



Alueelliset erot aikuisväestön palvelukokemuksissa ja hyvinvoinnissa – FinSote 2018

Päälöydökset

- Uudellamaalla ja Pohjanmaalla koettu terveydentila on parempi kuin koko maassa keskimäärin.
- 20–54-vuotiaat suhtautuivat vanhempia ikäryhmiä kriittisemmin palvelujen toimivuuteen.
- Matalasti koulutetut kokevat yleisimmin saavansa vähemmän lääkäripalveluita kuin tarvitsisivat.
- Sosiaalityöntekijän palveluita tarvinneista lähes puolet kokee saaneensa tarpeeseensa nähden liian vähän palveluita.
- Uudenmaan asukkaista terveysaseman katsoo voivansa valita 78 % väestöstä, kun taas Etelä-Savon ja Kainuun asukkaista vastaava osuus oli 36 %.

Oona Pentala-Nikulainen
etunimi.sukunimi@thl.fi

Timo Koskela
etunimi.sukunimi@thl.fi

Suvi Parikka
etunimi.sukunimi@thl.fi

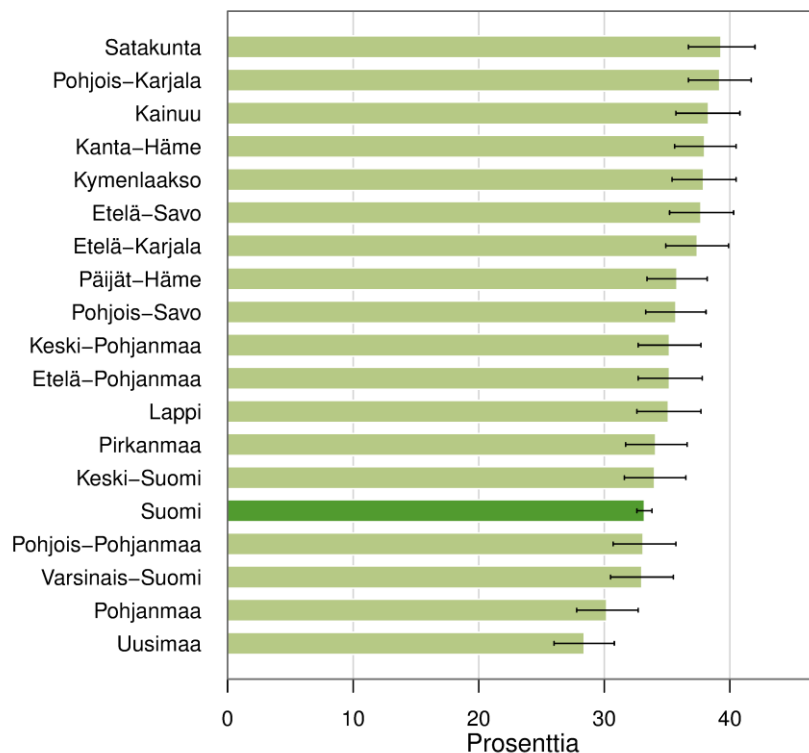
Anna- Mari Aalto
etunimi.sukunimi@thl.fi

Anu Muuri
etunimi.sukunimi@thl.fi

Maakuntien välillä on eroja koetussa terveydentilassa ja palvelukokemuksissa

Suomalaisen aikuisväestön koetussa terveydessä on eroja maakuntien välillä. Uudellamaalla ja Pohjanmaalla aikuiset kokevat terveydentilansa paremmaksi kuin koko maassa keskimäärin (Kuvio 1). Satakunnan ja Pohjois-Karjalan maakuntien väestö kokee terveydentilansa keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi yleisemmin kuin muissa maakunnissa keskimäärin. Palvelukokemuksissa maakunnittaisia eroja oli erityisesti vastaajien näkemyksissä valinnanvapauten. Uudenmaan asukkaista terveysaseman katsoo voivansa valita 78 % väestöstä, kun taas Etelä-Savon ja Kainuun asukkaista vastaava osuus oli 36 % (Kuvio 4).

Kuvio 1. Keskitasoinen tai sitä huonompi koettu terveys (%) maakunnittain.



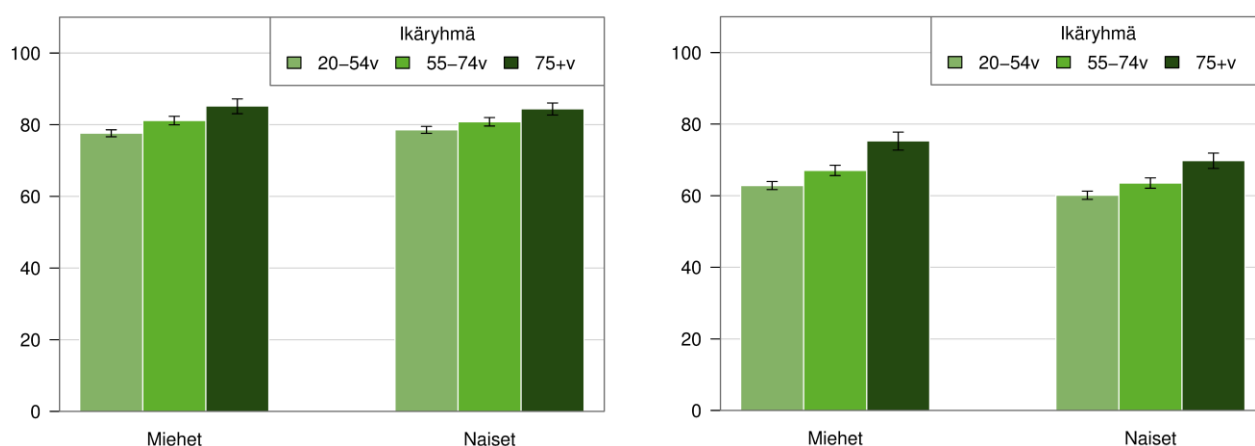
Kansallisen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus FinSoten avulla seurataan väestön hyvinvoinnissa ja palvelukokemuksissa tapahtuneita muutoksia eri väestöryhmissä ja alueittain.

Nuorimmat suhtautuvat kriittisimmin sosiaali- ja terveystalveluiden toimivuuteen

Aikuisväestöstä neljä viidestä luottaa terveystalveluiden toimivuuteen. Luottamus sosiaalitalveluihin oli matalampi. Noin kaksi kolmesta on sitä mieltä, että Suomessa sosiaalitalvelut toimivat yleisesti ottaen hyvin. (Kuvio 2.)

Luottamus palveluiden toimintaan vaihtelee kuitenkin väestöryhmittäin. Nuorimmat, 20–54 vuotiaat, suhtautuvat kriittisemmin sosiaali- ja terveystalvelujen toimivuuteen kuin vanhemmat ikäryhmät. Naiset suhtautuvat miehiä kriittisemmin erityisesti sosiaalitalvelujen toimivuuteen.

