

LAURA KESTILÄ & SAKARI KARVONEN (TOIM.)

SUOMALAISTEN HYVINVOINTI 2018

SUOMALAISTEN HYVINVOINTI

2018

LAURA KESTILÄ & SAKARI KARVONEN
(TOIM.)

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS

2019

© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Teema 31

ISBN 978-952-343-255-0 (painettu)

ISBN 978-952-343-256-7 (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-256-7>

PunaMusta Oy
Helsinki 2019

SAATESANAT

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos tuottaa luotettavaa ja ajantasaista tietoa suomalaisten hyvinvoinnista ja terveydestä, niiden jakautumisesta ja kehityksestä sekä hyvinvointipolitiikan tilasta. Käsillä oleva Suomalaisten hyvinvointi 2018 -teos on jo vuonna 2002 alkaneen teossarjan kuudes osa. Keskustelua hyvinvoinnista ja eriarvoisuudesta käydään yhä laajemmassa kehyksessä. Ihmisten lisääntyvä liikkuvuus, ilmastonmuutos, teknologian nopea kehitys, sosiaalisen median kasvava vaikutus tiedonvälitykseen ja maailmantalouden heilahtelut ovat esimerkkejä globaaleista ilmiöistä, jotka vaikuttavat merkittävästi ihmisten hyvinvointiin ja terveyteen.

2000-luvun toisen vuosikymmenen lähestyessä loppuaan hyvinvointiyhteiskunnan kestävyys kohtaa haasteita kaikilla ulottuvuuksillaan. Ekologista kestävyyttä uhkaa luonnon monimuotoisuuden heikentyminen ja luonnonvarojen ylikulutus. Taloudellista kestävyyttä koettelee muun muassa heikkenevä huoltosuhde ja sosiaalisen kestävyuden ongelmina voidaan pitää eriarvoisuutta ja maahanmuuton seurauksena syntyneitä yhteiskunnallisia jännitteitä. Yhteiskuntapolitiikassa hyvinvoinnin ja sen eriarvoisuuden kysymyksiin on etsitty ratkaisua monesta suunnasta, joista olennaisimmat ovat viime vuosina liittyneet työllisyyspolitiikkaan, etenkin työn murrokseen, sekä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen. Myös sosiaaliturvan kokonaisuudistuksen valmistelu on käynnistynyt parlamentaarisenä yhteistyönä. Sen pohjatyönä on ollut käynnissä useita kokeiluja, joissa testataan muun muassa perustuloa ja osallistavaa sosiaaliturvaa.

Suomalaisten hyvinvointi 2018 -teoksen tulosten valossa suomalaisten hyvinvointi on monella mittarilla arvioituna hyvällä tasolla. Myös hyvinvointiyhteiskunnan kannatus on vankka: valtaosa väestöstä luottaa palvelujen ja etenkin terveyspalvelujen toimintaan ja kokee, että järjestelmän rahoituspohjan tulee perustua myös jatkossa ainakin pääosin julkisiin verovaroihin. Myönteisistä havainnoista huolimatta teoksen päätulos tiivistyy havaintoon pitkittyneistä hyvinvointieroista. Sosioekonomiset terveys- ja hyvinvointierot näkyvät laajasti eri ulottuvuuksilla ja ovat kansainvälisestikin tarkasteltuna suuria. Lisäksi eroja havaitaan laajasti muun muassa sukupuolen, etnisen taustan ja alueen mukaan, niin maantieteellisesti kuin paikallisesti eri asuinalueiden välillä.

Tulokset nostavat esiin monia havaintoja erilaisista hyvinvoinnin vajeista ja väestöä erottelevista jakolinjoista. On tärkeää, että sekä nykyisille että tuleville sukupolville turvataan nopeastikin muuttuvassa maailmassa tasa-arvoiset ja hyvät elämisen mahdollisuudet yhteiskuntapoliittisin keinoin. Suomalaisten hyvinvointi 2018 -teos tarjoaa luotettavaa ja ajantasaista tietoa kestävästä hyvinvointipolitiikan arvioinnin, kehittämisen ja päätöksenteon tueksi.

Helsingissä 1.1.2019

Markku Tervahauta

Pääjohtaja

SISÄLLYS

Saatteeksi
Sisällys
Kirjoittajat

Johdanto 9
LAURA KESTILÄ & SAKARI KARVONEN

ELINOLOT

1 Suomen väestörakenne ja sen kehitys 26
LAURA KESTILÄ JA TUIJA MARTELIN

2 Väestön elinolot ja sairastavuus 46
SAKARI KARVONEN, LAURA KESTILÄ JA SUSANNA MUKKILA

3 Asuinolot ja niiden alueellinen vaihtelu 63
KATJA ILMARINEN, TIMO M. KAUPPINEN JA SAKARI KARVONEN

4 Köyhyys ja perusturvan riittävyys 79
SUSANNA MUKKILA, ILARI ILMAKUNNAS, PASI MOISIO JA PAULA SAIKKONEN

HYVINVOINTI JA HYVINVOINTIEROT

5 Koetun hyvinvoinnin tila tunnuslukujen valossa 96
SAKARI KARVONEN

6 Tulotason mukaiset terveysterot 101
SAKARI KARVONEN, TUIJA MARTELIN, LAURA KESTILÄ JA LIINA JUNNA

7 Nuorten hyvinvoinnin erot 120
LAURA KESTILÄ, SAKARI KARVONEN, SUVI PARIKKA,
JOHANNA SEPPÄNEN, PASI HAAPAKORVA JA ELINA SUTELA

8 Työttömien ja työllisten koettu työkyky ja toimeentulo 143
PEPPI SAIKKU JA KATRI HANNIKAINEN

9 Etnisyyden ja syntyperän mukaiset hyvinvointierot
ja syrjintä niiden taustalla 159
ANU E. CASTANEDA

10 Koetun hyvinvoinnin erot maakuntien välillä 172
SAKARI KARVONEN

PALVELUT

- 11 Suomalaisien sosiaali- ja terveyspalvelujen
käyttö tilastojen valossa 188
LAURA KESTILÄ, NINA KNAPE JA TIINA HETEMAA
- 12 Eriarvoisuus somaattisten terveyspalvelujen saatavuudessa 207
KRISTIINA MANDERBACKA, MARTTI ARFFMAN, ANNA-MARI AALTO,
ANU MUURI, LAURA KESTILÄ JA UNTO HÄKKINEN
- 13 Sosiaalipalvelujen saatavuus ja asiakaskokemukset 216
KATJA ILMARINEN, ANNA-MARI AALTO JA ANU MUURI
- 14 Nuorten kokemukset sosiaali- ja terveyspalveluista 228
SAKARI KARVONEN, LAURA KESTILÄ JA TIMO M. KAUPPINEN
- 15 Toimintarajoitteisten ihmisten kokemuksia terveyspalveluista 246
PÄIVI SAINIO, SUVI PARIKKA, OONA PENTALA-NIKULAINEN, SANNA AHOLA,
ANNA-MARI AALTO, ANU MUURI, PÄIVI NURMI-KOIKKALAINEN,
TUIJA MARTELIN, TIMO KOSKELA JA SEPPO KOSKINEN
- 16 Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen
tarve ja käyttö tulotason mukaan 265
KATRI HANNIKAINEN
- 17 Sähköisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tarjonta,
palvelujen käyttö ja esteet 279
HANNELE HYPPÖNEN JA KATJA ILMARINEN

HYVINVOINTIPOLITIikka

- 18 Sosiaali- ja terveydenhuollon kannatusperusta väestössä 292
ANU MUURI, ANNA-MARI AALTO, KRISTIINA MANDERBACKA
JA MARTTI ARFFMAN
- 19 Julkisten sosiaalimenojen rakenne ja kehitys 2000-luvulla 305
MARIA VAALAVUO, JUSSI TERVOLA JA JUHA HONKATUKIA
- 20 Kotona asumisen tuen asiakasmaksut iäkkäillä
ja maksujen alueellinen vaihtelu 318
KATJA ILMARINEN

YHTEENVETO

- Katse kohti hyvinvointipolitiikan tulevaisuutta 332
PAULA SAIKKONEN, SAKARI KARVONEN JA LAURA KESTILÄ

KIRJOITTAJAT

ANNA-MARI AALTO, VTT, dos.,
tutkimuspäällikkö, Sosiaali- ja
terveydenhuollon tutkimus -yksikkö, THL

SANNA AHOLA, OTK, erityisasiantuntija,
Iäkkäät, vammaiset ja toimintakyky -yksikkö,
THL

MARTTI ARFFMAN, VTM, tilastotutkija,
Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus
-yksikkö, THL

ANU E. CASTANEDA, VTM, PsT, dos.,
tutkimuspäällikkö, Yhdenvertaisuus ja
osallisuus -yksikkö, THL

PASI HAAPAKORVA, FM, tilastotutkija,
Lapset, nuoret ja perheet -yksikkö, THL

KATRI HANNIKAINEN, VTM, tutkija,
Sosiaalipolitiikan tutkimus -yksikkö, THL

TIINA HETEMAA, LT, arviointipäällikkö,
Sote-arviointi -yksikkö, THL

JUHA HONKATUKIA, KTT, VTL, dos.,
tutkimuspäällikkö,
Terveys- ja sosiaalitalouden yksikkö, THL

HANNELE HYPÖNEN, FT, tutkimuspäällikkö,
Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus
-yksikkö, THL

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

ILARI ILMAKUNNAS, VTM, tutkija,
Sosiaalipolitiikan tutkimus -yksikkö, THL

KATJA ILMARINEN, FT, KtM, erikoistutkija,
Sosiaalipolitiikan tutkimus -yksikkö, THL

LIINA JUNNA, VTM, tohtorikoulutettava,
valtiotieteellinen tiedekunta, Helsingin
yliopisto

SAKARI KARVONEN, VTT, dos.,
tutkimusprofessori, Sosiaalipolitiikan
tutkimus -yksikkö, THL

TIMO M. KAUPPINEN, VTT, dos.,
tutkimuspäällikkö, Sosiaalipolitiikan
tutkimus -yksikkö, THL

LAURA KESTILÄ, VTT, dos.,
tutkimuspäällikkö, Sosiaalipolitiikan
tutkimus -yksikkö, THL

NINA KNAPE, FM, dos., arviointipäällikkö,
Sote-arviointi -yksikkö, THL

TIMO KOSKELA, TkT, erikoissuunnittelija,
Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen
yksikkö, THL

SEPPO KOSKINEN, LT, VTM, MSc, dos.,
tutkimusprofessori, Kansanterveyden
arviointi ja ennakointi -yksikkö, THL

KRISTIINA MANDERBACKA, VTT,
dos., tutkimuspäällikkö, Sosiaali- ja
terveydenhuollon tutkimus -yksikkö, THL

TUIJA MARTELIN, VTT, tutkimuspäällikkö,
Yhdenvertaisuus ja osallisuus -yksikkö, THL

PASI MOISIO, PhD, dos., tutkimusprofessori,
Sosiaalipolitiikan tutkimus -yksikkö, THL

SUSANNA MUKKILA, FM, asiantuntija,
Sosiaalipolitiikan tutkimus -yksikkö, THL

ANU MUURI, VTT, dos., johtava asiantuntija,
Sosiaalipolitiikan tutkimus -yksikkö, THL

PÄIVI NURMI-KOIKKALAINEN, KM,
johtava asiantuntija, Iäkkäät, vammaiset ja
toimintakyky -yksikkö, THL

SUVI PARIKKA, VTM, kehittämisspäällikkö,
Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen
yksikkö, THL

OONA PENTALA-NIKULAINEN, VTM,
kehittämisspäällikkö, Hyvinvoinnin ja
terveyden edistämisen yksikkö, THL

PAULA SAIKKONEN, VTT, erikoistutkija,
Sosiaalipolitiikan tutkimus -yksikkö, THL

PEPPI SAIKKU, VTT, erikoistutkija, Sosiaali-
politiikan tutkimus -yksikkö, THL

PÄIVI SAINIO, THM, kehittämisspäälikkö,
lääkkäät, vammaiset ja toimintakyky -yksikkö,
THL

JOHANNA SEPPÄNEN, FT, erikoistutkija,
Lapset, nuoret ja perheet -yksikkö, THL

ELINA SUTELA, VTM, vieraileva tutkija,
Lapset, nuoret ja perheet -yksikkö, THL

JUSSI TERVOLA, VTT, tutkimuspäälikkö,
Terveys- ja sosiaalitalouden yksikkö, THL

MARIA VAALAVUO, PhD, tutkimuspäälikkö,
Terveys- ja sosiaalitalouden yksikkö, THL

Johdanto

Suomalaisten hyvinvointi -teossarjan ensimmäisen osan ilmestyessä reilu kuu-sitoista vuotta sitten (”uuden vuosituhatnen alussa”) vuonna 2002 kirjan toimittajat Matti Heikkilä ja Mikko Kautto kiinnittivät huomiota sosiaaliseen raportointiin ja hyvinvoinnin mittaamisen muutoksiin. He määrittelivät sosiaalisen raportoinnin perimmäiseksi tarkoitukseksi tuottaa ”tietoa ja ymmärrystä hyvinvoinnin laadusta ja jakaumasta yhteiskunnassa” ja kiinnittivät raportoinnin etenkin pohjoismaiseen hyvinvointisosiologiseen lähestymistapaan ja sen ohella tuolloin kehittymässä olleeseen eurooppalaiseen viitekehukseen, jonka teoreettisesti kunnianhimoisimpana mallina esiteltiin sosiaalisen laadun teoriaa.

Myös käsillä oleva teos on vastaavien teemojen äärellä. Se pyrkii vastaamaan kysymykseen siitä, millainen on suomalaisten hyvinvoinnin tila lähestyttäessä 2020-lukua. Teos keskittyy erityisesti eriarvoisuuteen, etenkin siitä näkökulmasta, millaisia väestöryhmien välisiä ja alueellisia eroja on nähtävissä suomalaisten elinoloissa, hyvinvoinnissa, terveydessä ja palveluissa. Hyvinvointiin ja sen eriarvoisuuteen liittyvää yhteiskunnallista keskustelua käydään kuitenkin nykyään laajemmassa viitekehyksessä kuin vuosituhatnen alussa. Ajankohtaisia ovat esimerkiksi globaalit ekologiset kysymykset ja niiden seuraukset hyvinvoinnin, terveyden ja talouden muutoksiin varautumiselle. Erilaisia vaikeasti ennakoitavia hyvinvointivaikutuksia aiheuttavat muun muassa maailmanlaajuinen väestönkasvu, globaali liikkuvuus, luonnonvarojen niukkuus ja ilmastonmuutos, teknologian kehitys sekä maailmantalouden voimakas heilahtelu.

Kestävän kehityksen ajattelussa lähdetään siitä, että nopeasti muuttuvassa ja vaikeasti ennakoitavassa maailmassa sekä nykyisille että tuleville sukupolville tulee yhteiskunnallisin toimin turvata hyvät elämisen mahdollisuudet. Kestävän kehityksen ulottuvuudet – sosiaalinen, taloudellinen ja ekologinen kestävyys – ovat jännitteisessä suhteessa toisiinsa, mutta myös toisistaan riippuvaisia. Kestävän kehityksen yhteiskuntaan tähtäävä toiminta vaatii talouden, luonnonvarojen käytön ja hyvinvoinnin keskinäisten suhteiden uudelleenarviointia. Talous ja ekolo-

gia määrittävät hyvinvoinnin tuotannon reunaehdot, sosiaalinen ulottuvuus sen sijaan tarkastelee inhimillisten resurssien uusiutumista, tuotannon eettistä kestävyyttä ja voimavarojen jaon oikeudenmukaisuutta (Vaarama 2017). Nopeasti kehittyvän teknologian valjastaminen kestävän hyvinvoinnin tarpeisiin on yhä tärkeämpää.

Kestävän yhteiskunnan perustan muodostaa terve, koulutettu ja hyvinvoiva väestö. Hyvinvoinnin kestävyyttä voidaan arvioida muun muassa sen kautta, millainen on väestön hyvinvoinnin ja terveyden tila, miten se on kehittynyt ja miten se jakautuu eri väestöryhmissä ja eri alueiden välillä. Kestävä hyvinvointi edellyttää myös tulevien sukupolvien hyvinvointiin investoimista. Hyvinvointipolitiikka onkin alettu ymmärtää yhä selvemmin investointina – julkiseksi panostukseksi sosiaaliseen yhteenkuuluvuuteen ja inhimilliseen pääomaan, jotka tukevat, mutta eivät ole alisteisia talouskasvulle. Sosiaalisten investointien, kuten koulutukseen ja varhaislapsuuteen panostamisen, ajatellaan olevan edellytys myös hyvinvoinnille tulevaisuudessa, sillä sosiaalisesti kestävän kehityksen ytimessä on pyrkimys taata hyvinvoinnin edellytysten siirtyminen sukupolvelta toiselle. Erityisesti ne auttavat ihmisiä varautumaan tuleviin riskeihin heidän kyvykkyyttään ja työelämävalmiuksiaan kasvattamalla. Investointien hyödyt näkyvät lyhyellä tai pidemmällä aikavälillä. (Hemerijk 2017.)

Ikääntyminen ja väestörakenteen muutos yhteiskuntapolitiikan koetinkivinä

Nykyisten varsin sitkeiden hyvinvointi- ja terveyserojen lisäksi väestön ikääntymisen mukanaan tuomat seuraukset ovat kestävän hyvinvoinnin koetinkiviä ja niiden aiheuttamat haasteet vaativat määrätietoista ja kokonaisvaltaista yhteiskuntapolitiikkaa. Monet ikääntyvään väestöön liittyvät sosiaaliset, terveydelliset ja taloudelliset kysymykset ovat puhuttaneet jo vuosikymmeniä ja edelleen ne ovat mitä ajankohtaisimpia. Useiden länsimaiden läpi käymän demografisen murroksen seurauksena syntyvyys on pienentynyt ja kuolleisuus vähentynyt. Ihmisten elinikä on pidentynyt ja suurin osa eliniän pitenemisen tuomista lisävuosista on terveitä (WHO 2016; Kestilä & Martelin luku 1 tässä teoksessa). Iäkkäät asuvat kuitenkin kotonaan aiempaa pidempään ja yhä huonokuntoisempina. Kun iäkkään väestön osuus kasvaa väestöennusteiden (SVT 2018a) mukaan tulevaisuudessa selvästi, sekä virallista että epävirallista hoivaa ja palveluja koskevat kysymykset tulevat yhä tärkeämmiksi. Ikääntymisen on eliniän pidentymisen myötä väitetty myös normittuneen niin, että vanhuksilta odotetaan sosiaaliseen yhteistoimintaan osallistumista ja omasta terveydestä huolehtimista. Suhtautuminen on muuttunut: aiemmin vanhuus nähtiin enemmänkin passivoitumisena ja rappeutumisenä (Higgs & Gilleard 2015).

Demografinen murros on johtanut myös huoltosuhteen heikkenemiseen, ja työikäisten määrän vähetessä myös heidän huoltotaakkansa kasvaa entisestään. Tällöin myös järjestelmän rahoituksen kestävyys joutuu koetukselle. Ikääntyvän väestön arvioidaan kasvattavan terveys- ja sosiaaliturvamenoja, heikentävän taloudellista huoltosuhdetta ja haastavan siten rahoitusjärjestelmän kantokykyä. Näiden näkemysten on esitetty haastavan sukupolvien välistä oikeudenmukaisuutta ja altistavan vanhusväestön ikäyrjinnälle (Topo 2017). Taloustieteilijöiden mukaan kansantalouden kestokyky joutuu koetukselle, ellei järjestelmiä kyetä kehittämään niin, että ne vastaavat sekä väestörakenteen muutokseen että käytettävissä oleviin resursseihin.

Ikääntymisen lisäksi väestörakenteessa ilmenee myös muita kehityskulkuja, jotka ovat merkittäviä hyvinvoinnin ja hyvinvointipolitiikan kannalta. Ulkomaalaistaustaisen väestön määrä on kasvanut Suomessa tasaisesti jo parinkymmenen vuoden ajan (SVT 2018b). Työperäisen maahanmuuton lisäksi ihmisten liikkuvuus sota- ja kriisialueilta sekä ilmastopakolaisuus lisääntyvät. Kun luonnollinen väestönkasvu on hidasta ja syntyvyys laski vuonna 2017 jo seitsemättä vuotta peräkkäin, maahanmuutolla on yhä tärkeämpi rooli väestönkasvussa. Nettomaahanmuutto onkin kasvattanut vuodesta 2007 lähtien väkilukua enemmän kuin syntyvyys (ks. tarkemmin Kestilä & Martelin luku 1 tässä teoksessa). Ulkomaalaistaustaisen väestön osuuden kasvu edellyttää muun muassa palvelujärjestelmän kehittävän, sillä monimuotoinen maahanmuuttajaväestö tarvitsee osin toisenlaisia palveluja kuin niin sanottu kantäväestö. Myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja ylläpitämiseen liittyy kysymyksiä, joihin aiemmin ei ole ollut syytä varautua. Ulkomaalaistaustaiset ihmiset ovat kuitenkin keskenäänkin kulttuurisesti ja sosiaalisesti erilaisia, joten myös heidän terveyteensä ja hyvinvointiinsa vaikuttavat tekijät vaihtelevat suuresti (ks. Castaneda luku 9 tässä teoksessa).

Kaupungistuminen ja muuttoliike harvaan asutuilta alueilta kasvukeskuksiin

Edellä kuvattujen väestörakenteessa tapahtuvien muutosten lisäksi myös monet muut väestömuutokset liittyvät merkittäväällä tavalla hyvinvointiin, sen jakautumiseen ja hyvinvointipolitiikkaan. Tällaisena voi nähdä esimerkiksi maan sisäisen muuttoliikkeen ja kaupungistumiskehityksen. Suomessa muuttoliike suuntautuu yhtä isompiin ja harvempiin kaupunkikeskuksiin sekä maantieteellisesti tarkasteltuna pohjoisesta etelään. Tällä muutoksella on merkittäviä vaikutuksia alueellisesti, ekologisesti, sosiaalisesti ja taloudellisesti. Vaikka kaupungistuminen on viime vuosina kiihtynyt, Suomi on edelleen suhteellisen vähän kaupungistunut maa. Kaupunkien yhdyskuntarakenteet ovat hajautuneita eivätkä kaupunkialueiden keskukset tai alakeskukset ole kovin urbaaneja. Lisäksi kaupunkitutkijat arvioivat niissä olevan liian vähän työpaikkoja ja väestöä talouskasvun kierteen edellyttä-

män markkinapotentiaalin vauhdittamiseksi. Seppo Laakso ja Heikki A. Loikkanen suosittelivat kaupunkialueiden eheyttämistä ja tiivistämistä, kaupunkien sisäisten sekä alueiden ja maiden välisten raja-aitojen ja kanssakäymisen esteiden madaltamista. (Laakso & Loikkanen 2018.)

Maaseudulla puolestaan ongelmaksi on muodostunut väestöpohjan heikentyminen, joka vähentää myös mahdollisuuksia järjestää julkisia tai tuottaa yksityisiä hyvinvointipalveluja. Joukkoliikenteen vähentyessä väestö muuttaa keskusalueille, mikä vaikeuttaa palvelujen järjestämistä entisestään. Maaseutututkimuksessa ratkaisuksi on ehdotettu paikkaperustaisuutta alueellisen kehittämisen strategisena lähtökohtana (Luoto ym. 2016). Tällä tarkoitetaan muun muassa keino-koiseksi koetun kaupungin ja maaseudun vastakkainasettelun korvaamista vuorovaikutukseen ja kumppanuuksiin perustuvalla käsitteellistyksellä. Myös Laakso ja Loikkanen (2018) korostavat, että suomalaisessa hajautuneessa aluerakenteessa olennaista muun muassa innovaatioiden kannalta on ihmisten välinen kanssakäyminen. Toisin sanoen myös alueiden rakenteellisten ominaisuuksien kehittämisen – kaupungeissa esimerkiksi väestönkasvu ja tiivis maankäyttö – tulisi tähdätä perimmältään ihmisten hyvinvoinnin edistämiseen, tuottavuuden, asunto- ja työmarkkinoiden toimivuuden ohella.

Paikkaperustaisuuden olennainen näkökulma on keskittyä ”toiminnallisiin paikallisuuksiin” kaupunkimaisuuden tai asukastiheyden sijasta. Tästä näkökulmasta myös hyvinvointipalvelujen uudistus näyttäytyy uudella tavalla: ongelmana on, että uudistuksen pohjana olevat mallit ovat liian yhdenmukaisia eivätkä näin ollen ota huomioon paikallisia erityispiirteitä ja niiden sisältämiä mahdollisuuksia (Kattilakoski & Rantamäki 2016). Vastaavasti myös lähtökohtaisesti paikkariippumaton palvelujen digitalisaatio voi muodostua ongelmalliseksi, jollei palvelujen kehittämisessä oteta huomioon ihmisten arjen perimmältään kiinteää paikallistuneisuutta (Kilpeläinen & Rasi 2016). Näiden ongelmien välttäminen edellyttää myös hallinnolta uutta orientaatiota. Alueesta tai sen kaupunkimaisuudesta riippumatta hallinnon tulisi ”mahdollistaa ja innostaa, ei ensimmäisenä rajoittaa, säädellä ja kieltää” (Luoto ym. 2016).

Hyvinvointi vaihtelee alueittain, muun muassa asuinpaikan maaseutumaisuuden mukaan. Maaseutumaisemmilla alueilla ilmenee enemmän hyvinvoinnin puutteita kuin kaupungistuneimmilla alueilla (esim. Karvonen & Kauppinen 2014). Lisäksi esimerkiksi elintaso on keskimäärin korkeampi kaupungeissa ja niiden läheisellä maaseudulla kuin harvaan asutulla maaseudulla (Karvonen & Kauppinen 2009). Vaikka eroja havaitaan maaseutumaisten ja kaupungistuneiden alueiden välillä, kaupunkialueet ovat myös sisäisesti alueellisesti eriytyneitä, esimerkiksi väestön tulotason suhteen. Tämä eriytyminen on vahvistunut suurimmilla kaupunkiseuduilla 2000-luvulla (Saikkonen ym. 2018). Hyvinvoinnissa havaitaan eroja myös maantieteellisten alueiden välillä. Esimerkiksi ennenaikaiset kuolemat ovat yleisempiä itäisessä ja pohjoisessa Suomessa kuin etelässä ja lännessä. Maakuntien välillä on selviä kuolleisuuseroja ja miehillä erot ovat vielä

suurempia kuin naisilla. (Parikka ym. 2017). Alueiden väliseen segregaatioon eli esimerkiksi hyvinvoinnin eriytymiseen alueen mukaan voidaan vaikuttaa jonkin verran kaupunkisuunnittelun ja asumisen tukijärjestelmien keinoin, mutta hyvinvointieroissa näkyvät vahvasti myös muutokset tuloeroissa, maahanmuutossa, maan sisäisessä muuttoliikkeessä ja asuntomarkkinoilla. Katja Vilkama ja Jukka Hirvonen (2018) varoittavat kuitenkin tekemästä yksioikoisia johtopäätöksiä yhden hyvinvointimittarin varassa. Alueellisen eriytymisen kehitystä tulee seurata sekä asuinalueiden että väestöryhmien eriytymisen näkökulmasta, jotta kaikki muutosten olennaiset piirteet tavoitetaan. Hyvinvoinnin ja etenkin hyvinvointierojen tarkastelemisessa tärkeää onkin ottaa huomioon muun muassa merkittävät väestöryhmien kanssa tapahtuneet muutokset.

Sitkeät terveys- ja hyvinvointierot

Väestön hyvinvointi- ja terveyserot ovat suuri haaste kestävästä kehitystä painotavalle yhteiskunnalle. Ne ovat myös merkittävä eettinen ja poliittinen kysymys, jota Yhdistyneet kansakunnatkin korostaa nostaessaan terveyden ja hyvinvoinnin tasa-arvon edistämisen kestävästä kehityksen tavoitteiden (*Sustainable Development Goals, SDG*) joukkoon. SDG 1¹ linjaa köyhyyden poistamisesta, SDG 3 terveellisestä ja elämästä, SDG 5 sukupuolten tasa-arvosta ja SDG 10 eriarvoisuuden vähentämisestä. (Yhdistyneet kansakunnat 2018.)

Sosiaaliluokkien väliset terveyserot ovat osoittautuneet hyvin sitkeiksi ja sosiaalisen rakenteen ja terveyden ongelma on maailmanlaajuinen (Lahelma & Rahkonen 2017). Muun muassa Maailman terveysjärjestön WHO:n asettama komissio (CSDH 2008) päätyi johtopäätökseen, että eriarvoisuuden vähentämisessä olisi puututtava terveyden ja hyvinvoinnin eriarvoisuuden taustalla oleviin rakenteellisiin syihin, kuten köyhyyteen, työ- ja muihin elinoloihin, koulutukseen, työllisyyteen, asumiseen ja palveluihin sekä epäterveellisiin elintapoihin. Myös Ruotsin *Kommission för Jämlik Hälsa* korostaa tuoreessa terveyserojen kaventamista käsittelevässä loppuraportissaan syiden syihin eli niin sanottuihin juurisyyihin puuttumista: tavoitteena tulisi olla ihmisten elinolojen ja elämisen mahdollisuuksien parantaminen (Lundberg ym. 2017). Nyky-yhteiskuntaa leimaa vahvasti terveyden ja hyvinvoinnin eriarvoisuus, ja hiljattain julkaistussa eurooppalaisessa terveyseroja vertailevassa tutkimuksessa todettiin, että sitkeät terveyserot saattavat jopa olla modernin hyvinvointivaltion sivutuote (Mackenbach 2016). Jos näin on, terveyserojen kaventaminen edellyttäisi monia varsin jyrkkiä toimia. Terveyserojen kaventaminen on vaikeaa muun muassa siksi, että yhteiskunnallinen muutos on niin nopeaa. Tämän vuoksi esimerkiksi terveyttä tai terveellistä elämäntapaa

1 SDG 1: Poistaa köyhyys sen kaikissa muodoissa. SDG 3: Taata terveellinen elämä ja hyvinvointi kaiken ikäisille. SDG 5: Saavuttaa sukupuolten välinen tasa-arvo sekä vahvistaa naisten ja tyttöjen oikeuksia ja mahdollisuuksia. SDG 10: Vähentää eriarvoisuutta maiden sisällä ja niiden välillä.

johdonmukaisesti määrittävien tekijöiden osoittaminen yksiselitteisesti käy entistä vaikeammaksi. Silvia Stringini työtovereineen (2017) osoittikin poikkeuksellisen laajaan väestöseuranta-aineistoon perustuneen tutkimuksen pohjalta, että matala sosiaaliluokka vertautuu terveysriskinä epäterveellisiin elintapoihin. Tutkimus osoitti, että matala sosiaalinen asema lyhentää elinajanodotetta 2,1 vuodella. Tätä suurempia terveysriskejä olivat vain tupakointi (4,8 vuoden menetys) ja ylipaino (3,9 vuoden menetys).

Sosioekonomiset terveyserot on Suomessa huomioitu voimakkaasti poliittisissa ohjelmissa ja päätöksenteossa viime vuosikymmeninä, mutta erilaisista kaventamisohjelmista huolimatta ne eivät näytä kaventuvan. Tuoreimmat tiedot antavat kuitenkin viitteitä siitä, että terveyserojen kasvu olisi pysähtynyt, ainakin kun tarkastellaan tuloryhmien välisiä eroja kuolleisuudessa (Tarkiainen ym. 2017). Useilla mittareilla mitattuna hyvinvoinnin ja terveyden väestöryhmien väliset erot ovat Suomessa kuitenkin edelleen selviä. Sosioekonomisten erojen rinnalla havaitaan kasvavassa määrin sukupuolen, asuinalueen, etnisen taustan ja vaikkapa asumismuodon mukaisia hyvinvointieroja. Hyvinvointiin ja terveyteen liittyvien ilmiöiden vaihtelu etnisen taustan mukaisesti on erityisesti 2010-luvulle tultaessa maahanmuuton yleistyttyä yhä tärkeämpi yhteiskuntapoliittinen teema (ks. Castaneda luku 9 tässä teoksessa).

Hyvinvoinnin vajeet voivat kasautua elämänkulussa tai tiettyihin väestöryhmiin (esim. Kainulainen 2006; Karvonen & Kestilä 2014; Ilmakunnas ym. 2017; Berg 2017), mikä puolestaan johtaa eriarvoisuuden ja yhteiskunnallisen jakautumisen syvenemiseen. Useissa tutkimuksissa on myös havaittu ylisukupolvista huono-osaisuutta (esim. Paananen ym. 2012; Kauppinen ym. 2014; Ristikari ym. 2016) eli vanhempien hyvinvoinnin ongelmien siirtymistä tai jatkumista heidän lapsilleen. Perheiden ja yksilöiden tasolla huono-osaisuuden ylisukupolvinen ketju muodostuu erilaisten tekijöiden – geneettisten, biologisten, psykososiaalisten ja sosioekonomisten – yhteisvaikutuksesta. Se on kasvava sosiaalinen ongelma, johon puuttumisen kannalta tärkeitä ovat monet yhteiskunnalliset tekijät, mahdollisuuksien tasa-arvo sekä tuki elämänkaaren varhaisissa vaiheissa.

Yhteiskuntapolitiikan kannalta tärkeimpiä ovat sellaiset hyvinvoinnin ja terveyden erot, joiden syihin voidaan vaikuttaa joko muokkaamalla käyttäytymisen edellytyksiä, olosuhteita tai eroihin johtavia mekanismeja. Kaikki ihmisten tai väestöryhmien välillä havaitut erot eivät ole siten eriarvoisuutta, vaan eroissa voi olla kyse ilmiöistä, kuten terveydessä geneettinen perimä, joihin ei voida juuri vaikuttaa. Eriarvoisuuden sosiaalisia vaikutuksia voidaan jakaa kahteen ryhmään. Ensinnäkin eriarvoisuus voi johtaa voimavarojen hukkaamiseen tai mahdollisuuksien vajaakäyttöön. Resurssien hukkaamisesta on kyse silloin, kun jonkin väestöryhmä ei kykene hyödyntämään kykyjään täysimääräisesti yhteiskunnassa. Esimerkiksi tiettyjen ulkomaalaistaustaisten ryhmien heikko työllistymisaste merkitsee heidän työmarkkinapotentiaalinsa laiminlyömistä. Tällöin kyse on eriarvoisuuden välineellisistä seurauksista.

Toinen eriarvoisuuden vaikutus liittyy siihen, millaisia seurauksia sillä on yhteiskunnalle. Göran Therborn (2014) kuvaa koruttomasti eriarvoisuutta tap-pavaksi mekanismiksi, joka perustuu siihen, että hyväosaiset sulkevat huono-osaisempia ulos (esimerkiksi päätöksenteosta), muodostuu hierarkioita, elämis-maailmat etäännyvät toisistaan ja esiintyy jopa riistoa. Nämä kaikki prosessit rapauttavat yhteiskuntaa muun muassa heikentäen sen legitimitettä, yhteisyyttä ja osallisuutta. Richard Wilkinson ja Kate Pickett (2018) ovat puolestaan eritelleet yhteiskunnallisen eriarvoisuuden yksilöllisiä vaikutuksia. He kuvaavat eriarvoi-suuden kokemusten johtavan sosiaaliseen ahdistuneisuuteen, joka ilmenee joilla-kin yhteisöstä vetäytymisenä, toisilla taas huonommuuden tunteena, joka sisäistyy niin, että se koetaan henkilökohtaiseksi ongelmaksi. Aiemmin samat tutkijat (Wil-kinson & Pickett 2009) ovat viitanneet sosiaaliseen vertailuun mekanismina, joka on haitallista yhtä lailla yksilöille itselleen kuin koko yhteiskunnalle.

Sosioekonominen eriarvoisuus on Wilkinsonin ja Pickettin (2018) mukaan erityisen merkittävä ilmiö siksikin, että se vahvistaa ajatusta, että jotkut ihmiset ovat arvokkaampia kuin toiset. Yhteiskunnissa, joissa eriarvoisuus on laajaa, ih-miset arvioivat toisiaan enemmän statuksen perusteella ja ovat huolestuneempia siitä, mitä muut ajattelevat itsestä. Richard Layten ja Christopher T. Whelanin (2014) kansainvälisessä vertailussa havaittiin, että vähäisen eriarvoisuuden maissa omasta statuksesta oltiin vähemmän ahdistuneita kuin hyvin eriarvoisissa maissa riippumatta omasta, tulotason mukaan määritellystä statuksesta. Toisin sanoen sekä rikkaat että köyhät olivat huolissaan omasta statuksestaan. Lisäksi suhteelli-nen köyhyys aiheuttaa Robert Walkerin ja työtovereiden (2013) mukaan häpeää, itseinhoa ja epäonnistumisen tunnetta kaikkialla maailmassa. Pickett ja Wilkinson (2018) korostavat lisäksi eriarvoisuudella olevan (epä)ekologinen ulottuvuutensa, sillä se johtaa kulutuskeskeiseen elämäntyyliin.

Palvelu- ja etuusjärjestelmä sekä hallintorakenteet muutoksessa

Edellä kuvatut sitkeät hyvinvointi- ja terveyserot, väestön ikääntyminen ja julkisen sektorin kustannusten kasvu ovat luoneet tarpeita uudistaa järjestelmää. Myös jo näköpiirissä olevat työelämän muutokset, kuten entistä lyhyemmät ja päällekkäi-set työsuhteet sekä yhä liikkuvampi väestö, joka haastaa nykyisen kaltaisen sosiaa-liturvan, synnyttävät uudistuspainetta. Sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palvelujen uudistusta on eri hallituskausina valmisteltu jo yli kymmenen vuoden ajan. Lisäksi laajamittainen sosiaaliturvauudistus (niin kutsuttu sotu-uudistus) lie-nee seuraavan hallituksen listalla ja sen malleiksi onkin ehdotettu jo erilaisia rat-kaisuja. Palvelu- ja etuusjärjestelmillä onkin suuri merkitys väestön terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitäjänä. Niillä on tärkeä rooli myös väestöryhmien välisten hyvin-vointierojen kaventamisessa, vaikka väestöryhmien välisiä eroja terveydessä ja hy-vinvoinnissa selittävät monet muutkin mekanismit (esim. Karvonen & Sihto 2017).

Juha Sipilän hallituksen yksi päätavoitteista on ollut uudistaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja ja niiden hallinnollisia rakenteita. Maakunta- ja sosiaali- ja terveydenhuollon -uudistus (jatkossa sote-uudistus) tähtää julkisen hallinnon ja sote-palvelujen uudistamiseen ollen samalla yksi merkittävimmistä ja suurimmista reformeista vuosikymmeniin. Sen tavoitteena on siirtää julkisten sote-palvelujen vastuu kunnilta 18 perustettavalle maakunnalle. Uudistuksessa yhtenä päätavoitteena on vahvistaa yhdenvertaisuutta palvelujärjestelmässä sekä turvata ihmis- ja perusoikeudet (Nykänen ym. 2017). Uudistuksella pyritään kaventamaan väestössä esiintyviä hyvinvointi- ja terveyseroja, hillitsemään kustannusten kasvua sekä integroimaan sosiaali- ja terveystalouden palveluja yhteen yhä tarkoituksenmukaisemmin. Palvelujen laadun ja saatavuuden kysymykset ovat yhdenvertaisuuden näkökulmasta olennaisia. Sosiaali- ja terveydenhuollon oikeudenmukaisuustavoitteet on määritelty perustuslaissa, erityislainsäädännössä sekä sosiaali- ja terveystaloudellisissa asiakirjoissa. Kaikille on tarjottava yhtäläiset, laadukkaat ja riittävät palvelut riippumatta sosioekonomisesta asemasta, taloudellisista edellytyksistä, asuinalueesta tai muista palvelujen käyttöä rajoittavista tekijöistä. Lisäksi on kavennettava väestöryhmien välisiä terveyseroja. Kyse on perus- ja ihmisoikeuksista, kuten oikeudesta toimeentuloon ja huolenpitoon sekä sosiaali- ja terveystaloudellisiin (mt.) Suomessa on kuitenkin havaittu selviä väestöryhmittäisiä eroja palvelujen käytössä. Esimerkiksi avoterveydenhuollon palvelujen käytössä on eroja eri väestöryhmien välillä, eivätkä erot selity erilaisella palvelujen tarpeella (ks. Manderbacka ym. luku 12 tässä teoksessa).

Tulevan hallituksen agendalla on todennäköisesti myös sosiaaliturvajärjestelmän uudistaminen. Uudistus halutaan tehdä tukijärjestelmän selkeyttämiseksi ja työnteon kannustavuuden lisäämiseksi. Työllisten vähäinen määrä ja samanaikainen väestön ikääntyminen ovat uhka Suomen talouden kantokyvylle. Lisäksi palvelujen ja etuuksien paremmalle yhteensovittamiselle on tarvetta. Nykyinen perusturva ei kaikilta osiltaan ole tarkoituksenmukainen, ja toisaalta teknologisen kehityksen ajatellaan tarjoavan uusia mahdollisuuksia rakentaa entistä tehokkaampi, ajantasaisempi ja sujuvampi sosiaaliturvajärjestelmä. Tärkeimpinä ongelmina nähdään muun muassa järjestelmän monimutkaisuus ja byrokraattisuus, perusturvan matala taso sekä järjestelmän heikko kyky vastata nopeasti muuttuviin elämäntilanteisiin. Uudistustarvetta ruokkii myös työelämän muutos, sillä työn tekemisen monimuotoistumisen oletetaan lisääntyvän merkittävästi.

Hyvinvoinnin mittaaminen kehittyä

Tarkoituksenmukaisen yhteiskunnallisen päätöksenteon pohjaksi tarvitaan monipuolista ja laadukasta seuranta- ja väestön elinoloista, hyvinvoinnista ja terveydestä, niiden jakautumisesta sekä kehityksestä. Se puolestaan vaatii ajantasaisia ja luotettavia tietolähteitä sekä kehittyneitä menetelmiä. Hyvinvoinnin yhä monipuoli-

sempi ymmärtäminen ja mittaaminen sekä sosiaalisen raportoinnin kehittyminen ovat niin ikään avainasemassa. Haasteita väestön hyvinvoinnin seurannalle ja raportoinnille tuovat monet globaalit muutostrendit, joista osa voi olla vaikeastikin ennakoitavia.

Kuten edellä todettiin, yksi Suomalaisten hyvinvointi -teossarjan lähtökohdista liittyy sosiaalisen raportoinnin perinteeseen. Sosiaalinen raportointi puolestaan nojaa vahvasti niin sanottuun sosiaali-indikaattoriliikkeeseen, jonka alkujuuret ovat 1960-luvun sosiaalitieteissä, joskin jo 1950-luvulla aloitettiin YK:ssa työtä ”elintason” mittaamiseksi (Sauli & Simpura 2004). Aikalaiset kuitenkin paikan-tavat liikkeen alun 1960-luvun jälkipuoliskolle ja nimeävät sen alkupisteeksi yhdysvaltalaisen Raymond A. Bauerin toimittaman kirjan *Social Indicators* (1966), jossa sosiaali-indikaattorien katsottiin mahdollistavan sen määrittämisen, missä ”olemme ja mihin olemme menossa suhteessa arvioihimme ja päämääriimme” sekä ”erityisten ohjelmien ja niiden vaikutusten” arvioinnin [oma käänös] (Land & Michalos 2018).

Indikaattoreihin alettiin 1970-luvulla kaivata subjektiivista elementtiä, sillä varsin nopeasti havaittiin hallinnollis-tilastollisten aineistojen rajallisuus. Ratkaisuksi kehittyi elämänlaadun käsite ja siihen liittyvä mittaaminen johti useisiin sittemmin pysyviksi muodostuneisiin tutkimussarjoihin. Myös suomalainen sosiologi Erik Allardt oli avainasemassa kehitellessään hyvinvoinnin ulottuvuuksia koskevaa malliaan. Viimeistään elämänlaadun käsitteen monitahoisuus johti kuitenkin pyrkimyksiin rakentaa kokoomaindeksejä, joiden avulla voitaisiin yhdistää eri elämänalueita koskevia tunnuslukuja joko yhdeksi lukuarvoksi tai muutamaksi kokoavaksi indeksiksi. Haaveiltiin jopa sosiaalitalinpitojärjestelmästä kansantalouden tilinpidon tapaan. Innostus kuitenkin laantui yhdessä valtiollisen hyvinvointipolitiikan ihanteen hiipussa ja teoriapohjan puutteellisuuksien vuoksi. (Sauli & Simpura 2004.)

Kiinnostus indikaattoreita ja samalla sosiaalista raportointia kohtaan virisi 1990-luvulla uudestaan tavalla, jota on luonnehdittu ekspansioiksi (Land & Michalos 2018). Tämä indikaattorien ”uusi aalto” on tarkoittanut muun muassa alan tutkimuksen ammattimaistumista ja institutionalisoitumista sekä (subjektiivisen) elämänlaadun ja (objektiivisten) sosiaali-indikaattorien välisten empiiristen ja teoreettisten suhteiden entistä perinpohjaisempaa analyysia. Tähän on yhdistynyt myös myönteiseen hyvinvointiin kohdistunut tutkimus, etenkin onnellisuustutkimus. Näitä teemoja on peilattu myös suomalaisessa sosiaaliraportoinnissa, esimerkkinä *Suomalaisten hyvinvointi 2010* -teoksen päätteemana ollut elämänlaatu. Onnellisuustutkimuksen nousu on noteerattu myös suomenkielisesä tutkimuskirjallisuudessa (Saari 2012). Kansainväliset organisaatiot ovat olleet näkyvästi mukana niin raportoinnin kuin indikaattorien kehittämisessä. OECD aloitti *Society at a Glance* -raportoinnin (2001) vuosisadan alussa, ja tämän kehityskulun viimeisimpinä merkkipaaluina ovat *Better Life Initiative* [Paremmän elämän aloite] -kokonaisuuden tuotteet OECD-maiden elämänlaadusta ja aineel-

lisistä olosuhteista (*How's Life? Measuring Well-being* (OECD 2017)) sekä vuosittain päivittyvä käyttäjille avoin nettitietokanta, jossa voi vertailla paitsi omaa hyvinvointiaan myös painottaa hyvinvoinnin eri ulottuvuuksia haluamallaan tavalla (*Better Life Index* (OECD 2018a)). Arvostuksia ja hyvinvoinnin tunnuslukuja voi tarkastella myös maittain. Tätä kirjoitettaessa suomalaiset arvostavat hyvinvointinsa osa-alueista² eniten tyytyväisyyttä elämään, turvallisuutta ja ympäristöä, ja selvästi vähiten tulotaso (OECD 2018b).

Kenneth Land ja Alex C. Michalos linjaavat haasteita tulevaisuudelle, jolle seuraaville 50 vuodelle, niin lähiaikojen tutkimukselle ainakin. He korostavat, että indikaattoriliikkeen aikana myös ympäröivä yhteiskunta on muuttunut ratkaisevalla tavalla, ennen kaikkea globalisaation ja ilmastonmuutoksen seurauksena. Olennaisia muutoksia ovat muun muassa kansantulojakauman voimakas eriarvoistuminen, jonka seurauksena ylin desiili ansaitsee ja omistaa ratkaisevasti suuremman osan kansantulosta kuin edeltävinä vuosikymmeninä. Hyvinvoinnin eriarvoisuus olikin edellisen *Suomalaisten hyvinvointi -teoksen* (2014) näkökulmana hyvinvointiin ja tätä teemaa jatkaa siis myös käsillä oleva teos.

Toinenkin muutos on globaali ja liittyy työvoiman liikkuvuuden lisääntymiseen maailmanlaajuisesti. Tässä tarkoitetaan siis niin sanottua laillista, työperäistä maahanmuuttoa, joka Suomessakin kattaa valtaosan maahanmuutosta. Kolmas haaste sosiaaliraportoinnille liittyy – ehkä yllättäen – negatiivisten hyvinvointi-indikaattorien kehitykseen. Yllättäen sikäli, että etenkin pohjoismaista hyvinvointitutkimusta kritisoidaan liiankin kielteiseksi ja keskittymisestä huono-osaisuuteen. Land ja Michalos (2018) kuitenkin viittaavat äärimmäiseen huono-osaisuuteen, jota perinteisin (kvantitatiivisin) tutkimusmenetelmin on ollut hankala tavoittaa, kuten esimerkiksi kärsimyksen näkyväksi tekeminen. Vaikka haaste liittyy ennen kaikkea maailmanlaajuisen oikeudenmukaisuuteen ja sitä kautta kansainvälisiin vertailuihin, äärimmäisen huono-osaisuuden ilmiökentän tavoittaminen on tärkeä kysymys myös kansallisissa tietojärjestelmissä. Muun muassa kyselyihin vastanneet ovat sosiaalisesti entistä valikoituneempia, joten huono-osaisimpien subjektiivisia kokemuksia tavoitetaan yhä heikommin.

Kansainvälisen näkökulman eriarvoisuuteen tarjoaa tuore Euroopan elin- ja työolojen kehittämissäätö Eurofoundin raportti koetusta hyvinvoinnista ja sosiaalisesta kiinteydestä Euroopan unionin maissa (Eurofound 2018). Sen mukaan pohjoismaille tyypillistä on vähäinen koettu syrjäytyminen ja suuri luottamus kanssaihmiisi. Suomessa myös taloudelliset jännitteet (”rikkaiden ja köyhien välillä” sekä ”työläisten ja johtajien välillä”) ovat vähäisemmät kuin useimmissa Euroopan maista. Sen sijaan etnisten tai rodullisten jännitteiden suhteen suomalaiset ovat Euroopan keskitasoa. Luottamus on suorastaan suomalainen erityispiirre, sillä vain tanskalaiset luottavat toisiin ihmisiin yhtä paljon. Kansalaisjärjestöosal-

2 Osa-alueita on yksitoista: asuminen, tulot, työ, yhteisö, koulutus, ympäristö, kansalaistoiminta, terveys, tyytyväisyys elämään, turvallisuus sekä työn ja perheen yhteensovittaminen.

lisuudessa suomalaiset ovat hieman keskimääräistä osallistuvampia. Poliittisessa osallistumisessa sen sijaan tunnusluku on toiseksi korkein, tosin ruotsalaiset ovat tässä omaa luokkaansa. Yhteisöllisyys on – ehkä yllättäen – suomalaisten kompastuskivi: asuinalueeseensa suomalaiset ovat kiintyneet vähemmän kuin minkään muun maan asukkaat. Lisäksi ystäviin ja naapureihin ollaan yhteydessä vain eurooppalaisen keskimäärän verran. Elämäänsä kokonaisuudessaan arvioidessaan suomalaiset ovat tanskalaisten jälkeen Euroopan tyytyväisin kansakunta ja niin sanottua eudaimonista onnellisuutta (”eletty elämä kokonaisuudessaan”) arvioidessaankin neljansiä Ruotsin, Tanskan ja Itävallan jälkeen. Tuloksia arvioitaessa on kuitenkin muistettava, että ne perustuvat otantaan, jossa kustakin maasta vastaajia on noin tuhat, ja edellä mainittu vastanneisuuden sosiaalinen vinoutuminen on mahdollista.

Suomalaisten hyvinvointi 2018

Suomalaisten hyvinvointi -teossarjaa on tuotettu vuodesta 2002 lähtien, ensin Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakesissa, sittemmin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa. Teosten tarkoituksena on ollut arvioida hyvinvointivaltion tilaa sekä sen kehitystä väestön hyvinvointivaltiota koskevien mielipiteiden, sosiaali- ja terveystalvelujen käytön sekä niihin liittyvien kokemusten kautta. Tarkoituksena on ollut antaa myös monipuolinen kokonaiskuva väestön hyvinvoinnista ja terveydestä sekä näiden väestöryhmittäisistä eroista. Nykytilan lisäksi teoksissa on pyritty tarkastelemaan ilmiöiden muutoksia ajassa sekä niihin vaikuttavia tekijöitä.

Suomalaisten hyvinvointi 2018 -teos on sarjassaan kuudes, mutta poikkeaa edeltäjistään kahdella tapaa. Ensinnäkin kirjasarjan aikaisemmat teokset ovat perustuneet hyvin suurelta osin *Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut* (HYPA) -väestökyselyyn, joita Stakes ja THL keräsivät vuosina 2004, 2006, 2009 ja 2013. Tiedonkeruu kuitenkin lakkautettiin vuonna 2015 ja sen sisältöä sulautettiin osaksi uutta FinSote-kyselyä. Tämän muutoksen myötä oli selvää, että *Suomalaisten hyvinvointi 2018* perustuisi useaan eri rekisteri- ja kyselytutkimusaineistoon. Tämä iso muutos aineistoissa kuitenkin vauhditti myös raportoinnin suunnittelua yhä käyttäjäystävällisemmäksi ja aineistoriippumattommammaksi, varsinkin, kun tiedossa oli yhä kasvava tarve tiiviiseen, ilmiölähtöiseen raportointiin. THL lanseerasikin vuonna 2016 *Suomen sosiaalinen tila* -raporttisarjan, jonka tavoitteena on ollut esitellä erityisesti päätöksenteon kannalta oleellisia, ajankohtaisia teemoja ja ilmiöitä, jotka liittyvät hyvinvointiin, elinoloihin, palveluihin ja eriarvoisuuteen. Kahden vuoden aikana näitä julkaisuja on ilmestynyt kahdeksan kappaletta ja ne muodostavat nyt päivitettyinä osan Suomalaisten hyvinvointi 2018 -teosta.

Teoksen tarkoitus ja sisältö on sen sijaan pysynyt melko ennallaan, erityisesti siitä näkökulmasta, että siinä pyritään käsittelemään laajasti hyvinvoinnin eri osaluueita, eri ikäryhmien hyvinvointia ja siihen vaikuttavia tekijöitä sekä arvioimaan

monipuolisesti hyvinvointipolitiikkaa. Uusina näkökulmina mukana ovat muun muassa ulkomaalaistaustaisten ja toimintarajoitteisten väestöryhmien hyvinvointi ja palvelujen käyttö. Ensimmäistä kertaa kirjasarjan historiassa teokseen on tuotu sen eri osioiden yhteyteen luku, niin sanottu indikaattorikatsaus, joka esittelee tilastojen valossa elinolojen, hyvinvoinnin ja palvelujen tilaa. (luvut 1, 2, 5 ja 11).

Suomalaisten hyvinvointi 2018 koostuu 20 luvusta, jotka jakautuvat neljään pääluokkaan: elinolot, hyvinvointi ja hyvinvointierot, palvelut ja hyvinvointipolitiikka. Ensimmäisen ja toisen pääluvun tarkoituksena on tuoda esiin, millainen on suomalaisten elinolojen ja hyvinvoinnin tila ja toisaalta, millaista eriarvoisuutta niissä voidaan havaita uusimpien aineistojen valossa. Teoksen kolmannessa osassa pureudutaan puolestaan käsittelemään suomalaisten palvelujen tilaa siitä näkökulmasta, millaisia kokemuksia väestöllä niistä on ja miten sekä saatavuus että kokemukset vaihtelevat väestöryhmittäin. Palvelujärjestelmällä on tärkeä rooli terveys- ja hyvinvointierojen kannalta, joten palveluja tarkastellaan erityisesti yhdenvertaisuuden näkökulmasta. Teoksen neljäs osa esittelee hyvinvointipolitiikkaa, jolla vaikutetaan sekä palvelujärjestelmän että hyvinvoinnin ja sen eriarvoisuuden kehittymiseen. Teoksen päättää Yhteenveto-luku, jossa arvioidaan edellisen hallituskauden politiikkaa, pohditaan hyvinvoinnin ja hyvinvointipolitiikan nykytilaa ja arvioidaan sen tulevia haasteita.

Ensimmäisessä pääluvussa käsitellään **väestön elinoloja** eli asumista, toimeentuloa ja työtä. Pääluvun alussa luodaan yleiskatsaus Suomen väestörakenteeseen ja sen tärkeimpiin kehityssuuntiin (luku 1). Lisäksi luodaan yleiskuva väestön elinolojen ja sairastavuuden tilasta sekä niiden kehityksestä indikaattoreiden valossa (luku 2). Pääluvun kolmas luku käsittelee asumista, asuinoloja sekä erityisesti niiden alueellista jakautumista ja neljännessä luvussa esitellään köyhyyden tilaa Suomessa eri mittarein mitattuna sekä arvioidaan perusturvan riittävyttä.

Teoksen toinen pääluku esittelee **hyvinvointia ja hyvinvointieroja** eri tavoin. Sen tarkoituksena on tuoda esiin erityisesti sitä, miten elinolot näkyvät väestön hyvinvoinnissa ja sen eroissa. Pääluvun aloittaa indikaattorikatsaus (luku 5), jossa esitellään hyvinvointia väestössä erityisesti koetun hyvinvoinnin näkökulmasta. Sen jälkeen keskitytään terveyteen ja sen tuloryhmittäiseen vaihteluun (luku 6). Luvussa käsitellään terveyden tuloryhmittäistä vaihtelua usean eri indikaattorin valossa. Seitsemännessä luvussa esitellään nuorten risteäviä hyvinvointieroja sukupuolen, vanhempien koulutuksen sekä nuoren omien koulutusvalintojen mukaisesti ja luvussa kahdeksan työikäisten hyvinvointiin liittyen työttömien ja työllisten heikentyneen työkyvyn eroja ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Etnisyyden ja syntyperän mukaisia hyvinvointieroja Suomessa esitellään monipuolisesti kirjan luvussa yhdeksän, jossa paitsi kootaan yhteen tiedossa olevia eroja, myös hahmotetaan näiden taustalla olevia mekanismeja. Hyvinvointi ja hyvinvointierot -pääluvun päättää alueellisia hyvinvointieroja, tässä maakuntien välisiä koetun hyvinvoinnin eroja, tarkasteleva luku kymmenen.

Teoksen kolmas pääluke keskittyy **palveluihin**, tarkemmin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Eri luvuissa tarkastellaan muun muassa palvelujen käyttöä, palveluihin liittyviä asenteita ja kokemuksia sekä niihin liittyvää eriarvoisuutta. Pääluvun aloittava indikaattorikatsaus esittelee kiteytetysti suomalaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä tilastojen valossa (luku 11). Luvussa 12 esitellään somaattisten terveyspalvelujen käytön eriarvoisuutta erityisesti tuloryhmittäisten erojen näkökulmasta ja luvussa 13 uuden FinSote 2017–2018 -aineiston valossa sosiaalipalvelujen saatavuutta ja niihin liittyviä asiakaskokemuksia. Luvussa 14 keskitytään nuorten koettuun palvelujen saatavuuteen ja luvussa 15 toimintarajoitteisten ihmisten kokemuksiin terveyspalveluista. Luku 16 käsittelee ikääntyneiden palvelujen saatavuutta ja käyttöä tuloryhmittäisten erojen näkökulmasta. Kolmannen pääluvun päättää luku 17, joka esittelee sähköisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tarjontaa, palvelujen käyttöä ja niiden koettuja esteitä.

Teoksen neljäs pääluke keskittyy **hyvinvointipolitiikkaan**. Osion aloittaa luku 18, jossa esitellään sosiaali- ja terveydenhuollon kannatusperustaa väestössä. Luvussa 19 puolestaan tehdään katsaus sosiaali- ja terveysmenojen rakenteeseen ja kehitykseen 2000-luvulla ja luku 20 valottaa iäkkäiden kotona asumisen maksujen alueellista vaihtelua.

Teoksen luvut käsittelevät väestön elinoloja, hyvinvointia ja hyvinvointieroja ja palveluihin liittyviä kysymyksiä siis hyvin laajasti, ottaen huomioon hyvinvoinnin eri ulottuvuuksia ja eri ikäryhmiä. Joitakin tärkeitä teemoja kuitenkin puuttuu. Esimerkiksi lapsiperheiden tilannetta ei tässä teoksessa juuri käsitellä, johtuen osin siitä, että samoihin aikoihin julkaistaan lapsiperheiden toimentuloon liittyvä kokonainen teos.

Suomalaisten hyvinvointi 2018 -teoksen tekemiseen on osallistunut suuri ja asiantunteva joukko pääasiassa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijoita, joille toimittajat haluavat osoittaa lämpimän kiitoksen. Erityisen kiitoksen toimitukselliseen työhön ja teoksen suunnitteluun osallistumisesta ansaitsee tutkija Katri Hannikainen sekä kirjan suunnitteluun osallistumisesta erikoistutkija Katja Ilmarinen Sosiaalipolitiikan tutkimusyksiköstä.

Lähteet

- Bauer, Raymond A. (toim.) (1966): Social Indicators. Cambridge: M.I.T. Press.
- Berg, Noora (2017): Accumulation of disadvantage from adolescence to midlife: A 26-year follow-up study of 16-year old adolescents. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- CSDH (2008): Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health – final report. Geneva: World Health Organization.
- Eurofound (2018): Social cohesion and well-being in Europe. Luxembourg: Publications Office of the European Union. https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef18035en.pdf
- Hemerijck, Anton (toim.) (2017): The uses of social investment. Oxford: Oxford University Press.

- Higgs, Paul & Gilleard, Chris (2015): Rethinking old age. Theorising the fourth age. London: Palgrave Macmillan.
- Ilmakunnas, Ilari & Kauppinen, Timo M. & Kestilä, Laura (2017): Sosioekonomisten syrjäytymisriskien kasautuminen vuonna 1977 syntyneillä nuorilla aikuisilla. *Yhteiskuntapolitiikka* 80(3), 247–262.
- Kainulainen, Sakari (2006): Huono-osaisuuden kasautuminen ja pitkittyminen Suomessa 1970–2000. *Yhteiskuntapolitiikka* 71(4), 373–386.
- Karvonen, Sakari & Kauppinen, Timo (2009): Kuinka Suomi jakautuu 2000-luvulla? Hyvinvoinnin muuttuvat alue-erot. *Yhteiskuntapolitiikka* 74(5), 467–486.
- Karvonen, Sakari & Sihto, Marita (2017): Terveiden edistäminen ja eriarvoisuus. Teoksessa: Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Tomi Mäki-Opas: Terveys sosiologian linjoja. Helsinki: Gaudeamus, 57–75.
- Karvonen, Sakari & Kauppinen, Timo (2014): Hyvinvoinnin puutteet asuinpaikan maaseutumaisuuden mukaan. Teoksessa: Marja Vaarama & Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Pasi Moisio & Anu Muuri (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 80–97.
- Karvonen, Sakari & Kestilä, Laura (2014): Nuorten aikuisten syrjäytymisvaaraan liittyvä huono-osaisuus. Teoksessa: Marja Vaarama & Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Pasi Moisio & Anu Muuri (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 160–178.
- Kattilakoski, Mari & Rantamäki, Niina (2016): Maaseudun paikalliset hyvinvointijärjestelmät kansallisen hyvinvointipolitiikan kontekstissa. Teoksessa: Ilkka Luoto & Mari Kattilakoski & Peter Backa (toim.): Näkökulmana paikkaperustainen yhteiskunta. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu, alueiden kehittäminen 25/2016. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö, 129–144.
- Kauppinen, Timo M. & Angelin, Anna & Lorentzen, Thomas & Bäckman, Olof & Salonen, Timo & Moisio, Pasi & Dahl, Espen (2014): Social background and life-course risks as determinants of social assistance receipt among young adults in Sweden, Norway and Finland. *Journal of European Social Policy* 24(3), 273–288.
- Kilpeläinen, Arja & Rasi, Päivi (2016): Paikallisuuden paradokseja digiajassa: Ikääntyneiden digitaaliset kompetenssit toimijuuden modaliteettien valossa. Teoksessa: Ilkka Luoto & Mari Kattilakoski & Peter Backa (toim.): Näkökulmana paikkaperustainen yhteiskunta. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu, alueiden kehittäminen 25/2016. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö, 129–144.
- Laakso, Seppo & Loikkanen, Heikki A. (2018): Kaupungistuminen – viimeaikainen ilmiö vai pitkään jatkunut kehityskulku? *Kvartti* 1/2018 <https://www.kvartti.fi/artikkelit/kaupungistuminen-viimeaikainen-ilmio-vai-pitkaan-jatkunut-kehityskulku>
- Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi (2017): Sosiaalinen rakenne ja terveys. Teoksessa: Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Tomi Mäki-Opas: Terveys sosiologian linjoja. Helsinki: Gaudeamus, 19–39.
- Land, Kenneth C. & Michalos, Alex C. (2018): Fifty years after the social indicators movement: Has the promise been fulfilled? *Social Indicators Research* 135, 835–868.
- Layte, Richard & Whelan, Christopher T. (2014): Who feels inferior? A test of the status anxiety hypothesis of social inequalities in health. *European Sociological Review* 30(4), 525–535. <https://doi.org/10.1093/esr/jcu057>
- Lundberg, Olle (2017): The next step towards more equity in health in Sweden – How can we close the gap in a generation? *Tukholma: Kommissionen för Jämlik Hälsa*.
- Luoto, Ilkka & Kattilakoski, Mari & Backa, Peter (toim.) (2016): Näkökulmana paikkaperustainen yhteiskunta. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisu. Alueiden kehittäminen 25/2016. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75129/TEMjul_25_2016_nettil.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Mackenbach, Johan P. (2016): The persistence of health inequalities in modern welfare states. The explanation of a paradox. Teoksessa Johan P. Mackenbach (toim.): Health inequalities in Europe. New insights from comparative studies. Rotterdam: Erasmus MC, 179–192.
- Nykänen, Eeva & Kalliomaa-Puha, Laura & Mattila, Laura (2017): Sosiaaliset oikeudet – näkökulmia perustaan ja toteutukseen. Teema 26. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

- OECD (2017): *How's Life 2017. Measuring well-being*. Paris: OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/how_life-2017-en.
- OECD (2018a): *OECD Better Life Index*. <http://www.oecdbetterlifeindex.org/#/111111111111>
- OECD (2018b): *OECD Better Life Index. Finland*. <http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/finland/>. Luettu 16.11.2018
- Parikka, Suvi & Martelin, Tuija & Koskela, Timo & Härkänen, Tommi & Kilpeläinen, Katri & Tarkiainen, Lasse & Koskinen, Seppo (2017): *Tuloryhmien väliset kuolleisuuserot maakunnissa 1996–2014. Tutkimuksesta tiiviisti 5/2017*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Paananen, Reija & Ristikari, Tiina & Merikukka, Marko & Rämö, Antti & Gissler, Mika (2012). *Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallinen syntymäkohortti 1987 -tutkimusaineiston valossa. Raportti 52/2012*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Ristikari, Tiina & Törmäkangas, Liisa & Lappi, Aino & Haapakorva, Pasi & Kiilakoski, Tomi & Merikukka, Marko & Hautakoski, Ari & Pekkarinen, Elina & Gissler, Mika (2016). *Suomi nuorten kasvuympäristönä. 25 vuoden seuranta vuonna 1987 Suomessa syntyneistä nuorista aikuisista. Raportti 9/2016*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos/Nuorisotutkimusseura ry.
- Saari, Juhon (2012): *Onnellisuuspolitiikka. Kohti sosiaalisesti kestävää Suomea*. Helsinki: Kalevi Sorsa -säätiö 1/2012. http://www.sorsafoundation.fi/wp-content/uploads/sites/807/2012/07/2012-1-Saari-Onnellisuuspolitiikka_web.pdf
- Saikkonen, Paula & Hannikainen, Katri & Kauppinen, Timo & Rasinkangas, Jarkko & Vaalavuori, Maria (2018): *Sosiaalinen kestävyys: Asuminen, segregaatio ja tuloerot kolmella kaupunkiseudulla. Raportti 2/2018*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sauli, Hannele & Simpura, Jussi (2004): *Auttaako indikaattoriaalto tietotulvassa? Hyvinvointikatsaus 1/2004, 2–5*.
- Stringhini, Silvia & Carmeli, Christian & Jokela, Markus & Avendano, Mauricio & Muennig, Peter & Guida, Florence & Ricceri, Fulvio ym. (2017): *Socioeconomic status and the 25 X 25 risk factors as determinants of premature mortality: A multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. Lancet 389, 1229–1237. doi:S0140-6736(16)32380-7 [pii]*.
- Suomen virallinen tilasto (SVT)(2018a): *Väestöennuste [verkkojulkaisu]*. ISSN=1798–5137. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 18.9.2018]. Saantitapa: <http://www.stat.fi/til/vaenn/index.html>
- Suomen virallinen tilasto (SVT)(2018b): *Väestörakenne [verkkojulkaisu]*. ISSN=1797–5379. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 10.10.2018]. Saantitapa: <http://www.stat.fi/til/vaerak/index.html>
- Tarkiainen, Lasse & Martikainen, Pekka & Peltonen, Riina & Remes, Hanna (2017): *Sosiaaliryhmien elinajanodote-erojen kasvu on pääosin pysähtynyt. Suomen Lääkärilehti 72(9):588–593*.
- Therborn, Göran (2014): *Eriarvoisuus tappaa*. Tampere: Vastapaino.
- Topo, Päivi (2017): *Terveyden edistäminen ja eriarvoisuus. Teoksessa: Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Tomi Mäki-Opas: Terveystieteiden sosiologian linjoja*. Helsinki: Gaudeamus, 95–106.
- Vaarama, Marja (2017): *Kestävä hyvinvointi ja sen edistäminen. Esitys Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnassa 21.4.2017*.
- Vilkama, Katja & Hirvonen, Jukka (2018): *Helsingin alueellinen eriytyminen: kaksi lähestymistapaa segregaatian seurantaan. Kvartti 1/2018. <https://www.kvartti.fi/fi/artikkelit/helsingin-alueellinen-eriytyminen-kaksi-lahestymistapaa-segregaatian-seurantaan>*
- Walker, Robert & Bantebya, Kyomuhendo G & Chase, Elaine & Choudhry, Sohail ym. (2013): *Poverty in global perspective: Is shame a common denominator? Journal of Social Policy Volume 42(2), 215-233 <https://doi.org/10.1017/S0047279412000979>*
- WHO (2016): https://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/hale/en/
- Wilkinson, Richard & Pickett, Kate (2009): *The spirit level: Why more equal societies almost always do better*. London: Penguin
- Wilkinson, Richard & Pickett, Kate (2018): *The inner level: how more equal societies reduce stress, restore sanity and improve everyone's wellbeing*. London: Allen Lane.
- Yhdistyneet kansakunnat (2018): *Agenda 2030 – kestävä kehityksen tavoitteet*. <https://www.yk.fi/sdg>. Luettu 12.12.2018.



ELINOLOT

INDIKAATTORIKATSAUS

1

Suomen väestörakenne ja sen kehitys

Väestörakenne ja väestömuutokset ovat yhteydessä hyvinvointiin ja hyvinvointipolitiikkaan monin tavoin. Esimerkiksi väestön ikärakenne ja huoltosuhde sekä väestön määrää säätelevät nettomuutto ja luonnollinen väestönkasvu muodostavat yhteiskunnallisen suunnittelun perustan sekä kansallisella että alueellisella tasolla. Lisäksi väestön elinkeino-, koulutus- ja perherakenne sekä kieli- ja etninen jakauma vaikuttavat monin tavoin esimerkiksi erilaisten palvelujen tarpeeseen. Suomessa keskeisiä ja ajankohtaisia väestörakenteeseen liittyviä kysymyksiä ovat väestön ikääntyminen ja huoltosuhteen heikkeneminen, syntyvyyden aleneminen, nettomaahanmuuton kasvu sekä maan sisäisen muuttoliikkeen suuntautuminen kasvukeskuksiin. Joitakin väestöä ja väestömuutoksia kuvaavia indikaattoreita käytetään melko yleisesti myös suoraan hyvinvoinnin mittareina. Tällaisia ovat esimerkiksi kuolleisuuden tasoa havainnollistava elinajanodote ja väestön koulutustaso.

Useissa länsimaissa on käyty demografinen murros siirryttäessä maatalousvaltaisesta yhteiskunnasta teolliseen ja urbaaniin yhteiskuntaan. Syntyvyys on laskenut ja kuolleisuus alentunut. Elinajanodote on kasvanut huomasti viimeksi kuluneiden vuosikymmenten aikana. Demografinen murros on johtanut kuitenkin huoltosuhteen heikkenemiseen: kun työikäisten määrä vähenee voimakkaasti, heidän huoltotaakkansa kasvaa entisestään. Väestön ikääntyessä ja huoltosuhteen muuttuessa järjestelmän rahoituksen vaikeudet tulevat ilmeisiksi. Eri ikäryhmien välisiä suhteita kuvataan väestöllisen huoltosuhteen avulla. Vaikka Suomessa väestöllisen huoltosuhteen heikkeneminen on ollut poikkeuksellisen nopeaa, se tulee seuraavina vuosikymmeninä asettumaan eurooppalaiselle keskitasolle. Taloudellinen huoltosuhde eli työllisten lukumäärän suhteuttaminen eläkeläisten ja

muiden ei-työllisten lukumäärään reagoi puolestaan enemmän taloudellisiin suhdannevaihteluihin kuin ikärakenteen muutoksiin. Väestörakenne ja huoltosuhde vaihtelevat eri alueilla ja siten myös hyvinvoinnin haasteet. Ikärakenteen ohella väestörakenne muuttuu kuitenkin myös muuten: muun muassa ulkomaalaistaustaisen väestön osuus väestöstä kasvaa.

Suomessa on oltu myös toisen suuren haasteen edessä, kun (erityisesti työikäinen) väestö ja työpaikat keskittyvät enenevässä määrin suuriin kasvukeskuksiin. Tällä muutoksella on merkittäviä vaikutuksia alueellisesti, ekologisesti, sosiaalisesti ja taloudellisesti. Muutoksen on tulkittu näkyvän muun muassa asuntomarkkinoiden jakautumisena kolmeen osaan: pääkaupunkiseudun kriisiytyneisiin, kaupunkiseutujen kehyskuntien hyvinvointiin ja maaseutualueiden taantuviin asuntomarkkinoihin. (Kytö & Kral-Leszczynska 2013.) Toisaalta työn perässä muuttaminen myös tasoittaa alueiden välisiä eroja esimerkiksi työllisyydessä. Maakuntatasolla työllisyysasteen erot ovatkin kaventuneet 2000-luvulla, joskin palkkatason erot puolestaan ovat kasvaneet (Fornaro 2018). Muuttoliike aiheuttaa myös palvelujen tarpeen ja kustannusten muutoksia alueilla. Palvelujen tarpeiden muutokset koskevat lukuisia yksityisiä ja julkisia palveluja ja liittyvät muun muassa päivähoitoon, koulutukseen ja ikääntyneiden palveluihin. Taloudellisten resurssien ja asumistoi-veiden mukaan eriytyneet muuttovirrat erilaisiin asuntoihin ja asuinympäristöihin muokkaavat myös hyvinvoinnin alueellisia eroja, kuten taloudellisen hyvinvoinnin tasoa kaupunkiseudun eri osissa (Laakso 2013). Muuttoliikkeen ja sen vaikutusten ennakointi on tärkeää, jotta eri politiikoilla voidaan turvata alueiden hyvinvointi.

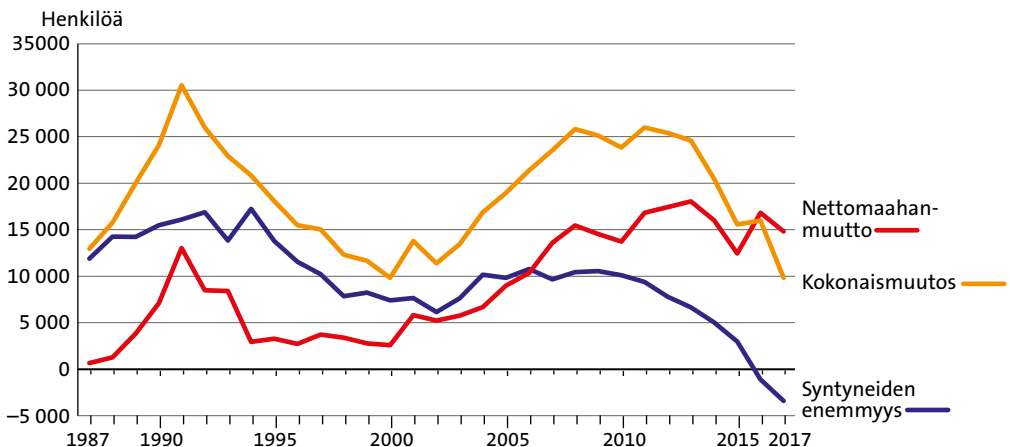
Väestörakenteessa tapahtuvat muutokset ovat hyvinvointipolitiikan keskeisiä kysymyksiä: esimerkiksi ikääntyvän ja ulkomaalaistaustaisen väestön kasvava määrä ja osuus aiheuttavat haasteita palvelujärjestelmälle samalla kun huoltosuhteen heikkeneminen luo paineita taloudelliselle kestävyydelle ja sukupolvien väliselle oikeudenmukaisuudelle. Toisaalta esimerkiksi eliniän kasvaessa myös työurat pitenevät. Sikäli esimerkiksi koulutuspolitiikalla on keskeinen rooli eri-ikäisten työntekijöiden työkyvyn ylläpitämisessä ja osaamisen kehittämisessä. Tieto väestörakenteen muutosten vaikutuksista ja kehityssuunnista antaa pohjaa kestäväälle hyvinvointipoliittiselle päätöksenteolle. Seuraavassa esitellään Suomen väestörakennetta ja sen kehityssuuntia sekä keskeisimpiä väestömuutoksia. Luvun aineisto on koottu ja laskettu pääosin Tilastokeskuksen tilastoaineistoista siten, että kustakin indikaattorista on käytetty aina (kirjoittamishetkellä) tuoreinta saatavilla olevaa tietoa.

Väestörakenne

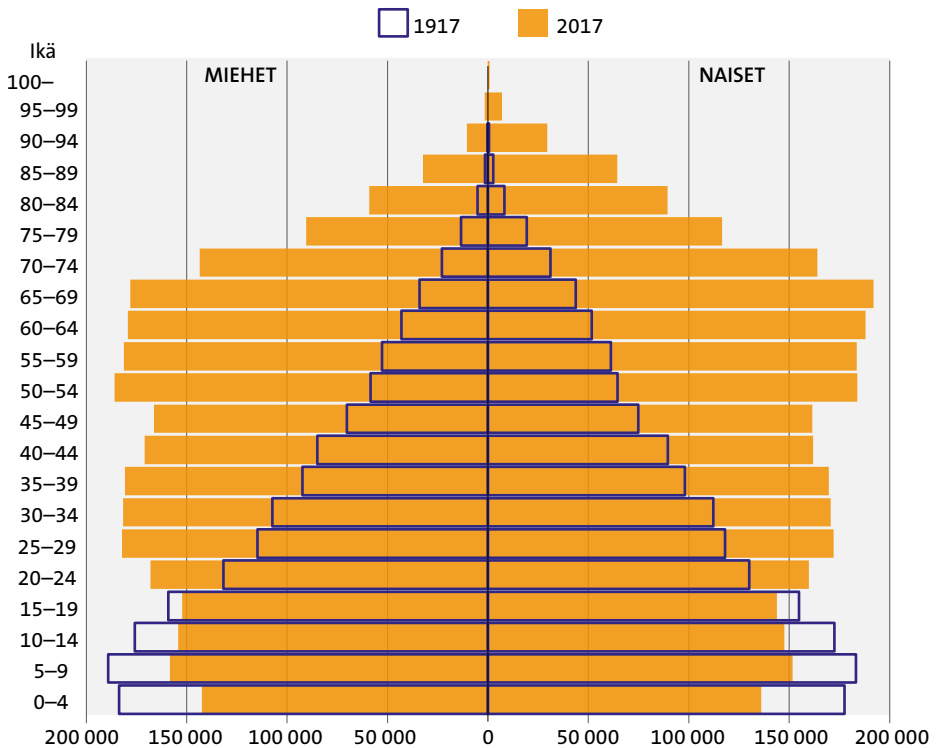
Väestön määrä ja sen kehitys

Väkiluvun kehitys riippuu kolmesta tekijästä: hedelmällisyydestä, kuolleisuudesta ja maahanmuutosta. Suomen väestönkasvu on viime vuosikymmeninä ollut teollistuneiden maiden hitaimpia ja viime vuosina suuruusluokaltaan noin puoli prosenttia. Kun Suomessa väestönkasvu johtui aiemmin ensisijaisesti syntyneiden enemmyydestä kuolleisiin nähden, 2000-luvulle tultaessa maahanmuuton osuus väestönkasvusta on lisääntynyt. Kuviossa 1.1 esitetään syntyneiden enemmitys kuolleisiin nähden, nettomaahanmuutto sekä väestönlisäys vuosina 1987–2017. Kuten kuviosta näkyy, vuodesta 2007 lähtien nettomaahanmuutto on kasvattanut väkilukua enemmän kuin syntyvyys (SVT2018a). Tilastokeskuksen syksyllä 2018 julkaistun ennusteen mukaan väestönkasvu tulee hidastumaan tulevaisuudessa, mutta jatkuu vain nettomaahanmuuton ansiosta vuoteen 2035 saakka. Sen jälkeen väkiluku kääntyy laskuun, jos ennusteen perustana olevat syntyvyyttä, kuolleisuutta ja nettomaahanmuuttoa koskevat oletukset pitävät paikkansa (SVT2018b).

Tilastokeskuksen mukaan Suomen väkiluku oli vuonna 2018 elokuun lopussa 5 519 463 henkilöä. Väestön määrä kasvoi yli 6 000 henkilöllä alkuvuoden aikana, minkä taustalla oli muuttovoitto ulkomailta: maahanmuuttoja oli 10 210 enemmän kuin maastamuuttoja. Syntyneitä oli puolestaan 3 877 vähemmän kuin kuolleita (SVT2018c). Syntyvyyttä, kuolleisuutta ja muuttoliikettä käsitellään tarkemmin myöhemmin tässä luvussa. (Ks. väestömuutokset).



KUVIO 1.1. Suomen väestönkasvu vuosina 1987–2017. Lähde: Tilastokeskus, Väestö, Muuttoliike.



KUVIO 1.2. Väestön ikärakenne vuosina 1917 ja 2017. Lähde: Tilastokeskus, Väestörakenne.

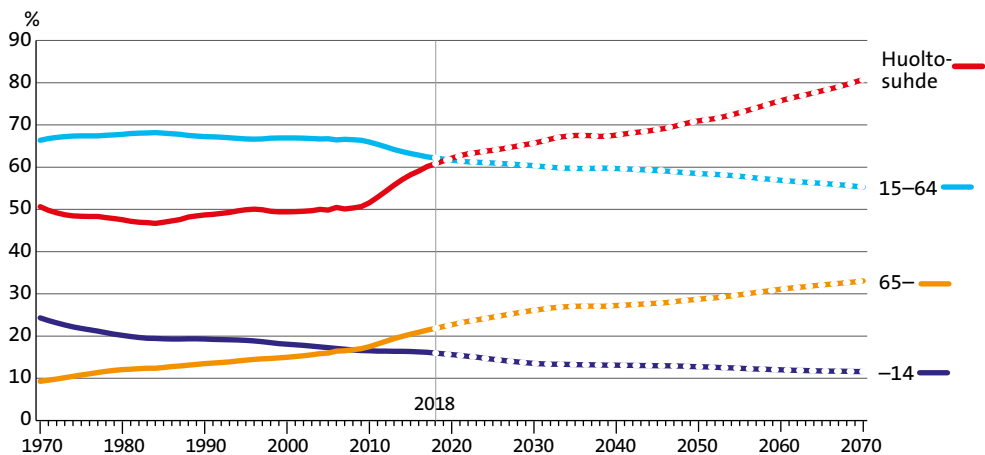
Ikärakenne ja huoltosuhde

Euroopassa väestön ikääntyminen alkoi jo vuosikymmeniä sitten. Se näkyy väestössä erityisesti ikärakenteen muutoksena, jossa ikääntyneiden osuus kasvaa ja työikäisten pienenee. Väestön ikärakennetta ja sen kehitystä havainnollistetaan usein ikäpyramidilla. Kuviossa 1.2 esitetään Suomen ikärakenne ikäpyramidina vuosien 1917 ja 2017 lopuissa (SVT2018a). Suomessa ikäpyramidi oli vielä vuonna 1950 alaspäin levenevä (pyramidi), mutta sen jälkeen hedelmällisyys on alentunut nopeasti ja syntyvien ikäluokkien koko pienentynyt. Näin ollen vuosituhaten vaihteen ikäpyramidi oli keskeltä kaikkein levein (uurna-muoto) sotien jälkeisten ikäluokkien ollessa noin 50-vuotiaita. Kuviossa 1.2 sotien jälkeen syntyneet suuret ikäluokat näkyvät pyramidissa edelleen sen leveimpänä kohtana, kohortin jäsenten ollessa noin 60–70-vuotiaita, mutta näiden jälkeen syntyneiden ikäluokkien koot ovat pienentyneet. Ikäpyramidin muoto tulee jatkossakin muuttumaan: Tilastokeskuksen ennusteen mukaan nuorten osuus väestöstä uhkaa pienentyä edelleen, mikä johtuu matalasta syntyvyydestä (SVT 2018b). Näin ollen pyramidi kapenee todennäköisesti alaosastaan.

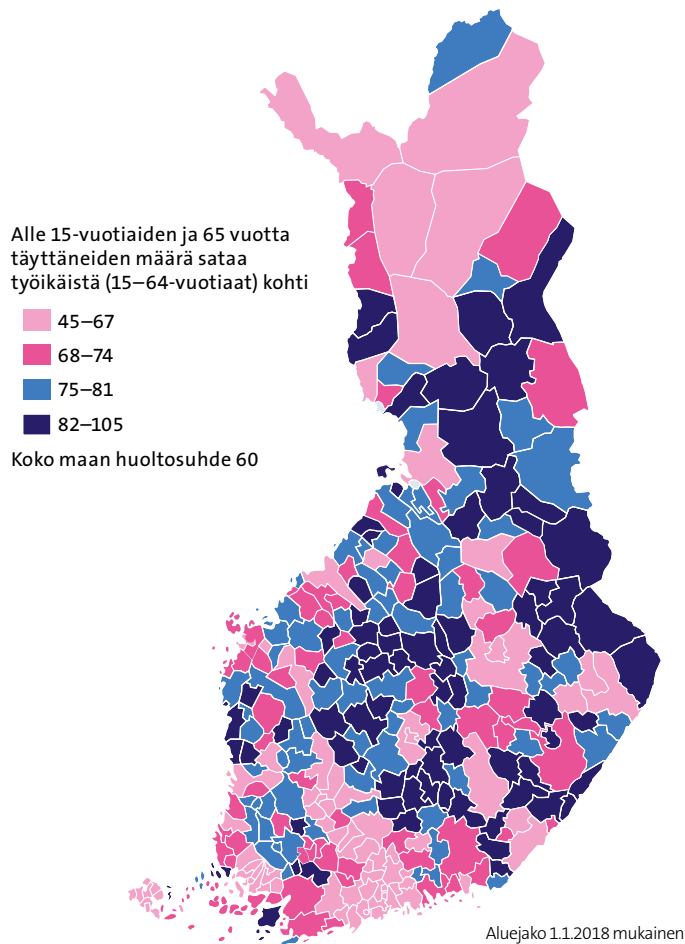
Yli 65-vuotiaiden lukumäärä (lähes 1,2 miljoonaa vuonna 2017) tulee arvioi-
den mukaan kasvamaan Suomessa vuoteen 2070 mennessä lähes 600 000 henki-
löllä, kun taas lasten määrän ennustetaan vähenevän noin 270 000 ja työikäisten
noin 470 000 henkilöllä (SVT 2018b). Yli 65-vuotiaiden määrän kasvua selittää
osaltaan myös elinajanodotteen kasvu. Väestörakenteen muutos aiheuttaa useita
haasteita muun muassa palvelujärjestelmälle (ks. Sainio ym. luku 15, Hannikainen
luku 16 sekä Hyppönen & Ilmarinen luku 17 tässä teoksessa).

Suomen väestöllinen huoltosuhde eli lasten (0–14-vuotiaat) ja eläkeikäisten
(65+-vuotiaat) määrä sataa työikäistä (15–64-vuotiaat) kohden oli Tilastokes-
kuksen mukaan 60,1 vuoden 2017 lopussa (kuvio 1.3). Edellisen kerran väestöllinen
huoltosuhde oli näin korkea 1960-luvun alkuvuosina. Silloin sen taustalla oli
lasten suuri osuus väestössä, nyt korkean huoltosuhteen takana on ikääntyneen
väestön suuri osuus (Ruotsalainen 2016). Tilastokeskuksen vuoden 2018 väestö-
ennusteen mukaan huoltosuhde heikkenee tulevina vuosikymmeninä, joskin syn-
tyvyyden laskun vuoksi lyhyellä aikavälillä hitaammin kuin aiemmin on ennustet-
tu: 70 huollettavan raja sataa työikäistä kohden ylittyisi vuoteen 2048 mennessä ja
huoltosuhde olisi lähes 81 vuonna 2070 (SVT2018b). Suomessa työikäisten määrä
vähenee siis lähivuosikymmeninä, ja sodan jälkeen syntyneistä suurista ikäluokis-
ta jo suurin osa on eläkkeellä. Tällä hetkellä työmarkkinoille tulevat ikäluokat ovat
näitä pienempiä.

Huoltosuhteessa on kuitenkin selviä alueellisia eroja (SVT 2018a). Näitä eroja
on sekä maakuntien että kuntien välillä ja ne näyttäisivät olevan lähivuosikymme-
ninäkin melko pysyviä. Väestöllisen huoltosuhteen alueittaiset ja kuntakohtaiset
erot ovat suuria, sillä väestön ikärakenne alueilla vaihtelee: huoltosuhde on kor-
keimmillaan kunnissa, joissa iäkkään väestön osuus on suuri työikäisiin verrattu-



KUVIO 1.3 Väestöllinen huoltosuhde ja sen osatekijät vuosina 1970–2017 sekä ennuste vuoteen 2070. Lähde: Tilastokeskus, Väestörakenne, väestöennuste.



KUVIO 1.4. Väestöllinen huoltosuhde kunnittain vuonna 2017. Lähde: Tilastokeskus, Väestörakenne.

na. Lisäksi asukasmäärältään suurissa kunnissa huoltosuhde on pääosin pienempi kuin pienissä kunnissa. Kuviossa 1.4 esitetään väestöllinen huoltosuhde kunnittain vuoden 2017 lopussa. Joillakin alueilla väestöllistä huoltosuhdetta kasvattaa suuri lasten määrä, joissakin kunnissa epäedullinen huoltosuhde puolestaan liittyy suureen eläkeikäisten määrään. Huoltosuhde ei siis suoraan kerro alueen väestörakenteesta (Ruotsalainen 2013). Helsingissä on maan pienin huoltosuhde (45), kun taas suurin arvo on Luhangassa (105). Maakunnittain huoltosuhteet vaihtelevat tällä hetkellä paljon: esimerkiksi Uudellamaalla huoltosuhde on 51 ja Etelä-Savossa lähes 73. Yksittäisten kuntien väliset erot ovat vielä suurempia. Maantieteellisesti katsottuna väestöllinen huoltosuhde on matalin Helsinki-Uudellamaalla, johon muuttoliike on tuonut työikäistä väestöä.

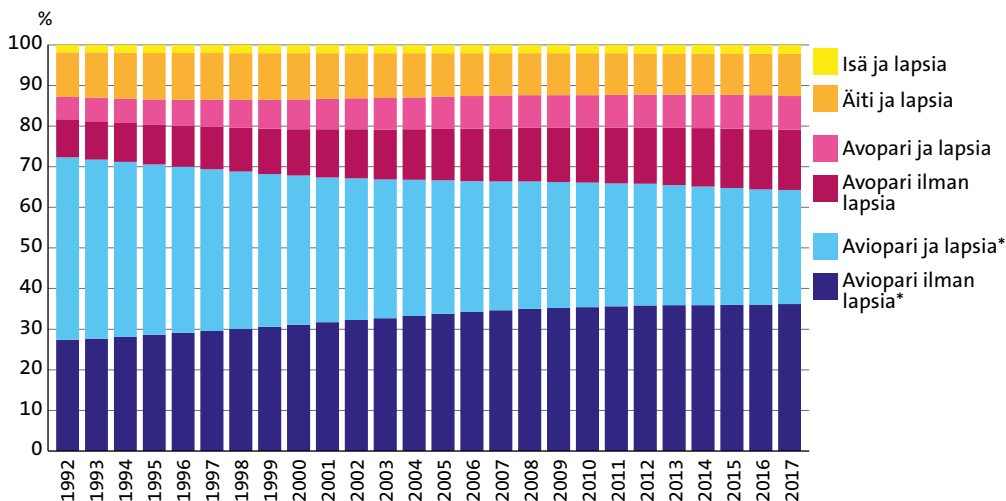
Taloudellinen huoltosuhde kuvaa puolestaan sitä, kuinka monta työtöntä ja työvoiman ulkopuolella olevaa (eli 0–14-vuotiasta, opiskelijaa ja koululaista, varusmiestä ja siviilipalvelusmiestä, eläkeläistä sekä muita työvoiman ulkopuolella olevia) on sataa työllistä kohti. Taloudellisessa huoltosuhteessa on esiintynyt suurta vaihtelua viime vuosikymmenien aikana, ja esimerkiksi 1990-luvun laman aikana taloudellinen huoltosuhde oli korkea. Taloudellisen huoltosuhteen heikentymiseen vaikuttaa työttömien osuuden lisäksi väestön ikääntyminen ja tätä kautta eläkeläisten määrä. Tilastokeskuksen työssäkäyntitilaston tietojen (SVT2018d) mukaan taloudellinen huoltosuhde oli 142 vuonna 2016. Maakunnittain tarkasteltuna matalimmat taloudelliset huoltosuhteet olivat vuonna 2016 Ahvenanmaalla (100) ja Uudellamaalla (134), korkeimmat Pohjois-Karjalassa (176), Kymenlaaksoissa (173) ja Kainuussa (172).

Perherakenne ja yksinasuminen

Suomessa oli vuoden 2017 lopussa noin 1 472 000 perhettä (SVT 2018e). Ensimmäisen kerran perhetilastoinnin aikana lukumäärä pieneni edellisestä vuodesta. Suomalaisista reilu neljä miljoonaa asuu perheessä, kun perheeksi luetaan yhdessä asuvat avio- ja avoparit (riippumatta siitä, onko heillä lapsia vai ei) sekä yhden aikuisen ja lapsen muodostamat asuntokunnat. Hieman yli miljoona henkilöä ei siis kuulu perheisiin ja heistä suurin osa on yksinasuvia. Perheiden ja asuntokuntien määrä on viime vuosikymmeninä kasvanut selvästi väestökasvua nopeammin, ja siksi perheen keskimääräinen koko on pienentynyt. Perheiden keskikoko oli 2,8 ja perheisiin kuului 74 prosenttia väestöstä (vuonna 1990 82 prosenttia).

Myös parisuhteiden muodot ovat muuttuneet viime vuosikymmeninä. Avioituvuus on jo 1970-luvulta lähtien pienentynyt ja avioliiton solmimiskä nousut. Samalla avoliittojen osuus on lisääntynyt selvästi. Naimisissa olevien osuus on pienentynyt, mutta parisuhteessa elävien osuus on pysynyt lähes ennallaan. Vaikka väestöstä suuri osa avioituu elämänsä aikana, myös eronneisuus on yleistynyt: suomalaisten avioliitoista noin puolet päättyy eroon ja erot avioliitoissa ovat vielä yleisempiä (SVT2018f).

Kuviossa 1.5 on esitetty perheet tyypeittäin vuosina 1992–2017. Kun 25 vuotta sitten yleisin perhetyyppi oli aviopari ja lapsia (45 prosenttia perheistä), oli tähän perhetyyppiin kuuluvien perheiden osuus pienentynyt 28 prosenttiin vuoteen 2017 mennessä. Yleisimmäksi perhetyypiksi on noussut aviopari, jolla ei ole koskaan ollut lapsia tai jonka lapset eivät enää asu vanhempiansa kanssa. Siihen kuului vuonna 2017 runsas kolmannes perheistä. Avoparien osuus on kasvanut tarkastelujaksolla noin 15 prosentista 23 prosenttiin. Äidin ja lapsen tai isän ja lapsen muodostamien perheiden osuus on pysynyt lähes samana jakson ajan, edellisessä on hienoista laskua ja jälkimmäisessä pientä nousua. Vuonna 2017 noin kymmenesosa perheistä kuului ensin mainittuun tyyppiin ja runsaat kaksi prosenttia jälkimmäiseen.

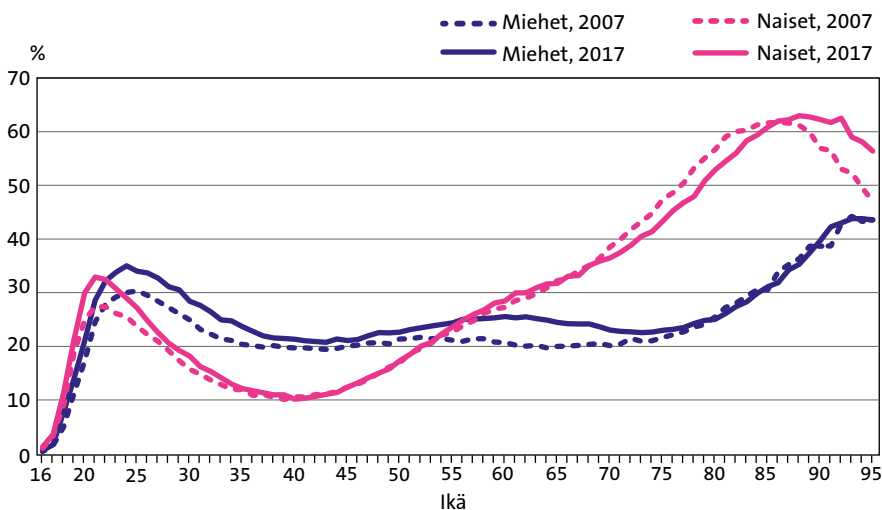


* Aviopari ja lapsia sekä aviopari ilman lapsia -luokat sisältävät samaa sukupuolta olevien rekisteröidyt parisuhteet vuodesta 2002 ja samaa sukupuolta olevien avioliitot vuodesta 2017. Vuonna 2017 samaa sukupuolta olevia aviopari ja lapsia -perheitä oli 395 ja rekisteröity pari ja lapsia -perheitä 362.

KUVIO 1.5. Perheet tyypeittäin vuosina 1992–2017, %. Lähde: Tilastokeskus, Perheet.

Lapsiperheitä – eli perheitä, joihin kuuluu vähintään yksi kotona asuva alle 18-vuotias lapsi – oli vuonna 2017 yhteensä yli 560 000 ja lapsia niissä yhteensä yli miljoona (SVT 2018e). Kaikista perheistä lapsiperheitä oli 38,5 prosenttia. Yhden vanhemman perheitä oli kaikista lapsiperheistä 22 prosenttia.

Väestön ikääntyessä yksinasuminen on yleistynyt ja yleistyy edelleen. Vuonna 2017 jo 43 prosenttia kaikista asutokunnista oli yhden hengen asutokuntia, kun ne 1990-luvun alussa muodostivat noin kolmanneksen asutokunnista. Yhden hengen asutokuntien osuus vaihtelee alueittain: vuonna 2017 osuus oli pienin (37–40 prosenttia) Keski-Pohjanmaan, Pohjanmaan ja Etelä-Pohjanmaan maakunnissa, suurimmat osuudet (yli 46 prosenttia) löytyvät Päijät-Hämeen, Kymenlaakson, Etelä-Savon ja Etelä-Karjalan maakunnista (Sotkanet 2018a). Noin 21 prosenttia väestöstä asui yksin, naisista hieman suurempi osuus kuin miehistä; parin viime vuosikymmenen aikana yksinasuvien osuus on kasvanut viitisen prosenttiyksikköä (Tilastokeskus 2018). Yksinasuminen vaihtelee iän mukaan voimakkaammin naisilla kuin miehillä (kuviot 1.6). Vuonna 2017 lähes kolmasosa 20–24-vuotiaista naisista asui yksin, kun taas 40 ikävuoden tuntumassa yksinasuvia oli vain noin joka kymmenes. Tätä vanhemmilla yksinasuminen yleistyy, ja 80 vuotta täyttäneistä naisista yksinasuvien osuus oli vuonna 2017 50–60 prosenttia. Myös nuorilla miehillä yksinasuminen on yleistä, mutta osuus pysyy 20–25 prosentin tuntumassa lähes 80 ikävuoteen asti. Sen jälkeen osuus kasvaa, joskaan se ei nouse yhtä korkeaksi kuin naisilla. (SVT 2018g.)



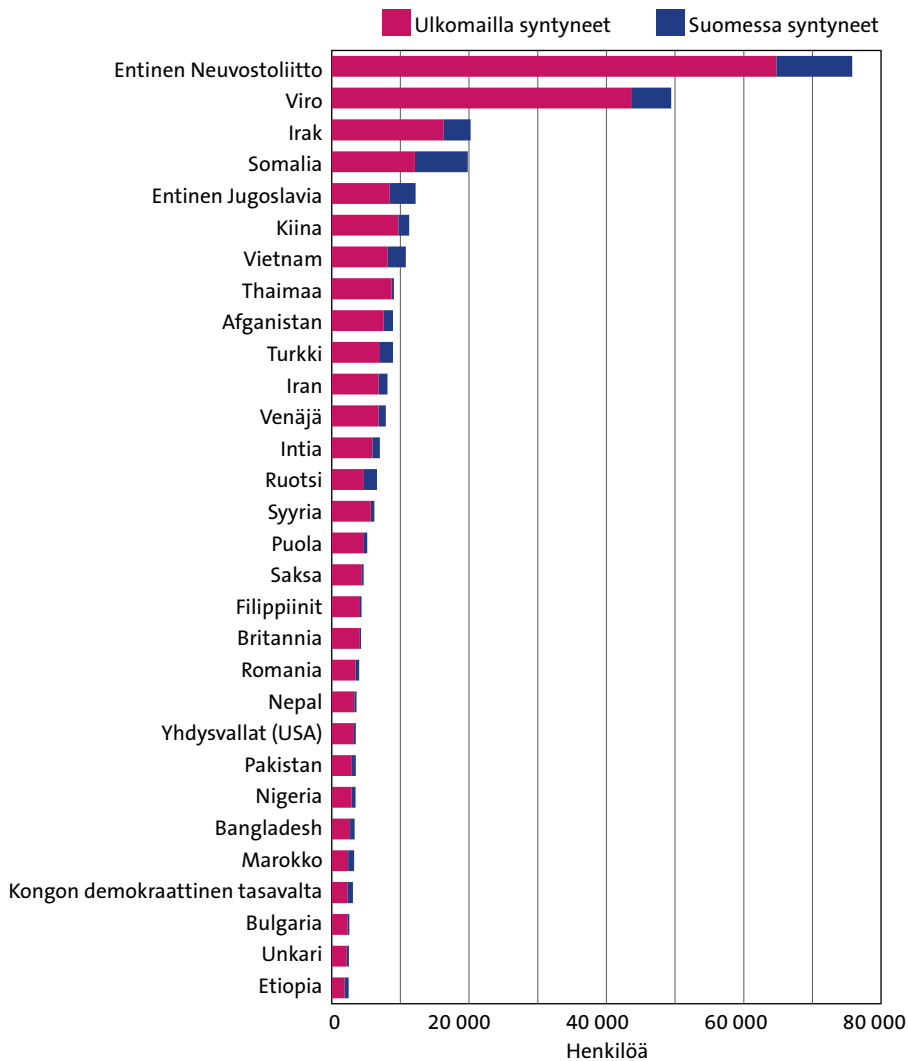
KUVIO 1.6. Yksinasuvien osuus (%) iän ja sukupuolen mukaan vuosina 2007 ja 2017. Lähde: Tilastokeskus, Perheet.

Ulkomaalaistaustaiset

Vuonna 2017 ulkomaalaistaustaisten¹ määrä Suomessa oli Tilastokeskuksen mukaan runsaat 384 000 eli lähes seitsemän prosenttia koko väestöstä. Heistä ensimmäisen polven ulkomaalaistaustaisia oli 84 prosenttia ja toisen polven ulkomaalaistaustaisia 16 prosenttia. Ulkomaalaistaustaisten henkilöiden määrä on viimeksi kuluneen kahden vuosikymmenen ajan kasvanut tasaisesti: vuonna 1997 ulkomaalaistaustaisia oli noin vajaat 93 000 eli alle kaksi prosenttia väestöstä (Sotkanet 2018b). Suurimmat ulkomaalaistaustaisten taustamaaryhmät ovat vuonna 2017 entinen Neuvostoliitto ja Viro, seuraavaksi tulevat Irak, Somalia ja entinen Jugoslavia (kuviot 1.7) (SVT 2018a.)

Ulkomaalaistaustaisen väestön osuus vaihtelee alueittain selvästi. Eniten ulkomaalaistaustaisia oli vuoden 2017 lopussa Uudellamaalla (13 %) ja Ahvenanmaalla (lähes 15 %), vähiten Etelä-Pohjanmaalla (runsaat 2 %) sekä Pohjois-Pohjanmaan, Kainuun, Pohjois-Savon, Lapin ja Keski-Pohjanmaan maakunnissa (alle 3 %). Manner-Suomen kunnista suurimmat ulkomaista syntyperää olevien osuudet ovat Vantaalla (18 prosenttia) ja Helsingissä (noin 16 prosenttia). (Sotkanet 2018b.)

¹ Tilastokeskuksen määritelmän mukaan ulkomaalaistaustaisella tarkoitetaan henkilöä, jonka molemmat vanhemmat tai ainoa tiedossa oleva vanhempi on syntynyt ulkomailla. Ulkomaalaistaustaisia ovat myös ulkomailla syntyneet henkilöt, joiden kummastakaan vanhemmasta ei ole tietoa väestötietojärjestelmässä. Suomessa ennen vuotta 1970 syntyneiden ja äidinkieltään vieraskielisten henkilöiden on päätelty olevan ulkomaalaistaustaisia samoin kuin vuonna 1970 tai sen jälkeen Suomessa syntyneiden henkilöiden, joiden kummastakaan vanhemmasta ei ole väestötietojärjestelmässä tietoa (<https://www.stat.fi/meta/kas/ulkomaalaistus.html>).



* Ulkomaalaistaustaisia ovat ne henkilöt, joiden molemmat vanhemmat tai ainoa tiedossa oleva vanhempi on syntynyt ulkomailla. Mikäli henkilön molemmat vanhemmat ovat syntyneet ulkomailla, on taustamaa ensisijaisesti biologisen äidin syntymävaltio.

KUVIO 1.7. Suurimmat ulkomaalaistaustaiset* ryhmät vuonna 2017, henkilöä.
Lähde: Tilastokeskus, Väestörakenne.

Tässä aluvussa keskityttiin esittelemään ulkomaalaistaustaisen väestön määrää ja sen kehitystä, ulkomaalaistaustaisen väestön osuuden alueellista vaihtelua sekä Suomen suurimpia ulkomaalaistaustaisia ryhmiä. On kuitenkin tärkeää muistaa, että Suomessa on myös perinteisiä kulttuurivähemmistöjä, kuten saamelaiset ja Suomen romanit.

Sosioekonominen asema

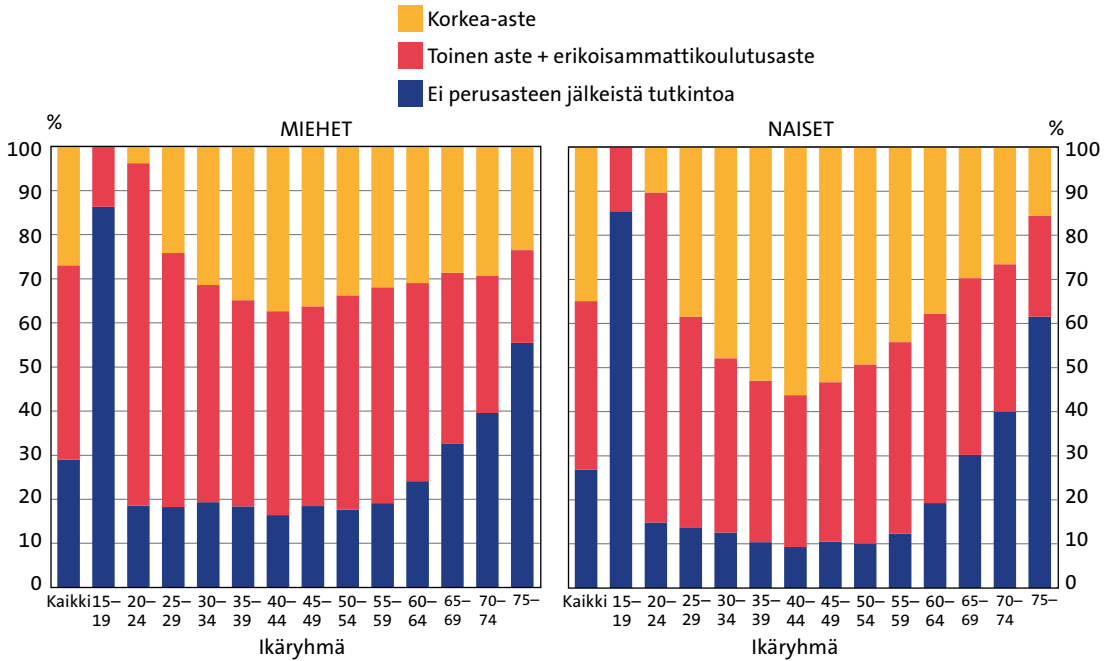
Tieto sosioekonomisesta asemasta on koettu Suomessa käyttökelpoiseksi erityisesti terveys- ja hyvinvointitutkimuksissa: esimerkiksi terveyden, elintapojen, koetun hyvinvoinnin, eläkeiän tai äänestyskäyttäytymisen on havaittu olevan kytköksissä sosioekonomiseen asemaan.

Korkean teknologian kansantaloudessa korostetaan koulutuksen ja osaamisen merkitystä, ja Suomi on panostanut kansalaisten koulutustason nostamiseen. Suomen väestö onkin kansainvälisesti katsottuna hyvin koulutettua. Tilastokeskuksen tutkintorekisterin mukaan vuoden 2017 loppuun mennessä 72 prosenttia 15 vuotta täyttäneestä väestöstä oli suorittanut jonkin perusasteen jälkeisen tutkinnon. Korkea-asteen koulutus oli samana vuonna 31 prosentilla 15 vuotta täyttäneistä. Ikäryhmittäin tarkasteltuna 40–44-vuotiaat ovat koulutetuimpia, sillä heistä 87 prosenttia oli suorittanut jonkin tutkinnon. (SVT2018h.) Neljän viime vuosikymmenen aikana koulutustaso on Suomessa noussut, mikä on johtunut muun muassa nuorten naisten kouluttautumismahdollisuuksien parantumisesta. Nousun on kuitenkin katsottu viime aikoina pysähtyneen, kun tarkastellaan esimerkiksi korkea-asteen tutkinnon suorittaneiden väestöosuutta (Kalenius & Karhunen 2017). Koulutusalat ovat pysyneet sukupuolen mukaan suhteellisen eriytyneinä.

Koulutustaso vaihtelee muun muassa ikäryhmän, sukupuolen, alueen ja ulkomaalaistaustaisuuden mukaisesti. Kuviossa 1.8 esitetään koulutuksen jakauma ikäryhmittäin miehillä ja naisilla vuoden 2017 tietojen valossa (kuvio 1.8). Vuonna 2017 kaikista naisista korkea-asteen tutkinnon oli suorittanut 35 prosenttia ja perusasteen tutkinnon varassa oli 27 prosenttia, kun vastaavasti miehistä korkea-asteen tutkinto oli 27 prosentilla ja ilman perusasteen jälkeistä tutkintoa oli 29 prosenttia. Miehet ovat puolestaan enemmistönä toisen asteen koulutuksessa. (SVT 2018h.)

Nuorista 20–29-vuotiaista vain perusasteen suorittaneita oli 16 prosenttia ikäluokasta (miehistä 18 % ja naisista 14 %) vuonna 2017. Alueittain tarkasteltuna perusasteen varassa olevia 20–29-vuotiaita oli eniten Ahvenanmaalla (23 %) ja vähiten Etelä-Pohjanmaalla (12 %) ja Kainuussa (12 %). Perusasteen jälkeen suoritettua korkeimman koulutuksen keskimääräisen pituuden valossa korkeimmin koulutettu väestö asui Uudellamaalla (4,1 vuotta) ja Pirkanmaalla (3,8 vuotta) vuonna 2017.

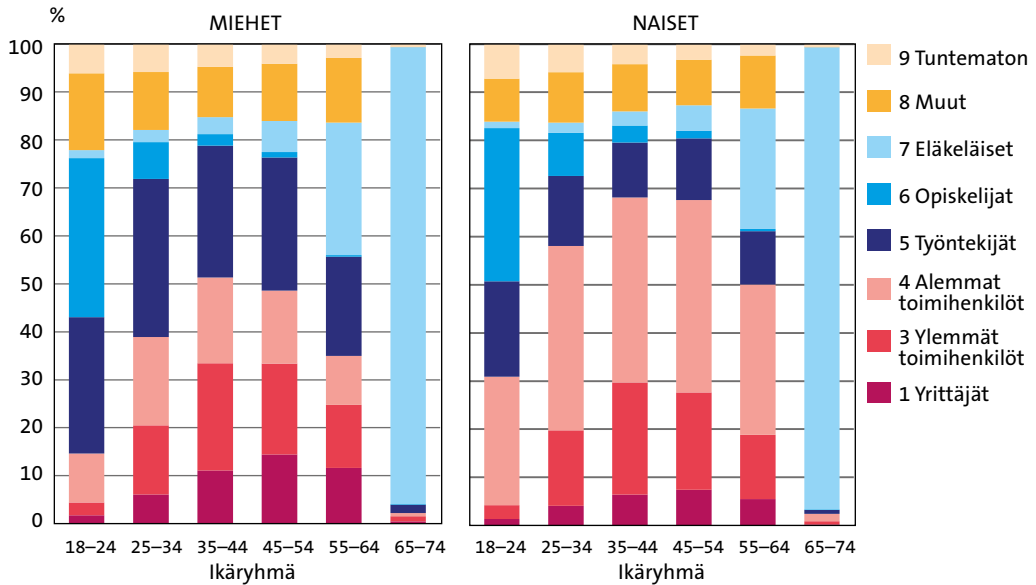
Toisen polven ulkomaalaistaustaisista suurin osa on nuoria (15 vuotta täytäneistä peräti 76 prosenttia on 15–24-vuotiaita) ja monet vasta koulutusuransa alkupäässä. Kuitenkin vuonna 2017 20–24-vuotiaista toisen polven ulkomaalaistaustaisista jonkin tutkinnon oli suorittanut 71 prosenttia. Tilastokeskus raportoi koulutustiedot käyttäen uutta Kansallista koulutusluokitusta, joka vastaa Kansainvälistä ISCED 2011 -koulutusluokitusta (SVT2018h).



KUVIO 1.8. Koulutusjakauma ikäryhmittäin miehillä (vasemmalla) ja naisilla (oikealla) vuonna 2017, %. Lähde: Tilastokeskus, Koulutus.

Ammattiasema kuvaa työllisten henkilöiden asemaa työelämässä: se jakaa työlliset palkansaajiin ja yrittäjiin. Palkansaajat luokitellaan sosioekonomisen aseman mukaan ylempiin ja alempiin toimihenkilöihin sekä työntekijöihin. Yrittäjät puolestaan voidaan luokitella työnantajayrittäjiin, yksinäisyrittäjiin ja yrittäjäperheenjäseniin. Tilastokeskuksen sosioekonomisen aseman luokitus ottaa huomioon työllisyystilanteen lisäksi työn luonteen ja yksilön aseman työorganisaatiossaan. Se pyrkii kuvaamaan yksilön asemaa yhteiskunnassa laajemmin.

Suomalaisen yhteiskunnan muutos näkyy sosioekonomisessa rakenteessa 1970-luvulta lähtien siten, että sekä toimihenkilöiden osuus että määrä ovat kasvaneet. Samalla työntekijöiden ja maatalousyrittäjien osuudet ja määrät ovat laskeneet. Kuviossa 1.9 esitetään sukupuolittain sosioekonomisen aseman jakauma eri ikäryhmissä vuonna 2016 (SVT 2018i). Työntekijöiden joukossa on enemmän miehiä, kun taas alemmista toimihenkilöistä naisten osuus on suurempi. Ylempiin toimihenkilöihin kuuluvien naisten määrä on kasvanut viime vuosikymmeninä ja 2000-luvulle tultaessa miesten ja naisten osuudet olivat jo lähes yhtä suuret. Taustalla voi olla muun muassa jo aiemmin mainittu naisen koulutustason nousu (Lehto 2009). Opiskelijoiden osuus on selvästi suurin nuorimmassa 18–24-vuotiaiden ikäryhmässä. Suurin osa 65–74-vuotiaista ja käytännössä kaikki yli 75-vuotiaat ovat eläkkeellä.



KUVIO 1.9. Sosioekonominen asema miehillä (vasemmalla) ja naisilla (oikealla) ikäryhmittäin vuonna 2016, %. Lähde: Tilastokeskus, Työssäkäyntitilasto.

Väestönmuutokset

Syntyvyys

Kuten muissakin Pohjoismaissa, viime vuosikymmenen aikana alun perin matala syntyvyys on laskenut Suomessa edelleen. Syntyvyys laski vuonna 2017 jo seitsemättä vuotta peräkkäin, kun maahan syntyi 50 321 lasta (taulukko 1.1). Kun syntyneiden määrä suhteutetaan synnytysikäisiin naisiin, voidaan tarkastella syntyvyyttä, jonka mittaamisessa käytetään kokonaishedelmällisyyslukua. Luku kertoo, kuinka monta lasta nainen synnyttäisi elämänsä aikana, jos syntyvyys pysyisi laskentavuoden tasolla. Vuoden 2017 syntyvyyden mukaan nainen synnyttäisi keskimäärin 1,49 lasta. Luku on kaikkien aikojen matalin. Ensisynnyttäjien keski-ikä on noussut tasaisesti ja oli vuonna 2017 29,2 vuotta. Se on noussut vuoden vuodesta 2009 lähtien. Syntyvyudessa on myös alueellisia eroja: syntyvyys on matalin Helsingissä ja korkein Seinäjoella (SVT2018j). Taulukkoon 1.1 on koottu tiedot elävinä syntyneistä, kokonaishedelmällisyydestä sekä synnyttäjien ja ensisynnyttäjien keski-ikästä vuosina 2009–2017.

Suomen syntyvyyden lasku on ollut yllättävän pitkä ja jyrkkä. Se ei kuitenkaan ole ollut täysin poikkeuksellinen, sillä myös muissa Pohjoismaissa syntyvyys on laskenut vuosituhannen alun syntyvyyden nousukauden jälkeen ja pysynyt lähellä Suomen tasoa. Tanskassa hedelmällisyysluvut ovat tosin kasvaneet hieman aivan viime vuosina. Suomessa on pitkään ollut suurempi lapsettomien osuus kuin muissa Pohjoismaissa. (Rotkirch ym. 2017.)

TAULUKKO 1.1. Elävänä syntyneiden määrä, kokonaishedelmällisyysluku sekä ynnyttäneiden ja ensisynnyttäjien keski-ikä vuosina 2009–2017. Lähde: Tilastokeskus, Syntyneet 2017.

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Elävänä syntyneet, lkm	60 430	60 980	59 961	59 493	58 134	57 232	55 472	52 814	50 321
Kokonaishedelmällisyysluku	1,86	1,87	1,83	1,80	1,75	1,71	1,65	1,57	1,49
Synnyttäneiden keski-ikä ¹	30,1	30,1	30,3	30,3	30,4	30,5	30,6	30,8	30,9
Ensimmäisen lapsen synnyttäneiden keski-ikä ¹	28,2	28,3	28,4	28,5	28,6	28,6	28,8	29,1	29,2

¹ Mukana lapsen elävänä synnyttäneet

Syntyvyyden voimakas lasku on yllättänyt, eikä sen syytä tarkasti tiedetä. Taustalla oleviksi tekijöiksi on esitetty kuitenkin muun muassa taloudellista epävarmuutta ja kulttuurista murrosta, jotka suosivat vanhemmuuden lykkäämistä ja lapsiluvun pienentymistä (Miettinen 2015; Rotkirch ym. 2017). Tutkimuksissa on osoitettu, että viime vuosikymmenten aikana eurooppalaiset ovat lykänneet lastenhankintaa taloudellisten ahdinkojen aikana parempia päiviä odotellen (Goldstein ym. 2013; Sobotka 2017). Taloudellisen laman seurauksena työttömyys voi vaikuttaa syntyvyyden laskun taustalla. Yksilöt voivat arvioida taloudellisia olosuhteitaan päättäessään perheen perustamisesta ja lapsen hankkimisesta sekä niiden ajoituksesta. Myös Suomessa työttömyydessä tapahtuvien muutosten on todettu olevan yhteydessä hedelmällisyyteen (Hiilamo 2017). Suomi on ollut kansainvälinen poikkeus siinä mielessä, että meillä syntyvyys ei laskenut 1990-luvun laman aikana. Taustalla oli se, että toisten ja kolmansien lasten määrä kasvoi tuolloin, vaikka esikoisten määrä aleni nuorten lykätessä perheen perustamista. Syntyvyyden laskuun liittyvä huoli kytkeytyy osittain sen taloudellisiin vaikutuksiin: väestön ikääntyessä nopeasti sekä syntyvyydellä että maahanmuutolla on tärkeä asema taloudellisesti kestävästä väestörakenteesta ylläpitämisessä.

Kuolleisuus, imeväiskuolleisuus ja elinajanodote

Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2017 kuolleita oli reilu 53 000. Kuolleisuus vaihtelee selvästi sukupuolen mukaan. Miehet kuolivat keskimäärin 7,1 vuotta nuorempina kuin naiset: miehet olivat kuollessaan keskimäärin 74,8-vuotiaita ja naiset 81,9-vuotiaita. Sukupuolten välinen ero on kuitenkin kaventunut, sillä 20 vuotta sitten vastaava erotus oli vielä peräti 13,3 vuotta. Nuorissa ikäluokissa enemmistö kuolleista oli miehiä, mutta 82-vuotiaissa ja sitä vanhemmissa ikäluokissa naisia oli miehiä enemmän. (SVT 2018k.)

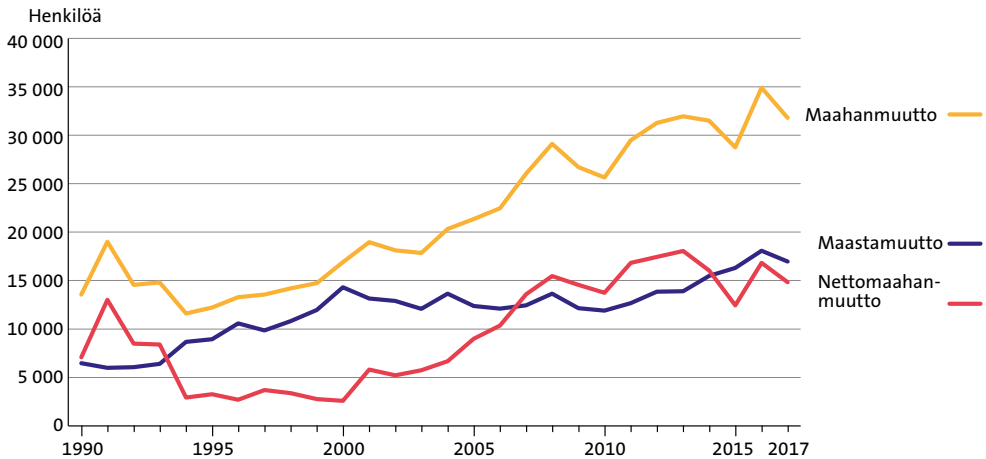
Vuonna 2016 suomalaisten kuolemista 36 prosenttia aiheutui verenkiertoelinten sairauksista ja 24 prosenttia kasvaimista. Verenkiertoelinten sairauksista yleisin oli sepelvaltimotauti, joka oli syynä noin viidennekseen kaikista kuolemista. Miesten yleisimmät kuolemaan johtaneet syöpämuodot olivat keuhkosyöpä ja eturauhasen syöpä, naisten vastaavasti rintasyöpä ja keuhkosyöpä. Dementia-kuolemien määrä on kasvanut viime vuosikymmenenä nopeasti, osittain väestön ikääntymisestä johtuen. Naisten kuolemista joka viides ja miesten kuolemista joka kymmenes aiheutui dementiasta. Dementiaan (ml. Alzheimerin tauti) kuoli 17 prosenttia kaikista kuolleista. (SVT 2018l.)

Elinajanodote on yleisesti käytetty kuolleisuuden tasoa kuvaava indikaattori. Elinajanodote kertoo vuosien määrän, jonka vastasyntynyt eläisi ikäryhmittäisen kuolleisuuden pysyessä ennallaan. Koska elinajanodote on ikävakioitu tunnusluku, sen perusteella voidaan vertailla kuolleisuuden tasoa eri vuosina, vaikka väestön ikärakenne ja määrä muuttuukin. Elinajanodote voidaan laskea periaatteessa mille iälle tahansa. Vaikka tunnusluvussa on sana ”odote”, se ei kuvaa tulevaisuuden kuolleisuuskehitystä, vaan heijastaa laskentahetken tilannetta. Vastasyntyneiden elinajanodote on noussut selvästi viime vuosikymmeninä. Vastasyntyneiden elinajanodote oli vuonna 2017 pojilla 78,7 vuotta ja tytöillä 84,2 vuotta – 40 vuotta sitten eli vuonna 1977 vastaavat luvut olivat 67,9 vuotta ja 76,9 vuotta ja vuonna 1997 73,4 vuotta ja 80,5 vuotta. Miehet ovat siis kirineet naisten etumatkaa umpeen: tuoreimman tiedon valossa miesten elinajanodote oli 5,5 vuotta lyhyempi kuin naisten. Jaksolla 2015–2017 vastasyntyneiden poikien elinajanodote oli pisin Keski-Pohjanmaalla (80,6 vuotta) ja lyhin Kainuussa (76,6 vuotta), ja vastasyntyneiden tyttöjen elinajanodote oli pisin Pohjanmaalla (85,3 vuotta) ja lyhin Päijät-Hämeessä (83,4 vuotta). (SVT 2018k.) Elinajanodote vaihtelee selvästi paitsi sukupuolen ja alueen mukaan myös esimerkiksi sosioekonomisen aseman mukaan (ks. esimerkiksi elinajanodotteen tuloryhmittäisistä eroista Karvonen ym. luku 6 tässä teoksessa).

Imeväiskuolleisuus on Suomessa matalalla tasolla. Vuonna 2017 alle vuoden ikäisenä kuolleita lapsia oli 102 ja määrä tuhatta elävänä syntyneitä kohden 2,0. Edelliseen vuoteen verrattuna imeväisikäisenä kuolleiden määrä pysyi lähes samana, mutta imeväiskuolleisuus on noussut hieman kahteen edelliseen vuoteen verrattuna, sillä syntyneiden määrä on vähentynyt. (SVT 2018k.)

Muuttoliike

Kuviossa 1.10 on esitetty maahanmuutto, maastamuutto ja nettomaahanmuutto vuosina 1990–2017. 1990-luvun alussa maahanmuuttoa kasvattivat erityisesti pakolaisina Somaliasta ja entisen Jugoslavian alueelta tulleet sekä inkeriläiset paluumuuttajat. Vuonna 1991 muuttovoitto oli vuosikymmenen suurin, ja tuolloin nettomaahanmuutto oli 13 000 henkilöä. Samalle tasolle päästiin seuraavan kerran vasta vuonna 2007. Maahanmuutto Suomeen alkoi kuitenkin lisääntyä 2000-luvulla EU:n ja vapaan liikkuvuuden myötä. (SVT 2018m.) (Ks. myös Castaneda luku 9 tässä teoksessa).



KUVIO 1.10. Maahanmuutto, maastamuutto ja nettomaahanmuutto vuosina 1990–2017, henkilöä. Lähde: Tilastokeskus, Muuttoliike.

Vuonna 2017 Suomeen muutti lähes 32 000 henkilöä. Tilastokeskuksen mukaan nettomaahanmuutto (eli maahan- ja maastamuuton erotus) on ollut 2010-luvulla 12–18 000 henkilöä vuosittain ja vuonna 2017 se oli noin 14 800 henkilöä (kuvio 1.10). Maahanmuutto, ja myös maastamuutto, olivat kuitenkin pienempiä kuin vuotta aikaisemmin: maahanmuutto laski vuodesta 2016 yhdeksän prosenttia. Vuonna 2017 muuttovoitto koostui paljolti Euroopan ulkopuolelta tulleista muuttajista – eniten maahanmuuttovoittoa oli Irakista, Syyriasta ja Venäjältä. Maahanmuuttajista oli 78 prosenttia ulkomaan kansalaisia ja maastamuuttajista 59 prosenttia Suomen kansalaisia. (SVT 2018m.)

Kuten tässä luvussa aiemmin mainittiin, vuonna 2017 Suomen suurimmat ulkomaalaistaustaisten taustamaaryhmät olivat entinen Neuvostoliitto ja Viro, seuraavaksi tulevat Irak, Somalia ja entinen Jugoslavia (SVT 2018a). Maahanmuuton taustalla on monia syitä. Kysyttäessä maahanmuuttajilta itseltään syytä Suomeen muuttoon yli puolet sanoo muuton liittyneen perhesyihin, seuraavaksi yleisimpänä syynä mainitaan työ. Muita keskenään suurin piirtein yhtä yleisiä syitä ovat pakolaisuus, opiskelu ja ”muut syyt”. (Sutela & Larja 2015.) Erityisesti ulkomaan kansalaisten maahanmuutto Suomeen on kasvanut voimakkaasti – maasta on sen sijaan 2010-luvulla muuttanut pois enemmän Suomen kansalaisia kuin mitä maahan on tullut. Tilastokeskuksen mukaan vähintään toisen asteen tutkinnon suorittaneiden Suomen kansalaisten maastamuutto on ollut suurempaa kuin maahanmuutto viime vuosikymmenen aikana ja muuttotappio on kasvanut vuodesta 2009 lähtien. (SVT 2018m.)

Vuonna 2015 Suomeen saapui ennätysmäärä turvapaikanhakijoita, yhteensä 32 477 henkilöä. Turvapaikanhakijoiden määrän voimakas kasvu johtui vallitse-

vasta pakolaiskriisistä, joka oli suurin toisen maailmansodan jälkeen. Turvapaikanhakijoiden määrä lähes kymmenkertaistui edellisestä vuodesta, jolloin heitä oli 3 600. Turvapaikanhakijat lähtevät kotimaastaan monista syistä: esimerkiksi pakoon sotaa, vainoa tai turvattomuutta. Turvapaikanhakija hakee suojelua ja oleskeluoikeutta vieraasta valtiosta ja heille, joille annetaan kansainvälistä suojelua, myönnetään oleskelulupa. Vuonna 2015 kaksi kolmasosaa turvapaikanhakijoista oli irakilaisia. Lisäksi turvapaikanhakijoita tuli paljon Afganistanista (16 %), Somaliasta (6 %), Syyriasta (3 %) ja Albaniasta (2 %). Suuri osa turvapaikanhakijoista oli miehiä ja 18–34-vuotiaita. Turvapaikanhakijoiden määrä on kuitenkin laskenut selvästi vuoden 2015 jälkeen, sillä vuonna 2017 turvapaikkaa haki Suomesta yhteensä vain 5 046 henkilöä (vuonna 2016 vastaava luku oli 5 646). (Maahanmuuttovirasto 2017.)

Suomen sisäinen muuttoliike suuntautuu yhtä isompiin ja harvempiin kaupunkikeskuksiin ja maantieteellisesti tarkasteltuna pohjoisesta etelään. Muutos näkyy erityisesti siinä, että väestö ja työpaikat keskittyvät suurimpiin kasvukeskuksiin. Aluetyypistä riippumatta kuntien välinen muuttoliike on kuitenkin ollut vilkasta parinkymmenen viime vuoden aikana. Kaupunkimaisista kunnista on muutettu vilkkaammin kuin taajaan asutuista ja maaseutukunnista, mutta kummankin aluetyypin muuttoliikkeen kehitys on ollut hyvin samanlaista. Maan sisäinen muuttoliike vaihtelee taloudellisten suhdanteiden mukaan, ja esimerkiksi talouden taantuma hillitsi muuttamista vuosina 2008–2009 ja 2013–2014, erityisesti pienten lasten perheissä sekä alle 45-vuotiailla. Kaupunkimaisten kuntien muuttovoittoa kasvattavat myös ulkomaalaistaustaiset, sillä syntyperältään ulkomaalaistaustaisia muuttaa niihin selvästi enemmän kuin niistä pois. Verrattuna kaupunkimaisten kuntien suomalaistaustaisten muuttovoiton suuruuteen, ulkomaalaistaustaisten kokonaismuuttovoitto on ollut kolminkertainen, jopa nelinkertainen. (SVT 2018m.)

Yhteenveto: Suomen väestö ja sen kehityssuunnat

- Suomessa ajankohtaisia väestörakenteeseen liittyviä kysymyksiä ovat väestön ikääntyminen ja huoltosuhteen heikkeneminen, syntyvyyden aleneminen, nettomaahanmuuton kasvu sekä maan sisäisen muuttoliikkeen suuntautumisen kasvukeskuksiin.
- Suomen väestönkasvu on hidasta, noin puolen prosentin luokkaa vuosittain. Syntyvyys on laskenut ja se laski vuonna 2017 jo seitsemättä vuotta peräkkäin. Vuoden 2017 syntyvyyden mukaan nainen synnyttäisi keskimäärin 1,49 lasta, mikä on kaikkien aikojen matalin luku. Väestönkasvu on nettomaahanmuuton varassa, ja väkiluvun ennustetaan kääntyvän laskuun vuoden 2035 jälkeen.

- Suomi ikääntyy: ikääntyvän väestön osuus kasvaa ja työikäisten osuus pienee. Väestön ikääntyminen on suuri haaste julkisen talouden kestävyydelle, kun työelämän ulkopuolella olevien osuus kasvaa ja työikäistä väestöä on nykyistä vähemmän. Väestön ikääntymisestä johtuen väestöllinen huoltosuhde eli alle 15-vuotiaiden ja 65 vuotta täyttäneiden määrä 100 työikäistä kohden kasvaa tulevina vuosikymmeninä. Vuonna 2017 väestöllinen huoltosuhde oli 60,1.
- Suomalaisen elinikä on pidentynyt ja samalla miesten ja naisten välinen elinajanodotteen ero on kaventunut, vuonna 2017 se oli 5,5 vuotta. Sosioekonomisten ryhmien välillä on suuria eroja kuolleisuudessa.
- Perheiden lukumäärä pieneni vuonna 2017 ensimmäisen kerran perhetaustastoinnin aikana, mutta edelleen runsaat neljä miljoonaa suomalaista asuu perheessä. Yleisimmäksi perhetyypiksi on noussut aviopari, jolla ei ole vanhempiansa kanssa asuvia lapsia; siihen kuului vuonna 2017 runsas kolmannes kaikista perheistä. Yhden tai kahden vanhemman lapsiperheitä (eli perheitä, joihin kuuluu vähintään yksi kotona asuva alle 18-vuotias lapsi) oli 38,5 prosenttia kaikista perheistä.
- Yksin asuminen on yleistynyt ja yleistyy edelleen. Vuonna 2017 jo 43 prosenttia kaikista asuntokunnista oli yhden hengen asuntokuntia ja noin 21 prosenttia väestöstä asui yksin, naisista hieman suurempi osuus kuin miehistä. Yksin asuminen on erityisen yleistä iäkkäillä naisilla.
- Ulkomaalaistaustaisen väestön määrä ja osuus koko väestöstä ovat kasvaneet tasaisesti parin viime vuosikymmenen aikana: vuonna 1997 heitä oli vajaat kaksi prosenttia ja vuonna 2017 jo noin seitsemän prosenttia väestöstä. Ulkomaalaistaustaisen väestön osuus vaihtelee selvästi alueittain.
- Kaupungistumiskehitys jatkuu ja muuttoliike suuntautuu kasvukeskuksiin sekä pohjoisesta etelään. Kuntien väliset muutot ovat silti vilkkaita aluetyyppistä riippumatta. Kaupungistumiskehityksellä ja kasvukeskuksiin suuntautuvalla, erityisesti työikäisten, muuttoliikkeellä on merkittäviä alueellisia ja yhteiskunnallisia vaikutuksia.

Lähteet

- Fornaro, Paolo (2018): Regional economic disparities in Finland. *Eta Muistio* 68. <https://pub.eta.fi/ETLA-Muistio-Brief-68.pdf>
- Goldstein, Joshua & Kreyenfeld, Michaela & Jasilioniene, Aiva & Örsal, Deniz Dilan (2013): Fertility reactions to the “Great Recession” in Europe: Recent evidence from order-specific data. *Demographic Research*, 29, 85–104.
- Hiilamo, Heikki (2017): Fertility response to economic recessions in Finland 1991–2015. *Finnish Yearbook of Population Research*, 52, 15–28. <https://doi.org/10.23979/fypr.65254>
- Kalenius, Aleks & Karhunen, Hannu (2018): Koulutustason nousu on pysähtymässä. *Tieto&trendit – talous- ja hyvinvointikatsaus* 2.11.2017. Tilastokeskus.
- Kytö, Hannu & Kral-Lezczynska, Monika (2013): Muuttoliikkeen voittajat ja häviäjät – tutkimus alueiden välisistä muuttovirroista. *Kunnallisalan kehittämissäätiö*.
- Lehto, Anna-Maija (2009): Naiset valtaavat esimiespaikkoja. *Hyvinvointikatsaus* 3/2009. Tilastokeskus.
- Maahanmuuttovirasto (2017): Tilastot: Turvapaikkahakemukset, <http://tilastot.migri.fi/#applications/23330/49?start=552&end=563>. Viitattu 12.11.2018.
- Miettinen, Anneli (2015): Perhebarometri 2015. Miksi syntyvyys laskee? Suomalaisten lastensaantiin liittyviä toiveita ja odotuksia. *Katsauksia E49/2015. Väestöliitto* 2015. http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/julkaisut/perhebarometri/
- Rotkirch, Anna & Tammisalo, Kristiina & Miettinen, Anneli & Berg, Venla (2017): Perhebarometri 2017. Miksi vanhemmuutta lykätään? Nuorten aikuisten näkemyksiä lastensaannista. *Väestöliitto* 2017. http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/julkaisut/perhebarometri/
- Ruotsalainen, Kaija (2013): Väestö vanhenee, heikkeneekö huoltosuhte? *Tilastokeskus*. https://www.stat.fi/tup/vl2010/art_2013-02-21_001.html
- Ruotsalainen, Kaija (2016): Vanheneva väestö ja alhainen työllisyys korkean huoltosuhteen taustalla. *Tieto ja trendit* 22.6.2016. *Tilastokeskus*. <http://tilastokeskus.fi/tietotrendit/artikkelit/2016/vanheneva-vaesto-ja-alhainen-tyollisyys-korkean-huoltosuhteen-taustalla/>
- Sobotka, Tomas (2017): Post-transitional fertility: Childbearing postponement and the shift to low and unstable fertility levels. *Vienna Institute of Demography Working Papers*, 1/2017.
- Sotkanet (2018a): Yhden hengen asuntokunnat, % asuntokunnista, id 324, Asuntokunnat ja asuinolot – tilasto. *THL/Tilastokeskus*. (10.10.2018).
- Sotkanet (2018b): Ulkomaalaistaustaiset, id 5102, Väestötilasto. *THL/Tilastokeskus* (17.11.2018)
- Suomen virallinen tilasto (SVT)(2018a): Väestörakenne [verkkojulkaisu]. ISSN=1797–5379. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 10.10.2018]. Saantitapa: <http://www.stat.fi/til/vaerak/index.html>
- Suomen virallinen tilasto (SVT)(2018b): Väestöennuste [verkkojulkaisu]. ISSN=1798–5137. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 17.11.2018]. http://www.stat.fi/til/vaenn/2018/vaenn_2018-11-16_tie_001_fi.html
- Suomen virallinen tilasto (SVT)(2018c): Väestön ennakkotilasto [verkkojulkaisu]. ISSN=1798–8381. heinäkuu 2018. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 10.10.2018]. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/vamuu/2018/07/vamuu_2018_07_2018-08-17_tie_001_fi.html
- Suomen virallinen tilasto (SVT)(2018d): Työssäkäynti [verkkojulkaisu]. ISSN=1798–5528. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 18.9.2018]. Saantitapa: <http://www.stat.fi/til/tyokay/2017/02/index.html>
- Suomen virallinen tilasto (SVT)(2018e): Perheet [verkkojulkaisu]. ISSN=1798–3215. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 10.10.2018]. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/perh/2017/perh_2017_2018-05-25_tie_001_fi.html
- Suomen virallinen tilasto (SVT)(2018f): Siviilisäädyn muutokset [verkkojulkaisu]. ISSN=1797–6413. 02.2016, Liitetaulukko 3. Avioituvuus maakunnittain 2006–2016. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 10.10.2018]. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/ssaaty/2016/02/ssaaty_2016_02_2017-11-14_tau_003_fi.html

- Suomen virallinen tilasto (SVT)(2018g): Perheet [verkkajulkaisu]. ISSN=1798–3215. Vuosikatsaus 2016, 7. Yksinasuminen on tyypillisempää naisille. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 10.10.2018]. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/perh/2016/02/perh_2016_02_2017-11-24_kat_007_fi.html
- Suomen virallinen tilasto (SVT)(2018h): Väestön koulutusrakenne [verkkajulkaisu]. ISSN=1799–4586. 2017. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 13.11.2018]. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/vkour/2017/vkour_2017_2018-11-02_tie_001_fi.html
- Suomen virallinen tilasto (SVT)(2018i): Työssäkäynti [verkkajulkaisu]. ISSN=1798–5528. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 10.10.2018]. Saantitapa: <http://www.stat.fi/til/tyokay/index.html>
- Suomen virallinen tilasto (SVT)(2018j): Syntyneet [verkkajulkaisu]. ISSN=1798–2391. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 10.10.2018]. Saantitapa: <http://www.stat.fi/til/synt/index.html>
- Suomen virallinen tilasto (SVT)(2018k): Kuolleet [verkkajulkaisu]. ISSN=1798–2529. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 10.10.2018]. Saantitapa: <http://www.stat.fi/til/kuol/index.html>
- Suomen virallinen tilasto (SVT)(2018l): Kuolemansyyt [verkkajulkaisu]. ISSN=1799–5051. 2016, 1. Kuolemansyyt 2016. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 21.11.2018]. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/ksyyt/2016/ksyyt_2016_2017-12-29_kat_001_fi.html
- Suomen virallinen tilasto (SVT)(2018m): Muuttoliike [verkkajulkaisu]. ISSN=1797–6766. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 26.9.2018]. Saantitapa: <http://www.stat.fi/til/muutl/index.html>
- Sutela, Hanna & Larja, Liisa (2015): Yli puolet Suomen ulkomaalaistaustaisista muuttanut maahan perhesyistä. Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimus 2014. 15.10.2015. Helsinki: Tilastokeskus. https://www.stat.fi/tup/maahanmuutto/art_2015-10-15_001.html
- Tilastokeskus (2018): PX-Web-tietokannat. Väestö, perheet, 006 – Väestö sukupuolen, iän (1-v.) ja perheaseman mukaan 2005–2017.

