

Sakari Karvonen, Laura Kestilä & Paula Saikkonen
(toim.)

SUOMALAISTEN
HYVINVOINTI

2022

Suomalaisten hyvinvointi 2022

Sakari Karvonen, Laura Kestilä & Paula Saikkonen
(toim.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
2022

Kaikki kirjan luvut on arvioitu tieteellisen vertaisarvioinnin kriteerien mukaan.

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Teema 35

ISBN 978-952-343-995-5 (painettu)

ISBN 978-952-343-996-2 (verkko)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-996-2>

PunaMusta Oy
Helsinki 2022

Saatteeksi

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen yhtenä tärkeänä tavoitteena on tarjota luotettavaa tietoa terveys- ja hyvinvointialan päätöksenteon ja toiminnan tueksi. Tavoitteenamme on edistää ihmisten ja elinympäristön hyvinvointia, terveyttä ja turvallisuutta. Tähän tarvitaan tietoa myös hyvinvoinnin ja terveyden jakautumisesta ja kehityksestä sekä hyvinvointipolitiikan tilasta. Kä-sillä oleva Suomalaisten hyvinvointi 2022 -teos on lajissaan jo seitsemäs. Ensimmäinen teos ilmestyi vuosituhaten alussa, vuonna 2002. Tänäpäin hyvinvointia ja eriarvoisuutta koskevaa keskustelua leimaavat globaalit ilmiöt ja niiden paikalliset ilmentymät, äkillisten kriisien kerrannaisvaikutukset sekä pitkäkestoiset, hitaat muutokset ja trendit. Näihin kaikkiin varautuminen edellyttää monipuolista, eri tietolähteistä kertyvää huolellista tietopohjaista analyysiä.

Kukin edellä mainituista haasteista kuvastuu hyvinvointiyhteiskunnan kestävyudessa. Yhä paremmin ymmärretään myös, että kestävyuden eri ulottuvuudet ovat keskinäisriippuvuudessa toisiinsa nähden. Kestävä talouskehitys ei toteudu ilman sosiaalisen kestävyuden tukea: syvästi eriarvoinen yhteiskunta ei voi olla taloudelliselta tuottavuudeltaan optimitasolla, sillä eriarvoisuus hukkaa inhimillistä pääomaa. Taloudellisella tuotannolla on myös ekologiset rajansa. Ympäristön ylikulutuksen hillintään on pyrittävä vastuullisesti yhä määrätietoisemmilla toimilla kohti oikeudenmukaista vihreää siirtymää.

Suomessa yhteiskuntapolitiikka on viime ajat tähdännyt sosiaali- ja terveyssektorin taloudellisten haasteiden haltuunottoon. Vuoden 2023 käynnistyvä sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus eli sote-uudistus on tärkeä askel tässä pyrkimyksessä. Palvelujen järjestämisestä vastaavat uudet hyvinvointialueet, joiden toiminnan ja vaikuttavuuden kattavaan arviointiin myös THL osallistuu jatkossa. Samaan aikaan on edelleen käynnissä sosiaaliturvan kokonaisuudistuksen valmistelu parlamentaarisenä yhteistyönä. Kokonaisuudistus etenee toiselle eduskuntakaudelle perustanaan monipuolinen tutkimus- ja selvitystyö, jota on tehty myös THL:ssä. Ikääntyvän yhteiskunnan haasteet kuitenkin edellyttävät yhteiskunnan uusiutumista myös monella muulla saralla, alkaen koulutus- ja työllisyyspolitiikasta.

Suomalaisten hyvinvointi 2022 -teoksen tulosten valossa suomalaisten hyvinvointi näyttäisi mittarien pohjalta arvioiden säilyneen kohtuullisella tasolla koronaepidemian aiheuttamista ongelmista huolimatta. Sen sijaan Venäjän hyökkäyssodan seurauksia on toistaiseksi liian aikaista arvioida. Yhteiskuntapolitiikan onnistuneisuuden mittarina on perinteisesti kiinnitetty huomiota ennen kaikkea hyvinvoinnin jakautumiseen. Tässä suhteessa tulokset herättävät vähemmän toiveikkuutta. Sosioekonomisia ja alueellisia eroja esiintyy hyvinvoinnin ja terveyden eri ulottuvuuksilla. Muun muassa palvelujen saatavuus ja luottamus palvelujärjestelmään vaihtelevat selvästi eri väestöryhmien välillä.

Teos tarjoaa tuoreita havaintoja hyvinvoinnin vajeista ja väestöä jakavista eroista, myös tulevaisuuteen katsoen. Yhteiskuntapolitiikan ohjenuorana olisikin hyvä pitää näkymää tulevaisuuteen: kuinka turvata yhä nopeammin muuttuvissa oloissa kannustavat, reilut ja riittävät elämisen mahdollisuudet myös tuleville sukupolville. Suomalaisten hyvinvointi 2022 -teos tarjoaa luotettavaa ja ajantasaista tietoa kestävästä hyvinvointipolitiikan arvioinnin, kehittämisen ja päätöksenteon tueksi.

Helsingissä 13.12.2022

Markku Tervahauta

Pääjohtaja

Sisällys

Saatteeksi

Sisällys

Kirjoittajat 6

Johdanto 9

Sakari Karvonen, Laura Kestilä & Paula Saikkonen

I HYVINVOINTI JA ELINOLOT

1 Katsaus Suomen väestöön ja väestön hyvinvointiin tilastojen valossa 20

Laura Kestilä & Sakari Karvonen

2 Sosiaalinen asema ja menetetyt elinvuodet 2017–2019 39

*Kristiina Manderbacka, Elsi Lindell, Tuuli Suomela, Sonja Lumme,
Seppo Koskinen, Tuija Martelin & Suvi Parikka*

3 Suurten kaupunkien lähiöalueet erilaistuvat sosioekonomiselta rakenteeltaan . . .54

Timo M. Kauppinen & Susanna Mukkila

4 Hyvinvointi Euroopassa: käsitteet, mittarit ja jakautuminen75

Joonas Uotinen & Maria Vaalavuo

5 Osallisuuden kokemus aikuisväestössä94

Lars Leemann, Marko Nousiainen, Anna Keto-Tokoi & Anna-Maria Isola

II HYVINVOINTI ERI ELÄMÄNTILANTEISSA

6 Työllisyys ja koettu elämänlaatu maahan muuttaneessa väestössä 116

*Sanna Nykänen, Regina García-Velázquez, Hülya Yüksel,
Hannamaria Kuusio & Shadia Rask*

7 Työ, perhe ja hyvinvointi lapsiperheissä 132

Johanna Lammi-Taskula & Johanna Närvi

8 Lastensaantitoiveet suomalaisissa vauvaperheissä 146

Reija Klemetti, Maaret Vuorenmaa, Eetu Ervasti & Anneli Miettinen

9 Toimintarajoitteisten yläkoululaisten avun ja tuen saaminen
korona-aikana 172

Marja Eliisa Holm, Stina Sjöblom, Päivi Nurmi-Koikkalainen & Päivi Sainio

III PALVELUT JA TOIMEENTULOTURVA

- 10 Paljonko on riittävästi? Köyhyys ja perusturvan riittävyys. 194
Susanna Mukkila, Pasi Moisio, Lauri Mäkinen & Eeva Nykänen
- 11 Työttömien sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ja kustannukset 208
Peppi Saikku, Visa Väisänen & Leini Sinervo
- 12 Sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuus ja asiakaskokemukset 226
Anna-Mari Aalto, Katja Ilmarinen, Anu Muuri & Jonna Ikonen
- 13 Väestön mahdollisuudet hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisiä palveluja. 251
Tuulikki Vehko, Anu-Marja Kaihlanen, Emma Kainiemi, Maiju Kyytsönen, Janna Nadav, Petra Saukkonen, Lotta Virtanen & Tarja Heponiemi

IV PALVELUJÄRJESTELMÄN SOSIAALINEN JA TALOUDELLINEN KESTÄVYYS

- 14 Viimesijainen turva muutoksessa. 270
Sanna Blomgren, Paula Saikkonen & Amanda Tuomola
- 15 Sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmä toimintaympäristön myllerryksessä – miten on käynyt väestön kokemalle luottamukselle? 289
Anna-Mari Aalto, Anu Muuri, Katja Ilmarinen & Jonna Ikonen
- 16 Resilienssin stressitesti? Oppeja Covid-19-epidemian hallinnasta ja johtamisesta Suomessa. 310
Laura Kihlström, Moona Huhtakangas, Soila Karreinen, Ilmo Keskimäki & Liina-Kaisa Tynkkynen
- 17 Ikääntyminen, hoivatarve ja julkisen talouden kestävyys. 333
Juha Honkatukia & Risto Vaittinen

Lopuksi

- Monimuotoinen hyvinvointi ja muuttuva hyvinvointivaltio. 352
Paula Saikkonen, Sakari Karvonen & Laura Kestilä

Kirjoittajat

- ANNA-MARI AALTO**, VTT, dos.,
tutkimuspäällikkö, Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö,
Palvelujärjestelmän tutkimus -tiimi,
THL
- SANNA BLOMGREN**, VTM,
tutkija, Hyvinvointivaltion tutkimus ja
uudistaminen -yksikkö, Sosiaaliturva ja
palvelut -tiimi, THL
- EETU ERVASTI**, FM,
tilastotutkija, Tiedolla johtaminen
ja vertaiskehittäminen -yksikkö,
Hyvinvointijohtamisen ja
palvelujärjestelmän tietopohja -tiimi,
THL
- REGINA GARCÍA-VELÁZQUEZ**, FT,
tilastotutkija, Yhdenvertaisuusyksikkö,
Maahanmuutto ja kulttuurinen
moninaisuus -tiimi, THL
- TARJA HEPONIEMI**, PsT, dos.,
tutkimusprofessori, Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö,
Palvelujärjestelmän tutkimus -tiimi,
THL
- MARJA ELIISA HOLM**, FT, VTM,
tilastotutkija, Väestöterveysyksikkö,
Seurantatiimi, THL
- JUHA HONKATUKIA**, KTT, VTL, dos.,
tutkimuspäällikkö, Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö,
Terveystaloustiede ja palveluiden
oikeudenmukaisuus -tiimi, THL
- MOONA HUHTAKANGAS**, TtM (väit.),
tutkija, Hyvinvointivaltion tutkimus ja
uudistaminen -yksikkö,
Palvelujärjestelmän tutkimus -tiimi,
THL
- JONNA IKONEN**, FM,
tilastotutkija, Väestöterveysyksikkö,
Seurantatiimi, THL
- KATJA ILMARINEN**, FT, KtM,
erikoistutkija, Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö,
Sosiaalinen kestävyys -tiimi, THL
- ANNA-MARIA ISOLA**, VTT, dos.,
johtava tutkija, Yhdenvertaisuusyksikkö,
Osallisuuden tutkimus ja edistäminen
-tiimi, THL
- ANU-MARJA KAIHLANEN**, TtT, dos.,
erikoistutkija, Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö,
Palvelujärjestelmän tutkimus -tiimi,
THL
- EMMA KAINIEMI**, TtM,
tutkija, Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö,
Palvelujärjestelmän tutkimus -tiimi,
THL
- SOILA KARREINEN**, LL,
väitöskirjatutkija, Tampereen yliopisto
- SAKARI KARVONEN**, VTT, dos.,
tutkimusprofessori, Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö,
Sosiaalinen kestävyys -tiimi, THL
- TIMO M. KAUPPINEN**, VTT, dos.,
tutkimuspäällikkö, Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö,
Sosiaalinen kestävyys -tiimi, THL
- ILMO KESKIMÄKI**, LT, dos.,
tutkimusprofessori, Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö,
Terveystaloustiede ja palveluiden
oikeudenmukaisuus -tiimi, THL;
Tampereen yliopisto
- ANNA KETO-TOKOI**, VTM,
johtava asiantuntija,
Yhdenvertaisuusyksikkö, Osallisuuden
tutkimus ja edistäminen -tiimi, THL
- LAURA KESTILÄ**, VTT, dos.,
johtava tutkija, tiimipäällikkö,
Hyvinvointivaltion tutkimus ja
uudistaminen -yksikkö, Sosiaalinen
kestävyys -tiimi, THL
- LAURA KIHLESTRÖM**, FT, TTM,
erikoistutkija, Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö,
Terveystaloustiede ja palveluiden
oikeudenmukaisuus -tiimi, THL
- REIJA KLEMETTI**, FT, dos.,
tutkimuspäällikkö, Tiedolla johtaminen
ja vertaiskehittäminen -yksikkö,
Palvelujärjestelmän kehittäminen -tiimi,
THL
- SEPPÖ KOSKINEN**, LT, VTM,
MSc, dos., tutkimusprofessori,
Väestöterveysyksikkö, THL

- HANNAMARIA KUUSIO**, FT,
tutkimuspäällikkö,
Yhdenvertaisuusyksikkö,
Maahanmuutto ja kulttuurinen
moninaisuus -tiimi, THL
- MAIJU KYYSÖNEN**, TtM,
tutkija, Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö,
Palvelujärjestelmän tutkimus -tiimi,
THL
- JOHANNA LAMMI-TASKULA**, YTT,
tutkimuspäällikkö, Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö,
Sosiaalinen kestävyys -tiimi, THL
- LARS LEMANN**, Licentiatu philosophiae,
tutkija, Yhdenvertaisuusyksikkö,
Osallisuuden tutkimus ja edistäminen
-tiimi, THL
- ELSI LINDELL**, VTM,
tilastotutkija, Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö,
Terveystaloustiede ja palveluiden
oikeudenmukaisuus -tiimi, THL
- SONJA LUMME**, FT, dos.,
tutkimuspäällikkö, Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö
Terveystaloustiede ja palveluiden
oikeudenmukaisuus -tiimi, THL
- KRISTIINA MANDERBACKA**, VTT, dos.,
vieraileva tutkija, Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö
Terveystaloustiede ja palveluiden
oikeudenmukaisuus -tiimi, THL
- TUIJA MARTELIN**, VTT,
vieraileva tutkija, Yhdenvertaisuusyksikkö,
Yhdenvertaisuus ja sukupuolten tasa-
arvo -tiimi, THL
- ANNELI MIETTINEN**, VTM,
erikoistutkija, Kelan tutkimus, Kela
- PASI MOISIO**, PhD, dos.,
tutkimusprofessori, Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö,
Sosiaaliturva ja palvelut -tiimi, THL
- SUSANNA MUKKILA**, FM,
asiantuntija, Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö,
Sosiaaliturva ja palvelut -tiimi, THL
- ANU MUURI**, VTT, dos.,
kehittämisjohtaja Hyvinvointivaikuttajat
-osasto, THL
- LAURI MÄKINEN**, VTM,
väitöskirjatutkija, sosiaalipolitiikan
oppiaine, Turun yliopisto
- JANNA NADAV**, TtM,
tutkija, Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö,
Palvelujärjestelmän tutkimus -tiimi,
THL
- MARKO NOUSIAINEN**, YTT,
erikoistutkija, Yhdenvertaisuusyksikkö,
Osallisuuden tutkimus ja edistäminen
-tiimi, THL
- PÄIVI NURMI-KOIKKALAINEN**, KM, esh,
johtava asiantuntija, Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö,
Vammaisuus yhteiskunnassa -tiimi THL
- EVA NYKÄNEN**, OTT,
johtava asiantuntija, Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö,
Sosiaaliturva ja palvelut -tiimi, THL;
professori, hyvinvointioikeuden keskus,
Itä-Suomen yliopisto, UEF
- SANNA NYKÄNEN**, TtM,
projektisuunnittelija,
Yhdenvertaisuusyksikkö,
Maahanmuutto ja kulttuurinen
moninaisuus -tiimi, THL
- JOHANNA NÄRVI**, YTT,
erikoistutkija, Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö,
Sosiaalinen kestävyys -tiimi, THL
- SUVI PARIKKA**, VTM,
kehittämispäällikkö,
Väestöterveysyksikkö, Seurantatiimi,
THL
- SHADIA RASK**, FT,
tutkimuspäällikkö,
Yhdenvertaisuusyksikkö, Maahanmuutto
ja kulttuurinen moninaisuus -tiimi, THL
- PAULA SAIKKONEN**, VTT,
tutkimuspäällikkö, Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö,
Sosiaalinen kestävyys -tiimi, THL
- PEPPI SAIKKU**, VTT,
tutkimuspäällikkö, Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö,
Sosiaaliturva ja palvelut -tiimi, THL
- PÄIVI SAINIO**, THM,
erikoistutkija, Väestöterveysyksikkö,
Seurantatiimi, THL

PETRA SAUKKONEN, TtM,
tutkija, Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö,
Palvelujärjestelmän tutkimus -tiimi,
THL

LEINI SINERVO, VTM,
kehittämispäällikkö, Yhdenvertaisuus
-yksikkö, Työelämäosallisuus ja
työllistymisen tuki -tiimi, THL

STINA SJÖBLOM, VTL,
erikoistutkija, Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö,
Vammaisuus yhteiskunnassa -tiimi, THL

TUULI SUOMELA, TtM,
asiantuntija, Tiedolla johtaminen ja
vertaiskehittäminen -yksikkö, Sosiaali- ja
terveydenhuollon järjestämisen arviointi
-tiimi, THL

AMANDA TUOMOLA, VTM,
vieraileva tutkija, Turun yliopiston
väitöskirjatutkija; Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö,
Sosiaalinen kestävyys -tiimi, THL

LIINA-KAISA TYNKKYNNEN, FT, dos.,
tutkimuspäällikkö, Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö,
Terveystaloustiede ja palveluiden
oikeudenmukaisuus -tiimi, THL;
Tampereen yliopisto

JOONAS UOTINEN, Master in Specialized
Economic Analysis,
tutkija, Hyvinvointivaltion tutkimus
ja uudistaminen -yksikkö, Sosiaalinen
kestävyys -tiimi, THL

MARIA VAALAVUO, PhD, dos.,
johtava tutkija, Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö,
Sosiaalinen kestävyys -tiimi, THL

RISTO VAITTINEN, (1960–2022)
FT, johtava ekonomisti,
Työeläkevakuuttajat TELA ry.

TUULIKKI VEHKO, FT,
tutkimuspäällikkö, Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö,
Palvelujärjestelmän tutkimus -tiimi,
THL

LOTTA VIRTANEN, VTM,
tutkija, Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö,
Palvelujärjestelmän tutkimus -tiimi,
THL

MAARET VUORENMAA, TtT,
erikoistutkija, Tiedolla johtaminen
ja vertaiskehittäminen -yksikkö,
Hyvinvointijohtamisen ja
palvelujärjestelmän tietopohja -tiimi,
THL

VISA VÄISÄNEN, TtM,
tutkija, Hyvinvointivaltion
tutkimus ja uudistaminen -yksikkö,
Palvelujärjestelmän tutkimus -tiimi,
THL

HÜLYA YÜKSEL, YAMK,
projektitutkija, Yhdenvertaisuusyksikkö,
Maahanmuutto ja kulttuurinen
moninaisuus -tiimi, THL

Johdanto

Ensimmäinen Suomalaisten hyvinvointi -teos julkaistiin kaksikymmentä vuotta sitten. Kirjasarjan tavoitteena on alusta lähtien ollut tuottaa ”tietoa ja ymmärrystä hyvinvoinnin laadusta ja jakaumasta yhteiskunnassa” (Heikkilä & Kautto 2002). Tämäkin teos jatkaa samalla linjalla, joskin sisällöltään laajentuneena. Teos pyrkii valottamaan sitä, mitä hyvinvointi on 2020-luvun Suomessa sekä millaisia alueellisia ja väestöryhmittäisiä eroja siinä esiintyy. Tavoitteena on muodostaa hyvinvoinnin kokonaiskuvaa ristivalottamalla sitä eri näkökulmista. Edellinen Suomalaisten hyvinvointi -teos ilmestyi vuonna 2018. Sen julkaisun jälkeen esiin on noussut joukko uusia kysymyksiä, ilmiöitä ja tapahtumia, joihin yhdistyy myös pidemmän ajan näkymiä. Koronaepidemia ja siihen liittyneet monenlaiset rajoitukset ovat vaikuttaneet hyvinvointiin eri tavoin. Rajoitusten vaikutusten jälkeen hyvinvointia, kenties jopa hyvinvointivaltiota, uhkaa Venäjän Ukrainaan kohdistuvaa hyökkäyssotaa seuraava ruokakriisi, kallis energia ja tätä kirjoitettaessa inflaatio, jollaista ei ole tällä vuosituhanella koettu. Näiden toivottavasti lyhyen aikavälin, joskin vaikutuksiltaan kauaskantoisten, ongelmien rinnalla tulisi pystyä järjestelmällisesti suuntaamaan yhteiskuntaa kohti hiilineutraaliutta, eduskunnan päätöksen mukaisesti vuoteen 2035 mennessä. Vauraana pohjoismaisena hyvinvointivaltiona Suomella on oma vastuunsa siinä, että ilmastonmuutokseen hillintään ja maailmanlaajuiseen luontokatoon löytyy ratkaisuja.

Pohjoismainen hyvinvointivaltio on viime vuosien aikana osoittanut voimansa koronaepidemian hallinnassa. Suomi on selvinnyt epidemiasta tähän mennessä hyvin ja pienemmillä kuolleisuusluvuilla kuin useat muut Euroopan maat. Myös rajoitustoimet ovat olleet moniin muihin maihin verrattuna lieviä, vaikka meilläkin on jouduttu turvautumaan ajoittain voimakkaampiin rajoituksiin. Vaikka koronaepidemia on vaikuttanut varmasti lähes kaikkien suomalaisten arkeen ja elämään tavalla tai toisella, on vaikutusten havaittu vaihtelevan merkittävästi eri väestöryhmissä. (Kestilä ym. 2018.) Epidemian ja siihen liittyvien rajoitustoimien taloudelliset, psykososiaaliset ja terveydelliset vaikutukset näyttävät olleen

voimakkaimpia niissä väestöryhmissä, jotka olivat jo ennen epidemiaa heikossa asemassa. Vaikka osa koronaepidemian ja siihen liittyvien rajoitustoimien vaikutuksista jäi lyhytaikaisiksi ja tilapäisiksi, osa vaikutuksista väestön hyvinvointiin ja elinoloihin näkyy vasta pitkällä aikavälillä ja niitä tunnetaan vielä huonosti. Piilevien ja hitaammin ilmenevien vaikutusten arviointi on vasta alussa. Tulevaisuudessa tarkasteltavaksi jää sekin, miten koronaepidemia on pidemmällä aikajänteellä eri sukupolviin vaikuttanut. Epidemiasta ja sen hallinnan keinoista on myös opittava tulevaisuutta varten, sillä erilaiset globaalit kriisit ja uhat tulevat jatkossakin vaatimaan kriisinkestävää yhteiskuntaa. Esimerkiksi palvelujärjestelmän resilienssiä kriisitilanteissa on tärkeää kehittää.

Hyvinvointivaltio on ratkaisevassa asemassa myös yhteiskunnan kestävyuden turvaamisessa. Yhteiskunnan kestävyys edellyttää kaikkien kestävyuden ulottuvuuksien (ekologinen, taloudellinen, sosiaalinen ml. kulttuurinen) tasapainoista kehitystä ja niihin tukevien varantojen turvaamista. Samalla se edellyttää arvovallintoja sen suhteen, mitkä varannot ovat luonteeltaan sellaisia, että niiden turvaaminen on välttämätöntä tulevien sukupolvien hyvinvoinnin turvaamiseksi. Tätä kirjoitettaessa ajankohtainen on kysymys energiavarantojen määrästä ja laadusta, mihin liittyvillä ratkaisuilla on kauaskantoisia vaikutuksia pitkälle tulevaisuuteen. Ilman onnistuneita ja tarkkaan punnittuja ratkaisuja on vaikea nähdä hyvinvoinnin pohjoisella pallonpuoliskolla siirtyvän tuleville polville etenkin vallitsevalla tasolla. Pohjoismaiseen hyvinvointivaltiomalliin sisältyy kuitenkin piirteitä, joiden on arveltu mahdollistavan esimerkiksi ilmastonmuutoksen hillinnän edellyttämiä toimenpiteitä paremmin kuin jotkin muut mallit (Gough ym. 2008). Tämä perustuu vahvoihin poliittisiin instituutioihin ja tehokkaaseen hallintoon, jonka avulla erilaiset säätelytoimet voidaan ulottaa yli sektorien ja tasojen, paikallistasolle asti. Näillä voidaan olettaa olevan suoria – niin kielteisiä kuin myönteisiä – vaikutuksia ihmisten elämänlaadulle.

Etenkin ihmisten elämäntapaan, heidän rooleihinsa osallistuvina, aktiivisina kansalaisina ja kuluttajina kajoavat politiikkatoimet edellyttävät myös arvojen muutoksia. Esimerkiksi kuluttamisen muutokset, kuten tarpeettoman matkustamisen tai lihan kulutuksen vähentäminen, vaativat elämänlaadun perusteiden arviointia uudelleen. Eurooppalaisten elämänlaatua kartoittaneet tutkimukset osoittavat, että edelleen subjektiivista hyvinvointiamme määrittävät voimakkaasti materiaaliset tekijät kuten tulot ja kulutus. Tyytyväisyys elämään on selvimmin yhteydessä elintason. (Eurofound 2017, 13.) Ympäristön kannalta kestävä ja ilmastolle vähemmän haitallinen käyttäytyminen tarkoittaa vähemmän materialistisia elämäntapoja, mikä saattaa johtaa ristiriitaan pyrittäessä tasapainoilemaan mahdollisimman korkean materiaalsen hyvinvoinnin tason ja tehokkaan ilmastopolitiikan välillä. Kun terveys ja sosiaaliset suhteet kuitenkin myös ovat korkealla väestön hyvinvointia koskevissa arvostuksissa, elämäntapojen muuttaminen elintasosta tinkimällä voisi tapahtua omaksumalla terveyttä ja sosiaalista elämää edistäviä käytäntöjä.

Monimuotoinen hyvinvointi

Tämän teoksen lähtökohtana on hyvinvoinnin moniulotteisuus. Tunnetun suomalaisen sosiologian professori Erik Allardtin (1976) ajatus hyvinvoinnin ulottuvuuksista on edelleen ajankohtainen, vaikka arkikäytössä hyvinvointi onkin saanut uusia sävyjä. Allardtin teoriaa mukaillen: voidakseen hyvin ihminen tarvitsee riittävän elintason pystyäkseen tyydyttämään perustarpeensa, mielekästä tekemistä, itsensä toteuttamisen mahdollisuuksia ja ihmissuhteita. Hyvinvointi edellyttää kaikkien näiden toteutumista ainakin vähimmäistasolla.

Väestöryhmittäisiä eroja voidaan tunnistaa siinä, miten paljon hyvinvointia sen eri ulottuvuuksilla esiintyy. Eroja esiintyy esimerkiksi sosioekonomisen aseman, sukupuolen, etnisen taustan ja asuinalueen mukaisesti. Hyvinvointi- ja terveyserot ovat osoittautuneet varsin sitkeiksi, vaikka niiden kaventamiseen on pyritty lukuisin keinoin jo vuosikymmenten ajan. Samalla väestön ikääntymisen mukanaan tuomat seuraukset koettelevat hyvinvoinnin kestävyyttä, jonka ylläpitäminen vaatii määrätietoista ja kattavaa yhteiskuntapolitiikkaa. Monet ikääntyvään väestöön liittyvät sosiaaliset, terveydelliset ja taloudelliset kysymykset ovat puhuttaneet jo pitkään. Ekologisen kestävyuden näkökulmasta ikääntymistä on sen sijaan hahmotettu vähemmän, vaikka esimerkiksi eläkevarantoihin liittyviä ekologisia kysymyksiä ja ilmastonmuutos tuottaa esimerkiksi tautikirjon muuttumisen myötä ja helteisiin sopeutumisen seurauksena uusia riskejä, jotka kohdentuvat etenkin ikääntyvään väestöön. Iäkkäät asuvat kotonaan aiempaa pidempään ja yhä huonokuntoisempina, mikä johtaa sekä virallisen että epävirallisen hoivan ja palvelujen tarpeen kasvuun.

Väestön ikääntyminen ja demografinen murros on johtanut huoltosuhteen heikkenemiseen, kun työikäisten määrän vähetessä myös heidän huoltotaakkansa kasvaa entisestään (ks. Kestilä & Karvonen luku 1). Tällöin myös järjestelmän rahoituksen kestävyys joutuu koetukselle. Ikääntyvän väestön arvioidaan kasvattavan terveys- ja sosiaaliturvamenoja, heikentävän taloudellista huoltosuhdetta ja haastavan siten rahoitusjärjestelmän kantokykyä (ks. Honkatukia & Vaitinen luku 17). Taloustieteilijöiden mukaan kansantalouden kestävyys 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. Maahanmuuttaneen väestön määrä on koko ajan kasvanut Suomessa. Työperäisen maahanmuuton lisäksi ihmisten liikkuvuus sota- ja kriisialueilta sekä ilmastopakoisuus lisääntyvät. Kun luonnollinen väestönkasvu on hidasta ja syntyvyys laskee, maahanmuutolla on yhä tärkeämpi rooli väestönkasvussa (lastensaantitoiveista ks. Klemetti ym. luku 8). Nettomaahanmuutto onkin kasvattanut vuodesta 2007 lähtien väkilukua enemmän kuin syntyvyys (ks. Kestilä & Karvonen luku 1). Maahan

muuttaneen väestön osuuden kasvu edellyttää muun muassa palvelujärjestelmän kehittyvän, sillä kulttuurisesti ja etnisesti entistä monimuotoisempi väestö tarvitsee osin toisenlaisia palveluja kuin mihin aiemmin on totuttu. Myös hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja ylläpitämiseen liittyy kysymyksiä, joihin aiemmin ei ole ollut tarvetta varautua (ks. Nykänen ym. luku 6).

Vaikka jo vuosikymmeniä on odotettu ja kirjoitettu työn murroksesta tai työn merkityksen vähentämisestä, se on edelleen monelle tärkeä tapa osallistua yhteiskuntaan. Työelämän ulkopuolelle vain harva jää omasta tahdostaan. Pitkäaikainen työelämän ulkopuolella oleminen tarkoittaa usein myös niukkaa elantoa ja toisinaan heikompaa perusterveydenhuoltoa (perusturvan riittävydestä ks. Mukkila ym. luku 12; Saikku ym. luku 11).

Hyvinvointi muodostuu ihmisten arjessa, yleisemmin elämässä ja vuorovaihtuksessa suhteessa toisiin ihmisiin (ks. Leemann ym. luku 5). Hyvinvointivaltion tuottamalla palveluilla ja etuuksilla on osuutensa hyvinvoinnin tukemisessa, esimerkiksi maksuton koulutus luo mahdollisuuksia itsensä kehittämiseen, varhaiskasvatuspalvelut antavat vanhemmille mahdollisuuden käydä työssä ja kevyen liikenteen väylät houkuttelevat arkiliikuntaan. Sosiaaliturvajärjestelmä turvaa toimeentuloa eri elämäntilanteissa ja tuo siten joustoa esimerkiksi lapsiperheille ja niille, jotka sairaus tai työttömyys yllättävät.

Aina hyvinvointivaltion palvelut eivät tuota hyvinvointia. Apua tai tukea tarvitsevia ihmisiä käännytetään pois palveluista, palvelun tai etuuden hakeminen on muodostunut niin vaikeaksi, että ihmisen voimavarat loppuvat kesken tai hän ei tule lainkaan kohdatuksi tai kuulluksi palveluissa. Nämä ovat menetettyjä mahdollisuuksia vahvistaa ihmisten hyvinvointia ja osallistumista.

Palvelut ja toimeentuloturva muutoksessa

Kuluneen pääministeri Sanna Marinin hallituskauden aikana ulkoinen toimintaympäristö on ollut epätavallisen suuressa muutoksessa. Kriisien vaatimasta huomiosta huolimatta hallituskauden aikana on edistetty isoja ja monia pienempiä reformeja (toimeentulotukiudistuksesta ks. Blomgren ym. luku 14). Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus eli sote-uudistus saatiin lainsäädännön osalta siinä määrin valmiiksi, että hyvinvointialuevaalit järjestettiin tammikuussa 2022. Aluevaalien äänestysprosentti jäi pieneksi, mikä kertonee siitä, että äänestäjille aluevaltuustojen rooli ei ole vielä kirkastunut. Sosiaali- ja terveydenhuollon ja pelastustoimen järjestämistä vastuu siirtyy uudistuksessa kunnilta (pl. Helsingin kaupunki) hyvinvointialueille vuoden 2023 alussa. Hallituskauden aikana on päästy ottamaan ensi askelia uudistuksen toimeenpanemiseksi monen aiemman uudistusyrityksen kariuduttua. Samalla myös järjestelmän rahoitus muuttuu niin, että hyvinvointialueiden rahoitus perustuu enimmäkseen valtion rahoitukseen, osin myös asiakas- ja käyttömaksuihin. Alueet eivät siis saa oikeutta kattaa menojaan

verotuksella vaan korvattavat kustannukset perustuvat laskennallisiin arvioihin. Toimeenpanon edetessä sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmän korjaaminen tulee varmasti ajankohtaiseksi. Tähän tarvitaan jatkossakin tutkittua tietoa.

Ylipäättään julkisten palvelujen allokoinnin tueksi tarvitaan vahvempaa tietopohjaa, mihin digitalisaation eteneminen tarjoaa mahdollisuuksia, joihin sisältyy kuitenkin myös riskejä. Esimerkiksi sosiaalipalvelujen siirtyessä osaksi Kanta-järjestelmää palveluista kertyvän aineiston määrä lisääntyy merkittävästi. Mikäli tietorakenteet suunnitellaan riittävän tiiviissä yhteistyössä käytännön toimijoiden kanssa, saatetaan myös sosiaalipalvelujen käyttöä ja kustannuksia päästä vertailemaan huomattavasti nykyistä paremmilla ja ajantasaisemmilla aineistoilla (ks. Saikku ym. luku 11 sosiaalipalvelujen aineistoista; Vehko ym. luku 13 sähköisistä palveluista). Tämä puolestaan voisi mahdollistaa yhtäältä eri väestöryhmien palvelutarpeiden ja toisaalta tarjottavien palvelujen yhdenvertaisen kohdentumisen erittelyn nykyistä helpommin. Luotettavan datan saaminen asiakastietojärjestelmistä edellyttää kuitenkin sitä, että järjestelmä tukee asiakastyötä, toimii moitteettomasti ja on asiakkaalle läpinäkyvä. Tähän on vaikea päästä, mikäli asiakastyöntekijät ja asiakkaat eivät ole mukana luomassa uusia järjestelmiä. Digitaalisiin palveluihin ladataan suuria odotuksia. Vaikka digitalisaatio lisää monesti palvelujen saatavuutta, ei kaikilla kuitenkaan ole mahdollisuutta hyödyntää digitaalisia palveluja (ks. Vehko ym. luku 13). Sähköisten palvelujen käyttöön tarvitaan kohtuullisen nykyaikaista laitteistoa, kielitaitoa ja useimmiten mahdollisuutta vahvaan tunnistautumiseen.

Digitalisaatio tuo osan julkisista palveluista saataville virastojen aukioloaikojen ulkopuolella ainakin niille, joilla on edellytykset asioida sähköisesti. Julkisten palvelujen asiakastietojärjestelmiin karttuva data tuo mahdollisuuksia hyödyntää koneoppimista ja siten tunnistaa palvelutarpeita paremmin. Toisaalta palvelutarpeiden tunnistamisesta ei ole juuri hyötyä, jos palveluja ei ole tarjolla. Toistaiseksi Suomessa on melko vähän pohdittu sitä, miten sulautuvasti digitaaliset ja lähipalvelut toimivat yhteen tai minkälaista inhimillistä osaamista tarvitaan vaikkapa tilanteessa, jossa tekoäly on tehnyt huoli-ilmoituksen lastensuojeluun (ks. esim. Eubanks 2018).

Sosiaaliturvan uudistamiseksi käynnistetyn parlamentaarisen komitean avulla yritetään välttää Sosiaali- ja terveydenhuollon (sote) -uudistuksen valmistelussa esiintyneitä ongelmia (STM 2022). Parlamentaarisen komiteatyöskentelyn ajatellaan mahdollistavan uudistamisen tavan, joka on pitkäjänteinen, asteittainen ja joka huomioi toimintaympäristön nopeitakin muutoksia. Alkuvaiheessa komitea on pyrkinyt löytämään ensin riittävän yhteisen ymmärryksen siitä, mitä uudistuksella tavoitellaan. Uudistuksen edetessä on tarpeen tutkia hallitusten esitysten määrien ja tavoitteiden optimaalisuutta. Aina ei ole aivan yksiselitteistä, etteikö monia kansalaisten hyvinvointia ja terveyttä edistäviä toimia voitaisi parantaa toimeenpanoa kehittämällä jo nykyisen lainsäädännön puitteissa. Komitea on toistaiseksi tunnistanut ongelmia sosiaaliturvan monimutkaisuudessa, ansiotyön ja

sosiaaliturvan yhteensovittamisessa, viimesijaisen turvan, perusturvan ja asumisen tukemisessa sekä palvelujen yhteensovittamisessa. Näistä teemoista on vuoden 2022 kuluessa julkaistu väliraportteja ja kannanottoja sosiaaliturvan uudistamiseksi. Edellinen sosiaaliturvan kokonaisuudistusta tavoitellut SATA-komitea ajautui vaikeuksiin intressiristiriitojen seurauksena, mutta osa komitean suosituksista toteutui (Soininvaara 2010).

Suomalaisten hyvinvointi 2022

Suomalaisten hyvinvointi -teosten tarkoitus on alusta asti ollut arvioida hyvinvointivaltion tilaa, sen kehitystä ja eri osa-alueita, etenkin sosiaali- ja terveystalv palveluja. Olennainen osa teoksia ovat olleet väestön kokemukset ja näkemykset sekä niissä ilmenevät erot väestöryhmien välillä. Pyrkimyksenä on tuottaa kokonaiskuva suomalaisen yhteiskunnan sosiaalisesta tilasta eritellen mahdollisuuksien mukaan myös ajassa tapahtuneita muutoksia. Teosten rinnalla THL tuottaa myös [Suomen sosiaalinen tila -raporttisarjaa](#), jossa julkaistaan tiiviitä katsauksia päätöksenteon kannalta olennaisista ja ajankohtaisista teemoista. Raportit kuvaavat ilmiöitä, jotka liittyvät hyvinvointiin, elinoloihin, palveluihin ja hyvinvointivaltioon. Eriarvoisuus ja sosiaalinen kestävyys kulkevat läpileikkaavina näkökulmina julkaisuissa. Vuonna 2022 näitä raportteja on ilmestynyt jo viisi ja ne käsittelevät muun muassa lastensuojelua, mielenterveyttä ja kotihoidon maksujen alueellista yhdenvertaisuutta.

Suomalaisten hyvinvointi 2022 on sarjassaan jo seitsemäs, ja se jatkaa jo edellisessä teoksessa omaksuttua ilmiöpohjaisen sosiaaliraportoinnin linjaa. Ilmiöpohjaisuus tarkoittaa tässä yhteydessä sitä, että kirjoittajien valitsemat teemat määrittelevät käytetyt aineistot sen sijaan, että teos pohjautuisi jonkin tietyn aineiston raportointiin. Useat tässä teoksessa olevista tutkimuksista perustuvat THL:n keräämään Kansalliseen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus FinSote -aineistoon, mutta sen lisäksi hyödynnetään niin sosiaali- ja terveydenhuollon rekistereitä kuin laadullisia aineistojakin. Mukana on myös eri tutkimuksia ja tilastoja kokoavia katsauksia.

Vaikka teoksen tarkoitus ja sisältö ovat paljolti ennallaan, kokonaisuus kattaa aiempaa laajemman aihepiirin. Uusina näkökulmina tarkastellaan muun muassa osallisuutta väestön kokemana (luku 5) ja terveydenhuollon resilienssiä eli muutosjoustavuutta (luku 16). Sisältö pohjautuu aiemmasta poikkeavaan tapaan koota teos. Aiemmat teokset ovat syntyneet toimittajien hahmotteleman työnjaon pohjalta niin, että tutkijoille ja tutkimusryhmille on esitetty pyyntö tuottaa luku tietystä aihepiiristä. Tällä kertaa sisältö perustuu THL:n tutkijoille suunnattuun kirjoittajakutsuun, johon ilmoitettujen tutkimusaihioiden joukosta toimittajat valitsivat kirjan kokonaisuuden kannalta mielekkäimmät ja laadukkaimmat teemat edelleen jatkokehittäväksi yhdessä kirjoittajien kanssa.

Näin on syntynyt kokonaisuus, joka kattaa 17 sisältölukua sekä johdannon ja loppuluvun. Kokonaisuuden tarkoitus on käsitellä hyvinvointia laajasti eri osa-alueilla kattaen eri ikäryhmien hyvinvoinnin ja niihin vaikuttavat tekijät. Samalla pyrkimys on arvioida hyvinvointipolitiikkaa mahdollisimman monipuolisesti. Tämän teoksen yksi tarkoitus onkin paikantaa osaltaan suomalaisten hyvinvoinnissa ja palvelujärjestelmässä ilmeneviä jakolinjoja muun muassa päätöksenteon tueksi.

Teoksen luvut jakaantuvat neljään päälukuun, jotka ovat Hyvinvointi ja elinolot, Hyvinvointi eri elämäntilanteissa, Palvelut ja toimeentuloturva sekä Palvelujärjestelmän sosiaalinen ja taloudellinen kestävyys. Teoksen päättää Lopuksi-luku, jossa kirjan toimittajina pohdimme hyvinvoinnin ja hyvinvointipolitiikan tulevaisuutta tämän kirjan tulosten valossa. Luku kokoaa myös kirjan olennaisimmat tulokset yhteen. Tekstissä tuodaan esiin lisäksi joitakin jo näköpiirissä olevia ilmiöitä, joihin tutkimuksellisesti ei vielä ole kyetty pureutumaan.

Ensimmäisessä pääluvussa käsitellään **väestön hyvinvointia ja elinoloja** eli terveyttä, alueellista erilaistumista, hyvinvointia ja osallisuutta. Pääluvun aluksi luodaan yleiskatsaus Suomen väestöön sekä suomalaisten elinoloihin, hyvinvointiin ja niiden tärkeimpiin kehityssuuntiin olennaisimpien indikaattoreiden valossa. Toinen luku käsittelee terveyden sosioekonomisia eroja menetettyjen elinvuosien näkökulmasta ja kolmas alaluku suurten kaupunkien sisäistä eriytymistä sosioekonomisten erojen kannalta. Neljäs luku laajentaa näkökulmaa eurooppalaiseen vertailuun kohteenaan hyvinvoinnin mittaaminen ja jakautuminen. Pääluvun päättää osio, joka laajentaa hyvinvoinnin tarkastelua entisestään, kun kohteena on väestön kokemus osallisuudesta: mistä siinä on kysymys ja mitkä tekijät osallisuuden kokemusta selittävät.

Teoksen toinen pääluku esittelee **hyvinvointia eri elämäntilanteissa**. Sen tarkoituksena on tuoda esiin erityisesti sitä, miten hyvinvointi ilmenee tietyissä väestöryhmissä. Pääluvun avaa analyysi maahan muuttaneiden henkilöiden työllisyydestä ja elämänlaadusta. Sen jälkeen tulevat kaksi lukua keskittyvät lapsiperheisiin, pikkulapsiperheisiin ja lastensaantitoiveisiin. Seitsemännessä luvussa käsitellään työn ja perhe-elämän sovittamista yhteen perheissä, joissa on pieniä lapsia. Tämä elämänvaihe on monissa perheissä erityisen kuormittava, sillä pienten lasten hoivan lisäksi perhe-elämää voi hankaloittaa asumisen ahtaus. Kahdeksas luku käsittelee puolestaan lastensaantitoiveita. Siinäkin kohderyhmänä ovat pienten lasten perheet, tarkemmin vauvaperheet. Pääluvun lopuksi (luku 9) tarkastellaan toimintarajoitteisia yläkoululaisia. Korona-aika tuotti erityisiä ongelmia toimintarajoitteisille nuorille, joiden avun tarvetta ja saamista luvussa eritellään.

Teoksen kolmas pääluku keskittyy **palveluihin ja toimeentuloturvaan**. Tarkemmin luvun tavoitteena on analysoida sitä, miten sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut yhdessä sosiaaliturvan kanssa tukevat väestön hyvinvointia. Palveluista tarkastellaan muun muassa niiden käyttöä, palveluihin liittyviä kokemuksia ja niihin liittyvää eriarvoisuutta. Sosiaaliturvasta käsitellään perusturvaa. Pääluvun aloittaa luku 10, jossa perusturvan riittävyttä tutkitaan suhteessa eri tavoin ymmärrettyyn ja

mitattuun köyhyyteen. ”Paljonko on riittävästi”, kysytään luvun otsikossa. Luvussa 11 esitellään työttömien sosiaali- ja terveystalvelujen käyttöä ja niistä aiheutu-
via kustannuksia. Luvussa 12 tarkastelu laajenee koko aikuisväestöä käsittelevään
lukuun, jossa tutkitaan uusimman FinSote-aineiston valossa sosiaali- ja terveystal-
velujen saatavuutta ja niihin liittyviä asiakaskokemuksia. Kolmannen pääluvun
päättää luku 13, joka esittelee sähköisten sosiaali- ja terveystalvelujen tarjontaa,
palvelujen käyttöä ja niissä koettuja esteitä.

Teoksen neljäs pääluku keskittyy **sosiaalisen ja taloudellisen kestävyiden
risteyškohtiin palvelujärjestelmässä**. Osion neljässä luvussa tarkasteluun tulevat
niin kysymys väestön luottamuksesta järjestelmän toimintaan kuin johtaminen,
talous ja viimesijaisen turvan uudistaminen. Osion aloittaa toimeentulotuen uu-
distusta käsittelevä luku. Vuonna 2017 toteutetun uudistuksen seuraukset eivät
olleet kaikilta osin toivottuja, ja korjauksia joudutaan miettimään vielä vuosien
jälkeen. Luvussa 15 esitellään sosiaali- ja terveydenhuollon kannatusperustaa vä-
estössä. Vieläkö järjestelmään luotetaan, vaikka sote-uudistuksen toteuttamisessa
on koettu monia värikkäitä vaiheita? Luvussa 16 puolestaan eritellään terveyden-
huollon johtamista ja koronaepidemian hallintaa etsien vastausta kysymykseen,
mitä koronasta opittiin. Neljännen osan viimeisessä luvussa kuvataan sosiaali- ja
terveysmenojen pitkän aikavälin kehitystä ja tarkastellaan väestön ikääntymisen
seurauksena kehittyvää hoivan tarvetta ja siitä aiheutuvia kustannusennusteita tu-
levina vuosikymmeninä.

Teoksen luvut käsittelevät väestön elinoloja, hyvinvointia ja hyvinvointieroja,
palveluihin ja etuuksiin sekä hyvinvointijärjestelmään liittyviä kysymyksiä moni-
puolisesti, pyrkien ottamaan huomioon hyvinvoinnin eri ulottuvuuksia ja eri vä-
estöryhmiä. Laajakaan teos ei voi kuitenkaan kattaa kaikkia yksityiskohtia hyvin-
voinnin moninaisuudesta yhteiskunnallisena kysymyksenä. Vaikka teoksen yhtenä
kantavana teemana on yhteiskunnan kestävyys, kestävyiden ekologinen ulottuvuus
sinällään taikka eri ulottuvuuksien keskinäiset yhteydet ja risteymät jäävät vähälle
huomiolle. Myöskään koko ajan kasvavaa yksin asuvaa väestöä ei tarkastella erik-
seen, vaikka eri luvuissa esitetäänkin yksinasuvia koskevia tietoja (ks. esim. Muckila
ym. luku 10) Vastaavasti ikääntyneiden hyvinvointi jää vähemmälle huomiolle, ol-
koonkin, että nopeasti muuttuva väestörakenne kerrannaisvaikutuksineen osaltaan
kehystää koko teosta (ks. kuitenkin Honkatukia & Vaitinen luku 17).

Teos ei myöskään pyri tarjoamaan koronaepidemiasta tai sen seurauksista
kattavaa kokonaisarviota, vaikka osassa luvuista koronaa ymmärrettävästi käsitel-
läänkin. Sosiaali- ja terveysministeriön toimeksiannosta THL on seurannut ja ar-
vioinut koronaepidemian yhteiskunnallisista vaikutuksista epidemian alusta lähtien
ajantasaisesti ja monipuolisesti ja julkaissut muun muassa jo useita laajoja asian-
tuntijoiden arvioihin perustuvia raportteja (Kestilä ym. 2022; Kestilä ym. 2021;
Kestilä ym. 2020; Rissanen ym. 2020). Aihepiirin käsittely jatkuu edelleen. Myös
Valtioneuvoston kanslia on tuottanut useita koonteja ja arvioita koronaepidemian
vaikutuksista (mm. Varanka ym. 2022).

Toivomme, että Suomalaisten hyvinvointi 2022 -teos tarjoaa lukijoilleen monipuolisen, syvällisesti paneutuneen ja antoisan tutkimuskokonaisuuden. Teoksen tekemiseen on osallistunut suuri ja asiantunteva joukko pääasiassa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen asiantuntijoita, joille toimittajat haluavat osoittaa lämpimän kiitoksen. Kiitämme myös kahta anonyymiä arvioijaa hyvistä, paikoin kriittisistäkin huomioista, jotka veivät kirjan käsikirjoitusta huomattavasti eteenpäin. Lopuksi haluamme kiittää pitkäaikaisesta yhteistyöstä kahta teoksen viimeistelyn kannalta ratkaisevan olennaista henkilöä: julkaisupäällikkö Kirstimaria Kurosta kielenhuollosta ja julkaisusuunnittelija Seija Puroa kuvioiden ja taulukoiden viimeistelystä.

Lukijoille toivotamme antoisia lukuhetkiä!

Lähteet

- Allardt, Erik (1976): Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Helsinki: WSOY.
- Eubanks, Virginia (2018): Automating Inequality: How High-Tech Tools Profile, Police, and Punish the Poor. New York: St. Martin's Press.
- Eurofound (2017): European Quality of Life Survey 2016: Quality of life, quality of public services, and quality of society. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Gough, Ian & Meadowcroft, James & Dryzek, John & Gerhards, Jürgen & Lengfeld, Holger & Markandya, Anil & Oritz, Ramon (2008): JESPsymposium: Climate change and social policy. *Journal of European Social Policy* 18(4), 325–344. DOI: 10.1177/0958928708094890
- Heikkilä, Matti & Kautto, Mikko (2002): Johdanto. Suomalaisten hyvinvointi 2002. Helsinki: Stakes.
- Kestilä, Laura & Kapiainen, Satu & Mesiäislehto, Merita & Rissanen, Pekka (toim.) (2022): Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. Asiantuntija-arvio, kevät 2022. Raportti 4/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kestilä, Laura & Jokela, Merita & Härmä, Vuokko & Rissanen, Pekka (toim.) (2021): Covid-19-epidemian vaikutuksen hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. Asiantuntija-arvio, kevät 2021. Raportti 3/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kestilä, Laura & Härmä, Vuokko & Rissanen, Pekka (toim.) (2020): Covid-19-epidemian vaikutuksen hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. Asiantuntija-arvio, syksy 2020. Raportti 14/2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Rissanen, Pekka & Parhiala, Kimmo & Kestilä, Laura & Härmä, Vuokko & Honkatukia, Juha & Jormanainen, Vesa (2020): COVID-19-epidemian vaikutukset väestön palvelutarpeisiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen: nopea vaikutusarvio. Raportti 4/2020. Helsinki. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Soininvaara, Osmo (2010): SATA-komitea: miksi asioista päättäminen on niin vaikeaa? Helsinki: Teos.
- STM (2022): <https://stm.fi/sosiaaliturvakomitea>, poimittu 9.11.2022
- Varanka, Jouni & Packalen, Petra & Voipio-Pulkki, Liisa-Maria, ym. (2022): COVID-19-kriisin yhteiskunnalliset vaikutukset Suomessa. Helsinki: Valtioneuvoston julkaisuja 2022:14.

I

Hyvinvointi ja elinolot

1

Katsaus Suomen väestöön ja väestön hyvinvointiin tilastojen valossa

Suomessa käynnissä oleva väestöllinen murros haastaa hyvinvointivaltion kestävyyttä ja sen rakenteita. Väestö ikääntyy ja syntyvyys laskee. Samankaltainen kehitys on ajankohtainen monissa muissakin vauraissa länsimaissa. Suomessa väestö ikääntyy kuitenkin kansainvälisestäkin katsottuna nopeasti. Esimerkiksi OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) arvioi, että vuonna 2050 noin 12 prosenttia Suomen väestöstä on 80-vuotiaita tai sitä vanhempia, kun OECD-maissa vastaava osuus olisi keskimäärin kymmenen prosentin luokkaa (OECD 2019). Suomen väestön ikääntyminen nopeutui entisestään viimeksi kuluneen vuosikymmenen aikana, jolloin syntyvyys laski voimakkaasti ja sodan jälkeiset suuret ikäluokat saavuttivat eläkeiän. Suomalaisten kokonaishedelmällisyys oli vuonna 2019 kaikkien aikojen matalimmalla tasolla ja väestönkasvu on ollut viime vuosikymmeninä teollistuneiden maiden hitaimpia. Suomen väestö kuuluukin maailman vanhimpiin, sillä 65 vuotta täyttäneiden osuus väestöstä oli meillä 22,9 prosenttia vuonna 2021. Tämä on maailman korkeimpia osuuksia muun muassa Japanin (29,8 %), Italian (23,7 %) Portugalin (22,6 %) ja Kreikan ohella (22,5 %) (United Nations 2022).

Elinajanodotteen ja terveiden elinvuosien määrän lisääntyminen kertoo tietysti, ja varsin myönteisesti, hyvinvoinnin lisääntymisestä ja elinolojen kohentumisesta (Zechner ym. 2022), mutta laskevan syntyvyyden ja alati pienenevien ikäkohorttien vanavedessä huoltosuhteen muutokset väestössä aiheuttavat merkittäviä ongelmia. Tällöin järjestelmän rahoituksen vaikeudet tulevat ilmeisiksi (ks. myös Honkatukia & Vaittinen luku 17 tässä teoksessa). Huoltosuhteen heikkeneminen haastaa paitsi yhteiskunnan taloudellista kestävyyttä, myös sukupolvien välis-

tä oikeudenmukaisuutta. Järjestelmän taloudellinen kantokyky on ongelmissa, kun nykyisen ikärakenteen kehityksen seurauksena sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttäjien ja eläkkeensaajien määrä kasvaa ja työikäisten määrä vähenee. Julkisen talouden, sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän ja eläkejärjestelmän tulee siis sopeutua vallitsevan tilanteen seurauksiin.

Syntyvyyden ja kuolleisuuden ohella muuttoliikkeellä, niin maahanmuutolla kuin maan sisäisellä muuttoliikkeellä, on tärkeä rooli väestörakennetta määrittävänä tekijänä. Maahanmuutto voi lieventää tai vahvistaa ikääntymisen vaikutuksia demografisiin ja taloudellisiin huoltosuhteisiin, ja valtakunnallisen tason lisäksi sillä on vaikutuksia paikallisella tasolla (Zechner ym. 2022). Suomessa maan sisäinen muuttoliike on jo pitkään suuntautunut kasvukeskuksiin ja maantieteellisesti katsottuna pohjoisesta etelään päin (Kestilä & Martelin 2018). Maan sisäinen muuttoliike vaikuttaa alueelliseen ja paikalliseen väestörakenteeseen, hyvinvoinnin jakautumiseen ja palvelutarpeisiin – ja sitä kautta myös taloudelliseen kantokykyyn.

Julkisen talouden kestävyys ei riipu kuitenkaan pelkästään väestörakenteeseen suoraan vaikuttavista tekijöistä, kuten edellä mainituista syntyvien lasten määrästä, maahanmuutosta tai eliniän pitenemisestä. Siihen vaikuttavat myös muun muassa työurien pidentäminen sekä terveys- ja hoivapalvelujen tarpeen vähentäminen tai lykkääminen (Kestilä & Martelin 2018). Tiedolla väestörakenteen kehityssuunnista ja niiden vaikutuksista voidaan luoda pohjaa kestäväälle hyvinvointipoliittiselle päätöksenteolle – niin kansallisella, alueellisella kuin paikallisellakin tasolla. Väestöliiton julkaisemassa Väestöpoliittisessa raportissa vuodelta 2020 todetaan, että väestönkehitystä tulisi tarkastella kokonaisvaltaisesti siten, että tavoitteena olisi inhimillisen, ekologisen ja taloudellisen kestävyuden tasapaino (Sorsa 2020). Ikääntyvässä suomalaisessa hyvinvointivaltiossa myös julkisen talouden kestävyyttä tavoiteltaessa on tärkeää huomioida sosiaalisen ja ekologisen kestävyuden ulottuvuudet.

Seuraavassa tehdään katsaus Suomen väestöön, sen kehitykseen ja keskeisimpiin väestömuutoksiin sekä siihen, miltä väestön elinolot ja hyvinvointi näyttävät 2020-luvun alussa. Luvun aineisto on koottu ja laskettu pääosin Tilastokeskuksen tilastoaineistoista siten, että kustakin indikaattorista on käytetty aina (kirjoittamishetkellä) tuoreinta saatavilla olevaa tietoa. Lisäksi väestön hyvinvoinnin osalta on käytetty tuoreimpien koko väestöä edustavien kyselytutkimusten tuloksia. Luku on päivitetty versio vuoden 2018 Suomalaisten hyvinvointi -teoksen vastavista luvuista ja se on tiivistetty kuvaamaan vain oleellisia osia.

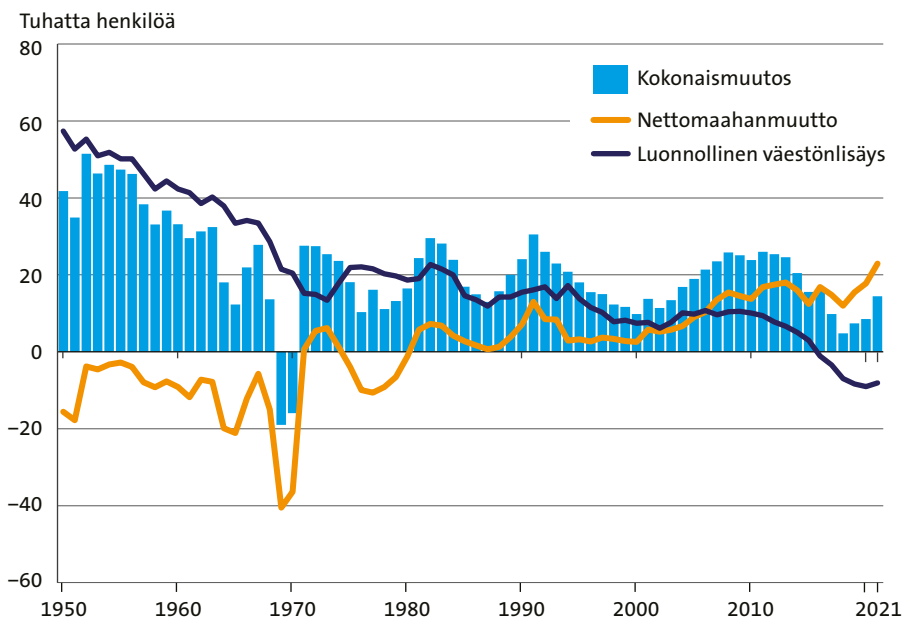
Väestö ja väestömuutokset

Väestön määrä ja väestörakenne

Tilastokeskuksen väestörakennetilaston¹ mukaan Suomen virallinen **väkiluku** oli vuoden 2021 lopussa 5 548 241. Väkiluku kasvoi vuoden 2021 aikana yhteensä 14 448 henkilöllä ja suhteellinen väkiluvun kasvu oli 0,3 prosenttia. Suomea, ruotsia tai saamea äidinkielenään puhuvien määrä väheni 10 747 henkilöllä, mutta vieraskielisten määrä kasvoi peräti 25 195 henkilöllä. Vieraskielisten määrä kasvoi enemmän kuin viimeiseen 40 vuoteen (SVT, väestörakenne).

Väestön määrän eli väkiluvun kehitys riippuu hedelmällisyydestä, kuolleisuudesta ja maahanmuutosta. Suomen väestönkasvu on ollut teollistuneiden maiden hitaimpia, ja se on ollut jo pitkään nettomaahanmuuton varassa. Väestönkasvu johtui aiemmin pääasiassa syntyneiden enemmyydestä kuolleisiin nähden, mutta 2000-luvulla maahanmuuton osuus väestönkasvusta on lisääntynyt. Kuviossa 1.1 esitetään syntyneiden enemmitys kuolleisiin nähden (luonnollinen väestönlisäys), nettomaahanmuutto ja väestön määrän kokonaismuutos vuosina 1950–2021. Kuten kuviosta on nähtävissä, vuodesta 2007 lähtien nettomaahanmuutto on kasvattanut väkilukua enemmän kuin luonnollinen väestönlisäys. Syntyvyyttä, kuolleisuutta ja muuttoliikettä käsitellään tarkemmin myöhemmin tässä luvussa.

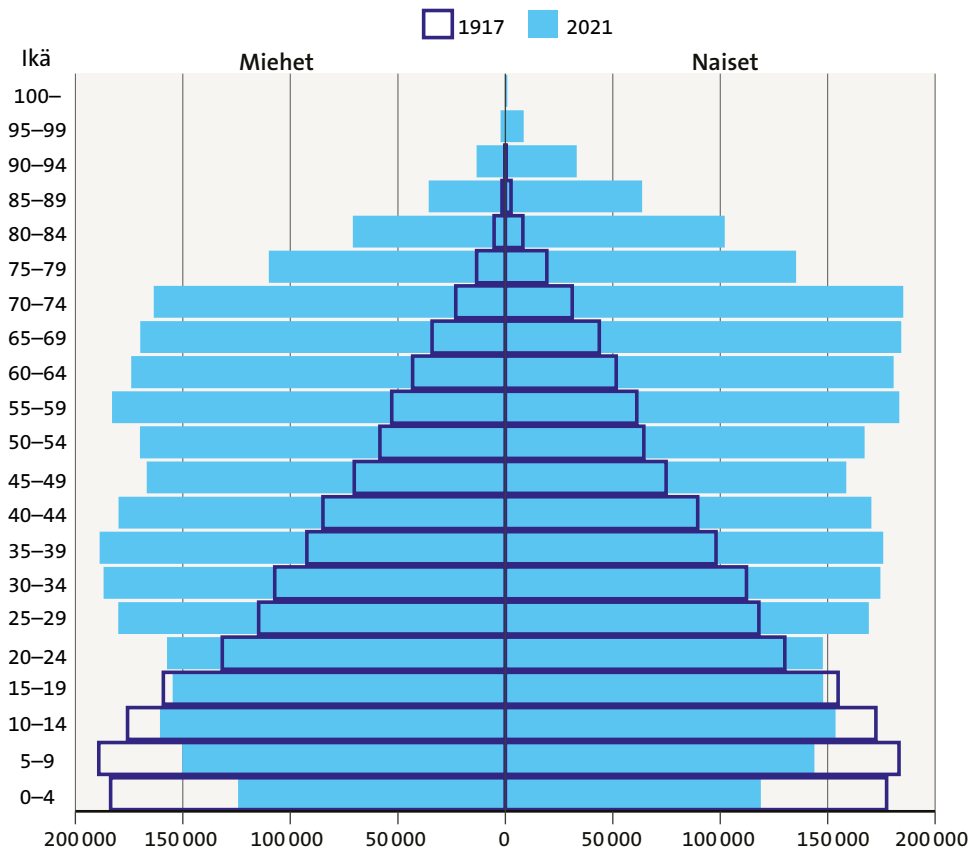
Tilastokeskuksen tuoreimman väestöennusteen mukaan väkiluvun ennakoidaan kääntyvän laskuun vuonna 2034. Suomen väkiluku olisi ennusteen mukaan 2050-luvulla jo pienempi kuin nykyään. (SVT, väestöennuste.)



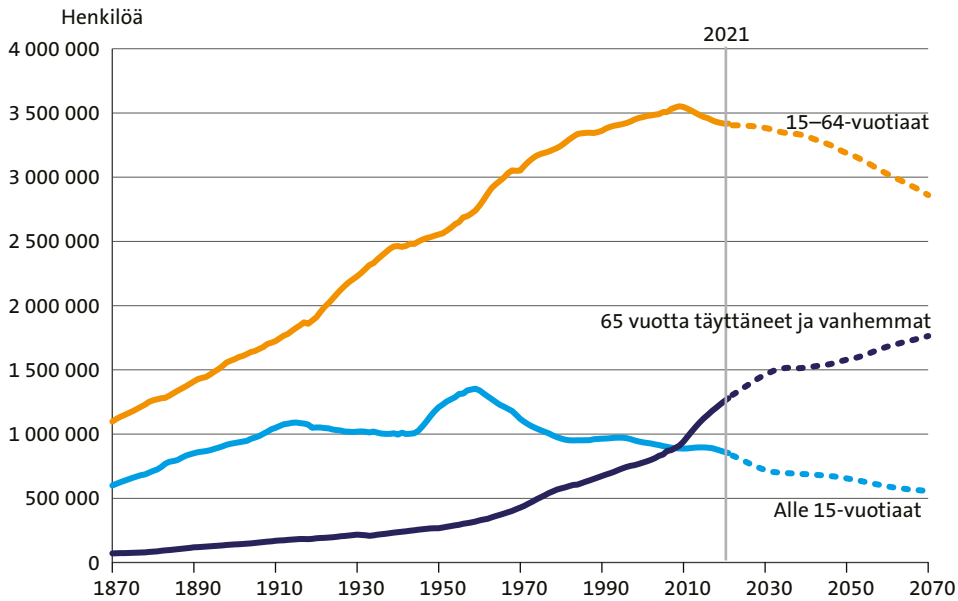
Kuvio 1.1. Suomen väestömuutokset (nettomaahanmuutto, luonnollinen väestönlisäys ja väestön määrän kokonaismuutos) vuosina 1950–2021. Lähde: Tilastokeskus, väestörakennetilasto.

Merkittävin väestörakenteen muutos Suomessa ja koko Euroopassa eli väestön vanheneminen näkyy erityisesti ikärakenteen muutoksena. Eläkeikäisten osuus väestöstä on kasvanut ja kasvaa voimakkaasti samaan aikaan kun työikäinen väestö vähenee. Myös lasten ja nuorten osuudet pienenevät, eikä syntyvydessä ole odotettavissa merkittävää muutosta, vaikka esimerkiksi Suomessa koronaepidemian aikana onkin havaittu pientä syntyvyyden kasvua pitkän laskun jälkeen (ks. myös Klemetti ym. luku 8). Suomen kokonaishedelmällisyys ja syntyneiden lasten määrä pienenevät noin neljänneksellä 2010-luvun aikana ja Suomi onkin kuulunut vähäisen syntyvyyden maihin. (Rotkirch 2020a.)

Väestön **ikärakennetta** ja sen kehitystä voidaan havainnollistaa ikäpyramidilla (myös väestöpyramidi). Kuviossa 1.2 esitetään Suomen ikärakenne ikäpyramidina vuosien 1917 ja 2021 lopussa. Vielä vuonna 1950 ikäpyramidi leveni Suomessa alaspäin, mutta sen jälkeen hedelmällisyys on vähentynyt nopeasti ja syntyvien ikäluokkien koot pienentyneet. Tästä syystä vuosituhanen vaihteessa ikäpyramidi oli keskeltä levein (ns. urnamuoto) sotien jälkeisten ikäluokkien ollessa noin



Kuvio 1.2. Väestön ikärakenne 31.12.1917 ja 31.12.2021. Lähde: Tilastokeskus, väestörakennetilasto.

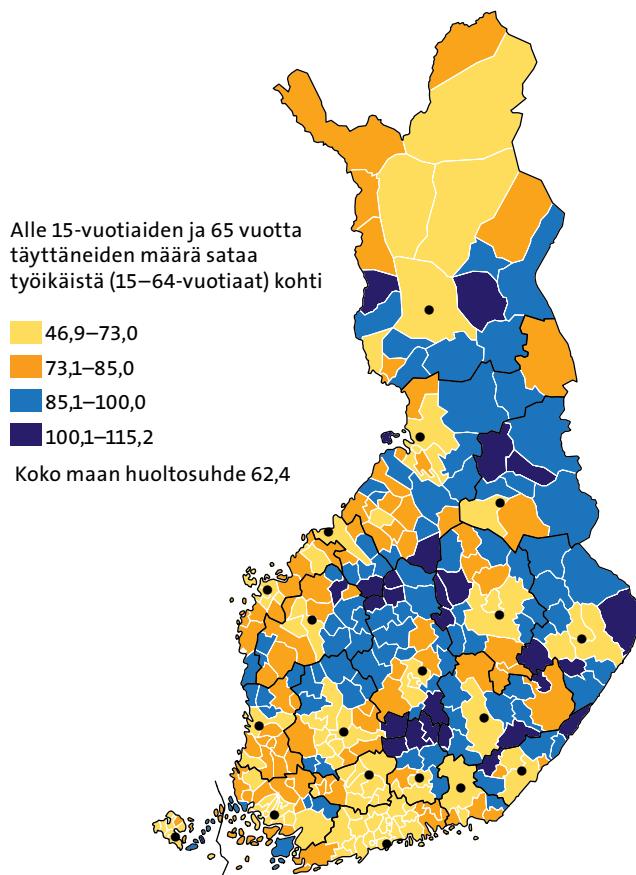


Kuvio 1.3. Väestö ja väestöennuste ikäryhmittäin. Lähde: Tilastokeskus, väestörakennetilasto ja väestöennuste.

50-vuotiaita. Sotien jälkeen syntyneet isot ikäluokat näkyvät pyramidissa edelleen sen leveimpänä kohtana, mutta näiden jälkeen syntyneiden ikäluokkien koot ovat pienentyneet.

Ikäpyramidin muoto tulee jatkossakin muuttumaan. Syntyvyyden pysyessä matalalla tasolla nuorten osuus väestöstä uhkaa pienentyä edelleen ja näin pyramidi kaventuisi alaosasta entisestään. Tilastokeskuksen tuoreimman väestöennusteen² mukaan alle 15-vuotiaiden määrä tulee vähenemään lähivuosikymmeninä edelleen. (SVT, väestöennuste.) (kuvio 1.3).

Eri ikäryhmien välisiä suhteita kuvataan **väestöllisen huoltosuhteen** avulla. Suomen väestöllinen huoltosuhte eli lasten (0–14-vuotiaat) ja eläkeikäisten (65+ -vuotiaat) määrä sataa työikäistä (15–64-vuotiaat) kohden oli vuoden 2021 lopussa Tilastokeskuksen mukaan 62,4 (SVT, väestö). Viimeksi väestöllinen huoltosuhte oli näin korkealla tasolla 1960-luvun alkupuolella, jolloin synnä oli lasten suuri osuus väestöstä, nyt korkean huoltosuhteen takana on ikääntyneen väestön suuri osuus (Kestilä & Martelin 2018). Suomessa väestöllisen huoltosuhteen heikkeneminen on ollut poikkeuksellisen nopeaa. Tilastokeskuksen vuoden 2021 väestöennusteen mukaan huoltosuhte heikkenee edelleen tulevana vuosikymmeninä (SVT, väestöennuste). Työikäisten määrä vähenee siis lähivuosikymmeninä entisestään, ja sodan jälkeen syntyneistä suurista ikäluokista jo suurin osa on eläkkeellä. Tällä hetkellä työmarkkinoille tulevat ikäluokat ovat näitä pienempiä.



Aluejako 1.1.2022 mukainen

Kuvio 1.4. Väestöllinen huoltosuhte kunnittain vuonna 2021. Lähde: Tilastokeskus, väestörakennetilasto.

Vaikka eroja on väestön ikääntyminen koskettaa kaikkia Suomen alueita ja jokaista Suomen kuntaa, on ikärakenteen kehityksessä myös merkittäviä alueellisia eroja, ja siten eroja on myös väestöllisessä huoltosuhteessa (kuvio 1.4). Eroja on sekä maakuntien että kuntien välillä ja erot näyttäisivät olevan lähivuosikymmeninäkin melko pysyviä. Huoltosuhte on korkeimmillaan kunnissa, joissa iäkkään väestön osuus on suuri työkäisiin verrattuna. Lisäksi asukasmäärältään suurissa kunnissa huoltosuhte on pääosin pienempi kuin pienissä kunnissa. Vuonna 2021 suurimmat, yli 110:n huoltosuhteet olivat Hyrynsalmella, Kaskisessa, Kuhmoisessa ja Sysmässä. Yli sadan meneviä huoltosuhteita oli kaikkiaan 28 kunnassa.

Koska alueet ovat erilaisessa tilanteessa väestörakenteen ja huoltosuhteen osalta, ne kohtaavat myös erilaisia haasteita. Väestöllisen huoltosuhteen lisäksi myös **taloudellinen huoltosuhte** vaihtelee Suomessa alueellisesti ja etenkin taloudelliseen huoltosuhteeseen vaikuttaa ikärakenteen lisäksi alueen työllisyystilanne.

Taloudellinen huoltosuhde, eli työllisten lukumäärän suhteuttaminen eläkeläisten ja muiden ei-työllisten lukumäärään, reagoi enemmän taloudellisiin suhdannevaihteluihin kuin ikärakenteen muutoksiin. Myös kaupungistuminen vaikuttaa alueiden välisiin eroihin (Kestilä & Martelin 2018).

Vuonna 2021 Suomessa oli Tilastokeskuksen mukaan runsas 296 000 ulkomaan kansalaista, mikä on hieman yli viisi prosenttia koko väestöstä (taulukko 1.1). **Ulkomaalaistaustaisen väestön** osuus on viimeksi kuluneen kahden vuosikymmenen ajan kasvanut tasaisesti (ks. myös Nykänen ym. luku 6). Muutos vuosien 2020 ja 2021 välilläkin on yli kuusi prosenttia. Suomen suurimmat ulkomaalaistaustaisten ryhmät kansallisuuden mukaan ovat Viro, Venäjä ja Irak. Eniten vuosina 2020–2021 kasvoi ukrainalaisten osuus, lähes neljänneksellä. Ukrainalaisten osuuden kasvu alkoi jo ennen Venäjän aloittamaa hyökkäyssotaa.

Ulkomaalaistaustaisen väestön osuus vaihtelee alueittain selvästi. Eniten ulkomaalaistaustaisia oli vuoden 2021 lopussa Vantaa-Keravan (221/1000 asukasta), Helsingin (176) ja Länsi-Uudenmaan hyvinvointialueilla (151), vähiten Etelä-Pohjanmaan (27), Lapin (33) sekä Pohjois-Pohjanmaan (34) ja Pohjois-Savon hyvinvointialueilla (35). (Sotkanet 2022a.)

Taulukko 1.1. Suomen väestö (henkilöä) kansalaisuuden mukaan vuosina 2018–2021, ja muutos eri kansalaisuusryhmissä (%) vuosina 2020–2021. Lähde: Tilastokeskus, väestörakennetilasto.

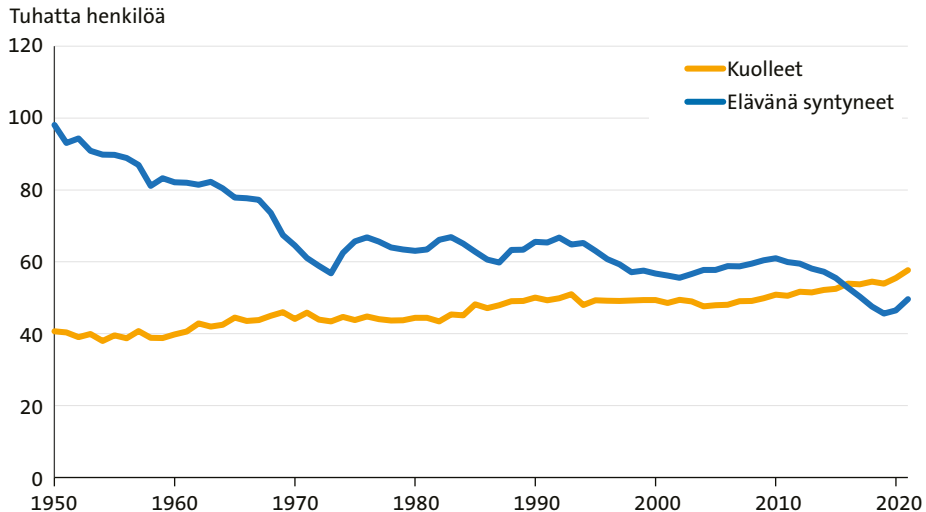
	2018	2019	2020	2021	Muutos 2020–2021, %
Kansalaisuus					
Suomi	5 260 347	5 257 663	5 254 876	5 251 777	-0,1
Ulkomaat yhteensä	257 572	267 629	278 917	296 464	6,3
Viro	51 456	50 860	50 866	51 805	1,8
Venäjä	28 747	28 528	28 866	30 049	4,1
Irak	13 078	13 943	14 708	15 075	2,5
Kiina	9 230	9 825	10 458	11 405	9,1
Intia	5 730	6 751	7 237	8 245	13,9
Thaimaa	7 632	7 772	7 851	7 925	0,9
Ruotsi	7 996	7 983	8 041	7 921	-1,5
Afganistan	6 198	6 666	7 059	7 686	8,9
Vietnam	5 941	6 350	6 630	7 237	9,2
Syyria	6 016	6 579	6 915	7 203	4,2
Ukraina	4 593	5 126	5 837	7 202	23,4
Muut	110 955	117 246	124 449	134 711	8,2
Yhteensä	5 517 919	5 525 292	5 533 793	5 548 241	0,3

Väestönmuutokset: syntyvyys, kuolleisuus ja muuttoliike

Kuten muissakin Pohjoismaissa, viime vuosikymmenen aikana jo ennestään pieni **syntyvyys** laski Suomessa lähes koko vuosikymmenen ajan. Suomen syntyvyyden aleneminen 2010-luvulla on osa vauraiden maiden kokemaä väestönmuutosta, mutta se on ollut poikkeuksellisen jyrkkä. Näyttää siltä, että myös tulevaisuudessa lapsettomien osuus kasvaa ja suurperheiden osuus pienenee (Rotkirch 2020b). 2010-luvun syntyvyyden laskun taustalla näyttäisi olevan osittain eri tekijöitä kuin aiemmin. Pitkään sellaiset tekijät kuin työllisyys ja puolison puute vaikuttivat vahvasti syntyvyyteen. Nyt on kuitenkin viitteitä siitä, että esimerkiksi taloudellinen epävarmuus, lasten saantiin liittyvä henkinen ja taloudellinen vastuu sekä luottamus tulevaisuuteen vaikuttaisivat entistä vahvemmin muiden ns. perinteisten tekijöiden ohella. (Rotkirch 2020a; 2020b.) (ks. myös Klemetti ym. luku 8).

Vuonna 2021 Suomessa syntyi yhteensä 49 594 lasta, mikä on hieman yli 3 000 lasta enemmän kuin vuotta aiemmin (SVT, Syntyneet). Syntyneiden määrässä voikin havaita viime vuosina lievää kasvua (kuvio 1.5). Suhteuttamalla syntyneiden lasten määrä synnyttysikäisiin naisiin voidaan tarkastella syntyvyyttä, jonka mittaamisessa käytetään kokonaishedelmällisyyslukua. Vuoden 2021 syntyvyyden mukaan nainen synnyttäisi keskimäärin 1,46 lasta – kaikkien aikojen matalin luku oli vuoden 2019 lukema 1,35 (Statfin, Syntyneet).

Kokonaishedelmällisyyden lasku on havaittu myös muissa Pohjoismaissa. Esimerkiksi Norjassa kokonaishedelmällisyys on laskenut noin 1,5 lapseen. Lasku on ollut lähes yhtä jyrkkä kuin Suomessa, joskin Norjan kokonaishedelmällisyys oli



Kuvio 1.5. Kuolleiden ja elävänä syntyneiden määrä/1000 henkilöä vuosina 1950–2021. Lähde: Tilastokeskus, tilastot syntyneistä ja kuolleista.

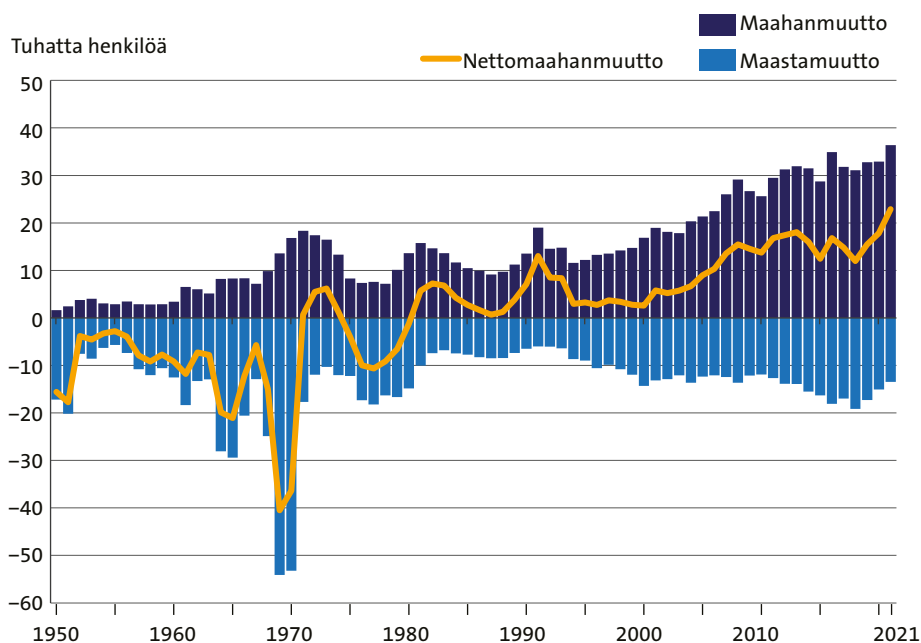
korkeammalla tasolla ennen laskun alkamista. Myös Yhdysvalloissa, Isossa-Britanniassa ja Ranskassa, joissa on ollut korkea syntyvyys, on havaittu kokonaisedelmällisyyden laskua. Kokonaisedelmällisyys on pysynyt ennallaan tai noussut mm. Virossa ja Saksassa, joissa aiemmin on ollut alhainen syntyvyys. (Sorsa ym. 2020.) (ks. tarkemmin Klemetti ym. luku 8).

Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2021 **kuolleita** oli yhteensä 57 659 (kuvio 1.5). Kuolleiden määrä kasvoi noin neljä prosenttia edellisvuodesta. Nuorissa ikäluokissa enemmistö kuolleista oli miehiä, mutta 82-vuotiaissa ja sitä vanhemmissa ikäluokissa naisia oli miehiä enemmän, mitä selittää naisten suurempi osuus vanhemmissa ikäluokissa. Imeväiskuolleisuus³ on Suomessa edelleen hyvin matalalla tasolla: vuonna 2021 imeväiskuolleiden määrä tuhatta elävänä syntyneeltä lasta kohden oli 1,8 (SVT, Kuolleet).

Elinajanodote⁴ on yleisesti käytetty kuolleisuuden tasoa kuvaava indikaattori, ja sen voi laskea periaatteessa mille iälle tahansa. Vastasyntyneen elinajanodote kertoo, kuinka monta vuotta 0-vuotias eläisi keskimäärin, jos kuolleisuus pysyisi tarkasteluvuoden tasolla. Vastasyntyneiden elinajanodote on noussut selvästi viime vuosikymmeninä. Vastasyntyneen elinajanodote oli 81,8 vuotta vuonna 2021: pojilla 79,2 vuotta ja työillä 84,5 vuotta. Suurimmillaan sukupuolten välinen ero elinajanodotteessa oli 1970-luvun lopussa, jolloin se oli yhdeksän vuotta. Sukupuolten välinen ero on siis kaventunut selvästi, mutta se on edelleen tuntuva.

Elinajanodote vaihtelee selvästi paitsi sukupuolen ja alueen mukaan myös esimerkiksi sosioekonomisen aseman mukaan. Tuloryhmien välisten kuolleisuuserojen kasvu pysähtyi 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmen loppupuolella, ja erot ovat sen jälkeen hieman kaventuneet (Tarkiainen ym. 2017; Parikka ym. 2020). Tulo- ja koulutusryhmien väliset erot kuolleisuudessa ovat suuria kaikissa maakunnissa ja taustalla ovat erityisesti alkoholista ja verenkiertoelinten sairauksista johtuvat kuolemat. Sukupuolten välinen ero ennenaikaisessa kuolleisuudessa⁵ on kaventunut kahden viime vuosikymmenen aikana, mutta edelleen miehet menettävät naisiin verrattuna elinvuosia kaksinkertaisesti. Myös sosioekonomiset ja alue-erot menetettyjen elinvuosien määrässä ovat selvät (ks. myös Manderbacka ym. luku 2). Itä- ja Pohjois-Suomessa ennenaikaiset kuolemat ovat yleisempiä kuin lännessä ja etelässä. (Parikka ym. 2020.)

Syntyvyyden ja kuolleisuuden ohella **maahanmuutto** on tärkeä väestön määrää ja sen rakennetta määrittävä tekijä. Lisääntynyt kansainvälisyys ja kasvava maahanmuutto vauraisiin maihin on paitsi merkittävä väestöllinen myös merkittävä kulttuurinen murros (Sorsa 2020). Kuvioon 1.6 on kuvattu maahanmuutto, maastamuutto ja nettomaahanmuutto⁶ vuosina 1950–2021. Vuonna 2021 Suomeen muutti yli 36 000 henkilöä. Kun Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2006 nettomaahanmuutto ylitti 10 000 henkilöä vuosittain, vuonna 2021 se oli ensimmäistä kertaa yli 20 000 henkilöä (kuvio 1.6). Maahanmuutto on lisääntynyt vuodesta 2018 lähtien, ja samaan aikaan maastamuutto on pienentynyt.



Kuvio 1.6. Maahanmuutto, maastamuutto ja nettomaahanmuutto vuosina 1950–2021. Lähde: Tilastokeskus, muuttoliiketilasto.

Vuonna 2021 suurin osa Suomen muuttovoitosta tuli edelleen EU:n ulkopuolelta muuttaneista. Suomi sai vuonna 2021 muuttovoittoa eniten Venäjältä (2 390 henkilöä), Ukrainasta (1 422 henkilöä) ja Virossa (1 358 henkilöä). Erityisesti Ukrainasta ja Virossa muutto Suomeen kasvoi vuonna 2021. Maahanmuutto Venäjältä kasvoi kohtalaisesti ja maastamuutto Venäjälle laski hieman vuonna 2021. (SVT, muuttoliike.⁷)

Suomen **sisäinen muuttoliike** on suuntautunut jo pitkään isompiin ja yhä harvempiin kaupunkikeskuksiin ja maantieteellisesti tarkasteltuna pohjoisesta etelään päin. Niinpä väestö ja työpaikat keskittyvät suurimpiin kasvukeskuksiin. Aluetyypistä riippumatta kuntien välinen muuttoliike on kuitenkin ollut vilkasta viimeisen parinkymmenen vuoden aikana. Kaupunkimaisista kunnista on muuttettu vilkkaammin kuin taajaan asutuista ja maaseutukunnista. Vuonna 2021 koettiin historiallinen muutos, kun Uudenmaan maakunta menetti muuttotappiona väestöään muualle Suomeen (SVT, muuttoliike), mikä on ensimmäinen kerta ainakin 70 vuoteen. Uudenmaan maakuntien välinen nettomuutto oli -2 461 henkilöä. Toinen muutos vastoin pitkän ajan trendiä koettiin Lapissa, jossa ensi kerran sitten vuoden 1962 maakuntaan muutti enemmän väkeä kuin sieltä poistui.

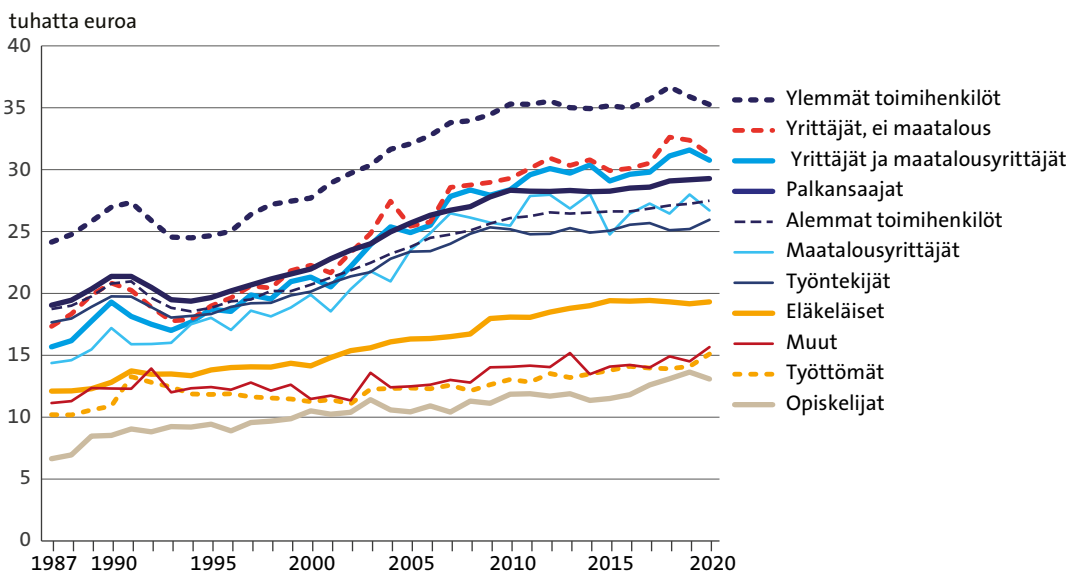
Hyvinvointi

Väestön hyvinvointi riippuu elinoloista sekä yksilön kyvyistä ja mielentilasta, joiden pohjalta hän hyvinvointiaan rakentaa. Elinoloilla tarkoitetaan usein hyvinvoinnin aineellista perustaa, jonka pohjalta ihmiset rakentavat omaehtoisesti hyvinvointiaan. Vaikka lujakaan aineellinen perusta ei väistämättä lupaa laadukasta hyvinvointia, elinolot ovat olennainen osa sitä. Tavanomaisesti elinoloiksi luettavien työn ja toimeentulon rinnalla tässä osiossa tarkastellaan terveyttä, tai oikeammin sairastavuutta tärkeimpiin kansantauteihin. Tärkeimpien tunnuslukujen avulla tehdään katsaus suomalaisten elinoloihin ja sairastavuuteen sekä niiden muutoksiin, erityisesti viime vuosikymmeninä. Tarkoitus on eritellä eri tilastolähteiden valossa elinolojen kehitystä siitä näkökulmasta, mitä muutokset tarkoittavat suomalaisten hyvinvoinnin ja hyvinvointipolitiikan kannalta, ennakkoiden samalla tulevaa kehitystä.

Paria viime vuosikymmentä kenties voimakkaimmin leimaava kehitys on ollut toistuva yllättävien globaalisti vaikuttavien laaja-alaisten ilmiöiden esiintyminen. Vuonna 2008 käynnistyi syvä talouden taantuma, josta etenkin Suomen talous toipui hitaasti. Samaan aikaan ilmastonmuutoksen hillinnän ja siihen sopeutumisen välttämättömyys on käynyt yhä ilmeisemmäksi. Edelleen väestön hyvinvoinnin kehitykseen ovat viime aikoina vaikuttaneet maailmanlaajuinen koronapandemia ja Venäjän käynnistämät sotatoimet Ukrainassa. Myös edellisosiossa läpikäytyt väestölliset muutokset ja murrokset, kuten ikääntyminen ja maahanmuuton kasvu, heijastuvat elinoloihin ja sairastavuuteen.

Elinolot

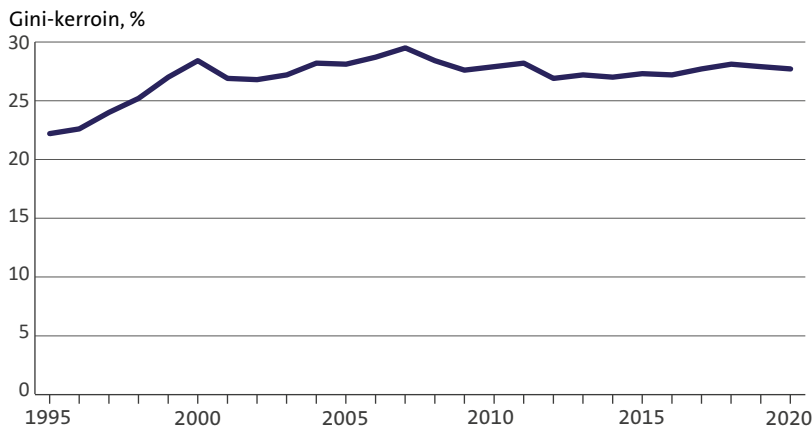
Yhteiskuntien hyvinvointia mitataan usein **bruttokansantuotteen (BKT)** avulla, olkoonkin, että mittari on oikeastaan tarkoitettu kansantalouden seurantaan. Talouden kehityksen seurannan käsitteenä se on ”kotimaisten tuotantoyksiköiden tuotantotoiminnan lopputulos” (Tilastokeskus 2022a). Yksinkertaistettuna kyse on tavaroiden ja palvelujen tuotannossa aikaansaadusta arvonlisäyksestä. Asukasta kohti laskettu bruttokansantuote kasvoi 1970-luvun puolestavälistä lähes suoraan viivaisesti 1990-luvun alun lamaan asti. Laman taituttua BKT palasi kasvu-uralle, joka jatkui vuoden 2008 taantumaa asti ja pieneni sen jälkeen voimakkaasti vuonna 2009. Sen jälkeen BKT pysyi pitkään jokseenkin samalla vuoden 2010 tasolla. Ennakkotiedon mukaan bruttokansantuotteen volyyymi kuitenkin pieneni ensimmäisenä koronavuonna 2020 2,3 prosenttia edelliseen vuoteen verrattuna. Vuoden 2021 ennakkotiedon mukaan BKT:n volyyymi sen sijaan kasvoi 3,5 prosenttia. Euroina koko arvonlisäys eli BKT oli vuoden 2021 ennusteen mukaan 253 miljardia euroa, mikä ylitti finanssikriisiä edeltävän tason. Asukasta kohden luku on käyvin hinnoin 45 644 euroa, mikä on 2 612 euroa enemmän kuin edellisvuonna – ennakkotieto sekin (Tilastokeskus 2022b.)



Kuvio 1.7. Kotitalouksien käytettävissä olevat tulot kulutusyksikköä kohden ammattiaseman mukaan. Käytettävissä olevien rahatulujen mediaani vuosina 1987–2020. Lähde: Tilastokeskus, tulonjakotilasto.

Väestön tulotasoa voidaan kuvata **kotitalouksien käytettävissä olevien tulojen** avulla. Tuoreimpana verovuonna 2020 kaikkien kotitalouksien mediaanitulo oli 31 908 euroa, mutta tulotaso vaihteli selvästi sosioekonomisten ryhmien välillä. Kuviossa 1.7 esitetään kotitalouksien käytettävissä olevat tulot vuosina 1987–2020 ammattiaseman mukaisissa ryhmissä. Opiskelijat ovat koko tarkastelujakson ajan olleet pienituloisin ryhmä, mutta heidänkin mediaanitulonsa ovat yli puolitoistakertaistuneet 30 vuoden aikana, ja vuonna 2020 heidän mediaanitulonsa oli 13 083 euroa. 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 mediaanituloa matalampi koko tarkastelujakson ajan. Eläkeläisten mediaanitulo on ollut noin kaksi kolmasosaa palkansaajakotitalouksien tuloista, kun opiskelijoilla se on ollut vajaa puolet palkansaajien tasosta.

Väestön **tuloeroja** kuvataan Gini-kertoimen avulla, joka on paljon käytetty 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. Koko (asunto)väestön kattavan rekisteriaineiston, Tilastokeskuksen tulonjakotilaston⁸, mukaan tuloerot kasvoivat Suomessa tasaisesti 1990-luvun puolivälistä 2000-luvun alkupuolelle aikaisemmalta Gini-kertoimen tasolta 22 noin 27:n tasolle (kuvio 1.8). Tällä vuosituhanella tuloerot olivat korkeimmillaan vuonna 2007, Gini-kertoimen ollessa 29,5. Vuodesta 2018 tuloerot

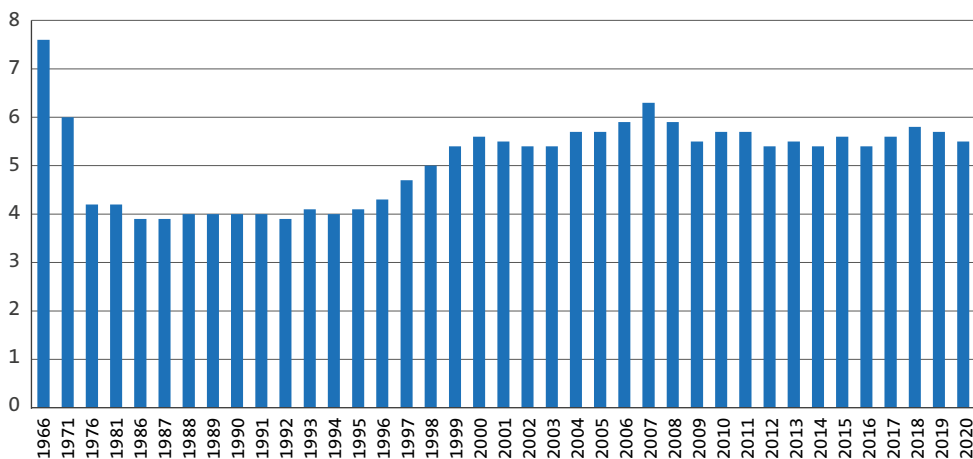


Kuvio 1.8. Tuloerojen kehitys Suomessa Gini-kertoimella mitaten vuosina 1995–2020. Lähde: Tilastokeskus, tulonjakotilasto.

ovat tällä tavoin mitaten hieman kaventuneet, kun Gini-kerroin on pienentynyt 28,1:stä 27,7:ään.

Kansainvälisessä vertailussa käytetään tulonjaon otosaineistoa, jonka mukaan Suomen Gini-kerroin (25,7) oli vuonna 2021 pienempi kuin Euroopan unionin maiden Gini-kertoimien keskiarvo (30,1) (Eurostat 2022). Tämän EU-SILC (*European Statistics on Income and Living Conditions*) -aineistoon perustuvan vertailun mukaan korkein kerroin EU:ssa oli tuolloin Bulgariassa (39,7), edellisvuonna tätäkin korkeampi kerroin oli Turkissa (43,4), mutta sieltä ei ole vuoden 2021 tietoja käytettävissä. Niiden maiden vertailussa, joista viime vuoden tiedot ovat saatavilla, vain kolmessa EU-maassa kerroin oli pienempi kuin Suomessa. Tässä vertailussa Suomi on siten varsin pienten tuloerojen maa. Nämä maat olivat Slovenia (23,0), Belgia (24,1) ja Tsekki (24,8).

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 1.9). Ensimmäisenä koronavuonna 2020 tulo-osuus oli tulonjaon otosaineiston mukaan 5,5-kertainen pienituloisimpiin verrattuna, koko väestön kattavien rekisteritietojen mukaan peräti 6,1-kertainen (Statfin, tulonjakotilasto). Pienituloisuutta kuvataan tarkemmin tämän teoksen luvussa 10 (Mukkila ym.).

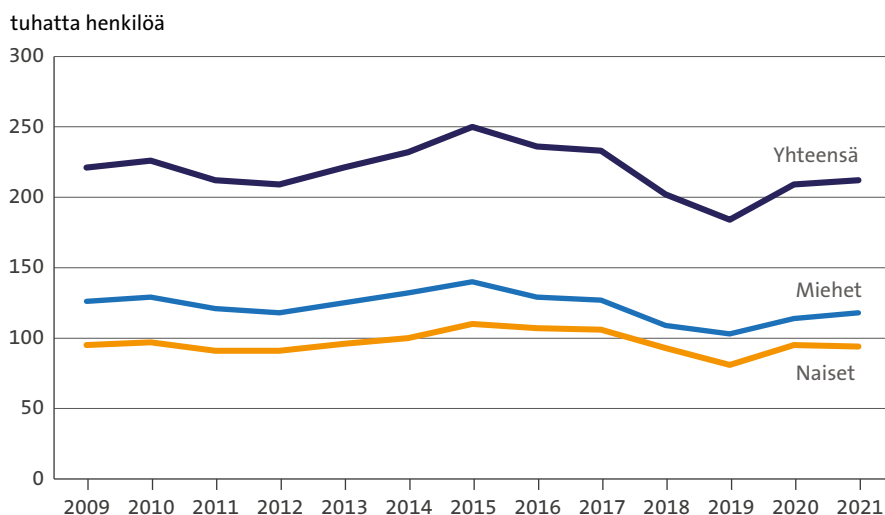


Kuvio 1.9. Suurituloisimman kymmenyksen osuus käytettävissä olevien rahatulojen kokonaissummasta (ml. myyntivoitot) verrattuna pienituloisimman kymmenesosan vastaavaan osuuteen vuosina 1966–2020, otosaineisto. Lähde: Tilastokeskus, tulonjakotilasto.

Työ määrittelee osaltaan ihmisen identiteettiä ja asemaa yhteiskunnassa ja toimii sitenä sekä työyhteisöön että yhteiskuntaan. Työttömyydessä ei useinkaan ole kyse pelkästään sen mukanaan tuomasta taloudellisesta niukkuudesta, vaikka sillä onkin kielteinen vaikutus toimeentuloon ja pitkittyessään työttömyys lisää myös köyhyysriskiä. Työttömyys vaikuttaa kielteisesti myös muuten hyvinvointiin, kuten sosiaalisiin suhteisiin ja terveyteen. Työttömyydessä kausivaihtelu on suurta, joten kuviossa 10 esitetään vain työttömien määrän vuosikeskiarvot vuosina 2009–2021 sukupuolittain. Vuonna 2021 työttömiä oli Tilastokeskuksen työvoimatutkimuksen mukaan yhteensä 212 000. Työttömyysaste on ollut suurimmillaan 1990-luvun lamavuosina, jonka jälkeen se laski aina vuoden 2008 kansainväliseen finanssikriisiin saakka. Sen jälkeen kehitys on vaihdellut (kuvio 1.10). Vuosikeskiarvoin tarkasteltuna työttömyysaste oli sekä vuonna 2020 että vuonna 2021 keskimäärin 7,7 prosenttia. Nuorisotyöttömien, eli 15–24-vuotiaiden työttömien osuus samanikäisestä väestöstä, oli 17,1 prosenttia vuonna 2021 (vuotta aikaisemmin 21,0 prosenttia). (Suomi lukuina 2022b.)

Vaikeasti työllistyvien⁹ 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 työllistyvien ryhmään luetaan pitkäaikaistyöttömät, rinnasteiset pitkäaikaistyöttömät, palveluilta työttömäksi jääneet ja palveluilta palveluille siirtyneet¹⁰. (Sotkanet 2022b.)

Vuonna 2021 vaikeasti työllistyvien 15–64-vuotiaiden osuus oli 5,3 prosenttia vastaavan ikäisestä väestöstä, mikä oli enemmän kuin edeltävänä vuonna. Kymmenen edellisen vuoden aikana vaikeasti työllistyvien osuus on vaihdellut 3,1 ja



Kuvio 1.10. Työttömien 15–74-vuotiaiden määrä sukupuolen mukaan. Tilastokeskus, Työvoimatutkimus.

6,2 prosentin välillä, kun sukupuolia tarkastellaan yhdessä. Vaikeasti työllistyvien miesten osuudet ovat olleet hieman korkeampia kuin naisilla koko tarkastelujakson ajan, jolta indikaattorista on tietoja (vuodet 2006–2021) (Sotkanet 2022c.)

Sairastavuus ja elintavat

Huhtikuussa 2022 julkaistun tilastoraportin mukaan (Parikka ym. 2022) mukaan suomalaisten **sairastavuus** on vähentynyt tasaisesti koko 2000-luvun ajan, joskin kehitys vaihtelee sairausryhmittäin. THL:n sairastavuusindeksiin perustuvassa raportissa tarkastellaan yhdistelmäindeksin ohella erikseen tärkeimpien kansantautien, kuten syöpien, tuki- ja liikuntaelinsairauksien, aivoverisuonitautien, sepelvaltimotautien, tapaturmien ja mielenterveyden häiriöiden, kehitystä. Niiden kesken selvimmän yleiskehityksestä poikkeaa syöpätauteihin sairastuneiden määrä, joka on hieman lisääntynyt vuosina 2000–2019. Tämä johtuu osin varhaisvaiheen diagnostiikan kehityksestä. Myös vakavien sepelvaltimotautitapahtumien vähentyminen hidastui 2010-luvun puolivälissä, minkä arvellaan johtuvan muun muassa lihavuuden ja diabeteksen yleistymisestä. Sepelvaltimotautikuolleisuus on kuitenkin vähentynyt hoidon tehostumisen myötä.

Vammojen ja myrkytysten vuoksi sairaalaan joutuneiden potilaiden hoitajakset pysyivät 2000-luvun alun ajan paljolti ennallaan, mutta 2010-luvulla nämä hoitajakset vähenivät sekä koko maassa että useimmilla hyvinvointialueilla. Vakavat mielenterveyden häiriöt sen sijaan lisääntyivät 2000-luvun alkupuolella, mutta 2010-luvulla ne ovat vähentyneet. Vakavalla häiriöllä tarkoitetaan raportissa itsemurhaa,

sairaalaan johtanutta itsensä vahingoittamista, erityiskorvattavia psykoosilääkkeitä ja työkyvyttömyyseläkettä, johon on syynä mielenterveys. (Parikka ym. 2022.)

Alueellisesti tarkasteltuna pääkaupunkiseudulla ja Pohjanmaalla asuvat THL:n sairastavuusindeksin mukaan terveimmät suomalaiset. Sairastavuus on yleisintä Pohjois-Savossa, Pohjois-Pohjanmaalla ja Pohjois-Karjalassa. Suurimmat alueerot ovat tuki- ja liikuntaelinsairauksissa ja mielenterveydessä. Alueellisten sairastavuuserojen takana on monia tekijöitä. Esimerkiksi elintavat, kuten tupakointi, alkoholinkäyttö, liikunta ja ravintotottumukset, vaikuttavat, mutta myös työttömyys, taloudellinen tilanne ja koulutus heijastuvat väestön terveyteen. Sosiaali- ja terveyspalveluiden toimivuudella sekä kulttuurisilla ja geneettisillä tekijöillä on myös merkitystä. (Parikka ym. 2022.)

Koronaepidemian aikana erityistä huolta on herättänyt koululaisten ja opiskelijoiden mielenterveys. Avohilmo-rekisteriin kertyneiden tietojen mukaan toisen ja korkea-asteen opiskelijoiden ahdistuneisuus ja mielenterveyden oireet yleistyivät selvästi vuosina 2019–2021. Etenkin vuonna 2021 yhteydenotot opiskeluhuoltoon lisääntyivät merkittävästi, naisilla enemmän kuin miehillä. (Hauhio ym. 2022.)

Terveys ja elintavat ovat kehittyneet monessa suhteessa myönteiseen suuntaan. Tämän näky muun muassa useiden kansansairauksien taustalla olevien elintapojen kehityksessä. Myönteisiin kehityskulkuihin lukeutuu muun muassa päivittäisen tupakoinnin väheneminen työikäisessä väestössä. Vuonna 2020 päivittäin tupakoi miehistä 14 ja naisista 11 prosenttia. Tupakointi vähentyi myös koronaepidemian aikana, mutta on liian aikaista sanoa, johtuiko väheneminen koronaepidemiasta vai oliko kyse pidemmän trendin jatkumisesta. (Jääskeläinen & Virtanen 2021.) Sen sijaan alkoholin kulutuksessa koronaepidemia on näkynyt. Vuonna 2021 alkoholin kokonaiskulutus oli kolme prosenttia pienempi kuin edellisvuonna (Jääskeläinen & Virtanen 2022). 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 ongelmia. 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 lääkähoidossa 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

Viitteet

- 1 Väestörakennetilasto kuvaa vuoden vaihteessa Suomessa vakinaisesti asuvia Suomen ja ulkomaiden kansalaisia. Henkilöistä tilastoidaan mm. asuinpaikka, sukupuoli, ikä, siviilisääty, kieli, kansalaisuus ja syntymävaltio, samoin tiedot puolisosta ja kaikista lapsista ja henkilön vanhemmista.
- 2 Väestöennuste kuvaa tulevaa väestönkehitystä. Ennusteessa lasketaan, mikä olisi alueen tuleva väestö, jos viime vuosien väestönkehitys jatkuisi samanlaisena. Tiedot julkaistaan kolmen vuoden välein.
- 3 Imeväiskuolleisuus kertoo, kuinka monta alle 0-vuotiasta on kuollut 1000 syntyynyttä kohden.
- 4 Elinajanodote kertoo vuosien määrän, jonka henkilö eläisi ikäryhmittäisen kuolleisuuden pysyessä ennallaan. Koska elinajanodote on ikävakioitu tunnusluku, se mahdollistaa kuolleisuuden tason vertailun eri vuosina, vaikka väestön ikärakenne ja määrä muuttuukin. Vaikka tunnusluvussa on sana ”odote”, se ei kuvaa tulevaisuuden kuolleisuuskehitystä, vaan heijastaa laskentahetken tilannetta.
- 5 Ennenaikaista kuolleisuutta kuvataan PYLL-indeksillä (Potential Years of Life Lost), joka vertaa henkilön ikää kuolinhetkellä hänen laskennalliseen elinajanodotteeseensa. Ennenaikaisen kuoleman yläikärajana on THL:n tuottamassa PYLL-indeksissä asetettu 80 vuoteen, joka vastaa suomalaisen elinajanodotetta.
- 6 Nettomaahanmuutto (tai nettosiirtolaisuus) on maahanmuuton ja maastamuuton erotus.
- 7 Muuttoliiketilastot kuvaavat henkilöiden muuttoja. Tilastoissa erotellaan Suomen aluerajojen ylittävät muutot eli siirtolaisuus sekä maassamuutot, jotka erotellaan edelleen kuntien välisiin ja kunnan sisäisiin muuttoihin.
- 8 Tulonjakotilasto kuvaa kotitalouksien vuositulojen jakautumista ja tuloeroja erilaisten väestöryhmien kesken. Tilastossa kuvataan käytettävissä olevien tulojen määrää ja muodostumista eri tulolähteistä, verotus ja tulonsiirrot huomioiden. Tuloja ja niiden jakautumista tarkastellaan muun muassa tulotason, sosioekonomisen ryhmän, elinvaiheen ja asuinalueen mukaisissa ryhmissä. Tilastossa kuvataan myös kotitalouksien jäsenten palkka- ja yrittäjätuloja.
- 9 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.
- 10 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 koulutuskokeiluissa olleet, joiden sijoitus on päättynyt 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 koulutuskokeiluissa laskentapäivänä olevat, jotka ovat olleet viimeisen 16 kk aikana em. palveluissa, joka on kuitenkin päättynyt 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.

Lähteet

- Eurostat (2022): Gini-coefficient of equivalized disposable income – EU-SILC survey. Viitattu 20.10.2022. <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tessi190/default/table>
- Fornaro, Paolo (2018): Regional economic disparities in Finland. Etna Muistio 68. <https://pub.etla.fi/ETLA-Muistio-Brief-68.pdf>
- Hauhio, Nor & Jahnukainen Johanna & Mölläri Kaisa (2022): Opiskelijoiden ahdistus- ja masennusoireilu lisääntyivät huomattavasti koronaepidemian aikana. Tutkimuksesta tiiviisti 25/2022. Helsinki: THL.
- Jääskeläinen Marke & Virtanen Sirpa (2021): Tupakkatilasto 2020. SVT. Tilastoraportti 38/2021. Helsinki: THL. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/143281/Tupakkatilasto%202020%20full.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Jääskeläinen, Marke & Virtanen, Sirpa (2022): Alkoholi juomien kulutus 2021. SVT. Tilastoraportti 17/2022. Helsinki: THL https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/144431/Tr17_22.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Kestilä Laura & Martelin Tuija (2018): Suomen väestörakenne ja sen kehitys. Teoksessa: Laura Kestilä ja Sakari Karvonen (toim.) (2018). Suomalaisten hyvinvointi 2018. Helsinki: THL.
- Laatikainen, Tiina & Vartiainen, Erkki & Jula, Antti & Jousilahti, Pekka & Niiranen, Teemu (2018): Kohonnut verenpaine ja verenvainetauti. Teoksessa: Päivikki Koponen & Katja Borodulin & Annamari Lundqvist & Katri Sääksjärvi & Seppo Koskinen (toim.): Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Finterveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: THL.
- Lundqvist, Annamari & Männistö, Satu & Jousilahti, Pekka & Karvonen, 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: THL.
- 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: THL.
- OECD (2019): Health at a Glance 2019: OECD indicators demographic trends. Paris: OECD.
- Parikka, Suvi & Koskela, Timo & Pietilä, Arto & Koponen, Päivikki & Koskinen, Seppo (2022): THL:n sairastavuusindeksi 2019. Sairastavuuden alueittaiset erot ovat suuria. Tilastoraportti 13/2022. Helsinki: THL.
- Parikka, Suvi & Koponen, Päivikki & Koskela, Timo & Härkönen, Tommi & Kilpeläinen, Katri & Tarkiainen, Lasse & Borodulin, Katja & Lundqvist, Annamari & Sääksjärvi, Katri & Martelin, Tuija & Koskinen, Seppo (2020): Terveystieteen eriarvoisuus sosioekonomisen aseman ja asuinpaikan mukaan. Teoksessa: Sorsa, Tiia (toim.) Kestävän väestökehityksen Suomi. Väestöliiton väestöpoliittinen raportti 2020. Väestöntutkimuslaitos katsauksia E54. Helsinki: Väestöliitto ry.
- Rotkirch, Anna (2020): Miten Suomesta tuli vähäisen syntyvyyden maa? Lääkärilehti 42/2020 vsk 75. Katsausartikkeli, s. 2220–2224.
- Rotkirch, Anna (2020b): Syntyvyyden lasku ja muuttunut lastensaantimaisema. Teoksessa: Sorsa, Tiia (toim.) Kestävän väestökehityksen Suomi. Väestöliiton väestöpoliittinen raportti 2020. Väestöntutkimuslaitos katsauksia E54. Helsinki: Väestöliitto ry.
- Sorsa, Tiia (toim.) (2020): Kestävän väestökehityksen Suomi. Väestöliiton väestöpoliittinen raportti 2020. Väestöntutkimuslaitos katsauksia E54. Helsinki: Väestöliitto ry.
- Sotkanet (2022a): Ulkomaalaistaustaiset, id 5102, Väestöttilasto. THL/Tilastokeskus (viitattu 8.6.2022)
- Sotkanet (2022b): Vaikeasti työllistyvät (rakennetyöttömyys), metadata (id 3071). <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/metadata/indicators/3071>
- Sotkanet (2022c): Vaikeasti työllistyvät (rakennetyöttömyys). https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s_axBQA=®ion=s07MBAA=&year=sy5zss7R0zUEAA==&gender=m;f;t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=202109301228
- Statfin, Syntyneet (2022): Kokonaishedelmällisyysluku. <https://statfin.stat.fi/PxWeb/px->

- web/fi/StatFin/StatFin__synt/statfin_synt_pxt_12dt.px/table/tableViewLayout1/
- Statfin, Kotitalouksien tulot (2022): Kotitalouksien tulot. https://pxweb2.stat.fi/PxWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__tjt/statfin_tjt_pxt_12ci.px/table/tableViewLayout1/
- Statfin, Gini-kertoimet ja muita tulonjakoi-indikaattoreita (2022): Tulonjakotilasto. https://pxdata.stat.fi/PxWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__tjt/statfin_tjt_pxt_11x3.px/
- Suomi lukuina (2022a): Väestö ja yhteiskunta. Tilastokeskus. https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Kuolleet [verkkojulkaisu]. ISSN=1798-2529. 01 2020. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 1.11.2022]. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/kuol/2020/01/kuol_2020_01_2021-10-22_tie_001_fi.html
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Muuttoliike [verkkojulkaisu]. Viiteajankohta: 2021. ISSN=1797-6766. Helsinki: Tilastokeskus [Viitattu: 1.11.2022]. Saantitapa: <https://www.stat.fi/julkaisu/cku3xexx4b9s-60b5049f9bn9wj>
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Syntyneet [verkkojulkaisu]. Viiteajankohta: 2021. ISSN=1798-2391. Helsinki: Tilastokeskus [Viitattu: 1.11.2022]. Saantitapa: <https://www.stat.fi/julkaisu/cku2ehapc8hl90c58br8mqkkj>
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestöennuste [verkkojulkaisu]. ISSN=1798-5137. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 1.11.2022]. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/vaenn/2021/vaenn_2021_2021-09-30_tie_001_fi.html
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne [verkkojulkaisu]. ISSN=1797-5379. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 21.10.2022]. Saantitapa: <http://www.stat.fi/til/vaerak/>
- Tarkiainen, Lasse & Martikainen, Pekka & Peltonen, Riina & Remes, Hanna (2017): Pitkään jatkunut sosiaaliryhmien välisten elinajanodote-erojen kasvu on pääosin py-sähtynyt 2010-luvulla. Suomen lääkäri-lehti, 72(9), 53-9.
- Tilastokeskus (2022a): Tietoa tilastoista. Käsitteet, viitattu 1.6.2022. <https://www.stat.fi/meta/kas/index.html?B>
- Tilastokeskus (2022b): Kansantalouden tilinpito, viitattu 1.6.2022. https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_kansantalous.html#Bruttokansantuote%20asukasta%20kohti
- Tilastokeskus, kuolleet
- Tilastokeskus, muuttoliiketilasto
- Tilastokeskus, syntyneet
- Tilastokeskus, tulonjakotilasto
- Tilastokeskus, väestöennuste
- Tilastokeskus, väestörakennetilasto
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022): World Population Prospects 2022, Online Edition 2022.
- Zechner, Minna & Vaalavuo, Maria & Linnosmaa, Ismo & Kyrrä, Tomi & Kauppinen, Timo (2022): Taloudellinen ja sosiaalinen kestävyys ikääntyvässä yhteiskunnassa. Gerontologia, 36(3), 317-324.

2

Sosiaalinen asema ja menetetyt elinvuodet 2017–2019

Sosiaalisen aseman mukaiset terveyserot ovat säilyneet Suomessa suurina. Terveyseroja esiintyy useimmissa terveysmittareissa, kuolleisuus mukaan lukien. Tosin kuolleisuuden erojen on havaittu hieman kaventuneen viime vuosikymmenen aikana useissa kuolemansyissä. Tässä luvussa analysoimme sosioekonomisia terveyseroja menetetyissä elinvuosissa, joka on kuolleisuutta herkempi ja kattavampi terveyden mittari. Eroja havaitaan edelleen vuosina 2017–2019, ja kaikissa tässä tutkimuksessa tarkastelluissa kuolemansyiryhmissä menetetyt elinvuodet painottuivat pienituloisille.

Väestöryhmien välinen tasa-arvo on jo vuosikymmenien ajan ollut yksi suomalaisen terveyspolitiikan päätavoitteista. Sosiaalisen aseman mukaiset terveyserot ovat kuitenkin säilyneet suurina. Eroja on todettu muun muassa koetussa terveydessä, pitkäaikaisessa sairastavuudessa, toiminta- ja työkyvyssä sekä kuolleisuudessa (Koponen ym. 2018; Tarkiainen ym. 2017). Koetun terveyden erojen on todettu olevan varsin pysyviä (Lahelma ym. 2019), kun taas kuolleisuuserojen on todettu kaventuneen 2010-luvulla, vaikka elinajanodotteen erot olivat vielä 2014 selvät erityisesti ylimmän ja alimman tuloluokan välillä. Kuolleisuuserojen on todettu kaventuneen erityisesti alkoholiperäisissä syissä, dementia- ja itsemurhissa, tapaturmissa ja väkivaltaisissa kuolemansyissä (Tarkiainen ym. 2017).

Kuolleisuus on tärkeä eriarvoisuuden mittari, koska tiedot saadaan koko väestöstä luotettavasti, ja niitä voidaan vertailla kansainvälisesti (Mackenbach ym. 2019). Monet kuolleisuusmittarit ottavat huomioon vain yleisen kuolleisuuden, joka painottuu ikääntyneeseen väestöön. Tarkemman kuvan saamiseksi erityisesti ennenaikaisen kuolleisuuden kehityksestä ja väestöryhmittäisistä eroista sekä niiden aiheuttamista menetyksistä yhteiskunnassa onkin kehitetty menetettyjä elinvuosia kuvaava mittari (*Potential Years of Life Lost*, PYLL), joka painottaa erityisesti nuoremmalla iällä tapahtuvia kuolemia. Mittari on käytössä kansainvälisissä vertailuissa esimerkiksi OECD:ssä ja EU:ssa. Lisäksi kuolemansyittäiset menetetyt elinvuosia kuvaavat tulokset tarjoavat lisätietoa tietyissä väestöryhmissä tai tietyllä alueella korostuvista kuolemansyistä ja auttavat terveydenhuollon voimavarojen suuntaamisessa.

Suomessa on aiemmin raportoitu PYLL-indeksin tuloksia, joiden mukaan sekä naisten että miesten kuolleisuus väheni kaikissa tuloryhmissä 1990-luvun puolivälistä 2010-luvun puoliväliin. Jakson alkupuoliskolla tuloryhmien väliset erot kasvoivat huomattavasti, mutta jakson jälkipuoliskolla ne hieman pienenevät. Erojen taustalla olivat tällöin erityisesti sydän- ja verisuonitautien, alkoholin ja tapaturmien aiheuttamat kuolemat. Alkoholikuolemat sekä tapaturmaiset kuolemat vähenivät tarkastelujaksolla eniten alimmassa tuloryhmässä. Myös maakuntien välillä oli verrattain suuria eroja menetetyissä elinvuosissa. (Parikka ym. 2017). Pekka Jousilahti ym. (Jousilahti ym. 2017) tekivät kuolemansyittäisen tarkastelun, jossa menetettyjä elinvuosia vertailtiin pohjoisen ulottuvuuden kumppanuusmaissa vuosien 2003–2013 ajalta. Tulosten mukaan Suomessa korostuivat erityisesti itsemurhat sekä alkoholikuolemat.

Tässä tutkimuksessa tarkastelemme sosioekonomisia eroja 25–79-vuotiaassa väestössä PYLL-indeksillä mitatuissa menetetyissä elinvuosissa vuosina 2017–2019. Vaikka PYLL-indeksiä usein tarkastellaan kaikissa alle 80-vuotiaiden ryhmissä, rajaudumme tässä 25–79-vuotiaisiin, koska alle 25-vuotiaiden sosioekonominen asema ei ole vielä vakiintunut eikä siksi ole vertailukelpoinen vanhempien ikäryhmien kanssa. Tarkastelemme menetettyjen elinvuosien absoluuttisia eroja (PYLL / 100 000 vastaavanikäistä) ja suhteellisia eroja suhteellisen eriarvoisuusindeksin (*Relative Index of Inequality*, RII) avulla. RII-indeksi mittaa tulojakautuman ääripäihin kuuluvan väestön välistä eroa menetettyjen elinvuosien määrässä suhteuttaen tuon eron koko samanikäisen väestön menetettyjen elinvuosien määrään. Suhteellisten erojen tarkastelu RII-indeksiluvulla helpottaa väestöryhmien välisten erojen vertailua eri kuolemansyissä, jotka ovat absoluuttiselta tasoltaan erilaisia. Lisäksi suhteellinen eriarvoisuusindeksi ottaa huomioon kuolleisuuden tason kaikissa tuloryhmissä ylimmän ja alimman tuloluokan vertailun sijaan. Sosioekonomisen aseman mittarina käytämme tulotasoa, ja vertaamme alimman tuloviidenneksen ja ylimmän 40 prosentin välisiä eroja kaikissa menetetyissä elinvuosissa. Tarkastelemme myös erikseen viittä yleistä kuolemansyiryhmää: alkoholikuolemat, verenkiertoelinten sairaudet, itsemurhat, tapaturmat ja keuhkosairaudet. Vertailemme menetettyjä elinvuosia sukupuolittain.

Sosiaalisen aseman vaikutusta menetettyihin elinvuosiin on tärkeää selvittää, koska kuulumisen alempiin sosiaaliluokkiin on osoitettu olevan terveysriski tois-
tuvasti kaikissa länsimaissa ja johtavan useammin terveyden menetykseen, pitkä-
aikaissairauksiin ja kuolemaan verrattuna parempaan sosioekonomiseen asemaan.
Erot näyttäivät ainakin joidenkin terveyden osoittimien kohdalla myös läpäisevän
koko sosiaalisen hierarkian. Erilaiset osoittimet auttavat ymmärtämään sosiaali-
sen aseman vaikutusta eri väestöryhmien terveyteen, jolloin pystytään kohdentaa
terveyspoliittisia toimia ja palvelujärjestelmän toimintaa paremmin vastaa-
maan väestön tarpeita. Aiempi tutkimus sosioekonomisista eroista menetetyissä
elinvuosissa on kuitenkin varsin niukkaa (Parikka ym. 2017; Chateau ym. 2012;
Siskind ym. 1992; Wilkins ym. 1989), ja suurin osa tutkimuksista on käyttänyt
asuinalueen väestön sosiaaliseen asemaan pohjautuvaa eli ekologista sosioekono-
misen aseman mittaria.

Aineisto ja menetelmät

Tulokset perustuvat THL:n Tilastokeskukselta tilaamaan rekisteriaineistoon, joka
on muodostettu kansallisista rekistereistä koottuja tietoja yhdistämällä. Aineisto
kattaa Suomessa vakinaisesti asuneen 25–79-vuotiaan väestön vuosina 2017–2019.

Tutkimusaineistoon kuuluvan väestön tuloryhmät määritettiin vuosittain
maan koko väestön tulojakaumasta laskettujen tuloviidennesten mukaan. Mää-
rityksessä käytettiin henkilön asutokunnan yhteenlaskettuja nettotuloja, jotka
suhteutettiin asutokunnan kulutusyksikköluvulla. Kulutusyksikköluvun laskenta
perustui OECD:n modifioituun skaalaan. PYLL- ja RII-indeksien laskentaa varten
kaksi ylintä tuloviidennestä yhdistettiin, jotta pieniin tapausmääriin liittyvän sa-
tunnaisvaihtelun vaikutusta tuloksiin voitiin vähentää.

PYLL-indeksi ilmaisee ennenaikaisesti tapahtuneiden kuolemien vuoksi me-
netettyjen elinvuosien määrän tietyllä ikävälillä. Tässä tutkimuksessa käytetty 79
vuoden yläikärajaa vastaa vastasyntyneen (pojan) elinajanodotetta Suomessa. Täl-
löin esimerkiksi 25-vuotissyntymäpäivänään kuolleen katsotaan menettäneen 55
elinvuotta, kun taas 70-vuotissyntymäpäivänään kuolleen katsotaan menettäneen
10 elinvuotta. Tässä tutkimuksessa käytetty PYLL-indeksi ei huomioi alle 25-vuo-
tiaana tapahtuneita kuolemia. PYLL-indeksi kuvaa menetettyjen elinvuosien yh-
teenlaskettua lukumäärää 100 000 asukasta kohden.

PYLL-indeksi laskettiin viisivuotiskäryhmittäin luokitellun aineiston pohjalta
erikseen sukupuolittain ja tuloviidenneksittäin. Menetettyjen elinvuosien määrä
estimoitiin kussakin ikäryhmässä vuosina 2017–2019 tapahtuneiden kuolemien
lukumäärän ja ikäryhmittäin estimoidun menetettyjen elinvuosien määrän tulo-
na. Tulos jaettiin ikäryhmän henkilövuosien lukumäärällä. Lopuksi ikäryhmittäi-
set luvut laskettiin yhteen käyttäen painoina 25–79-vuotiaan väestön ikärakennet-
ta vuonna 2001, jotta erot ikärakenteessa eivät vääristä tuloryhmittäistä ja toisaalta
sukupuolittaista vertailua. THL:n Sotkanet.fi-tilastotietopalvelussa saatavilla olevat

PYLL-indeksit on vakioitu saman vuoden väestörakenteeseen. Mitä suurempi PYLL-indeksin lukema on, sitä enemmän menetettyjä elinvuosia kyseisellä ikävälillä on.

Tuloryhmien välisiä suhteellisia eroja menetettyjen elinvuosien määrässä mitattiin tässä tutkimuksessa RII-indeksillä, joka on sosioekonomisten erojen voimakkuuden ja erojen suunnan kiteyttävä indikaattori (ks. Pamuk 1985; Hayes ja Berry 2002). RII-indeksi ottaa huomioon menetettyjen elinvuosien määrän tulojakauman ääripäiden lisäksi myös tulojakauman keskivaiheille kuuluvassa väestössä. Indeksillä perustuu regressioanalyysiin, jossa selitettävänä muuttujana on tuloryhmittäinen PYLL ja selittävä muuttujana on kyseiseen tai sitä alempaan tuloryhmään kuuluva 25–79-vuotias väestöosuus. Tuloksena saatava regressiokerroinestimaatti kuvaa tulojakauman ääripäiden välistä tasoeroa menetettyjen elinvuosien määrässä. Ero on negatiivinen, kun menetettyjen elinvuosien määrä pienenee siirryttäessä tulojakauman pienituloisimmasta ääripäästä suurituloisimpaan ääripäähän. RII-indeksi laskettiin suhteuttamalla tämä ero koko samanikäisen väestön tasolla laskettuun keskimääräiseen menetettyjen elinvuosien määrään.

RII saa arvon 0, kun tuloryhmien välillä ei ole eroja menetettyjen elinvuosien määrässä. Negatiivinen RII ilmaisee, että pienituloisimmassa väestöosassa menetettyjen elinvuosien määrä on suurempi kuin hyvätuloisessa väestössä. Esimerkiksi RII:n arvo -2,5 kertoo, että tulojakauman ääripäiden välinen ero menetettyjen elinvuosien määrässä on 2,5 kertaa niin suuri kuin samanikäisen väestön keskimääräinen PYLL-lukema ja että alimmissa tuloryhmissä kuollaan nuorempina ja kuolemantapauksia on enemmän kuin ylimmissä tuloryhmissä.

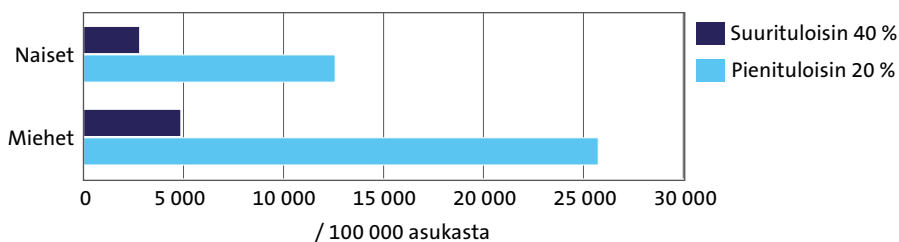
Kuolemansyykohtaista tarkastelua varten aineiston kuolemantapaukset jaettiin ryhmiin, joiden määrittämisessä käytettiin Tilastokeskuksen kuolemansyytilaston peruskuolemansyyntä mukaista kuolemansyylookitusta (tarkempi ICD-10-luokitus, Liitetäulukko 2.1). Analyysit tehtiin THL:ssä Tilastokeskuksen etäkäyttäjärjestelmän kautta.

Tutkimus on osa Suomen Akatemian rahoittamaa IMPRO-hanketta (projekti-numero 336 328) ja THL:n eettinen työryhmä on käsitellyt hankkeen ja puoltanut sen toteuttamista (THL/442/6.02.01/2018 §787).

Erot menetetyissä elinvuosissa

Menetetyissä elinvuosissa edelleen selvät sosioekonomiset erot

Kun tarkastellaan kaikkia kuolemansyitä vuosina 2017–2019, olivat sosioekonomiset erot menetetyissä elinvuosissa selvät. Kuviossa 2.1 esitetään luvut suhteutettuna vastaavanikäiseen väestöön. Menetettyjen elinvuosien määrä oli miehillä selvästi suurempi kuin naisilla sekä ylimmässä että alimmassa tuloryhmässä. Absoluuttinen ero tuloryhmien välillä oli miehillä 20 888 elinvuotta ja naisilla 9 777 elinvuotta.

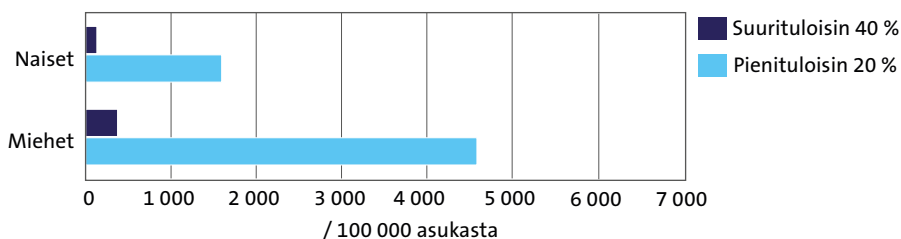


Kuvio 2.1. Kaikkien kuolemansyiden vuoksi menetetyt elinvuodet (PYLL) yhteensä ikävälillä 25–79 vuotta 100 000 vastaavan ikäistä asukasta kohden vuosina 2017–2019 tuloryhmän mukaan.

Vuosien 2017–2019 kaikkien kuolemantapausten perusteella laskettu suhteellinen ero menetetyissä elinvuosissa tuloryhmien välillä oli merkittävä. Suhteellinen eriarvoisuusindeksi RII oli naisilla -2,2 ja miehillä -2,5. Tämä tarkoittaa, että tulojakauman pienituloisimman ääripään ero suurituloisimpaan oli yli kaksinkertainen koko samanikäisessä väestössä mitattuun menetettyjen elinvuosien määrään nähden molemmilla sukupuolilla. Naisilla tuloryhmittäinen suhteellinen ero oli pienempi kuin miehillä, mikä tarkoittaa, että naisilla menetetyt elinvuodet jakautuvat tuloryhmien välillä tasaisemmin kuin miehillä.

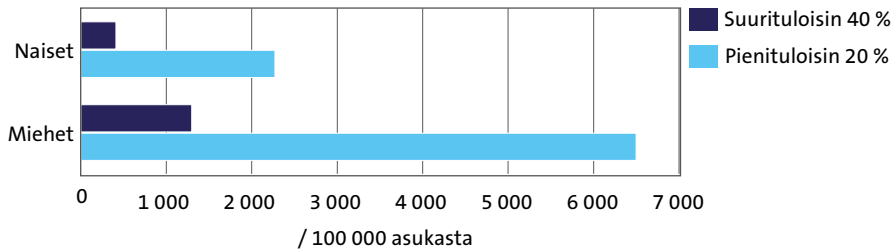
Menetettyjen elinvuosien jakauma vaihteli kuolemansyittäin

Tuloryhmittäiset erot alkoholikuolemien takia menetetyissä elinvuosissa olivat molemmilla sukupuolilla suuria (kuvio 2.2). Alkoholikuolemien takia menetettyjä elinvuosia oli miehillä selvästi enemmän kuin naisilla, ja tuloryhmittäiset absoluuttiset erot ylimmän ja alimman tuloryhmän välillä olivat naisilla 1 463 elinvuotta ja miehillä 4 213 elinvuotta. Suhteelliset tuloryhmittäiset erot RII-indeksillä mitattuna olivat myös molemmilla sukupuolilla suuret. Ylimmän ja alimman tuloryhmän välinen ero menetetyissä elinvuosissa oli 3,7-kertainen suhteessa koko samanikäisen väestön menetettyjen elinvuosien tasoon molemmilla sukupuolilla.



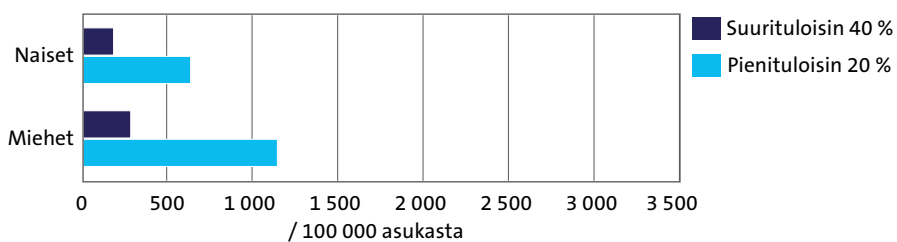
Kuvio 2.2. Alkoholiperäisten kuolemansyiden takia menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25–79 vuotta 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohden vuosina 2017–2019 tuloryhmän mukaan.

Vuosina 2017–2019 verenkiertoelimistön sairauksien takia menetetyt elinvuodet erosivat selvästi tuloryhmittäin sekä miehillä että naisilla (kuvio 2.3). Miehillä alimman ja ylimmän tuloryhmän välinen tasoero, 5 201 menetettyä elinvuotta, oli huomattavasti suurempi kuin naisten vastaava ero, 1 861 menetettyä elinvuotta. Suhteelliset erot olivat kuitenkin varsin samansuuruiset molemmilla sukupuolilla. RII-indeksillä mitatut suhteelliset erot tulojakauman ääripäiden välillä olivat miehillä 2,4- ja naisilla 2,5-kertaiset verrattuna koko samanikäisen väestön keskimääräiseen menetettyjen elinvuosien määrään.



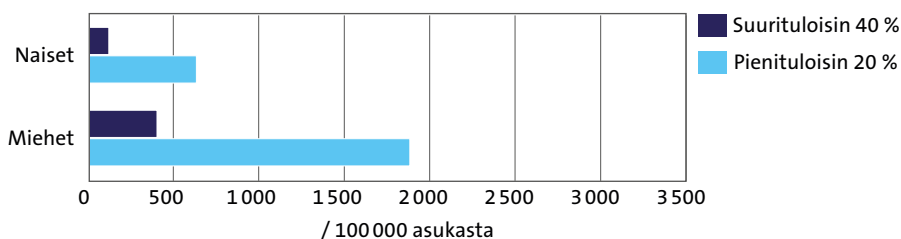
Kuvio 2.3. Verenkiertoelinten sairauksien takia menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25–79 vuotta 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohden vuosina 2017–2019 tuloryhmän mukaan.

Keuhkosairauksiin liittyvät kuolemat aiheuttivat lukumäärältään vähemmän elinvuosien menetyksiä kuin edellä käsitellyt kuolemansyryryhmät, mutta tuloryhmien väliset erot olivat keuhkosairauksissakin suuret (kuvio 2.4). Absoluuttinen ero menetetyissä elinvuosissa ylimmän ja alimman tuloryhmän välillä oli naisilla 452 elinvuotta ja miehillä 860 menetettyä elinvuotta. Suhteelliset erot alimman ja ylimmän tuloryhmän välillä olivat RII-indeksillä mitattuna miehillä 2,1-kertaiset ja naisilla 1,9-kertaiset koko väestön keskimääräiseen keuhkosairauksien vuoksi menetettyjen elinvuosien määrään nähden.



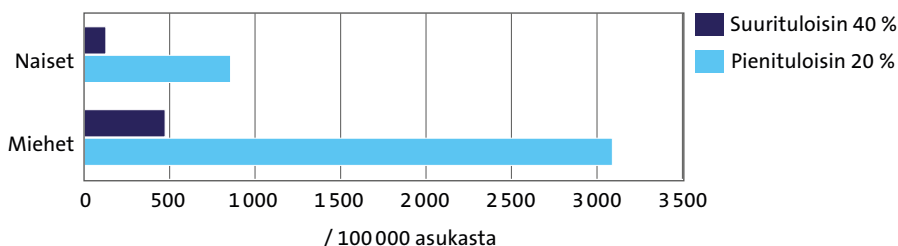
Kuvio 2.4. Keuhkosairauksien takia menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25–79 vuotta 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohden vuosina 2017–2019 tuloryhmän mukaan.

Molemmilla sukupuolilla alimmassa tuloryhmässä itsemurhien takia menetettiin selvästi enemmän elinvuosia kuin ylimmässä tuloryhmässä (kuvio 2.5). Tuloryhmien välinen tasoero oli naisilla 513 ja miehillä 1 482 menetettyä elinvuotta. Suhteelliset erot tulojakauman ääripäiden välillä (RII-indeksi) olivat miehillä 2,3-kertaiset ja naisilla 2,5-kertaiset koko vastaavanikäiseen väestön tasolla estimoituihin itsemurhien vuoksi menetettyjen elinvuosien lukumäärään nähden. Sukupuolten välinen ero RII-indeksin suuruudessa kertoo, että miehillä itsemurhien vuoksi menetetyt elinvuodet jakautuvat tuloryhmien välillä hieman tasaisemmin kuin naisilla.



Kuvio 2.5. Itsemurhien takia menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25–79 vuotta 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohden vuosina 2017–2019 tuloryhmän mukaan.

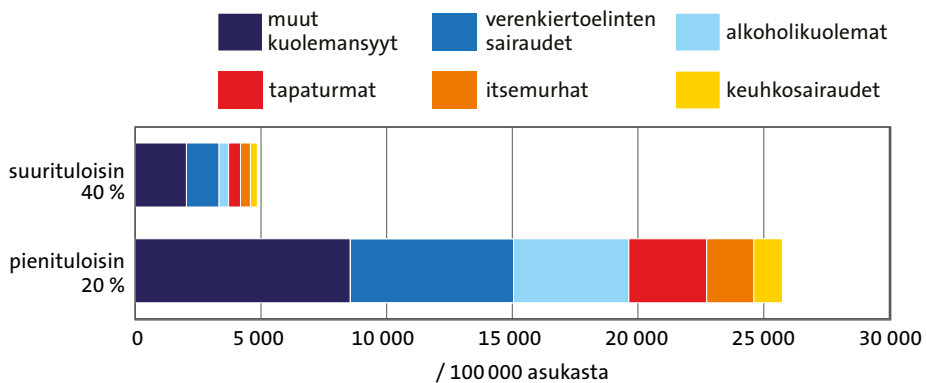
Myös tapaturmien takia menetetyt elinvuodet jakautuivat ylempiä tuloryhmiä suosivasti (kuvio 2.6). Absoluuttinen ero ylimmän ja alimman tuloryhmän välillä oli naisilla 729 ja miehillä 2 617 elinvuotta suhteutettuna vastaavanikäiseen väestöön. Suhteelliset erot alimman ja ylimmän tuloryhmän välillä (RII-indeksi) olivat molemmilla sukupuolilla 2,9-kertaiset koko samanikäisen väestön keskimääräiseen menetettyjen elinvuosien tasoon nähden. RII-indeksin mukaan molemmilla sukupuolilla tuloryhmittäinen vaihtelu tapaturmien vuoksi menetettyjen elinvuosien määrässä oli siis yhtä voimakasta.



Kuvio 2.6. Tapaturmien takia menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 25–79 vuotta 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohden vuosina 2017–2019 tuloryhmän mukaan.

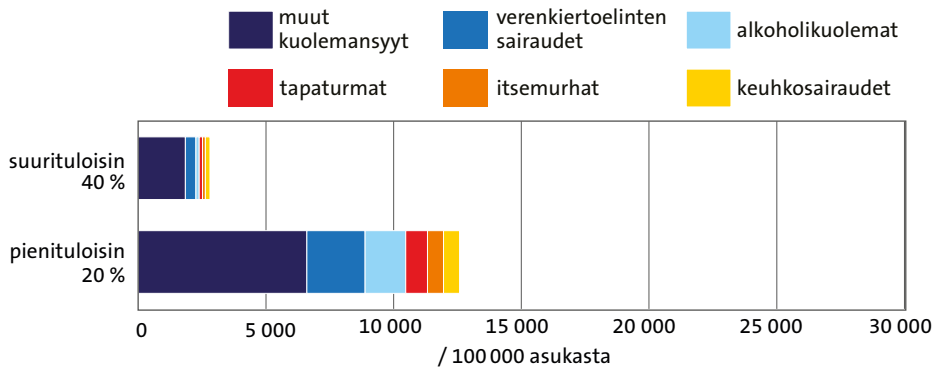
Mitkä olivat tärkeimmät menetettyihin elinvuosiin vaikuttavat kuolemansyyt?

Miesten menetetyistä elinvuosista verenkiertoelinten sairaudet aiheuttivat noin neljäsosan, ylimmässä tuloryhmässä 27 prosenttia ja alimmassa tuloryhmässä 25 prosenttia (kuvio 2.7). Alimmassa tuloryhmässä suuri osuus menetetyistä elinvuosista aiheutui myös alkoholikuolemista (18 %) ja tapaturmista (12 %). Vaikka yksittäiset edellä tarkastellut kuolemansyryhmät tuottivat suuren osan aikajaksolla 2017–2019 menetetyistä elinvuosista, niiden osuus oli kuitenkin korkeintaan kaksi kolmannesta kaikista menetetyistä elinvuosista. Molemmissa tuloryhmissä moniaineeksisen ”muut kuolemansyyt” luokan tärkein diagnoosiryhmä oli syöpäsairaudet pois lukien keuhkosyöpä.



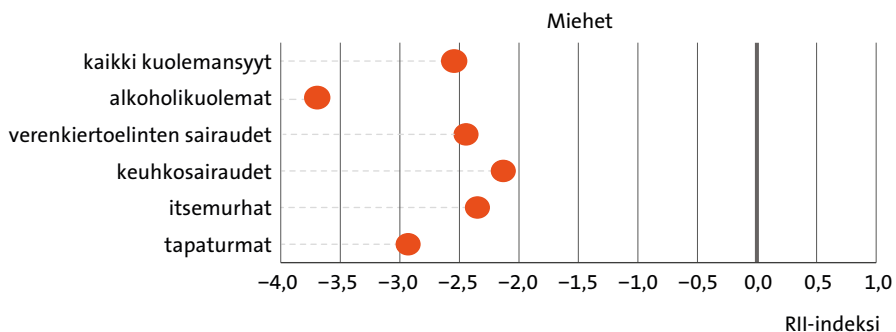
Kuvio 2.7. Eri kuolemansyiden vaikutus menetettyihin elinvuosiin (PYLL) tuloryhmittäin miehillä ikävälillä 25–79 vuotta 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohden.

Myös naisilla (kuvio 2.8) verenkiertoelinten sairaudet aiheuttivat paljon menetettyjä elinvuosia sekä ylimmässä (15 %) että alimmassa (18 %) tuloryhmässä. Alimmassa tuloryhmässä myös naisilla alkoholikuolemien osuus (13 %) kaikista ikävälillä menetetyistä elinvuosista erottui suuruudellaan. On kuitenkin huomattava, että sekä ylimmässä että alimmassa tuloryhmässä yli puolet (suurituloisimmilla 66 %, pienituloisimmilla 52 %) aikajaksolla 2017–2019 menetetyistä elinvuosista selittyi ”muut kuolemansyyt” ryhmän diagnooseilla. Näistä tärkein ryhmä oli muut syöpäsairaudet kuin keuhkosyöpä.

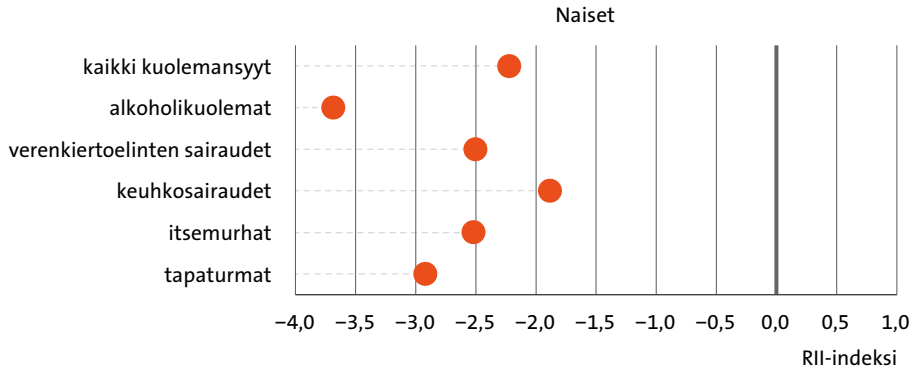


Kuvio 2.8. Eri kuolemansyiden vaikutus menetettyihin elinvuosiin (PYLL) tuloryhmittäin naisilla ikävälillä 25–79 vuotta 100 000 vastaavanikäistä asukasta kohden.

Suhteellisten erojen tarkastelu helpottaa väestöryhmien välisten erojen suuruusluokan keskinäistä vertailua tasoltaan erilaisissa kuolinsyissä. RII-indeksin etuna on, että se mittaa tulojakauman ääripäiden välisten erojen suuruutta huumioiden menetettyjen elinvuosien määrän jakautumisen myös tulojakauman keskivaiheille kuuluvassa väestössä. Kuvioissa 2.9 ja 2.10 tiivistetään tulokset suhteellisista eroista menetetyissä elinvuosissa miehille ja naisille. Tarkastelluista kuolemansyiryhmistä menetetyt elinvuodet jakautuivat tuloryhmien välillä epätasaisimmin alkoholikuolemissa, jossa miehillä ja naisilla RII-indeksi sai arvon -3,7. Erot olivat miehillä ja naisilla samaa suuruusluokkaa alkoholikuolemien lisäksi myös tapaturmaisissa kuolemansyissä (RII sai arvon -2,9). Tarkastelluista kuolemansyiryhmistä menetettyjen elinvuosien tuloryhmittäinen jakautuminen oli tasaisinta keuhkosairauksiin liittyvissä kuolemansyissä, jossa miehillä RII sai arvon -2,1 ja naisilla -1,9. Kaikissa tutkimuksessa tarkastelluissa kuolemansyiryhmissä RII-indeksi kuitenkin sai negatiivisia arvoja, mikä tarkoittaa, että menetetyt elinvuodet painottuivat kaikissa kuolemansyiryhmissä pienituloisimpaan väestöosaan.