Kuvio 2. Terveystalveluiden (vasen) ja sosiaalitalveluiden (oikea) toimintaan luottavien osuus (%) ikäryhmittäin ja sukupuolittain.

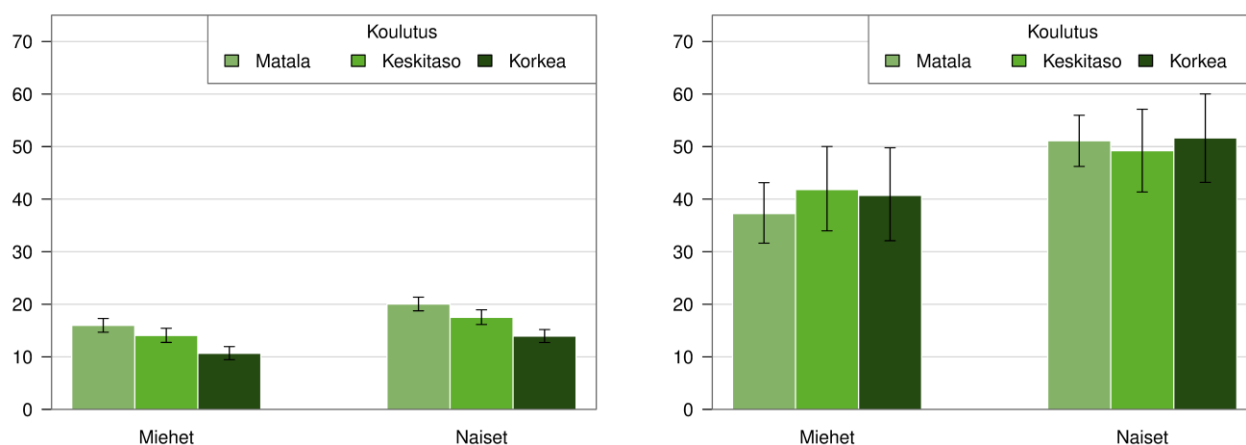


Matalasti koulutetut kokevat useimmin saavansa liian vähän palveluita

Noin 16 % lääkärin vastaanottopalveluita tarvinneista kokee, ettei ole saanut tarpeeseensa nähden riittävästi lääkäripalveluita 12 viime kuukauden aikana (Kuvio 3). Naiset raportoivat miehiä useammin saavansa vähemmän palveluita kuin tarvitsisivat (17 % vs. 14 %). Tuloksissa on koulutusryhmien välisiä eroja. Riittämättömästi lääkäripalveluita saaneiden osuus on suurin niillä, joilla on matala koulutus.

Noin 46 % sosiaalityöntekijän palveluita tarvinneista raportoij, että on saanut liian vähän palveluita tarpeisiinsa nähden 12 viime kuukauden aikana. Naiset kokivat miehiä yleisemmin, että eivät olleet saaneet riittävästi sosiaalityöntekijän palveluja. Sosiaalityöntekijän palveluiden riittävydessä koulutusryhmien välillä ei ollut merkittäviä eroja.

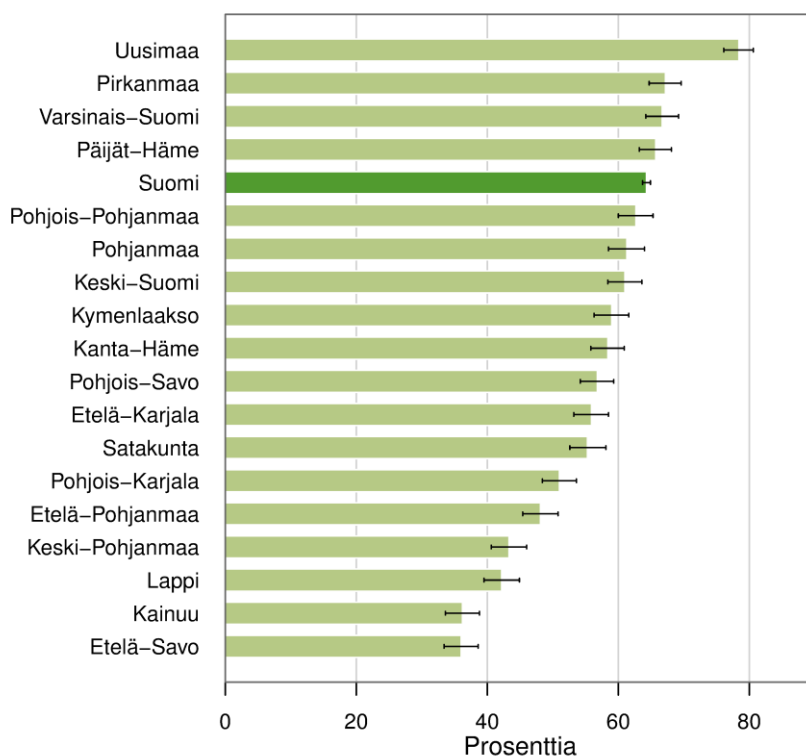
Kuvio 3. Lääkäripalveluiden (vasen) ja sosiaalityöntekijän palveluiden (oikea) tyydyttämätöntä palvelutarvetta kokevien osuus (%) sukupuolittain ja koulutusryhmittäin.



Selkeät erot maakuntien välillä mahdollisuudessa valita terveysasema

Aikuisväestöstä lähes kaksi kolmesta (64 %) kokee, että heillä on vaihtoehtoja valita terveysasema (Kuvio 4). Tuloksissa oli selkeitä eroja maakuntien välillä. Uudenmaan, Pirkanmaan, Varsinais-Suomen ja Päijät-Hämeen maakuntien väestö koki useimmin, että heillä on valinnanvaraa terveysasemien suhteen. Uudenmaan asukkaista terveysaseman katsoo voivansa valita 78 % väestöstä, kun taas Etelä-Savon ja Kainuun asukkaista vastaava osuus on 36 %.

Kuvio 4. Kokemus mahdollisuudesta valita terveysasema (%) maakunnittain.





Laatuseloste

Aikuisväestön hyvinvointi, terveys ja palvelut – FinSote 2018

Tilastotietojen relevanssi

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) julkaisema tilasto aikuisväestön hyvinvoinnissa, terveydessä ja palveluissa kuvaa suomalaisten hyvinvointia, sekä sosiaali- ja terveyspalveluja maakunnittain ja väestöryhmittäin. Tilasto tuotetaan otokseen perustuvasta laajasta Kansallinen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus (FinSote) kyselytutkimuksesta, joka on toteutettu ensimmäisen kerran vuonna 2018.