INDIKAATTORIKATSAUS

2

Väestön elinolot ja sairastavuus

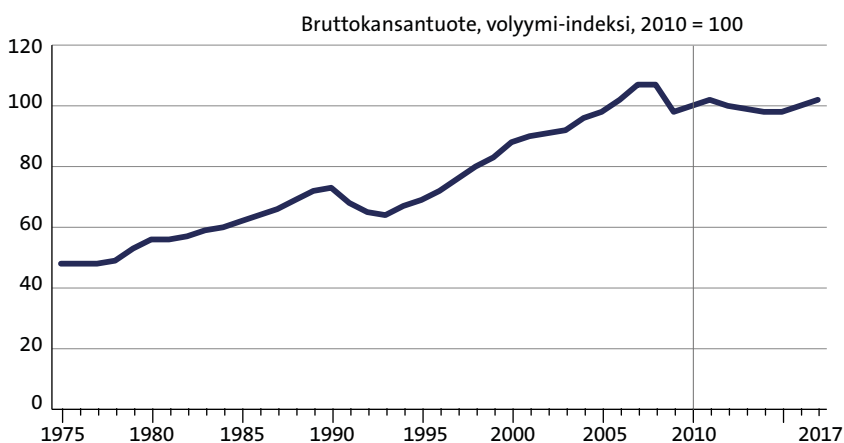
Elinoloilla tarkoitetaan usein hyvinvoinnin aineellista perustaa, jonka pohjalta ihmiset rakentavat omaehtoisesti hyvinvointiaan. Hyvinvointi riippuu siis sekä elinoloista että yksilön kyvyistä ja mieltymyksistä. Vaikka vankkakaan aineellinen perusta ei väistämättä tuota korkealaatuista hyvinvointia, elinolot ovat olennainen osa sitä. Tavanomaisesti elinoloiksi luettavien työn, toimeentulon ja asuinolojen rinnalla tässä luvussa tarkastellaan terveyttä, tai oikeammin sairastavuutta tärkeimpiin kansantauteihin. Terveys sisältyy myös Tilastokeskuksen elinolotilastoihin. Kuolleisuutta ja suomalaisten yleisimpiä kuolinsyitä kuvataan väestörakenteen ja sen muutosten esittelyn yhteydessä tässä teoksessa (Kestilä & Martelin luku 1). Tärkeimpien tunnuslukujen avulla tehdään katsaus suomalaisten elinoloihin ja sairastavuuteen sekä niiden muutoksiin, erityisesti tällä vuosisadalla. Tarkoitus on eritellä eri tilastolähteiden valossa elinolojen kehitystä siitä näkökulmasta, miten muutokset vaikuttavat tällä hetkellä suomalaisten hyvinvointiin ja mitä haasteita ne aiheuttavat hyvinvointipolitiikalle, ennakoiden samalla tulevaa kehitystä.

Kuluvaa vuosisataa kenties voimakkaimmin leimaava kehitys on ollut vuonna 2008 käynnistynyt syvä talouden taantuma, josta toipuminen on ollut varsin hidasta. Vasta viime vuosina Suomen taloudessa on näkynyt merkkejä taloudellisesta kasvusta. Talouskehityksen heijastumana suomalaista yhteiskuntaa on muovannut pitkittynyt työttömyys, jonka rinnalla on viime aikoina vahvistunut työvoimapula. Väestön ikääntyminen, keskimääräisen koulutustason nousu ja maahanmuuton kasvu ovat esimerkkejä merkittävistä väestöllisistä muutoksista, joilla on omat heijastusvaikutuksensa myös elinoloihin ja sairastavuuteen. Niitä kuvataan tarkemmin tämän teoksen ensimmäisessä luvussa (Kestilä & Martelin).

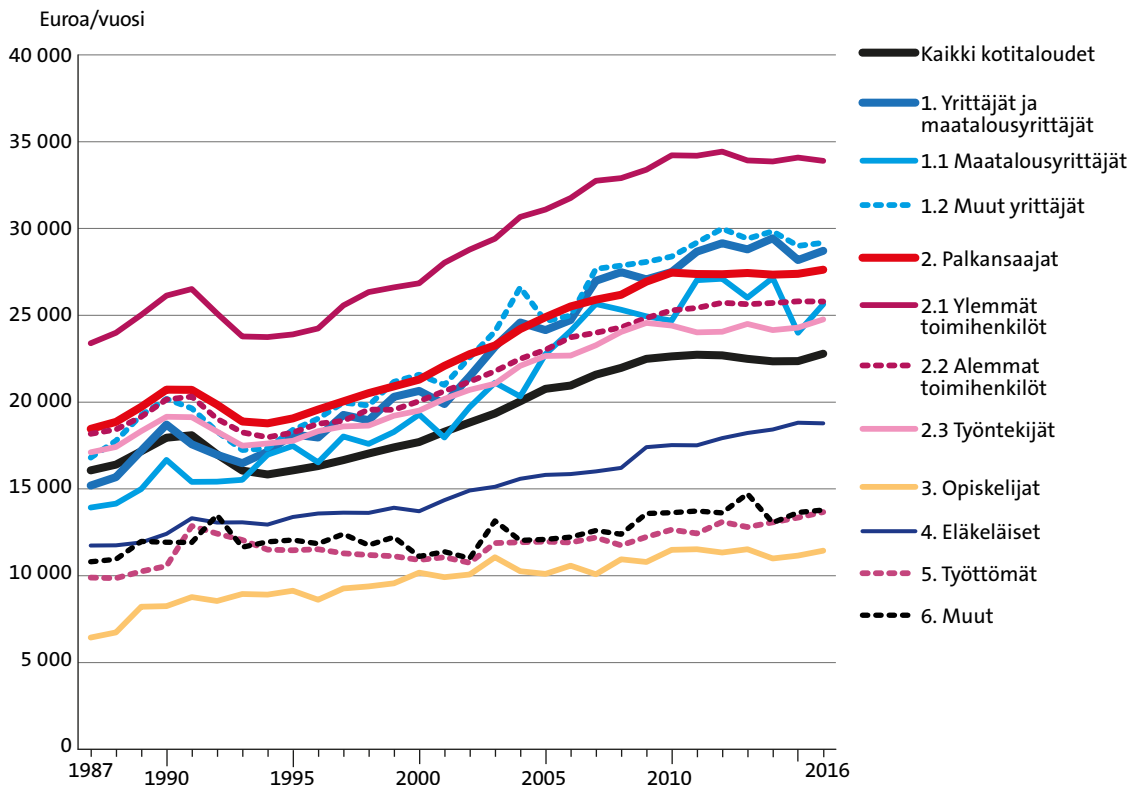
Kansantuotteen, tulotason ja tulojen muutokset

Yhteiskuntien hyvinvoinnin mittarina käytetään usein bruttokansantuotetta (BKT), olkoonkin, että mittari on alunperin tarkoitettu kansantalouden seurantaan. Talouden kehityksen seurannan käsitteenä se on ”kotimaisten tuotantoyksiköiden tuotantotoiminnan lopputulos” (Tilastokeskus 2018a), hieman yksinkertaisemmin kyse on tavaroiden ja palvelujen tuotannossa aikaansaadusta arvonlisäyksestä. Asukasta kohti laskettu bruttokansantuote kasvoi 1970-luvun puolestavälistä lähes suoraviivaisesti 1990-luvun alun lamaan asti (kuvio 2.1). Laman taituttua BKT palasi kasvu-uralle, joka jatkui vuoden 2008 taantumaa asti ja pieneni sen jälkeen voimakkaasti vuonna 2009. Sen jälkeen BKT on pysynyt jokseenkin samalla vuoden 2010 tasolla. Vuonna 2017 bruttokansantuotteen volyyymi kasvoi 2,8 prosenttia edelliseen vuoteen verrattuna. Euroina koko arvonlisäys eli BKT oli 224 miljardia euroa. (Tilastokeskus 2018b.)

Väestön tulotasa voidaan kuvata kotitalouksien käytettävissä olevien rahatu-
lojen avulla. Viimeisimpänä tilastovuonna 2016 kaikkien kotitalouksien mediaa-
nitulo oli 22 793 euroa, mutta tulotaso vaihteli selvästi sosioekonomisten ryhmi-
en välillä. Kuviossa 2.2 esitetään kotitalouksien käytettävissä olevat tulot vuosina
1987–2016 sosioekonomisen aseman mukaisissa ryhmissä vuoden 2016 hinnoin.
Opiskelijat ovat koko tarkastelujakson ajan olleet pienituloisin ryhmä, mutta
heidänkin mediaanitulonsa ovat yli puolitoistakertaistuneet 30 vuoden aikana ja
vuonna 2016 se oli 11 400. Maatalousyrittäjiä lukuun ottamatta muiden yrittäjien
tulotaso on puolestaan ollut lähes koko 2000-luvun parempi kuin palkansaajien.
Eläkeläisten ja työttömien tulotaso on sen sijaan ollut selvästi koko väestön medi-
aanituloa huonompi koko ajan. (SVT 2018a.)



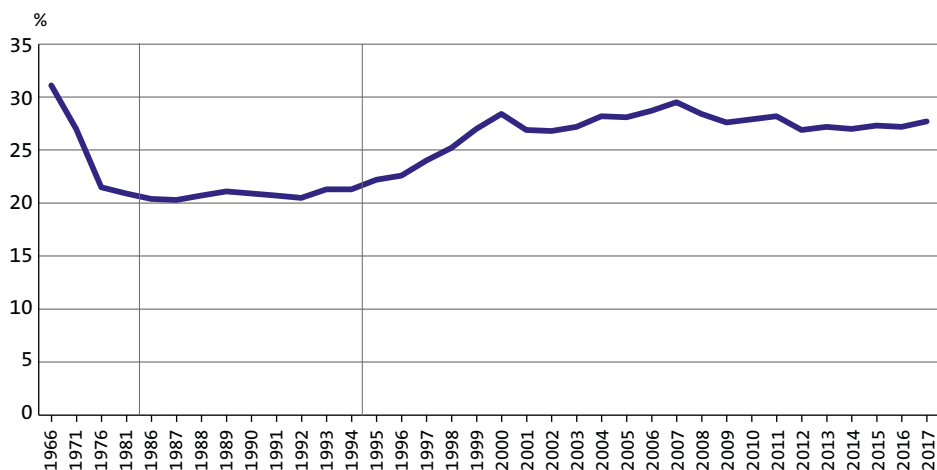
KUVIO 2.1. Bruttokansantuote asukasta kohti vuosina 1975–2017.
Lähde: Tilastokeskus, Kansantalouden tilinpito.



KUVIO 2.2. Kotitalouksien käytettävissä olevat tulot kulutusyksikköä kohden sosioekonomisen aseman mukaan. Käytettävissä olevat rahatulot, mediaani vuosina 1987–2016. Lähde: Tilastokeskus, Tulonjakotilasto.

Sosioekonomisten ryhmien tulot ovat käyttäytyneet eri tavoin eri suhdanteissa. Talouden kasvaessa tulokehitys on ollut lähes poikkeuksetta myönteistä. Sen sijaan laskukaudella esiintyy vaihtelua, joka selvimmin ilmenee siinä, että eläkeläiskotitalouksien tulotaso on taantumassakin parantunut. Tämä johtuu osin eläkeläisten ryhmän rakenteesta tapahtuneista muutoksista, sillä pienituloisten eläkeläisten (kansan/takuueläkeläisten) osuus on pienentynyt, ja osin siitä, että toistaiseksi eläkkeisiin ei ole tehty leikkauksia (ks. tarkemmin Findikaattori 2018a).

Väestön tuloeroja kuvataan usein Gini-kertoimen avulla, joka on käytetyin mittari tuloerojen tutkimuksessa. Gini-kerroin saa arvoja nollan ja sadan välillä siten, että arvo nolla kuvaa täysin tasaista tulonjakoa ja arvolla sata kaikkein suurituloisin saa kaikki tulot. Tuloerot kasvoivat Suomessa tasaisesti 1990-luvun puolivälistä 2000-luvun alkupuolelle aikaisemmalta Gini-kertoimen tasolta 20 noin 27:n tasolle (kuviot 2.3). Tällä vuosituhannella tuloerot olivat korkeimmillaan vuonna 2007, Gini-kertoimen ollessa 29,5. (SVT 2018b.)



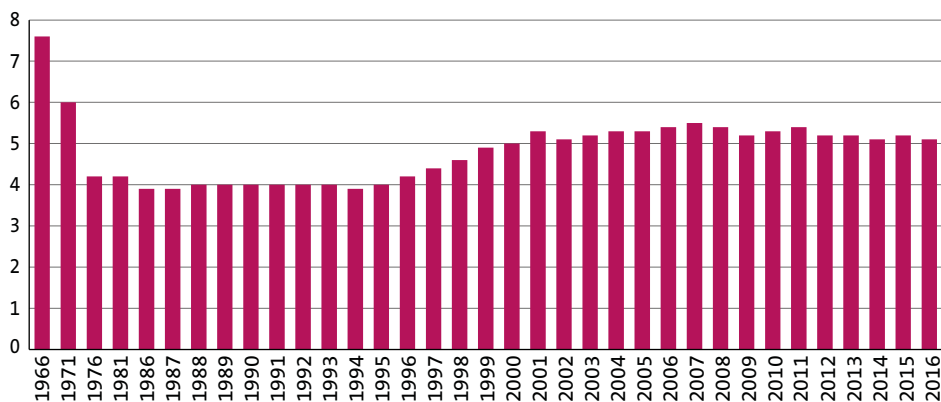
KUVIO 2.3. Tuloerojen kehitys Suomessa Gini-kertoimella mitaten vuosina 1960–2017. Lähde: Tilastokeskus, Tulonjaon kokonaistilasto 1995–2017.

Kansainvälisessä tulonjakotilastoon perustuneessa vertailussa Suomen Gini-kertoimen (25,4) oli vuonna 2015 pienempi kuin Euroopan unionin maiden Gini-kertoimien keskiarvo (30,8) (SVT 2018c).

Tuloeroja voi tarkastella myös vertailemalla pieni- ja suurituloisten tulo-osuuksia. Tavanomaista on vertailla suurituloisimman kymmenyksen osuutta tulojen kokonaissummasta pienituloisimman kymmenyksen vastaavaan osuuteen. Tulo-osuuksien kehitys on samankaltainen kuin Gini-kertoimen, 1970-luvun puolivälistä 1990-luvun puoleen väliin suurituloisimpien tulo-osuus oli noin nelinkertainen pienituloisimpien tulo-osuuteen verrattuna ja 2000-luvulla suurituloisimpien tulo-osuus näyttää vakiintuneen yli viisinkertaiseksi (kuvio 2.4).

Pieni- ja suurituloisten tulo-osuuksien vertailun ohella voidaan tarkastella pienituloisten määriä ja pienituloisuusastetta eli väestöosuutta, jonka tulot jäävät alle pienituloisuusrajan¹. Tuorein tieto on vuodelta 2017, jolloin pienituloisia oli 654 000, tämä vastaa 11,5 prosenttia koko väestöstä. Korkeimmillaan pienituloisten määrä oli vuosina 2008 ja 2010, jolloin heitä oli 728 000. Lasten pienituloisuusaste, jolla tarkoitetaan pienituloisiin kotitalouksiin kuuluvia alle 18-vuotiaita, oli 11,1 prosenttia vuonna 2017. Osuus on siis hiukan pienempi kuin koko väestön pienituloisuusaste. Lasten pienituloisuusaste on kasvussa kolmatta vuotta peräkkäin vuodesta 2015. Ajanjaksolla 1995–2016 se on ollut korkeimmillaan – 12,1 prosenttia – vuosina 2007 ja 2008. (Tilastokeskus 2018c.) Pienituloisia kotitalouksia kuvataan myös luvussa 11 (Kestilä ym. luku 11 tässä teoksessa), jossa esitetään toimeentulotukea koskevia tietoja.

¹ Pienituloisuusrajana pidetään Suomessa 60 prosenttia kotitalouksien ekvivalenttien tulojen mediaanista.



KUVIO 2.4. Suurituloisimman kymmenyksen osuus tulojen kokonaissummasta verrattuna pienituloisimman kymmenyksen vastaavaan osuuteen vuosina 1966–2016.

Lähde: Tilastokeskus, Tulonjakotilasto.

Kotitalouksien taloudellisen toimeentulon olennainen osa tulojen lisäksi on varallisuus. Varallisuus- ja tuloerot näkyvät väestön hyvinvoinnissa ja niiden huomioiminen on tärkeää eriarvoisuuden tarkastelemiseksi. Tulo- ja varallisuuserot eivät kuitenkaan mittaa suoraan eriarvoisuutta. Sekä tulo- että varallisuuserot kasvoivat Suomessa 1990-luvun lopussa ja tuolloin tuloerojen kasvu olikin OECD-maiden nopeinta. 2000-luvulla tuloerot ovat pysyneet melko vakaina, mutta varallisuuserot ovat kasvaneet, myös talous- ja finanssikriisin jälkeen (Törmälehto 2018). Varallisuuden kehitystä kuvataan tarkemmin vielä asuinolojen yhteydessä, sillä suuri osa suomalaisten varallisuudesta on kiinni omistusasunnossa.

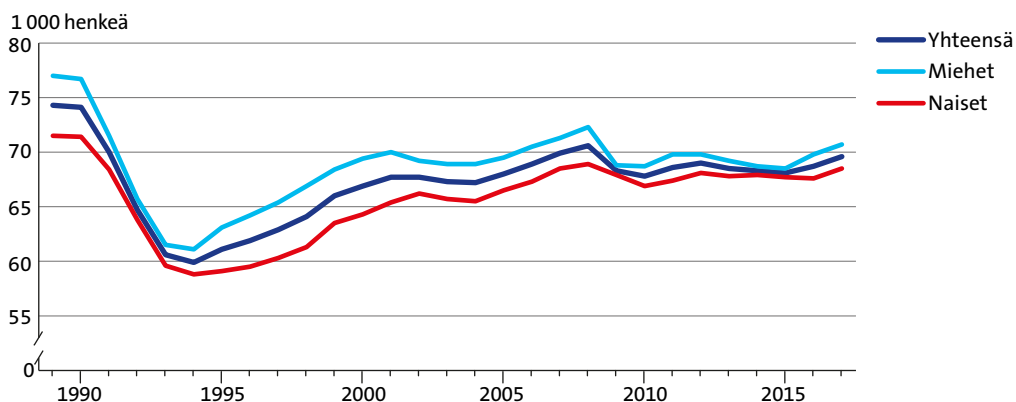
Työllisyys ja työttömyys

Työllisyysaste ja työttömyysaste

Työ määrittelee osaltaan ihmisen identiteettiä ja asemaa yhteiskunnassa ja toimii siteenä paitsi työyhteisöön myös yhteiskuntaan. Työttömyys vaikuttaa usein haitallisesti sosiaalisiin suhteisiin, terveyteen ja hyvinvointiin. Kyse ei ole pelkästään taloudellisesta niukkuudesta, vaikka työttömyydellä on selvä vaikutus toimeentuloon ja pitkittyessään se lisää riskiä köyhyyteen.

Kuviossa 2.5 esitetään Tilastokeskuksen työvoimatutkimuksen² mukaan työll-

2 Työvoimatutkimus (Labour Force Survey) kerää tilastotietoja 15–74-vuotiaan väestön työhön osallistumisesta, työllisyydestä ja työttömyydestä sekä työvoiman ulkopuolisten toiminnasta. Työvoimatutkimuksen tiedonkeruu perustuu Tilastokeskuksen väestötietokannasta kahdesti vuodessa satunnaisesti poimittuun otokseen. Kuukausittainen otos on noin 12 000 henkeä ja tiedot kerätään tietokoneavusteisilla puhelinhaastattelulla.



KUVIO 2.5. Työllisyysaste 15–64-vuotiailla vuosina 1989–2017.
Lähde: Tilastokeskus, Työvoimatutkimus.

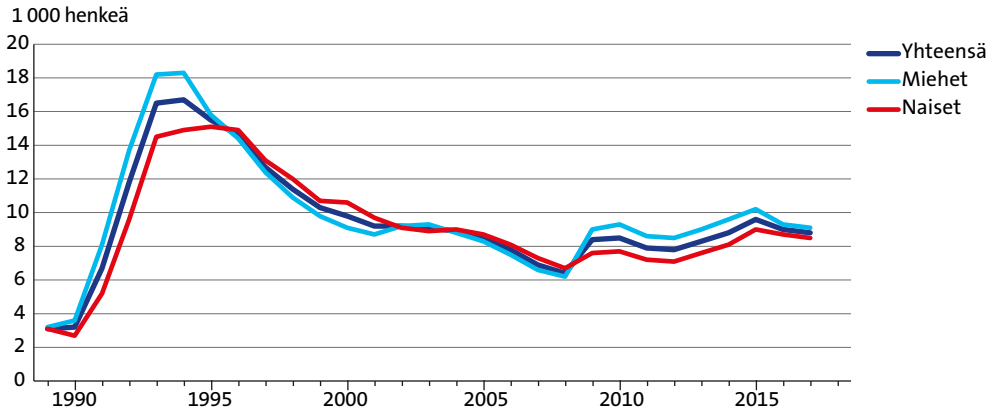
syysaste³ (vuosikeskiarvoina) vuosina 1989–2017 sukupuolittain. Työllisten osuus on ollut pienimmillään lamavuosina 1990-luvun alussa, minkä jälkeen työllisyysaste pääosin kasvoi vuoden 2008 kansainväliseen finanssikriisiin asti. Tämän jälkeen työllisyysaste koki jyrkemmän notkahduksen (kuvio 2.5). Vuosikeskiarvoja tarkastellen vuonna 2017 työllisyysaste oli 69,6 prosenttia (naisilla 68,5 ja miehillä 70,7 %).

Suomessa oli lokakuussa 2018 tuoreimman työvoimatutkimuksen mukaan yhteensä noin 2 535 000 työllistä. Se oli noin 43 000 enemmän kuin vuotta aiemmin. Työllisyysaste oli 71,5 prosenttia (miehillä 72 ja naisilla 71 %), kun vuotta aiemmin samaan aikaan se oli 70,0 prosenttia (miehillä 71,2 ja naisilla 68,9 %). (SVT 2018d.)

Työttömyydessä kausivaihtelu on suurta. Kuviossa 2.6 on esitetty työttömyysasteen vuosikeskiarvot vuosina 1989–2017 sukupuolittain. Työttömyysaste on ollut suurimmillaan 1990-luvun lamavuosina, jonka jälkeen se laski aina vuoden 2008 kansainväliseen finanssikriisiin saakka. Sen jälkeen kehitys on vaihdellut (kuvio 2.6). Vuosikeskiarvoin tarkasteltuna työttömyysaste oli vuonna 2017 keskimäärin 8,8 prosenttia.

Työvoimatutkimuksen mukaan lokakuussa 2018 työttömiä oli 171 000, mikä oli noin 26 000 vähemmän kuin vuotta aikaisemmin. Miehiä oli työttömistä 95 000, naisia 76 000. Työttömyysaste oli 6,3 prosenttia, mikä oli prosenttiyksikön vähemmän kuin vuotta aiemmin. Nuorten työttömyysaste lokakuussa 2018 oli 14,7 prosenttia. (SVT 2018d.)

3 Työllisyysaste on työllisten prosenttiosuus väestöstä ja virallinen työllisyysaste lasketaan 15–64-vuotiaiden työllisten prosenttiosuutena samanikäisestä väestöstä.



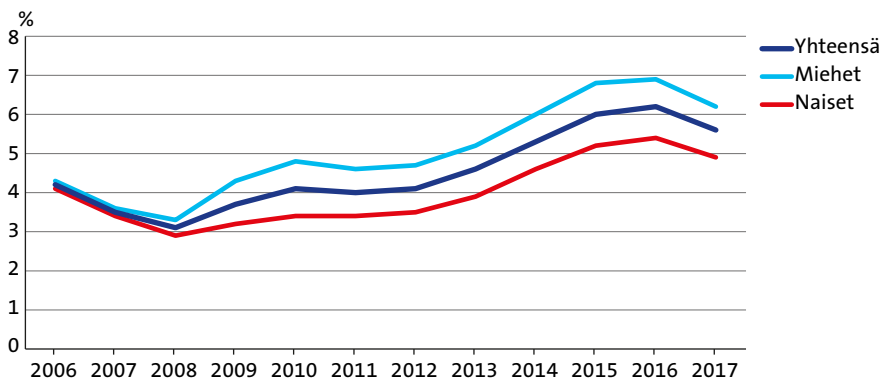
KUVIO 2.6. Työttömyysaste 15–64-vuotiailla vuosina 1989–2017.

Lähde: Tilastokeskus, Työvoimatutkimus.

Vaikeasti työllistyvät ja pitkäaikaistyöttömyys

Vaikeasti työllistyvien osuus työikäisistä kuvaa niin kutsuttua rakenteellista työttömyyttä. Työttömyyden sanotaan olevan rakenteellista silloin, kun se ei vähene, vaikka samanaikaisesti työllisyysaste on korkea ja joillakin aloilla vallitsee työvoimapula. Vaikeasti työllistyvät ovat työikäisiä, joiden on vaikea työllistyä avoimilla työmarkkinoilla. He liikkuvat työttömyyden, työvoimapolitiittisten palvelujen ja lyhyiden työsuhteiden välillä. Siihen, että työttömän ammatillista osaamista vastaavia työpaikkoja ei ole tarjolla, voi olla syynä esimerkiksi elinkeinoelämän muutos tai työelämän vaativuus, jolloin puhutaan niin sanotusta kohtaanto-ongelmasta. Työllistymistä voivat vaikeuttaa myös erilaiset terveydelliset ja psykososiaaliset ongelmat. Vaikeasti työllistyvien ryhmään luetaan pitkäaikaistyöttömät, rinnasteiset pitkäaikaistyöttömät, palveluilta työttömäksi jääneet ja palveluilta palveluille siirtyneet.⁴ (Sotkanet 2018b.)

4 Pitkäaikaistyöttömät sisältää vähintään vuoden yhdenjaksoisesti työttömänä työnhakijana olleet, rinnasteiset pitkäaikaistyöttömät sisältää viimeisen 16 kk aikana yhteensä vähintään 12 kk työttömänä työnhakijana olleet, pl. edellä mainitut yhtäjaksoiset pitkäaikaistyöttömät. Palveluilta työttömäksi jääneisiin lasketaan viimeisen 12 kk aikana työllistettynä, työharjoittelussa tai työelämävalmennuksessa, työvoimakoulutuksessa, vuorotteluvapaasijaisena, kuntouttavassa työtoiminnassa, omaehtoisessa opiskelussa, valmennuksessa sekä työ- tai koulutuskokeilussa olleet, joiden sijoitus on päätynyt 3 kuukautta ennen laskentapäivää ja jotka ovat kuukauden laskentapäivänä työttöminä työnhakijoina. Palveluilta palveluille sijoittuneisiin lasketaan työllistettynä, työharjoittelussa tai työelämävalmennuksessa, työvoimakoulutuksessa, vuorotteluvapaasijaisena, kuntouttavassa työtoiminnassa, omaehtoisessa opiskelussa, valmennuksessa sekä työ- tai koulutuskokeilussa laskentapäivänä olevat, jotka ovat olleet viimeisen 16 kk aikana em. palveluissa, joka on kuitenkin päätynyt 3 kk ennen laskentapäivänä voimassa olevan palvelun alkua. Lisäksi henkilön on täytynyt olla viimeisen 16 kk aikana yhteensä vähintään 12 kk työttömänä työnhakijana tai em. aktiivipalvelussa. Sama henkilö voi kuulua vain yhteen vaikeasti työllistyvien ryhmään kerrallaan. (Sotkanet 2018b)



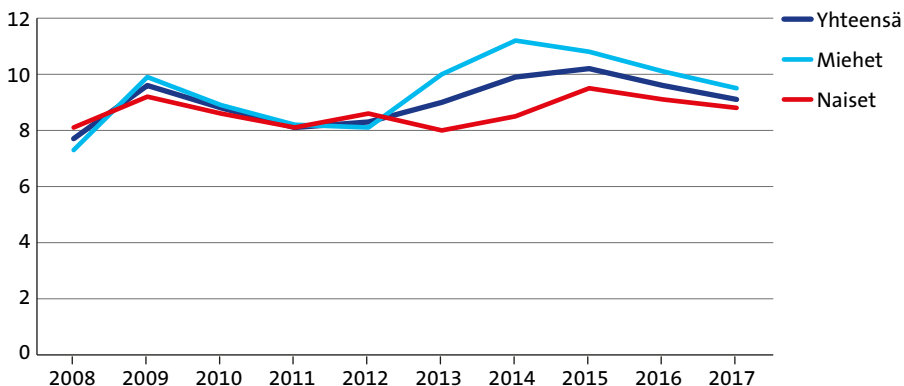
KUVIO 2.7. Vaikeasti työllistyvät sukupuolittain ja yhteensä vuosina 2006–2017. Osuus (%) 15–64-vuotiaasta väestöstä. Lähde: Sotkanet 2018, Työnvälitystilasto (TEM).

Kuviossa 2.7 esitetään 15–64-vuotiaiden vaikeasti työllistyvien osuus (%) vastaavanikäisestä väestöstä vuosina 2006–2017. Vuonna 2017 vaikeasti työllistyvien 15–64-vuotiaiden osuus oli 5,6 prosenttia vastaavanikäisestä väestöstä, mikä oli vähemmän kuin kahtena aikaisempana vuotena. Kymmenen vuoden aikana vaikeasti työllistyvien osuus on vaihdellut 3,1 ja 6,2 prosentin välillä, kun sukupuolia tarkastellaan yhdessä. Vaikeasti työllistyvien miesten osuudet ovat olleet hieman korkeampia kuin naisilla koko tarkastelujakson 2006–2017 ajan (kuvio 2.7). (Sotkanet 2018.)

Lokakuun lopussa vuonna 2018 yli vuoden yhtäjaksoisesti työttömänä olleita pitkäaikaistyöttömiä oli 68 400, mikä on 26 300 vähemmän kuin vuotta aikaisemmin. Pitkäaikaistyöttömistä oli miehiä 40 200 ja naisia 28 200. Yli kaksi vuotta yhtäjaksoisesti työttömänä olleita pitkäaikaistyöttömiä oli 35 100, mikä on 13 700 vähemmän kuin vuotta aikaisemmin. (Findikaattori 2018b.)

Koulutuksen ja työelämän ulkopuolella olevat nuoret

Koska osa 15–24-vuotiaista työttömistä on osa-aikatyötä tai kesätyötä hakevia opiskelijoita, on nuorten työttömyyden rinnalla seurattu myös niiden nuorten osuutta ikäluokasta, jotka eivät ole työssä, koulutuksessa tai suorittamassa asevelvollisuutta (niin kutsutut NEET-nuoret, not in education, employment or training). Nuorten vaihtelevien elämäntilanteiden takia tämäkään mittari ei ole ongelmaton, mutta hieman parempi kuvaamaan nuorten tilannetta. Vuonna 2017 15–24-vuotiaita nuoria, jotka eivät olleet työssä, koulutuksessa eivätkä asevelvollisuutta suorittamassa, oli yhteensä 57 000 (31 000 miestä ja 26 000 naista). Luku vastaa noin yhdeksää prosenttia tästä ikäluokasta. NEET-nuorista suurin osa oli 20–24-vuotiaita. (SVT 2018e.) Ei työssä, koulutuksessa eikä asevelvollisuutta suorittamassa olevien nuorten määrä on vaihdellut jonkin verran viimeisen kymmenen vuoden aikana, kuten nähdään kuviosta 2.8. Tilastojen valossa NEET-nuorten



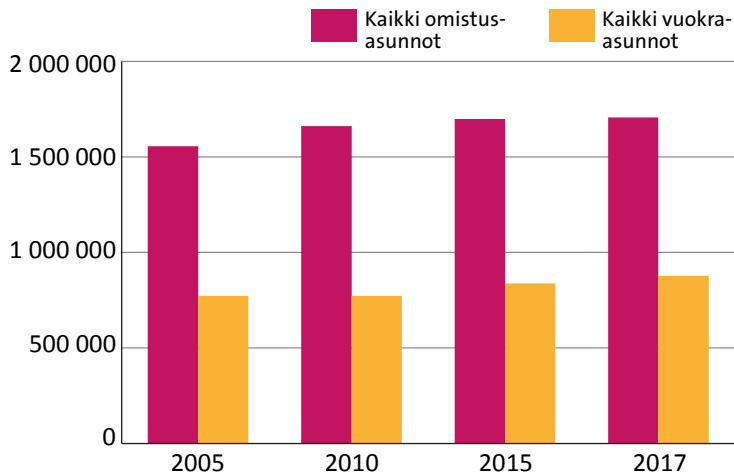
KUVIO 2.8. Ei työssä, ei koulutuksessa eikä asevelvollisuutta suorittamassa olevien 15–24-vuotiaiden osuus (%) samanikäisestä väestöstä vuosina 2008–2017. Lähde: Tilastokeskus, Työvoimatutkimus

osuuden vaihtelu on nähty rinnastuvan työmarkkinoiden ja suhdanteiden muutoksiin (esim. Härmäläinen 2016). Toisaalta NEET-status on katsottu myös kuvaavan nuorten syrjäytymistä, sillä se on yhteydessä jatkokoulutuksen puutteeseen sekä useisiin sosiaalisiin ja psyykkisiin ongelmiin (Gissler ym. 2016).

Asumisen ja varallisuuden muutokset

Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2017 kolmasosa asuntokunnista asui vuokralla, mutta selvä enemmistö suomalaisista asuu edelleen omistusasunnoissa. Kaikkiaan asuntokuntia oli vuoden 2017 lopulla 2 680 000, joista yhden henkilön asuntokuntia oli 1 162 000 eli 43 prosenttia (ks. Kestilä & Martelin luku 1 tässä teoksessa). Omistusasunnoissa asui vuonna 2017 1,7 miljoonaa asuntokuntaa. Kuviossa 2.9 on esitetty vakituisesti asuttujen vuokra- ja omistusasuntojen määrä vuosina 2005, 2010, 2015 ja 2017. Omistus- tai vuokra-asunnoissa asuvien lisäksi 96 000 asuntokuntaa asui asumisoikeusasunnoissa tai asunnoissa, joiden hallinta perustuu esimerkiksi sukulaisuuteen tai on tuntematon. (SVT 2018f.)

Vuokralla asutaan erityisesti pienissä asunnoissa. Vuokra-asunnoissa asuvien asuntokuntien määrä on kasvanut erityisesti yliopistokaupungeissa ja muissa isoissa kaupungeissa viime vuosina. Vuonna 2017 vuokralla asui yhteensä 1,4 miljoonaa henkilöä, eniten nuoria 20–24-vuotiaita (kaikista vuokralla asujista noin 15 prosenttia kuului tähän ikäluokkaan). Kun huomioidaan sekä Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskuksen (ARA) tukemat kohtuuhintaiset vuokra-asunnot että vapaarahoitteiset asunnot, asui vuokralla yhteensä 878 000 asuntokuntaa (kuvio 2.9). Määrä kasvoi 2,8 prosenttia edellisestä vuodesta ja alueellisesti tarkasteltuna eniten Helsingissä, Tampereella ja Vantaalla. Vuonna 2017 vapaarahoitteisissa vuokra-asunnoissa asui 561 000 asuntokuntaa (5,7 % enemmän kuin vuotta ai-



KUVIO 2.9. Vakituisesti asuttujen vuokra- ja omistusasuntojen määrä vuosina 2005, 2010, 2015 ja 2017. Lähde: Tilastokeskus, Asuntokunnat ja asuinolot.

emmin). ARA:n tukemissa kohtuuhintaisissa vuokra-asunnoissa asui puolestaan 317 000 asuntokuntaa, mikä on kaksi prosenttia edellistä vuotta vähemmän. Osasy ARA-rahoitteisten asuntojen vähenemiseen on vanhojen tuettujen asuntojen vapautuminen rajoituksista joko vapaille vuokramarkkinoille tai omistusasunnoiksi. (SVT 2018f.)

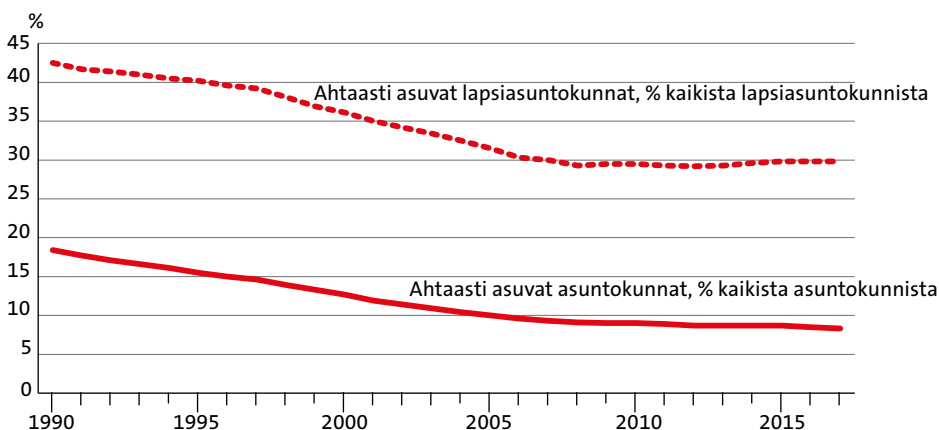
Yhden ja kahden henkilön asuntokuntien määrä on kasvanut jo usean vuosikymmenen ajan ja vuoden 2017 lopussa niiden osuus oli 76 prosenttia kaikista asuntokunnista. Asuntokuntien koko vaihtelee alueittain siten, että vuonna 2017 kaupunkimaisissa kunnissa asuntokuntien keskikoko oli 1,97 henkilöä ja maaseutumaisissa kunnissa vastaavasti 2,10 henkilöä. Asuntokuntarakenne on erilainen maalla ja kaupungeissa. Kaupungeissa on enemmän (45 %) yksinasuvien asuntokuntia kuin maaseutumaisissa kunnissa (40 %). (SVT 2018f.)

Kuviossa 2.10 on esitetty ahtaasti asuvien asuntokuntien⁵ osuus kaikista asuntokunnista sekä ahtaasti asuvat lapsiasuntokunnat⁶ kaikista lapsiasuntokunnista vuosina 1990–2017. Vuonna 2017 ahtaasti asuvia asuntokuntia oli 8,3 prosenttia kaikista asuntokunnista ja ahtaasti asuvia lapsiasuntokuntia oli 28,9 prosenttia kaikista lapsiasuntokunnista. Ahtaasti asuminen vähentyi lähes suoraviivaisesti 2000-luvun puoliväliin asti, jonka jälkeen väheneminen hidastui. Lapsiasuntokunnissa ahtaasti asuminen ei 2000-luvun puolivälin jälkeen ole enää vähentynyt. (SVT 2018f.)

Asuinolojen alueellista vaihtelua ja asunnottomuutta käsitellään tämän teoksen luvussa 3 (Ilmarinen ym.).

5 Asunto on ahtaasti asuttu, jos siinä asuu enemmän kuin yksi henkilö huonetta kohti, kun keittiötä ei lasketa huoneluukuun (määritelmä vuodesta 1990 lähtien). Asuntokunnan muodostavat kaikki samassa asunnossa vakinaisesti asuvat henkilöt.

6 Lapsiasuntokunta on asuntokunta, jossa on vähintään yksi alle 18-vuotias henkilö.



KUVIO 2.10. Ahtaasti asuvien asuntokuntien osuus kaikista asuntokunnista ja ahtaasti asuvien lapsiasuntokuntien osuus kaikista lapsiasuntokunnista vuosina 1990–2017, %. Lähde: Tilastokeskus, Asuntokunnat ja asuinolot.

Suomalaisten arvokkain varallisuus on selvästi yleisimmin kiinni omistusasunnossa. Kokonaisvaroista asunnon osuus on puolet ja 66 prosentilla suomalaisista on asuntovarallisuutta. Varallisuuden lajeista yleisimpiä sen sijaan ovat talletukset ja kulkuvälineet. Asunnon jälkeen tulevat pörssiosakkeet ja suorat rahastosijoitukset, joita on 41 prosentilla suomalaisista. Kotitalouksien nettovarallisuuden mediaani oli 107 200 euroa vuonna 2016. (SVT 2018g.)

Taulukosta 2.1 ilmenee varallisuuserojen kehitys vuosina 1994–2016. Varallisuuserot ovat kasvaneet koko jakson ajan, ja vuonna 2016 varakkain kymmenes omisti jo lähes puolet nettovarallisuudesta. Nettovarallisuus saadaan laskemalla yhteen reaali- ja rahoitusvarat ja vähentämällä niistä velat. Velkaa oli kolmella kotitaloudella viidestä ja velkaisista talouksista joka viidennellä velkaa oli yli kolme kertaa vuosittaisten tulojen määrä. (SVT 2018g.)

TAULUKKO 2.1. Nettovarallisuuden jakautuminen vuosina 1994, 2009, 2013 ja 2016, osuudet nettovarallisuuden kokonaismäärästä (%). Lähde: Tilastokeskus, Kotitalouksien varallisuus.

Varallisuuskymmenys	1994	2009	2013	2016
I–V (vähävaraisin 50 %)	6,9	6,4	6,7	6,1
VI	8,2	6,9	6,8	6,5
VII	10,9	9,7	9,5	9,2
VIII	14,5	13,6	12,9	12,7
IX	20,3	19,4	18,6	18,8
X (varakkain 10 %)	39,2	43,9	45,5	46,8
Yhteensä	100	100	100	100

Terveys

Vuoden 2018 alussa julkaistun Finterveys 2017 -tutkimuksen (Koponen ym. 2018) mukaan suomalaisten terveys ja elintavat ovat kehittyneet monessa suhteessa myönteiseen suuntaan. Tämän näkyy muun muassa useiden kansansairauksien taustalla olevien elintapojen kehityksessä. Myönteisiin kehityskuluihin lukeutuu muun muassa päivittäisen tupakoinnin väheneminen työikäisessä väestössä. Vuonna 2017 päivittäin tupakoi miehistä 16 ja naisista 11 prosenttia (Heloma ym. 2018). Myös humalajuominen on vähentynyt työikäisessä väestössä, mutta lisääntynyt eläkeikäisillä. Miehillä humalajuominen on naisia yleisempää. (Mäkelä ym. 2018.) Myös fyysisessä aktiivisuudessa on havaittu myönteisiä muutoksia väestötasolla: esimerkiksi vapaa-ajan liikunta on lisääntynyt hieman miehillä ja työmatkaliikunta erityisesti nuorilla miehillä. Vajaa kolmannes väestöstä ei kuitenkaan harrasta vapaa-ajan liikuntaa (Borodulin ym. 2018).

Terveyden kannalta on havaittavissa kuitenkin myös lukuisia haasteita. Vaikka tupakointi onkin vähentynyt, päivittäin tupakoivien aikuisten osuus on vielä kaukana tupakkalain asettamista tavoitteista (Heloma 2018). Lisäksi lihavuus on suuri kansanterveysongelma ja erityisesti työikäisessä väestössä lihavuus on lisääntynyt: Suomessa joka neljäs aikuinen on lihava (BMI vähintään 30) ja työikäisessä väestössä lihavuus on yleistynyt verrattaessa vuoteen 2011. (Lundqvist ym. 2018.) Terveyden riskitekijöistä kohonnut verenpaine on edelleen Suomessa hyvin yleistä ja lääkehoidossa olevista alle puolella se on tavoitetasolla. Lähes kahdella kolmesta miehestä ja joka toisella naisella on joko verenpainelääkitys tai kohonnut verenpaine. (Laatikainen ym. 2018.) Kokonaiskolesteroli on sen sijaan kääntynyt uudelleen laskuun (Vartiainen ym. 2018a), ja se voikin merkittävästi vähentää sairastuvuutta sydän- ja verisuonitauteihin. Koholla oleva verensokeri ei myöskään ole yleistynyt väestötasolla.

Kansantaudeilla tarkoitetaan sairauksia, joilla on suuri merkitys koko väestön terveydentilalle, kansanterveydelle. Kansantaudit ovat yleisiä väestössä ja lisäksi usein yleisiä kuolleisuuden aiheuttajia. Suomessa kroonisiksi kansantaudeiksi katsotaan sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes, hengityselinsairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, syöpäsairaudet, mielenterveyden ongelmat sekä muistisairaudet (THL 2018). Seuraavassa luodaan lyhyt katsaus yleisimpiin kansantauteihin, niiden yleisyyteen ja kehitykseen tuoreiden tutkimustulosten valossa (Koponen ym. 2017; Syöpärekisteri 2018). (Ks. myös kuolleisuudesta ja kuolemansyistä Keskilä & Martelin luku 1, sekä kuolleisuuden tuloryhmittäisistä eroista Karvonen ym. luku 5 tässä teoksessa).

Vaikka sydän- ja verisuonisairaudet ovat vähentyneet viime vuosikymmenien aikana erityisesti työikäisessä väestössä, ne ovat edelleen vaikea kansanterveysongelma. Tyypillisesti sydän- ja verisuonisairaudet ovat iäkkään väestönosan sairauksia ja sydämen ja aivojen verenkierron sairaudet yleistyvätkin suomalaisilla selvästi 50 ikävuoden jälkeen: noin joka viidennellä 50–59-vuotiaalla ja jopa joka

toisella 60–69-vuotiaalla miehellä on kohonnut riski sairastua vakavaan sepelvaltimotautiin tai aivohalvaukseen. Naisilla vastaavat osuudet ovat pienempiä. Väestötasolla sepelvaltimotautia sairastaa 14 prosenttia 50 vuotta täyttäneistä miehistä ja seitsemän prosenttia naisista. Verenkiertoelinten sairaudet ovat yleisempiä vähemmän koulutusta saaneilla kuin korkeasti koulutetuilla. Sosiaaliryhmien välisen sairastavuuserojen taustalla on muun muassa näiden sairauksien riskitekijöiden – kolesterolin, verenpaineen, tupakoinnin ja ylipainon – sosiaaliryhmittäiset erot. (Vartiainen ym. 2018b.)

Diabetes on yleistynyt tasaisesti viimeisten vuosikymmenten aikana (Peltonen ym. 2015). Suomessa noin 15 prosenttia miehistä ja 10 prosenttia naisista, yhteensä noin 400 000 henkilöä, sairastaa diabetesta joko tietäen tai tietämättään. Lisäksi noin joka neljännellä miehellä ja naisella on vähintään kohtalainen riski sairastua tyyppiin 2 diabetekseen kymmenen vuoden sisällä. Valtaosa diabetestapauksista on kuitenkin tunnistettu ja potilaat ovat hoidossa ja seurannassa. (Lindström 2018.)

Erilaiset hengityselinsairaudet kuten astma, keuhkohtaumatauti (COPD) ja allergiat ovat varsin yleisiä suomalaisessa väestössä. Astma sekä allergiset nenä- ja silmäoireet ovat lisääntyneet Suomessa viime vuosikymmeninä nopeasti ja erityisesti nuorilla. Esimerkiksi lääkärin toteaman astman esiintyvyys kaksinkertaistui 25–44-vuotiailla vuodesta 1997 vuoteen 2012 (Jousilahti ym. 2016). Joka kymmenennellä miehellä ja joka seitsemännellä naisella on joskus todettu astma. Allergiset nenä-, silmä- ja iho-oireet ovat yleisiä: niitä oli vuonna 2017 ollut joka kolmannella edellisen vuoden aikana. Myös allergiset oireet ovat selvästi yleisempiä nuorimmissa ikäryhmissä ja niiden esiintyvyys vähenee iän myötä. Keuhkohtaumatauti on harvinainen työikäisillä, mutta tauti yleistyy iän myötä: 60 vuotta täyttäneistä miehistä kuudella prosentilla on todettu keuhkohtaumatauti, naisilla sitä esiintyy puolet vähemmän. Keuhkohtaumatauti on merkittävä sairaus eläkeikäisessä väestössä. Se heikentää elämänlaatua ja lisää kuolleisuutta. (Jousilahti 2018.)

Suomen syöpärekisterin tuoreiden tilastojen mukaan uusia syöpätapauksia todettiin vuonna 2016 reilu 34 000, kuolemia oli hieman vajaa 12 700. Vaikka syöpään sairastuu nykyään yhä useampi, myös yhä useampi selviää sairaudesta: syöpien ilmaantuvuus väestössä on kasvanut, mutta kuolleisuus pienentynyt. Syöpäkuolleisuuden ennustetaan laskevan edelleen. Vaikka nykyään syövän aiheuttamia kuolemantapauksia on enemmän kuin 1980-luvulla, väestön kokoon ja ikärakenteeseen suhteutettuna kuolleisuus ei ole suurentunut. Taustalla on väestön ikääntyminen, sillä syöpätaudit ovat yleisempiä ikääntyneessä väestössä. Miesten yleisimpiä syöpiä olivat vuonna 2016 eturauhassyöpä, keuhkosityöpä ja paksu- ja peräsuolisyöpä. Naisilla yleisimpiä syöpiä olivat rintasyöpä, paksu- ja peräsuolisyöpä ja keuhkosityöpä. Tuoreimmalla tilastojaksolla seuratuista miehistä oli elossa 66 prosenttia ja naisista 69 prosenttia viiden vuoden päästä sairastumisesta. Eri syöpätautien ennusteissa on suuria eroja. Erinomainen ennuste on eturauhasen syövässä (93 %) ja rintasyövässä (91 %), kun taas keuhkosityövässä ennuste on heikko (11 % miehillä ja 16 % naisilla). (Syöpärekisteri 2018.)

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet (eli nk. tules-sairaudet) ovat väestön toimintakyvyn vajavuuksien, työkyvyttömyyden ja hoidon tarpeen tärkeitä syitä. Tuki- ja liikuntaelintalon kivut ja toiminnanvajavuudet ovat edelleen yleisiä Suomessa asuvassa väestössä. Esimerkiksi selkäkipua ilmoitti tutkimusta edeltävän kuukauden aikana poteneensa 44 prosenttia miehistä ja 48 prosenttia naisista, niskakipua vastaavasti 37 prosenttia miehistä ja 51 prosenttia naisista vuonna 2017. Osa oireista näyttää harvinaistuneen vuosien 2011 ja 2017 välillä. Selvin muutos on selkä- ja niskakivun väheneminen väestössä, minkä arvellaan johtuvan elinolojen yleisestä kohentumisesta, työergonomian parantumisesta ja väestön koulutustason noususta. Polvesta johtuvat kävelyvaikeudet sen sijaan eivät ole vähentyneet. (Heliövaara ym. 2018.)

Mielenterveysongelmat ovat merkittäviä terveysongelmia kaikissa ikäryhmissä, ja vain osa niistä kärsivistä ihmisistä hakee apua. Psykkinen kuormittuneisuus ja masennus ovat yleisiä suomalaisessa aikuisväestössä, erityisesti työikäisillä naisilla ja 80 vuotta täyttäneillä (Suvisaari ym. 2018.) Masennusoireet ovat yleistyneet koko väestössä vuosina 2011–2017 sekä miehillä että naisilla. Finterveys 2017 -tutkimuksen mukaan lääkärin toteama masennus oli ollut edellisen vuoden aikana kahdeksalla prosentilla naisista ja kuudella prosentilla miehistä. Merkittävää psykkinen kuormittuneisuutta kokee puolestaan 15 prosenttia miehistä ja joka viides nainen (GHQ-12-mittarilla mitattuna). Psykkinen kuormittuneisuus on yleistynyt vuosina 2011–2017 työikäisillä naisilla, mutta yleisintä psykkinen oireilu on 80 vuotta täyttäneillä. (Suvisaari ym. 2018.) Työkyvyttömyyden aiheuttaneen sairauden suurin ryhmä on vuodesta 2000 alkaen ollut mielenterveyden häiriöt ja vuonna 2017 osuus oli 42 prosenttia (Findikaattori 2018c).

Yhteenveto: Suomalaisten elinolojen ja sairastavuuden kehitys

- Tuloerot eivät ole viime vuosina olennaisesti muuttuneet, käytettiinpä mittarina Gini-kerrointa tai suuri- ja pienituloisten tulo-osuuksien suhdetta. Vuonna 2017 pienituloisia on 11,5 prosenttia väestöstä. Pienituloisiin kotitalouksiin kuuluvia alle 18-vuotiaita oli 11,1 prosenttia.
- Vuonna 2017 työllisyysaste oli Tilastokeskuksen työvoimatutkimuksen mukaan keskimäärin 69,6 prosenttia ja työttömyysaste 8,8 prosenttia. Työllisyysaste on kasvanut ja työttömyysaste pienentynyt muutaman viime vuoden. Lokakuussa 2018 työttömiä oli 171 000, mikä oli noin 26 000 vähemmän kuin vuotta aikaisemmin.
- Vaikeasti työllistyvien osuus oli vuonna 2017 5,6 prosenttia, mikä on vähemmän kuin kahtena aikaisempana vuotena. Osuus on miehillä suurempi kuin naisilla. Pitkäaikaistyöttömissä on niin ikään miehiä selvästi enemmän kuin naisia. Niin sanottuja 15–24-vuotiaita NEET-nuoria oli vuonna 2017 57 000, joista miehiä oli 31 000 ja naisia 26 000. Määrä vastaa noin yhdeksää prosenttia ikäluokasta.

- Suomalaisten arvokkain varallisuus on yleisimmin kiinni omistusasunnossa. Varallisuuden lajeista yleisimpiä ovat talletukset ja kulkuvälineet. Varallisuuserot ovat kasvaneet tarkastelujaksolla 1994–2016.
- Enemmistö suomalaisista asuu omistusasunnossa. Vuokra-asunnoissa asuvien asuntokuntien määrä on kasvanut viime vuosina, erityisesti yliopisto-kaupungeissa ja muissa isoissa kaupungeissa. Yhden hengen asuntokuntia on peräti 43 prosenttia kaikista asuntokunnista. Ahtaasti asuminen on vähentynyt koko ajan, mutta lapsiasuntokunnissa ahtaasti asuvien osuus ei ole enää pienentynyt kymmenen viime vuoden aikana. Lapsiasuntokunnista 28,9 prosenttia asui ahtaasti vuonna 2017.
- Yleisimmistä kansantaudeista sydän- ja verisuonisairaudet ovat vähentyneet, etenkin työikäisillä. Myös syöpäkuolleisuus on laskenut, samoin selkä- ja niskaoireet vähentyneet. Diabetes ja erilaiset hengitystiesairaudet sen sijaan ovat yleistyneet, kuten myös masennusoireilu. Mielialahäiriöt ovatkin yleisin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syy.

Lähteet

- Borodulin, Katja & Jousilahti, Pekka & Mäki-Opas, Tomi & Männistö Satu & Valkeinen, Heli & Wennman, Heidi (2018): Fyysinen aktiivisuus ja istuminen. Teoksessa: Päivikki Koponen & Katja Borodulin & Annamari Lundqvist & Katri Sääksjärvi & Seppo Koskinen (toim.): Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Finterveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Findikaattori (2018a): Kotitalouksien tulot. Tilastokeskus: Tulonjakotilasto. <https://findikaattori.fi/fi/60>
- Findikaattori (2018b): Pitkäaikaistyöttömät. TEM: Työnvälitystilasto. <https://findikaattori.fi/fi/37>
- Findikaattori (2018c): Työkyvyttömyyseläkettä saaneet. Eläketurvakeskus: Työeläkkeensaajat. <https://findikaattori.fi/fi/76>
- Gissler, Mika & Larja, Liisa & Merikukka, Marko & Paananen, Reija & Ristikari, Tiina & Törmäkangas, Liisa (2016): NEET-indikaattori kuvaa nuorten syrjäytymistä. Tieto & trendit - talous- ja hyvinvointikatsaus 27.4.2016. Tilastokeskus. <http://www.tilastokeskus.fi/tietotrendit/artikkelit/2016/neet-indikaattori-kuvaa-nuorten-syrjaytymista/>
- Heliövaara, Markku & Viikari-Juntura, Eira & Soloveiva, Svetlana (2018): Tuki- ja liikunta-elinsairaudet. Teoksessa: Päivikki Koponen & Katja Borodulin & Annamari Lundqvist & Katri Sääksjärvi & Seppo Koskinen (toim.): Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Finterveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 79–83.
- Heloma, Antero & Ruokolainen, Otto & Ollila, Hanna (2018): Tupakointi. Teoksessa: Päivikki Koponen & Katja Borodulin & Annamari Lundqvist & Katri Sääksjärvi & Seppo Koskinen (toim.): Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Finterveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 27–29.
- Hämäläinen, Kari (2016): Mitä NEETtiä? Omalinja, tutkijan suusta 12.6.2016. <http://omalinja.fi/tutkijan-suusta/neet/>. Valtion taloudellinen tutkimuskeskus.
- Jousilahti, Pekka & Haahtela, Tari & Laatikainen, Tiina & Mäkelä, Mika & Vartiainen, Erkki (2016): Asthma and respiratory allergy prevalence is still increasing among Finnish young adults. *European Respiratory Journal* 47(3), 985–987.

- Jousilahti, Pekka & Heliövaara, Markku & Laatikainen, Tiina & Mattila, Tiina & Vartiainen, Erkki & Vasankari, Tuula (2018): Hengityselinten sairaudet ja allergiat. Teoksessa: Päivikki Koponen & Katja Borodulin & Annamari Lundqvist & Katri Sääksjärvi & Seppo Koskinen (toim.): Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Finterveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 70–74.
- Koponen, Päivikki & Borodulin, Katja & Lundqvist, Annamari & Sääksjärvi, Katri & Koskinen, Seppo (toim.) (2018): Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Finterveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-105-8>
- Laatikainen, Tiina & Vartiainen, Erkki & Jula, Antti & Jousilahti, Pekka & Niiranen, Teemu (2018): Kohonnut verenpaine ja verenpainetauti. Teoksessa: Päivikki Koponen & Katja Borodulin & Annamari Lundqvist & Katri Sääksjärvi & Seppo Koskinen (toim.): Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Finterveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 52–55.
- Lindström, Jaana & Jousilahti, Pekka & Laatikainen, Tiina & Jula, Antti & Peltonen, Markku (2018): Diabetes. Teoksessa: Päivikki Koponen & Katja Borodulin & Annamari Lundqvist & Katri Sääksjärvi & Seppo Koskinen (toim.): Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Finterveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 65–69.
- Lundqvist, Annamari & Männistö, Satu & Jousilahti, Pekka & Kaartinen, Nina & Mäki, Päivi & Borodulin, Katja (2018) Lihavuus. Teoksessa: Päivikki Koponen & Katja Borodulin & Annamari Lundqvist & Katri Sääksjärvi & Seppo Koskinen (toim.): Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Finterveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 45–48.
- Mäkelä, Pia & Männistö, Satu & Alho, Hannu & Lundqvist, Annamari & Härkönen, Janne (2018): Alkoholin käyttö. Teoksessa: Päivikki Koponen & Katja Borodulin & Annamari Lundqvist & Katri Sääksjärvi & Seppo Koskinen (toim.): Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Finterveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 30–32.
- Peltonen, Markku & Laatikainen, Tiina & Lindström, Jaana & Jousilahti, Pekka (2015): WHO:n tavoitteena on pysäyttää lihavuuden ja tyypin 2 diabeteksen lisääntyminen – Suomessa tarvitaan tekoja. Tutkimuksesta tiiviisti 13/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-466-3>.
- Sotkanet (2018): Vaikeasti työllistyvät (ind. 3071). TEM, Työnvälitystilasto, viitattu 21.11.2018
- Suomen virallinen tilasto (SVT)(2018a): Tulonjakotilasto [verkkojulkaisu]. ISSN=1795-8121. Väestöryhmittäiset Tuloerot 2016, 3 Ylempien toimihenkilöiden taloudet selvästi suurituloisimpia . Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 13.12.2018]. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/tjt/2016/02/tjt_2016_02_2018-03-23_kat_003_fi.html
- Suomen virallinen tilasto (SVT) (2018b): Tulonjaon kokonaistilasto [verkkojulkaisu]. ISSN=1797-3279. Tilastokehitys alueittain 2017. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 20.12.2018].
- Suomen virallinen tilasto (SVT)(201c): Tulonjakotilasto [verkkojulkaisu]. ISSN=1795-8121. Tuloerot (Kansainvälinen Vertailu) 2016, 3. Tuloerot Euroopan maissa. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 26.11.2018]. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/tjt/2016/04/tjt_2016_04_2018-05-24_kat_003_fi.html
- Suomen virallinen tilasto (SVT)(2018d): Työvoimatutkimus [verkkojulkaisu]. ISSN=1798-7830. Lokakuu 2018. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 20.11.2018]. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/tyti/2018/10/tyti_2018_10_2018-11-20_tie_001_fi.html
- Suomen virallinen tilasto (SVT)(2018e): Työvoimatutkimus [verkkojulkaisu]. ISSN=1798-7830. Aikasarjatiedot 2007–2016 2016, 4 Työvoiman ulkopuolella olevat. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 29.11.2018]. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/tyti/2016/13/tyti_2016_13_2017-04-12_kat_004_fi.html
- Suomen virallinen tilasto (SVT)(2018f): Asunnot ja asuinolot [verkkojulkaisu]. ISSN=1798-6745. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 20.11.2018]. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/asas/2017/01/asas_2017_01_2018-10-10_tie_002_fi.html

- Suomen virallinen tilasto (SVT)(2018g): Kotitalouksien varallisuus [verkkójulkaisu]. ISSN=2242–3214. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 29.11.2018]. Tilastokeskus, viitattu 28.11.2018. Saantitapa: <http://www.stat.fi/til/vtutk/index.html>
- Suvisaari, Jaana & Viertiö, Satu & Solin, Pia & Partonen, Timo (2018): Mielenterveys. Teoksessa: Päivikki Koponen & Katja Borodulin & Annamari Lundqvist & Katri Sääksjärvi & Seppo Koskinen (toim.): Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Finterveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.
- Syöpärekisteri (2018): Syöpärekisterin tilastot. <https://syoparekisteri.fi/tilastot/tautilastot/>
- THL (2018): Yleistietoa kansantaudeista. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistieto-kansantaudeista>
- Tilastokeskus (2018a): Tietoa tilastoista. Käsitteet. <http://www.stat.fi/meta/kas/index.html?B>
- Tilastokeskus (2018b): Kansantalouden tilinpito, viitattu 28.11.2018. https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_kansantalous.html
- Tilastokeskus (2018c) Tilastokeskuksen Px-webtietokanta.016. Pienituloisuusindikaattoreita henkilön iän ja sukupuolen mukaan 1966 – 2017.
- Tilastokeskus (2018d). Tilastokeskuksen Px-web-tietokanta.001. Kotitalouden tulot sosioekonomisen aseman mukaan 1987–2016.
- Törmälehto, Veli-Matti (2018): Varallisuuserot kasvussa, tuloerot vakaat. Tieto & trendit – Talous- ja hyvinvointikatsaus 28.8.2018. Tilastokeskus. <https://www.stat.fi/tietotrendit/artikkelit/2018/varallisuuserot-kavussa-tuloerot-vakaat/>
- Vartiainen, Erkki & Laatikainen, Tiina & Sundvall, Jouko & Jula, Antti & Jousilahti, Pekka & Niiranen, Teemu (2018): Kolesteroli. Teoksessa: Päivikki Koponen & Katja Borodulin & Annamari Lundqvist & Katri Sääksjärvi & Seppo Koskinen (toim.): Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Finterveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 56–60.
- Vartiainen, Erkki & Jula, Antti & Laatikainen, Tiina & Niiranen, Teemu (2018): Verenkiertoelinten sairaudet. Teoksessa: Päivikki Koponen & Katja Borodulin & Annamari Lundqvist & Katri Sääksjärvi & Seppo Koskinen (toim.): Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Finterveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 61–64.

3

Asuinolot ja niiden alueellinen vaihtelu

Tässä luvussa kuvataan asumisen tilaa Suomessa kiinnittäen erityistä huomiota siihen, miten asuinolot eroavat tulotason ja asuinpaikan kaupunkimaisuuden mukaan. Asuinolot ovat osa hyvinvointia ja asumiseen liittyvät kysymykset ulottuvat useille eri hallinnonaloille, minkä vuoksi kokoavan tiedon esittäminen on tärkeää. Tulosten mukaan asumisväljyys ja omistusasuminen vaihtelevat alueiden välillä paljon. Maaseudulla asutaan tulotasosta riippumatta väljemmin ja omistus-asuntovaltaisemmin kuin pääkaupunkiseudulla. Myös muissa suurissa keskuksissa asutaan väljemmin ja useammin omistusasunnossa kuin pääkaupunkiseudulla. Tulotason mukaiset erot asumisväljyydessä ja omistusasumisessa ovat kasvaneet suurimpien kaupunkiseutujen sisällä. Asumiskustannukset vaihtelevat alueelta toiselle paljon. Kun asumiskustannukset otetaan huomioon, kuntatyyppien välillä ei juuri ole eroja pienituloisuudessa. Vain pääkaupunkiseudun ulkopuolella olevissa suurissa keskuksissa pienituloisuus on yleisempää kuin muilla alueilla. Kaikkiaan suomalaiset ovat tyytyväisiä asuinalueisiinsa. Näyttääkin siltä, että omat toiveet ja odotukset sopeutetaan tehtyihin asumisvalintoihin ja realistisesti tarjolla oleviin mahdollisuuksiin.

Asuinoloja kuvataan tässä luvussa tiedoilla asunnon omistuksesta, asumisväljyydestä, asumisen kustannuksista sekä asuinympäristöstä. Asuinolot liittyvät ihmisten hyvinvointiin monin tavoin. Asuinolot, kuten myös taloudelliset resurssit ja työllisyys, kuvaavat ensinnäkin yksilöiden ja kotitalouksien materiaalista hyvinvointia (Karvonen & Kauppinen 2009; ks. myös Karvonen ym. luku 2 tässä teoksessa). Toisaalta asuminen vaikuttaa muuhun hyvinvointiin. Taloudellisen hyvinvoinnin osalta tämä on ilmeistä: korkeat asumiskustannukset vähentävät kotitalouden käytettävissä olevia tuloja ja omistusasuminen on merkittävä varallisuuden kartuttamisen keino. Taloudellisen turvan tuojana omistusasunto voi näin ollen olla myös puskuri sosiaalisia riskejä kuten työttömyyttä tai sairastumista vastaan. Erilaiset asumisratkaisut voivat myös poiketa toisistaan esimerkiksi sen suhteen, kuinka turvattua asuminen on, ja huoli asunnon menettämisestä puolestaan voi heikentää fyysistä ja psyykkistä terveyttä (Vásquez-Vera ym. 2017). Vakaa asumistilanne esimerkiksi omistusasumisen muodossa voi siis olla yksi osatekijä asumisen vaikutuksessa muuhun hyvinvointiin.

Vakaa asumistilanne toisaalta kiinnittää yksilön tai asuntokunnan kiinteämmin tiettyyn paikkaan. Asumisen olennainen piirre onkin, että se liittyy aina johonkin paikkaan. Omistusasumiseen voi liittyä myös riskejä etenkin taantuvilla alueilla, mikäli asunnon arvo laskee, ja työn perässä muuttaminen hankaloituu asunnon myymisen vaikeuden takia (esim. Kärkkäinen 2017). Asumisessa ei yleensä ole kyse vain asunnosta vaan myös asuinalueesta: fyysisestä, sosiaalisesta ja palveluympäristöstä. Asuinalue määrittää raamit terveyden ja muun hyvinvoinnin ylläpidolle. Työpaikat, palvelujen saatavuus ja ympäristön turvallisuus ovat esimerkkejä alueellisista tekijöistä, joita ei voi johtaa suoraan alueilla asuvien ihmisten ominaisuuksista. Alueilla vallitsevilla arvoilla, käyttäytymismalleilla ja elämäntyyliellä voi niin ikään olla vaikutusta terveyteen tai muuhun hyvinvointiin. (Macintyre ym. 2002; Blomgren 2005; Diez Roux & Mair 2010.) Toisaalta esimerkiksi terveyden alueellisia eroja tulkittaessa on tärkeää ymmärtää, että muun muassa sosioekonomiset tekijät kuten asema työelämässä sekä tulo- ja koulutustaso selittävät sekä asuinpaikan valintaa että terveyttä. Hyvinvoinnin alueelliset erot ilmentävät puolestaan asumisratkaisuja, sillä esimerkiksi taloudelliset resurssit, elämänvaiheet ja asumistoiveet vaikuttavat muuttopäätöksiin (Kim ym. 2005; Kytö ym. 2006; Laakso 2013).

Asuinpaikan valinta – siinä määrin kuin on mahdollista valita – on yleensä kompromissi, johon vaikuttavat etenkin taloudelliset voimavarat ja erilaiset asuntoon ja asuinympäristöön kohdistuvat odotukset. Yhdessä vaakakupissa voi olla esimerkiksi suurempi asumisväljyys ja luonnonläheisyys, toisessa vastaavasti hyvät kulkuyhteydet työpaikoille ja palvelujen helppo saavutettavuus. Useimmille asunnon hankinta on myös elämän suurin taloudellinen investointi, johon sitoutuu paljon varallisuutta.

Tämän luvun tarkoitus on koota yhteen tuoretta tutkimustietoa asuinoloista ja asuinolojen alueellisesta erilaisuudesta. Lisäksi mukana on analyyseja asumisväljyydestä ja omistusasumisesta.

Aineisto ja menetelmät

Tässä luvussa esitettävät analyysit asumisväljyydestä ja omistusasumisesta on tehty Suomen Akatemian Strategisen tutkimuksen neuvoston rahoittamassa URMI-hankkeessa (Urbanization, Mobilities and Immigration). Tutkimusaineistona on Tilastokeskukselta tilattu koko Suomen väestön kattava yksilötason rekisteriaineisto (TK-52-1417-16), josta käytimme tuoreimpia, vuoden 2014 tietoja.

Analyysit asumisväljyydestä ja omistusasumisesta tulotason ja kuntatyyppin mukaan tehtiin lineaarisella regressioanalyysillä, jossa selitettävänä oli asuinpinta-ala neliömetreinä henkilöä kohti, ja logistisella regressioanalyysillä, jossa selitettävänä oli omistusasuminen. Esitetyt tulokset perustuvat selitettävien muuttujien ennustettuihin arvoihin. Ikä ja kotitaloustyyppi otettiin huomioon lisäämällä nämä muuttujat malleihin selittäviksi muuttujiksi.

Asumiskustannusten analyysit perustuvat Tilastokeskuksen tulonjakotilaston palveluaineistoon vuodelta 2014. Asumiskustannusten laskemiseen käytettiin las-kutapaa, jossa asumiskustannuksiin sisältyvät vuokran tai hoitovastikkeen lisäksi muut kotitalouden varsinaisen asunnon kuukausittaiset käyttömenot, asuntolainan korot ja kiinteistövero. Asuntolainan lyhennykset ja rahoitusvastikkeet eivät ole kustannuksissa mukana, sillä niissä on rahamenon lisäksi kyse myös varallisuuden kartuttamisesta.

Käytämme Tilastokeskuksen aineistoihin pohjautuvissa asumisväljyyden, omistusasumisen ja asumiskustannusten tarkasteluissa kuntaluokitusta, jossa kunnat on jaettu analyysistä riippuen viiteen tai kuuteen ryhmään niiden kaupunkimaisuuden asteen mukaan. Jaon lähtökohtana oli Tilastokeskuksen Tulonjakotilastossa oleva ”Suuret aluekeskukset” -jako:

- Helsinki ja muu pääkaupunkiseutu (Espoo, Vantaa, Kauniainen)
- muut suuret yliopistokaupungit (Jyväskylä, Kuopio, Oulu, Tampere, Turku)
- muut suuret keskukset (Hämeenlinna, Joensuu, Kotka, Lahti, Lappeenranta, Pori, Vaasa) sekä
- muut kunnat.

Tämän jälkeen ryhmä ”muut kunnat” jaettiin Tilastokeskuksen kuntaryhmityksen mukaan ryhmiin:

- muut kaupunkimaiset kunnat
- taajaan asutut kunnat sekä
- maaseutumaiset kunnat.

Asumiskustannusanalyyseissä muut suuret yliopistokaupungit ja muut suuret keskukset on yhdistetty ryhmäksi ”suuret keskukset”, jotta havaintoja olisi riittävästi kaikissa luokissa. Tuloksia laskettaessa aineisto painotettiin vastaamaan koko perusjoukkoa eli Suomen väestöä.

Asumisväljyyden alueelliset erot

Asumisväljyys vaihtelee asuinpaikan kaupunkimaisuuden mukaan huomattavasti, koska asuineliö maksaa eniten suurissa kaupungeissa. Suomessa asuntokuntien keskimääräinen käytössä oleva asuinpinta-ala vuonna 2014 oli 84 neliometriä. Maaseudulla asunnot ovat suurempia kuin kaupunkimaisissa kunnissa: taajaan asutuissa ja maaseutumaisissa kunnissa asunnon koko on keskimäärin lähes 100 neliometriä kun se pääkaupunkiseudulla ja suurissa keskuksissa on 70–80 neliometriä. Mediaaniarvot ovat kuntatyyppin mukaan vaihdellen 7–11 neliometriä keskiarvoja pienemmät. (URMI-hankkeen rekisteriaineisto.)

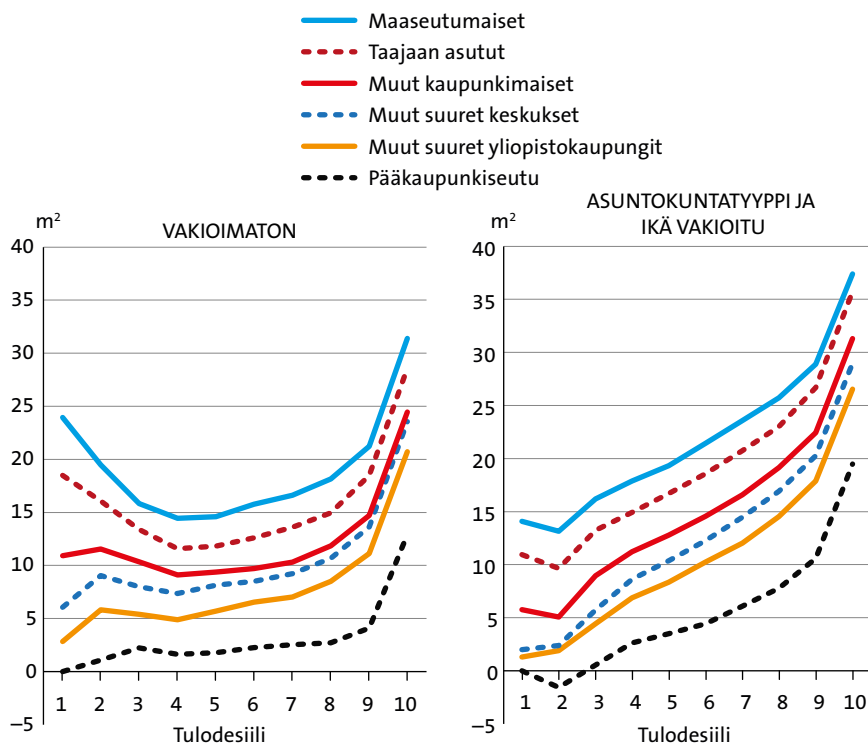
Kuviossa 3.1 esitetään asuntokuntien asumisväljyyden vaihtelu kuntatyyppin ja asuntokunnan tulodesiilin eli tulokymmenyksen mukaan, kun asuineliöt suhteutetaan asunnossa asuvien lukumäärään¹. Kuviossa muita ryhmiä verrataan pääkaupunkiseudulla asuviin alimman tuloluokan asuntokuntiin, eli arvot kuvaavat kuinka paljon enemmän asuineliöitä on henkilöä kohti kyseiseen ryhmään verrattuna. Pääkaupunkiseudulla alimman tuloluokan asuntokunnilla oli asuineliöitä keskimäärin 37,7 henkilöä kohti vuonna 2014 (mediaani 31 neliometriä). Tämän melko suuren arvon taustalla on yksin asuvien painottuminen tässä joukossa: pääkaupunkiseudun alimmassa tuloluokassa yksin asuvilla oli asuinpinta-alaa keskimäärin 44,7, kun muilla pienituloisilla tilaa oli vain 25,2 neliometriä henkilöä kohti.

Kuvion 3.1 vasemmasta osasta nähdään, että asumisväljyys vaihtelee erityisesti kuntatyyppin mukaan siten, että maaseutumaisemmissa kuntatyypeissä asutaan muita väljemmin. Ero pääkaupunkiseudun ja maaseutukuntien välillä on 13–14 neliometriä henkilöä kohti, pieni- ja suurituloisilla tätäkin enemmän. Tuloryhmistä erottuu selvimmin ylin tulokymmenys, jossa asutaan muita väljemmin. Toisaalta maaseutukunnissa asutaan tulotasosta riippumatta väljemmin kuin pääkaupunkiseudun ylimmässä tuloluokassa.

Alimpiin tuloryhmiin kuuluvissa asuntokunnissa on enemmän yksin asuvia ja iäkkäitä kuin muissa asuntokunnissa, mikä vaikuttaa tulotason ja asumisväljyyden yhteyteen. Tulotason oma vaikutus ilmenee selvemmin, kun otetaan huomioon tuloluokkien ja kuntatyyppien väliset erot ikärakenteessa ja asuntokuntatyypissä². Kuvion 3.1 oikeanpuoleisessa osassa näin on tehty, eli kuntatyyppin ja tulotason yhteyksiä asumisväljyyteen tarkastellaan tilanteessa, jossa asuntokuntatyyppi- ja ikärakenne ovat kaikissa luokissa samanlaiset. Tällöin asumisväljyys kasvaa melko

1 Asuntokunnalla tarkoitetaan samassa asuinhuoneistossa asuvia henkilöitä. Tuloluokat on laskettu laittamalla kaikenikäiset henkilöt koko Suomessa järjestykseen asuntokunnan ekvivalenttien eli kulutusyksiköiden lukumäärään suhteutettujen käytettävissä olevien rahatulojen mukaan ja jakamalla henkilöt kymmeneen yhtä suureen ryhmään.

2 Asuntokunnat jaettiin tässä luokittelussa viiteen tyyppiin: 1) kahden vanhemman lapsiperheet, 2) yksinhuoltajaperheet, 3) lapsettomat parit, 4) yksin asuvat, 5) muut. Ikää kuvaa asuntokunnan nuorimman jäsenen ikä.



KUVIO 3.1. Asuntokuntien asumisväljyys (m²/henkilö) kuntatyyppin ja tulodesiilin mukaan vuonna 2014, ero alimman tulodesiilin asuntokuntiin pääkaupunkiseudulla. Lähde: URMI-hankkeen rekisteriaineisto.

suoraviivaisesti tulojen kasvun myötä. Pieni- ja suurituloisimpien ryhmien ero vaihtelee 19–27 neliömetrin välillä henkilöä kohti.

Kuntatyyppien väliin eroihin iän ja asuntokuntatyyppin vakiointi vaikuttaa lähinnä pienituloisilla: maaseudulla pienituloisissa asuntokunnissa on enemmän yksin asuvia iäkkäitä kuin muualla. Kun tämä otetaan huomioon, kuntatyyppien erot ovat kaikissa tuloluokissa samaa luokkaa, mutta hieman pienempiä kuin tuloluokkien väliset erot. Esimerkiksi pienituloisimmissa asuntokunnissa on maaseudulla keskimäärin 14 neliometriä enemmän asuinpinta-alaa henkilöä kohti kuin vastaavissa asuntokunnissa pääkaupunkiseudulla. Hieman alle keskituloisilla (viides tulokymmenys) tämä ero on 16 neliometriä ja suurituloisimmilla 18 neliometriä.

Asumisväljyys eroaa siis erityisesti kuntatyyppin mukaan, jos vertaillaan kaikkia asuntokuntia. Kun verrataan rakenteeltaan samantyyppisiä asuntokuntia, tulotason mukaiset erot asumisväljyydessä ovat hieman suuremmat kuin kuntatyyppien väliset erot. Tällöin myös kuntatyyppien erot ovat suunnilleen samaa luokkaa tulotasosta riippumatta. Erityisesti pienituloisten asumisväljyyden alueellisissa ver-

tailuissa on syytä ottaa huomioon yksin asuvat iäkkäät. Maaseudulla pienituloiset yksin asuvat ovat iäkkäitä – yleisemmin kuin muissa kuntatyypeissä – ja heidän asuntonsa ovat keskimäärin suurempia kuin esimerkiksi nuorilla yksin asuvilla pienituloisilla. Tämä selittää sitä, miksi erityisesti maaseudulla pienituloiset asuvat väljästi.

Omistusasuminen asuinpaikan kaupunkimaisuuden mukaan

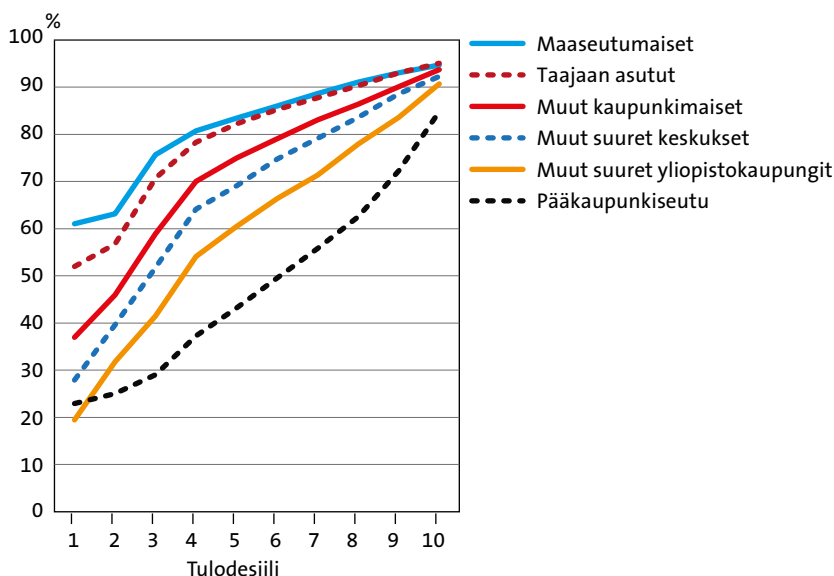
Omistusasunnossa asuminen on yleisin asumismuoto Suomessa, ja erityisesti maaseudulla asutaan omistusasunnoissa (taulukko 3.1). Asunnon hallintaperuste (omistus, vuokra) on yhteydessä kunnan kaupunkimaisuuteen: kun pääkaupunkiseudulla ja suurissa keskuksissa hieman yli puolet kotitalouksista asuu omistamassaan asunnossa, niin maaseutumaisissa kunnissa vastaava osuus on 80 prosenttia. Vastaavasti vuokralla asuminen on yleisempää pääkaupunkiseudulla ja suurissa keskuksissa. Niissä vuokralla asuvien kotitalouksien osuus on noin kaksinkertainen verrattuna taajaan asuttuihin ja maaseutumaisiin kuntiin. Etenkin velattomassa omistusasunnossa asuminen on tyypillistä maaseutumaisissa kunnissa. (Ilmarinen & Kauppinen 2018.)

Tulojen mukaan tarkasteltuna pienituloiset asuvat kerrostalossa muuta väestöä yleisemmin ja yhden asunnon pientalossa puolestaan muita harvemmin (Kauppinen ym. 2015). Myös velkaisessa omistusasunnossa pienituloiset asuvat selvästi harvemmin kuin muut: 18–64-vuotiaista pienituloisista runsas kymmenesosa asuu velkaisessa omistusasunnossa, muusta väestöstä noin puolet. Pienituloisten velkaiset omistusasunnot sijaitsevat muuta väestöä tyypillisemmin taajaan asutuissa tai maaseutumaisissa kunnissa kaupunkien sijaan, eli alueilla, joilla asunnot ovat halvempia.

TAULUKKO 3.1. Kotitalouksien asunnon hallintaperusteet kunnan kaupunkimaisuuden mukaan vuonna 2014. N = 10 726, painottamaton. Lähde: Tilastokeskus, Tulonjakotilaston palveluaineisto (Ilmarinen & Kauppinen 2018).

	Pääkaupunkiseutu, (%)	Suuret keskuksset*, (%)	Muut kaupunkimaiset kunnat, (%)	Taajaan asutut kunnat, (%)	Maaseutumaiset kunnat, (%)
Omistusasunto, velaton	26	28	35	40	49
Omistusasunto, velkaa	28	29	37	36	31
Vuokra-asunto markkinoilta	17	21	12	9	6
Vuokra-asunto kunnalta	12	7	8	7	8
Vuokra-asunto yleishyödylliseltä yhteisöltä	6	5	3	2	1

*Mukaan lukien suuret yliopistokaupungit



KUVIO 3.2. Omistusasunnossa asuvien asuntokuntien osuus kuntatyyppin ja tulodesiilin mukaan vuonna 2014. Lähde: URMI-hankkeen rekisteriaineisto.

Kuntatyyppien väliset erot omistusasumisessa vaihtelevat tulojen mukaan. Kuviossa 3.2 esitetään omistusasunnossa asuvien osuudet tulojen ja kuntatyyppin mukaan vuonna 2014. Omistusasumisen yleisyydessä pääkaupunkiseudun ero maaseudun kuntiin on suurimmillaan 3.–5. tulokymmenyksessä, joissa omistusasuminen on maaseudulla 40–47 prosenttiyksikköä yleisempää. Pienituloisilla erot ovat lähes yhtä suuret, mutta suurituloisten välillä kuntatyyppien väliset erot omistusasumisen yleisyydessä ovat selvästi pienemmät. Iän ja kotitaloustyyppin vaihtelu ei vaikuta näihin havaintoihin.

Omistusasuminen vaihtelee enemmän tulojen kuin kuntatyyppin mukaan. Omistusasuminen yleistyy kaikkialla tulojen kasvaessa, mutta yhteys tuloihin on voimakkainta suurissa kaupungeissa. Kaupunkimaisissa kunnissa tuloluokkien väliset erot (57–71 prosenttiyksikköä pienituloisimpien ja suurituloisimpien välillä) ovat suurempia kuin kuntatyyppien välinen vaihtelu tuloluokkien sisällä. Pääkaupunkiseudulla tulotason ja omistusasumisen yhteys on melko suoraviivainen, mutta pääkaupunkiseudun ulkopuolella erityisesti alimpiin tuloryhmiin (1.–3. tulokymmenys) kuuluvat erottuvat muista saman kuntatyyppin asuntokunnista asumalla harvemmin omistusasunnossa.

Pääkaupunkiseutu erottuu selvästi muista kaupunkimaisista kunnista sekä omistusasumisesta (kuvio 3.2) että asumisväljyyttä (kuvio 3.1) tarkasteltaessa. Samaa tuloluokkaa kuuluvat eroavat asuinoloiltaan verrattaessa pääkaupunkiseutua myös muihin suuriin yliopistokaupunkeihin: pääkaupunkiseudulla omistusasuminen on harvinaisempaa ja asuminen ahtaampaa.

Pienituloisuuden alueelliset erot ja asumiskustannukset

Edellä osoitettiin, että maaseudulla pienituloiset asuvat väljemmin kuin suurissa kaupungeissa, mutta toisaalta pääkaupunkiseudulla harvempi on pienituloinen. Pääkaupunkiseudulla joka kymmenes kotitalous on pienituloinen (tulot alle 60 % väestön mediaanituloista), kun maaseutumaisissa kunnissa ja pääkaupunkiseudun ulkopuolisissa suurissa keskuksissa joka viides kotitalous on pienituloinen (Ilmarinen & Kauppinen 2018). Väliin sijoittuvat muut kaupunkimaiset ja taajaan asutut kunnat. Suuralueittain tarkasteltuna Länsi- sekä Pohjois- ja Itä-Suomessa pienituloisten kotitalouksien osuus on noin kaksinkertainen verrattuna Uudenmaan maakuntaan.

Asumiskustannusten huomioon ottaminen tarkasteltaessa pienituloisuutta eri alueilla muuttaa pienituloisuuden alueellista kuvaa, sillä ne ovat erityisen suuret suurissa kaupungeissa ja keskuksissa. Asumiskustannukset kasvattavat pienituloisten osuutta kaikkialla, mutta kaupunkimaisemmissa kunnissa enemmän kuin maaseudulla (taulukko 3.2). Tämän seurauksena pienituloisten kotitalouksien osuus kaikista kotitalouksista on lähes kaikissa kuntatyypeissä sama, noin 25 prosenttia. Poikkeuksen tekevät pääkaupunkiseudun ulkopuoliset suuret kesukset, joissa pienituloisten kotitalouksien osuus on noin kolmasosa, kun asumiskustannukset on huomioitu.

Pääkaupunkiseudulla korkeat asumiskustannukset ovat tärkeä pienituloisuuden osatekijä, kun maaseudulla kyse on enemmänkin pienistä tuloista. Suurissa keskuksissa yhdistyvät nämä molemmat ilmiöt: sekä matala tulotaso että kohtalai-

TAULUKKO 3.2. Kotitalouksien käytettävissä olevat rahatulot ja asumiskustannukset kulutusyksikköä kohti sekä pienituloisuusasteet ennen asumiskustannuksia sekä asumiskustannusten jälkeen kunnan kaupunkimaisuuden mukaan vuonna 2014. Lähde: Tilastokeskus, Tulonjakotilaston palveluaineisto 2014 (Ilmarinen & Kauppinen 2018).

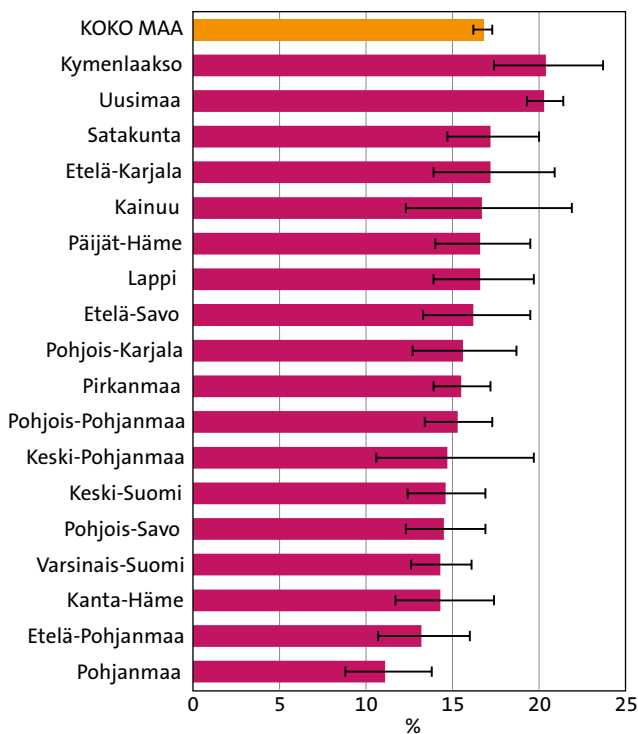
	Käytettävissä olevat rahatulot, €/kul.yks./kk, mediaani	Pienituloisia kotitalouksia, %	Asumiskustannukset €/kul.yks./kk, mediaani	Pienituloisuus asumiskustannusten jälkeen, %	Kotitalouksien lkm (alkup. otos, painotamaton)
Pääkaupunkiseutu	2 242	11	406	24	1 882
Suuret kesukset*	1 733	21	336	33	2 524
Muut kaupunkimaiset kunnat	1 886	15	293	25	2 530
Taajaan asutut kunnat	1 814	17	262	25	1 826
Maaseutumaiset kunnat	1 733	21	225	26	1 964
Kaikki	1 873	17	308	27	10 726

*Mukaan lukien suuret yliopistokaupungit

set asumiskustannukset. Suurissa keskuksissa asuu esimerkiksi paljon opiskelijoita, mikä selittää matalaa tulotasoa (Ilmarinen & Kauppinen 2018). Maaseudulla liikennemenot ovat vastaavasti suuremmat, mutta nämä erot alueiden välillä ovat kuitenkin suhteellisen pieniä (Honkkila 2014).

Koetut asumiskustannukset

Asumiskustannusten alueellinen vaihtelu ilmenee väestön asumiskustannuskokemuksissa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ATH-tutkimuksen (Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus) mukaan maakuntien väliset erot tyytymättömyydessä asumiskustannuksiin ovat varsin suuria ja johdonmukaisia. Kustannuksiin tyytymättömien osuus on ollut 2010-luvulla suuri etenkin Uudellamaalla ja Kymenlaaksossa. Aikuisväestöstä noin joka viides oli tyytymätön asumiskustannuksiinsa vuonna 2015 (kuvio 3.3). Alueellisesti tarkasteluna asumiskustannuksiin tyytymättömien osuus oli pienin Pohjanmaalla ja Etelä-Pohjanmaalla: tyytymättömyyttä koki näillä alueilla joka kymmenes vastaajista. Muut maakunnat eivät poikenneet koko maan keskiarvosta. Koko maan tasolla 18 prosenttia on ollut tyytymätön asumiskustannuksiinsa vuonna 2016, eikä tilanne ole olennaisesti muuttunut 2010-luvulla. (Murto ym. 2017.)



KUVIO 3.3.
Asumiskustannuksiinsa tyytymättömien osuus (%) eri maakunnissa ja koko maassa vuonna 2015 sekä 95 %:n luottamusväli.
Lähde: Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus ATH (Murto ym. 2017).

Asumismenojen koettu rasite on suurin pääkaupunkiseudulla. Pyydettyessä arvioimaan sitä, onko asumismenojen rasite suuri, kohtalainen vai ei lainkaan rasite, pääkaupunkiseudulla rasitetta piti suurena 22 prosenttia kotitalouksista kun muissa suurissa keskuksissa ja maaseutumaisemmissa kunnissa vastaava osuus oli 15–19,5 prosenttia vuonna 2014. (Tilastokeskuksen tulonjakotilaston palveluaineisto 2014.)

Työikäisten pienituloisten asumismenot ovat suuremmat ja niiden jälkeen käteen jäävät tulot pienemmät kaupungeissa kuin maaseudulla. Pienituloisten kesken ei kuitenkaan ollut kaupunkimaisuuden mukaisia eroja asumismenojen koetussa rasittavuudessa 2010-luvun alussa (Kauppinen ym. 2015). Tämä saattaa kertoa esimerkiksi erilaisista odotuksista asumismenojen suuruudesta; lisäksi kaupungeissa suuremmat asumismenot saatetaan hyväksyä hintana paremmasta saavutettavuudesta.

Asuinolojen eriytyminen suurilla kaupunkiseuduilla

Tulotason mukaiset erot omistusasumisessa ja asumisväljyydessä kasvoivat hiukan vuosina 2005–2014 suurimmilla kaupunkiseuduilla eli Helsingin, Turun ja Tampereen seutukunnissa (Saikkonen ym. 2018). Omistusasuminen yleistyi näiden seutujen suurituloisiin asuntokuntiin kuuluvilla 20–64-vuotiailla ja keskuskäytävien ulkopuolella myös keskituloisilla, kun taas pienituloisilla ja keskuskäytävien alueilla myös keskituloisilla omistusasuminen väheni. Markkinavuokra-asuntojen merkitys pienituloisten asumisessa on kasvanut, sillä myös valtion tukemissa ARA-vuokra-asunnoissa asuvien pienituloisten osuus on vähentynyt. Tämä johtuu muun muassa siitä, että asuntoja on vapautunut ARA-rajoituksista.

Lähes kaksi kolmannesta Suomen ulkomailla syntyneestä väestöstä asuu kolmella edellä mainitulla kaupunkiseudulla (Tilastokeskus 2018). Omistusasuminen on yleistynyt useissa maahanmuuttajaryhmissä, mutta se on edelleen harvinaisempaa kuin Suomessa syntyneillä. Tulotasosta riippumatta ulkomailla syntyneet asuvat Suomessa syntyneitä harvemmin omistusasunnoissa. Vastaavasti ARA-vuokra-asuminen on ulkomailla syntyneillä yleisempää kuin syntyperäisillä suomalaisilla samassa tuloluokassa, joskin ero on pienentynyt. Markkinavuokra-asuntoihin verrattuna sekä omistusasuminen että ARA-vuokra-asuminen voidaan nähdä keinona saavuttaa vakaampi asumistilanne. Suomessa ja ulkomailla syntyneet ovat siis toistaiseksi saavuttaneet vakaan asumistilanteen osin eri tavoin, ARA-vuokra-asumisen korostuessa ulkomailla syntyneillä (ks. Kauppinen & Vilkkama 2016). Ulkomailla syntyneet asuvat myös Suomessa syntyneitä ahtaammin kaikissa tuloryhmissä. (Saikkonen ym. 2018.)

Kaupunkiseutujen välinen vertailu osoittaa, että väestörakenteen alueellinen eriytyminen syntyperän mukaan eli niin sanottu etninen eriytyminen on voimakkaampaa Turun seudulla kuin Tampereen ja Helsingin seuduilla. Myös tulojen mukainen eriytyminen on Turun seudulla nykyään vahvempaa kuin Helsingin

seudulla, jossa pieni- ja suurituloiset olivat vielä 2000-luvun alussa Turun seutua vahvemmin eriytyneet alueellisesti (Kauppinen & Vaalavuo 2017). Tulotason mukaisen eriytymisen voimistuminen Turun ja Tampereen seuduilla onkin selvien suurimpien kaupunkiseutujen alueellisessa eriytymisessä tapahtunut muutos vuosina 2005–2014. Etninen eriytyminen vahvistui samaan aikaan hiukan näillä seuduilla, mikä liittyi muun muassa aiempaa pienempään (tasaisemmin sijoittuvien) länsimaissa syntyneiden osuuteen ulkomailla syntyneistä. Ulkomaalaistaustaisten osuudet seutujen ja yksittäisten asuinalueiden väestöistä ovat kasvaneet, mutta alueellinen rakenne on pysynyt samankaltaisena. (Saikkonen ym. 2018.)

Alueelliseen eriytymiseen kaupunkiseutujen sisällä vaikuttaa muun muassa valtion tukemien vuokra-asuntojen sijoittuminen. Tampereella ja Helsingissä nämä asunnot ovat vähemmän erillään muusta asuntokannasta kuin Turussa. Tämä vastaa kaupunkien välisiä eroja alueellisen sekoittamisen politiikassa: Tampereella ja Helsingissä erilaisia asuntoja on sekoitettu sosiaalisin perustein jo pitkään ja johdonmukaisesti. (Saikkonen ym. 2018.)

Palvelujen saavutettavuus ja tyytyväisyys palveluihin asuinpaikan mukaan

Palvelujen monipuolisuus ja läheisyys yhdistetään usein houkuttelevaan asuinympäristöön, sillä palvelut tukevat ja tuottavat terveyttä ja hyvinvointia ja ovat sujuvan arjen perusta. Maaseudulla toimipaikkojen vähyyks, pitkät välimatkat ja joukkoliikenteen yhteyksien puuttuminen heikentävät palvelujen saavutettavuutta. Yksityistä palvelutarjontaa on vähän. (Vihinen & Moilanen 2013; Leinamo 2015.) ATH-tutkimuksen mukaan Uudellamaalla noin 15 prosenttia vastaajista koki, että huonot julkiset liikenneyhteydet häiritsevät arkielämää. Pohjois-Karjalassa vastaava luku oli 28 prosenttia ja Lapissa 35 prosenttia. (Murto ym. 2017.) Palvelujen saatavuudessa etäisyydet kasvavat kun pääkaupunkiseudulta ja muilta tiiviisti asutuilta alueilta siirrytään maaseutumaisiin kuntiin ja harvaan asutulle maaseudulle. Esimerkiksi terveysasema sijaitsee kaupunkialueilla keskimäärin kahden kilometrin päässä kotoa, kun maaseutualueilla keskimääräinen etäisyys on noin seitsemän kilometriä (Sillanpää & Ålander 2017). Myös perusopetus on heikoimmin saavutettavissa maaseutumaisissa kunnissa, ja yleisesti ottaen kunnan syrjäisyys ja pieni koko heikentävät sivistys- ja vapaa-ajanpalvelujen (perusopetuksen ja toisen asteen koulutuksen) sekä kulttuuri- ja liikuntapalvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta. Häätötilanteissa pelastustoimi ja poliisi saapuvat maaseudulla hitaammin kuin kaupunkimaisissa kunnissa. (Pohjois-Suomen aluehallintovirasto 2012; Lavapuro ym. 2016.) Lisäksi sähköisten palvelujen hyödyntämistä hidastaa nopeiden tietoliikenneyhteyksien puuttuminen syrjäisiltä maaseutualueilta (Viinamäki ym. 2017; ks. myös Hyppönen & Ilmarinen luku 17 tässä teoksessa). Toisaalta luontoon perustuvat palvelut ja harrastukset ovat hyvin saatavilla maaseudulla.

Taajaan asutuissa ja maaseutumaisissa kunnissa ollaan kuitenkin melko tyytyväisiä kunnallisiin palveluihin, vaikka saatavuus ja saavutettavuus ovat kaupunkialueita huonompia. Tyytyväisyydessä ei ole eroja verrattaessa maaseutumaisia ja kaupunkimaisia kuntia. Esimerkiksi sosiaalipalveluja pitää hyvin toimivina noin 60 prosenttia väestöstä asuinpaikan kaupunkimaisuudesta riippumatta. Pitkä matka palvelun luo ja hankalat aukioloajat näyttäisivät olevan ongelma noin puolelle sosiaalipalvelujen asiakkaista niin maaseudulla kuin kaupungeissa. (Ilmarinen ym. 2016.) Suomen Kuntaliiton ARTTU 2 -kyselyssä vuonna 2017 kartoitettiin asukkaiden arvioita kuntapalveluista. Kyselyssä oli mukana sekä kaupunkimaisia että maaseutumaisia kuntia. Kuntapalveluihin oltiin yhtä tyytyväisiä kaupungeissa ja maaseudulla: palveluille annettiin yleisarvosana 3,8 ja arvosana palvelujen saatavuudelle ja saavutettavuudelle 3,7 (asteikolla 1–5). Sektoreittain tarkasteltuna tyytyväisimpiä oltiin kulttuuri- ja vapaa-ajan palveluihin ja tyytymättömmimpiä sosiaalipalveluja kohtaan. Vaikka kaupunki–maaseutuakselilla eroja ei ollut, kyselyssä havaittiin suurta vaihtelua kuntaryhmien sisällä tyytyväisyydessä palveluihin. (Pekola-Sjöblom 2017.) Maaseutukatsauksessa puolestaan tarkasteltiin maaseudulla asuvien tyytyväisyyttä palveluihin. Maaseudulla asuvista runsaat 70 prosenttia oli palveluihin (kuntapalvelut ja yksityiset palvelut) tyytyväisiä ja tyytymättömiä oli noin kahdeksan prosenttia. Hieman yli puolet piti palvelujen määrää riittävänä paikkakunnallaan. Eniten tyytymättömyyttä kohdistui turvallisuuspalveluihin, ammatilliseen koulutukseen, pankkipalveluihin ja vanhusten hoitoon. (Sillanpää & Ålander 2017.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen lapsiperhekyselyn mukaan maaseudulla lastenhoitopalveluihin oltiin jossain suhteessa tyytyväisempiä kuin kaupunkikunnissa: lapsiryhmän koko ja henkilökunnan vaihtuvuus herättivät kritiikkiä varsinkin kaupunkimaisissa kunnissa asuvien pikkulapsiperheiden keskuudessa (Karvonen 2014). Aikaisemmissa tutkimuksissa on raportoitu kuitenkin myös tyytymättömyyttä: Kari Leinamon (2015) tutkimuksessa kuntapalveluja kritisoitiin paljon etenkin syrjäisillä paikkakunnilla. Muun muassa toimipisteiden lakkautukset ja huono saavutettavuus mainittiin palvelujen ongelmina. Lisäksi maaseudulla koetaan, että palvelujen laatu ja saavutettavuus kehittyvät huonompaan suuntaan (Leinamo 2015; Sillanpää & Ålander 2017).

Asukasbarometri tutkii kaupunkimaisten asuinympäristöjen laatua vähintään 10 000 asukkaan taajamissa. Kaupunkimaisissa asuinympäristöissä asuvat ovat kaikkienensa varsin tyytyväisiä asuinympäristöönsä – asuinalueille annetaan keskiarvo 8,3 (asteikolla 4–10). Eri kaupunkialueiden välillä ei ole eroja: esimerkiksi aluetehokkuuden mukaan tarkasteltuna parhaan arvosanan saavat sekä kaikkein väljimmät että kaikkein tiiveimmät alueet. Hyvätuloiset antoivat asuinalueelleen hieman korkeamman arvosanan kuin pienituloiset, mikä voi kertoa siitä, että hyvätuloisilla on paremmat mahdollisuudet valita asuinalueensa mieltymystensä mukaan. (Strandell 2017.)

Yleisesti ottaen suomalaiset ovat varsin tyytyväisiä asuinalueensa olosuhteisiin eikä tyytyväisyys ole vaihdellut 2010-luvulla: 80–85 prosenttia aikuisväestöstä on ATH-tutkimuksen mukaan ollut kyselyvuodesta toiseen tyytyväisiä. Systemaattisia, vuodesta toiseen toistuvia eroja ei ole myöskään maakuntien välillä. (Murto ym. 2017.)

Asunnottomuus

Laadukkaan ja viihtyisän asumisen äärimmäinen käänköpuoli on asunnottomuus, johon voivat johtaa muun muassa elämänmuutokset tai elämänhallinnan ongelmat. Taustasta riippumatta yhtenä tärkeänä osatekijänä ovat korkeat asumiskustannukset ja sopivien asuntojen rajallinen tarjonta. Valtakunnan tasolla ilmiötä on pyritty rajoittamaan erilaisin asunnottomuuden vähentämishjelmin, kuten Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentämishjelma (PAAVO 2008–15) ja nykyisen hallituksen käynnistämä Asunnottomuuden ennaltaehkäisytoimenpideohjelma 2016–2019.

Tilastoitu asunnottomuus on vähentynyt vuodesta 2012 alkaen, ja pitkäaikainen asunnottomuus on pienentynyt kymmenen viime vuoden ajan. Vuonna 2017 asunnottomia oli ARA:n mukaan reilut 7 000 henkilöä. Tästä joukosta yksineläviä oli noin 6 500 ja perheellisiä 500. Alueellisesti asunnottomuus keskittyy pääkaupunkiseudulle ja muihin suuriin kasvukeskuksiin; yli puolet asunnottomista on Helsingissä. Nuorten (alle 25-vuotiaat) asunnottomuus on niin ikään vähentynyt 2010-luvulla, mutta vuonna 2017 asunnottomuus kasvoi edellisvuosiin verrattuna. Nuoria asunnottomia on lähes 1 600, joista joka viides on pitkäaikaisasunnottomon. (Helskyaho ym. 2018.)

Kaikki asunnottomuus ei toisaalta näy tilastoissa. Yhden arvion mukaan kaksi kolmasosaa asunnottomuudesta on tilapäisesti tuttavien tai sukulaisten luona asumista, niin sanottua piiloasunnottomuutta (Helsingin kaupungin tarkastuslautakunta 2018). Pitkäaikaisasunnottomuuden vähentyessä muunlainen asunnottomuus kokonaisuutena onkin saattanut jopa kasvaa. Pääasiassa kyse on nuorten ja maahanmuuttajien osuuksien kasvusta asunnottomissa.

Pohdinta

Tässä luvussa kuvattiin asuinoloja yhtenä alueellisesti vaihtelevana hyvinvoinnin tärkeänä osa-alueena, asuinolojen heijastumista taloudelliseen hyvinvointiin ja sen alueellisiin eroihin sekä palvelujen saavutettavuutta ja tyytyväisyyttä asuin ympäristöön asuinpaikan mukaan. Asuinolot vaihtelevat merkittävästi kaupunkimaisuuden mukaan. Siinä määrin kuin yksilöllä tai kotitaloudella on mahdollisuus valita asuinpaikkaansa, valinta merkitseekin tasapainoilua muun muassa asumis-

väljyyden, asumiskustannusten ja yhteyksien sekä palvelujen välillä. Asuinpaikan valinnassa ei ole kyse vain tietynlaisen asunnon valinnasta – samalla valitaan myös tietynlainen asuinympäristö asukkaineen, osin myös elämäntyyli (Kytö ym. 2006).

Asuinpaikan valinnassa voi olla kyse esimerkiksi työn tai koulutuksen perässä muuttamisesta, jolloin suuntana ovat usein suuret kaupungit. Erityisesti pääkaupunkiseudulle maaseudulta muuttavan on varauduttava ahtaaseen asumiseen, asumiskustannusten nousuun ja mahdollisesti myös omistusasunnon vaihtumiseen vuokra-asunnoksi. Hyödyt puolestaan voivat liittyä korkeampaan tulotason, parempiin yhteyksiin ja palveluihin sekä mahdolliseen asunnon arvon suotuisampaan kehitykseen verrattuna maaseutuun.

Valinnan edellytykset eivät luonnollisesti ole kaikille samat, sillä mahdollisuudet riippuvat muun muassa elämäntilanteesta. Pienituloisilla on huonommat mahdollisuudet valita mieluinen ja viihtyisä asuinympäristö, mikä ilmenee suurempana tyytymättömyytenä ympäristön laatutekijöihin, erityisesti asuinalueen sosiaaliseen ympäristöön. Erityisesti maaseudulla mahdollisuudet vaihtaa asuntoa tai muuttaa lähemmäksi palveluja voivat olla huonot asuntojen matalan hintatason ja pitkien myyntiaikojen vuoksi. Eläkeikäiset puolestaan eivät voi odottaa muuton tuottavan vastaavanlaista tulojen nousua kuin työn perässä muuttavat. Juha Lavapuro ym. (2016) tuovat esille niin sanotun köyhyystaskun ongelman: seuduilla, joilla työttömyys yhdistyy kiinteistöjen arvon laskuun, syntyy köyhtymisen kierteitä, jotka vaikeuttavat siirtymistä parempien työllistymisnäkömien perässä muualle (ks. myös Kärkkäinen 2017).

Materiaalisista ja palvelujen saatavuuden eroista huolimatta tyytyväisyys omaan asuinalueeseen on suuri alueen kaupunkimaisuudesta riippumatta. Suurempituloiset ovat hieman tyytyväisempiä, mutta kokonaisuutena suomalaiset näyttävät yleisesti arvostavan asuinympäristöään. Tämä kertonee osin siitä, että omat toiveet ja odotukset sopeutetaan tehtyihin valintoihin ja realistisesti tarjolla oleviin mahdollisuuksiin. Lisäksi sosiaalinen vertailu suuntautuu pikemmin lähelle kuin kauempana oleviin asuinalueisiin. Kyse lienee myös asumisen laadun korkeasta tasosta siinä mielessä, että kovin heikkotasoiset asunnot ja asuinalueet ovat Suomessa harvinaisia.

Jos yhteiskuntapolitiikan ohjenuoraksi otetaan alueellisen liikkuvuuden ja kaupungistumisen esteiden vähentäminen, on syytä kiinnittää huomiota edellä kuvattuihin, kaupunkimaiselle asuinympäristölle tyypillisiin ilmiöihin: asumisen ahtauteen, korkeisiin asumisen kuluihin, asunnottomuuteen ja kaupunkiseutujen väestörakenteen sisäiseen eriytymiseen. Maaseudulla haasteena puolestaan on tunnetusti palvelujen huono saavutettavuus, joka vaatii omat erityisratkaisunsa. Maaseudun vetovoimaisuutta ja maaseutuasumista voidaan tukea kiinnittämällä huomiota siihen, että palvelut eivät etäänny saavuttamattomiin ja että liikenneyhteydet (ml. tietoliikenneyhteydet) toimivat sujuvasti.

Tämän luvun aikaisempi versio on julkaistu Suomen sosiaalinen tila -raporttina 2/2018: Ilmarinen, Katja & Kauppinen, Timo M. & Karvonen, Sakari (2018): Tilaa vai saavutettavuutta – asuinolojen alueellinen vaihtelu. Tutkimuksesta tiiviisti 15/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Julkaisun tekeminen on saanut rahoitusta Suomen Akatemian Strategisen tutkimuksen neuvoston hankkeista URMI (rahoituspäätökset 303617 ja 303620) ja TITA (rahoituspäätös 293103).

Lähteet

- Blomgren, Jenni (2005): Huono-osaisuus Suomen kaupunkiseutukunnissa: alue-erot ja sosiaalisen ympäristön vaikutukset 1990-luvulla. Väitöskirjatutkimus. Helsingin yliopiston sosiologian laitoksen tutkimuksia nro 246. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Diez Roux, Ana V. & Mair, Christina (2010): Neighborhoods and health. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 125–145.
- Helsingin kaupungin tarkastuslautakunta (2018): Arviointikertomus 2017. Helsingin kaupungin keskushallinnon julkaisuja 2018:13. Helsinki: Helsingin kaupungin tarkastusvirasto.
- Helskyaho, Raine & Ohisalo, Maria & Turunen, Saija (2018): Asunottomat 2017. ARAn selvityksiä 2/2018. Helsinki: ARA, Asumisen rahoitus- ja kehittämiskeskus.
- Honkkila, Juha (2014): Asumisen kalleus pääkaupunkiseudulla selittää alueellisia kulutuseroja. *Hyvinvointikatsaus* 2/2014. Helsinki: Tilastokeskus.
- Ilmarinen, Katja & Aalto, Anna-Mari & Muuri, Anu (2016): Sosiaalipalvelut väestön ja asiakkaiden arvioimana. Tutkimuksesta tiiviisti 1/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Ilmarinen, Katja & Kauppinen, Timo M. (2018): Pienituloisuus ennen ja jälkeen asumiskustannuksia – alueellinen näkökulma. *Yhteiskuntapolitiikka* 83, 73–83.
- Karvonen, Sakari (2014): Lapsiperheet maalla ja kaupungissa. Teoksessa: Johanna Lammi-Taskula & Sakari Karvonen (toim.): Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Teema 21. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Karvonen, Sakari & Kauppinen, Timo M. (2009): Kuinka Suomi jakautuu 2000-luvulla? Hyvinvoinnin muuttuvat alue-erot. *Yhteiskuntapolitiikka* 74, 467–486.
- Kauppinen, Timo M. & Hannikainen-Ingman, Katri & Sallila, Seppo & Viitanen, Veera (2015): Pienituloisten asuinolot. *Työpa-pereita* 22/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kauppinen, Timo M. & Vaalavuo, Maria (2017): Työkäisen väestön alueellinen eriytyminen synnyinmaan ja tulotason mukaan suurilla kaupunkiseuduilla. URMI Kaupunkianalyysi I. <https://www.julkari.fi/handle/10024/135602>.
- Kauppinen, Timo M. & Vilkkama, Katja (2016): Entry to homeownership among immigrants: a decomposition of factors contributing to the gap with native-born residents. *Housing Studies* 31, 463–488.
- Kim, Tae-Kuyung & Horner, Mark W. & Marans, Robert W. (2005): Life cycle and environmental factors in selecting residential and job locations. *Housing Studies* 20:3, 457–473.
- Kytö, Hannu & Tuorila, Helena & Leskinen, Johanna (2006): Maaseudun vetovoimaisuus ja kuluttajien yksilölliset elämäntavat. Tutkimuskokonaisuuden loppuraportti. Kuluttajatutkimuskeskus, julkaisuja 5:2006. Helsinki: Kuluttajatutkimuskeskus.
- Kärkkäinen, Olli (2017): Mä lähdän Stadiin: Työn perässä muuttamisen kannustimet. *Nordea Working Papers* 1/2017.
- Laakso, Seppo (2013): Muuttoliikkeen vaikutuksista väestön tulotasoon Helsingissä ja Helsingin seudulla. Tutkimuksia 2/2013. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus.

- Lavapuro, Juha & Ojanen, Tuomas & Rautiainen, Pauli & Valtonen, Virve (2016): Sivistykselliset ja sosiaaliset perusoikeudet syrjäkunnissa. Kunnallissalan kehittämissääntöön Tutkimusjulkaisu-sarjan julkaisu nro 97. Vammala: Kunnallissalan kehittämissääntö.
- Leinamo, Kari (2015): Palvelut läheltä. Maaseudun asukkaiden näkemyksiä kuntapalvelujen ja valtion paikallishallinnon palvelujen muutoksesta. Vaasan yliopisto, Levón instituutti. Vaasa: Vaasan yliopisto.
- Macintyre, Sally & Ellaway, Anne & Cummings, Steven (2002): Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them. *Social Science & Medicine* 55, 125–139.
- Murto, Jukka & Kaikkonen, Risto & Pentala-Nikulainen, Oona & Koskela, Timo & Virtala, Esa & Härkänen, Tommi & Koskenniemi, Timo & Jusmäki, Teppo & Vartiainen, Erkki & Koskinen, Seppo (2017): Aikuisten terveyst-, hyvinvointi- ja palvelututkimus. ATH:n perustulokset 2010–2017. Verkköjulkaisu: www.thl.fi/ath
- Pekola-Sjöblom, Marianne (2017): Parhaat mahdolliset palvelut kaikille kuntalaisille? Kuntalaisten mielipiteet kunnallisista palveluista ARTTU2- tutkimuskunnissa vuosina 2015 ja 2017. ARTTU2-tutkimusohjelman julkaisusarja nro 13/2017. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.
- Pohjois-Suomen aluehallintovirasto (2012): Aluehallintovirastojen keskeiset arviot peruspalvelujen tilasta 2011. Aluehallintovirastojen suorittama toimialansa peruspalvelujen arviointi. Pohjois-Suomen aluehallintoviraston julkaisu 10/2012. Oulu: Pohjois-Suomen aluehallintovirasto.
- Saikkonen, Paula & Hannikainen, Katri & Kauppinen, Timo M. & Rasinkangas, Jarkko & Vaalavuo, Maria (2018): Sosiaalinen kestävyys: asuminen, segregatio ja tuloerot kolmella kaupunkiseudulla. Raportti 2/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sillanpää, Keimo & Ålander, Tommi (2017): Maaseutukatsauksen 2017 kansalaisyseilyn yhteenvetoraportti. Helsinki: Maa- ja metsätalousministeriö.
- Strandell, Anna (2017): Asukasbarometri 2016 – Kysely kaupunkimaisista asuinympäristöistä. Suomen ympäristökeskuksen raportteja 19/2017. Helsinki: Suomen ympäristökeskus.
- Tilastokeskus (2018): Statfin-tilastotietokanta osoitteessa <https://www.stat.fi/tup/statfin/index.html>.
- Vásquez-Vera, Hugo & Palència, Laia & Magna, Ingrid & Mena, Carlos & Neira, Jaime & Borrell, Carme (2017): The threat of home eviction and its effects on health through the equity lens: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 175, 199–208.
- Vihinen, Hilikka & Moilanen, Hanna (toim.) (2013): Maaseudun palvelut valinkauhassa – Markkinoiden toimivuus ja SGEI. MTT Raportti 81. Jokioinen: Maa- ja elintarviketalouden tutkimuskeskus.
- Viinämäki, Leena, ym. (2017): ... ajasta ja paikasta riippumatta ... Digikansalaisuus ja palvelujen saavutettavuus maaseudulla -hankkeen loppuraportti. Lapin amkin julkaisu: sarja A. Referee-tutkimukset 1/2017. Rovaniemi: Lapin ammattikorkeakoulu.

4

Köyhyys ja perusturvan riittävyys

Tässä luvussa tarkastellaan köyhyyden kehitystä suhteellisella ja minimibudjettiin perustuvalla köyhyysmittarilla sekä esitetään ennusteet vuoteen 2018 asti. Ennusteilla kurotaan kiinni tilastovivettä, mikä mahdollistaa kehityksen ja politiikkatoimien vaikutusten arvioinnin jo hallituskauden aikana. Lisäksi tarkastellaan perusturvan riittävyyden kehitystä suhteessa minimibudjettiköyhyysrajaan, joka kuvaa kohtuullisen vähimmäiskulutuksen vaatimaa euromäärää erilaisilla kotitalouksilla. Vuoden 2016 suhteellinen köyhyysaste oli 12,7 prosenttia ja minimibudjettiköyhyysaste 7,8 prosenttia. Suhteellisen köyhyysasteen ennakoitaan kasvavan 0,7 prosenttiyksikköä ja minimibudjettiköyhyysasteen laskevan 0,6 prosenttiyksikköä vuoteen 2018 mennessä. Hallituskaudella tehdyt tulonsiirtojen muutokset ovat kasvattaneet hieman molempia köyhyysasteita. Vastaavasti työllisyydessä ja väestössä tapahtuneet muutokset ovat vähentäneet köyhyyttä hieman: tämä on vaikuttanut enemmän minimibudjettiin pohjautuvaan köyhyysasteeseen. Työmarkkinatuella olevan tulot ovat noin 87 prosenttia minimibudjettiköyhyysrajasta, kun huomioidaan asumistuki ja toimeentulotuki. Takuueläkkeellä olevalla tulot riittävät kattamaan minimibudjetin. Perusturvan riittävyydessä ei ole tapahtunut muutoksia vuosina 2017–2018, koska kokonaan perusturvan varassa olevat kotitaloudet ovat toimeentulotuen piirissä. Toimeentulotuki on ollut lähtökohteisesti indeksijääditysten ulkopuolella toisin kuin useimmat perusturvaetuudet.

Suomessa köyhyys on pääpiirteissään suhteellista pikemmin kuin absoluuttista (Moisio 2006). Suhteellinen köyhyys tarkoittaa sitä, että köyhäksi määritellään ihminen tai kotitalous, jolla ei ole mahdollisuutta saavuttaa yhteiskunnassa yleisesti hyväksyttäväksi katsottua elintasoa taloudellisten resurssien puutteesta johtuen. Köyhyys heikentää toimintamahdollisuuksia yhteiskunnassa, mistä syystä se on yksi perinteisimmistä sosiaalipolitiikan tutkimuskohteista.

Köyhyyden kuvaamiseen on kehitetty useita eri mittareita ja köyhyysrajoja, joista jokaisessa on omat heikkoutensa. Köyhyyden kuvaamisessa käytetty mittari vaikuttaa siihen, minkälainen kuva köyhyydestä saadaan. Tästä syystä aloitamme kirjoittamalla erilaisista köyhyysmittareista. Lähtökohtamme on, että mittareista löytyviä heikkouksia voi paikata hyödyntämällä useampaa mittaria samanaikaisesti. Näin saadaan monipuolisempi kuva köyhyyden kehityksestä. Tässä tutkimuksessa tarkastelemme kahta köyhyysrajaa, EU:n suhteellista köyhyys(riski)-rajaa ja minimibudjetista johdettua köyhyysrajaa, sekä niiden tuottamaa kuvaa köyhyyden kehityksestä.

Mittareiden valinta ei ole kuitenkaan ainoa asia, joka vaikuttaa siihen minkälainen kuva köyhyyden kehityksestä saadaan. Kokonaiskuvassa merkitystä on myös sillä, minkälaiseen aineistoon nojataan. Tilastokeskuksen pienituloisuusasteiden aineistona on tulonjakotilasto, joka perustuu otokseen (n. 10 000 kotitaloutta) ja jonka tietosisältö pohjautuu hallinnollisiin rekisteritietoihin ja kotitalouksien haastatteluihin. (Tilastokeskus 2018a.) Tilastokeskuksen julkaisemat tilastotiedot ovat aina parisen vuotta vanhoja, kun suurin kiinnostus kohdistuu nykytilaan. Tämän vuoksi olemme viime vuosina hyödyntäneet aineiston ajantasaistusta muodostaaksemme ennusteen tämän hetkisestä tilanteesta (Moisio ym. 2016; Mukkila ym. 2017). Käytäntö on osoittanut, että jälkikäteen tarkasteltuna nämä ns. ennustetut luvut eivät täysin vastaa toteutunutta köyhyyden kehitystä. Avaamme syitä tähän tarkemmin vertailemme kahden eri mittarin tuottamaa kuvaa köyhyyden kehityksestä.

Köyhyyden kehityksen lisäksi tarkastelemme joidenkin perusturvaetuuksien tasoa suhteessa esitettyihin köyhyysrajoihin. Kaikki analyysit on tuotettu SISU-mikrosimulointimallilla¹, jonka avulla voidaan mallintaa Suomen verotus- ja sosiaaliturvalainsäädäntöä. Lopuksi pohdimme saamiemme tulosten yleisempää merkitystä.

1 Mikrosimulointi on menetelmä, jossa yksilötasoiseen aineistoon sovelletaan kokoelmaa erilaisia laskentasääntöjä. Näitä muuttamalla voidaan selvittää mitä vaikutuksia esimerkiksi lainsäädännön uudistuksilla on tulonjakoon. SISU-malli on Tilastokeskuksen ylläpitämä staattinen mikrosimulointimalli, jonka laskentasäännöillä mallinnetaan Suomen verotus- ja sosiaaliturvalainsäädäntöä. Pohja-aineistona käytetään 800 000 henkilön sosioekonomiset tiedot sisältävää rekisteriaineistoa, joka on painotettu vastaamaan koko Suomen väestöä. (Tilastokeskus, 2018b.) Tarkasteluissamme olemme keskittyneet asuntokuntaväestöön.

Köyhyyden mittaaminen

Suomessa ei ole virallista köyhyysrajaa, mutta toisinaan sellaisena pidetään Tilastokeskuksen pienituloisuusrajaa. Raja on yhdenmukainen EU:n köyhyyden seurantaan käyttämän suhteellisen köyhyys(riski)rajan kanssa. Tämä raja on määritelty siten, että kotitalous on suhteellisessa köyhyysriskissä tai pienituloinen, mikäli sen nettotulot ovat pienemmät kuin 60 prosenttia väestön keskimääräisestä tulotastosta (mediaanista). Suhteellisen köyhyysriskin tai pienituloisuuden käyttäminen köyhyyden kuvaajana ei ole ongelmatonta, mistä on raportoitu yleisesti (esim. Kangas & Ritakallio 2008). Merkittävin ongelma on se, että yleisen taloustilanteen muutosten seurauksena mediaanitulo saattaa laskea tai kasvaa nopeammin kuin kaikkein pienituloisimpien tulot muuttuvat, jolloin suhteellinen köyhyysaste voi muuttua oletusten vastaisesti. Näin tapahtui muun muassa 1990-luvun laman aikana, jolloin mediaanitulon voimakkaan laskun seurauksena suhteellinen köyhyysaste ei kasvanut huolimatta siitä, että työttömien määrä kasvoi huomattavasti (Kangas & Ritakallio, 2008). Lisäksi pienituloisuusrajan ongelmana on, että se ei esimerkiksi huomioi kasvukeskusten suurempia tai toisinaan kohtuuttoman suuria asumismenoja. Aiemmin pienituloisuusrajaa määriteltäessä huomioitiin myös asuntotulo², mutta nykyisin tulokäsitteenä käytetään kotitalouksien käytettävissä olevia rahatuloloja.

Euroopan unioni on tuonut suhteellisen köyhyysrajan rinnalle ns. AROPE (*at-risk-of poverty or social exclusion*) mittarin, joka määrittää köyhyyttä kolmella ulottuvuudella: suhteellinen köyhyys, vakava materiaallinen puute sekä vajaatyöllisyys. Mittarin hyvä puoli on se, että se tuo selkeästi esille, ettei köyhyydessä ole kysymys pelkästään tuloista. (Ks. Ilmakunnas & Moisio 2014.) Suomessa poliittis-hallinnollisena köyhyysrajana on käytetty myös toimeentulotuen tai täysimääräisen kansaneläkkeen tasoa, jolloin köyhyyden käsite vastaa päätöksenteossa käytettyä käsitettä kohtuullisesta vähimmäistoimeentulosta. Köyhyysrajan sitominen sosiaaliturvan tasoon on todettu ongelmalliseksi, koska silloin sosiaaliturvan tason nosto lisää köyhyydessä elävien määrää ja päinvastoin. (Ks. Karisto ym. 1999, 85–86.)

Olemme suhteellisen köyhyysrajan rinnalle luoneet minimibudjettiin perustuvan köyhyysrajan (Moisio ym. 2016), joka kertoo, kuinka suuri osa väestöstä elää kotitalouksissa, joissa tulot eivät riitä kohtuulliseksi katsottuun vähimmäiskulutukseen. Minimibudjetit perustuvat Kuluttajatutkimuskeskuksen laatimiin kohtuullisen vähimmäiskulutuksen viitebudjetteihin. Niissä määritellään, mitä tavaroita ja palveluja kohtuullisen minimin mukaiseen elintasoon tarvitaan, kuinka paljon ja minkä laatuista ne ovat ja mitä nämä hyödykkeet maksavat. (Lehtinen &

2 Asuntotulo eli laskennallinen nettovuokra kuvaa omistusasunnossa asuvan kotitalouden saamaa etua verrattuna vastaavanlaisessa markkinahintaisessa vuokra-asunnossa asuvaan kotitalouteen. Laskennallista asuntotuloa syntyy myös silloin, kun asutaan toisen kotitalouden omistamassa asunnossa vastikkeetta, sekä silloin kun kuntien ja yleishyödyllisten yhteisöjen asunnoissa maksetaan käypää vuokraa alempaa vuokraa. (Tilastokeskus, 2018a.)

TAULUKKO 4.1. Esimerkkejä minimibudjettiköyhyysrajoista eri kotitalouksille sekä suhteellinen köyhyysraja (60 % ekvivalenttien käytettävissä olevien tulojen mediaanista) vuonna 2016 vuoden 2016 hintatasossa, euroa/kk. Vuokraolettamat ovat kunkin alueen keskimääräisten ara-vuokrien mukaisia kotitalouden koko ja rakenne huomioiden. Lähde: Lehtinen & Aalto 2018, SISU-mikrosimulointimalli, omat laskelmat, Tilastokeskus.

	Yksinasuva		Pariskunta		Yksinhuoltaja	Pariskunta
	alle 65-v.	yli 65-v.	alle 65-v.	yli 65-v.	1 lapsi (6-v.)	2 lasta (6-v. & 14-v.)
Viitebudjetti ilman asumista	637	605	1 114	1 050	891	1 814
Vuokralla, pieni kunta	1 062	1 030	1 707	1 643	1 484	2 575
Vuokralla, keski-suuri kaupunki	1 125	1 094	1 769	1 705	1 546	2 647
Vuokralla, pää-kaupunkiseutu	1 224	1 192	1 909	1 845	1 686	2 805
Omistusasunnossa	787	755	1 337	1 274	1 115	2 115
Suhteellinen köyhyysraja, Pienituloisuusraja	1 210	1 210	1 815	1 815	1 573	2 683

Aalto 2013.) Toisin kuin pienituloisuusrajassa, minimibudjettia laskettaessa huomioidaan asumiskustannukset. Lisäksi minimibudjettiin perustuva köyhyysraja vaihtelee iän ja elämänvaiheen mukaan, sillä se ottaa huomioon myös kotitalouksien erilaiset tilantarpeet ja niiden vaikutuksen asumiskustannuksiin. Suhteellista tuloköyhyyttä määritettäessä asumismenoja ei oteta huomioon (Mäkinen 2016; Mäkinen 2017.) Siten minimibudjetit tarkentavat kuvaa köyhyydestä. On kuitenkin mahdollista, että viitebudjettien taso ei riitä kattamaan kaikkia esimerkiksi terveyden hoitoon liittyviä kustannuksia varsinkaan pienituloisilla. (Mäkinen 2017). Minimibudjettiin perustuvat luvut on tässä luvussa laskettu vuonna 2018 päivitetyllä kohtuullisen vähimmäiskulutuksen viitebudjetilla (Lehtinen & Aalto 2018), joten luvut poikkeavat jonkin verran aiemmin julkaisuista luvuista (esim. Mukkila ym. 2017).

Taulukossa 4.1 esitetään minimibudjetin ja suhteellisen köyhyysriskin mukaisia köyhyysrajoja eri kotitaloustyypeille vuonna 2016. Minimibudjettiköyhyysraja on yksin vuokralla asuvalla 1 062–1 224 euroa kuukaudessa asuinpaikasta riippuen, ja omistusasunnossa asuvalla 787 euroa. Yksinasuvan suhteellinen köyhyysraja on 1 210 euroa asuinpaikasta riippumatta, mikä on minimibudjettiköyhyysraja korkeampi pääkaupunkiseudulla vuokralla asuvia lukuun ottamatta.

Aineistot ja ajantasaistus

Tilastoviiveen vuoksi saatavilla olevat tilastotiedot köyhyydestä ovat aina muutamana vuoden vanhoja. Ajantasaistuksessa aineistoja muokataan vastaamaan nykyhetken väestörakennetta ja tuloja (Immervoll ym. 2005; Mukkila ym. 2017). Ajantasaistuksessa SISU-mikrosimulointimallin pohjadataa olevaa vuoden 2016 rekisteriaineistoa muokataan käyttäen Tilastokeskuksen väestöennusteita ja valtiovarainministeriön taloudellisia ennusteita työllisyyden, tulojen ja korkojen kehityksestä (Tilastokeskus 2018d).

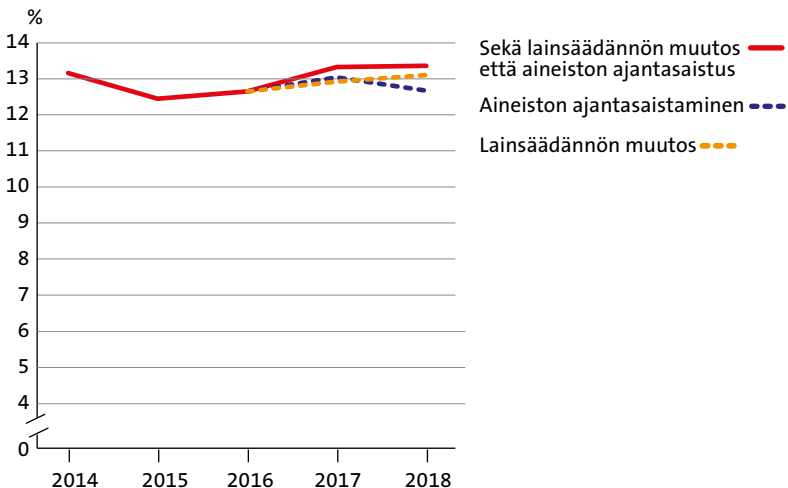
Ajantasaistus vuodelle 2017 perustuu todelliseen yhteiskunnassa tapahtuneeseen kehitykseen. Sen sijaan ajantasaistettaessa aineisto vuodelle 2018 hyödynnetään käytettävissä olevia makrotason tietoja ja ennusteita tulojen, työllisyyden ja väestörakenteen kehityksestä. On hyvä huomata että ennustetut luvut köyhyydestä eivät täysin vastaa toteutunutta kehitystä. Yhtenä syynä tähän on, että ennusteissa huomioitu makrotason kehitys ei välttämättä toteudu kotitalous- eli mikrotasolla samalla tavoin. Lisäksi mikrotason aineisto sisältää tietoa koko kalenterivuodelta (esimerkiksi asuntokunnan tulot), kun makrotason ennusteet viittaavat tiettyyn poikkileikkaushetkeen. Ennustettuja köyhyyslukuja tulkittaessa on myös huomioitava, että esittämämme rekisteripohjaiset luvut eroavat Tilastokeskuksen ja EU:n pienituloisuutta esittävistä tunnusluvuista, jotka on laskettu pienemmästä otospohjaisesta aineistosta. Rekisteripohjaiset köyhyysluvut kuvaavat yleensä köyhyyden olevan korkeammalla tasolla kuin Tilastokeskuksen tulonjakotilastosta lasketut luvut. Eroa selittää muun muassa se, että rekisteripohjaisesta aineistosta puuttuvat mm. kotitalouksien väliset tulonsiirrot ja korkotulot. Tämän luvun analyysien osalta tulee lisäksi huomioida, että mikrosimulointimenetelmän avulla kotitalouksille on laskettu tuloeriä, kuten esimerkiksi toimeentulotuki, silloin kun niillä on laskennallinen oikeus siihen.

Olemme laskeneet ennustetut köyhyysasteet vuosille 2017–2018. Ennustetut luvut ilmaisevat köyhyysasteen, kun huomioidaan sekä kyseisen vuoden lainsäädäntö että yleiset muutokset tulo-, ja työllisyyskehityksessä ja väestörakenteessa. Tarkastelua tukemaan on laskettu myös kaksi muuta skenaariota. Ensimmäiseen skenaarioon on laskettu kontrafaktuaaliset eli vaihtoehtoiset köyhyysasteet, jotka kuvaavat köyhyyden mahdollista kehitystä kuvitteellisessa tilanteessa, jossa ainoastaan tulonsiirtoja ja verotusta koskeva lainsäädäntö muuttuisi, mutta väestö pysyisi samana. Toisin sanoen vuoden 2016 rekisteriaineistoon on sovellettu 2017 ja 2018 tulonsiirtoja koskevaa lainsäädäntöä. Toisessa skenaariossa tulonsiirto- ja verotuslainsäädäntöä ei ole muutettu (käytetään siis vuoden 2016 lainsäädäntöä), mutta aineistoa on ajantasaistettu taloudessa, työllisyydessä ja väestörakenteessa vuosina 2017 ja 2018 tapahtuneiden muutosten mukaisesti. Yhdessä nämä kaksi skenaariota valaisevat köyhyysasteiden kehityksen suuntaa sekä antavat perusteita päätelmiin, mistä mahdolliset ennustetut muutokset köyhyysasteissa voisivat johtua.

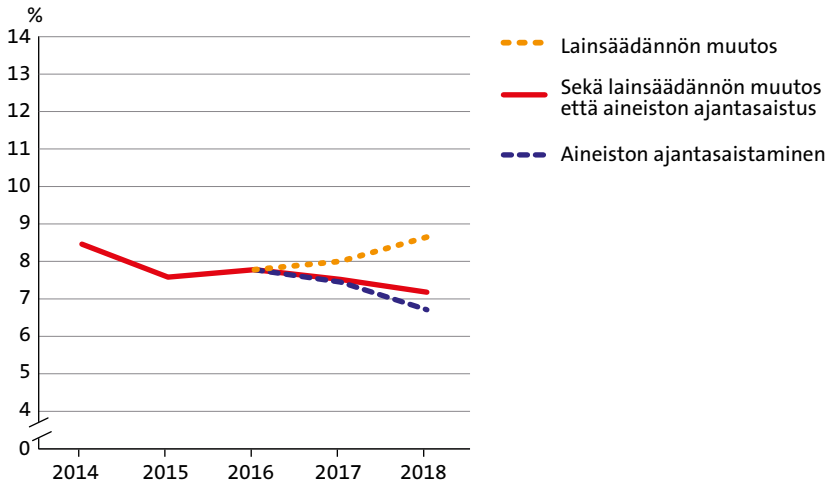
Köyhyyden kehitys 2014–2016 sekä ennustettu kehitys vuosille 2016–2018

Kuviossa 4.1 on kuvattu suhteellisen köyhyysasteen kehitys 2014–2016 sekä ennusteet sen muutoksesta vuosille 2017 ja 2018. Mikrosimulointimallilla estimoidut köyhyysasteet vuosille 2014–2016 ovat hieman korkeammat kuin Tilastokeskuksen julkaisemat luvut. Kontrafaktuaalisen skenaarion mukaan tulosiirtolainsäädännön muutosten seurauksena suhteellinen köyhyysaste eli pienituloisuusaste kasvasi vuosina 2016–2018 noin puoli prosenttiyksikköä. Vain yleisiä tulo- ja työllisyyskehityksen sekä väestörakenteen muutoksia huomioivan skenaarion (aineiston ajantasaistus) mukaan suhteellinen köyhyysaste kasvasi vuosien 2016 ja 2017 välillä, kun vuosina 2017–2018 muutokset laskisivat suhteellista köyhyyttä lähes yhtä paljon (noin 0,4 %). Tämä johtuu talouden myönteisestä kehityksestä, jonka seurauksena esimerkiksi työllisyys on parantunut ja työttömyys vähentynyt. Kun huomioidaan sekä lainsäädännössä että tulo- ja työllisyyskehityksessä ja väestörakenteessa tapahtuneet yleiset muutokset, suhteellisen köyhyysasteen ennakoidaan kasvavan 0,7 prosenttiyksikköä vuosina 2016–2018.

Kuviossa 4.2 on esitetty minimibudjettiköyhyysasteen kehitys vuosina 2014–2016 ja sen ennusteet vuosille 2017 ja 2018. Pelkät lainsäädännön muutokset kasvattaisivat minimibudjettiköyhyysastetta vuosina 2016–2018 noin 0,9 prosenttiyksikköä. Vain yleisen talous-, työllisyys- ja väestökehityksen huomioivan laskelman mukaan taloudellisessa tilanteessa tapahtuneet muutokset sen sijaan pienentäisivät minimibudjettiköyhyysastetta 2016–2017 noin 1,1 prosenttiyksikköä. Kuten



KUVIO 4.1. Suhteellinen köyhyysaste vuosina 2014–2016 sekä eri skenaarioiden mukaiset ennusteet vuosille 2017 ja 2018. Lähde: SISU-mikrosimulointimalli, omat laskelmat.



KUVIO 4.2. Minimibudjettiköyhyysaste vuosina 2014–2016 sekä eri skenaarioiden mukaiset ennusteet vuosille 2017 ja 2018. Lähde: SISU-mikrosimulointimalli, omat laskelmat.

suhteellisen köyhyysasteen kohdalla, työllisyyden paraneminen ja työttömyyden väheneminen ovat todennäköisesti keskeisimpiä selittäjiä tälle kehitykselle. Kun huomioidaan sekä lainsäädännössä että tulo- ja työllisyyskehityksessä ja väestörakenteessa tapahtuneet yleiset muutokset, minimibudjettiköyhyysasteen ennustetaan laskevan 0,6 prosenttiyksikköä vuosina 2016–2018.

Ero kahdella köyhyysmittarilla ennustetussa kehityksessä 2016–2018 selittyy todennäköisesti sillä, että suhteellinen köyhyysraja on sidottu mediaanitulon kehitykseen, kun minimibudjettiin perustuva köyhyysraja puolestaan on sidottu kohtuullista vähimmäiskulutusta kuvaavan hyödykekorin hintojen muutoksiin. Työllisyyden parantuminen yleensä nostaa mediaanituloa ja sitä kautta 60 prosenttiin mediaanitulosta sidottua suhteellista köyhyysrajaa. Vaikka köyhyydestä poistuu kotitalouksia työllisyyden parantuessa, niin köyhyydestä poistuminen voi vaikeuttaa köyhyysrajan noustessa.