Kuvio 2.9. Menetettyjen elinvuosien eriarvoisuusindeksi RII miehille eri kuolemansyiryhmissä. RII:n arvo 0 ilmaisee menetettyjen elinvuosien tasaista jakautumista tuloryhmien välillä.



Kuvio 2.10. Menetettyjen elinvuosien eriarvoisuusindeksi RII naisille eri kuolemansyyryhmissä. RII:n arvo 0 ilmaisee menetettyjen elinvuosien tasaista jakautumista tuloryhmien välillä.

Pohdinta

Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että Suomessa oli edelleen vuosina 2017–2019 selvät sosioekonomiset erot menetettyjen elinvuosien määrässä. Tärkeimmät menetettyjä elinvuosia aiheuttavat kuolemansyyt olivat nyt tarkastelluista syistä sekä miehillä että naisilla verenkiertoelinten taudit, alkoholikuolemansyyt sekä tapaturmat. Kaikissa tutkimuksessa tarkastelluissa kuolemansyissä menetetyt elinvuodet painottuivat alempiin tuloryhmiin. Miehillä yli kolmannes ja naisilla yli puolet sekä ylimmän että alimman tuloryhmän menetetyistä elinvuosista selittyi kuitenkin heterogeenisellä ”muut kuolemansyyt” luokalla.

Suhteelliset erot olivat RII-indeksillä mitaten suurimmat alkoholikuolemansyiden ryhmässä, jossa tulojakauman pienituloisimman ääripään ero suurituloisimpaan oli 3,7-kertainen suhteessa vastaavanikäisten keskimääräiseen menetettyjen elinvuosien määrään molemmilla sukupuolilla. RII-indeksillä mitatut erot olivat suuret myös tapaturmien takia menetetyissä elinvuosissa; ero oli 2,9-kertainen. Itsemurhien ja verenkiertoelintautien vuoksi menetetyissä elinvuosissa erot olivat myös yli kaksinkertaiset (RII-indeksi vaihteli miehillä ja naisilla välillä -2,3 ja -2,5).

Eroja menetetyissä elinvuosissa ei ole aiemmin Suomessa tarkasteltu RII-indeksin avulla. Jos halutaan tarkastella sitä, säilyykö eriarvoisuus ennallaan, kasvaako se vai väheneekö se kussakin kuolemansyyryhmässä, on tärkeää tarkastella suhteellisia eroja tasoerojen lisäksi (Lahelma ym. 2019). RII-indeksi on hyödyllinen lisä myös sen arviointiin, miten jyrkkiä erot ja eriarvoisuus ovat ottaen huomioon sosioekonomisen aseman koko jakauman sen sijaan, että eroa mitattaessa huomioitaisiin ainoastaan jakauman ääripäihin kuuluvat väestönosat.

Aiemmassa suomalaisessa menetettyjä elinvuosia tarkastelleessa tutkimuksessa (Parikka ym. 2017) todettiin myös suuria tuloryhmittäisiä eroja, joiden kuitenkin todettiin kaventuneen jonkin verran viime vuosikymmenen puoliväliin mennessä. Tutkimuksessa todettiin erojen olleen erityisen suuria verenkiertoelinten sairauksien ja alkoholikuolemien takia menetetyissä elinvuosissa. Tämän tutkimuksen tulokset ovat myös samansuuntaiset kuin aiemmin raportoidut 25-vuotiaan elinajanodotetta koskevan tutkimuksen tulokset, joiden mukaan sosiaaliryhmittäisiä eroja elinajanodotteessa selittivät etenkin iskeemiset sydänsairaudet ja alkoholiperäiset syyt molemmilla sukupuolilla (Tarkiainen ym. 2017). Myös tapaturmat ja väkivaltaiset kuolemansyyt selittivät osan elinajanodotteen eroista etenkin miehillä.

Nyt havaitut sosiaaliryhmittäiset erot menetetyissä elinvuosissa syntyvät erilaisten mekanismien kautta, joista tärkeimmät ovat käyttäytymiseen liittyvät tekijät, materiaaliset ja rakenteelliset tekijät sekä terveyteen perustuva sosioekonominen valikoituminen (Townsend ja Davidson 1982). Osalla nyt tarkastelluista kuolemansyistä onkin ilmeinen yhteys käyttäytymiseen sekä sitä ohjaaviin psykososiaalisiin tekijöihin (esimerkiksi arvoihin ja asenteisiin). Tällaisia ovat ainakin keuhkosairaudet ja alkoholikuolemansyyt. Myös sydän- ja verisuonisairauksien riskiin yksilön terveyskäyttäytymisellä on suuri vaikutus. Myös valikoituminen erilaisten terveysongelmien takia alempiin tuloryhmiin voi selittää osan tuloryhmien kuolleisuuseroista.

Terveyskäyttäytyminen ja siihen vaikuttavat psykososiaaliset tekijät vaikuttavat kuitenkin todennäköisesti yhdessä rakenteellisten ja materiaalisten tekijöiden (esimerkiksi työ- ja elinolot) kanssa. Maailman terveysjärjestö WHO:n vuonna 2008 raporttinsa jättänyt *Commission for social determinants of health* -komitea nostaa näiden lisäksi esille myös terveystalouden ja palvelujärjestelmän vaikutuksen (Solar ja Irwin 2007). Palvelujärjestelmän vaikutuksen voidaan arvioida näkyvän erityisesti palvelujen saatavuuden ja laadun vaihtelun kautta. Palvelujen saatavuudessa ja laadussa on Suomessakin raportoitu sosioekonomisia eroja, jotka liittyvät erityisesti perusterveydenhuollon palvelujen kolmikanavaiseen rakenteeseen (Manderbacka ym. 2017; Keskimäki ym. 2019), ja jotka todennäköisesti vaikuttavat erityisesti kroonisten sairauksien, kuten sydän- ja verisuonitautien ennaltaehkäisyyn, varhaiseen toteamiseen ja hoitoon. Mielenterveyspalveluilla on tärkeä rooli ainakin itsemurhien vähentämisessä (Pirkola ym. 2009). Alkoholikuolleisuuden sosioekonomisten erojen vähentämiseksi Pia Mäkelä työtovereineen (Mäkelä ym. 2017) suosittelee suoraan juomatapoihin vaikuttamista muun muassa mini-intervention ja hoitopääsykynnyksen madaltamisen keinoin, mutta myös muihin terveyden riskitekijöihin vaikuttamista ja yleistä elinolojen parantamista.

Sosiaalisen aseman negatiivisia vaikutuksia väestön terveyteen ja terveyseroihin on tärkeää vähentää myös rakenteellisin toimin. Silvia Stringhini julkaisi vuonna 2017 kollegoineen laajaan kansainväliseen väestöseuranta-aineistoon perustuvan tutkimuksen sosioekonomisen aseman vaikutuksesta kuolleisuuteen

(Stringhini ym. 2017). Sen tulokset viittaavat siihen, että matalan sosioekonomisen aseman aiheuttama riski on samaa suuruusluokkaa kuin epäterveellisten elintapojen, kuten tupakoinnin ja liiallisen alkoholinkäytön tai heikoktasaisen ruokavalion. Suosituksissaan tutkijaryhmä viittaa sellaisiin rakenteellisiin toimiin, jotka esimerkiksi edistävät lasten varhaisia koulutusmahdollisuuksia, ja huono-osaisten toimeentulon tukemiseen. Samantyyppisiin ja varsin konkreettisiin suosituksiin päätyi myös vuonna 2017 työnsä päättänyt Ruotsin ”terveysrokommisio” (Kommissionen för jämlik hälsa 2017), joka selvitti edellytyksiä terveyserojen poistamiselle sukupolven aikana. Myös tämä työryhmä korosti rakenteellisen tason toimia ja puuttumista erojen ”juurisyihin” eli erojen syiden syihin. Myös Suomen kansallisen terveyserojen kaventamishjelman (2008–2011) loppuarviossa (Rotko ym. 2012) esitettiin terveyserojen taustalla oleviin juurisyihin vaikuttamista.

Menetettyjä elinvuosia on käytetty terveystalvujärjestelmän suoriutumisen arviointiin paitsi kansainvälisissä vertailuissa esimerkiksi OECD:ssä ja EU:ssa kuin myös joissakin yksittäisissä maissa. Esimerkiksi Kanadassa se on osa *Health System Performance Measurement Framework* -arviointikehikkoa, ja sitä käytetään siellä laajasti sekä kansallisella että alueellisella ja paikallisella tasolla (Maximova ym. 2016).

Palvelujärjestelmän tavoitteena on vähentää ennenaikaisia kuolemia ja niiden aiheuttamaa hyvinvointitappiota, ja samalla kaventaa tuloryhmien välisiä eroja. Menetettyjen elinvuosien kokonaismäärää voidaan vähentää sekä tuloryhmien välisiä eroja tasata palvelujärjestelmän keinoin, kun ennenaikaiseen kuolleisuuteen erityisesti alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä pyritään vaikuttamaan ennaltaehkäisevin ja korjaavin keinoin perus- ja erityistason palveluissa. Tässä tutkimuksessa esitetyt mittarit auttavat kohdentamaan palveluja väestön palvelutarpeen mukaisesti niihin sairausryhmiin, joissa ennenaikaisia kuolemia on paljon, mutta myös niihin, joissa havaitaan jyrkät sosioekonomiset erot menetettyjen elinvuosien määrässä. Samalla ajallinen muutos kertoo palvelujärjestelmän ja koko hyvinvointipolitiikan onnistuneisuudesta, eli siitä, onko kehityssuunta oikea.

Tutkimuksen vahvuudet ja rajoitukset

Tämä tutkimus pohjautuu Tilastokeskuksen väestötilastojen tietoihin ja kuolemansyrekisterin tietoihin kuolemista. Kuolemansyrekisterin tiedot ovat arvioiden mukaan kansainvälisesti luotettavia, vaikka tilaston on todettu aliarvioivan joidenkin kuolemansyiden, kuten alkoholimyrkytysten osuutta (Lahti 2005). Tiedot ovat saatavilla kuolemansyittäin pitkältä ajanjaksolta koko väestölle digitaalisessa muodossa, ja niihin voidaan yhdistää yksilötason ja aluetason tietoja muista rekistereistä. Ne auttavat saamaan paremman kuvan muutoksista ennenaikaisessa kuolleisuudessa kuolemansyittäin ja auttavat arvioimaan toimia kansanterveyden edistämisessä ja terveystalvullisten toimien vaikutusta terveysriskeihin (Maximova ym. 2016).

Mittarin heikkoutena on kuitenkin pidetty ns. attribuutio-ongelmaa. Tämä ongelma on yhteinen muiden palvelujärjestelmän suoriutumista kuvaavien aggregaattitasoisten mittareiden kanssa. (Nolte ym. 2009.) Mittarit eivät näet pysty erittelemään eri tekijöiden vaikutusta sairastavuuteen ja ennenaikaiseen kuolleisuuteen eivätkä näin ollen suoraan osoita, mihin tekijöihin olisi tarpeen vaikuttaa eri väestöryhmissä.

Tämä artikkeli perustuu aiempaan THL:n Tutkimuksesta tiiviisti -sarjan julkaisuun:

Kristiina Manderbacka, Elsi Lindell, Tuuli Suomela, Sonja Lumme, Seppo Koskinen, Tuija Martelin, Suvi Parikka. Sosiaalinen asema ja menetetyt elinvuodet Suomessa 2017–2019. Tutkimuksesta tiiviisti 56/2021. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki

Lähteet

- Chateau, Dan & Metge, Colleen & Prior, Heather, & Soodeen, Ruth-Ann (2012): Learning from the census: the Socio-economic Factor Index (SEFI) and health outcomes in Manitoba. *Can J Public Health* 103:23.
- Hayes, Lillian & Berry, Geoffrey (2002): Sampling variability of the Kunst-Mackenbach relative index of in-equality. *J Epidemiol Community Health* 56:762–765.
- Jousilahti, Pekka & Vienonen, Mikko & Mackiewicz, Karolina & Koistinen, Veli & Vohlonen, Ilkka (2017): Ennenaikaisten kuolemien aiheuttamat elinvuosien menetykset pohjoisen ulottuvuuden kumppanusmaissa 2003–13. *Suomen Lääkärilehti* 76:2681–2692.
- Keskimäki, Ilmo & Tynkkynen, Liina-Kaisa & Reissell, Eeva & Koivusalo, Meri & Syrjä, Vesa & Vuorenkoski, Lauri & Rechel, Bernd & Karanikolos, Marina (2019): Finland: Health System Review. *Health Syst Transit* 21:1-166.
- Kommissionen för jämlik hälsa (2017): Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. *Statens offentliga utredningar*, Stockholm.
- Koponen, Päivikki & Borodulin, Katja & Lundqvist, Annamari & Sääksjärvi, Katri & Koskinen, Seppo (toim) (2018): *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Lahelma, Eero & Pietiläinen, Olli & Pentala-Nikulainen, Oona & Helakorpi, Satu & Rahkonen, Ossi (2019): 36-year trends in educational inequalities in self-rated health among Finnish adults. *SSM Popul Health* 9:100504.
- Lahti, Raimo (2005): From findings to statistics: An assessment of Finnish medical cause-of-death information in relation to underlying-cause coding. Department of Forensic Medicine, University of Helsinki, Helsinki.
- Mackenbach, Johan P & Rubio Valverde, José & Bopp, Matthias & Bronnum-Hansen, Henrik & Costa, Giuseppe & Deboosere, Patrick & Kalediene, Ramune & Kovacs, Katalin & Leinsalu, Mall & Martikainen, Pekka & Menvielle, Gwenn & Rodriguez-Sanz, Maica & Nusselder, Wilma J (2019): Progress against inequalities in mortality: register-based study of 15 European countries between 1990 and 2015. *Eur J Epidemiol* 34:1131–1142.
- Mäkelä, Pia & Martikainen, Pekka & Peltonen, Markku (2017): Sosioekonomiset erot alkoholikuolleisuudessa ja alkoholin käytössä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-830-2>.
- Manderbacka, Kristiina & Aalto, Anna-Mari & Kestilä, Laura & Muuri, Anu & Häkkinen, Unto (2017): Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2017. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

- Maximova, Katerina & Rozen, Shahriar & Springett, Jane & Stachenko, Sylvie (2016): The use of potential years of life lost for monitoring premature mortality from chronic diseases: Canadian perspectives. *Can J Public Health* 107:e202-e204.
- Nolte, Ellen & Bain, Chris & McKee, Martin (2009): *Population health*. Teoksessa Smith Peter C & Mossialos Elias & Papanicolas Irene (toim.) *Performance Measurement for Health System Improvement*. Cambridge University Press, New York.
- Pamuk, Elsie R (1985): Social class inequality in mortality from 1921 to 1972 in England and Wales. *Popul Stud (Camb)* 39:17-31.
- Parikka, Suvi & Martelin, Tuija & Koskela, Timo & Härkänen, Tommi & Kilpeläinen, Katri & Tarkiainen, Lasse & Koskinen, Seppo (2017): *Tuloryhmien väliset kuolleisuuserot maakunnissa 1996–2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki*. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-831-9>.
- Pirkola, Sami & Sund, Reijo & Sailas, Eila & Wahlbeck, Kristian (2009): Community mental-health services and suicide rate in Finland: a nationwide small-area analysis. *Lancet* 373:147-153.
- Rotko, Tuulia & Kauppinen, Tapani & Mustonen, Niina & Linnanmäki, Eila (2012): *Kuilun kaventajat. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011 loppuraportti. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki*. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-671-7>.
- Siskind, Victor & Najman, Jakob M & Veitch, Craig (1992): Socioeconomic status and mortality revisited: an extension of the Brisbane area analysis. *Aust J Public Health* 16:315-320.
- Solar, Oriella & Irwin, Alec (2007): *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organisation, Genova.
- Stringhini, Silvia & Carmeli, Cristian & Jokela, Markus & Avendano, Mauricio & Muennig, Peter & Guida, Florence & Ricceri, Fulvio & d'Errico, Angelo & Barros, Henrique & Bochud, Mureille & Chadeau-Hyam, Marc & Clavel-Chapelon, Françoise & Costa, Guiseppe & Delpierre, Cyrille & Fraga, Silvia & Goldberg, Marcel & Giles, Graham G & Krogh, Vittorio & Kelly-Irving, Michelle & Layte, Richard & Lasserre, Aurélie M & Marmot, Michael G & Preisig, Martin & Shipley, Martin J & Vollenweider, Peter & Zins, Marie & Kawachi, Ichiro & Steptoe, Andrew & Mackenbach, Johan P & Vineis, Paolo & Kivimäki, Mika, LIFEPATH consortium (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.
- Tarkiainen, Lasse & Martikainen, Pekka & Pelttonen, Riina & Remes, Hanna (2017): *Sosiaaliryhmien elinajanodote-erojen kasvu on pääosin pysähtynyt. Suomen Lääkärilehti* 72:588-593.
- Townsend, Peter & Davidson, Nick (1982): *Inequalities in health - The Black Report*. Penguin Books, Harmondsworth.
- Wilkins, Russell & Adams, Owen & Bracken, Anna (1989): Changes in mortality by income in urban Canada from 1971 to 1986. *Health Rep* 1:137-174.

Liitetaulukko 2.1. Menetettyjen elinvuosien (PYLL) laskemisessa käytetyt ICD10-kuolemansyykkoodit*

PYLL-kategoria	ICD10-koodi	Kuolemansyyluokka
Verenkiertoelinten sairaudet	I20-I25	Iskeemiset sydäntaudit
	I30-I42.5, I42.7-I52	Muut, paitsi reumaattiset ja alkoholiset sydäntaudit
	I60-I69	Aivoverisuonien sairaudet
	I00-I15, I26-I28, I70-I99	Muut verenkiertoelinten taudit
Alkoholikuolemansyyt	F10, G31.2, G40.51, G62.1, G72.1, I42.6, K29.2, K70, K86.0, K85.2, O35.4, P04.3, Q86.0	Alkoholiperäiset taudit ja tapaturmainen alkoholimyrkytys
Itsemurhat	X60-X84, Y87.0	Itsemurhat
Tapaturmat	V01-X44, X46-X59, Y85-Y86	Tapaturmat
Keuhkosairaudet	J43	Keuhkolaajentuma
	C33	Henkitorvisyöpä
	C34	Keuhkoputken/keuhkon syöpä

*Määritykset tehty tilaston peruskuolemansyyntä mukaan

3

Suurten kaupunkien lähiöalueet erilaistuvat sosioekonomiselta rakenteeltaan

Hyvinvointi vaihtelee myös alueellisesti. Kaupunkien sisällä eroja ilmenee etenkin väestörakenteen alueellisen eriytymisen myötä. Hyväosaisilla on enemmän valinnanvaraa asunnon hankkimisessa, ja tämä tuottaa alueellisia eroja esimerkiksi tulotasossa. Eriytymisen voimakkuuteen vaikuttaa yleinen eriarvoisuus, mutta alueelliseen kehitykseen vaikuttavat myös muun muassa kaupunkisuunnittelu, kaupunkien maa- ja asuntopoliittikka sekä erilaisten palvelujen sijoittuminen. Tässä luvussa tarkastelemme kaupunkien sisäisten erojen kehitystä. Tutkimus osoittaa, että kaupunkien välillä ja niiden sisällä on eroja lähiöalueiden kehityskuluissa, ja erot erityyppisten alueiden välillä ovat kasvaneet. Kerrostalolähiötkään eivät kuitenkaan ole yhtenäinen huono-osaistuva aluetyyppi. Erojen kasvun myötä on entistä tärkeämpää varmistaa asuinympäristön riittävä laatu kaikilla alueilla. Alueisiin kohdistuvan politiikan ohella ihmisiin kohdistuva eriarvoisuuteen vaikuttava politiikka vaikuttaa alueellisen eriytymisen kehitykseen.

Hyvinvoinnissa on myös alueellisia jakolinjoja. Esimerkiksi Itä- ja Länsi-Suomen välillä on pitkään havaittu eroja terveydessä (esim. Sipilä ym. 2014), ja kaupunkien ja maaseudun välillä on eroja siinä, missä hyvinvoinnin osa-alueissa on puutteita ja miltä osin voidaan paremmin (esim. Kauppinen & Karvonen 2014). Eriytymistä ilmenee myös kaupunkien sisällä, mikä ilmentää suurelta osin väestörakenteen eriytymistä kaupunginosien välillä. Hyväosaisilla on paremmat taloudelliset mahdollisuudet asunnon hankkimiseen halutuilta paikoilta, kun taas huono-osaisimpien valinnanvara asunnon ja asuinpaikan suhteen voi olla hyvin rajattua. Valikoiva muuttoliike tuottaa hyvinvoinnin eroja asuinalueiden välille. Muutto liikkeen taustalla on puolestaan erilaisten elämäntilanteiden ja yleisen eriarvoisuuden ohella muun muassa kaupunkisuunnittelu, kaupunkien maa- ja asuntopolitiikka sekä erilaisten palvelujen sijoittuminen. Mikäli asuinympäristö tukee vähiten halutuilla alueilla hyvinvointia vähemmän kuin suosituimmilla alueilla, erot taloudellisissa resursseissa saattavat johtaa eriarvoisuuteen asuin ympäristön laadussa.

Kaupungeissa esiintyvä huono-osaisuus yhdistyy Suomessa mielikuvien tasolla usein lähiöihin, joilla tarkoitetaan yleensä kaupunkien laitamilla olevia kerrostalovaltaisia asuinalueita. Niiden rakentamisen ”kulta-aikaa” olivat 1960- ja 1970-luku, jolloin lähiörakentaminen helpotti rakennemuutoksen ja maaltamuuton oloissa asutopulaa ja paransi monien asuinoloja (Stjernberg 2019; Ilmonen 2016; Hankonen 2014). Näissä kerrostalolähiöissä ilmeni kuitenkin sosiaalisia ongelmia jo 1960-luvulla, minkä seurauksena esimerkiksi Helsingissä alettiin 1970-luvulta lähtien soveltaa eri hallintamuotojen sekoittamista uustuotantoalueilla huono-osaisuuden kasautumisen välttämiseksi (ks. Saikkonen ym. 2018; Ronkainen & Eskelä 2022).

Viimeaikaisissa suomalaisissa lähiötutkimuksissa on tutkittu erityisesti 1960- ja 1970-luvuilla rakennettuja kerrostalovaltaisia lähiöalueita. Sekä Suomessa (Stjernberg 2019) että Ruotsissa (Andersson & Bråmås 2018) tällaisten alueiden on havaittu keskimäärin huono-osaistuneen 1990-luvun lamasta lähtien. Lähiöiden välillä on toisaalta paljon vaihtelua kehityskuluissa, riippuen muun muassa laajemman seudun kehityksestä. Kaikki 1960- ja 1970-luvulla rakennetut kerrostalolähiöt eivät siis ole huono-osaistuneet, vaan ne ovat erilaistuneet sosioekonomisesti (Stjernberg 2019). Myöhemmin rakennettujen lähiöalueiden kehitystä on toisaalta tutkittu vähemmän. On tiedossa esimerkiksi, että osassa 1990-luvun laman aikana rakennettuja lähiöitä asutokanta painottui markkinaehtoisen tuotannon puuttuessa valtion tukemaan asuntotuotantoon, mikä yhdessä vaikean työllisyystilanteen ja samaan aikaan alkaneen laajemman maahanmuuton myötä tuotti yksipuolista asukasrakennetta (Ronkainen & Eskelä 2022). Näidenkin alueiden kehityksestä tarvitaan vertailevaa tietoa. Lisäksi on tarvetta vertailevalle tiedolle kerrostalolähiöiden kehityksestä verrattuna kaupunkien keskustojen ja pientaloalueiden kehitykseen.

Kuvaamme tässä artikkelissa havaintoja tutkimuksesta, jossa selvitettiin lähiö-alueiden väestörakenteen kehitystä suurissa suomalaisissa kaupungeissa vuosina 1995–2019 (Kauppinen & Mikkilä 2022). Tutkimus toteutettiin osana Ympäristöministeriön vetämää Lähiöohjelmaa 2020–2022. Selvitimme lähiöiden sosioekonomisen väestörakenteen kehityskulkuja kaupunkiseutujen keskustoihin ja kehysalueisiin verrattuna, kerrostalovaltaisten lähiöiden eroja pientalovaltaisiin alueisiin, kaupunkien välisiä eroja sekä asuntokannan ominaisuuksien ja seuranan alun tilanteen yhteyksiä kehityskulkuihin.

Aiempiä havaintoja lähiöiden väestörakenteen kehityksestä Suomessa

Markku Lankinen (1998) tarkasteli 36 lähiön kehitystä 18 kunnassa vuosina 1980–1995. Tutkimukseen poimittiin alueita, joissa toteutuivat useimmat seuraavista ominaisuuksista: pääosin 1950–80-luvuilla yhtenäisen suunnitelman mukaan rakennettuja, muodostavat ainakin jossakin määrin muusta yhdyskuntarakenteesta erottuvia alueita, lähinnä asumiseen tarkoitettuja, yleensä keskustan ulkopuolelle rakennettuja ja kerrostaloalueita tai kerros- ja pientalojen seka-alueita.

Väestön sosioekonomista asemaa Lankinen (1998) kuvasi asukkaiden ammatin, koulutustasoon ja tulotasoon perustuvilla mittareilla. Hänen tarkastelemisensa lähiöissä väestön sosioekonominen asema laski yleisesti vuosina 1980–1995 koko kunnan tasoon verrattuna. Kaikissa lähiöissä ei kuitenkaan käynyt näin. Lankinen havaitsi tulotason nousseen koko kuntaan verrattuna erityisesti pientalovaltaisemmilla alueilla. Etenkin pääkaupunkiseudun lähiöissä vuokralla asuvien tulotaso taas romahti 1990-luvun laman myötä. Aiemmassa pääkaupunkiseutua koskeneessa tutkimuksessa Lankinen (1994) oli havainnut alueiden statuksen nousun liittyneen erityisesti täydennysrakentamiseen alueille, joiden status oli alun perin ollut matala.

Mats Stjernberg (2019) tutki väitöskirjassaan 1960–1970-luvuilla rakennettujen lähiöiden kerrostaloalueiden kehitystä vuosina 1990–2010. Tutkimus koski 603 yhtenäistä kerrostaloaluetta, jotka sijaitsivat erilaisissa kunnissa ympäri Suomea kuntien keskusten ja tärkeimpien alakeskusten ulkopuolella. Hän havaitsi näiden alueiden erilaistuneen tutkimusjakson aikana sosioekonomisesti, kun useimmilla tutkituilla alueilla väestön sosioekonominen asema heikkeni samalla kun osalla alueista ei käynyt näin. Samalla väestö oli ikääntynyt ja maahanmuutto vaikuttanut osaan alueista. Huono-osaisia alueita hän havaitsi kahta erilaista tyyppiä: nuoren väestön ja suuren vieraskielisten osuuden alueet ja toisaalta kaikkein huono-osaisimpana tyyppinä ikääntyneen väestön alueet, joilla ei juuri ollut vieraskielisiä. Erilainen kehitys oli kytköksissä muun muassa laajemman seudun kehitykseen: väestöltään taantuvilla seuduilla lähiöiden kehitys oli heikompaa. Myös Mervi Ilmonen (2016) on todennut lähiöiden haasteiden liittyvän taantuvilla seu-

duilla enemmän ikääntymiseen ja pitkäaikaistyöttömyyteen ja kasvavilla seuduilla maahanmuuttoon. Stjernbergin (2019) käytössä olleella aluetason aineistolla ei toisaalta ollut mahdollista selvittää tarkemmin maahanmuuttajien merkitystä pienituloisuuden kehityksessä. Maahanmuuttajien määrän kasvun myötä heidän sijoittumisensa määrittää suurimmissa kaupungeissa aiempaa vahvemmin myös pienituloisuuden alueellista keskittymistä (Saikkonen ym. 2018), joten tätä yhteyttä on syytä selvittää tarkemmin.

Lähiöiden kehitykseen vaikuttaa osaltaan asuntokanta, etenkin asuntojen hallintasuhdejakauma. Ruotsissa hallintasuhdejakauman yhteys työllisyysasteeseen ja maahanmuuttajaosuuteen on vahvistunut viime vuosikymmeninä (Andersson & Bråmås 2018), ja Suomessa on Stjernbergin (2019) mukaan 1960- ja 1970-luvun betonilähiöissä vuosina 1990–2010 vahvistunut yhteys suuren vuokra-asuntojen osuuden ja väestön sosioekonomisen huono-osaisuuden välillä. Asuntokannan voidaan olettaa tässäkin tutkimuksessa olevan yhteydessä kehityksen eriytymiseen siten, että kerrostalolähiöiden kehityksessä painottuu statuksen lasku, ja alueen statuksen nousua ilmenee vastaavasti etenkin pientaloalueilla. Suurempi vuokra-asuntojen osuus – etenkin valtion tukemien ARA-vuokra-asuntojen – on oletettavasti yhteydessä heikompaan tulokehitykseen.

Myös lähiön rakennuskannan ikä on oletettavasti yhteydessä väestön sosioekonomisen rakenteen kehitykseen. Stjernbergin (2019) tutkimien 1960–1970-lukujen lähiöiden osalta voidaan odottaa pääosin alueen statuksen laskua, mutta näiden lähiöiden kehityksen erosta vanhempiin ja uudempiin lähiöihin tarvitaan lisätietoa. Samoin kerrostalovaltaisuudeltaan erityyppisiä alueita tutkimalla saadaan uutta tietoa suhteessa Stjernbergin tutkimiin rakennuskannaltaan sisäisesti varsin yhdenmukaisiin kerrostaloalueisiin.

Tutkimusaineisto ja -menetelmät

Tämän tutkimuksen aineisto perustuu Suomen väestöä kuvaavaan yksilötason rekisteriaineistoon ja alueelliseen aineistoon, jota käyttäen on rajattu tutkittavat asuinalueet. Tutkimuskohteena ovat Lähiöohjelmassa 2020–2022 mukana olleet kaupungit Helsinki, Espoo, Vantaa, Tampere, Turku, Oulu, Kuopio, Jyväskylä, Lahti, Vaasa, Seinäjoki, Pori, Joensuu ja Lappeenranta. Näistä Helsinkiä, Espoota ja Vantaata käsitellään analyysissä pääosin yhtenä alueena (pääkaupunkiseutu), koska ne muodostavat käytännössä yhtenäisen kaupunkialueen, jolla on yksi selkeä keskusta.

Yksilötason aineisto on Tilastokeskuksen muodostama aineisto, jossa on havaintoina koko Suomen väestö vuosilta 1995–2019.¹ Aineiston henkilöistä on monipuolista sosiodemografista tietoa. Aineistossa on myös tieto siitä, millä kotikunnan hallinnollisen aluejaon osa-alueella henkilö asuu.² Näiden tietojen avulla yksilötason aineistosta on muodostettu alueiden väestörakennetta

kuvaavia muuttujia. Myös alueiden asuntokantaa koskevat tiedot muodostettiin tästä aineistosta, joten ne kuvaavat nimenomaan niitä asuntoja, joissa oli kunkin vuoden lopussa asukkaita.

Emme ota Stjernbergin (2019) tapaan tutkimuksen kohteeksi tarkkaan rajattuja asutokannaltaan yhtenäisiä alueita, vaan laajempia alueita eli pikemmin kokonaisia kaupunginosia kuin osia kaupunginosista. Emme pyri mahdollisimman hienosyiseen alueellisen eriytymisen erittelyyn, vaan laajempiin alueisiin, jotka olisivat kooltaan ”asumalähiön” noin 2000–10 000 asukkaan luokkaa (Hankonen 1994, 235). Niissä kaupungeissa, joissa tätä vastaavan aluejaon muodostaminen oli hankalaa (Lahti, Jyväskylä, Kuopio, Joensuu), päädyimme karkeampaan aluejakoon eli suurempiin alueyksiköihin, minkä vuoksi erityisesti näiden kaupunkien osalta saattaa osa relevantista eriyttämisestä jäädä huomaamatta.

Tutkimuksen kohteena ovat lähiöalueet, jotka määrittelimme hyvin väljästi. Tarkoitamme lähiöalueilla niitä tutkimuskaupunkien osa-alueita, jotka eivät kuulu kyseisen kaupunkiseudun keskusta, mutta sijaitsevat kuitenkin selkeästi kaupunkimaisella alueella. Lähtökohtanamme on siis suomalaisten lähiöiden tyyppillinen sijainti keskusta-alueen ulkopuolella, mutta tarkastelemme kaikkia tämän vyöhykkeen alueita. Keskustan ulkopuolisuus toistuu suomalaisissa lähiön määritelmässä (Stjernberg 2019), kuten myös viittaukset lähiöihin kerrostaloalueina tai sekä kerros- että pientaloja sisältävinä alueina. Koska soveltamamme määritelmä perustuu alueen sijaintiin kaupunkialueella eikä sen suunnitteluperiaatteisiin, käytämme pääasiassa ilmaisuja ”lähiövyöhyke”, jolla viitataan mainittuun keskustan ja kehysalueen väliseen alueeseen, ja ”lähiöalue”, jolla viittaamme kaikkiin asuinalueisiin tuolla vyöhykkeellä. Vaihtoehtoisesti voitaisiin puhua esikaupunkialueista.

Lähiöalueita ovat tässä tutkimuksessa ne Suomen ympäristökeskuksen (SYKE) Kaupunki-maaseutu-luokituksen (Helminen ym. 2020) sisemmän ja ulomman kaupunkialueen osa-alueet, jotka eivät kuulu kyseisen kaupunkiseudun keskusta SYKE:n keskusta-alueiden rajauksessa (Helminen 2011). Maaseutumaiset alueet jätimme tutkimuksen ulkopuolelle.³ Kehysalueet sen sijaan ovat mukana vertailun vuoksi kaupunkimaisen ja maaseutumaisen alueen rajamuotona. Tämä luokitus pysyy kunkin alueen osalta samana koko tarkastelujakson ajan. Lähiöalueita on aineistossa 678 (ilman opiskelija-alueita ja Santahaminan varuskunta-alueita), joista 557 alueella oli vuonna 2019 vähintään 500 asukasta (keskimääräinen väkiluku 2700, vähintään 500 asukkaan alueilla 3200). Vähintään 500 asukkaan lähiöalueiden lukumäärä vaihteli kaupungeittain 15:stä (Joensuu) 87:ään (Helsinki).

Tarkastelemme lähiöalueita niiden kerrostaloasuntojen osuuden mukaan ja osassa analyysijä rajaamme pientaloalueet tarkastelun ulkopuolelle. Tarkoitamme kerrostalovaltaisilla lähiöalueilla alueita, joilla kerrostaloasuntojen osuus on vähintään 75 prosenttia ja pientalovaltaisilla alueilla alueita, joille kerrostaloasuntojen osuus on alle 25 prosenttia. Kerrostalovaltaisuuden luokitus voi muuttua seurannan aikana, ja nämä siirtymät luokasta toiseen voivat osaltaan tuottaa kuvioissa 3.1a–3.2b näkyviä muutoksia.

Käytämme väestön sosioekonomisen rakenteen indikaattorina ansiotulojen (työ- ja yrittäjätulot) alimpaan viidennekseen kuuluvien osuutta 25–59-vuotiaasta väestöstä.⁴ Ikärajauskella pyrimme siihen, että opiskelijoiden ja eläkeläisten pienituloisuus ei vaikuttaisi liikaa tuloksiin. Pyrimme siis kuvaamaan pieniä ansiotuloja siinä väestössä, jossa tyypillisesti ollaan ansiotyössä. Tulonsiirtojen jättäminen mittarin ulkopuolelle tekee mittarista paremmin vertailukelpoisen eri seutujen välillä: erityisesti pääkaupunkiseudulla kalliiseen asumiseen liittyvät asumisen tuet vähentävät pienituloisuutta, jos tulonsiirrot ovat mukana mittarissa (Ilmarinen & Kauppinen 2018). Kutsumme käyttämäämme mittaria ilmaisun sujuvuuden vuoksi pienituloisten osuudeksi, vaikka pienituloisuudella voidaan viitata muihinkin mittaustapoihin.

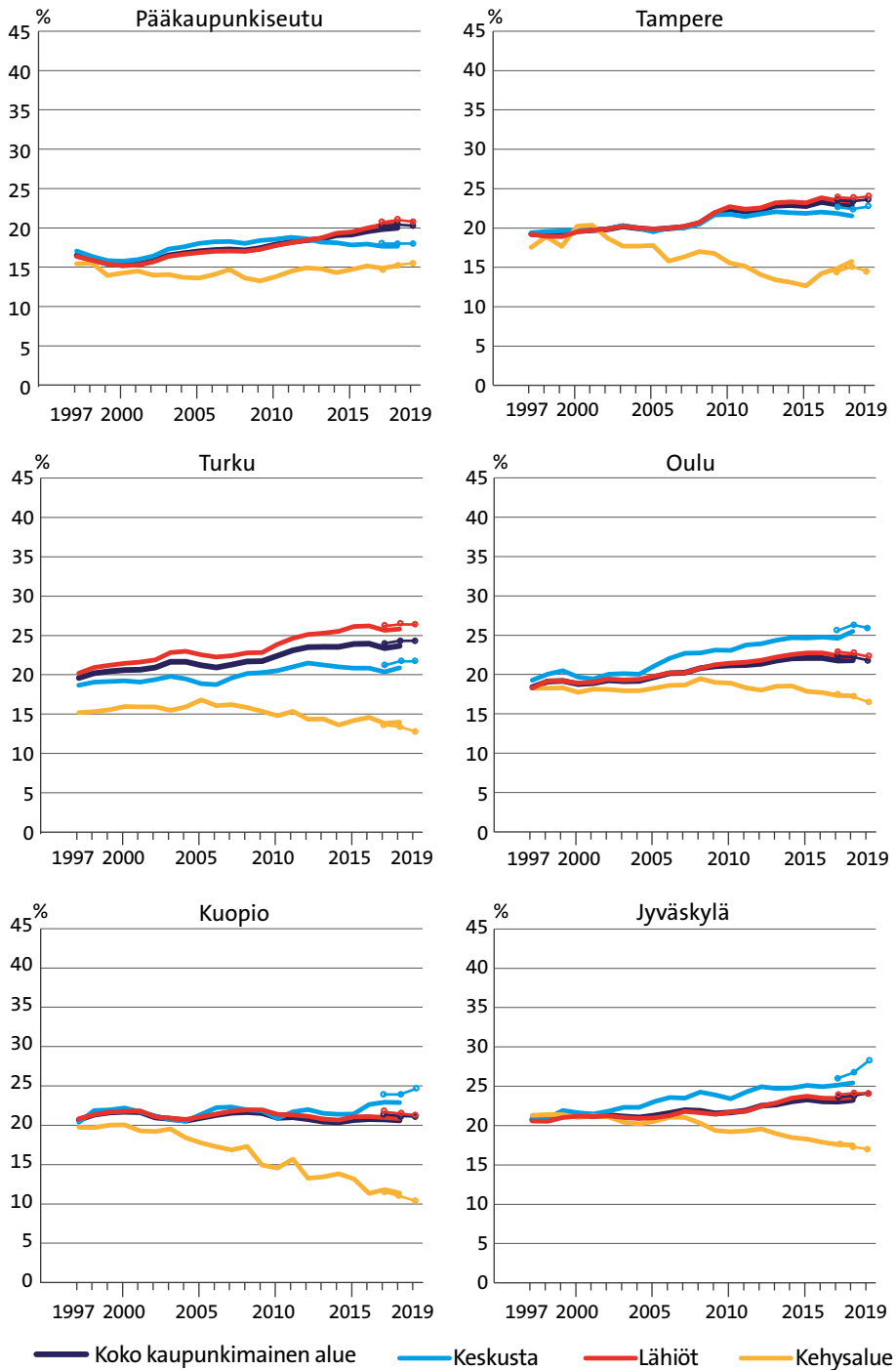
Viittaamme paikoitellen myös muilla sosioekonomisen rakenteen indikaattoreilla saatuihin havaintoihin (ks. Kauppinen & Mukkila 2022). Nämä vaihtoehdotiset indikaattorit olivat pieni- ja suurituloisiin asuntokuntiin kuuluvien osuudet kaikenikäisestä väestöstä, ilman perusasteen jälkeistä tutkintoa olevien ja korkeasteen tutkinnon suorittaneiden osuudet 25–59-vuotiaista ja työttömien osuus 25–59-vuotiaasta työvoimasta.

Analyysit ovat pääosin yksinkertaisia kuvailevia analyysyjä, mutta viittaamme myös tuloksiin analyysistä, jossa selvitimme lähiöalueiden erilaisia kehityskulku-tyyppejä ja niiden taustatekijöitä trajektorianalyysillä (*latent class growth analysis*) (Jones & Nagin 2013). Tässä analyysissä erotimme alueita kehityskulku-tyyppeihin sen mukaan, kuinka pienituloisten väestöosuus muuttui vuosien 1997–2018 aikana. Koska pientalovaltaiset alueet erottuvat selvästi kerrostalovaltaisemmista alueista kehityskulultaan, tämä tarkastelu koski vain niitä lähiövyöhykkeen alueita, joilla vähintään 25 prosenttia asutuista asunnoista oli vuonna 1997 kerrostaloasuntoja. Yhteensä tässä analyysissä oli mukana 316 aluetta. Tarkemmat tiedot analyysistä on julkaistu muualla (Kauppinen & Mukkila 2022).

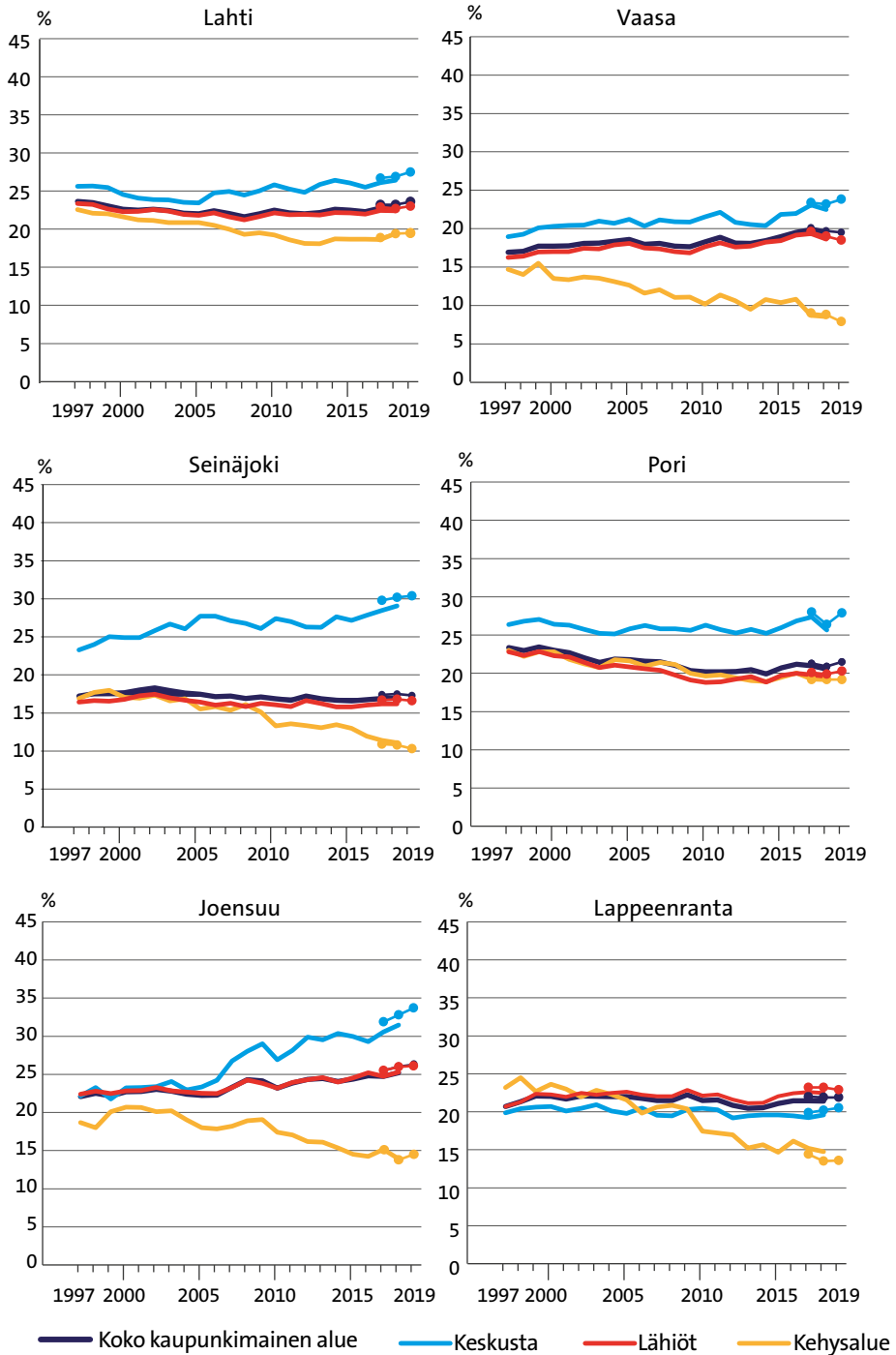
Keskusta on monessa kaupungissa lähiövyöhykettä pienituloisempi

Useimmissa tutkituista kaupungeista pienituloisten osuus on ansiotuloilla mitattuna suurempi keskustassa kuin lähiövyöhykkeellä (kuviot 3.1a ja 3.1b).⁵ Poikkeuksena tästä ovat pääkaupunkiseutu, Tampere, Turku ja Lappeenranta, joissa pienituloisuus on etenkin seurantajakson lopussa yleisempää lähiöissä.

Seurannan alussa vuonna 1997 keskusta ja lähiövyöhyke olivat monessa kaupungissa vielä samalla tasolla pienituloisten osuudessa. Sen jälkeen ansiotulojen alimpaan viidennekseen kuuluvien 25–59-vuotiaiden osuus on useissa kaupungeissa noussut sekä koko kaupunkimaisella alueella että lähiövyöhykkeellä. Kaupunkien välillä on kuitenkin eroja sen suhteen, onko nousu ollut suurempaa lähiöissä vai keskustassa.



Kuvio 3.1a. Ansiotulojen alimpaan viidennekseen kuuluvien osuus 25–59-vuotiaasta väestöstä vuosina 1997–2019 aluetyypin mukaan, %.



Kuvio 3.1b. Ansiotulojen alimpaan viidennekseen kuuluvien osuus 25–59-vuotiaasta väestöstä vuosina 1997–2019 aluetyypin mukaan, %.

Pääkaupunkiseudulla, Tampereella ja Lappeenrannassa pienituloisten osuus nousi seurannan alun tasatilanteesta lähiöissä hiukan enemmän ja päätyi keskustaa suuremmaksi. Turussa kehitys on ollut samantyyppistä, mutta pienituloisuus oli lähiövyöhykkeellä hieman yleisempää jo seurannan alussa, joten lopussa ero keskustaan on selvempi. Oulussa, Jyväskylässä, Kuopiossa ja etenkin Joensuussa pienituloisuus taas yleistyi enemmän keskusta-alueilla, joten alun tasatilanteesta on päädytty keskustan suurempaan pienituloisuuteen. Muissa kaupungeissa (Lah- ti, Vaasa, Seinäjoki, Pori) pienituloisuus on ollut koko ajan yleisempää keskustassa, ja pienituloisten osuus myös kasvoi Vaasaa lukuun ottamatta vain keskustassa.

Lähiövyöhyke ei siis kehittynyt kaikissa kaupungeissa samaan suuntaan. Kaupunkien kehysalueilla pienituloisuus on harvinaistunut muualla paitsi pääkaupunkiseudulla, mutta myös pääkaupunkiseudulla kehysalue on erottunut ajan myötä selvemmin etenkin lähiöitä vähäisemmällä pienituloisuudella.

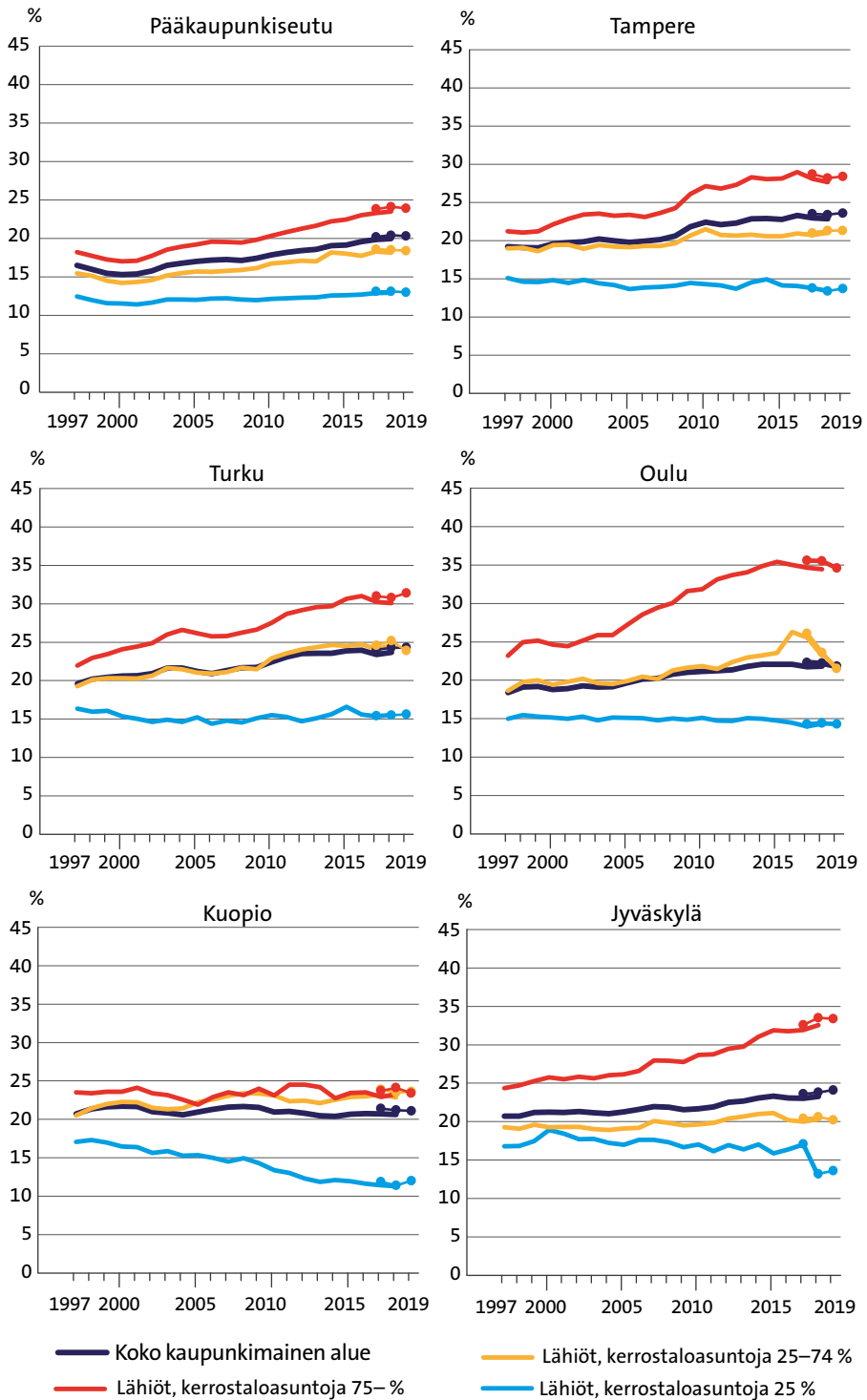
Vaihtoehtoiset väestön sosioekonomisen rakenteen mittarit täydensivät jonkin verran kuvaa keskustan ja lähiövyöhykkeen välisestä erosta eri kaupungeissa. Muiden mittareiden tarkastelu toi esiin erityisesti, että pienituloisten asuntokuntien osuutta tarkasteltaessa keskustat ovat kaikissa kaupungeissa pienituloisin aluetyyppi. Tämä liittyy työvoiman ulkopuolisen väestön pienituloisuuteen eli esimerkiksi opiskelijoihin ja eläkeläisiin. Toisaalta keskustoissa koulutustaso on korkeampi kuin lähiövyöhykkeillä.

Kerrostalovaltaiset lähiöalueet eroavat entistä selvemmin pientaloalueista

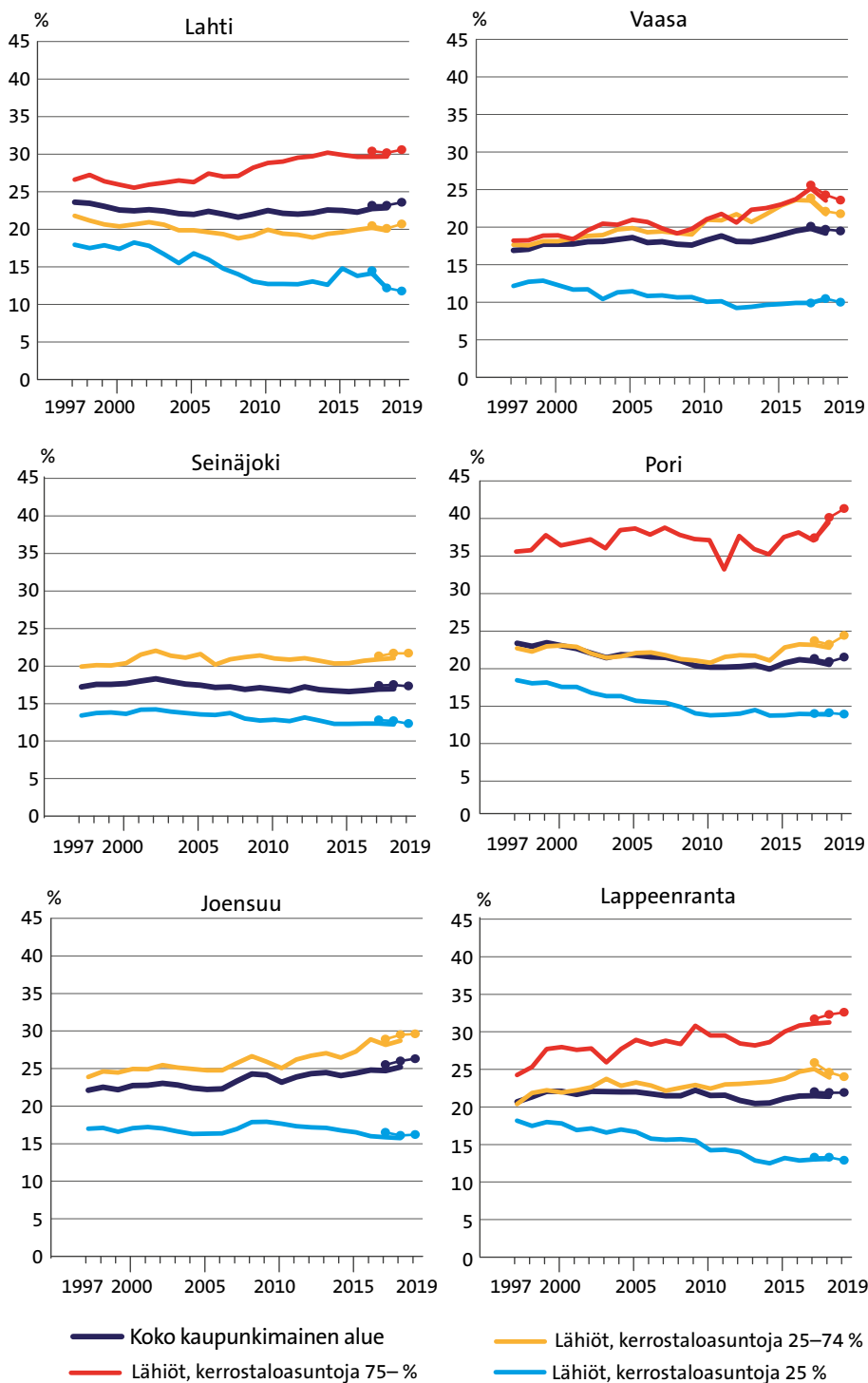
Edellä havaittiin, että kaupunkien välillä on eroja sen suhteen, miten lähiövyöhyke kokonaisuutena eroaa keskustasta. Erot kaupunkien välillä voivat johtua esimerkiksi siitä, missä määrin niiden lähiövyöhykkeillä asutaan kerrostaloissa.

Luokiteltaessa lähiöalueet sen mukaan, kuinka suuri osuus niiden asunnoista on kerrostaloasuntoja, havaitaan näiden luokkien kokonaisuutena kehittyneen eri suuntiin (kuviot 3.2a ja 3.2b). Pientalovaltaisilla alueilla pienituloisten osuus 25–59-vuotiaista on laskenut tai pysynyt samalla tasolla. Sen sijaan kerrostalovaltaisilla alueilla tämä osuus on lähinnä kasvanut. Vain Kuopiossa kerrostalovaltaisimpien lähiöalueiden tilanne on pysynyt vakaana. Talotyypiltään erilaiset lähiövyöhykkeen alueet ovat siis eriytyneet väestörakenteeltaan. Näiden kahden luokan väliin kerrostaloasuntojen osuudeltaan jäävillä alueilla tilanne on pääsääntöisesti pysynyt vakaana, mutta osassa kaupungeista pienituloisten osuus on noussut.

Edellä havaitut erot kaupunkien välillä sen suhteen, kuinka lähiövyöhyke kokonaisuutena on kehittynyt, liittyvät tämän tarkastelun perusteella osittain lähiövyöhykkeen kerrostalovaltaisuuden eroihin. Kaupungit poikkeavat kuitenkin jonkin verran toisistaan sen suhteen, kuinka suuri pienituloisten osuus on kerrostalovaltaisilla lähiöalueilla ja kuinka nopeasti osuus on kasvanut.



Kuvio 3.2a. Ansiotulojen alimpaan viidennekseen kuuluvien osuus 25–59-vuotiaasta väestöstä vuosina 1997–2019 lähiöalueilla kerrostaloasuntojen osuuden mukaan, %.



Kuvio 3.2b. Ansiotulojen alimpaan viidennekseen kuuluvien osuus 25–59-vuotiaasta väestöstä vuosina 1997–2019 lähiöalueilla kerrostaloasuntojen osuuden mukaan, %.

Pääkaupunkiseudun, Kuopion ja Vaasan kerrostalovaltaisilla alueilla osuus oli vuonna 2019 alle neljänneksen, kun taas Porissa osuus oli yli 40 prosenttia ja Oulussa ja Jyväskylässä kolmanneksen luokkaa. Suurin nousu tapahtui Oulussa. Eri kaupunkien pientaloalueet taas erosivat kokonaisuutena toisistaan hyvin vähän vuonna 2019: alimpaan ansiotulojen viidennekseen kuului 10 (Vaasa)–16 (Joensuu) prosenttia 25–59-vuotiaista. Kehityksessä oli pieniä eroja: pienituloisten osuus oli monen kaupungin pientalovaltaisilla alueilla melko vakaa, mutta etenkin Kuopiossa, Lahdessa, Lappeenrannassa ja Porissa osuus laski.

Muiden sosioekonomisen rakenteen indikaattorien käyttö ei juuri muuta tulosten yleiskuvaa. Asuntokuntien tulotaso vaihtelee enemmän kerrostalo- ja pientalovaltaisten alueiden välillä kuin työkäisten työ- ja yrittäjätulot, minkä taustalla on oletettavasti työvoiman ulkopuolisen aikuisväestön keskittyminen kerrostalovaltaisille alueille.

Kaupunkien sisällä on eroja kerrostalolähiöiden välillä pienituloisuuden kehityksessä

Tutkimuskaupunkien lähiövyöhykkeiden pien- ja kerrostalovaltaiset alueet ovat edellä esitetyn tarkastelun perusteella eriytyneet sosioekonomiselta väestörakenteeltaan. Varsinkin kerrostalovaltaisilla alueilla on samantyyppisestä yleiskehityksestä huolimatta myös eroja kaupunkien välillä. Lisäksi kaupunkien sisällä voi olla aluetyypin sisäistä vaihtelua yksittäisten alueiden välillä. Käymme seuraavaksi läpi tähän liittyviä havaintoja. Analyysi perustuu vähintään 500 asukkaan alueisiin, ja analyysistä on rajattu pois opiskelija-alueiksi tiedettyjä alueita. Olemme tarkastelleet kerrostalo-osuuden eri luokkien päällekkäisyyttä, luokkien sisäisen vaihtelun muutoksia, suurimpia ja pienimpiä havaittuja arvoja sekä sitä, missä määrin kaupungeissa erottuu harvoja poikkeavia alueita muista lähiöalueista.

Alimpaan ansiotulojen viidennekseen kuuluvien osuus on laskenut lähinnä pientaloalueilla. Lisäksi osassa kaupungeista pientaloalueet erottuvat ylipäättään varsin yhdenmukaisesti muita lähiöalueita hyväosaisempina. Nämä kaupungit ovat Vaasa, Turku, Pori, Oulu, Kuopio, Seinäjoki ja Joensuu. Lahdessa sen sijaan nimenomaan kerrostaloalueet erottuvat selvimmin muita alueita pienituloisempina. Muissa kaupungeissa luokkien sisäinen vaihtelu on sen verran suurta, että kerrostalo-osuudeltaan erilaisten alueiden kehityskuluissa on paljon päällekkäisyyttä. Tyypillisesti kuitenkin pienituloisimmat alueet ovat kerrostalovaltaisia ja vähäisimmän pienituloisuuden alueet pientalovaltaisia.

Edellä havaittiin, että pien- ja kerrostalovaltaisten lähiöalueiden väliset erot pienituloisten osuudessa ovat kasvaneet (kuviot 3.2a ja 3.2b). Lisäksi osassa kaupungeista varsinkin kerrostalovaltaisten alueiden välinen vaihtelu on kasvanut, eniten Oulussa ja Lappeenrannassa. Korkeimmillaan ansiotulojen alimpaan viidennekseen kuuluvien osuus on noussut yksittäisillä alueilla yli 40 prosentin tasol-

le (Turku, Pori, Oulu, Lappeenranta, Jyväskylä), mutta useimmissa kaupungeissa maksimi on 30–35 prosentin luokkaa. Minimi on useimmissa kaupungeissa vajaan 10 prosentin tasoa.

Porissa, Lappeenrannassa ja Jyväskylässä on 1–2 lähiöaluetta erottunut melko selvästi muita alueita pienituloisempana koko ajan. Eräissä suuremmissa kaupungeissa puolestaan erottuu useampi alue samaan tapaan (Tampere, Vantaa, jossain määrin myös Turku, Oulu ja Espoo). Muissa kaupungeissa yksittäiset alueet eivät erotu muista alueista yhtä selvästi.

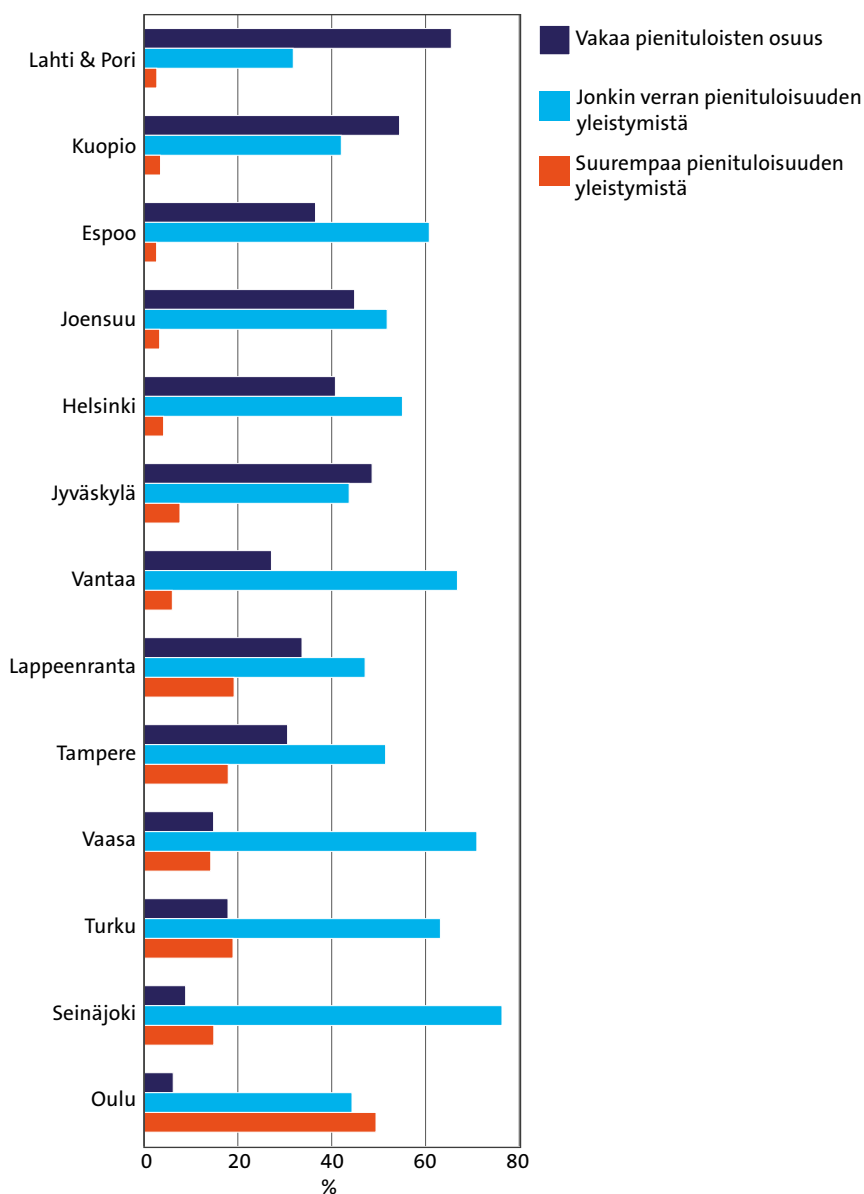
Osa kaupunkien välisistä eroista lähiöalueiden kehityksessä johtuu asuntokannan eroista

Jatkoimme analyysiä selvittämällä pienituloisuudessa vuosien 1997–2018 aikana tapahtuneen muutoksen taustalla olevia tekijöitä. Tämä tapahtui mallintamalla tilastollisesti erilaisia kehityskulutyyppisiä ja niiden taustatekijöitä. Pientaloalueet eivät olleet tässä analyysissä mukana.⁶

Analyysissä alueet luokiteltiin kolmeen ryhmään. Yleisin kehitys (49 % alueista) oli pienituloisuuden yleistyminen jonkin verran (keskimäärin noin viidellä prosenttiyksiköllä). Toiseksi yleisin kehitys oli vakaana pysyvä pienituloisten osuus (34 % alueista). Noin viidesosassa (17 %) alueista pienituloisten osuus kasvoi vauhdikkaammin, keskimäärin 11 prosenttiyksiköllä. Laskevan pienituloisten osuuden tyyppiä ei mukana olevista lähiöalueista erotu.

Suurta pienituloisuuden kasvua esiintyy erityisesti Oulussa, jossa 19:stä analyysissä mukana olevasta lähiöalueesta kahdeksan sijoittui suurimman pienituloisuuden kasvun tyyppiin ja vain kaksi vakaan tilanteen tyyppiin. Myös Turussa, Lappeenrannassa ja Vaasassa useampi alue on päätenyt suureen pienituloisuuden kasvuun kuin vakaaseen tilanteeseen. Kuopion, Espoon ja yhdistetyn Lahden/Porin luokan lähiöalueilla puolestaan pienituloisuuden nopea kasvu on ollut harvinaisempaa.⁷

Kun kuntien väliset erot lähiöalueiden asuntokannan rakennusajankohdissa, talotyyppissä ja ARA-vuokra-asuntojen osuudessa (seurannan alussa) otetaan huomioon, kuntien välisissä eroissa tapahtuu eräitä muutoksia. Tätä kuvaa kuvio 3.3. Siitä nähdään, mikä on mallin ennustama todennäköisyys pienituloisuuden eri kehityskulutyypeille alueilla, joiden asuntokanta vastaa analyysissä olevien alueiden keskimääräistä asuntokantaa. Kuviossa alemmaksi sijoittuvissa kaupungeissa pienituloisuuden nopean kasvun todennäköisyys on yleisempää suhteessa vakaan tilanteen todennäköisyyteen kuin vastaavanlaisen asuntokannan alueilla kuviossa ylempänä olevissa kaupungeissa.⁸ Tässä tilanteessa myös Helsinki ja Joensuu erottuvat lähiöalueiden vähäisen pienituloisuuden kasvun kaupunkeina. Tampere ja Seinäjoki taas nousevat Turun, Lappeenrannan ja Vaasan rinnalle suuremman pienituloisuuden kasvun kaupunkeina. Niiden lähiöalueilla pienituloisuus on siis kasvanut nopeammin kuin voitaisiin olettaa alueiden asuntokannan perusteella.



Kuvio 3.3. Pienituloisuuden kehityskultyyppien ennustetut todennäköisyydet kaupungeittain, kun asuntokantamuuttujien arvona on niiden keskiarvot koko aineistossa, %.

Nämä muutokset liittyvät etenkin kerrostalo-osuuden vakiointiin. Esimerkiksi Helsingin lähiöalueilla pienituloisuus on niiden kerrostalovaltaiseen asutokantaan nähden kasvanut melko vähän. Oulun poikkeavuutta erot asutokannassa eivät kuitenkaan selitä. Kuva kaupunkien välisistä eroista ei juuri muutu otettaessa myös pienituloisten osuuden lähtötilanne huomioon. Erot kehityskuluissa eivät siis palaudu siihen, millä tasolla eri kaupunkien lähiöissä oltiin seurannan alussa, kun asutokannan erot alueiden välillä on otettu huomioon.

Analyysissä ei otettu huomioon sitä, että asutokantatekijöiden yhteys pienituloisuuden kehitykseen voi vaihdella kaupungista toiseen. Esimerkiksi Oulussa varsin suuri osa lähiövyöhykkeen väestöstä asuu pientalovaltaisilla alueilla, jolloin kerrostalovaltaiset lähiöalueet poikkeavat lähiövyöhykkeestä kokonaisuutena enemmän kuin eräissä muissa kaupungeissa, ja tämä saattaa selittää niiden kehitystä.

Nopeimmin pienituloisuus yleistyi 1970-, 1980- ja 1990-luvulla rakennetuilla alueilla. 1960-luvulla rakentamisen huipun kokeneet alueet eivät sen sijaan juurikaan eroa sitä vanhemman asutokannan alueista. Kun vertaillaan talotyyppiltään ja ARA-vuokra-asuntojen osuudeltaan samantyyppisiä alueita, pienituloisuuden nopea kasvu on ollut erityisen yleistä niillä alueilla, joilla rakentamisen huippu oli koettu 1970- tai 1980-luvulla. 1990-luvun alueiden pienituloisuuden nopeaa kasvua selitti osittain suuri ARA-vuokra-asuntojen osuus. Tässä näkyy 1990-luvun laman aikaisen rakentamisen painottuminen ARA-vuokra-asuntoihin ja tämän vaikutus sosioekonomiseen rakenteeseen. Suurempi kerrostaloasuntojen osuus ja suurempi ARA-vuokra-asuntojen osuus asutuista asunnoista olivat yhteydessä nopeampaan pienituloisuuden kasvuun. Pienituloisuuden nopean kasvun kehityskululle päädyttiin ennen kaikkea valmiiksi pienituloisimmilla alueilla, ja tämän taustalla oli näiden alueiden kerrostalovaltaisuus ja suuri ARA-vuokra-asuntojen osuus.

Kehityskulkujen seurannan aikana (1997–2018) asutorakentaminen painotui kaikissa kehityskulutyypeissä kerrostaloasuntoihin. Vuosituhannen vaihteen jälkeen yksiöiden osuus asutotuotannosta on kasvanut selvästi kaikissa tyypeissä, mutta suurimmaksi osuus on noussut pienituloisuuden nopean kasvun alueilla, vuosina 2015–19 jo lähes 40 prosenttiin uusista asunnoista. Tällaisilla asutotuotannon eroilla saattaa olla merkitystä pienituloisuuden kasvun erojen selittäjänä.

Maahanmuuttajien osuus on kasvanut mutta maahanmuuttajien pienituloisuus vähentynyt

Alueilla, joilla pienituloisuus on kasvanut nopeasti, on usein myös niin sanottujen ei-länsimaalaisten maahanmuuttajien⁹ osuus kasvanut nopeammin kuin muilla alueilla. Nopeimman ei-länsimaalaisen maahanmuuttajaväestön kasvun tyyppiin kuului kahdeksan prosenttia kehityskulkutyypianalyysin kaikista alueista, mutta 21 prosenttia pienituloisuuden nopean kasvun alueista. Pienimmän ei-länsimaalaisten maahanmuuttajien osuuden kasvun alueista puolestaan kahdeksan prosenttia kuului nopeimman pienituloisuuden kasvun tyyppiin, 30 prosenttia keskimääräisen kasvun alueista, ja 45 prosenttia suurimman kasvun alueista. Näiden kahden väestörakennetekijän välillä on siis selvä yhteys.

Selvitimme tarkemmin toisaalta suomalaissyntyisten, toisaalta ei-länsimaalaisten maahanmuuttajien pienituloisuuden kehitystä pienituloisuuden nopeimman kasvun alueilla. Suomalaissyntyisten 25–59-vuotiaiden pienituloisuus yleistyi vuosina 1997–2018 kaikilla alueilla, keskimäärin kahdeksalla prosenttiyksiköllä. Ei-länsimaalaisilla maahanmuuttajilla pienituloisuus on sitä vastoin useimmiten vähentynyt huomattavasti (38 alueella 52:sta), keskimäärinkin seitsemällä prosenttiyksiköllä. Ei-länsimaalaisten maahanmuuttajien osuus alueen pienituloisista kasvoi silti kaikilla tähän kehityskulkutyyppiin kuuluvilla alueilla. Tämä johtuu tämän maahanmuuttajaryhmän väestöosuuden kasvusta: väestöosuus kasvoi tämän kehityskulkutyypin alueilla keskimäärin 18 prosenttiyksiköllä seurannan aikana. Niistä 14:stä nopean pienituloisuuden kasvun lähiöalueesta, joilla myös ei-länsimaalaisten maahanmuuttajien pienituloisuus yleistyi, viisi sijaitsee Oulussa ja kolme Tampereella. Pääkaupunkiseudulla tällaisia alueita on vain kaksi kaikkiaan 13:sta nopean pienituloisuuden kasvun alueesta. Maahanmuuttajien pienituloisuuden kasvu näyttääkin tässä kehityskulkutyypissä liittyvän kaupunkeihin, joissa maahanmuuttajaväestön kasvu on alkanut myöhemmin.

Väestön sosioekonomisen rakenteen kehitys on yhteydessä myös ikärakenteen kehitykseen, mutta heikommin kuin etnisen rakenteen kehitykseen. Pienituloisuuden nopean kasvun alueista kuuluu muita alueita suurempi osuus vanhenevan ikärakenteen kehityskulkutyyppiin, mutta erot eivät ole suuria. Tutkimusalueista löytyy myös vakaan (työikäisten) tulokehityksen ikääntyviä alueita ja nopeasti kasvaneen pienituloisuuden nuorentuvia alueita.

Alueellinen eriytyminen on jatkunut myös 1990-luvun jälkeen

Kuvasimme tässä artikkelissa väestön sosioekonomisen rakenteen alueellisen eriytymisen kehitystä suurissa suomalaisissa kaupungeissa 1990-luvun puolivälistä viime vuosiin. Alueellista eriytymistä voidaan kuvata joko tarkastelemalla eri väestöryhmien sijoittumista suhteessa toisiinsa tai seuraamalla yksittäisten alueiden tai aluetyyppien kehitystä. Tässä analyysissä näkökulmana oli alueiden ja aluetyyppien seuranta. Keskityimme erityisesti kaupunkien keskustojen ulkopuoliseen kaupunkialueeseen, jota kutsumme lähiövyöhykkeeksi.

Päätulos on, että kerrostalovaltaiset lähiöalueet erottuivat 2010-luvun lopussa selvemmin pientalovaltaisia alueita huono-osaisempina kuin 1990-luvun puolivälissä. Yleisesti kerrostalolähiöt ja pientalalueet ovat kehittyneet eri suuntiin pienituloisuudessa. Työikäisten pienituloisuus kasvoi nopeimmin valmiiksi pienituloisimmilla alueilla, ja tämä liittyi niiden kerrostalovaltaisuuteen ja suureen ARA-vuokra-asuntojen osuuteen.

Toinen olennainen havainto on, että kaupunkien välillä on eroja lähiövyöhykkeen erossa keskustaan ja kerrostalolähiöiden kehityksessä suhteessa pientalalueisiin. Myös kaupunkien sisällä on eroja etenkin kerrostalovaltaisilla alueilla: kerrostalolähiöt eivät ole yhtenäisen huono-osaistuva aluetyyppi. Pientalalueiden kehitys taas on ollut varsin yhtenäistä: pienituloisten osuus on pääosin pysynyt vakaana tai vähentynyt. Kaupungeissa, joissa lähiövyöhykkeellä asutaan lähinnä pientaloissa, työikäisten pienituloisuus keskittyy muita kaupunkeja enemmän keskustaan.

Oulun kerrostalolähiöissä pienituloisuus on kasvanut erityisen paljon. Myös Turussa, Lappeenrannassa ja Vaasassa nopea pienituloisuuden kasvu on ollut vakaata tilannetta yleisempää. Oulussa ja Turussa tulotason mukainen eriytyminen oli Hirvosen ja Puustisen (2016) 13 kaupungin vertailussa vuonna 2014 vahvempaa kuin muissa kaupungeissa Jyväskylää lukuun ottamatta.¹⁰ Niissä ei siis ole vain kerrostalolähiöiden pienituloisuus kasvanut, vaan ne ovat muutenkin eriytyneempiä kuin muut kaupungit. Oulussa on ilmeisesti kyse ainakin kaupungin kasvun myötä tapahtuneesta hyväosaisuuden keskittymisestä uusille alueille ja vanhempien alueiden statuksen laskusta (Autio 2015). Turun osalta on oletettavasti merkitystä ainakin sillä, ettei siellä ole ollut pitkäjänteistä segregatiota ehkäisevän politiikan perinnettä (Saikkonen ym. 2018).

Havaintomme tulotason alueellisten erojen kasvusta on samansuuntainen kuin Stjernbergin (2019) havainnot 1960- ja 1970-luvun lähiöiden kerrostalalueiden kehityksestä ja Saikkosen ym. (2018) havainnot Helsingin, Tampereen ja Turun seutujen segregatian kehityksestä. Jo Lankinen (1998) havaitsi tarkastelemiensa lähiöiden statuksen pääsääntöisesti laskeneen. Lankisen ja Stjernbergin tutkimille ajanjaksoille osui 1990-luvun lama, joka kasvatti etenkin työttömyyden alue-ero-

ja. Tutkimuksemme osoitti, että myös 1990-luvun laman jälkeen erot ovat kasvaneet. Täydensimme kuvaa suomalaisten lähiöiden kehityksestä myös tuomalla esiin, että vuosina 1997–2018 pienituloisuuden yleistyminen on koskenut suurissa kaupungeissa enemmän 1970–1990-luvulla rakennettuja alueita kuin 1960-luvun alueita. Tämä saattaa osittain liittyä siihen, missä vaiheessa ”linkaartaan” lähiöt ovat. Tarkastelimme erityisesti työikäistä väestöä, ja 1960-luvun lähiöiden työikäiset asukkaat ovat seurannan aikana olleet pääosin muita kuin näiden lähiöiden alkuperäisiä asukkaita. Näissä lähiöissä on ylipäänsä ollut enemmän aikaa väestön vaihtua ja alueiden muuttuvan arvostuksen vaikuttaa asukasrakenteen valikoitumiseen. 1960-luvun lähiöt ovat myös ehtineet tulla peruskorjauksikään seurannan aikana, mikä on saattanut osaltaan vaikuttaa väestörakenteen kehitykseen. 1990-luvun alueiden kehitykseen taas on vaikuttanut ainakin valtion tukeman asuntotuotannon korostuminen 1990-luvulla.

Ei ole selvää, missä määrin huono-osaistuvissa lähiöissä kehityksen taustalla on toisaalta muuttoliike ja toisaalta asukkaiden elinolojen muutokset. Siinä määrin kuin on kyse muuttoliikkeestä eli asukkaiden vaihtumisesta, muutokset lähiöiden vetovoimaisuudessa asuntomarkkinoilla voivat olla erojen kasvun taustalla. Esimerkiksi Stjernberg (2019) ottaa esiin lähiöiden houkuttelevuuden heikkene-
misen yhtenä selittäjänä. Tämän merkitys oletettavasti riippuu myös kunkin kaupungin ja seudun asuntomarkkinoiden kireydestä ja asumisen kalleudesta. Mervi Ilmonen (2016) toteaaakin, että etenkin pääkaupunkiseudulla perifeerisilläkin lähiöillä on hyvät kehitysnäkymät, koska niissäkin asunnot ovat kysytyjä, kun taas taantuvissa kaupungeissa lähiöiden kehittämisen mahdollisuudet ovat heikommat. Siltä osin kuin alueellisten erojen kasvussa on kyse asukkaiden tilanteissa tapahtuneissa muutoksista, selityksiä voidaan hakea Stjernbergin (2019) tapaan ainakin viime vuosikymmenten rakennemuutoksesta, jossa lähiöiden supistuvilla aloilla työskennelleet asukkaat ovat kärsineet. Tämä mekanismi voi olla tärkeä erityisesti ikääntyneemmän työvoiman osalta. Rakennemuutos puolestaan liittyy osittain globalisaatioon, joka on Sako Musterdin ym. (2017) mukaan yhdessä hyvinvointivaltion roolin muutosten kanssa lisännyt eriarvoisuutta ja vahvistanut alueellista eriytymistä eurooppalaisissa kaupungeissa.

Maahanmuuttajilla on ollut kasvava merkitys suurten kaupunkien lähiöiden pienituloisuudessa, sillä maahanmuuttajien osuus väestöstä kasvaa. Useimmilla nopeasti kasvaneen pienituloisuuden alueillakin pienituloisuus on vähentynyt selvästi maahanmuuttajaväestössä, vaikka se on yleistynyt suomalaissyntyisessä väestössä. Pienituloisuuden muutoksissa ei siis ole kyse vain maahanmuuttajien pienituloisuudesta. Maahanmuuttajaväestön osuuden noustessa pienituloisissa lähiöissä näiden alueiden kehityksen kannalta on olennaista, että maahanmuuttajat onnistuvat jatkossakin etenemään työurallaan siten, että tulotaso nousee maassa vietettyjen vuosien myötä (Vaalavuo 2019). Suomalaistaustaisen väestön poismuuttoa taas voi olla mahdollista hillitä panostamalla alueiden viihtyvyyteen, turvallisuuteen ja palveluihin (Vilkama ym. 2013).

Tulotason mukaisen alueellisen eriytymisen vahvistumisesta seuraa kysymys, toteutuuko kaikkien oikeus hyvään elinympäristöön. Sanna Marinin hallituksen asuntopoliittisessa kehittämissuunnitelmassa vuosille 2021–2028 (VNS 12/2021 vp) esitetään yhtenä keskeisenä asuntopoliittisen päätöksenteon periaatteena jokaisen oikeus asuntoon ja hyvinvointia tukevaan asuinympäristöön. Tämän toteutumista on tärkeää edistää etenkin alueilla, joille keskittyy pienituloisuutta, jotta ympäristökijät eivät voimista tuloeroihin liittyvää eriarvoisuutta. Alueiden kehittämisen ohella kaikki eriarvoisuuteen vaikuttava politiikka vaikuttaa itse väestörakenteen alueelliseen eriytymiseen. Esimerkiksi köyhyyteen, työttömyyteen ja maahanmuuttajien kotoutumiseen vaikuttaminen näkyy myös lähiöiden haasteissa (Ilmonen 2016; van Ham & Tammaru 2016).

Tämä tutkimus koski lähinnä kaupunkiseutujen keskuskaupunkeja. Tutkimisamme kaupungeissa pienituloisten osuus työikäisistä on kasvanut nopeammin kuin kaikkien työikäisten osuus, eli työikäisten pienituloisuus on keskittynyt aiempaa selvemmin näihin kaupunkeihin. Havaitimme toisaalta kaupunkien kehysalueiden erottuneen aiempaa selvemmin vähäisen pienituloisuuden aluetyyppinä, ja tutkimillamme kaupunkiseuduilla on aiemmin havaittu pienituloisten osuuden väestöstä olevan suurempi keskuskaupungeissa kuin ympärystökunnissa (Hirvonen & Puustinen 2016; ks. myös Saikkonen ym. 2018). Väestörakenteen alueellisessa eriytymisessä on siis kaupunkiseuduilla kyse myös keskuskaupungin ja sen ympärillä olevan seudun kehityksen eroista. Tällainen kuntarajat ylittävä eriytyminen on merkittävää muun muassa siksi, että eriytyminen vaikuttaa kuntien veropohjaan. Kattavampi kuvaus alueellisen eriytymisen dynamiikasta suomalaisilla kaupunkiseuduilla edellyttääkin myös seutujen tarkastelemista kokonaisuutena.

Tutkimuksen rajoitukset

Tässä tutkimuksessa tuotettiin vain yleisluonteinen kuvaus suurten kaupunkien erityyppisten alueiden kehityksestä. Yksittäisten kaupunkien tai asuinalueiden tilanteiden tarkempaan analyysiin ei ollut mahdollista mennä. Pienituloisuuden kasvulla voi olla erilaisia merkityksiä riippuen siitä, keiden pienituloisuus kasvaa ja onko kyse muuttoliikkeen seurauksista vai alueella asumisen aikana tapahtuvan tulokehityksen seurauksista. Tämän tutkimuksen perusteella ei voi tehdä päätelmiä myöskään siitä, vaikuttaako tietynlaisella alueella asuminen henkilön tulojen kehitykseen. Tulokset ovat myös riippuvaisia käytetystä aluejaosta, joka on tehty kussakin kaupungissa kaupungin omia tarpeita varten, eikä näin ollen ole välttämättä täysin vertailukelpoinen kaupunkien välillä. Lisäksi käytetty lähiön määritelmä oli hyvin väljä ja sisältää asuntokannaltaan ja suunnitteluperiaatteiltaan monenlaisia alueita.

Viitteet

- 1 Tilastokeskuksen käyttöluupa TK/2958/07.03.00/2021.
- 2 Helsingin osa-alueet, Espoon tilastoalueet, Vantaan kaupunginosat, Tampereen tilastoalueet, Turun pienalueet, Oulun kaupunginosat, Kuopion suunnittelualueet, Jyväskylän tilastoalueet, Lahden tilastolliset kaupunginosat, Vaasan pienalueet, Seinäjoen pien-tilastoalueet, Porin tilastoalueet (Noormarkun ja Lavian osalta pienalueet), Joensuun tilastoalueet, Lappeenrannan tilastoalueet. Kaikille aineistovuosille käytettiin samaa aluejakoa.
- 3 Lisäksi Jyväskylässä Korpilahden alueet ja Lappeenrannassa Joutsenon alueet jätettiin pois, koska niiden ja kaupungin keskustaa-jaman välissä on maaseutumaista aluetta.
- 4 Myös tulottomat ovat mukana viidenneksen laskennassa ja alimmassa viidenneksessä, jossa he ovat enemmistönä.
- 5 Kuvioissa ohuemmat viivat kuvaavat Tilastokeskuksen vuonna 2019 käyttöön ottamalla uudella tulomuuttujalla saatuja tuloksia. Vuoden 2019 tietoja oli vain tällä tulomuuttujalla, ja mittastapojen eron vaikutuksen havainnollistamiseksi tällä muuttujalla esitetään tulokset myös vuosille 2017-2018.
- 6 Tässä esitetään tiivistys tuloksista, tarkempi kuvaus: Kauppinen & Mukkila (2022).
- 7 Yhdistimme Lahden ja Porin kehityskulku-profililtaan samantapaisina kaupunkeina samaan luokkaan, koska Lahdessa yksikään alue ei sijoittunut nopeimman pienituloisuuden kasvun luokkaan, ja tämän vuoksi Lahden pitäminen erillisenä luokkana ei onnistunut alueellisten taustatekijöiden merkitystä selvitettyä.
- 8 Koska osassa kaupunkeja on melko pieni määrä alueita mukana analyysissä (minimissään kahdeksan Joensuussa ja Seinäjoella), kaupunkien välisiä eroja on pienimpien kaupunkien osalta pidettävä suuntaa antavina.
- 9 Viittaus länsimaihin perustuu Euroopan osalta kylmän sodan aikaiseen jaotteluun, joka oli etenkin seurannan alkuvaiheessa relevantti eri maista tulevien maahanmuuttajien asumisurien ja segregatiion taustatekijä. Varsinkin tuolloin myös itäisestä Euroopasta tulevat maahanmuuttajat erottuivat maahantulosyiltään ja sosioekonomiselta asemaltaan selvästi kylmän sodan aikaisesta ”länneestä” tulleista. Siksi he kuuluvat tässä ”ei-länsimaalaisten” ryhmään (ks. tarkemmin Kauppinen & Mukkila 2022).
- 10 Myös etnisen eriytymisen osalta Turku, Oulu ja Jyväskylä ovat Hirvosen (2019) mukaan vahvemmin eriytyneitä kaupunkeja kuin pääkaupunkiseudun kunnat, Tampere, Lahti ja Kuopio.

Lähteet

- Andersson, Roger & BråmÅ, Åsa (2018): The Stockholm Estates - A Tale of the Importance of Initial Conditions, Macroeconomic Dependencies, Tenure and Immigration. Teoksessa Hess Daniel B. & Tammaru Tiit & van Ham, Maarten (toim.). Housing Estates in Europe. Poverty, Ethnic Segregation and Policy Challenges. Cham: Springer, 361–388. <https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-319-92813-5>
- Autio, Mikko (2015): Alueellinen eriytyminen Oulun kaupunkiseudulla vuosina 1990–2013. Pro gradu -tutkielma. Oulu: Oulun yliopisto. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:oulu-201502271124>
- van Ham, Maarten & Tammaru, Tiit (2016): Pieni- ja suurituloiset asuvat aiempaa eriytyneemmin eurooppalaisissa pääkaupungeissa. URMI Politiikkapaperi 2016:1. https://demoshelsinki.fi/wp-content/uploads/2021/07/URMI_Politiikkapaperi_1.pdf
- Hankonen, Johanna (1994): Lähiöt ja tehokkuuden yhteiskunta. Suunnittelujärjestelmän läpimurto suomalaisten asuntoalueiden rakentumisessa 1960-luvulla. Helsinki: Gaudeamus.
- Helminen, Ville (2011): Keskusta-alueiden tunnistaminen ja keskusta-alueiden rajaaminen tilastollisella paikkatietomenetelmällä. Suomen ympäristökeskus. https://www.ymparisto.fi/fi-fi/elinymparisto_ja_kaavoitus/yhdyskuntarakenne/tietoa_yhdyskuntarakenteesta/Yhdyskuntarakenteen_monikeskuksisuus_ja_kauppa/Menetelmakuvaus (luettu 26.8.2022)

- Helminen, Ville & Nurmio, Kimmo & Vesanen, Sampo (2020): Kaupunki-maaseutu-alueuokitus 2018. Paikkatietopohjaisen alueuokituksen päivitys. Suomen ympäristökeskuksen raportteja 21/2020. Helsinki: Suomen ympäristökeskus. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-11-5172-9>
- Hirvonen, Jukka & Puustinen, Sari (2016): Alueellinen segregaatio ja väestörakenteen muutokset. Teoksessa Puustinen, Sari & Mäntyselä, Raine & Karppi, Ilari (toim.): Strateginen eheyttäminen kaupunkiseuduilla. Valtioneuvoston selitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 4/2016, s. 87–106. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-209-8>
- Hirvonen, Jukka (2019): Asumisen etninen eriytyminen Helsingissä ja muualla. *Kvartti* 4/2019, 46–57. <https://www.kvartti.fi/fi/artikkelit/asumisen-etninen-eriytyminen-helsingissa-ja-muualla>
- Ilmarinen, Katja & Kauppinen, Timo (2018): Pienituloisuus ennen ja jälkeen asumiskustannuksia – alueellinen näkökulma. *Yhteiskuntapolitiikka* 83(1), 73–83. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe20180212333>
- Ilmonen, Mervi (2016): Tulevat lähiöt: segregaatia vai gentrifikaatiota? Teoksessa Norvasuo, Markku (toim.): Lähiö ja kaupunki – asuinalueen rajat muutoksessa. Aalto-yliopiston julkaisusarja TT 3/2016. Espoo: Aalto-yliopisto, 101–117. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-60-6787-2>
- Jones, Bobby L. & Nagin, Daniel S. (2013): A Note on a Stata Plugin for Estimating Group-based Trajectory Models. *Sociological Methods & Research* 42(4), 608–613. <https://doi.org/10.1177/0049124113503141>
- Kauppinen, Timo M. & Karvonen, Sakari (2014): Hyvinvoinnin puutteet asuinpaikan maaseutumaisuuden mukaan. Teoksessa Vaarama, Marja & Karvonen, Sakari & Kestilä, Laura & Moisio, Pasi & Muuri, Anu (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuslaitos, 80–95. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-015-3>
- Kauppinen, Timo M. & Mukkila, Susanna (2022): Lähiöalueiden väestörakenteen kehitys suurissa kaupungeissa vuosina 1995–2019. *Työpäperi* 38/2022. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuslaitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-909-2>
- Lankinen, Markku (1994): Taantuvatko lähiöt? Pääkaupunkiseudun kerrostalolähiöt sosiaalisen segregaatiossa. *Julkaisu* 3/1994. Helsinki: Ympäristöministeriö.
- Lankinen, Markku (1998): Lähiöt muuttuvat ja erilaistuvat. 36 lähiön tilastollinen seuranta 1980–95. Suomen ympäristö 187. Helsinki: Ympäristöministeriö. <http://hdl.handle.net/10138/228176>
- Musterd, Sako & Marciniak, Szymon & van Ham, Maarten & Tammaru, Tiit (2017): Socioeconomic segregation in European capital cities. Increasing separation between poor and rich. *Urban Geography* 38(7), 1062–1083. <https://doi.org/10.1080/02723638.2016.1228371>
- Ronkainen, Mika & Eskelä, Elina (2022): Helsingin asuntopoliittika. Historiallinen katsaus ja nykytilanne. *Helsingin kaupungin keskushallinnon julkaisuja* 2022:3. Helsinki: Helsingin kaupunki. https://www.hel.fi/static/kanslia/julkaisut/2022/asuntopoliittinen_historiikki.pdf
- Saikkonen, Paula & Hannikainen, Katri & Kauppinen, Timo M. & Rasinkangas, Jarkko & Vaalavuo, Maria (2018): Sosiaalinen kestävyys: asuminen, segregaatio ja tuloerot kolmella kaupunkiseudulla. *Raportti 2/2018*. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuslaitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-084-6>
- 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* 45/2014, 2985–2992. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201501091087>
- Stjernberg, Mats (2019): Concrete Suburbia: Suburban housing estates and socio-spatial differentiation in Finland. *Department of Geosciences and Geography A77*. Helsinki: Helsingin yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-4920-6>
- Vaalavuo, Maria (2019): Ulkomaalaistaustaisten taloudellinen tilanne Suomessa. Teoksessa Kazi, Villiina & Alitoppa-Niitamo, Anne & Kaihovaara, Antti (toim.): Kotoutumisen kokonaiskatsaus 2019: Tutkimusartikkeleita kotoutumisesta. TEM oppaat ja muut julkaisut 2019:10. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö, 166–177. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-487-7>
- Vilkama, Katja & Vaattovaara, Mari & Dhalmann, Hanna (2013): Kantaväestön pakoa? Miksi maahanmuuttajakeskittymistä muutetaan pois? *Yhteiskuntapolitiikka* 78(5), 485–497. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201310236845>

4

Hyvinvointi Euroopassa: käsitteet, mittarit ja jakautuminen

Luvussa tarkastelemme viimeaikaisia hyvinvoinnin teorioita ja esittelemme hyvinvoinnin keskeisiä osa-alueita. Empiirinen tarkastelu kuvaa hyvinvoinnin jakautumista Euroopan maiden sisällä eri mittareiden perusteella. Tarkastelemme hyvinvointia ja sen jakautumista tilastollisesti käyttämällä rikasta koko Euroopan unionin kattavaa tulo- ja elinolokyselyä (EU-SILC), näin voimme verrata suomalaisten hyvinvointia muihin Euroopan maihin. Tarkastelemiamme hyvinvoinnin osa-alueiden jakaumia ei ole vielä juuri tutkittu kansainvälisesti, etenkin rinnakkain muiden osa-alueiden kanssa. Toistaiseksi eri tieteenalat ovat nojanneet lähinnä omiin, kapea-alaisiin hyvinvoinnin määritelmiinsä, jos niillä on ollut niitä lainkaan. Poikkitieteellinen ja systemaattinen uusi hyvinvointitutkimus voi parantaa näitä tieteenalakohtaisia käsityksiä. Samalla tällaista tutkimusta voidaan hyödyntää hyvinvointipolitiikan kehittämiseksi.

Sosiaalisesti kestävä yhteiskunnan näkökulmasta hyvinvoinnin tasoon ja jakautumiseen liittyvät kysymykset ovat keskeisiä. Kestävyysajattelun tavoitteena on hyvinvoinnin edellytysten ja hyvinvointia tukevien instituutioiden takaaminen nyt ja tulevaisuudessa. Toisaalta hyvinvointi ei ole tärkeää vain itsessään vaan myös välilineellisesti. Yksilöiden ja väestön hyvinvointi tukee monia muita sosiaaliseen

kestävyyteen liittyviä ilmiöitä ja haluttuja lopputulemia, kuten esimerkiksi avuliaisuutta, tuotteliaisuutta ja terveyttä (Clark 2018). Näistä syistä on tärkeää tarkastella myös sitä, miten hyvinvointi jakautuu eri väestöryhmien, kuten ikäryhmien ja sukupolvien, välillä.

Merkittävä kysymys on tietenkin se, mitä hyvinvoinnilla oikein tarkoitetaan. Suomi on jo viidettä vuotta peräkkäin luokiteltu maailman tyytyväisimmäksi maaksi (Helliwell ym. 2022). Usein hyvinvointia kuitenkin mitataan tarkastelemalla taloudellisia seikkoja, kuten tuloja tai talouskasvua. Mistä siis puhumme, kun puhumme onnellisuudesta, elämänlaadusta ja hyvinvoinnista? Vaikka hyvinvointi on keskeinen tutkimuskohde yhteiskuntatieteissä, niin tähän mennessä eri tieteenalat ovat nojanneet lähinnä omiin hyvinvoinnin määritelmiinsä, jos tieteenalalla on määritelmiä ollut lainkaan.

1900-luvun lopulla yhteiskuntatieteissä, sekä Suomessa että länsimaissa laajemmin, on alettu kiinnostua yksilön omasta kokemusmaailmasta pelkän materiaalsen hyvinvoinnin tai objektiivisesti mitatun elintason tutkimuksen sijaan. Tähän siirtymään liittyy myös kritiikki siitä, kuka määrittelee, mikä on hyvä tai riittävä taso ulkoapäin mitattavissa hyvinvoinnin osa-alueissa. Elintasotutkimuksen teorioiden on nähtykin kuvastavan vallalla olevien ryhmien tavoitteita (Kainulainen 2011). Toisin sanoen, karkeasti ottaen samaan aikaan on ollut siirtymä jonkinasteisesta ryhmäkeskeisyydestä yksilökeskeisyyteen.

Artikkelimme on jatkoa tälle kehitykselle. Poikkitieteellinen artikkelimme tarkastelee viimeaikaisia koetun ja psykologisen hyvinvoinnin keskeisiä teorioita ja esittelee näiden huomionarvoiset osa-alueet. Psykologiset teoriat voivat rikastaa hyvinvointiteorioita tarkemmin tutkitulla tiedolla mielen rakenteista, haasteista ja mahdollisuuksista (katso myös Ryff 1989a).

Käymme tässä artikkelissa ensiksi läpi, mitkä osa-alueet nousevat keskeisiksi hyvinvoinnin osa-alueiksi huomiota saaneiden hyvinvointiteorioiden perusteella. Tarkastelemme teorioita, jotka nousevat erityisesti psykologian parista, mutta eivät kuitenkaan rajoitu sinne. Euroopan laajuisella kyselyaineistolla vastaamme lisäksi kysymykseen, kuinka hyvinvointi jakautuu eri väestöryhmien kesken ja kuinka hyvinvoinnin eri osa-alueet vertautuvat tuloihin hyvinvoinnin mittarina niin Suomessa kuin Euroopassa.

Hyvinvoinnin jakautumista eri väestöryhmien kesken ei ole juuri vertailtu maiden välillä (Clark 2018). Kansainvälinen vertailu voi kuitenkin kertoa, missä määrin materiaalsen hyvinvoinnin keskeisyys hyvinvoinnin määrittäjänä riippuu kansallisista instituutioista, politiikkaohjelmista, elinympäristöstä tai laajemmin kulttuurista. Materiaalinen hyvinvointi (erityisesti bruttokansantuote henkeä kohden) on edelleen yleisesti käytetty, keskeinen kansakunnan hyvinvoinnin mittari (esim. Stiglitz ym. 2009), vaikkakin eri tieteenaloilla on sen keskeisyydestä eriäviä näkemyksiä. Hyvinvoinnin jakautumisen tarkastelu on tärkeää, sillä se antaa laajemman kuvan eriarvoisuudesta ja sen kehityksestä. Lisäksi näkökulma avaa keskustelun siitä, millä tavoin voidaan edistää hyvinvointia planeettamme ekolo-

gisten rajojen puitteissa. Maat, joissa materiaalisen hyvinvoinnin keskeisyys hyvinvoinnin määrittäjänä on vähäisempää, saattavat antaa viitteitä tästä.

Poikkeamme hieman totutusta akateemisesta esitystavasta. Esittelemme ensin aineiston ja menetelmän ja vasta tämän jälkeen esittelemme teorian, jonka yhteydessä raportoimme myös empiiriset tulokset. Tämä on sen vuoksi, että esittelemme useita eri osa-alueita ja tahdomme esittää tulokset ja osa-alueen vertailun tuloihin kunkin osion yhteydessä selkeyden ja tarinallisuuden vuoksi. Luku päättyy yhteenvetoon ja johtopäätöksiin.

Aineisto ja menetelmät

Aineistona käytämme Euroopan unionin tulo- ja elinolotutkimusta vuodelta 2013 sekä sen hyvinvointiin keskittyvää osiota (engl. *European Union Statistics on Income and Living Conditions*, EU SILC). Valitettavasti kaikkia koettuun hyvinvointiin liittyviä kysymyksiä ei ole kerätty kattavasti tämän jälkeen. Pudotettuumme havainnot, joista uupui vastauksia hyvinvointikysymyksiin, jäi Suomen aineistoon 10 327 ja koko aineistoon 322 259 yli 18-vuotiasta vastaajaa. Tämä poisti noin 32 prosenttia vastaajista aineistosta, mutta vastaamattomuudella ei juuri ollut yhteyttä vastaajan tulotasoon. Vastaamattomuus kasvoi lievästi korkeammassa tuloluokassa vaihdellen 28,9 ja 35 prosentin välillä.

Tulomittarina käytämme ekvivalentteja käytettävissä olevia tuloja. Se on henkilökohtainen tulomäärä, joka on johdettu koko kotitalouden nettotuloista ottamalla huomioon kotitalouden rakenne ja koko. Tulokäsite pitää sisällään kotitalouden yhteenlaskettujen palkka- ja yrittäjätulojen sekä eläkkeiden lisäksi erilaiset saadut ja maksetut tulonsiirrot sekä verot. Se ei sisällä varallisuutta. Lisäksi kaikki tulot ovat ostovoimakorjattuja, euromääräisiä ja vastaavat suomalaista euroa vuonna 2013. Tämä tarkoittaa, että esimerkiksi Itä-Euroopan mainitut tulot vastaavat sitä, paljonko ne olisivat, jos Itä-Euroopassa olisi ollut euro käytössä ja samat hinnat kuin Suomessa vuonna 2013.

Henkilöt on jaettu näiden tulojen perusteella kolmeen kategoriaan. Alin kategoria sisältää väestön pienituloisimman viidenneksen, keskimäinen kategoria keskimäiset kolme viidennestä ja ylin kategoria rikkaimman tuloviidenneksen. Tuloviidennekset on laskettu aluekohtaisesti (ks. alla) ja vasta tämän jälkeen on edetty muuhun analyysiin. Esimerkiksi Itä-Euroopan vastaajat on niputettu samaan joukkoon ostovoimakorjauksen jälkeen ja tästä jakaumasta on sitten katsottu tuloviidennekset. Tämän jälkeen on laskettu esimerkiksi keskiarvoinen elämäntyytyväisyys muodostetuissa tuloluokissa.

Ensin tarkastelemme, kuinka tulot jakautuvat eri ikäryhmien (18–29-, 30–49-, 50–64- ja yli 64-vuotiaat) välillä ja muodostettujen kolmen tuloluokan välillä Suomessa ja Euroopan eri alueilla. Euroopan maat olemme jakaneet viiteen ryhmään: Suomi, Pohjoismaat (n = 19 484), Länsi-Eurooppa (n = 80 543), Etelä-Eurooppa

(n = 90 882) ja Itä-Eurooppa (n = 121 023)¹. Jaoinne maat alueisiin lähinnä siksi, että yksityiskohtaisempi analyysi ei olisi mahtunut artikkeliin. Tämä karkeakin alueellinen jako heijastelee myös historiallisia, yhteiskunnallisia ja taloudellisia (esim. BKT) eroja. Tämän jälkeen tarkastelemme hyvinvoinnin eri osa-alueiden jakaumia ikäluokkien ja tuloluokkien välillä Suomessa sekä tuloluokkien välillä Euroopan eri alueilla. Tuloja lukuun ottamatta kaikki hyvinvoinninmittarit ovat asteikolla nolasta kymmeneen, jossa kymmenen on paras.

Hyvinvoinnin osa-alueet

Hyvinvointitutkimuksen olennainen kehitys on viime vuosisadan aikana liittynyt hyvinvoinnin mittaamiseen. Hyvinvointitutkimuksessa keskeinen erottelu tehdään usein subjektiivisen ja objektiivisen hyvinvoinnin välillä (esim. Sumner 2003). Suurpiirteisesti kuvaten objektiivinen hyvinvointi viittaa niihin hyvinvoinnin osa-alueisiin, joiden nähdään olevan yleisesti tärkeitä riippumatta siitä, arvostaako henkilö itse näitä osa-alueita, ja subjektiivinen hyvinvointi taas viittaa yksilön omaan kokemukseen hyvinvoinnista.

Lähdemme liikkeelle objektiivisen hyvinvoinnin teorioista. Ne sisältävät ennen kaikkea aineellisen hyvinvoinnin, kuten usein tutkitut tulot, mutta voivat sisältää myös vaatimuksia mielen toiminnasta, kuten itsenäisen ajattelukyvyyn tai aktiivisen toimeliaisuuden. Ne sisältävät myös tarveteoriat (esim. Doyal ja Gough 1991). Jotkin teoriat ovat samaan aikaan sekä subjektiivisia että objektiivisia ja kuvaavat esimerkiksi hyvinvoinnin kokemuksen ja väitettyjen universaalien hyvinvoinnin kriteerien yhteyksiä, kuten esimerkiksi myöhemmin esitellyssä Edward Decin ja Richard Ryanin teoriassa (2000).

Siirrymme tuloista taloudelliseen tyytyväisyyteen ja yleisemmin *hedoniseen* hyvinvointiin, jossa pääpaino on elämäntyytyväisyyden kokemuksissa ja siinä, että kokee miellyttäviä tunteita epämiellyttävien sijaan (Diener ym. 2018). Tähän vastareaktiona on kehitetty psykologisen ja *eudaimonisen* hyvinvoinnin teorioita, jotka usein korostavat muutosta, kasvua ja toimintaa hyvinvoinnin osa-alueina (esim. Ryff 1989b). Monien näiden teorioiden juuret juontavat muiden muassa antiikin Kreikkaan, joten uudesta kehityksestä ei voi siinä mielessä puhua. Mittauksen kehittyminen on kuitenkin saanut aikaan renessanssin hyvinvointiteorioissa ja siinä mielessä ne ovat suhteellisen tuoreita, kun puhutaan viimeisestä sadasta vuodesta. Lisäksi vaikuttaisi siltä, että nykyisissä teorioissa saattaa olla uusiakin avauksia, vaikka tämänkaltainen vertailu onkin tämän artikkelin ulkopuolella.

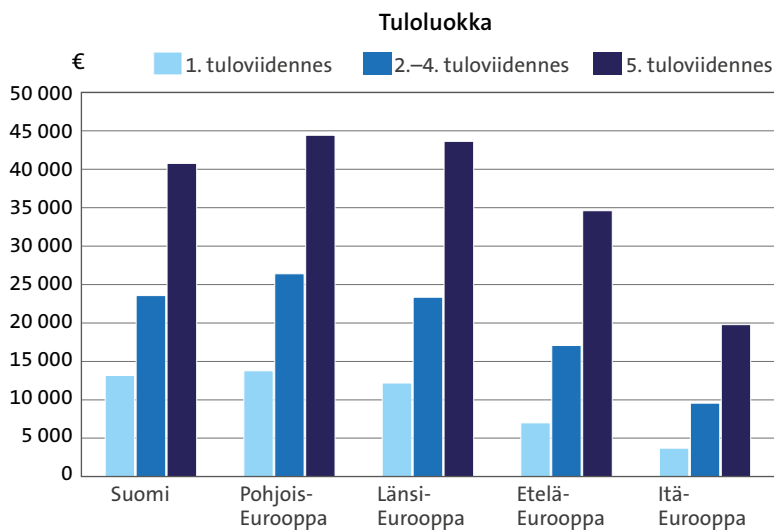
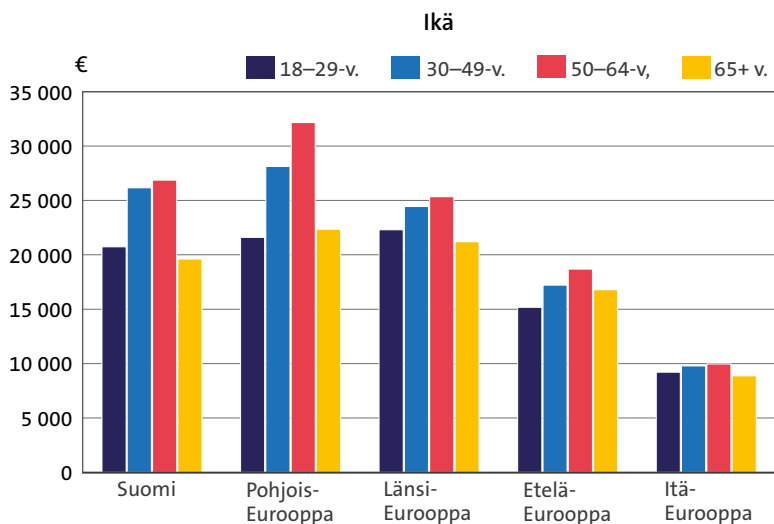
Tulot hyvinvoinnin mittarina

Talouden ja hyvinvoinnin välisestä suhteesta on keskusteltu pitkään niin akateemisissa piireissä kuin politiikassa (esim. Saari 2011). Aihe ei ole kuitenkaan loppuun käsitelty, vaan se on saanut uutta pontta niin talouskriisin seurauksista kuin ilmastonmuutoksesta ja luontokadostakin. Aihetta käsiteltiin myös huomiota saaneessa Joseph Stiglitzin ynnä muiden (2009) kansakuntien kehitystä käsittelevässä raportissa. Raportti kannustaa käyttämään tuloja ja niiden jakautumista bruttokansantuotteen sijaan kansallisen taloudellisen hyvinvoinnin mittauksessa koska se suoremmin mittaa kotitalouksien taloudellista tilaa. Tulot ja taloudellinen tilanne ovat olleet keskeisiä hyvinvoinnin mittareita 1900-luvun puolivälistä läpi hyvinvointitutkimuksen (Kainulainen 2011), ja niiden keskeisyys on säilynyt erityisesti taloustieteissä ja valtioiden politiikkaohjelmissä (esim. Stiglitz ym. 2009).

Nostamme tästä monipuolisesta keskustelusta muutaman kriittisen huomion. Amartya Sen (2000) on esittänyt, ettei kaikilla ihmisillä ole kykyä muuntaa tuloja hyvinvoinniksi samalla tavalla. Esimerkiksi vakavasti sairas ihminen saattaa tarvita enemmän tuloja hyvinvoinnin ylläpitämiseksi kuin muutoin vastaavassa asemassa oleva terve ihminen. Toisaalta hyvinvointivaltio tukee ihmisten hyvinvointia esimerkiksi palveluin, mikä ei näy henkilöiden tulotasossa (esim. Vaalavuo 2020). Stiglitz ym. (2009) ovat puolestaan esittäneet, että tulojen keskimääräisen tason lisäksi tulisi tarkastella tulojen jakautumista yhteiskunnassa.

Vastauksena siihen, että tulot tai BKT olisivat riittämättömiä hyvinvoinnin määrittäjiä, on ehdotettu erilaisia täydentäviä tai korvaavia objektiivisen hyvinvoinnin osa-alueiden listoja jo ainakin 1900-luvun puolivälistä saakka esimerkiksi elintaso- ja resurssitutkimuksessa (Kainulainen, 2011).

Luvussa emme kuitenkaan tarkastele näitä teorioita empiirisesti, vaan kuvaillemme ainoastaan tulojen jakautumista Suomessa ja Euroopan eri alueilla. Jatkossa analysoimme hyvinvoinnin muiden ulottuvuuksien jakautumista tuloluokittain. Kuviossa 4.1 on esitetty mediaanitulot eri ikäryhmissä sekä tuloluokittain². Kuvio näyttää, että kaikilla alueilla tulot tapaavat olla korkeimmillaan keski-ikäisillä ja alimmillaan nuorilla ja vanhoilla. Länsi-, Etelä- ja Itä-Euroopassa tuloerot eri ikäluokkien välillä ovat pienemmät kuin Suomessa ja Pohjois-Euroopassa. Pienituloisimmilla on pienimmät tulot Etelä- ja Itä-Euroopassa. Korkeatuloisimmat taas ovat rikkaimpia Pohjois- ja Länsi-Euroopassa. Suhteelliset tuloerot ovat suurimmat Itä-Euroopassa: Suomessa suurituloisten mediaanitulo on noin kolmikertainen pienituloisiin verrattuna ja Itä-Euroopassa yli viisinkertainen. Tietoa tuloista käytämme jatkossa muiden hyvinvoinnin osa-alueiden jakautumisen analyysissä.



Kuvio 4.1. Ostovoimakorjatut mediaanitulot (€) Euroopan eri alueilla iän ja tuloluokan mukaan. Lähde: EU SILC.

Koettu taloudellinen tyytyväisyys hyvinvoinnin mittarina

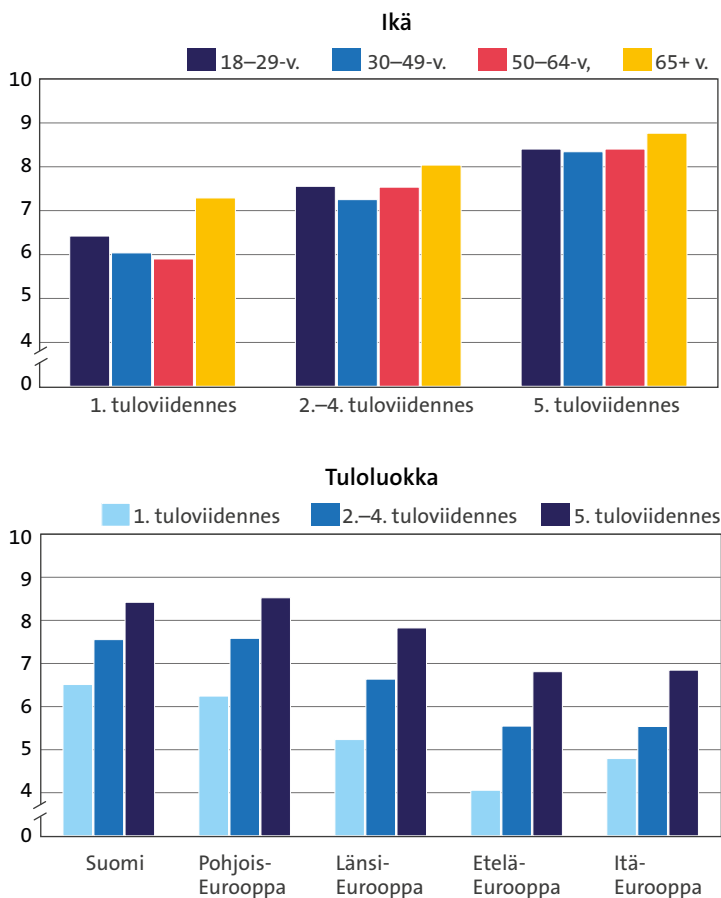
Sosiologiasta ja psykologiasta 1900-luvun puolivälin pakeilla ponnistanut elämäntutkimus, sisältää myös koetun hyvinvoinnin tutkimusta (Simpura & Uusitalo 2011). Koetun hyvinvoinnin tutkimuksessa kysytään ihmisiltä itseltään heidän tyytyväisyydestään elämänsä eri osa-alueisiin. Tämän tutkimushaaran keskeinen kontribuutio hyvinvointitutkimukseen on ollut koetun hyvinvoinnin mittauksen kehittäminen, mikä on mahdollistanut sen tilastollisen tutkimisen.

Keskeinen havainto tässä tutkimuksessa on ollut se, että ihmisen elämäntilannetta kuvaavat mittarit, kuten tulot ja sosiodemografiset tekijät, selittävät vain vähän (yhteensä n. 10–15 %) koetun hyvinvoinnin vaihtelusta yksilöiden välillä (Lyubomirsky ym. 2005a; Layous 2018). Geneettiset tekijät selittävät noin 30–40 prosenttia vaihtelusta ja käyttäytymisen sekä asenteiden on ajateltu selittävän lopuosan (Lyubomirsky ym. 2005a; Diener ym. 2018).

Sama pätee sellaisiin tyytyväisyydsmittareihin, jotka mittaavat elämän joitakin osa-alueita, kuten terveyttä ja taloudellista tilannetta. Taloudellisen tilanteen on havaittu selittävän esimerkiksi noin 10 prosenttia tyytyväisyydestä taloudelliseen tilanteeseen (Emmons & Diener 1985). Vaikka tulot selittävät melko vähän koetusta hyvinvoinnista yksilöiden välillä, ovat eri tuloluokkien väliset keskiarvoiset erot kuitenkin melko suuret. Tämä viittaa siihen, että tulot kuitenkin olisivat merkittävä hyvinvoinnin määrittäjä (Frank 2005, viitattu teoksessa Stevenson & Wolfers 2008).

Tulojen ja hyvinvoinnin suhdetta monimutkaistaa se, että koetun hyvinvoinnin ja tulojen välinen syy-seuraussuhde kulkee luultavasti molempiin suuntiin. Näyttää siis siltä, että parempi koettu hyvinvointi johtaa korkeampiin tuloihin (Lyubomirsky ym. 2005b) ja toisaalta yllättävät rahatulot kasvattavat koettua hyvinvointia, joskin jälkimmäisestä on myös toisenlaisia tuloksia (Tay ym. 2018). Lisäksi se, että arvostaa aineellisia tavoitteita, kuten varallisuutta ja statusta, yli muiden tavoitteiden, kuten läheisten ihmissuhteiden, linkittyy alempaan koettuun hyvinvointiin (Kasser, 2018).

Aloitamme tuloille vaihtoehtoisten hyvinvoinnin mittarien tutkimisen tarkastelemalla kokemusta tyytyväisyydestä taloudelliseen tilanteeseen. Kuvio 4.2 näyttää, että tyytyväisyys seuraa loivaa U-käyrää iän yli kaikissa tuloluokissa. Tämä U-käyrä on suurin pienituloisilla ja pienenee mentäessä kohti ylempiä tuloluokkia. Tyytyväisyys kasvaa jokaisessa ikäryhmässä siirryttäessä kohti ylempiä tuloluokkia, mutta tyytyväisyys on lähes aina heikointa keski-ikäisten ryhmässä (30–64-v.) verrattuna muihin ikäryhmiin. Näyttää siis siltä, että suuremmat tulot linkittyvät suurempaan taloudelliseen tyytyväisyyteen kuten aiemmassa kirjallisuudessa on havaittu (esim. Emmons & Diener 1985).



Kuvio 4.2. Koettu taloudellinen tyytyväisyys Suomessa iän ja tuloluokan mukaan sekä Euroopan eri alueilla tuloluokan mukaan. Y-akselit katkaistu, koko asteikko 0–10. Lähde: EU SILC.

Tyytyväisyys taloudelliseen tilanteeseen on suurinta Pohjois-Euroopassa kaikissa tuloryhmissä. Kuviosta nousee pari kiintoisaa havaintoa kuvioon 4.1 verrattaessa. Suomen ostovoima oli pienempi kuin Pohjois-Euroopassa ja silti sen tyytyväisyys taloudelliseen tilanteeseen vaikuttaa olevan ainakin samankaltainen kuin Pohjois-Euroopassa. Toisaalta Etelä-Euroopassa ostovoima oli huomattavasti parempi kuin Itä-Euroopassa, mutta tästä huolimatta itäeurooppalaiset ovat tyytyväisempiä taloudelliseen tilanteeseensa. Samalla huomataan, että pienituloiset Suomessa ovat lähes yhtä tyytyväisiä taloudelliseen tilanteeseensa kuin suurituloiset Etelä-Euroopassa ja Itä-Euroopassa.

Elämäntyytyväisyys hyvinvoinnin mittarina

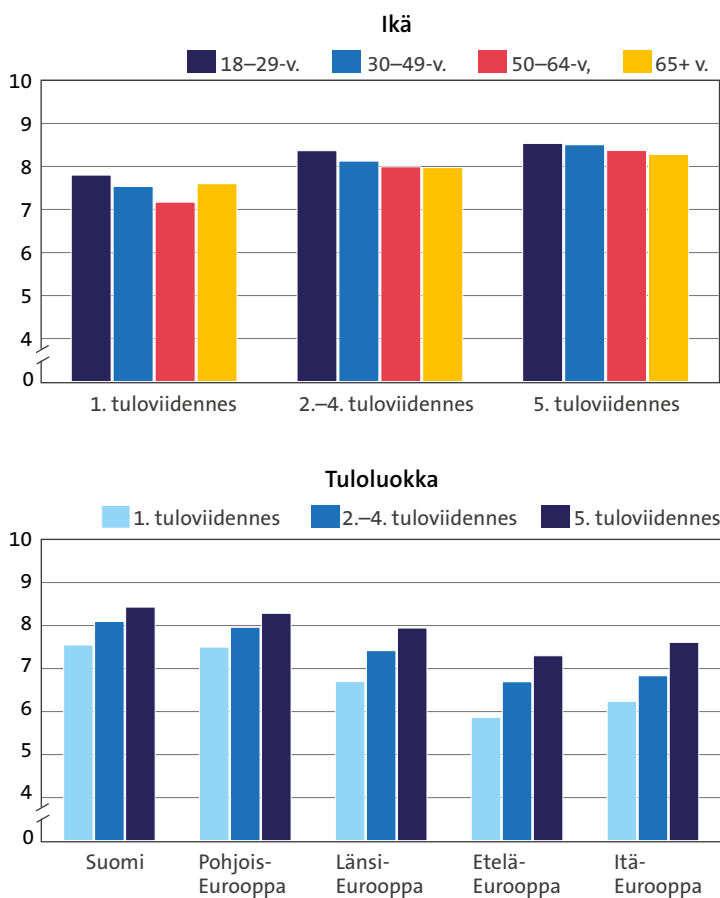
Tyytyväisyyttä omaan elämään on esitetty keskeiseksi hyvinvoinnin mittariksi ainakin psykologian (Diener ym. 2018), taloustieteen (Layard 2010), sosiaalitieteiden (Veenhoven 2004) ja filosofian puolella (Sumner 2003; Kekes 1982). Viime aikoina myös poikkitieteelliset ryhmät ovat kannattaneet ajatusta (VanderWeele ym. 2020). Samoin kuin edellä mainittu tyytyväisyys taloudelliseen tilanteeseen myös tyytyväisyys elämään yleensä on vain heikosti yhteydessä objektiivisiin hyvinvoinnin indikaattoreihin siinä mielessä, että ne selittävät vain pienen osan elämäntyytyväisyyden vaihtelusta yksilöiden välillä (Layous 2018). Toisaalta maiden välisiä elämäntyytyväisyyden eroja tarkasteltaessa objektiiviset indikaattorit selittävät melko paljon vaihtelusta. Näitä tekijöitä ovat esimerkiksi BKT henkeä kohden ja terveen elinajan odote (esim. Helliwell ym. 2022; Layous 2018). Tärkeä ajankohtainen havainto on, että elämäntyytyväisyys on kiinteästi yhteydessä siihen, miten ja missä määrin ihminen on vuorovaikutuksessa luonnon kanssa (McMahan, 2018).

Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että elämäntyytyväisyys on alimmillaan 45–54 vuoden iässä kehittyneissä maissa, mutta yhteys ikään vaihtelee maittain. Esimerkiksi Itä-Euroopassa elämäntyytyväisyyden on havaittu laskevan iän kanssa (Lansford 2018; Steptoe ym., 2015). Huolimatta siitä, että tulot selittävät vain pienen osan elämäntyytyväisyyden vaihtelusta yksilöiden välillä, on elämäntyytyväisyyden havaittu olevan sitä suurempaa mitä korkeammat tulot ovat sekä yksilö- että maatasolla tarkasteltuna (Stevenson ym. 2008). Ainakin yksilöiden välillä yhteydessä on tosin tasaantumispiste, jonka jälkeen korkeammat tulot eivät enää liity suurempaan elämäntyytyväisyyteen, mutta tämä piste on melko korkealla tulojakaumassa (Jebb ym. 2018).

Kuvio 4.3 näyttää, että pienituloisilla löytyy samankaltainen ikäluokkien mukainen U-käyrä kuin aiemmissa tutkimuksissa kehittyneissä maissa, mutta U-käyrä häviää ylemmissä tuloluokissa. Näissä tuloryhmissä elämäntyytyväisyys laskee iän myötä heijastellen aiempia löydöksiä Itä-Euroopasta. Kuvio eroaa sekä todellisista tuloista että tyytyväisyydestä taloudelliseen tilanteeseen ja rikastaa aiempaa ymmärrystä osoittaen, että tyytyväisyyden ikäprofiili eroaa myös tuloluokittain maiden lisäksi.

Myös tässä tapauksessa mentäessä ylempiin tuloluokkiin elämäntyytyväisyys kasvaa kullakin ikäluokalla heijastellen jälleen aiempaa kirjallisuutta. Elämäntyytyväisyys näyttää tuovan lisätietoa hyvinvoinnista taloudelliseen tyytyväisyyteen verrattuna, koska kuviot poikkesivat toisistaan erityisesti rikkaiden parissa.

Alueiden välillä Suomi ja Pohjois-Eurooppa näyttävät tyytyväisimmiltä, joiden jälkeen tulee Länsi-Eurooppa ja lopuksi Itä- ja Etelä-Eurooppa. Tämä on linjassa aiempien tutkimusten kanssa. Elämäntyytyväisyyden erot tuloryhmien välillä ovat pienimmät Pohjois-Euroopassa ja suurimmat Etelä-Euroopassa. Myös tulojen jakauma oli suhteellisesti suurimpia Etelä-Euroopassa (kuvio 4.1).



Kuvio 4.3. Elämäntyytyväisyys Suomessa iän ja tuloluokan mukaan sekä Euroopan eri alueilla tuloluokkien mukaan. Y-akselit katkaistu, koko asteikko 0–10. Lähde: EU SILC.

Psykologinen ja eudaimoninen hyvinvointi

1980–90-luvuilta saakka osa psykologian tutkijoista on ollut tyytymätön hedoniseen koettuun hyvinvointiin (esim. Ryff 1989a). Hedonisessa hyvinvoinnissa pääpaino on siis edellä mainituissa elämäntyytyväisyyden kokemuksissa ja tunnehyvinvoinnissa. Carol Ryffin (1989a) mukaan nämä mittarit eivät nojanneet riittävän tukevasti teoriaan. Lisäksi koettu hyvinvointi ei kritiikin mukaan kerro eri elämänvaiheiden tuomista haasteista, rajoitteista ja mahdollisuuksista. Ryff näki hedonisen hyvinvoinnin aiempien asenteiden ja toimintatapojen ylläpitämisen sijaan, että tutkittaisiin, millainen muutos olisi hyvä ratkaisu osin ikään liittyvään henkilökohtaiseen kehitykseen ja siihen liittyviin uusiin haasteisiin. Uudessa suuntauksessa pyrittiin löytämään psykologisia hyvinvoinnin osa-alueita, jotka eivät välttämättä sisälly koettuun hyvinvointiin.

Nämä eudaimonisen hyvinvoinnin teorit haastavat koetun hyvinvoinnin teorioita ja ammentavat muiden muassa Aristoteleelta. Uusia teorioita on kehitetty kiihtyvällä tahdilla, ja nykyisellään niitä on useita kymmeniä, ja ne sisältävät monia toisistaan poikkeavia osa-alueita (Martela & Sheldon 2019). Esittelemme tässä kolme teoriaa esimerkinomaisesti. Nämä teorit ovat Ryffin (1989b) psykologisen hyvinvoinnin teoria, Decin ja Ryanin (2000) itseohjautuvuusteoria sekä Ed Dienerin ym. (2010) kukoistusmittari (engl. *flourishing scale*) (ks. taulukko 4.1).

Taulukko 4.1. Eudaimonisen hyvinvoinnin teorioiden osa-alueita (esimerkki).

Ryffin psykologisen hyvinvoinnin teoria (1989a)	Decin ja Ryanin itseohjautuvuusteoria (2000)	Dienerin ym. kukoistusmittari (2010)	Yhteistä teorioille
<ul style="list-style-type: none"> • itsehyväksyntä • hyvälaatuiset suhteet muihin • itseohjautuvuus • ympäristön hallinta • tarkoitus elämässä • henkilökohtainen kasvu 	<ul style="list-style-type: none"> • itseohjautuvuus • kyvykkyys • yhteenkuuluvuus 	<ul style="list-style-type: none"> • tavoitteellinen ja merkityksellinen elämä • tukevat ja palkitsevat ihmissuhteet • uppoutuminen (engl. engagement) • hyvän tekeminen • kyvykkyys • itsensä tunteminen hyväksi ihmiseksi ja se, että kokee elävänsä hyvää elämää • optimismi • kunnioitetuksi tuleminen 	<ul style="list-style-type: none"> • itsehyväksyntä ja kokemus siitä, että on hyvä ihminen • hyvälaatuiset, yhteenkuuluvuutta sisältävät ja kunnioittavat ihmissuhteet • itseohjautuvuus. • ympäristön hallinta ja kyvykkyys • tarkoitus ja merkitys elämässä sekä se, että elämässä on tavoitteita • henkilökohtainen kasvu • kiinnostunut omassa elämässä tekemistään asioista ja aktiivinen toimeliaisuus • hyvän tekeminen • usko hyvään tulevaisuuteen

Ryff havainnoi, että hänen aikanaan oli laajaa teoreettista hyvään mielen toimintaan liittyvää kirjallisuutta (*positive functioning*), mutta sillä ei ollut ollut paljoa vaikutusta empiiriseen tutkimukseen, koska niihin ei ollut tehty sopivia mittareita. Lisäksi teorit olivat laajoja, ja oli epäselvää, mitkä olivat keskeisiä osa-alueita (Ryff 1989b). Ryff yhdisti kirjallisuutta psykologisesta mielenterveydestä, kliinisestä hoitotyöstä ja elinkaarikehityksestä ja löysi kuusi keskeistä osa-aluetta, jotka yhdistivät monia näistä teorioista, ja rakensi niihin sopivat mittarit (taulukko 4.1) (Ryff, 2018).

Mittaristolle keskeistä on, että henkilökohtainen kehitys ei välttämättä lopu vanhallakaan iällä ja useat osa-alueista ovat sellaisia, että niiden saavuttaminen saattaa viedä koko eliniän. Tämä poikkeaa vallalla olevista koetun hyvinvoinnin mittareista, sillä ne kuvaavat ennemmin hyvin elettyä elämää yleisesti ottamatta huomioon eri ikävaiheisiin liittyviä erilaisia elämänhaasteita ja kasvumahdollisuuksia (Ryff 1989a). Ryff myös huomioi, että mikä tahansa hyvinvointikäsité (sekä siihen pohjaava mittari) on arvo-, kulttuuri- ja historiasidonnainen. Hän tarjoaakin hyvään vanhenemiseen nojaavan käsityksensä synnyttämään kiinnostusta siihen peruskysymykseen, mitä on psykologinen mielen hyvinvointi (Ryff 1989a, 1989b).

Siinä missä Ryff (1989a) korosti mittaristonsa kulttuuri- ja historiasidonnaisuutta, ottivat Deci ja Ryan (2000) rohkeamman askeleen ja muotoilivat teorian ihmisen universaaleista mielen tarpeista vertautuen siinä mielessä 1900-luvun puolivälin elintasoteorioihin (Kainulainen, 2011) sekä myöhempiin tarveteorioihin sosiaalitieteiden puolella (esim. Doyal & Gough, 1991), jotka myös nojasivat perustarpeiden ajatukselle. Ryanin ja Decin itseohjautuvuusteoria (engl. Self-Determination Theory, SDT) ammensi motivaatio- ja tarvepsykologian haaroista.

Decin ja Ryanin muotoilemat mielen tarpeet ovat itseohjautuvuus, kyvykkyys ja yhteenkuuluvuus. Teorian osa-alueet ovat käsitteellisesti lähellä Ryffin vastaavia osa-alueita, eikä niitä tässä käydä sen tarkemmin läpi. Ryffin teorian kaltaisesti kasvu nähdään keskeisenä osana ihmistä ja hänen hyvinvointiaan. Ihmisen luontainen tila ei olisi passiivinen toimettomuus, vaan toimeliaisuus, jossa luontainen kiinnostus ohjaa kohti uusia haasteita ja kasvua. Kiinnostavana puolena SDT:ssä on se, että se korostaa ympäristön ja yksilön välistä vuorovaikutusta tarpeiden täyttymisessä. Ympäristöt, jotka tukevat näiden tarpeiden täyttymistä, johtavat hyvinvointiin, hyvään mielenterveyteen sekä siihen, että yksilö tulevaisuudessakin pyrkii tavoitteisiin, jotka tukevat tarpeiden täyttymistä.

Dienerin ym. (2010) mittari on tarkoitettu lyhyeksi kyselymittariksi mittamaan sosiaalipsykologista rikkautta ja psykologista hyvinvointia laaja-alaisesti. Tämän vuoksi sen nimeksi valikoitui kukoistusmittari, mikä viittaa hyvään elämään laajemmin. Mittari nojaa muiden muassa Ryffin sekä Ryanin ja Decin teorioihin. Mittari yksilöi taulukossa 4.1 kuvatut hyvän elämän osa-alueet. Näistä uppoutuminen (engl. *engagement*), hyvän tekeminen (engl. *contribution to others*) ja optimismi ovat uudempia osa-alueita verrattuna aiemmin esiteltyihin teorioihin. Se, että tuntee itsensä hyväksi ihmiseksi, liittyy Ryffin itsehyväksyntään, ja tukevat ihmissuhteet ja kunnioituksen saaminen taas liittyvät hyviin ihmissuhteisiin, joita on käsitelty osin jo aiemmissa teorioissa.

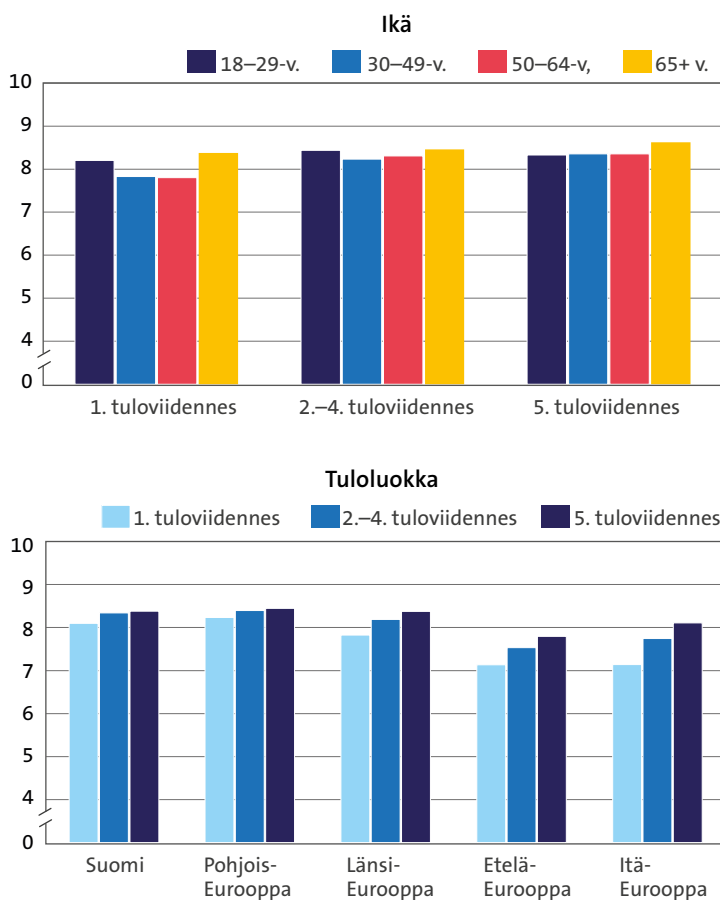
Uppoutuminen nojaa Mihaly Csikszentmihalyin (1990) teoriaan ihmisen parhaasta mahdollisesta kokemuksesta, ns. flow-tunteesta, sekä Martin Seligmanin (2008) erotteluun haluttujen ja miellyttävien tunteiden välillä. Yli 40 vuotta jatkuneessa flow-tutkimuksessa on havaittu, että ihmisten kuvaukset heidän parhaita hetkistään tai kokemuksistaan sisältävät usein samoja elementtejä kulttuurista riippumatta (Csikszentmihalyi 1990; 2016). Tällaiset kokemukset sisälsivät usein itsen ja tekemisen rajan, itsen kokemuksen, ajantajun sekä tavalliseen elämään liittyvien huolien ja murheiden hälvenemisen sekä täydellisen keskittyneisyyden tekemiseen. Suomenkielinen ilmaisu ”tekemiseen uppoutuminen” tavoittaa läheisesti kokemuksen.

Hyvän tekeminen on erotettu omaksi osa-alueekseen ihmissuhteista, koska on havaittu, että se tuottaa enemmän hyvää ja terveyttä itselle kuin avun tai tuen saaminen (Brown ym. 2003; Dunn ym. 2008). Optimismin, eli hyvien asioiden odotuksen tulevaisuudelta, tärkeys hyvinvoinnille on myös saanut vahvaa empiiristä tukea (Peterson 1988; Carver ym., 2010).

Esitämme eudaimonisen hyvinvoinnin osa-alueista vain ihmissuhteiden laadua ja elämän merkityksellisyyttä kuvaavia mittareita, sillä muita ei käyttämässämme aineistossa ole valitettavasti saatavilla. Tämä kertookin siitä, että suuret kyselytutkimukset eivät vielä useinkaan sisällä monia jo identifioituja uudempia hyvinvoinnin osa-alueita, jotka voisivat täydentää perinteisiä mittareita merkittäväällä tavalla.

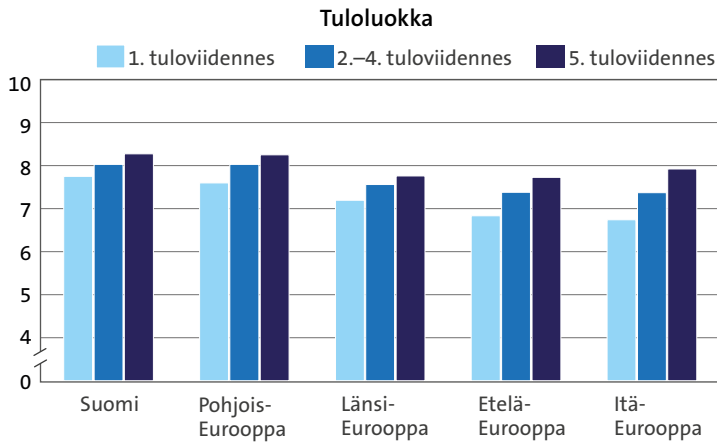
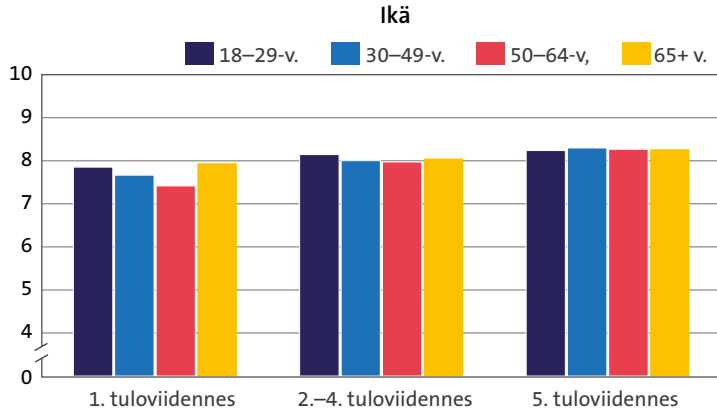
Toisaalta tarkoitus ja merkitys elämässä on nostettu keskeiseksi psykologisen hyvinvoinnin mittariksi, jota tulisi mitata elämäntyytyväisyyden ohella, jos kyseessä on tilaa vain kahdelle psykologisen hyvinvoinnin mittarille (VanderWeele ym., 2020). Tämä mittari näyttää myös haastavan tuloihin ja elämäntyytyväisyyteen perustuvia tuloksia, sillä aiemman tutkimuksen mukaan vauraammissa maissa elämän merkityksellisyyden on havaittu olevan heikompaa suuremmasta elämäntyytyväisyydestä huolimatta (Oishi ja Diener, 2014).

Ihmissuhteet olisi voinut esittää myös tyytyväisyysmittareiden yhteydessä, sillä eudaimonisen hyvinvoinnin lisäksi se kuuluu myös niihin. Kuvio 4.4 näyttää, että myös tyytyväisyys ihmissuhteisiin seuraa U-käyrää kuljettaessa nuorista vanhempiin ikäluokkiin, jälleen kerran käyrä loivenee tulojen kasvaessa. Kuvio näyttää pitkälti samalta taloudellisen tyytyväisyyden kanssa. Vaikka jälleen tyytyväisyys pääosin kasvaa tulojen kanssa, ovat erot tuloryhmien välillä pienemmät kuin muiden tyytyväisyysmittareiden kohdalla. Myös kansainvälisessä vertailussa erot alueiden välillä ovat pienemmät kuin aiemmissa kuvioissa, mutta suunta on samankaltainen, eli tyytyväisyys on korkeinta Pohjois-Euroopassa, jossa myös erot ryhmien välillä ovat pienimmät.



Kuvio 4.4. Tyytyväisyys ihmisuhteisiin iän ja tuloluokan mukaan Suomessa sekä tuloluokan mukaan Euroopan eri alueilla. Y-akselit katkaistu, koko asteikko 0–10. Lähde: EU SILC.

Kuvion 4.5 mukaan merkitys elämässä näyttää jakautuvan läheisesti samalla tavoin kuin tyytyväisyysmittarit. Ikään liittyvä U-käyrä löytyy pienituloisten parista, mutta tämä tasoittuu siirryttäessä ylempiin tuloluokkiin. Jälleen kuitenkin varakkaammat raportoivat suurempaa merkityksen tunnetta kussakin ikäryhmässä. Kansainvälisen vertailun mukaan merkityksellisyyden kokemus näyttäisi olevan hyvin lähellä tutkittuja tyytyväisyysmittareita. Korkeamman ostovoiman alueilla koetaan vahvempaa merkityksellisyyttä. Tämä näyttäisi olevan ristiriidassa aiemman löydöksen kanssa, jonka mukaan maailmanlaajuisesti vauraammassa maissa on suurempi elämäntyytyväisyys, mutta heikompi elämän merkityksellisyys (Oishi ym., 2014). Erot alueiden välillä ovat nyt kuitenkin pienemmät kuin aiempien mittareiden kohdalla; toisaalta alueiden sisäiset erot ovat jälleen suurimmat Itä- ja Etelä-Euroopassa.



Kuvio 4.5. Merkityksellisyden kokemus Suomessa ikä- ja tuloluokan mukaan sekä Euroopan eri alueilla tuloluokan mukaan. Y-akselit katkaistu, koko asteikko 0–10. Lähde: EU SILC.

Tutkimme lisäksi hyvinvoinnin eri osa-alueiden suhdetta tuloihin maatasol-la. Katsoimme tätä sirontakuvioilla, korrelaatioilla ja lisäksi tulojen logaritmi-muunnoksella sekä ilman. Jälleen maakohtaiset keskiarvoiset tulot linkittyivät suurempaan hyvinvointiin kaikilla tutkimillamme hyvinvoinnin osa-alueilla.³ Huomioitavaa on, että vaikka erot hyvinvointimittareissa näyttävät kuvioissa pie-niltä, ne ovat samaa mittaluokkaa kuin keskeisten elämänmuutosten, kuten nai-misiinmenon, leskeksi jäämisen, työttömyyden ja lapsen saamisen, vaikutukset (Clark ym., 2008).

Ovatko ruuhkavuodet vain pienempituloisten ongelma?

Mistä siis puhumme, kun puhumme onnellisuudesta, elämänlaadusta ja hyvinvoinnista? Yhdistelimme perinteisempiä hyvinvoinnin osa-alueita, kuten tuloja, viimeaikaisempiin koetun hyvinvoinnin keskeisiin teorioihin.

Kaiken kaikkiaan eri mittarit, joiden tarkastelun EU-SILC mahdollisti, antoivat samankaltaista kuvaa niin alueiden sisäisistä kuin niiden välisistä eroista, vaikka erojakin oli. Tulot erosivat eniten muista mittareista. Koska myös muiden mittareiden jakaumat erosivat toisistaan jossain määrin, näyttävät hyvinvoinnin eri osa-alueet kertovan omaa tarinaansa hyvinvoinnista. Samaan aikaan ikäprofilien väliset erot vihjaavat, että tulokset eivät kuvasta vain sukupolvieroja vastaustavoissa.

Tulot puolustavat edelleen asemaansa keskeisenä hyvinvoinnin mittarina, vaikkakaan eivät kata sitä. Hyvinvoinnin taso kasvoi tuloluokkien kanssa kaikissa maaryhmissä mittarista riippumatta, vaikka kuilu pieni- ja suurituloisten välillä vaihteli mittarin mukaan.

Näyttää siltä, että jotkin institutionaaliset tai kulttuuriset puitteet luovat hyvinvointia ohi ostovoiman tai vaikuttavat siihen, missä määrin ostovoima kyetään muuttamaan hyvinvoinniksi. Osa Euroopan alueista oli suhteellisen hyvinvoivia ostovoimaansa verrattuna muihin alueisiin nähden.

Hyvinvoinnin jakautumisessa väestöryhmien välillä on eroa: siirryttäessä ylempiin tuloluokkiin hyvinvointi kaikilla mittareilla parani niin Suomessa kuin muualla Euroopassa. Samalla iän yhteys hyvinvointiin lähes poikkeuksetta hävisi Suomessa. Ruuhkavuosia viettävät keski-ikäiset olivat toisaalta rikkaimpia, mutta toisaalta kaikkien muiden mittarien mukaan heillä oli heikoin hyvinvointi. Tämä kuvio tosin oli voimassa pääosin vain pienituloisempien parissa, mikä oli uutta tietoa aiempaan kirjallisuuteen verrattuna. Heijastuvatko ruuhkavuodet vain yhteiskunnallisesti heikommassa asemassa olevien hyvinvointiin vai eroavatko pienituloiset keski-ikäiset muista keski-ikäisistä muulla tavoin? Nuorimmassa ikäryhmässä pienituloisuus on usein vain tilapäinen elämänvaihe, kun taas vanhuksat ovat saattaneet keksiä tapoja olla onnellisempia pienemmillä tuloilla. He ovat saattaneet tottua pienempiin tuloihin ja voivat hyödyntää säästöjä tai varallisuutta hyvinvointinsa edistämiseksi (kts. myös Hansen ym., 2008).

On epäselvää, missä määrin jotkin esitetyistä osa-alueista soveltuvat politiikkaohjelmien tavoitteiksi ainakaan suoraan, sillä monet niistä näyttävät olevan yksilön oman elämän ohjaamiseen kuuluvia asioita kuten hyvän tekeminen tai itseohjautuvuus. Toisaalta itseohjautuvuusteoria (Deci & Ryan, 2000) väittää, että muiden muassa itseohjautuvuus nivoutuu vuorovaikutukseen yksilön ja ympäristön kanssa. Erilaiset ympäristöt tukevat ja synnyttävät erilaisia yksilön elämäntyynejä, jotka taas eri tavoin linkittyvät hyvinvointiin.

