

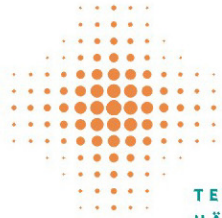


Kansanterveyslaitos
Folkhälsoinstitutet
National Public Health Institute

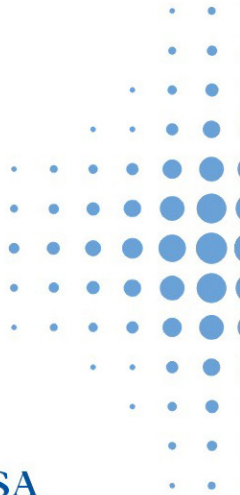
Kansanterveyslaitoksen julkaisuja

B3/2002

Publications of the National Public Health Institute



TERVEYS
HÄLSA
HEALTH
2000



TERVEYS JA TOIMINTAKYKY SUOMESSA

Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset

Helsinki
2002

TERVEYS JA TOIMINTAKYKY SUOMESSA

Terveys 2000 –tutkimuksen perustulokset

Arpo Aromaa ja Seppo Koskinen, toim.

Kansanterveyslaitos
Terveysten ja toimintakyvyn osasto

KTL-National Public Health Institute, Finland
Department of Health and Functional Capacity

Helsinki 2002

Copyright National Public Health Institute

Julkaisija – Utgivare – Publisher

Kansanterveyslaitos (KTL)

Mannerheimintie 166

00300 Helsinki

Puh. vaihde (09) 4744 1 , telefax (09) 4744 8408

Folkhälsainstitutet

Mannerheimvägen 166

00300 Helsingfors

Tel. växel (09) 4744 1, telefax (09) 4744 8408

National Public Health Institute

Mannerheimintie 166

00300 Helsinki

Telephone + 358 - 9 - 4744 1, telefax + 358 - 9 - 4744 8408

ISBN 951 - 740 - 262 - 7

ISSN 0359 - 3576

Hakapaino Oy, Helsinki 2002

TIIVISTELMÄ

Aromaa A, Koskinen S, toim. *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 tutkimuksen perustulokset*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Helsinki 2002.

Vuosina 2000-2001 toteutetussa Terveys 2000 -tutkimuksessa Suomen 30 vuotta täyttäneitä väestöä edustavasta 8028 henkilön otoksesta 88 % osallistui terveyshaastatteluun, 80 % laajaan terveystarkastukseen ja 5 % suppeampaan kotiterveystarkastukseen. 93 %:sta saatiin tärkeimmät terveyttä ja toimintakykyä koskevat tiedot. Tutkimuksen suunnitteluun ja toteuttamiseen osallistui laaja kansallinen verkosto KTL:n johdolla. Perustulosraportissa on ensimmäinen kooste tärkeimpien tutkimuskohteiden tuloksista.

Terveytensä koki hyväksi tai melko hyväksi kaksi kolmesta työikäisestä ja joka kolmas eläkeikäinen. Ainakin yksi pitkäaikaissairaus oli 44 %:lla työikäisistä ja 82 %:lla eläkeikäisistä. 20 vuotta aiemmin Mini-Suomi -tutkimuksessa koottuihin tietoihin verrattuna väestön koettu terveys on parantunut. Monet kansansairaudet, kuten sepelvaltimotauti ja useat tuki- ja liikuntaelinsairaudet, sekä hampaattomuus ja karies ovat vähentyneet. Mielenterveysongelmien yleisyys on säilynyt ennallaan. Lihavuus on yleistynyt, tupakointi on yleistynyt naisilla ja alkoholinkäyttö on lisääntynyt mutta muut sairauksien keskeiset vaaratekijät ovat vähentyneet. Etenkin miesten koettu työkyky on kohentunut. Eläkeikäisten toimintakyky näyttää selvästi kohentuneen kaikkein vanhimpia, 85 vuotta täyttäneitä, lukuun ottamatta.

Pitkään koulutettujen terveys on paljon parempi kuin lyhyen koulutuksen saaneiden. Naimisissa olevien terveys on tuntuvasti parempi kuin naimattomien, avoliitossa elävien, eronneiden ja leskien. Terveys ja toimintakyky vaihtelevat myös alueittain, mutta eri osoittimien alue-erot ovat erilaisia. Etelä-Suomessa sekä edullinen että epäedullinen terveystäytyminen ovat yleisiä ja Itä-Suomessa sairastavuus on edelleen yleisempää kuin muualla.

RESUMÉ

Aromaa A, Koskinen S, red. *Hälsa och funktionsförmåga i Finland. Basresultat från undersökningen Hälsa 2000*. Folkhälsoinstitutets publikationer B3/2002. Helsinki 2002.

Hälsa 2000 -undersökningen utfördes åren 2000 och 2001. Urvalet av 8028 personer representerade hela den finländska befolkningen i åldersgruppen 30 år och äldre. 88 % av de inbjudna deltog i en hälsointervju, 80 % i en mångsidig hälsoundersökning och 5 % i en begränsad hälsoundersökning som utfördes hemma. Sammanlagt fick man de viktigaste uppgifterna rörande hälsan för 93 % av urvalet. Undersökningen planerades och utfördes av en omfattande organisation som leddes av Folkhälsoinstitutet. Denna rapport utgör en första sammanfattning av de viktigaste undersökningsresultaten.

Två tredjedelar av de undersökta i arbetsför ålder uppskattade sin hälsa såsom bra eller ganska bra och en tredjedel av alla i pensionsåldern var av samma åsikt. Över 44 % av personerna i arbetsför ålder och 82 % av de över 65 år gamla hade åtminstone en långvarig sjukdom. Jämfört med Mini-Finland -undersökningen som utfördes 20 år tidigare har den upplevda hälsan förbättrats. Förekomsten av många folksjukdomar, såsom koronarsjukdom och flera muskulosketala sjukdomar, samt tandlöshet och karies har minskat. Mentala sjukdomars förekomst är oförändrad. Fetma förekommer oftare än tidigare, en större del av kvinnorna röker och alkoholbruket har ökat medan de övriga centrala riskfaktorerna för kroniska sjukdomar har minskat. Den upplevda arbetsförmågan har förbättrats särskilt hos män. Funktionsförmågan har blivit avsevärt bättre hos äldre personer kanske med undantag av dem som har fyllt 85 år.

Personer med en längre utbildning har klart bättre hälsa än personer med en kortare. Giftna personer har bättre hälsa än ogiftna, sammanboende, skilda, änkor och änklingar. Hälsan och funktionsförmågan är också olika i olika delar av landet men variationen är olika för olika hälsoindikatorer. I södra Finland är såväl fördelaktigt som ofördelaktigt hälsobeteende allmänt och många sjukdomar förekommer fortfarande oftare i östra Finland än i landets övriga delar.

ABSTRACT

Aromaa A, Koskinen S, ed. *Health and functional capacity in Finland. Baseline results of the Health 2000 health examination survey.* Publications of the National Public Health Institute B3/2002. Helsinki 2002.

In the nationally representative sample including 8028 persons aged 30 or over 88 % were interviewed, 80 % attended a comprehensive health examination and 5 % attended a condensed examination at home in the Health 2000 Study carried out in 2000-2001. The most essential information on health and functional capacity was obtained from more than 93 % of the subjects. A large national network, coordinated by KTL, was responsible for the planning and execution of the study. This baseline report contains the first comprehensive presentation of results on the most important topics.

Two thirds of the working-aged subjects, and one third of those aged 65 or over, rated their health as good or fairly good. 44 % of persons aged 30-64 had at least one longstanding illness, and among persons aged 65 or more the corresponding proportion was 82 %. In comparison with data collected 20 years earlier in the Mini-Finland Study, self rated health of the population has improved. The prevalence of many common diseases, including coronary heart disease and many important musculoskeletal diseases, and edentulousness as well as caries, has decreased. Mental health problems were as common as 20 years earlier. Overweight has increased, smoking has increased among women and alcohol consumption has increased. On the other hand, most other central risk factors have decreased. Self rated working capacity has improved, especially in men. Functional capacity of the elderly has improved markedly, except in the oldest old aged 85 or more.

Level of education is strongly and consistently associated with nearly all indicators of health and functional capacity. Married persons tend to be significantly healthier than single, cohabiting, divorced and widowed persons. Regional variation in health and functional capacity is also observed but its direction is different for different indicators.

ESIPUHE

Terveys 2000-hanke on Suomessa ja kansainvälisesti erittäin tärkeä väestön terveystutkimus, jolla on suuri merkitys myös maamme terveystutkimuksen, terveydenhuollon ja sosiaaliturvan suunnittelussa ja kehittämisessä. Yhdistäminen vuosina 1978-80 toteutetun Mini-Suomi-terveystutkimuksen tietoihin tuottaa kansainvälisesti ainutlaatuisen tietovarannon, jonka avulla voidaan arvioida suomalaisten terveyden kehitystä perusteellisemmin kuin koskaan ennen. Ensi kerran niin monet eri organisaatiot rahoittavat ja toteuttavat tällaista hanketta yhdessä.

Koko hankeorganisaatio on työskennellyt tiiviisti vuodesta 1999 alkaen Terveys 2000 -tutkimuksen toteuttamiseksi ja tämän perustulosraportin aikaansaamiseksi. Intensiivisin suunnittelujakso alkoi keväällä 1999, kenttätutkimukset toteutettiin syyskuun 2000 ja kesäkuun 2001 välisenä aikana. Kesällä 2001 alkoi aineiston tarkistus ja korjaustyö sekä tutkimustiedostojen muodostaminen. Hanketta toteuttaville, johtaville ja keskeisille sidosryhmille laadittiin tammikuussa 2002 julkaisematon esiraportti, joka sisälsi keskeisiä alustavia tuloksia.

Projektin suunnittelussa ja koordinoinnissa työskentelee eri organisaatioiden tutkijoita, yhteensä noin 130 henkilöä. Kansanterveyslaitoksessa toimii hankkeen keskustoimisto. Kenttätyössä projektiorganisaatio oli kiinteässä yhteistyössä mm. terveyskeskusten kanssa ja hankki erilaisia palveluja hyvin monilta yrityksiltä. Kenttätyön toteutti noin 160 Tilastokeskuksen haastattelijaa ja noin 80 Kansanterveyslaitoksen tutkimushoitajaa, hammaslääkäreitä ja lääkäreitä. He työskentelivät viitenä kenttäryhmänä.

Kun otoksen rakenteen takia tarpeelliset tilastolliset menetelmät oli otettu käyttöön keskustuimisto voi huhtikuussa 2002 toimittaa tutkijaryhmille perustaulukot. Niiden pohjalta aihekohtaisten työryhmien puheenjohtajat, sihteerit ja muut vastuhenkilöt laativat tämän raportin lukujen käsikirjoitukset. Työvaliokunnan jäsenet ja toimittajat laativat yhteisten lukujen käsikirjoitukset ja huolehtivat raportin toimittamisesta. Ratkaisevan tärkeää on ollut monien TTO:n toimihenkilöiden työ. He ovat huolehtineet aineiston viimeistelystä, tiedostojen muodostamisesta, tilastollisista analyyseistä, taulukoinneista ja käsikirjoituksen koostamisesta.

Erityiset kiitokset koko hankkeen ja tämän raportin aikaan saamisesta kuuluvat kaikille työtä vaivojaan säästämättä tehneille. Työtä on tehty innostuneesti ja yhteistyö on ollut poikkeuksellisen hyvää, mikä lupaa hankkeelle menestyksestä tulevaisuutta.

Tutkijaryhmä toivoo nyt käyttöön tulevien tietojen edistävän suomalaisten terveyttä ja tukevan kaikkia sen hyväksi työskenteleviä. Raportti tulee lähiaikoina myös KTL:n kotisivuille (www.ktl.fi/terveys2000), jotta tiedot saataisiin mahdollisimman laajalti käyttöön.

Arpo Aromaa

SISÄLLYSLUETTELO

TIIVISTELMÄ
RESUMÉ
ABSTRACT
ESIPUHE

1 JOHDANTO	1
2 AINEISTO JA MENETELMÄT	3
2.1 TUTKIMUSKOKONAISUUS	3
2.2 AINEISTO.....	6
2.3 MENETELMÄT	8
2.4 AINEISTOA JA MENETELMIÄ KOSKEVIA NÄKÖKOHTIA.....	14
3 SOSIODEMOGRAFISET TEKIJÄT JA ELINOLOT	16
4 ELINTAVAT	25
5 VAARATEKIJÄT	31
6 KOETTU TERVEYS JA PITKÄAIKAISSAIRASTAVUUS	37
7 SAIRAUDET JA OIREET	39
7.1 VERENKIERTOELINTEN SAIRAUDET JA DIABETES	39
7.2 HENGITYSELINTEN JA IHON SAIRAUDET	44
7.3 TUKI- JA LIIKUNTAELINTEN SAIRAUDET	47
7.4 PSYYKKINEN OIREILU JA MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT	51
7.5 SUUN TERVEYDENTILA	55
7.6 INFEKTIOAUDIT.....	60
8 TAPATURMIEN AIHEUTTAMAT VAMMAT	63
9 TERVEYDENHOITO	64
10 HOITOPALVELUJEN KÄYTTÖ	66
11 HOIDONTARVE JA SEN TYYDYTTYMINEN	70
12 TOIMINTAKYKY JA TYÖKYKY	71
12.1 ITSE ILMOITETTU TOIMINTAKYKY	72
12.2 MITATTU TOIMINTAKYKY	76
12.3 TYÖKYKY.....	84
13 AVUN JA KUNTOUTUKSEN TARVE JA SAANTI	88
13.1 APU.....	88
13.2 KUNTOUTUS.....	91
14 TERVEYDEN JA TOIMINTAKYVYN VAIHTELU ASUINALUEEN, KOULUTUKSEN JA SIVIILISÄÄDYN MUKAAN	93
14.1 ASUINALUEIDEN VÄLISET EROT.....	94
14.2 KOULUTUSRYHMIEN VÄLISET EROT	97
14.3 SIVIILISÄÄTYRYHMIEN VÄLISET EROT.....	100
15 TERVEYDEN, TOIMINTAKYVYN JA TYÖKYVYN KEHITYS	103

16 YHTEENVETO JA TARKASTELU	126
16.1 AINEISTO JA MENETELMÄT	126
16.2 VÄESTÖN TERVEYS, TOIMINTAKYKY JA NIIHIN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT 2000-LUVUN ALUSSA.....	129
16.3 TERVEYDEN, TOIMINTAKYVYN JA NIIHIN VAIKUTTAVIEN TEKIJÖIDEN KEHITYS 1980 – 2000.....	136
16.4 SOSIAALI- JA TERVEYSPALVELUT JA SOSIAALIVAKUUTUS	139
17 PÄÄTELMÄT.....	142
KIRJALLISUUS.....	144

LIITTEET

Liite 1. Kotihaastattelun sisältö

Liite 2. Kyselyjen 1-3, oirehaastattelun ja ravintokyselyn sisältö

Liite 3. Terveys 2000 -ohjausryhmä, -johtoryhmä ja -työryhmät suunnittelu- ja kenttävaiheessa

Liite 4. Tutkimuspaikkakunnat, -ajat ja otoskoko kenttäryhmittäin

Liitetaulukko 1. Terveys ja siihen liittyvät tekijät miljoonapiireittäin

Liitetaulukko 2. Terveys ja siihen liittyvät tekijät koulutusasteen mukaan

Liitetaulukko 3. Terveys ja siihen liittyvät tekijät siviilisäädyn mukaan

1 JOHDANTO

Arpo Aromaa ja Seppo Koskinen

Väestön terveys ja sen kehitys on tunnettava, jotta voidaan edistää terveyttä, suunnitella terveyspalveluja ja terveys- ja sosiaaliturvaa sekä kehittää terveyspolitiikkaa. Tätä tarkoitusta varten laaditaan useissa maissa, myös Suomessa (Aromaa ym. 1997; Aromaa ym. 1999), kansallisia terveystarkastuksia. Niihin hankitaan tietoja tilastoista, rekistereistä ja väestötutkimuksista, yleensä terveystarkasteluista. Kansallisia terveystarkastuksia tehdään vain joissakin maissa kuten Yhdysvalloissa, Iso-Britanniassa, Saksassa ja Hollannissa, ja valmisteilla niitä oli vuonna 2000 Ranskassa, Italiassa ja Norjassa (Koponen & Aromaa 2000) sekä vuonna 2002 lisäksi Portugalissa. Kansallisten terveystarkastusten laajuus vaihtelee huomattavasti.

Suomessa Kela on tehnyt terveysturvan haastattelututkimuksia vuodesta 1964 alkaen (Purola ym. 1967; Arinen ym. 1998) vaihtelevin väliajoin. Kela on myös toteuttanut eri puolilla maata väestön terveyttä selvittäneitä autoklinikkatutkimuksia vuodesta 1965 lukien (Heinonen 1966), mutta ne päättyivät 1970-luvulla. Kansanterveyslaitos puolestaan on toteuttanut maan eri osissa viiden vuoden välein Finriski-tutkimuksia (Vartiainen ym. 1998b), jotka koskevat lähinnä verenkiertoelinten sairauksia ja vaaratekijöitä. Ensimmäinen monipuolinen terveystarkastuksen ja terveystarkastuksen yhdistelmänä toteutettu kansallinen tutkimus oli vuosina 1978-80 tehty Mini-Suomi-terveystutkimus (Aromaa ym. 1989). Sitä uudempia tietoja erityisesti mielenterveysongelmista, tuki- ja liikuntaelinten sairauksista, toimintakyvystä ja suun terveydestä ei ole, joten niiden hankkiminen tuli välttämättömäksi. Vuoden 1997 Finriski-hankkeen yhteydessä tehtiin 65–74-vuotiaiden ns. senioritutkimus (Koskinen ym. 2002). Sen yhtenä tarkoituksena oli kehittää ja kokeilla menetelmiä valtakunnallista väestötutkimusta varten. Syksyllä 1998 aloitettiin Terveys 2000 -tutkimuksen esisuunnittelu ja tutkimuksen hankeorganisaatio aloitti toimintansa maaliskuussa 1999.

Terveys 2000 -tutkimuksen tarkoituksena oli hankkia ajankohtaiset tiedot tärkeimmistä kansansairauksista, niiden syistä ja hoitotilanteesta sekä työ- ja toimintakyvystä. Vertaamalla tuloksia Mini-Suomi-terveystutkimukseen oli tarkoitus saada luotettava kuva terveyden ja toimintakyvyn kehittymisestä. Näiden tulosten pohjalta laaditaan myös arvioita tulevaisuuden näkymistä.

Tutkimusta varten koottiin laaja hankeorganisaatio, jossa rahoittajina ja toteuttajina olivat mukana mm. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos, Kuntien eläkeva-

kuutus, Stakes, Suomen Hammaslääkäriseura ja Suomen Hammaslääkäriliitto, Työsuojelurahasto, Työterveyslaitos, UKK-instituutti ja Valtion työsuojelurahasto. Hankeorganisaatio suunnitteli ja toteutti tutkimuskokonaisuuden Kansanterveyslaitoksen johdolla. Tilastokeskus toteutti kotikäyntihaastattelun ja KTL terveystarkastuksen. Kahden esitutkimuksen jälkeen rekrytoitiin kesäkuussa 2000 henkilöstö viiteen eri puolilla maata toimivaan kenttäryhmään. Haastattelut aloitettiin elokuun lopussa ja terveystarkastukset syyskuussa vuonna 2000. Kentätutkimus päättyi kesällä 2001, jolloin ns. nuorten aikuisten tutkimus saatiin toteutettua. Sen jälkeen alkoi aineiston viimeistely, joka toukokuussa 2002 on edelleen käynnissä.

Tämän teoksen tarkoitus on saattaa Terveys 2000 -tutkimuksen eräät keskeiset havainnot varhain niitä tarvitsevien henkilöiden ja organisaatioiden käyttöön. Suunnittelutarpeiden palvelemiseksi siinä esitetään myös joitakin tietoja väestön terveyden kehittymisestä ja väestöryhmien välisistä terveyseroista. Lähivuosien aikana analyysejä syvennetään ja tuotetaan runsaasti aineistoon perustuvia yksityiskohtaisia tietoja, jotka saatetaan soveltuvassa muodossa kaikkien niitä tarvitsevien käyttöön.

2 AINEISTO JA MENETELMÄT

Arpo Aromaa, Seppo Koskinen sekä projektiryhmä, otanta, tiedonkeruu, tietojenkäsittely ja analyysi -työryhmä, kenttätoiminnan valmisteluryhmä ja toteuttajat osallistuvissa organisaatioissa (ks. liite 3)

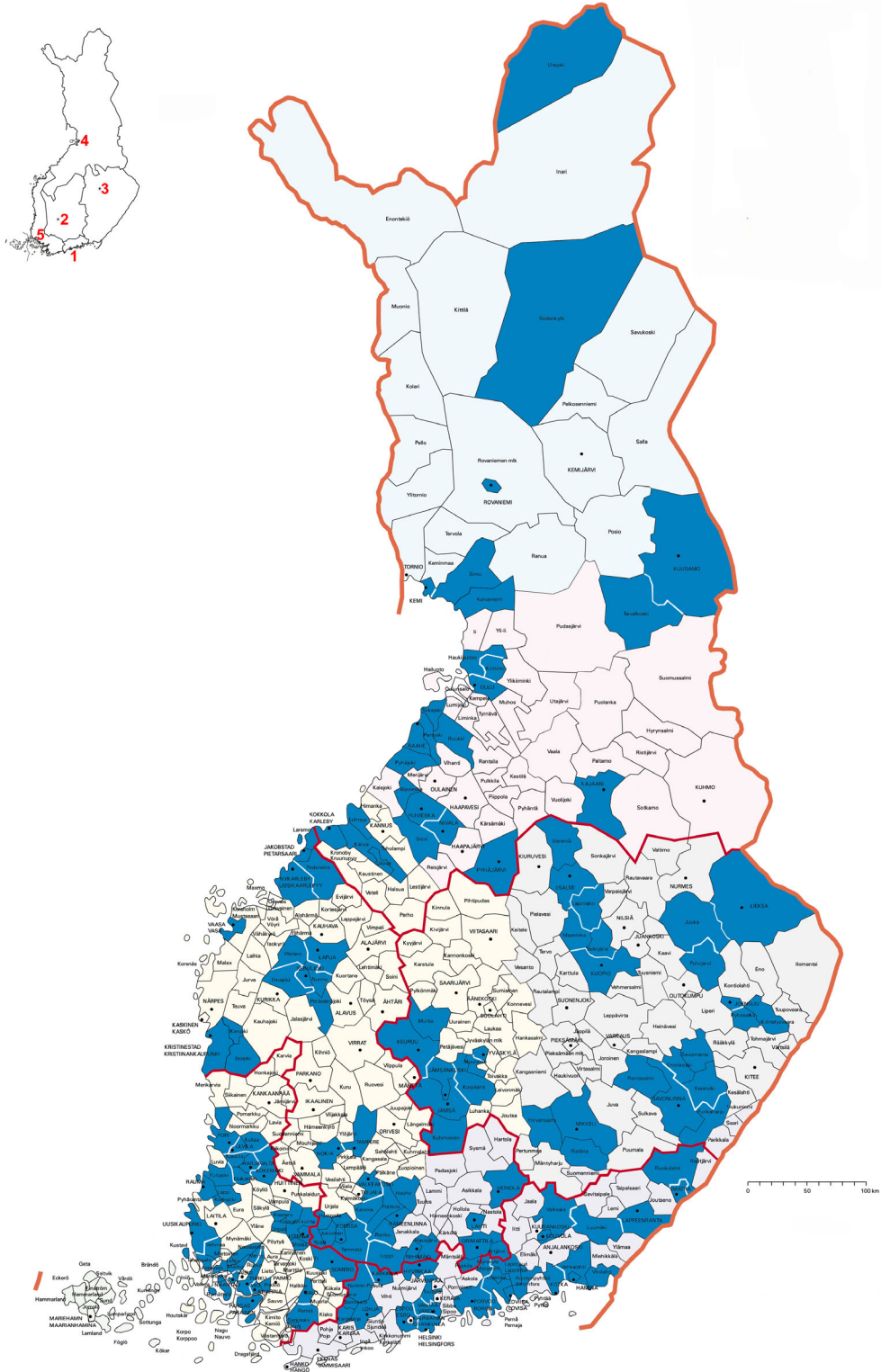
2.1 Tutkimuskokonaisuus

Tutkimusta varten alueyksiköiksi valittiin viisi ns. miljoonapiiriä (yliopistosairaalaapiirit). Tilastokeskuksessa suunniteltiin kaksiasteinen otanta-asetelma. Tutkimuksen perusjoukoksi määriteltiin manner-Suomessa asuva aikuisväestö, 18 vuotta täyttäneet. Perusjoukko ositettiin alueellisesti yliopistosairaaloiden vastuualueiden (5 ns. miljoonapiiriä) mukaan käyttäen väestömäärään suhteutettua suhteellista kiintiöintiä. Jokainen osite jaettiin kahtia niin, että maan 15 suurinta kuntaa tai terveyskeskusta ylläpitävää kuntayhtymää (terveyskeskuspiirit) poimittiin kaikki, ja lopputulos eli 65 terveyskeskuspiiriä poimittiin kussakin ositteessa systemaattisella PPS-otannalla. Koko maasta tutkimukseen tuli 80 terveyskeskuspiiriä (yhteensä 160 kuntaa, kuvio 2.1). Niistä valittiin otos tutkittavia systemaattisen otannan avulla. Suurten kaupunkien otoskoko suhteutettiin väestön määrään, ja muissa terveyskeskuspiireissä otoskoot laskettiin niin, että ne vastasivat suhteellisen kiintiöinnin vaatimusta. 30 vuotta täyttäneiden otoksessa pienin otoskoko mainituissa 65 terveyskeskuspiirissä oli 50 ja suurin 100. 80 vuotta täyttäneitä otokseen poimittiin kuitenkin kaksinkertainen määrä heidän väestöosuuteensa nähden. Kansaneläkelaitos poimi otoksen ja siinä oli 30 vuotta täyttäneitä 8028 sekä 18–29-vuotiaita nuoria aikuisia 1894. Tuloksia analysoitaessa on otettava huomioon otoksen rakenne. Erikseen valittiin harkinnanvaraisesti 7 paikkakuntaa, joilta kutsuttiin tutkimukseen elossa olevat vuosina 1978–80 Mini-Suomi-tutkimuksessa tutkitut henkilöt (N=1260, ikä 50 vuotta tai enemmän).

Tutkimus jakautui siis kolmeen osaan:

1. 30 vuotta täyttäneiden tutkimus, johon kuului terveyshaastattelu ja terveystarkastus,
2. Mini-Suomi-tutkimukseen 20 vuotta sitten osallistuneiden seurantatutkimus ja
3. nuorten aikuisten (18–29-vuotiaat) tutkimus.

Kuvio 2.1. Terveys 2000 -tutkimuksen tutkimusalueet.



Tämä raportti koskee 30 vuotta täyttäneiden tutkimusta. Ensimmäinen vaihe oli kotikäyntihaastattelu, jonka teki yli 160 Tilastokeskuksen haastattelijaa. Muutaman viikon kuluttua siitä tehtiin terveystarkastus. Terveystarkastuksen toteutti viisi KTL:n kenttäryhmää, joihin kuului hoitajia, hammaslääkäreitä ja lääkäreitä, 16–17 henkilöä kuhunkin. Tarkastusta varten hankittiin tutkimustilat kultakin paikkakunnalta. Kaukokiito huolehti tutkimusvälineiden (n. 25 m³ ryhmää kohden) kuljettamisesta paikkakunnalta toiselle. Osin liikennöitsijöiden, osin KTL:n autoilla, osin lentoteitse kuljetettiin lomakkeet ja näytteet takaisin KTL:n. Verinäytteet siirrettiin analysoitaviksi KTL:n ja Kelan laboratorioihin. Tutkimuspaikkakunnille oli hankittu ISDN-yhteydet, joita käytettiin sekä tulosten lähettämiseen KTL:n keskustietokantaan että ohjelmistojen päivittämiseen ja sähköpostiliikenteeseen.

Tutkimusta edelsi vuonna 2000 kaksi esitutkimusta menetelmien kehittämiseksi ja kolmen viikon koulutusjakso elokuussa 2000 koko henkilöstölle. Tutkimukseen kuului laaduntarkkailutoimia havainnoiteineen, videokuvauksineen ja toisto- ja rinnakkaismittauksineen. Erillisissä osanäytteissä vertailtiin sekä kenttäryhmän mittaajia keskenään että eri ryhmissä toimivia mittaajia toisiinsa.

Ennen kenttätutkimuksen alkua ja sen aikana tutkimuksesta tiedotettiin laajalti sekä kansallisissa että paikallisissa tiedotusvälineissä. Kaikin keinoin pyrittiin turvaamaan hyvä osallistumisalttius. Avainasemassa olivat Tilastokeskuksen haastattelijat, joiden tehtäviin kuului etsiä muuttaneiden henkilöiden osoitteet ja myös ehdottaa haastatelluille osallistumista terveystarkastukseen ja varata siihen aika. Katoon jääneille pyrittiin tekemään terveystarkastus kotona tai laitoksessa. Jos kotiterveystarkastusta ei voitu toteuttaa, pyrittiin tekemään puhelinhaastattelu ja lopuksi katokysely. Näillä keinoin jo alun pitäen hyvä osallistumisalttius saatiin poikkeuksellisen suureksi (ks. edempänä). Tietoja saatiin suuremmasta osasta otosta kuin muissa tutkimuksissa Suomessa ja paljon suuremmasta osasta kuin kansallisissa terveyshaastatteluisa tai terveystarkastuksissa Euroopan eri maissa (HIS/HES-projektin tietokanta 2002).

Tilastokeskuksen haastattelijoiden haastattelutiedot ja terveystarkastuksen tulokset tallennettiin kannettaville mikrotietokoneille, jotka KTL:n kenttäryhmissä oli liitetty toisiinsa radioverkon avulla. Tulokset lähetettiin säännöllisin välein Tilastokeskukseen tai Kansanterveyslaitokseen salattuina. Tavoitteena oli, että tiedot olisi näin saatu käyttöön nopeammin kuin laajojen tutkimuksien yhteydessä on tavallista.

Kenttätutkimukset tehtiin aikana syyskuu 2000 – heinäkuu 2001. Ennen niiden päättymistä kevätkesällä 2001 aloitettiin tutkimusaineistojen esitarkistukset, tallennukset ja korjaukset sekä luokittelujen täydennykset. Tarkistukset ja korjaukset kohdistettiin ensin tätä perustulosraporttia varten tarvittaviin tietoihin.

2.2 Aineisto

30 vuotta täyttäneiden otokseen kuului 8 028 henkilöä, joista kotona tai laitoksessa haastatettiin 6 986 henkilöä (87 %). Varsinaiseen terveystarkastukseen osallistui 6 354 ja kotiterveystarkastukseen 416 henkilöä (taulukko 2.1). Varsinaiseen terveystarkastukseen osallistui siten 79 % koko otoksesta ja siihen tai kotiterveystarkastukseen yli 84 % otoksesta. Alueittain otos, tutkitut ja osallistuneiden osuudet käyvät ilmi taulukosta 2.2. Todelliset osallistuneiden osuudet kasvavat hieman näistä kun otoksesta poistetaan ennen tutkimushetkeä kuolleet (taulukko 2.3). Niiden henkilöiden osuus, joista on käytettävissä joitakin keskeisiä tietoja, on paljon mainittua suurempi, koska puhelinhaastattelu ja jälkikysely tuottivat varsin runsaasti vastauksia.

Taulukko 2.1. Otos ja eri vaiheissa tutkitut ikäryhmittäin.

	Otos	Haastattelu		Terveystarkastus		Kotiterveystarkastus	
		lkm	%	lkm	%	lkm	%
Miehet							
30-44	1316	1095	83	1018	77	31	2,4
45-54	963	833	87	789	82	26	2,7
55-64	612	541	88	512	84	11	1,8
65-74	422	378	90	345	82	22	5,2
75-84	244	212	87	172	70	32	13,1
85-	80	67	84	40	50	13	16,3
Yhteensä	3637	3126	86	2876	79	135	3,7
Naiset							
30-44	1353	1198	89	1137	84	36	2,7
45-54	957	872	91	838	88	18	1,9
55-64	670	613	91	592	88	14	2,1
65-74	571	497	87	461	81	25	4,4
75-84	554	459	83	341	62	100	18,1
85-	286	221	77	109	38	88	30,8
Yhteensä	4391	3860	88	3480	79	281	6,4

Taulukko 2.2. Otos, haastatellut ja terveystarkastetut miljoonapiireittäin.

Miljoonapiiri ¹	Otos	Haastattelu		Terveystarkastus		Kotiterveystarkastus	
		lkm	%	lkm	%	lkm	%
HUS (Helsinki)	2616	2190	83,7	2001	76,5	119	4,5
TYKS (Turku)	1101	985	89,5	911	82,7	37	3,4
TaYS (Tampere)	1851	1580	85,4	1434	77,5	117	6,3
KYS (Kuopio)	1379	1232	89,3	1103	80,0	82	5,9
OYS (Oulu)	1081	999	92,4	905	83,7	61	5,6
Yhteensä	8028	6986	87,0	6354	79,1	416	5,2

¹ Koko maa on jaettu viiteen yliopistosairaalan vastuualueeseen eli ns. miljoonapiiriin

Taulukko 2.3. Alkuperäinen otos, lopullinen otos, osallistuminen tiedonkeruun eri vaiheisiin ja kato.

	Lukumäärä	%
Otos	8 028	
ennen tutkimusta kuolleet	51	
Lopullinen otos	7 977	100,0
Osallistuneet		
kotihaastatteluun	6 986	87,6
terveystarkastukseen	6 354	79,7
kotiterveystarkastukseen	416	5,2
vain kyselyyn 1 tms.	9	0,1
puhelinhaastatteluun	454	5,7
jälkikyselyyn	63	0,8
ainakin yhteen edellä mainituista	7 419	93,0
Kato	558	7,0
kieltäytyneet	416	5,2
ulkomailla	32	0,4
ei tavoitettu	110	1,4

2.3 Menetelmät

Tässä kuvataan kenttätutkimuksen menetelmät kokonaisuutena. Tarkemmat tiedot laitteista ja menettelytavoista esitetään eri tuloslukujen yhteydessä. Myöhemmin julkaistavassa Terveys 2000 -tutkimuksen menetelmäraportissa kuvataan seikkaperäisesti mm. kaikki käytetyt tiedonkeruumenetelmät sekä kenttätutkijoille annetut suoritusohjeet.

Terveyshaastattelu

Tilastokeskuksen haastattelijat varmisti, että osoitetiedot ovat oikein ja otti sen jälkeen yhteyttä kirjeitse haastateltavaan ehdottaen haastattelu-aikaa. Ennen haastatteluja järjestettiin Tilastokeskuksen haastattelijoiden muutama yhteinen koulutusilaisuus. Ne koskivat ennen kaikkea haastattelun sisältöä. Haastattelut olivat tietokoneavusteisia. Haastattelun aikana tutkittavalle annettiin tiedote ja allekirjoitettava suostumuslomake. Haastattelun kuluessa luokiteltiin eräät vastaukset käyttäen apuna tietokonepohjaisia luokittelujärjestelmiä, joita tuki kattava luettelo mm. kunnista, ammanteista, sairauksista, lääkkeistä ja leikkauksista. Haastattelijat sopi terveystarkastusajan haastateltavan ja keskustoimiston kanssa. Hän myös jätti kyselylomakkeen, jonka pyysi tuomaan terveystarkastukseen täytettynä. Haastattelu kesti keskimäärin 90 minuuttia.

Haastattelulla kerättiin tärkeimmät taustatiedot, tiedot terveydentilasta ja sairauksista sekä lääkkeiden käytöstä, terveystarkastusten käytöstä, elintavoista, elinympäristöstä, toimintakyvystä, työstä ja työkyvystä sekä avuntarpeesta ja kuntoutuksesta. Haastattelun sisältöä kuvaavat otsikot on lueteltu liitteessä 1 ja lomakkeet ovat KTL:n kotisivuilla osoitteessa www.ktl.fi/terveys2000.

Terveystarkastus

Terveystarkastukseen kuului yhdeksän vaihetta (kuvio 2.2). Tutkittavat oli kutsuttu tarkastukseen yleensä 15 minuutin välein. Mittaustulokset ja muut tiedot kerättiin jokaisessa tutkimuspisteessä kannettaville tietokoneille, varmistettiin palvelimille ja lähetettiin määrävälein Kansanterveyslaitokseen.

Kuvio 2.2 Terveys 2000 -tutkimuksen aineistonkeruun vaiheet ja henkilöstö

KOTONA:

90 minuuttia **HAASTATTELU** (TK:n haastatteluorganisaatio)

30 minuuttia **KYSELYN 1 TÄYTTÄMINEN**

TERVEYSKESKUKSESSA TMS.:

15 minuuttia **1 ILMOITTAUTUMINEN** (kenttätutkija 1)
- informointi, oirehaastattelu
- kyselyn 2 ja virtsanäytepurkin antaminen

15 minuuttia **2 MITTAUKSET: pituus, ympärysmitat, ekg, verenpaine** (kenttätutkija 2)

15 minuuttia **3 MITTAUKSET: spirometria, bioimpedanssi, kantaluun uä** (kenttätutkija 3)

15 minuuttia **4 LABORATORIO** (kenttätutkijat 4 ja 5)
- verinäytteiden otto (100 ml), näytteiden käsittely

15 minuuttia **5 SUUN TUTKIMUS** (kenttätutkijat 6 ja 7)
- suun kliininen tutkimus, ortopantomografia

15 minuuttia **VÄLIPALA, KYSELYN 2 TÄYTTÄMINEN**

30 minuuttia **6a TOIMINTAKYKYTUTKIMUS** (kenttätutkija 8) **6b TOIMINTAKYKYTUTKIMUS** (kenttätutkija 9)
- fyysinen ja kognitiivinen toimintakyky, näkö ja kuulo

30 minuuttia **7a KLIININEN TUTKIMUS** (kenttätutkija 10) **7b KLIININEN TUTKIMUS** (kenttätutkija 11)

30 minuuttia **8a MIELENTERVEYSHAASTATTELU** (kenttätutkija 12) **8b MIELENTERVEYSHAASTATTELU** (kenttätutkija 13)

15 minuuttia **9 LOPPUHAASTATTELU** (kenttätutkija 14)
- tarkistus, että kaikki pisteet käyty läpi
- kyselyjen 1 ja 2 tarkistus, kyselyn 3 ja ravinnonkäyttökyselyn antaminen
- mahdollisten jatkotutkimusten läpikäynti

yhteensä noin 3 tuntia 15 minuuttia

KOTONA:

(100 min.) **(TERVEYSKESKUSVAIHEESTA POISJÄÄNEIDEN TERVEYSTARKASTUS)**
(kenttätutkijat 15 ja 16)

40 minuuttia **KYSELYN 3 JA RAVINNONKÄYTTÖKYSELYN TÄYTTÄMINEN**

YO-SAIRAALOISSA, TUTKIMUSLAITOKSISSA:

ALAOSTEN SYVENTÄVÄT TUTKIMUKSET

REKISTEREISTÄ:

REKISTERITIEDOT

Ensin tarkistettiin ja kirjattiin henkilötiedot ja kotona täytetty kysely 1 -lomake sekä käytiin läpi terveystarkastuksen vaiheet. Kyselyssä 1 selvitettiin mm. toimintakykyä, oireita, ajankäyttöä ja harrastuksia, liikkumista, alkoholinkäyttöä, mielialaa ja psyykkisiä kokemuksia ml. työn kuormittavuus ja työuupumus (liite 2). Myös terveystarkastukseen sisältynyt oirehaastattelu tehtiin useimmiten tässä ensimmäisessä tutkimuspisteessä. Oirehaastattelu koski mm. hengityselinten ja verenkiertoelinten oireita, atopia- ja allergiaoireita sekä tuki- ja liikuntaelämistön oireita (liite 2). Tutkittaville annettiin ohjelmakortti sekä kyselylomake 2. Kysely 2 sisälsi lähinnä infektioihin ja rokotuksiin liittyviä kysymyksiä (liite 2) ja se täytettiin tutkimuksen kuluessa. Tutkittaville myös annettiin tiedote ja allekirjoitettava suostumuslomake.

Toisessa mittauspisteessä rekisteröitiin 12-kytkentäinen EKG sekä paperille että levykkeelle ja mitattiin verenpaine. EKG lähetettiin analysoimista varten Kelan tutkimuskeskukseen. Verenpaine mitattiin kahdesti oikeasta olkavarresta tutkittavan istuessa. Pituus mitattiin seinään kiinnitetyllä mitalla.

Kolmas tutkimuspiste käsitti hengitystoiminnan tutkimisen eli spirometrian (kaksi mittausta), bioimpedanssin ja kantaluun tiheyden mittaamisen. Bioimpedanssin mittauksen yhteydessä tutkittava myös punnittiin. Mittaus tuotti useita tietoja kehon rasvapitoisuudesta ja muusta koostumuksesta.

Tutkittavia oli kehoitettu tulemaan tutkimukseen syömättä ja juomatta. Laboratoriopisteessä kirjattiin, miten ohjeita oli noudatettu ja otettiin sen jälkeen verinäytteitä, joista osa oli tarkoitettu seerumi- ja plasmanäytteiksi ja osa DNA:n eristykseen. Näytteet sentrifugoitiin tutkimuspaikalla ja sijoitettiin -20 °C pakastimeen kunnes näytteet siirrettiin KTL:n -70 °C pakastimeen.

Viidennessä tutkimuspisteessä työskentelivät hammaslääkäri ja hammashoitaja. Hammashoitaja kirjasi suun ja hampaiden vakiomuotoisen kliinisen tutkimuksen tulokset tutkivan hammaslääkärin sanelun mukaan. Tutkimus päättyi ortopantomografiaan, josta saatiin saman tien kuva tietokoneen näytölle ja tuloste tutkittavalle.

Suun tutkimuksen jälkeen tarjottiin kevyt välipala, johon kuului mehua, kahvia, sämpylöitä ja hedelmiä ja samassa yhteydessä tutkittavilla oli tilaisuus täyttää loppuun kysely 2.

Toimintakykytutkimuksessa tutkittiin lähi- ja kaukonäkö sekä hämäränäkö, kuulo audiometrillä kolmella eri äänenkorkeudella, reaktio- ja liikenoisuus, sanamuisti, kielellinen sujuvuus, dominoivan käden puristusvoima, tasapaino voimalevyntutkimuksen avulla. 55 vuotta täyttä-

neiltä tutkittiin lisäksi kävelynopeus, tuoilta nousunopeus sekä ala- ja yläraajojen nivelten toiminta. Alle 55-vuotiaat osallistuivat vartalon ojentajalihasten kestävyystestiin.

Sen jälkeen lääkäri selvitti ja tarkensi anamneesin, teki vakiomuotoisen kliinisen tutkimuksen, jota täydensi runsas joukko nivelten toimintaan ja liikelaajuuteen liittyviä osatutkimuksia. Lääkärin tehtävänä oli myös arvioida ja selittää aikaisempia löydöksiä sekä antaa neuvoja mahdollisesta jatkohoidosta.

Tietokoneavusteinen mielenterveyshaastattelu (CIDI) oli viimeinen varsinainen tutkimus. Siinä tutkimuskohteina olivat ahdistuneisuus- ja mielialahäiriöt, päihderiippuvuus sekä psykoosit.

Loppuhaastattelussa varmistettiin, että tutkittava oli käynyt kaikissa tutkimuspisteissä, tarkistettiin, että kyselyt oli täytetty sekä annettiin ravinnonkäyttökysely ja kysely 3 (liite 2), jotka oli tarkoitus täyttää kotona ja postittaa Kansanterveyslaitokseen. Tässä yhteydessä tutkittavalla oli tilaisuus myös esittää kysymyksiä ja hänelle annettiin neuvoja, jotka liittyivät löydöksiin tai muuten hänen terveyteensä. Lopuksi kerrottiin yliopistosairaaloissa tehtävistä jatkotutkimuksista, joihin 45–74 -vuotiaat kutsuttaisiin myöhemmin.

Tutkittavat saivat joukon tuloksia mukaansa. Tällaisia olivat mm. verenpaine, EKG-käyrä, spirometriatulokset, bioimpedanssilaitteen tulostamat tiedot, ortopantomografiakuva, näkö- ja kuulotutkimusten tulokset sekä kenttätutkijoiden arviot löydöksistä ja niiden edellyttämistä toimenpiteistä.

Kotiterveystarkastus

Kotiterveystarkastus pyrittiin tekemään kaikille niille, jotka eivät olleet osallistuneet varsinaiseen terveystarkastukseen. Siihen kuului lukuisia varsinaiseen terveystarkastukseen sisältyviä mittauksia ja lyhennetty kotihaastattelu, joka tehtiin, jos varsinaista kotihaastattelua ei ollut tehty.

Puhelinhaastattelu ja jälkikysely

Muuten tavoittamatta jääneille soitettiin ja puhelinhaastatteluun halukkaille tehtiin haastattelu, jonka sisältö oli muodostettu kotihaastattelun ja kyselyn 1 perusteella, mutta paljon niitä suppeammaksi. Henkilöille, joita ei tavoitettu missään tutkimusvaiheessa, lähetettiin erillinen jälkikysely postitse. Se vastasi sisällöltään puhelinhaastattelua.

Palaute tutkittaville

Kaikille tutkittaville lähetettiin tutkimuksen jälkeen palautteena terveystarkastuksessa tehtyjen mittauksien sekä verinäytteistä tehtyjen analyysien tuloksia. Tavoitteena oli lähettää palautteet 2–3 kuukauden kuluessa, mutta viive oli usein pidempi.

Tietojen viimeistely

Suuri osa kaikista tiedoista kerättiin tietokoneavusteisesti alun pitäen niin, että ne olivat muodollisesti virheettömiä. Kyselylomakkeet esitarkistettiin ja tallennettiin sen jälkeen ulkopuoliossa yrityksessä. Kaikkiin tietoihin kohdistettiin muodolliset oikeellisuustarkastukset – aluksi vain peruseraporttia varten tarvittaviin muuttujiin. Tehtiin myös eri tietojen väliset loogisuustarkistukset ja -korjaukset. Lopuksi tehtiin taulukointeja varten tarvittavat alkuperäismuuttujien muunnokset ja muodostettiin tutkimustiedostot. Tarkistus- ja korjaustyötä johti kokenut henkilöstö, ja suuren osan siitä tekivät terveydenhuoltoalan ammattitutkinnon jälkeisiä jatko-opintoja suorittavat työntekijät.

Tilastolliset menetelmät

Peruseraporttia varten tulokset taulukoitiin keskiarvoina tai esiintyvyyshyvinä käyttäen SUDAANin proseduureja, jotka ottavat käytetyn otanta-asetelman huomioon (Research Triangle Institute 2001). Sekoittavien tekijöiden suhteen vakioituneet tunnusluvut estimoitiin logistisen tai lineaarisen mallin avulla käyttäen REGRESS, LOGISTIC ja MULTILOG proseduureja. Vakioinneissa laskettiin prediktiviset marginaalit kiinnittämällä sekoittavien tekijöiden arvot. Testaamisessa käytettiin F-tunnuslukua 2. asteen Satterthwaite-korjatuilla vapausasteilla, joka ottaa huomioon pienestä terveystutkimuspiirien määrästä johtuvan mahdollisen testin epävakauden (Lehtonen & Pahkinen 1995; Research Triangle Institute 2001). Suorassa vakioinnissa käytettiin painoina vuoden 1980 väestöä, jotta tuloksia voitiin suoraan verrata Mini-Suomi-terveystutkimuksen tuloksiin (Aromaa ym. 1989). Vakioituneet keskiarvot saatiin laskemalla ikäryhmäosuuksilla painotetut keskiarvot solukeskiarvoista luokittelijan eri arvoilla (Research Triangle Institute 2001).

Raportin laatiminen

Perustulosraportin sisällön suunnittelusta vastasivat hanketta koordinoiva projektiryhmä ja sen työvaliokunta. Sisältösuunnitelman pohjalta tehtiin suunnitelma tulostettavista taulukoista. Riittävinä pidettiin taulukkosarjoja, jotka sisälsivät 10-vuotisikäryhmittäisten tulosten lisäksi ikäryhmien 30–64, 65+ ja 30+ ikävakioituneet tulokset, jälkimmäiset myös vuoden 1980 väestö-

painoin. Hankkeen tutkijat työskentelevät monella eri taholla. Siksi taulukot sijoitettiin hankkeen www-sivuille niin, että tutkijat saattoivat käyttää tuloksia sijainnistaan riippumatta. Käsikirjoitukset lähetettiin toimittajille sähköpostitse. Toimittajat tarkistivat, muokkasivat ja täydensivät käsikirjoituksia. Tuloslukujen lisäksi raportissa on kaikille yhteisiä osia kuten johdanto, aineisto ja menetelmät sekä pohdinta ja päätelmät. Niiden tuottaminen oli toimittajien vastuulla.

2.4 Aineistoa ja menetelmiä koskevia näkökohtia

Huolimatta joistakin kiireen aiheuttamista kommelluksista kenttätutkimus onnistui erittäin hyvin. Terveyshaastattelutiedot saatiin lähes 90 %:lta ja suurin osa terveystarkastustiedoista 85 %:lta otokseen kuuluneista. Jos otetaan huomioon kaikki henkilöt, joista käytettävissä on ainakin osa tiedoista, osallistumisalttius oli 93 %. Kaiken kaikkiaan osallistuminen Terveys 2000 -hankkeen eri vaiheisiin oli poikkeuksellisen hyvä. Huolimatta vastaamishalukkuuden yleisestä vähenemisestä viime vuosikymmeninä päästiin nyt tuloksiin, jotka lähentelevät 20 vuoden takaisessa Mini-Suomi-tutkimuksessa saavutettuja. Osallistuminen oli selvästi parempi kuin missään viimeaikaisessa suomalaisessa tutkimuksessa puhumattakaan muualla Euroopassa tehdyistä. Näin hyvä osallistuminen on erittäin tärkeää, koska se vähentää kadon valikoitumisen aiheuttamia virheitä. Sen ansiosta myös kehityksen arvioimiseksi tehtävät vertailut Mini-Suomi-tutkimukseen ovat vankalla pohjalla.

Haastattelujen onnistuminen oli pääasiassa Tilastokeskuksen vakiintuneen haastattelijajärjestelmän ansiota. Onnistunut tulos saavutettiin, vaikka haastattelu oli tavallista pidempi eikä koulutukseen ollut riittävästi aikaa. Onnistumiseen vaikutti myös ihmisiä kiinnostava tutkimusaihe ja mahdollisuus perusteelliseen terveystarkastukseen. Haastattelijoiden välisten erojen mahdollista merkitystä pohditaan myöhemmin.

Neljä tuntia kestänyt terveystarkastus toteutui ensimmäisten päivien jälkeen yleensä joustavasti, ja sen mittaukset ja osatutkimukset toteutettiin laadukkaasti. Kaikki mittauslaitteet eivät aina toimineet häiriöttä liikkuvissa tutkimusoloissa, minkä takia menetettiin joitakin mittaus tuloksia.