Taulukot 4.2 ja 4.3 havainnollistavat ennustettuja köyhyysasteita. Suhteellinen köyhyysaste oli 12,7 prosenttia vuonna 2016 ja sen ennustetaan nousevan 13,4 prosenttiin vuonna 2018 (taulukko 4.2; ks. myös kuvio 4.1). Minimibudjettiin perustuva köyhyysaste oli 7,8 prosenttia vuonna 2016 ja ennusteen mukaan se laskee 7,2 prosenttiin vuonna 2018 (taulukko 4.3; ks. myös kuvio 4.2). Köyhyysasteiden ero mittareiden välillä selittyy sillä, että minimibudjettiköyhyysraja on suhteellista köyhyysrajaa alhaisempi – kaupungissa vuokralla asuvia lukuun ottamatta (ks. taulukko 4.1).

Taulukoissa 4.2 ja 4.3 esitetään suhteelliset ja minimibudjettiköyhyysasteet sukupuolen, iän, sosioekonomisen aseman ja kotitaloustyyppin mukaan vuosille 2014–2018. Niin suhteellinen köyhyys kuin minimibudjettiköyhyyskin ovat ylei-

TAULUKKO 4.2. Suhteelliset köyhyysasteet (%) sukupuolen, iän, sosioekonomisen aseman ja kotitaloustyyppin mukaan vuosina 2014–2018.

Lähde: SISU-mikrosimulointimalli, omat laskelmat.

	2014	2015	2016	2017*	2018*
Köyhissä kotitalouksissa	13,2	12,5	12,7	13,3	13,4
Miehet	13,0	12,4	12,6	13,2	13,1
Naiset	13,3	12,5	12,7	13,5	13,6
Alle 18-vuotiaat	12,4	11,5	11,8	12,4	12,1
Yli 65 -vuotiaat	12,8	11,7	12,0	13,0	13,5
Työlliset **	4,2	3,3	3,2	3,4	3,4
Eläkeläiset **	13,9	13,0	13,3	14,6	15,1
Opiskelijat **	29,9	30,3	30,1	29,9	30,4
Muut (mm. työttömät) **	39,6	38,4	39,9	43,6	45,4
Yksinasuvat	29,8	28,4	28,8	30,5	31,9
Pariskunnat	4,9	4,43	4,4	4,8	4,9
Yksinhuoltajat	24,9	20,4	21,3	24,1	25,1
Lapsiperheet, joissa on 2 huoltajaa	7,0	6,7	6,7	6,9	6,6

* Simuloitu arvio ennusteiden perusteella ajantasaistetulla aineistolla

** SISU-malliaineiston sosioekonomisen aseman päättely eroaa Tilastokeskuksen tavasta

TAULUKKO 4.3. Köyhyysasteet (%) minimibudjettiköyhyden mittarilla sukupuolen, iän, sosioekonomisen aseman ja kotitaloustyyppin mukaan vuosina 2014–2018.

Lähde: SISU-mikrosimulointimalli, omat laskelmat.

	2014	2015	2016	2017*	2018*
Köyhissä kotitalouksissa	8,5	7,6	7,8	7,5	7,2
Miehet	8,9	8,1	8,3	8,1	7,7
Naiset	8,0	7,1	7,2	7,0	6,6
Alle 18-vuotiaat	9,6	8,1	8,5	8,1	7,4
Yli 65 -vuotiaat	1,6	1,4	1,4	1,4	1,4
Työlliset **	2,7	1,8	1,7	1,6	1,5
Eläkeläiset **	2,8	2,5	2,6	2,6	2,5
Opiskelijat **	26,1	26,2	25,9	24,4	24,2
Muut (mm. työttömät) **	32,5	30,2	32,1	33,2	34,0
Yksinasuvat	16,0	15,0	15,3	15,1	15,1
Pariskunnat	3,3	2,8	2,8	2,7	2,6
Yksinhuoltajat	22,0	17,0	18,1	18,2	17,5
Lapsiperheet, joissa on 2 huoltajaa	5,1	4,5	4,5	4,2	3,7

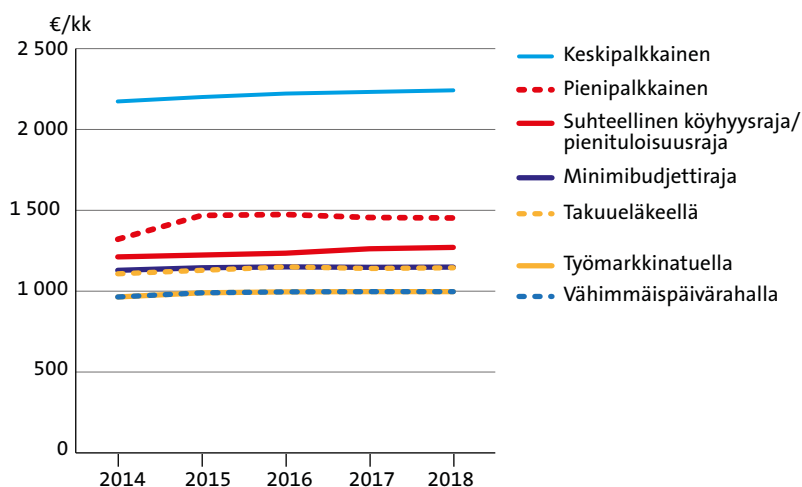
* Simuloitu arvio ennusteiden perusteella ajantasaistetulla aineistolla

** SISU-malliaineiston sosioekonomisen aseman päättely eroaa Tilastokeskuksen tavasta

sempiä opiskelijoilla ja työttömillä ja muilla työelämän ulkopuolisilla henkilöillä, jotka eivät kuitenkaan ole eläkkeellä, kuin eläkeläisillä ja työssäkäyvillä. Kotitaloustyyteittäin tarkasteltaessa yksinasuvat ja yksinhuoltajat elävät selvästi muita useammin köyhyydessä molempien mittarien mukaan. Minimibudjettiköyhyys on yleisempää miehillä kuin naisilla, mutta suhteellinen köyhyys on naisilla hieman yleisempää. Ikäryhmittäin tarkasteltuna minimibudjetin mukainen köyhyys on vähäisintä iäkkäillä, kun taas suhteellisessa köyhyydessä ei ole juuri eroa lapsien ja iäkkäiden välillä. Työikäistä väestöä emme tässä tarkastelleet ikäryhmänä vaan lähinnä sosioekonomisen aseman mukaan.

Kotitalouksien tulot suhteessa köyhyysrajoihin: mihin perusturva riittää?

Perusturvan riittävyyden määrittely on ennen kaikkea arvovalinta. Olemme tässä lähestyneet kysymystä riittävyydestä hyödyntäen laskelmissa määriteltyjä köyhyysrajoja. Kuviossa 4.3 esitetään vuokralla yksinasuvan suhteellinen köyhyysraja ja minimibudjettiköyhyysraja euroina kuukaudessa sekä työssäkäyvien ja perusturvan varassa olevien yksinasuvien käteen jäävät tulot kuukaudessa. Asumiskustannuksiksi on oletettu pääkaupunkiseudun ulkopuolisen keskisuuren kaupungin keskimääräinen ara-vuokra.



KUVIO 4.3. Suhteellinen köyhyysraja ja alle 65-vuotiaan minimibudjettiköyhyysraja vuokralla yksin asuvalle euromääräisinä kuukaudessa sekä työssäkäyvien ja perusturvan varassa olevien yksinasuvien käteen jäävät tulot euroina kuukaudessa vuosina 2014–2018 vuoden 2018 hintatasossa, kun oletetaan asumiskustannuksiksi keskisuuren kaupungin ara-vuokra-asunto.

Lähde: SISU-mikrosimulointimalli, omat laskelmat.

Taulukossa 4.4 on esitetty eri elämäntilanteissa olevien yksinasuvien käytävissä olevien tulojen suhde minimibudjettiköyhyysrajaan. Työmarkkinatuella tai vähimmäismääräisellä päivärahalta olevan henkilön käytävissä olevat tulot asumistuki ja toimeentulotuki huomioiden ovat 78 prosenttia suhteellisesta köyhyysrajasta ja 87 prosenttia minimibudjettiin perustuvasta köyhyysrajasta. Takuueläkkeellä olevan vastaavat luvut ovat 90 ja 100 prosenttia. On kuitenkin hyvä huomata, että tässä verrataan myös takuueläkeläisen tuloja alle 65-vuotiaan minimibudjettiin. Pienipalkkaisessa (50 % mediaanipalkasta) työssä olevan tulot ovat 114 prosenttia suhteellisesta köyhyysrajasta ja 126 prosenttia minimibudjettiköyhyysrajasta. Tilanne muuttuu jonkin verran kun tarkastellaan asumiskustannusten jälkeen käteen jääviä tuloja: sekä työmarkkinatuella olevan että vähimmäismääräisellä sairauspäivärahalta olevan tulot riittävät kattamaan enää 76 prosenttia viitebudjetista vuonna 2018 ja takuueläkeläisen kohdallakin kattavuus jää 99 prosenttiin.

Perusturvan riittävyys eli perusturvan varassa olevien kotitalouksien tulojen suhde minimibudjettiköyhyysrajaan ei ole muuttunut vuosina 2017 ja 2018. Tätä selittää se, että kokonaan perusturvan varassa olevat kotitaloudet ovat lähtökohteisesti oikeutettuja myös toimeentulotukeen, ja toimeentulotuki on ollut tällä hallituskaudella toteutettujen indeksijäädysten ja -leikkausten ulkopuolella. Laskelmissa on oletettu kotitalouden saavan toimeentulotukea siinä tapauksessa, että siihen syntyy laskennallinen oikeus. Tämä laskennallinen oikeus ei tietenkään aina reaali maailmassa toteudu, koska toimeentulotuki on tarveharkintainen ja viimeisijainen taloudellinen tuki. Toisin sanoen tuen tarve arvioidaan aina kotitalouskohtaisesti, ja pienikin olemassa oleva varallisuus (pl. asunto, jossa asuu ja työhön

TAULUKKO 4.4. Kotitalouksien käytävissä olevat tulot suhteessa alle 65-vuotiaan minimibudjettiin ennen ja jälkeen asumiskustannusten vuosina 2014–2018. Lähde: SISU-mikrosimulointimalli, omat laskelmat.

	2014	2015	2016	2017	2018
Tulot suhteessa minimibudjettiin, %					
Keskipalkkainen	192	192	193	195	195
Pienipalkkainen	117	128	128	127	126
Takuueläkkeellä	98	99	100	99	100
Työmarkkinatuella	85	86	87	87	87
Vähimmäispäivärahalta	85	86	87	87	87
Tulot asumiskustannusten jälkeen suhteessa minimibudjettiin ilman asumiskustannuksia, %					
Keskipalkkainen	259	262	265	268	270
Pienipalkkainen	129	150	150	148	147
Takuueläkkeellä	97	98	100	99	99
Työmarkkinatuella	75	76	76	77	76
Vähimmäispäivärahalta	75	76	76	77	76

tarvittavat välineet) estää toimeentulotuen saannin ainakin pidemmällä aikavälillä. Lisäksi on huomattava, että kaikki toimeentulotukeen oikeutetut eivät sitä hae.

Laskelmissa lisäystä toimeentulotuesta huolimatta jää perusturva takuueläkettä lukuun ottamatta näissä tarkasteluissa alle minimibudjettiköyhyysrajan. Pienipalkkainen taas ansaitsee sen verran, että köyhyysrajat ylittyvät. Kuva on kuitenkin hieman liian ruusuinen, sillä kasvukeskuksien ja erityisesti pääkaupunkiseudun todelliset asumiskustannukset ovat usein merkittävästi suurempia kuin laskelmissa oletetut kustannukset. Toimeentulotuessa on erikseen määritellyt kuntakohtaisesti hyväksyttävät enimmäisasumiskustannukset.

Pohdinta

Tässä luvussa arvioimme köyhyden kehitystä käyttäen rekisteriaineistoja (vuodet 2014–2016) sekä ennusteiden avulla ajantasaistettuja aineistoja (vuodet 2017 ja 2018). Lisäksi tarkastelimme etuus- ja verotuslainsäädännön vaikutusta köyhyysasteisiin. Suhteellisen köyhyden ennustetaan hieman kasvavan 2016–2018. Sen sijaan minimibudjettiköyhyden ennustetaan laskevan. Laskelmiemme mukaan muutokset tulonsiirtolainsäädännössä olisivat kasvattaneet köyhyyttä. Sen sijaan positiivinen talouskehitys ja työllisyyden kasvu näyttäisivät vähentävän köyhyyttä. Täten ennustetut muutokset köyhyysasteissa jäävät yleisesti ottaen pienemmiksi kuin voisi olettaa, jos huomioidaan vain joko lainsäädäntömuutokset tai yleiset muutokset tulo- ja työllisyyskehityksessä ja väestörakenteessa.

Tätä kirjoitettaessa viimeisimmät köyhyyttä ja tulonjakoa koskevat tilastotiedot ovat vuodelta 2016, samoin viimeisin käytettävissä oleva rekisteriaineisto on tältä vuodelta. Laskelmiemme perusteella suhteellisessa köyhydessä oli 12,7 prosenttia suomalaisista eli noin 680 400 ihmistä vuonna 2016.³ Minimibudjettiköyhyysaste samana vuonna oli 7,8 prosenttia, mikä tarkoittaa noin 418 500 henkilöä. Ennustetut köyhyysasteet vuodelle 2018 ovat 13,4 prosenttia (suhteellinen köyhyys) ja 7,2 prosenttia (minimibudjettiköyhyys). Vuonna 2016 suhteellinen köyhyysriski oli Suomessa Euroopan unionin maista toiseksi matalin, matalin köyhyysriski oli Tšekissä (Eurostat, 2018a). Vuosien 2008 ja 2016 välillä seitsemässä Euroopan unionin maassa, mukaanlukien Suomessa, suhteellinen köyhyysriski laski (Eurostat 2018a).⁴ Ennusteiden mukaan suhteellisessa köyhydessä ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia vuosien 2016 ja 2017 välillä suurimmassa osassa Euroopan unionin maista (Eurostat, 2018b). Minimibudjettiköyhyydestä ei ole

3 Luvut eroavat Tilastokeskuksen pienituloisuudesta julkaisemista luvuista tässä tutkimuksessa esitetyistä syistä johtuen.

4 Vuosien 2011 ja 2015 välillä vain Suomessa, Kreikassa ja Kroatiaassa suhteellinen köyhyys laski Euroopassa (Euroopan komissio, 2018). Kaiken kaikkiaan suhteellisen köyhyden väheneminen Euroopan unionissa oli vähäistä, koska mediaanitulo – ja täten suhteellinen köyhyysriskiraja – kasvoi nopeammin kuin pienituloisten tulot keskimäärin (Euroopan komissio, 2018, 42).

saatavilla vastaavia vertailukelpoisia lukuja Euroopan maita koskien.⁵

Tämän luvun tarkoituksena on ollut hahmottaa köyhyyteen ja sen kehitykseen liittyvää moniulotteisuutta. Eri mittarit voivat antaa erilaisen kuvan köyhyydestä (Kangas & Ritakallio 1998; 2008). Siksi useiden mittareiden hyödyntäminen on suositeltavaa. Toisaalta köyhyyden kehityksen taustalla voi olla monia syitä ja ennusteisiin liittyy aina epävarmuutta. Tästä syystä taloudellisen eriarvoisuuden kehitystä tarkastellaksemme käytimme ennusteiden laatimiseen sekä aineiston ajantasaistukseen että lainsäädännön muutoksiin perustuvia skenaarioita. Tilastoviiveen vuoksi ilman näitä laskelmia tai ennusteita vuotta 2018 koskevia lukuja köyhyysasteista Suomessa olisi saatavilla vasta pari vuotta myöhemmin.

On kuitenkin hyvä huomioida, että ennusteet köyhyyden kehityksestä eivät välttämättä toteudu täysin. Tähän voi olla monta syytä. Tilastokeskuksen julkaisemat luvut suhteellisesta köyhyysasteesta eli pienituloisuusasteesta perustuvat eri aineistoon kuin tässä esittämämme laskemat, eivätkä ne sisällä simuloituja tuloreiä. Aineiston ajantasaistaminen vastaamaan yleistä tulo- ja työllisyyskehitystä sekä väestörakenteen muutosta perustuu makrotason tilanteeseen tai ennusteeseen poikkileikkaushetkellä. Aineistossa kotitalouksien tulot on ilmaistu vuositasolla ja ne sisältävät täten kotitalouden jäsenten tuloissa vuoden aikana tapahtuneet muutokset. Lisäksi on huomattava, että aineiston ajantasaistus ei huomioi esimerkiksi sitä, ketkä työllistyvät työllisyysasteen kasvaessa: työllistyvät voivat olla kotitalouksista, joissa on työssäkäyviä jo entuudestaan tai työttömät saattavat työllistyä keskimäärin matalammalle palkkatasolle kuin aineistoon kuuluvat työssä käyvät. Suhteellinen köyhyysraja voi kasvaa väestön mediaanitulojen noustessa. On myös havaittu, että 2000-luvun alun positiivinen talous- ja työllisyyskehitys ei vähentänyt suhteellista köyhyyttä useassa Euroopan maassa, koska uusia työssäkäyviä tuli usein kotitalouksiin, joissa oli jo entuudestaan työssäkäyviä ja samanaikaisesti köyhyys kasvoi kotitalouksissa, joissa ei ollut työssäkäyviä (Cantillon 2011).

Tässä luvussa esitetty skenaario politiikkamuutosten (eli etuus- ja verotuslainsäädännön) vaikutuksista ei edusta täysin todellista kuvaa vaikutuksista. Skenaario perustuu oletukseen, että lainsäädäntö ei vaikuta ihmisten käyttäytymiseen, vaikka tiedetään, että esimerkiksi työttömyysturvan tasolla on vaikutusta työllistymiseen (esim. Kyrrä ym. 2017). Kärkkäisen ja Tervolan (2018) mukaan työllisyysvaikutukset lieventävät vuosien 2015–2018 lainsäädäntömuutosten vaikutusta suhteelliseen köyhyyteen tai tuloeroihin.⁶ Tässä luvussa esitetyt vuosia 2015 ja

5 Minimibudjettiköyhyydestä ei juuri ole tehty kansainvälisesti vertailevia tutkimuksia. Minimibudjettiköyhyyden vertailemiseksi olennaista on, että minimibudjetit on laadittu eri maissa samalla tavoin. Suomen, Belgian ja Espanjan väkirikkaita alueita vertaillaessa tutkimuksessa Suomessa minimibudjettiköyhyydessä eli vuonna 2012 huomattavasti pienempi osuus väestöstä kuin Belgiassa tai Espanjassa (Penne ym. 2016). Ero Belgiaan oli pienempi ja Espanjaan suurempi kuin suhteellisen köyhyyden mukaan tarkasteltuna (Penne ym. 2016).

6 Työllisyysvaikutuksia huomioivat laskelmat sisältävät oletuksia siitä, miten herkästi ihmiset reagoivat työntönnön kannustimiin. Mitä herkemmin ihmisten oletetaan reagoivan kannustimiin, sitä vähemmän kaikkien lainsäädäntömuutosten katsotaan kasvattaneen suhteellista köyhyyttä ja tuloeroja 2015–2018 (Kärkkäinen & Tervola 2018). Täten on myös mahdollista, etteivät lainsäädäntömuutokset kasvattaneet lainkaan tuloeroja 2015–2018 (Kärkkäinen & Tervola 2018).

2016 koskevat köyhyysasteet sekä ennustetut luvut vuosille 2017 ja 2018 huomioivat vuosina 2015–2018 tapahtuneiden politiikkamuutosten työllisyysvaikutuksia siinä määrin kuin ne näkyvät yleisessä talous-, työllisyys- ja tulokehityksessä. Toisaalta voidaan myös olettaa, että lainsäädäntömuutokset vaikuttavat ihmisten toimintaan vasta pidemmän ajan kuluessa ja täten niiden kokonaisvaikutusta ei pystytä näin lyhyellä tarkastelujaksolla arvioimaan.

Eri köyhyysmittarien vertailun tarkoitus on ollut havainnollistaa köyhyyden kehitystä selittäviä eri tekijöitä. Minimibudjettiin perustuvan köyhyysmittarin perusteella köyhyys on vähäisempää kuin suhteellisella köyhyysmittarilla tarkasteltuna. Ero kahden köyhyysmittarin ennustamassa kehityksessä vuosille 2016–2018 selittyy todennäköisesti sillä, että suhteellinen köyhyysraja on sidottu mediaanitulon kehitykseen. Työllisyyden kasvu yleensä nostaa mediaanituloa ja täten myös suhteellista köyhyysrajaa. Toisin sanoen positiivinen talous- ja työllisyyskehitys realisoituu laskevana köyhyysasteena nimenomaan käytettäessä minimibudjettiin perustuvaa mittaria. Tässä suhteessa tuloksemme ovat mielenkiintoisia: vain lainsäädäntömuutokset huomioivat laskelmat ennustavat minimibudjettiköyhyysasteen kasvaneen suhteellista köyhyysastetta enemmän vuosina 2016–2018. Koska minimibudjettiköyhyysraja on yleisesti ottaen matalampi kuin suhteellinen köyhyysraja, viittaa tämä havainto siihen, että lainsäädäntömuutokset ovat heikentäneet erityisesti kaikista pienituloisimpien taloudellista tilannetta.

Kotitalouksien tulojen tarkastelu suhteessa minimibudjettirajaan osoitti perusturvan tason riittämättömäksi. Näin siitäkin huolimatta, että laskelmissa syyperusteista perusturvaa on täydennetty toimeentulotuella, joka todellisuudessa on tarveharkintaista. Viime vuosina sosiaaliturvaan tehtyt, ensisijaisiin etuuksiin kohdistuneet indeksijäädytykset ja -leikkaukset ja toisaalta taas toimeentulotuen perusosan jättäminen näiden jäädytysten ulkopuolelle ovat johtaneet siihen, että yhä useampi kokonaan perusturvan varassa elävä on oikeutettu viimesijaiseen ja tarveharkintaiseen toimeentulotukeen. Suunnitteilla oleva sosiaaliturvan uudistus tarjoaa mahdollisuuden keskusteluun siitä, halutaanko tarveharkintaa lisätä vai pitäisikö syyperusteisen sosiaaliturvan tason olla korkeampi. Vertaillessamme kahden eri mittarin tuottamaa kuvaa köyhyydestä ja köyhyysrajojen sijoittumisesta toisiinsa nähden havaitsimme, että se on merkityksellistä, miten asumiskustannukset niissä huomioidaan. Tämä vastaa myös käsitystämme todellisuudesta, sillä asumiskustannukset vaikuttavat merkittävästi siihen, miten kohtuullinen kulutus mahdollistuu (Mukkila & Saikkonen 2018). Kysymys ei ole yksinomaan siitä, miten sosiaaliturva järjestetään vaan siihen kytkeytyy väistämättä kysymys siitä, miten asumista tuetaan. Tulostemme mukaan työ, vaikka pienipalkkainenkin, näyttäisi edelleen olevan paras tapa välttää köyhyyttä. Pienipalkkaisen henkilön työnteon kannalta ei ole yhdentekevää, miten asuminen järjestyy.

Lähteet

- Cantillon, Bea (2011): The paradox of the social investment state: growth, employment and poverty in the Lisbon era. *Journal of European Social Policy*, 21(5), 432–449.
- Euroopan Komissio (2018): Employment and Social Developments in Europe – Annual Review 2018. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurostat (2018a): Downward trend in the share of persons at risk of poverty or social exclusion in the EU. Newsrelease 159/2018, 16.10.2018, Eurostat.
- Eurostat (2018b): Flash estimates of income inequalities and poverty indicators for 2017 (FE 2017). Experimental results. Eurostat, Directorate F: Social statistics. Update, October 2018.
- Ilmakunnas, Ilari & Moisio, Pasi (2014): Köyhyys- ja syrjäytymisriski Suomessa EU2020-tavoitteen valossa. Teoksessa: Marja Vaarama & Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Pasi Moisio & Anu Muuri (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 306–319.
- Immervoll, Herwig & Lindström, Klaw & Mustonen, Esko & Riihelä, Matti & Viitamäki, Heikki (2005): Static data ageing techniques. Accounting for population changes in tax-benefit microsimulation. EUROMOD Working Paper, EM7/05.
- Kangas, Olli & Ritakallio, Veli-Matti (1998): Different methods—different results? Approaches to multidimensional poverty. Teoksessa: Hans-Jürgen Andreß (toim.): Empirical poverty research in a comparative perspective. Aldershot: Ashgate.
- Kangas, Olli & Ritakallio, Veli-Matti (2008): Köyhyyden mittaustavat, sosiaaliturvan riittävyys ja köyhyyden yleisyys Suomessa. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 61/2008. Helsinki: Kelan tutkimusosasto.
- Karisto, Antti & Takala, Pentti & Haapola, Ilkka (1999): Matkalla nykyaikaan: elintason, elämäntavan ja sosiaalipolitiikan muutos Suomessa. Porvoo: W. Söderström.
- Kyyrä, Tomi & Pesola, Hanna & Rissanen, Aarne (2017): Unemployment insurance in Finland: A review of recent changes and empirical evidence on behavioral responses. VATT Research Reports 184. Helsinki: VATT.
- Kärkkäinen, Olli & Tervola, Jussi (2018): Talouspolitiikan vaikutukset tuloeroihin ja työllisyyteen 2015–2018. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 59/2018.
- Lehtinen, Anna-Riitta & Aalto Kristiina (2014): Viitebudjettien päivitys vuodelle 2013. Mitä kohtuullinen eläminen maksaa? Kuluttajatutkimuskeskus, Tutkimuksia ja selvityksiä 3.
- Lehtinen, Anna-Riitta & Aalto, Kristiina (2018): Mitä eläminen maksaa? Kohtuullisen minimin viitebudjettien päivitys vuodelle 2018. Helsinki: Helsingin yliopisto, valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisuja 2018:101.
- Moisio, Pasi (2006): Suhteellinen köyhyys Suomessa. Yhteiskuntapolitiikka, 71 (6), 639–645.
- Moisio, Pasi & Mukkila, Susanna & Ilmakunnas, Ilari & Mäkinen, Lauri & Saikkonen, Paula (2016): Perusturvan riittävyys ja köyhyys. Tutkimuksesta tiiviisti 23/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos., <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-743-5>
- Mukkila, Susanna & Ilmakunnas, Ilari & Moisio, Pasi & Saikkonen, Paula (2016): Perusturvan riittävyys ja köyhyys 2017. Suomen sosiaalinen tila 4/2017. Tutkimuksesta tiiviisti 31/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mukkila, Susanna & Hannikainen-Ingman, Katri & Moisio, Pasi & Saikkonen, Paula (2017): Vuoden 2017 talousarvion vaikutukset perusturvaan. Työpaperi 6/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mukkila, Susanna & Saikkonen, Paula (2018): Asumisen hinta heikentää kohtuullisen kulutuksen mahdollisuuksia Helsingissä. Tackling Inequalities in Time of Austerity, Policy Brief 3/2018.
- Mäkinen, Lauri (2016): Viitebudjettipohjaisen köyhyysmittarin rakentaminen. Työpaperi 10/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mäkinen, Lauri (2017): Viitebudjetti köyhyyden mittarina – muuttuuko köyhyyden kuva? Yhteiskuntapolitiikka 82:2, 153–164.
- Penne, Tess & Parcerisas, Irene Cussó & Mäkinen, Lauri & Storms, Bérénice & Goedemé, Tim (2016): Can reference budgets be used as a poverty line? ImPRovE Working Paper N°16/05. Antwerp: Herman Deleeck Centre for Social Policy – University of Antwerp.

- Perusturvan riittävyyden II arviointiryhmä
(2015): Perusturvan riittävyyden arviointiraportti 2011–2015. Työpaperi 1/2015.
Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Tilastokeskus (2018a): Tulonjakotilasto. <http://www.stat.fi/meta/til/tjt.html>, luettu 7.11.
- Tilastokeskus (2018b): Mikrosimulointi. <https://www.stat.fi/tup/mikrosimulointi/ominaisuudet.html>
- Tilastokeskus (2018c): Asuntotulo. <https://www.stat.fi/meta/kas/asuntotulo.html>
- Tilastokeskus (2018d): SISU-malli: Rekisteriaineiston ajantasaistus.



HYVINVOINTI JA HYVINVOINTIEROT

INDIKAATTORIKATSAUS

5

Koetun hyvinvoinnin tila tunnuslukujen valossa

Kuten monet muutkin yhteiskuntatutkimuksen käsitteet, myös hyvinvointi on monitahoinen ja jopa harhaanjohtava ilmaisu sikäli, että sen merkitys eroaa arkipuheessa ja tutkijakielessä. Arkipuheessa hyvinvointi on saanut yhä enemmän mielihyvään ja nautintoihin liittyviä miellehtymisiä (Karisto 2008). Kuitenkin tutkijat, varsinkin Pohjoismaissa, ymmärtävät hyvinvoinnin laajemmin niin, että se kattaa ihmisenä olemisen aineellisen perustan lisäksi terveyden, sosiaaliset suhteet ja sosiaalisen identiteetin. Koetulla hyvinvoinnilla tarkoitetaan yksilöiden omaa kokemusta näistä ulottuvuuksista sekä niiden kokonaisarviota, joka summautuu tyytyväisyydeksi elämään tai onnellisuudeksi. Hyvinvointi riippuu siis sekä elinoloista että yksilön kyvystä ja mieltymyksistä, joiden pohjalta hän hyvinvointiaan tuottaa. Toisaalta tutkijatkaan eivät ole yksimielisiä siitä, mitkä ovat hyvinvoinnin perusrakenteet, vaan heidänkin näkemyksensä riippuvat sovelletusta viitekehystä tai teoriaperinteestä.

Vuonna 2008 alkanut talouskriisi on nostanut tulojakoja ja köyhyyttä koskevat kysymykset korkealle poliittisella agendalla. Suomessa tutkijat ja media ovat keskustelleet luokkayhteiskunnan uudesta esiinnoususta (Erola 2010), samalla kun Wilkinsonin ja Pickettin (2009) teos ”*The Spirit Level*” on lisännyt vauhtia yhteiskunnalliseen debattiin tuloerojen seurauksista. Aihe huolestuttaa myös kansalaisia: vuonna 2010 yli kolme neljäsosaa eurooppalaisista piti tuloeroja maassaan liian suurina ja merkittävä enemmistö arvioi köyhyyden kasvaneen. Myös suomalaisista 84 prosenttia arvioi köyhyyden ongelmaksi, joka vaatii hallitukselta välittömiä toimia (Eurobarometer 2010).

Tässä luvussa nojaudun niin sanotun pohjoismaisen hyvinvointitutkimuksen perinteeseen, jonka lähtökohtana on hyvinvoinnin kääntöpuolen – huono-osaisuuden – objektiivinen määrittäminen. Objektiivisuus viittaa tässä kohteesta toisin sanoen ihmisestä itsestään riippumattomaan määrittelyyn. Objektiivisten tietolähteiden sijasta keskityn kuitenkin subjektiivisiin arvioihin, jotka siis pohjautuvat ihmisten omiin kokemuksiin hyvinvointinsa eri osa-alueista. On lisäksi huomattava, että subjektiivinen–objektiivinen -erottelu ei palaudu tietolähteisiin: osa objektiivisista tiedoista perustuu ihmisten itsensä (yleensä kyselyissä) ilmoittamiin tietoihin. Niiden rinnalla esitetään tilastoista ja rekistereistä periytyviä osoittimia. Subjektiivisen hyvinvoinnin tunnusluvut luonnollisesti ovat kaikki lähtöisin ihmisten omista kokemuksista, joita he ovat kuvanneet kyselyissä ja haastatteluisissa. Kvalitatiivista eli laadullista tutkimusta tämä luku ei kuitenkaan kata.

Luvussa esitetyt tunnusluvut perustuvat voittopuolisesti THL:n Hyvinvointikompassi (2018) -tietopankkiin, johon laaja asiantuntijaryhmä on valikoinut olennaisimmat väestön hyvinvointia luotettavasti, kattavasti ja säännöllisesti kuvaavat osoittimet. Vastaavia tietopankkeja on muitakin (Findikaattori (2018), Sotkanet (2018) ja Terveystemme (2018)), mutta kullakin on oma näkökulmansa. Edelleen esimerkiksi Tilastokeskus (2018) on vastikään koonnut katsauksen Suomen menestyksestä kansainvälisillä mittareilla. Sen mukaan suomalaiset muun muassa ovat maailman onnellisimpia, Suomi on maailman vakain valtio ja inhimillisen hyvinvoinnin mittarilla Suomi on maailman paras. Näissä vaihtoehtoisissa tietopankeissa painottuu kuitenkin muu kuin koetun hyvinvoinnin näkökulma, minkä vuoksi keskityn tässä Hyvinvointikompassiin.

Luvun tarkoitus on taustoittaa teoksen hyvinvointia ja hyvinvointieroja kuvaavaa kokonaisuutta esittelemällä koetun hyvinvoinnin yleisyyttä ja muutoksia väestössä. Tunnuslukujen ääriarvojen vaihtelua ja sukupuolieroja lukuun ottamatta hyvinvoinnin väestöllisiä jakoja ei tarkastella. Niitä eritellään lähemmin osion muissa luvuissa, joissa tarkasteltavina ovat esimerkiksi ulkomaalaistaustaiset, terveyden eriarvoisuus tai työkyvyn erot työllisten ja työttömien välillä.

Koettu hyvinvointi, sen vaihtelu ja muutokset

Koettua hyvinvointia tarkastellaan Hyvinvointikompassissa seitsemän tunnusluvun avulla (suluissa mittarien sisältö), jotka kuvaavat sosiaalisia suhteita (yksinäisiksi itsensä kokevat aikuiset ja eläkeikäiset, ei yhtään läheistä ystävää koulukäisillä), turvallisuutta (koulukiusaaminen, asuinalueen koettu turvallisuus) ja elämänlaatua (hyvä elämänlaatu aikuiset ja eläkeikäiset). Lisäksi ulottuvuudella on kaksi osallisuutta kuvaavaa tietoa, jotka koskevat poliittista osallisuutta (äänestäminen) ja järjestötoimintaa.

Sosiaalisia suhteita tarkastellaan yksinäisyyden kautta. Aikuisilta on kysytty, tuntevatko he itsensä yksinäiseksi. Yläkouluikäisiltä on puolestaan kysytty läheisten ystävien määrää, ja tarkasteluun on valittu niiden osuus, joilla ei ole yhtään läheistä ystävää. Ikäryhmästä riippumatta yksinäisiä on vajaa kymmenen prosenttiyksikköä (taulukko 5.1). Toisin kuin yksinäisyys aikuisilla, ystävättömien nuorten osuus vaihtelee huomattavasti alueittain, mitä selittää osin se, että nuorten tiedot on kerätty kuntatasolla. Aikuisilla aluevaihtelu perustuu maakuntien tietoihin, mikä voi tasoittaa alueellisia eroja, kun mahdollinen maakunnan sisäinen vaihtelu häviää maakuntakeskiarvon joukkoon (ks. myös Karvonen luku 10 tässä teoksessa).

Elämänlaatua koskevia arvioita on saatavissa vain aikuisilta. Vajaa kaksi kolmasosaa työikäisistä ja noin puolet eläkeikäisistä arvioi elämänlaadunsa hyväksi. Yksinäisyyteen verrattuna aluevaihtelu on suurempaa. Työikäisillä elämänlaadun alue-eron vaihteluväli on yli kaksinkertainen yksinäisyyden vaihteluväliin nähden. Eläkeikäisilläkin elämänlaatu vaihteli yhdeksän prosenttiyksikköä alueiden välillä.

Turvallisuutta kuvaa kouluikäisillä koulukiusaaminen ja aikuisilla asuinalueen turvallisuus. Vähintään kerran viikossa koulussa kiusattiin kuutta prosenttia yläkouluikäisistä. Tunnusluvun aluevaihtelu oli huomattavan suurta, peräti 27 prosenttiyksikköä. Lähempi tarkastelu kuitenkin osoittaa, että kyse on yhden pienen kunnan poikkeavan suuresta ääriarvosta¹, sillä Föglössä jatkuva koulukiusaamista ilmoittaa 29 prosenttia nuorista. Seuraavaksi yleisintä kiusaaminen on Siuntion kouluissa (17,7 %). Asuinalueensa turvallisuuden tyytyväisten työikäisten osuuksissa sen sijaan vaihtelu oli vain seitsemän prosenttiyksikköä koko maan keskiarvon ollessa 92 prosenttia.

Osallisuuden mittarina olivat järjestötoimintaan osallistuminen ja kuntavaaleissa äänestämisen. Järjestötoimintaan osallistui keskimäärin joka neljäs aikuinen, kun kuntavaalien keskimääräinen äänestysosuus oli 59 prosenttia. Järjestötoiminnan aluevaihtelu oli pienehköä, kahdeksan prosenttiyksikköä. Äänestämisen sen sijaan vaihtelee tunnetusti voimakkaasti kunnasta toiseen. Viime vaaleissa pienin äänestäneiden osuus oli Kajaanissa ja suurin Kinnulassa.

Sosiaalisten suhteiden ajalliset muutokset olivat verraten vähäisiä. Suurimmat muutokset olivat ystävättömien poikien osuuden pieneneminen ja yksinäisten eläkeikäisten naisten osuuden pieneneminen. Ensimmäiset tiedot ystävien määrästä ovat käytettävissä vuodelta 2008, jolloin ilman läheistä ystävää oli 14 prosenttia yläkouluikäisistä pojista. Vuonna 2017 vastaava osuus oli 11 prosenttia. Tyttöillä ystävättömyys ei olennaisesti muuttunut tällä jaksolla, ja vuonna 2017 osuus oli kuusi prosenttia. Vuonna 2017 noin yhdeksän prosenttia sekä työikäisistä miehistä että naisista oli yksinäisiä, eläkeikäisistä miehistä kuusi ja naista kahdeksan prosenttia. Naisten osuus oli tarkastelujakson alussa hieman suurempi (10,8 %), mutta miehillä osuus ei muuttunut.

1 Yksittäisiä alueita kuvaavat tiedot on saatavissa Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetista (sotkanet.fi)

TAULUKKO 5.1. Koettua hyvinvointia ja osallisuutta kuvaavat tuoreimmat tunnusluvut (%) ja niiden vaihtelu eri alueilla. Lähde: Hyvinvointikompassi.

Tunnusluku (vuosi)	Koko maa	Maan alin ja ylin	Vaihteluväli
Ei yhtään läheistä ystävää (%), 8. ja 9. luokan oppilaista (2017)	8,5	4,0–23,8	19,8
Itsensä yksinäiseksi tuntevat (%), 20–64-v. (2018)	8,8	5,8–10,8	5,0
Itsensä yksinäiseksi tuntevat (%), 65 vuotta täyttäneet (2018)	7,2	4,2–10,1	5,9
Elämänlaatunsa hyväksi tuntevat (%), 20–64-vuotiaat (2018)	63,5	56,0–68,9	12,9
Elämänlaatunsa hyväksi tuntevat (%), 65 vuotta täyttäneet (2018)	51,1	45,1–53,8	8,7
Koulukiusattuna vähintään kerran viikossa (%), 8. ja 9. luokan oppilaista (2017)	5,8	2,3–29,4	27,1
Asuinalueensa turvallisuuteen tyytyväisten osuus (%), 20–64-vuotiaat (2016)	91,8	88,3–94,8	6,5
Äänestysaktiivisuus kuntavaaleissa, % (2017)	58,9	49,3–82,6	33,3
Aktiivisesti järjestötoimintaan tms. osallistuvat (%), 20–64-vuotiaat (2018)	27,1	21,4–29,5	8,1

Elämänlaatu puolestaan on viime vuosina parantunut muilla paitsi työikäisillä miehillä, joista 55 prosenttia arvioi elämänlaatunsa hyväksi. Naisilla sen sijaan vastaava osuus on kasvanut 56:stä 61 prosenttiin vuosina 2013–17. Eläkeikäisillä muutos on samaa suuruusluokkaa ja ilmenee molemmilla sukupuolilla. Miehillä osuus on kasvanut 53:stä 57:een ja naisilla 49:stä 55 prosenttiin.

Asuinalueen turvallisuuden kokemus sen sijaan ei ole muuttunut, eikä kokemus ole yhteydessä sukupuoleen. Kiusaaminen koulussa kuitenkin yleistyi muutaman prosenttiyksikön verran 2000-luvun alusta vuosikymmenen loppua kohti. Huippuvuosi oli vuosi 2008, jolloin pojista kiusattiin kymmentä ja tyttöistäkin seitsemää prosenttia. Tämän jälkeen kiusaaminen on vähentynyt suhteellisen tasaisesti niin, että vuonna 2017 kiusattujen yläkoululaispoikien osuus oli seitsemän ja tyttöjen viisi. Tämä on samalla tasolla kuin 2000-luvun alussa.

Osallisuustunnuslukuista järjestötoimintaan osallistuminen oli vuonna 2017 yhtä yleistä (27,1 %) kuin vuonna 2013 (26,4 %), joten olennaisia muutoksia ei muutaman vuoden seurantajaksolla ole tapahtunut. Järjestötoimintaan osallistuminen ei myöskään vaihtelee sukupuolen mukaan. Äänestysaktiivisuutta ei tilastoida sukupuolen mukaan. 2000-luvun kuntavaaleissa keskimääräinen aktiivisuus on ollut hieman alle 60 prosenttia lukuun ottamatta vuoden 2008 vaaleja, jolloin äänestysosuus oli 61,2.

Yhteenveto: Koetun hyvinvoinnin tila

- Subjektiiivinen eli koettu hyvinvointi kuvaa hyvinvointia väestön omien kokemusten, arvioiden ja arvostusten pohjalta. Usein hyvinvointikatsaukset perustuvat objektiivisiin, tilastoista ja rekistereistä kerättäviin tietoihin.
- Koettua hyvinvointia kuvattiin sosiaalisia suhteita, turvallisuutta, elämänlaatua ja osallisuutta kuvaavin tiedoin. Päähuomio oli alueellisessa vaihtelussa.
- Suurinta aluevaihtelu oli kuntavaalien äänestysaktiivisuudessa, jota käytettiin osallisuuden mittarina. Se kuitenkin poikkesi muista tunnusluvuista, sillä tieto ei ole subjektiivinen. Suurta aluevaihtelua ilmeni myös koulukiusaamisessa ja ystävättömyydessä, jotka molemmat kuvasivat kouluikäisten kokemuksia. Aikuisilla (työikäisillä) vaihteli eniten elämänlaatu eläkeikäisten keskuudessa.
- Pienintä aluevaihtelu oli yksinäisyyden kokemuksissa: noin joka 20. aikuinen ja eläkeikäinen oli yksinäinen. Samaa tasoa oli myös aluevaihtelu asuinalueen turvallisuuden kokemuksessa aikuisilla.
- Ajallisia muutoksia koskevia tietoja on verraten lyhyeltä jaksolta. Selvimät muutokset ovat ystävättömien poikien osuuden pieneneminen, yksinäisten eläkeikäisten naisten osuuden pieneneminen sekä elämänlaadun paraneminen muilla paitsi työikäisillä miehillä. Myös koulukiusaaminen on vähentynyt viime vuosina.

Lähteet

Findikaattori (2018): <https://findikaattori.fi>

Hyvinvointikompassi (2018): <https://www.hyvinvointikompassi.fi/>

Karisto, Antti (2008): Hyvinvoinnin käsite on hukassa. Hyvinvointikatsaus : tilastollinen aikakauslehti, 2/2008.

Sotkanet (2018): <https://Sotkanet.fi>

Terveystemme (2018): <http://www.terveytemme.fi/>

Tilastokeskus (2018): Suomi maailman kärjessä. <https://www.stat.fi/ajk/satavuotiasuomi/suomimaailmankarjessa.html>

6

Tulotason mukaiset terveyserot

Terveydessä on suuria sosioekonomisen aseman mukaisia eroja. Vaikka monien muiden sosioekonomista asemaa kuvaavien tekijöiden, kuten koulutuksen, mukaisia terveyseroja on tarkasteltu varsin runsaasti, on tuloryhmien välisiä terveyseroja tutkittu vähemmän. Tässä luvussa kuvataan terveyden vaihtelua tuloryhmittäin, erojen ajallista kehitystä ja niiden taustalla olevia tekijöitä. Tarkastelussa on mukana useita erityyppisiä terveystilanteita, koetusta terveydestä kuolleisuuteen. Luvussa osoitetaan, että terveys vaihtelee tulotason mukaan useimmilla terveystilanteilla tarkasteltuna: heikoin terveydentila on alimmissa tuloryhmissä. Tässä luvussa tarkastelluista tilanteista suurimmat erot havaittiin menetetyissä elinvuosissa. Erot ovat pysyneet myös ajassa merkittävinä. Tuloryhmien väliset terveyserot eivät johdu vain eroista koulutuksen ja ammattiaseman kaltaisissa sosiaalisissa taustatekijöissä, vaan taustalla voivat olla myös muun muassa lapsuuden ja nuoruuden olot ja kokemukset. Tuloryhmittäisten terveyserojen kaventaminen edellyttää sekä rakenteellisen tason että yksilö- ja yhteisötason toimenpiteitä kansallisesti, alueellisesti ja paikallisesti.

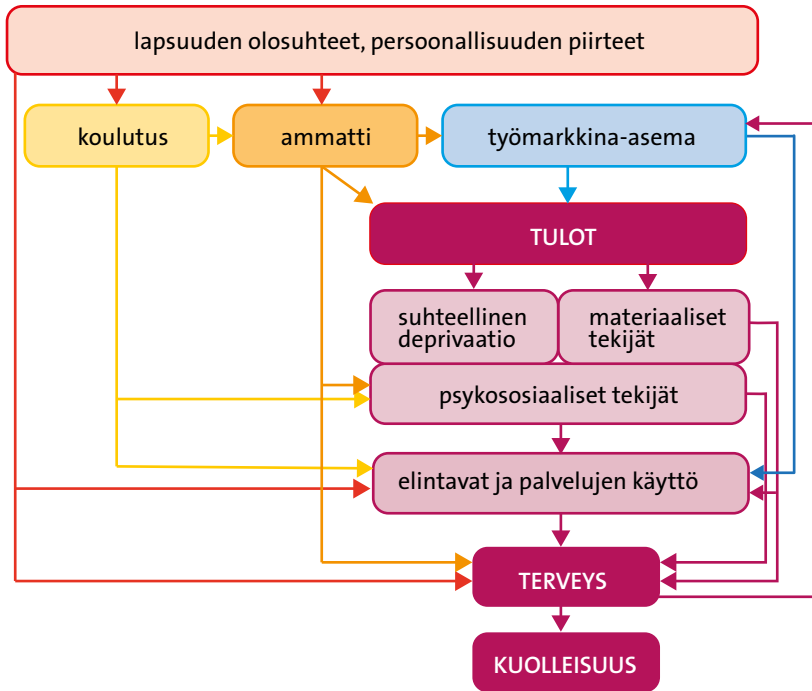
Suomalaisten terveys on yleisesti kehittynyt varsin myönteisesti viime vuosikymmenten aikana usean mittarin mukaan tarkasteltuna. Sitä mukaa kun kansantautien riskitekijät ovat vähentyneet, väestön yleinen terveydentila on kohentunut. Yksi merkittävä esimerkki terveydelle haitallisten elintapojen muutoksista on työikäisten ja nuorten tupakoinnin väheneminen kymmenen viime vuoden aikana (Kinnunen ym. 2017; Koponen ym. 2018). Myönteinen kehitys näkyy esimerkiksi elinajanodotteen pitenemisellä. Lisäksi suomalaiset kokevat terveytensä pääosin hyväksi ja pitkäaikaissairaiden osuus on pienentynyt. Edelleen esimerkiksi lapsi- ja imeväiskuolleisuus ovat Suomessa maailman pienimpiä ja lasten terveydentila yleisesti erittäin hyvä – kansainvälisestäkin tarkasteltuna. Toisaalta on myös kielteistä kehitystä: esimerkiksi työikäisten lihavuus ja eläkeikäisten humalajuominen on lisääntynyt, ja kohonnut verenpaine, psyykinen kuormittuneisuus ja masennus ovat väestössä yleisiä (Koponen ym. 2018).

Pääosin myönteisestä kehityksestä huolimatta terveys vaihtelee esimerkiksi sosioekonomisen aseman, sukupuolen, siviilisäädyn, asuinalueen ja äidinkielen mukaan. Nämä erot ovat erityisen korostuneita sosioekonomisten ryhmien välillä, eli tarkasteltaessa terveyden vaihtelua esimerkiksi koulutuksen, ammattiaseman tai tulojen mukaisesti. Erot ovat johdonmukaisia ja ne näkyvät esimerkiksi kuolleisuudessa, somaattisessa sairastavuudessa ja koetussa terveydentilassa. Selviä sosiaaliryhmittäisiä eroja havaitaan myös terveystalouden käytössä sekä useissa terveyden kannalta haitallisissa elintavoissa. Sosioekonomiset terveyserot ovat Suomessa kansainvälisestäkin katsottuna suuria (OECD 2016, 73).

Terveyseroja on tutkittu pitkään ja ne ovat olleet myös politiikassa vahvasti esillä. Terveyden tasa-arvon näkökulmasta eriarvoisuus on sellaista terveyden vaihtelua, jonka voidaan katsoa olevan epäoikeudenmukaista ja myös vältettävissä. Kyse ei ole siis kaikista terveydessä havaituista eroista, vaan erityisesti sellaisista eroista, joiden syntyä ei voi pitää yksiselitteisesti ihmisten vapaan valinnan tuloksena ja joihin yhteiskunnalliset tekijät merkittävästi vaikuttavat. Vaikka terveyserojen kaventaminen on ollut suomalaisessa terveystaloudessa tärkeä painopistealue jo pitkään, erityisesti politiikkaohjelmien tasolla, ovat terveyden sosioekonomiset erot olleet varsin pysyviä ja jopa kasvaneet. Tässä luvussa tarkastellaan terveyden vaihtelua tulojen mukaisesti sekä rekisteriaineistojen että kyselytutkimusaineistojen valossa. Terveyttä mitataan usealla erilaisella tunnusluvulla sen eri ulottuvuuksien tavoittamiseksi (ks. liite 6.1).

Terveyden tuloryhmäeroja selittävät tekijät

Sosioekonomiset tekijät ovat monimutkainen kokonaisuus, jossa eri osatekijöiden vaikutus terveyteen välittyy useiden taustatekijöiden kautta. Yhteiskunnalliset rakenteet muokkaavat ihmisten elinympäristöjä, asumis- ja työoloja, elintapoja sekä sosiaali- ja terveystalouksia, joilla on puolestaan välitön yhteys terveyteen.



KUVIO 6.1. Tulojen ja terveyden välistä yhteyttä selittävät ja välittävät tekijät (muokattu Tarkiainen 2016, s. 25, pohjalta).

Kuvioon 6.1 on koottu olennaiset niistä tekijöistä, joiden on havaittu tai oletettu selittävän tai välittävän tulojen vaikutusta terveyteen. (Tarkiainen 2016; Karvonen ym. 2017.)

Tuloryhmien väliset erot terveydessä, elintavoissa ja palvelujen käytössä saattavat osittain heijastaa tulotasoa määrittävien tekijöiden - etenkin koulutuksen, ammatin ja työmarkkina-aseman - vaikutusta. Muita merkittäviä vastaavan tyyppisiä taustatekijöitä ovat esimerkiksi ikä, sukupuoli ja perherakenne, jotka on yksinkertaisuuden vuoksi jätetty pois kuvioista 6.1. Osa tuloryhmien välisistä terveyseroista voi myös juontaa juurensa jo yksilön elämänsä alkuvaiheisiin ja lapsuuden perhetilanteeseen. Lapsuuden ja nuoruuden olosuhteiden on havaittu vaikuttavan terveyden ja hyvinvoinnin kehittymiseen aikuiselle iälle asti sekä koulutuksen, ammatin ja tulojen kautta että myös muita reittejä. Esimerkiksi Suomessa vuoden 1987 syntymäkohortista tehtyjen tutkimusten mukaan pitkään toimeentulotukea saaneiden vanhempien lapset olivat 21 ikävuoteen mennessä joutuneet itsekin turvautumaan toimeentulotukeen, jäivät pelkän peruskoulun varaan ja käyttivät psykiatrian erikoissairaanhoidon palveluja ja psykyenlääkkeitä huomattavasti yleisemmin kuin niiden vanhempien lapset, jotka eivät olleet saaneet toimeentulotukea (Paananen ym. 2012; ks. myös Kestilä ym. luku 7 tässä teoksessa vanhempien koulutuksen vaikutuksesta).

Yhdeksi tulojen ja terveyden yhteyttä välittäväksi tekijäksi on esitetty suhteellista deprivatiota eli kokemusta aineellisten resurssien niukkuudesta verrattuna henkilölle tärkeään viiteryhmään. Tämä vertailu voi vaikuttaa haitallisesti terveyteen esimerkiksi psykiologien tai -sosiaalisten mekanismien kautta. Psykiologisiin mekanismeihin kuuluvat esimerkiksi stressin fyysiset vaikutukset, ja psykososiaalisilla mekanismeilla puolestaan viitataan eroihin esimerkiksi koetussa sosiaalisessa arvostuksessa sekä sosiaalisissa suhteissa ja tuessa. Esimerkiksi luottamuksen ja arvostuksen kokemukset jakautuvat Suomessa sosiaalisen aseman mukaan (Maunu 2014). Tulot ja muut sosioekonomisen aseman ulottuvuudet sekä niihin liittyvät perinteet, arvot, asenteet ja sosiaaliset verkostot ohjaavat vahvasti elintapoja (esim. Laaksonen ym. 2003; Saarela ym. 2015).

Sosiaalista vertailua ja sen aiheuttamaa stressiä on esitetty myös yhdeksi keskeiseksi selitykseksi havainnoille tuloerojen ja terveyserojen yhteyksistä aluetasolla (Wilkinson & Pickett 2006; Pickett & Wilkinson 2015; Rambotti 2015; Wilkinson & Pickett 2018). On kuitenkin epäselvää, millä alue- tai yhteisötasolla vertailu tapahtuisi eli keihin ihmiset omaa asemaansa vertaavat. Tulo- ja terveyseroja onkin tarkasteltu laajasti eri tasoilla, mutta tulokset vaihtelevat verraten paljon. Tuloerojen ja terveyserojen kehitys ei ole suoraviivaista. Esimerkiksi Suomessa terveyserojen kehitys ei ole seurannut johdonmukaisesti tuloerojen muutoksia, vaikka pääpiirteissään näin onkin (Hiilamo 2014). Kun Suomi kuitenkin lukeutuu maihin, joissa terveyserot ovat suuret, vaikka tuloerot edelleen ovat pienet, sosiaalisen vertailun mekanismi ei voi selittää ainakaan kokonaan havaittuja eroja.

Stressin lisäksi selittäjäksi onkin tarjottu materiaalisia tekijöitä (köyhyys sinänsä) tai institutionaalisia tekijöitä eli ”hyvinvointirakenteita” (mm. palvelujärjestelmä, koulutusjärjestelmä). Materiaalinen selitys viittaa teoriaan, jonka mukaan köyhydestä sinänsä aiheutuu monia kielteisiä seurauksia ihmisten elinoloille ja elämäntavalle, joten terveyden tulosidonnaisuus tulee ymmärrettäväksi tätä kautta. Aineelliset tekijät vaikuttavat tuloryhmien välisiin terveyseroihin esimerkiksi kulutusmahdollisuuksien ja asumisen kautta. Absoluuttisen tuloköyhyyden yleisyydestä Suomessa kertoo esimerkiksi se, että vuonna 2017 runsas neljännes 20–54-vuotiaista ja noin 15 prosenttia 55–74-vuotiaista suomalaisista ilmoitti joutuneensa rahan puutteen vuoksi tinkimään ruoasta, lääkkeistä tai lääkärisikäynnistä (Pentala-Nikulainen ym. 2018).

Materiaalinen selitysmalli selittää kuitenkin lähinnä sitä, että pienituloisimpien terveys on korkeampituloisia huonompi. Malli ei sen sijaan kykene selittämään useissa tutkimuksissa havaittua terveyden asteittaista paranemista tulotason noustessa. Yksi mahdollinen välittävä tekijä on palvelujärjestelmä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöllä ja palveluista saadulla hyödyllä on osoitettu olevan vahva yhteys sosioekonomiseen asemaan sekä aineellisista että kulttuurisista syistä johtuen. Korkeammat tulot mahdollistavat suuremman terveyspalvelujen kulutuksen: suurituloiset kuluttavat pienituloisia enemmän esimerkiksi yksityisiä terveys-

palveluja. Lisäksi esimerkiksi terveydenhuoltojärjestelmä ei aina kohtelee ihmisiä tasa-arvoisesti. Resurssit ovat siis sekä epätasa-arvoisesti saatavilla että käytössä (Sihto ym. 2007).

On myös syytä muistaa, että terveyden ja tulojen suhde on ainakin osittain kaksisuuntainen (esim. Erdil & Yetkiner 2004). Valikoitumishypoteesin mukaan terveyden ja tulojen välinen suhde voi selittyä pitkälti terveyden vaikutuksella henkilön tulokehitykseen, sillä huonosta terveydestä kärsivillä on heikommat mahdollisuudet ansaita. Vaikka taloudellisen aseman vaikutus terveyteen on voimakkaampi kuin terveyden vaikutus taloudelliseen asemaan, erityisesti keski-ikässä ja sen jälkeen terveysongelmat voivat kuitenkin johtaa tulojen menetykseen.

Aineistot ja menetelmät

Tässä luvussa esitetyt tulokset perustuvat kolmeen aineistoon: Helsingin yliopiston sosiaalitieteiden laitoksen Tilastokeskukselta tilaamaan Elinolot ja kuolemansyyt (EKSY) -rekisteriaineistoon, Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut 2014 (HYPA) -kyselytutkimukseen sekä Aikuisten terveys, hyvinvointi ja palvelututkimukseen vuosilta 2013–2015 (ATH).

Kuolleisuutta kuvaavat tunnusluvut (PYLL ja elinajanodote, ks. kuvaukset tarkemmin liitteestä 6.1) perustuvat EKSY-rekisteriaineistoon, joka on muodostettu kansallisista rekistereistä koottuja tietoja yhdistämällä. Laskelmat on tehty THL:ssä, ja tiedot on julkaistu THL:n Terveysme.fi -palvelussa.

Kyselytutkimusten avulla esitellään itse ilmoitettujen terveysongelmien ja oireiden tuloryhmäeroja (ks. tarkemmin muuttujista liitteessä 6.1). *Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut* (HYPA) -tutkimus on THL:n aikuisväestölle suunnattu kyselytutkimus, jonka aineistot kerättiin vuosina 2004, 2006, 2009 ja 2013. Terveystiedot kysyttiin puhelimitse ja vastaajien tulotiedot täydennettiin rekistereistä. Aineisto edustaa 18–79-vuotiaita Suomessa vakituisesti asuvia henkilöitä. Viimeisimmässä, vuoden 2013 aineistossa oli 4 226 vastaajaa ja vastanneiden osuus oli 72,3 prosenttia. *Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus* (ATH, sittemmin FinSote) on THL:n toteuttama kyselytutkimus, jonka avulla seurataan hyvinvoinnissa, terveydessä, palvelujen tarpeessa, palvelujen käytössä ja niiden riittävydessä tapahtuneita muutoksia väestössä ja eri väestöryhmissä. Tutkimus käynnistyi vuonna 2010, ja se toteutetaan vuosittain kansallisena (otoskoko 10 000). Joka neljäs vuosi otoskokoa kasvatetaan yhteistyössä alueiden ja kuntien kanssa niin, että muutoksia voidaan seurata myös kunta- ja aluetasolla. Tässä luvussa on käytetty vuosien 2013–2015 aineistoja, joissa vastanneiden osuus oli 53 prosenttia.

Terveystilaa on hyödyllistä tarkastella usean indikaattorin avulla terveyden eri ulottuvuuksien tavoittamiseksi. Kuolleisuus on ehdottomin huonon terveyden osoitin, mutta se kuvastaa useimmissa tapauksissa elämänsä aikana kasautuneiden vaikutusten pääteipistettä, eikä tavoita esimerkiksi eroja terveenä elätyssä vuosissa. Kuolinsyiden mukainen tarkastelu kuvaa kokonaiskuolleisuutta vivah-teikkaammin kuolemaan johtanutta kehitystä. Esimerkiksi itsemurhan taustalla on erilaisia tekijöitä kuin vaikkapa verenkiertoelinten tautikuolleisuuden.

Terveydentilaa voidaan tarkastella myös omaan arvioon perustuen koettuna terveytenä, tai ihmisten ilmoittamien oireiden, lääkärin toteamien sairauksien tai mielenterveyttä kuvaavien indikaattoreiden avulla. Näissä terveysvasteissa havaittuja tuloryhmien välisiä eroja on koottu taulukkoon 6.1.

Taulukossa 6.1 väestö on jaettu viiteen yhtä suureen tuloryhmään kotitalouden käytettävissä olevien tulojen mukaan ottaen huomioon niin sanotut kulutusyksiköt¹. Tuloryhmittäisten erojen suuruutta kuvataan alimman ja ylimmän tuloryhmän suhteella. Menetettyjen elinvuosien (PYLL-indeksi) kohdalla kaksi suurituloisinta viidennestä on taulukossa yhdistetty ylimmäksi tuloryhmäksi.

Ennenaikaista kuolleisuutta kuvaavassa PYLL-indeksissä (*Potential Years of Life Lost* eli menetetyt elinvuodet, ks. liite 6.1) tuloryhmien välinen suhteellinen ero on tarkasteltavista mittareista kaikkein selvin: alimmassa tuloviidenneksessä ikävälillä 25–80 vuotta menetettyjen elinvuosien määrä on yli kolminkertainen verrattuna suurituloisimpaan 40 prosenttiin. Erosta noin neljännes liittyy alkoholi-kuolemiin ja yhtä suuri osuus verenkiertoelinten tauteihin, tapaturmaiset kuolemat ja itsemurhat kattavat erosta yhteensä lähes viidesosan.

Tuloryhmien väliset erot ovat erityisen korostuneita alkoholiin liittyvissä kuolinsyissä: niiden vuoksi ikävälillä 25–80 vuotta menetettyjen elinvuosien määrä 100 000 vastaavanikäistä kohti on alimmassa tuloviidenneksessä jaksolla 2012–2014 miltei kahdeksankertainen verrattuna suurituloisimpaan 40 prosenttiin. Verenkiertoelinten tauteihin liittyvissä kuolemissa vastaava luku on 3,6 ja syöpä-kuolemissa 1,7. Ennenaikaisen kuolleisuuden tuloryhmittäistä vaihtelua on tarkasteltu monipuolisemmin aikaisemmin julkaistussa raportissa, joka perustuu THL:n Terveystemme.fi -palvelussa esitettyihin tietoihin. (Parikka ym. 2017.)

Suuria suhteellisia tuloryhmien välisiä eroja ilmenee myös koetussa terveydessä ja mielenterveydeltään kuormittuneiden osuuksissa. Puhelinhaastatteluna tehdyn ja koko suomalaista väestöä edustavan Suomalaisten hyvinvointi ja pal-

1 Kotitalouden kulutusyksikkö: OECD:n kotitalouden kulutusyksikkökohtaisen tulon laskukaa-

vassa kotitalouden yhteenlasketut tulot jaetaan sen jäsenten määrällä ja painotetaan iän mukaan. Kulutusyksikkökohtainen tulo tekee mahdolliseksi erikokoisten ja eri-ikäisistä henkilöistä koostuvien kotitalouksien tulojen vertailun ja huomioi yhteiskäytöstä koituvan taloudellisen hyödyn. Kotitalouden ensimmäinen täysikäinen henkilö saa painoarvon 1, muut yli 17-vuotiaat painon 0,7 ja alle 18-vuotiaat painon 0,5. <http://www.oecd.org/eco/growth/OECD-NoteEquivalenceScales.pdf>

TAULUKKO 6.1. Tuloryhmittäiset erot eri terveystilastoissa sekä alimman ja ylimmän tuloryhmän suhde.

Terveystilasto	Tuloviidennes					
	Ylin	Toiseksi ylin	Keskimmäinen	Toiseksi alin	Alin	Alin/ylin
Menetettyjen elinvuosien määrä 100 000 henkilöä kohti (PYLL) ¹	5 181		7 261	11 008	16 713	3,2
Koettu terveys keskinkertainen tai huonompi ² , %	16,3	19,8	25,0	24,8	35,2	2,2
Koettu terveys huono ³ , %	10,9	12,5	13,4	16,7	18,4	1,7
Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus ³ , %	8,8	9,4	10,4	11,8	14,9	1,7
Vähintään neljä koettua oiretta ³ , %	28,1	28,4	32,0	34,6	35,9	1,3
Jokin vakava kansantauti ³ , %	58,7	61,2	63,0	66,7	62,3	1,1
Terveyspalvelujen käyttö ⁴ , %	69,3	70,0	70,2	70,0	68,9	1,0

¹ Väestörekisteri- ja kuolleisuustiedot, Tilastokeskus; kaksi ylintä viidennestä yhdistetty, ² HYPA 2013, ³ ATH 2013–15, ⁴ ATH 2014.

velut (HYPA) -tutkimuksen mukaan keskinkertainen tai sitä huonompi koettu terveys oli vuonna 2013 yli kaksi kertaa yleisempää alimmassa tuloviidennöksessä ylämpään verrattuna. Samansuuntainen tulos saadaan myös vuosina 2013–15 kerätystä ATH-postikyselystä, mutta menetelmällisistä eroista johtuen tulokset eivät ole vertailukelpoisia. Silti tässäkin tunnusluvussa tuloryhmien väliset erot ovat merkittävät: huono koettu terveys vaihtelee 11 ja 18 prosentin välillä tuloryhmän mukaan vaihdellen (1,7-kertainen ero). Vastaavan suuruinen ero on myös mielen-terveydessä, jota kuvataan tässä viisiosaisen, psyykkistä kuormittuneisuutta mittaavan MHI-5 -mittarin (*Mental Health Inventory*, ks. liite 6.1) avulla. Ylimmässä tuloryhmässä merkittävästi psyykkisesti kuormittuneita oli yhdeksän prosenttia aikuisväestöstä, kun alimmassa tuloryhmässä heitä oli jo 15 prosenttia.

Oireista tarkasteltiin tavallisia psykosomaattisia oireita kuten kuumetta ja niska- tai selkäsärkyä (yleisistä oireista muodostettu mittari on kuvattu liitteessä 6.1). Vähintään neljää oiretta edeltävän 30 päivän aikana kokeneiden osuus oli yhteydessä tuloihin siten, että oirehtivia oli ylimmässä tuloryhmässä 28 prosenttia vastaajista, mutta alimmassa tuloryhmässä selvästi enemmän: 36 prosenttia.

Pienin tuloryhmittäinen ero havaittiin itse ilmoitettujen lääkärin toteamien vakavien kansantautien yleisyydessä (yleisimmistä kansantaudeista muodostettu mittari on kuvattu liitteessä 6.1). Ylimmässä tuloryhmässä näitä tauteja kertoi sairastavansa 59 prosenttia vastaajista ja alimmassa tuloryhmässä 62 prosenttia vastaajista. Tosin tautien yleisyys kasvoi tulojen pienentyessä niin, että nämä taudit olivat yleisimpiä toiseksi alimmassa tuloryhmässä. Alimman tuloryhmän osalta kyse voi siis osittain olla alidiagnosoinnista, mihin viittaavat osaltaan myös terveyspalvelujen käytön vähäiset erot (kun palvelun tarvetta eli sairastavuutta ei ole otettu huomioon) sekä se, että esimerkiksi verenkiertoelinten tauteihin liittyvässä

ennenaikaisessa kuolleisuudessa on selvät tuloryhmien väliset erot. Myös valikoiva kato saattaa vaikuttaa asiaan.

Edellä mainittujen indikaattoreiden lisäksi taulukossa 6.1 esitetään myös viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana avohoidon lääkäripalveluja käyttäneiden ikä- ja sukupuolivakioidut osuudet eri tuloviidenneksissä vuonna 2014. Vuosittainen lääkäripalvelujen käyttö on väestössä melko yleistä, osuuden ollessa noin 70 prosenttia. Osuudet eri tuloryhmissä ovat hyvin samankaltaisia. Erojen pienuus johtuu kuitenkin siitä, että palvelujen tarvetta ei ole näissä luvuissa otettu huomioon (ks. Manderbacka ym. luku 12 tässä teoksessa). Terveyspalvelujen käytön tuloryhmäeroja käsittelevässä luvussa osoitetaan, että sosioekonomiset erot avohoidon palvelujen käytössä ovat edelleen suuria ja suurituloiset käyttävät palveluja pienituloisempia enemmän, kun palvelujen tarve otetaan huomioon (ks. luku 12). Avohoidon lääkäripalvelujen käytössä on myös aiemmin raportoitu suuria ja varsin pysyviä eroja. Suurituloiset käyttävät työterveyshuollon ja yksityisiä lääkäripalveluja pienituloisempia enemmän, kun taas terveyskeskusten lääkäripalvelut painottuvat pienituloisiin (Häkkinen & Nguyen 2010).

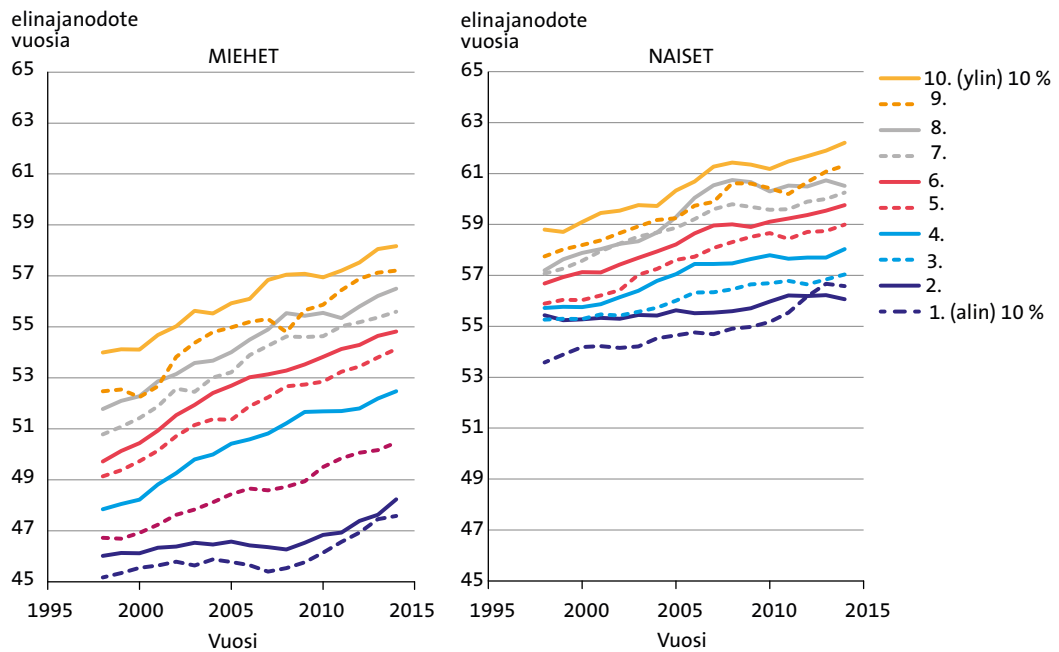
Sosioekonomisten terveyserojen kehitys

Seuraavassa tarkastellaan tuloryhmien välisten terveyserojen kehitystä kahden erityyppisen, mutta yleisesti käytetyn terveystieteen valossa: kuolleisuutta kuvaavan elinajanodotteen ja koetun terveyden perusteella.

Aiemmat tutkimukset osoittavat, että vuosina 1988–2007 suomalaisten elinajanodote 35 vuoden iässä kasvoi selvästi kaikissa tuloryhmissä, paitsi alimmassa tuloviidenneksessä, jossa positiivinen kehitys pysähtyi varhain 1990-luvulla. Ero ylimmän ja alimman tuloviidenneksen välillä 35-vuotiaan elinajanodotteessa kasvoi kyseisellä jaksolla miehillä 7,4 vuodesta 12,5 vuoteen ja naisilla 3,9 vuodesta 6,8 vuoteen. Suurin syy elinajanodote-erojen kasvuun tuolla aikavälillä oli työikäisten alkoholikuolleisuuden lisääntyminen alimmassa tuloviidenneksessä. Samaan suuntaan vaikutti lisäksi naisilla syöpäkuolleisuuden kasvu ja miehillä iskeemisiin sydänsairauksiin liittyvän kuolleisuuden hidaskasvu vähemmän alemmissa tuloryhmissä. (Tarkiainen ym. 2011.) Tutkijaryhmän myöhempi analyysi viittaa siihen, että elinajanodote-erojen kasvu on pysähtynyt (Tarkiainen ym. 2017).

Kuviossa 6.2 havainnollistetaan 25-vuotiaan elinajanodotteen kehitystä eri tulokymmenyksissä vuosina 1996–2014 miehillä ja naisilla käyttäen kolmen vuoden liukuvia keskiarvoja satunnaisvaihtelun pienentämiseksi. Kuvio osoittaa, että etenkin miehillä elinajanodote on useimpina vuosina ollut johdonmukaisesti sitä suurempi, mitä yleemmästä tulokymmenyksestä on kyse.

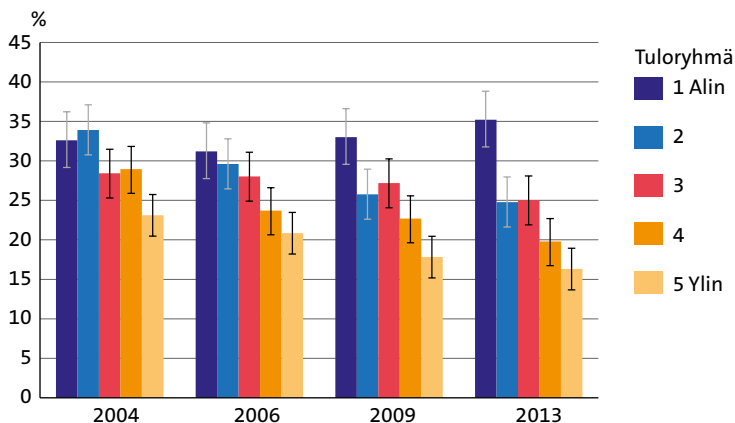
Elinajanodote kasvoi tarkastelujaksolla kaikissa tulokymmenyksissä, mutta kasvuvauhdissa oli eroja. Naisilla kasvu oli vähäisintä toiseksi alimmassa tuloryhmissä, kun taas alin tuloryhmä saavutti ja ohitti sen jakson loppuun mennessä. Miehillä



KUVIO 6.2. 25-vuotiaan elinajanodotteen kehitys tulokymmenyksittäin miehillä ja naisilla vuosina 1996–2014 (kolmen vuoden liukuvat keskiarvot, esim. '2014' = 2012–2014).
Lähde: EKSY-aineisto.

25-vuotiaan elinajanodotteen kasvu oli suurinta tulojakauman keskivaiheilla, naisilla puolestaan kahdessa ylimmässä tulokymmenyksessä. Tarkastelujakson lopussa ylimmän ja alimman tulokymmenyksen ero oli molemmilla sukupuolilla supistunut lähes yhdellä vuodella verrattuna huippuvuosiin eli 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen puoliväliin. Siitä huolimatta ero on edelleen huomattava: naisilla 5,6 vuotta ja miehillä peräti 10,6 vuotta. Tarkiaisen ym. (2017) tuloviidenneksiä koskeneen analyysin mukaan tuloryhmien välisten erojen kasvun pysähtyminen 2010-luvulla liittyi alkoholiperäisen, tapaturmaisen ja väkivaltaisen kuolleisuuden vähenemiseen alimmissa tuloryhmissä erityisesti miehillä.

Samankaltainen tuloryhmien välinen ero on havaittavissa myös koetussa terveydessä, joka kuvaa henkilön omaa kokemusta terveydentilastaan kokonaisuutena. Kuviossa 6.3 esitetään terveytensä keskinkertaiseksi tai sitä huonommaksi kokeneiden 18–79-vuotiaiden suomalaisten ikävakioidut osuudet vuosina 2004, 2006, 2009 ja 2013. Tiedot perustuvat Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -tutkimuksen tietoihin. Kotitalouden tuloilla on merkittävä yhteys koettuun terveyteen: huono koettu terveys on kaikkina vuosina alimmissa tuloryhmissä ylimpiä tuloryhmiä yleisempää.



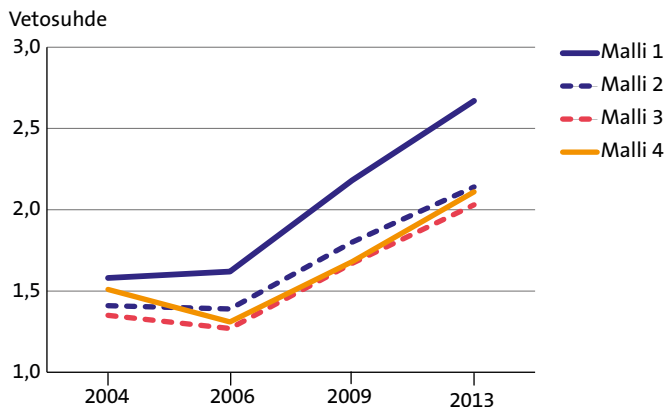
KUVIO 6.3. Terveytensä keskinertaiseksi tai sitä huonommaksi kokeneiden ikävakioidut osuudet (%; 95 %:n luottamusvälit) 18–79-vuotiaista vuosina 2004, 2006, 2009 ja 2013 tuloviidenneksittäin. Lähde: Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -tutkimus.

Suomalaisten koettu terveys koheni yleisesti tarkastelujaksolla, mutta trendi ei ole ollut samanlainen kaikissa tuloryhmissä. Alimman ja ylimmän tuloviidenneksen välinen kuilu keskitasaisen tai huonomman terveyden kokemuksessa kasvoi ajanjaksolla 1,4-kertaisesta yli kaksinkertaiseksi. Kyse ei ole kuitenkaan vain alimman ja ylimmän tuloryhmän välisistä eroista, sillä koettu terveys kohenee asteittain tulojen noustessa. Miesten ja naisten koetun terveyden trendi noudatti tutkimusjaksolla samoja linjoja, suhteessa oman sukupuolen keskiarvoon.

Terveysten tuloryhmäerot ja rakenteelliset taustatekijät

Tuloryhmien välisten terveyden erojen syitä voi tarkastella monesta näkökulmasta. Tärkeä havainto on, että tuloviidennekset eroavat toisistaan rakenteellisesti useiden muidenkin sosiodemografisten piirteiden suhteen.

Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -tutkimuksen mukaan vuosina 2004–2013 alimpaan tuloviidennekseen kuuluva oli muita tuloryhmiä todennäköisemmin vähän koulutettu, asui yksin ja oli työelämän ulkopuolella. Lisäksi alin tuloviidenneksen oli ylittänyt viidennestä nuorempi, kun taas ylimmät tuloryhmät muodostuivat lähinnä 35–64-vuotiaista eli jo työuralleen vakiintuneista työkäisistä. Vaikka suomalaisten koulutusaste on noussut tasaisesti, alimman tuloviidenneksen koulutustaso ei ole 2000-luvulla enää juuri kohonnut: alimpaan tuloviidennekseen kuuluvista puolet oli suorittanut korkeintaan perusasteen tutkinnon sekä vuonna 2004 että vuonna 2013. Ylimmässä tuloryhmässä korkeintaan perusasteen suorittaneiden osuus oli noin 15 prosenttia. Vielä senkin jälkeen kun iän ja su-



Malli 1: Kotitalouden tulot, ikä ja sukupuoli.

Malli 2: Kotitalouden tulot, ikä, sukupuoli ja koulutus.

Malli 3: Kotitalouden tulot, ikä, sukupuoli, koulutus ja pääasiallinen toiminta.

Malli 4: Kotitalouden tulot, ikä, sukupuoli, koulutus, pääasiallinen toiminta ja perhetyyppi.

KUVIO 6.4. Alimman ja ylimmän tuloviidenneksen suhteellinen ero vetosuhteena keskinkertaisessa tai sitä huonommassa koetussa terveydessä vuosina 2004, 2006, 2009 ja 2013. Lähde: Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -tutkimus.

kupuolen merkitys vakioidaan, pientuloisin viidennes asuu muita ryhmiä todennäköisemmin yksin: yksinasujia on lähes 40 prosenttia. Lisäksi joukossa on verrattain paljon yksinhuoltajaperheitä. Varakkaimpien joukossa kahdestaan ilman lapsia asuvia avo- tai aviopareja oli hieman yli puolet ryhmästä, kun pienituloisimpien ryhmässä kahdestaan ilman lapsia asui noin neljännnes. (HYPA-aineistot vuosilta 2004 ja 2013.)

Koska rakenteelliset tekijät, kuten koulutus, sukupuoli ja ikä, määrittävät tulotasoja, on syytä tarkastella sitä, johtuvatko tuloryhmien väliset terveyserot näistä ryhmien välisistä rakenteellisista eroista. Kuvioista 6.4 ja liitetaulukosta 6.1 ilmenee, missä määrin ylimmän ja alimman tuloviidenneksen välinen suhteellinen ero (vetosuhte eli odds ratio, OR) keskinkertaisessa tai huonommassa koetussa terveydessä liittyy edellä kuvattuihin rakenteellisiin tekijöihin.

Tuloryhmien välinen ero kapeneekin jonkin verran kun rakenteelliset tekijät on huomioitu, mutta esimerkiksi vuonna 2013 alimpaan tuloviidennekseen kuuluvien riski kokea terveytensä keskinkertaiseksi tai huonommaksi oli silti yli kaksinkertainen suhteessa parhaiten ansaitsevan viidenneksen vastaavaan riskiin vielä sen jälkeen, kun henkilön ikä, sukupuoli, koulutus, pääasiallinen toiminta ja perhetyyppi (lapsiperhe, pariskunta, yksinasuva, muu) oli vakioitu.

Vastaavasti sekä koulutusryhmien että työttömien ja työllisten välinen ero keskinkertaisessa tai huonommassa koetussa terveydessä oli tilastollisesti merkitsevä tuloista riippumatta (liitetaulukko 6.1, malli 4). Tämä viittaa siihen, että koulu-

tuksen ja työllisyyden vaikutus koettuun terveyteen välittyy myös muuten kuin pelkästään aineellisten resurssien kautta: korkea koulutus ja työssäkäynti vähentävät huonon koetun terveyden riskiä.

Johtopäätökset: tuloryhmien välisten terveyserojen kaventaminen vaatii rakenteellisia ja yksilötason keinoja

Yleisesti terveyserojen kaventaminen edellyttää sekä rakenteellisen tason että yksilö- ja yhteisötason toimenpiteitä, joita voidaan toteuttaa kansallisella, alueellisella ja paikallisella tasolla. Terveyserojen kaventamisessa on yhtäältä kyse politiikoista, jotka vähentävät epätasa-arvoa ja yhteiskunnan jakautumisen vaikutusta, ja toisaalta toimista, jotka vähentävät huono-osaisten ryhmien altistumista terveyttä vahingoittaville tekijöille. Lisäksi huomionarvoisia ovat politiikat, jotka vähentävät heikompiosaisten ryhmien haavoittuvuutta ja vähentävät sairaudesta johtuvia epäedullisia sosiaalisia, taloudellisia ja terveydellisiä seuraamuksia. (Sihto 2016; Stringhini ym. 2017.)

Seuraavassa tarkastellaan lähemmin kolmea tärkeää keinojen ryhmää, joilla terveyseroihin voidaan vaikuttaa: rakenteellisen tason keinoja, terveystalouden järjestelmää ja elintapoihin vaikuttamista.

Rakenteellisella tasolla kyse on sosiaalisesta eriarvoisuudesta, jonka ilmentymiä terveydessä havaittavat erot osaltaan ovat. Tuloryhmittäisiin eroihin vaikuttaminen edellyttäisi siis tuloerojen kaventamista esimerkiksi progressiivisen verotuksen avulla. Tuloerojen kaventamisen keinoja on äskettäin tarkasteltu toisaalla (Hiilamo 2017). Yksilö- ja yhteisötasolla tärkeitä ovat muun muassa terveyttä mahdollistavat rakenteet ja ympäristöt, joiden tulisi olla tarjolla tulotasosta riippumatta. Terveyserojen kaventamiseksi on syytä puuttua niiden taustalla oleviin syytekijöihin, joihin tulot ja varallisuuskin lukeutuvat, ja vaikuttaa esimerkiksi politiikan ja lainsäädännön keinoin köyhyyteen, epätasa-arvoon ja syrjintään, koulutukseen, työoloihin ja asumiseen. Yhdyskuntasuunnittelulla ja kaavoituksella voidaan vahvistaa ja luoda turvallisia ympäristöjä, jotka tukevat ihmisten terveyttä tulotasosta ja asuinpaikasta riippumatta.

Yksi suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän erityispiirre on **palvelujärjestelmään** sisältyvä eriarvoistava rakenne, mihin on kiinnitetty huomiota lukuisissa kansainvälisissä arvioissa (Manderbacka 2011). Työterveyshuolto on tarjolla vain työssä käyvälle – ja näin ollen hyvätuloisemmalle – väestönosalle, kun julkinen terveydenhuolto on kaikkien käytettävissä. Yksityiset palvelut puolestaan ovat asiakkaalle julkisia palveluja kalliimpia, joten ainakaan pienituloisimmat eivät voi niitä käyttää. Palvelujärjestelmän ja sen rahoituksen uudistamisessa tulisi kiinnittää huomiota palvelujen hintojen kohtuullisuuteen ja väestön tarpeiden mukaisuuteen. Kuten tässäkin luvussa on todettu, niin sanottu käänteisen hoidon laki

pätee edelleen: hyvätulaiset käyttävät tarpeisiinsa nähden palveluja liikaa ja toisin päin.

Elintapoihin vaikuttaminen on kolmas keino terveyden tuloryhmäeroihin vaikuttamisessa rakenteelliseen tasoon ja palvelujärjestelmään vaikuttamisen ohella. Ihmisten terveyttä edistäviä valintoja, koskien esimerkiksi ravintoa, liikuntaa tai päihteitä, voidaan yhteisö- ja yksilötasolla tukea erilaisten interventtioiden, viestinnän ja sosiaalisen markkinoinnin keinoin. Nämä tukitoimet tulisi kohdentaa erityisesti heikoimmassa asemassa oleviin väestöryhmiin.

Yhtenä suurena tuloryhmittäisiä kuolleisuuseroja selittävänä tekijänä on alkoholikuolleisuus. Alkoholiin liittyvät kuolemat selittävät merkittävän osan tuloryhmien kuolleisuuserosta ja alkoholikuolleisuuden muutokset ovat olleet paljolti kuolleisuuserojen muutosten taustalla. Vuodesta 2000 vuoteen 2007 alkoholiin liittyvät syyt selittivät erojen kasvun lähes kokonaan (Mäkelä ym. 2017). Tuloryhmät eivät niinkään eroa käytetyn alkoholin määrän suhteen, vaan kyse on enemmän juomatavasta, josta aiheutuu eri tavalla haittoja niin käyttäjälle itselleen kuin heidän läheisilleen ja muille. Pia Mäkelä työtovereineen (2017) suosittelee paitsi suoraan juomatapoihin vaikuttamista muun muassa mini-intervention ja hoitoon pääsyn madaltamisen keinoin myös muihin terveyden riskitekijöihin vaikuttamista ja yleistä elinolojen parantamista. Alkoholin saatavuuden paraneminen ja hintojen alentaminen lisäävät kuolleisuutta eniten ryhmissä, joissa kulutus ja kuolleisuus ovat jo ennestään korkeita (mt.). Näin ollen alkoholin saatavuuden muutosten seuraukset näkyvät voimakkaimmin alimmissa tuloryhmissä.

On kuitenkin muistettava, että väestöryhmien välisten erojen kannalta myös sellaiset tekijät voivat olla tärkeitä, jotka eivät yleensä aiheuta nopeita väestön terveydentilan tai terveyserojen muutoksia lyhyellä aikavälillä. Esimerkiksi verenkierroelinten taudit selittävät alkoholiehtoisen kuolleisuuden ohella suuren osan tuloryhmien kuolleisuuseroista, vaikka niiden osuus erojen viimeaikaisista muutoksista on viimeainittua vähäisempi. Tämä johtuu siitä, että sairastavuus niihin kehittyy hitaammin eivätkä vuosittaiset muutokset niihin liittyvässä kuolleisuudessa ole yhtä nopeita kuin alkoholisyistä aiheutuvassa kuolleisuudessa. Pyrittäessä kaventamaan eroja elintapoihin vaikuttamalla onkin tärkeä kiinnittää huomiota alkoholin ohella myös muiden riskitekijöiden – kuten tupakoinnin ja ylipainon – vähentämiseen ja väestöryhmien välisten erojen pienentämiseen hyödyntämällä sekä rakenteellisia että yksilötason keinoja.

Alkoholin rinnalla tupakka on suuri terveysriski, ennenaikaisen kuolleisuuden aiheuttaja ja tuloryhmien välisten terveyserojen selittäjä. Merkittävimmät tupakoinnin aiheuttamat sairaudet ovat syöpä-, hengityselin- ja verenkierroelimestön sairaudet. Lisäksi tupakointi aiheuttaa passiiviselle tupakoinnille altistuvien sairastumista sydänsairauksiin ja syöpään. Tuoreita tupakkapoliittisia ehdotuksia laadittaessa on kautta linjan otettu huomioon sosioekonomisten erojen vähentäminen ja poistaminen tupakka- ja nikotiinituotteiden käytössä. Ehdotukset kohdistuvat muun muassa verotukseen, nuorten tupakoinnin aloittamisen ehkäisyyn,

savuttomiin ympäristöihin, markkinointiin, tupakoinnin lopettamisen tukeen ja seurantajärjestelmiin. (STM 2018.)

Yksittäistä syytä terveyden tuloryhmäeroille ei siis voida esittää, mutta kansainvälisestä tutkimuksesta on johdettavissa useita mahdollisia selityksiä (esim. Mackenbach 2016). Lisäksi selitysmallien soveltuvuus vaihtelee kulttuurin ja hyvinvointijärjestelmän mukaan, mikä tulee ottaa huomioon kaventamiskeinoja etsittäessä. Suomen sisälläkin terveyden tuloryhmäerot vaihtelevat selvästi: maakunnittainen tarkastelu osoitti, että tuloryhmäerot kuolleisuudessa ovat suurimmillaan Pohjois- ja Etelä-Savon ja Kainuun maakunnissa, vaikka eroja havaitaan kaikissa maakunnissa (Parikka ym. 2017). Erojen kaventaminen edellyttää siis voimavarojen suuntaamista juuri näille alueille ja huomion kiinnittämistä etenkin siihen, että myös näiden maakuntien kaltaisilla haja-asutusvaltaisilla alueilla lähipalvelut ovat hyvin saatavilla. Lisäksi on varmistettava, että tulo- ja varallisuuserot pysyvät hallinnassa, sillä suuret erot ovat yhteiskunnalle haitallisia terveyden monella muullakin tavoin (Deaton 2013). Viime sijassa kyse on brittiläisen epidemiologin Michael Marmotin (2015) luonnehdinnan mukaan eriarvoisuudesta, joka perustuu vallan, varallisuuden ja voimavarojen eroihin. Ne puolestaan johtavat sellaisiin arkielämän ja elinolojen eroihin, jotka ilmenevät terveydessä.

Tämän luvun aikaisempi versio on julkaistu Suomen sosiaalinen tila -sarjan raporttina 3/2017: Karvonen, Sakari & Martelin, Tuija & Kestilä, Laura & Junna, Liina (2017): Tulotason mukaiset terveyserot ovat edelleen suuria. Tutkimuksesta tiiviisti 16/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Lähteet

- Bjorner, Jakob B & Fayers, Peter & Idler, Ellen (2005): Self-rated health. Assessing quality of life. Teoksessa: Peter M. Fayers & Hays, Ron D. (toim.): Assessing quality of life in clinical trials: methods and practice. Oxford University Press, 309–323.
- Cuijpers, Pim & Smits, Niels & Donker, Tara & ten Have, Margreet & de Graaf Ron (2009): Screening for mood and anxiety disorders with the five-item, the three-item, and the two-item Mental Health Inventory. *Psychiatry Research* 2009 Aug 15; 168(3), 250–5.
- Deaton, Angus (2013): What does the empirical evidence tell us about the injustice of health inequalities? Teoksessa: Nir Eyal & Samia A. Hurst & Ole F Norheim & Dan Wikler (toim.): Inequalities in Health. New York: Oxford University Press, 263–281.
- De Looper, Michael & Lafortune, Gaëtan (2009): Measuring disparities in health status and in access and use of health care in OECD countries. Paris: OECD Health Working Papers (43), 1.
- Erdil, Erkan & Yetkiner, I. Hakan (2004): A panel data approach for income-health causality. FNU-47. Ankara, Turkey: Middle East Technical University.
- Hiilamo, Heikki (2014): Is income inequality ‘toxic for mental health’? An ecological study on municipal level risk factors for depression. *PlosOne*. March 27, DOI: 10.1371/journal.pone.0092775, 2014
- Hiilamo, Heikki (2017): 15 reseptiä tuloerojen kaventamiseksi. Helsinki: Kalevi Sorsa -säätiö.
- Häkkinen, Unto & Nguyen, Lien (2010): Rikas käy edelleen lääkärissä köyhää enemmän. *Optimi* 2010:2.
- Karvonen, Sakari & Kestilä, Laura & Mäki-Opas, Tomi (toim.) (2017): Terveys sosiologian linjoja. Helsinki: Gaudeamus.
- Kinnunen, Jaana & Pere, Lasse & Raisamo, Susanna & Katainen, Anu & Ollila, Hanna & Rimpelä Arja (2017): Nuorten terveystapatutkimus 2017: Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö sekä rahapelaaminen. Raportteja ja muistioita 2017:28. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Koponen, Päivikki & Borodulin, Katja & Lundqvist, Annamari & Sääksjärvi, Katri & Koskinen, Seppo (toim.) (2018): Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Laaksonen, Mikko & Prättälä, Ritva & Helasoja, Ville & Uutela, Antti & Lahelma, Eero (2003): Income and health behaviours. Evidence from monitoring surveys among Finnish adults. *Journal of Epidemiology and Community Health* 57(9), 711–717.
- Mackenbach, Johan P. (2016): The persistence of health inequalities in modern welfare states. The explanation of a paradox. Teoksessa Johan P. Mackenbach JP. (toim.): Health inequalities in Europe. New insights from comparative studies. Rotterdam: Erasmus MC, 179–192.
- Manderbacka, Kristiina (2011): Terveysthuollon rakenteet, rahoitus ja oikeudenmukaisuus. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 48(1):1–3.
- Marmot, Michael (2015): The Health Gap. London: Bloomsbury.
- Maunu, Antti (2014): Kuinka terveyttä tehdään. Sosioekonomiset terveyserot ja ammatilliset oppilaitokset niiden kaventajina. EHYT Katsauksia 1, 2014.
- Mäkelä, Pia & Martikainen, Pekka & Peltonen, Markku (2017): Sosioekonomiset erot alkoholikuolleisuudessa ja alkoholin käytössä. Tutkimuksesta tiiviisti 4/2017. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- OECD (2016): Health at a glance: Europe 2016. State of health in the EU cycle. DOI:10.1787/9789264265592-en.
- Paananen, Reija & Ristikari, Tiina & Merikukka, Marko & Rämö, Antti & Gissler, Mika (2012): Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallinen syntymäkohortti 1987 -tutkimusaineiston valossa. Raportti 52/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Parikka, Suvi & Martelin, Tuija & Koskela, Timo & Härkänen, Tommi & Kilpeläinen, Katri & Tarkiainen, Lasse & Koskinen Seppo (2017): Tuloryhmien väliset kuolleisuuserot maakunnossa 1996–2014. Tutkimuksesta tiiviisti 5/2018. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Pentala-Nikulainen, Oona & Koskela, Timo & Parikka, Suvi & Kilpeläinen, Heikki & Koskeniemi, Timo & Aalto, Anna-Mari & Muuri, Anu & Koskinen, Seppo & Lounamaa, Anne (2018): Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2017–2018. Verkkojulkaisu: thl.fi/finsote.

- Pickett, Kate & Wilkinson, Richard (2015): Income inequality and health: A causal review, *Social Science & Medicine* 128: 316–326.
- Rambotti, Simone (2015): Recalibrating the spirit level: an analysis of the interaction of income inequality and poverty and its effect on health. *Social Science Medicine* 139, 123–131.
- Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) (2007): *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Teema 17. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Saarela, Heidi & Mäki-Opas, Tomi & Silven-toinen, Karri & Borodulin, Katja (2015): Sosiodemografiset erot suomalaisten hyötyliikunnassa. *Liikunta & Tiede* 52(1), 55–63.
- Sihto, Marita (2016): *Terveyden edistämisen lähestymistapoja terveyseroihin: yksilöllinen, sosiaalis-rakenteellinen ja kolmas tie*. Teoksessa: Marita Sihto & Sakari Karvonen (toim.): *Terveyden edistäminen ja eriarvoisuus – lähestymistapoja ja ratkaisuja*. Teema 24. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 12–37.
- Sihto, Marita & Palosuo, Hannele & Topo, Päivi & Vuorenkoski, Lauri & Leppo, Kimmo (toim.) (2013): *Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt*. Teema 17. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- STM (2018): *Tupakka- ja nikotiinipolitiikan kehittäminen. Työryhmän toimenpide-ehdotukset. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 21/2018*.
- Stringhini, Silvia & Carmeli, Christian, & Jokela, Markus & Avendano, Mauricio & Muennig, Peter & Guida, Florence & Ricceri, Fulvio ym. (2017): Socioeconomic status and the 25 X 25 risk factors as determinants of premature mortality: A multicohort study and meta-analysis of 1.7 million men and women. *Lancet* 389, 1229–1237. doi:S0140-6736(16)32380-7 [pii].
- Tarkiainen, Lasse & Martikainen, Pekka & Laaksonen, Mikko & Valkonen, Tapani (2011): *Tuloluokkien väliset erot elinajanodotteessa ovat kasvaneet vuosina 1988–2007*. Suomen Lääkärilehti 66(48), 3651–3657.
- Tarkiainen, Lasse (2016): *Income and mortality – the dynamics of disparity: a study on the changing association between income and mortality in Finland*. Helsinki: Publications of the Faculty of Social Sciences 16. Sociology. University of Helsinki.
- Tarkiainen, Lasse & Martikainen, Pekka & Peltonen, Riina & Remes, Hanna (2017): *Sosiaaliryhmien elinajanodote-erojen kasvu on pääosin pysähtynyt*. Suomen Lääkärilehti 72(9), 588–593.
- Wilkinson, Richard & Pickett, Kate (2006): *Income inequality and population health: A review and explanation of the evidence*. *Social Science & Medicine* 62(7), 1768–1784.
- Wilkinson, Richard & Pickett, Kate (2018): *The inner level: how more equal societies reduce stress, restore sanity and improve everyone's wellbeing*. London: Allen Lane.

Liitteet

Liite 6.1. Tutkimuksessa käytetyt mittarit

PYLL-indeksi (*Potential Years of Life Lost*) ilmaisee tietyllä ikävälillä tapahtuneiden kuolemien takia menetettyjen elinvuosien lukumäärän väestössä 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohti. Ennenaikaisen kuoleman yläikäraja on THL:n tuottamassa PYLL-indeksissä asetettu 80 vuoteen, joka vastaa suomalaisen elinajanodotetta. Esimerkiksi 30-vuotiaana kuolleen lasketaan menettäneen 50 vuotta, 50-vuotiaana kuolleen 30 vuotta jne.

25-vuotiaan elinajanodote tietyssä tuloryhmässä kertoo keskimääräisen jäljellä olevan elinajan (vuosina), jos henkilö pysyisi samassa ryhmässä koko loppuikänsä ja jos myös ikäryhmittäiset kuolemanvaaraluvut säilyisivät muuttumattomina kyseisessä tuloryhmässä. Elinajanodote siis tiivistää tiedot tarkasteluhetkellä tietyssä väestössä tai sen osaryhmässä vallitsevasta ikäryhmittäisestä kuolleisuudesta yhteen vertailun mahdollistavaan lukuun, johon ikärakenne tai sen muutos ei vaikuta; se ei ole ennuste sen paremmin yksilö- kuin väestötasollakaan.

Koettu terveys on yleisen subjektiivisen terveyden mittari. Vastaaajaa pyydetään tyyppillisimmin arvioimaan terveydentilaansa viisiportaisella asteikolla. Vaikka tunnusluku on yksinkertainen, sen on todettu olevan yhteydessä sekä kuolleisuuteen että funktionaaliseen terveyteen ja kroonisiin sairauksiin (Bjorner ym. 2005). Lukuisat tahot kuten OECD:n terveystoimikunta (De Looper & Lafortune 2009) suosittelevat tunnuslukua käytettäväksi väestöryhmien terveydentilaa koskeviin vertailuihin.

Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus (MHI-5) viittaa siihen, että henkilöllä on mieliala- tai ahdistuneisuushäiriö tai jokin muu mielenterveyshäiriö (esim. Cuijpers ym. 2009). Väestön sairaustaakasta merkittävä osa johtuu mielen terveyden häiriöistä. Mielenterveyshäiriöt ovat yleisiä ja heikentävät elämänlaatua enemmän kuin useimmat ruumiilliset sairaudet. Mielenterveyshäiriöt lisäävät myös riskiä sairastua muihin sairauksiin, kuten sydän- ja verisuonisairauksiin ja masennukseen. MHI-5 muodostuu viidestä kysymyksestä, jotka kartoittavat ahdistuneisuutta, masentuneisuutta ja positiivista mielialaa. Vastaus sijoittuu jatkumolle, jonka toinen ääripää edustaa psyykkistä kuormitusta ja toinen positiivista mielialaa. ”Seuraavat viisi (5) kysymystä koskevat sitä, miltä Teistä on tuntunut 4 viime viikon aikana. Merkitkää kunkin kysymyksen kohdalla se numero, joka parhaiten kuvaa tuntemuksianne. Kuinka suuren osan ajasta olette 4 viime viikon aikana: Ympyröikää yksi numero joka riviltä.” Kysymyspatterin alakysymyksinä kysyttiin a) ollut hyvin hermostunut, b) tuntenut mielialanne niin matalaksi, ettei mikään ole voinut piristää teitä c) tuntenut itsenne tyyneksi ja rauhalliseksi d)

tuntenut itsenne alakuloiseksi ja apeaksi ja e) ollut onnellinen. Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) koko ajan, 2) suurimman osan aikaa, 3) huomattavan osan aikaa, 4) jonkin aikaa, 5) vähän aikaa, 6) en lainkaan. Kuhunkin kysymykseen vastataan asteikolla 1–6. Lopullisen pistemäärän laskemiseksi pistemäärät kysymyksiin c) ja e) muunnetaan käänteiseen järjestykseen, minkä jälkeen pisteet lasketaan yhteen (summapistemäärä välillä 5–30) ja muutetaan asteikolle 0–100. Psykkinen kuormittuneisuus voidaan raportoida jatkuvana muuttujana tai käyttää katkaisukohtana pistemäärää 52, jolloin 52 tai sen alle pistettä saavilla on jo kliinisesti merkittävää psykkinistä kuormittuneisuusoireilua. Tarkastelussa ovat skaalatun pistemäärän enintään 52 pisteen vastanneiden osuus. (Lähde: Terveitemme.fi.)

Vakavia kansantauteja tutkittiin pyytämällä vastaamaan kysymykseen: ”Onko Teillä ollut seuraavia lääkärin toteamia tai hoitamia sairauksia 12 viime kuukauden aikana?” Vastausvaihtoehtoina olivat kyllä tai ei ja vastaajalle luettiin kolme-toista yleistä sairautta, joista vakavien kansantautien tunnuslukuun sisällytettiin seuraavat yhdeksän: 1) diabetes, 2) kohonnut verenpaine tai verenpainetauti, 3) aivohalvaus, 4) sydänveritulppa tai sydäninfarkti, 5) sepelvaltimotauti tai angina pectoris (= rintakipua rasituksessa), 6) syöpä, 7) nivelreuma tai muu niveltulehdus, 8) selän kulumavika, iskias tai muu selkäsairaus sekä 9) pitkäaikainen keuhkoputkentulehdus tai keuhkolaajentuma. Iäkkäimmillä, yli 74-vuotiailta vastaajilta mukaan otettiin myös polven tai lonkan kulumavika (nivelrikko), jota ei muilta kysytty. Tarkastelussa oli vastaajat, joilla oli ainakin yksi yhdeksästä luetellusta kansantaudista.

Tavallisten **oireiden esiintymistä** kysyttiin seuraavasti: ”Onko Teillä ollut seuraavia oireita tai vaivoja 30 viime päivän aikana?” Vaihtoehtoina olivat kyllä tai ei ja kaikkiaan erilaisia oireita tai vaivoja listattiin 13 erilaista. Näistä oirehtimista kuvaavaan tunnuslukuun valittiin seuraavat yksitoista: 1) kuumetta (yli 38 astetta), 2) päänsärkyä, 3) yskää, 4) ripulia tai oksentelua (vähintään kolme kertaa vuorokaudessa vähintään yhtenä päivänä), 5) oksentelua, 6) nivelsärkyä, 7) selkäkipua tai selkäsärkyä, 8) rintakipua rasituksessa, 9) unettomuutta, 10) vatsavaivoja tai 11) virtsanpidätysongelmia. Tarkastelussa ovat vastaajat, joilla esiintyi vähintään neljää oiretta tai vaivaa edeltävän kuukauden aikana.

LIITETAULUKKO 6.1. Vetosuhteet (OR, 95 %:n luottamusväli) keskinkertaiselle tai huonommalle koetulle terveydelle tuloryhmittäin vuosina 2004, 2006, 2009 ja 2013.

Lähde: Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -tutkimus.

	2004		2006		2009		2013	
	OR	95%:n LV	OR	95 %:n LV	OR	95%:n LV	OR	95%:n LV
Malli 1. Tulot.								
1. Ylin	1,00		1,00		1,00		1,00	
2.	1,34*	1,07–1,69	1,20	0,96–1,51	1,31*	1,02–1,69	1,24	0,96–1,56
3.	1,30*	1,04–1,64	1,46*	1,17–1,84	1,68*	1,32–2,15	1,72*	1,34–2,19
4.	1,62*	1,30–2,02	1,45*	1,17–1,81	1,48*	1,16–1,90	1,64*	1,30–2,08
5. Alin	1,58*	1,25–1,99	1,62*	1,29–2,03	2,18*	1,70–2,79	2,67*	2,06–3,44
Ikä	1,03*	1,03–1,04	1,04*	1,04–1,05	1,04*	1,03–1,04	1,05*	1,05–1,06
Mies	1,00		1,00		1,00		1,00	
Nainen	0,79*	0,68–0,90	0,91	0,79–1,05	0,96	0,82–1,12	0,86	0,74–1,00
Malli 4. Tulot.								
1. Ylin	1,00		1,00		1,00		1,00	
2.	1,34*	1,06–1,69	1,10	0,87–1,39	1,23	0,95–1,59	1,17	0,91–1,51
3.	1,30*	1,02–1,66	1,30*	1,03–1,66	1,52*	1,17–1,97	1,55*	1,19–2,00
4.	1,59*	1,24–2,04	1,24*	0,97–1,59	1,26*	0,96–1,65	1,44*	1,10–1,87
5. Alin	1,51*	1,16–1,97	1,31*	1,01–1,70	1,68*	1,27–2,24	2,11*	1,57–2,83
Ikä	1,03*	1,02–1,03	1,04*	1,03–1,05	1,04*	1,03–1,05	1,05*	1,05–1,06
Mies	1,00		1,00		1,00		1,00	
Nainen	0,79	0,69–0,92	0,90	0,78–1,04	0,99	0,84–1,16	0,88	0,76–1,03
Korkeakoulutus	1,00		1,00		1,00		1,00	
Keskiaste	1,21*	1,00–1,46	1,69*	1,24–2,31	1,38*	1,12–1,69	1,50*	1,25–1,81
Peruskoulutus	1,25*	1,02–1,54	1,93*	1,37–2,70	1,53*	1,22–1,91	1,64*	1,31–2,04
Töissä	1,00		1,00		1,00		1,00	
Muu	0,86	0,64–1,17	1,13	0,82–1,56	1,09	0,75–1,58	1,24	0,85–1,83
Työtön	1,47*	1,10–1,97	1,28	0,93–1,77	1,86*	1,35–2,56	1,47*	1,04–2,07
Eläkeellä	1,04	0,80–1,36	1,12	0,86–1,44	1,06	0,82–1,36	0,85	0,67–1,09
Lapsiperhe	1,00		1,00		1,00		1,00	
Lapseton pariskunta	1,42*	1,14–1,77	1,11	0,90–1,38	1,10	0,87–1,38	1,14	0,90–1,46
Useita aikuisia	1,53*	1,21–1,94	1,49*	1,04–2,12	1,11	0,73–1,70	1,12	0,73–1,71
Yksinhooltaja	1,26	0,78–2,04	1,07	0,65–1,76	1,00	0,56–1,81	0,97	0,57–1,67
Yksinasuja	1,18	0,94–1,48	1,08	0,86–1,36	1,16	0,90–1,49	1,10	0,85–1,43

*p<0,05

7

Nuorten hyvinvoinnin erot

Tässä luvussa kuvataan nuorilla ilmeneviä sosiaalisen taustan mukaisia hyvinvointieroja ja sitä, miten sosiaalinen tausta on yhteydessä myös myöhempiin hyvinvoinnin eroihin. Luvussa tarkastellaan erityisesti vanhempien koulutuksen ja nuorten hyvinvoinnin välisiä yhteyksiä siitä näkökulmasta, miten nuoria erottelevat taustatekijät risteävät. Toisin sanoen erittelemme sitä, miten vanhempien koulutus, sukupuoli ja nuoren omat koulutusvalinnat määrittävät hyvinvointieroja yhdessä. Lisäksi kuvataan vanhempien koulutuksen yhteyttä heidän lastensa koulutusrin sekä hyvinvointiin nuorena aikuisuudessa. Nuorista tarkastellaan 8.–9.-luokkalaisia sekä lukiolaisia ja ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevia, ja hyvinvointia lähestytään moniulotteisesti. Tulosten mukaan perheen matalan koulutustason mukaiset erot ilmenevät erikikäisillä nuorilla selvinä, usealla hyvinvoinnin ulottuvuudella, mutta vaikutukset ovat osittain erilaisia pojilla ja tytöillä. Erot näyttäisivät olevan luonteeltaan pysyviä. Lukioiden ja ammattioppilaitosten opiskelijoiden väliset hyvinvointierot ovat pääosin melko pieniä ja osin riippuvaisia sukupuolesta. Lisäksi tulokset osoittavat, että vanhempien koulutus on yhteydessä nuorten jatko-opintoihin, toimeentulotuen saamiseen ja tuloihin nuorena aikuisuudessa. Tämän tutkimuksen perusteella hyvinvoinnin edistämisen toimia tulisi kohdistaa erityisesti heikoimmassa asemassa oleviin perheisiin.

Hyvinvointiin vaikuttavat useat eri tekijät, jotka ilmenevät eri tavoin eri sosiaaliryhmissä ja eri elämänvaiheissa. Aikuisväestössä hyvinvoinnin ja terveyden sosioekonomisia eroja tarkastellaan yleensä koulutuksen, tulotason tai ammattiaseman mukaan (Lahelma & Rahkonen 2017; ks. myös Karvonen ym. luku 6 tässä teoksessa). Nuorten hyvinvoinnin sosioekonomisten erojen tarkastelu ei sen sijaan ole suoraviivaista, sillä edellä mainitut ominaisuudet eivät heillä ole vielä vakiintuneet (Koivusilta 2010). Sosiaalisen aseman mukaisia hyvinvointieroja voidaan kuitenkin eritellä nuorilla perheen sosiaalisen aseman (kuten vanhempien koulutuksen, ammattiaseman tai tulojen) mukaisesti. Myös perheen koettua toimeentuloa tai sosiaalista asemaa on käytetty nuorten sosiaalisen aseman mittarina, samoin kuin nuorten itsensä muodostamia hierarkioita. Useat elämäntilanteesta näkökulmasta lähtevät tutkimukset osoittavat, että lapsuuden elinolot ja perheen sosiaalinen asema vaikuttavat paitsi nuorten nykyiseen myös myöhempään hyvinvointiin ja terveyteen erilaisten mekanismien kautta (esim. Berg ym. 2011; Kestilä & Rahkonen 2011; Ilmakunnas ym. 2017). Perhetaustan lisäksi nuorten terveys- ja hyvinvointierojen on todettu olevan yhteydessä heitä institutionaalisesti erotteleviin tekijöihin, joista tärkein on koulu. (Koivusilta ym. 2006; Karvonen & Koivusilta 2010; Koivusilta 2010.) Sen lisäksi, että koulutusura ja koulutusvalinnat erottelevat nuorten hyvinvointia ja terveyttä, ne ovat kytköksissä perhetaustaan ja toisaalta ennustavat aikuisuuden sosiaalista asemaa.

Nuorten hyvinvoinnin moniulotteinen tarkastelu

Hyvinvoinnin käsitettä jäsennetään teoreettisesta lähestymistavasta riippuen eri tavoin. Erilaisista määritelmistä huolimatta ajatellaan kuitenkin yleisesti, että hyvinvointia ei voi mitata vain yhdellä mittarilla, vaan sitä tulisi lähestyä usean ulottuvuuden kautta ja että sen komponentteja tulisi ainakin periaatteessa käsitellä yhtä aikaa (Stiglitz ym. 2009; Simpura 2012). Pohjoismaisessa hyvinvointitutkimuksessa sovelletaan usein kolmea hyvinvoinnin ulottuvuutta: 1) elintaso, 2) sosiaaliset suhteet tai psykososiaalinen hyvinvointi sekä 3) itsensä toteuttaminen tai mielekäs tekeminen. Ulottuvuuksien nimet saattavat vaihdella, mutta taustalla on suomalaisen sosiologin Erik Allardtin (1976) hyvinvointiteoria, jossa hyvinvoinnin ulottuvuudet nimetään termeillä *having* (aineellinen elintaso), *loving* (sosiaaliset suhteet) ja *being* (itsensä toteuttaminen). Viimeiseen kuuluu vielä alakohta *doing*, joka viittaa mielekkääseen tekemiseen tai toimeliaisuuteen (Allardt 1993). Elintason osatekijöiksi Allardt lukee muun muassa taloudelliset resurssit, asuinolosuhteet, työllisyyden ja työolot, koulutuksen ja terveyden. Sosiaaliin suhteisiin kuuluvat muun muassa suhteet perheeseen ja sukuun, ystäviin, paikallisyhteisöön ja työtovereihin. Itsensä toteuttaminen pitää sisällään sellaisia tekijöitä kuin esimerkiksi vaikuttamismahdollisuudet omaan elämään, poliittiset resurssit ja vapaa-ajan toiminnan mahdollisuudet.

Nuorten hyvinvointia tarkastellaan tässä luvussa Allardtin hyvinvointiteorian ulottuvuuksien mukaisesti. Kuten sosiaalinen asema, myös hyvinvointi määrittyy nuorilla hieman eri tavoin kuin aikuisväestössä. Tärkein ero on riippuvuus kasvuperheestä, joka voi vaikuttaa niin elintasoon kuin muihin hyvinvoinnin ulottuvuuksiin. Vaikka sidonnaisuus lapsuuden perheen valintoihin, elämäntyyliin ja maailmankuvaan iän myötä heikkeneekin, aikuiselle tunnusomainen itsellisyys saavutetaan vasta täysi-ikäistyessä eikä aina vielä silloinkaan, sillä nuoret aikuiset ovat usein riippuvaisia muun muassa vanhempien taloudellisesta tai emotionaal-
lisesta tuesta.

Aineisto ja menetelmät

Tässä tutkimuksessa esitettävät analyysit perustuvat vuosien 2013, 2015 ja 2017 Kouluterveyskyselyihin sekä Kansallinen syntymäkohortti 1987 -aineistoon. *Kouluterveyskysely* on koko maan kattava väestötutkimus, jossa kerätään laajasti tietoa nuorten hyvinvoinnista, terveydestä ja palveluista. Kysely toteutetaan joka toinen vuosi. Vuonna 2017 Kouluterveyskyselyyn vastasi 73 680 peruskoulun 8.–9.-luokkalaista (vastausosuus 63 %), 34 961 lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijaa sekä 31 188 ammattioppilaitoksen 1. ja 2. vuoden opiskelijaa (arvioitu vastausaktiivisuus oli lukiolaisilla noin 50 % ja ammatillisten oppilaitosten opiskelijoilla 40 %¹). Perheen koulutustason mittarina käytettiin äidin koulutusta kolmiluokkaisena (perusaste-keskiaste-korkea-aste). Koko aineistossa vain perusasteen koulutettujen osuus oli 6,3 prosenttia, keskiasteen osuus 53,1 prosenttia ja korkeakoulutettujen osuus 40,7 prosenttia. Kouluterveyskyselystä otettujen muuttujien kuvaukset on esitetty liitteessä 7.1.

Kouluterveyskyselyn avulla analysoidaan nuorten hyvinvointia äidin korkeimman suoritetun koulutuksen mukaisissa ryhmissä. Risteäviä eroja² tarkastellaan äidin koulutuksen, sukupuolen ja kouluasteen mukaan eli pyritään analysoimaan sitä, miten äidin koulutus vaikuttaa eri oppilaitostyypeissä opiskelevien nuorten hyvinvointiin. Tutkimuksessa tarkastellaan myös äidin koulutuksen mukaisten erojen kehitystä ajassa. Ajallisesta muutoksesta tietoja voidaan tuottaa vuosilta 2013–17, sillä äidin koulutusta on mitattu vain tuolloin. Muutosindikaattoreita

1 Vastaajien määrät ja osallistumisaktiivisuudet sukupuolittain eri vuosina: https://thl.fi/documents/10531/3554284/kouluterveyskysely_vastaajat_kattavuus_kokomaa.pdf

2 Risteävillä eroilla tarkoitetaan niin sanottua intersektionaalisuutta, joka on alun perin sukupuolentutkimuksessa syntynyt ajatus siitä, että yksilön identiteettiin ja yhteiskunnalliseen asemaan vaikuttavat muutkin asiat kuin sukupuoli. Tällaisia tekijöitä ovat etninen tausta, sosiaaliryhmä ja seksuaalinen suuntautuminen. Risteäviä eroja tarkasteltaessa kiinnitetään huomiota siihen, miten eri tekijöistä juontuvat erot vaikuttavat toisiinsa, jolloin eri hierarkiat voivat vahvistaa tai heikentää toisiaan. Tästä näkökulmasta on syytä ottaa yhtä aikaa huomioon erilaisia yhteiskunnan rakenteellisia eroja ja niiden yhteisvaikutuksia. Määrällisessä tutkimuksessa puhutaan tällöin teknisesti eri muuttujien välisistä interaktioista eli yhdysvaikutuksista

kyseisiltä vuosilta oli saatavilla vain *having* ja *loving* -ulottuvuuksilta, sillä yhdestäkään *being*-ulottuvuuden indikaattorista ei ollut tietoa kaikilta kolmelta tarkasteluvuodelta.

Kansallinen syntymäkohortti 1987 -aineiston avulla tarkastellaan yhtäältä sitä, miten vanhempien koulutus on yhteydessä koulumenestykseen ja koulutusvalintoihin ja toisaalta sitä, miten vanhempien koulutus määrittää nuoren aikuisuuden toimeentulotukiasiakkuutta ja tuloja. Toimeentulotuen pitkäaikainen saaminen ja tulot edustavat Allardtin luokituksessa materiaalsen hyvinvoinnin ulottuvuutta, sillä rekistereihin ei ymmärrettävästi kerry tietoa sosiaalisista suhteista tai identiteettiin liittyvistä kokemuksista. Kansallinen syntymäkohortti 1987 -aineistolla³ voidaan tutkia lasten ja nuorten sekä heidän vanhempiensa terveyttä ja hyvinvointia ja niihin vaikuttavia tekijöitä pitkittäisesti koko eliniältä (esim. Ristikari ym. 2016). Aineisto kattaa koko ikäkohortin eli on suuruudeltaan noin 60 000 henkeä. Aineistoon on koottu laajasti erilaista rekisteritietoa kaikista Suomessa vuonna 1987 syntyneistä henkilöistä. Tärkeimmät tässä tutkimuksessa käytetyt rekisterit olivat Tilastokeskuksen tutkintorekisteri, Opetushallituksen yhteisvalintatiedot, Eläketurvakeskuksen ansaintarekisteri ja THL:n toimeentulotukirekisteri. Tämän luvun tarkastelussa aineistosta on rajattu pois nuoret, jotka asuivat tutkimusvuosina ulkomailla tai jotka olivat kuolleet tutkimusajankohtaan mennessä. Vanhemman koulutus on arvioitu vanhemman korkeimman koulutustiedon perusteella: korkea-asteen koulutus siis tarkoittaa, että jompikumpi vanhemmista on suorittanut korkea-asteen tutkinnon, kun perusasteen tutkinto tarkoittaa, että molemmat vanhemmat ovat kouluttautuneet vain tämän verran.

Yläkoululaisten hyvinvointierot

Taulukossa 7.1 esitetään hyvinvointia kuvaavien tekijöiden yleisyys 8.–9.-luokkalaisilla tytöillä ja pojilla vuonna 2017. *Having*-ulottuvuudella (”omistaminen” eli elinolot ja elintaso) noin seitsemän prosenttia nuorista kokee perheensä taloudellisen tilanteen huonoksi tai erittäin huonoksi ja noin joka kymmenennellä ei ole jatko-opintosuunnitelmaa. Sukupuolten väliset erot ovat vähäisiä. Tytöt ilmoittivat kuitenkin poikia useammin terveyteen liittyviä ongelmia: tytöistä lähes joka neljäs kokee terveytensä olevan korkeintaan keskinkertainen. Joka neljännellä tytöllä oli ilmoituksensa mukaan myös joku pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma. Pojilla vastaavat osuudet ovat pienempiä. Myös ahdistuneisuus on tytöillä poikia selvästi yleisempää.

Loving-ulottuvuudella (”rakastaminen” eli ihmissuhteet, perheen kiinteys) sekä yksinäisyyttä että keskusteluvaikeuksia vanhempien kanssa raportoi vajaa

3 Katso aineistosta tarkemmin: <https://thl.fi/fi/tutkimus-jaasiantuntijatyo/hankkeet-jaohjelmat/kansallinensyntymakohortti-1987>

TAULUKKO 7.1. Hyvinvointi perusasteen 8.–9.-luokkalaisilla tytöillä ja pojilla (%) vuonna 2017. Lähde: Kouluterveyskysely 2017.

Hyvinvoinnin osa-alueet ja tekijät	Pojat (n = 36 195)	Tytöt (n = 36 815)	Kaikki
Having			
Perheen koettu taloudellinen tilanne melko huono tai erittäin huono	6	8	7
Ei jatko-opintosuunnitelmaa	11	9	10
Koettu terveys keskinkertainen tai huonompi	14	23	19
Pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma	20	24	22
Kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus	6	18	12
Loving			
Keskusteluvaikeuksia vanhempien kanssa	6	9	8
Tuntee itsensä yksinäiseksi	6	13	10
Ei yhtään läheistä ystävää	11	6	9
Kokee ongelmia oppimisyhteisön ilmapiirissä	4	10	7
Being			
Ei yhtään harrastusta	4	2	3
Kokee vaikeuksia elämänhallinnassa	5	13	9
Tyytymätön elämäänsä	6	12	9
Osallistunut poliittiseen toimintaan	10	9	10
Hyvät vaikutusmahdollisuudet koulussa	12	6	9

kymmenes nuorista (taulukko 7.1). Vaikka tytöt ovat selvästi poikia yleisemmin yksinäisiä, raportoivat pojat tyttöjä useammin, ettei heillä ole yhtään läheistä ystävää. Oppimisyhteisön ilmapiirissä ongelmia kokee joka kymmenes tyttö ja reilu neljä prosenttia pojista (taulukko 7.1).

Being-ulottuvuudella (”oleminen” eli itsensä toteuttaminen, toiminta- ja vaikutusmahdollisuudet) elämänhallinnan vaikeuksia raportoi reilu kymmenesosa tytöistä ja suurin piirtein saman verran on tyytymättömiä elämäänsä. Pojista vastaava osuus kummankin mittarin kohdalla on reilu viisi prosenttia. Poliittiseen toimintaan osallistuu noin joka kymmenes tytöistä ja pojista. Vaikutusmahdollisuutensa koulussa kokee hyväksi pojista selvästi suurempi osuus kuin tytöistä (taulukko 7.1).

Äidin koulutuksen mukaiset hyvinvointierot

Niillä nuorilla, joiden äidillä on korkeintaan perusasteen koulutus, näyttää menevän keskimäärin muita heikommin lähes kaikkien indikaattorien mukaan arvioituna (taulukko 7.2). Matalasti koulutettujen äitien lapset ilmoittivat muita yleisemmin erilaisia hyvinvointiongelmia kuten ahdistuneisuutta, huonoa terveyttä sekä ystävien ja harrastusten puutetta. Ainut poikkeus tähän sääntöön on vai-

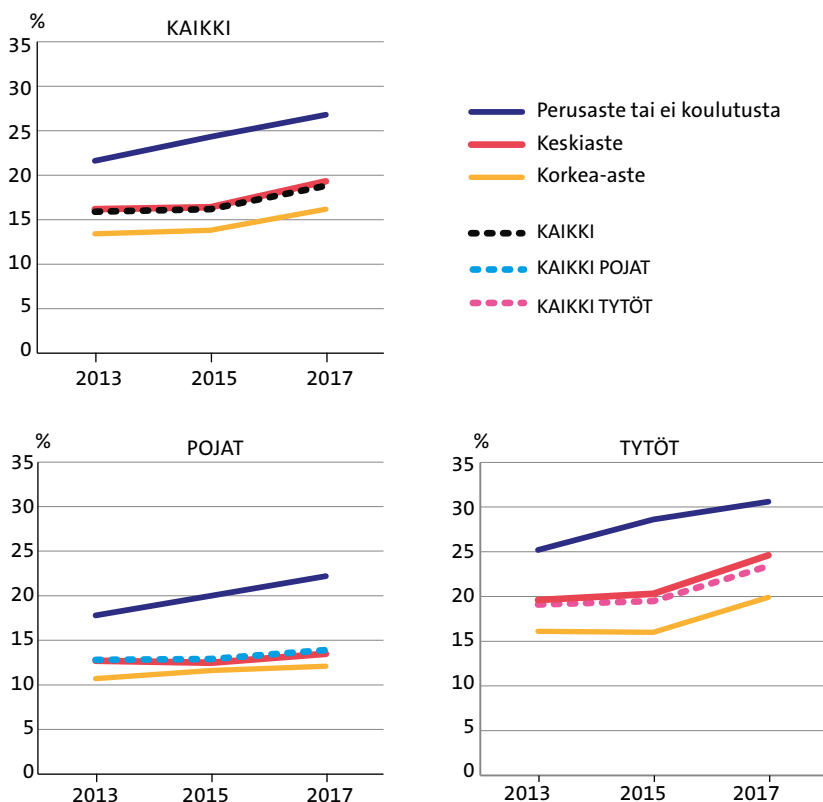
TAULUKKO 7.2. Hyvinvointi äidin koulutuksen mukaisesti perusasteen 8.–9.-luokkalaisilla pojilla ja tytöillä vuonna 2017, (%). Lähde: Kouluterveyskysely 2017.

	Pojat (n = 36 195)			Tytöt (n = 36 815)			Kaikki		
	Äidin koulutusaste (%)								
	perus	keski	korkea	perus	keski	korkea	perus 6 %	keski 53 %	korkea 41 %
Having									
Perheen koettu taloudellinen tilanne huono tai erittäin huono***	15	6	4	14	9	5	15	7	5
Ei jatko-opintosuunnitelmaa***	19	10	8	18	9	5	19	9	6
Koettu terveys keskinkertainen tai huonompi***	22	14	12	31	25	20	27	19	16
Pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma***	25	18	21	25	24	24	25	21	23
Kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus***	13	5	5	24	18	18	19	12	12
Loving									
Keskusteluvaikeuksia vanhempien kanssa***	17	5	5	17	9	8	18	7	7
Tuntee itsensä yksinäiseksi***	15	5	6	16	13	12	15	9	9
Ei yhtään läheistä ystävää***	21	10	10	9	6	6	15	8	8
Kokee ongelmia oppimisyhteisön ilmapiirissä***	9	4	4	12	10	9	10	7	7
Being									
Ei yhtään harrastusta	11	3	2	6	2	1	8	2	2
Kokee vaikeuksia elämänhallinnassa***	13	4	5	18	13	12	16	9	9
Tyytymätön elämäänsä***	14	5	5	18	12	10	16	8	7
Osallistunut poliittiseen toimintaan***	13	9	10	8	9	10	10	9	8
Hyvät vaikutusmahdollisuudet koulussa (ns)	19	12	10	11	6	5	15	9	8

*** interaktio sukupuoli x äidin koulutus <0,001, ns = ei tilastollisesti merkitsevää interaktiota

kutusmahdollisuudet koulussa, sillä vaikutusmahdollisuutensa arvioivat hyväksi koulussa yleisimmin ne, joiden äiti on suorittanut vain perusasteen koulutuksen.

Lähinnä siis alin koulutusryhmä eroaa muista, sillä keskiasteen ja korkea-asteen väliset erot ovat lähes kaikissa mittareissa pienempiä tai olemattomia (taulukko 7.2). Vaikka äidin koulutuksen yhteys hyvinvointiin on pojilla ja tytöillä samansuuntainen, erot ovat pojilla tyttöjä selvempiä – erityisesti verrattaessa perusasteen koulutusryhmää muihin koulutusryhmiin. Vaikka siis tytöillä useimpia hyvinvointipuutteita oli yleisemmin kuin pojilla, perhetaustan mukaiset erot olivat pojilla suuremmat. Sukupuoli risteää siis perhetaustan kanssa niin, että nais-sukupuoli näyttäisi suojaavan tyttöjä äidin vähäisen koulutuksen kielteisiltä hyvinvointivaikutuksilta.



KUVIO 7.1. Keskinertainen tai huonompi koettu terveys äidin koulutuksen mukaan 8.–9.-luokkalaisilla vuosina 2013, 2015 ja 2017. Tytöt, pojat ja yhteensä, (%). N = 73 680. Lähde: Kouluterveyskyselyt 2013, 2015 ja 2017.

Hyvinvointierot vuosina 2013–2017

Korkeintaan keskinertaiseksi koettu terveys on vuosina 2013–2017 yleistynyt hieman perusasteen 8.–9.-luokkalaisilla, keskimäärin tarkasteltuna muutamalla prosenttiyksiköllä (kuvio 7.1). Erityisesti keskinertainen tai huonompi koettu terveys on yleistynyt tytöillä ja vain perusasteen suorittaneiden äitien pojilla. Vain perusasteen suorittaneiden äitien tyttärillä muutos on ollut yli viisi prosenttiyksikköä ja pojillakin yli neljä prosenttiyksikköä vuosina 2013–2017.

Äidin koulutuksen mukaiset erot sen sijaan eivät ole juuri muuttuneet. Koetussa terveydessä on selvä äidin koulutuksen mukainen gradientti koko jakson ajan: keskinertainen tai huonompi koettu terveys on yleisintä alimman koulutusryhmän ja harvinaisinta ylemmän koulutusryhmän vanhempien lapsilla. Koulutuserojen risteyvät sukupuolen kanssa kuitenkin osoittavat, että vuosina 2015–2017 varsinkin kahden ylimmän koulutusryhmän vanhempien lapsilla huono koettu terveys näyttäisi yleistyneen tytöillä poikia voimakkaammin.

Ahdistuneisuus ei ole keskimäärin juuri yleistynyt tarkastelujaksolla 2013–2017. Kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus on kaikkina tarkasteluvuosina yleisintä alimmassa äidin koulutuksen mukaisessa ryhmässä ja kahdessa muussa lähes yhtä yleistä sekä pojilla että tytöillä. Erojen muutokset ovat keskimäärin tarkasteltuna varsin pieniä, tosin sukupuolittain tarkasteltuna trendit ovat hieman erisuuntaisia: pojilla ahdistuneisuus on vuodesta 2015 vuoteen 2017 hieman harvinaistunut, tytöillä hieman yleistynyt, tosin muutokset ovat hyvin pieniä (liitekuvio 7.1).

Vuosina 2013–2017 ei ole tapahtunut suuria muutoksia niiden osuudessa, jotka ilmoittavat, ettei heillä ole yhtään läheistä ystävää. Myöskään äidin koulutuksen mukaiset erot eivät ole juuri muuttuneet. Erot ovat kuitenkin selviä: alin koulutusryhmä poikkeaa muista kaikkina kolmena vuonna ja koulutusryhmien väliset erot ovat pysyviä kummallakin sukupuolella (liitekuvio 7.2).

Hyvinvointierot toisen asteen opiskelijoilla

Kouluterveyskyselyn 2017 mukaan ammattioppilaitosten opiskelijoista vain hieman lukiolaisia suurempi osuus ilmoittaa kokevansa perheen taloudellisen tilanteen huonoksi, mutta ero ei ole suuri (taulukko 7.3). Poikien välillä eroa ei juuri ole myöskään koetussa terveydessä, mutta tytöillä on: lukiolaistytöistä lähes neljännes kokee terveytensä korkeintaan keskitasoiseksi, kun osuus ammattiin opiskelevista on lähes kolmannes. Ammattiin opiskelevilla tytöillä myös pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma on hieman lukiolaisia yleisempää, mutta keskivaikea tai vaikea ahdistuneisuus on näissä ryhmissä yhtä yleistä.

Keskusteluvaikeudet vanhempien kanssa, yksinäisyyden kokemukset ja ystävien puute ovat lähes yhtä yleisiä ammattioppilaitoksissa ja lukioissa opiskelevilla (taulukko 7.3). Ammattioppilaitoksissa opiskelevat tytöt kokevat ongelmia oppimisyhteisön ilmapiirissä hieman useammin kuin muut, mutta tämäkin osuus on vain kuusi prosenttia.

Ammattioppilaitosten opiskelijoista useampi kuin lukiolaisista ilmoittaa, ettei heillä ole yhtään harrastusta, kun lukiolaiset raportoivat useammin vaikeuksia elämönhallinnassa. Edelleen, lukiolaisista poliittiseen toimintaan osallistuu selvästi ammattioppilaitosten opiskelijoita suurempi osuus, mutta vaikuttamismahdollisuutensa koulussa kokee paremmaksi selvästi suurempi osuus ammattioppilaitosten kuin lukioiden opiskelijoista (taulukko 7.3).

Kun hyvinvointia tarkastellaan sen eri ulottuvuudet huomioiden, lukioiden ja ammattioppilaitosten opiskelijoiden väliset erot ovat pääosin melko pieniä ja osin riippuvaisia sukupuolesta. Lisäksi hyvinvointierojen suunta vaihtelee hyvinvoinnin mittarin mukaan eli erot ovat myös epäjohdonmukaisia: ammattioppilaitosten ja lukioiden opiskelijoille tyypilliset hyvinvointivajeet ovat osin erilaisia.

Sen sijaan kun tarkastellaan lukiossa ja ammattioppilaitoksissa opiskelevien nuorten hyvinvoinnin risteymiä äidin koulutustason kanssa, huomataan, että hy-

TAULUKKO 7.3. Hyvinvointi lukioiden ja ammatillisten oppilaitosten (AOL) ensimmäisen ja toisen vuoden opiskelijoilla vuonna 2017. Tytöt, pojat ja kaikki, %.
Lähde: Kouluterveyskysely 2017.

	Pojat		Tytöt		Kaikki	
	lukio	AOL	lukio	AOL	lukio	AOL
n	14 304	17 324	20 007	13 132		
Having						
Perheen koettu taloudellinen tilanne huono tai erittäin huono	6	9	9	13	8	11
Koettu terveys keskinkertainen tai huonompi	15	17	23	30	20	23
Pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma	20	19	25	30	23	24
Kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus	5	5	18	19	12	11
Loving						
Keskusteluvaikkeitä vanhempien kanssa	5	7	7	8	6	7
Tuntee itsensä yksinäiseksi	6	6	13	15	10	10
Ei yhtään läheistä ystävää	10	9	6	6	7	7
Kokee ongelmia oppimisyhteisön ilmapiirissä	1	2	3	6	2	4
Being						
Ei yhtään harrastusta	1	5	1	3	1	4
Kokee vaikeuksia elämänhallinnassa	6	4	15	11	11	7
Tyytymätön elämäänsä	6	6	10	10	8	8
Osallistunut poliittiseen toimintaan	12	5	11	4	11	5
Hyvät vaikutusmahdollisuudet koulussa	14	26	8	17	10	22

vinvointi vaihtelee äidin koulutuksen mukaisesti kummankin oppilaitostyyppin sisällä johdonmukaisesti: heikoimmassa asemassa ovat ne, joiden äidillä on vain perusasteen koulutus. Useat erot näyttävät olevan korostuneempia lukiossa opiskelevilla nuorilla (taulukko 7.4).

Hyvinvointierot vuosina 2013–2017

Ero keskitasaisen tai huonomman koetun terveyden yleisyydessä lukioissa ja ammattioppilaitoksissa opiskelevien välillä on ollut tarkasteluvuodesta riippumatta noin 3–5 prosenttiyksikköä (liitekuvio 7.3). Tytöillä havaitaan poikia selvästi suurempi ero kaikkina tarkasteluvuosina. Nämä erot ovat siis pysyviä. Sukupuolittainen tarkastelu osoittaa myös, että tytöillä keskinkertainen tai huonoksi koettu terveys on yleistynyt vuosina 2015–2017 selvästi, sekä lukiolaisilla että ammattioppilaitoksissa opiskelevilla. Pojillakin yleistymistä on tapahtunut, mutta muutos on pienempi kuin tytöillä.

TAULUKKO 7.4. Hyvinvointi lukioiden ja ammatillisten oppilaitosten ensimmäisen ja toisen vuoden opiskelijoilla äidin koulutuksen mukaan, %.

Lähde: Kouluterveyskysely 2017.

	Lukio (N = 34 961)			AOL (N = 31 188)		
	Äidin koulutus (%)					
	perus	keski	korkea	perus	keski	korkea
	4	43	53	9	65	26
Having						
Perheen koettu taloudellinen tilanne huono tai erittäin huono***	22	10	5	18	11	8
Koettu terveys keskinertainen tai huonompi***	31	22	17	27	23	21
Pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma*	22	23	23	28	23	25
Kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus*	18	13	12	15	11	11
Loving						
Keskusteluvaikeuksia vanhempien kanssa***	13	7	5	12	6	7
Tuntee itsensä yksinäiseksi**	17	11	10	14	10	10
Ei yhtään läheistä ystävää (ns)	12	8	7	10	7	6
Kokee ongelmia oppimisyhteisön ilmapiirissä (ns)	4	2	2	5	4	4
Being						
Ei yhtään harrastusta (ns)	3	0.4	0.3	5	3	2
Vaikeuksia koetussa elämänhallinnassa**	17	11	11	9	7	8
Tyttymätön elämäänsä**	14	9	8	10	7	7
Osallistunut poliittiseen toimintaan***	12	11	12	7	4	6
Hyvät vaikutusmahdollisuudet koulussa (ns)	13	10	10	26	21	22

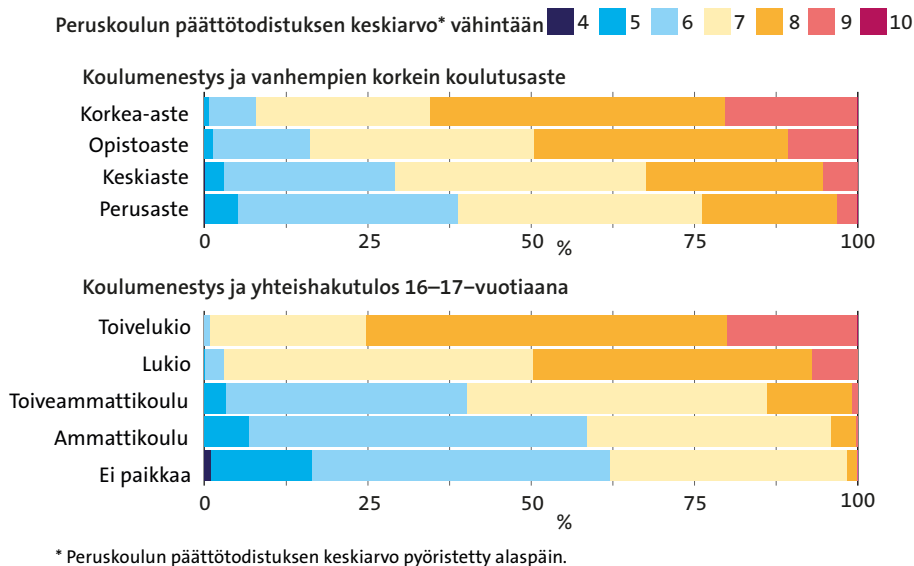
Interaktio äidin koulutus x koulumuoto: *** p<0,001, ** p<0,01, *p<0,1, ns = ei tilastollisesti merkitsevää interaktiota.

Kohtalaisen tai vaikean ahdistuneisuuden erot ovat keskimäärin varsin pieniä lukiolaisten ja ammattioppilaitosten opiskelijoiden välillä. Tyttöillä näiden ryhmien välinen ero oli vuonna 2013 vielä noin viisi prosenttiyksikköä, mutta vuonna 2017 eroa ei enää havaita. Ero kaventuu etenkin siksi, että ahdistuneisuus on yleistynyt lukiota käyvillä tytöillä. Pojilla lukiolaisten ja ammattioppilaitosten opiskelijoiden välillä ei esiintynyt eroja ahdistuneisuudessa (liitekuvio 7.3).

Erot olivat pieniä tarkastelujakson ajan myös siinä, raportoiko vastaaja, ettei hänellä ollut yhtään läheistä ystävää (liitekuvio 7.3).