Valtakunnallisista terveyden ja sosiaalihuollon rekistereistä saadaan aluetasosta tietoa palvelujen piirissä olevien suomalaisten hyvinvoinnista ja terveydestä sekä palvelujen käytöstä. Rekisterit eivät kuitenkaan yksin pysty kattavasti kuvaamaan kaikkia väestön terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä ilmiöitä. FinSote -aineisto sisältää väestöryhmittäistä seurantatietoa sellaisista keskeisistä ilmiöistä, joista ei saada tietoa rekistereistä. Näitä ovat esimerkiksi aikuisten elintavat ja kokemukset hyvinvoinnistaan. Tämä tilasto tuottaa tietoa väestön palvelutarpeista, väestön kokemuksista sosiaali- ja terveyspalvelujen toimivuudesta sekä väestöryhmien välisestä ja alueellisesta yhdenvertaisuudesta. Tilaston aiheita ovat elinolot ja elämänlaatu, osallisuus, terveys, työ- ja toimintakyky, elintavat, tapaturmat ja väkivalta, sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ja saatavuus, palvelujen yhdenvertaisuus, valinnanvapaus, digitaalisten palvelujen käyttö, sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rahoitus ja kustannukset.

Tietoja käyttävät erityisesti sote-uudistuksen johtamisen parissa työskentelevät päättäjät, virkamiehet sekä terveydenhuollon- ja sosiaalialan ammattilaiset. Tietoja käytetään myös hyvinvoinnin ja terveydenedistämistyön suunnittelussa ja kohdentamisessa, alueellisten hyvinvointikertomusten laadinnassa, palvelutarpeiden seurannassa sekä väestöryhmien välisten hyvinvointi- ja terveyserojen tutkimuksessa.

Tämä uusi tilasto korvaa THL:n aiemmin toteuttaman Alueellinen terveys-, hyvinvointi- ja palvelut (ATH) -tutkimuksen, joka on tuottanut tietoja aikuisten hyvinvoinnin ja palvelujen yleisestä kehityksestä vuosina 2010–2017 alueittain ja väestöryhmittäin (1). ATH-tutkimuksen sekä FinSote -tutkimuksen indikaattorit ovat saatavilla THL:n Terveysemme.fi- ja [Sotkanet -verkkopalveluista](http://Sotkanet-verkkopalveluista).

Vuosittain toteutettavan FinSote -tutkimuksen lisäksi THL toteuttaa myös muita väestökyselyitä: FinTerveys 2017 -aineisto sisältää tietoa aikuisten terveydestä, toimintakyvystä ja hyvinvoinnista. Kouluterveyskysely puolestaan tuottaa joka toinen vuosi kuntatasoista tietoa alakouluikäisistä, yläkoulun 8. ja 9. luokkalaisista ja toi-

1 Kaikkonen R, Murto J, Pentala-Nikulainen O, Koskela T, Virtala E, Härkänen T, Koskenniemi T, Ahonen J, Vartiainen E & Koskinen S. Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010–2017

sen asteen opiskelijoista. Lisäksi Sotkanettiin on koottu valtakunnallisia, maakunta- ja kuntatason indikaattoreita palveluja käyttäneiden suomalaisten hyvinvoinnista ja terveydestä perustuen rekisteritietoihin.

Menetelmäkuvaus

Tilasto perustuu vuosittain tehtävään FinSote -tutkimukseen. Tämä tilastoraportti perustuu vuosina 2017–2018 kerättyyn FinSote -aineistoon, jonka tulokset raportoidaan keväällä 2018. Tiedot kerätään kyselylomakkeilla, johon voi vastata postikyselynä tai verkossa. Kyselyyn vastaajat ovat 20 vuotta täyttäneitä Suomessa vakituisesti asuvia henkilöitä. Yläikärajaa ei ole. Kysely lähetettiin vuosina 2017–2018 satunnaisotannalla valikoituneille 60 000 henkilölle Väestörekisterikeskuksen tietojen avulla. Ikääntyneitä (yli 75-vuotiaat) poimittiin vuoden 2018 tiedonkeruussa mukaan kiinteällä ryhmäkoolla (1000/maakunta), jotta määrä vastaisi muita ikäryhmiä. Tutkimuksessa on kolmelle eri ikäryhmälle räätälöidyt tutkimuslomakkeet (20–54, 55–74, 75+) neljällä kielellä: suomi, ruotsi, venäjä, englanti. Tiedonkeruun aikana tutkittavia lähestytään 1-5 kertaa postitse tai puhelimitse sen mukaan, monennellako kerralla heidät todennetusti tavoitetaan. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Lisäksi kunnilla ja muilla alueilla on mahdollisuus tilata tutkimuksesta maksullinen lisäotos, jonka avulla voi seurata alueen kehitystä säännöllisesti.

Vuonna 2018 vastaajia oli 26 422 ja vastausprosentti oli 45,3 %. Ikäryhmittäin tarkasteltuna kattavuus oli 20–54 vuotiailla 28,0 %, 55–74- vuotiailla 58,4 % ja 75 vuotta täyttäneillä 57,3 % (Liitetaulukko 1.). Kunakin vuonna vastaajajoukko on painottamalla korjattu vastaamaan perusjoukkoa (20 vuotta täyttänyt Manner-Suomen väestö). Lisäksi tuloksille on laskettu 95 % luottamusvälit havainnollistamaan satunnaisvaihtelun vaikutusta tuloksiin.

Tarkempia tietoja vuoden 2018 tiedonkeruusta sekä kyselylomakkeet löytyvät THL:n verkkosivuilta (2), ja tietoja aikaisempien vuosien ATH:n tiedonkeruista Terveystemme.fi -verkkopalvelusta.

Tutkimuslomakkeiden painatus, postitus ja tallennus on ulkoistettu alihankkijalle. Täytetyt paperilomakkeet tallennetaan optisesti ja osa aineistosta käsin laadun varmistamiseksi. Optisen tallennuksen yhteydessä vastauksiin tehdään loogiset tarkistukset ja myös ennalta annettujen ohjeiden mukaisia standardisointeja esimerkiksi virheellisesti vastattujen kohtien osalta. Tutkimusaineiston saapuessa THL:ään se tarkistetaan mahdollisten virheiden, puutteiden ja epäloogisuuksien havaitsemiseksi. Verkossa tallennetut vastaukset kerätään THL:n verkkopalvelun kautta. Aineistot yhdistetään rakenteisten kuvausten avulla yhdeksi tutkimustietokannaksi. Lisäksi kyselyaineistoon yhdistetään otoskehikosta tietoja vastaajan iästä, sukupuolesta, siviilisäädystä, äidinkielen kielestä, talouden henkilöluvusta ja asuinpaikasta. Muodostettuja tilastoja verrataan edellisen tiedonkeruun vastaaviin tietoihin. Epäselvät tiedot tarkistetaan ja korjataan mahdollisuuksien mukaan.