Menetelmät valittiin sekä kliinisissä että väestötutkimuksissa vakiintuneiden joukosta ja pyrittiin monin tavoin varmistamaan hyvä laatu. Eräät menetelmät kehitettiin tätä hanketta varten. Niitäkin käytettiin mahdollisimman vakiomuotoisesti. Moniin mittauksiin kohdistettiin erityisiä laadunvalvontatoimenpiteitä. Huomiota kiinnitettiin siihen, että tutkimuksessa saatiin mahdollisimman monista tutkittavista seikoista sellaisia mittaustuloksia, jotka voidaan myöhemmin toistaa. Tällaisia olivat esim. EKG ja verenpaine, spirometria, bioimpedanssi ja kantaluun tiheysmittaus, laboratoriomääritykset, vakiomuotoiset kliiniset tutkimukset, ortopantomografia ja lääkärintutkimukseen liittyneet nivelten liikelaajuustutkimukset sekä toimintakykytutkimuksen yksikäsitteiset mittaustulokset. Käyttämällä näitä mittausmenetelmiä vastaisuudessa kyselyjen tai haastattelujen ohella, saadaan myös tutkittavien itse ilmoittamista vastauksista riippumatonta näyttöä terveyden ja toimintakyvyn mahdollisesta muuttumisesta.

Sekä haastattelijat että terveystarkastuksen henkilöstö olisivat hyötäneet pidemmästä koulutuksesta. Kenttätutkimukseen olisi pitänyt voida sisällyttää palautepäiviä. Olisi myös ollut hyödyksi tehdä koko hankkeen laajuinen kolmas esitutkimus ensimmäisen koulutusjakson jälkeen, hioa menetelmät ja vasta sitten aloittaa varsinainen tutkimus. Myös laaduntarkkailutoimiin olisi pitänyt voida varata lisää aikaa. Tällöin kenttätutkimusjakso olisi pidentynyt 4–8 viikolla, mikä olisi suurentanut kustannuksia ainakin 10 % eli noin 500 000 euroa.

Mittauksien vakioimisesta huolimatta mittaajien tai kenttäryhmien välille on voinut jäädä eroja, jotka voivat vaikuttaa erityisesti aluevertailuihin. Tähän seikkaan kiinnitetään tuloksia analysoitaessa erityistä huomiota.

Tiukka aikataulu merkitsi sitä, että kaikkia tietokonepohjaisia tiedonkeruumenetelmiä ei ehditty kokeilla riittävästi ennen tutkimuksen alkua. Joitakin muutoksia jouduttiinkin tekemään kenttätutkimuksen jo alettua. Kokonaisuutena aineiston keruu kuitenkin onnistui hyvin.

3 SOSIODEMOGRAFISET TEKIJÄT JA ELINOLOT

Tuija Martelin, Tarja Nieminen ja elinolotyöryhmä

Elinolotyöryhmä: Tuija Martelin (pj.), Tarja Nieminen (siht.), Matti Heikkilä, Sakari Kainulainen, Timo Kauppinen, Eero Lahelma, Simo Mannila ja Veijo Notkola

Tutkittavien demografisia taustatietoja ja sosioekonomista asemaa kuvaavia tietoja selvitettiin terveyshaastattelussa. Seuraavia demografisia taustatietoja kysyttiin: äidinkieli, siviilisääty, parisuhdehistoria, kotitalouden koko ja ikärakenne, lasten määrä sekä muuttohistoria. Sosioekonomiseen asemaan liittyvät kysymykset koskivat koulutusta, pääasiallista toimintaa ja ammattia, työttömyyttä, työaika, työsuhteen määräaikaaisuutta, kotitalouden tuloja ja asunnon hallintasuhdetta. Lisäksi henkilön lapsuuskodin sosioekonomista asemaa kartoitettiin vanhempien koulutusta ja ammattia koskeneiden kysymysten avulla.

Elinoloja koskevia tietoja saatiin sekä terveyshaastattelussa että kyselyissä. Haastattelussa oli kysymyksiä työpaikan ulkoisista häirtatekijöistä ja keskeisimmistä asuntoon liittyvistä haittoista. Kyselyssä selvitettiin koettua tulojen riittävyttä, työhön liittyviä psyykkisiä raskaste-kijöitä, asumiseen liittyviä haittoja, asuinympäristön turvallisuutta sekä lapsuuskodin koettuja sosiaalisia ja taloudellisia ongelmia. Tässä yhteydessä kuvataan joidenkin muuttujien ja-kaumia sukupuolen ja iän mukaan.

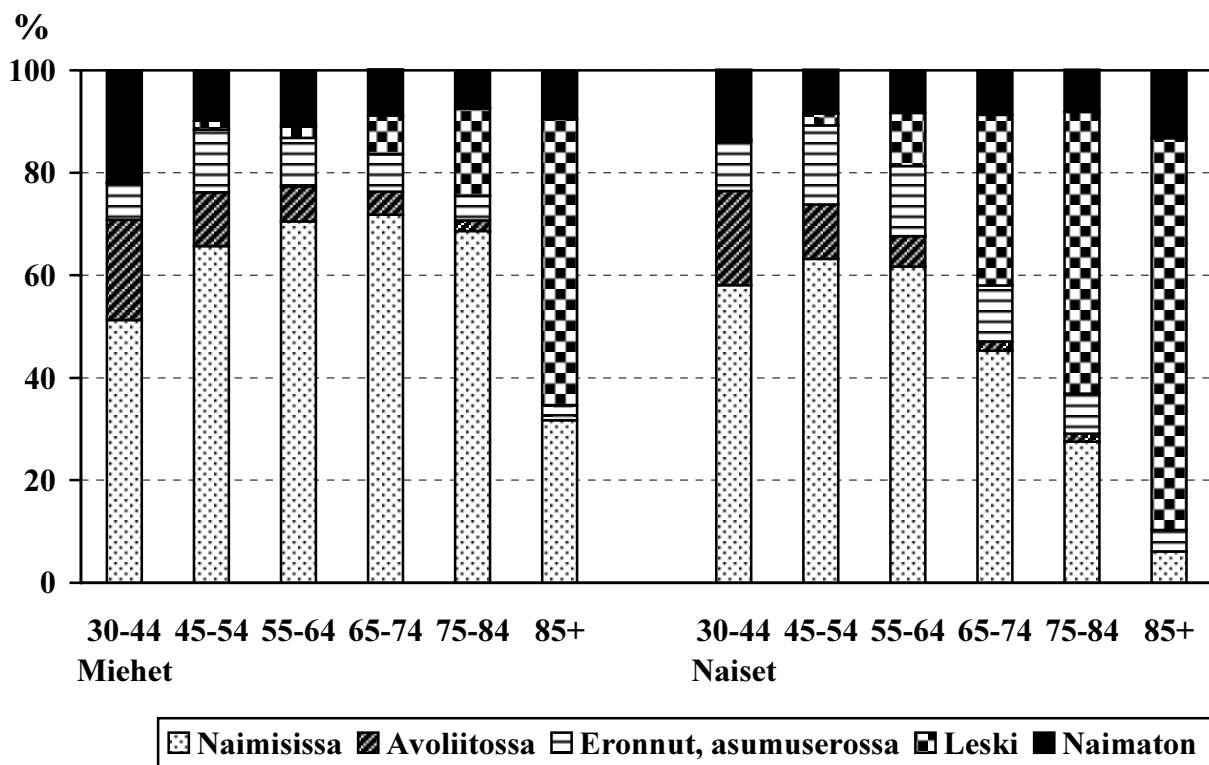
Demografiset taustatekijät

Yli 92 % ilmoitti äidinkielekseen suomen. Ruotsinkielisiä oli runsaat viisi prosenttia; 85 vuotta täyttäneistä lähes kymmenen prosenttia puhui ruotsia äidinkielenään, mutta alle 55-vuotiaista 4,4 %. Ruotsinkielisten osuus oli tässä tutkimuksessa puolisen prosenttiyksikköä pienempi kuin vuoden 2000 lopun tilannetta kuvaavassa väestötilastossa (Väestörakenne 2000). Venäjänkielisiä oli 0,5 % ja vironkielisiä noin 0,2 %, mikä vastaa näiden kielten osuuksia koko 30 vuotta täyttäneessä väestössä vuoden 2000 lopussa väestötilaston mukaan.

Miesten suurempi kuolleisuus naisiin verrattuna heijastuu sukupuolten välisiin siviilisäätyja-kauman eroihin. Noin kaksi kolmasosaa 30–84-vuotiaista miehistä oli naimisissa ja 85 vuotta täyttäneistäkin vielä lähes kolmannes, kun taas naisilla naimisissa olevien osuus pieneni nopeasti 65 ikävuodesta lähtien (kuvio 3.1 ja taulukko 3.1). Leskien osuus oli puolestaan naisilla kaikissa ikäryhmissä suurempi kuin miehillä, ja se luonnollisesti kasvoi jyrkästi iän myötä.

Myös eronneiden osuus oli naisilla joka ikäryhmässä suurempi kuin miehillä. Avoliitossa eli noin viidennes 30–44-vuotiaista miehistä ja naisista, ja avoliittojen yleisyys pieneni siirryttäessä vanhempiin ikäryhmiin. Virallisiin tilastolukuihin vertailua vaikeuttaa avoliitossa olevien luokka. Naimisissa olevien osuudet vastaavat kuitenkin varsin hyvin vuoden 2000 lopun koko väestön lukuja, vain 85 vuotta täyttäneillä miehillä naimisissa olevien osuus oli tilastojen mukaan selvästi suurempi (44,5 %) kuin tässä tutkimuksessa (31,7 %) (Suomen tilastollinen vuosikirja 2001).

Kuvio 3.1 Siviilisäädyn jakauma.



Sukupuolten kuolleisuusero ja perheiden elinkaaren vaiheet heijastuvat myös kotitalouden kokoon. Kotitaloudet olivat sitä pienempiä, mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse: 30–44-vuotiailla yleisin oli 3–4 hengen kotitalous, kun taas 55–64-vuotiaista miehistä ja naisista noin 60 % asui kahden hengen talouksissa. Viidesosa miehistä ja neljäsosa naisista asui yksin. Yksin asuvien naisten osuus suureni iän mukana: 30–44-vuotiaista naisista vain joka kymmenes asui yksin, mutta 65–74-vuotiaista lähes puolet ja sitä vanhemmista 60 %. Yksin asuvien osuus miehistä sen sijaan oli 20 %:n luokkaa kaikissa alle 85-vuotiaiden ikäryhmissä, kun taas 85 vuotta täyttäneistä miehistä yli puolet asui yksin. Laitoksessa asuvien osuus oli hyvin pieni alle 65-vuotiailla ja 65–74-vuotiaillakin vain prosentin luokkaa. Vanhimmissa ikäryhmissä laitosasuminen oli selvästi yleisempää etenkin naisten keskuudessa: 85 vuotta täyttäneistä miehistä 16 % ja naisista peräti 25 % asui laitoksessa.

Taulukko 3.1 Siviilisäädyn jakauma (%).

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30+ ¹ %	(N) ²
Miehet								
Naimisissa	51,3	65,7	70,5	71,8	68,6	31,7	61,5	(1950)
Avoliitossa	19,5	10,5	6,8	4,5	2,1	0,0	11,3	(363)
Eronnut, asumuserossa	7,1	12,2	9,5	7,3	4,8	2,9	8,8	(276)
Leski	0,1	1,8	2,2	7,6	17,1	55,9	4,5	(134)
Naimaton	22,0	9,7	11,0	9,0	7,4	9,4	13,9	(438)
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	(3161)
Naiset								
Naimisissa	58,1	63,2	61,7	45,3	27,5	6,1	54,7	(2004)
Avoliitossa	18,3	10,6	5,9	1,8	1,6	0,0	10,4	(365)
Eronnut, asumuserossa	9,6	15,4	13,7	10,9	7,8	4,2	11,7	(436)
Leski	0,5	2,4	10,4	33,3	55,0	76,4	12,6	(711)
Naimaton	13,6	8,5	8,3	8,7	8,2	13,3	10,6	(408)
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	(3924)

¹ ikävakioitu² painottamaton havaintojen määrä**Taulukko 3.2 Koulutusasteen jakauma (%).**

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30+ ¹ %	(N) ²
Miehet								
Perusaste	18,2	38,2	50,0	70,6	72,7	80,0	41,5	(1273)
Keskiaste	50,2	37,6	29,7	20,5	16,7	14,8	36,0	(1157)
Korkea-aste	31,7	24,3	20,4	8,9	10,6	5,2	22,4	(728)
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	(3158)
Naiset								
Perusaste	13,8	34,3	53,5	72,4	77,2	79,8	39,5	(1710)
Keskiaste	35,7	29,9	24,6	17,6	13,9	11,0	28,0	(1028)
Korkea-aste	50,5	35,7	21,8	10,0	8,9	9,1	32,7	(1171)
Yhteensä	100	100	100	100	100	100	100	(3909)

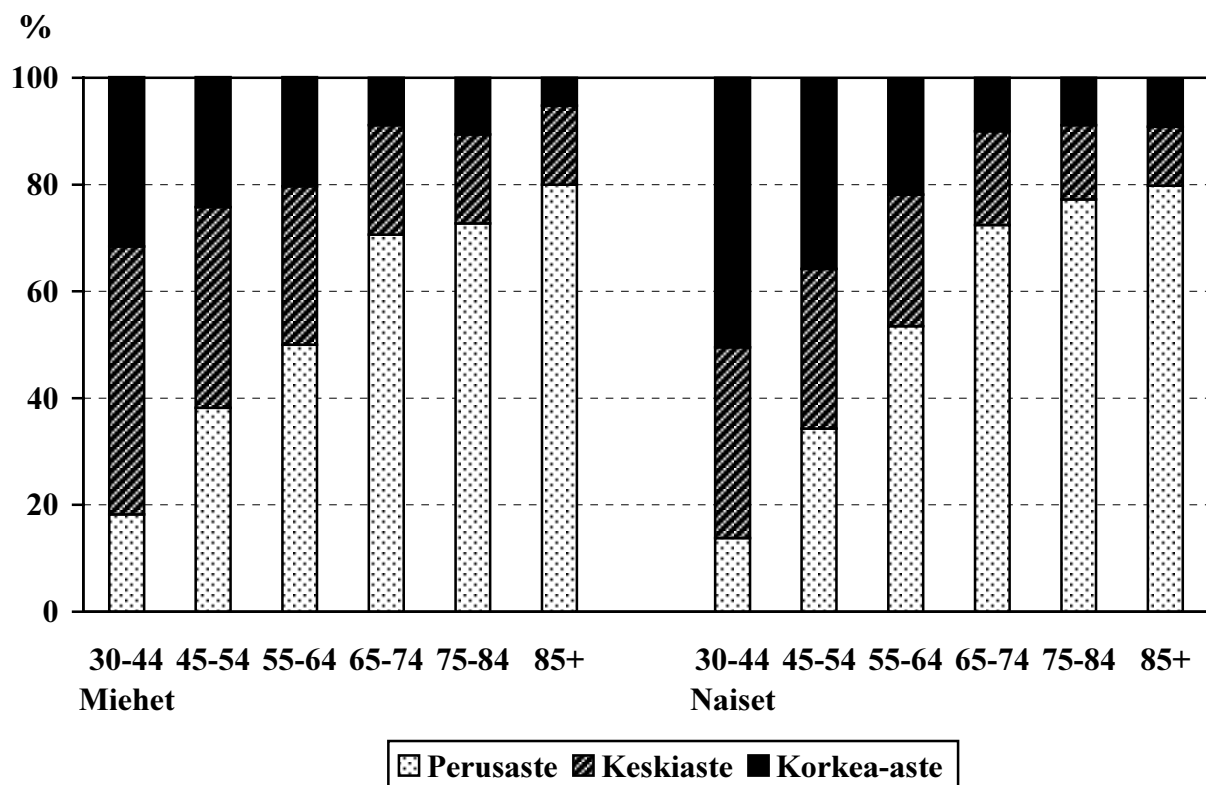
¹ ikävakioitu² painottamaton havaintojen määrä

Koulutus, työ ja toimeentulo

Peruskoulutus oli sitä pidempi, mitä nuoremasta ikäryhmästä oli kysymys. Esimerkiksi ylioppilastutkinnon oli suorittanut noin kuusi prosenttia 65 vuotta täyttäneistä miehistä ja noin viisi prosenttia naisista, kun 30–44-vuotiaiden ryhmässä ylioppilaita oli 28 % miehistä ja lähes puolet naisista.

Perus- ja ammattikoulutustietojen avulla muodostettiin koulutusastetta kuvaava muuttuja, jota käytetään tässä raportissa myös kuvattaessa koulutusryhmien välisiä eroja. Perusasteen koulutuksen saaneiksi luokiteltiin henkilöt, jotka olivat suorittaneet enintään ammattikurssin tai saaneet työpaikkakoulutuksen mutta joilla ei ollut ylioppilastutkintoa. Keskiasteen koulutukseksi määriteltiin ammattikoulun, oppisopimuskoulutuksen, näyttötutkinnon, ammatillisen koulun tai erikoisammattitutkinnon suorittaneet peruskoulutuksesta riippumatta; tähän ryhmään luokiteltiin myös ne ylioppilastutkinnon suorittaneet, joiden ammatillinen koulutus rajoittui ammattikurssiin tai työpaikkakoulutukseen. Korkea-asteen koulutukseksi luettiin tässä ammatilliset opistotutkinnot sekä ammatti- tai muut korkeakoulututkinnot.

Kuvio 3.2 Koulutusasteen jakauma.



Enintään perusasteen koulutuksen saaneiden osuus oli sitä suurempi, mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kysymys. Kun 30–44-vuotiaista naisista alle 14 % ja miehistä 18 % kuului tähän ryhmään, oli vain perusasteen koulutuksen saaneiden osuus 85 vuotta täyttäneiden joukossa

80 % (kuvio 3.2 ja taulukko 3.2). Tässä käytetyn luokituksen mukaan keskiasteen koulutuksen saaneiden osuus oli kaikissa ikäryhmissä miehillä suurempi kuin naisilla, kun taas 30–54-vuotiaiden keskuudessa korkea-asteen koulutuksen saaneiden naisten osuus oli suurempi kuin miesten. Tilastokeskuksen ilmoittamista koko maan väestön koulutusjakaumatiedoista etenkin perusasteen koulutuksen saaneiden osuudet vastasivat melko hyvin tämän aineiston tietoja (Suomen tilastollinen vuosikirja 2001). Myös keski- ja korkea-asteen koulutuksen saaneiden osuudet olivat alle 65-vuotiailla miehillä lähellä tilastoituja lukuja. Naisilla keskiasteen koulutuksen saaneiden osuus oli tässä tutkimuksessa alle 54-vuotiailla 6–8 %-yksikköä pienempi ja korkea-asteen koulutuksen luokka puolestaan suurempi kuin tilastoissa, mikä saattaa liittyä lähinnä koulutusasteluokituksen eroihin.

Koko- tai osapäivätyössä kävi runsaat 85 % 30–44-vuotiaista miehistä ja noin 75 % samanikäisistä naisista. Vanhemmissa ikäryhmissä naisten ja miesten osallistuminen ansiotyöhön oli yhtä yleistä: 45–54-vuotiaista noin 80 % ja 55–64-vuotiaista vajaat 40 % kävi koko- tai osa-aikatyössä. Osa-aikatyö oli selvästi yleisempää naisten kuin miesten keskuudessa (taulukko 3.3). Eläkkeellä olevien osuus kasvoi jyrkästi iän mukana: 55–64-vuotiaista miehistä ja naisista lähes puolet oli eläkkeellä. Kaikista työvoimaan kuuluneista eli työssä olevista ja työttömistä oli tutkimushetkellä työttömänä tai lomautettuna 11 % miehistä ja 13 % naisista; 30–54-vuotiaiden ryhmässä osuus oli 10 %:n luokkaa – naisilla hiukan suurempi kuin miehillä – ja 55–64-vuotiailla noin 20 %. Yhteensä vähintään vuoden työttömyyden oli viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana kokenut noin viidennes sellaisista 30–64-vuotiaista, jotka eivät olleet tutkimushetkellä eläkkeellä tai joiden eläkkeelle jäämisestä oli kulunut alle viisi vuotta. Vuonna 2000 työttömiä oli Tilastokeskuksen mukaan tässä ikäryhmässä keskimäärin 8 % työvoimasta eli hieman vähemmän kuin Terveys 2000 -aineistossa (Suomen tilastollinen vuosikirja 2001). Yksi selitys erolle lienee työttömyyden erilainen määrittely: tässä tutkimuksessa ryhmä sisältää myös lomautetut ja työttömyys on määritetty pelkästään haastatteluhetkellä ilmoitetun pääasiallisen toiminnan perusteella.

Lähes kaikki tutkitut olivat ainakin joskus toimineet päätoimisesti jossakin ammatissa. Naisilla osuus pieneni siirryttäessä vanhempiin ikäryhmiin, mutta vielä 85 vuotta täyttäneistäkin naisista 90 % oli joskus toiminut ammatissa. Miehillä sen sijaan 30–44-vuotiaiden ryhmässä oli enemmän kuin muissa ikäryhmissä henkilöitä, jotka eivät koskaan olleet toimineet ammatissa (1,2 %). Nykyisen tai viimeisimmän työnsä perusteella palkansaaajia oli miehistä lähes 80 % ja naisista noin 84 %, ja osuus oli sitä suurempi, mitä nuoremmista oli kysymys. Elinkeino- rakenteen muutos näkyy erityisen selvästi maatalousyrittäjien osuuden vaihtelussa iän mukaan. Yli kolmasosa 85 vuotta täyttäneistä miehistä ja neljäsosa naisista oli ollut maatalousyrittäjiä, mutta 30–44-vuotiaiden joukossa vastaava osuus oli vain muutaman prosentin luok-

kaa. Muiden yrittäjien osuus oli miehillä ikäryhmästä riippumatta runsaan kymmenen prosentin luokkaa ja naisilla noin viisi prosenttia.

Taulukko 3.3 Pääasiallisen toiminnan jakauma (%) (30–64-vuotiaat).

	30-44	45-54	55-64	30-64 ¹	(N) ²
Miehet					
Kokopäivätyössä	84,2	78,2	33,2	71,0	(1768)
Osa-aikatyössä	1,9	2,2	6,4	2,9	(74)
Työtön, lomautettu	8,2	9,1	11,0	9,0	(225)
Eläkkeellä	2,5	9,2	47,9	14,8	(372)
Hoitaa kotitaloutta	0,3	0,2	0,4	0,3	(7)
Opiskelija	1,9	0,5	0,0	1,0	(26)
Muu	1,1	0,7	1,1	0,9	(24)
Yhteensä	100	100	100	100	(2496)
Naiset					
Kokopäivätyössä	66,8	72,7	29,9	60,6	(1636)
Osa-aikatyössä	8,3	7,5	8,8	8,2	(219)
Työtön, lomautettu	9,9	11,5	10,2	10,5	(278)
Eläkkeellä	1,6	5,1	47,8	12,9	(361)
Hoitaa kotitaloutta	9,0	1,5	2,3	5,0	(134)
Opiskelija	3,8	1,1	0,0	2,1	(55)
Muu	0,6	0,7	1,0	0,7	(19)
Yhteensä	100	100	100	100	(2702)

¹ ikävakioitu

² painottamaton havaintojen määrä

Palkansaajamiehistä yli 64 % oli tai oli ollut yksityisen yrityksen palveluksessa. Kunnan tai valtion palveluksessa oli ollut yli puolet 85 vuotta täyttäneistä miehistä, mutta 30–44-vuotiaiden ikäryhmässä vain noin 20 %. Naisilla sen sijaan kunta tai valtio olivat tyypillisiä työnantajia: noin puolet kaikista palkansaajanaيسista oli tai oli ollut niiden palveluksessa, kun taas yksityinen yritys oli tai oli ollut työnantajana 44 %:lla palkansaajina työskennelleistä naisista. Työsuhde oli tai oli ollut määräaikainen noin 10 %:lla niistä 30–64-vuotiaista palkansaajamiehistä ja 20 %:lla niistä palkansaajanaيسista, jotka olivat olleet töissä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Osuus oli sitä suurempi mitä nuoremasta ikäryhmästä oli kysymys; 30–44-vuotiaista naisista määräaikaisessa työsuhteessa oli tutkimushetkellä tai oli viimeisimmässä työssään ollut yli 26 %.

Koettua toimeentuloa selvitettiin kyselyssä. Noin 40 % katsoi joutuvansa tinkimään kulutuksesta ainakin jonkin verran. Tyytyväisimpiä taloudelliseen tilanteeseensa olivat yli 84-vuotiaat.

Työympäristö

Tutkimushetkellä tai viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana töissä olleista 30–64-vuotiaista miehistä yli kaksi kolmasosaa ilmoitti, että heidän työhönsä liittyi jokin ainakin jonkin verran haittaava ulkoinen häirtatekijä, kuten melu, pöly tms. (taulukko 3.4). Naisista häirttoja ilmoitti hiukan pienempi osa kuin miehistä (alle 60 %). Vähiten häirttoja kokivat nuorimmat naiset, mutta ikäryhmien väliset erot olivat pieniä molemmilla sukupuolilla. Yleisimmin ilmoitettuja häirtatekijöitä olivat sekä miehillä että naisilla melu (42 % miehistä, 30 % naisista), pöly (42 % miehistä, 25 % naisista) ja veto (37 % miehistä, 27 % naisista). Tupakansavusta kärsi seitsemän prosenttia miehistä ja viisi prosenttia naisista; 30–44-vuotiaiden keskuudessa tämä häirtatekijä oli yleisempi miehillä (7 %) kuin naisilla (3 %), kun taas vanhemmissa ikäryhmissä ei sukupuolten välillä ollut juuri eroja. Tässä tutkimuksessa saadut erilaisista työympäristön ulkoisista häirtatekijöistä kärsivien osuudet vastasivat varsin hyvin Työ ja terveys -tutkimuksen (2000) tuloksia niiltä osin, kuin mittarit olivat vertailukelpoisia.

Taulukko 3.4. Eräitä työhön liittyviä häirttoja tai uhkia kokeneiden osuudet (tutkimushetkellä työssä olevat tai 12 kuukauden aikana työssä olleet 30-64-vuotiaat).

Häirtta tai uhka		30-44	45-54	55-64	30-64 ¹
Jokin ulkoinen häirtatekijä (pöly, melu tms.)	Miehet	70,1	68,0	65,5	68,9
	Naiset	56,5	62,1	62,1	59,3
	p ²				<0,001*
Lomautuksen, irtisanomisen tai pitkäaikaisen työttömyyden uhka	Miehet	20,6	24,9	23,8	22,5
	Naiset	21,8	22,4	12,2	20,8
	p ²				0,195 *
Henkisen väkivallan tai kiusaamisen uhka	Miehet	7,4	7,6	6,5	7,4
	Naiset	12,6	14,1	13,1	13,2
	p ²				<0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-sukupuoliyhdysvaikutus

Kyselytiedon perusteella oli lomautuksen, irtisanomisen tai pitkäaikaisen työttömyyden uhkaa kokenut hiukan yli viidesosa kaikista niistä 30–64-vuotiaista, jotka olivat olleet töissä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana (taulukko 3.4). Osuus oli erityisen suuri 45–54-vuotiailla

miehillä (25 %) ja pieni 55–64-vuotiailla naisilla (12 %). Naiset kokivat selvästi useammin henkisen väkivallan tai kiusaamisen uhkaa työssä kuin miehet: 13 % naisista, mutta vain 7 % miehistä ilmoitti, että heidän työhönsä liittyi ainakin jonkin verran tällaista uhkaa (taulukko 3.4). Tämän uhan kokeminen ei juurikaan vaihdellut iän mukaan. Työ ja terveys -tutkimuksessa (2000) noin 7 % 25-64-vuotiaista miehistä ja yli 15 % naisista koki joutuneensa henkisen väkivallan ja kiusaamisen kohteeksi joko tutkimushetkellä tai aiemmin, ja myös tuon tutkimuksen mukaan tämä kokemus oli naisilla kaikissa ikäryhmissä yleisempi kuin miehillä.

Asuinolot ja -ympäristö

Noin kymmenesosa kaikista 30 vuotta täyttäneistä asui ahtaasti, kun ahtaasti asuviksi luettiin sellaisissa asunnoissa asuvat, joissa asukkaita oli enemmän kuin huoneita (keittiötä ei luettu tässä huoneeksi; yksin asuvia ei kuitenkaan koskaan luokiteltu ahtaasti asuviksi) (taulukko 3.5). Ahtaasti asuvien osuus oli suurin 30–44-vuotiaista, noin 20 %.

Taulukko 3.5. Eräitä asumiseen tai asuinympäristöön liittyviä haittoja kokeneiden osuudet (%).

Haitta		30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30+ ¹	
Ahdas asunto	Miehet	18,6	10,2	2,7	2,1	9,0	0,0	10,4	
	Naiset	22,3	6,4	2,3	2,5	1,2	2,9	10,3	
								p ²	0,883 *
Liikkumisen este asunnossa	Miehet	3,3	3,4	4,7	8,2	14,1	32,9	5,4	
	Naiset	3,7	5,0	8,3	12,4	22,3	24,5	7,7	
								p ²	<0,001
Peseytymismahdol- lisuuskien puutteet	Miehet	1,9	2,5	2,6	5,7	5,1	9,4	3,0	
	Naiset	1,9	2,5	2,2	3,8	4,6	4,1	2,6	
								p ²	0,283
Ruoan säilytys- tai almistusmahdolli- suuksien puutteet	Miehet	2,6	1,2	1,3	1,6	1,3	0,0	1,8	
	Naiset	2,6	2,0	1,8	1,9	2,5	1,8	2,2	
								p ²	0,162
Asuinympäristön turvattomuus ³	Miehet	3,7	4,7	4,6	5,0	5,2	6,5	4,4	
	Naiset	11,8	10,5	9,9	12,4	14,7	19,2	11,6	
								p ²	<0,001

¹ ikävakiointu

² sukupuolten välinen ero

³ melko harvoin, melko usein tai erittäin usein turvattomuuden tunnetta asuinalueella liikkuesssa (vs. ei koskaan tai erittäin harvoin)

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-sukupuolilyhdysvaikutus

Koetut liikkumisen esteet asunnossa olivat sitä yleisempiä, mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kysymys: yli 20 % 75 vuotta täyttäneistä, muualla kuin laitoksessa asuvista naisista ja kolmannes 85 vuotta täyttäneistä miehistä katsoi, että heidän asunnossaan oli tällainen haitta. Peseytymis- ja ruoanvalmistus- tai säilytystilojen puutteellisuus mainittiin harvemmin asumista haittaavaksi ongelmaksi (taulukko 3.5).

Turvattomuuden tunne asuinalueella liikkuesssa oli naisilla kaikissa ikäryhmissä yleisempää kuin miehillä. Kun 96 % miehistä ilmoitti, että he kokivat turvattomuuden tunnetta enintään erittäin harvoin, naisista näin turvalliseksi koki olonsa 88 %. Turvattomuuden tunne oli yleisintä 85 vuotta täyttäneillä (taulukko 3.5). Tämä vastaa vuoden 1998 asukasbarometrin tuloksia (Strandell 1999), joiden mukaan turvattomuuden tunteet olivat yleisimpiä nuorilla ja vanhuksilla ja naisilla yleisempiä kuin miehillä.

4 ELINTAVAT

Antti Uutela sekä elintapojen ja psykososiaalisten tekijöiden työryhmä

Elintapojen ja psykososiaalisten tekijöiden työryhmä: Antti Uutela (pj.), Ritva Prättälä (siht.), Anna-Mari Aalto, Hannu Alho, Arja R. Aro, Markku Heliövaara, Sari Isotupa, Paul Knekt, Päivikki Koponen, Marjaana Lahti-Koski, Esko Mälkiä, Satu Männistö, Pekka Oja, Pirjo Pietinen, Raimo Raitasalo, Antti Reunanen, Sakari Suominen, Jussi Vahtera, Liisa Valsta, Miira Vehkalahti ja Eira Viikari-Juntura

Tässä luvussa käsitellään viittä terveyteen vaikuttavaa elintapaa – päivittäistupakointia, leipärasvaa, kypsentämättömien vihannesten päivittäiskäyttöä, krapuloiden esiintymistä sekä riittävästä terveystoiminnasta. Elintapoja tiedusteltiin joko kotihaastattelussa tai kyselyssä.

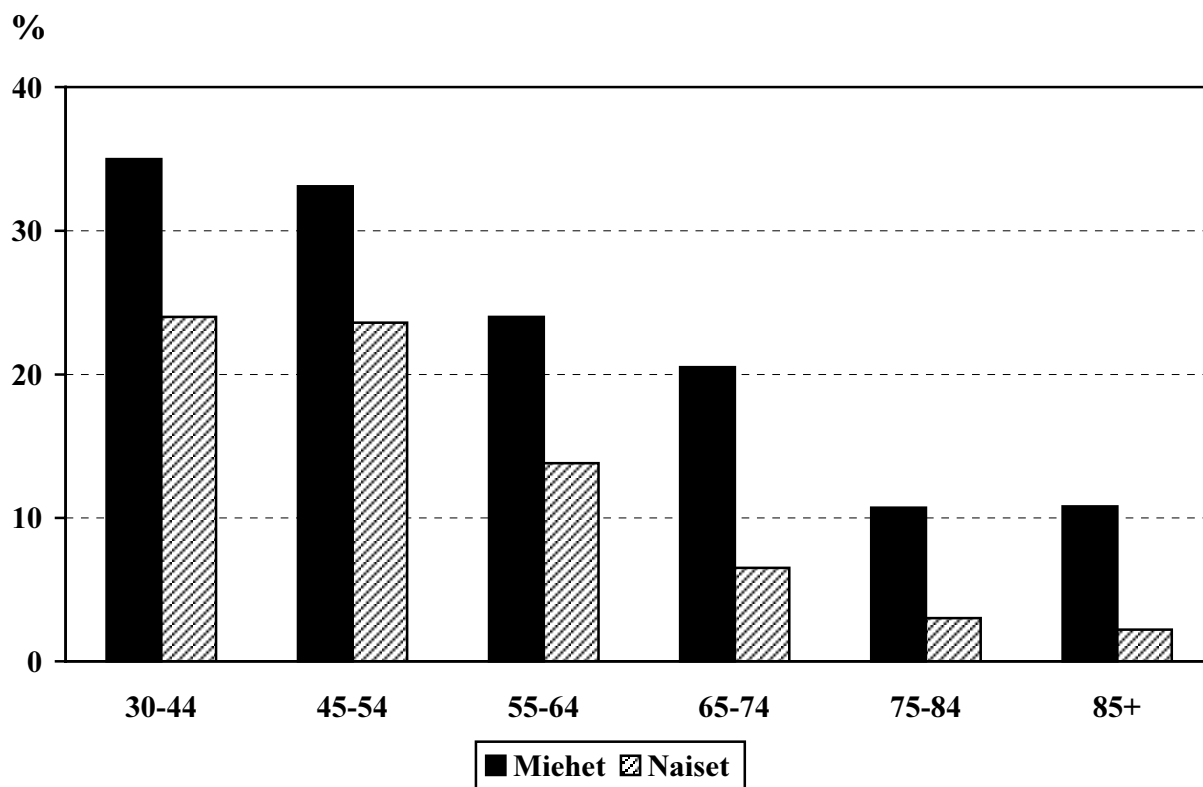
Käytetyt kysymykset ovat osoittautuneet päteviksi kolmen viime vuosikymmenen aikana tehdyissä suomalaisissa terveystutkimuksissa (Pohjois-Karjala-projekti, FINMONICA-, FINRISKI- ja AVTK-tutkimukset ks. Puska ym. 1995; Vartiainen ym. 1998b; Helakorpi ym. 2000). Päivittäistupakoinnin määritelmä vastaa maailman terveysjärjestön suositusta. Sillä tarkoitetaan sellaista säännöllisesti tupakoivien tottumusta, jonka aikana henkilö on polttanut ainakin 100 savuketta, tupakoinut vähintään vuoden ja tupakoinut myös vastauspäivänä tai sitä edeltävänä päivänä (Helakorpi ym. 2000).

Rasvan käyttöä leivällä ja kypsentämättömien vihannesten käyttöä viimeksi kuluneen viikon aikana mitattiin vakiintuneilla kysymyksillä (Helakorpi ym. 2000). Alkoholin runsasta kerta-kulutusta arvioitiin tätä tutkimusta varten muotoillulla kysymyksellä krapuloiden esiintymistiheydestä viimeksi kuluneen vuoden aikana. Riittäväksi terveystoiminnaksi katsottiin vastaajan ilmoittama sellainen vapaa-ajan liikunta, joka sisälsi ainakin neljä kertaa viikossa ainakin puoli tuntia kestänyttä vähintään lievään hengästymiseen ja hikoiluun johtanutta liikuntaa (Helakorpi ym. 2000).

Tupakointi

Päivittäistupakoinnin useus riippui odotetulla tavalla iästä ja sukupuolesta (kuvio 4.1 ja taulukko 4.1). Sekä tupakoivien miesten (29 %) että naisten osuus (18 %) väestöstä on useimpiin muihin Euroopan maihin verrattuna varsin pieni. Iän mukana tupakointi käy yhä harvinaisemmaksi niin miehillä kuin naisillakin.

Kuvio 4.1. Päivittäin tupakoivien osuus.



Taulukko 4.1. Päivittäin tupakoivien osuus (%).

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Miehet	35,0	33,1	24,0	20,5	10,7	10,8	32,0	16,1	28,5
Naiset	24,0	23,6	13,8	6,5	3,0	2,2	21,6	5,0	17,6
p ²							<0,001	<0,001	<0,001*

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-sukupuoliyhdysvaikutus

Suomessa vallitsee edelleen perinteinen tupakoinnin sukupuoliero (Puska ym. 1997). Iän mukana vähenevä tupakoivien osuus johtuu miehillä pääosin siitä, että 1970-luvulta alkaen tupakoinnin lopettaminen on keski-ikäisillä ja sitä vanhemmilla yleistynyt, mutta osaksi siitä, että tupakoijat kuolevat tupakoimattomia varhaisemmin. Naisten lukuihin vaikuttaa myös se, että sodan jälkeen syntyneistä suurten ikäluokkien naisista huomattava osa aloitti tupakoinnin, kun aiemmin syntyneiden naisten parissa tupakointi on ollut verrattain harvinaista.

Leivällä käytetty rasva

Taulukko 4.2 kuvaa leivälle levitetyn rasvan ikäryhmittäisiä eroja ja samalla käytön muuttumista. Voin käyttö tavanomaisena leipärasvana on harvinaistunut 10 %:n tasolle koko väestössä. Kaikissa ikäryhmissä miehistä hieman suurempi osuus kuin naisista käytti voita. Sukupolvien välinen ero oli huomattava: voin käyttäminen yleistyi iän mukana, ja nousi kolmanneksen 85 vuotta täyttäneiden miesten keskuudessa. Naisilla voin käyttö yleistyi selvemmin vasta 75. ikävuoden jälkeen.

Taulukko 4.2. Voita leipärasvana käyttävien osuus (%).

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Miehet	6,8	9,2	10,4	18,4	23,7	34,4	8,4	22,0	11,4
Naiset	3,1	5,8	9,1	11,3	16,5	28,4	5,3	14,5	7,4
p ²							<0,001	<0,001	<0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

Kypsentämättömien vihannesten käyttö

Kypsentämättömiä vihanneksia päivittäin käyttävien osuus naisista (63 %) oli suurempi kuin miehistä (51 %) (taulukko 4.3). Etelä-Eurooppaan verrattuna kypsentämättömien vihannesten käyttö on Suomessa vielä melko harvinaista, vaikka se onkin viime vuosikymmenien aikana tasaisesti yleistynyt. Tulosten jakautumisesta sukupuolen ja ikäryhmän mukaan näkyy, että kypsentämättömien vihannesten käyttö on Suomessa suhteellisen myöhään omaksuttu totuus – se on yleisempi työ- kuin eläkeikäisillä ja yleisempi naisilla kuin miehillä.

Taulukko 4.3. Kypsentämättömiä vihanneksia tai juureksia päivittäin syövien osuus (%).

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Miehet	47,1	52,8	58,0	48,4	51,4	49,0	51,3	49,0	50,9
Naiset	62,9	67,6	67,0	59,1	55,1	52,2	65,3	57,1	63,2
p ²							<0,001	0,002	<0,001*

¹ ikävakioitu

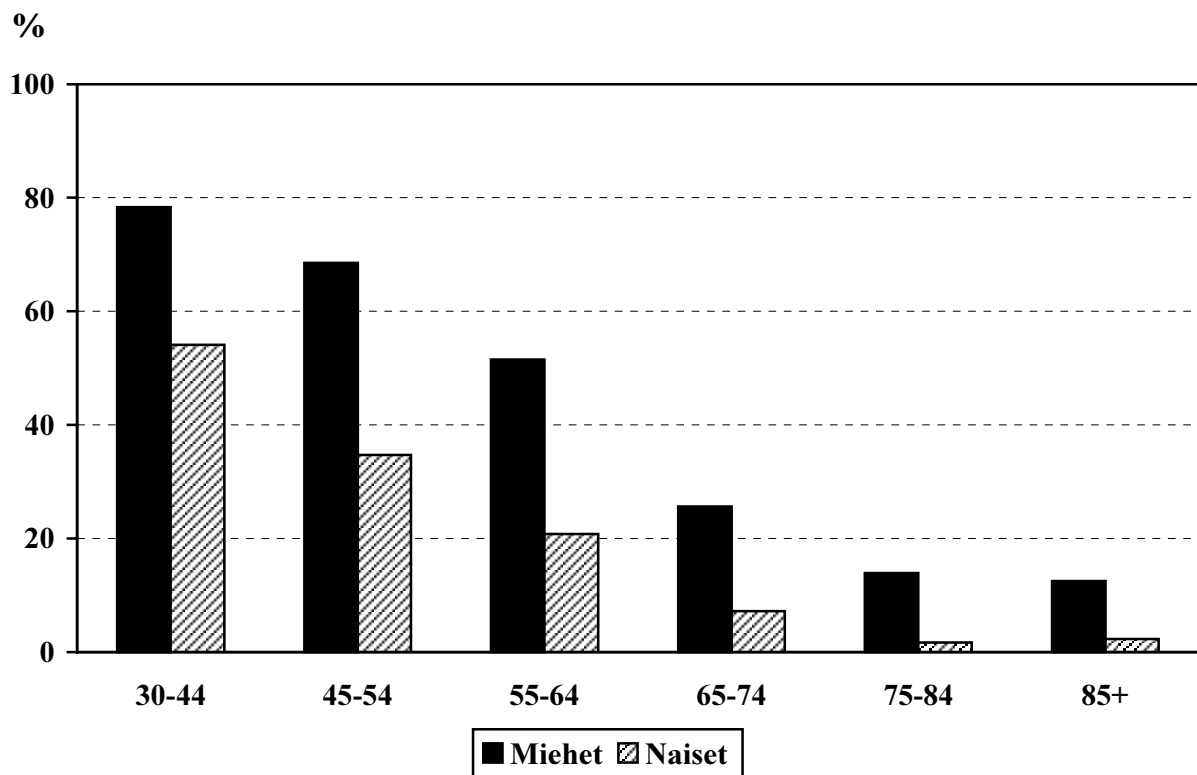
² sukupuolten välinen ero

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-sukupuolilyhdysvaikutus

Krapulakokemukset

Vaikka myös naisten alkoholinkäyttö on viime vuosikymmenen aikana Suomessa voimakkaasti lisääntynyt, osoittavat krapulan esiintymistä koskevat tulokset selvästi sen, että humalankäyttö on miehillä (krapulakokemus 63 %:lla) paljon yleisempää kuin naisilla (krapulakokemus 36 %:lla) (kuvio 4.2 ja taulukko 4.4). Kummallakin sukupuolella krapulat harvinaistuvat iän mukana, naisilla tuntuvasti nopeammin kuin miehillä. Suomalaisten alkoholinkäyttö on nykyään määrältään eurooppalaista keskitasoa. Sen erityispiirre on kuitenkin suuri kertakulutus, varsin runsas krapuloiden esiintyminen (Simpura & Karlsson 2001) sekä näihin piirteisiin liittyvät sosiaaliset ja terveysongelmat.

Kuvio 4.2. Viimeksi kuluneen vuoden aikana krapulan kokeneiden osuus.



Taulukko 4.4. Viimeksi kuluneen vuoden aikana krapulan kokeneiden osuus (%).

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Miehet	78,3	68,5	51,5	25,6	13,9	12,5	69,8	22,0	62,7
Naiset	54,1	34,7	20,8	7,2	1,7	2,3	41,1	5,6	35,8
p ²							<0,001	<0,001	<0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

Terveysliikunta

Terveysliikunta oli yleisintä nuorimmassa eläkeikäisten 10-vuotisryhmässä (taulukko 4.5). Miesten ja naisten terveysliikunnan yleisyyden erot olivat varsin pienet ja epäyhtenäiset ikäryhmittäin tarkasteltuina. Alle 55-vuotiaat naiset harrastivat liikuntaa miehiä innokkaammin, mutta eläkeikää lähestyttäessä miehet lisäsivät liikunta-aktiivisuuttaan.

Taulukko 4.5. Riittävästi terveysliikuntaa¹ harrastavien osuus %.

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ²	65+ ²	30+ ²
Miehet	18,7	19,9	34,3	42,6	37,0	24,4	22,4	38,9	25,9
Naiset	22,5	27,2	30,0	37,6	26,7	14,9	25,7	32,4	26,8
p ³							0,005	0,015	0,455*

¹ Vähintään 4:sti viikossa ainakin ½ tuntia vähintään lievään hengästymiseen ja hikoiluun johtavaa liikuntaa

² ikävakioitu

³ sukupuolten välinen ero

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-sukupuolilyhdysvaikutus

Suomessa niin miesten kuin naisten terveysliikunta on eurooppalaisittain yleistä. Myös ruotsalaiset liikkuvat kansainvälisesti katsoen runsaasti. Amerikkalaisiin tuloksiin verrattuna huomio kiinnittyy siihen, että meillä terveysliikunta säilyy ikäännyttäessä yleisenä ja jopa lisääntyy – toki aivan vanhimpia ikäryhmiä lukuun ottamatta. Koska kyseessä ovat ihmisten omat arviot, saattavat tässä ilmoitettu liikunnan määrä ja tosiasiallinen liikunta ja sen energiankulutus kuitenkin riippua iästä ja sukupuolesta eri tavoin.

Tarkastelu

Terveys 2000 -hankkeen tutkitut edustavat poikkeuksellisen hyvin suomalaista väestöä ainutlaatuisen suuren osallistumisen ansiosta. Tulokset ovat luotettavia myös siksi, että ne on hankittu käytössä hyväksi osoittautuneilla väestötutkimusten kysely- ja haastattelumenetelmillä. Tulokset vastaavat myös varsin hyvin muista tutkimuksista (Helakorpi ym. 2000; Sulander ym. 2000) saatuja tietoja. Koska kattavuus on tavallista paljon parempi, on syytä olettaa tulosten olevan tavallista luotettavampia.

Kaikki viisi tässä tarkasteltua elintapojen osoitinta perustuvat vastaajan omaan arvioon. Kyselyä ja haastattelua intensiivisempää tiedonkeruuta ei voida toteuttaa näin laajoissa väestötutkimuksissa. Lisäksi ne ovat kysytyjen asioiden luonteen takia päiväkirjan ohella ainoita mahdollisia tapoja hankkia tietoja elintavoista. On silti tarpeen todeta, että vastaajien omiin ilmoituksiin liittyy ainakin kaksi tärkeää virhemahdollisuutta. Ensinnäkin vastaaminen vaatii

arviota mm. usein toistuvista automatisoituneista toiminnoista (kuten tupakanpoltto), ja näiden arvioiden osuvuus voi olla huono. Myös itse raportointi saattaa vinoutua, sillä moniin elintapoihin (etenkin krapuloihin) liittyy varsin ankarastikin sanktioituja normeja, jotka saattavat houkutella vastaamaan yleisesti toivotulla tavalla eli johtaa ali- tai yliarvioihin. Tämänkaltaiset paineet saattavat olla naisilla ja iäkkäillä suurempia kuin nuorehkoilla miehillä. Aikaisempien tutkimusten mukaan suomalaisten suulliset tupakointi-ilmoitukset ovat varsin luotettavia biokemiallisiin määrittämiin verrattuina. Sosiaalisen suotavuuden tavoittelu voi kuitenkin saada tässäkin tutkimuksessa jotkut päivittäistupakoijat tulkitsemaan itsensä esimerkiksi satunnaistupakoijiksi. Sosiaalinen suotavuus voi myös johtaa siihen, että vastaajat ilmoittavat käyttävänsä vihanneksia ja harrastavansa terveystuotetta todellista enemmän. Luotettavuuden kannalta ongelmallisimpia lienevät kuitenkin krapulailmoitukset. Ensinnäkin niitä tarkastellaan pisimpänä mahdollisena luotettavaksi arvioitavana ajanjaksona ja niistä raportoimista voidaan pitää terveystutkimuksen yhteydessä sosiaalisesti epäsuotavimpana. Kokonaisuutena ottaen Terveys 2000 -tutkimuksen elintapojen mittauksia voidaan pitää luotettavimpina käytännössä mahdollisista.