Vanhempien koulutuksen yhteys nuoren koulumenestykseen, jatko-opintoihin ja hyvinvointiin nuorilla aikuisilla

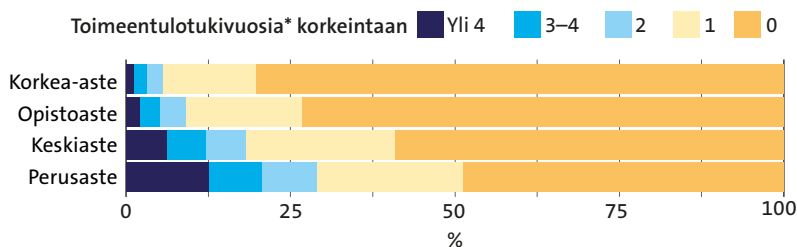
Edellä havaittiin risteävien erojen tarkastelun merkitys: etenkin perhetausta ja koulutus risteävät selvästi ja niiden yhdysvaikutukset voivat voimistaa sukupuolen vaikutusta. Poikittaisasetelmassa ei kuitenkaan voida arvioida luotettavasti syy- ja seuraussuhteita eikä sitä, näkyvätkö havaitut yhteydet myöhemminkin. Seuranta-asetelmilla tällaisiin kysymyksiin päästään paremmin kiinni. Kattavimmat seuranta-tiedot nuorista on kerätty vuonna 1987 syntyneestä kohortista, jonka avulla voidaan tarkastella sitä, miten vanhempien (korkein) koulutus on yhteydessä nuoren koulumenestykseen ja toisaalta, miten koulumenestys (tässä päättötodistuksen keskiarvo) ennustaa jatko-opintoja (tässä yhteishaun toteutunut tulos).



KUVIO 7.2. Vanhemman korkeimman koulutuksen yhteys nuoren koulumenestykseen⁴ sekä yhteishaun⁵ ja koulumenestyksen välinen yhteys. Lähde: Kansallinen syntymäkohortti 1987, THL.

4 Vuonna 1987 syntyneiden keskuudessa 7 ja 8 keskiarvot ovat yleisimmät lukuaineiden keskiarvot. Naisten ja miesten keskiarvot eroavat selvästi niin, että naisten keskiarvot ovat miehiä korkeampia.

5 Yhteishakujen tarkastelussa olivat mukana vuosien 2003 ja 2004 yhteishaut (kevät ja syksy). Tarkastelu on rajattu nuoriin, joilta löytyy sekä yhteishakutieto että keskiarvotieto. Tarkastelussa erotettiin erikseen, pääsikö nuori ensimmäiseen hakutoiveensa mukaiseen toisen asteen koulutukseen (toivelukio tai toiveammattikoulu), ylipäättään toisen asteen koulutukseen (lukio tai ammattikoulu) vai jäikö nuori yhteishauissa ilman koulupaikkaa.



*Kuvassa on summattu yhteen nuoren saamat toimeentulotukijaksot vuosien 1987–2015 aikana eli kuva osoittaa, miten monta vuotta nuori on saanut toimeentulotukea vuosissa yhteensä.

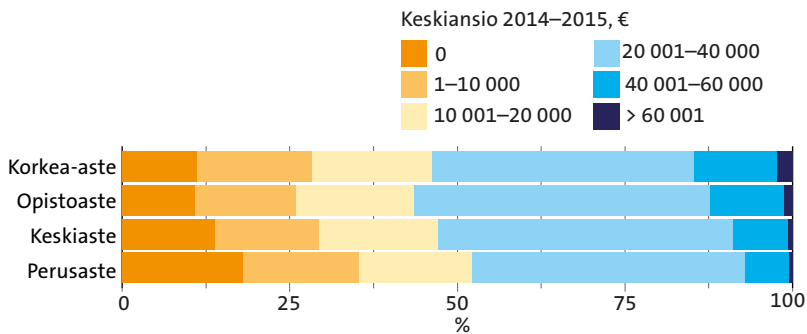
KUVIO 7.3. Vanhemman korkeimman koulutuksen yhteys nuoren toimeentulotuen saantiin. Lähde: Kansallinen syntymäkohortti 1987, THL.

Vuonna 1987 syntyneet valmistuivat peruskoulusta yleensä vuonna 2003. Tämän ikäluokan keskuudessa vanhempien koulutuksen ja koulumenestyksen yhteys on kiistanalainen: mitä korkeampi vanhempien koulutus on, sitä suurempi osa nuorista on päättänyt peruskoulunsa vähintään kahdeksan keskiarvolla (kuvio 7.2). Hyvien keskiarvojen osuus vähenee suoraviivaisesti vanhempien koulutustason heikentyessä. Korkea-asteen koulutuksen saaneiden vanhempien lapsista noin kaksi kolmasosaa oli päättänyt peruskoulun vähintään kahdeksan keskiarvolla ja lähes kolmasosalla keskiarvo oli yhdeksän tienoilla. Perusasteen koulutuksen saaneiden vanhempien lapsista alle neljännes päätti peruskoulun vähintään kahdeksan keskiarvolla ja noin kolmasosalla peruskoulutodistuksen päättötodistus oli korkeintaan kuusi.

Peruskoulun päättötodistus on tunnetusti yhteydessä toisen asteen koulutusvalintoihin, niin myös tässä ikäluokassa (kuvio 7.2). Lukioon päässeillä oli keskimäärin korkeammat keskiarvot kuin ammattikouluun päässeillä ja korkeammilla keskiarvoilla päästiin todennäköisemmin toivehakukohteeseen. Yhteishauissa ilman paikkaa jääneiden nuorten joukossa noin puolella keskiarvo oli korkeintaan 6.

Vanhempien koulutuksen yhteys nuoren saamaan toimeentulotukeen on myös selvä (kuvio 7.3). Useamman vuoden toimeentulotukea saaneiden nuorten osuus oli suurempi silloin, kun vanhemmilla oli vähän koulutusta verrattuna pidemmälle kouluttautuneiden vanhempien lapsiin. Nuorista, joiden vanhemmilla on korkea-asteen koulutus, alle neljäsosa oli saanut toimeentulotukea ja heistäkin suurin osa korkeintaan vuoden. Sen sijaan niistä nuorista, joiden vanhemmilla oli perusasteen koulutus, yli puolet oli saanut toimeentulotukea ja noin kymmenesosa oli saanut sitä yli neljän vuoden ajan.

Kuviossa 7.4 esitetään vielä vanhemman koulutuksen yhteys nuoren keskiansioihin (kuvioon on koottu keskiansiot vuosilta 2014–2015 eli kohortin nuorten ollessa 27–28-vuotiaita). Vanhempien koulutuksen ja nuoren keskiansioiden välillä havaittiin yhteys, mutta erot eivät ole niin selviä kuin toimeentulotuen saannissa. Erot näkyvät etenkin siinä, onko vanhemmilla vain perusasteen koulutus vai tätä enemmän koulutusta. Nuoret, joiden vanhemmilla on perusasteen koulutus, olivat muita useammin tulottomia vuosina 2014–2015.



KUVIO 7.4. Vanhemman korkeimman koulutuksen yhteys nuoren keskiansioihin vuosina 2014–2015. Lähde: Kansallinen syntymäkohortti 1987, THL.

Tässä tarkastelussa olevan ikäryhmän keskiansiot ovat monesti matalammat kuin työelämään vakituisemmin kiinnittyneillä ja vanhemmilla ikäryhmillä. Toisaalta nuoret ovat tässä iässä kiinnittyneet työelämään hyvin eri tavoin. Ammattikoulusta valmistuneet ovat voineet olla jo liki kymmenen vuotta työelämässä, kun taas korkeakoulusta valmistuvat joko tekevät vielä tutkintojaan tai vasta aloittavat työuraansa.

Risteävien erojen näkökulmasta vanhemman koulutus ja nuoren oma koulutus (koulumenestys, koulu-ura) näyttävät siis voimistavan toisiaan. Kiinnostava poikkeus tähän on keskiansion jakautuminen, joka nuorena aikuisuudessa ei ole yhteydessä vanhempien koulutustasoon. Saattaa kuitenkin olla, että nämä erot tulevat esiin vasta myöhemmällä iällä. Nuorten aikuisten toimeentuloa koskevat tilastotiedot viittaavat lisäksi siihen, että sukupuolierot risteäisivät myös merkittävästi näiden ominaisuuksien mukaan. Jatkotutkimuksissa myös sukupuolen merkitystä olisi syytä tarkastella samoin kuin muita hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Tässä analyysissä oli mukana vain materiaalsen hyvinvoinnin ulottuvuus – yhteydet ja vaikutusmekanismit voivat olla toisenlaisia, jos tarkasteltaisiin esimerkiksi sosiaalisia suhteita.

Pohdinta: Millaisia ovat nuorten hyvinvoinnin erot?

Tässä luvussa on eritelty perheen sosiaalisen aseman (tässä vanhempien koulutus) vaikutusta nuorten ja nuorten aikuisten hyvinvointiin, ja tarkastelua ohjasi lisäksi risteävien erojen näkökulma. Pääosin keskityttiin kouluikäisiin nuoriin. Kouluikäisten nuorten hyvinvoinnin vaihtelua perheen sosiaalisen aseman mukaisesti on tutkittu Suomessa jonkin verran, mutta useimmissa tutkimuksissa on keskitytty kerrallaan vain tiettyyn hyvinvoinnin osa-alueeseen, kuten terveyteen. Tässä tutkimuksessa hyvinvointi ymmärrettiin aiempaa laajemmin ja moniulotteisemmin.

Perusasteen opiskelijoiden välillä havaittiin selviä äidin koulutuksen mukaisia hyvinvointieroja kaikilla tutkituilla hyvinvoinnin osa-alueilla. Erityisesti alin koulutusryhmä (vain perusasteen koulutuksen suorittaneiden äitien lapset) eroaa muista ryhmistä hyvinvoinnin kannalta epäedullisesti, kun pidemmälle koulutettujen äitien lasten väliset erot ovat pieniä. Sosiaalisen taustan yhteys hyvinvointiin oli suurimmaksi osaksi samansuuntainen yläkoululaisilla pojilla ja tytöillä – pojilla tosin äidin koulutuksen mukaiset erot olivat tosin hieman suurempia kuin tytöillä. Näin on siitä huolimatta, että sukupuolen mukaiset hyvinvointierot olivat selviä lähes kautta linjan. Vaikka tutkimusjakso oli verraten lyhyt, vähän koulutetuista perheistä tulevien lasten epäedullinen asema vaikuttaa pysyvältä, sillä koulutusryhmien väliset erot eivät olennaisesti muuttuneet tarkastelujakson (2013–2017) aikana.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan perheen matalan koulutustason mukaiset erot ilmenevät usealla hyvinvoinnin ulottuvuudella ja ne näyttäisivät olevan luonteeltaan pysyviä. Vaikka nuoruutta on pidetty suhteellisen pienten terveyserojen elämänvaiheena (West 1997), näkyvät sosioekonomiset erot nuoruudessa myös aikaisemman tutkimuksen mukaan monissa terveysvasteissa, kuten tapaturmissa ja myrkytyksissä, mielenterveydessä ja koetussa terveydessä (Reiss ym. 2013; Elgar ym. 2015; Chen ym. 2016; HBSC 2016). Lisäksi eroja on havaittu muun muassa elintavoissa (Lehto ym. 2009; Parikka ym. 2015), arjenhallinnassa (Kestilä ym. 2015) ja osaamistasossa (Vettenranta ym. 2016a; Vettenranta ym. 2016b; PISA 2017). Perhetausta määrittää aikaisemman tutkimuksen mukaan myös nuoren käsitystä itsestään, itsetuntoa, turvallisuuden tunnetta sekä perheen yhdessä viettämää aikaa (Koivusilta 2017). Tuoreessa vuoden 1997 syntymäkohorttia käsittelevässä tutkimuksessa todettiin, että vanhempien matala koulutusaste ja heikko taloudellinen tilanne ovat selkeästi yhteydessä nuorten hyvinvointiin ja esimerkiksi koulumenestys määrittyy vanhempien taloudellisen tilanteen mukaan (Ristikari ym. 2018). Myös aikuisväestössä hyvinvointi ja terveys vaihtelevat selvästi koulutustason mukaan: heikoin hyvinvointi ja terveys on niillä, joilla ei ole perusasteen jälkeistä tutkintoa (Lahelma ym. 2017 ; Lahelma & Rahkonen 2017).

Nuorten hyvinvoinnin on todettu vaihtelevan myös koulumenestyksen (Penanen ym. 2012; Kotila 2015; Koivusilta ym. 2006) ja toisen asteen koulutusvalintojen mukaisesti (Luopa ym. 2014; Ruokolainen & Mäki 2015). Niinpä selviä eroja odottaisi ilmenevän myös toisen asteen opiskelijoiden välillä. Lukioiden ja ammattioppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijoiden väliset hyvinvointierot olivat kuitenkin tämän tutkimuksen tulosten mukaan melko pieniä, kun hyvinvointia tarkasteltiin laajasti eri ulottuvuudet huomioiden. Lisäksi erot olivat osin riippuvaisia sukupuolesta ja erojen suunta vaihteli. Ammattioppilaitoksissa ja lukioissa opiskelevien terveyden ja elintapojen eroja on Suomessa tutkittu jo 1970-luvulta lähtien. Näissä tutkimuksissa on viitattu näiden ryhmien välisiin eroihin muun muassa koetussa terveydessä ja elintavoissa, kuten alkoholinkäytössä ja tupakoinnissa (Karvonen & Koivusilta 2010; Luopa ym. 2014). Elintapoja ei tässä tutkimuk-

sessä tarkasteltu, mutta ammattioppilaitoksissa opiskelevien huonompi koettu terveys havaittiin vain tytöillä. Kokonaisuutena näyttää siis siltä, että ammattioppilaitoksissa ja lukioissa opiskelevien nuorten hyvinvoinnin erot eivät ole kovin suuria, kun hyvinvointia tarkastellaan moniulotteisesti, kuten tässä luvussa on tehty. Äidin koulutuksen mukaiset erot näkyvät kuitenkin selvästi: kuten yläkoulussa, myös toisella asteella vain perusasteen suorittaneiden äitien lapset pärjäävät selvästi heikommin kuin muiden koulutusryhmien lapset. Risteäviä eroja tarkasteltaessa havaitaan kuitenkin, että äidin koulutuksen mukaiset hyvinvointierot ovat jyrkempiä lukioissa opiskelevilla. Jatkotutkimuksissa tulisi eritellä edelleen sitä, miten sukupuoli risteää perheen ja nuoren oman koulutus suunnan kanssa.

Yhteenvetona voi todeta, että äidin koulutuksen vaikutus näkyy kaikenikäisillä nuorilla selvästi. Sen sijaan nuoren oman koulutusvalinnan mukaiset erot ovat epäjohdonmukaisia ja pääosin melko pieniä. Vaikka vanhempien koulutustausta ennustaa heidän jälkeläistensä koulutusvalintoja ja koulutusta (esim. Witting & Keski-Petäjä 2016) – ja myös siis nuorten hyvinvointia monin tavoin – koulutuslinjan valinta ei erottele nuoria samassa määrin. Poikkeus tähän sääntöön ovat nuoret, jotka jäävät toisen asteen koulutuksen ulkopuolelle. Aiempi tutkimus viittaa siihen, että monet hyvinvoinnin vajeet ja riskit kasautuvat juuri tähän ryhmään (Aaltonen ym. 2010; Sipilä ym. 2011; Myrskylä 2012; Ilmakunnas ym. 2015).

Poikkileikkaustarkastelun rinnalla pyrittiin ennakoimaan siinä havaittujen erojen vaikutuksia myöhemmällä iällä. Kansallisen syntymäkohortti 1987 -aineiston avulla eriteltiin koulutusuraa ja toimeentuloa. Tarkastelu osoitti, että vanhempien koulutusaste ennustaa voimakkaasti nuoren koulumenestystä ja koulumenestys vastaavasti yhteishaun lopputulosta. Vuonna 1987 syntyneiden yhteishakutiedot olivat vuodelta 2003. Kun tätä kohorttia seurattiin edelleen vuoteen 2015 asti – tuolloin nuoret olivat 28-vuotiaita – ilmeni, että vanhempien koulutusaste oli selvästi yhteydessä nuorten toimeentulotukikokemuksiin. Vaikka toimeentulotuen saanti oli yleisempää vain perusasteen koulutuksen suorittaneiden vanhempien lapsilla, keskiansioiden erot olivat tämänikäisillä pienempiä. Nuorten aikuisten elämäntilanteet vaihtelevat paljon, mikä näkyy tulotasossa, joten tuloerot todennäköisesti muuttuvat selvästi myöhemmin, kun ammattiasema vakiintuu. Tutkimuksen tulokset vahvistavat aiempia havaintoja lapsuuden perheen sosiaalisen aseman vaikutuksista nuorten aikuisten hyvinvointiin.

Tämän tutkimuksen perusteella hyvinvoinnin edistämisen toimia tulisi kohdistaa erityisesti heikoimmassa asemassa oleviin perheisiin. Tukitoimissa tulisi painottaa etenkin varhaista, ehkäisevää ja matalan kynnyksen toimintaa, kuten perheiden kotipalvelu. Huono-osaisuuden ylisukupolvisen kierteen katkaiseminen edellyttää pitkäjänteistä ja sektorit ylittävää ja yhdistävää työtä palvelujen kehittämiseksi siten, että ne tukevat koko kasvuympäristöä ja sitä kautta ylläpitävät ja rakentavat hyvinvointia.

Väestöryhmien välisten hyvinvointierojen vähentäminen edellyttää kuitenkin erityisesti rakenteellisia toimia, kuten esimerkiksi heikommassa asemassa olevien perheiden toimeentulon ja hyvinvoinnin tukemista tulonsiirroin ja palveluin. Eriarvoisuuden vähentämisessä etenkin näiden ihmisten elinolojen ja elämänmahdollisuuksien parantaminen on tärkeää (Lundberg 2017). Päätöksenteossa tulisi varmistaa, ettei tehdä sellaisia ratkaisuja, jotka entisestään heikentävät erityisesti heikossa asemassa olevien nuorten tilannetta. Hyvinvointierojen kaventaminen edellyttää, ettei matala koulutustaso määritä hyvinvointia.

Tämän luvun aikaisempi versio on julkaisu Suomen sosiaalinen tila -raporttina nro 3/2018: Kestilä, Laura & Karvonen, Sakari & Parikka, Suvi & Seppänen, Johanna & Haapakorva, Pasi & Sutela, Elina (2018): Vanhempien koulutus ennustaa nuorten hyvinvointia pitkälle aikuisuuteen. Tutkimuksesta tiiviisti 19/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

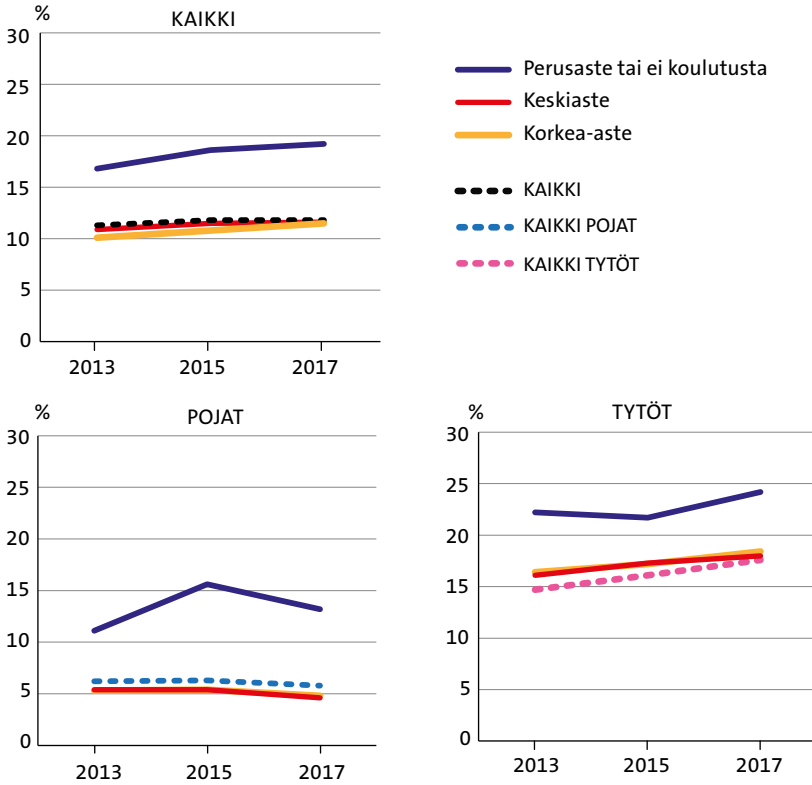
Lähteet

- Aaltonen, Mikko (2010): Nuorten aikuisten koulupudokkuus, työttömyys ja väkivaltarikollisuus – väkivallan tekijät ja uhrit kansallisesti edustavan rekisteriaineiston valossa. *Oikeus* 39 (3) 220–247.
- Allardt, Erik (1976): Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Porvoo:WSOY.
- Allardt, Erik (1993): Having, loving, being: an alternative to the Swedish model of welfare research. Teoksessa: Martha Nussbaum & Amartya Sen (toim.): *The Quality of Life*. Oxford: Clarendon Press.
- Berg, Noora & Huurre, Taina & Kiviruusu, Olli (2011): Nuoruusiän huono-osaisuus ja sen kasautumisen yhteys kuolleisuuteen. *Seurantatutkimus 16-vuotiaista nuorista. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 48 (3), 168–181.
- Chen, Edith & Martin, Andrew D. & Matthews, Karen A. (2016): Socioeconomic status and health: do gradients differ within childhood and adolescence? *Social Science & Medicine* 62, 2161–70.
- Elgar, Frank & Pfortner, Timo-Kolja & Moor, Irene & De Clercq, Bart & Stevens, Gonke W.J.M. & Currie Candace (2015): Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *The Lancet* 385, 2088–95.
- HBSC (2016): Growing up unequal. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/growing-up-unequal.-hbsc-2016-study-20132014-survey>
- Ilmakunnas, Ilari & Kauppinen, Timo M. & Kestilä, Laura (2015): Sosioekonomisten syrjäytymisriskien kasautuminen vuonna 1977 syntyneillä nuorilla aikuisilla. *Yhteiskuntapolitiikka* 80 (3) 247–262.
- Ilmakunnas, Ilari & Kestilä, Laura & Karvonen, Sakari & Kauppinen, Timo M. (2017): Elämänkulku terveys sosiologiassa. Teoksessa Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Tomi Mäki-Opas Tomi (2017): *Terveys sosiologian linjoja*. Helsinki: Gaudeamus, 76–84.

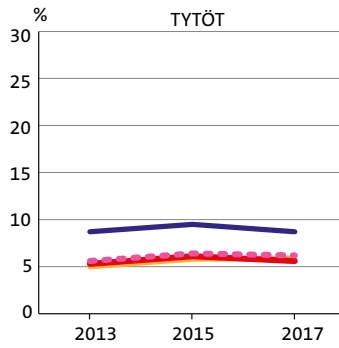
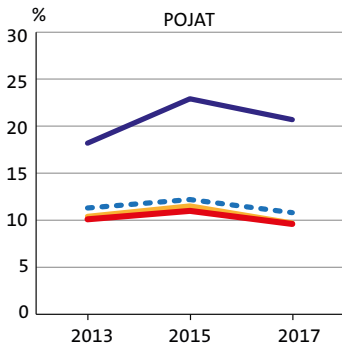
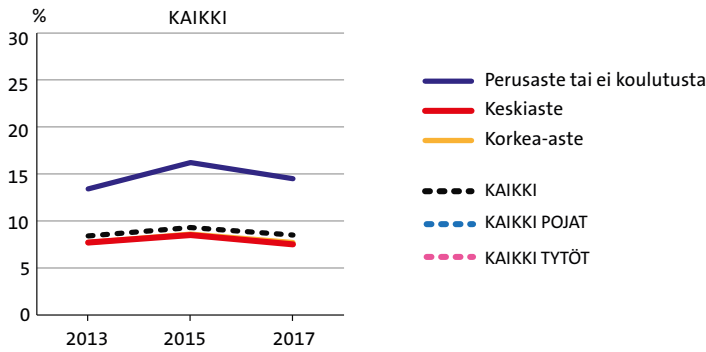
- Karvonen, Sakari & Koivusilta Leena (2010): Väestöryhmien väliset erot – onko väite nuorten terveyskehityksen ja hyvinvoinnin polarisoitumisesta totta? Teoksessa Timo Ståhl & Arja Rimpelä (toim.)(2010): Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 79–92.
- Kestilä, Laura & Kauppinen, Timo & Karvonen, Sakari (2015): Lapsuuden elinolojen yhteys arjenhallintaan nuorilla aikuisilla. Teoksessa: Sami Myllyniemi (toim.): Arjen jäljillä – Nuorisobarometri 2015. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto, 117–134.
- Kestilä, Laura & Rahkonen, Ossi (2011): Lapsuuden elinolot ja aikuisuuden terveys. Teoksessa: Mikko Laaksonen & Karri Silventoinen (toim.) (2011): Sosiaaliepideemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Helsinki: Gaudeamus, 226–243.
- Koivusilta, Leena (2010): Miten terveyserot muodostuvat? Sosioekonomisen aseman mittaamisesta nuoruusiässä. Teoksessa: Heikki Ervasti & Susan Kuivalainen & Leo Nyqvist (toim.)(2010): Köyhyys, tulonjako ja eriarvoisuus. Tutkimuksia nro 2. Turku: TCWR, 136–161.
- Koivusilta, Leena & Rimpelä Arja & Kautiainen S. (2006): Health inequality in adolescence. Does stratification occur by familial social background, family affluence, or personal social position? BMC Public Health 6, 110.
- Koivusilta, Leena (2017): Perhetaustaan liittyvät erot perusopetuksen oppilaiden hyvinvoinnissa Seinäjoella. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Kotila, Anni (2015): Koulumenestys ja terveys. Tampereen yliopisto, syventävien opintojen kirjallinen työ MetrOP -aineistosta. Lokakuu 2015.
- Lahelma, Eero & Rahkonen Ossi (2017): Sosiaalinen rakenne ja terveys. Teoksessa: Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Tomi Mäki-Opas (toim.): Terveys sosiologian linjoja. Helsinki: Gaudeamus, 19–39.
- Lahelma, Eero & Pentala, Oona & Helldán, Anni & Helakorpi, Satu & Rahkonen Ossi (2017): Koetun terveyden koulutusryhmittäiset erot ovat pysyneet tasaisen suurina. Suomen Lääkärilehti 72, 1631–1636.
- Lehto, Reetta & Corander, Clary & Ray, Carola & Roos, Eva (2009): Perheen sosioekonomisen aseman ja perherakenteen yhteydet alakouluikäisten lasten terveellisiin elintapoihin. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 46, 258–271.
- Lundberg, Olle (2017): The next step towards more equity in health in Sweden – How can we close the gap in a generation? Tukholma: Kommissionen för Jämlik Hälsa.
- Luopa, Pauliina & Kivimäki, Hanne & Matikka, Anni & Vilkkilä, Suvi & Jokela, Jukka & Laukkarinen, Essi & Paananen Reija (2014): Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000–2013 – Kouluterveyskyselyn tulokset. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Myrskylä, Pekka (2012): Hukassa – keitä ovat syrjäytyneet nuoret? EVA analyysi 19. Elinkeinoelämän valtuuskunta.
- Parikka, Suvi & Mäki, Päivi & Levälähti, Esko & Lehtinen-Jacks, Susanna & Martelin, Tuija & Laatikainen, Tiina (2015): Associations between parental BMI, socioeconomic factors, family structure and overweight in Finnish children. BMC Public Health Mar 19 (15), 271.
- Pennanen, Marjaana & Vartiainen, Erkki & Haukkala, Ari (2012): The role of family factors and school achievement in the progression of adolescents to regular smoking. Health Education Research 27, 57–68.
- PISA (2017): <http://dx.doi.org/10.1787/9789264273856-en>
- Reiss, Franziska (2013): Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. Social Science & Medicine 90, 24–31.
- Ristikari, Tiina & Haapakorva, Pasi & Kiilakoski, Tomi & Merikukka, Marko & Hautakoski, Ari & Pekkarinen, Elina & Gissler, Mika (2016): Suomi nuorten kasvuympäristönä. 25 vuoden seuranta vuonna 1987 Suomessa syntyneistä nuorista aikuisista. Raportti 9/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ja Nuorisotutkimus-verkosto/Nuorisotutkimusseura.
- Ristikari, Tiina & Keski-Säntti, Markus & Sutela, Elina & Haapakorva, Pasi, & Kiilakoski, Tomi & Pekkarinen, Elina & Käärälä, Antti & Aaltonen, Mikko & Huotari, Tiina & Merikukka, Marko & Salo, Jarmo & Juutinen, Aapo & Pesonen-Smith, Anna & Gissler, Mika (2018): Suomi lasten kasvuympäristönä. Kahdeksantoista vuoden seuranta vuonna 1997 syntyneistä. Raportti 7/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Ruokolainen, Otto & Mäki, Netta (2015): Koulutuksellinen asema ja päihteiden käyttö nuorilla: erot ammatillisessa oppilaitoksessa ja lukioissa opiskelevilla. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 52, 47–59.

- Simpura, Jussi (2012): Taasko keisarin uudet vaatteen? Koettu hyvinvointi eurooppalaisessa puntarissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 77 (6): 688–692.
- Stiglitz, Joseph & Sen, Amartya & Fitoussi, Jean-Paul (2009): Report by the Commission on Measurement of Economic Performance and Social Progress 2009. Eurostat. <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/118025/118123/Fitoussi+Commission+report>
- Sipilä, Noora & Kestilä, Laura & Martikainen, Pekka (2011): Koulutuksen yhteys nuorten työttömyyteen. Mihin peruskoulututkinto riittää 2000-luvulla? *Yhteiskuntapolitiikka* 76(2), 121–134.
- Vettenranta J & Välijärvi, Jouni & Ahonen, Arto & Hautamäki, Jarkko & Hiltunen, Jenna & Leino, Kaisa & Lähtinen, Suvi & Nissinen, Kari & Nissinen, Virva & Puhakka, Eija & Rautopuro, Juhani & Vainikainen, Mari-Pauliina (2016a): PISA 15 Ensituloksia. Huipulla pudotuksesta huolimatta. *Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja* 2016:41.
- Vettenranta, Jouni & Hiltunen, Jenna & Nissinen, Kari & Puhakka, Eija & Rautopuro, Juhani (2016b): Lapsuudesta eväät oppimiseen. Neljännen luokan oppilaiden matematiikan ja luonnontieteiden osaaaminen. Kansainvälinen TIMMS-tutkimus Suomessa. Jyväskylän yliopisto: Koulutuksen tutkimuslaitos.
- West, Patrick (1997): Health inequalities in the early years: is there equalisation in youth? *Social Science & Medicine* 44, 833–858.
- Witting, Mika & Keski-Petäjä, Miina (2016): Vanhempien koulutus vaikuttaa lasten valintoihin. *Tieto&trendit – talous- ja hyvinvointikatsaus*. Tilastokeskus, 29–37.

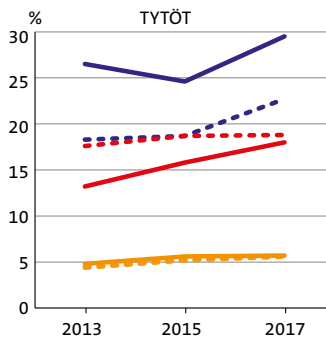
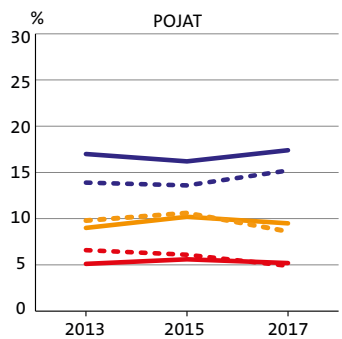
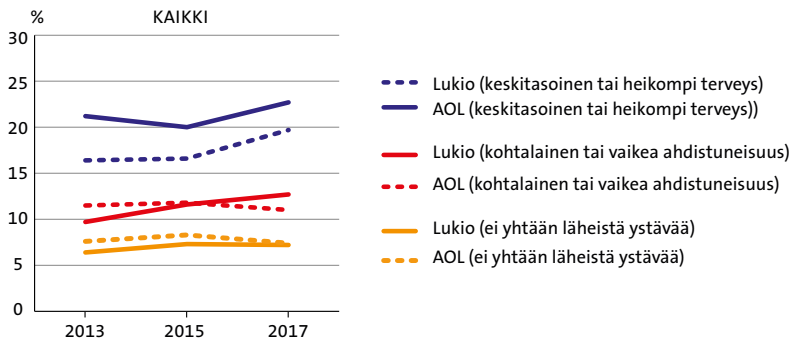
Liitteet



LIITEKUUVIO 7.1. Kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus äidin koulutuksen mukaan 8.–9.-luokan oppilailta vuosina 2013, 2015 ja 2017. Tytöt, pojat ja yhteensä, (%). N = 73 680. Lähde: Kouluterveyskyselyt 2013, 2015 ja 2017.



LIITEKUVIO 7.2. Ystävien puute ("ei yhtään läheistä ystävää") äidin koulutuksen mukaan 8.–9. luokan oppilailla vuosina 2013, 2015 ja 2017. Tytöt, pojat ja yhteensä, (%). N = 73 680. Lähde: Kouluterveyskyselyt 2013, 2015 ja 2017.



LIITEKUVIO 7.3. Lukioiden ja ammattioppilaitosten opiskelijoiden väliset hyvinvointierot vuosina 2013, 2015 ja 2017. Lukiot N = 34 961 ja AOL N = 31 188. Lähde: Kouluterveyskyselyt 2013, 2015 ja 2017.

Liite 7.1. Käytettyjen muuttujien kuvaukset (Kouluterveyskysely 2017)

Äidin koulutus

Perustuu kysymykseen: ”Mikä on korkein koulutus, jonka vanhempasi ovat suorittaneet? Äiti” Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) peruskoulu tai vastaava, 2) lukio tai ammatillinen oppilaitos, 3) lukion tai ammatillisen oppilaitoksen lisäksi ammatillisia opintoja, 4) yliopisto, ammattikorkeakoulu tai muu korkeakoulu. Vastauksista muodostettiin kolmiluokkainen muuttuja: perusaste (peruskoulu tai vastaava), keskiaste (lukio tai ammatillinen oppilaitos, lukion tai ammatillisen oppilaitoksen lisäksi ammatillisia opintoja), korkea-aste (yliopisto, ammattikorkeakoulu tai muu korkeakoulu).

Perheen koettu taloudellinen tilanne melko huono tai erittäin huono

Perustuu kysymykseen: ”Millaiseksi arvioit perheesi taloudellisen tilanteen?” Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) erittäin hyväksi, 2) melko hyväksi, 3) kohtalaiseksi, 4) melko huonoksi, 5) erittäin huonoksi. Tarkastelussa on vastausvaihtoehdon 4) melko huonoksi tai 5) erittäin huonoksi vastanneiden osuus.

Ei jatko-opintosuunnitelmaa

Perustuu kysymykseen: ”Mihin aiot ensisijaisesti hakea opiskelemaan peruskoulun jälkeen?” Valitse yksi vaihtoehto. Vaihtoehtoina esitettiin 1) lukioon, 2) ammattikoulutukseen (ammattikoulu, oppisopimus), 3) ammatilliseen koulutukseen, jossa suoritan myös lukion kursseja, 4) kymppiluokalle, 5) en aio jatkaa enää opintoja 6) en tiedä. Tarkastelussa on vastausvaihtoehdon 5) en aio jatkaa enää opintoja tai 6) en tiedä vastanneiden osuus.

Koettu terveys keskinkertainen tai huonompi

Perustuu kysymykseen: ”Mitä mieltä olet terveydentilastasi?” Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) erittäin hyvä, 2) melko hyvä, 3) keskinkertainen, 4) melko tai erittäin huono. Tarkastelussa on vaihtoehdon 3) keskinkertainen tai 4) melko tai erittäin huono vastanneiden osuus.

Pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma

Perustuu kysymykseen: ”Onko sinulla jokin lääkärin toteama pitkäaikainen sairaus tai terveysongelma?” Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) ei, 2) kyllä. Tarkastelussa on vaihtoehdon 2) kyllä vastanneiden osuus.

Kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus

Perustuu kysymykseen: ”Kuinka usein seuraavat ongelmat ovat vaivanneet sinua lomakkeen täyttöä edeltäneen kahden viikon aikana?” Vastausvaihtoehtoina esitettiin: 1) ei lainkaan (0 pistettä), 2) useana päivänä (1 piste), 3) suurimpana osana päivistä (2 pistettä), 4) lähes joka päivä (3 pistettä). Summaindikaattori muodostuu seitsemästä osiosta: 1) hermostuneisuuden, ahdistuneisuuden tai kireyden tunne, 2) en ole voinut lopettaa tai hallita huolestumistani, 3) liiallinen huolestuneisuus erilaisista asioista,

4) vaikeus rentoutua, 5) niin levoton olo, että on vaikea pysyä aloillaan, 6) taipumus harmistua tai ärsyntyä helposti, 7) pelko siitä, että jotakin kauheaa saattaisi tapahtua. Pistemäärä voi vaihdella välillä 0–21 seuraavasti: 0–4 (vähäinen ahdistuneisuus), 5–9 (lievä ahdistuneisuus), 10–15 (kohtalainen ahdistuneisuus), 16–21 (vaikea ahdistuneisuus). Indikaattori perustuu GAD7-mittariin (*Generalized anxiety disorder*). Vastaajan on täytynyt vastata kaikkiin osioihin.

Keskusteluvaikeuksia vanhempien kanssa

Perustuu kysymykseen: ”Pystytkö keskustelemaan vanhempiesi kanssa omista asioistasi?” Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) en juuri koskaan, 2) silloin tällöin, 3) melko usein, 4) usein. Tarkastelussa on vaihtoehdon 1) en juuri koskaan vastanneiden osuus.

Tuntee itsensä yksinäiseksi

Perustuu kysymykseen: ”Tunnetko itsesi yksinäiseksi?” Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) en koskaan, 2) hyvin harvoin, 3) joskus, 4) melko usein, 5) jatkuvasti. Tarkastelussa on vaihtoehdon 4) melko usein tai 5) jatkuvasti vastanneiden osuus.

Ei yhtään läheistä ystävää

Perustuu kysymykseen: ”Onko sinulla tällä hetkellä todella läheistä ystävää, jonka kanssa voit keskustella luottamuksellisesti lähes kaikista omista asioistasi?” Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) ei ole läheisiä ystäviä, 2) on yksi läheinen ystävä, 3) on kaksi läheistä ystävää, 4) on useampia läheisiä ystäviä. Tarkastelussa on vaihtoehdon 1) ei ole läheisiä ystäviä vastanneiden osuus.

Kokee ongelmia oppimisyhteisön ilmapiirissä

Perustuu kysymykseen: ”Mitä mieltä olet luokastasi?” Kysymyspatterin alakysymyksiä esitettiin a) Luokassani on hyvä työrauha, b) Luokan ilmapiiri on sellainen, että uskallan vapaasti ilmaista mielipiteeni, c) Luokkani oppilaat viihtyvät hyvin yhdessä. Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) täysin samaa mieltä, 2) samaa mieltä, 3) eri mieltä ja 4) täysin eri mieltä. Tarkastelussa on kaikkiin alakysymyksiin vaihtoehdon 3) eri mieltä tai 4) täysin eri mieltä vastanneiden osuus.

Ei yhtään harrastusta

Perustuu kysymykseen: ”Kuinka usein teet seuraavia asioita kouluajan ulkopuolella?” Kysymyspatterin alakysymyksiä esitettiin a) Harrastan urheilua tai liikuntaa omatoimisesti, b) Harrastan ohjattua urheilua tai liikuntaa seuran tai järjestön tunneilla, harjoituksissa, kilpailuissa tai otteluissa, c) Osallistun jonkin muun seuran, yhdistyksen tai järjestön toimintaan, esim. partio, 4H-kerho, vapaapalokunta, seurakunta, d) Harrastan laulamista, soittamista tai näyttelemistä, e) Harrastan kirjoittamista, piirtämistä, maalaamista, valokuvaamista tai videokuvaamista, f) Teen käsi- tai puutöitä, askartelen tai korjaan koneita tai laitteita, g) Seuraan uutisia televisiosta, sanomalehdistä tai netistä, h) Hoidan lemmikkiä tai kotieläintä tai oleskelen luonnossa, i) Luen kirjoja omaksi ilokseni, j) Harrastan säännöllisesti jotain muuta. Vastausvaihtoehdot: 1) lähes päivittäin, 2) joka viikko, 3) joka kuukausi,

4) harvemmin, 5) en koskaan. Tarkastelussa on kaikkiin alakysymyksiin vaihtoehdon 5) en koskaan vastanneiden osuus.

Vaikeuksia koetussa elämänhallinnassa

Perustuu kysymykseen: ”Kuinka hyvin seuraavat väittämät kuvaavat tuntemuksiasi tällä hetkellä?”. Kysymyspatterin alakysymyksenä esitettiin ’Koen elämäni olevan hyvin hallinnassani’. Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) täysin samaa mieltä, 2) samaa mieltä, 3) ei samaa eikä eri mieltä 4) eri mieltä ja 5) täysin eri mieltä. Tarkastelussa on vaihtoehdon 4) eri mieltä tai 5) täysin eri mieltä vastanneiden osuus.

Tyytymätön elämäänsä

Perustuu kysymykseen: ”Oletko elämäsi tällä hetkellä” Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) erittäin tyytyväinen, 2) melko tyytyväinen, 3) en tyytyväinen enkä tyytymätön, 4) melko tyytymätön, 5) erittäin tyytymätön. Tarkastelussa on vaihtoehdon 4) melko tyytymätön tai 5) erittäin tyytymätön vastanneiden osuus.

Osallistunut poliittiseen toimintaan

Perustuu kysymykseen: ”Oletko osallistunut tämän lukuvuoden aikana seuraaviin toimintoihin?” Kysymyspatterin alakysymyksenä esitettiin ’Osallistunut poliittiseen toimintaan’. Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) kyllä, 2) en. Tarkastelussa on vaihtoehdon 1) kyllä vastanneiden osuus.

Hyvät vaikutusmahdollisuudet koulussa

Perustuu kysymykseen: ”Millainen mahdollisuus sinulla on ollut vaikuttaa seuraaviin asioihin koulussasi tämän lukuvuoden aikana?” Kysymyspatterin alakysymyksinä esitettiin a) oppituntien järjestelyihin vaikuttaminen (esim. työskentelytavat), b) koulutyön tai opiskelun suunnittelu (mm. oppituntien sijoittelu, koulupäivän alkamisajankohta, koejärjestelyt), c) välituntien tai taukojen suunnittelu tai toteutus, d) koulun tai oppilaitoksen yhteisten sääntöjen laatiminen, e) koulutilojen tai oppilaitoksen tilojen suunnittelu tai siistiminen, f) kouluruokailu (mm. ruokalistat, tilojen viihtyvyys), g) koulun tai oppilaitoksen teemapäivien, juhlien, retkien ja leirikoulun järjestäminen. Vastausvaihtoehdot: 1) erittäin hyvä (3 pistettä), 2) melko hyvä (2 pistettä), 3) ei hyvä eikä huono (1 piste), 4) melko huono (0 pistettä), 5) erittäin huono (0 pistettä). Tarkastelussa ovat ne vastaajat, jotka ovat saaneet yhteensä vähintään 14 pistettä.

8

Työttömien ja työllisten koettu työkyky ja toimeentulo

Työkyky on tärkeä hyvinvoinnin mittari työikäisessä väestössä, sillä se kuvaa niin yksilön mahdollisuuksia pysyä työelämässä kuin työllistyä uudelleen työttömyyden kohdatessa. Tässä luvussa tarkastelemme työttömien ja työllisten välisiä eroja koetussa työkyvyssä. Lisäksi tutkimme työvoima-aseman ja heikentyneen työkyvyn välisiä yhteyksiä sukupuolen, iän, siviilisäädyn, koulutuksen ja koetun terveydentilan mukaan sekä työvoima-aseman ja heikentyneen työkyvyn välisiä risteäviä eroja suhteessa koettuun toimeentuloon. Työttömien ja työllisten välisissä hyvinvointieroissa toimeentulo on yksi tärkeä erottelija, mutta toimeentulovaikeuksien tarkastelu työkyvyn yhteydessä on ollut vähäistä. Tulosten mukaan työttömien koettu työkyky on kaikilla tarkastelluilla mittareilla heikompi kuin työllisten. Erityisesti iäkkäämmillä työttömillä on selvästi useammin heikko koettu työkyky kuin iäkkäämmillä työllisillä. He uskovat myös huomattavasti harvemmin kykenevänsä työskentelemään vanhuuseläkeikään asti. Toimeentulovaikeudet ovat yhteydessä heikentyneeseen työkykyyn, ja yhteys on hieman vahvempi työllisillä kuin työttömillä. Riittävän toimeentulon turvaaminen ja varhaiset työkykyä tukevat toimet ovat olennaisia työkyvyn ylläpitämisessä niin työttömillä kuin työllisillä.

Työurien pidentäminen ja työllisyysasteen nostaminen ovat tärkeitä tavoitteita Suomessa elinajan pidentyessä ja väestön ikääntyessä. Työurat ovat Suomessa pidentyneet selvästi 2000-luvulla, sekä tehtyinä työurina että työllisen ajan odotteena. Toteutuneet työurat pitenevät vuodesta 2006 vuoteen 2010 keskimäärin 2,4 vuotta. Toteutunut työuran pituus oli vuonna 2011 keskimäärin 32,5 vuotta kaikista eläkkeelle siirtyneistä laskettuna. Pääosa työllisen ajan kasvusta tuli työuran loppupäähän. (Järnefelt ym. 2013.)

Suomen tavoitteena on Eurooppa 2020 -strategian mukaisesti, että 78 prosenttia 20–64-vuotiaista suomalaisista käy töissä vuoteen 2020 mennessä. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen tavoitteena on työllisyysasteen nosto 72 prosenttiin hallituskauden aikana. Työllisyysasteen kausi- ja satunnaisvaihtelusta tasoitettu trendi lokakuussa 2018 oli 71,8 prosenttia ja työttömyysasteen trendi oli 7,2 prosenttia (Työvoimatutkimus 2018). Lokakuussa 2018 työttömänä työnhakijana oli reilut 230 000 henkilöä, joista pitkäaikaistyöttömänä oli noin 68 000 henkilöä. Työttömien määrä laski edellisvuoteen verrattuna yli 40 000 henkilöllä, ja pitkäaikaistyöttömien määrä laski noin 26 000 henkilöllä. (TEM 2018; ks. työllisyyden ja työttömyyden kehityksestä myös Karvonen ym. luku 2 tässä teoksessa).

Työurien keskimääräisestä pidentymisestä ja työttömyyden laskusta huolimatta väestössä on ryhmiä, joiden työurissa nähdään haasteita. Esimerkiksi perusasteen koulutuksen varaan jäävistä on muodostumassa ryhmä, jonka työuria leimaa runsas työttömyys ja korkea työkyvyttömyysriski. Myös työkyvyltään heikentyneet ovat yksi ryhmä, jolle kertyy sekä työkyvyttömyyttä että työttömyysjaksoja. (Shemeikka ym. 2017.)

Tässä luvussa tarkastelemme työttömien ja työllisten välisiä eroja koetussa työkyvyssä. Lisäksi tutkimme työvoima-aseman ja heikentyneen työkyvyn välisiä yhteyksiä sukupuolen, iän, siviilisäädyn, koulutuksen ja koetun terveydentilan mukaan sekä työvoima-aseman ja heikentyneen työkyvyn välisiä risteäviä eroja suhteessa koettuun toimeentuloon.

Aineisto ja menetelmät

Työttömyyden tiedetään olevan yhteydessä monenlaisiin puutteisiin yksilön hyvinvoinnissa, kuten heikkoon terveyteen, masennukseen, yksinäisyyteen ja heikkoon koettuun elämänlaatuun (esim. Karvonen 2008; Ervasti & Venetoklis 2010; Kauppinen ym. 2010; Wanberg 2012; Kokko ym. 2013; Leeman ym. 2018). Työttömien ja työllisten välillä on selviä eroja koetussa hyvinvoinnissa, jotka näkyvät erityisen selvästi taloudellisessa toimeentulossa (Kauppinen ym. 2010; Saikku ym. 2014). Työttömyyteen liittyvän taloudellisen rasitteen on nähty toimivan välittävänä tekijänä, ja siten selittävän hyvinvointieroja työttömien ja työllisten välillä (Ervasti & Venetoklis 2010; Talala ym. 2014).

Tässä luvussa otamme tarkastelun kohteeksi yhden hyvinvoinnin mittarin, työkyvyn. Tarkastelemme työttömien ja työllisten välisiä eroja koetussa työkyvyssä neljän kysymyksen avulla: 1) Miten työttömien ja työllisten koettu työkyky eroaa toisistaan? 2) Eroavatko työkykynsä heikentyneeksi arvioivat työttömät ja työlliset toisistaan erilaisten taustatekijöiden suhteen? 3) Miten sukupuoli, ikä, siviilisääty, koulutus tai koettu terveydentila selittävät heikentyneen työkyvyn ja työvoima-aseman välistä yhteyttä? ja 4) Millaisia risteäviä eroja on todettavissa toimeentulokokemusten ja heikentyneen työkyvyn välillä työvoima-aseman mukaisessa tarkastelussa?

Aineistona käytämme *Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimusta*¹ (ATH, sittemmin FinSote) vuosilta 2013–2015. Tarkastelumme kohteena ovat 20–64-vuotiaat vastaajat, jotka ovat joko kokopäivätyössä² tai ovat työttöminä tai lomautettuina (taulukko 8.1). Ensimmäistä ryhmää kutsumme tässä artikkelissa työllisiksi, jälkimmäistä työttömiksi. Otokoko kaikkina kolmena vuonna oli yhteensä 115 563 henkilöä. Vastanneita oli valituissa ryhmissä yhteensä 43 710 henkilöä: vastaajista kokopäivätöissä oli 39 072 (89 %) ja työttömiä tai lomautettuja 4 638 (11 %).

Koettua työkykyä tarkastelemme kolmen kysymyksen avulla, jotka sisältyvät Työkykyindeksiin (TKI). Näistä erityisesti työkykypistemäärää käytetään myös erillisenä työkyvyn osoittimena (Gould & Ilmarinen 2010, 34). Työkykypistemäärässä henkilö suhteuttaa nykyisen työkykynsä elinaikaiseen parhaimpaan työkykynsä asteikolla 0–10. Toinen kysymys käsittelee työkykyä tämänhetkisen tai viimeisimmän työn ruumiillisten ja henkisten vaatimusten kannalta. Vastaja arvioi työkykyään molempien kannalta viisiportaisesti erittäin hyvästä erittäin huonoon. Kolmannessa kysymyksessä vastaaja arvioi kykenevyyttään terveytensä puolesta työskentelemään ammatissaan tai viimeisimmässä työssään vanhuuseläkeikänsä saakka neliportaisella asteikolla: kyllä, todennäköisesti kyllä, todennäköisesti en tai en.

Työttömien ja työllisten koetun työkyvyn erojen tarkastelun jälkeen tutkimme heikentyneen työkyvyn ja työvoima-aseman yhteyttä mahdollisiin eroja selittäviin tekijöihin: sukupuoleen, ikäryhmään, koulutustasoon, siviilisäätyyn ja koettuun terveyteen. Heikentyneeksi työkyvyksi määrittelimme enintään 7 työkykypistemäärässä ja sen, ettei henkilö usko kykenevänsä työskentelemään terveytensä puolesta vanhuuseläkeikänsä asti (vastausvaihtoehdot en tai todennäköisesti en).

Kolmanneksi tarkastelemme heikentyneen työkyvyn ja työvoima-aseman välisiä risteäviä eroja suhteessa koettuun toimeentuloon. Tarkastelemme toimeentuloa kahden kysymyksen avulla: kuinka helposti tai hankalasti vastaaja arvioi

1 ATH on vuonna 2010 käynnistynyt Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toteuttama kyselytutkimus. Sen avulla seurataan hyvinvoinnissa, terveydessä, palvelujen tarpeessa, palvelujen käytössä ja niiden riittävydessä tapahtuneita muutoksia väestössä ja eri väestöryhmissä.

2 Aineistossa osa-aikatyössä olevat olivat samassa ryhmässä osa-aikaeläkkeellä olevien kanssa, joten päädyimme käyttämään vain kokopäivätyössä olevia työllisiä kuvaavana tutkimusjoukkona.

kotitaloutensa pystyvän kattamaan menonsa tuloillaan (erittäin hankalaa – hyvin helppoa), ja onko vastaaja viimeisen 12 kuukauden aikana pelännyt ruuan loppumista ennen kuin saa rahaa sen ostamiseen, joutunut tinkimään lääkkeiden ostosta tai jättänyt käymättä lääkärillä rahan puutteen vuoksi (kyllä – en). Toimeentulovaikeudeksi määrittelimme sen, että menojen kattaminen tuloilla on vähintään melko hankalaa. Toisesta kysymyksestä muodostamme summamuuttujan, jossa vastaajalla katsotaan olevan toimeentulovaikeuksia, jos hän ilmoittaa vähintään yhden kolmesta esitetystä asiasta toteutuvan.

Analyysimenetelmänä käytämme ristiintaulukointia sekä logistista regressioanalyysia. Ristiintaulukoinnilla tarkastelemme työllisten ja työttömien välisiä eroja koetussa työkyvyssä sekä suhteessa erilaisiin taustatekijöihin (sukupuoli, ikäryhmä, siviilisäätö, koulutuksen pituus ja koettu terveydentila). Työvoima-aseman mukaisen heikentyneen työkyvyn erojen yhteyttä mahdollisiin selittäviin taustatekijöihin testataan logistisella regressioanalyysillä. Logistisessa regressioanalyysissä tarkastellaan heikentyneitä työkykyä työvoima-aseman mukaisissa ryhmissä, ottaen huomioon mahdollisia selittäviä tekijöitä. Analyysissä vakioidaan sukupuoli, ikäryhmä, siviilisäätö, koulutus ja koettu terveydentila. Tulokset esitetään vetosuhteina, *odds ratioina* (OR), 95 prosentin luottamusvälein.

Heikentyneen työkyvyn ja taloudellisen toimeentulon kokemusten eroja työttömällä ja työllisillä analysoidaan ristiintaulukoinnin avulla, 95 prosentin luottamusvälein. Kaikki analyysit on tehty katoa korjaavalla painotuksella.

Koetun työkyvyn erot työvoima-aseman mukaan

Työttömistä 39 prosenttia arvioi työkykynsä heikentyneeksi (korkeintaan 7 työkykykypistettä), työllisistä vain 13 prosenttia (taulukko 8.1). Yli kymmenen prosenttia työttömistä kokee työkykynsä erittäin heikoksi (työkykykypisteet 0–4), työllisistä vain yksi prosentti. Liki 90 prosenttia työllisistä arvioi työkykynsä hyväksi, työttömistä vain 60 prosenttia.

Työttömät kokevat työkykynsä työllisiä heikommaksi sekä työn ruumiillisten että henkisten vaatimusten kannalta. Työttömät arvioivat työkykynsä paremmaksi niin viimeisimmän työnsä henkisten vaatimusten kuin ruumiillisten vaatimusten kannalta, kun työllisillä vastaavaa eroa ei ole. Useampi kuin joka kymmenes työttömistä kokee työkykynsä huonoksi työn ruumiillisten vaatimusten kannalta, työllisistä vain kolme prosenttia. Kahdella prosentilla työttömistä ei ole lainkaan kokemusta ansiotyöstä. Työttömistä noin joka viides arvioi työkykynsä kohtalaiseksi työn ruumiillisten ja henkisten vaatimusten kannalta, työllisistä noin joka kymmenes. Tämä voi kertoa vaikeudesta arvioida työkykyä työttömänä, ilman työtä johon tilannettaan suhteuttaa (vrt. Pensola ym. 2006; Saikku 2013; Leeman ym. 2018).

TAULUKKO 8.1. Itse arvioitu työkykypistemäärä, työkyky tämänhetkisen tai viimeisimmän työn ruumiillisten ja henkisten vaatimusten kannalta sekä uskooko terveytensä puolesta pystyvänsä työskentelemään vanhuuseläkeikään saakka työllisillä ja työttömillä (%) sekä 95 %:n luottamusväli. Lähde: ATH 2013–2015.

	Työllinen (N = 37 722–38 078)	Työtön (N = 4 433–4 505)
Työkykypistemäärä		
0	0 (0–0)	3 (2–4)
1–4	1 (1–1)	9 (8–11)
5–7	12 (12–13)	27 (25–29)
8–10	87 (86–87)	61 (59–63)
Työkyky nykyisen tai viimeisimmän työn ruumiillisten vaatimusten kannalta		
Erittäin hyvä	45 (45–46)	27 (25–28)
Melko hyvä	40 (39–40)	36 (34–38)
Kohtalainen	12 (12–13)	21 (20–23)
Melko huono	2 (2–3)	8 (7–9)
Erittäin huono	1 (0–1)	6 (5–7)
Ei ole koskaan ollut ansiotyössä	0 (0–0)	2 (0–2)
Työkyky nykyisen tai viimeisimmän työn henkisten vaatimusten kannalta		
Erittäin hyvä	36 (35–36)	26 (24–27)
Melko hyvä	49 (49–50)	44 (42–46)
Kohtalainen	12 (12–13)	20 (18–21)
Melko huono	2 (2–2)	5 (5–6)
Erittäin huono	1 (0–1)	3 (3–4)
Ei ole koskaan ollut ansiotyössä	0 (0–0)	2 (2–3)
Uskooko terveytensä puolesta kykenevänsä työskentelemään vanhuuseläkeikään saakka		
Kyllä	33 (33–34)	21 (20–23)
Todennäköisesti kyllä	47 (46–47)	36 (34–37)
Todennäköisesti ei	16 (16–17)	25 (23–26)
Ei	4 (4–5)	18 (16–19)

Sekä työllisistä että työttömistä enemmistö uskoo pystyvänsä terveytensä puolesta työskentelemään vanhuuseläkeikään asti. Työttömistä kuitenkin lähes yhtä usea (43 %) epäilee kykenevänsä tähän. Työttömistä liki viidesosa (18 %) on varma siitä, ettei kykene työskentelemään vanhuuseläkeikään asti, työllisistä harvempi kuin joka kymmenes.

Työttömien ja työllisten heikentynyt työkyky taustatekijöiden mukaan

Seuraavaksi tarkastelemme työttömien ja työllisten heikentynyttä työkykyä erilaisten taustatekijöiden mukaan. Tarkastelun kohteena ovat ne työlliset ja työttömät, jotka ovat arvioineet työkykypisteensä korkeintaan arvoon 7, sekä ne, jotka eivät usko terveytensä puolesta pystyvänsä työskentelemään vanhuuseläkeikään asti.

Itse annetulla työkykypistemäärällä mitattuna heikon työkyvyn omaavien työttömien naisten ja miesten tai työllisten naisten ja miesten välillä ei ole suurta eroa, mutta työttömistä miehistä työkykynsä heikentyneeksi arvioi 40 prosenttia, kun taas työllisistä miehistä näin kokee vain 14 prosenttia (taulukko 8.2). Myös vanhuuseläkeikään asti työskentelemisessä erot työttömien ja työllisten välillä ovat selvästi suurempia kuin sukupuolen mukaiset erot työttömien tai työllisten sisällä. Työllisten miesten ja naisten väliset erot ovat kuitenkin tilastollisesti merkitseviä mikä ilmenee myös työvoima-aseman ja sukupuolen välisestä interaktiosta. (liitetaulukot 8.1 ja 8.2).

Ikäryhmittäin tarkasteltuna työttömissä on kaikissa ryhmissä enemmän työkykynsä työkykypistemäärällä mitattuna heikentyneeksi kokevia, sekä niitä, jotka eivät usko pystyvänsä työskentelemään vanhuuseläkeikään asti (taulukko 8.2). Vaikka iäkkäämmillä työttömillä on useammin heikentynyt työkyky kuin iäkkäämmillä työllisillä iän yhteys työkykyyn on samanlainen molemmissa ryhmissä (ei tilastollisesti merkitsevää interaktiota). Miltei puolet vähintään 45-vuotiaista työttömistä kokee työkykynsä työkykypistemäärällä mitattuna heikentyneeksi, kun samanikäisistä työllisistä näin kokee vain noin joka kuudes. Työllisistä iäkkäämmässä ryhmässä (55–64-vuotiaat) on eniten niitä, jotka kokevat pystyvänsä jatkamaan työssä vanhuuseläkeikään asti, kun taas työttömissä näin uskovia on eniten nuorimmassa ikäryhmässä (20–29-vuotiaat). Pienimmät erot työttömien ja työllisten välillä heikentyneen työkyvyn kokemuksissa ovatkin nuorimmassa ikäryhmässä, minkä varmistaa myös merkitsevä interaktio (liitetaulukko 8.2).

Sekä työttömistä että työllisistä useammin työkykynsä työkykypistemäärällä mitattuna heikentyneeksi kokevat ne, jotka elävät yksin kuin ne, jotka elävät parisuhteessa (taulukko 8.2). Parisuhteessa elävistä työllisistä 13 prosenttia arvioi työkykynsä heikentyneeksi, kun työttömistä samassa tilanteessa olevista näin arvioi yli kolmannes (37 %). Ryhmien väliset erot ovat hyvin samansuuntaisia kun heikentynyttä työkykyä tarkastellaan vanhuuseläkeikään asti työskentelemisen kautta.

Koulutuksen on todettu olevan yhteydessä työkykyyn: pidemmälle koulututtuneilla on useammin hyvä työkyky (Aromaa & Koskinen 2010; Talala ym. 2014). Taulukosta 8.2 nähdään, että heikentynyt työkyky on sekä työttömillä että työllisillä sitä yleisempi mitä lyhyempi koulutushistoria vastaajalla on. Työttömien ja työllisten välillä on silti selkeä ero. Ero ryhmien välillä on pienin yli 12 vuotta koulua käyneillä, eli koulutuksen pituuden yhteys heikentyneeseen työkykyyn vaihteli työttömien ja työllisten välillä, mitä ilmentää myös merkitsevä interaktio (liitetaulukko 8.1).

Työikäisten arvion koetusta työkyvystään on todettu olevan voimakkaasti yhteydessä heidän kokemaansa terveyteen (Aromaa & Koskinen 2010). Koetun terveydentilan yhteydessä heikentyneeseen työkykyyn on työvoima-aseman mukaista vaihtelua (taulukko 8.2). Työllisistä, jotka arvioivat terveydentilansa vähintään kohtuulliseksi, vain noin joka kymmenes arvioi työkykynsä heikentyneen työkykypistemäärällä mitattuna, kun työttömistä näin arvioi miltei joka kolmas. Terveydentilansa huonoksi kokevista työllisistä noin kaksi kolmesta kokee työkykynsä heikentyneeksi, kun työttömistä näin kokee melkein 90 prosenttia. Samansuuntaisesti terveydentilansa huonoksi kokevista työllisistä noin joka toinen (58 %) ja työttömistä suurin osa (84 %) ei usko pystyvänsä työskentelemään vanhuuseläkeikään asti (taulukko 8.2). Kuitenkin myös terveydentilansa vähintään kohtalaiseksi tuntevista työttömistä noin joka kolmas epäilee pystyvyyttään tässä asiassa, kun työllisistä näin kokee vain noin joka viides.

TAULUKKO 8.2. Heikentynyt työkyky työllisillä ja työttömillä sukupuolen, iän, siviilisäädyn, koulutusvuosien ja itse arvioidun terveydentilan mukaan (%) sekä 95 %:n luottamusväliit. Lähde: ATH 2013–2015.

	Työkypisteet enintään 7		Ei usko terveytensä puolesta kykenevänsä työskentelemään vanhuuseläkeikään asti	
	Työllinen (N = 37 393–37 866)	Työtön (N = 4 316–4 432)	Työllinen (N= 37 564–38 043)	Työtön (N = 4 344–4 472)
Sukupuoli				
Mies	14 (14–15)	40 (38–43)	22 (21–22)	42 (40–45)
Nainen	12 (11–12)	38 (36–40)	19 (18–20)	43 (40–45)
Ikäryhmä				
20–29 vuotta	8 (7–9)	25 (21–29)	23 (21–24)	31 (27–36)
30–44 vuotta	11 (11–12)	34 (31–38)	21 (20–22)	40 (36–43)
45–54 vuotta	17 (16–18)	47 (44–51)	22 (22–23)	52 (49–56)
55–64 vuotta	15 (14–16)	46 (44–49)	14 (13–15)	44 (42–47)
Siviilisäätty				
Parisuhteessa elävät	13 (12–13)	37 (35–39)	20 (19–20)	41 (39–43)
Yksin elävät	15 (14–16)	42 (39–45)	23 (21–24)	44 (42–47)
Koulutustaso				
Enintään 9 vuotta koulua	21 (19–23)	51 (47–56)	27 (25–30)	54 (50–58)
10–12 vuotta koulua	16 (15–17)	45 (42–48)	28 (27–29)	49 (46–52)
Yli 12 vuotta koulua	12 (11–12)	30 (28–33)	16 (16–17)	33 (31–36)
Koettu terveys				
Terveydentila vähintään kohtalainen	11 (11–12)	30 (29–32)	19 (18–19)	35 (33–37)
Terveydentila melko huono tai huono	67 (64–70)	89 (86–92)	58 (56–61)	84 (80–87)

Liitetaulukossa 8.1 esitetään analyysi, jossa tarkastellaan työkykypistemäärällä mitattuna heikentynyttä työkykyä selittäviä tekijöitä. Tulosten mukaan työttömien ja työllisten välinen ero heikentyneessä työkyvyssä (malli 1) ei häviä, vaikka useita selittäviä tekijöitä vakioidaan (malli 2). Mallissa 1 työttömien riski heikentyneeseen työkykyyn on yli kolminkertainen (OR = 0,24). Sukupuolen, ikäryhmän, perherakenteen, koulutuksen ja koetun terveyden vakioinnin jälkeen ero hieman pienenee (OR = 0,38), mutta säilyy silti tilastollisesti merkitsevä (malli 2). Vaikka malliin lisätään tilastollisesti merkitsevät interaktiotermit (malli 3), työvoima-aseman ja heikentyneen työkyvyn yhteys säilyy edelleen tilastollisesti merkitsevä (OR = 0,22). Mallista 2 käy ilmi myös muiden taustatekijöiden yhteys heikentyneeseen työkykyyn. Tulosten mukaan riski heikentyneeseen työkykyyn on suurempi miehillä kuin naisilla (OR = 1,19), yksin elävillä kuin parisuhteessa olevilla (parisuhteessa elävät OR = 0,82) ja lyhyemmän aikaa koulua käyneillä kuin yli 12 vuotta koulua käyneillä. Ikäryhmittäin tarkasteltuna suurin riski heikentyneeseen työkykyyn on 45–54-vuotiaalla (OR = 1,23 verrattuna vanhimpaan ikäryhmään).

Analyysin mukaan työvoima-aseman yhteys itse arvioituun työkykypistemäärään on hieman vahvempi kuin yhteys siihen, uskooko henkilö pystyvänsä työskentelemään vanhuuseläkeikään asti (liitetaulukot 8.1 ja 8.2, malli 2). Kuitenkin työllisten riski ennen eläkeikää katkeavalle työuralle on taustatekijöiden validoinnin jälkeen selvästi heikompi (OR = 0,44) kuin työttömien (OR = 1,00) (liitetaulukko 8.2). Mallin 2 mukaan riski siihen, ettei henkilö usko pystyvänsä työskentelemään vanhuuseläkeikään asti on ikäryhmittäin tarkasteltuna suurin 30–44-vuotiaalla (OR = 1,96 verrattuna vanhimpaan ikäryhmään) ja enintään 9 vuotta koulua käyneillä (OR = 2,38 verrattuna vähintään 12 vuotta koulua käyneisiin) (liitetaulukko 8.2).

Heikentyneen työkyvyn ja toimeentulon yhteys

Seuraavaksi tarkastelemme työttömien ja työllisten toimeentulokokemuksia suhteessa heikentyneeseen työkykyyn. Toimeentulovaikeudet ovat keskimäärin yleisempiä pääasiallisena tulonaan tulonsiirtoja saavilla kotitalouksilla: yli puolet muita sosiaaliturvaetuksia kuin kansaneläkettä pääasiallisena tulona saavista kotitalouksista on kokenut toimeentulovaikeuksia, kun palkka- tai yrittäjätuloja pääasiallisena tulonaan saavista kotitalouksista toimeentulovaikeuksia oli 19 prosentilla (Tilastokeskus 2011).

Sekä työttömillä että työllisillä heikentynyt työkyky on yleisempi niillä, jotka kokevat vaikeaksi kattaa kotitaloutensa menot tuloillaan kuin niillä, jotka kokevat menojen kattamisen helpoksi (taulukko 8.3). Joka viides työllisistä, joka kokee toimeentulonsa vähintään melko hankalaksi, kokee myös työkykynsä heikentyneeksi työkykypistemäärällä arvioituna. Työttömissä osuus on selvästi suurempi:

TAULUKKO 8.3. Heikentynyt työkyky työllisillä ja työttömillä toimeentulon hankaluuden ja helppouden mukaan (%) sekä 95 %:n luottamusväli. Lähde: ATH 2013–2015.

	Toimeentulo vähintään melko hankalaa (N = 12 166–12 264)		Toimeentulo vähintään melko helppoa (N = 30 006–30 126)	
	Työllinen	Työtön	Työllinen	Työtön
Työkykyasteet enintään 7	21 (20–22)	47 (45–50)	11 (10–11)	27 (25–30)
Ei usko terveytensä puolesta pystyvänsä työskentelemään vanhuuseläkeikään saakka	32 (31–33)	51 (48–53)	16 (16–17)	30 (28–33)

toimeentulonsa hankalaksi kokeneista miltei joka toisella on heikentynyt työkyky. Työttömistä toimeentulonsa hankalaksi kokevista yli puolet ei usko pystyvänsä työskentelemään vanhuuseläkeikään asti, työllisistä joka kolmas. Toimeentulonsa helpoksi kokevista työllisistä noin joka kymmenes kokee työkykynsä heikentyneen, työttömistä vajaa kolmannes.

Menojen kattamisen lisäksi tarkastelemme työttömien ja työllisten koettua toimeentuloa sen mukaan, ovatko he joutuneet rahan puutteen vuoksi tinkimään joistakin tärkeistä asioista (ruoka, lääkkeet tai lääkärissä käynti) (taulukko 8.4). Myös tässä nähdään, että heikentynyt työkyky on yleisempää niillä työttömillä ja työllisillä, jotka ovat joutuneet tinkimään arjen menoista kuin niillä, jotka eivät ole. Keskimäärin noin joka neljännellä työllisistä ja joka toisella työttömistä, jotka joutuvat tinkimään menoista, on heikentynyt työkyky. Niistä työllisistä, jotka eivät ole joutuneet tinkimään menoistaan, heikentynyt työkyky on keskimäärin noin joka kymmenennellä, työttömistä miltei kolmasosalla.

Tulosten mukaan työttömät kokevat toimeentulovaikeuksia ja heikentynyttä työkykyä työllisiä useammin, mutta niiden välinen yhteys on vahvempi työllisillä kuin työttömillä: toimeentulovaikeuksia kokevista työllisistä kaksinkertainen osuus kokee työkykynsä heikentyneen suhteessa niihin työllisiin, jotka eivät koe toimeentulovaikeuksia. Työttömillä ero ryhmien välillä on noin puolitoistakertainen.

TAULUKKO 8.4. Heikentynyt työkyky sen mukaan, onko pelännyt ruuan loppuvan ennen kuin saa rahaa, joutunut tinkimään lääkkeiden ostosta tai jättänyt käymättä lääkärissä rahan puutteen vuoksi* työllisillä ja työttömillä (%) sekä 95 %:n luottamusväli. Lähde: ATH 2013–2015.

	Kyllä (N = 7 789–7 833)		Ei (N = 33 426–33 588)	
	Työllinen	Työtön	Työllinen	Työtön
Työkykyasteet enintään 7	23 (21–24)	51 (48–53)	11 (11–12)	30 (28–32)
Ei usko terveytensä puolesta pystyvänsä työskentelemään vanhuuseläkeikään saakka	35 (34–37)	54 (51–57)	17 (17–18)	33 (31–36)

*Vähintään yksi kolmesta.

Mikä selittää työttömien heikompaa työkykyä?

Tulosten mukaan työttömien koettu työkyky on kaikilla tarkastelluilla mittareilla heikempi kuin työllisten. Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös aiemmissa tutkimuksissa (Holm ym. 2006; Pensola ym. 2006; Laiho ym. 2010; Pensola 2010). Sekä työttömillä että työllisillä heikentynyt työkyky on yleisempää niillä, joilla on lyhyempi koulutus, huono koettu terveys, jotka elävät yksin tai kokevat toimeentulovaikeuksia. Kaikilla edellä mainituilla muuttujilla tarkasteltuna työttömät arvioivat työkykynsä heikentyneen huomattavasti useammin kuin työlliset.

Työttömien työllisiä heikempi työkyky mukaillee muita työttömien ja työllisten välillä todettuja hyvinvointieroja. Heikomman työkyvyn lisäksi työttömillä on todettu olevan muun muassa keskimäärin heikempi terveys, enemmän toimeentulovaikeuksia, masennusta ja yksinäisyyttä sekä heikempi koettu elämänlaatu kuin työllisillä (esim. Karvonen 2008; Kauppinen ym. 2010). Eroja selittäviä tekijöitä on niin yksilö-, yhteisö- kuin yhteiskunnankin tasolla. Työttömien työllisiä keskimäärin matalampi koulutus selittää osin eroja, samoin se, että työttömät asuvat useammin yksin kuin työlliset. Koulutuksen vakioinnin on todettu selittävän noin kymmenen prosenttia työttömien kokemasta heikommasta työkyvystä (Pensola 2010).

Työn tarjoama yhteisö ja työn myönteiset vaikutukset voivat myös osaltaan selittää eroja. Työ tarjoaa parhaimmillaan sosiaalisen yhteisön sekä mahdollisuuksia toteuttaa itseään ja kokea onnistumisia. Selitystä voidaan hakea myös palvelujärjestelmän erilaisuudesta, etenkin terveystalouksista: työsuhteessa olevat ovat oikeutettuja työterveyspalveluihin, joiden saatavuus ja maksuttomuus eivät toteudu työttömien käytettävissä olevissa perusterveydenhuollon palveluissa.

Yhteistä tälle ja muille tutkimuksille on, että erilaisten taustatekijöiden vakioinnista huolimatta työttömien ja työllisten välinen ero koetussa hyvinvoinnissa tai työkyvyssä ei häviä (esim. Pensola ym. 2006; Karvonen 2008; Saikku ym. 2014). Tämän perusteella voidaan olettaa, että työttömyyteen sisältyy asioita, jotka vaikuttavat koettuun hyvinvointiin ja työkykyyn. Työttömäksi myös joutuvat useammin ne ihmiset, joilla on jo heikempi terveys tai työkyky. Työttömyyden keston on useissa tutkimuksissa todettu heikentävän koettua hyvinvointia ja työkykyä. Työttömyyden pitkittyessä korostuvat myös toimeentuloon liittyvät taloudelliset vaikeudet (Pensola ym. 2006; Kauppinen ym. 2010). Työttömyyden ja heikentyneen työkyvyn yhteys muodostuu siten monimutkaisten vaikutusketjujen kautta, joissa on paljon yksilöllistä vaihtelua.

Työkyky voidaan kokea käsitteenä pulmalliseksi työttömällä, koska heillä ei ole työtä, johon kykyä voisi peilata (Pensola ym. 2006; Saikku 2013; Leeman ym. 2018). Tämä tulee esille esimerkiksi siinä, että pitkään työttömänä olleet, mutta tutkimushetkellä työssä olevat, ovat arvioineet työkykynsä samalle tasolle kuin työlliset (Pensola ym. 2006). Onko siis henkilö, joka on töissä automaattisesti työkykyisempi kuin henkilö, joka ei ole töissä? Voiko työkykyään edes arvioida ilman

työtä? Työttömien kohdalla onkin pohdittu esimerkiksi työllistymiskyvyn käsitteen käyttämistä (vrt. Saikku 2013; Kerätär 2016).

Sama kysymys koskee jossain määrin kaikkia koetun hyvinvoinnin mittareita. Esimerkiksi hyvä terveys tarkoittaa eri ihmisille eri asiaa. Koetun hyvinvoinnin, ja siten myös koetun työkyvyn, voikin ajatella olevan seurausta ihmisen arviosta suhteestaan ympäröivään todellisuuteen (vrt. Kainulainen 2014). Huomattavaa on, että itse arvioidun työkyvyn on todettu ennustavan varsin hyvin henkilön tulevaa työkyvyttömyyttä ja työmarkkina-aseman muutoksia (Järvikoski ym. 2016).

Tutkimuksen rajoitteena on, ettei työttömyyden kestoa pystytty ottamaan mukaan analyysiin, vaikka sen on aiemmissa tutkimuksissa todettu olevan yksi tärkeä selittävä tekijä koetun työkyvyn eroissa. Lisäksi on huomioitava, että tutkimusjoukon työlliset koostuivat vain kokopäivätoissa olevista, joissa on oletettavasti osa-aikatyötä tekeviä enemmän niitä, joilla on hyvä työkyky. Näin ollen tulokset voivat korostaa työttömien ja työllisten koetun työkyvyn eroja. Toisaalta työttömien ryhmään sisältyivät myös lomautetut henkilöt, joiden työttömyys on tilapäistä ja lyhytkestoista.

Työurien pidentämisessä huomioitava myös riittävä toimeentulo

Tulosten mukaan yli 54-vuotiaista työllisistä noin joka seitsemäs arvioi työkykynsä heikentyneeksi. Tämä voi kertoa siitä, että ikääntyneimpien työntekijöiden tilanteet otetaan työelämässä jo melko hyvin huomioon. Työurat ovatkin pidentyneet erityisesti työurien loppupäästä (Järnefelt ym. 2013). Hälyttävää sen sijaan on, että vastaavanikäisistä työttömistä miltei puolet arvioi työkykynsä heikentyneen. Tässä ryhmässä työuraa olisi vielä runsaasti jäljellä. Ikääntyneiden työttömien joukossa on oletettavasti pitkään työttömänä olleita, joiden koettuun työkykyyn saattaa terveydellisten syiden lisäksi vaikuttaa esimerkiksi koulutustausta sekä ammattitaidon ylläpitämisen ja päivittämisen tarve.

Työuria ei ole tarpeen pidentää vain lopusta vaan myös alusta ja keskeltä. Työttömällä heikentynyt työkyky yleistyy työllisiä useammin jo hieman nuoremmassa ikäryhmässä, 45 vuotta täyttäneissä. Tässä vaiheessa alle puolet työttömistä uskoo siihen, että voisi terveytensä puolesta työskennellä vanhuuseläkeikänsä saakka. Tulosten mukaan heikentyneen työkyvyn ero työttömien ja työllisten välillä on pienin nuorimmassa ikäluokassa, 20–29-vuotiailla. Työttömille suunnatuilla varhaisilla toimilla voitaisiin siten vaikuttaa siihen, että työkykyyn liittyvät ongelmat eivät kasaantuisi.

Tulosten mukaan toimeentulovaikeudet ovat yhteydessä heikentyneeseen työkykyyn. Työttömät kokevat toimeentulovaikeuksia ja heikentynyttä työkykyä selvästi työllisiä useammin, mutta niiden välinen yhteys on hieman vahvempi työllisillä kuin työttömillä. Tulosta voi selittää se, että kokopäivätyön oletuksena on,

että työstä saa riittävän toimeentulon arkipäivässä selviytymiseen. Mikäli tämä ei toteudu, vaikuttaa se henkilön koettuun hyvinvointiin, ja siten myös työkykyyn. Taustalla voi olla myös muita esimerkiksi työsuhteen laatuun tai työolosuhteisiin liittyviä tekijöitä. Eri tekijöiden ja niiden merkityksen selvittäminen työllisten heikentyneen työkyvyn ja toimeentulovaikeuksien yhteydessä edellyttäisi jatkotutkimusta.

Työttömien kokemien toimeentulovaikeuksien yleisyys ei ole yllättävää, sillä noin kolmannes työttömistä elää minimibudjetilla mitaten köyhissä kotitalouksissa (Mukkila ym. 2017). Heikentyneen työkyvyn ja toimeentulovaikeuksien yhteys herättää kysymyksen siitä, missä määrin työttömien aktiiviveloitteet ja etuuksien sanktiointi on järkevää työkyvyn ja työllistymisen edistämisen näkökulmasta? Köyhyyksirajalla elävien ihmisten toimeentulon leikkaaminen aiheuttaa toimeentulovaikeuksien lisäksi stressiä ja huolta ja altistaa pahimmillaan vakavampaankin psyykkiseen pahoinvointiin ja elämänlaadun heikkenemiseen. Toimeentulovaikeudet näkyvät kulutuksessa, sosiaalisessa kanssakäymisessä ja mahdollisuuksissa käyttää palveluja. Taloudellisen tilanteen heikentäminen kasvattaa lisäksi velkaantumisen riskiä, joka jo nykyisellään muodostaa yhden selkeän kannustinloukun työllistymiselle. Ylivelkaantuneisuuden on myös todettu ennustavan kroonisten sairauksien alkamista ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä (Blomgren ym. 2016).

Myös työttömistä enemmistö kokee työkykynsä hyväksi. Tämä kertoo sitä, että suurin osa heistä haluaa ja uskoo kykenevänsä tekemään töitä mahdollisuuden tarjoutuessa. Työttömien kokeman hyvän työkyvyn on todettu olevan yhteydessä muun muassa hyvään koettuun terveyteen, lyhytkestoiseen työttömyyteen ja hyvään koettuun elämänlaatuun (Hult ym. 2018). Palvelujärjestelmän kehittäminen siten, että se tukee nykyistä paremmin työttömien hyvinvointia edistää myös heidän työkykyään ja työllistymistään. Terveyspalvelujen saatavuuden parantaminen on ensiarvoista, mutta samalla on tärkeä varmistaa koulutus- ja kuntoutuspalvelujen riittävyys. Työmarkkinoiden vastaanottavuutta ja etuusjärjestelmää tulee kehittää siten, että myös osatyökykyiset voivat työllistyä nykyistä paremmin (ks. Oivo & Kerätär 2018).

Työurien pidentämistä ja työllisyysasteen nostamista voidaan tukea sekä työllisille että työttömille kohdistetulla varhaisella työkyvyn tuella. Riittävä toimeentulo on tärkeä osa hyvinvointia, mikä näkyy myös koetussa työkyvyssä. Tämä tulisi huomioida siten, että työttömien jokapäiväiseen toimeentuloon ei kohdistettaisi enempää painetta. Samalla on tärkeä huolehtia siitä, että työmarkkinoiden kehitys ei johda tilanteeseen, jossa yhä harvempi työllinen saa työstään riittävän toimeentulon arkipäivässä selviytymiseen.

Lähteet

- Aromaa, Arpo & Koskinen, Seppo (2010) (toim.): Suomalaisen työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alkaessa. Raportti 11/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Blomgren, Jenni & Maunula, Nico & Hiilamo, Heikki (2016): Do debts lead to disability pension? Evidence from a 15-year follow-up of 54,000 Finnish men and women. *Journal of European Social Policy* 27(2), 109–122.
- Ervasti, Heikki & Venetoklis, Takis (2010): Unemployment and Subjective Well-being. An Empirical Test of Deprivation Theory, Incentive Paradigm and Financial Strain Approach. *Acta Sociologica* 53(2), 119–138.
- Gould, Raija & Ilmarinen, Juhani (2010): Miten työkykyä arvioidaan? Teoksessa Arpo Aromaa & Seppo Koskinen (toim.): Suomalaisen työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alkaessa. Raportti 11/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 33–35.
- Holm, Pasi & Jalava, Jukka & Ylöstalo, Pekka (2006): Työttömien työkyky vuonna 2005. Vertailuja palkansaajiin. Työpoliittinen tutkimus 308. Helsinki: Työministeriö.
- Hult, Marja & Pietilä, Anna-Maija & Koponen, Päivikki & Saaranen, Terhi (2018): Good work ability among unemployed individuals: Association of sociodemographic, work-related and well-being factors. *Scandinavian Journal of Public Health* 46(3), 375–381.
- Järnefelt, Noora & Kautto, Mikko & Nurminen, Markku & Salonen, Janne (2013): Työurien pituuden kehitys 2000-luvulla. Eläketurvakeskuksen raportteja 1/2013. Helsinki: Eläketurvakeskus.
- Järvikoski, Aila & Härkäpää, Kristiina & Romakkaniemi, Marjo & Nordling, Esa (2016): Koettu työkyky ja hyvinvointitekijät Lapin 40–59-vuotiaissa. *Kuntoutus* 39(2), 6–20.
- Kainulainen, Sakari (2014): Raha ja rakkaus hyvinvoinnin lähteinä. *Yhteiskuntapolitiikka* (79)5, 485–497.
- Karvonen, Sakari (2008): Hyvinvointi työikäisten kokemana. Teoksessa: Pasi Moisio & Sakari Karvonen & Jussi Simpura & Matti Heikkilä (toim.): Suomalaisen hyvinvointi 2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, 96–115.
- Kauppinen, Timo M. & Saikku, Peppi & Kokko, Riitta-Liisa (2010): Työttömyys ja huono-osaisuuden kasautuminen. Teoksessa: Marja Vaarama & Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Pasi Moisio & Anu Muuri (toim.): Suomalaisen hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 234–250.
- Kerätär, Raija (2016) Kun katsoo kauempaa, näkee enemmän. Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäaikais-työttömillä. Acta Univesitatis Ouluensis. D 1340. Oulu: Oulun yliopisto.
- Kokko, Riitta-Liisa & Nenonen, Tellervo & Martelin, Tuija & Koskinen, Seppo (2013) (toim.): Työllisyys, terveys ja hyvinvointi – Paltamon työllisyysmallin vaikutusten arviointitutkimus 2009–2016. Loppuraportti. Raportti 18/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Laiho, Veera & Hopponen, Anneli & Latvala, Terhi & Anna-Kaisa Rämö (2010): Erityisryhmien työkyky: työttömät ja vammaiset. Raportteja 225. Helsinki: Pellervon taloudellinen tutkimuskeskus.
- Leeman, Lars & Isola, Anna-Maria & Kukkonen, Minna & Puromäki, Henna & Valtari, Salla & Keto-Tokoi, Anna (2018): Työelämän ulkopuolella olevien osallisuus ja hyvinvointi. Kyselytutkimuksen tuloksia. Työpaperi 17. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mukkila, Susanna & Ilmakunnas, Ilari & Moisio, Pasi & Saikku, Paula (2017): Perusturvan riittävyys ja köyhyys 2017. Tutkimuksesta tiiviisti 31/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-938-5>
- Oivo, Tuija & Kerätär, Raija (2018) Osatyökykyisten reitit työllisyyteen – etuudet, palvelut, tukitoimet. Selvityshenkilöiden raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 43/2018. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Pensola, Tiina (2010): Työttömyys ja työkyky. Teoksessa: Arpo Aromaa & Seppo Koskinen (toim.): Suomalaisen työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alkaessa. Raportti 11/2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 79–83.
- Pensola, Tiina & Järvikoski, Aila & Järvisalo, Jorma (2006): Työttömyyden ja muiden syrjäytymisriskien yhteys työkykyyn. Teoksessa Raija Gould & Juhani Ilmarinen & Jorma Järvisalo & Seppo Koskinen (toim.): Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos, 223–239.
- Saikku, Peppi (2013): Näkökulmia työttömän työkykyyn ja työkyvyn arviointiin. Teoksessa: Vappu Karjalainen & Elsa Keskitalo (toim.) Kaikki työuralle! Työttömien aktiivipolitiikkaa Suomessa. Teema 18. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 120–149.

- Saikku, Peppi & Kestilä, Laura & Karvonen, Sakari (2014): Työttömien ja työllisten koettu hyvinvointi toimintavalmiuksien viitekehyksessä. Teoksessa: Marja Vaarama & Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Pasi Moisio & Anu Muuri (toim.): Suomalaisen hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 118–143.
- Shemeikka, Riikka & Aho, Simo & Jokinen, Esa & Järnefelt, Noora & Kaakinen, Markus & Kivimäki, Riikka & Korkeamäki, Johanna & Mertala, Sirpa & Mäkiäho, Ari & Parkkinen, Maarit & Pitkänen, Sari & Terävä, Kimmo & Vuorento, Mirkka (2017): Työurien jatkaminen vaatii yhteisöllisyyttä ja yhteistoinnallisuutta. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan numero julkaisusarja 38/2017. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Työvoimatutkimus [verkkójulkaisu]. ISSN=1798–7830. Helsinki: Tilastokeskus. [viitattu: 13.12.2018]. Saatavissa: <http://www.stat.fi/til/tyti/index.html>
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Tulonjakotilasto [verkkójulkaisu]. ISSN=1795–8121. Subjektiiivinen Toimeentulo 2011, 2. Pääasiallinen tulolähde ja toimeentulovaikkeudet. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 17.7.2018]. Saatavissa: http://www.stat.fi/til/tjt/2011/01/tjt_2011_01_2012-12-28_kat_002_fi.html
- Talala, Kirsi & Härkönen, Tommi & Martelin, Tuija & Karvonen, Sakari & Mäki-Opas, Tommi & Manderbacka, Kristiina & Suvisaari, Jaana & Sainio, Päivi & Rissanen, Harri & Ruokolainen, Otto & Heloma, Antero & Koskinen, Seppo (2014): Koulutusryhmien väliset terveyst- ja hyvinvointierot ovat edelleen suuria. Suomen Lääkärilehti 69(36), 2185–2192.
- TEM (2018) Työnvälitystilasto. Syyskuu 2018, viitattu 13.12.2018. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201801252255>
- Wanberg, Connie R. (2012): The Individual Experience of Unemployment. *Annual Review of Psychology* 63, 369–396.

Liitteet

LIITETAULUKKO 8.1. Työkyky pisteiden (enintään 7) ja työvoima-aseman yhteyttä selittävät tekijät ja työvoima-asemaan nähden merkitsevät interaktiot. Logistinen regressioanalyysi (N = 41 118). Lähde: ATH 2013–2015.

	Malli 1 Työvoima-asema	Malli 2 + Muut pää- vaikutukset	Malli 3 + Til.merk. interaktiot
Työtön	1,00***	1,00***	1,00***
Työllinen	0,24	0,38	0,22
Nainen		1,00***	1,00 (p = 0,16)
Mies		1,19	0,91
			työ x sukupuoli (p=0,001)
55–64 vuotta		1,00***	1,00***
45–54 vuotta		1,23	0,96
30–44 vuotta		0,83	0,72
20–29 vuotta		0,53	0,44
Yksin elävät		1,00***	1,00***
Parisuhteessa elävät		0,82	0,8
Yli 12 vuotta koulua		1,00***	1,00***
10–12 vuotta koulua		1,47	1,86
Enintään 9 vuotta koulua		1,71	1,9
			työ x koulutus (p=0,03)
Terveydentila melko huono tai huono		1,00***	1,00***
Terveydentila vähintään kohtalainen		0,06	0,06

***p<0,001

LIITETAULUKKO 8.2. Muuttujan ”ei usko pystyvänsä terveytensä puolesta työskentelemään vanhuuseläkeikään saakka” ja työvoima-aseman yhteyttä selittävät tekijät ja työvoima-asemaan nähden merkitsevät interaktiot. Logistinen regressioanalyysi (N = 41 300). Lähde: ATH 2013–2015.

	Malli 1 Työvoima-asema	Malli 2 + Muut pää- vaikutukset	Malli 3 + Til.merk. interaktiot
Työtön	1,00***	1,00***	1,00***
Työllinen	0,34	0,44	0,17
Nainen		1,00ns	1,00 (p = 0,02)
Mies		0,98	0,81
			työ x sukupuoli (p = 0,01)
55–64 vuotta		1,00***	1,00***
45–54 vuotta		1,93	1,42
30–44 vuotta		1,96	1,10
20–29 vuotta		1,88	0,78
			työ x ikä (p<0,001)
Yksin elävät		1,00***	1,00 (p = 0,02)
Parisuhteessa elävät		0,88	0,93
Yli 12 vuotta koulua		1,00***	1,00***
10–12 vuotta koulua		2,03	2
Enintään 9 vuotta koulua		2,38	2,2
Terveystila melko huono tai huono		1,00***	1,00***
Terveystila vähintään kohtalainen		0,15	0,11

***p<0,001

9

Etnisyyden ja syntyperän mukaiset hyvinvointierot ja syrjintä niiden taustalla

Tässä luvussa tarkastelen etnisen taustan ja syntyperän mukaisia terveys- ja hyvinvointieroja. Näiden tarkastelu on tärkeää, sillä se paljastaa yhteiskunnan kerroksisuutta, hierarkioita ja erityisissä tarpeissa olevia väestöryhmiä sekä osoittaa eroja, joiden kaventamiseen on syytä keskittää voimavaroja. Etnisen taustan tai syntyperän mukaisia terveys- ja hyvinvointieroja esiintyy muun muassa mielenterveydessä, infektioitaudeissa, fyysisessä toimintakyvyssä, tietyissä elintavoissa ja elintapasairauksien riskitekijöissä, lisääntymisterveydessä sekä sosiaalisessa hyvinvoinnissa. Syitä ja mekanismeja näiden erojen taustalla on useita. Niistä osa koskee kaikkia Suomen väestössä syntyperästä riippumatta, osa puolestaan erityisesti ulkomaista syntyperää olevia väestöjämme. Tässä luvussa keskitytään erityisesti etnisen syrjinnän merkitykseen terveys- ja hyvinvointieroja tuottavana mekanismina, sekä siihen, miten yhdenvertaisuutta korostavan lähestymistavan edistäminen vastaa näihin eroihin. Luvussa tarkastellaan ulkomaista syntyperää olevaa väestöämme, mutta on tärkeää hahmottaa, että Suomessa on myös perinteisiä kulttuurivähemmistöjä, kuten saamelaiset tai Suomen romanit. Osa erityisesti syrjinnän kokemuksiin ja niiden vaikutuksiin liittyvistä hyvinvointieroista koskettaa myös heitä.

Tämä luku käsittelee Suomen väestössä esiintyviä syntyperään liittyviä terveys- ja hyvinvointieroja sekä joitakin niiden taustalla olevia mekanismeja. Ensiksi hahmotetaan kuitenkin Suomen suhdetta maahanmuuttoon, maastamuuttoon ja sodan synnyttämän pakolaisuuden ilmiökenttään sekä niitä muutoksia, joita Suomi on lähihistoriassaan kokenut. Tämä on tärkeää, jotta käsittäisimme tilanteiden suhteellisuuden ja sen, että eri maiden maahanmuuttotilanteet voivat vaihdella voimakkaasti lyhyessäkin ajassa.

Vaikka Suomi on kansallisvaltiona 2000-luvulla monin tavoin samanlainen kuin muut Pohjoismaat, sen historia on suhteessa pakolaiskysymykseen myös monilta osin erilainen. Vasta äskettäin on alettu arvioida uudella tavalla Suomen hiljattaisen sotahistorian monenlaisia vaikutuksia väestömme hyvinvointiin. Suomi on kokenut kolme merkittävää sotaa 1900-luvulla. Ensimmäistä maailmansotaa seuranneessa sisällissodassa vuonna 1918 menehtyi lähes 40 000 suomalaista. Sekä punaiset että valkoiset syyllistyivät monenlaisiin raakuuksiin, ja tuhansia sodan hävinneen osapuolen edustajia menehtyi vankileireillä. Maan sisäistä ja Suomen ulkopuolellekin ulottunutta pakolaisuutta synnyttivät taas erityisesti myöhemmät sodat Neuvostoliittoa vastaan. Tuolloin lähes puoli miljoonaa suomalaista siviiliä asutettiin muualle Suomeen, kun he olivat joutuneet jättämään kotinsa ja omaisuutensa taakseen. Pakomatkat olivat vaarallisia ja evakkoihin suhtauduttiin heitä vastaanottavilla alueilla ristiriitaisesti. Heidät saatettiin kokea monin tavoin erilaisina tai outoina, joskus myös taloudellisena taakkana. Osa suhtautui heihin puolestaan myötätunnolla. Lisäksi toisen maailmansodan aikaan lähes satatuhatta sotilasta lähetettiin Suomesta muihin Pohjoismaihin, lähinnä Ruotsiin, turvaan sodalta.

Useat sota-ajan ja pakolaisuuden suomalaiset kuvaukset vastaavat tämän hetken pakolaisten kokemuksia. Sodassa eläneiden veteraanien terveyttä ja erityisesti traumatisoitumista ja sen moninaisia, ylisukupolvisiakin vaikutuksia on tutkittu sittemmin esimerkiksi Yhdysvalloissa (esim. Creech & Misca 2017; Elnitsky ym. 2017), mutta vastaavia tietoja ei Suomesta ole. Sota jätti kuitenkin monenlaisia jälkiä nyt ikääntyvään väestöön ja heidän kauttaan seuraaville sukupolville (esim. Räikkönen ym. 2011; Näre 2018). Esimerkiksi runsas alkoholinkäyttö sekä korkea itsemurhien ja väkivallan esiintyvyys voivat liittyä erilaisten mekanismien kautta Suomen väestön melko hiljattain kokemiin sotiin, sotatraumoihin ja suomalaisten omaan pakolaisuuteen.

Suomi on ollut viime vuosikymmeniin asti ennemminkin maasta- kuin maahanmuuttomaa (Tilastokeskus 2018). Suomalaisia muutti heikon taloudellisen tilanteen ja työttömyyden vuoksi runsaasti muun muassa Ruotsiin, Yhdysvaltoihin ja Australiaan ennen kaikkea 1960–70-luvuilla. Monet tutkimukset osoittavat, että suomalaistaustaisella vähemmistöllä Ruotsissa on monenlaisia terveysongelmia, esimerkiksi heikompi mielenterveys, kantaruotsalaisiin verrattuna (Gilliver ym. 2014; Juárez ym. 2018). Tämän otaksutaan johtuvan muun muassa sosiaalisten verkostojen puutteista, kielivaikeuksista, vähemmistöön kuulumisesta ja osalli-

suuden vaikeuksista. Myös nämä ovat pitkälti vastaavia ilmiöitä, joita havaitsemme nykyään Suomeen muuttaneilla väestöillä.

Tarkastellessamme Suomeen muuttanutta väestöä, olivatpa he muuttaneet Suomeen pakolaisina tai muiden syiden takia, on hyvä muistaa, että monet maahanmuuttoon ja pakolaisuuteen liittyvät asiat muistuttavat läheisesti Suomen omassa lähihistoriassa koettua. Suomen väestössä on edelleen myös sodan oma-kohtaisesti kokeneita.

Suomen ulkomaista syntyperää olevan väestön kasvu

Suomeen suuntautunut maahanmuutto on alkanut lisääntyä vasta 1990-luvulla, mikä on huomattavasti myöhemmin kuin monissa muissa Pohjoismaissa (ks. Kestilä & Martelin luku 1 tässä teoksessa). Vaikka maahanmuutto Suomeen on kansainvälisesti vertaillen vähäistä, se on kuitenkin kasvanut huomattavasti kolmen viime vuosikymmenen aikana, jolloin ulkomaista syntyperää olevan väestön määrä Suomessa on kymmenkertaistunut (Sotkanet 2018). Tällä hetkellä noin seitsemän prosenttia Suomen väestöstä eli noin 384 000 henkilöä on ulkomaista syntyperää (Tilastokeskus, 2018). Osuuden ennustetaan myös kasvavan voimakkaasti tulevina vuosikymmeninä.

Vuoden 2017 lopussa suurimmat maahan muuttaneet ryhmät ovat naapurimaissamme eli Venäjällä tai entisessä Neuvostoliitossa (noin 71 000 henkilöä), Virossa (noin 46 000 henkilöä) ja Ruotsissa (noin 32 000 henkilöä) syntyneet, vaikka Ruotsissa syntyneistä suurin osa ja myös Venäjällä syntyneistä merkittävä osa ovat suomalaista syntyperää olevia (Tilastokeskus, 2018). Suurimpia pakolaistaustaisia tai konfliktialueilta muuttaneita ryhmiä ovat Irakissa (noin 16 000 henkilöä), Somaliassa (noin 11 000 henkilöä), Iranissa (noin 7 000 henkilöä) ja Afganistanissa (noin 6 000 henkilöä) syntyneet. Näillä ryhmillä on myös eniten Suomessa syntyneitä lapsia, eli niin kutsuttuja ensimmäisen sukupolven suomalaisia, joita tämän teoksen luvussa 1 kutsutaan myös toisen polven ulkomaalaistaustaisiksi.

Maailmalla käytävien sotien seuraukset näkyvät myös Suomessa. Turvapaikkaa hakee vuosittain muutama tuhat henkilöä, joista osa saa turvapaikan ja jää Suomeen asumaan vakituisesti tai väliaikaisesti (Maahanmuuttovirasto 2018). Vuonna 2015 oli turvapaikanhakijoiden määrä poikkeuksellinen ympäri Eurooppaa ja Suomessakin noin kymmenkertainen tavanomaiseen nähden. Aseellisten konfliktien jatkuessa maailmalla ja laillisen maahanmuuton ehtojen kiristyessä entisestään (muun muassa perheenyhdistämisen vaikeutuminen), turvapaikanhakijoiden määrä pysynee vaikeasti ennakoitavana myös tulevina vuosina. Turvapaikanhakijoiden lisäksi Suomi on vastaanottanut viime vuosina hieman alle tuhat kiintiöpakolaista vuodessa. Kiintiöpakolaisten kansalaisuus vaihtelee vuosittain maailman tilanteen mukaisesti, ja on viime vuosina painottunut esimerkiksi Syyrian lähimaiden pakolaisleireiltä tuleviin syyrialaisiin.

Valtaosa Suomeen muuttaneista henkilöistä saapuu kuitenkin perhesuhteisiin tai työhön liittyvin perustein (Nieminen ym. 2015). Pakolaisina muuttaneita on vain noin kymmenes muualta muuttaneesta väestöstä, kun perhesyistä (esim. parisuhteen vuoksi tai muuttaneen tai muuttavan henkilön perheenjäsenenä) muuttaneita on yli puolet ja työn perässä muuttaneita noin viidennes. Toisaalta myös pakolaisina Suomeen muuttaneiden perheenjäseniä koskettavat monet samat ilmiöt kuin pakolaisia, kuten epävakaisissa olosuhteissa elämiseen liittyvät vajeet hyvinvoinnissa tai terveydessä.

Ulkomaista syntyperää olevan väestön monimuotoisuus ja risteävien mekanismien merkitys

Suomen ulkomaista syntyperää olevaa väestöä ei ole useinkaan mielekästä tarkastella yhtenä homogeenisenä ryhmänä. Suurin osa ulkomaiseen syntyperään liittyvistä erityiskysymyksistä koskettaa eri ulkomaalaistaustaisia ryhmiä eri tavoin. Tietyt kysymykset ovat erityisiä konfliktialueilta Suomeen muuttaneille, esimerkiksi pakolaisille tai turvapaikanhakijoille, toiset puolestaan esimerkiksi korkeakouluetuille maahan muuttaneille. Ulkomaista syntyperää olevan väestön sosiodemografinen rakenne on osittain erilainen kuin muun väestön. Esimerkiksi ikä-, sukupuoli-, siviilisäätö-, koulutus-, työllisyys- ja toimeentulojakaumissa on eroja. Kaikki tämä monimuotoisuus tulisi huomioida ulkomaista syntyperää olevaan väestöön liittyvässä keskustelussa, eikä olettaa erojen juontuvan ainoastaan syntyperästä.

Ulkomaalaistaustaisen väestön ikärakenne on nuorempi kuin Suomen väestön keskimäärin, ja syntyperän mukaan tarkastellut ryhmät eroavat myös toisistaan (Tilastokeskus 2018). Esimerkiksi venäläistä syntyperää oleva väestö on monia muita ryhmiä jonkin verran iäkkäämpi. Myös sukupuolijakaumissa on eroja: tiettyissä ryhmissä, kuten britti-, nigerialais-, nepali-, turkkilais- tai pakistanilaistaustaisissa, miehiä on selvästi enemmän kuin naisia, kun taas toisissa ryhmissä, kuten thaimaalais-, filippiiniläis- ja venäläistaustaisissa, naisia on miehiä enemmän (Helminen 2016). Ulkomaista syntyperää olevilla miesten työllisyys on lähes sama kuin Suomen väestössä keskimäärin mutta naisten työllisyysaste on vain 56 prosenttia, kun se koko väestön naisilla on 74 prosenttia (Nieminen ym. 2015). Myös pakolaisina maahan muuttaneiden miesten työllisyys on heikompi kuin miehillä koko väestössä. Pakolaistaustaisista jopa yli kymmenen vuotta maassa asuneista työikäisistä aikuisista vain noin puolet on työssä. Työttömänä maahan muuttaneista henkilöistä suuri enemmistö on työhaluista, mutta työllistymisen esteinä ovat muun muassa työnantajien asenteet sekä kielitaitoon, koulutukseen ja työkokemukseen liittyvät puutteet (Rask ym. 2016a). Ulkomaista syntyperää olevien työllisyyteen liittyy myös muita työelämää koskettavia ongelmia: monet ovat työhönsä nähden ylikoulutettuja ja määräaikaiset tai osa-aikaiset työsopimukset ovat yleisempiä kuin Suomen koko väestössä (Rask ym. 2018a).

Myös koulutuksessa havaitaan eroja väestöryhmien välillä. Vuonna 2014 tehdyssä selvityksessä havaittiin, että joka kuudennella ulkomaalaistaustaisella 25–64-vuotiaalla ei ollut perusasteen jälkeistä koulutusta (Nieminen ym. 2015). Pakolaistaustaisista lähes puolella oli suoritettuna korkeintaan perusasteen oppimäärä, ja koulutustaso on ulkomaalaistaustaisilla selvästi Suomen koko väestöön nähden polarisoituneempaa.

Kaikki edellä kuvatut ulkomaiseen syntyperään yhteydessä olevat sosiodemografiset tekijät liittyvät terveyteen ja hyvinvointiin. Seuraavaksi esitettävien erilaisten etnisyyteen tai syntyperään liittyvien terveys- ja hyvinvointierojen ei voida yksiselitteisesti katsoa johtuvan syntyperästä, vaan niiden taustalla vaikuttaa monenlaisia, monimutkaisia ja keskenään risteäviä eli niin sanottuja intersektionaalisia mekanismeja¹. Monimutkaisista mekanismeista huolimatta syntyperään liittyvien terveys- ja hyvinvointierojen tarkastelu on tärkeää, sillä väestössä vallitsevien erojen erittely paljastaa yhteiskunnan kerroksisuutta, hierarkioita ja erityisissä tarpeissa olevia väestöryhmiä sekä osoittaa eroja, joiden kaventamiseen on syytä keskittää voimavaroja.

Joihinkin ulkomaista syntyperää oleviin väestöihin liittyy myös erityistä haavoittuvuutta, kuten esimerkiksi ihmiskaupan, kidutuksen tai muun väkivallan uhreiksi joutuneisiin ihmisryhmiin. Lisäksi tietyt ulkomaista syntyperää olevat ryhmät, kuten turvapaikanhakijat tai paperittomat henkilöt, ovat erikoisessa asemassa siinäkin mielessä, että he eivät ole oikeutettuja samoihin palveluihin esimerkiksi terveydenhuollossa kuin suurin osa Suomessa asuvista maahan muuttaneista. Tietyt kysymykset koskettavat puolestaan erityisesti niin sanottuja ensimmäisen polven suomalaisia, jotka ovat syntyneet ja kasvaneet Suomessa ja ovat kaikin puolin suomalaisia, mutta joiden vanhemmat ovat syntyneet muualla. Erityisesti tähän ryhmään liittyy niin sanottu rodullistamisen ilmiö, kuten esimerkiksi se, että värillistä suomalaista kohdellaan ei-suomalaisena ja synnytetään siten, usein tahattomastikin, kokemuksia vääränlaisuudesta tai toiseudesta. Nämä toiseuden kokemukset voivat puolestaan johtaa kasautuessaan marginalisoitumiseen ja monenlaisiin hyvinvointiin liittyviin ongelmiin.

Ulkomaista syntyperää olevilla on taustansa vuoksi myös riski joutua yhteiskunnassa heikkoon asemaan (esimerkiksi tulotaso tai koulutusta tarkasteltaessa). Samalla tulee kuitenkin muistaa, että kaikki ulkomaista syntyperää olevat eivät ole syrjäytymisvaarassa (Malin & Suvisaari 2010). Silti sosiaalinen asema näkyy usein myös terveydessä ilmenevinä erityispiirteinä. Kyse on pikemminkin monen osatekijän summasta, joista jokainen lisää eriarvoisuutta ja vähentää mahdollisuuksia tasa-arvoiseen hyvinvointiin.

1 Intersektionaalisuus tarkoittaa sitä, että yksilön yhteiskunnallisissa valtasuhteissa asemoitumiseen vaikuttavat yhtä aikaa monet tekijät, kuten sukupuoli, ikä, sosioekonominen asema, etninen tausta ja seksuaalinen suuntautuminen.

Etnisyyteen ja ulkomaiseen syntyperään liittyvät terveys- ja hyvinvointierot

Suomessa on vahvoja väestöryhmittäisiä terveys- ja hyvinvointieroja, jotka kuvaavat yksilöiden erilaisia mahdollisuuksia saavuttaa terveyttä ja hyvinvointia koskevia asioita (ks. esimerkiksi Karvonen ym. luku 6 tässä teoksessa). Tässä osiossa keskitytään erityisesti etnisyyteen tai syntyperään liittyviin eroihin.

Viimeksi kuluneiden muutaman vuoden aikana on tuotettu valtavasti uutta tietoa Suomen ulkomaista syntyperää olevan väestön terveydestä ja hyvinvoinnista. Laajimmat väestötutkimukset ovat olleet Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimus (Maamu), jossa tutkittiin venäläis-, somalialais- ja kurditaustaista väestöä Suomessa (Castaneda ym. 2012), ja Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimus (UTH), jossa tutkittiin Suomen koko ulkomaista syntyperää olevaa väestöä (Castaneda ym. 2015a; Nieminen ym. 2015). Lisäksi esimerkiksi Kouluterveyskyselyllä voidaan nykyään saada tietoa lasten ja nuorten terveydestä ja hyvinvoinnista myös syntyperän mukaan (Matikka ym. 2014; Matikka ym. 2015; Wikström ym. 2017a; Wikström ym. 2017b).

Nämä tuoreet väestötutkimukset ovat osoittaneet monenlaisia terveys- ja hyvinvointieroja ulkomaista syntyperää olevan väestön ja Suomen koko väestön välillä (taulukko 9.1 ja taulukko 9.2). Yksi tärkeimmistä väestöryhmien välisistä terveyseroista liittyy psyykkiseen hyvinvointiin. Tietyillä ulkomaista syntyperää olevilla ryhmillä mielenterveysoireiden ja psyykkisen kuormittuneisuuden on havaittu olevan yleisempää kuin väestössä keskimäärin, erityisesti naisilla (Rask ym. 2016b; Castaneda ym. 2015a). Oireet liittyvät etenkin vähäiseen koulutukseen, työttömyyteen, toimeentulo-ongelmiin, iäkkyyteen sekä heikkoon suomen tai ruotsin kielen taitoon. Mielenterveysoireiden suurempi esiintyvyys ei kuitenkaan näy yleisempänä mielenterveyspalvelujen käyttönä, vaan tietyt ulkomaista syntyperää olevat ryhmät alikäyttävät olemassa olevia palveluja (Castaneda ym. 2012; Koponen ym. 2016).

Myös monet elintapasairauksien riskitekijät ovat osalla ulkomaista syntyperää olevista väestöryhmistä yleisempiä kuin koko väestössä. Tällaisia ovat esimerkiksi lihavuus (Nieminen ym. 2015; Laatikainen ym. 2016) tai diabeteksen (Skogberg ym. 2016) korkeampi esiintyvyys sekä fyysisen toimintakyvyn vaikeudet (Nieminen ym. 2015; Rask ym. 2016c). Tiedyt kulttuuriset tavat tai perinteet ovat puolestaan suuremmin yhteydessä terveyteen liittyviin ongelmiin, kuten joissakin maissa tehtävät tyttöjen ja naisten ympärileikkaukset eli sukupuolielinten silpominen (FGM/C) (Klemetti & Raussi-Lehto 2013). Monien terveyspalvelujen, kuten terveystarkastusten, seuluntojen ja kuntoutuksen, käyttö on harvinaisempaa kuin väestössä keskimäärin (Kuusio ym. 2016). Monet terveyden ongelmat ovat yhteydessä erilaisiin sosiodemografisiin tekijöihin, mutta ne eivät kuitenkaan selity yksinomaan niillä.

TAULUKKO 9.1. Ulkomaalaistaustaisen 20–64-vuotiaan väestön terveyden ja hyvinvoinnin tila taustamaaryhmittäin vuonna 2014 (%). Lähde: www.terveytemme.fi; Castaneda ym. 2017a.

	Lihavuus	Päivittäinen tupakointi	Runsas alkoholin käyttö	Kuntoliikunnan harrastaminen	Vaikeuksia 100 m juoksussa	Psyykinen kuormittuneisuus	Lääkärin toteama mielenterveysongelma	Hyvä elämäntila	Yksinäisyys	Aktiivinen osallistuminen vapaa-ajan toimintaan
Venäjä ja Neuvostoliitto										
Miehet	17,7	29,9	22,5	29,7	16,0	6,4	12,9	73,0	3,5	14,2
Naiset	17,7	15,1	7,1	25,2	25,2	11,3	12,9	76,9	7,8	23,8
Viro										
Miehet	20,1	41,6	34,5	23,1	15,6	1,9	10,1	68,1	5,3	9,4
Naiset	14,6	28,3	10,9	16,8	19,4	10,9	10,9	72,2	8,5	9,7
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka										
Miehet	12,1	31,0	7,0	30,1	19,8	14,5	16,1	52,3	14,3	22,7
Naiset	21,2	10,2	1,2	10,3	38,0	26,2	22,5	63,6	19,2	9,1
Muu Afrikka										
Miehet	7,6	14,4	3,3	26,9	18,7	8,8	4,4	80,5	12,2	28,5
Naiset	23,2	1,6	1,8	8,0	42,3	4,1	5,8	71,1	8,7	31,8
Aasia										
Miehet	7,0	32,3	6,1	25,7	9,7	6,0	9,3	72,6	11,4	17,2
Naiset	4,2	5,7	3,7	13,4	21,3	9,2	10,2	69,9	8,9	16,4
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka										
Miehet	13,9	19,1	18,9	35,6	12,5	6,2	7,7	86,5	8,9	29,3
Naiset	14,0	10,8	7,4	33,8	20,8	11,5	16,8	86,0	9,1	29,1
Latinalainen Amerikka, Itä-Eurooppa ja muut										
Miehet	10,7	22,7	11,1	32,5	15,4	3,4	5,4	74,8	8,6	35
Naiset	10,3	11,5	3,1	22,8	25,3	7,6	14,7	78,9	9,0	14,9
Ulkomaalaistaustaiset yhteensä										
Miehet	13,2	27,7	15,2	29,5	15,3	6,9	9,9	72,3	9,1	22,2
Naiset	14,4	13,2	5,7	19,8	25,5	11,1	13,1	74,9	9,3	19,3
Suomen koko väestö										
Miehet	17,7	19,4	39,7	28	18,3	11,6	9,4	75,3	8,5	26,6
Naiset	17,4	14,7	22,9	22,3	27,5	14,6	12,6	80,5	9,5	26,9

Myös kokemukset yksinäisyydestä, heikommasta elämäntilasta ja vähäisemmästä osallisuudesta ovat yleisempiä tietyillä ulkomaista syntyperää olevilla ryhmillä kuin koko väestössä (Castaneda ym. 2012; Castaneda ym. 2015a; Nieminen ym. 2015). Monet hyvinvointiongelmien kasautuvat tietyille ulkomaista syntyperää oleville ryhmille, kuten Lähi-idän maista muuttaneille. Toisaalta lähes kaikissa syntyperän mukaan tarkastelluissa ryhmissä tyytyväisyys ihmisuhteisiin ja luot-

TAULUKKO 9.2. Venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisen 18–64-vuotiaan väestön terveyden ja hyvinvoinnin tila (%). Lähde: Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa (Castaneda ym. 2012; Castaneda ym. 2017a).

	Venäläistaustaiset		Somalialaistaustaiset		Kurditaustaiset		Suomen koko väestö	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
Kohonnut verenpaine	27,5	17,4	21,5	8,4	16,4	10,2	29,7	20,8
Pysyvä tapaturman aiheuttama vamma	11,4	6,5	4,8	3,7	15,3	7,6	6,2	3,8
Kohonnut kokonaiskolesteroli	54,1	49,3	38,5	29,9	48,1	33,0	50,1	51,5
Vakavat masennus- ja ahdistuneisuusoireet	8,6	24,5	5,3	10,8	24,9	49,8	10,0	7,5
Työkykyä rajoittuneeksi arvioivat	8,8	18,6	8,3	17,1	25,9	33,1	9,6	10,0

tamus viranomaisiin ja palvelujärjestelmään on ulkomaista syntyperää olevissa ryhmissä yleisempää kuin koko väestössä. Kokemukset syrjivästä kohtelusta ovat yleisiä ja vaihtelevat ryhmien välillä ennen kaikkea syntyperän ja ulkoisen erilaisuuden mukaan (Castaneda ym. 2015a; Rask ym. 2018b).

Vähemmistöön kuulumiseen, oli sitten kyse etnisestä tai muulla tavoin määrityksestä vähemmistöstä, tiedetään yleensä liittyvän erilaisen syrjinnän ja sitä kautta hyvinvointivajeille altistumisen riski. Tämän ajatellaan liittyvän nimenomaan siihen, että vähemmistö ei ole valta-asemassa. Ulkomaista syntyperää olevat kuuluvat lähtökohtaisesti vähemmistöön esimerkiksi kielensä, kulttuurinsa, ulkoisesti hahmotettavan erilaisuutensa tai muun ominaisuuden vuoksi, mikä aiheuttaa aina syrjinnän ja hyvinvointivajeen riskin. Ulkomaista syntyperää oleva yksilö voi myös herkemmin edustaa moninkertaista vähemmistöä eli kuulua yhtä aikaa useampaan eri vähemmistöön (esimerkiksi maahan muuttanut värillinen, vammainen henkilö), mikä myös todennäköisesti kasaa hyvinvointipulmia.

Kokemukset syrjinnästä terveys- ja hyvinvointierojen taustalla

Kuten edellä kuvattiin, etnisyyden ja syntyperän mukaisia terveys- ja hyvinvointieroja on mielekästä tarkastella suhteessa moniin eri taustatekijöihin. Erojen taustalla on usein entisessä kotimaassa syntynyttä kuormaa, joka perustuu esimerkiksi siellä vallinneisiin terveyden, hyvinvoinnin, elinolojen ja palvelujen vajeisiin tai sodan keskellä eläneillä terveystä ja hyvinvointia järkyttäviin vaikeisiin kokemuksiin. Entisen kotimaan kokemusten huomioiminen onkin järkevää, sillä esimerkiksi suurimmalla osalla pakolaistaustaisista tiedetään olevan runsaasti järkyttäviä ja mahdollisesti traumatisoivia kokemuksia entisissä kotimaissaan (Castaneda ym.

2015a) tai pakomatkan ajalta, jotka voivat monin tavoin ja pitkäkestoisesti heikentää heidän voimavarojaan ja siten myös terveyttä ja hyvinvointia (Mölsä ym. 2014). Esimerkiksi Suomeen Irakista ja Iranista muuttaneista kurditaustaista miehistä peräti joka kolmannella on havaittu olevan kidutuskokemuksia (Castaneda ym. 2017b). Koska kidutukseen sisältyy pyrkimys murtaa yksilön psyykinen eheys mahdollisimman voimallisesti ja pysyvästi, ovat sen vaikutukset terveyteen ja hyvinvointiin uudessakin kotimaassa helppo ymmärtää. Pakolaisilla on havaittu olevan hyvinvoinnin vajeita ja turvattomuuteen liittyviä kokemuksia, esimerkiksi enemmän yksinäisyyttä ja vähemmän suomalaisia ystäviä, verrattuna muista syistä muuttaneisiin (Castaneda ym. 2015a).

Syntyperään liittyviä terveys- ja hyvinvointieroja on nähtävissä vielä pitkään uuteen kotimaahan muuton jälkeen. Esimerkiksi edellä esitetyt tulokset kuvaavat ulkomaista syntyperää olevia ryhmiä, jotka olivat asuneet Suomessa jo vuosia, osa keskimäärin kymmenenkin vuotta (Castaneda ym. 2012). Pitkä asumisaika perustelee siirtymistä entisten kotimaiden taakkojen tutkimisesta uudessa kotimaassa vallitsevien olosuhteiden tarkasteluun.

Suomessa koetun syrjinnän on havaittu olevan vahvassa yhteydessä heikompaan terveyteen, mielenterveysoireiden korkeampaan esiintyvyyteen, heikompaan elämänlaatuun ja yksinäisyyden kokemuksiin (Castaneda ym. 2015b; Rask ym. 2018b). Syrjintää kokeneet ilmoittivat myös yleisemmin huolta omasta turvallisuudestaan ja tarvetta vältellä tiettyjä julkisia paikkoja, sekä heikompa luottamusta eri viranomaisiin. Terveyden ja hyvinvoinnin vajeiden on havaittu olevan todennäköisempiä myös niillä, jotka ovat kokeneet vain epäsuoraa syrjintää verrattuna niihin, jotka eivät ole kokeneet sitä lainkaan. Suoraa, näkyvää syrjintää on esimerkiksi nimittely tai uhkailu, kun epäsuoraa syrjintää on esimerkiksi epäkohteliaaksi tai epäkunnioittavaksi koettu kohtelu, jonka syrjitty uskoo liittyvän johonkin inhimilliseen ominaisuuteensa. Olennaista syrjinnässä on, että kohtelu on jonkin inhimillisen ominaisuuden vuoksi huonompaa kuin mitä se olisi ilman sitä. Etninen syrjintä saattaa liittyä vaikkapa ihonväriin. Palveluissa syrjintä voi olla esimerkiksi palvelujen ulkopuolelle jättämistä tai puutteellista neuvontaa ja ohjausta. Tärkeää on lisäksi ymmärtää, että toistuvissa syrjintäkokemuksissa onkin usein kyse syrjivistä rakenteista pelkkien yksittäisten kokemusten sijaan.

Syrjinnän lisäksi on paljon muita olosuhteita, joiden tiedetään olevan yhteydessä erityisesti ulkomaista syntyperää olevan väestön terveyteen ja hyvinvointiin, ja jotka myös vaikuttavat väestössämme vallitseviin syntyperän mukaisiin terveys- ja hyvinvointieroihin. Tutkimuksissa on esimerkiksi havaittu, että erossa oleminen primääriperheestä lisää mielenterveysongelmia ja yksinäisyyden kokemuksia pakolaistaustaisilla maahan muuttaneilla (Rask ym. 2016d). Joidenkin tekijöiden on puolestaan havaittu erityisesti edistävän hyvinvointia. Esimerkiksi uskonnon harjoittamisen on havaittu suojaavan mielenterveyttä (Mölsä ym. 2017).

Mietittäessä keinoja ja toimia Suomen ulkomaista syntyperää olevan väestön terveyden ja hyvinvoinnin vajeiden korjaamiseksi ja havaittujen terveys- ja hyvinvointierojen kaventamiseksi, on syytä keskittyä nimenomaan Suomessa vallitsevien olosuhteiden ja tilanteiden parantamiseen. Tärkeimpiä toimia ovat syrjimättömyyden korostaminen, syrjivien rakenteiden määrätietoinen purkaminen ja järjestelmiemme ohjaaminen kohti yhdenvertaisuutta.

Pohdinta: etnisten hyvinvointierojen kaventaminen yhdenvertaisuuden kautta

Työ ulkomaista syntyperää olevien terveys- ja hyvinvointierojen kaventamiseksi on ennen kaikkea työtä yhdenvertaisuuden toteutumiseksi. Palvelujärjestelmällä on suuri merkitys hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisessa. Yhdenvertaisuuden edistäminen palveluissa ei tarkoita sitä, että kaikki saavat samat palvelut, vaan sitä, että kukin yksilö saa tarvitsemansa palvelut niin, että lopputulos on yhdenvertainen. Esimerkiksi kuulovammaisen henkilön kohdalla tämä tarkoittaa, että hän on oikeutettu terveyspalveluissa asioidessaan viittomakielen tulkkiin, jotta hän tulee potilaana kuulluksi ja ymmärretyksi siinä, missä kuuleva potilas. Ulkomaista syntyperää olevien yksilöiden yhdenvertaisuuden toteutuminen voi tarkoittaa eri asioita eri tilanteissa. Toisinaan se voi tarkoittaa esimerkiksi oikeutta tulkkiavusteiseen palveluun, toisinaan erityistä palveluohjausta vieraassa palvelujärjestelmässä tai toisinaan syrjimättömyyttä työnhakuprosessissa tai muissa palveluissa.

Ulkomaista syntyperää olevan väestön terveys- ja hyvinvointivajeiden ilmenemistä tai kasautumista on tärkeä tutkia, jotta tilanteeseen voidaan vaikuttaa ja terveys- ja hyvinvointieroja kaventaa. Näiden erojen syntyminen tulee myös aktiivisesti ehkäistä ja terveyden tasa-arvoa edistää kaikissa väestöryhmissä. Terveyden tasa-arvoa edistää muun muassa ammattilaisten kouluttaminen kulttuurisensitiiviseen, syrjimättömään ja yhdenvertaisuutta korostavaan työskentelyyn, jotta palvelujen kysyntä ja tarjonta kohtaavat entistä paremmin ja jotta kaikki Suomessa saavat tarvitsemansa palvelut syntyperästään, syntymämaastaan tai etnisyydestään riippumatta. Ammattilaisten on tärkeää tulevaisuudessa sisäistää entistä paremmin ”kaikki kotouttavat” -mentaliteetti, jossa jokainen ammattilainen mieltää itsensä ikkunana suomalaisuuteen.

Samaan aikaan on kuitenkin yhä tärkeämpää hahmottaa, että maahanmuuttajatausta tai ulkomaisen syntyperän korostaminen voi tuottaa vahvojakin toiseuden kokemuksia, jotka eivät edistä niitä kokevien hyvinvointia tai terveyttä. Päättäjien, asiantuntijoiden ja ammattilaisten tulisi siis entistä paremmin ymmärtää, miten hyviksikin tarkoitetut teot voivat kääntyä itseään vastaan ruokkien väestöryhmien välisiä kuiluja ja syrjintää – ja pyrkiä aktiivisesti välttämään tämän tapahtumista.

Lähteet

- Castaneda, Anu E. & Rask, Shadia & Koponen, Päivikki & Mölsä, Mulki & Koskinen, Seppo (2012): Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012 Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Castaneda, Anu & Larja, Liisa & Nieminen, Tarja & Jokela, Satu & Suvisaari, Jaana & Rask, Shadia & Koponen, Päivikki & Koskinen, Seppo (2015a): Ulkomaalaistaustaisten psyykkinen hyvinvointi, turvallisuus ja osallisuus. Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimus 2014 (UTH). Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Castaneda, Anu E. & Rask, Shadia & Koponen, Päivikki & Suvisaari, Jaana & Koskinen, Seppo & Härkönen, Tommi & Mannila, Simo & Laitinen, Kari & Jukarainen, Pirjo & Jasinskaja-Lahti, Inga (2015b): The association between discrimination and psychological and social well-being: a population-based study of Russian, Somali and Kurdish migrants in Finland. *Psychology and Developing Societies* 27, 270–292.
- Castaneda, Anu E. & Kuusio, Hannamaria & Skogberg, Natalia & Tuomisto, Karoliina & Kytö, Sinikka & Salmivuori, Emmi & Jokela, Satu & Mäki-Opas, Johanna & Laatikainen, Tiina & Koponen, Päivikki (2017a): Suomen ulkomaalaistaustaisen väestön terveyden edistämiseen liittyvä erityiskysymyksiä. *Duodecim* 133, 993–1001.
- Castaneda, Anu E. & Junna, Liina & Lilja, Eero & Skogberg, Natalia & Kuusio, Hannamaria & Koponen, Päivikki & Suvisaari, Jaana (2017b): The prevalence of potentially traumatic pre-migration experiences in Russian, Somali and Kurdish origin migrants in Finland: a population-based study in Finland. *Journal of Traumatic Stress Disorders and Treatment* 6, 1.
- Creech, Suzannah K. & Misca, Gabriela (2017): Parenting with PTSD: a review of research on the influence of PTSD on parent-child functioning in military and veteran families. *Frontiers in Psychology* 8, 1101.
- Elnitsky, Christine A. & Blevins, Cara L. & Fisher, Michael P. & Magruder, Kathryn (2017): Military service member and veteran reintegration: a critical review and adapted ecological model. *The American Journal of Orthopsychiatry* 87, 114–128.
- Gilliver, Stephen C & Sundquist, Jan & Li, Xinxun & Sundquist, Kristina (2014): Recent research on the mental health of immigrants to Sweden: a literature review. *European Journal of Public Health* 24, Supplement 1, 72–79.
- Helminen, Marja-Liisa (2016): Maahanmuuttajat muistuttavat sukupuolijakaumaltaan suomalaistaustaisia. *Tieto&trendit – talous- ja hyvinvointikatsaus*, 2.
- Juárez, Sol P. & Drefahl, Sven & Dunlavy, Andrea & Rostila, Mikaela (2018): All-cause mortality, age at arrival, and duration of residence among adult migrants in Sweden: a population-based longitudinal study. *SSM Population Health* 6, 16–25.
- Klemetti, Reija & Raussi-Lehto, Eija (2013): Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. *Opas* 33. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Koponen, Päivikki & Rask, Shadia & Skogberg, Natalia & Castaneda, Anu & Manderbacka, Kristiina & Suvisaari, Jaana & Kuusio, Hannamaria & Laatikainen, Tiina & Keskimäki, Ilmo & Koskinen, Seppo (2016): Suomessa vakituisesti asuvat maahanmuuttajat käyttävät vaihtelevasti terveystalvuuja. *Suomen Lääkärilehti* 12–13, 907–914.
- Kuusio, Hannamaria & Nykänen, Eeva & Rask, Shadia & Koponen, Päivikki & Weiste-Paakkanen, Anneli & Luoma, Minna-Liisa & Castaneda, Anu & Keskimäki, Ilmo & Koskinen, Seppo (2016): Maahanmuuttajien oikeus terveystalvuuhiin ja terveystalvuujujen käyttö. *Teoksessa: Eeva Nykänen & Laura Kalliomaa-Puha & Yrjö Mattila (toim). Sosiaaliset oikeudet – näkökulmia perustaan ja toteutumiseen. Oikeus sosiaali- ja terveystalvuuhiin. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.*
- Laatikainen, Tiina & Wikström, Katja & Skogberg, Natalia & Rask, Shadia & Castaneda, Anu & Koskinen, Seppo & Koponen, Päivikki (2016): Maahanmuuttajien kansanterveysongelmat. *Suomen Lääkärilehti* 12–13, 877–883.
- Maahanmuuttovirasto (2018): http://www.migri.fi/tietoa_virastosta/tilastot/turvapaikkaja_pakolaistilastot.
- Malin, Maili & Suvisaari, Jaana (2010): Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. *Duodecim*.

- Matikka, Anni & Luopa, Pauliina & Kivimäki, Hanne & Jokela, Jukka & Paananen, Reija (2014): Maahanmuuttajataustaisten 8. ja 9.-luokkalaisten hyvinvointi. Kouluterveyskysely 2013. Raportti 26/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Matikka, Anni & Wikström, Katja & Halme, Nina (2015): Maahanmuuttajataustaisten nuorten hyvinvointi ja sen seuranta. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mölsä, Mulki & Punamäki, Raija-Leena & Saarni, Samuli I. & Tiilikainen, Marja & Kuittinen, Saija & Honkasalo, Marja-Liisa (2014): Mental and somatic health and pre- and post-migration factors among older Somali refugees in Finland. *Transcultural Psychiatry* 51, 499–525.
- Mölsä, Mulki & Kuittinen, Saija & Tiilikainen, Marja & Honkasalo, Marja-Liisa & Punamäki, Raija-Leena (2017): Mental health among older refugees: the role of trauma, discrimination, and religiousness. *Aging and Mental Health* 21, 829–837.
- Nieminen, Tarja & Sutela, Hanna & Hannula, Ulla (2015): Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014. Helsinki: Tilastokeskus.
- Näre, Sari (2018): Helsinki veressä. Naiset, lapset ja nuoret vuoden 1918 sodassa. Tammi.
- Rask, Shadia & Castaneda, Anu E. & Härkänen, Tommi & Koponen, Päivikki & Bergbom, Barbara & Toivanen, Minna & Gould, Raija & Koskinen, Seppo (2016a): Työttömistä maahanmuuttajista suuri osa on työkykyisiä ja työhaluisia. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 53, 317.
- Rask, Shadia & Suvisaari, Jaana & Koskinen, Seppo & Koponen, Päivikki & Mölsä, Mulki & Lehtisalo, Riikka & Schubert, Carla & Pakaslahti, Antti & Castaneda, Anu E. (2016b): The ethnic gap in mental health: a population-based study of Russian, Somali and Kurdish origin migrants in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health* 44, 281–290.
- Rask, Shadia & Sainio, Päivi & Castaneda, Anu E. & Härkänen, Tommi & Stenholm, Sari & Koponen, Päivikki & Koskinen, Seppo (2016c): The ethnic gap in mobility: a comparison of Russian, Somali and Kurdish origin migrants and the general Finnish population. *BMC Public Health* 16, 340–349.
- Rask, Shadia & Paavonen, Anna-Marie & Lilja, Eero & Koponen, Päivikki & Suvisaari, Jaana & Halla, Tapio & Koskinen, Seppo & Castaneda Anu (2016d): Primääriperheestä erossaolo on yhteydessä somalialais- ja kurditaustaisten maahanmuuttaja-aikuisten hyvinvointiin ja katoautumiseen Suomessa. *Yhteiskuntapolitiikka* 81, 3.
- Rask, Shadia & Lilja, Eero & Kuusio, Hannamaria & Larja, Liisa & Luukko, Jasmin (2018a): Ylikoulutuksen yhteys terveyteen ja hyvinvointiin. Teoksessa: Minna Toivanen & Ari Väänänen & Anna-Leena Kurki & Barbara Bergbom & Auli Airila (toim.) *Moni osaa! Työpaikkaosaaminen monikulttuurisilla työpaikoilla*. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Rask, Shadia & Elo, Irma T. & Koskinen, Seppo & Lilja, Eero & Koponen, Päivikki & Castaneda, Anu E. (2018b): The association between discrimination and health: findings on Russian, Somali and Kurdish origin populations in Finland. *European Journal of Public Health* 28, 898–903.
- Räikkönen, Katri & Lahti, Marius & Heinonen, Kati & Pesonen, Anu-Katariina & Wahlbeck, Kristian & Kajantie, Eero & Osmond, Clive & Barker, David J. & Eriksson, Johan G. (2011): Risk of severe mental disorders in adults separated temporarily from their parents in childhood: the Helsinki birth cohort study. *Journal of Psychiatric Research* 45, 332–8.
- Skogberg, Natalia & Laatikainen, Tiina & Koskinen, Seppo & Vartiainen, Erkki & Jula, Antti & Leiviskä, Jaana & Härkänen, Tommi & Koponen, Päivikki (2016): Cardiovascular risk factors among Russian, Somali and Kurdish migrants in comparison with the general Finnish population. *European Journal of Public Health* 26, 667–673.
- Skogberg, Natalia & Laatikainen, Tiina & Jula, Antti & Härkänen, Tommi & Vartiainen, Erkki & Koponen, Päivikki (2017): Metabolic syndrome among Russian, Somali and Kurdish migrants compared with the general Finnish population. *International Journal of Cardiology* 232, 63–69.
- Skogberg, Natalia & Laatikainen, Tiina & Lundqvist, Annamaria & Lilja, Eero & Härkänen, Tommi & Koponen, Päivikki (2018): Which anthropometric measures best indicate type 2 diabetes among Russian, Somali and Kurdish origin migrants in Finland? *BMJ Open* 8, e019166.

- Sotkanet (2018): Ulkomaalaistaustaiset, id 5102, Väestötilasto. THL/Tilastokeskus (17.11.2018)
- Tilastokeskus (2018): Väestö kansalaisuuden, syntymämaan, kielen ja syntyperän mukaan 1990–2017. Tilastokeskuksen PX-WEB-tietokannat. http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/Maahanmuuttajat_ja_kotoutuminen/Maahanmuuttajat_ja_kotoutuminen__Maahanmuuttajat_ja_kotoutuminen/005_kaikki.px/?rxid=538abb0b-618f-44ae-b1e7-322db7a-0fa62.
- Wikström, Katja & Lindström, Jaana & Halme, Nina & Laatikainen, Tiina (2017a): Ulkomaalaistaustaisten nuorten terveystottumukset. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Wikström, Katja & Lindström, Jaana & Halme, Nina & Laatikainen, Tiina (2017b): Kiusaaminen ja fyysisen uhan kokemukset ulkomaalaistaustaisilla nuorilla. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

10

Koetun hyvinvoinnin erot maakuntien välillä

Valmisteilla olevan maakunta- ja sote-uudistuksen seurauksena kohdistuu maakuntiin hallinnollis-maantieteellisinä yksiköinä uudenlaista mielenkiintoa. THL on tuottanut jo kahdesti arvioita maakuntien sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluista ja myös valtiovarainministeriön julkaisemissa Peruspalvelujen tila -raporteissa on maakuntia kuvaavia tietoja. Tiedot ovat paljolti perustuneet saatavilla oleviin rekisteritietoihin palvelujärjestelmästä. Sen sijaan maakuntien välisiä koetun hyvinvoinnin eroja ei ole tarkasteltu kattavasti, sillä edustavia tietoja väestön kokemuksista on saatavissa vain rajallisesti eri kyselytutkimuksista. Tässä luvussa kuvataan koetun hyvinvoinnin alueellista jakautumista kattavimpien väestökyselyjen avulla. Tavoitteena on selvittää, kuinka paljon koettu hyvinvointi sen eri ulottuvuuksilla vaihtelee maakuntien välillä. Yksittäisiä maakuntia ei kuitenkaan kuvata. Tulokset osoittavat, että koettu hyvinvointi vaihtelee selvimmin elintason liittyvissä kokemuksissa ja vähemmän sosiaalisiin suhteisiin tai identiteettiin liittyvissä tunnusluvuissa. Pienet erot johtuvat todennäköisesti osin siitä, että toistaiseksi maakunnalla on ollut vain vähäinen merkitys aluehallinnossa ja sitä kautta myös ihmisten arkikokemusten jäsentäjänä.

Maakunnat ovat tekeillä olevan maakunta- ja sosiaali- ja terveystalvaku -uudistuksen (sote-uudistus) myötä nousemassa uudella tavalla merkittäviksi alueyksiköiksi. Historiallisesti maakuntien hallinnollis-poliittinen relevanssi on ollut vähäinen, mutta jatkossa – jos uudistus toteutuu suunnitellusti – ne tulevat määrittämään voimakkaasti alueensa sosiaali- ja terveystalvaku tarjonnan ohella myös väestön hyvinvoinnin ehtoja, jakautumista ja tasoa. Tätä kirjoitettaessa käytettävissä olevan sote-uudistuksen lakiluonnoksen mukaan maakuntien vastuulle siirtyisivät kaikki sosiaali- ja terveystalvaku, kun kuntien vastuulle jäisivät muun muassa päivähoito, opetus, liikunta, terveyden edistäminen ja kulttuuritoimi (www.alueuudistus.fi). Uudistuksen tavoitteina ovat talvaku järjestäminen tehokkaasti, yhdenvertaisesti ja laadukkaasti. Pyrkimyksenä on myös hyvinvointi- ja terveystalvaku kaventaminen.

Hyvinvoinnin vaihtelua maakuntien välillä ei juuri ole aiemmin tarkasteltu, mikä johtunee siitä, että toistaiseksi niillä on ollut vain niukasti toimivaltaa hyvinvointiin liittyvissä kysymyksissä alueellaan (ks. kuitenkin Luopa ym. 2008; Kaikkonen ym. 2014; Parikka ym. 2017). Uudistuksen valmistelua koskevan päätöksenteon tueksi tarvitaan kuitenkin tutkimustietoa, minkä vuoksi on tarpeen kuvata tietoja maakuntien hyvinvoinnin tilasta mahdollisimman kattavasti jo ennen uudistuksen käynnistymistä.

Tässä luvussa kootaan yhteen tuoretta tietoa maakuntien välisistä koetun hyvinvoinnin eroista. Katsauksen pääpaino on alueiden vertailussa ja koko väestöä kuvaavissa tunnusluvuissa, joiden lähteenä ovat pääasiassa THL:n tietokantojen sisältämät tiedot laajoista väestötutkimuksista. Luku ei sisällä sinänsä uusia tietoja, mutta tiedot on koottu eri tietolähteistä ensi kertaa yhteen. Kokonaisuutena tässä luvussa pyritään vastaamaan kysymykseen, minkä verran maakuntien välillä on vaihtelua hyvinvoinnin eri ulottuvuuksilla ennen sote-uudistuksen toimeenpanoa.

Osana uudistuksen valmistelua THL:ssä on käynnistetty maakuntien arviointitoiminto, jonka tarkoituksena on tuottaa kutakin maakuntaa kuvaavia erillisraportteja¹ sen arvioimiseksi, millainen on sosiaali- ja terveystalvaku tila ja kehitys. Toiminnon oheen on koottu erillinen tietoiikkuna, jonka avulla maakuntia voidaan vertailla. Tietoiikkunan tavoitteena on, että maakuntien sote-arvioinnin kansallisessa ohjauksessa ja arvioinnissa käytettävät indikaattoritiedot ovat helposti kaikkien saatavilla ja kaikilla toimijoilla on käytössään samat luvut ilman erillispoimintoja, reaaliaikaisesti. Tietoiikkunan prototyypissä on parhaillaan 430 tunnuslukua, jotka kuvaavat väestörakennetta, elinoloja, talvaku tarvetta ja saatavuutta, yhdenvertaisuutta ja haavoittuvia asiakasryhmiä, toimivuutta ja prosesseja, integraation toteutumista, valinnanvapautta, talvaku käyttöä, rakenteita ja voimavaroja, laatua, turvallisuutta ja asiakaslähtöisyyttä, kustannuksia ja vaikutavuutta.

