	86 000

¹ ikävakioitu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

³ sukupuolten välinen tasoero

* Työssäkäyvät 30–69-vuotiaat

sen suorittaneista ilmoitti ensisijaiseksi hoitopaikakseen lääkäripalveluja tarvitseensa terveyskeskuksen. Yksityislääkäriaseman tai työterveyshuollon taas ilmoittivat ensisijaiseksi hoitopaikakseen useimmiten korkea-asteen koulutuksen suorittaneet. (ks. luku 17).

14. TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ JA KOKEMUKSET HOIDOSTA

Taulukko 14.7: Kuluneen 12 kk aikana lääkärin ja/tai hoitajan luona käyneiden kokemukset hoitopaikasta (%).

	30–64	65+	30+ ¹
Yhteys hoitopaikkaan sujuvasti			
Miehet	60,3	56,0	59,0
Naiset	55,3	46,6	52,7
p ²			< 0,001
Hoitoon pääsy riittävän nopeasti			
Miehet	53,2	47,9	51,6
Naiset	48,2	43,5	46,8
p ³			0,003
Tutkimuksiin pääsy riittävän nopeasti			
Miehet	54,8	58,2	55,8
Naiset	53,2	50,2	52,2
p ⁴			0,045
Hoitohenkilökunta kuunteli riittävästi			
Miehet	58,5	61,2	59,3
Naiset	50,0	51,4	50,4
p ⁵			< 0,001
Asiat selitettiin ymmärrettävästi			
Miehet	55,8	59,7	57,0
Naiset	53,0	54,4	53,4
p ⁶			0,028
Mahdollisuus osallistua päätöksiin			
Miehet	43,5	43,7	43,5
Naiset	43,7	41,4	43,0
p ⁷			0,805
Hoitokäynnistä hyötyä			
Miehet	48,5	59,0	51,6
Naiset	48,3	50,5	49,0
p ⁸			0,181
Tiedonkulku sujuvaa			
Miehet	46,6	53,9	48,9
Naiset	41,4	45,2	42,6
p ⁹			0,002
Matka hoitopaikkaan hankala			
Miehet	20,3	21,9	20,8
Naiset	24,8	30,0	26,3
p ¹⁰			0,002
Liian korkeat asiakasmaksut			
Miehet	26,3	26,7	26,4
Naiset	27,4	28,5	27,8
p ¹¹			0,354

¹ ikävakioitu
^{2–11} sukupuolten välinen tasoero

Johtopäätökset

Tulosten mukaan lääkäripalveluja tarvittaessa työikäiset ilmoittavat valitsevansa ensisijaisesti työterveyshuollon, terveyskeskus taas on useimmiten ensisijainen hoitopaikka eläke-ikäisillä. Työterveyshuollon merkitys työssä käyvien ensisijaisena hoitopaikkana on todettu myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Virtanen ja Mattila 2011). Työterveyshuollon yleistyminen lääkäripalvelujen tuottajana havaittiin myös tarkasteltaessa lääkäriissä käyntien määrässä tapahtuneita muutoksia vuodesta 2000 vuoteen 2011, jona aikana työterveyshuollon käynnit lisääntyivät samalla kun terveyskeskuskäyntien määrä väheni (Nguyen ym. 2012).

Suomessa hoitoon pääsyssä on todettu ongelmia erityisesti työelämän ulkopuolella olevilla, joilla ei ole mahdollisuutta käyttää työterveyshuollon palveluja (*Finland: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU 2017*). Aikaisemmassa väestötutkimuksessa terveyskeskuksessa pääasiassa asioivat raportoivat enemmän ongelmia palvelujen saatavuudessa verrattuna työterveyshuollossa ja yksityissektorilla asioiviin (Aalto ym. 2017). Myös tässä tutkimuksessa yhteyden saaminen pääasialliseen hoitopaikkaan ja hoitoon pääsy oli sujuvampaa työikäisillä kuin sitä vanhemmilla. Sen sijaan tutkimuksiin pääsyssä ei esiintynyt yhtä selviä ikäryhmittäisiä eroja.

Hieman yli puolet vastaajista koki kommunikaation hoitohenkilöstön kanssa sujuneen hyvin, mutta harvempi piti mahdollisuuksiaan osallistua omaan hoitoonsa hyvinä. Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös muista viimeaikaisista tutkimuksista (Aalto ym. 2017). Asiakkaan oma osallisuus hoitoprosessissaan on keskeistä asiakaslähtöisessä terveydenhuollossa. Potilaan aktiivista osallistumista ja yhteistyötä hoitavan henkilön kanssa korostetaan erityisesti pitkäaikaissairaiden hoidossa. Tulosten mukaan osallistumismahdollisuuksien edistämiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota terveydenhuollossa. Myös tiedonkulussa hoitopaikan ja muun terveyden huollon välillä esiintyi ongelmia yli puolella vastaajista, mikä kuvastaa ongelmia hoidon integraatiossa. Aikaisemmassa väestötutkimuksessa hoidon integraatioon liittyvät ongelmat olivat yleisimpiä hoidon saantia vaikeuttaneita tekijöitä (Aalto ym. 2017).

Korkeat asiakasmaksut olivat vaikeuttaneet joka neljännen hoidon saantia, mikä vastaa myös aikaisempia tuloksia (Aalto ym. 2017). OECD:n vertailussa Suomessa on kansainvälisesti verrattain korkeat asiakasmaksut (*Finland: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU 2017*).

Naisten kokemukset olivat suurimmassa osassa tarkasteltuja hoitokokemuksia kielteisempiä kuin miesten ja vastaavia tuloksia on saatu myös aikaisemmista tutkimuksista (Upmark ym. 2007; Aalto ym. 2017). Tulokset voivat heijastaa naisten erilaisia odotuksia hoitotapahtumalle tai henkilökunnan erilaista toimintaa.

Suomessa on todettu sosioekonomisten erojen palvelujen tarpeenmukaisessa käytössä selittyvän sillä, että korkeammassa tuloluokissa käytetään enemmän työterveyshuollon ja yksityissektorin palveluja (Manderbacka ym. 2017). Tämän tutkimuksen ensisijaista hoitopaikkaa koskevat tulokset ovat aiemman havainnon kanssa samansuuntaiset, vaikka tässä sosioekonomisen aseman osoittimena on käytetty tulojen sijasta koulutustaustaa.

14.4 Suun terveydenhuolto

Liisa Suominen ja Eero Raittio

- Suun terveydenhuollon palvelujen käyttö kasvoi, miehistä 66 prosenttia ja naisista 74 prosenttia käy jossain hammashoidossa vuoden aikana
- Noin kolmannes aikuisista käy vuoden aikana suuhygienistillä tai hammashoitajalla
- Jonotus on esteenä hoitoon hakeutumiselle joka viidennellä ja liian korkeat asiakasmaksut joka kuudennella aikuisella

Suomalaisen aikuisväestön suun terveydenhuollon palvelujen käyttö on kasvanut jo vuosikymmenten ajan (Suominen-Taipale ym. 2000; Suominen ym. 2017). Viime vuosikymmenellä erityisesti hammashoitajalla ja suuhygienistillä käyneiden määrä kasvoi voimakkaasti koko aikuisväestössä, lisäksi vanhemmassa aikuisväestössä (yli 45-vuotiaat) terveystarkastushammaslääkärillä käyneiden määrä kasvoi (Suominen ym. 2017; Raittio ym. 2013; Suominen-Taipale ym. 2004). Ajantasaista tietoa palvelujen käytöstä tarvitaan suun terveydenhuollon palvelujen järjestämisen seuraamiseksi ja kehittämiseksi.

Menetelmät

Kyselylomakkeella 2 kysyttiin onko vastaajalla tapana käydä hammaslääkärillä säännöllisesti tarkastusta varten sekä milloin he olivat viimeksi käyneet hammaslääkärissä. Käyntikertojen määrästä kysyttiin kuinka monta kertaa he olivat viimeisen 12 kuukauden aikana käyneet terveystarkastuksen hammaslääkärillä, yksityisellä hammaslääkärillä, muulla hammaslääkärillä, hammasteknikolla, terveystarkastuksen suuhygienistillä tai hammashoitajalla, yksityisellä suuhygienistillä tai hammashoitajalla tai muussa hammashoidossa. Lisäksi kysyttiin, olivatko huonot kulkuyhteydet, asiakasmaksut tai jonottaminen olleet esteenä hammaslääkärin hoitoon hakeutumiselle.

Nykytilanne

Miehistä hieman yli puolet (52 %) ja naisista kaksi kolmesta (67 %) kertoi käyvänsä säännöllisesti hammaslääkärillä hampaiden ja suun tarkastusta varten. Osuus oli miehillä alhaisin nuorimmassa ja naisilla vanhimmassa ikäryhmässä. (Taulukko 14.8 .)

Miehistä 55 ja naisista 60 prosenttia oli käynyt hammaslääkärissä viimeisen 12 kuukauden aikana, miehistä useimmin 50–59-vuotiaat ja naisista 60–69-vuotiaat. Edellisen kahden vuoden aikana hammaslääkärissä oli käynyt 77 prosenttia miehistä ja 86 prosenttia naisista. Niiden osuus, joiden hammaslääkärikäynnistä oli kulu- nut vähintään kolme vuotta, oli sekä miehillä että naisilla suurin yli 80-vuotiailla. (Taulukko 14.8 .)

Miehistä 66 prosenttia ja naisista 74 prosenttia oli käyttänyt jotain suun ter-

Taulukko 14.8: Hammaslääkärikäynnit (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Käy säännöllisesti tarkastuksessa							
Miehet	43,2	49,0	59,5	55,1	54,2	48,7	52,1
Naiset	63,7	63,3	73,9	72,0	65,2	48,6	67,0
p ²							< 0,001
lkm	372 000	370 000	490 000	474 000	292 000	139 000	2 136 000
Viimeisimmän käynnin ajankohta							
Miehet							
12 viime kuukauden aikana	45,2	49,7	61,0	59,2	59,0	56,6	55,1
1–2 vuotta sitten	27,8	25,8	22,9	17,8	22,3	7,4	22,3
Vähintään 3 vuotta sitten	27,0	24,5	16,1	22,9	18,7	36,1	22,7
Naiset							
12 viime kuukauden aikana	52,9	56,2	60,9	68,3	65,7	45,1	60,1
1–2 vuotta sitten	30,3	29,2	29,9	22,0	14,2	22,1	25,5
Vähintään 3 vuotta sitten	16,8	14,5	9,2	9,7	20,2	32,7	14,5
p ³							< 0,001

¹ ikävakiointu² sukupuolten välinen tasoero³ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

veydenhuollon palvelua viimeisen 12 kuukauden aikana. Miehillä nämä osuudet olivat korkeimpia yli 70-vuotiaalla ja naisilla 60–79-vuotiailla. Miehistä 27 prosenttia ja naisista 33 prosenttia oli käynyt terveystarkastushammaslääkärillä viimeisen 12 kuukauden aikana. Vastaavasti yksityishammaslääkärillä käyneitä oli miehistä 33 prosenttia ja naisista 36 prosenttia. Miehistä noin joka neljäs ja naisista noin joka kolmas oli käynyt suuhygienistillä tai hammashoitajalla viimeisen 12 kuukauden aikana. (Taulukko 14.9)

Miehistä 15 prosenttia ja naisista 18 prosenttia koki, että liian korkeat asiakasmaksut olivat esteenä hoitoon hakeutumiselle. Liian korkeat asiakasmaksut olivat este useammin työkäisille kuin eläkeikäisille. Vastaavasti miehistä 19 prosentille ja naisista 23 prosentille jonottaminen oli ollut esteenä hoitoon hakeutumiselle, työkäisille useammin kuin eläkeikäisille. Noin kahdella prosentilla esteenä olivat huonot kulkuyhteydet. (Taulukko 14.10)

Korkeasti koulutetuista suurempi osa kuin peruskoulutetuista kertoi käyvänsä säännöllisesti hammaslääkärin tarkastuksissa tai oli käyttänyt suun terveydenhuollon palveluja 12 kuukauden aikana. Mitä korkeampi koulutus, sitä suurempi oli yksityishammaslääkärillä viimeisen 12 kuukauden aikana käyneiden osuus. Perusasteen koulutuksen omaavat kokivat muita useammin liian korkeat asiakasmaksut esteeksi hammaslääkärikäynnille (ks. luku 17).

14. TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ JA KOKEMUKSET HOIDOSTA

Taulukko 14.9: Suun terveydenhuollon palvelujen käyttö 12 viime kuukauden aikana (%).

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	80+	30+ ¹
Terveyskeskuksen hammaslääkäri							
Miehet	26,1	26,4	28,8	27,0	28,2	24,7	27,1
Naiset	33,6	33,5	31,8	33,9	34,0	22,1	32,7
p ²							< 0,001
lkm	208 000	197 000	222 000	227 000	152 000	66 000	1 073 000
Yksityinen hammaslääkäri							
Miehet	20,3	30,7	38,5	38,8	36,6	32,3	33,2
Naiset	28,2	30,6	38,5	45,2	40,5	28,7	36,4
p ³							0,026
lkm	169 000	202 000	283 000	313 000	187 000	86 000	1 241 000
Suuhygienisti tai hammashoitaja							
Miehet	29,0	28,7	26,6	21,6	28,0	25,8	26,5
Naiset	34,6	31,4	33,0	37,1	33,8	17,0	33,2
p ⁴							0,005
lkm	221 000	199 000	219 000	220 000	151 000	58 000	1 067 000
Jossain hammashoidossa							
Miehet	53,8	59,7	69,7	71,0	76,0	71,8	65,9
Naiset	65,3	67,3	72,6	83,6	83,3	69,6	73,9
p ⁵							< 0,001
lkm	415 000	419 000	522 000	576 000	387 000	202 000	2 521 000

¹ ikävakioitu

^{2,3,5} sukupuolten välinen tasoero

⁴ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Taulukko 14.10: Esteet hammaslääkärin hoitoon pääsyyn (%).

	30–64	65+	30+ ¹
Jonotus hoitoon pääsemiseksi			
Miehet	22,3	10,7	18,8
Naiset	26,9	12,7	22,5
p ²			< 0,001
lkm	606 000	135 000	741 000
Huonot kulkuyhteydet hoitopaikkaan			
Miehet	1,6	1,5	1,6
Naiset	2,2	2,3	2,2
p ³			0,141
lkm	46 000	22 000	68 000
Liian korkeat asiakasmaksut tai hinnat			
Miehet	16,6	11,8	15,2
Naiset	20,5	13,0	18,3
p ⁴			0,004
lkm	456 000	143 000	599 000

¹ ikävakioitu

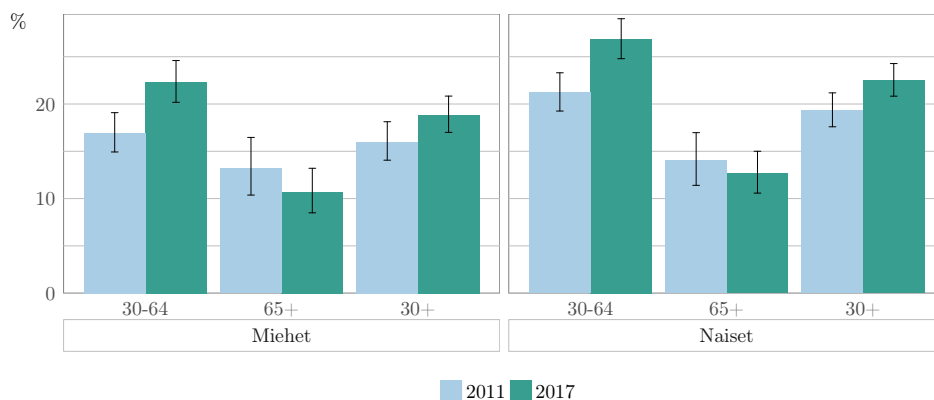
^{2–4} sukupuolten välinen tasoero

Muutos 2011–2017

Terveyskeskushammaslääkärillä viimeisen 12 kuukauden aikana käyneiden osuus oli kasvanut vuodesta 2011 vuoteen 2017, miehillä 23 prosentista 27 prosenttiin ja naisilla 25 prosentista 33 prosenttiin. Yksityishammaslääkärillä 12 kuukauden aikana käyneiden osuus oli pysynyt ennallaan. Miehistä 33 prosenttia oli käynyt yksityishammaslääkärillä vuonna 2011 ja 2017 ja naisista 37 prosenttia vuonna 2011 ja 36 prosenttia vuonna 2017.

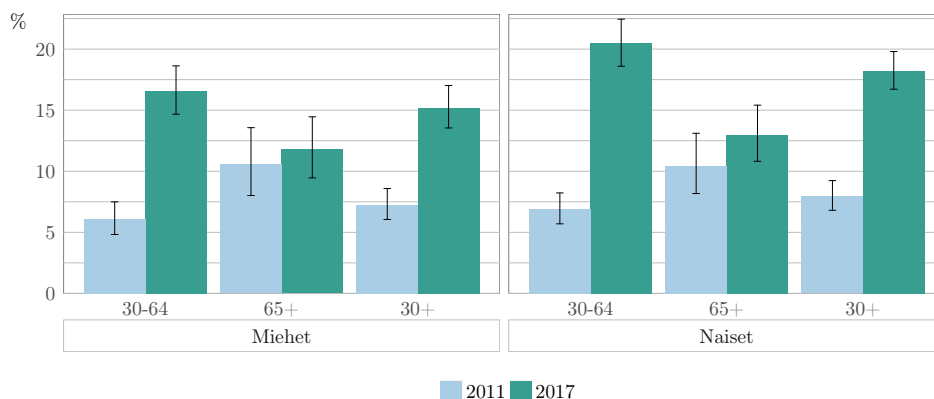
Niiden osuus, jotka ilmoittivat, että jonot olivat este hoitoon hakeutumiselle, oli kasvanut työikäisillä sekä miehillä (17 %:sta 22 %:iin) että naisilla (21 %:sta 27 %:iin) vuosien 2011 ja 2017 välisenä aikana (kuvio 14.1).

Kuvio 14.1: Hammaslääkärinhoidon esteeksi jonotuksen kokeneiden osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.



Niiden osuus, jotka ilmoittivat liian korkeat asiakasmaksut hoitoon hakeutumisen esteeksi, oli kasvanut kaikissa ikäryhmissä, suurinta kasvu oli työikäisillä (kuvio 14.2).

Kuvio 14.2: Hammaslääkärinhoidon esteeksi liian korkeat asiakasmaksut ja hinnat kokeneiden osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.



Johtopäätökset

Myönteinen kehitys hoidossa käyneiden osuudessa on jatkunut koko 2000-luvun. Vuoden aikana hoidossa käyneiden osuus oli kasvanut yli 10 prosenttiyksikköä verrattuna vuoteen 2011 (Suominen ym. 2012), erityisesti vanhemmissa ikäryhmissä. Suuhygienistillä ja hammashoitajalla käyneiden aikuisten osuus on kasvanut voimakkaasti 2000-luvulla. Vuonna 2017 kolmasosa aikuisista ilmoitti käyneensä vuoden aikana suuhygienistin tai hammashoitajan vastaanotolla, vuonna 2000 vastaava osuus oli vain 3 prosenttia (Suominen-Taipale ym. 2004). Myös niiden osuus, jotka olivat vuoden aikana käyneet sekä terveyskeskus- että yksityishammaslääkärillä oli huomattavasti suurempi kuin aiemmin. Ensimmäistä kertaa vuonna 2017 terveyskeskus- ja yksityishammaslääkärillä hoidossa käyneiden aikuisten osuus oli lähes yhtä suuri. Terveyskeskushammaslääkärillä käyneiden osuus oli kasvanut verrattuna vuoteen 2011 siitä huolimatta, että viidesosa ilmoitti jonotuksen haitanneen hoitoon pääsyä. Syyinä kysynnän kasvuun terveyskeskuksissa voivat olla korkeat kustannukset yksityishammaslääkärillä, joiden vastaanotolla käyneiden osuus oli pysynyt ennallaan. Näiden kaikkien muutosten taustalla olevien syiden selvittämiseksi tarvitaan perusteellisempaa analyysiä. Kaiken kaikkiaan kahden vuoden aikana hammaslääkärin vastaanotolla käyneiden osuutta (yli 80 %) voidaan pitää hyvänä, vaikka säännöllisesti hoidossa käyneiden osuus on yhä alhaisempi kuin muissa Pohjoismaissa.

Aikuisväestön koulutusryhmittäiset erot suun terveydenhuollon palvelujen käytössä ovat selviä: matalammin koulutettujen palvelujen käyttö on vähäisempää. Tätä osaltaan selittänevät liian korkeiksi koetut asiakasmaksut ja hoitoon pääsyn hitaus, jotka olivat esteenä hoitoon hakeutumiselle lähes joka viidennelle aikuiselle.

14.5 Terveyspalvelujen käyttö mielenterveysongelmien vuoksi

Jaana Suvisaari ja Olavi Lindfors

- Naisista yhdeksän ja miehistä kahdeksan prosenttia käyttää terveyspalveluja mielenterveysongelmien vuoksi.
- Psykkisesti kuormittuneista palveluiden käyttäjiä on lähes joka neljäs.
- Palvelujen käyttö on yleisintä 30–39- ja 50–59-vuotiailla naisilla. Vähiten palveluja mielenterveysongelmien vuoksi käyttävät 60 vuotta täyttäneet.
- Eniten palveluja käyttävät korkea-asteen koulutuksen suorittaneet naiset.
- Terveyspalveluiden käyttö mielenterveysongelmien vuoksi ei ole muuttunut vuosien 2011 ja 2017 välillä.

Mielenterveysongelmat ovat yleisimpiä kansanterveysongelmia. Vain osa niistä kärsivistä hakeutuu hoitoon. Palveluja on pyritty kehittämään siten, että hoitoon hakeutumisen kynnyks mataloituisi ja lieviä ja keskivaikeita häiriöitä kyettäisiin hoitamaan tehokkaasti peruspalveluissa. Siksi on tärkeää seurata väestön terveyspalvelujen käyttöä mielenterveydellisten ongelmien takia.

Menetelmät

Kyselylomakkeella 2 tiedusteltiin, oliko vastaaja käyttänyt terveyspalveluja mielenterveydellisten ongelmien vuoksi 12 viime kuukauden aikana. Palveluiden käyttöä tarkastellaan koko aineistossa, ikäryhmittäin ja erikseen psykkisesti kuormittuneiden (GHQ-12 yli 3 pistettä) ja masennusoireilevien joukossa (BDI-6 yli 4 pistettä).

Nykytilanne

Terveyspalveluja mielenterveysongelmien vuoksi edeltäneiden 12 kk aikana käytti noin 8 prosenttia miehistä ja 9 prosenttia naisista. Palvelujen käyttö oli naisilla selvästi yleisempää kuin miehillä ikäryhmissä 30–39-vuotiaat ja 50–59-vuotiaat (taulukko 14.11). Nuorimmassa ikäryhmässä palveluita käyttävien naisten määrä oli yli kaksinkertainen miehiin verrattuna. Vähiten palveluja käyttivät 60 vuotta täyttäneet.

Psykkisesti kuormittuneista lähes joka neljäs ja masennusoireilevista hieman alle kolmasosa oli käyttänyt terveyspalveluita mielenterveysongelmien vuoksi (taulukko 14.12). Palveluiden käyttö oli vähäisintä yli 65-vuotiailla psykkisesti kuormittuneilla miehillä.

Korkea-asteen koulutuksen suorittaneista naisista 11 prosenttia oli käyttänyt terveyspalveluja mielenterveysongelmien vuoksi, perusasteen koulutuksen suorittaneista naisista 6 prosenttia (ks. luku 17).

14. TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ JA KOKEMUKSET HOIDOSTA

Taulukko 14.11: Terveyspalvelujen käyttö mielenterveydellisten ongelmien takia 12 viime kuukauden aikana (%) 30–79-vuotiailla.

	30–39	40–49	50–59	60–69	70–79	30–79 ¹
Miehet	7,0	8,5	6,4	2,7	1,9	5,4
Naiset	16,0	8,0	12,1	5,9	3,2	9,3
p ²						< 0,001
lkm	79 000	55 000	68 000	33 000	13 000	247 000

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

Taulukko 14.12: Terveyspalvelujen käyttö mielenterveydellisten ongelmien takia psyykkisesti oireilevilla (%) 30–79-vuotiailla.

	30–64	65–79	30–79 ¹
Psyykkisesti kuormittuneet (GHQ-12 yli 3 pistettä)			
Miehet	21,5	13,0	20,0
Naiset	26,4	13,9	24,1
p ²			0,161
Masennusoireilevat (BDI-6 yli 4 pistettä)			
Miehet	31,9	15,3	28,8
Naiset	33,5	21,1	30,8
p ³			0,654

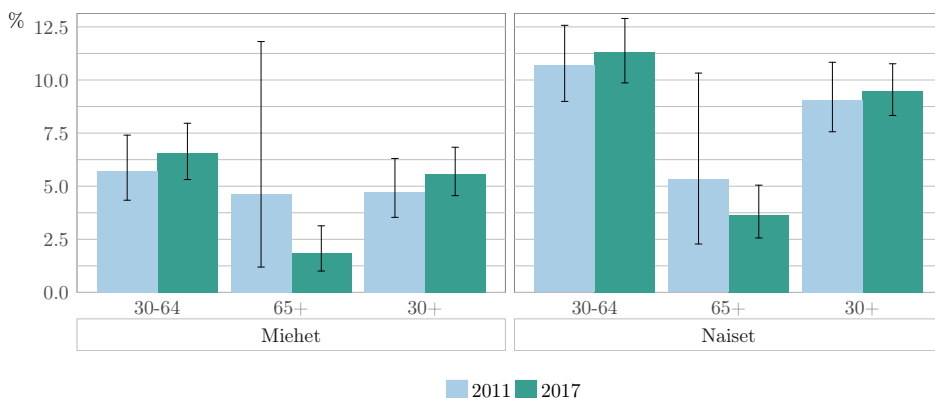
¹ ikävakioitu

^{2–3} sukupuolten välinen tasoero

Muutos 2011–2017

Palvelujen käyttö mielenterveysongelmien vuoksi ei ollut muuttunut vuoteen 2011 verrattuna (kuvio 14.3).

Kuvio 14.3: Terveyspalveluiden käyttö mielenterveydellisten ongelmien takia 12 viime kuukauden aikana (%) vuosina 2011 ja 2017.



Johtopäätökset

Mielenterveysongelmien vuoksi terveyspalveluita käyttävät eniten 30–39-vuotiaat naiset ja vähiten 70–79-vuotiaat miehet. Eläke-ikäiset käyttivät palveluita muita vähemmän, myös psyykkisesti kuormittuneiden ryhmässä. Valtaosa psyykkisesti kuormittuneista ja masennusoireilevista ei ollut käyttänyt terveyspalveluita mielenterveysongelmien vuoksi. Palvelujen käyttö mielenterveysongelmien vuoksi oli yleisintä korkea-asteen koulutuksen suorittaneilla naisilla, mikä liittyyne parempaan tietoisuuteen mielenterveysongelmista ja niiden hoitomahdollisuuksista.

Terveyspalveluiden käyttö mielenterveysongelmien vuoksi ei muuttunut merkittävästi vuodesta 2011. Jatkossa on tärkeää selvittää palveluiden käyttöä suhteessa todettuihin mielenterveysongelmiin ja hoitopaikkaan. On mahdollista, että osa vastaajista on voinut ymmärtää kysymyksellä viitattavan erikoissairaanhoidon palveluihin, jolloin perusterveydenhuoltoon sijoittunut palveluiden käyttö olisi vaillinaisesti raportoitu. Tämä saattaisi selittää ristiriitaista tulosta esimerkiksi 70–79-vuotiaiden ikäryhmässä: tässä ikäryhmässä noin viisi prosenttia ilmoitti, että heillä oli ollut lääkärin toteama tai hoitama masennus viimeisen 12 kuukauden aikana (ks. luku 9.8), kun taas itse ilmoitettu terveyspalvelujen käyttö mielenterveysongelmien vuoksi oli tässä ikäryhmässä selvästi harvinaisempaa. Lääkärin toteamassa tai hoitamassa masennuksessa ei myöskään ollut koulutusryhmien välisiä eroja, kun taas terveyspalvelujen käyttöä mielenterveyteen liittyvien ongelmien vuoksi ilmoittivat eniten korkea-asteen koulutuksen suorittaneet.

15 Avun tarve, saanti ja antaminen

15.1 Avun tarve ja saaminen

Seppo Koskinen, Päivi Sainio ja Hanna Alastalo

- Apua toimintakykynsä heikkenemisen takia saa eläkeikäisistä naisista joka viides ja miehistä joka seitsemäs. Nuoremmissa ikäryhmissä avun tarve on melko vähäistä.
- Eläkeikäisistä naisista kuutisen prosenttia ei saa tarvitsemaansa apua.
- Koska tutkimuksessa ei voitu tällä kertaa toteuttaa kotikäyntejä, tulokset saattavat aliarvioida todellista avuntarvetta.

Suomessa asui vuonna 2017 noin 296 000 henkilöä, jotka olivat täyttäneet 80 vuotta. Tilastokeskuksen tuoreimman väestöennusteen mukaan kahden seuraavan vuosikymmenen aikana 80 vuotta täyttäneiden henkilöiden määrä kaksinkertaistuu 593 000:een (*Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste 2015*). Iäkkäiden määrän ennustetaan kasvavan tulevina kahtena vuosikymmenenä selvästi nopeammin kuin viimeksi kuluneiden 20 vuoden aikana, jolloin vastaava kasvu oli 75 prosenttia (*Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne 2017*). Väestön ikärakenteen vanhentuessa voimakkaasti on tärkeää tietää, kuinka suuri osa eri-ikäisistä tarvitsee apua, kuinka suuri osa saa tarvitsemansa avun, miten avun tarve ja tarpeen tyydyttyminen ovat muuttumassa ja miten niihin voidaan vaikuttaa. Tällaisia tietoja tarvitaan, jotta palvelujärjestelmiä voidaan kehittää vastaamaan väestön tarpeisiin mahdollisimman hyvin.

Menetelmät

Avun saamista tiedusteltiin kyselyssä 2 seuraavalla kysymyksellä: ”Tarvitsetteko ja saatteko heikentyneen toimintakykynne vuoksi apua arkipäivän askareissa?” Kysymykseen vastattiin viidellä vastausvaihtoehdolla: 1) ”en tarvitse enkä saa apua”, 2) ”saan tarpeeksi apua”, 3) ”selviytyisin vähemmälläkin avulla”, 4) ”tarvitsisin apua, mutta en saa sitä” ja 5) ”saan apua, mutta en tarpeeksi”. Analyysensä varten muodostettiin luokka ”saa riittävästi apua” yhdistämällä luokat 2 ja 3 kuvaamaan tyydyttynyttä avuntarvetta. Tyydyttymätöntä avuntarvetta kuvaavat luokat 4 ja 5. Avun saamista koskevat tiedot raportoidaan vain niiden osalta, jotka eivät asu laitoksissa eivätkä ympärivuorokautista hoivaa tarjoavissa palvelutaloissa.

Nykytilanne

Valtaosa, noin 90 prosenttia 30 vuotta täyttäneestä väestöstä ei tarvinnut eikä saanut apua toimintarajoitteiden vuoksi arkisissa askareissaan. Apua tarvitsevia oli alle 65-vuotiaiden keskuudessa viitisen prosenttia. Eläkeikäisistä miehistä joka seitsemäs ja naisista joka viides koki tarvitsevansa apua toimintarajoitteiden vuoksi. Avun tarve yleistyi selvästi iän mukana, naisilla vielä jyrkemmin kuin miehillä. (Taulukko 15.1.)