Aineistosta vastaa Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, joka tilastoviranomaisena säilyttää ja käsittelee tietoja luottamuksellisesti salassapitovelvollisuutta ja henkilötietolakia noudattaen. Kaikilla tietoja keräävillä ja käsittelevillä henkilöillä on vaitiolovelvollisuus.

Tietojen oikeellisuus ja tarkkuus

Posti- ja verkkokyselyllä toteutetun tiedonkeruun kattavuutta voidaan arvioida aineiston katoanalyseissa, missä selvitetään rekisteritietojen avulla, miten tutkimukseen osallistuneet ja osallistumattomat eroavat toisistaan ja miten kato vaikuttaa tuloksiin. Vastauskatoa korjataan käyttämällä painokertoimia, jotka on tuotettu

Inverse Probability Weighting (IPW) -menetelmällä. IPW-menetelmää on käytetty useissa väestöä koskevissa kyselytutkimuksissa ja sen on todettu sopivan myös suomalaisväestön vastauskadon korjaamiseen (3). Painokertoimen laskentaan on käytetty koko otokselle saatavissa olevia tietoja; ikä, sukupuoli, siviilisäätty, koulutusaste, asuinmaakunta ja asuinkunnan taajama-aste. Näiden muuttujien avulla on mallinnettu jokaiselle vastanneelle vastaustodennäköisyys, ja tutkittavan painokerroin on tuon todennäköisyyden kääntöluvun ja poimintatodennäköisyyden yhdistelmä. Painokertoimien avulla tutkittavien joukko edustaa väestöä laskennassa käytettyjen muuttujien näkökulmasta.

Kattavuus on matalin nuorten miesten keskuudessa, ikääntyneiden osallistumisaktiivisuus on puolestaan korkea. Lisäksi tiedetään, että kyselytutkimuksissa vastaajat usein tiedostamattaan tai tietoisesti aliraportoivat terveyskäyttäytymistään. Erityisesti alkoholinkäyttöön ja muihin päihteisiin liittyvissä kysymyksissä kattamatta jäävä osuus johtuu yhtäältä siitä, että paljon alkoholia ja päihteitä käyttävät jättävät keskimääräistä useammin osallistumatta tutkimuksiin, ja toisaalta siitä, että tutkimukseen osallistuvat aliarvioivat alkoholinkäyttöään.

Aluevertailussa aliraportointi ei kuitenkaan ole ongelma, kun voidaan olettaa, ettei se eroa alueiden väestöjen välillä.

Julkaistujen tietojen ajantasaisuus ja oikea-aikaisuus

FinSote -tutkimus toteutetaan vuosittain. Tietoa kerätään parillisina vuosina laajalla lomakkeella (otoskoko 59 400), mikä mahdollistaa maakuntatasoisen tietotuotannon. Laaja lomake sisältää laajemmin tietoa sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjäkokemuksista ja vähemmän väestön hyvinvoinnista ja terveydestä. Parittomina vuosina tietoa kerätään suppealla lomakkeella (otoskoko 10 000) kansallisen tason seurantaa ja päätöksentekoa varten. Kansallisen tason tiedonkeruussa lomakkeella painottuvat puolestaan väestön hyvinvoinnin ja terveydenedistämisen keskeiset kysymykset.

Tiedot julkaistaan noin 2-4 kuukautta tiedonkeruun päättymisen jälkeen.

Tietojen saatavuus ja läpinäkyvyys/selkeys

FinSote -tutkimus toteutetaan vuodesta 2018 alkaen ja sen tulokset raportoidaan vertailukelpoisina indikaattoreina. Mittarit ovat saatavilla maksutta sekä Terveystemme.fi että Sotkanet-verkkopalveluista. Terveystemme.fi -verkkopalvelu sisältää indikaattorit maakunnittain ja väestöryhmittäin luottamusväleinen uusimman kuntajaon mukaisesti. Tiedot ovat saatavilla myös THL:n tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetistä (www.sotkanet.fi). Sotkanetissä ei kuitenkaan julkaista pienten maakuntien tietoja kaikissa väestöryhmissä, sillä satunnaisuuteen liittyvä epävarmuus on niissä suuri eikä Sotkanet mahdollista luottamusvälien esittämistä. Sotkanetistä tiedot ovat saatavilla suoraan kuntien ja alueiden hyvinvointikertomuksiin avoimen rajapinnan kautta. Tilastolla on myös omat kotisivut osoitteessa thl.fi/tilastot/finsote.

Tilastojen vertailukelpoisuus

FinSote -tutkimuksen kysymykset ovat suurimmaksi osaksi vertailukelpoiset vastaavien kansainvälisten ja kansallisten tutkimusten kanssa. Tiedonkeruun valmistelussa on huomioitu mm. European Health Interview Sur-

3 Härkänen T, Kaikkonen R, Virtala E and Koskinen S. Inverse probability weighting and doubly robust methods in correcting the effects of non-response in the reimbursed medication and self-reported turnout estimates in the ATH survey. BMC Public Health. 2014;14:1150. Doi:[10.1186/1471-2458-14-1150](https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1150)

veyden ja muiden EU-tasoisien terveyden liittyvien tiedonkeruiden tietosisällöt sekä THL:n muut väestöä koskevat kysely- ja terveystarkastustutkimukset.

Tiedonkeruumenetelmällä on kuitenkin tutkitusti vaikutusta tuloksiin, mikä on hyvä huomioida kysely- ja terveystarkastus- tai haastattelututkimusten tuloksia vertaillessa. FinTerveys -tutkimuksessa kerätään tietoa samankaltaisista väestön terveyden ja hyvinvoinnin ilmiöistä terveystarkastuksissa ja haastatteluilla, mutta tiedonkeruun menetelmien eroista johtuen tuloksia ei voida suoraan verrata keskenään (4).

FinSote 2018 -aineiston tiedoille sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä löytyy vertailukohtia rekistereistä. Sen sijaan palveluiden saatavuutta, valinnanvapautta ja niihin liittyviä kokemuksia koskevia tietoja ei muista tilastoista löydy väestötasolla.

FinSote 2018 -aineiston tiedot ovat vertailukelpoisia ATH-tutkimuksen (2010–2017) tulosten kanssa suurelta osin, sillä useat tutkimuskysymykset ovat pysyneet molemmissa tutkimuksissa samoina. Myös monia väestön terveyttä ja elintapoja kuvaavien ilmiöiden kehitystä voidaan verrata Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTK 1978–2014) sekä Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (EVTK 1985–2014) -aineistoista saatuihin tuloksiin.