1 Raportit ovat luettavissa osoitteessa <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/tietopohja-ja-arviointi/arviointi/arvioinnin-simulointi-kevat-2018->

Maakunnat eroavat toisistaan

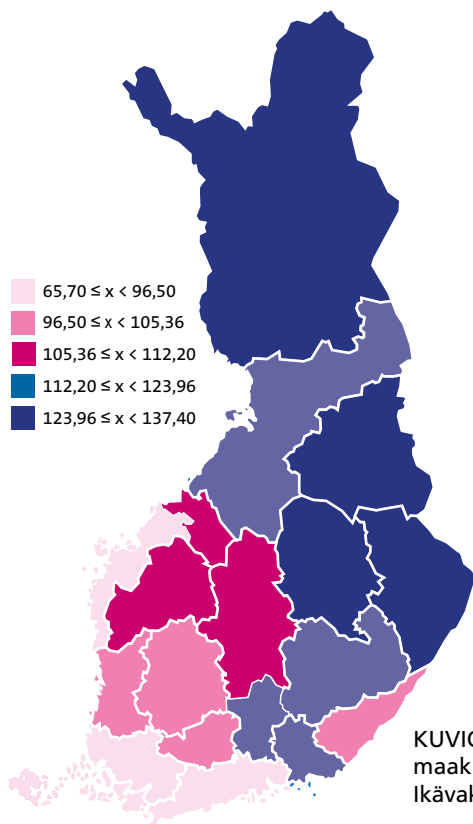
Hyvinvointia kuvataan tässä luvussa perinteisen pohjoismaisen hyvinvointitutkimuksen tapaan huomioiden väestön elinolot, sosiaaliset suhteet eli psykososiaalinen hyvinvointi ja identiteetti (itsensä toteuttaminen, mielekäs tekeminen) sen mukaisesti, minkä verran tietoa on saatavissa. Ulottuvuuksien nimet saattavat vaihdella, mutta taustalla on suomalaisen sosiologin Erik Allardtin (1976) kehittämä hyvinvointiteoria, jossa hyvinvoinnin ulottuvuudet nimetään termeillä *having* (aineellinen elintaso), *loving* (sosiaaliset suhteet) ja *being* (itsensä toteuttaminen). Viimeiseen kuuluu vielä alakohta *doing* (Allardt 1993). Elintason osatekijöiksi Allardt lukee muun muassa taloudelliset resurssit, asuinolosuhteet, työllisyyden ja työolot, koulutuksen ja terveyden. Sosiaaliin suhteisiin kuuluvat muun muassa suhteet perheeseen ja sukuun, ystäviin, paikallisyhteisöön ja työtovereihin. Itsensä toteuttaminen pitää sisällään sellaisia tekijöitä kuin esimerkiksi vaikuttamismahdollisuudet omaan elämään, poliittiset resurssit ja vapaa-ajan toiminnan mahdollisuudet. (Ks. tarkemmin Kestilä ym. luku 7 tässä teoksessa). Tuloksia raportoidaan tässä luvussa noudattaen tätä jaottelua.

Ennen uudistuksen valmistelun käynnistymistä maakuntia koskevat tiedot ovat olleet hajanaisia ja huonosti koordinoituja. Edelleenkin tietoaukkoja on paljon huolimatta siitä, että sinänsä eri järjestelmistä kertyy runsaasti tietoa jatkuvasti myös maakuntatasolla. Ne soveltuvat kuitenkin huonosti väestön hyvinvoinnin kuvaamiseen ja vain rajallisesti edes palvelujärjestelmän arviointiin, sillä tyypillisesti luvut kuvaavat järjestelmän toiminnan kannalta hyödyllisiä tietoja eikä niiden arvioimiseksi ole käytettävissä luontevia mittatikkuja. Esimerkiksi jonkin palvelun käytön määrän suhteuttaminen koko maan keskiarvoon ei vielä kerro siitä, käytetäänkö palvelua tarpeeseen nähden liikaa tai liian vähän.

Kaavaillut 18 maakuntaa eroavat kuitenkin toisistaan merkittävästi monessa suhteessa. Kuvioissa 10.1 ja 10.2 esitetään taustaksi THL:n² sairastavuusindeksin³ vaihtelu maakunnittain niin, että koko maan keskiarvo on 100. Kuviossa 10.1 on ikävakioimaton kartta, kun kuviossa 10.2 ikä on vakioitu. (Sotkanet 2018). Maakunnittaiset luvut ilmenevät liitetaulukosta 10.1.

2 Myös Kansaneläkelaitoksella on vastaava indeksi (Kansaneläkelaitos 2018). Sen korrelaatio THL:n indeksiin on lähes täydellinen (Sipilä ym. 2004).

3 Indeksi kuvaa kuntien ja alueiden väestön sairastavuutta suhteessa koko maan tasoon. Indeksissä on otettu huomioon seitsemän eri sairausryhmää ja neljä eri painotusnäkökulmaa, joista sairauksien merkitystä arvioidaan. Indeksien sisältämät sairausryhmät ovat syöpä, sepelvaltimotauti, aivoverisuonisairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, mielenterveyden ongelmat, tapaturmat ja dementia. Indeksissä kunkin sairausryhmän yleisyyttä painotetaan sen perusteella, mikä on ko. sairausryhmän merkitys väestön kuolleisuuden, työkyvyttömyyden, elämänlaadun ja terveydenhuollon kustannusten kannalta. Alueen indeksi on näiden sairausryhmittäisten osaindeksien painotettu summa. Indeksien arvo on sitä suurempi, mitä yleisempää sairastavuus alueella on. Indeksien arvo on koko maassa 100.

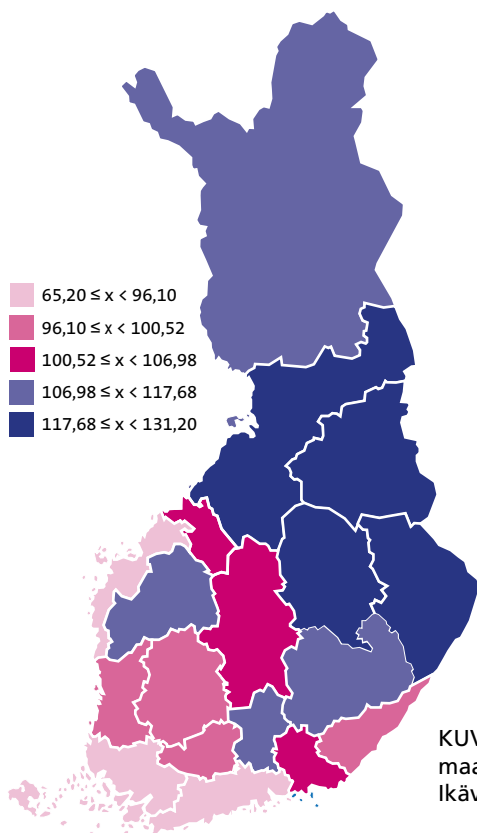


KUVIO 10.1. THL:n sairastavuusindeksi maakunnittain vuonna 2015. Ikävakiomaton. Lähde: Sotkanet 2018, THL.

Manner-Suomessa ikävakiomattoman sairastavuusindeksin arvo on suurin Pohjois-Savon maakunnassa (137) ja pienin Uudellamaalla (77). Ahvenanmaan maakunta vetää kuitenkin tässä kohtaa pisimmän korren, sillä siellä indeksi on niinkin pieni kuin 65,7.

Indeksi siis kuvaa maakunnan väestön sairastavuutta suhteessa koko maan tasoon. Indeksissä on otettu huomioon seitsemän eri sairausryhmää painotettuna sairauksien yhteiskunnallisella ja terveydellisellä merkityksellä. Niinpä kuvion 10.1 (ikävakioimaton) indeksi kuvaa sitä, millainen sairastavuustaakka kuhunkin alueeseen tosi asiassa kohdistuu. Tällä tavoin tarkastellen sairastavuuden aiheuttama taakka väestölle ja kuormitus palvelujärjestelmälle on Pohjois-Savossa yli kaksinkertainen Ahvenanmaahan verrattuna. Muita suuren sairastavuuden alueita ovat (järjestyksessä) Kainuu, Pohjois-Karjala ja Lappi. Manner-Suomen toiseksi pienin sairastavuusindeksi on Pohjanmaalla, mutta siellä indeksi on jo kymmenen prosenttiyksikköä suurempi kuin Uudellamaalla. (Sotkanet 2018.)

Kun sairastavuus kuitenkin on tunnetusti voimakkaasti yhteydessä ikään, alueiden vertailu on mielekkäämpää iän vakioimisen jälkeen. Jo kuvion 10.2 kartan silmämääräinen tarkastelu osoittaa, että ikävakiointi muuttaa alueiden välisiä



KUVIO 10.2. THL:n sairastavuusindeksi maakunnittain vuonna 2015. Ikävakioitu. Lähde: Sotkanet 2018, THL.

suhteita, joskin pääpiirteet – kartta tummuu siirryttäessä etelästä kohti itää ja pohjoista – säilyvät. Osin kyse on visuaalisesta harhasta, sillä kartoissa on erilaiset raja-arvot eri väreille. Olennaista on kuitenkin, että indeksin pienet arvot ovat edelleen samoissa eteläisen ja läntisen Suomen maakunnissa kuin edellisessäkin kartassa. Erot kuitenkin tasoittuvat niin, että esimerkiksi Pohjois-Savon ikävakioitu indeksi on samaa luokkaa kuin Kainuun ikävakioiden indeksi. Vastaavasti Uudenmaan indeksi kasvaa muutaman prosenttiyksikön. Sen sijaan Pohjanmaan tai Ahvenanmaan indeksiin vakiointi ei vaikuta. (Sotkanet 2018.)

Yhteenvetona voi todeta, että vaikka maakuntien erot heijastavat selvästi ikärakennetta, toisin sanoen sitä, että Itä- ja Pohjois-Suomen väestö on ikääntyneempää kuin Etelä- ja Länsi-Suomen väestö, maakunnat eroavat toisistaan myös monessa muussa suhteessa, mikä ilmenee sairastavuuden merkittävänä vaihteluna maakuntien välillä. Suomen alueelliset terveyserot on havaittu jo varhain: karkeasti erojen on kuvattu noudattavan vuoden 1323 Pähkinäsaaren rauhan rajaa. Pienin poikkeuksin edellä oleva karttaesitys sopii tähän havaintoon. Alue-eroja on tutkittu paljon ja niille on esitetty monenlaisia mahdollisia syitä. Väestön sosioekonomisen rakenteen ohella tärkeitä alueellisia terveyseroja selittäviä tekijöitä on

katsottu olevan elintavat ja terveydenhuollon toiminta (Sipilä ym. 2014). Joissakin tautiryhmissä myös geneettisten erojen on tulkittu selittävän osan vaihtelusta (Koskinen 1994; ks. myös Neuvonen ym. 2015).

Yleisemmin hyvinvoinnin alueellisen vaihtelun taustalla olevia mahdollisia tekijöitä on hahmotettu toisaalla. Skotlantilaisen professori Sally Macintyren (Macintyre ym. 2002) tutkimusryhmän kehittämän jaottelun mukaan alueelliset vaikutukset terveydentilaan voivat johtua viidestä eri tekijäryhmästä. Jaottelu soveltuu myös hyvinvointierojen tarkasteluun laajemmin. Sen mukaan erot voivat johtua: 1) sellaisista fyysisistä olosuhteista, jotka ovat yhteisiä alueen koko väestölle (esimerkiksi ilmanlaatu), 2) hyvinvointia parantavien tai sitä kuormittavien ympäristöjen saatavuudesta, joiksi tutkijat lukevat esimerkiksi työolojen tai leikkipaikkojen turvallisuuden tai 3) arkielämää tukevista palveluista (julkinen liikenne, koulutus, sosiaali- ja terveystyöt). Yhdessä nämä kolme ryhmää muodostavat mahdollisuuksien rakenteet, sillä niissä on kysymys **aineellisista resursseista ja infrastruktuurista**, joka vaikuttaa välittömästi tai epäsuorasti terveyteen ja hyvinvointiin. Edelleen vaikutukset voivat kohdistua joko koko väestöön samanlaisina tai vaikutukset voivat vaihdella väestöryhmän, elinvaiheen tai asuinryhmän (niin sanotun naapuruston) mukaan. Lisäksi alueiden hyvinvointieroja voivat synnyttää 4) alueen sosiokulttuuriset piirteet tai 5) alueen maine. Suomessa sosiokulttuuriin erityispiirteisiin lukeutuu esimerkiksi lestadiolaisuuden vaikutus tietyillä alueilla (Terämä 2010), samoin kuin kieliryhmä (suomen-, ruotsin- tai saamenkielisyys). Alueen maine puolestaan saattaa vaikuttaa muuttohalukkuuteen vaikkapa Itä- ja Länsi-Suomen välillä tai pohjois-eteläsuunnassa. Näissä kahdessa jälkimmäisessä tekijäryhmässä on kyse **kollektiivisista sosiaalisista käytännöistä**.

Steven Cummins (2007) kollegoineen on korostanut tarvetta omaksua relationaalinen⁴ käsitys alueellisuuteen. Alue-erojen relationaalisuus viittaa ennen kaikkea siihen, että alueelliset hyvinvointikokemukset muodostuvat aina ihmis(t)en ja (alue)ympäristön vuorovaikutuksen tuloksena. He painottavat myös, että asuinalueen ja -ympäristön merkitys vaihtelee historiallisesti ja tilallisesti, yleisemmin ajan ja paikan mukaan. Tähän vaihteluun on syytä lisätä myös kulttuurinen muuntelu. Konkreettisesti jonkin tietyn maakunnan asukkaan näkökulmasta vuorovaikutus ja tilallinen vaihtelu tarkoittavat esimerkiksi arjessa tapahtuvaa liikkumista eri paikkojen välillä ja näiden paikallistuneiden funktioiden sitoutuneisuutta tilallisesti eli tiettyihin paikkoihin. Vaikkapa toimipisteettömässä monitilatoimistossa työntekijä saattaa liikkua päivän mittaan eri tehtäväkokonaisuuksien mukaisesti, suorittaa päivittäisostoksensa automarketista ja siirtyä tämän jälkeen noutamaan lasta päivähoidosta kolmannesta paikasta. Relationaalinen näkökulma korostaa, että kaikki nämä tilallis-ajalliset muutokset heijastuvat ihmisten hyvinvointikokemuksiin ja myös toisinpäin: kokemukset ilmentävät lähinnä vuorovaikutusta niiden tilallisten tasojen kanssa, joissa toiminta tapahtuu.

4 Relationaalisuus voidaan kääntää vaikkapa ”suhteisuudeksi” tai ”suhteittaisuudeksi”, eikä niinkään sanakirjamerkityksen mukaisesti suhteellisuudeksi.

Aineisto ja menetelmät

Tämän luvun tarkoituksena on luoda yleiskuva maakuntien välisten erojen laajuudesta, ei niinkään tarkastella tiettyjen maakuntien tilanteita yksittäisten tunnuslukujen mukaan. Siksi taulukoissa esitetään tunnuslukujen vaihteluväli. Alkuperäisten tietokantojen avulla on toki mahdollista tarkastella ilmiöitä tarkemmin kussakin maakunnassa. Tässä luvussa tarkastellaan laajasti koetun hyvinvoinnin indikaattoreita. Niiden suuresta määrästä johtuen (lähes 50), kaikkien yksityiskohdtien esittämiseen ei olisi ollut tilaa. Yksittäisiin lukuarvoihin saattaa lisäksi sisältyä merkittävästi satunnaisvaihtelua, mikä johtuu etenkin pienissä maakunnissa vastanneiden valikoituneisuudesta tai pienestä vastaajien määrästä. Osa ilmiöistä on myös sillä tavalla herkkiä, että ne voivat vaihdella vuodesta toiseen suurestikin, mikä sekin puoltaa rajautumista yleiskuvan tarkasteluun. Joissakin tapauksissa alkuperäinen tieto on kuitenkin pelkkä vakioimaton prosenttiosuus, joten eri tiedot eivät ole suoraan vertailukelpoisia. Vertailulla voidaan kuitenkin saada yleiskuva maakuntavaihtelusta, vaikka yksityiskohdat olisivatkin vain vajaasti vertailtavissa.

Koettua hyvinvointia kuvaavia, koko väestöä edustavia tietoja on maakuntatasolla saatavissa käytännössä vain kolmesta THL:n ylläpitämästä tietojärjestelmästä. Nämä ovat kouluikäisiä kuvaava Kouluterveyskysely 2017 (KTK) ja aikuisväestön kattava ATH-tutkimus⁵ 2015 ja FinSote 2017–2018 -tutkimus eli Kansallinen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus, joka jatkaa ATH:n tutkimusperinnettä.

Selväpiirteisyyden vuoksi KTK-tutkimuksesta saatavista tiedoista esitetään vain tieto, jossa maakuntaero on laajimmillaan. KTK:n tunnusluvut on laskettu erikseen yläkoululaisille, lukion 1. ja 2. luokan oppilaille sekä ammatillisten oppilaitosten 1. ja 2. vuosikurssin opiskelijoille. Lisäksi joitakin tietoja on käytettävissä 4. ja 5. luokan oppilaita. Näiden neljän ryhmän osalta esitetään siis vain laajin vaihteluväli toiston välttämiseksi.

Maakuntajakona on käytetty nykyistä jakoa kuitenkin niin, että Ahvenanmaan maakuntaa koskevia tietoja ei ole otettu tarkasteluun. Ahvenanmaata kuvaavia tietoja oli saatavissa vain KTK:stä. Vastaavasti tulevan maakuntajaon mukaan (niin sanotun Hallituksen esityksen mukainen jaottelu) ei myöskään ollut saatavissa kuin osa tunnusluvuista, joten yhtenäisyyden vuoksi on sovellettu nykyisiä maakuntarajoja.

5 Vuosina 2010–2015 tutkimusta toteutettiin nimellä Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus ja vuosina 2016–2017 nimellä Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus.

Koetun hyvinvoinnin erot maakunnissa

Elintaso

Taulukkoon 10.1 on koottu yhteenveto väestön itse ilmoittamista maakuntien elintason vaihtelua kuvaavista tiedoista. Kokonaisuutena elintasoon liittyvät kokemukset vaihtelivat maakuntien välillä verraten usean tunnusluvun mukaan. Yli kymmenen prosenttiyksikön laajuinen vaihtelu havaittiin kaikkiaan yhdeksässä tunnusluvussa, mikä on 37 prosenttia tunnusluvuista. Yli puolessa tunnusluvuista vaihteluväli sen sijaan oli korkeintaan kahdeksan prosenttiyksikköä, joka viides luku vaihteli korkeintaan viiden prosenttiyksikön verran. Käytettävissä olevista 24 luvusta suuria tai suurehkoja eroja ilmeni lisäksi kaikilla elintasoon liittyvien kokemusten osa-alueilla lukuun ottamatta turvallisuutta. Toisin sanoen niin taloudellisissa voimavaroissa, työ- tai kouluoloissa kuin terveydessä havaittiin merkittävää vaihtelua, kun raja-arvona on vähintään yli kymmenen prosenttiyksikön laajuinen vaihteluväli.

Aikuisväestössä suurin maakuntavaihtelu liittyi huonoihin julkisiin liikennejärjestelyihin. Enimmillään 41 prosenttia väestöstä koki sen haittaavan elämistä ainakin jonkin verran. Pienimmillään haittaa koki vain 17 prosenttia väestöstä. Myös niiden osuus, jotka eivät usko jaksavansa työskennellä vanhuusikään saakka, vaihteli maakunnasta toiseen paljon. Pienimmillään osuus oli 18 prosenttia ja suurimmillaan osuus oli lähes kaksinkertainen (35 %). Aikuisilla taloudellisten voimavarojen ja turvallisuuden kokemuksissa maakuntaerot olivat vähäisiä.

Kouluikäisten, etenkin lukioikäisten, kokemana perheen taloudellinen tilanne kuitenkin vaihteli maakunnasta toiseen varsin paljon. Enimmillään lähes puolet lukioikäisistä ilmoitti perheen talousongelmista, kun vähimmillään näin teki vain kolmasosa tämänikäisistä. Suurin maakuntaero oli kuitenkin vanhempien työttömyydessä, jossa vaihteluväli oli peräti 27 prosenttiyksikköä.

Toisaalta suuressa osassa etenkin terveyttä ja turvallisuutta koskevista tiedoista maakuntien väliset erot olivat vähäisiä. Esimerkiksi huonomuistisuus ikäihmisillä, oirehtiminen nuorilla tai fyysisen uhkan kokemus kouluikäisillä ja aikuisilla eivät vaihdelleet sanottavasti maakunnan mukaan. Kaikkiaan vajaa kaksi kolmasosaa tunnusluvuista oli sellaisia, joissa maakuntaero oli korkeintaan kymmenen prosenttiyksikköä.

Sosiaaliset suhteet

Sosiaalisia suhteita kuvaavia tietoja oli maakuntatasolla saatavilla niukemmin kuin tietoja elintasoon liittyvistä kokemuksista. Aikuisten kokemuksista tietoa oli vain suhteista ystäviin ja sukulaisiin, kouluikäisiltä myös perhesuhteisiin ja koulutovereihin liittyvistä kokemuksista. Sen sijaan paikallisyhteisöä tai työtovereita koskevia tietoja ei ollut käytettävissä.

TAULUKKO 10.1. Elintason kokemuksia kuvaavien tietojen vaihtelu maakunnissa.

Elintason osatekijä	Erotus	Maakuntien vaihteluväli (suurimmillaan), %	Vuosi
Taloudelliset resurssit			
Tinkinyt ruoasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä rahan puutteen vuoksi	7	17–24	2017–18 ²
Pelännyt ruoan loppuvan ennen kuin saa rahaa ostaa lisää	4	9–13	2017–18 ²
Perheen koettu taloudellinen tilanne kohtalainen tai sitä huonompi	15	31–46, lukio	2017 ³
Käyttövarat yli 17 euroa viikossa	13	33–46, lukio	2006–07
Asuinolot, työllisyys, työolot, koulutus			
Tyytyväinen asuinalueensa olosuhteisiin	6	78–84	2017–18 ²
Huonot julk. liikenneyhteyden häiritsevät ainakin jonkin verran	24	17–41	2017–18 ²
Vähintään toinen vanhemmista työttömänä	27	11–38, lukio	2017 ³
Kokee asuinalueensa turvalliseksi	6	88–94	2015 ⁴
Koulun fyysisissä työoloissa puutteita	18	33–51, lukio	2013 ³
Koulutyöhön liittyvä työmäärä liian suuri	14	44–58, lukio	2006–07 ³
Terveys, toimintakyky			
Muistinsa huonoksi kokevat, 75+v.	5	6–11	2017–18 ²
Ei usko jaksavansa työskennellä vanhuusiikään saakka	17	18–35	2017–18 ²
Arkitoimissa selviytymisessä vähintään suuria vaikeuksia, 75+v.	9	30–39	2017–18 ²
Työkykynsä heikentyneeksi arvioineet	10	24–34	2017–18 ²
Koettu terveys keskitasoinen tai huono	11	28–39	2017–18 ²
Koettu terveys keskinkertainen tai huono	6	20–26, ammatill. op.	2017 ³
Psyykkisesti merkittävästi kuormittuneet	4	9–13	2017–18 ²
Kohtalainen tai vaikea ahdistuneisuus	8	9–17, ammatill. op.	2017 ³
Väsymystä tai heikotusta vähintään kerran viikossa	12	37–49, ammatill. op.	2017 ³
Vähintään kaksi oiretta päivittäin	7	12–19, lukio	2013 ³
Turvallisuus			
Fyysistä uhkaa 12 viime kk aikana kokeneet	5	2–7	2017–18 ²
Vanhempien fyysinen väkivalta vuoden aikana	3	5–8, yläkoulu (sama ero myös lukiossa)	2017 ³
Vanhempien henkinen väkivalta vuoden aikana	8	15–23, ammatill. op.	2017 ³
Tapaturma koulussa tai koulumatkalla lukuvuoden aikana	8	18–26, yläkoulu	2017 ³

¹ Ahvenanmaa ei mukana. ² Aineisto: FinSote 2017–2018 ³ Aineisto: Kouluterveyskysely 2017 ⁴ Aineisto: Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus 2015

TAULUKKO 10.2. Sosiaaliin suhteisiin liittyviä kokemuksia kuvaavien tietojen vaihtelu maakunnissa¹.

Sosiaalisten suhteiden osatekijä	Erotus	Maakuntien vaihteluväli (suurimmillaan), %	Vuosi
Suhde perheeseen			
Vanhemmat eronneet lukuvuoden aikana	2	5–7, alakoulu (vast. ero muilla asteilla)	2017 ³
Keskusteluvaikeuksia vanhempien kanssa	4	6–10, yläkoulu (vast. ero muilla asteilla)	2017 ³
Vanhemmat eivät tiedä aina viikonloppuiltojen viettopaikkaa	10	28–38, lukio	2006–07 ³
Suhteet ystäviin ja paikallisyhteisöön			
Pitää yhteyttä kotitalouden ulkopuolelle (ystäviin, sukulaisiin) vähintään viikoittain	7	76–83	2017–18 ²
Ihmissuhteisiinsa tyytyväiset	3	78–81	2017–18 ²
Itsensä yksinäiseksi tuntevat	4	6–10	2017–18 ²
Tuntee itsensä usein yksinäiseksi	4	9–13, lukio	2017 ³
Kokee olevansa tärkeä osa lähiyhteisöä	6	84–90, lukio	2017 ³
Ei yhtään hyvää kaveria (4–5 lk.)/ ..läheistä ystävää	6	6–12, lukio	2017 ³
Suhteet koulu/työtovereihin			
Kokee olevansa tärkeä osa kouluyhteisöä	14	48–62, lukio	2017 ³
Luokassa uskaltaa sanoa mielipiteensä	8	50–58, alakoulu	2017 ³
Ongelmia oppimisyhteisön ilmapiirissä	5	5–10, yläkoulu	2017 ³
Mahdollisuus keskustella koulun aikuisen kanssa mieltä painavista asioista	4	18–22, alakoulu	2017 ³

¹ Ahvenanmaa ei mukana. ² Aineisto: FinSote 2017–2018 ³ Aineisto: Kouluterveyskysely 2017

Yksikään aikuisten sosiaalisia suhteita kuvaavista tunnusluvuista ei vaihdellut olennaisesti maakunnasta toiseen (taulukko 10.2). Koululaisistakin vain lukioikäisten kokemus kuulumisesta kouluyhteisöön vaihteli yli kymmenen prosenttiyksikköä. Ylimmillään kouluyhteisöön koki kuuluvansa 62 prosenttia ja alimmillaan 48 prosenttia lukiolaisista. Lisäksi lukiolaisten näkemyksessä siitä, kuinka hyvin vanhemmat tietävät heidän viikonloppun vietostaan, oli vaihtelua kymmenen prosenttiyksikköä. Muut 11 tunnuslukua vaihtelivat tätäkin vähemmän.

Niinpä esimerkiksi yksinäisyydessä ei ollut eroja sen enempää koululaisten kuin aikuisten keskuudessa. Vastaavasti kouluikäisillä erot maakuntien välillä keskusteluvaikeuksissa vanhempien kanssa, kokemus lähiyhteisöön kuulumisesta tai aikuisilla yhteydenpidossa ystäviin tai sukulaisiin olivat vähäisiä.

Identiteetti

Identiteettiä tarkasteltiin tiedoilla, jotka kuvaavat mahdollisuuksia vaikuttaa omaan elämään, vapaa-ajan toimintaa sekä kouluasioihin. Poliittista tai työelämään liittyvää vaikuttamista kuvaavia tietoja ei ollut käytettävissä maakuntatasolla.

Yhdestätoista tunnusluvusta vain kolmessa ilmeni olennaisia eroja maakuntien välillä (taulukko 10.3). Kaikki nämä erot koskivat kouluyhteisöä. Yläkoululaisilla koulunkäynnistä pitäminen vaihteli 12 prosenttiyksikköä, kun ammatillisissa oppilaitoksissa luvattomat poissaolot vaihtelivat 14 prosenttiyksikköä ja kokemus hyvistä vaikutusmahdollisuuksista omassa koulussa 11 prosenttiyksikköä maakuntien välillä.

Sen sijaan esimerkiksi aikuisilla onnellisuus tai elämänlaatu, koululaisilla harrastaminen tai tyytyväisyys elämään eivät vaihdelleet juurikaan maakunnasta toiseen.

TAULUKKO 10.3. Identiteettiä (itsensä toteuttamista) kuvaavien koettujen tietojen vaihtelu maakunnissa¹.

Identiteetin osa-alue	Erotus	Maakuntien vaihteluväli (suurimmillaan), %	Vuosi
Vaikuttaminen omaan elämään			
Itsensä suurimman osan aikaa 4 viikon aikana onnelliseksi kokeneet	7	50–57	2017–18 ²
Itsemurha-ajatuksia 12 viime kuukauden aikana	5	3–8	2017–18 ²
Elämänlaatu keskimääräistä parempi	8	54–62	2017–18 ²
Koulu-uupumus	6	5–11, ammatill. op.	2017 ³
Tyytyväinen elämäänsä tällä hetkellä	8	72–80, ammatill. op.	2017 ³
Vapaa-ajan toimintamahdollisuudet			
Aktiivisesti kerhon, järjestön tms. toimintaan osallistuvat	9	22–31	2017–18 ²
Harrastaa jotakin vähintään kerran viikossa	5	77–82, ammatill. op.	2017 ³
Poliittiset resurssit, vaikuttaminen koulussa			
Hyvät vaikutusmahdollisuudet koulussa	11	17–28, ammatill. op.	2017 ³
Luvattomia poissaoloja vähintään kuukausittain	14	17–31, ammatill. op.	2017 ³
Vaikeuksia läksyjen tekemisessä	7	19–26, ammatill. op. (myös yläkoulu)	2017 ³
Pitää koulunkäynnistä	12	55–67, yläkoulu	2017 ³

¹ Ahvenanmaa ei mukana. ² Aineisto: FinSote 2017–2018 ³ Aineisto: Kouluterveyskysely 2017.

Havaittujen erojen taustalla olevat tekijät

Kokonaisuutena edellä oleva tarkastelu viittaa siihen, että koettu hyvinvointi vaihtelee maakuntien välillä suhteellisen vähän. Kaikkiaan 47 tunnusluvusta merkittävää vaihtelua, jonka mekaanisena raja-arvona oli kymmenen prosenttiyksikköä, havaittiin vain 13:ssa. Lisäksi kahdessa tunnusluvussa maakuntien vaihteluväli oli tasan kymmenen prosenttiyksikköä. Toisin sanoen kahdessa kolmasosassa tiedoista tunnusluvut eivät vaihdelleet sanottavasti. Etenkin sosiaalisten suhteiden ja identiteetin ulottuvuuksilla erot olivat vähäisiä käytännössä kautta linjan, joten suuri osa tiedoista, joissa vaihtelua esiintyi, liittyi elintasoja kuvaavaan ulottuvuuteen. Elintason osa-alueista selvimminkin vaihtelivat elinoloihin liittyvät kokemukset, sen sijaan terveyteen tai turvallisuuteen liittyvissä tiedoissa vaihtelua oli vähemmän. Tulos on sikäli yllättävä, että objektiivisten sairastavuustietojen tarkastelu osoitti maakuntien välillä olevan varsin suurta vaihtelua ainakin THL:n sairastavuusindeksin mukaan.

Vaikka maakuntaeroja ei ole aiemmin tarkasteltu, havainto muistuttaa kuntien hyvinvointierojen tutkimuksista saatuja tuloksia (Karvonen ym. 2010). Niiden mukaan kuntien hyvinvointierot ilmenevät selvempinä objektiivisia (tilasto- ja rekisteriaineistoihin perustuvia) kuin subjektiivisia tunnuslukuja tarkasteltaessa. Havainnon on tulkittu kuvastavan ainakin osittain ihmisten taipumusta sopeutua elinympäristönsä olosuhteisiin ja tottumusta sovittaa odotuksensa käytettävissä oleviin mahdollisuuksiin (ks. myös Hämeenaho 2014).

Maakuntatasolle sovellettuna koetun hyvinvoinnin pienten erojen voi tulkita kuvaavan maakunnan toistaiseksi vähäistä roolia aluehallinnossa ja sitä kautta myös ihmisten arkikokemusten (relaationaalisenä) jäsentäjänä. Tässä mielessä tämä luku tuottaa tietynlaisen pysäytyskuvan ajankohdalta, jolloin maamme alue- ja hallintorakenne on muotoutumassa uudelleen. Tästä näkökulmasta olenainen on johtopäätös, että koetun hyvinvoinnin maakuntaerot kiinnittyvät pikemminkin mahdollisuuksien rakenteisiin kuin kollektiivisiin käytänteisiin. Useiden näistä mahdollisuuksien rakenteista tiedetään jo ennen suunnitteilla olevia hallintouudistuksia vaihtelevan voimakkaasti maakunnasta toiseen. Onhan juuri palvelurakenteen kirjavuus ollut tärkeänä pontimena uudistusten alkuun panemiselle. Sen sijaan kollektiiviset sosiaaliset käytännöt (alueen maine tai kulttuuriset piirteet), jotka nekin tunnetusti vaihtelevat maan eri osissa, eivät juuri heijastu väestön kokemuksiin, ainakaan toistaiseksi.

Pohdinta

Tulevaisuudessa maakuntien välisten hyvinvointierojen voi odottaa kasvavan nykyisestään niiden painoarvon kasvaessa myös muilla koetun hyvinvoinnin ulottuvuuksilla kuin elintasossa. Maakuntaerojen pitäminen hallinnassa edellyttääkin määrätietoista keskitettyä ohjausta, joka tarvitsee tuekseen pitkäjänteistä, riippumatonta ja ajantasaista tiedon tuotantoa ja tutkimusta. Toistaiseksi väestön hyvinvointikokemuksia kokoavat tietojärjestelmät esimerkiksi nojaavat määräaikaiseen rahoitukseen, jonka turvin niiden suunnitelmallinen kehittäminen ei välttämättä edisty. Maakuntien luotettava, tutkimusperustainen vertailu on kuitenkin toteutettava keskitetysti, jotta tietojen vertailukelpoisuus voidaan taata.

Alueellinen tasa-arvo on perinteisesti ollut yksi yhteiskuntapolitiikan merkittävä painopiste. Ajankohtainen keskustelu koko maan pitämisestä asuttuna kuitenkin kuvastaa, että tätä periaatteellista yksimielisyyttä ollaan vähitellen kyseenalaistamassa. Tämän luvun päähavainto koetun hyvinvoinnin vähäisistä alueellisista eroista ei kuitenkaan tue ajatusta, että maan asutusrakennetta olisi syytä uudelleen arvioida. Ajan myötä siihen voi olla muita syitä, jotka liittyvät esimerkiksi voimistuvaan kaupungistumiskehitykseen ja asuntovarallisuuden arvon muutoksiin eri puolilla maata. On myös syytä muistaa, että maakuntien sisällä kaupunkiseutujen välinen vaihtelu, asuinalueen kaupunkimaisuuden mukainen vaihtelu ja kaupunkialueiden sisäinen eriytyminen voi olla suurtakin (ks. myös Ilmarinen ym. luku 3 tässä teoksessa). Toistaiseksi maakunta ei vaikuta olevan olennainen myöskään alueellisen identiteetin rakennuspuuna. Ainakin 2000-luvun alussa tehdyn tutkimuksen mukaan Suomi ja asuinkunta koettiin läheisemmiksi alueyksiköiksi kuin maakunta (tai Eurooppa) (Oinonen ym. 2005).

Jatkossa maakuntaerojen erittelyyn onkin syytä liittää tarkastelu, jossa kiinnitetään huomiota myös alueiden sisäiseen eriytymiseen. Toistaiseksi tietosuojasta tietolähteiden käyttämisen varsinkin pienten maakuntien sisäiseen tarkasteluun, ainakin ilman erillisiä tiedonkeruita. Joitakin paikallisia katsauksia on kuitenkin toteutettu (esimerkiksi ATH-tutkimus Kainuussa).

Lähteet

- Allardt, Erik (1976): Hyvinvoinnin ulottuvuudet. WSOY.
- Allardt, Erik (1993): Having, Loving, Being: An alternative to the Swedish model of welfare research. Teoksessa: Marta Nussbaum & Amartya Sen (toim.): The quality of life. Oxford: Clarendon Press, 88–94.
- Cummins, Steven & Curtis, Sarah & Diez Roux, Ana V. & Macintyre, Sally (2007): Understanding and representing 'place' in health research: A relational approach. *Social Science & Medicine* 65 1825–1838.
- Hämeenaho, Pilvi (2014): Hyvinvoinnin verkostot maaseudulla asuvien äitien arjessa. Etnologinen tutkimus palvelujen käytöstä ja hyvän arjen rakentumisesta. Tutkimuksia 129. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kaikkonen, Risto & Murto, Jukka & Pentala, Oona & Koskela, Timo & Virtala, Esa & Härkänen, Tommi & Koskenniemi, Timo & Ahonen, Juha & Vartiainen, Erkki & Koskinen, Seppo (2014): Hyvinvoinnin maakunnalliset ja väestöryhmien väliset erot Suomessa 2013 – ATH-tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 2/2014, tammikuu. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kansaneläkelaitos (2018): Terveyspuntari (viitattu 16.10.2018). www.kela.fi/terveyspuntari
- Karvonen, Sakari & Kauppinen, Timo M. & Ilmarinen, Katja (2010): Koetun hyvinvoinnin erot ja kehitys asuinpaikan mukaan. Teoksessa: Marja Vaarama & Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 216–233.
- Koskinen, Seppo (1994): Origins of regional differences in mortality from ischaemic heart disease in Finland. Jyväskylä: Stakes.
- Luopa, Pauliina & Pietikäinen, Minna & Jokela, Jukka (2008): Kouluterveyskysely 1998–2007: Nuorten hyvinvoinnin kehitys ja alueelliset erot. Raportteja 23. Helsinki: Stakes.
- Macintyre, Sally & Ellaway, Anne & Cummins, Steven (2002): Place effects on health: how can we conceptualise, operationalise and measure them? *Social Science & Medicine* 55(1), 125–139.
- Neuvonen, Anu M. & Putkonen, Mikko & Översti, Sanni & Sundell, Tarja & Onkamo, Päivi & Sajantila, Antti & Palo Jukka U (2013): Vestiges of an Ancient Border in the Contemporary Genetic Diversity of North-Eastern Europe. *PlosOne* 10(7):e0130331. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0130331>
- Oinonen, Eriikka & Blom, Raimo & Melin, Harri (2005): Onni on olla suomalainen? Kansallinen identiteetti ja kansalaisuus. Yhteiskuntatieteellisen tietoariston julkaisuja 1. Helsinki: Yliopistopaino.
- Parikka, Suvi & Martelin, Tuija & Koskela, Timo & Härkänen, Tommi & Kilpeläinen, Katri & Tarkiainen, Lasse & Koskinen, Seppo (2017): Tuloryhmien väliset kuolleisuuserot maakunnissa 1996–2014. Tutkimuksesta tiiviisti 5/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sipilä, Petteri & Parikka, Suvi & Härkänen, Tommi & Juntunen, Teppo & Koskela, Timo & Martelin, Tuija & Koskinen, Seppo (2014): Kuntien väliset erot sairastavuudessa: THL:n sairastavuusindeksin tuloksia. *Suomen Lääkärelehti* 69(45), 2985–2992.
- Sotkanet (2018): THL:n sairastavuusindeksi (ikävakoimaton id 244 ja ikävakioitu 243). www.sotkanet.fi
- Terämä, Emma (2010): Regional demographic differences: the effect of Laestadians. *Finnish Yearbook of Population Research* 45, 123–141.

Liitteet

LIITETAULUKKO 10.1. Sairastavuusindeksi maakunnittain vuonna 2015 (ikävakioimattomat ja ikävakioidut luvut). Lähde: Sotkanet 2018, THL.

	Ikävakiomaton	Ikävakioitu
Ahvenanmaa	65,7	65,2
Etelä-Karjala	105,2	98,6
Etelä-Pohjanmaa	111,4	107,1
Etelä-Savo	123,8	111,4
Kainuu	132,8	120,2
Kanta-Häme	101,2	98,3
Keski-Pohjanmaa	106,0	105,4
Keski-Suomi	107,7	106,5
Kymenlaakso	113,4	106,1
Lappi	124,2	116,0
Pirkanmaa	97,7	99,3
Pohjanmaa	87,5	87,8
Pohjois-Karjala	128,9	120,5
Pohjois-Pohjanmaa	118,1	121,7
Pohjois-Savo	137,4	131,2
Päijät-Häme	112,4	107,8
Satakunta	103,4	97,3
Uusimaa	76,7	82,4
Varsinais-Suomi	94,7	94,3



PALVELUT

11

Suomalaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö tilastojen valossa

Suomalainen hallinto ja palvelut ovat muutoksessa. Väestön ikääntyessä palvelujen tarve kasvaa ja palvelurakenteen painopisteet muuttuvat. Myös maan sisäinen muuttoliike kasvukeskuksiin jatkuu, mikä vaikuttaa palvelujen kysyntään eri alueilla, niin kaupungeissa kuin maakuntien reuna-alueilla. (Ks. Kestilä & Martelin luku 1 tässä teoksessa). Suomalaisessa terveystaloudessa yksi perusperiaate on tarjota jokaiselle terveydentilan edellyttämät riittävät ja laadukkaat palvelut riippumatta sosioekonomisesta asemasta, taloudellisista edellytyksistä tai asuinalueesta. Tätä kirjoittaessa Suomessa on valmisteilla yksi historian suurimmista uudistuksista, sosiaali- ja terveydenhuollon palvelurakenteen uudistus eli sote-uudistus. Uudistuksen tavoitteena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, parantaa palvelujen yhdenvertaisuutta ja saatavuutta sekä hillitä kustannusten kasvua.

Tämän luvun tarkoituksena on luoda katsauksenomaisesti yleiskuva suomalaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä. Vaikka luvussa esitellään pääosin vain palvelujen käyttöä ja jonkin verran niiden saatavuutta kuvaavia tietoja, sosiaali- ja terveyspalveluja on arvioitu ja arvioidaan jatkuvasti eri kriteerein. Esimerkiksi THL julkaisee sosiaali- ja terveyspalveluja käsitteleviä maakunnittaisia arviointiraportteja (www.thl.fi/arviointi), joissa käsitellään muun muassa sote-palvelujen tarvetta, kustannuksia, saatavuutta, yhdenvertaisuutta ja laatua. Valtiovarainministeriö (VM) on julkaissut puolestaan joka toinen vuosi peruspalvelujen arvioinnin (VM 2016, VM 2018), joka kattaa laajasti kunnan järjestämistä olevia palveluja. Palveluja arvioidaan siinä viiden arviointikriteerin mukaan: saatavuus, laatu, vaikuttavuus, taloudellisuus ja tuottavuus. VM:n arvioinnissa käsitellään sosiaali- ja terveyspalvelujen lisäksi myös kasvatus- ja koulutuspalveluja sekä kirjasto-, kulttuuri-, nuoriso- ja liikuntapalveluja.

Seuraavassa sosiaali- ja terveyspalveluja käsitellään seuraavan jaottelun mukaisesti: perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoido, mielenterveys- ja päihdepalvelut, lasten, nuorten ja perheiden palvelut, ikääntyneiden palvelut, työikäisten sosiaalipalvelut ja vammaispalvelut. Kaikkia palveluja ei ole luvussa mahdollista kattaa, mutta siihen on koottu keskeinen ja tuorein saatavilla oleva tieto, joka perustuu pääasiassa THL:n ja Kelan tilastoaineistoihin ja -raportteihin.

Perusterveydenhuolto

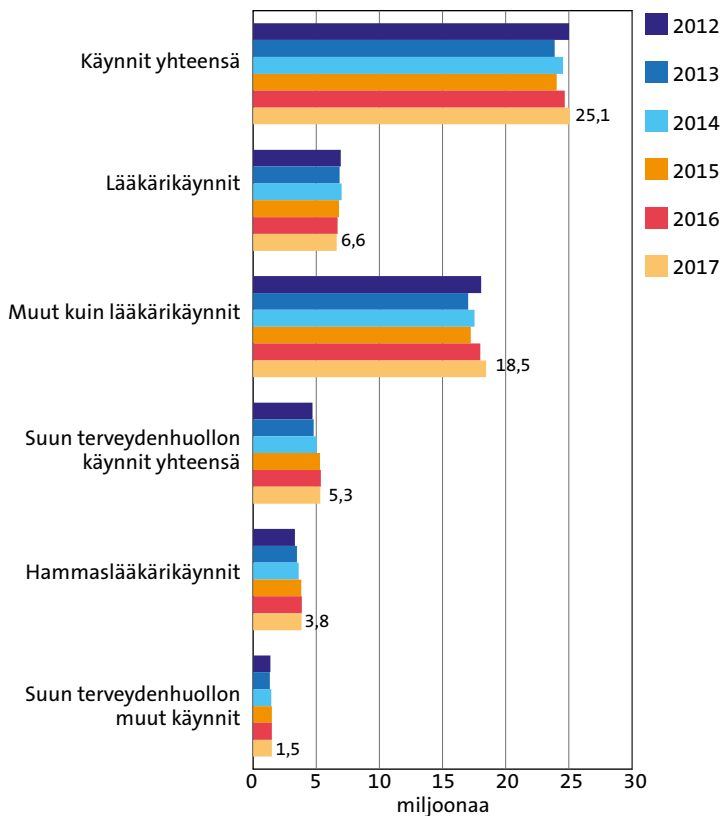
Julkiset terveyspalvelut jakautuvat Suomessa perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidoon. Perusterveydenhuollon tavoitteena on edistää, tukea ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia ja toimintakykyä tarjoamalla terveyden- ja sairaanhoidon palveluja kuntien ja kuntayhtymien ylläpitämissä terveyskeskuksissa. Perusterveydenhuollon pääasiallisia palvelumuotoja ovat käynnit lääkäreiden ja muiden terveydenhuollon ammattilaisten vastaanotoilla sekä ympärivuorokautinen sairaanhoito terveyskeskuksissa¹.

Perusterveydenhuollon palveluissa oli asiakkaita vuonna 2017 3,8 miljoonaa ja käyntejä yhteensä yli 25 miljoonaa. Kuviossa 11.1 esitetään perusterveydenhuollon käyntimäärät ja niiden kehitys vuosina 2012–2017. Vuonna 2017 lääkärikäyntejä oli 6,6 miljoonaa ja käyntejä terveydenhuollon muille ammattihenkilöille 18,5 miljoonaa (kuvio 11.1). Terveyskeskusten lisäksi Kelan korvaamia yleislääketeen yksityislääkärikäyntejä oli väestössä vuonna 2017 yhteensä 206 817 ja asiakkaita yhteensä 148 009 (Kela 2018a).

Eniten käyntejä perusterveydenhuollon palveluissa on avosairaanhoidossa, äitiys- ja lastenneuvolapalveluissa, kotisairaanhoidossa, koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa, mielenterveystyössä sekä fysioterapiassa (taulukko 11.1). Avosairaanhoito on perusterveydenhuollon avohoidon käyntien kokonaisuudesta (25,1 miljoonaa) suhteellisesti suurin ryhmä (osuus yli 40 %). Vuonna 2017 lähes 70 prosenttia väestöstä oli käyttänyt perusterveydenhuollon avohoidon palveluja. Perusterveydenhuollon lääkärin kiireettömistä avosairaanhoidon käynneistä 2,3 prosenttia toteutui yli kolmen kuukauden kuluttua hoidon tarpeen arviosta (lokakuu 2017). Sähköisesti oli vuonna 2017 asioinut yli 240 000 ihmistä ja sähköisen asioinnin käyntejä oli yhteensä 560 000 (taulukko 11.1). Käyntimäärät kasvoivat edelliseen vuoteen verrattuna peräti 27 prosenttia.

Perusterveydenhuollon palvelujen käyttö vaihtelee muun muassa alueittain ja ikäryhmittäin. Kuviossa 11.2 on esitetty terveyskeskuskäynnit palvelumuodoittain ja ikäryhmittäin vuonna 2017. Alle kouluikäisillä lapsilla lastenneuvolapalvelut ovat yleisin palvelumuoto, kun työikäiset käyttävät erityisesti avosairaanhoidon

¹ Yleislääkäritasoista hoitoa sellaisille pitkäaikaissairaille, joita ei voida hoitaa kotona tai jotka siirtyvät erikoissairaanhoidosta kuntoutumaan terveyskeskuksen vuodeosastolle ennen kotiuttamista.



KUVIO 11.1. Perusterveydenhuollon käyntimääriä (milj.) vuosina 2012–2017.
Lähde: AvoHilmo 2017.

ja työterveyshuollon palveluja sekä äitiysneuvolapalveluja. Avosairaanhoito ja kotisairaanhoito ovat merkittävimmät palvelumuodot vanhimmissa ikäryhmissä (kuvio 11.2).

Väestöstä yli kolmasosa käytti terveyskeskusten suun terveydenhuollon palveluja vuonna 2017 (asiakkaita yhteensä kaksi miljoonaa). Yleisintä suun terveydenhuollon palvelujen käyttö oli 7–17-vuotiailla ja vähäisintä yli 85-vuotiailla. Terveyskeskuksissa tehtiin hieman yli 5,3 miljoonaa suun terveydenhuollon käyntiä vuonna 2017, suurin osa näistä käynneistä oli hammaslääkäreille (yli 72 prosenttia). Perusterveydenhuollon suun terveydenhuollon hammaslääkärin kiireettömän käynnin odotusaika oli yli kolme viikkoa yhteydenotosta 45,7 prosentissa toteutuneista käynneistä lokakuun 2017 tilanteen perusteella. Odotusajan ylitymisessä on vaihtelua alueittain: esimerkiksi Lapissa odotusaika ylittyi 23 prosentissa, mutta Pohjois-Karjalassa jopa 63 prosentissa toteutuneista käynneistä. Odotusajan ylityksiin voivat vaikuttaa useat tekijät, kuten esimerkiksi pula hammaslääkäreistä. Hammaslääkäripalveluja yksityissektorilla käyttäneitä (korvauksia

TAULUKKO 11.1. Perusterveydenhuollon avohoitokäynnit ja asiakkaat terveyskeskuksissa palvelumuodittain vuonna 2017. Lähde: Perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon avohoitokäynnit 2017, THL.

Palvelumuoto	Käynnit ja asiakkaat 2017		Käynnit/ asiakas	Käynnit ammattiryhmittäin 2017	
	Käynnit	Asiakkaat		Lääkäri	Muu ammatti- henkilö
Avosairaanhoito	10 931 627	2 771 856	3,9	5 235 171	5 696 456
Äitiysneuvola	771 176	139 559	5,5	148 020	623 156
Lastenneuvola	1 462 987	464 203	3,2	286 346	1 176 641
Perhesuunnittelu-/ehkäisyneuvola	195 427	127 132	1,5	67 194	128 233
Muut neuvolapalvelut	273 412	144 501	1,9	13 183	260 229
Kasvatus- ja perheneuvola	86 068	16 155	5,3	4 878	81 190
Kouluterveydenhuolto	1 568 250	571 895	2,7	203 870	1 364 380
Opiskeluterveydenhuolto ¹	666 644	265 056	2,5	133 208	533 436
Seulonnat ja muut joukkotarkastukset	76 392	72 600	1,1	3 070	73 322
Muu terveydenhoito	765 193	628 438	1,2	20 469	744 724
Lakisääteinen työterveyshuolto	367 365	116 723	3,1	140 539	226 826
Ei-lakisääteinen työterveyshuolto	159 347	56 555	2,8	98 974	60 373
Merimiesterveysdenhuolto	948	544	1,7	478	470
Kotisairaanhoito	4 075 405	91 403	44,6	40 719	4 037 686
Fysioterapia	1 190 469	309 188	3,9	1 445	1 189 024
Apuvälinepalvelu	136 227	89 057	1,5	362	135 865
Puheterapia	161 286	36 789	4,4	413	160 873
Toimintaterapia	117 092	29 070	4,0	16	117 076
Jalkaterapia	48 279	21 568	2,2	14	48 265
Ravitsemusterapia	24 732	16 168	1,5	93	24 639
Terveyssozialityö	27 701	15 558	1,8	140	27 561
Muu kuntoutus ja erityisterapia	228 366	56 085	4,1	2 175	226 191
Mielenterveytyö	850 722	122 562	6,9	81 533	769 189
Päihdetyö	295 208	28 652	10,3	11 788	283 420
Päivätoiminta	72 691	3 512	20,7	8	72 683
Päiväsairaalatoiminta	14 720	1 336	11,0	159	14 561
Muu palvelutoiminta	516 378	134 380	3,8	140 003	376 375
Tieto puuttuu ²	188	158	1,2	10	178
Yhteensä	25 087 300	3 838 826	6,5	6 632 278	18 453 022
Kotihoito ³	27 822 537	149 073	186,6	26 383	27 453 022
Kotipalvelu	4 826 742	24 492	197,1	160	4 826 582
Suun terveydenhuolto	5 323 221	1 963 911	2,7	13 497	5 309 724
Sähköinen asiointi	560 788	240 980	2,3		

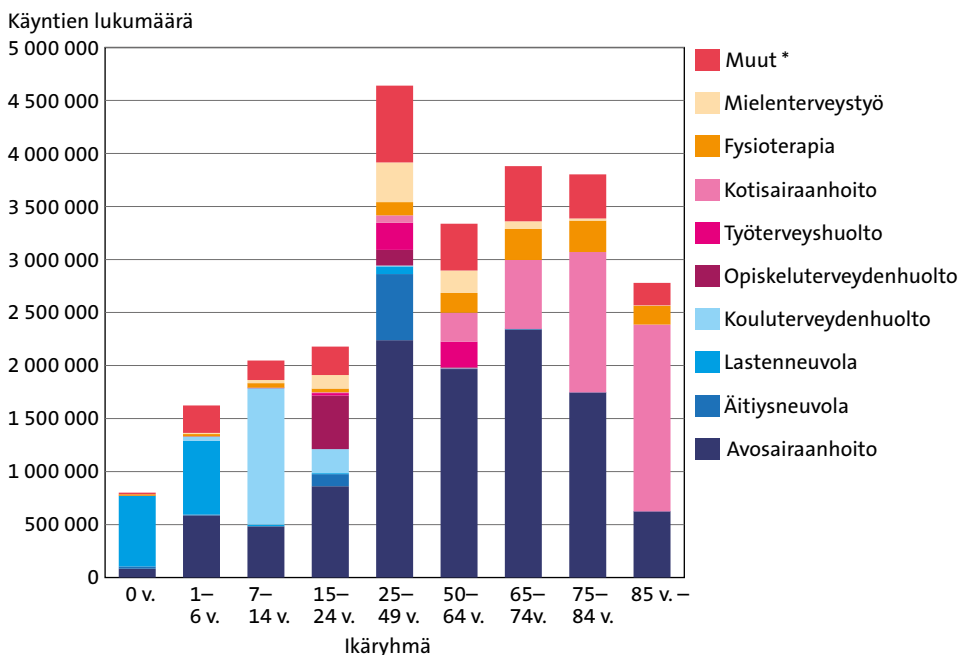
1) Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön käynnit on saatu 8/2015 alkaen Avohilmoon

2) Tieto on puuttunut alkuperäisestä tiedon toimituksesta tai on ollut virheellisesti koodattu

3) Säännöllisen kotihoiton asiakkaista (Hilmo) erillinen tilastoraportti

Taulukossa mukana Avohilmo yhteystavat R10–R40: käynti vastaanotolla, kotikäynti, työpaikkakäynti, sairaalakäynti.

Sähköinen asiointi, Avohilmon yhteystapa R51, on ilmoitettu erikseen.



* Sisältää päihdetyön, perhesuunnittelu-, ehkäisy-, kasvatus- ja perheneuvolapalvelut sekä muut neuvolapalvelut, seulonnat ja joukkotarkastukset, apuvälinepalvelut, puhe-, toiminta-, jalka- ja ravitsemusterapian, terveyssozialityön, muut kuntoutus ja erityisterapiat, päivätoiminnan, päiväsaaraalatoiminnan sekä muun palvelutoiminnan.

** Perusterveydenhuollon avohoidon käynnit vastaanotolla, kotikäynnit, työpaikkakäynnit ja sairaalakäynnit.

KUVIO 11.2. Terveyskeskuskäynnit** palvelumuodoittain ja ikäryhmittäin vuonna 2017, lkm. Lähde: AvoHilmo 2017.

saaneita) oli vuonna 2017 hieman vajaa miljoona (997 558 henkilöä). Korvausta saaneiden lukumäärä on laskenut vuodesta 2014 alkaen vuosittain (Kela 2018b). Vuodesta 2015 alkaen hammaslääkärin tekemästä suun ja hampaiden tutkimuksesta on voinut saada lähtökohtaisesti Kela-korvausta kerran joka toinen kalenterivuosi.

Suurin osa työterveyshuollon piiriin kuuluvista työntekijöistä sai vuonna 2015 pääasialliset työterveyspalvelut joko lääkärikeskuksista (60 %), terveyskeskuksista tai kunnallisista liikelaitoksista (22,8 %) tai työnantajien omilta tai yhteisiltä työterveysasemilta (15 %) (Kela 2015). Kelan korvaaman työterveyshuollon piirissä oli 87,6 prosenttia palkansaajana toimivasta työvoimasta. Kattavuus on pysynyt vakaana viime vuodet (Kela 2017). Työterveyshuollon piiriin kuului 31.12.2015 1,99 miljoonaa henkilöä (Lappalainen ym. 2016).

TAULUKKO 11.2. Erikoissairaanhoidon vuosina 2012–2017. Lähde: Sotkanet 26.11.2018.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	/1 000 asukasta (2017)	Muutos 2012/2017 (%)
Somaattinen erikoissairaanhoidon								
Avohoitokäynnit	6 504 157	6 636 462	6 920 512	7 383 478	7 684 687	7 944 608	1 441	+22,1
Vuodeosastohoidon hoitopäivät	3 069 459	2 931 951	2 952 891	3 113 873	3 035 131	2 992 750	542,8	-2,5
Vuodeosastohoidon potilaat	488 270	478 587	483 062	481 011	477 325	474 108	86,0	-2,9
Psykiatrisen erikoissairaanhoidon								
Avohoitokäynnit	1 799 508	1 817 101	1 862 705	2 005 414	2 061 378	2 254 726	409	+25,3
Vuodeosastohoidon hoitopäivät	1 360 451	1 262 253	1 211 076	1 244 739	1 163 904	1 073 033	194,6	-21,1
Vuodeosastohoidon potilaat	27 734	26 557	25 549	25 204	24 675	25 647	4,7	-7,5
Erikoissairaanhoidon yhteensä								
Avohoitokäynnit	8 303 665	8 453 563	8 783 217	9 388 892	9 746 065	10 199 334	1 850	+22,8
Vuodeosastohoidon hoitopäivät	4 429 910	4 194 204	4 163 967	4 358 612	4 199 035	4 065 783	737,4	-8,2
Vuodeosastohoidon potilaat	516 004	505 144	508 611	506 215	502 000	499 755	90,7	-3,1

Erikoissairaanhoidon

Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan sairaaloissa annettavaa erikoislääkärien tekemää tutkimusta ja hoitoa, esimerkiksi kirurgisia leikkaustoimintoja. Suurin osa Suomen sairaaloista on julkisia, kuntien tai kuntayhtymien omistamia. Vaativimmista hoidoista vastaavat yliopistosairaalat tai sairaanhoitopiirien keskussairaalat. Näiden lisäksi Suomessa on aluesairaloita ja paikallisia sairaaloita, kuten kaupunginsairaloita.

Taulukkoon 11.2 on kuvattu somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon käyttöä kuvaavia tunnuslukuja vuosilta 2012–2017. Yleisesti tarkasteltuna erikoissairaanhoidon on muuttunut yhä avohoitopainotteisemmaksi. Tämä näkyy muun muassa siinä, että vuodeosastohoidon hoitopäivien määrä on vähentynyt vuosina 2012–2017 kahdeksan prosenttia, psykiatrisen erikoissairaanhoidon (21,1 %) vielä somaattista erikoissairaanhoidon (2,5 %) selvästi voimakkaammin. Myös potilaiden määrä psykiatrisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidossa on laskenut somaattisen erikoissairaanhoidon potilaiden määrää voimakkaammin. Somaattisen erikoissairaanhoidon suurimmat erikoissairaalat potilasmäärällä mitattuna olivat vuonna 2016 kirurgia ja sisätaudit (Somaattinen erikoissairaanhoidon 2016).

Kiireettömän hoidon saatavuus erikoissairaanhoidossa on parantunut lainsäädännössä asetettujen tavoitteiden (alle 6 kk) mukaisesti. Yli puoli vuotta hoitoa odottaneiden osuus on vakiintunut viime vuosina 1–2 prosenttiin kaikista kiirettömää hoitoa odottavista. Vuoden 2017 lopussa kiireettömän hoidon odotusajan mediaani vaihteli 29–48 vuorokauden välillä eri maakunnissa (HE15/2017).

Avohoidon päivystyskäyntien määrä somaattisessa erikoissairaanhoidossa on kasvanut viime vuosina: vuonna 2017 päivystyskäyntejä oli noin 1,1 miljoonaa, kun niitä oli vuonna 2014 noin 0,9 miljoonaa. Päivystyskäynnit ovat lisääntyneet yliopistosairaaloissa ja keskussairaaloissa, mihin on vaikuttanut erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon päivystystoimintojen keskittäminen lainsäädännön mukaisesti (esim. STM:n asetukset 2013/652 ja 2014/782).

Mielenterveys- ja päihdepalvelut

Mielenterveyspalveluja tuotetaan sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Matalan kynnyksen mielenterveys- ja päihdepalveluja on tarjolla yhä enemmän terveyskeskuksissa. Perusterveydenhuollon henkilöstön kyky hoitaa mielenterveys- ja päihdeongelmia onkin parantunut (mm. Viertiö ym. 2017). Perusterveydenhuollossa kirjattiin vuonna 2017 yli 850 000 käyntiä mielenterveys-työhön ja asiakkaita oli yhteensä yli 120 000. Päihdetyöhön kirjattuja käyntejä oli yli 295 000 ja asiakkaita reilu 28 000 (taulukko 11.1). Mielenterveyden häiriöistä kärsivät saavatkin usein avun avohoidon palveluista, mutta osalle sairaalahoidon välttämätöntä. Psykiatristen sairaaloiden vuodeosastojen sairaansijat kuitenkin vähenevät, sillä hoito on muuttunut avohoitopainotteisemmaksi (ks. erikoissairaanhoidon hoito tässä luvussa, taulukko 11.2).

Mielenterveys- ja päihdepalvelut ovat moninainen kokonaisuus. Esimerkkejä tuotetuista päihdepalveluista ovat sosiaali- ja terveydenhuollon ohjaus ja neuvonta, päihdeettömyyttä tukevat tai ongelmakäytön haittoja vähentävät sosiaalipalvelut, päihdeiden aiheuttamien sairauksien tutkimus-, hoito- ja kuntoutuspalvelut sekä päihdehuollon erityispalvelut. Sosiaalihuoltolaissa säädetään asioita, jotka koskevat palveluja ja mielenterveyskuntoutujien oikeuksia, kuten asumiseen liittyvät tuet, toimintakykyyn liittyvät tuet, koulutusta ja työelämää koskeva ohjaus ja sosiaalinen kuntoutus. Mielenterveyskuntoutujille tarkoitetuissa asumispalveluissa on noin 8 000 vaikeaa mielenterveyden häiriöitä sairastavaa avohoitopotilasta. Näitä kuntouttavia asumispalveluja on kevyesti tuetusta tukiasumisesta aina tehostettuun ympärivuorokautisesti valvottuun asumispalveluun asti. Asumisyksikköpaikkojen lisääminen on vähentänyt sairaalahoidon tarvetta.

Lasten, nuorten ja perheiden palvelut

Äitiys- ja lastenneurolapalvelut

Suomessa lähes kaikki raskaana olevat ja alle 7-vuotiaiden lasten perheet käyttävät neurolapalveluja. THL:n syntymärekisterin tietojen mukaan vuonna 2014 raskaana olevista naisista 99,6 prosenttia käytti äitiysneurolapalveluja, vuonna 2016 osuus oli 99,3 prosenttia. Osa käyttää julkisten palvelujen sijaan yksityissektorin palveluja, joten palveluja lainkaan käyttämättömien osuus on pieni. (Hakulinen & Gissler 2017.) Äitiysneuvolassa asioi vuosittain noin 60 000 raskaana olevaa sekä heidän puolisoaan. Äitiysneuvoloissa järjestetään yli 330 000 määräaikaista terveystarkastusta vuodessa (vuoden 2016 tieto). Vuonna 2017 äitiysneuvolassa kävi noin 140 000 asiakasta, joilla oli yhteensä lähes 800 000 käyntiä (taulukko 11.1). Äitiysneuvolakäyntien määrä väheni viidellä prosentilla vuodesta 2016 vuoteen 2017 (Mölläri & Saukkonen 2018). Myös suhteutetuissa äitiysneuvolan kokonaiskäyntimäärissä on laskua aikaisempiin vuosiin verrattuna (taulukko 11.3). Käyntimäärien laskua selittää osaltaan Äitiysneuvolaoppaan (2013) suositus äitiysneuvolan käyntimäärien vähentämisestä terveille raskaana oleville. Suositus perustuu kansainväliseen tutkimusnäyttöön.

Vuonna 2016 lastenneuvolassa kävi lähes puoli miljoonaa asiakasta, joilla oli yhteensä lähes 1,5 miljoonaa käyntiä (taulukko 11.1). Vuonna 2017 0–7-vuotiaaseen väestöön suhteutettuna lastenneuvolan lääkärikäyntejä oli 0,62 ja muita käyntejä 2,54. Suhteutettujen lastenneuvolakäyntien kokonaismäärä on kutakuinkin pysynyt ennallaan viime vuodet (taulukko 11.3). Lastenneuvoloissa järjestetään noin 1 160 000 määräaikaista terveystarkastusta vuodessa (vuoden 2016 tieto).

TAULUKKO 11.3. Suhteutetut käyntimäärät perusterveydenhuollon äitiys- ja lastenneuvolassa vuosina 2011–2017. Lähde: Sotkanet 14.12.2018.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Äitiysneuvolakäynnit yhteensä / 1 000 15–44-vuotiasta naista	984	991	968	929	876	831	789
Lastenneuvolakäynnit yhteensä / 1 000 0–7-vuotiasta	2 822	2 949	3 011	3 094	3 117	3 172	3 152

Koulu- ja opiskeluterveydenhuolto

Kouluterveydenhuolto on tarkoitettu peruskoululaisille ja heidän perheilleen. Se on lakisääteistä ja maksutonta perusterveydenhuollon ehkäisevää palvelua, jota on saatavilla pääsääntöisesti koulupäivien aikana koululta tai sen läheisyydestä. Ikäluokan kattavat terveystarkastukset muodostavat kouluterveydenhuollon toi-

TAULUKKO 11.4. Suhteutetut käyntimäärät perusterveydenhuollon koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa vuosina 2011–2017. Lähde: Sotkanet 14.12.2018.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Kouluterveydenhuollon käynnit yhteensä / 1 000 7–18-vuotiaista	1 978	1 996	2 104	2 325	2 126	2 143	2 161
Opiskeluterveydenhuollon käynnit yhteensä / 1 000 16–25-vuotiaista	718	741	765	774	866	1 042	1 046

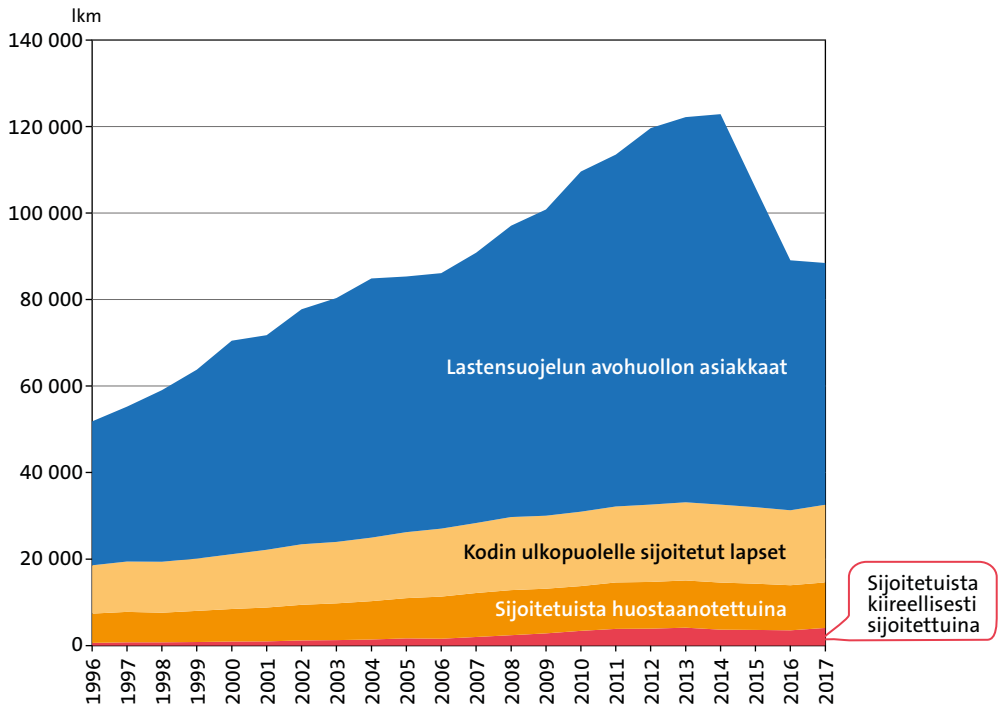
minnan rungon. Opiskeluterveydenhuollon palvelut on tarkoitettu puolestaan ammatillisessa koulutuksessa opiskeleville, lukiolaisille, ammattikorkeakoululaisille ja yliopisto-opiskelijoille. Opiskeluterveydenhuolto on osa opiskeluhuoltoa. Opiskeluhuoltoon kuuluu koulu- ja opiskeluterveydenhuollon lisäksi psykologi- ja kuraattoripalvelut. Yliopistoissa ja ammattikorkeakouluissa puhutaan hyvinvointityöstä, jolla edistetään terveyttä ja opiskelukykyä sekä opiskeluyhteisön hyvinvointia.

Kouluterveydenhuollossa asioi vuonna 2017 yli 570 000 oppilasta ja käyntejä oli yhteensä yli 1,5 miljoonaa (taulukko 11.1). Suhteutettuna 7–18-vuotiaaseen väestöön käyntejä oli 2,16, joista lääkärikäyntejä oli 0,28 ja muita käyntejä 1,88. Opiskeluterveydenhuollossa asioi samana vuonna 265 000 opiskelijaa ja käyntejä oli yhteensä lähes 670 000 (taulukko 11.1). 16–25-vuotiaaseen väestöön suhteutettuna käyntejä oli yhteensä 1,05, joista lääkärikäyntejä oli 0,21 ja käyntejä muun ammattihenkilökunnan luona 0,84. Opiskeluterveydenhuollon suhteutetuissa kokonaiskäyntimäärissä on havaittavissa kasvua vuosikymmenen alusta lähtien. (taulukko 11.4.)

Lastensuojelu

Vuonna 2017 lastensuojeluilmoitus tehtiin 76 116 lapsesta, yhtä lasta kohden keskimäärin 1,8 ilmoitusta. Lastensuojeluilmoitusten määrä (139 368) lisääntyi noin 15 prosenttia edellisestä vuodesta. Lastensuojeluilmoitukset kohdistuivat erityisesti 13 vuotta täyttäneisiin. (Lastensuojelu 2017.)

Lastensuojelun piirissä olevia lapsia ja perheitä pyritään tukemaan ensisijaisesti avohuollon tukitoimin. Jos nämä eivät riitä lapsen tilanteen turvaamiseksi, harkitaan sijoittamista oman kodin ulkopuolelle. Lastensuojelun avohuollon asiakkaina oli 4,5 prosenttia väestön 0–20-vuotiaista vuonna 2017, yhteensä 55 884 lasta ja nuorta (kuvio 11.3). Määrä väheni kaksi prosenttia edellisestä vuodesta. 16–17-vuotiaat olivat lastensuojelun avohuollon suurin (6,3 %) ja 0–2-vuotiaat pienin (2,8 %) ikäryhmä, kun lukumääriä suhteutetaan vastaavanikäiseen väestöön. Avohuollon asiakasmäärät ovat vähentyneet selvästi sosiaalihuoltolain muutoksen seurauksena (1.4.2015 alkaen). Tällöin avohuollon asiakkuuden määritelmä muuttui ja perheille on voitu tarjota matalan kynnyksen palveluja ilman lastensuojelun asiakkuutta. (Lastensuojelu 2017.)



*Henkilötunnuksia sisältävän sijoitettujen lasten ja nuorten rekisteritietojen lisäksi kerätään tilastotietoa myös lastensuojelun avohuollon asiakkaista. Osa lastensuojelun avohuollon asiakkaana olevista lapsista ja nuorista sisältyy kodin ulkopuolelle sijoitettuihin. Kuviossa esittelyjä lukumääriä ei voi laskea yhteen.

**Avohuollon asiakkuuden määritelmä muuttui 1.4.2015 voimaan astuneen sosiaalihuoltolain myötä

KUVIO 11.3. Lastensuojelun avohuollon asiakkaat*,** sekä kodin ulkopuolelle sijoitettuna olleet lapset ja nuoret vuosina 1996–2017. Lähde: Lastensuojelu 2017.

Kodin ulkopuolelle oli sijoitettuna vuoden 2017 aikana 1,4 prosenttia väestön 0–20-vuotiaista, yhteensä 17 956 lasta ja nuorta. Heistä huostaan otettuina oli 10 526 (kuvio 11.3). Kodin ulkopuolelle sijoitettujen määrän kasvu johtui erityisesti kiireellisten sijoitusten määrän kasvusta. Kiireellisesti sijoitettiin 4 081 lasta, mikä oli 15 prosenttia enemmän kuin vuonna 2016. Perheisiin sijoitettujen lasten määrä on kasvanut edelleen lastensuojelulain muutoksen (2012) seurauksena. Vuoden viimeisenä päivänä vuonna 2017 huostassa olleista lapsista yli puolet (56 %) oli perhehoidossa. Ammatillisessa perhekotihoitossa olleiden lasten ja nuorten osuus oli 13 prosenttia ja laitoksissa 26 prosenttia huostassa olleista. Maakuntien välillä on kuitenkin eroja sijoituspaikkojen käytössä: esimerkiksi Pohjois-Pohjanmaalla huostassa olleista lapsista 72 prosenttia oli perhehoidossa, kun taas Uudellamaalla perhehoidossa oli alle puolet huostassa olleista lapsista. (Lastensuojelu 2017.)

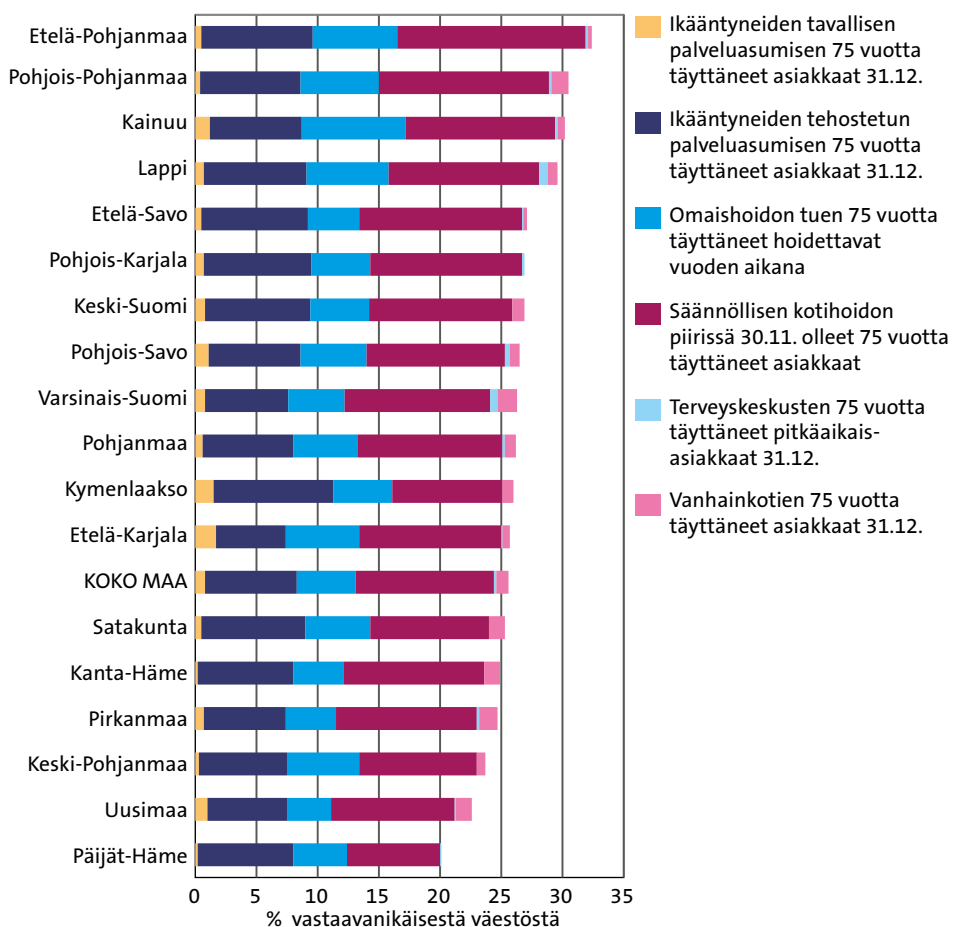
Ikääntyneiden palvelut

Vuonna 2017 Suomen väestöstä 9,1 prosenttia oli 75 vuotta täyttäneitä (yli puoli miljoonaa henkilöä), 85 vuotta täyttäneitä oli 2,7 prosenttia. 75 vuotta täyttäneistä yli 90 prosenttia asui kotona ja yksinasuvia 75 vuotta täyttäneitä oli 47,3 prosenttia vastaavanikäisestä asuntoväestöstä.

Ikääntyneiden palveluja ja niiden kehittämistä ohjaavat valtakunnalliset strategiset linjaukset, laatusuositukset ja lainsäädäntö (ks. esim. STM 2017). Suomalaisen ikääntymispolitiikan tavoitteena on edistää iäkkäiden ihmisten toimintakykyä ja itsenäistä elämää sekä aktiivista osallistumista yhteiskuntaan. Tavoitteena on, että iäkäs ihminen kykenisi asumaan omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Palvelurakenteen muutos kohti kotona annettavia palveluja onkin edennyt nopeasti, sillä 75 vuotta täyttäneistä säännöllisen kotihoidon asiakkaista 19 prosentilla kotihoidon käyntejä oli 60–89 kuukaudessa ja 17 prosentilla vähintään 90 käyntiä kuukaudessa vuonna 2017 (Sotkanet 2018a). Myös mahdollisuus ympärivuorokautiseen kotihoitoon on lisääntynyt. Samalla laitoshoidon on vähentynyt ja tehostettu palveluasuminen yleistynyt. Vuonna 2018 ikäihmisten palvelujen henkilöstöstä yli kolmannes (36 %) oli kotihoidon henkilöstöä (Sotkanet 2018b). Säännöllisen kotihoidon piirissä oli 75 vuotta täyttäneestä väestöstä 11,3 prosenttia vuonna 2017 (30.11. tilanne), 85 vuotta täyttäneestä väestöstä jo 21,8 prosenttia (Sotkanet 2018c).

Vuonna 2017 noin neljännes 75 vuotta täyttäneistä henkilöistä käytti jotain säännöllisesti kotiin annettavaa palvelua (säännöllinen kotihoito, tukipalvelut, omaishoidon tuki, tavallinen palveluasuminen), ympärivuorokautista hoitoa (tehostettu palveluasuminen, vanhainkodit ja terveyskeskuksen pitkäaikaishoito) ja/ tai sairaalahoitoa (kuvio 11.4, koko maa). Viime vuosina on näiden edellä mainittujen ohella kehitetty iäkkäille myös perhehoitoa ja ennaltaehkäiseviksi palveluiksi erilaisia terveyttä edistäviä ja ryhmämuotoisia palveluja.

Kuviossa 11.4 esitetään 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden palvelusuudet maakunnittain (HE 15/2017) vuoden 2017 tilanteen perusteella. Osuuksissa on alueellista vaihtelua: Etelä-Pohjanmaalla, Pohjois-Pohjanmaalla ja Kainuussa yli 30 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä on jonkin tarkasteluun valitun palvelun piirissä, kun vastaava osuus Päijät-Hämeessä, Uudellamaalla, Keski-Pohjanmaalla, Kanta-Hämeessä ja Pirkanmaalla on alle neljännes. Viidessä maakunnassa (Keski-Pohjanmaa, Keski-Suomi, Satakunta, Kymenlaakso, Kanta-Häme) ei enää ollut terveyskeskuksen pitkäaikaisasiakkaita, vaan palvelut on korvattu muilla palveluilla.



KUVIO 11.4. 75 vuotta täyttäneiden asiakkaiden palveluosuudet maakunnittain (HE 15/2017), osuus vastaavanikäisestä väestöstä (%).

Lähteet: AvoHilmo ja SosiaaliHilmo 2017 (Sotkanet 14.12.2018).

Työikäisten sosiaalipalvelut

Sosiaalipalveluista on saatavilla väestötasosta luotettavaa tilastotietoa vain rajoitetusti. Työikäisten sosiaalipalvelujen tavoitteena on tukea työikäisiä asiakkaita elämänhallintaan, asumiseen, työhön, toimeentuloon ja opiskeluun liittyvissä asioissa sekä vähentää eriarvoisuutta. Palvelut toteutetaan yleensä yhteistyössä muiden toimijoiden, kuten työvoimahallinnon ja työllisyyspalvelujen, nuorisotoimen, Kansaneläkelaitoksen, sekä päihde- ja mielenterveyspalvelujen kanssa. Seuraavassa esitellään sosiaalipalveluista toimeentulotukea ja kuntouttavaa työtoimintaa. Lisäksi esitellään työttömien aktivointiaste.

Toimeentulotuki

Toimeentulotuki on osa lakisääteistä sosiaalihuoltoa, jonka tarkoituksena on turvata henkilön tai perheen ihmisarvoisen elämän kannalta välttämätön toimeentulo ja edistää itsenäistä selviytymistä. Toimeentulotuki koostuu kolmesta osasta: perustoimeentulotuesta, täydentävästä toimeentulotuesta ja ehkäisevästä toimeentulotuesta. Perustoimeentulotuki kattaa perusosan sekä muut perusmenot, ja sen lisäksi asiakas voi saada täydentävää toimeentulotukea esimerkiksi ylimääräisiin asumismenoihin sekä erityisistä tarpeista tai olosuhteista aiheutuviin menoihin (esim. pitkäaikainen tai vaikea sairaus). Ehkäisevän toimeentulotuen tarkoituksena on edistää henkilön ja perheen sosiaalista turvallisuutta ja toimintakykyä (Kela 2018c).

Perustoimeentulotuen hakemusten käsittely, tuen myöntäminen ja maksatus siirtyivät kunnilta Kansaneläkelaitoksen (Kela) tehtäväksi 1.1.2017 (ks. Laki toimeentulotuesta annetun lain muuttamisesta 815/2015). Ehkäisevän ja täydentävän toimeentulotuen järjestämisvastuu jäi edelleen kunnille. Siirtymäaika päättyi 31.3.2017. Siirto on merkittävimpiä sosiaaliturvajärjestelmän uudistuksia tällä vuosituonnilla. Lakimuutoksen tavoitteena oli, että toimeentulotukijärjestelmä yksinkertaistuisi, asiakkaiden asioiminen monella luukulla vähenisi, tuen hakijoiden yhdenvertaisuus lisääntyisi ja henkilöstövoimavarojen käyttö tehostuisi.

Vuonna 2017 perustoimeentulotukea maksettiin 277 316 kotitaloudelle ja sitä sai yhteensä yli 400 000 henkilöä, mikä vastaa noin seitsemää prosenttia väestöstä (Kela 2018c). Valtaosa perustoimeentulotukea saavista kotitalouksista oli yhden hengen kotitalouksia (74 %), lapsiperheitä oli 20 prosenttia. Alueellisesti tarkasteltuna perustoimeentulotuen tarve on suurinta Etelä-Suomen kaupungeissa, ja vuonna 2017 perustoimeentulotuen saajista lähes kolmasosa (29 %) asui pääkaupunkiseudulla. Lisäksi pääkaupunkiseudulla toimeentulotuen tarve on muuta maata pitkäkestoisempää, mikä näkyy siinä, että pääkaupunkiseudulla 40 prosenttia perustoimeentulotukea saavista kotitalouksista sai tukea vähintään yhdeksän kuukautta vuonna 2017, kun koko maassa vastaava osuus oli 34 prosenttia. Keskimääräinen kotitaloudelle vuoden aikana maksettu tuki oli pääkaupunkiseudulla 3 378 euroa (koko maassa 2 744 euroa). Tuen keskimääräistä suurempaa määrää ja kestoja selittää osin pääkaupunkiseudun suuremmat asumiskustannukset.

Ikäryhmittäin tarkasteltuna perustoimeentulotukea saavien väestöosuus on suurin 18–24-vuotiaiden ikäryhmässä: tämän ikäisistä 18 prosenttia sai perustoimeentulotukea vuonna 2017 (lähes 80 000 henkilöä). (Kela 2018b.) 65 vuotta täyttäneistä perustoimeentulotukea oli saanut 1,2 prosenttia vuonna 2017 (Kela 2018c). Kelaan osoitettujen perustoimeentulotukihakemusten määrä oli huhtikuussa 2018 yhteensä lähes 212 000. Seitsemän arkipäivän käsittelyajan ylittäneiden, Kelaan osoitettujen hakemusten osuus oli tuolloin yhteensä 1,8 prosenttia. (Tanhua & Kiuru 2018.)

Ehkäisevää toimeentulotukea sai vuonna 2016 0,9 prosenttia 25–64-vuotiaista ja prosentti 18–24-vuotiaista. Täydentävän toimeentulotuen osalta luvut olivat 3,3 prosenttia ja 5,1 prosenttia kyseisenä vuonna (Toimeentulotukirekisteri 2016).

Kuntouttava työtoiminta

Kuntouttava työtoiminta on sosiaalihuoltolain mukainen sosiaalipalvelu, joka on tarkoitettu pitkään työttöminä olleille työllistymismahdollisuuksien ja elämänhallinnan parantamiseksi. Kuntien on järjestettävä kuntouttavaa työtoimintaa niille pitkään työttöminä olleille henkilöille, jotka saavat työmarkkinatukea tai toimeentulotukea ja jotka eivät työ- ja toimintakykynsä takia kykene osallistumaan TE-hallinnon ensisijaisiin palveluihin. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa kuntouttavan työtoiminnan lainsäädännöstä ja kehittämisestä. (STM 2018.)

Vuonna 2016 kuntouttavan työtoiminnan asiakkaita oli 1,2 prosenttia koko maan 15–65-vuotiaasta väestöstä. THL:n tilastoraportin mukaan yhä useampi pitkäaikaistyötön ohjataan kuntouttavaan työtoimintaan. Kun toimintaan osallistui vuonna 2013 noin 24 200 henkilöä, oli vastaava luku vuonna 2016 jo noin 41 700 henkilöä. Kasvu näkyi erityisesti 25 täyttäneiden kohdalla. Kuntouttava työtoiminta perustuu asiakkaan kanssa laadittuun aktivointisuunnitelmaan tai monialaiseen työllistymissuunnitelmaan. Suunnitelmia tehtiin Suomessa vuonna 2016 noin 50 000, ja kuntouttava työtoiminta sisältyi niistä lähes 80 prosenttiin. Suunnitelmien määrä on lisääntynyt vuoteen 2013 verrattuna noin seitsemän prosenttia. (Virtanen 2017.)

Työttömien aktivointiaste

Aktivointiasteella tarkoitetaan aktiivisten työvoimapolitiittisten palvelujen kohteena olevien prosenttiosuutta työvoimapalveluja saavista työttömistä työnhakijoista. Aktiivisiin palveluihin luetaan palkkatuilla työllistetyt, työ- ja koulutuskokeilussa olevat, vuorotteluvapaatyöpaikkaan työllistetyt, työvoimakoulutuksessa olevat, valmennuksissa olevat, työttömyysetuudella omaehtoisesti opiskelevat ja kuntouttavassa työtoiminnassa olevat. Vuonna 2017 koko maan työttömien aktivointiaste oli 28,3, kun se vuonna 2016 oli 25,3 prosenttia. Työttömien aktivointiasteessa on vaihtelua maakunnittain (HE 15/2017): aktivointiaste oli suurimmillaan Pohjanmaalla (34,4 %) ja alimmillaan Päijät-Hämeessä (24,7 %). (TEM 2018.)

Vammaispalvelut

Henkilö, jolla on vammasta tai sairaudesta johtuva toimintarajoite, voi tarvita yleisten palvelujen lisäksi erityispalveluja. Tällaisia vammaispalvelu- ja kehitysvammalakien mukaisia palveluja ovat mm. asunnonmuutostyö ja asuntoon kuuluvat laitteet ja välineet, henkilökohtainen apu, työllistämistä tukevat toiminnot, työ- ja päivätoiminta, kodinhoitoapu, omaishoidon tuki sekä vammaispalvelulain mukainen kuljetuspalvelu. Kaksi suurinta palvelukokonaisuutta myönnettyissä palveluissa ovat henkilökohtainen apu ja liikkumisen palvelut.

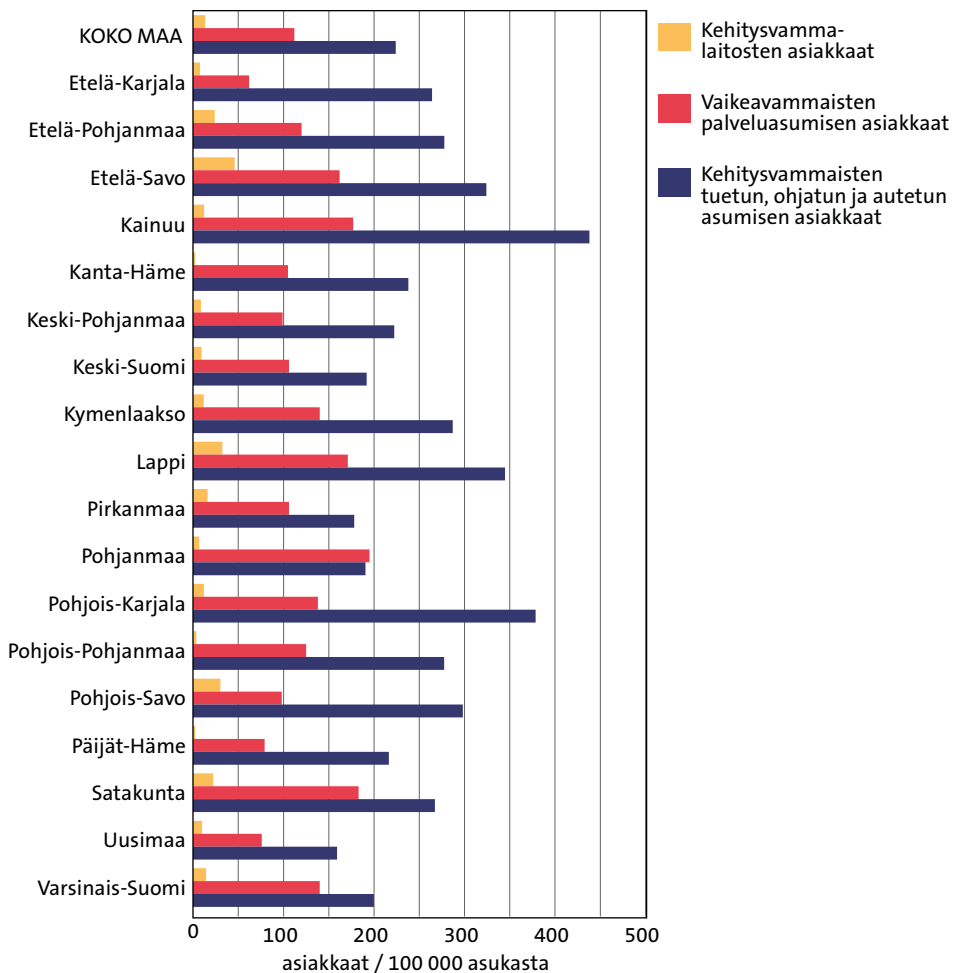
Vuonna 2017 henkilökohtaisessa avussa palvelun käyttäjien määrä koko maassa oli 397 henkilöä 100 000 asukasta kohden. Liikkumisen palvelut sisältävät hyvin monenlaisia palveluja. Erityispalvelujen tarpeeseen vaikuttavat alueelliset olosuhteet, esteettömyys ja palvelurakenne sekä tietenkin yksittäisten ihmisten tarve liikua. Vaikeavammaisten kuljetuspalvelujen saajia oli vuonna 2017 yhteensä 1 732 100 000 asukasta kohden, yhteensä 96 460 henkilöä. (Sosiaalipalvelujen toimintatilasto 2017.) Vammaisille myönnettäviä erilaisia palveluja ja tukia² sai vuonna 2017 yli 3 300 henkilöä 100 000 asukasta kohden koko maassa. Luku kuvaa vammaisuuden perusteella annettujen sosiaalipalvelujen kokonaismäärää suhteutettuna väestöön.

Vuoden 2017 tietojen mukaan kehitysvammalaitoksissa asui koko maan tasolla väestöön suhteutettuna 13,4 henkilöä 100 000 asukasta kohden. Eniten asiakkaita oli Etelä-Savossa (46,1) ja vähiten Kanta-Hämeessä (2,3) ja Päijät-Hämeessä (2,4) (kuvio 11.5). Kehitysvammaisten laitoshoidtoa annetaan pääasiassa keskuslaitoksissa ja mukaan lasketaan myös muut laitosperiaatteella toimivat, kehitysvammaisille tarkoitettut yksiköt. Ryhmäkodit ja muut asumispalvelut eivät kuitenkaan sisälly tähän, vaikka niissä olisi henkilökunta paikalla ympäri vuorokauden.

Vammaispalvelulain mukaista vaikeavammaisten palveluasumista oli saanut koko maan tasolla 112 henkilöä 100 000 asukasta kohden. Vähiten asiakkaita oli väestöön suhteutettuna Etelä-Karjalassa (62) ja eniten Pohjanmaalla (195) (kuvio 11.5). Kehitysvammaisten tuetun, ohjatun ja autetun asumisen³ asiakkaita on yhteensä 224 henkilöä 100 000 asukasta kohden vuonna 2017. Maakunnittainen vaihtelu on suurta: vähiten asiakkaita väestöön suhteutettuna oli Uudellamaalla (159,1/100 000 asukasta) ja eniten Kainuussa (438,1/100 000 asukasta). (Kuvio 11.5.)

2 Vammaisille myönnettävien palvelujen ja tukien (Omaishoidonlaki, perhehoidonlaki, Kehitysvammalaki, ShL ja Vpl) määrä 100 000 asukasta kohti. Sisältää: asunnon muutostyöt ja asuntoon kuuluvat laitteet ja välineet, asiakkaita vuoden aikana; henkilökohtaisen avun asiakkaita vuoden aikana; kehitysvammaisten autetun, ohjatun ja tuetun asumisen asiakkaat 31.12.; kehitysvammalaitosten pitkäaikaisasiakkaat 31.12.; kodinhoitoapua vuoden aikana saaneet vammaistaloudet, kunnan kustantamat palvelut; omaishoidon tuen, 0–64-vuotiaat hoidettavat vuoden aikana, kunnan kustantamat palvelut; vaikeavammaisten kuljetuspalvelujen saajat vuoden aikana; vaikeavammaisten palveluasumisen piirissä vuoden aikana olleet asiakkaat, kunnan kustantamat palvelut; vammaisten perhehoidossa asiakkaita 31.12., kunnan kustantamat palvelut; vammaisten työ- ja päivätoiminnan asiakkaita 31.12. (Sotkanet 16.11.2018.)

3 Kehitysvammaisten tuettu asuminen tarkoittaa asumista normaaleissa vuokra- ja omistusasunnoissa varsin itsenäisesti, kuitenkin niin, että asukkaiden tukena on tukihenkilö muutaman tunnin viikossa. Ohjatulla asumisella tarkoitetaan kehitysvammaisille tarkoitettuja ryhmäkoteja, joissa henkilökunta on paikalla vain osan vuorokautta ja autetulla asumisella kehitysvammaisille tarkoitettuja ryhmäkoteja, joissa on ympärivuorokautinen henkilökunta.



KUVIO 11.5. Kehitysvammaisten ja vaikeavammaisten laitos- ja asumispalvelujen asiakkaat / 100 000 asukasta maakunnittain (HE 15/2017) vuonna 2017.
Lähde: SosiaaliHilmo 2017, Sotkanet 14.12.2018.

Yhteenveto: Miten suomalaiset käyttävät sote-palveluja?

- Perusterveydenhuollon palveluissa oli asiakkaita 3,8 miljoonaa ja käyntejä yhteensä yli 25 miljoonaa vuonna 2017. Avosairaanhoidon perusterveydenhuollon avohoidon käyntien kokonaisuudesta suhteellisesti suurin ryhmä. Perusterveydenhuollon palvelujen käyttö vaihtelee muun muassa alueittain ja ikäryhmittäin.
- Sähköinen asiointi perusterveydenhuollossa yleistyy nopeasti: käyntimäärien muutos oli vuodesta 2016 vuoteen 2017 peräti 27 prosenttia.
- Erikoissairaanhoidon on muuttunut yhä avohoitopainotteisemmaksi – muutos näkyy vuodeosastohoidon hoitopäivien vähenemisenä. Muutos on psykiatriassa erikoissairaanhoidossa somaattista erikoissairaanhoidoa selvempi.
- Kiireettömän hoidon saatavuus erikoissairaanhoidossa on parantunut. Yli puoli vuotta hoitoa odottaneiden osuus on vakiintunut viime vuosina 1–2 prosenttiin kiireetöntä hoitoa odottavista.
- Suomessa lähes kaikki raskaana olevat ja alle 7-vuotiaiden lasten perheet käyttävät neuvolapalveluja.
- Kodin ulkopuolelle oli sijoitettuna vuoden 2017 aikana 1,4 prosenttia väestön 0–20-vuotiaista, yhteensä 17 956 lasta ja nuorta. Heistä huostaan otettuna oli 10 526. Lastensuojeluilmoitus tehtiin yli 76 000 lapsesta ja ne kohdistuivat erityisesti 13 vuotta täyttäneisiin.
- Kouluterveydenhuollossa asioidi vuonna 2017 yli 570 000 oppilasta ja opiskeluterveydenhuollossa 265 000 opiskelijaa.
- Ikääntyneiden palvelujen palvelurakenteen muutos kohti kotona annettavia palveluja etenee: 75 vuotta täyttäneistä säännöllisen kotihoidon asiakkaista 19 prosentilla kotihoidon käyntejä oli 60–89 kuukaudessa ja 17 prosentilla vähintään 90 käyntiä vuonna 2017. Myös mahdollisuus ympärivuorokautiseen kotihoitoon on lisääntynyt. Samalla laitoshoidon on vähentynyt ja tehostettu palveluasuminen yleistynyt.
- Vuonna 2017 perustoimeentulotukea maksettiin yli 270 000 kotitaloudelle ja sitä sai yhteensä yli 400 000 henkilöä, mikä vastaa noin 7 prosenttia väestöstä. Alueellisesti tarkasteltuna perustoimeentulotuen tarve on suurinta Etelä-Suomen kaupungeissa.
- Vuonna 2016 kuntouttavan työtoiminnan asiakkaita oli 1,2 prosenttia koko maan 15–65-vuotiaasta väestöstä. Yhä useampi pitkäaikaistyötön ohjataan kuntouttavaan työtoimintaan.
- Vammaisille myönnettäviä erilaisia palveluja ja tukia sai vuonna 2017 yli 3 300 henkilöä 100 000 asukasta kohden koko maassa.

Lähteet

- Avohilmo (2016): Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus -rekisteri. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tiedonkeruut/perusterveydenhuollon-avohoidon-hoitoilmoitus-avohilmo/raportit>
- Avohilmo (2017): Perusterveydenhuollon avohoidon ilmoitus -rekisteri. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tiedonkeruut/perusterveydenhuollon-avohoidon-hoitoilmoitus-avohilmo/raportit>
- Erikoissairaanhoidon hoitopääsytiedot 2017. <https://www.thl.fi/fi/tilastot/tiedonkeruut/hoitopäasy-erikoissairaanhoidossa>
- Hoitopäisy erikoissairaanhoidossa 31.12.2016. Tilastoraportti 1/2017. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki 2017. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131930/Tr01_17.pdf?sequence=1
- Kansaneläkelaitos (2015): Työterveyshuoltotilasto 2015. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2017. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/212975/Kelan_tyo-terveyshuoltotilasto_2015.pdf?sequence=6
- Kansaneläkelaitos (2017): Työnantajien omilta terveysasemilta saa työterveyspalvelut enää joka kymmenes. Tilastokatsaus 2017. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/179350/Tyonantajien_omilta_tyo-terveysasemilta_saa_tyoterveyshuoltopalvelut_enaa_vain_joka_kymmenes_tyontekija.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- Kansaneläkelaitos (2018a): Sairaanhoidokorvausten saajat / Erikoislääkärit 2017. Kelastoraportit. http://www.kela.fi/tilastot-aiheittain_tilasto-sairaanhoidokorvauksista
- Kansaneläkelaitos (2018b): Sairaanhoidokorvausten saajat / Hammashoito 2017. Kelastoraportit. https://www.kela.fi/tilastot-aiheittain_tilasto-sairaanhoidokorvauksista
- Kansaneläkelaitos (2018c): Perustoimeentulotuen tarve suurinta pääkaupunkiseudulla. Tilastokatsaus 30.1.2018. <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/231747>
- Kuoppala, Tuula & Säkkinen, Salla (2018): Lastensuojelu 2017. Tilastoraportti 17/2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136409/Tr17_18_LASU.pdf?sequence=5
- Laki omaishoidon tuesta (937/2005)
- Laki perhehoidosta (263/2015)
- Laki toimeentulotuesta annetun lain muuttamisesta (815/2015) Helsinki: Eduskunta. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2015/20150815> [1.5.2018]
- Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987)
- Mölläri, Kaisa & Saukkonen Sanna-Mari (2017): Perusterveydenhuollon ja suun terveydenhuollon avohoitokäynnit 2017. Tilastoraportti 27/2017. <http://www.julkari.fi/handle/10024/136379>
- Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki 1287/2013. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2013/20131287>
- Sosiaalihuoltolaki (1301/2014)
- Sosiaalihuollon hoitoilmoitusrekisteri 2017. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sosiaalipalvelujen toimintatilasto 2017. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Somaattinen erikoissairaanhoido 2016. Tilastoraportti 45/2017. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki 2017. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135642/Tr45_17.pdf?sequence=1
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 652/2013. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130652>
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä 782/2014. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20140782>
- Sotkanet (2018a): Säännöllisen kotihoidon asiakkaat, joilla kotihoidon käyntejä 60 89 ja 90 tai enemmän (ind. 2671 ja ind. 2672). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos/Kotihoidon laskenta 30.11.
- Sotkanet (2018b): Kotihoidon henkilöstön osuus ikäihmisten palvelujen henkilöstöstä (ind. 5267). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos/Vanhuspalvelujen tila -tutkimus.
- Sotkanet (2018c): Säännöllisen kotihoidon piirissä olevat 75 vuotta täyttäneet asiakkaat, %, vastaavanikäisestä väestöstä (ind. 2684) ja 85 vuotta täyttäneet asiakkaat, % vastaavanikäisestä väestöstä (ind. 3557). Terveiden ja hyvinvoinnin laitos/Kotihoidon laskenta 30.11.
- STM (2017): Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6.

- STM (2018): Kuntouttava työtoiminta. <https://stm.fi/kuntouttava-tyotoiminta>
- Tanhua, Hannele & Kiuru, Sirkka (2018): Toimeentulotukihakemusten käsittelyajat huhtikuussa 2018. Tilastoraportti 26/2018, 21.6.2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.julkari.fi/handle/10024/136562>
- Toimeentulotukirekisteri 2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Työ- ja elinkeinoministeriö (TEM) (2018): Työnvälitystilasto.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- Toimeentulotukilaki (1412/1997) <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1997/19971412>
- Lappalainen, Kirsi & Merike Aminoff, Merike & Hakulinen, Hanna & Hirvonen, Maria & Räsänen, Kimmo & Sauni, Siitta & Sten-gård, Jari (2016): Työterveyshuolto Suomessa vuonna 2015 ja kehitystrendi 2000 2015. Työterveyslaitos.
- Valtiovarainministeriö (2016): Peruspalvelujen tila 2016. Osat I ja II. Kuntatalouden ja -hallinnon neuvottelukunta. Valtiovarainministeriön julkaisuja 9/2016.
- Valtiovarainministeriö (2018): Peruspalvelujen tila 2018. Kuntatalouden ja -hallinnon neuvottelukunta. Valtiovarainministeriön julkaisuja 13/2018. <https://vm.fi/julkaisu?pubid=25904>
- Virtanen, Ari (2017): Kuntouttava työtoiminta 2016. Kuntakyselyn osaraportti. Tilastoraportti 33/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.julkari.fi/handle/10024/135308>
- Äitiysneuvolaopas (2013): Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Kansallinen äitiysneuvolaopas (kirj.). Klemetti, Reija ja Hakulinen-Viitanen, Tuovi (toim.): Opas 29. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110521/THL_OPA2013_029_verkko.pdf?sequence=3

12

Eriarvoisuus somaattisten terveyspalvelujen saatavuudessa

Sosioekonomiset erot avoterveydenhuollon palvelujen käytössä ovat selvät. Ylempiin sosiaaliryhmiin kuuluvat käyttävät palveluja alempiin kuuluvia enemmän, kun palvelujen tarve otetaan huomioon. Erot muodostuvat pääosin eroista yksityislääkäripalvelujen ja työterveyspalvelujen käytössä. Lääkäripalveluissa näyttää kuitenkin tapahtuneen jonkin verran muutosta tuloneutraalimpaan suuntaan. Vaikka sairaalapalvelujen käyttö jakautuu samansuuntaisesti kuin sairastavuus, hoidon sisällössä on kuitenkin sosiaaliryhmittäisiä eroja. Terveyspalvelujen tarpeenmukaisen ja tasa-arvoisen käytön tavoite ei näytä kaikilta osin toteutuvan Suomessa. Vaikka asia on viime vuosien aikana edistynyt, palvelujen saatavuudessa ja sisällössä on vielä kehitettävää.

Väestöryhmien välinen tasa-arvo on jo pitkään ollut yksi suomalaisen terveyspolitiikan päätavoitteista. Peruseriaatteena on ollut tarjota kaikille asukkaille yhtäläiset, laadukkaat ja riittävät palvelut, riippumatta sosioekonomisesta asemasta, taloudellisista edellytyksistä, asuinalueesta tai muista palvelujen käyttöä rajoittavista tekijöistä, sekä kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja (Suomen perustuslaki, Terveystalolaki). Suomi on sitoutunut näihin tavoitteisiin pait-

si lainsäädännön myös useiden kansainvälisten sopimusten kautta. Suomessa on kuitenkin useilla mittareilla tarkasteltuna kansainvälisesti katsottuna suuria väestöryhmien välisiä terveyseroja (Mackenbach ym. 2008) ja erityisen selviä erot ovat sosioekonomista asemaa kuvaavien mittarien, kuten tulojen, koulutuksen ja ammattiaseman mukaisesti tarkasteltuna. Vaikka osa eroista liittyy eroihin työ- ja elinoloissa sekä elintavoissa, myös sosiaali- ja terveyspalveluilla on tärkeä rooli: palvelujärjestelmän rakenteet voivat luoda, ylläpitää tai kaventaa terveyseroja.

Oikeudenmukaisuuden toteutumista terveyspalvelujen saatavuudessa ja käytössä on tärkeää tarkastella kahdestakin syystä. Yhtäältä terveyspalvelujen kohdentuminen kertoo, miten terveydenhuollon tasa-arvotavoitteessa on onnistuttu. Palvelujen saatavuuden ja laadun kysymykset ovat tärkeitä yhdenvertaisuuden näkökulmasta. Toisaalta terveyspalvelujen tarpeenmukaisella kohdentumisella on arvioitu olevan kasvava vaikutus terveyseroihin, koska muun muassa sairauksien varhaisen toteamisen ja hoidon kehitys, lääketieteellisen teknologian kehitys sekä useimpien kansantautien hoitotulosten paraneminen kasvattavat terveyspalvelujen mahdollisuuksia vaikuttaa väestön terveyteen (Nolte ym. 2004; Nolte ym. 2008; Leppo 2008).

Avohoidon terveyspalveluja tuottaa tällä hetkellä Suomessa kolme eri järjestelmää, joissa palvelujen saatavuus ja käytön ehdot eroavat toisistaan (Vuorenkoski ym. 2008). Yksityisten palvelujen saatavuus on hyvä erityisesti kaupungeissa ja kuntakeskuksissa, mutta asiakkaan maksettavaksi jäävä omavastuuosuus rajaa palvelujen käyttöä erityisesti taloudellisesti heikossa asemassa olevilla. Työterveyshuollon palvelut ovat käyttäjälle maksuttomia ja palvelut on järjestetty valtaosalle palkansaajista. Vuonna 2015 palvelut oli järjestetty 88 prosentille palkansaajista, ja luku on pysynyt kohtuullisen vakaana viime vuosina (Kela 2017). Vaikka työterveyshuolto lakisääteisesti kattaa pääosin preventiivisiä työsuojeluun ja työn terveysriskien vähentämiseen tähtäviä palveluja, on sairauksien hoito järjestetty osana työterveyshuoltoa valtaosalla niistä palkansaajista, joilla työterveyshuollon palveluja on käytettävissä (Kauppinen ym. 2012). Terveyskeskus on ainoa koko väestölle avoin avoterveydenhuollon palveluja tarjoava kanava Suomessa ja asiakasmaksut ovat pääosin pieniä, mutta saatavuudessa on ollut joillakin alueilla ongelmia (Mölläri & Vuorio 2016). Avopalvelujen käytön erot voivat heijastua sairaalapalveluihin lähetekäytäntöjen kautta.

Tässä luvussa tarkastellaan sosioekonomisia eroja somaattisten terveyspalvelujen saatavuudessa. Koulutuseroja avoterveydenhuollon lääkäripalvelujen käytössä arvioimme käyttäen vuosina 2017–2018 kerätyn ja koko Suomen väestöä edustavan FinSote-tutkimuksen sekä aiempien tutkimusten tuloksia. Lisäksi kuvaamme aiempaan tutkimuskirjallisuuteen nojaten sosioekonomisia eroja sairaalapalveluissa ja arvioimme palvelujen käyttöerojen mahdollisia vaikutuksia terveyseroihin.

Aineisto ja menetelmät

FinSote 2017–2018 -väestökyselyyn poimittiin jokaisesta maakunnasta 3 300 henkilöä. Jotta iäkkäitä henkilöitä saataisiin riittävästi aineistoon, painotettiin heidän osuuttaan poimimalla vanhimpaan ikäryhmään (75+-vuotiaat) jokaisesta maakunnasta 1 000 henkilöä ja 2 300 ikäryhmästä 20–74-vuotiaista. Vastausprosentti kyselyssä oli 45,3, vastausaktiivisuus oli korkein 75 vuotta täyttäneillä (57,3 %) ja matalin alle 55-vuotiailla (28 %). Analyyseissä kadon vaikutusta pyrittiin korjaamaan painottamalla tuloksia vastaamaan väestön ikä-, sukupuoli-, siviilisääty-, koulutusaste-, asuinmaakunta- ja asuinkunnan taajama-aste -jakaumaa.

Terveyspalvelujen käyttöä tarkasteltiin kysymällä vastaajilta, kuinka usein he olivat käyneet lääkärin vastaanotolla terveysasemalla, yksityisellä lääkäriasemalla, työterveyshuollossa tai sairaalan poliklinikalla hammashuollon käynnit pois luki-en. Tyydyttymätöntä palvelutarvetta koskevassa kysymyksessä vastaajia pyydettiin arvioimaan, olivatko he saaneet riittävästi lääkärin vastaanottopalveluja 12 viime kuukauden aikana. Vastausvaihtoehdot olivat 1) en ole tarvinnut, 2) olisin tarvinnut, mutta palvelua ei saatu, 3) olen käyttänyt mutta palvelu ei ollut riittävä, 4) olen käyttänyt ja palvelu oli riittävä. Analyysi rajoitettiin palvelua tarvinneisiin (vaihtoehdot 2–4) siten, että tyydyttymättömäksi palvelutarpeeksi luokiteltiin vastausvaihtoehdot 2 ja 3. Ehkäisevien palvelujen käyttöä tarkasteltiin kysymällä vastaajilta, milloin ammattilainen oli mitannut heiltä a) verenpaineen, b) veren kolesterolipitoisuuden, c) veren sokeripitoisuuden, d) vyötärön ympäryksen, e) painon. Vastausvaihtoehdot olivat 1) 12 viime kuukauden aikana, 2) 1–5 vuotta sitten, 3) yli 5 vuotta sitten, 4) ei koskaan, 5) en tiedä. Tarkastelun kohteena oli viiden viime vuoden aikana tehdyt mittaukset (vaihtoehdot 1 ja 2).

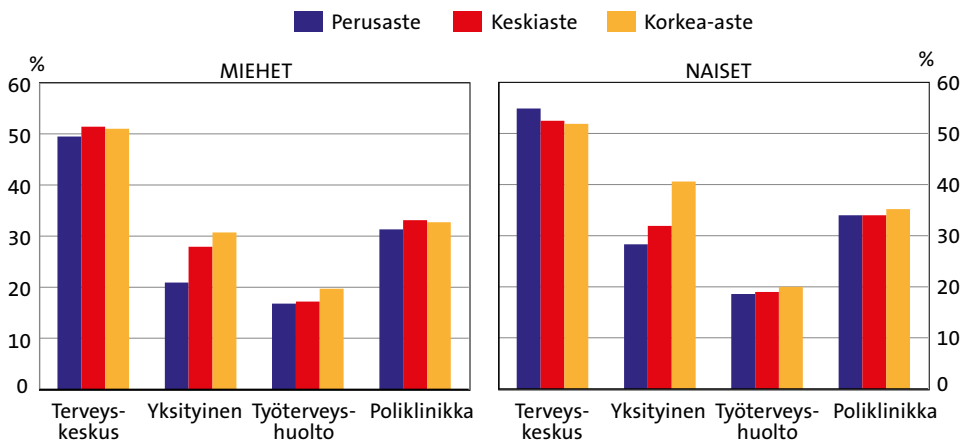
Ahovhoidon lääkäripalveluja koskevat aiemmat tulokset perustuvat Terveysturvan väestötutkimusten (1987 ja 1996), Terveys 2000 -tutkimuksen, Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -tutkimusten (2006 ja 2009) sekä vuoden 2014 Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) tietoihin, joihin on yhdistetty tulotiedot Tilastokeskuksen rekistereistä. Tulotiedot suhteutettiin kotitalouden kulutusyksikköluukuun, joka laskettiin käyttäen OECD:n kaavaa (OECD 2013), jossa kotitalouden ensimmäinen aikuinen saa painon 1, muut aikuiset painon 0,7 ja lapset painon 0,5. Oikeudenmukaisuusindeksin laskemisessa on käytetty Kakwanin ym. (1997) esittelemää laskentatapaa. Indeksi saa arvon 0, jos palvelut jakautuvat tarpeen mukaan tasaisesti ja positiiviset arvot viittaavat siihen, että hyvätuloiset käyttävät palveluja tarve huomioon ottaen muita enemmän ja negatiiviset arvot vastaavasti, että alempiin tuloryhmiin kuuluvat käyttävät enemmän palveluja. Tarpeen arvioinnissa käytettiin itse arvioitua koettua terveyttä ja pitkäaikaista sairastavuutta. Ikävakioidinnissa käytimme vakioväestönä vuoden 2014 ATH:n koko väestöä.

Sosiaaliryhmittäiset erot avohoidon palvelujen käytössä

Avohoidon lääkäripalvelujen käyttö on väestössä varsin yleistä. Kuviossa 12.1 esitetään lääkärin vastaanottopalveluissa viimeisten 12 kuukauden aikana käyneiden ikävakioidut osuudet koulutusryhmittäin ja sektoreittain. Vuonna 2018 noin kolme neljännestä miehistä ja 80 prosenttia naisista oli käyttänyt avohoidon lääkäripalveluja viimeisen 12 kuukauden aikana. Koulutusryhmittäiset erot palveluja käyttäneiden osuuksissa olivat selvimmät yksityisissä palveluissa.

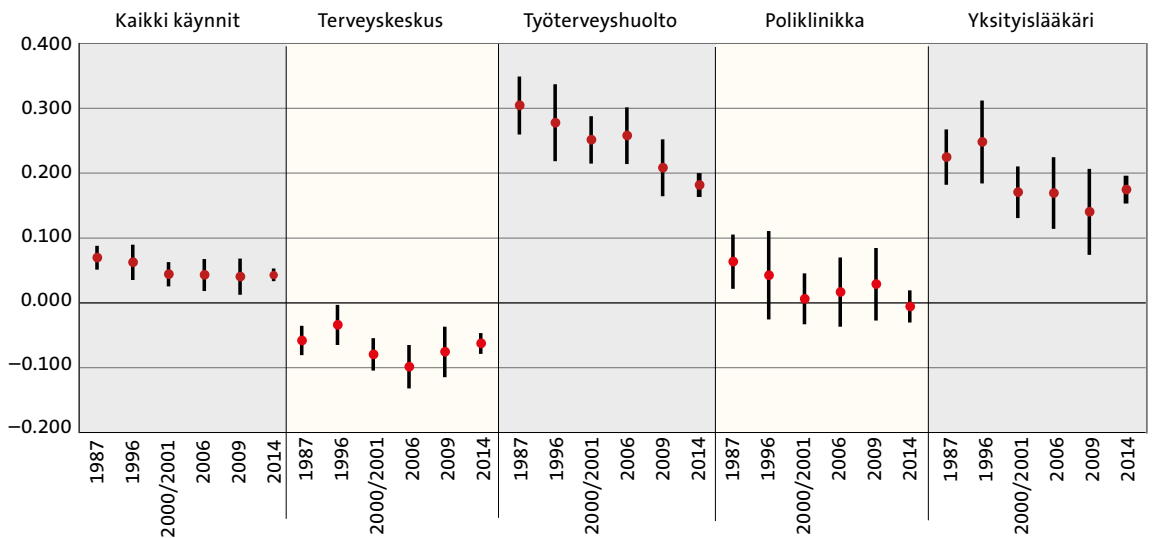
Avohoidon lääkäripalvelujen käytössä on vastaajien terveydentila huomioon ottaen raportoitu aiemmin suuria ja varsin pysyviä eroja. Suurituloiset käyttävät työterveydenhuollon ja yksityisiä lääkäripalveluja pienituloisempia enemmän tarve huomioon ottaen, kun taas terveyskeskusten lääkäripalvelut painottuvat pienituloisiin (Häkkinen & Nguyen 2010). Suomessa erot ovat kansainvälisesti katsoen poikkeuksellisen suuret (OECD 2013). OECD:n tutkijoiden laskelmien mukaan suurituloiset käyttävät lääkäripalveluja suhteessa tarpeeseen OECD-maista eniten Suomessa, USA:ssa ja Virossa.

Kuviossa 12.2 esitetään avohoidon lääkärisäkäyntien horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksit kaikille lääkärisäkäynneille sekä käynneille eri sektoreilla, kun sukupuoli, ikä sekä palvelujen tarve yleisen terveydentilan avulla tarkasteltuna otetaan huomioon (Kakwani ym. 1997). Oikeudenmukaisuusindeksin positiiviset arvot viittaavat siihen, että hyvätuloiset käyttävät palveluja tarve huomioon ottaen muita enemmän ja negatiiviset arvot vastaavasti, että alempiin



KUVIO 12.1. Avohoidon lääkäripalveluja viimeisten 12 kuukauden aikana käyttäneiden ikävakioidut osuudet (%) koulutusryhmittäin ja terveyspalvelusektoreittain 20-vuotiailla ja vanhemmilla miehillä ja naisilla 2018.

Lähde: FinSote 2017–2018.



KUVIO 12.2. Avohoidon lääkärikäyntien horisontaalisen oikeudenmukaisuuden indeksi (ja niiden 95 %:n luottamusvälit) terveyspalvelusektoreittain vuosina 1987–2014.

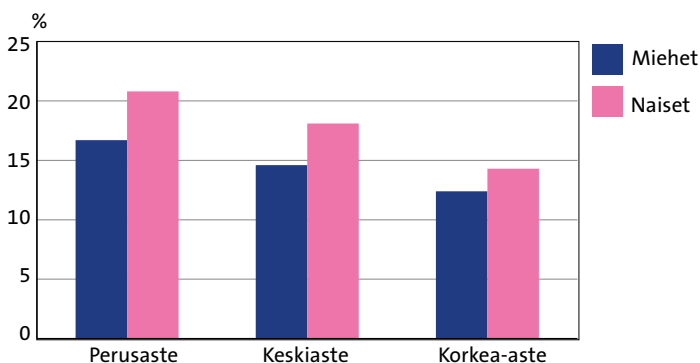
tuloryhmiin kuuluvat käyttävät enemmän palveluja. Kun tarkastellaan kaikkia lääkäriissäkäyntejä, suurituloiset käyttivät palveluja koko tarkastelujakson ajan jonkin verran muita enemmän suhteessa tarpeeseen. Eriarvoisuus näyttää johtuvan pääosin yksityisten ja työterveyshuollon palvelujen käytöstä. Työterveyshuollon lääkäripalveluissa näyttää tapahtuneen jonkin verran muutosta tuloneutraalimpaan suuntaan, mutta suurituloiset käyttivät edelleen palveluja selvästi muita enemmän, kun palvelujen tarve otetaan huomioon. Terveyskeskuspalvelut ja sairaalan poliklinikkapalvelut kohdistuivat tarve huomioon ottaen useammin alemmille tuloryhmille.

FinSote-tutkimuksessa ei havaittu koulutusryhmittäisiä eroja ennaltaehkäisevissä palveluissa kun tarkasteltiin erilaisten sairauksien ennaltaehkäisyyn liittyvien verenpaineen, veren kolesterolin tai verensokerin mittauksia edeltävien viiden vuoden aikana. Vyötärön ympäryys ja paino oli mitattu useammin alempiin koulutusryhmiin kuuluilta.

Sosiaaliryhmittäiset erot tyydyttämättömässä palveluntarpeessa

Terveyspalvelujen saatavuutta on usein arvioitu käytön avulla. Palvelujen käytölle voi kuitenkin olla erilaisia esteitä. Yksilötason esteitä voivat olla esimerkiksi sosioekonomiset tekijät, ikä, aiemmat kokemukset palveluista ja asenteet. Tällöin asiakas ei ehkä hakeudu tarvitsemiinsa palveluihin. Palvelurakenteeseen liittyviä

esteitä taas ovat palvelujen järjestämisen tavat, niiden kustannukset ja asiakasjot (Gulliford ym. 2002; Allin ym. 2009). Näitä puutteita palvelujen saatavuuden tarkastelussa on pyritty viime vuosina kansainvälisessä kirjallisuudessa paikkaamaan tarkastelemalla käytön lisäksi tyydyttämätöntä palveluntarvetta (Allin & Masseria 2009; Bryant ym. 2009; Allin ym. 2010; Shemeikka ym. 2014). Allin ja Masseria raportoivat väestön itse arvioimaa tyydyttämätöntä terveyspalvelujen tarvetta vuonna 2009 EU-maissa ja totesivat tyydyttymättömän palvelutarpeen keskittyneen Suomessa alempiin tuloryhmiin, kun tarve-erot otettiin huomioon (Allin & Masseria 2009). Muissa kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu muun muassa sukupuolen, sosioekonomisen aseman, psykososiaalisten tekijöiden ja terveyskäyttämiseen liittyvien tekijöiden olevan yhteydessä tyydyttymättömään palvelutarpeeseen (Allin & Masseria 2009; Bryant ym. 2009; Allin ym. 2010; Shemeikka ym. 2014). Suomessa tyydyttämätöntä palveluntarvetta on tutkittu vähän, mutta avohoidon lääkärin vastaanottokäyntien tarve, toteutuneet käynnit että tyydyttämätön palveluntarve näyttävät olevan yleisimpiä matalasti koulutetuilla ja toimeentulovaikeuksia kokeneilla. Pääasiallisen toiminnan mukaan tyydyttämätön palveluntarve on yleisintä työttömillä (Manderbacka ym. 2012). Suomesta raportoitu tyydyttämätön avohoidon lääkäripalvelujen tarve ja sosioekonomiset erot tyydyttämättömässä palvelutarpeessa ovat olleet lähellä EU-maiden keskiarvoa (OECD 2013). Kuviossa 12.3 esitetään itse ilmoitetun tyydyttämättömän palvelutarpeen koulutusryhmittäiset erot vuonna 2018. Tyydyttämättömässä palvelutarpeessa oli selvä portaittainen lasku alemmista ylempiin koulutusryhmiin sekä miehillä että naisilla. Tyydyttämätön palveluntarve oli naisilla yleisempää kuin miehillä.



KUVIO 12.3. Tyydyttämätöntä palveluntarvetta kokevien ikävakioidu osuus (%) koulutusryhmittäin 20-vuotiailla ja vanhemmilla miehillä ja naisilla vuonna 2018. Lähde: FinSote 2017–2018.

Johtopäätökset

Avoterveydenhuollon lääkäripalvelujen saatavuudessa ja käytössä näyttää olevan varsin pysyviä sosiaaliryhmittäisiä eroja, jotka eivät selity terveydentilan eroilla. On myös syytä huomata, että palvelujen saatavuudessa ja käytössä havaitut puutteet eivät rajoitu vain pieneen huono-osaisten joukkoon.

Vuodeosastohoito somaattisessa erikoissairaanhoidossa on tutkimusten mukaan jakautunut samalla tavalla kuin sairastavuus, eli alempien tuloryhmien on raportoitu olleen sairaalahoitajaksolla ylempiä useammin. Tuoreita tietoja sairaalahoitoon jakautumisesta ei ole saatavilla, mutta vuosien 1995 ja 2010 välillä sairaalahoitoon käyttö väheni tasaisesti, mikä johtunee väestön terveydentilan paranemisesta. Koko tarkastelujakson ajan sairaalahoitoon käytössä havaittiin lähes säännöllinen portaittainen lasku alimmasta ylimpään tuloviidennekseen eli mitä alempi tuloryhmä sitä useampi oli käyttänyt somaattisia sairaalapalveluja (Manderbacka ym. 2014). Tämä vastaa tiedossa olevia sairastavuuseroja. Sairaalapalvelujen osalta ei ole arvioitu, ovatko palvelujen käytön muutokset kehittyneet tuloryhmittäin samassa suhteessa terveyserojen muutosten kanssa, kun esimerkiksi tuloryhmittäiset kuolleisuuserot kasvoivat tarkastelujaksolla (Tarkiainen ym. 2013).

Palvelujen käyttöerojen syntyyn vaikuttavat monet sekä palvelujen kysyntään että tarjontaan liittyvät tekijät. Palvelujen kysyntään liittyviä tekijöitä ovat mahdolliset erot hoitoon hakeutumisessa ja tiedoissa terveydestä ja saatavilla olevista palveluista. Samoin hoitopreferenssit ja kyky navigoida järjestelmässä voivat vaikuttaa hoitoon pääsyyn ja hoidon sisältöön. Sosioekonomisia eroja on muissa maissa raportoitu myös potilas-lääkärivuorovaikutuksessa (Willems ym. 2005); Suomessa viitteitä tällaisista eroista on saatu sepevaltimotautipotilailla (Manderbacka 2005). Alempiin sosioekonomisiin ryhmiin kuuluvat näyttävät saavan ylempiä vähemmän tietoja sairaudestaan ja osallistuvan ylempiä ryhmiä harvemmin sairautensa hoitoa koskevien päätösten tekoon.

Tarjontapuolen tekijät taas liittyvät palvelujen kolmikanavaisesta rakenteesta johtuviin eroihin avopalvelujen saatavuudessa ja hoidosta potilaalle aiheutuneissa kustannuksissa. Avopalvelujen rakenteesta johtuvat erot heijastuvat myös sairaalapalvelujen saatavuuteen ja sisältöön lähetekäytäntöjen kautta. Viime vuosina terveydenhuollon palvelurakenne on monimuotoistunut ja sirpaloitunut, kun kunnat ovat valinneet erilaisia yhteistoiminnan muotoja ja tapoja järjestää palvelunsa. Avopalvelujen heikentyessä ehkäisevät palvelut näyttävät pirstaloituvan ja muuttuvan sattumanvaraisemmiksi.

Terveydenhuollon tarpeenmukaisen käytön tavoite riippumatta sosioekonomisesta asemasta ja taloudellisista edellytyksistä ei näytä kaikilta osin toteutuvan suomalaisessa terveydenhuollossa sen enempää saatavuuden kuin palvelujen sisällön osalta, vaikka joiltakin osin tavoitteen suunnassa onkin edistytty. Terveyspalvelut eivät myöskään käytettävissä olevan tutkimustiedon valossa näytä kaikilta

osin vähentävän terveyseroja, vaan monin paikoin ylläpitävän ja jopa kasvattavan niitä. Sosiaali- ja terveydenhuollon nykymallissa peruspalvelujen on todettu heikentyneen ja väestön terveyserojen kasvaneen. Myöskään yhdenvertaisuus ei nykymallissa toteudu, kun palvelujen saatavuus ja laatu vaihtelevat kunnittain. Valmisteilla olevan sote-uudistuksen voikin toivoa vahvistavan kaikille asukkaille avointa sosiaali- ja perusterveydenhuoltoa, jotta tarpeenmukaisen käytön tavoite toteutuisi tulevaisuudessa. Hyvinvointi- ja terveyseroja ei voida poistaa pelkillä sosiaali- ja terveyspalveluilla tai palvelujärjestelmää kehittämällä, mutta niillä on myös siinä tärkeä rooli.

Tämän luvun aikaisempi versio on julkaistu Suomen sosiaalinen tila -sarjan raporttina 2/2017: Manderbacka, Kristiina & Aalto, Anna-Mari & Kestilä, Laura & Muuri, Anu & Häkkinen, Unto (2017): Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Lähteet

- Allin, Sara & Masseria, Cristina (2009): Unmet need as an indicator of health care access. *Eurohealth* 15, 7–9.
- Allin, Sara & Grignon, Michel & Le Grand, Julian (2010): Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications? *Social Science & Medicine* 70, 465–72.
- Bryant, Toba & Leaver, Chad & Dunn, James (2009): Unmet healthcare need, gender, and health inequalities in Canada. *Health Policy* 91, 24–32.
- Gulliford, Martin & Figueroa-Munoz, Jose & Morgan, Myfanwy & Hughes, David & Gibson, Barry & Beech, Roger & Hudson, Meryl (2002): What does 'access to health care' mean? *Journal of Health Services Research and Policy* 7, 186–8.
- Häkkinen, Unto & Nguyen, Lien (2010): Rikas käy edelleen lääkärissä köyhää enemmän. *Optimi* 2.
- Kakwani N, Wagstaff A, and van Doorslaer E. (1997) Socioeconomic inequalities in health: Measurement, computation, and statistical inference. *Journal of Econometrics* 77: 87–103.
- Kela (2017): Työnantajien omilta työterveysasemilta saa työterveyshuoltopalvelut enää vain joka kymmenes työntekijä. Helsinki: Kela, tilasto- ja tietovarastoryhmä. <http://www.kela.fi/tilastojulkaisut> <http://hdl.handle.net/10138/179350>
- Kauppinen, Timo & Mattila-Holappa, Pauliina & Perkiö-Mäkelä, Merja & Saalo, Anja & Toikkanen, Jouni & Tuomivaara, Seppo & Uuksulainen, Sanni & Viluksela, Marja & Virtanen, Simo (2012): Työ ja terveys Suomessa 2012. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Leppo, Kimmo (2008): Kansanterveys, terveyserot ja yhteiskuntapolitiikka. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 45, 228–38.

- Mackenbach, Johan P. & Stirbu, Irina & Roskam, Albert-Jan & Schaap, Maartje M. & Menvielle, Gwenn & Leinsalu, Mall & Kunst, Anton E. (2008): Socioeconomic inequalities in health in 22 European countries. *New England Journal of Medicine* 358, 2468–81.
- Manderbacka, Kristiina & Arffman, Martti & Keskimäki, Ilmo (2014): Has socioeconomic equity increased in somatic specialist care: a register-based cohort study from Finland in 1995–2010. *BMC Health Services Research* 14:430, 6963-14-430.
- Manderbacka, Kristiina & Muuri, Anu & Keskimäki, Ilmo & Kaikkonen, Risto & Elovainio, Marko (2012): Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo terveystalouden saatuudesta? *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 49, 4–12.
- Manderbacka, Kristiina (2005): Exploring gender and socioeconomic differences in treatment of coronary heart disease. *European Journal of Public Health* 15, 634–9.
- Mölläri, Kaisa & Vuorio, Satu (2016): Hoi-toonpääsy perusterveydenhuollossa syksyllä 2016 [Internet] Tilastokatsaus 17/2016; 2016. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016121931609>.
- Nolte, Ellen & McKee, Martin (2004): Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. London: The Nuffield Trust.
- Nolte, Ellen & McKee, Martin (2008): Measuring the health of nations: Updating an earlier analysis. *Health Affairs* 27, 58–71.
- OECD (2013): Health at a Glance 2013: OECD indicators. OECD Publishing. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
- OECD (2013): OECD Framework for statistics on the distribution of household income, consumption and wealth. OECD Publishing.
- Shemeikka, Riikka & Rinne, Hanna & Manderbacka, Kristiina & Murto, Jukka & Kaikkonen, Risto (2014): Terveystalouden saatavuuden alue-erot Suomessa – ATH-tutkimuksen tuloksia erityisvastaaluetta (suunnitellut sote-alueet). Teoksessa: Janne Jalava & Katja Borodulin & Pauliina Husu & Janne Härkönen & Sakari Karvonen ym. (toim.): ATH-tutkimuksen tuloksia – Järjestötoiminnan tutkimusohjelma. Työpöytä 37/2014. Helsinki: Terveystalouden ja hyvinvoinnin laitos, 28–36.
- Suomen perustuslaki; 11.6.1999/731.
- Tarkiainen, Lasse & Martikainen, Pekka & Laaksonen, Mikko (2013): The changing relationship between income and mortality in Finland, 1988–2007. *Journal of Epidemiology and Community Health* 67, 21–7.
- Terveystaloudenhuoltolaki 31.12.2010/1326.
- Vuorenkoski, Lauri & Mladovsky, Philippa & Mossialos, Elias (2008): Finland: Health system review. Health Systems in Transition. United Kingdom: WHO.
- Willems, Sara & De Maesschalck, Stéphanie & Deveugele, Myriam & Derese, Anselme & De Maeseneer, Jan (2005): Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Education and Counseling* 56, 139–46.

13

Sosiaalipalvelujen saatavuus ja asiakaskokemukset

Tässä luvussa esitetään väestön näkemyksiä sosiaalipalveluista. Luvussa kuvataan luottamusta palvelujen saatavuuteen, saadun palvelun riittävyttä, osallisuuden toteutumista, asiakaskokemusta sekä palvelujen saatavuuden esteitä. Sosiaalipalvelujen tutkimus on tärkeää, jotta palvelujen järjestämisessä tapahtuvaa muutosta voidaan seurata ja ohjata ja jotta palvelujen asiakaslähtöisyyttä voidaan arvioida. Väestön luottamus palvelujen tarpeenmukaiseen saatavuuteen on vähentynyt viimeisen kymmenen vuoden aikana: nyt luottavaisesti palvelujen saatavuuteen suhtautuvien osuus on 50–60 prosenttia. Toimeentulovaikeuksia kokeneet luottivat palvelujen saamiseen muita vähemmän. Etuuksien saatavuuteen suhtauduttiin palvelujen saamista kriittisemmin. Myös tyydyttämätöntä palvelutarvetta esiintyy sosiaalipalveluissa aiempaa useammin: tyydyttämätöntä palvelutarvetta raportoi 30–50 prosenttia sosiaalipalvelujen käyttäjistä. Palvelujen saatavuuden esteistä aukioloajat ja etäisyys ovat ongelmallisia kolmasosalle ja joka viides palvelujen käyttäjä arvioi, että asiakasmaksut heikentävät palvelujen saatavuutta. Tuloksissa ei juuri näy myönteistä kehitystä sosiaalipalvelujärjestelmän toimivuudessa, päinvastoin. Tulevan palvelu-uudistuksen kärjen on suuntauduttava palvelujen saamiseen liittyvien ongelmien korjaukseen, mikäli haluamme säilyttää koko väestön luottamuksen järjestelmän toimivuuteen.

Pohjoismainen malli laajasta ja kattavasta palvelutarjonnasta osana sosiaalipolitiikkaa edellyttää väestön tukea yhteisille toimintatavoille ja päämäärille. Palvelujärjestelmän legitimiys – eli sen oikeutus ja hyväksyttävyyys väestön näkökulmasta – tarkoittaa, että väestö luottaa järjestelmän toimintaan ja pitää sitä oikeudenmukaisena (Anttonen & Sipilä 2000). Luottamus sosiaalipalveluja¹ kohtaan on Suomessa korkea: 60–70 prosenttia väestöstä arvioi, että sosiaalipalvelut toimivat yleisesti ottaen hyvin, kun luottamusta tarkastellaan viimeisimmän noin kymmenen vuoden aikajaksolla (Ilmarinen ym. 2016; ks. myös Muuri ym. luku 18 tässä teoksessa). Luottamusta järjestelmään vahvistaa kansalaisten arkielämässä ja käytännön tasolla se, että palvelut auttavat arjessa, ne ovat saatavilla eri elämäntilanteissa ja että ihmisillä on kokemus yhdenvertaisesta pääsystä niihin. Sosiaalipalveluja käyttää vähintään joka viides suomalainen jossain vaiheessa elämää (Muuri 2008a).

Palvelujen saatavuutta arvioidaan usein tutkimalla palvelujen käyttöä. Palvelujen käyttö ei kuitenkaan yksin kerro palvelujen tarpeesta, sillä palvelujen käytölle voi olla esteitä ja palveluihin ei hakeuduta, vaikka tarvetta olisi. Yksilötason esteitä voivat olla esimerkiksi ikä, toimintakyky ja asenteet. Palvelurakenteeseen liittyviä esteitä taas ovat palvelujen järjestämisen tavat, niiden kustannukset ja asiakasjotot. (mm. Gulliford ym. 2002.) Näitä puutteita palvelujen saatavuuden tarkastelussa on pyritty paikkaamaan selvittämällä käytön lisäksi tyydyttämätöntä palveluntarvetta (esim. Allin & Masseria 2009; Allin ym. 2010; Shemeikka ym. 2014). THL:n Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -kyselyissä vuosina 2009 ja 2013 selvitettiin tyydyttämätöntä palvelutarvetta kysymällä sosiaalipalvelujen asiakkailta sitä, oliko heidän saamansa palvelu riittävää. Näiden kyselyjen mukaan palvelutarpeet tyydyttyivät noin 90 prosentilla ja tyydyttämätöntä palvelutarvetta oli noin kymmenesosalla asiakkaista. Toimeentulotuen kohdalla tyydyttämätöntä palveluntarvetta esiintyi reilulla kolmasosalla tukea hakeneista vuonna 2009 ja lähes puolella vuonna 2013. (Muuri 2010; Muuri & Manderbacka 2014.) Tarpeenmukaisen käytön tavoite ei toteudu kaikilta osin myöskään terveydenhuollossa. Vajaa käyttö liittyy erityisesti ryhmiin, joilla on taloudellisia vaikeuksia ja heikko terveydentila. (Manderbacka ym. 2012, ks. myös Manderbacka ym. luku 12 tässä teoksessa.)

Tässä luvussa tarkastellaan väestön näkemyksiä sosiaalipalveluista ensinnäkin palvelujen saatavuuden ja luottamuksen näkökulmasta. Lisäksi tarkastellaan palvelutarpeen tyydyttymistä sosiaalipalveluja käyttäneiden keskuudessa. Luvussa tarkastellaan myös palvelutapahtuman asiakaskokemusta sekä saadun palvelun

1 Sosiaalipalveluilla tarkoitetaan kuntien järjestämisvastuulla olevia palveluja, joiden tavoitteena on tukea jokapäiväistä elämää ja toimintakykyä, edistää osallisuutta, ylläpitää sosiaalista turvallisuutta ja vastata taloudellisen tuen tarpeeseen. Sosiaalipalveluja tuottaa paitsi julkinen myös yksityisen ja kolmas sektori. Yleisiä, kaikille tarjolla olevia sosiaalipalveluja ovat muun muassa sosiaalityö, sosiaaliohjaus, perhetyö, päihde- ja mielenterveystyö, kotipalvelut sekä asumispalvelut. Erityislainsäädännön perusteella tarjottavia sosiaalipalveluja ovat esimerkiksi vammaispalvelut, perhehoito, lastensuojelu ja toimeentulotuki. Näiden palvelujen piiriin pääsemiseen liittyy erityiskriteerejä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018.)

riittävyttä, osallisuuden toteutumista, asioinnin helppoutta ja palvelujen saatavuuden esteitä. Luvussa keskitytään yleisimmin käytettyihin sosiaalipalveluihin: vanhuspalveluihin, lapsiperheiden palveluihin, kotipalveluihin, vammaispalveluihin, sosiaalityöntekijän tai -ohjaajan antamaan neuvontaan sekä toimeentulotukeen. Tutkimusaineistona käytetään THL:n Kansallinen terveys, hyvinvointi ja palvelut (FinSote 2017–2018) -väestökyselyä.