Tutkimuksen rajoitukset

Tämä luku on rajattu katsaus hyvinvoinnin eri teorioihin. Vaikka joitakin esitetyistä hyvinvoinnin osa-alueista on tutkittu eri kulttuureissa laajaltikin, edellä esitetyt teoriat kuitenkin pääosin nousevat länsimaisesta kulttuuripiiristä ja niitä on tutkittu pääosin siellä. Edellä esitetty tarkastelu soveltunee kuitenkin melko hyvin jakaumien väliseen tarkasteluun alueiden sisällä ja välillä Euroopassa, mutta se, missä määrin edellä esitetyt osa-alueet soveltuvat ylikulttuuriseen tarkasteluun laajemmin jää tämän artikkelin ulkopuolelle.

Tutkimus on saanut rahoitusta Strategisen tutkimuksen neuvostolta (rahoitus päätös 345384).

Viitteet

- 1 Pohjoismaat sisältävät seuraavat maat: Ruotsi, Norja, Tanska ja Islanti. Suomi on eroteltu analyyseissä erikseen. Länsi-Eurooppa sisältää: Itävalta, Ranska, Alankomaat, Belgia, Luxemburg, Yhdistynyt Kuningaskunta, Irlanti, Sveitsi. Etelä-Eurooppa sisältää: Italia, Kypros, Malta, Portugali, Espanja, Kreikka. Itä-Eurooppa sisältää: Liettua, Latvia, Viro, Puola, Tsekki, Unkari, Slovakia, Slovenia, Bulgaria, Romania, Kroatia, Serbia.
- 2 Mediaani saadaan, kun järjestetään ihmiset tulojen mukaan järjestykseen ja otetaan järjestyksessä keskimmäisen tulo.
- 3 On väitetty, että, kun tutkitaan tulojen ja koetun hyvinvoinnin välistä yhteyttä, tulisi tehdä logaritimuunnos tuloista (esim. Stevenson & Wolfers, 2008). Pearson-korrelaatiot olivat korkeita ja vaihtelivat $r=0.55$ (tulot vs. tyytyväisyys ihmissuhteisiin) ja $r=0.73$ (tulot vs. tyytyväisyys taloudelliseen tilanteeseen) välillä.

Lähteet

- Brown, Stephanie. L. & Nesse, Randolph. M. & Vinokur, Amiram. D. & Smith, Dylan. M. (2003): Providing Social Support May Be More Beneficial Than Receiving It: Results From a Prospective Study of Mortality. *Psychological Science* 14(4), 320–327. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.14461>
- Carver, Charles S. & Scheier, Michael F. & Segerstrom, Suzanne C. (2010): Optimism. *Clinical Psychology Review* 30(7), 879–889. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.006>
- Clark, Andrew E. (2018): Four Decades of the Economics of Happiness: Where Next? *Review of Income and Wealth* 64(2), 245–269. <https://doi.org/10.1111/roiw.12369>
- Clark, Andrew E. & Diener, Ed & Georgellis, Yannis & Lucas, Richard E. (2008): Lags and Leads in Life Satisfaction: A Test of the Baseline Hypothesis. *The Economic Journal* 118(529), F222–F243. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0297.2008.02150.x>
- Csikszentmihalyi, Mihaly (1990): *Flow: The psychology of optimal experience* (1st ed). New York: Harper & Row.
- Csikszentmihalyi, Mihaly & Asakawa, Kiyoshi (2016): Universal and Cultural Dimensions of Optimal Experiences: Flow, culture, and human evolution. *Japanese Psychological Research* 58(1), 4–13. <https://doi.org/10.1111/jpr.12104>

- Deci, Edward L. & Ryan, Richard M. (2000): The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry* 11(4), 227–268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Diener, Ed & Oishi, Shigehiro & Tay, Louis (2018): Advances in subjective well-being research. *Nature Human Behaviour* 2(4), 253–260. <https://doi.org/10.1038/s41562-018-0307-6>
- Diener, Ed & Wirtz, Derrick & Tov, William & Kim-Prieto, Chu & Choi, Dong-won & Oishi, Shigehiro & Biswas-Diener, Robert (2010): New Well-being Measures: Short Scales to Assess Flourishing and Positive and Negative Feelings. *Social Indicators Research* 97(2), 143–156. <https://doi.org/10.1007/s11205-009-9493-y>
- Doyal, Len & Gough, Ian (1991): *A Theory of Human Need*. London: Macmillan Education UK. <https://doi.org/10.1007/978-1-349-21500-3>
- Dunn, Elizabeth W. & Aknin, Lara B. & Norton, Michael I. (2008): Spending Money on Others Promotes Happiness. *Science* 319(5870), 1687–1688. <https://doi.org/10.1126/science.1150952>
- Emmons, Robert & Diener, Ed (1985): Factors Predicting Satisfaction Judgments: A Comparative Examination. *Social Indicators Research* 16(2), 157–168.
- Frank, Robert (2005): Does Absolute Income Matter? In L. Bruni & P. L. Porta (Eds.), *Economics and happiness: Framing the analysis*. Oxford: Oxford University Press.
- Hansen, Thomas & Slagsvold, Britt & Moum, Torbjørn (2008): Financial Satisfaction in Old Age: A Satisfaction Paradox or a Result of Accumulated Wealth? *Social Indicators Research* 89(2), 323–347. <https://doi.org/10.1007/s11205-007-9234-z>
- Helliwell, John & Layard, Richard & Sachs, Jeffrey & De Neve, Jan-Emmanuel & Aknin, Lara B. & Wang, Shun & Paculor, Sharon (2022): *World Happiness Report 2022*. New York: Sustainable Development Solutions Network.
- Jebb, Andrew T. & Tay, Louis & Diener, Ed & Oishi, Shigehiro (2018): Happiness, income satiation and turning points around the world. *Nature Human Behaviour* 2(1), 33–38. <https://doi.org/10.1038/s41562-017-0277-0>
- Kainulainen, Sakari (2011): Hyvinvointitutkimuksen kehityslinjat Suomessa. In Juho Saari (Ed.), *Hyvinvointi: Suomalaisen yhteiskunnan perusta* (pp. 140–165). Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Kasser, Tim (2018): Materialism and living well. In Ed Diener, Shigehiro Oishi, & Louis Tay (Eds.), *Handbook of well-being*. Salt Lake City, UT: DEF Publishers.
- Kekes, John (1982): Happiness. *Mind; a Quarterly Review of Psychology and Philosophy* 91(363), 358–376.
- Lansford, Jennifer E. (2018): A Lifespan Perspective on Subjective Well-Being. In Ed Diener, Shigehiro Oishi, & Louis Tay (Eds.), *Handbook of Well-Being*. Salt Lake City, UT: DEF publishers.
- Layard, Richard (2010): Measuring Subjective Well-Being. *Science* 327(5965). <https://doi.org/DOI:10.1126/science.1186315>
- Layous, Kristin (2018): Malleability and Intentional Activities. In Ed Diener, Shigehiro Oishi, & Louis Tay (Eds.), *Handbook of well-being*. Salt Lake City, UT: DEF Publishers.
- Lyubomirsky, Sonja & Sheldon, Kennon M. & Schkade, David (2005a): Pursuing Happiness: The Architecture of Sustainable Change. *Review of General Psychology* 9(2), 111–131. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.111>
- Lyubomirsky, Sonja & King, Laura & Diener, Ed (2005b): The Benefits of Frequent Positive Affect: Does Happiness Lead to Success? *Psychological Bulletin* 131(6), 803–855. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.6.803>
- Martela, Frank, & Sheldon, Kennon M. (2019): Clarifying the Concept of Well-Being: Psychological Need Satisfaction as the Common Core Connecting Eudaimonic and Subjective Well-Being. *Review of General Psychology* 23(4), 458–474. <https://doi.org/10.1177/1089268019880886>
- McMahan, Ethan A. (2018): Happiness comes Naturally: Engagement with Nature as a Route to Positive Subjective Well-Being. In Ed Diener, Shigehiro Oishi, & Louis Tay (Eds.), *Handbook of Well-Being*. Salt Lake City, UT: DEF publishers.
- Oishi, Shigehiro & Diener, Ed (2014): Residents of Poor Nations Have a Greater Sense of Meaning in Life Than Residents of Wealthy Nations. *Psychological Science* 25(2), 422–430. <https://doi.org/10.1177/0956797613507286>

- Peterson, Christopher & Vaillant, George E. & Seligman, Martin E. P. (1988): Pessimistic Explanatory Style Is a Risk Factor for Physical Illness: A Thirty-Five-Year Longitudinal Study. *Journal of Personality and Social Psychology* 55(1), 23–27.
- Ryff, Carol D. (1989a): Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 57(6), 1069–1081. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
- Ryff, Carol D. (1989b): Beyond Ponce de Leon and Life Satisfaction: New Directions in Quest of Successful Ageing. *International Journal of Behavioral Development* 12(1), 35–55. <https://doi.org/10.1177/016502548901200102>
- Ryff, Carol D. (2018): Well-Being With Soul: Science in Pursuit of Human Potential. *Perspectives on Psychological Science* 13(2), 242–248. <https://doi.org/10.1177/1745691617699836>
- Saari, Juho (2011): Hyvinvoinnin kentät. In Juho Saari (Ed.), *Hyvinvointi: Suomalaisen yhteiskunnan perusta* (pp. 33–78). Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Seligman, Martin E. P. (2008): Aito onnellisuus: Positiivisen psykologian keinoin täyteen elämään. Helsinki: Art House.
- Sen, Amartya (2000): Social justice and distribution of income. In Anthony B. Atkinson & François Bourguignon (Eds.), *Handbook of income distribution* (pp. 58–85). Amsterdam; New York: Elsevier.
- Simpura, Jussi & Uusitalo, Hannu (2011): Hyvinvointi ja sosiaalinen kehitys. In Juho Saari (Ed.), *Hyvinvointi: Suomalaisen yhteiskunnan perusta* (pp. 106–139). Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press.
- Stephens, Andrew & Deaton, Angus & Stone, Arthur A. (2015): Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet* 385(9968), 640–648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- Stevenson, Betsey, & Wolfers, Justin (2008): Economic growth and subjective well-being: Reassessing the easterlin paradox. *Brookings Papers on Economic Activity*, 1–87.
- Stiglitz, Joseph & Sen, Amartya & Fitoussi, Jean-Paul (2009): Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress.
- Sumner, Leonard W. (2003): *Welfare, happiness, and ethics* (Repr.). Oxford: Clarendon Press.
- Tay, Louis & Zyphur, Michael & Batz, Cassandra (2018): *Income and Subjective Well-Being: Review, Synthesis, and Future Research*. In Ed Diener, Shigehiro Oishi, & Louis Tay, *Handbook of Well-Being*. Salt Lake City, UT: DEF publishers.
- Vaalavuo, Maria (2020): Use of public health and social care services among the elderly in Finland: An under-examined mechanism of redistribution. *Journal of European Social Policy* 30(2), 176–189. <https://doi.org/10.1177/0958928719879283>
- VanderWeele, Tyler J. & Trudel-Fitzgerald, Claudia & Allin, Paul & Farrelly, Colin & Fletcher, Guy & Frederick, Donald E. & Hall, Jon & Helliwell, John F. & Kim, Eric S. & Lauinger, William A. & Lee, Matthew T. & Lyubomirsky, Sonja & Margolis, Seth & McNeely, Eileen & Messer, Neil & Tay, Louis & Viswanath, Vish & Weziak-Białowolska, Dorota & Kubzansky, Laura D. (2020): Current recommendations on the selection of measures for well-being. *Preventive Medicine* 133, 106004. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106004>
- Veenhoven, Ruut (2004): The greatest happiness principle. In A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive Psychology in Practice* (p. 31). Hoboken, N.J.: John Wiley and Sons, Inc.

5 Osallisuuden kokemus aikuisväestössä

Perinteisesti eriarvoisuutta on tarkasteltu toteutuneiden hyvinvointierojen kautta. Mahdollisuus osallistua yhteiseen toimintaan ja vaikuttaa omaan elämään, kuulumisen ja merkityksellisyiden tunteet sekä luottamus tulevaan jakautuvat epätasaisesti suomalaisten kesken. Tieto tästä osallisuuden kokemuksesta kertoo eriarvoistavista prosesseista. Kokemus osallisuudesta rakentaa hyvinvointia. Vahva osallisuuden kokemus on yhteydessä vakaaseen yhteiskunnalliseen asemaan ja heikko haavoittaviin olosuhteisiin. Erot osallisuuden kokemuksessa valottavat osallistaan, mitkä väestöryhmät ovat altistuneet ongelmien kärjistymiselle ja kasautumiselle.

Osallisuus on ilmiö, johon asetetaan tämän päivän Suomessa paljon toiveita (Hallitusohjelma 2019: 80, 85, 175). Osallisuuden avulla tavoitellaan hyvinvointierojen kaventumista ja yksinäisyyden lieventymistä aktiivista kansalaisuutta ja toimivaa demokratiaa, asiakas- ja asukasosallistumista, yhteisöllisyyttä tai yhteiskunnallista vakautta. Käsitteenä osallisuus siis kutoo monia ajankohtaisia teemoja yhteen. Tässä luvussa tarkastelemme osallisuuden kokemuksen eroja suomalaisessa aikuisväestössä ja pohdimme, mitä ne kertovat eriarvoisuudesta.

Erot osallisuuden kokemuksissa viestivät hyvinvointieroista, mutta ne kertovat myös ihmisten erilaisista mahdollisuuksista vaikuttaa omaan elämäänsä ja hyvinvointiinsa. Osallisuuden kokemuksen avulla voidaan siksi tarkastella mahdollisuuksien epätasaista jakautumista Suomen aikuisväestössä. Heikon osallisuuden kokemuksen tiedetään viittaavan haavoittaviin olosuhteisiin. Yhdenvertaisuuden edistämiseksi on tärkeää tunnistaa ne väestöryhmät, joissa erittäin heikko osallisuuden kokemus on yleinen.

Mistä osallisuuden kokemuksessa on kyse

Tukeudumme tässä luvussa viitekehykseen (Isola ym. 2017), jossa osallisuus ymmärretään hyvää elämää rakentavana prosessina. Se on mahdollisuutta säädellä kulttuureittain ja olosuhteittain vaihtelevia tarpeita ja resursseja (Thompson & Wildavsky 1989). Se on kuulumista kokonaisuuteen, jossa voi liittyä merkityksellisyttä rakentaviin vuorovaikutussuhteisiin ja jossa voi päästä kiinni omiin ja yhteisiin aineellisiin ja aineettomiin resursseihin. Osallisuus on prosessi, jossa ihminen pystyy liittymään yhteiseen toimintaan, saamaan äänensä kuuluville, käyttämään valtaansa ja vaikuttamaan omiin ja yhteisiin asioihin (Isola ym. 2017, 5; Isola ym. 2020, 167).

Osallisuuden viitekehyksessä tukeudutaan salutogeenisen terveyden edistämisen (Antonovsky 1996) ja itseohjautuvuuden teorioista (Deci & Ryan 2000) tuttuihin psykologisiin perustarpeisiin (ymmärrettävyys, hallittavuus, merkityksellisyys, autonomia, kyvykkyys, suhteissa oleminen, hyvän tekeminen). Niiden ymmärretään rakentuvan sosiaalisessa maailmassa, jota erilaiset valtasuhteet muotoilevat. Osallisuuden kokemusta ei siis voi kiinnittää ihmiseen ulkoapäin, vaan se syntyy ihmisten välisessä maailmassa.

Vallan epätasainen jakautuminen on eriarvoisuutta luova ja uusintava rakenne. Osallisuuden viitekehys nojaa kriittiseen pyrkimykseen korjata kaikkein heikoimmassa asemassa olevien kannalta epäsuotuisia valtasuhteita. Taustateorianaan käytetään muun muassa Nancy Fraserin (2009) teoriaa oikeudenmukaisuudesta. Teorian mukaan (epä)oikeudenmukaisuus ilmenee suhteessa tulonjakoon, tunnustukseen sekä edustuksellisuuteen päätöksenteossa tai osallistumiseen julkiseen keskusteluun.

Osallisuuden rakentumisen kannalta on olennaista, miten yhteiskunta jakaa tuloja uudelleen esimerkiksi palkkatuloina, verovähennyksinä, palveluina ja sosiaaliturvaetuuksina, ja miten ymmärrettäviä ja ennakoitavia näihin liittyvät käytännöt ovat. Olennaista on myös, miten yhteiskunnassa jaetaan tunnustusta ja myönteistä palautetta erilaisille ihmisryhmille. Tunnustus ilmenee tulonjaossa mutta myös siinä, kuka pääsee edustamaan ketäkin, eli keitä kuunnellaan silloin, kun ongelmia yhtäältä määritellään ja toisaalta silloin kun niihin etsitään ratkaisuja. Osallisuusajattelu on muutokseen tähtäävää, koska uskomme osallisuuden

kokemuksen kannustavan ihmisiä paitsi huolehtimaan hyvinvoinnistaan myös kiinnittymään muutokseen tähtäävään poliittiseen toimintaan aikaisempaa aktiivisemmin. (Isola ym. 2020.)

Osallisuusajattelu perustuu myös Amartya Senin (2009) toimintavalmiuksien viitekehykseen. Pääajatuksena on, että pelkkien tarpeiden ja resurssien sijaan on tarkasteltava myös ihmisen ja hänen ympäristönsä suhdetta ja sitä, miten ihminen pystyy yksin tai yhdessä muiden kanssa muuttamaan saatavilla olevat resurssit tavoitteelliseksi toiminnaksi. Se voi tosin ensin vaatia liittymistä kamppailuihin, joissa yhteiskunnan resurssit jaetaan aikaisempaa tasaisemmin (ks. Thompson & Wildavsky 1989). Liittyminen taas edellyttää sitä, että jostakin asiasta epäoikeudenmukaisuutta kokevat ihmiset pääsevät määrittelemään ongelmia ja että heidän ehdotuksensa otetaan vakavasti ja viedään päätöksenteon valmisteluun (Fraser 2009).

Senin (2009) mukaan muutostekijät ovat tekijöitä, joiden avulla resurssit muutetaan tavoitteelliseksi toiminnaksi. Laadullisen ja määrällisen analyysin perusteella on vahvoja viitteitä siitä, että osallisuuden kokemus toimii yhtenä tällaisena muutostekijänä, joka auttaa suuntaamaan saatavilla olevia resursseja itselle tärkeitä tavoitteita kohti (Isola ym. 2021; Mäntylä 2020, 21; Nousiainen 2021). Jos usko saatavilla oleviin resursseihin ja omiin mahdollisuuksiin on heikko, ihminen todennäköisemmin jättää tavoittelematta itselleen tärkeitä asioita, vaikka jotakin resursseja olisikin saatavilla (Isola ym. 2021).

Psykologisten perustarpeiden ja oikeudenmukaisuuden teoreettisena yhdistelmänä osallisuuden kokemus on jäsennetty neljäksi ulottuvuudeksi, jotka ovat a) elämän ja toimintaympäristön jatkuvuus, ennakoitavuus ja hallittavuus, b) koetut osallistumismahdollisuudet sekä c) merkityksellisyyden ja d) kuulumisen tunteet. (taulukko 5.1.) Nämä ulottuvuudet on operationalisoitu kymmenestä väittämästä koostuvaksi osallisuusindikaattoriksi. Puolet väittämistä sijoittuu tosin useammalle kuin yhdelle ulottuvuudelle. Vaikka väittämät ovatkin teoreettisesti jaettavissa näihin keskenään monisyisissä vuorovaikutussuhteissa oleviin ulottuvuuksiin, tieteellinen validointi osoitti osallisuusindikaattorin kymmenen väittämän kuuluvan yhteen faktoriin, osallisuuden kokemukseen. (Leemann ym. 2022.)¹

Kokemuksena osallisuus ei palaudu yhteen tekijään, kuten oikeudenmukaisuuteen, osallistumiseen, elämän hallittavuuteen tai merkityksellisyyden ja kuulumisen tunteeseen. Sen sijaan erilaiset tekijät yhdessä rakentavat tai heikentävät osallisuuden kokemusta.

Taulukko 5.1. Osallisuuden kokemuksen jäsenitys osallisuusindikaattorissa

Ulottuvuudet	Osallisuusindikaattorin 10 väittämää
a) Elämän ja toimintaympäristön jatkuvuus, hallittavuus ja ennakoitavuus	Pystyn vaikuttamaan oman elämäni kulkuun. Pystyn tavoittelemaan minulle tärkeitä asioita. Saan itse apua silloin, kun sitä todella tarvitsen. (myös c)
b) Koetut osallistumismahdollisuudet	Pystyn vaikuttamaan joihinkin elinympäristöni asioihin. Saan myönteistä palautetta tekemisistäni. (myös c ja d)
c) Kuulumisen tunne	Kuulun itselleni tärkeään ryhmään tai yhteisöön. Olen tarpeellinen muille ihmisille. (myös d) Koen, että minuun luotetaan. (myös a)
d) Merkityksellisyden tunne	Tunnen, että päivittäiset tekemiseni ovat merkityksellisiä. Tunnen, että elämälläni on tarkoitus. (myös a)

Aiemmat tulokset osallisuuden kokemuksesta

Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu yhteys osallisuuden kokemuksen ja erilaisen hyvinvoinnin muotojen välillä. Vuoden 2019 kouluterveyskyselyn mukaan nuorilla koulukiusaajilla ja kiusatuksi joutuvilla on esimerkiksi muita heikompi osallisuuden kokemus. Mitä useammin kiusaa tai joutuu kiusatuksi, sitä heikompa osallisuutta nuori kokee. (Virrankari ym. 2020.) Myös vanhempien henkisellä ja fyysisellä väkivallalla on yhteys nuorten osallisuuden kokemukseen: väkivaltaa kokeneilla on muita heikompi osallisuuden kokemus (Virrankari ym. 2021a; 2021b). Sama pätee seksuaaliseen häirintään ja seksuaaliväkivaltaan (Virrankari & Leemann 2022a; 2022b).

Työelämän ulkopuolella olevien keskuudessa toteutetussa kyselytutkimuksessa havaittiin, että nuorilla ja köyhyyttä kokeneilla on muita heikompi osallisuuden kokemus. Yhteys löytyi myös yksinäisyyteen, koettuun terveyteen, elämänlaatuun, positiiviseen mielenterveyteen, sosiaaliseen tuen saamiseen ja psyykkiseen kuormittuneisuuteen. (Leemann ym. 2022; Ahrnberg ym. 2021.)

Pääkaupunkiseudulla kartoitettiin hyvinvoinnin yhteyksiä muun muassa osallisuuden kokemuksiin. Selvisi, että korkeasti koulutetut kokevat vahvempaa osallisuutta kuin vähemmän koulutetut. Elämänlaatunsa paremmaksi kokevien, kuten myös aktiivisesti jonkin yhteisön toimintaan osallistuvien, osallisuus oli vahvempaa kuin muilla. Erittäin heikkoa osallisuutta kokevat pääkaupunkiseutulaiset raportoivat useimmiten elämänlaatunsa heikoksi. Puolet heistä kärsi yksinäisyydestä ja piti menojensa kattamista tuloilla vaikeana. (Erjansola ym. 2022.)

Pienet tulot ja osattomuuden kokemus kuuluvat kiinteästi yhteen. Pienituloisuuden ja hyvinvointieroista on runsaasti tietoa. Pienituloiset esimerkiksi kokevat terveytensä heikommaksi ja menettävät elinvuosiakin liki kolme kertaa enemmän kuin hyvätuloiset. Alimpaan tuloviidennekseen kuuluvat ovat muita todennäköisemmin yksinasuvia, heikosti koulutettuja ja työelämän ulkopuolella. Koulutuksen tai työn ulkopuolelle joutuminen lisäävät heikoksi koetun terveyden riskiä tulotason riippumatta. (Karvonen ym. 2019, 107, 110–112.) Edellä esittelemämme tutkimukset antavat kuitenkin vihiä myös siitä, että osallisuuden kokemus ei palaudu ainoastaan tuloeroihin vaan liittyy muuhunkin rakenteelliseen eriarvoisuuteen.

Tässä luvussa tarkastelemme osallisuuden kokemuksen eroja koko Suomen aikuisväestössä. Työhypoteesimme on, että sosiodemografinen ja erityisesti sosioekonominen asema sekä terveys, työ- ja toimintakyky ovat yhteydessä osallisuuden kokemukseen.

Aineisto ja menetelmät

Käytämme koko Suomen aikuisväestöä edustavaa FinSote 2019 -aineistoa. Kysely lähetettiin väestörekisteristä poimitulle, 15 000 ihmisestä koostuvalle satunnaisotokselle. Vastauksia saatiin 6 251 ja lopullinen vastausprosentti oli 44. (Parikka ym. 2020.) Koska keskitymme aikuisväestöön, jätämme alle 20-vuotiaiden vastaukset pois analyysistä. Näin ollen vastaajia on yhteensä 5 943.

Katoanalyysit paljastivat, että vastaamatta jättäminen ei ollut satunnaista. Kadon korjaamiseksi ja vastaajien edustavuuden lisäämiseksi käytimme painokertoimia iän, sukupuolen, siviilisäädyn, koulutuksen, asuinalueen ja asuinkunnan taajama-asteen mukaan. Menetelmää käytetään yleensä suomalaisissa väestötutkimuksissa, koska se parantaa tehokkaasti aineiston edustavuutta (Härkänen ym. 2014).

Osallisuuden kokemusta mitattiin osallisuusindikaattorilla (ks. Leemann ym. 2018; thl.fi/osallisuusindikaattori). Väittämiin vastattiin viisiportaisella Likertasteikolla (1 täysin eri mieltä – 5 täysin samaa mieltä). Vastauksista laskettiin summapistemäärä, joka muutettiin 0–100 pisteeksi. Korkeampi pistemäärä viittaa vahvempaan osallisuuden kokemukseen. FinSote 2019 oli ensimmäinen koko Suomen aikuisväestöä edustava tutkimusaineisto, jossa osallisuusindikaattori oli mukana. 5 608 vastaajaa (94 %) vastasi osallisuusindikaattorin kaikkiin kymmeneen väittämään, ja vain he ovat mukana analyysissä.

Taustamuuttujien (taulukko 5.2) avulla pyrittiin tunnistamaan väestöryhmiä, joissa osallisuuden kokemus on keskimäärin heikko ja erittäin heikko osallisuuden kokemus on yleisempi. Siksi osallisuuden kokemusta tarkasteltiin suhteessa sosiodemografisiin, sosioekonomisiin sekä terveyttä ja hyvinvointia kuvaaviin taustamuuttujiin. Sosiodemografiset taustamuuttujat olivat sukupuoli, ikä (molemmat rekisteritietoon perustuen) ja siviilisäätty. Ikä jaettiin kymmenvuotislukuihin.

Sosioekonomiset muuttajat olivat työmarkkina-asema, työn koko-/osa-aikaisuus, ammattiasema ja koulutus. Työmarkkina- ja ammattiasemaa kuvaavista muuttujista jätettiin 70 vuotta täyttäneet ja sitä vanhemmat pois analyysistä.

Koulutusmuuttuja perustui ikäryhmittäiseen koulutusvuosien tertiilijakumaan, jossa vastaajien koulutusvuosina ilmoittama suhteellinen koulutustaso on jaettu kymmenvuotisikäluokittain kolmeen yhtä suureen ryhmään: matala, keskimäinen ja korkea koulutustaso.

Terveyttä ja hyvinvointia kuvaavat taustamuuttajat olivat itse arvioitu työkyky, toimintarajoitteet ja koettu terveys. Muuttajat jaettiin kahteen luokkaan: hyvä ja heikentynyt työkyky; hyvä ja heikentynyt terveys; sekä toimintarajoitteiset ja ei-toimintarajoitteiset. Työkyvyn kohdalla korkeintaan seitsemän pistettä (asteikolla 0–10) saaneet luokiteltiin työkyvyltään heikentyneiksi. Muiden työkyky luokiteltiin hyväksi. Vastaajat, joilla oli vähintään kuusi kuukautta kestänyt toimintarajoite, luokiteltiin toimintarajoitteisiksi. Terveydeltään heikoksi luokiteltiin vastaajat, jotka olivat ilmoittaneet terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi. Muiden vastaajien terveys luokiteltiin hyväksi.

Jätimme pois analyysissä sellaiset vastausvaihtoehdot, joissa oli alle 50 vastaajaa. Näitä olivat työmarkkina-asemassa varusmiehet tai siviilipalveluksessa olevat, ($n = 6$) ja ammattiasemassa perheyrityksessä ilman palkkaa työskentelevät ($n = 18$).

Kyselyn tuloksista raportoimme ryhmäkohtaiset osallisuusindikaattorin keskiarvot sekä alemman katkaisupisteen, eli 50 pisteen alle jäävien osuudet. Alle 50 osallisuusindikaattoripistettä merkitsee erittäin heikkoa osallisuuden kokemusta (Erjansola ym. 2022, 62). Näitä havaintoja tarkensimme lisäksi logistisilla regressiomalleilla, joista raportoimme muuttujien vetosuhteet (odds ratio). Regressiomalleissa tarkasteltiin samanaikaisesti sukupuolen ja ikäryhmän vaikutusta, koska näillä perustustatekijöillä todettiin vahva yhteys osallisuuden kokemukseen. Näin sukupuoli, ikäryhmä ja taustamuuttajat on vakioitu malleissa toisillaan. Raportoimme sukupuoli- ja ikäryhmävakioidut kokonaisvaikutukset malleista tilastollista merkitsevyyttä kuvaavina p-arvoina sekä vetosuhteina. Vetosuhteet kuvaavat sukupuoli- ja ikäryhmävakioituja riskejä kuulua erittäin heikkoa osallisuutta kokeviin suhteessa referenssiryhmään, jossa riski oli pieni. Osallisuusindikaattorin keskiarvot, alle 50 pistettä saaneiden osuudet ja vetosuhteet raportoidaan 95 prosentin luottamusvälein (taulukko 5.2 ja liitetaulukko 5.1). Kaikki analyysit suoritimme erityisesti kompleksisiin väestötutkimuksiin tarkoitetuissa osiossa SAS ohjelmistossa (versio 9.4).

Taulukko 5.2. Osallisuusindikaattorin keskiarvot ja osallisuusindikaattorilla alle 50 pistettä saaneiden osuudet taustamuuttujien mukaan.

Taustamuuttuja	n	Keskiarvo (95 % LV)	Prosenttiosuus alle 50 pistettä (95 % LV)
Sukupuoli			
nainen	3 168	76,9 (76,1–77,7)	8,2 (7,1–9,3)
mies	2 440	73,6 (72,6–74,6)	12,0 (10,4–13,6)
Ikäryhmä			
20–29-v.	501	72,5 (70,2–74,9)	12,9 (9,6–16,2)
30–39-v.	646	74,2 (72,3–76,1)	12,5 (9,5–15,4)
40–49-v.	719	75,8 (74,0–77,6)	11,3 (8,6–13,9)
50–59-v.	963	76,8 (75,4–78,1)	8,7 (6,8–10,6)
60–69-v.	1 282	77,2 (76,1–78,4)	7,8 (6,2–9,4)
70–79-v.	1 122	76,3 (75,2–77,4)	7,2 (5,6–8,8)
80-v.+	375	72,0 (69,8–74,1)	9,7 (6,3–13,1)
Siviilisäätty			
avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa	2 942	78,7 (77,9–79,6)	6,7 (5,6–7,7)
avoliitossa	911	76,0 (75,5–77,5)	9,4 (7,3–11,6)
asumuserossa tai eronnut	480	73,7 (71,7–75,8)	10,4 (7,2–13,6)
leski	419	73,9 (71,5–76,3)	10,7 (7,2–14,1)
naimaton	801	68,1 (66,2–70,0)	17,6 (14,5–20,6)
Pääasiallinen toiminta			
työssä	2 468	78,1 (77,2–79,0)	7,7 (6,4–8,9)
työtön	232	61,1 (57,7–64,4)	24,5 (18,3–30,8)
eläkkeellä (esim. vanhuuseläkkeellä, varhaiseläkkeellä tai luopunut yritystoiminnasta)	839	77,0 (75,6–78,4)	8,0 (6,0–10,0)
työkyvytön (esim. työkyvyttömyyseläkkeellä)	143	65,2 (61,2–69,3)	21,3 (13,5–29,1)
oppilas, opiskelija, lisäkoulutuksessa tai palkattomassa työharjoittelussa	237	69,8 (66,0–73,6)	16,3 (10,8–21,7)
perhevapaalla, kotiäiti tai -isä	82	77,0 (70,3–83,1)	12,8 (4,7–20,9)
jokin muu	57	68,7 (59,9–77,4)	17,9 (5,8–30,1)
Työaika			
kokopäivätyössä	2 298	78,2 (77,3–79,2)	7,7 (6,4–9,0)
osa-aikatyössä	392	76,0 (73,2–78,8)	8,9 (5,3–12,6)
ei työssä	1 369	70,0 (68,5–71,5)	16,1 (13,7–18,5)
Ammattiasema			
yrittäjä, jolla on työntekijöitä	104	84,9 (80,9–88,9)	6,4 (1,2–11,6)
yrittäjä tai itsenäinen ammatinharjoittaja ilman työntekijöitä	234	81,6 (79,4–83,8)	3,1 (0,8–5,4)
työntekijä tai viranhaltija	2 445	77,2 (76,2–78,1)	8,5 (7,2–9,8)
ei töissä	1 232	69,2 (67,6–70,8)	16,9 (14,3–19,5)
Koulutusluokka (tertiili)			
matala	2 151	73,9 (72,9–75,0)	11,8 (10,1–13,4)
keskimäinen	1 721	75,4 (74,1–76,6)	10,4 (8,6–12,1)
korkea	1 584	77,6 (76,4–78,7)	6,9 (5,4–8,5)
Itse-arvioitu työkyky			
hyvä (8–10 pistettä)	3 005	78,7 (77,8–79,6)	7,4 (6,3–8,6)
heikentynyt (0–7 pistettä)	1 456	68,3 (66,9–69,6)	16,7 (14,4–19,1)
Toimintarajoite			
ei toimintarajoitetta	3 500	77,4 (76,6–78,3)	8,5 (7,4–9,6)
toimintarajoite terveysongelman vuoksi	2 014	71,5 (70,4–72,6)	12,8 (11,0–14,6)
Koettu terveys			
hyvä	3 146	79,1 (78,2–80,0)	7,4 (6,3–8,5)
heikentynyt	2 423	69,7 (68,7–70,7)	14,0 (12,3–15,7)

Tulokset

Yli 20-vuotiaan väestön keskiarvo osallisuusindikaattorilla oli 75,3 pistettä. Erittäin heikkoa osallisuutta kokevien, eli alle 50 osallisuusindikaattoripistettä saaneiden osuus väestöstä oli 10,1 prosenttia. Taulukossa 5.2 on esitetty osallisuusindikaattorin keskiarvot ja erittäin heikkoa osallisuutta kokevien osuudet vastaajaryhmittäin.

Ikä ja sukupuoli

Naisilla osallisuusindikaattorin keskiarvo oli 76,9 pistettä, mikä oli reilu kolme pistettä miehiä korkeampi. Naisista erittäin heikkoa osallisuutta koki 8,2 prosenttia ja miehistä 12 prosenttia. Logistisessa regressiomallissa miesten ikävakiointu erittäin heikon osallisuuden vetosuhte oli 1,5 naisiin verrattuna (ks. liitetaulukko 5.1). Vetosuhteen arvo vastasi melko hyvin vakioimattomien osuuksien suhdetta, joten iän vakioiminen ei vaikuttanut sukupuolen ja erittäin heikon osallisuuden kokemuksen väliseen yhteyteen. Miehillä oli siis naisia suurempi riski kokea erittäin heikkoa osallisuutta. Sukupuolella näyttääkin olevan selvästi vaikutusta osallisuuden kokemukseen.

Osallisuusindikaattorin keskiarvo nousi askelittain siirryttäessä nuoremmista ikäryhmistä vanhempiin. Keskiarvo oli korkeimmillaan 60–69-vuotiaiden keskuudessa (77,2 pistettä), minkä jälkeen se alkoi laskea. Kaikkein heikointa osallisuutta kokivat 80-vuotiaat (72 pistettä), joskin 20–29-vuotiaiden keskiarvo oli hyvin lähes yhtä heikkoa.

Erittäin heikkoa osallisuutta tarkasteltaessa tilanne oli melko samanlainen. Erittäin heikko osallisuuden kokemus oli yleisin 20–29-vuotiaiden keskuudessa (12,9 %) ja harvinaisin 70–79-vuotiailla (7,2 %). Sukupuolen vakioiminen logistisessa regressiomallissa ei vaikuttanut tähän yhteyteen (liitetaulukko 5.1), vaan korkeampi ikä näyttää suojelevan erittäin heikolta osallisuudelta 80 vuoden ikään asti.

Siviilisäätty

Osallisuusindikaattorin keskiarvo vaihteli huomattavasti siviilisäädyn mukaan. Vahvinta osallisuutta kokivat avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa olevat vastaajat (keskiarvo 78,8 pistettä). Naimattomien keskiarvo oli yli kymmenen pistettä pienempi. Avoliitossa, asumuserossa elävien, eronneiden sekä leskien osallisuusindikaattorien keskiarvot olivat parisuhteessa elävien ja naimattomien välillä. Avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa olevien ja naimattomien osallisuusindikaattorien keskiarvot erosivat tilastollisesti merkitsevästi kaikista muista ryhmistä.

Myös erittäin heikkoa osallisuutta kokevien osalta tilanne oli hyvin samanlainen. Pienin osuus oli avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa olevilla. Naimattomien joukossa osuus oli lähes kolminkertainen avioliitossa eläviin verrattuna. Naimattomien osuus oli tilastollisesti merkitsevästi suurempi kaikkiin muihin ryhmiin verrattuna.

Logistinen regressioanalyysi vahvisti nämä havainnot (liitetaulukko 5.1). Toisin sanoen iän ja sukupuolen vakioiminen ei vaikuttanut siviilisäädyn ja erittäin heikon osallisuuden väliseen yhteyteen.

Työmarkkina- ja ammattiasema

Töissä ololla osoittautui olevan erittäin suuri merkitys osallisuuden kannalta. Osallisuusindikaattorin keskiarvo erosi selkeästi vastaajan työmarkkina-aseman mukaan. Kaikkein vahvinta osallisuutta kokivat työssäkäyvät, joiden keskimääräinen osallisuusindikaattoripistemäärä oli 78,1. Tämä on suuri luku, kun sitä verrataan työttömänä olevien osallisuuden kokemukseen, joka oli keskimäärin 17 pistettä pienempi. Ero on suuri ja kertoo työn erittäin vahvasta yhteydestä suomalaisten osallisuuden kokemukseen. Kunniallisina pidetyistä syistä työelämän ulkopuolella olevien, eli perhevapaalla ja vanhuuseläkkeellä olevien, keskiarvot osallisuusindikaattorilla olivat lähes samalla tasolla kuin työssäkäyvillä.

Sen sijaan työkyvyttömiä, opiskelijoiden ja jotakin muuta pääasiallisena toimintanaan tekevien osallisuusindikaattorikeskiarvot eivät eronneet työttömistä tilastollisesti merkitsevästi. Työkyvyttömät ja opiskelijat kokivat siis työssäkäyviä heikompa osallisuutta.

Tilanne oli hyvin samankaltainen erittäin heikkoa osallisuutta kokevien osuuksissa. Pienin osuus oli työssäkäyvillä, 7,7 prosenttia. Työttömillä osuus oli yli kolminkertainen, 24,5 prosenttia. Toisin sanoen noin neljäsosa työttömistä koki erittäin heikkoa osallisuutta.

Työkyvyttömiä ryhmässä osuus oli lähellä työttömiä. Myös opiskelijoiden osuus oli työssäkäyviä tilastollisesti merkitsevästi suurempi. Perhevapaalla olevilla osuus läheni työssäkäyviä. Eläkeläisten ryhmässä erittäin heikkoa osallisuutta kokevien osuus oli lähes yhtä pieni kuin työssäkäyvillä.

Logistisessa regressiomallissa työelämän ulkopuolella olevien vastaajien riski kuulua erittäin heikkoa osallisuutta kokeviin oli selvästi työssäkäyviä suurempi, ja eri vastaajaryhmien vetosuhteet olivat 1,8 ja 4,3 välillä (ks. liitetaulukko 5.1). Suurimmat sukupuoli- ja ikäryhmävakioidut vetosuhteet olivat työkyvyttömillä (4,3) ja työttömillä (4,2) eli suurempia kuin osuuksien vakioimattomat suhteet antaisivat odottaa. Pienin vetosuhte oli perhevapaalla olevilla. He olivat myös ainoa vastaajaryhmä, jonka ero työssäkäyviin verrattuna ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Työssäkäyvien riski kokea erittäin heikkoa osallisuutta oli siis noin neljäsosa vastentahtoisesti työelämästä pois joutuneiden, esimerkiksi työkyvyttömiä ja työttömien riskistä.

Myös ammattiasemalla näyttää olevan merkitystä osallisuuden suhteen. Kaikkein vahvin osallisuuden kokemus oli yrittäjillä, joilla on työntekijöitä. Heidän osallisuusindikaattorikeskiarvonsa oli erittäin suuri, 84,9 pistettä. Ilman palkattuja työntekijöitä toimivien pienyrittäjien keskimääräinen osallisuuden kokemus oli hieman heitä heikompi, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Työntekijöiden osallisuuden kokemuksen keskiarvo oli yrittäjiä pienempi, 77,2 pistettä.

Erittäin heikkoa osallisuutta kokevien osuuksissa tilanne erosi siten, että pienin osuus oli yrittäjillä ilman työntekijöitä. Heistä erittäin heikkoa osallisuutta raportoi vain 3,1 prosenttia. Yrittäjillä, joilla on työntekijöitä, tämä osuus oli yllättäen kaksinkertainen, mutta ero yrittäjien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Työntekijöiden tai viranhaltijoiden joukossa erittäin heikkoa osallisuutta kokevien osuus oli 8,5 prosenttia. Selkeästi suurin osuus oli niiden vastaajien joukossa, jotka eivät olleet töissä.

Ammattiaseman kokonaisvaikutus osallisuuteen oli logistisessa regressiomallissa tilastollisesti merkitsevä (ks. liitetaulukko 5.1). Kun muita ammattiasemia verrattiin yrittäjiin ilman työntekijöitä, vetosuhteet olivat 2:n ja 8,9:n välillä. Matalin arvo oli yrittäjillä, joilla on työntekijöitä eikä ero muihin yrittäjiin ollut tilastollisesti merkitsevä. Sen sijaan työntekijöillä tai työelämän ulkopuolella olevilla on moninkertainen riski kokea erittäin heikkoa osallisuutta.

Suurimmat erot osallisuuden kokemuksessa vallitsivat työelämässä ja sen ulkopuolella olevien välillä. Kokoaikatyötä tekevien keskimääräinen osallisuuden kokemus oli hieman vahvempaa (78,2 pistettä) kuin osa-aikaista työtä tekevilla, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä. Myöskään erot erittäin heikkoa osallisuutta kokevien osuuksissa eivät olleet merkitseviä. Sen sijaan molempien ryhmien erot verrattuna työelämän ulkopuolella oleviin olivat suuria. Osa- tai kokoaikaisen työn tekemisellä ei näytä olevan vaikutusta osallisuuden kokemukseen, kun taas työelämän ulkopuolella olemisella on (ks. myös liitetaulukko 5.1).

Koulutustaso

Yli 20-vuotiaiden koulutustason tarkastelukin paljasti eroja osallisuuden kokemuksessa. Vähän koulutetuilla osallisuusindikaattorin keskiarvo oli 74 pistettä. Keskimäiseen luokkaan kuluville keskiarvo oli 75,4 pistettä ja korkeimpaan luokkaan kuuluvilla 77,6 pistettä. Ero keskimäisen ja matalan koulutustason välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä, mutta ero korkean ja matalan välillä oli. Järjestys oli sama tarkasteltaessa alle 50 osallisuusindikaattoripistettä saaneiden osuuksia. Suurin osuus oli matalaan koulutustertiiin kuluville (11,8 %) ja eniten koulutetuilla se oli muita selvästi pienempi (6,9 %).

Koulutusluokan kokonaisvaikutus oli regressiomallissa tilastollisesti merkitsevä, joten sukupuolen ja ikäryhmän vakiointi ei vaikuttanut koulutuksen ja erittäin heikon osallisuuden kokemuksen väliseen yhteyteen (ks. liitetaulukko 5.1). Siispä koulutusvuosien määrällä mitattu korkea koulutustaso näyttää vähentävän riskiä erittäin heikkoon osallisuuden kokemukseen.

Työkyky ja terveys

Tarkastelimme 20–74-vuotiaiden osallisuuden kokemusta myös itse arvioidun työkyvyn mukaan. Osallisuuden kokemus erosi selkeästi työkykynsä hyväksi ja heikentyneeksi arvioineiden välillä.

Työkykynsä hyväksi arvioineiden osallisuusindikaattorin keskiarvo oli 78,7 pistettä. Sen sijaan työkykynsä heikentyneeksi arvioineiden keskiarvo oli yli 10 pistettä pienempi. Erittäin heikon osallisuuden kokemuksen osuuksissakin ero oli huomattava. Työkykynsä hyväksi arvioineista erittäin heikkoa osallisuutta kokevien osuus oli 7,4 prosenttia, kun työkykynsä heikentyneeksi arvioineilla osuus oli yli kaksinkertainen. Työkykynsä heikommaksi arvioineet kokevat siis selvästi muita heikompaa osallisuutta.

Työkyvyn sukupuoli- ja ikävakioidu kokonaisvaikutus osallisuuden kokemukseen oli logistisessa regressiomallissakin tilastollisesti merkitsevä (liitetaulukko 5.1). Työkykynsä heikentyneeksi arvioineiden vetosuhte oli 3,4, eli vakioiminen korosti eroja huomattavasti. Toisin sanoen heikentynyt työkyky merkitsee moninkertaista riskiä kokea erittäin heikkoa osallisuutta.

Hyvin samanlainen ilmiö paljastui tarkasteltaessa jonkin terveysongelman aiheuttamia toimintarajoitteita. Osallisuuden kokemus oli heikompi niillä vastaajilla, jotka ilmoittivat jonkin toimintarajoitteen. Heidän keskiarvonsa osallisuusindikaattorilla oli 71,5 pistettä. Ero vastaajiin, jotka eivät ilmoittaneet toimintarajoitetta, oli noin kuusi pistettä.

Myös erittäin heikon osallisuuden kokemuksen osuuksia tarkasteltaessa ero toimintarajoitteisten ja muiden välillä ero oli selkeä. Ei toimintarajoitetta ilmoittaneilla osuus oli 8,5 prosenttia ja toimintarajoitteen ilmoittaneilla 12,8 prosenttia. Toimintarajoitteen kokonaisvaikutus osallisuuden kokemukseen oli logistisessa regressiomallissa tilastollisesti merkitsevä (liitetaulukko 5.1). Vastaajilla, joilla oli toimintarajoite, oli muihin verrattuna liki kaksinkertainen riski kokea erittäin heikkoa osallisuutta.

Työkyvyssä ja toimintarajoitteissa on paljon kysymys terveydestä. Siksi ei yllätä, että myös koettu terveys on hyvin samalla tavoin yhteydessä osallisuuden kokemukseen. Terveytensä hyväksi arvioineiden osallisuusindikaattoripistemäärä oli keskimäärin 79,1. Terveytensä heikentyneeksi ilmoittaneiden keskiarvo oli lähes 10 pistettä matalampi. Heillä myös erittäin heikko osallisuuden kokemus oli selvästi yleisempi. Terveytensä hyväksi ilmoittaneiden joukossa osuus oli 7,4 prosenttia, kun taas terveydeltään heikentyneiden joukossa osuus oli lähes kaksinkertainen.

Logistinen regressioanalyysi vahvisti nämä havainnot (ks. liitetaulukko 5.1). Heikentynyt terveys merkitsee siis 2,7-kertaista riskiä erittäin heikkoon osallisuuden kokemukseen.

Kokoava regressiomalli

Tarkastelimme lopuksi useita taustamuuttujia yhdessä kokoavassa regressiomallissa, jossa eri muuttujien vaikutukset vakioituvat keskenään. Työaika ja ammattiasema jouduttiin jättämään pois mallista, koska ne ovat hyvin lähellä pääasiallista toimintaa ja erottelevat lähes pelkästään työssäkävien kategorialta sen sisällä. Näin ollen malli sisälsi sukupuolen, ikäryhmän, siviilisäädyn, pääasiallisen toiminnan, koulutustason, työkyvyn, toimintarajoitteen ja koetun terveyden. Tarkastelun kohteena olivat vain 20–69-vuotiaat.

Kokoavassa mallissa useimpien muuttujien kokonaisvaikutus osallisuuden kokemukseen pysyi tilastollisesti merkitsevänä, vaikka p-arvot olivat yleisesti hieman korkeampia kuin tarkasteltaessa muuttujia yksittäin (ks. liitetaulukko 5.2). Vain koulutuksen ja toimintarajoitteen kokonaisvaikutus hävisi kokoavassa mallissa.

Analyysit paljastivat samanlaisia tuloksia kuin muuttujien tarkastelu yksittäin: Miesten riski kuulua erittäin heikkoa osallisuutta kokevien joukkoon oli naisia suurempi. Alle 50-vuotiaiden ikäryhmien vetosuhteet olivat korkeampia kuin 60–69-vuotiailla. Pääasiallinen toiminta pysyi merkittävänä erittäin heikon osallisuuden riskin suhteen, ja työttömien vetosuhde oli korkein. Myös opiskelijoiden vetosuhde oli korkeampi verrattuna työssäkäviin. Itsearvioitu työkyky oli kokoavassa mallissakin hyvin selkeästi yhteydessä erittäin heikkoon osallisuuden kokemukseen. Työkykynsä ja terveytensä heikentyneiksi raportoineiden riskit kuulua erittäin heikkoa osallisuutta kokeviin pysyivät tilastollisesti merkitsevästi korkeampina verrattuna muihin. Siviilisäädyn osalta vain naimattomien vetosuhde pysyi kokoavassa mallissa tilastollisesti merkitsevästi korkeampana verrattuna avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa oleviin.

Kuitenkin löytyi myös eroja. Kokoavassa mallissa 30–39- ja 40–49-vuotiaiden vetosuhteet olivat korkeampia kuin 20–29-vuotiailla, ja toisaalta korkeampia kuin ikäryhmää ja sukupuolta tarkastelevassa mallissa. Koulutusluokkien väliset erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Myös terveysongelman selitysvaiva hävisi, kun samaan malliin sisältyi muita samankaltaisia taustamuuttujia kuten itsearvioitu työkyky ja koettu terveys.

Pohdinta: Osallisuus, hyvinvointi ja eriarvoisuus kulkevat käsi kädessä

Tässä luvussa olemme ensimmäistä kertaa tarkastelleet koko Suomen aikuisväestön osallisuuden kokemusta erilaisissa sosioekonomisissa ja sosiodemografisissa ryhmissä ja analysoineet osallisuuden suhdetta terveyttä ja hyvinvointia kuvaaviin taustamuuttujiin. Tuloksemme osoittavat, että kun taustamuuttujia tarkastellaan yksittäin, kaikki muuttujat ovat yhteydessä osallisuuden kokemukseen, kuten alussa oletimme. Sukupuolen ja iän vakioiminen ei heikentänyt tai hävittänyt yhteyksiä.

Yksi tämän tutkimuksen tärkeimmistä havainnoista on, että työelämän ulkopuolelle jääminen heijastuu erittäin vahvasti osallisuuden kokemukseen. Erityisesti työkyvyttömyys ja työttömyys näkyvät hyvin selkeästi heikompana osallisuuden kokemuksena ja suurimpana riskinä kokea erittäin heikkoa osallisuutta. Työllä on selvästi pelkkää toimeentuloa suurempi merkitys suomalaisten elämässä. Työelämän ja osallisuuden suhde on monitahoinen. Taloudellisten mahdollisuuksien lisäksi työ antaa merkityksellisyyttä ja sosiaalisuutta, joista osallisuuden kokemus pitkälti rakentuu. Tulokset voivat kertoa myös siitä, että palkkatyö työmarkkina-asemana koetaan yleisesti hyväksyttävänä ja tavoiteltavana, kun taas palkkatyön ulkopuolella olemista ei. Työssäkävien, perhevapaalla ja vanhuuseläkkeellä olevien suhteellisen vahva osallisuuden kokemus voi viitata tähän. Vahvasta osallisuuden kokemuksesta voi seurata myös se, että työmarkkinoilla pärjätään paremmin. Usko mahdollisuuteen tavoitella itselle tärkeitä asioita sekä hyvät sosiaaliset verkostot auttavat hyödyntämään työmarkkinoilla avautuvia mahdollisuuksia (Mäntylä 2020).

Osallisuus on yhteydessä yhteiskunnalliseen asemaan. Vaikutusvaltainen ja arvostettu asema työelämässä on yhteydessä vahvempaan osallisuuden kokemukseen. Se pienentää riskiä kokea erittäin heikkoa osallisuutta. Yrittäjillä on selvästi vahvempi osallisuuden kokemus kuin työntekijöillä. Yhtäältä voi olla, että vahva osallisuus edistää yrittäjäksi ryhtymistä. Toisaalta vahvan osallisuuden kokemuksen takana voi olla se, että yrittäjillä on työntekijöitä suurempi mahdollisuus vaikuttaa omaan työhönsä. On mahdollista, että yrittäjien yhteiskunnallinen arvostus (Möttönen 2019, 132) heijastuu heidän muita korkeampana osallisuuden kokemuksena. Ammattiaseman lisäksi myös korkea koulutus on yhteydessä vahvempaan osallisuuden kokemukseen. Kunniallisina pidetyt syyt olla pois työelämästä, kuten vanhuuseläke ja perhevapaa, eivät ole yhteydessä muita heikompaan osallisuuteen. Laadulliset tutkimuslöydökset tukevat havaintoa erityisesti pienituloisten naisten, mutta myös työttömien miesten kohdalla. Työttömät miehet kertovat kokevansa arvottomuutta, koska eivät kykene täyttämään työssäkävyn miehen normia. Työmarkkina-asemaltaan muita heikommassa asemassa olevat naiset sen sijaan kokevat arvokkuutta hoitaessaan lapsiaan tai lapsenlapsiaan. (Isola ym. 2019.)

Sukupuoli on yhteydessä osallisuuteen. Palkkatasa-arvon ongelmista huolimatta naiset kokevat jonkin verran miehiä vahvempaa osallisuutta. Tuloksemme osoittavat erityisesti, että erittäin heikko osallisuus on yleisempää miesten keskuudessa. Kouluterveyskyselyn tulosten perusteella tiedetään, että sateenkaari- nuorten osallisuuden kokemus on muita heikompi (Leemann & Virrankari 2022). Syyt sukupuolten erilaisten osallisuuden kokemuksien takana vaativat tarkempaa laadullista analyysia, intersektionaalista tarkastelua sekä synteisiä aikaisemman tutkimuksen tuloksista ja löydöksistä.

Siviilisäätyä koskeva tarkastelumme osoittaa, että puolison kanssa asuvat kokevat vahvempaa osallisuutta kuin ilman puolisoa asuvat. Päivittäistä arvostusta saavat, kuulluksi tulevat ja tukea saavat puoliset kokevat myös hyvinvointinsa

yleensä muita paremmaksi (Monin ym. 2017). Avio- tai avoliitto lisännee todennäköisyyttä saada henkistä mutta myös taloudellista turvaa. Nämä lienevät vähintään osasyitä siihen, että avio- ja avoliiton kaltaisessa parisuhteessa olevat kokevat itsensä muita osallisemmiksi. On toki mahdollista, että heikkoa osallisuutta kokevat jäävät muita helpommin yksin.

Keski-ikäiset kokevat vahvempaa osallisuutta kuin nuoret ja ikääntyneet. Keski-ikäisten muita vahvempaa osallisuuden kokemusta selittää todennäköisimmin se, että iän karttuessa sekä elämän ja aseman vakiintuessa ihminen saattaa kokea elämänsä ennakoitavammaksi ja siksi myös hallittavammaksi. Oletettavasti keski-ikäisillä on elämässään vähemmän epävarmuutta kuin nuorilla, joiden tulevaisuuden näkymät ovat usein vielä hämärät ja identiteetti vielä rakenteilla (Sihvonen & Saarikallio-Torp 2022; Westerback & Rissanen 2022). Myös taloudellinen tilanne tyypillisesti paranee ja työura vakiintuu iän myötä (Ojala ym. 2021, 60). Vanhuudessa puolestaan toimintamahdollisuudet alkavat usein esimerkiksi sairauksien, liikkumisen rajoitteiden tai muistin heikentymisen myötä vähentyä. Ikääntyvien käsitys toimintavalmiuksistaan oli kaiken kaikkiaan muita matalampi, mutta erityisesti onnellisuuden ja saavuttamisen tunteen suhteen (Mäki-Opas ym. 2022). Vanhojen ihmisten toimintavalmiudet voivat toki pysyä hyvinä, jos he saavat elää arvostettuina ja vapautta kokien miellyttävissä, syrjimättömissä ja tarpeen mukaan tukea tarjoavissa ympäristöissä (Yeung & Breheny 2016; Saarelainen ym. 2020).

Myös terveysongelma heikentää osallisuuden kokemusta. Työkyky ja toimintarajoitteet liittyvät koettuun terveyteen, joka oli vahvasti yhteydessä osallisuuden kokemukseen. Heikko terveys rajoittaa monin tavoin tekemisen, osallistumisen ja vaikuttamisen mahdollisuuksia. Heikosta terveydestä kärsivät äänestävät muita harvemmin (Mattila & Papageorgiou 2017). Osallistumisen ja terveysongelmien välinen suhde on tosin tätä monitahoisempi, sillä terveysongelmat saattavat toisinaan lisätä muunlaista aktiivisuutta (Mattila 2022). Jatkotutkimusta vaatii se, miten ja milloin heikko osallisuuden kokemus heikentää terveyttä. Viitteitä tähän on uusimmasta tutkimuksesta: heikommassa asemassa olevat kokevat, että heidän mahdollisuutensa edistää terveyttä ja hyvinvointia ovat heikot (Mäki-Opas ym. 2022). Ajattelemme, että osallisuuden kokemus toimii muutostekijänä, joka voisi auttaa myös heikommassa asemassa olevia näkemään oman hyvinvoinnin edistämisen mahdollisuuksia, tarttumaan niihin ja uskomaan tavoitteiden saavuttamiseen.

Erittäin heikko osallisuuden kokemus liittyy hyvinvoinnin vajeisiin ja yhteiskunnallisesti marginaaliseen asemaan sekä laajempaan osattomuuteen. Se kertoo syrjäytymisen uhasta, kun syrjäytyminen ymmärretään monitahoiseksi kimpuksi osattomuutta, esimerkiksi heikon elämänlaadun, yksinäisyyden ja niukkuuden kokemusten yhdistelmäksi (ks. Erjansola ym. 2022). Kun ymmärrämme osallisuuden kokemuksen prosessiksi, jossa hyvä elämä rakentuu tai rapautuu, heikko osallisuus lisää prosessissa riskiä erilaisten ongelmien kasaantumiselle, pitkittymiselle ja kärjistymiselle. Silloin ihmisen mahdollisuudet tehdä hyvinvointiaan ja terveyttään palvelevia valintoja heikkenevät. Siksi panostaminen osallisuuden

kokemuksen ylläpitämiseen ja parantamiseen ehkäisisivät ongelmia kärjistymästä. Palveluissa osallisuutta voidaan edistää kohtaamalla ja kuuntelemalla asiakasta tai potilasta ja ottamalla hänet mukaan tekemään häntä koskevia kirjauksia ja päätöksiä. Ihmisten arjessa osallisuutta edistetään universalismin periaatteita noudattaen ylläpitämällä tai lisäämällä yhdenvertaisuuden kokemuksen tarjoavia maksuttomia tai huokeahintaisia kulttuurihetkiä, yhteiskäyttöisiä liikkumisvälineitä, kaikille avoimia ja turvallisia tiloja, kuten kirjastoja ja yhteisiä työhuoneita, sekä omaehtoisen toiminnan, sivistymisen ja virkistäytymisen paikkoja.

Hyvin heikkoa osallisuutta kokevien erityistarpeet pitäisi huomioida sosiaaliturvassa. Se tarkoittaa muun muassa sitä, että tarveharkintaisissa etuuksissa, kuten esimerkiksi toimeentulotuessa, työvoimapoliittisessa harkinnassa ja työkyvyttömyyseläkettä koskevissa päätöksissä, pitäisi olla vaikeuksien yli kannattelevaa ennakoitavuutta (Isola ym. 2021). Tutkimuksemme viittaa siihen, että esimerkiksi liki neljäsosa Suomen työttömistä kokee erittäin heikkoa osallisuutta. Pelkkiin taloudellisiin kannustimiin perustuvien aktivointitoimien tehoa voi näissä tapauksissa epäillä heikoksi.

Hyvinvointierot kertovat eriarvoisuuden seurauksista. Erot osallisuuden kokemuksessa sen sijaan auttavat ennakoimaan eriarvoisuutta tulevaisuudessa. Tutkimustuloksemme viittaavat siihen, että kun ihmiselle kertyy useampia hyvinvoinnin vajeita, ne kaikki heikentävät osallisuuden kokemusta ja siten vähentävät hänen mahdollisuuksiaan ehkäistä tai päästä irti huono-osaisuudesta. Kokoavan regressiomallin tulokset osoittivat, että lähes jokaisella tarkastellulla taustamuuttujalla on itsenäistä vaikutusta osallisuuden kokemukseen. Juuri tämä viittaa siihen, että hyvinvoinnin erilaiset vajeet näyttävät kukin lisäävän riskiä kokea erittäin heikkoa osallisuutta. Kokoavassa regressiomallissa vain koulutuksen ja toimintarajoitteiden selitysvaiva hävisi osallisuuden kokemuksen selittäjänä. Tätä voi tulkita siihen suuntaan, että lopulta työllisyys tai terveys ovat koulutusta tärkeämpiä osallisuuden kokemukseen. Esimerkiksi korkeasti koulutetulle työttömälle riski erittäin heikkoon osallisuuden kokemukseen saattaa olla korkeampi kuin matalasti koulutetulle työssäkävijälle. Tulokset osoittavat tarpeen intersektionaalille analyysille erilaisista osallisuutta heikentävistä tekijöistä.

Tutkimuksen rajoitteet

Olemme analysoineet osallisuuden kokemusta kymmenen sosiodemografisen, sosioekonomisen sekä terveyteen ja hyvinvointiin liittyvän taustamuuttujan valossa. Ne kuvaavat ilmiötä laajasti. Olemme kuitenkin tietoisia siitä, että taustamuuttujien valikoima ei ole kattava. Esimerkiksi suoraan tulotasoa kuvaava muuttuja täydentäisi analyysiämme ja havaintojamme. Lisäksi on monia muita ilmiöitä, jotka saattavat vaikuttaa osallisuuden kokemukseen. Erityisesti mainittavia ovat sosiaalisia suhteita kuvaavat muuttujat.

Käyttämämme FinSote 2019 -aineisto on koko Suomen aikuisväestöä edustava. Jossain muuttujissa otos osoittautui kuitenkin olevan varsin pieni. Esimerkiksi perhevapaalla olevien määrä on selvästi alle sata. Luotettavien tulosten saaminen on siksi vaikeaa. Osallisuusindikaattori sisältyy tulevaan TerveSuomi -tutkimuksen peruslomakkeeseen, jossa otos on yli 60 000. Analyysit olisi hyvä toistaa suu-remmalla otoksella.

Analyysien toistaminen on perusteltua myös siksi, että käyttämämme aineisto kerättiin ennen koronaepidemiaa. On hyvin mahdollista, että epidemian vaikutukset – erityisesti sosiaalisen elämän rajoitusten takia – ovat vahvasti vaikuttaneet ja vaikuttavat vielä pitkään osallisuuden kokemukseen.

Huomattava on myös, että kaikki analyysit perustuvat poikkileikkausaineistoon, joten jouduimme analyysissämme olettamaan syy-seuraus-suhteet. Todennäköisesti suhteet osallisuuden kokemuksen ja hyvinvoinnin välillä ovat vuorovaikutuksellisia eli kaksisuuntaisia. Tämän olemme ottaneet huomioon tulkinnoissamme. Esimerkiksi turvattu taloudellinen tilanne vahvistaa osallisuuden kokemusta, mutta osallisuuden kokemus voi myös parantaa taloudellista pärjäämistä. Terveydellä, toimintarajoitteella ja työkyvyllä on erittäin vahva yhteys osallisuuden kokemukseen. Parempi terveys ylläpitää ja vahvistaa osallisuuden kokemusta, mutta suhde on usein myös toisin päin. Osallisuuden kokemuksen ja hyvinvoinnin väliset vuorovaikutussuhteet vaativat lisää tutkimusta.

Viitteet

- 1 Osallisuusindikaattorin 10 väittämän Cronbachin alfa oli korkea ($\alpha = 0,89$) (Leemann ym. 2022).

Lähteet

- Ahrnberg, Hanna & Appelqvist-Schmidlechner, Kaija & Mustonen, Pekka & Fröjd, Sari & Aktan-Collan, Katja (2021): Determinants of Positive Mental Health in Adolescents – A Cross-Sectional Study on Relationships between Positive Mental Health, Self-Esteem, Character Strengths and Social Inclusion. *International Journal of Mental Health Promotion* 23(3), 361–34. <https://doi.org/10.32604/IJMHP.2021.016408>
- Antonovsky, Aaron (1996): The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international* 11(1), 11–18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Deci, Edward & Ryan, Richard (2000): The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry* 11(4), 227–268. https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01
- Erjansola, Jenni & Mäki, Netta & Ahlgren-Leinvuo, Hanna (2022): Osallisuus. Teoksessa Ahlgren-Leinvuo, Hanna & Erjansola, Jenni & Joensuu, Minna & Mäki, Netta & Mänty, Minna & Sihvonen, Ari-Pekka. *Pääkaupunkiseudun asukkaiden hyvinvointi ja terveys. Pääkaupunkiseudun asukkaiden hyvinvointikyselyn tuloksia. Tutkimuksia 1/2022*. Helsinki: Helsingin kaupunki. 58–63. <https://>

- www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/22_04_12_Tutkimuksia_1_Ahlgren_Leinvuo_Erjansola_Joensuu_Maki_Manty_Sihvonen.pdf
- Fraser, Nancy (2009): Scales of justice: Reimagining political space in a globalizing world. New York, NY: Columbia University Press.
- Hallitusohjelma (2019): Pääministeri Sanna Marinin hallituksen ohjelma 10.12.2019. Osallistava ja osaava Suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Valtioneuvoston julkaisuja 2019:13. Helsinki: Valtioneuvosto.
- Hedman, Lilli & Ikonen, Jonna & Leemann, Lars & Koskela, Timo & Martelin, Tuija & Solin, Pia & Tamminen, Nina & Parikka, Suvi (2021): Osallisuuden kokemus ja positiivinen mielenterveys työmarkkina-aseman ja kotitalouden rakenteen mukaan – FinSote 2019 -tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 5/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-624-4>
- 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). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1150>
- Isola, Anna-Maria & Siukola, Reetta & Kukkonen, Minna (2019): Gendered experiences of Poverty and Recognition in the Finnish Welfare State. *Nora – Nordic Journal of Feminist and Gender Research* 27(3), 152–65. <https://doi.org/10.1080/08038740.2019.1604570>
- Isola, Anna-Maria & Virrankari, Lotta & Hiilamo, Heikki (2021): On social and psychological consequences of prolonged poverty – A longitudinal narrative study from Finland. *Journal of Social and Political Psychology* 9(2), 654–670. <https://doi.org/10.5964/jssp.7615>
- Isola, Anna-Maria & Kaartinen, Heidi & Leemann, Lars & Lääperi, Raija & Schneider, Taina & Valtari, Salla & Keto-Tokoi, Anna (2017): Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. *Työpäperi* 33/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-917-0>
- Isola, Anna-Maria & Nousiainen, Marko & Valtari, Salla (2020): Osallisuustyö välineenä heikossa asemassa olevien vallan lisäämiseen. Teoksessa Suoninen, Lea & Pohjola, Anneli & Satka, Mirja & Simola, Jenni (toim.) *Sosiaaliala uudistuu. Tietopohjan ja vorovaikutuksen kysymyksiä*. Helsinki: Huoltaja-säätiö. 165–188.
- Karvonen, Sakari & Martelin, Tuija & Kestilä, Laura & Junna, Liina (2019): Tulotason mukaiset terveyserot. Teoksessa Kestilä, Laura & Karvonen, Sakari (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2018*. Helsinki: Teveyden ja hyvinvoinnin laitos. 101–119. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-256-7>
- Leemann, Lars & Martelin, Tuija & Koskinen, Seppo & Härkänen, Tommi & Isola, Anna-Maria (2022): Development and Psychometric Evaluation of the Experiences of Social Inclusion Scale. *Journal of Human Development and Capabilities* 23(3), 400–424. <https://doi.org/10.1080/19452829.2021.1985440>
- Leemann, Lars & Isola, Anna-Maria & Kukkonen, Minna & Puromäki, Henna & Valtari, Salla & Keto-Tokoi, Anna (2018): Työelämän ulkopuolella olevien osallisuus ja hyvinvointi: Kyselytutkimuksen tuloksia. *Työpäperi* 17/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-119-5>
- Leemann, Lars & Virrankari, Lotta (2022): Nuorten osallisuuden kokemus ja siinä tapahtuneet muutokset vuosina 2019–2021: ovatko erot kasvaneet koronaepidemian aikana? Teoksessa Kekkonen, Marjatta & Gissler, Mika & Känkänen, Päivi & Isola, Anna-Maria (toim.) *Poikkeuksellista nuoruutta korona-aikaan. Nuorten elinolot -vuosikirja 2022*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 152–166
- Mattila, Mikko (2022): Health and Disability Gaps in Political Engagement: A Short Review. Teoksessa Timothy Besley & Irene Bucelli (toim.) *Wellbeing: Alternative Policy Perspectives*. LSE Public Policy Review Series. London: LSE Press, 167–184. <https://doi.org/10.31389/lsepress.well.i>
- Mattila, Mikko & Papageorgiou, Achillefs (2017): Disability, perceived discrimination and political participation. *International Political Science Review* 38(5), 505–519. <https://doi.org/10.1177/0192512116655813>
- Monin, Joan & Poulin, Michael & Brown, Stephanie & Langa, Kenneth (2017): Spouses daily feelings of appreciation and self-reported well-being. *Health Psychology* 36(12), 1135–1139.

- Mäki-Opas, Tomi & Pieper, Richard & Vaarama, Marja (2022): Exploring the capability approach to quality of life in disadvantaged population groups. *Sci Rep* 12(15248). <https://doi.org/10.1038/s41598-022-18877-3>
- Mäntylä, Erika (2020): Lomalle yhdenvertaisuuteen. Lomatoiminnan osallisuusvaikutusten arviointi. Työpöytä 9/2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-468-4>
- Möttönen, Tuomas (2019): Yrittäjät yhteiskunnallisina toimijoina. Teoksessa Möttönen, Tuomas (toim.) *Yrittäjät Suomessa. Elinkeinovapaudesta yrittäjyyshyönteiskuntaan*. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. 120–140.
- Nousiainen, Marko (2021): Pienet onnistumistarinat ja osallisuuden kokeminen Yhteisissä keittiöissä. *Yhteiskuntapolitiikka* 86(2), 155–165. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021041510492>
- Ojala, Satu & Pyöriä, Pasi & Riekhoff, Aart-Jan (2021): Career stability in 14 Finnish industrial employee cohorts in 1988–2015. *Nordic journal of working life studies* 11(22), 47–76.
- Parikka, Suvi & Koskela, Timo & Ikonen, Jonna & Kilpeläinen, Heikki & Tolonen, Hanna (2020): Implementation of the European health interview survey into the National FinSote survey in Finland. *European Journal of Public Health*, 30(Supplement_5), 70–71.
- Saarelainen, Suvi-Maria & Mäki-Petäjä-Leinonen, Anna & Pöyhä, Reino (2020): Relational aspects of meaning in life among older people - a group-interview gerontechnology study. *Ageing and Society* 42(5), 1035–1053.
- Sihvonen, Ella & Saarikallio-Torp, Miia (2022): Nuorten sosiaaliset suhteet poikkeusolojen aikana Please, leave corona, I want to live my youth. Teoksessa Kekkonen, Marjatta & Gissler, Mika & Känkänen, Päivi & Isola, Anna-Maria (toim.) *Poikkeuksellista nuoruutta korona-aikaan. Nuorten elinolut -vuosikirja 2022*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 62–73.
- Thompson, Michael & Wildavsky, Aaron (1986): A poverty of distinction. From economic homogeneity to cultural homogeneity in the classification of poor people. *Policy Sciences* 19, 163–199.
- Virrankari, Lotta & Leemann, Lars & Kivimäki, Hanne (2020): Osallisuuden kokemus ja koulukiusaaminen: Kouluterveyskyselyn 2019 tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 35/2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-599-5>
- Virrankari, Lotta & Leemann, Lars & Kivimäki, Hanne (2021a): Osallisuuden kokemus ja vanhempien henkinen väkivalta: Kouluterveyskyselyn 2019 tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 38/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-693-0>
- Virrankari, Lotta & Leemann, Lars & Kivimäki, Hanne (2021b): Osallisuuden kokemus ja vanhempien fyysinen väkivalta: Kouluterveyskyselyn 2019 tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 39/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-694-7>
- Virrankari, Lotta & Leemann, Lars (2022a): Osallisuuden kokemus ja seksuaalinen häirintä: Koulu-terveyskyselyn 2019 tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 13/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-837-8>
- Virrankari, Lotta & Leemann, Lars (2022b): Osallisuuden kokemus ja seksuaaliväkivalta: Kouluterveyskyselyn 2019 tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 14/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-838-5>
- Westerback, Frida & Rissanen, Hanna (2022): Etenevä elämä vai supistuneet suunnitelmat? Työn kynnyksellä olevien nuorten aikuisten hyvän tulevaisuuden orientaatiot korona-ajassa. Teoksessa Kekkonen, Marjatta & Gissler, Mika & Känkänen, Päivi & Isola, Anna-Maria (toim.) *Poikkeuksellista nuoruutta korona-aikaan. Nuorten elinolut -vuosikirja 2022*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 237–247.
- Yeung, Polly & Breheny, Mary (2016): Using the capability approach to understand the determinants of subjective well-being among community-dwelling older people in New Zealand. *Age and Ageing* 45(2). 292–298. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw002>

Liitetaulukko 5.1. Logistiset regressiot: sukupuoli- ja ikävakioidut vetosuhteet (odds ratio) alle 50 pisteen saamiseen osallisuusindikaattorilla taustamuuttujien mukaan.

	n	Vetosuhde ¹ (95 % LV)	Muuttujien kokonaisefekti
Logistinen regressiomalli 1:			
Sukupuoli ja ikäryhmä			
nainen	3 168	ref.	
mies	2 440	1,520 (1,234–1,871)	
20–29-v.	501	1,882 (1,290–2,747)	
30–39-v.	646	1,807 (1,263–2,586)	Sukupuoli: p < 0,001 Ikäryhmä: p = 0,001
40–49-v.	719	1,637 (1,150–2,332)	
50–59-v.	963	1,230 (0,878–1,724)	
60–69-v.	1 282	1,077 (0,780–1,487)	
70–79-v.	1 122	ref.	
80v.+ v.	375	1,401 (0,886–2,215)	
Logistinen regressiomalli 2:			
Siviilisääty			
avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa	2 942	ref.	
avoliitossa	911	1,315 (0,951–1,817)	Siviilisääty: p < 0,001 Sukupuoli: p < 0,001 Ikäryhmä: p = 0,062
asumuserossa tai eronnut	480	1,784 (1,215–2,618)	
leski	419	2,126 (1,432–3,157)	
naimaton	801	2,745 (2,048–3,678)	
Logistinen regressiomalli 3:			
Pääasiallinen toiminta			
työssä	2 468	ref.	
työtön	232	4,192 (2,846–6,173)	
eläkkeellä (esim. vanhuuseläkkeellä, varhaiseläkkeellä tai luopunut yritystoiminnasta)	839	2,177 (1,332–3,558)	Pääasiallinen toiminta: p < 0,001 Sukupuoli: p < 0,001 Ikäryhmä: p < 0,001
työkyvytön (esim. työkyvyttömyyseläkkeellä)	143	4,265 (2,507–7,257)	
oppilas, opiskelija, lisäkoulutuksessa tai palkattomassa työharjoittelussa	237	2,344 (1,465–3,750)	
perhevapaalla, kotiäiti tai -isä	82	1,812 (0,844–3,890)	
jokin muu	57	3,018 (1,317–6,918)	
Logistinen regressiomalli 4:			
Työaika			
kokopäivätyössä	2 298	ref.	Työaika: p < 0,001 Sukupuoli: p < 0,001 Ikäryhmä: p < 0,001
osa-aikatyössä	392	1,436 (0,879–2,345)	
ei työssä	1 369	3,505 (2,590–4,743)	

Liitetaulukko 5.1 jatkuu ...

	n	Vetosuhde ¹ (95 % LV)	Muuttujien kokonaisefekti
Logistinen regressiomalli 5:			
Ammattiasema			
yrittäjä, jolla on työntekijöitä	104	1,984 (0,623–6,321)	Ammattiasema: p < 0,001 Sukupuoli: p < 0,001 Ikäryhmä: p < 0,001
yrittäjä tai itsenäinen ammatin- harjoittaja ilman työntekijöitä	234	ref.	
työntekijä tai viranhaltija	2 445	2,730 (1,235–6,035)	
en ole töissä	1 232	8,863 (3,944–19,920)	
Logistinen regressiomalli 6:			
Koulutusluokka (tertiili)			
matala	2 151	1,809 (1,356–2,413)	Koulutusluokka: p < 0,001 Sukupuoli: p < 0,001 Ikäryhmä: p < 0,001
keskimmäinen	1 721	1,523 (1,117–2,077)	
korkea	1 584	ref.	
Logistinen regressiomalli 7:			
Itse-arvioitu työkyky			
hyvä (8–10 pistettä)	3 005	ref.	Itse-arvioitu työkyky: p < 0,001 Sukupuoli: p < 0,001 Ikäryhmä: p < 0,001
heikentynyt (0–7 pistettä)	1 456	3,437 (2,655–4,448)	
Logistinen regressiomalli 8:			
Toimintarajoite			
ei toimintarajoitetta	3 500	ref.	Toimintarajoite: p < 0,001 Sukupuoli: p < 0,001 Ikäryhmä: p < 0,001
toimintarajoite terveysongelman vuoksi	2014	1,847 (1,475–2,312)	
Logistinen regressiomalli 9:			
Koettu terveys			
hyvä	3 146	ref.	Koettu terveys: p < 0,001 Sukupuoli: p < 0,001 Ikäryhmä: p < 0,001
heikentynyt	2 423	2,732 (2,162–3,452)	

1 odds ratio, sukupuoli- ja ikävakioidu

Liitetaulukko 5.2. Taustamuuttujien kokonaisvaikutukset osallisuuden kokemukseen kokoavassa mallissa (20–69-vuotiaat).

Muuttuja	p-arvo
Sukupuoli	0,005
Ikäryhmä	<0,001
Sivillisääty	0,004
Pääasiallinen toiminta	0,001
Koulutusluokka (tertiili)	0,141
Itse-arvioitu työkyky	<0,001
Toimintarajoite	0,731
Koettu terveys	0,014

Tilastollista merkitsevyyttä osoittavat p-arvot lihavoitu

II

Hyvinvointi eri elämäntilanteissa

6

Työllisyys ja koettu elämänlaatu maahan muuttaneessa väestössä

Työ ja toimeentulo ovat keskeisiä terveyden sosiaalisia määrittäjiä. Sosioekonomiset terveys- ja hyvinvointierot korostuvat eri väestöryhmien välillä ja ovat kansainvälisestikin tarkasteltuna suuria Suomessa. Koko väestöön verrattuna, maahan muuttanut väestö on heikommassa asemassa työmarkkinoilla. Työllistymisvaikeudet koskettavat erityisesti maahan muuttaneita naisia. Tässä luvussa tarkastelemme työllisyyden ja koetun elämänlaadun välistä yhteyttä maahan muuttaneessa väestössä. Kahden väestötutkimusaineiston analyysi osoittaa, että työllisyys lisää hyväksi koetun elämänlaadun todennäköisyyttä.

Maahan muuttaneiden määrä on kasvanut tasaisesti viime vuosikymmenien aikana. 2000-luvun alussa ulkomailla syntyneitä asui Suomessa noin 150 000, kun vuonna 2020 määrä Suomessa oli Tilastokeskuksen mukaan yli 420 000 asukasta, eli noin 7,6 prosenttia koko väestöstä. Ulkomailla syntyneistä selvästi suurimmat ryhmät ovat entisessä Neuvostoliitossa, Virossa ja Ruotsissa syntyneet. Entisessä Neuvostoliitossa syntyneitä henkilöitä oli hieman yli 59 000 vuonna 2020. Ikärakenteeltaan ulkomailla syntyneet ovat valtaväestöä nuorempia. Ulkomailla syntyneistä suurin osa on työikäisiä eli 15–64-vuotiaita: vuonna 2020 työikäisiä oli noin 75 prosenttia, kun vastaavasti valtaväestöstä työikäisiä oli 61 prosenttia. Suomeen muutetaan pääasiassa perhesyistä, mutta toinen merkittävimmistä maahanmuuton syistä on työperusteinen maahanmuutto. (SVT 2022.)

Maahan muuttanut väestö on koko väestöön verrattuna heikommassa asemassa työmarkkinoilla Suomessa. Tilastokeskuksen julkaiseman työvoimatutkimuksen mukaan ulkomailla syntyneiden työllisyysaste vuonna 2021 oli 68,6 prosenttia ja Suomessa syntyneiden 73,5 prosenttia (Tilastokeskus 2022). Maahan muuttaneen väestön työllisyysasteessa on huomattavia sukupuolten välisiä eroja. Työllisyysaste ulkomailla syntyneillä miehillä on lähes samalla tasolla 70 prosentissa, kuin miehillä valtaväestössä. Maahan muuttaneista naisista töissä on vain noin puolet. (SVT 2022.)

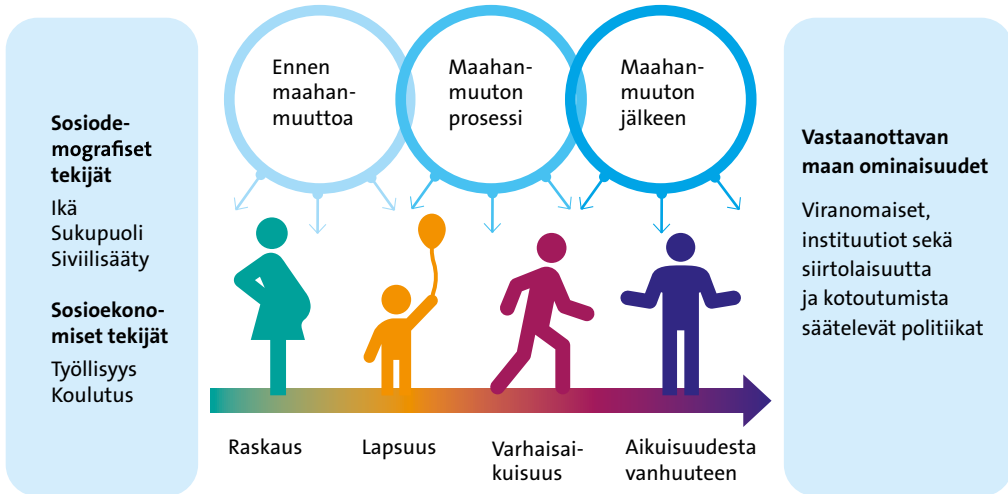
Työllistymisvaikeudet koskettavat erityisesti maahan muuttaneita naisia (OECD 2018; Larja 2020; Alitolppa 2021). Maahan muuttaneiden naisten työllisyysaste on Suomessa selvästi matalampi verrattuna sekä maahan muuttaneisiin miehiin että naisiin muissa Pohjoismaissa (Larja 2020). Työllistymisen esteiksi on tunnistettu muun muassa puutteellinen kielitaito, verkostojen puute ja syrjintäkokemukset työhönotossa tai työelämässä (Yhdenvertaisuusvaltuutettu 2020; Ahmad A. 2019). Ylikoulutuksella, työttömyydellä ja syrjintäkokemuksilla tiedetään olevan kielteinen yhteys terveyteen, hyvinvointiin ja elämänlaatuun (Nieminen ym. 2015; Rask ym. 2018). On tärkeä tiedostaa, että työllisyys voi kätkeä sisäänsä myös ylikoulutusta, sillä maahan muuttaneiden on usein vaikea edetä koulutustaan ja osaamistaan vastaavaan työhön (Nieminen ym. 2015; Rask ym. 2016).

Vuonna 2018 tehdyn Ulkomailla syntyneiden hyvinvointi -tutkimuksen (Fin-Monik¹) mukaan elämänlaatunsa hyväksi koki ulkomailla syntyneistä lähes kolme neljästä, mikä on hieman vähemmän kuin koko väestössä. Tämä ero ilmeni sekä miehillä että naisilla, mutta osuudet erosivat taustamaaryhmittäin. Elämänlaatunsa hyväksi kokevia oli vähiten Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta sekä Aasiasta muuttaneissa. Esimerkiksi Lähi-idästä ja Pohjois-Afrikasta muuttaneista miehistä vain hieman yli puolet koki elämänlaatunsa hyväksi. Myös Virosta muuttaneissa oli vähemmän elämänlaatunsa hyväksi kokevia kuin koko väestössä. (Castaneda & Koskinen 2020.)

Maahan muuttaneet muodostavat keskenään hyvin heterogeenisen ryhmän. Tilanteet esimerkiksi työllisyyden, hyvinvoinnin ja terveyden toteutumisessa eroavat paitsi yksilöiden välillä, myös taustamaaryhmittäin ja maahanmuuton syyn perusteella. Siten lähtökohdat uuteen asuinmaahan asettumiselle ovat erilaiset. Heterogeenisyydestä huolimatta maahanmuutto vaikuttaa kytkeytyvän yhä vahvemmin laajempiin eriarvoisuutta lisääviin kehityskulkuihin, kuten eroihin työmarkkinoilla, koulutuksessa ja hyvinvoinnissa.

Maahan muuttavat voivat saapua maahan missä tahansa elämänvaiheessa. Heidän terveyteensä ja hyvinvointiinsa vaikuttavat kokemukset ennen maahanmuuttoa, kokemukset maahanmuuttoprosessin aikana ja elämä maahanmuuttoprosessin jälkeen. Sosiodemografiset ja sosioekonomiset tekijät vaikuttavat niin maahanmuuttoon liittyvien tekijöiden taustalla kuin koko elämänkaaren ajan. Vastaanottavien maiden eroavaisuudet, kuten poliittiset säädökset, vaikuttavat maahan muuttaneen kotoutumiseen ja kokemuksiin. Esimerkiksi maahanmuut-

toprosessia sääntelevillä viranomaisilla ja laitoksilla on keskeinen vaikutus terveyteen ja hyvinvointiin sen kautta, miten ne määrittelevät maahan muuttaneille tarjottavat palvelut, oikeudet ja niitä täyttävät laatuksiteerit.



Kuvio 6.1. Muuttoprosessi ja maahan muuttaneiden terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat tekijät eri elämänvaiheissa elämänskaaren aikana, mukailtu TERTTU-tutkimuksesta, 2019. Lähde: Skogberg ym. 2019.

Tässä tutkimuksessa tarkastelemme työllisyyden yhteyttä koettuun elämänlaatuun maahan muuttaneessa väestössä. Perinteisten taustamuuttujien lisäksi tarkastelemme myös kolmea muuta sekoittavaa tekijää: kielitaito, Suomessa asutusvuodet ja syrjintäkokemukset. Nämä kolme muuttujaa valittiin siksi, että kirjallisuuden perusteella ne ovat työllisyyteen tai elämänlaatuun vaikuttavia tekijöitä.

Kyseessä on poikkileikkaustutkimus, joka perustuu vuoden 2014 Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointitutkimuksen (UTH) ja vuoden 2018 Ulkomailla syntyneiden hyvinvointi -tutkimuksen (FinMonik) tutkimusaineistoihin. Käytämme näitä kahta eri aikana kerättyä aineistoa vastataksemme seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Onko työllisyyden ja koetun elämänlaadun välillä tilastollisesti merkitsevää yhteyttä maahan muuttaneessa väestössä?
2. Onko muilla sekoittavilla tekijöillä, kuten kansallisella kielitaidolla, Suomessa asutulla ajalla ja syrjinnän kokemuksilla, vaikutusta työllisyyden ja koetun elämänlaadun väliseen yhteyteen?
3. Onko sukupuolella vaikutusta työllisyyden ja koetun elämänlaadun väliseen yhteyteen?

Tarkastelemme tuloksia Turvapaikanhakijoiden terveys ja hyvinvointi -tutkimuksesta (TERTTU) sovelletun käsitteellisen viitekehyksen sisällä (kuvio 6.1) (Skogberg ym. 2019).

Aineisto

Tässä tutkimuksessa tarkastelemme ulkomailla syntyneen väestön työllisyyden ja elämänlaadun välistä yhteyttä käyttäen kahta väestötutkimusaineistoa eli Ulkomaalaista syntyperää olevien työ- ja hyvinvointi (UTH) (Nieminen ym. 2015) sekä Ulkomailla syntyneiden hyvinvointi (FinMonik) (Kuusio ym. 2020) -tutkimuksia. Aineistot eivät ole täysin vertailukelpoisia, sillä aineistojen tiedonkeruutavat ja osa kysymysmuotoiluista eroavat toisistaan. UTH-tutkimuksessa kysymykset ja vastausvaihtoehdot esitettiin suullisesti, kun taas FinMonik-tutkimuksessa vastaukset saatiin pääosin kirjallisena (postikysely ja mahdollisuus vastata myös sähköisesti).

UTH-tutkimuksessa keskitytään ulkomaalaistaustaisten työhön ja hyvinvointiin Suomessa. Kysely toteutettiin Tilastokeskuksen, Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitoksen ja Työterveyslaitoksen valtakunnallisella yhteistyöllä. Kyselyn käytännön toteutuksesta vastasi Tilastokeskus. Tiedonkeruu toteutettiin kasvokkain tehdyissä haastatteluissa, joita tehtiin 12 eri kielellä (suomi, ruotsi, englanti, viro, ranska, venäjä, arabia, somali, sorani kurdi, persia, thai ja kiina). Tiedonkeruu tehtiin Suomessa tammikuun 2014 ja huhtikuun 2015 välisenä aikana valtakunnallisesti. UTH-kyselyyn vastasi yhteensä 3 262 henkilöä vastausprosentin ollessa 66. Aineistojen vertailukelpoisuuden vuoksi ikä oli rajattu 20–64-vuotiaisiin ulkomailla syntyneisiin. Aineiston koko on siitä johtuen 2 940.

FinMonik-tutkimus on Suomessa asuvalle, ulkomailla syntyneelle ulkomaalaistaustaiselle väestölle kohdennettu kyselytutkimus (2018–2019). Se on myös ensimmäinen tutkimus, jossa kerättiin edustavalla otoksella maakuntakohtaista tietoa ulkomaalaistaustaisesta väestöstä. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa luotettavaa tietoa Suomen ulkomaalaistaustaisen aikuisväestön (18–64-vuotiaat) hyvinvoinnista ja terveydestä sekä näiden taustatekijöistä. Tutkimustietoa kerättiin laajasti elämän eri osa-alueilta. Lisäksi tietoa tuotettiin sosiaali- ja terveystalouden sekä työelämä- ja maahanmuuttopalvelujen tarpeesta ja käytöstä sekä luottamuksesta palveluihin. Tutkimuksen aineisto kerättiin toukokuun 2018 ja tammikuun 2019 välisenä aikana. Finmonik-kyselyyn vastasi yhteensä 6 836 henkilöä ja vastausprosentti oli 53,1. Tiedot kerättiin ensisijaisesti sähköisellä lomakkeella, jota täydennettiin paperikyselyllä ja puhelinhaastatteluilla. (Kuusio ym. 2021.)

Tutkimuksessa käytetyt muuttajat

Tarkastelemme ulkomailla syntynyttä, Suomessa asuvaa väestöä. Työllisyyttä seurataan 20–64-vuotiaiden ikäryhmässä, sillä nuorten kohdalla ensisijaisena tavoitteena on siirtyminen peruskoulusta toisen asteen opintoihin. Muun muassa Eurooppa 2020 -strategian tavoitteissa vuodelle 2020 työllisyysaste lasketaan 20–64-vuotiaille. Työllisyyttä tarkastellaan tässä tutkimuksessa kaksiluokkaisena muuttujana (työllinen vs. työtön).

Elämänlaadun käsite on luonteeltaan moniulotteinen (ks. Uotinen & Vaalavuoto tässä teoksessa), ja se nähdään yleensä yksilön subjektiivista kokemusmaailmaa kuvaavana kokonaisuutena, joka sisältää niin psyykkisen, sosiaalisen kuin fyysisenkin ulottuvuuden (Felce & Perry 1995). Maailman terveysjärjestön (WHO) mukaan elämänlaatu tarkoittaa henkilön käsitystä omasta elämäntilanteestaan suhteessa omiin päämääriin, tavoitteisiin ja odotuksiin oman kulttuurin ja arvo- maailman viitekehäyksessä (World Health Organization 1997). Terveydentila ja sen muutokset muokkaavat sekä henkilön tilannetta eri elämänalueilla että näiden elämänalueiden tärkeyttä henkilön arvioidessa omaa elämäänsä (Aalto ym. 2016). Tässä tutkimuksessa molemmissa aineistoissa elämänlaatua mitattiin yleisesti käytetyn EUROHIS-QOL-kysymyspatteriston avulla (Schmidt ym. 2006). Koetua elämänlaatua tarkastellaan tässä tutkimuksessa kaksiluokkaisena vastemuuttujana (heikko vs. hyvä elämänlaatu).

Tutkimuksessa käytetyt sosiodemografiset taustamuuttujat ikä, siviilisääty, koulutus, taustamaa ja asuinpaikka sekä niiden luokittelut ja jakaumat löytyvät Liitetaulukosta 6.1.

Kansallinen kielitaito (suomi, ruotsi)

Kansallisen kielitaidon taso (suomi, ruotsi) on vastaajien itse määrittelemä molemmissa aineistoissa. Aineistoissa kielitaitoa selvitettiin kuitenkin hieman eri tavoin. UTH-tutkimuksessa tieto perustui haastateltavan itsearviointiin, jonka osuvuutta tarkasteltiin haastattelijan tekemään arviointiin vertaamalla. FinMonik-tutkimuksessa kielitaitoa selvitettiin kysymyksellä: ”Kuinka hyvin puhut suomen tai ruotsin kieltä?”. Vastausvaihtoehdot olivat: en puhu lainkaan – aloittelijana, selviän yksinkertaisista arkisista tilanteista – keskitasoisesti, pystyn aktiivisesti osallistumaan keskusteluihin –erinomaisesti, osaan käyttää suomea monipuolisesti eri tilanteissa (esim. pystyn asioimaan viranomaisten kanssa suomen kielellä).

Suomessa asutut vuodet

UTH-tutkimuksessa asuinvuosista kysyttiin vastaajilta nelipuolittaisella vastausvaihtoehdoin: alle 5 vuotta, 5–10 vuotta, yli 10 vuotta ja syntynyt Suomessa. Tähän tutkimukseen ei sisälly Suomessa syntynyttä osaotosta (n = 138). FinMonik-tut-

kimuksessa tieto vastaajien asuinvuosista Suomessa ja Suomen kansalaisuudesta saatiin Väestörekisterikeskuksen väestötietojärjestelmästä. Asuinvuodet Suomessa perustuvat tietoon ensimmäisestä muuttopäivästä Suomeen, ja ne on laskettu otoksen poimintahetkeen asti (2/2018).

Syrjintäkokemukset

UTH-tutkimuksessa syrjintää kysyttiin kysymyksellä: Ovatko vieraat kadulla tai muissa julkisissa tiloissa (esim. kaupat, ravintolat) kohdelleet sinua huonosti viimeisen 12 kuukauden aikana? Vastausvaihtoehtoina kyllä tai ei. FinMonik-tutkimus sisälsi seuraavia kysymyksiä (yht. 6) koetusta syrjinnästä ja häirinnästä: Onko joku viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana nimittellyt, loukannut sinua sanallisesti tai muuten kohdistanut sinuun negatiivisia kommentteja, suunnannut sinuun kielteisiä eleitä, uhannut sinua väkivallalla tai käyttäytynyt uhkaavasti sinua kohtaan, tehnyt ilkivaltaa tai vahingoittanut omaisuuttasi, jättänyt sinut huomiotta tai jättänyt sinut ryhmän ulkopuolelle? Vastausvaihtoehtoja oli kolme: ei, kyllä, vähintään kerran viikossa sekä kyllä, harvemmin kuin kerran viikossa. Esiintyvyyshluvut esitetään kaksiluokkaisena (ei vs. kyllä, vähintään kerran viikossa tai kyllä, harvemmin kuin kerran viikossa).

Menetelmät

Vastaajien taustatiedot esitetään miehillä ja naisilla erikseen. Logistisella regressioanalyysillä analysoitiin työllisyyden yhteyttä koettuun elämänlaatuun. Vastemuuttujaksi analyysissä valittiin kokemus ”hyvästä” elämänlaadusta. Muuttujien yhteyksiä tarkasteltiin kahdella erilaisella regressiomallilla: 1) vakiointi kaikilla sosiodemografisilla tekijöillä, 2) vakiointi sosiodemografisilla ja muilla taustatekijöillä (Suomessa asutut vuodet, kansallinen kielitaito ja syrjintäkokemukset). Lisäksi sukupuoli-muuttujan yhteyttä vastemuuttujaan tarkastellaan logistisen regressioanalyysin monimuuttujamalleissa ja interaktiotermin avulla.

Tulokset esitetään vakioituina vetosuhteina (OR) ja niiden 95 prosentin luottamusväleinä (95 %:n LV). Tilastollisen merkitsevyyden rajana käytettiin arvoa $p < 0,05$. Mallien vastemuuttujien selitysaste mitattiin Nagelkerken R^2 :n avulla. Malleja 1 ja 2 verrattiin tilastollisesti uskottavuusosamäärätestillä, ja paras malli valittiin aineiston mukaisesti.

Tutkimuksen aineistot on rajattu ulkomailla syntyneisiin ja painotettu vastaamaan koko Suomen väestön ikä- ja sukupuolijakaumia 31.12.2017 (Tilastokeskus). Painokertoimia on hyödynnetty tutkimuksen kaikissa analyyseissa korjaamaan vastauskadosta aiheutuvaa harhaa. Tutkimusaineisto analysoitiin R-ohjelmisto versiolla 4.1.1 (2021-08-10) ja *survey* paketilla (Lumley 2020).

Työllisyys on yhteydessä hyväksi koettuun elämänlaatuun

Työllisyys lisäsi hyväksi koetun elämänlaadun todennäköisyyden kaksinkertaiseksi (UTH OR 1,98; 95 %:n LV 1,58–2,48; FinMonik OR 2,32; 95 %:n LV 1,84–2,92) verrattuna ei-työllisiin maahan muuttaneessa väestössä. Yli 34-vuotiaat kokivat todennäköisemmin heikkoa elämänlaatua verrattuna 20–24-vuotiaisiin. Miehillä kokemus heikosta elämänlaadusta oli todennäköisempää kuin naisilla. Lähi-idässä ja Pohjois-Afrikassa sekä Aasiassa syntyneet kokivat todennäköisemmin heikkoa elämänlaatua kuin EU- ja EFTA-maissa sekä Pohjois-Amerikassa syntyneet. Koulutuksella tai asuinpaikalla ei ollut yhteyttä koettuun elämänlaatuun. (ks. Taulukot 6.2 ja 6.3. Malli 1.).

Kun molemmat aineistot vakioitiin lisäksi sekoittavilla tekijöillä (kansallinen kielitaito, Suomessa asutut vuodet, syrjintäkokemukset), työllisyyden yhteys koettuun elämänlaatuun pysyi edelleen tilastollisesti merkitseväenä molemmissa aineistoissa (ks. taulukko 6.2 ja 6.3). Työllisyydellä on siis yhteys hyväksi koettuun elämänlaatuun maahan muuttaneessa väestössä.

Kummassakin aineistoissa maahan muuttaneet kokivat hyvää elämänlaatua yli kaksi kertaa todennäköisemmin silloin, kuin heillä oli edistynyt kielitaito verrattuna kielitaidoiltaan aloitteleviin. Syrjintäkokemuksilla havaittiin taas olevan kielteinen yhteys koettuun elämänlaatuun. Syrjintäkokemukset siis todennäköisemmin heikensivät elämänlaadun kokemusta maahan muuttaneessa väestössä, molemmissa aineistoissa (Malli 2. taulukot 6.2 ja 6.3). Suomessa asutuilla vuosilla, koulutuksella tai asuinpaikalla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä koettuun elämänlaatuun missään mallissa eikä kummassakaan aineistossa. (Taulukot 6.2 ja 6.3.)

Kun tarkasteltiin sukupuolen vaikutusta työllisyyden ja elämänlaadun väliseen yhteyteen, havaittiin että miehillä työllisyys lisäsi hyväksi koetun elämänlaadun todennäköisyyttä (OR=1,78 1,11–2,87) verrattuna työttömiin naisiin. Tämä tulos havaittiin kuitenkin vain UTH-aineistossa. FinMonik-aineistossa yli 45–54-vuotiaat miehet kokivat todennäköisemmin heikkoa elämänlaatua verrattuna 20–21-vuotiaisiin naisiin (OR=0,25 0,09–0,73). Virossa, muualla Afrikassa tai Aasiassa syntyneet miehet kokivat todennäköisemmin heikkoa elämänlaatua kuin EU- ja EFTA-maissa sekä Pohjois-Amerikassa syntyneet naiset (ks. taulukko 6.3).

Taulukko 6.1. Koettu hyvä elämänlaatu sosiodemografisten ja muiden taustatekijöiden mukaan UTH-aineistossa (N = 2 408), vetosuhteet (OR), 95 % LV.

Muuttuja	Malli 1. OR (95 %:n LV) (N = 2 408)	Malli 2. OR (95 %:n LV) (N = 2 408)	Interaktiotermit sukupuolen mukaan (jatko Malli 2.)
Sosiodemografiset taustamuuttujat			
Työllisyys			
Työtön	Ref.	Ref.	Ref.
Työllinen	1,98 (1,58–2,48) *	1,45 (1,06–1,99) *	1,78 (1,11–2,87) *
Ikä			
20–24	Ref.	Ref.	Ref.
25–34	0,65 (0,41–1,05)	1,08 (0,57–2,05)	0,47 (0,18–1,25)
35–44	0,48 (0,29–0,77) *	0,57 (0,30–1,08)	0,87 (0,32–2,39)
45–54	0,50 (0,31–0,82) *	0,61 (0,32–1,18)	0,87 (0,31–2,40)
55–64	0,44 (0,26–0,74) *	0,60 (0,30–1,21)	0,60 (0,19–1,88)
Sukupuoli			
Nainen	Ref.	Ref.	
Mies	0,80 (0,63–1,00) *	1,25 (0,25–6,27)	
Siviilisäätö			
Naimaton	0,49 (0,38–0,61)	0,37 (0,28–0,51) *	1,55 (0,96–2,52)
Naimisissa	Ref.	Ref.	Ref.
Koulutus			
Alempi perusaste	Ref.	Ref.	Ref.
Perusaste	1,05 (0,59–1,87)	0,85 (0,38–1,87)	0,84 (0,26–2,73)
Toinen aste	1,11 (0,65–1,88)	1,08 (0,52–2,21)	0,63 (0,21–1,85)
Korkea aste	1,29 (0,75–2,21)	1,05 (0,51–2,18)	0,99 (0,33–2,99)
Taustamaa			
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	Ref.	Ref.	Ref.
Venäjä ja Neuvostoliitto	0,52 (0,35–0,77) *	0,56 (0,31–1,00)	0,78 (0,34–1,78)
Viro	0,41 (0,26–0,64) *	0,45 (0,23–0,87) *	0,68 (0,27–1,71)
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	0,25 (0,17–0,38) *	0,36 (0,18–0,71) *	0,72 (0,29–1,75)
Muu Afrikka	0,72 (0,43–1,22)	0,72 (0,32–1,62)	1,18 (0,40–3,48)
Aasia	0,39 (0,25–0,61) *	0,48 (0,25–0,90) *	0,99 (0,41–2,43)
Latinalainen Amerikka ja muut	0,51 (0,30–0,88) *	0,65 (0,30–1,42)	0,81 (0,27–2,42)
Asuinpaikka			
Helsinki	Ref.	Ref.	
Espoo, Vantaa	1,16 (0,84–1,60)	1,21 (0,88–1,68)	ei mielekästä tai perusteita kirjallisuudessa tarkastella sukupuolen mukaan
Etelä-Suomi	1,05 (0,78–1,41)	1,04 (0,77–1,41)	
Länsi-Suomi	1,27 (0,89–1,80)	1,20 (0,84–1,71)	
Pohjois- ja Itä-Suomi	1,30 (0,88–1,93)	1,22 (0,82–1,84)	
Muut taustamuuttujat			
Kielitaito			
Aloittelija		Ref.	Ref.
Keskitasoinen		1,56 (1,05–2,32) *	1,01 (0,56–1,82)
Edistynyt		2,16 (1,38–3,37) *	1,26 (0,64–2,49)
Suomessa asutut vuodet			
Alle 5 vuotta		Ref.	Ref.
5–10 vuotta		1,02 (0,66–1,59)	0,99 (0,50–1,94)
Yli 10 vuotta		1,00 (0,61–1,63)	0,69 (0,33–1,45)
Syrjintäkokemukset viimeisen 12kk aikana			
Kyllä		Ref.	Ref.
Ei		0,60 (0,41–0,87) *	0,74 (0,41–1,33)

OR = vetosuhte, AOR = vakioitu vetosuhte, ristitulo-suhte; LV = 95 %:n luottamusväli
 Vastemuuttujaksi valittiin kokemus 'hyvästä' elämänlaadusta. Tulokset esitetään painotettuina arvoina.
 Ref. = Referenssiryhmä. Mallin 2. R² = .160. * = p-arvo < 0.05, ** = p-arvo < 0.001

Taulukko 6.2. Koettu hyvä elämänlaatu sosiodemografisten ja muiden taustatekijöiden mukaan FinMonik-aineistossa (N = 6 013), vetosuhteet (OR), 95 % LV.

Muuttuja	Malli 1. OR (95 % LV) (N = 6 013)	Malli 2. OR (95 % LV) (N = 6 013)	Interaktiotermit su- kupuolen mukaan (jatko Malli 2.)
Sosiodemografiset taustamuuttujat			
Työllisyys			
Työtön	Ref.	Ref.	Ref.
Työllinen	2,32 (1,84–2,92) **	1,91 (1,36–2,67) **	1,37 (0,85–2,21)
Ikä			
20–24	Ref.	Ref.	Ref.
25–34	0,97 (0,61–1,57)	1,47 (0,74–2,91)	0,49 (0,18–1,36)
35–44	0,61 (0,38–0,99) *	0,88 (0,44–1,77)	0,50 (0,18–1,43)
45–54	0,42 (0,26–0,69) **	0,82 (0,41–1,67)	0,25 (0,09–0,73) *
55–64	0,43 (0,26–0,72) **	0,51 (0,25–1,05)	0,60 (0,20–1,82)
Sukupuoli			
Nainen	Ref.	Ref.	
Mies	0,79 (0,62–0,99) *	3,96 (0,98–15,99)	
Siviilisääty			
Naimisissa	Ref.	Ref.	Ref.
Naimaton	0,56 (0,45–0,71) *	0,55 (0,40–0,75) **	1,02 (0,65–1,61)
Koulutus			
Alempi perusaste	Ref.	Ref.	Ref.
Perusaste	1,11 (0,66–1,86)	1,00 (0,47–2,15)	1,00 (0,35–2,84)
Toinen aste	1,37 (0,91–2,05)	1,56 (0,84–2,89)	0,60 (0,26–1,39)
Korkea aste	1,56 (1,06–2,23) *	1,51 (0,83–2,75)	0,94 (0,42–2,13)
Taustamaa			
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	Ref.	Ref.	Ref.
Venäjä ja Neuvostoliitto	0,85 (0,60–1,21)	0,99 (0,60–1,64)	0,72 (0,35–1,48)
Viro	0,76 (0,49–1,18)	1,52 (0,78–2,94)	0,28 (0,11–0,68) *
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	0,25 (0,17–0,38) **	0,33 (0,17–0,67) *	0,80 (0,34–1,89)
Muu Afrikka	0,32 (0,43–1,22) *	2,28 (0,85–6,10)	0,28 (0,08–0,99) *
Aasia	0,41 (0,28–0,59) **	0,72 (0,43–1,20)	0,40 (0,19–0,86) *
Latinalainen Amerika ja muut	0,85 (0,53–1,39)	0,96 (0,47–1,95)	0,76 (0,29–2,00)
Asuinpaikka			
Helsinki	Ref.	Ref.	
Espoo, Vantaa	1,14 (0,78–1,65)	1,13 (0,77–1,65)	ei mielekästä tai perus- teita kirjallisuudessa tarkastella sukupuolen mukaan
Etelä-Suomi	1,07 (0,78–1,46)	1,07 (0,78–1,48)	
Länsi-Suomi	1,26 (0,89–1,79)	1,23 (0,86–1,77)	
Pohjois- ja Itä-Suomi	1,28 (0,95–1,72)	1,23 (0,91–1,68)	
Muut taustamuuttujat			
Kielitaito			
Aloittelija		Ref.	Ref.
Keskitasoinen		1,21 (0,82–1,77)	1,05 (0,61–1,79)
Edistynyt		2,62 (1,68–4,07) **	0,84 (0,44–1,62)
Suomessa asutut vuodet			
Alle 5 vuotta		Ref.	Ref.
5–10 vuotta		0,70 (0,45–1,08)	1,08 (0,58–1,99)
Yli 10 vuotta		0,68 (0,43–1,07)	0,95 (0,50–1,80)
Syrjintäkokemukset viimeisen 12kk aikana			
Kyllä		Ref.	Ref.
Ei		0,53 (0,39–0,72) **	0,79 (0,51–1,23)

OR=vetosuhde, AOR=vakioitu vetosuhde, ristitulosuhde; LV = 95 % luottamusväli

Vastemuuttujaksi valittiin kokemus 'hyvästä' elämänlaadusta. Tulokset esitetään painotettuina arvoina.

Ref. = Referenssiryhmä. Mallin 2. R² = .197

* = p-arvo <0,05, ** = p-arvo <.001

Tukemalla maahan muuttaneen väestön työllisyyttä voidaan kaventaa hyvinvointieroja

Tämän tutkimuksen mukaan työllisyys lisäsi hyväksi koetun elämänlaadun todennäköisyyttä maahan muuttaneessa väestössä. Kansallisella suomen tai ruotsin kielitaidolla, Suomessa asutulla ajalla ja syrjinnän kokemuksilla vakioiminen ei muuttanut työllisyyden ja elämänlaadun välistä yhteyttä. Kun tarkasteltiin sukupuolen vaikutusta työllisyyden ja elämänlaadun väliseen yhteyteen, havaittiin, että miehillä työllisyys lisäsi hyväksi koetun elämänlaadun todennäköisyyttä verrattuna työttömiin naisiin. Tämä tulos havaittiin kuitenkin vain UTH-aineistossa.

Tulokset puhuvat työn merkityksen puolesta. Työllisyyttä pidetään yhtenä keskeisimmistä kotoutumista kuvaavista tekijöistä (Rask & Castaneda 2019), ja toisaalta työ ja toimeentulo ovat keskeisiä terveyden sosiaalisia määrittäjiä. Tulokset myös osoittavat, miten tärkeää on huomioida ja tarkastella väestön moninaisuutta ja erilaisia risteäviä tekijöitä tutkimuksessa. Se on edellytys sille, että poliittisen päätöksenteon tueksi voidaan tuottaa hyödyllistä tietoa.

Maahan muuttaneessa väestössä naisten työllisyysaste on miehiä huomattavasti heikompi. FinMonik-tutkimukseen osallistuneista naisista kuitenkin 47 prosenttia oli suorittanut korkeakoulututkinnon. Viime vuosina on julkaistu useita tutkimuksia ja selvityksiä, joissa on tunnistettu syitä maahan muuttaneiden naisten matalan työllisyysasteen taustalla. Esimerkiksi Liisa Larja (2020) on ansiokkaasti kiinnittänyt huomiota politiikkaeroihin Pohjoismaiden välillä, kuten työttömyysturvan ja kotihoidontuen vaikutusta maahan muuttaneiden naisten työllistymiseen. OECD (2018) kiinnitti huomiota Suomen pitkään kotihoidontukeen. Myös Elinkeinoelämän valtuuskunnan arvio painotti passivoivaa työttömyysturvaa ja kotihoidontukea (Kurronen 2021). Samaan aikaan väestötutkimukset ovat nostaneet esiin maahan muuttaneiden työkykyä ja työhalua (Rask ym. 2016). Esimerkiksi FinMonik-tutkimuksessa maahan muuttaneilla naisilla yleisin syy osa-aikatyön tekemiseen on se, ettei kokopäivätyötä ole ollut tarjolla. Sen sijaan omien lasten hoitaminen oli syy osa-aikatyölle vain 14 prosentilla naisista (Kuusio ym.2020).

Aiemmissä tutkimuksissa on havaittu, että ylikoulutettujen osuus työllisistä maahan muuttaneista naisista on 36 prosenttia, kun vastaavasti suomalaistaustaisista naisista ylikoulutettuja on 20 prosenttia (Toivanen ym. 2018). Ylikoulutettujen maahan muuttaneiden tiedetään kokevan heikompa elämänlaatua, ja myös syrjintäkokemukset ovat heillä yleisempiä (Rask ym. 2018). Ylikoulutetuiksi nykyisessä työssään itsensä kokevista seitsemän prosenttia piti maahanmuuttaja-taustaa tai syntyperää tärkeimpänä syynä sille, että ei ollut saanut koulutusta vastaavaa työtä (Larja & Luukko 2018).

Yksi keskeisimmistä maahan muuttaneen väestön kokemista työllistymisen esteistä ovat kielitaitovaikeudet (Martelin ym. 2019). Tämän tutkimuksen mukaan maahan muuttaneiden ilmoittama kansallinen kielitaito (suomi, ruotsi) oli hyvällä tasolla ja naiset ilmoittivat kielitaitonsa keskimäärin miehiä edistyneemmäksi. Edistynyt kielitaito lisäsi tämän tutkimuksen mukaan maahan muuttaneiden koettua elämänlaatua yli kaksinkertaiseksi verrattuna kielitaidoiltaan aloitteleviin. Tulos on looginen, sillä vähäinen kansallisten kielten osaaminen tunnistetusti vaikeuttaa osallisuutta suomalaisessa yhteiskunnassa. Esimerkiksi puolet eri alojen rekrytoijista on sitä mieltä, että suomen kielen taidon pitäisi olla lähes äidinkielen tasolla työssä pärjäämiseksi. Ainoastaan alle neljännes yrityksistä on valmis palkkaamaan työntekijän, jolla ei ole sujuvaa suomen kielen taitoa. (Lehmuskangas ym. 2020). Puutteellinen kielitaito estää työllistymistä, ja samalla työpaikan puuttuminen estää kielitaidon kehittymistä. Työelämässä kielitaitovaatimukset näytettyvät oikeutettuina, mutta taustalle kätkeytyy myös ennakkoluuloja ja syrjintää.

Työelämässä koettu syrjintä ja työnantajien syrjivät asenteet ovat merkittävä koettu työllistymisen este (Kanninen ym. 2022). Syrjintäkokemukset ovat myös kielteisesti yhteydessä terveyteen ja hyvinvointiin (Rask & Castaneda 2019). Tässä tutkimuksessa havaittiin, että syrjintäkokemukset heikensivät elämänlaadun kokemusta. Havaitsimme, että maahan muuttaneet raportoivat FinMonik-tutkimuksessa syrjintäkokemuksista yli kaksinkertaisesti verrattuna aiemmin toteutettuun UTH-tutkimukseen.

Hyvinvointi- ja terveyseroja voidaan kaventaa muun muassa edistämällä työllisyyttä ja parantamalla yhteiskunnan ja työelämän yhdenvertaisuutta ja syrjimättömyyttä. Työllistymistä voidaan edistää maahan muuttaneessa väestössä purkamalla työmarkkinoiden syrjiviä käytäntöjä. Työllistymistä voivat tukea esimerkiksi syrjimättömät rekrytointikäytännöt sekä työelämän tasa-arvoa ja yhdenvertaisuutta sekä inklusiivisuutta edistävät toimenpiteet, kuten kielitietoinen työskentely (Rask ym. 2021).

Maahan muuttaneiden terveyttä, hyvinvointia ja kotoutumista sekä niihin liittyvää poliittista päätöksentekoa on tärkeä tarkastella intersektionaalisesta näkökulmasta². Intersektioilla tarkoitetaan henkilön mikro- ja makrotason risteäviä ja leikkaavia eroja. Näitä eroja voivat olla esimerkiksi henkilön ikä, sukupuoli, seksuaalisuus, alkuperä, terveydentila, vakaumus ja sosioekonominen asema. Näillä eri ulottuvuuksilla ja niiden risteymillä on vaikutusta yksilön asemaan yhteiskunnassa. Intersektionaalisen näkökulman vahvuutena on luoda mahdollisimman moniulotteinen käsitys muun muassa poliittisen päätöksenteon tueksi sekä väestö- ja identiteettiryhmien eriarvoisuuden tutkimiseen. (Lepola 2018; Crenshaw 1989.)

Sosiaaliturvauudistuksen tavoitteina ovat muun muassa työllisyyden ja osallisuuden tukeminen (Alasoini ym. 2022). Tekeillä olevassa sosiaaliturvauudistuksessa olisi tärkeää huomioida erityisesti maahan muuttaneiden naisten heikko asema työelämässä. Naisten heikon aseman parantaminen edellyttää tietoa intersektionaalisesta näkökulmasta, jolloin voidaan tunnistaa, miten erilaiset

tekijät vaikuttavat yksilöiden asemoitumiseen ja mahdollisuuksiin suomalaisessa yhteiskunnassa. Toisaalta on vältettävä toiseuttavia ja ennakkoluuloisia lähtökohtia. Esimerkiksi työ- ja elinkeinoministeriön kotoutumisen sanasto korostaa, että maahanmuuttaja-käsitettä ei pidä käyttää silloin, kun viitataan henkilöihin, joiden oletetaan olevan maahanmuuttajia esimerkiksi nimensä tai ulkonäkönsä perusteella (Työ- ja elinkeinoministeriö 2021). Myös Sanastokeskus kuvaa, että rakenteellinen syrjintä voi vaikuttaa siihen, miten viranomaiset käyttävät käsitteitä ja miten käsitteet vaikuttavat viranomaisten toimintaan (Sanastokeskus 2022; Työ- ja elinkeinoministeriö 2021). Eduskuntapuolueilla on halua nostaa työllisyysastetta ja maahan muuttaneen väestön työllisyyden parantaminen on yksi osa kokonaisuutta. Tukemalla maahan muuttaneen väestön työllisyyttä voidaan myös kaventaa hyvinvointieroja väestöryhmien välillä.

Johtopäätöksenä toteamme, että työllisyys lisäsi hyväksi koetun elämänlaadun todennäköisyyttä maahan muuttaneessa väestössä. Koko väestöön verrattuna maahan muuttanut väestö on heikommassa asemassa työmarkkinoilla, ja työllistymisvaikeudet koskettavat erityisesti maahan muuttaneita naisia. Väestön hyvinvointi- ja terveyseroja voidaan kaventaa muun muassa edistämällä työllisyyttä, parantamalla yhteiskunnan ja työelämän yhdenvertaisuutta ja syrjimättömyyttä sekä huomioimalla väestön moninaisuus poliittisessa päätöksenteossa.

Tutkimusasetelman rajoitukset

Menetelmäerot tutkimusten välillä voivat vaikuttaa tuloksiin. FinMonik-tutkimuksen tiedot kerättiin ensisijaisesti sähköisellä lomakkeella, kun taas UTH-tutkimuksen tiedonkeruu toteutettiin kasvokkain tehdyissä haastatteluisissa. Esimerkiksi syrjintäkokemukset ovat aiheena sensitiivinen, mikä voi näkyä raportointihalukkuudessa haastattelutilanteessa. Muutenkaan johtopäätöksiä tutkimuksessa havaittujen yhteyksien syy-seuraussuhteista ei voida tehdä poikkileikkausasetelmasta johtuen. Muutosta ajassa ei voida tarkastella johtuen UTH- ja FinMonik-tutkimusten eroista tiedonkeruutavoissa, mutta tulokset olivat kuitenkin lähes yhteneväiset. Kahta eri aikaan kerättyä aineistoa on käytetty vertailun vuoksi. Näin saimme kattavamman kuvan verrattuna aiempaan Suomalaisten hyvinvointi 2018 -julkaisuun. Tässä tutkimuksessa ei käytetty vertailussa koko väestön rekisteriaineistoa. Siten oli mielekästä tarkastella sukupuolen vaikutusta työllisyyden yhteyteen koettuun elämänlaatuun aiempaan kirjallisuuteen perustuen.

Viitteet

- 1 [Ulkomaalaistaustaisten terveys ja hyvinvointi Suomessa: FinMonik-tutkimus 2018–2019.](#)
- 2 Intersektionaalista näkökulmaa on tunnistettu esimerkiksi nykyisessä Sanna Marinin hallituksen tasa-arvo-ohjelmassa (2020–2023) sekä työ- ja elinkeinoministeriön (TEM) työelämän monimuotoisuusohjelmassa, joihin on kirjattu intersektionaalisuuden merkityksestä sukupuolten väliseen tasa-arvon ja yhdenvertaisuuden edistämiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2020; Työ- ja elinkeinoministeriö 2020).

Lähteet

- Aalto, Anna-Mari & Korpilahti, Ulla & Sainio, Päivi & Malmivaara, Antti & Koskinen, Seppo, Saarni, Samuli & Valkeinen, Heli, & Luoma, Minna-Liisa (2016): Elämänlaadun mittaaminen sosiaali- ja terveydenhuollossa. Suomen lääkärilehti: 36. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2016101024946>
- Ahmad, Akhlaq (2019): Kokeellinen tutkimus etniseen alkuperään perustuvasta syrjinnästä suomalaisilla työmarkkinoilla. Teoksessa: Kazi, Villiina & Alitolppa-Niitamo, Anne & Kaihovaara, Antti (toim.). (2019). Kotoutumisen kokonaiskatsaus 2019: Tutkimusartikkeleita kotoutumisesta. TEM oppaat ja muut julkaisut 2019:10. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-487-7>
- Alasoini, Tuomo & Joensuu, Matti & Juvonen-Posti, Pirjo & Järnefelt, Noora & Riekhoff Aart-Jan & Toivio, Pauliina & Turunen, Jarno (2022): Työelämän ja työmarkkinoiden muutos. Haasteita ja kehittämistarpeita sosiaaliturvan uudistamiselle. Sosiaaliturvakomitean julkaisuja 2022:7. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8671-8>
- Alitolppa-Niitamo, Anne (2021): Maahanmuuttajataustaisten naisten työllisyyden edistäminen. Policy Brief 1/2021. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö. <https://kotoutuminen.fi/documents/56901608/76169779/Policy-Brief-1-2021.pdf/2fc25d98-2fab-f074-1264-cedc31107b31/Policy-Brief-1-2021.pdf?t=1621431183640>
- Castaneda, Anu & Koskinen, Seppo (2015): Teoksessa: Nieminen, Tarja & Sutela, Hanna & Hannula, Ulla: Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014. Tilastokeskuksen julkaisu, Raportti: ISBN 978-952-244-544-5 https://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yyti_uso_201500_2015_16163_net.pdf
- Crenshaw, Kimberle (1989): Demarginalizing the Intersection of Race and Sex. A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. University of Chicago Legal Forum, (8), 139–168. <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
- Felce, David & Perry, Jonathan (1995): Quality of life: its definition and measurement. Research in developmental disabilities, 16(1), 51–74. [https://doi.org/10.1016/0891-4222\(94\)00028-8](https://doi.org/10.1016/0891-4222(94)00028-8)
- Kananen, Johannes (toim.), Haapala, Laura, Paavola, Juho-Matti, Pulkka, Ville-Veikko, Saikkonen, Paula & Vainio, Arttu (2019): Sosiaaliturva työn murroksessa – palkkatyö, yrittäjyys ja toimeentulon riskit. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2019:22 <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-652-2>
- Kanninen, Ohto & Virkola, Tuomo & Lilja, Eero & Rask, Shadia (2022): Tavoitteena syrjimätön työelämä. Työsyrynnän nykytila ja keinoja tasa-arvon ja yhdenvertaisuuden edistämiseksi. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:20. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-362-3>

- Kuusio, Hannamaria & Seppänen, Anna & Jokela, Satu & Somersalo, Laura & Lilja, Eero (toim.) (2020): Ulkomaalaistaustaisten terveys ja hyvinvointi. *FinMonik-tutkimus 2018–2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja, Raportti 1/2020*. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-034-1>
- Kuusio, Hannamaria & Seppänen, Anna & Somersalo, Laura & Jokela, Satu & Castaneda, Anu & Abdulhamed, Rekar & Lilja, Eero (2021): Response Activity in Mixed-Method Survey Data Collection—The Methods Used in a Survey among the Foreign-Born Population in Finland (FinMonik). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 3300. <https://doi.org/10.3390/ijerph18063300>
- Kurronen, Sanna (2021): Maahanmuuttajanaisten loukku. Heikko työllisyys heijastuu myös toisen polven pärjäämiseen. *Elinkeinoelämän valtuuskunnan (EVA) julkaisuja: No 30*.
- Larja, Liisa (2020): Maahanmuuttajanaiset työmarkkinoilla ja työmarkkinoiden ulkopuolella. Teoksessa: Kazi, Villiina & Alitolppa-Niitamo, Anne & Kaihovaara, Antti (toim.). (2019). *Kotoutumisen kokonaiskatsaus 2019: Tutkimusartikkeleita kotoutumisesta. TEM oppaat ja muut julkaisut 2019:10*. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-487-7>
- Larja, Liisa & Luukko, Jasmin (2018): Koulutuksen ja työn vastaavuus. Teoksessa: Toivanen M, Väänänen A, Kurki A-L, Bergbom B & Airila A (toim.). *Moni osaa! Työpaikkaosaaminen monikulttuurisilla työpaikoilla. Työterveyslaitos. Juvenes Print, Helsinki 2018*. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-261-803-0>
- Lehmuskangas, Petra & Kärpänoja, Jyrki & Roth, Sari & Sandqvist, Sakari & Hietikko, Maria (2020): Selvitys maahanmuuttajien rekrytoinnista. Uudenmaan elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskus. *Raportteja 09/2020*. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-314-876-5>
- Lepola, Outi (2018): Koko ajan jännittyneenä – Moniperusteinen syrjintä seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen kokemana. *Oikeusministeriön julkaisu 51/2018*. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-259-729-8>
- Lumley, Thomas (2020): Package 'survey'. [Viitattu 11.5. 2022.] <https://cran.r-project.org/web/packages/survey/survey.pdf>
- Martelin, Tuija & Nieminen, Tarja & Väänänen, Ari, & Toivanen, Minna (2020): Teoksessa: Kuusio, Hannamaria & Seppänen, Anna & Jokela, Satu & Somersalo, Laru & Lilja, Eero (toim.). *Ulkomaalaistaustaisten terveys ja hyvinvointi. FinMonik-tutkimus 2018–2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisuja, Raportti 1/2020*. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-034-1>
- Nieminen, Tarja & Sutela, Hanna & Hannula, Ulla (2015): Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014. *Tilastokeskuksen julkaisu, Raportti: ISBN 978-952-244-544-5* https://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/yyti_uso_201500_2015_16163_net.pdf
- OECD (2018): Working Together: Skills and Labour Market Integration of Immigrants and their Children in Finland, OECD Publishing, Paris. <https://doi.org/10.1787/9789264305250-en>.
- Rask, Shadia & Castaneda, Anu & Härkänen, Tommi & Koponen, Päivikki & Bergbom, Barbara & Toivanen, Minna & Gould, Raija, & Koskinen, Seppo (2016): Työttömistä maahanmuuttajista suuri osa on työkykyisiä ja työhaluisia. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 53(1). <https://journal.fi/sla/article/view/55565>
- Rask, Shadia & Castaneda, Anu (2019): Syrjintäkokemukset ja niiden yhteys hyvinvointiin ja kotoutumiseen ulkomaalaistaustaisessa väestössä. Teoksessa: Kazi, Villiina & Alitolppa-Niitamo, Anne & Kaihovaara, Antti (toim.). *Kotoutumisen kokonaiskatsaus 2019: Tutkimusartikkeleita kotoutumisesta. TEM oppaat ja muut julkaisut 2019:10*. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-487-7>
- Rask, Shadia & Lilja, Eero & Kuusio, Hannamaria & Larja, Liisa & Luukko, Jasmin (2018): Ylikoulutuksen yhteys terveyteen ja hyvinvointiin. Teoksessa: Toivanen, Minna & Väänänen, Ari & Kurki, Anna-Leena & Bergbom, Barbara & Airila, Auli. (toim.). *Moni osaa! Työpaikkaosaaminen monikulttuurisilla työpaikoilla. Helsinki: Työterveyslaitos; 2018*. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-261-803-0>
- Rask, Shadia & Nykänen, Sanna & Teräsaho, Mia (2021): Monimuotoisuutta edistävä rekrytointi: Moninaisesti parempi-hankkeen rekrytointikokeilun tuloksia. *Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Työpäpaperi 10/2021. Helsinki 2021*. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-636-7>
- Rask, Shadia & Teräsaho, Mia & Nykänen, Sanna (2021): Kielitietoinen asiantuntijatyö ja sukupuolitietoinen viestintä keinoina edis-

- tää tasa-arvoa ja yhdenvertaisuutta työelämässä. *Kieli, koulutus ja yhteiskunta*, 12(2). <https://www.kieliverkosto.fi/journals/kieli-koulutus-ja-yhteiskunta-maaliskuu-2021/kielitietoinen-asiantuntijatyo-ja-sukupuo-litietoinen-viestinta-keinoina-edistaa-tasa-arvoa-ja-yhdenvertaisuutta-tyoelamassa>
- Sanastokeskus. Tieteen termipankki. (2022): Rakenteellinen syrjintä. <https://termipankki.fi/tepa/fi/haku/rakenteellinen%20syrjint%C3%A4>
- Schmidt, Silke & Mühlan, Holger & Power, Mick (2006): The EUROHIS-QOL 8-item index: psychometric results of a cross-cultural field study. *European Journal of Public Health*, 16 (4): 420–428. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cki155>
- Skogberg, Natalia & Koponen, Päivikki & Tiittala, Paula & Mustonen, Katri-Leena & Lilja, Eero & Snellman, Olli, & Castaneda, Anu (2019): Asylum seekers health and wellbeing (TERTTU) survey: study protocol for a prospective total population health examination survey on the health and service needs of newly arrived asylum seekers in Finland. *BMJ open*, 9(4), e027917. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027917>
- Sosiaali- ja terveysministeriö (2020): Suomi tasa-arvon kärkimaaksi: Hallituksen tasa-arvo-ohjelma 2020–2023. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8363-2>
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Työvoimatutkimus. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 11.5.2022]. <http://www.stat.fi/til/tyti/index.html>
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Ulkomailla syntyneet. Helsinki: Suomen virallisen tilaston neuvottelukunta. [viitattu: 11.5.2022]. <https://www.stat.fi/tup/maahanmuutto/maahanmuuttajat-vaestossa/ulkomailla-syntyneet.html>
- Toivanen, Minna & Väänänen, Ari & Kurki, Anna-Leena & Bergbom, Barbara & Airila, Auli (toim.) (2018):. *Moni osaa! Työpaikkaosaaminen monikulttuurisilla työpaikoilla*. Työterveyslaitos. Juvenes Print, Helsinki 2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-261-803-0>
- Työ- ja elinkeinoministeriö (TEM) (2021): Kotoutumisen sanasto: 1. laitos. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 2021:54. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-931-5>
- Työ- ja elinkeinoministeriö (TEM) (2021): Työelämän monimuotoisuusohjelma: Toimenpideohjelma työelämän monimuotoisuuden edistämiseksi maahanmuuton ja kotoutumisen näkökulmasta; <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-327-663-5>
- Yhdenvertaisuusvaltuutettu (2020): Selvitys afrikkalaistaustaisten kokemasta syrjinnästä, Yhdenvertaisuusvaltuutetun julkaisuja. [https://syrjinta.fi/documents/25249352/0/Selvitys+afrikkalaistaustaisten+henkil%C3%B6iden+kokemasta+syrjinn%C3%A4st%C3%A4+\(PDF,+2204+kt\).pdf/26f9e7b9-1dca-a3b6-4022-467340922da0/Selvitys+afrikkalaistaustaisten+henkil%C3%B6iden+kokemasta+syrjinn%C3%A4st%C3%A4+\(PDF,+2204+kt\).pdf?t=1612266834768](https://syrjinta.fi/documents/25249352/0/Selvitys+afrikkalaistaustaisten+henkil%C3%B6iden+kokemasta+syrjinn%C3%A4st%C3%A4+(PDF,+2204+kt).pdf/26f9e7b9-1dca-a3b6-4022-467340922da0/Selvitys+afrikkalaistaustaisten+henkil%C3%B6iden+kokemasta+syrjinn%C3%A4st%C3%A4+(PDF,+2204+kt).pdf?t=1612266834768)
- World Health Organization (WHO) (1997): Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. (1997). WHOQOL: measuring quality of life. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63482>

Liitetaulukko 6.1. Vastaajien taustatiedot UTH- ja FinMonik -aineistoissa esitetty sukupuolittain, %.

Sosiodemografiset taustamuuttujat	UTH (2015)			FinMonik (2020)		
	Miehet N = 1 347 45,80 % %	Naiset N = 1 593 54,20 % %	Kaikki N = 2 940 100 % %	Miehet N = 2 978 44,70 % %	Naiset N = 3 684 55,30 % %	Kaikki N = 6 662 100 % %
Ikä						
20–24-v.	8,3	7,7	8,0	6,3	7,2	6,7
25–34-v.	35,2	33,5	34,4	31,2	30,5	30,9
35–44-v.	27,3	26,3	26,8	30,5	27,7	29,1
45–54-v.	19,2	20,0	19,6	19,8	21,7	20,7
55–64-v.	10,0	12,5	11,2	12,2	12,9	12,5
Siviilisääty						
Naimisissa	68,8	69,8	69,3	43,7	52,8	48,1
Naimaton	31,2	30,2	30,7	56,3	47,2	51,9
Koulutus						
Alempi perusaste	4,4	4,5	4,4	10,2	7,1	8,7
Perusaste	13,3	12,1	12,7	10,6	8,2	9,4
Toinen aste	45,7	42,1	44,1	38,6	37,3	38
Korkea aste	36,6	40,9	38,7	40,7	47,4	43,9
Työllisyys						
Työllinen	71,4	56	63,8	74,2	58,2	66,4
Työtön	28,6	44	36,2	25,2	41,8	33,6
Taustamaa						
Venäjä ja Neuvostoliitto	16,7	30	23,2	18,4	26,2	22,2
Viro	12,6	14,8	13,7	13,5	13,2	13,4
Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka	17,2	8,3	12,8	19,5	11,7	15,8
Muu Afrikka	8,8	6,9	7,9	10,1	7,6	8,9
Aasia	13,3	17,0	15,1	12,9	21,3	16,9
EU, EFTA ja Pohjois-Amerikka	18,3	10,6	14,5	16,7	11,8	14,4
Latinalainen Amerikka ja muut	13,0	12,5	12,8	8,9	8,1	8,6
Asuinpaikka						
Helsinki	28,0	25,3	26,7	28,2	24,6	26,5
Espoo, Vantaa	21,1	20,4	20,8	22,4	21,8	22,1
Etelä-Suomi	23,9	28,0	26,0	23,6	25,7	24,6
Länsi-Suomi	17,5	15,9	16,7	14,1	14,0	14,0
Pohjois- ja Itä-Suomi	9,5	10,3	9,9	11,7	13,9	12,8
Kielitaito (suomi, ruotsi)						
Aloittelija	32,0	24,7	39,3	39,4	28,7	34,2
Keskitasoinen	32,8	31,7	32,2	31,6	34,5	33,0
Edistynyt	35,2	43,6	28,4	29,0	36,8	32,8
Suomessa asutut vuodet						
Alle 5 vuotta	16,8	16,4	16,6	17,7	19,5	18,6
5–10 vuotta	38,6	34,3	36,5	35,6	29,4	32,6
Yli 10 vuotta	44,7	49,3	49,6	46,6	51,1	48,8
Syrjintäkokemuksia viimeisen 12kk aikana						
Kyllä	13,4	16,2	15,1	40,9	36,9	39,0
Ei	81,8	83,8	84,9	59,1	63,1	61,0

Tulokset on ilmoitettu painotettuina arvoina, prosenttiosuksina (%).

Sarakkeiden prosenttiosuudet on pyöristetty.

7

Työ, perhe ja hyvinvointi lapsiperheissä

Työ- ja perhe-elämää sovitetaan yhteen monissa eri elämänvaiheissa ja perhetilanteissa. Lapsiperheiden elämässä yhteensovittamisen ratkaisut liittyvät useisiin hyvinvoinnin ulottuvuuksiin: perheen toimeentuloon, vanhempien jaksamiseen sekä oikeudenmukaiseksi koettuun työnjakoon ja ajankäyttöön. Perhepolitiikka tukee ansiotyön ja perhe-elämän yhteensovittamista erityisesti perhevapaiden ja varhaiskasvatuspalveluiden kautta. Myös työelämän käytännöt sekä kulttuuriset, usein sukupuoliseen käsitykset hyvästä vanhemmuudesta määrittävät yhteensovittamisen ratkaisuja ja kokemuksia. Koronaepidemian alkuvaiheen poikkeusolot olivat lapsiperheiden vanhemmille hankalaa aikaa, kun sekä ansiotyö että lasten hoito ja koulunkäynti siirtyivät kotiin. Etätyön vakiintuminen on kuitenkin sittemmin helpottanut työn ja perheen yhteensovittamista osassa lapsiperheitä, kun varhaiskasvatuspalvelut ovat toiminnassa. Kasvavan työvoimapulan myötä perheystävällisyys voi nousta työelämässä tärkeäksi keinoksi houkutella työntekijöitä.

Ansiotyön ja perhe-elämän yhteensovittaminen rakentuu arjessa makrotason rakenteellisten ehtojen ja mikrotason tekijöiden risteyksessä. Makrotasolla ihmisten ratkaisuja ohjaavat niin kansallisen lainsäädännön ja paikallisen päätöksenteon tarjoamat mahdollisuudet erilaisiin etuuksiin ja palveluihin kuin myös vallitsevat kulttuuriset käsitykset vanhemmuudesta ja lapsen parhaasta. Lisäksi talouden suhdanteet ja työelämän vaatimukset heijastuvat tilannekohtaisiin yhteensovittamisen ratkaisuihin, samoin kuin yksilölliset elämäntilanteet, arvostukset ja pyrkimykset sekä näistä perheenjäsenten kesken käytävät neuvottelut. (Alasuutari ym. 2022; Hobson 2013; Pfau-Effinger 2012.)

Työ- ja perhe-elämää sovitetään yhteen eri tavoin monissa eri elämänvaiheissa. Yhteensovittamisen pulmia on niin yksin tai puolison kanssa asuvilla kuin erikäisten lasten vanhemmilla ja isovanhemmilla, samoin kuin sairaita tai ikään-tyneitä omaisiaan auttavilla. Vaikeuksista huolimatta sekä ansiotyö että perhe-elämä ovat pääsääntöisesti voimavaroja ja heijastuvat parhaimmillaan myönteisesti toisiinsa. (Salmi & Lammi-Taskula 2011, 2014; Lammi-Taskula & Karvonen 2014.)

Tarkastelemme tässä luvussa ansiotyön ja perhe-elämän yhteensovittamista erityisesti lapsiperheiden hyvinvoinnin näkökulmasta. Hyvinvointia määrittävät niin materiaaliset voimavarat, sosiaaliset suhteet kuin vuorovaikutus sekä osallisuus (Allardt 1993). Vanhemmuus muuttaa arkielämää kaikilla näillä alueilla ja keskiöön nousevat toimeentulon, ajankäytön ja jaksamisen kysymykset.

Lapsiperheet ovat moninaisia. Perhepolitiikassa on viime vuosina pyritty ottamaan paremmin huomioon muun muassa yksinhuoltajaperheet, monikkoperheet, uusperheet, adoptioperheet sekä samaa sukupuolta olevien perheet (Picken & Janta 2020; Moring & Lammi-Taskula 2021). Useimmilla lapsilla on kaksi vanhempaa, joiden väliset neuvottelut työnjaosta liittyvät suuresti työ- ja perhe-elämän yhteensovittamiseen, asuvat he sitten yhdessä tai erillään. Kansainvälisessä vertailussa Suomi näyttöytyy kahden perheenalättäjän yhteiskuntana (Gornick & Meyers 2008), sillä suuri osa äideistä käy isien tavoin työssä ja heidän panoksensa perheen elatukseen on merkittävä. Samalla palkattomaan hoiva- ja kotityöhön kohdistuu odotuksia tasaisesta jakautumisesta vanhempien kesken. Viime vuosikymmenten aikana hoivaava isyyden malli on noussut ihanteeksi, mutta edelleen ajatus äidistä lapsen ensisijaisena vanhempana ja hoivaajana elää vahvana (Eerola 2018). Yksinhuoltajista valtaosa on edelleen äitejä (Tilastokeskus 2022).

Kulttuuristen käsitysten muuttuessa myös vanhemmuuden käytännöt kuitenkin muuttuvat. Viime vuosikymmenten aikana niin äitien kuin varsinkin isien pienten lasten hoitoon käyttämä aika on lisääntynyt. Ajankäyttötutkimuksen mukaan työssäkäyvien äitien perheissä vanhempien yhteenlasketusta lastenhoitoon käyttämästä ajasta vuonna 2010 äitien osuus oli 59 prosenttia. (Miettinen & Rotkirch 2012; Ylikännö ym. 2014).

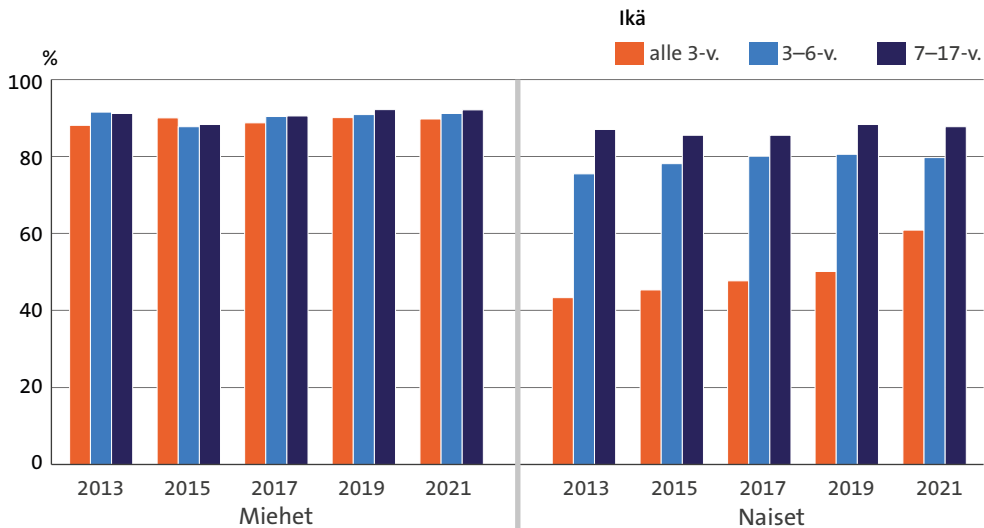
Työelämän toimintakulttuuri määrittää osaltaan työelämän ja perhe-elämän yhteensovittamista. Vanhempien mahdollisuudet hyödyntää erilaisia joustoja ja muita perheystävällisiä käytäntöjä työpaikoilla vaihtelevat eri aloilla ja erilaisissa

organisaatioissa, ja mahdollisuudet ovat usein myös sukupuolittuneita (Lammi-Taskula & Toppinen-Tanner 2019). Vaikka perhevapaalle tai sairasta lasta hoitamaan jääminen näyttää työpaikoilla palkansääjien näkökulmasta naisille helpommalta kuin miehille, kaiken kaikkiaan näkemykset etenkin isien jäämisestä pitkille perhevapaille ovat muuttuneet 2010-luvun aikana myönteiseen suuntaan (Hokka 2018; Sutela ym. 2019).

Työmarkkina-asema ja työn joustot

Lapsiperheiden vanhemmat ovat muuhun vastaavan ikäiseen työvoimaan verrattuna paremmassa työmarkkina-asemassa: he ovat keskimäärin korkeammin koulutettuja ja useammin hyvässä ammattiasemassa (Sorsa & Rotkirch 2020).

Yleinen työllisyyskehitys on viime vuosina ollut koronakriisin aiheuttamaa notkahdusta lukuun ottamatta myönteistä Suomessa. Vuoden 2022 ensimmäisellä neljänneksellä työllisiä oli keskimäärin 84 000 enemmän kuin vuoden 2021 vastavastavajana ajankohtana ja työtuntien määrä kasvoi 3,1 prosenttia vuoden takaiseen verrattuna. Etenkin naisten työllisyys on kasvanut. Yhä useammissa kahden huoltajan lapsiperheissä molemmat vanhemmat ovat työssä. Vuonna 2014 68 prosentissa kahden huoltajan lapsiperheistä molemmat vanhemmat olivat työllisiä, vuonna 2018 osuus oli noussut 73 prosenttiin. Taustalla on työllisyyden paraneminen erityisesti lapsiperheiden äideillä. Vuonna 2018 lapsiperheiden äitien työllisyysaste oli 77,2 prosenttia, se kasvoi vuonna 2020 79,2 prosenttiin. (Tilastokeskus 2020, 2021, 2022.)



Kuvio 7.1. Työllisyysaste (%) nuorimman lapsen iän mukaan 2013–2021 (20–59-vuotiaat miehet ja naiset). Lähde: Työvoimatutkimus, Tilastokeskus.

Alle kolmivuotiaiden lasten äideillä työllisyysaste on perhevapaiden vuoksi muita äitejä pienempi (kuvio 7.1), mutta tässäkin ryhmässä se on noussut varsinkin korkeammin koulutettujen joukossa. Vuonna 2018 1–2-vuotiaiden lasten äideistä oli työllisiä 58 prosenttia, kun vuonna 2014 osuus oli 53 prosenttia. Korkeasti koulutetuista äideistä kaksi kolmesta oli palannut töihin, ilman perusasteen jälkeistä koulutusta olevista äideistä vain viidesosa. (Tilastokeskus 2020, 2022.)

Vaikka työllisyys on kasvanut, määräaikaiset työsuhteet ovat jonkin verran yleistyneet viime vuosikymmenen aikana. Määräaikaisella työntekijällä on heikompi asema työmarkkinoilla ja epävarmuus tulevaisuudesta kuormittaa arkea, varsinkin jos on perhettä elätettävänä. Vuonna 2009 miehistä 10,6 prosenttia ja naispalkansaajista 18,4 prosenttia oli määräaikaisessa työsuhteessa, vuonna 2018 osuudet olivat 13,4 prosenttia ja 19,4 prosenttia (Tilastokeskus 2020). Lapsiperheiden vanhempien määräaikaisista työsuhteista ei ole saatavilla ajantasaista tietoa.

Osa-aikatyö nähdään usein yhtenä keinona helpottaa lapsiperheiden vanhempien työn ja perheen yhteensovittamista. Verrattuna kokopäiväiseen ansiotyöhön osa-aikatyö mahdollistaa enemmän yhteistä aikaa perheelle, mutta pienempi palkka voi merkitä toimeentulon pulmia. Suomessa naiset tekevät miehiä jonkin verran enemmän osa-aikatyötä, kuitenkin vähemmän kuin muissa Pohjoismaissa. Äidit tekevät osa-aikatyötä yleisimmin lasten ollessa alle kouluikäisiä, tosin joka neljännelle osa-aikatyö on vastentahtoista, kun kokoaikatyötä ei ole tarjolla. Yleisen työllisyystilanteen kohenemisen myötä vastentahtoinen osa-aikatyö on tullut jonkin verran harvinaisemmaksi. Vuoden 2018 työvoimatutkimuksen mukaan lapsiperheiden työllisistä äideistä 15 prosenttia ja isistä alle 4 prosenttia oli osa-aikatyössä. Äideillä osa-aikatyö oli yleisintä alle kolmivuotiaiden lasten perheissä, joissa joka neljäs äiti teki osa-aikatyötä. (Tilastokeskus 2020.)