5 VAARATEKIJÄT

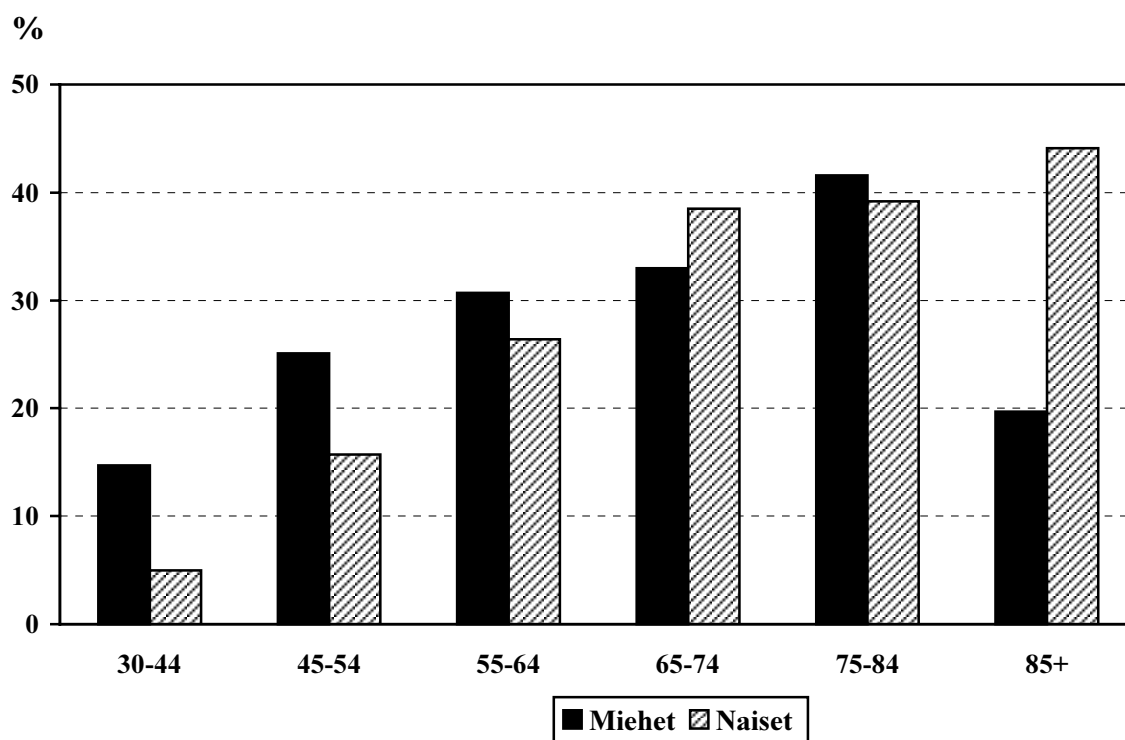
Antti Reunanen, Anna Kattainen, Paul Knekt, Jukka Marniemi, Jouko Sundvall ja verenkiertoelinsairauksien työryhmä

Verenkiertoelinsairauksien työryhmä: Antti Reunanen (pj.), Anna Kattainen (siht.) Matti Jauhiainen, Antti Jula, Risto Kaaja, Antero Kesäniemi, Katriina Kukkonen-Harjula, Mika Kähönen, Markku Laakso, Riitta Luoto, Silja Majahalme, Leena Mykkänen, Markku S. Nieminen, Janne Rapola, Veikko Salomaa, Marja-Riitta Taskinen, Jaakko Tuomilehto, Marjut Varpula ja Erkki Vartiainen

Korkea verenpaine

Verenpaine mitattiin 5 minuutin levon jälkeen Mercurio 300-merkkisellä elohopeamanometrillä oikeasta olkavarresta tutkitun istuessa. Mansetin koko oli 15 x 43 cm. Tarvittaessa käytettiin isompaa mansettia. Diastolisen paineen osoittimena pidettiin Korotkoffin äänen viidettä vaihetta. Neljäsosalla miehistä ja lähes viidesosalla naisista systolinen paine oli yli 160 mmHg tai diastolinen yli 95 mmHg. Työkäisillä miehillä korkea verenpaine oli yleisempää kuin naisilla. Eläkeikäisillä tilanne vaikutti päinvastaiselta, mutta sukupuolten välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä (kuvio 5.1 ja taulukot 5.1 ja 5.2).

Kuvio 5.1. Kohonneen verenpaineen (systolinen verenpaine 160 mmHg tai yli tai diastolinen verenpaine 95 mmHg tai yli) esiintyvyys (%).



Taulukko 5.1. Kohonneen verenpaineen (systolinen verenpaine 160 mmHg tai yli tai diastolinen verenpaine 95 mmHg tai yli) esiintyvyys (%).

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30+ ¹
Miehet	14,7	25,1	30,7	33,0	41,6	19,7	25,0
Naiset	5,0	15,7	26,4	38,5	39,2	44,1	18,7

¹ ikävakioitu

Taulukko 5.2. Eräiden vaaratekijöiden ikävakioitu esiintyvyys (%).

	30-64			65+			30+		
	Miehet	Naiset	p ¹	Miehet	Naiset	p ¹	Miehet	Naiset	p ¹
Kohonnut verenpaine ²	21,8	13,3	<0,001*	34,8	39,1	0,102	25,0	18,7	<0,001*
Lihavuus ³	20,7	21,6	0,473*	21,2	31,3	<0,001	21,2	23,5	0,039*
Suuri vyötärön- ympärys ⁴	31,9	41,7	<0,001	40,0	66,1	<0,001	34,1	46,7	0,001*
Suuri vyötärö- lantiosuhde ⁵	30,6	47,3	<0,001	34,2	67,7	<0,001	31,8	51,6	<0,001*
Lievästi kohonnut kolesteroli ⁶	51,4	51,4	0,964	51,4	49,1	0,379	51,3	50,9	0,807
Kohonnut kolesteroli ⁷	31,6	26,1	<0,001*	24,8	39,4	<0,001	31,0	28,9	0,106*
Kohonnut LDL ⁸	85,1	79,9	<0,001*	81,6	86,7	0,014	84,9	81,2	<0,001*
Matala HDL ⁹	27,1	9,0	<0,001	36,7	18,3	<0,001	29,2	11,3	<0,001*
Kohonnut triglyseridipitoisuus ¹⁰	31,1	13,5	<0,001*	28,7	29,3	0,840*	31,1	17,3	<0,001*
Kohonnut gammaglutamyli- transferaasi ¹¹	13,2	2,9	<0,001*	9,2	5,0	<0,001*	12,5	3,4	<0,001*

¹ sukupuolten välinen ero

² systolinen verenpaine 160 mmHg tai yli tai diastolinen verenpaine 95 mmHg tai yli (mahdollista verenpainelääkitystä ei ole otettu huomioon)

³ BMI 30 kg/m² tai yli

⁴ vyötärön ympärys 102 cm tai yli miehillä, 88 cm tai yli naisilla

⁵ vyötärö/lantiosuhde >1 miehillä ja >0,85 naisilla

⁶ kokonaiskolesteroli 5 mmol/l tai yli, mutta alle 6,5 mmol/l

⁷ kokonaiskolesteroli 6,5 mmol/l tai yli

⁸ LDL-kolesteroli 3,0 mmol/l tai yli

⁹ HDL-kolesteroli <1,0 mmol/l

¹⁰ triglyseridipitoisuus 2,0 mmol/l tai yli

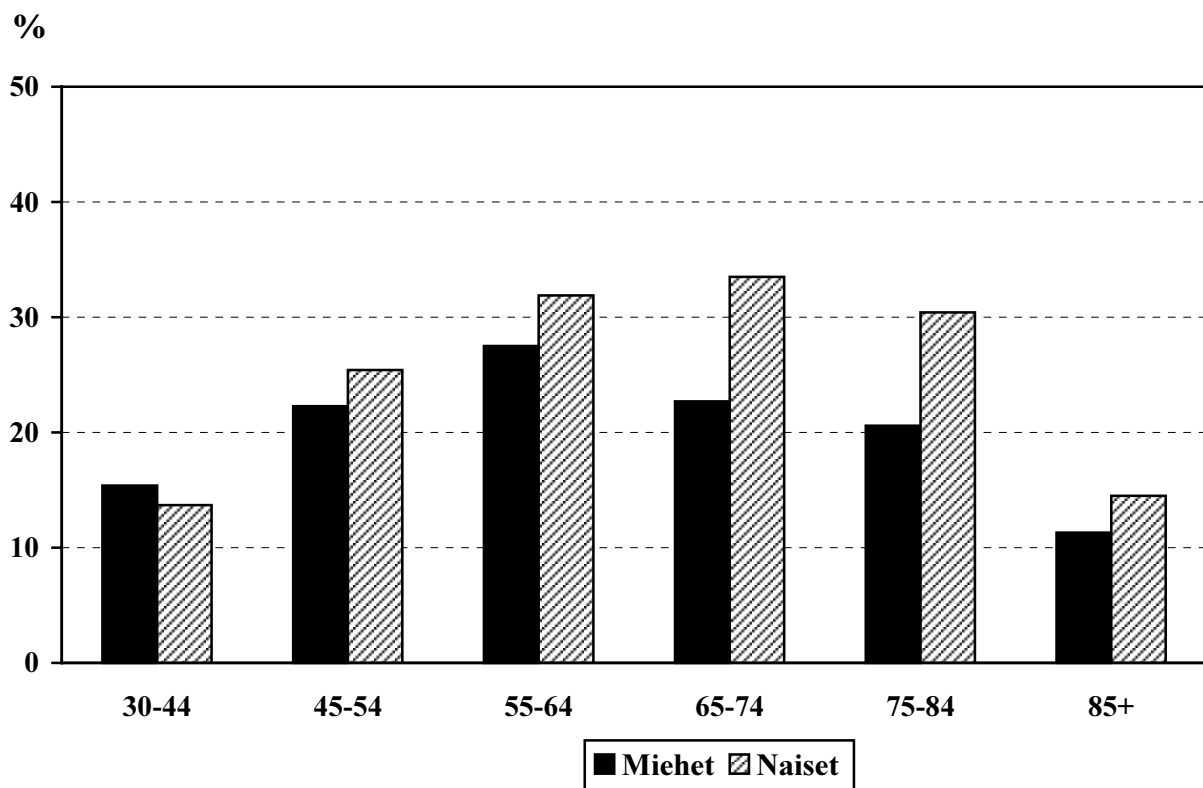
¹¹ gammaglutamyli transferaasi 80 U/l tai yli

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-sukupuolilyhdysvaikutus

Lihavuus

Paino mitattiin bioimpedanssitutkimuksen (Biospace, Inbody 3.0) osana. Laitteeseen annettiin esitietona mitattu pituus, ja laite laski automaattisesti painoindeksiin (kg/m^2). Kotiterveys-tarkastetuilta painoindeksi laskettiin mitatun pituuden ja jousivaa'alla punnitun painon perusteella. Lihaviksi katsottiin ne, joilla painoindeksi oli 30 tai enemmän. Työkäisistä miehistä ja naisista noin viidesosa oli lihavia. Eläkeikäisillä naisilla lihavuus oli miehiä yleisempää. Heistä lähes kolmasosa ylitti tämän painoindeksirajan, kun miehistä rajan ylitti noin viidesosa (kuvio 5.2 ja taulukot 5.2 ja 5.3).

Kuvio 5.2. Lihavuuden (BMI $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ tai yli) esiintyvyys (%).



Taulukko 5.3. Lihavuuden (BMI $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ tai yli) esiintyvyys (%).

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30+ ¹
Miehet	15,4	23,3	27,5	22,7	20,6	11,3	21,2
Naiset	13,7	25,4	31,9	33,5	30,4	14,5	23,5

¹ ikävakioitu

Vartalon ympärysmittat

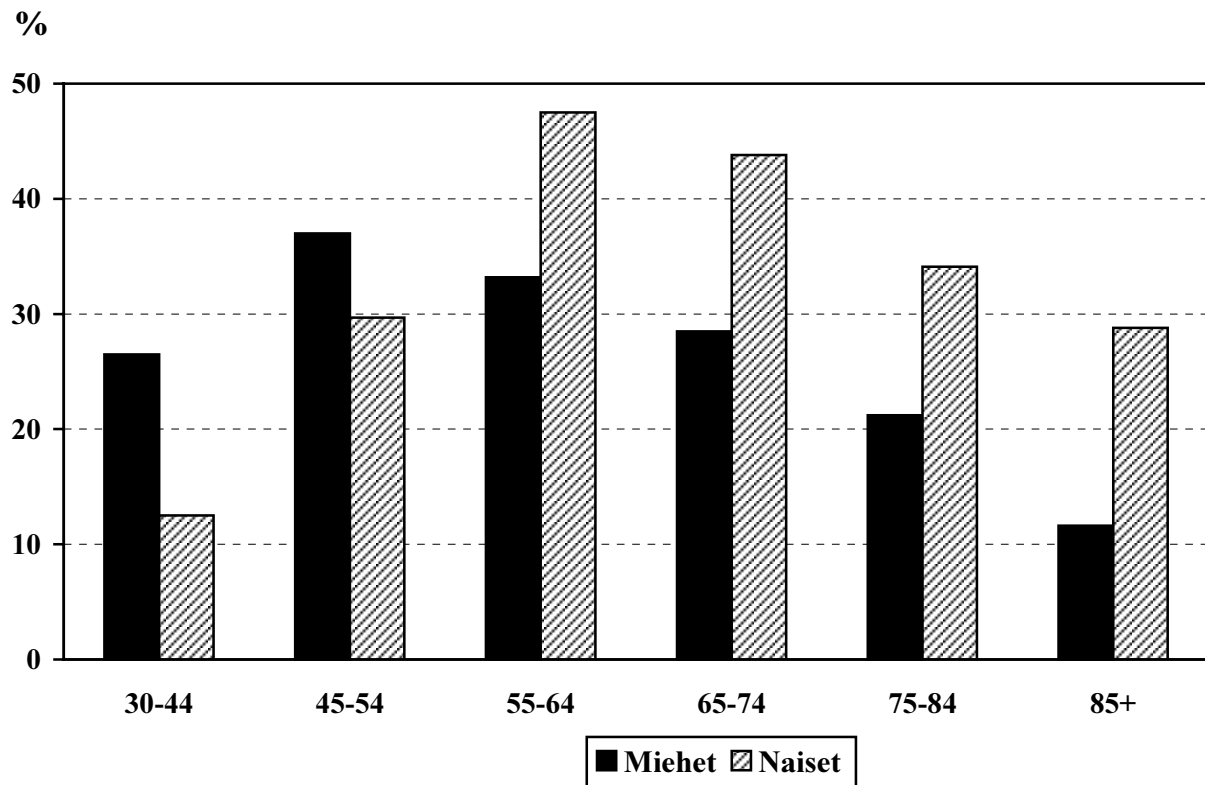
Vyötärön ympärysmitta mitattiin paljaalta vyötäröltä kevyen uloshengityksen lopussa tutkittavan seistessä. Mittaus tehtiin suoliluuharjanteen ja alimman kylkiluun puolivälistä. Lantion ympärysmitta mitattiin lantion leveimmästä kohdasta. WHO:n mukaan miehillä vyötärön ympärysmitta 102 cm tai enemmän ja naisilla 88 cm tai enemmän merkitsee huomattavasti lisääntyntä riskiä lihavuuden aiheuttamiin metabolisiin komplikaatioihin. Miehillä yli 1,0 ja naisilla yli 0,85 vyötärö/lantiosuhteen katsotaan merkitsevän liiallista rasvan kertymistä vatsan alueelle (WHO 1998). Sekä työ- että eläkeikäisillä suuri vyötärön ympärysmitta ja suuri vyötärö/lantiosuhde oli yleisempi naisilla kuin miehillä. Noin kolmasosalla työikäisistä miehistä ja 40 %:lla eläkeikäisistä miehistä oli suuri vyötärön ympärysmitta. Naisilla vastaavasti yli 40 %:lla työikäisistä ja kahdella kolmasosalla eläkeikäisistä raja-arvo ylittyi. Suuri vyötärö/lantiosuhde oli kolmasosalla sekä työ- että eläkeikäisistä miehistä ja lähes puolella työikäisistä sekä kahdella kolmasosalla eläkeikäisistä naisista (taulukko 5.2).

Seerumin lipidit

Seerumin kokonaiskolesteroli ja triglyseridit määritettiin kaupallisilla entsyymaattisilla menetelmillä (Olympus system reagent, Saksa). LDL- ja HDL-kolesterolimenetelminä käytettiin suoria entsyymaattisia menetelmiä (Roche Diagnostics, Mannheim, Saksa). Analyysit tehtiin Olympus AU400 (Saksa) kliinisen kemian automaattianalysointilaitteella. Suositusten mukainen kokonaiskolesteroliarvo (<5,0 mmol/l) oli työssä suuremmalla osalla naisista kuin miehistä, mutta eläkeiässä tilanne oli päinvastainen. Noin puolella sekä työ- että eläkeikäisistä miehistä ja naisista seerumin kolesterolipitoisuus oli lievästi kohonnut (5,0–6,4 mmol/l). Selvästi kohonnut kokonaiskolesteroli (6,5 mmol/l tai enemmän) oli kolmasosalla työikäisistä ja neljäsosalla eläkeikäisistä miehistä. Naisilla vastaavasti neljäsosalla työikäisistä ja noin 40 %:lla eläkeikäisistä oli selvästi kohonnut kokonaiskolesteroliarvo. Alle 55-vuotiailla korkea kolesteroli oli miehistä suuremmalla osalla kuin naisista, mutta tätä vanhemmilla naisilla kohonneet arvot olivat yleisempiä kuin miehillä (kuviot 5.3 ja taulukot 5.2 ja 5.4).

LDL-kolesteroli 3 mmol/l tai yli oli 85 %:lla miehistä ja 81 %:lla naisista. Myös LDL-kolesterolin suhteen tilanne oli työssä miehillä naisia huonompi, mutta eläkeiässä korkea LDL-kolesteroli oli naisilla yleisempi kuin miehillä. Matala HDL-kolesteroli oli sen sijaan sekä työ- että eläkeiässä yleisempi miehillä kuin naisilla. Kohonnut triglyseridipitoisuus oli työssä miehillä yleisempi kuin naisilla, mutta eläkeiässä sukupuolten välinen ero tasoittui (taulukko 5.2).

Kuvio 5.3. Kohonneen kokonaiskolesteroliarvon (6,5 mmol/l tai yli) esiintyvyys (%).



Taulukko 5.4. Kohonneen kokonaiskolesteroliarvon (6,5 mmol/l tai yli) esiintyvyys (%).

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30+ ¹
Miehet	26,5	37,0	33,2	28,5	21,2	11,6	31,0
Naiset	12,5	29,7	47,5	43,8	34,1	28,8	28,9

¹ ikävakioitu

Kohonnut gammaglutamyylitransferaasi

Gammaglutamyylitransferaasi määritettiin seeruminäytteestä Kone Optima kliinisen kemian analysaattorilla (Suomi) käyttäen eurooppalaisen suosituksen (ECCLS) mukaista kineettistä menetelmää (Labsystems Oy, Espoo, Suomi). 13 %:lla työikäisistä miehistä ja 3 %:lla naisista gammaglutamyylitransferaasiarvo oli 80 U/l tai korkeampi. Eläkeikäisillä vastaavat osuudet olivat miehillä 9 % ja naisilla 5 % (taulukko 5.2).

Tarkastelu

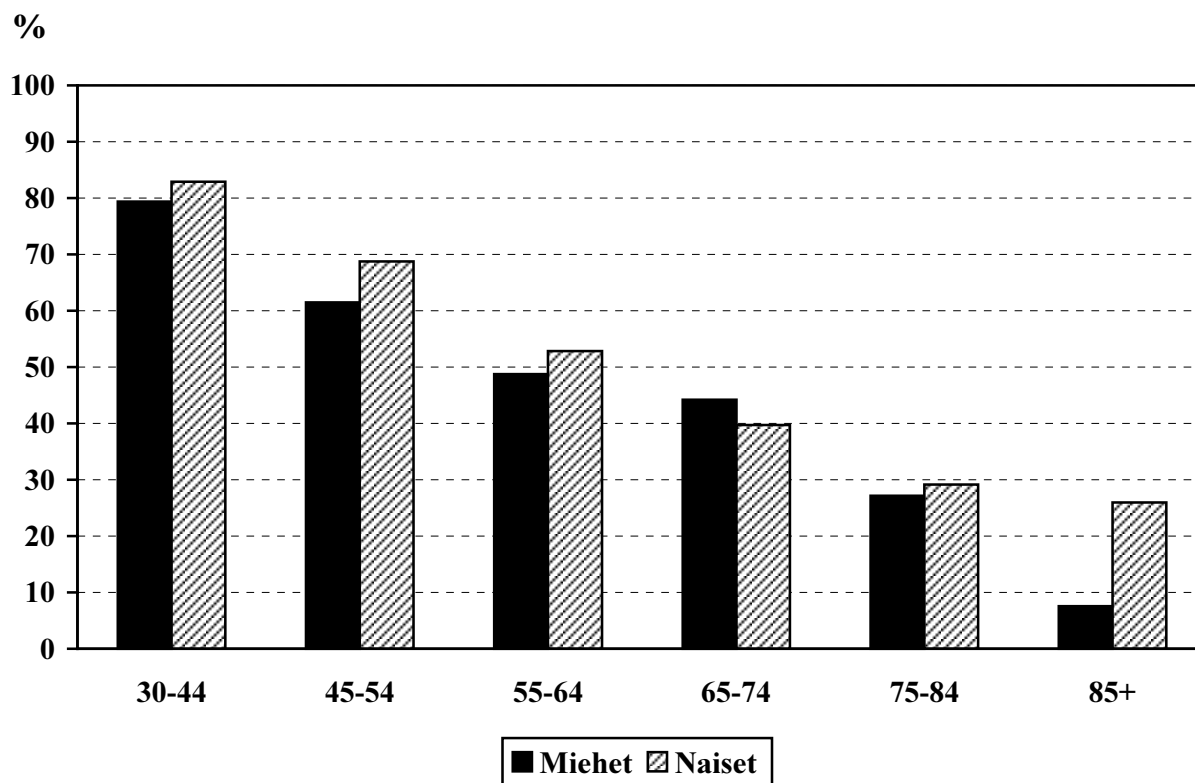
Terveys 2000 -tutkimuksesta saatuja vaaratekijöiden yleisyyttä koskevia lukuja voidaan tietyn edellytyksin verrata keski-ikäisille vuonna 1997 tehtyyn FINRISKI-97-tutkimukseen (Vartiainen ym. 1998b). Kohonnut verenpaine näytti olevan FINRISKI-tutkimuksessa hieman yleisempi kuin tässä tutkimuksessa. Lihavuus puolestaan oli Terveys 2000 -tutkimuksessa hieman yleisempi kuin FINRISKI-tutkimuksessa. Kohonnut kolesterolipitoisuus oli tässä tutkimuksessa selvästi yleisempi kuin FINRISKI-tutkimuksessa. Kolesterolitasojen eroista ainakin osa johtuu määrittymenetelmien eroista, mutta osa voi johtua myös tutkimusaineistojen rakenteen ja osallistumisalttiuden eroista. Jatkoselvitykset tuovat lisätietoja erojen syistä.

6 KOETTU TERVEYS JA PITKÄAIKAISSAIRASTAVUUS

Seppo Koskinen ja Arpo Aromaa

Terveyshaastattelussa pyydettiin tutkittavia arvioimaan omaa terveyttään viisiluokkaisen asteikon mukaan (hyvä, melko hyvä, keskitasoinen, melko huono, huono). Koettu terveys heikkeni johdonmukaisesti iän mukana (taulukko 6.1). 30–44-vuotiaista yli 80 % luokitteli oman terveytensä hyväksi tai melko hyväksi, ja eläkeiän kynnyksellä olevistakin vielä noin puolet piti terveyttään vähintään melko hyvänä, mutta 75 vuotta täyttäneistä enää neljännes arvioi terveytensä hyväksi tai melko hyväksi. Työikäisistä naisista hieman suurempi osa kuin miehistä arvioi terveytensä ainakin melko hyväksi.

Kuvio 6.1. Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus (%).



Taulukko 6.1. Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus (%).

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Miehet	79,4	61,5	48,7	44,2	27,1	7,5	66,7	35,6	59,5
Naiset	82,9	68,7	52,8	39,7	29,1	25,9	71,5	35,4	63,3
p ²							<0,001	0,912	<0,001

¹ ikävakioitu² sukupuolten välinen ero

Vastaavasti terveytensä kokeminen huonoksi tai melko huonoksi yleistyi jyrkästi iän karttuesa. Terveytensä arvioi huonoksi tai melko huonoksi 30–44-vuotiaista noin 3 %, 55–64-vuotiaistakin vain 15 %, mutta 85 vuotta täyttäneistä jo 45 %. Etenkin työikäisessä väestössä naiset kokivat terveytensä huonoksi tai melko huonoksi harvemmin kuin miehet.

Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan etenkin työikäisten koettu terveys oli hieman parempi verrattuna täsmälleen samaa kysymystä käyttäneiden vuosina 1999 ja 2000 toteutettujen Kansanterveyslaitoksen terveystyöikäisyyden kyselyjen (Helakorpi ym. 2000; Sulander ym. 2000) sekä 1990-luvun puolivälissä tehdyn Kelan ja Stakesin terveydenhuollon väestötutkimuksen (Arinen ym. 1998) tuloksiin. Myös Tilastokeskuksen vuonna 1994 toteuttamassa Elinolotutkimuksessa (Huuhka ym. 1996), jossa käytettiin hieman eri tavoin muotoiltua kysymystä, sekä naisten että miesten koettu terveys oli jonkin verran heikompi kuin Terveys 2000-aineistossa.

Niiden henkilöiden osuus, jotka sairastavat ainakin yhtä pitkäaikaissairautta, kasvaa aikuisväestössä jyrkästi nuoremmista vanhempiin ikäryhmiin. 30–44-vuotiaista noin kolmannes ilmoitti sairastavansa jotain pitkäaikaista sairautta, mutta eläkeikäisistä peräti 80–90 % oli pitkäaikaissairaita. Kaikissa ikäryhmissä pitkäaikaissairaiden osuus väestöstä oli suunnilleen yhtä suuri naisten ja miesten keskuudessa (taulukko 6.2). 1990-luvun puolivälissä koottujen Elinolotutkimuksen (Huuhka ym. 1996) ja Terveystutkimuksen väestötutkimuksen (Arinen ym. 1998) aineistojen mukaan pitkäaikaissairastavuus oli etenkin työikäisten keskuudessa hieman yleisempää kuin Terveys 2000 -aineistossa.

Taulukko 6.2. Ainakin yhden pitkäaikaissairauden ilmoittaneiden osuus (%).

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Miehet	29,7	45,1	66,0	76,9	86,1	92,5	42,7	81,5	51,5
Naiset	33,4	46,6	66,2	77,0	86,8	87,8	45,0	81,0	53,2
p ²							0,089	0,794	0,121

¹ ikävakioitu² sukupuolten välinen ero

7 SAIRAUDET JA OIREET

7.1 Verenkiertoelinten sairaudet ja diabetes

Antti Reunanen, Anna Kattainen ja verenkiertoelinsairauksien työryhmä

Verenkiertoelinsairauksien työryhmä: Antti Reunanen (pj.), Anna Kattainen (siht.), Matti Jauhiainen, Antti Jula, Risto Kaaja, Antero Kesäniemi, Katriina Kukkonen-Harjula, Mika Kähönen, Markku Laakso, Riitta Luoto, Silja Majahalme, Leena Mykkänen, Markku S Nieminen, Janne Rapola, Veikko Salomaa, Marja-Riitta Taskinen, Jaakko Tuomilehto, Marjut Varpula ja Erkki Vartiainen

Tiedot sairauksista perustuvat Tilastokeskuksen haastattelijan tekemään haastattelukysymykseen: ”onko lääkäri joskus todennut teillä jonkun seuraavista sairauksista?” sekä kenttälääkärin tekemiin klinisiin diagnooseihin. Kenttälääkärit perehdytettiin koulutusjakson aikana työhönsä ja he toimivat kirjallisten ohjeiden mukaan. Diagnostiset kriteerit perustuivat nykyiseen kliniseen käytäntöön. Haastattelutieto on olemassa sekä varsinaiseen terveystarkastukseen että kotona tehtyyn kotiterveystarkastukseen osallistuneilta. Lääkärin kliiniset diagnoosit ovat ainoastaan tutkituista, jotka osallistuivat varsinaiseen terveystarkastukseen. Sairastavuutta tarkastellaan etupäässä haastattelutietojen perusteella, koska ne ovat olemassa laajimmasta tutkittujen ryhmästä.

Sepelvaltimotauti

Kysymykseen ’Onko lääkäri joskus todennut teillä sydänveritulpan eli sydäninfarktin?’ vastasi myöntävästi 3 % työikäisistä miehistä ja 0,5 % työikäisistä naisista. 65 vuotta täyttäneistä miehistä sydäninfarktin oli sairastanut 19 % ja naisista 8 %. Angina pectorista sairasti haastattelun perusteella 23 % eläkeikäisistä miehistä ja 19 % naisista. Eläkeikäisistä lähes kolmasosa miehistä ja yli viidesosa naisista ilmoitti joko sairastaneensa sydäninfarktin tai sairastavansa angina pectorista (taulukko 7.1.1). Lääkärin kliinisen tutkimuksen perusteella sydäninfarktin yleisyys oli hieman pienempi kuin tutkittavien oman ilmoituksen mukaan. Sen sijaan angina pectoris oli eläkeikäisillä hieman yleisempi lääkärintutkimuksen kuin henkilön oman arvion mukaan (taulukko 7.1.2).

Henkilöiltä, jotka olivat haastattelussa ilmoittaneet lääkärin joskus todenneen heillä sydäninfarktin tai sepelvaltimotaudin, tiedusteltiin, onko heille tehty sepelvaltimoiden ohitusleikkaus tai pallolaajennus. Jompikumpi toimenpide oli tehty lähes kolmasosalle näistä miehistä, mutta vain noin 11 %:lle naisista. Toimenpiteitä oli tehty eniten 45–74-vuotiaille miehille (noin 40 %:lle) ja 45–54-vuotiaille naisille (48 %:lle). Miesten ja naisten välinen ero toimenpiteiden yleisyydessä korostui vanhemmissa ikäluokissa (kuvio 7.1.3 ja taulukko 7.1.3).

Taulukko 7.1.1. Eräiden itse ilmoitettujen sairauksien ikävakioitu esiintyvyys (%).

	30-64			65+			30+		
	Miehet	Naiset	p ¹	Miehet	Naiset	p ¹	Miehet	Naiset	p ¹
Sydäninfarkti	2,8	0,5	<0,001	19,2	8,3	<0,001	6,8	2,3	<0,001
Angina pectoris	3,1	1,3	<0,001 *	22,9	18,8	0,053	8,0	5,1	0,001
Sydäninfarkti tai angina pectoris	4,4	1,6	<0,001	31,2	22,0	<0,001	10,8	6,1	<0,001
Verenpainetauti	27,7	24,3	0,008	41,0	48,9	<0,001	31,5	29,7	0,094
Sydämen vajaatoiminta	1,4	1,1	0,386	14,1	15,5	0,413	4,4	4,4	0,992
Aivohalvaus	1,5	0,8	0,005	9,6	6,7	0,019	3,4	2,1	<0,001
Diabetes	4,4	3,0	0,022	12,1	12,6	0,740	6,3	5,2	0,072

¹ sukupuolten välinen ero

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-sukupuolilyhdysvaikutus

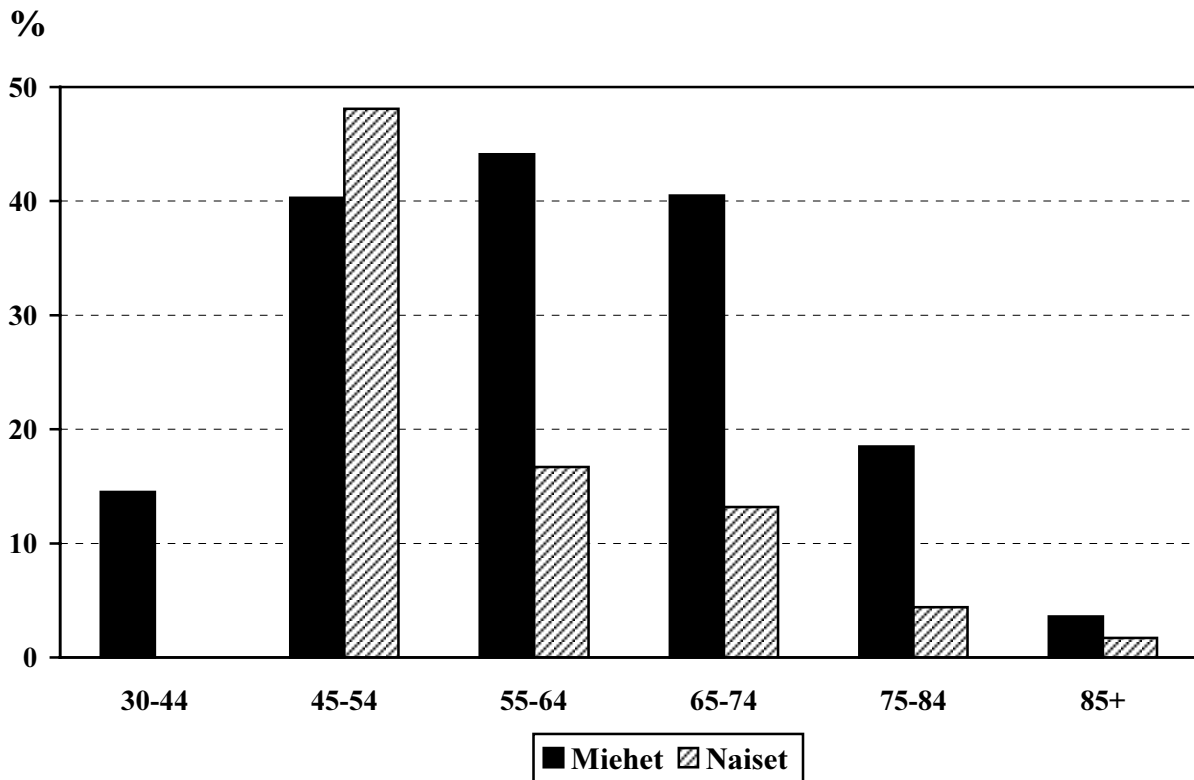
Taulukko 7.1.2. Eräiden kroonisten sairauksien ikävakioitu esiintyvyys (%) lääkärin kliinisen arvion perusteella.

	30-64			65+			30+		
	Miehet	Naiset	p ¹	Miehet	Naiset	p ¹	Miehet	Naiset	p ¹
Sydäninfarkti	2,2	0,3	<0,001	15,4	6,8	<0,001	5,0	1,7	<0,001
Angina pectoris	3,1	1,1	<0,001 *	27,9	20,3	0,001	8,3	5,0	<0,001
Sydäninfarkti tai angina pectoris	3,8	1,3	<0,001 *	30,1	21,3	<0,001	9,4	5,4	<0,001
Sydämen vajaatoiminta	0,5	0,2	0,162	4,8	8,7	0,007	1,4	2,0	0,096 *
Aivohalvaus	1,2	0,6	0,035	6,4	4,1	0,054	2,3	1,3	0,002
Tyyppin 1 diabetes	0,7	0,4	0,068	0,8	0,2	0,217 *	0,7	0,3	0,027
Tyyppin 2 diabetes	3,0	1,5	0,002	9,4	8,9	0,805	4,4	3,0	0,008

¹ sukupuolten välinen ero

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-sukupuolilyhdysvaikutus

Kuvio 7.1.1. Sepelvaltimoiden ohitusleikkauksen tai pallolaajennuksen esiintyvyys (%) sepelvaltimotautia sairastavilla (itse ilmoitettu sydäninfarkti tai sepelvaltimotauti).



Taulukko 7.1.3. Sepelvaltimoiden ohitusleikkauksen tai pallolaajennuksen esiintyvyys (%) sepelvaltimotautia sairastavilla (itse ilmoitettu sydäninfarkti tai sepelvaltimotauti).

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30+ ¹
Miehet	14,5	40,3	44,1	40,5	18,5	3,6	31,6
Naiset	0	48,1	16,7	13,2	4,4	1,7	11,4
p ²							<0,001*

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-sukupuoliyhdysvaikutus

Muut verenkiertoelinten sairaudet

Haastattelussa vajaa kolmasosa sekä miehistä että naisista ilmoitti, että lääkäri on joskus todennut heillä kohonneen verenpaineen tai verenpainetaudin. Sydämen vajaatoiminta oli haastattelun mukaan 4 %:lla kaikista miehistä ja naisista. Eläkeikäisistä haastatelluista miehistä 14 % ja naisista 16 % ilmoitti sairastavansa sydämen vajaatoimintaa (taulukko 7.1.1). Lääkäriin kliinisen arvion mukaan vajaatoimintaa sairasti 65 vuotta täyttäneistä tutkituista 5 % miehistä ja 9 % naisista (taulukko 7.1.2). Kliinisessä tutkimuksessa saatu pienempi esiintyvyyysluku

johtuu vajaatoiminnan diagnostisessa määrittelyssä tapahtuneista tarkennuksista, jotka korostavat tätä usein ilmenevää itse ilmoitetun ja lääkärin diagnosoiman sairauden yleisyyden eroa. Aivohalvauksen (aivoverenvuoto, aivoveritulppa) ilmoitti sairastaneensa 10 % eläkeikäisistä miehistä ja 7 % eläkeikäisistä naisista.

Diabetes

Diabetesta ilmoitti sairastavansa 6 % miehistä ja 5 % naisista. Työikäisillä miehillä diabetes oli yleisempi kuin naisilla, mutta 65 vuotta täyttäneillä sukupuolten välillä ei ollut enää merkitsevää eroa (taulukko 7.1.1). Lääkärin kliinisen arvion perusteella 0,7 % miehistä ja 0,3 % naisista sairasti tyypin 1 diabetesta. Tyypin 2 diabetesta sairasti 4 % miehistä ja 3 % naisista. Työikäisistä miehistä 3 % ja naisista 1,5 % sairasti tyypin 2 diabetesta. 65 vuotta täyttäneistä miehistä ja naisista tyypin 2 diabetesta sairasti noin 9 % (taulukko 7.1.2). Niistä miehistä ja naisista, jotka olivat haastattelussa ilmoittaneet sairastavansa diabetesta, noin viidesosa ilmoitti käyttävänsä pelkkää insuliinia, ilman lääkitystä oli vajaa neljäsosa miehistä ja lähes 40 % naisista, ja loput käyttivät joko tablettihoitoa tai yhdistettyä tabletti- ja insuliinihoitoa (taulukko 7.1.4). Hoidon jakautumista ikäryhmittäin tarkasteltaessa on otettava huomioon, että pienten tapausmäärien takia sattuma voi vaikuttaa tuloksiin, vaikka diabetesta sairastavia olikin haastatteluaineistossa kaikkiaan yli 400. Insuliinia käyttävien osuus oli odotetusti suurin nuorimmassa ikäluokassa ja pienentyi melko tasaisesti iän mukana kunnes jälleen kasvoi 65–74-vuotiailla. Insuliinin käytön yleistyminen varttuneemmalla iällä johtunee siitä, että tyypin 2 diabetesta hoidetaan yhä yleisemmin pelkällä iltainsuliinilla.

Taulukko 7.1.4. Diabeteslääkityksen esiintyvyys (%) diabeetikoilla (itse ilmoitettu diabetes).

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30+ ¹
Miehet							
Insuliinia	62,5	32,6	10,6	22,5	8,6	27,2	21,2
Tabletteja tai insuliinia ja tabletteja	20,9	37,1	64,2	48,9	79,3	45,3	56,0
Ei lääkitystä	16,6	30,2	25,2	28,7	12,2	27,5	22,8
Naiset							
Insuliinia	35,6	11,0	14,5	24,2	13,1	10,7	19,2
Tabletteja tai insuliinia ja tabletteja	5,6	33,8	53,2	45,7	64,1	40,7	43,3
Ei lääkitystä	58,8	55,2	32,3	30,2	22,8	48,7	37,5
p ²							0,004

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

Tarkastelu

Lähin vertailukohde tässä tutkimuksessa todetuille verenkiertoelinsairauksien ja diabeteksen esiintyvyyksille alle 65-vuotiailla on vuonna 1997 tehty FINRISKI-97-tutkimus (Vartiainen ym. 1998b). Itse ilmoitettu sydäninfarkti ja erityisesti angina pectoris olivat tässä tutkimuksessa hiukan harvinaisemmat kuin FINRISKI-tutkimuksessa. Myös tiedossa ollut sydämen vajaatoiminta ja aivohalvaus olivat tässä tutkimuksessa jonkin verran harvinaisemmat kuin FINRISKI-tutkimuksessa. Tiedossa ollut verenpainetauti sen sijaan oli tässä tutkimuksessa selvästi yleisempi kuin FINRISKI-tutkimuksessa. Myös tiedossa ollut diabetes oli tässä tutkimuksessa yleisempi kuin FINRISKI-tutkimuksessa. Osa havaituista eroista voi heijastaa todellista esiintyvyyksien muutosta, osa tutkimusmenetelmien ja tutkimusaineistojen eroja.

7.2 Hengityselinten ja ihon sairaudet

Pekka Jousilahti, Markku Heliövaara ja hengityselin- ja ihosairauksien työryhmä

Hengityselin- ja ihosairauksien työryhmä: Pekka Jousilahti (pj.), Tari Haahtela, Markku Heliövaara, Jussi Karjalainen, Kaj Koskela, Henrik Nordman, Timo Palosuo, Juha Pekkanen, Tuula Petäys, Kari Reijula ja Päivikki Susitaival

Hengityselinten ja ihon sairauksista kuvataan tässä kroonisen bronkiitin (keuhkoputkentulehdus) yskösoireen, mitatun keuhkoputkien ahtauman, lääkärin toteaman astman sekä lääkärin toteaman kroonisen käsi-ihottuman esiintyvyyttä.

Terveystarkastuksen yhteydessä tutkittavalle tehtiin haastattelu, jossa esitettiin mm. seuraava kysymys: *Onko Teillä ollut limannousua lähes päivittäin yhteensä ainakin kolmen kuukauden ajan vuodessa?* Mittauspisteessä suoritettiin spirometriatutkimus (laite: paljespirometri Vitalograph 2150), jonka tulosten perusteella arvioidaan keuhkoputkien ahtauman (FEV%<70) esiintyvyyttä. Kenttälääkäri asetti tekemänsä kliinisen tutkimuksen perusteella mahdollisen astmadiagnoosin sekä kroonisen käsi-ihottuman diagnoosin.

Miehistä 12 % ja naisista 11 % ilmoitti, että heillä oli kroonisen bronkiitin yskösoire. Yskösoireen esiintyvyyttä lisäntyi tasaisesti iän myötä ollen 7 % 30–44-vuotiaiden ja 18 % 75–84-vuotiaiden ikäryhmässä (taulukko 7.2.1). Hieman yllättävä havainto on, että yskösoireen esiintyvyyttä oli miehillä ja naisilla suunnilleen sama. Alle 75-vuotiailla miehillä yskösoire oli harvinaistunut verrattuna Mini-Suomi-tutkimukseen (Aromaa ym. 1989). Naisilla yskösoire oli kaikissa ikäryhmissä selvästi yleisempi kuin 20 vuotta sitten. Nämä löydökset selittyvät miesten ja naisten tupakointitottumuksissa tapahtuneilla muutoksilla (Vartiainen ym. 1998a).

Taulukko 7.2.1. Kroonisen bronkiitin yskösoireen esiintyvyyttä (%)

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Miehet	6,2	12,1	14,0	16,6	18,9	21,1	9,9	17,8	11,7
Naiset	7,9	10,3	11,5	14,2	17,0	14,6	9,5	15,1	10,7
p ²							0,589	0,112	0,166*

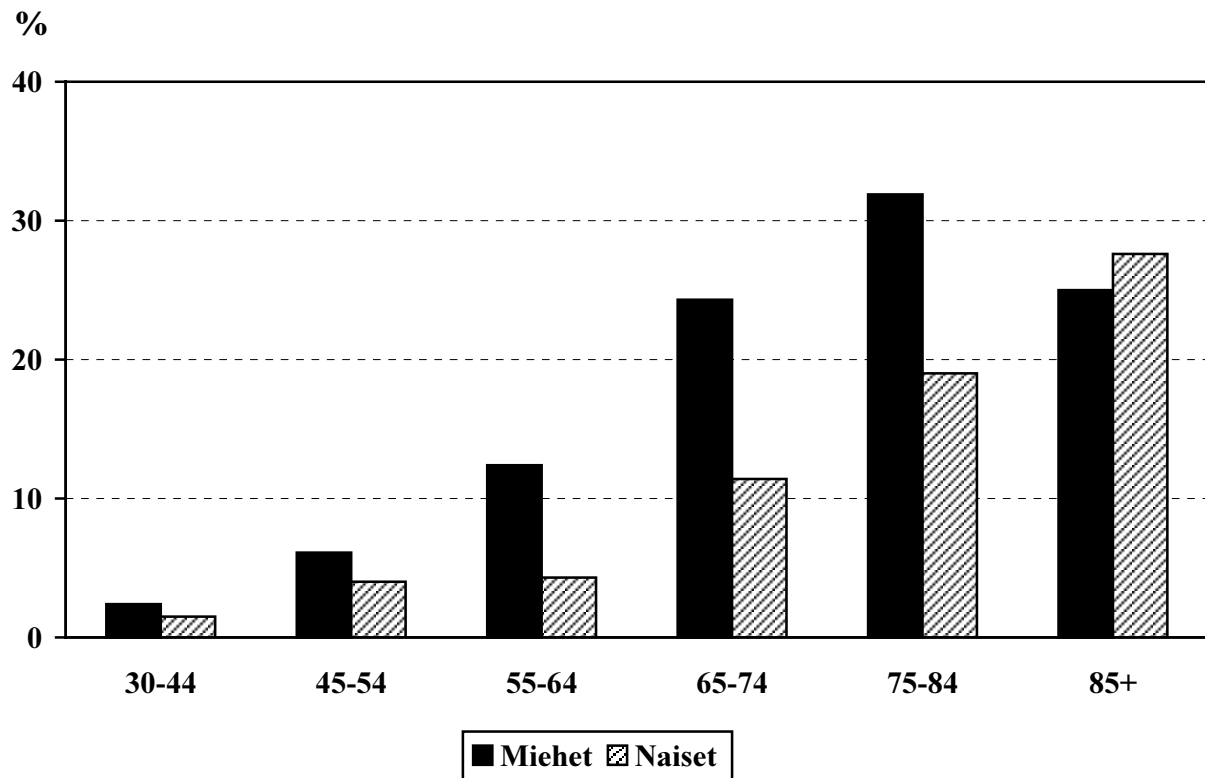
¹ ikävakiointu

² sukupuolten välinen ero

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-sukupuolilyhdysvaikutus

Keuhkoputkien ahtaumaan viittaava spirometrialöydös todettiin 11 %:lla miehistä ja 6 %:lla naisista. Keuhkoputkien ahtauma yleistyi merkittävästi iän mukana. Ahtaumaan viittaava löydös todettiin 30–44-vuotiaista 2 %:lla ja yli 75-vuotiaista peräti neljänneksellä (kuvio 7.2.1 ja taulukko 7.2.2).

Kuvio 7.2.1. Keuhkoputkien ahtauman (FEV%<70) esiintyvyys.



Taulukko 7.2.2. Keuhkoputkien ahtauman (FEV%<70) esiintyvyys (%).

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Miehet	2,4	6,1	12,4	24,3	31,9	25,0	5,9	26,8	10,0
Naiset	1,5	4,0	4,3	11,4	19,0	27,6	2,9	14,4	5,2
p ²							<0,001	<0,001	<0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

Sukupuolten välinen ero keuhkoputkien ahtauman esiintyvyydessä selittyy pääosin miesten naisia paljon yleisemmällä tupakoinnilla (Vartiainen ym. 1998a). Suhteellinen ero sukupuolten välillä oli suurimmillaan 55–74-vuotiailla. Nuorimmassa ikäryhmässä tupakointi ei ole vielä ehtinyt aiheuttaa keuhkoputkien ahtaumaan johtavia vaurioita ja vanhimmassa ikäryhmässä sukupuolten välinen ero on saattanut pienentyä valikoitumisen seurauksena, koska tu-

pakoivista miehistä tupakoimattomiin verrattuna suurempi osa kuolee ennen 75. ikävuotta. Miehillä keuhkoputkien ahtauma oli kaikissa ikäryhmissä harvinaisempi kuin Mini-Suomi-tutkimuksessa (Aromaa ym. 1989). Naisilla oire oli harvinaistunut ainoastaan 55 vuotta täytäneillä.

Astma todettiin 4 %:lla miehistä ja 7 %:lla naisista (taulukko 7.2.3). Erityisesti miehillä astman esiintyvyys lisääntyi iän mukana. Yli 65-vuotiailla astman esiintyvyys oli noin 9 %. Astmaan sairastumisen elinikäisen todennäköisyyden on aiemmin arvioitu olevan Suomessa 5–10 %. Mini-Suomi-tutkimukseen verrattuna astma on yleistynyt selvästi sekä miehillä että naisilla (Aromaa ym. 1989).

Taulukko 7.2.3. Astman esiintyvyys (%) lääkärin kliinisen arvion mukaan.

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Miehet	2,5	3,2	4,9	6,7	9,1	9,1	3,3	7,4	4,1
Naiset	4,9	5,7	7,2	12,2	7,8	8,3	5,7	10,6	6,6
p ²							<0,001	0,039*	<0,001

¹ ikävakioidu

² sukupuolten välinen ero

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-sukupuolilyhdysvaikutus

Krooninen käsi-ihottuma todettiin 1 %:lla miehistä ja 2 %:lla naisista (taulukko 7.2.4). Se harvinaistui iän mukana ja oli naisilla paljon yleisempi kuin miehillä. Ihottumien ja allergioiden yleisyyttä käsitellään tarkemmin myöhemmissä tutkimuksissa.

Taulukko 7.2.4. Kroonisen käsi-ihottuman esiintyvyys (%) lääkärin kliinisen arvion mukaan.

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Miehet	1,6	2,0	1,4	0,6	0,0	0,0	1,7	0,4	1,4
Naiset	3,4	2,5	1,9	1,6	0,8	0,0	2,8	1,3	2,5
p ²							0,016	0,058	0,007

¹ ikävakioidu

² sukupuolten välinen ero

7.3 Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet

Hilkka Riihimäki, Markku Heliövaara ja tuki- ja liikuntaelinsairauksien työryhmä

Tuki- ja liikuntaelinsairauksien työryhmä: Hilkka Riihimäki (pj.), Markku Heliövaara (vpj.), Sami Heistaro, Olli Impivaara, Tuula Jokiniemi, Satu Luoto, Pirjo Manninen, Matti Mäkelä, Simo Taimela, Esa-Pekka Takala ja Eira Viikari-Juntura

Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ovat keskeisiä varhais- ja työkyvyttömyyseläkkeiden sekä lyhytaikaisten sairauspoissaolojen syytä. Viimeksi kuluneiden kymmenen vuoden aikana niistä johtuva työkyvyttömyys on jonkun verran harvinaistunut (Hytti ym. 2002). Tuki- ja liikuntaelinsairauksien osoittimina käytetään tässä toisaalta selän, niska-hartiaseudun, lonkan ja polven kipuoireiden yleisyyttä oirehaastattelun perusteella (taulukko 7.3.1) ja toisaalta neljän keskeisen oireyhtymän, selkäoireyhtymän, niskaoireyhtymän sekä lonkka- ja polvinivelrikon esiintyvyyttä kliinisen tutkimuksen perusteella (taulukko 7.3.2). Koulutettu hoitaja teki oirehaastattelun terveystarkastuksessa tai kotikäynnillä. Oireita koskevat kysymykset oli muotoiltu samoin kuin Mini-Suomi-tutkimuksessa 1978-1980 (Heliövaara ym. 1993). Oireyhtymien toteaminen kliinisessä tutkimuksessa perustui tautianamneesiin, oireanamneesiin ja löydöksiin. Koulutettu lääkäri diagnosoi oireyhtymät kriteerein, joita aikoinaan sovellettiin myös Mini-Suomi-tutkimuksessa, joten näiden kahden tutkimuksen tulokset ovat vertailukelpoisia. Vertailun havaintoja kuvataan sekä tässä että luvussa 15. Muita vastaavalla tavalla hankittuja valtakunnallisia tietoja ei ole Suomesta eikä muista maista, joten nyt saatuja tietoja suomalaisten tuki- ja liikuntaelinten sairauksista ei voida vertailla muiden väestöjen tilanteeseen.