Sosiaalihuollon asiakkaan asema ja oikeudet määritellään lainsäädännössä: asiakkaalla on muun muassa oikeus laadukkaaseen palveluun ja hyvään kohteluun sekä oikeus osallistua palvelujensa suunnitteluun ja toteuttamiseen (laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000). Palvelujen laadun tutkimusta ja systemaattista tiedon koontia tarvitaan, jotta palvelujen järjestämisessä tapahtuvaa kehitystä voidaan seurata ja ohjata, ja jotta palvelujen asiakaslähtöisyyttä voidaan arvioida. Sosiaalipalvelut ovat olleet mukana Stakesin ja sittemmin THL:n Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -väestökyselyissä, joita on tehty vuodesta 2004. Palvelujen saatavuudessa, riittävydessä ja asiakaslähtöisyydessä tapahtuvia pidemmän aikavälin muutoksia on jossain määrin mahdollista tarkastella HYPA-kyselyihin verraten, vaikkakin osa kysymyksistä on vaihdellut kyselystä toiseen. Osa sosiaalipalveluista on haavoittuvassa asemassa olevien ihmisten palveluja. Heidän vastausaktiivisuutensa jää usein matalaksi, joten kokemuksia on vaikea saada esiin väestökyselyillä. Tämä on hyvä huomioida, kun tulkitaan luvussa esitettyjä tuloksia.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimusaineistona käytettiin THL:n Kansallinen terveys, hyvinvointi ja palvelut (FinSote 2017–2018) -väestökyselyä. Kysely lähetettiin yhteensä 59 400 henkilölle² ja vastausprosentti kyselyssä oli 45 (N = 26 422). Vastausaktiivisuus oli 75 vuotta täyttäneillä 57 prosenttia, 55–74-vuotiailla 58 prosenttia ja alle 55-vuotiailla 28 prosenttia. Analyseissä kadon vaikutusta pyrittiin korjaamaan painottamalla tuloksia painokertoimilla³.

Luottamusta palvelujen tarpeenmukaiseen saatavuuteen selvitettiin väittämällä: ”Luotan siihen, että saan tarvittaessa... palveluja” vastausvaihtoehdoin 1) täysin samaa mieltä, 2) jokseenkin samaa mieltä, 3) ei samaa eikä eri mieltä, 4) jokseenkin eri mieltä, 5) täysin eri mieltä. Kysymyksessä olivat mukana lapsiperheiden palvelut (kuten lastensuojelu, kasvatus- ja perheneuvonta, kotipalvelut), vammaispalvelut (kuten kuljetuspalvelut, henkilökohtainen apu, asunnon muutostyöt), kotiin

2 Kyselyn otokseen poimittiin jokaisesta maakunnasta 3 300 henkilöä: 2 300 henkilöä ikäryhmästä 20–74-vuotiaat, ja 75 vuotta täyttäneitä jokaisesta maakunnasta tuhat henkilöä. Iäkkäiden osuutta painotettiin, jotta heitä saatiin riittävästi aineistoon mukaan.

3 Painokertoimet ottivat huomion väestön ikä-, sukupuoli-, siviilisäätö-, koulutusaste-, asuinmaakunta- ja asuinkunnan taajama-aste -jakauman.

tuotavat vanhuspalvelut (kuten kotihoito, ateria- ja muut tukipalvelut, kuntoutuspalvelut, kodin muutostyöt) sekä sosiaalityöntekijän neuvontapalvelut. Analyysissä tarkasteltiin sosiodemografisten tekijöiden yhteyttä luottamukseen palvelujen saatavuudesta. Tarkasteltavia tekijöitä olivat ikä (20–54, 55–74, ja 75 vuotta täyttäneet), sukupuoli, työmarkkina-asema (töissä, työtön, eläkkeellä, muu), koulutus (koulutusvuodet luokiteltuna kolmanneksiin) ja toimeentulovaikkeudet⁴, sosiaali- tai terveyspalvelujen käyttö (käyttänyt vähintään yhtä sosiaalipalvelua vuoden aikana), sekä asuinkunnan kaupunkimaisuus⁵ (kaupunkimainen, taajan asuttu tai maaseutumainen kunta). Selittäviä sosiodemografisia tekijöitä tutkittiin logistisella regressioanalyysillä ja sosiodemografisten tekijöiden yhteydet luottamukseen palvelujen saatavuudesta on esitetty liitetaulukossa 13.1. Kaikki selittävät tekijät sovitettiin malliin yhtä aikaa, jotta niiden merkitystä eri asenteisiin voitaisiin vertailla.

Tyydyttämätöntä palvelutarvetta koskevassa kysymyksessä vastaajia pyydettiin arvioimaan, olivatko he saaneet riittävästi sosiaalipalveluja tai etuuksia 12 viime kuukauden aikana. Vastausvaihtoehdot olivat 1) en ole tarvinnut, 2) olisin tarvinnut, mutta palvelua tai etuutta ei saatu, 3) olen käyttänyt mutta palvelu tai etuus ei ollut riittävä, 4) olen käyttänyt ja palvelu tai etuus oli riittävä. Analyysi rajattiin palvelua tarvinneisiin (vaihtoehdot 2–4) siten, että tyydyttämättömäksi palvelutarpeeksi luokiteltiin vastausvaihtoehdot 2 ja 3.

Sosiaalipalvelujen saannin esteitä kartoitettiin pyytämällä vastaajia arvioimaan, onko viimeksi käytetyn palvelun saantia haitanneet 12 viime kuukauden aikana a) hankalat aukioloajat, b) hankalat matkat, c) korkeat asiakasmaksut, ja d) pääsikä palveluun riittävän nopeasti. Vastausvaihtoehdot olivat 1) aina, 2) useimmiten, 3) joskus, 4) ei koskaan, 5) ei koske minua (en ole käyttänyt sosiaalipalveluja).

Sosiaalipalvelujen sujuvuutta kartoitettiin kysymällä a) kuinka usein asiat hoidettiin sujuvasti ja kuinka tieto kulki ammattilaisten välillä; sekä kuinka usein hoidon saantia oli haitannut b) pompottelu palvelupisteestä toiseen ja c) oman tilanteen selvittäminen usealle työntekijälle tai moneen kertaan. Vastausvaihtoehdot olivat: 1) aina, 2) useimmiten, 3) joskus, 4) ei koskaan ja 5) ei koske minua (en ole käyttänyt sosiaalipalveluja).

Kokemuksia sosiaalipalvelujen asiakaslähtöisyydestä kartoitettiin neljällä väittämällä. Vastaajia pyydettiin arvioimaan, miten vuorovaikutus henkilökunnan kanssa on sujunut ja kuinka seuraavat asiat olivat toteutuneet: a) kanssani vietettiin riittävästi aikaa vastaanottokäynneillä, b) asiat selitettiin ymmärrettävästi, c) henkilökunta antoi minulle tarpeeksi aikaa kysyä omaan tilanteeseeni ja palveluuni liittyvistä asioista ja d) sain osallistua itseäni koskevissa asioissa päätöksiin niin paljon kuin halusin. Vastausvaihtoehdot olivat 1) aina, 2) useimmiten, 3) joskus, 4) ei koskaan ja 5) ei koske minua (en ole käyttänyt sosiaalipalveluja).

4 Perustuu kysymyksiin ”Oletko pelännyt ruoan loppumista ennen kuin saat rahaa ostaakseen lisää”, ”Oletko joutunut tinkimään lääkkeiden ostosta rahan puutteen vuoksi” ja ”Oletko jättänyt rahan puutteen vuoksi käymättä lääkärissä”. Myönteinen vastaus mihin tahansa näistä kolmesta kysymyksestä katsottiin toimeentulovaikkeudeksi.

5 Perustuu Tilastokeskuksen kuntapohjaiseen kaupunki-maaseutuluokitukseen, (<https://www.tilastokeskus.fi/tup/msind/msindaluetyypit.html>)

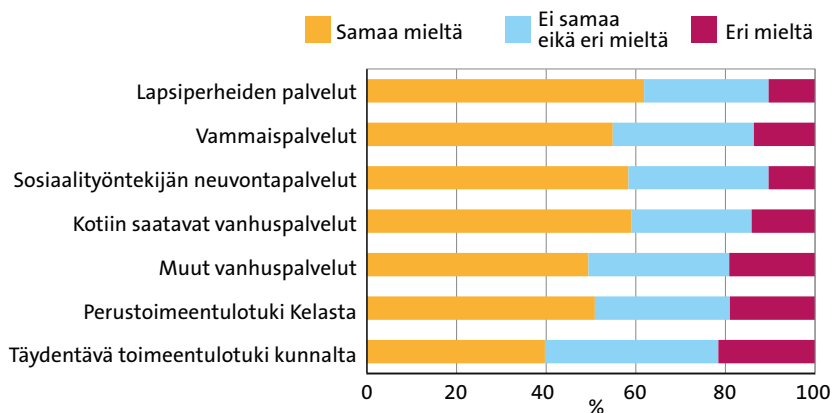
Väestön luottamus sosiaalipalvelujen saatavuuteen

Sosiaalipalveluja luotti saavansa tarvittaessa hieman alle 60 prosenttia vastaajista ja epäileväisesti palvelujen saatavuuteen suhtautui reilu kymmenes (kuvio 13.1). Luottamus palvelujen saatavuuteen on heikentynyt erityisesti sosiaalityön ja vammaispalvelujen kohdalla, kun tulosta verrataan noin kymmenen vuoden takaiseen tilanteeseen (Muuri 2008b; Muuri2010).

Kelalta haettavaa perustoimeentulotukea uskoi saavansa tarvittaessa puolet vastaajista, ja kunnasta haettavaa täydentävää toimeentulotukea vain neljä kymmenestä. Epäilevästi näiden etuuskien saatavuuteen suhtautui noin joka viides. Luottamus toimeentulotuen saatavuuteen on laskenut, kun tilannetta verrataan vuosiin 2006 ja 2009 (Muuri 2008b; Muuri 2010).

Tarkasteltaessa arvioita sosiaalipalvelujen tarpeen mukaisesta saatavuudesta sukupuolittain, eroja oli vain suhtautumisessa muihin vanhuspalveluihin ja vammaispalveluihin. Miehet luottivat palvelujen saatavuuteen naisia useammin näiden palvelujen kohdalla (liitetaulukko 13.1). Aiempien tutkimusten mukaan naiset ovat suhtautuneet miehiä kriittisemmin palvelujen saatavuuteen kautta linjan. Aiemmissä kyselyissä nuoret aikuiset ovat suhtautuneet palvelujen saatavuuteen vanhempia luottavaisemmin, ja sama trendi näyttäisi jatkuvan edelleen. (Muuri 2008b; Muuri 2010.) Tässä kyselyssä erityisesti 55–74-vuotiaat epäilivät palvelujen saatavuutta niitä tarvittaessaan.

Eläkkeellä olevat suhtautuivat palvelujen saatavuuteen työssäkäyviä ja työttömiä epäilevämmiin, mutta vanhuspalvelujen kohdalla pääasiallisen toiminnan mukaisia eroja ei ollut. Korkeasti koulutetut olivat kriittisempiä vanhuspalvelujen ja sosiaalityöntekijän palvelujen saatavuuteen kuin vähemmän koulutetut. Sosiaalipalveluja käyttäneet suhtautuivat myönteisemmin palvelujen saatavuuteen kuin ne, joilla ei



KUVIO 13.1. Väestön luottamus sosiaalipalvelujen saatavuuteen. Vastauksien jakautuminen kysymykseen ”Luotan siihen, että saan tarvittaessa..” vuonna 2017–2018. N = 16 155–25 013, painottomaton. Lähde: FinSote 2017–2018.

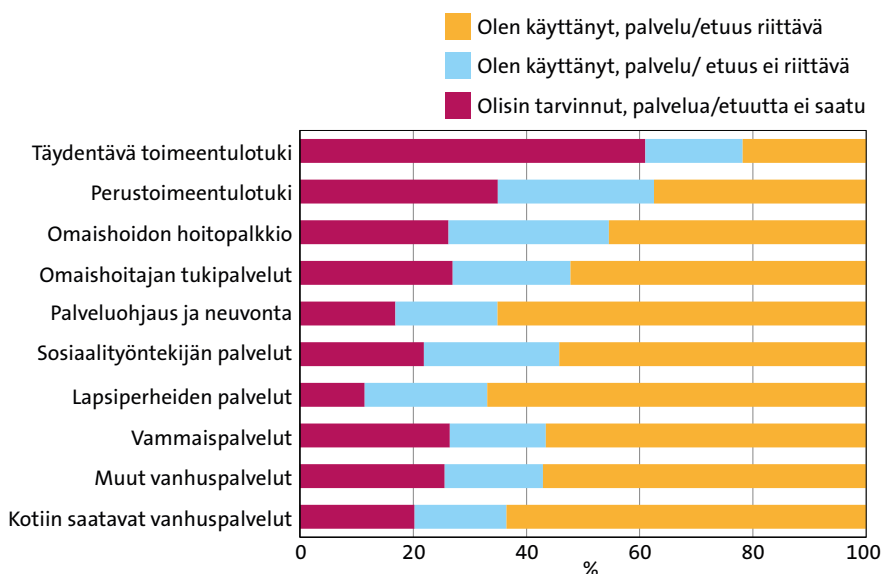
ollut viimeaikaista kokemusta sosiaalipalvelujen käytöstä. Maaseudun ja kaupungin välisiä eroja havaittiin vain vanhuspalvelujen kohdalla: maaseudulla usko palvelujen saatavuuteen oli vahvempi kuin taajaan asutuissa ja kaupunkimaisissa kunnissa.

Toimeentulovaikeuksia kokeneilla luottamus palvelujen saatavuuteen on heikentynyt verrattuna noin kymmenen vuoden takaiseen tilanteeseen (Muuri 2008b; Muuri 2010). Toimeentulovaikeuksia kokevat luottavat palvelujen saatavuuteen nyt muita ryhmiä vähemmän, ja tämä kävi ilmi jokaisen tarkastellun palvelun kohdalla. On mahdollista, että palvelurakenteen monimutkaistuminen ja vaatimus asiakkaiden oma-aloitteisuudesta ja aktiivisuudesta palvelujen saamiseksi (kuten e-asioinnin osaaminen, pidentyneet matkat palvelupisteisiin) ovat mutkistavat asioiden hoitoa ja heikentävät uskoa palvelujen saatavuuteen.

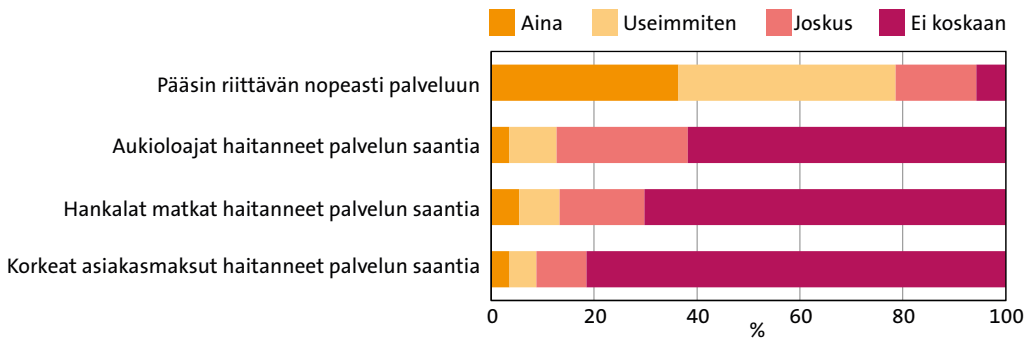
Tyydyttämätön palvelutarve

Yleisten, koko väestölle suunnattujen kysymysten lisäksi kyselyssä selvitettiin sosiaalipalvelujen asiakkaiden mielipiteitä palvelun tarpeesta ja riittävydestä sekä palvelutapahtuman asiakaslähtöisyydestä sekä palvelujen saavutettavuudesta.

Sosiaalipalveluissa tyydyttämätöntä palvelutarvetta kokee 30–50 prosenttia palvelujen käyttäjistä (kuvio 13.2). Perustoimeentulotuen tyydyttämätön palvelutarve on noin 60 prosentilla ja täydentävän toimeentulotuen tyydyttämätön palvelutarve lähes 80 prosentilla. Kaiken kaikkiaan näyttää siltä, että tyydyttämätöntä palvelutarvetta on aiempaa enemmän (Muuri 2010; Muuri & Manderbacka 2014).



KUVIO 13.2. Palvelutarpeiden tyydyttyminen sosiaalipalveluissa, %, vuonna 2017–2018. N = 251–1 477, painottamaton. Lähde: FinSote 2017–2018.



KUVIO 13.3. Sosiaalipalvelujen saatavuuden esteiden kokeminen, %, vuonna 2017–2018. N = 1 648–1 830, painottamaton. Lähde: FinSote 2017–2018.

Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus

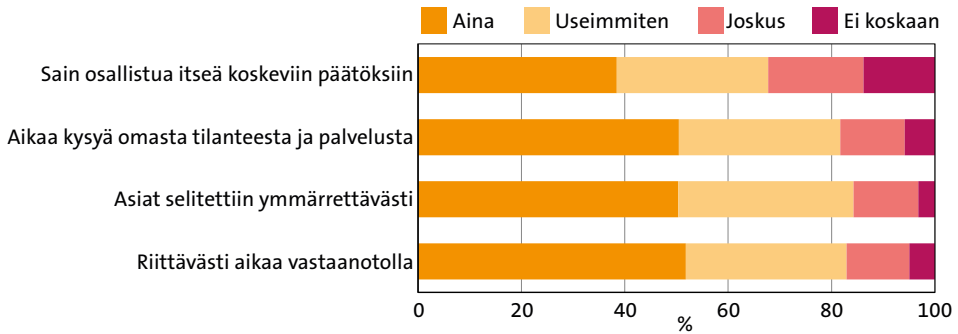
Palvelujen piiriin päästään useimmissa tapauksissa riittävän nopeasti: näin arvioi 80 prosenttia sosiaalipalvelujen asiakkaista (kuvio 13.3). Kuitenkin noin viidennes vastaajista oli sitä mieltä, että palveluun ei koskaan päässyt riittävän nopeasti tai että palveluun pääsi riittävän nopeasti ainoastaan joskus.

Noin 40 prosenttia asiakkaista koki aukioloajat hankaliksi ainakin joskus, kun kysyttiin palvelujen saatavuuden esteitä. Joka kolmas puolestaan arvioi matkajan olevan hankala ainakin joskus. Korkeat asiakasmaksut olivat haitanneet palvelujen saamista joka viidennellä.

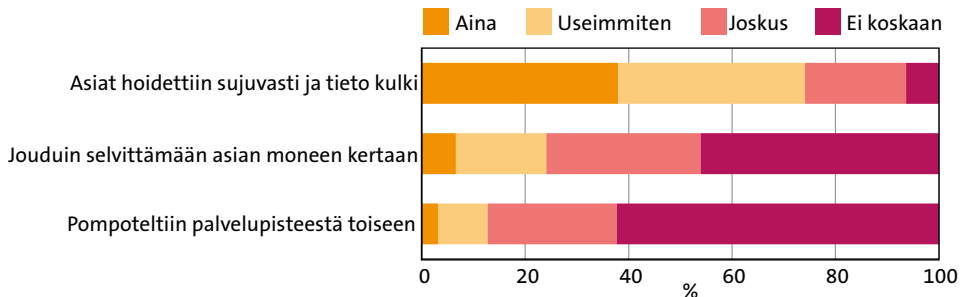
Asiakaskokemus ja palvelujen integraatio

Kokemusta asiakaslähtöisestä ja osallistavasta vuorovaikutuksesta palvelutapahtumassa selvitettiin kysymällä muun muassa vastaanottoajan riittävydestä ja siitä, selitettiinkö asiat ymmärrettävästi. Asiakaskokemus näyttöä melko myönteisenä sosiaalipalveluissa, sillä reilut 80 prosenttia asiakkaista arvioi, että sai kysyä riittävästi omasta tilanteestaan, asiat selitettiin ymmärrettävästi ja aikaa oli riittävästi ainakin useimmiten (kuvio 13.4). Kysyttäessä siitä, saiko asiakas osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon, näin tapahtui aina vain noin neljän kohdalla kymmenestä.

Asiakkaan näkökulmasta on tärkeää, että palvelut järjestetään sujuvana kokonaisuutena, erityisesti, jos henkilö käyttää useita palveluja tai on erityisen tuen tarpeessa. Integroitu, saumaton palveluketju toimii asiakkaan kohdalla niin, että tieto kulkee asioiden käsittelijöiden ja palveluntuottajien välillä eikä asiakkaalla ole tarvetta kulkea luukulta toiselle selvittämässä asioitaan. Sosiaalipalvelujen asiakkaista noin 60 prosenttia ei koskaan pompoteltu palvelupisteiden välillä, ja noin



KUVIO 13.4. Palvelutapahtuman osallisuus ja asiakaskokemus sosiaalipalveluissa, %, vuonna 2017–2018. N = 1 756–1 920, painottamaton. Lähde: FinSote 2017–2018.



KUVIO 13.5. Asioiden hoidon sujuvuus sosiaalipalveluissa, %, vuonna 2017–2018. N = 1 697–1 826, painottamaton. Lähde: FinSote 2017–2018.

puolet asiakkaista koki, että asioita ei tarvinnut selitellä useampaan kertaan (kuvio 13.5). Asioiden hoidon sujuvuuteen oltiin melko tyytyväisiä, sillä kolme neljästä arvioi näin tapahtuvan ja vain kuusi prosenttia oli sitä mieltä, että sujuvuudessa oli ongelmia aina.

Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella luottamus palvelujen saatavuuteen on vähentynyt verrattaessa FinSote 2017–2018 -kyselystä saatuja tuloksia väestökyselyihin noin kymmenen vuoden takaa: aiemmissa väestökyselyissä luottamus palvelujen saatavuuteen on ollut 60–80 prosenttia (Muuri 2008b; Muuri 2010), kun nyt luottavaisesti suhtautuvien osuus on 50–60 prosenttia. Luottamuksen heikentyminen voi kertoa universaalien eli kaikille kuuluvien palvelujen karsimisesta ja kuntakohtaisista eroista palvelujen tarjonnassa ja saatavuudessa. Palvelujen saatavuutta on rajattu muun muassa asiakasmaksuin ja kiristämällä tarvekriteerejä.

Universaaliuden heikentyminen lisää epätietoisuutta siitä, mikä palvelu kuuluu kenellekin ja missä tilanteessa. (Virkki ym. 2011.) Lisäksi pitkään jatkunut sosiaali- ja terveystalouden uudistaminen (Paras-uudistuksesta lähtien) ja uudistusten valmistelu vaikuttanee väestön luottamuksen rapautumiseen.

Palvelutyypeittäisessä tarkastelussa vanhusten palveluja luottaa tarvittaessa saavansa vain noin puolet väestöstä. Vastaajien vanhin ikäryhmä, joka todennäköisesti itse on käyttänyt palveluja, suhtautui palvelujen saatavuuteen kuitenkin nuorempaa ikäryhmää luottavaisemmin. Luottamus kotiin saataviin hoivapalveluihin näyttyy suhteellisen korkeana ja näyttää jopa kasvaneen, kun tilannetta verrataan noin kymmenen vuoden taakse. Sen sijaan luottamus sosiaalityöntekijän palveluihin ja vammaispalveluihin on vähentynyt kymmenen vuoden takaisesta tilanteesta. Huomioitavaa on, että toimeentulovaikeuksia kohdanneet luottivat palvelujen saatavuuteen muita vähemmän, ja tämä kävi ilmi jokaisen palvelutyypin kohdalla. Ilmiö ei ole uusi, mutta se tulee huomioida palveluja kehitettäessä. Yhtäläisten ja yleisten palvelujen rinnalla tulee olla tarjolla yksilöllisesti räätälöityjä palveluja, jotta estetään eriarvoistuminen palvelujen saannissa, ongelmien syveneminen ja jotta säilytetään koko väestön luottamus palvelujärjestelmän toimivuuteen.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella etuuksien saatavuuteen suhtauduttiin palvelujen saatavuutta kriittisemmin. Perustoimeentulotuen saatavuuteen luotti noin puolet ja täydentävän toimeentulotuen saatavuuteen noin 40 prosenttia väestöstä. Tyydyttämätön palvelutarve oli yleistä etuuksien kohdalla. Tulosta selittänee osaltaan se, että perustoimeentulotuen myöntäminen ja maksaminen siirtyivät Kelan hoidettavaksi vuoden 2017 alussa, kun aiemmin haku oli tapahtunut kunnista. FinSote 2017–2018 -kysely ajoittui siis muutoksen jälkeiselle vuodelle, jolloin monilla oli ongelmia toimeentulotuen hakemisessa ja lakisääteiset käsittelyajat ylittyivät (Kela 2017). Pidemmällä aikavälillä Kela-siirron odotetaan madaltavan tuen hakemisen kynnyksiä sekä selkeyttävän asioiden hoitoa, kun mahdollisuus asioida verkossa helpottuu ja perusetuuksia voi hakea yhdeltä luukulta. Kela-siirron yhtenä tärkeänä tavoitteena oli lisäksi se, että hakijoita kohdellaan yhdenvertaisesti asuinpaikasta riippumatta. Toisaalta on jo huomattu, että kaikki eivät ole omaksuneet uusia toimintatapoja ja perustoimeentulotuen hakeminen Kelasta on tuottanut osalle asiakkaille hankaluuksia. Tuen hakeminen on vaikeaa erityisesti niille, jotka eivät kykene sähköiseen asiointiin, joiden elämäntilanne on monimutkainen tai vaihteleva, ja jotka asuvat kaukana palvelupisteistä, joista saisi henkilökohtaista apua. Huolta on kannettu lisäksi siitä, miten sosiaalityötä tarvitsevat asiakkaat löytävät oikeisiin palveluihin. (Blomgren ym. 2016; Hytönen 2018.)

Aikaisempaa tutkimusta tyydyttämättömästä palvelutarpeesta sosiaalipalveluissa on vain vähän. Tyydyttämättömästä palvelutarpeesta ilmoitti noin joka kymmenes sosiaalipalveluja tarvinneista ja melkein puolet toimeentulotukea hakeneista vuonna 2013 (Muuri & Manderbacka 2014). Tärkeimmiksi syiksi mainittiin tuolloin käsittelyajan kohtuuton kesto sekä saatavuuden ja saavutettavuuden ongelmat. Näyttäisi siltä, että tyydyttämättömästä palvelutarpeesta esiintyy sosiaalipalve-

luissa nyt aiempaa useammin: tässä tutkimuksessa tyydyttämätöntä palveluntarvetta ilmoitti 30–50 prosenttia sosiaalipalvelujen käyttäjistä. Palvelujärjestelmän toimivuuden näkökulmasta on erityisen huolestuttavaa, että jopa puolet palvelujen käyttäjistä kokee, että palvelu ei ollut riittävä. Tutkimus vahvistaa, että soteuudistuksen kärkenä on edelleen tarpeen pitää se, että väestö saa tarvitsemansa palvelut, ne koetaan riittävinä ja että niiden parempi saatavuus näkyy konkreettisesti ihmisten arjessa.

Arvioitaessa palvelujen saatavuuden esteitä, aukioloajat ja etäisyys näyttäytyvät kaksijakoisena: ne eivät ole ongelma kahdelle kolmasosalle asiakkaista, mutta toisaalta reilu kolmannes katsoo, että saavutettavuudessa on hankaluuksia. Palvelupisteen hankalaan sijaintiin ja aukioloihin liittyvät ongelmat pääosin sijoittunevat kaupunkien ja kuntakeskusten ulkopuolelle. Nähtäväksi jää, miten sähköisen asiointin kasvavat mahdollisuudet vaikuttavat asiakkaiden mielipiteisiin palvelujen saavutettavuudesta. Sähköisen asiointin odotetaan nopeuttavan asiointia ja ylittävän aukiolo- ja etäisyysrajoitukset. Odotukset eivät ainakaan vielä näy myönteisenä kehityksenä palvelujen saavutettavuudessa. Toisaalta nopeat verkkoyhteydet eivät vielä ole arkipäivää kaikkialla Suomessa, ja osalla sosiaalipalvelujen asiakkaista ei ole edellytyksiä ja valmiuksia käyttää sähköisiä palveluja (ks. Hyppönen & Ilmarinen luku 17 tässä teoksessa). Suomessa pitkät etäisyydet sijoittuvat samalle maantieteelliselle alueelle kuin ikääntyvä väestö sekä vajeet terveydessä ja toimintakyvyssä. Tämä on syytä huomioida resurssien suuntaamisessa, kun palveluverkkoa karsitaan tai rakennetaan – esimerkiksi matalan kynnyksen ennalta ehkäisevät sosiaalipalvelut tulee järjestää lähipalvelun periaattein, myös pitkien välimatkojen alueella (katso lisää hyvinvoinnin alueellisista eroista Kauppinen & Karvonen 2014).

Myös maksut heikentävät palvelujen saamista: näin arvioi joka viides palvelujen käyttäjä. Vaikka keskimääräisesti tarkasteltuna asiakasmaksujen määrä ei ole merkittävän suuri, eikä niitä pidetä ongelmana, on huomioitava että suuret maksut kohdentuvat pienelle ja paljon palveluja tarvitsevalle osalle väestöstä (Vaalavuo 2018). Esimerkiksi iäkkäillä asiakasmaksujen rasite voi nousta suureksi, mikä hankaloittaa palvelujen saamista (ks. Hannikainen luku 16 ja Ilmarinen luku 20 tässä teoksessa). Asiakasmaksujen tasoa määriteltäessä on syytä arvioida, miten ne vaikuttavat paljon palveluja tarvitsevien palvelujen käyttöön ja varmistaa, että korkeat maksut eivät muodostu palvelujen käytön esteeksi.

Lähteet

- Allin, Sara & Masseria, Cristina (2009): Unmet need as an indicator of health care access. *Eurohealth* 15, 7–9.
- Allin, Sara & Grignon, Michel & Le Grand, Julian (2010): Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications? *Social Science & Medicine* 70, 465–472.
- Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (2000): Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Tampere: Vastapaino.
- Blomgren, Sanna & Karjalainen, Jouko & Karjalainen, Pekka & Kivipelto, Minna & Saikkonen, Paula & Saikku, Peppi (2016): Sosiaalityö, palvelut ja etuudet muutoksessa. Raportti 4/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Gulliford, Martin & Figueroa-Munoz, Jose & Morgan, Myfanwy & Hughes, David & Gibson, Barry & Beech, Roger & Hudson, Meryl (2002): What does 'access to health care' mean? *Journal of Health Services Research and Policy* 7, 186–188.
- Hytönen, Johanna (2018): Toimeentulotuen siirto Kelaan paljasti etuuden ongelmakohdat. Sosiaalivakuutus 1.6.2018. <https://sosiaalivakuutus.fi/toimeentulotuen-siirto-kelaan-paljasti-etuuden-ongelmakohdat/>.
- Ilmarinen, Katja & Aalto, Anna-Mari & Muuri, Anu (2016): Sosiaalipalvelut väestön ja asiakkaiden arvioimana. Suomen sosiaalinen tila 1/2016. Tutkimuksesta tiiviisti 10/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kauppinen, Timo & Karvonen, Sakari (2014): Hyvinvoinnin puutteet asuinpaikan kaupunkimaisuuden mukaan. Teoksessa: Marja Vaarama & Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Pasi Moisio & Anu Muuri (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 80–97.
- Kansaneläkelaitos KELA (2017): Perustoimeentulotuen siirtyminen Kelaan. Kelan sisäinen arviointi. <https://www.kela.fi/documents/10180/3571044/toturaportti0806.pdf/06f4fd6b-50de-4302-b6ea-ac5c2adb0ae9>.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.
- Manderbacka, Kristiina & Muuri, Anu & Keski-mäki, Ilmo & Kaikkonen, Risto & Elovainio, Marko (2012): Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo terveyspalvelujen saatavuudesta? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49, 4–12.
- Muuri, Anu (2008a): Sosiaalipalveluja kaikille ja kaiken ikää? Tutkimus suomalaisten mielipiteistä ja kokemuksista sosiaalipalveluista sekä niiden suhteesta legitimitettiin. Akaateeminen väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto ja Stakes.
- Muuri, Anu (2008b): Sosiaalipalveluja kaiken ikää ja kaikille? Teoksessa: Pasi Moisio & Sakari Karvonen & Jussi Simpura & Matti Heikkilä (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2008. Helsinki: Stakes. 192–216.
- Muuri, Anu (2010): Väestön mielipiteet sosiaalipalveluista. Teoksessa: Marja Vaarama & Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Stakes. 78–95.
- Muuri, Anu & Manderbacka, Kristiina (2014): Sosiaalipalvelut käyttö ja asiakkaiden tyytyväisyys. Teoksessa: Marja Vaarama & Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Pasi Moisio & Anu Muuri (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 212–221.
- Shemeikka, Riikka & Rinne, Hanna & Manderbacka, Kristiina & Murto, Jussi & Kaikkonen, Risto (2014): Terveyspalveluiden saatavuuden alue-erot Suomessa – ATH-tutkimuksen tuloksia erityisvastuualueittain (suunnitellut sote-alueet). Työpäpaperi 37/2014, 29–36. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2018): Sosiaalipalvelut. Verkkoaineisto <https://stm.fi/sosiaalipalvelut>. [Viitattu 4.10.2018].
- Vaalavuo, Maria (2018): Sosiaali- ja terveyspalveluiden merkitys eläkeläisten toimeentulolle. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 2/2018. Helsinki: Eläketurvakeskus.
- Virkki, Tuija & Vartiainen, Anssi & Kettunen, Pekka & Heinämäki, Liisa (2011): Sosiaalipalvelut muutoksessa. Kuntalaisten ja henkilöstön näkemyksiä Paras-uudistuksesta. Raportti 56/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Liitteet

Liitetaulukko 13.1. Luottamus sosiaalipalvelujen saatavuuteen eri väestöryhmissä. Samaa mieltä olevien osuudet¹ kysymykseen ”Luotan siihen, että saan tarvittaessa...”, % . N = 16 155–25 013. Lähde: FinSote 2017–2018.

	Lapsiperheiden palvelut	Kotiin saatavat vanhuspalvelut	Muut vanhuspalvelut	Vammais- palvelut	Sosiaalityöntekijän palvelu	Kelalta haettava perustoimeentulotuki	Kunnalta haettava täydentävä toimeentulotuki
	%	%	%	%	%	%	%
Sukupuoli							
Miehet	63	58	52	57	59	52	40
Naiset	61	60	47	53	58	50	39
Ikäryhmä							
20–54 v.	66	ei kysytty	ei kysytty	59	63	56	43
55–74 v.	55	57	47	49	51	46	36
75+ v.	ei kysytty	65	55	56	62	46	36
Työtilanne							
Työssä	66	59	49	58	61	55	43
Työtön	57	54	47	53	57	56	40
Eläkkeellä	54	59	50	51	54	44	35
Muu	69	57	47	58	66	58	44
Koulutus							
Matala	61	60	51	55	58	49	39
Keskitaso	63	60	49	56	60	52	41
Korkea	62	56	45	54	57	54	39
Toimeentulovaikeuksia							
Ei	65	62	52	58	61	54	43
Kyllä	52	43	35	44	49	38	27
Käyttänyt sosiaalipalveluja							
Ei	61	57	49	54	58	51	40
Kyllä	69	69	53	60	66	53	39
Kuntaryhmä							
Kaupunkimaiset	61	56	45	54	58	51	40
Taajaan asutut	63	60	52	56	59	50	39
Maaseutumaiset	63	66	57	57	60	50	40
KAIKKI	62	59	49	55	58	51	40

1 Lihavoitu tulos on merkitsevä selittäjä, kun kaikki selittävät tekijät on huomioitu yhtä aikaa eli ryhmien välillä on tilastollisesti ($p > 0.005$) merkitsevä ero

14

Nuorten kokemukset sosiaali- ja terveystalveluista

Palvelujärjestelmällä on tärkeä rooli terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitäjänä – myös nuorilla, joihin luemme tässä luvussa 16–29-vuotiaat. Vaikka tässä ikävaiheessa useat vakavat sairaudet ja krooniset tilat ovat harvinaisia, monet kärsivät terveyden ja hyvinvoinnin ongelmista. Nuoret käyttävät monia sosiaali- ja terveystalveluja, mutta väestötasoista koottua tietoa palveluihin liittyvistä kokemuksista on ollut vähän. Tässä luvussa esitellään nuorten kokemuksia palvelujen saatavuudesta niiltä osin, kuin koko ikäluokkaa edustavaa tietoa on saatavilla. Tulosten mukaan nuorilla esiintyi useissa palveluissa merkittävää tyydyttymätöntä palvelutarvetta ja tarpeen tyydyttyminen vaihtelee pääasiallisen toiminnan, koulutustason, sukupuolen ja hieman myös asuinalueen kaupunkimaisuuden mukaan. Johdonmukaisimpia ovat sukupuolen mukaiset erot. Palvelujärjestelmää kehitettäessä tulee hyödyntää myös nuorten omaa asiantuntijuutta ja näkökulmia. Olennaista on varmistaa, että perustalvelut integroidaan kokonaisuuksiksi, jotka tukevat ennaltaehkäisyä ja kokonaisvaltaista palveluohjausta ja jota eivät määritä sektorirajat.

Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän yhtenä olennaisena periaatteena Suomessa on korjata ja tasoittaa hyvinvointi- ja terveyseroja eri väestöryhmien välillä. Aikuisväestöä koskevat tutkimukset viittaavat kuitenkin siihen, että palvelujen saatavuuden ja laadun erot ovat kärjistymässä: tulokset osoittavat, että palveluja ei ole saatavilla eikä palvelutarve tyydyty kaikissa väestöryhmissä ja kaikilla alueilla tasa-arvoisesti (Muuri & Manderbacka 2014; Shemeikka ym. 2014a; Aalto ym. 2016; ks. myös Ilmarinen luku 13 ja Hannikainen luku 16 tässä teoksessa).

Palvelujärjestelmällä on suuri merkitys terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitäjänä – myös nuorilla, joihin luemme tässä artikkelissa 16–29-vuotiaat¹. Sosiaali- ja terveyspalveluilla on tärkeitä tehtäviä myös nuorten syrjäytymisen ehkäisyssä. Vaikka useimmat vakavat sairaudet ja krooniset tilat ovat nuorilla verrattain harvinaisia, heistä monet kärsivät terveyden ja hyvinvoinnin ongelmista. Esimerkiksi lievemmät krooniset sairaudet, mielenterveyden häiriöt sekä terveyttä ja hyvinvointia vaarantavat haitalliset elintavat ovat varsin yleisiä (Koskinen ym. 2005; Luopa ym. 2014; Shemeikka ym. 2014b). Terveyspalvelujen lisäksi monia sosiaalipalveluja tarvitaan elämänmuutosten tueksi. Vaikka nuoret käyttävät monenlaisia sosiaali- ja terveyspalveluja, väestötasoista tietoa heidän palveluihin liittyvistä kokemuksistaan on saatavissa vain rajoitetusti. Tähän lukuun on koottu nuorten kokemuksia palvelujen saatavuudesta niiltä osin, kuin koko ikäluokkaa edustavaa tietoa on olemassa. Luvussa tarkastellaan myös sitä, miten nämä kokemukset vaihtelevat esimerkiksi koulutuksen tai työmarkkina-aseman mukaisesti.

Pääsy palveluihin ihmisoikeuskysymyksenä

Palveluihin pääsyä voi jäsentää YK:n taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevan yleissopimuksen mukaisen kriteeristön mukaan (TSS-sopimuksen 12. artiklan yleiskommentti 14; Committee on ... 2000). Siinä linjataan valtion velvollisuudeksi taata yksilöille syrjimätön pääsy terveyspalveluihin. Yleisesti palveluun pääsy voidaan määritellä kysynnän ja tarjonnan funktiona (Mooney 1983), joten siinä yhdistyvät tarjontatekijöinä muun muassa palvelun sijainti ja hinta sekä kysyntätekijöinä itse palveluntarve (tauti tai sairaus), mutta myös monet tiedolliset ja asenteelliset tekijät (vaikkapa palvelujärjestelmän tuntemus ja luottamus palveluun). Nämä ulottuvuudet siis on otettava huomioon eriteltäessä palveluun pääsyn syrjimättömyyttä myös nuorilla, joskin asiakkaiden ikä jo sinänsä vaikuttanee palvelujen koettuun saatavuuteen. Nuori saattaa esimerkiksi kokea, että jokin palvelu ei ole häntä varten vaan tarkoitettu aikuisille. Ronald M. Andersen (1995) puolestaan käsittää palvelun käytön toteutuneeksi palveluun pääsyksi, jota määrittävät väestön ominaisuudet (tarve) ja palvelujärjestelmän omi-

1 Nuorisolaki (1285/2016) määrittelee nuoret alle 29-vuotiaiksi, <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20161285>. Noin 20–35-vuotiaita kutsutaan usein myös nuoriksi aikuisiksi.

naisuudet (järjestämisen tapa, voimavarat). Näkökulma on hyödyllinen etenkin kiinnitettäessä huomiota nuoriin, sillä siitä ilmenee havainnollisesti, että palvelun käyttö on vuorovaikutussuhde järjestelmän kanssa. Juuri huonosti toimivaan viiranomaisyhteistyöhön on kiinnitetty usein huomiota analysoitaessa syrjäytymisriskissä olevien nuorten palvelukokemuksia (esim. Notkola ym. 2013; Aaltonen ym. 2015; Høj Anvik & Holmen Waldahl 2016).

Syrjimätön palveluihin pääsy tarkoittaa YK:n jäsennyksessä neljän kriteerin täytymistä, jotka ovat saatavuus (*availability*), saavutettavuus (*accessibility*), hyväksyttävyyys (*acceptability*) ja sopivuus (*appropriateness*). Saatavuus tarkoittaa, että palvelut ovat saatavilla fyysisesti ja ajallisesti järkevästi niin, että pääsyä eivät rajoita esimerkiksi alueellisesti epätasa-arvoinen tarjonta, aukioloajat tai rajoitettu palvelukirjo (tiettyä palvelua tarjotaan vain osalle tarvitsijoista). Kysyntäpuolella saatavuuteen voivat vaikuttaa liikkumismahdollisuudet tai sosiaalinen tuki, joka edistää palveluun hakeutumista.

Palvelu on saavutettavissa, kun sitä tarvitseva nuori tiedostaa, että palvelu ylipäänsä on olemassa, sitä on tarjolla ja se voi soveltua hänen tarpeeseensa. Saavutettavuuteen voidaan vaikuttaa tarjoamalla tietoa itse palvelusta, oikeuksista niihin ja niiden oletetuista vaikutuksista. Tästä näkökulmasta palvelun kysyntään vaikuttaa muun muassa nuoren asenteet, uskomukset ja tieto omien (sosiaalisten tai terveydellisten) ongelmien syistä tai tuen tarpeen taustatekijöistä. Hyväksyttävyyys liittyy etenkin niihin kulttuurisiin ja sosiaalisiin tekijöihin, jotka vaikuttavat nuoren mahdollisuuteen hyväksyä palvelun käytön edellytykset. Esimerkiksi miesgynäkologin palveluja kaikki eivät halua käyttää, jolloin palvelun tarjoajan sukupuoli vaikuttaa sen hyväksyttävyyteen. Hyväksyttävyyteen vaikuttaa myös nuoren kyky hakea palvelua, mikä voi vaihdella kulttuurisesti tai sosiaalisesti. Palvelun sopivuus liittyy etenkin siihen, miten hyvin palvelu soveltuu tarpeeseen, jolloin kyse on ajoituksesta, laadusta, sisällöstä (onko diagnoosi oikea) ja riittävydestä (otetaanko harkinnanvaraisen toimeentulotuen määräämisessä oleelliset asiat huomioon). Palvelun ja palvelujärjestelmän ohella sopivuuteen vaikuttaa myös nuoren kyky ja valmius sitoutua palveluun, mitä määrittää esimerkiksi hoitomyöntyvyys. (Levesque ym. 2013.) Näiden neljän kriteerin lisäksi joskus erotetaan myös kustannukset (*affordability*) omaksi ulottuvuudekseen. Tässä laskemme kuitenkin kustannukset osaksi palvelun saatavuutta.

Ihmisoikeusnäkökulma on suhteellisen tuore tapa arvioida väestön terveyden edellytyksiä (ks. Nykänen 2016), mutta esimerkiksi WHO nosti Rio de Janeirossa pidetyn terveyden sosiaalisia määrittäjiä käsitelleen kokouksen päätöslauselmassa ihmisoikeusnäkökulman vahvasti esille (WHO 2011). Keskitymme kriteereistä saatavuuteen ja saavutettavuuteen, sillä muista kriteereistä – palvelun sopivuudesta tai hyväksyttävyydestä – ei ole väestötasoista tietoa saatavilla.

Moninaiset terveys- ja sosiaalipalvelut

Väestön sosiaali- ja terveyspalvelut turvataan laissa: jokaisella on perustuslain mukaan oikeus yhdenvertaisiin ja riittäviin sosiaali- ja terveyspalveluihin. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) koskee kunnan järjestämävastuuseen kuuluvan terveydenhuollon² toteuttamista ja sisältöä. Terveyskeskus on toistaiseksi ainoa koko väestölle avoin avoterveydenhuollon palveluja tarjoava kanava Suomessa. Sen lisäksi on kaksi muutakin järjestelmää. Yksityisten palvelujen saatavuus on hyvä erityisesti kaupungeissa ja kuntakeskuksissa, mutta palvelumaksujen omavastuuosuus rajaa niiden käyttöä. Työterveyshuollon palvelut ovat niiden käyttäjille maksuttomia ja valtaosa nuorista palkansaajista on niiden piirissä. (Vuorenkoski ym. 2008; ks. myös Kestilä ym. luku 11 tässä teoksessa). Opiskelijoille³ on näiden rinnalla tarjolla opiskeluhoito, joka kattaa muun muassa terveydenhuollon.

Sosiaalipalveluihin⁴ kuuluu sekä kaikille saatavilla olevia palveluja että valikoiden kohdennettuja palveluja (Muuri 2008). Tyypillisiä nuorten käyttämiä sosiaalipalveluja ovat esimerkiksi toimeentulotuki ja sosiaalityöntekijän vastaanotto, päihde- ja mielenterveystyö, mutta nuorilla saattaa olla myös kasvatus- ja perheneuvontakäyntejä sekä lastensuojelun palvelujen tarvetta jo lapsuudenperheeseen tai niitä alkaa kertyä oman perheellistymisen myötä.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen arviointi nuorten näkökulmasta

Sosiaali- ja terveyspalvelujen arvioinnissa palvelujen saatavuudella ja laadulla on tärkeä rooli, vaikka erilaisia arviointikriteeristöjä ja -menetelmiä on useita. Esimerkiksi valtiovarainministeriön toimeksiannosta (VM 2018) tehdyssä peruspalvelujen arvioinnissa, kuntien järjestämävastuulla olevia sosiaali- ja terveyspalvelu-

2 Terveydenhuoltoon sisältyy terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, perusterveydenhuolto sekä erikoissairaanhoido.

3 Palvelut on tarkoitettu ammatillisessa koulutuksessa opiskeleville, lukiolaisille, ammattikorkeakoululaisille ja yliopisto-opiskelijoille. Uusi oppilas- ja opiskeluhoitolaki (1287/2014) tuli voimaan vuonna 1.8.2014.

4 Sosiaalihuoltolaissa sosiaalipalveluilla tarkoitetaan kunnallisia sosiaalipalveluja ja niihin sisältyviä tukipalveluja sekä muita toimia, joilla edistetään ja ylläpidetään yksilön, perheen ja yhteisön toimintakykyä, sosiaalista hyvinvointia, turvallisuutta ja osallisuutta. Sosiaalihuollosta säädetään sosiaalihuoltolaissa (1301/2014) sekä erityislaeissa (www.stm.fi). Kunnat vastaavat palvelujen järjestämisestä, ja tuottamisesta sekä julkiset että yksityiset tahot. Sosiaalipalveluja ovat muun muassa sosiaalityö ja sosiaaliohjaus, sosiaalinen kuntoutus, kotipalvelu ja kotihoito, omaishoidon tuki, asumispalvelut, laitoshoido, päihde- ja mielenterveystyö sekä kasvatus- ja perheneuvonta. Erityislainsäädännön perusteella tarjottavia kunnallisia sosiaalipalveluja ovat muun muassa vammaispalvelut, toimeentulotuki, lastensuojelu, kuntouttava työtoiminta, lapsen huoltoon ja tapaamisoikeuteen liittyvä sovittelu, perhehoito, omaishoidon tuki ja kotouttamiseen liittyvät tehtävät. (Sosiaalihuoltolaki 1301/2014.)

ja arvioitiin viiden kriteerin mukaisesti, jotka olivat saatavuus, laatu, vaikuttavuus, taloudellisuus ja tuottavuus. Palvelujen saatavuutta, saavutettavuutta ja laatua pidetään asiakkaan kannalta tärkeimpinä. Nuorten sosiaali- ja terveystalouteihin liittyvistä kokemuksista on vain rajoitetusti väestötasosta tietoa, joskin tässä on tapahtunut myönteistä kehitystä.

Täysi-ikäiset nuoret sisältyvät ja ovat sisältyneet aikuisväestön terveyttä ja hyvinvointia kartoittaviin väestötutkimuksiin, kuten esimerkiksi Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -tutkimukseen (HYPA) sekä Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimukseen (ATH, nykyään FinSote). HYPA on Stakesin aloittama tutkimussarja, jota jatkettiin THL:ssä vuoteen 2013 asti⁵. Tässä analysoidaan HYPA-tutkimuksen tiedot ovat viimeisestä tiedonkeruusta, joka edustaa koko 18–79-vuotiaasta väestöä (Vaarama ym. 2014). Puhelinhaastatteluaineiston kokonaisvastaosuus oli 72 prosenttia. ATH-tutkimus on puolestaan THL:n toteuttama postikysely, jossa seurataan muutoksia väestön (20 vuotta täyttäneet) hyvinvoinnissa, terveydessä, palvelujen tarpeessa ja käytössä. Tässä luvussa analysoidaan tietoja vuosilta 2013–2015. Koko aineistossa vastanneiden osuus on 53 prosenttia. Edellä mainittujen lisäksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen FinSote-tutkimus tuottaa tietoa nuorten aikuisten palvelujen käytöstä sekä niihin liittyvistä kokemuksista ja asenteista. FinSote keskittyy 18–79-vuotiaiden sosiaali- ja terveystalouteja koskeviin mielipiteisiin ja kokemuksiin.

Kouluterveyskysely on kerännyt tietoa peruskoulun sekä toisen asteen opiskelijoiden terveydestä, hyvinvoinnista ja palvelujen käytöstä jo usean vuosikymmenen ajan (esim. Luopa ym. 2014; Halme ym. 2018). Tässä luvussa kuvataan toisen asteen oppilaitosten palvelujen saatavuutta ja opiskelijoiden kokemuksia palveluihin pääsystä vuodelta 2017. Tällöin Kouluterveyskyselyyn vastasi lukioilaisista noin 35 000 ja ammattiin opiskelevista nuorista reilu 31 000 (ks. Kestilä ym. luku 7 tässä teoksessa). Valtakunnallinen aineisto edustaa näitä ikäryhmiä (Kouluterveyskysely 2017). THL kerää lisäksi yhteistyössä Opetushallituksen kanssa toisen asteen oppilaitoksilta, lukioilta ja ammatillisilta oppilaitoksilta terveyden edistämiseksi liittyvää tietoa (TEA-viisari). Kerättäviä tietoja ovat muun muassa opiskeluhuollon toiminta ja palvelut, esimerkiksi saatavuus ja resurssit. Opiskeluhuollon palvelujen tarjontaa toisen asteen oppilaitoksissa kuvataan tiedoin lukuvuodelta 2015–2016 (Wiss ym. 2017a; Wiss ym. 2017b).

Väestötutkimusten lisäksi on toki tehty erilaisia osajoukkoja koskevia tutkimuksia ja selvityksiä (esim. Kunttu & Huttunen 2009; Palola ym. 2012; Kunttu & Pesonen 2013; Aaltonen ym. 2015), mutta tässä luvussa keskitymme koko väestöä edustaviin tietolähteisiin.

Tässä luvussa tarkastellaan nuorten sosiaali- ja terveystalouteiden käyttöä palvelujen saatavuuden ja koetun palvelutarpeen tyydyttymisen näkökulmista. Luvussa

5 HYPA-tutkimus on sittemmin integroitu osaksi FinSote-tutkimusta, joka on THL:n määrävuo-
sin toteuttama kansallinen sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimus.

kuvataan toisen asteen opiskelijoiden kokemuksia palveluista ja niiden saatavuudesta uusimman, vuoden 2017 Kouluterveyskyselyn tulosten sekä TEA-viisarin 2016 tulosten pohjalta. Huomiota kiinnitetään sukupuolten ja oppilaitostyyppien välisiin eroihin. Toisaalta luvussa tarkastellaan nuoria aikuisia (18/20–29-vuotiaat) edellä esiteltyjen väestötutkimusaineistojen avulla: palvelujen saatavuuden ja tyydyttyneen palvelutarpeen kokemuksia tutkitaan erityisesti koulutuksen ja pääasiallisen toiminnan mukaisesti (työlliset, opiskelijat, työttömät, muut). Kysymyksiä tarkastellaan soveltuvin osin myös alue-erojen näkökulmasta.

Nuorten palvelukokemukset väestökyselyjen perusteella

Ihmisoikeusnäkökulman mukaisista syrjimättömän pääsyn ulottuvuuksista on saatavissa tietoa väestökyselyistä vain osittain. Seuraavista tiedoista nuorten tyytyväisyys palveluihin kuvaa palvelun sopivuutta, sillä riittävä ja ajallaan tarjottu palvelu on myös sopivaa. Luottamus järjestelmään sen sijaan liittyy palvelujen ja palvelujärjestelmän kulttuurisiin ominaisuuksiin, joten se kuvaa saavutettavuutta kysynnän näkökulmasta (ks. myös Muuri ym. luku 18 tässä teoksessa). Koettu palvelutarpeen tyydyttyminen kuvastaa niin ikään saavutettavuutta, joskin tyydyttymättömyyden kokemus voi juontua myös sopivuuden ongelmista. Lopuksi kuvataan TEA-viisarin tietojen avulla palvelujen saatavuutta järjestelmän näkökulmasta ja kouluterveyskyselyn tietojen avulla nuorten kokemusta saavutettavuudesta.

Tyytyväisyys ja luottamus julkisiin ja yksityisiin palveluihin

Koko aikuisväestöä edustavan HYPÄ 2013 -aineiston mukaan 18–29-vuotiaista (n = 513) noin seitsemän prosenttia katsoo, ettei ole saanut riittävästi hoitoa sairauksiinsa edeltävän 12 kuukauden aikana. Hoitoa tarvinneista osuus on noin kahdeksan prosenttia. Kohtuuttoman kauan tarvitsemaansa hoitoa on joutunut odottamaan joka kymmenes hoitoa tarvinneista (taulukko 14.1).

Terveyspalvelujen laatua arvioitaessa tyytyväisimpiä oltiin yksityisten terveyspalvelujen laatuun (taulukko 14.1). Julkisia terveyspalveluja käyttäneistä 18–29-vuotiaista noin kuusi prosenttia piti julkisten terveyspalvelujen laatua huonona tai erittäin huonona ja 34 prosenttia tyydyttävänä. Yksityisiä terveyspalveluja käyttäneistä taas kaksi prosenttia piti niiden laatua huonona ja seitsemän prosenttia tyydyttävänä, mutta ero julkisiin terveyspalveluihin ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Julkisia sosiaalipalveluja käyttäneistä reilu kuusi prosenttia piti palvelujen laatua huonona tai erittäin huonona ja 37 prosenttia tyydyttävänä. Asuinalueen kunnallisiin palveluihin oltiin yleisesti ottaen tyytyväisiä: melko tai erittäin tyytymättömiä oli vain yhdeksän prosenttia.

TAULUKKO 14.1. 18–29-vuotiaiden tyytyväisyys palveluihin (n = 513), %, 95 %:n luottamusväli. Lähde: Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -tutkimus 2013.

	%	95 %:n LV
Ei ole saanut riittävästi hoitoa sairauksiinsa edeltävän 12 kk:n aikana, osuus hoitoa tarvinneista	8,0	5,8 – 11,0
On joutunut odottamaan kohtuuttoman kauan tarvitsemaansa hoitoa edeltävän 12 kk:n aikana	10,3	7,7 – 13,5
Julkisten terveyspalvelujen laatu huono tai erittäin huono, osuus palveluja käyttäneistä	5,6	3,6 – 8,6
Yksityisten terveyspalvelujen laatu huono tai erittäin huono, osuus palveluja käyttäneistä	2,0	0,8 – 4,8
Julkisten sosiaalipalvelujen laatu huono tai erittäin huono, osuus palveluja käyttäneistä	6,3	3,6 – 10,8
Asuinalueen kunnallisiin palveluihin melko tai erittäin tyytymätön	8,6	6,4 – 11,3

Melko pienessä 18–29-vuotiaiden vastaajien joukossa ilmeni sukupuolten välillä eroa edellä mainituissa kysymyksissä vain arvioitaessa julkisten terveyspalvelujen laatua: miehet olivat naisia tyytymättömämpiä (miehistä yhdeksän prosenttia, mutta naisista vain kolme prosenttia piti laatua huonona tai erittäin huonona). Henkilön pääasiallisen toiminnan tai asuinkunnan kaupunkimaisuuden mukaan ei ilmennyt tilastollisesti merkitseviä eroja. Opiskelijat tosin olivat aineistossa tyytyväisimpiä kunnallisiin palveluihin, ja muut kuin työlliset tai opiskelijat olivat tyytymättömimpiä, mutta nämä erot eivät aivan saavuta tavanomaista tilastollisen merkitsevyyden tasoa.

Vanhempiin ikäryhmiin verrattuna sairauksiinsa hoitoa tarvinneet 18–29-vuotiaat olivat hieman tyytyväisempiä saamaansa hoitoon ja odotusaikoihin. Myös asuinalueen kunnallisiin palveluihin oltiin tyytyväisimpiä tässä ikäryhmässä. Esimerkiksi 50–64-vuotiaista hoitoa tarvinneista 12 prosenttia oli tyytymättömiä hoidon riittävyteen, kohtuuttoman kauan hoitoa oli odottanut 15 prosenttia ja kunnallisiin palveluihin tyytymättömiä oli 19 prosenttia tämänikäisistä.

FinSoten pilottikyselyssä (N = 2 626, vastausprosentti 44) luottamuksessa palvelujen saatavuuteen ja palvelujärjestelmään havaittiin alueellisia eroja. Välillisillä luottamusta koskevilla kysymyksillä tavoitellaan myös sen nuorten valtaosan käsityksiä, jolla ei välttämättä ole omaa kokemusta tai tarvetta juuri kyseiselle palvelulle. Etenkin sosiaalipalvelut koskettavat suoraan lopultakin varsin pientä joukkoa tämänikäisistä nuorista ja esimerkiksi vanhuspalveluista nuorilla itsellään ei luonnollisesti ole omaa kokemusta. Kun nuorilta kysyttiin suhtautumisesta palvelujärjestelmään yleensä, he – kuten vanhemmatkin ikäryhmät – luottivat eniten terveyspalvelujen toimivuuteen. Reilu 80 prosenttia nuorista katsoi, että nämä palvelut toimivat hyvin eikä osuus vaihdellut olennaisesti iän, koulutuksen tai asuinpaikan kaupunkimaisuuden mukaan. Tämä luottamus ulottui niin henkilöstöön kuin palvelujärjestelmän mahdollisuuksiin lisätä tasa-arvoa. Tosin viimeksi mai-

nitussa maaseudulla asuvien⁶ luottamus oli jo selvästi vähäisempää. Vastaava väite sosiaalipalveluista erotteli paitsi alueellisesti myös koulutuksen mukaan siten, että vain perusasteen suorittaneet⁷ luottivat sosiaalipalvelujen tasa-arvopotentiaaliin hieman vähemmän. Suurin ero oli kuitenkin luottamuksessa vanhuspalvelujen saatavuuteen, johon luottivat vähemmän kaupunkilaiset kuin muualla asuvat nuoret (ero –12 prosenttiyksikköä) ja korkeammin koulutetut nuoret kuin vain perusasteen suorittaneet (ero –10 prosenttiyksikköä). Tästä palvelusta nuorilla oletettavasti on varsin niukasti omakohtaista kokemusta. Keski- ja korkea-asteen koulutetut luottivat myös vähemmän sosiaalityöntekijän neuvonnan saatavuuteen kuin vain perusasteen suorittaneet (ero –10 prosenttiyksikköä). Yhtä luottavaisia sen sijaan oltiin muun muassa kiireellisen hoidon, pitkäaikaissairauden hoidon, vammaispalvelujen ja toimeentulotuen saatavuuteen.

Koettu palvelutarve ja sen tyydyttyminen

ATH-tutkimuksessa 20–29-vuotiailta (n = 8 772) kysyttiin koettua palvelutarvetta antamalla vastaajalle luettelo erilaisia palveluja, joiden tarpeellisuutta hän omalta kohdaltaan arvioi. Luettelossa mainittiin peräti 26 erilaista terveys- ja sosiaalipalvelua⁸. Tosi asiassa luettelo on tätäkin laajempi, sillä useita palveluja oli yhdistetty yhteen osioon. Pitkä lista kuvastaa jo sinällään hyvin nuorille tarjolla olevien palvelujen kirjavuutta. Vastausvaihtoehdot olivat: 1) ”Ei ole tarvittu”, 2) ”Olisi tarvittu, mutta palvelua ei saatu”, 3) ”On käytetty, palvelu ei ollut riittävää” ja 4) ”On käytetty, palvelu oli riittävää”. Palveluntarve on tulkittu tyydyttymättömäksi silloin, kun vastaaja on valinnut joko vaihtoehdon 2 tai 3, joten siinä yhdistyvät saavutettavuus ja sopivuus.

Suurin osa luetelluista palveluista oli sellaisia, että joko palvelua ei ollut tarvittu tai se oli ollut riittävää. Kaikkiaan 15 luetelluista palveluista oli tällaisia, esimerkiksi vammais- ja päihdepalvelut, sosiaali- ja potilasasiamiehen palvelut sekä omaishoidon tuki. Myöskään monissa lapsiperheille suunnatuissa palveluissa, kuten lasten hammashoidossa, lastensuojelussa tai koululaisten iltapäivähoidossa, ei ilmoitettu riittämätöntä palveluntarvetta. Kun tyydyttymätöntä palveluntarvetta ei esiintynyt, tarpeen riittävyys ei luonnollisesti ollut yhteydessä pääasialliseen toimintaan. Toi-

6 Maaseutu kattaa vertailussa kaikki muut aluetyypit paitsi sisemmän ja ulomman kaupunkialueen.

7 Vain perusasteen suorittaneiden vertailuryhmä oli keski- tai korkea-asteen suorittaneet.

8 Luetellut palvelut olivat: terveyskeskuslääkärin vastaanotto, sairaanhoitajan vastaanotto terveyskeskuksessa, hammashoito, fysioterapia, työterveyshuolto, mielenterveyspalvelut, vammaispalvelut, päihdepalvelut, sosiaalityöntekijän vastaanotto, sosiaaliasiamiehen palvelut, potilasasiamiehen palvelut, perhesuunnittelu tai ehkäisyneuvonta, äitiys- ja lastenneuvola, lasten hammashoito, kasvatusta- ja perheneuvolat, kunnallinen lasten päivähoito, kunnallinen lasten iltapäivähoito, lapsiperheiden kotipalvelu tai perhetyö, kouluterveydenhuolto, opiskeluterveydenhuolto, oppilashuolto (mm. koulukuraattori tai -psykologi), lasten ja nuorten mielenterveyspalvelut, lastensuojelu, toimeentulotuki, omaishoidontuki sekä talous- ja velkaneuvonta.

sin sanoen niin työttömät, työlliset kuin opiskelijatkin kokivat palvelutarpeensa tyydytetyn riittävästi.

Yhdessätoista palvelussa palvelutarve ei kuitenkaan tyydyttynyt. Taulukossa 14.2 esitetään näissä palveluissa nuorilla esiintyvä tyydyttymätön palvelutarve työmarkkina-aseman mukaisissa ryhmissä siten, että palvelutarvetta verrataan keskimääräiseen tämänikäisten tyydyttymättömään palvelutarpeeseen. Kohtalaisen paljon tyydyttymätöntä palvelutarvetta kohdistui terveyskeskuslääkärin ja sairaanhoitajan vastaanottoon, hammashoittoon, opiskeluterveydenhuoltoon sekä toimeentulotukeen (taulukko 14.2). Näitä palveluja ilmoitti saaneensa riittävästi vähintään joka kymmenes vastaajista ainakin jossakin työmarkkina-aseman mukaisessa ryhmässä. Hammashoitoa lukuun ottamatta tyydyttymätön palvelutarve vaihteli työmarkkina-aseman mukaan tilastollisesti merkitsevästi. Terveyskeskuslääkärin osalta tyydyttymätön palvelutarve oli keskivertoa suurempi muissa ryhmissä – työttömät, opiskelijat ja muut – kuin työllisillä. Tosin kun opiskelijoiden lääkäripalvelujen tarpeessa otetaan huomioon opiskeluterveydenhuolto, tyydyttymätön tarve on samaa luokkaa (24 %) kuin työttömillä (23 %).

TAULUKKO 14.2. Tyydyttymätön palvelutarve ("Olisi tarvittu, mutta palvelua ei saatu" sekä "On käytetty, palvelu ei ollut riittävää") palvelulajeittain työmarkkina-aseman mukaan (20–29-v., n = 8 772), painotetut frekvenssit. Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus. Lähde: ATH 2015.

Palvelut	Työllinen		Työtön		Opiskelija		Muu	
	4 150 (painot- tamaton)	95%:n LV	480	95%:n LV	2 782	95%:n LV	1 360	95%:n LV
Terveyskeskuslääkärin vastaanotto	14,4	13,2–15,5	20,2	16,4–24,0	12,3	11,0–13,5	21,6	19,2–23,9
Sairaanhoitajan vastaanotto terveyskeskuksessa	8,3	7,4–9,2	10,5	7,6–13,5	7,1	6,1–8,2	11,7	9,8–13,5
Hammashoito	14,5	13,4–15,6	11,5	8,6–14,5	13,1	11,8–14,4	15,6	13,5–17,6
Fysioterapia	4,4	3,8–5,1	5,2	2,9–7,5	3,9	3,2–4,7	6,7	5,3–8,2
Työterveyshuolto	8,9	8,0–9,8	2,9	1,3–4,5	2,7	2,1–3,3	3,9	2,8–4,9
Mielenterveyspalvelut	3,0	2,4–3,5	7,3	4,9–9,8	4,5	3,7–5,4	7,3	5,7–8,9
Sosiaalityöntekijän vastaanotto	1,4	1,1–1,8	7,8	5,1–10,4	2,5	1,8–3,1	6,7	5,2–8,3
Perhesuunnittelu tai ehkäisyneuvola	2,3	1,9–2,8	3,8	2,1–5,4	1,9	1,4–2,4	3,1	2,1–4,1
Äitiys- ja lastenneuvola	1,4	1,1–1,8	2,7	1,3–4,2	0,8	0,4–1,2	3,5	2,6–4,5
Opiskeluterveydenhuolto	1,3	0,9–1,7	2,4	1,0–3,8	11,7	10,5–130	1,9	1,2–2,6
Toimeentulotuki	5,3	4,6–6,1	20,8	16,9–24,8	8,5	7,4–9,6	13,1	11,0–15,1
Talous- ja velkaneuvonta	1,9	1,5–2,4	5,7	3,2–8,1	2,0	1,4–2,5	4,5	3,1–5,8

Keltainen = 95 %:n luottamusväli poikkeaa työllisistä. Lihavoitu palvelut, joissa merkitseviä eroja.

Ymmärrettävästi työterveyshuollon tarve oli keskimääräistä suurempaa työllisillä ja vähäisempää muissa ryhmissä. Ryhmässä ”muu” myös sairaanhoitajan vastaanoton tarve oli keskimääräistä yleisempää. Myös toimeentulotuen tarve vaihteli pääasiallisen toiminnan mukaan siten, että noin joka viides työttömistä, reilu joka kymmenes muista ja vajaa kymmenesosa opiskelijoista katsoi tarvitsevansa sitä enemmän kuin oli saanut. Etenkin työttömillä kyse oli juuri tästä, sillä kaksi kolmasosaa niistä, jotka ilmoittivat tyydyttymätöntä palvelutarvetta, vastasi, että palvelu ei ollut ollut riittävää ja vain kolmasosa, ettei ollut saanut toimeentulotukea.

Pääasiallisen toiminnan mukaisia eroja oli myös fysioterapian, mielenterveyspalvelujen, sosiaalityöntekijän vastaanoton, äitiys- ja lastenneuvolan sekä talous- ja velkaneuvonnan palvelujen riittävydessä. Pääpiirteissään erot jäsenyivät niin, että toimeentuloon liittyvissä palveluissa tyydyttymätön palvelutarve painottui työttömiin ja muihin. Esimerkiksi sosiaalityöntekijän vastaanottoon kohdistuvaa tyydyttymätöntä palvelutarvetta ilmoitti työttömistä kahdeksan ja ryhmästä muu seitsemän prosenttia, mutta työllisistä vain yksi prosentti. Myös mielenterveyspalveluja koki saaneensa riittämättömästi lähes kaksinkertainen osuus näistä kahdesta ryhmästä keskimääräiseen verrattuna.

Tilastollisesti merkitseviä sukupuolen mukaisia eroja palvelutarpeen riittävydessä ilmeni niin ikään useassa palvelussa. Kaikissa palvelutarpeissa, joissa eroja havaittiin, tyydyttymätön tarve oli yleisempää naisilla kuin miehillä. Verrattuna HYPA-aineiston tuloksiin, sukupuolten välinen ero on siis päinvastainen. Tämä voi johtua paitsi aineistojen eroista myös siitä, että HYPA:ssa kysyttiin palvelun laadusta, ei niinkään siitä, oliko palvelu riittävää. Jälkimmäinen muotoilu toisin sanoen yhdistää palvelun laadun ja siihen pääsyn. Saattaa siis olla, että naiset kokevat suurempia vaikeuksia palvelun saamisessa kuin miehet. HYPA:ssa kysyttiin lisäksi nimenomaan julkisten terveyspalvelujen laadusta, kun ATH:ssa annettuun arvioon ovat saattaneet vaikuttaa myös kokemukset yksityisistä ja yhdistysten tuottamista palveluista.

Selvimmät sukupuolten väliset erot olivat terveyskeskuslääkärin vastaanoton, perhesuunnittelun tai ehkäisyneuvonnan ja opiskeluterveydenhuollon kohdalla. Näissä kussakin naiset ilmoittivat tyydyttymätöntä palvelutarvetta noin kaksi kertaa useammin kuin miehet. Perhesuunnittelussa tai ehkäisyneuvonnassa ero oli tätäkin suurempi, mikä johtui siitä, että miehistä vain hyvin harva (0,5 prosenttia) ilmoitti tyydyttymättömyyttä tässä palvelussa. Naisten mukaan heidän tarpeisiinsa nähden riittämättömästi saatavilla olevia palveluja olivat miehiä useammin myös sairaanhoitajan vastaanotto terveyskeskuksessa, hammashoito, työterveyshuolto ja mielenterveyspalvelut.

Tyydyttymätöntä palvelutarvetta analysoitiin myös koulutustason ja asuinalueen kaupungistuneisuuden mukaan. Kun nuoret ryhmiteltiin kolmeen ryhmään koulutuksen perusteella (vähäinen-keskitaso-korkea koulutus), tilastollisesti merkitseviä eroja ilmeni kymmenessä palvelussa. Koulutusryhmät olivat kuitenkin suuria, minkä vuoksi pienetkin erot tulivat tilastollisesti merkitseviksi. Suurimmat

erot olivat terveyskeskuslääkärin vastaanoton ja opiskeluterveydenhuollon tarpeessa, joiden koulutustason mukainen tyydyttymättömyys kuitenkin kumosivat toisensa: kun nämä tarpeet laskettiin yhteen, terveydenhuollon tarve oli samalla tasolla koulutuksesta riippumatta. Vähän koulutetut ilmoittivat enemmän tyydyttymätöntä palvelutarvetta myös sairaanhoitajan vastaanotolla ja toimeentulotuesta, joissa ero korkeasti koulutettuihin oli viisi prosenttiyksikköä.

Vastaajan asuinpaikan kaupungistuneisuuden mukaisia eroja havaittiin vähän. Tämä saattaa osin johtua käytetystä, varsin yksityiskohtaisesta seitsenluokkaisesta maaseutu–kaupunki-luokituksesta, jonka vuoksi osaan luokista tuli verraten vähän tapauksia. Toisaalta frekvenssien tarkastelukaan ei antanut viitteitä suurista alueellisista eroista. Ainoat mainittavat erot olivat opiskeluterveydenhuollossa, jossa tyydyttymätön tarve oli kuusi prosenttiyksikköä suurempi sisemmällä kaupunkialueella (7 %) kuin maaseudun paikalliskeskuksissa (1 %, ydinmaaseudulla, kaupunkien läheisellä maaseudulla ja harvaan asutuilla alueilla 2 %) ja hammashoidossa, jossa kaupunkien läheinen maaseutu ja ydinmaaseutu (11 %) poikkesivat hieman sisemmästä kaupunkialueesta (15 %). Kokonaisuutena kuitenkin niin koulutuksen kuin asuinpaikan mukaiset erot olivat vähäisiä. Havaitut erot heijastavat todennäköisesti paljon palvelujärjestelmän rakennetta siinä mielessä, että selvimmät erot ilmentävät lähinnä sitä, miten asiakkaat jakautuvat järjestelmän eri osiin: opiskelijat omaan järjestelmäänsä, työttömät ja muut julkiseen terveydenhuoltoon ja niin edelleen.

ATH-tutkimuksessa on aiemmin tarkasteltu sitä osaa aikuisväestöstä, joka on tarvinnut palvelua (Husu ym. 2014). Vertailu nuoriin aikuisiin osoittaa, että nuorten yleisimmin käyttämissä palveluissa tyydyttymätön palvelutarve on samalla tasolla kuin koko aikuisväestössä. Suurimmat erot koskevat joko palveluja, jotka ovat ikäsidonniaisia (omaishoidon tuki, kunnallinen päivähoito) tai muuten nuorten harvoin tarvitsemia palveluja (koululaisten iltapäivähoito, päihdepalvelut, jota kumpaakin oli tarvinnut vain noin prosentti vastaajista).

Yhteenvetona nuorten palvelutarve näyttää tyydyttyvän verraten hyvin. Useimpien palvelujen tarve on vielä vähäistä, joten tyydyttymätön tarvekin on vähäistä. Myös väestöryhmittäiset tyydyttymättömän tarpeen erot ovat vähäisiä, joitakin yksittäisiä palveluryhmiä lukuun ottamatta. Kriittisin palvelutarve kohdistuu lääkäripalveluihin, joissa tavalla tai toisella tyydyttymätöntä tarvetta ilmoitti neljäsosa nuorista. Järjestelmän rakenteen huomioon ottaen työmarkkina-aseman mukaisia eroja ei havaittu. Sen sijaan työttömistä nuorista joka viides ilmoitti toimeentulotuen tarpeen tyydyttymättömyyttä. Lisäksi naisilla tyydyttymätön palvelutarve oli useassa palvelussa miehiä yleisempää.

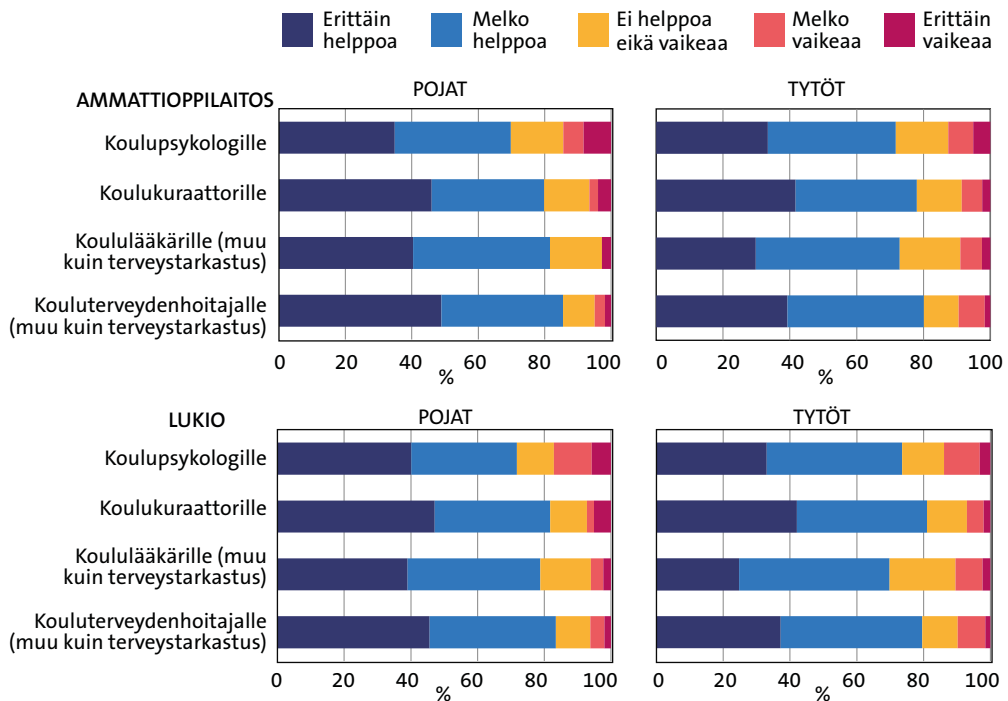
Palvelujen saatavuus ja kokemukset palveluihin pääsystä toisen asteen oppilaitoksissa

Tässä luvussa tarkasteltavasta ikäryhmästä nuorimpia ovat toisen asteen opiskelijat. He kuuluvat opiskeluhuollon palveluihin, mikä tarkoittaa muun muassa koulu- ja opiskeluterveydenhuollon palveluja sekä kuraattori- ja psykologipalveluja. Uusi oppilas- ja opiskeluhuoltolaki laajensi nämä palvelut vuonna 2014 koskemaan myös toisen asteen koulutusta ja esiopetusta (1287/2913) Opiskeluterveydenhuolto järjestää terveyden- ja sairaanhoitopalveluja opiskelijoille (mukaan lukien mielenterveys- ja päihdetyö, seksuaaliterveyden edistäminen sekä suun terveydenhuolto) sekä pyrkii tunnistamaan varhain opiskelijan erityisen tuen tai tutkimuksen tarpeen, tukee opiskelijaa sekä tarvittaessa ohjaa hänet jatkotutkimuksiin ja -hoitoon. Elokuussa 2014 voimaan astuneen oppilas- ja opiskelijahuoltolain (1287/2913) jälkeen, loppuvuodesta 2014 yli puolet (53–62 %) lukioista ja ammatillisista oppilaitoksista ilmoitti seuraavansa palvelujen lainmukaista saataavuutta (Perälä ym. 2015). Laissa määritellään opiskelijalle järjestettävät opiskeluhuoltopalvelut ja säädetään palveluihin pääsystä.

TEA-viisarin tulosten mukaan lukuvuonna 2015–2016 terveydenhoitajan palveluja oli saatavilla käytännössä kaikissa toisen asteen oppilaitoksissa (99 prosentissa lukioista ja 95 prosentissa ammatillisista oppilaitoksista). Vastaavasti lääkärin palveluja oli käytettävissä 88 prosentissa lukioista ja 81 prosentissa ammatillisista oppilaitoksista. (Wiss ym. 2017a; Wiss ym. 2017b.) Kuraattori- ja psykologipalvelujen saatavuudessa on tapahtunut selvää myönteistä kehitystä. Esimerkiksi lukuvuonna 2015–2016 lukioista 95 prosenttia ja ammatillisista oppilaitoksista 94 prosenttia tarjosi kuraattoripalveluja. Lukioissa parannusta oli peräti 16 prosenttiyksikköä ja ammatillisissa oppilaitoksissa 22 prosenttiyksikköä lukuvuoteen 2013–2014 verrattuna. Psykologipalvelut olivat saatavilla 88 prosentissa lukioista ja 76 prosentissa ammatillisista oppilaitoksista, kun kaksi vuotta aiemmin vastaavat osuudet olivat 75 ja 45 (Wiss ym. 2017a; Wiss 2017b).

Kouluterveyskyselyn avulla seurataan lukiolaisten ja ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevien nuorten kokemuksia palvelujen saavutettavuudesta. Vaikka suurimmassa osassa oppilaitoksista kyseiset palvelut näyttävät olevan melko hyvin saatavilla, saavutettavuuden ongelmista ilmoitettiin sekä lukioissa että ammatillisissa oppilaitoksissa. Kuviossa 14.1 kuvataan vuoden 2017 Kouluterveyskyselyn perusteella nuorten kokemuksia oppilaitostensa palveluista siten, että luvuissa ovat mukana sekä vastaanotoilla käyneet että vastaanotoille yrittäneet.

Terveydenhoitajan vastaanotolla (muutoin kuin terveystarkastuksessa) oli käynyt lukiolaispojista 23 ja -tytöistä 44 prosenttia. Ammatillisissa oppilaitoksissa vastaavat osuudet olivat 25 ja 47 prosenttia. Lukioissa terveydenhoitajan vastaanotolla käyneistä tai sinne yrittäneistä pojista kuusi ja tytöistä kymmenen prosenttia koki pääsyn vastaanotolle olleen melko tai erittäin vaikeaa. Ammatillisissa oppilaitoksissa vastaavat osuudet olivat seitsemän ja kymmenen prosenttia. Lääkäripalveluja (muu kuin terveystarkastus) ilmoitti käyttäneensä lukiolaisista



KUVIO 14.1. Terveystenhoitajalle, lääkärielle, psykologille ja kuraattorille pääsyn koettu helppous (mukana vastaanotolla käyneet ja sinne yrittäneet).
Lähde: Kouluterveyskysely 2017.

pojista 15 prosenttia ja tytöistä 25 prosenttia. Ammattioppilaitoksissa vastaavat osuudet olivat 15 prosenttia ja 28 prosenttia. Lääkärin vastaanotolla käyneistä tai sinne yrittäneistä lukiolaisista pojista kuusi prosenttia ja tytöistä kymmenen prosenttia koki vastaanotolle pääsyn olleen melko tai erittäin vaikeaa. Myös nämä osuudet olivat ammattioppilaitoksissa vastaavaa tasoa.

Lukion 1. ja 2. vuoden opiskelijoista kuraattorilla oli käynyt kahdeksan prosenttia tytöistä ja neljä prosenttia pojista. Psykologikäyntejä oli vastaavasti 11 prosentilla tytöistä ja neljällä prosentilla pojista. Ammattioppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijoilla kuraattorikäyntejä oli hieman yleisemmin: 12 prosentilla tytöistä ja seitsemällä prosentilla pojista. Psykologikäynnit sen sijaan olivat yhtä yleisiä kuin lukiolaisilla.

Lukioissa kuraattorin vastaanotolla käyneistä tai sinne yrittäneistä sekä pojista että tytöistä seitsemän prosenttia koki vastaanotolle pääsyn olleen melko tai erittäin vaikeaa. Lukioissa psykologin vastaanotolla käyneistä tai sinne yrittäneistä tytöistä 14 prosenttia ja pojista 12 prosenttia koki vastaanotolle pääsyn olleen melko tai erittäin vaikeaa. Ammatillisissa oppilaitoksissa nämä osuudet olivat lähellä samaa tasoa.

Johtopäätökset: yleinen tyytyväisyys hyvä, eroja kokemuksissa ja laatuarvioissa

Tämän luvun taustalla ollut ihmisoikeusnäkökulma nostaa esiin kiinnostavia havaintoja nuorten palvelukokemuksista. Tarkastelun viitekehysenä oli YK:n syrjimättömän palveluihin pääsyn kriteeristö, jossa syrjimätön pääsy tarkoittaa sitä, että palvelut ovat saatavilla, saavutettavissa, hyväksyttäviä ja sopivia. Kriteeristön soveltaminen nuorten sosiaali- ja terveyspalvelukokemuksiin havainnollisti, että kaikista kriteereistä ei ole kattavasti tietoa tai se on vinoutunutta. Parhaiten tietoa nuorilla on saatavissa palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden kokemuksista, sopivuudesta hieman, hyväksyttävyydestä ei lainkaan. Palvelujen hyväksyttävyydessä on kyse muun muassa siitä, millaisiin asenteisiin tarjolla olevat palvelut ja niissä noudatetut käytännöt pohjautuvat. Kriteeriä on sovellettu erityisesti arvioitaessa sitä, onko palvelut muotoiltu niin, että vähemmistöjen ja eri sukupuolten kohtelu on arvokasta ja hyväksyttävää. Hyväksyttävyyttä koskevaa tutkimusta ei kuitenkaan ole juuri käytettävissä yksittäisiä selvityksiä lukuun ottamatta (esim. Alanko 2014). Jatkotutkimuksissa näiden näkökulmien rinnalle olisi nostettava myös hyväksyttävyyden näkökulma nykyistä systemaattisemmin.

Kokonaisuutena katsaus tärkeimpien väestötutkimusten tuloksiin nuorten sosiaali- ja terveyspalveluista osoittaa, että nuoret eivät vaikuta erityisen tyytymättömiltä palveluihin, ainakaan vanhempiin ikäryhmiin verrattuna. HYPÄ-tutkimuksen mukaan hoitoa sairauksiinsa tarvinneet nuoret olivat jopa aikuisväestöä hieman tyytyväisempiä hoitonsa riittävyteen ja odotusaikaan, kuten myös asuinalueensa kunnallisiin palveluihin. Lisäksi nuoret olivat ATH-aineiston mukaan vanhempia ikäryhmiä luottavaisempia eri palvelujen saatavuuteen.

Vaikka enemmistö tutkituista palveluista oli sellaisia, että palvelua ei joko tarvittu tai palvelutarve oli riittävää, useissa palveluissa merkittävää tyydyttymättömyyttä palvelutarvetta kuitenkin ilmeni. Tarpeiden tyydyttyminen vaihteli pääasiallisen toiminnan, koulutustason ja sukupuolen mukaan, ja jonkin verran myös asuinpaikan kaupungistuneisuuden mukaan. Johdonmukaisimpia olivat sukupuolen mukaiset erot: käytännössä kaikissa niissä palveluissa, joissa sukupuolten välillä oli eroa, tyydyttymättömän palvelutarve oli naisilla miehiä yleisempää. Tämän rinnalla kiinnostava on havainto, että miehet ovat puolestaan naisia tyytymättömiä julkisten terveyspalvelujen laatuun, mikä voi selittyä ainakin osin tutkimusasetelman eroilla, sillä palvelutarvekysymystä ei ollut rajattu julkisiin palveluihin. Lisäksi palvelun riittävyden arvioon vaikuttaa laatuarvion lisäksi palvelun saamisen vaikeus tai helppous. Joka tapauksessa sosiaalipalveluissa vastaavaa sukupuolieroa tyytyväisyydessä ei havaittu, joten asetelman lisäksi eroissa kuvastuvat myös nuorten todelliset kokemukset. Lisäksi palvelun käytössä yhdistyvät sekä palvelun kysyntään että sen tarjontaan liittyvät tekijät, joten nuorten naisten tyydyttymättömän palvelutarve voi selittyä muutenkin kuin suurempana palvelun tarpeena ja siitä seuraavina palvelukokemuksina. Tulkitsimme tyydyttymättömän palvelutarpeen

ilmentävän sekä palvelun saavutettavuutta että sen sopivuutta, joten ainakin osittain näiden palvelukokemusten sukupuolierojen taustalla on myös kokemuksia ja arvioita siitä, sopiiko palvelu omiin tarpeisiin ja kuinka saavutettavissa se on. Tässä suhteessa naiset siis vaikuttavat miehiä kriittisemmiltä.

Pääasiallisen toiminnan ja koulutuksen mukaisista eroista ei voi tehdä yksioikoisia tulkintoja, vaikka osa tuloksista vaikuttaa ilmeisiltä. Toimeentulotukeen, sosiaalityöntekijän palveluihin tai talous- ja velkaneuvontaan liittyvät kriittiset kokemukset olivat yleisempiä työttömillä ja muilla kuin työllisillä, mikä johtunee siitä, että palveluja käytetään näissä ryhmissä enemmän. Silti tulokset voivat kuvastaa myös sopivuuden ja saavutettavuuden eroja. Koulutus ei erotellut nuoria johdonmukaisesti vaan havaitut erot riippuivat tarkasteltavasta palvelusta. Vähemmän koulutetut kokivat esimerkiksi tyydyttymätöntä palvelutarvetta toimeentulotuesta ja sairaanhoitajan palveluissa. He eivät myöskään luottaneet sosiaalipalvelujen lisäävän tasa-arvoa aivan yhtä paljon kuin pidemmälle koulutetut. Koulutuserot voivat näkyä ainakin osittain myös asuinalueen mukaisissa eroissa, sillä maaseudulla asuvat nuoret ovat keskimäärin vähemmän koulutettuja (Martelin ym. 2005). Niinpä palvelujärjestelmän tasa-arvoon luotettiin vähemmän maalla (ja vähän koulutettujen keskuudessa) ja vanhuspalvelujen saatavuuteen vähemmän kaupungissa (ja pidemmälle koulutettujen keskuudessa). Jatkossa eri taustatekijöiden itsenäisiä vaikutuksia tulisi tutkia rinnan, samoin niiden yhdysvaikutuksia. Aiemmassa tutkimuksessa havaittiin, että kun muut tekijät otettiin huomioon, nuoret ja naiset luottivat sosiaalipalvelujärjestelmän kykyyn lisätä tasavertaisuutta. Lisäksi kysyttäessä yleisesti luottamuksesta sosiaalipalvelujärjestelmään korkeasti koulutetut, kaupunkilaiset ja he, jotka eivät itse olleet käyttäneet (sosiaali)palveluja, luottivat järjestelmään eniten (Ilmarinen ym. 2016; ks. myös Ilmarinen luku 20 ja Muuri ym. luku 18 tässä teoksessa).

Yleisesti näyttää siltä, että toisen asteen opiskeluhuollon palveluja on verrattain hyvin saatavilla ja kehityssuunta on ollut myönteinen. Siitä huolimatta ilmoitetaan myös saatavuuden ongelmista. Kouluterveyskyselyn tulokset antavat viitteitä siitä, että opiskeluhuoltopalveluihin pääsyä tarvitsee kehittää edelleen. Palvelujen helppo saatavuus ei ainakaan kaikilta osin toteudu, sillä osa vastaanotolla käyneistä tai sinne yrittäneistä kokee pääsyn melko tai erittäin vaikeaksi.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen käytölle voi olla monenlaisia esteitä. Osa niistä liittyy nuoreen itseensä (kuten esimerkiksi sosioekonomiset tekijät tai ikä, aiemmat palvelukokemukset tai asenteet), osa voi liittyä palvelurakenteeseen, kuten palvelujen järjestämisen tapoihin tai kustannuksiin. Eri kriteerit myös tuottavat hieman toisenlaisen kuvan palveluista. Vaikka palvelua olisikin nuorille saatavilla, se ei välttämättä ole saavutettavissa tai sitä ei koeta sopivaksi. Vaikka nuoret kokonaisuutena ovat vanhempia ikäryhmiä luottavaisempia useiden eri palvelujen saatavuuteen, tyydyttymätöntä palvelutarvetta esimerkiksi lääkäripalveluissa ilmoitti jo kolmannes palvelua tarvinneista nuorista. Sosiaalipalveluista suurin vastaava osuus oli talous- ja velkaneuvonnassa, jota tarvinneista peräti kolme neljäs-

osaa ei saanut palvelutarvettaan tyydytettyä. Palvelun tarve sinänsä oli kuitenkin pientä (noin kolme prosenttia vastaajista).

Tässä kuvatut nuorten kriittiset kokemukset korostavat tarvetta arvioida ja uudistaa palvelujärjestelmää jatkuvasti. Yksi myös tästä katsauksesta esiin nouseva havainto liittyy palvelujen monitahoisuuteen. Kun selvitettiin nuorten palvelutarvetta, kyselyssä päädyttiin luettelemaan lähemmäs kolmekymmentä erilaista palvelua. Ilman erityistä tietotaitoa järjestelmän rakenteesta, nuori ei välttämättä osaa hakeutua tarvitsemaansa palveluun. Puutteellinen kyky navigoida järjestelmässä puolestaan heijastuu useaan syrjimättömän pääsyn kriteeriin: ilman järjestelmän tuntemusta palvelu voi näyttää saavuttamattomalta, sopimattomalta ja myös hyväksyttävyyden voi muodostua ongelmaksi. Tällaisessa tapauksessa jopa nuoren ihmisoikeudet voivat olla uhattuna, mikäli epäoikeudenmukaisuus johtuu palvelujärjestelmän rakenteesta. Tekeillä olevan sote-uudistuksen valmistelussa tulisi kiinnittää huomiota myös nuorten kokemuksiin ja järjestelmän toimivuuteen niin, että peruspalvelut integroidaan elämänkulun mukaisiksi kokonaisuuksiksi, jotka tukevat ennaltaehkäisyä ja kokonaisvaltaista palveluohjausta ja joita jota eivät määritä sektorirajat. Palvelujärjestelmää kehitettäessä tulee hyödyntää myös nuorten omaa asiantuntijuutta ja näkökulmia.

Tämän luvun aikaisempi versio on julkaistu kirja-artikkelina: Karvonen, Sakari & Kestilä, Laura & Kauppinen Timo M. (2017): Kokevatko nuoret saavansa tarvitsemiansa sosiaali- ja terveyspalveluja. Tuloksia väestötutkimuksista. Teoksessa: Sanna Aaltonen & Antti Kivijärvi (toim.): Nuoret aikuisten hyvinvointipalvelujen käyttäjinä ja kohteina. Julkaisuja 198. Helsinki: Nuorisotutkimusseura/Nuorisotutkimusverkosto.

Lähteet

- Aalto, Anna-Mari & Manderbacka, Kristiina & Muuri, Anu & Karvonen, Sakari & Junnila, Maijalisa & Pekurinen Markku (2016): Mitä väestö ajattelee sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistamisesta? Tutkimuksesta tiiviisti 4/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Aaltonen, Sanna & Berg, Päivi & Ikäheimo, Salla (2015): Nuoret luukulla – kolme näkökulmaa syrjäytymiseen ja nuorten asemaan palvelujärjestelmässä. Tutkimuksesta tiiviisti 3/2015. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Alanko, Katarina (2014): Mitä kuuluu sateenkaarinuorille Suomessa? Verkojulkaisuja 72. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto 2014. <http://www.nuorisotutkimusseura.fi/images/julkaisuja/sateenkaarinuori.pdf> (Viitattu 27.9.2018).
- Andersen, Ronald M. (1995): Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behaviour* 1995, 36: 1–10. [10.2307/2137284](https://doi.org/10.2307/2137284).
- Committee on Economic, Social and Cultural Rights (2000): Concluding observations, Finland, E/C.12/1/Add.52 2000. <http://www.un.org/> [luettu 14.7.2016]
- Halme, Nina & Hedman, Lilli & Ikonen, Riikka & Rajala, Rika (2018): Lasten ja nuorten hyvinvointi 2017: Kouluterveyskyselyn tuloksia. Työpäpaperi 15/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Husu, Pauliina & Tokola, Kari & Suni, Jaana, Luoto, Riitta & Sievänen, Harri & Mäki-Opas, Tomi & Vasankari Tommi & Kaikkonen, Risto (2014). Suomalaisen aikuisten palveluiden käyttö ja tyytyväisyys niihin Suomessa vuonna 2013 – ATH-tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 10/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Høj Anvik, Cecilie & Holmen Waldahl, Ragnhild (2016): When someone has to take charge - Youth and mental health: challenges, policy and collaboration in Iceland, the Faroe Islands and Norway. Stockholm and Helsinki: Nordic Centre for Welfare and Social Issues.
- Ilmarinen, Katja; & Aalto, Anna-Mari & Muuri, Anu (2016): Sosiaalipalvelut väestön ja asiakkaiden arvioimana. Tutkimuksesta tiiviisti 10/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Koskinen, Seppo & Kestilä, Laura & Martelin, Tuija & Aromaa, Arpo (2005): Nuorten aikuisten terveys: Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Kouluterveyskysely (2017): Vastaajien lukumäärä. Vastaajien lukumäärä. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-jaasiantuntijatyo/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/tulokset/vastaajien-lukumaara>. (Viitattu 26.6.2017.)
- Kunttu, Kristiina & Pesonen, Tommi (2013): Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2012. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 47.
- Kunttu, Kristiina & Huttunen, Teppo (2009): Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2008. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 45.
- Levesque, Jean-Frederic & Harris, Mark F & Russell, Grant (2013): Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health* 12:18. DOI: [10.1186/1475-9276-12-18](https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18)
- Luopa, Pauliina & Kivimäki, Hanne & Matikka, Anni & Vilkki, Suvi & Jokela, Jukka & Laukkarinen, Essi & Paananen, Reija (2014): Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000–2013. Kouluterveyskyselyn tulokset. Raportti 25/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Martelin, Tuija & Nieminen, Tarja & Elinolot ja terveys -työryhmä (2005): Elinolot, elämäntilanne ja perheellistyminen. Teoksessa: Seppo Koskinen & Laura Kestilä & Tuija Martelin & Arpo Aromaa (toim.) Nuorten aikuisten terveys. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2005. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 24–39.
- Mooney, Gavin H (1983): Equity in health care: confronting the confusion. *Effective Health Care* 1(4): 179–185.
- Muuri, Anu (2008): Sosiaalipalveluja kaikille ja kaiken ikää. Tutkimuksia 178. Helsinki: Stakes.
- Muuri, Anu & Manderbacka, Kristiina (2014): Sosiaalipalvelut – käyttö ja asiakkaiden tyytyväisyys. Teoksessa: Marja Vaarama & Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Pasi Moisio & Anu Muuri (toim.): Suomalaisen hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 212–221.

- Notkola, Veijo & Pitkänen, Sari & Tuusa, Matti & Ala-Kauhaluoma, Mika & Harkko, Jaakko & Korkeamäki, Johanna & Lehikoinen, Tuula & Lehtoranta, Pirjo & Puumalainen, Jouni (2013): Nuorten syrjäytyminen. Tietoa, toimintaa ja tuloksia? Helsinki: Eduskunnan tarkastusvaliokunta TRVJ 1/2013.
- Nykanen Eeva (2016): Oikeus terveyteen ja terveyden edistäminen. Teoksessa: Marita Sihto & Sakari Karvonen (toim.): Terveyden edistäminen ja eriarvoisuus – lähestymistapoja ja ratkaisuja. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 58–70.
- Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki 1287/2013
- Palola, Elina & Hannikainen-Ingman, Katri & Karjalainen, Vappu (2012): Nuoret koulutuspuodokkaat sosiaalityön asiakkaina. Tapaustutkimus Helsingistä. Raportti 29/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012.
- Perälä, Marja-Leena & Halme, Nina & Hietanen-Peltola, Marke & Pelkonen, Marjaana & Peltonen, Heidi & Rajamäki, Aira & Pirttiniemi, Juhani & Wiss, Kirsi (2015): Opiskeluhoiton johtaminen ja järjestäminen lukioissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa 2014. Tutkimuksesta tiiviisti 16. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014
- Shemeikka, Riikka & Rinne, Hanna & Manderbacka, Kristiina & Murto, Jukka & Kaikkonen, Risto (2014a): Terveyspalveluiden saatavuuden alue-erot Suomessa – ATH-tutkimuksen tuloksia erityisvastuualueittain (suunnitellut sote-alueet). Teoksessa: Janne Jalava ym. (toim.): ATH tutkimuksen tuloksia – Järjestökentän tutkimusohjelma. Ttyöpäpaperi 37/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen, 29–36.
- Shemeikka, Riikka & Rinne, Hanna & Saares, Aurora & Murto, Jukka & Kaikkonen, Risto (2014b): Alueelliset erot nuorten aikuisten terveydessä ja elintavoissa Suomessa 2012–2013 – ATH-tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014
- THL, TEAviisari. www.thl.fi/teaviisari
- THL. Kouluterveyskysely. www.thl.fi/kouluterveyskysely
- Vaarama, Marja & Karvonen, Sakari & Kestilä, Laura & Moisio, Pasi & Muuri, Anu (toim.) (2014): Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Vuorenkoski, Lauri & Mladovsky, Philipa & Mossialos, Elias (2008): Finland: Health system review. Health Systems in Transition 10 (4), 1–168.
- VM (2018): Peruspalvelujen tila 2018 – Kuntatalouden ja -hallinnon neuvottelukunta. Helsinki: Valtiovarainministeriön julkaisuja 13/2018.
- WHO (2011): Rio political declaration on social determinants of health. http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration.pdf?ua=1 [luettu 19.9.2016]
- Wiss, Kirsi & Hakamäki, Pia & Hietanen-Peltola, Marke & Rajamäki, Aira & Saaristo, Vesa & Ståhl, Timo (2017a): Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ammatillisessa peruskoulutuksessa 2016. Tutkimuksesta tiiviisti 10/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Wiss, Kirsi & Hakamäki, Pia & Hietanen-Peltola, Marke & Laitinen, Kristiina & Manninen, Marjaana & Saaristo, Vesa & Ståhl, Timo (2017b): Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen lukioissa – TEA 2016. Tilastoraportti 14/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

PÄIVI SAINIO, SUVI PARIKKA, OONA PENTALA-NIKULAINEN,
SANNA AHOLA, ANNA-MARI AALTO, ANU MUURI,
PÄIVI NURMI-KOIKKALAINEN, TUIJA MARTELIN,
TIMO KOSKELA JA SEPPÖ KOSKINEN

15

Toimintarajoitteisten ihmisten kokemuksia terveyspalveluista

Suomessa on arvioitu olevan lähes puoli miljoonaa henkilöä, joilla oman arvionsa mukaan on huomattavia rajoitteita perustoiminnoissa, kuten näössä, kuulossa, liikkumisessa tai tiedonkäsittelyssä. Toimintarajoitteisten ihmisten elämäntilanne poikkeaa monella tavoin muun väestön tilanteesta: heidän keskimääräinen koulutustasonsa on matalampi, työssäolonsa harvinaisempaa ja taloudelliset ongelmat yleisempiä. Myös monet terveys- ja hyvinvointiongelmat ovat heillä muuta väestöä yleisempiä. Tässä luvussa havaittiin, että terveydenhuollossa toimintarajoitteisten ihmisten palvelutarpeet jäävät useammin tyydyttymättä, ja hoitoon pääsemisessä ja hoidon sujuvuudessa on ongelmia yleisemmin kuin muulla väestöllä. Myös osallistuminen omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin toteutuu harvemmin kuin muilla. Tulokset osoittavat, että yhdenvertaisuus ei toteudu terveyspalveluissa. Tarvitaan määrätietoista poliittista otetta sekä palvelujärjestelmän kehittämistä siten, että vammaisten ja toimintakyvyltään heikentyneiden ihmisten tarpeet otetaan huomioon.

Suomessa on arvioitu olevan lähes puoli miljoonaa henkilöä, joiden toimintakyky on selvästi heikentynyt (Sainio ym. 2017). Suurin osa toimintarajoitteisista ihmisistä käyttää samoja sosiaali- ja terveyspalveluja kuin muukin väestö. Aiemmat tutkimukset osoittavat, että toimintarajoitteisten ihmisten elämäntilanne poikkeaa muun väestön tilanteesta: heidän keskimääräinen koulutustasonsa on matalampi, työssäolonsa harvinaisempaa ja taloudelliset ongelmat yleisempiä. Toimintarajoitteiset henkilöt kärsivät muuta väestöä useammin myös erilaisista terveyden ja muun hyvinvoinnin ongelmista (Sainio ym. 2017; Kanste ym. 2017; Kanste ym. 2018a). Toimintarajoitteisilla henkilöillä on todettu olevan muita yleisemmin tyydyttymätöntä avun- ja palvelujen tarvetta (Mikkola ym. 2016; Sainio ym. 2017; Kanste ym. 2018b) ja he kohtaavat palveluihin pääsyn esteitä useammin: esimerkiksi korkeat kustannukset, huono fyysinen saavutettavuus ja heikot kulkuyhteydet haittaavat heitä enemmän kuin muita (Gulley ym. 2008; WHO and World Bank 2011; Popplewell ym. 2014; Vries McClintock ym. 2016; Sakellariou ym. 2017).

Kansalaisten sosiaali- ja terveyspalvelut ovat lähivuosina suuressa murroksessa. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus (sote-uudistus) ja useat muut lainsäädäntömuutokset (ml. vammaispalvelulakiuudistus) tulevat vaikuttamaan myös toimintarajoitteisten henkilöiden palvelujen järjestämiseen ja saantiin. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on arvioinut sekä sote-järjestämislain että valinnanvapauslain luonnosten vaikutuksia toimintarajoitteisten henkilöiden asemaan (THL 2016–2017). Arvioissa todettiin, että palvelujen esteettömyyteen ja saavutettavuuteen ei ole kiinnitetty riittävästi huomiota. Esteettömyys oli ymmärretty varsin kapeasti lähinnä rakennetun ympäristön esteettömyytenä ja saavutettavuus esimerkiksi viestinnässä ja tiedonsaannissa oli jäänyt vähemmälle huomiolle. Huomiota olisi kiinnitettävä myös palvelujen tarjoamistapaan, sillä digitalisaatio voi aiheuttaa vaikeuksia erityisesti niille henkilöille, joilla on kognitiivisia tai neurologisia ongelmia.

Suomessa julkisella vallalla on lakiin perustuva velvoite järjestää riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut jokaiselle¹. Julkisen vallan toiminnan lainmukaisuuden seuraamiseksi on tärkeää saada tietoa siitä, ovatko sosiaali- ja terveyspalvelut yhdenvertaisesti saatavilla esimerkiksi eri tavoin toimintarajoitteisille henkilöille. YK:n taloudellisia, sosiaalisia ja sivistyksellisiä oikeuksia koskevassa yleissopimuksessa linjataan valtion velvollisuudeksi taata syrjimätön pääsy terveyspalveluihin (ks. tarkemmin Karvonen ym. luku 14 tässä teoksessa). Suomen ratifioima YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden² oikeuksista (vammasopimus, SopS

1 Perustuslaki 731/1999; yhdenvertaisuuslaki 1325/2014; sosiaalihuoltolaki 1301/2014; terveydenhuoltolaki 1326/2010).

2 Vammaisilla henkilöillä tarkoitetaan sopimuksessa henkilöitä, joilla on sellainen pitkäaikainen ruumiillinen, henkinen, älyllinen tai aisteihin liittyvä vamma, joka vuorovaikutuksessa erilaisten esteiden kanssa voi estää heidän täysimääräisen ja tehokkaan osallistumisensa yhteiskuntaan yhdenvertaisesti muiden kanssa.

26–27/2016) edellyttää vammaisten henkilöiden oikeuksien vahvistamista ja syrjimättömyyttä sekä seurantatiedon keräämistä vammaisten ihmisten tilanteesta. Seurantatietoa tarvitaan, jotta voidaan tunnistaa vammaisten ihmisten kohtaama eriarvoisuutta ja syrjintää, suunnitella yhdenvertaisuuden toteutumiseksi tarvittavia toimenpiteitä, seurata niiden vaikutuksia ja siten myös sopimuksen tavoitteiden toteutumista (Nurmi-Koikkalainen ym. 2017). Seurantatietoa saadaan esimerkiksi kansallisista väestötutkimuksista, joissa vammaisuutta lähestytään toimintarajoitteiden kautta: toimintakykyä koskevien kysymysten avulla on mahdollista tunnistaa henkilöt, joilla vaikeudet perustoiminnoissa voivat vaarantaa heidän yhdenvertaisen osallisuutensa. Vertaamalla heidän tilannettaan muuhun väestöön saadaan tietoa eroista, joihin yhteiskunnassa tulisi puuttua yhtäläisten osallistumismahdollisuuksien takaamiseksi kaikille. (WG 2018.)

Tässä luvussa kuvataan 20 vuotta täyttäneiden toimintarajoitteisten ihmisten kokemuksia terveystalvuluista verrattuna muuhun väestöön. Luku tuottaa siten osaltaan vammaissopimuksen edellyttämää seurantatietoa. Samalla saadaan tietoa siitä, miten julkisen vallan velvoite järjestää yhdenvertaisesti terveystalvuluja on toteutunut. Tarkastelun kohteina ovat terveystalvulujen saanti, sujuvuus ja asiakaslähtöisyys sekä sähköisen asioinnin yleisyys terveydenhuollon ammattilaisten kanssa.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksen aineistona on THL:n vuosina 2017–2018 toteuttama Kansallinen terveys, hyvinvointi ja palvelut (FinSote) -tutkimus (N = 26 405). Kysely lähetettiin Suomessa asuvaa 20 vuotta täyttänyttä väestöä edustavalle 59 400 henkilön otokselle (3 300 henkilöä/maakunta). Koska iäkkäät henkilöt muodostavat ison osan sosiaali- ja terveystalvulujen asiakkaista, poimittiin otokseen jokaisesta maakunnasta tuhat 75 vuotta täyttänyttä henkilöä sen varmistamiseksi, että heidän tilanteestaan saadaan riittävän luotettava kuva.

Vastanneiden osuus oli koko aineistossa 45,3 prosenttia, mutta osuus vaihteli iän mukaan: 20–54-vuotiailla se oli 28 prosenttia, 55–74-vuotiailla 58,4 prosenttia ja 75 vuotta täyttäneillä 57,3 prosenttia (Pentala-Nikulainen ym. 2018a). Liitetaulukossa 15.1 on esitetty otos ja osallistuneiden lukumäärät ikä- ja sukupuoli-ryhmittäin. Tässä luvussa esitetyt prosenttiosuudet on laskettu käyttämällä kadon vaikutuksia korjaavia painokertoimia³, mutta on huomioitava, että toimintakyvyltään rajoittuneet henkilöt saattavat olla aineistossa aliedustettuina keskimääräistä suuremman vastauskadon takia, mitä painotus ei täysin korjaa.

3 Vastauskatoa korjattiin painokertoimilla, joiden laskentaan on käytetty seuraavia koko otokselle saatavissa olevia tietoja: ikä, sukupuoli, siviilisäät, koulutusaste, asuinmaakunta ja asuinkunnan taajama-aste (Härkänen ym. 2014). Painokertoimien laskennassa huomioitiin myös eri ikäryhmien erilaiset poimintatodennäköisyydet.

Toimintarajoitteita ja terveyspalveluja koskevat kysymykset

Toimintarajoitteita kartoitettiin kahdella moniosaisella kysymyksellä:

1. ”Pystytkö yleensä seuraaviin suorituksiin?” Kysymyssarjan alakysymyksinä esitettiin a) kävelemään noin puolen kilometrin matkan levähtämättä, b) lukemaan tavallista sanomalehtitekstiä (silmälaseilla tai ilman), c) kuulemaan, mitä usean henkilön välisessä keskustelussa sanotaan (kuulokojeen kanssa tai ilman). Vastausvaihdot olivat 1) pystyn vaikeuksista, 2) pystyn, mutta vaikeuksia on jonkin verran, 3) pystyn, mutta se on minulle erittäin vaikeaa ja 4) en pysty lainkaan. (McWhinnie 1981.)
2. ”Seuraavaksi kysymme Teiltä muistiin, oppimiseen ja keskittymiseen liittyviä kysymyksiä”, jotka olivat a) muistini toimii..., b) uusien tietojen omaksuminen ja asioiden oppiminen sujuu minulta..., c) pystyn yleensä keskittymään asioihin... Vastausvaihdot olivat 1) erittäin hyvin 2) hyvin 3) tyydyttävästi 4) huonosti 5) erittäin huonosti. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariver-sio/47/>)

Toimintarajoitteisiksi henkilöiksi luokiteltiin ne, jotka valitsivat ensimmäisen kysymyksen yhdessä tai useammassa alakohdassa vaihtoehdon 3) pystyn, mutta se on minulle erittäin vaikeaa tai 4) en pysty lainkaan, sekä ne, jotka valitsivat toisen kysymyksen yhdessä tai useammassa alakohdassa vaihtoehdon 4) huonosti tai 5) erittäin huonosti. Kysymykset ovat olleet pitkään käytössä THL:n väestötutkimuksissa ja ne perustuvat kansainvälistä toimintarajoitteisuuden tilastointia kehittävän YK:n alaisen Washington Groupin suositukseen siitä, millaisilla kysymyksillä voidaan tunnistaa ainakin suurin osa toimintarajoitteisista ihmisistä (Berger ym. 2016; WG 2018).

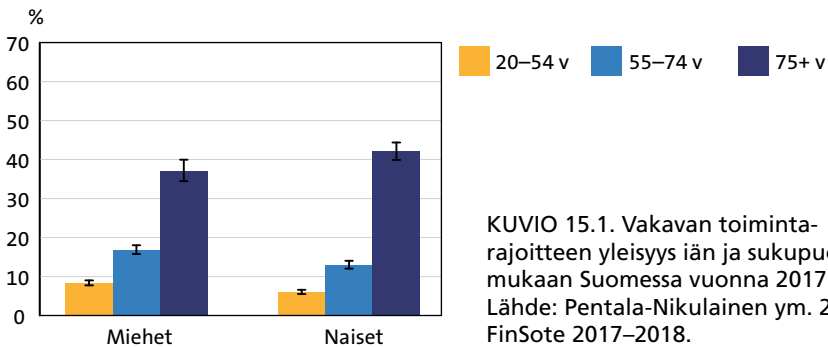
Terveyspalveluja koskevilla kysymyksillä kartoitettiin tyydyttymätöntä terveyspalvelujen tarvetta, saatavuutta ja saavutettavuutta, sujuvuutta, asiakaslähtöisyyttä sekä sähköisen asioinnin yleisyyttä. Muuttujat on tarkemmin kuvattu liitteessä 15.1.

Tilastolliset analyysit ja tulosten esittäminen

Toimintarajoitteiden yleisyyttä koskevat tulokset esitetään väestöä edustavina osuuksina. Logistisella regressioanalyysillä tarkasteltiin terveyspalvelukokemusten yhteyttä toimintarajoitteeseen sekä sukupuolen ja toimintarajoitteen sekä iän ja toimintarajoitteen välisiä yhdysvaikutuksia. Terveyspalvelukokemuksia koskevat tulokset esitetään ikävakioituina osuuksina sukupuolen ja toimintarajoitteen mukaan. Molempia sukupuolia koskevat tulokset on ikä- ja sukupuolivakioitu. Taulukoihin merkitty toimintarajoitteisten ja muiden välisen eron tilastollinen merkitsevyys koskee molempia sukupuolia yhteensä, ja se perustuu Waldin testiin mallissa, jossa on ikä, sukupuoli ja toimintarajoite. Ikäryhmittäiset, vakioimattomat tulokset sukupuolen mukaan on raportoitu liitetaulukossa 15.2.

Toimintarajoitteisuuden yleisyys

Vakavia toimintarajoitteita koki noin 14 prosenttia suomalaisista aikuisista. Toimintarajoitteisuus yleistyi iän myötä jyrkästi: nuorimmassa 20–54-vuotiaiden ikäryhmässä vakavia rajoitteita koki seitsemän prosenttia, 55–74-vuotaista 15 prosenttia, ja 75 vuotta täyttäneistä vajaa puolet (40 %) (kuvio 15.1). Yleisimpiä rajoitteita olivat kävelyvaikeudet ja keskittymis- ja oppimiskyvyn ongelmat (taulukko 15.1). Naiset kokivat vaikeuksia puolen kilometrin kävelyssä miehiä useammin, kun miehillä muistin ja keskittymiskyvyn ongelmat olivat hieman yleisempiä kuin naisilla.



KUVIO 15.1. Vakavan toimintarajoitteen yleisyys iän ja sukupuolen mukaan Suomessa vuonna 2017. Lähde: Pentala-Nikulainen ym. 2018b. FinSote 2017–2018.

TAULUKKO 15.1. Toimintarajoitteita kokevien osuus (%) 20 vuotta täyttäneessä väestössä. Lähde: FinSote 2017–2018.

Toimintarajoite	Naiset		Miehet		Yhteensä	
	%	95 %:n LV ¹	%	95 %:n LV ¹	%	95 %:n LV ¹
Sanomalehtitekstin näkeminen ²	2,2	1,9–2,4	2,2	1,9–2,4	2,2	2,0–2,4
Usean henkilön välisen keskustelun kuuleminen ²	2,7	2,4–3,0	2,9	2,6–3,2	2,8	2,6–3,0
Puolen kilometrin käveleminen ²	6,6	6,2–7,1	4,9	4,5–5,3	5,8	5,5–6,1
Muistaminen ³	2,4	2,2–2,7	3,1	2,8–3,4	2,8	2,6–3,0
Keskittyminen ³	3,4	3,0–3,9	4,7	4,2–5,1	4	3,7–4,6
Oppiminen ³	4,7	4,2–5,0	4,9	4,5–5,7	4,8	4,3–5,5
Jokin em. toimintarajoite ⁴ , % (N)	13,5 (2 012)	12,9–14,1	14,0 (1 610)	13,4–14,6	13,7 (3 617)	13,3–14,1
Tutkimukseen osallistuneet N	14 904		11 501		26 405	

¹ 95 %:n luottamusväli

² Oma arvio: suuria vaikeuksia tai ei pysty

³ Oma arvio: huono tai erittäin huono

⁴ Toimintarajoite: suuria vaikeuksia/ei pysty näkemään sanomalehtitekstiä, kuulemaan keskustelua, kävelemään 0,5 km, tai oma arvio muistista, oppimisesta tai keskittymisestä huono/erittäin huono

Tyydyttymätön terveystalvelujen tarve ja hoidon saannin esteet

Suurempi osa toimintarajoitteisista henkilöistä (92 %) kuin muusta väestöstä (88 %) on tarvinnut terveystalveluja. He kuitenkin kokivat harvemmin kuin muut saaneensa näitä talveluja riittävästi (taulukko 15.2). Lähes joka kolmas toimintarajoitteisista henkilöistä ilmoitti, ettei ollut saanut lääkäritalveluja tarpeeseensa nähden riittävästi, kun muusta väestöstä näin koki noin joka seitsemäs. Suhteellisesti suurin ero toimintarajoitteisten ja muiden henkilöiden välillä oli hoitajan vastaanottotalveluissa. Pienin ero oli hammaslääkärin talveluissa, mutta niissäkin tyydyttymätön talvelutarve oli toimintarajoitteisilla henkilöillä kaksi kertaa niin yleistä kuin muulla väestöllä. Suhteelliset erot näyttävät nuorimmassa ryhmässä (20–54-vuotiaat) jonkin verran jyrkemmiltä kuin vanhimmassa ikäryhmässä (liitetaulukko 15.2).

Ongelmat vastaanottoajan tai tutkimusten ja hoidon saamisessa olivat yleisempiä toimintarajoitteisilla henkilöillä kuin muilla (taulukko 15.3). Vastaanottoajan saamisen nopeuteen oli tyytyväisiä vain runsas neljännes toimintarajoitteisista ja runsas kolmannes muusta väestöstä. Monet erilaiset syyt, etenkin korkeat asiakasmaksut mutta myös hankalat matkat ja aukioloajat, vaikeuttivat hoidon saamista toimintarajoitteisilla henkilöillä useammin kuin muilla (kuvio 15.2). Suhteelliset erot hankalissa aukioloajoissa ja korkeissa asiakasmaksuissa olivat suurimmat nuorimmassa ikäryhmässä, jossa esimerkiksi korkeat asiakasmaksut koki ongelmaksi noin 44 prosenttia toimintarajoitteisista, kun vanhimmista toimintarajoitteisista näin koki 27 prosenttia (liitetaulukko 15.2). Useiden hoidon saantia ja sen

TAULUKKO 15.2. Tyydyttämätön terveystalvelujen tarve toimintarajoitteisuuden¹ mukaan, osuus talvelua tarvinneista (%). Lähde: FinSote 2017–2018.

	Miehet ²		Naiset ²		Yhteensä ³	
	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %
Lääkärin vastaanottotalvelut ^{4,5} (N = 19 215) ⁶	24,4	11,9	33,7	14,9	29,2	13,5
Hoitajan vastaanottotalvelut ⁴ (N = 17 646) ⁶	21,0	8,4	23	9,1	22,0	8,8
Hammaslääkärin talvelut ⁴ (N = 14 761) ⁶	28,8	15,7	35,1	17,7	32,1	16,8

¹ Toimintarajoite: suuria vaikeuksia/ei pysty näkemään sanomalehtitekstiä, kuulemaan keskustelua, kävelemään 0,5 km, tai oma arvio muistista, oppimisesta tai keskittymisestä huono/erittäin huono

² Ikävakiointu

³ Ikä- ja sukupuolivakiointu

⁴ Toimintarajoitteisten ja muun väestön välinen tasoero tilastollisesti erittäin merkitsevä (p<0,001)

⁵ Tilastollisesti merkitsevä ikä x toimintarajoite -yhdysvaikutus (p<0,05)

⁶ Talvelua tarvinneiden lukumäärä

esteitä koskevien muuttujien kohdalla suhteelliset erot näyttävät olevan miehillä jyrkemmät kuin naisilla, mutta vain hankalien aukioloaikojen kohdalla yhdysvaikutus oli tilastollisesti merkitsevä.

TAULUKKO 15.3. Terveyspalvelujen saatavuus toimintarajoitteisuuden¹ mukaan, osuus terveyspalveluja käyttäneistä (%). Lähde: FinSote 2017–2018.

	Miehet ²		Naiset ²		Yhteensä ³	
	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %
Sai yhteyden hoitopaikkaan riittävän nopeasti ⁴ (N = 19 403) ⁵	35,4	46	28,4	38,7	31,7	42,1
Sai vastaanottoajan riittävän nopeasti ⁴ (N = 20 853) ⁵	25,9	39,7	22,1	32,6	23,8	35,9
Pääsi tutkimuksiin ja hoitoihin riittävän nopeasti ⁴ (N = 19 861) ⁵	30,2	46,0	30,9	40,7	30,3	43,1

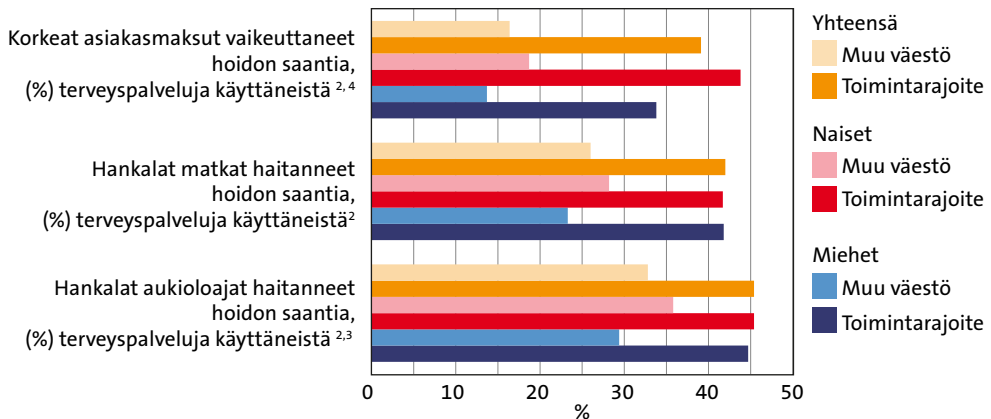
¹ Toimintarajoite: suuria vaikeuksia/ei pysty näkemään sanomalehtitekstiä, kuulemaan keskustelua, kävelemään 0,5 km, tai oma arvio muistista, oppimisesta tai keskittymisestä huono/erittäin huono

² Ikävakioitu

³ Ikä- ja sukupuolivakioitu

⁴ Toimintarajoitteisten ja muun väestön välinen tasoero tilastollisesti erittäin merkitsevä (p<0,001)

⁵ Terveyspalveluja käyttäneiden lukumäärä



¹ Toimintarajoite: suuria vaikeuksia/ei pysty näkemään sanomalehtitekstiä, kuulemaan keskustelua, kävelemään 0,5 km, tai oma arvio muistista, oppimisesta tai keskittymisestä huono/erittäin huono

² Toimintarajoitteisten ja muun väestön välinen tasoero tilastollisesti erittäin merkitsevä (p<0,001)

³ Tilastollisesti merkitsevä sukupuoli x toimintarajoite yhdysvaikutus (p<0,05)

⁴ Tilastollisesti merkitsevä ikä x toimintarajoite yhdysvaikutus (p<0,05)

KUVIO 15.2. Hoidon saannin esteitä kokeneiden osuus toimintarajoitteisuuden¹ mukaan, osuus terveyspalveluja käyttäneistä (%). Lähde: FinSote 2017–2018.

Kokemukset terveystalvelujen sujuvuudesta ja asiakaslhtöisyydestä

Hoidon saantia haitanneista tekijöistä toimintarajoitteiset asiakkaat kokivat tiedonkulun ongelmat, pompottelun palvelupisteestä toiseen ja tietojen kyselyn mo-
neen kertaan useammin ongelmaksi kuin muut (taulukko 15.4). Erot olivat suu-
ria: esimerkiksi pompottelua palvelupisteestä toiseen raportoi lähes joka toinen
toimintarajoitteisista henkilöistä, mutta muusta väestöstä noin joka neljäs.

Taulukossa 15.5 kuvataan asiakaslhtöisyyden toteutumista terveystalveluissa. Yleisesti ottaen toimintarajoitteiset henkilöt kokivat siinä ongelmia muuta väes-
töä useammin. Esimerkiksi riittävästi aikaa vastaanotolla koki saaneensa noin 40
prosenttia toimintarajoitteisista asiakkaista kun muista asiakkaista näin koki 55
prosenttia. Omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon sai mielestään riittävästi
osallistua vajaa kolmannes toimintarajoitteisista asiakkaista, mutta muusta väes-
töstä vajaa puolet.

Sähköinen asiointi

Noin joka seitsemäs koko väestöstä on ollut internetin välityksellä yhteydessä
lääkäriin tai hoitajaan (taulukko 15.6). Kun nuorimmassa ikäryhmässä hieman
useampi toimintarajoitteisista kuin muista samanikäisistä oli käyttänyt internetiä
yhteydenotossaan lääkäriin tai hoitajaan, niin vanhimmassa ikäryhmässä tilanne
oli päinvastainen (liitetaulukko 15.2).

TAULUKKO 15.4. Terveystalvelujen toimivuus toimintarajoitteisuuden¹ mukaan, osuus terveystalveluja käyttäneistä (%). Lähde: FinSote 2017–2018.

	Miehet ²		Naiset ²		Yhteensä ³	
	Toiminta- rajoite, %	Muu väestö, %	Toiminta- rajoite, %	Muu väestö, %	Toiminta- rajoite, %	Muu väestö, %
Tiedonkulussa ongelmia/hoido ei sujuvaa ⁴ (N = 19 210) ⁵	64,4	51,6	70	56,3	67,4	54,1
Pompoteltiin palvelupisteestä toiseen ⁴ (N = 20 239) ⁵	41,1	23,5	46,8	28,1	44,1	25,9
Tietoja kyseltiin useaan kertaan ⁴ (N = 20 212) ⁵	57,9	41,0	66,6	49,9	62,5	45,8

¹ Toimintarajoite: suuria vaikeuksia/ei pysty näkemään sanomalehtitekstiä, kuulemaan keskustelua, kävelemään 0,5 km, tai oma arvio muistista, oppimisesta tai keskittymisestä huono/erittäin huono

² Ikävakiointu

³ Ikä- ja sukupuolivakiointu

⁴ Toimintarajoitteisten ja muun väestön välinen tasoero tilastollisesti erittäin merkitsevä (p<0,001)

⁵ Terveystalveluja käyttäneiden lukumäärä

TAULUKKO 15.5. Terveyspalvelujen asiakaslähtöisyyden toteutuminen toimintarajoitteisuuden¹ mukaan, osuus terveyspalveluja käyttäneistä (%).
Lähde: FinSote 2017–2018.

	Miehet ²		Naiset ²		Yhteensä ³	
	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %
Riittävä vastaanottoaika ⁴ (N = 21 438) ⁵	44,8	57,6	36,6	51,8	40,4	54,5
Riittävästi aikaa kysyä terveydestä ja hoidosta ⁴ (N = 21 253) ⁵	43,7	57,4	33,6	51,4	38,4	54,2
Asiat selitettiin ymmärrettävästi ⁴ (N = 21 440) ⁵	46,5	58,8	36,4	56,1	41,2	57,3
Sai osallistua hoitopäätöksiin ⁴ (N = 20 617) ⁵	33,2	48,8	29,2	44,3	31,0	46,4

¹ Toimintarajoite: suuria vaikeuksia/ei pysty näkemään sanomalehtitekstiä, kuulemaan keskustelua, kävelemään 0,5 km, tai oma arvio muistista, oppimisesta tai keskittymisestä huono/erittäin huono

² Ikävakioitu

³ Ikä- ja sukupuolivakioitu

⁴ Toimintarajoitteisten ja muun väestön välinen tasoero tilastollisesti erittäin merkitsevä (p<0,001)

⁵ Terveyspalveluja käyttäneiden lukumäärä

TAULUKKO 15.6. Sähköinen asiointi terveyspalveluissa toimintarajoitteisuuden¹ mukaan (%). Lähde: FinSote 2017–2018.

	Miehet ²		Naiset ²		Yhteensä ³	
	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %
Asiointu lääkärin kanssa internetin välityksellä ⁴ (N = 22 652) ⁶	14,3	13,3	16,9	15,2	15,7	14,2
Asiointu hoitajan kanssa internetin välityksellä ⁴ (N = 22 703) ⁶	14,5	13,2	22,1	16,5	18,1	14,9
Asiointu muun terveydenhuollon ammattilaisen kanssa internetin välityksellä ⁵ (N = 22 184) ⁶	10,0	8,2	13,6	7,8	11,6	8,0

¹ Toimintarajoite: suuria vaikeuksia/ei pysty näkemään sanomalehtitekstiä, kuulemaan keskustelua, kävelemään 0,5 km, tai oma arvio muistista, oppimisesta tai keskittymisestä huono/erittäin huono

² Ikävakioitu

³ Ikä- ja sukupuolivakioitu

⁴ Tilastollisesti merkitsevä ikä x toimintarajoite-yhdysvaikutus (p<0,05)

⁵ Toimintarajoitteisten ja muun väestön välinen tasoero tilastollisesti merkitsevä (p=0,0019)

⁶ Vastanneiden lukumäärä

Pohdinta

Henkilöillä, joilla on oman arvionsa mukaan huomattavia toimintarajoitteita perustoinnoissa, kuten näössä, kuulossa, liikkumisessa tai tiedonkäsittelyssä, on selvästi kielteisempiä kokemuksia terveyspalveluista kuin muulla väestöllä. Tähän väestönosaan kuuluu joka seitsemäs, joten tulokset koskevat merkittävää väestöryhmää. Toimintarajoitteisten ihmisten palvelutarpeet jäivät useammin tyydyttymättä, ja hoitoon pääsemisessä ja hoidon sujuvuudessa on useammin ongelmia. Toimintarajoitteiset ihmiset kokevat muita useammin, että vastaanotolla ei ole riittävästi aikaa eikä terveydentilasta tai hoidosta saa riittävästi ymmärrettävää tietoa. Myös osallistuminen omaa hoitoa koskeviin päätöksiin on harvinaisempaa kuin muilla.

Toimintarajoitteisten ihmisten muuta väestöä kielteisemmät kokemukset voivat osin selittyä heidän runsaammalla palvelujen käytöllään, sillä paljon palveluja käyttäville ehtii todennäköisemmin kertyä kielteisiä kokemuksia. Kokemukset myös helpottavat arvioinnissa, ja henkilöllä, jolla on paljon kokemuksia, vaatimustaso voi olla korkeampi kuin kokemattomammilla asiakkailla. Aiemmassa väestökyselyssä paljon palveluja käyttävillä oli huonompia kokemuksia terveyspalvelujen asiakaslähtöisyydestä kuin palveluja harvoin käyttävillä (Aalto ym. 2017).

Tulokset terveyspalvelukokemuksista saavat tukea aiemmista melko harvialueisista suomalaisista väestötasoisista tutkimuksista, joissa terveyspalvelujen yhdenvertaisuutta on tarkasteltu toimintarajoitteisten ihmisten näkökulmasta. Terveys 2011 -tutkimuksen mukaan tyydyttymätön lääkärin hoidon tarve oli toimintarajoitteisilla henkilöillä kaksi kertaa niin yleistä kuin muussa väestössä, ja he kokivat korkeat palvelumaksut selvästi useammin hoidon saannin esteeksi kuin muu väestö (Sainio ym. 2017). Mikkolan ym. (2016) tutkimuksessa terveyspalvelujen tyydyttymätön tarve oli selvästi yleisempää kuulovaikeuksia kokeneillä iäkkäillä ihmisillä kuin muilla samanikäisillä. Kansteen ym. (2018) kouluterveydenhuollon terveydenhoitajan ja lääkärin palveluja koskevassa tutkimuksessa todettiin, että toimintarajoitteisilla nuorilla tyydyttämätön tuen ja avun tarve oli yli kaksi kertaa yleisempää muihin nuoriin verrattuna. Myös monissa muissa maissa toimintarajoitteisten ihmisten kokema tyydyttymätön palvelutarve ja huonot palvelukokemukset ovat yleisempiä kuin muussa väestössä (Gulley ym. 2008; WHO 2011; Casey 2015; Sakellariou ym. 2017).

Tulokset osoittavat, että yhdenvertaisuus ei toteudu terveyspalveluissa. Yhdenvertaisuuden ytimenä on syrjinnän kieltäminen. Lain mukaan ketään ei saa ilman hyväksyttävää perustetta asettaa eri asemaan esimerkiksi terveydentilan, vammaisuuden tai muun henkilöön liittyvän syyn perusteella (Suomen perustuslaki 6 §, yhdenvertaisuuslaki 8 §). Viranomaisen on arvioitava yhdenvertaisuuden toteutumista toiminnassaan ja ryhdyttävä tarvittaviin toimenpiteisiin yhdenvertaisuuden toteutumisen edistämiseksi (Yhdenvertaisuuslaki 5 §). Tosiasiallisella yhdenvertaisuudella tarkoitetaan yhdenvertaisuuden aktiivista edistämistä tarvittaessa niin,

että muutetaan yhdenvertaisuutta estäviä olosuhteita⁴. Terveyspalveluissa toimintatarajoitteisten ihmisten tosiasiallisen yhdenvertaisuuden toteutuminen edellyttää usein muun muassa esteettömyyteen, saavutettavuuteen, asennekasvatukseen ja asiantuntemuksen kasvattamiseen liittyviä aktiivisia toimia.

Viranomaisten palvelujen saavutettavuutta onkin edistetty kansainvälisesti. Euroopan parlamentin ja neuvoston saavutettavuusdirektiivissä säädetään julkisen hallinnon verkkosivustojen ja mobiilisovellusten saavutettavuuden minimitasosta sekä keinoista, joilla saavutettavuuden toteutumista valvotaan (EU 2016/2102). Direktiivi ja sitä seuraava kansallinen lainsäädäntö vaativat viranomaisia tekemään digitaaliset palvelut saavutettaviksi. Suomessa hallituksen esitys laiksi digitaalisten palveluiden tarjoamisesta on annettu eduskunnalle 3.5.2018. Saavutettavuusvaatimusten soveltaminen käynnistyy portaittain 23.9.2019. Tämä on selvä edistysaskel, joka voi lisätä toimintatarajoitteisten ihmisten mahdollisuuksia saada palveluja yhdenvertaisesti muiden kanssa, kun digitaalinen asiointi terveyspalveluissa tulee edelleen yleistymään. Digitaaliset ratkaisut voivat myös helpottaa toimintatarajoitteisten ihmisten asiointia: esimerkiksi älypuhelimet ja tabletit auttavat kommunikoinnissa kuvien avulla (<http://papunet.net/>), jos puhuminen ei onnistu. Tämän tutkimuksen mukaan sähköinen asiointi terveyspalveluissa oli vielä yleensä ottaen melko harvinaista, mutta aiemman väestökyselyn tulosten perusteella vammais- palveluja käyttäneistä kaksi kolmasosaa hyödynsi aktiivisesti sähköisiä palveluja ja suurin osa piti niitä hyödyllisinä (Hyppönen & Ilmarinen 2016; ks. myös Hyppönen & Ilmarinen luku 17 tässä teoksessa). Yhdenvertaisuuden kannalta on tärkeää kehittää digitaalisten palvelujen rinnalla myös muita asiointitapoja, sillä iäkkäästä väestöstä yli kolmannes ei käytä internetiä asiointiin (Sainio & Koskinen 2018).

Terveyspalvelujen saavutettavuuden esteistä kulkuongelmat nousevat kansainvälisessä kirjallisuudessa merkittäväksi tyydyttymättömän palvelutarpeen selitykseksi (Scheer ym. 2003; de Vries McClintock ym. 2016). Myös tämän tutkimuksen tuloksissa hankalat matkat terveyspalveluihin haittasivat toimintarajoitteisia ihmisiä merkittävästi enemmän kuin muita. Usein myös hankaliksi koetut aukioloajat heijastavat kulkemisen ongelmia palveluihin. FinTerveys 2017 -tutkimuksen mukaan 70 vuotta täyttäneistä ihmisistä joka kymmenennelle ongelmia tuottivat pitkät etäisyydet palveluihin ja joka viidettä haittasivat huonot liikenneyhteydet (Vilkko ym. 2018). Kulkemismahdollisuuksien parantamisen niin joukkoliikenteessä kuin taksin avulla tulisi olla poliittisten päätöksentekijöiden prioriteettitilillä, mutta ainakin toistaiseksi liikennekaaren taksipalveluja koskevat uudistukset (Laki liikenteen palveluista, 2017/320) ovat tuoneet vammaisten ihmisten kulkemiseen lisää epävarmuutta. Nähtäväksi jää, kuinka kansalaisten yhdenvertaisuus ja turvallisuus liikkumisessa tulevaisuudessa toteutuvat.

Toimintatarajoitteisten ihmisten kokemukset palvelupisteestä toiseen pomppotellusta ja tiedonkulun ongelmista osoittavat palvelujen integraatiossa olevan paran-

4 <http://yhdenvertaisuus.finlex.fi/yhdenvertaisuuden-arviointi/mita-arvioidaan/>

tamisen varaa. Kokemukset liiallisesta kiireestä vastaanotolla ja omaa terveydentilaa ja hoitoa koskevasta riittämättömästä tiedonsaannista saattavat johtaa jopa terveyspalvelujen käytön vähentämiseen, millä puolestaan on haitallisia seurauksia hyvinvoinnille (Scheer ym. 2003). Lisäksi toimintarajoitteiset henkilöt kokivat muita yleisemmin, etteivät saaneet riittävästi osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Edellä kuvatut toimintarajoitteisten ihmisten kohtaamat ongelmat voivat kertoa siitä, että heidän tarpeitaan ei kuulla riittävästi terveydenhuollossa eikä heidän kykynsä tehdä omaa elämäänsä koskevia päätöksiä uskota. Asennekasvatus ja tietoisuuden lisääminen vammaisista ihmisistä terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutuksessa vahvistaisi vammaisten ja toimintarajoitteisten oikeuksien ja yhdenvertaisuuden toteutumista (Vammaissopimus).

Toimintakyvyn ongelmat tulevat yleistymään väestön ikääntyessä. Monet terveysongelmat ovat keskimäärin yleisempiä toimintarajoitteisilla henkilöillä ja siten myös terveyspalvelujen tarve on heillä suurempi muihin verrattuna. Kun toimintarajoitteisten ihmisten palvelutarpeet jäävät useammin tyydyttymättä kuin muun väestön, johtaa väestörakenteen muutos tyydyttymättömän palvelutarpeen kasvuun, ellei asiaan puututa pikaisesti. Terveyspalvelujen saannin esteitä on mahdollista poistaa ja vähentää, sillä ainakin osa niistä on rakenteellisia, palvelujärjestelmään liittyviä esteitä, kuten jonot, hankalat matkat ja korkeat palvelumaksut (Casey ym. 2015). Vammaisten ja toimintarajoitteisten ihmisten tarpeiden huomiointiin ottaminen edellyttää määrätietoista poliittista otetta sekä palvelujärjestelmän kehittämistä. Esteettömyys ja saavutettavuus on nähtävä terveyspalveluissa itseltään selvinä asioina – ei poikkeuksina.

Toteutuessaan maakunta- ja sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen uudistukset (sote-uudistus) tulevat mullistamaan terveyspalvelujen järjestämisen, toteuttamisen ja rahoituksen ennennäkemättömällä tavalla. Tässä muutoksessa on muistettava, että rakenteet ja järjestämisen tavat rahoituksesta puhumattakaan eivät ole itseisarvoja. Ne eivät voi ohittaa niitä oikeuksia, joita ihmisillä perustuslain, Suomea sitovien ihmisoikeussopimusten ja terveyspalveluja koskevan kansallisen lainsäädännön nojalla on. Sote-uudistusta suunniteltaessa ja toteutettaessa on, tarvittaessa aktiivisin toimenpitein ja lisäresurssein, varmistettava palveluihin pääsy ja niiden laatu ja sopivuus kaikille asiakkaille.