Osa lapsiperheiden vanhemmista tekee puolestaan pitkiä, yli 45 tunnin työviikkoja. Näissä perheissä perheen yhteinen aika voi olla niukempaa, kun taas toimeentulo on usein helpompaa. Pitkiä työpäiviä teki vuonna 2018 alle 15-vuotiaiden lasten vanhemmista joka viides isä, mutta äideistä alle kymmenesosa (Sorsa & Rotkirch 2020).

Mahdollisuus vaikuttaa päivittäiseen työaikaan tuo jouston mahdollisuuksia työn ja perheen yhteensovittamiseksi. Vuoden 2018 työvoimatutkimuksen mukaan neljällä viidestä alle 15-vuotiaan lapsen työssäkäyvistä vanhemmista oli mahdollisuus vaikuttaa työn alku- ja päättymisaikoihin, isillä äitejä useammin ja korkeasti koulutetuilla sekä päivätyötä tekevillä muita useammin. Kolme neljästä isästä ja kaksi kolmesta äidistä pystyi ottamaan vapaapäivän töistä perhesyiden takia. Etätyötä teki ennen koronaepidemiaa ainakin silloin tällöin 40 prosenttia isistä ja äideistä kolmasosa. Etätyö oli yleisempää korkeasti koulutetuilla sekä niillä, joiden lapset ovat kouluiässä. (Sorsa & Rotkirch 2020.)

Melko monet suomalaisten lapsiperheiden vanhemmat tekevät ansiotyötä niin sanottuina epätyypillisinä aikoina, eli heidän työaikansa ei sijoitu aamun ja ilta-päivän välille. Tällöin lapset voivat tarvita kodin ulkopuolista hoitoa myös iltaisin

tai öisin. Vuoden 2018 työvoimatutkimuksen mukaan alle 15-vuotiaiden lasten työssäkäyvistä vanhemmista yli puolet työskenteli iltaisin, yöllä tai viikonloppuisin (Sorsa & Rotkirch 2020). Perheet 24/7 -tutkimuksen (Kekkonen ym. 2014) mukaan noin puolella epätyypillistä työaikaan tekevästä vanhemmista myös puoliso tekee epätyypillistä työaikaan, neljäsosalla puoliso on säännöllisessä päivätyössä ja kolmasosalla puoliso ei ole työssä. Yksinhuoltajaperheiden ja matalammin koulutettujen äitien lapset ovat muita useammin vuorohoidossa (Sevón ym. 2017). Vuorohoitoa ei kuitenkaan aina ole saatavilla, eivätkä kaikki vuorotyössä olevien vanhempien lapset ole vuorohoidossa. Päivätyössä oleviin verrattuna epätyypillistä työaikaan tekevissä perheissä turvaututaan lastenhoitopalveluiden ohella enemmän myös sukulais- ja tuttavaverkostoihin lapsen hoidon järjestämiseksi (Kekkonen ym. 2014; Lammi-Taskula & Siippainen 2018; Repo ym. 2022). Vuorohoidossa olevilla lapsilla on usein lyhyemmät hoitopäivät kuin säännöllisessä päivähoitossa olevilla lapsilla (Sevón ym. 2017).

Lastenhoidon ratkaisut ja sukupuolten työnjako

Lainsäädännön luomat mahdollisuudet yhdistää ansiotyötä ja hoivavastuuta keskittyvät erityisesti pienten lasten perhevaiheeseen, jolloin vanhemmilla on oikeus koko- tai osa-aikaisiin perhevapaisiin. Laki turvaa pienten lasten vanhemmille oikeuden hoitaa lasta kaikkiaan noin vuoden ajan ansiosidonnaisella vanhempainrahalla ja sen jälkeen kotihoiton tuella ja hoitovapaalla lapsen kolmivuotispäivään saakka, jos lapsi ei ole kunnallisessa päivähoitossa. Joustava hoitoraha ja osittainen hoitoraha tukevat vanhempien mahdollisuutta tehdä osa-aikatyötä pikkulapsivaiheessa. Perhevapaan jälkeen vanhemmilla on työsuhteen voimassa ollessa oikeus palata entiseen työhön. (Miettinen ym. 2021.)

Vaikka isien lastenhoitovastuuta on pyritty perhevapaiden vähittäisellä uudistamisella edistämään luomalla isälle oma vapaakiintiö, äidit kantavat edelleen suurimman vastuun lastenhoidosta. Ajallisesti isien pitämien vapaiden osuus kaikista vanhempainvapaista jää noin kymmenesosaan. Isälle suunnattua kiintiövapaata pitävät muita yleisemmin korkeammin koulutetut isät (Lammi-Taskula ym. 2017; Saarikallio-Torp & Haataja 2016). Isän perhevapaiden ajaksi hankitaan harvemmin sijaista työpaikalle, ja varsinkin ylemmät toimihenkilöiset huolehtivat usein itse työtehtävistään perhevapaasta huolimatta (Närvi 2018). Yleisellä tasolla asenteet miesten perhevapaita kohtaan näyttävät työelämässä kehittyneen myönteiseen suuntaan, mutta joillakin työpaikoilla voidaan edelleen suhtautua hyvinkin nuivasti vanhempainvapaalle jäämisen puheeksi ottavaan tai perhevapaalle jäävään isään (Närvi 2017a; Tasa-arvovaltuutettu 2018). Työkiireet tai työtilanne ovat yleisimpiä työssä käyvien isien syitä jättää lyhytkin isyysvapaa käyttämättä, ja pidemmän vapaan esteenä on isillä usein kokemus pitkän työstä poissaolon hankaluudesta (Närvi 2018; Närvi & Salmi 2019).

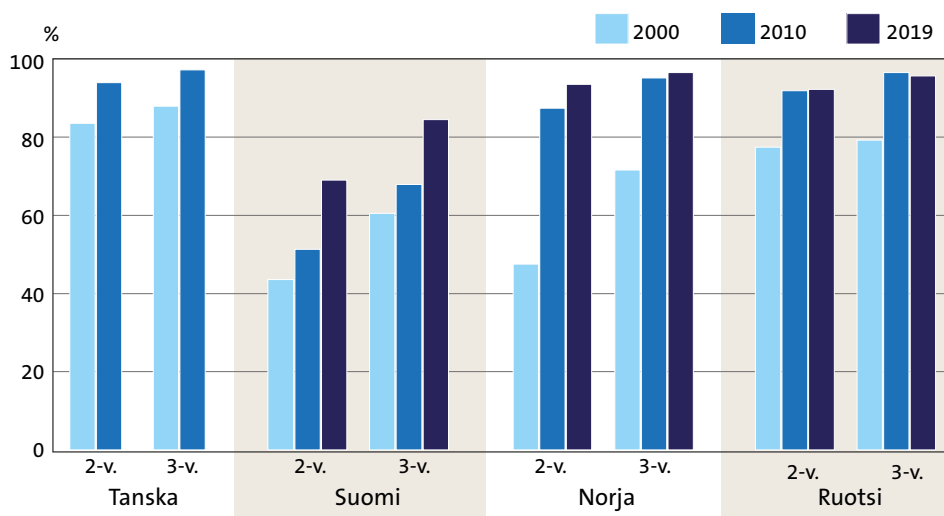
Korkeasti koulutetut äidit palaavat muita useammin töihin heti vanhempainvapaan jälkeen, ja jos he hyödyntävät kotihoidon tukea, jaksot ovat lyhyempiä kuin muilla äideillä. Äitien vapaan kesto on yhteydessä myös isien kiinnostukseen pitää vanhempainvapaata: jos isä jakaa vanhempainvapaata äidin kanssa, äiti käyttää kotihoidon tukea lyhyemmän ajan. Heikko työmarkkina-asema on kuitenkin Suomessa tärkeä äitien pitkien perhevapaiden selittäjä: pitkään kotihoidon tukea käyttävät äidit, joilla on vähän koulutusta eikä työpaikkaa, johon palata. Näiden äitien on myös vaikea löytää uutta työpaikkaa nykyisiltä työmarkkinoilta, mikä osaltaan voi pitkittää kotihoidon tuen käyttöä. (Närvi 2017b; Räsänen ym. 2020).

Perhevapaiden tasaisempi jakaminen heijastuu myöhempään työnjakoon vanhempien välillä. Monissa tutkimuksissa on huomattu, että pidempiä vapaajaksoja käyttäneet isät ottavat muita isiä suuremman vastuun lapsenhoidosta ja kotitöistä myös perhevapaan jälkeen. Pidemmät perhevapaat myös vahvistavat isän ja lapsen suhdetta sekä tässä ja nyt että mahdollisen eron jälkeisessä isyydessä. (Esim. Almqvist & Duvander 2014; Huerta ym. 2014; O'Brien & Wall 2017; Ottosen 2014.) Myös suomalaisessa tutkimuksessa (Eerola ym. 2022) havaittiin, että isän muutamaa viikkoa pidempi perhevapaa oli yhteydessä tasaisemmin jaettuihin vastuisiin vanhempien kesken lapsen ollessa neljävuotias silloin, kun kyse oli konkreettisesti lapsenhoidosta kuten pukemisesta ja ruokailuista huolehtimisesta. Sen sijaan isän pitämä perhevapaa tai sen pituus ei ollut yhteydessä siihen, miten tasaisesti vanhemmat jakoivat lapsen kanssa leikkimistä tai niin sanottua metatyötä kuten vastuuta lasta koskevista päätöksistä tai yhteydenpitoa esimerkiksi päiväkotiin tai lapsen ystäviin.

Kaikissa Pohjoismaissa asenteet vanhempien sukupuolittunutta työnjakoa kohtaan ovat viime vuosikymmenten aikana kehittyneet tasa-arvoisempaan suuntaan. Eurooppalaisten arvoja mittaavassa kyselyssä (European Values Study) näitä asenteita on usean vuosikymmenen aikana mitattu muun muassa väittämällä ”Lapset kärsivät, jos äiti on ansiotyössä”. Vielä 1990-luvun alussa yli puolet suomalaisista ja islantilaisista ja lähes puolet norjalaisista vastaajista oli täysin tai osittain samaa mieltä väitteen kanssa, Ruotsissa osuus oli jopa lähes kolme neljästä, kun taas Tanskassa vain kolmannes. Viimeisimmässä tiedonkeruussa (2017–2020) vastaava osuus oli Suomessa, Ruotsissa ja Tanskassa laskenut alle viidesosaan, Islannissa ja Norjassa se oli vähän reilu viidesosa. Nuoret, alle 30-vuotiaat vastaajat olivat niin 1990-luvulla kuin 2010-luvullakin muita useammin eri mieltä tämän väittämän kanssa, mutta nuorten miesten asenteet ovat hieman perinteisempiä kuin nuorten naisten. Nuorten asenteet muuttuvat kuitenkin perinteisemmiksi heidän tultuaan itse vanhemmiksi. (Rostgaard & Ejrnæs 2021; Lammi-Taskula 2022.)

Käsitykset sukupuolten työnjaosta palkattoman hoivatyön ja ansiotyön välillä heijastuvat myös lapsiperheiden lastenhoidon ratkaisuihin. Suomessa lasten kotihoito on muita Pohjoismaita yleisempää, ja vastaavasti varhaiskasvatukseen osallistuminen vähäisempää. Erityisesti kaksi- ja kolmevuotiaiden lasten osallistuminen varhaiskasvatukseen on kuitenkin yleistynyt Suomessa viime vuosina. (Tuononen 2021.)

EU:n tulo- ja elinolotutkimuksen (EU-SILC) -väestökyselyyn perustuvien tietojen mukaan (Eurostat 2022) vuonna 2020 Tanskassa 0–2-vuotiaista lapsista kaksi kolmasosaa oli kokopäiväisessä (yli 30 h viikossa) varhaiskasvatuksessa, kun Suomessa osuus oli vajaa kolmasosa ja Ruotsissa reilu kolmasosa. Kun otetaan huomioon sekä kokopäiväinen että osa-aikainen osallistuminen, kansallisten tilastokeskusten antamien tietojen mukaan kaksivuotiaista lapsista oli vuonna 2019 kodin ulkopuolisessa koko- tai osa-aikaisessa varhaiskasvatuksessa Suomessa pienempi osuus kuin muissa Pohjoismaissa (kuvio 7.2). Palvelujärjestelmästä tulevien tietojen pohjalta muodostetun THL:n varhaiskasvatustilaston (Säkkinen & Kuoppala 2021) mukaan varhaiskasvatukseen osallistuvien yksivuotiaiden osuus oli vuonna 2020 37 prosenttia koko ikäryhmästä, kaksivuotiaiden 72 prosenttia ja kolmivuotiaiden yli 84 prosenttia. Yleisimmin lapset olivat hoidossa kunnallisessa päiväkodissa.



Kuvio 7.2. Kaksi- ja kolmivuotiaiden lasten osallistuminen varhaiskasvatukseen kodin ulkopuolella Pohjoismaissa 2000–2019. Lähde: Nordicstatistics.org.

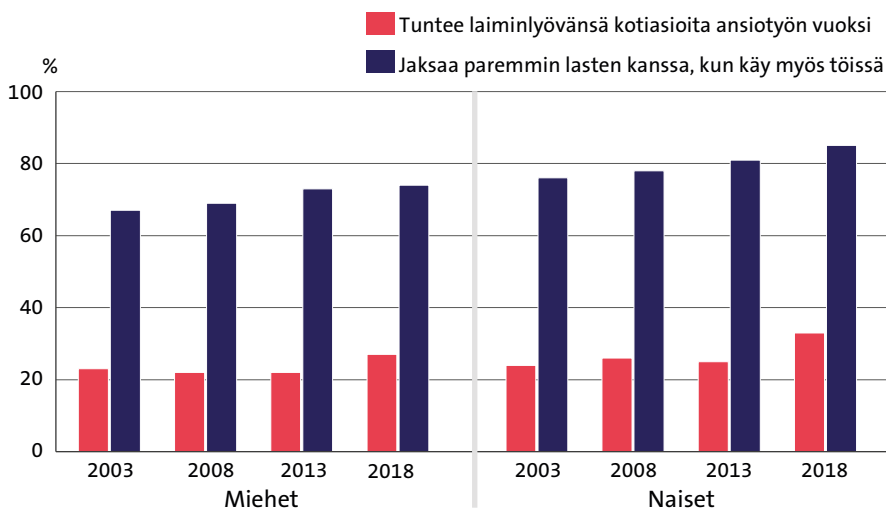
Vanhempien koulutustaso on yhteydessä niin lastenhoitoa koskeviin asenteisiin kuin käytäntöihinkin. Vähemmän koulutetut ovat yleisemmin samaa mieltä siitä, että äidin ansiotyö on lapsille vahingollista (Lammi-Taskula 2022), ja heidän perheissään äiti hoitaa lapsia kotona pidempään kuin korkeammin koulutettujen perheissä (Räsänen ym. 2020). Tästä huolimatta lähes kaikki suomalaiset lapset osallistuvat varhaiskasvatukseen jossakin ikävaiheessa, ja enemmistö äideistä on kokopäivätyössä viimeistään lapsen ollessa alakouluikässä. Varhaiskasvatuksella onkin kasvatuksellisen ja opetuksellisen tehtävänsä ohella suuri merkitys etenkin äitien työssäkäynnin, vanhempien työn ja perheen yhteensovittamisen ja siten lapsiperheiden hyvinvoinnin edistämiseksi.

Yhteensovittamisen kokemuksia

Valtaosa niin pienten lasten äideistä kuin isistäkin sovittelee siis arjessaan lähes päivittäin yhteen ansiotyötä ja perhe-elämää erilaisissa perhe- ja työtilanteissa. Tutkimus on osoittanut, että perheasioiden ei kovin yleisesti koeta häiritsevän lapsiperheiden vanhempien keskittymistä työhön. Perhe asettaa kuitenkin rajoituksia joillekin työelämän vaatimusten täyttämiseksi. Lapsiperheiden äideille ovat isää yleisemmin hankalia yön yli kestävät työmatkat tai työhön liittyvät iltatilaisuudet, ammatilliset jatko-opinnot tai työskentely öisin tai viikonloppuisin (Salmi & Lammi-Taskula 2014a).

Kielteisiä vaikutuksia heijastuu enemmän työstä perhe-elämään. Työpaineita lisää työtahdin tiukentuminen, työtehtävien määrän lisääntyminen sekä henkilöstön määrän vähentäminen työtehtäviin nähden. Vuoden 2020 perhebarometrin mukaan työn ja perheen yhteensovittamista hankaloittavat etenkin uuvuttava työ, pitkät työpäivät sekä ennustamattomat tai vaikeat työajat (Sorsa & Rotkirch 2020). Työn ajan ja paikan joustot lisäävät mahdollisuutta vaikuttaa oman työn tekemiseen, mutta samalla työn ja muun elämän raja voi hämärtyä. Moni vanhempi kokee huonoa omatuntoa perheasioiden laiminlyönnistä työn kustannuksella. Varsinkin pienten lasten vanhemmat kokevat työnsä vuoksi yleisesti ajanpuutetta lastensa kanssa ja erityisesti äidit ovat huolissaan omasta jaksamisestaan lastensa vanhempana (Salmi & Lammi-Taskula 2014). Työolotutkimusten mukaan tunne kotiasioiden laiminlyönnistä ansiotyön vuoksi oli 2010-luvun loppupuolella palkansaajien joukossa yleistynyt (kuvio 7.3); kokemukset olivat yleisempiä naisille kuin miehille ja etenkin alle kouluikäisten lasten vanhemmille (Sutela ym. 2019).

Suurin osa työntekijöistä kokee työn ja perheen yhteensovittamisen onnistuvan kuitenkin hyvin (Sorsa & Rotkirch 2020). Ansiotyö heijastuu myös myönteisesti perhe-elämään. Monille pienten lasten vanhemmille työ tarjoaa hengähdystauon perheen hälinästä, ja erityisesti äidit kokevat jaksavansa paremmin lasten kanssa, kun he ovat myös ansiotyössä. Tämä myönteinen kokemus on palkansaajilla yleistynyt koko 2000-luvun ajan (kuvio 7.3). Lapset ovat myös hyvää vastapainoa työlle ja auttavat vanhempia irrottautumaan työasioista kotona. (Salmi & Lammi-Taskula 2014; Sutela ym. 2019.)



Kuvio 7.3. Palkansaajien kokemuksia ansiotyön ja muun elämän yhteensovittamisesta 2003–2018 (vastaajan mukaan väite pitää täysin tai jokseenkin paikkansa). Lähde: Työolotutkimus, Tilastokeskus (kuvio perustuu Sutela ym. 2019 tutkimukseen).

Koronaepidemian vaikutuksia työn ja perheen yhteensovittamiseen

Vuonna 2020 alkanut koronaepidemia ja sen tuomat väliaikaiset poikkeustoimet, suositukset ja rajoitukset ovat kuitenkin viime vuosina heijastuneet pienten lasten vanhempien kokemuksiin työn ja perheen yhteensovittamisesta. Etenkin epidemia-ajan ensimmäinen kevät poikkeusoloineen oli vanhemmille, erityisesti äideille, yhteensovittamisen kannalta hankalaa aikaa, kun suuri osa alle kouluikäisistä lapsista jäi väliaikaisesti pois varhaiskasvatuksesta ja valtaosa kouluikäisistä lapsista siirtyi etäopetukseen. Vaikka etätyöhön siirtyneille vanhemmille kotona olevista lapsista huolehtiminen saattoi olla helpompaa, juuri etätyössä olleet koki kuitenkin työn ja lastenhoidon yhteensovittamisen tuolloin hankalimmaksi. (Närvi & Lammi-Taskula 2021; Närvi ym. 2022.)

Sen sijaan epidemian jatkuessa, mutta poikkeusolojen päätyttyä, etätyö yhtenä työn joustavuuden muotona näyttäisi pikemminkin tukevan vanhemmuuden ja ansiotyön yhteensovittamista (mt., Sutela & Pärnänen 2021). Etätyön yleistyttyä suorastaan räjähdysmäisesti koronaepidemian myötä aiempaa useampi vanhempi pääsee hyötymään sen tuomista jouston mahdollisuuksista lapsiperheiden arjessa. Myös sukupuolten välinen aiempi ero etätyön tekemisessä on nais- ja miespalkansaajien välillä lähes kuroutunut umpeen (Sutela & Pärnänen 2021).

Toisaalta jatkossakaan kaikilla aloilla ja kaikissa tehtävissä, etenkin työntekijäammateissa, etätö ei ole mahdollista. Työssä käyvien pienten lasten vanhempien mahdollisuuden sovittaa yhteen työ ja perhe ovat siten erilaiset. Etätöillä voi lisäksi olla myös ristiriitaisia vaikutuksia työn ja perheen yhteensovittamiseen; kottona tehtävä etätö voi yhtäältä puskuroida työn kuormitusta, mutta se ei välttämättä riitä lisäämään työn ja perheen myönteistä tasapainoa, etenkin jos etätöitä käytetään työn muodollisten joustojen sijaan (Ojala 2014). Muuttuvan työelämän luomia edellytyksiä tai esteitä työn ja perheen yhteensovittamiselle onkin tärkeää seurata tutkimuksen keinoin myös jatkossa.

Tulevaisuuden suuntia

Kuten edellä on kuvattu, vanhemmat tekevät ratkaisujaan työn ja perheen yhteensovittamiseksi erilaisten yhteiskunnallisten, rakenteellisten ja kulttuuristen reunaehtojen risteyskohdissa. Myös pienten lasten vanhempien tulevat mahdollisuudet yhdistää vanhemmuutta ja ansiotyötä kytkeytyvät erilaisiin kehityssuuntiin muun muassa perhepolitiikassa, työelämässä tai käsityksissä vanhemmuudesta ja sukupuolten työnjaosta.

Vuonna 2022 uudistunut perhevapaajärjestelmä, jossa vanhemmilla on käytössään yhtä pitkät vapaajaksot ja jonka myötä nykyinen isän käytettävissä oleva vapaakiintiö pitenee, vahvistaa ajatusta tasa-arvoisesta vanhemmuudesta. Uudistuksen on toivottu paitsi lisäävän isien lapsenhoitovastuuta myös parantavan äitien asemaa ja siten tasa-arvoa työelämässä (Miettinen ym. 2021). Perhevapaajärjestelmän rakenteella onkin merkitystä sille, miten vanhemmat käyttävät vapaita ja onnistuvat sovittamaan yhteen pienen lapsen hoitoa ja työssäkäyntiä, mutta merkitystä on myös työelämän tarjoamilla mahdollisuuksilla.

2020-luvun alkuvuosien koronakriisi on jo muuttanut niin työ- kuin perhe-elämää, ja osa muutoksista jäänee käyttöön vielä tulevaisuudessakin. Jos etenkin pienten lasten äitien työllisyys jatkaa kasvuaan, työelämässä on yhä enemmän vanhempia, jotka pohtivat, kuinka yhdistää arjessaan ansiotyö ja pienen lapsen vanhemmuus. Kasvava työvoimapula voi joillakin aloilla saada työnantajat pohtimaan myös työpaikan perheystävällisyyttä yhtenä keinona houkutellessa työntekijöitä. Toisaalta samalla etenkin naispalkansaajien keskuudessa ovat viime vuosina yleistyneet kiire ja uupumuksen tunteet (Sutela ym. 2019), jotka voivat viedä voimia ansiotyön ulkopuolisesta arjesta ja heijastua kielteisesti perhe-elämään. Muihin Pohjoismaihin verrattuna työhön liittyvät tekijät, etenkin vaativa tai uuvuttava työ mutta myös pitkät työmatkat, hankaloittavat selvästi enemmän suomalaisten vanhempien työn ja perheen yhteensovittamista (Sorsa & Rotkirch 2020) ja saattavat heijastua myös lastenhankintaan (Rotkirch 2021; ks. myös Klemetti ym. tässä teoksessa). Korona-aikana yleistynyt etätö ja muun muassa työmatkoihin kuluvan ajan vähentyminen voivat kuitenkin tulevaisuudessa lisätä vanhempien yhteistä aikaa lasten kanssa.

Muutokset niin perhevapaissa kuin työelämässä voivat myös pidemmällä aikavälillä muovata käsityksiä isyydestä ja äitiydestä. Nuorempien ikäpolvien käsitykset sukupuolten välisestä tasa-arvosta ovat myönteisempiä, ja perhevapaauudistuksen myötä ajatus isistä pienen lapsen tasavertaisina hoivaajina yleistyne entisestään. Koronakriisi ja sosiaalisen etäisyyden pitämiseen tähänneet rajoitukset ja suositukset nostivat myös osassa perheitä ainakin hetkellisesti ydinperheen kesken vietetyn ajan uudelleenlaiseen arvoonsa (Paju 2020; Klemetti ym. 2021), mutta pidemmän aikavälin seurauksia ihanteille on vaikea ennakoita.

Tutkimuksen rajoitukset

Tässä luvussa esitellyt tilastotiedot ja tutkimustulokset perustuvat väestökyselyihin. Kyselytutkimusten vastausosuudet ovat viime vuosikymmenten aikana pienentyneet ja kyselyihin vastaavat muita aktiivisemmin paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevat. Vaikka kyselyaineistojen analyysissa mahdollista vinoutumista voidaan pyrkiä tasaamaan käyttämällä painokertoimia, niiden pohjalta syntyvä kuva hyvinvoinnista voi silti olla myönteisempi kuin väestön keskuudessa tosiasiasa vallitseva tilanne. Näin ollen tässäkin luvussa saattavat jäädä liian vähälle huomiolle niiden lapsiperheiden kokemukset, joissa erilaisia hyvinvoinnin vajeita tai syrjäytymisriskejä on keskimääräistä enemmän.

Lähteet

- Alasuutari, Maarit & Lammi-Taskula, Johanna & Repo, Katja & Karila, Kirsti & Närvi, Johanna & Eerola, Petteri (2022): Lastenhoidon ja varhaiskasvatuksen ratkaisujen tarkastelun lähtökohtia. Teoksessa Petteri Eerola, Katja Repo, Maarit Alasuutari, Kirsti Karila & Johanna Lammi-Taskula (toim.): Lastenhoidon ja varhaiskasvatuksen monet polut. Lasten, perheiden ja politiikan näkökulmia. Helsinki: Gaudeamus, 7–16.
- Allardt, Erik (1993): Having, Loving, Being: An Alternative to Swedish Model of Welfare Research. Teoksessa Martha Nussbaum & Amartya Sen: The Quality of Life. Oxford: Clarendon Press.
- Almqvist, Anna-Lena & Duvander, Ann-Zofie (2014): Changes in gender equality? Swedish fathers' parental leave, division of childcare and housework. *Journal of Family Studies* 20(1), 19–27. <https://doi.org/10.5172/jfs.2014.20.1.19>
- Eerola, Petteri (2018): Tunteita herättävä lastenhoito. Teoksessa Petteri Eerola & Henna Pirskanen (toim.): Perhe ja tunteet. Helsinki: Gaudeamus, 299–315.
- Eerola, Petteri & Närvi, Johanna & Lammi-Taskula, Johanna (2022): Can fathers' leave take-up dismantle gendered parental responsibilities? Evidence from Finland. *Journal of Family Research*. <https://doi.org/10.20377/jfr-723>
- Gornick, Janet C. & Meyers, Marcia K. (2008): Creating gender egalitarian societies: An agenda for social reform. *Politics*

- & Society 36(3), 313–349. <https://doi.org/10.1177/0032329208320562>
- Hobson, Barbara (2013): Introduction: capabilities and agency for worklife balance – a multidimensional framework. Teoksessa Barbara Hobson (toim.): *Worklife Balance. The Agency and Capabilities Gap*. Oxford: Oxford University Press.
- Hokka, Päivi (2018): Työn ja perheen yhteensovittaminen. Teoksessa Henna Attila, Marjut Pietiläinen, Miina Keski-Petäjä, Päivi Hokka & Markku Nieminen: *Tasa-arvobarometri 2017. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 8/2018*. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3932-5>
- Huerta, Maria C. & Adema, Willem & Baxter, Jennifer & Han, Wen-Jui & Lausten, Mette & Lee, Raehyuck & Waldfogel, Jane (2014): Fathers' leave and fathers' involvement: Evidence from four OECD countries. *European Journal of Social Security* 16(4), 308–347. <https://doi.org/10.1177/138826271401600403>
- Kekkonen, Marjatta & Rönkä, Anna & Laakso, Marja-Liisa & Tammelin, Mia & Malinen, Kaisa (2014): *Lapsiperheet 24/7 –taloudessa*. Teoksessa Johanna Lammi-Taskula & Sakari Karvonen (toim.): *Lapsiperheiden hyvinvointi 2014*. Teema 21. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 52–69. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-270-6>
- Klemetti, Reija & Vuorenmaa, Maaret & Helakorpi, Satu (2021): *Vauvaperheiden hyvinvointi – FinLapset-kyselytutkimus 2020. Tilastoraportti 6/2021*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202103227990>
- Lammi-Taskula, Johanna (toim. 2022): *Young parents on parental leave in the Nordic countries. Working Paper 13/2022*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-849-1>
- Lammi-Taskula, Johanna & Karvonen, Sakari (2014, toim.): *Lapsiperheiden hyvinvointi 2014*. Teema 21. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-270-6>
- Lammi-Taskula, Johanna & Salmi, Minna & Närvi, Johanna (2017): *Isien perhevapaat*. Teoksessa Minna Salmi & Johanna Närvi (toim.): *Perhevapaat, talouskriisi ja sukupuolten tasa-arvo. Raportti 4/2017*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 105–134. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-884-5>
- Lammi-Taskula, Johanna & Siippainen, Anna (2018): *Vanhempien vuorotyö, lasten hyvinvointi ja yhteistyö vanhempien kanssa varhaiskasvatuksessa*. *Yhteiskuntapolitiikka* 83(4), 422–426. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2018092036142>
- Lammi-Taskula, Johanna & Toppinen-Tanner, Salla (2019): *Työelämä ja vanhemmuuden haasteet*. Teoksessa Tuovi Hakulinen, Taina Laajasalo & Jukka Mäkelä (toim.): *Vanhemmuuden ja parisuhteen tuen vahvistaminen. Teoriasta käytäntöön. Ohjaus 9/2019*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-357-1>
- Miettinen, Anneli & Rotkirch, Anna (2012): *Yhteistä aikaa etsimässä. Lapsiperheiden ajankäyttö 2000-luvulla. Väestötutkimuslaitos Katsauksia E42/2012*. Helsinki: Väestöliitto.
- Miettinen, Anneli & Salmi, Minna & Närvi, Johanna & Lammi-Taskula, Johanna (2021): *Finland country note*. Teoksessa Alison Koslowski, Sonja Blum, Ivana Dobrotić, Gayle Kaufman & Peter Moss (toim.) *17th International Review of Leave Policies and Related Research 2021*. DOI: 10.18445/20210817-144100-0. Saatavilla <https://www.leavenetwork.org/annual-review-reports/review-2021/> (luettu 23.8.2022).
- Moring, Anna & Lammi-Taskula, Johanna (2021): *Parental Leave Reforms in Finland 1977–2019 from a Diversity Perspective*. *J Social Inclusion* 9(2). <https://doi.org/10.17645/si.v9i2.3796>
- Närvi, Johanna (2017a): *Perhevapaat työpaikoilla ja työelämässä*. Teoksessa Minna Salmi & Johanna Närvi (toim.): *Perhevapaat, talouskriisi ja sukupuolten tasa-arvo. Raportti 4/2017*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 135–185. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-884-5>
- Närvi, Johanna (2017b): *Äitien perhevapaat ja osallistuminen työelämään*. Teoksessa Minna Salmi & Johanna Närvi (toim.): *Perhevapaat, talouskriisi ja sukupuolten tasa-arvo. Raportti 4/2017*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 64–104. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-884-5>
- Närvi, Johanna (2018): *Isä hoitaa – vai hoitaako? Väestökyselyn ja haastattelujen tuloksia isien perhevapaiden käytöstä*. *Työpäperi 1/2018*. Helsinki: Terveyden

- ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-995-8>
- Närvi, Johanna & Lammi-Taskula, Johanna (2021): Lapsiperheiden hyvinvointi koronaepidemian aikana. Osaraportti 3: Vanhempien kokemukset työn ja perheen yhteensovittamisesta ja hoivan jakamisesta. JYU Reports 11. Jyväskylän yliopisto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-8938-5>
- Närvi, Johanna & Lammi-Taskula, Johanna & Saarikallio-Torp, Miia & Sihvonen, Ella & Miettinen, Anneli (2022): Hoivan jakaminen ja vanhempien hyvinvointi. Teoksessa Merita Mesiäislehto, Anna Elomäki, Minna Kivipelto, Johanna Närvi, Tapio Räsänen, Hanna Sutela & Elina Kärkkäinen (toim.): Koronakriisin vaikutukset sukupuolten tasa-arvoon Suomessa. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:46. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-244-2>
- Närvi, Johanna & Salmi, Minna (2019): Quite an encumbrance? Work-related obstacles to Finnish fathers' take-up of parental leave. *Community, Work & Family* 22(1), 23–42. <https://doi.org/10.1080/13668803.2018.1487828>
- O'Brien, Margaret & Wall, Karin (2017, toim.): Comparative perspectives on work-life balance and gender equality: Fathers on leave alone. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-42970-0>
- Ojala, Satu (2014): Ansiotyö kotona ikkunana työelämään. Kotona työskentelyn käsitteet, piirteet sekä yhteydet hyvinvointiin. Tampere: Tampereen yliopisto. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-9468-0>
- Ottosen, Mai Heide (2014): The long-term impacts of early paternal involvement in childcare in Denmark: what happens after nuclear family dissolution. Teoksessa Guðný Björk Eydal & Tine Rostgaard (toim.): Fatherhood in the Nordic Welfare States. Comparing care policies and practice. Bristol: Policy Press, 251–274.
- Paju, Petri (2020): Paikoiltaan siirretty arki. Koronakriisin vaikutukset lapsiperheiden elämään. Lastensuojelun Keskusliiton verkkojulkaisu 2/2020. [https://www.lskl.fi/julkaisut/paikoiltaan-siirretty-arki-selvitys/\(luettu 13.5.2022\)](https://www.lskl.fi/julkaisut/paikoiltaan-siirretty-arki-selvitys/(luettu%2013.5.2022))
- Pfau-Effinger, Birgit (2012): Women's employment in the institutional and cultural context. *International journal of sociology and social policy* 32(9), 530–543. <https://doi.org/10.1108/01443331211257634>
- Picken, Natalie & Janta, Barbara (2020): Leave policies and practice for non-traditional families. European Commission, Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/276102>
- Repo, Katja & Moilanen, Sanna & Siippainen, Anna & Lammi-Taskula, Johanna (2022): Työelämä ja perheiden lastenhoito- ja varhaiskasvatusratkaisut. Teoksessa Petteri Eerola, Katja Repo, Maarit Alasuutari, Kirsti Karila & Johanna Lammi-Taskula (toim.): Lastenhoidon ja varhaiskasvatuksen monet polut. Lasten, perheiden ja politiikan näkökulmia. Helsinki: Gaudeamus, 153–170.
- Rostgaard, Tine & Ejrnæs, Anders (2021): How Different Parental Leave Schemes Create Different Take-Up Patterns: Denmark in Nordic Comparison. *Social Inclusion* 9(2), 313–324. <https://doi.org/10.17645/si.v9i2.3870>
- Rotkirch, Anna (2021): Syntyvyyden toipuminen ja pitenevä elinikä: Linjauksia 2020-luvun väestöpolitiikalle. Valtioneuvoston kanslian julkaisuja 2021:2. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-073-8>
- Räsänen, Tapio & Miettinen, Anneli & Saarikallio-Torp, Miia (2020): Äidin työmarkkina-asema ja lasten kotihoidon pituus. *Talous ja yhteiskunta* 48(1), 24–29.
- Saarikallio-Torp, Miia & Haataja, Anita (2016) Isien vanhempainvapaiden käyttö on yleistynyt. Ketkä isät vapaita käyttävät ja ketkä eivät? Teoksessa Anita Haataja, Ilpo Airio, Miia Saarikallio-Torp & Maria Valaste (toim.): Laulu 573 566 perheestä. Lapsiperheet ja perhepolitiikka 2000-luvulla. Helsinki: Kela, 80–115.
- Salmi, Minna & Lammi-Taskula, Johanna (2014): Työn ja perheen yhteensovittaminen hyvinvoinnin tekijänä. Teoksessa Johanna Lammi-Taskula & Sakari Karvonen (toim.): Lapsiperheiden hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus, 38–51. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-270-6>
- Salmi, Minna & Lammi-Taskula, Johanna (2014): Policy goals and obstacles for fathers' parental leave in Finland. Teoksessa Guðný Björk Eydal & Tine Rostgaard (toim.): Fatherhood in the Nordic Welfare States. Comparing care policies and practice. Bristol: Policy Press.

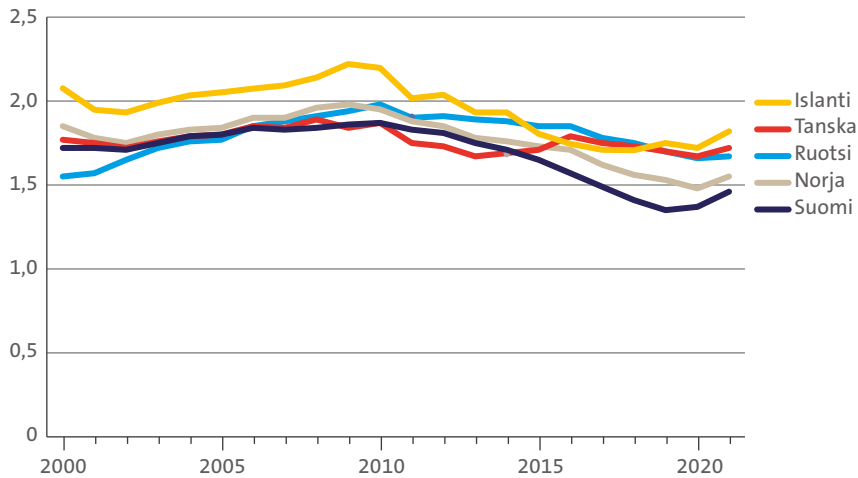
- Salmi, Minna & Lammi-Taskula, Johanna (2011): Joustoa työn vai perheen hyväksi? Teoksessa Petteri Pietikäinen (toim.): Työstä, jouta ja jaksa. Työn ja hyvinvoinnin tulevaisuus. Helsinki: Gaudeamus.
- Salmi, Minna & Lammi-Taskula, Johanna (2011): Job Quality, Work-Family Tensions and Well-Being: The Finnish Case. Teoksessa Sonja Drobnic & Ana Guillén (toim.): Work-Life Balance in Europe. The Role of Job Quality. Work and Welfare in Europe. Palgrave Macmillan.
- Sevón, Eija & Rönkä, Anna & Räikkönen, Eija & Laitinen, Niina (2017): Daily rhythms of young children in the 24/7 economy: A comparison of children in day care and day and night care. *Childhood* 24(4), 453–469. <https://doi.org/10.1177/0907568217704048>
- Sorsa, Tiia & Rotkirch, Anna (2020): Työ ja perhe ne yhteen soppii? Perhebarometri 2020. Helsinki: Väestöliitto. <https://www.vaestoliitto.fi/verkkojulkaisut/tyo-ja-perhe-ne-yhteen-soppii/#publication-content> (luettu 23.8.2022)
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Työvoimatutkimus. Perheet ja työ 2018. Helsinki: Tilastokeskus. http://www.stat.fi/til/tyti/2018/14/tyti_2018_14_2019-11-14_tie_001_fi.html (luettu 17.3.2022)
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Työvoimatutkimus. Perheet ja työ 2020. Helsinki: Tilastokeskus. http://www.stat.fi/til/tyti/2020/14/tyti_2020_14_2021-11-02_tie_001_fi.html (luettu 12.5.2022)
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Perheet 2020. Helsinki: Tilastokeskus. http://www.stat.fi/til/perh/2020/perh_2020_2021-05-28_tie_001_fi.html (luettu 25.5.2022)
- Sutela, Hanna & Pärnänen, Anna (2021): Koronakriisin vaikutus palkansaajien työoloihin. Työpaperi 1/2021. Helsinki: Tilastokeskus. https://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/julkaisuluettelo/ywrp1_202100_2021_25870_net.pdf (luettu 23.8.2022)
- Sutela, Hanna & Pärnänen, Anna & Keyriläinen, Marianne (2019): Digiajan työelämä – työolotutkimuksen tuloksia 1977–2018. Helsinki: Tilastokeskus. <https://www.doria.fi/handle/10024/184209>
- Säkkinen, Salla & Kuoppala, Tuula (2021): Varhaiskasvatus 2020. Tilastoraportti 32/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021092747152>
- Tasa-arvovaltuutettu (2018): Tasa-arvovaltuutetun kertomus eduskunnalle 2018. Tasa-arvojulkaisuja 2018:4.
- Tuononen, Mika (2021): Varhaiskasvatukseen osallistuminen yleistyy nopeasti Suomessa ja kansainvälisesti. Tieto & Trendit, Tilastokeskus. <https://www.stat.fi/tietotrendit/artikkelit/2021/varhaiskasvatukseen-osallistuminen-yleistyy-nopeasti-suomessa-ja-kansainvalisesti/> (luettu 23.8.2022)
- Ylikännö, Minna & Pääkkönen, Hannu & Hakovirta, Mia (2014): Time use of Finnish fathers – do institutions matter? Teoksessa Guðný Björk Eydal & Tine Rostgaard (toim.): Fatherhood in the Nordic Welfare states. Comparing care policies and practice. Bristol: Policy Press.

8

Lastensaantitöiveet suomalaisissa vauvaperheissä

Suomi on muuttunut kymmenessä vuodessa yhdeksi Euroopan matalimman syntyvyyden maaksi. Vuonna 2021 syntyvyyden lasku taittui, mutta vuonna 2022 on jälleen syntynyt selvästi vähemmän lapsia kuin edellisenä vuonna. Syntyvyyden laskua on selitetty taloudellisilla tekijöillä ja työn ja perheen yhteensovittamisen ongelmilla sekä haluttomuudella sitoutua pieniin lapsiin. Mitkä tekijät painavat silloin, kun perheessä on jo vähintään yksi lapsi? Mikä merkitys on vanhempien terveydellä ja jaksamisella lastensaantitöiveisiin? Miten voidaan tukea vanhempia saavuttamaan toivomansa lapsiluku? Näitä kysymyksiä pohdimme tässä artikkelissa käyttäen aineistona vauvaperheille suunnattua FinLapset-kyselytutkimusta.

Vielä 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä syntyvyys oli Suomessa ja muissa Pohjoismaissa selvästi korkeammalla tasolla kuin muissa Euroopan maissa. Korkea syntyvyys yhdistettiin maiden hyvätasoisena pidettyyn perhepolitiikkaan ja kattavaan sosiaaliturvaan, jotka helpottivat työn ja perheen yhteensovittamista ja vähensivät lapsiperheiden köyhyysriskiä (Gauthier & Philipov 2008; Rønsen & Skrede 2010). Vuosikymmenen taitteeseen sijoittuva talouskriisi käänsi syntyvyyden kuitenkin laskusuuntaan valtaosassa teollisuusmaita, myös Pohjoismaissa



Kuvio 8.1. Kokonaishedelmällisyys Pohjoismaissa vuosina 2000–2021. Lähteet: Statistics Denmark, Statistics Sweden, Statistics Norway, Statistics Iceland ja Statistics Finland 2021.

(kuvio 8.1). Kriisin seurauksena työttömyysluvut kasvoivat ja taloudellinen epävarmuus lisääntyi varsinkin nuorten aikuisten keskuudessa (O’Higgins & Coppola 2016; Comolli ym. 2021). Talouden elpymisestä huolimatta syntyvyysluvut ovat jääneet matalalle tasolle useimmissa EU-maissa, ja syntyvyyden lasku on jatkunut sellaisissakin maissa, jotka selvisivät talouskriisistä muita vähäisemmin vaurioin. Vuonna 2020 kokonaishedelmällisyysluku oli esimerkiksi Suomessa ja Norjassa alle EU-maiden keskiarvon. Syntyvyys on laskenut myös aiemmin korkean hedelmällisyyden maissa, kuten Ranskassa ja Yhdysvalloissa (Sobotka ym. 2021).

Vuosittain syntyneiden lasten määrä jäi Suomessa 2000-luvulla selvästi jälkeen 1990-luvun alkuvuosien tasosta. Synnyttäjäikäluokan pienenemisen vuoksi kokonaishedelmällisyysluku eli karkeasti naista kohden syntyvien lasten määrä kuitenkin kohosi ja oli 1,87 vuonna 2010, korkeimmillaan sitten 1990-luvun alun. Tämän jälkeen syntyvyys alkoi laskea voimakkaasti ja vuonna 2019 tavoitettiin tilastoidun historian matalin taso, 1,35 (SVT 2021).

Ikäryhmittäisten hedelmällisyyslukujen perusteella laskettava periodikokonaishedelmällisyysluku eli kokonaishedelmällisyys tietyn ajanjakson, esimerkiksi yhden vuoden aikana on altis lastensaannin ajoittamisessa tapahtuville muutoksille. Ensisyntyneiden iän kohoaminen ja lastensaannin siirtyminen yhä myöhemmäksi selittääkin osaltaan kokonaishedelmällisyyden laskua. Ensisyntyneiden ikä on Suomessa kohonnut tasaisesti, ja oli vuonna 2020 jo lähes 30 vuotta. Ensi kertaa isäksi tulleiden suomalaismiesten keski-ikä kehitys on ollut hyvin samankaltaista

kuin ensisynnyttäjien (Paavilainen ym. 2016). Tällä hetkellä Suomessa tullaan ensimmäistä kertaa isäksi keskimäärin noin 32-vuotiaana (SVT 2021). Lastensaannin siirtyminen yhä myöhemmäksi ja ensisynnyttäjien iän kohoaminen on yleiseurooppalainen ilmiö. Italiassa ja Espanjassa ensisynnyttäjät ovat keskimäärin jo 31-vuotiaita (Eurostat 2022). Isäksi tuloiästä on heikommin saatavilla tietoja eri maista.

Syntyvyys on Suomessa laskenut voimakkaasti kaikissa ikäryhmissä ja koskenut myös muitakin kuin ensisynnyttäjiä (Hellstrand ym. 2020) eli ensimmäisen lapsen lisäksi myös seuraavien lasten saanti on vähentynyt. Toistaiseksi lastensaannin siirtyminen myöhemmäksi ei ole näkynyt naisikäluokkien toteutuneessa lastensaannissa: naiset ovat saaneet keskimäärin 1,8–1,9 lasta. Samanaikaisesti myös lapsettomuus on lisääntynyt, ja se on Suomessa yleisempää kuin muissa Pohjoismaissa (Jalovaara ym. 2021).

Lastensaannissa tapahtuneilla muutoksilla on vaikutusta koko yhteiskuntaan, ei vain yksittäisten ihmisten tai perheiden elämään. Syntyvien lasten määrän väheneminen näkyy väestön ikärakenteessa. Vanhushuoltosuhteen (65 vuotta täyttäneiden osuus työikäiseen väestöön verrattuna) osalta Suomi kuuluu jo nyt Euroopan maiden kärkikaartiin (Eurostat 2020). Pitkään kestänyt ja odotettua voimakkaampi syntyvyyden lasku näkyy vähitellen myös työikäisessä väestössä, kun työvoimaan tulevat ikäluokat ovat aikaisempaa pienempiä ja työvoimasta entistä suurempi osa painottuu varttuneempaan väestöön (ks. myös Honkatukia & Vaittinen tässä teoksessa). Väestön ikääntyminen merkitsee kasvavia haasteita hyvinvointivaltion ylläpitämiselle, kun entistä pienemmällä joukolla työikäisiä on katettava kasvavia eläke- ja hoivamenoja.

Syntyvyyden lasku näytti Suomessa taittuneen vuonna 2020. Laskun taittumisen teki poikkeukselliseksi se, että samaan aikaan levinnyt koronaepidemia näkyi muissa maissa pikemminkin lastensaantiaikeiden vähenemisenä kuin niiden lisääntymisenä (Sobotka ym. 2021). Syntyvyyden nousu jatkui Suomessa vielä vuonna 2021, sillä ennakkotietojen perusteella tuolloin syntyi runsaat 3000 lasta enemmän kuin vuonna 2020 ja kokonaishedelmällisyysluku oli 1,46. Tuoreimman ennakkotilaston mukaan alkuvuonna 2022 syntyi kuitenkin jo 10 prosenttia vähemmän lapsia kuin vuonna 2021 (SVT 2022).

Lastensaannin väheneminen myös yksi- ja kaksilapsisilla tai tätä suuremmisissa perheissä (Hellstrand ym. 2020) merkitsee sitä, että lastensaantia koskevien aikeiden – ja esteiden – selvittäminen lapsia jo saaneilla on entistä tärkeämpää. Varsinkin yhden ja kahden lapsen vanhemmat ovat olleet niitä, jotka usein vielä suunnittelevat perhekoon kasvattamista (Berg 2018a; Miettinen 2015). Syyt, miksi seuraavan lapsen hankintaa epäröidään, ovat heillä todennäköisesti hieman erilaisia kuin ensimmäistä lasta suunnittelevilla. Lastensaantitoiveiden tarkastelu lapsia jo saaneilla valottaa kuitenkin samalla myös niitä tekijöitä, jotka ovat yhteydessä lastenhankinnan siirtymiseen myöhemmäksi, sekä mahdollisia väestöryhmittäi-

siä eroja toteutuneessa perheellistymisessä. Lapsia jo saaneet ovat lisäksi usein lapsiperhepalvelujen, pikkulapsivaiheessa tavallisimmin neuvolan, piirissä, joten vanhempien tavoittaminen ja tukeminen myös perheellistymistä koskevissa suunnitelmissa on helpompaa kuin lapsettomien aikuisten.

Epävarmuus lastensaantitoiveissa on lisääntynyt ja lapsia toivotaan aiempaa vähemmän

Suomalaisten näkemykset ihanteellisesta omasta lapsiluvusta ovat selvästi muuttuneet viimeksi kuluneen vuosikymmenen aikana: 2000-luvun ensivuosisikymmenellä keskimääräinen lapsilukuihanne 20–50-vuotiailla oli selvästi yli kaksi, tuoreempien kyselyjen perusteella noin kaksi ja nuorilla aikuisilla selvästi alle kaksi lasta (Berg 2018a; 2018b; Miettinen 2015; Miettinen & Rotkirch 2008). Kolmea tai useampaa lasta toivoo nykyään selvästi harvempi kuin aiemmin, ja vastaavasti lapsettomuutta ihanteenaan pitävien osuus on kasvanut – vuonna 2018 jo lähes 15 prosenttia nuorista suomalaisaikuisista piti omana ihanteellisena lapsimääränään nolla lasta (Berg 2018a).

Vaikka sekä lapsettomuutta ihanteenaan pitävien että lastenhankintaa epäroivien osuudet ovat kasvaneet, valtaosa nuorista aikuisikäisistä toivoo saavansa jossain vaiheessa lapsen tai lapsia (Kunttu ym. 2017; Berg 2018b). Kymmenen viime vuoden aikana lastensaannin esteeksi on noussut näkemys vanhemmuudesta muuta elämää rajoittavana tekijänä: lastensaantia siirretään sen vuoksi, että halutaan käyttää aikaa mieluummin muihin kiinnostaviin asioihin tai säilyttää nykyinen elämäntyyli (Berg 2018b; Rotkirch ym. 2017). Kahden lapsen normi näkyy aikeissa: yhden lapsen vanhemmista suuri joukko aikoo saada vielä lisää lapsia, kahden tai sitä useamman lapsen perheissä suunnitellaan lisää lapsia jo huomattavasti harvemmin (Berg 2018b; Miettinen 2015).

Väestöliiton Perhebarometrien mukaan elämäntyyliisyyt eivät enää seuraavien lasten hankinnassa nouse samassa määrin esiin lastenhankinnan epäroinnin perusteena kuin ensimmäisen lapsen kohdalla (Berg 2018b; Miettinen 2015). Sen sijaan työhön tai toimeentuloon liittyvät uhkatekijät korostuvat, ja niiden merkitys epäroinnin taustalla lapsia jo saaneilla näyttää kasvaneen.

Vanhempien jaksamisen ja terveyshaasteiden merkitystä lastensaantitavoitteisiin ei tiedetä

Terveyden ja elintapojen yhteyttä hedelmällisyyteen on tutkittu runsaasti ja tiedetään, että huono terveys ja epäterveelliset elintavat ovat yhteydessä alentuneeseen hedelmällisyyteen (mm. Alderotti ja Trappolini, 2021; Klemetti ym. 2010; Revonta ym. 2010). Lapsen saaneet ovat siis kansanterveyden näkökulmasta sinänsä jo valikoitunut ryhmä. Lastensaannin siirtyminen myöhemmäksi lisää kroonisten sairauksien ja raskauteen ja synnytykseen liittyvien ongelmien yleisyyttä (Klemetti ym. 2016) ja voi siten osaltaan selittää terveysongelmien esiin nousemista lastensaannin esteenä silloin, kun lapsen jo saaneet miettivät mahdollisuuksia toivoa tai hankkia lisää lapsia (Boivin ym. 2018; Holton ym. 2011).

Vaikka eri maiden lastensaantitavoitteita vertailevassa tutkimuksessa ei pystytty sanomaan, kuinka suuri merkitys omalla tai kumppanin terveydellä on tavoitteisiin, terveysnäkökulman todettiin olevan lastensaantia pohtiville niin tärkeä, että se pitäisi ottaa nykyistä paremmin huomioon tutkittaessa lastensaantitavoitteisiin liittyviä tekijöitä (Boivin ym. 2018). Väestöliiton Perhebarometrissa noin 10–15 prosenttia 20–45-vuotiaista 1–2 lapsen vanhemmista kertoi epäröivänsä seuraavan lapsen hankintaa joko oman tai puolison terveyden vuoksi (Miettinen 2015). Tutkimuksesta ei kuitenkaan käynyt ilmi, minkälaisesta terveysongelmasta oli kyse. Huono terveys, erityisesti mielenterveyden ongelmat ja krooniset sairaudet, olivat yhteydessä lapsitavoitteisiin maahanmuuttajanaisiin keskittyneessä italialaistutkimuksessa (Alderotti ja Trappolini, 2021). Terveysongelmien yhteys alentuneisiin tavoitteisiin oli erityisen selvä varsinkin jo pitkään maassa olleilla naisilla.

Ruotsalaistutkimuksessa yksinhuoltajaäidit ja ne, jotka olivat olleet huolissaan synnytyksestä tai joilla oli ollut masennusoireita raskauden alkuvaiheessa, muuttivat muita useammin arviotaan synnytyskokemuksesta negatiivisemmaksi vuoden kuluessa synnytyksestä (Waldenström, 2004). Tutkimuksessa ei kuitenkaan selvitetty masennusoireiden yhteyttä lapsitavoitteeseen.

Nykyvanhemmuutta on kuvattu intensiiviseksi ja niin äidin kuin isän aktiivista osallistumista vaativaksi (Gauthier ym. 2021; Nelson, 2010). Isabelle Roskam ym. (2018) määrittelevät vanhempien uupumuksen stressiin liittyväksi oireyhtymäksi, joka koostuu vanhemman emotionaalisesta uupumuksesta, kyllästymisestä vanhempana oloon, tunne-etäisyydestä lapsiin ja kontrastista aikaisempaan vanhemmuuden kokemukseen. Suomalaistutkimuksessa vanhempien uupumukseen liitettiin useita tekijöitä, kuten nuoruus, äitiys, työttömyys, taloudelliset vaikeudet ja erityislapsen vanhemmuus, mutta ennen kaikkea perfektionismi, täydellisuuden tavoittelu vanhempana (Sorkkila & Aunola, 2020). Lapsia jo saaneiden kohdalla kokemukset vanhemmuuden kuormittavuudesta, työn ja perheen yhteensovittamisen ongelmista tai tuen puutteesta voivat hillitä haluja saada lisää lapsia. Matilda Sorkkilan ja Kaisa Aunolan (2019) tutkimuksessa uupumuksella olikin negatii-

vinen vaikutus syntyvyyteen; yli puolet uupuneista vanhemmista ei toivonut lisää lapsia. Uupuneet isät kokivat muita isiä useammin erilaisia stressitekijöitä: riittämätön taloudellinen tilanne, riittämätön tuki yhteiskunnalta, työ- ja perhe-elämän yhteensovittamisen ongelmat ja pikkulapsiperheen arjen rasittavuus (Sorkkila & Aunola, 2021).

Tutkimukset palkattoman työn jakautumisesta ja siihen liittyvistä epätasa-arvon kokemuksista tukevat näkemystä kuormittuneisuuden vaikutuksista lastensaantiin, joskaan ne eivät suoraan kerro vanhemmuuden kokemuksista (Riederer ym. 2019). Kuormittuneisuuden kielteisistä vaikutuksista lastensaantiin kertovat välillisesti myös tutkimustulokset siitä, kuinka sosiaaliselta verkostolta saatu tuki voi edistää lastensaantia (Balbo & Mills 2011; Tanskanen & Rotkirch 2014). Aikaisemmissa tutkimuksissa ei kuitenkaan ole varsinaisesti selvitetty sitä, miten kokemukset vanhemmuudesta, omasta jaksamisesta tai tuen saamisesta vaikuttavat lastensaantitoiveisiin. Myöskään siitä, miten raskausajan tai synnytyksen jälkeiset masennusoireet tai masennus vaikuttavat toiveisiin saada lisää lapsia, ei juuri ole kansainvälistä tai suomalaista tutkimusta.

Koronaepidemia on osaltaan voinut heikentää lapsiperheiden hyvinvointia, sillä se lisäsi sosiaalista eristyneisyyttä ja muun muassa vauvaperheiden äitien yksinäisyyttä (Klemetti ym. 2021). Tällä voi olla pitkäaikaisia vaikutuksia vanhempien jaksamiseen ja mielenterveyteen ja sitä kautta myös lastensaantitoiveisiin.

Tutkimuksen tarkoitus

Tässä tutkimuksessa selvitetään vauvaperheiden vanhempien lapsensaantitoiveita ja -esteitä sekä erilaisten taustatekijöiden yhteyttä lastensaantitoiveisiin. Tarkastelomme erityisesti vanhempien jaksamiseen ja terveyteen liittyvien tekijöiden heijastumista lastensaantitoiveisiin. Valtioneuvoston väestöpoliittisissa linjauksissa todettiin, että tarvittaisiin enemmän tietoa miesten lastensaantitoiveista ja niihin vaikuttavista näkökulmista (Rotkirch, 2021). Tässä tutkimuksessa tarkastellaankin molempien vanhempien lastensaantitoiveita.

Aineisto ja menetelmät

Tässä luvussa esitetyt tulokset perustuvat vuoden 2020 FinLapset-kyselytutkimuksen 3–6-kuukauden ikäisten vauvojen vanhempien aineistoon ja syntyneiden lasten rekisterin tietoihin. FinLapset-kyselytutkimus on koko maan kattava väestötutkimus, joka tuottaa laajasti tietoa lapsiperheiden hyvinvoinnista, terveydestä ja palvelukokemuksista¹. FinLapset-kyselytutkimukseen kutsuttiin 17 964 synnyttäneitä äitiä ja 16 112 vauvan toista vanhempaa. Vastaus saatiin 8 977:lta vauvan synnyttäneeltä äidiltä (vastausaktiivisuus 50 %) ja 5 843:lta vauvan toiselta vanhemmalta (36 %). Toisista vanhemmista 99 prosenttia oli miehiä. Tutkimukseen vastanneet vanhemmat olivat vähän vanhempia ja koulutetumpia kuin vastaamatta jättäneet².

Kyselyaineisto yhdistettiin vauvan henkilötunnuksen avulla THL:n syntyneiden lasten rekisteriin, josta saatiin tieto synnyttäneen äidin aiemmista raskauksista, kuolleena syntyneiden lasten määrästä ja synnytyksistä. Vanhemman lapsilukua tarkasteltiin kolmiluokkaisena muuttujana: 1 lapsi (syntynyt vauva on ensimmäinen lapsi), 2 lasta ja vähintään 3 lasta. Vanhempien lastensaantitoivetta tarkasteltiin kolmiluokkaisena muuttujana: 1) ei halua lisää lapsia, 2) ei osaa sanoa, haluaako lisää lapsia, 3) haluaa lisää lapsia. Muiden tutkimuksessa käytettyjen muuttujien ja mittareiden kuvaukset löytyvät FinLapset-kyselytutkimuksen tulospalvelusta³.

Vanhempien lapsensaantitoiveita ja syitä olla haluamatta lisää lapsia sekä niiden yhteyksiä lasten lukumäärään, taustatekijöihin ja jaksamiseen tarkasteltiin jakaumien, ristiintaulukoinnin ja khiin neliö -testin avulla. Tarkemmat lastensaantitoiveita koskevat analyysit tehtiin multinomiaalisella logistisella regressiolla. Vasteena käytettiin vanhempien lastensaantitoivetta (kyllä, ei, ei osaa sanoa), jossa luokka ”ei halua” asetettiin viitetasoksi, johon kahta muuta verrattiin. Vaikka analyysimenetelmä tarkastelee lastensaantitoiveita (’Ei’, ’Epävarma’, ’Kyllä’) erilaisina vaihtoehtoina, niitä voidaan tarkastella myös siirtymisenä (varmasta) luopumisesta kohti (varmaa) toivetta saada lisää lapsia. Kaikille jaksamiseen liittyville tekijöille laadittiin mallit kahdella tavalla: vain päävaikutukset sisältävä malli sekä yksittäisen tekijän ja vanhempien lapsiluvun välisen yhdysvaikutuksen sisältävä malli, jonka avulla selvitettiin tämän vaikutuksen mahdollista muovautumista lapsiluvun mukaan. Lapsiluvun vertailuryhmänä olivat kaksilapsisten perheiden vanhemmat. Malleissa tulokset esitetään vetosuhteina (odds ratio, OR), jotka kuvaavat tapahtuman toteutumisen suhteellista yleisyyttä vertailuryhmään verrattuna. Vetosuhteille sekä yhdysvaikutustermeille esitetään myös 95 %:n luottamusväli tilastollisen merkitsevyyden tarkastelemiseksi. Analyyseissa vakioitiin vanhempien ikä, koulutus, syntymämaa, kuntaryhmä ja koettu taloudellinen tilanne. Lisäksi päävaikutusmalleissa vakioitiin vanhempien lapsiluku.

Jaksamiseen liittyviä ongelmia yli kolmanneksella vauvaperheiden äideistä

Äideistä 47 prosentilla ja toisista vanhemmista 49 prosentilla vauva oli ensimmäinen lapsi. Kaksi lasta oli kolmasosalla ja vähintään kolme lasta viidesosalla vanhemmista. Äitien keski-ikä oli 32 ja toisten vanhempien 34 vuotta. Korkeasti koulutettuja vanhemmista oli noin neljäsosa; kaksilapsiset vanhemmat olivat muita useimmin korkeasti koulutettuja (liitetaulukko 8.1). Suurin osa vanhemmista oli ydinperheen vanhempia; äideistä neljä prosenttia ja toisista vanhemmista vain muutama prosentti oli yhden vanhemman perheestä. Uusperheellisiä oli vajaa neljäsosa kolmen tai useamman lapsen vanhemmista. Noin 10 prosenttia vanhemmista oli syntynyt Suomen ulkopuolella. Kolme neljästä vanhemmasta asui kaupunkimaisissa kunnissa ja kolmi- tai useampilapsiset vanhemmat asuivat muita useammin maaseudulla. Taloudellisen tilanteensa koki korkeintaan kohtalaiseksi noin kolmannes vanhemmista ja sitä useammin, mitä enemmän perheessä oli lapsia.

Vauvan odotusaikana masennusoireilua oli ollut vajaalla kolmasosalla äideistä ja 13 prosentilla toisista vanhemmista (taulukko 8.1). Noin 14 prosenttia äideistä ja joka kymmenes toinen vanhempi koki terveytensä keskinkertaiseksi tai huonoksi. Vähän harvemmin vanhemmat raportoivat heillä olleen toimintarajoituksia terveysongelman takia viimeisen kuuden kuukauden aikana. Kuluneen neljän viikon aikana noin 15 prosenttia äideistä oli kokenut masennusoireita ja neljä prosenttia toisista vanhemmista psyykkistä kuormittuneisuutta; toisilla vanhemmilla kuormittuneisuus lisääntyi lapsiluvun kasvaessa. Uupumuksen oireita oli yli kolmanneksella äideistä ja vajaalla kolmanneksella toisista vanhemmista; toisilla vanhemmilla uupumuksen oireita kokeneiden osuus kasvoi lapsiluvun myötä. Äideistä noin 12 ja toisista vanhemmista kaksi prosenttia tunsivat itsensä yksinäiseksi; äideillä yksinäisyyden yleisyys vähentyi ja toisilla vanhemmilla lisääntyi lapsiluvun myötä.

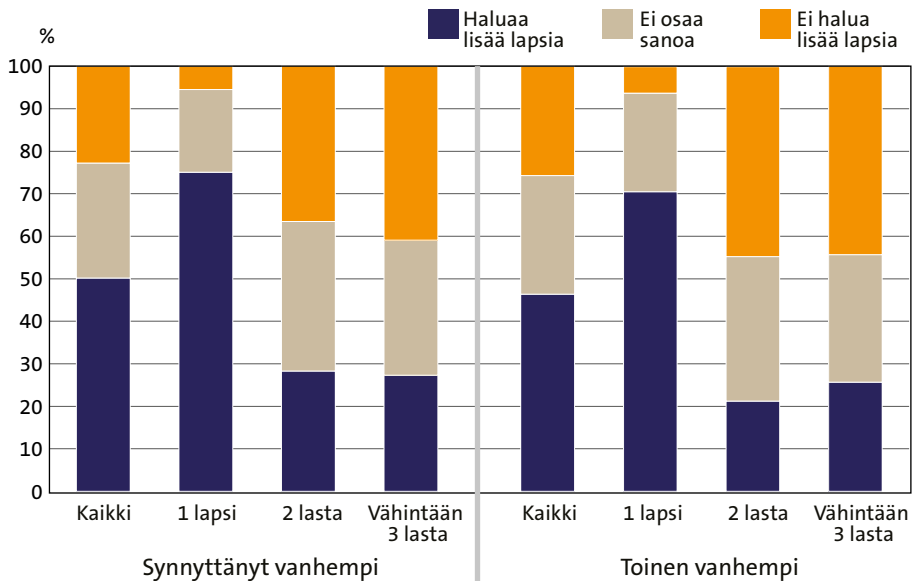
Äidit raportoivat toisia vanhempia laajemmasta sosiaalisesta tukiverkostosta (taulukko 8.1). He nimesivät useammin tukiverkostoonsa puolisonsa lisäksi sekä lähisukulaisia että läheisiä ystäviä ja olivat toisia vanhempia harvemmin vain puolisonsa varassa. Käytännön apua ja lastenhoitoapua reilu kolmannes vanhemmista sai vain puolisolta, saman verran sai puolison lisäksi vauvan isovanhemmilta tai muilta lähisukulaisilta ja reilu kolmannes sai edellisten lisäksi myös ystäviltä. Sosiaalinen tukiverkosto supistui lasten lukumäärän kasvaessa, mutta hyvin harva oli kokonaan vailla tukiverkosta.

Taulukko 8.1. Vanhempien jaksamiseen liittyvät tekijät lapsiluvun mukaan FinLapset-kyselytutkimuksessa vuonna 2020.

	Synnyttänyt vanhempi					Toinen vanhempi				
	Kaikki (N = 8 602)		1 lapsi (n = 4 070)	2 lasta (n = 2 717)	3+ lasta (n = 1 815)	Kaikki (N = 5 605)		1 lapsi (n = 2 756)	2 lasta (n = 1 725)	3+ lasta (n = 1 124)
	n	%	%	%	%	n	%	%	%	%
Masennusoireilua odotus- aikana	2 466	29	29	29	29	694	13	12	13	13
Koettu terveys korkeintaan keskitasoinen	1 158	14	13	13	14	571	10	9	12	13
Toimintarajoituksia terveys- ongelman takia 6 kk aikana	1 016	12	10	13	14	477	9	7	10	10
Masennusoireilua 4 viikon aikana	1 177	15	14	16	13	na	na	na	na	na
Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus 4 viikon aikana	na	na	na	na	na	215	4	3	5	5
Uupumuksen oireita	2 973	35	28	42	41	1 593	29	22	35	35
Tuntee itsensä yksinäiseksi	956	12	13	11	10	108	2	2	2	3
Sosiaalisen tukiverkoston laajuus										
Ilojen ja surujen jakaminen										
Puoliso, lähisukulaiset ja ystävät	5 789	68	71	69	59	2 740	50	55	48	37
Puoliso ja lähisukulaiset	1 085	13	12	13	15	1 069	19	19	20	20
Puoliso ja ystävät	694	8	7	8	11	574	10	9	12	12
Vain puoliso	563	7	6	6	9	1 037	19	16	18	28
Lähisukulaiset ja/tai ystävät	369	4	4	4	5	84	2	1	2	2
Ei kukaan	40	1	0	1	1	29	1	0	1	1
Käytännön apu										
Puoliso, lähisukulaiset ja ystävät	3 424	40	45	37	35	2 482	45	50	43	36
Puoliso ja lähisukulaiset	3 041	36	32	41	35	1 674	30	30	31	31
Puoliso ja ystävät	382	5	4	4	6	242	4	4	5	5
Vain puoliso	995	12	11	11	15	779	14	12	13	21
Lähisukulaiset ja/tai ystävät	629	7	8	7	7	304	6	4	7	7
Ei kukaan	58	1	1	1	1	43	1	1	1	1
Lastenhoitoapu										
Puoliso, lähisukulaiset ja ystävät	2 682	32	36	28	27	2 482	45	50	43	36
Puoliso ja lähisukulaiset	3 619	43	40	48	42	1 674	30	30	31	31
Puoliso ja ystävät	263	3	3	3	5	242	4	4	5	5
Vain puoliso	1 018	12	12	10	14	779	14	12	13	21
Lähisukulaiset ja/tai ystävät	785	9	8	10	10	304	6	4	7	7
Ei kukaan	112	1	1	1	2	43	1	1	1	1

Toimeentulon ongelmat eivät juuri näy vauvaperheiden lastensaantitöiveissa

Vanhemmista noin puolet toivoi tulevaisuudessa lisää lapsia; yhden lapsen vanhemmista yli 70 prosenttia ja reilu neljäsosa kahden tai useamman lapsen vanhemmista (kuvio 8.2, liitetaulukko 8.2). Epävarmoja lastenhankinnasta oli reilu neljäsosa vanhemmista.



Kuvio 8.2. Vanhempien lastensaantitöiveet tulevaisuudessa, %. Lähde: FinLapset 2020.

Nuoremmat vanhemmat toivoivat useammin lisää lapsia kuin iältään vanhemmat (liitetaulukko 8.2). Koulutuksella ei juuri ollut yhteyttä yksilapsisten vanhempien lastensaantitöiveisiin. Korkeasti koulutetut kaksilapsiset ja vähintään kolmen lapsen vanhemmat, erityisesti äidit, toivoivat lisää lapsia harvemmin kuin matalammin koulutetut.

Ydinperheissä noin puolet ja uusperheissä reilu neljäsosa vanhemmista sekä yhden vanhemman perheissä noin kolmasosa äideistä toivoi lisää lapsia (liitetaulukko 8.2). Kaksilapsiset uusperheelliset vanhemmat toivoivat lisää lapsia huomattavasti useammin kuin kaksilapsiset ydinperheelliset.

Vanhemman syntymämaa ei ollut yhteydessä äitien lastensaantitöiveisiin, mutta ulkomaalaistaustaiset toiset vanhemmat toivoivat useammin lisää lapsia (liitetaulukko 8.2). Yleisimmin lisää lapsia toivoivat maaseutumaisissa ja harvimminkin kaupunkimaisissa kunnissa asuvat.

Hieman yllättävää oli, että taloudellisen tilanteen yhteys vanhempien lastensaantitavoitteisiin oli melko heikko. Taloudellisen tilanteen korkeintaan kohtalaiseksi kokeneet yksilapsiset äidit toivoivat kuitenkin hieman harvemmin lisää lapsia kuin taloudellisen tilanteensa paremmaksi kokevat äidit (liitetaulukko 8.2). Sosiaalisen tukiverkoston laajuus oli yhteydessä lastensaantitavoitteisiin yksilapsisilla vanhemmilla; laajaksi tukiverkostonsa kokeneet vanhemmat toivoivat lisää lapsia hieman useammin kuin tukiverkostonsa suppeammaksi kokevat (tuloksia ei artikkelissa, mutta saatavilla).

Vanhempien jaksamiseen liittyvät ongelmat vähentävät lastensaantitavoitteita

Vanhempien jaksaminen, koettu terveydentila ja masennusoireilu olivat yhteydessä lastensaantitavoitteisiin. Yhteydet kuitenkin vaihtelivat lapsiluvun mukaan. Myös äitien ja toisten vanhempien kokemukset erosivat toisistaan. Vauvan odotusaikana masennusoireilua kokeneet vanhemmat eivät halunneet niin todennäköisesti lisää lapsia kuin ne vanhemmat, jotka eivät olleet kokeneet masennusoireilua (äidit OR = 0,73; toiset vanhemmat OR = 0,67) (taulukko 8.2). Lapsilukukohtainen tarkastelu osoitti, että tämä koski erityisesti yhden ja kolmen lapsen äitejä (liitetaulukko 8.3).

Terveytensä korkeintaan keskitasoisiksi kokevat äidit olivat valmiimpia luopumaan kokonaan lastensaantitavoitteista kuin terveytensä paremmaksi kokevat äidit, sillä he olivat terveytensä paremmiksi kokeviin äiteihin verrattuna harvemmin epävarmoja (OR = 0,83) tai aikoivat harvemmin saada lisää lapsia (OR = 0,61) (taulukko 8.2). Korkeintaan keskitasoisiksi terveytensä kokeneiden kaksilapsisten äitien todennäköisyys toivoa lisää lapsia (OR = 0,69) tai epäröidä lastensaantia (OR = 0,74) oli pienempi kuin terveytensä paremmaksi kokevien kaksilapsisten äitien. Koettu terveys ei ollut yhteydessä yksilapsisten ja vähintään kolmen lapsen äitien lastensaantitavoitteisiin (liitetaulukko 8.3).

Vanhempien lastensaantitavoitteissa ei juuri ollut eroa sen mukaan, oliko vanhemmalla ollut terveysongelman takia toimintarajoituksia viimeisen kuuden kuukauden aikana (taulukko 8.2). Sen sijaan viimeksi kuluneen kuukauden aikana masennusoireilua kokeneet äidit eivät halunneet yhtä todennäköisesti lisää lapsia kuin ne äidit, jotka eivät olleet kokeneet masennusoireilua (OR = 0,55) (taulukko 8.2). Lapsilukukohtainen tarkastelu osoitti, että tämä koski erityisesti yksilapsisia äitejä (liitetaulukko 8.3).

Viimeksi kuluneen kuukauden aikana merkittävästi psyykkisesti kuormittuneet toiset vanhemmat eivät halunneet yhtä todennäköisesti lisää lapsia kuin muut toiset vanhemmat (OR = 0,56) (taulukko 8.2). Lapsilukukohtaisen tarkastelun mukaan näin oli erityisesti yksilapsisilla toisilla vanhemmilla (liitetaulukko 8.3).

Uupumuksen oireita kokeneet vanhemmat eivät halunneet yhtä todennäköisesti lisää lapsia kuin muut vanhemmat (Äidit OR = 0,75; toiset vanhemmat OR = 0,65) (taulukko 8.2). Lapsilukukohtaisessa tarkastelussa todettiin, että tämä piti paikkansa erityisesti yksilapsisilla äideillä ja kaksilapsisilla toisilla vanhemmillä (liitetaulukko 8.3). Uupumuksen oireita kokeneet vähintään kolmen lapsen toiset vanhemmat toivoivat uupumuksen oireita kokeneita kaksilapsisia toisia vanhempia todennäköisemmin lisää lapsia.

Taulukko 8.2. Lasten lukumäärän ja vanhempien jaksamiseen liittyvien tekijöiden vaikutus lastensaantitoiveisiin FinLapset-kyselytutkimuksessa vuonna 2020, multinomiaalinen logistinen regressio, päävaikutusmallit.

	Lastensaanti-toive ⁴	Synnyttänyt vanhempi		Toinen vanhempi	
		OR	95 % LV	OR	95 % LV
Lasten lukumäärä^{1,2}					
Yksi lapsi	Ei osaa sanoa	3,7	3,10–4,41	4,97	4,06–6,10
	Kyllä	16,47	13,84–19,6	23,81	19,31–29,37
Vähintään kolme lasta	Ei osaa sanoa	0,9	0,77–1,04	0,93	0,77–1,12
	Kyllä	1,26	1,07–1,49	1,45	1,18–1,79
Jaksamiseen liittyvä tekijä³					
Masennusoireilua odotusaikana	Ei osaa sanoa	0,87	0,76–1,00	0,88	0,70–1,10
	Kyllä	0,73	0,63–0,84	0,67	0,53–0,86
Koettu terveys korkeintaan keskitasoinen	Ei osaa sanoa	0,83	0,70–0,99	1,11	0,87–1,40
	Kyllä	0,61	0,50–0,73	0,85	0,65–1,11
Toimintarajoituksia terveysongelman takia 6 kk aikana	Ei osaa sanoa	1,02	0,85–1,23	1,2	0,92–1,55
	Kyllä	0,88	0,72–1,08	0,96	0,72–1,27
Masennusoireilua 4 vkon aikana	Ei osaa sanoa	0,87	0,73–1,04	na	na
	Kyllä	0,55	0,46–0,67	na	na
Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus 4 viikon aikana	Ei osaa sanoa	na	na	0,96	0,67–1,37
	Kyllä	na	na	0,56	0,37–0,85
Vanhemmalla uupumuksen oireita	Ei osaa sanoa	0,97	0,85–1,10	0,87	0,74–1,02
	Kyllä	0,75	0,66–0,86	0,65	0,55–0,78
Vanhempi tuntee itsensä yksinäiseksi	Ei osaa sanoa	0,87	0,72–1,06	0,97	0,58–1,62
	Kyllä	0,53	0,42–0,65	0,61	0,34–1,09

1 Viiteryhmä: 2 lasta

2 Vakioitu: ikä, koulutus, kuntaryhmä, syntymämaa ja koettu taloudellinen tilanne

3 Vakioitu: lasten lukumäärä, ikä, koulutus, kuntaryhmä, syntymämaa ja koettu taloudellinen tilanne

4 Viiteryhmä: ei toivo enempää lapsia

Yksinäisiksi itsensä tunteneet äidit eivät halunneet yhtä todennäköisesti lisää lapsia kuin muut äidit (OR = 0,53) (taulukko 8.2). Lapsilukukohtainen tarkastelu osoitti, että tämä koski erityisesti kaksilapsisia äitejä (OR = 0,67) (liitetaulukko 8.3). Yksinäisyyden ja lasten lukumäärän yhdysvaikutusta lastensaantitavoitteisiin ei tarkasteltu toisilla vanhemmilla, koska yksinäiseksi itsensä kokevia toisia vanhempia oli vain kaksi prosenttia vastanneista.

Vaikka moni jaksamiseen liittyvä tekijä oli yksilapsisilla vanhemmilla yhteydessä lapsitavoitteisiin, oli heidän lastensaantitavoitteenensa eri tarkastelujen jälkeenkin silti merkittävästi suurempi kuin kaksilapsisilla vanhemmilla. Terveys- ja jaksamisongelmia kokeneet vanhemmat olivat valmiita luopumaan kokonaan lapsensaantitavoitteista. Sen sijaan ongelmilla ei näyttäisi olevan niin paljon merkitystä lastensaannista vielä epävarmojen näkemyksiin.

Vanhempana jaksaminen toiseksi yleisin syy olla toivomatta lisää lapsia

Kun tarkasteltiin vanhempien itse raportoimia syitä sille, miksi vanhempi ei toivonut lisää lapsia tai oli asiasta vielä epävarma, sopiva lasten lukumäärä oli yleisimmin esitetty merkittävä syy; yhden lapsen äideistä 60 prosentilla ja toisista vanhemmista 75 prosentilla (liitetaulukko 8.4). Jaksamiseen liittyvät syyt nousivat esiin kuitenkin myös näissä vanhempien itsensä ilmoittamissa syissä. Vanhempana jaksaminen oli toiseksi yleisin merkittävä syy lastensaannin epäroinnille: tämän syyn ilmoitti noin 20 prosenttia äideistä ja 17 prosenttia toisista vanhemmista. Yhden lapsen äideillä jaksaminen vanhempana oli selvästi useammin mainittu syy kuin useamman lapsen vanhemmilla. Äideillä taloudellinen tilanne, halu keskittyä opiskeluun ja työntekoon sekä opiskelun tai työn ja perheen yhteensovittaminen olivat seuraavaksi yleisimmät syyt olla toivomatta lisää lapsia. Nämä olivat yleisemmin mainittuja syitä yhden lapsen äideillä verrattuna useamman lapsen äiteihin. Toisella vanhemmalla yleisimmät merkittävät syyt olivat hieman erilaiset: opiskelun tai työn ja perheen yhteensovittaminen, taloudellinen tilanne ja halu keskittyä opiskeluun tai työntekoon, mutta kuten äideillä nämä syyt olivat yhden lapsen vanhemmilla yleisempiä kuin muilla vanhemmilla. Lapsitavoitteista epävarmojen yleisimmät merkittävät esteet olivat hyvin samankaltaiset kuin niillä, jotka eivät toivoneet lisää lapsia.

Harvimmin merkittäviksi lastensaantitavoitteiden esteiksi äidit listasivat sen, ettei Suomi ole lapsiystävällinen maa (1–2 %), huolen ilmastonmuutoksesta (1–7 %) ja epävarman työtilanteen (2–8 %) (liitetaulukko 8.4). Toisilla vanhemmilla kolmanneksi harvinaisin merkittävä syy oli ilmastonmuutoksen sijaan riittämätön sosiaalinen verkosto tai yksinäisyys. Äideillä se oli neljänneksi harvinaisin syy.

Pohdinta ja johtopäätökset

Syntyvyyden lasku viimeksi kuluneen kymmenen vuoden aikana on ollut Suomessa huomattavasti muita Pohjoismaita jyrkempää. Laskevan trendin taustalla vaikuttavia tekijöitä ei vielä täysin tunneta. Lastensaantitoiveiden ja -esteiden selvittäminen lapsia jo saaneilla paikkaa osittain tätä tiedonpuutetta. Varsinkin yksi- ja kaksilapsiset perheet ovat aiemmin olleet niitä, jotka ovat suunnitelleet perhekoon kasvattamista, mutta nyt syntyvyys on laskenut myös näissä ryhmissä. Tämä tutkimus osoitti ensimmäistä kertaa Suomessa, että paitsi vanhempien uupumuksella myös laajemmin vanhempien fyysisellä ja psyykkisellä terveydellä on selvä yhteys toivottuun lapsilukuun.

Lastensaantitoiveet

Tähän tutkimukseen osallistuneista vauvaperheiden vanhemmista noin puolet toivoi vielä lisää lapsia. Neljännes oli epävarmoja ja neljännes ei toivonut lisää lapsia. Kahden lapsen toive näkyi vanhempien vastauksissa, yleisimmin lisää lapsia toivoivat yhden lapsen vanhemmat. Kuitenkin myös kolmen lapsen perheissä kolmasosa vanhemmista toivoi vielä lisää lapsia. Korkeintaan keskiasteen koulutetut toivoivat muita useammin suurempaa perhekokoja. Nämä tulokset vastaavat hyvin aiempien tutkimusten tuloksia (Berg 2018b; Miettinen 2015). Myös uusperheelisyys kasvatti lapsitoiveita, sen sijaan maahanmuuttajatausta näkyi lapsitoiveissa vain toisten vanhempien kohdalla, sillä maahanmuuttajaäidit eivät eronneet suomalaisäideistä. Vanhempien laaja sosiaalinen verkosto on ollut yhteydessä suurempaan lapsilukutoiveeseen (Balbo & Mills 2011; Tanskanen & Rotkirch 2014) ja näin oli tässäkin tutkimuksessa nimenomaan yksilapsisilla perheillä.

Lastensaantitoiveiden esteitä

Tytytväisyys nykyiseen lapsilukuun, vanhempana jaksaminen, taloudellinen tilanne, halu keskittyä opiskeluun tai työntekoon sekä työn ja perheen yhteensovittamisen ongelmat olivat vanhempien itsensä yleisimmin esiin nostamia syitä sille, ettei toivottu lisää lapsia tai siitä oltiin epävarmoja. Tärkeinä pidetyt syyt erosivat jossain määrin äitien ja toisten vanhempien välillä sekä lapsiluvun mukaan. Kuten aiemminkin, myös vuonna 2020 työhön, toimeentuloon ja työn ja perheen yhteensovittamiseen liittyvät tekijät olivat keskeisiä lastensaantitoiveiden esteitä (Berg 2018b; Miettinen 2015). Omaa tai puolison terveydentilaa piti merkittävänä lastensaantitoiveiden esteenä noin 10 prosenttia vanhemmista, mikä myös vastaa hyvin aiempaa tutkimusta (Miettinen 2015).

Ilmastonmuutos ja maapallon ekologinen kantokyky ei sen sijaan näytellyt kovinkaan merkittävää roolia lastensaantitoiveiden esteenä. Tutkimukseen vastanneet olivat pari vuotta vanhempia kuin synnyttäjät keskimäärin (SVT 2022), mikä osaltaan voi selittää sitä, että ilmastokysymykset eivät ole heille ehkä niin merkittäviä kuin esimerkiksi opiskeluikäisille.

Jaksamisen haasteiden yhteys lastensaantitoiveisiin

Tässä tutkimuksessa erityisenä mielenkiinnon kohteena oli vanhempien jaksamisen, masennuksen tai koetun terveyden yhteys lastensaantitoiveisiin. Suuri kansallinen aineisto, jossa etenkin äitien vastausaktiivisuus oli hyvä (50 %), lastensaantitoiveiden kysyminen hyvin samankaltaisilla kysymyksillä kuin Väestöliiton Perhebarometreissa (Berg 2018b; Miettinen 2015) sekä aiemmissa väestötutkimuksissa käytetyt terveyttä ja hyvinvointia mittaavat kysymykset mahdollistivat lastensaantitoiveiden ja vanhempien hyvinvoinnin välisen yhteyden tarkastelun ja siten uudenlaisen näkökulman esiin nostamisen. Huomattavaa on, että molemmat vanhemmat nostivat jaksamisen vanhempana taloudellisia tekijöitä useammin erittäin merkittäväksi lapsensaantitoiveiden esteeksi.

Nykyvanhemmuutta on kuvattu vaativaksi: vanhempien odotetaan panostavan lapsiinsa sekä rahallisesti että ennen kaikkea ajallisesti ja asettavan itse itselleen vanhempana kovia vaatimuksia (Gauthier ym. 2021; Sorkkila & Aunola 2021). Se, että vanhempana jaksaminen oli toiseksi merkittävin lapsitoiveen este, voi myös liittyä siihen, että aineisto kerättiin koronaepidemian aikana. Koronaepidemia aiheutti jo sinänsä vauvaperheiden vanhemmille ylimääräistä huolta, lapsiperhepalveluja supistettiin ja vanhempien tukiverkostot kapenivat, kun sosiaalista kanssakäymistä jouduttiin vähentämään (Klemetti ym. 2021). Lähipiiristä tai palveluista saatu tuki ei ollut lievittämässä vanhemmuuden paineita. Varhaiskasvatus ja koulut olivat osan aikaa suljettuina ja lapset hoidettiin kotona pientenkin flunssaoireiden ilmaannuttua, joten vanhempien jaksaminen oli koetuksella, eikä ehkä siten ollut voimia ajatella tai toivoa lisää lapsia.

Vanhempien jaksamiseen tai terveydentilaan liittyvät haasteet olivat verraten yleisiä vauvaperheissä ja monet niistä lisääntyivät lapsiluvun lisääntyessä. Toimintarajoituksia lukuun ottamatta terveyteen tai jaksamiseen liittyvät tekijät vähensivät äitien lastensaantitoiveita, mutta yhteydet vaihtelivat hieman lapsiluvun mukaan. Yhden lapsen perheissä masennusoireilu sekä raskausaikana että viimeisen kuukauden aikana, toimintarajoitus ja uupumuksen oireet vähensivät äitien lastensaantitoiveita. Kahden lapsen perheessä äitien lastensaantitoiveita vähensivät äidin yksinäisyyden kokemus ja äidin korkeintaan keskinkertaiseksi koettu terveys. Kolmen tai useamman lapsen äideillä vain masennusoireilu raskausaikana vähensi heidän toiveitaan saada lisää lapsia.

Tämä tutkimus vahvistaa aiemman suomalaistutkimuksen alustavia tuloksia siitä, että äitien uupumuksen oireet vähentävät lastensaantitoiveita (Sorkkila & Aunola 2019). Uupumuksen oireet eivät kuitenkaan näkyneet kahden tai useamman lapsen äitien lapsitoiveissa. Voi olla, että useamman lapsen äidit ajattelevat uupumuksen oireiden kuuluvan vanhemmuuteen tai heillä on jo se kokemus, että oireet menevät ohi, tai sitten suurperhe on arvo sinänsä eivätkä uupumuksen oireet siksi ole yhteydessä lapsitoiveisiin.

Masennusoireiden tai masennuksen yhteydestä lastensaantitoiveisiin ei tietääksemme ole aiempaa suomalaistutkimusta, mutta on hyvin ymmärrettävää, että masentuneet vanhemmat eivät jaksakaan toivoa lisää lapsia. Italialaistutkimuksessa mielen-terveyden ongelmat vähensivät lastensaantitoiveita (Alderotti & Trappolini 2021). Meidän tutkimuksessamme tämä näkyi myös useamman lapsen äitien lapsitoiveissa.

Tähän tutkimukseen vastanneilla toisilla vanhemmilla jaksamiseen liittyvät haasteet olivat selvästi harvinaisempia kuin äideillä, eivätkä ne samassa määrin kuin äideillä heijastuneet lastensaantia koskeviin toiveisiin. Masennusoireilu vauvan odotusaikana vähensi toisten vanhempien lastensaantitoiveita lasten lukumäärästä riippumatta, psyykinen kuormittuneisuus viimeksi kuluneen kuukauden aikana vähensi yksilapsisten ja uupumuksen oireet vähensivät kaksilapsisten toisten vanhempien lastensaantitoiveita. Myöskään italialaistutkimuksessa huonolla fyysisellä terveydellä ja mielenterveyden ongelmilla ei ollut niin selvää yhteyttä maahanmuuttajamiesten kuin -naisten lastensaantitoiveisiin (Alderotti & Trappolini 2021). Uupumuksen ja masennuksen heijastuminen varsinkin äitien lastensaantitoiveisiin kuvanee vanhemmuudesta aiheutuvan taakan epätasaista jakautumista vielä isien ja äitien kesken, sillä toisista vanhemmista lähes kaikki olivat miehiä.

Tämä tutkimus osoittaa, että vanhempien uupumus sekä fyysiset ja psyykkiset terveysongelmat vähentävät vauvaperheiden toiveita saada lisää lapsia. Aiempien tutkimusten mukaan ne, jotka eivät aio hankkia (lisää) lapsia, toteuttavat muita varmemmin aikeensa (Lainiala 2012; Toulemon & Testa 2005). Lapsia lisää suunnittelevista sen sijaan moni ei lopulta toteutakaan toivettaan. Vanhempien jaksamiseen liittyvät ongelmat ja niiden myötä vähentyneet lastensaantitoiveet voivatkin näkyä perheiden lopullisessa lapsiluvussa. Se, että jaksamisen ongelmat vähensivät lastensaantitoiveita erityisesti yhden lapsen perheissä, voi johtaa siihen, että entistä suurempi osa perheistä tyytyy yhteen lapseen, vaikka alun perin toiveissa olisi ehkä ollut suurempi perhekoko.

Keinoja perheiden tukemiseen toivotun lapsiluvun saavuttamiseksi

Vauvaperheiden ja erityisesti ensimmäisen lapsen vanhempien jaksamiseen tulisi lapsiperhepalveluissa kiinnittää erityistä huomiota, koska juuri omaan jaksami- seensa liittyviä tuen tarpeita vanhemmat eivät välttämättä kerro lapsi- ja perhe- palvelujen ammattilaisille (Vuorenmaa, 2018). Lisäksi koronaepidemia on enti- sestään heikentänyt vauvaperheiden jaksamista (Klemetti ym. 2021). Uupumusta voitaisiin neuvolassa seuloa yksinkertaisella uupumusseulalla (Aunola ym. 2020) ja ehkäistä uupumusoireita mini-interventioilla ja jo olemassa olevilla perhetyön keinoilla. Raskaana olevien ja vauvan saaneiden vanhempien masennusoireita tu- lisi seuloa säännöllisesti ja kehittää perusterveydenhuollon mielenterveyspalvelu- ja vastaamaan perinataaliajan mielenterveyden haasteisiin (Pietikäinen ym. 2019).

Näillä keinoilla voidaan edistää sekä vanhempien että heidän lastensa hyvinvointia ja samalla mahdollisesti auttaa heitä saavuttamaan toivomansa lapsiluku.

Tutkimuksen rajoitukset

Tutkimusotoksen valtakunnallisesta kattavuudesta huolimatta pieni osa perusjoukkoon kuuluneista vanhemmista ei tullut mukaan otokseen Digi- ja väestövirastossa poimintaan vaikuttaneiden teknisten syiden takia. Tilastokeskuksesta tilatun vertailuaineiston perusteella tutkimusotoksen kattavuus oli kuitenkin hyvä. Se ja erityisesti äitien korkea vastausaktiivisuus lisäävät tulosten luotettavuutta ja yleistettävyyttä. Tutkimuksen heikkoutena on poikkileikkaustutkimuksen käyttö – emme pysty seuraamaan lastensaantitoiveiden mahdollista ajallista muutosta, emmekä sitä, missä määrin toiveet lopulta kuvaavat toteutunutta käyttäytymistä. Käytössä ei myöskään ollut virallisesti validoituja lastensaantitoiveita mittaavia mittareita, mutta toisaalta vastaavia kysymyksiä on käytetty muissa suomalaisissa ja kansainvälisissä tutkimuksissa. Koetun terveyden, toimintarajoitusten, masennusoireiden, kuormittuneisuuden ja uupumuksen oireiden mittarit sen sijaan ovat validoituja ja muissa tutkimuksissa käytettyjä.

Viitteet

- 1 Lue lisää [FinLapset-kyselytutkimuksesta](#)
- 2 Lue lisää [vuoden 2020 tiedonkeruusta](#)
- 3 Lue lisää [käytetyistä muuttujista ja mittareista](#)

Lähteet

- Alderotti, Giammarco & Trappolini, Eleonora (2021): Health status and fertility intentions among migrants. *International Migration* 00,1–14. <https://doi.org/10.1111/imig.12921>
- Aunola, Kaisa & Sorkkila, Matilda, & Tolvanen, Asko (2020): Validity of the Finnish version of the Parental Burnout Assessment (PBA). *Scandinavian Journal of Psychology* 61(5), 714–722. <https://doi.org/10.1111/sjop.12654>
- Balbo, Nicoletta & Mills, Melinda (2011): The influence of the family network on the realisation of fertility intentions. *Vienna Yearbook of Population Research* 9, 179–206. doi:10.1553/populationyearbook2011s179
- Boivin, Jacky & Buntin, Laura & Kalebic, Natasha & Harrison, China (2018): What makes people ready to conceive? Findings from the International Fertility Decision-Making Study. *Reproductive BioMedicine and Society* 6, 90–101. <https://doi.org/10.1016/j.rbms.2018.10.012>
- Berg, Venla (2018a): Suomalaiset haluavat nykyään lapsia vähemmän kuin ennen. Tietovuoto Toukokuu 2018. Helsinki: Väestöliitto Väestöntutkimuslaitos. <https://www.vaestoliitto.fi/artikkelit/suomalaiset-haluavat-nykyaan-vahemman-lapsia-kuin-ennen/> (luettu 11.5.2022)

- Berg, Venla (2018b): Lapsilukuihanteet, lapsiaikeet ja syyt lastensaannin lykkäämiseen Suomessa. Esitys Väestöliiton Väestöntutkimuslaitoksen tutkimusiltapäivässä 16.5.2018. https://www.vaestoliitto.fi/uploads/2020/12/bb15d079-venlaberg_lapsilukuihanteet_160518_julk.pdf (luettu 11.5.2022)
- Comolli, Chiara & Neyer, Gerda & Andersson, Gunnar & Dommermuth, Lars & Fallesen, P & Jalovaara, Marika & Jónsson Klængur A & Kolk, Martin & Lappegård, Trude (2021): Beyond the Economic Gaze: Childbearing During and After Recessions in the Nordic Countries. *European Journal of Population* 37, 473–520. <https://doi.org/10.1007/s10680-020-09570-0>
- Eurostat (2020): Ageing Europe – statistics on population developments. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Ageing_Europe_-_statistics_on_population_developments#Older_people_.E2.80.94_population_overview (luettu 11.5.2022)
- Eurostat (2022): Women in the EU are having their first child later. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20210224-1> (luettu 11.5.2022)
- Gauthier, Anne & Bryson, Caroline & Fadel, Luisa & Haux, Tina & Koops, Judith & Mynarska, Monika (2021): Exploring the concept of intensive parenting in a three-country study. *Demographic Research* 44(13), 333–348. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2021.44.13>
- Gauthier, Anne & Philipov, Dimitar (2008): Can policies enhance fertility in Europe? *Vienna Yearbook of Population Research* 1–16. DOI: 10.1553/populationyearbook2008s1
- Hellstrand, Julia & Nisén, Jessica & Myrskylä, Mikko (2020): All-time low period fertility in Finland: Demographic drivers, tempo effects, and cohort implications. *Population Studies* 74(3), 315–329. <https://doi.org/10.1080/00324728.2020.1750677>
- Holton, Sara & Fisher, Jane & Row, Heather (2011): To have or not to have? Australian women's childbearing desires, expectations and outcomes. *Journal of Population Research* 28, 353–379. <https://doi.org/10.1007/s12546-011-9072-3>
- Jalovaara, Marika & Andersson, Linus & Miettinen, Anneli (2021): Parity disparity: Educational differences in Nordic fertility across parities and number of reproductive partners. *Population Studies* 76(1), 119–136. <https://doi.org/10.1080/00324728.2021.1887506>
- Klemetti, Reija & Raitanen, Jani & Sihvo, Sinikka & Saarni, Samuli & Koponen, Päivikki (2010): Infertility, mental disorders and well-being - a nationwide survey. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 89(5), 677–82. <https://doi.org/10.3109/00016341003623746>
- Klemetti, Reija & Gissler, Mika & Sainio, Susanna & Hemminki, Elina (2016): At what age does the risk for adverse maternal and infant outcomes increase? Nationwide register-based study on first births in Finland in 2005–2014. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 95(12), 1368–1375 <https://doi.org/10.1111/aogs.13020>
- Klemetti, Reija & Vuorenmaa, Maaret & Ervasti, Eetu & Helakorpi, Satu & Lammi-Taskula, Johanna (2021): Vauvaperheiden vanhempien kokemat huolet ja muutokset sosiaalisissa suhteissa ja jaksamisessa koronaepidemian aikana. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 58(3), 284–303.
- Kunttu, Kristina & Pesonen, Tommi & Saari, Juhani (2017): Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2016. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön tutkimuksia 48/2017. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö. https://www.yths.fi/app/uploads/2020/01/KOTT_2016-1.pdf
- Lainiala, Lassi (2012): Toiveesta toteutukseen. Suomalaisien lastenhankintaa selittäviä tekijöitä. E44. Helsinki: Väestöliitto Väestöntutkimuslaitos. <https://www.vaestoliitto.fi/verkkojulkaisut/toiveesta-toteutukseen/>
- Miettinen, Anneli (2015): Miksi syntyvyys laskee? Suomalaisien lastensaantiin liittyviä toiveita ja odotuksia. *Perhebarometri* 2015. E49. Helsinki: Väestöliitto Väestöntutkimuslaitos. <https://www.vaestoliitto.fi/verkkojulkaisut/miksi-syntyvyys-laskee/>
- Miettinen, Anneli & Rotkirch, Anna (2008): Milloin on lapsen aika? Lastenhankinnan toiveet ja esteet. *Perhebarometri* 2008. E34. Helsinki: Väestöliitto Väestöntutkimuslaitos. <https://www.vaestoliitto.fi/verkkojulkaisut/milloin-on-lapsen-aika/>
- Nelson, Margaret (2010): Parenting Out of Control: Anxious parents in uncertain times. New York and London: New York University Press. <https://www.jstor.org/stable/j.ctt155jk2n>
- O'Higgins, Niall & Coppola, Gianluigi (2016): Editors' introduction. *Teoksessa Coppola, Gianluigi & O'Higgins, Niall (toim.):*

- Youth and the Crisis. Unemployment, education and health in Europe. Oxon (UK): Routledge, 1–10. <https://doi.org/10.4324/9781315708997>
- Paavilainen, Miia & Bloigu, Aini & Gissler, Mika & Hemminki, Elina & Klemetti, Reija (2015): Aging fatherhood in Finland – first-time fathers in Finland from 1987–2009. *Scandinavian Journal of Public Health* 44(4), 423–430. <https://doi.org/10.1177/1403494815620958>
- Pietikäinen, Johanna & Taka-Eilola, Tiina & Paunio, Tiina (2019): Suomeen tarvitaan perinataalipsykiatriaa. *Duodecim* 135(19), 1809–1811. <https://www.duodecimlehti.fi/duo15167>
- Revonta, Maarit & Raitanen, Jani & Sihvo, Sinikka & Koponen, Päivikki & Klemetti, Reija & Männistö, Satu & Luoto, Riitta (2010): Health and life style among infertile men and women. *Sexual & Reproductive Health-Care* 1(3), 91–98. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2010.06.002>
- Riederer, Bernhard & Buber-Ennsner, Isabella & Brzozowska, Zusanna (2019): Fertility intentions and their realization in couples: how the division of household chores matters. *Journal of Family Issues*, 40(13), 1860–1882. <https://doi.org/10.1177/0192513X19848794>
- Rønsen, Marit & Skrede, Kari (2010): Can public policies sustain fertility in the Nordic countries? Lessons from the past and questions for the future. *Demographic Research* 22(13), 321–346. DOI: 10.4054/DemRes.2010.22.13
- Roskam, Isabelle & Brianda, Maria-Elene & Mikolajczak, Moira (2018): A step forward in the conceptualization and measurement of parental burnout: The parental burnout assessment (PBA). *Frontiers of Psychology* 9, 1–12. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00758>
- Rotkirch, Anna & Tammissalo, Kristiina & Miettinen, Anneli & Berg, Venla (2017): Miksi vanhemmuutta lykätään? Nuorten aikuisten näkemyksiä lastensaannista. *Perhebarometri 2017*. Helsinki: Väestöliitto Väestöntutkimuslaitos. <https://www.vaestoliitto.fi/uploads/2020/11/1dcbf08d-perhebarometri-2017.pdf>
- Rotkirch, Anna (2021): Syntyvyyden toipuminen ja pitenevä elinikä. *Linjauksia 2020-luvun väestöpolitiikalle*. Valtioneuvoston julkaisuja 2/2021. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia. URN:ISBN:978-952-383-073-8
- Sobotka, Tomáš & Jasilioniene, Aiva & Galarza, Ainhoa & Alustiza, Zeman & Kryštof, Németh & László & Jdanov, Dmitri (2021): Baby bust in the wake of the COVID-19 pandemic? First results from the new STFF data series. *SocArXiv Papers*. <https://doi.org/10.31235/osf.io/mvy62>
- Sorkkila, Matilda & Aunola, Kaisa (2019): Parental burnout and decreasing birthrates: Is parental burnout a broad societal threat and how can it be prevented? The 1st International Conference on Parental Burnout, UCLouvain, Belgium.
- Sorkkila, Matilda & Aunola, Kaisa (2020): Risk Factors for Parental Burnout among Finnish Parents: The Role of Socially Prescribed Perfectionism. *Journal of Child and Family Studies* 29, 648–659. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01607-1>
- Sorkkila, Matilda & Aunola, Kaisa (2021): Burned-out Fathers and Untold Stories: Mixed Methods Investigation of the Demands and Resources of Finnish Fathers. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families* 1–10. <https://doi.org/10.1177/10664807211052477>
- Suomen virallinen tilasto (SVT) (2021): Syntyneet [verkkojulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus. <https://www.stat.fi/julkaisu/cku2ehapc8hl90c58br8mqkkj> (luettu 12.5.2022)
- Suomen virallinen tilasto (SVT) (2022): Väestön ennakkotilasto [verkkojulkaisu]. Helsinki: Tilastokeskus. <https://stat.fi/julkaisu/cktih-2lwgb3db0b531gwi04h8> (luettu 29.4.2022)
- Tanskanen, Antti & Rotkirch, Anna (2014): The impact of grandparental investment on mothers' fertility intentions in four European countries. *Demographic Research* 31(1), 1–26. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2014.31.1>
- Toulemon, Laurent & Testa, Maria-Rita (2005): Fertility intentions and actual fertility: A complex relationship. *Population & Societies* 415. https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/18747/publi_pdf2_pop.and.soc.english.415.en.pdf
- Waldenström, Ulla (2004): Why Do Some Women Change Their Opinion About Childbirth Over Time? *Birth* 31(2), 102–107. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2004.00287.x>
- Vuorenmaa, Maaret (2019): Pienten lasten ja heidän perheidensä hyvinvointi 2018. *Tilastoraportti 10/2019*. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019050214035>

Liitetaulukko 8.1. Vanhempien taustatekijät lapsiluvun mukaan FinLapset-kyselytutkimuksessa vuonna 2020.

Taustatekijät	Synnyttänyt vanhempi					Toinen vanhempi				
	Kaikki (N = 8 602)		1 lapsi (n = 4 070)	2 lasta (n = 2 717)	3+ lasta (n = 1 815)	Kaikki (N = 5 605)		1 lapsi (n = 2 756)	2 lasta (n = 1 725)	3+ lasta (n = 1 124)
	n	%	%	%	%	n	%	%	%	%
Ikä vuosina										
alle 30	2 915	34	45	27	19	1 246	22	31	16	10
30–34	3 168	37	36	41	32	2 015	36	38	38	29
35–39	1 963	23	15	26	36	1 509	27	21	31	34
vähintään 40	556	7	4	6	13	835	15	10	15	27
Koulutus										
Peruskoulu tai vähemmän	350	4	4	3	6	298	5	5	5	7
Toisen asteen tutkinto	3 019	35	33	33	44	2 420	43	43	41	48
AMK- tai alempi korkeakoulututkinto	2 865	33	34	34	31	1 484	27	28	27	23
Ylempi AMK- tai korkeakoulututkinto	2 339	27	29	30	20	1 382	25	25	27	22
Perherakenne										
Ydinperhe	7 389	89	95	92	72	4 979	93	100	93	75
Uusperhe	574	7	0	6	24	382	7	0	7	25
Yhden vanhemman perhe	312	4	5	3	4	5	0	0	0	>0,1
Syntymämaa										
Suomi	7 704	90	89	91	90	4 882	87	87	87	87
Muu kuin Suomi	898	10	11	9	10	723	13	13	13	13
Asuinkunta										
Kaupunkimainen	6 398	74	79	75	63	4 237	76	80	76	63
Taajaan asuttu	1 244	15	12	15	20	796	14	11	15	21
Maaseutumainen	960	11	9	10	18	572	10	8	9	17
Taloudellinen tilanne										
Korkeintaan kohtalainen	2 949	35	31	36	42	1 764	32	28	32	41
Vähintään melko hyvä	5 593	65	69	64	58	3 770	68	72	68	59

Liitetaulukko 8.2. Vanhempien lastensaantitoiveet FinLapset-kyselytutkimuksessa 2020, ristiintaulukko %.

Lastensaanti- toive	Synnyttänyt vanhempi											
	Kaikki (N = 8 575)			1 lapsi (n = 4 058)			2 lasta (n = 2 710)			3+ lasta (n = 1 807)		
	Ei halua (n = 1 955)	Ei osaa sanoa (n = 2 313)	Kyllä (n = 4 307)	Ei halua (n = 225)	Ei osaa sanoa (n = 786)	Kyllä (n = 3 047)	Ei halua (n = 991)	Ei osaa sanoa (n = 953)	Kyllä (n = 766)	Ei halua (n = 739)	Ei osaa sanoa (n = 574)	Kyllä (n = 494)
Kaikki	23	27	50	6	19	75	37	35	28	41	32	27
Taustatekijät												
Ikä vuosina												
alle 30	9	18	73	3	11	86	20	31	48	22	27	51
30–34	20	30	50	4	21	75	33	40	27	35	34	31
35–39	39	34	27	12	37	52	51	34	15	51	32	17
vähintään 40	52	32	16	28	37	35	70	27	4	54	33	13
Koulutus												
Peruskoulu tai vähemmän	18	29	52	8	22	71	22	40	38	31	32	36
Toisen asteen tutkinto	21	26	54	5	17	77	33	33	34	34	32	35
AMK- tai alempi kor- keakoulutut- kinto	24	27	49	6	18	76	37	36	27	44	34	22
Ylempi AMK- tai korkeakou- lututkinto	25	28	47	5	22	73	42	36	22	55	28	17
Perherakenne												
Ydinperhe	21	27	52	5	18	77	38	35	27	38	34	28
Uusperhe	41	29	30	na	na	na	23	30	47	48	29	23
Yhden vanhemman perhe	29	35	36	16	35	49	36	45	19	57	25	18
Syntymämaa												
Suomi	23	27	50	6	19	75	36	36	28	41	32	27
Muu kuin Suomi	22	26	52	5	21	74	41	31	28	38	30	33
Asuinkunta												
Kaupunkimai- nen	23	27	50	6	21	74	39	35	27	43	32	25
Taajaan asuttu	24	27	49	5	16	79	34	36	30	38	31	31
Maaseutu- mainen	21	27	52	5	14	81	26	36	38	36	33	31
Taloudellinen tilanne												
Vähintään melko hyvä	22	25	53	5	18	77	37	34	29	43	31	26
Korkeintaan kohtalainen	24	30	46	6	23	71	36	37	27	38	33	29

Liitetaulukko 8.2. Jatkuu

Lastensaanti- toive	Toinen vanhempi											
	Kaikki (n = 5 567)			1 lapsi (n = 2 739)			2 lasta (n = 1 713)			3+ lasta (n = 1 115)		
	Ei halua (n = 1 431)	Ei osaa sanoa (n = 1 554)	Kyllä (n = 2 583)	Ei halua (n = 171)	Ei osaa sanoa (n = 636)	Kyllä (n = 1 932)	Ei halua (n = 766)	Ei osaa sanoa (n = 585)	Kyllä (n = 362)	Ei halua (n = 494)	Ei osaa sanoa (n = 335)	Kyllä (n = 286)
Kaikki	26	28	46	6	23	71	45	34	21	44	30	26
Taustatekijät												
Ikä vuosina												
alle 30	11	21	69	3	16	81	27	32	40	30	25	46
30–34	21	28	51	4	21	75	42	35	23	37	36	28
35–39	34	33	34	8	31	61	51	37	13	48	30	22
vähintään 40	44	31	25	21	38	41	58	29	13	53	26	22
Koulutus												
Peruskoulu tai vähemmän	25	26	49	8	17	75	42	36	23	34	30	36
Toisen asteen tutkinto	24	29	47	7	23	70	39	37	24	42	32	26
AMK- tai alempi kor- keakoulutut- kinto	27	27	46	6	24	70	51	30	19	44	31	25
Ylempi AMK- tai korkeakou- lututkinto	28	27	45	6	23	71	47	34	19	54	25	21
Perherakenne												
Ydinperhe	25	28	47	6	23	71	46	34	20	44	31	25
Uusperhe	42	32	27	na	na	na	30	32	38	47	32	22
Yhden vanhemman perhe	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na	na
Syntymämaa												
Suomi	26	29	46	6	24	70	46	35	20	45	31	25
Muu kuin Suomi	24	24	53	8	18	74	39	30	31	39	27	33
Asuinkunta												
Kaupunkimai- nen	26	28	46	7	25	69	48	33	20	48	29	23
Taajaan asuttu	26	29	45	4	19	77	40	36	25	40	34	26
Maaseutu- mainen	22	26	52	6	14	80	28	41	31	35	29	36
Taloudellinen tilanne												
Vähintään melko hyvä	25	27	49	6	22	72	45	34	21	44	29	27
Korkeintaan kohtalainen	28	30	42	7	26	67	43	35	22	44	32	24

Liitetaulukko 8.3. Vanhempien jaksamiseen liittyvien tekijöiden vaikutus lastensaantitoiveisiin lapsiluvun mukaan tarkasteltuna FinLapset-kyselytutkimuksessa vuonna 2020, multinomiaalinen logistinen regressio, yhdysvaikutusmallit. Lastensaantitoiveessa viiteryhmänä ne, jotka eivät toivo enempää lapsia.

Lastensaantitoive	Jaksamiseen liittyvä tekijä ¹	Synnyttänyt vanhempi			Toinen vanhempi		
		OR ²	Yhdysvaikutusermi	95 % LV	OR ³	Yhdysvaikutusermi	95 % LV
Ei osaa sanoa	Ei masennusoireilua, 1 lapsi	3,90		3,14–4,85	5,36		4,27–6,72
	Ei masennusoireilua, vähintään 3 lasta	0,92		0,77–1,10	0,92		0,75–1,12
	Masennusoireilua odotusaikana, 2 lasta	0,90		0,74–1,10	0,86		0,62–1,19
	Masennusoireilua odotusaikana * 1 lapsi ³		0,85	0,59–1,23		0,71	0,41–1,22
	Masennusoireilua odotusaikana * vähintään 3 lasta ⁴		0,91	0,67–1,25		1,29	0,76–2,19
Kyllä	Ei masennusoireilua, 1 lapsi	19,33		15,6–23,96	26,16		20,75–33,00
	Ei masennusoireilua, vähintään 3 lasta	1,41		1,16–1,71	1,39		1,11–1,74
	Masennusoireilua odotusaikana, 2 lasta	0,96		0,77–1,20	0,74		0,49–1,11
	Masennusoireilua odotusaikana * 1 lapsi ³		0,61	0,42–0,88		0,61	0,34–1,10
	Masennusoireilua odotusaikana * 3 lasta ⁴		0,66	0,46–0,94		1,25	0,67–2,35
Ei osaa sanoa	Koettu terveys hyvä, 1 lapsi	3,67		3,02–4,46	5,09		4,01–6,19
	Koettu terveys hyvä, vähintään 3 lasta	0,88		0,75–1,04	0,91		0,74–1,10
	Koettu terveys korkeintaan keskitasoinen, 2 lasta	0,74		0,57–0,97	1,01		0,7–1,38
	Koettu terveys korkeintaan keskitasoinen * 1 lapsi ³		1,14	0,72–1,80		0,85	0,55–2,00
	Koettu terveys korkeintaan keskitasoinen * vähintään 3 lasta ⁴		1,13	0,75–1,70		1,65	0,77–2,27
Kyllä	Koettu terveys hyvä, 1 lapsi	17,54		14,48–21,25	25,22		19,6–31,6
	Koettu terveys hyvä, vähintään 3 lasta	1,25		1,04–1,49	1,41		1,13–1,76
	Koettu terveys korkeintaan keskitasoinen, 2 lasta	0,69		0,51–0,93	1,13		0,56–1,32
	Koettu terveys korkeintaan keskitasoinen * 1 lapsi ³		0,74	0,46–1,19		0,53	0,42–1,66
	Koettu terveys korkeintaan keskitasoinen * vähintään 3 lasta ⁴		1,11	0,69–1,78		1,23	0,66–2,43
Ei osaa sanoa	Ei toimintarajoituksia 6kk aikana, 1 lapsi	3,89		3,21–4,70	1,01		0,69–1,47
	Ei toimintarajoituksia 6 kk aikana, vähintään 3 lasta	0,93		0,79–1,09	5,09		4,10–6,32
	Toimintarajoituksia 6 kk aikana, 2 lasta	1,12		0,85–1,47	1,01		0,69–1,47
	Toimintarajoituksia 6 kk aikana * 1 lapsi ³		0,69	0,42–1,14		0,85	0,44–1,66
	Toimintarajoituksia 6 kk aikana * vähintään 3 lasta ⁴		0,87	0,57–1,31		1,65	0,91–3,00
Kyllä	Ei toimintarajoituksia 6kk aikana, 1 lapsi	17,96		14,87–21,68	25,22		20,19–31,49
	Ei toimintarajoituksia 6 kk aikana, vähintään 3 lasta	1,29		1,08–1,54	1,41		1,13–1,75
	Toimintarajoituksia 6 kk aikana, 2 lasta	1,16		0,86–1,58	1,13		0,71–1,77
	Toimintarajoituksia 6 kk aikana * 1 lapsi ³		0,51	0,31–0,84		0,53	0,26–1,06
	Toimintarajoituksia 6 kk aikana * 3 lasta ⁴		0,74	0,46–1,2		1,23	0,61–2,49

Liitetaulukko 8.3. jatkuu

Lastensaantitoive	Jaksamiseen liittyvä tekijä ¹	Synnyttänyt vanhempi		Toinen vanhempi		
		OR ²	Yhdysvaikutustermi	OR ³	Yhdysvaikutustermi	95 % LV
Ei osaa sanoa	Ei masennusoireilua 4 vkon aikana, 1 lapsi	3,76	3,07–4,60	na		
	Ei masennusoireilua 4 vkon aikana, vähintään 3 lasta	0,93	0,79–1,10	na		
	Masennusoireilua 4 vkon aikana, 2 lasta	0,86	0,67–1,12	na		
	Masennusoireilua 4 vkon aikana * 1 lapsi ³		0,87	0,56–1,35	na	
	Masennusoireilua 4 vkon aikana * vähintään 3 lasta ⁴		0,9	0,59–1,38	na	
Kyllä	Ei masennusoireilua 4 vkon aikana, 1 lapsi	18,63	15,27–22,73	na		
	Ei masennusoireilua 4 vkon aikana, vähintään 3 lasta	1,27	1,06–1,53	na		
	Masennusoireilua 4 vkon aikana, 2 lasta	0,79	0,59–1,06	na		
	Masennusoireilua 4 vkon aikana * 1 lapsi ³		0,45	0,28–0,71	na	
	Masennusoireilua 4 vkon aikana * 3 lasta ⁴		0,91	0,57–1,47	na	
Ei osaa sanoa	Ei psyykkistä kuormittuneisuutta 4 vkon aikana, 1 lapsi	na		5,1	4,12–6,31	
	Ei psyykkistä kuormittuneisuutta 4 vkon aikana, vähintään 3 lasta	na		0,94	0,77–1,13	
	Psyykkistä kuormittuneisuutta 4 vkon aikana, 2 lasta	na		1,03	0,61–1,74	
	Psyykkistä kuormittuneisuutta 4 vkon aikana * 1 lapsi ³		na	0,49	0,20–1,16	
	Psyykkistä kuormittuneisuutta 4 vkon aikana * vähintään 3 lasta ⁴		na	1,14	0,5–2,59	
Kyllä	Ei psyykkistä kuormittuneisuutta 4 vkon aikana, 1 lapsi	na		25,17	20,21–31,33	
	Ei psyykkistä kuormittuneisuutta 4 vkon aikana, vähintään 3 lasta	na		1,39	1,12–1,73	
	Psyykkistä kuormittuneisuutta 4 vkon aikana, 2 lasta	na		0,76	0,39–1,50	
	Psyykkistä kuormittuneisuutta 4 vkon aikana * 1 lapsi ³		na	0,34	0,13–0,87	
	Psyykkistä kuormittuneisuutta 4 vkon aikana * vähintään 3 lasta ⁴		na	1,17	0,43–3,20	
Ei osaa sanoa	Ei uupumuksen oireita, 1 lapsi	3,95	3,16–4,95	5,42	4,22–6,97	
	Ei uupumuksen oireita, vähintään 3 lasta	0,88	0,73–1,07	0,92	0,74–1,16	
	Uupumuksen oireita, 2 lasta	0,94	0,78–1,13	0,87	0,70–1,10	
	Uupumuksen oireita * 1 lapsi ³		0,82	0,57–1,17	0,73	0,48–1,13
	Uupumuksen oireita * vähintään 3 lasta ⁴		1,05	0,79–1,41	1,05	0,72–1,53
Kyllä	Ei uupumuksen oireita, 1 lapsi	19,64	15,71–24,6	25,7	19,9–33,2	
	Ei uupumuksen oireita, vähintään 3 lasta	1,22	0,98–1,51	1,24	0,96–1,61	
	Uupumuksen oireita, 2 lasta	0,87	0,71–1,07	0,63	0,48–0,84	
	Uupumuksen oireita * 1 lapsi ³		0,55	0,39–0,79	0,7	0,44–1,09
	Uupumuksen oireita * vähintään 3 lasta ⁴		1,11	0,81–1,54	1,58	1,03–2,44

Liitetaulukko 8.3. jatkuu

Lastensaantitoive	Jaksamiseen liittyvä tekijä ¹	Synnyttänyt vanhempi		Toinen vanhempi			
		OR ²	Yhdysvaikutusermi	95 % LV	OR ³	Yhdysvaikutusermi	95 % LV
Ei osaa sanoa	Ei tunne itseään yksinäiseksi, 1 lapsi	3,67		3,02–4,45	na		
	Ei tunne itseään yksinäiseksi, vähintään 3 lasta	0,92		0,79–1,09	na		
	Tuntee itsensä yksinäiseksi, 2 lasta	0,88		0,66–1,17	na		
	Tuntee itsensä yksinäiseksi * 1 lapsi ³		1,03	0,63–1,68		na	
	Tuntee itsensä yksinäiseksi * vähintään 3 lasta ⁴		0,79	0,49–1,28		na	
Kyllä	Ei tunne itseään yksinäiseksi, 1 lapsi	17,44		14,41–21,11	na		
	Ei tunne itseään yksinäiseksi, vähintään 3 lasta	1,28		1,07–1,52	na		
	Tuntee itsensä yksinäiseksi, 2 lasta	0,67		0,48–0,94	na		
	Tuntee itsensä yksinäiseksi * 1 lapsi ³		0,66	0,40–1,10		na	
	Tuntee itsensä yksinäiseksi * vähintään 3 lasta ⁴		0,93	0,54–1,61		na	

1 Vakioitu: ikä, koulutus, kuntaryhmä, syntymämaa ja koettu taloudellinen tilanne

2 vs. 2 lasta: ei jaksamiseen liittyvää tekijää

3 vs. 1 lapsi: ei jaksamiseen liittyvää tekijää & vs. 2 lasta: on jaksamiseen liittyvä tekijä

4 vs. vähintään 3 lasta: ei jaksamiseen liittyvää tekijää & vs.2 lasta: on jaksamiseen liittyvä tekijä

Liitetaulukko 8.4. Vanhempien raportoimat merkittävät syyt sille, miksi vanhempi ei halua lisää lapsia tai on lastenhankinnasta epävarma FinLapset-kyselytutkimuksessa vuonna 2020, ristiintaulukko ja khiin neliö -testi.

Merkittävät syyt	Synnyttänyt vanhempi									
	% niistä, jotka eivät halua lisää lapsia					% niistä, jotka eivät osaa sanoa, haluavatko lisää lapsia				
	Kaikki (N = 1 955)	1 lapsi (n = 225)	2 lasta (n = 991)	3+ lasta (n = 739)	p-arvo	Kaikki (N=2 313)	1 lapsi (n = 786)	2 lasta (n = 953)	3+ lasta (n = 574)	p-arvo
Lasten määrä on jo sopiva	88	60	90	93	<0,001	29	9	36	42	<0,001
Oma tai puolison terveydentila	7	8	6	7	0,648	6	6	5	7	0,340
Jaksaminen vanhempana	20	24	21	16	0,008	19	22	19	16	0,033
Parisuhdetilanne	5	9	4	6	0,005	6	8	6	5	0,024
Riittämätön sosiaalinen verkosto tai yksinäisyys	5	4	5	4	0,432	4	4	4	4	0,985
Opiskelun tai työn ja perheen yhteensovittaminen	9	11	9	8	0,388	11	13	11	10	0,339
Halu keskittyä opiskeluihin/työn tekoon	9	10	10	8	0,656	7	8	6	7	0,367
Epävarma työtilanne	4	7	3	3	0,014	6	8	5	4	0,025
Taloudellinen tilanne	10	14	9	10	0,191	13	13	13	13	0,990
Yhteiskunnan riittämätön tuki	5	6	4	7	0,027	7	6	6	8	0,180
Huoli ilmastomuutoksesta ja planeetan ekologisesta kantokyvystä	3	7	3	2	0,001	3	5	3	1	<0,001
Vanhemman mielestä Suomi ei ole lapsiystävällinen maa	1	1	1	2	0,292	1	1	1	2	0,120

Merkittävät syyt	Toinen vanhempi									
	% niistä, jotka eivät halua lisää lapsia					% niistä, jotka eivät osaa sanoa, haluavatko lisää lapsia				
	Kaikki (N = 1 431)	1 lapsi (n = 171)	2 lasta (n = 766)	3+ lasta (n = 494)	p-arvo	Kaikki (N = 1 554)	1 lapsi (n = 636)	2 lasta (n = 583)	3+ lasta (n = 335)	p-arvo
Lasten määrä on jo sopiva	91	75	92	94	<0,001	32	16	43	42	<0,001
Oma tai puolison terveydentila	6	9	6	7	0,205	8	7	7	10	0,100
Jaksaminen vanhempana	17	19	17	15	0,395	14	14	14	13	0,880
Parisuhdetilanne	6	8	6	4	0,150	4	3	5	4	0,039
Riittämätön sosiaalinen verkosto tai yksinäisyys	3	2	3	4	0,520	2	1	2	3	0,081
Opiskelun tai työn ja perheen yhteensovittaminen	9	10	8	8	0,720	7	7	7	5	0,354
Halu keskittyä opiskeluihin/työn tekoon	6	10	5	7	0,028	3	3	3	1	0,168
Epävarma työtilanne	2	4	2	2	0,535	3	3	3	4	0,629
Taloudellinen tilanne	8	11	7	7	0,225	8	7	7	11	0,098
Yhteiskunnan riittämätön tuki	5	7	4	4	0,183	5	5	4	7	0,391
Huoli ilmastomuutoksesta ja planeetan ekologisesta kantokyvystä	4	10	3	3	<0,001	3	5	3	1	0,009
Vanhemman mielestä Suomi ei ole lapsiystävällinen maa	2	2	2	2	0,898	2	2	1	2	0,875

9

Toimintarajoitteisten yläkoululaisten avun ja tuen saaminen korona-aikana

Koronaepidemia muutti koulujen arkea monin tavoin. Etäopetukseen siirtyminen ja oppilashuollon palveluiden supistaminen vaikuttivat opetuksen ja oppilashuollon ammattilaisten mahdollisuuksiin tukea oppilaiden hyvinvointia, oppimista ja koulunkäyntiä. Kun samaan aikaan erityisesti heikommassa asemassa olevien nuorten tuen tarpeet kasvoivat, on vaarana eriarvoisuuden voimistuminen. Luvussa selvitetään toimintarajoitteisten nuorten avun ja tuen saamista opetuksessa tai oppilashuollossa korona-aikana. Tarkastelu kohdistuu erityisesti ilman tarvitsemaansa tukea jääneiden osuuteen vuonna 2021 ja osuuden muutokseen vuosien 2017, 2019 ja 2021 välillä. Jokainen nuori on oikeutettu oppimisen tukeen ja yksilökohtaiseen oppilashuoltoon, mutta korona-aikana toimintarajoitteiset nuoret raportoivat muita nuoria useammin jääneensä tätä tukea vaille.

Suomi sitoutui kiinnittämään erityistä huomiota haavoittuvassa asemassa oleviin, kun YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista¹ ratifioitiin vuonna 2016. Sopimuksen 24. artikla koskee vammaisten henkilöiden oikeutta koulutukseen yhdenvertaisesti muiden kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) 2021).

Sopimuksen mukaan ”vammaisiin henkilöihin kuuluvat ne, 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”. Tiedonsaanti vammaisten ja toimintarajoitteisten lasten ja nuorten tilanteesta on parantunut huomattavasti sen jälkeen, kun vuonna 2016 julkaistu kysymyssarja Child Functioning Module on otettu laajasti käyttöön (United Nations Children’s Fund (UNICEF) 2021; Washington Group (WG) 2022). Kysymyssarja kartoittaa koettuja vaikeuksia nuorille olennaisilla toimintakyvyn ulottuvuuksilla, esimerkiksi liikkumisessa, näkemisessä, kuulemisessa, tiedonkäsittelyssä sekä sosiaalisissa suhteissa ja mielialassa. Kysymyssarjaan perustuen UNICEF on arvioinut toimintarajoitteisten lasten ja nuorten määräksi maailmanlaajuisesti lähes 240 miljoonaa (UNICEF 2021).

Suomen lainsäädännön mukaan kaikilla lapsilla ja nuorilla on oikeus opiskelemaan inklusiivisessa peruskoulussa,^{2,3,4} eli koulussa, jossa kaikilla on yhdenvertainen oikeus oppimiseen ja tarvittavaan tukeen esteettömässä ja saavutettavassa oppimisympäristössä (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) 2017). Vahvasta oikeusperustasta huolimatta panostukset inklusiiviseen peruskouluun ovat puutteellisia (Niemi 2022). Lisäksi on säädetty oikeudesta oppimisen ja koulunkäynnin tukeen sekä oppilashuoltoon heti tuen tarpeen ilmetessä.⁵ Oppilashuolto toteutetaan yksilökohtaisesti oppimisen ja koulunkäynnin tuen rinnalla. Siihen kuuluvat kouluterveydenhuolto, psykologi- ja kuraattoripalvelut sekä monialaisen asiantuntijaryhmän tuki. Toisin kuin oppimisen ja koulunkäynnin tuki, yksilökohtainen oppilashuolto perustuu osallistuvan vapaaehtoisuuteen. Molemmissa on lähtökohtana yhteistyö ja vuorovaikutus oppilaan ja huoltajan kanssa. (Opetushallitus (OPH) 2022a).^{2,5} Oppilashuollon tehtävä on tarjota oppilaille ensisijaisia palveluita, kuten terveydenhuoltoa ja psykososiaalista tukea (Kanste ym. 2018). Nuorten oppimisen ja hyvinvoinnin tukeminen on jokaisen koulun aikuisen tehtävä.

Nuorten moninaiset tarpeet

Nuorten avun ja tuen tarpeet vaihtelevat. Aikuismaiset kohtaamisen tavat, kankeat palvelurakenteet ja kokemukset siitä, ettei tule kuulluksi, voivat muodostaa esteitä nuorten avunsaannille (Gissler ym. 2018). Palveluissa toimintarajoitteiset ja vammaiset nuoret odottavat tulevansa kohdatuksi ainutlaatuisena yksilönä, jolla on voimavaroja ja kykyä selviytyä oireesta, rajoitteesta, vammasta tai sairaudesta huolimatta. Nuoret kaipaavat enemmän konkreettista apua arkeensa ja kokevat, ettei heidän toimintarajoitteitaan tunnisteta riittävästi palveluntarpeen arvioinnissa (Sandberg 2018). Nuoret kokevat, että osa työntekijöistä ymmärtää heidän erityisiä haasteitaan hyvin, mutta koulussa tuki on ollut riittämätöntä ja terve-

ydenhuollossa diagnoosin ja oikeanlaisen hoidon saaminen on ollut hidasta tai puutteellista (Lämsä ym. 2018). Nuoren saama apu ja tuki on ollut vammaisuuteen liittyvien palvelujen ja hoidon määrittämää, eikä iänmukaisia tarpeita huomioivaa (Mietola 2018).

Koronaepidemia on vaikuttanut kaikkiin nuoriin, mutta vaikutusten voimakkuus, kesto ja laajuus vaihtelevat. Erityisenä vaarana on eriarvoisuuden voimistuminen: kielteiset vaikutukset kohdistuvat jo valmiiksi haavoittuvassa asemassa oleviin (Varanka ym. 2022). Lapsiasiavaltuutettu on kiinnittänyt huomiota siihen, että toimintarajoitteiset nuoret Suomessa ovat monella tavalla eriarvoisessa asemassa verrattuna muihin nuoriin (Pekkarinen & Schalin 2021). Tutkimusten mukaan toimintarajoitteiset nuoret eroavat muista nuorista mm. perhetaustansa, terveydentilansa, kouluyhteisöön kuulumisen, väkivallan ja syrjinnän kokemustensa osalta (Ervasti & Vuorenmaa 2022; Kanste ym. 2017; Kanste ym. 2021; Kivelä ym. 2019).

Merkittävä osa oppilaista on arvioinut oppineensa koronan ja etäopetuksen aikana vähemmän kuin tavallisesti ja kokenut opiskeluvalmiuksiin liittyvää osamattomuutta (Varanka ym. 2022). Koronaepidemia vaikutti kielteisesti varsinkin erityistä tukea tarvitsevien oppilaiden oppimiseen (Ahtiainen ym. 2020; Goman ym. 2021ab). Etäopiskelu vaatii oppilailta enemmän itsesäätelytaitoja kuin luokahuoneessa tapahtuva opiskelu (Persico & Steffens 2017), mikä saattaa asettaa erityisesti toimintarajoitteiset nuoret entisestä heikompaan asemaan. Kun nuorten psyykinen hyvinvointi on heikentynyt korona-aikana (Aalto-Setälä ym. 2021), on tuen ja avun tarve voinut lisääntyä. Kuitenkin samaan aikaan nuorten käynnit kouluterveydenhoitajalla ovat vähentyneet (Hietanen-Peltola ym. 2021). Suurin osa oppilashuollon ammattilaisista arvioi avun ja tuen saannin heikentyneen korona-aikana (Hietanen-Peltola ym. 2020b). Outi Kansteen ym. (2019) tutkimuksessa havaittiin, että toimintarajoitteisilla nuorilla on suurempi vaara jäädä ilman apua kouluterveydenhuollosta kuin muilla nuorilla jo ennen epidemiaa. Yhdenvertaisten oikeuksien toteutumisen näkökulmasta on huolestuttavaa, että kokemukset palveluista ovat negatiivisimpia eri tavoin haavoittuvassa asemassa olevilla nuorilla (Berg & Myllyniemi 2021). Kuitenkaan toimintarajoitteisten nuorten avun ja tuen tarpeesta ja inklusiivisen koulun toimivuudesta eli siitä, miten kaikkien yläkoululaisten oppimisedellytyksiä ja hyvinvointia tukemaan tarkoitettut palvelut toimivat, on vain rajallisesti tietoa.

Tässä luvussa kuvaamme avun ja tuen tarpeita ja saantia toimintarajoitteisten yläkoululaisten kokemana koronaepidemian leimaaman lukuvuoden 2020–2021 aikana. Tarkastelun kohteena on opetuksen ja oppilashuollon ammattilaisten tuki. Tutkimuksessa selvitetään myös, onko ilman tarvitsemaansa tukea jääneiden toimintarajoitteisten nuorten osuus kasvanut korona-aikana verrattuna aikaan ennen sitä. Tuloksia verrataan samanikäisiin nuoriin, joilla ei ole toimintarajoitteita.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimuksessa käytetään Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) keräämiä Kouluterveyskyselyn aineistoja vuosilta 2017, 2019 ja 2021. Kouluterveyskysely on koko maan kattava väestötutkimus, jossa kerätään laajasti tietoa nuorten hyvinvoinnista, terveydestä ja palveluista (Helakorpi & Kivimäki 2021). Kohderyhmänä on 8.–9.-luokkalaiset, jotka ovat vastanneet peruslomakkeeseen (2017: N = 73 678, 2019: N = 87 215 ja 2021: N = 91 560). Aineisto kattoi noin 70 prosenttia kaikista perusopetuksen 8. ja 9. luokkien oppilaista Suomessa eri vuosina (Helakorpi & Kivimäki 2021). Tutkimuksessa painopiste on vuodessa 2021.

Toimintarajoitteet

Toimintarajoitteiset nuoret tunnistettiin aineistosta toimintakykyä kartoittavien kysymysten avulla. Kysymyssarja perustui UNICEFin ja Washington Groupin laatimaan kyselymoduuliin (WG 2022b), joka modifioitiin alkuperäisestä huoltajien vastattavaksi tarkoitetuista kysymyksistä lasten itsensä vastattavaksi. Samalla kysymysten määrää vähennettiin säilyttäen kuitenkin kaikki toimintakyvyn osalueet, joita oli yhteensä 11 ja niiden lisäksi mielialaa koskevat 2 kysymystä (liite 9.1). Kysymysten perusteella muodostettiin viisi erillistä ryhmää⁶:

1. Vain kognitiivisia tai käyttäytymisen säätelyn rajoitteita (paljon vaikeuksia tai ei onnistu: muistamaan, oppimaan, keskittymään, hyväksymään muutoksia tai hallitsemaan käytöstään)
2. Vain sensomotorisia rajoitteita (paljon vaikeuksia tai ei onnistu: kävelemään näkemään, kuulemaan, huolehtimaan itsestään tai puhumaan ymmärrettävästi)
3. Vain psykososiaalisia rajoitteita (ahdistuksen tai masennuksen kokemuksia päivittäin tai paljon vaikeuksia tai ei onnistu saamaan ystäviä)
4. Vaikeuksia vähintään kahdella toimintakyvyn ulottuvuudella
5. Ei toimintarajoitteita (ei ollut rajoitteita tai ne olivat enintään lieviä).

Avuntarve ja saanti

Avun ja tuen muuttajat on kuvattu liitteessä 2. Niiden jakaumia vuoden 2021 aineistossa tarkasteltiin toimintarajoiteryhmien mukaisesti. Lisäksi tyydyttymätöntä avuntarvetta apua tarvinneiden keskuudessa selvittiin seuraavilla viidellä muuttujalla: Ei ole saanut tarvitsemaansa tukea ja apua oppimiseen ja koulunkäyntiin etäopetuksessa (1) tai koulun aikuiselta lukuvuoden aikana (2); Ei ole saanut tarvitsemaansa tukea ja apua hyvinvointiin terveydenhoitajalta tai koululääkäriltä (3), koulupsykologilta tai koulukuraattorilta (4) tai opettajalta (5) lukuvuoden aikana. Ajallista muutosta jaksolla 2017–2021 tarkastellaan muuttujilla 4–5. Tyydyttymätön avuntarve tarkoittaa tässä nuoren kokemusta siitä, että ei ole saanut lainkaan apua, vaikka olisi tarvinnut (Kanste ym. 2019). Kysymysmuotoilun vuoksi tyydyttymätöntä avuntarvetta ei saada selville niiltä nuorilta, jotka olivat saaneet apua mutta kokivat sen riittämättömäksi.

Tilastolliset menetelmät

Tuloksia analysoitiin käyttäen SAS Enterprise Guide 7- ja STATA 16.1 -ohjelmistoja. Merkitsevyyden rajana käytettiin p -arvoa $<0,05$.

Vuoden 2021 tilanne: Kunkin toimintarajoiteryhmän (sensomotorinen, kognitiivinen tai käyttäytymisen säätely, psykososiaalinen ja vähintään kaksi rajoitetta) ja vertailuryhmän (ei toimintarajoitetta) erot estimoitiin logistisella regressioanalyysillä.

Muutos vuosien välillä: Muutosta avun ja tuen muuttujissa estimoitiin logistisella regressioanalyysillä. Mallissa ennustavina muuttujina olivat vuosi, toimintarajoite sekä vuoden ja toimintarajoitteen välinen yhdysvaikutus. Muutosanalyysissä toimintarajoitteilla nuorilla on vähintään yksi toimintarajoite kaikkina vuosina (2017, 2019, 2021) mitatuista rajoitteista (kuulo, näkö, kävely, keskittyminen, muisti ja/tai oppiminen). Vuosien välillä katsotaan tapahtuneen merkittävää muutosta, jos vuodella on merkitsevä yhteys vastemuuttujiin. Toimintarajoitteiden ja vertailuryhmän muutosta pidetään erilaisena, jos vuoden ja toimintarajoitteisuuden välinen yhdysvaikutus on merkitsevästi yhteydessä vastemuuttujiin.

Tulokset

Vuonna 2021 yleisimpiä toimintarajoitteita nuorilla olivat kognitiiviseen toimintakykyyn tai käyttäytymisen säätelyyn liittyvät rajoitteet sekä psykososiaaliset rajoitteet. Sensomotoriset rajoitteet olivat harvinaisempia (taulukko 9.1 ja liite 9.3). Tytöt kokivat psykososiaalisia rajoitteita poikia useammin, kun pojilla sensomotoriset rajoitteet olivat tyttöjä hieman yleisempiä. Rajoitteita samanaikaisesti vähintään kahdella ulottuvuudella oli joka neljännellä tytöistä ja joka kymmenenellä pojista.

Taulukko 9.1. Toimintarajoitteiden yleisyys (%) vuonna 2021. Lähde: Kouluterveyskysely 2021.

	Tytöt		Pojat		Yhteensä	
	%	n	%	n	%	n
Vain sensomotorisia rajoitteita	2,8	1 274	4,1	1 767	3,4	3 055
Vain kognitiivisia ja käyttäytymisen säätelyn rajoitteita	13,2	6 091	11,1	4 822	12,1	10 941
Vain psykososiaalisia rajoitteita	10,8	4 986	4,4	1 924	7,7	6 922
Rajoite vähintään kahdella ulottuvuudella	25,7	11 879	9,7	4 212	17,9	16 151
Ei rajoitetta	47,7	22 080	70,8	30 847	58,9	53 044

Opetuksen ammattilaisilta saatu oppimisen ja koulunkäynnin tuki

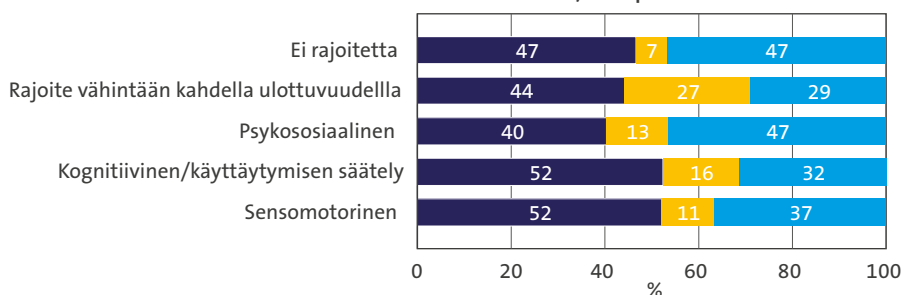
Noin joka viides yläkoululaisista ilmoitti, ettei ole ollut etäopetuksessa lukuvuoden 2020–2021 aikana. Etänä opiskelleista nuorista yli puolet ilmoitti, että tarvitsi etäopiskeluun tukea (kuvio 9.1). Yleisintä avuntarve etäopiskelussa oli niillä nuorilla, joilla oli rajoitteita kognitiivisella ulottuvuudella tai käyttäytymisen säätelyssä, ja niillä, joilla rajoitteita oli useammalla kuin yhdellä ulottuvuudella (lähes 70 %). Harvinaisinta avuntarve oli psykososiaalisia rajoitteita kokeneilla (53 %), yhtä suuri osuus kuin niillä, joilla rajoitteita ei ollut lainkaan. Suurin osa nuorista oli myös saanut apua etäopetuksessa; yleisintä avun saanti oli kognitiivisia/käyttäytymisen säätelyn tai sensomotorisia rajoitteita kokeneilla nuorilla (52 %), kun taas psykososiaalisia rajoitteita kokeneilla apua saaneiden osuus oli pienin (40 %). Rungas neljännes nuorista, joilla oli rajoitteita vähintään kahdella ulottuvuudella raportoi, että olisi tarvinnut apua etäopetuksessa mutta ei sitä saanut. Vastaava luku oli vain seitsemän prosenttia niillä nuorilla, joilla toimintarajoitteita ei ollut.

Yleisimmin tukea oppimiseen tai koulunkäyntiin tarvittiin luokanvalvojalta (39–59 %) ja harvemmin erityisopettajalta (20–42 %). Avuntarve eri opettajilta oli yleisintä oppilailla, joilla oli rajoitteita usealla toimintakyvyn ulottuvuudella. Heillä myös tyydyttymätön avuntarve oli yleisintä (13–15 %), eikä eroja ollut siinä, oliko tarkastelussa erityisopettaja, luokanvalvoja tai opinto-ohjaaja. (Kuvio 9.1.)

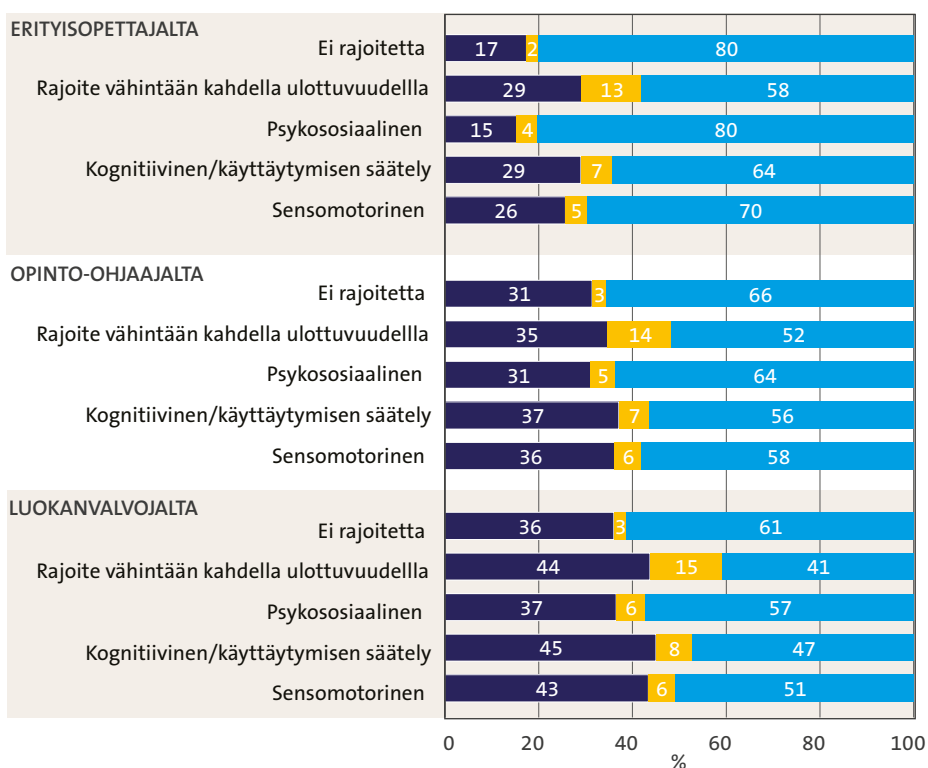
Kuviossa 9.2 tarkastellaan tyydyttymätöntä avuntarvetta niiden keskuudessa, jotka olivat ilmoittaneet apua tarvinneensa. Toimintarajoitteiset nuoret raportoivat muita nuoria useammin, että he eivät ole saaneet oppimiseensa ja koulunkäyntiinsä tukea ja apua, vaikka olisivat tarvinneet. Erot toimintarajoitteisten ja muiden nuorten välillä näkyivät sekä etäopetuksessa saadussa tuessa että koulun aikuiselta koko lukuvuoden aikana saadussa tuessa. Tyydyttämätön avuntarve oli kaikkein yleisintä niillä toimintarajoitteisilla nuorilla, joilla oli rajoitteita vähintään kahdella ulottuvuudella. Näin heistä raportoi jopa 35–40 prosenttia, kun muista nuorista näin koki noin 10 prosenttia apua tarvinneista. Noin 20–25 prosenttia psykososiaalisia rajoitteita tai kognitiivisia tai käytöksen säätelyn rajoitteita kokeneista nuorista ilmoitti, etteivät ole saaneet tarvitsemaansa apua. Toimintarajoitteisista nuorista harvinaisinta tyydyttymätön avuntarve oli niillä nuorilla, joilla oli sensomotorisia rajoitteita.

