



Aikuisväestön hyvinvointi ja terveys – Terve Suomi 2022

Lääkärille pääsy koetaan yhä vaikeammaksi – työikäisten psyykkinen kuormittuneisuus lisääntynyt

PÄÄLÖYDÖKSET

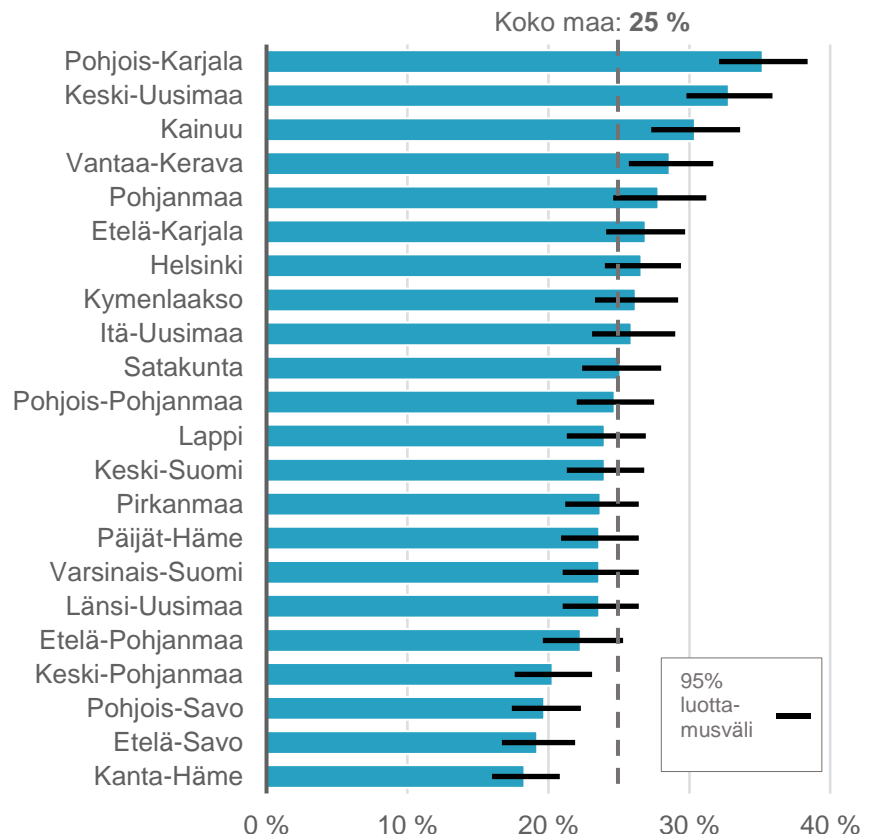
- Vuonna 2022 joka neljäs koki, ettei saa riittävästi lääkäripalveluja tarpeeseensa nähden. Tilanne vaikeutui lähes kaikilla alueilla neljän viime vuoden aikana.
- Hyvinvointialueiden välillä oli eroja lääkäripalveluihin pääsyssä. Hankalin tilanne oli Pohjois-Karjalassa, Keski-Uudellamaalla ja Kainuussa, joissa yli 30 prosenttia palveluja tarvinneista koki saavansa liian vähän lääkäripalveluita tarpeeseensa nähden.
- Vuonna 2022 vain joka toinen työikäinen koki elämänlaatusa hyväksi. Tilanne heikentyi vuoteen 2018 verrattuna, jolloin näin kokevia oli yli 60 prosenttia työikäisistä.
- Yhä useampi työikäinen koki merkittävää psyykkistä oireilua. Vuonna 2022 työikäisistä miehistä 19 prosenttia ja naisista 20 prosenttia koki merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta, kun vuonna 2018 vastaava osuus oli 13 prosenttia työikäisistä.
- Myös itsemurha-ajatukset lisääntyivät työikäisillä. Ne olivat edelleen yleisimpiä 20–29-vuotiailla, mutta myös 30–49-vuotiaiden itsemurha-ajatuksista kertovien osuus oli noussut.

Terve Suomi -tutkimus tuottaa ajankohtaista tietoa Suomessa asuvien aikuisten terveydestä, hyvinvoinnista ja palveluista sekä näissä tapahtuneista muutoksista. Tässä raportissa tarkastellaan neljää keskeistä teemaa, joissa havaittiin erityisen huolestuttava kehityskulku viime vuosien aikana: elämänlaatu, psyykkinen kuormittuneisuus ja itsemurha-ajatukset sekä riittämätön terveyspalveluiden saaminen. Vuoden 2022 tuloksia verrataan vuosien 2018 ja 2020 FinSote-tutkimuksien tuloksiin. Tilastotietoja julkaistaan lisäksi [Sotkanet.fi](https://sotkanet.fi)-palvelussa indikaattoreina. Vuoden 2022 tiedot julkaistaan 72 indikaattorista.

Vuonna 2022 lähes joka neljäs lääkärin vastaanottopalveluja tarvinneista koki, ettei saanut riittävästi lääkäripalveluja tarpeeseensa nähden. Tämä tarkoittaa sitä, että lääkäripalvelut riittämättömäksi kokevia oli Suomessa yli 800 000 henkilöä. Osuus lisääntyi selvästi neljän viime vuoden aikana: miehillä 14 prosentista 23 prosenttiin ja naisilla 17 prosentista 27 prosenttiin.