Taulukko 15.1: Avun tarve ja saanti (%) kotona asuvilla.

	30–64	65+	30+ ¹
Miehet			
Ei tarvitse eikä saa apua	95,5	86,8	92,6
Saa riittävästi apua	2,6	11,4	5,5
Tarvitsee, mutta ei saa apua	1,1	0,6	1,0
Saa apua, muttei riittävästi	0,8	1,2	0,9
Naiset			
Ei tarvitse eikä saa apua	94,9	79,6	90,4
Saa riittävästi apua	2,8	14,8	6,3
Tarvitsee, mutta ei saa apua	1,6	2,6	1,9
Saa apua, muttei riittävästi	0,7	3,1	1,4
p ²			0,044
¹ ikävakiointu			
² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus			

Liian vähän tai ei lainkaan tarvitsemaansa apua saavia miehiä oli sekä työikäisissä että eläkeikäisissä vain vajaa pari prosenttia kotona asuvasta väestöstä, mutta naisilla tyydyttymätön avun tarve yleistyi iän mukana: 30–64-vuotiaista vain noin pari prosenttia koki jäävänsä ilman tarvitsemaansa apua, mutta eläkeikäisistä naisista kuutisen prosenttia. Riittävästi apua saavien osuus kasvoi iän mukana: alle 65-vuotiaista kotona asuvista naisista ja miehistä muutama prosentti sai riittävästi apua, 65 vuotta täyttäneistä miehistä noin joka kymmenes ja naisista noin joka seitsemäs sai riittävästi apua.

Muutos 2011–2017

Terveys 2011 -tutkimuksessa avun tarvetta ja sen tyydyttymistä kartoitettiin useiden haastattelukysymysten avulla, FinTerveys 2017 -tutkimuksessa yhdellä itse täytettävän kyselyn kysymyksellä. Myös kysymysten sanamuodoissa oli eroja vuosien 2011 ja 2017 tiedonkeruissa. Siksi luotettavaa arviota avuntarpeen ja sen tyydyttymisen muutoksista ei voida esittää.

Johtopäätökset

Kun iäkkäimmän väestön määrä lähivuosikymmeninä nopeasti kasvaa, toimintakyvyn rajoitteista johtuva avun tarve tulee väistämättä lisääntymään huomattavasti. Etenkin iäkkäimpien naisten, jotka usein asuvat yksin, avuntarpeen tyydyttämiseen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Tuloksia tulkittaessa on hyvä ottaa huomioon, että runsaasti apua tarvitsevien henkilöiden voi olla muita henkilöitä vaikeampaa osallistua tällaisiin tutkimuksiin, ja tämän vuoksi apua saavien ja tarvitsevien osuudet ja lukumäärät ovat todennäköisesti aliarvioita.

15.2 Avun antaminen

Kaaren Erhola, Sari Kehusmaa, Teija Hammar, Päivi Sainio, Anja Noro ja Matti Mäkelä

- 30 vuotta täyttäneistä naisista joka viides ja miehistä joka seitsemäs auttaa oman kotinsa ulkopuolella asuvaa, toimintakyvyltään heikentyntä henkilöä. Suurin osa avunantajista antaa apua viikoittain.
- Samassa kotitaloudessa asuvan auttaminen on yleisintä 65 vuotta täyttäneiden keskuudessa. Oman kotitalouden ulkopuolista henkilöä autetaan tavallisimmin 50–59-vuotiaana.
- Yleisimmät tavat auttaa kodin ulkopuolella asuvaa (toimintakyvyltään heikentyntä henkilöä) ovat tuki ja neuvonta, sosiaalisten suhteiden ylläpito sekä kauppa- ja pankkiasioiden hoitaminen. Naiset auttavat enemmän hoivaa vaativissa tilanteissa kuten pukemisessa ja peseytymisessä.
- Avun antaminen on yleisimmin epävirallista. Naisista 12 prosenttia ja miehistä 6 prosenttia on joskus toiminut omaishoitajana.

Suomessa yhä useampi toimintakyvyltään heikentynyt henkilö asuu omassa kodissaan. Sosiaaliset verkostot ja läheisten antama apu ovat tärkeitä omassa kodissa pärjäämisen tukijoita. Läheisavun antaminen on Suomessa yleistä. Aiemmissä tutkimuksissa on havaittu, että noin 20–30 prosenttia suomalaisista antaa apua toimintakyvyltään heikentyneille läheisilleen (Vilkko ym. 2014; Mäkelä ym. 2012). Tämä apu korvaa osittain palvelujen käyttöä ja laskee merkittävästi palvelumenoja (Kehusmaa 2014). Avun antamisen kuormittavuuden kannalta on tärkeää erottaa, kuinka suuri osa avun antajista asuu avun saajan kanssa samassa taloudessa. Samassa kotitaloudessa ja muualla asuvien auttaminen on luonteeltaan ja kuormittavuudeltaan yleensä hyvin erilaista apua.

Menetelmät

Avun antamista kysyttiin kysymyksellä ”Autatteko itse säännöllisesti jotakuta kotitaloutenne ulkopuolella asuvaa toimintakyvyltään heikentyntä tai sairasta henkilöä?”. Myöntävästi vastanneilta kysyttiin tarkemmin avun antamisen tavoista ja tiheydestä. Lisäksi samassa kotitaloudessa asuvan henkilön auttamista kartoitettiin kysymyksellä ”Autatteko säännöllisesti jotakuta omassa kotitaloudessanne asuvaa toimintakyvyltään heikentyntä tai sairasta henkilöä, joka ei muuten selviytyisi kotona?”. Kysymykseen myöntävästi vastanneilta kysyttiin lisäksi avun antamisen tiheydestä ja suhteesta avunsaajaan.

Nykytilanne

Apua annettiin yleisemmin oman kodin ulkopuolella asuvalle kuin samassa kotitaloudessa asuvalle toimintakyvyltään heikentyneelle henkilölle. Yleisintä avun antaminen samassa kotitaloudessa asuvalle oli 65 vuotta täyttäneiden keskuudessa ja

oman kotitalouden ulkopuolella asuvalle 30–64-vuotiaiden keskuudessa (taulukko 15.2). Tarkempaa ikäjakaumaa tarkasteltaessa havaittiin, että kodin ulkopuolella asuvan henkilön auttaminen oli yleistä erityisesti 50–59-vuotiaiden keskuudessa (ei raportoitu erikseen taulukossa). Naiset auttoivat kodin ulkopuolella asuvaa henkilöä miehiä huomattavasti yleisemmin (Taulukko 15.2). Oman kotitalouden ulkopuolella asuvan henkilön auttaminen oli tiheää, sillä lähes kaksi kolmesta kaikista apua antaneista kertoi auttamisen olevan viikoittaista.

Taulukko 15.2: Toimintakyvyltään heikentyneitä henkilöä säännöllisesti auttavien osuus (%).

	30–64	65+	30+ ¹
Vastaajan omassa kotitaloudessa asuva autettava			
Miehet	4,3	10,5	6,4
Naiset	5,5	11,8	7,4
p ²			0,026
lkm	121 000	128 000	249 000
Muualla asuva autettava			
Miehet	15,4	10,9	13,9
Naiset	21,7	14,4	19,6
p ³			< 0,001
lkm	457 000	147 000	604 000

¹ ikävakioitu

² sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

³ sukupuolten välinen tasoero

Kauppa- ja pankkiasioiden hoitaminen, tuki ja neuvonta sekä sosiaalisten suhteiden ylläpito olivat yleisimpiä auttamisen tapoja, kun kyse oli oman kodin ulkopuolella asuvan henkilön auttamisesta (taulukko 15.3). Vähintään seitsemän kymmenestä apua antaneesta oli auttanut kotinsa ulkopuolella asunutta henkilöä näillä tavoin. Naiset auttoivat miehiä useammin raskaammassa hoivassa, erityisesti päivittäisiin toimintoihin pukemiseen, peseytymiseen ja terveyteen liittyvissä toimissa. Joka neljäs apua antaneista naisista antoi päivittäisiin toimintoihin liittyvää apua. Palveluiden ja tukien järjesteleminen oli yleistä: siihen osallistui yli 40 prosenttia avun antajista. Taloudellisen avun antaminen oli myös varsin yleistä, sillä lähes kolmasosa apua antaneista oli auttanut rahallisesti.

Omaishoitosopimuksen tekeminen oli epävirallista avunantamista harvinaisempaa. Virallisena omaishoitajana toimi kyselyhetkellä naisista 2 prosenttia ja miehistä tätäkin harvempi. Naisista 12 prosenttia ja miehistä 6 prosenttia kertoi joskus toimineensa omaishoitajana.

Taulukko 15.3: Vastajaan oman kotitalouden ulkopuolella asuville annetun avun sisältö (%).

	30–64	65+	30+ ¹
Päivittäiset toiminnot (pukeutuminen, peseytyminen, lääkkeiden otto ym.)			
Miehet	15,0	14,4	14,8
Naiset	26,8	24,6	26,3
p ²			< 0,001
Koti- ja pihatyöt			
Miehet	69,0	46,4	64,0
Naiset	64,2	47,6	60,1
p ³			0,315
Terveysteen liittyvien asioiden hoitaminen			
Miehet	54,5	49,3	53,3
Naiset	66,5	61,1	65,3
p ⁴			< 0,001
Kauppa- tai pankkiasioiden hoitaminen			
Miehet	72,5	79,3	73,9
Naiset	77,1	63,2	73,6
p ⁵			0,017
Tuki ja neuvonta			
Miehet	78,2	53,3	72,7
Naiset	87,4	70,5	83,2
p ⁶			0,001
Sosiaalisten suhteiden ylläpito			
Miehet	73,3	64,5	71,2
Naiset	82,2	81,3	82,0
p ⁷			< 0,001
Palveluiden tai tukien järjestely			
Miehet	36,6	32,1	35,6
Naiset	48,0	40,9	46,3
p ⁸			0,002
Rahallinen tuki			
Miehet	30,7	23,0	28,8
Naiset	35,7	21,6	32,4
p ⁹			0,290

¹ ikävakiointu² sukupuolten välinen tasoero³ sukupuolten välinen tasoero⁴ sukupuolten välinen tasoero⁵ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus⁶ sukupuolten välinen tasoero⁷ sukupuolten välinen tasoero⁸ sukupuolten välinen tasoero⁹ sukupuolten välinen tasoero

Johtopäätökset

Läheisapu on Suomessa yleistä. Avun yleisimmät muodot liittyvät konkreettiseen asiointiapuun ja sosiaalisten suhteiden ylläpitoon. Avun antaminen on edelleen varsin sukupuolittunutta. Naiset antoivat miehiä useammin säännöllistä apua läheisilleen riippumatta siitä, asuiko avun saaja samassa kotitaloudessa vai ei. Naiset auttoivat myös enemmän hoivaa vaativissa tilanteissa kuten pukemisessa ja peseytymisessä. Oman kodin ulkopuolella asuvaa henkilöä auttoivat useimmiten 50–59-vuotiaat miehet ja naiset, mikä viittaa omien ikääntyvien vanhempien auttamiseen.

Avun antamiseen ollaan Suomessa sitoutuneita, sillä suuri osa avun antajista kertoi auttavansa vähintään kerran viikossa. Runsas ja tiheä auttaminen on kuormittavaa, mutta apu voi olla myös antajalleen palkitsevaa. Suuri osa avun antajista on työikäisiä, joten ikääntyneiden määrän kasvaessa tarvitaan uusia mahdollisuuksia työ- ja perhe-elämän yhteensovittamiseen. Sosiaali- ja terveyspalveluissa on tärkeää huomioida läheisten mahdollisuus auttaa omaistaan, mutta myös huolehtia auttajien omasta jaksamisesta. Palveluja tulisi kehittää asiakaslähtöisesti siten, että sekä avun saaja että antaja pitävät kokonaisuutta mielekkäänä.

Samassa kotitaloudessa asuvien auttaminen keskittyy iäkkäiden puolisoiden keskinäiseen apuun. Vain pieni osa heistä on omaishoidon tukijärjestelmän piirissä. Näissä hoivatilanteissa tärkeää on seurata hoivan kuormittavuutta ja kehittää palveluja, joilla kyetään takaamaan puolisohoivajalle riittävä tuki. On kehitettävä ennakoivia toimia ja palveluja, jotka reagoivat nopeasti, jos auttajan tilanne muuttuu.

16 Iäkkäiden ihmisten arkitoimista suoriutuminen, asuympäristö ja apuvälineet

Kaikille 70 vuotta täyttäneille tutkittaville annettiin terveystarkastuksessa kyselylomake, joka sisälsi heidän asumistaan ja toimintakykyään koskevia kysymyksiä. Luvussa 16 esitettävät tulokset on tuotettu 70 vuotta täyttäneiden lomakkeeseen saaduista vastauksista (osallistumisaktiivisuus noin 55 prosenttia).

16.1 Arkitoimista suoriutuminen

Päivi Sainio ja Seppo Koskinen

- Iäkkään väestön suoriutuminen arkitoimista näyttää edelleen kohentuneen.
- Kaupassa asiointia suoriutuu oman arvionsa mukaan vaikeuksitta useampi kuin yhdeksän kymmenestä 70–79-vuotiaasta ja lähes kolme neljäsosaa 80 vuotta täyttäneistäkin.
- Raskaasta siivoustyöstä suoriutuu vaikeuksitta noin joka toinen 80 vuotta täyttänyt mies ja joka neljäs tämän ikäinen nainen. Isolle osalle 70–79-vuotiaistakin raskas siivoustyö tuottaa vaikeuksia tai ei onnistu lainkaan.
- 80 vuotta täyttäneistä kansalaisista huomattava enemmistö ja 70–79-vuotiaistakin kolmasosa ei itse käytä internetiä sähköiseen asiointiin eikä kukaan muukaan tee sitä heidän puolestaan. Palveluita nopeasti digitalisoitaessa on turvattava iäkkäiden kansalaisten yhdenvertaisuus palveluiden saamisessa.

Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus (ICF 2004) määrittelee kotielämän toiminnoiksi monet sellaiset askareet, joita on toimintakykykirjallisuudessa usein nimitetty arkitoimiksi. Niitä ovat esimerkiksi tässä luvussa tarkasteltavat kaupassa käyminen ja siivoaminen. Iän myötä toimintakyvyn heikentyessä nämä toimet voivat hankaloitua siinä määrin, että tarvitaan ulkopuolista apua niiden suorittamiseksi. Terveys 2000- ja Terveys 2011 -tutkimusten tuloksia vertailtaessa eläkeikäisen väestön suoriutuminen näistä toiminnoista parantui selvästi 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä (Sainio ym. 2012b). Iäkkään väestön suoriutuminen arkitoimistaan oli kohentunut jo tätä aiemminkin, 1980-luvun alusta vuosituhannen vaihteeseen (Aromaa ym. 2002).

Internetin käytöstä on tullut myös arkinen, jopa päivittäinen toiminto, kun asioiden hoitaminen, medioiden seuraaminen, viestintä ja tiedonhaku on suurelta osin siirtynyt nettiin. Silti neljännes 65–74-vuotiaista ja kaksi kolmannesta 75–89-vuotiaista ei käyttänyt internetiä vuonna 2017 (*Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö 2017*). Samana vuonna ATH-tutkimuksen mukaan 75 vuotta täyttäneistä noin 40 prosenttia käytti internetiä asiointiin. Netin asiointikäyttö kasvoi jaksolla 2013–2017 selvästi 55–74-vuotiaassa väestössä,

16. IÄKKÄIDEN IHMISTEN ARKITOIMISTA SUORIUTUMINEN, ASUINYMPÄRISTÖ JA APUVÄLINEET

mutta myös 75 vuotta täyttäneillä näkyvä kasvava trendi (Murto ym. 2017).

Menetelmät

Kaupassa asioinnista ja raskaasta siivoustyöstä suoriutumista selvitettiin kysymyksellä: ”Pystyittekö yleensä seuraaviin suoriutuksiin?” jonka erillisiä alakohtia olivat: asioimaan kaupassa ja tekemään raskasta siivoustyötä, kuten mattojen kantaminen ja piiskaaminen, ikkunoiden pesu. Vastausvaihtoehtoja oli neljä: 1) pystyn vaikeuksitta, 2) pystyn, mutta vaikeuksia on jonkin verran, 3) pystyn mutta se on erittäin vaikeaa, 4) en pysty lainkaan. Tuloksissa esitetään tehtävistä vaikeuksitta suoriutuvien osuudet.

Internetin käyttöä kartoitettiin kysymyksellä ”Käytättekö internetiä seuraaviin tarkoituksiin: sähköiseen asiointiin (esim. verkkopankki, Kela, verotoimisto, lippupalvelu, kunnan palvelut, verkkokaupat); tietojen hakemiseen (esim. aikataulut, terveystieto ym.). Vastausvaihdot olivat: käytän itse; käytän toisen avustamana tai joku muu käyttää puolestani; en käytä. Tässä esitetään sähköisen asioinnin osalta kunkin vastausvaihdon valinneiden osuudet.

Nykytilanne

Kaupassa asioinnista selviytyi vaikeuksitta yli 90 prosenttia 70–79-vuotiaista ja kolme neljänestä 80 vuotta täyttäneistäkin. Sukupuoliero oli miesten eduksi, mutta se ei aivan saavuttanut tilastollista merkitsevyyttä. Raskaassa siivoustyössä sukupuolierot näkyivät selvemmin: vaikeuksitta suoriutuvia oli miehistä runsas kaksi kolmesta mutta naisista vain puolet. Raskaasta siivoustyöstä vaikeuksitta suoriutuvien osuus pieneni voimakkaasti iän myötä. (Taulukko 16.1.)

Taulukko 16.1: Kaupassa asioinnista ja raskaasta siivoustyöstä vaikeuksitta suoriutuvien osuus (%).

	70–79	80+	70+ ¹
Kaupassa asiointi			
Miehet	95,4	77,1	90,1
Naiset	92,4	70,5	86,1
p ²			0,056
Raskas siivoustyö			
Miehet	79,7	45,5	70,0
Naiset	59,6	24,9	49,7
p ³			< 0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

³ sukupuolten välinen tasoero

Itsenäisesti internetiä sähköiseen asiointiin käytti noin puolet 70 vuotta täyttäneistä miehistä ja vajaa puolet naisista. Vanhimmassa ikäryhmässä miehet käyttivät internetiä asiointiin noin kaksi kertaa yleisemmin kuin naiset. Noin 13 prosenttia käytti internetiä avustettuna tai joku muu käytti sitä heidän puolestaan. Lähes jo-

16. IÄKKÄIDEN IHMISTEN ARKITOIMISTA SUORIUTUMINEN, ASUINYMPÄRISTÖ JA APUVÄLINEET

ka kolmas 70–79-vuotias ei lainkaan käyttänyt internetiä asiointiin. Vastaava osuus 80 vuotta täyttäneistä naisista oli peräti kaksi kolmasosaa ja miehistäkin yli puolet. (Taulukko 16.2.)

Taulukko 16.2: Internetiä sähköiseen asiointiin käyttävien osuus (%).

	70–79	80+	70+ ¹
Miehet			
Käyttää itse	58,4	32,9	50,8
Käyttää avustettuna	12,1	13,9	12,7
Ei käytä	29,5	53,2	36,6
Naiset			
Käyttää itse	54,7	17,4	43,8
Käyttää avustettuna	13,1	16,5	14,1
Ei käytä	32,2	66,0	42,1
p ²			0,102

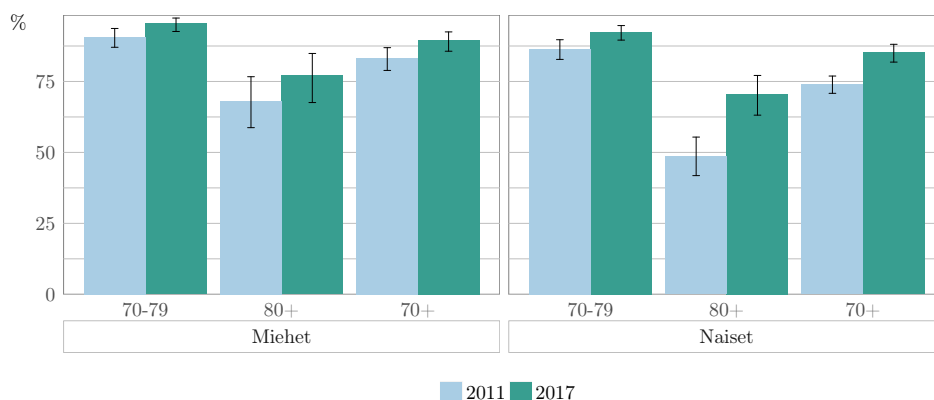
¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

Muutos 2011–2017

Sekä kaupassa asioinnista että raskaasta siivoustyöstä vaikeuksista suoriutuvien osuus 70 vuotta täyttäneistä oli selvästi suurempi vuonna 2017 kuin kuusi vuotta aiemmin. Myönteinen muutos oli verrattain iso 70–79-vuotiaiden naisten ja miesten ryhmissä sekä naisilla myös 80 vuotta täyttäneiden keskuudessa, mutta 80 vuotta täyttäneiden miesten suoriutuminen tarkastelluista arkitoimista muuttui vain vähän (kuviot 16.1, 16.2).

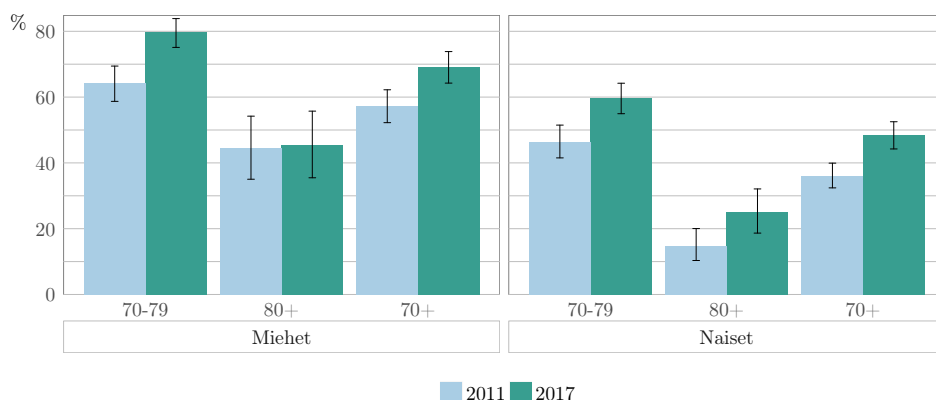
Kuvio 16.1: Kaupassa asioinnista vaikeuksista suoriutuvien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.



Internetiä koskevaa kysymystä ei esitetty vuonna 2011, joten muutosta ei voida tarkastella.

16. IÄKKÄIDEN IHMISTEN ARKITOIMISTA SUORIUTUMINEN, ASUINYMPÄRISTÖ JA APUVÄLINEET

Kuvio 16.2: Raskaasta siivoustyöstä vaikeuksitta suoriutuvien osuus (%) 2011 ja 2017.



Johtopäätökset

Siivousta ja kaupassa asiointia koskevien kysymysten valossa iäkkäiden henkilöiden suoriutuminen arkitoimistaan näyttää edelleen kohentuneen vuoden 2011 jälkeen. Täsmällistä kuvaa ajassa tapahtuneista muutoksista ei kuitenkaan voida esittää ennen kuin tutkimusten katon vaikutukset on tarkkaan arvioitu. Vuoden 2011 tutkimuksessa tehtyjen kotikäyntien ansiosta osallistuneet saattoivat olla keskimäärin huonokuntoisempia kuin vuoden 2017 tutkimuksessa, jossa kotikäyntejä ei ollut mahdollista toteuttaa. Myös tutkimusten toteutustavoissa oli eroa siten, että vuonna 2011 kysymykset esitettiin haastattelussa ja vuonna 2017 kyselylomakkeella.

Sähköinen asiointi on nopeasti yleistynyt mm. julkisissa ja yksityisissä palveluissa ja asiainhoidossa, ja tavoitteena on edelleen jatkaa ja laajentaa tätä kehitystä (*Digitalisaatio, kokeilut ja normien purkaminen* 2017). Kuitenkin 80 vuotta täyttäneistä kansalaisista huomattava enemmistö ja 70–79-vuotiaistakin kolmasosa ei itse käytä internetiä sähköiseen asiointiin eikä kukaan muukaan tee sitä heidän puolestaan. Kun palveluita digitalisoidaan yhä voimallisemmin, on tärkeää turvata iäkkäiden ihmisten yhdenvertaisuus palveluiden saamisessa (*Ikäihmiset ja sähköinen asiointi. Miten saadaan kaikki mukaan?* 2017).

16.2 Asuinympäristö

Annika Vilkkonen, Päivi Sainio, Teija Hammar ja Suvi Vainio

- Joka seitsemäs 70 vuotta täyttäneistä kokee asunnossaan olevan liikumista ja toimintaa haittaavia piirteitä. Liukkaat tai lumiset jalkenkulkuväylät haittaavat lähes puolta iäkkäistä.
- Noin joka kymmenes kokee haittaa pitkistä etäisyyksistä palveluihin, ja joka viides katsoo huonojen julkisten liikenneyhteyksien vaikeuttavan elämää.
- Suurin osa 70 vuotta täyttäneistä ei pidä asumisjärjestelyjen muuttamista vanhuuden varalta ajankohtaisena.
- Terveysteen ja toimintakykyyn, palveluiden saavutettavuuteen ja asumisen esteettömyyteen kytkeytyvät tekijät ovat yleisimpiä syitä miettiä asumisjärjestelyjä uudelleen.
- Perheenjäsenten ja omaisten läheisyys, yksinäisyyden lievittäminen sekä arjen yhteisöllisyys muodostavat toiseksi keskeisimmän syyryhmän harkittaessa muutoksia asumisjärjestelyihin.

Asumisen ratkaisulla on toimintakyvyn, hyvinvoinnin ja elämänlaadun kannalta merkittävä rooli vanhenemismuutosten kohtaamisessa. Valtaosa arkisista askareista tapahtuu kotona ja sen lähiympäristössä. Arkiympäristössä on erilaisia tekijöitä, jotka tukevat siinä toimimista tai rajoittavat sitä (ICF 2004). Toimintakykyä tukevien tekijöiden merkitys korostuu, jos toimintakyky rajoittuu. Vuonna 2011 liikkumista haittaavat tekijät ja asunnon varustetason puutteet olivat verrattain yleisiä iäkkäiden ihmisten asuinympäristössä (Hurnasti ym. 2012).

Iäkkäiden palveluita ohjaavat dokumentit (*Vanhuspalvelulaki 2012; Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019* 2017) painottavat omassa kodissa asumista toimintakyvyn heikentymisestä huolimatta. Myös ennakoivaa suhtautumista vanhuusvaiheen asumisjärjestelyihin on viime aikoina korostettu (*Ikääntyneiden asumisen kehittämissuunnitelma 2013-2017* 2013). Kun tavoitellaan omassa kodissa asumista mahdollisimman pitkään ja oma-toimisesti, on erityisen tärkeää panostaa esteettömään elinympäristöön. Asumisratkaisujen soveltuvuutta ikäasumiseen on lisäksi arvioitava monia sosiokulttuurisia ja taloudellisia tekijöitä vasten.

Menetelmät

Asuinympäristön ominaisuuksia kartoitettiin 70 vuotta täyttäneiltä tavallisessa yksityisasunnossa asuvilta henkilöiltä kyselyssä. Kysymykset koskivat sekä asuintalossa tai asunnossa että asuinympäristössä olevia tekijöitä, jotka saattavat vaikeuttaa toimimista. Vastaaaja arvioi jokaisen tekijän osalta, onko sellaista hänen ympäristössään ja jos on, minkä verran siitä on hänelle haittaa. Jonkin verran tai paljon haittaavat tekijät ryhmiteltiin taulukoissa 16.3 ja 16.4 tarkemmin kuvatulla tavalla. Tässä luvussa kuvataan, kuinka suuri osa 70 vuotta täyttäneistä koki näiden

16. IÄKKÄIDEN IHMISTEN ARKITOIMISTA SUORIUTUMINEN, ASUINYMPÄRISTÖ JA APUVÄLINEET

tekijöiden haittaavan elämäänsä.

Suunnitelmia asumisen järjestämisestä vanhuuden varalle kartoitettiin tavallisessa yksityisasunnossa asuvilta 70 vuotta täyttäneiltä henkilöiltä tiedustelemalla ”Oletteko muuttanut tai suunnitellut muuttavanne asumisjärjestelyitänne vanhuuden tarpeita ajatellen?” Niiltä, jotka olivat harkinneet asiaa tai jo toteuttaneet muutoksia, tiedusteltiin tarkemmin asumisratkaisuun vaikuttavista tekijöistä, jotka ryhmiteltiin taulukossa 16.6 kuvatulla tavalla.

Nykytilanne

Asuinympäristön ominaisuudet

Noin joka seitsemäs 70 vuotta täyttänyt raportoi asunnossaan tai asuintalossaan olevan tekijöitä, jotka haittaavat liikkumista siellä. Osuus kasvoi iän mukana. 70–79-vuotiaista liikkumista haittaavia tekijöitä oli asunnossa vain joka kymmenennellä mutta 80 vuotta täyttäneistä jo joka neljännellä. Yleisin haittatekijä oli portaat, joiden noin 10 prosenttia koki aiheuttavan ongelmia. Varsin suuri osa oli kuitenkin sitä mieltä, että vaikka ympäristössä on portaita tai kynnyksiä, niistä ei ole haittaa. (Taulukko 16.3.)

Taulukko 16.3: Eräitä asumista haittaavia tekijöitä asunnossa tai asuintalossa ilmoittaneiden osuus (%).

	70–79	80+	70+ ¹
Liikkumista haittaavat tekijät*			
Miehet	10,4	24,9	14,2
Naiset	13,6	22,5	15,9
p ²			0,480
Asunnon varustetason puutteet[†]			
Miehet	7,1	22,0	11,1
Naiset	17,6	22,6	18,9
p ³			0,018

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen tasoero

³ sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

* portaat, hissien puute, kynnykset, kapeat oviaukot sekä tukikahvojen tai kaiteiden puute

[†] huono valaistus, epäsojiva korkeus työtasoissa tai kaapeissa, puutteelliset tai epäkäytännölliset peseytymis- tai WC-tilat, juoksevan lämpimän veden puute, huonot pyykinpesumahdollisuudet

Asunnon varustetason puutteita koki iäkkäistä naisista kaksi kymmenestä ja miehistä noin joka kymmenes. Varustetason puutteiden haittaavuus lisääntyi iän myötä erityisesti miehillä. Yksittäisistä tekijöistä yleisimmin hankalaksi koettiin epäsojivalla korkeudella olevat työtasot tai kaapit, joista raportoi noin kymmenesosa. Sen sijaan huonoista pyykinpesumahdollisuuksista tai juoksevan lämpimän veden puutteesta kärsi enää ani harva.

16. IÄKKÄIDEN IHMISTEN ARKITOIMISTA SUORIUTUMINEN, ASUINYMPÄRISTÖ JA APUVÄLINEET

Asuinympäristössä liikkumista haittaavia tekijöitä ilmoitti lähes puolet. Koettu haittaavuus kasvoi iän mukana. Miesten ja naisten välillä ei ollut juuri eroa. Ylivoimaisesti eniten haittaa tuotti jalankulkuväylien liukkaus tai lumisuus talviaikaan; noin 40 prosenttia koki niistä vähintään jonkin verran haittaa. (Taulukko 16.4.)