Pitkäaikainen selkäoireyhtymä ja selkäkipu

Pitkäaikaisen selkäoireyhtymän esiintyvyys oli 10 % miehillä ja 11 % naisilla. Mini-Suomi-tutkimuksessa selkäoireyhtymä todettiin 18 %:lla miehistä ja 16 %:lla naisista. Selkäoireyhtymä on siis harvinaistunut 20 vuoden kuluessa. Ikäryhmittäiset tulokset osoittavat, että oireyhtymä on miehillä harvinaistunut kaikissa alle 75-vuotiaiden ryhmissä. Naisilla väheneminen on ollut voimakkainta alle 65-vuotiailla. Viimeksi kuluneen kuukauden aikana ilmennyt selkäkipu puolestaan ei ole harvinaistunut ja iäkkäillä se on jopa yleistynyt.

Taulukko. 7.3.1. Tuki- ja liikuntaelimestön oireiden yleisyys (%).

	Terveys 2000						Mini-Suomi	
	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30+ ¹	
Selkäkipua joskus								
Miehet	79,1	80,4	76,9	81,1	82,3	70,8	79,4	76,3
Naiset	75,1	79,0	83,0	81,0	79,2	61,0	78,3	73,3
Iskiaskipua joskus								
Miehet	25,6	41,1	41,5	40,0	37,9	32,1	34,5	34,6
Naiset	37,0	48,8	56,6	47,8	37,4	27,4	44,4	38,8
Selkäkipu/1 kk								
Miehet	27,4	29,9	29,1	32,9	38,6	29,3	29,6	19,4
Naiset	30,7	35,4	40,2	42,4	43,5	36,8	35,9	23,3
Niskakipu/1 kk								
Miehet	21,4	26,7	28,4	30,6	30,3	35,8	25,8	26,8
Naiset	38,0	40,7	43,9	40,8	37,3	28,4	39,9	34,7
Hartiakipu/1 kk								
Miehet	20,1	24,0	27,1	22,8	21,5	24,0	22,6	22,1
Naiset	40,3	40,8	41,5	38,6	32,0	16,4	39,6	32,7
Lonkan kipu, särky tai arkuus/1 kk								
Miehet	3,2	8,0	10,7	17,5	19,6	25,8	8,9	12,1
Naiset	6,2	13,4	19,9	17,6	20,8	22,3	12,9	15,8
Kävelyvaikeutta tai ontumista lonkan vaivan tai vian takia/1 kk								
Miehet	2,6	7,4	12,4	20,5	25,5	27,6	9,6	8,7
Naiset	5,4	11,3	16,4	19,0	21,9	26,2	11,8	10,6
Polven kipu, särky tai arkuus/1 kk								
Miehet	14,3	17,4	28,0	25,3	27,9	36,8	20,1	13,8
Naiset	14,9	22,2	32,0	31,5	41,9	30,6	23,7	23,9
Kävelyvaikeutta tai ontumista polven vaivan tai vian takia/1 kk								
Miehet	7,9	11,3	18,7	17,3	26,9	36,9	13,4	11,4
Naiset	7,5	13,5	19,9	26,6	33,6	32,0	15,6	16,1

¹ ikävakiointi: suora vakiointi, v. 1980 väestö

Pitkäaikainen niskaoireyhtymä ja niska-hartiakivut

Pitkäaikainen niskaoireyhtymä todettiin 5 %:lla miehistä ja 7 %:lla naisista. Mini-Suomitutkimuksessa niskaoireyhtymä todettiin 10 %:lla miehistä ja 14 %:lla naisista. Niskaoireyhtymä on siis harvinaistunut puoleen 20 vuoden kuluessa ja väheneminen on ollut voimakasta alle 65-vuotiailla. Vastaavaa vähenemistä ei kuitenkaan havaittu niska- eikä hartiakivujen yleisyydessä, jotka ovat jopa yleistyneet, erityisesti iäkkäillä naisilla.

Taulukko 7.3.2. Tuki- ja liikuntaelimestön oireyhtymien yleisyys (%) lääkärin kliinisen arvion mukaan.

	Terveys 2000							Mini-Suomi
	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30+ ¹	30+ ¹
Selkäoireyhtymä								
Miehet	6,0	11,4	12,8	14,7	18,1	13,9	10,4	17,5
Naiset	4,4	10,3	17,1	18,1	15,1	13,0	10,6	16,3
Niskaoireyhtymä								
Miehet	1,6	4,1	6,9	11,8	12,7	5,8	5,3	9,5
Naiset	3,2	8,0	10,2	10,7	9,3	10,2	7,0	13,5
Lonkkanivelrikko								
Miehet	0,5	1,8	5,2	12,1	20,3	41,8	4,9	4,6
Naiset	0,4	0,7	3,1	11,6	20,0	24,6	4,0	5,5
Polvinivelrikko								
Miehet	0,3	2,6	9,2	10,6	16,3	45,8	5,3	5,5
Naiset	0,4	2,2	8,1	18,4	31,7	35,3	7,1	14,5

¹ ikävakiointu: suora vakiointi, v. 1980 väestö

Lonkkanivelrikko

Lonkkanivelrikko todettiin 5 %:lla miehistä ja 4 %:lla naisista. Vastaavat luvut Mini-Suomi-tutkimuksessa olivat 5 % ja 6 % eli esiintyvyys ei ole juurikaan muuttunut. Alle 75-vuotiailla miehillä lonkkanivelrikon yleisyys on pysynyt lähes ennallaan, mutta sitä vanhemmissa ikäryhmissä se näyttää 20 vuodessa suurentuneen. Eläkeikäisillä naisilla lonkkanivelrikon esiintyvyys on pysynyt ennallaan tai suurentunut, mutta sitä nuoremmilla pienentynyt. Lonkan vajoja ja niiden aiheuttamia kävelyvaikeuksia oli viimeksi kuluneen kuukauden aikana ilmennyt joka kymmenennellä tutkitulla eli yhtä suurella osalla kuin Mini-Suomi-tutkimuksessa.

Polvinivelrikko

Polvinivelrikko diagnosoitiin 5 %:lla miehistä ja 7 %:lla naisista, kun vastaavat luvut Mini-Suomi-tutkimuksessa olivat 6 % ja 15 %. Naisilla polvinivelrikon yleisyys on siis pienentynyt puoleen ja muutos ilmenee nimenomaan alle 75-vuotiaiden keskuudessa. Miehillä selvin ikäryhmittäinen muutos on ollut polvinivelrikon yleistymisen 85 vuotta täyttäneillä. Polven ki-puoreita oli viimeisen kuukauden ilmennyt 14 %:lla miehistä ja 24 %:lla naisista sekä niiden aiheuttamia kävelyvaikeuksia 11 %:lla miehistä ja 16 %:lla naisista. Selvä muutos Mini-Suomi-tutkimukseen verrattuna oli polvivaivojen yleistymisen iäkkäillä miehillä, mikä sopii yhteen kliinisen tutkimuksen tulosten kanssa.

Tarkastelu

Alustavien tulosten mukaan suomalaisten tuki- ja liikuntaelimestön terveys on kohentunut viimeisten 20 vuoden kuluessa. Suotuisa kehitys johtuu selän ja niskan oireyhtymien harvinaistumisesta molemmilla sukupuolilla ja polvinivelrikon harvinaistumisesta naisilla. Näiden sairauksien yleisyyden muutoksista ei ole aikaisempaa tietoa Suomesta eikä muualtakaan.

Kaikissa oireyhtymissä esiintyvyyden muutos 20 vuoden aikana oli samalla tavoin yhteydessä ikään: vanhimmissa ikäryhmissä terveydentila ei ollut parantunut kuten nuoremmissa. Tarkasteltujen oireyhtymien ja sairauksien keskeisten vaaratekijöiden, kuten fyysisen kuormituksen, tapaturmien ja monien elintapatekijöiden kehitys väestössä on ollut pääasiassa suotuisaa, mutta vanhimpien ikäryhmien terveyteen vaikuttavat myös varhaisempien elämänvaiheiden vaaratekijät. Miesten lihavuus on yleistynyt suuresti, mikä voi selittää polven nivelrikon hitaampaa harvinaistumista miehillä kuin naisilla ja polvivaivojen yleistymistä iäkkäillä miehillä.

Selän, niskan ja kantavien nivelten itse ilmoitetut vaivat näyttävät olleen vuosituhannen vaihteessa työikäisillä suomalaisilla yhtä yleisiä kuin yli 20 vuotta aiemmin. Eläkeikäisessä väestössä nämä vaivat ovat edelleen yleistyneet. Tulokset ovat ristiriidassa eräiden viimeaikaisten kysely- ja haastattelututkimuksien kanssa: niissä työikäisten suomalaisten selkäkivun ja nivelkivun on todettu harvinaistuneen (Leino ym. 1994; Manninen ym. 1996; Heistaro ym. 1998).

Sekä oireyhtymädiagnoosien että haastattelussa ilmoitettujen oireiden vertailtavuus Mini-Suomi-tutkimukseen pyrittiin varmistamaan niin hyvin kuin mahdollista. Ennen lopullisten johtopäätösten tekoa tulee kuitenkin tarkastella laajemmin oireita, sairastavuutta ja tuki- ja liikuntaelinten toimintakykyä kuvaavia osoittimia sekä niiden välisiä yhteyksiä ja niiden muutoksia.

7.4 Psykkinen oireilu ja mielenterveyden häiriöt

Sami Pirkola, Jouko Lönnqvist ja mielenterveyden työryhmä

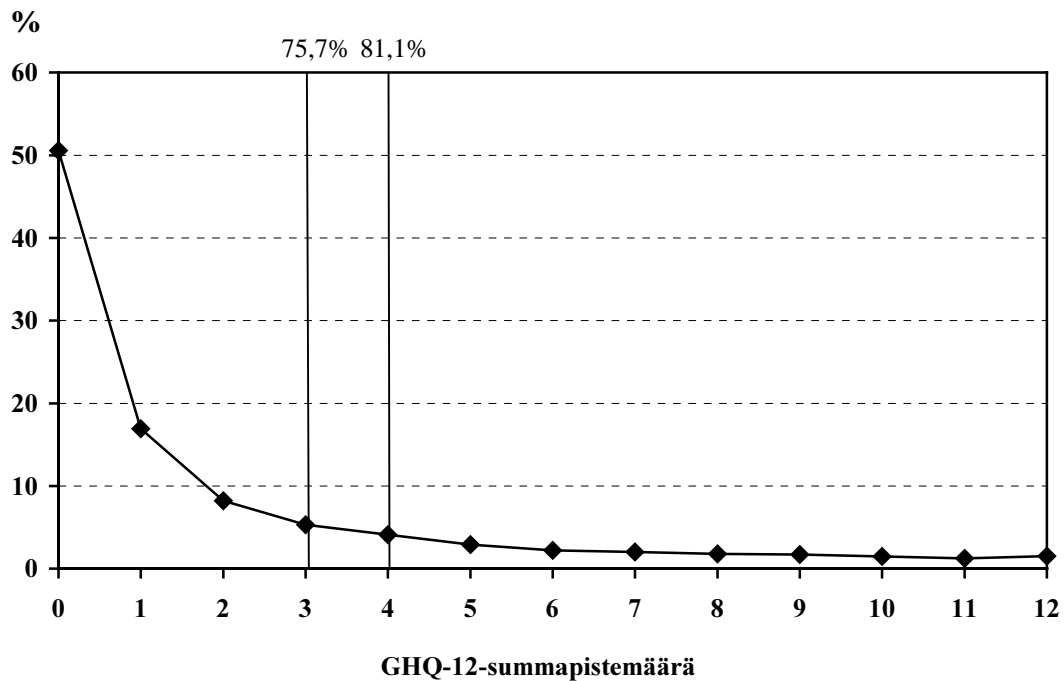
Mielenterveyden työryhmä: Jouko Lönnqvist (pj.), Sami Pirkola (siht.), Kirsi Ahola, Martti Heikkinen, Teija Honkonen, Erkki Isometsä, Matti Joukamaa, Raija Kalimo, Olli Kiviruusu, Teemu Kärnä, Eero Lahtinen, Ville Lehtinen, Kari Poikolainen, Raimo Raitasalo, Jouko Salminen ja Jaana Suvisaari

Väestön psykkinistä oireilua ja mielenterveyden häiriöitä arvioitiin usealla eri menetelmällä. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa tehdyssä kotihaastattelussa tutkittavilta tiedusteltiin mielenterveyspalveluiden käyttöön liittyviä asioita. Kotihaastattelun yhteydessä heille annettiin terveystarkastuksessa palautettavaksi tarkoitettu kysely 1, jossa oli useita psykkinisiin oireisiin ja alkoholin käyttöön liittyviä kysymyssarjoja. Terveystarkastuksessa tutkittaville tehtiin kansainvälisissä mielenterveyden väestötutkimuksissa paljon käytetty, WHO:n kehittämä CIDI-haastattelu (Composite International Diagnostic Interview) (WHO 1990; WHO 1997a; Wittchen ym. 1998), jonka avulla pyrittiin tunnistamaan mahdolliset mielenterveyden häiriöt.

Psykkinen hyvinvoinnin kokeminen

Kaksitoistakohtaisen General Health Questionnaire -kyselylomakkeen (GHQ-12) avulla selvitettiin tutkittavien arviota omasta psykkinisestä voinnistaan. GHQ-12 mittaa luotettavasti väestön psykkinistä oireilua erityisesti ahdistuneisuuden ja masentuneisuuden osalta (Goldberg 1972; Pevalin 2000). Aikaisemmissa tutkimuksissa kyselyn summapistemääriä, jotka ovat suurempia kuin 2 tai 3 on pidetty psykkinen pahoinvoinnin osoittimina. Terveys 2000 -tutkimuksen GHQ-12 -vastausten perusteella suomalaisväestön vointi jakautuu pahoinvoinnin kynnsarvosta (3 tai 4) riippumatta niin, että valtaosa väestöstä kokee voivansa psykkinisesti melko hyvin. Mitä merkittävämpää ja haittaavampaa oireilu on, sitä harvinaisempaa sen kokeminen on (kuvio 7.4.1). Terveys 2000 -tutkimuksen alustavat tulokset suomalaisen väestön psykkinisestä voinnista ovat samansuuntaisia aikaisemman Mini-Suomi-tutkimuksen ja muista maista saatujen tulosten kanssa.

Kuvio 7.4.1 Kokemus psyykkisestä voinnista GHQ-12 mittarilla mitattuna.



Työuupumus

Kotihaastattelun yhteydessä annettiin täytettäväksi ja palautettavaksi työuupumusta mittaava Maslach Burnout Inventory - General Scale -kyselylomake (MBI-GS), mikäli tutkittava oli ollut ansiotyössä edeltävien 12 kuukauden aikana. Kyselystä muodostetun painotetun summapistemäärän perusteella 25 %:lla kaikista vastanneista arvioitiin olleen lievä ja 2,5 %:lla vakava työuupumus (taulukko 7.4.1). Nämä luvut ovat pienempiä kuin vuonna 1997 tehdyssä tutkimuksessa, jossa lievä työuupumus todettiin 48 %:lla ja vakava 7 %:lla (Kalimo & Toppinen 1997). Tämä voi osin johtua aineistojen ja tutkimusasetelmien eroista.

Taulukko 7.4.1. Työuupumuksen yleisyys (%) viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana ansiotyössä olleilla.

	30-44	45-54	55-64	30-64 ¹
Lievä työuupumus				
Miehet	23,1	27,1	27,7	25,1
Naiset	22,1	25,5	37,3	25,2
Vakava työuupumus				
Miehet	1,9	2,0	3,6	2,2
Naiset	2,1	2,9	6,6	2,9

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

Vakava masennustila ja alkoholiriippuvuus

CIDI-haastattelun avulla tutkituista kerättyjen oiretietojen perusteella voidaan arvioida useiden DSM-IV -tautiluokituksessa määriteltyjen psykiatristen häiriöiden esiintymistä. Tutkituista 5 % oli kärsinyt vakavan masennustilan jakson viimeksikuluneiden 12 kuukauden aikana. Alkoholiriippuvuuden kriteerit täyttyivät 4 %:lla tutkituista viimeksikuluneiden 12 kuukauden aikana (taulukot 7.4.2 ja 7.4.3). Masennusjaksojen esiintyminen oli selvästi yleisempää naisilla (7 %) kuin miehillä (4 %). Alkoholiriippuvuus sen sijaan oli miehillä (7 %) selvästi yleisempää kuin naisilla (2 %). Molempia häiriöitä esiintyy eniten työikäisten keskuudessa. Tulokset ovat samansuuntaisia kuin muissa maissa tehdyissä vastaavissa tutkimuksissa.

Taulukko 7.4.2. Viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana koetun vakavan masennustilan jakson yleisyys (%).

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Miehet	4,2	4,7	2,9	0,9	1,7	0,0	4,1	1,1	3,5
Naiset	8,8	7,2	5,9	3,2	1,8	1,4	7,7	2,7	6,7
p ²							<0,001	0,059	<0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

Taulukko 7.4.3. Viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana ilmenneen alkoholiriippuvuuden yleisyys (%).

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Miehet	8,5	7,2	7,9	0,9	0,0	0,0	7,9	0,7	6,5
Naiset	2,7	1,3	0,8	0,3	0,3	1,1	1,8	0,3	1,5
p ²							<0,001	0,350	<0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-sukupuolilyhdysvaikutus

Mielenterveyspalveluiden käyttö

Tutkittavilta kysyttiin kotihaastattelun yhteydessä myös terveyspalvelujen käyttöä mielen-terveyden ongelmien takia. Haastatelluista 6 % oli käyttänyt viimeksikuluneiden 12 kuukauden aikana terveyspalveluja mielen-terveydellisten ongelmien takia (taulukko 7.4.4). Tämä oli tavallisempaa naisilla (7 %) kuin miehillä (4 %) ja yleisintä molemmilla sukupuolilla 45–54-vuotiaiden ikäryhmässä.

Taulukko 7.4.4 Mielensterveyspalveluja viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyttäjien osuus (%).

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Miehet	4,2	6,7	3,5	1,3	2,8	3,1	4,9	1,8	4,2
Naiset	7,8	9,9	6,3	3,3	1,8	1,7	8,1	2,6	6,8
p ²							<0,001	0,297	<0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

7.5 Suun terveydentila

Anne Nordblad, Miira Vehkalahti ja suun terveyden työryhmä

Suun terveyden työryhmä: Anne Nordblad (pj.), Sinikka Varsio (siht.), Sirkkasisko Arinen, Dorrit Hallikainen, Hannu Hausen, Matti Knuutila, Liisa Suominen-Taipale, Anna-Lisa Söderholm ja Miira Vehkalahti

Suun terveyttä ja hammashoitopalvelujen käyttöä koskevat tiedot kerättiin kotihaastattelussa ja kyselyissä sekä terveystarkastukseen kuuluneessa suun kliinisessä tutkimuksessa. Tiedonkeruussa pyrittiin mahdollisimman hyvään vertailukelpoisuuteen Mini-Suomi –tutkimuksen kanssa (Vehkalahti ym. 1991). Nyt kerättiin kuitenkin sitä huomattavasti monipuolisemmat tiedot (Arinen ym. 1998; Drury ym. 1996; Kelly ym. 2000; WHO 1997b).

Hammaslääkäri teki suun kliinisen tutkimuksen, ja hammashoitaja tallensi sanellut havainnot mikrotietokoneella. Suu tutkittiin peiliä ja ientaskumittaria käyttäen hammashoitoyksikössä, jossa oli potilastuoli, syljenimu, ilmapuusti ja valolähteenä otsalamppu. Mittaukset koskivat purentatoimintaa, hammasproteeseja, suun limakalvomuutoksia, purentasuhteita, hammasplakkia, hampaiston aukkoisuutta sekä hampaiden ja ikenien kuntoa. Kaikkien hampaiden kaikki pinnat tutkittiin, ja tulokset kirjattiin hampaittain. Suun limakalvomuutokset kuvattiin intraoraalikameralla (Intracam, Planmeca Oy). Lopuksi tutkittavasta otettiin panoraamaröntgenkuva (Planmeca 2002 CC Proline). Varsinaisesta terveystarkastuksesta poisjääneille terveydenhoitaja teki kotiterveystarkastuksen. Siihen kuului lyhyt suun tutkimus, jossa kerättiin tiedot irrotettavista proteeseista ja hampaattomuudesta sekä hampaiden lukumäärästä.

Tässä luvussa kuvataan haastattelussa saatuja tietoja tutkittujen itse arvioimasta suun terveydestä ja hammashoidon tarpeesta sekä hammaslääkärikäyntien määrästä. Lisäksi esitetään kliiniseen tutkimukseen perustuvia tietoja hampaattomuudesta, hampaiden määrästä sekä kariksen ja iensairauksien yleisyydestä.

Oma arvio suun terveydestä

Kaksi kolmasosaa haastatelluista arvioi suunsa terveydentilan melko hyväksi tai hyväksi. Kokoproteesin käyttäjien arvio (64 %) ei eronnut niiden tutkittujen arviosta, joilla oli omia hampaita (65 %). Työikäisistä hampaallisista suurempi osa naisista (71 %) kuin miehistä (62 %) arvioi suunsa terveydentilan melko hyväksi tai hyväksi. Eläkeikäisistä hampaallisista pienem-

pi osa (52 %) kuin työikäisistä (67 %) ilmoitti suunsa terveydentilan olevan melko hyvä tai hyvä. Mitä korkeampi koulutus hampaallisella tutkittavalla oli, sitä todennäköisemmin hän arvioi suunsa terveydentilan melko hyväksi tai hyväksi.

Oma arvio hammashoidon tarpeesta

Hampaallisista työikäisistä 53 % ja eläkeikäisistä 42 % arvioi tarvitsevansa hammashoitoa. Kokoproteesin käyttäjistä puolestaan 26 % arvioi tarvitsevansa hammashoitoa. Sukupuolten välillä ei ollut eroja itse ilmoitetussa hoidon tarpeessa (taulukko 7.5.1).

Taulukko 7.5.1. Oman arvionsa mukaan hammashoitoa tarvitsevien ikävakioitu osuus (%) hampaallisista ja kokoproteesin käyttäjistä.

	Hampaalliset		Kokoproteesin käyttäjät		
	30-64	65+	30+	65+	30+
Miehet	53,5	44,4	52,3	23,9	25,1
Naiset	51,7	40,8	50,1	26,0	27,2
p ¹	0,215*	0,299	0,100	0,535	0,458

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-sukupuolilyhdysvaikutus

Hammaslääkärissä käynnit

Työikäiset ilmoittivat käyneensä hammaslääkärissä keskimäärin 1,5 kertaa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana, naiset miehiä useammin. Eläkeikäiset ilmoittivat keskimäärin 0,9 käyntiä, eikä heidän keskuudessaan miesten ja naisten välillä ollut eroa (taulukko 7.5.2). Sekä miehet että naiset ilmoittivat käyntejä sitä enemmän, mitä enemmän heillä oli koulutusta.

Taulukko 7.5.2. Hammaslääkärikäyntien määrä (keskiarvo) vuoden aikana.

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Miehet	1,3	1,2	1,4	1,0	0,9	0,7	1,3	0,9	1,2
Naiset	1,7	1,8	1,5	1,0	0,7	0,5	1,7	0,9	1,5
p ²							<0,001	0,735	<0,001*

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-sukupuolilyhdysvaikutus

Hampaattomuus ja hampaiden lukumäärä

Hampaattomana pidettiin henkilöä, jolta puuttuivat kaikki hampaat. Tutkituista 13 % oli hampaattomia. Alle 45-vuotiaiden ryhmässä ei juuri ollut hampaattomia, mutta 65–74-vuotiaista joka kolmas oli hampaaton ja tätä vanhemmista joka toinen. Miesten ja naisten hampaattomuus oli 54. ikävuoteen saakka yhtä yleistä, mutta sitä vanhemmista naisista suurempi osa kuin miehistä oli hampaattomia (taulukko 7.5.3). Hampaattomien osuus pieneni koulutustason kohotessa. Esimerkiksi 55–64-vuotiaista peruskoulun käyneistä miehistä oli hampaattomia 20 % ja naisista 25 %, kun korkea-asteen koulutuksen saaneiden vastaavat luvut olivat 1 % ja 2 %. Eläkeikäisillä hampaattomuus oli kaksi kertaa niin yleistä Pohjois-Suomessa (OYS-piiri) kuin Etelä-Suomessa (HUS-piiri).

Taulukko 7.5.3. Hampaattomuuden yleisyys (%).

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Miehet	0,6	6,1	12,6	29,9	44,6	51,1	5,1	36,6	12,1
Naiset	0,1	5,7	17,8	37,6	52,0	60,4	5,8	43,5	13,9
p ²							0,171*	0,003	0,006

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-sukupuoliyhdysvaikutus

Koko aikuisväestöllä, hampaattomat mukaan lukien, oli keskimäärin lähes 20 hammasta. 30–44-vuotiailla oli keskimäärin 28 hammasta, 55–64-vuotiailla keskimäärin 16, mutta 85 vuotta täyttäneillä enää keskimäärin 5 hammasta. Kaikissa ikäryhmissä hampaita oli miehillä ja naisilla keskimäärin yhtä paljon (taulukko 7.5.4 ja kuvio 7.5.1). Sekä miehillä että naisilla oli hampaita sitä enemmän mitä enemmän heillä oli koulutusta.

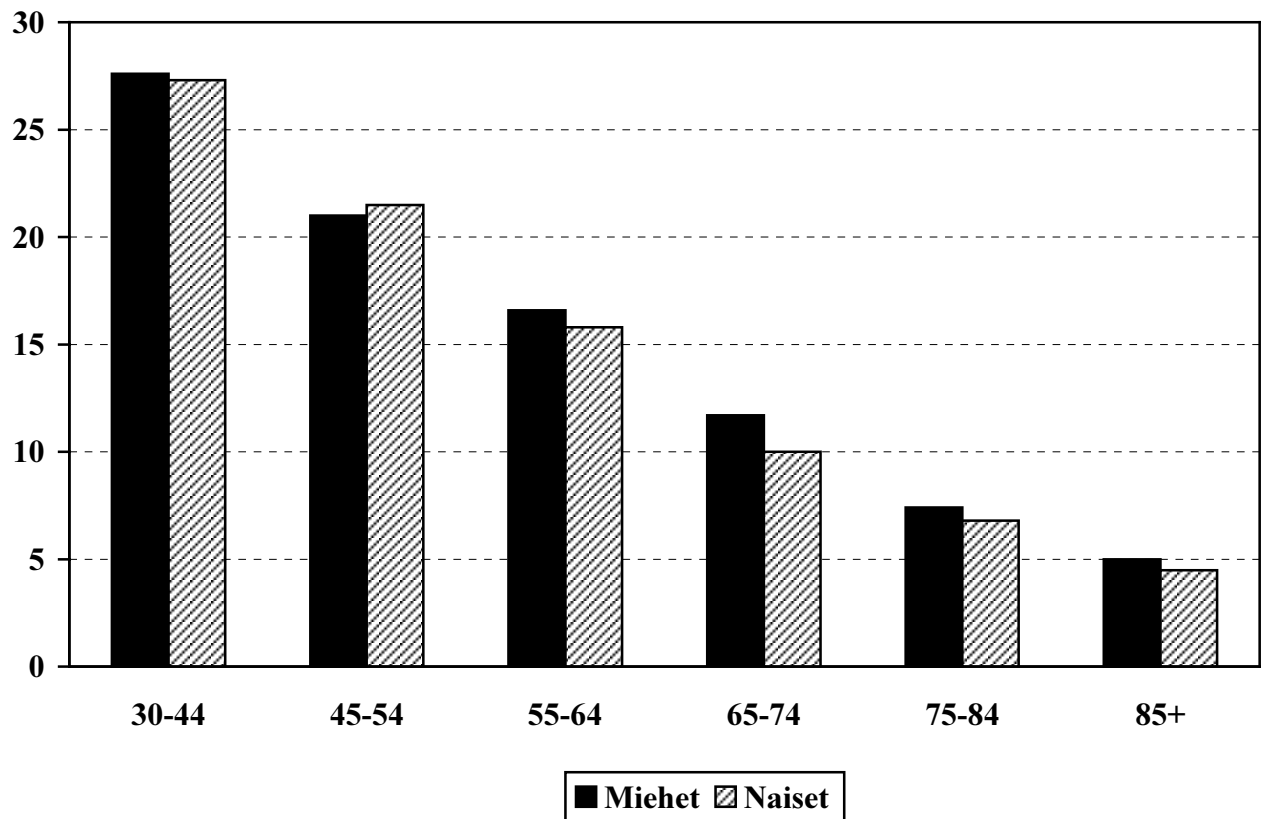
Taulukko 7.5.4. Hampaiden lukumäärä (keskiarvo) iän ja sukupuolen mukaan.

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Miehet	27,6	21,0	16,6	11,7	7,4	5,0	23,0	9,8	20,1
Naiset	27,3	21,5	15,8	10,0	6,8	4,5	22,8	8,6	19,8
p ²							0,433	0,024	0,064

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

Kuvio 7.5.1. Hampaiden lukumäärä (keskiarvo) iän ja sukupuolen mukaan.



Kariessairastavuus

Kariesta sairastaviksi katsottiin tutkitut, joilla oli hampaissaan ainakin yksi hoitamaton kariesthesäke. Kariesta sairasti joka neljäs hampaallinen. Karies oli yleisempää miehillä (32 %) kuin naisilla (20 %) ja eläkeikäisillä yleisempää kuin työikäisillä. Eläkeikäisistä miehistä lähes joka toisella ja naisista joka neljännellä oli hoitamaton kariesta (taulukko 7.5.5). Hoitamaton karies oli sekä naisilla että miehillä sitä yleisempää, mitä vähemmän heillä oli koulutusta.

Taulukko 7.5.5. Kariksen yleisyys (%) hampaallisilla.

	30-44	45-54	55-64	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Miehet	29,0	31,3	32,2	30,4	43,1	32,0
Naiset	17,3	19,7	24,8	19,6	24,1	20,2
p ²				<0,001	<0,001	<0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

Iensairaudet

Iensairauksia katsottiin olevan niillä tutkituilla, joilta löytyi ainakin yksi syventynyt (≥ 4 mm) ientasku. Iensairauksia esiintyi suuremmalla osalla miehistä kuin naisista (taulukko 7.5.6). Yli 44-vuotiailla iensairautta esiintyi yli 70 prosentilla miehistä ja yli 60 prosentilla naisista. Tätä nuoremmista (30–44-vuotiaat) joka toisella naisella ja kahdella kolmesta miehestä oli iensairautta.

Taulukko 7.5.6. Iensairauksien yleisyys (%) hampaallisilla.

	30-44	45-54	55-64	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Miehet	65,1	76,2	75,8	70,8	76,2	71,6
Naiset	48,4	62,2	62,5	55,7	64,8	56,8
p ²				<0,001	<0,001	<0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

Tarkastelu

Suunsa terveydentilan arvioi melko hyväksi tai hyväksi suurin osa haastatelluista, eläkeikäisistä pienempi osa kuin työikäisistä. Hampaattomat kokoproteesin käyttäjät eivät arvioineet suunsa terveydentilaa huonommaksi kuin hampaalliset tutkitut. Puolet hampaallisista haastatelluista ja kolmasosa kokoproteesin käyttäjistä arvioi tarvitsevansa hammashoitoa.

Hammaslääkärissä oli käyty keskimäärin kerran kuluneen vuoden aikana. Eläkeikäiset käyttivät vähiten hammaslääkäripalveluja. Sekä suun terveys että hammashoitopalvelujen käyttö olivat käänteisessä yhteydessä koulutustasoon.

Aikuisten suun terveys on merkittävästi parantunut kuten vertailu Mini-Suomi-tutkimukseen (Vehkalahti ym. 1991) osoittaa (ks. myös tämän teoksen luku 15). Hampaattomuus on silti yhä merkittävä ongelma eläkeikäisillä. Työikäisillä näyttäisi olevan purentatoiminnan kanalta keskimäärin riittävä määrä hampaita 54. ikävuoteen asti. Hampaallisilla karies ja etenkin iensairaudet ovat edelleen huomattava suunterveysongelma, varsinkin miehillä ja eläkeikäisillä naisilla.

7.6 Infektiotaudit

Petri Ruutu, Markku Kuusi, Pekka Nuorti, Seppo Koskinen ja infektiotautien työryhmä

Infektiotautien työryhmä: Petri Ruutu (pj.), Markku Kuusi (siht.), Juhani Eskola, Pentti Huovinen, Hannele Jousimies-Somer, Ilkka Julkunen, Eija Könönen, Pauli Leinikki, Tuija Leino, Anja Siitonen ja Martti Vaara

Infektiotautien esiintymistä, oireita ja hoitoa sekä rokotuksia koskevia tietoja koottiin kyselyllä 2, joka annettiin tutkittaville terveystarkastuksen alkaessa ja palautettiin ja tarkistettiin terveystarkastuksen viimeisessä tutkimuspisteessä. Kotiterveystarkastukseen osallistuneet täyttivät hieman lyhennetyn version kyselystä 2. Tässä esitetään alustavia tuloksia influenssa- ja pneumokokkipolysakkaridirokotteiden kattavuudesta, hengityselintulehdusten esiintymisestä ja hoidosta sekä vatsasairauksista. Infektiotautien epidemiologian kannalta arvokasta tietoa saadaan myöhemmässä vaiheessa muiden kyselytietojen sekä veri-, uloste ja sylkinäytteidien analyysien tuloksena.

Influenssa- ja pneumokokkirokotukset

Maksuttoman influenssarokotuksen kohderyhmään kuuluviksi on määritelty säännöllisessä lääkärin hoidossa olevat potilaat, joilla on todettu krooninen sydänsairaus, krooninen keuhkosairaus, diabetes, munuaisten vajaatoiminta ja immuunivajavuus- ja immunosuppressiopotilaat, HIV-tartunnan saaneet, kortisonikorvaushoitoa saavat sekä pitkäkestoisessa salisy-laattihoidossa olevat lapset ja nuoret. Riskiryhmiin kuuluvia henkilöitä on maassamme arvioitu olevan 510 000. Terveys 2000 -tutkimukseen osallistuneista voitiin kotihaastattelussa hankittujen sairaustietojen perusteella melko kattavasti määritellä, ketkä kuuluivat influenssarokotuksen kohderyhmään. Taulukossa 7.6.1 esitetään, kuinka suuri osa astmaa, keuhkoputkien ahtaamaa, kroonista keuhkoputkentulehdusta, sepelvaltimotautia, sydämen vajaatoimintaa, sydämen rytmihäiriöitä, diabetesta, lymfoomia tai leukemiaa sairastavista tai sydäninfarktin sairastaneista on saanut influenssarokotuksen viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Kaikkiaan 2186 henkilöä eli vajaa kolmannes tutkituista kuului tällä tavoin määriteltyyn kohderyhmään. Heistä runsas neljäsosa oli saanut influenssarokotuksen tutkimusta edeltäneiden 12 kuukauden aikana. Rokotuskattavuus suureni johdonmukaisesti iän myötä niin, että 30–44-vuotiaista kohderyhmään kuuluvista vain 7 %, mutta 85 vuotta täyttäneistä jo noin puolet oli saanut influenssarokotuksen. Influenssarokotuksen kattavuus riskiryhmiin kuuluvilla 65 vuotta täyttäneillä oli 45 % ja 30–64-vuotiailla 14 %. Influenssarokotuskattavuus oli hieman parempi miesten kuin naisten keskuudessa.

Taulukko 7.6.1. Influenssarokotuksen viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana saaneiden osuus (%) kohderyhmään kuuluvista.

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Miehet	6,0	14,1	25,2	47,6	52,2	56,4	15,6	50,3	29,8
Naiset	7,5	10,7	20,5	41,7	42,0	46,9	13,2	42,1	24,6
p ²							0,241	0,023	0,006

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

Pneumokokkirokotuksen kohderyhmä on suurelta osin päällekkäinen influenssarokotuksen kohderyhmän kanssa. Astma, sepelvaltimotauti ja rytmihäiriöt eivät kuitenkaan ole pneumokokkirokotuksen aiheita, joten näitä sairauksia ei käytetty kohderyhmän määrittelyssä. Sen sijaan alkoholismi on pneumokokkirokotuksen indikaatio, ja sen tähden kohderyhmään kuuluviksi määriteltiin ne tutkitut, jotka kyselyssä 1 olivat ilmoittaneet käyttäneensä alkoholiongelmiensa takia terveys- tai sosiaalipalveluja viimeisten 12 kuukauden aikana. Yhteensä 1005 henkilöä eli noin 15 % tutkituista kuului tällä tavoin rajattuun kohderyhmään. Pneumokokkirokotuskattavuus oli kaikissa ikäryhmissä molemmilla sukupuolilla erittäin alhainen: vain 3 % kohderyhmään kuuluvista oli saanut rokotuksen koko elämänsä aikana.

Hengitystietulehdukset

Kaikista tutkituista 19 % ilmoitti sairastaneensa hengitystietulehduksen viimeksi kuluneiden kahden kuukauden aikana. Hengitystietulehdukset olivat hieman yleisempiä naisilla (21 %) kuin miehillä (16 %). Eläkeikäisistä vain 11 % oli sairastanut hengitystietulehduksen edeltäneiden kahden kuukauden aikana, mutta nuorempiin ikäluokkiin siirryttäessä hengitystietulehduksen sairastaneiden osuus suureni tasaisesti (taulukko 7.6.2). Hengitystietulehdukset olivat yleisimpiä Turun miljoonapiirissä (22 %) ja harvinaisimpia Oulun miljoonapiirissä (16 %). Korkea-asteen koulutuksen saaneilla itse ilmoitetut hengitystietulehdukset olivat yleisempiä kuin perusasteen tai keskiasteen koulutuksen saaneilla.

Taulukko 7.6.2. Hengitystietulehduksen viimeksi kuluneiden kahden kuukauden aikana sairastaneiden osuus (%).

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Miehet	22,3	13,7	15,0	10,2	12,6	11,6	17,8	10,9	16,2
Naiset	28,0	22,0	17,4	12,8	9,1	12,9	23,7	11,5	20,9
p ²							<0,001	0,716	<0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

Kahden viimeksi kuluneen kuukauden aikana hengitystietulehduksen sairastaneista lähes 40 % oli ollut sen takia sairaalahoitossa, lääkärin vastaanotolla tai puhelimitse yhteydessä lääkäriin tai hoitajaan. Palvelujen käytössä ei ollut merkittävää eroa sukupuolten välillä, ja iän mukainen vaihtelukin oli melko vähäistä (taulukko 7.6.3). Hengitystieinfektion sairastaneista miehistä lähes 3 %, mutta naisista vain 1 % oli ollut sairaalahoitossa.

Taulukko 7.6.3. Hengitystietulehduksen takia sairaalahoitossa olleiden, lääkärin vastaanotolla käyneiden tai puhelimitse lääkäriin tai hoitajaan yhteydessä olleiden osuus (%) viimeksi kuluneiden 2 kuukauden aikana hengitystietulehduksen sairastaneista.

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ¹	30+ ¹
Miehet	36,0	38,7	27,9	31,6	49,4	84,4	35,2	35,9
Naiset	42,4	40,8	36,7	42,3	35,1	49,0	41,0	41,0
p ²							0,072	0,083

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

Äkilliset vatsasairaudet

Kaikista tutkituista lähes 10 % ilmoitti sairastaneensa äkillisen vatsasairauden (ripuliuloste vähintään kolme kertaa yhden vuorokauden aikana ja/tai oksennus vähintään kerran) edeltäneiden kahden viikon aikana. Miesten ja naisten välillä ei ollut merkittävää eroa ja iän mukainen vaihtelu oli vähäistä (taulukko 7.6.4). Äkilliset vatsasairaudet olivat yleisimpiä Oulun miljoonapiirissä ja harvinaisimpia Turun miljoonapiirissä. Äkillisen vatsasairauden edeltäneiden kahden viikon aikana sairastaneista henkilöistä 8 % oli käyttänyt sen vuoksi terveystalveluja. Palvelujen käytössä ei ollut eroa sukupuolten välillä.

Taulukko 7.6.4. Äkillisen vatsasairauden viimeksi kuluneiden kahden viikon aikana sairastaneiden osuus (%).

	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Miehet	9,7	9,8	9,7
Naiset	10,1	9,5	9,9
p ²	0,685	0,857	0,759

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

8 TAPATURMIEN AIHEUTTAMAT VAMMAT

Seppo Koskinen ja Arpo Aromaa

Kotihaastattelussa tutkittavilta tiedusteltiin, oliko heillä lääkärin toteamaa tapaturman aiheuttamaa pysyvää vammaa, ja niiltä, jotka ilmoittivat jonkin vamman, tiedusteltiin tarkemmin vamman sijaintia ja aiheuttajaa, vammautumisolosuhteita ja vamman takia tarvittavaa hoitoa sekä apuvälineitä.

19 % miehistä ja 9 % naisista ilmoitti, että heillä on pysyvä tapaturman aiheuttama vamma. Vammautuneiden osuus suureni melko tasaisesti iän mukana (taulukko 8.1). Kaikissa ikäryhmissä pysyvät tapaturmaiset vammat olivat miehillä 2–3 kertaa niin yleisiä kuin naisilla. 75-vuotiaista ja sitä vanhemmista miehistä yli kolmasosalla oli tapaturman aiheuttama pysyvä vamma. Jonkin pysyvän tapaturmaisen vamman ilmoittaneista 37 %:lla oli yläraajan vamma ja 34 %:lla oli alaraajan vamma.

Taulukko 8.1. Lääkärin toteaman tapaturman aiheuttaman pysyvän vamman esiintyvyys (%) tutkittavien oman ilmoituksen perusteella.

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Miehet	13,3	17,5	20,6	22,2	34,4	38,2	16,3	27,4	18,8
Naiset	5,4	7,8	12,5	11,5	14,2	16,6	7,8	12,7	8,8
p ²							<0,001	<0,001	<0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

Tapaturmien yleisyys etenkin miehillä osoittaa tapaturmien heikentävän merkittävästi suomalaisten hyvinvointia ja terveyttä. Jatkotutkimuksissa on selvitettävä tarkemmin vammojen syitä ja vaikutusta toimintakykyyn.

9 TERVEYDENHOITO

Pirkko Alha, Ilmo Keskimäki, Päivikki Koponen ja terveystalvelujen käyttö -työryhmä

Terveystalvelujen käyttö -työryhmä: Unto Häkkinen (pj.), Pirkko Alha (siht.), Ilmo Keskimäki, Timo Klaukka, Päivikki Koponen ja Kimmo Räsänen

Terveyttä edistäviä ryhmätoimintoja järjestävät kunnat, terveystalvelukeskukset, seurakunnat, erilaiset yhdistykset ja yritykset. Tällaiseen ryhmätoimintaan osallistumista ei ole Suomessa aiemmin tutkittu väestötasolla. Kyselyssä 1 selvitettiin terveyttä edistäviin ryhmätoimintoihin osallistumista edellisten 12 kuukauden aikana ja viimeisten viiden vuoden aikana. Osallistumisen edellytettiin olleen ainakin jonkin aikaa säännöllistä eli yksittäistä luentoa tai keskustelutilaisuutta ei otettu huomioon.

Kysymykseen vastasi 6736 tutkittavaa. Heistä 30 % (naisista 39 %, miehistä 20 %) oli osallistunut viimeksi kuluneen vuoden aikana johonkin terveyttä edistävään ryhmään. Yleisintä oli osallistuminen erilaisiin tuki- ja liikuntaelinten tai yleistä fyysistä kuntoa edistäviin ryhmiin (naisista 19 % ja miehistä 9 %). Lähes kaikkiin ryhmätoimintoihin osallistuivat muita useammin työikäiset naiset ja harvinaisinta ryhmiin osallistuminen oli eläkeikäisillä miehillä (taulukko 9.1).

Taulukko 9.1. Viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana terveyttä edistäviin ryhmiin osallistuneiden osuus (%).

	30-64		65+		30+
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Yhteensä
Liikunta- tai kuntoryhmä	8,4	22,7	10,8	10,5	14,6
Laihdutusryhmä tai -kurssi	0,6	5,9	0,3	0,5	2,7
Henkisen hyvinvoinnin ryhmä (esim. suru-, ero- tai muu keskusteluryhmä)	1,0	1,8	0,7	0,6	1,2
Sairausten omahoitoryhmä tai sairaustuneen omaisten ryhmä	0,7	1,3	1,6	0,9	1,0
Alkoholin käytön lopettamiseen tähtäävä ryhmä (esim. AA)	0,2	0,5	0,1	0,1	0,6
Tupakoinnin lopettamiseen tähtäävä ryhmä tai kurssi	0,2	0,1	0,1	0,1	0,3

Mikäli huomioon otetaan myös aiemmin viimeisen viiden vuoden aikana ryhmätoimintoihin osallistuneet, kasvaa osallistujien osuus useimmissa ryhmissä kaksin- tai kolminkertaiseksi. Ryhmätoiminnat ovat kuitenkin vielä verrattain harvinaisia terveydenhuollossa.

Yksilöllistä terveyden edistämiseen liittyvää neuvontaa ei tutkimuksessa selvitetty. Terveystarkastukseen liittyy myös erilaisiin seulontatutkimuksiin ja terveystarkastuksiin osallistuminen sekä terveyden omatarkkailu (esim. naisilla rintojen tutkiminen). Näitä koskevat havainnot raportoidaan myöhemmin.

10 HOITOPALVELUJEN KÄYTTÖ

Unto Häkkinen, Pirkko Alha, Ilmo Keskimäki, Timo Klaukka, Päivikki Koponen ja Kimmo Räsänen

Terveyspalvelujen käyttöä koskevat tiedot koottiin kotihaastattelun yhteydessä samalla tekniikalla, jota on käytetty aiemmin kansallisissa terveyshaastatteluissa. Seuraavassa kuvataan eräitä tuloksia, jotka koskevat sairaalahoitoa, avohoidon lääkärisäkäyntejä, reseptilääkkeiden käyttöä sekä omalääkärijärjestelmän yleisyyttä.

Palveluiden ja reseptilääkkeiden käyttö

Sairaalan vuodeosastohoidon käyttöä kysyttiin viimeksi kuluneiden 12 kuukauden ajalta. Kaikista 30 vuotta täyttäneistä 13 % ilmoitti olleensa vuodeosastohoidossa tutkimusta edeltäneiden 12 kuukauden aikana. Naisilla sairaalassa olleiden osuus oli suurempi kuin miehillä (taulukko 10.1). Alueittain tarkastellen sairaalahoidossa olleiden osuus oli naisilla suurin KYS- ja OYS-piireissä (18 %) ja pienin HUS- ja TAYS-piireissä (13 %). Miehillä alue-erot sairaalahoidon käytössä olivat samansuuntaiset, mutta pienemmät kuin naisilla. Sairalahoidon käytössä ei ollut juurikaan koulutusasteen mukaisia eroja, kun ikärakenteen vaikutus otettiin huomioon. Vuosien 1995/96 Terveydenhuollon väestötutkimukseen verrattuna (Arinen ym. 1998) sairaalahoidossa olleiden osuus oli Terveys 2000 -aineistossa samaa suuruusluokkaa.

Myös avohoidon lääkärikäyntejä kysyttiin viimeksi kuluneiden 12 kuukauden ajalta. Sairausten vuoksi lääkäriissä oli edeltävän vuoden aikana käyty keskimäärin 3,1 kertaa. Naiset (3,5 kertaa/v.) kävivät miehiä (2,6 kertaa/v.) useammin lääkäriissä, ja sukupuolten välinen ero korostui alle 65-vuotiaiden keskuudessa (taulukko 10.1). Naisilla oli käyntejä eniten HUS- ja TYKS-piireissä ja miehillä TYKS-piirissä. Koulutusryhmien välillä ei ollut eroja.

Lääkärikäynneistä toteutui 41 % terveyskeskuksissa, 18 % sairaalan poliklinikalla, 17 % työterveyshuollossa ja 17 % yksityisvastaanotoilla. Jäljelle jäävät 9 % käynneistä koostuivat lääkärikontakteista muun muassa tuttava-, sukulais- tai johonkin muuhun lääkäriin. Iäkkäät käyttivät pääasiassa terveyskeskuksen ja sairaaloiden poliklinikoiden palveluja, kun työikäisillä korostuivat työterveyshuollossa sekä yksityissektorilla tapahtuneet käynnit. Erityisesti työikäiset naiset kävivät miehiä useammin yksityislääkäriissä (taulukko 10.1 ja kuvio 10.1).

Sektoreittain tarkastellen lääkärisäkäyntien määrissä oli huomattavia sekä alueellisia että koulutustasoon liittyviä eroja. Miehet kävivät terveyskeskuksissa lähes 50 % useammin KYS-piirissä (1,2 kertaa) kuin HUS-piirissä (0,8 kertaa). Sekä miehillä että naisilla terveyskeskus-

käyntien määrä väheni koulutustason lisääntyessä. Päinvastainen yhteys koulutustasoon nähdään sekä työterveydenhuollon että yksityissektorin lääkärissä käynneissä. Niiden käyttö on runsainta etenkin HUS-piirissä, mutta yksityislääkärissä käyntien osalta myös TYKS-piirissä.

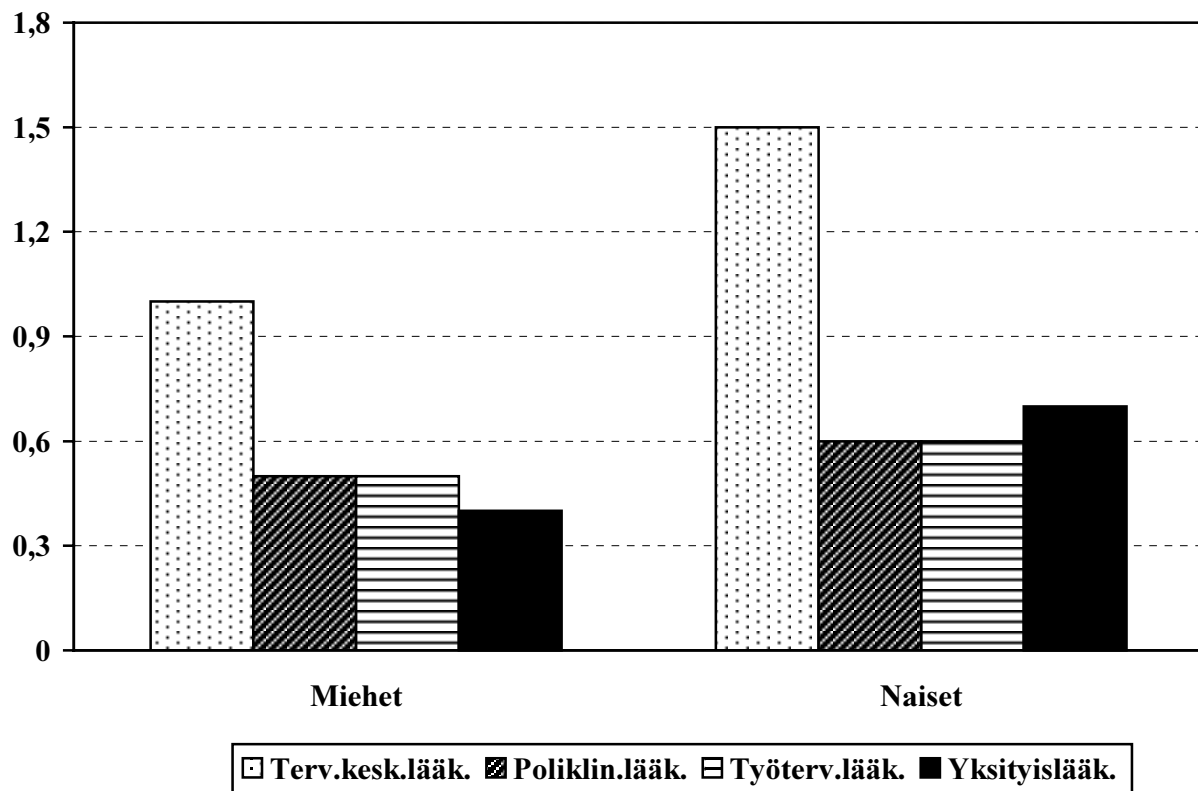
Taulukko 10.1 Hoitopalvelujen ikävakioitu käyttö (% tai käyntien lukumäärä).