Hyvinvointialueiden välillä oli eroja lääkäri- ja hoitajapalveluiden saannissa. Hankalin tilanne oli Pohjois-Karjalassa, Keski-Uudellamaalla ja Kainuussa, joissa yli 30 prosenttia palveluja tarvinneista koki saavansa liian vähän lääkäripalveluita tarpeeseensa nähden. Lääkäri- ja hoitajapalveluiden tyydyttymätön tarve kasvoi lähes kaikilla hyvinvointialueilla vuoteen 2020 verrattuna. Eniten tilanne heikentyi Keski-Uudellamaalla ja Pohjois-Karjalassa.

Kuvio 1. Lääkärin vastaanottopalveluita riittämättömästi saaneiden osuus (%) palveluja tarvinneista 20 vuotta täyttäneistä hyvinvointialueittain vuonna 2022.



Timo Koskela

etunimi.sukunimi@thl.fi

Jonna Ikonen

etunimi.sukunimi@thl.fi

Suvi Parikka

etunimi.sukunimi@thl.fi

Näin tutkimus tehtiin:

Kansallinen Terve Suomi -tutkimus tuottaa ajankohtaista tietoa Suomessa asuvien aikuisten terveydestä, hyvinvoinnista ja palveluista sekä näissä tapahtuneista muutoksista. Vuonna 2022 tutkimus sisälsi kysely- ja terveystarkastusosuudet. Tutkimuksen kyselyosuuden otos koostuu satunnaisesti valituista Suomessa vakituisesti asuvista 20 vuotta täyttäneistä. Yläikärajaa ei ole. Vuonna 2022 kyselyn otos oli 61 600 ja vastausprosentti 46,3 % (N= 28 154).

Tuloksia verrataan aiempien aikuisväestön kyselytutkimusten (FinSote 2017–2018 ja FinSote 2020) tuloksiin.

Kyselyn tulokset on julkaistu THL:n avoimissa verkkopalveluissa

- [Tulokset alueittain THL:n Sotkanet.fi-palvelussa](#)
- [Tulokset taulukoituna THL:n verkkosivuilla](#)

Elämänlaatu

Elämänlaatua selvitettiin WHO8-EUROHIS- mittarin sisältämien kahdeksan kysymyksen avulla. Kysymykset kartoittavat ihmisen henkilökohtaista käsitystä omasta terveydestä, kyvystä selviytyä päivittäisistä toimista, itsetunnosta, taloudellisesta tilanteesta, sosiaalisista suhteista ja elinympäristöstä. Laajempi kuvaus mittarista on esitetty myöhemmin kohdassa ”Käsitteet ja määritelmät”.

Suuria alueellisia eroja lääkäripalvelujen riittävydessä

Vuonna 2022 lähes joka neljäs lääkärin vastaanottopalveluja tarvinneista koki, ettei saanut riittävästi lääkäripalveluja tarpeeseensa nähden. Tämä tarkoittaa sitä, että lääkäripalvelut riittämättömäksi kokevia oli Suomessa yli 800 000 henkilöä. Osuus lisääntyi selvästi viimeisen neljän vuoden aikana: miehillä 14 prosentista 23 prosenttiin ja naisilla 17 prosentista 27 prosenttiin. Myös hoitajapalveluiden saanti vaikeutui. Lähes joka neljäs (miehistä 17 %, naisista 18 %) koki, ettei saanut riittävästi hoitajapalveluita tarpeeseensa nähden, mikä oli selvästi enemmän kuin vuonna 2018 (miehistä 10 %, naisista 11 %). Terveyspalveluihin pääsy vaikeutui jo vuosien 2018 ja 2020 välillä, mutta tilanne vaikeutui entisestään kahden viime vuoden aikana.

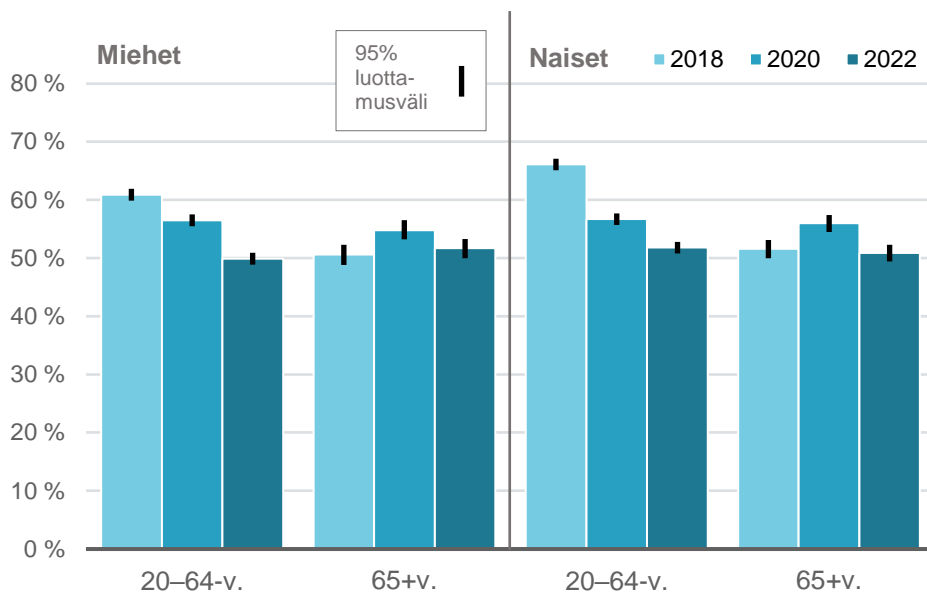
Hyvinvointialueiden välillä oli eroja lääkäri- ja hoitajapalveluiden saannissa. Hankalin tilanne oli Pohjois-Karjalassa, Keski-Uudellamaalla ja Kainuussa, joissa yli 30 prosenttia palveluja tarvinneista koki saavansa liian vähän lääkäripalveluita tarpeeseensa nähden (Kuvio 1). Hoitajapalveluiden riittämättömyys oli yleisintä Keski-Uudellamaalla, Pohjois-Karjalassa ja Helsingissä. Lääkäri- ja hoitajapalveluiden tyydyttymätön tarve kasvoi lähes kaikilla hyvinvointialueilla vuoteen 2020 verrattuna. Eniten tilanne heikentyi Keski-Uudellamaalla ja Pohjois-Karjalassa. Vuosien 2020 ja 2022 tiedot hyvinvointialueittain on julkaistu [Sotkanet.fi](#)-palvelussa.