Kyllä, vähintään jonkin verran
 En, mutta olisin tarvinnut
 En ole tarvinnut apua

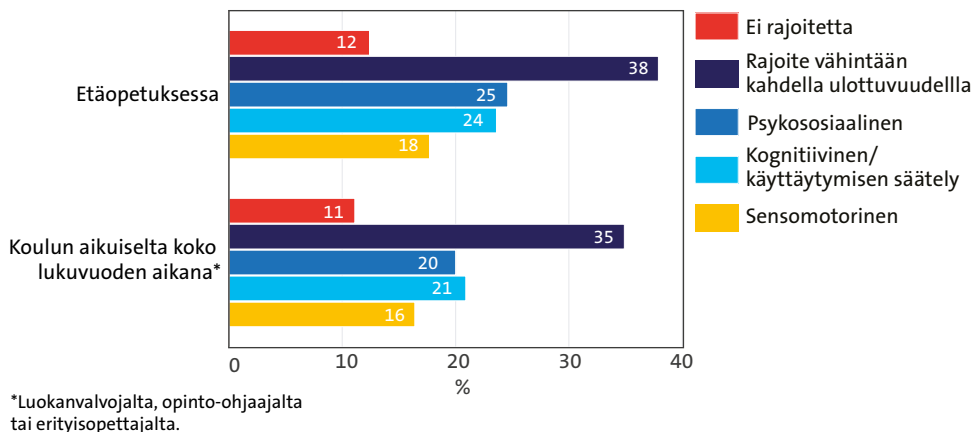
a) Etäopetuksessa



b) Koko lukuvuoden aikana



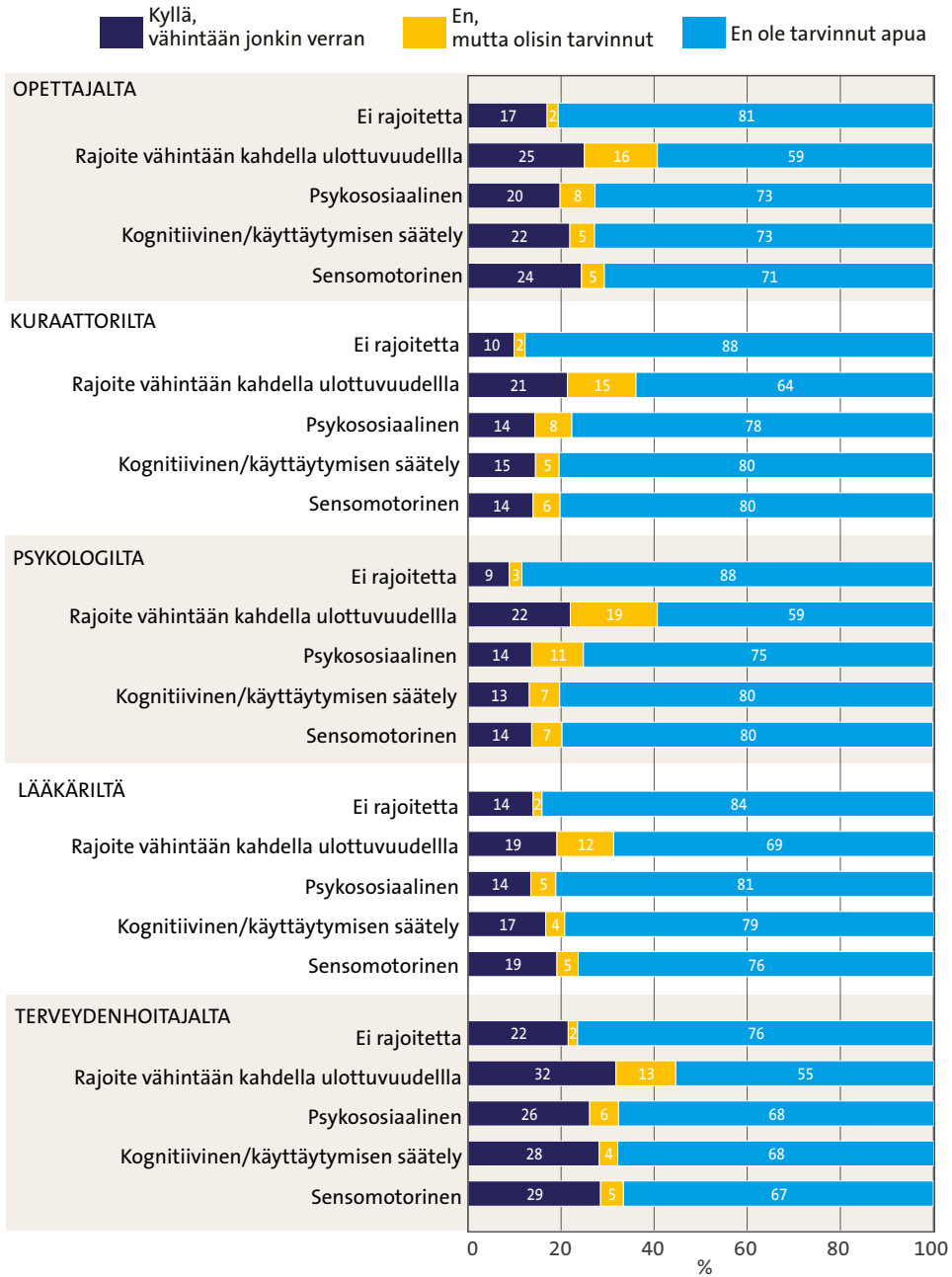
Kuvio 9.1. Tuki ja apu oppimiseen ja koulunkäyntiin a) etäopetuksessa ja b) koko lukuvuoden aikana koulun aikuiselta (erityisopettaja, opinto-ohjaaja ja luokanvalvoja) korona-aikana toimintarajoitteisten ja muiden nuorten keskuudessa. Lähde: Kouluterveyskysely 2021.



Kuvio 9.2. Ilman tarvitsemaansa oppimisen ja koulunkäynnin tukea jääneiden osuus korona-aikana toimintarajoitteisten ja muiden nuorten keskuudessa, % tukea tarvinneista. Erot toimintarajoitteisten ja muiden nuorten välillä olivat merkitseviä ($p < .001$). Lähde: Kouluterveyskysely 2021.

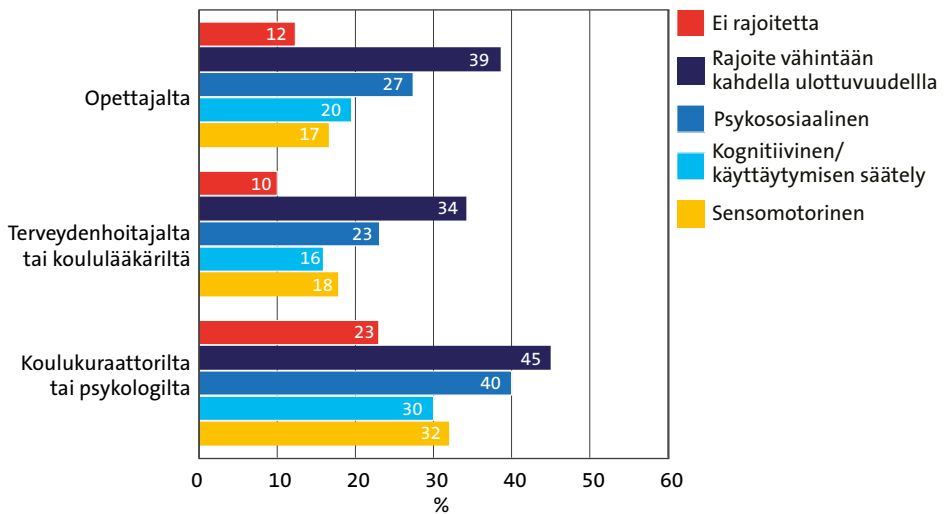
Opettajalta ja oppilashuollon ammattilaisilta saatu hyvinvointiin liittyvä tuki ja apu

Toimintarajoitteiset nuoret raportoivat tarvitsevansa apua hyvinvointiinsa opettajalta tai oppilashuollon ammattilaisilta yleisemmin kuin muut nuoret (kuvio 9.3). Ne toimintarajoitteiset nuoret, joilla oli rajoitteita vähintään kahdella ulottuvuudella, kokivat kaikkein useimmin tarvitsevansa apua hyvinvointiinsa opettajalta (41 %), kuraattorilta (36 %), psykologilta (41 %), lääkäriltä (31 %) tai terveydenhoitajalta (45 %). He myös ilmoittivat kaikkein useimmin saaneensa vähintään jonkin verran apua näiltä ammattilaisilta, mutta jäivät myös muita useammin sitä vaille (kuvio 9.3). Muut toimintarajoiteryhmät eivät juuri eronneet toisistaan avuntarpeen tai saannin yleisyydessä. Niiden osuus, jotka kokivat jääneensä ilman tarvitsemaansa apua, vaihteli 4–11 prosentin välillä eri rajoiteryhmissä, kun muilla nuorilla se oli noin kaksi prosenttia. Psykososiaalisia rajoitteita kokeneista hieman suurempi osa kuin muista raportoi jääneensä vaille tarvitsemaansa apua, erityisesti psykologilta (11 %), opettajalta (8 %) ja kuraattorilta (8 %).



Kuvio 9.3. Hyvinvointiin liittyvä tuki korona-aikana toimintarajoitteisten ja muiden nuorten keskuudessa. Lähde: Kouluterveyskysely 2021.

Kuviossa 9.4 tarkastellaan tyydyttämättömmää avuntarvetta niiden keskuudessa, jotka olivat ilmoittaneet apua tarvitseensa. Toimintarajoitteiset nuoret kokivat muita nuoria useammin, etteivät he saaneet tarvitsemaansa hyvinvointiin liittyvää tukea, ja se koski sekä opettajalta että oppilashuollosta saatua tukea. Yleisintä tyydyttämättömän avuntarve oli niillä nuorilla, joilla oli rajoitteita vähintään kahdella ulottuvuudella ja niillä nuorilla, joilla oli psykososiaalisia rajoitteita. Harvinaisinta tämä oli puolestaan niillä nuorilla, joilla oli sensomotorisia tai kognitiivisia/käyttäytymisen säätelyn rajoitteita. Nuoret kokivat erityisesti jääneensä ilman tarvitsemaansa psykologin tai koulukuraattorin apua.

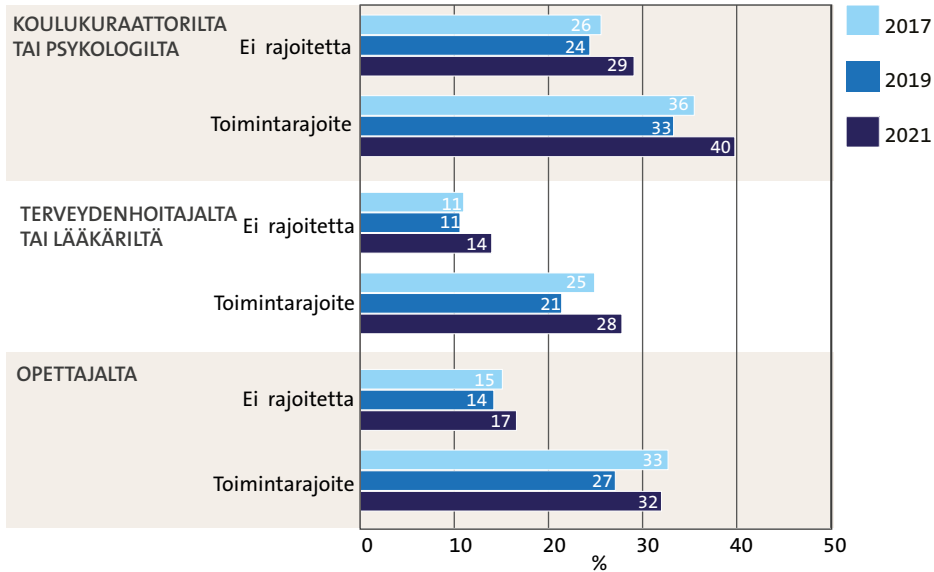


Kuvio 9.4. Ilman tarvitsemaansa hyvinvoinnin tukea opettajalta ja oppilashuollon ammattilaisilta jääneiden osuus toimintarajoitteisten ja muiden nuorten keskuudessa, % tukea tarvinneista. Erot toimintarajoitteisten ja muiden nuorten välillä olivat merkitseviä ($p < .001$). Lähde: Kouluterveyskysely 2021.

Muutos tyydyttämättömässä avuntarpeessa vuosien 2017, 2019 ja 2021 välillä

Muutostarkastelussa toimintarajoitteisiksi nuoriksi luokiteltiin ne, joilla on vähintään yksi toimintarajoite kaikkina ajankohtina mitatuista rajoitteista (paljon vaikeuksia tai ei onnistu: kuulemaan, näkemään, kävelemään, keskittymään, muistamaan ja/tai oppimaan). Vuodesta 2017 vuoteen 2019 tyydyttämättömän avuntarve koulukuraattorilta ja psykologilta väheni hiukan sekä toimintarajoitteisten että muiden nuorten keskuudessa (kuvio 9.5). Sen sijaan niiden osuus, jotka kokivat jääneensä ilman tarvitsemaansa opettajan apua tai terveydenhoitajan tai lääkärin apua, pieneni toimintarajoitteisilla nuorilla mutta ei muilla (yhdyksvaikutus).

Vuosien 2019 ja 2021 välillä tilanne sen sijaan heikentyi: tyydyttämätön avun-
tarve kasvoi selvästi. Muutos oli samanlaista sekä toimintarajoitteisilla että muilla
nuorilla. Kielteinen muutos koski avun saantia sekä oppilashuollon ammattilaisil-
ta että opettajalta. Muutos huonompaan oli erityisen voimakasta terveydenhoita-
jan tai lääkärin avun ja tuen saamisessa. Opettajan sekä psykologin tai koulu-
kuraattorin avun ja tuen saamisessa muutos huonompaan oli pienempi, mutta silti
merkittävä.



Kuvio 9.5. Ilman hyvinvoinnin tukea jääneiden osuus vuosina 2017, 2019 ja 2021
toimintarajoitteisten ja muiden nuorten keskuudessa, % tukea tarvinneista. Lähde:
Kouluterveyskyselyt 2017, 2019 ja 2021.

Nuorten avun ja tuen saaminen heikkeni korona- aikana

Tutkimus tuotti uutta tietoa nuorten tuen ja avuntarpeesta ja saannista koronaepi-
demian aikana toimintarajoitteisilla nuorilla verrattuna muihin nuoriin. Jokainen
nuori on oikeutettu oppimisen tukeen (OPH 2022a) ja yksilökohtaiseen oppilas-
huoltoon⁵, mutta korona-aikana toimintarajoitteiset nuoret kokivat muita nuoria
useammin jääneensä vaille tarvitsemaansa oppimisen tai hyvinvoinnin tukea ope-
tuksen tai oppilashuollon ammattilaisilta.

Moni toimintarajoitteinen nuori jäi vaille tarvitsemaansa oppimisen tukea korona-aikana

Tutkimuksemme mukaan noin 80 prosenttia nuorista, myös toimintarajoitteisista, on ollut oman ilmoituksensa mukaan etäopetuksessa koronaepidemian vuoksi, vaikka osa erityistä tukea saavista oppilaista on rajattu etäopetuksen ulkopuolelle perustuen perusopetuslain väliaikaiseen muutokseen.⁷ Suurin osa oppilaista koki tarvitsevansa oppimisen tukea etäopiskelussa, toimintarajoitteiset nuoret muita useammin. Avuntarve oli kaikkein yleisintä niillä nuorilla, joilla oli rajoitteita kognitiivisessa toimintakyvyssä tai käyttäytymisen säätelyssä tai usealla toimintakyvyn ulottuvuudella. Moni myös sai apua etäopiskeluun, mutta erityisesti nuoret, joilla oli samanaikaisesti rajoitteita vähintään kahdella ulottuvuudella, olivat muita heikommassa asemassa. He jäivät muita useammin paitsi tarvitsemaansa apua. Tulos on linjassa aikaisemman tutkimuksen kanssa, joka osoittaa, että etäopetus vaikutti kielteisesti erityistä tukea tarvitsevien oppilaiden oppimisen tukeen (Ahtiainen ym. 2020; Goman ym. 2021b). Raisa Ahtiaisen ym. (2020) tutkimuksen mukaan opettajista ja rehtoreista lähes puolet koki tuen piirissä olevien oppilaiden saaneen heikomminkin tukea poikkeusoloissa korona-aikana. Jani Goman ja muut (2021a) osoittivat, että suurin osa opettajista arvioi, että oppimisen tuen järjestelyissä ja riittävydessä on ongelmia poikkeusoloissa etäyhteyksien kautta.

Nuoret, joilla oli useampia rajoitteita, myös kokivat kaikkein yleisemmin jääneensä ilman tarvitsemaansa koulun aikuisen tukea lukuvuoden 2020–2021 aikana. Nämä nuoret saattavat tarvita erityisesti opettajan henkilökohtaista ohjausta oppimiseensa, ja heidän itseohjautuvuutensa voi olla heikkoa. Oppilaat, joilla oli itseohjautuvuuden haasteita lähiopetuksessa, jäivät jälkeen opetuksessa etäaikana (Goman ym. 2021b). Tutkimuksemme mukaan sensomotorisia rajoitteita kokeneiden tuen tarpeet tulivat usein tyydytetyiksi etäopetuksessa tai lukuvuoden aikana. Osa toimintarajoitteisista nuorista voi jopa hyötyä etäopetuksesta (Vallinkoski 2021), kun voi toimia rauhallisessa kotiympäristössä lukuisia häiriötekijöitä sisältävän luokkatyöskentelyn sijaan. Lisäksi nuoret yleensä suosivat digitaalisia palveluja, eivätkä toimintarajoitteiset ja vammaiset nuoret tämän osalta useinkaan eroa muista nuorista (Berg & Myllyniemi 2021; Eriksson 2021). Etäopetuksen toteutuksessa pitäisi miettiä yksilötasolla, kenelle nuorille se sopii.

Moni toimintarajoitteinen nuori jäi vaille tarvitsemaansa apua korona-aikana

Tutkimuksemme mukaan toimintarajoitteiset nuoret kokivat muita nuoria useammin, etteivät ole saaneet tarvitsemaansa tukea hyvinvointiinsa opettajalta, koulukuraattorilta tai psykologilta sekä terveydenhoitajalta tai koululääkäriltä korona-aikana. Aikaisemman tutkimuksen mukaan tyydyttämätön avuntarve kouluterveydenhuollon palveluista on ollut heille yleistä jo ennen epidemiaa (Kanste ym. 2019). Tutkimuksemme mukaan yleisimmin ilman hyvinvoinnin tukea jäivät

ne nuoret, joilla oli rajoite vähintään kahdella ulottuvuudella. Nämä nuoret myös tarvitsivat kaikkein useimmin apua opettajalta ja oppilashuollon ammattilaisilta. Lisäksi nuoret, joilla oli psykososiaalisia rajoitteita, kokivat usein, etteivät ole saaneet tarvitsemaansa koulukuraattorin tai psykologin tukea. Nuoret kokivat jääneensä vaille koulukuraattorin tai psykologin palveluita koronatilanteessa, jolloin psyykinen oireilu on lisääntynyt (Aalto-Setälä 2021). Nuoret, joilla on psykososiaalisia rajoitteita, saattavat erityisesti tarvita kuraattorin tai psykologin palveluja. Aikaisemman tutkimuksen mukaan nuoret, joilla on mielenterveytensä kanssa ongelmia, ovat kuormittuneet lisää poikkeusoloissa (Varanka ym. 2022).

Tyydyttymätön avuntarve on lisääntynyt korona-aikana

Havaitsimme, että niiden osuus, jotka ovat jääneet ilman tarvitsemaansa apua oppilashuollon palveluista, on lisääntynyt vuosien 2019 ja 2021 välisenä aikana sekä toimintarajoitteisten että muiden nuorten keskuudessa. Sen sijaan vuosien 2017 ja 2019 välillä tilanne parantui: tyydyttymätön avuntarve kouluterveydenhuollosta väheni erityisesti toimintarajoitteisten nuorten kohdalla. Koronaepidemia ja sen aiheuttamat rajoitustoimet sijoittuvat vuosien 2019 ja 2021 välille, ja ovat siten osaltaan aiheuttaneet tyydyttymättömän avuntarpeen lisääntymistä. Jo aiemmin on todettu oppilashuollon palvelujen voimakas supistaminen etäkouluun siirryttäessä (Hakulinen ym. 2020; Hietanen-Peltola ym. 2020ab). Tutkimuksemme mukaan myös toimintarajoitteiset nuoret saivat oppilashuollon palveluja aikaisempaa heikommin, vaikka heidän palvelujen saanti olisi erityisesti turvattava. Korona-aika on heikentänyt mahdollisuuksia toteuttaa terveystarkastuksia normaaliin tapaan ja vähentänyt monialaista yhteistyötä sekä aiheuttanut ylimääräistä korona-asioihin liittyvää ohjaus- ja neuvontatyötä (Hakulinen ym. 2020; Hietanen-Peltola ym. 2020ab). Kouluterveydenhuollon palveluista on tehty runsaasti henkilöstösiirtoja epidemian aikana, mikä on heikentänyt nuorten palvelujen toimintaedellytyksiä (Hakulinen ym. 2020; Hietanen-Peltola ym. 2020b; Varanka ym. 2022). Kuraattorit ja psykologit ovat olleet monin paikoin etätöissä, ja yhteistä yhteisöllistä työtä on vähennetty (Hakulinen ym. 2020; Hietanen-Peltola ym. 2020b). Tämä oppilashuollon palvelujen voimakas supistaminen on johtanut siihen, että toimintarajoitteiset nuoret ovat jääneet enemmän yksin avuntarpeineen. Oppilashuollon palvelujen saanti olisi turvattava myös poikkeusoloissa, jotta tukea tarvitsevien toimintarajoitteisten nuorten terveys ja hyvinvointi ei heikkenisi entisestään.

Tutkimuksemme mukaan vuosien 2017 ja 2019 välillä tapahtui positiivinen muutos opettajilta saadussa hyvinvoinnin tuessa: tyydyttymätön avuntarve väheni toimintarajoitteisten nuorten kohdalla. Uuden opetussuunnitelman käyttöönotto voi selittää tätä myönteistä muutosta (OPH 2022b). Opetussuunnitelman mukaan opettajan tehtävään kuuluu oppilaiden hyvinvoinnin seuraaminen ja edistäminen, jokaisen oppilaan arvostaminen ja oikeudenmukainen kohtelu (OPH 2014). Sen sijaan vuosien 2019 ja 2021 välillä tilanne jälleen heikentyi ja tyydyttymätön

avuntarve opettajalta lisääntyi. Raisa Ahtiainen ym. (2020) tutkimuksen mukaan reilusti yli puolet opettajista raportoi pystyneensä vain osittain seuraamaan erityishuomiota vaativien oppilaiden tilannetta korona-aikana. Tämä voi vaikuttaa siihen, että yhä useampi toimintarajoitteinen nuori ilmoitti jääneensä ilman tarvitsemaansa opettajan antamaa hyvinvoinnin tukea.

Toimintarajoitteisten nuorten palvelujen parantaminen

Tutkimuksemme tuotti tietoa siitä, miten toimintarajoitteisten nuorten hyvinvoinnin ja oppimisen tuen järjestämisessä on onnistuttu. Tietoa tarvitaan vammaisyleissopimuksen toimeenpanon seurannassa. Yhdenvertaisen oppimisen ja osallisuuden toteutumisen kannalta välttämättömän tuen järjestäminen ja oikea kohdentaminen on tärkeää opetussuunnitelman tavoitteiden toteuttamiseksi ja inklusiivisen peruskoulun jatkuvuuden varmistamiseksi myös poikkeusoloissa. Nuorten oppimisen tuen ja oppilashuollon palvelujen toteutumista ja mitoituksen riittävyyttä seurataan jatkuvasti erityisesti poikkeusolojen aikana. Päättäjien ja opetuksen ammattilaisten tulisi kiinnittää seurannassa huomiota nimenomaan toimintarajoitteisten nuorten tarpeisiin.

Poikkeusolot toivat haasteita yhdenvertaisuuden toteutumiselle jo ennestään heikommassa asemassa oleville nuorille (Goman ym. 2021 ab). Tutkimuksemme mukaan toimintarajoitteiset nuoret raportoivat muita nuoria useammin jääneensä ilman tarvitsemaansa oppimisen tukea etäopetuksessa ja koulun aikuiselta korona-aikana. Vaikka opettajien digitaidot ovat kehittyneet poikkeusoloissa (Ahtiainen ym. 2020), olisi koulutusta ja resursseja suunnattava erityisesti kaikille sopivien oppimisympäristöjen kehittämiseen ja niissä toimimisen tukemiseen sekä toimintarajoitteisten nuorten tarvitseman tuen varmistamiseen poikkeusoloissa. Niille toimintarajoitteisille nuorille, jotka eivät pärjää etäopetuksessa, olisi turvattava mahdollisuus lähiopetukseen.

Huolestuttavaa on, että toimintarajoitteiset kokivat muita nuoria useammin jääneensä vaille tarvitsemaansa hyvinvoinnin tukea niin opettajalta kuin oppilashuollon ammattilaisiltakin. Lisäksi tyydyttymätön avuntarve lisääntyi korona-aikana verrattuna aikaan ennen sitä sekä toimintarajoitteisilla että muilla nuorilla. Kouluihin olisi kehitettävä sellaisia toimintamalleja, joiden avulla voidaan turvata näiden palvelujen jatkuvuus poikkeusoloissa, ja erityisen tärkeää se on jo ennestään haavoittuvassa asemassa oleville toimintarajoitteisille nuorille.

Poikkeusolot ovat heikentäneet nuorten hyvinvointia ja oppimista (Aalto-Setälä 2021; Ahtiainen ym. 2020). Toimintarajoitteisten nuorten jääminen vaille tarvitsemaansa apua voi johtaa heidän oppimistulosten ja hyvinvoinnin heikkenemiseen. Tutkimuksemme mukaan erityisen eriarvoisessa asemassa oppimisen ja hyvinvoinnin tuessa korona-aikana olivat ne nuoret, joilla oli rajoitteita usealla toimintakyvyn ulottuvuudella. Lähiopetukseen siirryttäessä opettajan ja oppilashuollon ammattilaisten tulee kohdentaa tehostetusti tukea tarvitsevien lasten ja

nuorten tunnistamiseen ja tukitoimien suunnitteluun ja käynnistämiseen (STM 2020). Vuoden 2023 alusta alkaen voimaan tuleva opiskeluhoitolpalvelujen muutos edellyttää kaikilta järjestäjiltä toiminnan ja yhteistyökäytäntöjen tarkistamista (Hietanen-Peltola & Janhukainen 2022).

Tutkimuksen rajoitukset

Tämän tutkimuksen vahvuus on koko Suomen kattava ja laaja osallistujajoukko nuorista. Tämä mahdollistaa luotettavan vertailun toimintarajoitteisten ja muiden nuorten välillä. Tämän tutkimuksen rajoite on, että oppimisen tuesta ei ole saatavissa pitkältä aikaväliltä tuloksia. Tulokset perustuvat oppilaan kokemuksiin tuen saamisesta, mutta tieto tarvittavan tuen laadusta puuttuu. Tutkimuksessa käytetyllä kyselyllä ei saada selville tyydyttymätöntä avuntarvetta niiltä nuorilta, jotka kokivat saaneensa apua mutta eivät tarpeeksi. Toimintarajoitteisuuden määrittely Kouluterveyskyselyssä perustui kansainvälisesti käytettyyn mittariin (WG 2022), joka kattaa laajasti nuorten kannalta tärkeitä toimintakyvyn ulottuvuuksia. Erona alkuperäiseen mittariin oli, että nuoret vastasivat itse toimintakykyään koskeviin kysymyksiin, mikä voi heikentää kansainvälistä vertailukelpoisuutta. Silti vammaisyleissopimuksen ja Lasten oikeuksien sopimuksen mukaan on kannatettavaa tuoda nuorten oma ääni kuuluville. Huoltajien ja nuorten vastaukset poikkeavat erityisesti sellaisissa toiminnoissa, jotka eivät ole helposti aikuisen havaittavissa, kuten psykososiaaliset ongelmat. Huoltajien ja nuorten on todettu myös ymmärtävän kysymykset hieman eri tavoin. (Massey ym. 2015.) Kouluterveyskyselyssä saatu melko korkea toimintarajoitteiden esiintyvyys verrattuna muiden maiden tuloksiin voi johtua näistä eroavaisuuksista. Kouluterveyskyselyn tuottamaa tietoa toimintarajoitteisuudesta onkin aihetta tutkia lisää.

Viitteet

- 1 Yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista 2016. <https://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/2016/20160027> (luettu 1.8.2022)
- 2 Perusopetuslaki 1998. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19980628> (luettu 1.8.2022)
- 3 Suomen perustuslaki 1999. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731> (luettu 1.8.2022)
- 4 Yhdenvertaisuuslaki 2014. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2014/20141325> (luettu 1.8.2022)
- 5 Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki 2013. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20131287> (luettu 1.8.2022)
- 6 Aineistosta poistettiin niiden nuorten vastaukset, jotka vastasivat ”ei onnistu” seuraaviin kuuteen toimintarajoitekysymykseen (näkö, kuulo, kävely, keskittyminen, muisti ja oppiminen) (2017: 0,8 %, n = 580, 2019: 0,6 %, n = 491 ja 2021: 0,5 % ja n = 446). Tämän katsottiin olevan mahdotonta nuorella, joka pystyy vastaamaan itsenäisesti kyselylomakkeeseen.
- 7 Lakiperusopetuslain väliaikaisesta muuttamisesta 2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2021/20210687> (luettu 1.8.2022)

Lähteet

- Aalto-Setälä, Terhi & Suvisaari, Jaana & Appelqvist-Schmidlechner, Kaija & Kiviruusu, Olli (2021): *Pandemia ja nuorten mielenterveys - Kouluterveyskysely 2021*. Tutkimuksesta tiiviisti 55/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-738-8>
- Ahtiainen, Raisa & Asikainen, Mikko & Heikonen, Lauri & Hienonen, Ninja ym. (2020): *Koulunkäynti, opetus ja hyvinvointi kouluyhteisössä koronaepidemian aikana: Ensitutkimukset*. Helsinki: Helsingin yliopisto. <http://hdl.handle.net/10138/324905> (luettu 1.8.2022)
- Berg, Päivi & Myllyniemi, Sami (toim.) (2020): *Palvelu pelaa! Nuorisobarometri 2020*. Valtion nuorisoneuvoston julkaisuja, nro 67. <https://tietoanuorista.fi/nuorisobarometri/nuorisobarometri-2020/> (luettu 1.8.2022)
- Eriksson, Susan (2021): *Nuorten tyytyväisyys palveluihin vammaisuuden näkökulmasta*. Teoksessa: Päivi Berg & Sami Myllyniemi (toim.): *Palvelu pelaa! Nuorisobarometri 2020*. Valtion nuorisoneuvoston julkaisuja, nro 67, 145–150. <https://tietoanuorista.fi/nuorisobarometri/nuorisobarometri-2020/> (luettu 1.8.2022)
- Ervasti, Eetu & Vuorenmaa, Maaret (2022): *Toimintarajoitteisten nuorten väkivallan kokemukset*. Teoksessa Minna-Liisa Luoma (toim.) & Maria Valtokari (toim.) & Anna Väre (toim.) ym.: *Vammaisten henkilöiden kokeman lähisuhdeväkivallan yleisyys ja palvelujen saatavuus: Määrällinen ja laadullinen tarkastelu*. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:24. Helsinki: Valtioneuvoston kanslia, 28–43. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-016-5>
- Gissler, Mika & Kekkonen, Marjatta & Känkänen, Päivi (toim.) (2018): *Nuoret palveluiden pauloissa: Nuorten elinolot -vuosikirja 2018*. Helsinki: PunaMusta Oy. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-200-0>
- Goman, Jani & Huusko, Mira & Metsämuronen, Jari & Rumpu, Niina ym. (2021a): *Poikkeuksellisten opetusjärjestelyjen vaikutukset tasa-arvon ja yhden vertaisuuden toteutumiseen*. Osa I: Kansallisen arvioinnin taustaraportti, synteesi ja tilannearvio valmiiden aineistojen pohjalta. Julkaisut 20:2020. Helsinki: Kansallinen koulutuksen arviointikeskus. https://karvi.fi/wp-content/uploads/2021/03/KARVI_2020.pdf (luettu 1.8.2022)
- Goman, Jani & Huusko, Mira & Metsämuronen, Jari & Rumpu, Niina ym. (2021b): *Poikkeuksellisten opetusjärjestelyjen vaikutukset tasa-arvon ja yhden vertaisuuden toteutumiseen eri koulutusaloilla*. Osa III: Kansallisen arvioinnin yhteenveto ja suosittukset. Julkaisut 8:2021. Helsinki: Kansallinen koulutuksen arviointikeskus. https://karvi.fi/wp-content/uploads/2021/04/KARVI_0821.pdf (luettu 1.8.2022)
- Hakulinen, Tuovi & Hietanen-Peltola, Marke & Hastrup, Arja & Vaara, Sarianna & Jahnukainen, Johanna & Varonen, Päivi (2020): *"Pahin syksy ikinä": Lasten, nuorten ja perheiden peruspalvelut koronasyksynä 2020*. Työpaperi 37/2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-579-7>
- Helakorpi, Satu & Kivimäki, Hannele (2021): *Lasten ja nuorten hyvinvointi – Kouluterveyskysely 2021: Iso osa lapsista ja nuorista on tyytyväisiä elämäänsä – yksinäisyyden tunne on yleistynyt*. Tilastoraportti 30/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021091446139>
- Hietanen-Peltola, Marke & Vaara, Sarianna & Hakulinen, Tuovi & Hastrup, Arja (2020a): *Lasten, nuorten ja perheiden peruspalvelut koronakeväänä 2020*. Tuloksia kouluterveydenhuollon verkoston ja perhekeskusverkoston tiedonkeruista. Työpaperi 26/2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-521-6>
- Hietanen-Peltola, Marke & Vaara, Sarianna & Laitinen, Kristiina & Jahnukainen, Johanna (2020b): *Etäkoulu heikensi avun ja tuen saantia opiskeluhuollosta - myös kuraattori- ja psykologipalveluissa*. Tutkimuksesta tiiviisti 40/2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-605-3>
- Hietanen-Peltola, Marke & Jahnukainen, Johanna & Vaara, Sarianna & Kivimäki, Hanne & Ervasti, Eetu (2021): *Asiointi ja avunsaanti perusopetuksen opiskeluhuoltopalveluissa – Kouluterveyskysely 2021*. Tutkimuksesta tiiviisti 53/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-734-0>
- Hietanen-Peltola, Marke & Jahnukainen, Johanna (2022): *Opiskeluhuoltopalvelut tulisi koota yhdeksi kokonaisuudeksi hyvinvointi-*

- alueilla. THL-blogi 21.3.2022. <https://blogi.thl.fi/opiskeluhoitopalvelut-tulisi-kootayhdeksi-kokonaisuudeksi-hyvinvointialueilla/> (luettu 4.5.2022)
- 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. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-838-8>
- Kanste, Outi & Kiviruusu, Olli & Halme, Nina & Haravuori, Henna (2018): Mielialastaan huolestuneiden nuorten tuen ja avun saaminen koulusta, palveluista ja lähipiiriltä – Kouluterveyskyselyn 2017 tuloksia. Teoksessa Mika Gissler & Marjatta Kekkonen & Päivi Känkänen (toim.): Nuoret palveluiden pauloissa: Nuorten elinolut -vuosikirja 2018. Helsinki: PunaMusta Oy, 46–57. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-200-0>
- Kanste, Outi & Halme, Nina & Sainio, Päivi (2019): Toimintarajoitteisilla nuorilla tydyttämätöntä tuen ja avun tarvetta koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 56(1), 3–14. <https://doi.org/10.23990/sa.72989>
- Kanste, Outi & Ikonen, Riikka & Sainio, Päivi (2021): Toimintarajoitteiset opiskelijat toisella asteella. Teoksessa Kristina Kunttu & Anne Komulainen & Silja Kosola & Noora Seilo & Tommi Väyrynen (toim.): Opiskeluterveys. Helsinki: Duodecim, 30–32.
- Kivelä, Juha & Nurmi-Koikkalainen, Päivi & Ristikari, Tiina & Hiekkala, Sinikka (2019): Liikkumisrajoitteiset nuoret Suomessa: Määrät, diagnoosit, syrjäytymisriskit ja elämänlaatu. Työpäpaperi 19/2019. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-344-1>
- Lämsä, Riikka & Ahonen, Sanna & Appelqvist-Smidlechner, Kaija & Tuulio-Henriksson Annamari (2018): Neuropsykiatrisesti oireilevien nuorten palveluista ja palvelukokemuksista. Teoksessa Mika Gissler & Marjatta Kekkonen & Päivi Känkänen (toim.): Nuoret palveluiden pauloissa: Nuorten elinolut -vuosikirja 2018. Helsinki: PunaMusta Oy, 124–135. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-200-0>
- Massey, Meredith & Scanlon, Paul & Lessem, Sarah & Cortes, Luis & Villarroel, Maria & Salvaggio, Marko (2015): Analysis of cognitive testing of child disability questions: Parent-proxy vs. teen self-report. https://wwwn.cdc.gov/qbank/report/Meredith_2016_NCHS_MCFD.pdf (luettu 1.8.2022)
- Mietola, Reetta (2018): Koko elämä palveluissa: vaikeasti kehitysvammaisen henkilön nuoruus ja elämänkulku kehitysvamma-palveluissa. Teoksessa Mika Gissler & Marjatta Kekkonen & Päivi Känkänen (toim.): Nuoret palveluiden pauloissa: Nuorten elinolut -vuosikirja 2018. Helsinki: PunaMusta Oy, 136–146. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-200-0>
- OPH (2014): Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet. http://www.oph.fi/download/163777_perusopetuksen_opetus-suunnitelman_perusteet_2014.pdf (luettu 14.3.2022)
- OPH (2022a): Oppimisen ja koulunkäynnin tuki ja oppilashuolto. <https://www.oph.fi/fi/koulutus-ja-tutkinnot/oppimisen-ja-koulunkäynnin-tuki-ja-oppilashuolto> (luettu 14.3.2022)
- OPH (2022b): Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet. <https://www.oph.fi/fi/koulutus-ja-tutkinnot/perusopetuksen-opetus-suunnitelman-perusteet> (luettu 8.5.2022)
- Pekkarinen, Elina & Schalin, Anton (toim.) (2021): Vammaisuus ja lapsen oikeudet. Lapsen elämää vammaan kanssa. Lapsiasia-valtuutetun toimiston julkaisuja 2021:4. Turenki: Hansaprint Oy. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-259-942-1>
- Persico, Donatella & Steffens, Karl (2017): Self-regulated learning in technology enhanced learning environments. *Technology Enhanced Learning*, 1, 115–126. https://doi.org/10.1007/978-3-319-02600-8_11
- Sandberg, Erja (2018): ”Toivoin, että minut ois huomioitu tyttönä, jolla on ongelmia, eikä tyttönä, joka on ongelma” – ADHD-oireisten nuorten kokemuksia tukitoimista Suomessa. Teoksessa Mika Gissler & Marjatta Kekkonen & Päivi Känkänen (toim.): Nuoret palveluiden pauloissa: Nuorten elinolut -vuosikirja 2018. Helsinki: PunaMusta Oy, 94–103. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-200-0>
- STM (2020): Sosiaali- ja terveydenhuollon kriittiset palvelut Covid-19-epidemian aikana. Sosiaali ja terveysministeriö 8.5.2020, Kuntainfo 4/2020. <https://stm.fi/-/kuntainfo-sosiaali-ja-terveydenhuollon-kriittiset-palvelut-covid-19-epidemian-aikana> (luettu 1.8.2022)

- STM (2021): Oikeus osallisuuteen ja yhdenvertaisuuteen. YK:n vammaisten henkilöiden oikeuksien yleissopimuksen kansallinen toimintaohjelma 2020–2023. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2021:2. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8459-2>
- Niemi, Anna-Maija (2022): Erityisen tuen tarpeen merkitys nuorten aikuisten koulutuselämänkulun kerronnassa. Oppimisen ja oppimisvaikeuksien erityislehti NMI-Bulletin, 32, Vammaistutkimuksen teemanumero, Nro E 2022, 50–70. https://bulletin.nmi.fi/wp-content/uploads/2022/05/Bulletin_E_2022_50-70.pdf (luettu 1.8.2022)
- UNICEF (2021): Seen, Counted, Included: Using data to shed light on the well-being of children with disabilities. New York: UNICEF, 1–176. <https://data.unicef.org/resources/children-with-disabilities-report-2021/> (luettu 4.5.2022)
- UNESCO (2017): A guide for ensuring inclusion and equity in education. <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002482/248254e.pdf> (luettu 4.5.2022)
- Vallinkoski, Anu (2021): Osa erityisoppilaista loisti etäopetuksessa. <https://lapsenmaailma.fi/artikkeli/osa-erityisoppilaista-loisti-etäopetuksessa/> (luettu 4.5.2022)
- Varanka, Jouni & Packalen, Petra & Voipio-Pulkki, Liisa-Maria & Määttä, Seppo ym. (2022): COVID-19 kriisin yhteiskunnalliset vaikutukset Suomessa Keskipitkän aikavälin arvioita. Valtioneuvoston julkaisuja 2022:14. Helsinki: Valtioneuvosto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-383-708-9>
- WG (2022): Child Functioning Module. <https://www.washingtongroup-disability.com/question-sets/wgunicef-child-functioning-module-cfm/> (luettu 4.5.2022)



Euroopan unioni
Euroopan sosiaalirahasto

Tutkimus on toteutettu osana Sosiaali- ja terveysministeriön myöntämää ja Euroopan sosiaalirahaston rahoittamaa Tulevaisuutta luomassa -hanketta. Hankkeessa selvitetään THL:n, Kuntaliiton ja Kehitysvammaliiton toimesta vammaisten ja ulkomaalaistaustaisten ihmisten selviämistä poikkeus- ja kriisitilanteissa.

Liite 9.1. Toimintakykyä kartoittavat kysymykset

Toimintakyvyn osa-alueet

Mitkä asiat ovat sinulle helppoja tai vaikeita? Onko sinun vaikea

- a) *nähdä (jos käytät silmälasia tai piilolinsejä, arvioi näkökykyäsi niiden kanssa)?*
- b) *kuulla puhetta (jos käytät kuulolaitetta, arvioi kuuloasi sen kanssa)?*
- c) *kävellä noin puoli kilometriä, esimerkiksi urheilukentän ympäri?*
- d) *huolehtia itsestäsi eli onko sinulla vaikeuksia esimerkiksi syömisessä tai kenkien pukemisessa?*
- e) *puhua niin, että muut ihmiset kuin perheenjäsenet ymmärtävät sinua?*
- f) *oppia asioita?*
- g) *muistaa asioita?*
- h) *keskittyä, vaikka tehtävä olisi mielestäsi kiva?*
- i) *hyväksyä muutoksia omiin rutiineihisi?*
- j) *hallita omaa käytöstäsi?*
- k) *saada ystäviä?*

Vastausvaihdot olivat 1) ei vaikeuksia, 2) vähän vaikeuksia, 3) paljon vaikeuksia ja 4) ei onnistu lainkaan. Toimintarajoitteisiksi henkilöiksi luokiteltiin ne, joilla oli paljon vaikeuksia tai jotka eivät pystyneet toimimaan toimintakyvyn osa-alueilla (ts. valitsivat vastausvaihtoehdon 3 tai 4).

Ahdistus ja masennus

Kuinka usein seuraavat ongelmat ovat vaivanneet sinua lomakkeen täyttööä edeltäneen kahden viikon aikana?

- a) *hermostuneisuuden, ahdistuneisuuden tai kireyden tunne (ahdistus)*
- b) *alakuloisuus, masentuneisuus, toivottomuus (masennus).*

Vastausvaihdot olivat 1) ei lainkaan, 2) useana päivänä, 3) suurimpana osana päivistä ja 4) lähes joka päivä. Toimintarajoitteisiksi henkilöiksi luokiteltiin ne, joita ahdistus tai masennus oli vaivannut lähes joka päivä (ts. valitsivat vastausvaihtoehdon 4).

Vuoden 2017 tiedonkeruussa oli vain osa kysymyksistä (merkitty kursivilla).

Liite 9.2. Avun ja tuen muuttajat

Ei ole saanut tukea ja apua oppimiseen ja koulunkäyntiin etäopetuksessa luku- vuoden aikana, vaikka olisi tarvinnut, %

Perustuu kysymykseen ”Oletko saanut tukea ja apua oppimiseen ja koulunkäyntiin etäopetuksessa tämän lukuvuoden aikana?” Vastausvaihtoehdot: 1) kyllä, paljon, 2) kyllä, jonkin verran, 3) en, mutta olisin tarvinnut, 4) en ole tarvinnut apua, 5) en ole ollut etäopetuksessa.

Tarkastelussa ovat vastaajat, jotka ovat ilmoittaneet vaihtoehdon 3. Osuus lasketaan apua tarvitsevista ja etäopetuksessa olleista, joten mukana laskennassa eivät ole vaihtoehdon 4 tai 5 ilmoittaneet.

Ei ole saanut tukea ja apua oppimiseen ja koulunkäyntiin koulun aikuiselta (luo- kanvalvojalta, muulta opettajalta, opinto-ohjaajalta tai erityisopettajalta) luku- vuoden aikana, vaikka olisi tarvinnut, %

Perustuu kysymykseen: ”Oletko saanut tukea ja apua oppimiseen ja koulunkäyntiin/opiskeluun seuraavilta koulun/oppilaitoksen aikuisilta tämän lukuvuoden aikana?”. Kysymyksen osiot: a) luokanvalvoja tai ryhmänohjaaja, b) opinto-ohjaajalta tai c) erityisopettajalta. Vastausvaihtoehdot: 1) kyllä, paljon, 2) kyllä, jonkin verran, 3) en, mutta olisin tarvinnut, 4) en ole tarvinnut apua.

Tarkastelussa ovat vastaajat, jotka ovat ilmoittaneet vaihtoehdon 3 vähintään yhden aikuisen kohdalla. Osuus lasketaan apua tarvitsevista, joten mukana laskennassa eivät ole vaihtoehdon 4 jonkun ammattilaisen kohdalla ilmoittaneet.

Ei ole saanut tukea ja apua hyvinvointiin terveydenhoitajalta tai koululääkäriltä lukuvuoden aikana, vaikka olisi tarvinnut, %

Perustuu kysymykseen: ”Oletko saanut tukea ja apua hyvinvointiisi seuraavilta koulun aikuisilta tämän lukuvuoden aikana?”. Kysymyksen osiot: a) terveydenhoitajalta, b) koululääkäriltä, c) koulu-psykologilta, d) koulukuraattorilta tai e) opettajalta. Vastausvaihtoehdot: 1) kyllä, paljon, 2) kyllä, jonkin verran, 3) en, mutta olisin tarvinnut, 4) en ole tarvinnut apua.

Tarkastelussa ovat vastaajat, jotka ovat ilmoittaneet vaihtoehdot 3. Nuorten osuus on laskettu apua tarvitsevista, joten vaihtoehdon 4 jonkun ammattilaisen kohdalla ilmoittaneet eivät ole mukana tarkastelussa. Tutkimuksessa avunantajina olivat terveydenhoitaja tai koululääkäri (1); koulupsykologi tai koulukuraattori (2); tai opettaja (3).

Liite 9.3. Yksittäisten toimintarajoitteiden yleisyys (%) vuonna 2021.

	Työt		Pojat		Yhteensä	
	%	n	%	n	%	n
Vaikeuksia nähdä	5,2	2 357	5,5	2 339	5,4	4 728
Vaikeuksia kuulla	2,4	1 077	3,2	1 367	2,8	2 464
Vaikeuksia kävellä	1,6	741	2,2	964	1,9	1 722
Vaikeuksia huolehtia itsestä	4,9	2 247	2,5	1 097	3,8	3 370
Vaikeuksia puhua ymmärrettävästi	8,0	3 663	3,5	1 504	5,8	5 192
Vaikeuksia oppia uusia asioita	12,4	5 740	5,7	2 490	9,2	8 266
Vaikeuksia muistaa asioita	19,7	9 118	10,5	4 579	15,3	13 750
Vaikeuksia keskittyä	17,4	8 056	7,4	3 223	12,6	11 320
Vaikeuksia hyväksyä muutoksia rutiineihin	15,0	6 937	8,2	3 585	11,7	10 562
Vaikeuksia hallita käytöstä	9,9	4 570	4,9	2 136	7,5	6 731
Vaikeuksia saada ystäviä	16,2	7 490	7,8	3 401	12,2	10 932
Ahdistus/depressio	24,7	11 423	5,8	2 531	15,5	13 997

III

Palvelut ja toimeentuloturva

10

Paljonko on riittävästi?

Köyhyys ja perusturvan riittävyys

Poliittisissa tavoiteohjelmissa halutaan usein vähentää köyhyyttä. Köyhyydellä on myös liityntä perus- ja ihmisoikeuksiin: Euroopan sosiaalisten oikeuksien komitea on todennut Suomen perusturvan tason olevan niin matala, että se ei täytä Suomea velvoittavia, uudistetussa Euroopan sosiaalisessa peruskirjassa asetettuja vaatimuksia. Komitea päätyi tähän tulokseen tarkasteltuaan perusturvan tasoa keskituloon perustuvalla mittarilla, joka ei ole erityisen hyvä perusturvan riittävyttä arvioitaessa. Tästä herää kysymys, mikä olisi paras tapa köyhyyden mittaamiseen ja arviointiin. Pohdimme tässä luvussa köyhyyden mittaamisen haasteita ja luomme silmäyksen köyhyyden tilaan Suomessa sekä tarkastelemme eri köyhyysrajoja suhteessa perusturvan tasoon.

Länsimaissa köyhyyttä tarkastellaan yleensä enemmän suhteellisenä kuin absoluuttisena ilmiönä. Suhteellisessa köyhyydessä köyhyys määrittyy suhteessa ympäröivään yhteiskuntaan, jolloin köyhäksi määrittyvät ne, joilla ei ole resursseja saavuttaa kussakin yhteiskunnassa vähimmäiseksi katsottua elintasoa (Euroopan Neuvosto 1975). Absoluuttisessa köyhyydessä taas on kyse siitä, että henkilöllä ei ole edes biologisten tarpeiden vaatimaa ravintoa, puhdasta juomavettä, hygieniaa

ja asumusta (YK 1995, 38). Suhteellinen köyhyys mielletäänkin usein sellaiseksi aineelliseksi puutteeksi, joka haittaa sosiaalista toimintakykyä, kun taas absoluuttisessa köyhyydessä on kyse puutteesta, joka vaarantaa fyysisen toimintakyvyn. Sosiaalinen toimintakyky tarkoittaa osallistumista ja kuluttamista niin, että yhteiskunnan vähimmäiseksi katsottu elintaso voidaan saavuttaa, ei pelkästään fyysisten tarpeiden tyydyttämistä.

Aikaisempi tutkimus on osoittanut, että eri köyhyysmittarien tuottamat tulokset sekä köyhyyden yleisyydestä että köyhyyden kohdentumisesta väestöryhmiin eroavat toisistaan (Vrt. Uotinen & Vaalavuo luku 4). Täydellistä köyhyysmittaria ei ole olemassakaan, mutta köyhyydestä voidaan saada tarkempi kuva, kun eri köyhyysmittarien tuloksia tarkastellaan rinnakkain. Tässä artikkelissa köyhyyttä tarkastellaan pienituloisuusmittarien eli niin sanottujen suhteellisten tuloköyhyysmittarien, toimeentulokokemuksien, koetun aineellisen puutteen sekä minimibudjettiköyhyysmittarin kautta. Mittarien avulla tarkastellaan köyhyyden kehitystä ajallisesti ja sen kohdentumista eri väestöryhmiin sekä eri köyhyysrajoja suhteessa perusturvan tasoon yksin asuvalla. Erityisesti tuloihin perustuvilla mittareilla – pienituloisuusmittareilla ja minimibudjettiköyhyysmittarilla – on suora yhteys tulonsiirtoihin.

Köyhyyden erilaiset mittaustavat

Tutkijat ovat melko samanmielisiä suhteellisen ja absoluuttisen köyhyyden analyttisestä erottamisesta. Näkemykset siitä, miten suhteellista köyhyyttä tulisi mitata, ovat kuitenkin eriäviä. Tämän seurauksena köyhyyden mittaamiseen on käytetty erilaisia mittareita. Eri mittareiden on havaittu tuottavan eri tuloksia köyhyyden laajuudesta sekä siitä, mihin ryhmiin köyhyys kohdentuu (esim. Kangas & Ritakallio 1998). Usein tutkimuksessa köyhyyttä tarkastellaan useilla eri mittareilla. Esimerkiksi Euroopan unioni käyttää ns. AROPE (at-risk-of poverty or social exclusion) -mittaria tarkastellessaan köyhyyden ja syrjäytymisen kehitystä Euroopan Unionin alueella. Mittari koostuu kolmesta osaindikaattorista: pienituloisuudesta, vakavasta aineellisesta puutteesta (ks. tämä luku myöhemmin) sekä vajaatyöllisyydestä. Mittarissa kotitalous määrittyy köyhyys- tai syrjäytymisriskissä olevaksi, mikäli yksikin näistä riskeistä toteutuu.

Useimmiten köyhyyden mittaamiseen kuitenkin käytetään pienituloisuusmittaria, jossa köyhyysraja asetetaan 60 prosenttiin kansallisista ekvivalenteista mediaanituloista.¹ Mittarista käytetään myös termiä suhteellinen tuloköyhyysriski (englanniksi AROP, at-risk-of-poverty). ”Riski” viittaa siihen, että vaikka ei voida varmuudella sanoa kotitalouksien elävän köyhyydessä, on heillä ainakin riski köyhyydelle (Atkinson ym. 2002).

Pienituloisuusmittarilla on hyviä puolia: se on yksinkertainen, helppo ymmärtää ja sen muodostaminen on läpinäkyvää. Sillä on kuitenkin myös laajasti tun-

nistettuja heikkouksia. Ensinnäkin mittarin köyhyysrajaa on kuvattu sattumanvaraiseksi (esim. Callan & Nolan 1991), eikä sitä voida loogisesti johtaa köyhyyden määritelmästä. Köyhyysrajan asettamisella on myös merkittäviä seurauksia köyhyyden yleisyydestä ja kohdentumisesta saatavalle kuralle. Esimerkiksi ikääntyneiden kohdalla on iso merkitys siinä, asetetaanko köyhyysraja 50 vai 60 prosenttiin ekvivalenteista mediaanituloista (esim. Rantala 2020). Onkin suositettu, että 60 prosentin rajan ohella tulisi käyttää myös muita rajoja, kuten 50 prosentin rajaa (Atkinson ym. 2002).

Toiseksi köyhyysrajan yhteys mediaanituloon on altis erikoisille tuloksille. Eriyisesti muutokset taloudellisissa suhdanteissa voivat vaikuttaa mittarin tuloksiin. Näin kävi 1990-luvun laman aikana Suomessa. Työttömyyden suuren kasvun vuoksi mediaanitulo laski, jonka seurauksena myös köyhyysraja laski. Tämän johdosta pienituloisuusaste laski, vaikka pienituloisten käytettävissä olevat tulot ja elintaso laskivat (ks. esim. Kangas & Ritakallio 2008).

Kolmanneksi pienituloisuusmittari ei huomioi eroavaisuuksia kotitalouksien pakollisissa menoissa. Keskeisimpänä tekijänä voidaan mainita asumismenot, jotka ovat suurissa kaupungeissa merkittävästi korkeampia. Toisaalta taas mittari ei nykymuodossaan huomioi asunnon omistamisesta saatua laskennallista hyötyä. Aikaisemmassa tutkimuksessa on havaittu, että asunnon hallintasuhteen huomiomisella voi olla merkittävä vaikutus köyhyydestä saatuun kuvaan (esim. Ritakallio 2003).

Osa pienituloisuusmittarin ongelmista ilmenee kansainvälisissä vertailuissa. Koska mittarissa köyhyysraja asetetaan kussakin maassa samaan kohtaan, ei se huomioi eroja maiden palvelujärjestelmissä, esimerkiksi koulutuksessa ja terveydenhuollossa, joiden maksuilla voi olla merkittävä vaikutus kotitalouden toimeentuloon. Mittari ei myöskään huomioi maiden välisiä eroja elintasoissa. Esimerkiksi Suomessa ja Slovakiassa pienituloisuusaste on lähes yhtä suuri, mutta ostovoimakorjattu euromääräinen köyhyysraja on Suomessa lähes kaksi kertaa korkeampi kuin Slovakiassa (ks. esim. Goedemé ym. 2019). Näin suuri ero elintasoissa viittaa siihen, että köyhyysrajalla eläminen ei kuvasta samanlaista elintasoa eri maissa.

Päätyessään siihen, että Suomen perusturvan taso on niin matala, että se ei täytä Suomea velvoittavia, uudistetussa Euroopan sosiaalisessa peruskirjassa (SopS 80/2002) asetettuja vaatimuksia, Euroopan sosiaalisten oikeuksien komitea sovelsi pienituloisuusmittaria ja arvioi perusturvan tasoa suhteessa keskituloon.² Tarkemmin sanottuna sosiaalisten oikeuksien komitea vertaa perusturvaetuuksia kansalliseen ekvivalenttien tulojen 50 prosentin rajaan, mutta jos etuudet jäävät alle 40 prosentin rajan, silloin ei huomioida täydentäviä etuuksia, kuten asumistukea ja toimeentulotukea. Arvioinnin tapaa on tarkasteltu kriittisesti ja käytännössä yksikään Euroopan maa, mukaan lukien Ruotsi, Tanska ja Norja, ei täytä sosiaalisten oikeuksien komitean soveltaman mittarin vaatimuksia perusturvan riittävydestä (Tervola ym. 2019). Edellä kuvatuista syistä arvioinnin tapa ei nähdäksemme ollut ongelmaton.

Tässä artikkelissa hyödynnämme analyseissamme pienituloisuuteen perustuvien mittarien ohella viitebudjetteihin perustuvaa minimibudjettiköyhyysmittaria syventääksemme kuvaa köyhyydestä ilmiönä. Viitebudjetit ovat tavaroista ja palveluista koostuvia hyödykkeitä, jotka hinnoiteltuna voivat edustaa mitä tahansa elintaso (Bradshaw 1993). Viitebudjetit ovat viitteellisiä esimerkkilaskelmia, joiden avulla voi tarkastella sitä, kuinka elintaso voidaan saavuttaa. Viitebudjetit koostuvat tavaroista ja palveluista, joiden kohdalla on määritelty hyödykkeiden määrät, laatu, hinta ja elinikä. Ne ovat tarvelähtöisiä, eli ne eivät lähesty minimikulutusta toteutuneen kulutukseen perustuen, vaan tarpeentyydytyksen kautta. Viitebudjetit siis kuvaavat sitä mitä ihmisillä tulisi olla, eikä sitä mitä heillä on. Viitebudjetit ovat usein luonteeltaan konsensuaalisia eli niiden sisältö on määritetty esimerkiksi fokusryhmäkeskusteluissa tai kansalaiskyselyjen avulla. Kohtuullisen minimikulutuksen viitebudjetteja, lyhyemmin minimibudjetteja, on hyödynnetty myös perusturvan riittävyyden arvioinnissa, sillä ne pyrkivät empiirisesti määrittämään kohtuulliseksi katsottuun vähimmäiselintason tarvittavaa rahamäärää.

Minimibudjettimittari luokittelee köyhäksi kotitaloudet, joiden käytettävissä olevat tulot eivät riitä kohtuullisen minimikulutukseen. Tässä artikkelissa käytetyt viitebudjetit perustuvat Kuluttajatutkimuskeskuksen laatimiin viitebudjetteihin vuodelta 2018 (Lehtinen & Aalto 2018), joiden hinnat on päivitetty 2021 (Lehtinen 2021). Kuluttajatutkimuskeskuksen viitebudjetit on laadittu erilaisille kuvitteellisille kotitalouksille, jotka koostuvat eri-ikäisistä aikuisista ja lapsista.

Minimibudjettimittarilla on useita hyötyjä verrattuna pienituloisuusmittariin. Koska mittari ei ole yhteydessä mediaanituloon, ei se ole altis mediaanituloissa tapahtuville muutoksille. Sen sijaan viitebudjetin taso vaihtelee sen mukaan mitä katsotaan kuuluvan kohtuulliseen vähimmäiskulutukseen, joka mahdollistaa osallistumisen yhteiskuntaan. Viitebudjetit pyrkii siten empiirisesti määrittämään sen, mitä vähimmissään hyväksyttävä elintaso Suomessa tarkoittaa. Viitebudjetit myös huomioivat asumismenot, jotka vaikuttavat merkittävästi kotitalouksien toimeentuloon.

Minimibudjettimittarissa on kuitenkin myös heikkoutensa. Esimerkiksi viitebudjeteissa määritetyt terveysmenot on laskettu oletuksella, että kotitalouden jäsenillä ei ole pitkäaikaisia sairauksia. On siis todennäköistä, että joidenkin kotitalouksien kohdalla viitebudjettien terveysmenot aliarvioivat todelliset terveysmenot. Lisäksi minimibudjetit on herkkä asumiskustannusoletuksille. Samoilta kotitalouksille laaditut ja samaa elintaso kuvastamaan pyrkivät viitebudjetit eivät myöskään välttämättä tuota samanlaisia tuloksia aikaisemman tutkimuksen mukaan (Mäkinen 2021), mikäli niiden laatimisessa on käytetty eri menetelmiä. Näillä eroilla on myös vaikutusta köyhyyden yleisyyteen sekä sen kohdentumiseen.

Köyhyyttä voidaan tarkastella myös ilman tukeutumista tulopohjaisiin mittareihin. Kotitalouden käytettävissä olevien tulojen määrä ei välttämättä kerro koko kuvaa kotitalouden toimeentulosta, sillä kotitaloudet voivat hyödyntää esimerkiksi säästöjä tai muuta varallisuutta toimeentulonsa turvaksi. Aineellisen puutteen

mittarissa tarkastelu sen sijaan kohdistuu välttämättömyyshyödykkeiden vastentahtoiseen puutteeseen. Euroopan unionin käyttämässä mittarissa aineellista puutetta tarkastellaan yhdeksän hyödykkeen kautta: 1) ei selviä yllättävistä menoista, 2) ei selviä asuntolainan lyhennyksistä, vuokrien tai laskujen maksamisesta, 3) ei ole varaa lihasta, kalasta, kanasta tai vastaavasta kasvisvaihtoehdosta koostuvan ateriaan joka toinen päivä, 4) ei ole varaa pitää asuntoa riittävän lämpimänä, 5) ei ole varaa vuosittaiseen viikon lomaan kodin ulkopuolella, 6) ei ole varaa autoon, 7) ei ole varaa televisioon, 8) ei ole varaa pesukoneeseen ja 9) ei ole varaa puhelimeen. Kotitalouden katsotaan elävän vakavassa aineellisessa puutteessa, mikäli siltä puuttuu vähintään neljä hyödykettä. Aineellisen puutteen mittarin on katsottu kuvaavan köyhyyden moniulotteista luonnetta pienituloisuusmittaria paremmin (Nolan & Whelan 2010).

Subjektiiivista köyhyyttä sen sijaan voidaan lähestyä toimeentulovaikeuksien kautta. Tällöin vastaaja itse määrittää kuinka helpoksi tai vaikeaksi vastaaja oman toimeentulonsa kokee. Toimeentulovaikeudet voidaan nähdä eräänlaisena kokonaisvaltaisena köyhyysmittarina, jossa henkilö arvioi tulojensa riittävyttä suhteessa pakollisiin menoihin. Aineellisen puutteen mittarin haasteena on tiedon keruu, sillä ihmisten innokkuus osallistua kyselytutkimuksiin ei aina ole tutkijoiden tai tilastotiedonkokoajien kannalta ihanteellista. Sama pätee subjektiivisten toimeentulovaikeuksien mittaamiseen; kumpaakaan tietoa ei ole saatavissa kattavista rekistereistä.

Aineisto ja menetelmät

Monet rekisteriaineistoihin perustuvat tilastot ovat käytettävissä vasta parin vuoden viiveellä, mikä haittaa ajantasaisen tilanteen arviointia. Päätöksenteossa kiinnostus kohdistuu kuitenkin ennen kaikkea nykyhetkeen eikä niinkään menneisiin vuosiin. Tilastoviiveen aiheuttamaan haasteeseen on pyritty vastaamaan muun muassa nopeuttamalla tilastotiedonkeruuprosessia, tästä eräs esimerkki on tulorekisteri. Verotuksen valmistuminen vie kuitenkin oman aikansa, joten lopullisia tulotietoja ei ole reaaliaikaisesti saatavilla edes niistä henkilöistä, joiden kaikki tulot menevät suoraan tulorekisteriin. Tätä tilastoviivettä voidaan osin kompensoida aineiston ajantasaistuksella. Ajantasaistuksessa muokataan käytettävissä olevaa, muutaman vuoden vanhaa rekisteriaineistoa vastaamaan nykyhetken väestörakennetta ja tuloja (Immervoll ym. 2005; Mukkila ym. 2017). Ajantasaistuksessa hyödynnetään käytettävissä olevia makrotason tietoja ja ennusteita tulojen, työllisyyden ja väestörakenteen kehityksestä. Edellisessä Suomalaisten hyvinvointi-kirjassa tarkastelimme ajantasaistuksen ja lainsäädännön vaikutuksia köyhyysasteisiin (Mukkila ym. 2019). Tässä artikkelissa käytämme ajantasaistettuja aineistoja varsinaisten rekisteriaineistojen lisäksi ja sovellamme niihin simuloinneissa kunkin vuoden lainsäädäntöä.

Analyysien aineistona on käytetty tilastokeskuksen ylläpitämän SISU-mikrosimulointimallin rekisteriaineistoja vuosilta 2015–2019 sekä vuoden 2019 rekisteriaineiston pohjalta muodostettuja ajantasaistettuja aineistoja vuosille 2020–2022. SISU-rekisterin muodostaa noin 800 000 henkilön edustava otos suomalaisista. Rekisteriin on poimittu mm. tiedot kotitalouksien rakenteesta ja tuloista. Kotitalouden rakenteen perusteella laskimme kullekin kotitaloudelle minimibudjetit vuonna 2021 päivitettyjen kohtuullisen minimin viitebudjettien perusteella (Lehtinen 2021) käyttäen apuna painokertoimia, ja vertasimme näin saatuja euromääriä kotitalouden käytettävissä oleviin rahatuloihin. Minimibudjetin muunsimme vastaamaan kunkin vuoden hintatasoa kuluttajahintaindeksillä, vuoden 2022 osalta käytimme elokuun kuluttajahintaindeksiä. Määrittelimme minimibudjetin perusteella köyhiksi kotitaloudet, joiden käytettävissä olevat rahatulot jäävät alle minimibudjetin. Asumisen minimikustannusoletuksina käytimme yleisen asumistuen kuntaryhmien ara-keskivuokria ja keskimääräisiä vastikkeita sekä kotitalouden jäsenien määrän mukaan määräytyviä neliömääriä. Lisäksi laskimme aineistosta väestön pienituloisuusasteet (40, 50 ja 60 %) ekvivalenttien käytettävissä olevien rahatulojen mediaania käyttäen.

On hyvä huomata, että ajantasaistetulla aineistolla ennustetut luvut köyhyydestä ja pienituloisuudesta eivät täysin vastaa toteutunutta kehitystä. Tähän on useampia syitä. Ennusteissa huomioitu makrotason kehitys ei välttämättä toteudu kotitalous- eli mikrotasolla samalla tavoin. Ennustettuja köyhyyslukuja tulkittaessa on myös huomioitava, että esittämämme rekisteripohjaiset luvut eroavat Tilastokeskuksen ja EU:n pienituloisuutta esittävistä tunnusluvuista.

Toimeentulovaikeuksia kokeneiden osuus ja köyhyys- ja syrjäytymisriskissä olevien osuus on poimittu Tilastokeskuksen elinolot-tilastotietokannasta. Esimerkkikotitalouksien käytettävissä olevat rahatulot laskimme SISU-mallilla. Keskipalkan arvioinnissa käytimme Tilastokeskuksen palkkatilaston mediaanipalkkaa, jonka korotimme valtionvarainministeriön kevään ansiotasoindeksienusteen mukaisesti (VM 2022).

Köyhyysrajat ja perusturvan taso

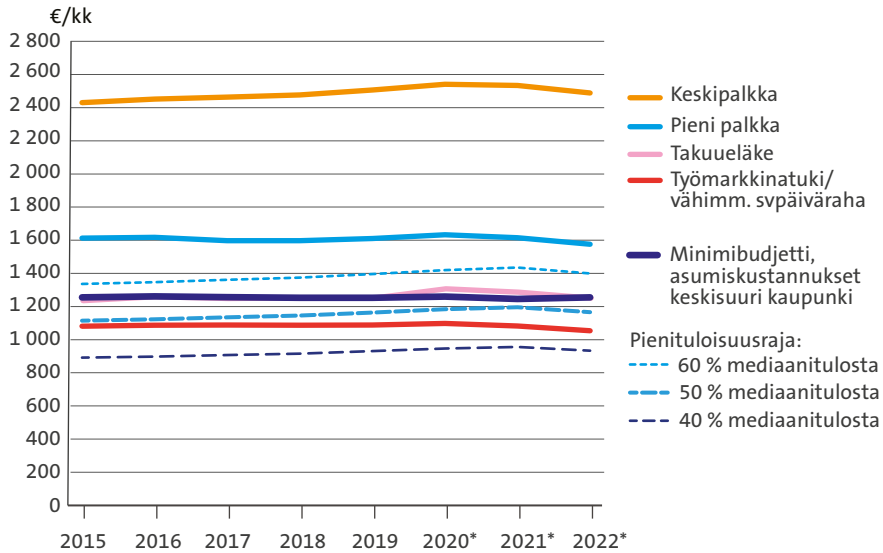
Minimibudjetin avulla määriteltyihin köyhyysrajoihin vaikuttavat voimakkaasti asumiskustannusoletukset. Taulukossa 10.1 on esitetty minimibudjettiköyhyyden rajoja erilaisilla asumiskustannusoletuksilla eri kotitalouksille. Asumiskustannusoletuksina on käytetty keskimääräisiä ara-vuokria. Pienessä kunnassa asuvien minimibudjetti on viidenneksen pienempi kuin pääkaupunkiseudulla. Keskisuudessa kaupungissa asuvien minimibudjetti asumiskustannukset huomioiden on samaa tasoa kuin pienituloisuusraja, joka on 50 prosenttia mediaanituloista. Minimibudjettimittarissa köyhyysrajaan vaikuttaa merkittävästi asuinkustannusten huomiointi, kun taas pienituloisuusraja ei vaihtelee asuinpaikan tai asunnon hallintasuhteen mukaan.

Taulukko 10.1. Minimibudjettiköyhyysrajoja erilaisille kotitalouksille eri asumiskustannuksilla sekä pienituloisuusrajoja (60, 50 ja 40 prosenttia ekvivalenttien rahatulojen mediaanista) simuloinnin perusteella vuonna 2021. (€/kk) Lähteet: Lehtinen, A-R (2021); Tilastokeskus, vuokratilastot; SISU-malli; omat laskelmat.

	yksinasuva		pari		1 aik + 1 lapsi	2 aik + 2 lasta
	alle 45-v.	yli 65-v.	yli 50 v, työssä	yli 65 v, eläk- keellä		
Minimibudjettiköyhyysrajat						
Pääkaupunkiseutu	1 282	1 194	1 955	1 768	1 729	2 744
Vuokra keskisuuri kaupunki	1 178	1 090	1 846	1 659	1 600	2 588
Vuokra, pieni kunta	1 054	966	1 736	1 549	1 469	2 480
Omistus	806	718	1 421	1 234	1 095	2 024
Pienituloisuusraja, 60 % *	1 356	1 356	2 034	2 034	1 763	2 847
Pienituloisuusraja, 50 % *	1 130	1 130	1 695	1 695	1 469	2 373
Pienituloisuusraja, 40 % *	904	904	1 356	1 356	1 175	1 898

* Tuotettu SISU-mallilla käyttäen ajantasaistettua aineistoa

Kuviossa 10.1 on esitetty köyhyysrajojen kehityksen lisäksi eri elämäntilanteissa olevien yksinasuvien esimerkkihenkilöiden käytettävissä olevien tulojen taso 2015–2022 ennen asumiskustannuksia vuoden 2022 hintatasossa (VM 2022). Asumiskustannusoletuksena on keskisuuren kaupungin keskimääräinen ara-vuokra. Tarkastelujaksolla ei ole tapahtunut suuria muutoksia. Takuueläkettä saavan käytettävissä olevat tulot ovat samaa tasoa minimibudjetin kanssa. Työttömän peruspäivärahaa saavan henkilön ja vähimmäismääräisellä sairauspäivärahalta elävän henkilön tuloista osa muodostuu toimeentulotuesta, mikä selittää yhtenevän tason jo ennen vuonna 2019 tapahtunutta sairauspäivärahan tasokorotusta. Pienituloisuusrajoista ainoastaan alin, eli 40 prosenttia käytettävissä olevien rahatulojen mediaanista, jää työttömän peruspäivärahaa tai vähimmäismääräistä sairauspäivärahaa saavan käteen jäävien tulojen alapuolelle, molemmat muut pienituloisuusrajat ovat näitä korkeampia.



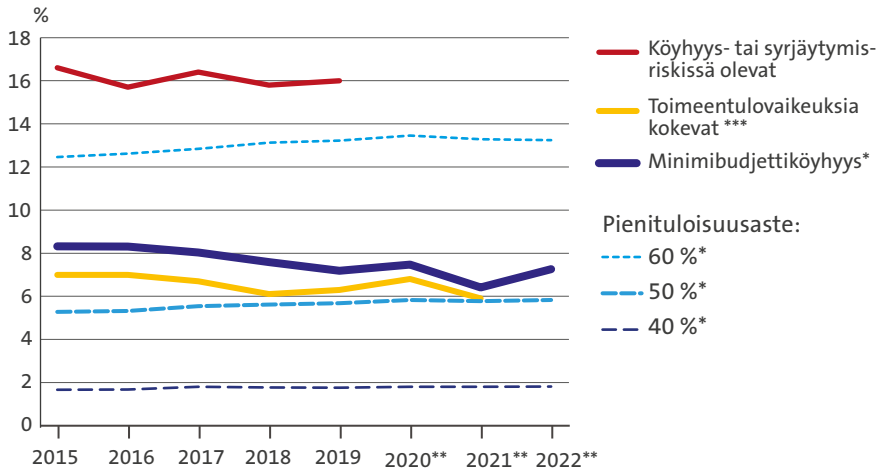
* Pienituloisuusrajat vuosina 2020–2022 ajantasaistetulla aineistolla.

Kuvio 10.1. Esimerkkejä eri elämäntilanteessa olevien, keski- ja pienituloisten yksin asuvien käytettävissä olevista tuloista ja minimibudjettiköyhyyden raja sekä pienituloisuusrajat 40, 50 ja 60 % käytettävissä olevien rahatulojen mediaanista simulointien perusteella vuosina 2015–2022 vuoden 2022 hintatasossa. (€/kk)
Lähteet: SISU-malli, omat laskelmat.

Köyhyyden kehitys vuosina 2015–2022

Kuviossa 10.2 on esitetty köyhyyden kehitys eri mittareilla mitaten vuosina 2015–2022. Selvästi korkeimmalla tasolla on köyhyys- ja syrjäytymisriskissä olevien osuus, joka on laskenut hiukan tarkastelujakson aikana, pysytellen kuitenkin 16 prosentin tuntumassa. Vähiten on niitä henkilöitä, joiden käytettävissä olevat rahatulot jäävät alle 40 prosentin mediaanista. Heidän osuutensa jää noin kahteen prosenttiin. Pienituloisuusasteet nousivat hieman tarkastelujaksolla, mutta mitään suurta muutosta ei ole havaittavissa. Muutos liittyy työllisyyden kasvuun. Tilastokeskuksen tulonjakotilaston mukaan pienituloisuusaste kääntyi laskuun vuonna 2019, mutta ajantasaistetulla aineistolla suunta kääntyy vasta 2020, mikä muistuttaa jälleen ajantasaistettuihin aineistoihin liittyvästä epävarmuudesta. Pienituloisuusaste kasvoi 0,8 prosenttiyksikköä välillä 2015–2019. Toimeentulovaikeuksia kokeneiden osuus on vähentynyt vuodesta 2015. Minimibudjettimittarilla mitaten tilanne näyttää samanlaiselta. Minimibudjettiköyhyydsaste pieneni 1,1 prosenttiyksikköä vuodesta 2015 vuoteen 2019, nousi vuonna 2020, notkahti vuonna 2021 ja

lähti uudelleen kasvuun. Tarkastelujakson lopussa minimibudjettiköyhyyssaste oli 1,1 prosenttiyksikköä matalampi kuin jakson alussa Tuloksia tulkitessa on kuitenkin syytä huomioida ajantasaistukseen liittyvä epävarmuus. Toimeentulovaikeuksia kokevien osuus puolestaan pieni 1,1 prosenttiyksikköä vuodesta 2015 vuoteen 2021.



* Simuloitu

** Simuloitu ajantasaistetulla aineistolla

*** Suurin vaikeuksien tai vaikeuksien toimeen tulemissa kotitalouksissa asuvien henkilöiden osuus, %

Kuvio 10.2. Köyhyyden kehitys eri mittareilla mitaten 2015–2022. Lähteet: Tilastokeskus: Elinolotilasto, SISU-malli, omat laskelmat.

Taulukoissa 10.2 ja 10.3 on esitetty köyhyyssasteet pienituloisuuden (60 % medianista) ja minimibudjettiköyhyyden mittareilla sukupuolen, iän, sosioekonomisen aseman ja kotitaloustyyppin mukaan vuosille 2015–2022. Kummallakin mittarilla köyhyys on yleisintä työelämän ulkopuolisilla henkilöillä, kuten opiskelijoilla ja työttömällä, sekä yhden huoltajan kotitalouksilla.

Naisten pienituloisuusaste oli tarkastelujakson alussa aavistuksen korkeampi kuin miesten. Vuonna 2019 se oli jo 0,4 prosenttiyksikköä korkeampi ja vaikuttaisi siltä, että ero kasvaa edelleen. Keskimääräistä selvästi enemmän pienituloisuusaste on kasvanut eläkeläisten ja muiden työelämän ulkopuolella olevien keskuudessa 2015–2019 välisenä aikana. Yhden aikuisen kotitalouksien keskuudessa pienituloisuusaste on ollut koko tarkastelujakson korkea ja kasvanut tarkastelujaksolla entisestään.

Taulukko 10.2. Pienituloisten osuus (%) sukupuolen, iän, sosioekonomisen aseman ja kotitaloustyyppin mukaan vuosina 2015–2022, kun mittarina on alle 60 % mediaanista olevat rahatulot. Lähteet: SISU-malli, omat laskelmat.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020*	2021*	2022*
Pienituloisten osuus	12,5	12,6	12,8	13,1	13,2	13,5	13,3	13,3
Miehistä	12,4	12,6	12,7	12,9	13,0	13,3	13,0	12,9
Naisista	12,5	12,7	13,0	13,3	13,4	13,6	13,6	13,6
Alle18-vuotiaista	11,5	11,8	12,1	12,3	12,4	13,9	12,4	12,0
Yli 65-vuotiaista	11,7	11,9	12,3	13,4	13,4	11,9	13,3	13,7
Työllisistä	3,3	3,2	3,2	3,4	3,3	3,4	3,4	3,5
Eläkeläisistä	13,0	13,2	13,8	14,9	15	13,5	15,0	15,3
Opiskelijoista	30,4	30	29,8	30,7	31	31,9	31,2	31,2
Muista (mm. työttömät)	21,0	21,8	22,7	23,1	23,5	24,9	23,7	23,4
Yksinasuvista	28,4	28,7	29,1	29,2	29,8	28,9	30,7	31,2
Pareista	4,4	4,4	4,2	4,6	4,1	4,0	4,1	4,2
Yhden huoltajan kotitalouksista	20,5	21,3	22,1	22,0	22	22,5	23,4	23,7
Kahden huoltajan kotitalouksista	6,7	6,7	6,7	6,8	6,7	7,8	6,8	6,4

* Ajantasaistettu aineisto

Minimibudjettimittarilla tarkastellen miesten köyhyysaste on naisia korkeampi. Opiskelijoiden ja muiden työelämän ulkopuolella olevien työikäisten keskuudessa minimibudjetilla mitattu köyhyys on noin kymmenkertaista verrattuna työllisiin. Eläkeläisten köyhyysaste on samaa tasoa työllisten kanssa. Iäkkäiden ja eläkeläisten pienet osuudet minimibudjettiköyhyyden osalta selittyvät osin asumiskustannusoletuksilla, sillä iso osa eläkeläisistä asuu omistusasunnossa. Omistusasuntojen asumiskustannukset on laskelmissa oletettu varsin pieniksi. Yhden aikuisen kotitaloudet erottuvat myös minimibudjettiköyhyyden tarkasteluissa erittäin selvästi kahden aikuisen kotitalouksista, riippumatta siitä kuuluuko kotitalouksiin aikuisten lisäksi lapsia vai ei.

Taulukko 10.3. Köyhien osuus (%) sukupuolen, iän, sosioekonomisen aseman ja kotitaloustyyppin mukaan vuosina 2015–2022, kun mittarina on minimibudjetti. Lähteet: SISU-malli, omat laskelmat.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020*	2021*	2022*
Rahatulot alle minimi- budjetin, osuus	8,3	8,3	8,0	7,6	7,2	7,5	6,4	7,3
Miehistä	8,9	8,9	8,6	8,1	7,7	8,0	6,9	7,8
Naisista	7,8	7,7	7,5	7,1	6,7	6,9	5,9	6,8
Alle18-vuotiaista	10,6	10,9	10,6	10,1	9,6	10,8	8,5	9,6
Yli 65-vuotiaista	0,9	0,9	0,8	1,1	0,7	0,6	0,5	0,8
Työllisistä	2,2	2,1	1,9	1,8	1,7	1,7	1,4	1,8
Eläkeläisistä	2,1	2,1	2,1	2,2	1,8	1,5	1,3	1,8
Opiskelijoista	27,5	26,8	25,6	25,7	24,9	25,3	23,2	25,1
Muista (mm. työttömät)	31,6	32,4	34,2	33,9	33,5	31,8	30,3	34,6
Yksinasuvista	14,6	14,4	14,1	13	12,8	12,3	11,9	13,6
Pareista	2,8	2,7	2,4	2,4	2,0	2,0	1,7	2,0
Yhden huoltajan kotitalouksista	19,6	20,1	19,4	18	16,7	16,4	14,9	18,7
Kahden huoltajan kotitalouksista	5,6	5,6	5,4	5,0	4,7	5,6	4,2	4,7

* Ajantasaistettu aineisto

Köyhyyden kokonaisvaltainen kuva edellyttää useampaa mittaria

Artikkelissa tarkasteltiin köyhyyden kehitystä viimeisten vuosien ajan. Köyhyyttä tarkasteltiin useammalla eri mittarilla, jotta köyhyydestä saataisiin kokonaisvaltainen kuva. Tulokset osoittavat, että köyhyyden kehitys ja yleisyys riippuvat vahvasti käytetystä mittarista. Pienituloisuusmittareiden avulla tarkasteltaessa tilanteessa ei näyttänyt tapahtuvan suurempia muutoksia tarkastelujaksolla, mutta sen sijaan minimibudjettiköyhyyden mittarissa näkyi hintojen nousun vaikutus vuonna 2022. Köyhyys- tai syrjäytymisriskissä olevien osuus on pienentynyt 2015–2019 välillä, samoin toimeentulovaikeuksia kokevien osuus.

Köyhyyden kohdentumisessa on jonkin verran eroja mittarista riippuen. Suurimmat erot ovat iäkkäiden ja eläkeläisten köyhyyssasteissa. Pienituloisuusmittarin mukaan eläkeläisissä on huomattavan paljon pienituloisia, mutta minimibudjettimittarin mukaan tilanne on toinen. Ilmiöön vaikuttaa osaltaan asumiskustannus-oletukset ja erityisesti se, että iäkkäät asuvat usein omistusasunnoissa, ja toisaalta se, että takuueläke on samalla tasolla kuin minimibudjetti. Molempien tarkemmin tarkasteltujen mittarien mukaan köyhyysrajojen alapuolelle jäävät muuta väestöä useammin työelämän ulkopuolella olevat sekä yhden aikuisen kotitalouksissa asuvat.

Perusturvan taso jää takuueläkettä lukuun ottamatta lähes kaikkien tässä artikkelissa tarkastelemiemme köyhyysrajojen alapuolelle, ainoastaan 40 prosenttia tulomediaanista raja (noin 900 €/kk) on niitä matalampi.

Vuoden 2022 alussa alkanut voimakas hintojen nousu tulee joissain köyhyysmittareissa näkymään kasvavana köyhyytenä, ainakin jos palkat eivät kasva samaa tahtia. Perusturvan indeksisuojan ansiosta kokonaan etuuksien varassa olevien kotitalouksien rahatulot ovat nousseet hintojen mukana. Arvioiden mukaan 10 prosentin nousu ruoan ja polttoaineen hinnassa sysäisi yli 10 000 lasta köyhyyteen (Hiilamo ym. 2022). Tässä artikkelissa käyttämämme hintakehitysoletus on maltillisempi, mutta jo artikkelin kirjoitushetkellä näyttää siltä, että hinnat tulevat nousemaan arvioitamme enemmän. Hintojen nousu ei kuitenkaan vaikuta pienituloisuusasteeseen, jossa köyhyys määritetään yksinomaan kotitalouden tulojen perusteella.

Minimibudjettiköyhyysmittari on monessa mielessä hyvä täydentäjä pienituloisuusmittarille. Pienituloisuusmittari yksistään käytettynä on monilta osin ongelmallinen, ja minimibudjettimittarin avulla pystytään täydentämään pienituloisuusmittarin antamaa kuvaa köyhyydestä. On kuitenkin huomioitava, että minimibudjettimittari ei voi korvata pienituloisuusmittaria eurooppalaisessa köyhyystarkastelussa sillä kansainvälisesti vertailukelpoisia viitebudjetteja ei ole saatavilla. Köyhyys- ja syrjäytymisriskimittarin käytölle löytyy peruste Euroopan unionin tavoitteesta vähentää köyhyys- ja syrjäytymisriskissä olevien määrää.

Myös arvioitaessa sosiaalisten oikeuksien toteutumista olisi hyvä siirtyä pelkän pienituloisuusmittarin varassa tapahtuvasta varsin kaavamaisesta tarkastelusta laajempaan arviointiin, jossa pienituloisuusmittarin rinnalla hyödynnettäisiin esimerkiksi minimibudjettimittaria tai muita sosiaaliturvan riittävyden arviointitapoja. Lakisääteinen perusturvan riittävyden arviointi nojaakin arvioinnissaan useihin eri mittareihin arvioidessaan perusturvan riittävyttä ja sen kehitystä (Perusturvan... 2019). Samoin kansainvälinen vertailu sosiaaliturvan tasosta ja rakenteesta tulisi huomioida käytettäessä kansallisiin keskituloihin sidottuja mittareita. Tämä syventäisi kuvaa perusturvan riittävydestä myös ihmis- ja perusoikeuksien kontekstissa.

Viitteet

- 1 Ekvivalenteilla tuloilla tarkoitetaan kotitalouden tuloja jaettuna kotitalouden kulutusyksiköiden määrällä. Tilastokeskus määrittää kulutusyksikköjen määrän ns. muunnetulla OECD:n skaalalla, jossa kotitalouden 1. aikuinen saa painon 1, muut vähintään 14-vuotiaat kotitalouden jäsenet painon 0,5 ja alle 14-vuotiaat lapset painon 0,3. Mediaani taas on keskimäinen luku, kun kaikki ekvivalentit tulot asetetaan suuruusjärjestykseen.
- 2 Finnish Society of Social Rights v. Finland, Complaint No. 88/2012, Decision on the merits of 9 September 2014.

Lähteet

- Atkinson, Tony & Cantillon, Bea & Marlier, Eric, & Nolan, Brian (2002): Social indicators: The EU and social inclusion. Oup Oxford
- Bradshaw, Jonathan (1993): Introduction. Teoksessa Jonathan Bradshaw (toim.) Budget Standards for the United Kingdom. Aldershot: Avebury, 1–2.
- Callan, Tim & Nolan, Brian (1991): Concepts of poverty and the poverty line. Journal of Economic Surveys, 5 (3), 243–261. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6419.1991.tb00134.x>
- Euroopan neuvosto (1975): COUNCIL DECISION OF 22 July 1975 concerning a programme of pilot schemes and studies to combat poverty.
- Goedemé, Tim & Penne, Tess & Hufkens, Tine & Karakitsios, Alexandros & Bernát, Anikó & Simonovits, Bori & Carillo Alvarez, Elena & Kanavitsa, Eleni & Cussó Parcerisas, Irene & Riera Romaní, Jordi & Mäkinen, Lauri & Matsaganis, Manos & Arlotti, Marco & Kopasz, Marianna & Szivós, Péter & Ritakallio, Veli-Matti & Kazepov, Yuri & Van den Bosch, Karel & Storms, Bérénice (2019): What Does It Mean To Live on the Poverty Threshold? Lessons From Reference Budgets. Teoksessa Bea Cantillon, Tim Goedemé & John Hills (toim.) Decent Incomes for All: Improving Policies in Europe. Oxford: Oxford University Press, 13–33.
- Hiilamo, Aapo & Mukkila, Susanna & Mäkinen, Lauri & Ristikari, Tiina & Räsänen, Tapio (2022): Erityisesti suurperheet köyhtyvät hintojen noustessa. ITLA. Blogi. 20.4.2022 <https://itla.fi/erityisesti-suurperheet-koyhtyvat-hintojen-noustessa/>
- 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, 167–204.
- Kangas, Olli & Ritakallio, Veli-Matti (2008): Köyhyyden mittaustavat, sosiaaliturvan riittävyys ja köyhyyden yleisyys Suomessa. 61/2008 Sosiaali- ja terveysturvan selosteita. Helsinki: Kela. <http://hdl.handle.net/10250/3426>
- Lehtinen, Anna-Riitta (2021): Mitä eläminen maksaa? Kohtuullisen minimin viitebudjettien hintapäivitys vuodelle 2021. Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisuja 191. Helsinki. <http://hdl.handle.net/10138/333191>
- Lehtinen, Anna-Riitta & Aalto, Kristiina (2018): Mitä eläminen maksaa? Kohtuullisen minimin viitebudjettien päivitys vuodelle 2018. Valtiotieteellisen tiedekunnan julkaisuja 101. Helsinki. <http://hdl.handle.net/10138/261735>
- Mukkila, Susanna & Ilmakunnas, Ilari & Moisio, Pasi & Saikkonen, Paula (2019): Köyhyys ja perusturvan riittävyys. Teoksessa Laura Kestilä & Sakari Karvonen (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2018. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-256-7>
- Mukkila, Susanna & Ilmakunnas, Ilari & Moisio, Pasi & Saikkonen, Paula (2017): Perusturvan riittävyys ja köyhyys 2017. Suomen sosiaalinen tila 4/2017. Tutkimuksesta tiiviisti 31/2017. Helsinki: Terveys-

- den ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-938-5>
- Mäkinen, Lauri (2021): Different Methods, Different Standards? A Comparison of Two Finnish Reference Budgets. *European Journal of Social Security*, 23(4), 360-37. <https://doi.org/10.1177%2F13882627211048514>
- Nolan, Brian & Whelan, Christopher. (2010): Using non-monetary deprivation indicators to analyze poverty and social exclusion: Lessons from Europe?. *Journal of Policy Analysis and Management*, 29(2), 305-325. New York: Yhdistyneet kansakunnat. <https://doi.org/10.1002/pam.20493>
- Rantala, Juha (2020): Tutkimuksia eläkeläisten pienituloisuuden ja toimeentulon dynamiikasta Suomessa vuosina 1995–2014. Eläketurvakeskuksen tutkimuksia 5. Helsinki: Eläketurvakeskus. <https://www.julkari.fi/handle/10024/140713>
- Pienituloisuus 2017, 2 Kotitalouksien käytävissä oleva rahatulo keskimäärin 38 920 euroa, mediaanitulo 31 930 euroa. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 18.5.2022]. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/tjt/2017/02/tjt_2017_02_2019-03-08_kat_002_fi.html
- Perusturvan riittävyyden III arviointiryhmä (2019): Perusturvan riittävyyden arviointiraportti 2015–2019. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. *Työpaperi 6/2019*. Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-296-3>
- SISU-malli. <https://www.stat.fi/tup/mikrosimulointi/ominaisuudet.html>
- Tervola, Jussi & Ilmakunnas, Ilari & Moisio, Pasi (2019): Why is the adequacy of Finnish basic social security under special scrutiny by the Council of Europe? Research on Finnish Society Vol. 12, 67–70. <https://doi.org/10.51815/fjsr.110789>
- Tilastokeskus: Kuluttajahintaindeksi, Tulonjakotilasto, Vuokratilasto, SISU-mikrosimulointimalli
- Valtionvarainministeriö (2022): Taloudellinen katsaus, syksy 2022. *Talousnäkömät*. Valtionvarainministeriön julkaisuja 2022:31. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-367-236-9>
- YK (1995): Report of the World Summit for Social Development, Kööpenhamina 6.–12. maaliskuuta. <https://digitallibrary.un.org/record/198966>

11

Työttömien sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö ja kustannukset

Työttömät ovat varsin heterogeeninen joukko, jonka sosiaali- ja terveyspalvelujen käytöstä on vähän tutkimustietoa. Tässä luvussa tarkastelemme työttömien perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä ja kustannuksia, tunnistaen erilaisia käyttäjäryhmiä ja kustannusten jakautumista ryhmien välillä. Lisäksi tutkimme palvelujen käytön eroja mallintamalla palvelujen käytön kustannuksiin yhteydessä olevia tekijöitä. Työttömien perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen käytössä on merkittäviä eroja, jotka tulee huomioida palvelujärjestelmän uudistuksissa.

Työttömyys ilmiönä on sekä pysyvä että ajassa muuntuva ongelma. Koronaepidemian aikana on todistettu niin työttömyyden nopeaa kasvua kuin työllisyysasteen ennakoitua nopeampaa nousua ja työvoimapulaa (Larja ym. 2021). Työttömyyden pysyvyydestä kertoo se, että osa työttömistä ei pääse työmarkkinoille edes työvoiman kysynnän kasvaessa (Aho & Mäkiäho 2016). Työmarkkinatilanteen muutokset eivät kohdistu tasapuolisesti eri väestöryhmiin, vaan esimerkiksi koronaepidemian on todettu heikentäneen erityisesti nuorten ja naisten työllisyyttä (Taskinen 2021; Karvonen & Honkatukia 2022). Maaliskuussa 2022 työttömänä työnhakijana oli yhteensä 250 700 henkilöä, joista yli vuoden yhtäjaksoisesti työttömänä olleita pitkäaikaistyöttömiä oli 100 500 (TEM 2022).

Työttömien palvelujen kehittämisessä on viime vuosina korostettu työllistyvyyden edistämistä, jossa työllistymisen tuki yhdistyy hyvinvoinnin, terveyden ja kuntoutumisen edistämiseen (STM 2017). Palvelujärjestelmässä pyrkimys on kokonaisvaltaiseen palveluun, jossa huomioidaan yksilölliset palvelutarpeet (Heidenreich & Aurich-Beerheide 2014). Sosiaali- ja terveystalv palveluja sekä työ- ja elinkeino (TE)-palveluja koskevissa ajankohtaisissa uudistuksissa, samoin kuin sosiaaliturvauudistuksen valmistelussa, onkin nostettu esiin työttömien palvelujen kehittämistarpeet, kuten työttömien työkyvyn tukeminen, palveluintegraation vahvistaminen ja varhainen ohjaus palveluihin.

Työttömyyden on todettu olevan monella tavoin yhteydessä yksilön hyvinvointiin niin terveyden, psykososiaalisen hyvinvoinnin kuin taloudellisen toimeentulon näkökulmista (McKee-Ryan ym. 2005; Kauppinen ym. 2010; Saikku ym. 2014). Pitkittyvän työttömyyden ja heikkenevän terveydentilan välinen molempiin suuntiin kulkeva yhteys on tunnistettu useissa tutkimuksissa (Heponiemi ym. 2008). Työttömät myös kokevat työkykynsä heikommaksi kuin työssäkäyvät, ja terveystalv rajoitteet ovat yleinen työttömän väestön työllistymistä haittaava este Suomessa (Saikku & Hannikainen 2019; Hult ym. 2020; OECD 2020).

Suomessa työttömät käyttävät pääasiassa julkisia terveystalv palveluja, työssäkäyvät pääosin työterveyshuoltoa ja myös yksityisiä palveluja (Blomgren ym. 2022). Työttömillä on aiempien tutkimusten perusteella havaittu sekä terveystalv palveluiden runsasta käyttöä että tyydyttämätöntä palvelutarvetta (Virtanen ym. 2006; Manderbacka ym. 2012; Lappalainen ym. 2018; Kerätär 2016). Sosiaalipalveluista on saatavilla väestötasoista luotettavaa tilastotietoa hyvin rajoitetusti (Kestilä ym. 2018), mikä näkyy myös aihepiirin tilastollisen tutkimuksen vähäisyytenä.

Kuntien sosiaali- ja terveystoimen nettokustannukset olivat noin 3 600 euroa per asukas vuonna 2020 (Kuntaliitto 2021). On kuitenkin huomattu, että kustannukset eivät jakaudu tasaisesti: noin 10 prosenttia väestöstä kerryttää yli 80 prosenttia sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksista (Kapiainen ym. 2010; Leskelä ym. 2013). Näiden asiakkaiden kustannuksista 38 prosenttia syntyy pelkästään terveystalv palveluja käyttäviltä ja 62 prosenttia asiakkailta, jotka käyttävät myös sosiaalipalveluja.

Sosiaali- ja terveystalv palvelujen käytön vertailussa työttömien ja työssäkäyvien välillä (Väisänen & Sinervo 2021) todettiin, että työttömät käyttävät työssäkäyviä enemmän perus- ja erikoistason sosiaali- ja terveystalv palveluita, erityisesti mielen-terveys- ja päihdepalveluita. Työttömyyskuukausien määrästä riippumatta työttömillä oli enemmän käyntejä ja kustannuksia sote-palveluissa kuin työssäkäyvillä.

Jatkamme tässä tutkimuksessa aiempaa analyysiä (Väisänen & Sinervo 2021) tutkimalla työttömien sosiaali- ja terveystalv palvelujen käyttöä ja kustannuksia. Tutkimustieto aiheesta on vielä vähäistä, vaikka se on lisääntymässä (esim. Klavus ym. 2018; Rinne & Blomgren 2021; Blomgren ym. 2022).

Työikäisten sosiaali- ja terveyspalvelut ja työttömien palvelujen käyttö

Suomen sote-palvelujärjestelmän yhtenä erityispiirteenä on avoterveydenhuollon palvelujen jakautuminen julkiseen perusterveydenhuoltoon, työterveyshuoltoon ja yksityiseen terveydenhuoltoon. Terveyspalvelujen käytön ehdot, saatavuus ja maksullisuus vaihtelevat, mikä eriyttää erityisesti työikäisten terveyspalveluja: työssäkäyvät käyttävät työterveyshuollon ja yksityisen terveydenhuollon palveluja, kun taas työttömät ja työmarkkinoiden ulkopuolella olevat käyttävät julkista perusterveydenhuoltoa (Virtanen ym. 2006; Manderbacka ym. 2017; Blomgren ym. 2022). Avoterveydenhuollon palvelujen käytössä on tuloryhmittäisiä eroja, jotka eivät selity terveydentilan eroilla: suurituloiset käyttävät palveluja pienituloisia enemmän, kun palvelujen tarve otetaan huomioon (Manderbacka ym. 2017). Sosiaalipalveluissa vastaavaa järjestelmäperusteista jakautumista ei ole.

Tutkimustiedon perusteella työttömät käyttävät keskimäärin vähemmän lääkäripalveluja ja hammashoitoa kuin työssäkäyvät, kun taas sairaalan poliklinikakäyntien todennäköisyys on heillä suurempi kuin työssäkäyvillä (Virtanen ym. 2006). Avosairaanhoidon palvelukäyttöä koskevassa tutkimuksessa työttömistä 76 prosenttia käytti jotakin terveydenhuollon palvelua vuoden aikana, useimmiten terveyskeskusta (Blomgren ym. 2022). Työttömillä yleisimmät käytetyt palvelut ensimmäisen kuuden työttömyyskuukauden aikana ovat terveyspalvelut (47 %) ja mielenterveys- ja päihdepalvelut (14 %) (Rinne & Blomgren 2021). Mielenterveys- ja päihdepalveluja käyttäneillä oli usein jokin pitkäaikaissairaus, aiempaa työttömyyttä ja useiden palvelujen käyttöä.

Pitkäaikaistyöttömistä pisimpään työttömänä olleet käyttävät vähiten terveyskeskuspalveluja (Lappalainen ym. 2018). Neljäsosa ei vuoden aikana käyttänyt lainkaan terveyskeskuksen palveluja, ja neljäsosa käytti niitä selvästi keskimääräistä enemmän. Yleisimmät diagnoosit pitkäaikaistyöttömillä olivat tuki- ja liikuntaelinsairaudet (22 %) ja mielenterveyden häiriöt (12 %). Toisessa tutkimuksessa naissukupuoli, huono itsearvioitu terveys ja vaikea taloudellinen tilanne sekä asuminen pääkaupunkiseudulla ennustivat pitkäaikaistyöttömien perusterveydenhuollon käytön todennäköisyyttä. Työttömyyden pitkittyminen oli yhteydessä harvempiin käynteihin perusterveydenhuollossa. (Klavus ym. 2018.)

Sosiaalipalveluista työttömille suunnattuun kuntouttavaan työtoimintaan osallistui vuonna 2019 arviolta noin 45 000 henkilöä. Enemmistö osallistujista oli miehiä ja yli 25-vuotiaita. (Virtanen 2020.) Tutkimuksen mukaan kuntouttavaan työtoimintaan osallistuneilla työttömillä oli usein jokin työllistymistä haittaava sairaus, he käyttivät useita eri palveluja kuten myös sosiaalityön palveluja käyttäneet työttömät (Rinne & Blomgren 2021). Toimeentulotuen asiakkaiden on todettu käyttävän perusterveydenhuollon palveluja selvästi enemmän kuin muun väestön, ja ero korostuu erityisesti psykiatrian palveluissa (Vaalavuo 2016).

Työttömät saattavat myös jäädä vaille tarvitsemiaan palveluita (Virtanen ym. 2006; Manderbacka ym. 2012; Ilmarinen ym. 2016; Kerätär 2016; Lappalainen ym. 2018). Syinä tähän voivat olla esimerkiksi tietämättömyys palveluista tai taloudelliset syyt, jotka estävät palveluihin hakeutumista. Palvelujärjestelmässä puutteita voi olla palvelutarpeiden tunnistamisessa ja palvelujen saatavuudessa. Työttömien ja toimeentulovaikeuksia kokeneiden on todettu luottavan muita väestöryhmiä vähemmän sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmän toimintaan ja palvelujen saata- vuuteen (Aalto ym. 2016).

Tutkimusasetelma ja tutkimuskysymykset

Tarkastelemme tässä luvussa työttömien perustason sosiaali- ja terveystalvvelujen käyttöä ja kustannuksia. Tarkastelun pohjalta tunnistamme erilaisia käyttäjäryhmiä ja kustannusten jakautumista ryhmien välillä. Lopuksi selitämme palvelujen käytön eroja mallintamalla työttömien palvelujen käytön kustannuksiin yhteydes- sä olevia tekijöitä.

Tutkimuskysymyksemme ovat:

- Miten perustason sosiaali- ja terveystalvvelujen käyttö vaihtelee työt- tömien välillä? Millaisia käyttäjäryhmiä voidaan tunnistaa? Millai- sia kustannuksia käyttö tuottaa ja miten kustannukset jakautuvat eri käyttäjäryhmiin?
- Mitkä tekijät ovat yhteydessä eroihin palvelujen käytön kustannuk- sissa?

Tutkimusaineisto

Tutkimusaineistona käytämme koko väestön kattavaa vuoden 2017 rekisteriaineis- toa, joka on muodostettu THL:ssä sosiaali- ja terveystalvvelujen rahoituksen tar- vevakioinnin mallintamiseen, eli niin sanottua korvauskriteerit-aineistoa (Häk- kinen ym. 2020). Aineistoon on koottu tietoja THL:n hoitoilmoitusrekisteristä, Tilastokeskuksen FOLK-moduuleista, Kelan rekisteritiedoista sekä sosiaalihuol- lon avopalveluista. Sosiaalihuollon avopalveluista ei ole käytettävissä koko väestön kattavia käyttötietoja, minkä vuoksi tiedot kerättiin aineistoon seuraavilta alueilta: Helsingin kaupunki, Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystalvvelupiiri, Päijät-Hämeen hyvin- vointiyhtymä ja Oulun kaupunki (Häkkinen ym. 2020, 22).

Tutkimusaineisto on poikkeuksellinen siten, että se yhdistää terveystalvvelujen ja sosiaalipalvelujen käyttöä koskevat tiedot. Sosiaalihuollon tiedot ovat aineistossa vain euromääräisenä, joten sosiaalihuollon palvelujen mukaanotto tutkimukseen edellytti palvelujen käytön tarkastelua kustannusten kautta. Aineiston sisältämät kustannukset ovat lähtökohtaisesti verrannollisia käynteihin. Yksilökohtaiset ter- veystalvvelujen kustannukset on aineistossa laskettu kansallisia keskimääräisiä yk-

sikkökustannuksia käyttäen, jolloin esimerkiksi yhdelle lääkärinkäynnille tietyssä palvelussa on annettu tarkka nettohinta (Mäklin & Kokko 2020). Sosiaalihuollon kustannusten laskemisessa on käytetty pääsääntöisesti Kuusikkokuntien kustannuksia sekä alueiden toimittamia omia kustannustietoja (Häkkinen ym. 2020, 22).

Aineisto rajattiin 17–65-vuotiaisiin. Aineiston ulkopuolelle jäivät opiskelijat, eläkeläiset, työkyvyttömyyseläkkeellä olevat ja vuoden aikana kuolleet. Analyysihin sisällytettiin 3–12 kuukautta vuoden aikana työttömänä olleet, jotka olivat vuoden lopussa työttömiä.

Tarkasteltavina perustason sote-palveluina olivat perusterveydenhuollosta avohoito, mielenterveys- ja päihdepalvelut, vuodeosastohoito sekä päivystyspalvelut. Työterveyshuolto ja yksityiset palveluntuottajat jätettiin tarkastelun ulkopuolelle. Sosiaalihuollon palvelut otettiin mukaan kokonaisuutena. Sosiaalipalvelut sisälsivät muun muassa sosiaalityön ja -ohjauksen, sosiaalihuollon päihde- ja mielenterveyspalvelut, vammaispalvelut ja lastensuojelun (Holster ym. 2022, liite 3).

Menetelmät

Analyyseissä käytetyt muuttujat olivat ikä, sukupuoli ja sosioekonomisia tekijöitä kuvaavina muuttujina henkilön mediaanitulo¹ ja koulutusaste (korkea-asteen koulutus). Palvelujen saatavuuteen liittyvänä muuttujana käytettiin kaupunkimaaseutu-luokitusta (ryhmiteltynä kahteen). Asuntokuntarakennetta (asuu yksin) käytettiin, koska työelämän ulkopuolella olo on tavallisempaa yksinasuvien työikäisten keskuudessa muihin työikäisiin verrattuna. Lisäksi yksin asuvien on todettu olevan haavoittuvampia sosiaalisille riskeille kuten sairastumiselle. (Terämä ym. 2018.) Tarkasteltavana muuttujana oli myös se, oliko henkilön syntymävaltio muu kuin Suomi. Ulkomaalaistaustaisilla on todettu koko väestöön verrattuna enemmän työttömyyttä ja vähemmän sote-palvelujen käyttöä (Kuusio ym. 2020).

Työttömyyteen liittyvinä muuttujina olivat työttömyyskuukausien määrä ja viimeisen työttömyyden kesto päivinä (mediaani) sekä työssäolopäivien määrä vuoden aikana. Sairastavuuteen liittyviksi muuttujiksi valittiin masennus- ja ahdistuneisuushäiriö, päihdehäiriöt ja tuki- ja liikuntaelinsairaudet (ks. tarkemmin Häkkinen ym. 2020), jotka ovat yleisimpiä työkyvyttömyyden perusteita (Laaksonen ym. 2021). Lisäksi muuttujana oli pitkäaikaissairausdiagnoosien määrä. Klusterianalyysissä käytettiin absoluuttisia diagnoosien määriä, kun taas regressioanalyysissä käytettiin ryhmiteltyä muuttujaa, jonka arvot olivat alle 1, 1, 2, 3, 4 ja 5 tai enemmän.

Työttömien ryhmittelyssä käytettiin klusterianalyysiä (osittainen klusterointi, k-means). Klustereiden lukumääräksi valittiin viisi visuaalisen tarkastelun perusteella. Klusterit ovat pääosin teoreettisia ja kuvailevia, ja esimerkiksi klustereiden lukumäärä ja aineiston järjestys saattavat vaikuttaa merkittävästi muodostuneisiin ryhmiin (Han ym. 2012).

Työttömien jako klustereihin suoritettiin perusterveydenhuollon avopalvelujen ja sosiaalihuollon palvelujen laskettujen kustannusten perusteella. Poikkeavien tapausten karsimiseksi kustannukset rajattiin 50 000 euroon vuodessa. Rajaus poisti 73 henkilöä. Sosiaalihuollon puuttuvat tiedot jätettiin ulkopuolelle, jolloin jäljelle jäi 90 200 henkilöä. Tästä vähennettiin erilliseksi ryhmäksi joukko, joka ei käyttänyt mainittuja palveluita lainkaan vuoden aikana (n = 22 699). Klusterianalyysi perustui lopulta 67 501 henkilöön. Muodostuneita ryhmiä vertailtiin keskimääräisten kustannusten sekä aiemmin mainittujen muuttujien perusteella (ks. taulukko 11.2).

Työttömien sote-palvelujen käytön kustannuksia mallinnettiin erikseen perusterveydenhuollon avohoidon ja sosiaalihuollon palvelujen osalta lineaarisella regressioanalyysillä. Selitettävänä muuttujina toimivat palvelukäytöstä koituneet kustannukset vuoden 2017 aikana. Selittävinä muuttujina käytettiin aiemmin kuvailtuja muuttujia: ikä, sukupuoli, mediaanitulot, koulutusaste, kaupunki-maaseutu-luokitus, syntymävaltio, asutokuntarakenne, työttömyyskuukaudet, viimeisen työttömyyden kesto, työssäolopäivät, sairastavuus ja pitkäaikaissairausdiagnoosien määrä (ks. liitetaulukot 11.1 ja 11.2).

Työttömien sote-palvelujen käyttäjäryhmät ja käytön kustannukset

Työttömien sote-palveluiden käytön heterogeenisyyttä ja mahdollisia sisäisiä ryhmittymiä tarkasteltiin klusterianalyysin avulla. Analyysissä muodostettiin viisi työttömien ryhmää perustuen henkilöiden sosiaalihuollon ja perusterveyshuollon avopalveluiden käytön kustannuksiin. Kuudennen ryhmän (klusteri 0) muodostivat palveluja käyttämättömät (taulukko 11.1). Taulukossa 11.1 näkyy tarkemmin eri klusterit ja niiden sote-palveluiden käytön kustannukset vuoden aikana.

Valtaosa työttömistä asettui klusteriin 1 (n = 57 479). Seuraavaksi isoin ryhmittymä oli palveluita käyttämättömät eli klusteri 0 (n = 22 699). Klusteri 2 oli kolmanneksi isoin, ja siihen sisältyi 8 664 henkilöä. Loput 1 358 työtöntä jakautuivat klustereihin 3, 4 ja 5. Taulukossa 11.2 kuvataan klustereiden keskimääräisiä ominaisuuksia muun muassa demografisten tekijöiden osalta.

Keskimäärin työttömät olivat noin 40-vuotiaita, ja miehiä oli hieman naisia enemmän. Heistä enemmistö asui kaupunkiseudulla, ja kolmannes asui yksin. Hieman yli neljänneksellä oli korkea-asteen koulutus, ja mediaanitulot asettuivat noin 11 500 euroon. Viimeisin työttömyys oli kestänyt noin 200 päivää, ja pitkäaikaissairausdiagnooseja oli keskimäärin 1,2. Rungas viidennessä oli syntynyt muualla kuin Suomessa (ks. myös luku 6, Nykänen ym. tässä teoksessa). Klusterit nimettiin palvelunkäyttöä kuvaavien erojen perusteella.

Klusteri 0: Palveluja käyttämättömät

Palveluja käyttämättömien ryhmä oli toiseksi suurin klusteri ja kooltaan merkittävä. Neljännes työttömistä ei käyttänyt vuoden aikana lainkaan julkisia sosiaali- tai terveydenhuollon avopalveluita. Ryhmän jäsenissä oli keskimääräistä enemmän miehiä, heillä oli vähemmän aiemmin todettuja diagnooseja, korkeampi koulutus ja suuremmat tulot kuin työttömillä keskimäärin. Tämä viittaisi siihen, että ryhmässä on henkilöitä, joilla ei joko ole sote-palvelujen tarvetta tai he voivat käyttää muita sote-palveluja (yksityinen, työterveyshuolto) tai he eivät ole päässeet palveluiden piiriin.

Klusteri 1: Palveluita jonkin verran käyttävät

Valtaosa työttömistä (64 %) lukeutui palveluita jonkin verran käyttävien ryhmään. Tämän ryhmän sote-palvelujen käyttö oli kohtuullisen matalaa, kaikkien palveluiden osalta keskiarvojen alapuolella. Ryhmän keskimääräiset ominaisuudet vastasivat ryhmän suuren koon takia melko tarkasti työttömien taustamuuttujien keskiarvoja.

Klusteri 2: Avohoito- ja päivystyspalveluita käyttävät

Noin 10 prosenttia työttömistä asettui avohoito- ja päivystyspalveluja käyttävien ryhmään. Ryhmässä oli enemmän naisia kuin miehiä ja heillä oli keskimääräistä enemmän sairausdiagnooseja. Ryhmässä oli myös enemmän (25 %) kuin muissa ryhmissä muualla kuin Suomessa syntyneitä. Tällä ryhmällä perusterveydenhuollon avohoidon ja päivystyspalveluiden käyttö oli keskimääräistä runsaampaa. Käyttäjärühmän voi tulkita sisältävän henkilöitä, joilla on voimassa oleva hoitosuhde. Toisaalta runsas päivystyspalvelujen käyttö voi viitata vaikeuksiin päästä suunnitelmallisen palvelukokonaisuuden piiriin.

Klusteri 3: Erityisesti sosiaalipalveluja käyttävät

Tässä ryhmässä (noin 1,2 % työttömistä) korostui voimakkaasti sosiaalihuollon palveluiden käyttö, johon lukeutui muun muassa sosiaalityön ja -ohjauksen, mielenterveys- ja päihdekuntoutuksen sekä vammaisten palveluita. Muu palvelukäyttö oli sekin hieman keskiarvojen yläpuolella. Ryhmässä oli pääosin miehiä (72 %), ja heidän koulutus- ja tulotasonsa olivat selvästi työttömien keskiarvoa alhaisemmat. Diagnoosimäärä viittaa korkeampaan sairastavuuteen, myös yksin asuvia oli hieman enemmän kuin työttömissä keskimäärin. Viimeisen työttömyyden kesto oli hieman muita ryhmiä lyhyempi.

Klusteri 4: Erityisesti mielenterveys- ja päihdepalveluja käyttävät

Mielenterveys- ja päihdepalveluita paljon käyttävien klusteri sisälsi noin 0,3 prosenttia työttömistä. Ryhmässä käytettiin joko mielenterveys- tai päihdepalveluja tai molempia. Ryhmän jäsenet käyttivät myös kohtuullisen paljon sosiaalihuollon palveluita, mahdollisesti esimerkiksi sosiaalihuollon päihde- ja mielenterveyspalveluita. Myös perusterveydenhuollon avohoidon sekä päivystyspalveluiden käyttö oli jonkin verran suurempaa kuin keskimäärin. Ryhmä oli selvästi muita nuorempaa, keskimääräinen ikä oli noin 33 vuotta. Viimeisimmän työttömyyden kesto oli klustereista lyhyin. Naisia oli enemmän ja koulutustaso oli keskimääräistä ma-

talampi. Ryhmällä oli myös aiemmin todettuja diagnooseja eniten. Ryhmässä oli kaikkein vähiten (3 %) muualla kuin Suomessa syntyneitä.

Klusteri 5: Erityisesti osastohoitoa käyttävät

Viimeinen erittäin pieni erityisesti osastohoitoa käyttävien ryhmä sisälsi vain alle 0,1 prosenttia työttömistä. Ryhmä koostui muita iäkkäämmistä (keski-ikä 51 vuotta) ja valtaosin miehistä (74 %). Työttömyyden viimeisin kesto oli selvästi keskimääräistä pidempi. He käyttivät paljon kaikkia palveluja, mutta erityisesti terveyskeskuksen vuodeosastohoito ja päivystyskäynnit korostuivat. Ryhmän henkilöillä saattoi olla jokin tai useampi erityisen paljon hoitoa vaativa pitkäaikaissairaus.

Taulukko 11.1. Klusterianalyyysien ryhmien sote-palvelujen keskimääräinen käyttö euromääräisesti vuonna 2017. Lähde: Korvauskriteerit-aineisto 2017.

	Klusteri 0	Klusteri 1	Klusteri 2	Klusteri 3	Klusteri 4	Klusteri 5	Kaikki
N	22 699	57 479	8 664	1 050	254	54	90 200
Avohoito pth	0	188	855	289	440	761	207
Vuodeosasto pth	0	3	52	65	37	19 427	19
Mielenterveys- ja päihdepalvelut pth	0	21	57	65	3 170	56	28
Sosiaalihuollon avopalvelut	0	271	649	23 488	2 944	4 858	519
Päivystyspalvelut	0	60	519	332	408	1 289	94
Yhteensä	0	543	2 132	24 239	6 999	26 391	867

Taulukko 11.2. Klusterianalyyysien ryhmät eri muuttujien mukaisesti vuonna 2017. Lähde: Korvauskriteerit-aineisto 2017.

	Klusteri 0	Klusteri 1	Klusteri 2	Klusteri 3	Klusteri 4	Klusteri 5	Kaikki
N	22 699	57 479	8 664	1 050	254	54	9 200
Ikä	41,1	40,3	40,2	40,1	33,4	51,4	40,5
Sukupuoli: nainen	36 %	48 %	65 %	28 %	58 %	26 %	47 %
Syntymävaltio muu kuin Suomi	20 %	24 %	25 %	12 %	3 %	6 %	22 %
Asuu maaseudulla (maka-luokitus)	10 %	11 %	13 %	11 %	21 %	19 %	11 %
Asuu yksin	32 %	34 %	32 %	46 %	52 %	52 %	33 %
Korkea-asteen koulutus	33 %	26 %	19 %	9 %	9 %	24 %	27 %
Tulot (mediaani)	14 910	11 192	10 426	6 924	8 724	9 027	11 563
Työttömyyden kesto päivinä (mediaani)	214	202	205	177	163	336	206
Pitkäaikaissairausdiagnoosien määrä	0,59	1,27	2,42	2,54	2,77	2,57	1,23

Sote-käytön kustannukset käyttäjryhmissä

Aineiston pohjalta laskettiin edellä tarkasteltujen ryhmien perusterveydenhuollon avopalvelujen ja sosiaalihuollon palvelujen vuosittaisia kustannuksia sekä ryhmittäin että per henkilö (taulukko 11.3).

Taulukko 11.3. Työttömien sote-palveluiden kustannukset ryhmittäin ja per henkilö vuonna 2017. Lähde: Korvauskriteerit-aineisto 2017.

	Kustannuksia yhteensä (€)	Kustannuksia per henkilö (€)
Klusteri 0: Palveluja käyttämättömät	0	0
Klusteri 1: Palveluita jonkin verran käyttävät	31 133 698	542
Klusteri 2: Avohoito- ja päivystyspalveluja käyttävät	18 470 657	2 132
Klusteri 3: Erityisesti sosiaalipalveluja käyttävät	25 449 389	24 238
Klusteri 4: Erityisesti mielenterveys- ja/tai päihdepalveluita käyttävät	1 777 703	6 999
Klusteri 5: Erityisesti osastohoitoa käyttävät	1 425 115	26 391
Yhteensä (N = 90 200)	78 256 562	868

Työttömien sote-kustannuksista palveluita jonkin verran käyttävät (klusteri 1) kerryttivät hieman alle puolet (40 %) kustannuksista. Klusteri 2 käytti noin 24 prosenttia kustannuksista ja Klusteri 3 noin 33 prosenttia. Klusterit 4 ja 5 kerryttivät kummatkin noin 2 prosenttia kustannuksista. Jos kustannuksia tarkastellaan per henkilö, klustereiden välille syntyy kuitenkin huomattavia eroja. On syytä huomioida, että kustannusten jakaumat ovat ryhmien sisässä vinoutuneita, eli pieni osa kuhunkin ryhmään kuuluvista kerryttää suuren osan kustannuksista.

Palveluita jonkin verran käyttävien ryhmän palvelukäytön kustannukset per henkilö jäivät noin 542 euroon, joka on alle otoksen työttömien keskiarvon (868 euroa). Vertailun vuoksi, aineiston mukaan työssäkäyvillä keskimääräiset kustannukset olivat 232 euroa, mutta tässä luvussa ei ole mukana työterveyshuollon eikä yksityisten palvelutuottajien kustannuksia. Avohoito- ja päivystyspalveluita käyttävien -ryhmän sote-kustannukset olivat selvästi korkeammat, hieman yli 2 000 euroa henkilöä kohden.

Erityisesti mielenterveys- ja päihdepalveluja käyttävien -ryhmässä kustannukset olivat noin 7 000 euroa per henkilö. Mielenterveys- ja päihdekuntoutus sekä -hoito ovat jonkin verran kalliimpia hoitomuotoja, joka selittää korkeammat kustannukset verrattuna aiempiin ryhmiin. Klustereissa 3 ja 5 palvelukäytön kustannukset per henkilö olivat hyvin suuria muihin ryhmiin verrattuna. Erityisesti sosiaalipalveluja käyttävien kustannukset per henkilö olivat ryhmistä toiseksi suu-

rimmat, yli 24 000 euroa, josta valtaosa kului sosiaalihuollon palveluihin. Erityisesti osastohoitoa käyttävien -ryhmän kustannukset per henkilö vuonna 2017 olivat noin 26 500 euroa. Vuodeosastohoito on erittäin kallista, mikä selittää luvun suuruutta. Ryhmän asiakkaat käyttivät myös jonkin verran sosiaalihuollon palveluita.

Tulosten mukaan noin 10 prosenttia työttömistä kerrytti noin 60 prosenttia tarkastelluista sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden kustannuksista. Heidän palveluiden käytön kustannukset painoutuivat ryhmittäin erityisesti perusterveydenhuollon avohoito- ja päivystyspalveluihin, sosiaalihuollon palveluihin, mielen-terveys- ja päihdepalveluihin tai vuodeosaston palveluihin.

Työttömien sote-palvelujen käytön kustannuksiin liittyvät tekijät

Työttömien sote-palvelujen käytöstä koituneisiin kustannuksiin yhteydessä olevia tekijöitä tutkittiin lineaarisen regressioanalyysin avulla, jossa perusterveydenhuollon avohoitoa ja sosiaalihuollon palveluja tarkasteltiin erikseen. Mallinnus tehtiin vaiheittain kolmessa osassa (liitetaulukot 11.1 ja 11.2). Ensiksi tarkasteltiin työttömyyteen liittyvien muuttujien yhteyksiä, jonka jälkeen malliin tuotiin taustamuuttujat. Viimeisessä vaiheessa malliin tuotiin sairastavuuteen liittyvät muuttujat.

Perusterveydenhuollon avohoidon käytön kustannukset

Työttömien terveyspalveluiden käyttöä tarkasteltiin perusterveydenhuollon avohoidon käytöstä koituneiden kustannusten kautta. Monet tekijät olivat yhteydessä työttömien terveyspalvelujen käyttöön (liitetaulukko 11.1). Monisairastavuus, tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt olivat eniten yhteydessä terveyspalveluiden käyttöön työttömillä. Myös muut sairausdiagnoosit johtivat selvästi korkeampiin terveyspalvelujen kustannuksiin. Taustamuuttujista eroja selittivät erityisesti sukupuoli ja sosioekonomiset muuttujat. Naiset kerryttivät miehiä enemmän terveyspalvelukustannuksia. Sen sijaan korkeammat tulot ja korkeampi koulutusaste vähensivät palvelukäytöstä koituneita kustannuksia.

Työttömyyteen liittyvien muuttujien yhteydet jäivät sairastavuuden ja taustamuuttujien rinnalla varsin pieneksi, sekä ilman että taustamuuttujien kanssa (liitetaulukko 11.1). Työpäivien määrä oli yhteydessä alhaisempiin palvelukäytön kustannuksiin, osa tästä saattaa selittyä työterveyspalveluiden lisääntyneellä käytöllä. Muut muuttujat eivät juurikaan olleet yhteydessä palvelukäyttöön.

Sosiaalihuollon palvelujen käytön kustannukset

Sosiaalihuollon puolelta selitettävänä muuttujana oli sosiaalihuollon palveluiden kustannukset. Terveyspalveluihin verrattuna sosiaalihuollon palveluiden käyttöön vaikutti isompi joukko muuttujia (liitetaulukko 11.2). Selvästi isoin selittäjä oli päihdehäiriöiden diagnoosi, joka nosti kustannuksia reilulla 5 000 eurolla vuodessa. Tämän lisäksi monisairastavuus oli vahvasti yhteydessä runsaampaan palvelukäyttöön. Miessukupuoli ja nuorempi ikä olivat yhteydessä sosiaalihuollon palvelukäytön lisääntyneisiin kustannuksiin. Tämän lisäksi kaupunki-maaseutu-luokituksella mitattuna lähellä kaupunkikeskusta asuminen oli yhteydessä sosiaalihuollon palveluiden käyttöön. Henkilöt, joiden syntymämaa oli muu kuin Suomi, kerryttivät merkittävästi vähemmän sosiaalipalveluiden kustannuksia. Vastaavasti kuin terveyspalveluissa, myös sosiaalihuollon palveluissa korkeammat tulot ja korkeampi koulutusaste olivat yhteydessä matalampiin kustannuksiin.

Työttömyyteen liittyvät muuttujat selittivät sosiaalipalvelujen käyttöä heikosti, mutta kuitenkin paremmin kuin terveyspalveluiden osalta. Työttömyyskuukaudet ja viimeisen työttömyyden kesto olivat käänteisesti yhteydessä sosiaalihuollon palvelujen kustannuksiin; kun työttömyyden kesto kasvoi, kustannukset laskivat. Myös työpäivien määrä vähensi sosiaalihuollon kustannuksia merkittävästi.

Tutkimustieto työttömien palvelujen uudistusten tukena

Tulostemme mukaan työttömien perustason sosiaali- ja terveyspalvelujen käytössä on merkittäviä eroja. Suurin osa työttömistä ei käyttänyt, tai käytti vain jonkin verran sosiaali- ja terveyspalveluja vuoden aikana. Runsa palvelujen käyttö ja siten myös suurin osa kustannuksista kasaantui pienelle osalle työttömistä: noin 10 prosenttia työttömistä kerrytti noin 60 prosenttia tarkastelluista kustannuksista. Yhdistävinä tekijöinä olivat sairastavuus ja keskimääräistä matalampi sosioekonominen asema. Tulokset ovat samansuuntaisia aiemman paljon palveluja käyttäviä koskevan tutkimuksen kanssa (Kapiainen ym. 2010; Leskelä ym. 2013; Ylitalo-Katajisto 2019), mutta tässä tutkimuksessa tarkasteltiin ensimmäisen kerran työttömien perustason palvelukäytön kustannusten jakautumista väestötason aineistolla. Runsaasti palveluja käyttävien työttömien kustannusten osuus oli pienempi kuin aiemmissa väestötason tutkimuksissa, mikä johtunee aineiston rajauksista muun muassa erikoissairaanhoidon osalta.

Runsaasti palveluja käyttävät työttömät käyttivät keskimääräistä enemmän kaikkia tarkasteltuja sote-palveluja, mutta palvelujen käyttö painottui eri ryhmissä eri tavoin. Ryhmistä suurimmassa, erityisesti perusterveydenhuollon avohoitoa ja päivystyspalvelua käyttävien ryhmässä, runsas palvelujen käyttö saattoi kertoa toimivista terveydenhuollon hoitopoluista, mutta myös hankaluuksista päästä

suunnitelmallisen hoidon piiriin ja siitä johtuvasta päivystyspalvelujen käytöstä (Virtanen ym. 2006; Koponen ym. 2012; Blomgren ym. 2022). Muut ryhmät olivat erittäin pieniä. Erityisesti mielenterveys- tai päihdepalveluja käyttävien painottuminen nuorempiin työttömiin on linjassa aiemman tutkimustiedon kanssa (Vaalavuo 2016). Huono-osaisuuden kasautuminen voi näkyä runsaasti palveluja käyttävien työttömien ryhmissä (Kauppinen ym. 2010; Ylitalo-Katajisto 2019).

Tässä tutkimuksessa neljännes työttömistä ei käyttänyt lainkaan perustason sote-palveluja yhden vuoden tarkastelujaksolla. Palveluja käyttämättömien työttömien osuus oli yhtä suuri kuin aiemmassa pitkäaikaistyöttömien terveystalv palveluja koskevassa tutkimuksessa (Lappalainen ym. 2018). Palveluja käyttämättömien ryhmässä keskimääräistä useammalla oli korkeakoulututkinto ja mediaanitulot olivat keskimääräistä korkeammat. Tämä voi viitata vähäisempään palvelun tarpeeseen (Manderbacka ym. 2012). Ryhmässä on todennäköisesti myös niitä, jotka eivät tarpeista riippumatta eri syistä hakeudu sote-palveluihin. Palvelujen käyttämättömyyden synynä voi olla tietämättömyyttä, luottamuksen puutetta järjestelmää kohtaan, taloudellisia esteitä tai palveluihin pääsyn vaikeutta (Virtanen ym. 2006; Ilmarinen ym. 2016; Kerätär 2016; Manderbacka ym. 2017; Aalto ym. 2017; Lappalainen ym. 2018).

Tämän tutkimuksen mukaan työttömien perustason sote-palvelujen käytön kustannuksia selitti parhaiten sairastavuus. Terveystalv palvelujen käytön kustannuksia selittivät aiempaa tutkimustietoa mukaillen myös naissukupuoli, vähäinen koulutus ja matala tulotaso (Vaalavuo ym. 2013). Sosiaalipalvelujen käytön kustannuksia selittivät sairastavuuden, vähäisen koulutuksen ja matalan tulotason lisäksi miessukupuoli ja nuori ikä. Aikaisempaa tietoa sosiaalipalveluiden käytöstä ei juurikaan ole. Aiemmin todetut sosioekonomiset erot palvelujen käytössä näkyivät siten myös työttömien ryhmän sisällä (Vaalavuo ym. 2013; Manderbacka ym. 2017).

Työttömyyden kesto ei selittänyt terveys- tai sosiaalipalvelujen käytön kustannuksia. Sosiaalipalveluissa pitkittynyt työttömyys oli kuitenkin yhteydessä vähäisempiin kustannuksiin (myös Väisänen & Sinervo 2021). Vähäisemmät kustannukset voivat johtua joko käyntien vähenemisestä työttömyyden pitkittyessä tai siitä, että pidempään työttömänä olleet osallistuvat edullisempiin palveluihin kuin lyhyemmän aikaa työttömänä olleet. Aiemmassa tutkimuksessa työttömyyden kesto ei selittänyt perusterveydenhuollon palvelukäytön kustannuksia, mutta palvelukäynnit vähenivät työttömyyden pitkittyessä (Klavus ym. 2018).

Jatkotutkimuksessa tunnistettuja käyttäjäryhmiä tulisi analysoida tarkemmin. Erityisesti palveluja käyttämättömien ryhmän sekä avohoidon- ja päivystyspalvelujen käyttöön painottuneen ryhmän sisäisestä jakautumisesta, ominaisuuksista ja palvelutarpeista olisi tärkeä saada lisää tutkimustietoa. Myös sosiaalipalvelujen sisällöstä tarvittaisiin tarkempaa tietoa kaikissa käyttäjäryhmissä, esteenä on yhteisen tiedonkeruun ja tilastoinnin puute.

Tutkimuksen tulosten peilaaminen käynnissä oleviin sosiaali- ja terveydenhuollon ja työllisyyden hoidon palvelujärjestelmän uudistuksiin korostaa kahta asiaa: palveluun pääsyä ja palvelujen yhteensovittamista. Sosiaali- ja terveyspalvelujen yhdenvertainen saatavuus on yksi sote-uudistuksen tavoitteista. Tutkimuksen tulokset herättävät pohtimaan, miten voidaan tunnistaa ja tavoittaa nykyistä paremmin ne kokonaan palveluiden ulkopuolella olevat ja palveluita käyttämättömät työttömät, joilla kuitenkin on palvelutarvetta. Hyvinvoinnin haasteet voivat monimutkaistaa ja sote-kustannukset nousta, mikäli sote-palveluihin pääsy merkittävästi viivästyy.

Muilla julkisilla palveluilla on varsin merkittävä tehtävä sote-palvelutarpeiden tunnistamisessa ja henkilöiden ohjaamisessa tarpeen mukaisesti palveluihin. TE-palvelujen uudistuksessa pyritään tavoittamaan työttömiä varhaisemmassa vaiheessa ja ohjaamaan heitä tarvittaviin palveluihin. Palvelutarpeen arvioinnissa on tärkeä huomioida myös sosiaali- ja terveyspalveluihin liittyvät tarpeet, ja uudistuksen vaikutuksia sote-palvelujen käyttöön pitäisi seurata lyhyellä ja pitkällä aikavälillä. Sosiaaliturvan tulisi osaltaan tukea tarpeen mukaista ohjautumista palveluihin ja palveluiden yhdistämistä, mikä ei tällä hetkellä välttämättä toteudu (STM 2022).

Sosiaali- ja terveyspalvelujen tavoittamat työttömät hyötyisivät myös tiiviimmästä palvelujen yhteensovittamisesta. Sairastavuus näkyi palvelunkäyttöä selittävänä tekijänä niin sosiaali- kuin terveyspalveluissa, mikä edellyttää panostusta pitkäaikaissairauksien hoitopolkuihin ja palveluintegraatioon. Osa työttömistä käytti paljon eri sote-palveluja, jolloin palvelujen yhteensovittaminen on erityisen tärkeää (Ylitalo-Katajisto 2019). Esimerkiksi runsas päivystyspalvelujen käyttö näissä ryhmissä voi kertoa siitä, että työttömät eivät ole riittävässä määrin suunnitelmallisen hoidon ja palvelun piirissä.

Palvelujärjestelmän uudistuksissa työttömiä lähestytään usein työllistyvyyttä tukevien palvelujen kehittämisen näkökulmasta. Työttömien terveys- ja hyvinvointipuutteet liittyvät kuitenkin laajemmin sosioekonomiseen eriarvoisuuteen niin terveydessä ja hyvinvoinnissa kuin palveluiden käytössä (Kauppinen ym. 2010; Manderbacka ym. 2017). Paremmin toimivat sote-palvelut voisivat lisätä palvelukäytön yhdenvertaisuutta. Tässä kokonaisuudessa tulee huomioida myös työterveyshuolto osana eriarvoisuutta tuottavaa palvelujärjestelmää.

Tutkimuksen rajoitukset

Tutkimuksessa tarkasteltiin työttömien sote-palvelujen käyttöä kustannusten kautta, mikä rajoittaa tulosten tulkintaa ja johtopäätösten tekemistä erityisesti sosiaalipalveluista, koska niiden käyntitiedot puuttuvat. Lähestymistapa mahdollisti kuitenkin työttömien sosiaalipalvelujen käytön tarkastelun aiempaa tutkimusta huomattavasti laajemmalla otoksella. Palveluiden käytön ja kustannusten tarkastelu voi myös aliarvioida eroja palvelujen saatavuudessa tai niihin hakeutumisessa (Manderbacka ym. 2012; Vaalavuo ym. 2013; Häkkinen ym. 2020).

Viite

- 1 Henkilön tulotaso on mitattu asuntokunnan käyttötuloilla kulutusyksikköä kohden (Holster ym. 2022, 18).

Lähteet

- Aalto, Anna-Mari & Manderbacka, Kristiina & Muuri, Anu & Karvonen, Sakari & Junnila, Majjaliisa & Pekurinen, Markku (2016): Mitä väestö ajattelee sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisesta? Tutkimuksesta tiiviisti 4. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-635-3>
- Aho, Simo & Mäkiäho, Ari (2016): Krooninen työttömyys. Pitkään avoimien työmarkkinoiden ulkopuolella olleiden työttömien määrää ja rakennetta sekä työttömyyden dynamiikkaa Suomessa vuosina 2005–2013 selvittävä tutkimus. Helsinki: Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 20. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-254-8>
- Blomgren, Jenni & Jäppinen, Sauli & Lahdensuo, Kaisla (2022): Avosairaanhoidon palvelujen käyttö on vahvasti eriytynyt työmarkkina-aseman mukaan. *Lääkärilehti* 77(7–8), 314. www.laakarilehti.fi/e3050
- Han, Jiawei & Kamber, Micheline & Pei, Jian (2012): 10 - Cluster Analysis: Basic Concepts and Methods. Teoksessa Jiawei Han & Micheline Kamber & Jian Pei (toim.): *Data Mining - Concepts and Techniques* (Third Edition). Waltham: Morgan Kaufmann, 443–495.
- Heidenreich, Martin & Aurich-Berheide, Patrizia (2014): European worlds of inclusive activation: The organisational challenges of coordinated service provision. *International Journal of Social Welfare*, 23(S1), 6–22. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12098>
- Heponiemi, Tarja & Wahlström, Mikael & Elovainio, Marko & Sinervo, Timo & Aalto, Anna-Mari & Keskimäki, Ilpo (2008): Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 14. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Holster, Tuukka & Haula, Taru & Korajoki, Merja (2022): Sote-rahoituksen tarvevakiointi: Päivitys 2022. Työpäpaperi 26/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-876-7>
- Hult, Marja & Pietilä, Anna-Maija & Saaranen, Terhi (2020): Improving employment opportunities of the unemployed by health and work ability promotion in Finland. *Health Promotion International* 35:518–526. <https://doi.org/10.1093/heapro/daz048>
- Häkkinen, Unto & Holster, Tuukka & Haula, Taru & Kapiainen, Satu & Kokko, Petra & Korajoki, Merja & Nguyen, Lien & Mäklin, Suvi & Puroharju, Tuuli & Peltola, Mikko (2020): SOTE-rahoituksen tarvevakiointi. Raportti 6/2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-483-7>
- Ilmarinen, Katja & Aalto, Anna-Mari & Muuri, Anu (2016): Sosiaalipalvelut väestön ja asiakkaiden arvioimana. Tutkimuksesta tiiviisti 10. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-674-2>
- Kapiainen, Satu & Seppälä, Timo & Häkkinen, Unto & Lauharanta, Jorma & Roine, Risto & Korppi-Tommola, Marja (2010): Pääkaupunkiseudun erittäin kalliit potilaat. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. *Avauksia* 3/2010. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085276>
- Karvonen, Sakari & Honkatukia, Juha (2022): Työttömyys, lomautukset ja koettu toimeentulo. Teoksessa Laura Kestilä & Satu Kapiainen & Merita Mesiäislehto & Pekka Rissanen (toim.) *Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen*. Asiantuntijaraportti, kevät 2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 45–53. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-865-1>

- Kauppinen, Timo M. & Saikku, Peppi & Kokko, Riitta-Liisa (2010): Työttömyys ja huono-osaisuuden kasautuminen. Teoksessa Marja Vaarama & Pasi Moisio & Sakari Karvonen (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 234–250. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085398>
- Kerätär, Raija (2016): Kun katsoo kauempaa, niin näkee enemmän. Monialainen työkyvyn ja kuntoutustarpeen arviointi pitkäikäistyöttömillä. *Acta Universitatis Oulensis D Medica* 1340. Oulu: Oulun yliopisto. <http://urn.fi/urn:isbn:9789526210865>
- Kestilä, Laura & Knape, Nina & Hetemaa, Tiina (2018): Suomalaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttö tilastojen valossa. Teoksessa Laura Kestilä & Sakari Karvonen (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2018*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 188–206. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-256-7>
- Klavus, Jan & Forma, Leena & Partanen, Jussi & Rissanen, Pekka (2018): Need and utilization of primary health care among long-term unemployed Finns. *Journal of health and social sciences* 3(3), 231–242. <https://doi.org/10.19204/2018/ndnd1>
- Koponen, Päiviikki & Kuusio, Hannamaria & Keskimäki, Ilmo & Mölsä, Mulki (2012): Avosairaanhoidon palvelujen käyttö. Teoksessa, Anu E. Castaneda & Shadia Rask & Päiviikki Koponen & Mulki Mölsä & Seppo Koskinen (toim.) *Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi - Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa*. Raportti 61. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 250–258. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-739-4>
- Kuntaliitto (2021): Kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon nettokustannukset euroa/asukas. 22.11.2021. <https://www.kuntaliitto.fi/sosiaali-ja-terveysasiat/tilastot-ja-erilliselvitykset/kuntien-sosiaali-ja-terveydenhuollon-nettokustannukset-euroaasukas> (luettu 11.5.2022)
- Kuusio, Hannamaria & Seppänen, Anna & Jokela, Satu & Somersalo, Laura & Lilja, Eero (toim.) (2020): Ulkomaalaistaustaisten terveys ja hyvinvointi Suomessa. *FinMonik-tutkimus 2018–2019*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-034-1>
- Laaksonen, Mikko & Blomgren, Jenni & Perhoniemi, Riku (2021): Mielenterveysystistä alkavat eläkkeet ovat yleistyneet nuorilla mutta vähentyneet vanhemmissa ikäryhmissä. *Suomen Lääkärilehti* 76 (36), 1889–1897. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021091045713>
- Lappalainen, Kirsi & Mattila-Holappa, Pauliina & Yli-Kaitala, Kirsi & Hult, Marja & Räsänen, Kimmo (2018): Pisimpään työttömänä olleet käyttävät vähiten terveyskeskuksen palveluja. *Suomen Lääkärilehti* 73(42), 2421–2428.
- Larja, Liisa & Mähönen, Erno & Peltonen, Juho & Ylikännö, Minna (2021): Työ- ja elinkeinoministeriön lyhyen aikavälin työmarkkinaenuste, syksy 2021. TEM analyseja 109/2021. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.
- Leskelä, Riikka-Leena & Komssi, Vesa & Sandström, Saana & Pikkujämsä, Sirkku & Haverinen, Anna & Olli, Sirkku-Liisa & Ylitalo-Katajisto, Kirsti (2013): Paljon sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävät asukkaat Oulussa. *Suomen Lääkärilehti* 58(48), 3163–3169.
- Manderbacka, Kristiina & Aalto, Anna-Mari & Kestilä, Laura & Muuri, Anu & Häkkinen, Unto (2017): Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa. Tutkimuksesta tiiviisti 9. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-853-1>
- Manderbacka, Kristiina & Muuri, Anu & Keskimäki, Ilmo & Kaikkonen, Risto & Elovainio, Marko (2012): Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo terveyspalvelujen saatavuudesta? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49(1), 4–12. <https://journal.fi/sla/article/view/9341>
- McKee-Ryan, Frances & Song Zhaoli & Wanberg, Connie R. & Kinicki, Angelo J. (2005): Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology* 90(1), 53–76. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.90.1.53>
- Mäklin, Suvi & Kokko, Petra (toim.) (2020): Terveyden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2017. Työpäpaperi 21. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-493-6>
- OECD (2020): A People-centred Perspective on Employment Barriers and Policies - Faces of Joblessness in Finland. <https://www.oecd.org/els/soc/OECD-2020-FoJ-Finland.pdf> (luettu 13.5.2022)
- Rinne, Hanna & Blomgren, Jenni (2021): Työttömien palveluiden käyttö ja työllistyminen – rekisteritutkimus Oulussa vuonna 2016 työttömäksi jääneistä. *Työpoliittinen aikakauskirja* 64(4), 34–45.

- Saikku, Peppi & Karvonen, Sakari & Kestilä, Laura (2014): Työttömien ja työllisten koettu hyvinvointi toimintavalmiuksien viitekehityksessä. Teoksessa Marja Vaarama & Sakari Karvonen & Laura Kestilä & Pasi Moisio & Anu Muuri (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2014*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 118–143. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-015-3>
- Saikku, Peppi & Hannikainen, Katri (2019): Työttömien ja työllisten koettu työkyky ja toimeentulo. Teoksessa Laura Kestilä & Sakari Karvonen (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2018*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 143–158. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-256-7>
- STM (2017): Kuntoutuksen uudistamiskomitean ehdotukset kuntoutusjärjestelmän uudistamiseksi. Sosiaali- ja terveystieteiden raportteja ja muistioita 2017:41. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3891-5>
- STM (2022) Palvelujen ja etuuksien yhteensovittaminen. Sosiaaliturvakomitean ongelmaraportti. Sosiaaliturvakomitean julkaisuja 2022:4. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8448-6>
- Taskinen, Pertti (2021): Työn puute on lisääntynyt niin Suomessa kuin muuallakin. Artikkelit 4.12.2021. Tilastokeskus/ Tieto & trendit. <https://www.stat.fi/tietotrendit/artikkelit/2021/tyon-puute-on-lisaantynyt-niin-suomessa-kuin-muuallakin/> (luettu 20.4.2022)
- Terämä, Emma & Tiitu, Maija & Paavola, Juhomatti & Vainio, Arttu & Määttä, Niku & Miettinen, Anneli & Kontula, Osmo & Hiilamo, Heikki (2018): Yksin osana elinkaarta. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 66/2018. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-617-1>
- TEM (2022): Työllisyyskatsaus. Maaliskuu 2022. Työ- ja elinkeinoministeriö. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2022012510096>
- Vaalavuo, Maria (2016): Toimeentulotuki-asiakkaiden terveyspalveluiden käyttö pääkaupunkiseudulla. *Janus* 24(3), 230–250. <https://journal.fi/janus/article/view/59353>
- Vaalavuo, Maria & Häkkinen, Unto & Fredriksson, Sami (2013): Sosiaali- ja terveydenhuollon tarvetekijät ja valtionosuusjärjestelmän uudistaminen. Raportti 24. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-075-7>
- Virtanen, Ari (2020): Kuntouttava työtoiminta 2019. Kuntakyselyn osaraportti. Tilastoraportti 39. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020100878362>
- Virtanen, Pekka & Kivimäki, Mika & Vahtera, Jussi & Koivisto, Markku (2006): Employment status and differences in the one-year coverage of physician visits: different needs or unequal access to services? *BMC Health Services Research* 6 (123). <https://urn.fi/urn:nbn:uta-3-626>
- Väisänen, Visa & Sinervo, Leini (2021): Työttömien sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttö rekisteritietojen valossa. Tutkimuksesta tiiviisti 76. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-796-8>
- Ylitalo-Katajisto, Kirsti (2019): Paljon palveluja tarvitsevien asiakkaiden yksilöity sosiaali- ja terveyspalvelujen yhteen kokoaminen. *Acta Univ. Oul. D* 1540. Oulu: Oulun yliopisto.

Liitteet

Liitetaulukko 11.1. Perusterveydenhuollon avopalveluiden kustannusten lineaarisen regression tulokset. Lähde: Korvauskriteerit-aineisto 2017.

	Malli 1: r2 = 1,32 %		Malli 2: r2 = 4,16 %		Malli 3: r2 = 18,31 %	
	B	p.	B	p.	B	p.
Vakiotermi	368,2	0	288,4	0	218,7	0
Työttömyyskuukaudet	-4,2	0	-3,6	0	-3,9	0
Viimeisen työttömyyden kesto (desiili)	-1,3	0	-1,2	0	0,4	0,086
Työpäivät (desiili)	-17,5	0	-13	0	-8,6	0
Ikä			0,8	0	-0,8	0
Mies			ref		ref	
Nainen			126,9	0	95,4	0
Asuu kaupungissa			ref		ref	
Asuu maaseudulla			0,6	0,679	2,7	0,035
Syntymävaltio Suomi			ref		ref	
Syntymävaltio muu kuin Suomi			0,8	0,633	31,8	0
Ei asu yksin			ref		ref	
Asuu yksin			9,4	0	-7	0
Ei korkeakoulutettu			ref		ref	
Korkeakoulutettu			-47,4	0	-20,7	0
Mediaanitulo (desiili)			-9,5	0	-5,3	0
Tuki- ja liikuntaelinsairaus					217,2	0
Päihdehäiriö					137,6	0
Depressio					163	0
Diagnoosien määrä alle 1					ref	
Diagnoosien määrä 2					84,4	0
Diagnoosien määrä 3					149,7	0
Diagnoosien määrä 4					214,3	0
Diagnoosien määrä 5+					366,8	0

Tilastollisesti merkitsevät estimaatit (p-arvo < 0,05) **lihavoitu**

Liitetaulukko 11.2. Sosiaalihuollon avopalveluiden kustannusten lineaarisen regression tulokset. Lähde: Korvauskriteerit-aineisto 2017.