Selkeys ja eheys/yhtenäisyys

FinSote -tutkimuksen tiedonkeruun lomakkeilla on pysyviä ja vaihtuvia osia. Pysyviä osia ovat keskeiset väestön hyvinvoinnin, terveyden ja elintapoihin liittyvät kysymykset sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä koskevat kysymykset. Parillisina vuosina lomakkeet sisältävät laajemmin tietoa sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjäkokemuksista ja vähemmän väestön hyvinvoinnista ja terveydestä. Parittomina vuosina lomakkeella painopiste on enemmän väestön hyvinvoinnin ja terveyden sekä niihin vaikuttavien tekijöiden selvittämisessä. Lisäksi tiedonkeruuseen voidaan liittää lisäkysymyksiä tarpeen mukaan ajankohtaisista ilmiöistä (ns. moduuli).

Vuoden 2018 tilastoa koskevat erityiskysymykset

Vuoden 2018 FinSote -aineiston tietosisällössä on painotettu erityisesti sosiaali- ja terveyspalveluja koskevia kysymyksiä. Vastaavasti FinSoten tiedonkeruun vuoden 2018 lomakkeesta on supistettu hyvinvointiin ja terveyden liittyvää osuutta, jota painotetaan vastaavasti parittomina vuosina tehtävässä kyselyssä.

4 Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K ja Koskinen S (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017-tutkimus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 4/2018.

Liitetaulukko 1. Vastausaktiivisuus (%) maakunnittain ja ikäryhmittäin FinSote 2017–2018 aineistossa.

Alue	Yhteensä	20–54v	55–74v	75+v
Koko maa	45,3	28,0	58,4	57,3
Etelä-Karjala	46,9	26,3	58,0	63,8
Etelä-Pohjanmaa	42,9	25,6	56,3	53,2
Etelä-Savo	47,0	27,3	60,0	57,7
Kainuu	44,6	27,2	59,3	51,4
Kanta-Häme	47,8	29,7	62,8	57,7
Keski-Pohjanmaa	44,5	27,7	58,5	55,6
Keski-Suomi	46,8	28,0	61,4	61,6
Kymenlaakso	44,8	27,1	56,0	57,1
Lappi	43,8	26,7	54,6	56,1
Pirkanmaa	46,5	30,5	58,6	61,9
Pohjanmaa	43,8	28,0	59,7	53,1
Pohjois-Karjala	46,8	30,4	58,6	56,4
Pohjois-Pohjanmaa	43,5	27,7	58,6	55,8
Pohjois-Savo	47,2	30,5	59,7	58,4
Päijät-Häme	47,7	29,6	60,5	60,4
Satakunta	43,0	26,1	54,2	54,7
Uusimaa	43,1	27,1	56,5	59,0
Varsinais-Suomi	44,3	28,2	58,8	56,8



Regionala skillnader i den vuxna befolkningens serviceupplevelser och välfärd – FinSote 2018

Huvudfynd

- I Nyland och Österbotten är det upplevda hälsotillståndet bättre än i hela landet i genomsnitt.
- 20–54-åringar är mer kritiska än de äldre åldersgrupperna till hur tjänsterna fungerar.
- Lågutbildade upplever oftare att de får läkartjänster i mindre omfattning än vad de behöver.
- Nästan hälften av dem som behöver tjänster som tillhandahålls av socialarbetare upplever att de får för lite tjänster i förhållande till sina behov.
- 78 % av invånarna i Nyland anser sig kunna välja hälsostation, medan motsvarande andel var 36 % i Södra Savolax och Kajanaland.

Oona Pentala-Nikulainen
fornamn.efternamn@thl.fi

Timo Koskela
fornamn.efternamn@thl.fi

Suvi Parikka
fornamn.efternamn@thl.fi

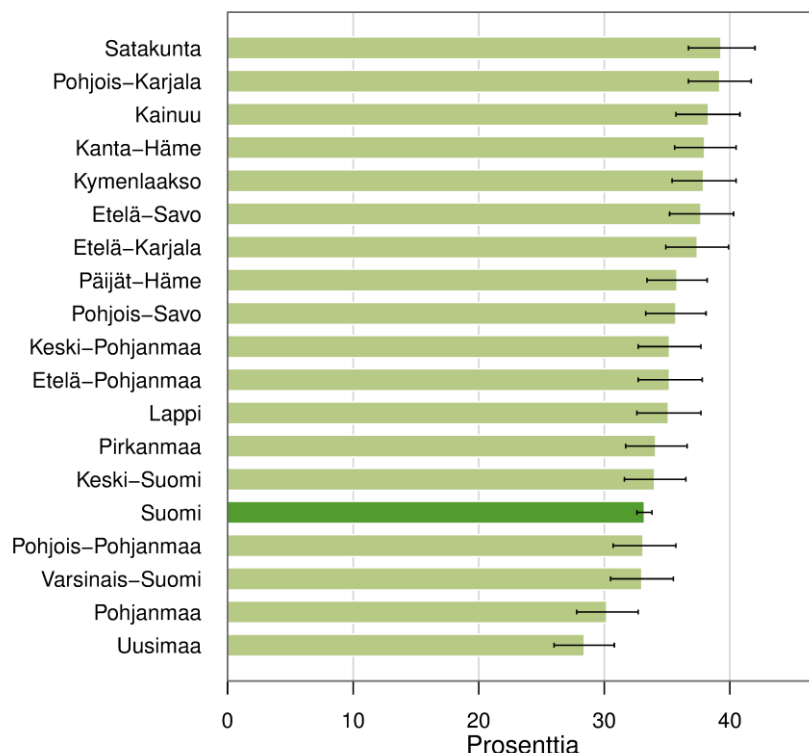
Anna- Mari Aalto
fornamn.efternamn@thl.fi

Anu Muuri
fornamn.efternamn@thl.fi

Skillnader mellan landskapen i det upplevda hälsotillståndet och serviceupplevelsen

Den upplevda hälsan hos den vuxna befolkningen i Finland skiljer sig åt mellan landskapen. De vuxna i Nyland och Österbotten upplever sig ha en bättre hälsa än hela landet i genomsnitt (Diagram 1). Invånarna i landskapen Satakunta och Norra Karelen upplever oftare än genomsnittet i övriga landskap sitt hälsotillstånd som medelmåttigt eller sämre. I fråga om serviceupplevelsen finns det skillnader mellan landskapen särskilt i enkättagarnas uppfattning om valfriheten. 78 % av invånarna i Nyland anser sig kunna välja hälsostation, medan motsvarande andel var 36 % i Södra Savolax och Kajanaland (Diagram 4).

Diagram 1. Andel (%) enligt landskap som upplever hälsan som medelmåttig eller sämre.