	30-64			65+			30+		
	Miehet	Naiset	p ¹	Miehet	Naiset	p ¹	Miehet	Naiset	p ¹
Sairaalahoito/ 12 kk (%)	8,8	10,6	0,064	23,4	25,4	0,347	11,9	14,1	0,012
Lääkärillä käyneet/ 12 kk (%)	65,0	78,9	<0,001	74,4	81,2	0,003	67,0	79,3	<0,001 *
Lääkärikäyntien lukumäärä / 12 kk	2,4	3,6	<0,001 *	3,2	3,4	0,578	2,6	3,5	<0,001 *
Nimetty omalääkäri (%)	46,1	55,1	<0,001	55,4	58,7	0,179	48,1	55,8	<0,001 *
Muu ensisijainen lääkäri (%)	44,5	43,8	0,664	28,6	27,2	0,543	40,9	40,0	0,482
Tk-lääkäri ensisijainen (%)	6,0	7,4	0,054	13,9	16,2	0,234	7,8	9,4	0,018
Työterveyslääkäri ensisijainen (%)	28,9	27,3	0,202 *	1,0	0,4	0,138 *	22,8	21,0	0,061
Terveyskeskuslääk.-käyntien lkm/12 kk	0,9	1,3	<0,001 *	1,6	1,9	0,009	1,0	1,5	<0,001 *
Poliklinikkalääk.-käyntien lkm/12 kk	0,5	0,6	0,003 *	0,6	0,7	0,840	0,5	0,6	0,006 *
Työterveyslääk.-käyntien lkm/12 kk	0,6	0,8	0,003	0,0	0,0	0,387	0,5	0,6	0,003
Yksityislääk.-käyntien lkm/12 kk	0,4	0,7	<0,001	0,5	0,6	0,003	0,4	0,7	<0,001 *
Reseptilääkkeet / 12 kk (%)	67,0	81,3	<0,001	88,5	92,1	0,006 *	71,7	83,7	<0,001
Reseptilääke nyt käytössä (%)	44,0	62,9	<0,001	83,8	88,2	0,009 *	52,8	68,5	<0,001 *
Ei-reseptilääkkeet / 12 kk (%)	76,2	88,4	<0,001	58,6	75,7	<0,001 *	72,3	85,4	<0,001
Tietty terveyden- tai sairaanhoitaja (%)	36,4	41,2	<0,001	27,2	29,4	0,312	34,1	38,6	<0,001
Työterveyshoitajalla käyneet / 12 kk (%)	21,2	21,7	0,692	1,7	2,0	0,605	16,9	17,2	0,715
Muulla hoitajalla käyneet / 12 kk (%)	14,4	21,5	<0,001 *	34,0	35,7	0,480	18,8	24,3	<0,001 *
Hoitaja käynyt kotona / 12 kk (%)	1,4	2,0	0,097 *	10,1	13,0	0,034	3,1	4,7	<0,001 *

¹ sukupuolten välinen ero

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-sukupuoliyhdysvaikutus

Kuvio 10.1. Lääkärikäyntien määrä / 12 kk.



Vuosien 1995/96 tutkimukseen (Arinen ym. 1998) verrattuna lääkärikäyntien kokonaismäärä on Terveys 2000 aineistossa erityisesti eläkeikäisillä pienempi. Ero johtunee kuitenkin osaksi teknisistä seikoista: Terveys 2000 -tutkimuksen muistijakso oli 12 kuukautta, mutta vuosien 1995/96 tutkimuksessa lyhyempi eli vuoden alusta haastatteluajankohtaan.

Työterveyshoitajan vastaanotolla viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana oli käynyt 22 % työikäisistä naisista ja 21 % työikäisistä miehistä. Muun terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla oli käynyt 22 % vastaajista, muita suurempi osa eläkeikäisistä (36 % yli 65-vuotiaista naisista, 34 % miehistä). Kotonaan terveyden- tai sairaanhoitajan oli tavannut kaikista vastaajista vain 4 %, mutta yli 84-vuotiaista lähes kolmannes (31 %).

Haastattelua edeltäneen vuoden aikana oli naisista peräti 84 % ja miehistä 72 % käyttänyt reseptilääkettä. Käyttö yleistyi selvästi siirryttäessä työikäisistä iäkkäiden ryhmään, jossa luvut olivat 92 % naisilla ja 89 % miehillä. Nämä osuudet vastaavat hyvin vuoden aikana lääkekorvauksia saaneiden osuuksia.

Muiden kuin reseptilääkkeiden käyttö vuoden pituisella jaksolla oli yhtä yleistä kuin reseptilääkkeiden käyttö, eli 79 % kaikista 30 vuotta täyttäneistä oli käyttänyt itsehoitolääkkeitä.

Osuus oli naisilla 85 % ja miehillä 72 %. Reseptilääkkeiden luvuista poiketen itsehoitolääkkeiden käyttö oli vähäisempää iäkkäillä kuin työikäisillä.

Vähintään yksi reseptilääke oli haastatteluhetkellä käytössä 61 %:lla kaikista haastatelluista, naisista 69 %:lla ja miehistä 53 %:lla. Vuosien 1995/96 Terveydenhuollon väestötutkimukseen verrattuna käyttö näyttäisi Terveys 2000 -aineistossa olleen jonkun verran yleisempää erityisesti iäkkäiden keskuudessa.

Omalääkärijärjestelmä

Haastateltavilta kysyttiin *Onko kuntanne terveyskeskus nimennyt Teille ns. omalääkäriin?* Nimetty omalääkäri oli 52 %:lla. Naisista (56 %) suurempi osa kuin miehistä (48 %) ilmoitti itselleen nimetyn omalääkäriin erityisesti työikäisten joukossa, kun taas eläkeikäisillä sukupuolten ero ei ollut merkitsevä. Niistä, joilla oli terveyskeskuksen nimeämä omalääkäri, 68 % hakeutui ensisijaisesti tälle lääkärille, yli 65-vuotiaista lähes 90 %. Alueellisesti omalääkäriin ilmoittaneiden määrä vaihteli naisilla HUS-piirin 74 %:sta OYS-piirin 38 %:iin. TAYS-piirin (57 %), TYKS-piirin (46 %) ja KYS-piirin (44 %) luvut asettuivat näiden välille. Miehillä vastaavat osuudet olivat pienemmät vaihdellen 60 %:sta 34 %:iin. Koulutustason mukaiset erot olivat alue-eroja vähäisemmät.

Erityisesti työikäisillä myös muu ensisijainen lääkäri oli yleinen, heistä 44 %:lla oli sellainen. Työterveyslääkäriin ilmoitti ensisijaiseksi lääkäriseen 29 % työikäisistä miehistä ja 27 % naisista. Muun terveyskeskuslääkäriin kuin nimetyn omalääkäriin ensisijaiseksi lääkäriseen ilmoitti työikäisistä 7 % ja yksityislääkäriin 6 %. Kaksi kolmesta omalääkäriin ilmoittaneesta myös hakeutui ensisijaisesti hänen vastaanotolleen tarvitessaan lääkärin apua ja neuvoja.

Vuosien 1995/96 tutkimukseen (Arinen ym. 1998) verrattuna omalääkärijärjestelmä on selvästi yleistynyt sekä terveyskeskuksen nimeämää omalääkäriä että muita ensisijaisiksi ilmoitettuja lääkäreitä tarkasteltaessa.

Vastaajista 37 % ilmoitti, että heillä on joku tietty terveyden- tai sairaanhoitaja, johon he ottavat ensisijaisesti yhteyttä tarvitessaan apua ja neuvoja terveysasioissa. Naisista (39 %) tällaisen ensisijaisen hoitajan ilmoitti suurempi osa kuin miehistä (34 %). Työikäisillä ensisijainen hoitaja oli useimmiten työterveyshuollossa (27 %:lla kaikista työikäisistä, 45–54-vuotiaista kolmanneksella). Ilmoitettu ensisijainen hoitaja työskenteli melko harvoin terveyskeskuksessa (10 % kaikista vastaajista). Kuitenkin yli 74-vuotiaista lähes neljänneksellä (24 %) oli ensisijainen hoitaja terveyskeskuksessa. Muualla (esimerkiksi sairaalassa) työskentelevä ensisijainen hoitaja oli kaikista vastaajista vain 5 %:lla, mutta yli 84-vuotiaista lähes viidenneksellä.

11 HOIDONTARVE JA SEN TYYDYTTYMINEN

Arpo Aromaa ja Seppo Koskinen

Kotona tehdyssä haastattelussa tiedusteltiin sairauksia koskeneiden kysymysten jälkeen, tarvitsiko asianomainen jonkun sairautensa takia jatkuvaa lääkärinhoitoa, saiko hän lääkärinhoitoa ja saiko hän kaikkien mainitsemiensa sairauksien takia riittävästi hoitoa. Ainakin jokin pitkäaikaissairaus tai pysyvä vamma oli hieman yli puolella tutkituista. Heistä suuri enemmistö, naisista 80 % ja miehistä 70 %, ilmoitti tarvitsevansa jatkuvaa lääkärinhoitoa. Koko väestösäkin lääkärinhoitoa ilmoitti tarvitsevansa jonkin verran suurempi osa naisista (43 %) kuin miehistä (36 %) (taulukko 11.1). Itse ilmoitettu lääkärinhuion tarve lisääntyi jyrkästi iän mukana: kaikista 30–44-vuotiaista noin viidesosa mutta 75 vuotta täyttäneistä jo yli 70 % katsoi olevansa jatkuvan lääkärinhuion tarpeessa. Lääkärinhuion tarpeen rinnalla myös huion käyttö suureni nopeasti iän myötä. Sekä miesten että naisten kaikissa ikäryhmissä lääkärinhuion saavien osuus oli yhtä suuri tai hieman suurempi kuin lääkärinhuion tarvitsevien osuus.

Taulukko 11.1. Ainakin yhden pitkäaikaissairauden, lääkärinhuion tarpeen ja tyydyttymättömän lääkärinhuion tarpeen ikävakioitu esiintyvyys (%) tutkittavien oman ilmoituksen perusteella.

	30-64			65+			30+		
	Miehet	Naiset	p ¹	Miehet	Naiset	p ¹	Miehet	Naiset	p ¹
Pitkäaikaissairaus	42,7	45,0	0,089	81,5	81,0	0,794	51,5	53,2	0,121
Lääkärinhuion tarve	26,9	36,1	<0,001	64,6	65,9	0,587	35,8	43,0	<0,001*
Tyydyttymätön lääkärinhuion tarve	13,0	13,9	0,296	16,2	19,0	0,169	13,9	15,0	0,172

¹ sukupuoliöen välinen ero

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-sukupuoliyhdyysvaikutus

Vaikka sairastavuus kasvaa jyrkästi iän mukana, tyydyttymätön lääkärinhuion tarve ei juurikaan yleisty, etenköän 45–54-vuotiaista vanhempiin ikäryhmiin siirryttäessä. Noin joka kuudes kaikista 45 vuotta täyttäneistä katsoi tarvitsevansa jatkuvaa lääkärinhuion jonkin pitkäaikaissairautensa takia, muttei saanut. 30–44-vuotiaiden ryhmässä vastaava osuus oli pienempi, 11 %. Kaikista miehistä 14 % ja naisista 15 % eli runsas kolmasosa hoitoa tarvitsevistä katsoi huionsa ainakin jossakin suhteessa riittämättömäksi. Mini-Suomi-tutkimuksessa vastaava osuus oli suurempi eli 40–45 % hoitoa tarvitsevistä (Aromaa ym. 1989). Vaikka ihmiset ovat huionssa, sen toteutumisessa on joiltakin osin edelleen puutteita, jotka tosin ovat vähäisempiä kuin aikaisemmin Mini-Suomi-tutkimuksessa.

12 TOIMINTAKYKY JA TYÖKYKY

Seppo Koskinen, Päivi Sainio, Raija Gould, Timo Suutama, Arpo Aromaa ja toimintakykytyöryhmä

Toimintakykytyöryhmä: Seppo Koskinen (pj.), Päivi Sainio (siht.), Arpo Aromaa, Pertti Era, Pauli Forma, Raija Gould, Päivi Haavisto, Jukka-Pekka Halonen, Kaj Husman, Juhani Ilmarinen, Jorma Järvisalo, Sirkka-Liisa Karppi, Jarmo Malmberg, Simo Mannila, Timo Marttila, Seppo Miilunpalo, Matti Ojamo, Sirkka-Liisa Rudanko, Sanna Rätty, Raimo Sulkava, Timo Suutama, Reijo Tilvis ja Mariitta Vaara

Toimintakykyä kartoitettiin Terveys 2000 -tutkimuksessa hyvin monipuolisesti. Tavanomaisen haastattelu- ja kyselymenetelmien lisäksi tutkimukseen kuului useita testejä, joilla mitattiin eri toimintoja. Tutkimuskohteita olivat mm. liikkumiskyky, ala- ja yläraajojen sekä selän toiminnat, näkö, kuulo, tasapaino, reaktionopeus, kognitiivinen kyvykkyys, sosiaalinen toimintakyky, arkitoimista suoriutuminen, työkyky sekä apuvälineiden ja kuntoutuspalvelujen tarve ja käyttö.

Terveystarkastusta edeltäneen kotihaastattelun ja eri vaiheissa täytettyjen kyselyjen avulla selvitettiin, miten tutkittava oman käsityksensä mukaan suoriutuu erilaisista tehtävistä. Terveystarkastuksessa tutkittavat osallistuivat runsaan puolen tunnin ajan erilaisiin fyysisen ja psykisen toimintakyvyn mittauksiin varsinaisessa toimintakykymittauspisteessä. Myös lääkärin-tutkimukseen sisältyi eräitä fyysisen toimintakyvyn mittauksia. Lisäksi kotihaastattelun yhteydessä mitattiin kognitiivista toimintakykyä. Tutkittavan itse ilmoittaman suoriutumisen ja objektiivisten mittausten ohella toimintakyvyn kartoitusta täydensivät kotihaastattelijan ja lääkärin arviot. Toimintakyvyn selvittäminen oli keskeinen tavoite myös kotiterveystarkastuksessa ja puhelinhaastattelussa, joiden kohteena olivat henkilöt, jotka eivät osallistuneet kotihaastatteluun tai varsinaiseen terveystarkastukseen.

12.1 Itse ilmoitettu toimintakyky

Kotihaastattelussa kartoitettiin monipuolisilla kysymyssarjoilla tutkittavien liikkumiskykyä, näkökykyä, kuulontarkkuutta, suoriutumista erilaisista perustoiminnoista, kuten pukeutumisesta ja peseytymisestä sekä muista tavallisista toiminnoista, kuten kaupassa asioinnista ja siivouksesta. Kysymyssarjojen lähtökohtia olivat Katzin ym. (1963; 1970), Lawtonin ja Brodyn (1969) sekä OECD:n (McWhinnie 1981) päivittäistoiminnoista selviytymistä kartoittavat mittarit, joita muokattiin ja täydennettiin mm. Mini-Suomi-tutkimuksen (Aromaa ym. 1989) sekä FINRISKI-97-senioritutkimuksen (Koskinen ym. 2002) kokemusten perusteella.

Esimerkkeinä perustoiminnoista tässä tarkastellaan pukeutumista, peseytymistä ja varpaankynsien leikkaamista (taulukko 12.1.1). Työikäisistä 97 % suoriutui oman arvionsa mukaan pukeutumisesta ja riisuutumisesta vaikeuksista ja 65–74-vuotiaistakin yli 90 %. Sen sijaan 85 vuotta täyttäneistä vain noin puolet arvioi pukeutumisen ja riisuutumisen sujuvan vaikeuksista. Kaikista 30 vuotta täyttäneistä 6 %:lla oli ainakin jonkin verran vaikeuksia pukeutumisessa, mutta vain alle 2 % ilmoitti, ettei selviydy siitä lainkaan. Peseytyminen tuotti vaikeuksia osapuilleen yhtä yleisesti kuin pukeutuminenkin. Myös varpaankynsien leikkaaminen sujui vaikeuksista yli 95 %:lta työikäisistä, mutta kaikista eläkeikäisistä hieman yli joka kolmas ja 85 vuotta täyttäneistä viisi kuudesta ilmoitti ainakin jonkin verran vaikeuksia varpaankynsien leikkaamisessa. Naisten ja miesten välillä ei ollut merkitseviä eroja suoriutumisessa edellä mainituista perustoiminnoista.

Taulukko 12.1.1. Eräistä perustoiminnoista vaikeuksista suoriutuvien osuus (%).

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Pukeutuminen									
Miehet	99,0	96,9	96,3	90,7	74,5	51,6	97,7	81,1	94,2
Naiset	98,7	96,8	93,8	91,9	77,2	45,7	97,0	82,8	93,7
p ²							0,131	0,327	0,412
Peseytyminen									
Miehet	99,1	98,5	98,4	94,5	76,8	54,3	98,8	84,1	95,6
Naiset	99,2	98,6	97,5	95,9	77,0	41,0	98,7	84,6	95,4
p ²							0,735	0,756*	0,591
Varpaankynsien leikkaaminen									
Miehet	98,1	95,3	91,9	80,2	51,2	16,8	95,8	64,3	88,8
Naiset	98,4	96,0	89,4	78,0	48,6	17,6	95,6	63,1	88,1
p ²							0,769	0,575	0,315

¹ ikävakiointu

² sukupuolten välinen ero

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-sukupuoliyhdysvaikutus

Liikkumiskykyä kartoitettiin useilla kysymyksillä, jotka koskivat asunnossa liikkumista, kävelyä, portaiden nousua, juoksua, julkisten liikennevälineiden käyttöä sekä polkupyörällä ja autolla ajamista. Asunnossa liikkumisessa oli vaikeuksia 4 %:lla tutkituista (taulukko 12.1.2), ja alle 1 % ilmoitti, ettei suoriudu siitä lainkaan. Portaiden nouseminen yhden kerrosvälän tuotti vaikeuksia 4 %:lle työikäisistä, mutta lähes neljälle viidesosalle 85 vuotta täyttäneistä. Puolen kilometrin kävely oli ylivoimainen tehtävä runsaalle 6 %:lle ja 12 % kaikista 30 vuotta täyttäneistä ilmoitti, ettei kykene tämän matkan kävelyyn tai että se tuottaa ainakin jonkin verran vaikeuksia. Työikäisistä vain 4 %:lla oli vaikeuksia puolen kilometrin kävelyssä, mutta 85 vuotta täyttäneistä yli 80 % oli sitä mieltä, ettei näin pitkän matkan kävely suju ilman vaikeuksia. Viiden kilon painoisen taakan kantaminen sadan metrin matkan tuotti vaikeuksia vielä hieman useammalle kuin puolen kilometrin kävely: työikäisistä lähes 7 % ja 85 vuotta täyttäneistä yli 85 % ilmoitti vaikeuksia tällaisesta tehtävästä suoriutumisessa. Kaikkien edellä käsiteltyjen osoittimien mukaan liikkumisvaikeudet olivat eläkeiässä naisilla selvästi yleisempiä kuin miehillä. Työikäisten keskuudessa ainoastaan viiden kilon kantaminen sata metriä tuotti vaikeuksia yleisemmin naisille kuin miehille; muut liikkumiskyvyn osoittimet eivät olleet yhteydessä sukupuoleen työikäisillä.

Taulukko 12.1.2. Liikkumiskykyä edellyttävistä toiminnoista vaikeuksista suoriutuvien osuus (%).

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Asunnossa liikkuminen									
Miehet	99,5	99,1	98,7	95,3	82,9	62,2	99,2	87,5	96,6
Naiset	99,8	99,4	98,2	94,0	77,6	42,4	99,3	83,8	95,8
p ²							0,573	0,026	0,042*
Portaiden nouseminen (1 kerrosväli)									
Miehet	99,0	96,9	91,2	85,1	63,3	25,1	96,6	72,1	91,0
Naiset	99,0	96,3	89,3	75,1	48,8	21,6	96,0	61,9	88,2
p ²							0,224	<0,001	<0,001*
Puolen kilometrin kävely									
Miehet	99,0	95,1	91,7	81,7	59,1	17,1	96,1	67,7	89,6
Naiset	99,4	95,9	91,9	76,9	47,2	18,3	96,6	62,0	88,6
p ²							0,349	0,012	0,119*
Ostokassin (5 kg) kantaminen sata metriä									
Miehet	98,7	96,2	91,7	83,4	57,8	24,8	96,3	69,0	90,3
Naiset	96,7	89,8	79,1	64,9	31,7	10,3	90,5	49,3	81,1
p ²							<0,001	<0,001	<0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-sukupuoliyhdysvaikutus

Kaupassa asiointi ja raskas siivoustyö ovat esimerkkejä monimutkaisemmista toimintakokonaisuuksista, joista suoriutumista voivat rajoittaa mm. liikkumisvaikeudet, aistitoimintojen puutteet ja kognitiivisten toimintojen vaikeudet. Kaupassa asioimisesta arvioi suoriutuvansa vaikeuksista 93 % tutkituista, työkäisistä peräti 98 %, mutta eläkeikäisistä vain 75 % ja 85 vuotta täyttäneistä enää hieman runsas neljännes (taulukko 12.1.3). Eläkeikäisistä naisista suurempi osa kuin miehistä piti kaupassa asioimista vaikeana tai mahdottomana.

Raskas siivoustyö, esimerkiksi mattojen kantaminen ja piiskaaminen tai ikkunoiden pesu, tuotti vaikeuksia tai oli mahdotonta joka viidennelle tutkitulle (taulukko 12.1.3 ja kuvio 12.1.1). 30–44-vuotiaista 96 % suoriutui näistä tehtävistä mielestään vaikeuksista, mutta eläkeiän kynnyksellä raskas siivoustyö tuotti vaikeuksia yli viidennekselle tutkituista ja 85-vuotiaista ja sitä vanhemmista enää 5 % ilmoitti suoriutuvansa vaikeuksista raskaasta siivoamisesta. 45. ikävuoden jälkeen vaikeudet raskaasta siivoustyöstä suoriutumisessa olivat selvästi yleisempiä naisilla kuin miehillä.

Taulukko 12.1.3. Eräistä tavanomaisista toiminnoista vaikeuksitta suoriutuvien osuus (%).

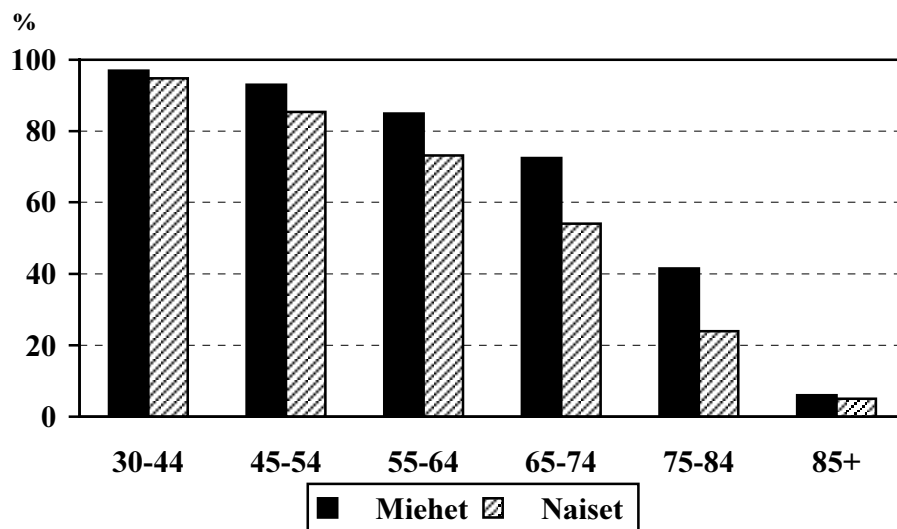
	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Kaupassa asiointi									
Miehet	98,5	97,6	97,2	91,1	70,8	39,7	97,9	78,9	93,8
Naiset	99,0	97,5	94,6	87,6	61,8	23,5	97,5	73,3	91,9
p ²							0,295*	0,002	<0,001*
Raskas siivoustyö									
Miehet	96,9	93,0	85,0	72,5	41,5	5,9	93,0	55,6	84,7
Naiset	94,8	85,4	73,2	54,1	23,9	5,0	86,9	40,0	76,2
p ²							<0,001	<0,001	<0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-sukupuoliyhdydysvaikutus

Kuvio 12.1.1. Raskaasta siivoustyöstä vaikeuksitta suoriutuvien osuus (%).



12.2 Mitattu toimintakyky

Näkö

Silmien yhteisnäön tarkkuutta tutkittiin käyttämällä hyvin valaistuja Oriolan lähi- ja kaukonäkötauluja (Precision Vision). Näöntarkkuus tutkittiin silmälasein, jos tutkittava yleensä käytti niitä katsoessaan lähelle tai kauas.

Lähinäkötutkimuksessa tutkittava piti taulua sillä etäisyydellä, jolta mielestään näki parhaiten. Lähinäön tarkkuus luokiteltiin kirjainten koon perusteella: normaali = erottaa 1 mm ja sitä pienemmät kirjaimet (vastaa lähinäkötaulun visus-riviä yli 0.4); heikentynyt = erottaa 1.5–1.8 mm kirjaimet (visus-rivit 0.32–0.4); heikkonäköinen = erottaa 2,4–11,5 mm kirjaimet (visus-rivit 0.05–0.25); sokea tai lähes sokea = erottaa korkeintaan 11,5 mm suuremmat kirjaimet (visus-rivit alle 0.05). Työikäisistä yli 98 %:lla oli normaali lähinäön tarkkuus (taulukko 12.2.1). 75. ikävuoden jälkeen lähinäön ongelmat yleistyivät. 85 vuotta täyttäneistä normaali lähinäkö oli enää runsaalla puolella ja sokeita tai lähes sokeita oli miehistä 12 % ja naisista lähes 5 %. Alle 85-vuotiaista sokeita tai lähes sokeita oli alle 1 %. Lähinäkö oli heikentynyt miehillä useammin kuin naisilla, mikä voi ainakin osittain johtua siitä, että lukulaseja käyttävät miehet olivat jättäneet lasit kotiin useammin kuin naiset. Lisäksi miehet kenties huolehtivat näönhuollostaan (esim. silmälasien uusiminen) naisia välinpitämättömämmin. Kun tutkitavilta tiedusteltiin sanomalehden lukemisvaikeutta, sukupuoliero oli päinvastainen: eläkeikäisistä miehistä hieman suurempi osa kuin naisista ilmoitti selviytyvänsä siitä vaikeuksista.

Taulukko 12.2.1. Normaalin ja heikentyneen lähinäön yleisyys (%)

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Miehet									
Normaali	99,5	95,7	96,3	94,1	81,0	47,6	97,5	85,6	94,9
Heikentynyt	0,2	2,7	2,9	3,1	8,7	18,0	1,6	6,3	2,6
Heikkonäköinen	0,4	1,5	0,8	2,8	9,5	22,5	0,8	6,9	2,2
Sokea tai lähes sokea	0,0	0,1	0,0	0,0	0,8	11,9	0,0	1,2	0,3
Naiset									
Normaali	99,6	97,6	97,4	95,9	84,5	57,4	98,4	89,0	96,3
Heikentynyt	0,4	1,9	1,8	2,6	9,4	13,2	1,2	5,6	2,2
Heikkonäköinen	0,0	0,4	0,5	1,5	5,8	24,9	0,2	4,9	1,3
Sokea tai lähes sokea	0,0	0,1	0,3	0,0	0,4	4,5	0,1	0,5	0,2
p ²							0,019	0,070	0,011*

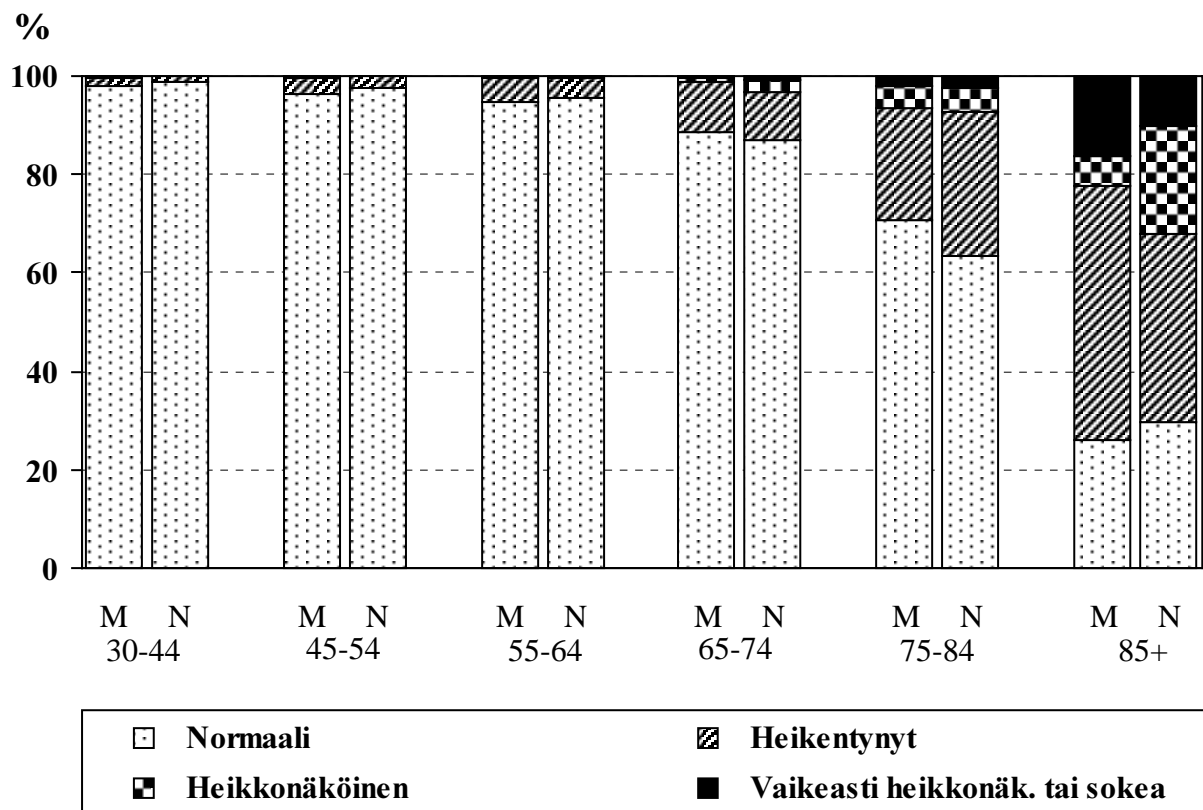
¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-sukupuolilyhdysvaikutus

Kaukonäkötutkimuksessa tutkittavan etäisyys taulusta oli 4 metriä. Kaukonäön tarkkuus luokiteltiin visus-arvojen perusteella seuraavasti: normaali = yli 0.5; heikentynyt = 0.32–0.5; heikkonäköinen = 0.25–0.1; vaikeasti heikkonäköinen tai sokea = alle 0.1. Kaukonäkö oli heikentynyt vain muutamalla prosentilla työikäisistä, mutta 65. ikävuoden jälkeen näkövaikeuksia oli jo neljänneksellä (kuvio 12.2.1 ja taulukko 12.2.2). Työiässä sekä lieviä että vakavasteisemmat näkövaikeudet olivat melko harvinaisia, mutta eläkeiässä erityisesti lievien vaikeuksien osuus kasvoi selvästi. 85 vuotta täyttäneistä alle 30 %:lla oli normaali kaukonäkö. Miesten ja naisten välillä ei kaukonäön tarkkuudessa ollut eroa. Vaikeasti heikkonäköisten tai sokeiden osuus oli alle prosentin alle 75-vuotiaista, mutta 85 vuotta täyttäneistä miehistä 16 % ja naisista 10 % kuului tähän ryhmään.

Kuvio 12.2.1. Normaalin ja heikentyneen kaukonäön yleisyys (%).



Taulukko 12.2.2. Normaalin ja heikentyneen kaukonäön yleisyys (%).

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Miehet									
Normaali	97,8	96,5	94,6	88,8	70,9	26,0	96,7	77,3	92,5
Heikentynyt	1,9	3,2	4,8	10,1	22,4	51,7	2,9	17,9	6,2
Heikkonäköinen	0,3	0,1	0,6	0,8	4,8	6,0	0,3	2,7	0,9
Vaikeasti heikkonäköinen tai sokea	0,0	0,2	0,0	0,3	2,0	16,4	0,1	2,1	0,5
Naiset									
Normaali	98,8	97,4	95,7	87,0	63,6	29,5	97,6	75,1	92,4
Heikentynyt	1,2	2,4	3,9	9,7	28,9	38,2	2,2	18,0	5,8
Heikkonäköinen	0,0	0,1	0,2	2,6	5,2	22,3	0,1	5,0	1,2
Vaikeasti heikkonäköinen tai sokea	0,0	0,1	0,3	0,6	2,3	10,0	0,1	1,9	0,5
p ²							0,117	0,154	0,508*

¹ ikävakioitu² sukupuolten välinen ero

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-sukupuolilyhdysvaikutus

Kuulo

Ilmajohtokuulokynnys tutkittiin seulonta-audiometrilla (Micromate 304, Madsen Electronics) kummastakin korvasta kolmella taajuudella, 0,5, 1 ja 2 kHz, hiljaisessa huoneessa. Pienin käytetty stimulaatiotaso oli 5 dB. Paremmiin kuulevan korvan keskiarvokuulokynnys ko. taajuuksilla luokiteltiin WHO:n (1991) suosituksen mukaan: normaali = 25 dB tai parempi; jonkin verran heikentynyt = 26–40 dB; kohtalaisesti heikentynyt = 41–60 dB; vaikea-asteisesti heikentynyt = 61–80 dB; kuuro tai lähes kuuro = yli 80 dB.

Kuulo oli normaali 97 %:lla työikäisistä, mutta eläkeikässä normaalisti kuulevien osuus oli huomattavasti pienempi, alle 60 % (taulukko 12.2.3). 75–84-vuotiaista yli puolella ja 85 vuotta täyttäneistä yli 90 %:lla oli heikentynyt kuulo. Työiässä lievätkin kuulovaikeudet olivat siis harvinaisia, mutta eläkeikäisillä melko yleisiä. Kuuroja tai lähes kuuroja ei työikäisissä ollut juuri lainkaan, mutta vanhimmassa ikäryhmässä (85 vuotta täyttäneet) heitä oli jo 5%. Miehillä oli naisia heikompi kuulo työiässä, mutta ero tasoittui eläkeikässä.

Miehistä suurempi osa kuin naisista ilmoitti kokevansa vaikeuksia keskustelun kuulemisessa. Ero alkoi jo 45 vuoden iässä, mutta tasoittui yli 84-vuotiailla, mikä saattaa olla viite siitä, että lievät meluvammat, jotka vaikeuttavat puheen erottamista hälyssä tai kaikuisissa tiloissa, ovat yleisempiä miehillä kuin naisilla

Taulukko 12.2.3. Normaalin ja heikentyneen kuulon yleisyys (%). Paremmen kuulevan korvan keskiarvo (0,5, 1 ja 2 kHz taajuudet).

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Miehet									
Normaali	98,8	97,0	90,2	71,4	44,2	10,1	96,3	56,7	87,5
Jonkin verran heikent.	0,7	2,0	7,5	19,3	32,7	37,8	2,7	25,3	7,8
Kohtalaisesti heikent.	0,4	0,8	2,1	7,1	19,6	37,7	0,9	14,2	3,7
Vaikea-ast. heikentynyt	0,1	0,1	0,2	1,7	1,7	12,5	0,1	2,7	0,7
Kuuro tai lähes kuuro	0,1	0,1	0,0	0,6	1,7	2,1	0,1	1,1	0,3
Naiset									
Normaali	99,0	98,8	93,5	74,3	41,1	8,5	97,7	58,6	89,0
Jonkin verran heikent.	0,5	1,1	4,9	20,1	35,6	36,9	1,7	26,2	7,1
Kohtalaisesti heikent.	0,5	0,1	1,2	4,3	20,4	40,0	0,5	12,3	3,2
Vaikea-ast. heikentynyt	0,0	0,0	0,2	0,2	2,2	8,6	0,0	1,6	0,4
Kuuro tai lähes kuuro	0,0	0,0	0,2	1,1	0,7	6,0	0,0	1,3	0,3
p ²							0,053	0,403	0,101*

¹ ikävakiointu

² sukupuolten välinen ero

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-sukupuoliyhdyksivaikutus

Kognitiivinen toimintakyky

Kognitiivisen toimintakyvyn tutkimisessa käytettiin tehtäviä muistihäiriöiden ja dementian varhaisvaiheiden arviointiin kehitetystä CERAD-tehtäväsarjasta (Morris ym. 1989; Hänninen ym. 1999; Pulliainen ym. 1999). Kognitiivisista toiminnoista arvioitiin puheen tuottamista sekä kielellisen aineksen mieleen painamista ja muistissa säilyttämistä. Lisäksi kotihaastattelun yhteydessä 55 vuotta täyttäneille tutkittaville tehdyllä Mini-Mental State Examination (MMSE) –testin (Folstein ym. 1975) lyhennetyllä versiolla saatiin karkea yleisarvio kognitiivisen suoriutumisen heikentymisestä.

Kielellisen sujuvuuden tehtävässä tutkittavien tuli luetella minuutin aikana mahdollisimman monta eri eläintä. Suoriutumista heikentävät kielellisen toiminnan, semanttisen muistin ja toiminnan ohjauksen vaikeudet (Pulliainen ym. 1999). Tulosten perusteella nämä vaikeudet näyttivät lisääntyvän iän myötä; vanhemmissa ikäryhmissä suoritus oli selvästi heikompi kuin nuoremmassa (taulukko 12.2.4 ja kuvio 12.2.2). Työikäisillä keskiarvo oli 24,8 sanaa, naisilla hieman suurempi kuin miehillä. Sukupuolten välillä ei ollut eroa 65 vuotta täyttäneillä, mutta suoritus heikkeni voimakkaasti iän myötä: 65–74-vuotiaat luettelivat keskimäärin 20,5 eläintä, mutta yli 84-vuotiaat enää 13,7. Noin 1 %:lle tutkittavista testiä ei voitu tehdä vaikean dementian tai muun kognitiiviseen suoriutumiskykyyn vaikuttavan sairauden vuoksi.

Taulukko 12.2.4. Eräiden kognitiivisten tehtävien tulokset (keskiarvo)

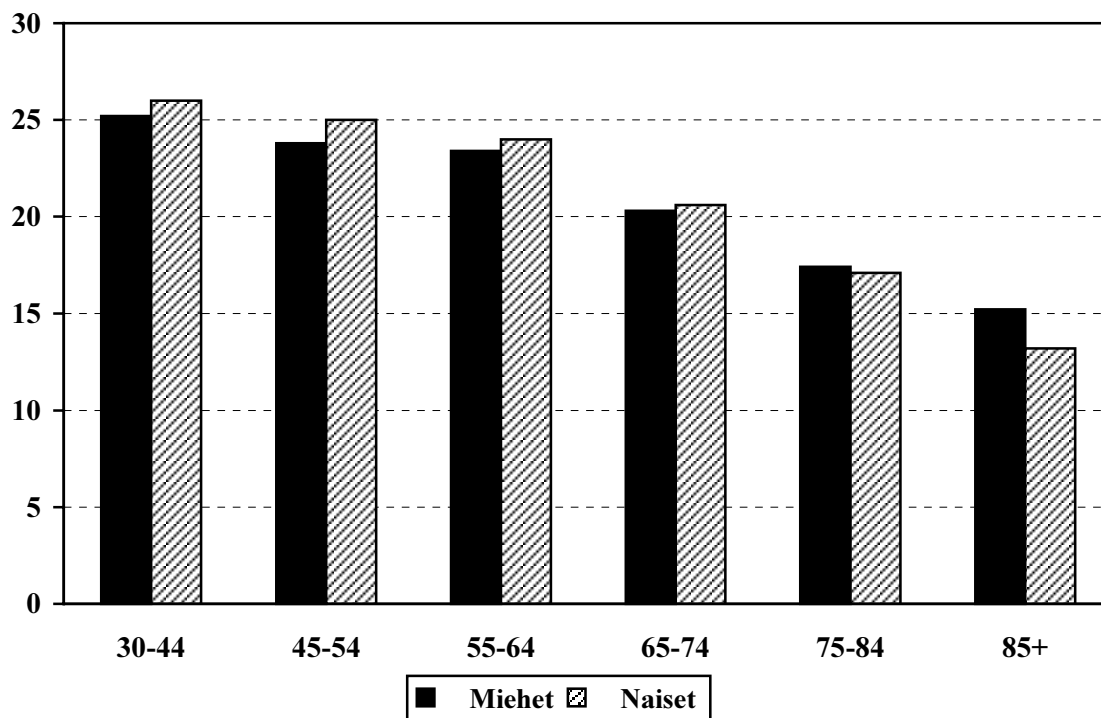
	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Kielellinen sujuvuus, lueteltujen sanojen lukumäärä									
Miehet	25,2	23,8	23,4	20,3	17,4	15,2	24,3	18,8	23,2
Naiset	26,0	25,0	24,0	20,6	17,1	13,2	25,2	18,9	23,8
p ²							<0,001	0,760*	0,003*
Opittujen sanojen lukumäärä 3. esityskerralla									
Miehet	8,5	8,0	7,6	6,7	5,8	5,1	8,1	6,3	7,7
Naiset	9,0	8,6	8,2	7,4	6,5	5,0	8,7	7,0	8,3
p ²							<0,001	<0,001	<0,001
Viivästetty mieleenpalautus, säilymisprosentti									
Miehet	89,1	85,8	82,4	75,8	68,5	60,0	86,5	71,9	83,5
Naiset	90,5	86,9	85,3	77,8	70,1	55,0	88,2	73,8	84,9
p ²							<0,001	0,160	0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-sukupuoliyhdysovaikutus

Kuvio 12.2.2. Kielellinen sujuvuus, lueteltujen sanojen lukumäärä (keskiarvo).



Muistitehtävissä tutkittavat opettelivat kymmenen sanan listan lukemalla sanat ääneen kolmasti. Joka kerran jälkeen tutkittavia pyydettiin luettelemaan muistamansa sanat. Sanojen huonoa oppimiskykyä ilmenee usein jo alkavassa tai hyvin lievässäkin dementiaassa, mutta heikkoon oppimiseen voi olla monia muitakin syitä kuten mielialaongelmat, väsyneisyys ja heikko motivaatio. Kolmannella esityskerralla muistettujen sanojen lukumäärän keskiarvot esitetään taulukossa 12.2.4. Suoritus heikkeni nuoremmista vanhempiin ikäryhmiin siirryttäessä; 30–44-vuotiailla keskiarvo oli 8,8 sanaa, 65–74-vuotiailla 7,1 ja 85 vuotta täyttäneillä 5,0 oikein muistettua sanaa. Tulos oli naisilla parempi kuin miehillä sekä työ- että eläkeiässä.

Sanojen mieleenpalautusta tutkittiin kysymällä sanalista uudelleen noin 5 minuutin kuluttua sen opettelusta. Viivästettyä muistamista kuvataan säilymisprosentilla, jossa mieleen palauteutut sanat on suhteutettu opittujen sanojen määrään. Alle 80 %:n tulos voi herättää epäilyn muistiongelmista (Pulliainen ym. 1999). Suoritus heikkeni iän myötä hieman jo työikäisillä (90:stä 84 %:iin), mutta erityisesti 65. ikävuoden jälkeen säilymisprosentin ollessa 65–74-vuotiailla 77 ja 85 vuotta täyttäneillä 56 (taulukko 12.2.4). Säilymisprosentti oli työikäisillä naisilla parempi kuin miehillä, mutta eläkeiässä sukupuolten välillä ei ollut eroa.

Vähäisen koulutuksen sekä iän mukana lisääntyvien dementoivien ja muiden kognitiiviseen suoriutumiseen vaikuttavien sairauksien yhteyksiä heikkoihin suorituksiin tarkastellaan myöhemmissä julkaisuissa.

Muut testit

Terveystarkastuksessa kartoitettiin toimintakykyä lisäksi erilaisilla voimaa, nopeutta, tasapainoa, kestävyyttä, koordinaatiota ja nivelten liikkuvuutta mittaavilla testeillä. Esimerkkinä tarkastellaan puristusvoiman ja kävelynopeuden tuloksia. Puristusvoima mitattiin kahdesti (kolmas puristus tehtiin, jos kahden ensimmäisen välinen ero oli yli 10%) dominoivasta kädestä vastusvenymäliuska-anturilla ja siihen liitetyllä vahvistimella (Good Strength, Metitur Oy, Jyväskylä). Tuloksena käytettiin parasta arvoa. Puristusvoima heikkeni iän karttuessa. Naisten puristusvoima oli eri ikäryhmissä 56–60 % miesten puristusvoimasta (taulukko 12.2.5).

Taulukko 12.2.5. Dominoivan käden puristusvoima (N).

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Miehet	527.0	506.4	454.2	393.8	315.7	231.3	504.4	356.7	474.2
Naiset	310.6	291.7	258.6	228.6	179.8	139.5	292.8	207.4	274.1
p ²							<0,001*	<0,001*	<0,001*

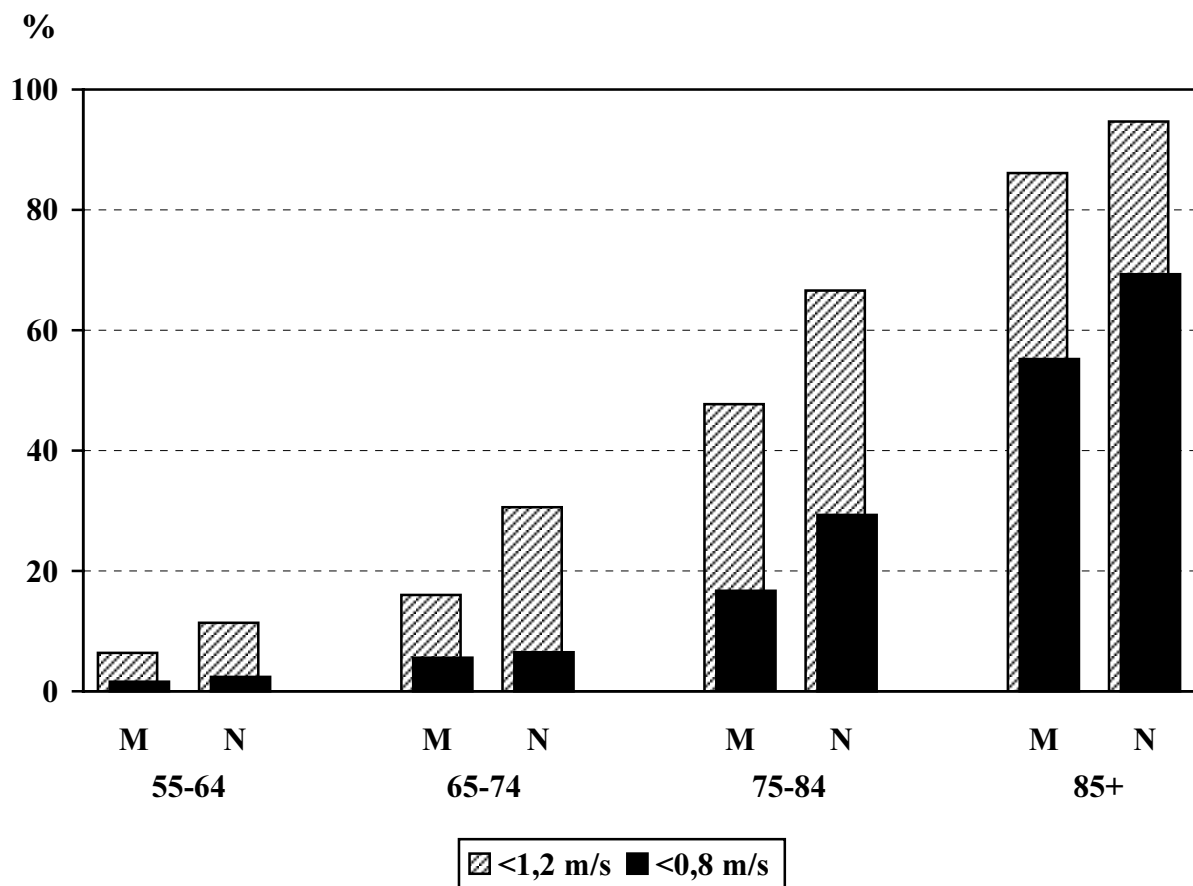
¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-sukupuolilyhdysvaikutus

Kävelytesti tehtiin 55 vuotta täyttäneille. Maksimaalinen kävelynopeus laskettiin 6,1 metrin matkalta (Fiatarone ym. 1994). Kuviossa 12.2.3 ja taulukossa 12.2.6 on esitetty niiden tutkittavien osuudet, jotka kävelivät hitaammin kuin 1,2 m/s ja 0,8 m/s. Liikennevalojen ajoituksen mitoituksessa käytettävällä nopeudella 1,2 m/s ehtii kadun ylitse ennen ajoliikenteelle syttyvää vihreää valoa, vaikka lähtisikin ylitykseen hetkellä, jolloin jalankulkijoiden vihreä valo sammuu (jalankulkijoiden suoja-aika) (Liikenteen valo-ohjauksen suunnittelu LIVASU-78 1978). Jos lähtee heti vihreän valon syttyessä, kadun ylittämiseen riittää 0,8 m/s nopeus ennen kuin autoille syttyy vihreä valo. Kävelynopeus hidastui odotetusti iän mukana. 55–64-vuotiaista vain parilla prosentilla oli vaikeuksia kävellä nopeammin kuin 0,8 m/s, mutta 75–84-vuotiaista joka neljäs ja 85 vuotta täyttäneistä kaksi kolmasosaa käveli tätä hitaammin. Vanhimmissa miehistä enää alle puolet ja naisista vain kolmasosa olisi ehtinyt kadun yli ennen ajoliikenteelle syttyvää vihreää valoa. Tästä ikäryhmästä alle 10 % selviäisi riittävän nopeasti ylitse, mikäli lähtisi jalankulkijoiden vihreän loppuvaiheessa liikkeelle. Miesten keskimääräinen kävelynopeus oli 1,58 m/s ja naisten 1,38 m/s; sukupuolten välinen ero oli tilastollisesti merkitsevä.