	Malli 1: r ² = 1,06 %		Malli 2: r ² = 2,03 %		Malli 3: r ² = 14,56 %	
	B	p.	B	p.	B	p.
Vakiotermi	1 345,6	0,000	1 639,6	0,000	1 282,1	0,000
Työttömyyskuukaudet	-3,3	0,377	-10,3	0,007	-19,3	0,000
Viimeisen työttömyyden kesto (desiili)	-47,0	0,000	-38,4	0,000	-24,2	0,000
Työpäivät (desiili)	-102,1	0,000	-65,7	0,000	-48,1	0,000
Ikä			-0,1	0,906	-5,3	0,000
Mies			ref		ref	
Nainen			-130,8	0,000	-71,1	0,000
Asuu kaupungissa			ref		ref	
Asuu maaseudulla			20,8	0,487	-73,6	0,008
Syntymävaltio Suomi			ref		ref	
Syntymävaltio muu kuin Suomi			-289,0	0,000	-82,7	0,000
Ei asu yksin			ref		ref	
Asuu yksin			160,1	0,000	30,8	0,103
Ei korkeakoulutettu			ref		ref	
Korkeakoulutettu			-214,3	0,000	-112,5	0,000
Mediaanitulo (desiili)			-106,8	0,000	-72,5	0,000
Tuki- ja liikuntaelinsairaus					-60,4	0,034
Päihdehäiriö					5223,3	0,000
Depressio					138,2	0,000
Diagnoosien määrä alle 1					ref	
Diagnoosien määrä 2					245,0	0,000
Diagnoosien määrä 3					323,3	0,000
Diagnoosien määrä 4					523,1	0,000
Diagnoosien määrä 5+					913,4	0,000

Tilastollisesti merkitsevät estimaatit (p-arvo < 0,05) **lihavoitu**

12

Sosiaali- ja terveystalveluiden saatavuus ja asiakaskokemukset

Suomalainen sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmä rakentuu periaatteelle, että talvelut ovat saatavilla kaikille tarpeen mukaan riippumatta esimerkiksi sukupuolesta, iästä tai henkilön taloudellisesta tilanteesta tai asuinpaikasta. Vuonna 2023 voimaan astuvan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen tavoittena on yhdenvertaisten ja asiakaslähtöisten talveluiden varmistaminen kaikille niitä tarvitseville. Poliitiikkatoimien vaikuttavuuden kannalta on tärkeää arvioida, kuinka nämä tavoitteet toteutuvat talveluiden käyttäjien näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan asiakkaiden kokemuksia talveluista vuosina 2018 ja 2020, ennen vuonna 2023 voimaan astuvaa rakennemuutosta. Tulokset osoittavat, että terveystalveluiden saatavuus on heikentynyt seuranta-ajanjaksolla mutta terveystalveluiden saavutettavuus on osin parantunut. Sosiaalitalveluissa talveluiden saatavuus on ollut terveystalveluja heikompi ja tilanne on pysynyt ennallaan, mutta sosiaalitalveluiden saavutettavuus on heikentynyt.

Riittävät ja tarpeenmukaiset palvelut kaikille on pohjoismaisen sosiaali- ja terveyspolitiikan tärkeä tavoite. Tavoitteen mukaisesti kenenkään, jolla on tarve palveluun, ei tule jäädä palvelun ulkopuolelle, ja palveluiden tulee olla saatavilla riippumatta yksilöllisistä tekijöistä. (Anttonen & Sipilä, 2000; Kröger ym. 2003.) Väestöstä suuri enemmistö pitää sosiaali- ja terveyspalveluja hyvin toimivina ja on sitä mieltä, että palveluilla lisätään yhteiskunnallista tasa-arvoa. Väestön luottamuksessa on kuitenkin nähtävissä hienoista heikentymistä (ks. Aalto ym. luku 15).

Sosiaali- ja terveyspalveluiden tasapuolista kohdentumista väestölle pidetään tärkeänä edellytyksenä oikeudenmukaiselle sosiaalipolitiikalle ja sosiaalisesti kestävä kehityksen toteutumiselle yhteiskunnassa. Periaatteelliset kysymykset oikeudenmukaisuudesta ovat sosiaali- ja terveyspalveluille yhteisiä, mutta näiden sektoreiden välillä on myös eroavaisuuksia. Sosiaalipalveluissa on kyse usein oikeuksista, ja oikeudenmukaisuuskysymykset muotoillaan oikeudelliseen muotoon. Osa sosiaalipalveluista on suunnattu haavoittuville ryhmille, ja siten ne jo lähtökohtaisesti sisältävät myönteistä erityiskohtelua eli positiivista diskriminointia. Terveyspalveluissa on sosiaalipalveluja enemmän korostettu pyrkimystä palveluiden oikeudenmukaiseen jakautumiseen, vaikka tavoitteista huolimatta hoidon laadussa ja saatavuudessa on ylempiä sosiaaliryhmiä suosivia käytäntöjä ja rakenteita (esimerkiksi Manderbacka ym. 2017). Terveystodentuuksissa ei palveluihin ole myöskään yleensä oikeutta, vaan se perustuu ammattilaisten tekemälle tarpeen analyysille. Sosiaalihuollossa oikeudet palveluihin on määritelty lainsäädännössä terveydenhuoltoa tarkemmin, mutta lakeihin ja ohjeisiin on työntekijöille jätetty harkinnanvaraa ja mahdollisuus ottaa yksilöllisesti huomioon asiakkaan elämäntilanne. Oikeus palveluun todentuu käytännössä ammattilaisen tekemässä palvelutarpeen arvioinnissa. (Muuri ym. 2008; Raevaara 2014.) Huolimatta riittävien ja yhtäläisten sosiaali- ja terveyspalveluiden periaatteesta, joidenkin ihmisten on vaikea saada sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, ja erityisesti haavoittuvat ryhmät uhkaavat jäädä ilman tarvitsemiaan palveluja (esimerkiksi Manderbacka ym. 2012; 2017; Perälä ym. 2014; Kröger ym. 2019).

Palveluiden tarvetta ja saatavuutta voidaan arvioida palveluiden käytön perusteella. Palveluihin ei kuitenkaan välttämättä hakeuduta tai niitä ei myönnetä vaikka tarvetta olisi, jolloin käyttö ei kerro siitä, saatiinko palvelua tarpeen mukaisesti. Kysymystä palveluiden saatavuudesta tarpeen mukaan on tutkimuksissa lähestytty selvittämällä tyydyttymättömän palvelutarpeen yleisyyttä. Tällöin väestöltä kysytään heidän oma arvionsa siitä, oliko palvelulle tarvetta – ja jos oli – saatiinko palvelua riittävästi. (Allin ym. 2010; Manderbacka ym. 2012; OECD 2020.) Pääosa tyydyttymättömän palvelutarpeen tutkimuksesta koskee terveyspalveluita. Tutkimusten mukaan tyydyttymätöntä palvelutarvetta terveyspalveluissa raportoivat toimintakyvyltään rajoittuneet ihmiset useammin kuin muut (Mahmoudi & Meade, 2015; Kanste ym. 2019; Sakellariou & Rotarou, 2017). Lisäksi työttömät ja he, joilla on sairauksia (Allin, 2009; Manderbacka ym. 2012;) sekä he, joilla on pienet tulot tai toimeentulovaikeuksia (Mielck ym. 2009; Aaltonen ym. 2015; Kaminska,

2019) raportoivat tyydyttymätöntä palvelutarvetta muita useammin. Kun vuonna 2015 väestöltä Suomessa kysyttiin luottamusta terveystalouden saatavuuteen lähes 90 prosenttia luotti tarvittaessa saavansa hoitoa kiireellisesti ja 80 prosenttia luotti saavansa tarvittaessa hoitoa pitkäaikaissairauteen (Aalto ym. 2016; ks. myös Aalto ym. luku 15).

Sosiaalihuollon palvelut eivät toimi hyvin kaikkialla Suomessa. Tyydyttymätöntä palvelutarvetta raportoi noin joka kymmenes sosiaalipalveluja tarvinneista ja melkein puolet toimeentulotukea hakeneista vuonna 2013 (Muuri & Manderbacka 2014). Vuonna 2015 sosiaalipalveluiden asiakkaista neljäsosa piti palvelua riittämättömänä, ja reilu kymmenes koki, että palvelun lopputulos ei koskaan vastannut tarvetta. Tuoreen tutkimuksen mukaan lapsiperheiden vanhemmista noin puolet koki, että ei saanut perhetyötä tarvettaan vastaavasti ja kaksi kolmesta koki, että kotipalvelu oli riittämätöntä (Ilmarinen ym. hyväksytyt käsikirjoitus). Kun koko väestöltä kysyttiin luottamusta palveluiden tarpeenmukaiseen saatavuuteen vuonna 2015, lapsiperheiden palveluja luotti tarvittaessa saavansa reilu puolet ja sosiaalityöntekijän ohjauspalveluja, vammaispalveluja ja toimeentulotukea vajaa puolet väestöstä. Vanhusten palveluja luotti saavansa tarvittaessa vain 40 prosenttia väestöstä. (Ilmarinen ym. 2016.)

Palveluihin ei hakeuduta tai niihin ei päästä monenlaisista syistä. Palvelusaannin ongelmat voivat liittyä asiakkaaseen, esimerkiksi hänen osaamiseensa, vähiin voimavaroihin tai huonoihin kokemuksiin palveluista. Palvelun saamisen esteet voivat liittyä myös palveluiden tarjolla oloon ja palvelurakenteeseen. Näitä ovat esimerkiksi palveluiden huono saavutettavuus ja korkeat asiakasmaksut (Andersen 1995; Gulliford ym. 2002; Allin ym. 2010; Manderbacka ym. 2012.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon (sote-)uudistuksen tavoitteena on parantaa terveys- ja sosiaalipalveluiden saatavuutta, saavutettavuutta ja yhdenvertaisuutta sekä lisätä asiakaslähtöisyyttä. Palveluja integroimalla pyritään selkeyttämään ja sujuvoittamaan järjestelmää, jotta asiakkaat tietävät, mistä tarvittava palvelu löytyy ja palvelut toimivat saumattomasti asiakkaan näkökulmasta. Saavutettavuuteen kuuluu niin hyvä fyysinen saavutettavuus kuin myös esimerkiksi palvelun hyvä kielellinen saavutettavuus. Jo 2000-luvun alkupuolella käynnistetty ja usean hallituskauden aikana valmisteltu uudistus on kuitenkin ollut monipolvinen ja kariutunut useaan otteeseen, mikä on voinut hidastaa palvelujärjestelmän kehitystä kentällä. Palveluiden järjestämisvastuu siirtyy vuoden 2023 alussa 22 hyvinvointialueelle, Helsingin jatkaessa itsenäisenä palveluiden järjestäjänä. Sote-uudistuksen viivästyminen lisäksi palvelujärjestelmän kantokykyä ovat koetelleet myös toimintaympäristön kriisit, erityisesti vuonna 2020 alkanut Covid-19-epidemia, joka on kuormittanut sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää ja aiheuttanut hoito- ja palveluvelkaa monilla sen sektoreilla (esimerkiksi Kestilä ym., 2020).

Tässä luvussa selvitämme, saiko väestö terveys- ja sosiaalipalveluja kun tarvetta oli, ja oliko saatu palvelu riittävää. Tarkastelemme palveluiden tarpeenmukaisista ja yhdenvertaista saatavuutta raportoimalla tyydyttymättömän palvelutarpeen

esiintymistä tärkeimmissä terveys- ja sosiaalipalveluissa eri väestöryhmät huomioiden. Lisäksi selvitämme asiakkaiden kohtaamia palveluiden saannin esteitä sekä sitä, miten vuorovaikutus henkilöstön kanssa sujui.

Tutkimuskysymyksemme ovat a) saatiinko terveys- ja sosiaalipalveluja riittävästi (tyytyttämätön palvelutarve), b) millainen oli palveluiden saavutettavuus (esteet) ja c) millaisia ovat asiakaskokemukset palveluissa. Ajallista vertailua tehdään vuoden 2018 ja 2020 aineistoilla tyydyttymättömästä palvelutarpeesta ja palveluiden saavutettavuudesta. Asiakaskokemuksia tarkastellaan palvelutyypeittäin vain vuoden 2020 aineistosta. Palveluiden yhdenvertaista saatavuutta tarkastellaan huomioimalla vastaajien sosiodemografiset tekijät ja asuinkunta.

Aineisto ja menetelmät

Tutkimus perustuu Kansallisen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimuksen (FinSote) kyselyaineistoihin vuosilta 2018 ja 2020. Kyselyihin oli mahdollista vastata joko paperisella tai sähköisellä lomakkeella suomen, ruotsin, englannin tai venäjän kielellä. Kyselyt lähetettiin Suomessa asuville 20 vuotta täyttäneille väestöä edustaville otoksille. Vuoden 2018 aineisto kerättiin syyskuun 2017 ja huhtikuun 2018 välisellä ajanjaksolla. Vuoden 2020 aineisto kerättiin syyskuun 2020 ja maaliskuun 2021 välisellä ajanjaksolla. Vuonna 2018 otokseen poimittiin jokaisesta maakunnasta 3 300 henkilöä. Vuonna 2020 otannan osoitteina oli 22 hyvinvointialuetta mukaan luettuna Helsinki. Jokaiselta hyvinvointialueelta poimittiin 2 800 henkilöä. Aineiston jakautumista sosiodemografisten taustatekijöiden suhteen on kuvattu taulukossa 12.1. Noin puolet vastaajista oli alle 55-vuotiaita. Muuta kuin suomea tai ruotsia äidinkielenään puhuvien osuus on aineistossa alhaisempi kuin tilastokeskuksen väestötiedoissa (Tilastokeskus 2022). Vajaa puolet vastaajista oli työelämässä ja hieman yli kolmannes eläkkeellä, työttömänä oli 6 prosenttia. Noin kaksi kolmesta vastaajasta asui kaupunkimaisessa kunnassa.

Jotta iäkkäitä ihmisiä saatiin riittävästi aineistoon, painotettiin heidän osuuttaan poimimalla 75 vuotta täyttäneitä vuonna 2018 jokaisesta maakunnasta 1 000 henkilöä ja 20–74-vuotiaita 2 300 henkilöä. Vuonna 2020 vastaavat osuudet olivat 800 henkilöä 75 vuotta täyttäneistä ja 2 000 henkilöä 20–74-vuotiaita. Koko aineiston vastausaktiivisuus oli 45 prosenttia (N = 26 422) vuonna 2018 ja 46 prosenttia (N = 28 199) vuonna 2020. Kadon vaikutuksia tuloksiin on minimoitu käyttämällä analyyseissa painokertoimia, jolloin tulokset edustavat kohdeväestöä. Painokertoimet on tuotettu Inverse Probability Weighting -menetelmällä käyttäen koko otokselle saatavilla olleita rekisteritietoja: ikä, sukupuoli, äidinkieli, asuinalue, siviilisääty ja koulutusaste. (Parikka ym. 2021, Pentala-Nikulainen ym. 2018.)

Taulukko 12.1.

Aineiston jakautuminen sosiodemografisten tekijöiden suhteen (N = 26 422), %.

	%
Ikä	
20–54	54,8
55–74	32,4
75 +	12,8
Sukupuoli	
Miehet	48,4
Naiset	51,6
Äidinkieli	
Suomi	88,9
Ruotsi	6,3
Muu	4,8
Koulutus	
Matala	41,3
Keskitasoinen	33
Korkea	25,7
Työmarkkina-asema	
Työssä	46,1
Työtön	6,1
Eläkkeellä	35,1
Muu	12,6
Asuinkunta	
Kaupunkimainen kunta	72,5
Taajaan asuttu kunta	15
Maaseutumainen kunta	12,4

kuukauden aikana a) hankalat aukioloajat, b) hankalat matkat tai c) korkeat asiakasmaksut. Vastausvaihtoehdot olivat 1) aina, 2) useimmiten, 3) joskus, 4) ei koskaan sekä 5) ei koske minua (en ole käyttänyt terveys-/sosiaalipalveluja). Esteiden analyysissä tarkastelu rajattiin niihin, jotka olivat palveluita (terveys- tai sosiaalipalveluja) käyttäneet.

Asiakaskokemusta viimeksi käytetyssä palvelussa kartoitettiin OECD:n kysymyssarjalla, joka kartoittaa myönteistä ja osallistavaa vuorovaikutusta henkilöstön kanssa (Fujisawa & Klazinga 2017). Kysymyksen pohjalta OECD on kehittänyt indikaattorit, joita on käytetty lähinnä terveyspalveluiden arvioinnissa, mutta FinSote-kyselyssä niillä kartoitettiin myös asiakaskokemuksia sosiaalipalveluissa. Terveyspalveluista vastaajilta kysyttiin ensin, missä he ovat viimeksi käyneet ter-

Tarkastelun kohteena tässä tutkimuksessa olivat asiakaskokemukset terveyspalveluissa, joita olivat 1) lääkärin vastaanottopalvelut, 2) hoitajan vastaanottopalvelut sekä 3) hammashuollon palvelut. Sosiaalipalveluista tarkastelun kohteena olivat 1) kotiin saatavat vanhusten hoito- ja hoivapalvelut (esimerkiksi kotihoito, ateria- ja muut tukipalvelut, kuntoutuspalvelut, kodinmuutostyöt), 2) lasten ja perheiden palvelut (esimerkiksi lastensuojelu, kasvatus- ja perheneuvonta, kotipalvelut), 3) vammaispalvelut (esimerkiksi kuljetuspalvelut, henkilökohtainen apu, asunnon muutostyöt, asumisen tukipalvelut) sekä 4) sosiaalityöntekijän ohjaus- ja neuvontapalvelut.

Vastaajia pyydettiin arvioimaan, olivatko he saaneet riittävästi palveluja 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 tyydyttymättömäksi palvelutarpeeksi luokiteltiin vastausvaihtoehdot 2 ja 3.

Palveluiden saannin esteitä terveys- ja sosiaalipalveluissa kartoitettiin pyytämällä vastaajia arvioimaan, ovatko viimeksi käytetyn palvelun saantia haitanneet 12 viime

veydenhuollon ammattilaisen (lääkäri, hoitaja tai muu ammattilainen) vastaanotolla (mukaan lukien puhelinyhteydenotto tai käynti terveysasemalla, yksityisellä lääkäriasemalla tai sairaalan poliklinikalla). Vastausvaihtoehdot olivat 1) terveyskeskuksessa, 2) yksityisellä lääkäriasemalla, 3) työterveyshuollossa, 4) sairaalan poliklinikalla ja 5) muualla. Lisäksi kysyttiin, oliko vastaaja tavannut pääasiassa 1) yleislääkäriin, 2) erikoislääkäriin, 3) sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vaiko 4) muun terveydenhuollon asiantuntijan. Tämän jälkeen vastaajat arvioivat kyseistä vuorovaikutusta henkilöstön kanssa viimeisimmällä käynnillä muun muassa seuraavilla kysymyksillä: ”Vietettiinkö kanssasi riittävästi aikaa vastaanotolla?”, ”Selitettiinkö asiat sinulle ymmärrettävästi?”, ”Kohdeltiin sinua kunnioittavasti?”, ”Saitko esittää kysymyksiä tai huolia suositellusta hoidosta?”, ”Saitko osallistua hoitoasi koskeviin päätöksiin siinä määrin kuin halusit?”. OECD-kysymyssarjaa täydennettiin kysymyksellä ”Kohdeltiin sinua kunnioittavasti”. Vastausvaihtoehdot olivat 1) ehdottomasti kyllä, 2) jossain määrin kyllä, 3) ei oikeastaan 4) ehdottomasti ei sekä 5) en osaa sanoa. Mittarista muodostettiin tähän tutkimukseen summamuuttuja laskemalla keskiarvo vastatuista kysymyksistä. Lopuksi keskiarvomuuttuja luokiteltiin siten, että arvot 1–1.5 vastasivat myönteistä asiakaskokemusta (arvo 1) ja arvot 1.51–5 vastasivat huonoa asiakaskokemusta (arvo 0). Summamuuttujan sisäistä johdonmukaisuutta kuvaava Cronbachin α -kerroin oli (0.87), mitä voidaan pitää varsin korkeana (Taber 2017).

Sosiaalipalveluista vastaajilta kysyttiin viimeksi käytettyä sosiaalipalvelua (tässä tutkimuksessa mukana olivat ikääntyneiden hoivapalvelut, lasten ja perheiden palvelut, vammaispalvelut sekä sosiaalityöntekijän ohjaus- ja neuvontapalvelut), minkä jälkeen heitä pyydettiin arvioimaan vuorovaikutusta henkilöstön kanssa vastaavilla kysymyksillä muokattuna sosiaalipalveluita koskemaan: ”Vietettiinkö kanssasi riittävästi aikaa tapaamisessa?”, ”Selitettiinkö asiat sinulle ymmärrettävästi?”, ”Saitko esittää kysymyksiä tai huolia?”, ”Saitko osallistua omien asioitteesi hoitoon ja niitä koskeviin päätöksiin siinä määrin kuin halusit?” ja ”Kohdeltiin sinua kunnioittavasti”. Vastaaminen tapahtui samalla asteikolla kuin terveyspalveluissa ja myös summamuuttuja muodostettiin samalla periaatteella. Summamuuttujan sisäistä johdonmukaisuutta kuvaava Cronbachin α -kerroin oli 0.89.

Vuosien 2018 ja 2020 välillä tapahtuneita muutoksia tarkasteltiin laskemalla palveluita tarvinneista niiden osuuksia, jotka kokivat saaneensa riittämättömästi palvelua. Palvelun tyydyttymättömyyden yleisyyttä kuvaamaan laskettiin ikävakioidut sukupuolittaiset prosenttiosuudet vuosille 2018 ja 2020. Ikä vakioitiin mallintamalla ja vuosien välisille eroille laskettiin merkitsevyyttä kuvaavat p-arvot Waldin testillä.

Vastaajan tausta- ja palvelun tarvetekijöiden mukaisia eroja palveluiden asiakkaiden kokemuksissa tarkasteltiin vuoden 2020 aineistossa logistisella regressioanalyysillä. Selittävinä taustatekijöinä käytettiin 1) demografisia tekijöitä: ikä luokiteltuna (20–54/55–74/75+), sukupuoli (miehet/naiset), äidinkieli (suomi/ruotsi/muu) 2) sosioekonomisia tekijöitä: koulutus (matala/keskitasoinen/korkea), työmarkkina-asema (työssä/työtön/eläkkeellä/muu), onko vastaajalla ollut

tarvetta toimeentulotukeen (kyllä/ ei) 3) asuinkunnan kaupungistumisaste (kaupunkimainen / taajaan asuttu / maaseutumainen) sekä 4) palvelutarve: terveyspalveluja koskevista analyyseissä koettu terveys (hyvä (= hyvä tai melko hyvä) / keskitasoinen tai sitä huonompi) ja sosiaalipalveluja koskevista analyyseissä koettu elämänlaatu (EuroHIS 8 -mittari (Power 2003), luokiteltuna hyvä/huono (katso kuvaus, pisteytys ja luokittelu: terveytemme.fi).

Taustamuuttajien yhteyksiä palveluiden riittävyyteen, saavutettavuuteen ja asiakaskokemuksiin tarkasteltiin logistisilla regressiomalleilla, jossa riittävyys, saatavuus ja asiakaskokemusmuuttajat olivat kukin vuorollaan selitettävänä muuttujina ja kaikki taustamuuttajat samanaikaisesti vakioituna selittävinä muuttujina.

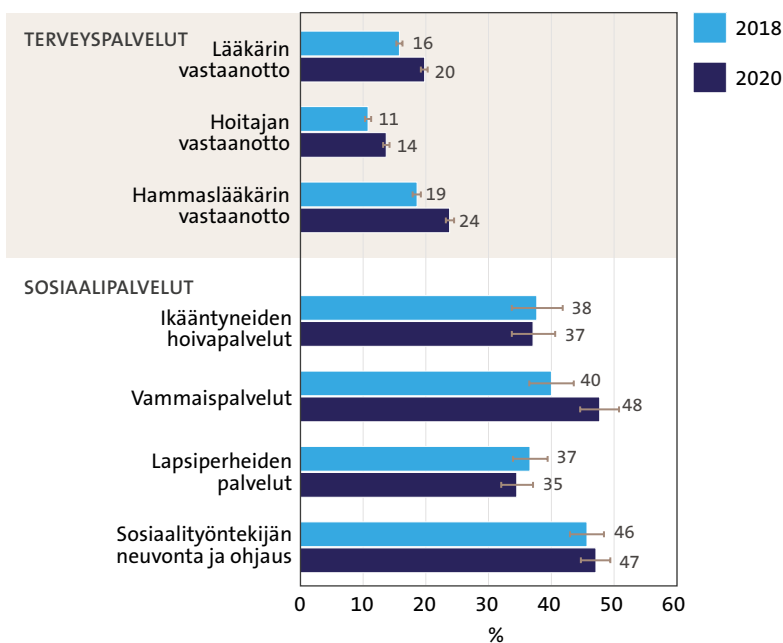
Tulokset

Palveluiden riittävyys on heikentynyt erityisesti terveyspalveluissa

Tyydyttymätön palvelutarve, eli niiden osuus jotka kokivat saaneensa palveluja riittämättömästi, oli yleistynyt sekä lääkärin, hoitajan että hammaslääkärin vastaanottopalveluja tarvinneilla (kuvio 12.1). Lääkäripalveluja oli saanut liian vähän 16 prosenttia palveluja tarvinneista vuonna 2018 ja tämä osuus oli noussut 20 prosenttiin vuonna 2020. Vastaavasti hoitajapalveluja tarvinneilla palvelua riittämättömästi saaneiden osuus oli noussut seuranta-aikana 11 prosentista 14 prosenttiin ja hammaslääkäripalveluja tarvinneilla 19 prosentista 24 prosenttiin.

Ikääntyneiden hoivapalveluja tarvinneista palveluita oli saanut riittämättömästi lähes 40 prosenttia. Vammaispalveluja tarvinneista puolestaan reilu 40 prosenttia raportoi tyydyttymätöntä palvelutarvetta, lapsiperheiden palveluja tarvinneista reilu kolmannes, ja lähes puolet sosiaalityöntekijän ohjaus- ja neuvontapalveluja tarvinneista. Eroja ei ollut vuosien 2018 ja 2020 välillä.

Tyydyttymättömässä palvelutarpeessa oli väestöryhmittäisiä eroja vuonna 2020 (liitetaulukko 12.1). Terveyspalveluja tarvinneista iäkkäämmät (vähintään 55 vuotta täyttäneet) kokivat saamansa lääkäri-, hoitaja- ja hammaslääkäripalvelut riittämättöminä harvemmin kuin nuoremmat. Naiset kokivat miehiä useammin, että olivat saaneet lääkäripalveluja liian vähän. Ruotsia tai jotakin muuta kieltä äidinkielenään puhuvat arvioivat saamansa lääkäri-, hoitaja- ja hammaslääkäripalvelut riittämättömäksi useammin kuin suomenkieliset. Työttömät ja eläkkeellä olevat kokivat työssäkäyviä useammin tyydyttymätöntä lääkäri- ja hoitajapalveluiden tarvetta. Toimeentulotuen tarve ja huono koettu terveys olivat yhteydessä tyydyttymättömään palvelutarpeeseen kaikissa kolmessa tarkastelun kohteena olevassa terveyspalvelussa. Kaupungissa asuvat raportoivat tyydyttymätöntä palvelutarvetta useammin kuin maaseudulla asuvat kaikissa kolmessa terveyspalvelussa. Lisäksi kaupunkimaisessa kunnassa asuvat kokivat tyydyttymätöntä hammaslääkäripalveluiden tarvetta useammin kuin taajaan asutussa kunnassaasuvat.

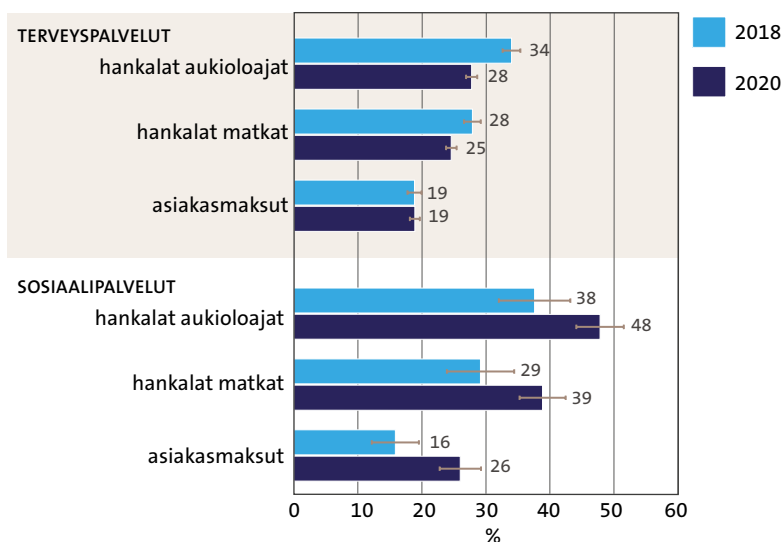


Kuvio 12.1. Tyydyttymätön palvelutarve terveys- ja sosiaalipalveluissa vuosina 2018 ja 2020, FinSote-aineisto.

Sosiaalipalveluiden käyttäjistä 55–74-vuotiaat kokivat tyydyttymätöntä ikääntyneiden hoivapalveluiden tarvetta useammin kuin 75 vuotta täyttäneet (liitetaulukko 12.2). Vammaispalveluja tarvinneiden joukossa korkeasti koulutetut taas arvioivat saaneensa riittämättömästi palveluja verrattuna matalasti koulutettuihin. Toimeentulotuen tarve oli yhteydessä tyydyttymättömään palvelutarpeeseen ikääntyneiden hoivapalveluja, vammaispalveluja ja sosiaalityöntekijän neuvontapalveluja tarvinneilla. Huonoksi koettu elämälaatu oli yhteydessä tyydyttymättömään palvelutarpeeseen kaikissa tarkastelun kohteena olleissa sosiaalipalveluissa.

Palveluiden saavutettavuus parantunut terveyspalveluissa mutta heikentynyt sosiaalipalveluissa

Hankalat aukioloajat ja matkat olivat haitanneet terveyspalveluiden saantia vuonna 2020 harvemmin kuin vuonna 2018 (kuviot 12.1 ja 12.2). Kun vuonna 2018 terveyspalveluiden käyttäjistä 34 prosenttia arvioi aukioloaikojen haitanneen palveluiden saantia, vuonna 2020 vastaava osuus oli 28 prosenttia. Hankalien matkojen arvioi vaikeuttaneen palvelun saantia vastaavasti 28 prosenttia vuonna 2018 ja 25 prosenttia vuonna 2020. Asiakasmaksujen aiheuttamissa saavutettavuusongelmissa ei ollut tapahtunut muutosta: noin joka viides terveyspalveluiden käyttäjä arvioi asiakasmaksujen vaikeuttaneen palvelun saantia. Sosiaalipalveluiden käyttä-



Kuvio 12.2. Palveluiden saantia haitanneet tekijät terveys- ja sosiaalipalveluissa vuosina 2018 ja 2020, Finsote-aineisto.

jistä 38 prosenttia raportoi aukioloaikojen, 29 prosenttia hankalien matkojen ja 16 prosenttia korkeiden asiakasmaksujen haitanneen palvelun saamista vuonna 2018. Vuonna 2020 vastaavat osuudet olivat kaikissa saatavuusongelmissa 10 prosenttiyksikköä korkeammat.

Vuoden 2020 aineistossa tarkasteltiin taustatekijöiden mukaisten väestöryhmien välisiä eroja palvelun saantia haitanneissa tekijöissä. Analyysin mukaan 55–74-vuotiaat terveyspalveluiden käyttäjät raportoivat nuorempia harvemmin aukioloaikoihin liittyviä ongelmia, kun taas 75 vuotta täyttäneet raportoivat nuoria harvemmin asiakasmaksuihin liittyviä ongelmia (liitetaulukko 12.3). Miehet raportoivat naisia harvemmin sekä aukioloaikoihin, matkoihin että asiakasmaksuihin liittyviä saatavuusongelmia terveyspalveluissa. Vähintään keskitasoisesti koulutetut raportoivat harvemmin asiakasmaksuihin liittyviä ongelmia terveyspalveluiden saatavuudessa. Työttömät ja eläkeläiset taas raportoivat työssäkäyviä useammin asiakasmaksuihin liittyviä ongelmia. Toimeentulotukea tarvinneet raportoivat muita useammin sekä aukioloaikojen, matkojen että asiakasmaksujen haitanneen terveyspalveluiden saantia. Taajaan asutuissa kunnissa ja maaseudulla asuvat raportoivat kaupunkilaisia useammin aukioloaikojen ja hankalien matkojen haitanneen terveyspalveluiden saantia. Terveystilansa huonoksi kokevat raportoivat muita useammin aukioloaikoihin, matkoihin ja asiakasmaksuihin liittyviä ongelmia terveyspalveluiden saavutettavuudessa.

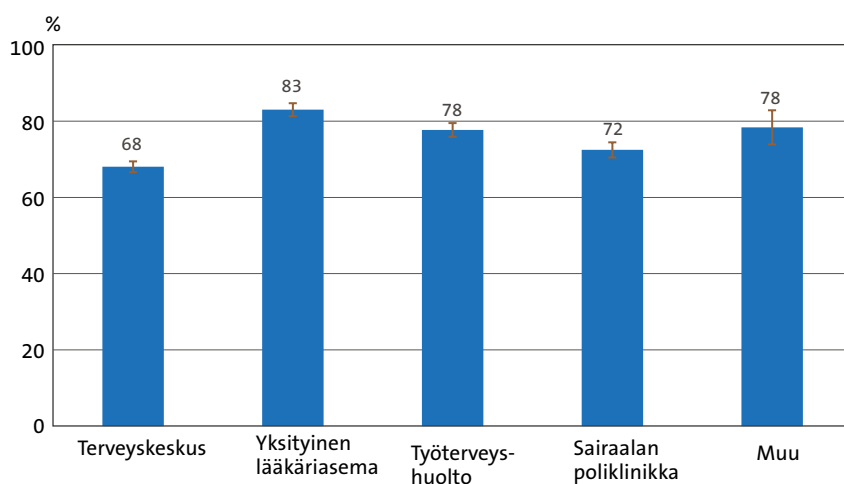
Myös sosiaalipalveluiden käyttäjissä oli väestöryhmittäisiä eroja palveluiden saantia haitanneissa tekijöissä. 75 vuotta täyttäneet raportoivat alle 55-vuotiaita

useammin aukioloaikojen, matkojen ja asiakasmaksujen haitanneen sosiaalipalveluiden saantia ja myös 55–74-vuotiaiden joukossa asiakasmaksujen aiheuttamat ongelmat olivat yleisempiä kuin alle 55-vuotiailla (liitetaulukko 12.4). Toimeentulotukea tarvitsevat sekä terveydentilansa huonoksi kokevat raportoivat muita useammin sekä aukioloaikoihin, matkoihin että asiakasmaksuihin liittyviä ongelmia sosiaalipalveluiden saatavuudessa.

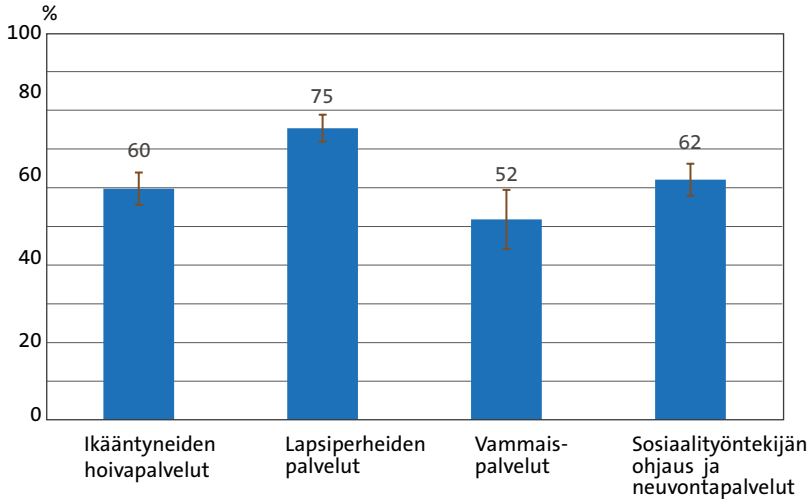
Asiakaskokemukset sosiaali- ja terveystalveluiden käyttäjillä myönteisiä

Kuviossa 12.3 on esitetty avoterveydenhuollon palveluiden käyttäjien kokemukset vuorovaikutuksesta henkilöstön kanssa viimeisimmällä asiointikäynnillä. Terveystalvelukeskuksessa asioineet arvoivat vuorovaikutuksen sujuneen heikommin kuin yksityisellä sektorilla, työterveyshuollossa, sairaalan poliklinikalla ja muualla asioineet. Yksityisellä sektorilla ja työterveyshuollossa asiointien erot terveystalvelukeskuksessa asiointiin olivat merkitseviä myös, kun sosiodemografiset ja palvelun tarvetta kuvaavat tekijät oli huomioitu (liitetaulukko 12.5). Lisäksi asiakaskokemukset olivat myönteisempiä iäkkäämmillä, erityisesti 55–74-vuotiailla verrattuna alle 55 vuotiaisiin sekä paremmin koulutetuilla. Toimeentulotuen tarpeessa olevat ja terveydentilansa huonoksi kokevat taas raportoivat huonompia kokemuksia vuorovaikutuksesta henkilöstön kanssa kuin muut vastaajat. Verrattuna yleislääkärin kanssa asiointiin, erikoislääkärin, hoitajan tai muun terveydenhuollon ammattilaisen kanssa asiointien raportoivat myönteisempiä kokemuksia vuorovaikutuksesta.

Sosiaalipalveluissa myönteinen vuorovaikutus toteutui parhaiten lapsiperheiden palveluissa ja heikoimmin vammais- ja terveydenhuollon palveluissa (kuvio 12.4). Kun taustatekijät



Kuvio 12.3. Myönteinen asiakaskokemus avoterveydenhuollon palveluissa viimeisimmällä asiointikäynnillä vuonna 2020, Finsote-aineisto.



Kuvio 12.4. Myönteinen asiakaskokemus sosiaalipalveluissa viimeisimmällä asiakaskäynnillä vuonna 2020, Finsote-aineisto.

oli vakioitu, muiden sosiaalipalveluiden käyttäjien kokemukset vuorovaikutuksesta henkilöstön kanssa olivat heikommalla verrattuna hoivapalveluiden käyttäjiin (ks. liitetaulukko 12.6).

Pohdinta: Tyydyttymätön palvelutarve on kasvanut erityisesti terveystalveissa, sosiaalipalveluissa saavutettavuuden ongelmat yleisiä

Tyydyttymätön tarve lisääntyi terveystalveissa vuodesta 2018 vuoteen 2020. Vaikka nousu on vain muutamia prosenttiyksikköjä, tulos on johdonmukaisesti havaittavissa kaikissa tarkastelun kohteena olevissa terveystalveissa: lääkärin, hoitajan ja hammaslääkärin vastaanottopalveissa. Tutkimuksen toinen tiedonkeruu ajoittui terveydenhuoltoa kuormittaneen Covid-19-epidemian toiseen aaltoon (Kestilä ym. 2020; Kestilä ym. 2022). Suomessa vastaanottokäyntien määrä perusterveydenhuollossa ja hammashuollossa romahti keväällä 2020, ja palveluja on voitu perua myös omasta aloitteesta tartunnan pelossa (Czeisler 2020; Parikka ym. 2020). Tulos on huolestuttava, sillä sairauksien hoito voi viivästyä ja hoitotulos heikentyä sekä uusien sairauksien havaitseminen viivästyä, jos tarvittavat terveystalvet jäävät saamatta.

Toisaalta Suomessa hoitoon pääsystä on ollut ongelmia jo pitkään, ja hoitoon pääsyn nopeuttaminen on ollut monivaiheisesti valmistellun sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen keskeisiä tavoitteita. Myös uudistuksen viivästyminen

Juha Sipilän hallituksen sote-uudistuksen kaaduttua keväällä 2019 on voinut ennestään heikentää terveystalouden saatavuutta, mikä saattaa heijastua myös tämän tutkimuksen tuloksissa.

Samanlaista yleistymistä ei ole havaittavissa sosiaalipalveluissa. Tosin tyydyttämättömien palvelutarve on jo aiemmin ollut tasoltaan selvästi korkeampi kuin terveydenhuollossa. Tulos on yllättävä, sillä myös sosiaalipalveluiden tarjontaa supistettiin merkittävässä määrin epidemian vuoksi, ja palveluissa ollut saatavuuden rajoituksia. Toimintaa supistettiin päihde- ja mielenterveyshuollon ryhmätapaamisissa (ml. päivätoiminta ja vertaisryhmät), matalan kynnyksen toiminnoissa, iäkkäiden palveluissa sekä perheiden palveluissa (Eronen ym. 2021; Kestilä ym. 2020, 2022). Samalla osalla asiakkaista ilmeni uudenlaisia tai lisääntyneitä ongelmia ja palvelutarpeita.

Terveydenhuollossa on tapahtunut myönteistä kehitystä palvelun saavutettavuudessa. Sekä aukioloaikojen että hankalien matkojen aiheuttamat ongelmat palveluiden käyttäjillä olivat vähentyneet vuodesta 2018 vuoteen 2020. Yksi syy myönteiseen kehitykseen aukioloaikojen ja matkojen aiheuttamissa ongelmissa saattaa löytyä palveluiden digitalisaatiosta. Digitalisaation kehittäminen on ollut tärkeä keino palveluiden alueellisen saatavuuden edistämiseksi sekä kustannusten hillitsemiseksi sosiaali- ja terveydenhuollon laajoissa uudistamishankkeissa. Digitalisaatio on edennyt sosiaali- ja terveydenhuollossa, ja sähköisten palveluiden käyttö lisääntyy väestön keskuudessa. Erityisesti Covid-19-epidemian aikana digitaaliset palvelut terveydenhuollossa yleistyivät nopeasti. (Kestilä ym. 2020; Kyytsönen 2021.) Tuloksia tulkittaessa on syytä huomioda, että analyysissä tarkasteltiin vain palveluja käyttäneitä. Tarkastelussa eivät olleet mukana he, joilla palveluiden käyttö estyi kokonaan.

Palvelutapahtumien sovittaminen omaan aikatauluun on todennäköisesti helpompaa etäasioinnissa kuin perinteisessä asioinnissa niille, joilla on tarvittavat välineet ja osaamista etäpalveluiden käyttämiseksi. Palveluiden digitalisaatio ei kuitenkaan hyödytä yhtäläisesti kaikkia käyttäjäryhmiä, ja erityisesti haavoittuvat ryhmät voivat olla vaarassa syrjäytyä palveluiden digitalisoituessa (Kaihlainen ym. 2021). Tässäkin tutkimuksessa toimeentulotuen tarpeessa olevat henkilöt sekä taajaan asutuissa kunnissa ja maaseudulla asuvat raportoivat enemmän aukioloaikoihin ja hankaliin matkoihin liittyviä ongelmia.

Suomessa terveystalouden saavutettavuudessa on todettu olevan alueellisia eroja siten, että saavutettavuus on heikoin harvaan asutulla maaseudulla, jolla toisaalta palveluiden tarve on väestörakenteen vuoksi keskimääräistä suurempi (Kotavaara ym. 2021). Saman voi olettaa pätevän sosiaalipalveluihin, vaikka kattavaa tutkimustietoa ei ole juuri olemassa (Kivelä 2014). Suomessa internetin itsenäinen käyttö ylipäänsä, tyytyväisyys tietoliikenneyhteyksien toimivuuteen ja sähköinen asiointi ovat sote-palveluissa harvinaisempaa esimerkiksi harvaan asutuilla alueilla (Kyytsönen ym. 2020). Maaseudulla asuvat eivät siten ehkä ole pystyneet samalla tavalla hyödyntämään epidemian aikaista digiloikkaa ja ovat kaupunkilaisia

useammin joutuneet turvautumaan perinteisiin palveluihin sekä kamppailemaan niihin liittyvien alueellisten saavutettavuusongelmien kanssa.

Asiakkaat kokevat sosiaalipalveluiden saavutettavuuden heikentyneen merkittävästi seuranta-ajanjaksolla. Niin aukioloaikoihin, matkoihin kuin asiakasmaksuihin liittyvät ongelmat olivat kasvaneet vuodesta 2018 vuoteen 2020. Covid-19-epidemian aiheuttamat muutokset palveluiden tuottamisessa todennäköisesti vaikuttavat havainnon taustalla. Epidemian aikana sosiaalihuollon palveluissa lähitapaamisia korvattiin puhelin- ja verkkopalveluilla, mutta osa asiakkaista jäi ilman palveluja. (Eronen ym. 2020, 2021; Honkatukia ym. 2021; Kestilä ym. 2020; 2021.) Myös pitkään jatkunut palveluverkoston harveneminen heikentää palveluihin pääsyä (Virkki ym. 2011; Kivelä 2014). Sote-uudistuksen perusteluissa ja uudistuksen ajurina on korostunut parempi pääsy nimenomaan terveydenhuollon palveluihin, ja sosiaalihuollon asemasta uudistuksen toteutuksessa on kannettu huolta julkisessa keskustelussa. Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että palveluun pääsyn ongelmat ovat sosiaalipalveluissa edelleen huomattavat, ja esiin tuodut ongelmat tulee ottaa vakavasti uusien hyvinvointialueiden palveluja rakennettaessa.

Terveyspalveluissa asiakasmaksujen aiheuttamia vaikeuksia kokee noin viidennes asiakkaista. Sosiaalipalveluja käyttäneistä peräti joka neljäs raportoi asiakasmaksuongelmia, ja ongelmat ovat yleistyneet vuodesta 2018. Suuri osa sosiaalipalveluista on asiakkaille maksuttomia, kuten vammaispalvelut sekä ohjaus- ja neuvontapalvelut, mutta esimerkiksi ikääntyneiden kotihoidosta ja tukipalveluista peritään maksu. Osalle ikääntyneistä maksut aiheuttavat harmia, sillä kotihoidon maksut voivat lohkaista suuren osan tuloista, ja kotihoidon käyttö on pienituloisilla yleisempää kuin suurituloisilla (Vaalavuo 2020; Ilmarinen ym. 2022). Vuonna 2021 voimaan tulleen asiakasmaksulain uudistuksen tarkoituksena on muun muassa varmistaa, että maksut eivät ole palveluiden käytön este, ja laissa korostetaan maksun alentamista tai perimättä jättämistä, jos maksu uhkaa asiakkaan toimeentuloa. Ensimmäisten arvioiden mukaan lakiuudistus laskee erityisesti pienituloisten kotihoidon maksuja (Tervola ym. 2022). Tulevina vuosina on tärkeä seurata, vähentääkö uudistus asiakkaiden kohtaamia ongelmia asiakasmaksuissa.

Palveluun pääsyyn liittyvien tekijöiden lisäksi tässä tutkimuksessa tarkasteltiin myös käyttäjien kokemuksia asiakkaan ja sote-ammattilaisen välisestä vuorovaikutuksesta palvelutapahtumassa. Asiakaskokemuksia ei voitu tarkastella ajallisessa seurannassa, koska kysymysten muotoilu FinSote-kyselyssä oli muuttunut vuodesta 2018, jolloin indikaattori koski asiakkaiden arvioita kokemuksistaan koko käyttämästään palvelukokonaisuudesta kuluneen vuoden aikana (Parikka ym. 2021). Sekä terveys- että sosiaalipalveluiden asiakkaiden kokemukset vuorovaikutuksesta henkilöstön kanssa viimeisimmällä käynnillä vuonna 2020 olivat kohtalaisen myönteisiä. Sosiaalipalveluiden käyttäjät eivät olleet yhtä tyytyväisiä vuorovaikutukseen kuin terveyspalveluja käyttäneet, mutta sosiaalipalveluiden käyttäjistäkin vähintään puolet arvioi vuorovaikutuksen myönteiseksi. Työterveyshuollon avo-

palveluissa ja yksityisellä sektorilla asioineet olivat terveyskeskuksessa asioineita tyytyväisempiä vuorovaikutukseen henkilöstön kanssa, eikä tämä ero selittynyt muilla asiakasrakenteeseen liittyvillä tekijöillä. Vastaavia tuloksia julkisen terveydenhuollon, yksityispalveluiden ja työterveyshuollon välisistä vertailuista on saatu myös aiemmissa suomalaistutkimuksissa (Oksanen ym. 2015). Kriittisimmin vuorovaikutukseen suhtautuivat yleislääkärin vastaanotolla asioineet.

Myönteiset kokemukset vuorovaikutuksesta henkilöstön kanssa ovat merkittäviä ja osoittavat, että suomalainen palvelukulttuuri tukee hyvin asiakkaan ja henkilöstön vuorovaikutusta, kunhan asiakas palveluun pääsee. Asiakkaan ja ammattilaisen välinen vuorovaikutus rakentaa luottamusta ja sitouttaa potilaan omaan hoitoonsa edistämällä siten terveydenhuollon laatua ja vaikuttavuutta (Chandra ym. 2018). Vaikka tyytyväisyys vuorovaikutukseen oli toistaiseksi korkealla tasolla, uhkaava henkilöstöpula voi tuoda ongelmia myös asiakkaan ja ammattilaisten vuorovaikutukseen. Jackie Briges ym. (2019) havaitsivat alimitoitettujen hoitajamitoituksen heikentävän potilaan ja hoitajien välisen vuorovaikutuksen laatua ja määrää.

Tutkimuksessa havaittiin myös väestöryhmittäisiä eroja palveluiden saatavuudessa, saavutettavuudessa ja palveluiden asiakaslähtöisyydessä. Viisikymmentävuotia vuotia täyttäneet kokivat nuorempia harvemmin tyydyttymätöntä terveyspalveluiden tarvetta. He raportoivat myös harvemmin ongelmia terveyspalveluiden saavutettavuudessa ja nuorempia useammin myönteisiä kokemuksia vuorovaikutuksesta terveydenhuollon henkilöstön kanssa. Tulokset ovat yhdenmukaisia niiden kansainvälisten havaintojen kanssa, jotka kuvaavat ikääntyneiden potilastyytyväisyydestä nuorempia paremmaksi (Ford ym. 2013). Sosiaalipalveluiden saavutettavuudessa 75 vuotta täyttäneet kokivat puolestaan nuorempia useammin esteitä. Tulos saattaa kertoa hankaluuksista saada kotihoitoa ja kotihoidon tukipalveluja koronaepidemian aikana (esimerkiksi Kestilä ym. 2022).

Ruotsinkieliset ja muuta kuin suomea tai ruotsia äidinkielenään puhuvat kokivat tässä tutkimuksessa enemmän tyydyttymätöntä terveyspalveluiden palvelutarvetta, mikä on havaittu myös nuorten palvelukokemuksia koskevassa tutkimuksessa (Aalto 2021). Yhteinen kieli on tärkeä osa potilaan ja ammattilaisen välistä vuorovaikutusta, ja kielimuuri voi heikentää palveluihin pääsyä, hoidon laatua ja lopputuloksia (Timmins 2002). Monet kielimuurin vaikutuksia koskevat tutkimukset ovat kohdistuneet etnisiin vähemmistöryhmiin, joiden mahdollisuuksia palveluihin pääsyyn voivat heikentää myös muut kuin kieleen liittyvät tekijät. Tässä tutkimuksessa ruotsin ja muunkielisten yleisempi tyydyttymätön terveyspalveluiden tarve tuli esille, kun muut tyydyttymättömään palvelutarpeeseen liittyvät tekijät, kuten sosioekonomiset tekijät ja palvelutarve, oli huomioitu. Erityisesti ruotsinkielisten kokemukset palveluiden riittämättömyydestä ovat jossain määrin yllättäviä, sillä ruotsia äidinkielenään puhuvia on pidetty hyvinvoivana väestöryhminä, heidän terveyspalveluiden käyttönsä on ollut myös vähäisempää kuin muilla (Kalland & Suominen 2006) ja ruotsinkielisten sosiaali- ja terveydenhuol-

lon palveluiden saatavuus on kohtalaisen hyvä ainakin alueilla, joilla ruotsinkielisten osuus väestöstä on suuri (Kauppinen 2008). Toisaalta palveluiden käyttäjien kokemuksissa vuorovaikutuksesta henkilöstön kanssa ei esiintynyt vastaavia äidinkieleen liittyviä eroja. Ruotsinkieliset usein puhuvat ja ymmärtävät suomea kohtaisen hyvin ja saattavat käyttää asiointikielensä suomea, mutta kokea silti saavansa riittämättömästi perussoikeuksiinsa kuuluvaa omankielistä palvelua.

Suomen terveydenhuollon vaikea ongelma on eriarvoisuus hoitoon pääsyssä (Manderbacka ym. 2012; OECD 2013). Taustalla on muun muassa Suomen monikanavainen perusterveydenhuoltojärjestelmä, jossa työssäkäyvä aikuisväestö saa suurelta osin perusterveydenhuollon palvelut työterveyshuollon kautta. Työttömät ja ikääntyneet, jotka usein tarvitsevat enemmän palveluja kuin työssäkäyvä väestö, ovat taas pääasiassa julkisen perusterveydenhuollon varassa. Myös tässä tutkimuksessa työmarkkina-asema ja taloudelliset vaikeudet olivat selvästi yhteydessä terveyspalveluiden saatavuuteen, saavutettavuuteen ja asiakaskokemuksiin terveyspalveluissa. Sosiaalipalveluiden kohdalla sosioekonomiset erot eivät olleet yhtä selviä. Sosiaalipalvelut on tarkoitettu jo tehtävänsä perusteella tukemaan vaikeassa asemassa olevien asiakasryhmien selviytymistä silloin, kun heidän omat edellytyksensä arjen ylläpitämiseksi ovat heikentyneet. Siksi niiden käyttäjät ovat jo demografisen ja sosioekonomisen taustansa mukaan usein valikoituneet. Huomionarvoista on, että sosiaalipalveluiden käyttäjienkin joukossa erityisesti toimeentulotuen tarpeessa olevilla oli muita useammin ongelmia sosiaalipalveluiden saavutettavuudessa. Viimeaikaiset tutkimukset ovat osoittaneet, että asiakkaan ohjaaminen Kelasta kunnan sosiaalityöhön sisältää monia vaiheita ja pullonkauloja, joiden kohdalla on riski, että asiakas putoaa pois joko tarvitsemistaan palveluista, etuuksista tai molemmista (esimerkiksi Kivipelto ym. 2021; Jokela 2019).

Tulosten tulkinnaissa on kuitenkin huomioitava, että tutkimus perustuu kahteen poikkileikkauksaineistoon, joten kausaalisia päätelmiä muutosten syistä ei voi tehdä. Vastausaktiivisuus oli vuonna 2020 jonkun verran korkeampi kuin vuonna 2018, mikä voi myös heijastua vastauksissa, jos esimerkiksi sosiaalisesti heikommassa asemassa olevat ovat vastanneet aktiivisemmin vuonna 2020. Pienten väestöryhmien, kuten kielivähemmistöjen, kohdalla mahdollisen valikoitumisen vaikutuksia on vaikea hallita painotuksilla. Toisaalta tutkimuksen vahvuuksia on suuri väestöpohjainen aineisto, joka sallii monien tutkimuksen kannalta tärkeiden tekijöiden huomioimisen samanaikaisesti, sekä vakiintuneet, vastaavissa tiedonkeruissa käytetyt ja testatut mittarit.

Seuranta-ajanjaksolla sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä on tapahtunut ehkä poikkeuksellisenkin paljon erilaisia muutoksia ja kehityskulkuja, jotka ovat voineet vaikuttaa asiakkaiden kokemuksiin eri tavoin, ja joiden yksittäisiä vaikutuksia on seuranta-asetelmassa vaikea arvioida. Tulokset kuitenkin osoittavat, että erityisesti tyydyttymätön palvelutarve ja palveluiden saannin esteet ovat tärkeitä indikaattoreita, jotka ovat myös herkkiä toimintaympäristön muutoksille. Vuonna 2023 toimintaympäristössä tulee tapahtumaan historiallisen suuri muu-

tos, kun palveluiden järjestäminen siirtyy yksittäisiltä kunnilta tai kuntayhtymiltä hyvinvointialueiden vastuulle. Samaan aikaan sosiaali- ja terveydenhuollon kentällä tehdään palveluiden sisällöllistä kehittämistä Tulevaisuuden sote-keskus-hankeissa. Näiden rakenteellisten ja sisällöllisten muutosten ja reformien vaikutuksia on tärkeä seurata myös asiakkaiden omien kokemusten näkökulmasta.

Lähteet

- Aalto, Anna-Mari (2020): Nuorten sosiaali- ja terveyspalveluiden tarve, palveluiden riittävyys ja asiakaskokemukset. Teoksessa Päivi Berg, Sami Lyytinen (toim.): *Palvelu pelaa - Nuorisobarometri 2020*. Nuorisotutkimusseura 2021.
- Aalto, Anna-Mari & Manderbacka, Kristiina & Muuri, Anu & Karvonen, Sakari & Junnila Maijaliisa & Pekurinen, Markku (2016): Mitä väestö ajattelee sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisesta? Tutkimuksesta tiiviisti 4/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Aaltonen, Katri & Miettinen, Jani & Airio, Ilpo & Martikainen, Jaana E. & Saastamoinen, Leena K. & Bell, Simon J. & Hartikainen, Sirpa & Norris, Pauline (2015): Cost-related barriers to use of health services and prescription medicines in Finland: a cross-sectional survey. *European Journal of Public Health* 25(3), 368–72. doi: 10.1093/eurpub/cku176. Epub 2014 Nov 12. PMID: 25395397.
- 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.
- Andersen, Ronald M. (1995): Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? *Journal of Health and Social Behavior* 36, 1–10.
- Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (2000): Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. *Vastapaino* 2000, Tampere, 147–190.
- Bridges, Jackie & Griffiths, Peter & Oliver, Emilia & Pickering, Ruth M. (2019): Hospital nurse staffing and staff-patient interactions: an observational study *BMJ Quality & Safety* 28, 706–713.
- Chandra, Swastika & Mohammadnezhad, Masoud & Ward, Paul (2018): Trust and Communication in a Doctor-Patient Relationship: A Literature Review. *Journal Of Healthcare Communications* 3(3:36). <http://healthcare-communications.imedpub.com/archive.php>.
- Czeisler, Mark E. & Marynak, Kristy & Clarke, Kristie E.N. & Salah, Zainab & Shakya, Iju & Thierry, JoAnn M. & Ali, Nida & McMillan, Hannah & Wiley, Joshua F. & Weaver, Matthew D. & Czeisler, Charles A. & Rajaratnam, Shantha M.W. & Howard, Mark E. (2020): Delay or Avoidance of Medical Care Because of COVID-19-Related Concerns — United States, June 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 69 (36), 1250-1257. <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6936a4.htm>
- Eronen, Anne & Hiilamo, Heikki & Ilmarinen, Katja & Jokela, Merita & Karjalainen, Pekka & Karvonen, Sakari & Kivipelto, Minna & Knop, Jade & Londén, Pia (2021): *Sosiaalibarometri 2021*. Helsinki: Suomen sosiaali ja terveys ry.
- Eronen, Anne & Hiilamo, Heikki & Ilmarinen, Katja & Jokela, Merita & Karjalainen, Pekka & Karvonen, Sakari & Kivipelto, Minna & Koponen, Erja & Leemann, Lars & Londén, Pia & Saikku, Peppi (2020): *Sosiaalibarometri 2020*. Helsinki: Suomen sosiaali ja terveys ry.
- Ford, Katy L. & Bryant, Ami N. & Kim, Giyeon (2013): Age differences in satisfaction with and perceived benefit from mental health services: results from the collaborative psychiatric epidemiology surveys. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 28, 831–840.
- Fujisawa Rie & Klazinga Nicolas S (2017): Measuring patient experiences (PREMS): Progress made by the OECD and its member countries between 2006 and 2016. *OECD Health Working Papers* No. 102. <https://doi.org/10.1787/5e9b1c1c-en>

- org/10.1787/18152015.
- 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.
- Honkatukia, Juha & Härmä, Vuokko & Jokela, Merita & Jormanainen, Vesa & Kestilä, Laura & Rissanen, Pekka (toim.) (2021): Koronaepidemian vaikutukset hyvinvointiin, palveluihin ja talouteen. THL:n seurantaraportti, viikot 41–42 / 2021, 27.10.2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Ilmarinen, Katja & Aalto, Anna-Mari & Muuri, Anu (2016): Sosiaalipalvelut väestön ja asiakkaiden arvioimana. Tutkimuksesta tiiviisti 10/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Ilmarinen, Katja & Van Aerschot, Lina & Kröger, Teppo (2022): Not Free at All: Home Care User Fees in a Nordic Care System. *Social Policy and Society* 1–16. doi:10.1017/S1474746422000240.
- Ilmarinen, Katja & Vuorenmaa, Maaret & Karvonen, Sakari & Lammi-Taskula, Johanna (2022) Tyydyttymätön palvelutarve lapsiperheitä tukevista sosiaalipalveluissa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, julkaistavaksi hyväksytty käsikirjoitus.
- Jokela, Merita & Kivipelto, Minna & Ylikännö, Minna (2019): Toimeentulotuelta sosiaalityön asiakkaaksi Sosiaalityöhön ohjaaminen Kelan ja kunnan rajapinnassa. *Työpäperi* 26/2019. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kaihlanan, Anu & Virtanen, Lotta & Valkonen, Paula & Kilpinen, Juuso & Hietapakka, Laura & Buchert, Ulla & Hörhammer, Iris & Isola & Anna-Maria, Laukka & Elina & Kouvonen, Anne & Kujala, Sari & Hepo-niemi, Tarja (2021): Haavoittuvat ryhmät etäpalvelujen käyttäjinä – kokemuksia COVID-19-epidemian ajalta. *Tutkimuksesta tiiviisti* 33/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kalland, Mirjam & Suominen, Sakari (2006): Ruotsinkielisten sosiaali- ja terveyspalveluiden saatavuus ja käyttö. *Teoksessa* Juha Teperi, Lauri Vuorenkoski, Kristiina Manderbacka, Eeva Ollila, Ilmo Keskimäki (toim.) *Hyvinvointivaltion rajat. Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa.* Helsinki: Stakes, 134–144.
- Kaminska, Monica Ewa & Wulfgramm, Melike (2019): Universal or commodified health-care? Linking out-of-pocket payments to income-related inequalities in unmet health needs in Europe. *Journal of European Social Policy* 29(3), 345–360.
- Kanste, Outi & Halme, Nina & Sainio, Päivi (2019): Toimintarajoitteilla nuorilla tyydyttämätöntä tuenja avun tarvetta koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 56, 3–14.
- Kauppinen, Marjaliisa (2008): Omankieliset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut kaksikielisissä kunnissa. *Raportteja* 4/2008. Helsinki: Stakes.
- Kestilä, Laura & Kapiainen, Satu & Mesiäislehto, Merita & Rissanen, Pekka (2022): Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. *Asiantuntija-arvio, kevät 2022. Raportti* 4/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kestilä, Laura & Härmä, Vuokko & Rissanen, Pekka (2020): Covid19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. *Asiantuntija-arvio, syksy 2020. Raportti* 14/2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kivipelto, Minna & Tanner, Niina, Knop, Jade & Hiilamo, Heikki (2021): Toimeentulotuki-uudistus ei vapauttanut aikaa sosiaalityöhön – sosiaalihuollon tukea tarvitsevien asiakkaiden avun saanti vaikeutunut. *Tutkimuksesta tiiviisti* 41/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Kivelä, Päivi (2014) *Syrjässä syrjäytyneet.* Helsinki: Sininauhaliitto.
- Kotavaara, Ossi & Nivala, Aleks & Lankila, Tiina & Huotari, Tiina & Delmelle, Eric & Antikainen, Harri (2021): Geographical accessibility to primary health care in Finland – Grid-based multimodal assessment. *Applied Geography* 136.
- Kröger, Teppo & Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (2003): Social care in Finland: stronger and weaker forms of universalism. *Teoksessa* Anneli Anttonen, John Baldock, Jorma Sipilä (toim.) *The young, the old and the state. Social care systems in five industrial countries.* Edward Elgar, Cheltenham, 25–54.
- Kröger, Teppo & Van Aerschot, Lina & Mathew Puthenparambil, Jiby (2019): Ikääntyneiden hoivaköyhyys. *Yhteiskuntapolitiikka* 84(2), 124–134.

- Kyytsönen, Maiju & Aalto, Anna-Mari & Vehko, Tuulikki (2021): Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi 2020–2021. Väestön kokemukset. Raportti 7/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mahmoudi, Elham & Meade, Michelle A. (2015): Disparities in access to health care among adults with physical disabilities: Analysis of a representative national sample for a ten-year period. *Disability and Health Journal* 8(2), 182–190.
- Manderbacka, Kristiina & Muuri, Anu & Keskimäki, Ilmo, ym. (2012): Mitä tyydyttämättömien palvelutarve kertoo terveyspalvelujen saatavuudesta? *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 49(1), 4–12. <https://journal.fi/sla/article/view/9341>.
- Manderbacka, Kristiina & Aalto, Anna-Mari & Kestilä, Laura & Muuri, Anu & Häkkinen, Unto (2017): Eriarvoisuus somaattisissa terveyspalveluissa. Tutkimuksesta tiiviisti 9/2017. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- 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* 9:52.
- Muuri, Anu & Manderbacka, Kristiina & Vuorenkoski, Lauri & Keskimäki, Ilmo (2008): Yhdeksän teesiä sosiaali- ja terveyspalveluiden oikeudenmukaisuudesta. *Yhteiskuntapolitiikka* 7(4), 446–451.
- Muuri, Anu (2008): Sosiaalipalveluja kaiken ikää ja kaikille? Teoksessa Pasi Moisio, Sakari Karvonen, Jussi Simpura, Matti Heikkilä (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi 2008*. Helsinki: Stakes, 192–217.
- Muuri, Anu (2010): Väestön mielipiteet sosiaalipalveluista. Teoksessa Marja Vaarama, Pasi Moisio, Sakari Karvonen (toim.): *Suomalaisten hyvinvointi 2010*. Helsinki: Stakes, 78–95.
- OECD (2020): Unmet needs for health care: Comparing approaches and results from international surveys. https://www.oecd.org/health/health-systems/Unmet-Needs-for-Health-Care-Brief-2020.pdf?_ga=2.230093081.40924918.1621402000-781792299.1528444134.
- OECD (2013): Health at a glance 2013. OECD Indicators. <https://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>.
- Oksanen, Katri & Sauni, Riitta & Koskinen, Aki & Aalto, Anna-Mari & Räsänen, Kimmo (2015): Työikäisten arviot avohoidon lääkärissäkäynneistä. *Suomen lääkirilehti* 42, 2777–2784a.
- Parikka, Suvi & Ikonen, Jonna & Koskela, Timo & Hedman, Lilli & Kilpeläinen, Heikki & Aalto, Anna-Mari & Sainio, Päivi & Ilmarinen, Katja & Holm Marja, Lundqvist, Annamari (2020): Koronan vaikutukset vaihtelevat alueittain – eroja myös ikääntyneillä sekä toimintarajoitteisilla verrattuna muuhun väestöön. Kansallisen FinSote-tutkimuksen ennakkotuloksia syksyllä 2020. Verkkojulkaisu: thl.fi/finnote.
- Parikka, Suvi & Koskela, Timo & Ikonen, Jonna & Hedman, Lilli (2021): Aikuisväestön hyvinvointi, terveys ja palvelut – FinSote 2020 Aikuisten palvelukokemuksissa ja hyvinvoinnissa alueellisia eroja. Tilastoraportti 16/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Pentala-Nikulainen, Oona & Koskela, Timo & Parikka, Suvi & Aalto, Anna-Mari & Muuri, Anu (2018): Alueelliset erot aikuisväestön palvelukokemuksissa ja hyvinvoinnissa: FinSote 2018. Tilastoraportti 21/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Perälä, Marja-Leena & Halme, Nina & Kanste, Outi (2014): Lapsiperheiden kokemus palvelujen saatavuudesta ja tuen riittävydestä. Teoksessa Johanna Lammi-Taskula, Sakari Karvonen (toim.) *Lapsiperheiden hyvinvointi 2014*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 228–239. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-270-6>.
- Power, Mick (2003): Development of a common instrument for quality of life. Teoksessa Anatoliy, Nosikov, Gudex, Claire (toim.) *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys*. IOS Press, Amsterdam, Hollanti.
- Raevaara, Marketta (2014): Ammattilaisten harkintavalta sosiaaliturvan edellytyksenä ja riskinä. Teoksessa Laura Kalliomaa-Puha, Toomas Kotka, Marketta Rajavaara (toim.) *Harkittua? Avauksia sosiaaliturvan harkintavallan tutkimukseen*. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 136–154.
- Sakellariou, Dikaos & Rotarou, Elena, S. (2017): Access to healthcare for men and women with disabilities in the UK: secondary analysis of cross-sectional data. *BMJ Open* 7(8):e016614. doi: 10.1136/

- bmjopen-2017-016614. PMID: 28893735; PMID: PMC5629679.
- Sheng, Sen & Wang, Xixi & Tommee, Carolina & Gil, Arulprakash & Naren, Kamran, Mudassar & Shah, Vishank & Jasti, Madhu & Yadala, Sisira & Brown, Aliza & Onteddu, Sanjeeva & Nalleballe, Krishna (2021): Continued Underutilization of stroke care during the COVID-19 pandemic *Brain, Behavior, & Immunity - Health* 15. 100274. <https://doi.org/10.1016/j.bbih.2021.100274>.
- Tabers, Keith S (2018): The Use of Cronbach's Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education. *Research in Science Education* 48, 1273–1296. <https://doi.org/10.1007/s11165-016-9602-2>.
- Tilastokeskus (2022): Väestö kielen mukaan 31.12. https://www.tilastokeskus.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html#vaesto-kielenmukaan.
- Timmins, Caraway, L. (2002): The impact of language barriers on the health care of latinos in the United States: a review of the literature and guidelines for practice *Journal of Midwifery & Women's Health* 47(2), 80–96. [https://doi.org/10.1016/s1526-9523\(02\)00218-0](https://doi.org/10.1016/s1526-9523(02)00218-0).
- Tervola, Jussi & Ilmarinen, Katja & Mukkila, Susanna (2022): Asiakasmaksulain muutos lisäsi alueellista yhdenvertaisuutta kotihoidon maksuissa. *Tutkimuksesta tiiviisti* 30/2022, Suomen sosiaalinen tila 3/2022. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Vaalavuo, Marja (2020): Use of public health and social care services among the elderly in Finland: An under-examined mechanism of redistribution *Journal of European Social Policy* 30(2), 176– 89. doi:10.1177/0958928719879283.
- Virkki, Tuija & Vartiainen, Anssi & Kettunen, Pekka & Heinämäki, Liisa (2011): Sosiaalipalvelut muutoksessa. Kuntalaisten ja henkilöstön näkemyksiä Paras-uudistuksesta. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Liitetaulukko 12.1. Tyydyttymätön palvelutarve terveyspalveluissa ja selittävät tekijät. Logistiset regressiomallit. Vetosuhteet (Odds ratio (OR)) ja 95 %:n luottamusvälit (CI).

	Lääkärin vastaanotto- palvelut		Hoitajan vastaanotto- palvelut		Hammaslääkärin vas- taanottopalvelut	
	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI
Ikä						
20–54	1,00		1,00		1,00	
55–74	0,72	(0,60–0,85)	0,73	(0,59–0,91)	0,56	(0,45–0,69)
75+	0,64	(0,52–0,79)	0,68	(0,52–0,89)	0,69	(0,59–0,81)
Sukupuoli						
Miehet	1,00		1,00		1,00	
Naiset	1,21	(1,08–1,36)	1,02	(0,88–1,18)	1,05	(0,93–1,18)
Äidinkieli						
Suomi	1,00		1,00		1,00	
Ruotsi	1,34	(1,03–1,73)	1,54	(1,13–2,10)	1,64	(1,28–2,11)
Muut	1,83	(1,31–2,56)	1,70	(1,16–1,50)	2,04	(1,39–3,00)
Koulutus						
Matala	1,00		1,00			
Keskitasoinen	0,93	(0,81–1,06)	0,93	(0,78–1,09)	0,99	(0,86–1,14)
Korkea	1,06	(0,92–1,22)	1,07	(0,89–1,28)	1,02	(0,88–1,19)
Työmarkkina-asema						
Työssä	1,00		1,00		1,00	
Työtön	1,67	(1,29–2,16)	1,80	(1,31–2,47)	1,09	(0,83–1,44)
Eläkkeellä	1,69	(1,40–2,03)	1,68	(1,32–2,15)	1,03	(0,86–1,22)
Muut	1,15	(0,93–1,43)	1,12	(0,85–1,48)	1,03	(0,82–1,29)
Toimeentulotuen tarve						
Ei	1,00		1,00		1,00	
Kyllä	2,27	(1,90–2,71)	1,97	(1,60–2,44)	2,05	(1,68–2,51)
Asuinkunta						
Kaupunki	1,00		1,00			
Taajaan asuttu	0,92	(0,79–1,07)	0,88	(0,72–1,07)	0,82	(0,70–0,96)
Maaseutu	0,70	(0,59–0,82)	0,64	(0,52–0,78)	0,64	(0,54–0,76)
Huono koettu terveys						
Ei	1,00		1,00		1,00	
Kyllä	2,53	(2,25–2,85)	2,45	(2,11–2,85)	2,09	(1,85–2,36)

Liitetaulukko 12.2. Tyydyttymätön palvelutarve sosiaalipalveluissa ja selittävät tekijät, Logistiset, regressiomallit, Vetosuhteet (Odds ratio (OR)) ja 95 %:n luottamusvälit (CI).

	Hoivapalvelut		Vammaispalvelut		Lasten ja perheiden palvelut		Sosiaalityöntekijän neuvonta ja ohjaus	
	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI
Ikä								
20–54	A		1,00		D			
55–74	1,00		0,78	(0,43–1,44)	D		1,38	(0,90–2,11)
75+	0,45	(0,31–0,65)	0,58	(0,31–1,06)	D		0,97	(0,59–1,58)
Sukupuoli								
Miehet	1,00		1,00		1,00		1,00	
Naiset	1,09	(0,77–1,54)	0,93	(0,62–1,39)	1,12	(0,74–1,71)	1,08	(0,78–1,51)
Äidinkieli								
Suomi	1,00		1,00					
Ruotsi	1,22	(0,65–2,30)	0,47	(0,19–1,14)	1,01	(0,50–2,06)	0,45	(0,20–1,02)
Muut	B		0,57	(0,16–2,09)	0,98	(0,43–2,25)	1,34	(0,63–2,86)
Koulutus								
Matala	1,00		1,00		1,00		1,00	
Keskitasoinen	0,84	(0,57–1,23)	1,46	(0,94–2,24)	1,23	(0,74–2,06)	1,10	(0,77–1,61)
Korkea	1,39	(0,88–2,18)	1,75	(1,04–2,95)	1,45	(0,84–2,30)	1,30	(0,85–1,98)
Työmarkkina-asema								
Työssä	C		1,00		1,00		1,00	
Työtön	C		0,54	(0,18–1,62)	0,74	(0,33–1,68)	0,74	(0,42–1,34)
Eläkkeellä	C		0,64	(0,27–1,50)	0,66	(0,26–1,70)	0,69	(0,40–1,17)
Muut	C		0,79	(0,28–2,25)	1,60	(0,96–2,66)	0,76	(0,43–1,36)
Toimeentulotuen tarve								
Ei			1,00					
Kyllä	2,98	(2,09–4,24)	1,63	(1,07–2,47)	1,36	(0,78–2,38)	1,62	(1,13–2,32)
Asuinkunta								
Kaupunki	1,00		1,00		1,00		1,00	
Taajaan asuttu	0,98	(0,64–1,52)	1,36	(0,84–2,19)	0,79	(0,41–1,51)	0,68	(0,43–1,07)
Maaseutu	0,67	(0,43–1,04)	0,87	(0,48–1,58)	1,30	(0,71–2,37)	0,71	(0,45–1,14)
Huono elämälaatu								
Ei	1,00		1,00		1,00		1,00	
Kyllä	2,95	(1,76–4,95)	1,98	(1,19–3,31)	3,15	(2,02–4,90)	2,07	(1,34–3,20)

A: Hoivapalveluiden tarpeesta kysyttiin vain 55+ vuotiailta

B: Muunkielisten hoivapalveluja tarvinneiden osuus on niin pieni, että tämä luokka suljettiin pois analyysistä

C: Hoivapalveluiden käyttäjien työelämään osallistuminen on niin vähäistä, että tämä muuttuja jätettiin pois analyysistä

D: Ikä ei ole mukana lapsiperheiden palvelutarpeen analyysissä, koska tätä kysyttiin vain alle 55-vuotiailta

Liitetaulukko 12.3. Terveyspalveluiden saantia haitanneet esteet ja selittävät tekijät terveyspalveluiden käyttäjillä, Logistinen regressiomallit, Vetosuhteet (Odds ratio (OR)) ja 95 % luottamusvälit (CI).

	Aukioloajat		Hankalat matkat		Korkeat asiakasmaksut	
	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI
Ikä						
20–54						
55–74	0,82	(0,72–0,93)	0,87	(0,75–1,00)	0,82	(0,70–1,00)
75+	0,99	(0,84–1,17)	1,07	(0,90–1,28)	0,57	(0,47–0,70)
Sukupuoli						
Miehet						
Naiset	1,28	(1,16–1,40)	1,20	(1,08–1,32)	1,33	(1,19–1,49)
Äidinkieli						
Suomi						
Ruotsi	0,89	(0,71–1,11)	0,77	(0,61–0,97)	1,24	(0,95–1,62)
Muut	1,01	(0,73–1,39)	1,25	(0,91–1,72)	1,81	(1,29–2,53)
Koulutus						
Matala						
Keskitasoinen	1,01	(0,90–1,12)	1,06	(0,95–1,19)	0,87	(0,77–0,99)
Korkea	1,00	(0,89–1,13)	0,97	(0,86–1,10)	0,74	(0,64–0,85)
Työmarkkina-asema						
Työssä						
Työtön	0,8	(0,63–1,01)	1,07	(0,85–1,35)	1,38	(1,07–1,78)
Eläkkeellä	0,76	(0,66–0,88)	1,13	(0,97–1,32)	1,65	(1,30–1,97)
Muut	0,89	(0,74–1,06)	0,96	(0,79–1,17)	0,95	(0,76–1,19)
Toimeentulotuen tarve						
Ei						
Kyllä	1,78	(1,51–2,11)	1,72	(1,46–2,03)	2,89	(2,43–3,44)
Asuinkunta						
Kaupunki						
Tajaan asuttu	1,34	(1,19–1,52)	1,51	(1,33–1,71)	0,95	(0,82–1,10)
Maaseutu	1,39	(1,23–1,57)	2,10	(1,87–2,37)	1,04	(0,90–1,20)
Huono koettu terveys						
Ei						
Kyllä	1,75	(1,59–1,93)	1,95	(1,77–2,16)	2,19	(1,95–2,46)

Liitetaulukko 12.4. Sosiaalipalveluiden saantia haitanneet esteet ja niitä selittävät tekijät sosiaalipalveluiden käyttäjillä, Logistinen regressiomalli, Vetosuhteet (Odds ratio (OR)) ja 95 %:n luottamusvälit (CI).

	Aukioloajat		Hankalat matkat		Korkeat asiakasmaksut	
	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI
Ikä						
20–54						
55–74	1,53	(0,90–2,59)	1,77	(1,06–2,96)	3,11	(1,67–5,80)
75+	1,87	(1,09–3,19)	2,28	(1,34–3,88)	2,41	(1,26–4,62)
Sukupuoli						
Miehet						
Naiset	1,11	(0,80–1,54)	0,96	(0,68–1,35)	1,01	(0,67–1,52)
Äidinkieli						
Suomi						
Ruotsi	0,70	(0,37–1,33)	0,91	(0,43–1,94)	0,59	(0,25–1,40)
Muut	0,57	(0,25–1,33)	1,15	(0,52–2,57)	2,13	(0,83–5,43)
Koulutus						
Matala						
Keskitasoinen	0,92	(0,63–1,34)	0,83	(0,56–1,24)	1,29	(0,81–2,05)
Korkea	0,76	(0,49–1,17)	0,83	(0,52–1,31)	0,86	(0,49–1,51)
Työmarkkina-asema						
Työssä						
Työtön	0,25	(0,14–0,47)	0,71	(0,38–1,33)	0,57	(0,25–1,29)
Eläkkeellä	0,30	(0,17–0,54)	0,73	(0,41–1,31)	1,10	(0,51–2,37)
Muut	0,51	(0,31–0,86)	0,84	(0,48–1,48)	0,94	(0,44–2,03)
Toimeentulotuen tarve						
Ei						
Kyllä	1,94	(1,33–2,82)	1,67	(1,15–2,43)	3,50	(2,25–5,47)
Asuinkunta						
Kaupunki						
Taajaan asuttu	1,20	(0,76–1,90)	1,11	(0,69–1,79)	1,21	(0,69–2,13)
Maaseutu	0,81	(0,52–1,29)	1,38	(0,87–2,18)	0,93	(0,53–1,62)
Huono elämänlaatu						
Ei						
Kyllä	1,31	(0,90–1,91)	2,13	(1,42–3,21)	4,80	(2,44–9,43)

Liitetaulukko 12.5. Myönteinen asiakaskokemus avoterveydenhuollon palveluissa ja sitä selittävät tekijät terveyspalveluiden käyttäjillä, Logistinen monimuuttujainen regressiomalli, Vetosuhteet (Odds ratio (OR)) ja 95 %:n luottamusvälit (CI).

	Terveyspalvelut	
	OR	95 % CI
Ikä		
20–54	1,00	
55–74	1,15	(1,00–1,32)
75+	1,04	(0,87–1,25)
Sukupuoli		
Miehet	1,00	
Naiset	0,96	(0,87–1,06)
Äidinkieli		
Suomi	1,00	
Ruotsi	1,04	(0,83–1,29)
Muut	0,86	(0,62–1,19)
Koulutus		
Matala	1,00	
Keskitasoinen	1,18	(1,05–1,33)
Korkea	1,23	(1,08–1,40)
Työmarkkina-asema		
Työssä	1,00	
Työtön	0,92	(0,72–1,17)
Eläkkeellä	1,04	(0,88–1,23)
Muut	1,00	(0,82–1,21)
Toimeentulotuen tarve		
Ei	1,00	
Kyllä	0,63	(0,53–0,74)
Asuinkunta		
Kaupunki	1,00	
Taajaan asuttu	1,03	(0,90–1,18)
Maaseutu	1,14	(0,99–1,31)
Huono koettu terveys		
Ei	1,00	
Kyllä	0,46	(0,42–0,52)
Arvioinnin kohteena oleva avoterveydenhuollon palvelu		
Terveyskeskus	1,00	
Yksityinen lääkäriasema	1,67	(1,41–1,99)
Työterveyshuolto	1,43	(1,22–1,68)
Sairaalan poliklinikka	1,05	(0,89–1,24)
Muut	1,52	(1,10–2,11)
Kenen vastaanotolla kävi		
Yleislääkäri	1,00	
Erikoislääkäri	1,48	(1,28–1,71)
Hoitaja	1,29	(1,13–1,48)
Muu	1,33	(1,05–1,69)

Liitetaulukko 12.6. Myönteinen asiakaskokemus sosiaalipalveluissa ja sitä selittävät tekijät sosiaalipalveluiden käyttäjillä, Logistinen monimuuttujainen regressiomalli, Vetosuhteet (Odds ratio (OR) ja 95 %:n luottamusvälit (CI).

	OR	95 %:n CI
Ikä		
20–54	1,00	
55–74	1,13	(0,69–1,86)
75+	1,17	(0,64–2,13)
Sukupuoli		
Miehet	1,00	
Naiset	1,30	(0,96–2,13)
Äidinkieli		
Suomi	1,00	
Ruotsi	1,19	(0,62–2,29)
Muut	1,78	(0,81–3,88)
Koulutus		
Matala	1	
Keskitasoinen	1,12	(0,79–1,59)
Korkea	0,91	(0,62–1,33)
Työmarkkina-asema		
Työssä	1,00	
Työtön	1,31	(0,74–2,29)
Eläkkeellä	1,41	(0,81–2,45)
Muut	1,02	(0,64–1,63)
Toimeentulotuen tarve		
Ei	1	
Kyllä	0,51	(0,34–0,75)
Asuinkunta		
Kaupunki	1,00	
Taajaan asuttu	1,09	(0,73–1,62)
Maaseutu	1,02	(0,66–1,58)
Huono koettu elämänlaatu		
Ei	1	
Kyllä	0,5	(0,35–0,70)
Arvioinnin kohteena oleva sosiaalipalvelu palvelu*		
Hoivapalvelu	1,00	
Lapsiperheiden palvelu	0,39	(0,21–0,72)
Vammaispalvelu	0,12	(0,07–0,22)
Sosiaalityöntekijän neuvonta/ ohjaus	0,27	(0,16–0,46)

* Viimeksi käytetty sosiaalipalvelu

TUULIKKI VEIKO, ANU-MARJA KAIHLANEN, EMMA KAINIEMI,
MAIJU KYYSÖNEN, JANNA NADAV, PETRA SAUKKONEN,
LOTTA VIRTANEN & TARJA HEPONIEMI

13

Väestön mahdollisuudet hyödyntää sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisiä palveluja

Luvussa kuvataan väestön kokemuksia sähköisten palvelujen käytöstä väestökyselyiden ja laajojen haastattelututkimusten avulla. Monet hyötyvät sähköisistä palveluista, mutta käyttöön liittyy myös esteitä. Erityisesti ikääntyneiden ryhmässä on kohonnut riski erilaisille esteille käyttää sähköisiä palveluja. Ryhmä on kuitenkin heterogeeninen, osa ikääntyneistä käyttää sähköisiä palveluja itsenäisesti ja osa avustettuna. Oikeanlaisen tuen tarjoaminen edellyttää, että esteet palvelujen käytölle tunnistetaan ikääntyneiden sekä muiden haavoittuvassa asemassa olevien kohdalla. Koska sähköisten palvelujen käyttö muuttaa sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten työnkuvaa, on tarpeen varmistaa riittävä täydennys- tai työpaikkakouluttaminen sekä IT-tuki. Eriarvoisuuskehityksen seuraamiseksi väestön mahdollisuuksista hyödyntää sähköisiä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tarvitaan myös jatkossa tutkimustietoa.

Sähköisillä palveluilla tavoitellaan hyötyjä niin palvelujärjestelmän kuin käyttäjien näkökulmasta. Kun kevyemmällä palveluilla pärjäävät voivat asioida sähköisesti, voidaan fyysiset ammattilaistapaamiset kohdentaa heille, joille ne ovat tarpeen (STM ja Kuntaliitto, 2014). Käyttäjilleen sähköiset sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut (sote-palvelut) tarjoavat erilaisia mahdollisuuksia oman terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä osallisuuden tukemiseen ajasta ja paikasta riippumatta (STM 2016).

Internet ja erilaiset teknologiset ratkaisut lisäävät mahdollisuuksia tukea terveyttä ja hyvinvointia, ja myös palveluntuottajat tarjoavat palveluja sähköisessä muodossa (Pyörälä 2021). Vuonna 2020 terveys- tai hyvinvointitietoa internetistä oli etsinyt 60 prosenttia väestöstä (Kyytsönen ym. 2021a), mikä on osoitus väestön kiinnostuksesta oman terveytensä ja hyvinvointinsa ylläpitoa kohtaan. Hyvinvointia tukevia teknologisia ratkaisuja ovat esimerkiksi puettava teknologia, kuten aktiivisuusrannekkeet, joita Suomessa käytti 28 prosenttia väestöstä vuonna 2020 (Kyytsönen ym. 2021a).

Sähköinen palvelu -käsite kattaa erityyppisiä palveluja, joissa asiointi voi olla itsenäistä, ammattilaisen kanssa tapahtuvaa tai jotain näiden väliltä. Mikäli asiointi sisältää asiakkaan henkilötietojen käsittelyä, vaatii palvelu vahvan sähköisen tunnistautumisen. Perusterveydenhuoltoa kuvaavassa Avohilmo-rekisterissä käytetään ammattilaiskontaktin sisältävästä etäasioinnista jaottelua reaaliaikainen ja ei-reaaliaikainen, mutta yhteystapa sisältää sähköisten muotojen lisäksi puhelinsoitot. Sähköisiä yhteystapoja edustavat muun muassa sähköposti, chat ja videoyhteys. (THL 2020.) Vuonna 2020 väestöstä useampi kuin joka viides oli kuluneen vuoden aikana käynyt lääkärin, hoitajan, sosiaalityöntekijän tai muun ammattilaisen sähköisellä vastaanotolla (Kyytsönen ym. 2021a).

Julkisesti tuotettuja valtakunnallisia sähköisiä palveluja on luotu erilaisiin tarpeisiin. Itsenäistä asiointia sähköisissä palveluissa voi olla esimerkiksi tiedontarjonta, kuten Terveyskirjaston tai Kelan sivujen lukeminen. Itsenäistä asiointia ja ammattilaisen kanssa asiointia toisinaan yhdistäviä palveluita taas edustavat Omakanta, Terveyskylä ja Omaolo. Omaolossa asiakas voi oma-aloitteisesti tehdä esimerkiksi terveystarkastuksen, oire- tai palveluarvion tai aloittaa hyvinvointivalmennuksen. Joihinkin osioihin liittyy lisäksi palveluihin ohjausta. Esimerkiksi koronavirustaudin oirearvion kautta saattoi koronapandemian aikana varata ajan näytteenottoon, mikäli se oli oirearvion perusteella tarpeellinen. Vuonna 2020 Omaoloa käytti 21 prosenttia väestöstä. Omakantaa, jossa terveydenhuollon asiakas voi muun muassa nähdä ammattilaisten itseään koskevia kirjauksia, käytti 64 prosenttia väestöstä. Omakannassa voi pyytää lääkereseptin uusintaa, tällaisen uusintapyyntöä oli tehnyt sähköisesti vuonna 2020 kolmasosa väestöstä. (Kyytsönen ym. 2021a). Suurin osa (85 %) Omakantaa käyttäneistä oli tyytyväisiä palveluun (Kainiemi ym. 2022).

Myös yksityissektori tarjoaa sähköisiä terveyspalveluja, kuten OmaMehiläinen (Mehiläinen), Oma Terveys (Terveystalo) ja Pihlajalinna Terveyssovellus. Työikäisistä työterveyshuollon sähköistä palvelua oli käyttänyt kolmasosa vuonna 2020 (Kyytsönen ym. 2021a). Näiden lisäksi Suomessa on lukuisia alueellisia sähköisiä palveluja, jotka ovat alueen asukkaiden käytössä, kuten Miunpalvelut (SiunSote), OmaTAYS, Maisa, Virtu.fi, NettiRassi, Omapalvelu (Soite), Kallion sähköiset palvelut, Hyvis, Oulun omahoito ja OmaSote (Kainuu). Alueellisten palveluportaalien tarjoamat asiointimahdollisuudet vaihtelevat, ne voivat sisältää vaikkapa ajanvaraustoimintoja, omien tietojen tarkastelumahdollisuuden, tietojen oikaisu-pyyntöjen tekemisen tai esitietojen lähettämismahdollisuuden.

Digitaalisesta ympäristöstä on viimeistään koronapandemian myötä tullut olennainen osa sosiaali- ja terveydenhuoltoa (Kyytsönen ym. 2021). Ennen koronapandemiaa sähköisten palvelujen käyttö oli vähäisempää. Viruksen leviämisen hidastamiseksi tehdyt rajoitukset yhteiskunnassa kasvattivat sähköisten palvelujen tarvetta pandemia-aikana. Väestö lisäsi sähköistä asiointia jo aiemmin käytössä olleissa palveluissa ja myös uusia kehitettiin. (Jormanainen ym. 2020; Kestilä ym. 2020.) Vuonna 2020 etäasiointi sote-palveluissa lisääntyi kahdeksan prosenttiyksikköä edellisvuodesta ja etäasioinnin osuus kaikista asioinneista oli melkein kolmannes (30 %) (Kyytsönen ym. 2021b). Oletettavasti sähköisen ympäristön merkittävä rooli sote-palvelutarjonnassa jatkuu myös pandemian jälkeen (Jormanainen ym. 2021). Digitaalisiin palveluihin asetetaan suuria odotuksia: Toiminnan tehostamisen odotetaan helpottavan pääsyä perusterveydenhuollon palveluihin, vastaavan kustannusten nousupaineeseen ja henkilöstöpulaan.

Valtakunnallista sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaation seurantatutkimusta on ohjannut sosiaali- ja terveysministeriön sekä Kuntaliiton tuottama ”Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena, Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia”, joka ulottui vuoden 2020 loppuun, mutta on silti yhä ajankohtainen vuonna 2022 (Jormanainen 2021). Strategiassa linjataan, että sote-palvelujen tulee olla tasa-arvoisesti saatavilla ja että kansalaisilla tulee olla mahdollisuus asioida palveluissa sähköisesti. Erityisesti painotetaan sitä, että kansalaiset tuottaisivat itse tietoja omaan ja ammattilaisten käyttöön sekä sitä, että sähköiset palvelut tukisivat elämänhallinnassa sekä oman ja läheisten hyvinvoinnin edistämässä. (STM & Kuntaliitto 2014.) Digitaalisen osallisuuden edistämiseksi Pohjoismaiden ministerineuvosto on suositellut digitaalisen osallisuuden mittaamista kolmen pääteeman avulla, jotka ovat pääsy (access), kyvyt (capability) sekä seuraukset (consequences). Tällä hetkellä valtaosa seurantatutkimuksesta Pohjoismaissa on keskittynyt palveluihin pääsyyn ja vain harvoin seurauksien tutkimiseen. (Nordic Council of Ministers, 2022).

Kysymyksenasettelu ja aineistojen kuvaukset

Kokoamme yhteen tutkimustemme tuloksia, joissa on tarkasteltu väestön kokemuksia sähköisistä sote-palveluista. Tarjoamme yleiskuvan myönteisistä ja kielteisistä tekijöistä, joita sote-palvelujen digitalisaatioon liittyy.

Kirjallisuudessa puhutaan digitaalisesta jakautumisesta, kuilusta ja digitaalisesta syrjäytymisestä. Ellen Helsper (2012) esittää digitaalisen ja sosiaalisen syrjäytymisen olevan vahvasti yhteydessä toisiinsa ja kiteyttää olettamukset Corresponding Fields -mallissa. Mallissa oletetaan, että henkilön käytössä olevat taloudelliset, henkilökohtaiset, kulttuurilliset ja sosiaaliset resurssit vaikuttavat mahdollisuuksiin käyttää digitaalisia välineitä tai palveluja. Yhteydet kulkevat molempiin suuntiin, eli digitaalinen syrjäytyminen voi osaltaan lisätä sosiaalista syrjäytymistä. Esimerkiksi sosiaalisen syrjäytymisen riskissä olevien, eli niiden, jotka ovat heikommassa asemassa työttömyyden, matalan koulutuksen tai heikon taloudellisen tilanteen vuoksi, on myös suurempi riski syrjäytyä sähköisistä palveluista (Helsper & Reisdorf 2013).

Valtakunnallisessa sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaation seurantatutkimuksessa, osana THL:n väestötutkimuksia, on kysytty sähköisestä asioinnista niin sanotussa Digi-moduulissa (katso taulukko 13.1; Hyppönen ym. 2018; Kyytsönen ym 2021a). Digi-moduuli nojaa pääosin Corresponding Fields -mallin teemoihin. Teemat ovat operationalisoitu kysymyksiksi, joilla selvitetään, onko vastaajalla pääsyä internetiin, onko käytössä tarvittavat laitteet, millaiset ovat internetin käyttötaidot ja käyttäjän kokemat esteet ja hyödyt. Eri väestötutkimuksissa esitetään myös valikoidusti sähköistä asiointia koskevia kysymyksiä sekä lukuisia taustatietoja, kuten ikää, koulutusta tai koettuja talousvaikeuksia, koskevia kysymyksiä (Parikka ym 2018; Parikka ym 2020; Borodulin & Sääksjärvi 2019; Kuusio ym. 2020). Otanta-asetelmissa on huomioitu, että vastaajissa on edustavasti ikääntyneitä (Parikka ym 2018; Parikka ym 2020), joilla on yleensä jo terveyshuolia ja palvelutarvetta, mutta mahdollisesti puutteita digitaalisissa taidoissa (Hyppönen ym. 2018; Kyytsönen ym 2021a). Käyttämämme väestökyselyt on toteutettu siten, että vastaaminen on ollut mahdollista sähköisesti ja paperisena postikyselyinä.

Eri väestöryhmillä on toisistaan poikkeavia valmiuksia pysyä digitaalisten palvelujen muutoksessa mukana, niinpä aihetta on hyvä lähestyä eri menetelmin toteutetuissa tutkimusasetelmissa: kyselytutkimuksien lisäksi haastattelututkimukset tarjoavat syventävää tietoa paitsi ikääntyneistä niin myös muista erityisryhmistä. Tutkimustemme aineistot on kuvattu taulukossa 13.1, josta löytyvät myös julkaisutiedot laajempiin aineistokuvauksiin.

Taulukko 13.1. Käytetyt aineistot

Aineiston nimi	Kohdejoukko	Tiedonkeruun ajankohta	Kuvaus aineistosta	Julkaisu, jossa aineisto on kuvattu	Julkaisu, joka käyttää aineistoa
Finsote 2020 Kansallinen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus	Suomen aikuisväestö 20–99-vuotiaat	Syyskuusta 2020 helmikuuhun 2021, jolloin oli meneillään toinen aalto korona pandemiasta Suomessa	Vastaajan oli mahdollista vastata joko paperisella tai sähköisellä lomakkeella suomen, ruotsin, englannin tai venäjän kielellä. Vastausprosentti 46 ja vastaajamäärä 28 199	Parikka ym. 2020.	Kainiemi ym. 2021 Kyytsönen ym. 2021a Kyytsönen ym. 2022b Vehko ym. in press
Digi-moduuli - alaotos (n = 12 980) Finsote 2020 aineistolle	Suomen aikuisväestö 20–99-vuotiaat	Syyskuusta 2020 helmikuuhun 2021	Vastaajan oli mahdollista vastata joko paperisella tai sähköisellä lomakkeella suomen, ruotsin, englannin tai venäjän kielellä. Suurin osa sähköistä asiointia koskevista kysymyksistä oli sijoitettu erilliseen Digi-moduuliin, jonka vastausprosentti 46 ja vastaajamäärä 6 034.	Kyytsönen ym. 2021a	Kainiemi ym. 2022 Kyytsönen ym. 2021a
FinSote 2017 Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus	Suomen aikuisväestö 20–99-vuotiaat	2017	Vastaajan oli mahdollista vastata joko paperisella tai sähköisellä lomakkeella suomen, ruotsin, englannin tai venäjän kielellä. Kysely lähetettiin 59 400 henkilölle ja sen vastausprosentti oli 45.	Parikka ym. 2018	Vehko ym. 2020
FinSote 2017 Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus - alaotos (n = 10 000) Finsote 2017 aineistolle	Suomen aikuisväestö 20–99-vuotiaat	2017	Vastaajan oli mahdollista vastata joko paperisella tai sähköisellä lomakkeella suomen, ruotsin, englannin tai venäjän kielellä. Sähköisiä palveluja koskevat kysymykset oli sijoitettu Digi-moduulin, jonka vastausprosentti 45 ja vastaajamäärä 4 495	Hyppönen ym. 2018	Heponiemi ym. 2020 Heponiemi ym. 2021 a Heponiemi ym. 2022 a Rantanen ym. 2021
FinMonik 2018–2019 Ulkomailla syntyneiden hyvinvointitutkimus	Suomessa vähintään vuoden asuneita 18–64-vuotiaita ulkomailta syntyneitä ulkomaalais-taustaisia	Toukokuu 2018 tammikuu 2019	Kysely toteutettiin 18 eri kielellä postikyselynä ja puhe- linhaastatteluin. Tutkimuksen otoskoko oli 12 877 ja vastausprosentti 53.	Kuusio ym. 2020	Vehko ym. 2020

Taulukko 13.1. jatkuu

Aineiston nimi	Kohdejoukko	Tiedonkeruun ajankohta	Kuvaus aineistosta	Julkaisu, jossa aineisto on kuvattu	Julkaisu, joka käyttää aineistoa
FinTerveys 2017 FinTerveys 2017 seuratatutkimus	Suomen aikuisväestö	Tammikuu- Toukokuu, 2017 Seurantatutkimus: Lokakuu 2020– Tammi- kuu2021	Vuonna 2017 edustava otos Manner-Suomen yli 18-vuotiaasta väestöstä, kaksivaiheisena ositettuna ryväsoitettuna Väestötietojärjestelmästä (n = 12 037). Aineisto on kerätty sähköisesti, postikyselylomakkeella ja puhelinhaastattelulla. Seurantatutkimukseen otos päivitettiin (n = 9 580, 21 vuotta täyttäneet); 70 vuotta täyttäneiden osalta otos oli 2 233, vastausprosentti 68 (n = 1 524)	Borodulin & Sääksjärvi 2019	Heponiemi ym. 2022 b Saukkonen ym. 2021 Saukkonen ym. 2022
DigiCOVID-haastatteluaineisto	Haaavoittuvasa asemassa olevat ryhmät Suomessa	Lokakuu 2020 – huhtikuu 2021, COVID-19-epidemian toisen aallon aikana	Puolistrukturoidut yksilöhaastattelut ikääntyneille (n=16), mielenterveyskuntoutujille (n = 12), paljon terveystalveluja käyttäville asiakkaille (n = 17), syrjäytymisriskissä oleville nuorille aikuisille (n = 12), työttömille (n = 16) sekä venäjänkielisille maahanmuuttotautaisille ikääntyneille (n = 6) ja työttömille (n = 7)		Kaihlanen ym. 2022 Kaihlanen ym. 2021 Virtanen ym. 2022 Virtanen ym. 2021
Sote-ammattilaiset-haastatteluaineisto	Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset Suomessa	Kesäkuu 2020 – Joulukuu 2020	Fokusryhmä-haastattelut sote-ammattilaisille (n = 30)		Nadav ym. 2021

Väestön valmiudet sähköisten palvelujen käyttöön

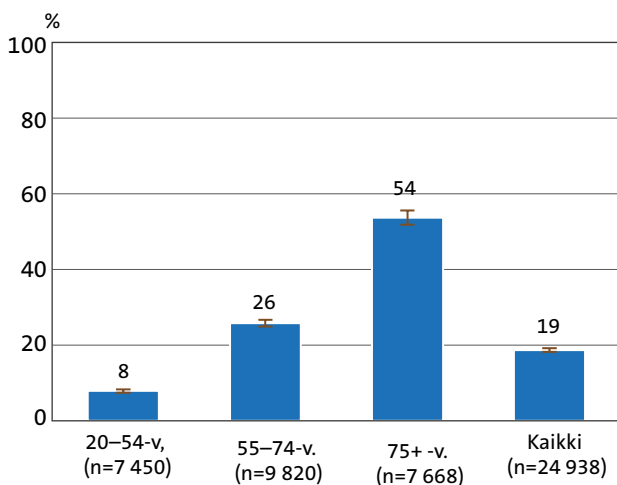
Enemmistö aikuisväestöstä (83 %) käyttää sähköisiä sote-palveluja itsenäisesti, mutta tulevien hyvinvointialueiden välillä on kohtalaisen suuria eroja: osuudet vaihtelivat 75 ja 89 prosentin välillä vuonna 2020. Tarkastelemme myöhemmin erikseen ikääntyneiden sähköistä asiointia.

Internetin käyttötaito on edellytys sille, että henkilöllä on valmiuksia käyttää sähköisiä sote-palveluja. Internetin käyttötaitonsa hyväksi arvioi 85 prosenttia väestöstä. Kun vastaajilta kysyttiin tarkemmin eri toimintojen osaamisesta, oli vastauksissa hajontaa, esimerkiksi mobiililaitteelle sovelluksia osasi ladata 78 prosenttia väestöstä. (Kyytsönen ym. 2021)

Väestössä luotetaan omaan tietoturvaosaamiseen, sillä 88 prosenttia arvioi osaavansa tunnistaa huijausyrityksiä ja 85 prosenttia tietoturvaan liittyviä riskejä (Kyytsönen ym. 2021a; Kyytsönen ym. 2022 b). Tieturvaosaaminen on välttämätön taito digitalisoituneessa yhteiskunnassa, ja palvelujen käyttäjien on tunnettava turvallisen sähköisen asioinnin perusteet (Traficom 2021). Kysyttäessä sähköisestä asioinnista esimerkkeinä käytettiin kansallisista palveluista Omakantaa ja OmaVeroa. Vastaajista sähköisesti ei asiointu lainkaan 11 prosenttia ja kuusi prosenttia tarvitsi asiointiin apua tai asiointi tapahtui puolesta-asiointin turvin.

Toisen puolesta sähköisesti asioiminen on lisääntynyt sosiaali- ja terveydenhuollossa: vuonna 2017 puolesta-asioineita oli neljä prosenttia, kun vuonna 2020 osuus oli yhdeksän. (Kyytsönen ym. 2021). Viiden prosenttiyksikön nousu johtuu sähköisten palvelujen lisääntymisestä sekä puolesta asiointin mahdollisuuksien kehittymisestä. Välttämätön avun tarve sähköisessä asiointissa koskettaa noin 17 prosenttia väestöstä (ei asioi sähköisesti, asioi avustettuna tai puolesta asiointin turvin), joskaan tästä joukosta kaikkien ei voida olettaa olevan valmiita vastaanottamaan apua, vaikka sitä tarjottaisiin (Kyytsönen ym. 2022 a).

Vastaajien kokemukseen opastuksen tarpeesta olivat yhteydessä sähköinen asiointi avustettuna tai puolesta asiointin turvin. Myös ne, jotka eivät asioi sähköisissä palveluissa, kokivat muita useammin tarvitsevansa opastusta. Opastusta tarvitsivat yleisemmin eläkeläiset, mutta myös esimerkiksi työssäkäyvistä aikuisista seitsemän ja opiskelijoista kuusi prosenttia koki tarvitsevansa opastusta sähköisten palvelujen käyttöön (ks. kuvio 13.1). (Kyytsönen ym. 2022 a.)



Kuvio 13.1. Opastusta sosiaali- ja terveydenhuollon verkkopalvelujen käyttöön tarvitsevien osuus ikäryhmittäin. Osuudessa ovat mukana ne, jotka ovat vastanneet väittämään täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä. Osuuksille on laskettu 95 % luottamusvälit. Lähde: Finsote 2020.

Väestön kokemuksia sähköisen asioinnin hyödyistä

Puolet (49 %) sote-palveluja käyttäneistä näki hyötyvänsä sähköisten palvelujen käytöstä. Tässä ryhmässä arvioitiin, että sähköiset palvelut helpottavat asiointia ajasta ja paikasta riippumatta (63 %), palvelujen etsimistä ja valintaa (57 %), auttavat asioinnin tarpeen arvioinnissa (50 %) ja helpottavat yhteistyötä ammattilaisten kanssa (48 %). Lisäksi sote-palveluja käyttäneistä 39 prosenttia arvioi, että sähköiset palvelut auttavat ottamaan aktiivisen roolin oman terveyden ja hyvinvoinnin hoidossa. (Kainiemi ym. 2021). Myönteiset kokemukset ajasta ja paikasta riippumattomasta asioinnista ovat merkittäviä, sillä palvelupisteen hankalaan sijaintiin ja aukioloaikoihin liittyvät ongelmat on tunnustettu esteeksi asiointille (Ilmarinen ym. 2019; Sainio ym. 2019).

Nuoremmat ja korkeammin koulutetut arvioivat hyötyvänsä sähköisistä sote-palveluista enemmän kuin vanhemmat ja matalammin koulutetut (Kainiemi ym. 2021; Heponiemi ym. 2020). Näitä tuloksia saattoi osittain selittää erot sähköisiin palveluihin pääsyssä, käyttötaidoissa sekä käytön laajuudessa. Sähköisten sote-palvelujen pitäminen hyödyllisinä on yhteydessä niiden käyttöön. Taloudellisesti, terveydellisesti ja sosiaalisesti muita heikommassa asemassa olevien on todettu kokevan vähemmän sähköisiin terveyspalveluihin liittyviä hyötyjä kuin paremmassa asemassa olevien. (Heponiemi ym. 2020).

Väestön kokemuksia sähköisen asioinnin esteistä

Sosiaalinen ja digitaalinen syrjäytyminen ovat yhteydessä toisiinsa. Yhteyttä selittää osin huonot laitteet ja internetyhteyksien heikko saatavuus, heikko digitaalinen osaaminen ja negatiiviset asenteet sähköistä asiointia kohtaan. (Heponiemi ym. 2021a). Havaitut sähköisen asioinnin esteet ja yhteydet ovat yhdenmukaisia edellä esitellyn Corresponding Fields -mallin oletuksien kanssa (Helsper 2012).

Haastatteluaineistoihin perustuvat tutkimustulokset haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien kokemista haasteista sähköisten sote-palvelujen käytössä kertovat asioinnin esteistä. Yhdenvertaisuus ei toteudu täysimääräisesti. Haastatteluihin osallistui ikääntyneitä, mielenterveyskuntoutujia, paljon terveyspalveluja käyttäviä, syrjäytymisriskissä olevia nuoria aikuisia, työttömiä sekä venäjänkielisiä maahanmuuttajataustaisia ikääntyneitä ja työttömiä. Esteitä havaittiin sähköisten sote-palvelujen käytettävyydessä sekä yksilön kyvyissä ja mahdollisuuksissa hyötyä niistä. (Kaihlanen ym. 2022; Kaihlanen ym. 2021; Virtanen ym. 2021). Samansuuntaisia tuloksia on saatu väestökyselyssä (Rantanen ym. 2021).

Suurin osa haastatelluista haavoittuvassa asemassa olevista asiakkaista kertoi käyttäneensä sujuvasti sosiaalisen median palveluja, mutta monet, iästä tai ryhmästä riippumatta, kokivat sähköisten sote-palvelujen käyttöön tarvittavat digitaalionsa riittämättömäksi. Sähköisten sote-palvelujen käytön itsenäinen opettelu vaati vaivaa ja resursseja, mikä saattoi olla liikaa sen hetkisessä elämäntilanteessa. Monella ei ollut saatavilla tukea sähköisten palvelujen käyttöön. (Kaihlanen ym. 2022; Kaihlanen ym. 2021).

Sähköisten palvelujen itsenäistä hyödyntämistä hankaloitti palvelujen monimutkainen asiointikieli. Lisäksi heikentynyt kognitiivinen toimintakyky tai vieraskielisyys korosti tarvetta selkkokielisille sähköisille palveluille. (Kaihlanan ym. 2022; Kaihlanan ym. 2021; Virtanen ym. 2021). Esteenä tunnistautumisen palvelujen käytölle voi olla se, että henkilöllä ei ole käytössään vahvaan tunnistautumiseen tarvittavia välineitä. (Kaihlanan ym. 2022; Vehko ym. 2020). Mahdollisuus vahvan tunnistautumisen käyttöön oli yleisempää koko väestössä (98 %) kuin ulkomaalaistaustaisessa väestössä (88 %). Ulkomaalaistaustaisessa väestössä Lähi-itä ja Pohjois-Afrikka-taustaiset raportoivat muita ryhmiä useammin, ettei heillä ollut mahdollisuutta vahvaan tunnistautumiseen (Vehko ym. 2020).

Turvallisuus-, yksityisyys- ja luottamuksellisuusongelmat olivat merkittävä este haavoittuvassa asemassa olevien ryhmien sähköisten sote-palvelujen käytölle. Palvelujen tietoturvaan liittyvät epävarmuudet ja heikot tietoturvatiedot aiheuttivat huolta. Palvelujen turvallinen käyttö vaati ulkopuolisia resursseja, kuten oikeanlaisia laitteita tai yksityisyyden mahdollistavia tiloja, joita kaikilla ei ollut. (Kaihlanan ym. 2022; Virtanen ym. 2021).

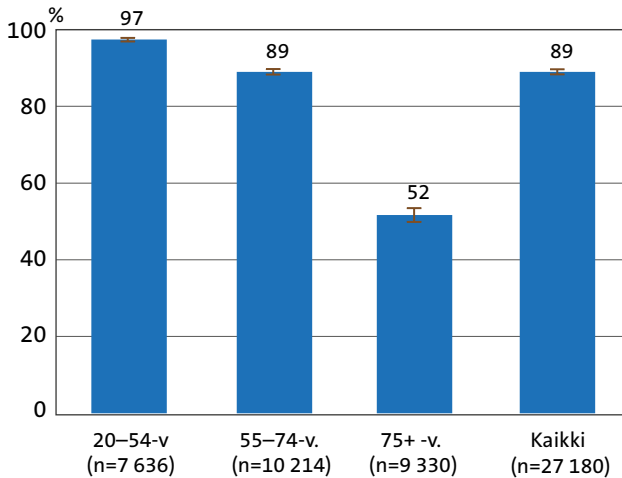
Haastatteluissa tulivat esiin mieltymykset kasvokkain sote-palveluihin. Kasvokkaisten palvelujen koettiin olevan laadukkaampia ja tehokkaampia terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien asioiden käsittelemisessä ja ratkaisemisessa verrattuna sähköisiin palveluihin, mikä esti osaltaan sähköisten vaihtoehtojen hyödyntämistä. Sähköisen ympäristön heikkouksina koettiin palvelujen henkilökohtaisuuden, sanattoman viestinnän ja vuorovaikutuksellisuuden puute. (Kaihlanan ym. 2022; Kaihlanan ym. 2021). Näistä syistä johtuen esimerkiksi syrjäytymisriskissä olevat nuoret aikuiset kokivat, että sosiaalipalvelujen siirtyminen sähköisesti toteutettaviksi koronapandemian aikana oli etäännyttänyt heitä yhteiskunnasta (Kaihlanan ym. 2021).

Väestökyselyssä mielenterveyden ongelmat olivat yhteydessä negatiiviseen asenteeseen sähköisten sote-palvelujen käyttöä kohtaan, mikä tuli esille miehillä ja ikääntyneillä. (Rantanen ym. 2021). Toisaalta koronapandemian aikana haastatellut mielenterveyskuntoutujat kuvasivat kiitollisuuttaan sähköisesti jatkuneista sote-palveluista, sillä niiden koettiin tuoneen tukea mielenterveyteen ja hyvinvointiin. Osa mielenterveyskuntoutujista ilmoitti vaikeuksia ilmaista tunteita ja monimutkaisia palvelutarpeita sähköisten palvelujen välityksellä. (Virtanen ym. 2021).

Myös tietämättömyys voi muodostua esteeksi sähköisten sote-palvelujen käytölle. Moni haavoittuvassa asemassa olevista asiakkaista ei ymmärtänyt, mitä lisäarvoa sähköisten palvelujen käyttö voisi tuoda (Kaihlanan ym. 2022; Kaihlanan ym. 2021). Jotkut haastatelluista eivät olleet saaneet ohjeistusta hyödyntää sähköisiä palveluja, kuten esimerkiksi Omakantaa, tai heille ei ollut tarjottu mahdollisuutta saada tarvitsemaansa julkisen sektorin terveyspalvelua sähköisesti (Kaihlanan ym. 2022; Virtanen ym. 2021).

Ikääntyneiden sähköinen asiointi, osaaminen ja sähköisen asioinnin esteet

Väestöryhmänä ikääntyneillä on havaittu esteitä sähköisessä asioinnissa. Ryhmänä ikääntyneet ovat kuitenkin heterogeeninen joukko. Noin puolet 75 vuotta täyttäneistä on asioinut sähköisesti (kuvio 13.2). Ikääntyneistä itsenäisesti sähköisesti asioivat vähemmän ne, joilla oli jokin hyvinvointia kuormittava tekijä kuten heikentynyt muisti, riittämätön tarmo arkipäivän elämässä tai avun tarve heikentyneen toimintakyvyn takia (Saukkonen ym. 2021; Saukkonen ym. 2022). Sähköisten vastaanottopalvelujen käyttö sote-ammattilaisen tapaamisessa oli eläkeikäisillä vähäisempää työikäisiin verrattuna. Harvaan asutulla maaseudulla asuvat käyttivät vähemmän sähköisiä vastaanottopalveluja verrattuna kaupungeissa asuviin. (Vehko ym. 2022).



Kuvio 13.2. Internetiä sähköiseen asiointiin (esim. Omakanta, OmaVero) käyttävien osuus ikäryhmittäin. Osuudessa ovat mukana ne, jotka käyttävät internetiä itse sekä ne, jotka käyttävät toisen avustamana. Osuuksille on laskettu 95 % luottamusvälit. Lähde: Finsote 2020.

Vanhemmat ikäluokat käyttävät vähemmän sähköisiä sote-palveluja ja kokevat hyötyvänsä niistä vähemmän kuin nuoremmat ikäluokat (Heponiemi ym. 2020 a). Sähköisten palvelujen käyttö, kuten ajan varaaminen, tutkimustulosten vastaanotto tai reseptien uusinta, oli vähäisempää noin 60–70 vuoden iästä lähtien verrattuna nuorempiin. Tosin henkilöillä, joilla oli parempi sähköisen asioinnin osaaminen, palvelujen käyttö jatkui myöhemmälle iälle. Kuitenkin noin 80 vuoden iässä sähköisten palvelujen käyttö oli selkeästi vähäistä, vaikka itsearvioitu osaaminen olisikin ollut hyvää. Tulokset ikäsidonmaisesta sähköisten palvelujen ja internetin

käytöstä ovat yhteneväisiä Euroopassa ja Yhdysvalloissa saatuihin tuloksiin (Heponiemi ym. 2022 a).

Sytä ikääntyneiden vähemmälle sähköisten palvelujen käytölle tutkittiin ennen koronapandemiaa ja sen aikana. Ikääntyneistä matalasti koulutetut, pienituloiset, kaikkein vanhimmat ja he, joiden terveys tai muisti oli heikentynyt tutkimusaikana, käyttivät vähiten sähköisiä palveluja. Kolmen vuoden seurannassa kaikkein vanhimmat ikääntyneet, matalasti koulutetut ja tutkimusaikana yksinäisiksi tulleet, olivat vähentäneet sähköisten palvelujen käyttöä. Sitä vastoin korkeasti koulutetut olivat lisänneet sähköisten palvelujen käyttöä koronapandemian takia. (Heponiemi ym. 2022b).

Sähköisissä palveluissa tarvitaan asiakaslähtöisyyttä ja opastusta

Palvelujen tuottajille on asetettu velvoitteita, joilla on haluttu lisätä tietoturvaa, vahvistaa yksityisyydensuojaa sekä vahvistaa tietoturvaosaamista (STM 2016; Tietosuojalaki 2018/1050; EU:n yleinen tietosuoja-asetus 2016/679; Digipalvelulaki 2019; Traficom 2021). Palvelutuotantoa ohjaavan lainsäädännön ohella sote-ammattilaisilla ja johtajilla on tärkeä rooli asiakkaiden ohjaamisessa ja motivoimisessa erilaisten sähköisten palvelujen käyttöön (Kujala ym. 2018). Vuonna 2020 vain 40 prosenttia asiakkaista ohjattiin käyttämään sähköisiä palveluja (esim. Omakantaa) sosiaali- tai terveydenhuollossa toteutuneen käynnin tai soiton yhteydessä (Kyytsönen ym. 2021a).

Osallistamalla eri käyttäjäryhmät palvelujen suunnittelu- ja kehittämistyöhön pyritään laadukkaisiin ja asiakaslähtöisiin sähköisiin palveluihin (Hyppönen & Ilmarinen 2019; STM 2016; Kyytsönen ym. 2021). Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisissä palveluissa opastuksen vaativuus liittyy arkaluonteisten tietojen käsittelyyn. Esimerkiksi sähköisten palvelujen vertaisopastuksessa, jota kansalaisjärjestöissä tehdään, yksityisyyden turvaaminen on haasteellista (Kyytsönen ym. 2022a), eikä se voi korvata palveluntuottajan tarjoamaa reaaliaikaista tukea (Virtanen ym. 2022).

Palvelujen tarjoaminen sähköisesti on muuttanut sote-ammattilaisten roolia. Strategialinjauksissa sote-ammattilaiset haastetaan kehittämään omaa osaamistaan sähköisten palvelujen tarjoajina ja toimijoina, tukemaan asiakkaita sähköisten palvelujen käytössä ja osallistumaan sähköisten palvelujen kehittämiseen asiakaslähtöisiksi. (Ahonen ym. 2021). Jotta ammattilaiset voivat tukea ja opastaa asiakkaita sähköisten palvelujen käytössä, on organisaatioiden järjestettävä ammattilaisille riittävästi aikaa perehtyä käytettäviin palveluihin sekä tarjottava jatkuvaa koulutusta (Nadav ym. 2021; Heponiemi ym. 2021b; Virtanen ym. 2022). Riittämättömän koulutuksen tiedetään käyttöönottoaiheessa johtavan ammattilaisten työhyvinvoinnin heikkenemiseen (Heponiemi ym. 2021b). Vuonna 2020

neljä viidestä sairaanhoitajasta arvioi omat tietotekniset perustaitonsa hyväksi. Samanaikaisesti 17 prosenttia koki tarvitsevansa lisäkoulutusta sähköisessä palveluympäristössä toimimiseen ja 16 prosenttia koulutusta asiakkaiden ohjaamisessa sähköisten palvelujen hyödyntämiseen omahoidon tukena. (Saranto ym. 2020).

Laajeneva digitalisaatio ja sähköisten palvelujen käyttöönotot ovat luoneet ammattilaisille uusia taitotarpeita. Ammattilaisilla on oltava taitoa ja ymmärrystä tunnistaa asiakkaiden valmiudet sähköisten palvelujen käytölle. Heidän on osattava arvioida, milloin sähköiset palvelut soveltuvat ja milloin taas kasvokkain tapahtuva palvelu soveltuu paremmin (Virtanen ym. 2021). Opastuksen ja käyttömotivaation kannalta on tärkeää, että ammattilaiset itse uskovat sähköisen palvelun tarpeellisuuteen asiakkaan ja oman työnsä näkökulmasta. Palvelun käyttömotivaatiota ja ohjaushalukkuutta lisää se, että palvelu on helppokäyttöinen (Nadav ym. 2021).

Eriarvoistumiskehitystä seurattava

Sote-palvelujen sähköinen tarjonta muuttaa palvelujärjestelmää muovaamalla palvelutarjontaa ja palveluprosesseja. Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia painottaa, että sote-palvelujen tulee olla tasa-arvoisesti saatavilla (STM & Kuntaliitto 2014). Koronaepidemia on osaltaan kiihdyttänyt sähköisten palvelujen tarjontaa ja käyttöä. Palvelutuotannon muutos haastaa hyvinvointialueet, jotka vastaavat julkisten palvelujen järjestämisestä vuoden 2023 alusta lähtien.

Sähköisten palvelujen tarjoaminen on nähty osaratkaisuna ongelmiin palveluihin pääsyssä ja niiden tarpeen mukaisessa kohdentumisessa. Omakanta-palveluja käytetään jo runsaasti. Kuten pankkipalveluihin myös Omakanta-palveluihin liittyviä huijausviestejä on liikkeellä, ja väestön turvallisen asioinnin taidot ovat koetuksella. Väestön luottamuksen säilyttäminen turvalliseen sähköiseen asiointiin sote-palveluissa on välttämätöntä.

Monissa sähköisissä sote-palveluissa tarvitaan käyttäjän identifioimiseksi vahvaa tunnistautumista. Tähän on haluttu avata pankkitunnusten ja mobiilikirjautumisen ohella uusia reittejä, esimerkiksi asiointi toisen puolesta Suomi.fi-tunnuksin. Henkilökortin käyttö on jäänyt vähäiseksi monesta syystä, esimerkiksi käytön vaatimien erillislaitteiden takia. Vahvaan tunnistautumiseen liittyyvää kansallista lainsäädäntöä ollaan muuttamassa Euroopan unionin johdolla.

Sähköisten palvelujen yhdenvertaisuuden varmistamiseksi on koottu toimenpide-ehdotuksia niille toimijoille, jotka vastaavat sähköisten sote-palvelujen suunnittelusta, järjestämisestä, tuottamisesta ja toteuttamisesta (Virtanen ym. 2022). Yhdenvertaista saavutettavuutta voidaan edistää reaaliaikaisella tuella sähköisten palvelujen käyttöön, palvelusisältöjen selkokieliisyydellä, ymmärrettävillä toiminnallisuuksilla sekä tiedottamalla palvelutarjonnasta ja palvelujen hyödyistä. Sähköisten palvelujen turvallisuutta voidaan edistää tuottamalla valtakunnalliset ohjeet eri palvelualueiden tietoturvan ja -suojan arvioimiseen palveluista vastaaville

toimijoille. Käytännön ratkaisu voi olla tarjota esimerkiksi kirjastoissa yksityisiä tiloja sähköisten palvelujen käyttöön. Laatua ja asiakaslähtöisyyttä voidaan edistää tarjoamalla entistä laajemmin mahdollisuutta asioida videoyhteyksin ja kouluttamalla sote-henkilöstöä toimimaan asiakkaiden kanssa sähköisesti. Olisi myös hyvä saada valtakunnalliset, mutta yksiköissä sovellettavat ohjeet sähköisille palveluille soveltuvien tilanteiden ja asiakkaiden tunnistamiseksi, mitä painotettiin myös suosituksissa. Lisäksi on tärkeää turvata kasvokkain lähipalveluihin pääsy niille, joille sähköiset palvelut eivät sovellu. (Virtanen ym. 2022).

Oleennaista on rajata sähköinen asiointi niihin tilanteisiin, joihin se soveltuu. Asiakkaan pitää aina tietää asioiko hän chat-botin tai muun teknologisen sovelluksen vai ihmisen kanssa. Ammattilaiset tarvitsevat riittävän perehdytyksen ja osaamisen ylläpitoa sähköisten palvelujen käyttöön sekä taitoa ymmärtää asiakkaiden käyttövalmiuksia. Haasteita sähköisten palvelujen käyttäjille, olivatpa he sitten asiakkaan tai ammattilaisen roolissa, aiheuttavat sähköisten palvelujen jatkuva muutos ja osaamisen ylläpidon tarve. Sähköisten palvelujen hyvä käytettävyys on tärkeää kaikille. Korostetusti tämä tulee esille haavoittuvassa asemassa olevien kohdalla.

Riittävän tuen ja koulutuksen tarjoaminen on ratkaisevaa, jotta sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja tarvitsevilla olisi mahdollisuus löytää sähköiset palvelut ja käyttää niitä tarkoituksenmukaisesti. Digitukea ja opastusta tarvitaan kaikille niin sosiaali- ja terveydenhuollon asiointiin, kuin myös sähköisen asioinnin tietotekniseen puoleen.

Väestön eriarvoisuuskehitystä on seurattava, sillä palvelujärjestelmän muutos, jossa sähköiset palvelut, väestön ikääntyminen ja kilpailu sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnasta vaikuttavat yhtäaikaisesti, edellyttää onnistuakseen tietoa toimintaympäristöstä. Kokemuksia sähköisistä palveluista on tarpeen selvittää palvelujen käyttäjiltä ja niiden toteuttajilta. Tutkimustietoa tarvitaan laadukkaista, turvallisista ja vaikuttavista palvelujen toteutustavoista. Väestökyselyissä saatujen tietojen keräämistä sähköisen asioinnin osalta on syytä jatkaa.

Tutkimuksen rajoitukset

Väestökyselyihin liittyy vastauskatoa, joka on suurinta nuorten miesten kohdalla. Vastaaajajoukkoa on rekisteripohjaisin painokertoimin korjattu vastaamaan perusjoukkoa (Parikka ym, 2018; Parikka ym, 2020; Kuusio ym. 2020; Borodulin & Sääksjärvi 2019). Haastattelututkimuksissa osa asiakasryhmistä rekrytoitiin sähköisesti, jolloin tulokset eivät välttämättä kuvaa kaikista haavoittuvammassa asemassa olevien esteitä sähköisten palvelujen käytölle. Osa asiakkaiden ja ammattilaisten haastatteluista toteutettiin koronapandemian myötä puhelimitse tai verkossa. Kokonaisuudessaan haastattelut ilman kasvokkaista kohtaamista toimivat riittävän hyvin ja mahdollistivat keskustelun. (Kaihlainen ym. 2021; Virtanen ym. 2021)

Lähteet

- Ahonen, Outi & Kouri, Pirkko & Liljamo, Pia & Granqvist, Henna & Junttila, Kristiina & Kinnunen, Ulla-Mari & Kuurne, Salla & Numminen, Jari & Salanterä, Sanna & Saranto, Kaija (2021): Sairaanhoidon digitaalisten sosiaali- ja terveyspalveluiden strategia. Sairaanhoidajat, raportti. <https://sairaanhoidajat.fi/wp-content/uploads/2021/05/E-health-1.pdf>
- Borodulin, Katja & Sääksjärvi, Katja (eds.) (2019): FinHealth 2017 Study – Methods. (2019). Finnish Institute for Health and Welfare. Report 17/2019. 132 pages. Helsinki, Finland 2019. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-449-3>
- Digipalvelulaki (306/2019): Annettu Helsingissä 15.3.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/smur/2019/20190306>
- Helsper, Ellen Johanna (2012): A Corresponding Fields Model for the Links between Social and Digital Exclusion: A Corresponding Fields Model for Digital Exclusion. *Commun Theory*, 22, 403-426. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2885.2012.01416.x>
- Helsper, Ellen Johanna & Reisdorf, Bianca (2013): A quantitative examination of explanations for reasons for internet nonuse. *Cyberpsychol Behav Soc Netw* 2013 Feb;16(2):94-99 DOI: 10.1089/cyber.2012.0257
- Heponiemi, Tarja & Jormanainen, Vesa & Leemann, Lars & Manderbacka, Kristiina & Aalto, Anna-Mari & Hyppönen, Hannele (2020): Digital Divide in Perceived Benefits of Online Health Care and Social Welfare Services: National Cross-Sectional Survey Study. *J Med Internet Res*, 22(7), e17616. <https://doi.org/10.2196/17616>
- Heponiemi, Tarja & Gluschkoff, Kia & Leemann, Lars & Manderbacka, Kristiina & Aalto, Anna-Mari & Hyppönen, Hannele (2021a): Digital inequality in Finland: Access, skills and attitudes as social impact mediators. *New Media & Society*, 14614448211023007. <https://doi.org/10.1177/14614448211023007>
- Heponiemi, Tarja & Gluschkoff, Kia, Vehko, Tuulikki & Kaihlanen, Anu-Maria, Saranto, Kaija & Nissinen, Sari, Nadav, Janna & Kujala, Sari (2021b). Electronic Health Record Implementations and Insufficient Training Endanger Nurses' Well-being: Cross-sectional Survey Study. *J Med Internet Res* 2021;23(12):e27096. DOI: 10.2196/27096
- Heponiemi, Tarja & Kaihlanen, Anu-Marja & Kouvonen, Anne & Leemann, Lars & Taipale, Sakari & Gluschkoff, Kia (2022): The role of age and digital competence on the use of online health and social care services: A cross-sectional population-based survey. *Digit Health*, 8, 20552076221074485. <https://doi.org/10.1177/20552076221074485>
- Heponiemi, Tarja & Virtanen, Lotta & Kaihlanen, Anu-Maria & Kainiemi, Emma & Koponen, Päivikki & Koskinen, Seppo. (2022): Use and changes in the use of the Internet for obtaining services among older adults during the COVID-19 pandemic: A longitudinal population-based survey study. *New Media & Society*. <https://doi.org/10.1177/14614448221097000>
- Hyppönen, Hannele & Ilmarinen, Katja (2019): Sähköisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tarjonta, palvelujen käyttö ja esteet. Teoksessa Kestilä Laura & Karvonen Sakari (toim.), *Suomalaisten hyvinvointi 2018*. THL <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-256-7>
- Hyppönen, Hannele & Pentala-Nikulainen, Oona & Aalto, Anna-Mari (2018): Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi 2017. Kansalaisten kokemukset ja tarpeet. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 3/2018*, 59 sivua. Helsinki 2018. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-103-4>
- Ilmarinen, Katja & Aalto Anna-Mari & Muuri Anu (2019): Sosiaalipalvelujen saatavuus ja asiakaskokemukset. Teoksessa Kestilä Laura & Karvonen Sakari (toim.), *Suomalaisten hyvinvointi 2018*. THL. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201903016716>
- Jormanainen, Vesa (2021). Miten sähköisiä palveluja halutaan kehittää – kansallinen strategia. *Suomen Lääkärilehti* 76(46)2021:2719–2723. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/miten-sahkoisia-palveluja-halutaan-kehittaa-ndash-kansallinen-strategia/?public=1ffb5b5d3ae-856da64990074ff6a6929> (Luettu 20.5.2022)
- Jormanainen, Vesa & Heponiemi, Tarja & Henriksson, Markus & Jolkkonen, Juha & Kahri Pekka & Kaikkonen, Risto & Kujala, Sari & Lahdensuo, Kaisla & Rotonen, Mikko & Salovaara, Timo & Saranto, Kaija. (2020): Koronaepidemian ja rajoitustoimien vaikutukset palvelujärjestelmään. Teknologiat ja sähköiset palvelut. Teoksessa Kestilä, Laura & Härmä, Vuokko & Rissanen, Pekka

- (Toim.) Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. Asiantuntia-arvio, syksy 2020. Raportti 14/2020. THL, Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-578-0>
- Jormanainen, Vesa & Mattila, Heli & Niemi, Anu & Berg, Päivi & Horto, Arja & Hyrkäs, Heli & Iivonen-Lahti, Marjo & Inkinen, Heli & Kärrnä, Elina & Merivuori, Tiina & Myllymäki, Kati & Mäki, Sanna & Mäkinen, Sari & Rekiaro, Matti & Seppinen, Lotta (2020): Etäasiointi tullut jäädäkseen myös perusterveydenhuoltoon. Teoksessa Kestilä, Laura & Jokela, Merita & Härmä, Vuokko & Rissanen Pekka (Toim.), Covid19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen: Asiantuntija-arvio, kevät 2021. Raportti 3/2021. THL, Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-649-7>
- Kaihlanan, Anu-Marja & Virtanen, Lotta & Buchert, Ulla & Safarov, Nuriar & Valkonen, Paula & Hietapakka, Laura & Hörhammer, Iris & Kujala, Sari & Kouvonen, Anne & Heponiemi, Tarja (2022): Towards digital health equity a qualitative study of the challenges experienced by vulnerable groups in using digital health services in the COVID-19 era. *BMC Health Services Research*, 22(188). <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07584-4>
- Kaihlanan, Anu & Virtanen, Lotta & Valkonen, Paula & Kilpinen, Juuso & Hietapakka, Laura & Buchert, Ulla & Hörhammer, Iris & Isola, Anna-Maria & Laukka, Elina & Kouvonen, Anne & Kujala, Sari & Heponiemi, Tarja (2021): Haavoittuvat ryhmät etäpalvelujen käyttäjinä – kokemuksia COVID-19-epidemian ajalta. Tutkimuksesta tiiviisti 33/2021. Helsinki: THL. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-687-9>
- Kainiemi, Emma & Virtanen, Lotta & Saukkonen, Petra & Kaihlanan, Anu-Marja & Kyytsönen, Maiju & Vehko, Tuulikki & Heponiemi, Tarja (2021): Sosiaali- ja terveyspalveluja käyttäneiden näkemykset sähköisten palvelujen hyödyistä koronapandemian aikana. Tutkimuksesta tiiviisti 63/2021. Helsinki: THL. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-751-7>
- Kainiemi, Emma & Vehko, Tuulikki & Kyytsönen, Maiju & Hörhammer, Iris & Kujala, Sari & Jormanainen, Vesa, Heponiemi, Tarja (2022): The Factors Associated With Nonuse of and Dissatisfaction With the National Patient Portal in Finland in the Era of COVID-19: Population-Based Cross-sectional Survey *JMIR Med Inform* 2022;10(4):e37500. <https://medinform.jmir.org/2022/4/e37500/>
- Kestilä, Laura & Jokela, Merita & Härmä, Vuokko & Rissanen Pekka (Toim.) (2020): Covid19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen: Asiantuntia-arvio, syksy 2020. Raportti 14/2020. THL, Helsinki. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-578-0>
- Kuusio, Hannamaria & Seppänen, Anna & Jokela, Satu & Somersalo, Laura & Lilja Eero (toim.) (2020): Ulkomaalaistaustaisten terveys ja hyvinvointi Suomessa – FinMonik-tutkimus 2018–2019. Raportti 1/2020. Helsinki: THL. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-034-1>
- Kyytsönen, Maiju & Aalto, Anna-Mari & Vehko, Tuulikki (2021a): Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi 2020–2021: Väestön kokemukset. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 7/2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-680-0>
- Kyytsönen, Maiju & Vehko, Tuulikki & Jormanainen, Vesa & Aalto, Anna-Mari & Mölläri, Kaisa (2021b): Terveydenhuollon etäasioinnin trendit vuosien 2013–2020 Avohilmon aineistossa. Tutkimuksesta tiiviisti 13/2021. Helsinki: THL. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-639-8>
- Kyytsönen, Maiju & Piirainen, Minna & Latvanen, Marko & Muuri, Anu & Vehko, Tuulikki (2022a): Sähköinen asiointi sosiaali- ja terveydenhuollossa – ketkä tarvitsevat opastusta ja keille palvelut eivät ole esteettömiä? Tutkimuksesta tiiviisti 5/2022. Helsinki: THL. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-818-7>
- Kyytsönen, Maiju & Ikonen, Jonna & Aalto, Anna-Mari & Vehko Tuulikki (2022b): The self-assessed information security skills of the Finnish population: a regression analysis, *Computers & Security*, 2022, <https://doi.org/10.1016/j.cose.2022.102732>.
- Nadav, Janna & Kaihlanan, Anu-Marja & Kujala, Sari & Laukka, Elina & Hilama, Pirjo & Koivisto, Juha & Keskimäki, Ilmo & Heponiemi, Tarja. (2021): How to implement digital services in a way that they integrate into routine work: Qualitative interview study among health and social care professionals. *Journal of Medical Internet Research*. DOI: 10.2196/31668

- Nordic Council of Ministers (2022): Monitoring digital inclusion in the Nordic-Baltic region. Consortium Digital Europe. Nord 2022:007. <http://dx.doi.org/10.6027/nord2022-007>
- Parikka, Suvi & Koskela, Timo & Ikonen, Jonna & Hedman, Lilli. Aikuisväestön hyvinvointi, terveys ja palvelut – FinSote 2020. (2021). Aikuisten palvelukokemuksissa ja hyvinvoinnissa alueellisia eroja. THL, Tilastoraportti 6/2021. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021052731871>
- Parikka, Suvi & Pentala-Nikulainen, Oona & Koskela, Timo & Kilpeläinen, Heikki & Ikonen, Jonna & Aalto, Anna-Mari & Muuri, Anu & Koskinen, Seppo & Lounamaa, Anne (2018): Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2017–2018. Verkkojulkaisu. THL. thl.fi/finnote
- Pyörälä, Eeva (2021): Potilaan näkökulmia terveydenhuollon digitaalisiin palveluihin. Lääkärilehti 46(76), 2713- 2716a. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/potilaan-nakokulmia-terveydenhuollon-digitaalisiin-palveluihin/?public=4877b7e77d84b25dc2ccbf2bae9b0e33> (Luettu 20.5.2022)
- Rantanen, T & Gluschkoff, Kia & Silvennoinen, P & Heponiemi, Tarja (2021): The association between mental health problems and attitudes towards online health care and social welfare services: Evidence from a Finnish population-based study. *Journal of Medical Internet Research* 23(9):e28066 DOI: 10.2196/28066
- Sainio, Päivi & Parikka, Suvi & Pentala-Nikulainen, Oona & Ahola, Sanna & Aalto, Anna-Mari & Muuri, Anu & Nurmi-Koikkalainen, Päivi & Martelin, Tuija & Koskela, Timo & Koskinen, Seppo (2019): Toimintarajoitteisten ihmisten kokemuksia terveyspalveluista. Sosiaalipalvelujen saatavuus ja asiakaskokemukset. Teoksessa Kestilä Laura, Karvonen Sakari (toim.), *Suomalaisten hyvinvointi 2018*. THL. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201903016716>
- Saranto, Kaija & Kinnunen, Ulla-Mari & Koponen, Samuli & Kyytsönen, Maiju & Hyppönen, Hannele & Vehko, Tuulikki (2020): Sairaanhoidattajien valmiudet tiedonhallintaan sekä kokemukset potilas- ja asiakastietojärjestelmien tuesta työtehtäviin. *Finnish Journal of EHealth and EWelfare*, 12(3), 212–228. <https://doi.org/10.23996/fjhw.95711>
- Saukkonen, Petra & Virtanen, Lotta & Kaihlainen, Anu & Kainiemi, Emma & Koskinen, Seppo & Sainio, Päivi & Koponen, Päivi & Heponiemi, Tarja (2021): Sosiaalisen syrjäytymiselle altistavien tekijöiden yhteys ikääntyneiden sähköiseen asiointiin: Tuloksia COVID-19-epidemian ensimmäisten aaltojen ajoilta. Tutkimuksesta tiiviisti 60/2021. Helsinki: THL. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-747-0>
- Saukkonen, Petra & Kainiemi, Emma & Virtanen, Lotta & Kaihlainen, Anu-Marja & Koskinen, Seppo & Sainio, Päivi & Koponen, Päivi & Kehusmaa, Sari & Heponiemi, Tarja (2022): Non-use of Digital Services Among Older Adults During the Second Wave of COVID-19 Pandemic in Finland: Population-Based Survey Study. In: Gao, Qin, Zhou, Jia. (eds) *Human Aspects of IT for the Aged Population. Design, Interaction and Technology Acceptance. HCI 2022. Lecture Notes in Computer Science*, vol 13330. Springer, Cham. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-031-05581-2_41
- STM & Kuntaliitto (2014): Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena. Sote tieto hyötykäyttöön -strategia 2020. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3548-8>
- STM (2016): Digitalisaatio terveyden ja hyvinvoinnin tukena. Sosiaali- ja terveysministeriön digitalisaatiolinjaukset 2025. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2016:5. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3782-6>
- THL (2020): Etäasioinnin kirjaaminen ja luokitukset terveydenhuollossa. THL, Ohje 2/2020. Julkaistu 21.12.2020. (Luettu 28.7.2022)
- Traficom (2021): Ohjeet ja oppaat. Tietoturvaohjeita yksityishenkilöille, yrityksille ja tietoturva-ammattilaisille. Liikenne- ja viestintävirasto. Kyberturvallisuuskeskus. <https://www.kyberturvallisuuskeskus.fi/fi/ohjeet> (Luettu 28.7.2022)
- Vehko, Tuulikki & Kyytsönen, Maiju & Jormanainen, Vesa & Hautala, Sanna & Saranto, Kaija & Vänskä, Jukka & Keränen, Nina & Reponen, Jarmo (2021): Kanta-palvelut terveydenhuollossa ja sosiaalihuollossa sekä väestön Omakannan käyttö. THL, Tutkimuksesta tiiviisti 67/2021. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-766-1>

- Vehko, Tuulikki & Kyytsönen, Maiju & Ikonen, Jonna & Koskela, Timo & Kainiemi, Emma & Parikka, Suvi (2022): Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisten vastaanottopalveluiden käyttö kaupunki-maaseutu-alueuokituksen mukaan Suomessa. *Finnish Journal of EHealth and EWelfare* 14(3), 309–325. <https://doi.org/10.23996/fjhw.114017>
- Vehko, Tuulikki & Lilja, Eero & Parikka, Suvi & Aalto, Anna-Mari & Kuusio, Hannamaria. (2020): Vahvan tunnistautumisen käyttömahdollisuus digitaalisiin palveluihin ei ole itsestäänselvyys kaikissa väestöryhmissä Suomessa. *Finnish Journal of EHealth and EWelfare*, 12(3), 187–197. <https://doi.org/10.23996/fjhw.91512>
- Virtanen, Lotta & Kaihlanen, Anu-Marja & Isola, Anna-Maria & Laukka, Elina & Hepo-niemi, Tarja (2021): Mielenterveyskuntoutujien kokemuksia etäpalveluiden hyödyistä COVID-19-aikakaudella: Laadullinen kuvaileva tutkimus. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2021;58(3):266–283. <https://doi.org/10.23990/sa.107405>
- Virtanen, Lotta & Kaihlanen, Anu-Marja & Kouvonon, Anne & Safarov, Nuriar & Laukka, Elina & Valkonen, Paula & Hepo-niemi, Tarja. (2022): Hyvinvointiyhteiskunnan digitaaliset palvelut yhdenvertaisiksi — 9 kriittistä toimenpidettä haavoittuvassa asemassa olevien huomioimiseksi. Päätösten tueksi 1/2022. Helsinki: THL. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-811-8>

IV

Palvelujärjestelmän sosiaalinen ja taloudellinen kestävyys

14

Viimesijainen turva muutoksessa

Perustoimeentulotuki siirrettiin Kelan järjestämisvastuulle vuonna 2017. Tämä muutti merkittävästi viimesijaista turvaa, kun vastuu sen toteuttamisesta jakautui kahdelle organisaatiolle, Kelaan ja kuntaan. Uudistuksen valmistelussa siirtoa kuvattiin pääasiassa hallinnollisena muutoksena. Uudistuksen edetessä toteutukseen, vastuun jakautuminen kahdelle eri taholle tuotti ongelmia viimesijaista turvaa tarvitseville. Ongelmia esiintyi siinä määrin, että toimeentulotuen kokonaisuudistus nousi maininnaksi Antti Rinteen, sittemmin Sanna Marinin hallitusohjelmaan. Luvussa tarkastelemme toimeentulotukiudistusta politiikkaprosessina tulkitsevan politiikka-analyysin keinoin.

Jo vuosikymmeniä esillä ollut ajatus toimeentulotuen siirrosta kunnista Kelaan muuttui politiikkatoimeksi vuonna 2017. Perustoimeentulotuen siirtoa valmisteltiin hallintouudistuksena vailla soraääniä, uudistusta ei juuri vastustettu kunnissa tai Kelassa (Näätänen 2020). Muutos oli kuitenkin merkittävä, eikä reformi lopulta toteutunut kaikkia tyydyttävällä tavalla.

Viimesijaisella turvalla tarkoitamme Kelan perustoimeentulotuesta, kunnan täydentävästä ja ehkäisevästä toimeentulotuesta sekä sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista muodostuvaa kokonaisuutta. Tämän kokonaisuuden pitäisi toimia yksilöllisenä turvaverkkona silloin, kun ensisijaiset sosiaaliturvaetuudet ja palvelut ovat riittämättömiä. Termillä korostamme taloudellisen tuen ja palvelujen ko-

konaisuutta, joka ei selkeästi asetu hallinnon määrittelyihin tai organisaatioiden rajoihin. Siitä riippumatta, miten viimesijainen turva on organisoitu, tulisi sen toteutuksessa huomioida yksilölliset tarpeet ja elämäntilanteet.

Etuuksissa viimesijaisuus tarkoittaa sitä, että syyperusteisiin ja ensisijaisiin sosiaaliturvaetuksiin ei ole oikeutta, niitä ei ole haettu, vielä myönnetty tai ne ovat jostain syystä riittämättömiä eikä ihminen saa riittävää toimeentuloa ansiotyöstä tai varallisuutta realisoimalla. Palveluissa viimesijaisuus näkyy erityisesti sosiaalityössä, jossa ihmisen elämäntilannetta tarkastellaan kokonaisvaltaisesti ja kartoitetaan palvelutarpeita itsenäisen selviytymisen edistämiseksi. Sosiaalityöstä myös autetaan asiakasta muihin palveluihin. Viimesijaisen turvan saajilla tarkoitamme sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaita ja toimeentulotuen saajia. Heillä on taloudellisten vaikeuksien lisäksi usein fyysisiä, psyykkisiä tai sosiaalisia vaikeuksia (Hannikainen-Ingman ym. 2013), ja monilla tähän ryhmään lukeutuvista on runsaasti kokemusta julkisten palvelujen käytöstä (ks. Saari 2015, 168–169).

Viimesijaisuus ei viittaa vain ensisijaisen turvaverkon puutteisiin. Viimesijaisuus elää myös toimeentulotuen politiikkatoimissa: Toimeentulotuki on kehittynyt pikemmin reaktionä ensisijaisten ja syyperusteisten sosiaaliturvaetuuksien muutoksiin kuin pyrkimyksistä parantaa viimesijaisen turvan saajien asemaa (ks. Saari & Behm 2017).

Luvussa analysoimme viimesijaisen turvan uudistamista ja uudistuksen toteutumista osana politiikkaprosessia tulkitsevan politiikka-analyysin keinoin. Toimeentulotuki uudistuksesta on kirjoitettu perinteisen politiikka-analyysin kehyksessä, jossa usein selitetään päätöksentekoa ja sen perusteita (ks. Varjonen 2020a; Varjonen 2020b). Tulkitsevassa politiikka-analyysissä painottuvat vahvemmin politiikkatoimen seuraukset, muutokset toimeenpanon käytännöissä ja niiden mahdolliset seuraukset päätöksenteon kohteille. Viimesijaisen turvan käytännöt muodostuvat kuntien ja Kelan yhteistyössä, mikä määrittää turvan toteutumisen sitä tarvitseville.

Tulkitsevassa politiikka-analyysissä kuvaamme asiakirja-aineistoa analysoimalla uudistuksen lähtökohtia ja sen yksituumaista edistämistä alkuvaiheessa. Uudistuksesta päätettiin Kataisen hallituksen aikana, se toimeenpantiin Sipilän hallituskaudella ja toimeentulotuen kokonaisuudistus nousi osaksi Antti Rinteen, sittemmin Sanna Marinin hallitusohjelmaa (Neuvottelutulos hallitusohjelmasta 2019). Tehtyjen päätösten toteutusta ja seurauksia tarkastelemme vuosina 2016, 2017 ja 2021 kuntien sosiaalitoimesta kerätyillä kyselyaineistoilla. Aineiston analyysissä keskitymme Kelan ja kuntien yhteistyöhön, johon viimesijaisen turvan toteutus nojaa (Blomgren ym. 2020). Analyysin perusteella vastaamme seuraaviin kysymyksiin: Minkälaisia viimesijaisen turvan ongelmia uudistuksessa ennakoitiin, miten niihin varauduttiin ja realisoituivatko ennakoidut ongelmat?