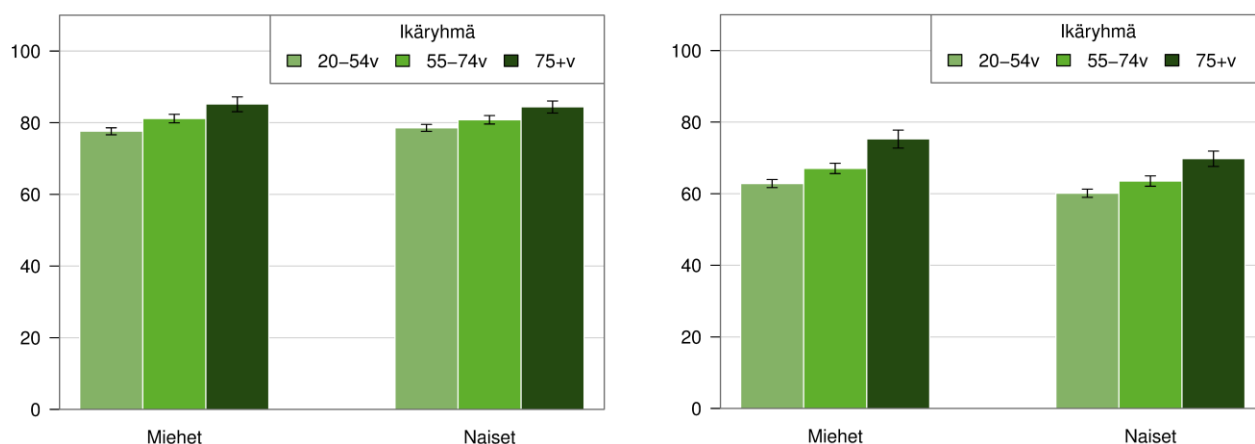
Den nationella FinSote-undersökningen om hälsa, välfärd och service följer upp förändringar i befolkningens välfärd och serviceupplevelse i olika befolkningsgrupper och regioner.

De yngre är mer kritiska till hur social- och hälso- och sjukvårdstjänsterna fungerar

Fyra av fem personer i den vuxna befolkningen litar på att hälso- och sjukvårdstjänsterna fungerar. Förtroendet för socialservicen är lägre. Ungefär två av tre anser att socialservicen i allmänhet fungerar bra i Finland. (Diagram 2.)

Förtroendet för verksamheten varierar ändå mellan olika befolkningsgrupper. De yngre, 20–54-åringarna, är mer kritiska till hur social- och hälso- och sjukvårdstjänsterna fungerar än de äldre åldersgrupperna. Kvinnor är mer kritiska än män i synnerhet när det gäller hur socialservicen fungerar.

Diagram 2. Andel (%) enligt åldersgrupp och kön som har förtroende för hälso- och sjukvårdstjänsterna (vänster) och socialservicen (höger).

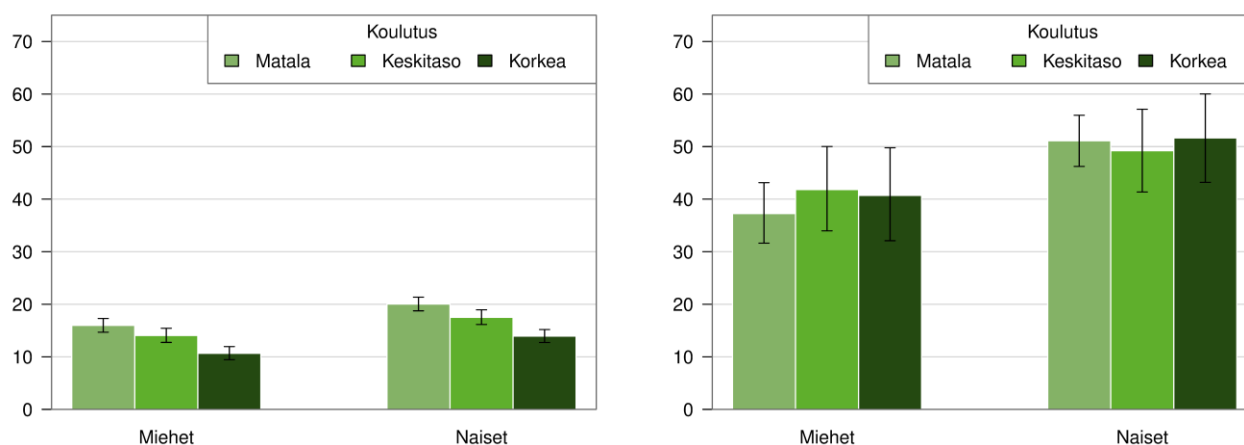


Lågutbildade upplever oftare att de får tjänster i för liten omfattning

Ca 16 % av dem som behöver tjänster på läkarmottagningen upplever att de inte har fått tillräckligt med läkartjänster i förhållande till sina behov de senaste 12 månaderna (Diagram 3). Kvinnor rapporterar oftare än män att de får mindre tjänster än vad de behöver (17 % vs. 14 %). Resultaten skiljer sig åt mellan utbildningsgrupperna. Andelen som fått otillräckliga läkartjänster är större bland de lågutbildade.

Ca 46 % av dem som behöver tjänster som tillhandahålls av socialarbetare rapporterar att de har fått för lite tjänster i förhållande till sina behov de senaste 12 månaderna. Kvinnor upplever oftare än män att de inte har fått tillräckligt med tjänster som tillhandahålls av socialarbetare. Det förekommer inga väsentliga skillnader mellan utbildningsgrupperna i fråga om tillräckligheten av tjänster som tillhandahålls av socialarbetare.

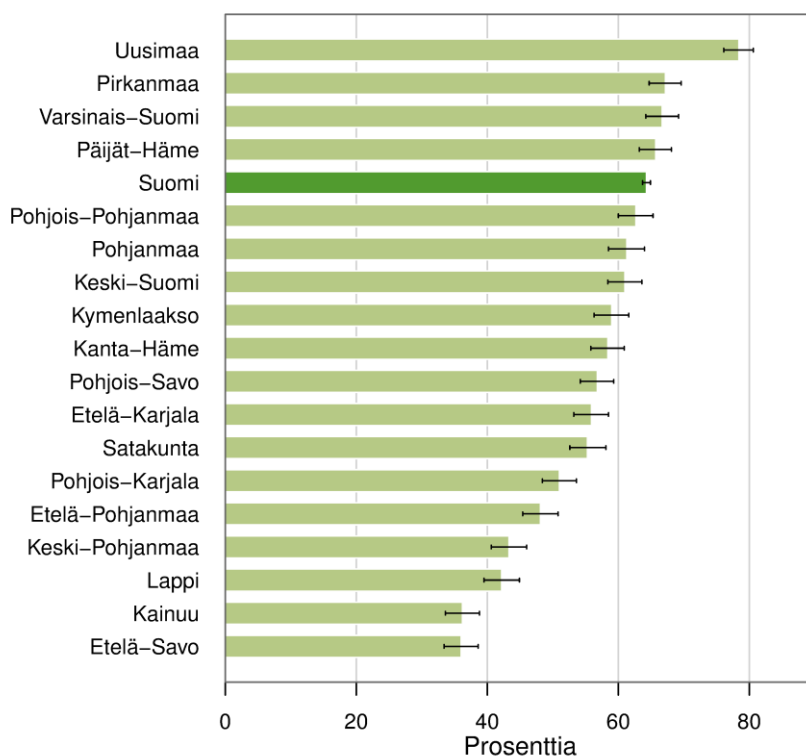
Diagram 3. Andel (%) enligt kön och utbildningsgrupp som upplever ett otillfredsställt servicebehov i fråga om läkartjänster (vänster) och tjänster som tillhandahålls av socialarbetare (höger).