Työikäisten elämänlaatu on heikentynyt

Vuonna 2022 vain joka toinen työikäinen (20–64-vuotiaat) koki elämänlaatunsa hyväksi, kun neljä vuotta sitten näin kokevia oli vielä yli 60 prosenttia (Kuvio 2). Elämänlaatunsa hyväksi tuntevien työikäisten miesten osuus laski vuosien 2018 ja 2022 välillä 61 prosentista 50 prosenttiin ja naisten 66 prosentista 52 prosenttiin.

Vuonna 2022 työikäisten ja yli 65-vuotiaiden elämänlaadussa ei enää havaittu eroja: 51 prosenttia eläkeikäisistä miehistä ja 52 prosenttia naisista tunsivat elämänlaatunsa hyväksi. Eläkeikäisten elämänlaatu parani hieman vuosien 2018 ja 2020 välillä, mutta heikentyi kahden vuoden aikana ja oli vuonna 2022 suunnilleen samalla tasolla kuin neljä vuotta sitten.

Kuvio 2. Elämänlaatunsa hyväksi kokevien osuus (%) sukupuolen ja iän (20–64-vuotiaat ja 65 vuotta täyttäneet) mukaan vuosina 2018, 2020 ja 2022.



Tuloksia tarkasteltiin myös suhteellisen koulutustason mukaisissa ryhmissä (luokat: matala, keskitaso, korkea). Koulutustason määritelmä on esitetty kohdassa ”Käsitteet ja määritelmät”. Matalan koulutustason ryhmässä elämänlaatu oli keskimäärin heikompi kuin keskitason tai korkean koulutustason ryhmässä. Matalan koulutustason miehistä 45 prosenttia koki elämänlaatunsa hyväksi, kun korkean koulutustason miehistä näin koki 60

Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus

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

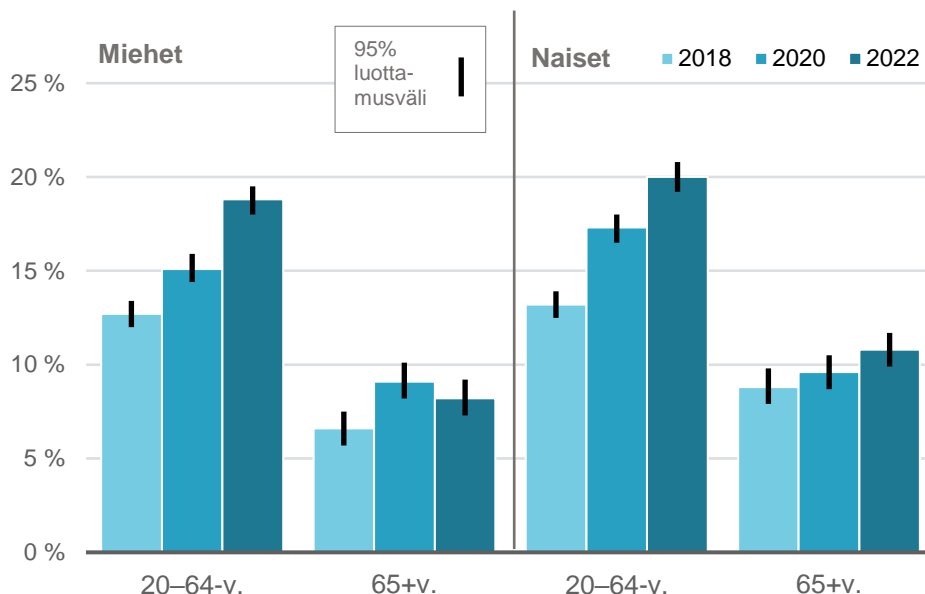
prosenttia. Naisilla vastaavat luvut olivat 45 prosenttia ja 58 prosenttia. Elämänlaatu heikentyi kaikissa koulutusryhmissä vuodesta 2018 vuoteen 2022.