Toimeentulotuen uudistaminen politiikkaprosessina

Yleensä politiikkaprosessi kuvataan vaiheina, joista analyttisesti erotetaan ongelman määrittely, ratkaisuvaihtoehtojen pohdinta, lähestymistavan valinta, toimeenpano ja politiikan tai tavoitteen arviointi (ks. Sihto 2015). Eri vaiheet ovat sidoksissa toisiinsa, esimerkiksi ongelman määrittely rajoittaa ratkaisuvaihtoehtoja. Tulkitsevan politiikka-analyysin huomio kiinnittyy politiikkaprosessissa esiintyviin yhteiskunnallisiin käytäntöihin ja toisiaan seuraaviin tilanteisiin. **Käytännöillä** tarkoitetaan suhteellisen vakiintuneita toimintatapoja. Näitä toimintatapoja leimaavat toistuvuus, rutiinit ja jaetut käsitykset menettelytavoista. **Tilanne** on puolestaan vakiintumaton, yllätyksellinen ja siten ennustamaton tapahtumakulku, joka saattaa synnyttää merkityskamppailuja, jotka lopulta päätyvät muuttamaan käytäntöjä. (Häikiö & Leino 2014.)

Politisoitumisella tarkoitetaan tulkitsevassa politiikka-analyysissa jonkin asian muuttumista kiistanalaiseksi, jännitteitä sisältäväksi ja hallinnointia kaipaavaksi kysymykseksi (ks. Häikiö & Leino 2014). Politiikkaprosessi avautuu, kun ilmiö tai asia politisoituu (tässä luvussa viimesijainen turva), kun sitä lähestytään ja siitä keskustellaan uudella tavalla. Tulkitsemme perustoimeentulotuen siirron Kelaan tai oikeastaan sitä seuranneen hallitusohjelmakirjauksen osoituksena politiikkaprosessin avautumisesta. Prosessi sulkeutuu asteittain, kun ongelmaan löydetään ratkaisu. Ratkaisun edellyttämä yhteisymmärrys saavutetaan useimmiten vaiheittain, tiedollisen ja poliittisen sulkeuman myötä. Tiedollisella sulkeumalla tarkoitetaan, että ilmiön kannalta kaikki merkitykselliset tekijät kyetään ottamaan huomioon asiasta päätettäessä. Poliittinen sulkeuma toteutuu, kun käytössä on yleisesti hyväksytty järjestelmä, jota vakiintuneet toimintatavat tukevat. (Häikiö & Leino 2014.)

Paikannamme viimesijaisen turvan uudistamisen osaksi politiikkaprosessien ketjua, jossa vuosikymmenten aikana avautumiset ja sulkeumat vuorottelevat. Toimeentulotuen siirto Kelaan (tai kansallisen toimijan vastuulle) on ollut esillä miltei sosiaalihuoltolain synnystä, 1980-luvun puolivälistä, lähtien. Siirtoa kokeiltiin monissa kunnissa erilaisin sovelluksin 1990-luvulla. Toimeentulotukiasiakkaiden määrän kasvu ja kustannusten nousu hiljensivät keskustelun niin sanotusta Kela-siirrosta tuolloin. Keskustelu virisi uudestaan kymmenisen vuotta myöhemmin Vanhasen toisen hallituksen käynnistämän sosiaaliturvaa uudistavan Sata-komitean työskentelyssä. (Kangas ym. 2011.)

Kataisen hallituksessa uudistukseen kannusti kuntarakenteen kehittäminen. Havaittu epätasapaino kuntien tehtävien ja resurssien välillä 2010-luvun alussa johti kuntien tehtävien yksityiskohtaiseen läpikäyntiin ja sittemmin tehtävien karsintaan. Karsintaa edelsivät ministeriökohtaiset toimintaohjelmat vuonna 2013, jolloin toimeentulotuen siirto Kelaan oli jo esillä (Varjonen 2020b). Siirtoa arvioitiin myös sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asettamassa työryhmässä (ks. liite 14.1). Työryhmä sai tehtävänsä valmiiksi vuonna 2014, parisen viikkoa ennen kuin toi-

meentulotuki osana rakennepoliittista ohjelmaa ja julkisen talouden suunnitelmaa päätettiin siirtää Kelaan (Valtioneuvoston selonteko 2014, 25).

Toimeentulotuki uudistusta puolsi se, että monissa kasvukeskuksissa toimeentulotukihakemusten käsittelystä vastasivat etuuskäsittelijät. Kuntien etuuskäsittelyn tulkittiin katkaisseen sosiaalityön ja taloudellisen tuen välisen kytköksen, joka aikaisemmin oli ollut peruste säilyttää toimeentulotuki kunnissa. (Varjonen 2020b.) Tällöin toimeentulotuen siirto Kelaan kuvattiin toimeentulotuen hallinnollisen järjestämisen muutoksena. Uudistuksen lainsäädäntö saatiin valmiiksi vajaa pari kuukautta ennen siirron toteutumista Juha Sipilän hallituskaudella. Tulkitsemme uudistuksessa esiintyneiden ongelmien edistäneen uuden politiikka-prosessin avautumista (Korpela ym. 2020).

Etuuksien ja palvelujen yhdistelmä

Toimeentulotuki on kotitalouskohtainen ja tarveharkintainen taloudellinen tuki, joka periaatteessa haetaan kuukausittain. Erityisesti pitkään niukkuutta kokeneet henkilöt saattavat joutua turvautumaan säännöllisesti ja pitkäaikaisesti tähän tilapäiseksi tarkoitettuun tukeen (Ilmakunnas & Moisio 2019; Kuivalainen 2013, 215–222). Ennen perustoimeentulotuen siirtoa Kelaan sen myöntämisestä vastasivat kunnat, kuntayhtymät tai yhteistoiminta-alueet, kukin omalla tavallaan (Blomgren ym. 2016a). Uudistuksen myötä perustoimeentulotuen myöntämisessä käytetään yhtä valtakunnallista Kelan ohjeistusta. Sen sijaan kuntien järjestämissä sosiaalityön palveluissa on edelleen vaihtelua, kuten myös Kelan toimihenkilöiden tavoissa ohjata asiakkaita kunnan palveluihin (Blomgren ym. 2020).

Viimesijainen turva koostuu toimeentulotuki uudistuksen jälkeen Kelan perustoimeentulotuesta, kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista sekä täydentävästä ja ehkäisevästä toimeentulotuesta. Tämän kokonaisuuden pitäisi toimia turvana silloin, kun ihminen tarvitsee itsenäiseen selviytymiseen enemmän tukea kuin ensisijaiset etuudet ja palvelut tarjoavat. Viimesijaisen turvan toteutumista uudistuksen jälkeen määrittää Kelan ja kuntien yhteistyön onnistuminen. Kaikki perustoimeentulotuen saajat eivät kuitenkaan tarvitse sosiaalihuollon palveluita: perustoimeentulotukea saatetaan tarvita tilapäisesti tai varaton kotitalous voi joutua turvautumaan toimeentulotukeen korkeiden asumiskustannustensa vuoksi. Uudistus on palvellut hyvin heitä, joille perustoimeentulotuki on lähinnä toimeentuloturvan täydentäjä. He saavat kaiken taloudellisen tuen nykyisin yhdestä organisaatiosta. (Saikkonen & Ylikännö 2020.)

Tarkastelemme viimesijaisen turvan toteutumista Kelan ja kuntien yhteistyönä. Varsinkin alkuvaiheessa toimeentulotuen siirto Kelaan aiheutti osalle asiakkaista merkittäviä hankaluuksia, ja uudistuksen ongelmat näkyivät kunnissa. Näitä vaikeuksia selvitettiin sosiaalityössä (Blomgren ym. 2020) ja eduskunnan oikeusasiamiehen kansliassa (Jackson & Saikkonen 2020). Sosiaalityöntekijöiden

ja -ohjaajien näkemykset ovat kiinnostavia myös sosiaalityön ja taloudellisen tuen välisen jännitteen takia (ks. Toikko 2012, 40–41). Taloudellisen tuen kytkös sosiaalityöhön on ollut esillä aikaisemmissa toimeentulotuen siirtämistä koskevissa keskusteluissa ja yleisemmin pohdittaessa taloudellisen tuen roolia sosiaalityössä (Kangas ym. 2011; Nummela 2011; Turkia 2021). Ennen uudistusta tehdyissä kyselyissä sosiaalityöntekijöiden enemmistö kannatti toimeentulotuen maksamisen siirtämistä Kelaan (Näätänen 2020).

Aineistot ja menetelmät

Tulkitsevan politiikka-analyysin ideaa seuraten jäljitämme kansallisia valmisteluasiakirjoja analysoimalla tapahtumakulkuja, joilla voi olla merkitystä viimesijaisen turvan käytännöille. Näiden rinnalla tarkastelemme uudistuksen toteutuksen seurauksia kuntien sosiaalityössä (ks. liite 14.1). Tuomme esille, miten uudistuksen mahdollisia ongelmia eri hallinnon tasoilla ennakoitiin. Käytetyt aineistot on kuvattu taulukossa 14.1. Empiirinen analyysimme kohdentuu siihen, miten viimeista turvaa tai sen käytäntöjä kuvattiin aineistoissa.

Taulukko 14.1. Analyysissa hyödynnetyt aineistot

	Aineistot	Aineiston kuvaus
Viimesijaisen turvan ongelmien ennakointi uudistuksen valmistelussa ja niihin varautuminen	Eduskuntakäsittelyn asiakirjat: HE 358/2014 + valiokuntamietintö + Eduskunnan vastaus 374/2014 vp HE 217/2016 + valiokuntamietintö STM:n hallinnolliset raportit (3) toimeentulotuen uudistamisesta, (ks. liite 14.1)	Hallituksen esitykset osittain (ks. liite 14.1), niitä koskevat valiokuntamietinnöt (pl. yksityiskohtaiset perustelut) Hallinnolliset raportit vain niiltä osin kuin niissä on käsitelty Kelan ja kuntien välistä yhteistyötä (ks. liite 14.1)
	Kysely sosiaalityöntekijöille ja sosiaalihojajille vuonna 2016 [1]	2016, n = 447*, vastaajina Manner-Suomen sosiaalityöntekijät ja -ohjaajat
Ongelmien realisoituminen	Kyselyt sosiaalityöntekijöille ja sosiaalihojajille vuosina 2017 ja 2021 [2]	2017, n = 369*, vastaajina Manner-Suomen sosiaalityöntekijät ja -ohjaajat 2021, n = 392*, vastaajina Manner-Suomen sosiaalityöntekijät ja -ohjaajat

[1] Aineiston tarkempi kuvaus ks. Blomgren ym. 2016b

[2] Aineiston tarkemmat kuvaukset ks. Blomgren & Saikkonen 2018b ja Kivipelto ym. 2021

* Vastausprosenttia emme pysty laskemaan, sillä perusjoukon koosta ei ole tietoa.

Keskityimme Kelan ja kuntien yhteistyöhön, joten haimme asiakirja-aineistosta ensin ne kohdat, jotka kuvasivat yhteistyön sääntelyä, viimesijaisen turvan toteuttamista kuten asiakkaiden ohjausta (tai ohjautumista) näiden kahden tahon välillä tai käytäntöjä. Pois aineistoista jätimme esimerkiksi valtion rahoitusvastuita, työntekijöiden lainsäädännöllistä asemaa tai kustannusvaikutuksia koskevat osuudet. Asiakirja-aineistojen analyysi oli aineistolähtöinen. Analyysilla kuvataan asetettuja tavoitteita ja keskeisimmin esillä olleita teemoja, mutta se ei juuri kerro viimesijaisen turvan toteutumisesta, mitä tarkastelimme kyselyaineistolla.

Kyselyihin vastasivat kuntien sosiaalityöntekijät ja -ohjaajat vuosina 2016, 2017 ja 2021 (ks. taulukko 14.1). Marraskuussa 2016 kysyttiin kuntien valmistautumisesta toimeentulotuki uudistukseen ja arvioita siitä, miten uudistus näkyisi sosiaalitoimessa. Vuosien 2017 ja 2021 kyselyissä kartoitettiin sosiaalialan ammattilaisten näkemyksiä viimesijaisen turvan toteutuksen sujumisesta. Kyselyt tehtiin sähköisinä Webropol-kyselyinä, joissa oli sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Kyselyt lähetettiin vastaajille kuntien kirjaamojen ja sosiaalityön esihenkilöiden välityksellä.

Analysoimme kyselyjen strukturoituja ja avoimia kysymyksiä, jotka kertovat Kelan ja kunnan yhteistyöstä. Vuonna 2016 tiedusteltiin vastaajien näkemyksiä Kelan ja kuntien yhteistyöstä kysymyksillä, jotka koskivat arvioita asiakkaiden saamista palveluista uudistuksen jälkeen. Varautumista Kelan ja kunnan palveluja tarvitsevien asiakkaiden auttamiseen tarkasteltiin analysoimalla kysymyksiä, joissa käsiteltiin sosiaalitoimen työntekijöiden ja eri asiakasryhmien huomioimista uudistuksessa. Kelan ja kunnan yhteistyön sujumista uudistuksen edetessä tutkimme analysoimalla vuosien 2017 ja 2021 kyselyistä ammattilaisten näkemyksiä sosiaalihuollon asiantuntemuksen huomioimisesta Kelan päätöksenteossa sekä arvioita Kelan osaamisesta ohjata ihmisiä tarpeen mukaan sosiaalitoimen avun piiriin. Näitä asioita oli kysytty samantyyppisillä, joskaan ei täysin identtisillä kysymyksillä molempina vuosina. Strukturoiduista kysymyksistä esitämme suorat jakaumat sekä vertaamme eri vuosien vastauksia toisiinsa. Avokysymysten vastauksia analysoimme sisällönanalyysin keinoin.

Hallintouudistuksesta käytännön ongelmiin

Aloitamme tulkitsevan politiikka-analyysin asiakirja-aineiston analyysilla ja kuvaamme viimesijaisen turvan politisoitumisen ja sen myötä avautuvan politiikka-prosessin. Kyselyaineistoilla havainnollistamme viimesijaisen turvan käytäntöjä ja sitä, miten tehdyillä päätöksillä oli viimesijaisen turvan toteutumiseen vaikutuksia, jotka edistivät uudistuksen politisoitumista.

Tavoitteena hallintouudistus

Vaikka toimeentulokiuudistuksen pontimina olikin kuntien tehtävien karsiminen, ei viimesijaisen turvan saajia tyystin unohdettu valmistelussa. Hallituksen ensimmäinen esitys (358/2014, 1–4, 13, 23–26) arvioi uudistuksen vapauttavan sosiaalityön resursseja asiakastyöhön kunnissa, kun ”suuri osa toimeentulokityötä” siirtyisi Kelaan. Arvioon ei vaikuttanut, että erityisesti suuremmissa kunnissa toimeentulotuki oli etääntynyt jo siinä määrin sosiaalityöstä, ettei yhteys sosiaalityöhön ollut enää peruste säilyttää toimeentulotukea kunnassa (s.14). Nykytilaa (s. 12–14) arvioidessaan hallituksen esitys totesi yksilöllisen tilanteen arvioinnin olennaiseksi tuen tarkoituksenmukaisessa kohdentumisessa. Etuuksien ja toimeentulotuen myöntämisessä nähtiin päällekkäistä hallinnollista työtä sekä epätarkoituksenmukaista resurssien käyttöä, mistä **asiakkaille** seurasi kahdessa eri viranomaisessa asiointia ja ”palvelujen käytön epätarkoituksenmukaista tilannetta” (s. 13).

Esityksen tavoitteissa todetaan ensin, että tarkoitus ei ole muuttaa toimeentulotuen luonnetta erityisenä tarveharkintaisena ja viimesijaisena tukena (s. 15). Sitten uudistuksen tavoitteeksi mainitaan kuntien ja Kelan yhteistyön tehostaminen, kansalaisten yhdenvertaisuuden parantaminen ja asiakkaiden asiointin helpottaminen siten, että elämisen peruskulut voitaisiin huomioida mahdollisimman paljon yhdessä viranomaisessa (s. 16). Tästä syystä jokainen asioi aina ensin Kelassa, mistä tarvittaessa ohjataan kuntaan. Kuntaan asiakas ohjataan, kun vaaditaan arviota siitä, mitä tukea ihmisarvoisen elämän turvaaminen edellyttää.

Arvioidessaan vaikutuksia asiakkaan asemaan (s. 21), uudistuksen ansioida hallituksen esitys mainitsi asiointin yksinkertaistamisen ja helpottamisen, toimeentulotuen hakemiseen liittyvän leimautumisen vähenemisen ja tietoisuuden lisääntymisen toimeentulotuesta, kun Kela kertoisi mahdollisesta oikeudesta toimeentulotukeen muita etuuksia haettaessa. Kansalaisten yhdenvertaisuuden todettiin paranevan toimeentulotukilain soveltamisen osalta. Asiakkaiden asema uudistuksessa herätti kuitenkin huolta lausuntokierroksella: kirjallisen etuuskäsittelyn lisääntymisen ja sen myötä kasvokkaisten kohtaamisten vähenemisen pelättiin entisestään lisäävän toimeentulotuen hakijoiden syrjäytymistä (s. 29).

Siinä missä hallituksen esitys kuvasi uudistusta hallinnolliseksi, vailla vaikutusta toimeentulotuen sisältöön, tulkitsi sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus merkittäväksi. Valiokuntamietintö (StVM 54/2014) korosti yhdenvertaisuuden vahvistumista syynä kannattaa esitystä. Esityksen heikkouksina valiokunta mainitsi täydentävän toimeentulotuen käsittelyaikaisten pidentymisen sekä lähipalvelujen ja kasvokkaisten asiointimahdollisuuksien vähenemisen. Valiokuntamietintö korostikin kuntien ja Kelan yhteistyön merkitystä asiakkaiden saamalle palvelulle. Se näki riskinä sosiaalityön erkaantumisen perustoimeentulotuen myöntämisestä siten, että kaikkein heikoimmassa asemassa olevien tarpeet ohitettaisiin. Eriksen mietintö mainitsi sosiaalityön roolin ja toiveen panostuksista asiakkaiden

ohjaamiseen Kelasta kuntiin. Tärkeänä nähtiin Kelan työntekijöiden koulutuksen lisääminen tai vaihtoehtoisesti sosiaaliohjaajien palkkaaminen Kelaan. Lisäksi painotettiin Kelan ja kuntien välisten yhteistyö- ja tietorakenteiden vahvistamista edellytyksenä sille, että erityisesti heikossa asemassa olevat asiakkaat saisivat varmasti tarvitsemansa palvelut. Mietintö totesi, että ”Ennen lain voimaantuloa on välttämätöntä olla valmiina toimintamalli, jolla asiakkaan saumaton ja kokonaisvaltainen palvelu Kelan ja kuntien välisellä yhteistyöllä hoidetaan (s. 5).”

Hallituksen jälkimmäinen esitys (217/2016) täydensi aiempaa lainsäädäntöä ja tarkensi toimeentulotuen haku- ja viranomaisprosesseja toimivallan jakaantuessa Kelan ja kuntien kesken. Asiakkaalle ongelmalliseksi oli havaittu se, että Kela voisi siirtää kuntaan täydentävän toimeentulotuen hakemuksena perustoimeentulotuen päätöksillä osittain tai kokonaan hylättyjä menoja, joihin asiakas oli tarkoittanut hakea toimeentulotukea ainoastaan Kelasta. Ongelman korjaamisella haluttiin parantaa ”toimeentulotuen hakijan itsemääräämisoikeutta ja valinnanvapautta (s.5)”. Kun asiakas itse pyytäisi erikseen toimeentulotukihakemuksen siirtämistä kuntaan, ei olisi vaaraa hakemuksen automaattisesta siirtymisestä (s. 5). Tämäkin esitys mainitsi tiiviini yhteistyön merkityksen kuntien ja Kelan välillä silloin, kun ihminen tarvitsee sosiaalihuollon palveluita tai toimeentulotuen alentamiseen voisi olla perusteita.

Asiakkaan asemaa jälkimmäinen esitys (HE 217/2016) paransi antamalla kunnalle oikeuden poikkeustilanteissa myöntää toimeentulotukea ilman päättämistä perustoimeentulotuesta (erityisesti kiireellinen tuki Kelan aukioloaikojen ulkopuolella). Edelleen mainittiin uudistuksen vapauttavan resursseja sosiaalityöhön, jolloin voitaisiin kehittää uudenlaisia keinoja asiakkaiden tavoittamiseksi ja tukemiseksi (s. 6). Sosiaali- ja terveysvaliokunnan mietinnössä (StVM 33/2016) pahoiteltiin, että lainsäädäntö valmistui hyvin lähellä hetkeä, jolloin valiokunnan aikaisemmin toivoman toimintamallin olisi pitänyt jo olla olemassa. Asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja valinnanvapautta valiokunta piti hyvänä, mutta korosti asiakkaiden aktiivisen neuvonnan ja opastuksen merkitystä oikeuksien toteutumisessa.

Tuloksena vaatimus kokonaisuudistuksesta

Toimeentulotuki uudistusta käsiteltiin kahden vaalikauden aikana eduskunnassa (ks. liite 14.1). Eduskunta totesi toimeentulotuen kokonaisuudistuksen tarpeen jo käsitellessään ensimmäistä hallituksen esitystä (EV 374/2014). Kokonaisuudistuksen tarvetta alleviivasi myös STM:n asettama toimeentulotuen uudistamista pohjittanut työryhmä (2015, 7). Se totesi sosiaalityön ja perustoimeentulotuen yhteen nivomisen olennaiseksi asiakkaiden aseman turvaamisessa ja kaikkein heikoimassa asemassa olevien tarpeisiin vastaamisessa. Tästä huolimatta vuoden 2017 uudistus valmisteltiin pitkälti hallinnollisista lähtökohdista.

Juha Sipilän hallituskaudella STM perusti oikeudellisen asiantuntijaryhmän, jonka toimikausi oli joulukuusta 2018 joulukuuhun 2019 (ks. Rahkonen & Liukonen 2020). Asiantuntijaryhmä huomautti ”lainsäädännön ja toimeenpanon haasteiden kohdistuvan erityisesti niihin tilanteisiin, joissa edellytetään Kelan perustoimeentulotuen, kuntien täydentävän toimeentulotuen sekä sosiaalityön yhteistyötä” (s. 6). ”Toimeentulotukikäytäntöä” kuvatessaan työryhmä raportoi siitä, miten yhteistyötä Kelan ja kuntien välillä on kehitetty (s. 19–21). Raportissa lisättiin selvitystarpeita, mutta ei tehty varsinaisia ehdotuksia viimesijaisen turvan parantamiseksi.

Uudistuksen käytännön toteutuksen ongelmista uutisoitiin vuoden 2017 alkupuolella. Tällä on saattanut olla vaikutusta siihen, että Antti Rinteen, sittemmin Sanna Marinin hallitusohjelmaan (neuvottelutulos hallitusohjelmasta 2019) tulivat kirjaukset toimeentulotuen kokonaisuudistuksesta (s. 158) sekä maininta toimeentulotuen uudistamisesta osana sosiaaliturvauudistusta. Toukokuussa 2020 oikeudellisen työryhmän työtä jatkettiin STM:n nimittämässä **toimeentulotukilain** uudistamista valmisteleivassa työryhmässä. Työryhmän loppumietinnössä viimesijainen turva Kelan ja kunnan yhteistyönä on oikeudellisen asiantuntijaryhmän raporttia vahvemmin esillä. Jo tiivistelmässä painotetaan halua parantaa haavoittuvimmassa asemassa olevien asiakkaiden tarpeisiin vastaamista. Muistio nojaa oikeudellisen työryhmän työhön, mutta mietinnössä on myös paljon pohdittu sitä, miten toimeentulotuki toteuttaa perustuslain 19 § ensimmäistä momenttia. Työryhmän tekemien ehdotusten tavoitteena on parantaa asiakkaan asemaa (s.72).

STM:n asettamien työryhmien raportit kertovat toimeentulotuen rakenteesta ja lainsäädännöstä. Viimesijaisen turvan käytäntöjä ei juuri esitellä. Tämä olisikin vaikeaa, sillä käytännöissä on alueellisia eroja, jotka syntyvät siitä, miten toimeentulotuen hakijan on mahdollista saavuttaa Kelan palvelupiste tai pääsy sosiaalitoimeen, jossa tarvittaessa autetaan perustoimeentulotuen hakemisessa (ks. Blomgren ym. 2020). Kaiken kaikkiaan toimeentulotuen politisoitumiseen vastattiin pitkälti oikeustieteellisellä tiedolla.

Uudistukseen varautuminen sosiaalityössä

Yhteistyön tärkeys oli tiedossa kuntien sosiaalitoimessa ja Kelassa ennen uudistuksen voimaantuloa. Kelassa etsittiin ratkaisua mm. siihen, miten asiakkaiden palvelutarpeet tunnistetaan ja yhteistyö kuntien kanssa saadaan sujumaan. Yhteistyötä pohjustettiin uudistuksesta kertovissa yhteistyötilaisuuksissa sosiaalialan ammattilaisille. (Kela 2017.) Lisäksi Kela osallistui PRO SOS -hankkeeseen, jossa kehitettiin mallia Kelan ja kuntien yhteistyöhön (Zechner & Paavola 2020). Kaikesta tästä huolimatta moni sosiaalihuollon ammattilainen koki vielä vuoden 2016 loppupuolella, että heillä ei ollut riittävästi tietoa toimeentulotukiudistuksen toteutumisesta tai sen vaikutuksista sosiaalityöhön (Blomgren ym. 2016b).

Vuoden 2016 kyselyssä 41 prosenttia sosiaalityöntekijöistä ja -ohjaajista vastasi, että ei ollut saanut riittävästi tietoa uudistuksesta. Puolet (52 %) oli sitä mieltä, että koulutusta muutoksista ei ollut tarjottu riittävästi. Avovastauksissa kuvattiin riittämättömien tietojen vaikeuttavan työtä, eikä asiakkaille osattu kertoa tulevista muutoksista. Kelan järjestämät tiedotustilaisuudet eivät olleet tavoittaneet kaikkia tai ne eivät olleet vastanneet riittävästi siihen, miten asiakaskohtainen yhteistyö toteutuisi Kelan kanssa. Avovastauksissa valiteltiin sitä, että käytännön sosiaalityötä ja sosiaaliohjausta tekeviä ammattilaisia ei ollut otettu riittävästi mukaan uudistuksen toteutuksen suunnitteluun.

Sosiaalityöntekijät ja -ohjaajat odottivat, että Kela hoitaisi taloudellisen tuen myöntämisen tehokkaasti ja yhdenmukaisesti. Yli puolet (58 %) vastaajista uskoi, että suurelle osalle toimeentulotuen asiakkaista on etua siitä, että Kela vastaa perustoimeentulotuesta. Samaan aikaan suurin osa (79 %) vastaajista oli huolissaan siitä, osaavatko asiakkaat hakea toimeentulotukea uudessa tilanteessa sekä siitä, miten asiakkaat pääsevät jatkossa sosiaalityön ja -ohjauksen palveluihin (76 %). Avovastauksissa vastaajat esittivät huolta sosiaalialan asiantuntemuksen puutteesta perustoimeentulotuen käsittelyssä ja sen myötä asiakkaiden vaikeuksien kärjistyisestä, kun niihin päästäisiin puuttumaan aiempaa myöhemmin.

Vastaajat eivät kyseenalaistaneet uudistusta, vaan perustoimeentulotuen maksaminen siirrettiin ilmeisen mielellään Kelan tehtäväksi. Huolta aiheutti se, miten ihmiset pääsevät tarvitsemiinsa palveluihin silloin, kun taloudellinen tuki ei yksin riitä. Sosiaalialan ammattilaiset luottivat siihen, että Kela hoitaa perustoimeentulotuen käsittelyn ja maksamisen, mutta sosiaalihuollon osaamisen taso Kelassa huoletti.

Uudistuksen seuraukset realisoituvat viimesijaisessa turvassa

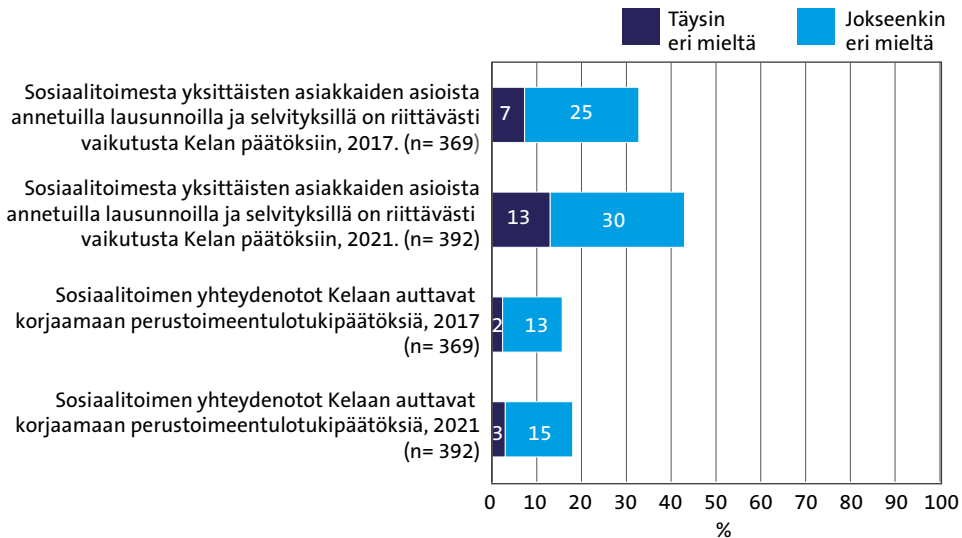
Sosiaalityöntekijöiden ja -ohjaajien vuoden 2016 kyselyssä ilmaisemat huolet palvelujen ja toimeentulotuen tarkoituksenmukaisesta kohdentumisesta asiakkaille toteutuivat osittain vuoden 2017 syksyllä tehdyn kyselyn perusteella. Kaikki uudistukseen liittyvät ongelmat eivät olleet ratkenneet vielä keväällä 2021 tehdyn kyselyn mukaan. Huoli asiakkaiden osaamisesta toimeentulotuen hakemisessa osoittautui aiheelliseksi. Oman arvionsa mukaan ammattilaiset kuluttivat syksyllä 2017 kohtuuttoman paljon työaikaa asiakkaidensa perustoimeentulotukiasioiden selvittämiseen ja neuvontaan (Blomgren ym. 2020). Vuoden 2021 kyselyssä puolet vastaajista (50 %) koki, että tilanteessa ei ollut tapahtunut juurikaan muutosta ja perustoimeentulotuen hakemiseen liittyvien asioiden selvittely vei edelleen paljon työaikaa.

Ammattilaisten huoli asiakkaiden riittävän varhaisesta ohjautumisesta sosiaalitoimen palveluihin ei ollut turha kyselyvastausten perusteella: Ammattilaisista 83 prosenttia arvioi vuonna 2017, että uudistuksen jälkeen sosiaalityön asiakkaaksi tulee aiempaa enemmän ihmisiä, joiden vaikeudet ovat ehtineet kasautua. Avovastauksissa syiksi epäiltiin Kelan perustoimeentulotuen käsittely- ja maksu-

käytäntöjä, jotka olivat erilaisia kuin kunnissa, sekä sosiaalihuollon osaamisen puuttumista Kelasta.

Kelan ja kunnan yhteistyötä vuosina 2017 ja 2021 tarkastelemme alla kahdesta näkökulmasta: miten Kelan päätöksenteossa huomioidaan sosiaalitoimessa tehdyt lausunnot ja yhteydenotot sekä miten Kelasta osataan ohjata asiakkaita sosiaalihuollon palveluihin.

Noin puolet (52 %) vuonna 2017 kyselyyn vastanneista sosiaalialan ammattilaisista oli sitä mieltä, että sosiaalitoimesta annetuilla lausunnoilla ja selvityksillä oli riittävästi vaikutusta Kelan päätöksiin, kun taas kolmannes oli jokseenkin tai täysin eri mieltä väitteestä (kuvio 14.1). Vaikka Kelan ja kunnan tietojenvaihtoa ja yhteistyötä on kehitetty jatkuvasti, oli neljä vuotta myöhemmin väitteeseen kielteisesti suhtautuvien osuus pysynyt suunnilleen samalla tasolla ollen jopa hieman edellistä kyselyä korkeampi. Vuonna 2021 vastaajista 43 prosenttia oli jokseenkin tai täysin eri mieltä siitä, että sosiaalitoimesta annetuilla lausunnoilla ja selvityksillä olisi riittävästi vaikutusta Kelan päätöksiin. Selvästi myönteisemmin vastaajat arvioivat sitä, minkälainen vaikutus sosiaalitoimen yhteydenotoilla Kelaan on silloin, kun perustoimeentulotukipäätöksissä on korjattavaa. Tässäkään ei ollut suuria eroja eri vuosien vastausten välillä, vaan molempina vuosina vajaa viidesosa vastaajista koki, että yhteydenotot eivät auta korjaamaan päätöksiä (kuvio14.1).

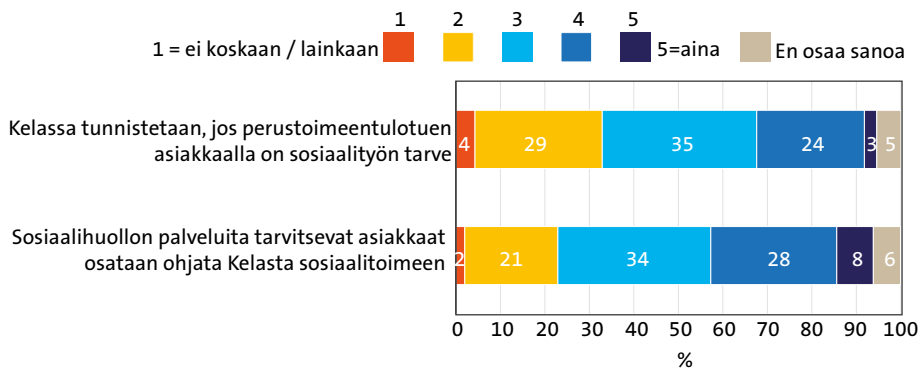


Kuvio 14.1. Sosiaalitoimen lausuntojen ja yhteydenottojen vaikutus Kelan päätöksiin. Väitteiden kanssa eri mieltä olleiden sosiaalityöntekijöiden ja -ohjaajien osuudet 2017 ja 2021*.

* Vuoden 2017 kyselyssä Likert-asteikossa ei ollut keskimmäistä eli neutraalia vaihtoehtoa (ei samaa eikä eri mieltä), mutta vuoden 2021 kyselyssä sellainen oli. Tämän takia on päädytty esittämään vain eri mieltä olevien osuudet.

Hallituksen ensimmäisestä esityksestä lähtien uudistuksen valmistelussa huomioitiin se, että osa perustoimeentulotuen asiakkaista täytyy ohjata Kelasta sosiaalihuollon palveluihin. Kelan toimihenkilöt arvioivat uudistuksen alkumetreillä, että heidän osaamisessaan ohjata asiakkaita sopivan avun piiriin oli puutteita (Blomgren ym. 2020). Myös sosiaalityön johtajat ja päälliköt arvioivat syksyllä 2017, että sosiaalityötä tarvitsevien asiakkaiden ohjauksessa Kelasta kuntaan on vaikeuksia (Blomgren & Saikkonen 2018a). Sosiaalialan ammattilaisten arviot olivat samankaltaisia vuonna 2017 sekä vuonna 2021. Vuonna 2017 noin puolet (49 %) vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että sosiaalihuollon palveluita tarvitsevat asiakkaat osataan ohjata Kelasta sosiaalitoimeen, kun taas 43 prosenttia vastaajista oli väitteen kanssa jokseenkin tai täysin eri mieltä (Blomgren & Saikkonen 2018b).

Vuonna 2021 asiaa kysyttiin hieman eri tavoin. Erilainen vastausasteikko huomioiden näyttää siltä, että ohjaamisessa Kelasta kuntaan on saattanut tapahtua myönteistä muutosta neljän vuoden aikana. Vastaajista 23 prosenttia oli sitä mieltä, että sosiaalihuollon palveluita tarvitsevia ihmisiä ei osata ohjata Kelasta sosiaalitoimeen lainkaan tai osataan ohjata hyvin harvoin. Hieman kielteisemmin vastaajat suhtautuivat Kelan toimihenkilöiden kykyyn ylipäänsä tunnistaa asiakkaan sosiaalityön tarve. Kolmannes (33 %) vastaajista oli sitä mieltä, että Kelassa tunnustetaan vain hyvin harvoin tai ei lainkaan asiakkaiden sosiaalityön tarvetta (ks. kuvio 14.2).



Kuvio 14.2. Sosiaalityöntekijöiden ja -ohjaajien näkemys Kelan toimihenkilöiden osaamisesta tunnistaa asiakkaan avun tarve sekä ohjata sosiaalihuollon palveluihin, 2021 (N = 392).

Ongelmia ennakoitiin, mutta varautuminen heikkoa

Toimeentulotuki uudistus ei rakentunut aiempien kokeilujen pohjalle, vaikka näistä saatua tietoa hyödynnettiin valmistelussa. Tästä huolimatta osattiin uudistuksen ongelmia ennakoida eduskunnassa ja kuntien sosiaalityössä. Kelan ja kuntien yhteistyön merkitys viimesijaisen turvan saajille tunnistettiin uudistuksen valmistelussa jo ensimmäisestä hallituksen esityksestä lähtien. Sosiaalitoimen työntekijät suhtautuivat pääpiirteissään myönteisesti Kelan järjestämisvastuulla olevaan perustoimeentulotukeen, mutta huolta aiheutti Kelasta puuttuva sosiaalityön osaaminen. Etukäteen sosiaalitoimen työntekijät olivat huolissaan asiakkaidensa mahdollisuuksista hakea perustoimeentulotukea Kelasta. Lisäksi asiakkaiden oikea-aikainen ohjaaminen Kelasta kuntaan herätti lukuisia kysymyksiä. Näitä samoja huolia esitettiin myös uudistuksen eduskuntakäsittelyssä.

Uudistusta valmisteltaessa Kelan ja kuntien yhteistyön vaikeuksia ennakoitiin, mutta ennakointi ei johtanut toimiin. Uudistuksen eduista oltiin yksimielisiä, eikä uudistus valmisteluvaiheessa herättänyt kiistoja, jotka olisivat voineet johtaa politisoitumiseen. Marraskuussa 2016 valmistunut lainsäädäntö ei tuonut ratkaisua Kelan ja kunnan yhteistyöhön, eikä uudistuksen päästessä vauhtiin vuoden 2017 alussa kuntien sosiaalityöntekijöille ja -ohjaajille ollut selvää, miten asiakaskohtainen yhteistyö Kelan kanssa sujuisi. Ennakoidut ongelmat realisoituivat monessa kunnassa, eikä niitä vuoteen 2021 mennessä ollut saatu kaikilta osin korjattua. Vasta toteutuksen ongelmat, jotka saivat myös medianäkyvyyttä, politisoivat uudistuksen.

Havaintomme eivät yllätä, kun huomioidaan, että toimeentulotuki uudistuksen pontimena oli hallinnon tehostaminen. Toimeentulotuen tarkoitusta tai määrätymisperusteita ei haluttu muuttaa, eikä perustoimeentulotuen siirtoa Kelaan vastustettu. Uudistuksessa nähtiin paljon mahdollisuuksia, joihin luottamusta oletettavasti loivat myönteiset kokemukset aiemmista kokeiluista (ks. Kangas ym. 2011). Uudistuksen valmistelussa huomioitiin varsin vähän sitä, että sosiaalityö ja toimeentulotuen myöntäminen oli järjestetty eri tavoin kunnissa, vaikka kuntien erilaiset tilanteet olivat hyvin tiedossa etukäteen (ks. Blomgren ym. 2016a). Esimerkiksi oletukset sosiaalityön lisääntyvistä resursseista olivat ylimitoitettuja kunnissa, joissa toimeentulotuen myöntämisestä vastasivat pääosin etuuskäsittelijät, eivät sosiaalityöntekijät tai -ohjaajat.

Yhteistyön kehittäminen Kelan ja kuntien välillä on jatkuva. Parempia ratkaisuja viimesijaisen turvan vastuun jakautumiseen kahdelle eri organisaatiolle on etsitty STM:n asettamissa työryhmissä pitkälti oikeudellisesta näkökulmasta. Oikeudellisen selvittelyn ohella on ollut joitakin kehittämishankkeita käytäntöjen parantamiseksi (esim. Turkia 2021; Zechner & Paavola 2020). Yksiselitteistä ratkaisua viimesijaisen turvan tehokkaaseen toteuttamiseen Kelan ja kunnan sosiaalitoimen välillä ei ole toistaiseksi löytynyt. Uudistuksen alkumetreiltä lähtien ratkaisematta on ollut kysymys siitä, miten Kelassa pelkän toimeentulotukihak-

muksen perusteella osataan tunnistaa tukea tarvitsevat ennen ongelmien kasautumista.

Oman osansa viimesijaisen turvan uudistamiseen tuo sote-uudistus, kun sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen järjestämistä vastuu siirtyvät hyvinvointialueille vuoden 2023 alussa. Vuoden 2021 lopulla tulevilla hyvinvointialueilla oli yhdessä sovittuja toimintamalleja siitä, miten toimeentulotuen asiakasasioita käsitellään Kelan kanssa. Lisäksi toimintamalleja erityistä tukea tarvitsevien asiakkaiden tunnistamiseksi oli kehitetty tai kehitteillä useimmilla hyvinvointialueilla, ei kuitenkaan kaikilla. (Koivisto & Muurinen 2022.) Oletamme, että vielä lähivuosinakin viimesijaisen turvan toteutumisesta löytyy alueellisia eroja. Sosiaalihuollon palvelujen järjestäjät vähenevät sote-uudistuksessa merkittävästi, mikä kuitenkin saattaa selkeyttää yhteistyökäytäntöjen järjestelmällistä parantamista.

Viimesijaisen turvan parantaminen kysyy (poliittista)tahtoa

Termillä viimesijainen turva halusimme alleviivata sitä, että ensisijaisten turverakkojen aukoista pudonneille kyse ei ole siitä, miten yksittäinen organisaatio vaalii omia prosessejaan vaan siitä, miten viimesijainen turva onnistuu edistämään ihmisen itsenäistä selviytymistä, riippumatta vastuutahosta. Tähän toimeentulokiuudistuksessa ei juuri kiinnitetty huomiota. Eduskunnasta ei löytynyt riittävästi tahtoa viimesijaisen turvan vahvistamiseksi. Valmistelussa korostettiin tapauskohtaisen ja yksilöllisen arvioinnin merkitystä asiakkaille, mutta ei keskusteltu käytännön edellytyksistä ja niiden alueellisista eroista. Kelan ja kuntien yhteistyön merkitystä vaikeassa asemassa oleville painotettiin, mutta yhteistyöhön ei kuitenkaan riittävästi panostettu. Tässä suhteessa uudistus jatkoi linjassa viimesijaisena politiikkatoimena (ks. Saari & Behm 2017). Huomio oli hallinnon uudistamisessa, ei niinkään siinä, miten viimesijaista turvaa vahvistetaan sitä eniten tarvitseville.

Toukokuussa 2022 julkaistiin lausuntopyyntö toimeentulotukilain uudistamiseen liittyvästä hallituksen esityksestä (Lausuntopalvelu 2022). Luonnosversiossa tavoitteeksi mainitaan ”erityisesti sosiaalihuollon ja haavoittuvassa asemassa olevien asiakkaiden aseman parantaminen toimeentulotuen hakijoina”. Parhaimmillaan esitetyt muutokset helpottavat ongelmia, jotka ovat olleet tiedossa ainakin vuodesta 2016 lähtien. Paljon silti riippuu siitä, miten yhteistyö hyvinvointialueiden ja Kelan välillä käytännössä toteutuu ja miten viimesijainen turva toimii eri hyvinvointialueilla. Esitys ei kerro sitä, miksi heikossa asemassa olevien asemaa ei ole merkittävästi parannettu yhteistyön käytännöissä jo nykyisen lainsäädännön puitteissa. Mitään esteitä tälle ei kaikeksi olisi ollut huomioiden se, että nytkin joissakin osissa Suomea viimesijainen turva toteutuu parempana kuin toisaalla.

Tulkitsevan politiikka-analyysin termein ei politiikkaprosessin voi sanoa vielä sulkeutuneen. On epätodennäköistä, että oikeudellinen pohdinta ja toteutetut ke-

hittämishankkeet riittäisivät tuottamaan tiedollisen sulkeuman, eikä yleisesti hyväksytyä, käytännössä toimivaa mallia viimesijaisen turvan toteuttamiseksi toistaiseksi ole. Se saattaa kuitenkin löytyä sosiaaliturvauudistuksessa. Sitä odotellessa viimesijaista turvaa voisi parantaa järjestelmällisesti hyvinvointialueiden ja Kelan yhteisissä käytännöissä – jos vain tahtoa löytyy.

Tutkimuksen rajoitukset

Käyttämämme asiakirja-aineisto edustaa uudistuksen kansallisen tason valmistelua. Kelan vakuutuspiirien tai kuntien valmisteluaineiston tuottama kuva voisi olla jossain määrin erilainen, ainakin yksityiskohtaisempi. Käytännöt muotoutuvat eri puolilla Suomea eri tavoin. Kyselyaineistomme kattavat hyvin kuntia eri puolella Suomea, mutta aineiston edustavuudesta on mahdotonta sanoa mitään, koska perusjoukon koko on tuntematon. Käytimme kyselyaineistoja näytteinä, jotka antavat kunakin kyselyvuonna tietoa siihen vastanneiden sosiaalityöntekijöiden ja -ohjaajien näkemyksistä. Tuloksia ei voida yleistää alueellisesti tai kaikkien sosiaalityöntekijöiden ja -ohjaajien työhön. Kyselyiden ja kysymysten rakenne oli vähän erilainen eri vuosina, mikä vähentää vertailtavuutta. Pidämme kuitenkin arvokkaana sitä, että kyselyitä on tehty sadoille sosiaalityöntekijöille ja -ohjaajille eri vaiheissa toimeentulotukiudistusta, jolloin tulokset eivät perustu vain vastaajien muistitietoon.

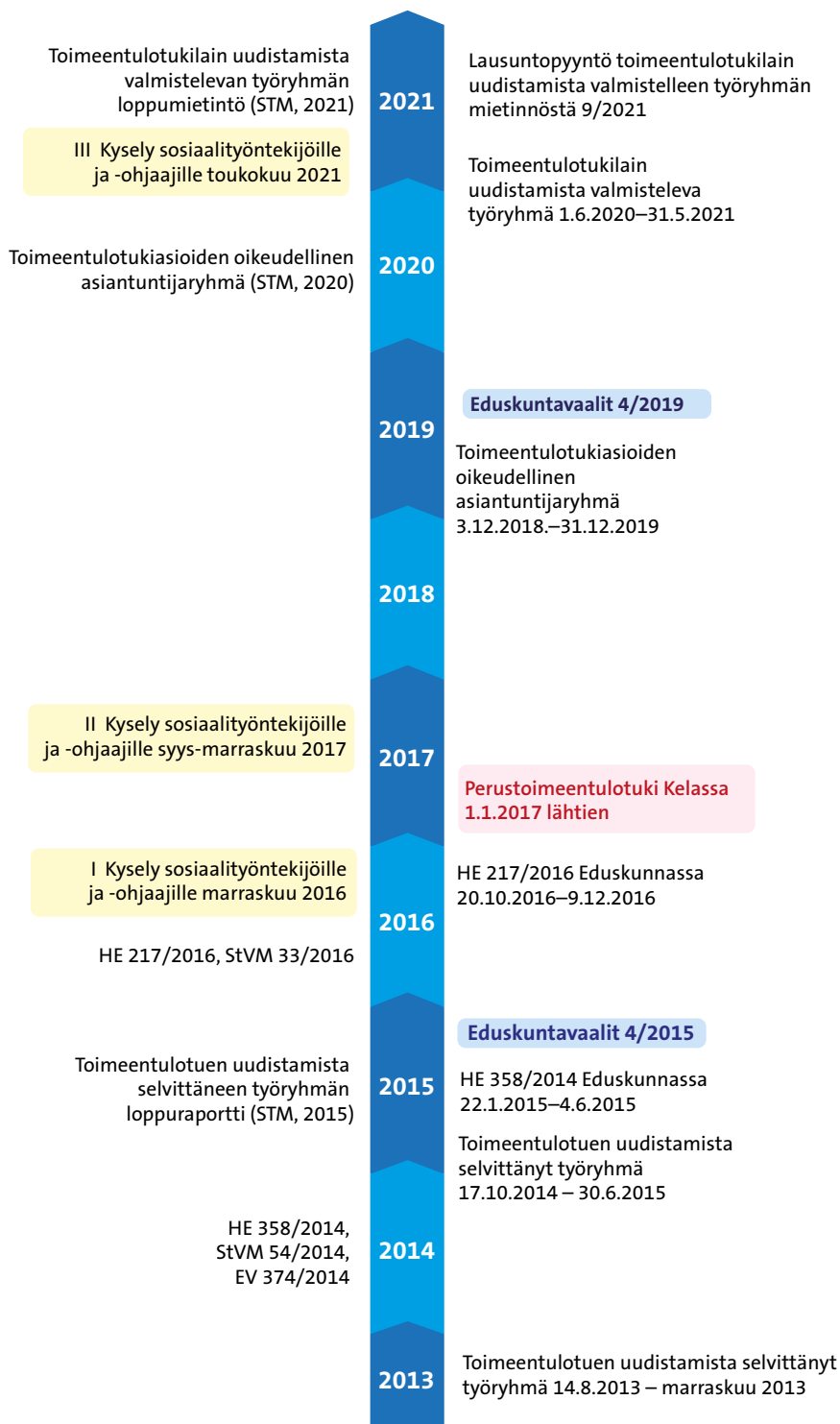
Lähteet

- Blomgren, Sanna & Saikkonen, Paula & Heinonen, Hanna-Mari & Laatu, Markku (2020): Miten yhdenvertaisuus toteutuu viimesijaisessa turvassa? Teoksessa Tuija Korpela & Hanna-Mari Heinonen & Markku Laatu & Simo Raittila & Minna Ylikännö (toim.): Ojista Allikkoon? Toimeentulotukiudistuksen ensi metrit. Teemakirja 18. Helsinki: Kela, 212–242. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020090165981>
- Blomgren, Sanna & Saikkonen, Paula (2018a): Toimeentulotukiudistus haastoi kuntien ja Kelan yhteistyön: kuntakyselyn tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 7. Helsinki: THL. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-093-8>
- Blomgren, Sanna & Saikkonen, Paula (2018b): Viimesijaisen turvan palveluissa vielä parannettavaa: toimeentulotukiudistuksen kuntakyselyn tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 12. Helsinki: THL. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-116-4>
- Blomgren, Sanna & Karjalainen, Jouko & Karjalainen, Pekka & Kivipelto, Minna & Saikkonen, Paula & Saikku, Peppi (2016a): Sosiaalityö, palvelut ja etuudet muutoksessa. Raportti 4. Helsinki: THL. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-648-3>
- Blomgren, Sanna & Karjalainen, Jouko & Karjalainen, Pekka & Kivipelto, Minna (2016b): Kuntien valmistautuminen perustoimeentulotuen Kela-siirtoon – THL:n kysely- ja haastattelututkimuksen tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 33. Helsinki: THL. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-799-2>
- Hannikainen-Ingman, Katri & Kuivalainen, Susan & Sallila, Seppo (2013): Toimeentulotuen asiakkaiden elinolat ja hyvinvointi. Teoksessa Susan Kuivalainen (toim.): Toimeentulotuki 2010-luvulla.

- Tutkimus toimeentulotuen asiakkuudesta ja myöntämiskäytännöistä. Raportti 9. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 81–112. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-866-7>
- Häikiö, Liisa & Leino, Helena (2014): Tulkitsevan politiikka-analyysin lähtökohdat. Teoksessa Liisa Häikiö & Helena Leino (toim.): Tulkinnan mahti. Johdatus tulkitsevaan politiikka-analyysin. Tampere University press. 9–30.
- Ilmakunnas, Ilari & Moisio, Pasi (2019): Social assistance trajectories among young adults in Finland: What are the determinants of welfare dependency? *Social Policy & Administration* 53(5), 693–708. <https://doi.org/10.1111/spol.12413>
- Jackson, Riikka & Saikkonen, Paula (2020): Perustoimeentulotuen siirto Kelaan kasvatti eduskunnan oikeusasiamiehelle tehtyjen kanteluiden määrää. *Janus* 28(2), 194–201. <https://doi.org/10.30668/janus.88988>
- Kangas, Olli & Niemelä, Mikko & Varjonen, Sampo (2011): Toimeentulotuen Kela-siirron kehykset politiikan asialistoilla ja kansalaismielipide. Teoksessa Mikko Niemelä & Juho Saari (toim.): Poliitiikan polut ja hyvinvointivaltion muutos. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 144–177. <http://hdl.handle.net/10138/28180>
- Kela (2017): Perustoimeentulotuen siirto Kelaan. Kelan sisäinen arviointi 2017. Raportti 8.6.2017. https://www.kela.fi/ajankohtaistahenkiloasiakkaat/-/asset_publisher/kg5xtoqDw6Wf/content/sisainen-arviointiperustoimeentulotuen-siirtymisesta-kelaan-on-julkaistu (Luettu 5.7.2022)
- Kivipelto, Minna & Tanner, Niina & Knop, Jade & Hiilamo, Heikki (2021): Toimeentulotuki-uudistus ei vapauttanut aikaa sosiaalityöhön – sosiaalihuollon tukea tarvitsevien asiakkaiden avun saanti vaikeutunut. Tutkimuksesta tiiviisti 41. Helsinki: THL. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-697-8>
- Koivisto, Juha & Muurinen, Heidi (2022): Tulevaisuuden sosiaali- ja terveyskeskus -ohjelman hyötytavoitteiden toteutumisen kansallinen seuranta ja arviointi. Syksy 2021. Työpäperi 7. Helsinki: THL. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-822-4>
- Korpela, Tuija & Heinonen, Hanna-Mari & Laatu, Markku & Raittila, Simo & Ylikännö, Minna (2020): Ojista Allikkoon? Toimeentulotuki-uudistuksen ensi metrit. Teemakirja 18. Helsinki: Kela. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020090165981>
- Kuivalainen, Susan (2013) (toim.): Toimeentulotuki 2010-luvulla. Tutkimus toimeentulotuen asiakkuudesta ja myöntämiskäytännöistä. Raportti 9. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-866-7>
- Lausuntopalvelu (2022). Lausuntopyyntö toimeentulotukilain uudistamiseen liittyvää hallituksen esityksestä. VN/650/2022. <https://www.lausuntopalvelu.fi/FI/Proposal/Participation?proposalId=3c5d5104-dc1f-46e0-9b78-b2617f3261e8> (Luettu 8.5.2022)
- Näätänen, Ari-Matti (2020): Kelan ja kuntien näkemykset Kela-siirron vaikutuksista asiakkaiden asemaan 2016–2018. Teoksessa Tuija Korpela & Hanna-Mari Heinonen & Markku Laatu & Simo Raittila & Minna Ylikännö (toim.): Ojista Allikkoon? Toimeentulotuki-uudistuksen ensi metrit. Teemakirja 18. Helsinki: Kela, 186–209. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2020090165981>
- Neuvottelutulos hallitusohjelmasta (3.6.2019): Osallistava ja Osaava Suomi - sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Helsinki: Valtioneuvosto. <https://valtioneuvosto.fi/marinin-hallitus/hallitusohjelma> (Luettu 5.7.2022)
- Nummela, Tuija (2011): Asiakkaan asema ja oikeuksien toteutuminen aikuissosiaalityössä. Publication of the University of Eastern Finland, Dissertations in Social Sciences and Business Studies No 17. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-61-0365-5>
- Rahkonen, Susanna & Liukonen, Ritva (2020): Toimeentulotukiasioiden oikeudellisen asiantuntijatyöryhmä: Työryhmän loppuraportti. Raportteja ja muistioita 9/2020. Helsinki: STM. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-9694-6>
- Saari Juho (2015): Huono-osaiset. Elämän edellytykset yhteiskunnan pohjalla. Helsinki: Gaudeamus.
- Saari, Juho & Behm, Miia (2017): Aktivoitu yhteiskunta – Viimesijainen sosiaaliturva 2000-luvun sosiaaliturvassa. Teoksessa Juho Saari (toim.): Sosiaaliturvariippuvuus. Sosiaalipummit oleskeluyhteiskunnassa? Tampere: Suomen yliopistopaino – Juvenesprint, 117–157. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-0366-2>
- Saikkonen, Paula & Ylikännö, Minna (2020): Is there room for targeting in universalism? Finnish social assistance recipients as social citizens. *Social Inclusion* 8(1), 145–154. <https://doi.org/10.17645/si.v8i1.2521>

- Sihto, Marita (2015): Policy-analyttistä lähestymistapaa tarvitaan terveystalouden tutkimuksessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 52(4), 334–346. <https://journal.fi/sla/article/view/53610>
- Toikko, Timo (2012): Sosiaalipalveluiden kehityssuunnat. Tampere: Tampere University Press. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-8772-9>
- Turkia, Heidi (2021): Monialaisen yhteistyön ja asiakasohjauksen kehittäminen Kelan ja kuntien välillä. Toimintatutkimus perustoimeentulotuen siirrosta Kelaan. *Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia* 158. Helsinki: Kela. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-284-120-9>
- Valtioneuvoston selonteko julkisen talouden suunnitelmasta vuosille 2015–2018. Valtioneuvoston kanslia, 2014.
- Varjonen, Sampo (2020a): Institutional evolution and abrupt change: Reforming the administration of social assistance in Finland. *International Journal of Social Welfare* 29(1), 62–70. <https://doi.org/10.1111/ijsw.12373>
- Varjonen, Sampo (2020b): Miksi perustoi-meentulotuki siirrettiin Kelaan? Poliittinen päätöksenteko toimeentulotukiudistuksessa. Teoksessa Tuija Korpela & Hanna-Mari Heinonen & Markku Laatu, Simo Raittila & Minna Ylikännö (toim.): *Ojista Allikkoon? Toimeentulotukiudistuksen ensi metrit*. Teemakirja 18. Helsinki: Kela, 30–58.
- Zechner, Minna & Paavola, Jutta (2020): Aikuis-sosiaalityön muutostarpeita toimeentulotukiudistuksen jälkeen. Teoksessa Tuija Korpela & Hanna-Mari Heinonen & Markku Laatu & Simo Raittila & Minna Ylikännö (toim.): *Ojista Allikkoon? Toimeentulotukiudistuksen ensi metrit*. Teemakirja 18. Helsinki: Kela, 430–455.

Liite 14.1. Aineistot ja tapahtumat



Hallinnollinen dokumenttiaiaineisto

Eduskuntakäsittely

HE 358/2014, Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi toimeentulotuesta annetun lain ja kunnan peruspalvelujen valtionosuudesta annetun lain muuttamisesta.

StVM 54/2014, Sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnan mietintö (valmistunut 6.3.2015)

EV 374/2014, Eduskunnan vastaus hallitukselle (4.6.2015)

HE 217/2016, Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi toimeentulotuesta annetun lain ja toimeentulotuesta annetun lain muuttamisesta annetun lain sekä eräiden niihin liittyvien lakien muuttamisesta.

StVM 33/2016, Sosiaali- ja terveystieteiden valiokunnan mietintö (22.11.2016)

Hallinnolliset raportit

[Toimeentulotuen uudistamista selvittäneen työryhmän loppuraportti](#). Raportteja ja muistioita 2015:28. Helsinki: STM.

Rahkonen, Susanna & Liukonen, Ritva (2020): [Toimeentulotukiasioiden oikeudellinen asiantuntija-työryhmä: Työryhmän loppuraportti](#). Raportteja ja muistioita 9. Helsinki: STM.

Rahkonen, Susanna, Liukonen, Ritva & Rainio, Katariina (2021) [Toimeentulotukilain uudistamista valmisteleva työryhmä: Työryhmän loppumietintö](#). Raportteja ja muistioita 22. Helsinki: STM.

15

Sosiaali- ja terveystalvelujärjestelmä toimintaympäristön myllerryksessä – miten on käynyt väestön kokemalle luottamukselle?

Väestön luottamus julkiseen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään on tärkeä järjestelmän legitimitetin kannalta. Suomen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää ovat koetelleet viime vuosina erilaiset toimintaympäristön muutokset, jotka ovat voineet vaikuttaa väestön luottamukseen. Eri hallituskausien aikana valmisteilla ollut ja useaan kertaan kariutunut sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus on voinut aiheuttaa väestössä huolta järjestelmän kyvystä uudistua. Kuluneella hallituskaudella maailmanlaajuinen COVID-19-epidemia koetteli erityisesti terveydenhuollon, mutta myös sosiaalipalvelujen kantokykyä. Tässä luvussa tarkastelemme väestön luottamusta sosiaali- ja terveystalvelujen järjestelmään sekä julkisen palvelujärjestelmän kannatusperustaa vuosina 2018 ja 2020. Tulosten mukaan väestön luottamus palvelujärjestelmän toimintakykyyn on vankka, joskin hieman laskenut vuodesta 2018. Järjestelmän julkisen rahoituksen kannatus on kasvanut vuodesta 2018, asiakasmaksuihin suhtaudutaan hieman aiempaa myönteisemmin.

Hyvinvointivaltion legitimiteetti eli hyväksyttävyyden nojaa siihen, että väestö pitää järjestelmää luotettavana, hyvin toimivana ja oikeudenmukaisena. Laaja hyväksyntä vahvistaa ja ylläpitää yhteisiä arvoja ja päämääriä yhteiskunnassa ja oikeuttaa käytetyt toimintatavat. Esimerkiksi suhteellisen korkea verotusaste saa väestön hyväksynnän, koska verotus koetaan ennemminkin oikeudenmukaisena mekanismina rahoittamaan palvelut kuin taakkana (Anttonen & Sipilä, 2000, 98). Luottamus järjestelmään punnitaan monella yhteiskunnan alueella kuten luottamuksella talouteen tai yhteiskunnallisiin instituutioihin kuten poliisiin tai palvelujärjestelmään. Luottamus on yhteiskunnan sosiaalista yhteenkuuluvuutta tai se on sosiaalinen mekanismi, jonka avulla mahdollinen tulevaisuus tuodaan nykyisyyteen ja joka siten alentaa tulevaisuuteen liittyvää kompleksiteettiä (Luhmann 1979). Luottamus järjestelmää kohtaan ja kokemus sen oikeudenmukaisuudesta ovat tärkeitä piirteitä myös sosiaalisesti kestävässä yhteiskunnassa. Sosiaalisen kestävyiden tunnusmerkkeinä pidetään muun muassa yhteiskunnan jäsenten korkeaa sosiaalista koheesiota, yhdenvertaisuuden tunnetta ja tarpeen mukaan saatavia palveluja (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2010). Järjestelmän korkea legitimiteetti ja sosiaalinen kestävyys ovat yhteydessä toisiinsa: luottamus vaikuttaa myönteisesti sosiaaliseen kestävyteen ja onnistunut sosiaalinen kestävyys puolestaan vahvistaa luottamusta.

Sosiaalipolitiikka on oikeuksien, tasa-arvon ja yhteisvastuun tavoitteiden yhteensovittamista. Hyvinvointipolitiikan tehtävä on niihin liittyvien näkemuserojen yhteensovittaminen (Lehto ym. 2022, 7). Tutkimusten mukaan (esimerkiksi Muuri ym. 2019) vahva, pitkälti julkisen sektoriin ja universalistiseen hyvinvointipolitiikkaan nojaava järjestelmä on säilyttänyt suosionsa väestön keskuudessa ja järjestelmän legitimiteetti on pysynyt suhteellisen vakaana. Toimintaympäristöme isoilla muutoksilla, kuten vuonna 2020 alkaneella epidemialla tai yleisen turvallisuustilanteen muuttumisella Ukrainan sodan johdosta vuonna 2022, saattaa olla kuitenkin vaikutuksia siihen, mitä väestö ajattelee yhteiskunnan ja yksilöiden välisistä oikeuksista ja velvollisuuksista. Nämä muutokset saattavat heijastua myös sosiaalipolitiikkaan. Sosiaaliturvauudistuksen yhteydessä keskustellaan sosiaalipolitiikan uudesta paradigmasta – kestävä kehityksen hengessä – joka korostaa sekä yksilöiden vastuuta eettisistä valinnoistaan että yhteisvastuuta toisistamme ja globaalista ympäristöstämme (Lehto ym. 2022, 22). Myös markkinasuuntautuminen on tuonut uudenlaisia sävyjä hyvinvointivaltiokeskusteluun korostaen yksilön, kansalaisyhteiskunnan ja yritysten vastuuta hyvinvointitehtävässä, ja erityisesti tehtävässä vastata julkiseen sektoriin kohdistuvaan kustannus- ja tehottomuskritiikkiin (esim. Julkunen 2006, 77; Hoppania 2022).

Väestön silmissä hyvinvointivaltion toiminta vaikuttaa sen legitimiteettiin, vaikka yleisen mielipiteen ja poliittisen päätöksenteon välillä ei ole suoraa yhteyttä. Väestön mielipiteitä ja asenteita järjestelmää kohtaan on tärkeä kartoittaa ja tuoda esille, jotta voidaan seurata järjestelmän onnistumista tehtävissään. Vuosia valmistelussa ollut sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus on väistämättä vaikuttanut

väestön asenteisiin, koska asia on ollut esillä mediassa lähes päivittäin. Uusi lainsäädäntö on hyväksytty ja uudet hyvinvointialueet aloittavat vuoden 2023 alussa. Uudistuksen tavoitteena on turvata yhdenvertaiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveydenhuollon sekä pelastustoimen palvelut hyvinvointialueella asuville, parantaa palvelujen saatavuutta ja saavutettavuutta, kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja, turvata ammattitaitoisen työvoiman saanti, vastata ikääntymisen ja syntyvyyden laskun aiheuttamiin haasteisiin sekä hillitä kustannusten kasvua (soteuudistus.fi). Tämän tutkimuksen ajankohtaan osui COVID-19-epidemia, joka laittoi sosiaali- ja terveystalouden ennennäkemättömien haasteiden ja sopeutumistoimien eteen. Palveluja suljettiin ja niiden saatavuutta rajoitettiin, lääkäriaikoja siirrettiin tai peruttiin, ja osa henkilökohtaisista tapaamisista siirtyi verkkoon. COVID-19-epidemian kielteiset seuraukset kohdistuivat lähes koko väestöön, mutta ne ovat myös kohdistuneet eri tavoin eri väestöryhmiin. Epidemian on havaittu syventäneen eriarvoisuutta esimerkiksi palvelujen saamisessa Suomessa ja lisänneen mielenterveysongelmia (Helske ym. 2021; Kestilä ym. 2022).

Hyvinvointivaltioon liittyviä mielipiteitä on kartoitettu eri puolella Eurooppaa, mutta järjestelmien erilaisuudesta johtuen lähinnä Pohjoismaissa tehdyt tutkimukset ovat kiinnostavia ja vertailtavissa Suomen järjestelmään. Suomessa ja Ruotsissa on tutkittu pitkään väestön mielipiteitä (esim. Pöntinen & Uusitalo 1986; Forma 1998, 2002 ja 2006; Muuri 2008, Muuri & Manderbacka 2010 ja 2014; Muuri ym. 2019) mutta mielipiteiden eri ulottuvuuksiin palvelujärjestelmässä on perehtynyt erityisesti ruotsalainen Stefan Svallfors (esim. Svallfors 1996 ja 2011), joka jakaa mielipiteet yleisiin ja spesifeihin asenteisiin. Tässä luvussa selvitetään väestön luottamusta sosiaali- ja terveystalouden järjestelmää kohtaan käyttämällä hyvinvointivaltion kannatusperustan ulottuvuuksia Svallforsia (2011) mukailleen. Ensimmäinen ulottuvuus liittyy siihen, kuinka sosiaali- ja terveystalouden järjestelmä toimii, toisin sanoen, kuinka järjestelmä suoriutuu sille asetettujen tehtävien hoidosta, tuottavatko palvelut tasavertaisuutta ja oikeudenmukaisuutta, ja onko henkilöstö ammattitaitoista. Toiseksi järjestelmän luottamukseen liittyy kannatus palvelujen- ja etuuksien julkiseen rahoitukseen. Toisin sanoen siihen, missä määrin väestö toivoo verovarojen käyttöä palvelujen ja etuuksien rahoittamiseen, ja toisaalta, missä määrin asiakkaan omia varoja toivotaan käytettävän sosiaali- ja terveystalouden rahoittamiseen.

Tässä luvussa kuvataan sitä, miten väestön luottamus sosiaali- ja terveystalouden järjestelmään muuttui tarkastelujaksolla 2018–2020. Tutkimuksessa huomioidaan eri väestöryhmät, koska aiempien tutkimusten perusteella tiedämme, että luottamuksessa on eroja esimerkiksi sukupuolen, iän ja koulutustaustan mukaan (esim. Ilmarinen ym. 2016; Muuri ym. 2019).

Tutkimuskysymykset ovat:

- a) Mitä mieltä väestö on sosiaali- ja terveystalouden toimivuudesta, henkilöstön ammattitaidosta ja siitä, tuottavatko palvelut tasavertaisuutta ja oikeudenmukaisuutta, ja
- b) missä määrin väestö toivoo verovarojen käyttöä palvelujen ja etuuksien rahoittamiseen, ja missä määrin asiakkaan omia varoja (asiakasmaksuina) käytettävän sosiaali- ja terveystalouden rahoittamiseen,
- c) sekä miten tyydyttymätön palvelutarve sekä sosiodemografiset ja alueelliset tekijät selittävät vaihtelua palvelujen kannatusperustassa.

Luottamusta sosiaali- ja terveydenhuoltoon on seurattu väestötutkimuksin jo pidemmän aikaa Suomessa, ja tämä analyysi on jatkumoa tutkimusperinteeseen (ks. esim. Forma 1998; Muuri 2008; Ilmarinen ym. 2016; Muuri ym. 2019). Tuloksia on osin mahdollista peilata aiempiin FinSote- ja ATH-tutkimuksiin, jolloin voidaan luoda kuva pidemmän ajan trendistä luottamuksessa ja kannatusperustassa

Aineisto ja menetelmät

Tutkimusaineistona käytetään Kansallisen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimuksen (FinSote) kyselyaineistoja vuosilta 2018 ja 2020. Kyselyihin oli mahdollista vastata joko paperisella tai sähköisellä lomakkeella suomen, ruotsin, englannin tai venäjän kielellä. Kyselyt lähetettiin Suomessa asuville 20 vuotta täyttäneille väestöä edustaville otoksille. Vuoden 2018 aineisto kerättiin syyskuun 2017 ja huhtikuun 2018 välisellä ajanjaksolla. Vuoden 2020 aineisto kerättiin syyskuun 2020 ja maaliskuun 2021 välisellä ajanjaksolla. Vuonna 2017 otokseen poimittiin jokaisesta maakunnasta 3 300 henkilöä. Vuonna 2020 otannan ositteina oli 22 hyvinvointialuetta mukaan luettuna Helsinki, joka järjestää sote-palvelut itsenäisesti sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämislain mukaisesti. Jokaiselta hyvinvointialueelta poimittiin 2 800 henkilöä (ml. Helsinki). Jotta iäkkäitä ihmisiä saatiin riittävästi aineistoon, painotettiin heidän osuuttaan poimimalla 75 vuotta täyttäneitä vuonna 2017 jokaisesta maakunnasta 1 000 henkilöä ja 20–74-vuotiaita 2 300 henkilöä. Vuonna 2020 vastaavat osuudet olivat 800 henkilöä 75 vuotta täyttäneistä ja 2 000 henkilöä 20–74-vuotiaita. Vastausaktiivisuus vuonna 2018 oli 45 prosenttia (N = 26 422) ja vuonna 2020 46 prosenttia (N = 28 199). Kadon vaikutuksia tuloksiin on minimoitu käyttämällä analyysissa painokertoimia, jolloin tulokset edustavat kohdeväestöä. Painokertoimet on tuotettu Inverse Probability Weighting -menetelmällä käyttäen koko otokselle saatavilla olleita rekisteritietoja: ikä, sukupuoli, äidinkieli, asuinalue, siviilisäätö ja koulutusaste. (Parikka ym. 2021; Pentala-Nikulainen ym. 2018).

Kyselyissä kartoitettiin palvelujärjestelmän luottamusperustaa pyytämällä vastaajia arvioimaan kuinka samaa mieltä he ovat sosiaali- ja terveystalvvelujärjestelmää kuvaavien väittämien kanssa: a) Suomessa terveys-/ sosiaalipalvelut toimivat yleisesti ottaen hyvin, b) luotan terveys-/ sosiaalipalvelujen henkilöstön ammatitaitoon 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 missä määrin he toivovat verovaroja käytettävän terveys- ja sosiaalipalvelujen sekä sosiaalietuuksien rahoittamiseen. Vastausvaihtoehdot olivat 1) nykyistä enemmän, 2) nykyinen määrä ja 3) nykyistä vähemmän. Analyysijä varten vaihtoehdot 1 ja 2 yhdistettiin kuvaamaan sitä, että palvelujen tai etuuksien verorahoitus haluttiin säilyttää vähintään nykyisellä tasolla. Tätä asennetta kartoitettiin kysymällä vastaajilta erikseen kummastakin palvelusta, missä määrin he toivovat asiakkaan omia varoja (asiakasmaksuina) käytettävän sosiaali- ja terveystalvvelujen rahoittamiseen. Vastausvaihtoehdot olivat 1) nykyistä enemmän, 2) nykyinen määrä ja 3) nykyistä vähemmän. Analyysissä tarkastelimme niiden osuuksia, jotka toivoivat asiakasmaksuja käytettävän nykyistä vähemmän.

Järjestelmän luottamusperustan sekä sosiaalimenojen ja julkisen palvelutuotannon kannatusperustan yleisyyttä kuvaamaan laskettiin ikävakioidut sukupuolittaiset prosenttiosuudet vuosille 2018 ja 2020. Ikävakiointi tehtiin mallivakiointina ja vuosieroille laskettiin p-arvot Waldin testillä.

Lisäksi vuoden 2020 aineistosta tarkasteltiin luottamusta ja kannatusperustaa kuvaavien asenteiden ja mielipiteiden vaihtelua selittäviä sosiodemografisia tekijöitä monimuuttujaisella logistisella regressioanalyysillä. Selittävinä tekijöinä käytimme sosiodemografisia taustatekijöitä: ikä (20–54-, 55–74-, ja 75+-vuotiaat), sukupuoli, työmarkkina-asema (töissä, työtön, eläkkeellä, muu), koulutus (koulutusvuodet luokiteltuna kolmanneksiin), toimeentulovaikkeudet (oliko vastaajalla toimeentulotuen tarve). Alueellisina taustatekijöinä tarkasteltiin asuinkunnan taajama-aste (Tilastokeskuksen kuntaluokituksen perusteella: kaupunkimaiset, taajaan asutut ja maaseutumaiset kunnat) sekä erityisvastuualuetta (erva-alueet). (Liitetaulukko 15.1.)

Palveluntarvetta kuvaavina tekijöinä tarkasteltiin koettua elämänlaatua, jota mitattiin WHO8-EUROHIS- mittarin¹ kahdeksalla kysymyksellä, jotka kartoittavat vastaajan kokemuksia muun muassa terveydestä, arjen toimista selviämisestä, asuinalueen olosuhteista, ihmissuhteista ja taloudellisesta tilanteesta. Koettua terveydentilaa tarkasteltiin kysymyksellä ”Onko terveydentilasi mielestäsi nykyisin: 1) hyvä, 2) melko hyvä, 3) keskitasoinen, 4) melko huono ja 5) huono. Analyysijä varten muuttuja luokiteltiin kahteen luokkaan 1) vähintään keskitasoinen 2) melko huono tai huono terveys.

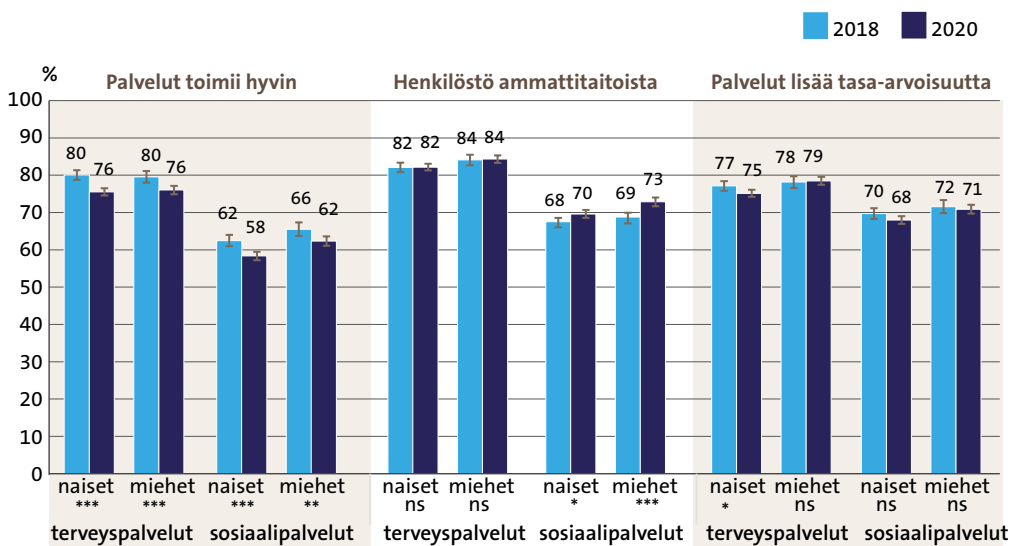
Palvelujen riittävyttä mitattiin kysymällä: ”Oletko mielestäsi saanut riittävästi seuraavia terveys/ sosiaalipalveluja 12 viime kuukauden aikana? Tarkastelun kohteena olivat terveyspalveluista lääkärin ja hoitajan vastaanottopalvelut sekä hammashuollon palvelut. Sosiaalipalveluista tarkastelun kohteena olivat ikään-tyneiden hoivapalvelut, muut vanhuspalvelut (esimerkiksi asumispalvelut), vammaispalvelut, vammaisten asumispalvelut, lapsiperheiden palvelut, sosiaalitekijän tai -ohjaajan palvelut. Vastausvaihtoehdot olivat 1) en ole tarvinnut, 2) olisin tarvinnut, mutta en saanut, 3) olen käyttänyt, ei ollut riittävä, 4) olen käyttänyt, oli riittävä. Muuttujista muodostettiin terveyspalvelujen riittävyttä kuvaamaan kolmeluokkainen muuttuja, jossa arvon 1 sai, jos ei kokenut tarvetta lääkäri- ja hoitajapalveluihin eikä hammashuollon palveluihin, arvon 2, jos jossakin tarkastelun kohteena olevassa palvelussa oli kokenut saaneensa palvelua riittämättömästi (vastausvaihtoehdot 2 ja 3) ja arvon 3 jos oli saanut kaikkia tarvitseminaankä tarkastelun kohteena olevia terveyspalveluja riittävästi. Sosiaalipalvelujen riittävyttä kuvaava muuttuja muodostettiin vastaavalla periaatteella: muuttuja sai arvon 1 jos ei ollut kokenut tarvetta mihinkään sosiaalipalveluun, arvon 2 jos jossakin tarkastelun kohteena olevassa sosiaalipalvelussa oli kokenut saaneensa palvelua riittämättömästi, ja arvon 3 jos oli saanut kaikkia tarvitseminaankä tarkastelun kohteena olevia terveyspalveluja riittävästi.

Palvelujärjestelmään kohdistuvaa luottamusta ja järjestelmän kannatusperustaa kuvastavia asenteiden yleisyyttä tarkasteltiin ikävakioituina prosenttiosuuksina miehillä ja naisilla. Taustatekijöiden yhteyksiä näihin asenteisiin analysoitiin logistisilla regressioanalyysillä, joissa selitettävänä oli kukin asenneindikaattori kerrallaan, ja selittävinä tekijöinä samanaikaisesti sosiodemografiset, alueelliset sekä palvelun tarvetta kuvaavat tekijät.

Väestön luottamus sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmään hieman laskenut

Luottamus terveyspalvelujen toimintaan 20 vuotta täyttäneessä väestössä oli heikentynyt vuodesta 2018 vuoteen 2020 sekä miehillä että naisilla (kuvio 15.1). Kun vuonna 2018 80 prosenttia sekä miehistä että naisista luotti terveyspalvelujen toimintaan, vuonna 2020 terveyspalvelujen toimintaan luotti 76 prosenttia miehistä ja 75 prosenttia naisista. Myös luottamus sosiaalipalvelujen toimintaan oli heikentynyt seuranta-ajanjaksolla: naisilla 63 prosentista 58 prosenttiin ja miehillä 66 prosentista 62 prosenttiin.

Luottamus terveydenhuollon henkilöstön ammattitaitoon oli pysynyt ennallaan seuranta-ajanjaksolla: naisista 82 ja miehistä 84 prosenttia luotti terveydenhuollon henkilöstön ammattitaitoon. Luottamus sosiaalipalvelujen henkilöstön ammattitaitoon oli jossain määrin kohentunut: naisista 68 ja miehistä 69 prosenttia luotti sosiaalipalvelujen henkilöstön ammattitaitoon vuonna 2018, kun vastaavat osuudet vuonna 2020 olivat 70 prosenttia naisilla ja 73 prosenttia miehillä



Kuvio 15.1. Luottamus terveys- ja sosiaalipalveluihin vuosina 2018 ja 2020, ikävakioidut osuudet naisilla ja miehillä. Lähteet: FinSote 2018 ja 2020.

*** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

Luottamus siihen, että terveyspalveluilla voidaan edistää yhteiskunnallista tasa-arvoisuutta, oli heikentynyt seuranta-ajanjaksolla 77 prosentista 75 prosenttiin naisilla. Miehillä luottamus terveyspalvelujen tasa-arvoa vahvistavaan vaikutukseen oli säilynyt ennallaan noin 78 prosentissa. Sosiaalipalvelujen mahdollisuuksissa edistää tasa-arvoa ei ollut muutosta seuranta-ajanjaksolla.

Luottamuksessa sosiaali- ja terveyspalveluihin esiintyi vuoden 2020 aineiston perusteella myös väestöryhmittäisiä eroja (liitetaulukko 15.2). Kun kaikkien selittävien tekijöiden vaikutus huomioitiin mallissa samanaikaisesti, 75 vuotta täyttäneet luottivat alle 55-vuotiaita useammin sosiaalipalvelujen toimintaan ja terveys- sekä sosiaalipalvelujen henkilöstön ammattitaitoon. Naiset luottivat miehiä harvemmin sosiaalipalvelujen toimintaan, sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstön ammattitaitoon sekä palvelujen mahdollisuuksiin edistää yhteiskunnallista tasa-arvoisuutta. Vähintään keskitasoisesti koulutetut luottivat matalasti koulutettuja yleisemmin terveyspalvelujen henkilöstön ammattitaitoon sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen mahdollisuuksiin lisätä yhteiskunnan tasa-arvoisuutta. Ne, joilla oli toimeentulotuen tarve, luottivat muita harvemmin sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön ammattitaitoon sekä terveyspalvelujen mahdollisuuksiin lisätä yhteiskunnallista tasa-arvoisuutta.

Maaseudulla asuvat olivat kaupungissa asuvia useammin sitä mieltä, että sosiaalipalvelut toimivat hyvin, mutta arvioivat kaupunkilaisia harvemmin terveyspalvelujen lisäävän tasa-arvoa yhteiskunnassa. Erityisvastuualueittaisessa (erva) tarkastelussa Kuopion erva-alueella asuvat suhtautuivat Helsingin erva-alueella asuvia myönteisemmin kaikilla sosiaali- ja terveyspalvelujen luottamusulottu-

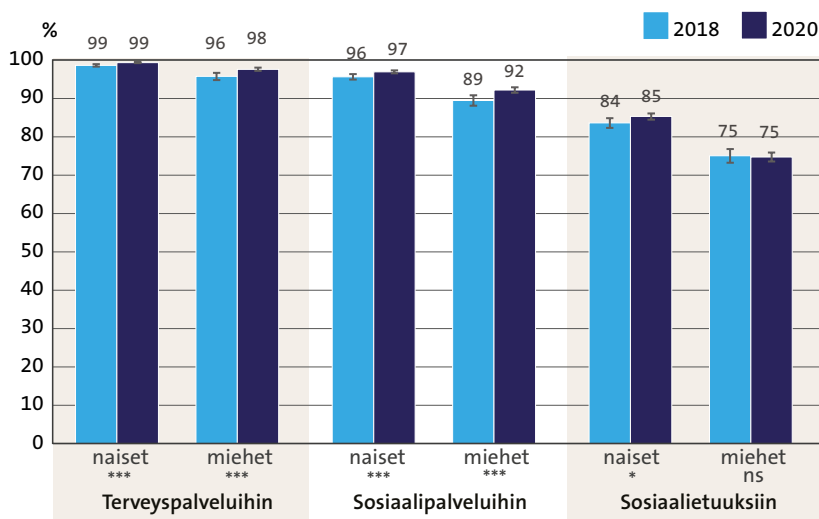
vuuksilla. Oulun erva-alueella asuvat suhtautuivat Helsingin erva-alueella asuvia myönteisemmin sosiaalipalvelujen toimintaan, sosiaalipalvelujen henkilöstön ammattitaitoon sekä sosiaalipalvelujen mahdollisuuksiin edistää yhteiskunnallista tasa-arvoa. Lisäksi Tampereen ja Turun erva-alueella asuvat suhtautuivat Helsingin alueella asuvia myönteisemmin terveyspalvelujen toimintaan, Turun alueella asuvat suhtautuivat lisäksi myös sosiaalipalvelujen toimintaan myönteisemmin kuin Helsingin alueella asuvat.

Huono elämänlaatu ja huono koettu terveys sekä riittämätön sosiaali- että terveyspalvelujen saanti olivat kaikki yhteydessä heikompaan luottamukseen kaikilla sosiaali- ja terveyspalvelujen luottamusulottuvuuksilla. Ne, jotka olivat saaneet terveyspalveluja riittävästi, suhtautuvat myönteisemmin sosiaali- ja terveyspalvelujen toimintaan, terveyspalveluihin henkilöstön ammattitaitoon sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen mahdollisuuksiin edistää tasa-arvoa kuin ne, jotka eivät olleet terveyspalveluja tarvinneet. Riittävä sosiaalipalvelujen saanti oli yhteydessä luottamukseen sosiaalipalvelujen toimintaan ja niiden mahdollisuuksiin lisätä yhteiskunnan tasa-arvoisuutta, sekä luottamukseen sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstön ammattitaitoon.

Väestön halukkuus käyttää verovaroja sosiaali- ja terveyspalveluihin lisääntynyt

Halukkuus säilyttää vähintään nykyinen verorahoitus sekä sosiaali- että terveyspalvelujen käyttöön oli lisääntynyt miehillä ja naisilla (kuvio 152.). Naisista jo vuonna 2018 lähes kaikki (98,6 %) kannattivat verorahoituksen säilyttämistä vähintään ennallaan terveyspalvelujen rahoituksessa, vuonna 2020 tämän osuus oli naisilla 99,4 prosenttia). Miehillä kannatus verorahoituksen pitämiseksi vähintään entisellä tasolla oli kasvanut seuranta-ajanjaksolla 96 prosentista 98 prosenttiin. Sosiaalipalveluihin käytettävän verorahoituksen toivoi säilyvän vähintään entisellä tasolla naisista 96 prosenttia vuonna 2017 ja 97 prosenttia vuonna 2020 ja vastaavasti miehistä 89 prosenttia vuonna 2017 ja 92 prosenttia vuonna 2020. Halukkuus säilyttää verovarojen käyttö sosiaalietuuksiin vähintään entisellä tasolla oli noussut naisilla 84 prosentista 85 prosenttiin ($p < 0.05$) ja miehillä osuus oli pysynyt ennallaan 75 prosentissa.

Tarkasteltaessa väestöryhmittäisiä eroja vuoden 2020 aineistosta, 75 vuotta täyttäneet olivat alle 55-vuotiaisiin verrattuna halukkaampia käyttämään verovaroja terveyspalveluihin nykyisen tason verran, kun kaikki selittävät tekijät huomioitiin samanaikaisesti (liitetaulukko 15.3). Lisäksi vähintään 55 täyttäneet olivat nuorempia halukkaampia säilyttämään myös sosiaalietuuksiin käytetyt verovarot vähintäänkin ennallaan. Naiset olivat miehiä halukkaampia säilyttämään käytetyt verovarot sekä sosiaali- ja terveyspalveluihin että sosiaalietuuksiin vähintään en-



Kuvio 15.2. Halukkuus käyttää verovarja vähintään nykyinen määrä terveys- ja sosiaalipalveluihin sekä sosiaalietuuksiin vuosina 2018 ja 2020, ikävakioidut osuudet naisilla ja miehillä. Lähteet: FinSote 2018 ja 2020. (***) $p < 0,001$; * $p < 0,05$)

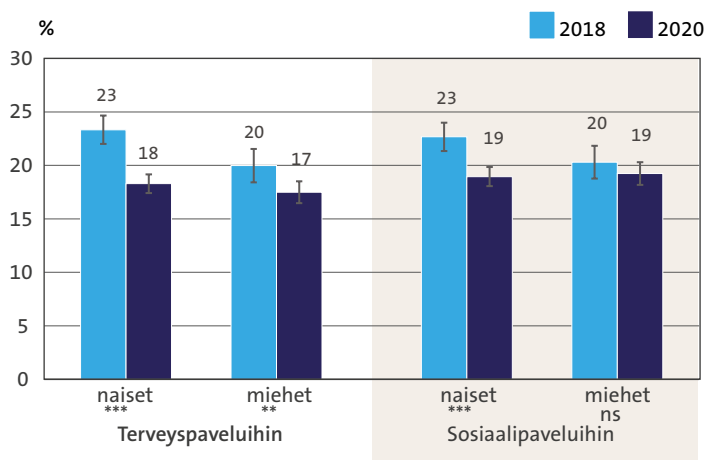
nallaan. Korkeasti koulutetut olivat matalasti koulutettuihin verrattuna vähemmän halukkaita säilyttämään verorahoituksen terveyspalveluihin vähintään ennallaan. Lisäksi keskitasoisesti ja korkeasti koulutetut olivat matalasti koulutettuja vähemmän halukkaita säilyttämään sosiaalietuuksiin käytettävän verorahoituksen ennallaan. Työttömät, eläkkeellä olevat sekä työmarkkina-asemaltaan ryhmään ”muu” kuuluvat olivat työssäkäyviä halukkaampia käyttämään verovarja sosiaalipalveluihin ja -etuuksiin. Ne, joilla oli tarvetta toimeentulotukeen, suhtautuivat muita myönteisemmin verovarjojen käyttöön sosiaalietuuksiin.

Taajamissa asuvat olivat kaupungissa asuvia vähemmän halukkaita käyttämään verovarja sosiaalipalveluihin. Oulun erva-alueella asuvat olivat Helsingin erva-alueella asuvia halukkaampia käyttämään verovarja sosiaalipalveluihin. Sosiaalietuuksiin taas haluttiin käyttää verovarja useammin Kuopion, Oulun ja Turun erva-alueilla verrattuna Helsingin erva-alueeseen.

Palvelujen tarvetekijöistä keskimääräistä huonompi koettu terveys oli yhteydessä suurempaan halukkuuteen käyttää verovarja terveydenhuoltoon. Lisäksi sosiaalipalveluja tarvinneet, sekä palveluja riittämättömästi että riittävästi tarpeeseensa nähden saaneet, olivat halukkaampia käyttämään verovarja sosiaalietuuksiin kuin ne, joilla ei ollut sosiaalipalvelujen tarvetta.

Halukkuus pitää sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakasmaksut vähintään ennallaan on lisääntynyt

Julkisen palvelutuotannon kannatuksen indikaattorina tässä tutkimuksessa tarkastellaan niiden osuutta, jotka haluavat vähentää asiakasmaksujen osuutta palvelujärjestelmän rahoituksessa. Vuonna 2018 naisista 23 prosenttia halusi vähentää terveyspalvelujen asiakasmaksujen osuutta, kun vuonna 2020 niitä halusi vähentää enää 18 prosenttia naisista. Miehillä halukkuus vähentää asiakasmaksujen osuutta oli vastaavasti pienentynyt 20 prosentista 17 prosenttiin. (Kuvio 15.3.) Halukkuus vähentää asiakasmaksujen osuutta sosiaalipalvelujen rahoituksessa oli vähentynyt naisilla 23 prosentista 19 prosenttiin. Miehistä noin joka viides oli halukas vähentämään asiakasmaksujen osuutta sosiaalipalvelujen käyttöön molempina vuosina.



Kuvio 15.3. Halukkuus vähentää asiakasmaksujen osuutta terveys- ja sosiaalipalveluissa vuosina 2018 ja 2020, ikävakioidut osuudet naisilla ja miehillä. Lähteet: FinSote 2018 ja 2020. *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$

Vuonna 2020 75 vuotta täyttäneet olivat alle 55-vuotiaisiin verrattuna harvemmin sitä mieltä, että asiakasmaksujen osuutta tulisi vähentää terveyspalveluissa, kun tarkastellaan väestöryhmittäisiä eroja halukkuudessa vähentää asiakasmaksujen osuutta sosiaali- ja terveyspalvelujen rahoituksessa (Liitetaulukko 15.4). Vähintään keskitasoisesti koulutetut olivat matalasti koulutettuja harvemmin halukkaita vähentämään asiakasmaksujen osuutta terveyspalveluissa, kun taas työttömät ja eläkkeellä olevat olivat työssäkäyviä useammin halukkaita vähentämään asiakasmaksuja sosiaali- ja terveyspalveluissa. Asuinpaikan kaupungistumisaste ja eritysvastuualue eivät olleet yhteydessä halukkuuteen vähentää asiakasmaksujen osuutta.

Huono elämänlaatu, huono koettu terveys sekä riittämätön terveyspalvelujen saaminen olivat yhteydessä suurempaan halukkuuteen vähentää asiakasmaksuja sosiaali- ja terveyspalveluissa, kun taas ne, jotka kokivat saaneensa riittävästi terveyspalveluja olivat vähemmän halukkaita vähentämään asiakasmaksujen osuutta sosiaali- ja terveyspalveluissa. Lisäksi ne, jotka olivat saaneet riittävästi sosiaalipalveluja olivat halukkaampia vähentämään asiakasmaksujen osuutta terveyspalveluissa. Ne jotka olivat saaneet tarpeeseensa nähden liian vähän sosiaalipalveluja olivat halukkaampia vähentämään asiakasmaksujen osuutta sosiaalipalveluissa verrattuna niihin, joilla ei ollut tarvetta sosiaalipalveluihin.

Pohdinta: Miten luottamus palvelujärjestelmään heijastaa toimintaympäristön muutoksia

Luottamus sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestelmään on suomalaisessa väestössä edelleen korkealla tasolla. Noin kahdeksan kymmenestä on sitä mieltä, että terveyspalvelut toimivat hyvin, henkilöstö on ammattitaitoista ja terveyspalvelut lisäävät tasa-arvoisuutta. Tulokset tukevat myös kansainvälisiä vertailuja, joissa Suomi sijoittuu kärkipäähän luottamuksessa palveluihin (Zhao ym. 2019). Luottamuksessa on kuitenkin nähtävissä heikennystä, kun verrataan vuoden 2020 kyselyn vastauksia vuoteen 2018. Erityisesti luottamuksessa terveyspalvelujen toimivuuteen on havaittavissa notkahdus. Luottamus sosiaalipalvelujärjestelmään on hieman alemmalla tasolla kuin luottamus terveyspalveluihin, kuten aiemmassakin tutkimuksessa on havaittu (Muuri ym. 2019). Väestöstä noin 60 prosenttia luottaa siihen, että sosiaalipalvelut toimivat hyvin, ja hieman yli 70 prosenttia luottaa henkilöstön ammattitaitoon sekä siihen, että palvelut lisäävät tasa-arvoa. Kuten terveyspalveluissa, myös luottamus sosiaalipalveluihin on laskenut seuranta-ajanjaksolla.

Poikkeuksena tästä heikkenevästä luottamustrendistä on väestön luottamus sosiaalipalvelujen henkilöstön ammattitaitoon, sillä se oli parantunut seuranta-ajanjaksolla, ja luottamuksen kasvu on havaittavissa jo vuodesta 2015 (Aalto ym. 2016). Muutos on merkittävä, sillä samaan aikaan julkisuudessa on esitetty tietoja sosiaalipalvelujen henkilöstövajeista ja työntekijöiden kiireestä, esimerkiksi lastensuojelussa ja ikääntyneiden palveluissa. Julkisuudessa esitetty kritiikki on kohdistunut kuitenkin ennemminkin rakenteisiin kuin henkilöstöön, ja henkilöstön voikin olettaa onnistuneen hyvin asiakastyössä, vaikka olosuhteet ovat olleet vaikeat.

Huolimatta kasvaneesta huolesta palvelujärjestelmän toimintakykyä kohtaan, väestön kannatus ja tuki verorahoitteen järjestelmän ylläpitämiseksi ei ole vastaavasti heikentynyt. Jo ennalta korkealla tasolla oleva kannatus verovarojen käytöstä palvelujen rahoittamiseksi oli jopa hivenen vahvistunut. Naisista kannatti

vuonna 2020 verorahoituksen säilyttämistä terveyspalveluissa vähintään ennal-
laan 99 prosenttia ja miehistä 98 prosenttia. Sosiaalipalveluihin käytettävän vero-
rahoituksen toivoi säilyvän vähintään entisellä tasolla samana ajankohtana naisista
97 prosenttia ja miehistä 92 prosenttia. Toisaalta samalla myös asiakasmaksujen
kannatus oli jossain määrin vahvistunut vuodesta 2018, sillä niiden osuus, jotka
haluavat vähentää asiakasmaksujen osuutta palvelujärjestelmän rahoituksessa oli
vähentynyt eli asiakasmaksujakin toivotaan käytettävän entistä enemmän palvelu-
jen rahoittamiseksi. Tulos voi heijastaa huolta palvelujärjestelmän kestävydestä,
jonka vuoksi palvelujen rahoitusta halutaan turvata sekä verovaroin että asiakas-
maksuilla. Halukkuus säilyttää verovarojen käyttö sosiaalietuuksiin vähintään
entisellä tasolla oli naisilla 85 prosenttia ja miehillä osuus oli pysynyt ennal-
laan 75 prosentissa. Väestön kannatus verorahoitteiselle palvelujärjestelmälle on siten
vankka. Se, että myös sosiaalietuuksien rahoitus nauttii varsin vahvaa legitimitet-
tiä tarkoittaa, että vastaajat ovat valmiita tukemaan myös muuta kuin itseä senhet-
kisesti hyödyntävää turvaa. Tämänkaltainen väestöryhmien välinen solidaarisuus
on tärkeä piirre sosiaalisesti kestävässä yhteiskunnassa. Toki on havaittavissa, että
erityisesti he, jotka tarvitsevat ja saavat etuuksia ovat halukkaampia verovarojen
käyttöön etuuksien rahoituksessa kuin etuuksia vähemmän tarvitsevat, korkeasti
koulutetut ja työssäkäyvät.

Seuranta-ajanjakson aikana palvelujärjestelmää ovat koetelleet erilaiset haas-
teet ja murrokset, joiden erillisiä vaikutuksia tuloksiin ei pelkän seuranta-ase-
telman perusteella voida erotella. Sosiaali- ja terveydenhuollon monivuotisen ja
-vaiheisen uudistushankkeen valmistelun kariutumisen ja taas valmistelun uudel-
leen alkaminen on voinut vaikuttaa väestön mielipiteisiin ja luottamukseen pavelu-
järjestelmän uudistumiseen.

Vuoden 2020 keväällä alkanut koronaepidemia on erityisesti koetellut palvelu-
järjestelmän kantokykyä ja toimintaa (Kestilä ym. 2022). Erikoissairaanhoidossa
ajettiin erityisesti kiireetöntä toimintaa alas ja perusterveydenhuollossa vastaan-
ottokäyntien määrä romahti keväällä 2020. Myös suun terveydenhuollossa kiiree-
töntä hoitoa siirrettiin ja henkilöstöä ohjattiin koronatehtäviin. Vaikka digitaalisia
ja etäpalveluja otettiin runsaasti käyttöön soveltuissa tilanteissa, syntyi kiireettö-
mästä hoidosta kuitenkin hoito- ja palveluvelkaa jo epidemian alkuvaiheessa, ja
epidemian pitkittyessä tämä velka on kasvanut. Koronaepidemian aikana ikään-
tyneiden palveluissa havaittiin palvelutarpeen arvonnin viivettä. Samaan aikaan
ikäntyneiden palvelutarvetta lisäsi se, että omaiset eivät tartuntavaaran vuoksi
voineet avustaa riskiryhmään kuuluvia vanhuksiaan yhtä paljon kuin aiemmin.
Myös lapsiperheiden palveluissa palvelutarpeet kasvoivat kun koulu- ja opiskeli-
ja terveydenhuolto ei pystynyt toimimaan normaalisti. Myös vammaisten henki-
löiden palveluja sekä aikuissosiaalityötä supistettiin kunnissa. (Kestilä ym. 2020;
2022.) Epidemian alussa palvelujärjestelmä oli uuden uhan edessä, eikä selvää nä-
kemystä tehokkaista menetelmistä ja toimintalinjoista sen ehkäisemiseksi ja hoi-
tamiseksi ollut vielä olemassa, mikä on saattanut vaikuttaa väestön luottamukseen

terveyden- ja sosiaalihuollon toimintakykyyn tiedonkeruuajana vuonna 2020. Toisaalta luottamus ammattilaisten osaamiseen on pysynyt ennallaan, tai jopa vahvistunut, ja halukkuus verovarojen käyttöön terveyst- ja sosiaalipalvelujen rahoittamisessa on lisääntynyt, mikä viittaa siihen että huoli ei kuitenkaan kohdistu järjestelmään sinänsä, vaan ehkä pikemminkin sen suorituskykyyn ylikuormittuneessa tilanteessa. Tulos tukee epidemian yhteiskunnallisten vaikutuksen havain- toja siitä, että väestön luottamus on vahva myös terveydenhuollon ammattilaisten ja asiantuntijoiden koronaviestintään (Kestilä ym. 2022).

Vastaajien asuinpaikan kaupunkimaisuus–maaseutumaisuus sekä erva-alue huomioitiin analyysissä, jotta saisimme selville vaihtelevatko mielipiteet palvelu- järjestelmästä alueellisesti. Terveyspalvelujen toiminta arvioitiin harvemmin hy- väksi kaupungeissa kuin maaseudulla. Vastaavasti, kun mielipiteitä tarkastellaan erva-alueittain, näyttää pääpiirteittäin siltä, että Helsingin erva-alueella luottamus järjestelmään on heikompi kuin muualla Suomessa. Tulosta saattaa selittää koro- na-epidemian rajut kielteiset vaikutukset terveydenhuollon järjestelmän toimin- taan kaupungeissa, ja erityisesti Helsingissä ja Uudellamaalla.

Vaikka väestön luottamus palvelujärjestelmään heijastaa alueellisia eroja sekä järjestelmätason tekijöitä, kuten järjestelmään käytettyjä resursseja, vaikuttaa luottamukseen myös yksilölliset tekijät kuten omat kokemukset sekä sosioekono- minen asema (Zhao ym. 2021). Myös tässä tutkimuksessa havaittiin väestöryh- mien välillä on eroja suhtautumisessa sosiaali- ja terveystpalvelujärjestelmään. Naiset ovat perinteisesti olleet miehiä kriittisempiä, samoin vähän koulutetut ja toimeentulotukea tarvinneet, eikä tässä asiassa näytä tapahtuneen muutosta. Huo- no elämänlaatu ja huonoksi koettu terveys sekä riittämätön palvelujen saaminen myös ovat yhteydessä kriittisyyteen palvelujärjestelmää kohtaan. (Muuri & Man- derbacka 2014; Ilmarinen ym. 2016; Muuri ym. 2019, Beller ym. 2022.) Huomio haastaa palvelujärjestelmää, sillä erityisesti sosioekonomisesti heikossa asemassa olevien olisi tärkeä hyötyä palveluista, mutta he kokevat muita useammin epäluot- tamusta ja esteitä hakeutuessaan sote-palveluihin, mukaan lukien sähköisiin pal- veluihin (Aalto ym. 2017; Hyppönen & Ilmarinen, 2018; Kyytsönen ym 2021; ks. myös Aalto ym. luku 12). Väestön jakautumista järjestelmästä hyötyviin ja luotta- viin ja heihin, jotka kokevat jäävänsä sen ulkopuolelle, tulisi vähentää.

Yhteenvedon voidaan todeta, että vaikka väestö on huolissaan sosiaali- ja ter- veydenhuollon toimintakyvystä, verorahoitteen järjestelmän kannatus on säily- nyt vankkana, jopa vahvistunut vuosien 2018 ja 2020 välillä. Tämän tutkimuksen tuloksissa pelkän seuranta-asetelman perusteella ei pystytty suoraan osoittamaan ja yksilöimään syy-seuraussuhteita yhteiskunnallisten muutosten ja luottamuk- sen välillä. Tulokset kuitenkin osoittavat, että luottamus palvelujärjestelmään on herkkä muutoksille, ja sen eri ulottuvuudet voivat reagoida muutoksiin eri tavoin. Väestön luottamusta palvelujärjestelmään on pidetty tärkeänä indikaattorina, sillä se heijastaa järjestelmän koettua kokonaishyötyä laajemmin kuin palveluja saa- neiden henkilökohtaiset palvelukokemukset (Gilson 2003). Myös tässä tutkimuk-

sessä luottamusindikaattoreissa on havaittavissa alueellisia eroja sekä järjestelmää heijastavia väestöryhmittäisiä eroja silloinkin, kun omien palvelukokemusten merkitys on huomioitu. Siksi vuoden 2023 alusta voimaan astuvan sosiaali- ja terveydenhuollon rakenneuudistuksen vaikutuksia tulevilla hyvinvointialueilla on tärkeää seurata myös väestön luottamuksen ja julkisen järjestelmän kannatusindikaattoreiden näkökulmasta.

Tutkimuksen rajoitukset

Tutkimus perustuu kahteen poikkileikkausaineistoon, joten kausaalisia päätelmiä muutosten syistä ei voi tehdä. Vastausaktiivisuus oli vuonna 2020 jonkun verran korkeampi kuin vuonna 2018, mikä voi myös heijastua vastauksissa, jos esimerkiksi sosiaalisesti heikommassa asemassa olevat ovat vastanneet aktiivisemmin vuonna 2020. Vaikka kadon aiheuttamaa aineiston valikoitumisen vaikutuksia on pyritty pienentämään painottamalla tuloksia vastaamaan alkuperäisen aineiston jakaumaa taustekijöiden suhteen, pienten väestöryhmien, kuten kielivähemmistöt, kohdalla mahdollisen valikoitumisen vaikutuksia on vaikea hallita painotuksilla.

Viite

- 1 Mittarin tarkempi kuvaus ja katkaisukohta kuvattu [Terveys- ja hyvinvointi.fi](https://terveytemme.fi) sivustolla

Lähteet

Aalto, Anna-Mari & Manderbacka, Kristiina & Muuri, Anu & Karvonen, Sakari & Junnila, Maijaliisa & Pekurinen, Markku (2016): Mitä väestö ajattelee sosiaali- ja terveyspalveluiden uudistamisesta? Tutkimuksesta tiiviisti 4,2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-635-3>

Anttonen, Anneli & Sipilä, Jorma (2000): Suomalaista sosiaalipolitiikkaa. Vastapaino 2000, Tampere.

Beller, Johannes & Schäfers, Jürgen & Haier, Jörg, ym. (2022): Trust in Healthcare during COVID-19 in Europe: vulnerable groups trust the least. *J Public Health (Berl.)*. <https://doi.org/10.1007/s10389-022-01705-3>

Forma, Pauli (2006): Niin hyvinä kuin huonoinakin aikoina – Suomalaisten sosiaalipolitiikkaa koskevat mielipiteet vuonna 2004. Teoksessa Mikko Kautto (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2006. Helsinki: Stakes, 160–184.

- Forma, Pauli (2002): Suomalaisten sosiaaliturvaa ja sosiaalipalveluja koskevat mielipiteet vuonna 2002. Teoksessa Matti Heikkilä, Mikko Kautto (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2002. Helsinki: Stakes, 292–310.
- Forma, Pauli (1998): Mielipiteiden muutos ja pysyvyys. Suomalaisten mielipiteet hyvinvointivaltiosta, sosiaaliturvasta ja hyvinvointipalveluista vuonna 1992 ja 1996. Raportteja 222. Helsinki: Stakes.
- Gilson, Lucy (2003): Trust and the development of health care as a social institution. *Social Science & Medicine* 56, 1453–1468. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00142-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00142-9)
- Hoppania, Hanna-Kaisa (2022): Muutosagentit näköalapaikalla sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistuksessa. *Janus* 30 (1) 2022, 3–20. <https://journal.fi/janus/article/view/91680>
- Hypönen, Hannele & Ilmarinen, Katja (2019): Sähköisten sosiaali- ja terveyspalvelujen tarjonta, palvelujen käyttö ja esteet. Teoksessa Laura Kestilä, Sakari Karvonen (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 279–290. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-256-7>
- Ilmarinen, Katja & Aalto, Anna-Mari & Muuri, Anu (2016): Sosiaalipalvelut väestön ja asiakkaiden arvioimana. Tutkimuksesta tiiviisti 10, 2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-674-2>
- Helske, Satu & Ylöstaso, Hanna & Koskinen, Henri (2021): Samassa myrskyssä mutta eri veneissä. COVID-19 ja eriarvoisuus. *Yhteiskuntapolitiikka* 86 (5–6), 585–595. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021112456870>
- Kyytsönen, Maiju & Piirainen, Minna & Latvanen, Marko & Muuri, Anu & Vehko, Tuulikki (2022): Sähköinen asiointi sosiaali- ja terveydenhuollossa – ketkä tarvitsevat opastusta ja keille palvelut eivät ole esteettömiä? Tutkimuksesta tiiviisti 5/2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-818-7>
- Julkunen, Raija (2006): Kuka vastaa? Hyvinvointivaltion rajat ja julkinen vastuu. Helsinki: Stakes.
- Kestilä, Laura & Härmä, Vuokko & Rissanen, Pekka (toim.) (2020): Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen, Asiantuntija-arvio, syyskuu 2020. Raportti 14 / 2020. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201901232764>
- Kestilä, Laura & Kapiainen, Satu & Mesiäislehto, Merita & Rissanen, Pekka (2022): (toim.) Covid-19-epidemian vaikutukset hyvinvointiin, palvelujärjestelmään ja kansantalouteen. Asiantuntija-arvio, kevät 2022. Raportti 4 / 2022. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-865-1>
- Lehto, Markku & Liukko, Jyri & Moisio, Pasi (2022): Vapauden, tasa-arvon ja solidaarisuuden rajat sosiaalipolitiikan uudessa paradigmassa. *Sosiaaliturvakomitean julkaisuja* 2022:6. Helsinki: Valtioneuvosto. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-8667-1>
- Luhmann, Niklas (1979): *Trust and Power: Two works by Niklas Luhmann*. Translated by Davis, H. & Raffan, J. & Rooney, K. Chichester: Wiley.
- Muuri, Anu & Aalto, Anna-Mari & Manderbacka, Kristiina & Arffman, Martti (2019): Sosiaali- ja terveydenhuollon kannatusperusta väestössä. Teoksessa Laura Kestilä, Sakari Karvonen (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 292–304. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-256-7>
- Muuri, Anu & Manderbacka, Kristiina (2014): Suomalaisen hyvinvointivaltion kannatusperustan ulottuvuudet. Teoksessa Marja Vaarama, Sakari Karvonen, Laura Kestilä, Pasi Moisio, Anu Muuri (toim.) Suomalaisen hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 212–221. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-015-3>
- Muuri, Anu & Manderbacka, Kristiina (2010): Hyvinvointivaltion kannatusperusta. Teoksessa Marja Vaarama, Pasi Moisio, Sakari, Karvonen, (toim.) Suomalaisten hyvinvointi 2019. Helsinki: Yliopistopaino, 96–110. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085398f>
- Muuri, Anu (2008): Sosiaalipalveluja kaikille ja kaiken ikää? Tutkimus suomalaisten mielipiteistä ja kokemuksista sosiaalipalveluista sekä niiden suhteesta legitimitettiin. Akaateeminen väitöskirja. Helsinki: Helsingin yliopisto ja Stakes. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/23547/sosiaali.pdf?sequence=2>
- Parikka, Suvi & Koskela, Timo & Ikonen, Jonna & Hedman, Lilli (2021): Aikuisväestön hyvinvointi, terveys ja palvelut – FinSote 2020 Aikuisten palvelukokemuksissa ja hyvinvoinnissa alueellisia eroja. Tilastoraportti

- 16/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021052731871>
- Pentala-Nikulainen, Oona & Koskela, Timo & Parikka, Suvi & Aalto, Anna-Mari & Muuri, Anu (2018):: Alueelliset erot aikuisväestön palvelukokemuksissa ja hyvinvoinnissa: FinSote 2018. Tilastoraportti 21/2018. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2018060125085>
- Pöntinen, Seppo & Uusitalo, Hannu (1986): The Legitimacy of the Welfare State: Social Security
- Opinions in Finland 1975–1985, Suomen Gallup Oy, Report nro 15.
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus (2010): Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki: STM. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3106-0>
- Soteuudistus.fi – verkkosivusto. <https://soteuudistus.fi/etusivu>
- Svallfors, Stefan (2011): A bedrock of support? Trends in welfare state attitudes in Sweden, 1981–2010. *Social Policy & Administration* 45(7), 806–825. https://www.iffs.se/media/1837/svallfors_2011_spa.pdf
- Svallfors, Stefan (1996): Välfärdsstatens moraliska ekonomi. Välfärdsopinionen I 90-talets Sverige. Umeå, Boréa.
- Zhao, Dahai & Zhao, Hongyu & Cleary, Paul D (2019): International variations in trust in health care systems. *Int J Health Plann Mgmt*, 34, 130–139. DOI: 10.1002/hpm.2597

Liitetaulukko 15.1. Aineiston jakautuminen sosiodemografisten tekijöiden mukaan, %.

	%
Ikä	
20–54	54,8
55–74	32,4
75 +	12,8
Sukupuoli	
Miehet	48,4
naiset	51,6
Koulutus	
Matala	41,3
Keskitasoinen	33
Korkea	25,7
Työmarkkina-asema	
Työssä	46,1
Työtön	6,1
Eläkkeellä	35,1
Muu	12,6
Asuinkunta	
Kaupunkimainen kunta	72,5
Taajaan asuttu kunta	15,0
Maaseutukunta	12,4

Liitetaulukko 15.2. Luottamusta sosiaali- ja terveydenhuoltoon selittävät tekijät vuonna 2020. Logistinen regressiomalli, jossa kaikki selittävät tekijät vakioitu samanaikaisesti. Kerroinsuhteet (Odds ratio, OR) ja 95 prosentin luottamusvälit (CI).

	Palvelut toimii hyvin ^a				Luottaa henkilöstön osaamiseen ^a				Palvelut lisäävät yhteiskunnallista tasavertaisuutta ^a			
	Terveyspalvelut		Sosiaalipalvelut		Terveyspalvelut		Sosiaalipalvelut		Terveyspalvelut		Sosiaalipalvelut	
	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI
Ikä												
20–54 v	1		1		1		1		1		1	
55–74 v	0,96	(0,85–1,09)	0,92	(0,83–1,02)	1,22	(1,05–1,41)	0,96	(0,86–1,08)	0,86	(0,75–0,97)	0,93	(0,83–1,05)
75+ v	1,16	(0,99–1,37)	1,17	(1,02–1,35)	1,36	(1,12–1,65)	1,33	(1,14–1,55)	0,91	(0,78–1,07)	1,08	(0,93–1,25)
Sukupuoli												
miehet	1		1		1		1		1		1	
naiset	0,98	(0,89–1,07)	0,86	(0,80–0,93)	0,89	(0,80–0,99)	0,86	(0,79–0,94)	0,82	(0,75–0,90)	0,87	(0,80–0,94)
Koulutus												
matala	1		1		1		1		1		1	
keskitasoinen	1,11	(0,99–1,23)	1,05	(1,05–1,05)	1,21	(1,06–1,37)	1,05	(0,95–1,16)	1,29	(1,16–1,43)	1,30	(1,18–1,43)
korkea	1,06	(0,94–1,19)	1,02	(0,93–1,13)	1,30	(1,13–1,49)	1,07	(0,96–1,19)	1,43	(1,27–1,60)	1,52	(1,37–1,69)
Työmarkkina-asema												
työssä	1		1		1		1		1		1	
työtön	1,00	(0,81–1,23)	0,94	(0,78–1,13)	0,81	(0,65–1,00)	0,86	(0,71–1,05)	1,03	(0,84–1,26)	0,93	(0,77–1,13)
eläke	0,93	(0,81–1,07)	1,03	(0,91–1,15)	1,17	(0,99–1,38)	1,06	(0,94–1,21)	1,03	(0,90–1,18)	1,00	(0,88–1,13)
muu	1,02	(0,86–1,22)	1,11	(0,96–1,29)	0,96	(0,79–1,16)	1,03	(0,88–1,21)	1,12	(0,94–1,33)	1,11	(0,94–1,29)
Toimeentulotuen tarve												
ei	1		1		1		1		1		1	
kyllä	0,91	(0,77–1,08)	1,09	(0,96–1,27)	0,76	(0,64–0,91)	0,84	(0,72–0,98)	0,77	(0,66–0,91)	0,88	(0,75–1,02)
Kaupungistumisaste												
Kaupunki	1		1		1		1		1		1	
Taajama	1,03	(0,91–1,17)	1,01	(0,91–1,12)	0,96	(0,83–1,11)	1,01	(0,90–1,13)	0,93	(0,82–1,05)	0,91	(0,82–1,02)
Maaseutu	1,06	(0,93–1,20)	1,22	(1,10–1,36)	0,95	(0,82–1,10)	1,03	(0,91–1,16)	0,83	(0,74–0,94)	0,95	(0,84–1,06)
Eritysvastuu alue												
Helsinki												
Kuopio	1,27	(1,13–1,44)	1,28	(1,15–1,41)	1,24	(1,08–1,43)	1,36	(1,22–1,53)	1,17	(1,03–1,32)	1,17	(1,05–1,31)
Oulu	1,08	(0,94–1,24)	1,19	(1,05–1,34)	1,16	(0,99–1,37)	1,25	(1,10–1,42)	1,07	(0,94–1,23)	1,16	(1,02–1,31)
Tampere	1,20	(1,04–1,39)	1,11	(0,99–1,25)	1,08	(0,91–1,26)	1,09	(0,96–1,24)	1,07	(0,93–1,23)	1,13	(1,00–1,28)
Turku	1,22	(1,06–1,41)	1,15	(1,02–1,30)	1,11	(0,94–1,32)	1,11	(0,98–1,27)	0,99	(0,86–1,13)	1,03	(0,91–1,17)
Elämänlaatu												
hyvä	1		1		1		1		1		1	
huono	0,56	(0,50–0,62)	0,59	(0,54–0,64)	0,56	(0,49–0,63)	0,57	(0,51–0,63)	0,57	(0,51–0,63)	0,59	(0,53–0,65)
Koettu terveys												
vähintään keksitasoinen	1		1		1		1		1		1	
keskimääräistä huonompi	0,69	(0,62–0,77)	0,77	(0,70–0,85)	0,73	(0,65–0,83)	0,81	(0,73–0,90)	0,77	(0,69–0,86)	0,83	(0,75–0,92)
Terveyspalvelujen saanti												
ei tarvetta	1		1		1		1		1		1	
saanut palveluja riittämättömästi	0,48	(0,40–0,56)	0,61	(0,53–0,71)	0,42	(0,34–0,51)	0,55	(0,47–0,65)	0,58	(0,49–0,68)	0,67	(0,58–0,79)
saanut palveluja riittävästi	1,64	(1,41–1,92)	1,15	(1,0–1,31)	1,31	(1,08–1,58)	1,10	(0,95–1,28)	1,37	(1,17–1,59)	1,20	(1,04–1,38)

Liitetaulukko 15.2. jatkuu

	Palvelut toimii hyvin ^a				Luottaa henkilöstön osaamiseen ^a				Palvelut lisäävät yhteiskunnallista tasavertaisuutta ^a			
	Terveyspalvelut		Sosiaalipalvelut		Terveyspalvelut		Sosiaalipalvelut		Terveyspalvelut		Sosiaalipalvelut	
	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI
Sosiaalipalvelujen saanti												
ei tarvetta	1		1		1		1		1		1	
saanut palveluja riittävästi	0,59	(0,48–0,73)	0,64	(0,52–0,79)	0,59	(0,47–0,74)	0,69	(0,56–0,84)	0,64	(0,51–0,80)	0,67	(0,54–0,82)
saanut palveluja riittävästi	1,24	(0,98–1,58)	2,14	(1,72–2,65)	1,36	(1,03–1,80)	1,92	(1,51–2,44)	1,22	(0,98–1,53)	1,47	(1,18–1,82)

a Tarkastelun kohteena väittämän kanssa täysin tai jokseenkin samaa mieltä olevat
Lihavoitu: merkitsevä luottamusvälitarkastelussa

Liitetaulukko 15.3. Halukkuutta käyttää verovaroja sosiaali- ja terveyspalveluihin sekä sosiaalietuuksiinsa selittävät tekijät vuonna 2020, Logistinen regressiomalli, jossa kaikki selittävät tekijät vakioitu saman aikaisesti, Kerroinsuhteet (Odds ratio, OR) ja 95 prosentin luottamusvälit (CI).

	Terveyspalvelut		Sosiaalipalvelut		Sosiaalietuudet	
	OR	95 % CI	OR	95 % CI	OR	95 % CI
Ikä						
20–54 v	1		1		1	
55–74 v	1,40	(0,88–2,21)	0,88	(0,71–1,09)	1,48	(1,30–1,68)
75+ v	2,52	(1,32–4,81)	1,13	(0,84–1,51)	1,61	(1,36–1,91)
Sukupuoli						
miehet	1		1		1	
naiset	3,55	(2,49–5,05)	2,86	(2,39–3,43)	2,06	(1,87–2,27)
Koulutus						
matala	1		1		1	
keskitasoinen	0,72	(0,48–1,07)	1,01	(0,82–1,25)	0,84	(0,75–0,95)
korkea	0,50	(0,34–0,74)	0,96	(0,78–1,18)	0,81	(0,72–0,92)
Työmarkkina-asema						
työssä	1		1		1	
työtön	1,90	(0,81–4,46)	1,69	(1,00–2,86)	2,49	(1,84–3,37)
eläke	1,11	(0,67–1,84)	1,60	(1,27–2,02)	1,56	(1,36–1,80)
muu	1,8	(0,97–3,33)	1,65	(1,16–2,34)	1,57	(1,31–1,88)
Toimeentulotuen tarve						
ei	1		1		1	
kyllä	0,64	(0,34–1,18)	0,79	(0,55–1,13)	2,12	(1,67–2,68)
Kaupungistumisaste						
Kaupunki	1		1		1	
Taajama	0,88	(0,57–1,36)	0,77	(0,62–0,96)	0,93	(0,81–1,06)
Maaseutu	0,78	(0,50–1,22)	1,12	(0,88–1,44)	0,97	(0,84–1,11)
Eritysvastuu alue						
Helsinki	1		1		1	
Kuopio	0,88	(0,58–1,34)	1,12	(0,89–1,41)	1,33	(1,16–1,51)
Oulu	1,66	(0,98–2,80)	1,69	(1,26–2,26)	1,52	(1,31–1,77)
Tampere	0,85	(0,53–1,41)	1,10	(0,85–1,43)	1,10	(0,96–1,27)
Turku	1,54	(0,94–2,54)	0,94	(0,73–1,21)	1,20	(1,03–1,40)
Elämänlaatu						
hyvä	1		1		1	
huono	1	(0,68–1,48)	1,05	(0,84–1,30)	1,11	(0,99–1,24)
Koettu terveys						
vähintään keksitasoinen	1		1		1	
keskimääräistä huonompi	1,73	(1,18–2,52)	1,06	(0,86–1,32)	1,10	(0,97–1,24)
Terveyspalvelujen saanti						
ei tarvetta	1		1		1	
saanut palveluja riittämättömästi	1,21	(0,71–2,04)	0,82	(0,60–1,12)	0,92	(0,76–1,10)
saanut palveluja riittävästi	1,46	(0,90–2,37)	0,99	(0,75–1,31)	0,96	(0,82–1,13)
Sosiaalipalvelujen saanti						
ei tarvetta	1		1		1	
saanut palveluja riittämättömästi	0,49	(0,24–1,00)	1,03	(0,62–1,71)	1,41	(1,03–1,94)
saanut palveluja riittävästi	1,67	(0,58–4,80)	1,64	(0,84–3,20)	1,53	(1,12–2,08)

a Tarkastelun kohteena halukkuus käyttää verovaroja vähintään nykyinen määrä

Lihavoitu: merkitsevä luottamusvälitarkastelussa

Liitetaulukko 15.4. Halukkuutta vähentää asiakasmaksujen osuutta sosiaali- ja terveyspalveluihin rahoitukseen selittävät tekijät vuonna 2020. Logistinen regressiomalli, jossa kaikki selittävät tekijät vakioitu saman aikaisesti. Kerroinsuhteet (Odds ratio, OR) ja 95 prosentin luottamusvälit (CI).

	Terveyspalvelut		Sosiaalipalvelut	
	OR	95 % CI	OR	95 % CI
Ikä				
20–54 v	1		1	
55–74 v	0,88	(0,76–1,02)	0,98	(0,85–1,12)
75+ v	0,75	(0,62–0,90)	0,88	(0,74–1,05)
Sukupuoli				
miehet	1		1	
naiset	1,06	(0,95–1,17)	0,97	(0,88–1,07)
Koulutus				
matala				
keskitasoinen	0,84	(0,75–0,95)	0,96	(0,85–1,07)
korkea	0,84	(0,74–0,96)	0,90	(0,79–1,02)
Työmarkkina-asema				
työssä	1		1	
työtön	1,38	(1,10–1,74)	1,27	(1,02–1,58)
eläke	1,58	(1,34–1,86)	1,41	(1,21–1,64)
muu	1,20	(1,00–1,45)	1,15	(0,95–1,38)
Toimeentulotuen tarve				
ei	1		1	
kyllä	1,62	(1,36–1,92)	1,39	(1,17–1,65)
Kaupungistumisaste				
Kaupunki	1		1	
Taajama	0,99	(0,87–1,13)	1,03	(0,90–1,16)
Maaseutu	0,95	(0,83–1,08)	0,99	(0,87–1,12)
Eritysvastuu alue				
Helsinki	1		1	
Kuopio	1,10	(0,97–1,26)	1,08	(0,95–1,23)
Oulu	1,13	(0,97–1,31)	1,08	(0,93–1,24)
Tampere	1,16	(1,00–1,36)	1,10	(0,94–1,27)
Turku	1	(0,85–1,18)	1,06	(0,90–1,23)
Elämänlaatu				
hyvä	1		1	
huono	1,51	(1,33–1,70)	1,44	(1,29–1,62)
Koettu terveys				
vähintään keksitasoinen	1		1	
keskimääräistä huonompi	1,16	(1,03–1,30)	1,15	(1,02–1,29)
Terveyspalvelujen saanti				
ei tarvetta	1		1	
saanut palveluja riittämättömästi	1,23	(1,02–1,48)	1,25	(1,04–1,50)
saanut palveluja riittävästi	0,74	(0,62–0,87)	0,84	(0,71–0,99)
Sosiaalipalvelujen saanti				
ei tarvetta	1		1	
saanut palveluja riittämättömästi	1,01	(0,80–1,28)	1,44	(1,15–1,81)
saanut palveluja riittävästi	1,48	(1,18–1,86)	1,01	(0,81–1,27)

Lihavoitu: merkitsevä luottamusvälitarkastelussa

16

Resilienssin stressitesti? Oppeja Covid-19-epidemian hallinnasta ja johtamisesta Suomessa

Terveysjärjestelmät ovat osa kriittistä infrastruktuuria, joiden valmius ja kyky kohdata erilaisia uhkia on merkityksellistä yhteiskunnan toiminnan kannalta. Koronaepidemian aiheuttamaan uhkaan herättiin hitaasti kaikkialla järjestelmässä. Eri toimijoiden välisen yhteistyön heikkoutena on ollut vuorovai-
kutuksen ja luottamuksen puute ja lisäksi asiantuntijoihin ja vi-
ranomaisiin on kohdistunut painostusta ja häirintää. Epidemian
hallinnan kannalta tärkeiden kansallisten seurantajärjestelmien
puutteellisuus on vaikeuttanut tiedolla johtamista. Jaksavan ja
osaavan henkilöstön niukkuus kaikilla järjestelmän tasoilla on
pitkittyneen kriisin olosuhteissa ollut olennainen haavoittuvuus-
tekijä. Kansanterveys- ja terveydensuojelujärjestelmän uudis-
taminen on otettava osaksi sote-uudistuksen toimeenpanoa.
Pandemioiden hahmottaminen monialaisina yhteiskunnallisina
ja sosiaalisina kriiseinä on resilienssin eli muutosjoustavuuden
edistämisen kannalta välttämätöntä.

Resilienssillä eli muutosjoustavuudella tarkoitetaan terveysjärjestelmien yhteydessä järjestelmän kykyä varautua ja vastata kriiseihin, muokata toimintaansa kriisejä kohdatessaan ja lopulta oppia niistä (Hanefeld ym. 2018; Blanchet ym. 2017). Koronapolitiikka on vaihdellut mittavasti maanosittain ja maittain, ja sen yhteys terveysjärjestelmien muutosjoustavuuteen on noussut tärkeäksi tarkastelun kohteeksi (Greer ym., 2021).

Myös Suomessa koronaepidemian aikana on ilmestynyt useita selvityksiä ja tutkimuksia, jotka korostavat koronaoppien tärkeyttä tulevan kriisivalmiuden kannalta (Deloitte, 2021; Stenvall ym. 2022; Onnettomuustutkintakeskus, 2021; Oikeuskanslerinvirasto, 2021). Nämä ovat kuitenkin pääosin keskittyneet tarkastelemaan koronaepidemian hallintaa ja tehtyjä rajoitustoimia yleisesti julkishallinnon näkökulmasta. Tässä luvussa keskitymme koronaepidemian aikaisiin oppeihin, haasteisiin ja onnistumisiin suomalaisen terveysjärjestelmän näkökulmasta.

Koronaepidemiaa on kuvattu eräänlaiseksi luonnolliseksi stressitestiksi terveysjärjestelmille (Forman et al. 2020). Käyttäen koronaepidemiaa esimerkkinä terveysjärjestelmän kohtaamasta kriisistä, pyrimme lopussa valottamaan myös tärkeimpiä kehittämistarpeita, joita järjestelmäämme kohdistuu erityisesti muutosjoustavuuden näkökulmasta. Aihe on ajankohtainen myös vuonna 2023 voimaan astuvan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen valossa.

Epidemian kaltaisen terveyskriisin hallinta perustuu suomalaisessa terveysjärjestelmässä olennaisesti tartuntatautilakiin sekä valmiussuunnitelmiin (ml. pandemiasuunnitelmat). Tartuntatautilaki jakaa vastuun tartuntatautien torjunnasta useille toimijoille paikallisella, alueellisella ja kansallisella tasolla. Valtakunnallisesti sosiaali- ja terveysministeriö (STM) vastaa tartuntatautien torjunnan yleisestä suunnittelusta, ohjauksesta ja valvonnasta sekä johtaa, valvoo ja yhteensovittaa sosiaali- ja terveydenhuollon varautumista yhdessä muiden toimijoiden kanssa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on valtakunnallinen asiantuntijalaitos, joka tuottaa tietoa sekä ylläpitää valtakunnallisia epidemiologisia seurantajärjestelmiä, tukee asiantuntemuksellaan STM:tä, aluehallintovirastoja sekä ohjaa ja tukee kuntien ja kuntayhtymien tartuntatautien torjuntatyötä. Alueellisesti sairaanhoitopiirit toimivat asiantuntijoina, kun taas aluehallintovirastot (AVI) tekevät tartuntatautilaissa säädetyt hallinnolliset päätökset, yhteensovittavat ja valvovat tartuntatautien torjuntaa sekä koordinoivat/yhteensovittavat alueellaan valmiussuunnittelua. Paikallisella tasolla kunnat ja kuntayhtymät ovat vastuussa oman alueensa tartuntatautien torjunnasta ja päätöksenteosta (Tartuntatautilaki 2016/1227). Tässä luvussa terveysjärjestelmällä tarkoitetaan suurelta osin näiden toimijoiden muodostamaa kokonaisuutta. Kuvaamme seuraavassa näiden toimijoiden näkökulmaa epidemian hallintaan ja vastaamme seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

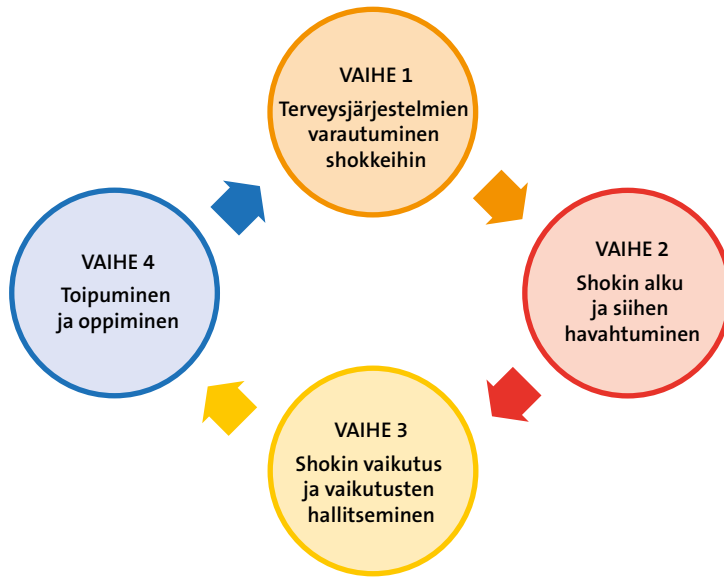
1. Miten Suomen terveysjärjestelmän eri tasoilla oli varauduttu koronaepidemian kaltaiseen haasteeseen?
2. Mitkä olivat koronaepidemian aikaisen johtamisen ja päätöksenteon tärkeimpiä haasteita, onnistumisia ja oppeja terveysjärjestelmän toimijoiden kertomana ja kokemana Suomessa?

Aineisto ja menetelmät

Tutkimus on osa Suomen Akatemian rahoittamaa tutkimushanketta Muutosjoustavuus, kriisivalmius ja huoltovarmuus suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä ([RECPHEALS](#)).

Tutkimusaineisto on kerätty etäyhteyksien avulla puolistrukturoituna yksilöhaastatteluina (N = 53) maaliskuun 2021 ja helmikuun 2022 välisenä aikana. Aineiston keruuseen ja erityisesti haastattelujen aikatauluttamiseen jouduttiin varamaan tavallista enemmän aikaa, sillä kaikki haastateltavat toimivat tutkimuksen aikana pandemianhallintaan liittyvissä tehtävissä. Haastateltavat edustivat keskeisiä paikallisen, alueellisen ja kansallisen tason toimijoita, kuten erikoissairaanhoidon johtajia, hallintoylijohtajia, sairaanhoitopiirien johtajia, hyvinvointiyhtymien/yhteisvastuualueiden johtajia, kaupungin/kunnan (sosiaali- ja terveystoimi) johtajia sekä tärkeimpiä epidemian hallintaan osallistuneita ministeriöitä ja niiden alaisia virastoja. Aluetasolla haastateltavat rekrytoitiin neljältä alueelta, jotka eroavat toisistaan sote-palveluiden järjestämismallin ja maantieteellisen sijainnin sekä väestörakenteen osalta. Haastateltavat tunnistettiin käyttäen harkinnanvaraista ja lumipallo-otantaa. Kutsu haastatteluun lähetettiin sähköpostitse noin 60 henkilölle, joista osa jätti vastaamatta kutsuun tai ei pystynyt osallistumaan aikatauluhaasteiden vuoksi. Haastattelujen kesto vaihteli 45 minuutista noin 90 minuuttiin. Kaikki haastateltavat antoivat suostumuksensa tutkimukseen osallistumiseen, ja heille kerrottiin haastattelun alussa tutkimukseen osallistuvan oikeudet noudattaen Suomen Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeistuksia (TENK, 2019).

Aineiston keruuta ja analyysia on ohjannut Steve Thomasin ym. (2020) viitekehys, jossa terveysjärjestelmien muutosjoustavuutta tarkastellaan järjestelmäshokkien erilaisten vaiheiden kautta (ks. Kihlström ym. 2021). Viitekehyksen mukaisesti haastattelurunko koostui pääteemoista, joita olivat varautuminen ja epidemiaan havahtuminen, pandemian aikainen hallinta ja johtaminen, sekä olennaiset opit ja uudistustarpeet. Haastateltavia pyydettiin kertaamaan omia kokemuksiaan sekä jakamaan näkemyksiään epidemian johtamisesta ja hallinnasta Suomessa omasta näkökulmastaan käsin. Haastatteluissa käsiteltiin erityisesti koronaepidemian ensimmäisen vuoden aikaisia tapahtumia. Viitekehyksen mukaista jaottelua on hyödynnetty myös aineiston analyysissä ja raportoinnissa.



Kuvio 16.1 Shokkisykli terveysjärjestelmässä (Steve Thomas ym. 2020).

Haastatteluäänitteet litteroitiin. Litteraatit analysoitiin monivaiheisesti käyttäen temaattista analyysiä. Aineisto analysoitiin directed content analysis -lähestymistavan mukaisesti teoreettiseen viitekehykseen pohjaten, keskittyen erityisesti varautumisen, johtamisen ja hallinnan sekä tärkeimpien oppien teemoihin epidemian aikana (Assarroudi ym., 2018; Hsieh & Shannon, 2005). Analyysityötä johti kokenut laadullisiin menetelmiin erikoistunut tutkija, joka oli koordinaatiovastuussa alustavan koodiston rakentamisesta yhdessä tutkijaryhmän kanssa. Alustava koodisto muokattiin taulukoksi, jossa avattiin koodien sisältö. Luotettavuuden ja läpinäkyvyyden lisäämiseksi useampi tutkija testasi alustavan koodiston samalla litteraatilla. Tämän jälkeen tutkijaryhmässä keskusteltiin koodien tulkinnoista ja eroavaisuuksista. Tämän vaiheen perusteella alustavaan koodistoon tehtiin vielä joitakin tarkennuksia. Lopullinen koodaustyö tehtiin Atlas TI-ohjelmistolla. Tässä luvussa esitetyt tutkimustulokset ovat aineistosta merkittävimmiksi ja yleisimmiksi nousseet teemat litteraateista.

Varautumisen haasteet ja epidemian uhkaan havahtuminen

Varautuminen pitkittyneeseen ja monialaiseen kriisiin oli puutteellista

Aineistomme mukaan suomalaisen terveysjärjestelmän kyky ennakoida koko yhteiskuntaa koskevaa pitkittyntä kriisiä, joka vaatii yhteistyötä eri sektoreiden ja järjestelmän eri tasojen välillä, oli jokseenkin heikko. Järjestelmässä ei ollut varauduttu nykyaikaisen mediaympäristön mukanaan tuomiin haasteisiin, esimerkiksi sosiaalisen median rooliin osana laajalle levinneen tartuntataudin hallintaa tai monikanavaisen ja monikielisen viestinnän tarpeeseen. Suunnitelmissa ei myöskään huomioitu henkilöstön motivaation ja jaksamisen tukemiseen tarvittavia toimia varsinkaan epidemiatilanteen pitkittyessä. Lisäksi rajojen hallinta, erityisesti maan isoimmalla lentokentällä, mainitaan esimerkkeinä tapauksesta, jota varten ei ollut valmiina järjestelmän läpäisevää varautumista laaja-alaisen kriisin varalta.

Ilmeinen puute varsinkin epidemian alkuvaiheessa oli riittämätön materiaallinen varautuminen suojarusteiden osalta. Suojarusteita oli varastoitu normaalikäytön mukaan, mutta koronaviruksen kohdalla nämä varastot osoittautuivat riittämättömiksi. Tämän vuoksi heti epidemian alkuvaiheessa jouduttiin supistamaan perustoimintoja, kuten suun terveydenhuoltoa. Haastattelemamme kansallisen tason toimijat kuvasivat, että suojarustetilanne oli alkuvuonna 2020 vakava. Kriittisimpinä hetkinä suojarusteita kerrotaan olleen varastoissa vain muutamaksi päiväksi, ja pelkona oli, että niiden loppuessa hoitohenkilöstö kieltäytyy tulemasta töihin. Haastateltavien mukaan tilanteen pelasti ulkomailta saadut suojarustetositukset, joiden hankkimiseen ja toimittamiseen käytettiin laajasti erilaisia verkostoja ja myös poikkeuksellisia hankintamenettelyjä. Osa tilatuista suojarusteista päätyi kuitenkin toisen maan käyttöön EU:n sisäisen välilaskun aikana. Tämä kuvastaa tilanteen kaoottisuutta ja keskinäisen solidaarisuuden puutetta EU:ssa kriisin alkumetreillä.

”Siis niin, siinä meni kyllä varmaan muutama viikko hukkaan suoraan sanottuna että pohdittiin että mitä, et ah ja voi ja mitä tässä voi tehdä ja kannattaa tehdä ja ettei hötkyillä. Meillähän on suomalaisilla tämä, kun ei saisi hötkyillä eikä saisi ennakoida hirveesti. Se on tietysti meidän varautumisen näkökulmasta... jos meillä on semmoinen ajatusmalli et me ei saada hötkyillä eikä saada jossitella, niin me emme ikinä saa tällaisia ilmiöitä kiinni.”

Haastateltavien mukaan suojarusteiden vähäinen määrä oli kuitenkin vain yksi, vaikkakin julkisuudessa paljon esillä ollut, varautumisen puute. Huomattavia puutteita paljastui myös muun muassa lainsäädännön valmistelussa ja toimeenpanossa. Kunnilla ja aluehallintovirastoilla ei ollut juuri aiempaa kokemusta tartuntatautilain soveltamisesta laajalle levinneen yleisvaarallisen tartuntataudin torjumiseksi. Kansallisella tasolla taas kuvailtiin valmiuslakiin liittyvän osaamisen olleen riittämätöntä ja sen soveltamisen ja tulkinnan olleen etenkin kriisin alussa vain muutaman tai pahimmillaan vain yhden henkilön varassa. Lisäksi terveydenhuoltojärjestelmän rakenteelliset ongelmat, kuten perusterveydenhuollon vähäiset resurssit, hoitohenkilöstön saatavuus ja verrattain pieni tehohoitokapasiteetti, näyttäytyivät haastatteluissamme myös selkeinä haavoittuvaisuuksina terveysjärjestelmän varautumisen näkökulmasta. Myös sekä THL:n että aluehallintovirastojen resurssien leikkaaminen sekä organisaatiomuutos lääninhallituksista nykyiseen aluehallintovirastomalliin mainittiin syiksi siihen, että niillä oli heikommat edellytykset reagoida ja vastata koronaepidemian aiheuttamiin ongelmiin verrattuna esimerkiksi vuoden 2009 sikainfluenssaan.

Kriisiin havahtuminen

Koronaepidemian uhkaan herättiin hitaasti niin kansainvälisesti kuin Suomesakin. Maailman terveysjärjestö (WHO) julisti koronaviruksen pandemiaksi 11.3.2020. Haastateltavien mukaan WHO:n julistus tuli verrattain myöhään. Syyksi epäiltiin järjestön saamaa kritiikkiä vuoden 2009 sikainfluenssan yhteydessä, jolloin WHO:ta kritisoitiin hätäilystä. Useammassa haastattelussa korostettiin myös, että WHO on poliittinen organisaatio ja sen päätösten taustalla vaikuttavat myös suurvaltapolitiittiset jännitteet. EU:lla ei haastateltavien mukaan ollut riittävän koordinoitua yhteistä toimintamekanismia uhkaan reagoimiseen, mikä jätti yksittäisille jäsenmaille vallan ja vastuun torjuntatoimien käynnistämisestä. Myös suojarusteiden hankinnassa solidaarisuuden puute oli ilmeinen (ks. yllä).

Haastatteluaineistosta piirtyy kuva, jossa kriisiin havahtuminen tapahtui vähitellen vuodenvaiheessa 2019–2020. Mitä lähemmäs kuntatasoa aineistossa mennään, sitä myöhäisemmässä vaiheessa tilannekuvan vakavuuteen havahduttiin ja sitä enemmän tiedon kulussa raportoitiin olleen puutteita etenkin kansallisen ja alue/paikallistasojen välillä. Haastateltavien mukaan ensimmäiset signaalit epidemiasta havaittiin Suomessa jo loppuvuonna 2019. Tähän havahduttivat haastateltavien henkilökohtaiset kontaktit, kansainvälinen tiederaportointi ja kansainvälinen asiantuntijayhteistyö, omat havainnot (kuten maskit turisteilla) sekä uutiskuvat Kiinan miljoonakaupunkien sulkemisesta. Vaikka tilannetta tarkkailtiin THL:lla, STM:ssä ja sairaanhoitopiireissä, ei epidemian uhkaa vielä alkuvuonna 2020 pidetty Suomessa vakavana. Epidemian vakavuuteen heräämisessä olikin monien haastateltavien mukaan haasteita. Tilannetta leimasi haastateltavien mukaan epäusko tai haluttomuus uskoa tilannekuvaa. Niin julkisesti kuin organisaatioiden

sisällä epidemiasta esitettyjen asiantuntijanäkemyksen kerrotaan olleen vähätteleviä etenkin tammikuussa 2020. Koronaviruksen arvioitiin esimerkiksi käyttäytyvän kuten influenssavirus tai sen ei uskottu tarttuvan ihmisestä ihmiseen. Vielä tammikuun 2020 lopulla, ensimmäisen Suomessa varmistetun koronatapauksen jälkeenkin esitettiin asiantuntija-arvioita, joiden mukaan taudin leviämisen riski Suomessa oli pieni. Toisaalta asiantuntijahaastateltavat toivat esiin sen, että etenkin päättäjien toimesta toppuuteltiin liian vakavien uhkaskenaarioiden esittämistä, koska ne voisivat pelottaa kansalaisia.

Helmikuu 2020 vaikuttaa olleen kriisiin havahtumisen kannalta suvantovaihe, jota leimasi niin kutsuttu ”mandaattiallergia” eli poliitikkojen ja myös osan viranomaisista haluttomuus tarttua asiaan sekä itsevarmuus Suomen turvallisuutta koskien. Useat haastateltavat korostivat esimerkiksi Suomen varautumiselle annettuja hyviä arvioita WHO:n JEE (joint external evaluation) -prosessissa vuonna 2017, jotka vahvistivat itseymmärrystä Suomesta korkean varautumistason maana. Esimerkiksi suojavarustetilanteen ongelmat olivat kuitenkin jo helmikuussa 2020 tiedossa ja usean haastateltavan mukaan Suomessa hukattiin tällöin tärkeää varautumisaikaa.

”Mutta silloin alkuvaiheessa, kun minä luulen että se valmiuslain ja poikkeusolojen julistamiseen, valmiuslain käyttöönoton syy olivat kauhukuvat Italian teho-osastoista. Kyllä se oli aika selvästi se laukaiseva.”

Tilannekuva muuttui Suomessa nopeasti maaliskuun alkupuolella, ja siihen vaikutti erityisesti uutisointi Italiasta. Erään haastateltavan mukaan viruksen ajateltiin ensin pysyvän Kiinassa ja Aasiassa ja ensimmäisen tapauksen myötä paikallisena yksittäistapauksena Lapissa. Haastateltavien kertomuksissa nimenomaan Italian uutiskuvat toistuivat herätteenä sille, että myös Suomessa terveydenhuoltojärjestelmä voisi romahtaa koronaepidemian seurauksena. Tämä puolestaan johti keskusteluun poikkeusolojen julistamisesta. Lisäksi pelättiin, että epidemialla ja sen torjumiseksi käyttöönotetuilla rajoitustoimilla olisi vakavia taloutteen ja yhteiskunnan huoltovarmuuteen liittyviä vaikutuksia.