Kuvio 12.2.3. Hitaammin kuin 1,2 m/s ja 0,8 m/s kävelevien osuus (%).



Taulukko 12.2.6. Hitaammin kuin 1,2 m/s ja 0,8 m/s kävelevien osuus (%).

	<1,2 m/s					<0,8 m/s				
	55-64	65-74	75-84	85+	55+ ¹	55-64	65-74	75-84	85+	55+ ¹
Miehet	6,4	16,0	47,7	86,1	21,3	1,6	5,6	16,7	55,2	8,6
Naiset	11,4	30,6	66,6	94,7	31,8	2,4	6,5	29,3	69,3	11,9
p ²					<0,001					0,001

¹ ikävakiointu

² sukupuolten välinen ero

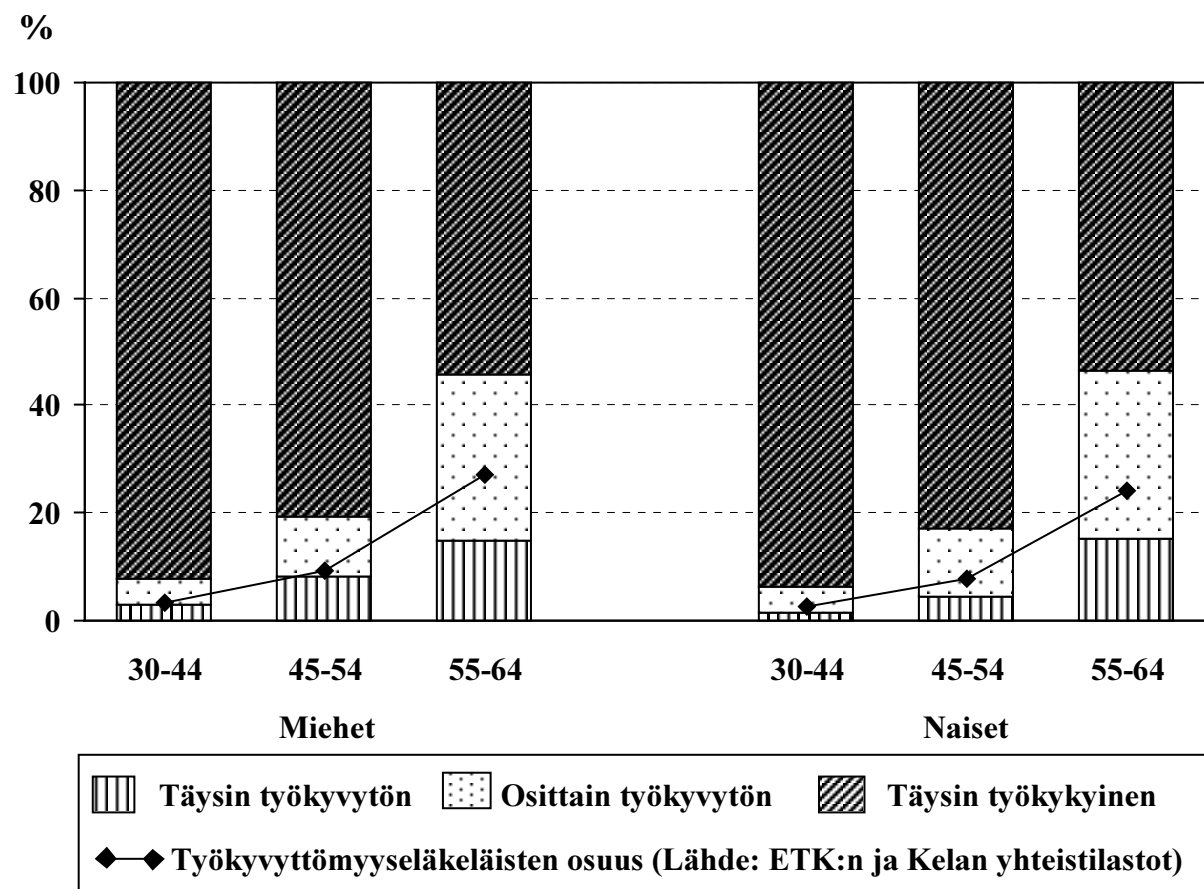
Tulosten valossa suurimmalla osalla 30 vuotta täyttäneistä on varsin hyvä toimintakyky ja he selviävät vaikeuksista tavallisista toiminnoista. Kuitenkin 65. tai 75. ikävuoden jälkeen aistien toiminta ja suoriutuminen alkaa heikentyä siinä määrin, että osa iäkkäistä ei selviydy itsenäisesti tai vaikeuksista monista tavallisista toimista. Erittäin merkittäväällä osalla 85 vuotta täyttäneistä on vaikeuksia jo perustoiminnoissakin. Luotettavat tiedot eri ikäisen väestön toimintakyvystä ovat tarpeen arvioitaessa, kuinka suuren haasteen iäkkään väestön kasvu asettaa palvelujärjestelmälle. Lisäksi koko aikuisväestöä edustavat tiedot toimintakyvystä ja siihen vaikuttavista tekijöistä ovat tarpeen pyrittäessä säilyttämään ikääntyvän väestön hyvä liikkumiskyky ja omatoimisuus sekä turvaamaan sellainen asuin-, elin- ja liikenneympäristö, jossa toimintakyvyn heikentyminen mahdollisimman vähän rajoittaa mahdollisuuksia itsenäiseen elämiseen.

12.3 Työkyky

Työkykyä koskevia tietoja koottiin kotihaastattelussa sekä sen yhteydessä jaetussa kyselyssä. Kysymyssarjoihin sisältyivät mm. Työterveyslaitoksella kehitetyn työkykyindeksin kysymykset (Tuomi ym. 1992), osa Mini-Suomi-tutkimuksessa käytetyistä kysymyksistä (Aromaa ym. 1989), sekä useita työhön, työyhteisöön ja osaamiseen liittyviä kysymyksiä. Lisäksi terveystarkastuksessa lääkäri arvioi tutkittavan selviytymistä eräissä vertailuammateissa.

Omaa arviota työkyvystä tiedusteltiin kaikilta työkäisiltä riippumatta siitä, olivatko he työssä vai eivät. Kaikista 30–64-vuotiaista 81 % arvioi itsensä täysin työkykyiseksi, 13 % osittain työkyvyttömäksi ja 6 % täysin työkyvyttömäksi. 30–44-vuotiaista yli 90 % piti itseään täysin työkykyisenä, mutta 55–64-vuotiaista enää runsas puolet. Miehistä arvioi itsensä kokonaan työkyvyttömäksi suurempi osa kuin naisista; muuten sukupuolten välillä ei ollut eroa (kuvio 12.3.1 ja taulukko 12.3.1).

Kuvio 12.3.1. 30–64-vuotiaiden oma arvio työkyvystään.



Taulukko 12.3.1. 30-64-vuotiaiden oma arvio työkyvystään (%).

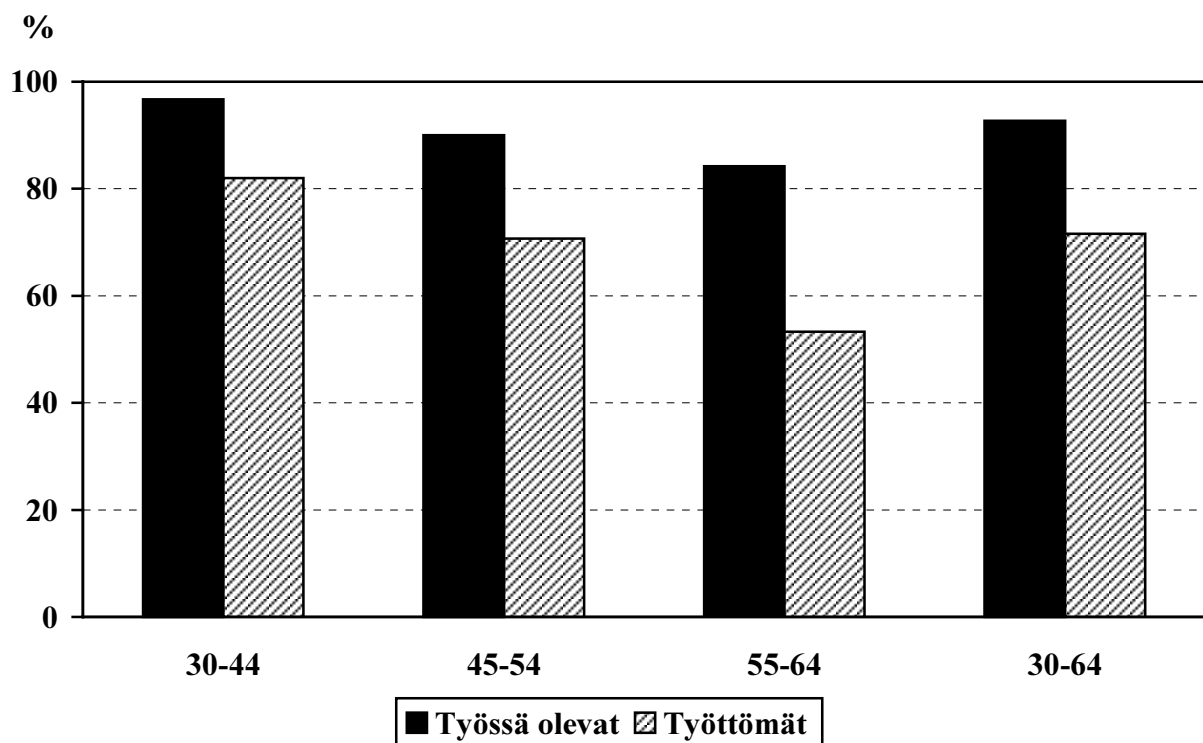
	Miehet				Naiset			
	30-44	45-54	55-64	30-64 ¹	30-44	45-54	55-64	30-64 ¹
Täysin työkykyinen	92,3	80,5	54,3	80,0	93,6	82,9	53,6	81,2
Osittain työkyvytön	4,9	11,4	30,8	12,8	4,8	12,8	31,3	13,3
Täysin työkyvytön	2,8	8,1	14,9	7,2	1,6	4,3	15,1	5,5
Työkyvyttömyyseläkeläisten osuus ²	3,4	9,3	27,2	10,6	2,7	7,8	24,3	9,5

¹ ikävakioitu

² Lähde: Eläketurvakeskuksen ja Kansaneläkelaitoksen yhteistilastot

Kokonaan tai osittain työkyvyttömänä itseään pitävien osuus 30–64-vuotiaista oli kaksinkertainen eläketilastoihin perustuvaan työkyvyttömyyseläkeläisten väestöosuuteen nähden (taulukko 12.3.1). Ainakin osittain työkyvyttömäksi itsensä kokevia on näin ollen myös työvoimassa. Työssä olevista 30–64-vuotiaista silti yli 90 % piti itseään täysin työkykyisenä, sen sijaan työttömistä vain runsaat 70 %. Varsinkin vanhimmat työttömät kokivat työkykynsä heikentyneen: 55–64-vuotiaista työttömistä vain hiukan yli puolet arvioi itsensä täysin työkykyiseksi, kun työssä olevista 84 % koki olevansa täysin työkykyisiä (kuvio 12.3.2 ja taulukko 12.3.2).

Kuvio 12.3.2. Täysin työkykyisenä itseään pitävien osuus 30–64-vuotiaista työllisistä ja työttömistä.



Taulukko 12.3.2. Täysin työkykyisenä itseään pitäneiden osuus (%) 30–64-vuotiaista työllisistä ja työttömistä.

	30-44	45-54	55-64	30-64
Työssä olevat	96,7	90,0	84,2	92,7
Työttömät	82,0	70,7	53,3	71,6

Työkyvyn yleisarvion ohella työkykyä arvioitiin erikseen suhteessa työn ruumiillisiin ja henkisiin vaatimuksiin. Viimeksi kuluneen vuoden aikana työssä olleista 30–44-vuotiaista runsaat 90 % piti työkykyään melko tai erittäin hyvänä sekä työnsä ruumiillisten että henkisten vaatimusten kannalta. Työn ruumiillisiin vaatimuksiin suhteutettu työkyky heikkeni iän mukana enemmän kuin työkyky työn henkisten vaatimusten kannalta (taulukko 12.3.3). Vuoden 2000 työolobarometri antaa samankaltaisen kuvan palkansaajien ruumiillisen ja henkisen työkyvyn arvioista (Ylöstalo 2001).

Taulukko 12.3.3. Työkykyään työn ruumiillisten tai henkisten vaatimusten kannalta hyvänä pitäneiden osuus (%) 30–64-vuotiaista viimeksi kuluneen vuoden aikana työssä olleista.

	30-44	45-54	55-64	30-64
Hyvä työkyky työn ruumiillisten vaatimusten kannalta	91,6	80,1	66,4	84,3
Hyvä työkyky työn henkisten vaatimusten kannalta	91,0	84,0	74,9	86,4

Työkykyä arvioitiin myös suhteuttamalla se siihenastiseen parhaaseen työkykyyn. Työikäisiä pyydettiin antamaan nykyiselle työkyvyllään pistemäärä välillä 0–10 siten, että 10 pistettä vastasi asianomaisen työkykyä parhaimmillaan. Työssä olevat 30–44-vuotiaat antoivat työkyvyllään keskimäärin 9 pistettä ja 55–64-vuotiaat yhden pisteen vähemmän. Ikääntyneet työlliset arvioivat nykyisen työkykynsä olevan siten keskimäärin 80 % elämänaikaisesta parhaasta työkyvystään. Kaikissa ikäryhmissä naiset arvioivat nykyisen työkykynsä olevan hiukan lähempänä maksimitasoa kuin miehet (taulukko 12.3.4). Työssä olevien keskimääräiset työkykykypisteet olivat sekä miehillä että naisilla vähän parempia kuin Tilastokeskuksen vuoden 1997 työolotutkimuksessa palkansaajien työkykyarviot. Kaikkien 30–64-vuotiaiden työkykykypistemäärän keskiarvo (8,1) on lähes sama kuin 25–64-vuotiaiden vastaava pistemäärä (8,0) vuoden 2000 Työ ja terveys -haastattelussa (Piirainen ym. 2000).

Taulukko 12.3.4. 30–64-vuotiaiden arvio nykyisestä työkyvystä suhteessa siihen, kuinka hyvä vastaajan työkyky on ollut (=10).

	Työssä olevat				Kaikki			
	30-44	45-54	55-64	30-64 ¹	30-44	45-54	55-64	30-64 ¹
Miehet	8,9	8,3	7,9	8,5	8,7	7,8	6,5	7,9
Naiset	9,0	8,5	8,1	8,6	8,9	8,2	6,8	8,2

¹ ikävakioitu

Viimeksi kuluneen vuoden aikana työssä olleilta tiedusteltiin myös näkemystä tulevasta työssä selviytymisestä. 30–44-vuotiaista lähes kaikki olettivat pystyvänsä terveytensä puolesta työskentelemään nykyisessä ammatissaan vielä kahden vuoden kuluttua. Iän mukana usko tulevaan työssä selviytymiseen kuitenkin heikkeni: 55–64-vuotiaista enää kolme neljästä arveli suoriutuvansa työstään vielä kahden vuoden kuluttua (taulukko 12.3.5). Ikääntyneiden usko työssä selviytymiseen oli hiukan heikompi kuin työministeriön työolobarometrissa syksyllä 2000 saatu tulos (Kansallisen Ikäohjelman seurantaraportti 2001)).

Taulukko 12.3.5. Oman arvionsa mukaan nykyisessä/viimeisimmässä ammatissaan kahden vuoden kuluttua työskentelemään pystyvien osuus (%) 30–64-vuotiaista viimeksi kuluneen vuoden aikana työssä olleista.

	30-44	45-54	55-64	30-64 ¹
Miehet	96,4	90,8	78,7	92,1
Naiset	96,9	90,9	69,2	91,3
p ²				0,329*

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-sukupuolilyhdysvaikutus

Tulokset osoittavat, että 30–64-vuotiaista valtaosalla on hyvä työkyky. Silti sekä työelämässä että erityisesti työttömien joukossa on suuri osuus kokonaan tai osittain työkyvyttömiä. Erityisesti 55–64-vuotiaiden ikäryhmässä työkyvyttömyys ja oman työkyvyn arvioiminen heikentyneeksi oli edelleen yleistä.

13 AVUN JA KUNTOUTUKSEN TARVE JA SAANTI

Seppo Koskinen, Päivi Sainio, Arpo Aromaa ja toimintakykyryhmä

Toimintakykyryhmä: Seppo Koskinen (pj.), Päivi Sainio (siht.), Arpo Aromaa, Pertti Era, Pauli Forma, Raija Gould, Päivi Haavisto, Jukka-Pekka Halonen, Kaj Husman, Juhani Ilmarinen, Jorma Järvisalo, Sirkka-Liisa Karppi, Jarmo Malmberg, Simo Mannila, Timo Marttila, Seppo Miilunpalo, Matti Ojamo, Sirkka-Liisa Rudanko, Sanna Rätty, Raimo Sulkava, Timo Suutama, Reijo Tilvis ja Mariitta Vaara

Terveys 2000 -tutkimuksen kotihaastattelussa selvitettiin monipuolisesti avun ja kuntoutuspalvelujen tarvetta ja saantia. Tiedot hankittiin pääasiassa tiedustelemalla tutkittavan omaa käsitystä saamastaan ja tarvitsemastaan avusta ja kuntoutuksesta. Lisäksi terveystarkastuksessa lääkäri arvioi henkilön kuntoutustarvetta.

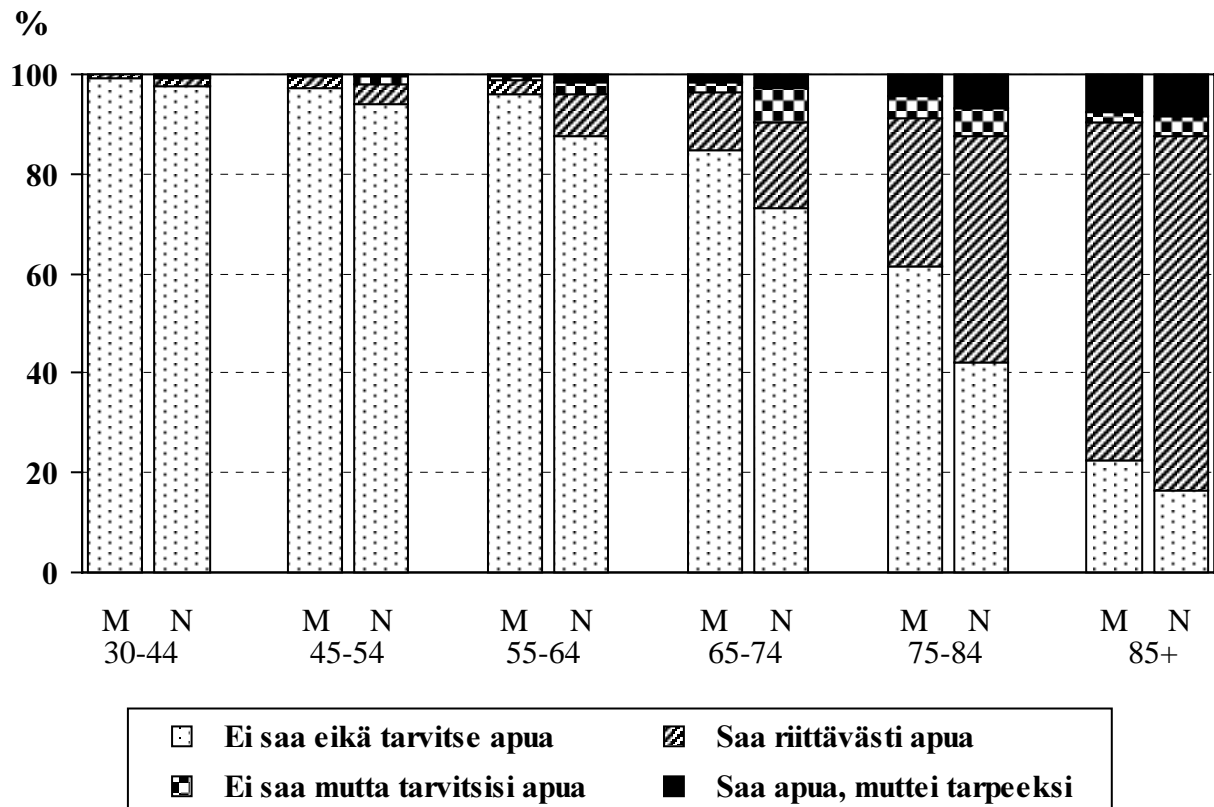
13.1 Apu

Toimintakyvyn heikkenemisen takia sai apua vain 1 % laitosten ulkopuolella asuvista 30–44-vuotiaista, mutta runsaat neljä viidesosaa 85 vuotta täyttäneistä (kuvio 13.1.1 ja taulukko 13.1.1). Niistä henkilöistä, jotka katsoivat tarvitsevansa apua, noin 75 % arvioi saamansa avun riittäväksi, noin 10 % sai apua, mutta piti sitä riittämättömänä ja noin 15 % ei saanut lainkaan apua, vaikka koki sitä tarvitsevansa.

Koko 30 vuotta täyttäneestä laitosten ulkopuolisesta väestöstä 9 % sai toimintakykynsä rajoitusten takia apua ainakin silloin tällöin, 4 % vähintään kerran päivässä ja 1 % sai ympärivuorokautista tai lähes ympärivuorokautista apua (taulukko 13.1.2). Lisäksi noin 1 % aikuisväestöstä asui sosiaali- ja terveydenhuollon laitoksissa, joissa he pääsääntöisesti saivat apua vähintään päivittäin. Kaikissa ikäryhmissä apua sai huomattavasti suurempi osa naisista kuin miehistä.

Laitosten ulkopuolella asuvista 30 vuotta täyttäneistä henkilöistä 1,8 % arvioi tarvitsevansa apua, mutta ei sitä saanut, ja 1,1 % sai mielestään liian vähän apua. Tyydytetyn avuntarpeen ohella myös tyydyttymätöntä avuntarvetta oli selvästi enemmän naisten kuin miesten keskuudessa. Tyydyttymätön avun tarve oli yleensä määrältään verrattain vähäistä. Yli 90 % niistä, jotka eivät saaneet lainkaan apua vaikka katsoivat sitä tarvitsevansa, arvioi avuntarvetta olevan muutaman kerran kuukaudessa tai harvemmin.

Kuvio 13.1.1. Avun tarve ja saanti (%).



Taulukko 13.1.1. Avun tarve ja saanti (%).

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Miehet									
Ei saa eikä tarvitse apua	99,0	97,1	95,9	84,9	61,6	22,3	97,7	72,2	92,4
Saa riittävästi apua	1,0	2,3	2,7	11,4	29,6	68,2	1,8	22,0	6,0
Ei saa mutta tarvitsisi apua	0,0	0,6	1,1	2,2	4,5	1,8	0,4	2,8	1,0
Saa apua, muttei tarpeeksi	0,0	0,0	0,4	1,6	4,3	7,8	0,1	2,9	0,7
Naiset									
Ei saa eikä tarvitse apua	97,6	93,9	87,7	73,1	42,2	16,6	94,2	59,3	86,5
Saa riittävästi apua	1,6	4,1	8,2	17,1	45,2	70,8	3,9	29,8	9,6
Ei saa mutta tarvitsisi apua	0,5	1,6	2,6	7,0	5,8	4,2	1,3	6,3	2,4
Saa apua, muttei tarpeeksi	0,3	0,4	1,5	2,9	6,9	8,4	0,6	4,6	1,4
p ²							<0,001	<0,001	<0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-sukupuoliyhdyksvaikutus

Taulukko 13.1.2. Avun saannin useus (%), ikävakioitu.

	30-64		65+		30+	
	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset	Miehet	Naiset
Ei koskaan	98,1	95,5	74,8	65,5	93,3	88,9
≤ kerran kk:ssa	0,1	0,4	2,6	5,6	0,6	1,5
2-4 kertaa kk:ssa	0,6	0,9	4,5	7,8	1,4	2,5
Muutaman kerran viikossa	0,1	0,9	3,9	7,4	0,9	2,3
Päivittäin	0,8	1,8	10,6	10,6	2,8	3,8
Ympäri vuorokautisesti tai lähes ympäri vuorokautisesti	0,3	0,4	3,6	3,1	1,0	1,0
p ¹	<0,001		<0,001		<0,001	

¹ sukupuolten välinen ero

Kotihaastattelussa tutkituilta tiedusteltiin, mitä apuvälineitä heillä oli käytettävissään. Työikäisistä lähes 6 %:lla oli jokin muu näön apuväline kuin silmä- tai piilolasit, mutta vain 0,6 %:lla oli jokin kuulon apuväline, ja 1,4 %:lla jokin liikkumisen apuväline (taulukko 13.1.3). Eläkeikäisistä apuvälineitä oli paljon suuremmalla osalla: näön apuvälineitä ja liikkumisen apuvälineitä oli noin joka viidennellä. Kuulon apuväline oli lähes joka kymmenennellä eläkeikäisellä, miehistä hieman suuremmalla osalla kuin naisista.

Tulokset osoittavat merkittävän avuntarpeen pääosin tyydytetyksi, vaikka myös puutteita todettiin. Tässä kuvatuista havainnoista ei vielä käy ilmi, miltä osin verraten hyvä tilanne johtuu yhteiskunnan järjestämien palvelujen riittävyydestä ja miltä osin omaishoidosta tai muusta epävirallisesta avusta.

Taulukko 13.1.3. Apuvälineitä käyttäneiden ikävakioitu osuus väestöstä ¹ (%).

	30-64		p ²	65+		p ²
	Miehet	Naiset		Miehet	Naiset	
Muu näön apuväline kuin silmä- tai piilolasit	5,6	5,7	0,839	17,2	18,0	0,670
Kuulon apuväline	0,6	0,6	0,891	11,1	7,8	0,007
Liikkumisen apuväline	1,7	1,1	0,068	20,5	22,7	0,237

¹ kysymys koskee apuvälineiden käytettävissä oloa, ei käyttämistä

² sukupuolten välinen ero

13.2 Kuntoutus

Noin 4 % työvoimaan kuuluvista oli osallistunut viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana nykyisessä ammatissa suoriutumista edistävään kuntoutukseen (esim. TYK tai ASLAK) tai ollut uudelleen koulutuksessa sairauden tai vamman takia. Ammatissa suoriutumista edistävää kuntoutusta koki tarvitsevansa lähes viidesosa 30–64-vuotiaasta työvoimasta, 45–54-vuotiaista joka neljäs. Naisista selvästi suurempi osa kuin miehistä koki tarvitsevansa ammatillista kuntoutusta (taulukko 13.2.1).

Taulukko 13.2.1. Niiden henkilöiden osuus (%) 30–64-vuotiaasta työvoimasta, jotka kokivat tarvitsevansa nykyisessä ammatissa suoriutumista edistävää kuntoutusta tai uudelleen koulutusta sairauden tai vamman takia.

	30-44	45-54	55-64	30-64 ¹
Miehet	12,2	20,4	14,2	15,4
Naiset	17,1	28,5	24,2	22,1
p ²				<0,001

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

Melkein joka kymmenes 30 vuotta täyttänyt oli viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana osallistunut johonkin muuhun kuin ammatilliseen kuntoutukseen. Naisilla tällaisen kuntoutuksen yleisyys vaihteli melko vähän iän mukaan: 30–44-vuotiaasta runsaat 7 % ja 75–84-vuotiaista 15 % oli ollut kuntoutuksessa. Miehillä iän mukainen vaihtelu oli paljon suurempaa. Kaikissa alle 75-vuotiaiden ikäryhmissä kuntoutukseen oli osallistunut vajaa 10 % miehistä, mutta 75 vuotta täyttäneistä miehistä – joista valtaosa kuuluu veteraanikuntoutuksen piiriin – yli kolmasosa oli ollut kuntoutuksessa. Neljäsosa kaikista 30 vuotta täyttäneistä arvioi tarvitsevansa muuta kuin ammatillista kuntoutusta (taulukko 13.2.2).

Taulukko 13.2.2. Niiden henkilöiden osuus (%) kaikista tutkituista, jotka kokivat tarvitsevansa muuta kuin ammatillista kuntoutusta.

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30-64 ¹	65+ ¹	30+ ¹
Miehet	14,4	24,0	29,9	33,3	40,9	26,6	21,0	34,8	24,2
Naiset	15,8	27,4	37,4	35,1	32,6	23,3	24,4	33,0	26,0
p ²							0,004	0,495*	0,080 *

¹ ikävakioitu

² sukupuolten välinen ero

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä-sukupuolilyhdysvaikutus

Kuntoutuksen ilmaistu tarve työiässä oli odottamattoman suuri. Vaikka kaikilla työikäisillä tuskin oli tarkkaa kuvaa ammatillisen kuntoutuksen muodoista ja mahdollisuuksista, kuntoutuksen suuri koettu tarve liittyy epäilemättä verraten iäkkääseen työvoimaan, 1990-luvulla työelämässä tapahtuneisiin suuriin muutoksiin ja rakennetyöttömyyden kasvuun. Iäkkäiden miesten runsas osallistuminen kuntoutukseen heijastanee järjestetyn veteraanikuntoutuksen suurta merkitystä sen piirissä oleville.

14 TERVEYDEN JA TOIMINTAKYVYN VAIHTELU ASUINALUEEN, KOULUTUKSEN JA SIVIILISÄÄDYN MUKAAN

Tuija Martelin, Seppo Koskinen ja Arpo Aromaa

Väestön terveys vaihtelee paitsi iän ja sukupuolen, myös monien muiden sosiodemografisten tekijöiden mukaan. Perinteisesti on kiinnitetty huomiota alue-eroihin, joista Suomessa keskeisin on verenkiertoelinten taudeissa pitkään vallinnut ero Itä- ja Länsi-Suomen välillä. Useiden terveysosoittimien sosioekonomiset erot ovat Suomessa suuria ja suurempia kuin monissa muissa Euroopan maissa. Niukemmalle huomiolle ovat viime aikoihin asti jääneet siviilisäätyryhmien väliset terveyserot, vaikka ne esimerkiksi kuolleisuudessa ovat huomattavia.

Seuraavassa kuvataan asuinalueiden, koulutusryhmien ja siviilisäätyryhmien välisiä eroja. Sairauksien ja oireiden ohella tarkastellaan toimintakykyä, avun tarvetta ja terveyspalveluiden käyttöä kuvaavia osoittimia. Lisäksi kuvataan eräiden terveyskäyttäytymisen osoittimien sekä vaara- ja suojatekijöiden vaihtelua.

Tässä jaksossa tarkastellaan yleensä kaikkien ikäryhmien tiedot yhdistäviä ikävakioituja yleisyys- tai keskiarvotietoja, jotka on esitetty liitetaulukoissa 1-3. Lähinnä esitellään sellaisten osoittimien eroja, joissa vertailtavien ryhmien ero oli tilastollisen testin perusteella ainakin viitteellinen ($p < 0,10$). Monissa tapauksissa ryhmien välinen ero oli ainakin jossakin määrin erilainen eri ikäryhmissä. Liitetaulukoista käy ilmi, milloin iän ja tarkasteltavan taustamuuttujan yhdysvaikutus on tilastollisesti merkitsevä ($p < 0,05$), mutta näiden yhdysvaikutusten ilmeneminen ja merkitys jää myöhemmin selvitettäväksi.

14.1 Asuinalueiden väliset erot

Aluejakona käytetään jakoa viiteen miljoonapiiriin, jotka maantieteellisesti vastaavat karkeasti Etelä-Suomea (HUS), Länsi-Suomea (TYKS), Keski-Suomea (TaYS), Itä-Suomea (KYS) ja Pohjois-Suomea (OYS). Useimmissa valituissa osoittimissa oli tilastollisesti vähintään viitteellisiä alue-eroja ainakin jommallakummalla sukupuolella. Mielenterveyttä kuvaavissa mittareissa ei havaittu alue-eroja (alkoholiriippuvuutta lukuun ottamatta), kuten ei myöskään keuhkoputkien ahtaumataudissa, näön tai kuulon ongelmissa eikä kävelyvaikeuksissa. Lisäksi kohonneiden kolesterolin tai gamma-gt -arvojen esiintyvyys ei juurikaan vaihdellut maan eri alueiden välillä, kuten ei myöskään säännöllinen liikuntaharrastus.

Eri osoittimien mukaiset alue-erot eivät olleet yhdensuuntaisia: jokainen viidestä alueesta sijoittui joidenkin osoittimien perusteella kärkeen, mutta joidenkin toisten mukaan se oli epäedullisimmassa asemassa. Etelä-Suomea edustavan **HUS-miljoonapiirin** alue oli useiden mittareiden valossa edullisimmassa asemassa tai vähintään keskitasoa molemmilla sukupuolilla (liitetaulukko 1). Esimerkiksi terveytensä koki hyväksi tai melko hyväksi keskimääräistä suurempi osuus (taulukko 14.1), pitkäaikaissairaita oli vähemmän, nykyistä itse arvioitua työkykyä parhaimpaan mahdolliseen (=10) suhteuttava työkykypistemäärä oli keskimäärin suurempi kuin muilla alueilla, kielellinen sujuvuus oli parempi kuin muilla alueilla ja hampaattomuus oli vähäisempää kuin muualla.

Taulukko 14.1. Hyväksi tai melko hyväksi terveytensä kokeneiden ikävakioidu¹ osuus (%) kaikista 30 vuotta täyttäneistä eri miljoonapiireissä.

	HUS (Etelä- Suomi)	TYKS (Länsi- Suomi)	TaYS (Keski- Suomi)	KYS (Itä- Suomi)	OYS (Pohjois- Suomi)	Koko maa	p ²
Miehet	65,6	61,5	60,3	55,9	61,2	61,5	0,006
Naiset	63,2	61,2	63,2	57,5	59,9	61,5	0,083

¹ luvut on ikävakioidu mallin avulla erikseen kummallekin sukupuolelle

² miljoonapiirien välinen ero

Sen sijaan monien terveystietämisen mittareiden ja vaaratekijöiden valossa Etelä-Suomen tilanne ei ollut yhtä edullinen. Naisten tupakointi oli keskimääräistä yleisempää (taulukko 14.2), ja viikossa kulutetun alkoholin määrä oli naisilla suurempi kuin muilla alueilla.

Taulukko 14.2. Päivittäin tupakoivien ikävakioidu¹ osuus (%) kaikista 30 vuotta täyttäneistä eri miljoonapiireissä.

	HUS (Etelä- Suomi)	TYKS (Länsi- Suomi)	TaYS (Keski- Suomi)	KYS (Itä- Suomi)	OYS (Pohjois- Suomi)	Koko maa	p ²
Miehet	29,0	27,9	32,4	28,7	27,4	29,3	0,353 ³
Naiset	19,7	14,1	16,4	13,8	18,9	17,1	0,008 ⁴

¹ luvut on ikävakioidu mallin avulla erikseen kummallekin sukupuolelle

² miljoonapiirien välinen ero

³ iän ja alueen yhdysvaikutus tilastollisesti merkitsevä (p<0,05)

Miehillä alkoholiriippuvuus oli yleisempää HUS-piirin alueella kuin muualla Suomessa. Toisaalta vihannesten runsas kulutus oli molemmilla sukupuolilla maan keskitasoa yleisempää ja lihavuus naisilla vähäisempää HUS-miljoonapiirissä kuin muilla alueilla. Kulutuksesta ainakin jossakin määrin tinkimään joutuvien osuus oli maan pienin.

Monet terveysongelmat osoittautuivat keskitasoa yleisemmiksi Itä-Suomessa **KYS-miljoonapiirin** alueella. Esimerkiksi hyväksi tai melko hyväksi terveytensä kokeneiden osuus oli molemmilla sukupuolilla pienempi kuin muilla alueilla, ja myös itse arvioitu työkyky sekä muistitesti tulos olivat keskimääräistä huonompia. Miehillä itse ilmoitettu sydäninfarkti, kohonnut verenpaine, kliinisesti diagnosoitu lonkan nivelrikko ja huonoksi koettu suun terveys olivat yleisempiä kuin muilla alueilla asuvien joukossa. Naisilla astma oli yleisin KYS-piirin alueella. Terveyskäyttäytymisen suhteen tämän alueen sijoitus riippuu tarkasteltavasta osoittimesta: vihanneksia syötiin vähemmän, mutta toisaalta miesten alkoholinkulutus ja naisten tupakointi olivat keskimääräistä vähäisempiä. Kulutuksesta joutui tinkimään selvästi suurempi osuus miehistä tällä alueella kuin muualla.

TYKS- ja TaYS-miljoonapiirit eli Länsi- ja Keski-Suomen alueet sijoituivat useimpien terveystilastojen valossa suunnilleen maan keskitasolle. Selkäoireyhtymä sekä miehillä lisäksi lonkan ja polven nivelrikko olivat hieman yleisempiä TYKS-piirin alueella kuin koko maassa keskimäärin. Toisaalta käden puristusvoima oli TYKS-miljoonapiirin alueella asuvilla miehillä keskimäärin parempi kuin muilla alueilla. Alkoholien viikkokulutus oli miehillä suurin tällä alueella. Keski-Suomen aluetta edustava TaYS-piiri poikkesi maan keskitasosta lähinnä miesten vähäisen alkoholiriippuvuuden vuoksi.

Pohjois-Suomen **OYS-miljoonapiiri** erottui molempien sukupuolten osalta maan keskitasosta selvimmin toisaalta tuki- ja liikuntaelinten tautien vähäisyyden ja toisaalta huonon hammas-terveyden, etenkin hampaattomuuden yleisyyden vuoksi. Säännöllinen vihannesten syönti oli

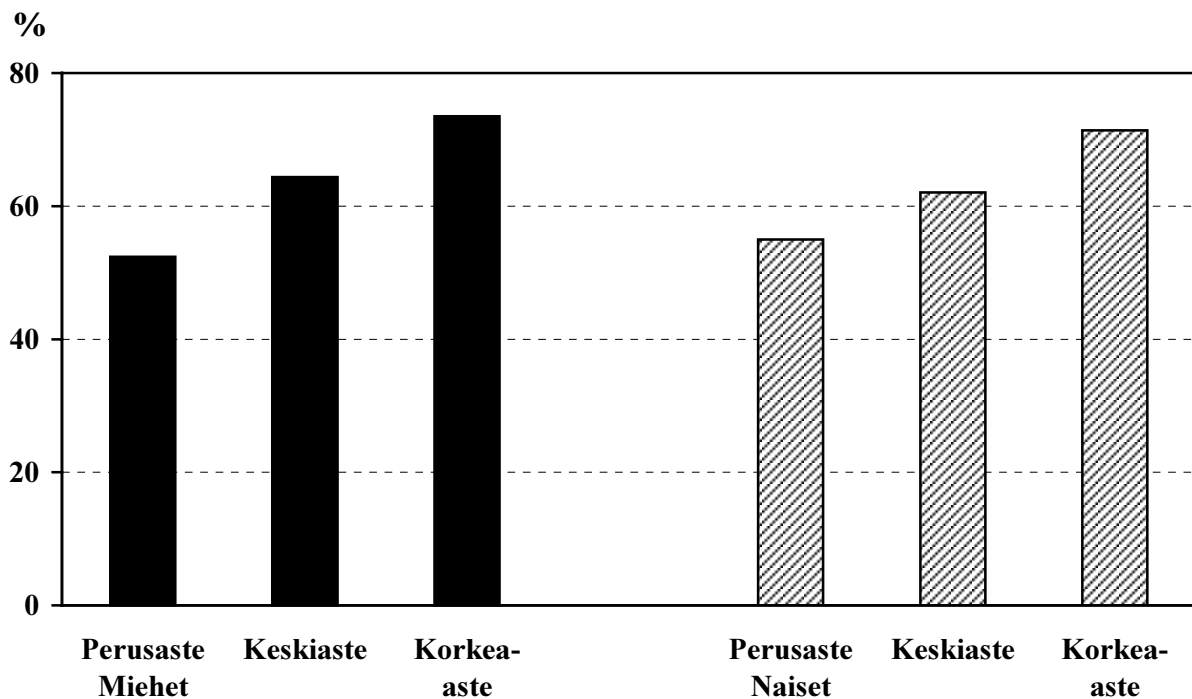
keskimääräistä vähäisempää ja naisten lihavuus yleisempää kuin muualla, mutta toisaalta etenkin naisten alkoholinkäyttö oli niukempaa kuin muilla alueilla.

Monien Terveys 2000 -aineistoon sisältyvien terveysosoittimien aluevaihtelusta ei ole ollut käytettävissä luotettavaa tietoa muista lähteistä. Itäsuomalaisten edelleen keskimääräistä huonompi terveys näkyy kuitenkin muissakin viime aikoina kootuissa aineistoissa (esim. Arinen ym. 1998; Helakorpi ym. 2000; Vartiainen ym. 1998b). Samoin tupakoinnin ja alkoholinkäytön yleisyys Etelä-Suomessa ja erityisesti pääkaupunkiseudulla tulee esiin sekä terveyskäytäytymistä (esim. Helakorpi ym. 2000) että kuolleisuutta (esim. Koskinen & Martelin 1998) koskevissa analyyseissa. Terveiden aluevaihtelun kannalta miljoonapiirijako on kuitenkin melko karkea, ja kunkin miljoonapiirin sisällä saattaa olla sekä hyvän että huonon terveyden alueita (esim. Valkonen & Kauppinen 2001).

14.2 Koulutusryhmien väliset erot

Kolmiluokkainen koulutusryhmäjako (perus-, keski- ja korkea-aste) on muodostettu terveys- haastattelussa kysytyjen perus- ja ammattikoulutustietojen perusteella kuten luvussa 3 selos- tettiin. Koulutusryhmien väliset erot olivat samansuuntaisia hyvin monien osoittimien osalta. Useimmat terveysongelmat olivat yleisimpiä perusasteen tai sitä lyhyemmän koulutuksen saa- neilla ja harvinaisimpia korkea-asteen koulutuksen saaneiden ryhmässä (liitetaulukko 2). Kun esimerkiksi yli 70 % korkea-asteen koulutuksen saaneista koki terveytensä hyväksi tai melko hyväksi, oli vastaava osuus enintään perusasteen koulutuksen saaneista 50 %:n luokkaa (kuvio 14.1 ja taulukko 14.3).

Kuvio 14.1. Hyväksi tai melko hyväksi terveytensä kokeneiden ikävakioitu osuus kai- kista 30 vuotta täyttäneistä koulutusasteen mukaan.



Taulukko 14.3. Hyväksi tai melko hyväksi terveystensä kokeneiden ikävakioitu¹ osuus (%) kaikista 30 vuotta täyttäneistä koulutusasteen mukaan.

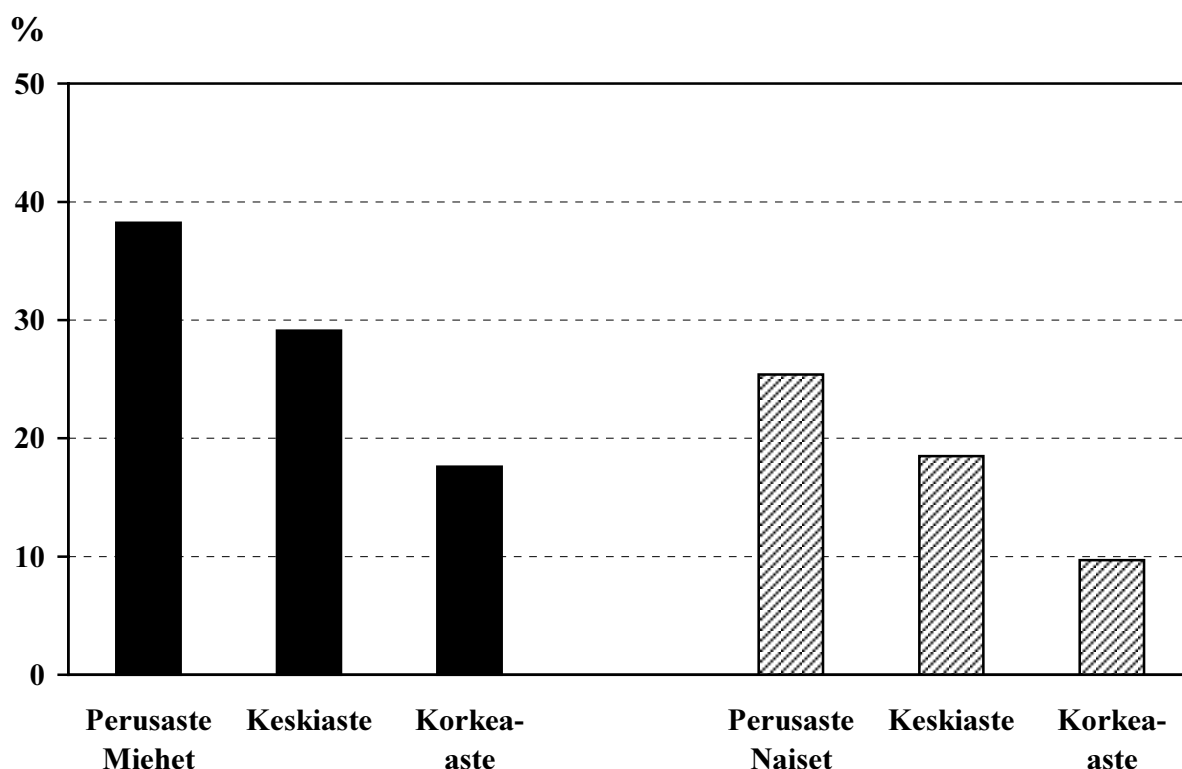
	Perusaste	Keskiaste	Korkea-aste	Yhteensä	p ²
Miehet	52,4	64,4	73,5	61,6	<0,001
Naiset	55,0	62,1	71,4	61,6	<0,001

¹ luvut on ikävakioitu mallin avulla erikseen kummallekin sukupuolelle

² koulutusasteiden välinen ero

Myös monissa terveystietäytymistä kuvaavissa osoittimissa ja vaaratekijöissä havaittiin selkeitä koulutuksen mukaisia eroja. Päivittäin tupakoivien osuus oli noin kaksinkertainen enintään perusasteen koulutuksen saaneilla korkea-asteen ryhmään verrattuna, ja naisilla ero oli vielä tätäkin suurempi (kuvio 14.2 ja taulukko 14.4). Myös lihavuus, kohonnut verenpaine ja kohonnut kolesterolitaso olivat yleisempiä enintään perusasteen koulutuksen saaneilla kuin tätä pidempään koulutetuilla.

Kuvio 14.2. Päivittäin tupakoivien ikävakioitu osuus kaikista 30 vuotta täyttäneistä koulutusasteen mukaan.



Taulukko 14.4. Päivittäin tupakoivien ikävakioitu¹ osuus (%) kaikista 30 vuotta täyttäneistä koulutusasteen mukaan.

	Perusaste	Keskiaste	Korkea-aste	Yhteensä	p ²
Miehet	38,2	29,1	17,6	29,3	<0,001 ³
Naiset	25,4	18,5	9,7	17,1	<0,001 ³

¹ luvut on ikävakioitu mallin avulla erikseen kummallekin sukupuolelle

² koulutusasteiden välinen ero

³ iän ja koulutusasteen yhdysvaikutus tilastollisesti merkitsevä (p<0,05)

Muutamassa tapauksessa koulutusryhmien ero poikkesi yleisestä linjasta. Hengitystieinfektioita kertoi viimeksi kuluneiden kahden kuukauden aikana poteneensa suurempi osa korkea-asteen koulutuksen saaneista kuin muihin koulutusryhmiin kuuluvista henkilöistä, ja alkoholin viikkokulutus oli perusasteen koulutuksen saaneilla miehillä vähäisempi kuin ylemmissä koulutusryhmissä. Joissakin ilmiöissä koulutusryhmien erot olivat pieniä tai niitä ei ollut juuri lainkaan kummallakaan sukupuolella. Tällaisia olivat astma, eräät mielenterveysongelmat (psykykinen oireilu, alkoholiriippuvuus, vakava masennus), kaukonäön ongelmat sekä sairaalahoitoa saaneiden osuus ja lääkärisikäntien määrä. Myöskään runsaasti liikkuvien ja krapulan viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana kokeneiden osuus ei vaihdellut merkitsevästi koulutusryhmien välillä.

Nyt saadut tulokset koulutusryhmien välisistä terveyseroista vastaavat pääpiirteissään muiden äskettäisten tutkimusten tuloksia (ks. esim. Lahelma & Koskinen 2002; Rahkonen & Lahelma 2002).

14.3 Siviilisäätiryhmien väliset erot

Viisiluokkainen siviilisäätyluokitus perustui terveystiedustelussa saatuihin tietoihin. Myös siviilisäätiryhmien välillä oli suuria eroja; vain muutamia tähän valittuja osoittimet eivät olleet kummallakaan sukupuolella yhteydessä siviilisäätöön (liitetaulukko 3). Erilaisten terveys- ja toimintakykyongelmien esiintyvyys oli molemmilla sukupuolilla pääsääntöisesti pienin naimisissa olevilla, mikä vastaa aiempien tutkimusten antamaa kuvaa (esim. Koskinen ym. 1999; Martelin ym. 2002). Sen sijaan muiden siviilisäätiryhmien asema oli erilainen miehillä ja naisilla. Miesten keskuudessa erilaisia terveysongelmia kasautui selvästi eniten eronneille ja naimattomille, avoliitossa olevien ja leskien terveys sijoittui välimaastoon. Naisilla puolestaan avoliitossa olevat, eronneet ja lesket sijoittuivat suunnilleen yhtä usein epäedullisimpaan asemaan eri osoittimien valossa, kun taas naimattomien naisten terveys oli useimpien mittareiden mukaan melko hyvä.

Siviilisäätiryhmien väliset erot olivat suurempia miesten kuin naisten parissa. Esimerkiksi eronneista ja naimattomista miehistä koki terveytensä hyväksi tai melko hyväksi selvästi pienempi osa kuin muissa siviilisäätiryhmissä, kun taas naisilla siviilisäätiryhmien erot olivat tässä suhteessa pieniä (taulukko 14.5).

Taulukko 14.5. Hyväksi tai melko hyväksi terveytensä kokeneiden ikävakioidu¹ osuus (%) kaikista 30 vuotta täyttäneistä siviilisäädyn mukaan.