Yhä useampi työikäinen kokee psyykkistä kuormittuneisuutta ja itsemurha-ajatuksia

Vuonna 2022 lähes joka viides työikäinen koki merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta (Kuvio 3). Vuonna 2022 merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta koki 19 prosenttia työikäisistä miehistä, kun vastaava luku vuonna 2018 oli 13 prosenttia. Työikäisistä naisista merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta vuonna 2022 raportoitiin 20 prosenttia, kun yleisyys vuonna 2018 oli 13 prosenttia. Työikäisten psyykinen kuormittuneisuus lisääntyi jo vuosien 2018 ja 2020 välillä ja viimeisen kahden vuoden aikana tilanne heikentyi erityisesti 30–49-vuotiaiden miesten ikäryhmässä ja 20–29-vuotiaiden naisten keskuudessa.

Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus oli selvästi vähäisempää yli 65-vuotiailla verrattuna työikäisiin (Kuvio 3). Vuonna 2022 eläkeikäisistä miehistä 8 prosenttia ja naisista 11 prosenttia koki psyykkistä kuormittuneisuutta. Eläkeikäisten psyykkisen kuormittuneisuuden yleisyydessä ei ole tapahtunut suuria muutoksia viime vuosina.

Kuvio 3. Psyykkisesti merkittävästi kuormittuneiden osuus (%) sukupuolen ja iän (20–64-vuotiaat ja 65 vuotta täyttäneet) mukaan vuosina 2018, 2020 ja 2022.



Koulutusryhmien väliset erot psyykkisessä kuormittuneisuudessa ovat pysyneet ennallaan miehillä ja naisilla. Vuonna 2022 korkean koulutustason miehistä 15 prosenttia ja matalan koulutustason miehistä 17 prosenttia koki merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta, kun vuonna 2018 vastaavat luvut olivat 10 prosenttia ja 13 prosenttia. Vastaavasti korkean koulutustason naisista 15 prosenttia ja matalan koulutustason naisista 20 prosenttia koki merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta vuonna 2022, kun vuonna 2018 vastaavat osuudet olivat 10 prosenttia ja 14 prosenttia. Psyykinen kuormittuneisuus lisääntyi kaikissa koulutusryhmissä vuodesta 2018 vuoteen 2022.

Myös itsemurha-ajatuksia ovat yleistyneet työikäisillä. Työikäisistä miehistä 11 prosenttia ja naisista 10 prosenttia kertoi itsemurha-ajatuksista vuonna 2022, kun vuonna 2018 vastaava osuus oli sekä miehillä että naisilla 8 prosenttia. Itsemurha-ajatuksia ovat edelleen yleisimpiä 20–29-vuotiailla, mutta ajatuksia yleistivät myös 30–49-vuotiailla.

På svenska

Statistikrapporten publiceras på svenska på webbplatsen thl.fi och i publikationsarkivet julkari.fi.

In English

In English - The Statistical Report is published in English on the thl.fi website and in the Julkari.fi archive.

Käsitteet ja määritelmät

Elämänlaatu: WHO8-EUROHIS- mittari sisältää kahdeksan kysymystä. Yleiskysymyksen "Millaiseksi arvioit elämänlaatusi?" vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) erittäin huono, 2) huono, 3) ei hyvä eikä huono 4) hyvä 5) erittäin hyvä. "Miten tyytyväinen olet" -kysymysarja jakaantui viiteen alakysymykseen: "terveyteesi", "kykyysi selviytyä päivittäisistä toimituksista", "itseesi", "ihmissuhteisiisi" ja "asuinalueesi olosuhteisiin". Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) erittäin tyytymätön, 2) tyytymätön, 3) en tyytyväinen enkä tyytymätön, 4) tyytyväinen, 5) erittäin tyytyväinen. "Missä määrin olet viimeisten kahden viime viikon aikana kokenut seuraavia asioita" -kysymysarja sisältää kaksi alakysymystä: "onko sinulla riittävästi tarmoa arkipäivän elämääsi varten?" ja "onko sinulla tarpeeksi rahaa tarpeisiisi nähdessä?". Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) ei lainkaan 2) vähän 3) kohtuullisesti 4) lähes riittävästi 5) täysin riittävästi. Vastaukset pisteytettiin välille 1-5 pistettä (1) erittäin huono/erittäin tyytymätön/ei lainkaan = 1 piste, ..., 5) erittäin hyvä/erittäin tyytyväinen/täysin riittävästi = 5 pistettä) ja laskettiin pisteiden keskiarvo. Elämänlaatussa keskimäärin hyväksi tunteviksi määriteltiin ne henkilöt, joiden kahdeksan kysymyksen keskiarvo on vähintään 4.

Itsemurha-ajatukset: Itsemurha-ajatuksia selvitettiin kysymyksellä: "Seuraava kysymys käsittelee ajatuksia ja tunteita, jotka liittyvät oman itsen vahingoittamiseen. Osa ihmisistä on elämänsä aikana kohdannut vaikeuksia, joiden yhteydessä tällaisia ajatuksia ja tunteita esiintyy. Onko sinulla ollut itsemurha-ajatuksia 12 viime kuukauden aikana?". Vastausvaihtoehdot olivat 1) ei ja 2) kyllä. Tarkastelussa on 2) kyllä vastanneiden osuus.