Epidemian johtaminen ja hallinta

Viestiketjun toimivuus epidemian aikana

”Se rupesi näyttämään siltä, että tilanne näyttää tosi pahalta ja siten kuitenkin se kansallinen viesti oli että ei tässä mitään hätää että nyt kun esimerkiksi meillä ollaan tätä, parin viikon päästä pidetään sitä omaa alueellista maanpuolustuskurssia... niin katoin just vähän materiaaleja nii kyllä meidän lääkäri on laittanut tammikuun lopusta jotain A-Studio-haastattelunpätkiä jossa sanotaan että ei ole todennäköistä että epidemia tulee Suomeen eikä täällä tarvitse olla huolissaan. Kyllä täällä vähän oltiin jo huolissaan silloin että tämä näyttää nyt vähän kummalliselta ja just niitä epävirallisia reittejä pitkin alkoi sitä tietoa tihkua.”

Viestiketjussa ja kriisitiedottamisessa kansalliselta tasolta alueelliselle ja paikalliselle tasolle on ilmennyt ongelmia läpi epidemian. Epidemian varalta järjestäytyttiin kansallisella tasolla alkuvuonna 2020. Kokoukset olivat aluksi salaisia, ja niihin osallistui kansallisen tason haastateltavien mukaan vain keskeiseksi luonnehdittuja toimijoita. Kokousten sisällöstä, kuten mallinnoista, skenaarioista ja harkituista toimenpiteistä, ei viestitetty ulospäin. Kansallisen tason toimijat mainitsivat salassapitovelvollisuuden osasyiksi niukalle tiedottamiselle, varsinkin epidemian alussa. Myös keskeisten toimijoiden välisen luottamuksen puute ja pelko tietojen vuotamisesta tuli esiin haastatteluissa.

Haastattelujen mukaan epidemian aikana ilmeni epäselvyyttä siitä, mille taholle lakisäätäinen vastuu tiedottamisesta erityisesti kunnille ja aluehallintovirastoille kuuluu. Osa alueellisista ja paikallisista toimijoista kuvaili, kuinka tiedon saaminen THL:lta epidemian alussa oli hankalaa. STM tiedotti ajankohtaisesta tilannekuvasta sairaanhoitopiirejä ja erityisvastuualueita, joiden kanssa se pitää tiiviistä yhteyttä myös normaalioloissa. Viestin oletettiin kulkevan sairaanhoitopiireiltä kunnille ja kuntayhtymille, mutta näin ei tulkintamme mukaan aina tapahtunut. Myös sairaanhoitopiireistä kerrottiin, että kuntien mukaan ottamisessa myöhästettiin epidemian alussa.

”Kunnathan tekee äärettömän hyvää työtä, mutta se on ihan selvä kun meillä on 300 kuntaa niin niitä käytäntöjä ja ajatuksia on hyvinkin erilaisia ja saati se tilannekuvan ylläpito kaikkien 300 kunnan kanssa niin ei varmasti ole ihan helppo tehtävä.”

Viestinnän epäselvyyksistä johtuen haastattelemamme paikalliset toimijat ja osa alueellisista viranomaisista kertoivat jääneensä pimentoon epidemian alun tilannekuvan osalta. Tämän vuoksi niin kriisitietoisuutta kuin tilannekuvaa alet-

tiin muodostaa epävirallisia reittejä pitkin. Osalla alueista varauduttiin esimerkiksi tartuntatautilain (aluehallintovirastot) tai valmiussuunnitelmien (kunnat, kuntayhtymät, sairaanhoitopiirit) perusteella. Valtaosa alueellisista ja paikallisista toimijoista kuitenkin kertoi pääministerin 12.3.2020 tiedotustilaisuuden olleen merkittävä kriisiin havahtumisen kannalta. Poikkeusolojen julistus tuli alueellisille ja paikallisille toimijoille yllätyksenä, mikä aiheutti myös erilaisia hankaluuksia käytännön toiminnassa. Esimerkiksi heti poikkeusolojen julistamisen jälkeen kansalaiset ja työntekijät odottivat kunnilta ja aluehallintovirastoilta tietoa siitä, mitä uusi tilanne tarkoittaa, vaikka johdossakaan toimenpiteet eivät olleet vielä tiedossa. Sama tilanne toistui myös muissa isommissa päätöksissä keväällä 2020. Kansallisen tason toimijoilta toivottiinkin etukäteistiedotusta toimivaltaisten viranomaisten suuntaan ennen asioiden julkistamista.

Jännitteet ja yhteistyö hallinnon tasojen välillä

Olenainen haaste epidemiaaikaisessa johtamisessa ja päätöksenteossa on analysimme mukaan ollut epäselvyys vastuista ja toimivallasta järjestelmän eri tasoilla. Kokonaisvastuun johtamisesta kuvaillaan olleen epäselvä ja terveysjärjestelmän eri toimintojen yhteensovittamisen olleen puutteellista. Lisäksi kritiikkiä esitettiin siitä, että lainsäädännön tarjoamaa peruskehikkoa toimivallasta ja vastuista ei seurattu, vaan se toisinaan ohitettiin esimerkiksi informaatio-ohjauksen keinoin. Ylipäätään eri tasojen välistä vuoropuhelua ja tiedonvaihtoa kaivattiin enemmän. Haastateltavien mukaan vuorovaikutuksen puute oli ollut ongelma jo aiemmin, mutta se korostui epidemian aikana. Erityisesti alueelliselta ja paikalliselta tasolta toivottiin, että kansallisella tasolla olisi parempi ymmärrys palvelujärjestelmän operatiivisen tason toiminnasta ja realiteeteista. Alueelliset ja paikallisen tason toimijat kokivat, että kansallisessa ohjauksessa ei aina huomioitu sitä, mitä toimia lainsäädännön ja olemassa olevien resurssien antamien reunaehtojen puitteissa on mahdollista toteuttaa ja alueellisen tason tilannekuvan välittäminen kansalliselle tasolle koettiin vaikeaksi.

Koronaepidemian alussa valtioneuvosto otti epidemian johtamisessa ja hallinnassa poikkeusolojen julistamisen myötä näkyvän roolin. Kansallisen tason virkahenkilöt kuvailevat poikkeusolojen julistuksen jälkeen kiireen ja epäselvyyden tuntua liittyen eri viranomaisten toimivaltaan ja roolituksiin. Epidemian käytännön johtamisen koordinaatio siirrettiin heti alussa STM:lle, jonka hallinnonalalle terveyskriisi jäi ”luontevasti” tartuntatautilain perusteella. STM:ssä kuitenkin korostettiin, että valmiuslain mukaan poikkeusoloihin liittyvä johtaminen ja yhteensovittaminen kuuluu valtioneuvoston kanslialle (VNK). VNK:n kuvattiin haastatteluisissa olleen haluton olemaan kokonaisjohdossa. Toisaalta eräs VNK:n edustaja kuvaili kriisinhallinnan olleen vahvasti riippuvaista pääministeri-instituutiosta, ja virkakunnan olleen ”kykenemätön tuottamaan ratkaisuja” epävarmassa epidemia-tilanteessa.

”Niin mehän olemme olleet viimeiset puolitoista vuotta ihan kädet savessa, tällaisten täysin operatiiviseen johtamiseen liittyvien asioiden kanssa. Että jos minä puhun et rajoitustoimenpiteitä on käsiohjattu, niin kyllä on kuule käsiohjattu vaikka mitä tahansa muutakin tässä näin. Ja en ole itse koskaan ministeriöön töihin tullessani kokenut, että ministeriö on se paikka, jossa tämmöistä tehdään. Me tehdään lainsäädäntöä.”

Epidemianhallinnan keskittäminen STM:ön korosti tulkintamme mukaan koronaepidemian kehystämistä ennen kaikkea terveydenhuollon kriisiksi. STM:n johdolla ryhdyttiin koordinoimaan valmistelua hallituksen neuvotteluihin, vaikka STM:n kerrotaan olleen jo valmiiksi aliresursoitu esimerkiksi uuden lainsäädännön valmistelemiseksi. Epidemian alkuvaiheessa hallituksen kuvailtiin olleen tarkkaan ja melko yhtenäisesti mukana epidemiaan liittyvässä johtamisessa ja päätöksenteossa ”pienintä yksityiskohtaakin myöten.” Haastatteluissa kerrottiin hallituksen yhteisen linjan kuitenkin hajonneen loppukesästä 2020, jolloin haastateltavat kuvasivat STM:n jääneen epidemian hoidossa yksin. STM:n haastateltavat kertoivat myös, että muut ministeriöt eivät olleet kovinkaan halukkaita osallistumaan koronatilanteen hoitamiseen. Tämä nähtiin ongelmallisena, koska esimerkiksi kouluja ja lasten ja nuorten harrastustoimintaa koskevat rajoitukset ja suositukset eivät kuulu STM:n hallinnonalaan. Kun epidemian edetessä ymmärrettiin siihen liittyvän laajempia yhteiskunnallisia vaikutuksia, yhteistyö esimerkiksi opetus- ja kulttuuriministeriön (OKM) suuntaan parantui OKM:n ottaessa kantaa omaan hallinnonalaansa kuuluviin rajoituksiin.

Syksyllä 2020 hybridistrategiaan siirryttäessä hallinnan painopisteen oli tarkoitus siirtyä keskushallintopainotteisesta ohjauksesta alueellisia erityispiirteitä ja alue- ja paikallisviranomaisten päätösvaltaa painottavaan toimintamalliin. Alueellisten ja paikallisten haastateltavien mukaan peruskehikko tähän siirtymään oli olemassa, sillä kunnat, sairaanhoitopiirit sekä aluehallintovirastot koordinoivat päätöksentekoa alueilla myös normaalioloissa. Hybridistrategiaan siirryttäessä alueelliset ja paikalliset toimijat kuitenkin kuvailivat kriisinhallinnan muuttuneen poliittiseksi kevään 2020 epäpoliittisena näyttäytyneen alun jälkeen. Haastateltavien mukaan varsinkaan kuntiin ei luotettu operatiivisina toimijoina, ja lakisäästeisten tehtävien päälle tulivat ”AVI, STM ja THL neuvomaan.” Kansallisella tasolla taas kuvattiin, että alueet olivat hybridistrategian alussa haluttomia ja osin myös kyvyttömiä tekemään päätöksiä. Yksityiskohtaista ohjausta, jopa päätöspohjia, kaivattiin edelleen kansallisilta toimijoilta esimerkiksi rajoituspäätöksissä. Kansalliset toimijat turhautuivat ajoittain hitaaseen päätöksentekoon alueilla, mikä johti paikoin vahvaankin operatiivisen toiminnan ohjaamiseen.

”... sosiaali- ja terveysministeriön tämmöinen, ohjaaminen kirjeillä jotka eivät ole juridisesti velvoittavia mutta ne sellaisena markkinoidaan niin ei kyllä täytä hyvän hallinnon periaatteita.”

Haastatteluissa ilmeni useita ristiriitoja ja jännitteitä tärkeimpien toimijoiden välillä. Alueelliset ja paikalliset toimijat kuvasivat suhdettaan etenkin STM:ön epidemian aikana hankalaksi. Haastatteluissa kuvattiin, kuinka hybridistrategian käyttöönoton jälkeen kansalliselta tasolta on kuntiin ja aluehallintovirastoihin kohdistunut poliittista painostusta ja että poliittisille päättäjille oli jäänyt ”rooli päälle” yksityiskohtiin vaikuttamisessa. Ongelmallisia tilanteita olivat esimerkiksi ne, kun ministeriön ohjauskirjeissä kehoitettiin alueita toimenpiteisiin, jotka eivät lainsäädännön puitteissa olleet mahdollisia toteuttaa. Jos alueet eivät toteuttaneet kehoituksia, niitä moitittiin haastateltavien mukaan julkisuudessa. Kansallisesti taas koettiin, että alue- ja paikallistasolla ei tartuttu toimeen, vaan odoteltiin kansallista ohjausta toimenpiteiden aloittamiseksi. Nämä tapaukset ovat nakertaneet luottamusta toimijoiden välillä.

Alueilla on myös ollut keskinäistä hämmennystä ja epäselvyyttä eri tahojen toimivallasta. Aluehallintovirastojen on täytynyt omaksua kokonaan uusia rooleja erityisesti operatiivisessa toiminnassa (esimerkiksi korvausvastuista päättäminen), mikä on vienyt aikansa. Myös kuntien päätöksenteko on ollut ajoittain hidasta ja aluehallintovirastot ovat ottaneet isomman roolin päätöksenteosta alueilla. Sairaanhoidopiirit ovat olleet toisinaan keskenään erimielisiä tarvittavista toimista (esimerkiksi karanteenien pituuksista). Vaikeiden päätösten tekemistä on haastateltavien mukaan myös vältelty ja pitkitetty. Järjestelmän kaikilla tasoilla on toiminut ”nyrkkejä” ja verkostoja, joilla ei kuitenkaan ole ollut virallista päätösvaltaa. Lisäksi alueellisten toimijoiden haastatteluissa ilmenee kritiikkiä epidemian hallinnan pääkaupunkikeskeisyyttä kohtaan.

”...tällä hetkellä kun se ohjaus lähtee siitä että ne päätökset pitäisi tehdä mahdollisimman tarkkarajaisesti ja nimenomaan ensimmäisenä siellä kuntatasolla, niin jonkunlaista, olen aistivinani sen että kunnissa ei välttämättä ole sitä osaamista ja sellaista halukkuutta lähteä siihen päätöksentekoon kun AVI niitä päätöksiä on lähtökohtaisesti tehnyt koko pandemian ajan. Ja meillä siihen on totuttu, niin tuntuu että se siirtyminen kunnan tekemiin päätöksiin on jonkun verran vaikeaa.”

Tiedolla johtaminen, yhteisen tilannekuvan muodostaminen ja asiantuntijatiedon hyödyntäminen päätöksissä

Epidemian alussa tiedolla johtamisen kuvaillaan olleen ohutta, sillä koronaviruksesta ja sen vaikutuksista tiedettiin vain vähän. Tiedot epidemiasta olivat alusta lähtien ristiriitaisia ja päättäjät myös panttasivat tietoa, koska se oli vajavaista. Tämän takia viranomaisten välittämää tietoa saatiin julkisuuteen hitaammin kuin mitä tiedotusvälineet ja sosiaalinen media välittivät. Siten epävirallinen tilannekuva muodostui kansalaisten sekä epidemian kannalta olennaisten toimijoiden (aluehallintovirastot, kunnat, rajavartiolaitos) piirissä myös muita kuin viranomaistietojen tarjoamia reittejä pitkin. Osa haastateltavista peräänkuulutti nopeampaa kansallista liikkeelle lähtöä, sillä tilanteen eskaloituessa kaikki päätökset piti tehdä kiireellä. Kansallista kriisiviestintää koronaepidemian alussa kuvaillaan alueellisten ja paikallisten toimijoiden haastatteluissa jälkijätöiseksi.

Epidemian alkaessa kansallisen tilannekuvan muodostamiseksi ei ollut olemassa tietojärjestelmiä, menettelytapoja tai keinoja. Päättäjille ja tärkeimmille toimijoille ei ollut saatavilla tilannekuvaa siitä, mikä koko maan sairaanhoitokapasiteetti tai tehohoitokuormitus on. Palvelujärjestelmän tilannekuva henkilöstön saatavuuden sekä sosiaalihuollon tilanteen suhteen oli ja on edelleen puutteellinen. Kriisin alkuvaiheena ja kuukausina tilannekuvaa rakennettiin manuaalisesti eri organisaatioissa ja erityisesti sairaanhoitopiirien johdolla. Myös suojavarusteiden osalta tilannekuvan kerrotaan olleen puutteellinen, vaikkakin sen muodostamista käynnisteltiin STM:ssä jo helmikuussa 2020.

”Ja nyt jos mietitään sitä, että millä arvoilla näitä (rajoituksia) tehdään, niin sitten jos lähtökohtaisesti minun ajatus oli että minä, tämä kuitenkin pääasiassa perustuu, siihen tietoon mitä me toimitetaan, mitä muut toimittaa ja mitä me toimitetaan ja se analysoidaan, hyvin tietäen, että täällä on kuitenkin taustalla kuitenkin on sitten, pohjimmiltaan kuitenkin arvovalintoja. Niin kyllä minä jotenkin, kyllähän näissä taustalla on myös ihan hyvin pragmaattiset asiat, kuten ihan lähtökohtaisesti lähestyvät vaalit. Eihän siitä pääse mihinkään.”

THL:lta toivottiin suurempaa roolia epidemian aikaiseen tilannekuvan muodostamiseksi sekä tietopohjaisten politiikkasuositusten antamiseksi rajoitustoimenpiteisiin liittyen. Vaikka THL tuotti tietoa kansallisesta epidemiologisesta tilannekuvasta, tuotetusta tiedosta oli hankalaa poimia tietoa päätöksentekijöiden tarpeisiin esimerkiksi alueilla ja kunnissa. Toisaalta THL:n asiantuntijaroolissa antamia suosituksia ei aina hyödynnetty alueellisessa päätöksenteossa. THL esimerkiksi suositteli epidemian alkuvaiheessa karanteenin pituudeksi kahta viikkoa, mutta yksittäisten tartuntatautilääkärien asettamien karanteenien pituudet poikkesivat suositellusta. THL:n asema STM:n alaisena itsenäisenä asiantuntijaorga-

nisaationa näyttäytyi paikoin ongelmallisena. Alueilla esimerkiksi koettiin, että THL:n viesti ”suodattui STM:n läpi.”

Haastateltavat terveysjärjestelmän eri tasoilla ilmaisivat tyytymättömyyttään päätöksenteon läpinäkyvyyteen. Haastateltavat toivoivat vaikkapa rajoitustoimien tarkempia perusteluja ja avoimuutta. Aluehallintovirastoille oli esimerkiksi epäselvää, miksi ravintolarajoituksista päätti hallitus, mutta tapahtumiin ja kokoon-tumisiin liittyvät rajoitukset jätettiin aluehallintovirastojen vastuulle. Epidemian aikaista tukipolitiikkaa kuvataan aineistossa epäonnistuneeksi siinä mielessä, että se ei auttanut niitä, jotka kärsivät rajoitustoimista suhteettoman paljon (esimerkiksi kulttuuri- ja tapahtuma-ala). Erimielisyyksiä epidemian aikaisista toimenpiteistä ja niiden oikeutuksesta ilmeni tärkeiden toimijoiden välillä myös toisen asteen oppilaitosten etäopetukseen määrittämisestä, rokotusjärjestyksestä sekä lasten harrastusten rajoittamisesta. Eräs haastateltava kuvasi, että päätös yläkoulujen asettamisesta etäopetukseen oli eräässä vaiheessa epidemiaa sairaanhoitopiiriin ja THL:n suosituksen mukaan tarpeetonta. Tämä teki kansallisen tason ohjeistuksesta lainsäädännöllisesti kyseenalaisen toteuttaa.

”No siis, ensimmäinenhän oli se maskitsydeemi, josta silloin ke-väällä -20, ni silloin sen suhteen oli semmoista ihme kuviointia jossa siitä, ei olisi saanut puhua mitään niistä maskeista suurin piirtein.”

Lisää läpinäkyvyyttä ja perusteluja toivottiin myös esimerkiksi päätöksiin rajojen sulkemisesta tai maskisuositusten antamatta jättämisestä. Epidemian alkuvaiheessa maskisuositusten antamatta jättämistä perusteltiin tieteellisen tiedon puutteella, mutta toisaalta haastatteluissa kuvataan, että päätöksessä oli kyse myös suojarusteiden riittämättömyydestä Suomessa. Haastatellut kuvaavat, että epidemian aikaisten toimenpiteiden ja suositusten ohuet perustelut ovat johtaneet siihen, että päätöksiin on onnistuttu vaikuttamaan lobbaamalla. Asiantuntijoita on osan haastateltavista mukaan kuunneltu kansallisella tasolla valikoiden. Ylipäätään kritisoitiin sitä, että päätöksiä on epidemian aikana tehty kiireellä, jopa ”vauhtisokeasti” ilman, että niitä olisi tarkasteltu laajojen ja pitkäaikaisten hyvinvointivaikutusten näkökulmasta. Tässä yhteydessä korostettiin erityisesti lasten asemaa epidemian aikana, rajoitusten pitkäkestoisia vaikutuksia nuoriin sekä sosiaalihuollon asiakkaiden oikeuksia.

Terveydenhuollon toimintojen turvaaminen ja uudistustarpeet

Tärkeimmät onnistumiset

”Eli se ensimmäinen oppi on se, että kun tämä järjestelmä oli perushyvä, niin se toimi. Ja toinen oli sitten se, että tätä varautumisen puutteita on paikannut sitten toimintakykyinen hallinto ja yleisesti oleva laaja luottamus siihen hallinnon toimintaan, jolloin on voitu esimerkiksi kansalaisten suosituksia hyödyntää sitten laajasti tässä.”

”Meillä pitää olla tietyllä tavalla julkinen tai siis verovaroin tuettu järjestelmä jatkossakin sillä tasolla, että me voidaan taata tällainen hyvä terveydenhuolto erikoistilanteissa kaikille ilman että se on tällainen, vakuutuksiin tai johonkin muuhun perustuva.”

Haastateltavat jakoivat näkemyksen terveydenhoidon toimivuudesta, sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön vahvasta osaamisesta sekä alueellisesta asiantuntijuudesta. Terveydenhuollossa pystyttiin toimimaan joustavasti tilanteessa, jossa oli pulaa luotettavasta tiedosta ja toisaalta tekemään sellaisia toimia, joita ei aikaisemmin ole jouduttu tekemään (esimerkiksi koronapotilaiden hoito). Vaikka terveydenhuollon toimintoja jouduttiin supistamaan ja hoitovelkaa todennäköisesti syntyi, palveluiden saatavuutta pyrittiin turvaamaan esimerkiksi etäpalveluin. Tämän seurauksena myös varmuuden vuoksi tehtävät tutkimukset todennäköisesti vähenivät.

Huolimatta tehohoidon kuormituksesta, tehohoidon saatavuus on kyetty Suomessa turvaamaan läpi epidemian. Merkittäväksi onnistumiseksi mainittiin edeltävien usean vuosikymmenen yhteistyö sairaanhoitopiirien teho-osastojen johdon välillä. Tämä helpotti esimerkiksi tehohoitopotilaiden siirtoja sairaanhoitopiirien välillä. Terveysjärjestelmän toimijoiden yhteistyö on myös laajemmin tiivistynyt epidemian aikana ja organisaatioiden väliset raja-aidat ovat madaltuneet.

Toimijoiden välisiä verkostoja muodostettiin nopeasti epidemian alussa ja niitä täydennettiin tarpeellisilla toimijoilla epidemian edetessä. Esimerkiksi STM:n ohjauksesta syksyllä 2020 perustetut alueelliset koronakoordinaatioryhmät koettiin toimiviksi, sillä ne mahdollistivat alueellisen yhteistyön sekä tukivat paikallisen tason tilannekuvan välittämistä kansalliselle tasolle. Hybridistrategian tärkeäksi onnistumiseksi mainittiin vastaaminen alueellisten erityispiirteiden tunnistamiseen.

Vaikka suojavarusteiden osalta varautuminen ja hankinnat osoittautuivat haasteellisiksi, epidemian edellyttämiin hankintoihin liittyi myös monia onnistumisia. Lääkehuollossa varautuminen oli hyvällä tasolla täyttäen velvoitevarastoinnin kriteerit. Testauskapasiteetti onnistuttiin myös pystyttämään nopeasti. EU:n yhteistyössä toteutamat rokotehankinnat turvasivat rokotteiden nopean saatavuuden myös Suomessa. Toisaalta haastatteluissa pääänkuulutettiin globaalin rokotesolidarisuuden tarvetta.

Epidemian inhimillinen puoli: osaava ja jaksava henkilöstö järjestelmän eri osissa

Hoitohenkilöstön riittävyys on ollut yksi koronaepidemian aikaisista päähaasteista (Kihlström ym., 2021). Osaavan ja jaksavan henkilöstön riittävyys on pulma, joka läpäisee koko terveysjärjestelmän. Haastateltavien mukaan epidemian aikainen johtaminen ja päätöksenteko on kansallisella tasolla ollut pienen joukon vastuulla, joka on ”neljän käden sormilla laskettavissa.” Tämä on aiheuttanut väsymistä ja uupumista. Osaaminen epidemian kannalta olennaisilla osa-alueilla, kuten valmiuslaki, on ollut ohutta ja vain muutaman henkilön työn varassa. Tämä hallinnan ja johtamisen inhimillinen puoli on osin myös vaikeuttanut kansallista johtamista ja päätöksentekoa.

Koronaepidemian aikana muodostetuista verkostoista ja kokouksista osa on haastateltavien mukaan vienyt työaikaa itse tekemiseltä ja epidemian aikana on tehty paljon päällekkäistä työtä. Henkilöstöressurssien vähäisyys on johtanut järjestelmän kaikilla tasoilla jatkuvaan kiireen tuntuun. Päätöksiä ei ole ehditty valmistella kunnolla, mikä on haastateltavien mukaan myös epidemian eri vaiheissa johtanut pahimmassa tapauksessa lainvastaisiin päätöksiin.

”Ehkä mä sanon sen alkuun että kaikkien julkishallinnon toimijoiden täytyy pystyä turvaamaan oma toimintansa vaikka kritiikki on erittäin rajua. Minun mielestä se on yks ihan keskeinen oppi et miten me turvataan näiden kriittisten organisaatioiden toimintamahdollisuudet tämmöisessä tilanteessa. Siis meille tuli esimerkiksi silloin keväällä niin siis hirveä määrä uhkailupuheluja ja tapa ittes ja miten te voitte olla noin hölmöjä ja te ette tiedä mistään mitään. Media soittaa ja sanoo et haluatteko nimettömänä antaa, kommentin ja tavallaan et siihen vaan täytyy tottua.”

Haastattelut osoittavat, että useiden virkahenkilöiden ja asiantuntijoiden työhön on pyritty vaikuttamaan esimerkiksi henkilökohtaisten yhteydenottojen muodossa tai perinteisen ja sosiaalisen median kautta. Tämä on vaikeuttanut päätösten tekemistä kovassa paineessa. Asiantuntijoihin on myös pyritty vaikuttamaan poliittisesti. Koronaepidemian aikana virkahenkilöitä ovat kuormittaneet lisäksi häirintä ja jopa henkeen kohdistuvat uhkaukset.

Tärkeimmät uudistustarpeet terveysjärjestelmän resilienssin edistämiseksi

Haastateltavien mukaan koronaepidemian oppeja tulisi hyödyntää terveysjärjestelmän muutosjoustavuuden edistämiseksi, mutta kuitenkin niin, ettei kaikkia uudistuksia tehtäisi ”pandemialasit päällä.” Haastatteluissa korostetaan valmiuslain ja tartuntatautilain uudistamisen merkitystä tulevaisuuden pandemioiden kannalta niin, että lakipykälien tulkintaa voitaisiin paremmin ennakoida ja että esimerkiksi epidemian aikana toimivallat olisivat selkeästi määriteltyjä. Terveysjärjestelmän pirstaleisuuden vähentämisen suhteen suurin osa haastateltavista oli sitä mieltä, että tuleva sote-uudistus on tarpeellinen, sillä se tulee vähentämään terveysjärjestelmän toimijoiden määrää. Toisaalta eri tasojen toimijoiden jännitteisiä välejä ja vuorovaikutuksen puutetta pidettiin ongelmana, jota sote-uudistus yksinään ei ratkaise. Osa haastateltavista myös ehdotti aluehallintovirastojen yhdistämistä yhdeksi kansalliseksi valvontaviranomaiseksi, vaikka samalla esitettiin myös huoli siitä, että tällöin alueellinen erikoisosaaminen voisi heiketä. Myös THL:n mandaatin kirkastamista ja roolia kansallisena operatiivisena ja itsenäisenä kansanterveystoimijana epidemian kaltaisessa kriisissä peräänkuulutettiin.

Terveysjärjestelmän muutosjoustavuuden edistämisen tärkeiksi uudistustarpeiksi nostettiin perusterveydenhuollon tilasta huolehtiminen, tehohoitokapasiteetin vahvistaminen ja hoitotyön imagon nostaminen hoitohenkilöstön saatavuuden takaamiseksi. Tehohoidossa nähtiin tarvetta kansallisen tason koordinaatiolle, jotta resurssit saadaan kohdennettua tarkoituksenmukaisesti. Tiedolla johtamisen kannalta huomattavia uudistustarpeita olivat kansallisen tilannekuvan kerääminen ja tuottaminen sekä parempi ymmärrys siitä, miten palvelujärjestelmä nykyisellään vastaa väestön todellisiin tarpeisiin. Lisäksi toivottiin tutkitun tiedon saattamista paremmin päätöksenteon tueksi.

”Kyl mä olen hyvin vahvasti tämän pohjalta sitä mieltä että, se yhteinen sote, niin se on kyllä ihan hirveen tärkeä asia, näitä on monessa kohdassa tosi vaikea toisistaan erottaa mikä on terveydenhuolto ja mikä sosiaalihuolto, ja niitä on kuitenkin yhdessä eteenpäin vietävä se on se kuitenkin tavallaan, yhteiskunnan yks merkittävä, tai tuki-verkon merkittävä osa.. et siinä mielessä minä sanoisin että, tai toivon ainakin että tämä toisi tämä tavallaan pandemiakokemus nyt tämän sitten soteuudistuksen käytäntöön viemiseen sitten erittäin hyvää näkökulmaa.”

”Ja palaan itse asiassa siihen, esimerkiksi siihen One Health-ajatteluun, et sitten jossakin vaiheessa voi kunnianhimoa nostaa ja miettiä, että pitäisikö tämä terveydensuojelulain mukainen puoli STM ja esimerkiksi tämä Ruokavirasto, maa- ja metsätalousministeriöpuoli tuoda siihen jatkossa myöskin siihen keskusteluun mukaan.”

Yhdeksi olennaiseksi kehittämiskohteeksi nousi myös kokonaisvaltaisemman varautumisen sekä laaja-alaisen, yhteiskunnallisen ja monialaisemman näkökulman soveltaminen pandemioihin. Haastatteluissa toistui näkemys siitä, että koronaepidemia ei ole ollut ainoastaan rajattu terveyskriisi vaan yhteiskunnallinen ja sosiaalinen kriisi. Terveysjärjestelmän resilienssin kannalta tämä tarkoitti haasteltavien mukaan esimerkiksi ympäristöterveyden ja One Health -näkökulmien parempaa huomioimista, sosiaalihuollon ja terveydenhuollon välistä integraatiota ja tiedonvaihtoa, kansalaisten selkeämpää osallistamista kriisien aikana, sekä esimerkiksi varautumiseen liittyvien toimien parempaa koordinoimista elinkeinoelämän ja yksityisten toimijoiden kanssa.

Yhteenveto tärkeimmistä tuloksista tutkimuskysymysten valossa

Miten Suomen terveysjärjestelmän eri tasoilla oli varauduttu koronaepidemian kaltaiseen haasteeseen?

Analyysimme tuo esiin sen, että suomalaisen terveysjärjestelmän varautuminen oli puutteellista paitsi suojavarusteiden suhteen, myös laajemmin tarvittavissa resursseissa. Myöskään viestinnässä järjestelmän valmiudet ja nykyaikaisen media-ympäristön vaatimukset eivät olleet tasapainossa.

Aineistomme osoittaa, että varautumisen puutteet eivät ole olleet vain materiaalisuorituksen puutteita vaan laajempia, esimerkiksi osaamiseen ja johtamiseen liittyviä. Näyttää siltä, että myöskään henkilöstön saatavuuden ja jaksamisen tukemiseen ei ollut kiinnitetty varautumisessa tarpeeksi huomiota. Varautumisen puutteiden voidaan katsoa kumpuavan järjestelmää läpileikkaavasta kyvyttömyydestä kuvitella pitkäkestoista, koko yhteiskuntaa laajasti koskevaa globaalia kriisiä.

Epidemian vakavuuteen havahduttiin hitaasti järjestelmän kaikilla tasoilla. Kriisin vakavuuteen havahtumisessa hukattiin valmistautumisaikaa, ja varsinaiset sysäykset kansallisen tason toiminnan koordinoinnille ovat lähteneet erityisesti mediasta saatujen tietojen perusteella.

Mitkä olivat koronaepidemian aikaisen johtamisen ja päätöksenteon päähaasteita, onnistumisia ja oppeja terveysjärjestelmän toimijoiden kertomana ja kokemana Suomessa?

Epidemian aikaisen johtamisen ja päätöksenteon tärkeäksi ongelmaksi nousee aineistossa kokonaiskoordinaation puute sekä epäselvyydet ja jännitteet eri tason toimijoiden välillä. Terveysjärjestelmätoimijoiden välillä ilmeni jännitteitä ja yhteistyön haasteita järjestelmän kaikilla tasoilla. Yhteistyön ongelmat toimijoiden välillä korostuivat erityisesti epidemian alkuvaiheessa ja siirryttäessä hybridistrategiaan syksyllä 2020. Haastateltavat kuitenkin kokivat yhteistyön parantuneen epidemian edetessä. Lisäksi aineiston johtamiseen ja päätöksentekoon liittyviä pääteemoja ovat koronaepidemian politisoituminen kriisin edetessä sekä rajoitustoimiin liittyvät erimielisyydet ja ristiriidat.

Terveydenhuollon toimintojen turvaaminen koronaepidemian aikana on vaatinut sopeutumista terveydenhuollon toimijoilta. Henkilöstön jaksaminen hoitohenkilökunnasta hallinnon virkahenkilöihin sekä asiantuntija- ja virkahenkilöiden integriteetin turvaaminen ovat teemoja, jotka nousevat esiin haastatteluissa keskeisinä kehittämistarpeina.

Haastateltavien esiintuomat onnistumiset sekä vahvuudet koronaepidemian aikana selittänevät osin Suomen kansainvälisesti vertailtuna hyvää suoriutumista. Toisaalta terveydenhuollon toimintojen turvaamisella ja muutosjoustavuuden edistämisellä on Suomessa ollut todennäköisesti myös negatiivisia vaikutuksia väestön hyvinvointiin ja palvelujärjestelmään sekä olennaisten toimijoiden jaksamiseen ja integriteettiin. Tulevaisuuden kannalta onkin tärkeää puhua terveyskriisien kokonaisvaltaisemmista yhteiskunnallisista vaikutuksista. Myös järjestelmän ylläpitäminen ja edelleen vahvistaminen niin rahoituspohjan kuin legitimitietin näkökulmasta ovat teemoja, joista myös jatkossa tulee pitää huolta.

Pohdinta ja johtopäätökset

Tämä artikkeli perustuu haastattelututkimukseen, jonka aineisto koostuu 53 keskeisen terveysjärjestelmätoimijan haastatteluista järjestelmän kaikilta tasoilta. Olemme yllä esitelleet tutkimuksemme tuloksia siitä, miten Suomen terveysjärjestelmän eri tasoilla oli varauduttu koronaepidemian kaltaiseen ilmiöön, ja mitkä olivat epidemian aikaisen johtamisen ja päätöksenteon päähaasteita, onnistumisia ja oppeja terveysjärjestelmän toimijoiden kertomana ja kokemana Suomessa.

Suomessa aiempi vertailukohta epidemialle oli vuoden 2009 sikainfluenssa, joka epidemiana käyttäytyi täysin eri tavalla kuin koronavirusepidemia. Se ei myöskään ollut samalla tavalla pitkäkestoinen, ja yhteiskunnallinen konteksti esimerkiksi viestintätarpeiden suhteen oli toisenlainen. Varautuminen koronaviruksen aiheuttamaan epidemiaan perustui tutkimuksemme mukaan vahvasti sikain-

fluenssaepidemiaan, mikä koronaviruksen kohdalla osoittautui puutteelliseksi. Myös EU-tason varautuminen ja oppiminen on vaikuttanut Suomen tartuntatauteihin varautumiseen ja valmiussuunnitteluun: osa koronaepidemian aikana toimeenpannuista rajoituksista (yhteiskunnan sulkeminen, rajojen sulkeminen) on aikaisemmin arvioitu vaikutuksiltaan haitallisiksi eikä niitä siten huomioitu valmiussuunnittelussa (EURLex, 2013). Koronasta saadut opit haastavatkin laajentamaan niin paikallista, alueellista kuin kansallista varautumismielikuvitusta niin, ettei varautuminen pohjaudu ainoastaan edellisestä kriiseistä saatuihin oppeihin.

Tutkimusaineistossamme toistuu kokemus siitä, että epidemian uhkaa on kriisin eri vaiheissa ja sitä ennen vähätelty. Asiantuntijoiden näkemyksiin on myös pyritty poliittisesti vaikuttamaan. Siten terveysjärjestelmän kriisivarautumisen kannalta on keskeistä pohtia tarkemmin, millä tavoin valtasuhteet ja politiikka kriisien aikana määrittelevät niihin varautumista, vastaamista ja päätöksentekoa (Topp, 2020). Asiantuntijoiden ja virkahenkilöiden häirintä ja painostaminen ovat huolestuttavia ilmiöitä, joita tulee ehkäistä yhteiskuntamme kaikilla alueilla.

Kokemukset epidemianhallinnasta eri maissa ovat korostaneet ajankohtaisen tilannekuvan merkitystä kriisinhallinnan kannalta (Emanuel ym., 2022). Koronaepidemian aikana on jouduttu toimimaan vaillinaisten tietojen pohjalta, mikä varsinkin alussa johtui koronavirusta koskevan tutkimustiedon puutteesta. Epidemian aikana päätöksiä on jouduttu tekemään tilanteessa, jossa tietoa viruksesta ja sen vaikutuksista ei ollut käytettävissä, vastaavia päätöksiä ei ole jouduttu aikaisemmin tekemään eikä päätösten (pitkäaikaisia) vaikutuksia ole pystytty arvioimaan. Kuitenkin päätösten tekeminen on ollut välttämätöntä. Eräs haastateltava muistuttikin, että ”pätösten tekemättä jättäminenkin on päätös.”

Päätöksenteon ja yhteisen tilannekuvan kannalta merkittävä hankaloittava tekijä on ollut se, että kansallisen tason ymmärrys palvelujärjestelmästä ja esimerkiksi sosiaalihuollon tilasta perustui varsinkin epidemian alussa pääosin yksittäisten ihmisten manuaalisesti keräämiin tietoihin. Esimerkiksi osaavan terveydenhuollon henkilöstön riittävyys on tärkeä osa terveysjärjestelmän muutosjoustavuutta. Kansallisella tasolla henkilöstön saatavuuden indikaattorit ovat kuitenkin tällä hetkellä puutteellisia.

Tiedolla johtaminen edellyttää laajojen seurantajärjestelmien ylläpitämistä. Tartuntatautilain mukaan vastuu tartuntatautien torjuntaa palvelevien valtakunnallisten epidemiologisten seurantajärjestelmien ylläpidosta on THL:lla. Työ vaatii resursseja ja pitkäjänteistä yhteistyötä kuntien, sairaanhoitopiirien, kuntayhtymien sekä sosiaalihuollon ja toimintayksiköiden kanssa. Kansanterveysjärjestelmän toimivuuden ja terveydenhuoltojärjestelmän muutosjoustavuuden kannalta on tärkeää kiinnittää huomiota siihen tietoon, jota järjestelmästäme kerätään ja tiedostaa olemassa olevan datan merkitys laajojen yhteiskunnallisten kriisien hallinnan näkökulmasta.

Aineistomme tuloksia voidaan tarkastella myös laajemmin resilienssin eli muutosjoustavuuden käsitteen valossa. Vaikka muutosjoustavuuden määrittelmis-

tä terveysjärjestelmien yhteydessä esiintyy kansainvälisessä kirjallisuudessa useita näkemyksiä, olennaisena osana muutosjoustavuutta pidetään paikallisyhteisöjen ja paikallisen tason päätöksenteon merkitystä kyvyssä sopeutua muutoksiin ja kriiseihin (Haldane ym., 2021; Sagan ym., 2021). Suomessa, etenkin hybridistrategian voimaan tultua, pyrittiin alueellisten näkökulmien parempaan huomioimiseen sekä päätöksenteon siirtämiseen alueille keskushallintojohtoisen vaiheen jälkeen. Aineiston perusteella voidaan esittää, että muutosjoustavuuden näkökulmasta etenkin paikallisen ja alueellisen näkökulman huomioimisessa on kuitenkin epidemian eri vaiheissa jossain määrin epäonnistuttu. Tätä saattaa osittain selittää myös suomalaisen terveydenhuollon hajautettu rakenne, joka voi kriisitilanteessa aiheuttaa hallinnan yhteensovittamisen vaikeuksia. Toisaalta aineisto osoittaa, että kansallisen tason toimijoilla on koko epidemian ajan ollut tiiviit ja toimivat yhteydet sairaanhoitopiireihin ja erikoissairaanhoidon. Paikallisten ja alueellisten näkökulmien huomioimatta jääminen koski siis etenkin kuntien ja AVI:jen edustajia. Vaikka kunnat ja AVI:t ovat pystyneet sopeutumaan epidemiaan, ovat vuorovaikutuksen puute ja kansallisen tason operatiivinen ohjaus heikentäneet toimijoiden välistä luottamusta.

Epidemian aikainen johtaminen ja päätöksenteko keskitettiin Suomessa heti maaliskuussa 2020 STM:ön. Tämä kehysti koronaepidemian tulkintamme mukaan terveyskriisiksi, eikä niinkään useiden hallinnonalojen vastuulle kuuluvaksi laajamittaiseksi yhteiskunnalliseksi ja sosiaalisiksi kriisiksi. Samanaikaisesti rajoituspäätöksiä tehtiin erityisesti erikoissairaanhoidon tilannetta peilaten, jolloin niiden sosiaaliset, taloudelliset ja kulttuuriset vaikutukset eri väestöryhmiin jäivät vähemmälle huomiolle. Resilienssin näkökulmasta ”whole government approach” eli eri hallinnonalojen yhteistyötä korostava lähestymistapa on ollut yksi koronaepidemian hallinnan onnistumista yhdistävä tekijä kansainvälisissä vertailuissa (Haldane ym., 2021). Lisäksi eri maiden koronapolitiikkaa vertaileva tutkimus korostaa esimerkiksi muiden sosiaalipoliittisten järjestelmien merkitystä koronaepidemian aikana, etenkin rajoitustoimiin liittyvien taloudellisten menetysten korvaamiseksi (Greer ym., 2021).

Terveysjärjestelmän toimijoiden kuvaukset koronaepidemiaan varautumisesta ja sen aikaisesta johtamisesta ja päätöksenteosta myös haastavat resilienssin eli muutosjoustavuuden käsitteen ja sen mittaamiseen käytetyt indikaattorit. Esimerkiksi Maailman terveysjärjestön vuonna 2017 toteuttaman Joint External Evaluation -arvioinnin mukaan Suomella oli erinomainen kyky terveyskriiseihin varautumiseen ja niihin vastaamiseen (WHO, 2017). Aineistossamme kuitenkin toistuu päinvastainen näkemys, jonka mukaan koronatilanteen eskaloituessa puutteellinen varautuminen ilmeni lainsäädännön monitulkintaisuutena, toimijoiden välisen yhteistyön haasteina ja esimerkiksi osaamisen ja suojarusteiden puutteena. Päätöksenteko ja tartuntataudin vastustamistyö on Suomessa tehty keskeisesti alueellisella ja paikallisella tasolla. Tämä korostaa tarvetta arvioida ja kehittää alueellista varautumista ja vahvistaa kansanterveys ja terveydensuojelujärjestelmää

koko terveysjärjestelmää läpileikkaavasti. Sote-uudistuksen yhteydessä tulisikin entistä paremmin huomioida terveydensuojelun ja kansanterveystyön kokonaisuus aina käytännön viranomais- ja palvelutoiminnasta tutkimus- ja kehitystoiminnan rahoitukseen.

Terveysjärjestelmän resilienssin näkökulmasta on tärkeää myös pohtia sitä, miten suhtaudumme koronaepidemian kaltaiseen uuteen haasteeseen, joka todennäköisesti tulee kuormittamaan terveysjärjestelmää myös tulevaisuudessa. Yksi resilienssin osatekijöistä liittyy järjestelmän kykyyn muuntua ja muuttaa toimintaansa (Barasa ym. 2017). Poliittiset päättäjät puhuivat syksyllä 2020 siirtymisestä ”uuteen normaaliin.” Käsite on resilienssin näkökulmasta hyödyllinen, koska se haastaa ajatusta siitä että, järjestelmä keinahtaisi takaisin (”bouncing back”) vanhoihin uomiinsa, kun kriisi tai muu ulkoinen shokki on ohi. Resilienssin näkökulmasta merkittävää onkin järjestelmien kyky toimia jatkuvien muutospaineiden alaisuudessa, ei niinkään reaktiivinen vastaaminen yllättäviin shokkeihin (Barasa ym. 2017). Järjestelmän kykyä vastata erilaisiin shokkeihin ei tule nähdä erillisenä järjestelmän perustoiminnasta. Kirjallisuudessa korostetaankin lisääntyvästi niin sanotun arkipäiväisen muutostavuuuden (everyday resilience) merkitystä järjestelmien kyvyille kohdata yllättäviä ja pitkäkestoisia poikkeustilanteita tai kriisejä (Turenne ym. 2019; Kruk ym. 2015). Yksi aineistostamme nouseva huomionarvoinen oppi onkin se, että järjestelmän perustan ollessa kunnossa, myös yllättäviin tilanteisiin pystytään vastaamaan joustavammin.

Tutkimuksen rajoitukset

Haastattelujen sisällöistä on pyritty muodostamaan kokonaiskuva. Esitellyt teemat toistuvat aineistossa. Mikäli kyse on vain yhden henkilön tai organisaation näkemyksistä, on tämä myös tekstissä eritelty. Haastatteluiden ajankohdan vuoksi aineistossa ei juurikaan käsitellä esimerkiksi rokotteita tai myöhempien virusvarianttien aiheuttamia haasteita. Aineisto painottuu julkisen terveysjärjestelmän toimijoihin eikä siten anna kokonaiskuvaa suomalaisesta sote-järjestelmästä. Luvussa ei myöskään oteta kantaa rajoitustoimenpiteiden tehokkuuteen tai niiden vaikutusten arviointiin, eikä tässä ollut mahdollista kaikilta osin taustoittaa esimerkiksi epidemiaa edeltävien toimenpiteiden tai kansainvälisen kontekstin vaikutuksia käsitelyihin teemoihin.

Tämä artikkeli perustuu aiemmin julkaistuun THL:n Tutkimuksesta tiiviisti-sarjan julkaisuun:

Kihlström, Laura & Huhtakangas, Moona & Karreinen, Soila & Keskimäki, Ilmo & Tynkkynen, Liina-Kaisa. ”Kenenkä vastuulla tää nyt sitten on? Ei ehkä ainakaan meidän”: COVID-19-pandemian hallinta ja johtaminen Suomessa. Tutkimuksesta tiiviisti 27/2022. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Lähteet

- Assarroudi, Abdolghader & Nabavi, Fatemeh & Armat, Mohammad & Ebadi, Abbas & Vaismoradi, Mojtaba (2018): Directed qualitative content analysis: the description and elaboration of its underpinning methods and data analysis process. *Journal of Research in Nursing* 23(1), 42-55. <https://doi.org/10.1177/1744987117741667>
- Barasa, Edwine & Cloete, Keith & Gilson, Lucy (2017): From bouncing back, to nurturing emergence: Reframing the concept of resilience in health systems strengthening. *Health Policy and Planning* 32(Generic), iii91-iii94. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx118>
- Blanchet, Karl & Nam, Sara & Ramalingam, Ben & Pozo-Martin, Francisco (2017): Governance and capacity to manage resilience of health systems: towards a new conceptual framework. *International Journal of Health Policy and Management* 6(8), 431-435. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.36>
- Deloitte (2021): Selvitys koronaviruksen aikana toteutetun valtioneuvoston kriisijohtamisen ja valmiuslain käyttöönnoton kokemuksista. Valtioneuvoston selvityksiä 2021:1. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe202101212316>
- Emanuel, Ezekiel & Osterholm, Michael & Gounder, Celine (2022): A national strategy for the “new normal” of life with COVID. *JAMA* 327(3):211-212. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.24282>
- EURLex. Euroopan parlamentin ja neuvoston päätös N:o 1082/2013/EU. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/?uri=celex%3A32013D1082> (luettu 1.3.2022)
- Finlex. Tartuntatautilaki. 21.12.2016/1227 (luettu 1.9.2021)
- Forman, Rebecca & Atun, Rifat & McKee, Martin & Mossialos, Elias (2020): 12 lessons learned from the management of the coronavirus pandemic. *Health Policy* 124(6): 577-580. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.05.008>
- Greer, Scott & King, Elizabeth & Massard da Fonseca, Elize & Peralta-Santos, André (toim.) (2021): Coronavirus politics: the comparative politics and policy of COVID-19. University of Michigan Press. <https://doi.org/10.3998/mpub.11927713>
- Hanefeld, Johanna & Mayhew, Susannah & Legido-Quigley, Helena & Martineau, Frederick & Karanikolos, Marina & Blanchet, Karl & Liverani, Marco & Yei Mokuwa, Esther & McKay, Gillian & Balabanova, Dina (2018): Towards an understanding of resilience: responding to health systems shocks. *Health Policy and Planning* 33(3), 355-367. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx183>
- Haldane, Victoria & Singh, Sudhvair & Verma, Monica & Abdalla, Salma & Nordström, Anders (2021): From response to transformation: how countries can strengthen national pandemic preparedness and response systems. *BMJ* 375:e067507. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067507>
- Hsieh, Hsiu-Fang & Shannon, Sarah (2005): Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research* 15(9), 1277-1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Kihlström, Laura & Huhtakangas, Moona & Karreinen, Soila & Keskimäki, Ilmo & Tynkkynen, Liina-Kaisa (2022): ”Kenenkä vastuulla tää nyt sitten on? Ei ehkä ainakaan meidän” : COVID-19-pandemian hallinta ja johtaminen Suomessa. Tutkimuksesta tiiviisti 27/2022. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki <https://urn.fi/URN/ISBN:978-952-343-872-9>
- Kihlström, Laura & Huhtakangas, Moona & Karreinen, Soila & Viita-aho, Marjaana & Jormanainen, Vesa & Keskimäki, Ilmo & Tynkkynen, Liina-Kaisa (2021): Globaali pandemia ja paikalliset ratkaisut. Tutkimuksesta tiiviisti 52/2021. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-731-9>
- Kruk, Margaret & Myers, Michael & Varpilah, Varpilah & Dahn, Bernice (2015): What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *The Lancet* 385(9980), 1910-1912. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60755-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3)
- Onnettomuustutkintakeskus (OTKES) (2021): Koronaepidemian ensimmäinen vaihe Suomessa vuonna 2020. Tutkintaselostus 6/2021. https://turvallisuustutkinta.fi/material/collections/20210630071110/7RRUvNDBZ/P2020-01_Korona.pdf
- Nuzzo, Jennifer & Meyer, Diane & Snyder, Michael & Ravi, Sanjana & Lapascu, Ana & Souleles, Jon & Andrada, Carolina & Bishai, David (2019): What makes health systems

- resilient against infectious disease outbreaks and natural hazards? Results from a scoping review. *BMC Public Health* 19(1), 1310. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7707-z>
- Oikeuskanslerinvirasto (2021): Valtioneuvoston oikeuskanslerin kertomus vuodelta 2020. Helsinki 2021.
- Sagan, Anna & Webb, Erin & Azzopardi-Muscat, Natasha & de la Mata, Isabel & McKee, Martin & Figueras, Josep (toim.) (2021): Health systems resilience during COVID-19: Lessons for building back better. 2021. <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-resilience-during-covid-19-lessons-for-building-back-better>
- Shokoohi, Mostafa & Osooli, Mehdi & Stranges, Saverio (2020): COVID-19 Pandemic: What Can the West Learn From the East? *International Journal of Health Policy Management* 9(10):436-438. <https://dx.doi.org/10.34172%2Fijhpm.2020.85>
- Singh, Sudhvir & Bartos, Michael & Abdalla, Salma & Legido-Quigley, Helena & Nordström Anders & Johnson Sirleaf Helena & Clark Helen (2021): Resetting international systems for pandemic preparedness and response. *BMJ* 375:e067518. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067518>
- Stenvall, Jari & Leskelä, Riikka-Leena & Rannisto, Pasi-Heikki & Tolkki, Helena & Cansel, Anniina & Leponiemi, Ulriikka & Johanson, Jan-Erik & Pekkola, Elias & Tupala, Teemu (2022): Koronajohtaminen Suomessa. Arvio covid-19-pandemian johtamisesta ja hallinnosta syksystä 2020 syksyyn 2021. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 2022:34. Valtioneuvoston kanslia, Helsinki 2022. <https://julkaisut.valtioneu-vosto.fi/handle/10024/163995>
- Tartuntatautilaki 2016/1227. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2016/20161227>
- Thomas, Steve & Sagan, Anna & Larkin, James & Cylus, Jonathan & Figueras, Josep & Karanikolos, Marina (2020): Strengthening health system resilience: key concepts and strategies. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332441/>
- Topp, Stephanie (2020): Power and politics: the case for linking resilience to health system governance. *BMJ Global Health* 5(6):e002891. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002891>
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2019). Ihmiseen kohdistuvan tutkimuksen eettiset periaatteet ja ihmistieteiden eettinen ennakkoarviointi Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. https://tenk.fi/sites/default/files/2021-01/Ihmistieteiden_eettisen_ennakkoarvioinnin_ohje_2020.pdf
- Turenne, Charlotte & Gautier, Lara & Degroote, Stéphanie & Guillard, Etienne & Chabrol, Fanny & Ridde, Valéry (2019): Conceptual analysis of health systems resilience: A scoping review. *Social Science & Medicine* 232: 168–180. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2019.04.020>
- WHO (2017): Joint external evaluation of IHR core capacities of the Republic of Finland 2017. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-WHE-CPI-2017.24-report>

17

Ikääntyminen, hoivatarve ja julkisen talouden kestävyys

Väestön ikääntyminen on (ainakin) kahtalainen haaste kansantaloudelle. On arvioitu, että sote-palvelujen tarve kasvaa lähes viidenneksen 2020- ja 2030-lukujen aikana. Kasvun takana on suurelta osin ikääntyvän väestön tarvitsema työvoimaintenssiivinen hoiva. Jos hoiva-alojen kasvavaan työvoimatarpeeseen ohjautuu enemmän työvoimaa, talouden muiden sektoreiden työvoiman saatavuus heikkenee. Talouden kannalta nämä ilmiöt näkyvät menojen kansantuoteosuuden kasvuna samaan aikaan, kun talouden kasvupotentiaali – ja siten myös verotulojen kasvu – heikentyy. Ikärakenteen muutos näkyy myös tulonsiirroissa ja eläkemenoissa, joiden kansantuoteosuuden arvioidaan myös kasvavan. Ikääntyminen asettaa siis julkisen talouden kestävyyskoetukselle. Tämä heijastuu pyrkimyksinä tehostaa hoivapalvelujen tuottamista ja toisaalta myös huolena eläkkeiden rahoituksen riittävydestä ja valtiontalouden kestävydestä. Ilmassa on samanaikaisesti hoivamenojen kasvun hillitseminen, eläkemaksujen tason tarkistus ja kulutus pohjaiseen verotukseen siirtyminen. Ikääntyminen vaikuttaa siten monin tavoin sukupolvien väliseen tulonjakoon.

Tässä luvussa tarkastellaan ikääntymisen vaikutuksia sukupolvien tulonjaon näkökulmasta.

Tulonjakoa kuvataan kotitalouksien tulojen, niiden saamien tulonsiirtojen ja palvelujen tarpeen ja niiden ennakoitun kehityksen kautta, mutta taloudellisen hyvinvoinnin kannalta tulonjaon muutokset ovat kiinnostavia siksi, että ne kuvaavat kotitalouksien kulutusmahdollisuuksien muutoksia. Esimerkiksi tulonsiirtojen indeksoinnissa tapahtuvat muutokset muuttavat tulonjakoa, kun tulonsiirrot muodostavat suuremman osan nuoren ja vanhan väestön tuloista kuin työikäisen väestön. Ikääntyminen puolestaan lisää tulonsiirroista riippuvaisen, vanhemman väestön osuutta koko väestöstä.

Jotta tulonjaon muutoksien tarkastelu olisi mahdollista, kotitalouksien tulot ja menot on kuvattava varsin yksityiskohtaisesti. Tarkastelumme kattaa kotitalouksien saamat sosiaali- ja terveystaloudelliset palvelut, tulonsiirrot ja eläkkeet, mutta myös kotitalouksien palkansaaja- ja pääomatulot talouden muilta sektoreilta sekä kotitalouksien maksamat verot ja muut tulonsiirrot talouden muille sektoreille. Tarkastelussa yhdistetään mikroaineistoihin perustuvan SOME-mallin tietopohja sote-menojen jakautumisesta ja ennakoitusta kehityksestä eri ikäluokille tulonsiirtojen tilinpitoon – sekä sukupolvien saamien etuisuuksien että niiden maksamien verojen jakautumista kuvaavaan ikäryhmätilinpitoon. Lisäksi tarkastelu kattaa eläkkeiden määrääntymisen ja eläkevarojen kartuttamisen. Tarkastelu pyrkii hyvinvointivaikutusten arviointiin, ja siksi keskeinen osa tarkastelua koskee kotitalouksien kulutusta. Eri ikäryhmien kulutuskorit on kuvattu kotitaloustiedustelun aineistojen pohjalta.

Kattavat tausta-aineistot muodostavat eri sukupolvien kotitalouksien ja julkisen sektorin kuvauksen, jonka yhdistämme kansantaloutta kuvaavaan, dynaamiseen, laskennalliseen yleisen tasapainon malliin. Esitämme arvion väestön ikääntymisen vaikutuksista ja tarkastelemme ikääntymisen aiheuttamien, julkistalouden kestävyyyteen liittyvien paineiden synnyttämien politiikkatoimien vaikuttavuutta sekä ennen kaikkea niiden vaikutuksia hyvinvointiin ja tulonjakoon.

Luvun rakenne on seuraava. Aluksi kuvataan väestörakenteen muutosta lähi vuosikymmeninä. Seuraavaksi tarkastellaan sosiaali- ja terveystaloudellisten palvelujen tarpeen arvioitua kehitystä. Sitten tarkastelemme eläkejärjestelmää ja eläkemenojen arvioitua kehitystä sekä tulonsiirtojen ja koulutusmenojen kehitystä. Julkisten menojen elementit yhdistyvät ikäryhmätilinpidon ja kansantalouden mallintamisen kautta julkisen talouden kestävyuden ja sen parantamisen tarkasteluksi luvun viimeisissä kappaleissa.

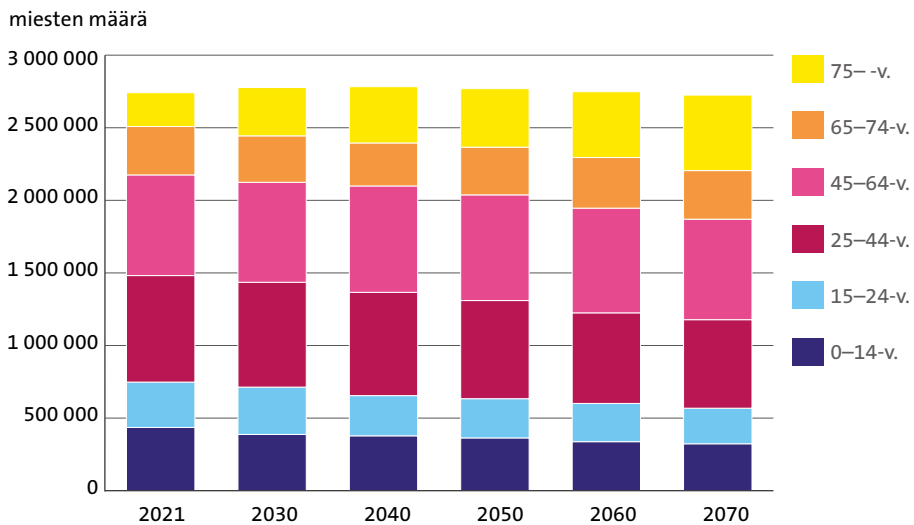
Väestörakenteen muuttuessa vanhushuoltosuhte heikkenee

Tilastokeskus julkaisi syksyllä 2021 uuden väestöennusteen, joka ennustaa syntyvyyden hieman nousevan edellisestä, vuoden 2019 ennusteesta. Suurta eroa syntyvyyden kasvussa ei kuitenkaan aiheudu; kun väestö edellisessä ennusteessa olisi vuoteen 2070 mennessä supistunut nykyisestä noin 5,5 miljoonasta 5,2 miljoonaan, uuden ennusteen mukaan se olisi noin 5,4 miljoonaa vuonna 2070. Väestörakenteen muutos, väestön vanheneminen, jatkuu siten uudessakin ennusteessa. Kuvioissa 17.1 ja 17.2 on kuvattu miesten ja naisten lukumäärän kehitystä. Miehiä oli vuonna 2021 noin 2,74 miljoonaa ja ennusteen mukaan miesten lukumäärä kasvaa vuoteen 2030 mennessä noin 2,78 miljoonaan. Sen jälkeen se kääntyy lievästi laskuun ja vuonna 2070 miehiä on noin 2,72 miljoonaa. Naisia oli vuonna 2021 noin 2,8 miljoonaa ja vuoteen 2040 heidän lukumääränsä säilyy samalla tasolla. Sen jälkeen naisten lukumäärä alkaa supistua ja vuonna 2070 heitä on ennusteen mukaan noin 2,65 miljoonaa. Tähän vaikuttaa kuitenkin maahanmuutto, koska pelkästään syntyvyyden ja kuolleisuuden perusteella naisten lukumäärä ylittäisi miesten lukumäärän.

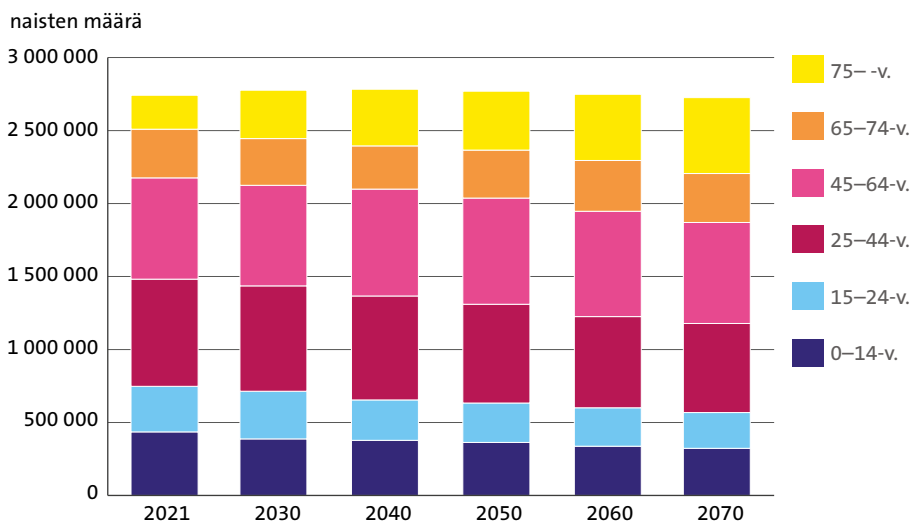
Miesten ja naisten ikärakenteessa on myös selviä eroja. Työikäisten miesten osuus on kolme prosenttiyksikköä suurempi kuin naisten (noin 63 prosenttia vuonna 2021), kun taas naisista yli 65-vuotiaiden osuus on viisi prosenttiyksikköä suurempi (noin 25,4 prosenttia vuonna 2021). Vaikka yli 65-vuotiaiden osuus kasvaa molemmissa ikäluokissa, naisten suurempi osuus vanhemmissa ikäluokissa säilyy tulevaisuudessakin.

Väestörakenteen muutos merkitsee työikäisen väestön määrän pienenemistä, joka näkyy jo 2020-luvulla 15–64-vuotiaan väestön lukumäärän pienenemisenä suurimmassa osassa maata. Työikäisen väestön väestöosuus laskee ennusteen mukaan vuoden 2021 61,5 prosentista 60,5 prosenttiin vuonna 2030 ja painuu 2040-luvulla alle 60 prosentin. Yli 65-vuotiaiden osuus puolestaan nousee vuoden 2021 23 prosentista 26 prosenttiin vuonna 2030 ja 27 prosenttiin vuonna 2040, ja saavuttaa 32,8 prosenttia vuonna 2070.

Vanhushuoltosuhte on siis selvästi heikkenemässä. Tämä näkyy jo nyt myös työvoimapulana. Työvoiman riittävyyden ongelmaa voidaan mahdollisesti lievittää maahanmuuton sekä vanhemman, 65–74-vuotiaan väestön työhönosallistumisasasteen nostamisen kautta, mutta koska tämänkin väestöosan lukumäärä alkaa 2030-luvulla supistua, korostuu maahanmuuton merkitys vääjäämättä.



Kuvio 17.1. Miesten ennustettu lukumäärä eri ikäryhmissä vuoteen 2070 saakka.
Lähde: Tilastokeskus.



Kuvio 17.2. Naisten ennustettu lukumäärä eri ikäryhmissä vuoteen 2070 saakka.
Lähde: Tilastokeskus.

Ikäriippuvien menojen kehitystä voidaan arvioida SOME-mallin avulla

Väestörakenteen muutos näkyy ikäriippuvien menojen kehityksessä monella tavalla. Vanhuuteen liittyy kasvava sosiaali- ja terveydenhoitopalvelujen tarve toimintakyvyn heikentyessä ja sairastuvuuden lisääntyessä. Vanhushuoltosuhteen heikkeneminen näkyy myös kasvavina tulonsiirtoina, kun etenkin eläkeläisten osuus väestöstä kasvaa.

Ikäriippuvien menojen kehitystä voidaan arvioida THL:n ylläpitämällä SOME-mallilla. Malli kattaa sosiaali- ja terveystalouden tarpeen ja KELA:n maksamat etuudet. Lisäksi mallissa on kuvattu koulutusmenojen ja eläkkeiden kehitys Eläketurvakeskuksen arvioihin perustuen.

Mallia käytetään ikäriippuvien menojen ns. menopaineen arviointiin, ja sen olennaisena lähtökohdanna ovat vuosittain päivitetty rekisteriaineistot tulonsiirroista ja sosiaali- ja terveystaloudesta sekä eläkkeistä, joiden kehitystä arvioidaan väestöennusteen perusteella. Kehitysarvot lasketaan pääosin reaalisina, mutta tulokset suhteutetaan valtionvarainministeriön kestävyyslaskennan (AWG) arvioon nimellisen kansantuotteen kehityksestä.

Sosiaali- ja terveystalouden menot kasvavat lähivuosisikymmenä ja palvelutarve vaihtelee sukupuolittain

Tällä hetkellä sosiaali- ja terveystalouden menot arvioidaan vuoden 2019 ikä- ja sukupuolikohtaisten menojen projisoinnilla väestöennusteen mukaisesti tuleviin väestöjakauksiin. Menojen kasvu vuodesta 2019 lasketaan menolaji- (m) ja ikäryhmäkohtaisten (i) kustannusten perusteella seuraavasti alkutilanteen menojakauman ja ikäryhmäkohtaisen väestöennusteen perusteella:

$$Kustannus(m,i,2019+T) = Kustannus(m,i,2019) \times Ikäryhmä(i,2019+T)/Ikäryhmä(i,2019),$$

$Kustannus(m,i,2019)$ puolestaan on arvioitu vuoden 2019 käyttäjämäärien kohorttikohtaisten ja yksikkökustannusten mukaisesti. Tällöin ennuste on riippumaton väestöennusteesta mutta perustuu todelliseen aineistoon. Kustannukset on arvioitu molemmille sukupuolille erikseen, ja kokonaiskustannus menolajeittain on sukupuoli- ja ikäryhmäkohtaisten kustannusten summa.

Formaalimmin:

$$THS_t = \sum_{a=0}^{100+} HS_{t0}^a \cdot N_t^a,$$

missä

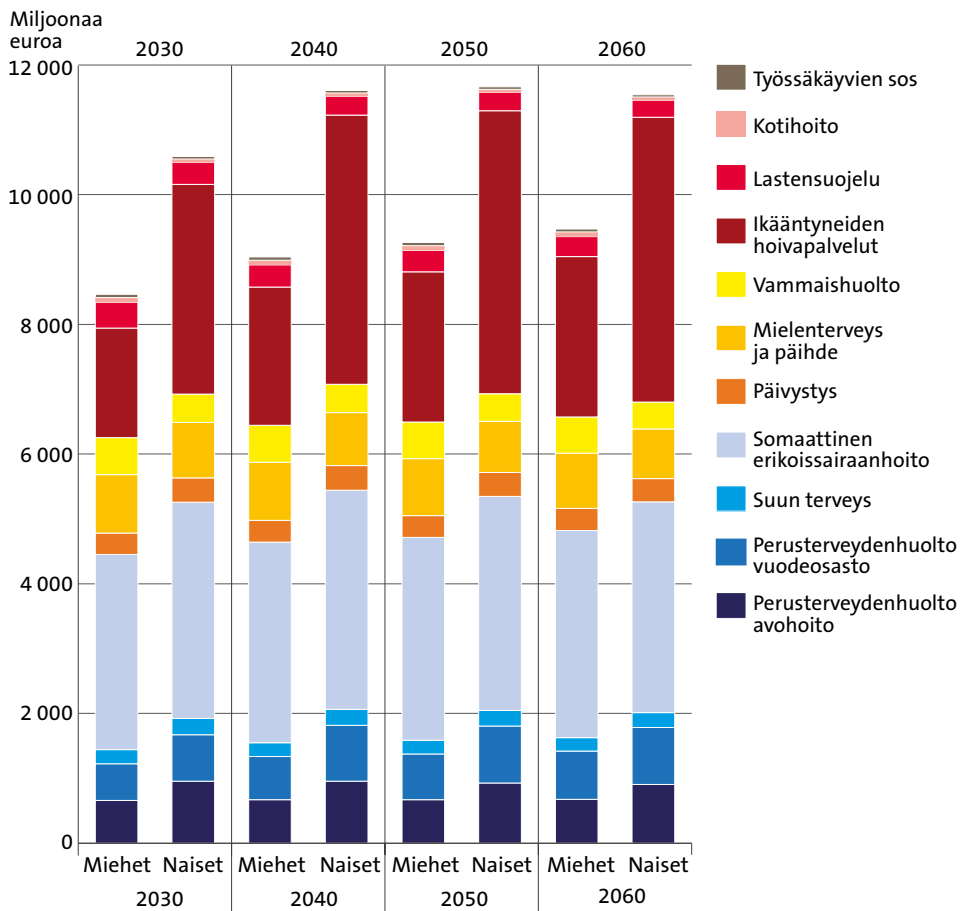
THS_t = kokonaisuhoivamenot yhteensä vuonna t

HS_{t0}^a = hoivamenot per capita kussakin ikäkohortissa aineiston perusvuonna

N_t^a = väestö ikäluokassa a vuonna t

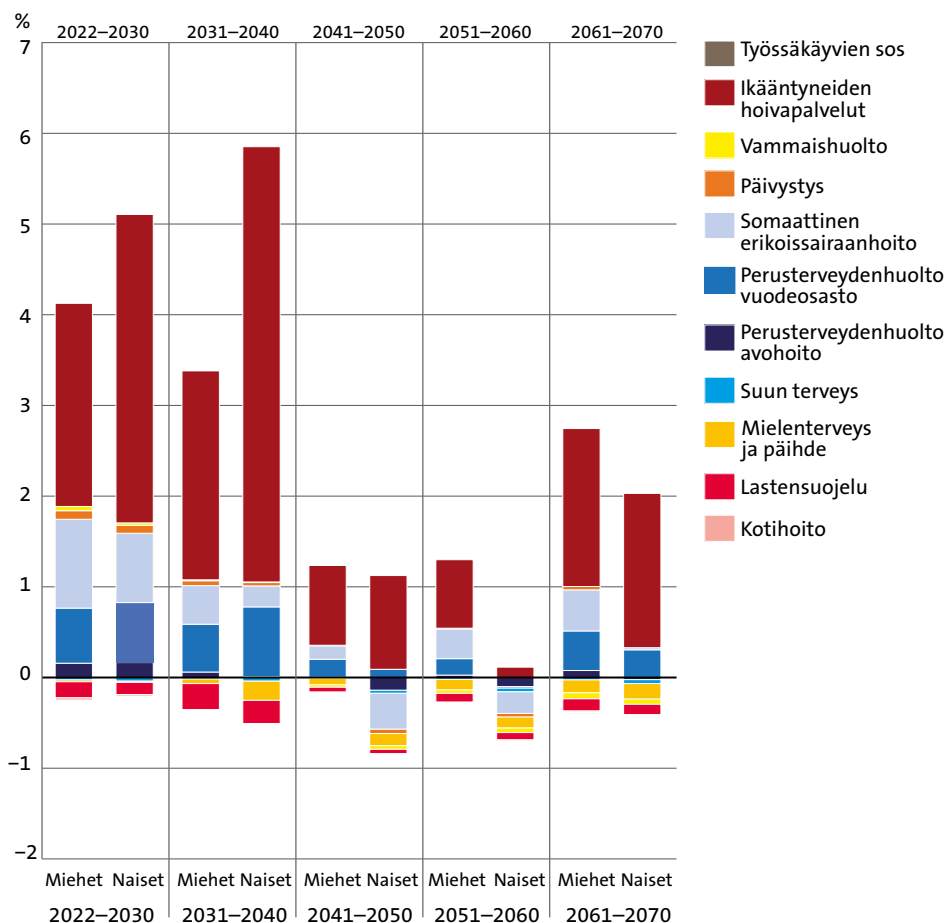
Ennuste perusvuoden tulonsiirtojen kehityksestä perusvuoden hinnoilla syntyy siten väestöennusteen mukaisesti, kun väestökohortit N_t^a muuttuvat väestöennusteen tahdissa. Ennuste lasketaan erikseen miehille ja naisille.

Kuvioon 17.3 on kuvattu sosiaali- ja terveystalouden palvelutarpeen ennakoitua kehitystä vuoden 2019 hinnoin. Kuviosta näkyy, että miesten ja naisten palvelutarpeessa on eroja: miehillä erikoissairaanhoidon muodostaa suurimman menoerän, kun taas naisilla suurin menoerä on ikääntyneiden hoiva. Tämä ero säilyy koko tarkastelujakson ajan ja selittyy yllä kuvatulla miesten ja naisten ikärakenteen erolla.



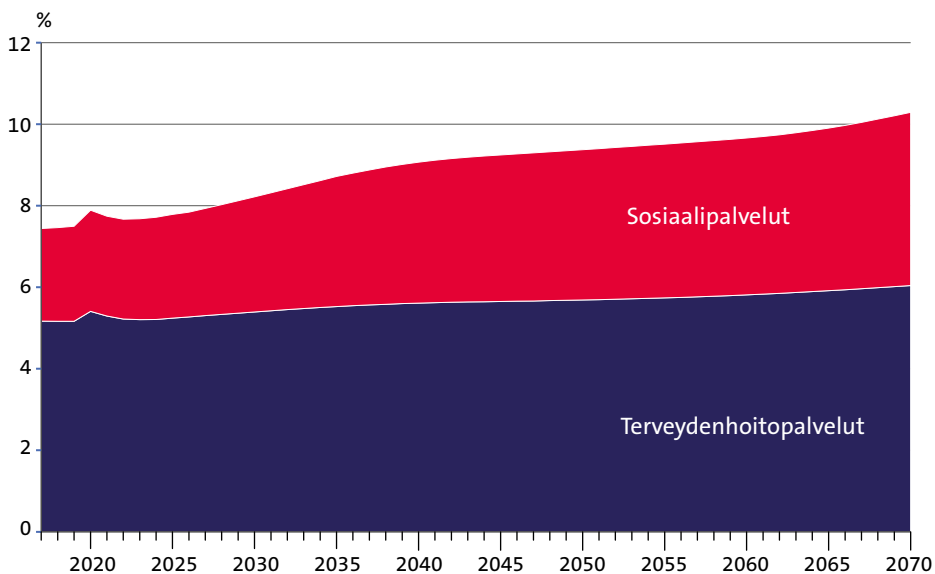
Kuvio 17.3. Sosiaali- ja terveystalouden palvelutarpeen kehitys vuosina 2020–2070. Lähde: THL.

Kuviossa 17.4 palvelutarpeen kasvua on tarkasteltu menoerien kasvuvaikutuksen kautta. Vuosina 2022–2030 kasvu on kaikkiaan 8,8 prosenttia, josta 3,4 prosenttiyksikköä on peräisin naisten ja 2,2 prosenttiyksikköä miesten ikääntyneiden hoivatarpeen kasvusta. Loput kasvusta johtuu lähinnä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon tarpeen kasvusta. 2030-luvulla kasvu on yhtä suurta kuin 2020-luvulla ja vielä selvemmin ikääntyneiden hoivan tarpeen kasvusta johtuvaa. 2050-luvulla kasvu taittuu pitkäksi aikaa eikä kiihdy ennen 2060-lukua.



Kuvio 17.4. Sosiaali- ja terveystalvelujen menoerien kasvuvaikutus vuosina 2020–2070. Lähde: THL.

Kuviossa 17.5 on kuvattu sosiaali- ja terveystalouden euromääräisten menojen arvioitu kehitys. Arvio perustuu siihen, että palvelujen tuottajahintojen oletetaan pitkällä aikavälillä nousevan samassa tahdissa kansantalouden muiden tuottajahintojen kanssa.



Kuvio 17.5. Ikäriippuvien sosiaali- ja terveystalouden menojen kehitys suhteessa kansantuotteeseen vuosina 2017–2070. Lähde: THL.

Eläke-etuudet määräytyvät ansiohistorian perusteella

Eläkemenojen kehitystä arvioidaan SOME-mallissa eläkelajeittain. Lakisääteiset eläkkeet koostuvat osittain rahastoiduista ansioperusteisista eläkkeistä sekä niitä täydentävistä kansaneläkkeestä ja takuueläkkeestä. Ansiotulojen perusteella karttuva työeläke on nykyisin eläkeläisten pääasiallinen toimeentulon lähde. Kansaneläke kuitenkin täydentää eläketuloja, jos työeläke jää pieneksi lyhyen tai katkonaisen työuran vuoksi. Yli 90 prosenttia maksetuista lakisääteisistä eläkkeistä on ansiosidonnaisia työeläkkeitä.

Suomalainen eläkejärjestelmä on etuusperustainen siinä mielessä, että maksettujen etuisuuksien kokonaismäärä määrittää palkoista perittävän eläkemaksun tason ja tarpeen muulle rahoitukselle. Vuoden 2005 eläkeuudistuksen jälkeen julkisen ja yksityisen sektorin työntekijöiden säännöt ovat olleet lähes samanlaiset, mikä on merkittävästi yksinkertaistanut eläkejärjestelmää.

Ansiosidonnainen eläkejärjestelmä koostuu useista eläkelaeista, joista merkittävimmät ovat Työntekijän eläkelaki (TyEL) ja Julkisten alojen eläkelaki (JuEL). Käytännössä lähes kaikki 17–67-vuotiaiden ansaitsema ansiotulo on vakuutettua. Eläkejärjestelmä kattaa etuuksia vanhuuden, työkyvyttömyyden, perheenjäsenen kuoleman sekä osa-aikaisen eläkkeellä olon varalle.

Eläkettä karttuu jokaisesta ansaitusta eurosta 1,5 prosenttia. Alkavaa eläkettä määritettäessä käytetään palkkakerrointa, jonka avulla työuran aikaiset palkat ja työtulot korotetaan eläkkeen alkamisvuoden tasolle. Palkkakertoimeen vaikuttaa kuluttajahintaindeksillä mitattu inflaatio 20 prosentin painolla ja ansiotasoindeksillä mitattu palkkakehitys 80 prosentin painolla. Maksussa olevia eläkkeitä korotetaan indeksillä, jossa inflaation paino on 80 prosenttia ja palkkakehityksen 20 prosenttia.

Lakisääteiset eläkemenot olivat vuonna 2019 30,4 miljardia euroa, mikä on viimeisin vuosi, jolta tiedot kaikista sosiaalimenoista on kootusti tuotettu. Tuolloin eläkkeet muodostivat 71 prosenttia julkisen sektorin tulonsiirroista ja 42 prosenttia kaikista sosiaalimenoista (THL 2022).

Eliniän kasvun aiheuttamia rahoituspaineita on pyritty lieventämään alkavia eläkkeitä leikkaavalla elinaikakertoimella sekä nostamalla alinta vanhuuseläkeikää vuodesta 2017 alkaen. Väestökehityksen riskinhallinnassa otettiin käyttöön maksuperusteinen elementti. Vuodesta 2009 alkaen alettiin alkaviin eläkkeisiin soveltaa elinaikakerrointa. Se suhteuttaa eläkeaikana maksettavien eläkkeiden suuruuden eläkkeellä oloajan odotteeseen. Elinaikakerroin on alentanut 63 vuoden iässä alkavia kuukausieläkkeitä niin, että sen määrittämä muutos kompensoi odotetun elinajan kasvun vaikutuksen elinaikana maksettujen eläkkeiden määrään.

Vuodesta 2017 alkaen on alinta 63 vuoden eläkeikää asteittain nostettu 65 vuoteen. Vuonna 1962 syntyneet on ensimmäinen ikäluokka, jonka alin vanhuuseläkeikä on 65 vuotta. Vuoden 2030 jälkeen vanhuuseläkeiän kehitys riippuu elinajanodotteen muutoksesta. Vanhuuseläkeikä nousee siten, että laskennallisen työuran (aika 17 vuodesta alimpaan vanhuuseläkeikään) ja eläkeikäisen elinajan odotteen suhde pysyy vakaana.

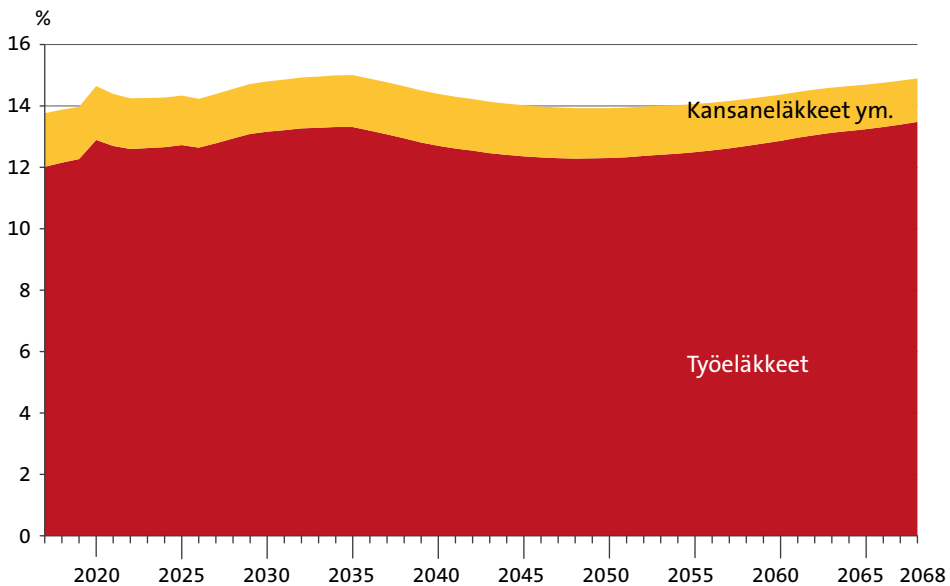
Eläkevastuut on osittain rahastoitu mutta rahoitetaan pääosin nykyisillä maksuilla

Maksuun tulevat eläke-etuudet on osittain rahastoitu. Rahastoinnilla on pyritty vakauttamaan eläkemaksutasoa. Vuoden 2021 lopussa eläkesektorin sijoitusvarallisuus oli 250 miljardia euroa vakuutettujen palkkasumman ollessa noin 91 miljardia euroa. Noin kaksi kolmasosaa eläkevarallisuudesta on yksityisalojen hallinnassa ja kolmannes julkisen sektorin varoja. Kansantalouden rahoitustilinpäädössä vuoden 2019 loppuun mennessä karttuneiden eläkevastuiden nykyarvo oli kahden prosentin reaalilla diskonttokorolla 821 miljardia euroa. Tämä ei tarkoita

sitä, että suuri osa tulevista eläkemenoista olisi kattamatta, koska suurin osa eläkkeistä maksetaan kuitenkin jakojärjestelmäperiaatteella niin, että kullakin hetkellä palkansaajilta perittävät eläkemaksut ovat etuuskien pääasiallinen rahoituslähde.

Palkoista perittävä eläkemaksu on lähes 25 prosenttia. Valtion budjetista kateetaan tämän lisäksi valtion palveluksessa olleiden ja yrittäjien eläkemenoja. Myös kuntasektorilla on palkoihin perustuvan maksun lisäksi kuntakohtainen eläkemenoon perustuva maksuosa. Työeläkemenot vuonna 2021 olivat kokonaisuudessaan yli 30,4 miljardia euroa. Niistä 20,6 miljardia katettiin eläkemaksuilla, 4,1 miljardia valtion budjetista, 0,9 miljardia työllisyysrahastosta ja 4,8 miljardia rahastoitujen eläkevarojen tuotoilla. Rahastoista maksettava eläkkeiden osuus tulee tulevaisuudessa kasvamaan. Osaltaan tämä seuraa pyrkimyksestä vakauttaa maksumatasoa, mutta myös odotettavissa olevien eläkeaikojen pidentymisestä.

Kuviossa 17.6 on kuvattu eläkemenojen ennakoitu kasvu suhteessa kansantuotteeseen. Eläkemenojen osuus on kasvussa 2020- ja 2030-luvuilla tasaantuakseen sitten 2060-luvulla, jolloin se kääntyy uudestaan nousuun.



Kuvio 17.6. Eläkemenojen arvioitu kehitys suhteessa kansantuotteeseen vuosina 2017–2070. Lähteet: ETK ja THL.

Tulonsiirtojen ja koulutusmenojen osuus pienentynee koulutettavien ikäluokkien supistuessa ja työllisyysasteen kasvaessa

Tulonsiirtojen laskennan lähtökohtana SOME-mallissa ovat Kelan rekisteritiedot ikäryhmittäisistä menoista ja käyttäjämääristä. Näistä malli laskee menot ikäryhmittäin. Sosiaalimenojen ennuste lasketaan samalla tavalla kuin sosiaali- ja terveyspalvelujenkin. Sosiaalimenot ennustetaan menolajeittain sukupuoli- ja ikäryhmittäin eli:

Tulonsiirrot vuotta kohti = (etuuslaji/ikäryhmä, sukupuoli) X (väestö ikäryhmittäin ja sukupuolittain)

Formaalimmin:

$$TT_t = \sum_{a=0}^{100+} IT_t^{0a} * N_t^a,$$

missä

TT_t = tulonsiirrot yhteensä vuonna t

IT_t^{0a} = tulonsiirrot per capita kussakin ikäkohortissa aineiston perusvuonna

N_t^a = väestö ikäluokassa a vuonna t

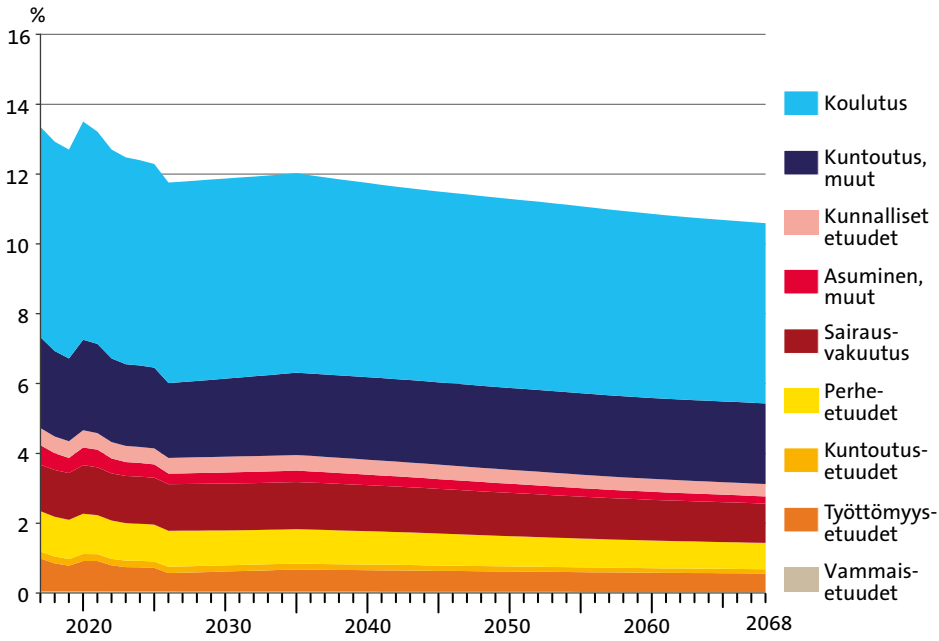
Ennuste perusvuoden tulonsiirtojen kehityksestä perusvuoden hinnoilla syntyy siten väestöennusteen mukaisesti, kun väestökohortit N_t^a muuttuvat väestöennusteen tahdissa. Ennuste lasketaan erikseen miehille ja naisille.

Koulutusmenojen kasvu vuodesta lasketaan Tilastokeskuksen koulutustilaston opiskelija- ja koulutussektorikohtaisten kustannustietojen ja koulutussektorikohtaisten oppilasmäärien perusteella. Oppilasmäärät suhteutetaan ikäryhmiin, jolloin koulutussektori- (m) ja ikäryhmäkohtaisten (i) kustannusten perusteella voidaan ennakoida koulutusmenojen kasvua alkutilanteen koulutusmenojakau- man ja ikäryhmäkohtaisen väestöennusteen perusteella. Koulutusmenojen osalta laskenta käyttää lähtökohtana vuoden 2017 tietoja:

$$Kustannus(m,i,2017+T) = Kustannus(m,i,2017) * Ikäryhmä(i,2017+T)/Ikäryhmä(i,2017),$$

$Kustannus(m,i,2017)$ puolestaan on arvioitu vuoden 2017 kohorttikohtaisten opiskelijamäärien ja koulutussektorikohtaisten yksikkökustannusten mukaisesti. Kustannukset on arvioitu molemmille sukupuolille erikseen, ja kokonaiskustannus menolajeittain on sukupuoli- ja ikäryhmäkohtaisten kustannusten summa.

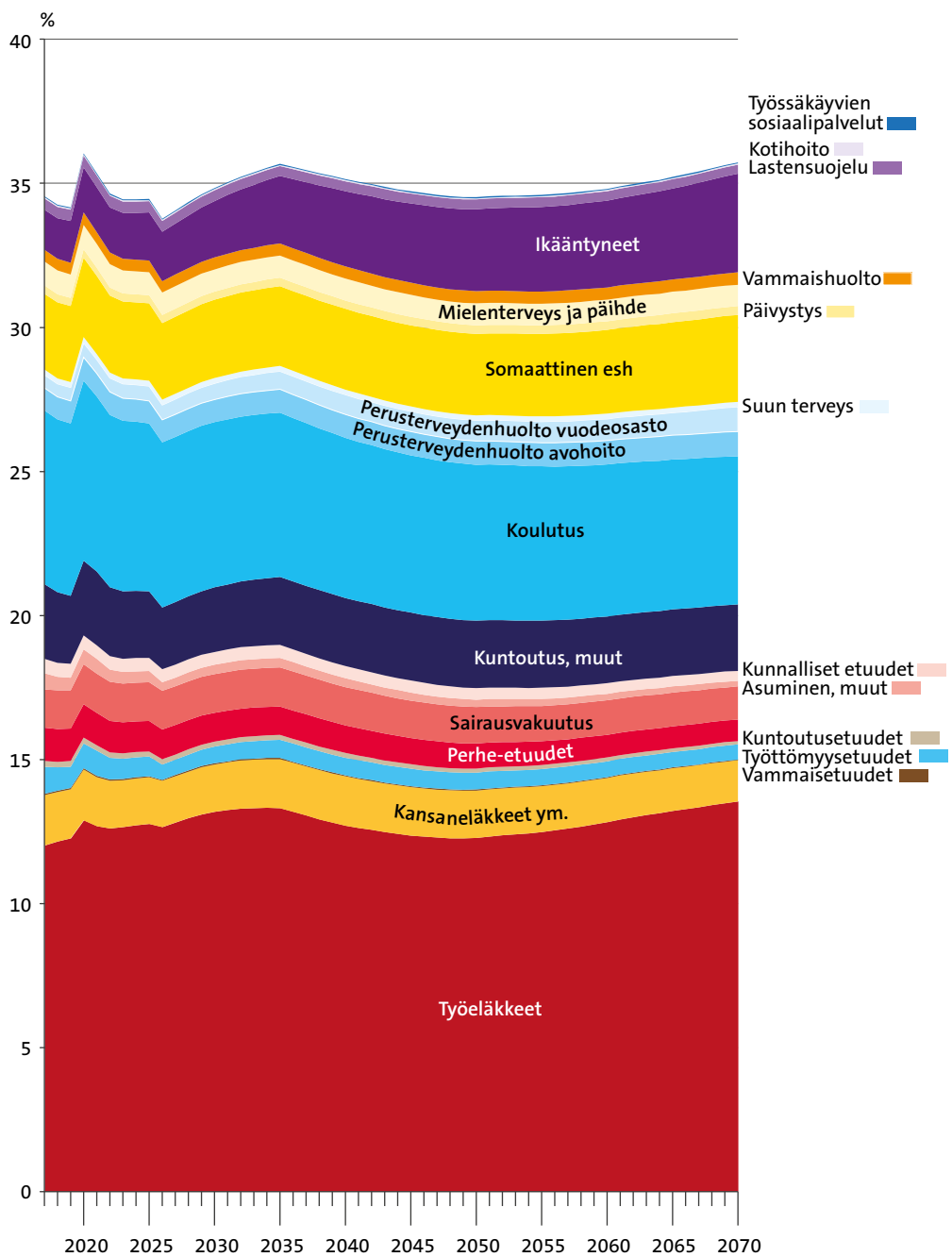
Kuviossa 17.7 on kuvattu tulonsiirtojen ja koulutusmenojen bkt-osuuden kehitys. Koulutusmenojen osuus laskee koulutettavien ikäluokkien pienentyessä, kun oletetaan, että koulutuksen ikärakenne säilyisi nykyisellään. Myös monien tulonsiirtojen osuus pienenee muun muassa siksi, että työllisyysasteen ennakoidaan nousevan, mikä pienentää työttömyyteen liittyvien tulonsiirtojen kasvua.



Kuvio 17.7. Tulonsiirtojen ja koulutusmenojen kehitys suhteessa kansantuotteeseen vuosina 2017–2068. Lähde: THL.

Ikäriippuvien menojen osuus kansantuotteesta kasvaa

Kuviossa 17.8 on esitetty SOME-mallin tuottama arvio ikäriippuvien menojen bkt-suhteesta. Vuonna 2019 suhde oli 34,2 prosenttia, josta se on noussut noin 35,3 prosenttiin. Ikääntymisen ollessa nopeinta 2020-luvulla ja 2030-luvulla suhde nousee suurimmillaan 36 prosenttiin 2030-luvun puolivälissä, laskee sitten hieman mutta nousee taas yli 36 prosentin 2060-luvulla. Kansantuotesuhteeseen vaikuttaa toki myös se, miten kansantalous itsessään kasvaa, ja siltä osin työikäisen väestön yllä todettu pieneneminen heikentää kasvun edellytyksiä tulevaisuudessa. Tästä syystä ikääntyminen on kahtalainen ongelma.



Kuvio 17.8. Ikäriippuvien menojen bkt-suhteen kehitys. Lähde: THL.

Ikääntyminen muuttaa sukupolvien välistä tulonjakoa

Ikääntymiseen liittyy myös tulonjakovaikutuksia. Ihmiset kuluttavat elinkaarensa alku- ja loppuvaiheessa tyypillisesti enemmän kuin tuottavat työpanoksellaan. Taloudelliset virrat ikäryhmien välillä johtuvat pääsääntöisesti siitä, että alijäämiä katetaan suorilla tai epäsuorilla tulonsiirroilla työikäiseltä väestöltä. Elinkaaren alku- ja loppupäässä osa kulutuksesta rahoitetaan tulonsiirroilla, omaisuustuloilla tai purkamalla varallisuutta. Tulonsiirrot voivat olla julkiselta sektorilta saatuja verotuksella katettuja tulonsiirtoja tai vaihtoehtoisesti kotitalouksien sisäisiä tai niiden välisiä yksityisiä tulonsiirtoja.

Ikäryhmätilit (Lee ja Mason, 2011) on menetelmä, jolla voidaan systemaattisesti ja kansantalouden tilinpidon kanssa yhteen sopivalla tavalla kuvailla ikäryhmien välisiä tulonsiirtoja. Ikäryhmätilejä muodostettaessa otetaan huomioon varallisuuden kartuttaminen (säästäminen) tai purkaminen ja tulonsiirrot sekä yksityisten että julkisen sektorin instituutiot keinoina jakaa tuloja yli elinkaaren ja ikäryhmien välillä.

Tilien avulla erotellaan julkisen talouden, markkinoiden ja perheen (suvun, kolmannen sektorin) kautta tehdyt taloustoimet. Julkiseen talouteen sisältyviä ikäsidonniaisia siirtoja ovat tyypillisesti muun muassa eläkkeet, terveydenhuolto ja koulutusmenot. Samoja tehtäviä voidaan kuitenkin toteuttaa markkinoiden välityksellä ja yksityisenä kulutuksena.

Ikäryhmätilinpidon metodologiaa ja sovelluksia on esitelty kattavasti Robert Leen ja Andrew Masonin (2011) toimittamassa kokoomateoksessa. Ikäprofiilin muodostamiseen on laadittu myös Yhdistyneiden kansakuntien julkaisema ohjekirja (UN, 2013). Arvio kulutuksen ja työtulojen ikäprofiileiden perusteella muodostuvasta taloudellisesta elinkaaresta on olennainen osa ikäryhmätilinpidon analyysia, joka edellyttää työtulojen, tulonsiirtojen ja kulutuksen ikäprofiilin selvittämistä hyödyntämällä kulutusta ja tulonjakoa kuvaavia mikroaineistoja. Suomessa ikäryhmätileihin perustuvia tutkimuksia ovat julkaisseet Risto Vaittinen ja Reijo Vanne (2011) sekä Marja Riihelä, Risto Vaittinen ja Reijo Vanne (2014), ja näissä on kattavasti kuvattu käytettyjä lähdeaineistoja. Tässä luvussa käytetyssä mallissa on hyödynnetty ikäryhmätilinpitoon perustuvia päivitettyjä aineistoja. Lisäksi työtulot on jaettu naisten ja miesten kesken Tilastokeskuksen palkkarakennetilaston perusteella.

Ikääntymisen vaikutuksia tulonjakoon ei voi tarkastella liittämättä ikäriippuvia menoja talouden laajempaan kokonaisuuteen. SOME-malli sisältää kylläkin osan ikäryhmätilinpidon käyttämästä tietoaaineistosta, nimittäin tulonsiirrot ja eläkkeet. Lisäksi malli kattaa eri ikäryhmien saamat julkiset palvelut. Tällaisesta menopainemallista puuttuvat kuitenkin kotitalouksien muiden tulojen muodostus, samoin kuin kotitalouksien maksamat verot ja maksut. Malli ei myöskään sisällä

takaisinkytkentöjä esimerkiksi julkisten menojen ja kansantuotteen kasvun välillä tai työmarkkinoiden ja kotitalouksien päätösten välillä. Mallin arvioita julkisten menojen kehityksestä voidaan kuitenkin käyttää laajemman tarkastelun lähtökohdiana, mutta muutoin tarkastelu vaatii kansantalouden kattavampaa kuvausta.

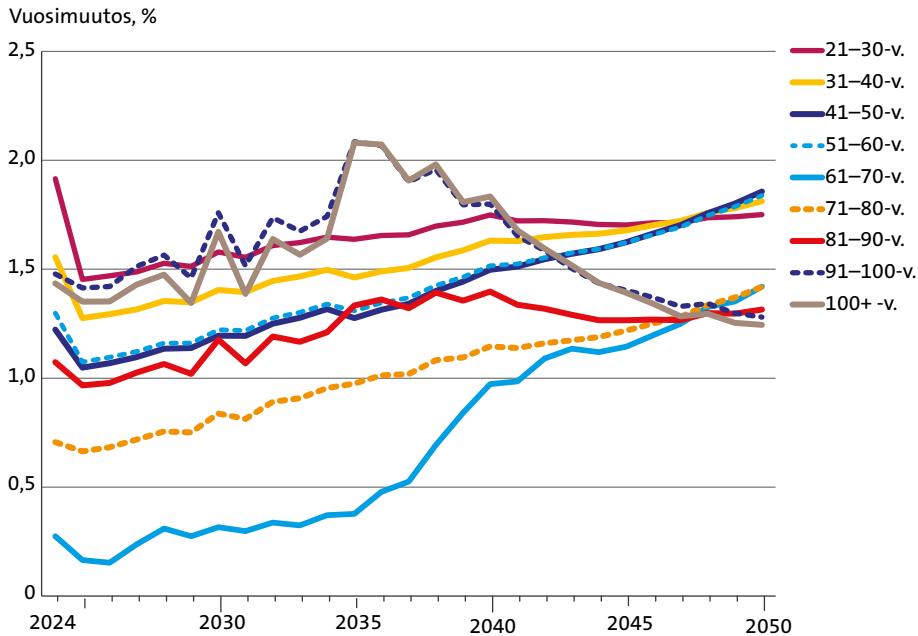
Juha Honkatukia ja Risto Vaittinen (2021) ovat yhdistäneet SOME-mallin tietokannat ja ikäryhmätilinpidon laskennalliseen, dynaamiseen yleisen tasapainon malliin. Tämä ns. FINAGE-malli tarkastelee kotitalouksia vuosikohorttitasolla. Kotitalouksien kulutuskoria tarkastellaan kotitaloustiedustelun mukaisella jaotellulla, ja kansantaloutta kuvataan vastaavalla tasolla. Tasapainomalli kuvaa taloutta kotitalouksien, eri toimialoilla toimivien yritysten ja julkisten sektorien päätöksistä käsin. Kotitalouksien tärkeimpiä päätöksiä ovat kulutus ja säästämisspäätökset sekä työn tarjonta, ja ottamalla nämä huomioon mallin avulla voidaan tarkastella hyvinvointivaikutuksia että tulonjakovaikutuksia. Julkisen sektorien toimintaa kuvaavat ennen kaikkea erilaisen verotuksen rakenne sekä tulonsiirrot kotitalouksille ja toisille julkisille toimijoille. Tarkastelussa otetaan huomioon myös se, että sote-palvelut tuotetaan kotitalouksille pitkälti julkisin varoin; ne muodostavat siis eräänlaisen tulonsiirron kotitalouksille. Tästä syystä sote-palvelujen kehitys vaikuttaa kotitalouksien kulutukseen laajemminkin ja sillä on vaikutuksia, joita menopainelaskelmissa ei saada näkyviin.

Mallilla on arvioitu pandemian vaikutuksia kansantalouteen ja julkiseen talouteen (mm. Honkatukia 2020) ja toisaalta sote-palvelujen leikkausten vaikutuksia sukupolvien väliseen tulonjakoon (Honkatukia ja Vaittinen 2021). Tässä nämä tarkastelut on yhdistetty. Tarkastelun tavoitteena on havainnollistaa, kuinka sosiaali- ja terveyspalvelujen tarjonnalla on vaikutuksia sukupolvien väliseen tulonjakoon.

Vaikka ikäriippuvien menojen kasvun onkin nähty rasittavan julkista taloutta jo aiemmin, kasvun hillitsemistavoitteet on usein ilmaistu esimerkiksi tuottavuuden kasvun kautta. Kun nopeimmin kasvaa työvoimavaltaisimpien ikääntyvien palvelujen tarve, kasvun hillintä tarkoittaa kuitenkin palvelujen järjestämistä aiempaa pienemmin resurssein. Seuraavaksi tarkastellaan, kuinka tällainen resursien kasvun leikkaus kohdentuisi eri sukupolviin. Mitoituskriteerinä käytämme pandemiasta syntynyttä julkisen velan kasvua, joka nostaa velan bkt-suhdetta noin kymmenellä prosenttiyksiköllä.

Kuvioon 17.9 on koottu arvio vaikutuksista tulonjakoon, kun oletetaan, että vuosien 2022–2023 mittaan pandemian vaikutukset tasaantuisivat, mutta 2024 alkaen alettaisiin leikata sote-menojen kasvua osana julkisen sektorin vajeen leikkaamista. Leikkausten oletetaan kohdentuvan kaikkiin ikäryhmiin ja hidastavan sote-palvelujen kasvua prosenttiyksiköllä perusskenaarion kasvusta kymmenen vuoden ajan. Tämä tarkoittaisi palvelujen kasvun jäädyttämistä, joka kohdentuisi sellaisiin ikäryhmiin, jotka kuluttavat eniten julkisia sote-palveluja. Kuvioista näkyy, että nämä leikkaukset hidastavat 71–80- ja 81–90-vuotiaiden tulojen kasvun alle prosenttiin vuodessa, kun taas työikäisten käytettävissä olevien tulojen kasvu asettuu puolentoista prosentin molemmin puolin. Kun leikkauksia ei enää tarvi-

ta, tulojen kasvu tasaantuu puolentoista prosentin molemmin puolin työikäisten ikäluokkien tulojen kasvaessa nopeammin kuin vanhempien ikäluokkien. Tämä on luonnollista, koska vanhempien ikäluokkien tulot koostuvat enemmän tulonsiirroista ja eläkkeistä.



Kuvio 17.9. Eri ikäryhmien tulojen kasvu vuosina 2024–2050. Lähde: THL.

Pohdinta ja johtopäätökset

Tässä luvussa on tarkasteltu ikärakenteen muutoksen vaikutusta julkiseen talouteen. Ikääntymisen vaikutuksia kuvataan usein menopainelaskelmilla, joita tässä luvussa esiteltiin SOME-mallin tulosten avulla. Kansantaloudessa ikääntyminen näkyy ehkä selvimmin ikäriippuvien menojen kansantuoteosuuden kasvuna. Ikääntymisen ollessa nopeinta 2020-luvulla ja 2030-luvulla suhde nousee suurimmillaan 36 prosenttiin 2030-luvun puolivälissä, laskee sitten hieman mutta nousee taas yli 36 prosentin 2060-luvulla. Työikäisen väestön supistuminen heikentää lisäksi kasvun edellytyksiä tulevaisuudessa, samalla kun julkisten palvelujen tuottamiseen tarvittaisiin lisää työvoimaa. Tästä syystä ikääntyminen on kansantaloudelle kahtalainen haaste.

Pelkän menopainelaskelman perusteella syntyy helposti vaikutelma, että menojen kasvua tulisi hillitä. Todellisuudessa tilanne on huomattavasti monisyisempi, kun julkinen palvelutuotanto ja tulonsiirrot vaikuttavat kotitalouksien muihin päätöksiin. Lisäksi kotitaloudet ovat suuren osan elämästään nettomaksajia. Tässä tarkastelimme julkisten sosiaali- ja terveystalouksien (hypoteettisen) leikkaamisen vaikutuksia sukupolvien väliseen tulonjakoon. Tarkastelumme yhdistää SOME-mallin tietokannan sote-palvelujen tuotannosta ikäryhmätilinpidon tietoaineistoihin tulonsiirroista ja eläkkeistä sekä kotitalouksien tulonmuodostuksesta kansantalouden eri sektoreilla laskennalliseen yleisen tasapainomalliin.

Esimerkkilaskelmamme olettaa, että sote-palvelujen kasvua leikattaisiin tulevilla hallituskausilla prosentilla vuosittain kymmenvuotiskauden 2024–2034 ajan ja osoittaa, että tällaisilla leikkauksilla olisi vaikutuksia sukupolvien väliseen tulonjakoon. Ne kohdistuisivat selvimmin iäkkäisiin kotitalouksiin, jotka jäisivät jälkeen keskimääräisestä tulojen kasvusta. Vaikka kaikkien ikäluokkien tulojen kasvu lähenee pidemmällä aikavälillä keskimääräistä, kasvattaisivat leikkaukset helposti tuloeroja. Näitä vaikutuksia ei tulisi jättää huomiotta väestörakenteeseen muutoksen edellyttämiä toimia suunniteltaessa.

Lähteet

- Lee, Robert & Mason, Andrew (ed.) (2011): Population Ageing and the Generational Economy – A Global Perspective, Edgar Elgar, Cheltenham.
- Honkatukia, Juha & Vaittinen, Risto. (2021): To Have and Have Not - Evaluating the costs and benefits of the welfare state with an AGE model of Finland with Intergenerational Accounting. Paper presented at the 24th Conference on Global Economic Modelling, Boulder, Colorado.
- Honkatukia, Juha (2020): Pandemian vaikutukset kansantalouteen. Työpoliittinen aikakauskirja 2/2020.
- Honkatukia, Juha (2019): Evaluating the welfare effects of public health care provision An integrated, regional AGE model for Finland. Paper presented at the 22st Conference on Global Economic Modelling, Warsaw, Poland.
- Honkatukia, Juha (2019): The FINAGE/RE-FINAGE General Equilibrium Models of the Finnish Economy. In Honkatukia, Lehtomaa, Ruuskanen and Alimoff: (2019): ALTA Regional database. Prime Minister's Office, 2019.
- Rehunen, Antti & Reissell, Eeva & Honkatukia, Juha & Tiitu, Maija & Pekurinen, Markku (2016): Sosiaali- ja terveystalouksien tarpeen, käytön ja tuottamisen alueelliset muutokset ja tulevaisuuden vaihtoehdot. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 41/2016. (Alternative scenarios for the regional provision of social and health services. Prime Minister's Office 41/2016).
- Riihelä, Marja & Vaittinen, Risto & Vanne, Reijo (2014): Väestörakenne ja talouskehitys - ikäryhmät Suomen taloudessa. Eläketurvakeskuksen raportteja 07/2014.
- United Nations (2013): National Transfers Accounts: Manual. Measuring and Analyzing the Generational Economy, Population Division, New York.
- Vaittinen, Risto & Vanne, Reijo (2011): "National Transfers Accounts for Finland", in Lee Ronald and Andrew Mason (ed.), Population Ageing and the Generational Economy – A Global Perspective, Edgar Elgar, Cheltenham.

Lopuksi

Monimuotoinen hyvinvointi ja muuttuva hyvinvointivaltio

Lähdimme kokoamaan Suomalaisten hyvinvointi 2022 -teosta pyrkimyksinä vastata kysymykseen, miltä suomalaisten hyvinvointi näyttää 2020-luvun alussa ja koronaepidemian jälkeisessä maailmassa. Toimitustyön edetessä kävi kuitenkin ilmeiseksi, että koronaepidemia kerrannaisvaikutuksineen ei vielä ole ohi. Tämän lisäksi maailmaa järkyttävä Venäjän hyökkäyssota Ukrainassa heijastuu monin ennakoimattomin tavoin myös suomalaisten arkeen, elämänlaatuun sekä elämisen ja valinnan mahdollisuuksiin. Viime vuosien aikana isot kansainväliset kriisit ovat poikkeuksellisella tavalla vaikuttaneet suomalaistenkin hyvinvointiin.

Perinteisesti Suomalaisten hyvinvointi -teoksissa on tavoiteltu hyvinvointipolitiikan tutkimusperusteista arviointia hallituskausittain, mistä seuraa myös teosten julkaisusykli neljän vuoden välein. Antti Rinteen, sittemmin Sanna Marinin hallituksen kausi on kuitenkin edellyttänyt harvinaisen reaktiivista politiikkaa, jolloin myös hallitusohjelman hyvinvointipolitiikan onnistuneisuuden arviointi on tavanomaista vaikeampaa. Kattavan tilannekuvan ja -analyysin teos kuitenkin tarjoaa. Yhdessä asiantuntevien kirjoittajien kanssa olemme tähänneet mahdollisimman ajankohtaisiin havaintoihin väestön elinoloista, hyvinvoinnista sekä sosiaali- ja terveystalouden järjestelmästä.

Teoksen toisena lähtökohtana on ollut ajatus sosiaalisesta kestävydestä, mahdollisuuksista vahvistaa sitä sekä sen yhteyksistä taloudelliseen ja ekologiseen kestävyteen. Tutkimuskirjallisuudessa sosiaalisella kestävydellä on viitattu muun muassa koulutuksen ja sukupuolten väliseen tasa-arvoon, tasapainoiseen demografiaan, erilaisten yhteiskunnallisten valmiuksien ylläpitoon, osallistumiseen ja sosiaaliseen pääomaan sekä talous- ja työllisyyskysymyksiin (Kautto & Metso 2008). Sosiaalisen kestävyden lähtökohta ilmenee tässä teoksessa niin, että useimmissa luvuissa eritellään hyvinvointieroja tai niiden muutosta. Eriarvoisuuden muodot ja kehitys ovat myös olennainen osa hyvinvointipolitiikan arviointia, olkoonkin, että empiirinen analyysi katsoo väistämättä menneisyyteen.

Yksittäisen hallituskauden saavutusten arvioimiseksi ajanjakso on kovin lyhyt, sillä monien päätösten vaikutukset konkretisoituvat ja ovat arvioitavissa vasta tulevaisuudessa, pitkänkin ajan kuluttua. Esimerkkinä tästä voinee pitää vaikkapa hallituskauden aikana saavutettua sopua sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksesta: hyvinvointialueiden toiminta ehtii hädin tuskin käynnistyä hallituskauden aikana. Puhumattakaan siitä, että hyvinvointialueiden toiminnan vaikutuksia voitaisiin arvioida.

Olemme koonneet tähän päätöslukuun yhteenvedon teoksen tärkeimmistä tuloksista nämä reunaehdot silmällä pitäen. Aiempien lukujen havaintoja toistetaan seuraavassa kuitenkin vain valikoiden siitä näkökulmasta, minkä verran ne valottavat hyvinvoinnin tilaa ja eriarvoisuutta hyvinvointipolitiikan tulevien haasteiden näkökulmasta.

Kaiken kaikkiaan suomalaisten hyvinvoinnin tila on säilynyt kohtuullisen hyvänä. Ikärakenteen muutos näkyy kuitenkin lisääntyvinä palvelutarpeina ja sosiaaliturvamenoina (ks. Honkatukia & Vaittinen luku 17). Ikääntyvässä yhteiskunnassa joudutaan ottamaan kantaa siihen, mitä tarkoittaa sukupolvien välinen oikeudenmukaisuus ja minkälainen sukupolvisopimus olisi reilu (Birnbäum ym. 2017). Yhteiskunnan ja toimintaympäristön muuttuessa pitäisi myös sosiaaliturva- ja palvelujärjestelmien muuttua olennaisimmilta osiltaan siten, että ne tukisivat parhaalla mahdollisella tavalla suomalaisten hyvinvointia ja yhteiskunnan toimintaa. Esimerkiksi työeläkejärjestelmässä on jo vakiintuneet käytännöt seurata järjestelmän taloudellista kestävyttä. Elinaikakerroin on järjestelmän sisään rakennettu automaattinen mekanismi, jonka tavoite on turvata eläkkeiden riittävyttä. (Tikanmäki ym. 2022.) Muusta sosiaaliturvasta puuttuvat vielä pitkälti tällaiset mekanismit, jotka reagoivat perusparametrien muutoksiin.

Hyvinvoinnin kehityksen analysoinnin monitahoisuus tulee ilmeiseksi, kun tarkasteltavaksi otetaan kestävyuden kaikki ulottuvuudet – ekologinen, sosiaalinen ja taloudellinen kestävyys. Hyvinvoinnin tutkimuksessa tunnistetaan jo laajasti, että taloudellinen ja sosiaalinen kestävyys kietoutuvat tiivistä yhteen. Eriarvoisuuden tuhoisaan merkitykseen yhteiskunnan (talous)kehityksen kannalta ovat kiinnittäneet huomiota niin alan tutkijat kuin kansainvälisen valuuttarahaston (IMF) kaltaiset toimijatkin (IMF 2022).

Taloudellisen ja sosiaalisen kestävyuden yhteys esiintyy selvänä pohjoismaisen hyvinvointivaltion tavassa panostaa inhimillisen pääoman kasvattamiseen julkisin koulutuspalveluin, mikä puolestaan tukee myös taloudellista toimeliaisuutta. Tähän viitataan myös sosiaalisen investoinnin käsitteellä (esim. Julkunen 2017, 40–44; Hemericjk 2018). On kuitenkin mahdotonta kuvitella merkittävää taloudellista toimeliaisuutta maailmassa, josta puuttuisi puhdas vesi, ilma, jota hengittää, tai lintujen laulu. Kestävän hyvinvoinnin, hyvinvointitalouden, hyvinvointivaltion ja kestävän talouden vaihtoehtoja onkin hahmoteltu jo usealla taholla (Daly 1992; Diener & Seligman 2004; Hirvilampi 2015; Raworth 2018). Näissä analyyseissä korostetaan sitä, että talouskasvu on tapahtunut paljolti ympäristön kustannuksel-

la eikä ympäristöhaittoja tai -tuhoja oteta huomioon mitattaessa vaikkapa kansantuotteen kehitystä. Edelleen on hyvin niukasti tietoa siitä, miten yhteiskunnan tai yhteiskuntien hallittu siirtyminen kestäväälle uralle voisi toteutua.

Vaikka yleisimpien mittareiden ja indikaattoreiden valossa suomalaiset näyttävät kohtuullisen hyvinvoivalta kansakunnalta, ei itsetyytyväisyyteen ole aihetta. Elinympäristön muutokset aiheuttavat uudenlaisia ongelmia hyvinvoinnille, eikä saavutettu hyvinvoinnin taso ole välttämättä pysyvä. Hyvinvointi ei myöskään jakaudu väestössä tasaisesti. Esimerkiksi sosiaalisen aseman mukaiset terveyserot ovat säilyneet Suomessa suurina. Tämä näkyy muun muassa tarkasteltaessa menetettyjen elinvuosien mukaisia terveyseroja: menetetyt elinvuodet painottuvat edelleen pienituloisille (ks. Manderbacka ym. luku 2). Hyvinvoinnissa esiintyy selviä eroja myös muun muassa sukupuolen, etnisen taustan ja asuinalueen mukaisesti.

Kasvukeskuksissa törmätään toisenlaisiin hyvinvointia rapauttaviin tekijöihin kuin väestön vähenemisestä kärsivissä maaseutumaisissa taajamissa tai haja-asutusalueilla. Kehityssuunnat kasvukeskuksissa eivät ole kuitenkaan vääjäämättömiä tai kaikkialla aivan yhdenmukaisia. Yleistä on ollut kerrostalolähiöiden ja pientaloalueiden välisten erojen kasvu pienituloisuudessa, mutta kaupunkien välillä on eroja siinä, miten kerrostalovaltaiset lähiöalueet ovat kehittyneet. Sosiaaliselle kestävyydelle oman ongelmansa tuo se, että lähiöiden väestörakenteen eriytyminen on vahvistunut 1990-luvun jälkeen. Maahanmuuttajilla on tässä oma osansa, mutta yllättävästi on niin, että useimmilla niistä alueista, joilla pienituloisuus on entistä yleisempää, maahanmuuttajilla se on vähäisempää. (Ks. Kauppinen & Mukkila luku 3.)

Tutkimuskirjallisuudessa hyvinvoinnille on annettu monenlaisia määritelmiä ja sitä on myös mitattu eri tavoin. Mittarien valinta vaikuttaa luonnollisesti siihen, minkälaisia tuloksia hyvinvointitutkimuksesta saadaan. Kansainvälisesti vertailten suomalaisten hyvinvointi on hyvällä tasolla. Tuoreimman Maailman onnellisuusraportin mukaan Suomi sijoittuu jälleen kerran kärkeen, Tanskan, Islannin ja Sveitsin edelle (Helliwell ym. 2022). On hyvä muistaa, että onnellisuudesta vertailussa sinänsä ei ole kyse, vaan mittari koostuu sosiaalisen tuen, toimintavapauden ja vähäisen korruption kaltaisista osa-alueista. Maiden välisissä vertailuissa Suomi pärjää hyvin, mutta maan sisältä löytyy eroja. Mikäli poliittisilla päätöksillä ja toimilla halutaan tukea, ylläpitää tai lisätä suomalaisten hyvinvointia, pitää olla riittävän tarkka kuva siitä, miten, missä ja kenen hyvinvointia halutaan edistää. Eikä ”suomalaisuuskaan” ole itsestään selvä kriteeri: tarkoitetaanko Suomen kansalaisia vai Suomessa asuvia, entä luetaanko maassa asuviksi myös paperiton väestö vai vain laillisesti maassa oleskelevat.

Väestön hyvinvointi voi muuttua ajassa, mutta myös se, mitä ymmärrämme hyvinvoinniksi elää ajassa. Euroopan hyvinvointivaltioissa on osin päästy eroon brittiläisen taloustieteilijän sir William Beveridgen vuonna 1942 mainitsemasta viidestä jättiläisestä (toimettomuus, tietämättömyys, kurjuus, taudit ja puute) tai vähintäänkin ne ovat saaneet uudenlaisia muotoja. Toinen ansioistaan aateloitu britti, sosiologi sir Anthony Giddens pohti jo lähes parikymmentä vuotta sitten

sitä, miten esimerkiksi tautitaakka on muuttanut muotoaan, kun ei-tarttuvat taudit eli elintavoista johtuvat sairaudet ovat yleistyneet (Giddens 2006). Niiden hallitseminen tai hallinnointi edellyttää toisentyypisiä toimia kuin perinteisten tarttuvien tautien hallinta. Samaan aikaan koronapandemia osoittaa, että tarttuvien tautien taltuttamisessa ei ole onnistuttu kuten optimistisimmat ehdivät kuvitella.

Useimmat hyvinvoinnin teoriat korostavat, että voidakseen hyvin ihminen tarvitsee riittävän materiaalisen elintason, mahdollisuuden mielekkääseen tekemiseen ja osallistumiseen sekä toisia ihmisiä ympärilleen, kokemusta kuulumisesta johonkin yhteisöön tai muuhun kokonaisuuteen. Viime vuosituhanella palkkatyö turvasi monelle hyvinvointia tai se ainakin mahdollisti hyvinvoinnin edellytyksiä. Tällä vuosituhanella työmarkkinat näyttävät erilaisilta tai ainakin epävarmemmilta. Työmarkkinoiden ulkopuolelle uhkaa jäädä yhä enemmän sellaisia ihmisiä, joiden osallistuminen yhteiskunnan toimintaan tavalla tai toisella lisäisi sekä heidän omaa että yhteiskunnan hyvinvointia kokonaisuutena. Esimerkiksi maahan muuttaneessa väestössä työllisyys lisää hyväksi koetun elämänlaadun todennäköisyyttä (ks. Nykänen ym. luku 6). Vastaavasti aikuisväestössä etenkin työelämän ulkopuolelle jääminen näyttää heikentävän kokemusta osallisuudesta, millä tarkoitetaan elämän kokemista hallittavana, ennakoitavana ja merkityksellisenä sekä omanarvon ja osallistumismahdollisuuksien tunnetta (ks. Leemann ym. luku 5).

Hyvinvoinnin lisääminen edellyttää haavoittuvuuksien kasautumisen estämistä

Kirjan toisen osan luvut kertovat siitä, että yhdenvertaisuus ja tasa-arvo ovat arvoja, jotka eivät toteudu itsestään. Koko väestöön verrattuna maahan muuttanut väestö on heikoimmassa asemassa työmarkkinoilla. Työllistymisvaikeudet koskettavat erityisesti maahan muuttaneita naisia. Työn ja perheen sovittamisessa yhteen on edelleen matkaa sukupuolten välisen tasa-arvon saavuttamiseksi. Tätä kirjoitettaessa elokuussa 2022 toteutetun perhevapaaaudistuksen vaikutuksia ei vielä tunneta. On kuitenkin perusteita odottaa, että isille korvamerkityn kiintiön myötä isät alkavat käyttää perhevapaita aiempaa enemmän (ks. Lammi-Taskula & Närvi luku 7). Reija Klemetti ym. (luku 8) osoittavat, että vanhempien jaksamiseen liittyvät ongelmat, kuten uupumus- tai masennusoireet, olivat vauvaperheillä yhteydessä pienempään lapsilukutoiveeseen. Jos vauvaperhearki koetaan kovin kuormittavana, se vähentää halukkuutta hankkia lisää lapsia.

Korona-aika edellytti yhteiskunnalta ja yksilöiltä sopeutumiskykyä uudenlaisessa tilanteessa. Marja Eliisa Holm ym. (luku 9) kuvaavat, miten koronaepidemian myötä erityisesti toimintarajoitteiset yläkoululaiset jäivät vaille tarvitsemaansa tukea. Tilanne oli huonoin niillä koululaisilla, joilla oli useita rajoitteita samanaikaisesti. Toisin sanoen, vaikka koronaepidemia koetteli kaikkia nuoria, niin haitat saattoivat olla toisille merkittävästi suurempia, jolloin myös tukea olisi tarvittu enemmän.

Palvelujärjestelmä hyvinvointia paikkaamassa

Suomalaisten hyvinvoinnin vajeita korjataan julkisin palveluin ja sosiaaliturvatuksin. Samalla tavoin kuin hyvinvointi, myös sen puutteiden yksiselitteinen osoittaminen herättää keskustelua. Se, mikä yhteiskunnassa koetaan välttämättömäksi tai minkä verran materiaalisia voimavaroja säälliseen elämään tarvitaan, muuttuu yhteiskunnan kehittyessä. Vaikkapa köyhyyden, edes niin sanotun tuloköyhyyden tai pienituloisuuden, mittaaminen ei ole yksiselitteistä. Useamman mittarin käyttö samaan aikaan antaa tarkemman kuvan köyhyydestä (ks. Mukkila ym. luku 10). Kuvausvoimaiset mittarit ovat tarpeen, mikäli halutaan olla varmoja, että yhteiskunnan kehityksen suunta on oikea.

Hallitusohjelmassa sote-uudistuksen tärkeimmiksi tavoitteiksi mainitaan hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen, yhdenvertaisten ja laadukkaiden sosiaali- ja terveyspalvelujen turvaaminen kaikille suomalaisille, palvelujen saatavuuden ja saavutettavuuden parantaminen, ammattitaitoisen työvoiman saanti, yhteiskunnallisten muutosten mukanaan tuomiin haasteisiin vastaaminen ja kustannusten kasvun hillintä. Tavoitteita voi pitää varsin kunnianhimoisina, kun ottaa huomioon, että esimerkiksi vanhusten hoivan hoitajamitoitukseen pääseminen näyttää jo etukäteen kovin etäiseltä maalilta. Hallituskaudelle osuneet isot kriisit eivät ole ainakaan helpottaneet monitahoisen uudistuksen tehtävää.

Uusilla hyvinvointialueilla pitäisi pystyä tarjoamaan palvelut niitä tarvitseville henkilöille ja mahdollisimman oikea-aikaisesti. Sosioekonomiset terveyserot näkyvät myös työttömien henkilöiden palvelujen käytössä: työttömien sote-palvelujen käytön kustannuksia selitti sairastavuuden lisäksi vähäinen koulutus ja matala tulotaso. Sote-palvelujen käyttö ei jakaudu tasaisesti työttömien kesken. Epäselvää on, tavoittavatko palvelut ylipäänsä kaikkia niitä tarvitsevia, kun huomioidaan että noin neljännes työttömistä ei käyttänyt vuoden aika sote-palveluja lainkaan (ks. Saikku ym. luku 11). Vaikka sote-palveluista ei ole sinällään apua työnhaussa, voi palvelujen ulkopuolelle jäädä myös sellaisia työttömiä, joiden työkykyä palveluihin pääsy ja niihin osallistuminen tukisi (OECD 2020). Palvelujen käyttöä ja sitä, miten ne ylipäänsä vastaavat tarpeisiin on syytä tarkastella erilaisissa käyttäjäryhmissä, sillä kokemukset todella selvästi poikkeavat toisistaan (ks. Aalto ym. luku 12). Kun palveluja käyttäneistä lapsiperheistä peräti kolme neljästä on tyytyväinen ammattilaisen kanssa käymäänsä vuorovaikutukseen, vammaispalvelujen käyttäjistä näin kokee vain joka toinen. Myös Suomen eriarvoistava terveyspalvelujärjestelmä heijastuu tyytyväisyydessä palveluihin niin, että yksityisellä sektorilla ja työterveydessä asioineet ovat niihin tyytyväisempiä kuin terveyskeskuksissa asioineet.

Niin sote- kuin sosiaaliturvauudistuksessakin on toivottu palveluihin tehokkuutta digitalisaatiosta. Digitalisaation ja tiedonkäsittelykapasiteetin kasvu tuo mukanaan paljon uusia mahdollisuuksia. Ne pitäisi kuitenkin kyetä hyödyntämään oikein. Digitalisaatio avaa hallinnolle uusia mahdollisuuksia seurata ja ar-

vioida toimintaa, kun datan määrä lisääntyy. Vaikka datan määrä voi joissakin tilanteissa korvata laadun, monipuolinenkaan data ei riitä, jos esimerkiksi sen kattavuudessa on aukkoja tai vajavuuksia. Eriarvoisuuksien tunnistamiseksi on välttämätöntä saada käsitys niistä ihmisryhmistä, joiden jättämä digitaalinen jälki on ohut tai olematon. Toistaiseksi kaupunkimaisilla alueilla käytetään esimerkiksi useammin sähköisiä sosiaali- ja terveydenhuollon vastaanottopalveluja kuin maaseutumaisilla alueilla. Sähköinen asiointimahdollisuus ei siis näytä johtaneen palvelujen saatavuuden tasa-arvoon. Taustalla voi toisaalta olla myös palvelujen tarjonnan alueellista vaihtelua. (Vehko ym. 2022.)

Digitalisaatio voi merkittävästi tehostaa julkisia palveluja, mutta se edellyttää digitalisaation etenemistä käyttäjäystävällisesti. Käytännössä palveluja ja erilaisia sovelluksia tulisi kehittää asiakkaiden ja työntekijöiden kanssa tiiviissä yhteistyössä (ks. Vehko ym. luku 13). Tämä tarkoittaa saatavuuden ja käytettävyyden parantamista, palvelujen käyttämisen helpottamista reaaliaikaisen tuen avulla, palvelusältöjen selkokielisyyden varmistamista, ymmärrettäviä toiminnallisuuksia sekä tiedottamista palvelutarjonnasta ja palvelujen hyödyistä myös vaikeammin tavoitettaville kohderyhmille.

Kun hyvinvointi samaan aikaan eri väestöryhmissä ja eri alueilla kehittyy eri tahtiin, edellyttää tämä hallinnolta ilmiölähtöistä palvelujen kehittämistä hallintolähtöisyyden sijaan (ks. OECD 2020). Ilmiölähtöisyys voi tarkoittaa esimerkiksi sitä, että ihmisten ja ympäristön hyvinvoinnin lisääminen otetaan pidemmän aikajänteen yhteiseksi tavoitteeksi sen sijaan, että yhteiskunnan eri sektorit yrittävät kukin tahoillaan ratkoa yksittäisiä osaongelmia. Tämä toki edellyttäisi yhteiskunnallista keskustelua siitä, miten päätöksenteossa on tarpeen priorisoida asioita.

Hyvinvointivaltion uudistaminen hitaasti kiiruhtaen

Suomen terveydenhuoltojärjestelmä selvisi toimintakykynsä säilyttäen koronapidemiasta ja sosiaalihuoltokin sopeutui olosuhteisiin. Epidemia-ajan toiminnasta on otettu ja otetaan oppia tuleviin kriiseihin (ks. Kihlström ym. luku 16). Epidemia-aika kirkasti sen, miten tarkkaan olemassa olevat resurssit terveydenhuollossa on jo käytetty ja miten vähän joustonvaraa järjestelmässä on. Monissa julkisissa palveluissa siirryttiin varsin vauhdikkaasti etäpalveluihin ja etätöihin, kun valtiovallalta rajoitti sosiaalisia kohtaamisia. Eräiden muiden Pohjoismaiden tapaan rajoitukset olivat Suomessa kuitenkin vähäisempiä kuin monessa Etelä- ja Keski-Euroopan maassa, joissa ajoittain rajoitettiin jopa ulkona liikkumista. Kokonaisuutena pohjoismainen hyvinvointivaltio näyttäisi kykenevältä lisäämään tai tukemaan ihmisten luottamusta yhteiskuntaan, mikä on omiaan tukemaan kriisinkestävyyttä. Yhteiskunnallisena järjestelmänä pohjoismainen hyvinvointivaltio ei kykene estämään sotia tai epidemioita, mutta se omaa piirteitä, jotka helpottavat kansalaisten elämää niistä aiheutuvissa kriiseissä. Kriisinkestävyydelle on kysyn-

tää myös tulevaisuudessa, siitä pitävät huolen ilmastonmuutoksen ja luontokadon kaltaiset ilkeät ongelmat, joihin reagoimisessa yksittäisen valtion – vaikka sitten hyvinvoivankin – keinot ovat vähissä.

Viime vuosisadan jälkimmäisellä puoliskolla muotonsa saaneen hyvinvointivaltion uudistaminen on vaikeaa, kun vakiintuneet rakenteet ja instituutiot sekä niistä juontuvat polkuriippuvuudet hillitsevät tehokkaasti nopeita järjestelmämuutoksia. Jähmeys lisää ennakoitavuutta, mutta se saattaa myös kätkeä muutostarpeita. Suurelle osalle väestöä julkiset palvelut ja sosiaaliturva toimivat kohtuullisesti, joten mitään radikaaleja muutoksia ei välttämättä olekaan välittömästi tarpeen tehdä. On kuitenkin merkkejä siitä, että osa ihmisistä jää syrjään tai he ”eivät pysy samassa veneessä”, kuten tutkijat ihmisten yhteenkuuluvuuden tunteen heikkenemistä runollisesti ilmaisevat (Saari 2020). Syrjään jätetyt tulkitsevat yhteiskuntaa ja sen tärkeimpien instituutioiden toimintaa eri tavoin kuin yhteiskuntaan aktiivisesti osallistuvat (Wass ym. 2021). Useimmat arvioivat yhteiskunnallista todellisuutta omasta viiteryhmästään käsin, tai kuten tavataan sanoa omasta kuplastaan: paperitehtaalla, yrittäjänä pizzauunin äärellä ja pätkätoissä lähiössä hyvän elämän perusainekset konkretisoituvat eri tavoin (Kantola ja työryhmä 2022). Pahimmillaan toimeentulon niukkuudesta tai muiden voimavarojen vähydestä kärsivien ihmisten kokemukset ohitetaan poliittisessa päätöksenteossa ja heidän kohtaamiinsa vaikeuksiin suhtaudutaan piittaamattomasti (ks. Blomgren ym. luku 14).

Eri väestöryhmien kokemusten ja näkemysten merkittävä erkaantuminen toisistaan voi johtaa sosiaalisen kestävyuden ongelmiin, kun ongelmat määritellään eri tavoin ja siten myös optimaalisiksi näyttäytyvät ratkaisut eriytyvät. Ikääntyvässä yhteiskunnassa eri sukupolvien kokemukset näkyvät esimerkiksi keskustelussa siitä, miten sosiaaliturvaetuuksia tulisi rahoittaa tai kohdentaa eri elämänvaiheissa ja myös suhteessa työhön sekä sen murrokseen. Oma kysymyksensä on myös se, miten vielä syntymättömille sukupolville, joilla ei ole mitään sananvaltaa tämän päivän poliittisiin päätöksiin, voitaisiin turvata kohtuulliset elinolosuhteet (esim. Birnbaum ym. 2017). Kokemusten erkaantumisesta seuraavaa ohipuhumista on nähtävissä myös siinä, miten sosiaaliturvan vastikkeellisuudesta puhutaan: toimenpiteiden kohteina olevat henkilöt kokevat lannistamista ja nöyryyttämistä (Näre & Näre 2022), kun taas hyvässä työmarkkina-asemassa olevien ja vähän työttömyyttä kokeneiden mielestä vastikkeellisuutta pitäisi entisestään lisätä (Saikkonen ym. 2020). Väestöryhmät eroavat myös siinä, miten luottavaisesti sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin suhtaudutaan. Matalasti koulutetut, toimeentulotukea tarvinneet, palveluja riittämättömästi saaneet sekä he, jotka kokevat terveydentilansa huonoksi, ovat muita kriittisempiä palvelujärjestelmää kohtaan (ks. Aalto ym. luku 15).

Hyvinvointivaltio kohtaa muutospaineita ulkoa ja sisältä päin. Olemassa olevista resursseista pitäisi saada enemmän irti. Tyypillisesti vanhoja rakenteita käytetään pohjana muokattaessa järjestelmää uusiksi arvioimatta kriittisesti, onko

kaikki vanha enää tarpeellista. Esimerkiksi sosiaaliturvauudistuksessa ongelmat on määritelty pitkälti vanhan järjestelmän puitteissa (ks. Sosiaaliturvauudistuksen ongelmaraportit, STM 2022), eikä vielä ole löydetty selkeää visiota sille, millainen tulevaisuuden sosiaaliturvajärjestelmän pitäisi olla. Vastaavasti sote-uudistuksessa jätettiin puuttumatta terveydenhuoltojärjestelmän kolmijakoiseen rakenteeseen (yksityinen sektori, työterveys, perusterveydenhuolto) siitä huolimatta, että järjestelmän ongelmia on tuotu esiin toistuvasti. Vanhoista vuosikymmenten aikana kasautuneista rakenteista, joilla kaikilla on omat intressiryhmänsä ja usein myös edunsaajansa, saattaa olla vaikea ammentaa hyviä ideoita tulevaisuutta ajatellen. Nykyisten intressiryhmien edunvalvonta saattaa rajoittaa ongelmien ratkaisemista ilmiölähtöisesti.

Tulevaisuudessa on tarpeen arvioida, millainen rooli sosiaaliturvalla voi olla yhteiskunnan muutoksessa ja yksilöiden muuttuvissa elämäntilanteissa. Ajatellaanko esimerkiksi, että täysi-ikäisellä ja työkykyisellä henkilöllä on velvollisuus elättää itsensä, vai halutaanko järjestelmä, jossa jokainen saa läpi elämänsä pientä tuloa, jota voi sitten mahdollisuuksiensa ja kykyjensä mukaan täydentää alustataloudessa tai muilla yrittäjätuloilla vaivatta. Vaikka sosiaaliturvan järjestelyillä ei yksistään muuteta hyvinvointivaltiota, voidaan sitä uudistamalla tukea, haitata tai olla piittaamatta hyvinvointivaltion muodonmuutoksesta kohti entistä kestävämpää järjestelmää (ks. Strateginen tutkimus 2022). Toki kyse on myös laajemmin julkisen vallan roolista kansalaisten elämässä. Suomen sosiaaliturvajärjestelmä nojaa vahvasti työyhteiskunnan eetokseen, mistä syystä yksilöiden asemaa ja yhteiskunnan toimintaa on hyvä tarkastella tiiviisti yhdessä. Esimerkiksi työn murroksesta aiheutuva työpaikkojen katoaminen ja kokonaan uusien ammattien syntyminen edellyttää koulutus- ja aluepoliitikalta joustavuutta. Parhaimmillaan sosiaaliturva voi tukea muutosta niin, että peruspalvelut ovat saatavilla kaikissa elämäntilanteissa ja työkykyinen väestö pysyy työmarkkinoilla mahdollisimman laajasti.

Joka tapauksessa uutta tietoa kertyy yhä enemmän ja aiempaa nopeammin niin yhteiskunnan kuin ympäristön muutoksestakin. Tämä osaltaan korostaa sitä, että poliittiseen tavoitteenasetteluun tarvitaan selkeyttä. Keinot, joilla tavoitteet saavutetaan, voivat matkan varrella hyvin muuttuakin, mutta halutun suunnan pitäisi olla selvä. Sote-uudistusta yritettiin useamman hallituksen aikana, kunnes se Marinin hallituksen aikana saatiin hyväksytyttyä eduskunnassa. Monien vuosien valmistelutyö syö paljon resursseja ja uudistuksen toteuduttuakin korjauksia pitää vielä tehdä. Suurten uudistusten toteuttaminen yhdellä kertaa nopeasti muuttuvassa maailmassa voi olla jo mennyttä aikaa. Kenties yksittäisiä uudistuksia olennaisempaa olisikin hahmottaa se, miten päästäisiin jatkuvasti uudistuvaan hyvinvointivaltioon. Käytännössä tämä tarkoittaisi selkeitä poliittisia arvovalintoja siitä, minkälaista yhteiskuntaa tavoitellaan. Tavoitteiden saavuttamiseksi voidaan sitten hyödyntää erilaisia tietoon perustuvia keinoja, arvioida niiden toimivuutta ja tehdä tarvittavat korjausliikkeet.

Poliittiset arvoalinnat määrittävät tulevaisuuden hyvinvoinnin

Konsensus-Suomeen tai 1980-luvun yhtenäiskulttuurin aikaan tuskin on paluuta. Siksi olisi löydettävä tapa uusintaa pohjoismaista hyvinvointivaltiota yhteiskunnan ollessa yhä monikulttuurisempi, monimuotoisempi ja moniarvoisempi, etenkin kun tavoitteena on hiilineutraali elämäntapa. (Anttonen ym. 2012; Koch 2021.) Hyvinvointivaltion uusintamisen välttämätön edellytys on kansalaisten osallistuminen päätöksentekoon nykyistä kattavammin ja sitoutuneemmin. Demokratia ei toimi ilman, että kansalaiset kokevat omaavansa vaikutusmahdollisuuksia ja ratkaisevat muutoksen suunnan ja vauhdin. Siksi olisi tärkeää, että kaikki saavat tavalla tai toisella äänensä kuuluviin ja ihmisillä on edellytykset osallistua kykyjensä ja mahdollisuuksiensa mukaan yhteiskunnan toimintaan ja päätöksentekoon (esim. Birnbaum ym. 2017). Ekologisesti, taloudellisesti ja sosiaalisesti kestävä hyvinvointivaltio on lopulta kaikkien etu.

Hyvinvointivaltio tai edes sosiaaliturva ei voi uudistua pelkän tutkimustiedon varassa: uudistuminen edellyttää arvoalintoja. Esimerkiksi mikäli halutaan pitää kiinni asunnottomuuden poistamisen tai vähentämisen tavoitteesta, on luultavasti hyväksyttävä asumisen tukeminen osana viimesijaista turvaa. Samalla tavoin sosiaaliturvassa on kannustinloukkuja niin pitkään kun sosiaaliturvaa on – sen sijaan politikalla voidaan vaikuttaa siihen, mihin kohtaan ne sijoittuvat.

Poliitikkojen tehtävä on asettaa tavoitteet, jotka halutaan saavuttaa. Ministeriöissä, yliopistoissa, korkeakouluissa ja sektoritutkimuslaitoksissa on asiantuntemusta, joilla voidaan viitoittaa tie poliittisten päättäjien asettamien tavoitteiden saavuttamiseksi. Myös tutkijoiden osaamista siitä, miten ja millaista tutkimusta päätöksenteon tueksi tarjotaan, tulee kehittää. Asiantuntevan tutkimuksen avulla voidaan pystyä osoittamaan, miten hyvin poliitikkojen asettamat tavoitteet saavutettiin ja seurasiiko siitä toivottuja yhteiskunnallisia vaikutuksia. Luotettava tutkimus vie kuitenkin aikaa, myös siksi, että uudistusten tulokset kertyvät hitaasti, kuten luvun alussa todettiin.

Aina tämä ymmärrys tutkimuksen lainalaisuuksista ei kohtaa päätöksentekijää, joten myös päätöksenteon ja tutkimuksen vuorovaikutuksen laatua on syytä kehittää esimerkiksi lisäämällä kohtaamisia, joissa tätä ymmärrystä voidaan kerryttää. Tutkimuksen tehtäväksi ei tulisi muodostua päätösten oikeuttaminen, legitimaatio, sillä tutkittu tieto voi vain informoida, taustoittaa tai tarjota arvioinnin välineitä poliittiseen päätöksentekoon. Päätöksenteon perustana ovat arvot ja arvoalinnat. Käsityksen tästä päätöksenteon ja tutkimuksen työnjaosta tulisi säilyä kirrkaana myös tulevia uudistuksia suunniteltaessa ja toteutettaessa.

Lähteet

- Anttonen, Anneli & Häikiö, Liisa & Stefánsson, Kolbeinn (2012): The future of the welfare state: rethinking universalism. In A. Anttonen et al. (Eds), *Welfare State, Universalism and Diversity*. Cheltenham: Edward Elgar. S. 187–196.
- Birnbaum, Simon & Ferrarini, Tommy & Nelson, Kenneth & Palme, Joakim (2017): The Generational Welfare Contract. Justice, Institutions and Outcomes. Edward Elgar Online, <https://doi.org/10.4337/9781783471034>
- Daly, Herman A. (1992): Allocation, distribution, and scale: towards an economics that is efficient, just, and sustainable. *Ecological Economics* 6 (3), 185–193. [https://doi.org/10.1016/0921-8009\(92\)90024-M](https://doi.org/10.1016/0921-8009(92)90024-M)
- Diener, Ed & Seligman, Martin E.P. (2004): Beyond Money: Toward an Economy of Well-Being. *Psychological Science in the Public Interest* 5 (1), 131. <https://doi.org/10.1111/j.0963-7214.2004.00501001>
- Giddens, Anthony (2006): Debating the social model: Thoughts and suggestions. *Teoksessa: The Hampton Court Agenda: a Social Model for Europe*. London: Policy Network, ss. 95–152.
- Helliwell, John & Layard, Richard & Sachs, Jeffrey D. & De Neve, Jan-Emmanuel & Aknin, Lara B. & Wang, Shun (toim.) (2022) : *World Happiness Report 2022*. New York: Sustainable Development Solutions Network.
- Hemerick, Anton (2018): Social investment as a policy paradigm. *Journal of European Public Policy* 25 (6), 810–827. <https://doi.org/10.1080/13501763.2017.1401111>
- Hirvilampi, Tuuli (2015): Kestävän hyvinvoinnin jäljillä: ekologisten kysymysten integroiminen hyvinvointitutkimukseen. Helsinki: Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 136. <http://hdl.handle.net/10138/154175>
- IMF (2022): The IMF and income inequality. <https://www.imf.org/en/Topics/Inequality>, [luettu 30.11.2022]
- Julkunen, Raija (2017): Muuttuvat hyvinvointivaltiot: eurooppalaiset hyvinvointivaltiot reformoitavina. Jyväskylä: SopHi. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-39-7146-5>
- Kantola, Anu & työryhmä (2022): Kahdeksan kuplan Suomi. Yhteiskunnan muutosten syvät tarinat. Helsinki: Gaudeamus.
- Kautto, Mikko & Metso, Laura (2008): Sosiaalinen kestävyys – uusi poliittinen horisontti? *Yhteiskuntapolitiikka* 73 (4), 411–420. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201209117503>
- Koch, M. (2021): *Social Policy Without Growth: Moving Towards Sustainable Welfare States*. Social Policy and Society (first view), <https://doi.org/10.1017/S1474746421000361>
- Näre, Lena & Näre, Sari (2022): Työttömyys satuu. Arjen kamppailuja työllistämistoi-
mien rattaissa. Helsinki: Gaudeamus.
- OECD (2020): A People-centred Perspective on Employment Barriers and Policies Faces of joblessness in Finland. <https://www.oecd.org/els/soc/faces-of-joblessness.htm> [Luettu 8.11.2022]
- Raworth, Kate (2018): Donitsitaloustiede. Seitsemän tapaa ajatella kuten 2000-luvun taloustieteilijä. Helsinki: Terra Cognita.
- Saari, Juho (2020): Samassa veneessä. Hyvinvointivaltio eriarvoistuneessa yhteiskunnassa. Jyväskylä: Docendo.
- Saikkonen, Paula & Kauppinen, Timo & Wass, Hanna (2020): Sotupuntari. Suuntia sosiaaliturvauudistukseen. *Kasalaisuuden kuulut ja kuplat* 4/2020. <https://bibu.fi/sotupuntari/>
- Sosiaaliturvauudistuksen ongelmaraportit (2022): STM, <https://stm.fi/tietopohja> [Luettu 17.11.2022]
- Strateginen tutkimus (2022): Elonkehä, ilmastonmuutos ja sosiaaliturva -tietokooste. Suomen Akatemia. <https://www.aka.fi/globalassets/3-stn/1-strateginen-tutkimus/tiedon-kayttajalle/tietoaineistot/elonkeha-ilmastomuutos-ja-sosiaaliturva-tietokooste.pdf> [Luettu 17.11.2022]
- Tikanmäki, Heikki & Reipas, Kaarlo & Lappo, Seppo & Merilä, Ville & Nopola, Tuija & Sankala, Mikko (2022): Lakisäätöiset eläkkeet: pitkän aikavälin laskelmat 2022. Helsinki: Eläketurvakeskuksen raportteja 5/2022. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-691-351-6>
- Vehko, Tuulikki & Kyytsönen, Maiju & Ikonen, Jonna & Koskela, Timo & Kainiemi, Emma & Parikka, Suvi (2022): Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisten vastaanottopalveluiden käyttö kaupunki-maaseutu-alueuudistuksen mukaan Suomessa. *Finnish Journal of EHealth and EWelfare*, 14(3), 309–325.
- Wass, Hanna & Ahva, Toni & Kantola, Anu & Saikkonen, Paula & Vesa, Juho & Ylä-Anttila, Tuomas (2021): Päättäjät politiikan pyörteissä. Näkemyksiä ilmastopolitiikasta, demokratiasta ja päätöksentekoon vaikuttamisesta. *Kansalaisuuden kuulut ja kuplat* 7/2021. <https://bibu.fi/paattajat-politiikan-pyorteissa/>