	Naimisissa	Avoliitossa	Eronnut, as.erossa	Leski	Naimaton	Yhteensä	p ²
Miehet	63,5	63,2	54,5	62,4	55,5	61,5	0,003
Naiset	62,3	60,4	59,2	62,3	59,7	61,5	0,658 ³

¹ luvut on ikävakioidu mallin avulla erikseen kummallekin sukupuolelle

² siviilisäätöjen välinen ero

³ iän ja siviilisäädyn yhdysvaikutus tilastollisesti merkitsevä (p<0,05)

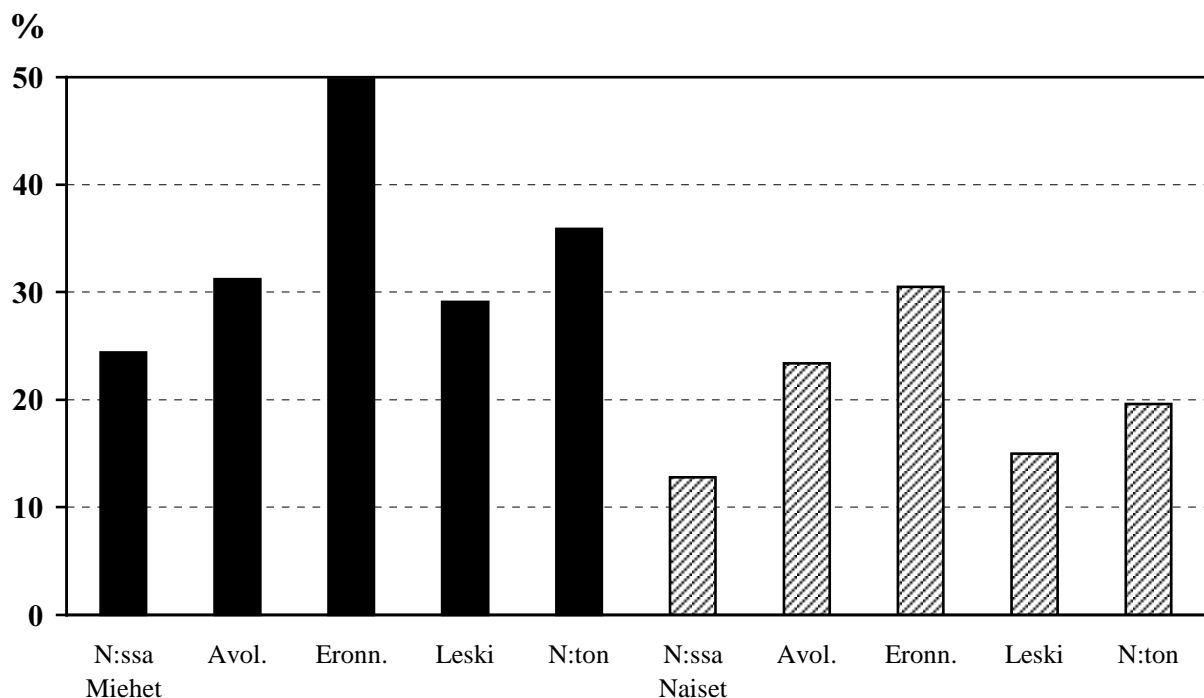
Naimisissa olevat kokivat työkykynsä paremmaksi, ja he olivat olleet sairaalahoitossa keskimääräistä harvemmin; kävely- ja näköongelmia oli vähemmän, keskimääräinen käden puristusvoima oli parempi ja suun terveyden hyväksi kokeneiden osuus oli suurempi kuin muilla ryhmillä. Päivittäinen tupakointi oli harvinaisempaa (kuviot 14.3 ja taulukko 14.6) ja säännöllinen kasvisten syönti puolestaan yleisempää kuin muissa siviilisäätiryhmissä.

Avoliitossa olevilla sekä miehillä että naisilla esiintyi masennusta pienemmällä osalla kuin muilla ryhmillä, mutta muilta osin tämän ryhmän sijoitus vertailuissa oli erilainen eri suku-

puolilla. Avoliitossa olevien miesten terveys muistuttikin naimisissa olevien miesten terveys-tilannetta, joskin kuulon ongelmia ja krapulakokemuksia oli avoliittolaisilla useammin. Avoliitossa olevat naiset puolestaan poikkesivat muista naisista etenkin monien terveyskäyttäytymisen piirteiden vuoksi: runsas kasvien käyttö ja säännöllinen liikunta olivat harvinaisempia avoliitossa elävillä naisilla kuin muilla siviilisäätiryhmillä ja raportoitu alkoholin viikkokulutus oli runsaampaa.

Eronneilla ja leskillä vakava masennus oli yleisempi kuin muissa siviilisäätiryhmissä sekä miesten että naisten keskuudessa. Miehillä myös GHQ-mittarin mukaiset psyykkiset oireet sekä alkoholiriippuvuus olivat eronneilla yleisempiä kuin muilla ryhmillä. Keuhkoputkien ahtaumatauti oli yleisin eronneilla miehillä ja naisilla, ja sen kanssa yhteen sopien päivittäinen tupakointi oli heillä yleisempää kuin muissa ryhmissä. Myös alkoholia eronneet käyttivät selvästi keskitasoa runsaammin. Eronneet miehet arvioivat työkykynsä heikommaksi kuin muut ja heistä keskimääräistä suuremmalla osalla oli kävelyvaikeuksia ja kohonnut verenpaine. Eronneista naisista puolestaan kärsi selkäoireyhtymästä ja huonosta suun terveydestä suurempi osa kuin muista. Toisaalta kielellisen sujuvuuden ongelmat olivat heillä keskimääräistä harvinaisempia ja runsaasti liikkuvien osuus oli suurempi kuin muissa siviilisäätiryhmissä.

Kuvio 14.3. Päivittäin tupakoivien ikävakioitu osuus kaikista 30 vuotta täyttäneistä siviilisäädyn mukaan.



Taulukko 14.6. Päivittäin tupakoivien ikävakioidu¹ osuus (%) kaikista 30 vuotta täyttäneistä siviilisäädyn mukaan.

	Naimisissa	Avoliitossa	Eronnut, as.erossa	Leski	Naimaton	Yhteensä	p ²
Miehet	24,4	31,2	49,8	29,1	35,9	29,4	<0,001
Naiset	12,8	23,5	30,5	15,0	19,6	17,1	<0,001 ³

¹ luvut on ikävakioidu mallin avulla erikseen kummallekin sukupuolelle

² siviilisäätöjen välinen ero

³ iän ja siviilisäädyn yhdysvaikutus tilastollisesti merkitsevä (p<0,05)

Paitsi masennuksen yleisyyden takia **mieslesket** olivat muihin siviilisäätöryhmiin verrattuna huonossa asemassa koetun suun terveyden suhteen. Toisaalta heidän asemansa oli edullinen monien muiden osoittimien valossa: esimerkiksi alkoholinkäyttö oli vähäistä ja kohonnut verenpaine harvinaista muihin siviilisäätöryhmiin verrattuna. Myös naisleskille oli tyypillistä vähäinen alkoholinkäyttö, ja lisäksi kohonneet kolesteroliarvot olivat harvinaisempia kuin muissa ryhmissä. Heistä kuitenkin kärsi vakavasta masennuksesta suurempi osa kuin parisuhhteessa elävistä ja naimattomista, ja naislesket myös arvioivat työkykynsä heikommaksi kuin muut ryhmät. Lisäksi kävelyvaikeuksia ja polven nivelrikkoa esiintyi heillä enemmän kuin muilla.

Naimattomille miehille ja naisille olivat tyypillisiä kielellisen sujuvuuden vaikeudet, ongelmat kaukonäössä ja keskimääräistä heikompi käden puristusvoima. Muuten naimattomat miehet ja naiset olivat terveydeltään erilaisia ryhmiä. Naimattomille miehille kasautui edellä mainittujen lisäksi monentyypisiä terveysongelmia: heidän koettu terveytensä oli keskimääräistä heikompi, pitkäaikaissairastavuus oli yleisempää ja kuulon ja muistin ongelmat olivat tavallisia kuin muilla siviilisäätöryhmillä. Naimattomat naiset sen sijaan edustivat monien mittareiden suhteen suunnilleen keskitasoa tai heidän terveytensä oli jopa keskimääräistä parempi.

15 TERVEYDEN, TOIMINTAKYVYN JA TYÖKYVYN KEHITYS

Arpo Aromaa, Seppo Koskinen ja projektiryhmä

Projektiryhmä: Arpo Aromaa (pj.), Terhi Saarinen (siht.), Sami Heistaro, Markku Heliövaara, Unto Häkkinen, Olli Impivaara, Pekka Jousilahti, Paul Knekt, Seppo Koskinen, Jouko Lönnqvist, Tuija Martelin, Anne Nordblad, Veijo Notkola, Antti Reunanen, Hilikka Riihimäki, Petri Ruutu, Jouko Sundvall, Antti Uutela ja Erkki Vartiainen

Luotettavia tietoja ihmisten terveyden kehittymisestä ajan mukana tarvitaan moneen tarkoitukseen. Hyvä kuva väestön terveyden muutoksista on tarpeen arvioitaessa terveyteen vaikuttavien tekijöiden merkitystä sekä terveystalouden onnistumisesta. Samat tiedot ovat välttämättömiä väestön tulevan terveyden, toimintakyvyn, hoidontarpeen ja sosiaaliturvan tarpeen ennakoinnissa. Ilman terveyden tulevaisuutta ennakoivia tietoja terveys- ja sosiaaliturvan tietoon pohjautuvan suunnittelun perusta puuttuu. Jo kahta eri ajankohtaa koskevat havainnot antavat kohtalaisen hyvät edellytykset kehityksen suunnan ja nopeuden arvioimiselle.

Tässä luvussa vastataan alustavasti kysymykseen, onko suomalaisten terveys muuttunut vuosien 1978–80 Mini-Suomi-tutkimuksen (Aromaa ym. 1989) ajankohdasta Terveys 2000 -tutkimuksen ajankohtaan, vuosiin 2000–2001 mennessä. Muutosten määrän ja etenkin niiden syiden täsmällinen selvittäminen on tulevien tutkimusten tehtävä. Joidenkin muutosten todennäköisistä syistä voidaan kuitenkin esittää arvioita jo nyt tehtyjen havaintojen perusteella.

Vaikka vertailun lähtökohta on lähes ihanteellinen (kaksi koko maata edustavaa väestötosta, molemmissa tutkimuksissa erittäin hyvä osallistumisalttius), on mahdollista, että jotkut havaitut erot johtuvat asetelmien ja aineistojen eroista. Menetelmät olivat monissa suhteissa samanlaisia, joten myös tulosten pitäisi olla vertailukelpoisia. On kuitenkin tunnettua, että mittauksen, arvioiden ja tulkintojen vakioiminen on erittäin vaikeaa – vielä tavallistakin vaikeampaa kun tutkimusten väliaika on kaksikymmentä vuotta ja kenttähenkilöstö on kokonaan uusiutunut. Uusia terveysongelmia ja niiden vaaratekijöitä on opittu havaitsemaan, ja toiset ovat väistyneet terveyttä koskevan tutkimustiedon karttuessa. Elinympäristö ja palvelujärjestelmä ovat toisenlaisia kuin kaksi vuosikymmentä aiemmin, mikä on muuttanut monien terveysongelmien merkitystä. Ihmisten omien arvioiden perusteet ovat muutenkin voineet muuttua ajan mukana. Näiden varausten takia tässä luvussa kiinnitetään huomiota vain suuriin muutoksiin vertailtaessa Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia Mini-Suomi-tutkimuksen tuloksiin.

Sosiodemografiset tekijät ja elinolot

Koulutusasteen huomattava kohoaminen, ammattirakenteen muuttuminen, työttömyyden yleistymisen, avoliittojen yleisyyden viisinkertaistuminen ja yksinasumisen vähäisempi yleistymisen ovat tärkeimpiä kehityskulkuja verrattaessa Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia Mini-Suomi-tutkimukseen Havaitut muutokset vastaavat tilastotietojen perusteella tiedossa ollutta kehitystä.

Vaara- ja suojatekijät

Päivittäin tupakoivien osuus pieneni miehillä ja lisääntyi lähinnä alle 65-vuotiailla naisilla (kuvio 15.1, taulukko 15.1). Tupakoivien osuus alle 65-vuotiaista naisista onkin jo kohonnut kahteen kolmasosaan miesten yleisyysluvusta.

Pitkään jatkunut veren rasvapitoisuuden aleneminen näkyi niin, että kohonnut kolesterolipitoisuus (6,5 mmol/l ja yli) harvinaistui selvästi. Kohonneen kolesterolipitoisuuden yleisyys kaikkien 30 vuotta täyttäneiden keskuudessa pieneni noin 60 %:sta vajaan 30 %:iin. Muutos oli selvä kaikissa ikäryhmissä sekä naisilla että miehillä (kuvio 15.2, taulukko 15.2).

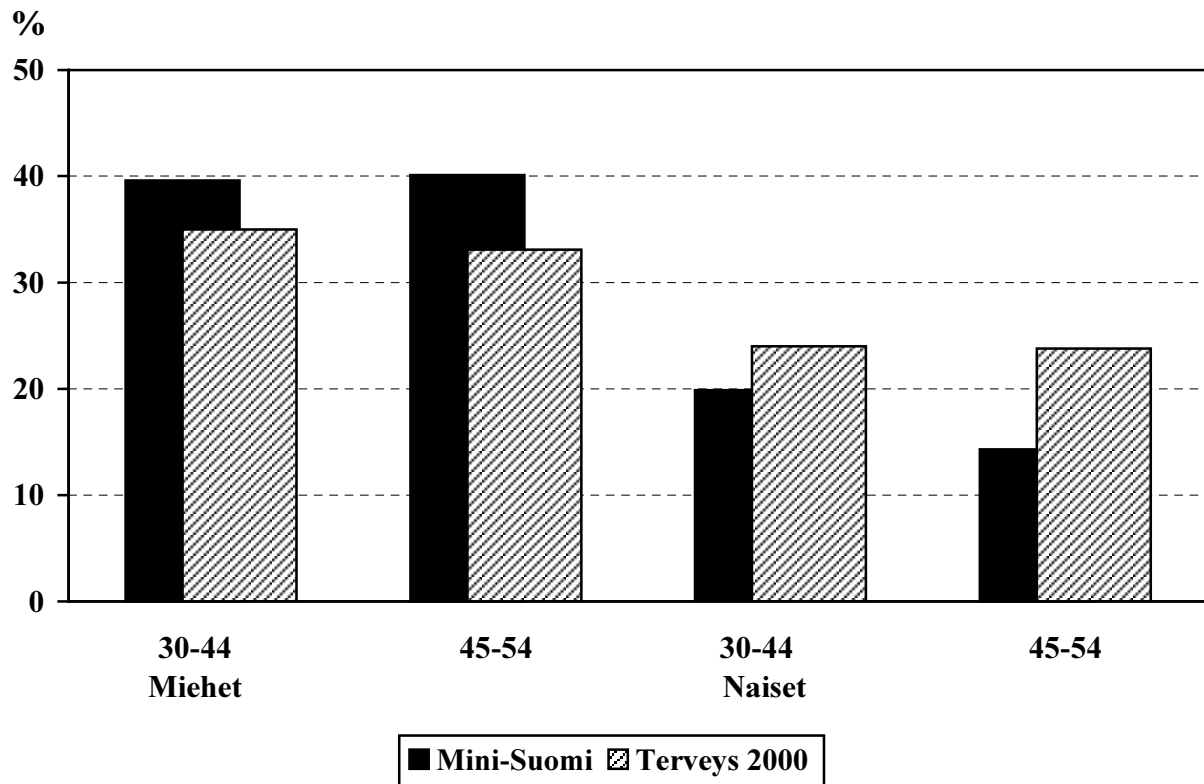
Liikuntatottumukset

Vaikka tutkimusten kysymykset eivät ole vertailukelpoisia, vaikuttaa siltä, että 55 ikävuotta vanhemmista miehistä ja 45 vuotta vanhemmista naisista aikaisempaa suurempi osa harrasti vapaa-ajan liikuntaa (taulukko 15.3).

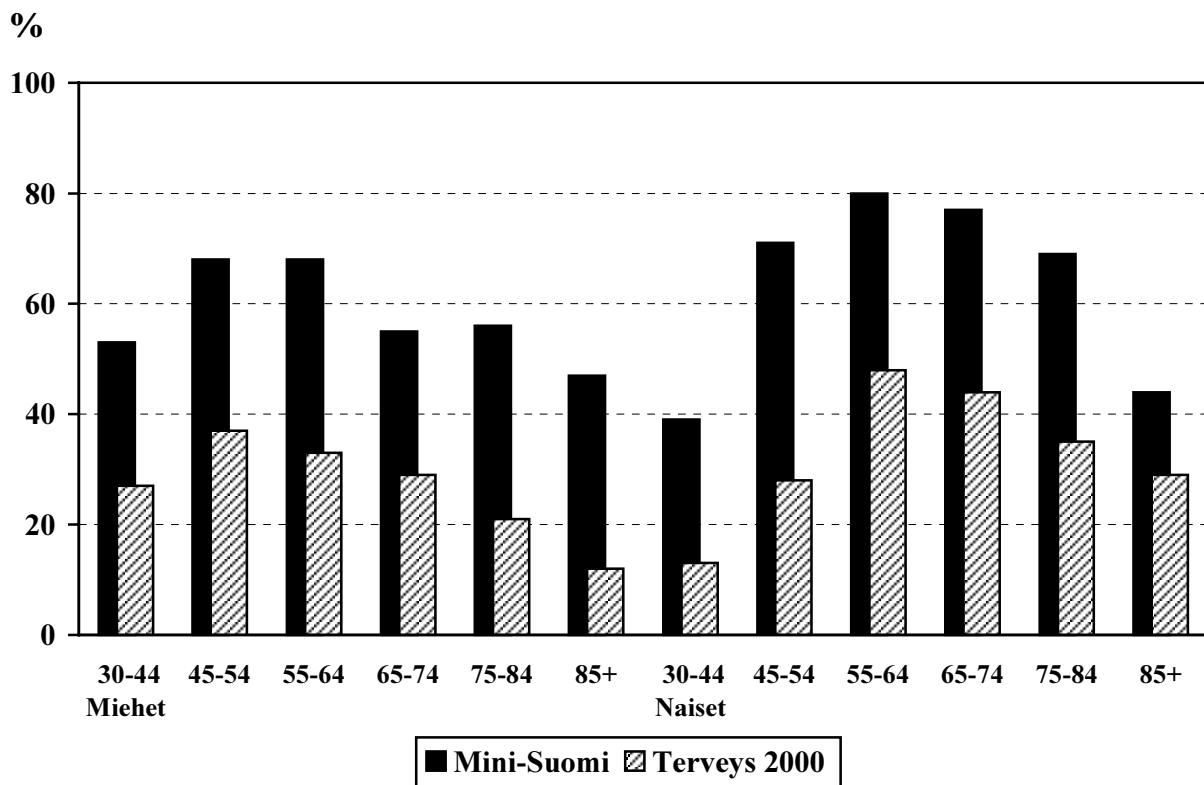
Liikapainoisuus

Aikuiset ovat tunnetusti keskimäärin lihonneet 1980-luvulta alkaen (Vartiainen ym. 1998), mikä näkyy selvästi myös näitä kahta tutkimusta vertailtaessa. Tämä nuorista ja keski-ikäisistä alkanut kehitys ilmenee näitä kahta tutkimusta vertailtaessa lihavuuden yleistymisenä kaikissa ikäryhmissä. Miehillä lihaviiden osuus on suurentunut yli 70 % ja naisillakin yli 30 % (kuvio 15.3, taulukko 15.4).

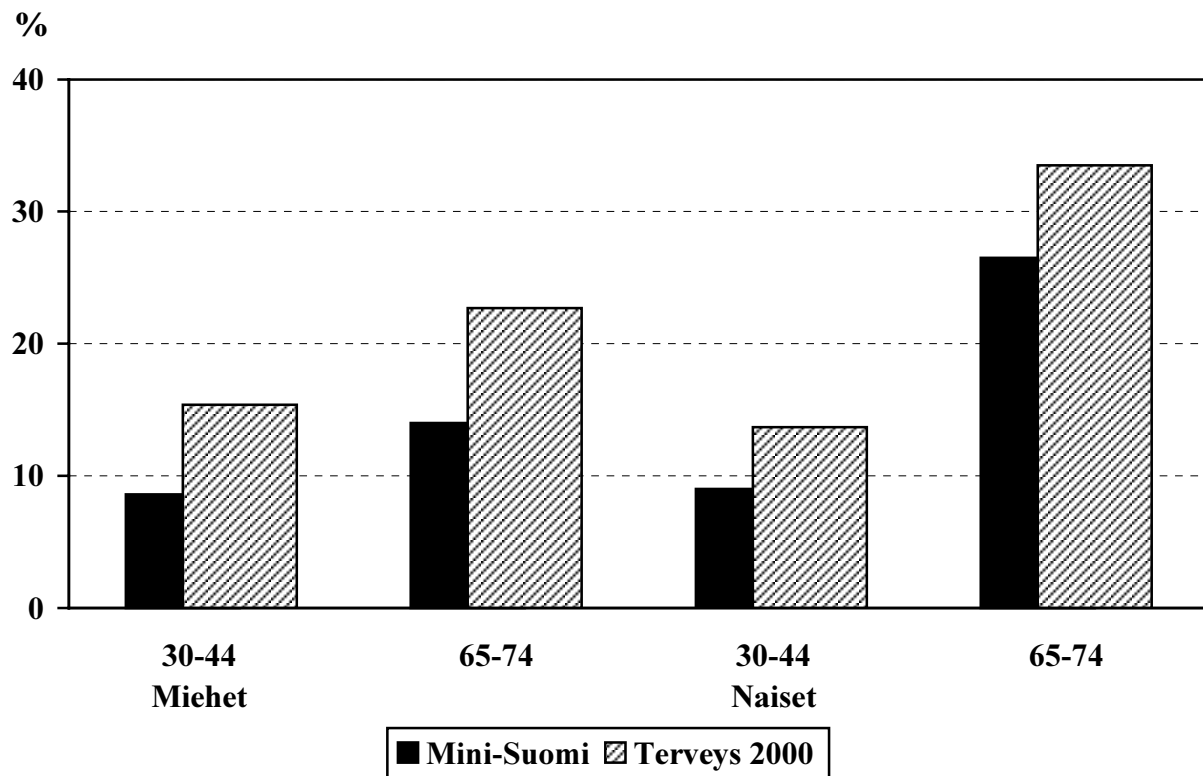
Kuvio 15.1. Tutkimusajankohtana tupakoineiden osuus (%).



Kuvio 15.2. Seerumin kohonneen kolesterolipitoisuuden ($\geq 6,5$ mmol/l) yleisyys (%).



Kuvio 15.3. Lihavuuden (BMI ≥ 30) esiintyvyys (%).

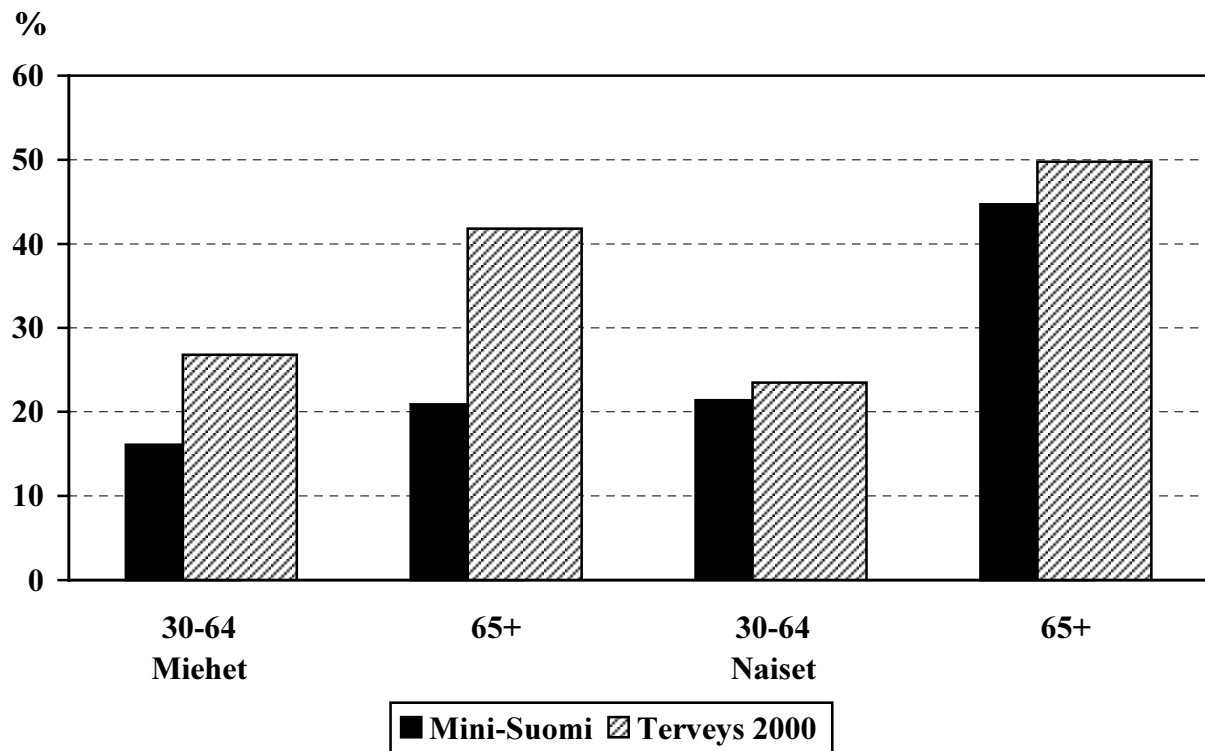


Kohonnut verenpaine

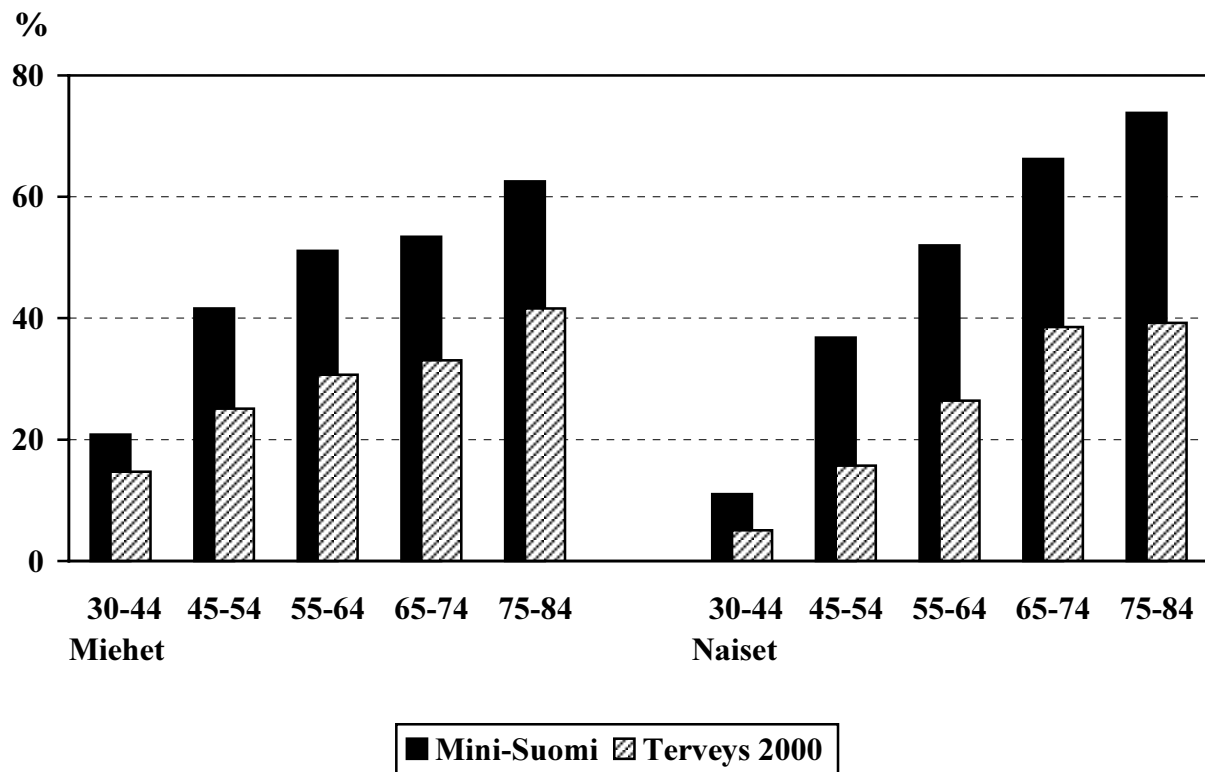
Tiedossa oleva kohonnut verenpaine tai verenpainetauti ovat selvästi yleistyneet, mikä liittyy erityisesti verenpainelääkityksen yleistymiseen ja hoidon aiheiden lievittymiseen. Muutos on miehillä ollut suurempi kuin naisilla (kuvio 15.4, taulukko 15.5), mikä johtuu ainakin osittain siitä, että hoidossa oli aikaisemmin pienempi osa miehistä kuin naisista (ks. esim. Aromaa 1981).

Verenpaineen kertamittauksessa todettu kohonnut verenpaine oli nyt selvästi harvinaisempi kuin 20 vuotta aikaisemmin (kuvio 15.5, taulukko 15.6). Muutos oli odottamattomankin suuri, vaikka otetaan huomioon lääkehoidon yleistymisen. Huomattavaan verenpainetaso alenemiseen viittaavia tuloksia on tosin saatu myös muista väestötutkimuksista (Vartiainen ym. 1998).

Kuvio 15.4. Tiedossa olevan kohonneen verenpaineen ikävakioitu esiintyvyys (%).



Kuvio 15.5. Mitatun kohonneen verenpaineen (systolinen 160 mmHg ja yli tai diastolinen 95 mmHg ja yli) esiintyvyys. 1. kertamittaus istuen (%).



Haastattelussa ilmoitetut sydänsairaudet

Terveys 2000 –tutkimuksen haastattelussa ja Mini-Suomi-tutkimuksen peruskyselyssä (tervestarkastukseen osallistuneet) oli luettelo sairauksia, joista kysyttiin onko lääkäri todennut sen tutkittavalla vai ei. Koko tutkitussa väestössä tiedossa olleen sydäninfarktin yleisyys oli suunnilleen ennallaan, mutta angina pectoris tai muu sepelvaltimotauti olivat vähentyneet (taulukko 15.7). Myös sepelvaltimotaudin kokonaisesiintyvyys näyttää selvästi vähentyneen. Tiedossa ollut sydämen vajaatoiminta puolestaan oli vähentynyt noin puoleen eli miehillä 8,1 %:sta ja naisilla 9,1 %:sta 4,4 %:iin.

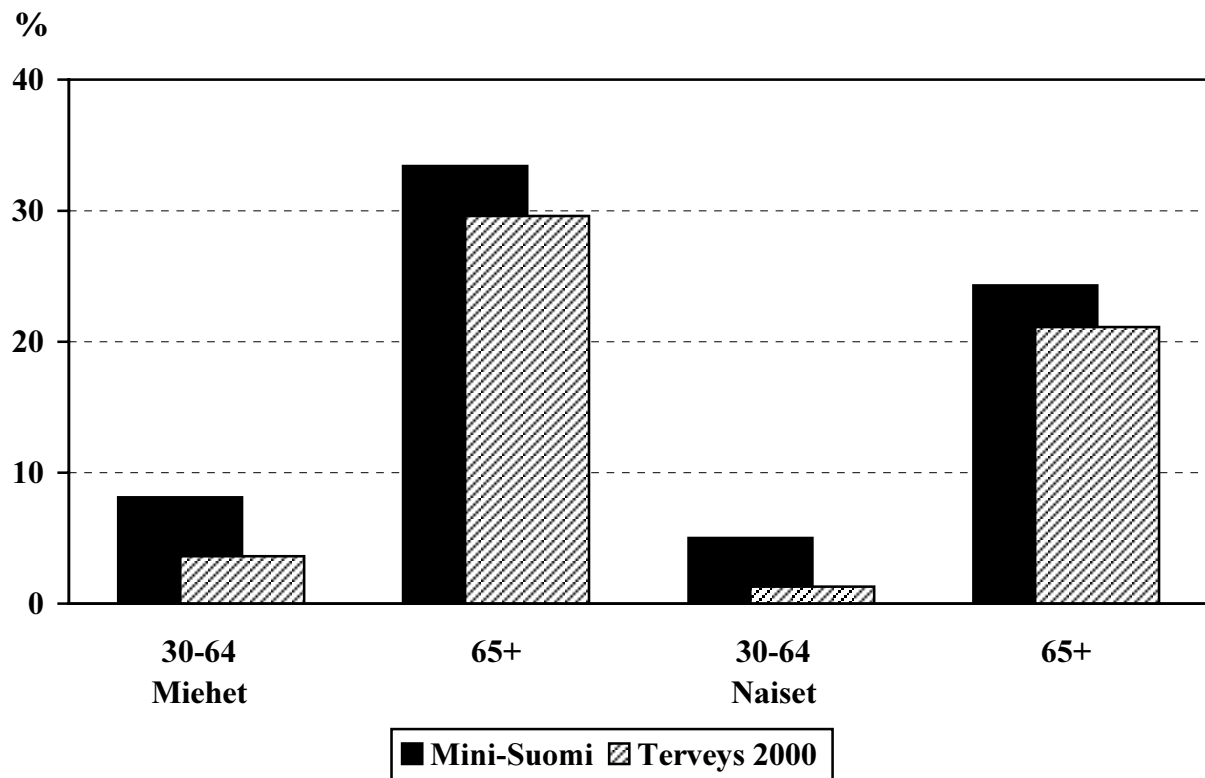
Kliinisessä tutkimuksessa todetut sydänsairaudet

Kliinisen tutkimuksen mukaan eräiden verenkiertoelinten tautien yleisyys on muuttunut selvästi ja eniten alle 65-vuotiailla. Sydäninfarktin yleisyys on eläkeikäisillä säilynyt suunnilleen ennallaan tai vähän pienentynyt, mutta alle 65-vuotiailla sydäninfarkti on selvästi harvinaistunut (taulukko 15.8). Myös sepelvaltimotautiin liittyvä rasisurintakipu (angina pectoris) on alle 65-vuotiailla vähentynyt erittäin jyrkästi, mutta sen esiintyvyys näyttää 65 vuotta täyttäneiden joukossa olevan suunnilleen ennallaan. Infarktin tai angina pectoriksen olemassaolon perusteella määritelty sepelvaltimotauti on työikäisillä miehillä ja naisilla vähentynyt erittäin jyrkästi ja 65 vuotta täyttäneilläkin huomattavasti (kuviokuva 15.6.). Sydämen vajaatoiminta puolestaan oli lähes hävinnyt eli vähentynyt miehillä 9,2 %:sta 1,4 %:iin ja naisilla 10,1 %:sta 2,0 %:iin (kuviokuva 15.7). Hyvän kehityksen syitä ovat sepelvaltimotaudin väheneminen ja kohonneen verenpaineen hoidon paraneminen mutta myös diagnostiikan paraneminen ja vajaatoiminnan lääkityksen muuttuminen. Nämä ovat vähentäneet ylidiaagnostiikkaa ja tarpeetonta hoitoa.

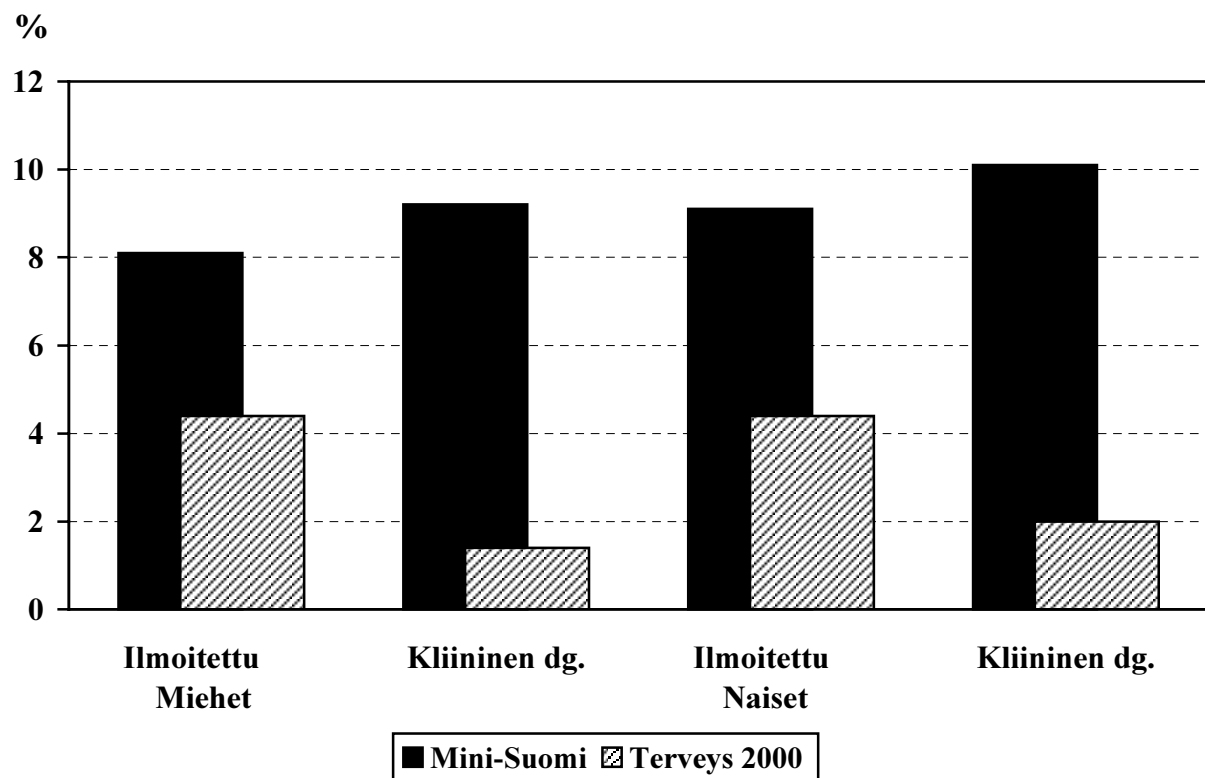
Hengityselinten sairaudet

Kroonisen bronkiitin tyypilliset yskösoireet liittyvät tupakoinnin yleisyyteen. Rinnan aikaisemmin todettujen tupakoinnin muutosten kanssa myös yskösoire on yleistynyt alle 65-vuotiailla naisilla 50 %:lla ja iäkkäillä naisilla yli 100 %:lla. Miehillä oire on puolestaan harvinaistunut alle 75-vuotiaiden keskuudessa noin viidenneksellä (kuviokuva 15.8, taulukko 15.9).

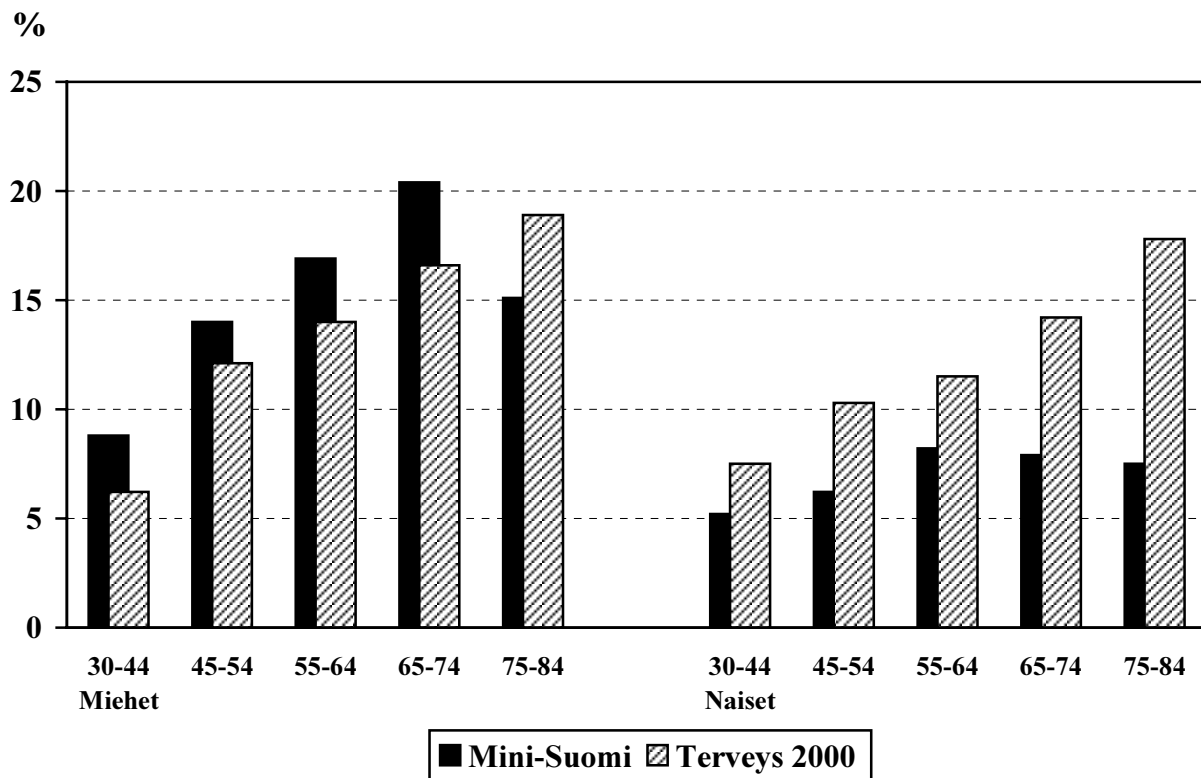
Kuvio 15.6. Lääkärintutkimuksessa todetun sepelvaltimotaudin ikävakioitu esiintyvyys (%).



Kuvio 15.7. Ilmoitetun ja lääkärintutkimuksessa todetun sydämen vajaatoiminnan ikävakioitu esiintyvyys (%).



Kuvio 15.8. Kroonisen bronkiitin yskösoireen esiintyvyys (%).

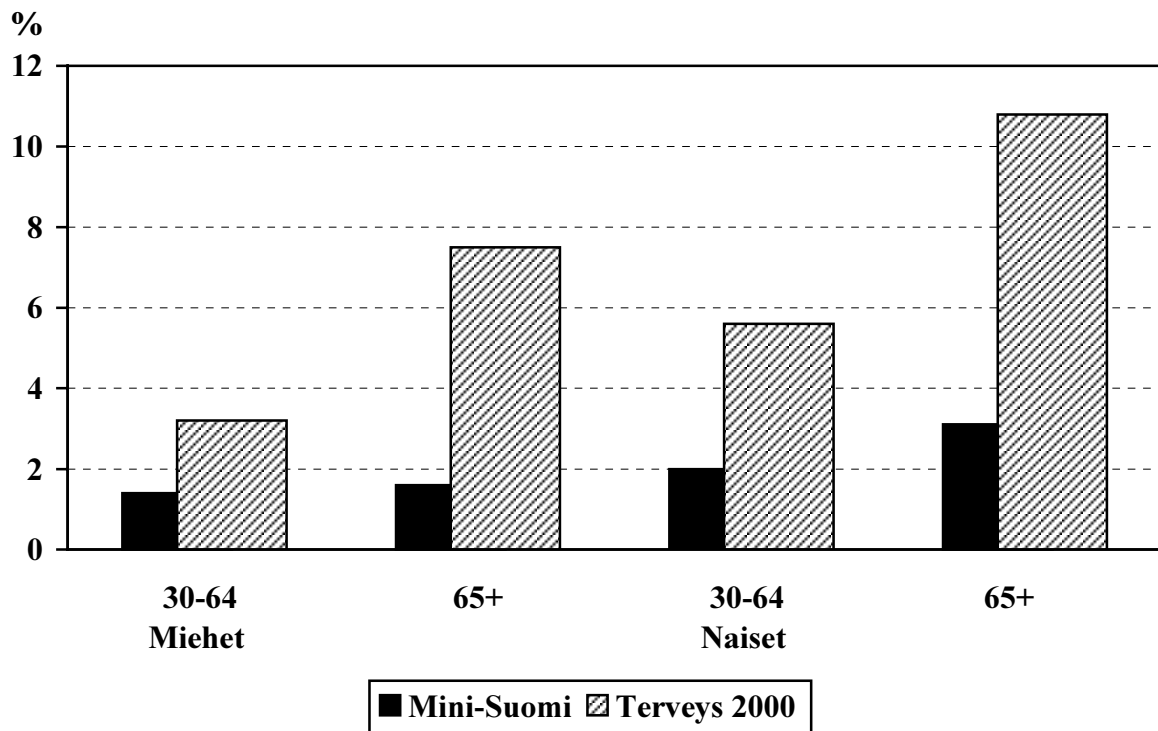


Astman lääkehoito ja tiedossa oleva astma ovat aikaisempien tutkimusten mukaan huomattavasti lisääntyneet jo 1970-luvulta alkaen. Myös Mini-Suomi –tutkimuksen ja Terveys 2000 – tutkimuksen tulosten vertailu osoittaa, että mahdollinen tai varma astma on yleistynyt huomattavasti sekä miehillä että naisilla (kuvio 15.9, taulukko 15.10). Epävarmaksi jää, onko muutoksen pääasiallinen syy se, että astma sairautena on yleistynyt, vai johtuuko se lähinnä astman toteamisen ja hoidon parantumisesta.

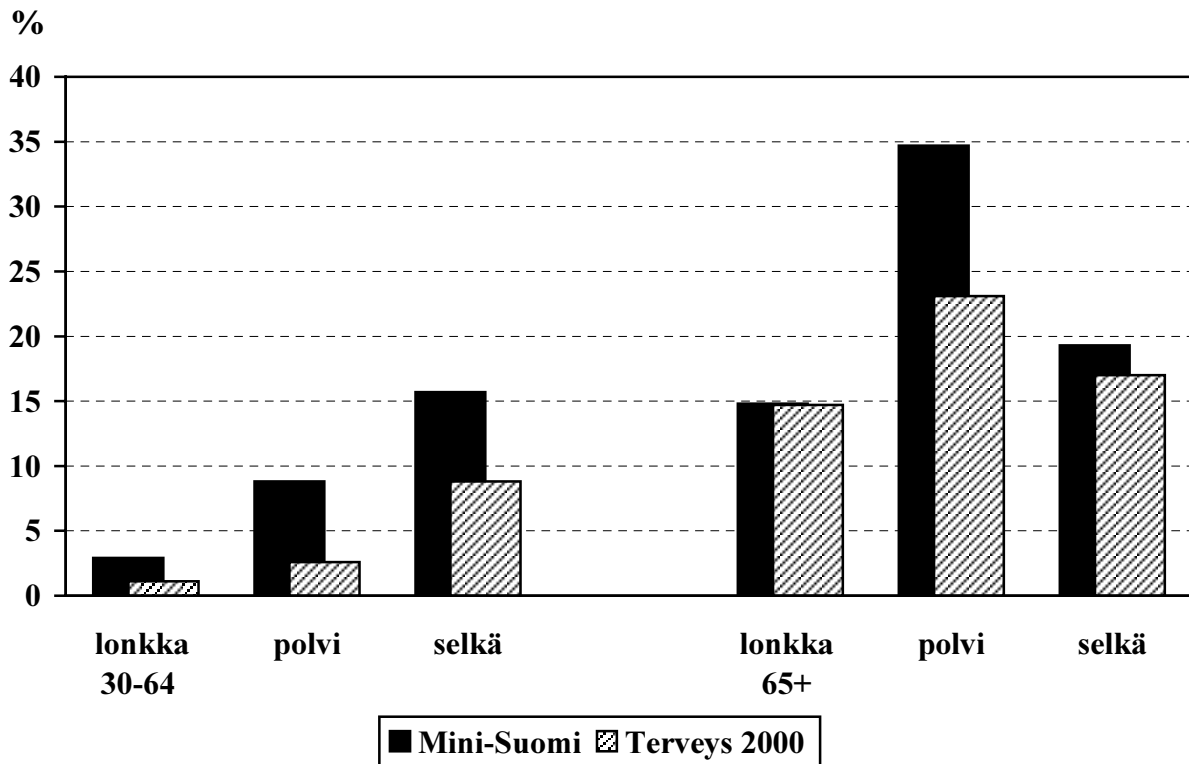
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet

Raajanivelten nivelrikon yleisyys miehillä ja 65 vuotta täyttäneillä naisilla on säilynyt ennallaan (taulukko 15.11). Sen sijaan 30–64-vuotiailla naisilla lonkkanivelrikko on harvinaisempi kuin kaksikymmentä vuotta sitten ja polvinivelrikko on vähentynyt vielä paljon jyrkemmin (kuvio 15.10). Polvinivelrikon yleisyys on vähentynyt naisilla myös 65–74-vuotiaiden ikäryhmässä puoleen. Kuormittavan fyysisen työn väheneminen lienee merkittävä myönteisen kehityksen syy.

Kuvio 15.9. Lääkärintutkimuksessa diagnosoidun astman (mahdollinen tai varma) ikävakioitu esiintyvyys (%).



Kuvio 15.10. Lääkärintutkimuksessa diagnosoidun lonkkanivelriikon, polvinivelriikon ja selkäoireyhtymän (mahdollinen tai varma) ikävakioitu esiintyvyys naisilla (%).



Kliinisessä tutkimuksessa todettu selkäoireyhtymä on nykyisin erittäin paljon harvinaisempi kuin mahdollinen tai varma selkäoireyhtymä kaksikymmentä vuotta sitten. Sen yleisyys on kuitenkin samaa luokkaa kuin varman oireyhtymän silloin. On mahdollista, että työn kuormittavuuden muutoksen mukana myös selkäoireyhtymä on vähentynyt. Toisaalta myös lääkkeiden suhtautuminen selkäoireyhtymään on voinut muuttua.