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

Lääkäri- ja hoitajapalveluiden riittämätön saanti: Riittämätöntä terveyspalveluiden saantia selvitettiin kysymyksellä: "Oletko mielestäsi saanut riittävästi seuraavia terveyspalveluita 12 viime kuukauden aikana? Huomioi kunnan, työterveyshuollon ja yksityisen palveluntarjoajan tuottamat palvelut." Kysymyspatterin alakysymyksiä esitettiin mm. "lääkärin vastaanottopalvelut", "sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan vastaanottopalvelut". Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) en ole tarvinnut, 2) olisin tarvinnut, mutta en saanut, 3) olen käyttänyt, ei ollut riittävä, 4) olen käyttänyt, oli riittävä. Tarkastelusta poistettiin vastausvaihtoehdon 1) en ole tarvinnut vastanneet ja tämän jälkeen tarkastelussa ovat vastausvaihtoehdon 2) olisin tarvinnut, mutta en saanut tai 3) olen käyttänyt, ei ollut riittävä vastanneiden osuus.

Psyykinen kuormittuneisuus: Psykkistä kuormittuneisuutta kartoitettiin Mental Health Inventory (MHI-5) -kysymyspatterilla. MHI-5 muodostuu viidestä kysymyksestä, jotka kartoittavat ahdistuneisuutta, masentuneisuutta ja positiivista mielialaa. Vastaus sijoittuu jatkumolle, jonka toinen ääripää edustaa vakavaa psyykkistä kuormitusta ja toinen hyvää koettua mielenterveyttä ja onnellisuutta. "Kuinka suuren osan ajasta olet 4 viime viikon aikana: Valitse yksi vaihtoehto joka riviltä." Kysymyspatterin alakysymyksiä kysyttiin a) ollut hyvin hermostunut, b) tuntenut mielialasi niin matalaksi, ettei mikään ole voinut piristää sinua, c) tuntenut itsesi tyyneksi ja rauhalliseksi, d) tuntenut itsesi alakuloiseksi ja apeaksi ja e) ollut onnellinen. Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) koko ajan, 2) suurimman osan aikaa, 3) huomattavan osan aikaa, 4) jonkin aikaa, 5) vähän aikaa, 6) en lainkaan. Kuhunkin kysymykseen vastataan asteikolla 1–6. Lopullisen pistemäärän laske- miseksi pistemäärät kysymyksiin c) ja e) muunnetaan käänteiseen järjestykseen, minkä jälkeen pisteet lasketaan yhteen (summapistemäärä välillä 5–30) ja muutetaan asteikolle

0–100. Tarkastelussa ovat skaalattuina pistemäärinä enintään 52 pistettä saaneiden osuus.

www.thl.fi/tilastot/terveysuomi

Kirjallisuus

- 1) [Aikuisväestön hyvinvointi, terveys ja palvelut – FinSote 2020](#). Tilastoraportti 16/2021, 1.6.2021. THL.
- 2) Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K ja Koskinen S (toim.) [Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017-tutkimus](#). Raportti 4/2018. THL.
- 3) Kaikkonen R, Murto J, Pentala-Nikulainen O, Koskela T, Virtala E, Härkänen T, Koskeniemi T, Ahonen J, Vartiainen E & Koskinen S. [Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010–2017](#). Saatavana: terveytemme.fi/ath. Viitattu 17.5.2023.
- 4) THL, 2023a. [Terve Suomi -tutkimus](#). [Verkkosivu]. Saatavana: thl.fi/terveysuomi. Viitattu 17.5.2023.
- 5) THL, 2023b. [Terve Suomi -tutkimuksen kyselylomakkeet 2022–2023](#). [Verkkosivu]. Saatavana: thl.fi/terveysuomi. Viitattu 17.5.2023.
- 6) Härkänen T, Kaikkonen R, Virtala E and Koskinen S. [Inverse probability weighting and doubly robust methods in correcting the effects of non-response in the reimbursed medication and self-reported turnout estimates in the ATH survey](#). BMC Public Health. 2014;14:1150.



Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

ISSN 1798-0887

Laatuseloste

Aikuisväestön hyvinvointi ja terveys – Terve Suomi 2022

Tilastotietojen relevanssi

Tilasto perustuu Terveystietojen ja hyvinvoinnin laitoksesta (THL) annettuun lakiin (668/2008), jonka mukaan THL:n lakisääteinen tehtävä on mm. tutkia ja seurata väestön hyvinvointia ja terveyttä (2 §). Tilasto kuvaa Suomessa asuvien aikuisten hyvinvointia, terveyttä ja sosiaali- ja terveystieteiden palvelukokemuksia sekä näissä tapahtuneita muutoksia. Tiedot esitetään väestöryhmittäin ja alueittain.

Valtakunnallisista terveyden ja sosiaalihuollon rekistereistä saadaan tietoa palveluiden piirissä olevien hyvinvoinnista ja terveydestä sekä palveluiden käytöstä. Rekistereistä ei kuitenkaan saada tietoa monista keskeisistä terveyden ja hyvinvoinnin osa-alueista. Terve Suomi -kyselytutkimus tuottaa väestöryhmittäistä ja alueellista seurantatietoa sellaisista keskeisistä ilmiöistä, joista ei saada tietoa rekistereistä. Näitä ovat esimerkiksi elintavat ja kokemukset terveydestä, hyvinvoinnista ja palveluista.