Tydliga skillnader mellan landskapen i möjligheten att välja hälsostation

Nästan två av tre (64 %) vuxna upplever att de har möjlighet att välja hälsostation (Diagram 4). Resultaten visade tydliga skillnader mellan landskapen. Invånarna i landskapen Nyland, Birkaland, Egentliga Finland och Päijänne-Tavastland upplever oftare att de har möjlighet att välja hälsostation. 78 % av invånarna i Nyland anser sig kunna välja hälsostation, medan motsvarande andel är 36 % i Södra Savolax och Kajanaland.

Diagram 4. Andel (%) enligt landskap som upplever att de kan välja hälsostation (%).





Kvalitetsbeskrivning

Den vuxna befolkningens välfärd, hälsa och service – FinSote 2018

Statistikuppgifternas relevans

Statistiken som publiceras av Institutet för hälsa och välfärd (THL) om den vuxna befolkningens välfärd, hälsa och service beskriver finländarnas välfärd samt social- och hälso-tjänsterna enligt landskap och befolkningsgrupp. Statistiken produceras utifrån den urvalsbaseade, omfattande nationella enkätundersökningen om hälsa, välfärd och service (FinSote), som genomfördes för första gången 2018.

Från social- och hälsovårdens rikstäckande register får man information på regionnivå om välfärden och hälsan hos de finländare som omfattas av tjänsterna och om deras användning av tjänsterna. Registren kan dock inte ensam ge en uttömmande beskrivning av alla företeelser som rör befolkningens hälsa och välfärd. FinSote-materialet innehåller uppföljningsinformation för olika befolkningsgrupper om centrala företeelser som registren inte har någon information om. Sådana företeelser är till exempel de vuxnas livsstil och upplevelser av sin välfärd. Den här statistiken ger information om befolkningens servicebehov och upplevelse av hur social- och hälso-tjänsterna fungerar samt om jämlikheten mellan befolkningsgrupper och regioner. Ämnesområdena för statistiken är levnadsförhållanden och livskvalitet, delaktighet, hälsa, arbets- och funktionsförmåga, livsstil, olycksfall och våld, användningen av hälso- och sjukvårdstjänster samt tillgången till dem, tjänsternas likvärdighet, valfrihet, användningen av digitala tjänster samt social- och hälsovårdens finansiering och kostnader.

Informationen används framför allt av beslutsfattare som arbetar med att leda social- och hälsovårdsreformen, tjänstemän och social- och hälsovårdspersonal. Informationen används också för att planera och inrikta arbetet med att främja hälsa och välfärd, upprätta regionala välfärdsberättelser, följa upp servicebehov och undersöka skillnader i hälsa och välfärd mellan befolkningsgrupper.

Den här nya statistiken ersätter THL:s tidigare regionala undersökning om hälsa, välfärd och service (ATH), som har producerat information om de vuxnas välfärd och social- och hälso-tjänsternas allmänna utveckling åren 2010–2017 enligt region och befolkningsgrupp (5). Indikatorerna för ATH-undersökningen och FinSote-undersökningen finns i THL:s webbtjänster Terveystemme.fi och Sotkanet.

Utöver den årliga FinSote-undersökningen producerar THL även andra befolkningsenkäter: Materialet FinHälsa 2017 innehåller information om vuxnas hälsa, funktionsförmåga och välfärd. Enkäten Hälsa i skolan ger vartannat år kommunspecifik information om elever i de lägre klasserna i grundskolan, elever i årskurs 8 och 9 och studerande på andra stadiet. I Sotkanet finns dessutom rikstäckande indikatorer på landskaps- och kom-

5 Kaikkonen R, Murto J, Pentala-Nikulainen O, Koskela T, Virtala E, Härkänen T, Koskenniemi T, Ahonen J, Vartiainen E & Koskinen S. Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010–2017

munnivå som baseras på registeruppgifter om välfärden och hälsan hos de finländare som använder social- och hälsojänster.

Metodbeskrivning

Statistiken baseras på den årliga FinSote-undersökningen. Den här statistikrapporten baseras på FinSote-materialet som samlades in 2017–2018, vars resultat rapporterades våren 2018. Informationen samlas in med enkäter som kan besvaras i form av en postenkät eller på nätet. Personerna som svarar på enkäten är 20 år fyllda och fast bosatta i Finland. Det finns ingen övre åldersgräns. År 2017–2018 skickades enkäten till 60 000 personer som blivit utvalda genom ett slumpmässigt urval ur Befolkningsregistercentralens uppgifter. I 2018 års datainsamling plockade man ut ett fast antal personer (1 000/landskap) i gruppen med äldre (personer över 75 år), för att antalet skulle motsvara övriga åldersgrupper. Undersökningen har enkäter anpassade efter tre åldersgrupper (20–54, 55–74, 75+) på fyra språk: finska, svenska, ryska och engelska. Under tiden för datainsamlingen kontaktas personerna i urvalet via post eller telefon 1–5 gånger beroende på hur lång tid det tar att nå dem. Det är frivilligt att svara på enkäten. Kommuner och andra regioner har möjlighet att beställa ett avgiftsbelagt tilläggsurval, som kan användas för att regelbundet följa upp utvecklingen i ett område.

År 2018 besvarades enkäten av 26 422 personer och svarsprocenten var 45,3 %. Täckningen enligt åldersgrupp var 28,0 % bland 20–54-åringar, 58,4 % bland 55–74-åringar och 57,3 % bland personer som fyllt 75 år (Bilagetabell 1). Deltagargruppen för respektive år har viktats så att den motsvarar populationen (befolkningen i Fastlandsfinland som fyllt 20 år). Resultaten har beräknats med ett konfidensintervall på 95 % som åskådliggör den slumpmässiga variationens inverkan på resultaten.