Lähteet

- Aalto, Anna-Mari & Vehko, Tuulikki & Sinervo, Timo & Sainio, Salla & Muuri, Anu & Elovainio, Marko & Pekurinen, Markku (2018): Terveydenhuollon asiakaslähtöisyys. Palvelujen käyttäjien kokemuksia terveystalvelujen toiminnasta. Tutkimuksesta tiiviisti 12/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-880-7>
- Berger, Nicolas & Robine, Jean-Marie & Ojima, Toshiyuki & Madans, Jennifer & Van Oyen, Herman (2016): Harmonising summary measures of population health using global survey instruments. *Journal of Epidemiology and Community Health* 70:1039–1044. Doi:10.1136/jech-2015-206870
- Casey, Rebecca (2015): Disability and unmet health care needs in Canada: A longitudinal analysis. *Disability and Health Journal* 8:175–81.
- EU 2016/2102. Euroopan parlamentin ja neuvoston saavutettavuus direktiivi 2016/2102. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=CELEX%3A32016L2102>
- Gulley, Stephen & Altman, Barbara (2008): Disability in two health care systems: Access, quality, satisfaction, and physician contacts among working-age Canadians and Americans with disabilities. *Disability and Health Journal* 1:196–208.
- Hypönen, Hannele & Ilmarinen, Katja (2016): Sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaatio. Tutkimuksesta tiiviisti 22/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-739-8>.
- Härkänen, Tommi & Kaikkonen, Risto & Virtala, Esa & Koskinen, Seppo (2014): Inverse probability weighting and doubly robust methods in correcting the effects of non-response in the reimbursed medication and self-reported turnout estimates in the ATH survey. *BMC Public Health* 14:1150. Doi:10.1186/1471-2458-14-1150
- Kanste, Outi & Sainio, Päivi & Halme, Nina & Nurmi-Koikkalainen, Päivi (2017): Toimintarajoitteisten nuorten hyvinvointi ja avun saaminen – Toteutuuko yhdenvertaisuus? Kouluterveyskyselyn tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 24/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-838-8>
- Kanste, Outi & Sainio, Päivi & Halme, Nina & Nurmi-Koikkalainen, Päivi (2018a): Erilaisia toimintarajoitteita kokevien nuorten hyvinvointi ja kasvuympäristön turvallisuus. Tutkimuksesta tiiviisti 24/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-156-0>
- Kanste, Outi & Halme, Nina & Sainio, Päivi (2018b): Tyydyttämätön tuen ja avun tarve toimintarajoitteisilla ja muilla nuorilla koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, tulossa.
- McWhinnie, JR (1981): Disability assessment in population surveys: results of the O.E.C.D. Common Development Effort. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 29: 413–419.
- Mikkola Tuija & Polku Hannele & Sainio Päivi & Koponen Päivikki & Koskinen Seppo & Viljanen, Anne (2016): Hearing loss and use of health services: a population-based cross-sectional study among Finnish older adults. *BMC Geriatrics* 16:182. doi:10.1186/s12877-016-0356-5
- Nurmi-Koikkalainen, Päivi (2017): Tiedontarve vammaisuudesta. Teoksessa: Päivi Nurmi-Koikkalainen & Sanna Ahola & Mika Gissler & Nina Halme & Seppo Koskinen & Minna-Liisa Luoma & Antti Malmivaara & Anu Muuri & Päivi Sainio & Katri Sääksjärvi & Riikka Väyrynen: Tietoa ja tietotarpeita vammaisuudesta. Analyysia THL:n tietotuotannosta. Työpöytäpaperi 38/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 13–19. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-946-0>
- Pentala-Nikulainen, Oona & Koskela, Timo & Parikka, Suvi & Aalto, Anna-Mari & Muuri, Anu (2018a): Alueelliset erot aikuisväestön palvelukokemuksissa ja hyvinvoinnissa: FinSote 2018. Tilastoraportti 21/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2018060125085>
- Pentala-Nikulainen, Oona & Koskela, Timo & Parikka, Suvi & Kilpeläinen, Heikki & Koskenniemi, Timo & Aalto, Anna-Mari & Muuri, Anu & Koskinen, Seppo & Lounamaa, Anne (2018b): Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2017–2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkojulkaisu: thl.fi/finnote.

- Popplewell, Nicola & Rechel, Boika & Abel, Gary (2014): How do adults with physical disability experience primary care? A nationwide cross-sectional survey of access among patients in England. *BMJ Open* 4:e004714. doi:10.1136/bmjopen-2013-004714.
- Sainio, Päivi & Sääksjärvi, Katri & Nurmi-Koikkalainen, Päivi & Ahola, Sanna & Koskinen, Seppo (2017): Toimintarajoitteisuuden yleisyys ja toimintarajoitteisten henkilöiden hyvinvointi – tuloksia Terveys 2011 -tutkimuksesta. Teoksessa: Päivi Nurmi-Koikkalainen & Sanna Ahola & Mika Gissler & Nina Halme & Seppo Koskinen & Minna-Liisa Luoma & Antti Malmivaara & Anu Muuri & Päivi Sainio & Katri Sääksjärvi & Riikka Väyrynen: Tietoa ja tietotarpeita vammaisuudesta. Analyysia THL:n tietotuotannosta. Työpäperi 38/2017. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 34–52. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-946-0>
- Sainio, Päivi & Koskinen, Seppo (2018): Arki-toimista suoriutuminen. Teoksessa: Päivikki Koponen & Katja Borodulin & Annamari Lundqvist & Katri Sääksjärvi & Seppo Koskinen (toim.): Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. *FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 164–167.
- Sakellariou, Dikaios & Rotarou, Elena (2017): Access to healthcare for men and women with disabilities in the UK: secondary analysis of cross-sectional data. *BMJ Open* 7:e016614. Doi:10.1136/bmjopen-2017-016614.
- Sosiaalihuoltolaki 1301/2014, 1 §. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141301>.
- Suomen perustuslaki 731/1999, 6 § ja 19 §. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- Terveidenhuoltolaki 1326/2010, 2 §. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>
- THL (2016–2017). THL:n laatimat ennakkoarviot. <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/palvelujen-jarjestaminen/sote-jarjestamislaki-ja-thl-n-ennakkoarviot>, <https://thl.fi/fi/web/sote-uudistus/valinnanvapaus>
- Vammaissopimus, SopS 26–27/2016. <https://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/2016/20160027>.
- Valentine, Nicole & Bonsel, Gouke J & Murray, Christopher JL (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(7):1107–25.
- Vilkkö, Anni & Sainio, Päivi & Hammar, Teija & Vainio, Suvi (2018): Asuinympäristö. Teoksessa: Päivikki Koponen & Katja Borodulin & Annamari Lundqvist & Katri Sääksjärvi & Seppo Koskinen (toim.): Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. *FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018*. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 168–173.
- de VriesMcClintock, Heather & Barg, Frances & Katz, Sam & Stineman, Margaret & Krueger, Alice & Colletti, Patrice & Boellstorff, Tom & Bogner, Hillary (2016): Health care experiences and perceptions among people with and without disabilities. *Disability and Health Journal* 9:74–82.
- WG (2018). Washington Group on Disability Statistics. Luettu 28.9.2018. <http://www.washingtongroup-disability.com/>
- WHO and World Bank (2011). World report on disability. World Health Organization and the World Bank. http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf?ua=1
- Yhdenvertaisuuslaki 1325/2014, 5 §. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141325>.

Liitteet

LIITETAULUKKO 15.1. Otos ja osallistuneiden lukumäärät ikä- ja sukupuoliryhmittäin, lkm. Lähde: FinSote 2017–2018.

Ikäryhmä	Otos	Osallistuneet
20–54 yhteensä	24 543	6 870
miehet	12 602	2 886
naiset	11 941	3 984
55–74 yhteensä	16 715	9 768
miehet	8 200	4 446
naiset	8 515	5 322
75+ yhteensä	17 050	9 767
miehet	6 789	4 169
naiset	10 261	5 598

Ylipeitto (kuolleet, ulkomaille muuttaneet) yhteensä: 1 092

LIITETAULUKKO 15.2. Terveyspalveluja koskevat muuttujat toimintarajoitteisuuden¹ mukaan ikä- ja sukupuoliryhmittäin (%). Lähde: FinSote 2017–2018.

	Ikäryhmä					
	20–54		55–74		75 +	
	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %
Lääkärin vastaanottopalveluja riittämättömästi saaneiden osuus, (%) palvelua tarvinneista						
Miehet	31,5	11,1	19,7	12,9	22,5	13,3
Naiset	44,3	16,6	31,1	13,0	22,5	13,6
Yhteensä	37,3	14,2	24,9	12,9	22,5	13,5
Hoitajan vastaanottopalveluja riittämättömästi saaneiden osuus, (%) palvelua tarvinneista						
Miehet	23,9	8,6	20,1	8,0	19,1	10,6
Naiset	29,2	8,9	22,5	9,2	18,9	10,3
Yhteensä	26,6	8,7	21,1	8,7	19,0	10,4
Hammaslääkärin palveluja riittämättömästi saaneiden osuus, (%) palvelua tarvinneista						
Miehet	29,8	15,3	29,2	16,1	25,0	17,5
Naiset	46,5	20,1	26,5	15,7	25,1	13,8
Yhteensä	38,1	17,9	27,8	15,9	25,0	15,3
Hoitopaikkaan riittävän nopeasti yhteyden saaneiden osuus (%)						
Miehet	38,6	45,9	33,4	47,7	31,8	41,0
Naiset	26,3	36,9	29,8	41,5	31,2	40,0
Yhteensä	32,8	41,0	31,8	44,5	31,4	40,4
Vastaanottoajan riittävän nopeasti terveydenhuollossa saaneiden osuus (%)						
Miehet	18,7	41,3	30,2	38,7	26,0	33,1
Naiset	20,2	31,4	21,8	35,0	23,8	31,8
Yhteensä	19,4	36,0	26,5	36,7	24,6	32,4

¹ Toimintarajoite: koettu vakava rajoite näkemisessä, kuulemisessa, 0,5 km kävelyssä, muistamisessa, oppimisessa tai keskittymisessä.

LIITETAULUKKO 15.2. jatkuu

	Ikäryhmä					
	20–54		55–74		75 +	
	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %	Toimintarajoite, %	Muu väestö, %
Tutkimuksiin ja hoitoihin riittävän nopeasti terveydenhuollossa päässeiden osuus (%)						
Miehet	23,3	43,5	34,9	49,6	35,2	44,7
Naiset	27,9	38,8	31,4	43,0	34,2	42,4
Yhteensä	25,2	40,9	33,3	46,1	34,6	43,3
Hankalat audioloajat haittaaneet hoidon saantia, (%) terveystalvija käyttäneistä						
Miehet	50,8	31,5	40,5	26,3	38,1	28,3
Naiset	56,9	42,1	33,2	28,4	35,5	27,2
Yhteensä	53,6	37,2	37,3	27,4	36,5	27,7
Hankalat matkat haittaaneet hoidon saantia (%), terveystalvija käyttäneistä						
Miehet	43,1	24,3	41,0	21,2	42,2	25,2
Naiset	45,0	28,1	39,0	27,6	43,2	30,7
Yhteensä	44,0	26,3	40,0	24,6	42,8	28,3
Korkeat asiakasmaksut vaikeuttaneet hoidon saantia (%), terveystalvija käyttäneistä						
Miehet	31,9	12,7	40,0	15,0	26,5	15,3
Naiset	58,0	20,4	37,3	17,4	27,1	16,7
Yhteensä	44,4	16,8	38,8	16,3	26,9	16,1
Tiedonkulussa ongelmia/hoito ei sujuvaa (%)						
Miehet	67,2	55,6	61,9	47,7	55,5	42,8
Naiset	76,3	60,5	61,8	53,2	59,3	46,4
Yhteensä	71,3	58,2	64,5	50,6	57,9	44,9
Hoidon saantia haittasi pompottelu palvelupisteestä toiseen (%), terveystalvija käyttäneistä						
Miehet	43,9	24,8	41,1	21,6	34,3	22,7
Naiset	56,9	31,3	40,5	25,1	33,7	23,3
Yhteensä	50,2	28,3	40,9	23,5	33,9	23,0
Hoidon saantia haittasi tietojen kysely useaan kertaan (%), terveystalvija käyttäneistä						
Miehet	62,6	44,5	53,8	36,5	50,7	37,5
Naiset	74,8	56,6	60,2	43,2	52,5	39,3
Yhteensä	68,5	51,0	56,6	40,1	51,8	38,5
Riittävä vastaanottoaika (%)						
Miehet	50,9	58,7	39,4	57,0	41,7	54,1
Naiset	31,7	52,4	37,2	51,3	38,8	50,1
Yhteensä	41,9	55,3	38,4	53,9	39,9	51,8
Riittävästi aikaa kysyä terveydentilasta ja hoidosta (%)						
Miehet	46,0	57,5	41,7	58,0	42,1	54,6
Naiset	28,3	51,2	33,3	51,7	38,2	50,5
Yhteensä	37,8	54,2	38,0	54,7	39,6	52,2

¹ Toimintarajoite: koettu vakava rajoite näkemisessä, kuulemisessa, 0,5 km kävelyssä, muistamisessa, oppimisessa tai keskittymisessä.

LIITETAULUKKO 15.2. jatkuu

	Ikäryhmä					
	20–54		55–74		75 +	
	Toiminta- rajoite, %	Muu väestö, %	Toiminta- rajoite, %	Muu väestö, %	Toiminta- rajoite, %	Muu väestö, %
Asiat selitettiin ymmärrettävästi (%)						
Miehet	51,6	58,6	43,4	59,0	44,1	60,2
Naiset	31,6	54,4	33,3	57,6	44,0	58,2
Yhteensä	42,3	56,4	39,6	58,2	44,1	59,0
Sai osallistua omaa hoitoa ja tutkimuksia koskeviin päätöksiin(%)						
Miehet	32,2	49,3	31,9	48,8	34,6	46,4
Naiset	26,4	43,6	29,1	45,2	31,8	44,6
Yhteensä	29,4	46,2	30,7	46,9	32,8	45,4
Asioinut lääkärin kanssa internetin välityksellä (%)						
Miehet	13,8	11,7	17,3	15,3	13,2	16,2
Naiset	19,2	15,5	17,7	15,6	9,9	13,8
Yhteensä	16,2	13,7	17,5	15,5	11,1	14,8
Asioinut hoitajan kanssa internetin välityksellä (%)						
Miehet	12,8	9,7	19,0	17,6	19,0	20,0
Naiset	23,7	15,4	26,3	18,1	14,6	18,9
Yhteensä	17,5	12,6	22,1	17,8	16,2	19,4
Asioinut muun terveydenhuollon ammattilaisen kanssa internetin välityksellä (%)						
Miehet	9,1	7,1	11,2	9,7	11,7	10,1
Naiset	15,7	7,5	13,7	8,2	10,1	9,6
Yhteensä	11,9	7,3	12,3	9,0	10,7	9,8

¹ Toimintarajoite: koettu vakava rajoite näkemisessä, kuulemisessa, 0,5 km kävelyssä, muistamisessa, oppimisessa tai keskittymisessä.

Liite 15.1. Terveyspalveluja koskevien kysymysten kuvaus

Tyydyttymätöntä terveyspalvelujen tarvetta kartoitettiin kysymällä vastaajilta, olivatko he mielestään saaneet riittävästi seuraavia terveyspalveluja 12 viime kuukauden aikana: a) lääkärin vastaanottopalvelut, b) sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanottopalvelut c) hammaslääkäripalvelut. Vastausvaihtoehdot olivat 1) en ole tarvinnut palveluja, 2) olisin tarvinnut mutta palvelua ei saatu, 3) olen käyttänyt, palvelu ei ollut riittävä, 4) olen käyttänyt, palvelu oli riittävä. Vastajia pyydettiin huomioimaan sekä kunnan että yksityisen palveluntarjoajan palvelut. Tyydyttymättömän palvelutarpeen yleisyys palvelua tarvinneiden keskuudessa laskettiin jakamalla vastausvaihtoehdon 2 tai 3 valinneiden henkilöiden lukumäärä vastausvaihtoehdon 2, 3 tai 4 valinneiden määrällä. Terveyspalveluja tarvinneeksi luokiteltiin ne, jotka vastasivat tarvinneensa tai saaneensa lääkärin vastaanottopalveluja, hoitajan palveluja tai hammaslääkäripalveluja (vastausvaihtoehdot 2, 3 tai 4).

Kokemuksia terveyspalvelujen saatavuudesta kartoitettiin pyytämällä vastaajia arvioimaan, kuinka hyvin seuraavat väittämät olivat toteutuneet heidän kohdallaan: a) sain yhteyden hoitopaikkaan riittävän nopeasti, b) sain vastaanottoajan riittävän nopeasti ja c) pääsin tutkimuksiin riittävän nopeasti (esim. laboratoriokokeet, röntgen, ultraäänitutkimus). Vastausvaihtoehdot olivat: 1) aina, 2) useimmiten, 3) joskus, 4) ei koskaan, 5) ei koske minua (en ole käyttänyt terveyspalveluja). Terveyspalvelujen saatavuuden kriteerinä pidettiin ”optimaalista” tilannetta eli sitä että hoitoon pääsy riittävän hyvin toteutui aina. Näin ollen terveyspalvelujen saatavuuden hyväksi arvioineiden osuus laskettiin jakamalla vastausvaihtoehdon 1 valinneiden henkilöiden lukumäärä vastausvaihtoehdon 1, 2, 3 tai 4 valinneiden määrällä.

Terveyspalvelujen saannin esteitä kartoitettiin pyytämällä vastaajia arvioimaan, olivatko hoidon saantia haitanneet 12 viime kuukauden aikana a) hankalat aukioloajat, b) hankalat matkat, c) korkeat asiakasmaksut. Vastausvaihtoehdot olivat 1) aina, 2) useimmiten, 3) joskus, 4) ei koskaan, 5) ei koske minua (en ole käyttänyt terveyspalveluja). Terveyspalvelujen saannin koettujen esteiden yleisyys laskettiin jakamalla vastausvaihtoehdon 1, 2 tai 3 valinneiden henkilöiden lukumäärä vastausvaihtoehdon 1, 2, 3 tai 4 valinneiden määrällä.

Terveyspalvelujen sujumista kartoitettiin kysymällä a) kuinka usein asiat hoidettiin sujuvasti ja tieto kulki ammattilaisten välillä; sekä kuinka usein hoidon saantia oli haitannut b) pompottelu palvelupisteestä toiseen ja c) oman tilanteen selvittäminen usealle työntekijälle tai moneen kertaan. Vastausvaihtoehdot olivat: 1) aina, 2) useimmiten, 3) joskus, 4) ei koskaan, 5) ei koske minua (en ole käyttänyt terveyspalveluja). Terveyspalvelujen sujuvuusongelmien yleisyys laskettiin a-kysymyksen kohdalla jakamalla vaihtoehdon 2, 3 tai 4 valinneiden henkilöiden lukumäärä vaihtoehdon 1, 2, 3 tai 4 valinneiden määrällä; b- ja c-kysymyksissä sujuvuusongelmia kokeneiden osuus laskettiin jakamalla vastausvaihtoehdon 1, 2 tai 3 valinneiden henkilöiden lukumäärä vastausvaihtoehdon 1, 2, 3 tai 4 valinneiden määrällä.

Kokemuksia terveystalvelujen asiakaslhtöisyydestä kartoitettiin neljällä vaitämällä, joita on käytetty WHO:n terveydenhuollon asiakaslhtöisyyskyselyssä (Valentine, Bonsel, & Murray, 2007). Vastaavia kysymyksiä on käytetty myös OECD:n potilaskokemuksen laatuindikaattoreina (<http://www.oecd.org/els/health-systems/hcqi-responsiveness-and-patient-experiences.htm>). Vastaajia pyydettiin ajattelemaan kokemuksiin hoitohenkilöstöstä (lääkärit, hoitajat tai muu hoitava henkilöstö) 12 viime kuukauden ajalta ja arvioimaan, kuinka seuraavat asiat olivat toteutuneet heidän kohdallaan: a) kanssani vietettiin riittävästi aikaa vastaanottokäynnillä, b) asiat selitettiin ymmärrettävästi c) sain tarpeeksi aikaa kysyä terveydentilastani tai saamistani hoidoista, d) sain osallistua hoitoani tai tehtyjä tutkimuksia koskeviin päätöksiin niin paljon kuin halusin. Vastausvaihtoehdot olivat 1) aina, 2) useimmiten, 3) joskus, 4) ei koskaan, 5) ei koske minua (en ole käyttänyt terveystalveluja). Terveystalvelujen asiakaslhtöisyyden hyväksi arvioineiden osuus laskettiin jakamalla kussakin kysymyksessä vastausvaihtoehdon 1 valinneiden henkilöiden lukumäärä vastausvaihtoehdon 1, 2, 3 tai 4 valinneiden määrällä.

Sähköistä asiointia kartoitettiin kysymällä, kuinka monta kertaa vastaaja on ollut yhteydessä terveydenhuollon ammattilaiseen 12 viime kuukauden aikana internetin välityksellä (tietokoneella, kännykällä tai muulla laitteella) a) lääkäriin b) terveyden- tai sairaanhoitajaan ja c) muuhun terveydenhuollon ammattilaiseen. Vastausvaihtoehdot olivat: 1) en kertaakaan, 2) yhden kerran, 3) 2–3 kertaa, 4) 4–6 kertaa, 5) yli 6 kertaa. Sähköisen asioinnin yleisyys on laskettu niistä vastaajista, jotka ovat vastanneet kohtiin a, b ja c vaihtoehdon 2, 3, 4 tai 5.

16

Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve ja käyttö tulotason mukaan

Tässä luvussa kuvataan 65 vuotta täyttäneen väestön sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta ja kokemuksia palvelujen saannista, sekä lääkäri- ja hammaslääkäripalvelujen käytön jakautumista terveyskeskuspalveluihin ja yksityisiin palveluihin tuloviidenneksittäin. Tarkastelussa ovat mukana terveyskeskuslääkärin palvelut, hammashoito, mielenterveyspalvelut, kotipalvelu, kotisairaanhoido, omaishoidon tuki sekä toimeentulotuki. Kotipalvelua, kotisairaanhoidoa ja omaishoidon tukea tarkastellaan ainoastaan 75 vuotta täyttäneillä, sillä tätä nuoremmilla näiden palvelujen tarve on vähäistä. Tulosten mukaan ikääntyneet käyttävät paljon terveyskeskuslääkärin palveluja tuloista riippumatta, mutta suurempituloiset käyvät pienituloisia useammin yksityislääkäreillä. Pienituloiset jättävät myös suurempituloisia huomattavasti useammin käymättä lääkärissä rahan puutteen vuoksi. Lisäksi pienituloiset ikääntyneet tarvitsevat kotihoitoa suurempituloisia useammin, mutta palveluja ei koeta saatavan riittävästi. Yksi suomalaisen yhteiskunnan haaste on turvata kasvavan väestönosan palvelujen saanti heidän tuloistaan riippumatta – tähän tulisi kiinnittää huomiota myös sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää uudistettaessa.

Ikääntyneiden osuus Suomen väestöstä kasvaa merkittävästi. Maassamme on jo yli miljoona 65 vuotta täyttänyttä kansalaista, ja Tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan vuonna 2030 heitä on lähes 1,5 miljoonaa (<http://www.stat.fi/til/vaenn/2015>). Väestön ikääntyminen vaikuttaa merkittävästi niin työmarkkinoihin, asumiseen kuin palvelujen tuottamiseen ja turvaamiseenkin. Taloudellisesti ja sosiaalisesti kestävä järjestelmä vaatii nyt jo hyvin suuren ja edelleen kasvavan väestöryhmän huomioon ottamista kokonaisvaltaisesti yhteiskunnallisessa päätöksenteossa.

Vaikka ikääntyneiden toimintakyky ja terveys ovat kohentuneet aiempaan verrattuna, myös elinikä on pidentynyt ja monet sairaudet ja toimintakyvyn rajoitteet lisääntyvät iän myötä. Ikääntyneiden määrän kasvu lisää siten palvelujen tarvetta. Yhteiskunnan ikärakenteen muutos (ks. Kestilä & Martelin luku 1 tässä teoksessa) ja iäkkään väestön määrän ja osuuden kasvu vaatii muun muassa palvelujärjestelmän rakenteiden muuttamista. Nykyisenkaltaisen palvelujärjestelmän ylläpitämisen ei nähdä enää olevan taloudellisesti kestäväällä pohjalla. Julkisuudessa on usein esillä paljon hoivaa tarvitsevien ja huonossa kunnossa olevien vanhusten palvelujen järjestäminen. Jo pitkään näissä palveluissa on painotettu omaan kotiin tuotavaa ja siellä annettavaa apua ja hoitoa, ja tavoitteena on, että ikääntynyt väestö voisi asua kotona nykyistä pidempään. Taloudellisten argumenttien lisäksi mahdollisimman pitkään jatkuvaa kotona asumista tukee se, että ikääntyneet haluavat asua kotona ja säilyttää tärkeän riippumattomuuden ja itsenäisyyden tunteen (Tamminen & Solin 2013).

Sosiaali- ja terveyspalveluilla on tärkeä rooli varmistaa tasa-arvoiset ja inhimilliset elinolosuhteet myös ikääntyneelle väestölle. Palvelujärjestelmän rakenteet voivat luoda, ylläpitää tai kaventaa hyvinvointiin liittyviä eroja. Yksi suomalaisen yhteiskunnan haaste on turvata kasvavan väestönsosan palvelujen saanti heidän tuloistaan riippumatta. Tässä luvussa kuvataan 65 vuotta täyttäneen väestön sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta ja kokemuksia palvelujen saannista sekä lääkäri- ja hammaslääkäripalvelujen käytön jakautumista terveyskeskuspalveluihin ja yksityisiin palveluihin tuloviidenneksittäin.

Aineisto ja menetelmät

Luvussa esitetyt tulokset on saatu käyttäen aineistona vuosien 2013–2015 Aikuisen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimusta (ATH, sittemmin FinSote), johon on yhdistetty tulotiedot Tilastokeskuksen rekistereistä. ATH on vuonna 2010 käynnistynyt Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttama kyselytutkimus. Sen avulla seurataan hyvinvoinnissa, terveydessä, palvelujen tarpeessa, palvelujen käytössä ja niiden riittävydessä tapahtuneita muutoksia väestössä ja eri väestöryhmissä. Vuosien 2013–2015 otoskoko 65 vuotta täyttäneistä oli 54 853 ja vastanneiden osuus 69 prosenttia (37 848 henkilöä).

Sosiaali- ja terveyspalvelujen tarvetta ja kokemuksia on luvussa tarkasteltu perustuen kysymykseen ”Oletteko mielestänne saanut riittävästi seuraavia sosiaali- ja terveyspalveluja 12 viime kuukauden aikana?”. Vastausvaihtoehdot ovat 1) ei ole tarvittu, 2) olisi tarvittu, mutta palvelua ei saatu, 3) on käytetty, palvelu ei ollut riittävää ja 4) on käytetty, palvelu oli riittävää.

Lääkäripalvelujen käyttöä koskeva tarkastelu on tehty perustuen kysymykseen ”Kuinka monta kertaa olette käynyt oman sairautenne vuoksi 12 viime kuukauden aikana lääkärin vastaanotolla terveyskeskuksessa?” sekä ”Kuinka monta kertaa olette käynyt oman sairautenne vuoksi 12 viime kuukauden aikana lääkärin vastaanotolla yksityisellä terveysasemalla?”. Hammaslääkäripalvelujen käyttöä koskevassa tarkastelussa on käytetty kysymystä ”Oletteko käynyt 12 viime kuukauden aikana 1) terveyskeskuksen hammaslääkärillä, 2) yksityisellä hammaslääkärillä?”. Vaihtoehdot ovat ”en” ja ”kyllä”.

Tuloviidennekset on muodostettu siten, että Tilastokeskuksen rekistereistä saadut kotitalouden yhteenlasketut käytettävissä olevat tulot on muutettu kulu- tussyksikkökohtaisiksi tuloiksi siten, että kotitalouden tulot jaetaan sen jäsenten määrällä ja painotetaan iän mukaan. Tämän jälkeen vastaajat on jaettu viiteen yhtä suureen tuloryhmään. 65 vuotta täyttäneiden kulutusyksikkökohtaiset tulot aineistossa ovat alimpaan tuloviidennekseen kuuluvilla vastaajilla korkeintaan 14 986 euroa ja toiseksi alimpaan viidennekseen kuuluvilla 14 987–18 683 euroa vuodessa. Keskimmäiseen viidennekseen kuuluvien tulot ovat 18 684–23 033 euroa vuodessa. Toiseksi ylimpään viidennekseen kuuluvilla tulot ovat 23 034–30 218 euroa ja ylimpään viidennekseen kuuluvilla yli 30 218 euroa vuodessa. Pienituloisimpien tulot ovat enimmillään hyvin lähellä vuokralla pääkaupunki- seudulla asuvan yli 65-vuotiaan vuoden 2015 minimibudjettiköyhyysrajaa, joka oli 1 200 euroa kuukaudessa. (Mukkila ym. 2017.)

Aineistossa miehet ovat naisia selvästi suurituloisempia. Kolmeen ikäryhmään (65–74, 75–84 ja 85 vuotta täyttäneet) jaoteltuna vanhemmat vastaajat ovat nuorempia pienituloisempia. Vanhimmista naisista lähes puolet ja 75–84-vuotiaista- kin noin kolmasosa kuuluu alimpaan tuloviidennekseen. Vanhimmista miehistä hieman alle 30 prosenttia kuuluu alimpaan viidennekseen. Siviilisäädyn mukaan tarkasteltuna pienituloisimmista vastaajista lähes neljä viidestä on joko naimat- tomia (14 %), eronneita (19 %) tai leskiä (45 %). Ainoastaan reilu viidennes elää avo- tai avioliitossa. Ero ylimpään tuloviidennekseen kuuluviin vastaajiin on suuri. Heistä lähes neljä viidestä elää parisuhteessa.

Terveyspalvelujen itse ilmoitetun tarpeen tuloryhmittäiset erot ikääntyneillä

Taulukossa 16.1 esitetään terveyskeskuslääkärin palveluja, hammashoitoa ja mielenterveyspalveluja viimeisen vuoden aikana tarvinneiden 65 vuotta täyttäneiden osuudet tuloviidenneksittäin. Terveyskeskuslääkärin palveluja ilmoitti tarvinneensa kaiken kaikkiaan kolme neljästä vastaajasta. Alimpaan viidennekseen kuuluvista 78 prosenttia ja toiseksi alimpaan tai keskimmäiseen tuloviidennekseen kuuluvista myös hieman keskivertoa useammat olivat tarvinneet tätä palvelua. Ylimpään viidennekseen kuuluvista vastaajista sen sijaan hieman keskivertoa harvemmat ilmoittivat tarvinneensa lääkäripalvelua terveyskeskuksessa, mutta heistäkin kuitenkin yli 70 prosenttia.

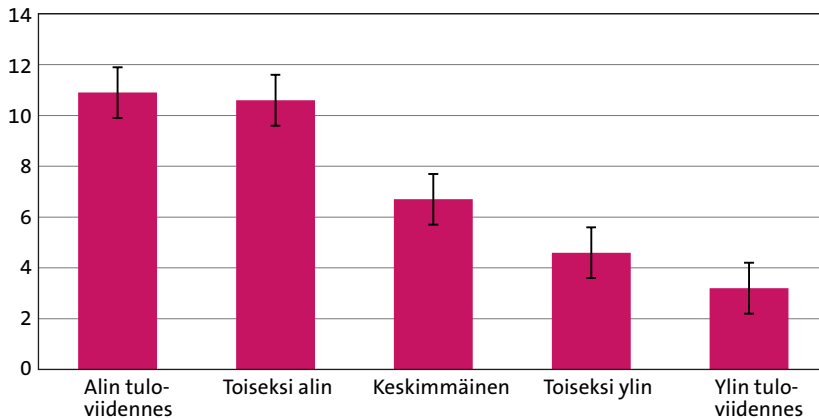
Pienituloisten ikääntyneiden suurempaa tarvetta terveyskeskuslääkärin palveluihin selittää osaltaan tiedossa olevat sosioekonomiset terveyserot. Matalaan sosioekonomiseen asemaan liittyy ikääntyneillä muun väestön tavoin keskimääräistä heikompi fyysinen ja psyykinen toimintakyky, suurempi sairastavuus ja korkeampi kuolleisuus (<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot>).

Osa ikääntyneistä jättää käymättä lääkärissä oman taloudellisen tilanteensa vuoksi. Kaikkiaan rahan puutteen vuoksi viimeisen vuoden aikana oli jättänyt käymättä lääkärissä seitsemän prosenttia vastaajista. Tuloryhmittäiset erot ovat selvät (kuvio 16.1): kahteen alimpaan tuloviidennekseen kuuluvista noin yksitoista prosenttia ei ollut viimeiseen vuoteen käynyt lääkärissä taloudellisten ongelmien vuoksi, kun suurituloisimmilla vastaava osuus oli kolme prosenttia.

Tulkintoja tehtäessä onkin tärkeää pitää mielessä, että vastausvaihtoehto ”ei ole tarvittu” kuvaa vastaajan subjektiivista arviota tilanteesta, ei sairastavuutta. Ei ole tietoa siitä, miten eri tavoin vastaajat kokevat tarpeen hakeutua hoitoon. Aiemmissa tutkimuksissa (esim. Manderbacka ym. 2012) on arvioitu syitä, joiden perusteella asiakas ei ehkä hakeudu palveluihin. Tällaisia syitä voivat olla esimerkiksi sosioekonomiset tekijät, ikä, aiemmat kokemukset palveluista, asenteet ja

TAULUKKO 16.1. Terveyskeskuslääkärin palvelua, hammashoitoa ja mielenterveyspalveluja viimeisen vuoden aikana tarvinneet 65 vuotta täyttäneet tuloviidenneksittäin (% , 95 %-n luottamusväli). Lähde: ATH 2013–2015.

Palvelu	Tuloviidennes				
	Alin % (95 %-n LV)	Toiseksi alin % (95 %-n LV)	Keskimmäinen % (95 %-n LV)	Toiseksi ylin % (95 %-n LV)	Ylin % (95 %-n LV)
Terveyskeskuslääkärin vastaanotto	78 (76–79)	77 (75–79)	77 (76–79)	75 (73–76)	71 (70–72)
Hammashoito	38 (35–40)	42 (40–43)	48 (46–49)	51 (49–52)	51 (50–52)
Mielenterveyspalvelut	4 (1–7)	3 (1–6)	2 (0–5)	2 (0–5)	2 (0–4)



KUVIO 16.1. 65 vuotta täyttäneet, jotka ovat rahan puutteen vuoksi jättäneet käymättä lääkärissä viimeisen vuoden aikana tuloviidenneksittain (%; 95 %:n luottamusväli). Lähde: ATH 2013–2015.

palvelujen kustannukset. Pienituloisimmille jo terveyskeskuskassat saattavat olla liian suuret, ja lääkäriin meno voidaan tulkita tarpeettomaksi rahanmenoksi, jos sairauden tai vaivan kanssa vielä pärjää.

Hammashoitoa ilmoitti tarvitseensa 46 prosenttia vastaajista. Tuloryhmittäiset erot olivat varsin suuret (taulukko 16.1). Kahteen ylimpään tuloviidennekseen kuuluvista hammashoitoa oli viimeisen vuoden aikana tarvinnut yli puolet, mutta alimpaan viidennekseen kuuluvista 38 prosenttia. Aiemmin on todettu, että käytettävissä olevat tulot vaikuttavat selvästi siihen, mitä hammashoitopalveluita ollaan valmiita tai pystytään maksamaan. Hammashoitopalvelujen käyttö on liian vähäistä vähän koulutetuilla ja pienituloisilla, ja toisaalta riittävää tai liiankin runsasta korkeakoulutetuilla ja hyvätuloisilla. (Widström 2013.) Kun lääkäriin jätetään menemättä rahan puutteen vuoksi, ei ole mitään syytä olettaa, että hammaslääkäriin menoa ei lykättäisi samasta syystä.

Mielenterveyspalveluja ilmoitti viimeisen vuoden aikana tarvitseensa ainoastaan kolme prosenttia vastanneista. Tuloryhmittäiset erotkin ovat hyvin pienet (taulukko 16.1). Tässä luvussa käytetyssä aineistossa yli yhdeksän prosenttia vastaajista kuitenkin ilmoitti, että heillä oli ollut viimeisen vuoden aikana esimerkiksi lääkärin toteama tai hoitama masennus. Tuloryhmittäin tarkasteltuna masennusta esiintyi huomattavasti useammin pieni- kuin suurituloisilla vastaajilla. Alimpaan tuloviidennekseen kuuluvista 14 prosentilla oli todettu masennus, mutta ylimpään viidennekseen kuuluvista kuudella prosentilla. On mahdollista, että tämä ristiriita ilmoitetun mielenterveyspalvelujen tarpeen ja masennusdiagnoosin välillä johtuu siitä, että diagnoosi on tehty jonkin muun lääkärikäynnin yhteydessä, eikä tarvetta varsinaisiin mielenterveyspalveluihin hakeutumiseen ole ollut. Diagnoosi on myös saatettu tehdä aiemmin, eikä juuri viimeksi kuluneen vuoden sisällä.

Tuloryhmittäiset erot tyytyväisyydessä terveyspalvelujen saantiin

Ikääntyneillä tyytymättömyys terveyskeskuslääkärin palvelujen saantiin on yleistä. Lähes neljännes (23 %) 65 vuotta täyttäneistä lääkäripalveluja tarvinneista ei ollut saanut lainkaan tai ei ollut kokenut saavansa riittävästi lääkäripalveluja terveyskeskuksessa. Tuloryhmittäin tarkasteltuna suurituloisimmat ovat jonkin verran useammin tyytymättömiä (25 %) kuin kaikkein pienituloisimmat (21 %). Manderbackan ym. (2012) tutkimuksen tulokset näyttäisivät olevan tämän tuloksen kanssa ristiriidassa. Ne 60-vuotiaat ja vanhemmat, jotka kokivat menojensa kattamisen tuloillaan hankalaksi, kokivat enemmän tyydyttämättä avoterveydenhuollon palvelutarvetta kuin ne, jotka kokivat menojen kattamisen tuloillaan helpoksi. Myös Ilmarisen ym. (2016) sosiaalipalvelujen toimivuutta käsittelevässä tutkimuksessa todettiin, että toimeentulovaikeuksia kokeneet luottivat muita vähemmän vanhuspalvelujen saamiseen.

Edellä mainittu ero voi osin selittyä sillä, että tuloilla mitattu pienituloisuus ja subjektiivinen kokemus tulojen riittävydestä eivät aina kohtaa (Palomäki 2009). Aiemmissa tulojen mukaisissa tarkasteluissa on saatu tässä esitettyjen tulosten kanssa yhteneväisiä tuloksia. Anu Muuri (2008) on todennut, että hyvätuloiset ovat ilmaisseet suurempaa tyytymättömyyttä esimerkiksi vanhuspalvelujen riittävyteen kuin pienituloiset. Lisäksi Liisa-Maria Palomäen (2013) tutkimuksessa todettiin, että korkeakoulututkinnon suorittaminen ja hyvätuloisuus ovat yhteydessä sekä terveys- että vanhuspalveluihin kohdistuvaan kriittisyyteen. Tutkimuksessaan Palomäki pohtii, että hyvätuloisilla on mahdollisesti enemmän taloudellisia resursseja käyttää paremmin saatavilla olevia yksityisiä palveluja, jolloin julkiset palvelut saatetaan kokea riittämättömiksi.

Suuri osa ikääntyneistä on tyytymättömiä myös hammashoidon toteutumiseen. Yli viidennes (22 %) ei ole saanut hammashoitoa tai kokee, ettei ole saanut sitä riittävästi. Pienituloisimmat (24 %) ovat kokeneet hieman suurituloisimpia (20 %) useammin palvelun tarpeeseensa nähden riittämättömäksi. Mielenterveyspalvelujen riittävyttä ei tarkasteltu, koska tuloryhmiin jaettuna palveluja tarvinneiden määrät olivat pienet.

Lääkäri- ja hammaslääkärikäynnit tuloryhmittäin

Suomessa avoterveydenhuollon palveluja tuottaa kolmen eri järjestelmää, ja näiden järjestelmien lääkäripalvelujen käytössä on suuria ja varsin pysyviä eroja (Manderbacka ym. 2017). Koko väestölle avoimia terveyskeskuslääkärin palveluja käyttävät enemmän pienituloiset, kun taas työterveyshuoltoa ja yksityisiä lääkäripalveluja enemmän suurituloiset. Myös toimeentulotukiasiakkaiden, jotka tuen viimesijaisen luonteen vuoksi ovat usein pienituloisia, ja muun väestön välillä on todettu samankaltaisia eroja (Nyman ym. 2017).

Erot julkisen ja yksityisen palvelujärjestelmän käytössä näkyvät myös ikään-
tynyttä väestöä tarkasteltaessa. Taulukosta 16.2 nähdään, että suurin osa kaikkiin
tuloluokkiin kuuluvista ikääntyneistä on käynyt terveyskeskuslääkärin vastaan-
otolla yhden tai kaksi kertaa, eikä eroja juuri ole. Erot näkyvät kuitenkin niiden
vastaajien osuuksissa, jotka eivät ole käyneet terveyskeskuslääkärin vastaanotolla
kertaakaan ja niiden osuuksissa, jotka ovat käyneet useammin kuin kaksi kertaa.
Pieni- ja keskituloisiin verrattuna ylimpään tuloviidennekseen kuuluvista suu-
rempi osuus ei ole käynyt lainkaan terveyskeskuslääkärin vastaanotolla ja toisaalta
harvempi heistä on käynyt vastaanotolla useita kertoja viimeisen vuoden aikana.

Yksityislääkärin vastaanotolla käyneiden osuuksissa on tuloryhmittäin tarkas-
teltuna vielä selvemmat erot kuin terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käyneiden
osuuksissa. Alimpaan tuloviidennekseen kuuluvista vastaajista lähes kaksikolmas-
osaa (64 %) ei ollut viimeisen vuoden aikana käynyt yhtään kertaa yksityislää-
kärin vastaanotolla, kun taas ylimpään tuloviidennekseen kuuluvista selvästi alle
puolet (47 %) ei ollut käynyt kertaakaan. Alimpaan tuloviidennekseen kuuluvista
vähintään kerran yksityislääkärin vastaanotolla oli käynyt reilu kolmannes (36 %),
mutta ylimpään viidennekseen kuuluvista 53 prosenttia.

Tuloista riippumatta ikääntyneet käyvät terveyskeskuslääkäreiden vastaan-
otoilla useammin kuin yksityislääkäreillä. Tilanne on sama sekä vähän että hie-
man enemmän avoterveydenhuollon lääkäripalveluja käyttäneillä. Ikääntyneiden

TAULUKKO 16.2. Terveyskeskuslääkärin ja yksityislääkärin vastaanotolla
viimeisen vuoden aikana käyneet 65 vuotta täyttäneet käyntikertojen mukaan
tuloviidenneksittäin koko maassa (% , 95 %:n luottamusväli). Lähde: ATH 2013–2015.

	Tuloviidennes				
	Alin % (95 %:n LV)	Toiseksi alin % (95 %:n LV)	Keskimmäinen % (95 %:n LV)	Toiseksi ylin % (95 %:n LV)	Ylin % (95 %:n LV)
Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käyneet					
Ei yhtään käyntiä	21 (19–22)	20 (18–22)	21 (20–22)	24 (22–25)	28 (27–30)
1–2 käyntiä	51 (50–52)	51 (50–53)	53 (51–54)	54 (52–55)	51 (49–53)
3 tai useampi käynti	28 (27–30)	28 (26–30)	26 (24–27)	23 (20–25)	20 (19–21)
Yksityislääkärin vastaanotolla käyneet					
Ei yhtään käyntiä	64 (63–66)	62 (60–63)	58 (57–59)	56 (55–57)	47 (46–49)
1–2 käyntiä	30 (29–30)	31 (30–32)	35 (33–36)	36 (34–37)	40 (39–41)
3 tai useampi käynti	6 (4–7)	7 (6–8)	7 (6–9)	8 (7–9)	13 (12–15)

onkin todettu arvostavan julkisia palveluja. Lina van Aerschotin (2014) mukaan niin pienituloiset kuin varakkaammatkin ikääntyneet toivovat, että he avun tarpeen lisääntyessä voisivat käyttää julkisia palveluja. Hänen mukaansa tässä on myös selvä ristiriita toiveiden ja nykytodellisuuden välillä.

Yksityislääkärien palveluja käyttäneiden suuret tuloryhmittäiset erot kertovat siitä, että osalla ikääntyneistä on vaihtoehtoja enemmän kuin toisilla esimerkiksi tilanteissa, joissa riittävää palvelua ei koeta saatavan. Tätä tulkintaa tukee myös se, että niistä pienituloisimmista vastaajista, joilla terveyskeskuslääkärikäyntejä ei viimeisen vuoden aikana ollut yhtään, yli 90 prosentilla ei myöskään ollut yhtään yksityislääkärikäyntiä. Suurituloisimpaan viidennekseen kuuluvista sen sijaan näin oli alle 70 prosentilla. Suurituloisimmista suurempi osuus valitsee terveyskeskuksen sijaan suoraan yksityislääkäriin. Aallon ym. (2017) tutkimuksessa palvelujen käyttäjät kokivat hoitoon pääsyssä ongelmia erityisesti terveyskeskuksissa. Tämä lisää tuloryhmien välistä eriarvoisuutta palveluihin pääsyssä.

Kyselyyn vastanneiden viimeisen vuoden aikana toteutuneissa hammaslääkärikäynneissä on myös tuloryhmittäisiä eroja. Taulukossa 16.3 kuvataan niiden osuudet, jotka olivat vastanneet myönteisesti kysymykseen, joka koski käyntiä joko terveyskeskuksen tai yksityisen lääkäriaseman hammaslääkäriellä viimeisen vuoden aikana. Kaikista vastanneista noin neljännes oli käynyt hammaslääkäriin vastaanotolla terveyskeskuksessa ja noin kaksi viidestä yksityisellä lääkäriasemalla. Sekä alimpaan että ylimpään tuloviidennekseen kuuluvista vastaajista alle neljännes oli käynyt hoidattamassa suun terveyttään terveyskeskuksessa, mutta ylimpään viidennekseen kuuluvista lähes 60 prosenttia oli käynyt yksityisellä palvelun tuottajalla ja vain neljännes alimpaan viidennekseen kuuluvista. Tulojen kasvaessa ikääntyneet hoidattavat myös suun terveyttä yksityisellä palvelun tarjoajalla.

TAULUKKO 16.3. Terveyskeskuksen hammaslääkäriellä tai yksityisellä hammaslääkäriellä viimeisen 12 kuukauden aikana käyneet 65 vuotta täyttäneet tuloviidenneksittäin koko maassa (% , 95 %:n luottamusväli). Lähde: ATH 2013–2015.

Palvelu	Tuloviidennes				
	Alin % (95 %:n LV)	Toiseksi alin % (95 %:n LV)	Keskimmäinen % (95 %:n LV)	Toiseksi ylin % (95 %:n LV)	Ylin % (95 %:n LV)
Terveyskeskuksen hammaslääkäriellä	24 (22–25)	25 (23–26)	29 (28–32)	29 (27–30)	23 (22–24)
Yksityisellä hammaslääkäriellä	25 (23–26)	31 (29–33)	40 (39–41)	47 (46–49)	59 (58–60)

Kotihoidon tarve ja tyytyväisyys palveluihin tuloryhmittäin

Ikääntyneet asuvat kotona yhä vanhemmiksi. Esimerkiksi 85 vuotta täyttäneillä kotona asuvien osuus vastaavanikäisestä väestöstä oli 76,6 prosenttia vuonna 2000, kun vuonna 2015 osuus oli kasvanut 80,4 prosenttiin (STM 2017). Kotihoito ja omaishoidon tuki ovat keinoja, joiden avulla kotona asumista tuetaan. Kotihoidossa olevien ikääntyneiden määrä on lisääntynyt ja heidän luokseen tehtävien käyntien määrät ovat etenkin osassa maata kasvaneet (Alastalo ym. 2017). Parhaillaan käynnissä olevan hallituksen kärkihankkeen *Kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa (I&O)* yksi tavoite on, että ympärivuorokautisen tehostetun palveluasumisen ja laitoshoidon tarve vähenee.

Taulukossa 16.4 esitetään kotipalvelua, kotisairaanhoidoa¹ ja omaishoidon² tukea viimeisen vuoden aikana tarvinneiden 75 vuotta täyttäneiden osuudet kyselyyn vastanneista tuloviidenneksittäin. Analyysia ei ole tehty alle 75-vuotiaista, koska he tarvitsevat kyseisiä palveluja harvoin. Sekä kotipalvelua että kotisairaanhoidoa oli viimeisen vuoden aikana tarvinnut 17 prosenttia kaikista vastaajista. Molempia palveluja olivat kuitenkin huomattavasti useammin tarvinneet pienikuin suurituloiset. Alimpaan tuloviidennekseen kuuluvista lähes joka neljäs oli tarvinnut kotipalvelua ja/tai kotisairaanhoidoa, kun ylimpään viidennekseen kuuluvista näitä palveluja oli tarvinnut hieman useampi kuin joka kymmenes.

Omaishoidon tukea oli tarvinnut yhdeksän prosenttia vastanneista. Kahteen alimpaan tuloviidennekseen kuuluvista hieman keskivertoa harvemmat olivat tarvinneet omaishoidon tukea.

Kotihoidon tarpeen tuloryhmittäisiä eroja selittää osittain jo aiemmin mainitut erot sairastavuudessa ja toimintakyvyn rajoitteissa. Lisäksi alimpaan tuloviidennekseen kuuluvista vastaajista merkittävä osa on yksineläviä, joten heillä ei ole puolisoa tukena tai mahdollisena omaishoitajana sairauden kohdatessa tai kun toimintakyky muuten heikkenee joko tilapäisesti tai pysyvästi. Tällöin kotihoidon merkitys avun antajana korostuu.

1 Sosiaalihuoltolaissa säädettävä kotipalvelu ja terveydenhuoltolaissa säädettävä kotisairaanhoido muodostavat yhdessä kotihoidon kokonaisuuden. Sekä kotipalvelun että kotisairaanhoidon tehtävänä on tukea ikääntyneen kotona selviytymistä. Kotipalvelua voi saada arkipäivän askareista ja henkilökohtaisista toiminnoista kuten hygienian hoitamisesta selviytymiseen. Kotipalveluun sisältyy myös tukipalveluja, joita ovat ateria-, vaatehuolto-, siivous- ja asiointipalvelut sekä sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. Kotisairaanhoido puolestaan on potilaan kotona tapahtuvaa sairaanhoidoa, johon kuuluu erilaiset lääkärin määräämät sairaanhoidon toimenpiteet.

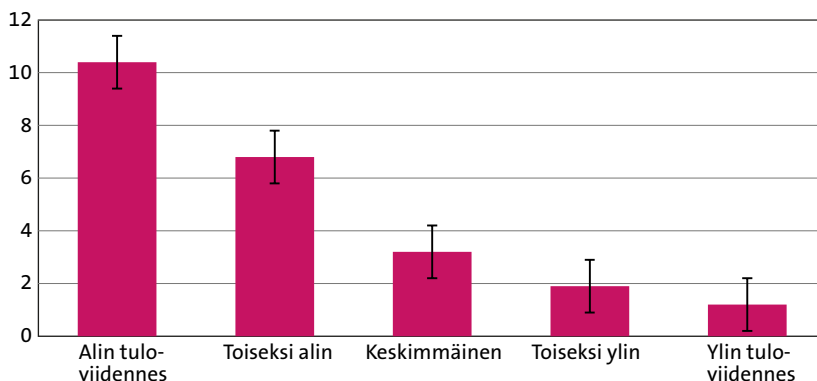
2 Omaishoidolla tarkoitetaan vanhuksen, vammaisen tai sairaan henkilön hoidon ja huolenpidon järjestämistä kotioloissa omaisen tai muun hoidettavalle läheisen henkilön avulla. Omaishoidon tuki on lakisääteinen sosiaalipalvelu, joka muodostuu tarvittavista palveluista hoidettavalle, omaishoitajalle maksettavasta hoitopalkkiosta, vapaista ja omaishoitajan hoitotehtävää tukevista palveluista. Omaishoitajalla tarkoitetaan omaista tai muuta hoidettavalle läheistä henkilöä, joka on tehnyt kunnan kanssa omaishoitosopimuksen.

TAULUKKO 16.4. Kotipalvelua, kotisairaanhoidoa tai omaishoidon tukea viimeisen vuoden aikana tarvinneet 75 vuotta täyttäneet tuloviidenneksittäin koko maassa (% , 95 %:n luottamusväli). Lähde: ATH 2013–2015.

Palvelu	Tuloviidennes				
	Alin % (95 %:n LV)	Toiseksi alin % (95 %:n LV)	Keskimmäinen % (95 %:n LV)	Toiseksi ylin % (95 %:n LV)	Ylin % (95 %:n LV)
Kotipalvelu	24	17	12	12	12
	(23–26)	(16–19)	(10–13)	(11–13)	(11–13)
Kotisairaanhoido	23	17	14	12	11
	(22–25)	(16–19)	(12–15)	(11–13)	(10–12)
Omaishoidon tuki	8	7	10	9	9
	(7–9)	(6–9)	(9–10)	(7–10)	(9–10)

Merkittävä osa pienituloisistakaan ikääntyneistä ei saa kotihoitoa tai omaishoidon tukea riittävästi. Kotipalvelua tarvinneista alimpaan tuloviidennekseen kuuluvista vastaajista yli neljännes (26 %) koki, että apu ei ollut riittävää tai sitä ei saatu lainkaan. Kotisairaanhoidoa tarvinneista pienituloisimmista 18 prosenttia ei kokenut saavansa tarvittavassa määrin apua. Omaishoidon tukea tarvinneista alimpaan tuloluokkaan kuuluneista puolestaan yli puolet (51 %) oli tyytymättömiä saamaansa tukeen. Pienituloisimmilla mahdollisuudet hakea apua kotona pärjäämiseen ovat taloudellisista syistä suurempituloisia rajoitetummat. Kunnallisen kotihoidonkin on todettu olevan iso maksurasite iäkkäille (ks. Ilmarinen luku 20 tässä teoksessa).

Kotihoidon tilasta on esitetty julkisuudessa huolestuneita kannanottoja (esim. Helsingin Sanomat 13.1.2018), ja myös tutkimustulokset osoittavat, että ongelmia on. Kotihoidon tilanne vaihtelee maan eri osissa (Kehusmaa ym. 2017), mutta asiakasmäärät ja myös käyntikertojen määrät ovat lisääntyneet etenkin Uudellamaalla. Kotihoidon henkilökunnan määrä ei kuitenkaan ole lisääntynyt samassa tahdissa. Kotiin annettava apu kohdentuu yhä iäkkäämmille ja paljon toimintakykyään jo menettäneille vanhuksille, ja henkilökunnan jaksamisessa on todettu ongelmia. Kun aiemmin erityisesti vanhusten laitoshoidon henkilöstö koki työnsä kuormittavana, viime aikoina kotihoidon henkilöstön työhyvinvointi on heikentynyt (Vehko ym. 2017). Hyvin toimivan kotihoidon edellytysten turvaaminen on tärkeää, jotta pienituloisellekin vanhusväestölle pystytään takaamaan yhtäläiset oikeudet kotona asumiseen ihmisarvoisesti riittävästi apua saaden.



KUVIO 16.2. Toimeentulotukea tarvitsevat 65 vuotta täyttäneet tuloviidenneksittäin koko maassa (% , 95 %:n luottamusväli). Lähde: ATH 2013–2015.

Valtaosa pienituloisimmista ikääntyneistä ei koe saavansa riittävästi toimeentulotukea

Toimeentulotuki on ollut yksi tärkeä työväline sosiaalityössä. Esimerkiksi Sanna Blomgrenin ja Minna Kivipellon (2012) tutkimuksessa todettiin, että neljäsosa aikuissosiaalityötä tekevästä sosiaalialan ammattilaisista teki toimeentulotukityötä yli 60 prosenttia työajastaan. Vaikka toimeentulotuki liittyy niihin sosiaalityön palveluihin, jotka tähtäävät asiakkaan taloudellisen tilanteen parantamiseen, on sillä myös laajempi tehtävä. Toimeentulotuella pitäisi tukea myös asiakkaan itsenäistä selviytymistä ja edistää ihmisen mahdollisuuksia vastata itse toimeentulostaan ja osallistua omien asioidensa hoitamiseen (Blomgren ym. 2016).

Toimeentulotukiasiakkuus tarkoittaa tuen tarveharkinnan ja viimesijaisen luonteensa vuoksi lähtökohtaisesti pienituloisuutta. Niinpä toimeentulotuen tarve on ymmärrettävästi pienituloisilla ikääntyneillä huomattavasti suurempituloisia yleisempää. Kaiken kaikkiaan toimeentulotukea oli tai olisi tarvinnut 4,5 prosenttia vastanneista ja heistä yli 70 prosenttia kuului kahteen alimpaan tuloviidennekseen. Alimpaan tuloviidennekseen kuuluvista useampi kuin joka kymmenes vastaaja oli tarvinnut toimeentulotukea (kuvio 16.2). Myös toiseksi alimpaan viidennekseen kuuluvista lähes seitsemän prosenttia koki tarvitseensa tukea ja kahteen ylimpäänkin viidennekseen kuuluvista pieni osuus (noin 1–2 %). Tämä liittyy lyhytaikaiseen asiakkuuteen, joka ilmentää hetkellistä taloudellisen tilanteen heikkenemistä.

Suurin osa toimeentulotukea tarvitsevista vastaajista ei ollut saanut tukea lainkaan tai he kokivat, että eivät olleet saaneet sitä riittävästi. Yli 60 prosenttia pienituloisimmistakaan vastaajista ei ollut tyytyväisiä saamaansa apuun. Tässä luvussa käytetyn aineiston perusteella toimeentulotukea riittämättömästi saaneet ikääntyneet tinkivät sekä lääkkeistä että lääkärisäkäynneistä. Perustoimeentulotuen

maksatuksen siirryttyä Kelan tehtäväksi vuoden 2017 alusta ikääntyneiden on nähty olevan yksi mahdollinen muutoksen häviöjäryhmä (Saikkonen & Ylikännö 2017). Esimerkiksi sähköinen asiointi ei onnistu, jos ei ole riittävää osaamista tai tarvittavia välineitä. Aina ei riitä se, että palveluja on tarjolla, vaan myös niiden hakemiseen tulisi olla apua saatavilla.

Toimeentulotuen asiakkuutta kartoitettaessa tulee ottaa huomioon tuen luonne. Toimeentulotuki on pienituloisille suunnattu etuus, johon monen mielessä yhdistyy leimautumisen pelko. Tämän vuoksi osa vastaajista on saattanut vastata toimeentulotuen tarvetta koskevaan kysymykseen kielteisesti. Pienituloisuus ja koettu toimeentulotuen tarve eivät myöskään välttämättä vastaa toisiaan, jos pienillä tuloilla pärjätään. Palomäen (2009) tutkimuksessa kohtuullisen suuri osa objektiivisesti pienituloisista eläkeläisistä ilmoitti kokevansa toimeentulonsa helpoksi. Tyytyväisyys asumisen kustannuksiin oli yksi syy siihen, miksi menojen kattaminen pienistä tuloista huolimatta koettiin helpoksi.

Pohdinta: ikääntyneiden tasavertaiset mahdollisuudet saada sosiaali- ja terveystalveluja – parantamisen varaa?

Tässä luvussa esitetyt tulokset viittaavat siihen, että ikääntyneen väestön tasavertaisiin mahdollisuuksiin saada sosiaali- ja terveystalveluja on tarpeellista kiinnittää huomiota. 65 vuotta täyttäneen väestön sosiaali- ja terveystalvelujen tarpeessa ja käytössä on selviä tuloryhmittäisiä eroja. Tuloista riippumatta ikääntyneet käyttävät paljon terveystalvelukeskuslääkärin talveluja, mutta tämän lisäksi suurempituloiset käyvät huomattavasti pienituloisia enemmän yksityislääkäreillä. Hammaslääkärikäynneissä ero on erityisen selvä. Pienituloiset jättävät myös suurempituloisia huomattavasti useammin käymättä lääkärisä rahan puutteen vuoksi. Jo nykyiset julkisten terveystalvelujen asiakasmaksut ovat osalle liian suuret, mikä tulisi ottaa huomioon pyrittäessä rakentamaan terveydenhuoltojärjestelmää, jossa kaikilla on yhtäläiset mahdollisuudet hakeutua hoitoon.

Kotihoito eli kotitalvelu ja kotisairaanhoido on yksi tärkeä keino, jolla mahdollisimman pitkälle jatkuvaa kotona asumista pyritään tukemaan. Yhteiskunnan taloudellisen kestävyuden kannalta nähdään vanhusväestön suhteellisen osuuden kasvaessa välttämättömäksi vähentää kalliiksi tulevaa laitoshoidoa ja tehostettua talveluasumista. Ikääntyneelle väestölle on myös tärkeää oman itsemääräämiskeuden säilyttäminen, jonka katsotaan toteutuvan parhaiten kotona asuessa. Pienituloiset ikääntyneet tarvitsevat selvästi suurempituloisia useammin kotihoitoa. Talvelu ei kuitenkaan nykyisellään ole riittävää. Hyvin toimivan kotihoidon avulla olisi myös mahdollista vaikuttaa siihen, että hyvä tavoite mahdollisimman pitkään jatkuvasta kotona asumisesta ei johda liian kauan jatkuvaan kotona asumiseen.

Toimeentulotuen luonne viimesijaisena tukimuotona koskettaa erityisesti pienituloisimpia ikääntyneitä. Suurin osa toimeentulotukea hakeneista ikääntyneistä kuuluu kahteen alimpaan tuloviidennekseen. Kaksi kolmasosaa heistä ei koe saaneensa tukea riittävästi tai eivät ole saaneet sitä lainkaan. Rahan puutteen vuoksi osa heistä on joutunut tinkimään perusasioista kuten lääkkeistä ja lääkärissäkäynteistä.

Ikääntyneille suunnattuja palveluja pyritään koko ajan kehittämään esimerkiksi asumista ja palveluja yhteensovittamalla. Yksi haaste on turvata kasvavan väestöosan palvelujen saanti heidän tuloistaan riippumatta. Pienituloisuus koskettaa erityisesti kaikkein vanhimpia, naisia ja yksin eläviä. Palvelujärjestelmiä kehitettäessä ja päätöksenteossa on tärkeää ottaa huomioon myös heidän mahdollisuutensa hoidattaa terveyttään, saada kotona asumiseen ja pärjäämiseen riittävästi apua ja tarvittaessa myös taloudellista tukea sekä ammattitaitoista ohjausta muihin palveluihin, kun kotona asuminen ei enää ole inhimillinen vaihtoehto.

Tämän luvun aikaisempi versio on julkaistu Suomen sosiaalinen tila -sarjan raporttina 1/2018: Hannikainen, Katri (2018): Ikääntyneiden sosiaali- ja terveyspalvelujen tarve ja käyttö eroavat tulotason mukaan. Tutkimuksesta tiiviisti 3/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Lähteet

- Aalto, Anna-Mari & Vehko, Tuulikki & Sinervo, Timo & Sainio, Salla & Muuri, Anu & Elovainio, Marko & Pekurinen, Markku (2017): Terveydenhuollon asiakaslähtöisyys. Palvelujen käyttäjien kokemuksia terveyspalvelujen toiminnasta. Tutkimuksesta tiiviisti 12/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Alastalo, Hanna & Vainio, Suvi & Kehusmaa, Sari (2017): Kotihoidon asiakasmäärät kasvussa, henkilöstön määrän kasvu ei kaikissa maakunnissa seuraa perässä. Tutkimuksesta tiiviisti 18/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Blomgren, Sanna & Karjalainen, Jouko & Karjalainen, Pekka & Kivipelto, Minna & Saikkonen, Paula & Saikku, Peppi (2016): Sosiaalityö, palvelut ja etuudet muutoksessa. Raportti 4/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Blomgren, Sanna & Kivipelto, Minna (2012): Valtaistus. Valtakunnallinen aikuissosiaalityön kartoitus. Raportti 27/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Ilmarinen, Katja (2017): Iäkkäiden kotihoidon ja tukipalvelujen asiakasmaksuissa isoja eroja kuntien välillä. Suomen sosiaalinen tila 1/2017. Tutkimuksesta tiiviisti 3/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Ilmarinen, Katja & Aalto, Anna-Mari & Muuri, Anu (2016): Sosiaalipalvelut väestön ja asiakkaiden arvioimana. Suomen sosiaalinen tila 1/2016. Tutkimuksesta tiiviisti 10/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kehusmaa, Sari & Erhola, Kaaren & Luoma, Minna-Liisa (2017): Kotihoidon käyntien lukumäärä ei aina perustu arvioituun hoivan tarpeeseen. Tutkimuksesta tiiviisti 17/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Manderbacka, Kristiina & Aalto, Anna-Mari & Kestilä, Laura & Muuri, Anu & Häkkinen, Unto (2017): Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa. Suomen sosiaalinen tila 2/2017. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Manderbacka, Kristiina & Muuri, Anu & Keskimäki, Ilmo & Kaikkonen, Risto & Elovainio, Marko (2012): Mitä tyydyttymätön palvelutarve kertoo terveyspalvelujen saatavuudesta? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 49, 4–12.
- Mukkila, Susanna & Ilmakunnas, Ilari & Moisio, Pasi & Saikkonen, Paula (2017): Perusturvan riittävyys ja köyhyys 2017. Suomen sosiaalinen tila 4/2017. Tutkimuksesta tiiviisti 31/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Muuri, Anu (2008): Sosiaalipalveluja kaiken ikää ja kaikille? Teoksessa: Pasi Moisio & Sakari Karvonen & Jussi Simpura & Matti Heikkilä (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2008. Helsinki: Stakes.
- Nyman, Juha & Arffman, Martti & Keskimäki, Ilmo (2017): Toimeentulotuen asiakkaiden terveyspalvelujen käyttö Helsingissä vuonna 2014. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 54, 310–326.
- Palomäki, Liisa-Maria (2013): Suomalaisten mielipiteet eläkkeiden ja sosiaali- ja terveyspalvelujen riittävydestä eläkeaikana. Eläketurvakeskuksen keskustelualoitteita 04/2013. Eläketurvakeskus.
- Palomäki, Liisa-Maria (2009): Mitkä tekijät selittävät pienituloisten eläkeläisten toimeentulokokemusten eroja? Yhteiskuntapolitiikka 74 (5).
- Saikkonen, Paula & Ylikännö, Minna (2017): Toimeentulotuki uudistuksesta sosiaaliturvan uudistamiseen? Tutkijatapaaminen. THL 24.8.2017.
- STM (2017): Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6.
- Tamminen, Nina & Solin, Pia (toim.) (2013): Mielenterveyden edistäminen ikääntyneiden asumis- ja hoivapalveluissa. Opas 27/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Van Aerschot, Lina (2014): Vanhusten hoiva ja eriarvoisuus. Sosiaalisen ja taloudellisen taustan yhteys avun saamiseen ja palvelujen käyttöön. Acta Universitatis Tampereensis 1971. Tampere: Tampere University Press.
- Vehko, Tuulikki & Sinervo, Timo & Josefsson, Kim (2017): Henkilöstön hyvinvointi vanhuspalveluissa – kotihoidon kehitys huolestuttava. Tutkimuksesta tiiviisti 11/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Widström, Eeva (2013): Suun terveydenhuollon saamisen vuoro. Teoksessa: Marita Sihto & Hannele Palosuo & Päivi Topo & Lauri Vuorenkoski & Kimmo Leppo (toim.): Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. Teema 17/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Sähköisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tarjonta, palvelujen käyttö ja esteet

Tässä luvussa kuvataan sähköisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tarjontaa Suomessa sekä kokemuksia sähköisten palvelujen käytöstä. Huomiota kiinnitetään siihen, millaisia esteitä koetaan e-palvelujen käytössä ja ketkä niitä ilmoittavat. Palvelujen digitalisaatio etenee sosiaali- ja terveydenhuollossa, ja muutoksen vaikutuksista on tärkeä saada tietoa kansalaisten näkökulmasta. Tiedon ja sähköisten palvelujen tarjonta ja valikoima on jo melko kattavaa ja monipuolista. Tarjonta on kasvanut viime vuosien aikana, mutta palvelukohtainen ja alueittainen vaihtelu on suurta. Kansalaisista kaksi kolmesta oli vuonna 2017 käyttänyt ainakin jotain sosiaali- ja terveydenhuollon verkkopalvelua. Suosituimpia palveluja olivat tiedon haku, omien tietojen katselu ja sähköinen ajanvaraus. Yli puolet kansalaisista kuitenkin kokee esteitä palvelujen käytössä: yleisimpinä mainittiin vaikeakäyttöisyys, riittämättömät välineet ja taidot, kiinnostuksen puute e-asiointiin sekä se, ettei e-asiointi voi korvata henkilökohtaista palvelua. Digipalvelujen tarjonta suhteessa tarpeisiin, kansalaisten mahdollisuudet käyttää niitä sekä digiosaaminen ja asennoituminen digipalvelujen käyttöön voivat sosioekonomisten tekijöiden lisäksi olla yhteydessä kansalaisten syrjäytymiseen digiyhteiskunnasta.

Luotettavalla hyvinvointitiedolla ja sähköisillä palveluilla on tärkeä rooli, kun terveys- ja hyvinvointipalveluja uudistetaan. Uudistusten yhtenä tavoitteena on lisätä palvelujen asiakaslähtöisyyttä ja parantaa kansalaisen mahdollisuuksia huolehtia omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan omatoimisesti ja tarvittaessa ammattilaisten tukemana. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi alkuvuodesta 2015 *Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palveluiden tukena – Sote-tieto hyötykäyttöön 2020* -strategian, jonka tavoitteena on tukea palvelujen uudistumista sähköisten palvelujen ja paremman tiedonhallinnan avulla (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014). Yksi osa-alue strategiassa on *Kansalainen – pystyn itse*, joka tähtää siihen, että ihmiset itse aktiivisesti asioivat sähköisesti ja tuottavat tietoja omaan ja ammattilaisen käyttöön.

Tässä luvussa ensinnäkin tarkastelemme, miten sähköisten palvelujen ja järjestelmien käytön edellytykset toteutuvat Suomessa. Sähköisten palvelujen ja järjestelmien laajamittainen käyttö edellyttää, että luotettavaa terveys- ja hyvinvointitietoa sekä palveluja on verkossa tarjolla. Helposti saavutettavissa oleva tieto ja palvelut tukevat elämänhallintaa, palvelutarpeen arviointia ja oikea-aikaista haakeutumista palveluihin. Tavoite on, että e-palveluja käyttämällä kansalaiset pystyvät osallistumaan hoitoprosessiin ja vahvistamaan omaa rooliaan oma- ja etähoidossa ajasta ja paikasta riippumatta. Lisäksi palveluista koottu tieto on tarpeen vertaillaessa niiden laatua ja kustannuksia ja arvioitaessa niiden soveltuvuutta ja saatavuutta. Kansalaisten tulisi lisäksi kyetä hyödyntämään verkkopalveluja. Tiedon ja palvelujen hyödyntäminen edellyttää toimivia laitteita ja yhteyksiä, osaamista sekä riittävää tukea verkkopalvelujen käytössä. Lisäksi kansalaisten on koettava verkkopalvelujen käyttö motivoivaksi ja hyödylliseksi. Omien terveystietojen välittäminen sähköisesti ammattilaisten käyttöön, lääkemääräysten uusiminen ja etävastaanotot ovat esimerkkejä verkon välityksellä toimivasta vuorovaikutuksesta potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välillä.

Käsittelemme tässä luvussa myös sähköisten palvelujen käytön esteitä. Kaikilla ei ole samanlaisia mahdollisuuksia tai kiinnostusta käyttää tietotekniikkaa ja asioida sähköisesti. Esteet tulee tunnistaa ja poistaa – mahdollisesti madaltaa – sillä digitalisaation edetessä ne, jotka eivät asioi verkossa tai käytä sähköisiä palveluja, ovat vaarassa digisyrjäytyä. Digisyrjäytyminen ei liity ainoastaan siihen, että jäädään sivuun sähköisten palvelujen käytöstä, vaan sen seuraukset ovat laajemmat: kansainvälisessä kirjallisuudessa on löydetty vahva yhteys digitaalisen ja sosiaalisen syrjäytymisen välillä. **Digisyrjäytymisellä** tarkoitetaan sitä, että henkilö ei pysty, osaa tai ei halua käyttää digitaalisia sovelluksia tai asioida sähköisesti, minkä seurauksena hän ajautuu yhteiskunnan toimintojen ulkopuolelle. Verkkopalvelujen on todettu entisestään syventävän eri väestöryhmien (kuten ikä-, koulutus- ja tulotason mukaiset väestöryhmät) eroja esimerkiksi tiedonsaannissa ja osallisuudessa. Digisyrjäytymisessä kyse ei ole ainoastaan laitteista ja pääsystä tiedon tai e-palvelujen piiriin vaan yhä useammin siitä, mitä verkossa tehdään, kuinka usein siellä käydään ja keitä verkkopalvelut hyödyttävät. (McCreadie & Rice 1999; Witte

& Mannon 2010.) Digisyrjäytyminen voi tapahtua missä tahansa elämänvaiheessa lähes kenelle tahansa ja elämän eri osa-alueilla: kuluttajana, työelämässä, sosiaalisissa suhteissa tai kansalaisena (Helsingin Sanomat 2018).

Aineisto ja menetelmät

Tämä luku perustuu THL:n johtamien STePS ja STePS 2.0 -hankkeiden kansallisiin kyselyihin: terveydenhuollon organisaatioille suunnattuun kyselyyn tietojärjestelmäpalvelujen tarjonnasta, sosiaalihuollon organisaatioille suunnattuun tietojärjestelmäkyselyyn sekä kansalaisille suunnattuun kyselyyn. Tässä raportoitavat kyselyt tehtiin vuosina 2014 ja 2017. Lisäksi tässä luvussa esitetään tuloksia THL:n FinSote-tutkimuksesta 2017–2018. Organisaatiokyselyt toteutettiin verkkokyselyinä ja kansalaisille suunnattu kysely postikyselyinä, johon saattoi vastata myös verkossa.

Terveydenhuollon kysely e-palvelujen tarjonnasta suunnattiin kaikille Suomen 21 sairaanhoitopiirille, mukaan lukien Ahvenanmaa, kaikille perusterveydenhuollon organisaatioille ja 46 suurimmalle yksityiselle organisaatiolle. Vastausprosentti ja väestökattavuus erikoissairaanhoidosta oli 100 prosenttia molempina vuosina. Perusterveydenhuollossa vuonna 2014 vastausprosentti oli 88 (vastanneiden lukumäärä 135, väestökattavuus 95 %) ja vuonna 2017 vastausprosentti oli 86 (vastanneiden lukumäärä 121, väestökattavuus 95 %). Yksityissektorilla 46 organisaatiosta vastanneita oli vuonna 2014 25 ja vuonna 2017 26.

Sosiaalihuollon organisaatiokysely e-palvelujen tarjonnasta lähetettiin kaikille julkisille palveluntuottajille: kunnille, kuntayhtymille, vastuukuntamallin mukaisille yhteistoiminta-alueille ja erityishuoltopiireille. Vuonna 2014 kysely lähetettiin Manner-Suomen 304 kunnalle, joiden sosiaalipalvelujen tuotannosta saatiin vastauksilla katettua 134 (painotettu määrä). Vastausprosentiksi muodostui tällöin 44. Erityishuoltopiireistä, joita oli 17, vastasi kahdeksan, jolloin vastausprosentti oli 47. Vuonna 2017 julkisten sosiaalipalvelujen tuottajien kunta-aineiston vastaajamäärä oli 146 ja vastausprosentti 47. Erityishuoltopiirien, joita oli 16, vastausprosentti oli 13, ja kaikkien erityishuollosta (pois lukien kuntien vammaispalvelut) vastaavien toimintayksiköiden vastausprosentti oli 25.

Vuonna 2014 kyselyyn vastasi 171 sosiaalipalveluja tarjoavaa yritystä, yhdistystä tai säätiötä tai muuta yksityistä organisaatiota, vastausasteen ollessa 10 prosenttia. Vuonna 2017 vastausten määrä oli puolestaan 724 ja vastausaste 18 prosenttia.

Kansalaisille suunnattu kysely e-palvelujen käytöstä ja käyttökokemuksista toteutettiin vuonna 2017 osana Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen FinSote-kyselyä. Kyselyn kohteena oli koko suomalainen aikuisväestö 20 ikävuodesta ylöspäin. Väestörekisterikeskuksen avulla poimitun satunnaisotoksen koko oli 10 000 henkilöä ja vastausasteeksi muodostui 45 prosenttia. Ikääntyneitä (yli 75-vuotiaat) poimittiin mukaan kaksinkertaisella poimintatodennäköisyydellä, jotta määrä

vastaisi muita ikäryhmiä, ja tiedot painotettiin vastaamaan perusjoukkoa. Vuonna 2014 vastaavat tiedot kerättiin erilliskyselynä Väestörekisterikeskuksesta satunnaisotantana 18–99 vuotiaista henkilöistä. Vuonna 2014 otoskoko oli 15 000 henkilöä, hyväksytyjä vastauksia saatiin 4 015 ja vastausaste oli 27 prosenttia.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarjonta verkossa

Seuraavassa käsitellään e-palvelujen tarjontaa Sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäpalvelujen seuranta ja arviointi -tutkimuskokonaisuuksien (STePS ja STePS 2.0) tuloksien pohjalta. STePS-tutkimusten kyselyt tehtiin vuosina 2014 ja 2017 ja ne ovat osa tietoteknologian käytön jatkuvaa seurantaa Suomessa.

Sähköinen asiointi, palvelujen valinta ja omahoito edellyttävät, että verkossa on saatavilla luotettavaa tietoa terveydestä, hyvinvoinnista ja palveluista. STePS-tutkimuksissa tehtiin valtakunnalliset kyselyt sosiaalihuollon ja terveydenhuollon palveluja tarjoaville organisaatioille. Kyselyissä kartoitettiin kansalaisille suunnattujen sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisten palvelujen tarjontaa. Lähes kaikilla sote-organisaatioilla¹ onkin jo verkkosivuillaan kuvaus tarjolla olevista palveluista sekä tietoa palveluja tarjoavista toimipaikoista (taulukko 17.1). Toimipaikkojen vertailuun liittyvää laatu- tai kustannustietoa on saatavissa vielä toistaiseksi harvoilta toimijoilta: reilulta 40 prosentilta sairaanhoitopiirejä ja reilulta viidennekseltä terveystalouksista, mutta yksityisillä toimijoilla tätä tietoa on tarjolla vain 10 organisaatiolla (Reponen ym. 2018). Sosiaalipalveluissa noin joka kolmannella julkisista toimijoista ja noin joka neljännellä yksityisistä toimijoista on verkkosivuillaan toimipaikkojen vertailua palvelevaa tietoa (Kuusisto-Niemi ym. 2018).

Tietoa omatoimiseen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen ja palvelutarpeen arviointiin (esimerkiksi riskitestejä tai avuntarpeen itsearviointia) tarjoaa verkossa noin 40 prosenttia julkisista terveydenhuollon organisaatioista. Tarjonta on hieman lisääntynyt viime vuosien aikana. Yksityisistä terveydenhuollon organisaatioista kaksi tarjosi sivuillaan riskitestejä eikä tilanteessa ole tapahtunut suurempaa muutosta vuodesta 2014. (Reponen ym. 2015; Reponen ym. 2018.) Julkisista sosiaalipalvelujen tuottajista noin kolmasosa tarjoaa avuntarpeen arvioimisen itsearviointitestejä tai etuuslaskureita. Yksityisten sosiaalipalvelujen puolella näitä tarjoaa vain noin joka kymmenes palveluntuottaja. (Kärki & Ryhänen 2015; Kuusisto-Niemi ym. 2018.)

1 Sosiaalihuollon organisaatioilla tarkoitetaan tässä katsauksessa sosiaalipalvelujen järjestäjiä eli kuntia, kuntayhtymiä, vastuukuntamallin mukaisia yhteistoiminta-alueita sekä erityishuoltopiirejä. Lisäksi tarkastelussa on mukana yksityisiä toimijoita eli sosiaalipalveluja tuottavia yrityksiä, järjestöjä ja säätiöitä. Terveydenhuollon julkisilla organisaatioilla tarkoitetaan terveystalouksia ja erikoissairaanhoidon 21 sairaanhoitopiiriä. Tarkastelussa on lisäksi mukana lääkäripalveluyrityksiä yksityiseltä sektorilta.

Verkkoneuvonnan tarjontaa kartoitettiin kysymyksellä anonyymista tai tunnistautumista vaativasta kysymys-vastaus-palvelusta. Sairaanhoidopiireillä verkko-neuvontaa on tarjolla noin kolmasosalla, terveyskeskuksilla ja terveyspalvelujen yksityisillä toimijoilla noin viidesosalla. Tämän palvelun tarjonta ei ole juuri lisääntynyt viime vuosien aikana. (Reponen ym. 2018.) Sosiaalipalveluissa verkon välityksellä tarjottava neuvonta on puolestaan kasvanut, kun tarkastellaan vuosia 2014 ja 2017. Anonyymia neuvontaa on nyt tarjolla noin kolmasosalla julkisista sosiaalipalvelujen organisaatioista, ja yksityisillä toimijoilla tunnistetonta neuvontaa tarjoaa 14 prosenttia organisaatioista. Henkilökohtaista kirjautumista edellyttävät palvelut ovat käytössä vielä varsin harvoilla yksityisillä toimijoilla. (Kärki & Ryhänen 2015; Kuusisto-Niemi ym. 2018.)

Ajanvaraus palveluihin verkon kautta (kuten laboratorioaika ja hammashuolto) on yleistä erikoissairaanhoidossa: se on tarjolla jo 90 prosentilla sairaanhoidopiireistä. Sen sijaan terveyskeskuksista 60 prosenttia oli ottanut sähköisen ajanvarauksen käyttöön vuoteen 2017 mennessä. Yksityisillä terveydenhuollon toimijoilla se on käytössä lähes 80 prosentilla. Asiakkaan kannalta myönteistä kehitystä on ollut se, että käyttöön on otettu useampia tapoja; osaa ajanvarauspalveluista ja muistutuksista voidaan käyttää myös tekstiviestein. (Reponen ym. 2018.) Sosiaalipalveluissa sähköinen ajanvaraus on tarjolla viidesosalla julkisista organisaatioista ja noin joka kymmenennellä yksityisistä palveluntuottajista (Kuusisto-Niemi ym. 2018).

Asiakaspalaute on tärkeä väylä palvelujen kehittämistyössä, ja siitä saadaan tietoa, jota voidaan käyttää apuna palveluja valittaessa. Sähköistä asiakaspalautetta ottaa nyt vastaan yhä useampi organisaatio, kun tilannetta verrataan vuoteen 2014. Mahdollisuus antaa palautetta sähköisesti on tarjolla lähes kaikilla sairaanhoidopiireillä, 78 prosentilla julkisen perusterveydenhuollon yksiköistä ja 90 prosentilla yksityisistä palveluntuottajista. (Reponen ym. 2018.) Myös sosiaalipalveluissa on yleistynyt mahdollisuus antaa sähköistä palautetta. Sitä tarjoaa jo noin 80 prosenttia julkisista sosiaalipalveluorganisaatioista ja noin 60 prosenttia yksityisistä palveluntuottajista. (Kuusisto-Niemi ym. 2018.)

Potilaan osallisuutta hoitoprosessissa voidaan tukea tarjoamalla välineitä oman terveydentilan seurantaan ja omahoitoon sekä tukemalla yhteydenpitoa ammattilaisen kanssa. Etävastaanotto tarkoittaa tilannetta, jossa potilas on etäyhteydessä suoraan lääkärin tai muun ammattilaisen kanssa. Etäpalvelujen tarjonta on yleistynyt voimakkaasti viime vuosina, mikä tukee tavoitetta, että asioita voi hoitaa riippumatta ajasta ja paikasta. Etävastaanotto on nyt käytössä noin puolessa sairaanhoidopiirejä ja noin kolmanneksessa terveyskeskuksista. Yksityisistä toimijoista etävastaanotto on käytössä noin 40 prosentilla. Yhteys voitiin toteuttaa monella tavalla: yleisin tapa on videopuhelu, mutta käytössä on myös ääniyhteys ja chat-palvelu. (Reponen ym. 2018.) Etäpalvelu asiakkaan ja työntekijän välillä on yleistynyt myös sosiaalipalveluissa. Se on nyt mahdollista vajaalla puolella julkisista organisaatioista. Sen sijaan yksityisistä sosiaalialan toimijoista harvempi

TAULUKKO 17.1. Yhteenvedo verkkosivujen kautta tarjottavista palveluista sosiaali- ja terveydenhuollossa vuosina 2014 ja 2017. Lähteet: Reponen ym. 2015; Kärki & Ryhänen 2015; Kuusisto-Niemi ym. 2018; Reponen ym. 2018.

	Terveys- keskus (%)	Erikois- sairaanhoito (%)	Julkinen sosiaalipalvelu (%)	Yksityinen terveyspalvelu (%)	Yksityinen sosiaalipalvelu (%)
Tiedottavat verkkosivut	100/100*	100/100	yli 95/92	100/100	80/85
Sähköinen asiakaspalaute	54/78	67/95	63/79	72/90	38/57
Testejä, laskureita, itsearviointia	31/40	29/43	15/32	12/8	1/6
Tunnisteen kysymys – vastauspalvelu	15/16	33/33	7/33	28/23	alle 10/14
Tunnisteinen kysymys– vastauspalvelu	19/19	14/29	–/17	16/20	–/4
Sähköinen ajanvaraus (ainakin johonkin palveluun)	49/59	80/90	alle 10/20	72/77	3/9
Etävastaanotto	7/28	14/48	31/50	4/42	7/10

*vuonna 2014/vuonna 2017

on ottanut palvelun valikoimiinsa – sitä tarjoaa vain noin joka kymmenes toimija. (Kärki & Ryhänen 2015; Kuusisto-Niemi ym. 2018.) Myös potilaan itse tuottamien mittaustulosten, valvontatiedon tai tekstimuotoisen tiedon välittäminen terveydenhuollon järjestelmiin yleistyy. Järjestelmiä on otettu käyttöön jo lähes puolella sairaanhoitopiireistä ja viidenneksellä terveyskeskuksista. Yksityisellä sektorilla neljällä toimijalla on mahdollista vastaanottaa potilaan tuottamaa tietoa. (Reponen ym. 2018.)

Palvelusuunnitelma on ammattilaisen ja asiakkaan yhteinen työkalu, kun palveluja suunnitellaan, niiden tarvetta seurataan ja niitä kehitetään. Sen tarkoituksena on muun muassa lisätä asiakaslähtöisyyttä tukemalla asiakkaan itsemääräämisoikeutta, motivaatiota ja osallisuutta omaan hoitoon. Suunnitelmaan kirjataan kaikki ne terveydenhuollon ja sosiaalitoimen järjestämät palvelut, joita henkilö tarvitsee. Asiakaskohtainen sähköinen palvelusuunnitelma, johon asiakkaalla olisi pääsy, on tarjolla vain hyvin harvalla sosiaalialan toimijalla; ainoastaan kuudella prosentilla. (Kuusisto-Niemi ym. 2018.) Terveys- ja terveydenhuollossa asiakaskohtainen sähköinen hoitosuunnitelma oli saatavilla verkossa noin joka viidennellä sairaanhoitopiireistä ja yhdellä yksityisellä toimijalla (Reponen ym. 2018).

Sosiaali- ja terveydenhuollon verkkopalvelujen hyödyntäminen

Kansalaiskyselyssä selvitettiin niiden sähköisten toimintojen käyttöä ja käyttötapaa, joihin ollaan rakentamassa sähköisiä palveluja Suomessa. Tiedonhaku terveydestä ja hyvinvoinnista on yleisimmin käytetty verkkopalvelu: sitä on käyttänyt sähköisesti 40 prosenttia vastaajista. Sähköisesti tiedonhakua käyttäneet arvioivat vuonna 2014, että se oli korvannut yhteydenoton puhelimitse tai käynnin keskimäärin 2,4 kertaa viimeisen vuoden aikana. Tiedonhakua palveluista verkon kautta on tehnyt kolmannes vastaajista, samoin kolmannes on tarkastellut ammattilaisen kirjaamia potilas- tai asiakastietoja verkon välityksellä. Tiedonhaku terveydestä, palveluista ja potilastietojen tarkastelu ovat palveluja, joissa sähköinen asiointi on jo perinteistä käyttötapaa yleisempää. Lisäksi 20–25 prosenttia vastaajista oli pyytänyt lääkemääräyksen uusimista sähköisesti, käyttänyt sähköistä ajanvarausta tai katsellut laboratorio- ja muita tutkimustuloksia. Kolmannes vastanneista ei ollut käyttänyt mitään kyselyssä listatuista verkkopalveluista sähköisesti kuluneen vuoden aikana. (Hyppönen ym. 2014; Hyppönen ym. 2018.)

Omien potilas- tai asiakastietojen katselu, laboratoriotulosten saaminen, lääkemääräysten sähköinen uusiminen sekä paikallisesti tarjottu sähköinen ajanvaraus ovat erityisesti kasvattaneet suosiotaan, kun verrataan vuosia 2014 ja 2017. Lääkemääräyksen sähköisen uusinnan ja omien potilastietojen katselupalvelujen käytössä tapahtunutta suurta kasvua selittänee Kanta-palvelujen leviäminen julkiseen ja yksityiseen terveydenhuoltoon, mikä on tarjonnut väestölle kattavan pääsyn tarkastelemaan omia tietoja sähköisesti. (Hyppönen ym. 2018.)

Internetin käyttö tietojen hakemiseen on yhteydessä sukupuoleen, ikään, koulutukseen, osaamiseen, yksin asumiseen sekä asuinalueeseen. Pienin todennäköisyys käyttää internetiä tiedon hakemiseen oli miehillä, vanhemmilla ikäryhmillä, matalammin koulutetuilla, verkkopalvelujen käytön osaamisen heikommaksi kokevilla, yksin asuvilla ja Lounais-Suomen alueella asuvilla (verrattuna Ahvenanmaahan). Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisten (tunnistautumista vaativien) palvelujen käyttö on puolestaan vähemmän todennäköistä matalasti koulutetuilla, osaamisensa heikommaksi kokevilla, venäjää äidinkielenään puhuvilla, kielteisesti verkkopalveluihin asennoituvilla, saatavuuden esteeksi kokevilla ja Lapin alueella asuvilla. Pitkäaikaissairaiden todennäköisyys käyttää sosiaali- ja terveydenhuollon tunnisteisia verkkopalveluja on puolestaan suurempi kuin terveiden. Yllättäen ikä ja sukupuoli eivät olleet merkitsevästi yhteydessä tunnisteisten verkkopalvelujen käyttöön. (Hyppönen ym. 2018.)

Vain harva on toistaiseksi käyttänyt vuorovaikutteisia sähköisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja. Vuonna 2017 noin 15 prosenttia vastaajista on ollut sähköisen asiointin kautta yhteydessä lääkäriin. Palvelun käytössä ei ole tapahtunut suurempaa muutosta vuoden 2014 jälkeen, vaikka palvelun tarjonta on lisäänty-

nyt. Terveyden- tai sairaanhoitajaan on puolestaan ollut sähköisen asioinnin kautta yhteydessä reilu kymmenes vastaajista. Aktiivisimpia käyttäjiä ovat ne, joilla on hyvä digiosaaminen, korkeakoulutus ja myönteinen asenne sähköiseen asiointiin. (Hyppönen ym. 2018.)

Väestön kokemukset sähköisten palvelujen käytöstä ja käytön esteet

Tiedon ja verkkopalvelujen tarjonta on välttämätön, mutta ei riittävä edellytys niiden laajamittaiselle käytölle. Digitaalista syrjäytymistä käsittelevä kirjallisuus osoittaa sähköisten palvelujen käytön edellyttävän, että 1) käyttäjällä on asiointiin tarvittavat laitteet, apuvälineet ja toimiva verkkoyhteys (*access*), 2) riittävät kyvyt ja tietotekninen osaaminen (*ability/skills*) ja 3) motivaatio tarjolla olevien verkkopalvelujen monipuoliseen hyödyntämiseen (*attitudes*). Lisäksi 4) käyttäjien on koettava saavansa todellista hyötyä verkkopalveluista (*benefits*). Kaikissa edellä mainituissa kohdissa on mahdollisuus syrjäytyä digitaalisesti (ks. esimerkiksi van Deursen & Helsper 2015.) Seuraavassa esitellään e-palvelujen käyttöä ja sen esteitä Suomessa kunkin edellä mainitun neljän tekijän osalta.

Tarvittavien laitteiden ja toimivan verkkoyhteyden saatavuus

Internetin ja tunnistautumista edellyttävien palvelujen käyttäjämäärä on pysynyt samalla tasolla viime vuosina. Nuoremmissa ikäryhmissä lähes 90 prosenttia käyttää verkkopalveluja asiointiin. Vanhimmissa ikäryhmissä lähes kaksi kolmannesta ei käytä sähköistä asiointia lainkaan – kolmannes käyttää, heistä osa avustettuna. Hyppösen ym. (2018) raportin mukaan sähköisten palvelujen saatavuutta heikensivät vuonna 2017 etenkin seuraavat ongelmat (suluissa samaa mieltä olevien osuus):

- En pysty asioimaan toisen puolesta sähköisesti, vaikka se olisi tarpeen (25 %)
- Tarvitsemani palvelut eivät ole saatavilla sähköisesti (20 %)
- En saa mistään apua teknisen ongelman sattuessa (19 %)
- Minulla ei ole käytössäni henkilökohtaista tietokonetta ja Internet-yhteyttä (15 %)
- Tietoliikenneyhteydet ovat liian heikot alueellani (9 %)
- Kieliversioiden puute (10 %).

Kyvyt ja tietotekninen osaaminen

Kyvyttömyys käyttää sähköisiä palveluja voi liittyä henkilön fyysiseen toimintakykyyn (palvelujen esteellisyys) tai taitoihin (palvelujen vaikeakäyttöisyys). Lähes puolet vastanneista (46 %) kokee olennaiseksi sähköisten palvelujen käytön esteeksi epäselvät ja liian pitkät käyttöehdot. Yli neljäsosa (28 %) kokee sähköiset palvelut vaikeakäyttöisiksi tai vaikeasti löydettäviksi (26 %). Sähköisten palvelujen esteellisyys haittaa joka kymmenennellä vastanneista sosiaali- ja terveydenhuollon digipalvelujen käyttöä.

Käyttäjillä on jo melko hyvät tietotekniset taidot, sillä lähes 80 prosenttia vastaajista ilmoittaa, että he käyttävät itsenäisesti ainakin verkon peruspalveluja ja -toiminnallisuuksia. Osaaminen on selvästi sidoksissa ikään: vain joka kymmenes yli 75-vuotiaista ilmoitti osaavansa käyttää ainakin peruspalveluja itsenäisesti, kun vastaava osuus 55–74-vuotiaista on 70 prosenttia ja alle 55-vuotiaista 96 prosenttia. Myös tukea tarvitsevien määrä on yhteydessä ikään: vain kolme prosenttia nuoremmista mutta yli 10 prosenttia kahdesta vanhemmasta ikäryhmästä ilmoitti tarvitsevänsä tukea peruspalvelujen käyttöön. Yli neljännes vastanneista on samaa mieltä siitä, että sähköisen asiointin tuen puute sosiaali- ja terveydenhuollossa on este verkkopalvelujen käyttöön. Omaa osaamista pitää käytön esteenä vajaa neljännes vastanneista. (Hyppönen ym. 2018.)

Asenteet ja motivaatio

Kielteinen asennoituminen verkkoasiointiin voi olla esteenä sähköisten verkkopalvelujen käytölle. Asennoituminen liittyy myös tarjolla olevien palvelujen saatavuuteen: mikäli tarjolla ei ole sellaisia digipalveluja, jotka vastaavat tarpeisiin, on vaikea motivoitua niiden käyttöön. Hyppösen ym. (2018) raportin mukaan esteinä mainittiin erityisesti (suluissa samaa mieltä olevien osuus):

- Henkilökohtaista tapaamista ei voi korvata sähköisellä yhteydenotolla (67 %)
- Ei-lääketieteelliset kohdat hoidossani jäävät taustalle verkkopalvelussa (44 %)
- En usko saavani hyvää hoitoa tai palvelua, jos en tapaa ammattilaista kasvokain (39 %)
- En voi olla varma, että virheet esim. lääkityksessä vältetään (39 %)
- Minua huolestuttaa henkilökohtaisten tietojeni turvallisuus (35 %)
- En luota siihen, että henkilötietoni pysyvät salassa nimettömissä yhteydenotoissa (33 %)
- En luota sähköisen palvelun tuottajiin (huijatuksi joutumisen mahdollisuus) (24 %)
- Sähköisiä palveluja ei tarvita, (voin olla yhteydessä ammattilaisiin puhelimitse) (23 %)
- Sähköiset palvelut hidastavat palveluun pääsemistä ja hoito- tai palveluprosessia (15 %).

Tärkeimmiksi koetut sähköiset palvelut ja päähyödyt

Tärkeimmiksi verkkopalveluiksi kansalaiset arvioivat sosiaali- ja terveystalvelujen löytämistä ja valintaa helpottavat sähköiset palvelut (76 % piti niitä hyvin tai melko tärkeinä). Myös omien potilas- tai asiakastietojen katselumahdollisuutta pidetään tärkeänä (74 % piti tätä hyvin tai melko tärkeänä). Rungas puolet vastaajista pitää hyvin tai melko tärkeänä tahdonilmaisuja ja palautepalveluja ja verkkopalveluja, jotka tukevat vuorovaikutusta ammattilaisen kanssa. Niin ikään puolet pitää itsehoitoa ja avuntarpeen itsearviointia tukevia sähköisiä palveluja tärkeinä, mutta tässä ryhmässä on toisaalta myös eniten niitä vastaajia (viidennes), jotka pitävät näitä palveluja täysin tai melko turhina. Ylivoimaisesti suurimmaksi hyödyksi kansalaiset kokevat sen, että sähköiset palvelut muistuttavat esimerkiksi vastaanottoajasta – tästä on täysin samaa mieltä yli puolet ja osin samaa mieltä kolmannes vastanneista (yhteensä 86 %). Toiseksi suurimmaksi hyödyksi koetaan asiointiajan ja rahan säästö – täysin tai osin samaa mieltä palvelujen tärkeydestä on lähes 80 prosenttia vastanneista. Sähköiset palvelut myös helpottavat itselle sopivien palvelujen etsimistä (78 % täysin tai osin samaa mieltä). (Hyppönen ym. 2018.)

Johtopäätökset

Sähköisten palvelujen käyttö osana elämänhallintaa, omahoitoa ja asuinpaikasta riippumatonta asiointia on yksi e-palvelujen kehittämisen tärkeimmistä tavoitteista. Kansalaisten sähköinen asiointi edellyttää, että verkossa on saatavilla luotettavaa terveystalvelu-, hyvinvointi- ja palvelutietoa. Pelkkä tarjonnan lisääminen ei riitä. Palvelun tuottajien on myös varmistettava sähköisessä muodossa tarjottavien palvelujen lisäarvo eri asiakasryhmille ja se, että palvelujen hyödyntäminen sähköisesti on mahdollista, motivoivaa ja ongelmatonta.

Kansalaisille verkkosivujen kautta tarjottavien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen tarjonta on lisääntynyt merkittävästi viime vuosina. Lähes kaikilla sote-organisaatioilla on verkkosivuillaan tietoa palveluista ja toimipisteistä, ja palveluihin liitetyn laatu-tiedon tarjonta yleistyy. Sähköinen ajanvaraus, omien tietojen ja tulosten katselu, etävastaanotto sekä palautteen anto ovat niin ikään yleisiä verkossa tarjottavia palveluja, ja niiden tarjonta on merkittävästi kasvanut viime vuosina. Kehitettäväkin tällä saralla riittää: esimerkiksi neuvontaa ja tukea sekä testejä ja palvelutarpeen itsearviointia tarjoaa sähköisesti vain alle puolet organisaatioista. Lisäksi palvelujen tarjonnassa ja sisällöissä on edelleen suuria palvelukohtaisia ja alueittaisia eroja.

Sosiaalihuollon verkkopalvelujen tarjonnassa kehitys on ollut hitaampaa kuin terveydenhuollossa. Sirpa Kuusisto-Niemen ym. (2018) mukaan sosiaalihuollossa asiakkaan tilanteen kohentuminen palvelujen saannissa edellyttää, että alaa kehitetään sen omista erityispiirteistä lähtien (suuri määrä pieniä toimijoita, monipuolinen palveluvalikoima), riittävin resurssein. Saavutettavuuden turvaaminen tulisi olla erityisen huomion kohteena kehitettäessä sosiaalihuollon e-palveluja, sillä asiakkaina on paljon ihmisiä, joille sähköisten palvelujen käyttö on vaikeaa.

Yli puolet kansalaisista kokee verkkopalvelujen käytössä esteitä, joista suurimmat liittyvät palvelujen laatuun ja luottamukseen. Yleisimmin esteeksi mainitaan se, että henkilökohtaista tapaamista ei voi korvata sähköisellä yhteydenotolla. Samoin esteenä mainitaan vaikeaselkoiset käyttöohjeet. Lisäksi kannettiin huolta tietosuojasta ja tietoturvasta: luottamus sähköiseen asiointiin on edelleen huolella noin kolmanneksella vastanneista, ja huoli on myös yleistynyt hieman, kun vastauksia verrataan vuoteen 2014. Myös kokemus sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisten palvelujen vaikeakäyttöisyydestä yleistyi seurantajaksolla: kun vuonna 2014 samaa tai täysin samaa mieltä olevia oli vajaa viidennes, vuonna 2017 heitä oli jo lähes kolmannes (ks. myös Hyppönen ym. 2018).

Esteiden kokemisessa on selviä väestöryhmittäisiä ja alueellisia eroja. Esimerkiksi terveydentilansa ja elämänlaatunsa huonoksi määrittelevät kokevat esteitä useammin kuin ne, joilla on parempi terveys ja elämänlaatu. Lisäksi vanhimmat ikäryhmät kokevat esteitä todennäköisemmin kuin nuoremmat. Vastaajan itse arvioima verkkopalvelujen käytön parempi osaaminen on myös yhteydessä siihen, että esteitä ei koeta. Alueellisesti tarkasteltuna Itä-Suomessa koetaan enemmän digitaalisten palvelujen käytön esteitä kuin Etelä-Suomessa. Tulokset osoittavat, että kansalaiset tarvitsevat tietoa sekä tukea ja opastusta digipalvelujen käytössä. Palveluja tarjoavien organisaatioiden tulisi selvittää eri asiakasryhmien tuen tarpeet ja parantaa asiakkaiden edellytyksiä hyödyntää verkkopalveluja.

Palvelujen järjestäminen maakuntatasolla edellyttää saumatonta tiedonkulkua sekä palvelujen tuottajien välillä että tuottajien ja asiakkaiden välillä. Valinnanvapaus edellyttää, että verkossa on kattavasti tietoa palvelujen valinnan tueksi. Kattavat, yhteen toimivat ja yhtenäiset sähköiset palvelut kansalaisille ovat edellytys tiedon ja palvelujen käyttämiseen. Kirjavat käytännöt vaikeuttavat palvelujen löytämistä, vertailua ja palveluihin hakeutumista. Samoin kirjavat käytännöt vaikeuttavat ammattilaisia, joiden tehtävänä on kansalaisten tukeminen sähköisten palvelujen käytössä. Palvelujen tarjontaa tulisi yhtenäistää niin maakuntien sisällä kuin niiden välillä, jotta kansalaiset ovat tasavertaisessa asemassa palvelujen saatavuudessa. Helppokäyttöiset, luotettavat ja kattavat sähköiset palvelut kansalaisille tarjoavat maakunnille ja muille palvelujen tuottajille hyvän lähtökohdan sote-uudistukseen.

Sähköisten palvelujen kehittämistyössä tärkeä lähtökohta tulee olla oman maakunnan asiakkaiden tarpeet ja sähköisten palvelujen eri asiakasryhmille tuottama lisäarvo. Parhaiten tämä onnistuu kun palveluja suunnitellaan yhteistyössä asiakkaiden kanssa. Digisyrjäytyneelle ihmiselle yhteiskunnan palvelut ja mahdollisuus osallistua jäävät etäälle. Tähän on viitattu aiemmassa tutkimuksessa esimerkiksi etuuksista: etuuksien haun siirtyminen verkkoon hyödyttää niitä, joiden tilanne on suhteellisen selvä ja vakaa, joilla on välineet ja osaaminen sähköisten lomakkeiden täyttöön ja jotka ovat tottuneet asioimaan verkon välityksellä. Sen sijaan niiden kohdalla, jotka eivät kykene sähköiseen asiointiin ja joiden elämäntilanteet ovat monimutkaisia, etuuden haun siirtyminen verkkoon voi johtaa etuuksien alikäyttöön ja ongelmien kasautumiseen. (Blomgren & Saikkonen 2018.) Tilanne



HYVINVOINTIPOLITIIKKA

18

Sosiaali- ja terveydenhuollon kannatusperusta väestössä

Suomalaisen hyvinvointivaltion legitimitetti pohjaa siihen, että väestö luottaa järjestelmän kohtelevan ihmisiä tasavertaisesti ja oikeudenmukaisesti ja että hyvinvointivaltion luottamusperusta on väestössä vakaa. Tässä luvussa tarkastellaan väestön sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää koskevia mielipiteitä. Tulosten mukaan valtaosa suomalaisista luottaa siihen, että terveystalvelut toimivat hyvin, terveydenhuollon henkilöstö on ammattitaitoista ja terveystalveluilla voidaan edistää yhteiskunnallista tasavertaisuutta ja oikeudenmukaisuutta. Luottamus sosiaalipalveluihin on jonkin verran vähäisempää. Järjestelmän rahoituksen on väestön enemmistön mielestä tarpeen myös perustua pääosin julkisiin verovaroihi, joskin kannatus on hieman laskenut aiempiin vuosiin verrattuna. Asiakasmaksujen pitäminen korkeintaan nykytasolla on edellytys palvelujen tarpeenmukaiselle käytölle koko väestössä ja sillä on väestön vahva kannatus. Sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmää uudistettaessa on tärkeää säilyttää tutkimuksen tuloksista välittyvä hyvinvointivaltion arvopohja.

Suomalaisen hyvinvointivaltion legitimiteetin taustalla on esitetty olevan oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon vaatimus, eikä hyvinvointivaltiota ymmärretä pelkästään taloudellisenä kysymyksenä. Tutkimukset myös osoittavat, että vaikka yleisen mielipiteen ja poliittisen päätöksenteon välillä ei ole suoraa yhteyttä, hyvinvointivaltion rakenne vaikuttaa kuitenkin sen legitimiteettiin väestön silmissä (Forma 1998.) Legitimiteetillä tarkoitetaan sitä, kuinka hyväksyttävänä väestö järjestelmää pitää ja kuinka laaja kannatus sen rahoittamisella on.

Suomalaista sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmää on yritetty uudistaa jo vuosia. Nyt eduskuntakäsittelyssä oleva sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislakiesitys tulisi voimaan 1.1.2021 kuitenkin niin, että sosiaali- ja terveyspalveluja uudistettaisiin vaiheittain. Tavoitteena uudistuksessa on, että sosiaali- ja terveyspalvelut olisivat toimiva kokonaisuus, jonoja olisi nykyistä vähemmän ja ihmiset pääsisivät nopeammin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Samalla asiakkaan valinnanvapaus laajenisi.

Palveluja uudistettaessa on tärkeää ottaa huomioon myös väestön näkemykset palvelujärjestelmästä, sen toiminnasta ja legitimiteetistä. Väestön sosiaaliturvaan liittyviä mielipiteitä on seurattu sekä kansallisilla että kansainvälisillä vertailuaineistoilla jo pitkään. Vähemmälle on sen sijaan jäänyt sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyvien mielipiteiden tutkimus ja seuranta. Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat toisaalta institutionaalistuneempia ja yhdenmukaisempia Pohjoismaissa, joten niiden tutkimuskin rajoittunee pitkälti tälle alueelle. Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmään liittyvää tutkimusta on tehty ennen kaikkea Suomessa ja Ruotsissa (Svallfors 2011). Suomalaisten hyvinvointivaltioon liittyviä mielipiteitä on myös tutkittu pitkään, ja ensimmäiset kyselyt tehtiin jo 1980-luvun lopulla (esim. Pöntinen & Uusitalo 1986; Forma 1998; Forma 2002; Forma 2006; Muuri 2008; Muuri & Manderbacka 2010; Muuri & Manderbacka 2014).

Euroopassa on tehty paljon tutkimuksia hyvinvointivaltioon liittyvistä mielipiteistä, joita Stefan Svallfors (1996) nimittää yleisiksi asenteiksi. Yleiset asenteet ovat usein abstrakteja, eikä väestöllä ole niistä välttämättä kovin voimakkaita mielipiteitä. Sen sijaan tutkijoita ovat kiinnostaneet vähemmän esimerkiksi sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyvät mielipiteet, joita Svallforsin jaottelua seuraten kutsumme spesifeiksi asenteiksi. Spesifeistä asenteista väestöllä voi olla yleisiä asenteita voimakkaampia mielipiteitä, koska ne ovat lähempänä arkielämää. Hyvinvointivaltioon liittyvissä tutkimuksissa painotetaan, että väestön mielipiteet eivät muodosta yhtä yhtenäistä jatkumoa, vaan ne ovat hyvin monitasoisia ja mielipiteet eri ulottuvuuksista voivat olla jopa ristiriidassa keskenään (van Oorschot & Meuleman 2012). Niinpä tutkijat ovat kehittäneet hyvinvointivaltion eri osa-alueita kattavia kysymyksiä, joiden avulla voidaan tarkastella mielipiteiden eri ulottuvuuksia (Svallfors 2011; Van Oorschot & Meuleman 2012; Roosma ym. 2013).

Sosiaali- ja terveydenhuoltoon liittyvien ulottuvuuksien tarkastelun on vienyt pisimmälle Svallfors (2011). Hänen mukaansa hyvinvointivaltion kannatusperustaa koskevia mielipiteitä voidaan arvioida neljällä ulottuvuudella. Ensinnäkin

on tärkeää, että väestö luottaa hyvinvointivaltion kykyyn huolehtia tehtävistään. Kutsumme tätä ulottuvuutta luottamusperustaksi. Toiseksi, koska universalistiset järjestelmät ovat muunlaisia järjestelmiä kalliimpia, on tärkeää, että verojen maksamisella ja niiden kohdentamisella hyvinvointivaltion ylläpitämiseen on väestön keskuudessa laaja kannatus. Kutsumme tätä ulottuvuutta sosiaalimenojen kannatusperustaksi. Kolmanneksi on tärkeää, että väestö katsoo, että palvelujen tuottajien on tarpeen olla julkisen sektorin toimijoita. Tätä ulottuvuutta kutsumme julkisen palvelutuotannon kannatusperustaksi. Neljänneksi kyse on väestön luottamuksesta siihen, että järjestelmässä ei esiinny ”vapaamatkustajia”, vaan kaikki osallistuvat järjestelmän ylläpitämiseen ja käyttävät palveluja ja etuuksia tarpeen mukaan.

Tässä luvussa tarkastelemme väestön mielipiteitä Svallforsin kehittämän jaottelun kolmella ensimmäisellä ulottuvuudella. Vapaamatkustajuudesta ei käytännössämme kyselyssä ole selvitetty väestön mielipiteitä. Luottamusperustan osalta selvitämme, mitä mieltä väestö on sosiaali- ja terveyspalvelujen toimivuudesta, henkilöstön ammattitaidosta ja siitä, tuottavatko palvelut tasavertaisuutta ja oikeudenmukaisuutta. Sosiaalimenojen kannatusperustaa tarkastelemme kysymällä, missä määrin väestö toivoo verovarojen käyttöä palvelujen ja etuuksien rahoittamiseen. Julkisen palvelutuotannon kannatusperustaa tarkastelemme analysoimalla, missä määrin asiakkaan omia varoja toivotaan käytettävän sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoittamiseen. Tavoitteenamme on selvittää väestön yleisiä ja spesifejä mielipiteitä hyvinvointivaltiosta sekä niihin yhteydessä olevista tekijöistä.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimusaineistona käytimme Kansallisen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimuksen (FinSote) 2017–2018 aineistoa, jonka otokseen poimittiin jokaisesta maakunnasta 3 300 henkilöä. Jotta iäkkäitä ihmisiä saatiin riittävästi aineistoon, painotettiin heidän osuuttaan poimimalla vanhimpaan ikäryhmään (75 vuotta täyttäneet) jokaisesta maakunnasta tuhat henkilöä ja 2 300 henkilöä ikäryhmästä 20–74-vuotiaista. Vastausprosentti kyselyssä oli 45. Vastausaktiivisuus oli korkein 75 vuotta täyttäneillä (57 %) ja matalin alle 55-vuotiailla (28 %). Analyyseissä kadon vaikutusta pyrittiin korjaamaan painottamalla tuloksia vastaamaan väestön ikä-, sukupuoli-, siviilisäätö-, koulutusaste-, asuinmaakunta- ja asuinkunnan taajama-astejakaumaa.

Kyselyssä kartoitettiin palvelujärjestelmän luottamusperustaa pyytämällä vastaajia arvioimaan erikseen kustakin palvelusta, kuinka samaa mieltä he ovat sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää kuvaavien väittämien kanssa: a) Suomessa terveys-/ sosiaalipalvelut toimivat yleisesti ottaen hyvin, b) luotan terveys-/ sosiaalipalvelujen henkilöstön ammattitaitoon ja osaamiseen ja c) terveys-/ sosiaalipalveluilla lisätään yhteiskunnallista tasavertaisuutta ja oikeudenmukaisuutta.

Vastausvaihtoehdot olivat 1) täysin samaa mieltä, 2) jokseenkin samaa mieltä, 3) ei samaa eikä eri mieltä, 4) jokseenkin eri mieltä ja 5) täysin eri mieltä. Analyysijä varten luokittelimme vaihtoehdot 1 ja 2 kuvaamaan väittämien kanssa samaa mieltä olemista.

Sosiaalimenojen kannatusperustaa kartoitettiin kysymällä vastaajilta kustakin palvelusta erikseen, missä määrin he toivovat verovaroja käytettävän terveys- ja sosiaalipalvelujen sekä sosiaalietuuksien rahoittamiseen. Vastausvaihtoehdot olivat 1) nykyistä enemmän, 2) nykyinen määrä ja 3) nykyistä vähemmän. Monimuuttuja-analyysiä varten vaihtoehdot 1 ja 2 yhdistettiin kuvaamaan sitä, että palvelujen tai etuuksien verorahoitus haluttiin säilyttää vähintään nykyisellä tasolla.

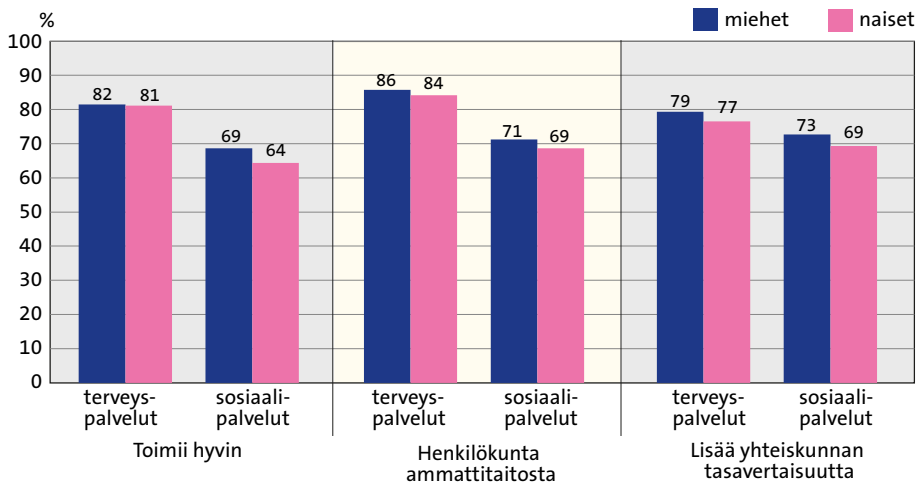
Julkisen palvelutuotannon kannatusperustaa kartoitettiin kysymällä vastaajilta erikseen kummastakin palvelusta, missä määrin he toivovat asiakkaan omia varoja (asiakasmaksuina) käytettävän sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoittamiseen. Vastausvaihtoehdot olivat 1) nykyistä enemmän, 2) nykyinen määrä ja 3) nykyistä vähemmän. Analyysissä tarkastelimme niiden osuuksia, jotka toivoivat asiakasmaksuja käytettävän nykyistä vähemmän. Lisäksi kysyttiin, pitäisikö asiakasmaksuja porrastaa tulojen mukaan siten, että suurituloiset maksaisivat asiakasmaksuina itse suuremman osan palvelun hinnasta kuin pienituloiset (kysyttiin erikseen sosiaali- ja terveyspalveluista). Vastausvaihtoehdot olivat 1) pitäisi ehdottomasti, 2) ehkä pitäisi ja 3) ei pitäisi. Tarkastelua varten yhdistimme vaihtoehdot 1 ja 2 kuvaamaan porrastuksen kannattamista.

Järjestelmän luottamusperustan sekä sosiaalimenojen ja julkisen palvelutuotannon kannatusperustan yleisyyttä kuvaamaan laskimme ikävakioidut prosenttiosuudet erikseen miehille ja naisille. Lisäksi tarkastelimme kannatusperustaa kuvaavien asenteiden ja mielipiteiden vaihtelua selittäviä sosiodemografisia tekijöitä monimuuttujaisella logistisella regressioanalyysillä. Selittävinä tekijöinä logistisissa malleissa olivat samanaikaisesti ikä (20–54-, 55–74-, ja 75+-vuotiaat), sukupuoli, työmarkkina-asema (töissä, työtön, eläkkeellä, muu), koulutus (koulutusvuodet luokiteltuna kolmanneksiin), toimeentulovaikeudet (oliko vastaaja pelännyt ruuan loppumista ennen kuin saa rahaa ostaakseen lisää, joutunut tinkimään lääkkeiden ostosta rahan puutteen vuoksi tai jättänyt rahan puutteen vuoksi käymättä lääkärissä ja myönteinen vastaus mihin tahansa näistä kolmesta katsottiin toimeentulovaikeuksiksi), sosiaali- tai terveyspalvelujen käyttö sekä asuinkunnan taajama-aste Tilastokeskuksen kuntaluokituksen perusteella. Kaikki selittävät tekijät sovitettiin malliin yhtä aikaa, jotta selittävien tekijöiden merkitystä eri asenteisiin voitaisiin vertailla. Esitämme tulokset liitetaulukkoissa vedonlyöntisuhteina (odds ratio, OR), joilla selittävien tekijöiden eri luokkien eroja vertailuluokkaan kuvataan siten, että vertailuluokka saa arvon 1.00, jolloin sitä pienemmät luvut kuvaavat vertailuluokkaa pienempää todennäköisyyttä ja suuremmat suurempaa todennäköisyyttä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän luottamusperusta

Noin kahdeksan kymmenestä sekä miehistä että naisista luotti terveystalvelujen toimintaan, ja vielä useampi luotti terveydenhuollon ammattilaisten ammattitaitoon (kuvio 18.1). Lähes 80 prosenttia vastaajista luotti terveystalvelujen mahdollisuuteen lisätä tasavertaisuutta ja oikeudenmukaisuutta yhteiskunnassa. Luottamus sosiaalitalveluihin oli matalampi, mutta niidenkin kohdalla yli 60 prosenttia luotti talvelujen toimintaan, henkilöstön ammattitaitoon sekä sosiaalitalvelujen mahdollisuuteen lisätä yhteiskunnallista tasavertaisuutta ja oikeudenmukaisuutta.

Luottamuksessa sosiaali- ja terveystalveluihin oli myös väestöryhmittäisiä eroja (liitetaulukko 18.1). Kun kaikki sosiodemografiset tekijät huomioitiin samanaikaisesti, naiset luottivat miehiä useammin terveystalvelujen toimintaan, mutta toisaalta miehiä harvemmin sosiaalitalvelujen toimintaan ja niiden mahdollisuuksiin lisätä tasavertaisuutta ja oikeudenmukaisuutta yhteiskunnassa. Iäkkäämmät, erityisesti 75 vuotta täyttäneet luottivat nuorempia (alle 55-vuotiaat) useammin sekä sosiaali- että terveystalvelujen toimintaan ja näiden henkilöstön ammattitaitoon ja osaamiseen. Työmarkkina-asema oli yhteydessä luottamusperustaa kuvaaviin asenteisiin siten, että työttömät luottivat työssäkäyviä harvemmin terveystalvelujen toimintaan ja mahdollisuuksiin lisätä yhteiskunnallista oikeudenmukaisuutta. Luottamus talvelujärjestelmän toimintaan oli pääsääntöisesti vahvempaa korkeasti koulutetuilla. Erityisesti korkeasti koulutetut luottivat vähemmän koulutettuja useammin terveystalvelujen toimintaan sekä sosiaali-

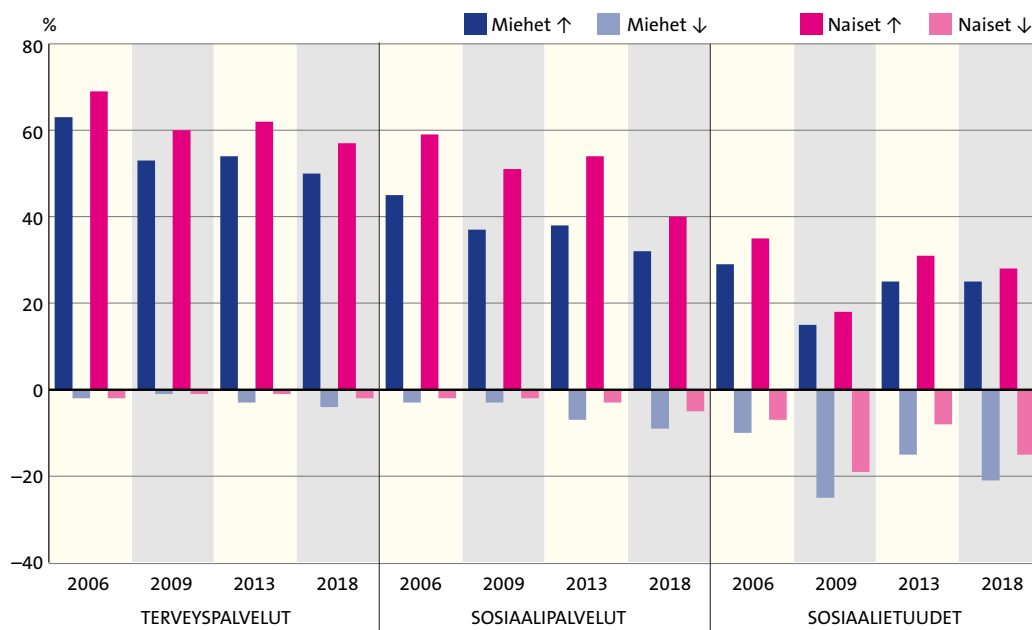


KUVIO 18.1. Väestön yleinen luottamus sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään 2018. Väittämien kanssa samaa mieltä olevien ikävakioidut osuudet (%) miehillä ja naisilla. Lähde: FinSote 2017–2018.

että terveyspalvelujen henkilöstön ammattitaitoon ja palvelujen mahdollisuuksiin lisätä yhteiskunnan oikeudenmukaisuutta. Sosiaalipalveluja käyttäneet luottivat muita jonkin verran useammin sosiaalipalvelujen toimintaan ja niiden henkilöstön ammattitaitoon. Maaseutumaisissa ja taajaan asutuissa kunnissa luotettiin jonkin verran useammin sosiaalipalvelujen toimintaan kaupunkeihin verrattuna, mutta terveyspalvelujen mahdollisuuksiin lisätä yhteiskunnallista oikeudenmukaisuutta luotettiin maaseudulla harvemmin kuin kaupungeissa.

Sosiaalimenojen kannatusperusta

Sosiaalimenojen kannatusperustan kehityksestä on seurantatietoa vuodesta 2006 lähtien (kuvio 18.2). Terveyspalveluihin verovarojen käytön lisäämistä kannattavien osuus pieneni hieman tarkastelujaksolla, mutta vielä 2018 yli puolet vastaajista kannatti menojen kasvattamista. Sosiaalipalveluissa osuudet olivat hieman alemmat (32–40 %) ja verovarojen käytön vähentämistä terveyspalvelujen rahoittamiseen kannattavien osuus oli suurempi (5–10 %). Sosiaalietuuksien menojen lisäämistä kannatti runsas neljännes vastaajista, niissä verovarojen käytön lisäämisen kannatus on hieman kasvanut vuoden 2009 jälkeen.



KUVIO 18.2. Sosiaalimenojen kannatusperusta vuosina 2006–2018. Sosiaalimenoihin palveluihin ja etuuksiin nykyistä enemmän (↑) tai vähemmän (↓) verorahoitusta toivovien osuudet (%) miehillä ja naisilla. Lähde: Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -tutkimus 2006–2017. Lähde: FinSote 2017–2018.

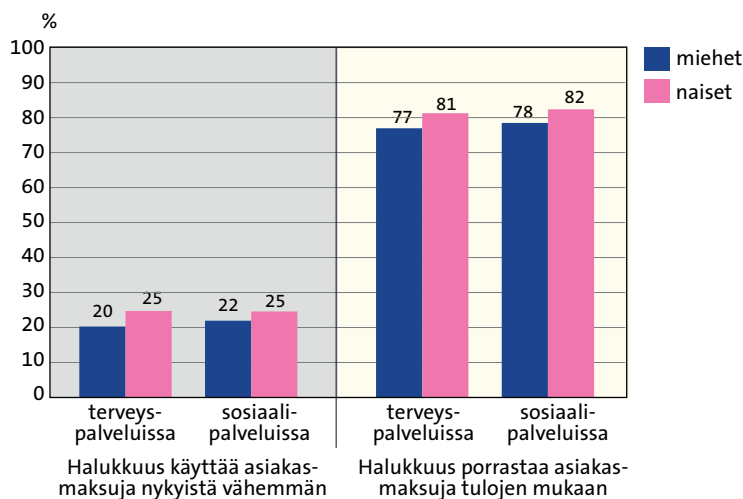
Kun tarkastelimme väestöryhmittäisiä eroja sosiaalimenojen kannatusperustassa vuonna 2018, selvitimme sosiodemografisia eroja halukkuudessa säilyttää verorahoitus vähintään nykyisellä tasolla (liitetaulukko 18.2). Naiset olivat miehiä halukkaampia käyttämään verovaroja sosiaali- ja terveystalouteihin sekä sosiaali-etuuksiin vähintään nykyisen määrän. Yli 55-vuotiaat olivat nuorempia valmiimpia säilyttämään sosiaalietuuksien verorahoituksen vähintään nykyisellä tasolla, mutta sosiaalipalveluihin he olivat valmiit käyttämään verovaroja nuorempia harvemmin. Työmarkkina-asema oli yhteydessä sosiaalimenojen kannatusperustaan liittyviin asenteisiin siten, että eläkkeellä olevat olivat työssäkäyviä useammin halukkaita säilyttämään sekä sosiaali- ja terveystaloutta että sosiaalietuuksien verorahoituksen vähintään nykyisellä tasolla.

Myös työttömät olivat työssäkäyviä halukkaampia säilyttämään sosiaalipalvelujen ja -etuuksien verorahoituksen vähintään nykyisellä tasolla. Korkeasti koulutetut taas olivat vähemmän koulutettuja harvemmin valmiita käyttämään verovaroja vähintään nykyisen määrän terveystalouteihin ja sosiaalietuuksiin. Toimeentulovaikeuksia kokeneet puolestaan halusivat muita useammin verovaroja käytettävän vähintään nykyisen määrän sekä palveluihin että etuuksiin. Terveystaloutta käyttäneet olivat muita valmiimpia säilyttämään terveystaloutta verorahoituksen vähintään nykyisellä tasolla. Vastaajien asuinkunnan taajama-aste näkyi verorahoitukseen liittyvissä asenteissa siten, että maaseudulla oltiin valmiimpia säilyttämään erityisesti terveystaloutta ja sosiaalietuuksien verorahoitus nykyisellä tasolla.

Julkisen palvelutuotannon kannatusperusta

Miehistä noin joka viides ja naisista joka neljäs oli valmiita vähentämään asiakkaiden omaa maksuosuutta, eli asiakasmaksuja, sosiaali- ja terveystalouteissa (kuva 18.3). Asiakasmaksujen osuutta kasvattamaan terveystalouteissa puolestaan oli valmiita miehistä 15 prosenttia ja naisista 12 prosenttia. Sosiaalipalveluissa asiakasmaksujen osuutta oli valmis lisäämään 12 prosenttia miehistä ja 9 prosenttia naisista. Sekä terveys- että sosiaalipalveluissa noin neljä viidestä vastaajasta kannatti asiakasmaksujen porrastamista.

Tarkasteltaessa väestöryhmittäisiä eroja julkisten palvelujen kannatusperustassa (liitetaulukko 18.3) naiset, eläkkeellä olevat (vs. työssäkäyvät), korkeasti koulutetut sekä toimeentulovaikeuksia kokeneet olivat halukkaampia sekä vähentämään asiakasmaksujen osuutta että porrastamaan asiakasmaksuja sosiaali- ja terveystalouteissa. Myös yli 55-vuotiaat olivat pääosin nuorempia halukkaampia vähentämään asiakasmaksuja ja lisäämään niiden porrastusta. Maaseudulla asuvat olivat kaupunkimaisissa kunnissa asuvia harvemmin halukkaita vähentämään asiakasmaksuja, mutta samalla muita useammin halukkaita porrastamaan asiakasmaksuja tulojen mukaan.



KUVIO 18.3. Halukkuus käyttää asiakasmaksuja nykyistä vähemmän ja porrastaa asiakasmaksuja tulojen mukaan sosiaali- ja terveyspalveluissa 2018. Ikävakioidut osuudet (%) miehillä ja naisilla. Lähde: FinSote 2017–2018.

Pohdinta

Tässä luvussa tarkasteltiin väestön sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää koskevia mielipiteitä. Tulosten mukaan valtaosa suomalaisista luottaa siihen, että terveyspalvelut toimivat hyvin, terveydenhuollon henkilöstö on ammattitaitoista ja terveyspalveluilla voidaan edistää yhteiskunnallista tasavertaisuutta ja oikeudenmukaisuutta. Luottamus sosiaalipalveluihin on jonkin verran vähäisempää, mutta kuitenkin yli 60 prosenttia väestöstä luottaa tutkimuksen tulosten mukaan myös sosiaalipalvelujen toimintaan, henkilöstöön ja palvelujen mahdollisuuteen edistää oikeudenmukaisuutta. Suunnitteilla olevan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen vuoksi palvelujärjestelmästä on keskusteltu julkisuudessa vilkkaasti, mikä on osaltaan voinut vaikuttaa vastaajien arvioihin. Samansuuntaisia tuloksia saatiin kuitenkin jo vuonna 2013 (Muuri & Manderbacka 2014), jolloin valtaosa vastaajista lisäksi arvioi palvelujen toimivan hyvin.

Tutkimuksessa havaittiin kuitenkin selviä väestöryhmien välisiä eroja luottamuksessa palvelujen toimintaan. Vähän koulutetut ja toimeentulovaikeuksia kokeneet luottavat muita harvemmin palvelujärjestelmän toimintaan. Työttömät luottavat työssäkäyviä vähemmän erityisesti terveyspalvelujen toimintaan ja niiden mahdollisuuksiin lisätä yhteiskunnallista oikeudenmukaisuutta. Sosioekonomiset erot luottamuksessa terveyspalveluihin voivat heijastaa järjestelmän rakenteesta johtuvia eroja palveluihin pääsyssä eri väestöryhmien välillä. Suomalaisen palvelujärjestelmän yksi olennainen ongelma on ollut terveyspalvelujen eriarvoi-

nen saatavuus väestöryhmittäin ja alueellisesti (Nguyen & Seppälä 2014; Manderbacka ym. 2017). Työssäkäyvä aikuisväestö saa tarvitsemansa perusterveydenhuollon palvelut pääosin työterveyshuollon ja opiskelijat opiskelijaterveydenhuollon kautta (ks. myös Karvonen ym. luku 14 tässä teoksessa). Yksityisiä terveystalvetauja käyttävät maksukykyiset joko omalla kustannuksellaan tai yksityisen vakuutuksen turvin. Ikääntyneet ja lapsiperheet, joilla ei ole yksityistä vakuutusta, sekä työelämän ulkopuolella olevat aikuiset, kuten työttömät ja eläkeläiset, ovat pääsääntöisesti hoitoon pääsyyn liittyvistä ongelmista kärsivän julkisen terveydenhuollon varassa.

Sosiaalimenojen kannatusperusta vaikuttaa myös vankalta, sillä melkein kaikki suomalaiset haluavat pitää sosiaali- ja terveystalvetauihin käytettävän verorahoituksen vähintään nykytasolla. Vankin kannatus on julkisilla terveystalvetauilla, joihin yli puolet väestöstä on tämän tutkimuksen mukaan valmis jopa lisäämään verovarujen käyttöä. Sosiaalitalvetauihin ja erityisesti tulonsiirtoihin halutaan harvemmin käyttää lisää verovaroja ja lähes viidennes suomalaisista haluaisi tulonsiirtoihin käytettävän vähemmän julkisia varoja kuin nykyisin. Sosiaalimenojen kannatus on vahvinta naisten, vähemmän koulutettujen, eläkeläisten ja työttömien sekä toimeentulovaikeuksia kokeneiden joukossa. Samansuuntaisia havaintoja väestöryhmittäisistä eroista suhtautumisessa sosiaaliturvan tasoon on raportoitu myös aiemmissa tutkimuksissa (Karvonen & Vaarama 2014).

Myös asiakasmaksuja koskevat mielipiteet osoittavat, että julkisen palvelutuotannon kannatusperusta on vakaa. Asiakasmaksuilla katetaan noin seitsemän prosenttia kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen kustannuksista (Vaalavuo 2018). Tämän tutkimuksen tulosten perusteella valtaosa väestöstä haluaa pitää asiakasmaksujen tason ennallaan ja melkein neljännes on halukas jopa vähentämään asiakasmaksujen osuutta. Vain runsas kymmenes katsoo, että asiakasmaksuja tulisi nostaa sosiaali- ja terveystalvetauissa. Myös asiakasmaksujen porrastusta tulojen mukaan kannattaa tämän tutkimuksen mukaan melkein neljä viidennestä väestöstä. Aiempien tutkimusten mukaan suuri osa maksuista keskittyy pienelle joukolle, vaikka noin puolet suomalaisista on vuosittain maksanut terveydenhuollon asiakasmaksuja (Peltola & Vaalavuo 2018). Noin viidennes sosiaali- ja terveystalvetaujen käyttäjistä on kokenut, että liian korkeat asiakasmaksut ovat haitanneet hoitoon tai palveluun pääsyä (Terveystemme.fi 2018).

Suomalaisen hyvinvointivaltion legitimitetti pohjaa siihen, että väestö luottaa järjestelmän toimintaan ja siihen, että se kohtelee ihmisiä tasavertaisesti ja oikeudenmukaisesti. Järjestelmän on väestön enemmistön mielestä tarpeen myösa olla pääosin julkisin verovaroin rahoitettu, mikä ylläpitääkin julkisen järjestelmän legitimitettipohjaa. Asiakasmaksujen pitäminen korkeintaan nykytasolla on edellytys palvelujen tarpeenmukaiselle käytölle koko väestössä ja sillä on väestön vahva kannatus. Sosiaali- ja terveystalvetaujärjestelmää uudistettaessa on tärkeää säilyttää tämänkin tutkimuksen tuloksista välittyvä hyvinvointivaltion arvopohja, joka on vuosikautia kestäneen ja epävarmuutta luoneen sote-uudistuksen valmistelun jälkeen koetuksella.

Lähteet

- Forma, Pauli (1998): Mieli-piteiden muutos ja pysyvyys. Suomalaisten mieli-piteet hyvinvointivaltioista, sosiaaliturvasta ja hyvinvointipalveluista vuonna 1992 ja 1996. Raportteja 222. Helsinki: Stakes.
- Forma, Pauli (2002): Suomalaisten sosiaaliturvaa ja sosiaalipalveluja koskevat mieli-piteet vuonna 2002. Teoksessa: Matti Heikkilä & Mikko Kautto (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2002. Helsinki: Stakes, 292–310.
- Forma, Pauli (2006): Niin hyvinä kuin huonoinakin aikoina – Suomalaisten sosiaalipolitiikkaa koskevat mieli-piteet vuonna 2004. Teoksessa: Mikko Kautto (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2006. Helsinki: Stakes, 160–184.
- Karvonen, Sakari & Vaarama, Marja (2014): Yhteiskunnan sosiaalinen kestävyys väestön mieli-piteiden valossa. Teoksessa: Marja Vaarama & Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Pasi Moisio & Anu Muuri (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Manderbacka, Kristiina & Aalto Anna-Mari & Kestilä, Laura & Muuri, Anu & Häkkinen, Unto (2017): Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Muuri, Anu (2008): Sosiaalipalveluja kaikille ja kaiken ikää? Tutkimus suomalaisten mieli-piteistä ja kokemuksista sosiaalipalveluista sekä niiden suhteesta legitimitettiin. Tutkimuksia 178. Helsinki: Stakes.
- Muuri, Anu & Manderbacka, Kristiina (2010): Hyvinvointivaltion kannatusperusta. Teoksessa: Marja Vaarama & Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 96–110.
- Muuri, Anu & Manderbacka, Kristiina (2014): Suomalaisen hyvinvointivaltion kannatusperustan ulottuvuudet. Teoksessa: Marja Vaarama & Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Pasi Moisio & Anu Muuri (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Nguyen, Lien & Seppälä, Timo T (2014): Väestön lääkäripalvelujen käyttö ja kokemukset terveyspalveluista. Teoksessa: Marja Vaarama & Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Pasi Moisio & Anu Muuri (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- van Oorschot, Wim & Meuleman, Bart (2012): Welfare and the multidimensionality of welfare state legitimacy: Evidence from the Netherlands, 2006. *International Journal of Social Welfare* 21, 79–93.
- Peltola, Mikko & Vaalavuo, Maria (2018): Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen sekä omavastuusuusien kohdentuminen väestössä. Teoksessa: Marja Vaalavuo (toim.): Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen kohdentuminen, vaikutukset ja oikeudenmukaisuus. Valtioneuvoston selvitys ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 30/2018. https://valtioneuvosto.fi/artikkelii/-/asset_publisher/10616/tutkimus-sosiaali-ja-terveydenhuollon-asiakasmaksut-kasaantuvat-harvojen-maksettavaksi
- Pöntinen, Seppo & Uusitalo, Hannu (1986): The legitimacy of the welfare state: Social security opinions in Finland 1975–1985. Suomen Gallup Oy, Report n:o 15.
- Roosma, Femke & Gelissen, John & van Oorschot, Wim (2013): The multidimensionality of welfare state attitudes: A European cross-national study. *Social Indicator Research* 113, 235–255.
- Sihvo, Tuire & Uusitalo, Hannu (1995): Economic crises and support for the welfare state in Finland 1975–1993. *Acta Sociologica* 38, 251–62.
- Svallfors, Stefan (1996): Välfärdsstatens moraliska ekonomi. Välfärdsopinionen I 90-talets Sverige. Umeå: Boréa.
- Svallfors, Stefan (2011): A bedrock of support? Trends in welfare state attitudes in Sweden, 1981–2010. *Social Policy & Administration* 45(7), 806–825.
- Terveytemme.fi 2018: <http://www.terveytemme.fi/finsote/2017–2018/kaikki.html>
- Vaalavuo, Maria & Peltola, Mikko (2018): Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen kohdentuminen väestössä tuloluokittain. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201802073189>.

Liitteet

LIITETAULUKKO 18.1. Luottamusta sosiaali- ja terveydenhuoltoon selittävät tekijät (OR) vuonna 2018. Lähde: FinSote 2017–2018.

	Toimii hyvin		Luottaa henkilöstön ammattitaitoon		Luottaa palvelujen mahdollisuuksiin lisätä tasa-vertaisuutta ja oikeudenmukaisuutta	
	Terveyspalvelut	Sosiaali-palvelut	Terveys-palvelut	Sosiaali-palvelut	Terveys-palvelut	Sosiaali-palvelut
	OR	OR	OR	OR	OR	OR
Sukupuoli						
Miehet	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Naiset	1,14**	0,90**	0,91	1,02	0,94	0,91*
Ikäryhmä						
20–54 v	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
55–74 v	1,07	1,12*	1,31***	1,03	0,94	0,99
75+ v	1,30**	1,51***	1,72***	1,50***	1,04	1,26
Työtilanne						
Työssä	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Työtön	0,80*	0,90	0,82	0,86	0,77**	0,85
Eläkkeellä	0,96	0,97	0,99	0,96	0,9	0,87*
Muu	1,09	1,04	1,01	1,17*	1,06	1,09
Koulutus						
Matala	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Keskitaso	1,23***	1,03	1,17*	1,06	1,27***	1,22***
Korkea	1,33***	1,03	1,32***	1,20***	1,73***	1,78***
Toimeentulo-vaikeuksia						
Ei	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Kyllä	0,42***	0,45***	0,39***	0,44***	0,46***	0,48***
Käyttänyt terveyspalveluja						
Ei	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Kyllä	1,06	0,96	0,95	0,98	0,94	0,98
Käyttänyt sosiaalipalveluja						
Ei	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Kyllä	1,07	1,18*	0,89	1,15*	0,92	1,11
Kuntaryhmä						
Kaupunkimaiset	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Taajaan asutut	1,00	1,14*	0,94	1,02	0,97	1,03
Maaseutumaiset	0,98	1,11*	0,92	1,03	0,87**	0,95

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

LIITETAULUKKO 18.2. Halukkuutta käyttää verovaroja sosiaali- ja terveyspalveluihin sekä sosiaalietuuksiin vähintään nykyinen määrä selittävät tekijät (OR) vuonna 2018. Lähde: FinSote 2017–2018.

	Terveys- palveluihin	Sosiaali- palveluihin	Sosiaali- etuuksiin
Sukupuoli			
Miehet	1,00	1,00	1,00
Naiset	2,06***	2,28***	1,68***
Ikäryhmä			
20–54 v	1,00	1,00	1,00
55–74 v	0,88	0,81*	1,30***
75+ v	0,81	0,93	1,35***
Työtilanne			
Työssä	1,00	1,00	1,00
Työtön	1,21	1,54*	4,01***
Eläkkeellä	1,42*	1,38**	1,61***
Muu	1,19	1,41*	1,72***
Koulutus			
Matala	1,00	1,00	1,00
Keskitaso	0,94	1,11	0,86*
Korkea	0,69***	0,85	0,73***
Toimeentulovaikeuksia			
Ei	1,00	1,00	1,00
Kyllä	2,01***	1,38**	1,42***
Käyttänyt terveyspalveluja			
Ei	1,00	1,00	1,00
Kyllä	1,40*	1,11	0,92
Käyttänyt sosiaalipalveluja			
Ei	1,00	1,00	1,00
Kyllä	0,89	1,33	1,14
Kuntaryhmä			
Kaupunkimaiset	1,00	1,00	1,00
Taajaan asutut	0,88	0,93	1,09
Maaseutumaiset	1,43*	1,11	1,18*

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

LIITETAULUKKO 18.3. Halukkuutta vähentää ja porrastaa sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuja selittävät tekijät (OR) vuonna 2018. Lähde: FinSote 2017–2018.