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

Tämä vuodesta 2022 alkaen tuotettu tilasto korvaa THL:n aiemmin toteuttaman Aikuisväestön hyvinvointi, terveys ja palvelut – FinSote -tilaston [1], joka tuotti tietoa aikuisten hyvinvoinnista, terveydestä ja palvelukokemuksista vuosina 2018 ja 2020 alueittain ja väestöryhmittäin. Tämä tilasto korvaa myös Terveystietojen, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa - FinTerveystieto 2017 -tilaston [2]. Tilasto jatkaa THL:n Alueellinen terveys-, hyvinvointi- ja palvelut (ATH) -tutkimuksella vuonna 2010 aloittamaa aikuisväestön kyselytutkimusperinnettä [3].

Terve Suomi -tutkimuksen kyselyosuus on suunniteltu toteutettavan joka toinen vuosi. Terveystarkastusosuus on tarpeen toteuttaa kyselyosuuden alaotokselle noin 6 vuoden välein sisällöltään suppeampana tai laajempaan kansallisten tietotarpeiden mukaisesti.

Menetelmäkuvaus

Tilasto perustuu Terve Suomi -tutkimuksen kyselyosuuteen. Kyselyn tiedot kerättiin syyskuu 2022 – maaliskuu 2023 välisenä aikana lomakkeilla, joihin oli mahdollista vastata postikyselyynä tai verkossa. Terveystarkastusosuus toteutettiin tammikuusta kesäkuuhun 2023.

Tutkimuksen kansallisesti edustava otos koostuu 20 vuotta täyttäneestä Suomessa vakituisesti asuvasta väestöstä. Tutkimuksessa ei ole yläikärajaa. Otos (n=61 600) poimittiin ositetulla satunnaisotannalla. Jokaisen hyvinvointialueen (22 kpl) osalta otoskoko oli 2 800 henkilöä/hyvinvointialue (20–74-vuotiaita 2 000/hyvinvointialue ja 75 vuotta täyttäneitä 800/hyvinvointialue). Otantamenetelmällä vastataan sote-arvioinnin tarpeisiin saada tulokset jokaiselta hyvinvointialueelta ikäryhmittäin.

Kunnilla ja muilla alueilla oli mahdollisuus tilata kyselytutkimuksesta maksullinen lisäotos, jonka avulla voidaan seurata alueen kehitystä. Vuonna 2022 tutkimuksen kyselyosuus toteutettiin myös Ahvenanmaalla (lisäotos n=2 800, 20–74-vuotiaita 2 000 ja 75 vuotta täyttäneitä 800). Kaikkiaan kutsu kyselytutkimukseen lähetettiin 65 986 henkilölle.

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

Vuoden 2022 kyselyaineistossa vastaajia oli 28 154 ja vastausprosentti oli 46,3 %. Ikäryhmittäin tarkasteltuna vastausaktiivisuus oli 20–64-vuotiailla 36,8 %, 65 vuotta täyttäneillä 59,3 % ja 75 vuotta täyttäneillä 57,0 % (Liitetaulukko 1).

Kunakin vuonna vastaajajoukko on painottamalla korjattu vastaamaan perusjoukkoa (20 vuotta täyttänyt Suomen väestö). Lisäksi tuloksille on laskettu 95 % luottamusväli havainnollistamaan satunnaisvaihtelun vaikutusta tuloksiin.

Tarkempia tietoja 2022–2023 tiedonkeruusta sekä kyselyosuuden lomakkeet löytyvät [THL:n verkkosivuilta](#) [4, 5]. Tietoja aikaisempien vuosien FinSote-, ATH- ja FinTerveys-tutkimuksen tiedonkeruista löytyy lisäksi [Terveystemme.fi](#)- ja [Aineistokatalogi](#) -verkkopalveluista.

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

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

Tietojen oikeellisuus ja tarkkuus

Posti- ja verkkokyselyllä toteutetun tiedonkeruun kattavuutta voidaan arvioida aineiston katoanalyysillä, joilla selvitetään rekisteritietojen avulla, miten tutkimukseen osallistuneet ja osallistumattomat eroavat toisistaan ja miten kato vaikuttaa tuloksiin. Vastauskatoa korjataan käyttämällä painokertoimia, jotka on tuotettu Inverse Probability Weighting (IPW) -menetelmällä. IPW-menetelmää on käytetty useissa väestöä koskevissa kyselytutkimuksissa, ja sen on todettu sopivan myös suomalaisväestön vastauskadon korjaamisen [6].

Painokertoimien laskentaan on käytetty koko otokselle saatavissa olevia tietoja: ikä, sukupuoli, siviilisäätö, koulutusaste, kieli ja asuinalue. Näiden muuttujien avulla on mallinnettu jokaiselle vastanneelle vastaustodennäköisyys, ja tutkittavan painokerroin on tuon todennäköisyyden käänteisluvun ja poimintatodennäköisyyden yhdistelmä. Painokertoimien avulla tutkittavien joukko edustaa väestöä laskennassa käytettyjen muuttujien näkökulmasta.