Taulukko 16.4: Eräitä asunnon ympäristössä esiintyviä haittatekijöitä ilmoittaneiden osuus (%).

	70–79	80+	70+ ¹
Liikkumista haittaavat tekijät*			
Miehet	41,9	51,2	44,3
Naiset	47,3	54,8	49,3
p ²			0,172
Pitkät etäisyydet palveluihin tai huonot liikenneyhteydet			
Miehet	19,9	25,3	21,4
Naiset	24,1	36,2	27,4
p ³			0,061

¹ ikävakioitu

^{2,3} sukupuolten välinen tasoero

* vaaralliset risteykset tai kulkuväylät, jalankulkuväylien liukkaus tai lumisuus, kulkuväylien huono valaistus, jyrkät, kapeat tai liukkaat portaat, mäkinen maasto

Pitkät etäisyydet palveluihin tai huono julkinen liikenne haittasi vähintään jonkin verran noin joka neljättä 70 vuotta täyttäneitä. Huonoista liikenneyhteyksistä kärsi hieman suurempi osa (viidennes) kuin pitkiä etäisyyksistä palveluihin (joka kymmenes). Haittaa kokeneiden osuus kasvoi selvästi iän mukana. Yli puolet 70 vuotta täyttäneistä asui omasta mielestään riittävän lähellä niin terveystaluita kuin muitakin palveluita. Lisäksi noin viidennes oli sitä mieltä, että vaikka etäisyyttä näihin palveluihin olikin, se ei haitannut.

Vanhuuden tarpeiden ennakointi asumisjärjestelyissä

Useampi kuin kaksi kolmannelta tavallisessa yksityisasunnossa asuvista 70 vuotta täyttäneistä katsoi, että nykyisten asumisjärjestelyjen muuttaminen vanhuuden tarpeita ennakoiden ei ole heidän kannaltaan ajankohtaista. Vajaan kolmanneksen mielestä muutoksia kuitenkin tarvitaan. Noin joka seitsemäs aikoo jatkossakin asua nykyisessä asunnossaan ja tehdä siihen tarvittaessa asumista helpottavia muutoksia tai on jo tehnyt niitä. Asunnon vaihtamista on puolestaan suunnitellut noin joka kymmenes. Vanhuuden tarpeita silmällä pitäen asuntoa jo vaihtaneita on vastaajien joukossa noin 5 prosenttia, naisista vähän suurempi osa kuin miehistä. (Taulukko 16.5.)

Asumisen vaivattomuus eli terveyteen ja toimintakykyyn, palveluiden läheisyyteen ja asumisen esteettömyyteen kytkeytyvät tekijät nousivat yleisimmin esiin niillä, jotka kokivat tarvetta tehdä asumiseensa muutoksia. Heistä noin 90 prosenttia ilmoitti näillä tekijöillä olevan vaikutusta tai vaikuttaneen asumispäätöksiinsä. Eriytisesti 80 vuotta täyttäneet painottivat vastauksissaan tätä syyryhmää. Miesten ja naisten välillä ei havaittu eroa. (Taulukko 16.6.)

16. IÄKKÄIDEN IHMISTEN ARKITOIMISTA SUORIUTUMINEN,
ASUINYMPÄRISTÖ JA APUVÄLINEET

Taulukko 16.5: Vanhuuden tarpeiden ennakointi asumisjärjestelyissä (%).

	70–79	80+	70+ ¹
Miehet			
Ei ajankohtaista	76,5	65,8	73,8
Aikoo asua nykyisessä asunnossaan	13,0	18,6	14,5
On suunnitellut vaihtavansa	8,5	11,9	9,4
On jo vaihtanut asuntoa	2,0	3,7	2,4
Naiset			
Ei ajankohtaista	70,8	63,9	69,0
Aikoo asua nykyisessä asunnossaan	11,7	17,2	13,1
On suunnitellut vaihtavansa	10,6	10,9	10,7
On jo vaihtanut asuntoa	6,9	8,1	7,2
p ²			0,028

¹ ikävakioitu
² sukupuolten välinen tasoero

Taulukko 16.6: Asumisjärjestelyiden suunnittelun tai toteuttamisen taustalla olevia syitä (%).

	70–79	80+	70+ ¹
Sosiaaliset tekijät*			
Miehet	54,9	61,8	56,9
Naiset	66,1	63,4	65,2
p ²			0,207
Asumisen vaivattomuus[†]			
Miehet	85,0	97,5	88,8
Naiset	87,8	94,0	89,7
p ³			0,836
Taloudelliset tekijät			
Miehet	37,4	39,9	38,0
Naiset	39,7	31,5	37,1
p ⁴			0,878
Turvallisuus			
Miehet	23,3	29,4	25,2
Naiset	20,4	31,2	23,7
p ⁵			0,809
Tunnesiteet			
Miehet	48,5	40,2	46,1
Naiset	38,8	42,6	40,0
p ⁶			0,339

¹ ikävakioitu

^{2–6} sukupuolten välinen tasoero

* lasten perheiden tai muiden omaisten läheisyys, yksinäisyyden lievittäminen, seuran tarve, harrastusmahdollisuudet, uudenlaiset yhteisölliset asumismuodot

[†] terveyden ja toimintakyvyn vaikutukset, palveluiden läheisyys, asumisen esteettömyys

16. IÄKKÄIDEN IHMISTEN ARKITOIMISTA SUORIUTUMINEN, ASUINYMPÄRISTÖ JA APUVÄLINEET

Sosiaaliset tekijät, kuten lasten perheiden tai muiden omaisten läheisyys, seuran tarve, yksinäisyyden lievittäminen ja harrastusmahdollisuudet sekä yhteisöllisyyttä suosivat asumisen vaihtoehdot muodostivat vaivattomuuden jälkeen yleisimmän asumisratkaisuihin vaikuttavan syyryhmän. Noin 60 prosenttia ilmoitti näillä ennen muuta keskinäiseen apuun ja kanssakäymiseen kytkeytyvillä tekijöillä olevan vaikutusta asumispäätöksiinsä. Naisille tämä syyryhmä vaikutti olevan hieman tärkeämpi kuin miehille.

Runsas 40 prosenttia 70 vuotta täyttäneistä ilmoitti paikkaan liittyvien tunne-siteiden vaikuttavan asumispäätöksiinsä. Vajaa 40 prosenttia puolestaan ilmoitti taloudellisten tekijöiden vaikuttavan asumisratkaisuihinsa. Hieman yllättäen turvallisuus oli tärkeä tekijä vain neljännekselle niistä, joilla oli asumiseen liittyviä muutostarpeita. Sukupuolittaiset ja ikäryhmittäiset erot olivat tässäkin pieniä.

Johtopäätökset

Toimintarajoitteiden ilmaantuessa ympäristön merkitys kasvaa. Esteettömyys sekä erilaiset toimintaa helpottavat ratkaisut voivat tällöin mahdollistaa itsenäisen asumisen omassa kodissa pidempään. Esteetön ympäristö myös tukee toimintakyvyn ylläpitämistä, kun asuinympäristössä on helppo liikkua. Jalankulkuväylien liukkaus tai lumisuus ulkona sekä portaat ja kynnykset sisällä haittaavat varsin suurta osaa iäkkäistä ihmisistä. Asunnon varustetaso puutteista raportoivat yleisemmin naiset. Monien tekijöiden haittaavuus korostuu iän myötä.

Varsin suuri osa iäkkäistä ei koe asuinympäristössä olevien erilaisten esteiden haittaavan toimintaa. Hyvä fyysinen toimintakyky kompensoi ympäristötekijöiden negatiivista vaikutusta toimintaan, ja suuri osa iäkkäistä onkin hyväkuntoisia (ks. luku 13.1).

Pitkät etäisyydet tai huonot julkiset liikenneyhteydet haittaavat noin neljäsosaa 70 vuotta täyttäneistä. Yksi sote-uudistukseen liittyvistä huolista liittyikin siihen, että lähipalvelut häviävät, jos järjestämisvastuussa on kunnan sijaan maakunta. Digitaalisia palveluita, joiden avulla palvelut saadaan ihmisten luokse, kehitetään kiivaasti. On kuitenkin vielä liian varhaista sanoa, miten hyvin ja yhdenvertaisesti digipalvelut saavuttavat myös iäkkään väestöosan.

Huolimatta asuntoon ja asuinympäristöön liittyvistä hankaluuksista suurin osa 70 vuotta täyttäneistä ei ole kokenut ajankohtaiseksi pohtia asumisjärjestelyitään vanhuuden tarpeita ajatellen. Myös asiaa pohtineiden keskuudessa suurin osa arvostaa nykyisessä asunnossa asumisen jatkuvuutta. Koti on tärkeä paikka eikä sieltä haluta muuttaa pois vähin perustein. Asumisen vaihtoehtoja pohdittaessa paikkaan liittyvät tunnesiteet, sosiaalinen ympäristö totuttuine harrastusmahdollisuuksineen sekä läheisavun saantimahdollisuudet ja palveluiden läheisyys viittaavat pysyvyyden ja jatkuvuuden säilyttämiseen ja osallisuuden ylläpitämiseen vanhuudessa (ks. esim. Juhila ym. 2016).

Suomessa asuinolosuhteet ovat hyvät ja asumisen varustetasossa raportoitiin olevan verrattain vähän puutteita. Vanhuuden tarpeisiin varautumista on myös saatettu tehdä jo aiemmissa elämänvaiheissa mm. tekemällä kaiken ikäisten asumista helpottavia muutostöitä. Asumisen vaivattomuus ja esteettömyys korostuvat tuloksissa niillä iäkkäillä, jotka pohtivat asumisratkaisuja vanhuuden tarpeita ajatellen.

Väestön ikääntyminen lisää esteettömien asuntojen tarvetta. Kun esteettömyys-

16. IÄKKÄIDEN IHMISTEN ARKITOIMISTA SUORIUTUMINEN, ASUINYMPÄRISTÖ JA APUVÄLINEET

seikat otetaan jo suunnitteluvaiheessa huomioon, rakennuskustannukset ovat alhaiset verrattuna korjausrakentamisessa syntyviin moninkertaisiin lisäkustannuksiin (Kilpelä ym. 2014). Vuoden alussa voimaan tullut esteettömyysasetus (*Esteettömyysasetus* 2017) selkiyttää esteettömyysvaatimuksia ja edistää siten rakennusmääräysten toteutumista, mutta samalla esteettömyysvaatimuksia lievennettiin. Tämä on selvästi ristiriidassa kotona asumista tukevan politiikan kanssa.

Läheisten ja omaisten tuki toimintakyvyn heiketessä koetaan tärkeäksi, ja siksi suunnitellaan kenties muuttamista lähelle tätä tukiverkostoa, kuten joissakin tutkimuksissa on tullut esiin (esim. Vasara 2016). Myös muunlainen arkista elämistä tukeva asumisen yhteisöllisyys saattaa houkuttaa (esim. Jolanki ja Vilkkö 2015). Turvallisuus näyttäytyi tuloksissa vain varsin pienenä asumisjärjestelyjen muutos- syynä. Tämä selittyy kenties sillä, että kyselyn kysymyksessä esitettiin esimerkkinä turvallisuushakuisuudesta palvelutaloasuminen, mikä ehkä miellettiin rajoittavaksi ja tavalliseen kotiin nähden toissijaiseksi vaihtoehdoksi.

Sote-uudistus siirtää sosiaali- ja terveystalouden järjestämisvastuun kauem- maksi kunnista maakunnan päätösvaltaan. Kunnille jää edelleen tehtäväksi asun- to- ja asumisympäristöstä huolehtiminen. Jotta iäkäs henkilö pystyy jatkamaan kotona asumistaan toimintakyvyn heikentyessä ja avun tarpeen lisääntyessä, täytyy kunnan ja maakunnan välillä olla tiivis ja toimiva yhteistyö: maakunta huolehtii kotiin tarvittavista palveluista, kunta puolestaan asunnoista ja asumisympäristöstä. Molemmille tehtäväksi jää toimintakykyä ja itsenäistä selviytymistä tukevan kodin edellytysten luominen. Jos sote-uudistus keskittää palveluja liikaa kasvukeskuksiin, saattaa kotona asuva iäkäs tai ympärivuorokautista hoivaa tarvitseva vanhus jou- tua muuttamaan kauaksi aiemmasta asumisympäristöstään ja läheisistään. Iäkkäi- den palveluja ja asumisolosuhteita kehitettäessä on syytä harkita tarkkaan, miten paikoillaan asumista voitaisiin parhaiten tukea.

16.3 Apuvälineet

Outi Töytäri ja Päivi Sainio

- Muiden näön apuvälineiden kuin silmä- tai piilolasien käyttö 70 vuotta täyttäneillä on melko harvinaista: niitä käyttää noin 7 prosenttia iäkkäistä
- Kuulon apuvälineet ovat selvästi yleisemmin käytössä miehillä kuin naisilla. Naisilla niiden käyttö on kuitenkin hieman yleistynyt vuodesta 2011.
- Liikkumisen apuvälineitä käyttää selvästi suurempi osa iäkkäistä naisista kuin miehistä. Niitä käyttävien osuus on moninkertainen 80 vuotta täyttäneillä verrattuna nuorempaan ikäryhmään.

Apuvälineet tukevat, ylläpitävät ja parantavat käyttäjänsä toimintakykyä ja ehkäisevät toimintakyvyn heikentymistä. Niiden tarve lisääntyy, kun ihmiset ikääntyvät. Apuvälineiden avulla pystytään tukemaan ikäihmisten kotona asumista. Siksi on tärkeää, että apuvälineitä on helposti saatavilla ja sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisilla on riittävästi osaamista arvioida apuvälineiden tarvetta ja ohjata välineiden käyttöä. (Töytäri ja Kanto-Ronkanen 2016; Töytäri ym. 2010; *Apuvälineet* 2018).

Menetelmät

Apuvälineiden käyttöä kartoitettiin 70 vuotta täyttäneiden kyselylomakkeen kysymyksellä ”Käytättekö seuraavia apuvälineitä?”, minkä jälkeen lueteltiin yksitellen apuvälineitä, joihin vastattiin valitsemalla vaihtoehto kyllä tai en.

Nykytilanne

Näön apuvälineitä (muuta kuin silmälaseja) käytti 70 vuotta täyttäneistä miehistä ja naisista noin joka 14. Iän myötä näön apuvälineiden käyttö yleistyi jonkin verran.

Kuulon apuvälineitä (esimerkkinä kuulokoje) käytti noin joka viides 70 vuotta täyttänyt mies ja joka seitsemäs nainen. Kuulon apuvälinettä käyttävien osuus oli kaksinkertainen 70–79-vuotiaiden miesten keskuudessa verrattuna saman ikäisiin naisiin. Vanhimmassa 80 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä runsas neljäs miesistä ja naisista käytti kuulon apuvälineitä.

Liikkumisen apuvälineitä käytti 70 vuotta täyttäneistä miehistä noin joka seitsemäs ja naisista joka viides. Naisista apuvälinettä käytti noin kaksinkertainen osuus miehiin nähden 70–79-vuotiaiden ikäryhmässä (12 vs. 6 prosenttia). 80 vuotta täyttäneistä naisista vajaa puolet ja miehistä noin kolmannes käytti liikkumisen apuvälinettä. (Taulukko 16.7.)

16. IÄKKÄIDEN IHMISTEN ARKITOIMISTA SUORIUTUMINEN, ASUINYMPÄRISTÖ JA APUVÄLINEET

Taulukko 16.7: Näön, kuulemisen tai liikkumisen apuvälineitä käyttävien osuus (%).

	70–79	80+	70+ ¹
Näön apuväline (muu kuin silmälasit)			
Miehet	5,8	9,8	7,0
Naiset	6,3	10,2	7,4
p ²			0,791
Kuulemisen apuväline (esim. kuulokoje)			
Miehet	15,9	28,7	19,9
Naiset	7,9	27,7	13,8
p ³			0,013
Liikkumisen apuväline*			
Miehet	6,5	35,1	14,8
Naiset	12,0	42,1	20,7
p ⁴			0,033

¹ ikävakiointu

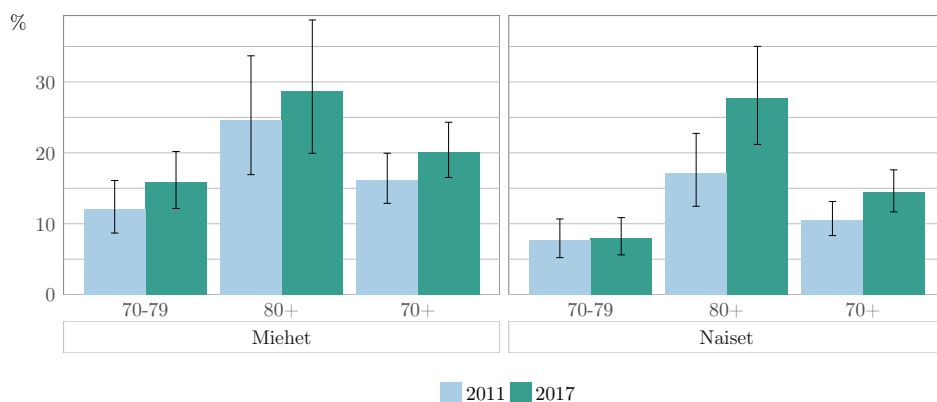
^{2–4} sukupuolten välinen tasoero

* kävelykeppi, kyynär- tai kainalosauvat, rollaattori, potkupyörä tai muu kävelyteline, pyörätuoli (käsi- tai sähkökäyttöinen)

Muutos 2011–2017

Kuulon apuvälineiden käyttö on hieman yleistynyt naisilla (kuvio 16.3) ja näön apuvälineiden käyttö on jonkin verran harvinaistunut. Liikkumisen apuvälineiden kysymyksissä oli eroja vuosien 2011 ja 2017 tiedonkeruissa, joten muutosta ei voida luotettavasti arvioida.

Kuvio 16.3: Kuulemisen apuvälinettä käyttävien osuus (%) vuosina 2011 ja 2017.



Johtopäätökset

Kuulo-ongelmat ovat miehillä yleisempiä, joten on luontevaa, että myös kuulon apuvälineet olivat heillä yleisemmin käytössä kuin naisilla. Kuulon apuvälineiden käyttö on hieman lisääntynyt, mutta muutos on merkitsevä vain naisilla. Näyttää siltä, että kuulokojien saatavuus on parantunut samaan aikaan, kun kuulokojeteknologia on kehittynyt (Salonen ym. 2011).

Näön apuvälineiden käytön vähentymistä on tulkittava varoen. Vuoden 2011 tutkimuksessa tehtiin kotikäyntejä niiden luokse, jotka eivät kyenneet saapumaan tutkimuspaikalle, mutta vuonna 2017 tähän ei ollut mahdollisuutta. Heikkonäköiset iäkkäät ovat siten saattaneet osallistua vuoden 2017 tutkimukseen huonommin ja näön apuvälineitä käyttävien osuus voi siksi olla todellista pienempi.

Liikkumisrajoitteet ovat selvästi yleisempiä naisilla kuin miehillä, mikä selittää naisten yleisempää liikkumisen apuvälineiden käyttöä. Myös liikkumisrajoitteet ovat yhteydessä katoon (Sainio ym. 2006b), joten arvio käytössä olevista liikkumisen apuvälineistä saattaa sekin olla jonkin verran todellista pienempi.

Ikääntymisen myötä kuulo-, näkö- ja liikuntarajoitteet yleistyvät, ja arkitoimintoista suoriutuminen ja muisti heikkenevät. Ikäihmisten itsenäistä selviytymistä voidaan tukea esteettömän ympäristön lisäksi monilla erilaisilla apuvälineillä, joiden käyttöä ei nyt kartoitettu. Valtakunnallisesti tulisikin kehittää rekisteripohjais- ta tiedonkeruuta apuvälineiden luovuttamisesta, jotta seurantatietoa olisi käytössä nykyistä enemmän palvelujen kehittämisen tueksi.

Sote-uudistuksessa tulee varmistaa, että sote-keskuksissa on riittävästi apuvälinealan osaamista ja apuvälineitä on saatavilla ikäihmisille joustavasti ja maksutta lähipalveluina. Maakunnan apuvälinekeskuksen vastuulla on koordinoida kaikki alueensa apuvälinepalvelut sekä asunnonmuutostyöt (*Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi* 2017). Myös uuden teknologian ja robotiikan mahdollisuudet tulee hyödyntää palveluissa.

17 Terveyden, toimintakyvyn ja niihin vaikuttavien tekijöiden vaihtelu koulutuksen ja asuinalueen mukaan

Seppo Koskinen, Tuija Martelin, Katja Borodulin, Annamari Lundqvist, Katri Sääksjärvi ja Päivi Koponen

- Useimmissa terveyttä, toimintakykyä ja niihin vaikuttavia tekijöitä kuvaavissa mittareissa koulutusryhmien välinen ero oli selvä: tilanne oli edullisin korkea-asteen koulutuksen saaneilla ja heikoin perusasteen koulutuksen saaneilla.
- Alue-erot eivät olleet yhtä johdonmukaisia: osassa mittareita niitä ei ollut lainkaan, ja alueiden järjestys vaihteli ilmiöstä riippuen. Etelä- ja Länsi-Suomea edustavien HYKS- ja TYKS-alueiden tilanne oli kuitenkin usean osoittimen mukaan hieman muuta maata parempi.

Väestöryhmien välillä on osoitettu olevan suuria eroja monien terveydentilan ja toimintakyvyn osoittimien mukaan. Esimerkiksi asuinalue ja monet sosioekonomisen aseman mittarit ovat yhteydessä terveyteen ja toimintakykyyn (Palosuo ym. 2007; *THL:n sairastavuusindeksi* 2017). Väestöryhmien välisiä eroja pidetään eriarvoisuuden ilmentymänä silloin, kun voidaan perustellusti olettaa, että niitä voitaisiin erilaisin toimenpitein kaventaa. Terveyden eriarvoisuuden vähentäminen on ollut jo monien vuosikymmenten ajan terveyspolitiikan tärkeä tavoite Suomessa (Palosuo ym. 2007; *Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011* 2008), mutta toistaiseksi tavoitteen saavuttamisessa on onnistuttu verrattain huonosti (*Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011* 2008).

Tässä luvussa kuvataan terveyden, toimintakyvyn ja niihin vaikuttavien tekijöiden eroja koulutusryhmien ja asuinalueiden välillä FinTerveys 2017 -tutkimuksen tulosten valossa. Tähän lukuun on tarkastelun kohteeksi valittu vain joitakin esimerkkejä eri aihealueilta. Vertailun mahdollistamiseksi on soveltuvin osin poimittu sellaisia mittareita, joiden väestöryhmittäistä vaihtelua kuvattiin Terveys 2011 -tutkimuksen perustulosraportissa (Martelin ym. 2012). Koulutusastetta mitataan kolmiluokkaisella muuttujalla (ks. luku 4.1), ja alueluokituksena käytetään viisiluokkaista maakuntien yhteistyöaluejakoa, joka noudattaa vuonna 2018 eduskunnan käsittelyyn tulevaa hallituksen esitystä.

Koulutusryhmien väliset erot on koottu liitetaulukkaan 7.1 ja alue-eroja kuvaavat tiedot liitetaulukkaan 7.2. Tulosten raportoinnissa keskitytään lähinnä sellaisiin osoittimiin, joissa vertailtavien ryhmien ero oli tilastollisen testin valossa vähintään viitteellinen ($p < 0,10$). Monissa tapauksissa ryhmien välinen ero vaihteli eri ikäryhmissä, jolloin kaikki ikäryhmät kattava kokonaistesti ei anna pätevää kuvaa ryhmien välisten erojen suuruudesta. Liitetaulukoista käy ilmi, milloin iän ja tarkasteltavan taustamuuttujan välillä oli tilastollisesti merkitsevä yhdysvaikutus, mutta niiden sisältö ja merkitys jäävät jatkotutkimusten selvitettäväksi. Väestöryhmien välisten erojen muutoksia Terveys 2011 -tutkimukseen verrattuna ei ole tässä

perustulosraportissa tilastollisesti analysoitu., Johtopäätöksiä erojen kasvusta tai kaventumisesta voidaan tehdä myöhemmin jatkotutkimusten perusteella.

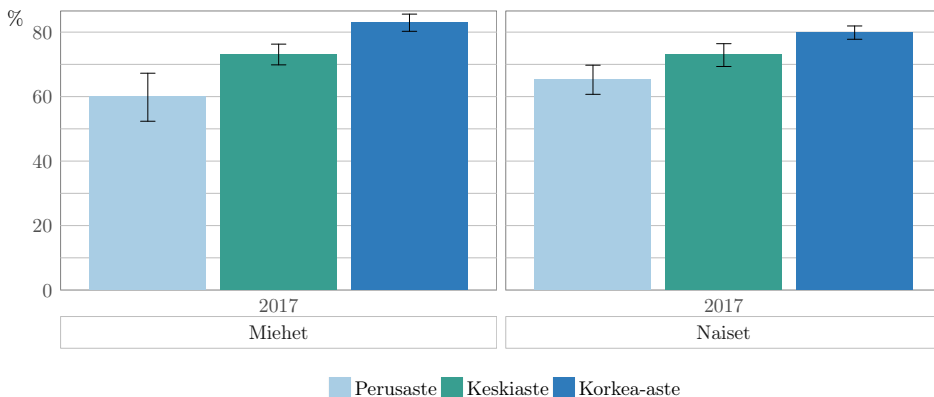
17.1 Koulutusryhmien väliset erot

Koulutusryhmien välillä oli selviä eroja useimpien tarkasteltujen mittareiden välillä. Myös erojen suunta oli enimmäkseen samanlainen: useimmat ongelmat olivat yleisimpiä perusasteen koulutuksen saaneilla ja harvinaisimpia korkea-asteen koulutuksen saaneilla.

Monet elinoloihin ja työhön liittyvät asiat olivat yhteydessä koulutusasteeseen. Perusasteen koulutusryhmään kuuluvilla parisuhteessa elävien osuus oli pienin, yksin asuvien osuus oli suurin ja vähintään kolmen hengen kotitaloudessa asuvien osuus pienin. Toimeentulon kokeminen riittäväksi oli selvästi yleisintä korkea-asteen koulutusryhmässä, samoin mahdollisuudet tehdä itsenäisiä päätöksiä työssä. Lapsiluvun yhteys koulutusasteeseen oli erilainen naisilla ja miehillä: vähiten lapsia oli perusasteen koulutuksen saaneilla miehillä ja korkea-asteen koulutuksen saaneilla naisilla.

Koettu elämänlaatu oli vahvassa yhteydessä koulutusasteeseen: mitä korkeampi koulutus, sitä paremmaksi oma elämänlaatu arvioitiin (kuvio 17.1). Erik Allardt (Allardt 1976) jäsenyyden mukaisista hyvinvoinnin kolmen ulottuvuuden osoittamista tyytyväisyys taloudelliseen tilanteeseensa ja tyytyväisyys saavutuksiinsa elämässä olivat johdonmukaisessa yhteydessä koulutukseen. Sen sijaan tyytyväisyydessä perhe-elämään ei ollut merkittäviä eroja koulutusryhmien välillä.

Kuvio 17.1: Elämänlaatusa hyväksi kokevien osuus (%) koulutusryhmittäin.

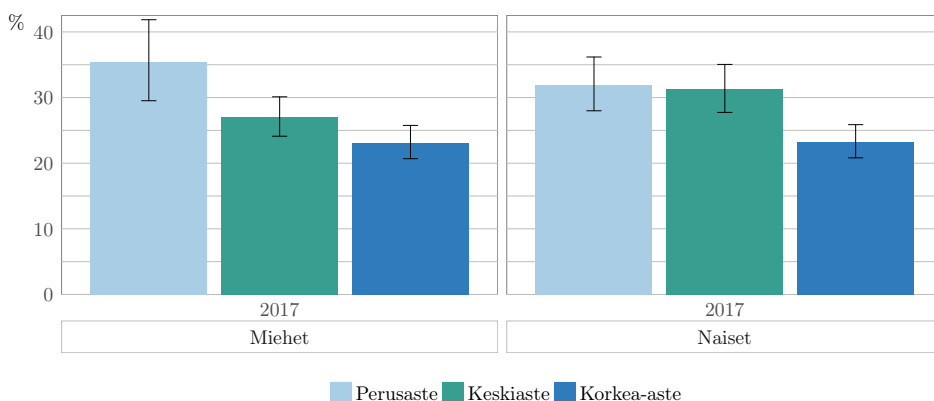


Raittiiden osuus oli suurin perusasteen koulutuksen saaneilla, ja humalajuomista kuvaava vähintään kuuden alkoholiannoksen nauttiminen kerralla oli miesten keskuudessa yleisintä keskiasteen koulutusryhmässä. Alkoholin käyttöä lukuun ottamatta kaikki muut elintavat olivat ylimmässä koulutusryhmässä terveellisimmät. Korkea-asteen tutkinnon suorittaneiden ryhmässä tupakkatuotteiden käyttö oli harvinaisinta, tuoreiden vihannesten sekä hedelmien ja marjojen runsas käyttö oli yleisintä, liikuntaa harrastettiin eniten ja enintään 6 tuntia vuorokaudessa nukkuvien osuus oli pienin. Koulutusryhmien välillä oli huomattava ero myös liha-

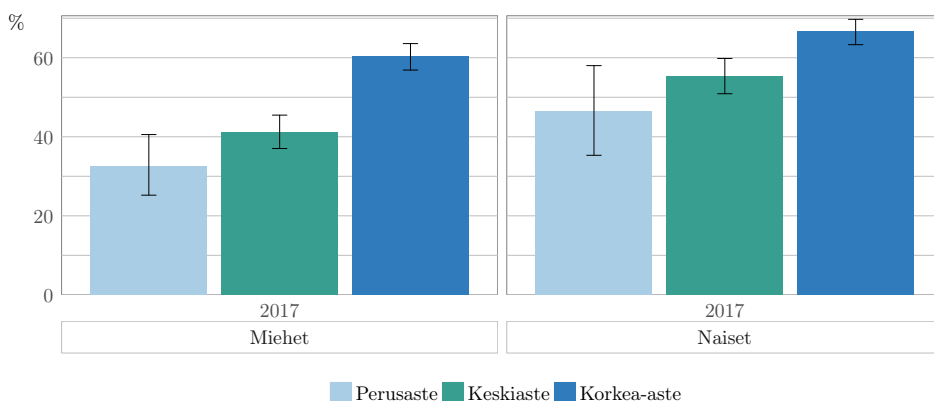
17. TERVEYDEN, TOIMINTAKYVYN JA NIIHIN VAIKUTTAVIEN TEKIJÖIDEN VAIHTELU KOULUTUKSEN JA ASUINALUEEN MUKAAN

vuoden yleisyydessä: perusasteen koulutuksen saaneista kolmannes, mutta korkea-asteen koulutuksen saaneista alle neljäsosa oli lihavia (kuvio 17.2). Terveellisten ravintotottumusten edistämisen kannalta tärkeä tavoite olisi lisätä työpaikka- tai oppilaitosruokalassa ruokailemisen mahdollisuuksia etenkin alimmissa koulutusryhmissä (kuvio 17.3).

Kuvio 17.2: Lihavuuden (BMI ≥ 30 kg/m²) yleisyys (%) koulutusryhmittäin.