Närmare information på finska om 2018 års datainsamling och enkäterna finns på THL:s webbplats (6), och information om tidigare års ATH-datainsamlingar finns i webbtjänsten Terveystemme.fi.

Arbetet med att trycka, posta och lagra enkäterna har lagts ut på en underleverantör. Ifyllda pappersenkäter lagras optiskt och en del av materialet sparas manuellt för att säkerställa dess kvalitet. I samband med den optiska lagringen görs logiska kontroller av svaren och standardiseringar av förhandsanvisningar till exempel för felaktigt besvarade frågor. När undersökningsmaterialet kommer till THL kontrollerar vi det för att upptäcka eventuella fel, saknad information och ologiska förekomster. Svar som sparats på webben samlas in via THL:s webbtjänst. Materialen sammanställs till en forskningsdatabas med hjälp av strukturerade beskrivningar. Frågematerialet kombineras med information från urvalsramen om deltagarens ålder, kön, civilstånd, modersmål, bostadsort och antalet personer i hushållet. Statistiken som man får fram jämförs med motsvarande uppgifter från den föregående datainsamlingen. Oklar information kontrolleras och korrigeras om möjligt.

Institutet för hälsa och välfärd ansvarar för materialet och förvarar och behandlar i egenskap av statistikmyndighet informationen konfidentiellt och med iakttagande av tystnadsplikten och personuppgiftslagen. Alla personer som samlar in och behandlar uppgifterna har tystnadsplikt.

6 thl.fi/finsote

Uppgifternas riktighet och exakthet

Täckningen för datainsamlingen som genomförs med en post- eller webbenkät kan bedömas genom bortfallsanalyser av materialet. I analyserna utreds med hjälp av registeruppgifter hur de som valt att delta respektive avstå från undersökningen skiljer sig från varandra och hur bortfallet påverkar resultaten. Svartsbortfallet korrigeras med viktkoefficienter, som man får fram med metoden Inverse Probability Weighting (IPW). IPW-metoden används i många befolkningsundersökningar och har visat sig passa för korrigerings av svartsbortfall även bland befolkningen i Finland (7). Vid beräkningen av viktkoefficienter används de uppgifter som finns tillgängliga om hela urvalet: ålder, kön, civilstånd, utbildningsgrad, hemlandskap och bostadskommunens tätortsgrad. Med hjälp av dessa variabler beskrivs svarssannolikheten för alla som besvarar enkäten, och deltagarens viktkoefficient är en kombination av omvandlingstalet för sannolikheten och urvalssannolikheten. Genom viktkoefficienter kan deltagargruppen representera befolkningen med beaktande av de variabler som använts i beräkningen.

Täckningen är lägst bland unga män, medan deltagaraktiviteten är högst bland de äldre. Dessutom vet man att deltagarna i enkätundersökningar ofta medvetet eller omedvetet underrapporterar om sitt hälsobeteende. Att en andel saknar täckning särskilt när det gäller frågor om alkoholkonsumtion och användning av andra droger beror dels på att de som konsumerar mycket alkohol och andra droger oftare än genomsnittet avstår från att delta i undersökningar, dels på att de som deltar i undersökningen undskattar sin alkoholkonsumtion.

I den regionala jämförelsen är dock underrapportering inget problem eftersom man kan anta att den inte skiljer sig åt mellan invånarna i regionerna.

De publicerade uppgifternas aktualitet och rättidighet

FinSote-undersökningen genomförs årligen. Jämna år samlas informationen in med en omfattande enkät (urvalsstorlek 59 400), vilket gör det möjligt att producera information på landskapsnivå. Den omfattande enkäten innehåller mer information om användarnas upplevelser av social- och hälsotjänsterna och mindre om befolkningens välfärd och hälsa. Ojämna år samlas informationen in med en mindre enkät (urvalsstorlek 10 000) för uppföljning och beslutsfattande på nationell nivå. Enkäten för datainsamling på nationell nivå fokuserar på frågor som är centrala i arbetet med att främja befolkningens hälsa och välfärd.

Informationen publiceras ca 2–4 månader efter att datainsamlingen har avslutats.

Tillgång till uppgifterna och deras transparens/tydlighet

Undersökningen FinSote genomförs sedan 2018 och resultaten av den rapporteras i form av jämförbara indikatorer. Mätarna finns kostnadsfritt på webbtjänsterna Terveystemme.fi och Sotkanet. Webbtjänsten Terveystemme.fi innehåller indikatorerna enligt landskap och befolkningsgrupp inklusive konfidensintervall, enligt den nya kommunindelningen. Uppgifterna finns även i THL:s statistik- och indikatorbank Sotkanet (www.sotkanet.fi). På Sotkanet publiceras dock inte information om alla befolkningsgrupper i små kommuner, eftersom osäkerheten relaterad till slumpmässigheten är stor i dessa och det inte är möjligt att presentera

7 Härkänen T, Kaikkonen R, Virtala E and Koskinen S. Inverse probability weighting and doubly robust methods in correcting the effects of non-response in the reimbursed medication and self-reported turnout estimates in the ATH survey. BMC Public Health. 2014;14:1150. Doi:[10.1186/1471-2458-14-1150](https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1150)

Specialfrågor gällande statistiken för 2018

Informationsinnehållet i FinSote-materialet för 2018 fokuserar särskilt på frågor om social- och hälso-tjänster. Delen om välfärd och hälsa i 2018 års enkät har minskats, eftersom enkäten för ojämnna år fokuserar mer på detta ämne.

Bilagetablell 1. Svvarsaktivitet (%) enligt landskap och åldersgrupp i FinSote 2017–2018.

Region	Totalt	20–54 år	55–74 år	75+ år
Hela landet	45,3	28,0	58,4	57,3
Södra Karelen	46,9	26,3	58,0	63,8
Södra Österbotten	42,9	25,6	56,3	53,2
Södra Savolax	47,0	27,3	60,0	57,7
Kajanaland	44,6	27,2	59,3	51,4
Egentliga Tavastland	47,8	29,7	62,8	57,7
Mellersta Österbotten	44,5	27,7	58,5	55,6
Mellersta Finland	46,8	28,0	61,4	61,6
Kymmenedalen	44,8	27,1	56,0	57,1
Lappland	43,8	26,7	54,6	56,1
Birkaland	46,5	30,5	58,6	61,9
Österbotten	43,8	28,0	59,7	53,1
Norra Karelen	46,8	30,4	58,6	56,4
Norra Österbotten	43,5	27,7	58,6	55,8
Norra Savolax	47,2	30,5	59,7	58,4
Päijänne-Tavastland	47,7	29,6	60,5	60,4
Satakunta	43,0	26,1	54,2	54,7
Nyland	43,1	27,1	56,5	59,0
Egentliga Finland	44,3	28,2	58,8	56,8