Kattavuus on matalin nuorten miesten keskuudessa, ikääntyneiden osallistumisaktiivisuus on puolestaan korkea. Lisäksi tiedetään, että kyselytutkimuksissa vastaajat usein tiedostamattaan tai tietoisesti aliraportoivat epäsuotuisaa terveystilaa käyttäytymistään. Erityisesti alkoholinkäyttöön ja muihin päihteisiin liittyvissä kysymyksissä kattamatta jäävä osuus johtuu yhtäältä siitä, että paljon alkoholia ja päihkeitä käyttävät jättävät keskimääräistä useammin osallistumatta tutkimuksiin, ja toisaalta siitä, että tutkimukseen osallistuvat aliarvioivat alkoholinkäyttöään. Aluevertailussa aliraportointi ei kuitenkaan ole ongelma, kun voidaan olettaa, ettei se eroa alueiden väestöjen välillä.

Julkaistujen tietojen ajantasaisuus ja oikea-aikaisuus

Terve Suomi -tutkimuksen kyselyosuus toteutetaan joka toinen vuosi. Laaja otoskoko (vuonna 2022 otoskoko oli 61 600, FinSote-tutkimuksessa vuonna 2020 61 600 ja vuonna 2018 59 400) mahdollistaa hyvinvointialueittaisen tai sitä vastaavan aluetason tietotuotannon. Lomake sisältää laajasti kysymyksiä sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjäkokemuksista ja väestön hyvinvoinnista ja terveydestä.

Tiedot tutkimuksen kyselyosuudesta julkaistaan noin 2–4 kuukautta tiedonkeruun päättymisen jälkeen.

Tietojen saatavuus ja läpinäkyvyys

Terve Suomi -tutkimus on toteutettu ensimmäisen kerran vuosina 2022–2023. Vuosina 2018 ja 2020 tutkimuksen kyselyosuutta vastaava tiedonkeruu toteutettiin FinSote-tutkimuksena. Vuosien 2018, 2020 ja 2022 kyselyaineistojen perustuloksia raportoidaan vertailukelpoisina indikaattoreina. Mittarit ovat saatavilla maksutta THL:n tilasto- ja indikaattoripankki [Sotkanetistä](#). Sote-arvioinnissa hyödynnettävät KUVA-indikaattorit ovat saatavilla lisäksi [Sotekuva](#)-verkkopalvelussa. Lisäksi Terve Suomi -tutkimuksen [verkkosivuilta](#) on saatavilla seurantaindikaattorien tulokset ja 95 % luottamusvälit taulukkoina. Sotkanet sisältää 72 indikaattoria, joiden tulokset julkaistaan koko maassa ja alueittain iän, sukupuolen ja koulutuksen mukaan. Sotkanetissä ei kuitenkaan julkaista alueittaisia tietoja niistä indikaattoreista, joissa vastaajien määrä on vähäinen ja satunnaisuuteen liittyvä epävarmuus on suuri. Tällaisia ovat esimerkiksi sosiaalipalveluiden käyttökokemuksia kuvaavat osoittimet. Verkkopalvelu sisältää myös eri tutkimusvuosina lisäotoksen tilanteiden kuntien tai alueiden tulokset. Sotkanetistä tiedot ovat saatavilla suoraan hyvinvointikertomuksiin avoimen rajapinnan kautta. Tilastolla on myös omat kotisivut osoitteessa thl.fi/tilastot/tervesuomi.

Tilastojen vertailukelpoisuus

Terve Suomi -tutkimuksen kyselyosuuden kysymykset ovat suurimmaksi osaksi vertailukelpoiset vastaavien kansainvälisten ja kansallisten tutkimusten kanssa. Tiedonkeruun valmistelussa on huomioitu THL:n aiemmat väestöä koskevat kysely- ja terveystarkastustutkimukset sekä mm. European Health Interview Survey ja muiden EU-tasoisien terveyteen liittyvien tiedonkeruiden tietosisällöt. Tiedonkeruumenetelmällä on kuitenkin tutkivasti vaikutusta tuloksiin, mikä on hyvä huomioida kysely- ja terveystarkastus- tai haastattelututkimusten tuloksia vertaillessa.

Terve Suomi -tutkimuksen 2022 kyselyosuuden tulokset ovat vertailukelpoisia FinSote 2018 ja 2020-tutkimusten tulosten kanssa suurelta osin, sillä tiedonkeruumenetelmä ja useat tutkimuskysymykset ovat pysyneet molemmissa tutkimuksissa lähes samoina.

FinSote- ja ATH-tutkimuksen indikaattoreita on saatavilla THL:n [Sotkanet](#)- ja [Terveytemme.fi](#)-verkkopalveluista. FinTerveys-tutkimuksen indikaattoreita on saatavilla [Terveytemme.fi](#)-verkkopalvelussa.

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

Selkeys ja eheys/yhtenäisyys

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

Pysyvien osien kysymyksistä suurin osa säilyi muuttumattomana vuoden 2022 kyselylomakkeella. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkökulmasta keskeisimmät lisäykset ovat osallisuutta ja syrjäintäkokemuksia kartoittavat kysymykset. Lomakkeelle lisättiin kysymyksiä myös rahapelaamisesta sekä kulttuuripalveluista. Lisäksi ruoan ja juomien käyttöä koskevia kysymyksiä muokattiin. Sosiaali- ja terveystarkastuspalveluja koskevien kysymysten järjestystä lomakkeella muutettiin. Lisäksi sosiaali- ja terveystarkastuspalvelujen rahoitusta koskevat kysymykset poistettiin ja sosiaalietuuksien käyttökokemuksia koskevia kysymyksiä karsittiin.