	Halukkuus käyttää asiakasmaksuja nykyistä vähemmän ...		Kannattaa asiakasmaksujen porrastamista tulojen mukaan...	
	Terveyspalveluihin	Sosiaalipalveluihin	Terveyspalveluihin	Sosiaalipalveluihin
	OR	OR	OR	OR
Sukupuoli				
Miehet	1,00	1,00	1,00	1,00
Naiset	1,19***	1,14**	1,23***	1,19***
Ikäryhmä				
20–54 v	1,00	1,00	1,00	1,00
55–74 v	1,18*	1,19*	1,69***	1,92***
75+ v	1,13	1,27**	2,14***	2,20***
Työtilanne				
Työssä	1,00	1,00	1,00	1,00
Työtön	1,36**	1,27*	1,45**	1,47**
Eläkkeellä	1,49***	1,45***	1,36***	1,36***
Muu	1,12	1,03	0,88	0,82**
Koulutus				
Matala	1,00	1,00	1,00	1,00
Keskitaso	0,85**	0,87*	0,75***	0,75***
Korkea	0,63***	0,70***	0,56***	0,57***
Toimeentulovaikeuksia				
Ei	1,00	1,00	1,00	1,00
Kyllä	2,45***	2,05***	1,75***	1,69***
Käyttänyt terveyspalveluja				
Ei	1,00	1,00	1,00	1,00
kyllä	0,95	0,97	1,00	0,99
Käyttänyt sosiaalipalveluja				
Ei	1,00	1,00	1,00	1,00
Kyllä	1,11	1,05	1,06	1,01
Kuntaryhmä				
Kaupunkimaiset	1,00	1,00	1,00	1,00
Taajaan asutut	0,93	1,00	1,14*	1,11
Maaseutumaiset	0,88*	0,99	1,22***	1,23***

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Julkisten sosiaalimenojen rakenne ja kehitys 2000-luvulla

Tässä luvussa tarkastellaan julkisten sosiaali- ja terveystennojen (lyhyemmin sosiaalimenot) rakennetta ja kehitystä 2000-luvulla. Sosiaalimenojen seuraaminen on tärkeää hyvinvointivaltion taloudellisen kestävyuden seuraamiseksi, mutta ne eivät toisaalta kerro menojen jakautumisesta yhteiskunnassa tai siitä, kuinka hyvin ne vastaavat väestön tarpeisiin. Sosiaalimenot muodostavat Suomessa suurimman osan julkisista menoista. Vuonna 2016 julkiset sosiaalimenot olivat 69 miljardia euroa, asukasta kohden 12 548 euroa. Tästä toimeentuloturvana maksettiin noin 61 prosenttia ja loput käytettiin palvelujen tuottamiseen. Vanhuuteen liittyvät menot muodostivat sosiaalimenoista 40 prosenttia – tämän jälkeen terveyteen ja sairauteen liittyvät menot olivat suurin menoerä 22 prosentin osuudella. Kansainvälisessä vertailussa Suomen julkiset sosiaalimenot suhteessa bruttokansantuotteeseen ovat korkeat, mikä on yksi pohjoismaisen hyvinvointivaltion ominaispiirteistä. Väestön ikääntyminen lisää menoja, kun huoltosuhde tulevaisuudessa heikkenee. Ennustelaskelmat näyttävät sosiaalimenojen kasvun olevan voimakasta seuraavat kaksi vuosikymmentä, mutta hidastuvan 2040-luvulla.

Tässä luvussa kuvaamme julkisten sosiaali- ja terveystenonien kehitystä, rakennetta ja rahoitusta Suomessa 2000-luvun alusta vuoteen 2016. Sosiaalimenonien ja rahoituksen kuvaamisen ohella vertaamme sosiaalimenonien osuutta bruttokansantuotteesta EU-maissa ja arvioimme sosiaalimenonien todennäköistä tulevaisuuden kehitystä. Keskitymme tässä luvussa sosiaaliturvan ja terveydenhuollon julkisiin menoihin, joita kutsumme jatkossa lyhyesti sosiaalimenoiksi. Tarkastelu pitää sisällään toimeentuloturvan ja palvelut. Ennen varsinaisia tuloksia kuvaamme, mitä sosiaalimenoilla tarkoitetaan. Tarkastelusta riippuen käytämme eri tilastolähteitä, joiden määritelmät sosiaalimenoista poikkeavat hieman toisistaan.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) tuottaa tilastotietoa sosiaalimenoista vuosittain (SVT 2018b).¹ Tilastossa sosiaalimenot on määritelty kansainvälisen ESSPROS-standardin mukaisesti (The European System of Integrated Social Protection Statistics). Standardin mukaan sosiaaliturvaan kuuluvat ”kaikki julkisten tai yksityisten tahonien toimenpiteet, joiden tarkoituksena on turvata yksilön ja perheen toimeentulo tiettyjen riskien ja tarpeiden varalta. Sosiaaliturvaetuudet voivat olla luonteeltaan joko toimeentuloa turvaavia rahallisia etuuksia tai suoraan annettavia palveluja ja tarvikkeita tai epäsuoria turvan piiriin kuuluvien maksettujen kulujen korvaamisia” (SVT 2018b). Määritelmän ulkopuolelle jää kuitenkin joitain merkittäviä sosiaaliturvajärjestelmän osia kuten asiakasmaksuilla rahoitettu osa sosiaali- ja terveydenhuollosta, opintotuet sekä sairausvakuutuksen Kela-korvaukset, joista merkittävimpiä ovat lääkekorvaukset.

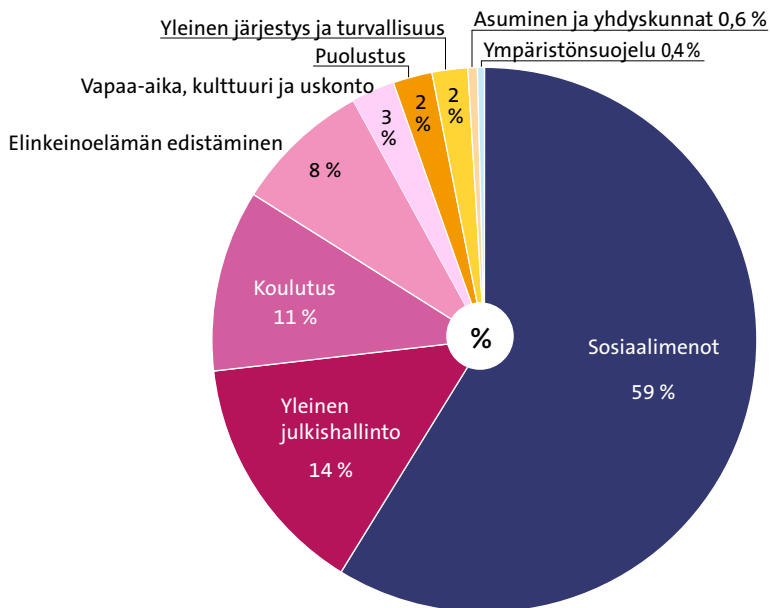
Tilastokeskuksen kansantalouden tilinpito -tilasto avaa sosiaalimenonien laajuutta suhteessa julkisyhteisöjen kokonaismenoihin (SVT 2018a). Tilastossa sosiaalimenot on jaettu kahteen pääluokkaan, sosiaaliturvaan ja terveydenhuoltoon. Ne kattavat hieman enemmän menoeriä kuin THL:n tilastoimat sosiaalimenot. Seuraavassa osiossa käsittelemme sosiaalimenonien osuutta julkistaloudesta tämän määritelmän pohjalta.

Sosiaalimenot osana julkistaloutta

Kuviossa 19.1 on esitetty julkisyhteisöjen menot tehtävittäin vuoden 2016 kansantalouden tilinpidon mukaisesti. Kaiken kaikkiaan julkisyhteisöjen bruttomenot olivat 121 miljardia euroa, josta sosiaalimenonien osuus oli yli puolet.² Sosiaalimenoista kolme neljäsosaa oli sosiaaliturvan menoja ja loput terveydenhuollon menoja. Muita merkittäviä julkisyhteisöjen menokohteita olivat yleinen julkishalinto, koulutus ja elinkeinoelämän edistäminen. (SVT 2018a.)

1 Saatavilla: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2018051424036>

2 Tilastolähteestä riippuen menonien suuruus hieman vaihtelee. THL:n tilastossa sosiaalimenot ovat 69 miljardia euroa ja Tilastokeskuksen kansantalouden tilinpidossa 71 miljardia euroa vuodelle 2016. Näistä syistä myös luvut voivat tässä tekstissä vaihdella.

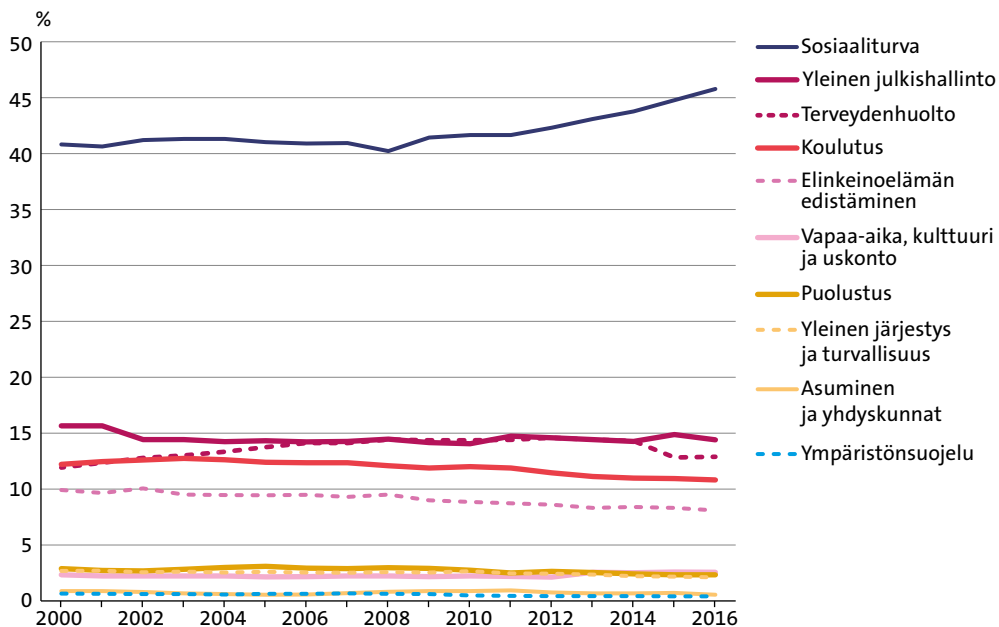


KUVIO 19.1. Julkisyhteisöjen menot tehtävittäin vuonna 2016, % kokonaismenoista. Lähde: SVT 2018a.

Julkisyhteisöjen menoerien kehitystä voi tarkastella esimerkiksi suhteessa kokonaismenoihin, bruttokansantuotteeseen tai yleiseen hintatasoon. Kaikilla näillä mittareilla sosiaaliturva on ollut viime vuosina voimakkaimmin kasvava menoerä. Vuosina 2000–2016 sosiaaliturvan osuus kokonaismenoista on kasvanut 12 prosenttia, sosiaaliturvan osuus bruttokansantuotteesta 31 prosenttia ja sosiaaliturvan reaaliomenot 62 prosenttia.

Kuviossa 19.2 menot on esitetty suhteessa kokonaismenoihin. Kuviossa sosiaalimenot on jaettu sosiaaliturvaan ja terveydenhuoltoon. Vuonna 2008, jolloin sosiaaliturvan menojen osuus kääntyi kasvuun, sosiaaliturva muodosti julkismenoista noin 40 prosenttia, kun kahdeksan vuotta myöhemmin sen osuus oli 46 prosenttia. Muiden erien, myös terveydenhuollon, osuudet ovat pysyneet samalla tasolla tai laskeneet lievästi. Tosin jos menoeriä katsotaan suhteessa hintoihin tai bruttokansantuotteeseen, ovat lähes kaikki menoerät kasvaneet. Seuraavassa osiossa tarkastelemme tarkemmin eri sosiaalimenoerien suhdetta toisiinsa.

Sosiaalimenoja rahoittavat julkisyhteisöt (valtio, kunnat) ja yksityiset toimijat (kotitaloudet, työnantajat). THL tilastoi eri toimijoiden rahoitusosuutta sosiaalimenoista. On kuitenkin hyvä muistaa, että tilastoidut sosiaalimenot eivät sisällä yksityisen terveystalouden kustannuksia eivätkä lääkekustannuksia. Nämä tarkastelusta pois jääneet Kelan korvaukset lääkkeisiin, matkoihin ja yksityisiin palveluihin olivat lähes 1,84 miljardia euroa vuonna 2016.



KUVIO 19.2. Julkisyhteisöjen menot tehtävittäin vuosina 2000–2016, % kokonaismenoista. Lähde: Julkinen talous -tilasto, Tilastokeskus.

Vuonna 2016 julkisyhteisöt eli valtio ja kunnat rahoittivat sosiaalimenosta lähes puolet, työnantajat kolmanneksen ja kotitaloudet alle viidenneksen³. Loput rahoitettiin valtion rahastojen pääomatuloista (SVT 2018b). Valtion ja kuntien osuuteen sisältyvät muun muassa yleiset verovarot. Työnantajien osuuden muodostavat sairausajalta maksetut palkat, työnantajien osuus työterveyshuollosta sekä sosiaalivakuutusmaksut. Kotitalouksien osuuden muodostavat sosiaalivakuutusmaksut sekä julkisen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksut.

Vuosina 2000–2016 julkisyhteisöjen ja kotitalouksien rahoitusosuus on hieman kasvanut (5 ja 1 %-yksikköä), kun työnantajien rahoitusosuus on pienentynyt (4 %-yksikköä) (SVT 2018b). Kotitalouksien osuuden muutoksessa ei ole huomioitu asiakasmaksuja, joiden osuus on kasvanut (Vaalavuo 2018).

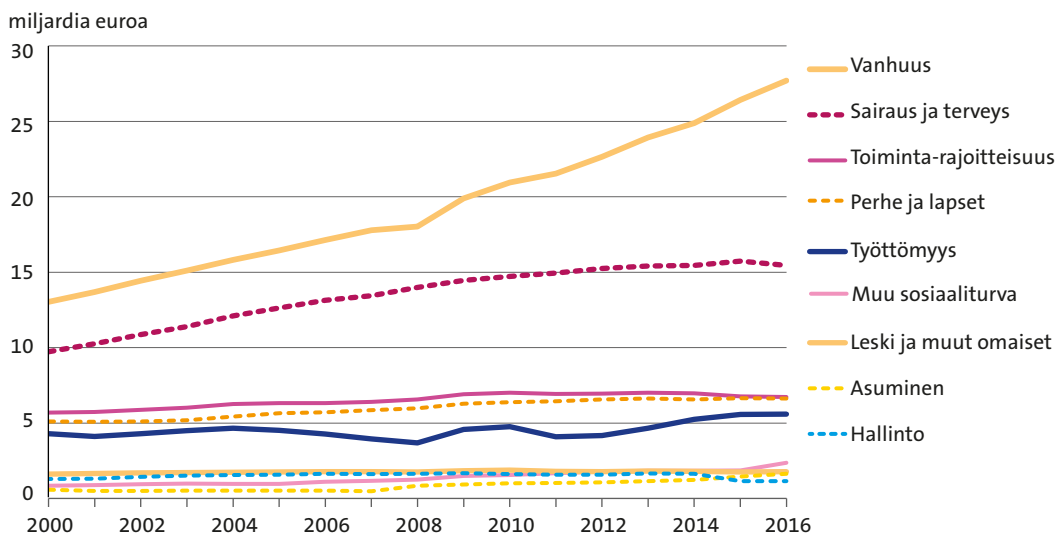
³ Osuudet eroavat hieman sosiaalimenotilastossa ilmoitetuista osuuksista, koska näihin on lisätty kotitalouksien maksamat sote-palvelujen asiakasmaksut (3,0 mrd €, SVT 2018b)

Julkisten sosiaali- ja terveysten rakenteen kehitys

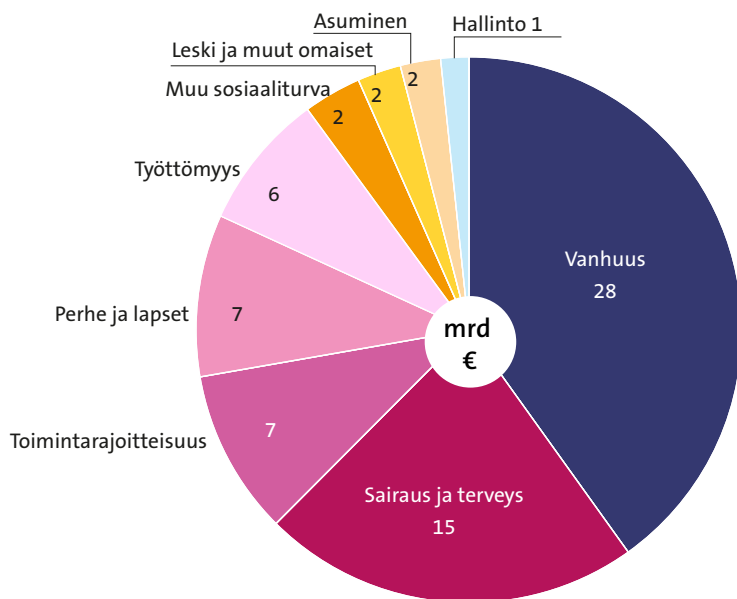
Julkisilla sosiaalimenoilla on taipumus kasvaa talouden laskusuhdanteessa, sillä työttömyyden myötä sosiaalimenot lähtevät nousuun. Verotulojen väheneminen voi toisaalta johtaa toimeentuloturvan ja palvelujen heikennyksiin ja hillitä menojen kasvua.

Sosiaalimenot kohdennetaan yhdeksään eri ryhmään, joita ovat sairaus ja terveys, toimintarajoitteisuus, vanhuus, leski ja muut omaiset, perhe ja lapset, työttömyys, asuminen, muu sosiaaliturva ja hallinto. Menot kussakin ryhmässä koostuvat toimeentuloturvana maksettavista ja palveluina annettavista etuuksista. Toimeentuloturvan osuus kaikista sosiaalimenoista oli 61 prosenttia vuonna 2016. Tämä osuus on pienentynyt vuosituhannen alusta (osuus oli 66 % vuonna 2000).

Vanhuuteen liittyvät sosiaalimenot ovat olleet suurin ja myös yksi nopeimmin kasvavista sosiaalimenoeristä vuosina 2000–2016 (kuvio 19.3). Nämä sosiaalimenot olivat 13,1 miljardia euroa vuonna 2000 ja kaksinkertaistuivat vuoteen 2016 mennessä (vuoden 2016 hinnoissa). Suhteessa kaikkiin sosiaalimenoihin, vanhuuteen liittyvien menojen osuus on kasvanut lähes 31 prosentista vuonna 2000 noin 40 prosenttiin vuonna 2016. Kasvun taustalla vaikuttavat eläkkeensaajien ja ikääntyneiden palveluja käyttävien asiakkaiden lukumäärien voimakas kasvu. Eläketurvakeskuksen pitkän aikavälin laskelmien mukaan eläkemenot nousevat korkeimmilleen 2020-luvulla. Vuonna 2050 eläkemenojen bkt-osuus puolestaan laskee matalammilleen, jonka jälkeen menot päättyisivät uudestaan nykyiselle ta-



KUVIO 19.3. Sosiaalimenojen kohderyhmien kehitys vuosina 2000–2016 (vuoden 2016 hintatasossa). Lähteet: SVT 2018a ja 2018b.



KUVIO 19.4. Sosiaalimenojen jakautuminen toiminnoittain vuonna 2016 (miljardia euroa). Lähteet: SVT 2018a ja 2018b.

solleen.⁴ Vanhusten palvelujen menojen kasvusta huolimatta eläkkeet ja muu vanhuuteen liittyvä toimeentuloturva muodostavat 87,5 prosenttia vanhuuteen liittyvistä sosiaalimenoista.

Sairauteen ja terveyteen liittyvät sosiaalimenot ovat toiseksi suurin menoerä (22,4 % kaikista sosiaalimenoista vuonna 2016) (kuvio 19.4).⁵ Toimintoon liittyvät menot ovat kasvaneet 9,7 miljardista eurosta vuonna 2000 15,5 miljardiin euroon vuonna 2016. Kolmanneksi suurin menoerä on toimintarajoitteisuus, jossa menot ovat kasvaneet 5,7 miljardista eurosta vuonna 2000 6,7 miljardiin euroon vuonna 2016. Toiminnon osuus kaikista sosiaalimenoista on kuitenkin pienentynyt tällä ajanjaksolla (13,5 %:sta 9,8 %:iin).

Työttömyyteen liittyvät sosiaalimenot koostuvat pääosin toimeentuloturvas- ta (esimerkiksi työmarkkinatuki, peruspäiväraha ja ansiopäiväraha), mutta myös joistakin palveluista kuten työvoimapolitiittisen aikuiskoulutuksen palveluista. Työttömyysmenot ovat luonnollisesti sidonnaisia kansantalouden suhdanteisiin, mitä kuvastaa työttömyyteen liittyvien menojen ja meno-osuuden kasvu 1990-luvun lamavuosina. Vastaava laskusuhdanne koettiin vuosina 2008–2009, jolloin

4 [https://www.etk.fi/tutkimus-tilastot-ennusteet/ennustelaskelmat/pitkan-aikavalin-ennustelaskelmat/uusimmat-laskelmatulokset/\(viitattu 14.9.2018\)](https://www.etk.fi/tutkimus-tilastot-ennusteet/ennustelaskelmat/pitkan-aikavalin-ennustelaskelmat/uusimmat-laskelmatulokset/(viitattu%2014.9.2018))

5 Eivät sisällä Kela-korvauksia, jotka olivat yhteensä noin 1,84 miljardia euroa vuonna 2016 (lääkekorvaukset, yksityisten lääkäripalkkioiden, hoidon ja tutkimuksen ja hammaslääkäripalkkioiden korvaukset sekä matkakorvaukset).

työttömyysmenot kasvoivat lähes miljardilla eurolla vuoden 2008 3,7 miljardista eurosta. Vuonna 2016 työttömyysmenot ovat nousseet edelleen 5,6 miljardiin euroon, mikä vastaa noin kahdeksan prosenttia kaikista sosiaalimenoista.

Lapsiin ja perheisiin liittyvä osuus kaikista sosiaalimenoista on pienentynyt 2000-luvulla (12,1 %:sta vuonna 2000 9,6 %:iin vuonna 2016), vaikka menot ovat tosiasiallisesti kasvaneet 5,1 miljardista eurosta 6,6 miljardiin euroon.

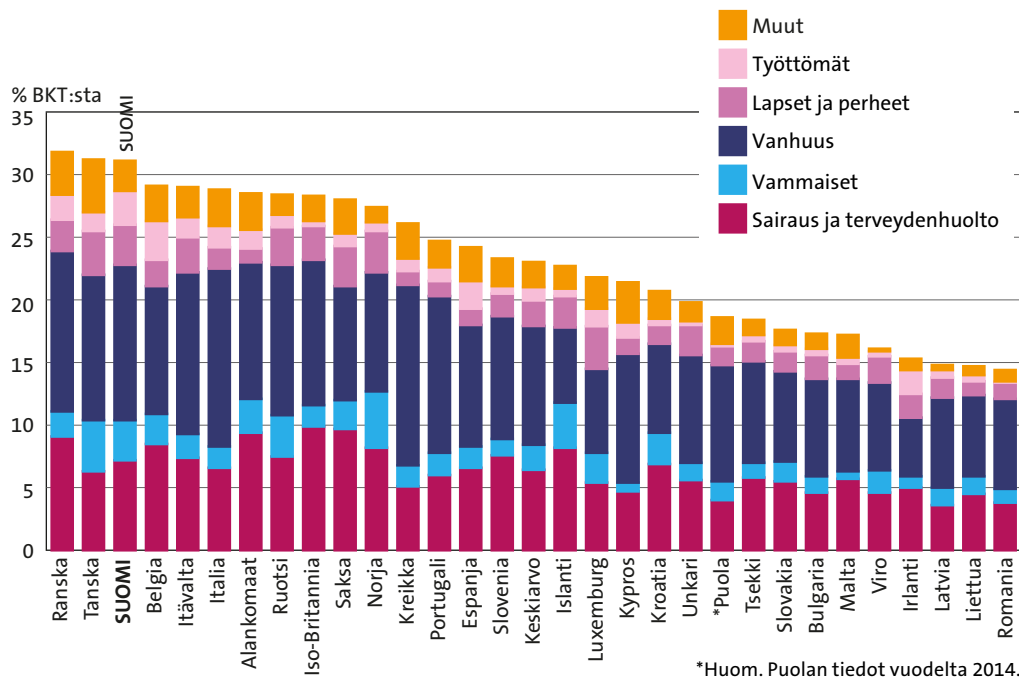
Muut menoerät ovat huomattavasti pienempiä sosiaalimenojen kokonaisuudessa, vaikka asumiseen liittyvien sosiaalimenojen ja muun sosiaaliturvan (esim. toimeentulotuki) merkitys onkin kasvanut 2000-luvulla.

Suomen sosiaali- ja terveystenomenojen kansainvälinen vertailu

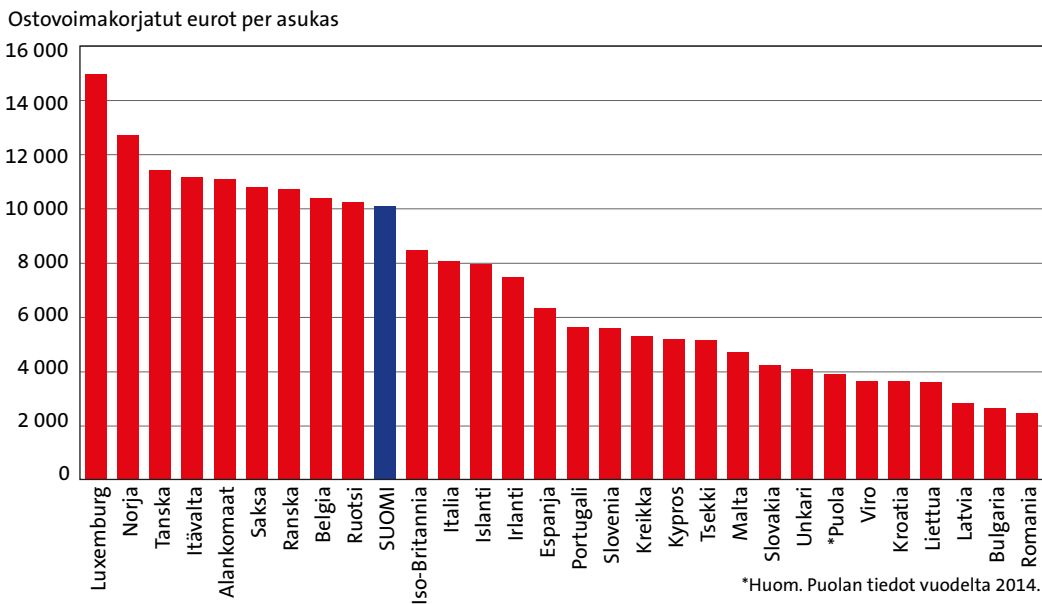
Kun tarkastellaan suurimpia sosiaalimenoeria EU-maissa sekä Islannissa ja Norjassa vuonna 2015 (viimeisin vuosi, jolta Euroopan tilastokeskuksesta Eurostatista on tietoja), huomataan, että Suomessa sosiaalimenojen osuus bruttokansantuotteesta on Ranskan ja Tanskan jälkeen kolmanneksi suurin, eli 31,1 prosenttia verrattuna kaikkien maiden keskiarvoon 23,0 prosenttiin (kuvio 19.5). Näistä maista Ranskalla on suurimmat sosiaalimenot sairauden ja terveydenhuollon tehtäväloukassa (9,1 % bkt:sta verrattuna Suomen 7,2 %:iin), kun taas Suomi erottuu korkeammilla työttömyysmenoilla. Pienimmät sosiaalimenot, eli alle 15 prosenttia bkt:sta, löytyvät Euroopan unionin köyhimmistä maista, Romaniasta, Liettuasta ja Latviasta.

Kun vertaillaan ostovoimalla korjattuja euromääräisiä menoja asukasta kohden, suurimmat sosiaalimenot ovat Luxemburgilla, jonka jälkeen tulevat Norja, Tanska, Itävalta ja Alankomaat (kuvio 19.6). Suomi sijoittuu tässä vertailussa sijalle 10. Mittarin valinta vaikuttaa siis maiden väliseen järjestykseen huomattavasti. Tarkastelunäkökulmasta riippuu, mitä mittaria halutaan käyttää (ks. myös Mukila ym. luku 4 tässä teoksessa).

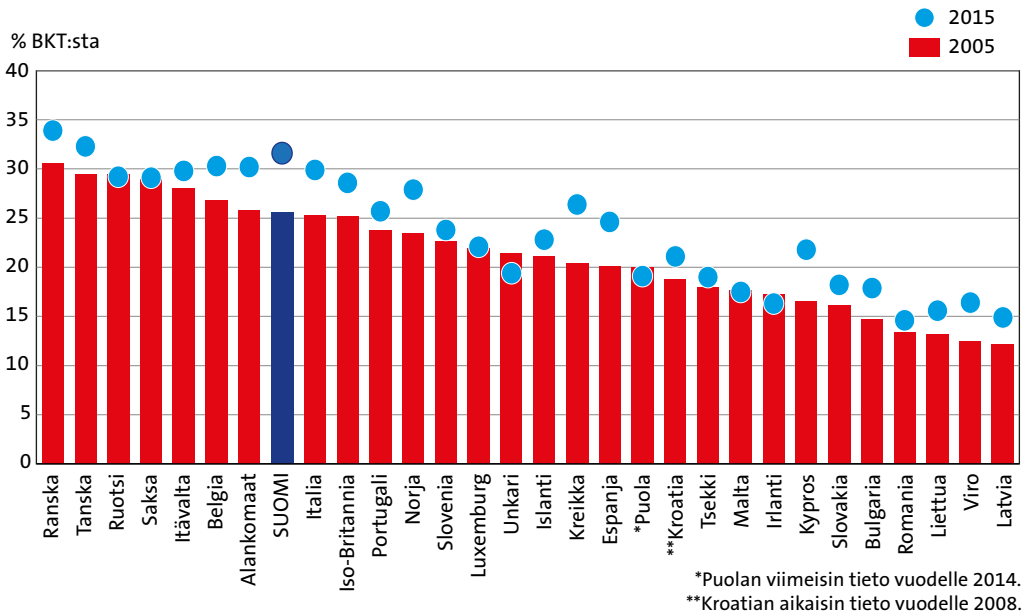
Vuosien 2005 ja 2015 välillä sosiaalimenojen osuus bruttokansantuotteesta on kasvanut eniten Suomessa ja Kreikassa, 6 prosenttiyksikköä, sekä Kyproksella 5,2 prosenttiyksikköä (kuvio 19.7). Bruttokansantuote saattaa kuitenkin olla huono mittari vertailtavaksi, koska talouskriisi on vaikuttanut siihen huomattavasti. Edellä mainituissa maissa kansantuote pieneni voimakkaasti tällä ajanjaksolla. Näistä luvuista ei siis voida päätellä, että esimerkiksi vakavista talouden ongelmista kärsinyt Kreikka olisi panostanut poikkeuksellisen paljon sosiaaliturvaan tänä aikana.



KUVIO 19.5. Sosiaalimenot suhteessa bruttokansantuotteeseen EU-maissa ja Islannissa ja Norjassa vuonna 2015. Lähde: ESSPROS [spr_exp_gdp], Eurostat.



KUVIO 19.6. Euromääräiset sosiaalimenot asukasta kohden EU-maissa ja Islannissa ja Norjassa vuonna 2015. Lähde: ESSPROS [spr_exp_gdp], Eurostat.

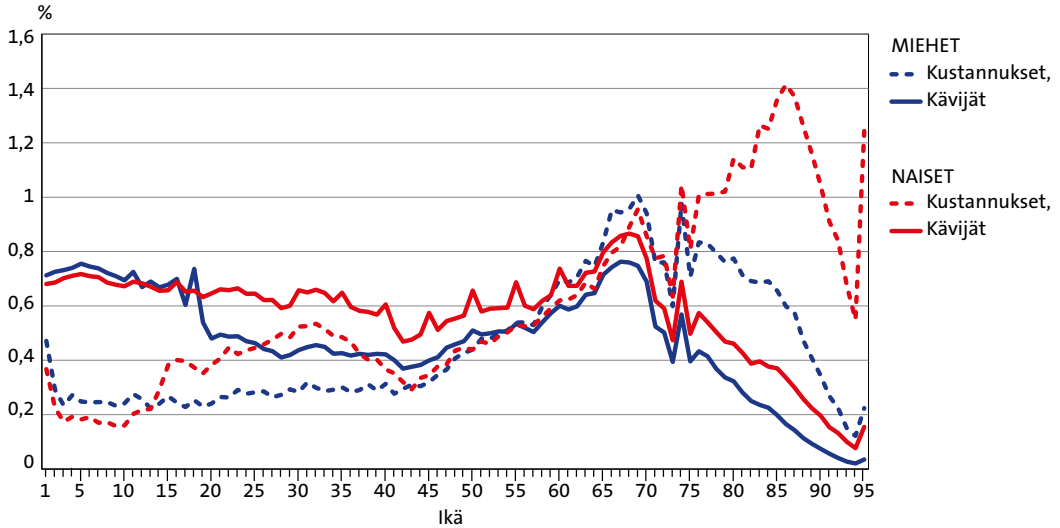


KUVIO 19.7. Sosiaalimenojen kehitys vuosina 2005 ja 2015 EU-maissa ja Norjassa ja Islannissa (suhteessa bruttokansantuotteeseen). Lähde: ESSPROS [spr_exp_gdp], Eurostat.

Kun verrataan pelkästään bruttomääräisiä julkisia sosiaalimenoja edellä esitetyn tavoin, se voi antaa vinoutuneen kuvan väestöön kohdistuvista maksuista ja maan sosiaalimenoista. Esimerkiksi Suomessa monet etuudet ovat veronalaisia, jolloin osa menosta palautuu takaisin valtion kassaan. Samoin Saksassa laajat perhepoliittiset verohelpotukset jäävät bruttomääräisten sosiaalimenotarkastelujen ulkopuolelle. Tämän takia vertaillaan usein lisäksi nettososiaalimenoja. Näitä menoja ovat tarkastelleet aiemmin esimerkiksi Pasi Moisio (2010) ja Ismo Linnosmaa kollegoineen (2014). Maiden väliset erot sosiaalimenoissa siis tasoittuvat, kun otetaan huomioon verotus ja yksityiset sosiaalimenot. Toisaalta olemme halunneet tässä luvussa tarkastella nimenomaan hyvinvointivaltion osallistumista sosiaaliturvan ja palvelujen rahoitukseen, joten yksityisten menojen tarkastelu ei ole mielekäästä.

Sosiaali- ja terveystalvelujen menojen ennakoitu kehitys

Tässä osiossa tarkastelemme ainoastaan palvelujen kustannuksia. Sosiaali- ja terveystalvelujen menojen kehitys riippuu ennen kaikkea väestön kasvusta ja väestörakenteen kehityksestä. Tämä johtuu siitä, että menot jakautuvat epätasaisesti sekä ikäryhmien että sukupuolten välillä. Kuviossa 19.8 on kuvattu sosiaali- ja

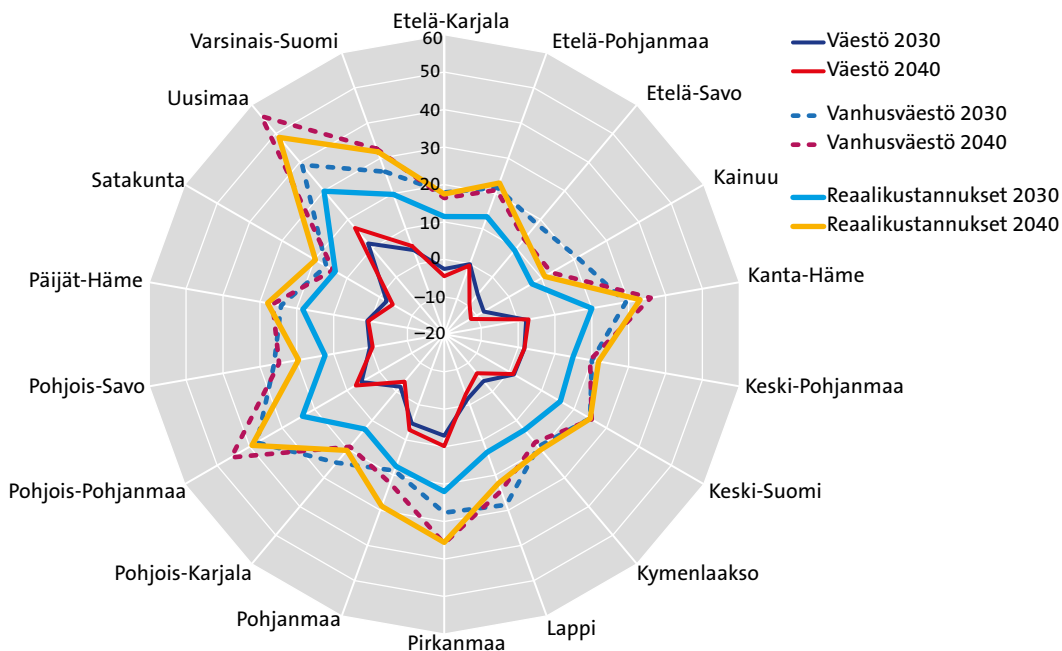


KUVIO 19.8. Ikäryhmien osuus sosiaali- ja terveystalvelujen kustannuksista ja kävijöistä vuonna 2015. Lähde: SOME-malli, THL.

terveystalvelujen menojen (pois lukien sosiaalitalvelujen kotihoito) jakautuminen ikäryhmiin käyntien ja kustannusten perusteella vuonna 2015. Nuorten naisten osuus ikäryhmänsä kustannuksista on suurempi kuin miesten, kun taas 65–70-vuotiaiden ikäryhmissä miesten osuus kustannuksista on naisia suurempi. Kaikkein suurimmat kustannusosuudet ovat yli 75-vuotiailla naisilla. Kaikkiaan yli 75-vuotiaiden osuus kustannuksista oli vuonna 2015 noin kolmannes. 94-vuotiaiden ikäryhmään on kuviossa laskettu myös vanhimpien ikäluokkien osuudet.

Kun vanhusten osuus väestöstä jatkaa väestöennusteiden mukaan kasvuaan 2030-luvulle asti, on selvää, että myös kustannukset pyrkivät väestörakenteen muuttuessa nousemaan. Tässä kehityksessä on kuitenkin suuria alueellisia eroja. Uusimaa poikkeaa selvästi muusta Suomesta, sillä nuorempien ikäluokkien osuus kustannuksista on selvästi koko maan keskiarvoa suurempi ja vanhempien ikäluokkien vastaavasti pienempi. Myös useat Pohjanmaan maakunnat ja Pirkanmaa eroavat tässä suhteessa muusta Suomesta, joskaan eivät yhtä selvästi kuin Uusimaa. Mutta myös Uudellamaalla vanhusväestön osuus kasvaa ja sen vaikutukset kustannuksiin ovat samansuuntaiset kuin muualla Suomessa. Kuvioon 19.9 on koottu ennuste sosiaali- ja terveystalvelujen kasvusta pelkän väestörakenteen muutoksen vuoksi.

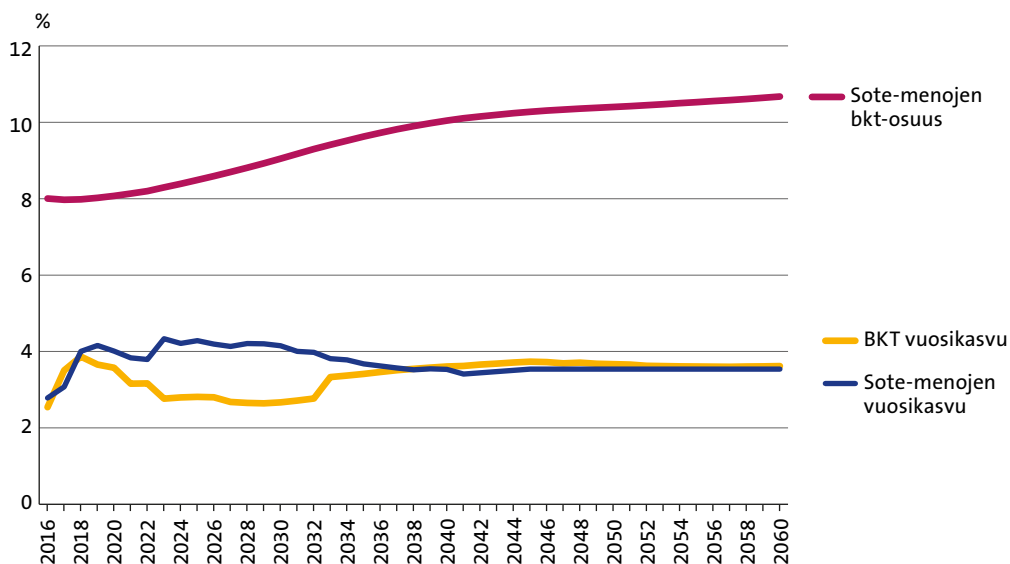
Koko kansantalouden tasolla sosiaali- ja terveystalvelujen menojen suhteellisen nopea kasvu tarkoittaa niiden bkt-osuuden kasvua nykyisestäään. Kansantuoteosuuden arvioinnissa käytetään yleensä yhteistä EU:n kestävyyslaskentamethodologiaa, joka perustuu toisaalta kansantuotteen potentiaalisen kasvun, toisaalta palvelujen menopaineen arviointiin. Kansantuotteen kasvu arvioidaan käytettä-



KUVIO 19.9. Väestön ja sosiaali- ja terveystalvelujen menojen kustannusten kasvu vuodesta 2015 maakunnittain (%). Lähde: SOME-malli, THL.

vissä olevan työpanoksen – joka riippuu työikäisen väestön kasvun lisäksi työmarkkinoiden toimivuudesta ja siis reaalipalkkojen ja inflaation kehityksestä – ja historiallisista trendeistä tilastotieteellisin menetelmin arvioidusta tuottavuuskasvusta. Lisäksi EU:n kestävyysarvioissa sosiaalipalvelujen volyymin kehitykseen liitetään niihinkin oletuksia reaalipalkkojen ja inflaation kehityksestä. EU-metodologia ei kuitenkaan sanele kansallisesti käytettyjen laskentamallien metodologiaa yhteisiä oletuksia pidemmälle.

Suomessa menopaineen arvioinnissa käytetään THL:ssa alueellistettua SOME-mallia, joka kattaa tärkeimmät laitos- ja avohoidon palvelumuodot sekä perusterveydenhoidon ja erikoissairaanhoidon muodot. Kuvioon 19.10 on koottu kestävyyslaskennan mukainen arvio kansantuotteen ja palvelujen menojen vuosikasvusta sekä menojen bkt-osuudesta vuoteen 2060 saakka (lukuun ottamatta sosiaalipalvelujen kotihoitoa). Kansantuote on kuviossa esitetty käyppiin hintoihin ja sisältää siis inflaation vaikutuksen, jonka odotetaan pitkällä aikavälillä asettuvan kahden prosentin tuntumaan. Samaa inflaatio-oletusta on kuviossa sovellettu myös sosiaalimenoihin, vaikka historiallisesti inflaatiovauhti on ollut kenties kulluttajahintojen nousuvauhtia korkeampi. Kuvion perusteella sosiaali- ja terveystalvelujen osuus kansantuotteesta nousee noin kahdeksasta prosentista kymmenen prosentin tuntumaan vuoteen 2040 mennessä, minkä jälkeen osuuden kasvu on maltillisempaa.



KUVIO 19.10. Sosiaali- ja terveyspalvelujen menojen ja bruttokansantuotteen kehitys vuosina 2016–2060 (%). Lähde: SOME-malli, THL.

Johtopäätökset

Suomalaista hyvinvointijärjestelmää kuvaa suhteellisen korkeat sosiaali- ja terveysmenot (läpi luvun olemme puhuneet lyhyemmin sosiaalimenoista), joiden avulla rahoitetaan kattavat sosiaali- ja terveyspalvelut sekä toimeentuloturva vanhuuden, sairauden ja esimerkiksi työttömyyden riskin varalta.

Korkeat menot tulevat esille myös kansainvälisissä vertailuissa, joskin mittarin valinta voi vaikuttaa tuloksiin. Suomessa yli 69 miljardia euroa käytettiin sosiaalimenoihin vuonna 2016; tämä vastaa 59 prosenttia kaikista julkisyhteisöjen menoista tai noin kolmannesta bruttokansantuotteesta. Keskimäärin EU-maissa sosiaalimenot olivat noin 23 prosenttia bruttokansantuotteesta.

Väestön ikääntyminen aiheuttaa huomattavia paineita suomalaiselle hyvinvointijärjestelmälle (ks. Kestilä & Martelin luku 1 tässä teoksessa). Ikääntyminen näkyy suurimpana tekijänä 2000-luvun sosiaalimenojen kehityksessä. Vanhuuteen liittyvät menot vastasivat kolmannesta kaikista sosiaalimenoista vuosituhaten alussa, mutta osuus on noussut 40 prosenttiin vuonna 2016. Kehitys tulee jatkumaan samanlaisena aina 2040-luvulle asti, jolloin ikääntymisen vaikutus menoihin heikkenee.

Sosiaalimenojen analysointi ja kansainvälinen vertailu on tärkeää hyvinvointivaltion taloudellisen kestävyysseuraamisessa. Toki menoja tulee tarkastella lisäksi suhteessa sosiaali- ja terveyspoliittisiin haasteisiin ja tuloksiin. Yksinään euromäärät kertovat rajoitetusti järjestelmän tehokkuudesta, oikeudenmukaisuudesta tai vaikuttavuudesta.

Lähteet

- Linnosmaa, Ismo & Moisio, Pasi & Seppälä, Timo T. (2014): Sosiaali- ja terveysten rakenne ja kehitys. Teoksessa: Marja Vaarama & Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Pasi Moisio & Anu Muuri (toim.): Suomalaisen hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Moisio, Pasi (2010): Sosiaali- ja terveysten rakenne ja kehitys. Teoksessa: Marja Vaarama & Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.): Suomalaisen hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Suomen virallinen tilasto (SVT) (2018a): Julkisyhteisöjen menot tehtävittäin [verkkojulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 17.8.2018]. Saatavilla: <http://www.stat.fi/til/jmete/index.html>
- Suomen virallinen tilasto (SVT) (2018b): Sosiaaliturvan menot ja rahoitus 2016 [verkkojulkaisu]. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu: 17.8.2018]. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2018051424036>
- Vaalavuo, Maria (toim.) (2018): Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen kohdentuminen, vaikutukset ja oikeudenmukaisuus. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 30/2018 [viitattu 14.9.2018]. Saatavilla: <https://tietokayttoon.fi/documents/10616/6354562/30-2018-Asiaksmaksut.pdf/82c084e6-829e-4a46-b552-f9a9ad4d2b96?version=1.0>

Kotona asumisen tuen asiakasmaksut iäkkäillä ja maksujen alueellinen vaihtelu

Vanhusten toivotaan asuvan kotonaan tai kodinomaisessa asuinympäristössä mahdollisimman pitkään. Toimintakyvyn heiketessä kotiin tarvitaan monenlaista tukea ja palveluja, joista maksetaan asiakasmaksuja. Vanhimmat ikäryhmät saattavat joutua maksamaan tuloihin nähden korkeita asiakasmaksuja, sillä heillä palveluntarve on usein suuri, mutta tulotaso matala. Tässä luvussa tarkastellaan vanhusten kotihoidon ja kotihoidon tukipalvelujen asiakasmaksuja sekä niiden vaihtelua kuntien välillä. Säännöllisen kotihoidon ja tukipalvelujen maksut vaihtelevat paljon kuntien välillä. Kunnilla on käytössä perheen tulojen ja henkilömäärän mukaan porrastettu taulukko kotihoidon maksusta hoitotuntien mukaan. Tukipalvelujen maksut ovat sen sijaan tuloista riippumattomia. Esimerkkilaskelma osoittaa, että palvelujen asiakasmaksut lohkaisevat merkittävän osan vanhuksen tuloista jo melko maltillisella palvelujen käytöllä. Kotona asumista tukevat palvelut tulisikin ottaa kokonaisuutena huomioon, kun arvioidaan iäkkäiden asumisen eri vaihtoehtoja, mahdollisuuksia ja toimeentuloa. Asiakasmaksut voivat estää palvelujen käyttöä ja hoivan saatavuutta, erityisesti pienituloisilla.

Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat lähtökohtaisesti maksullisia eli palvelun käyttäjältä peritään kunnan tai kuntayhtymän päättämä asiakasmaksu. Valtio ohjaa sosiaali- ja terveydenhuollon maksuihin liittyviä käytäntöjä lainsäädännöllä, jonka tavoitteena on maksujen kohtuullisuus sekä palvelujen hyvä saatavuus. Asiakasmaksuista säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista annetussa laissa ja sen nojalla annetussa asiakasmaksuasetuksessa. Asiakasmaksut ovat joko tasasuuruisia tai tulosidonnaisia. Tasamaksut ovat kaikille samansuuruiset, eivätkä riipu asiakkaan tuloista. Esimerkki tasasuuruudesta maksusta on käynti terveydenhuollon vastaanotolla. Sen sijaan esimerkiksi säännöllisen kotihoidon maksu määräytyy asiakkaan maksukyvyyn mukaan.

Asiakasmaksuja, niiden kohdentumista ja suuruutta on tärkeä tutkia, sillä niillä voi olla merkittävä vaikutus toimeentuloon ja palvelujen käyttöön. Asiakasmaksuihin liittyy myös oikeudenmukaisuuden näkökulma: samanlaisilla tarpeilla tulisi saada samat palvelut, maksukyvyistä riippumatta. Tutkimusten mukaan oikeudenmukaisuus ei täysin toteudu Suomessa sosiaali- ja terveyspalveluissa: esimerkiksi palvelujen saatavuudessa ja tyydyttymättömässä palvelutarpeessa on merkittäviä eroja väestöryhmien välillä. Erot liittyvät muun muassa ikään, sukupuoleen, koulutukseen, asuinalueeseen sekä palvelujen maksuihin. (Manderbacka ym. 2012; Shemeikka ym. 2014; ks. myös Manderbacka ym. luku 12 ja Karvonen ym. luku 14 tässä teoksessa.) Pienituloisilla iäkkäillä asiakasmaksujen on todettu olevan suuri maksurasite, kynnys hoitoon hakeutumiselle tai syy siihen, että palvelua ei ole saatu (Bock ym. 2014; Van Aerschoot 2014; Muir 2017; ks. myös Ilmarinen ym. luku 13 ja Hannikainen luku 16 tässä teoksessa).

Asiakasmaksut kohdistuvat voimakkaasti ryhmiin, joilla on pienet tulot mutta suuri palvelujen tarve, kuten toimeentulotuen asiakkaat, pitkäaikaisessa laitoshoidossa olevat sekä dementiaa tai psykoosia sairastavat (Vaalavuo ym. 2018). Vanhimmillä ikäryhmillä asiakasmaksut saattavat olla korkeat, sillä palveluntarve on usein suuri ja tulotaso matala. Suomessa käytettävissä olevien rahatulujen mediaani oli 32 000 euroa vuonna 2016 kaikilla kotitalouksilla ja tästä yli 65-vuotiaiden tulot olivat noin 28 000 euroa, ja 74 vuotta täyttäneiden puolestaan noin 19 000 euroa vuodessa. Vanhimmissa ikäryhmissä pienituloisuus onkin muuta väestöä yleisempää. Kun koko väestön pienituloisuusaste oli noin 12 prosenttia vuonna 2016, yli 74-vuotiaista noin joka viides oli pienituloinen. Heidän kulutusyksikköä kohden lasketut tulonsa olivat noin 13 000 euroa vuodessa. Alimmissa tuloluokissa naisten osuus on miesten osuutta suurempi ja pienituloisista 77 prosenttia on naisia. Myös yksin asuvien vanhusten tulot jäävät pieniksi. (SVT 2018.)

Iäkkäiden säännöllinen kotihoito ja tukipalvelut

Kotihoidon tavoitteena on luoda iäkkäille ihmisille edellytykset asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään. Kotihoidolla tarkoitetaan kotiin annettavaa kotisairaanhoidoa, kotipalvelua tai niiden yhdistelmää, jota voidaan toteuttaa myös sähköisenä palveluna, etäyhteyden kautta. Kotihoito auttaa, kun henkilö tarvitsee tukea arkisissa toimissa, kuten peseytymisessä, pukeutumisessa sekä lääkehuollossa, ja kun hyvinvointia tuetaan kuntouttavalla työotteella. Kotihoito on säännöllistä, kun henkilöllä on kotihoidon käyntejä säännöllisesti vähintään kerran viikossa tai kun hän saa kotihoitoa palvelu- ja hoitosuunnitelman perusteella. Tilapäinen kotihoito tarkoittaa harvemmin kuin kerran viikossa annettavaa kotihoidon palvelua. Tilapäinen kotihoito on määräaikainen palvelu ja siitä peritään kertamaksu. (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2018a.)

Asiakasmaksuasetuksen mukaan säännöllisen kotihoidon maksut määräytyvät apua saavan perheen koon ja perheen bruttotulojen perusteella. Vuonna 2018 säännöllinen kotihoito on maksutonta 576 euron kuukausituloon (brutto) saakka yhden hengen taloudessa. Tämän jälkeen palvelusta veloitetään prosenttiosuus tulorajan ylittävästä tulosta. Vuonna 2018 enimmäismaksuprosentti on 35 prosenttia tulorajan ylittävästä bruttotulosta yhden hengen taloudessa. Kotihoidon maksu ei saa kuitenkaan ylittää palvelun tuotantokustannuksia. Kunta voi halutessaan määrittää alemman maksuprosentin palvelun laadun ja määrän perusteella – ja näin tyyppillisesti myös tehdään. Asiakasmaksulain mukaan sosiaalihuollon palveluista määrätty maksu on jätettävä perimättä tai sitä on alennettava siltä osin kuin maksun periminen vaarantaa henkilön tai hänen perheensä toimeentulon.

Säännöllistä kotihoitoa sai marraskuussa 2017 56 671 yli 75-vuotiasta henkilöä, mikä on noin 11 prosenttia vastaavanikäisestä väestöstä (Arajärvi & Kuronen 2018) (taulukko 20.1). Vanhusten kotihoidon kustannukset olivat 864 miljoonaa euroa, mistä asiakasmaksujen osuus oli 172 miljoonaa euroa eli noin viidesosa, vuonna 2016. Yhteensä sosiaaliturvan menot olivat 69,1 miljardia euroa ja

vanhuuteen liittyvien menojen (eläkkeet ja palvelut) osuus tästä oli noin 40 prosenttia (27,7 miljardia euroa). (Virtanen 2018; ks. myös Vaalavuo ym. luku 19 tässä teoksessa).

Tukipalvelut täydentävät kotihoidon antamaa apua tai niitä voi käyttää vaikka ei olisi kotihoidon asiakas. Kotihoidon tukipalveluja ovat muun muassa ateriapalvelu, vaatehuolto, kauppa- ja muut asiointipalvelut, tur-

TAULUKKO 20.1. Säännöllisen kotihoidon yli 65-vuotiaat asiakkaat ikäryhmittäin vuonna 2017. Lähde: Arajärvi & Kuronen 2018.

Ikä	Henkilöä	% vastaavan ikäisestä väestöstä
65–74	11 043	5,7
75–79	9 750	11,3
80–84	14 987	15,9
85–	31 934	21,8
yhteensä	67 714	

vapalvelut (turvapuhelin, turvaranneke) sekä sosiaalista kanssakäymistä edistävät palvelut. Yleensä tukipalvelujen tarve ja asiakkuus alkavat ennen säännöllisen kotihoidon asiakkuutta, ja ne ovat tärkeitä raskaampaa hoidontarvetta ennalta ehkäiseviä palveluja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018a.)

Tukipalvelujen maksuista ei ole säädetty asiakasmaksulaissa tai -asetuksessa, joten kunta päättää asiakasmaksun suuruuden. Palvelun maksu ei kuitenkaan saa ylittää tuotantokustannuksia. Tukipalveluja saa kunnan kotipalvelun, kotihoidon, vanhus- tai vammaispalvelujen kautta ja palvelut myönnetään palvelutarpeen arvioinnin perusteella ja kirjataan palvelu- ja hoitosuunnitelmaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018a.) Kotihoidon tukipalveluja sai reilu 117 500 yli 65-vuotiasta henkilöä vuonna 2017 (Sotkanet 2018).

Tässä luvussa tarkastellaan vanhusten kotihoidon ja kotihoidon tukipalvelujen asiakasmaksuja sekä maksujen vaihtelua kuntien välillä. Ensinnäkin tarkastellaan säännöllisen kotihoidon maksuja ja niiden kunnittaista vaihtelua sen mukaisesti, kuinka paljon palveluja käytetään. Tämän jälkeen keskitytään tukipalvelujen maksuihin ja niiden kunnittaiseen vaihteluun. Lopuksi esitetään esimerkkilaskelma iäkkään henkilön tuloista ja menoista.

Aineisto ja menetelmät

Tämän luvun tiedot on koottu Manner-Suomen kuntien verkkosivuilta marraskuussa 2016. Manner-Suomessa oli tuolloin 297 kuntaa. Tiedot koskevat noin kahtasataa kuntaa. Noin sadan kunnan verkkosivuilla tietoja ei ollut, niitä ei löytynyt tai maksuja ei voitu yksiselitteisesti määrittää verkkosivuilla olevan tiedon perusteella.

Säännöllisen kotihoidon maksutiedot koskevat 198 kuntaa (66 % kaikista kunnista). Säännöllisen kotihoidon tietoja puuttui useimmin asukasluvultaan pienistä (alle 10 000 asukasta) ja maaseutumaisista kunnista. Säännöllisen kotihoidon maksu ilmoitettiin tavallisimmin käytettyä aikaa (tunteja) kohden kuukaudessa. Mikäli maksu ilmoitettiin käyntikertoja kohden (näin teki muutamat kunnat), on yksi kerta muutettu tunnin kotihoidoksi tässä analyysissä.

Ateriapalvelun maksun ilmoitti verkkosivuillaan 218 kuntaa. Tietoja puuttui useimmin asukasluvultaan pienistä (alle 10 000 asukasta) ja maaseutumaisista kunnista. Aterian hintaan kuuluu kotiinkuljetus. Mikäli käytössä oli useampia maksuluokkia (esimerkiksi tulojen tai toimitusajankohdan mukaan) hinnaksi valittiin alin maksu. Tai mikäli tarjolla oli useampia ateriavaihtoehtoja (kuten lounas, päivällinen), hinnaksi valittiin lounaan maksu. Kauppapalvelun maksun ilmoitti sivuillaan 170 kuntaa. Yleisimmin kyseessä oli kiinteä veloitus per asiointikerta. Mikäli käytössä oli tuntiveloitus, hinnaksi valittiin yhden tunnin maksu.

Päiväkeskustoiminnan maksun ilmoitti verkkosivuillaan 187 kuntaa. Hintatietoja puuttui useimmin asukasluvultaan pienistä (alle 10 000 asukasta) ja maaseu-

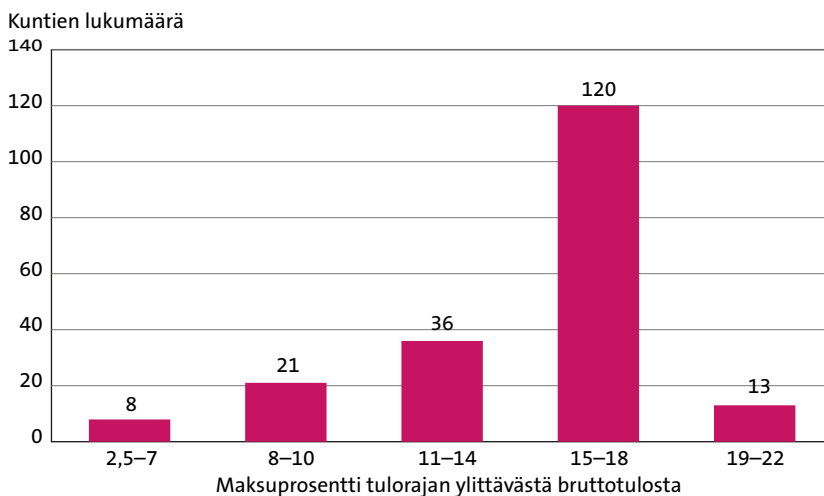
tumaisista kunnista. Päiväkeskustoiminnan maksu on tässä luvussa ilmoitettu ilman kuljetusta, ja mikäli tarjolla oli sekä puoli- että kokopäivätoimintaa, maksu on valittu koko päivän mukaan. Päiväkeskusmaksuissa ei ole otettu huomioon alennuksia, kuten esimerkiksi veteraaneille mahdollisesti tarjolla olevia alennuksia.

Maksuja tarkasteltiin tilastollisesti varianssianalyysilla, korrelaatioanalyysilla ja ristiintaulukoinnilla. Tekstissä mainitut erot erityyppisten kuntien välillä ovat tilastollisesti merkitseviä. Erojen tilastollisen merkitsevyyden rajana käytettiin $p < 0,05$.

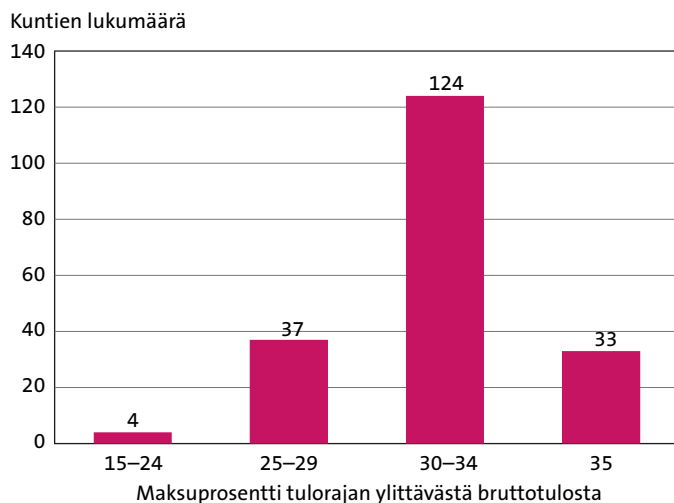
Säännöllisen kotihoidon maksut vähäisellä ja runsaammalla palvelujen käytöllä

Kunnat perivät säännöllisestä kotihoidosta tyypillisesti 15 prosenttia tulorajan ylittävästä tulosta (573 eroa vuonna 2016) kuukaudessa, kun kotihoitoa tarvitaan vähän eli noin 1 tunti viikossa (kuvio 20.1). Maksu kuitenkin vaihteli kunnasta toiseen: pienimmillään maksuprosentti oli 2,5 ja suurimmillaan 22. Yksikään tarkastelussa mukana ollut kunta ei veloittanut lain sallimaa korkeinta prosenttia (35 %), kun tuen tarve on vähäistä.

Kotihoidon tarpeen ollessa suurempi (7 tuntia viikossa) asiakasmaksun suuruus oli tyypillisesti 30 prosenttia asiakkaan tulorajan ylittävästä tulosta kuukaudessa (kuvio 20.2). Pienimmillään maksuprosentti oli tarkastelussa mukana olevissa kunnissa 15 ja suurimmillaan 35. Kunnan kaupunkimaisuus vaikutti maksun suuruuteen: maksu oli kaupunkimaisissa kunnissa hieman matalampi (keskiarvo



KUVIO 20.1. Säännöllisen kotihoidon maksuprosentti, kun hoidon tarve on 4 tuntia/ kk yhden hengen taloudessa vuonna 2016. Kuntien lukumäärä ja osuus (%). N = 198. Lähde: Kuntien verkkosivut.



KUVIO 20.2. Säännöllisen kotihoidon maksuprosentti, kun hoidon tarve on 28 tuntia/ kk yhden hengen taloudessa vuonna 2016. Kuntien lukumäärä ja osuus (%). N = 198. Lähde: Kuntien verkkosivut.

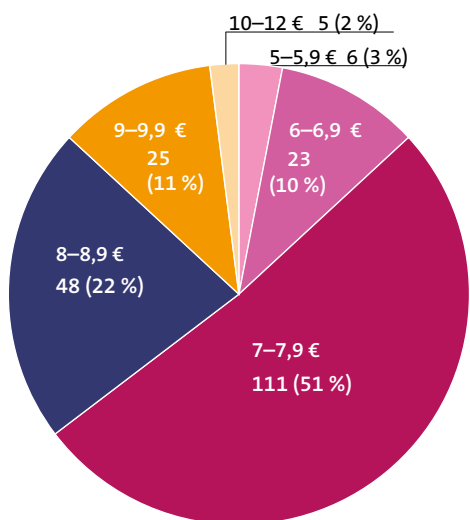
30 %) kuin maaseutumaisissa kunnissa (keskiarvo 31 %). Korkean kunnallisveron kunnissa molemmat kotihoidon maksut olivat korkeammat kuin matalan kunnallisveron kunnissa.

Vajaa viidennes (17 %) kunnista perii korkeimman mahdollisen maksun eli 35 prosenttia tulorajan ylittävästä tulosta kuukaudessa silloin, kun hoidon tarve on 28 tuntia kuukaudessa. Esimerkiksi 1 200 euron bruttotulosta tämä tarkoittaa noin 220 euroa kuukaudessa.

Kotihoidon tukipalvelujen maksujen kunnittainen vaihtelu

Tukipalveluista, joiden tarkoituksena on sekä täydentää että ehkäistä kotihoidon tarvetta, tarkastellaan seuraavassa aterial- ja kauppapalvelun sekä päiväkeskustoiminnan maksuja. Erityisesti kiinnitetään huomiota maksujen kunnittaiseen vaihteluun.

Kotiin kuljetettu ateria myönnetään henkilölle, joka ei itse pysty valmistamaan ruokaansa sairauden tai alentuneen toimintakykynsä vuoksi eikä kykene järjestämään ruokailuaan muulla tavoin. Kotiin tuotu ateria tyypillisesti sisältää pääruoan, salaatin ja jälkiruoan. Mukana voi myös olla leipä ja ruokajuoma. Valmiiksi pakattu ateria toimitetaan asiakkaan kotiin yleensä päivittäin (lämmin ateria) tai muutamia kertoja viikossa (kylmä- tai pakasteateria). Käytössä voi olla myös niin sanottu Menu-mat-palvelu. Tällöin pakasteateriat toimitetaan kotiin harvemmin ja asiakas itse lämmittää aterian Menu-mat-laitteessa.



KUVIO 20.3. Kotiin toimitetun aterian asiakasmaksu (euroa) kunnissa vuonna 2016. Kuntien lukumäärä ja osuus (%). Aterian maksu löytyi 218 kunnan verkkosivuilta. Lähde: Kuntien verkkosivut.

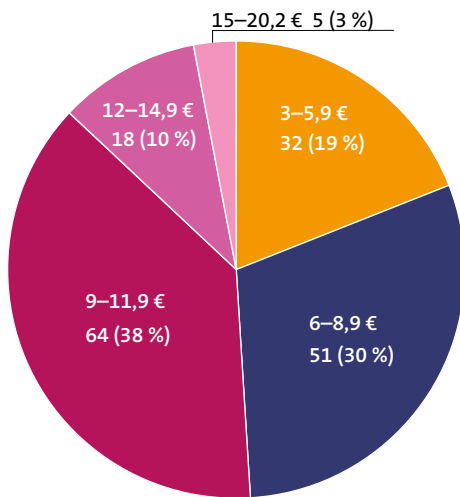
Kotiin tuodun aterian hinta oli tyypillisesti 7,50 euroa (kuvio 20.3). Mikäli ateria syödään päivittäin, on kuukauden ateriamaksu 225 euroa. Ateriamaksu kuitenkin vaihteli kunnittain: halvimmillaan aterian sai reilulla viidellä eurolla kun kallein ateria maksoi reilut 11 euroa päivässä. Ateriapalvelun hintaero halvimman ja kalleimman kunnan välillä on siten vajaat 200 euroa kuukaudessa silloin, kun ateria toimitetaan kotiin päivittäin.

Ateriamaksu ei yleensä vaihdellut kunnan sisällä. Jos maksu vaihteli, se johtui esimerkiksi siitä, että viikonloppuna perittiin korkeampi maksu kuin arkipäivinä. Kuljetusmaksu tai kuljetuksen saatavuus niin ikään vaihteli muutamassa kunnassa esimerkiksi sen mukaan, kuinka kaukana asiakas asui tuotantokeittiöstä. Pienituloiset saivat alennusta ateriamaksusta tai aterian maksu vaihteli tulotason mukaan vain harvoissa kunnissa. Palvelu oli tyypillisesti julkisen sektorin tuottama.

Kauppa- tai kauppakassipalvelussa asiakkaalle toimitetaan kotiin hänen tekemänsä tilauksen mukaiset ostokset. Palvelu myönnetään silloin, kun iäkkäällä on vaikeuksia hoitaa itse omat kauppa-asiansa. Tilauksen ja kauppatarvikkeiden toimittamiseen kuuluu kotihoidon henkilöstö, paikallinen kauppias, yhdistys tai yritys.

Kauppapalvelun (yksi käyntikerta) maksu vaihteli kunnittain 3,02–20,20 euroa (kuvio 20.4). Tyypillinen kauppapalvelun maksu oli 10 euroa. Maksu kuitenkin vaihteli kunnasta toiseen, ja ero kalleimman ja halvimman hinnan välillä oli noin 70 euroa kuukaudessa, jos palvelua käytetään kerran viikossa.

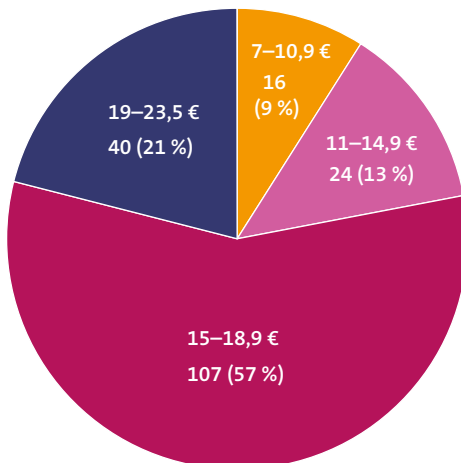
Päiväkeskustoiminnan tarkoituksena on edistää iäkkään kotona asumista tukemalla sosiaalisia suhteita, hyvinvointia ja toimintakykyä. Päiväkeskustoimintaa järjestetään iäkkäille yhtenä tai useampana päivänä viikossa. Toiminnan sisältö ja päivien kesto vaihtelee kunnittain, mutta tyypillinen päivä kestää 3–6 tuntia ja se sisältää esimerkiksi askartelu-, jumppa-, peli- ja musiikkituokioita sekä tarvittaessa saunan tai suihkun. Ohjelmaan lisäksi sisältyy ruokailut eli aamupala, lounas ja



KUVIO 20.4. Kauppapalvelun asiakasmaksu (euroa) yhdeltä asiointikerralta kunnissa vuonna 2016. Kuntien lukumäärä ja osuus (%). Kauppapalvelun maksu löytyi 170 kunnan verkkosivuilta. Lähde: Kuntien verkkosivut

päiväkahvi, mikäli päiväkeskuksessa ollaan koko päivän ajan. Päiväkeskuksessa on usein tarjolla myös maksullisia lisäpalveluja kuten jalkahoito- ja kampaamopalveluja. Päiväkeskustoiminta on vielä pääosin julkisen sektorin tuottamaa ja se tapahtuu kunnan omissa tiloissa. Päiväkeskustoimintaan voi osallistua myös omaishoidettavat. Yleensä päiväkeskukseen on järjestetty kuljetus, jonka asiakas maksaa itse. Kuljetuksen hinta noudattelee useimmiten paikallisliikenteen maksutaksoja.

Päiväkeskustoiminnan asiakasmaksu oli 7,30–23,45 euroa kerralta (Kuvio 20.5). Kuljetusmaksu peritään erikseen. Tyypillinen päiväkeskustoiminnan maksu oli 15 euroa. Ero halvimman ja kalleimman hinnan välillä on siten noin 65 euroa kuukaudessa, mikäli päiväkeskuksessa käydään kerran viikossa. Päiväkeskusmaksut olivat sitä suurempia mitä enemmän asukkaita kunnassa on ja maksu oli kaupunkimaisissa kunnissa suurempi (keskiarvo = 18 euroa) kuin maaseutumaisissa kunnissa (keskiarvo = 16 euroa).



KUVIO 20.5. Päiväkeskustoiminnan kertamaksu (euroa) ilman kuljetusta, kunnissa vuonna 2016. Kuntien lukumäärä ja osuus (%). Päiväkeskustoiminnan maksu löytyi 187 kunnan verkkosivuilta. Lähde: Kuntien verkkosivut.

Esimerkkilaskelma: kotona asumisen tukipalvelut ovat iso maksurasite

Asumisen tueksi tarvitaan monenlaisia palveluja, tukea ja turvaa, joista maksetaan asiakasmaksuja. Kotona asumista tukevat palvelut tulisikin ottaa kokonaisuutena huomioon, kun arvioidaan iäkkäiden asumisen eri vaihtoehtoja, mahdollisuuksia ja toimeentuloa. Samoin, kun keskustellaan iäkkäistä palvelujen käyttäjinä ja kuluttajina. Maksujen kokonaisuuden arviointia kuitenkin vaikeuttaa kotihoidon ja tukipalvelujen maksujen vaihtelu kunnasta toiseen sekä se, että henkilöiden välillä on isoja eroja kotiin tuotavien palvelujen tarpeessa. Lisäksi palvelujen tarve voi vaihdella suurestikin kuukaudesta toiseen. Muun muassa näistä seikoista johtuu, että palvelujen tarve ja kokonaismaksurasite vaihtelevat merkittävästi asiakaskohteisesti ja ajankohdan suhteen myös yhden henkilön kohdalla. Seuraavassa esitetään esimerkkilaskelma, joka kuvaa iäkkään maksurasitetta.

Oletetaan, että yksin kotonaan asuvan 80-vuotiaan henkilön käytettävissä olevat rahatulot ovat 1 300 euroa kuukaudessa. Hän maksaa kotihoidosta ja sen tukipalveluista asiakasmaksuja*:

- säännöllisen kotihoidon (20 t/kk) maksu, 150 euroa kuukaudessa
- kotiin kuljetettu lämmin ateria kerran päivässä, 225 euroa kuukaudessa
- turvapalvelu, 30 euroa kuukaudessa (auttajakäynnit veloitetaan erikseen)
- kauppa-asiointi kerran viikossa, 40 euroa kuukaudessa
- pyykkihuolto, kolme koneellista, 25 euroa kuukaudessa ja
- päiväkeskustoiminta kerran viikossa, 60 euroa kuukaudessa.

Yhteensä 530 euroa kuukaudessa.

*Hinnat ovat keskimääräisiä maksuja, ja ne on arvioitu kuntien verkkosivuilta saadun tiedon perusteella vuonna 2016. Kotihoidon maksuprosentti on Kuusikkokuntien (pl. Helsinki) keskimääräinen maksu 20 tunnilta.

Esimerkki osoittaa, että jo pelkästään kotihoidon ja sen tukipalvelujen asiakasmaksut lohkaisevat merkittävän osan tuloista, ja jo melko maltillisella kotihoidon tarpeella, 20 tuntia kotihoitoa kuukaudessa. Pienituloisen vanhuksen tilanne on taloudellisesti hankala, sillä palvelut ovat tyypillisesti tasasuuruisia (säännöllisen kotihoidon maksua lukuun ottamatta), eivätkä ne sisälly maksukattoihin.

Palvelujen ostaminen kotitalousvähennyistä tai palveluseteliä käyttämällä

Kotihoitoa ja sen tukipalveluja voi hankkia myös itse ostamalla niitä palveluntuottajalta suoraan tai kunnan myöntämällä palvelusetelillä. Asiakkaan kotona tapahtuvasta tavanomaisesta hoito-, hoiva- ja kodinhoitotyöstä voi tehdä kotitalousvähennyksen, mikä laskee kustannuksia. Se ei kuitenkaan hyödytä kaikkein

pienituloisimpia, sillä kotitalousvähennys tehdään verosta, eikä pienituloisella vanhuksella useinkaan ole vähennykseen oikeuttavia veroja (Pylkkänen 2015). Vanhusten kotitalousvähennyksen käyttöä rajoittaa lisäksi se, että sen hakemista voidaan pitää vaikeana ja monimutkaisena tai sitä ei huonon terveydentilan takia kyetä hakemaan.

Palveluseteliä käytettäessä kunta myöntää iäkkäälle palvelusetelin, jolla voi hankkia kunnan järjestämistä olevia palveluja. Palveluseteliä varten tehdään tarpeenarvointi, eli seteleitä saa vain tiettyihin palveluihin, joiden tarpeen kunta määrittelee. Palveluseteliä käytettäessä asiakas maksaa palvelusta maksuna omavastuusuuden, joka on palvelun hinnan ja palvelusetelin arvon erotus. Palvelusetelin arvo voi olla kaikille käyttäjille samansuuruinen tai se voi olla tulosidonnainen, jolloin sen arvo riippuu asiakkaan tuloista. Esimerkiksi säännöllisessä kotihoidossa on käytössä tulosidonnainen palveluseteli. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2018b.) Kotitalousvähennyksen kautta tai palvelusetelillä hankittujen palvelujen asiakasmaksuja ei ole käsitelty tässä luvussa.

Johtopäätökset: samankaltaiset palvelut, mutta eri hintaan

Sosiaalipalvelujen asiakasmaksuista tiedetään vähän, ja niiden alueellisesta vaihtelusta tuskin mitään. Asiakasmaksuja on kuitenkin tärkeä kartoittaa, jotta niiden kohtuullisuutta voidaan arvioida. Liian korkeat maksut voivat estää palvelujen käyttöä ja johtaa eriarvoisuuteen palvelujen saamisessa.

Vanhusten kotihoidon ja tukipalvelujen tarjonta on tässä luvussa esitettyjen tulosten mukaan melko yhdenmukaista: kunnissa on tarjolla samankaltaisia palveluja. Iäkkäät eivät kuitenkaan ole tasavertaisessa asemassa kotihoidon ja tukipalvelujen kustannusten suhteen, sillä asiakasmaksuissa oli huomattavaa vaihtelua kuntien välillä. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen asiakasmaksuissa on vastaava tilanne (Parhiala ym. 2016). Maksut eivät kuitenkaan riipu toisistaan siten, että voisi osoittaa kalliita ja edullisia kuntia: esimerkiksi kotihoidon maksujen ollessa pienet, eivät tukipalvelujen maksut olleet välttämättä vastaavasti pieniä.

Kunnan asukasluvulla, kunnallisveroprosentilla tai kaupunkimaisuudella ei ollut systemaattista yhteyttä asiakasmaksujen suuruuteen tämän luvun analyysissä mukana olleissa kunnissa. Ei siis voi sanoa, että esimerkiksi pitkien etäisyyksien maaseudulla maksut ovat suuremmat kuin kaupungeissa. Poikkeuksiakin löytyy: kotihoidon maksu oli pienempi kaupunkimaisissa kunnissa kuin maaseutukunnissa, kun hoidon tarve on suuri. Lisäksi kotihoidon maksut olivat pienemmät alemman kunnallisveroprosentin kunnissa kuin korkeamman kunnallisveron kunnissa. Sen sijaan päiväkeskustoiminnan maksu oli kaupunkimaisissa kunnissa suurempi kuin maaseutumaisissa kunnissa.

Kansallisen sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoite on, että iäkkäät voivat asua omassa kodissaan mahdollisimman pitkään (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017). Tässä tilanteessa on turvattava, että kotona asuminen on taloudellisesti mahdollista ja kestävä. Luvun esimerkkilaskelma osoitti, että kotihoito ja sen tukipalvelut lohkaisivat ison osan vanhuksen tuloista jo melko maltillisella palvelujen käytöllä. On huomioitava, että tässä luvussa mukaan otettujen asiakasmaksujen lisäksi vanhukset maksavat muun muassa terveyspalvelujen asiakasmaksuja sekä lääkkeiden ja matkojen omavastuita. Maria Vaalavuon toimittamassa raportissa (2018) todetaan, että esimerkiksi 75 vuotta täyttäneistä noin viidellä prosentilla asiakasmaksut ylittivät 40 prosenttia käytettävissä olevista tuloista (tässä laskelmassa ei ollut mukana kotihoidon tukipalveluja).

Sote-uudistuksen myötä asiakasmaksuista tullee päättämään yksittäisten kuntien (tai yhteistoiminta-alueiden) sijaan maakunnat. Maakunnat voivat päättää asiakasmaksuista lainsäädännön antamissa rajoissa. Asiakasmaksut eivät siten jatkossakaan määräytyisi yhdenmukaisesti koko maassa, mutta päätösvalan siirtyminen pienemmiltä alueilta maakunnille antaa mahdollisuuden yhdenmukaistaa asiakasmaksukäytäntöjä alueiden välillä maakunnan sisällä. Tämä tulee parantamaan väestön yhdenvertaisuutta, mutta johtanee asiakasmaksujen korotuksiin joillakin paikkakunnilla. Asiakasmaksulaki on niin ikään muuttumassa. Uuden lain tavoitteena on selkeyttää nykyisiä maksukäytäntöjä sekä varmistaa asiakasmaksujen yhdenvertaisuus ja kohtuullisuus. Uudessa laissa otetaan huomioon uudet palvelujen tuotantotavat sekä sote-uudistus.

Asiakasmaksujen on syytä pysyä kohtuullisina, jotta niistä ei muodostu uhkaa vanhusten toimeentulolle eikä estettä palvelujen käytölle. Ilmiöstä on jo viitteitä, kuten Katri Hannikainen osoittaa tämän teoksen luvussa 16. Hänen mukaansa pienituloiset vanhukset ovat jättäneet terveydenhoitoa käyttämättä korkean hinnan tai heikon taloudellisen tilanteen vuoksi ja samaan on päätyneet moni muu tutkimus (Mielck ym. 2009; Van Aerschot 2014). Myös Ilmarisen ym. sosiaalipalveluja käsittelevä tutkimus tämän teoksen luvussa 13 osoittaa, että merkittäväällä osalla sosiaalipalvelujen asiakkaista huono taloudellinen tilanne on vaikeuttanut palvelujen saamista, ja moni myös kokee, että suuret asiakasmaksut ovat vaikeuttaneet palvelujen saamista ainakin joskus. Asumisen tuen palvelujen hinnat ovat moninkertaiset esimerkiksi terveyskeskusmaksuihin nähden. Esimerkiksi päiväkeskuspäivät matkoineen maksavat noin 80 euroa kuukaudessa, kun päiväkeskuksessa käydään kerran viikossa. On helppo kuvitella tilanne, jossa vanhus jättää käyttämättä tai kieltäytyy ottamasta vastaan tukipalveluja kustannusten kasvun pelossa. Tällöin palvelujen hyvinvointia ja toimintakykyä tukeva ja raskaampaa hoitotarvetta ennaltaehkäisevä tarkoitus ei toteudu. Kohtuulliset maksut tuovat palvelut kaikkien ulottuville – yhdenvertaisesti saatavilla olevat sosiaali- ja terveyspalvelut luovat edellytykset terveyden ja hyvinvoinnin ylläpidolle ja tukevat sote-uudistuksen keskeistä tavoitetta kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja.

Tämä luvun aikaisempi versio on julkaistu Suomen sosiaalinen tila -raporttina 1/2017: Ilmarinen, Katja (2017): Iäkkäiden kotihoidon ja tukimaksujen asiakasmaksuissa isoja eroja kuntien välillä. Tutkimuksesta tiiviisti 3/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Lähteet

- Arajärvi, Miina & Kuronen, Raija (2018): Säännöllisen kotihoidon asiakkaat marraskuussa 2017. Tilastoraportti 19/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Bock, Jens-Oliver & Matschinger, Herbert & Brenner, Hermann & Wild, Beate & Haefeli, Walter E. & Quinzler, Renate & Saum, Kai-Uwe & Heider, Dirk & König, Hans-Helmut (2014): Inequalities in out-of-pocket payments for health care services among elderly Germans – results of a population-based cross-sectional study. *International Journal for Equity in Health* 13, 1–11.
- Manderbacka, Kristiina & Muuri, Anu & Keskimäki, Ilmo & Kaikkonen, Risto & Elovainio, Marko (2012): Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo terveyspalvelujen saatavuudesta? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49, 4–12.
- Mielck, Andreas & Kiess, Raphael & von dem Knesebeck, Olaf & Stirbu, Irina & Kunst, Anton E. (2009): Association between forgone care and household income among the elderly in five Western European countries – analyses based on survey data from the SHARE-study. *BMC Health Services Research* 9, 1–8.
- Muir, Tim (2017): Measuring social protection for long-term care. OECD Health Working Papers, No. 93. Paris: OECD Publishing.
- Parhiala, Kimmo & Hetemaa, Tiina & Sinervo, Timo & Nuorteva, Leena & Luoto, Eija & Krohn, Minerva (2016): Terveyskeskusten avosairaanhoidon järjestelyt – Kyselytutkimuksen tuloksia 3. Tutkimuksesta tiiviisti 21/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Pylkkänen, Elina (2015): Kotitalousvähennys arjen tukena. Sitran selvityksiä 95. Helsinki: Sitra.
- Shemeikka, Riikka & Rinne, Hanna & Manderbacka, Kristiina & Murto, Jukka & Kaikkonen, Risto (2014): Terveyspalveluiden saatavuuden alue-erot Suomessa – ATH-tutkimuksen tuloksia erityisvastuualueittain (suunnitellut sote-alueet). Teoksessa: Jalava J. ym.: ATH-tutkimuksen tuloksia – Järjestökentän tutkimusohjelma. Työpäpaperi 37/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, s. 28–36.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2017): Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi 2017–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2017:6. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2018a): Kotihoito ja kotipalvelut. Verkkoaineisto <http://stm.fi/kotihoito-kotipalvelut>. [Viitattu 2.7.2018]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2018b): Palveluse-teli. Verkkoaineisto <https://stm.fi/palveluse-teli>. [Viitattu 25.9.2018]. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sotkanet 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, verkkoaineisto. [Viitattu 11/2016].
- Suomen virallinen tilasto (SVT)(2018): Tulonjakotilasto. Verkkajulkaisu, ISSN=1795–8121. <http://www.stat.fi/til/tjt/2016/index.html>. [Viitattu: 25.9.2018]. Helsinki: Tilastokeskus.
- Virtanen, Ari (2018): Sosiaalimenot ja rahoitus 2016. Tilastoraportti 13/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Vaalavuo, Maria (toim.) (2018): Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksujen kohdentuminen, vaikutukset ja oikeudenmukaisuus. Valtioneuvoston selvitys ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 30/2018. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia.
- Van Aerschot, Lina (2014): Vanhusten hoiva ja eriarvoisuus. Sosiaalisen ja taloudellisen taustan yhteys avun saamiseen ja palvelujen käyttöön. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto, Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Tampere: Tampereen yliopisto.



YHTEENVETO

Katse kohti hyvinvointipolitiikan tulevaisuutta

Suomalaisten hyvinvointi 2018 -teoksen tarkoitus on ollut koota yhteen analyysi siitä, miltä suomalaisten hyvinvointi näyttää mahdollisimman ajankohtaisten väestön elinoloja, hyvinvointia, palveluja ja hyvinvointipolitiikkaa kuvaavien havaintojen valossa. Hyvinvointivaltion tulevaisuuden ennakoimiseksi on tärkeää eritellä kehitystä etenkin hyvinvointierojen muutoksen näkökulmasta. Kun lähtökohdiana on ollut politiikan tuotosten tutkimusperusteinen arviointi ja analyysi, näyttö nojaa menneisyyteen, taustanaan ennen kaikkea vielä meneillään oleva Juha Sipilän ja sitä edeltänyt hallituskausi. Olemme koonneet tähän päätöslukuun yhteenvedon teoksen tärkeimmistä tuloksista tästä lähtökohdasta. Aiempien lukujen havaintoja toistetaan seuraavassa kuitenkin vain valikoiden sen mukaan, minkä verran ne valottavat hyvinvoinnin tilaa ja eriarvoisuutta hyvinvointipolitiikan tulevien haasteiden näkökulmasta. Tulosten yhteenvedon jälkeen erittelemme hallitusohjelmaa kiinnittäen huomiota etenkin sen painotuksiin ja ”unohduksiin” sekä siihen, millaisia vaikutuksia hallituksen hyvinvointipolitiikalta voi tulevaisuudessa odottaa.

Poliittisessa päätöksenteossa tehdyt arvovalinnat näkyvät hyvinvointipolitiikassa, mutta politiikan vaikutuksia raamittavat myös muut tekijät. Luvussa pohditaan näköpiirissä olevia hyvinvointipolitiikan haasteita, ensin niitä kysymyksiä, jotka olisi ratkaistava lähiaikoina. Lopuksi suuntaamme katseen kenties olennaisimpaan pitkän aikavälin ongelmaan – ilmastonmuutokseen – ja pohdimme niitä arvovalintoja, joita hyvinvoinnin ylläpitäminen muuttuvan ilmaston oloissa edellyttää jo nyt.

Myönteisiä(kin) havaintoja

Suomalaisten hyvinvointi 2018 sisältää verraten paljon tuloksia erilaisista hyvinvoinnin murtumista ja väestöä halkovista jakolinjoista, mutta eri luvuissa on myös myönteisiä havaintoja. Hyvinvointivaltion tulevaisuuden kannalta olennainen tieto on se, että sen arvopohja on edelleen vahva. Suomalaisen hyvinvointivaltion legitimitettiin perustuu siihen, että väestö luottaa järjestelmän toimintaan ja siihen, että se kohtelee ihmisiä tasavertaisesti ja oikeudenmukaisesti. Valtaosa väestöstä luottaakin palvelujen ja etenkin terveystalouden toimintaan ja kokee, että järjestelmän rahoituspohjan tulee perustua myös jatkossa julkisiin verovaroihin, ainakin pääosin. Sosiaalimenojen kannatusperusta vaikuttaa vankalta, sillä melkein kaikki suomalaiset haluavat pitää sosiaali- ja terveystalouteen käytettävän verorahoituksen vähintään nykytasolla. Vankin kannatus on julkisilla terveystalouksilla, joihin yli puolet väestöstä on valmis jopa lisäämään verovarojen käyttöä. Asiakasmaksuihin ei väestön mielestä ole olennaisia korotuspaineita. Ne nähdään tarpeellisen käytön takaajana ja tälle on laaja kannatus väestössä. Kiinnostava havainto on, että myös ulkomaalaistaustainen väestö jakaa saman arvopohjan: he luottavat viranomaisiin ja palvelujärjestelmään jopa enemmän kuin väestö keskimäärin. On kuitenkin muistettava, että ulkomaalaistaustainen väestö on hyvin heterogeeninen joukko, jonka näkemyksiä on yhtenä ryhmänä arvioitava varoen.

Myös osa hyvinvoinnin eroista on kehittynyt myönteisesti, vaikka yleiskuva viittaakin sitkeisiin hyvinvointieroihin eri väestöryhmien välillä. Vain osassa kirjan luvuista tosin voitiin tarkastella ajallisia muutoksia luotettavasti, sillä tietojärjestelmien kehitys ei tue muutosten pitkäjänteistä seuranta: esimerkiksi seuranta-kyselyjen tietosisällöt ovat muuttuneet ja eräitä tärkeitä seurantoja on rahoituksen vähentyessä jouduttu lakkauttamaan. Niin sanotuissa kovissa terveystalouksissa, kuten kuolleisuudessa, on edelleen varsin suuria sosioekonomisen aseman ja sukupuolten välisiä eroja. Tuloryhmien välisten kuolleisuuserojen kasvu näyttäisi kuitenkin tuoreitten tutkimustulosten valossa pysähtyneen. Lisäksi miesten ja naisten väliset elinajanodotteen erot ovat kaventuneet viime vuosikymmenten aikana. Samoin valtaosa väestöstä voi elämänlaadulla ja koetulla terveydellä mitaten hyvin. Näiden myönteisten kehityssuuntien lisäksi hyvinvoinnin väestöryhmäerot ovat osalla hyvinvoinnin osa-alueista melko vähäisiä. Esimerkiksi nuorten oma koulutusvalinta – lukioon vai ammatillisiin opintoihin – ei näyttäisi vaikuttavan merkittävästi nuorten itse ilmoittamaan hyvinvointiin, erityisesti kun tarkastellaan sosiaalisiin suhteisiin tai identiteettiin liittyviä kysymyksiä. Nuorten hyvinvointia jakavia tekijöitä on kyllä muita, mutta opintolinjan valinnan mukaiset erot näyttävät maltillisilta. Sen sijaan ratkaiseva ero hyvinvoinnissa on niiden nuorten välillä, jotka jatkavat opintojaan toiselle asteelle, ja niiden välillä, joiden opinnot päättyvät oppivelvollisuuteen.

Alueelliset hyvinvointierot ovat Suomessa perinteisesti olleet selviä, mutta maakunnittain tarkasteltuna koettu hyvinvointi vaihtelee väestössä vain vähän –

selvimmin elintasoon liittyvissä kokemuksissa ja vähemmän sosiaalisiin suhteisiin tai identiteettiin liittyvissä tunnusluvuissa. Vaikka väestön omien subjektiivisten kokemusten mukaan erot ovatkin pieniä, selviä eroja havaitaan, kun maakuntia tarkastellaan objektiivisten mittareiden, kuten sairastavuuden, työllisyyden tai tulo-tason mukaan. Havainnon taustalla lienee se, että koetun hyvinvoinnin vaihtelu liittyy johonkin muuhun alueyksikköön kuin maakuntaan, esimerkiksi kuntaan, tai maantieteelliseen alueeseen tai alueen kaupungistumisasteeseen.

Palvelujärjestelmään liittyvässä eriarvoisuudessa näkyy myös viitteitä erojen tasaantumisesta. Vaikka ylempiin sosiaaliryhmiin kuuluvat käyttävät edelleen palveluja alempiin sosiaaliryhmiin kuuluvia enemmän palvelujen tarve huomioiden, lääkäripalveluissa näyttää tapahtuneen jonkin verran muutosta tuloneutraalimpaan suuntaan. Avoterveydenhuollon lääkäripalvelujen saatavuudessa ja käytössä on kuitenkin edelleen varsin pysyviä sosiaaliryhmittäisiä eroja. Suomessa julkisia terveys- ja sosiaalipalveluja käytetään runsaasti ja, kuten aiemmin todettiin, niillä on vankka kannatus. Palvelujen asiakaslähtöisyyttä ja kansalaisen mahdollisuuksia huolehtia omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan omatoimisesti ja tarvittaessa ammattilaisten tukemana on pyritty parantamaan digitalisaation keinoin. Palvelujen digitalisaatio eteneekin vauhdilla: tiedon ja sähköisten palvelujen tarjonta ja valikoima on laajentunut. Se on jo melko kattavaa ja monipuolista, mutta palvelukohtainen ja alueittainen vaihtelu tarjonnassa on vielä suurta. Sähköisten palvelujen käyttö sosiaali- ja terveyspalveluissa yleistyy nopeasti. Suomalaisista kaksi kolmesta oli vuonna 2017 käyttänyt ainakin jotain sosiaali- ja terveydenhuollon verkkopalvelua. Sähköisten palvelujen käytössä koetaan kuitenkin myös runsaasti esteitä.

Sitkeitä hyvinvointieroja kautta linjan

Edellä kuvatuista myönteisistä havainnoista huolimatta teoksen päätuloksen voi kiteyttää havaintoon sitkeistä hyvinvointieroista. Hyvinvointieroja esiintyy kaikilla tarkastelluilla osa-alueilla: niin elinoloissa, terveydessä kuin koetussa hyvinvoinnissakin ja niitä havaitaan niin sosioekonomisen aseman (koulutus, tulot), pääasiallisen toiminnan, sukupuolen kuin etnisen taustan mukaisesti. Lisäksi palvelujen käytössä sekä niihin liittyvissä väestön kokemuksissa ja asenteissa ilmenee suoria jakolinjoja, joiden seurausten voi ennakoida periytyvän tulevien päätöksentekijöiden pöydille. Palvelujärjestelmän kestävyys kannalta tulevaisuuden haasteisiin lukeutuvat esimerkiksi väestön ikääntymisestä ja huoltosuhteen heikkenemisestä johtuva sosiaalimenojen voimakas kasvuennuste lähivuosisikymmenille, digitaalisten palvelujen käytön esteiden yleisyys ja luottamuksen heikkeneminen sosiaalipalveluja kohtaan. Etenkin luottamus sosiaalipalvelujen tarpeenmukaiseen saatavuuteen on aiempaa vähäisempää. Toisin sanoen yhä harvempi luottaa saavansa sosiaalipalveluja niitä tarvitessaan. Erityisesti toimeentulovaikeuksia kokeneet

luottavat palvelujen saamiseen muita harvemmin. Lisäksi etuuksien saamiseen suhtaudutaan vielä palvelujen saamista kriittisemmin.

Palvelujen käytössä ja saatavuudessa havaittu eriarvoisuus luo suuria uudistuspaineita sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmälle, sillä esimerkiksi maakunta- ja sote-uudistuksen julkilausuttuihin tavoitteisiin kuuluu yhdenvertaisuuden lisääminen. Tämä teos osoittaa, että haasteet ovat edelleen suuria. Esimerkiksi tärkeä havainto on, että sosiaalipalveluissa on paljon tyydyttymätöntä palvelutarvetta, jolloin palvelua ei ole saatu tai palvelu ei ollut riittävää. Vanhuspalvelujen asiakasmaksut vaihtelevat kunnasta toiseen, ja erityisesti pienituloiset ikääntyneet kokevat, etteivät he saa riittävästi kotipalveluja. Ikääntyneiden palvelujen palvelurakenteen muutos kohti kotona annettavia palveluja etenee kuitenkin nopeasti. Terveydenhuollossa toimintarajoitteisten ihmisten palvelutarpeet jäävät useammin tyydyttymättä, ja hoitoon pääsemisessä ja hoidon sujuvuudessa on ongelmia yleisemmin kuin muulla väestöllä. Myös nuorilla ja nuorilla aikuisilla havaitaan merkittävää tyydyttymätöntä palvelutarvetta, joka vaihtelee pääasiallisen toiminnan, koulutustason, sukupuolen ja hieman myös asuinalueen kaupunkimaisuuden mukaan. Nämä edellä mainitut ovat merkittäviä tuloksia palvelujen yhdenvertaisen saatavuuden näkökulmasta ja niihin väestö voi edellyttää ratkaisuja päätöksentekijöiltä.

Terveydenhuollon palveluja ja niiden käyttöeroja tarkastelevassa luvussa ilmenee, että ylempät sosiaaliryhmät käyttävät tarpeisiinsa nähden enemmän palveluja kuin alemmat sosiaaliryhmät. Ylemmät sosiaaliryhmät käyttävät runsaasti etenkin yksityisiä ja työterveyshuollon palveluja, joten tähän ilmiöön vaikutettaisiin tehokkaimmin tarkastelemalla palvelujärjestelmän rakennetta. Korkeat asiakasmaksut saattavat olla esteenä palvelujen käytölle erityisesti pienituloisilla. Huolestuttava havainto on, että suurituloisiin verrattuna ikääntyneistä pienituloisista lähes nelinkertainen osuus – noin joka kymmenes – oli jättänyt käymättä lääkärissä rahan puutteen vuoksi. Uudistustarvetta herättää myös havainto, jonka mukaan sähköisten palvelujen käytön mahdollisuudet eivät ole samat kaikilla alueilla. Tarjonta vaihtelee myös palvelusta toiseen merkittävästi, joten yhdeksi palvelujärjestelmän uudistamisen tukipilariksi suunniteltu digitalisaatio näyttäisi etenevän epätahtiin järjestelmän eri osissa. Yli puolet kansalaisista kokee lisäksi erilaisia esteitä digitaalisten palvelujen käytössä.

Hyvinvointi- ja terveyseroja kuvaavat tiedot kertovat hyvinvointijärjestelmämme tuotoksista. Nämä tulokset vahvistavat yhtäältä kuvaa järjestelmän oikeudenmukaisuuteen liittyvistä ongelmista, toisaalta ne auttavat paikantamaan hyvinvointijärjestelmämme tärkeimpiä kipupisteitä. Ilmeisiin kipupisteisiin kuuluvat ainakin aikuisväestössä havaitut selvät sosiaaliryhmittäiset terveyserot, jotka näkyvät käytännössä kaikilla terveysmittareilla. Lisäksi nuorilla terveys ja muu hyvinvointi ovat yhteydessä perheen sosiaaliseen asemaan (toisin sanoen vanhempien koulutustasoon), jonka vaikutus ulottuu pitkälle nuoren aikuisuuden hyvinvointiin ja toimeentuloon. Työttömien työkyky on selvästi heikompi kuin työllisillä,

ja ulkomaalaistaustaisilla psyykinen kuormittuneisuus ja mielenterveysongelmat ovat yleisempiä kuin koko väestössä keskimäärin. Etnisen taustan tai syntyperän mukaisia terveys- ja hyvinvointieroja esiintyy myös infektio- ja fyysisissä toimintakyvyssä, tietyissä elintavoissa ja elintapasairauksien riskitekijöissä, lisääntymisterveydessä sekä sosiaalisessa hyvinvoinnissa. Ulkomaalaistaustainen väestö ilmoittaa myös syrjinnän, yksinäisyyden ja huonon elämänlaadun kokemuksista.

Laadukaskaan tutkimus on harvoin tyhjentävä. Tämä teos valottaa useita teemoja, joita tulisi jatkossa tutkia syvällisemmin. Näitä ovat muun muassa systemaattinen ja kattava tarkastelu hyvinvoinnin alueellisista eroista, elämänlaadun vaihtelu sekä palvelujen hyväksyttävyyden ja sopivuuden kysymykset eri väestöryhmissä. Myös hyvinvointierojen ajallisista muutoksista samoin kuin hyvinvoinnin sukupuolierojen kehityksestä tarvitaan perusteellisempaa tietoa. Yhä enemmän tulisi kiinnittää huomiota niin kutsuttuihin risteäviin eroihin eli siihen, miten eriarvoisuudet kietoutuvat toisiinsa.

Hyvinvointipolitiikan arviointia

Hyvinvointi ja hyvinvointierot muodostuvat tai murenevat monien tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Näihin tekijöihin puolestaan voidaan vaikuttaa politiikka-toimin, joita muotoillaan niin valtakunnan tasolla kuin paikallisesti, kuntapäätöksenteossa ja tulevaisuudessa mahdollisesti myös maakunnissa. Poliittinen päätöksenteko pohjautuu viime kädessä arvovalintoihin, ja tehdyt valinnat näkyvät tavalla tai toisella myös hyvinvointipolitiikassa. Vaikka talouspolitiikka pyrkii asettamaan yhä vahvemmin hyvinvoinnin reunaehdoja, varsinaisesti tarkoitamme hyvinvointipolitiikalla kokonaisuutta, johon sosiaalipolitiikan (työ-, terveys-, koulutus-, asunto-, sosiaaliturva- ja perhepolitiikan) lisäksi kuuluvat myös kulttuuri-, kasvatus-, ympäristö- ja aluepolitiikka sekä kansalaistoiminta (Niemelä 2010). Toisin sanoen riittävä toimeentulo, sosiaali- ja terveyspalvelut, turvallisuus ja resurssien oikeudenmukainen jakautuminen tukevat toimintamahdollisuuksien syntymistä ja ovat siten hyvinvoinnin rakennusainetta. Yhdessä nämä tekijät merkitsevät mahdollisuutta osallistua ja kiinnittyä yhteiskuntaan. (Sen 2009, 269–276, 286–290; Alila ym. 2011.)

Miltei neljän vuoden ajan valtakunnan hyvinvointipolitiikan linjaamisesta on vastannut Juha Sipilän hallitus ja hallituksen ohjelma *Ratkaisujen Suomi* (2015). Siinä asetettiin kunnianhimoisia tavoitteita suomalaisen yhteiskunnan kehittämiseksi ja kehittymiseksi. Hallitusohjelmaan sisältyi linjauksia kuten ”Meillä on vahva yhteenkuuluvuuden tunne” (mt.,7) ja ”Monen sukupolven Suomessa jokaisesta pidetään huolta ja autetaan ajoissa” (mt., 7). Hallitusohjelman tavoitteissa katsottiin reippaasti yli yhden hallituskauden, paikoin jopa kymmenen vuoden päähän.

Verrattuna viimeisimpiin hallitusohjelmiin *Ratkaisujen Suomi* oli merkittävästi lyhyempi, eritoten jos sen liitteet jätetään huomioimatta. Ohjelma pyrki olemaan edeltäjiensä strategisempi muutosohjelma: käytännön yksityiskohtien sopiminen haluttiin jättää myöhemmäksi ja tavoitteiden saavuttamisen arvioimiseksi luvattiin kehittää seurantaa ja mittareita. Hallituskaudella strategiaan tavoitteisiin pyrittiin muun muassa kärkihankkeiden tuella. Tavoitteita määriteltiin lukuisille osa-alueille: terveys ja hyvinvointi, työllisyys, kilpailukyky ja kasvu, koulutus ja osaaminen, biotalous ja puhtaat teknologiat sekä toimintatapojen muuttaminen esimerkiksi edistämällä digitaalisuutta ja purkamalla turhaa sääntelyä ja byrokraatia. (Mts., 12.) Kun listaan vielä lisätään maakunta- ja sote-uudistus, niin ei löydy hyvinvointipolitiikan osa-aluetta, johon hallitus ei olisi yrittänyt jollakin tavoin vaikuttaa. (Maakunta- ja sote-uudistus 2018.)

Hallitusohjelman voi nähdä tunnustavan sosiaalisten investointien ajatusta (ks. Morel ym. 2012): julkiset panostukset hyvinvointipolitiikkaan nähdään investointeina talouden kasvattamiseksi. Hallitusohjelmassa painotettiin myös kansalaisten kyvykkyyden ja työelämävalmiuksien lisäämistä siten, että he pystyvät itse aikaisempaa paremmin varautumaan erilaisiin riskeihin. Paikoin investoinneille odotetaan tuottoa jo varsin nopeasti, esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen ajateltiin parantavan peruspalveluja ja tietojärjestelmiä jo hallituskauden aikana. Myös sosiaaliturvan kuvattiin muuttuvan osallistavaksi ja työhön kannustavaksi tällä jaksolla. (Ratkaisujen Suomi 2015.)

Yksi hallituskausi kestää korkeintaan neljä vuotta, mikä on varsin lyhyt aika tehdä yhteiskunnallisesti mittavia uudistuksia. Tämän on maakunta- ja sote-uudistuksen valmistelu erilaisine käännteineen osoittanut, jo ennen Sipilän hallituskauttakin. Osa hallitusten päätöksistä vaikuttaa vasta pitkällä aikavälillä, mikä tarkoittaa, että nykyisenkin hallituksen politiikan vaikutukset sekoittuvat aikaisempien ja tulevien hallitusten päätösten vaikutuksiin. Edes tulonjakovaikutusten arviointi ei ole aivan yksiselitteistä vaan on sidoksissa käytettyihin aineistoihin ja menetelmiin kuten Susanna Mukkila kollegoineen tämän teoksen neljännessä luvussa osoittaa.

Nykyisen hallituspolitiikan vaikutuksia suomalaisten hyvinvointiin on vielä varhaista arvioida, mutta jo nyt on nähtävissä, missä teemoissa hallitus ei ohjelmaa muotoillessaan nähnyt muutostarpeita. Juha Sipilän hallitusohjelmasta puuttui esimerkiksi sukupuolten tasa-arvon edistäminen. Vaikka esimerkiksi elinajanodotteessa ja koulutus- ja ammattiasemassa tasa-arvo on edistynyt 2000-luvulla, tämäkin teos osoittaa, että varsin pysyviä sukupuolten välisiä hyvinvointieroja on edelleen monella hyvinvoinnin osa-alueella, esimerkiksi köyhyydessä ja terveydessä. Sukupuoli myös risteää muiden hyvinvointia erottelevien taustatekijöiden kanssa, kuten ulkomaalaistaustaisuuden tai toimintarajoitteisuuden kanssa. Hallitusohjelmassa kyllä todetaan naisten ja miesten tasa-arvon olemassaolo (Ratkaisujen Suomi 2015, 8), mutta erityisiä toimenpiteitä ei sukupuolten tasa-arvon edistämiseksi esitetty. Edeltäjiensä tapaan hallitus laati kuitenkin kolmisenkym-

mentä toimenpidettä sisältävän ohjelman sukupuolten tasa-arvon edistämiseksi. Ohjelmalla haluttiin myös varmistaa, että kaikki ministeriöt arvioivat toimintansa sukupuolivaikutuksia ja huomioivat nämä vaikutukset päätöksiä tehdessään. (Hallituksen... 2016).

Se, että hallitusohjelmassa jätetään eksplisiittisesti edistämättä jotakin asiaa, on arvovalinta, ja siksi tasa-arvo-ohjelman käytännön merkitys on jäänyt vähäiseksi, mikä on havaittu esimerkiksi talousarvion sukupuolivaikutusten arvioinnissa (Elomäki & Ylöstalo 2018, 1–14). Arvioinnin tulosten mukaan Sipilän hallituksen vuosina 2016–2018 tekemistä verotuksen ja sosiaaliturvaetuuksien muutoksista miehet ovat hyötäneet keskimäärin naisia enemmän, kun muutoksissa hävinneistä enemmistö on naisia. Hallituksen päätösten sukupuolivaikutuksia koskevan arvioiden mukaan niistä on taloudellisesti hyötynyt suuri osa suomalaisista, 61 prosenttia miehistä ja 54 prosenttia naisista. Erityisesti työikäiset ovat hyötäneet, sillä muutoksista on koitunut enemmän etua siirryttäessä ylempiin tulokymmenyksiin, aivan ylimpiä tulodesiilejä lukuun ottamatta. Vastaavasti suhteelliset menetykset ovat suurimpia alimmilla tulotasoilla. Naisten käytettävissä olevat tulot vähenivät suhteessa useammin ja enemmän kuin miesten. Eroa selittää sosiaaliturvaetuksien indeksileikkausten ja -jäädystysten osuminen enemmän naisiin kuin miehiin. Myös työmarkkinakeskusjärjestöjen vuonna 2016 solmima kilpailukyky sopimus pidenä työaika useilla aloilla, alensi väliaikaisesti (2017–2019) lomarahoja ja siten myös vuosipalkkoja naisvaltaisella julkisella sektorilla.

Vaikka hallitusohjelmassa ei noteerattu naisten ja miesten tasa-arvon edistämistä eikä päätösten sukupuolivaikutuksia, pääministeri Juha Sipilä aktivoitui eriarvoisuuskysymyksissä perustamalla työryhmän pohtimaan ratkaisuja eriarvoisuuden ehkäisemiseksi ja torjumiseksi. Alkuvuodesta 2018 loppuraporttinsa jättänyt työryhmä linjasi, että kansalaisten oman vastuun, aloitteellisuuden ja riippumattomuuden turvaaminen tapahtuu julkisen vallan vastuulla olevia toimenpiteitä uudistamalla. Työryhmä teki muun muassa ehdotuksen eriarvoisuuden vähentämispolitiikan luomisesta. Työryhmän mielestä huomiota tulisi kiinnittää käytännössä demokratian instituutioiden kehittämiseen, lapsi- ja nuorisolähtöisiin palveluihin sekä asumisen eriarvoistumisen vähentämiseen. (Eriarvoisuutta käsittelevän työryhmän loppuraportti 2018.) Erilliskysymykseksi rajatun eriarvoisuuden vähentämispolitiikan suhde hyvinvointipolitiikkaan jäi kuitenkin työryhmän työssä pohtimatta.

Hyvinvointipolitiikka ja eriarvoisuus

Perustellusti voisi väittää, että hyvinvointipolitiikan sisään on kirjoitettu tavoite eriarvoisuuden vähentämisestä. On paljon tutkimusnäyttöä, joka viittaa eriarvoisuuden kaventamisen hyödyttävän koko yhteiskuntaa, ei vain huono-osaisimpia väestöryhmiä (esim. Wilkinson & Pickett 2009). Vain heikommassa asemassa ole-

vien hyvinvoinnin edistämiseen keskittyvä hyvinvointipolitiikka on pohjoismaiselle hyvinvointivaltiolla vieras ajatus, sillä perinteisesti pyrkimyksenä on ollut tarjota palvelut ja tarvittavat tulonsiirrot koko väestölle. Tämä ajatus on perustunut sekä siihen empiriseen tosiasiaan, että eri elämänvaiheissa jokainen hyötyy laajasta hyvinvointivaltiosta, että eräänlaiseen yhteisen hyvän ideologiaan.

Kuten edellä on tuotu esiin, hyvinvoinnin ja terveyden kehitykseen väestötasolla liittyy useita myönteisiä piirteitä. Yksityiskohtaisemmat tarkastelut kuitenkin havainnollistavat selvästi, että Suomessa pohjoismaisittainkin suuret terveyserot eivät ole olennaisesti kaventumassa, eikä hyvinvointi jakaudu väestössä kaikille samassa suhteessa (ks. OECD 2016.) Näin on siitakin huolimatta, että Suomessa useat ohjelmat ovat tähänneet terveyserojen kaventamiseen (ks. Karvonen ym. luku 6 tässä teoksessa). Sosioekonomisilla tekijöillä on johdonmukainen ja selvä yhteys hyvinvointiin, terveyteen ja niiden määrittäjiin (esim. CSDH 2008; Palosuo ym. 2013; Slutbetänkande... 2017).

Yhtenä eriarvoisuuden kuvaajana voi käyttää tuloeroja. 1990-luvun lopussa kasvaneiden tuloerojen taustalla oli vuosikymmenen alun lama ja sitä seuranneena nousukautena tehdyt poliittiset valinnat (ks. Hänninen 2017). Tämän jälkeen tuloerot ovat kasvaneet varsin maltillisesti Gini-kertoimella mitattuna¹, eivätkä erot ole merkittävästi muuttuneet 2010-luvulla. (Ks. Karvonen ym. luku 2 tässä teoksessa). Tuloeroja koskevissa tarkasteluissa ei kuitenkaan huomioida varallisuutta tai varallisuuserojen kasvua, eivätkä tuloerot kerro siitä, riittävätkö rahat arkipäivän menoihin. Tätä kuvataan vertaamalla minimibudjetteja perusturvaan ja esimerkiksi pienipalkkaisiin, mikä antaa viitteitä myös perusturvan riittämättömydestä. Kansainvälisesti tarkasteltuna suomalainen tulonsiirtojärjestelmä toimii toistaiseksi kuitenkin melko hyvin: tulonsiirrot ehkäisevät köyhyyttä, tuloerot ja köyhyys ovat Suomessa EU-maiden pienimpiä ja työssäkäyvien köyhyys on vähäistä. (Ks. Mukkila ym. luku 4 tässä teoksessa.) Taloudellisen kestävyuden haasteena on kuitenkin pohjoismaisittain matala työllisyysaste ja köyhyden kasvu: köyhyysriski on selvästi suurempi tietyissä väestöryhmissä, kuten lapsiperheillä, nuorilla, opiskelijoilla, työmarkkinoiden ulkokehällä olevilla sekä eläkeläisillä. Tässä teoksessa ei käsitelty erityisesti lapsiperheiden toimeentuloon liittyviä kysymyksiä, mutta aiemmista tutkimuksista tiedetään, että lapsiperheiden köyhyysriskiä kasvattavat vanhempien matala koulutus ja työttömyys, vanhempien työttömyyden ohella yksinhuoltajuus, lasten suurempi lukumäärä sekä pikkulapsivaihe, jolloin toinen vanhemmista on usein perhevapaalla työelämästä ja ollaan reaaliarvoltaan heikentyneiden tulonsiirtojen varassa (Karvonen & Salmi 2016).

Työ näyttää kuitenkin edelleen suojaavan köyhyydeltä parhaiten, ainakin jos asumiskustannukset pysyvät kohtuullisina. Tässä suhteessa haasteita on jo näkö-

1 Kuten köyhyysmittareihin myös Gini-kertoimeen on suhtauduttava varauksella tuloerojen mitarina. Rinnalla tulisi tarkastella myös tulo- ja varallisuuskasvua sinänsä. Esimerkiksi Thomas Piketty (2016) on havainnollistanut, että kansainvälisessä tarkastelussa tuloerojen kasvu näyttää jyrkemmältä, kun otetaan huomioon ylimmän tulodesiilin trendi.

piirissä: työn perässä muuttaminen ei korkeiden asumiskustannusten takia ole aina kannattavaa. Toisaalta kaupunkeihin ei ole mielekästä luoda tietoisesti asuin-alueita, joissa on pääasiassa kovin pieniä asuntoja tai jotka muuten muodostuvat yksipuolisesti vain pienituloisten asuinalueiksi. Helsingin ja Tampereen kaupunkien harjoittamaan sosiaaliseen sekoittamiseen on ollut syynsä. (Ks. Kempainen 2017.) Tämä korostaa asuinolojen ja muiden hyvinvointia määrittävien tekijöiden alueellisen eriytymisen tarkastelun merkitystä (ks. Ilmarinen luku 20 tässä teoksessa). Alue-erot voivat ilmetä erityyppisten alueiden välillä, kuten kaupungin ja maaseudun välillä tai yksittäisten alueiden sisällä, mikä voi peittyä koko maan tasoiseen keskiarvotarkasteluun.

Sosiaaliturvan uudistamisen tarpeista on käyty paljon keskustelua Juha Sipilän hallituskaudella. (Ks. VNK 2018.) Julkisessa keskustelussa on viime aikoina vedottu toistuvasti työllisyysasteen nostamisen tärkeyteen, joten voisi olettaa, että sosiaaliturvan uudistamisella halutaan tähdätä siihen. Siten Sipilän hallituskaudella esillä ollut, mutta toteutumatta jäänyt perhevapaaudistus, noussee myös seuraavan hallituksen agendalle, vaikka perhevapaajärjestelmä ei ensisijaisesti ehkä ole osa sosiaaliturvaa. Sosiaaliturvauudistuksessa tultaneen esittämään myös palvelujen ja etuuksien tiiviimpää yhdistämistä. Lapsiperheiden toimeentulon ja arjessa selviytymisen tuki, kuten tarkoituksenmukaiset etuudet ja palvelut, ovat erityisen tärkeitä pienituloisissa perheissä sekä pienten lasten perheissä (esim. Rimpelä ym. 2018).

Sosiaaliturvaa uudistettaessa tarvitaan keskustelua myös perusturvan tasosta, jonka matalaan tasoon Perusturvan riittävyuden arviointiryhmä on kiinnittänyt huomiota (Perusturvan ... II 2015). Viime vuosien indeksijäädytykset ja -leikkaukset ovat kohdistuneet perusturvaan, mikä käytännössä on tarkoittanut sosiaaliturvan painopisteen hivuttamista tarveharkintaisen toimeentulotuen suuntaan. Tarveharkinnan lisäämisestä sosiaaliturvassa ei ole toistaiseksi käyty yhteiskunnallista keskustelua, vaikka vähäinen tarveharkinta on perinteisesti erottanut pohjoismaisia hyvinvointivaltioita esimerkiksi angloamerikkalaisista hyvinvointivaltioista. Osaltaan toimeentulotuen pitkäaikaiskäyttöä selittävät kasvukeskusten korkeat asumiskustannukset, kun toimeentulotuella katetaan Kelan asumistukinormin ylittäviä kustannuksia. Seuraava hallitus joutuu linjaamaan myös asuntopoliitiikkaa, mikäli se lähtee uudistamaan sosiaaliturvaa.

Hyvinvoinnin erot nakertavat yhteiskunnan eheyttä

Terveys- ja hyvinvointierojen vaikutukset tuntuvat useilla eri yhteiskunnan sektoreilla, sillä esimerkiksi hyväksi koettu terveys korreloi positiivisesti poliittiseen osallistumiseen. Vastaavasti terveysongelmia kokevat osallistuvat poliittisesti vähemmän kuin terveet ihmiset. (Ks. Mattila ym. 2017.) Pitkällä aikajänteellä tällainen kehitys voi tuottaa vinoumia päätöksentekoon ja siten nakertaa poliitti-

sen päätöksenteon legitimitteettiä. Eriytyvän kehityksen yhtenä riskinä on myös näkemysten polarisoituminen. Kansalaisilta katoaa kokemus ”samassa veneessä olemisesta”, jolloin saattaa vahvistua kykenemättömyys asettua toisten ihmisten asemaan. (Ks. Saari 2017a.) Hyväosaiset saattavat sokeutua yhä enemmän niille yhteiskunnallisille rakenteille (esimerkiksi maksuton peruskoulutus, miltei maksuton korkeakoulutus, toimiva liikenneinfrastruktuuri, laaja-alainen varhaiskasvatus, asuntolainojen korkovähennykset), jotka ovat auttaneet heitä heidän oman asemansa saavuttamisessa. Toisaalla huono-osaisuus kasautuu, eikä tarjolla olevia mahdollisuuksia nähdä, mikä ruokkii kokemusta yhteiskunnallisesta epäoikeudenmukaisuudesta. (Ks. Julkunen 2017, 66–67, 199–200.) Pahimmassa tapauksessa erilaiset näkökulmat ja ajatukset eivät riittävästi kuulu päätöksenteossa, mikä on omiaan kapeuttamaan ajattelua ja vaihtoehtoja. Tämä puolestaan voi heikentää pohjoismaiselle hyvinvointivaltiolle olennaista yhdessä sopimisen arvoa, kun eri osapuolet eivät kykene keskustelemaan tai ymmärtämään toistensa näkökulmia.

Myös pohjoismaisen hyvinvointivaltion rahoituspohja edellyttää väestön laajaa tukea. (Mts., 20–21, 228.) Toistaiseksi kansalaisten kannatus hyvinvointivaltiolle on vankkaa ja hyvinvointivaltiolla näyttäisi olevan selvästi enemmän kannattajia kuin vastustajia (ks. myös Saari 2017b, 83; Muuri ym. luku 18 tässä teoksessa).

Valtioneuvoston kanslian vetämässä Sosiaaliturva 2030 -hankkeessa sosiaaliturvan uudistamisen tavoite alleviivaa poliittisen osallistumisen merkitystä. Eri väestöryhmien tarpeiden huomioiminen aiempaa tarkemmin palvelujen ja etuuk-sien yhteensovittamiseksi mahdollistaisi eriarvoisuuden kaventamisen. Uudistus-ta soisi tehtävän parin hallituskauden ajan, sillä sosiaaliturvan kokonaisuudistus edellyttää valtavasti lainsäädäntötyötä, mikä vie aikaa ja muita resursseja. Tähän-astisessa valmistelutyössä katse on lupaavasti suunnattu vuoteen 2030. (Vnk 2018.) Pitkäjänteinen päätöksenteko edellyttää kuitenkin parlamentaarista yhteis-ymmärrystä uudistuksen pitkän aikavälin tavoitteista.

Sosiaaliturvan uudistaminen suunnitellusti kahden hallituskauden aikana olisi myönteistä, koska silloin muutoksia voitaisiin tehdä hallitummin ja ennakoiden paremmin järjestelmän eri osien kerrannaisvaikutuksia. Vastaavasti päätösten peruuttaminen tai korjaavat muutokset on helpompi tehdä, mikäli ilmenee enna-koimattomia kielteisiä seurauksia. Jo perustoimeentulotuen siirto kunnista Kelaan toi alkuvaiheessa haittoja erityisesti heikossa asemassa oleville (ks. Blomgren & Saikkonen 2018), vaikka viimesijaisena turvana sen tulisi tukea etenkin juuri heitä.

Sosiaaliturva on kokonaisuutena verrattomasti laajempi kuin toimeentulotuki, ja se vaikuttaa miltei kaikkien elämään jollakin tavoin, minkä vuoksi uudistuk-sesta tulisi käydä laajaa kansalaiskeskustelua. Viime kädessä sosiaaliturvan uu-distuksen määrittävät politiikan arvoalinnat, joihin eduskuntavaaleissa otetaan kantaa. Niin tähän kuin muihinkin muutoksiin yhteiskunnassa voidaan varautua ja valmiuksia ylläpitää, mutta se edellyttää poliittista sitoutumista pitkän aikavälin tavoitteisiin. Pohjoismaisissa hyvinvointivaltioissa vallitseva suhteellisen korkea luottamus järjestelmään ja instituutioihin antaa tälle hyvää pohjaa: omista eduista

ollaan valmiita tinkimään, jos muutkin niin tekevät (Saari 2017a). Pitkäjänteistä päätöksentekoa tukee myös kansalaisten kansainvälisesti vertaillen hyvä koulutus-taso ja vahva luottamus tieteeseen (Tiedebarometri 2016).

Digitalisaatio on vain osa ratkaisua

Sosiaaliturvaa uudistettaessa olisi mahdollista luoda nykyistä tasa-arvoisempi sekä yksilöitä ja perheitä tehokkaammin turvaverkkona auttava sosiaaliturva. Tämä edellyttää, että päätöksenteon tukena käytetään monipuolisesti tutkimustietoa ja että ihmisiä kuullaan heitä koskevilla kysymyksissä. Uudistuksen ennakkokaavai-luissa lasketaan paljon digitalisaation varaan. Esimerkiksi reaaliaikaisen tulorekisterin nähdään tarjoavan aivan uusia mahdollisuuksia jalostaa verrattain tuoretta tietoa päätöksenteon tueksi. Erilaisten paikkatietojen hyödyntäminen voi auttaa parantamaan palvelujen allokointia ja palveluja yleisemminkin. Arkea helpottaa, kun useimpia digitaalisia palveluja voi käyttää silloin, kun itselle parhaiten sopii. Myös tiedon oletetaan liikkuvan digimuotoisena nopeammin ja auttavan tiedon-kulussa palvelujen välillä entistä paremmin, tehokkaammin ja turvallisemmin.

Digitalisaatio ei kuitenkaan ratkaise kaikkia nykyisessä palvelujärjestelmässä piileviä ongelmia, ja sen voi olettaa tuovan mukanaan myös uusia. Kuten tässäkin teoksessa on todettu, digitalisaatio on edennyt sosiaali- ja terveydenhuollossa nopeasti ja yhä useammat suomalaiset näitä palveluja myös käyttävät, mutta käytössä koetaan myös monenlaisia esteitä (ks. Kestilä ym. luku 11 sekä Hyppönen & Ilmarinen luku 17 tässä teoksessa). Digisyrjäytymisellä (McCreadie & Rice 1999; Witte & Mannon 2010) tarkoitetaan sitä, että henkilö ei osaa, voi tai ei halua käyttää digitaalisia sovelluksia tai asioida sähköisesti. Sähköisten palvelujen käytettävyyttä on siis arvioitava samoilla palvelujen syrjimättömyyttä koskevilla kriteereillä kuin muitakin palveluja (ks. Karvonen ym. luku 14 tässä teoksessa). Digisyrjäytymisen johtaa siihen, että henkilö ei välttämättä tavoita samoja palveluja kuin muut. Siihen voi olla syynä se, että kaikkialla ei ole saatavissa nopeita internetyhteyksiä tai pääsyä niihin. Esimerkiksi harvaan asutut ja kaupunkialueet eroavat tässä suhteessa toisistaan.

Hurjimmista digitalisaatiota koskevista visioissa lähdetään siitä, että inhimillinen tekijä – ihminen – on väistyt ”ongelma” tai järjestelmän kannalta ajan mitaan tarpeettomaksi käyvä ominaisuus. Vielä ei ole näköpiirissä tilannetta, jossa ihmismielen ymmärrystä ei tarvittaisi. Suuret ja yhä helpommin yhdistettävät ja käytettävät aineistot auttanevat tulevaisuudessa hahmottamaan mahdollisia riskitekijöitä entistä paremmin sekä tunnistamaan hyvinvointia ja terveyttä uhkaavia taustatekijöiden yhdistelmiä. Tuloksia tulkitsemaan, arvottamaan ja painottamaan tarvitaan kuitenkin edelleen ihmistä. Palveluntarvitsijoiden seulonta laajoista aineistoista ei auta, jos palvelut eivät heitä lopulta tavoita. Ihmistä tarvitaan myös palveluissa tarjoamaan sosiaalista tukea ja apua vaikeiden asioiden

suhteuttamisessa toisiinsa. Pitää olla kykyä ja taitoa kohdata erilaisia ihmisiä siten, että he kokevat tulevansa kuulluksi ja saavat tarvitsemansa tuen. Myönteiset palvelukokemukset vahvistavat yhteiskuntaan kuulumisen tunnetta. Sen sijaan keho palvelumuotoilu, huonot kokemukset palvelujen käyttäjänä tai kokemus siitä, ettei tule ymmärretyksi, heikentävät osallisuuden kokemusta. Palveluissa yleistyneen asiakkuuspuheen sijaan voisi vaihtoehtoisesti eri uudistuksista keskusteltaessa painottaa niin sanottua sosiaalista kansalaisuutta (*social citizenship*), jossa yhdistyvät vastuut ja velvollisuudet, mutta myös kysymykset taloudellisista, sivistyksellisistä ja sosiaalisista oikeuksista (ks. Kokkonen 2016; Saari 2017a). Näiden oikeuksien toteutuminen tukee poliittista osallistumista ja siten edistää myös demokratiaa, kun ihmiset pääsevät hyödyntämään toimintamahdollisuuksiaan ja osallistumaan yhteiskuntaan.

Kuinka turvata hyvinvointi ilmastonmuutoksen oloissa

Suomalaista hyvinvointipolitiikkaa ei tietenkään tehdä eristyksissä vaan maailmassa, jota leimaavat keskinäiset riippuvuudet ja jossa erilaiset ilmiöt ja myös ongelmat liikkuvat yli kansallisten rajojen. Globaalit muutosilmiöt vaikuttavat väestön hyvinvointiin ja mahdollisuuksiin tehdä hyvinvointipolitiikka Suomessa. Yhteiskunnan sopeutumiskykyä tarvitaan, sillä erilaisia hyvinvointivaikutuksia seuraa muun muassa ilmastonmuutoksesta, maailmanlaajuisesta väestönkasvusta, globaalia liikkuvuudesta, luonnonvarojen niukkuudesta, teknologian kehityksestä ja globaalin talouden heilahtelusta. Kansallinen ja paikallinen hyvinvointipolitiikka syntyy eri tekijöiden ristipaineessa, joten sen tuloksiin voivat vaikuttaa hyvinvointia erisuuntiin vievät trendit. Hyvinvointia edistää yhteiskunnan kyky sopeutua nopeisiin toimintaympäristön muutoksiin, mitä puolestaan helpottaa yhteiskunnallinen luottamus ja sosiaalinen eheys.

Kenties merkittävin Suomeenkin vaikuttava globaali ilmiö on ilmastonmuutos. Hyvinvoinnista ilmastonmuutoksen oloissa on kirjoitettu kansainvälisesti runsaasti ja Suomessakin jo vuosia sitten (esim. Bardy & Parrukoski 2010). Tarjolla on tietoa, keinoja ja visioita yhteiskunnasta, jonka elämäntapa turvaisi kohtuulliset elinolosuhteet myös tuleville sukupolville. Suomella olisi hyvät edellytykset toimia kestävä kehityksen edelläkävijänä tavalla, joka huomioi kestävyuden kaikki ulottuvuudet (ekologinen, sosiaalinen, taloudellinen) samanaikaisesti, jolloin voitaisiin puhua vahvasta kestävydestä. Vahvan kestävyuden ajatus lähtee siitä, että talous on osa yhteiskuntaa ja sen sosiokulttuurisia järjestelmiä, jotka toimiaukseen edellyttävät ekologisesti kestävä järjestelmää eli ekosysteemiä (kuten puhdasta vettä, ilmaa, monimuotoisen luonnonympäristön).

Suomi yksinään ei voi globaalia kehitystä muuttaa, mutta on vaikeaa oikeuttaa vaatimuksia tarvittavista muutostoimista muualla, jos ne jätetään itse toteuttamatta yhteiskunnassa, jossa ylikulutetaan reippaasti luonnonresursseja asukasta

kohden laskien. (Raworth 2017.) Näköpiirissä ei toistaiseksi ole sellaisia teknologisia mullistuksia, jotka tekisivät ilmastotoimet tarpeettomiksi. Myös ilmastonmuutokseen sopeutumista helpottaa eheä yhteiskunta, jossa kyetään muodostamaan yhteisymmärrys ilmastonmuutoksen hidastamisen edellyttämistä toimista. (esim. Koch ym. 2016.)

Kestävän hyvinvointipolitiikan tavoittelu on normatiivinen arvovalinta, joka voidaan tehdä tai jättää tekemättä (Meadowcroft 2011). Yhteiskunnallista keskustelua tarvitaan siitä, minkä verran halutaan panostaa ilmastonmuutosta hidastaviin tekijöihin, siihen sopeutumiseen, ja minkä verran jätetään tulevien sukupolvien huoleksi. Kuten taloussuhdanteiden vaihtelu, myös ilmastonmuutos vaikuttaa väestöön, työelämään, elinoloihin, terveyteen ja hyvinvointiin, mutta nämä heilahtelut kohdistuvat eri väestöryhmiin eri tavoin.

Yksin Suomi ei voi pysäyttää globaalia ilmastonmuutosta tai luonnon monimuotoisuuden köyhtymistä (ks. Steffen ym. 2015; IPBES 2018), mutta hyvinvointipolitiikalla voidaan vähentää eriarvoisuutta väestön elinolosuhteissa. Kohtuullisen tasa-arvoisessa maassa tulisi edistää yhteiskunnallista polarisaatiota ehkäisevää hyvinvointipolitiikkaa, mikä puolestaan edistää päätöksentekoa, joka pystyy reagoimaan ympäristössä tapahtuviin muutoksiin joustavasti. Sitoutuminen vahvaan kestävyteen tukisi pitkäjänteistä päätöksentekoa: kestävä talousjärjestelmä, luonnon monimuotoisuus ja ihmisten hyvinvointi eivät välttämättä ole ristiriidassa keskenään, kun näitä tarkastellaan riittävän pitkällä aikavälillä. (Saikkonen ym. 2018, 139–141.) Yhteisymmärrystä vahvasta kestävydestä edistäisi moniarvoinen yhteiskunnallinen keskustelu siitä, mitä hyvinvointi oikeastaan merkitsee eri ihmisille ja ihmisryhmille ja minkälaiset yhteiskunnan rakenteet tukevat tai heikentävät sitä. Hyvinvointi merkitsee useimmille muutakin kuin riittävää sosiaaliturvaa tai jatkuvaa talouskasvua.

Lähteet

- Alila, Antti & Gröhn, Kari & Keso, Ilari & Volk, Raija (2011): Sosiaalisen kestävyuden käsite ja mallintaminen. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusraportteja ja muistioita 2011:1. <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/73333>
- Bardy, Marjatta & Parrukoski, Sanna (toim.) (2010): Hyvinvointi ilmastonmuutoksen oloissa? Keskustelunavauksia tulevaisuusvaliokunnalle. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085078>
- Blomgren, Sanna & Saikkonen, Paula (2018): Viimesijaisen turvan palveluissa vielä parannettavaa. Toimeentulotuki uudistuksen kuntakyselyn tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 12/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-116-4>
- CSDH (2008): Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health - final report. Geneva: World Health Organization.
- Elomäki, Anna & Ylöstalo, Hanna (2018): Tasa-arvoa talousarvioon – talousarvion sukupuolivaikutusten arviointi ja sukupuolitietoinen budjetointi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 58/2018.
- Eriarvoisuutta käsittelevän työryhmän loppuraportti (2018): Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 1/2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-557-0>
- Hallituksen... (2016): Hallituksen tasa-arvo-ohjelma 2016–2019. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusraportteja ja muistioita 2016:4. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3775-8>
- Hänninen, Sakari (2017): Hyvinvointivaltion rajat ja rajojen ylitykset. Teoksessa: Sakari Hänninen & Paula Saikkonen (toim.): Hyvinvointivaltio ylittää jälkensä. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- IPBES (2018): Chapters of the regional and subregional assessment of biodiversity and ecosystem services for Europe and Central Asia. <https://www.ipbes.net/assessment-reports/eca>, luettu 10.11.2018.
- Julkunen, Raija (2017): Muuttuvat hyvinvointivaltiot: eurooppalaiset hyvinvointivaltiot reformoitavana. Jyväskylä: Sophi.
- Karvonen, Sakari & Salmi, Minna (toim.): Lapsiköyhyys Suomessa 2010-luvulla. Työpaperi 30/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-742-8>
- Kempainen, Teemu (2017): Disorder and insecurity in a residential context : A study focusing on Finnish suburban housing estates built in the 1960s and 1970s. University of Helsinki: Faculty of Social Sciences, Department of Social Studies. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-331-286-9>
- Koch, Max & Gullberg, Anne Theresa & Schoyen, Mi Ah & Hvinden, Bjorn (2016): Sustainable welfare in the EU: Promoting synergies between climate and social policies. *Critical Social Policy* 36 (4), 704–715.
- Kokkonen, Tuomo (2016): Sosiaalinen kansalaisuus kehittyvässä yhteiskunnassa T. H. Marshallin sosiaalisia oikeuksia korostava kansalaisuusnäkökulma hyvinvointivaltiota koskevan keskustelun innoittajana. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 557, Jyväskylän yliopisto.
- Maakunta- ja sote-uudistus (2018): <https://alueuudistus.fi/etusivu>, luettu 5.11.2018
- Mattila, Mikko & Rapeli Lauri & Wass, Hanna & Söderlund, Peter (2017): Health and political engagement. Abingdon: Routledge.
- Meadowcroft, James (2011): Engaging with politics of sustainability transitions. *Environmental Innovation and Societal Transition* 1, 70–75.
- Morel, Nathalie & Parlier, Bruno. & Palme, Joakim (2012): Towards Social Investment State. Ideas, policies and challenges. Bristol: Policy Press.
- McCreadie, Maureen & Rice, Ronald, E. (1999): Trends in analyzing access to information. Part I: cross-disciplinary conceptualizations of access. *Information Processing & Management* 35, 45–76.
- Niemelä, Pauli (toim.) (2010): Hyvinvointipoliittikka. Helsinki: WSOYpro.
- OECD (2016): Health at a glance: Europe 2016. State of health in the EU cycle. DOI:10.1787/9789264265592-en
- Palosuo, Hannele & Sihto, Marita & Lahelma, Eero & Lammi-Taskula, Johanna & Karvonen, Sakari (2013): Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveyspolitiikassa. Raportti 14/2013. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

- Perusturvan riittävyden arviointiryhmä II (2015): Perusturvan riittävyden arviointiraportti 2011–2015. Työpäpöri 1/2015. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Piketty, Thomas (2016): Pääoma 2000-luvulla. Helsinki: Into.
- Ratkaisujen Suomi (2015): Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma, 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015.
- Raworth, Kate (2017): Doughnut economics: Seven ways to think like 21st-century economist. White River Junction, Vermont: Chelsea Green Publishing.
- Rimpelä, Matti & Rimpelä, Markku & Heinisuo, Juuso (2018): Onko strategioista tullut tragedioita? Lapsiperheet ja lapset kuntien strategiatyössä. Helsinki: Kalevi Sorsa -säätiö.
- Saari, Juho (2017a): Tilannekuva. Taloudellinen kestävyys ja sosiaalinen perusta. Teoksessa: Juho Saari (toim.): Sosiaaliturvariippuus. Sosiaalipummit oleskeluyhteiskunnassa? Tampere: Tampere University Press, 37–68.
- Saari, Juho (2017b): Sosiaaliturvariippuus – asenteet ja politiikka. Teoksessa Juho Saari (toim.): Sosiaaliturvariippuus. Sosiaalipummit oleskeluyhteiskunnassa? Tampere: Tampere University Press, 69–96.
- Saikkonen, Paula & Hannikainen, Katri & Kauppinen, Timo & Rasinkangas, Jarkko & Vaalavuo, Maria (2018): Sosiaalinen kestävyys: asuminen, segregaatio ja tuloerot kolmella kaupunkiseudulla. Raportti 2/2018. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-084-6>
- Sen, Amartya (2009): The idea of justice. Cambridge, Massachusetts: The Belknap Press of Harvard University Press.
- Slutbetänkande (2017): Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. SOU 2017:47. Stockholm
- Steffen, Will & Richardson, Katherine & Rockström, Johan & Cornell, Sarah E. & Fetzer, Ingo & Bennett, Elena M. & Biggs, Reinette & Carpenter, Stephen R. & de Vries, Wim & de Witt, Cynthia A. & Folke, Carl & Gerten, Dieter & Heinke, Jens & Mace, Georgina M. & Persson, Linn M. & Ramanathan, Veerabhadran & Meyers, Belinda & Sörlin, Sverker (2015): Planetary boundaries: Guiding human development on changing planet. *Science* 347(6223), 736–737.
- Sosiaaliturva 2030 (2018): <https://vnk.fi/toimi>, luettu 5.11.2018
- Tiedebarometri (2016): Tieteen tiedotus ry. <http://www.tieteentiedotus.fi/tiedebarometri.html>. Luettu 22.10.2018
- VNK (2018): Sosiaaliturva 2030. <https://vnk.fi/toimi>, luettu 5.11.2018
- Witte, James C. & Mannon, Susan E. (2010): The internet and social inequalities. New York, U.S: Routledge, Taylor & Francis Group.

SUOMALAISTEN HYVINVOINTI 2018

Suomalainen yhteiskunta on yhä tiiviimmin osa globaalia yhteisöä ja sen poikkeuksellisen nopeita ja yllättäviä muutoksia. Kehityksen ymmärtäminen edellyttää laadukasta tutkimustietoa. Suomalaisten hyvinvointi 2018 tarjoaa tähän maisemaan ajantasaisen kokonaiskuvan väestön elinoloista, hyvinvoinnista, sosiaali- ja terveystalouden käytöstä sekä kansalaisten asenteista. Teoksessa esitellään hyvinvoinnin kehitystä ja sen jakautumista sekä arvioidaan monipuolisesti hyvinvointipolitiikkaa. Teos perustuu useisiin tuoreisiin rekisteri- ja kyselytutkimusaineistoihin.

Teoksen luvut tuovat esiin sen, että monella mittarilla mitattuna suomalaiset voivat hyvin. Myönteisistä havainnoista ja kehityssuunnista huolimatta hyvinvoinnissa ja terveydessä havaitaan varsin selviä ja pysyviä eroja eri väestöryhmien välillä. Uusina teemoina teos pureutuu muun muassa ulkomaa-laistaustaisen väestön hyvinvointiin ja toimintarajoitteisten ihmisten tilanteisiin.

Suomalaisten hyvinvointi 2018 on jo vuonna 2002 alkaneen sarjan kuudes teos. Se on hyödyllinen kaikille hyvinvoinnista ja hyvinvointipolitiikasta kiinnostuneille ja tarjoaa monipuolisen tietoperustan hyvinvointipolitiikan arvioimiseksi, kehittämiseksi ja tutkimiseksi

Julkaisujen myynti

www.thl.fi/kirjakauppa

Puhelin: 029 524 7190



ISBN 978-952-343-255-0



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS