



Aikuisväestön hyvinvointi, terveys ja palvelut – FinSote 2020

Aikuisten palvelukokemuksissa ja hyvinvoinnissa alueellisia eroja

PÄÄLÖYDÖKSET

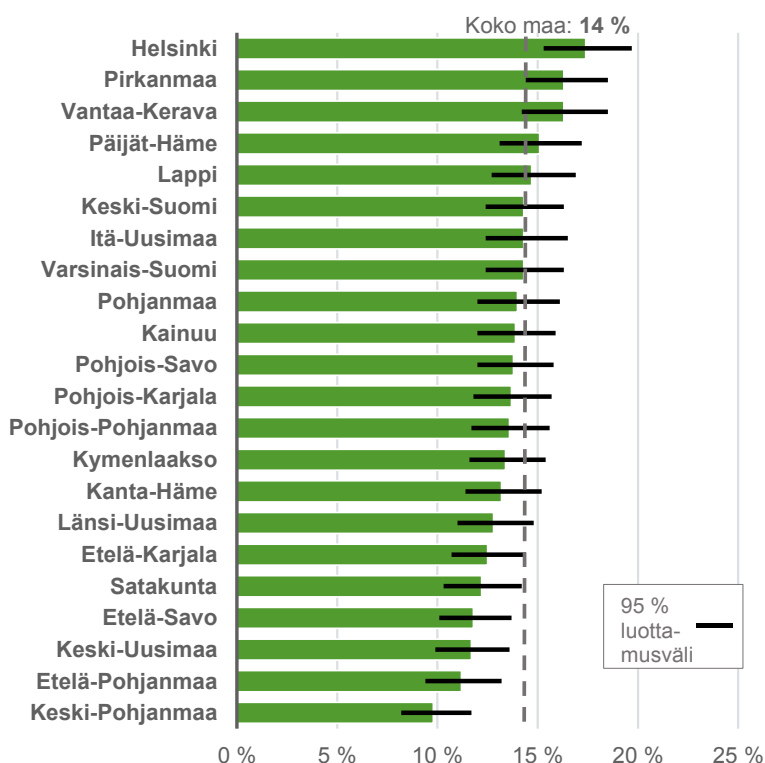
- Psykkinen kuormittuneisuus lisääntyi Suomessa vuosien 2018 ja 2020 välillä.
- Psykkinen kuormittuneisuus on yleisintä Helsingissä (17 %), Pirkanmaalla (16 %) ja Päijät-Hämeessä (15 %) ja vähäisintä Keski-Pohjanmaalla (10 %).
- Tarpeeseen nähden riittämättömästi lääkärin, hoitajan ja hammaslääkärin vastaanottopalveluita saaneiden osuus kasvoi vuosien 2018 ja 2020 välillä.
- Lääkäripalveluita riittämättömästi saaneiden osuudet ovat suurimmat Vantaa-Keravalla (25 %), Helsingissä (24 %) sekä Päijät-Hämeessä, Kainuussa ja Pohjois-Karjalassa (23 %).

FinSote-tutkimus tuottaa laajasti tietoa väestön koetusta hyvinvoinnista, elinoloista, terveydentilasta, elintavoista, työ- ja toimintakyvystä sekä laajasti palvelukokemuksista kuten niiden saatavuudesta ja asiakastyytyvyydestä. Tässä raportissa tarkastellaan kahta keskeistä teemaa: psykkinen kuormittuneisuus ja riittämätöntä terveystalouden saantia.

Hyvinvointialueiden välillä on eroja väestön psykkinen kuormittuneisuudessa ja terveystalouteen pääsyssä. Merkittävä psykkinen kuormittuneisuus on yleisintä Helsingissä (17 %), Pirkanmaalla (16 %) ja Päijät-Hämeessä (15 %) ja vähäisintä Keski-Pohjanmaalla (10 %) (Kuvio 1). Psykkinen kuormittuneisuus on yleistynyt hieman: vuonna 2020 psykkinen kuormittuneisuutta raportoitiin 14 prosenttia Suomen aikuisväestöstä kun vuonna 2018 vastaava osuus oli 12 prosenttia. Hyvinvointialueita tarkasteltaessa psykkinen kuormittuneisuus on yleistynyt tilastollisesti merkitsevästi Kymenlaaksossa, Päijät-Hämeessä, Pirkanmaalla, Keski-Suomessa, Pohjanmaalla sekä Kainuussa.

Vuonna 2020 joka viides lääkärin vastaanottopalveluita tarvinnut koki saaneensa palveluita riittämättömästi. Verrattaessa vuosien 2020 ja 2018 tilanteita riittämättömästi palveluita saaneiden osuus kasvoi niin lääkärin, hoitajan kuin hammaslääkärikokemusten osalta. Koko maan tilannetta tarkasteltaessa muutos oli suurin hammaslääkäripalveluiden kohdalla (24 % vs. 19 %). Tarpeeseensa nähden riittämättömästi terveystalouteen saaneiden osuuden kasvu näyttää keskittyneen pahimmille koronaepidemia-alueille. Esimerkiksi Uudellamaalla riittämättömästi lääkärin palveluita saaneiden osuus oli 22 prosenttia vuonna 2020, kun vuonna 2018 vastaava osuus oli 16 prosenttia.

Kuvio 1. Psykkinen kuormittuneisuus (%) hyvinvointialueittain vuonna 2020.



Suvi Parikka
etunimi.sukunimi@thl.fi

Timo Koskela
etunimi.sukunimi@thl.fi

Jonna Ikonen
etunimi.sukunimi@thl.fi

Lilli Hedman
etunimi.sukunimi@thl.fi

Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus

Psyykkistä kuormittuneisuutta kartoitettiin Mental Health Inventory (MHI-5) -kysymyspatterilla. MHI-5 muodostuu viidestä kysymyksestä, jotka kartoittavat ahdistuneisuutta, masentuneisuutta ja positiivista mielialaa neljän viime viikon aikana. Vastaus sijoittuu jatkumolle, jonka toinen ääripää edustaa vakavaa psyykkistä kuormitusta ja toinen hyvää koettua mielenterveyttä ja onnellisuutta. Laajempi kuvaus mitarista on esitetty myöhemmin kohdassa ”Käsitteet ja määritelmät”.

Näin tutkimus tehtiin:

Kansallisen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus FinSoten avulla seurataan väestön hyvinvoinnissa ja palvelukokemuksissa tapahtuneita muutoksia eri väestöryhmissä ja alueittain. Tutkimuksen otos koostuu Suomessa vakituisesti asuvasta 20 vuotta täyttäneestä väestöstä. Yläikärajaa ei ole. Vuonna 2020 tutkimuksen otos oli 61 600 ja vastausprosentti 46,4 % (N=28 199).

Tulokset on julkaistu THL:n avoimissa verkkopalveluissa.

- [Tulokset alueittain ja väestöryhmittäin \(Terveystemme.fi\)](#)
- [Tulokset Sotkanet.fi -verkkopalvelussa](#)

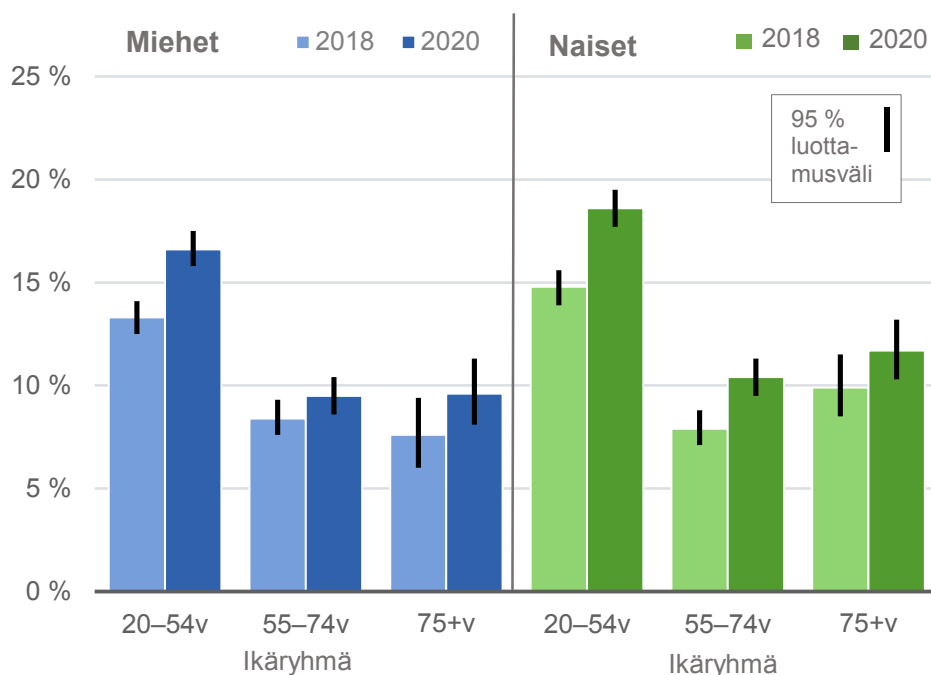
Hyvinvointialueiden välillä on eroja psyykkisessä kuormittuneisuudessa

Aikuisväestöstä 14 prosenttia raportoi merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta. Psyykinen kuormittuneisuus on yleisempää 20–54-vuotiailla (18 %) kuin 55–74-vuotiailla (10 %) tai 75 vuotta täyttäneillä (11 %). Yleisintä se on 20–54-vuotiailla naisilla, joista lähes joka viides (19 %) raportoi merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta (Kuvio 2).

Psyykinen kuormittuneisuus on lisääntynyt koronaepidemian toisen aallon aikana. Vuoden 2020 FinSote-tutkimuksen tulosten mukaan psyykkisiä oireita ja kuormitusta raportoi 14 prosenttia aikuisista kun vuonna 2018 näin raportoi 12 prosenttia. Erityisesti psyykinen kuormittuneisuus on yleistynyt 20–54-vuotiailla miehillä ja naisilla (Kuvio 2).

Psyykinen kuormittuneisuus on yleisempää matalasti koulutetuilla (17 %) kuin korkeasti koulutetuilla (13 %) tai keskitason koulutuksen suorittaneilla (12 %). Vuosien 2020 ja 2018 tuloksia verrattaessa psyykinen kuormittuneisuus yleistyi sekä matalasti koulutetuilla miehillä (17 % vs. 13 %) että naisilla (17 % vs. 14 %). Naisilla psyykinen kuormittuneisuus yleistyi myös korkeasti koulutetuilla (14 % vs. 10 %).

Kuvio 2. Psyykkisesti merkittävästi kuormittuneiden osuus (%) sukupuolittain eri ikäryhmissä vuosina 2018 ja 2020.



Hyvinvointialueiden vertailu osoittaa, että merkittävä psyykinen kuormittuneisuus on yleisintä Helsingissä (17 %), Pirkanmaalla ja Vantaa-Keravalla (16 %) ja vähäisintä Keski-Pohjanmaalla (10 %) (Kuvio 1).

Terveyspalveluihin pääsy on vaikeutunut etenkin pääkaupunkiseudulla

Lääkäripalveluita tarvinneista aikuisista joka viides kertoo, että on saanut liian vähän palveluita tarpeeseensa nähden. Palveluita tarvinneista miehistä 19 prosenttia ja naisista 21 prosenttia kertoo, että ei ole saanut riittävästi lääkärin vastaanottopalveluita.

Vuosien 2020 ja 2018 tilanteita verrattaessa riittämättömästi lääkärinpalveluita saaneiden osuus on kasvanut sekä miehillä (19 % vs. 14 %) että naisilla (21 % vs. 17 %). Lääkäriin vastaanottopalveluihin pääsy on vaikeutunut eniten 20–54-vuotiailla miehillä. Vuonna 2020 lääkärinpalveluita tarvinneista 20–54-vuotiaista miehistä 19 prosenttia kertoo, että on

Riittämätön terveyspalveluiden saanti

Riittämätöntä terveyspalveluiden saantia selvitettiin kysymyksellä: "Oletko mielestäsi saanut riittävästi seuraavia terveyspalveluita 12 viime kuukauden aikana? Huomioi kunnan ja yksityisen palveluntarjoajan tuottamat palvelut."

Kysymyspatterin alakysymyksiä esitettiin mm. "lääkärin vastaanotto-palvelut", "sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanottopalvelut" ja "hammaslääkäripalvelut". Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) en ole tarvinnut, 2) olisin tarvinnut, mutta en saanut, 3) olen käyttänyt, ei ollut riittävä, 4) olen käyttänyt, oli riittävä. Tarkastelusta poistettiin vastausvaihtoehdon 1) en ole tarvinnut vastanneet ja tämän jälkeen tarkastelussa ovat vastausvaihtoehdon 2) olisin tarvinnut, mutta en saanut tai 3) olen käyttänyt, ei ollut riittävä vastanneiden osuus.

Hyvinvointialueet

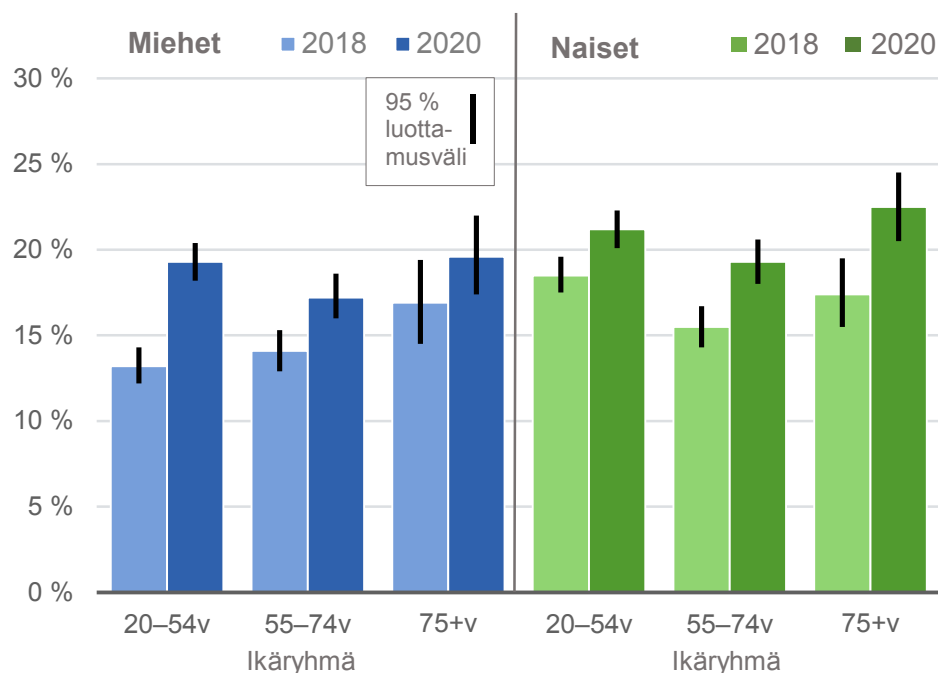
Tässä raportissa vuoden 2020 tuloksia tarkastellaan myös hyvinvointialueittain. Suomi jaetaan osana soteuudistusta hyvinvointialueisiin, joiden lakisääteisenä tehtävänä on sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestäminen alueella. Hyvinvointialueita on 21 sekä Helsingin kaupunki, joka vastaa määritettyjen palveluiden järjestämisestä alueellaan. Uusimaa on jaettu sote-mallissa viiteen alueeseen: Länsi-, Itä- ja Keski-Uusimaa, Vantaa-Kerava sekä Helsinki.

Lähde: [Valtioneuvosto, 2020. Soteuudistus.](#)

saanut liian vähän palveluita tarpeeseensa nähden, kun vastaava luku oli 13 prosenttia vuonna 2018 (Kuvio 3).

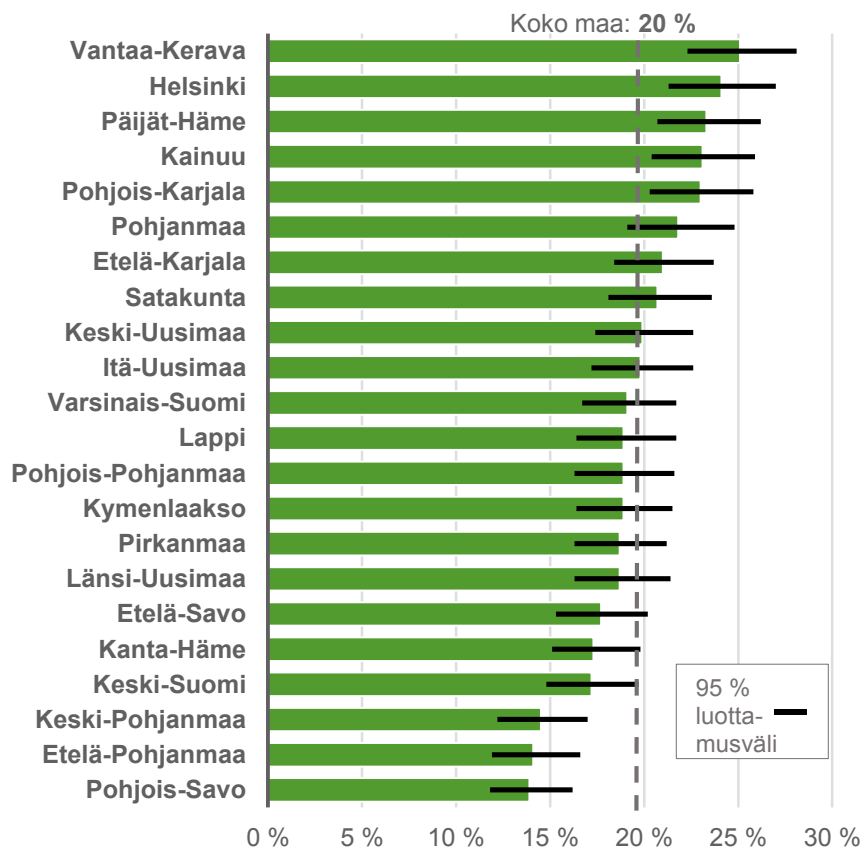
Koulutusryhmittäin tarkasteltuna riittämätön lääkäripalveluiden saanti on yleistynyt vuosien 2020 ja 2018 tuloksia verrattaessa korkeasti koulutetuilla miehillä (18 % vs. 11 %) ja naisilla (20 % vs. 14 %) sekä matalasti koulutetuilla miehillä (21 % vs. 16 %).

Kuvio 3. Lääkärin vastaanottopalveluita riittämättömästi saaneiden osuus (%) sukupuolittain eri ikäryhmissä vuosina 2018 ja 2020.



Riittämättömästi lääkärin vastaanottopalveluita saaneiden osuudet ovat korkeimmat Vantaa-Keravalla (25 %) ja Helsingissä (24 %) sekä Päijät-Hämeessä, Kainuussa ja Pohjois-Karjalassa (23 %) (Kuvio 4).

Kuvio 4. Lääkärin vastaanottopalveluita riittämättömästi saaneiden osuus (%) palveluita tarvinneista hyvinvointialueittain vuonna 2020.



Vuosien 2020 ja 2018 FinSote-aineistojen tuloksia verrattaessa riittämätön terveystalouden saanti yleistyi myös hoitajan ja hammaslääkärin palveluiden osalta. Hoitajan palveluiden osalta riittämätön palveluiden saanti yleistyi sekä miehillä (14 % vs. 10 %) että naisilla (14 % vs. 11 %). Hyvinvointialueita vertailtaessa riittämättömästi hoitajan palveluita saaneiden osuudet ovat suurimmat Vantaa-Keravalla (20 %), Helsingissä (17 %) sekä Päijät-Hämeessä, Länsi-Uudellamaalla ja Pohjois-Karjalassa (16 %).

Suurin muutos vuosien 2020 ja 2018 välillä koko maan tasolla havaittiin hammaslääkäripalveluissa: vuonna 2020 hammaslääkäripalveluita tarvinneista aikuisista 24 prosenttia kertoo, että on saanut liian vähän hammaslääkäripalveluita tarpeeseensa nähden, kun vuonna 2018 vastaava osuus oli 19 prosenttia. Muutokset olivat aluetasolla koko maan tasoa suurempia. Eniten riittämättömästi hammaslääkäripalveluita saaneiden osuus kasvoi Kainuussa (32 % vs. 22 %), Uudellamaalla (29 % vs. 18 %) ja Etelä-Karjalassa (25 % vs. 14 %).

Kaiken kaikkiaan riittämättömästi lääkärin, hoitajan ja hammaslääkärin palveluita saaneiden osuuksien kasvu näyttää keskittyneen pahimmille epidemia-alueille Uudellamaalla. Myös Päijät-Hämeessä ja Varsinais-Suomessa tarpeeseen nähden riittämätön lääkärin palveluiden saanti on yleistynyt selvästi.

Käsitteet ja määritelmät

Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus: Psykkistä kuormittuneisuutta kartoitettiin Mental Health Inventory (MHI-5) -kysymyspatterilla. MHI-5 muodostuu viidestä kysymyksestä, jotka kartoittavat ahdistuneisuutta, masentuneisuutta ja positiivista mielialaa. Vastaus sijoittuu jatkumolle, jonka toinen ääripää edustaa vakavaa psyykkistä kuormitusta ja toinen hyvää koettua mielenterveyttä ja onnellisuutta. "Kuinka suuren osan ajasta olet 4 viime viikon aikana: Valitse yksi vaihtoehto joka riviltä." Kysymyspatterin alakysymyksiä kysyttiin a) ollut hyvin hermostunut, b) tuntenut mielialasi niin matalaksi, ettei mikään ole voinut piristää sinua c) tuntenut itsesi tyyneksi ja rauhalliseksi d) tuntenut itsesi 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. Psyykinen kuormittuneisuus voidaan raportoida jatkuvana muuttujana tai käyttää katkaisukohtana pistemäärää 52, jolloin 52 tai sen alle pistettä saavilla on kliinisesti merkittävää psyykkistä kuormittuneisuusoireilua. Tarkastelussa ovat skaalattuina pistemäärinä enintään 52 pistettä saaneiden osuus. Lisätietoja MHI-5-mittarista McHorney ja Waren (1995) julkaisussa.¹

Koulutustaso: Koulutustaso perustuu kysymykseen ”Kuinka monta vuotta olet yhteensä käynyt koulua tai opiskellut päätoimisesti? Kansa- ja peruskoulu lasketaan mukaan. ____ vuotta.” Kunkin vastaajan suhteellinen koulutustaso (matala, keskitaso, korkea) muodostetaan seuraavasti: Vastaajat jaetaan ensin sukupuolittain 10-vuotiskäyryryhmiin. Tämän jälkeen jokainen ikäryhmä jaetaan kolmeen luokkaan koulutusvuosien perusteella, siten että jokaiseen luokkaan kuuluu noin kolmannes vastanneista. Lopputuloksena kullekin vastaajalle saadaan ikäryhmää vastaava suhteellinen (3-luokkainen) koulutustaso. Niille, jotka eivät ole vastanneet kysymykseen opiskeluvuosista, koulutusluokitus saa puuttuvan arvon, joten nämä vastaajat jäävät pois koulutusryhmittäisistä tuloksista.

www.thl.fi/tilastot/finsote

Liitetaulukot

Liitetaulukko 1:

Vastausaktiivisuus (%) hyvinvointialueittain ja ikäryhmittäin FinSote 2020 -aineistossa.

¹ McHorney CA, Ware JE Jr. [Construction and validation of an alternate form general mental health scale for the Medical Outcomes Study Short-Form 36-Item Health Survey](#). Med Care. 1995;33(1):15-28.

Laatuseroste

Aikuisväestön hyvinvointi, terveys ja palvelut – FinSote 2020

Tilastotietojen relevanssi

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

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

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

Tämä vuodesta 2018 alkaen tuotettu tilasto korvaa THL:n aiemmin toteuttaman Alueellisen terveys-, hyvinvointi- ja palvelut (ATH) -tutkimuksen, joka tuotti tietoa aikuisten hyvinvoinnin ja palveluiden yleisestä kehityksestä vuosina 2010–2017 alueittain ja väestöryhmittäin⁽²⁾. ATH-tutkimuksen sekä FinSote-tutkimuksen indikaattorit ovat saatavilla THL:n [Terveitemme.fi](https://www.thl.fi/terveytemme)- ja [Sotkanet](https://www.sotkanet.fi)-verkkopalveluista.

Joka toinen vuosi toteutettavan FinSote-tutkimuksen lisäksi THL toteuttaa myös muita väestötutkimuksia. FinTerveys 2017 -tutkimuksen aineisto sisältää tietoa aikuisten terveydestä ja hyvinvoinnista, toimintakyvystä sekä palveluiden käytöstä. Kouluterveyskysely puolestaan tuottaa joka toinen vuosi kuntatasoisia tietoa alakouluikäisistä, yläkoulun 8. ja 9. luokkalaisista ja toisen asteen opiskelijoista. Lisäksi Sotkanettiin on koottu valtakunnallisia, alue- ja kuntatason indikaattoreita palveluja käyttäneiden suomalaisten hyvinvoinnista ja terveydestä perustuen rekisteritietoihin.

Menetelmäkuvaus

Tilasto perustuu joka toinen vuosi tehtävään FinSote-tutkimukseen. Tämä tilastoraportti perustuu FinSote 2020 -aineistoon, jonka tulokset raportoidaan keväällä 2021. Tiedot kerättiin syyskuussa 2020 – helmikuussa 2021 kyselylomakkeilla, joihin oli mahdollista vastata postikyselyynä tai verkossa. Tutkimuksen kansallisesti edustava otos koostuu 20 vuotta täyttäneestä Suomessa vakituisesti asuvasta väestöstä. Otos poimittiin ositetulla satunnaisotannalla. Tutkimuksessa ei ole yläikärajaa. Kysely lähetettiin 61 600 henkilölle väestötietojärjestelmän tietojen avulla. Jokaisen hyvinvointialueen (22 kpl) osalta otoskoko oli 2800 henkilöä/hyvinvointialue. 20–74-vuotiaita poimittiin 2000/hyvinvointialue ja 75 vuotta täyttäneitä 800/hyvinvointialue. Otantamenetelmällä vastataan sote-arvioinnin tarpeeseen saada tulokset jokaiselta hyvinvointialueelta ikäryhmittäin. Lisäksi kunnilla ja

² Kaikkonen R, Murto J, Pentala-Nikulainen O, Koskela T, Virtala E, Härkänen T, Koskeniemi T, Ahonen J, Vartiainen E & Koskinen S. [Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010–2017](#).

muilla alueilla on mahdollisuus tilata tutkimuksesta maksullinen lisäotos, jonka avulla voi seurata alueen kehitystä.

Tutkimuksessa on kolmelle eri ikäryhmälle räätälöidyt kyselylomakkeet (20–54v, 55–74v, 75+v) neljällä kielellä: suomi, ruotsi, venäjä, englanti. Tiedonkeruun aikana tutkittavia lähestytään tietyin väliajoin postitse, kunnes tutkittava vastaa kyselyyn tai kieltäytyy osallistumasta tutkimukseen, kuitenkin enintään neljä kertaa. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista.

Vuonna 2020 vastaajia oli 28 199 ja vastausprosentti oli 46,4 %. Ikäryhmittäin tarkasteltuna vastausaktiivisuus oli 20–54-vuotiailla 29,9 %, 55–74-vuotiailla 59,4 % ja 75 vuotta täytäneillä 58,9 % (Liitetaulukko 1.). Kunakin vuonna vastaajajoukko on painottamalla korjattu vastaamaan perusjoukkoa (20 vuotta täyttänyt Manner-Suomen väestö). Lisäksi tuloksille on laskettu 95 % luottamusväliä havainnollistamaan satunnaisvaihtelun vaikutusta tuloksiin.

Tarkempia tietoja vuoden 2020 tiedonkeruusta sekä kyselylomakkeet löytyvät THL:n verkkosivuilta (3), ja tietoja aikaisempien vuosien ATH:n tiedonkeruista Terveystemme.fi -verkkopalvelusta.

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

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

Tietojen oikeellisuus ja tarkkuus

Posti- ja verkkokyselyllä toteutetun tiedonkeruun kattavuutta voidaan arvioida aineiston katoanalyysillä, joilla selvitetään rekisteritietojen avulla, miten tutkimukseen osallistuneet ja osallistumattomat eroavat toisistaan ja miten kato vaikuttaa tuloksiin. Vastauskatoa korjataan käyttämällä painokertoimia, jotka on tuotettu Inverse Probability Weighting (IPW) -menetelmällä. IPW-menetelmää on käytetty useissa väestöä koskeissa kyselytutkimuksissa, ja sen on todettu sopivan myös suomalaisväestön vastauskadon korjaamiseen (4). Painokertoimen laskentaan on käytetty koko otokselle saatavissa olevia tietoja: ikä, sukupuoli, siviilisäätö, koulutusaste, kieli ja asuinalue. Näiden muuttujien avulla on mallinnettu jokaiselle vastanneelle vastaustodennäköisyys, ja tutkittavan painokerroin on tuon todennäköisyyden käänteisluvun ja poimintatodennäköisyyden yhdistelmä. Painokertoimien avulla tutkittavien joukko edustaa väestöä laskennassa käytettyjen muuttujien näkökulmasta.

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

³ thl.fi/finsote

⁴ Härkänen T, Kaikkonen R, Virtala E and Koskinen S. [Inverse probability weighting and doubly robust methods in correcting the effects of non-response in the reimbursed medication and self-reported turnout estimates in the ATH survey](#). BMC Public Health. 2014;14:1150.

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

Julkaistujen tietojen ajantasaisuus ja oikea-aikaisuus

FinSote-tutkimus toteutetaan joka toinen vuosi. Laaja otoskoko (vuonna 2018 otoskoko oli 59 400, vuonna 2020 puolestaan 61 600) mahdollistaa maakuntatasoisen tai sitä vastaavan aluetason tietotuotannon. Lomake sisältää laajasti kysymyksiä sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjäkokemuksista ja väestön hyvinvoinnista ja terveydestä.

Tiedot julkaistaan noin 2–4 kuukautta tiedonkeruun päättymisen jälkeen.

Tietojen saatavuus ja läpinäkyvyys/selkeys

FinSote -tutkimus on toteutettu vuodesta 2018 alkaen ja sen tulokset raportoidaan vertailukelpoisina indikaattoreina. Mittarit ovat saatavilla maksutta sekä Terveys.fi että Sotkanet-verkkopalveluista. Terveys.fi -verkkopalvelu sisältää osoittimet hyvinvointialueittain ja väestöryhmittäin luottamusväleineen uusimman kuntajaon mukaisesti. Tiedot ovat saatavilla myös THL:n tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetistä (sotkanet.fi). Sotkanet sisältää noin sadan indikaattorin tulokset koko maassa ja alueittain iän, sukupuolen ja koulutuksen mukaan. Sotkanetissä ei kuitenkaan julkaista alueittaisia tietoja niistä osoittimista, joissa vastaajien määrä on vähäinen ja satunnaisuuteen liittyvä epävarmuus on suuri. Tällaisia ovat esimerkiksi sosiaalipalveluiden ja -etuuksien käyttökokeuksia kuvaavat osoittimet. Verkkopalvelu sisältää myös eri tutkimusvuosina lisäotoksen tilanneiden kuntien kuntakohtaiset tulokset. Sotkanetistä tiedot ovat saatavilla suoraan hyvinvointikertomuksiin avoimen rajapinnan kautta. Tilastolla on myös omat kotisivut osoitteessa thl.fi/tilastot/finnote.

Tilastojen vertailukelpoisuus

FinSote -tutkimuksen kysymykset ovat suurimmaksi osaksi vertailukelpoiset vastaavien kansainvälisten ja kansallisten tutkimusten kanssa. Tiedonkeruun valmistelussa on huomioitu mm. European Health Interview Survey ja muiden EU-tasoisien terveyteen liittyvien tiedonkeruiden tietosisällöt sekä THL:n muut väestöä koskevat kysely- ja terveystarkastustutkimukset.

Tiedonkeruumenetelmällä on kuitenkin tutkitusti vaikutusta tuloksiin, mikä on hyvä huomioida kysely- ja terveystarkastus- tai haastattelututkimusten tuloksia vertaillessa. FinTerveys -tutkimuksessa kerätään tietoa samankaltaisista väestön terveyden ja hyvinvoinnin ilmiöistä terveystarkastuksissa ja kyselylomakkeilla, mutta tiedonkeruun menetelmien eroista johtuen tuloksia ei voida suoraan verrata keskenään (5).

FinSote 2020 -tutkimuksen tulokset ovat vertailukelpoisia FinSote 2018 -tutkimuksen tulosten kanssa suurelta osin, sillä tiedonkeruumenetelmä ja useat tutkimuskysymykset ovat pysyneet molemmissa tutkimuksissa lähes samoina. Tutkimuksen otanta on muuttanut hieman vuosien 2018 ja 2020 välillä, sillä sote-uudistuksen uuden aluejaon myötä Uusimaa on jaettu viiteen eri hyvinvointialueeseen⁶. Muutos otannassa voi vaikuttaa tutkimuksen tuloksiin. FinSote 2020- tiedonkeruu myös toteutettiin koronaepidemian ja siitä johtuneiden poikkeusolojen aikana. Epidemian ja sen rajoittamistoimien vaikutus ihmisten arkielämään ja kokemuksiin tulee huomioida vuosien 2018 ja 2020 tuloksia vertaillessa.

Myös monien väestön terveyttä ja elintapoja kuvaavien ilmiöiden kehitystä voidaan verrata ATH-tutkimuksesta (2010–2017) sekä Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytymisen ja terveys (AVTK 1978–2014) sekä Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (EVTK 1985–2014) -aineistoista saatuihin tuloksiin. Tällaisia ilmiöitä ovat esimerkiksi koettu terveys, lihavuus ja päivittäinen tupakointi, joiden aikasarjat on tuotettu Sotkanet-verkkopalveluun vuodesta 1990 alkaen (päivittäinen tupakointi vuodesta 1996 alkaen).

⁵ Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K ja Koskinen S (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017-tutkimus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 4/2018.

⁶ [Valtioneuvosto, 2020. Sote-uudistus. \[Verkkosivu\]](https://valtioneuvosto.fi/2020/05/21/sote-uudistus-verkkosivu). Viitattu 21.5.2021.

Selkeys ja eheys/yhtenäisyys

FinSote-tutkimuksen tiedonkeruun lomakkeilla on pysyviä ja vaihtuvia osia. Pysyviä osia ovat keskeiset väestön hyvinvointiin, terveyteen ja elintapoihin liittyvät kysymykset sekä sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttöä koskevat kysymykset. Pysyvien osien lisäksi lomakkeelle voidaan lisätä ajankohtaisia ilmiöitä kartoittavia lisäkysymyksiä (ns. moduuli), jotka vaihtelevat eri vuosien tiedonkeruissa.

Pysyvien osien kysymyksistä suurin osa säilyi muuttumattomana vuoden 2020 kyselylomakkeella. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkökulmasta keskeisimmät lisäykset vuoden 2020 lomakkeelle ovat koettua turvallisuutta ja turvattomuutta kartoittavat kysymykset sekä lyhyt positiivisen mielenterveyden mittari (SWEMWBS). Vastaavasti lomakkeelta poistettiin pitkäaikaissairauksia ja terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn toimenpiteitä (kuten influenssarokotus, kolesterolin ja verenpaineen mittaaminen terveydenhuollossa) kartoittavat kysymykset. Sosiaali- ja terveydenhuollon osalta valinnanvapautteen liittyvät kysymykset poistettiin. Lisäksi kokemuksia sosiaali- ja terveyspalveluissa kartoittavien kysymysten muotoiluja yhdenmukaistettiin OECD:n laatuindikaattorien taustalla olevia kysymyksiä vastaaviksi. Näiden kysymysten osalta tiedot eivät ole vertailukelpoisia vuoden 2018 tietojen kanssa.

Vuoden 2020 tilastoa koskevat erityiskysymykset

Vuonna 2020 FinSote-kyselyyn lisättiin lisäkysymyksiä kahdesta ajankohtaisesta ilmiöstä. Jokainen vastaaja sai kaikille yhteisten kysymysten lisäksi vastattavakseen joko tarkentavia kysymyksiä digitaalisten palveluiden käytöstä (ns. digi-moduuli, satunnaisotanta kansallisesta otoksesta: 20–74-vuotiaita 400/hyvinvointialue ja 75 vuotta täyttäneitä 200/hyvinvointialue, yhteensä n=13 200) tai kysymyksiä koronaepidemian vaikutuksista (ns. korona-moduuli, lopulle kansallisesta otoksesta: 20–74-vuotiaita 1600/hyvinvointialue ja 75 vuotta täyttäneitä 600/hyvinvointialue, yhteensä n=48 400). Digimoduulin ja päälomakkeen sähköisten palveluiden käyttöä koskevien kysymysten tuloksia raportoidaan erillisessä digitalisaatiota ja sähköistä asiointia sosiaali- ja terveydenhuollossa taustoittavassa raportissa. Raportti julkaistaan kesäkuussa 2021. Korona-moduulin tuloksia on raportoitu erillisessä julkaisussa joulukuussa 2020⁷.

⁷ Parikka S, Ikonen J, Koskela T, Hedman L, Kilpeläinen H, Aalto A-M, Sainio P, Ilmarinen K, Holm M & Lundqvist A. Koronan vaikutukset vaihtelevat alueittain – eroja myös ikäänntyneillä sekä toimintarajoitteisilla verrattuna muuhun väestöön. Kansallisen FinSote-tutkimuksen ennakkotuloksia syksyllä 2020. Verkkojulkaisu: thl.fi/finsote

Liitetaulukko 1. Vastausaktiivisuus (%) hyvinvointialueittain ja ikäryhmittäin FinSote 2020 -aineistossa.

Alue	Yhteensä	20–54v	55–74v	75+v
Koko maa	46,4 %	29,9 %	59,4 %	58,9 %
Helsingin kaupunki	45,7 %	34,4 %	56,5 %	58,7 %
Itä-Uusimaan hyvinvointialue	44,9 %	27,1 %	56,2 %	60,9 %
Keski-Uusimaan hyvinvointialue	47,1 %	28,6 %	61,3 %	63,8 %
Länsi-Uusimaan hyvinvointialue	47,4 %	33,4 %	55,1 %	64,1 %
Vantaa-Keravan hyvinvointialue	44,3 %	28,9 %	55,1 %	64,7 %
Varsinais-Suomen hyvinvointialue	47,4 %	31,9 %	61,2 %	60,5 %
Satakunnan hyvinvointialue	43,3 %	26,5 %	55,4 %	55,2 %
Kanta-Hämeen hyvinvointialue	47,6 %	29,7 %	61,6 %	58,6 %
Pirkanmaan hyvinvointialue	48,8 %	33,2 %	62,8 %	62,5 %
Päijät-Hämeen hyvinvointialue	45,8 %	28,2 %	60,6 %	56,8 %
Kymenlaakson hyvinvointialue	46,6 %	27,5 %	58,2 %	60,3 %
Etelä-Karjalan hyvinvointialue	48,3 %	31,1 %	60,5 %	60,1 %
Etelä-Savon hyvinvointialue	48,6 %	27,7 %	61,6 %	61,3 %
Pohjois-Savon hyvinvointialue	48,5 %	31,5 %	64,7 %	61,2 %
Pohjois-Karjalan hyvinvointialue	47,7 %	30,3 %	62,1 %	56,0 %
Keski-Suomen hyvinvointialue	48,4 %	32,1 %	63,4 %	60,2 %
Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue	42,7 %	24,9 %	57,6 %	51,3 %
Pohjanmaan hyvinvointialue	44,4 %	29,5 %	57,5 %	56,9 %
Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue	45,7 %	28,2 %	60,8 %	57,4 %
Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue	45,2 %	33,5 %	62,0 %	53,4 %
Kainuun hyvinvointialue	48,1 %	30,3 %	60,4 %	57,8 %
Lapin hyvinvointialue	44,7 %	29,3 %	54,1 %	56,3 %



Vuxenbefolkningens hälsa, välfärd och service – FinSote 2020

Regionala skillnader i den vuxna befolkningens serviceupplevelser och välfärd

CENTRALARÖN

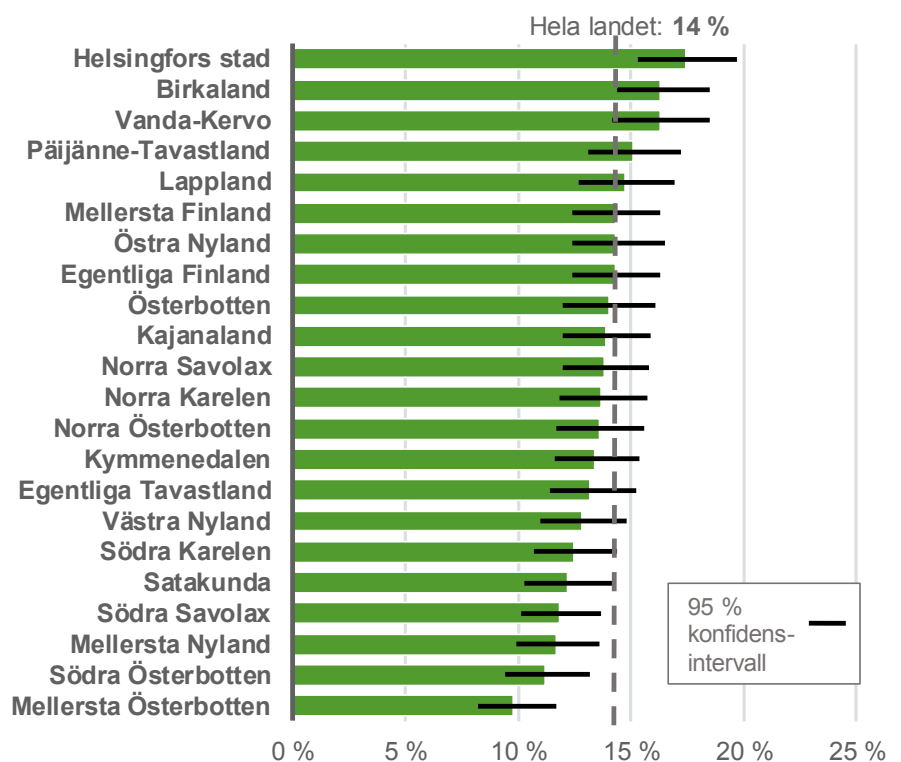
- Andelen personer som upplever psykisk påfrestning ökade i Finland mellan 2018 och 2020.
- Andelen är högst i Helsingfors (17 %), Birkaland (16 %) och Päijänne-Tavastland (15 %) och lägst i Mellersta Österbotten (10 %).
- Andelen personer som fått otillräckliga tjänster på läkar-, skötar- och tandläkarmottagningen i förhållande till sitt behov ökade mellan 2018 och 2020.
- Andelen personer som fått otillräckliga läkartjänster var högst i Vanda-Kervo (25 %), Helsingfors (24 %) samt Päijänne-Tavastland, Kajanaland och Norra Karelen (23 %).

FinSote-undersökningen producerar omfattande information om befolkningens välfärd, levnadsförhållanden, hälsotillstånd, livsstil och arbets- och funktionsförmåga samt om serviceupplevelser såsom tillgången till service och klientnöjdhet. I denna rapport granskas två centrala teman: psykisk påfrestning och otillräcklig tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster.

Det finns skillnader mellan välfärdsområdena vad gäller andelen personer som upplever psykisk påfrestning och tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster. Andelen personer som upplever betydande psykisk påfrestning är högst i Helsingfors (17 %), Birkaland (16 %) och Päijänne-Tavastland (15 %) och lägst i Mellersta Österbotten (10 %) (Figur 1). Andelen personer som upplever psykisk påfrestning har ökat något: 2020 rapporterade 14 procent av den vuxna befolkningen i Finland psykisk påfrestning, medan motsvarande andel 2018 var 12 procent. Vid en granskning av välfärdsområdena har psykisk påfrestning blivit statistiskt mycket vanligare i Kymmenedalen, Päijänne-Tavastland, Birkaland, Mellersta Finland, Österbotten och Kajanaland.

2020 upplevde var femte person som behövde tjänster på läkarmottagningen att de fick otillräckliga tjänster. Jämfört med 2020 och 2018 ökade andelen som fått otillräckliga läkar-, skötar- och tandläkartjänster. Vid en granskning av läget i hela landet var förändringen störst för tandläkartjänster (24 % vs. 19 %). Ökningen av andelen personer som fått otillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster i förhållande till sitt behov tycks vara koncentrerad till de värsta coronaepidemiområdena. I till exempel Nyland var andelen personer som fått otillräckliga läkartjänster 22 procent 2020, medan motsvarande andel 2018 var 16 procent.

Figur 1. Andelen personer som upplever betydande psykisk påfrestning (%) per välfärdsområde 2020.



Suvi Parikka
fornamn.efternamn@thl.fi

Timo Koskela
fornamn.efternamn@thl.fi

Jonna Ikonen
fornamn.efternamn@thl.fi

Lilli Hedman
fornamn.efternamn@thl.fi

Andelen personer som upplever betydande psykisk påfrestning

Andelen personer som upplever psykisk påfrestning kartlades med frågepaketet Mental Health Inventory (MHI-5). MHI-5 består av fem frågor som kartlägger ångest, depression och positivt humör under de senaste fyra veckorna. Svaret placeras på ett kontinuum, där den ena extreman representerar allvarig psykisk påfrestning och den andra god upplevd mental hälsa och lycka. En mer omfattande beskrivning av mätarna presenteras senare under punkten ”Begrepp och definitioner”.

Så här gjordes undersökningen:

Genom den nationella undersökningen om hälsa, välfärd och service FinSote följer man förändringar i befolkningens välfärd och serviceupplevelser i olika befolkningsgrupper och regioner. Undersökningsurvalet består av personer över 20 år som är fast bosatta i Finland. Det finns ingen övre åldersgräns. 2020 var undersökningsurvalet 61 600 och svarsprocenten 46,4 % (N=28 199).

Resultaten har publicerats i THL:s öppna webbtjänster.

- [Resultat per region och befolkningsgrupp \(Terveystemme.fi\)](https://terveytemme.fi)
- [Resultat i webbtjänsten Sotkanet.fi](https://sotkanet.fi)

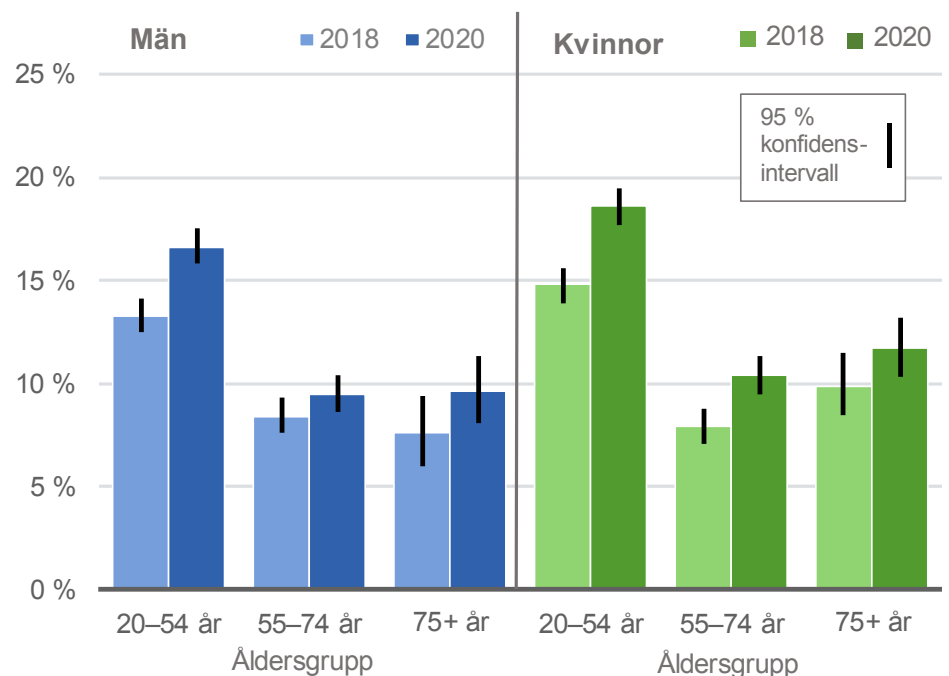
Det finns skillnader mellan välfärdsområdena vad gäller psykisk påfrestning

Av den vuxna befolkningen rapporterade 14 procent betydande psykisk påfrestning. Psykisk påfrestning är vanligare bland 20–54-åringar (18 %) än bland 55–74-åringar (10 %) eller personer som fyllt 75 år (11 %). Vanligast är det bland 20–54-åriga kvinnor, varav nästan var femte (19 %) rapporterade betydande psykisk påfrestning (Figur 2).

Andelen personer som upplever psykisk påfrestning har ökat under coronaepidemins andra våg. Enligt resultaten från 2020 års FinSote-undersökning rapporterade 14 procent av den vuxna befolkningen psykiska symtom och påfrestning, medan 12 procent rapporterade det 2018. Andelen personer som upplever betydande psykisk påfrestning har ökat speciellt bland 20–54-åriga män och kvinnor (Figur 2).

Psykisk påfrestning är vanligare bland lågutbildade (17 %) än bland högutbildade (13 %) eller personer med utbildning på medelnivå (12 %). Vid en jämförelse av resultaten från 2020 och 2018 ökade andelen personer som upplever psykisk påfrestning både bland lågutbildade män (17 % vs. 13 %) och kvinnor (17 % vs. 14 %). Andelen kvinnor som upplever psykisk påfrestning ökade också bland högutbildade (14 % vs. 10 %).

Figur 2. Andelen personer som upplever betydande psykisk påfrestning (%) per kön i olika åldersgrupper 2018 och 2020.



Jämförelsen av välfärdsområdena visar att andelen personer som upplever betydande psykisk påfrestning är högst i Helsingfors (17 %) och Birkaland och Vanda-Kervo (16 %) och lägst i Mellersta Österbotten (10 %) (Figur 1).

Tillgången till hälso- och sjukvårdstjänster har försvårats ytterligare inom huvudstadsregionen

Av de vuxna som behövde läkartjänster uppger var femte att de fått otillräckliga tjänster i förhållande till deras behov. 19 procent av männen och 21 procent av kvinnorna som behövde tjänster uppger att de inte fått tillräckliga tjänster på läkarmottagningen.

Vid en jämförelse av 2020 och 2018 har andelen personer som fått otillräckliga läkartjänster ökat bland både män (19 % vs. 14 %) och kvinnor (21 % vs. 17 %). Tillgången till tjänster på läkarmottagningen har försvårats mest bland 20–54-åriga män. Av de 20–54-åriga män som 2020 behövde läkartjänster uppger 19 procent att de fått otillräckliga tjänster i förhållande till deras behov, medan motsvarande siffra var 13 procent 2018 (Figur 3).

Otillräcklig tillgång till hälso- tjänster

Otillräcklig tillgång till hälso-
tjänster utreddes med frågan: ”Anser du att du fått tillräckligt av följande hälso-
tjänster under de senaste 12 måna-
derna? Beakta både kommunala och
privata serviceleverantörer.”

Underfrågorna i frågepaketet var bl.a. ”tjänster på en läkarmottagning”, ”tjänster på sjukskötarens eller hälsovårdarens mottagning” och ”tandläkartjänster”. Svartal-
ternativen var 1) jag har inte behövt, 2) jag hade behövt, men har inte haft tillgång till den, 3) jag har använt, men den har inte varit tillräcklig, 4) jag har använt, och den har varit tillräcklig. I granskningen togs de som valt svarsalternativet 1) jag har inte behövt bort, och andelen som svarade 2) jag hade behövt, men har inte haft tillgång till den eller 3) jag har använt, men den har inte varit tillräcklig, blev därefter kvar i granskningen.

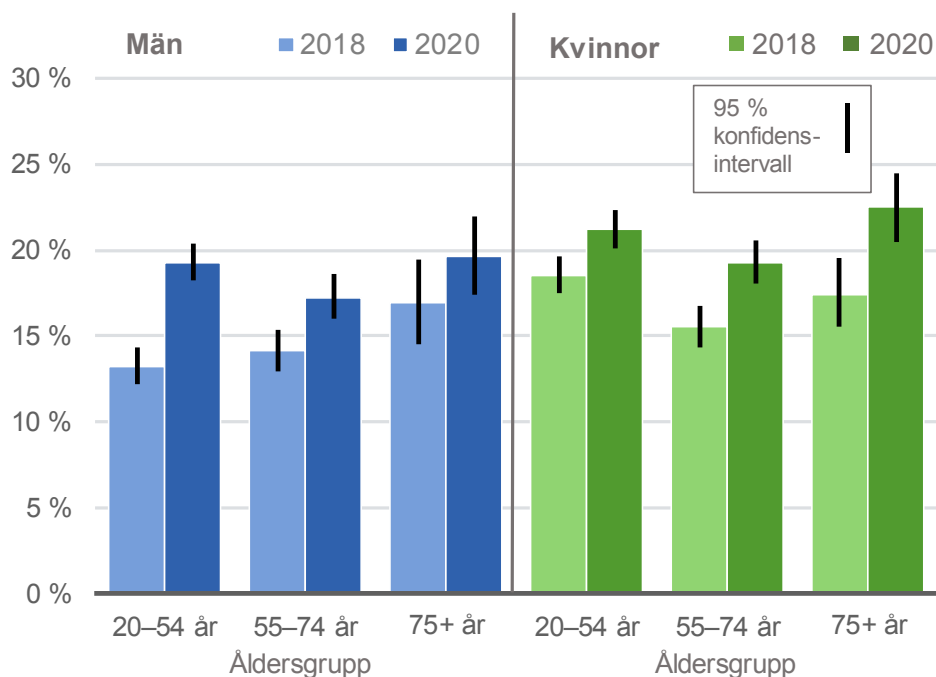
Välfärdsområden

I denna rapport granskas 2020 års re-
sultat också per välfärdsområde. Fin-
land delas som en del av social- och
hälsovårdsreformen in i välfärdsom-
råden, vars lagstadgade uppgift är att
ordna social- och hälsovård samt
räddningsväsendet i regionen. Det
finns 21 välfärdsområden och
Helsingfors stad, som ansvarar för att
ordna nämnda tjänster i sin region.
Nyland har delats in i fem områden i
social- och hälsovårdsmodellen:
Västra, Östra och Mellersta Nyland,
Vanda-Kervo samt Helsingfors.

Källa: [Statsrådet, 2020. Social- och
hälsovårdsreformen.](#)

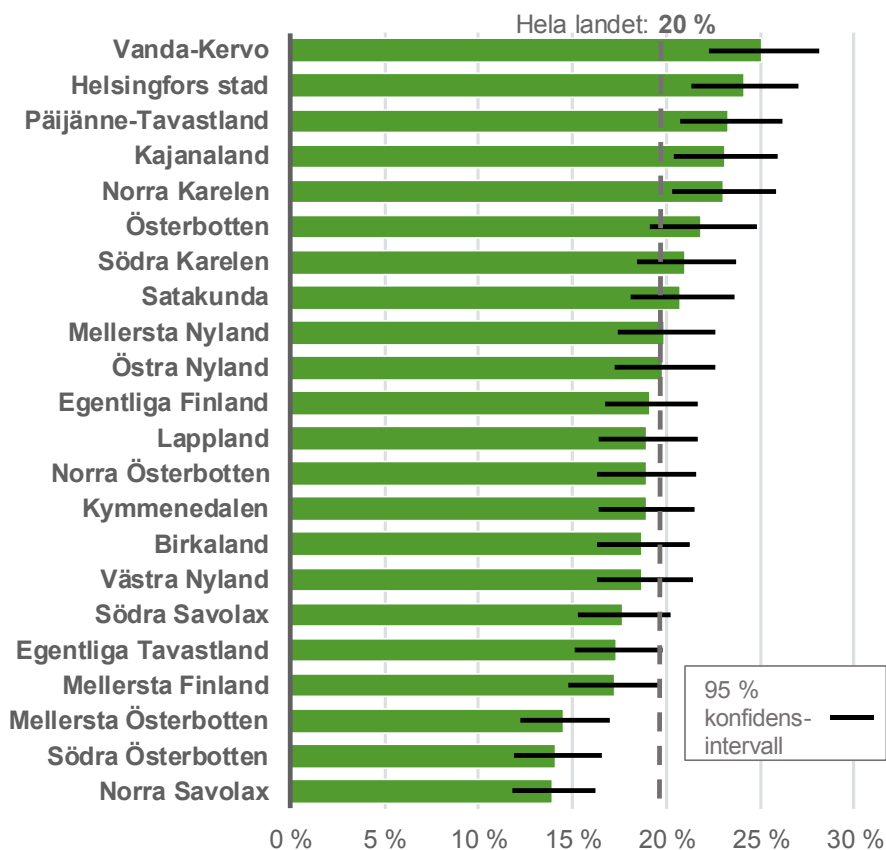
Vid en granskning per utbildningsgruppar andelen personer som fått otillräckliga läkar-
tjänster vid en jämförelse av resultaten från 2020 och 2018 ökat bland högutbildade män
(18 % vs. 11 %) och kvinnor (20 % vs. 14 %) samt lågutbildade män (21 % vs. 16 %).

Figur 3. Andelen personer som fått otillräckliga tjänster på läkarmottagningen (%) per kön i olika åldersgrupper 2018 och 2020.



Andelen personer som fått otillräckliga tjänster på läkarmottagningen var högst i Vanda-
Kervo (25 %) och Helsingfors (24 %) samt Päijänne-Tavastland, Kajanaland och Norra Ka-
relen (23 %) (Figur 4).

Figur 4. Andelen personer som fått otillräckliga tjänster på läkarmottagningen (%) av de som behövde tjänster per välfärdsområde 2020.



Vid en jämförelse av resultaten från 2020 och 2018 års FinSote-material ökade andelen personer som fått otillräckliga hälso- och sjukvårdstjänster även vad gäller skötar- och tandläkartjänster. Andelen personer som fått otillräckliga sköartjänster ökade bland såväl män (14 % vs. 10 %) som kvinnor (14 % vs. 11 %). Vid en jämförelse av välfärdsområdena var andelen personer som fått otillräckliga sköartjänster högst i Vanda-Kervo (20 %), Helsingfors (17 %) samt Päijänne-Tavastland, Västra Nyland och Norra Karelen (16 %).

Den största förändringen mellan 2018 och 2020 på nationell nivå observerades inom tandläkartjänster: av de vuxna som behövde tandläkartjänster 2020 uppger 24 procent att de fått otillräckliga tandläkartjänster i förhållande till deras behov, medan motsvarande siffra 2018 var 19 procent. Förändringarna var större på regional nivå än för hela landet. Mest ökade andelen personer som fått otillräckliga tandläkartjänster i Kajanaland (32 % vs. 22 %), Nyland (29 % vs. 18 %) och Södra Karelen (25 % vs. 14 %).

Allt som allt tycks den ökade andelen personer som fått otillräckliga läkar-, skötar- och tandläkartjänster vara koncentrerade till de värsta epidemiområdena i Nyland. Även i Päijänne-Tavastland och Egentliga Finland har andelen som fått otillräckliga läkartjänster i förhållande till sina behov ökat betydligt.

Begrepp och definitioner

Andelen personer som upplever betydande psykisk påfrestning: Andelen personer som upplever psykisk påfrestning kartlades med frågepaketet Mental Health Inventory (MHI-5). MHI-5 består av fem frågor som kartlägger ångest, depression och positivt humör. Svaret placeras på ett kontinuum, där den ena extreman representerar allvarlig psykisk påfrestning och den andra god upplevd mental hälsa och lycka. ”Hur stor del av tiden under de senaste fyra veckorna har du: Välj ett alternativ på varje rad.” Underfrågorna i frågepaketet var a) känt dig mycket nervös, b) känt dig så nedstämd att ingenting kunnat uppmuntra dig, c) känt dig lugn och harmonisk, d) känt dig dystert och ledsen och e) känt dig glad och lycklig. Svartalternativen var 1) hela tiden, 2) största delen av tiden, 3) en stor del av tiden, 4) en del av tiden, 5) lite av tiden, 6) inte alls. Varje fråga besvaras på en skala på 1–6. För att beräkna den slutliga poängen kastas poängen på fråga c) och e) om i omvänd ordning, varefter poängen räknas samman (total poäng mellan 5–30) och ändras till en skala på 0–100. Andelen personer som upplever psykisk påfrestning kan rapporteras som en kontinuerlig variabel eller genom att använda poängen 52 som brytpunkt, varvid de som får 52 poäng eller lägre har symtom på kliniskt betydande psykisk påfrestning. I granskningen visas andelen som fått högst 52 poäng som skalad poäng. Mer information om MHI-5-mätarna finns i McHorneys och Wares (1995) publikation.¹

Utbildningsnivå: Utbildningsnivån baseras på frågan ”Hur många år har du sammanlagt gått i skola eller studerat på heltid? Folk- och grundskola räknas med. ____ år.” Varje respondents relativa utbildningsnivå (låg, medelnivå, hög) utformas enligt följande: Respondenterna delas först in i 10-årsåldersgrupper efter kön. Därefter delas varje åldersgrupp in i tre klasser baserat på utbildningsår, så att cirka en tredjedel av respondenterna tillhör varje klass. Slutligen får man en relativ utbildningsnivå (i tre klasser) som motsvarar åldersgruppen för varje respondent. För de som inte svarat på frågan om studieår får utbildningsklassificeringen ett icke-värde, varvid dessa respondenter faller bort från resultaten för olika utbildningsgrupper.

www.thl.fi/statistik/finsote

Tabellbilagor

Tabellbilaga 1:

Svarsaktivitet (%) per välfärdsområde och åldersgrupp i FinSote 2020-materialet.

¹ McHorney CA, Ware JE Jr. [Construction and validation of an alternate form general mental health scale for the Medical Outcomes Study Short-Form 36-Item Health Survey](#). Med Care. 1995;33(1):15–28.

Kvalitetsbeskrivning

Vuxenbefolkningens hälsa, välfärd och service – FinSote 2020

Statistikuppgifternas relevans

Statistiken som publiceras av Institutet för hälsa och välfärd (THL) beskriver den finländska vuxenbefolkningens välfärd och hälsa samt social- och hälso-tjänsterna efter region och befolkningsgrupp. Statistiken produceras utifrån den urvalsbase, omfattande nationella enkätundersökningen om hälsa, välfärd och service (FinSote), som genomfördes för första gången 2018.

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

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

Den här statistiken, som producerats sedan 2018, ersätter THL:s tidigare regionala undersökning om hälsa, välfärd och service (ATH), som har producerat information om de vuxnas välfärd och social- och hälso-tjänsternas allmänna utveckling åren 2010–2017 enligt region och befolkningsgrupp². ATH-undersökningens och FinSote-undersökningens indikatorer finns i THL:s webbtjänster Terveytemme.fi och Sotkanet.

Utöver FinSote-undersökningen, som genomförs vartannat år, producerar THL även andra befolkningsenkäter. Materialet FinHälsa 2017 innehåller information om vuxnas hälsa och välfärd, funktionsförmåga och användning av tjänster. Enkäten Hälsa i skolånger i sin tur vartannat år kommunspecifik information om elever i de lägre klasserna i grundskolan, elever i årskurs 8 och 9 och studerande på andra stadiet. I Sotkanet finns dessutom rikstäckande indikatorer på region- och kommunnivå som baseras på registeruppgifter om välfärden och hälsan hos de finländare som använder social- och hälso-tjänster.

Metodbeskrivning

Statistiken baseras på FinSote-undersökningen, som genomförs vartannat år. Den här statistikrapporten baseras på FinSote2020-materialet, vars resultat rapporteras våren 2021. Informationen samlades in i september 2020 – februari 2021 med enkäter som kunde besvaras i form av en postenkät eller på nätet. Det nationellt representerande urvalet består av personer som fyllt 20 år och som är fast bosatta i Finland. Personerna valdes ut genom ett slumpmässigt urval. Det finns ingen övre åldersgräns. Enkäten skickades ut till 61 600 personer med hjälp av uppgifter från befolkningsdatasystemet. För varje välfärdsområde (22 st.) plockade man ut 2 800 personer per välfärdsområde. I gruppen med 20–74-åringar plockade man ut 2 000/välfärdsområde och i gruppen som fyllt 75 år 800/välfärdsområde.

² Kaikkonen R, Murto J, Pentala-Nikulainen O, Koskela T, Virtala E, Härkänen T, Koskeniemi T, Ahonen J, Vartiainen E & Koskinen S. [Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010–2017](#).

Genom denna urvalsmetod svarar man på social- och hälsovårdsutvärderingens behov att få resultat från varje välfärdsområde och åldersgrupp. Kommuner och andra regioner har dessutom möjlighet att beställa ett avgiftsbelagt tilläggsurval, som kan användas för att följa upp utvecklingen i ett område.

Undersökningen har enkäter anpassade efter tre åldersgrupper (20–54, 55–74, 75+) på fyra språk: finska, svenska, ryska och engelska. Undertiden för datainsamlingen kontaktas personerna i urvalet med bestämda intervaller via post, tills de besvarar enkäten eller tackar nej till att delta i undersökningen, dock högst fyra gånger. Det är frivilligt att svara på enkäten.

2020 besvarades enkäten av 28 199 personer och svarsprocenten var 46,4%. Svarsaktiviteten enligt åldersgrupp var 29,9% bland 20–54-åringar, 59,4% bland 55–74-åringar och 58,9% bland personer som fyllt 75 år (Bilagetabell 1). Deltagargruppen för respektive år har viktats så att den motsvarar populationen (befolkningen i Fastlandsfinland som fyllt 20 år). Resultaten har dessutom beräknats med ett konfidensintervall på 95% för att åskådliggöra den slumpmässiga variationens inverkan på resultaten.

Närmare information om 2020 års datainsamling och enkäterna finns på THL:s webbplats³, och information om tidigare års ATH-datainsamlingar finns i webbtjänsten Terveytemme.fi.

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

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

Uppgifternas riktighet och exakthet

Täckningen för datainsamlingen som genomförs med en post- eller webbenkät kan bedömas genom bortfallsanalyser av materialet. I analyserna utreds med hjälp av registeruppgifter hur de som valt att delta respektive avstå från undersökningen skiljer sig från varandra och hur bortfallet påverkar resultaten. Svartsbortfallet korrigeras med viktcoefficienter, som man får fram med metoden Inverse Probability Weighting (IPW). IPW-metoden används i många befolkningsundersökningar och har visat sig passa för korrigerings av svartsbortfall även bland befolkningen i Finland⁴. Vid beräkningen av viktcoefficienter används de uppgifter som finns tillgängliga om hela urvalet: ålder, kön, civilstånd, utbildningsgrad, språk och bostadsområde. Med hjälp av dessa variabler beskrivs svarssannolikheten för alla som besvarar enkäten, och deltagarens viktcoefficiënt är en kombination av omvandlingstalet för sannolikheten och urvalssannolikheten. Genom viktcoefficiënter kan deltagargruppen representera befolkningen med beaktande av de variabler som använts i beräkningen.

Täckningen är lägst bland unga män, medan deltagaraktiviteten är hög bland de äldre. Dessutom vet man att deltagarna i enkätundersökningar ofta medvetet eller omedvetet underrapporterar om sitt hälsobeteende. Att en andel saknar täckning särskilt när det

³ thl.fi/finsote

⁴ Härkänen T, Kaikkonen R, Virtala E and Koskinen S. [Inverse probability weighting and doubly robust methods in correcting the effects of non-response in the reimbursed medication and self-reported turnout estimates in the ATH survey](#). BMC Public Health. 2014;14:1150.

gäller frågor om alkoholkonsumtion och användning av andra droger beror dels på att de som konsumerar mycket alkohol och andra droger oftare än genomsnittet avstår från att delta i undersökningar, dels på att de som deltar i undersökningen underskattar sin alkoholkonsumtion. I den regionala jämförelsen är dock underrapportering inget problem eftersom man kan anta att den inte skiljer sig åt mellan invånarna i regionerna.

De publicerade uppgifternas aktualitet och rättidighet

FinSote-undersökningen genomförs vartannat år. Den omfattande urvalsstorleken (2020 var den 59 400, 2020 i sin tur 61 600) gör det möjligt att producera information på landskapsnivå eller motsvarande regional nivå. Enkäten innehåller många frågor om användarnas upplevelser av social- och hälso-tjänsterna och om befolkningens välfärd och hälsa.

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

Uppgifternas tillgänglighet och transparens/tydlighet

Undersökningen FinSote genomförs sedan 2018 och resultaten av den rapporteras i form av jämförbara indikatorer. Mätarna finns kostnadsfritt i webbtjänsterna Terveystemme.fi och Sotkanet. Webbtjänsten Terveystemme.fi innehåller indikatorer enligt välfärdsområde och befolkningsgrupp inklusive konfidensintervall, enligt den nya kommunindelningen. Uppgifterna finns även i THL:s statistik- och indikatorbank Sotkanet (sotkanet.fi). Sotkanet innehåller resultaten av ca 100 indikatorer i hela landet och per region enligt ålder, kön och utbildning. På Sotkanet publiceras dock inte regional information om de indikatorer där antalet deltagare är litet och osäkerheten relaterad till slumpmässigheten är stor. Sådana är till exempel indikatorer som beskriver användningsupplevelserna av socialtjänster och -förmåner. Webbtjänsten innehåller också kommunspecifika resultat för kommuner som beställt ett tilläggsurval olika undersökningsår. Informationen i Sotkanet är tillgänglig direkt i välfärdsbeskrivningarna via det öppna gränssnittet. Statistiken har också en egen webbsida på adressen thl.fi/statistik/finsote.

Statistikens jämförbarhet

Frågorna i FinSote-undersökningen är till största del jämförbara med motsvarande internationella och nationella undersökningar. I beredningen av datainsamlingen har man bland annat beaktat informationsinnehållen i European Health Interview Survey och andra hälsorelaterade datainsamlingar på EU-nivå samt THL:s övriga enkät- och hälsokontrollundersökningar som rör befolkningen.

Studier visar dock att metoden för datainsamling påverkar resultaten, vilket är bra att ta hänsyn till när man jämför resultaten mellan enkät-, hälsokontroll- eller intervjuundersökningar. I undersökningen FinHälsa samlar man in liknande information om befolkningens hälsa och välfärd genom hälsokontroller och enkäter, men på grund av skillnaderna i metoderna för datainsamling är resultaten inte direkt jämförbara⁵.

Resultaten från FinSote 2020 är till stor del jämförbara med resultaten från FinSote 2018, då datainsamlingsmetoden och många av frågorna är nästan desamma i båda undersökningarna. Undersökningsurvalet har förändrats något mellan 2018 och 2020, då Nyland har delats in i fem olika välfärdsområden i och med den nya regionindelningen i samband med social- och hälsovårdsreformen⁶. Ändringen i urvalet kan påverka undersökningsresultaten. Datainsamlingen till FinSote 2020 genomfördes dessutom under coronaepidemin och de undantagsförhållanden som den medförde. Epidemins och restriktionernas inverkan på människornas vardag och upplevelser måste beaktas vid jämförelse av resultaten från 2018 och 2020.

Även många av de företeelser som indikerar hur befolkningens hälsa och livsstil utvecklas kan jämföras med resultaten från undersökningarna ATH (2010–2017), Den finländska vuxenbefolkningens hälsobeteende och hälsa (AVTK 1978–2014) och Den pensionerade befolkningens hälsobeteende och hälsa (EVTK 1985–2014). Sådana företeelser är till exempel

⁵ Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K ja Koskinen S (red.) Hälsa, funktionsförmåga och välfärd i Finland – undersökningen FinHälsa 2017. Institutet för hälsa och välfärd (THL). Rapport 4/2018.

⁶ Statsrådet, 2020. Social- och hälsovårdsreformen. [Webbplats]. Refererad 21.5.2021.

upplevd hälsa, fetma och daglig rökning, för vilka tidsserier har producerats i webbtjänsten Sotkanet sedan 1990 (daglig rökning från och med 1996).

Tydlighet och enhetlighet/överensstämmelse

Vissa delar i enkäterna för FinSote-undersökningen är bestående, medan andra byts ut. De bestående delarna utgörs av centrala frågor om befolkningens välfärd, hälsa och livsstil samt frågor om användningen av social- och hälsojourer. Man kan också utöka datainsamlingen med tillägsfrågor om aktuella företeelser (så kallade moduler) efter behov.

De flesta frågorna i de bestående delarna var oförändrade i 2020 års enkät. De viktigaste tilläggen vad gäller främjande av välfärd och hälsa i 2020 års enkät var frågor om upplevd trygghet och otrygghet samt en kort mätare av positiv mental hälsa (SWEMWBS). Dessutom togs frågor om långtidssjukdomar och åtgärder för att främja hälsa och förebygga sjukdomar (som influensavaccination samt mätning av kolesterol och blodtryck) bort. Frågor om valfrihet inom social- och hälsovården togs också bort. Dessutom omformulerades frågor om upplevelser inom social- och hälsovårdstjänster för att motsvara frågorna bakom OECD:s kvalitetsindikatorer. Vad gäller dessa frågor är informationen inte jämförbar med informationen från 2018.

Särskilda frågor i statistikrapporten för 2020

2020 lades ytterligare frågor om två aktuella företeelser till i FinSote-enkäten. Utöver de gemensamma frågorna för alla fick varje deltagare även specificerande frågor om användningen av digitala tjänster (den s.k. digimodulen, slumpmässigt urval från det nationella urvalet: 20–74-åringar 400/välfärdsområde och de som fyllt 75 år 200/välfärdsområde, totalt n=13 200) eller frågor om coronaepidemins inverkan (den s.k. coronamodulen, för det övriga nationella urvalet: 20–74-åringar 1 600/välfärdsområde och de som fyllt 75 år 600/välfärdsområde, totalt n=48 400). Resultaten från frågorna i digimodulen och huvudenkäten om användningen av digitala tjänster presenteras i en separat rapport om digitalisering och användning av elektroniska tjänster inom social- och hälsovården. Rapporten publiceras i juni 2021. Resultaten från coronamodulen rapporterades i en separat publikation i december 2020⁷.

⁷ Parikka S, Ikonen J, Koskela T, Hedman L, Kilpeläinen H, Aalto A-M, Sainio P, Ilmarinen K, Holm M & Lundqvist A. Koronan vaikutukset vaihtelevat alueittain – eroja myös ikääntyneillä sekä toimintarajoitteisilla verrattuna muuhun väestöön. Kansallisen FinSote-tutkimuksen ennakkotuloksia syksyllä 2020. Webbpublikation: thl.fi/finsote

Tabellbilaga 1: Svvarsaktivitet (%) per välfärdsområde och åldersgrupp i FinSote 2020-materialet.

Område	Totalt	20–54 år	55–74 år	75+ år
Hela landet	46,4 %	29,9 %	59,4 %	58,9 %
Helsingfors stad	45,7 %	34,4 %	56,5 %	58,7 %
Östra Nylands välfärdsområde	44,9 %	27,1 %	56,2 %	60,9 %
Mellersta Nylands välfärdsområde	47,1 %	28,6 %	61,3 %	63,8 %
Västra Nylands välfärdsområde	47,4 %	33,4 %	55,1 %	64,1 %
Vanda-Kervo välfärdsområde	44,3 %	28,9 %	55,1 %	64,7 %
Egentliga Finlands välfärdsområde	47,4 %	31,9 %	61,2 %	60,5 %
Satakunda välfärdsområde	43,3 %	26,5 %	55,4 %	55,2 %
Egentliga Tavastlands välfärdsområde	47,6 %	29,7 %	61,6 %	58,6 %
Birkalands välfärdsområde	48,8 %	33,2 %	62,8 %	62,5 %
Päijänne-Tavastlands välfärdsområde	45,8 %	28,2 %	60,6 %	56,8 %
Kymmenedalens välfärdsområde	46,6 %	27,5 %	58,2 %	60,3 %
Södra Karelen välfärdsområde	48,3 %	31,1 %	60,5 %	60,1 %
Södra Savolax välfärdsområde	48,6 %	27,7 %	61,6 %	61,3 %
Norra Savolax välfärdsområde	48,5 %	31,5 %	64,7 %	61,2 %
Norra Karelen välfärdsområde	47,7 %	30,3 %	62,1 %	56,0 %
Mellersta Finlands välfärdsområde	48,4 %	32,1 %	63,4 %	60,2 %
Södra Österbottens välfärdsområde	42,7 %	24,9 %	57,6 %	51,3 %
Österbottens välfärdsområde	44,4 %	29,5 %	57,5 %	56,9 %
Mellersta Österbottens välfärdsområde	45,7 %	28,2 %	60,8 %	57,4 %
Norra Österbottens välfärdsområde	45,2 %	33,5 %	62,0 %	53,4 %
Kajanalands välfärdsområde	48,1 %	30,3 %	60,4 %	57,8 %
Lapplands välfärdsområde	44,7 %	29,3 %	54,1 %	56,3 %



The adult population’s well-being, health and services – FinSote 2020

Regional differences in the service experiences and well-being of adults

MAIN FINDINGS

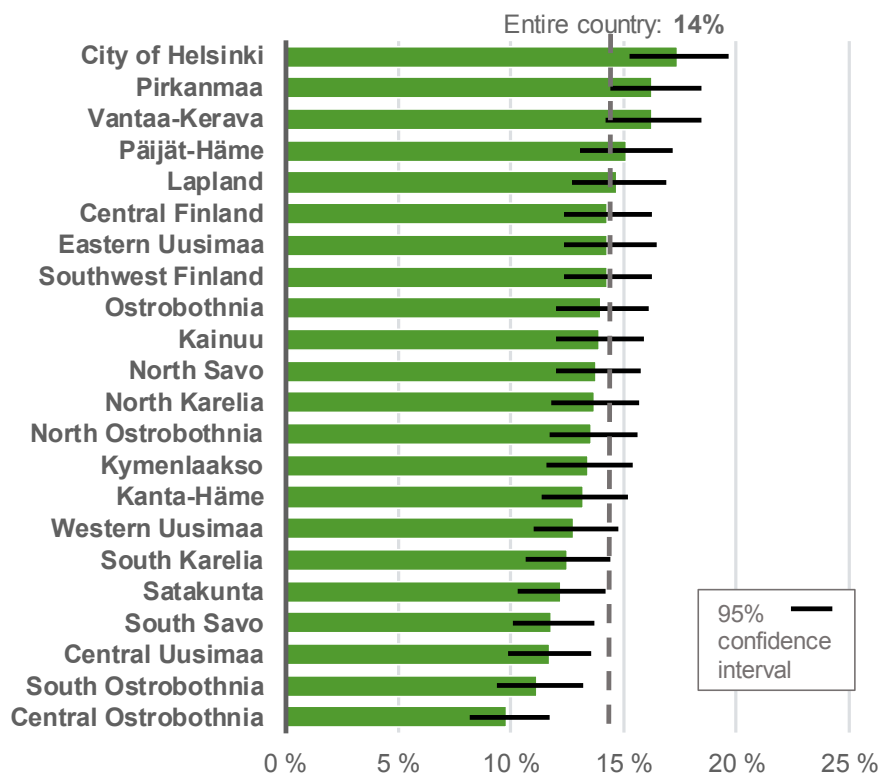
- Psychological distress increased in Finland between 2018 and 2020.
- Psychological distress is most common in Helsinki (17%), Pirkanmaa (16%) and Päijät-Häme, and least prevalent in Central Ostrobothnia (10%).
- The share of people who received insufficient doctor’s, nurse’s and dentist’s services in relation to their need grew between 2018 and 2020.
- The share of those who have received insufficient doctor’s services is the highest in Vantaa-Kerava (25%), Helsinki (24%) and Päijät-Häme, Kainuu, and North Karelia (23%).

The FinSote study produces extensive information on the well-being, living conditions, health, lifestyles, work and functional capacity of the population as well as extensively on service experiences, such as their availability and customer satisfaction. This report examines two key themes: Psychological distress and insufficient access to health services.

There are differences between wellbeing services counties in the psychological distress of the population and the population’s access to health services. Significant psychological distress is most common in Helsinki (17%), Pirkanmaa (16%) and Päijät-Häme, and least prevalent in Central Ostrobothnia (10%) (Figure 1). Psychological distress has become slightly more common: In 2020, 14 per cent of the adult population in Finland reported having experienced psychological distress, compared to 12 per cent in 2018. When examining wellbeing services counties, psychological distress has become statistically significant in Kymenlaakso, Päijät-Häme, Pirkanmaa, Central Finland, Ostrobothnia and Kainuu.

In 2020, one in five people who needed doctor’s appointment services felt that they had received insufficient services. When comparing the situations in 2020 and 2018, the proportion of those who received insufficient services increased in terms of doctor’s, nurse’s and dentist’s services. When reviewing the situation in the entire country, the change was the biggest in dentist services (24% vs. 19%). The increase in the share of those who have received insufficient health services compared to their needs seems to be concentrated in the areas worst hit by the coronavirus epidemic. For example, in Uusimaa the proportion of those getting inadequate medical services was 22 percent in 2020 while the corresponding figure in 2018 was 16 percent.

Figure 1. Share of people who have experienced significant psychological distress (%) by wellbeing service county in 2020.



Suvi Parikka
firstname.lastname@thl.fi

Timo Koskela
firstname.lastname@thl.fi

Jonna Ikonen
firstname.lastname@thl.fi

Lilli Hedman
firstname.lastname@thl.fi

Significant psychological distress

Psychological distress was mapped out with the Mental Health Inventory (MHI-5). The MHI-5 consists of five questions investigating the respondent's anxiety, depression and positive mood over the past four weeks. The answer is situated on a continuum with one extreme representing serious psychological distress and the other representing good mental health and happiness. For a more extensive description of the meter, see "Terms and definitions".

How this study was conducted:

The FinSote National study of health, wellbeing and service use enables monitoring the changes occurring in the population's wellbeing and service experiences by different population groups and regions. The sample of the study consists of the population who permanently resides in Finland and is aged 20 or over. There is no upper age limit. In 2020, the sample of the study was 61,600 and the response rate was 46.4% (N = 28,199).

Results published in the Finnish Institute for Health and Welfare's open online services.

- [The results by region and population group \(Terveytemme.fi\)](#)
- [Results on the Sotkanet.fi website](#)

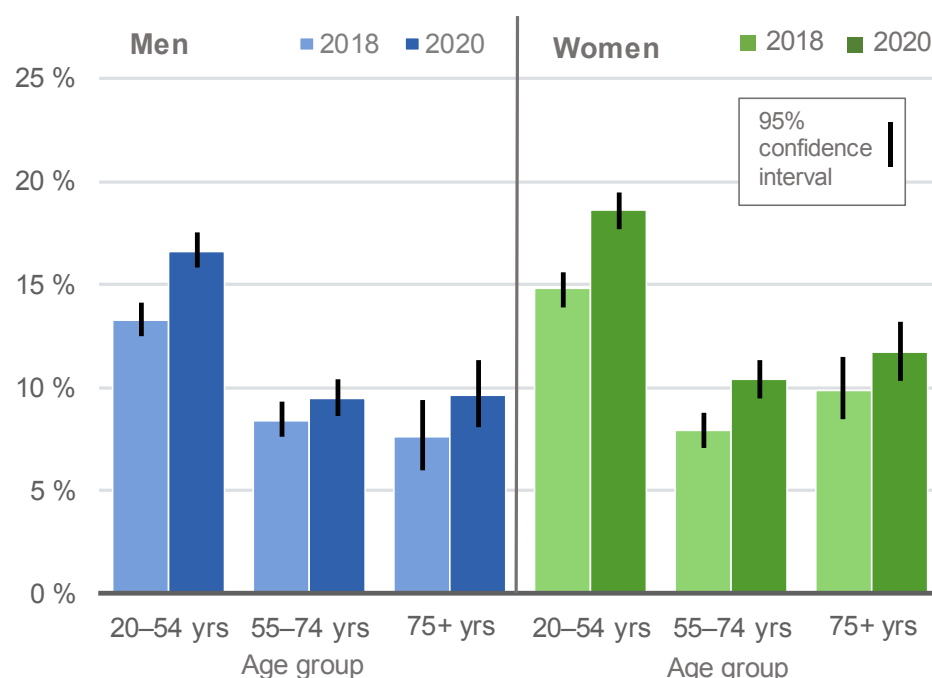
Differences in psychological distress between wellbeing service counties

14 per cent of the adult population reported significant psychological distress. Psychological distress was more common among people aged 20–54 (18%) than among those aged 55–74 (10%) or 75 and older (11%). It is most common among women aged 20–54, of whom almost one in five (19%) reported significant psychological distress (Figure 2).

Psychological distress has increased during the second wave of the coronavirus. According to the results of the FinSote study in 2020, 14 per cent of adults reported psychological symptoms and distress, compared to 12 per cent in 2018. Psychological distress has increased among men and women aged 20–54 (Figure 2).

Psychological distress is more common among those with a lower level of education (17%) than among those with higher level of education (13%) or intermediate level of education (12%). When comparing the results of 2020 and 2018, psychological distress increased both among men with a low level of education (17% vs. 13%) and women (17% vs. 14%). In the case of women, psychological distress also increased among the highly educated (14% vs. 10%).

Figure 2. The share of people who have experienced significant psychological distress (%) by gender in different age groups in 2018 and 2020.



A comparison between the wellbeing services counties indicates that significant psychological distress is most common in Helsinki (17%), Pirkanmaa and Vantaa-Kerava (16%) and least prevalent in Central Ostrobothnia (10%) (Figure 1).

Access to health care services more difficult, especially in Helsinki metropolitan area

One in five adults who have been in need of medical services say that they had received too few services compared to their needs. 19 per cent of men and 21 per cent of women in need of services indicate that they have not received sufficient doctor's appointment services.

When comparing the situation in 2020 with that in 2018 the proportion of people who had not received adequate doctor's services increased both among both men (19% vs. 14%) and women (21% vs. 17%). Difficulties in getting doctor's appointment services grew most

Insufficient access to health services

Insufficient access to health services was investigated with the question: "Do you feel you have received enough of the following health care services in the previous 12 months? Take into account the services provided by the municipality and the private service provider."

The items in the battery of questions included "doctor's appointment services", "nurse's or public health nurse's appointment services" and "dentist's services".

The response options were 1) I have not needed these services, 2) I would have needed these services, but could not access them, 3) I have used the services but they were not adequate, 4) I have used the services and they were adequate.

The "I have not needed these services" responses to response 1 were eliminated, and after this the evaluation included the examination the share of responses 2) I would have needed these services, but could not access them, 3) I have used the services but they were not adequate.

Wellbeing services counties

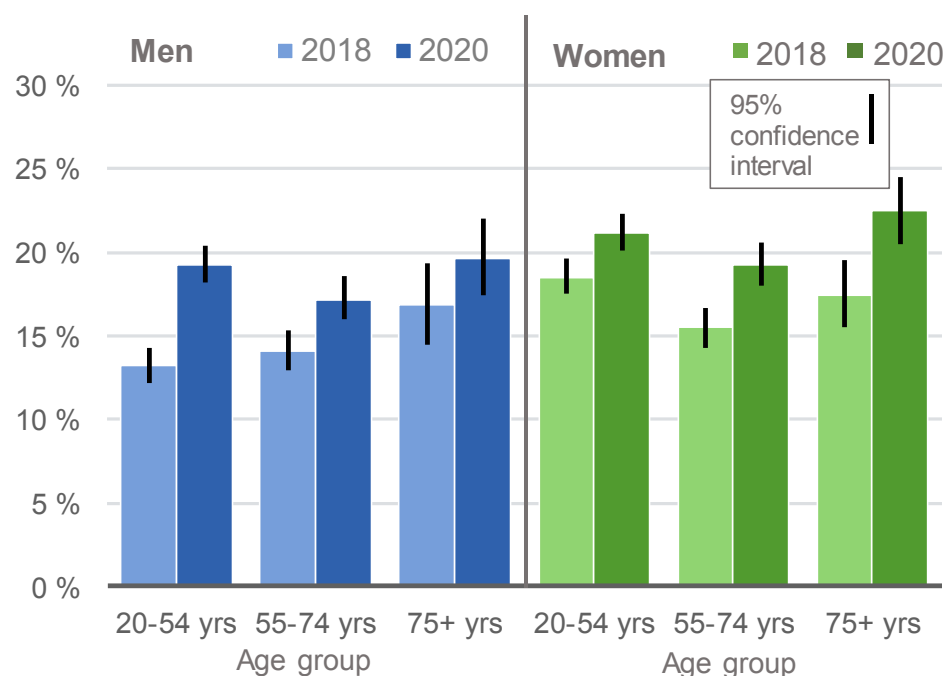
In this report, the results for 2020 are also examined by wellbeing service county. As part of the health and social services reform, Finland will be divided into wellbeing services counties whose statutory task is to organise social welfare and health care and rescue services in the area. There are 21 wellbeing service counties and the City of Helsinki, which is responsible for organising these services in its area. In the social welfare and health care model, Uusimaa is divided into five counties: Western, Eastern and Central Uusimaa, Vantaa-Kerava and Helsinki.

Source: [Government, 2020. Health and social services reform.](#)

among men aged 20–54. Of the men aged 20–54 who needed doctor's services in 2020, 19 percent said that they had not received sufficient services considering their needs, while the corresponding figure in 2018 was 13 percent (Figure 3).

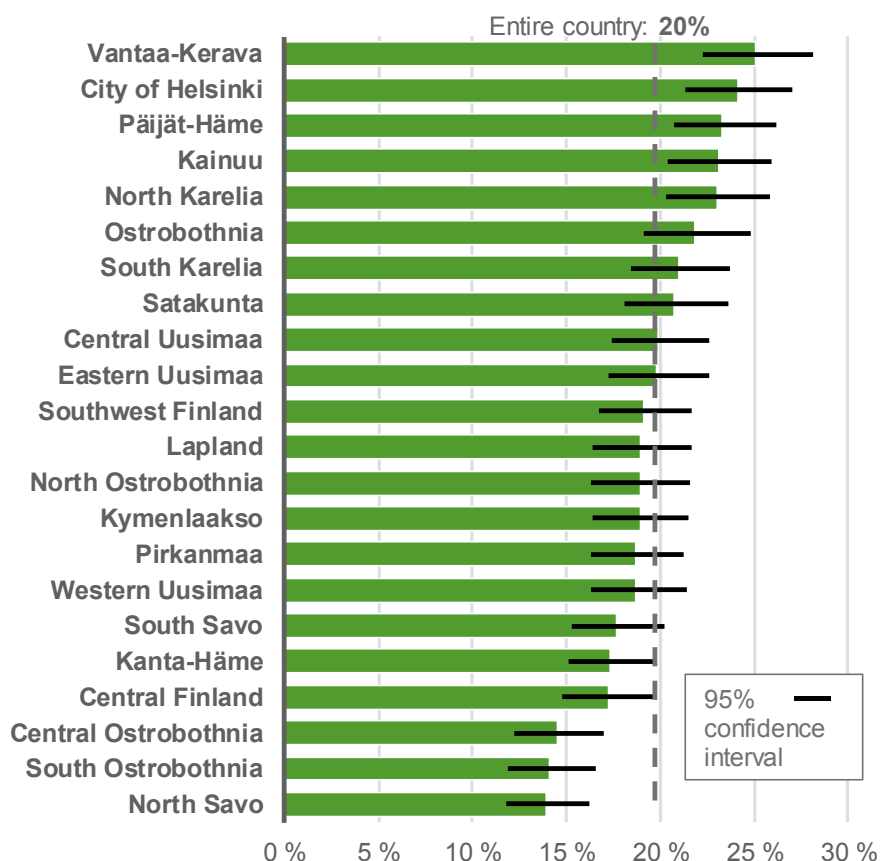
When compared by level of education inadequate access to doctor's appointment services in 2020 and 2018, inadequate access to medical services has become more common among highly educated men (18% vs. 11%) and women (20% vs. 14%) and among men with a low-level of education (21% vs. 16%).

Figure 3. The share of people who received inadequate doctor's appointment services (%) by gender in different age groups in 2018 and 2020.



The share of those who have received insufficient healthcare and medical services from doctors is the highest in Vantaa-Kerava (25%), Helsinki (24%) and Päijät-Häme, Kainuu and North Karelia (23%) (Figure 4).

Figure 4. The share of people who received inadequate doctor's appointment services (%) by wellbeing services county in 2020.



When comparing the results of FinSote data from 2020 and 2018, insufficient access to health services also became more common where people were in need of visiting nurses and dentists. Inadequate access to services by nurses became more common both for men (14% vs. 10%) and women (14% vs. 11%). When comparing health and social services counties, the proportion of those who have received insufficient care services is the highest in Vantaa-Kerava (20%), Helsinki (17%) and Päijät-Häme, Western Uusimaa and North Karelia (16%).

The greatest change between 2020 and 2018 at the national level was observed in dentist services: 24 per cent of adults needing dentist services in 2020 indicate that they have received too few dentist services compared to their needs, compared with 19 per cent in 2018. The changes were greater at the regional level than at the national level. The share of those who received the most inadequate dentist services increased in Kainuu (32% vs. 22%), Uusimaa (29% vs. 18%) and South Karelia (25% vs. 14%).

Overall, the growth in the share who received an insufficient amount of services from doctors, nurses and dentists seems to have been concentrated on the worst epidemic areas in Uusimaa. The insufficiency of medical services also seems to have increased notably in Päijät-Häme and Southwest Finland.

Terms and definitions

Significant psychological distress: Psychological distress was mapped out with the Mental Health Inventory (MHI-5). The MHI-5 consists of five questions investigating the respondent's anxiety, depression and positive mood. The answer is situated on a continuum with one extreme representing serious psychological distress and the other representing good mental health and happiness. "Over the past 4 weeks, for how much of the time have you felt: Please choose one alternative on each line." The sub-questions asked a) very nervous, b) in such a low mood that nothing could cheer you up, c) calm and peaceful, d) downhearted and sad and e) happy. The response options were 1) all the time, 2) most of the time, 3) a good bit of the time, 4) some of the time, 5) a little of the time, 6) not at all. A response is given to each statement on a scale of 1 to 6. To calculate the final score, the scores for questions (c) and (e) are converted into reverse order, after which the scores are added (the score is between 5 and 30) and changed to a scale of 0 to 100. Psychological distress can be reported as a continuous variable or a score of 52 can be used as the break-off point, in which case those receiving 52 or less points have clinically significant symptoms of psychological distress. The examination includes the share of those scoring at most 52 points in scaled scores.

Learn more about MHI-5 in this publication by McHorney and Ware (1995).¹

Level of education: The level of a person's education is based on the question "How many years altogether have you attended school or studied full time? Including primary and comprehensive school. ____ years." The relative level of education (low, medium, high) of each respondent is established as follows: The respondents are first divided into groups by gender with an age-range no larger than 10 years. After this, each age group is divided into three categories based on their years of education, with approximately one third of the respondents in each category. As a result, each respondent is given a relative (3-category) level of education corresponding to their age group. For those who have not answered the question concerning years of study, the classification of education is given a missing value, so these respondents are excluded from the results by education group.

www.thl.fi/tilastot/finsote

Appendix tables

Appendix table 1:

Response rate (%) by wellbeing services county and age group in the FinSote 2020 materials.



¹ McHorney CA, Ware JE Jr. [Construction and validation of an alternate form general mental health scale for the Medical Outcomes Study Short-Form 36-Item Health Survey](#). Med Care. 1995;33:(1):15-28.

Quality description

The adult population's well-being, health and services - FinSote

Relevance of statistical data

The statistic published by the Finnish Institute for Health and Welfare (THL) describes the well-being and health of the Finnish adult population and social and health care services by region and population group. The statistics are produced from a sample-based national survey on health, well-being and services (FinSote), which was carried out for the first time in 2018.

The national health and social welfare registers provide region-specific information on the well-being and health of Finns in the scope of these services and on the use of the services. However, the registers alone cannot comprehensively describe all phenomena related to the health and well-being of the population. FinSote data includes monitoring data by population group on key phenomena. Information on these phenomena is not available in the registers. The phenomena include people's lifestyles and experiences. This statistic produces information on the population's service needs, the population's experiences of the functioning of social and health care services, and equality between population groups and regions. The topics of the statistic include living conditions and quality of life, inclusion and functional capacity, health, work and functional capacity, lifestyle, insecurity and experiences of violence, the use and availability of social and health services, equality of services, social assistance and benefits, the use of electronic services, and the funding and costs of social and health care.

The information is used especially by decision-makers, officials and health care and social welfare professionals working in the management and evaluation of the social welfare and health care reform. The data is also used in the planning and targeting of the promotion of welfare, health and safety, in the preparation of regional welfare reports, in the monitoring of service needs, and in the research of welfare and health differences between population groups.

This statistic, produced since 2018, replaces the previous Regional Health, Welfare and Services (ATH) study carried out by the Finnish Institute for Health and Welfare, which produced information on the overall development of adult welfare and services in 2010–2017 by region and population group². The indicators for the ATH study and the FinSote study are available on the THL's [Terveystemme.fi](https://terveytemme.fi) and [Sotkanet](https://sotkanet.fi) websites.

In addition to the biennial FinSote survey, the Finnish Institute for Health and Welfare also conducts other population studies. The material of the FinHealth 2017 study contains information on the health and welfare of adults, their functional capacity and use of services. The School Health Promotion Study, on the other hand, produces information on primary school pupils, 8th and 9th graders and secondary education students at the municipal level every two years. In addition, national, regional and municipal indicators on the welfare and health of Finns using services have been compiled in Sotkanet based on register data.

Methodology

The statistic is based on a biennial FinSote survey. This statistical report is based on FinSote 2020 data, the results of which will be reported in spring 2021. The data were collected in September 2020 - February 2021 using surveys that could be answered as by post or online. The nationally representative sample of the study consists of the population who permanently resides in Finland and is aged 20 or over. The sampling method was stratified random sampling design. The study has no upper age limit. The survey was sent to 61,600 people using data from the Population Information System. The sample size for all the wellbeing services counties (22) was 2,800 persons/wellbeing services county. 2000 people aged 20–74/wellbeing services county and 800 people aged 75 or over/wellbeing

² Kaikkonen R, Murto J, Pentala-Nikulainen O, Koskela T, Virtala E, Härkänen T, Koskeniemi T, Ahonen J, Vartiainen E & Koskinen S. [Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010–2017](#).

services county. The sampling method corresponds to the requirement for a social welfare and health care assessment, which is to obtain results from each wellbeing services county by age group. In addition, municipalities and other regions have the opportunity to order an additional sample to the study, which can be used to monitor the development of the area.

The study includes survey forms tailored for three different age groups (20–54, 55–74, 75+) in four languages: Finnish, Swedish, Russian and English. The subjects monitored during data collection are approached at certain intervals by post until the subject replies to the survey or refuses to participate in the study, but no more than four times. Taking the survey is voluntary.

In 2020, a total of 28,199 people responded to the survey, and the response rate was 46.4%. When reviewed by age group, the coverage was 29.9% for people aged 20–54, 59.4% for people aged 55–74 and 58.9% for people aged 75 and older (Appendix table 1). Each year, the group of respondents has been adjusted with weighting to correspond to the population in general (mainland Finland population aged 20 or over). In addition, 95% confidence intervals have been calculated for the results to illustrate the impact of random variations on the results.

More detailed information on data collection in 2020 and the survey forms can be found on the THL website³, and information on data collection in previous years for the Regional Health and Welfare Survey can be found on the Terveystemme.fi website.

The printing, mailing and storage of the survey study forms are outsourced to the supplier. The completed paper forms are stored optically and some from the material to ensure quality. The optical data storage process includes logical checks to the responses as well as standardisation based on previously given instructions, for instance, regarding incorrectly answering questions. Once the research data arrived at the THL, they will be checked for possible errors, deficiencies and illogicalness. The responses to a form completed online are collected through the Finnish Institute for Health and Welfare's form service. Using structured descriptions, the data are combined into a single research database. In addition, data on the respondent's age, gender, marital status, mother tongue, number of people in the household and place of residence are combined with the survey data from the sample frame. The compiled statistics are compared with the corresponding data from the previous data collection. Any unclear information is checked and corrected as far as possible.

The Finnish Institute for Health and Welfare undertakes as a public authority to store and process the data complying with its secrecy obligation and data protection legislation. All persons involved in collecting and processing the data have a duty of non-disclosure.

Correctness and accuracy of data

The representativeness of the collection of data via a survey sent by post and available online can be assessed using nonresponse analyses, which involve using register data to examine how the research respondents and those who have opted out of responding differ from each other, and how the possible nonresponses affect the results. Response loss is corrected by using weighting factors produced using the Inverse Probability Weighting (IPW) method. The IPW method has been used in numerous surveys concerning the population, and it has also been found suitable for correcting the non-response of the Finnish population⁴. The weighting factor is calculated using the information available for the whole sample: Age, gender, marital status, level of education, language and area of residence. These variables have been used to model the responsiveness of each respondent, and the weighting factor to be studied is a combination of the inverse of that probability and the probability of the sample. The group studied using weighting factors represents the population from the perspective of the variables used in the calculation.

³ thl.fi/finsote

⁴ Härkänen T, Kaikkonen R, Virtala E and Koskinen S. [Inverse probability weighting and doubly robust methods in correcting the effects of non-response in the reimbursed medication and self-reported turn-out estimates in the ATH survey](#). BMC Public Health. 2014;14:1150.

The coverage is lowest among young men, while the participation of older people is high. It is also known that survey respondents often unknowingly or consciously report lower levels of unfavourable health behaviour. In particular, a lack of underrepresentation in questions concerning alcohol and other intoxicant use is due, on the one hand, to the fact that people who consume large amounts of alcohol and are substance abusers are less likely on average to take part in studies and, on the other hand, to the fact that the participants underestimate their alcohol use. However, underestimations are not a problem when it can be assumed that this does not differ between the population in different regions.

Timeliness and promptness of published data

The FinSote study is carried out every two years. The extensive sample size (in 2018, the sample size was 59,400, in 2020, 61,600) enables data production for regions or equivalent areas. The form contains a wide range of questions about the user experiences in social and health services and the well-being and health of the population.

The data will be published around 2 to 4 months after the end of the data collection phase.

Availability and transparency/clarity of data

The FinSote study has been implemented since 2018 and its results are reported as comparable indicators. The indicators are available free of charge at Terveystemme.fi and the Sotkanet.fi website. The Terveystemme.fi website contains indicators by wellbeing services county and population group, with confidence intervals according to the latest division of local authority. The information is also available from the Finnish Institute for Health and Welfare's statistics and indicator bank Sotkanet (sotkanet.fi). Sotkanet contains the results of approximately 100 indicators across the country and by region according to age, gender and education. However, no regional information is published on Sotkanet on indicators with a low number of respondents and high rate of uncertainty due to randomness. These include indicators describing user experiences in social services and with benefits. The website also includes the municipal-specific results of municipalities that ordered an additional sample in different research years. Sotkanet provides information directly to welfare reports through an open interface. The statistic also has its own website thl.fi/tilastot/finsote.

Comparability of statistical data

The questions in the FinSote study are largely comparable with similar international and national studies. The following have been taken into consideration in the preparation of data collection: The data content of the European Health Interview Survey and other data collected at the EU level related to health, as well as other surveys and health examination studies concerning the population carried out by the Finnish Institute for Health and Welfare.

However, it has been proven that the data collection method has an impact on the results, which should be taken into account when comparing the results of surveys and health examination studies or interview studies. The National FinHealth Study compiles data on similar phenomena of public health and well-being in health examinations and surveys, but due to differences in data collection methods, the results cannot be directly compared⁵.

The results of the FinSote 2020 study are largely comparable with the results of the FinSote 2018 study, as the data collection method and several research questions have remained almost the same in both studies. The sampling of the study has changed slightly between 2018 and 2020, as the new regional division of the social welfare and health care reform has divided Uusimaa into five different health and social services counties⁶. The change in sampling may affect the results of the study. Data collection for FinSote 2020 was also carried out during the coronavirus epidemic and the resulting emergency

⁵ Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K ja Koskinen S (Ed.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017-tutkimus. Finnish Institute for Health and Welfare (THL). Report 4/2018 [In Finnish].

⁶ [Government, 2020. Health and social services reform. \[Website\]](#). Referenced on 21 May 2021.

conditions. The impact of the epidemic and its restrictive measures on people's daily lives and experiences should be taken into account when comparing the results from 2018 and 2020.

The development of many phenomena describing the health and lifestyle of the population can also be compared with the results obtained from the Regional Health and Wellbeing Study (2010–2017), the Health Behaviour and Health among the Finnish Adult Population Study (AVTK 1978–2014) and the Health Behaviour and Health among the Finnish Retirement-Age Population Study (EVTK 1985–2014). These phenomena include experienced health, obesity and daily smoking, the time series of which have been produced on the Sotkanet website since 1990 (daily smoking since 1996).

Clarity and consistency/cohesion

The FinSote survey data collection forms contain permanent and changing sections. Key issues related to the wellbeing, health and lifestyle of the population as well as issues related to the use of social and health services are permanent sections. In addition to permanent sections, additional questions can be added to the form to collect information on current phenomena (so-called module), which vary from year to year.

Most of the questions in the permanent sections remained unchanged in the 2020 survey. From the perspective of promoting wellbeing and health, the most important additions to the 2020 form are the questions concerning perceived safety and insecurity as well as a short positive mental health indicator (SWEMWBS). Similarly, questions concerning long-term illnesses and health promotion and disease prevention measures (such as influenza vaccination, cholesterol and blood pressure measurements in healthcare) were removed from the form. As regards social welfare and health care, questions related to freedom of choice were removed. In addition, the formulation of question concerning experiences in social and health services was conformed to be consistent with background questions on the OECD's quality indicators. The data are not comparable with the 2018 data for these questions.

Special issues concerning the 2020 statistics

In 2020, additional questions about two current phenomena were added to the FinSote survey. In addition to questions common to everyone, each respondent was given either more specific questions concerning the use of digital services (so-called digital module, random sample of a national sample: 400 people aged 20–74/wellbeing services county and 200 people aged 75 or over/wellbeing services county, total n = 13,200) or questions about the effects of the coronavirus epidemic (so-called corona module, for the rest of the national sample: 1,600 people aged 20–74/wellbeing services county and 600 people aged 75 or over/wellbeing services county, total n = 48,400). The results of questions concerning the use of electronic services in the digital module and the main form are reported in a separate report on digitalisation and e-services in social and health care. The report will be published in June 2021. The results of the Coronavirus module have been reported in a separate publication in December 2020⁷.

⁷ Parikka S, Ikonen J, Koskela T, Hedman L, Kilpeläinen H, Aalto A-M, Sainio P, Ilmarinen K, Holm M & Lundqvist A. Koronan vaikutukset vaihtelevat alueittain – eroja myös ikääntyneillä sekä toimintarajoitteisilla verrattuna muuhun väestöön. Preliminary results of the national FinSote survey in autumn 2020. Online publication: thl.fi/finsote

Appendix table 1. Response rate (%) by wellbeing services county and age group in the FinSote 2020 materials.

Region	Total	20–54 yrs	55–74 yrs	75+ yrs
Entire country	46.4 %	29.9 %	59.4 %	58.9 %
City of Helsinki	45.7 %	34.4 %	56.5 %	58.7 %
Eastern Uusimaa wellbeing services county	44.9 %	27.1 %	56.2 %	60.9 %
Central Uusimaa wellbeing services county	47.1 %	28.6 %	61.3 %	63.8 %
Western Uusimaa wellbeing services county	47.4 %	33.4 %	55.1 %	64.1 %
Vantaa-Kerava wellbeing services county	44.3 %	28.9 %	55.1 %	64.7 %
Southwest Finland wellbeing services county	47.4 %	31.9 %	61.2 %	60.5 %
Satakunta wellbeing services county	43.3 %	26.5 %	55.4 %	55.2 %
Kanta-Häme wellbeing services county	47.6 %	29.7 %	61.6 %	58.6 %
Pirkanmaa wellbeing services county	48.8 %	33.2 %	62.8 %	62.5 %
Päijät-Häme wellbeing services county	45.8 %	28.2 %	60.6 %	56.8 %
Kymenlaakso wellbeing services county	46.6 %	27.5 %	58.2 %	60.3 %
South Karelia wellbeing services county	48.3 %	31.1 %	60.5 %	60.1 %
South Savo wellbeing services county	48.6 %	27.7 %	61.6 %	61.3 %
North Savo wellbeing services county	48.5 %	31.5 %	64.7 %	61.2 %
North Karelia wellbeing services county	47.7 %	30.3 %	62.1 %	56.0 %
Central Finland wellbeing services county	48.4 %	32.1 %	63.4 %	60.2 %
South Ostrobothnia wellbeing services county	42.7 %	24.9 %	57.6 %	51.3 %
Ostrobothnia wellbeing services county	44.4 %	29.5 %	57.5 %	56.9 %
Central Ostrobothnia wellbeing services county	45.7 %	28.2 %	60.8 %	57.4 %
North Ostrobothnia wellbeing services county	45.2 %	33.5 %	62.0 %	53.4 %
Kainuu wellbeing services county	48.1 %	30.3 %	60.4 %	57.8 %
Lapland wellbeing services county	44.7 %	29.3 %	54.1 %	56.3 %