Kuvio 17.3: Työssäkäyvien ja opiskelijoiden mahdollisuus käydä syömässä työpaikka- tai oppilaitosruokalassa (%) koulutusryhmittäin.

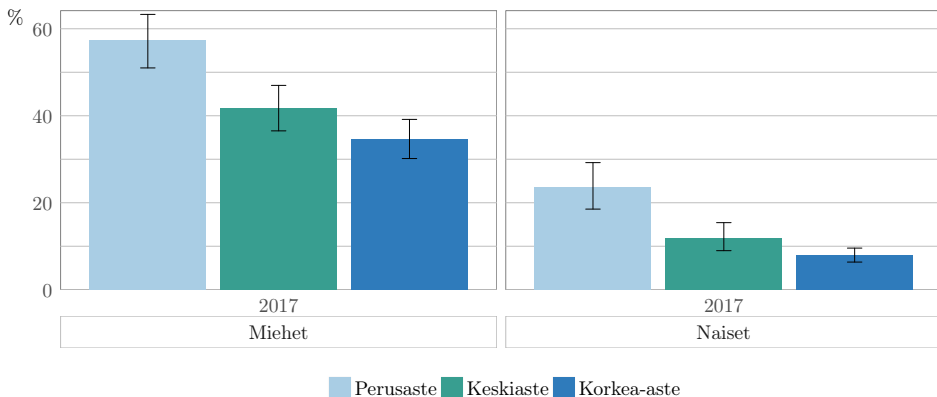


Terveytensä hyväksi kokeminen oli sitä yleisempää ja ainakin yhden pitkäaikais-sairauden ilmoittaminen sitä harvinaisempaa, mitä enemmän koulutusta saaneista ryhmästä oli kyse. Erot olivat samansuuntaisia myös monien muiden somaattisten sairauksien yleisyydessä: kohonnut verenpaine, lääkärin toteamat verenkiertoelinten sairaudet, diabetes, astma ja keuhkohtaumatauti olivat kaikki yleisimpiä perusasteen koulutuksen saaneiden keskuudessa. Myös sepelvaltimotaudin tai aivo-ohalvauksen (kuvio 17.4) ja diabeteksen riskit olivat selvästi suurimmat alimmissa koulutusryhmässä. Samoin olkapäävaivoista kertova yläraajan ylösnostamisen ra-

17. TERVEYDEN, TOIMINTAKYVYN JA NIIHIN VAIKUTTAVIEN TEKIJÖIDEN VAIHTELU KOULUTUKSEN JA ASUINALUEEN MUKAAN

joite ja naisilla päivittäinen virtsankarkailu olivat yleisimpiä perusasteen koulutusryhmässä. Jonkin omakustanteisen rokotuksen hankkineita oli eniten korkea-asteen tutkinnon suorittaneissa, ja myös influenssarokotuskattavuus oli paras ylimmässä koulutusryhmässä.

Kuvio 17.4: Kohonnut sepelvaltimotaudin tai aivohalvauksen riski (yli 10 % riski 10 vuoden aikana) 50–69-vuotiailla (%) koulutusryhmittäin.



Mielenterveyden ongelmia kuvaava psyykinen oireilu oli MHI-5-mittarin valossa miehillä tuntuvasti yleisempää perusasteen koulutuksen saaneiden ryhmässä verrattuna enemmän koulua käyneisiin. Miehillä myös ajankohtainen masennusoireilu oli yleisintä alimmassa koulutusryhmässä. Naisilla vastaavia eroja ei havaittu, ja GHQ-12-mittarin mukaan psyykkisessä kuormittuneisuudessa ei ollut selviä koulutusryhmien välisiä eroja kummallakaan sukupuolella.

Koettu suunterveys oli sitä parempi mitä pidemmälle koulutetusta ryhmästä oli kyse. Myös hampaiden harjaaminen vähintään kahdesti vuorokaudessa oli selvästi yleisintä korkea-asteen tutkinnon suorittaneiden ryhmässä. Sen sijaan hammassärkyä tai muita hampaisiin tai proteeseihin liittyviä vaivoja oli edeltäneen vuoden aikana ollut noin joka kolmannelle koulutusasteesta riippumatta.

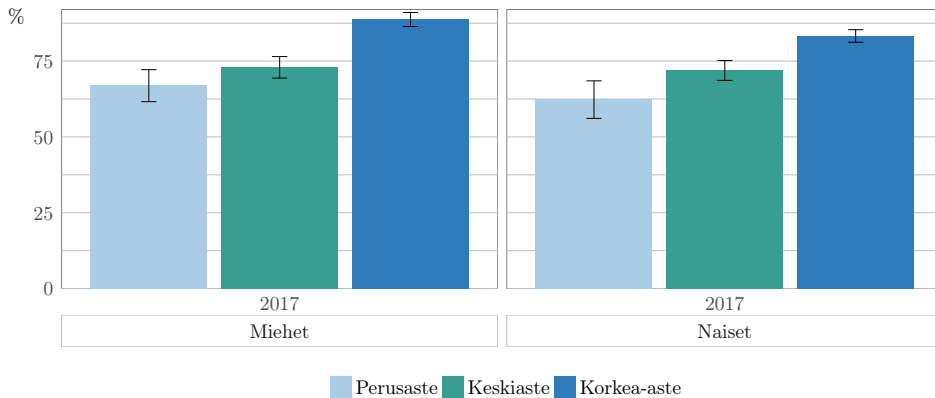
Liikuntatapaturma edeltäneen vuoden aikana oli sattunut yleisimmin ylimmän koulutusryhmän miehille, kotitapaturma puolestaan alimman koulutusryhmän naisille.

Lähes kaikkien tarkasteltaviksi valittujen mittareiden valossa myös toiminta- ja työkyky oli sitä parempi, mitä koulutetummasta ryhmästä oli kyse. Puolen kilometrin kävelystä vaikeuksista selviytyvien osuus oli korkea-asteen koulutuksen saaneilla suurempi, samoin keskimääräinen käden puristusvoima, näöntarkkuus, kognitiivinen toimintakyky (kielellinen sujuvuus ja muisti) ja oma arvio työkyvystä (kuvio 17.5). Myös yksinäisyyden kokemukset olivat keski- tai korkea-asteen koulutuksen saaneilla harvinaisempia kuin perusasteen koulutuksen saaneilla. Kerho- tai yhdistystoimintaan osallistuminen ja luottamus toisiin ihmisiin olivat yleisempiä korkea-asteen koulutuksen ryhmässä vähemmän koulutettuihin verrattuna. Oman kotitalouden ulkopuolella asuvan toimintarajoitteisen henkilön säännöllinen auttaminen oli yleisintä ylimpään koulutusryhmään kuuluvien naisten keskuudessa.

Perusasteen koulutusryhmään kuuluvista henkilöistä noin seitsemän kymmenes-

17. TERVEYDEN, TOIMINTAKYVYN JA NIIHIN VAIKUTTAVIEN TEKIJÖIDEN VAIHTELU KOULUTUKSEN JA ASUINALUEEN MUKAAN

Kuvio 17.5: Täysin työkykyisenä itseään pitävien osuus (%) koulutusryhmittäin.



tä ilmoitti hakeutuvansa ensisijaisesti terveyskeskukseen tarvitessaan lääkärinpalveluja. Korkea-asteen koulutusryhmässä terveyskeskus oli ensisijainen hoitopaikka vain hieman useammalle kuin neljälle kymmenestä. Ensisijaisesti yksityiseltä lääkäriasemalta lääkäripalveluja ilmoitti hakevansa noin kuudesosa ylimpään koulutusryhmään kuuluvista, mutta vain yksi kahdestatoista alimpaan koulutusryhmään kuuluvista. Työssä käyvistä korkea-asteen tutkinnon suorittaneista lähes kahden kolmasosan ensisijainen hoitopaikka oli työterveyshuolto, kun perusasteen koulutuksen suorittaneiden ryhmässä vastaava osuus oli alle puolet.

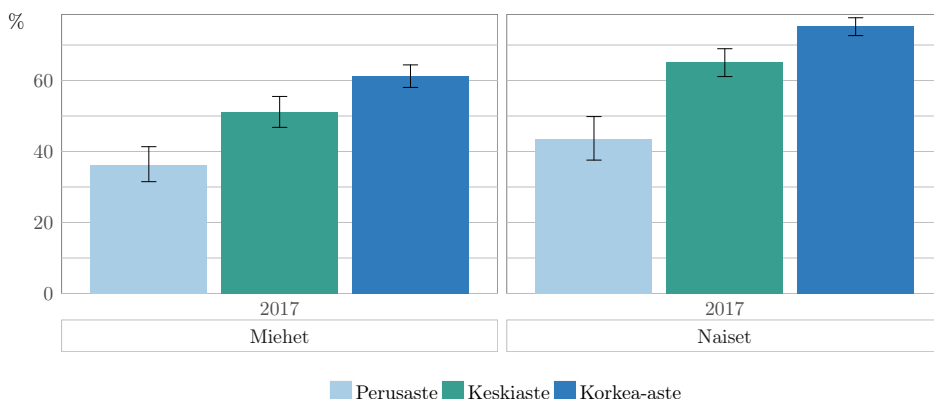
Lääkärin vastaanotolla edeltäneen vuoden aikana käyneiden osuus oli suurin ylimmässä koulutusryhmässä, mutta hoitajan vastaanotolla ja fysioterapiassa edeltäneen vuoden aikana käyneiden osuudessa ei ollut mainittavia koulutusryhmittäisiä eroja. Jossakin terveystarkastuksessa edeltäneiden viiden vuoden aikana käyneiden osuudessakaan ei juuri ollut eroja. Mielenterveysongelmien takia terveyspalveluja käyttäneitä oli etenkin naisten keskuudessa eniten ylimmässä koulutusryhmässä ja vähiten alimmassa koulutusryhmässä.

Säännöllisesti hammaslääkärin tarkastuksessa käyvien osuus oli selvästi pienin alimmassa koulutusryhmässä, niin naisten kuin miestenkin osalta (kuvio 17.6). Hammashoidossa edeltäneen vuoden aikana käyneitä oli vähiten perusasteen koulutusryhmässä. Tämän taustalla oli suuri ero yksityisen hammaslääkärin vastaanotolla käymisen yleisyydessä; terveyskeskushammaslääkärillä edeltäneen vuoden aikana käyneiden osuudessa koulutusryhmittäiset erot olivat sen sijaan verrattain pienet. Hammashoitopalvelujen käytön koulutusryhmittäisiä eroja selittävät ainakin osittain taloudelliset voimavarat: alimpaan koulutusryhmään kuuluvista runsas viidesosa mutta ylimpään ryhmään kuuluvista vain vajaa seitsemäsosa ilmoitti, että liian korkeat asiakasmaksut ja hinnat olivat estäneet heitä saamasta haluamaansa hammaslääkärinhoitoa.

Kun monia palveluja pyritään nopeasti digitalisoimaan, on tärkeää huolehtia riittävästä palvelujen saatavuudesta myös niissä väestöryhmissä, joissa digitaalisten palvelujen käyttömahdollisuuksia ei ole. Esimerkiksi 70 vuotta täyttäneistä perusasteen koulutuksen saaneista naisista ja miehistä yli puolet ei käytä itse eikä avustettunakaan internetiä sähköiseen asiointiin, ja keskiasteen koulutusryhmässä-

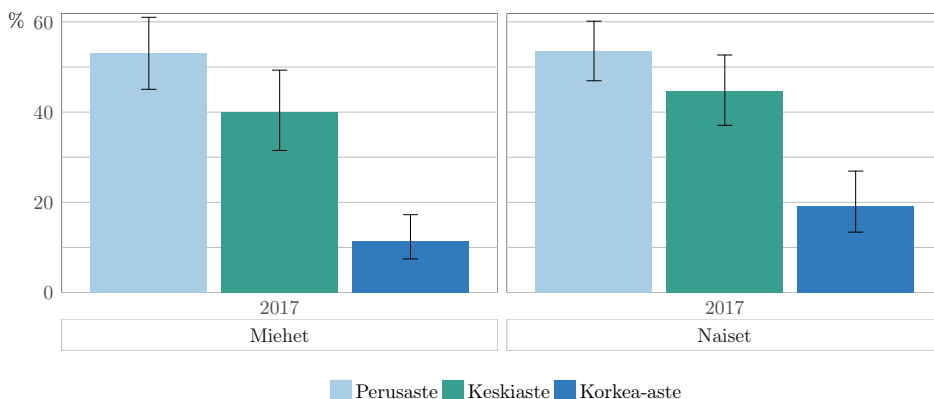
17. TERVEYDEN, TOIMINTAKYVYN JA NIIHIN VAIKUTTAVIEN TEKIJÖIDEN VAIHTELU KOULUTUKSEN JA ASUINALUEEN MUKAAN

Kuvio 17.6: Hammaslääkäriissä säännöllisesti tarkastusta varten käyvien osuus (%) koulutusryhmittäin.



kin vastaava osuus on lähes puolet (kuvio 17.7).

Kuvio 17.7: Ei käytä internetiä sähköiseen asiointiin, osuus (%) 70 vuotta täyttäneistä koulutusryhmittäin.



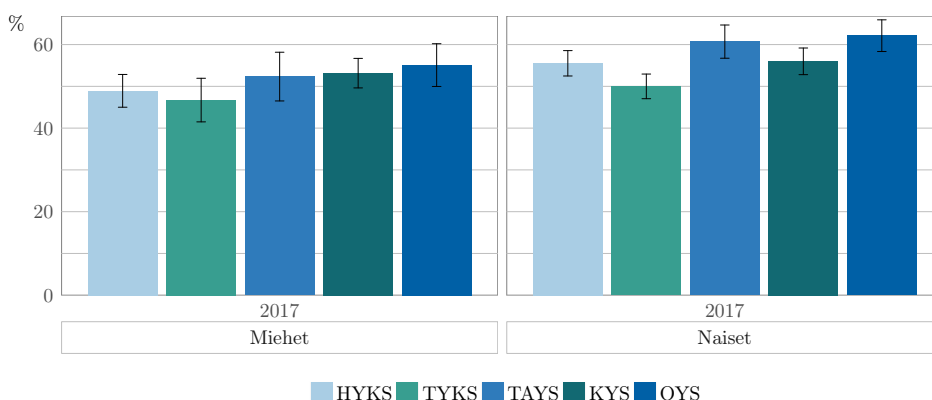
17.2 Alue-erot

Alue-erot eivät olleet tarkastelun kohteiksi valituissa osoittimissa kovin johdonmukaisia. Monissa ilmiöissä ei merkitseviä eroja havaittu lainkaan, ja alueiden järjestys vaihteli niissäkin ilmiöissä, joissa alue-eroja löytyi. Vaikka erilaisia alue-eroja havaittiinkin useissa terveyden ja toimintakyvyn indikaattoreissa, noin kahdessa kolmasosassa osoittimista ei ilmennyt merkitseviä eroja alueiden välillä. Alue-eroja ei ilmennyt esimerkiksi toimeentulon kokemisessa riittäväksi, elämänlaadussa, monissa elintavoissa, diabeteksen ja mielenterveysoireiden ja tapaturmien esiintyvyydessä, koetussa suun terveydessä, yksinäisyydessä, luottamuksessa ja monien terveys-

17. TERVEYDEN, TOIMINTAKYVYN JA NIIHIN VAIKUTTAVIEN TEKIJÖIDEN VAIHTELU KOULUTUKSEN JA ASUINALUEEN MUKAAN

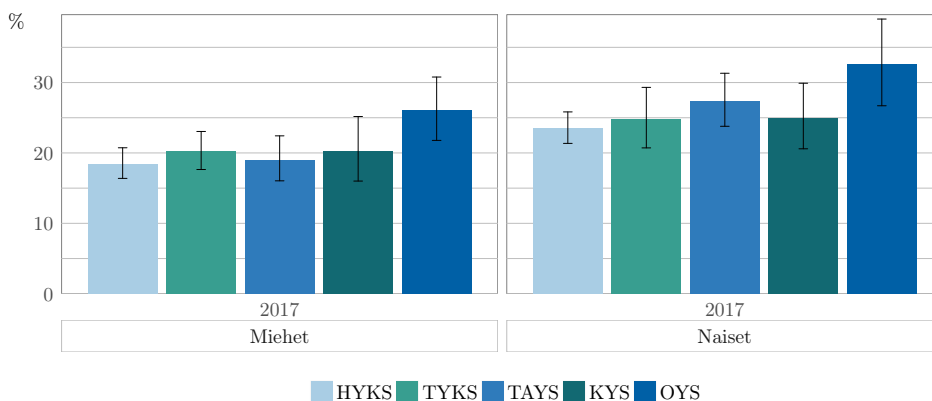
palvelujen käytössä. Etelä- ja Länsi-Suomea edustavien HYKS- ja TYKS-alueiden tilanne oli usean osoittimen mukaan hieman muuta maata parempi. Esimerkiksi koettu terveys oli näillä alueilla jonkin verran parempi ja pitkäaikaissairaiden osuus (kuvio 17.8) hieman pienempi verrattuna muihin alueisiin.

Kuvio 17.8: Pitkäaikaisen sairauden tai muun pitkäaikaisen terveysongelman ilmoittaneiden osuus (%) alueittain.

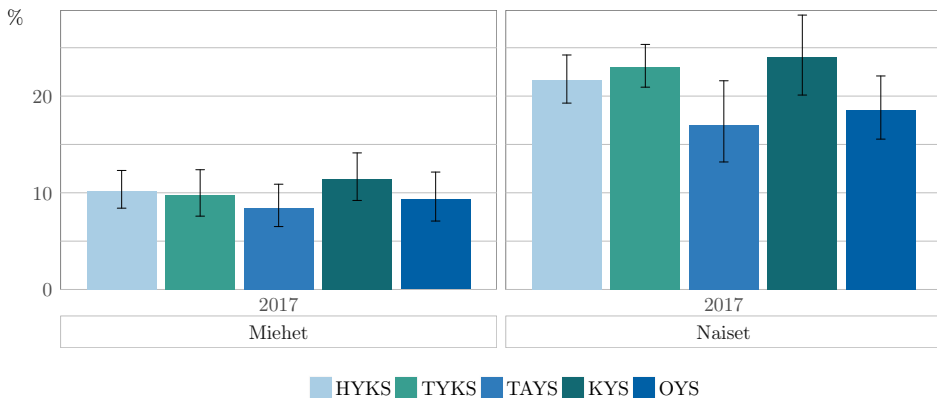


Kaikilla alueilla oli kuitenkin sekä vahvuuksia että heikkouksia. Raittiiden osuus oli suurin Pohjois-Suomessa (OYS-alue) (kuvio 17.9). Hedelmiä ja marjoja useita kertoja päivässä syövien osuus oli puolestaan Itä-Suomessa (KYS-alue) hieman suurempi kuin muilla alueilla (kuvio 17.10).

Kuvio 17.9: Raittiiden osuus (%) alueittain.



Kuvio 17.10: Hedelmiä tai marjoja useita kertoja päivässä syövien osuus (%) alueittain.



17.3 Johtopäätökset

Koulutusryhmien ja alueiden välisiä eroja tarkasteltiin tässä luvussa esimerkinomaisesti joidenkin eri aihepiirejä kuvaavien muuttujien valossa. Koulutusryhmien väliset erot olivat hyvin selkeitä: useimmat ongelmat olivat yleisimpiä perusasteen koulutuksen saaneilla ja vähäisimpiä korkea-asteen koulutettujen ryhmässä. Tämä havainto on yhdenmukainen aiempien tietojen kanssa (Palosuo ym. 2007), ja se vastaa myös Terveys 2011 -tutkimuksen tuloksia (Martelin ym. 2012). Myös alueeroja havaittiin, mutta ne eivät olleet läheskään yhtä johdonmukaisia kuin koulutusryhmien väliset erot, ja niitä ilmeni harvemmissa osoittimissa kuin vuoden 2011 analyyseissä. Luotettavat johtopäätökset koulutusryhmien ja asuinalueiden välisten erojen muutoksista vuoden 2011 jälkeen vaativat tarkemmat analyysit, ja ne jäävät jatkotutkimusten tehtäväksi.

Yleisesti ottaen erot tarkasteltujen laajojen alueiden välillä olivat pääsääntöisesti verrattain pieniä. Terveys alue-erojen luotettavaan tarkasteluun tarvittaisiin maakuntia edustavia isompia otoksia. Maakuntien välillä on huomattavia eroja hyvin monissa keskeisissä rekisteritietoon perustuvissa terveyden ja toimintakyvyn mittareissa. Esimerkiksi THL:n sairastavuusindeksin valossa sairaimmasta maakunnassa (Pohjois-Savo) sairastavuus on noin kaksinkertaista terveimpään maakuntaan (Ahvenanmaa) verrattuna. Maakuntien sisälläkin sairastavuus vaihtelee huomattavasti: joissakin maakunnissa jopa naapurikunnissa asuvien ihmisten terveydessä on suuria eroja (*THL:n sairastavuusindeksi 2017*). Nämä rekisteritietoihin perustuvat erot voivat kuitenkin osittain heijastaa eroja hoitokäytännöissä eikä väestön terveydentilassa, minkä vuoksi tarvitaan myös maakunnittaisia terveystarkastustutkimuksia.

Väestöryhmien välisen terveyserojen kaventaminen on ollut jo pitkään suomalaisen terveyspolitiikan keskeisiä tavoitteita (*Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011* 2008), mutta siinä on onnistuttu vain osittain. Joissakin tapauksissa erot ovat jopa kasvaneet parin viime vuosikymmenen aikana, kuten esimerkiksi tuloluokkien väliset erot elinajanodotteessa (Tarkiainen

17. TERVEYDEN, TOIMINTAKYVYN JA NIIHIN VAIKUTTAVIEN TEKIJÖIDEN VAIHTELU KOULUTUKSEN JA ASUINALUEEN MUKAAN

ym. 2017; Parikka ym. 2017). FinTerveys 2017 -tutkimusaineisto yhdessä aiempien FINRISKI- ja Terveys 2000/2011 -aineistojen kanssa tarjoavat jatkossa erinomaiset mahdollisuudet terveyden, toimintakyvyn, elintapojen ja palveluiden käytön väestöryhmittäisten erojen muutosten sekä niiden syiden selvittämiseen. Jo nyt saadut tulokset kuitenkin osoittavat, että terveyserojen kaventamisen on jatkossakin syytä pysyä yhteiskuntapolitiikan keskeisenä tavoitteena.

18 Tiedonkeruumenetelmien standardointi ja kadon vaikutusten arviointi

Päivikki Koponen, Katja Borodulin, Annamari Lundqvist, Katri Sääksjärvi, Päivi Sainio ja Seppo Koskinen

FinTerveys 2017 -tutkimuksessa onnistuttiin pysäyttämään aiempi väestötutkimusten heikkenevän osallistumisaktiivisuuden kehitys. Keskeisimmät tiedot saatiin nyt 71 prosentilta otokseen kuuluneista, kun vastaavasti Terveys 2011 -tutkimukseen osallistui 73 prosenttia ja FINRISKI 2012 -tutkimukseen 65 prosenttia otokseen kuuluneista. Nyt saavutettu osallistumisaktiivisuus on kansainvälisestikin tarkasteltuna edelleen poikkeuksellisen hyvä. Osallistumisaktiivisuutta ovat todennäköisesti edistäneet mm. aiempaa aktiivisempi tutkittavien tavoittelu sekä aiempaa helpompi mahdollisuus vaihtaa terveystarkastusaika omaan aikatauluun sopivaksi. Lisäksi kutsukirjeessä kuvattiin tutkimukseen kuuluvat monipuoliset mittaukset ja luvattiin antaa niistä monipuolinen palaute, mikä motivoi osaa tutkimukseen kutsutuista osallistumaan. Tutkittavat saivat nyt ensimmäistä kertaa THL:n toteuttamassa väestötutkimuksessa ns. terveysprofiilin, jossa oli yksittäisten mittausten lisäksi laajempia sairastumisriskilaskelmia ja mahdollisuus verrata omaa tilannetta muihin samanikäisiin ja samaa sukupuolta oleviin. Osallistumisaktiivisuutta pyrittiin parantamaan myös median avulla; tutkimuksen alkamisesta eri paikkakunnilla uutisoitiin paikallisissa medioissa ja sosiaalisessa mediassa.

Vaikka kokonaisosallistumisprosentti olikin kohtuullisen hyvä, vaihteli osallistuminen ikäryhmittäin jonkin verran. Heikoimmin osallistuivat nuorimmat ja vanhimmat. On selvää, että tutkimuksen useiden kyselylomakkeiden täyttäminen oli monelle, erityisesti iäkkäälle tutkittavalle kuormittavaa. Esimerkiksi 70 vuotta täyttäneiden kyselyn täyttikin vain hieman yli puolet otokseen kuuluneista, sitä harvempi mitä iäkkäämmästä oli kyse. Kyselyihin sisällytettävää tutkimussisältöä tuleekin entisestä paremmin pyrkiä rajaamaan vain kaikkein keskeisiin asioihin.

Kadon vaikutusta tuloksiin on pyritty korjaamaan tilastollisissa analyyseissa, mutta kadon vaikutuksia on syytä arvioida tarkkaan. Vuonna 2017 ei resurssien niukkuuden takia tehty lainkaan kotikäyntejä niiden tutkittavien luokse, jotka eivät kyenneet tulemaan tutkimuspaikoille. Siksi toimintakyvyltään heikoimmista ja sairaimmista henkilöistä suurempi osa on voinut jäädä katoon tällä kertaa kuin vuosien 2000 ja 2011 tiedonkeruissa, joissa kotikäynnit voitiin toteuttaa. Tulokset esimerkiksi ikääntyneen väestön toimintakyvyn tasosta tai muutoksista voivat siten olla liian positiivisia, ja apua saavien ja tarvitsevien osuudet ja lukumäärät ovat todennäköisesti aliarvioita. Kadon vaikutuksia korjaavat painokertoimet muodostettiin aiempaa suppeammin tiedoin, mikä myös voi vaikuttaa siihen, että tulokset ovat hieman todellista positiivisempia. Väestön terveystutkimuksissa katoon jäävät muita useammin mm. tupakoitsijat (Kopra ym. 2017), matalammin koulutetut (Reinikainen ym. 2018), ja mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät (Markkula ym. 2015) sekä pitkäaikaisesti sairaat (Tolonen ym. 2017). Kadon valikoivuuden ja sen muutosten mahdollisia vaikutuksia tuloksiin on tarkoitus analysoida jatkossa tarkemmin.

Muutosten arviointia rajoittivat kahden tutkimusperinteen yhdistämisestä johduneet menetelmäerot ja tästä aiheutuneet rajoitteet tietojen vertailukelpoisuudes-

18. TIEDONKERUUMENETELMIEN STANDARDOINTI JA KADON VAIKUTUSTEN ARVIOINTI

sa. Monissa keskeisissä kansanterveysongelmissa kysymysmuotojen pienetkin erot sekä tiedonkeruutapojen muutokset voivat vaikuttaa tuloksiin. Vuonna 2011 haastatteluna toteutettujen kysymysten siirtäminen itse täytettyihin kyselyihin sekä kysymyssarjojen lyhentäminen tai kysymyksen siirtäminen eri paikkaan lomakkeella vuonna 2017 heikensivät tietojen vertailukelpoisuutta. Tähän raporttiin valittiin kansallisen edustavuuden takia vertailu Terveys 2011 -tutkimukseen. Useissa kansanterveysongelmissa muutostrendejä voidaan arvioida luotettavammin FINRISKI-tutkimusaineistoon kuin tässä raportissa käytettyyn Terveys 2011 -aineistoon pohjautuen. Näitä pidemmän aikavälin muutostuloksia raportoidaan myöhemmin rajattuna FINRISKI-tutkimusalueille.

Tutkimuksen tulokset tuovat myös esiin haasteita eurooppalaisissa vertailuissa. Esimerkiksi toimintarajoitteita mittaava kysymys ja pitkäaikaissairastavuutta koskevat kysymykset ovat keskeisessä asemassa EU:n terveys- ja hyvinvointiseurannassa. Niiden perusteella terveysongelmasta aiheutuvat toimintarajoitteet ja pitkäaikaissairastavuus ovat erittäin yleisiä Suomen aikuisväestössä ja Suomen tulokset ovat Euroopan huonoimpien joukossa. Näiden kysymysten validiteettia on tarkoitus selvittää hyödyntäen FinTerveys-tutkimusaineiston monipuolista tietoa väestön terveydestä ja toimintakyvystä.

THL:n asiantuntijat ovat olleet aktiivisesti edistämässä Euroopan terveystarkastustutkimusten standardointia (www.ehes.info). FinTerveys 2017, kuten muutkin väestöä edustavat ja asiantuntevasti kootut terveystarkastustutkimusten aineistot, mahdollistavat objektiivisin standardoiduin mittauksin ja laboratorionäyttein luotettavamman vertailun kuin kyselytiedot, jotka ovat herkempiä vastaustapaan vaikuttaville kulttuurieroille, tai rekisteritiedot, jotka usein heijastavat myös eroja hoitokäytännöissä, hoidon saatavuudessa ja kirjaamiskäytännöissä (Paalanen ym. 2018; Tolonen ym. 2018). Terveystarkastustutkimusaineisto tarjoaa sekä kyselyjä että rekisteritietoa kattavammat tiedot kansainvälisen vertailun ohella myös maan eri alueiden (esim. maakuntien yhteistyöalueet) väliseen vertailuun, mikäli osallistumisaktiivisuudessa ei ole liian suuria maiden ja alueiden välisiä eroja ja tiedonkeruu on riittävän standardoitua ja laadukasta. Myös vertailtavien alueiden pitää olla väestömäärältään riittävän suuria, jotta havaitut erot eivät ole pelkkää satunnaisvaihtelua. Tulevaisuudessa terveystarkastustutkimuksia tulisi laajentaa niin, että saataisiin maakuntatasoisia tietoja terveyspalvelujen ja terveyden edistämisen suunnittelun pohjaksi.

19 Yhteenveto ja johtopäätökset

Päiviikki Koponen, Katja Borodulin, Annamari Lundqvist, Katri Sääksjärvi, Seppo Koskinen, ja FinTerveys-tutkimuksen johtoryhmä

FinTerveys 2017 -tutkimus, jonka aineisto perustuu kansallisesti edustavaan otokseen koko väestöstä, on sisällöltään ainutlaatuisen laaja. Tavoitteena on tuottaa luotettavaa tietoa terveys- ja hyvinvointipolitiikan suunnittelua, arviointia ja päätöksentekoa varten Suomen aikuisväestön ja sen osaryhmien terveydestä, terveyskäyttäytymisestä, ravinnosta, toimintakyvystä ja hyvinvoinnista sekä niiden määrittäjistä vuonna 2017. Lisäksi arvioidaan kansanterveyden ja siihen vaikuttavien tekijöiden muutoksia ajassa verrattuna aiempiin väestötutkimuksiin ja tehdään enustemalleja terveyden kehittymisestä tulevaisuudessa.

Terveys 2000/2011- ja FINRISKI -tutkimusten pitkät perinteet yhdistävä FinTerveys-tutkimus on tarkoitus toistaa viiden vuoden välein osana THL:n lakisääteistä väestön terveyden ja hyvinvoinnin seurantatehtävää. Jo yli 30 vuoden ajan viiden vuoden välein päätutkimuksen alaotoksessa toteutetun FinRavinto-tutkimuksen aineisto kerättiin nyt ensimmäistä kertaa vertailukelpoisella yhteiseurooppalaisella menetelmällä. Kansallisten tiedontarpeiden tyydyttämisen ohella hankkeella pyritään edistämään suomalaisen terveysseurannan sekä siihen perustuvan tutkimuksen ja kehittämistyön asemaa kansainvälisessä terveysseurannassa, -tutkimuksessa ja -politiikassa.

Tässä luvussa kootaan yhteen tärkeimpiä havaintoja raportissa esitetyistä tuloksista ja arvioidaan, miten tuloksia voitaisiin ottaa huomioon terveys- ja hyvinvointipolitiikan ja sote-palvelujen kehittämisessä.

Myönteisiä muutoksia ja vahvuuksia väestön terveydessä, toimintakyvyssä ja hyvinvoinnissa

Elintavoissa myönteisiä havaintoja olivat päivittäisen tupakoinnin vähentyminen sekä raittiuden yleistyminen ja humalajuomisen vähentyminen työikäisessä väestössä. Myös muutokset aikuisväestön fyysisessä aktiivisuudessa ovat olleet kansanterveyden kannalta oikean suuntaisia. Suurin osa suomalaisista aikuisista nukkuu hyvin.

Väestön kokonaiskolesteroli on kääntynyt uudelleen laskuun, mikä voi merkittävästi vähentää sairastuvuutta sydän- ja verisuonitauteihin sekä näihin liittyvää hoidon tarvetta. Diabetes on merkittävä kansansairaus, jota sairastaa useampi kuin joka kymmenes Suomessa asuva. Koholla oleva verensokeri ei kuitenkaan ole yleistynyt väestötasolla, mikä viittaa siihen, että diabeteksen pitkään jatkunut lisääntyminen on tasaantunut. Toisaalta myös diabeteksen tunnistamisen ja hoidon pitkäjänteinen kehittäminen näyttäisi onnistuneen. Allergisten oireiden pitkään jatkunut lisääntyminen näyttäisi olevan tasaantumassa.

Yksi tärkeimmistä myönteisistä tuloksista on koetun elämänlaadun parantuminen vanhimmissa ikäryhmissä. Toimintakyvyssä myönteisiä havaintoja ovat näkökyvyn parantuminen ja positiivinen kehitys sosiaalisessa osallistumisessa. Läheisäpu on Suomessa yleistä ja avun antamiseen ollaan sitoutuneita.

Keskeisimpiä haasteita

Terveyden edistämisen kannalta on havaittavissa lukuisia haasteita, joiden ratkaisemiseksi tarvitaan kaikissa terveyspalveluissa annettavaa kannustusta terveyttä edistäviin valintoihin ja elintapamuutoksiin sekä näitä tukevaa terveyspolitiikkaa. Tarvitaan myös laajemmin yhteiskuntapolitiikkaa, joka vahvistaa erityisesti huonosuaisimpien väestöryhmien mahdollisuuksia, voimavaroja ja motivaatiota tehdä terveyttä edistäviä valintoja. Vaikka tupakointi olikin vähentynyt, päivittäin tupakointien aikuisten osuus on silti vielä kaukana tupakkalain tavoitetasosta. Nuuskaa ja sähkösavukkeita käyttävät muita yleisemmin työikäiset miehet. Tupakoinnissa koulutusryhmittäiset erot ovat edelleen suuria ja tupakointi on keskeisimpiä väestön terveyserojen aiheuttajia. Humalajuominen on yleistynyt eläkeikäisessä väestössä ja on työikäisilläkin edelleen suhteellisen yleistä ja miehillä huomattavasti yleisempää kuin naisilla.

Myös terveyttä edistäviin ruokavalintoihin liittyy haasteita. Vain joka kymmenes mies ja joka viides nainen syö kasviksia ja hedelmiä suositusten mukaan. Vaikka suurin osa nukkuu omasta mielestään hyvin, unettomuus on yleisiä. Omasta mielestään tarpeeksi nukkuvien osuus on pienentynyt. Lihavuus on yksi suurimmista kansanterveydellisistä ongelmista, ja se koskettaa kaikkia ikäluokkia. Työikäisessä väestössä lihavuus on yleistynyt kuuden viime vuoden aikana.

Keskeisimpien kansantautien ehkäisyyn ja hoidon tehostamiseen tarvitaan edelleen panostusta, jotta sairauksien yleisyyttä voidaan vähentää ja hoidon tavoitteet saavutetaan entistä suuremmalla osalla potilaista. Kohonnut verenpaine on Suomessa edelleen hyvin yleinen ja väestön verenpainetasot ovat varsin korkeita moniin Euroopan maihin verrattuna. Vaikka lääkehoidossa olevien osuus näyttää viime vuosina jonkin verran lisääntyneen, vain hieman yli puolet niistä, joilla on kohonnut verenpaine, käyttää verenpainelääkkeitä. Lääkehoidossa olevista vain alle puolella verenpaine oli tavoitetasolla. Astma on merkittävä kansansairaus, joka edelleen lisääntyy. Suurimmalla osalla astmaa sairastavista tauti on kuitenkin lievä. Allergiset oireet ovat erittäin yleisiä erityisesti nuoremmilla ikäryhmillä.

Myös infektioautien ehkäisyssä on haasteita. Hengitystieinfektiot ja vatsataudit aiheuttavat paljon sairauspoissaoloja. Influenssarokotuskattavuus jää 65 vuotta täyttäneillä merkittävästi alle Euroopan neuvoston suositteleman 75 prosentin.

Psyykinen kuormittuneisuus ja masennus ovat yleisiä suomalaisessa aikuisväestössä, erityisesti työikäisillä naisilla ja 80 vuotta täyttäneillä. Masennusoireet ovat yleistyneet koko väestössä ja psyykinen kuormittuneisuus on lisääntynyt työikäisillä naisilla.

Myös tuki- ja liikuntaelimestön kivut ja toiminnanvajavuudet ovat edelleen yleisiä. Särkylääkkeiden käyttö on tavattoman yleistä, ja niiden asianmukaiseen käyttöön ohjaaminen on merkittävä tehtävä sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa.

Suun terveyden kannalta on huolestuttavaa, että hampaiden harjauksen myönteinen kehitys on pysähtynyt ja suunterveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokeneiden osuus on laskenut. Vain hieman yli puolet miehistä harjaa hampaansa vähintään kahdesti päivässä. Erityisesti iäkkäämpien henkilöiden hampaiden omahoidossa on puutteita.

Tahaton lapsettomuus on edelleen merkittävä terveysongelma, vaikka positivistista kehitystä näyttää tapahtuneen hoitoihin ja tutkimuksiin hakeutumisessa ja

niiden saamisessa. Raskaudenkeskeytyksen on kokenut useampi kuin joka viides 30–54-vuotiaista naisista ja lähes yhtä moni on kokenut keskenmenon.

Tapaturmien ehkäisy on kansanterveyden kannalta tärkeää, sillä noin joka viidennellä on ollut terveystapaturmia vaatinut tapaturma vuoden aikana. Ikääntyneet naiset kuuluvat kotitapaturmien ja nuoret miehet liikuntatapaturmien riskiryhmään. Terveystapaturmia vaatinut tapaturma aiheuttaa pitkiäkin jaksoja, jolloin henkilön on vaikea selviytyä tavanomaisista toimistaan, mikä voi johtaa töistä pois-saoloihin tai erityisesti ikääntyneillä vaikeuksiin selvitä kotona omatoimisesti.

Ikäkkäissä väestössä liikkumisvaikeudet ovat edelleen melko yleisiä ja väestön ikääntyminen kiihdyttää liikkumisvaikeuksista kärsivien määrän kasvua tulevina vuosina. Fyysisen toimintakyvyn ongelmat yleistyvät naisilla iän myötä nopeammin kuin miehillä. Vielä 80 vuotta täyttäneistäkin moni on kuitenkin varsin toimintakykyinen, mutta fyysisen toimintakyvyn ongelmia raportoivat myös nuorimpiin ikäryhmiin kuuluneet. Sosiaalisessa toimintakyvyssä huolestuttavaa on epäluottamuksen lisääntyminen työikäisillä. Aiemmin havaittu väestön työkyvyn koheneminen on pysähtynyt tai jopa hieman heikentynyt, erityisesti tarkasteltaessa iäkkäimpiä työikäisiä naisia ja koettua henkistä työkykyä.

Terveystapaturmien käytössä on paljon väestöryhmittäisiä eroja. Työikäiset haakeutuvat ensisijaisesti työterveyshuoltoon lääkäripalveluita tarvitessaan, ikääntyneet taas asioivat pääasiassa terveyskeskuksissa. Yli puolet vastaajista ei koe päässeensä osallistumaan riittävän hyvin omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin. Myös tiedonkulussa ensisijaisen hoitopaikan ja muun terveydenhuollon välillä koettiin ongelmia.

Joistakin menetelmällisistä epävarmuuksista huolimatta nyt havaitut muutokset herättävät huolen siitä, että väestön terveyden, toimintakyvyn ja työkyvyn myönteinen kehitys saattaa olla hidastumassa. Kansanterveysongelmien ennaltaehkäisylle ja suositusten mukaisen hoidon tehostamisella voitaisiin saavuttaa kustannussäästöjen lisäksi myös terveyshyötyjä yksilötasolla. Esimerkiksi diabeteksen (Lindström ym. 2013) ja muistitoimintojen heikentymisen ehkäisystä (*Kansallinen muistiohjelma 2012–2020* 2012) elintapamuutoksien on vahvaa tutkimusnäyttöä. Tähän tutkimusnäyttöön perustuen tarvittaisiin laajempaa näyttöä siitä, miten terveyspoliittisin keinoin arjen terveyttä edistäviä valintoja tukien sekä tavanomaisten terveystapaturmien puitteissa voitaisiin saavuttaa väestötason terveyshyötyjä, kuten aiemmin Pohjois-Karjala-projektissa. Systemaattisiin interventiotutkimuksiin nähden aiempaa mahdollisesti suppeammat interventiot (esim. ns. mini-interventiot) olisivat helpommin toteutettavissa. Tässä tarvitaan jatkossakin väestön terveys-tarkastustutkimuksia, sillä useimpien merkittävien kansanterveysongelmien riskitekijöistä ja esiintyvyydestä saadaan näin paljon laajempi ja pätevämpi kuva kuin kysely- tai rekisteritiedoista.

Terveyspolitiikan painopisteet ja sote-palveluiden kehittäminen

Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen on ollut jo pitkään suomalaisen terveyspolitiikan keskeisiä tavoitteita, mutta siinä on onnistuttu vain osittain. Useimmissa terveyttä, toimintakykyä ja niihin vaikuttavia tekijöitä kuvaavissa mittareissa koulutusryhmien välinen ero oli selvä: tilanne oli edullisin korkea-asteen koulutuksen saaneilla ja heikoin perusasteen koulutuksen saaneilla. Maakuntien yhteistyöalueiden väliset erot eivät olleet yhtä johdonmukaisia: osassa mittareita

niitä ei ollut lainkaan, ja alueiden järjestys vaihteli ilmiöstä riippuen.

Sote-palvelujen alueellisessa suunnittelussa on syytä huomioida, että väestön ikärakenteen lisäksi myös monet sosiodemografiset taustatekijät vaihtelevat alueittain vaikuttaen palvelujen tarpeeseen. Eri väestöryhmien terveys, hyvinvointi ja palveluiden tarve ovat erilaiset. Jotta sote-uudistuksessa voidaan seurata keskeisen yhdenvertaisuustavoitteen toteutumista, tulee väestön terveyden ja hyvinvoinnin tilaa sekä palvelutarpeiden tyydyttymistä tarkastella eri väestöryhmissä monipuolisesti ja säännöllisesti. Palvelujärjestelmää kehitettäessä tulisi tunnistaa myös toimeentulo-ongelmien vaikutus väestön terveyteen, hyvinvointiin ja palvelujen käyttöön.

Jotta palvelutarpeen kasvua voidaan hillitä, tarvitaan panostusta ennaltaehkäisyyn. Liikunta, terveellinen ravinto, riittävä yöuni, tupakoinnin ja päihteiden käytön välttäminen sekä kognitiivinen ja sosiaalinen aktiivisuus suojaavat monilta keskeisimmiltä kansanterveysongelmilta. Sekä sydän- ja verisuonitautien että kognitiivisten toimintojen heikentymistä voidaan ehkäistä myös vähentämällä tunnettuja vaaratekijöitä, joita ovat ylipaino, korkea verenpaine, korkea kolesteroli ja diabetes.

Terveyden- ja toimintakyvyn ongelmien ehkäisyssä tarvitaan kansalaisten terveyttä edistäviä valintoja tukevaa terveyspolitiikkaa. Lisäksi maakuntien sote-palveluissa tulisi kiinnittää erityistä huomiota terveysalan koulutuksen saaneiden asiantuntijoiden tarjoamien elintapamuutoksia tukevien palvelujen, kuten tupakkavieroituspalvelujen sekä ravitsemus-, liikunta- ja uniongelmiin neuvonnan, saatavuuteen. Koska laihduttaminen on vaikeaa, lihavuuden ehkäisy on erityisen tärkeää. Kertyneiden liikakilojen karistaminen on sitä helpompaa, mitä varhaisemmassa vaiheessa ongelmaan puututaan. Sosiaali- ja terveyspalveluissa pitäisi tulevaisuudessa kiinnittää aiempaa enemmän huomiota myös fyysisesti inaktiivisen elämäntavan tunnistamiseen ja ohjaukseen liikunnan pariin. Psykkisen kuormittuneisuuden ja masennusoireilun yleistymisen viittaa siihen, että tarvitaan nykyistä suurempaa panostusta sekä mielenterveyden edistämiseen että mielenterveysongelmien, etenkin masennuksen, mahdollisimman varhaiseen tunnistamiseen ja hoitoon sekä hoidon tuloksellisuuden seurantaan.

Ongelmien ja terveysriskien varhainen tunnistaminen ja puheeksi ottaminen, neuvonta sekä tarvittaessa hoitoon ohjaus ovat keskeisiä keinoja vaikuttaa kaikkiin keskeisimpiin kansanterveysongelmiin. Lisäksi tarvitaan poliittisen päätöksenteon tukea, kansallisten ohjelmien koordinoitua, toteuttamista, seurantaan sekä lainsäädännöllistä ja verotuksellista tukea. Tämä edellyttää laajaa yhteistyötä yhteiskunnan eri sektoreilla, kuten terveyden edistämistoimia ihmisten asuinympäristöissä, päivähoitossa, kouluissa, työpaikoilla, harrastuksissa ja palveluissa. Tarvitaan myös kuluttajaviestinnän, median sekä terveyspolitiikan laajaa yhteistyötä. Kunnissa tarvitaan yhteistyötä mm. liikunnan, terveyttä edistävän ravinnon (mm. oppilaitokset, päiväkeskukset), päihteiden käytön ehkäisyn ja päihdepalvelujen palveluketjujen vahvistamiseksi.

Kun vanhimpien ikäryhmien koko kasvaa nopeasti lähivuosikymmeninä, on selvää, että niin liikkumisrajoitteista kärsivien kuin muistisairauksia sairastavienkin määrä väistämättä kasvaa. Sekä palvelujärjestelmän kuormituksen minimoimiseksi että iäkkäiden kansalaisten ja heidän läheistensä hyvinvoinnin turvaamiseksi on tärkeää tukea toimintakyvyn säilymistä mahdollisimman pitkään. Siihen voidaan

vaikuttaa terveillä elintavoilla sekä sairauksien hyvällä hoidolla ja kuntoutuksella, aktiivisuuteen kannustamalla ja esteetöntä ympäristöä kehittämällä.

Olisi tärkeää löytää keinot, joiden avulla väestön työkykyä voidaan edelleen parantaa, ja näin jatkaa 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen myönteistä kehitystä. Jäljellä olevan työkyvyn tukeminen ja työn sovittaminen työntekijän edellytyksiin ovat työterveyshuollon ja laajemmin koko hyvinvointipolitiikan keskeisiä tehtäviä.

Asiakkaan oma osallisuus hoitoprosessissaan on keskeistä asiakaslähtöisessä terveydenhuollossa. Potilaan aktiivista osallistumista ja yhteistyötä hoitavan henkilön kanssa korostetaan erityisesti pitkäaikaissairaiden hoidossa. Asiakkaiden ja potilaiden osallistumismahdollisuuksien edistämiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota terveydenhuollossa. Myös hoidon integraatiossa on selviä puutteita.

Palvelutarpeeseen vaikuttaa myös läheisiltä ja omaisilta saatava apu. Koska suuri osa avun antajista on työikäisiä, ikääntyneiden määrän kasvaessa tarvitaan uusia mahdollisuuksia työ- ja perhe-elämän yhteensovittamiseen. Sosiaali- ja terveyspalveluissa on tärkeää huomioida läheisten mahdollisuus auttaa omaistaan, mutta myös huolehtia auttajien omasta jaksamisesta.

Sähköinen asiointi on nopeasti yleistynyt mm. julkisissa ja yksityisissä palveluissa ja asiainhoidossa, ja tavoitteena on edelleen jatkaa ja laajentaa tätä kehitystä. Kuitenkin 80 vuotta täyttäneistä kansalaisista huomattava enemmistö ja 70–79-vuotiaistakin kolmasosa ei itse käytä internetiä sähköiseen asiointiin eikä kukaan muukaan tee sitä heidän puolestaan. Kun palveluita digitalisoidaan yhä voimallisemmin, on tärkeää turvata iäkkäiden ihmisten, ja myös muiden mahdollisesti sähköisten palvelujen käytössä hankaluuksia kokevien väestöryhmien, yhdenvertaisuus palveluiden saamisessa.

Pitkät etäisyydet ja huonot julkiset liikenneyhteydet haittaavat ikääntyneitä. Palveluiden saavutettavuus on kuitenkin ikääntyneille erityisen tärkeää. Jotta iäkäs henkilö pystyy jatkamaan kotona asumistaan toimintakyvyn heikentyessä ja avun tarpeen lisääntyessä, täytyy kunnan ja maakunnan välillä olla tiivis ja toimiva yhteistyö: maakunta huolehtii kotiin tarvittavista palveluista, kunta puolestaan asunnoista ja asuinympäristöstä. Molemmille tehtäväksi jää toimintakykyä ja itsestä selviytymistä tukevan kodin edellytysten luominen.

Väestön terveystarkastustutkimusten tulevaisuus

Palvelujärjestelmästä saatavin tiedoin havaittavat alueelliset erot potilasmäärissä ja näihin perustuvat arviot terveysongelmien yleisyydestä saattavat heijastaa enemmän eroja hoitokäytännöissä, hoidon saatavuudessa ja hoitoon hakeutumisessa kuin väestön terveydentilassa. Väestön terveystutkimuksiin voidaan tavoittaa myös henkilöitä, jotka eivät käytä sosiaali- tai terveyspalveluja säännöllisesti tai hoidon tarvetta vastaavasti. Näin tutkimusten avulla voidaan merkittävästi täydentää rekistereistä saatavaa tietoa. Terveystarkastustutkimusten edut muihin tietolähteisiin (kyselyt ja potilastietojärjestelmistä tai rekistereistä saatavat tiedot) nähden ovat mittausten objektiivisuus ja se, että niillä pystytään arvioimaan sellaisia riskitekijöitä, jotka eivät vielä ilmene millään oireilla (esim. verenpaine, lipidit), mutta joiden varhainen tunnistaminen on vakavampien terveysongelmien ehkäisemiseksi tärkeää.

Kysely- ja terveystarkastustutkimusten sekä rekisteriaineistojen yhdistämisellä

saadaan ainutlaatuista, rikasta tutkimusaineistoa väestön terveyden pitkänkin aikavälin seurantaan, arviointiin ja syventäviin tutkimuksiin. Tietojen luotettavuuden kannalta kriittistä on eri alueilta ja eri vuosina kerättyjen tietojen keruumenetelmien yhdenmukaisuus. Näihin tulee kiinnittää jatkossa huomiota FinTerveys-tutkimuksen aloittamassa uudessa tutkimusperinteessä. Jotta tieto olisi mahdollisimman laajasti hyödynnettävää väestön terveyden ja toimintakyvyn edistämisen sekä palvelutarpeen ja sen tyydyttymisen arvioinnissa ja ennakoinnissa myös sote-uudistuksen näkökulmasta, tarvitaan jatkossa aiempaa tiiviimpää yhteistyötä tiedon keruun organisoinnissa eri maakunnissa ja maakuntatason edustavuuden varmistaminen tutkimusotannassa. Kansallisesti ja kansainvälisesti standardoitua protokollaa noudattava ja säännöllisesti (noin 5 vuoden välein) toistettava terveystarkastustutkimus voitaisiin myös aiempaa tiiviimmin kytkeä laajemmalle otokselle kohdennettuun kyselytutkimukseen (FinSote) sekä eurooppalaisiin väestötutkimuksiin (EHIS ja EHES).

Tutkimuksen toteutukseen tarvitaan tiedon validiteetin varmistamiseksi ja katon minimoimiseksi laajaa kansallista yhteistyötä, jossa FinTerveys 2017 -tutkimuksessakin toteutunut laaja THL:n eri osastojen sekä THL:n ja joidenkin yliopistojen välinen yhteistyö voisi laajentua myös yhteistyöksi Tilastokeskuksen haastatteluorganisaation kanssa, kuten esimerkiksi Terveys 2000-tutkimuksessa. Sote-tietopohjan ja arvioinnin tarpeen vuoksi tulevat tiedonkeruut voitaisiin toteuttaa niin, että maakunnilla tai maakuntien yhteistyöalueilla olisi mahdollisuus tai jopa velvollisuus osallistua kansallisesti koordinoituun ja standardoituun tiedonkeruuseen. Näin tietojen hyödyntäminen tehostuisi ja tiedonkeruuta voitaisiin kehittää myös tietojen hyödyntävien tahojen intressejä huomioiden.

Ennustemalleja väestön terveyden kehittymisestä tulevaisuudessa on alustavasti laadittu tätä raporttia valmisteltaessa, mutta näitä koskevat tulokset julkaistaan myöhemmin. Laaja tutkimusaineisto ja tiedonkeruun yhteydessä kerätty näyteaineisto THL Biopankissa sekä myös väestötutkimusaineistoon liitetty rekisteriaineisto (mm. hoitoilmoitus- ja syöpärekisterit) mahdollistavat runsaasti sekä epidemiologista että muiden tieteenalojen tutkimusta. Myös tietojen hyödyntäminen tässä raportissa esitettyjä tuloksia laajemmin esimerkiksi sote-palvelujen suunnittelussa ja arvioinnissa on mahdollista aineiston syventävien analyysien pohjalta. Esimerkiksi terveyttä edistävien elintapojen tai eri riskitekijöiden, sairauksien ja toimintakykyongelmien kasautumista samoille henkilöille ja tietyissä väestöryhmissä olisi tärkeä tutkia syvällisemmin. Hoidon ja avun tarpeiden tyydyttymistä pitäisi selvittää tarkemmin erityisesti niiden henkilöiden ja väestöryhmien osalta, joilla on laajoja hoidon ja tuen tarpeita.

Kirjallisuus

- Aalto, A. M., Elovainio, M., Kivimäki, M., Uutela, A. ja Pirkola, S. (2012). “The Beck Depression Inventory and General Health Questionnaire as measures of depression in the general population: a validation study using the Composite International Diagnostic Interview as the gold standard”. *Psychiatry Res* 197.1-2, s. 163–171.
- Aalto, A.-M., Korpilahti, U., Sainio, P., Malmivaara, A., Koskinen, S., Saarni, S., Valkeinen, H. ja Luoma, M.-L. (2016). “Elämänlaadun mittaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa”. *Suomen Lääkärilehti* 36.71, s. 2191–8.
- Aalto, A.-M., Vehko, T., Sinervo, T., Sainio, S., Muuri, A., Elovainio, M. ja Pekurinen, M. (2017). *Terveydenhuollon asiakaslähtöisyys*. Tutkimuksesta tiiviisti 12/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Allardt, E. (1976). *Hyvinvoinnin ulottuvuuksia*. Porvoo: WSOY.
- Appelqvist-Schmidlechner, K., Tuisku, K., Tamminen, N., Nordling, E. ja Solin, P. (2016). “Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan?” *Suomen Lääkärilehti* 24, s. 1759–1764.
- Apuvälineet* (2018). Kuntoutumistalo. URL: <https://www.terveyskyla.fi/kuntoutumistalo/ammattilaisille/apuv%C3%A4lineet>.
- Arinen, S., Häkkinen, U., Klaukka, T., Klavus, J., Lehtonen, R. ja Aro, S. (1998). *Suomalaisten terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Terveydenhuollon väestötutkimuksen 1995/1996 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987*. Stakes, KELA, SVT. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.
- Aromaa, A. ja Koskinen, S., toim. (2002). *Terveys ja toimintakyky Suomessa: Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki: Kansanterveyslaitos (KTL). ISBN: 951-740-262-7. URL: <http://urn.fi/URN:ISBN:951-740-262-7>.
- Aromaa, A., Heliövaara, M., Impivaara, O., Knekt, P., Maatela, J., Joukamaa, M., Klaukka, T., Lehtinen, V., Melkas, T., Mälkiä, E., Nyman, K., Paunio, I., Reunanen, A., Sievers, K., Kalimo, E. ja Kallio, V. (1989). *Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveystutkimuksen perustulokset*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Aromaa, A., Koskinen, S. ja projektiryhmä (2002). “Terveyden, toimintakyvyn ja työkyvyn kehitys”. Teoksessa: *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset*. Toim. A. Aromaa ja S. Koskinen. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki: Kansanterveyslaitos (KTL), s. 103–125.

- Arya, S., Mount, D., Kemp, S. E. ja Jefferis, G. (2017). *RANN: Fast Nearest Neighbour Search (Wraps ANN Library) Using L2 Metric*. R package version 2.5.1. URL: <https://CRAN.R-project.org/package=RANN>.
- Baigent, C., Keech, A., Kearney, P. M., Blackwell, L., Buck, G., Pollicino, C., Kirby, A., Sourjina, T., Peto, R., Collins, R. ja Simes, R. (2005). "Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90 056 participants in 14 randomised trials of statins". *Lancet* 366.9493, s. 1267–1278.
- Beck, A., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. ja Erbaugh, J. (1961). "An inventory for measuring depression". *Arch Gen Psychiatry* 4, s. 561–71.
- Berger, N., Van Oyen, H., Cambois, E., Fouweather, T., Jagger, C., Nusselder, W. ja Robine, J. M. (2015). "Assessing the validity of the Global Activity Limitation Indicator in fourteen European countries". *BMC Med Res Methodol* 15, s. 1–8.
- Borodulin, K., Levälähti, E., Saarikoski, L., Lund, L., Juolevi, A., Grönholm, M., Jula, A., Laatikainen, T., Männistö, S., Peltonen, M., Salomaa, V., Sundvall, J., Taimi, M., Virtanen, S. ja Vartiainen, E. (2013). *Kansallinen FINRISKI 2012 -terveyystutkimus - Osa 2: Tutkimuksen taulukkoliite*. Raportti 22/2013. ISBN 978-952-302-054-2 (verkkojulkaisu). Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). URL: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-054-2>.
- Borodulin, K., Harald, K., Jousilahti, P., Laatikainen, T., Mannisto, S. ja Vartiainen, E. (2016). "Time trends in physical activity from 1982 to 2012 in Finland". *Scand J Med Sci Sports* 26.1, s. 93–100.
- Borodulin, K., Tolonen, H., Jousilahti, P., Jula, A., Juolevi, A., Koskinen, S., Kuulasmaa, K., Laatikainen, T., Mannisto, S., Peltonen, M., Perola, M., Puska, P., Salomaa, V., Sundvall, J., Virtanen, S. M. ja Vartiainen, E. (2017). "Cohort Profile: The National FINRISK Study". *Int J Epidemiol*.
- Bowling, A. (2005). "Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality". *J Public Health (Oxf)* 27.3, s. 281–291.
- Burgard, S. A. ja Lin, K. Y. (2013). "Bad Jobs, Bad Health? How Work and Working Conditions Contribute to Health Disparities". *Am Behav Sci* 57.8.
- Cerruto, M. A., D'Elia, C., Aloisi, A., Fabrello, M. ja Artibani, W. (2013). "Prevalence, incidence and obstetric factors' impact on female urinary incontinence in Europe: a systematic review". *Urol. Int.* 90.1, s. 1–9.
- Cuijpers, P., Smits, N., Donker, T., Have, M. ten ja Graaf, R. de (2009). "Screening for mood and anxiety disorders with the five-item, the three-item, and the two-item Mental Health Inventory". *Psychiatry Res* 168.3, s. 250–255.
- Digitalisaatio, kokeilut ja normien purkamisen* (2017). Hallitusohjelman toteutus ja kärkihankkeet, päivitetty toimintasuunnitelma 28.4.2017. URL: <http://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelman-toteutus>.
- Doupi, P., Haikonen, K., Impinen, A., Honkala, E. ja Lounamaa, A. (2017). Teoksessa: *Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn tavoiteohjelma vuosille 2014–2020: Turvallisuutta kaikille kotona, vapaa-ajalla ja liikunnassa. Väliarviointi 2017*. Toim. M. Råback, U. Korpilahti ja P. Lillsunde. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:46. Sosiaali- ja terveysministeriö. Luku Tapaturmatilanne Suomessa, s. 39–58. URL: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160440>.
- ECDC: Summary of the latest data on antibiotic consumption in the European Union* (2017). URL: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/>

- Final_2017_EAAD_ESAC-Net_Summary-edited%20-%20FINALwith%20erratum.pdf.
- EN: *State of play on implementation of the Council Recommendation of 22 December 2009 on seasonal influenza vaccination* (2009). 2009/1019/EU. URL: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/vaccination/docs/seasonflu_staffwd2014_en.pdf.
- Esteettömyysasetus* (2017). Valtioneuvoston asetus rakennuksen esteettömyydestä 241/2017. URL: <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2017/20170241>.
- European life and health expectancy information system* (2018). URL: <http://www.eurohex.eu/>.
- Eurostat (2015). “Global Activity Limitation Indicator (GALI) as a core variable”. Teoksessa: *Meeting of the European Directors of Social Statistics*. Viitattu 12.3.2018. URL: <https://circabc.europa.eu/sd/a/8eec189a-3389-47d3-999e-c12afc4a0f7d/DSS-2015-Sep-04.3%20GALI%20as%20a%20core%20variable.pdf>.
- Eurostat: toimintarajoitteiden tietokanta* (2018). URL: <http://ec.europa.eu/eurostat/web/health/disability/data/database>.
- Evans, J. S. (2017). *spatialEco*. R package version 0.0.1-7. URL: <https://CRAN.R-project.org/package=spatialEco>.
- Finland: Country Health Profile 2017, State of Health in the EU* (2017). URL: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264283367-en>.
- Finne-Soveri, H., Kuusterä, K., Tamminen, A., Heimonen, S., Lehtonen, O. ja Noro, A. (2015). *Muistibarometri 2015 ja RAI-tietoa kansallisen muistiohjelman tueksi*. Raportti 17/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). URL: <https://www.julkari.fi/handle/10024/129706>.
- Frank, S., Gonzalez, K., Lee-Ang, L., Young, M. C., Tamez, M. ja Mattei, J. (2017). “Diet and Sleep Physiology: Public Health and Clinical Implications”. *Front Neurol* 8, s. 393.
- Global Health Risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks* (2009). URL: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf.
- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Gould, R., Ilmarinen, J., Järvisalo, J. ja Koskinen, S., toim. (2006). *Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia*. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos.
- Gould, R., Koskinen, S., Sainio, P., Blomgren, J., Kivekäs, J., Ilmarinen, J., Husman, P. ja Seitsamo, J. (2012). Teoksessa: *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Toim. S. Koskinen, A. Lundqvist ja N. Ristiluoma. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Luku Työkyky, s. 141–144.
- Grandner, M. (2017). “Sleep, Health, and Society”. *Sleep Med Clin* 12.1, s. 1–22.
- Graubard, B. I. ja Korn, E. L. (1999). “Predictive Margins with Survey Data”. *Biometrics* 55, s. 652–659.
- Guidance on the EU Menu methodology* (2014). EFSA Journal 2014;12(12):3944, 77pp. European Food Safety Authority (EFSA). Healthy Today, Healthy Tomorrow? Findings from the National Population Health Survey. URL: <http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=82-618-M&lang=eng>.

- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., Dodel, R., Ekman, M., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Gannon, B., Jones, D. H., Jennum, P., Jordanova, A., Jonsson, L., Karampampa, K., Knapp, M., Kobelt, G., Kurth, T., Lieb, R., Linde, M., Ljungcrantz, C., Maercker, A., Melin, B., Moscarelli, M., Musayev, A., Norwood, F., Preisig, M., Pugliatti, M., Rehm, J., Salvador-Carulla, L., Schlehofer, B., Simon, R., Steinhausen, H. C., Stovner, L. J., Vallat, J. M., Bergh, P. Van den, Bergh, P. V. den, Os, J. van, Vos, P., Xu, W., Wittchen, H. U., Jonsson, B. ja Olesen, J. (2011). "Cost of disorders of the brain in Europe 2010". *Eur Neuropsychopharmacol* 21.10, s. 718–779.
- Haahtela, T., Pietinalho, A., Tuomisto, L., Klaukka, T., Erhola, M., Kaila, M., Nieminen, M., Kontula, E. ja Laitinen, L. (2006). "Suomalainen astmaohjelma 10 vuotta - suuri muutos parempaan". *Suomen Lääkärilehti* 42, s. 4369–4378.
- Haahtela, T., Hanski, I., Hertzen, L. von, Jousilahti, P., Laatikainen, T., Mäkelä, M., Puska, P., Reijula, K., Saarinen, K., Vartiainen, E., Vasankari, T. ja Virtanen, S. (2017a). "Luontoaskel tarttumattomien tulehdustautien torjumiseksi". *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 1.133, s. 19–26.
- Haahtela, T., Herse, F., Karjalainen, J., Klaukka, T., Linna, M., Leskela, R. L., Selroos, O. ja Reissell, E. (2017b). "The Finnish experience to save asthma costs by improving care in 1987-2013". *J. Allergy Clin. Immunol.* 139.2, s. 408–414.
- Hakulinen, K. (2004). *Avofysioterapiapalvelujen käyttö Suomessa. Terveys 2000 - tutkimus*. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B14/2004. Helsinki: Kansanterveyslaitos (KTL).
- Hallituksen esitys eduskunnalle maakuntien perustamista ja sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisen uudistusta koskevaksi lainsäädännöksi* (2017). URL: <http://alueuudistus.fi/documents/1477425/3223876/hallituksen-esitys-sote-ja-maakuntauudistuksesta-2.3.-2017.pdf>.
- Haukkamaa, L., Moilanen, L., Kattainen, A., Luoto, R., Kahonen, M., Leinonen, M., Jula, A., Kesaniemi, Y. A. ja Kaaaja, R. (2009). "Pre-eclampsia is a risk factor of carotid artery atherosclerosis". *Cerebrovasc. Dis.* 27.6, s. 599–607.
- Heatherton, T. F., Kozlowski, L. T., Frecker, R. C., Rickert, W. ja Robinson, J. (1989). "Measuring the heaviness of smoking: using self-reported time to the first cigarette of the day and number of cigarettes smoked per day". *Br J Addict* 84.7, s. 791–799.
- Heinonen, O. (1966). "Autoklinikka". *Duodecim* 82, s. 1161–4.
- Helakorpi, S., Holstila, A.-L., Virtanen, S. ja Uutela, A. (2012). *Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2011*. Raportti 45/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Heliövaara, M., Mäkelä, M., Sievers, K., Melkas, T., Aromaa, A., Knekt, P., Impivaara, O., Aho, K. ja Isomäki, H. (1993). *Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet Suomessa*. Kansaneläkelaitoksen julkaisu AL:35. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- Heloma, A., Ruokolainen, O. ja Jousilahti, P. (2015). *WHO:n tavoite tupakoinnin vähenemisessä voidaan saavuttaa - kansallinen tavoite Savuton Suomi 2040 vaatii tehostettuja toimia*. Tutkimuksesta tiiviisti 10/2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). URL: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-460-1>.
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., Hazen, N., Herman, J., Adams Hillard, P., Katz, E., Kheirandish-Gozal, L., Neubauer, D., O'Donnell, A., Ohayon, M., Peever, J., Rawding, R., Sachdeva,

- R., Setters, B., Vitiello, M. ja Ware, J. (2015). "National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: final report". *Sleep Health* 1.4, s. 233–243.
- Hänninen, T., Pulliainen, V., Sotaniemi, M., Hokkanen, L., Salo, J., Hietanen, M., Pirttilä, T., Pöyhönen, M., Juva, K., Remes, A. ja Erkinjuntti, T. (2010). "Muistisairaiden tiedonkäsittelymuutosten varhainen toteaminen uudistetulla CERAD-tehtäväsarjalla". *Duodecim* 126, s. 2013–21.
- Honkkila, J. (2015). "Riittävä toimeentulo takaa hyvinvointia". *Tieto ja trendit 1/2015*. Tilastokeskus, Helsinki.
- Härkänen, T., Karvanen, J., Tolonen, H., Lehtonen, R., Djerf, K., Juntunen, T. ja Koskinen, S. (2016). "Systematic handling of missing data in complex study designs—experiences from the Health 2000 and 2011 Surveys". *Journal of Applied Statistics* 43.15, s. 2772–2790. URL: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201602024534>.
- Hurnasti, T., Sainio, P., Aromaa, A. ja Koskinen, S. (2012). Teoksessa: *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Toim. S. Koskinen, A. Lundqvist ja N. Ristiluoma. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Luku Toimintakykyä rajoittavat ja edistävät asuinympäristön ominaisuudet, s. 149–151.
- Husu, P., Suni, J., Vähä-Yypä, H., Sievänen, H., Tokola, K., Valkeinen, H., Mäki-Opas, T. ja Vasankari, T. (2014). "Suomalaisten aikuisten kiihtyvyyssmittarilla mitattu fyysinen aktiivisuus ja liikkumattomuus". *Suomen Lääkärilehti* 69.25-32, s. 1860–1866.
- ICF (2004). *Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus*. Ohjeita ja luokituksia 2004:4. Maailman terveysjärjestö (WHO), Stakes. URL: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201303252595>.
- Ikäihmiset ja sähköinen asiointi. Miten saadaan kaikki mukaan?* (2017). Helsinki 2017. URL: http://www.valli.fi/fileadmin/user_upload/Julkaisut__pdf/Raportit__pdf/ikaahmiset_sahkoinen_asiointi_netti.pdf.
- Ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma 2013-2017* (2013). Valtioneuvoston periaatepäätös 18.4.2013. URL: http://www.ym.fi/fi-fi/asuminen/ohjelmat_ ja_strategiat/Ikaantyneiden_asuminen_kehittamisohjelma.
- Ilmonen, K. (2002). Teoksessa: *Sosiaalinen pääoma ja hyvinvointi. Näkökulmia sosiaali- ja terveysaloille*. Toim. P. Ruuskanen. Keuruu: PS-kustannus. Luku Luottamus sosiaaliin instituutioihin ja sosiaalisiin verkostoihin, s. 136–59.
- Jolanki, O. ja Vilkkio, A. (2015). "The meaning of a "sense of community" in a Finnish senior cohousing community". *J. of Housing for the Elderly* 29.1-2, s. 111–125.
- Jolanki, O., Leinonen, E., Rajaniemi, J., Rappe, E., Räsänen, T., Teittinen, O. ja Topo, P. (2017). *Nykyiset kansanterveysongelmat ja mahdollisuudet niiden torjumiseen*. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 47/2017, s. 78–92. URL: http://tietokayttoon.fi/documents/10616/3866814/47_ASUVA-loppuraportti+2017_NETTI.indd.pdf/81ebc84d-3636-4314-a2d5-a223b38d30d4?version=1.0.
- Jousilahti, P., Haahtela, T., Laatikainen, T., Mäkelä, M. ja Vartiainen, E. (2016a). "Asthma and respiratory allergy prevalence is still increasing among Finnish young adults". *Eur. Respir. J.* 47.3, s. 985–987.
- Jousilahti, P., Laatikainen, T., Peltonen, M., Borodulin, K., Mannisto, S., Jula, A., Salomaa, V., Harald, K., Puska, P. ja Vartiainen, E. (2016b). "Primary prevention and risk factor reduction in coronary heart disease mortality among

- working aged men and women in eastern Finland over 40 years: population based observational study”. *BMJ* 352, s. i721.
- Juhila, K., Jolanki, O. ja Vilkkö, A. (2016). Teoksessa: *Siirtymät ja valinnat asu-mispoluilla*. Toim. K. Juhila ja T. Kröger. SoPhi 133. Jyväskylän yliopisto. Lu-ku Siirtymät ja valinnat vanhojen ihmisten ja asunnottomien asumispoluilla. URL: www.jyu.fi/sophi.
- Kaikkonen, R., Rahkonen, O., Lallukka, T. ja Lahelma, E. (2009). “Physical and psychosocial working conditions as explanations for occupational class inequalities in self-rated health”. *Eur J Public Health* 19.5, s. 458–463.
- Kaila-Kangas, L., toim. (2007). *Musculoskeletal disorders and diseases in Finland*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 25/2007. Helsinki: Kansanterveyslaitos (KTL).
- Kansallinen Allergiaohjelma* (2008). URL: <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/astma-ja-allergiat/astma-ja-allergia-hankkeet>.
- Kansallinen lihavuusohjelma 2012-2018* (2012). URL: www.thl.fi/lihavuusohjelma.
- Kansallinen muistiohjelma 2012–2020* (2012). Tavoitteena muistiystävällinen Suo-mi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. Viitattu 22.3.2018. URL: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3224-1>.
- Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011* (2008). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. URL: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504225427>.
- Kansanterveysosoitimien ECHI-tietokanta* (2018). URL: <http://ec.europa.eu/health/dyna/echi/datatool/>.
- Kaprio, H., Suominen, A. L. ja Lahti, S. (2012). “Association between subjective oral health and regularity of service use”. *Eur. J. Oral Sci.* 120.3, s. 212–217.
- Karies (hallinta). Käypä hoito -suositus* (2014). Suomalaisen Lääkäriseuran Duo-decimin ja Suomen Hammaslääkäriseura Apollonia ry:n asettama työryhmä. URL: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50078>.
- Karvonen, S., Martelin, T. ja Koskinen, S. (2012). Teoksessa: *Terveys, toimin-takyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Toim. S. Koskinen, A. Lundqvist ja N. Ristiluoma. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Luku Sociodemografiset taustatekijät, s. 30–33.
- Kauppinen, T., Mattila-Holappa, P., Merkiö-Mäkelä M. Saalo, A., Toikkanen, J., Tuomivaara, S., Uuksulainen, S., Viluksela, M. ja Virtanen, S., toim. (2013). *Työ ja terveys Suomessa 2012. Seurantatietoa työoloista ja hyvinvoinnista*. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Kauppinen, T., Saikku, P. ja Kokko, R.-L. (2010). “Työttömyys ja huono-osaisuuden kasautuminen”. Teoksessa: *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Toim. M. Vaarama, P. Moisio ja S. Karvonen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, s. 234–250.
- Kauppinen, T., Martelin, T., Hannikainen-Ingman, K. ja Virtala, E. (2014). *Yksin asuvien hyvinvointi. Mitä tällä hetkellä tiedetään?* Työpäpaperi 27/2014. Terve-yden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kehusmaa, S. (2014). *Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asu-vien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus*. Sosiaali- ja terveys-turvan tutkimuksia 131. Helsinki: Kela.
- Keyes, C. L. (2005). “Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health”. *J Consult Clin Psychol* 73.3, s. 539–548.

- Kharazmi, E., Fallah, M. ja Luoto, R. (2007). “Cardiovascular diseases attributable to hysterectomy: a population-based study”. *Acta Obstet Gynecol Scand* 86, s. 1476–1483.
- Kilpelä, N., Hätönen, J., Palo, A. ja Holopainen, T. (2014). *Esteetön kerrostalo tehokkaasti ja kestävästi*. Ympäristöministeriön raportteja 27/2014. URL: <http://hdl.handle.net/10138/144427>.
- Klaukka, T., Sievers, K. ja Saloheimo, K. (1987). “Fysioterapian tarve, tarjonta ja käyttö”. *Sosiaalivakuutus* 25, s. 166–171.
- Klemetti, R., Sihvo, S. ja Koponen, P. (2004). Teoksessa: *Lisääntymisterveys Suomessa*. Toim. P. Koponen ja R. Luoto. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B5/2004. Sosiaali- ja terveysministeriö. Luku Tahaton lapsettomuus ja hedelmöityshoidot.
- Klemetti, R., Raitanen, J., Sihvo, S., Saarni, S. ja Koponen, P. (2010). “Infertility, mental disorders and well-being—a nationwide survey”. *Acta Obstet Gynecol Scand* 89.5, s. 677–682.
- Koponen, P., Klemetti, R., Luoto, R., Alha, P. ja H-M., S. (2012a). Teoksessa: *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Toim. S. Koskinen, A. Lundqvist ja N. Ristiluoma. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Luku Lisääntymisterveys, s. 111–118.
- Koponen, P., Alha, P. ja Sauni, R. (2012b). “Terveyttä ja työkykyä edistävät toimet”. Teoksessa: *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Toim. S. Koskinen, A. Lundqvist ja N. Ristiluoma. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), s. 163–169.
- Kopra, J., Härkanen, T., Tolonen, H. ja Karvanen, J. (2017). “Correcting for non-ignorable missingness in smoking trends”. *Stat.* 4.1, s. 1–14.
- Koski, S., Kurkela, O., Ilanne-Parikka, P. ja Rissanen, P. (2017). *Diabeteksen kustannukset Suomessa 2002-2011*. Diabetesliitto. Diabetes lukuina 2017:1. URL: https://www.diabetes.fi/files/9237/Diabetes_lukuina_2017_flyer.pdf.
- Koskinen, S. ja Aromaa, A. (2002). “Koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus”. Teoksessa: *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset*. Toim. A. Aromaa ja S. Koskinen. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki: Kansanterveyslaitos (KTL), s. 37–38.
- Koskinen, S. ja Martelin, T. (2007). “Nykyiset kansanterveysongelmat ja mahdollisuudet niiden torjumiseen”. Teoksessa: *Terveidenhuollon menojen hillintä: rahoitusjärjestelmän ja ennaltaehkäisyn merkitys. Osa 2. Terveiden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn vaikutukset ja kustannusvaikutukset*. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 4/2007, s. 78–92. URL: <http://vnk.fi/julkaisukansio/2007/j04-terveydenhuollon-menojen-hillinta/pdf/fi.pdf>.
- Koskinen, S., Härkänen, T., Rissanen, H., Sainio, P., Martelin, T. ja Gould, R. (2011). Teoksessa: *Työurat pidemmäksi – selvityksiä työuraryhmälle*. Toim. H. Uusitalo. Eläketurvakeskuksen selvityksiä 2011:1. Helsinki. Luku Väestön toiminta- ja työkyvyn kehitys, s. 117–133.
- Koskinen, S., Laitinen, A. ja Aromaa, A. (2012a). Teoksessa: *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Toim. S. Koskinen, A. Lundqvist ja N. Ristiluoma. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Luku Näöntarkkuus, s. 128–131.
- Koskinen, S., Sainio, P. ja Aromaa, A. (2012b). Teoksessa: *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Toim. S. Koskinen, A. Lundqvist ja N. Ristiluoma. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Luku Kuulo, s. 132–3.

- Koskinen, S., Manderbacka, K. ja Aromaa, A. (2012c). “Koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus”. Teoksessa: *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Toim. S. Koskinen, A. Lundqvist ja N. Ristiluoma. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL), s. 77–81.
- Koskinen, S., Lundqvist, A. ja Ristiluoma, N., toim. (2012d). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Raportti 68/2012, 290 sivua. ISBN 978-952-245-769-1 (verkkojulkaisu). Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). ISBN: 978-952-245-768-4. URL: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-769-1>.
- Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn tavoiteohjelma vuosille 2014–2020* (2013). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:16. URL: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3431-3>.
- Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi* (2017). Sosiaali- ja terveysministeriö. URL: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3891-5>.
- Laaksonen, E., Martikainen, P., Lahelma, E., Lallukka, T., Rahkonen, O., Head, J. ja Marmot, M. (2007). “Socioeconomic circumstances and common mental disorders among Finnish and British public sector employees: evidence from the Helsinki Health Study and the Whitehall II Study”. *Int J Epidemiol* 36.4, s. 776–786.
- Laatikainen, L., Ojamo, M., Rudanko, S. L., Summanen, P., Keinanen-Kiukaanniemi, S., Tuomilehto, J., Herrala, S. ja Uusitalo, H. (2016). “Improving visual prognosis of the diabetic patients during the past 30 years based on the data of the Finnish Register of Visual Impairment”. *Acta Ophthalmol* 794.
- Laatikainen, T., Jula, A., Kastarinen, M., Salomaa, V., Borodulin, K., Harald, K., Peltonen, M., Jousilahti, P. ja Vartiainen, E. (2013). “Verenpaineaset ja hoitotasapaino FINRISKI-tutkimusalueilla 1982-2012”. *Suomen Lääkärilehti* 68, s. 1803–1809.
- Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017-2019* (2017). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. URL: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3960-8>.
- Lahelma, E. ja Rahkonen, O. (2011). “Sosioekonominen asema”. Teoksessa: *Sosiaaliläpikäytännöt : väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät*. Toim. M. Laaksonen ja K. Silventoinen. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Laiho, J., Djerf, K. ja Lehtonen, R. (2008). “Methodology report: Health 2000 Survey”. Teoksessa: toim. S. Heistaro. B 26. National Public Health Institute. Luku Sampling design, s. 13–15. URL: <http://www.terveys2000.fi/doc/methodologyrep.pdf>.
- Laine, V., Sinko, P. ja Vihriälä, V. (2009). *Ikääntymisraportti. Kokonaisarvio ikääntymisen vaikutuksista ja varautumisen riittävydestä*. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 1/2009. Helsinki. URL: http://vnk.fi/documents/10616/622958/J0109_Ik%C3%A4%C3%A4ntymisraportti.pdf/a316a9d5-9fbc-46b8-8ad2-496477b9624a?version=1.0.
- Laitinen, A. (2009). *Reduced visual function and its association with physical functioning in the Finnish adult population. Prevalence, causes, and need for eye care services*. Research 2. Helsinki: National Institute for Health ja Welfare (THL).

- Lehtonen, R. ja Pahkinen, E. (2004). *Practical methods for design and analysis of complex surveys*. Wiley. com.
- Lewington, S., Clarke, R., Qizilbash, N., Peto, R., Collins, R. ja Collaboration, P. S. (2002). "Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies". *Lancet* 360, s. 1903–13.
- Liaw, A., Wiener, M. ym. (2002). "Classification and regression by randomForest". *R news* 2.3, s. 18–22.
- Lihavuus (aikuiset): Käypä hoito -suositus* (2011). URL: <http://www.kaypahoito.fi/80/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi24010>.
- Liikunta. Käypä hoito -suositus* (2016). URL: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50075>.
- Lindström, J. ja Tuomilehto, J. (2003). "The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk". *Diabetes Care* 26.3, s. 725–731.
- Lindström, J., Peltonen, M., Eriksson, J. G., Ilanne-Parikka, P., Aunola, S., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Uusitupa, M. ja Tuomilehto, J. (2013). "Improved lifestyle and decreased diabetes risk over 13 years: long-term follow-up of the randomised Finnish Diabetes Prevention Study (DPS)". *Diabetologia* 56.2, s. 284–293.
- Locker, D., Mscn, E. ja Jokovic, A. (2005). "What do older adults' global self-ratings of oral health measure?" *J Public Health Dent* 65.3, s. 146–152.
- Luoto, R., Kharazmi, E., Whitley, E., Raitanen, J., Gissler, M. ja Hemminki, E. (2008). "Systolic hypertension in pregnancy and cardiovascular mortality: a 44-year follow-up study". *Hypertens Pregnancy* 27.1, s. 87–94.
- Manderbacka, K. (1998). *Questions on survey questions on health*. Dissertation Series 30. Tukholma: Swedish Institute for Social Research.
- Manderbacka, K., Aalto, A.-M., Kestilä, L., Muuri, A. ja Häkkinen, U. (2017). *Eriarvoisuus somaattisissa terveystalvissa*. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Markkula, N., Suvisaari, J., Saarni, S., Pirkola, S., Peña, S., Saarni, S., Ahola, K., Mattila, A., Viertiö, S., Strehle, J., Koskinen, S. ja Härkänen, T. (2015). "Prevalence and correlates of major depressive disorder and dysthymia in an eleven-year follow-up—results from the Finnish Health 2011 Survey". *J Affect Disord*. 173.1, s. 73–80.
- Martelin, T., Karvonen, S., Linnanmäki, E., Prättälä, R. ja Koskinen, S. (2012). Teoksessa: *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Toim. S. Koskinen, A. Lundqvist ja N. Ristiluoma. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Luku Terveyden, toimintakyvyn ja niihin vaikuttavien tekijöiden vaihtelu koulutuksen ja asuinalueen mukaan, s. 202–10.
- Martin, L. G. ja Schoeni, R. F. (2014). "Trends in disability and related chronic conditions among the forty-and-over population: 1997-2010". *Disabil Health J* 7.1 Suppl, s. 4–14.
- Mähönen, E. (2017). *Työolobarometri 2016*. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja, Työelämä, 34/2017. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Mick, P. ja Pichora-Fuller, M. K. (2016). "Is Hearing Loss Associated with Poorer Health in Older Adults Who Might Benefit from Hearing Screening?" *Ear Hear* 37.3, s. 194–201.

- Mikkola, T. M., Polku, H., Sainio, P., Koponen, P., Koskinen, S. ja Viljanen, A. (2016). "Hearing loss and use of health services: a population-based cross-sectional study among Finnish older adults". *BMC Geriatr* 16.1, s. 182.
- Mäkelä, M., Vilkkö, A., Blomgren, J., Sainio, P., Koskinen, S. ja Noro, A. (2012). Teoksessa: *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Toim. S. Koskinen, A. Lundqvist ja N. Ristiluoma. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Luku Avun antaminen, s. 199–201.
- Mäki, P., Jousilahti, P., Männistö S Raulio, S., Ståhl, T. ja Laatikainen, T. (2017). *Kunta päättää: Ravitsemus, liikunta ja lihavuuden ehkäisy kuntalaisten arjessa*. Päätösten tueksi: 1/2017.
- Mölläri, K. ja Saukkonen, S.-M. (2017). *Perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon avohoitokäynnit 2016*. Tilastoraportti 27/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Männistö, S., Lundqvist, A., Prättälä, R., Jääskeläinen, T., Roos, E., Similä, M. ja Knekt, P. (2012). "Ruokatottumukset". Teoksessa: *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Toim. S. Koskinen, A. Lundqvist ja N. Ristiluoma. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), s. 51–54.
- Männistö, S., Laatikainen, T., Harald, K., Borodulin, K., Jousilahti, P., Kanerva, N., Peltonen, M. ja E., V. (2015). "Suomalaisten työikäisten ylipainon ja lihavuuden kasvu näyttää hidastuneen: Kansallisen FINRISKI-terveytutkimuksen tuloksia". *Suomen lääkirilehti* 70, s. 969–975.
- Morris, J. C., Mohs, R., Rogers, H., Fillenbaum, G. ja Heyman, A. (1989). "The consortium to establish a registry for Alzheimer's disease (CERAD). Part I. Clinical and neuropsychological assessment of neuropsychological measures". *Neurology* 39, s. 1159–65.
- Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus* (2017). URL: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50044>.
- Murto, J., Kaikkonen, R., Pentala-Nikulainen, O., Koskela, T., Virtala, E., Härkänen, T., Koskenniemi, T., Jussmäki, T., Vartiainen, E. ja Koskinen, S. (2017). *Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus ATH:n perustulokset 2010-2017*. Verkkojulkaisu. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). URL: www.thl.fi/ath.
- Nguyen, L., Sauni, R., Koponen, P., Alhan, P. ja Häkkinen, U. (2012). "Käynnit lääkärin ja terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla". Teoksessa: *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Toim. S. Koskinen, A. Lundqvist ja N. Ristiluoma. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Nieminen, T., Martelin, T. ja Vaarama, M. (2012). Teoksessa: *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Toim. S. Koskinen, A. Lundqvist ja N. Ristiluoma. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Luku Sosiaalinen pääoma, s. 155–8.
- Niironen, M., Sarkeala, T., Anttila, A., Nieminen, P., Luostarinen, T. ja Virtanen, A. (2014). "Miksi nainen ei osallistu kohdunkaulan syövän seulontaan?" *Suomen Lääkirilehti* 48.69, s. 3249–56.
- Ojamo, M. (2017). *Näkövammarekisterin vuosikirja 2016*. Helsinki: Näkövammaisten liitto ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

- Paalanen, L., Koponen, P., Laatikainen, T. ja Tolonen, H. (2018). "Public health monitoring of hypertension, diabetes and elevated cholesterol: comparison of different data sources". *Eur J Public Health* cky020.
- Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Talala, K., Hyvönen, E. ja Linnanmäki, E., toim. (2007). *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Kostainen, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M. ja Linnanmäki, E., toim. (2009). *Health inequalities in Finland. Trends in socioeconomic health difference 1980–2005*. Publications 2009:9. Helsinki: Ministry of Social Affairs ja Health.
- Parikka, S., Martelin, T., Koskela, T., Härkänen, T., Kilpeläinen, K., Tarkiainen, L. ja Koskinen, S. (2017). *Tuloryhmien väliset kuolleisuuserot maakunnissa 1996–2014*. Tutkimuksesta tiiviisti 5/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). URL: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-831-9>.
- Parkkari, J., Autio, K., Jussila, A.-M., Leppänen, M., Oksanen, R. ja Kannus, P. (2017). Teoksessa: *Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn tavoiteohjelma vuosille 2014–2020: Turvallisuutta kaikille kotona, vapaa-ajalla ja liikunnassa. Väliarviointi 2017*. Toim. M. Råback, U. Korpilahti ja P. Lillsunde. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:46. Sosiaali- ja terveysministeriö. Luku Liikuntavamma, s. 69–80. URL: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/160440>.
- Peltonen, M., Laatikainen, T., Lindström, J. ja Jousilahti, P. (2015). *WHO:n tavoitteena on pysäyttää lihavuuden ja tyyppin 2 diabeteksen lisääntyminen – Suomessa tarvitaan tekoja*. Tutkimuksesta tiiviisti 13/2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). URL: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-466-3>.
- Perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon avohoitokäynnit 2016* (2017). Tilastokatsaus 27/2017. ISSN: 1798-0887. URL: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201708218159>.
- Perusterveydenhuollon vuodeosastohoito vuosina 2015–2016* (2017). URL: https://thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2017/Liitetaulukot/Tr13_2017_liitetaulukot.pdf.
- Päihdetilastollinen vuosikirja 2017: Alkoholi ja huumeet* (2017). Suomen virallinen tilasto: sosiaaliturva. Helsinki.
- Potter, G., Skene, D., Arendt, J., Cade, J., Grant, P. ja Hardie, L. (2016). "Circadian Rhythm and Sleep Disruption: Causes, Metabolic Consequences, and Countermeasures". *Endocr. Rev.* 37.6, s. 584–608.
- Prince, M., Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G.-C., Wu, Y.-T. ja Prina, M. (2015). *World Alzheimer Report 2015*. Lontoo: Alzheimer's Disease International (ADI). URL: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>.
- Purola, T., Kalimo, E., Sievers, K. ja Nyman, K. (1967). *Sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö Suomessa ennen sairausvakuutusta*. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:1. Helsinki: Kansaneläkelaitos.
- R Core Team (2017). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria. URL: <https://www.R-project.org/>.

- Raittio, E., Kiiskinen, U., Helminen, S., Aromaa, A. ja Suominen, A. L. (2013). “Suun terveydenhuoltopalvelujen käyttö ja siihen vaikuttavat tekijät hammas-hoitouudistuksen jälkeen”. *Suomen Hammaslääkärilehti* 20.5, s. 20–30.
- Rantakokko, M., Portegijs, E., Viljanen, A., Iwarsson, S., Kauppinen, M. ja Rantanen, T. (2016). “Changes in life-space mobility and quality of life among community-dwelling older people: a 2-year follow-up study”. *Qual Life Res* 250.50, s. 1189–1197.
- Raussi-Lehto, E. ja Klemetti, R., toim. (2014). *Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Opas 33. Tampere: Juvenes Print.
- Röberg, M. ja Sainio, S. (2012). “Fysioterapian käyttö”. Teoksessa: *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Toim. S. Koskinen, A. Lundqvist ja N. Ristiluoma. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), s. 176–178.
- Reini, K. ja Honkatukia, J. (2016). *Hyvä hoito kannattaa – Diabeteksen ennaltaehkäisy ja tehostetun hoidon kansantaloudellinen vaikuttavuus*. Vaasan yliopiston julkaisuja, selvityksiä ja raportteja 206. Vaasan yliopisto.
- Reinikainen, J., Tolonen, H., Borodulin, K., Harkanen, T., Jousilahti, P., Karvanen, J., Koskinen, S., Kuulasmaa, K., Mannisto, S., Rissanen, H. ja Vartiainen, E. (2018). “Participation rates by educational levels have diverged during 25 years in Finnish health examination surveys”. *Eur J Public Health* 28.2, s. 237–243.
- Reproductive health* (2014). URL: www.who.int/topics/reproductive_health/en.
- Riihimäki, H., Heliövaara, M. ja työryhmä, tuki- ja liikuntaelinsairauksien (2002). “Tuki- ja liikuntaelinsairaudet”. Teoksessa: *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset*. Toim. S. Koskinen ja A. Aromaa. Kansanterveyslaitos (KTL), s. 47–50.
- Risk Factor Collaboration (NCD-RisC) (2017). “Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015: a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19,1 million participants”. *Lancet* 10064.389, s. 37–55.
- Robine, J. M. ja Jagger, C. (2003). “Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe: the Euro-REVES 2 project”. *Eur J Public Health* 13.3 Suppl, s. 6–14.
- Rosenthal, N., Bradt, G. ja Wehr, T. (1984). *Seasonal Pattern Assessment Questionnaire*. Bethesda: National Institute of Mental Health.
- Saari, J., toim. (2016). *Yksinäisten Suomi*. Gaudeamus.
- Saarni, S., Luoma, M.-L., Koskinen, S. ja Vaarama, M. (2012). “Elämänlaatu”. Teoksessa: *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Toim. S. Koskinen, A. Lundqvist ja N. Ristiluoma. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), s. 159–62.
- Saarni, S. I., Harkanen, T., Sintonen, H., Suvisaari, J., Koskinen, S., Aromaa, A. ja Lonnqvist, J. (2006). “The impact of 29 chronic conditions on health-related quality of life: a general population survey in Finland using 15D and EQ-5D”. *Qual Life Res* 15.8, s. 1403–1414.
- Sainio, P. (2016). Teoksessa: *Health 2011 Survey – Methods*. Toim. A. Lundqvist ja T. Mäki-Opas. Raportti 8/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Luku Vision and hearing, s. 139–40.
- Sainio, P., Koskinen, S., Martelin, T. ja Gould, R. (2006a). Teoksessa: *Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia*. Toim. R. Gould, J. Ilmari-

- nen, J. Järvisalo ja S. Koskinen. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos. Luku Toimintakyky.
- Sainio, P., Koskinen, S., Heliövaara, M., Martelin, T., Harkanen, T., Hurri, H., Miilunpalo, S. ja Aromaa, A. (2006b). “Self-reported and test-based mobility limitations in a representative sample of Finns aged 30+”. *Scand J Public Health* 34.4, s. 378–386.
- Sainio, P., Stenholm, S., Vaara, M., Rask, S., Valkeinen, H. ja Rantanen, T. (2012a). Teoksessa: *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Toim. S. Koskinen, A. Lundqvist ja N. Ristiluoma. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Luku Fyysinen toimintakyky, s. 120–124.
- Sainio, P., Mäkelä, M., Koskinen, S., Noro, A. ja Aromaa, A. (2012b). Teoksessa: *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Toim. S. Koskinen, A. Lundqvist ja N. Ristiluoma. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Luku Arkitoimista suoriutuminen, s. 145–148.
- Sainio, P., Koskinen, S., Sihvonen, A.-P., Martelin, T. ja Aromaa, A. (2013). Teoksessa: *Gerontologia*. Toim. E. Heikkinen, J. Jyrkämä ja T. Rantanen. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Luku Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehitys, s. 50–65. ISBN: 978-951-656-460-2.
- Sainio, P., Stenholm, S. ja Heliövaara, M. (2016). Teoksessa: *Health 2011 Survey – Methods*. Toim. A. Lundqvist ja T. Mäki-Opas. Raportti 8/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Luku Physical functioning, s. 133–138.
- Salmi, M., Närvi, J. ja Lammi-Taskula, J. (2016). “Köyhyys, toimeentulokokeemukset ja hyvinvointi lapsiperheissä”. Teoksessa: *Lapsiköyhyys Suomessa 2010-luvulla*. Toim. S. Karvonen ja M. Salmi. Työpäpöri 30/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Salonen, J., Kronlund, L. ja Kentala, E. (2011). “Mitä uutta kuulonkuntoutuksessa?” *Duodecim-lehti* 8.127, s. 835–42.
- SAS/STAT 9.3 User’s Guide* (2011). 9.3. Cary, NC.
- Satariano, W. A., Guralnik, J. M., Jackson, R. J., Marottoli, R. A., Phelan, E. A. ja Prohaska, T. R. (2012). “Mobility and aging: new directions for public health action”. *Am J Public Health* 102.8, s. 1508–1515.
- Sauli, H. (2006). “Harmonisoitua tulonjakotutkimusta EU:ssa ja EU:n lähialueilla”. *Janus* 14.3, s. 312–314.
- Schmidt, S., Mühlen, H. ja Power, M. (2006). “The EUROHIS-QOL 8-item index: psychometric results of a cross-cultural field study”. *Eur J Public Health* 16.4, s. 420–428.
- Seeman, T. E., Merkin, S. S., Crimmins, E. M. ja Karlamangla, A. S. (2010). “Disability trends among older Americans: National Health And Nutrition Examination Surveys, 1988-1994 and 1999-2004”. *Am J Public Health* 100.1, s. 100–107.
- Sexual health* (2014). URL: www.who.int/topics/sexual_health/en/.
- Siegrist, J., Starke, D., Chandola, T., Godin, I., Marmot, M., Niedhammer, I. ja Peter, R. (2004). “The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons”. *Soc Sci Med* 58.8, s. 1483–1499.
- Sihvonen, A.-P., Koponen, P., Martelin, T., Sainio, P., Jylhä, M. ja Koskinen, S. (2017). “Terveet elinvuodet väestön terveydentilan kuvaajana”. *Suomen Lääkärilehti* 23.72, s. 1507–1511.

- Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2017* (2017). Suomen virallinen tilasto: Sosiaaliturva. URL: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-970-5>.
- SUDAAN Language Manual, Volumes 1 and 2* (2012). 11.0. Research Triangle Institute. Research Triangle Park, NC.
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolemansyyt* (2017). Verkkojulkaisu. ISSN=1799-5051. Viitattu 9.3.2018. URL: <http://www.stat.fi/til/ksyyt/>.
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Syntyneet* (2017). Verkkojulkaisu. ISSN=1798-2391. Viitattu 28.3.2018. URL: <http://www.stat.fi/til/synt/index.html>.
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste* (2015). Verkkojulkaisu. ISSN=1798-5137. Viitattu 27.3.2018. URL: http://www.stat.fi/til/vaenn/2015/vaenn_2015_2015-10-30_tie_001_fi.html.
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön tieto- ja viestintätekniikan käyttö* (2017). Verkkojulkaisu. ISSN=2341-8699. Viitattu 26.3.2018. Internetin käytön yleisyys, useus ja yleisimmät käyttötarkoitukset, Väestön tieto- ja viestintätekniikka - tutkimus. URL: http://www.stat.fi/til/sutivi/2017/13/sutivi_2017_13_2017-11-22_kat_001_fi.html.
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne* (2017). Verkkojulkaisu. ISSN=1797-5379. Viitattu 19.3.2018. URL: <http://www.stat.fi/til/vaerak/index.html>.
- Suominen, A. L., Helminen, S., Lahti, S., Vehkalahti, M. M., Knuuttila, M., Varsio, S. ja Nordblad, A. (2017). "Use of oral health care services in Finnish adults - results from the cross-sectional Health 2000 and 2011 Surveys". *BMC Oral Health* 17.1, s. 78.
- Suominen, A., Vehkalahti, M. ja Nguyen, L. (2012). Teoksessa: *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Toim. S. Koskinen, A. Lundqvist ja N. Ristiluoma. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Luku Suun terveydenhuolto, s. 181–183.
- Suominen-Taipale, A. L., Widstrom, E., Alanen, P. ja Uutela, A. (2000). "Trends in self-reported use of dental services among Finnish adults during two decades". *Community Dent Health* 17.1, s. 31–37.
- Suominen-Taipale, A., Nordblad, A., Arinen, S. ja Vehkalahti, M. (2004). "Hammashoitopalvelujen käyttö". Teoksessa: toim. A. Suominen-Taipale, A. Nordblad, M. Vehkalahti ja A. Aromaa. Suomalaisen aikuisten suunterveys. Terveys 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B16/2004. Helsinki: Kansanterveyslaitos, s. 50–64.
- Syöparekisteri* (2016). Seulonnat vuonna 2016. URL: <https://syoparekisteri.fi/seulonta/>.
- Tarkiainen, L., Martikainen, P., Peltonen, R. ja Remes, H. (2017). "Pitkään jatkunut sosiaaliryhmien välisten elinajanodote-erojen kasvu on pääosin pysähtynyt 2010-luvulla". *Suomen Lääkärilehti* 9.72, s. 53–9.
- Tennant, R., Hiller, L., Fishwick, R., Platt, S., Joseph, S., Weich, S., Parkinson, J., Secker, J. ja Stewart-Brown, S. (2007). "The Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS): development and UK validation". *Health Qual Life Outcomes* 5, s. 63.
- Terveet tilat 2028* (2017). Toimenpideohjelma. URL: <http://vnk.fi/terveet-tilat-2028>.
- Terveyttä ruoasta. Suomalaiset ravitsemussuosituksat 2014* (2014). ISBN 978-952-453-800-8 (painettu), ISBN 978-952-453-801-5 (verkkojulkaisu).

- The MiKTeX Project* (2018). URL: <https://miktex.org/>.
- THL: Kausi-influenssarokote* (2018). URL: <https://thl.fi/fi/web/rokottaminen/rokotteet/kausii-influenssarokote>.
- THL:n sairastavuusindeksi* (2017). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). URL: <http://www.terveytemme.fi/sairastavuusindeksi/>.
- Thomson, W. M., Mejia, G. C., Broadbent, J. M. ja Poulton, R. (2012). “Construct validity of Locker’s global oral health item”. *J. Dent. Res.* 91.11, s. 1038–1042.
- Tiikkainen, P. ja Pynnönen, K. (2018). *Sosiaalisen toimintakyvyn mittaaminen väestötutkimuksissa*. TOIMIA-tietokanta. Julkaistu 14.2.2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). URL: http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2018/02/14/TOIMIA_Sosiaalisen_toimintakyvyn_suositus_paivitetty_2018.pdf.
- Tilasto Suomen eläkkeensaaajista 2016* (2017). Eläketurvakeskuksen tilastoja 11/2017. Suomen virallinen tilasto: Sosiaaliturva 2017. URL: <https://www.etk.fi/julkaisu/tilasto-suomen-elakkeensaaajista/>.
- Toffol, E., Heikinheimo, O., Koponen, P., Luoto, R. ja Partonen, T. (2011). “Hormonal contraception and mental health: results of a population-based study”. *Hum. Reprod.* 26.11, s. 3085–3093.
- TOIMIA-tietokanta: käden puhtausvoima* (2018). Viitattu 22.3.2018. URL: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/141/>.
- TOIMIA-tietokanta: tuoliltanousutesti* (2014). Viitattu 22.3.2018. URL: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/155/>.
- TOIMIA-tietokanta: CERAD-tehtäväsarja* (2018). Viitattu 22.3.2018. URL: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/90/>.
- Tolonen, H., Koponen, P., Mindell, J., Mannisto, S. ja Kuulasmaa, K. (2014a). “European Health Examination Survey—towards a sustainable monitoring system”. *Eur J Public Health* 24.2, s. 338–344.
- Tolonen, H., Aistrich, A. ja Borodulin, K. (2014b). “Increasing health examination survey participation rates by SMS reminders and flexible examination times”. *Scand J Public Health* 42.7, s. 712–717.
- Tolonen, H., Lundqvist, A., Jaaskelainen, T., Koskinen, S. ja Koponen, P. (2017). “Reasons for non-participation and ways to enhance participation in health examination surveys - the Health 2011 Survey”. *Eur J Public Health* 27.5, s. 909–911.
- Tolonen, H., Koponen, P., Al-Kerwi, A., Capkova, N., Giampaoli, S., Mindell, J., Paalanen, L., Ruiz-Castell, M., Trichopoulou, A. ja Kuulasmaa, K. (2018). “European Health Examination Surveys - a tool for collecting objective information about the health of the population”. *Archives of Public Health*. For the EHES Network. Accepted for publication.
- Tseveenjav, B., Suominen, A., Varsio, S., Knuuttila, M. ja Vehkalahti, M. M. (2014). “Do self-assessed oral health and treatment need associate with clinical findings? Results from the Finnish Nationwide Health 2000 Survey”. *Acta Odontol. Scand.* 72.8, s. 926–935.
- Tulehduskipulääkkeiden turvallinen käyttö: Käypä hoito -suositus* (2009). URL: <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/hoi/hoi39001.pdf>.
- Tuomi, K., Ilmarinen, J., Jahkola, A., Katajarinne, L. ja Tulkki, A., toim. (2006). *Työkykyindeksin kyselylomake. Uudistettu painos*. Helsinki: Työterveyslaitos.

- Tuulio-Henriksson, A. (2018). *Kognitiivisen toimintakyvyn arviointi väestötutkimuksissa. TOIMIA-suositus*. TOIMIA-tietokanta. Viitattu 22.3.2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). URL: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/16/>.
- Tuulio-Henriksson, A. ja Sainio, P. (2016). Teoksessa: *Health 2011 Survey – Methods*. Toim. A. Lundqvist ja T. Mäki-Opas. Raportti 8/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Luku Cognitive functioning, s. 142–4.
- Tuulio-Henriksson, A., Sainio, P. ja Sulkava, R. (2012). Teoksessa: *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Toim. S. Koskinen, A. Lundqvist ja N. Ristiluoma. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Luku Kognitiivinen toimintakyky, s. 134–6.
- Töytäri, O. ja Kanto-Ronkanen, A. (2016). Teoksessa: *Kuntoutuminen*. Toim. I. Autti-Rämö, M. Salminen A-L. amd Rajavaara ja A. Ylinen. Kustannus Oy Duodecim. Luku Apuvälineet ja ympäristön esteettömyys, s. 347–363.
- Töytäri, O., Koistinen, A.-K., Mustonen, M. ja Leivo, H. (2010). Teoksessa: *Apuvälinekirja*. Toim. A.-L. Salminen. ISBN 978-951-580-495-2. Kouvola: Kehitysvammaliitto ry. Solver Palvelut Oy. Luku Liikkuminen, s. 111–147.
- Tyyppin 2 diabetes. Käypä hoito -suositus* (2018). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkärin yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 6.4.2018. URL: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50056>.
- Upmark, M., Borg, K. ja Alexanderson, K. (2007). “Gender differences in experiencing negative encounters with healthcare: a study of long-term sickness absentees”. *Scand J Public Health* 35.60, s. 577–5840.
- Uutela, A. ja Aro, A. (1993). “Koettu ja havaittu elämänlaatu - toisiaan täydentävät näkökulmat”. *Duodecim* 109, s. 1507–11.
- Valentine, N., Bonsel, G. ja Murray, C. (2007). “Measuring quality of health care from the user’s perspective in 41 countries: psychometric properties of WHO’s questions on health systems responsiveness”. *Quality of Life Research* 16, s. 1107–1125.
- Vammaissopimus* (2016). SopS 27/2016. Yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista ja sen lisäpöytäkirja. URL: <http://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/2016/20160027>.
- Vanhuspalvelulaki* (2012). Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveystalvuluista 980/2012. URL: <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>.
- Vartiainen, E., Laatikainen, T., Salomaa, V., Jousilahti, P., Peltonen, M. ja Puska, P. (2007). “Sydäninfarkti- ja aivohalvauksien arviointi FINRISKI-tutkimuksessa. (The FINRISK Function: Estimation of the Risk of Coronary Events and Stroke in the Finnish Population; English Abstract)”. *Suomen Lääkärilehti* 48.62, s. 4507–13.
- Vartiainen, E., Borodulin, K., Sundvall, J., Laatikainen, T., Peltonen, M., Harald, K., Salomaa, V. ja Puska, P. (2012). “Väestön kolesterolitaso on vuosikymmenien laskun jälkeen kääntynyt nousuun”. *Suomen Lääkärilehti* 35, s. 2364–2368.
- Vasankari, T., Kanervisto, M., Laitinen, T., Jousilahti, P. ja Heliövaara, M. (2012). Teoksessa: *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Toim. S. Kos-

- kinen, A. Lundqvist ja N. Ristiluoma. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Luku Hengityselinten ja ihon sairaudet ja allergiat, s. 88–91.
- Vasara, P. (2016). Teoksessa: *Siirtymät ja valinnat asumispoluilla*. Toim. K. Juhila ja T. Kröger. SoPhi 133. Jyväskylän yliopisto. Luku Mahdollinen, välttämätön ja väistämätön: jatkuvuudet ja siirtymät iäkkäiden asumiskertomuksissa. URL: www.jyu.fi/sophi.
- Väestötietojärjestelmä - Rakennustiedot* (2016). URL: <http://vrk.fi/rakennustiedot>.
- Viihari-Juntura, E., Heliövaara, M., Solovieva, S. ja Shiri, R. (2012). “Tuki- ja liikuntaelinsairaudet”. Teoksessa: *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Toim. S. Koskinen, A. Lundqvist ja N. Ristiluoma. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), s. 92–95.
- Vilkkö, A., Muuri, A., Saarikalle, K., Noro, A., Finne-Soveri, H. ja Jokinen, S. (2014). Teoksessa: *Suomalaisten hyvinvointi*. Toim. M. Vaarama, K. S., L. Kesätilä, P. Moisio ja A. Muuri. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Luku Läheisavun moninaisuus, s. 181–183.
- Virtanen, P. ja Mattila, K. (2011). “Työterveyslääkärin potilas käy myös terveyskeskuksessa, tosin harvoin”. *Suomen Lääkärilehti* 66, s. 3583–3588.
- Washington Group on disability statistics*, (2018). Viitattu 9.4.2018. URL: <http://www.washingtongroup-disability.com/>.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. J. ja Vos, T. (2013). “Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010”. *Lancet* 382.9904, s. 1575–1586.
- WHOQOL - Measuring Quality of Life* (1997). URL: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.
- Xie, Y. (2015). *Dynamic Documents with R and knitr*. Vol. 29. CRC Press.

Liite 1 Tutkimuksen kenttätöön koordinaatiosta vastanneet henkilöt

Tehtävä	Työntekijä
Tutkimuksesta vastaava henkilö	Seppo Koskinen
Tutkimuspäällikkö	Katja Borodulin
Kenttätöön koordinaattori	Hanna Valtonen
Laboratoriotyön koordinaattori	Laura Råman
Keskustoimiston koordinaattori	Katri Sääksjärvi
Tarvike- ja näytevastaava	Elina Järvensivu
Kenttätöön ja koulutuksen valmistelu	Päivikki Koponen
Kenttätöön ja pilottitutkimuksen valmistelu	Liisa Saarikoski
Tiedonhallintavastaava	Anne Juolevi
Tiedonhallintavastaava	Harri Rissanen
IT-laitteet	Eija Purkamo
Tutkimus- ja ajanhallintajärjestelmä	Pekka Simola
Toimintakykykoordinaattori	Päivi Sainio
Tutkimuspäällikkö (FinRavinto)	Liisa Valsta
Kenttätöön koordinaattori (FinRavinto)	Niina Kaartinen
Tiedonhallintavastaava (FinRavinto)	Heli Tapanainen
Tiedonhallintavastaava (FinRavinto)	Heikki Pakkala
Liike- ja unimittarikoordinaattori	Heini Wennman
Kyselylomakkeiden valmistelu	Marketta Taimi

Liite 2 Henkilökunta kenttäryhmittäin

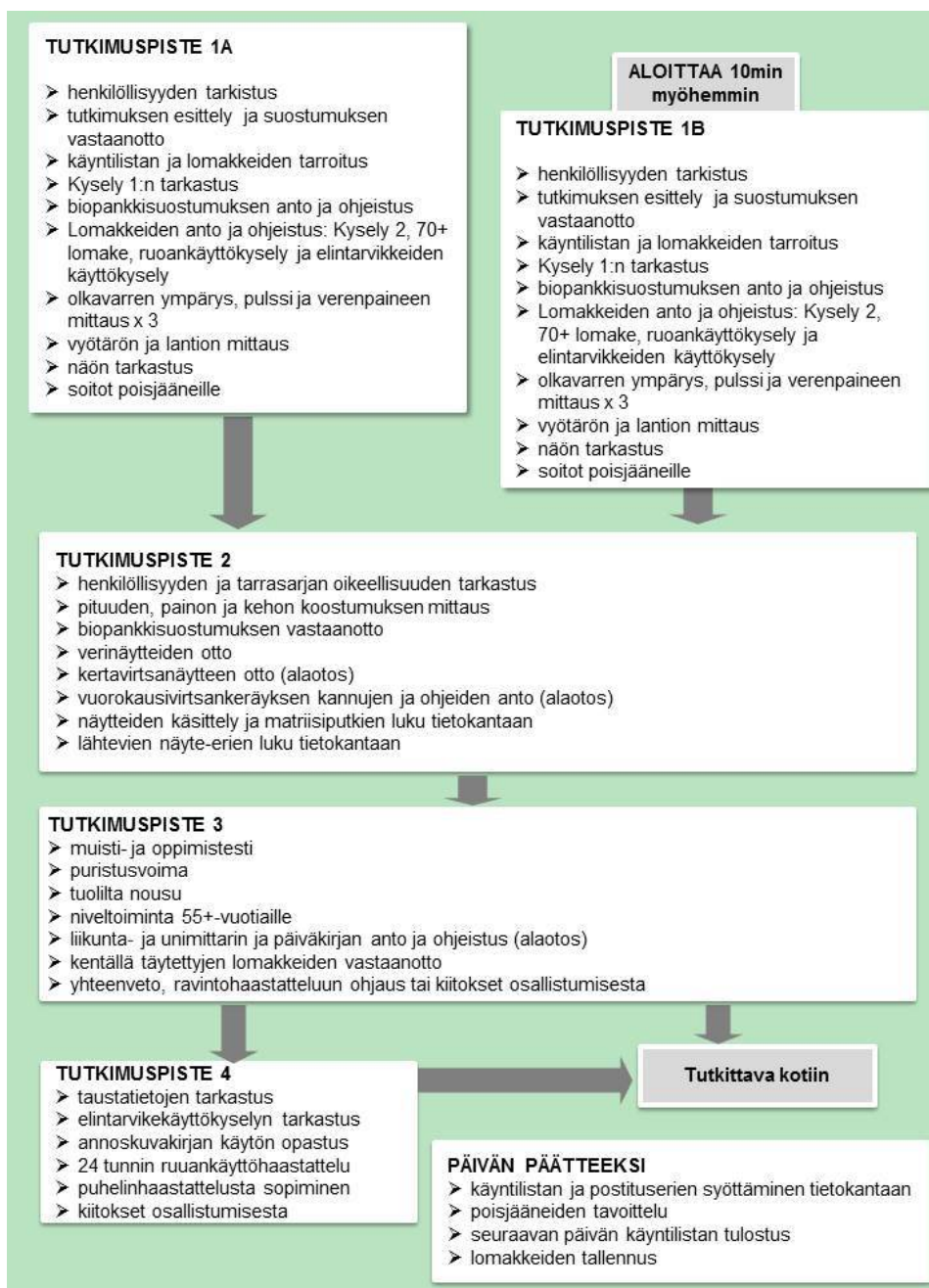
Kenttäryhmä	Tehtävä	Työntekijä
1 Helsinki	Vastuuhoitaja, tutkimuspiste 1A	Pirjo Tarkiainen
	Tutkimuspisteen 1B hoitaja	Saija Glader
	Tutkimuspisteen 2 hoitaja	Sanna Willman
	Tutkimuspisteen 2 hoitaja	Wilhelmina Forsblom
	Tutkimuspisteen 3 hoitaja	Anna-Riitta Grönlund
	Tutkimuspisteen 4 ravintohaastattelija	Kirsi Ali-Kovero
2 Lahti	Aulapalvelu	Matti Sainio
	Vastuuhoitaja, tutkimuspiste 1A	Sanna Ahonen
	Tutkimuspisteen 1B hoitaja	Maisa Ylitalo
	Tutkimuspisteen 2 hoitaja	Tiina Saukkonen
	Tutkimuspisteen 2 hoitaja	Markus Kukko
	Tutkimuspisteen 3 hoitaja	Inka Nummela
3 Turku	Tutkimuspisteen 4 ravintohaastattelija	Tuulia Ingman
	Vastuuhoitaja, tutkimuspiste 1A	Heidi Welén
	Tutkimuspisteen 1B hoitaja	Kaisa Tapio
	Tutkimuspisteen 2 hoitaja	Ulla Lehtinen
	Tutkimuspisteen 2 hoitaja	Esko Kettunen
	Tutkimuspisteen 3 hoitaja	Lotta Sundqvist
4 Tampere	Tutkimuspisteen 4 ravintohaastattelija	Lotta Juslin
	Vastuuhoitaja, tutkimuspiste 1A	Nina Honkala
	Tutkimuspisteen 1B hoitaja	Tea Pirttimäki
	Tutkimuspisteen 2 hoitaja	Miia Järvinen
	Tutkimuspisteen 2 hoitaja	Milla Virolainen
	Tutkimuspisteen 3 hoitaja	Liisa Olkkonen
5 Oulu	Tutkimuspisteen 4 ravintohaastattelija	Siniriikka Ventelä
	Aulapalvelu	Anni Antniemi
	Vastuuhoitaja, tutkimuspiste 1A	Sini Hiltunen
	Tutkimuspisteen 1B hoitaja	Kati Kuorikoski
	Tutkimuspisteen 2 hoitaja	Minna Luokkala
	Tutkimuspisteen 2 hoitaja	Sirpa Kurikka
6 Kuopio	Tutkimuspisteen 3 hoitaja	Laura Sivonen
	Tutkimuspisteen 4 ravintohaastattelija	Sohvi Lommi
	Vastuuhoitaja, tutkimuspiste 1A	Marjut Repo
	Tutkimuspisteen 1B hoitaja	Tytti Tyrväinen
	Tutkimuspisteen 2 hoitaja	Seija Hynynen
	Tutkimuspisteen 2 hoitaja	Heli Hämäläinen
	Tutkimuspisteen 3 hoitaja	Katja Kärkkäinen
	Tutkimuspisteen 4 ravintohaastattelija	Kaisa Kähärä

Kenttäryhmä	Tehtävä	Työntekijä
Kiertävät sijaiset	Tutkimushoitajien sijainen	Suvi Savola
	Tutkimushoitajien sijainen	Emilia Etholén
	Ravintohaastattelijoiden sijainen	Sini Kokkola
	Ravintopuhelinhaastattelija	Taina Öhman
	Ravintopuhelinhaastattelija	Lea Kovanen
	Ravintopuhelinhaastattelija	Heini Hyvärinen
	Ravintopuhelinhaastattelija (vara)	Susanna Raulio
Ajanvarauspalvelu ja keskustuimisto		Emilia Etholen
		Emilia Haapala
		Katju Kilpeläinen
		Laura Paalanen
		Aino Roponen
		Pirjo Saastamoinen
		Janne Salimäki
		Suvi Savola
		Päivi Siren
		Katri Sääksjärvi
		Marketta Taimi
		Silla Tenkula-Taskinen
		Katja Tukiainen
		Meri Vikström
		Heini Wennman
		Tiina Wiklund

Liite 3 Tutkimuspaikkakunnat ja tutkimuspäivät

Espoo 24.3.-13.4.	Loimaa 17.3.-23.3.
Forssa 7.4.-19.4.	Loviisa 4.5.-11.5.
Hamina 18.4.-25.4.	Luumäki 5.4.-13.4.
Harjavalta 10.3.-16.3.	Masku 24.3.-30.3.
Haukipudas 20.3.-27.3.	Muurame 9.3.-16.3.
Heinola 28.2.-9.3.	Naantali 31.3.-6.4.
Helsinki 31.1.-23.3. ja 16.5.-19.5.	Oulu 31.1. -10.2. ja 5.5.-9.5.
Hämeenlinna 9.2.-15.2.	Polvijärvi 27.3.-3.4, 10.5.-17.5.
Iisalmi 14.3.-21.3. ja 14.6.-16.6.	Pori 2.3.-9.3
Ilmajoki 30.3.-7.4.	Raahe 13.2.-20.2.
Imatra 27.3.-4.4.	Rauma 23.2.-1.3.
Joensuu 31.1.-6.2, 4.4.-6.4 ja 24.4.-9.5.	Riihimäki 16.2.-27.2.
Juuka 15.2.-22.2. ja 18.5.-29.5.	Rovaniemi 28.3.-4.4.
Jyväskylä 1.3.-8.3.	Ruokolahti 17.3.-24.3.
Kaarina 2.5.-8.5.	Seinäjoki 20.3.-29.3.
Karkkila 8.5.-15.5.	Siilinjärvi 6.3.-13.3. ja 11.4.-20.4.
Keuruu 20.2.-28.2.	Taivalkoski 18.4.-25.4
Kiiminki 26.4.-4.5.	Tampere 31.1.-17.2. ja 24.4.-27.4.
Kitee 7.6.-13.6.	Turku 31.1.-16.2 ja 9.5.-12.5.
Kokkola 21.2.-28.2.	Utsjoki 6.4.-12.4.
Kotka 26.4.-3.5.	Uusikaarlepyy 8.3.-17.3.
Kuopio 23.2.-3.3, 22.3.-24.3 ja 11.4.-20.4.	Vaasa 1.3. - 7.3.
Lahti 31.1.-8.2. ja 12.5.-17.5.	Valkeakoski 11.4.-21.4.
Lappeenranta 10.3.-16.3.	Vantaa 18.4.-5.5.
Lieksa 7.2.-14.2. ja 30.5.-6.6.	Vehmaa 17.2.-22.2.
Lohja 20.4.-28.4.	

Liite 4 Kenttähenkilökunnan tehtävät eri tutkimuspisteissa



Liite 5 Otokoot alueittain

Alue	Perusotos ¹	Alue	Perusotos ¹
Suurimmat kaupungit		Maaseutumainen osite 4	
Espoo	437	Iisalmi	167
Helsinki	1130	Juuka	167
Hämeenlinna	131	Keuruu	167
Joensuu	99	Lieksa	167
Jyväskylä	162	Muurame	167
Kotka	106	Polvijärvi	167
Kuopio	166	Siilinjärvi	167
Lahti	192	Maaseutumainen osite 5	
Lappeenranta	113	Haukipudas	154
Oulu	243	Kiiminki	154
Pori	146	Kokkola	154
Tampere	398	Raahe	154
Turku	335	Rovaniemi	154
Vaasa	108	Taivalkoski	154
Vantaa	361	Utsjoki	154
Maaseutumainen osite 1			
Imatra	180		
Karkkila	180		
Lohja	180		
Loviisa	180		
Luumäki	180		
Ruokolahti	180		
Vehkalahti	180		
Maaseutumainen osite 2			
Harjavalta	126		
Kaarina	126		
Loimaa	126		
Masku	126		
Naantali	126		
Rauma	126		
Vehmaa	126		
Maaseutumainen osite 3			
Forssa	213		
Heinola	213		
Ilmajoki	213		
Riihimäki	213		
Seinäjoki	213		
Uusikaarlepyy	213		
Valkeakoski	213		

¹ yli 25-vuotiaat

Liite 6 Raportin kirjoittajat

Annamari Aalto	Tutkimuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Järjestelmät osasto
Hanna Alastalo	Erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointi osasto
Hannu Alho	Tutkimusprofessori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos; professori, Helsingin yliopisto
Katja Borodulin	Erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Persephone Doupi	Erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointi osasto
Kaaren Erhola	Erikoissuunnittelija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointi osasto
Mika Gissler	Tutkimusprofessori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Tietopalvelut osasto; professori, Helsingin yliopisto
Teija Hammar	Erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointi osasto
Markku Heliövaara	Dosentti, vieraileva tutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Antero Heloma	Ylilääkäri, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Tommi Härkönen	Tutkimuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Janne Härkönen	Erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Niina Ikonen	Erytysiasiantuntija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Terveysturvallisuus osasto
Satu Jokela	Projektikoordinaattori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointi osasto
Pekka Jousilahti	Tutkimusprofessori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Antti Julä	Tutkimusprofessori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Anne Juolevi	IT-erikoissuunnittelija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Niina Kaartinen	Tutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Timo M Kauppinen	Tutkimuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Järjestelmät osasto
Laura Kestilä	Tutkimuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Järjestelmät osasto
Katri Kilpeläinen	Kehittämispäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointi osasto
Reija Klemetti	Tutkimuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointi osasto
Päivikki Koponen	Tutkimuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Seppo Koskinen	Tutkimusprofessori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Tiina Laatikainen	Tutkimusprofessori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto; professori, Itä-Suomen yliopisto
Kirsi Liitsola	Erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Terveysturvallisuus osasto
Olavi Lindfors	Kehittämispäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto; yliopistonlehtori, Helsingin yliopisto
Jaana Lindström	Tutkimuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Anne Lounamaa	Johtava asiantuntija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointi osasto
Annamari Lundqvist	Erikoistutkija, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Minna-Liisa Luoma	Tutkimuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointi osasto
Riitta Luoto	Ylilääkäri, Kela
Outi Lyytikäinen	Tutkimusprofessori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Terveysturvallisuus osasto
Kristiina Manderbacka	Tutkimuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Järjestelmät osasto
Tuija Martelin	Tutkimuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointi osasto
Tiina Mattila	Asiantuntijalääkäri, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto; erikoistuva lääkäri, HUS
Alexandra Mikhailova	Tutkija, Tampereen yliopisto
Matti Mäkelä	Ylilääkäri, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointi osasto
Pia Mäkelä	Tutkimusprofessori, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Päivi Mäki	Kehittämispäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Tomi Mäki-Opas	Tutkimusjohtaja, Itä-Suomen yliopisto
Satu Männistö	Tutkimuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Tiia Ngandu	Tutkimuspäällikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto; erikoistuva lääkäri, HUS
Tarja Nieminen	Yliaktuaari, Tilastokeskus
Teemu Niiranen	Asiantuntijalääkäri, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto; Erikoistutkija, Turun Yliopisto

Anja Noro	Tutkimusprofessori, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos; projektipäällikkö, Sosiaali- ja terveysministeriö
Päivi Nurmi-Koikkalainen	Kehittämispäällikkö, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointi osasto
Hanna Nohynek	Yliääkäri, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Terveysturvallisuus osasto
Hanna Ollila	Asiantuntija, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Tarja Palosaari	Tilastotutkija, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Timo Partonen	Tutkimusprofessori, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Juha Pekkanen	Tutkimusprofessori, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos; professori, Helsingin yliopisto
Markku Peltonen	Tutkimusprofessori, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Eero Raittio	Ylihammaslääkäri, Keski-Satakunnan terveydenhuollon kuntayhtymä; yliopisto-opettaja, Itä-Suomen yliopisto
Susanna Raulio	Erikoistutkija, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Harri Rissanen	Erikoissuunnittelija, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Otto Ruokolainen	Asiantuntija, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Laura Råman	Laboratoriokoordinaattori, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Samuli Saarni	Terveys- ja hyvinvointiliiketoiminta-alueen johtaja, OP Ryhmä
Päivi Sainio	Kehittämispäällikkö, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointi osasto
Jussi Sane	Johtava asiantuntija, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Terveysturvallisuus osasto
Svetlana Solovieva	Vanhempi tutkija, Työterveyslaitos
Pia Solin	Johtava asiantuntija, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Sari Stenholm	Akatemiatutkija, Turun yliopisto
Jouko Sundvall	Laboratoriopäällikkö, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Liisa Suominen	Professori, Itä-Suomen yliopisto; vieraileva tutkija, Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos
Jaana Suvisaari	Tutkimusprofessori, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Katri Sääksjärvi	Erikoistutkija, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Nina Tamminen	Erytisasiantuntija, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Pirjo Tiikkainen	Asiantuntija, Jyväskylän ammattikorkeakoulu
Hanna Tolonen	Tutkimuspäällikkö, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Annamari Tuulio-Henriksson	Tutkimusprofessori, Kela
Outi Töytäri	Kuntoutusalan asiantuntija, Tehy
Hannu Uusitalo	Professori, Tampereen yliopisto
Mariitta Vaara	Erikoissuunnittelija, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointi osasto
Suvi Vainio	Erikoissuunnittelija, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Tietopalvelut osasto
Heli Valkeinen	Erikoistutkija, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Hyvinvointi osasto
Hanna Valtonen	Tutkimusohittaja, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Liisa Valsta	Tutkimuspäällikkö, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Erkki Vartiainen	Tutkimusprofessori, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Tuula Vasankari	Professori, Turun yliopisto; pääsihteeri, FILHA ry
Satu Viertiö	Erikoistutkija, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto
Eira Viikari-Juntura	Tutkimusprofessori, Työterveyslaitos
Anni Vilkko	VTT, dosentti
Heini Wennman	Tutkija, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Kansanterveysratkaisut osasto

Liite 7 Koulutusryhmä- ja alue-erojen liitetaulukot

Liitetaulukko 7.1: Eräiden terveyden ja toimintakyvyn osoittimien sekä vaara- ja suojatekijöiden ikävakioitu¹ yleisyys (%) tai keskiarvo koulutusryhmittäin (ikäryhmä 30+, ellei toisin mainita).

Muuttuja	Miehet				Naiset			
	Perus- aste	Keski- aste	Korkea- aste	p ²	Perus- aste	Keski- aste	Korkea- aste	p ²
Naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa	40,5	55,5	66,9	<0,001 ³	45,2	48,9	56,3	<0,001
Asuu vähintään 3 hengen kotitaloudessa	28,3	30,0	36,6	<0,001	22,6	31,1	32,3	0,001
Asuu yksin	27,2	24,3	15,3	<0,001	32,2	27,5	26,5	0,032
Keskimääräinen lapsiluku (keskiarvo)	1,7	1,9	1,9	0,008	2,0	2,0	1,8	<0,001
Riittäväksi koettu toimeentulo	52,3	57,4	76,6	<0,001	46,5	53,1	66,7	<0,001
Voi tehdä paljon itsenäisiä päätöksiä työssään	84,4	81,8	90,4	<0,001	74,7	70,3	83,0	<0,001
Ei ole tarpeeksi aikaa saada töitään tehdyksi	22,9	25,1	31,5	0,097	29,3	32,0	39,2	0,090
Hyvä koettu elämänlaatu	60	73,2	83,1	<0,001 ³	65,4	73,0	79,9	<0,001 ³
Tyytyväinen taloudelliseen tilanteeseensa	45,4	45	67,1	<0,001 ³	46,0	47,3	57,8	<0,001 ³
Tyytyväinen saavutuksiinsa elämässä	58,9	61	75,7	<0,001	62,1	66,3	76,8	<0,001
Tyytyväinen perhe-elämäänsä	77,0	76,1	79,7	0,171	74,9	77,0	77,8	0,512
Tupakoi päivittäin	23,2	19,6	9,2	<0,001	21,7	12,3	7,6	0,003 ³
Käyttää tupakkatuotteita päivittäin	27,1	24,8	12,9	<0,001	21,0	13,3	8,8	0,003 ³
Ei käytä alkoholia	28,3	20,3	15,4	<0,001	34,7	27,8	19,1	<0,001 ³
Vähintään 6 alkoholiannosta kerralla kuukausittain	29,3	35,8	30,4	0,008	12,6	8,8	7,7	0,01

¹ luvut on ikävakioitu (20-vuotisikäryhmät 30-49, 50-69, 70+) mallin avulla erikseen kummallekin sukupuolelle

² koulutusryhmien välinen tasoero

³ tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-koulutus-yhdysvaikutus

Muuttuja	Miehet				Naiset			
	Perus- aste	Keski- aste	Korkea- aste	p ²	Perus- aste	Keski- aste	Korkea- aste	p ²
Tuoreita vihanneksia useita kertoja päivässä	8,3	5,7	11,4	<0,001	10,1	13,8	20,9	<0,001
Hedelmiä tai marjoja useita kertoja päivässä	8,8	8,9	11,6	0,114	15,3	19,1	25,6	<0,001
Työpaikkaruokala käytettävissä (työssäkäyvät)	32,4	41,2	60,3	<0,001	46,5	55,4	66,6	<0,001
Harrastaa vapaa-ajan liikuntaa	57,1	72,1	80,1	<0,001 ³	62,7	68,3	74,3	<0,001
Ruutuaikaa yli 3 tuntia arkipäivinä	35,1	32,3	30,2	0,231	42,4	31,4	26,2	<0,001 ³
Nukkuu enintään 6 tuntia vuorokaudessa	23,3	17,4	11,4	<0,001	17,9	15,4	10,7	<0,001
Painajaisunia viime kuukauden aikana	48,6	49,5	38,5	<0,001	58,0	50,2	44,7	<0,001
Lihava (BMI yli 30)	35,4	27,0	23,1	0,004 ³	31,9	31,3	23,2	<0,001
Vyötärölihava	55,9	47,0	40,6	<0,001 ³	55,4	51,3	39,5	<0,001
Koettu terveys hyvä tai melko hyvä	52,0	57,7	73,7	<0,001	52,8	56,7	69,5	<0,001
Pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma	56,3	51,2	46,9	0,001	61,8	57,6	53,2	<0,001
Kohonnut verenpaine tai verenpainelääkitys	62,9	57,1	52,9	0,005	57,9	50,2	46,3	<0,001
Kohonnut LDL-kolesteroli (vähintään 3 mmol/l)	54,3	52,9	52,6	0,849	48,5	55,7	52,7	0,080
Sepelvaltimotauti	15,2	12,6	12,7	0,286	12,6	7,2	7,1	<0,001 ³
Kohonnut sepelvaltimotauti- tai aivohalvausriski	57,3	41,7	34,5	<0,001 ³	23,5	11,8	7,8	0,007 ³
Diabetes	15,9	13,4	13,3	0,383	12,2	9,3	8,2	0,013
Kohonnut diabetesriski	30,0	22,3	19,3	<0,001 ³	32,8	31,4	26,0	0,008
Lääkärin toteama astma	10,7	10,1	9,4	0,643	16,0	15,2	12,3	0,063
Lääkärin toteama keuhkohtaumatauti	7,6	5,8	3,2	0,020 ³	3,4	3,4	2,1	0,412
Influenssarokotus 2016-17	30,1	29,1	43,3	<0,001	37,9	36,9	45,8	<0,001

¹ luvut on ikävakioitu (20-vuotisikäryhmät 30-49, 50-69, 70+) mallin avulla erikseen kummallekin sukupuolelle

² koulutusryhmien välinen tasoero

³ tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-koulutus-yhdysvaikutus

Muuttuja	Miehet				Naiset			
	Perus-aste	Keski-aste	Korkea-aste	p ²	Perus-aste	Keski-aste	Korkea-aste	p ²
Omakustanteinen rokotus joskus	22,7	29,7	50,4	<0,001	25,8	37,3	53,2	<0,001
Yläraajan nosto sivukautta vaikeutunut	15,3	10,8	6,9	0,002	14,2	9,1	7,7	0,012
Psyykinen kuormittuneisuus (GHQ-12 yli 3)	16,6	16,2	14,0	0,161 ³	24,0	21,8	23,2	0,652
Psyykinen kuormittuneisuus (MHI-5 korkeintaan 52)	12,9	6,9	4,7	<0,001 ³	9,9	7,3	7,7	0,318
Ajankohtainen masennusoireilu (BDI-6 yli 4)	16,5	8,8	7,3	0,004 ³	15,4	13,2	12,0	0,348
Virtsankarkailua päivittäin (ikä 70+)	4,3	4,5	4,9	0,971	22,8	27,0	11,7	0,009
Harjaa hampaat vähintään 2 kertaa päivässä	40,9	48,9	64,7	<0,001 ³	70,8	77,4	83,7	<0,001
Koettu suun terveys hyvä tai melko hyvä	45,1	56,2	69,0	<0,001 ³	52,3	63,9	74,5	<0,001 ³
Hammassaräkyä tms, 12 kk aikana	40,2	37,7	34,8	0,334 ³	32,1	37,7	34,1	0,042
Tapaturma 12 kk aikana	21,2	22,1	23,2	0,703	20,4	18,1	17,4	0,514 ³
Kotitapaturma 12 kk aikana	6,5	6,4	6,7	0,971	9,7	6,4	6,0	0,018
Liikuntatapaturma 12 kk aikana	4,7	7,6	10,3	0,006	3,8	3,0	3,5	0,765
Toimintarajoite pitkäaikaisen terveysongelman takia	45,9	37,1	29,7	<0,001 ³	46,2	44,1	37,0	<0,001
Puolen kilometrin kävely	77,9	87,2	92,1	<0,001 ³	77,2	81,6	87,0	<0,001 ³
Keskimääräinen puristusvoima (kg) (keskiarvo)	46,3	49,7	50,1	<0,001	28,5	30,0	30,8	<0,001
Kyykistys vaikeutunut (ikä 55+)	23,3	17,1	20,6	0,161	54,5	46,2	38,9	<0,0014
Selvästi heikentynyt kaukonäkö (V < 0,5) (ikä 70+)	15,9	10,1	6,2	0,047	13,8	12,1	9,8	0,526
Kielellinen sujuvuus, lueteltujen sanojen lukumäärä (keskiarvo)	20,2	22,2	25,4	<0,001	21,0	23,0	25,5	<0,001
Viivästetty mieleenpalautus heikentynyt (< 5 sanaa) (ikä 70+)	51,0	32,3	18,5	<0,001	27,0	27,7	14,9	0,008
Yksinäisyyden tunne melko usein tai jatkuvasti	7,7	5,6	5,5	0,245	11,7	6,9	7,3	0,003

¹ luvut on ikävakioitu (20-vuotisikäryhmät 30-49, 50-69, 70+) mallin avulla erikseen kummallekin sukupuolelle

² koulutusryhmien välinen tasoero

³ tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-koulutus-yhdysvaikutus

Muuttuja	Miehet				Naiset			
	Perus- aste	Keski- aste	Korkea- aste	p ²	Perus- aste	Keski- aste	Korkea- aste	p ²
Kerho- tai yhdistystoimintaa kuukausittain	14,8	24,0	37,3	<0,001	22,6	24,1	36,5	<0,001
Ei luota toisiin ihmisiin	36,4	27,6	16,5	<0,001	36,5	26,1	14,1	<0,001
Täysin työkykyinen (oma arvio)	67,1	73,1	88,9	<0,001	62,5	72,0	83,4	<0,001 ³
Arvioi pystyvänsä työhön vanhuuseläkeikään saakka	62,9	64,6	87,8	<0,001	55,9	71,7	81,1	<0,001
Terveystarkastuksessa 5 viime vuoden aikana	72,4	81,0	75,9	0,026	69,7	74,5	73,7	0,443
Lääkärin vastaanotolla 12 kk aikana	69,8	67,1	71,9	0,123 ³	73,5	77,1	79,2	0,040
Hoitajan vastaanotolla 12 kk aikana	47,6	47,7	45,0	0,472	46,8	55,4	48,9	0,003
Fysioterapiassa 12 kk aikana	18,1	12,5	16,7	0,037 ³	17,2	22,5	22,0	0,083
Ensisijainen hoitopaikka terveyskeskus	67,5	56,8	40,2	<0,001	73,7	59,9	46,8	<0,001
Ensisijainen hoitopaikka yksityinen lääkäriasema	8,1	11,0	18,8	<0,001	8,3	10,0	15,2	<0,001
Ensisijainen hoitopaikka työterveyshuolto (työssä olevat)	47,5	53,1	63,9	0,001	45,4	55,8	61,3	0,048
Säännöllinen hammaslääkärin tarkastus	36,3	51,2	61,3	<0,001	43,6	65,1	75,3	<0,001 ³
Terveyskeskushammaslääkärikäynti 12 kk aikana	27,9	29,3	24,7	0,065	31,7	36,6	30,7	0,045
Yksityishammaslääkärikäynti 12 kk aikana	24,2	31,2	39,8	<0,001	27,2	30,5	44,7	<0,001 ³
Hammashoitokäynti 12 kk aikana	59,4	65,4	69,0	0,007	65,7	73,2	77,1	0,003 ³
Korkea hinta hammaslääkärikäynnin esteenä	21,4	16,0	12,1	0,002	23,3	19,5	15,9	0,01
Mielenterveysongelman takia terveyspalveluja / 12 kk	4,8	5,5	5,6	0,904	5,6	8,4	10,6	0,086
Auttaa säännöllisesti toimintarajoitteista henkilöä	12,6	15,2	13,8	0,491	13,4	16,3	23,0	<0,001
Ei käytä internetiä sähköiseen asiointiin (ikä 70+)	53,1	40,1	11,5	<0,001	53,6	44,7	19,3	<0,001
Asunnossa liikkumista haittaavia tekijöitä (ikä 70+)	19,8	13,6	8,5	0,017	16,9	14,9	15,6	0,839

¹ luvut on ikävakioitu (20-vuotiskäryhmät 30-49, 50-69, 70+) mallin avulla erikseen kummallekin sukupuolelle

² koulutusryhmien välinen tasoero

³ tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-koulutus-yhdysvaikutus

Liitetaulukko 7.2: Eräiden terveyden ja toimintakyvyn osoittimien sekä vaara- ja suojatekijöiden ikävakioidu¹ yleisyys (%) tai keskiarvo yhteistyöalueittain (ikäryhmä 30+, ellei toisin mainita).

Muuttuja	Miehet					p ²	Naiset					p ²
	HYKS	TYKS	TAYS	KYS	OYS		HYKS	TYKS	TAYS	KYS	OYS	
Naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa	55,7	62,3	58,9	55,9	58,2	0,284	46,5	55,6	55,8	54,6	53,7	<0,001
Asuu vähintään 3 hengen kotitaloudessa	31,7	40,7	31,8	34,1	33,8	<0,001 ³	28,6	32,7	31,3	29,2	35,5	0,021
Asuu yksin	21,7	18,7	22,2	25,2	19,5	0,131	32,5	25,1	29,1	25,6	24,1	0,001
Keskimääräinen lapsiluku (keskiarvo)	1,7	1,8	1,7	1,9	2,3	0,005	1,7	1,9	1,9	1,9	2,4	<0,001
Riittäväksi koettu toimeentulo	65,3	61,8	63,2	64,8	66,7	0,827	58,3	58,4	59,2	59,4	59,3	0,994
Voi tehdä paljon itsenäisiä päätöksiä työssään	86,4	90,0	83,8	86,8	83,5	0,509	79,9	77,2	79,3	77,3	80,2	0,875
Ei ole tarpeeksi aikaa saada töitään tehdyksi	24,8	35,0	33,3	27,8	21,2	0,007	37,9	34,8	32,7	39,4	37,2	0,723
Hyvä koettu elämänlaatu	75,9	75,2	72,7	72,9	75,3	0,641	74,8	74,5	72,0	75,6	75,4	0,563
Tyytyväinen taloudelliseen tilanteeseensa	54,0	54,5	51,7	55,1	55,3	0,938	52,5	52,7	50,0	51,0	54,4	0,661
Tyytyväinen saavutuksiinsa elämässä	67,0	67,2	64,5	64,3	68,7	0,769	69,5	73,9	69,6	70,3	70,7	0,195
Tyytyväinen perhe-elämäänsä	77,0	77,8	78,4	77,7	78,5	0,973	75,8	76,8	75,8	77,5	80,9	0,431
Tupakoi päivittäin	14,0	17,0	17,5	16,2	18,9	0,137	11,2	8,3	11,0	9,3	11,2	0,433
Käyttää tupakkatuotteita päivittäin	19,8	22,0	20,2	19,3	21,0	0,830	12,6	8,5	12,4	10,7	12,7	0,030 ³
Ei käytä alkoholia	18,5	20,2	19	20,2	26,0	0,030	23,5	24,8	27,4	25,0	32,6	0,044 ³
Vähintään 6 alkoholiannosta kerralla kuukausittain	35,4	31,5	32,9	30,3	25,6	0,008	9,2	6,8	9,3	8,3	8,7	0,517
Tuoreita vihanneksia useita kertoja päivässä	10,5	6,6	7,4	6,8	7,7	0,036	16,6	17,5	15,0	16,6	17,2	0,803
Hedelmiä tai marjoja useita kertoja päivässä	10,2	9,7	8,4	11,4	9,3	0,160 ³	21,7	23,1	17	24,0	18,6	0,043
Työpaikkaruokala käytettävissä (työssäkäyvät)	52,8	43,6	48,1	45,9	48,4	0,101	63,6	63,3	59,3	56,8	63,1	0,449
Harrastaa vapaa-ajan liikuntaa	75,2	71,3	71,5	69,4	75,1	0,159	70,0	68,6	66,3	74,3	69,0	0,027
Ruutu-aikaa yli 3 tuntia arkipäivinä	34,0	31,6	33,8	28,2	30,1	0,125	30,9	29,3	30,1	25,4	29,7	0,2944

¹ luvut on ikävakioidu (20-vuotiskäryhmät 30-49, 50-69, 70+) mallin avulla erikseen kummallekin sukupuolelle

² alueiden välinen tasoero

³ tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-alue-yhdysvaikutus

Muuttuja	Miehet						Naiset					
	HYKS	TYKS	TAYS	KYS	OYS	p ²	HYKS	TYKS	TAYS	KYS	OYS	p ²
Nukkuu enintään 6 tuntia vuorokaudessa	15,5	16,0	18,9	14,0	17,7	0,281 ³	13,6	13,8	14,4	12,7	14,7	0,898
Painajaisunia viime kuukauden aikana	42,9	43,8	46,1	48,6	46,0	0,582	48,3	46,5	49,3	54,5	48,2	0,463
Lihava (BMI yli 30)	22,8	29,3	27,3	27,1	30,1	0,035	27,8	22,6	30,2	28,3	30,8	0,018
Vyötärolihava	40,7	50,1	48,1	48,6	46,0	0,003	43,8	42,8	53,3	48,0	50,9	0,014
Koettu terveys hyvä tai melko hyvä	64,4	64,9	58,5	57,8	63,4	0,026	64,2	62,0	59,1	59,1	58,9	0,047
Pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma	48,9	46,7	52,4	53,2	55,1	0,090	55,5	50,0	60,8	56,0	62,2	<0,001 ³
Kohonnut verenpaine tai verenpainelääkitys	57,9	51,4	59,3	55,8	56,9	0,165	48,8	46,0	49,1	55,2	52,5	0,024 ³
Kohonnut LDL-kolesteroli (vähintään 3 mmol/l)	52,3	60,5	50,7	50,4	51,3	0,032	53,3	54,1	48,6	51,1	55,6	0,519 ³
Sepelvaltimotauti	13,1	12,6	11,4	14,8	16,8	0,045	8,7	6,2	8,0	10,1	13	<0,001 ³
Diabetes	14,0	16,0	12,0	15,7	12,8	0,413	10,3	7,8	10,3	8,8	11,4	0,611
Kohonnut diabetesriski	20,7	18,7	23,4	25,2	23,0	0,119	27,9	25,0	33,4	30,1	33,2	0,066
Lääkärin toteama astma	9,4	8,2	8,5	12,0	12,5	0,024	13,4	12,2	10,5	17,1	17,8	<0,001 ³
Influenssarokotus 2016-17	38,5	31,6	33,9	36,8	29,7	0,077	43,2	36,8	38,1	43,5	45,4	0,014
Omakustanteisen rokotus joskus	42,5	38,9	34,0	28,6	34,6	0,037	47,2	43,0	42,7	40,5	39,8	0,245 ³
Psyykkinen kuormittuneisuus (GHQ-12 yli 3)	15,3	16,4	16,3	14,7	13,7	0,712	23,7	22,6	22,0	20,5	26,2	0,416
Psyykkinen kuormittuneisuus (MHI-5 korkeint. 52)	7,4	8,0	7,6	4,6	5,3	0,439	8,6	6,8	9,8	5,8	7,9	0,077 ³
Ajankohtainen masennusoireilu (BDI-6 yli 4)	8,4	9,3	9,3	9,2	7,9	0,927	14,1	12,5	12,2	9,8	14,8	0,213
Virtsankarkailua päivittäin (ikä 70+)							6,5	6,9	8,4	8,1	9,4	0,154
Harjaa hampaat vähintään 2 kertaa päivässä	56,1	51,2	49,9	52,9	54,1	0,245	81,8	76,8	77,5	80,2	74,5	0,007
Koettu suun terveys hyvä tai melko hyvä	60,1	64,2	58,9	55,8	58,2	0,279	67,5	72,5	67,1	67,5	69,9	0,293

¹ luvut on ikävakioitu (20-vuotisikäryhmät 30-49, 50-69, 70+) mallin avulla erikseen kummallekin sukupuolelle

² alueiden välinen tasoero

³ tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-alue-yhdysvaikutus

Muuttuja	Miehet						Naiset					
	HYKS	TYKS	TAYS	KYS	OYS	p ²	HYKS	TYKS	TAYS	KYS	OYS	p ²
Hammassärkyä tms, 12 kk aikana	37,8	28,3	36,6	43,0	33,6	0,004	34,5	37,1	37,1	32,7	32,3	0,331
Tapaturma 12 kk aikana	24,4	24,6	20,5	21,4	18,1	0,150	18,0	16,3	16,8	18,9	21,2	0,528
Kotitapaturma 12 kk aikana	6,5	10,1	4,7	7,3	3,7	<0,001 ³	6,7	6,2	6,8	9,3	6,6	0,384
Liikuntatapaturma 12 kk aikana	10,6	8,5	6,7	15,1	6,2	<0,001 ³	3,8	11,6	3,7	3,9	14,5	<0,001 ³
Toimintarajoite pitkäaikaisen terveysongelman takia	33,4	35,2	35,1	38,6	42,0	0,004	39,5	40,5	42,9	40,2	44,0	0,685 ³
Puolen kilometrin kävely	86,8	87,7	88,2	85,5	86,4	0,254 ³	81,2	84,0	82,2	81,0	84,2	0,172 ³
Keskimääräinen puristusvoima (kg)	49,2	49,0	50,9	48,0	48,4	0,007 ³	30,3	28,7	30,7	30,4	29,9	0,001
Selvästi heikentynyt kaukonäkö (V < 0,5) (ikä 70+)	11,5	14,6	12,9	11,8	7,8	0,886	10,0	18,5	17,4	9,7	8,7	0,426
Kielellinen sujuvuus, lueltujen sanojen lukumäärä	23,1	22,6	23,3	22,9	23,1	0,466 ³	24,0	23,4	23,1	24,2	23,4	0,021
Viivästetty mieleenpalautus heikentynyt (< 5 sanaa) (ikä 70+)	28,7	30,3	35,2	49,0	44,3	0,038	21,0	18,0	23,4	28,2	44,8	0,012
Yksinäisyyden tunne melko usein tai jatkuvasti	6,6	4,2	6,7	6,1	5,8	0,470	8,8	6,7	9,1	6,6	9,3	0,413
Kerho- tai yhdistystoimintaa kuukausittain	26,6	30,1	27,8	27,6	27,2	0,847	28,8	35,7	30,0	29,0	27,4	0,042
Ei luota toisiin ihmisiin	23,8	25,3	28,5	24,8	23,2	0,142 ³	21,8	23,1	22,0	24,8	19,3	0,539
Täysin työkykyinen (oma arvio)	79,3	79,4	77,1	79,2	74,3	0,498	79,4	78,5	71,9	75,2	75,8	0,032
Arvioi pystyvänsä työhön vanhuuseläkeikään saakka (työssä olevat)	76,7	76,5	71,6	72,3	78,0	0,631	78,6	76,2	75,3	74,9	73,8	0,532
Terveystarkastuksessa 5 viime vuoden aikana	78,7	78,3	77,5	74,8	76,4	0,886	73,2	77,3	71,9	74,1	70,1	0,343
Lääkärin vastaanotolla 12 kk aikana	71,4	71,7	67,9	63,2	70,9	0,121 ³	77,1	78,9	73,5	79,7	78,8	0,244
Hoitajan vastaanotolla 12 kk aikana	46,3	46,4	44,6	46,9	49,1	0,824	48,7	44,5	51,7	55,7	53,3	0,012 ³
Fysioterapiassa 12 kk aikana	13,7	16,5	15,2	14,6	12,8	0,510 ³	20,7	20,8	18,5	24,5	21,7	0,125
Ensisijainen hoitopaikka terveyskeskus	48,1	51,6	48,2	59,3	56,2	0,031	53,1	54,0	50,5	64,4	54,6	<0,001

¹ luvut on ikävakioitu (20-vuotiskiryhmät 30-49, 50-69, 70+) mallin avulla erikseen kummallekin sukupuolelle

² alueiden välinen tasoero

³ tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-alue-yhdysvaikutus

Muuttuja	Miehet					p ²	Naiset					p ²
	HYKS	TYKS	TAYS	KYS	OYS		HYKS	TYKS	TAYS	KYS	OYS	
Ensisijainen hoitopaikka yksityinen lääkäriasema	15,8	15,5	14,3	8,9	11,7	0,041	13,4	12,9	12,3	9,4	12,1	0,327
Ensisijainen hoitopaikka työterveyshuolto (työssä olevat)	61,9	50,4	63,3	49,4	58,6	0,033	59,7	57,8	69,2	47,3	59,9	<0,001
Säännöllinen hammaslääkärin tarkastus	52,6	57,8	54,8	49,1	45,7	0,062	67,9	71,3	68,1	64,1	58,7	0,068 ³
Terveyskeskushammaslääkärikäynti 12 kk aikana	26,6	27,6	25,0	32,6	24,3	0,328	29,8	35,8	33,3	35,7	32,0	0,332
Yksityishammaslääkärikäynti 12 kk aikana	35,7	36,5	36,3	24,7	29,6	0,225	41,0	38,6	37,6	26,5	30,3	0,011
Hammashoitokäynti 12 kk aikana	65,7	70,3	67,1	65,6	60,2	0,117	74,7	78,3	74,0	72,9	66,3	0,004
Korkea hinta hammaslääkärikäynnin esteenä	13,8	18,7	16,7	10,9	18,1	0,080	17,2	18,8	21,3	17,4	18,1	0,271
Auttaa säännöllisesti toimintarajoitteista henkilöä	13,3	12,2	15,0	15,9	15,1	0,499	18,1	20,8	18,4	19,3	22,4	0,248
Ei käytä internetiä sähköiseen asiointiin (ikä 70+)	30,4	30,1	44,7	45,8	32,4	0,205	41,2	41,7	50,7	46,3	32,8	0,219
Asunnossa liikkumista haittaavia tekijöitä (ikä 70+)	16,7	11,5	17,2	16,7	4,7	0,310	21,2	10,6	19,0	9,1	16,9	0,008

¹ luvut on ikävakioitu (20-vuotisikäryhmät 30-49, 50-69, 70+) mallin avulla erikseen kummallekin sukupuolelle

² alueiden välinen tasoero

³ tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-alue-yhdysvaikutus

Päivikki Koponen
Katja Borodulin
Annamari Lundqvist
Katri Sääksjärvi
Seppo Koskinen (toim.)

Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa FinTerveys 2017 -tutkimus

Tässä raportissa esitetään ensimmäisiä tuloksia kansallisesti edustavasta väestötutkimuksesta, joka tuottaa runsaasti sellaisia tärkeitä terveydentilaa, toimintakykyä, hyvinvointia ja niihin vaikuttavia tekijöitä koskevia tietoja, joita muista lähteistä ei saada ja joita tarvitaan hyvinvointipolitiikan ja palvelujen arviointia ja kehittämistä varten. FinTerveys 2017 -tutkimus kattaa laajasti terveyden ja toimintakyvyn sekä hyvinvoinnin teemoja, mm. koettu terveys, elämänlaatu, elintavat, toimintakyky, yleisimpien kansantautien ja terveysongelmien esiintyvyys, niiden riskitekijät, ja näihin liittyvä hoidon ja avun tarve sekä terveyspalvelujen käyttö. Tiedot on kerätty terveystarkastusmittauksin ja kyselylomakkein.



9 789523 431041 >

ISBN 978-952-343-104-1



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

FinTerveys

Julkaisujen myynti
www.thl.fi/kirjakauppa
Puhelin: 029 524 7190