Vuoden 2022 tilastoissa huomioitavaa

Kyselyosuuden lisäksi tutkimuksen terveystarkastusosiota kutsuttiin yhteensä 9 973 henkilöä. Heistä 8 387 kuului varsinaisen kyselytutkimuksen otokseen. Lisäksi poimittiin 1 586 henkilön lisäotos terveystarkastusosiota varten täydentämään otosta tiettyjen terveystarkastuspaikkakuntien osalta.

Terve Suomi 2022–2023 -tutkimuksen kyselyosuuden tiedonkeruuta jatkettiin maaliskuuhun 2023 saakka. Vuoden 2023 alussa lähetettyyn viimeiseen karhukirjeeseen saatiin suhteellisesti enemmän vastauksia kuin vuoden 2020 tiedonkeruussa. Pääosin tämä johtui Terve Suomi -tutkimuksen terveystarkastusten käynnistymisestä vuoden 2023 alussa, joka lisäsi tutkimukseen kutsuttujen osallistumista myös kyselytutkimukseen. Valtaosa kyselytutkimukseen osallistuneista vastasi kuitenkin kyselyyn syksyn 2022 aikana, mikä vastaa aiempien vuosien 2018 ja 2020 tutkimusten tiedonkeruun toteutumista.

FinSote 2020 -tutkimukseen verrattuna TerveSuomi 2022 -kyselyssä ei lähetetty paperista kyselylomaketta ensimmäisessä lähestymisessä 55–74-vuotiaille. Tämä voi myös selittää osittain vastausten myöhäisempää kertymistä sekä ikäryhmän hieman laskenutta vastausaktiivisuutta vuoteen 2020 verrattuna (57,6 % vs. 59,7 %).

Vuonna 2022 kyselyosuuden lomakkeet sisälsivät lisäkysymyksiä kahdesta teemasta. Jokainen 20–74-vuotias vastaaja sai kaikille yhteisten kysymysten lisäksi vastattavakseen joko tarkentavia kysymyksiä työoloista ja työhyvinvoinnista (ns. Työelämämoduuli, otoskoko 1 360 henkilöä /hyvinvointialue) tai kysymyksiä ilmastonmuutoksesta, yhteiskunnallisesta asemasta, lapsitoiveista ja lapsettomuushoidoista (ns. Tulevaisuusmoduuli, otoskoko 640 henkilöä/hyvinvointialue). Tuloksia näistä teemoista raportoidaan erillisissä julkaisuissa.

Liitetaulukot

Liitetaulukko 1: Vastausaktiivisuus (%) hyvinvointialueittain ja ikäryhmittäin Terve Suomi 2022 -tutkimuksen kyselyosuuden aineistossa.

Liitetaulukko 1. Vastausaktiivisuus (%) hyvinvointialueittain ja ikäryhmittäin Terve Suomi 2022 -tutkimuksen kyselyosuuden aineistossa.

Alue	Yhteensä	20–64 v	65+v	75+v
Koko maa	46,3 %	36,8 %	59,3 %	57,0 %
Helsingin kaupunki	51,3 %	45,2 %	61,5 %	59,5 %
Itä-Uudenmaan hyvinvointialue	43,9 %	33,4 %	58,4 %	56,9 %
Keski-Uudenmaan hyvinvointialue	45,4 %	33,9 %	62,9 %	61,6 %
Länsi-Uudenmaan hyvinvointialue	48,1 %	39,5 %	61,8 %	59,7 %
Vantaan ja Keravan hyvinvointialue	44,5 %	33,2 %	63,8 %	63,1 %
Varsinais-Suomen hyvinvointialue	48,3 %	40,1 %	59,8 %	57,4 %
Satakunnan hyvinvointialue	45,4 %	34,7 %	59,4 %	55,3 %
Kanta-Hämeen hyvinvointialue	47,9 %	37,2 %	61,8 %	57,9 %
Pirkanmaan hyvinvointialue	51,5 %	43,0 %	63,3 %	62,2 %
Päijät-Hämeen hyvinvointialue	46,5 %	35,8 %	60,1 %	57,1 %
Kymenlaakson hyvinvointialue	42,3 %	33,6 %	53,3 %	52,2 %
Etelä-Karjalan hyvinvointialue	49,9 %	39,8 %	62,8 %	61,2 %
Etelä-Savon hyvinvointialue	45,7 %	35,5 %	57,8 %	54,6 %
Pohjois-Savon hyvinvointialue	49,1 %	39,9 %	61,4 %	59,6 %
Pohjois-Karjalan hyvinvointialue	46,8 %	37,2 %	58,9 %	56,1 %
Keski-Suomen hyvinvointialue	48,2 %	39,0 %	60,8 %	58,9 %
Etelä-Pohjanmaan hyvinvointialue	41,3 %	32,0 %	53,2 %	49,8 %
Pohjanmaan hyvinvointialue	41,4 %	31,8 %	56,2 %	55,3 %
Keski-Pohjanmaan hyvinvointialue	43,3 %	33,0 %	57,3 %	54,9 %
Pohjois-Pohjanmaan hyvinvointialue	48,1 %	41,6 %	57,4 %	55,1 %
Kainuun hyvinvointialue	44,6 %	33,9 %	58,0 %	53,0 %
Lapin hyvinvointialue	44,4 %	35,1 %	56,4 %	52,4 %