Mielenterveysongelmat

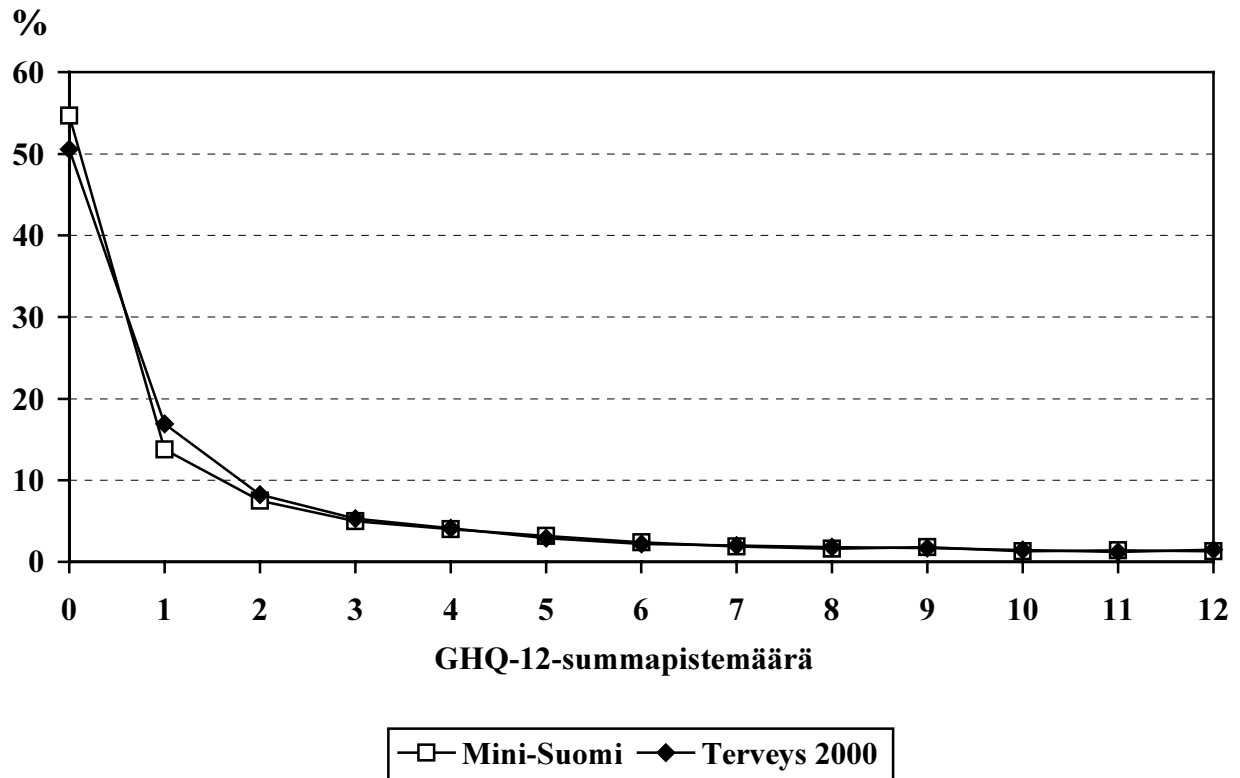
Psykkisten oireiden määrää ja vaikeusastetta mittaavan GHQ-kyselyn osioista laskettuja summapistemääriä vertaamalla nähdään, että niiden jakauma on nyt sama kuin 20 vuotta sitten (kuvio 15.11, taulukko 15.12). Edellä luvussa 7.4 todettu masennuksen yleisyys vastasi myös aikaisempien tutkimuksien perusteella odotettua. Vaikuttaa siltä, että psyykkiset ongelmat ja sairauksista masennus ovat suunnilleen yhtä yleisiä kuin Mini-Suomi-tutkimuksen ajankohtana. Tulokset eivät siten viittaa näiden ongelmien merkittävään yleistymiseen.

Suun terveys

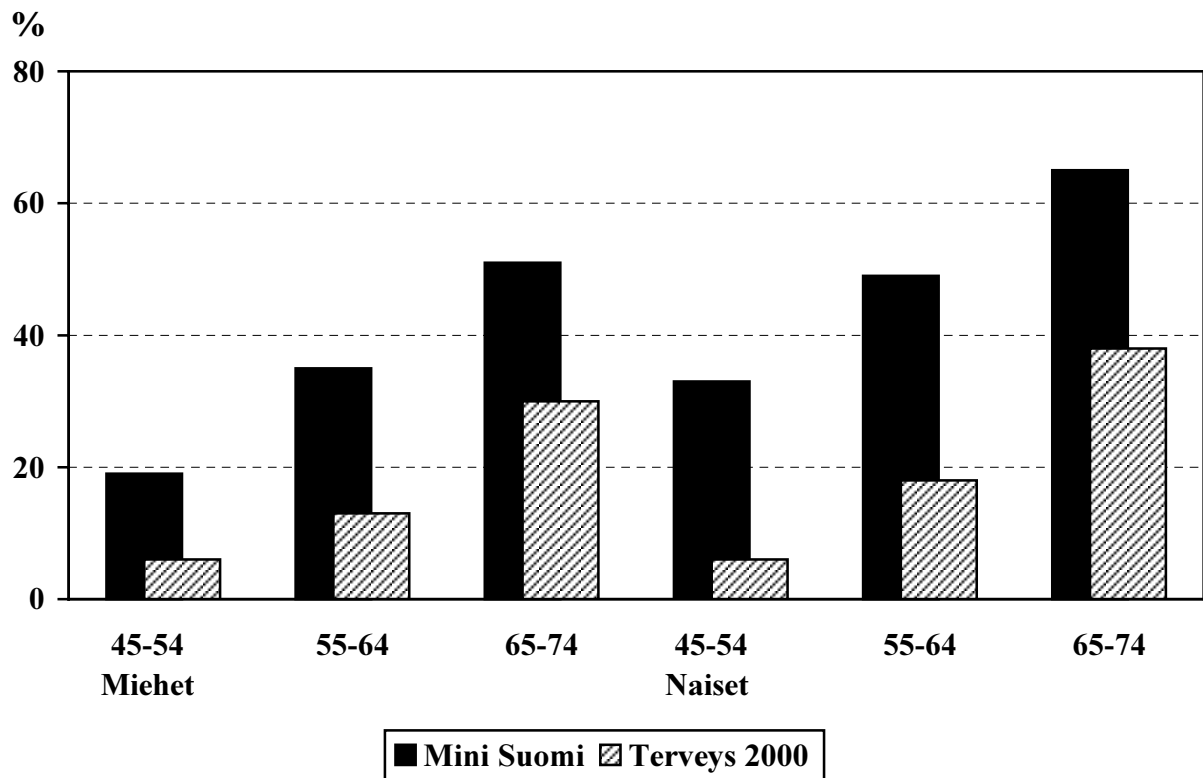
Kaikkien hampaiden puuttuminen, hampaattomuus, oli 20 vuotta sitten yleistä mutta se on jyrkästi vähentynyt kaikissa ikäryhmissä (kuvio 15.12, taulukko 15.13). Suhteellisesti eniten tilanne on parantunut alle 55-vuotiailla naisilla. Tilanteen paranemisesta huolimatta melkein puolet 65 vuotta täyttäneistä naisista oli nytkin hampaattomia. 55–64-vuotiailla hampaattomuus oli vähentynyt noin kolmannekseen aikaisemmasta.

Kariesta sairastavaksi määritellään henkilö, jolla on hampaissaan ainakin yksi hoitamaton kariespesäke. Kariesta sairastavien osuus on kahdessakymmenessä vuodessa huomattavasti pienentynyt kaikissa ikäryhmissä (kuvio 15.13, taulukko 15.14). Muutos on ollut kaikkein suurin 30–44-vuotiaiden naisten ryhmässä, jossa kariesta sairastavien osuus pieneni kolmannekseen aikaisemmasta. Työikäisillä miehillä kariessairastavuus puolittui. Eläkeikäisillä miehillä kariksen esiintyvyys väheni vain puolella mutta naisilla se pieneni alle puoleen 20 vuoden takaiselta tasolta.

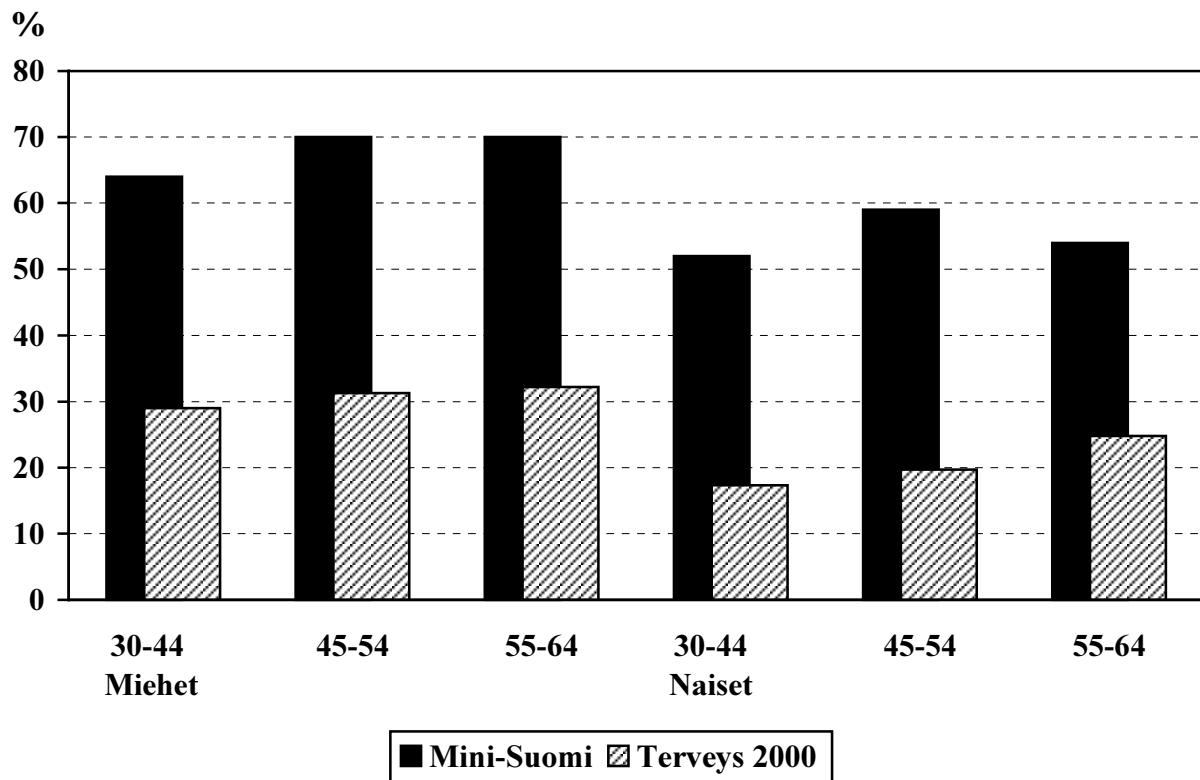
Kuvio 15.11. GHQ-pistemäärän jakauma Mini-Suomi- ja Terveys 2000 -tutkimuksissa.



Kuvio 15.12. Hampaattomien osuus kliinisessä tutkimuksessa (%).



Kuvio 15.13. Karioksen esiintyvyys kliinisessä tutkimuksessa (%).

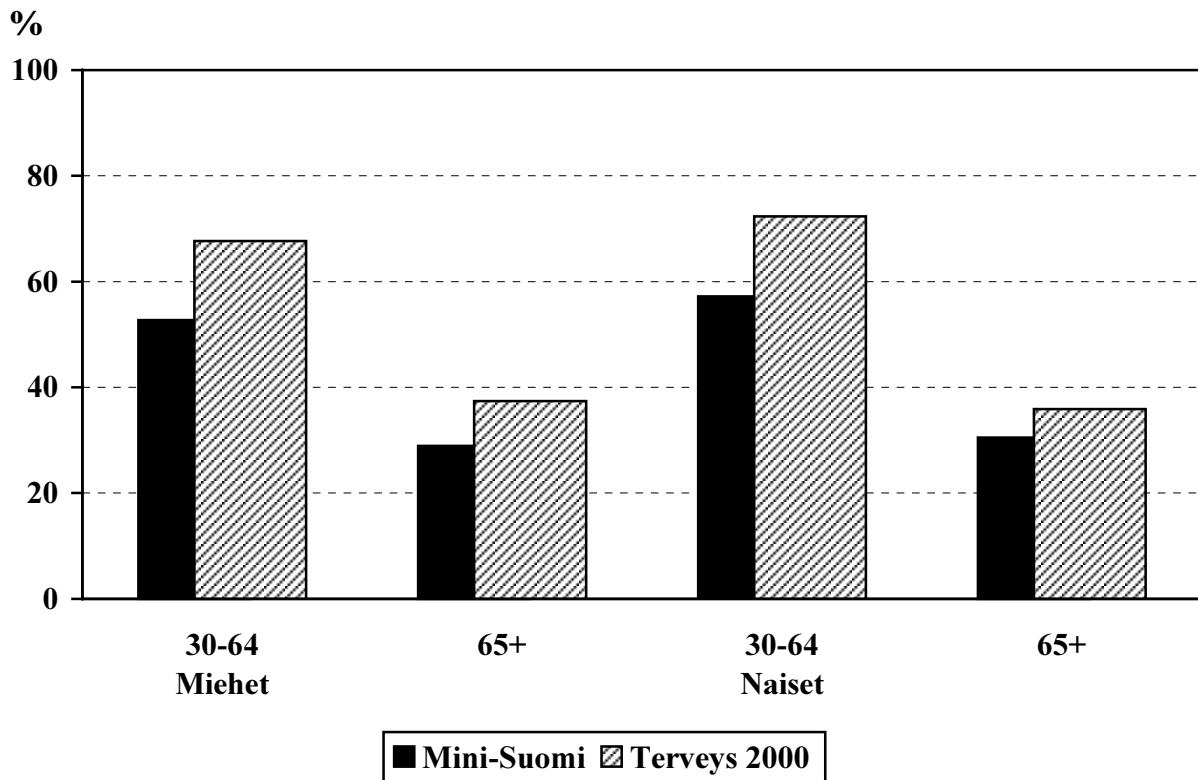


Koettu terveys ja pitkäaikainen sairastavuus

Koettu terveys on parantunut (kuvio 15.14, taulukko 15.15). Esimerkiksi 30–44-vuotiaista terveytensä koki nyt melko hyväksi tai hyväksi 79 % miehistä ja 83 % naisista kun vastaavat luvut 20 vuotta sitten olivat 70 ja 75%. 55–64-vuotiailla ero oli vielä suurempi eli lähes 20 prosenttiyksikköä, mikä sopii hyvin yhteen vaikea-asteisten sairauksien ja työkyvyttömyyden vähenemisen kanssa.

Haastattelussa ilmoitettu pitkäaikainen sairastavuus on 30–64-vuotiailla sekin vähentynyt 6–7 prosenttiyksikköä. Terveys 2000 -tutkimuksessa pitkäaikaisen sairauden ilmoitti noin puolet haastatelluista (taulukko 15.15). Olennaista muutosta ei ole tapahtunut alle 44-vuotiailla eikä 75 vuotta täyttäneillä. Ikäryhmissä 45–54 ja 55–64 sen sijaan pitkäaikaissairaiden osuus on vähentynyt yli 10 prosenttiyksiköllä, mikä sopii yhteen keski-ikässä vähentyneen sairastavuuden kanssa.

Kuvio 15.14. Hyvän tai melko hyvän koetun terveyden ikävakioitu yleisyys (%).



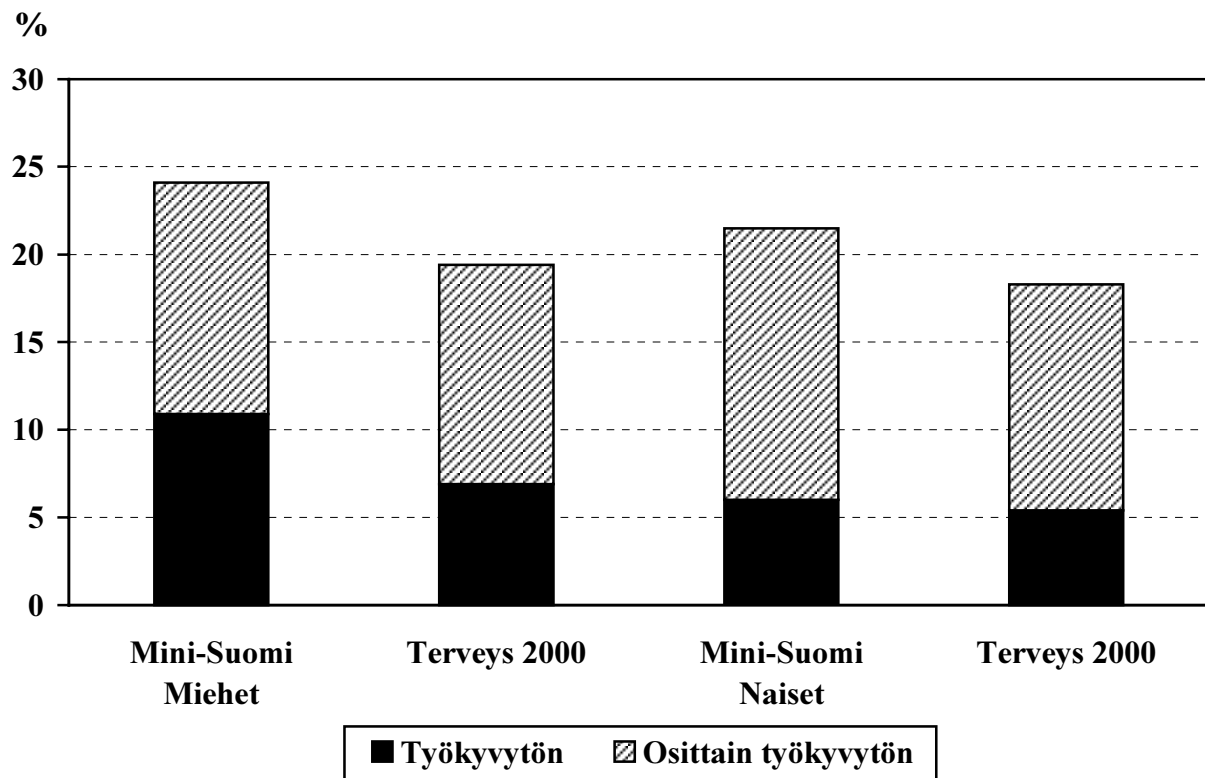
Työkyky

Itse ilmoitettu työkyvyttömyys näyttää miehillä selvästi vähentyneen, kun otetaan huomioon sekä osittainen että täydellinen työkyvyttömyys. Myös naisilla työkyvyttömyys oli vähentynyt, vaikka muutos on ollut melko vähäinen (kuvio 15.15, taulukko 15.16). Myös täysin työkyvyttömiksi itsensä arvioiden miesten osuus on pienentynyt selvästi ja naisten hieman.

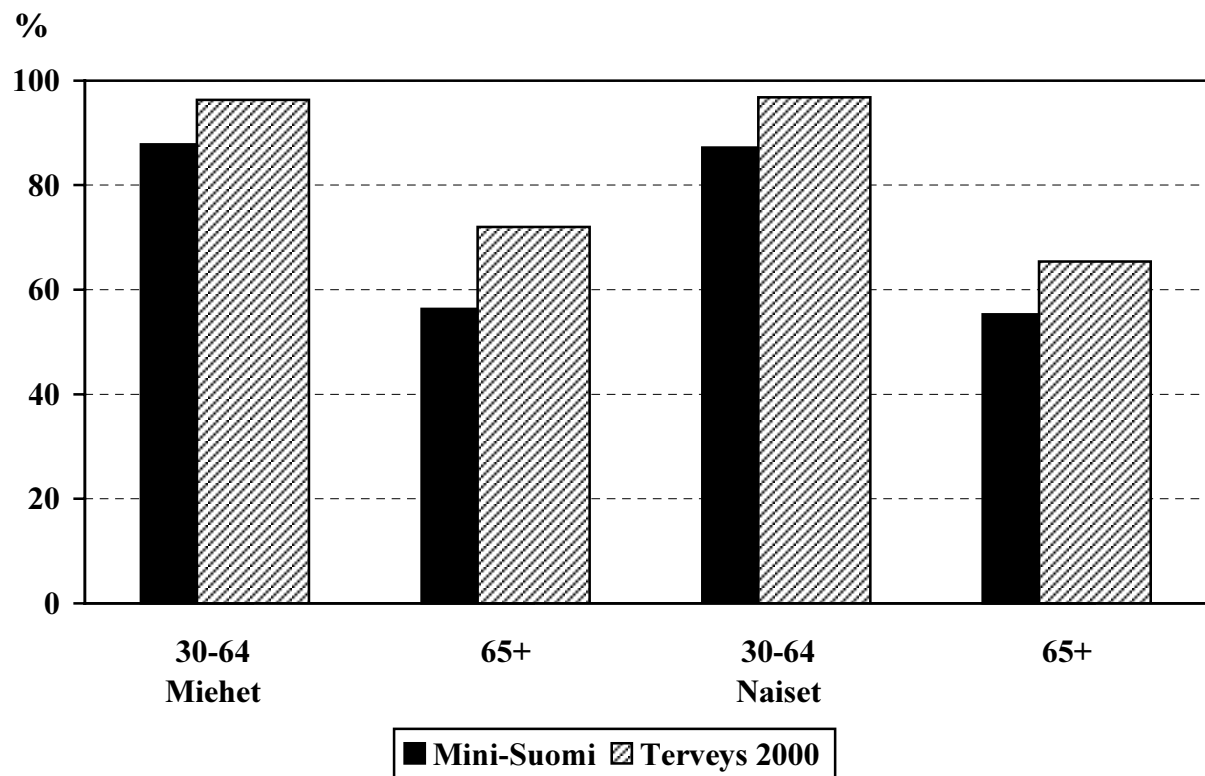
Toimintakyky

Iäkkäistä selvisi noin 85 % vaikeuksista itsestä huolehtimisen kannalta välttämätöntä perustoimintaa edustavasta pukeutumisesta ja riisuutumisesta (taulukko 15.17), mikä on 11–12 prosenttiyksikköä enemmän kuin Mini-Suomi-tutkimuksessa. Puolen kilometrin kävely sujui vaikeuksista noin 8–10 prosenttiyksikköä suuremmalta osalta alle 65 vuotiaista kuin 20 vuotta aikaisemmin (kuvio 15.16, taulukko 15.17). Iäkkäistä miehistä 16 ja naisista 10 prosenttiyksikköä aikaisempaa suurempi osa selvisi siitä nyt vaikeuksista.

Kuvio 15.15. Työkyvyttömyyden ikävakioidu esiintyvyys 30–64-vuotiailla (%).



Kuvio 15.16. Puolen kilometrin kävelystä vaikeuksitta suoriutuvien ikävakioidu osuus.

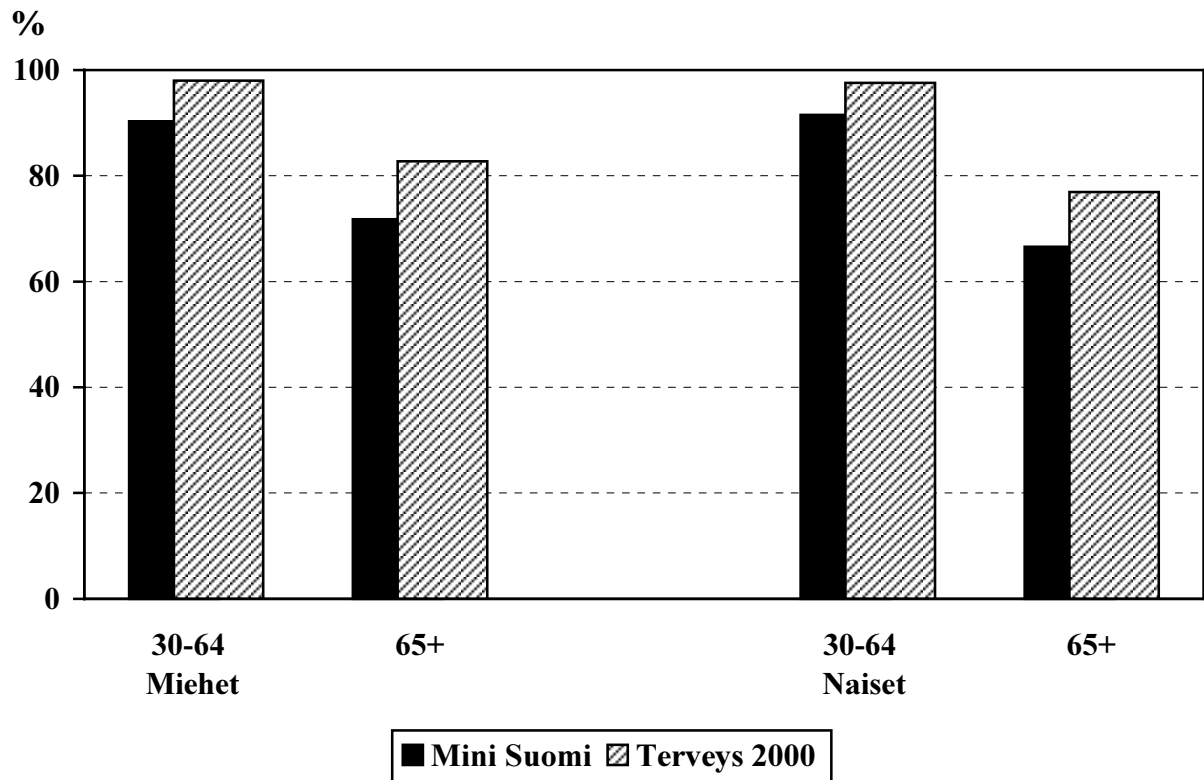


Monipuolista omatoimisuuden edellytyksenä olevaa tehtävää edusti kaupassa asioiminen (kuvio 15.17, taulukko 15.17). Alle 65-vuotiaista 6–8 prosenttiyksikköä suurempi osa nyt kuin 20 vuotta sitten selviytyi vaikeuksitta kaupassa asioimisesta. Iäkkäillä vastaava ero oli kymmenen prosenttiyksikköä. Kaupassa asioimisen fyysisestä kuormituksesta selviytymistä koski kysymys 5 kg:n painoisen ostoskassin kantamisesta. Siitä selvisi vaikeuksitta nyt suurempi osa kuin Mini-Suomi-tutkimuksessa (taulukko 15.18). Iäkkäille heikkokuntoisille melkoista fyysistä kuormitusta edustaa portaiden nousu, tässä 1 kerroksen nousu. Se sujui vaikeuksitta noin 9 prosenttiyksikköä suuremmalta osalta väestöstä kuin aikaisemmin (kuvio 15.18, taulukko 15.18). Pukeutumisesta ja riisuutumisesta, puolen kilometrin kävelystä, kaupassa asioimisesta ja portaiden noususta oli Mini-Suomi-tutkimuksessa tiedot vain terveystarkastukseen osallistuneista, joiden toimintakyky oli parempi kuin koko väestön. Näin ollen koko väestön toimintakyky on todellisuudessa parantunut nyt arvioitua enemmän.

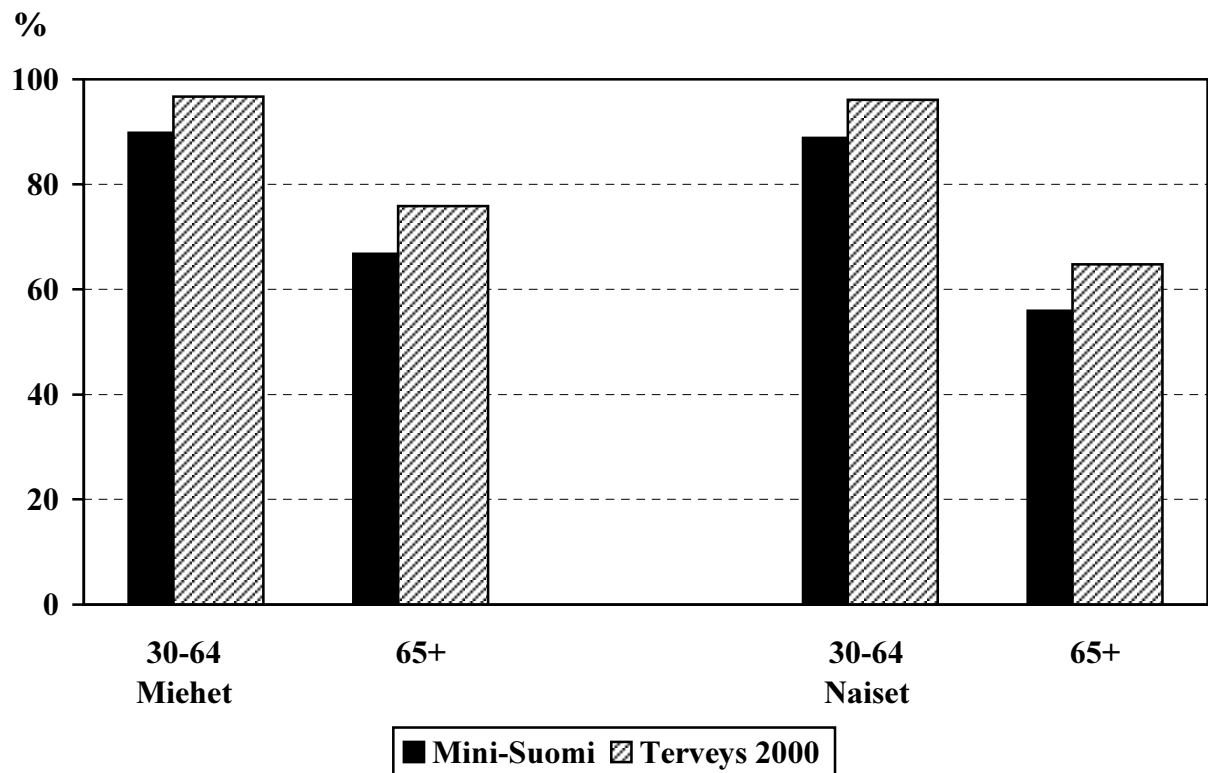
Näkökykyä ja yleistä vireyttä mittasi kysymys sanomalehtitekstin lukemisesta. Myös siihen pystyi vaikeuksitta selvästi suurempi osa nyt tutkituista kuin Mini-Suomi-tutkimuksen aikana, ja myönteinen muutos oli iäkkäillä suurempi kuin keski-ikäisillä (taulukko 15.18). On mahdollista, että valtimosairauksien vähentyessä myös aistitoiminnat ovat parantuneet. Toisaalta ihmisillä voi nykyisin olla käytössään asianmukaisempia silmälaseja ja muita näkemisen apuvälineitä, ja lisäksi valaistus lienee entistä paljon parempi. Myös kaihileikkausten lisääntyminen on voinut parantaa iäkkäiden näkökykyä. Näiden seikkojen muutoksesta ei valitettavasti vielä tässä yhteydessä voida esittää havaintotietoja.

Esimerkki vaativasta monipuolisesta toiminnasta on raskas siivoustyö (taulukko 15.19). Suoriutuminen siitä on dramaattisesti parantunut sekä alle että yli 65-vuotiailla.

Kuvio 15.17. Kaupassa asioimisesta vaikeuksista suoriutuvien ikävakioitu osuus (%).



Kuvio 15.18. Portaiden noususta (1 kerrosväli) vaikeuksista suoriutuvien ikävakioitu osuus (%).



Päätelmiä

Terveys 2000- ja Mini-Suomi-tutkimuksen tulosten vertailu viittaa yleissuuntaukseen, jonka mukaan kahdessakymmenessä vuodessa moni terveyttä vaarantava tekijä on vähentynyt ja yleisimmät verenkiertoelinten ja myös tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ovat harvinaistuneet. Toisaalta naisten tupakointi ja miesten ja naisten alkoholinkäyttö ovat lisääntyneet. Sairaudet ovat vähentyneet eniten alle 65-vuotiailla, eikä osa niistä ole iäkkäillä vähentynyt lainkaan. Veren kolesterolipitoisuus on pienentynyt ravitsemusmuutosten takia, mutta liikapaino on yleistynyt huomattavasti. Tiedossa oleva kohonnut verenpaine on yleistynyt hoidon lisääntyä. Samalla väestön verenpaine on kuitenkin näyttää alentuneen lääkehoidosta riippumatta. Hengityselinten sairauksista astma näyttää yleistyneen, mikä voi johtua myös hoitoperiaatteiden ja hoidon muutoksista. Kroonisen bronkiitin yskösoire on lisääntynyt naisilla rinnan tupakoinnin yleistymisen kanssa ja harvinaistunut miehillä. Mielenterveyden ongelmien yleisyyden muutoksesta ei ole viitteitä; tähänastiset tulokset eivät tuekaan yleistä käsitystä, jonka mukaan ne olisivat yleistyneet. Hammasterveys on erittäin selvästi parantunut. Työkyky on parantunut, mikä sopii yhteen työkyvyttömyyseläkkeiden yleisyyden vähenemisen kanssa. Myös keski-ikäisten ja iäkkäiden ihmisten toimintakyky on parantunut. Nyt vertailussa käytyyn muutaman kysymyksen perusteella iäkkäistä entistä suurempi osa selviää vaikeuksista omatoimisuuden edellytyksenä olevista arkipäivän tehtävistä kuten pitkähkön matkan kävelemisestä, kaupassa asioimisesta, portaiden noususta ja jopa raskaasta siivoustyöstä. Perustoiminnoista vain vaivoin tai ei lainkaan selviytyvien osuus väestöstä näyttää pienentyneen ainakin 85. ikävuoteen saakka.

Myönteinen kehitys johtuu osaksi maamme elinolojen jatkuvasta paranemisesta ja osaksi terveydenhuoltopalvelujen paranemisesta. Myös monet elintapojen muutokset ovat olleet terveyden kannalta edullisia, joskin osa niiden muutoksista on ollut haitaksi. Terveyden edistämisellä, sairauksien ehkäisyllä ja varhaistoteamisella on ollut oma merkityksensä, mutta myös sairauksien hoidon paraneminen selittää osan terveyden ja toimintakyvyn kohentumisesta. Elinolojen muutokseen liittyy kuitenkin suotuisten tekijöiden ohella uusia terveyden vaaroja ja uusia fyysisiä ja psyykkisiä vaatimuksia. Onkin välttämätöntä turvata myönteinen kehitys ja torjua kielteiset kehityssuunnat tehokkaan terveys- ja sosiaalipolitiikan avulla. Terveyskehityksen huolellinen seuraaminen ja sen syiden selvittäminen on jatkossa entistäkin tärkeämpää.

Viimeksi kuluneiden 20 vuoden aikana toteutuneen kehityksen tarkka analysointi tämän tutkimuksen avulla, ja kehityksen syiden selvittäminen, tuottavat jo lähiaikoina runsaasti suunnittelutarkoituksia palvelevia välttämättömiä tietoja.

Taulukko 15.1. Nykyisin tupakoivien osuus (%).

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30+ ¹
Miehet							
Mini-Suomi	39,6	40,1	34,5	29,8	14,6	13,3	35,5
Terveys 2000	35,0	33,1	24,0	20,5	10,7	10,8	28,8
Naiset							
Mini-Suomi	19,9	14,3	9,0	5,3	1,8	0,0	13,3
Terveys 2000	24,0	23,6	13,8	6,5	3,0	2,2	18,0

¹ ikävakioitu: suora vakiointi, v. 1980 väestö

Taulukko 15.2. Seerumin kohonneen kolesterolipitoisuuden ($\geq 6,5$ mmol/l) yleisyys (%).

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30+ ¹
Miehet							
Mini-Suomi	53,4	67,7	68,0	55,3	55,6	46,7	60,3
Terveys 2000	26,5	37,0	33,2	28,5	21,2	11,6	29,6
Naiset							
Mini-Suomi	38,5	70,7	80,1	77,0	68,8	44,0	61,9
Terveys 2000	12,5	29,7	47,5	43,8	34,1	28,8	28,3

¹ ikävakioitu: suora vakiointi, v. 1980 väestö

Taulukko 15.3. Säännöllisesti liikuntaa harrastaneiden¹ osuus (%).

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+
Miehet						
Mini-Suomi	23,7	17,7	11,8	11,6	8,8	..
Terveys 2000	18,7	19,9	34,3	42,6	37,0	24,4
Naiset						
Mini-Suomi	18,7	12,3	11,9	8,0	1,6	..
Terveys 2000	22,5	27,2	30,0	37,6	26,7	14,9

¹ Mini-Suomi-tutkimuksessa säännöllinen liikunnanharrastus ja Terveys 2000 -tutkimuksessa kuntoliikunta ainakin 3 tuntia viikossa tai harjoittelu kilpailumielessä.

Taulukko 15.4. Lihavuuden (BMI \geq 30) esiintyvyys (%).

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30+ ¹
Miehet							
Mini-Suomi	8,6	13,6	14,6	14,0	10,4	20,0	11,7
Terveys 2000	15,4	23,3	27,5	22,7	20,6	11,3	20,5
Naiset							
Mini-Suomi	9,0	18,5	27,7	26,5	19,2	12,0	17,4
Terveys 2000	13,7	25,4	31,9	33,5	30,4	14,5	23,3

¹ ikävakioitu: suora vakiointi, v. 1980 väestö

Taulukko 15.5. Tiedossa olevan kohonneen verenpaineen ikävakioitu¹ esiintyvyys (%).

	30-64	65+	30+
Miehet			
Mini-Suomi	16,1	20,9	17,2
Terveys 2000	26,8	41,8	30,1
Naiset			
Mini-Suomi	21,4	44,7	26,5
Terveys 2000	23,5	49,8	29,2

¹ suora vakiointi, v. 1980 väestö

Taulukko 15.6. Mitatun kohonneen verenpaineen (systolinen 160 mmHg ja yli tai diastolinen 95 mmHg ja yli) esiintyvyys (%). 1. kertamittaus istuen.

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+	30+ ¹
Miehet							
Mini-Suomi	20,8	41,6	51,1	53,4	62,5	53,3	38,1
Terveys 2000	14,7	25,1	30,7	33,0	41,6	19,7	24,1
Naiset							
Mini-Suomi	11,0	36,8	52,0	66,2	73,8	64,0	36,0
Terveys 2000	5,0	15,7	26,4	38,5	39,2	44,1	18,4

¹ ikävakioitu: suora vakiointi, v. 1980 väestö

Taulukko 15.7. Eräiden itse ilmoitettujen sydänsairauksien ikävakiointu¹ esiintyvyys (%).

	Sydän- infarkti	Angina pectoris, muu sepel- valtimotauti	Sepelvaltimotauti (infarkti tai angi- na pectoris)	Sydämen vajaatoiminta
Miehet				
Mini-Suomi	5,9	9,2	12,0	8,1
Terveys 2000	6,8	8,0	10,8	4,4
Naiset				
Mini-Suomi	2,5	6,7	7,9	9,1
Terveys 2000	2,3	5,1	6,1	4,4

¹ suora vakiointi, v. 1980 väestö**Taulukko 15.8. Eräiden lääkärintutkimuksessa diagnosoitujen sydänsairauksien (mahdolliset ja varmat) ikävakiointu¹ esiintyvyys (%).**

	Sydäninfarkti		Angina pectoris		Sepelvaltimotauti	
	30-64	65+	30-64	65+	30-64	65+
Miehet						
Mini-Suomi	3,5	16,3	7,1	28,2	8,1	33,4
Terveys 2000	2,1	15,1	3,0	27,5	3,6	29,6
Naiset						
Mini-Suomi	1,3	6,4	4,8	21,6	5,0	24,3
Terveys 2000	0,3	6,7	1,1	20,1	1,3	21,1

¹ suora vakiointi, v. 1980 väestö**Taulukko 15.9. Kroonisen bronkiitin yskösoireen esiintyvyys (%).**

	30-44	45-54	55-64	65-74	75-84	85+
Miehet						
Mini-Suomi	8,8	14,0	16,9	20,4	15,1	..
Terveys 2000	6,2	12,1	14,0	16,6	18,9	21,1
Naiset						
Mini-Suomi	5,2	6,2	8,2	7,9	7,5	..
Terveys 2000	7,9	10,3	11,5	14,2	17,0	14,6

Taulukko 15.10. Lääkärintutkimuksessa diagnosoidun astman (mahdollinen tai varma) ikävakiointu¹ esiintyvyys (%).

	Miehet			Naiset		
	30-64	65+	30+	30-64	65+	30+
Mini-Suomi	1,4	1,6	1,4	2,0	3,1	2,2
Terveys 2000	3,2	7,5	4,2	5,6	10,8	6,8

¹ suora vakiointi, v. 1980 väestö

Taulukko 15.11. Psykkistä oireilua kuvaavan GHQ-pistemäärän jakauma.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Mini-Suomi	54,7	13,8	7,5	5,0	4,0	3,2	2,4	1,9	1,6	1,8	1,3	1,4	1,3
Terveys 2000	50,6	16,9	8,2	5,3	4,1	2,9	2,2	2,0	1,8	1,7	1,5	1,2	1,5

Taulukko 15.12. Lääkärintutkimuksessa diagnosoidun lonkkanivelrikon, polvinivelrikon ja selkäreuyhtymän (mahdollinen tai varma) ikävakiointu¹ esiintyvyys (%).

	Lonkkanivelrikko			Polvinivelrikko			Selkäreuyhtymä		
	30-64	65+	30+	30-64	65+	30+	30-64	65+	30+
Miehet									
Mini-Suomi	2,2	13,5	4,6	3,2	14,0	5,6	17,1	19,7	17,6
Terveys 2000	1,9	15,9	4,9	2,9	13,9	5,3	9,0	15,7	10,4
Naiset									
Mini-Suomi	2,9	14,8	5,5	8,8	34,7	14,5	15,7	19,3	16,5
Terveys 2000	1,1	14,7	4,0	2,6	23,1	7,1	8,8	17,0	10,6

¹ suora vakiointi, v. 1980 väestö

Taulukko 15.13. Hampaattomien osuus (%) tutkituista. Kliininen tutkimus.

	Miehet			Naiset		
	45-54	55-64	65-74	45-54	55-64	65-74
Mini-Suomi	19,1	34,9	49,2	32,9	48,6	64,0
Terveys 2000	6,1	12,6	29,9	5,7	17,8	37,6

Taulukko 15.14. Kariuksen esiintyvyys (%) tutkituilla. Kliininen tutkimus.

	Miehet				Naiset			
	30-44	45-54	55-64	65+ ¹	30-44	45-54	55-64	65+ ¹
Mini-Suomi	64	69,7	70,1	68	52	58,7	54,1	64
Terveys 2000	29,0	31,3	32,2	43,2	17,3	19,7	24,8	24,6

¹ ikävakiointi: suora vakiointi, v. 1980 väestö

Taulukko 15.15. Hyvän tai melko hyvän koetun terveyden sekä ainakin yhden pitkäaikaissairauden ilmoittaneiden ikävakiointi¹ osuus (%).

	Hyvä tai melko hyvä koettu terveys		Pitkäaikaissairaus	
	30-64	65+	30-64	65+
Miehet				
Mini-Suomi	52,7	28,9	48,2	81,6
Terveys 2000	67,7	37,4	42,0	80,4
Naiset				
Mini-Suomi	57,2	30,5	48,2	83,0
Terveys 2000	72,3	35,9	44,3	80,4

¹ suora vakiointi, v. 1980 väestö

Taulukko 15.16. Työkyvyttömyyden¹ ikävakiointi² esiintyvyys (%) 30–64-vuotiailla.

	Miehet	Naiset
Täysin työkyvytön		
Mini-Suomi	10,9	6,0
Terveys 2000	6,9	5,4
Kokonaan tai osittain työkyvytön		
Mini-Suomi	24,1	21,5
Terveys 2000	19,4	18,3

¹ henkilön oma arvio

² suora vakiointi, v. 1980 väestö

Taulukko 15.17. Eräistä toiminnoista vaikeuksista selviytyvien henkilöiden ikävakiointu¹ osuus (%).

	Pukeutuminen ²		Puolen kilometrin kävely ²		Kaupassa asioiminen ^{2,3}	
	30-64	65+	30-64	65+	30-64	65+
Miehet						
Mini-Suomi	92,1	72,2	87,8	56,3	90,3	71,8
Terveys 2000	97,8	84,1	96,3	72,0	98,0	82,7
Naiset						
Mini-Suomi	92,2	74,4	87,2	55,3	91,5	66,6
Terveys 2000	97,1	85,3	96,8	65,4	97,6	76,9

¹ suora vakiointi, v. 1980 väestö

² koskee Terveys 2000 -tutkimuksessa haastateltuja ja Mini-Suomi-tutkimuksessa terveystarkastukseen osallistuneita

³ Terveys 2000 -tutkimuksessa kysyttiin selviytymistä kaupassa asioinnista, Mini-Suomi-tutkimuksessa kysyttiin selviytymistä kaupassa, pankissa, virastossa tms. asioinnista

Taulukko 15.18. Eräistä toiminnoista vaikeuksista selviytyvien henkilöiden ikävakiointu¹ osuus (%).

	Ostokassin kantaminen (5 kg) ²		Portaiden nousu (1 krs) ³		Sanomalehtitekstin lukeminen ²	
	30-64	65+	30-64	65+	30-64	65+
Miehet						
Mini-Suomi	93,1	65,5	89,8	66,8	90,4	73,9
Terveys 2000	96,4	73,1	96,7	75,8	96,3	87,0
Naiset						
Mini-Suomi	86,7	48,4	88,8	55,9	89,5	72,2
Terveys 2000	90,9	52,5	96,1	64,8	96,1	81,2

¹ suora vakiointi, v. 1980 väestö

² koskee haastateltuja molemmissa tutkimuksissa

³ koskee Terveys 2000 -tutkimuksessa haastateltuja ja Mini-Suomi - tutkimuksessa terveystarkastukseen osallistuneita

Taulukko 15.19. Raskaasta siivoustyöstä vaikeuksista suoriutuvien ikävakiointu¹ osuus (%).

	Miehet			Naiset		
	30-64	65+	30+	30-64	65+	30+
Mini-Suomi	76,2	34,8	67,2	58,7	16	49,4
Terveys 2000	93,2	60,2	86,0	87,5	42,9	77,8

¹ suora vakiointi, v. 1980 väestö

² Terveys 2000 -tutkimuksessa kaikki haastatellut, Mini-Suomi-tutkimuksessa terveystarkastukseen osallistuneet

16 YHTEENVETO JA TARKASTELU

Arpo Aromaa ja Seppo Koskinen

16.1 Aineisto ja menetelmät

Otos ja tutkimusasetelma

Kaksiasteinen otos edusti poimintahetkellä koko maan 30 vuotta täyttäneitä väestöä, joten tulosten yleistettävyyden on hyvä. Poimimalla otokseen enemmän 80 vuotta täyttäneitä kuin heidän väestöosuutensa edellytti huolehdittiin siitä, että iäkkäitä tutkittavia saatiin riittävästi. Tuloksia analysoitaessa iäkkäiden ylliedustus otoksessa on otettu huomioon.

Tutkimus toteutettiin useassa vaiheessa. Tilastokeskuksen haastattelijoiden kotikäynnin yhteydessä tehtiin laaja haastattelu, kerrottiin terveystarkastuksesta ja varattiin siihen aika. Näin todennäköisesti lisättiin osallistumista terveystarkastukseen. Iäkkäimpien osallistumisen kannalta tärkeitä olivat kotiterveystarkastukset, joita tehtiin kotiin ja laitoksiin niiden luo, jotka eivät päässeet varsinaiseen terveystarkastukseen. Lopuksi hankittiin tietoja puhelinhaastattelun ja kirjekyselyn avulla niiltä, jotka eivät osallistuneet edellä mainittuihin tutkimusvaiheisiin. Kaikki tutkimusvaiheet onnistuivat hyvin. Laitoksissa tehtyjen haastattelujen ja tutkimusten toteuttamisessa tosin oli joitakin pulmia, mikä johtui osaksi laitosten henkilökunnan varovaisuudesta. Yksittäisiä kielteisiä palautteita saatiin tavoiteltaessa toistuvasti henkilöitä, jotka olivat jääneet pois terveystarkastuksesta.

Tutkimushenkilöstöön kuului yli 160 haastattelijaa sekä viidessä terveystarkastusryhmässä yhteensä 85 henkilöä. Eri tutkijoiden työsuoritukset epäilemättä poikkesivat toisistaan. Taloudellisista syistä ei kuitenkaan voitu järjestää sellaista mittaajien tai haastattelijoiden kiertoa, joka olisi varmasti poistanut mittaajien vaikutuksen esimerkiksi miljoonapiirien välisiin eroihin. Toisaalta kaikkia mittauksia tekivät useat saman koulutuksen saaneet mittaaajat, mikä vähensi yksittäisten poikkeamien vaikutusta. Mittaajien välisten erojen suuruus ja mahdollinen vaikutus koko maata ja eri alueita koskeviin tuloksiin raportoidaan myöhemmin.

Tutkitut

Tutkimus onnistui erittäin hyvin ja ainakin joitakin tietoja saatiin 93 %:lta otokseen kuuluneista. Vielä hieman tätä paremmin onnistuttiin 20 vuotta sitten Mini-Suomi-terveystutkimuksessa (Aromaa ym. 1989), mutta muissa suomalaisissa ja kaikissa ulkomaisissa kansallisissa terveystarkastuksissa osallistumisalttius on ollut paljon huonompi (Koponen & Aromaa 2000). Poikkeuksellista on myös, että iäkkäiden osallistumisalttius ylitti 80 %, mistä ansio kuuluu kotiterveystarkastukselle. Iäkkäimmistä osallistui sen ansiosta nyt suurempi osa kuin aikaisemmin Mini-Suomi-tutkimuksessa.

Etenkin toimintakyvyn ja hoidon- ja avuntarpeen tutkimisen kannalta hyvä osallistuminen on luotettavien tulosten ehdoton edellytys. Mahdollisuudet verrata luotettavasti Mini-Suomi-tutkimuksen ja Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia ovat hyvät. Hyvästä osallistumisalttiudesta huolimatta katoon on voinut rikastua merkittävä määrä esimerkiksi vaikeista sairauksista tai vammoista kärsiviä ja päihdeongelmaisia. Tulevissa Terveys 2000 -aineistoon perustuvissa tutkimuksissa onkin aina pohdittava sekä kadon vaikutuksia että käytettävissä olevien tietojen hankintatapaa ja osa-aineiston edustavuutta.

Menetelmät

Vaikka tutkimuskokonaisuus oli ainutkertainen, monet siihen sisältyvistä osista olivat kansainvälisesti suositeltuja, olivat olleet aikaisemmin käytössä kotimaassa tai perustuivat vakiintuneeseen kliiniseen käytäntöön. Terveys 2000 -tutkimukseen pyrittiin valitsemaan Mini-Suomi-terveystutkimuksessa käytetty mittaumenetelmä aina, kun se oli mielekästä.

Tiedoista valtaosa kerättiin suoraan kannettaviin mikrotietokoneisiin. Sekä tietojen keruu että niiden lähettäminen Tilastokeskukseen ja Kansanterveyslaitokseen toimivat yleensä hyvin. Joidenkin tallennusohjelmien viimeistely jäi kiireessä hieman kesken, mikä aiheutti jonkun verran lisätyötä aineistoa tarkistettaessa.

Kotihaastattelun sisältöä kehitettäessä nojaututtiin Tilastokeskuksen, Kansaneläkelaitoksen, Kansanterveyslaitoksen, Stakesin ja Työterveyslaitoksen aikaisempiin tutkimuksiin. Laajan tutkijaryhmän monien eri tietotarpeiden takia haastattelusta tuli alun perin tarkoitettua pidempi (keskimäärin 1½ tuntia), minkä pelättiin heikentävän vastaamishalukkuutta. Niin ei kuitenkaan käynyt. Onkin syytä olettaa, että tulokset ovat luotettavia ja vertailukelpoisia aikaisempien haastattelumenetelmällä hankittujen tulosten kanssa.

Terveystarkastus oli mitoitettu kestämään noin 4 tuntia, mihin sisältyi välipala. Joidenkin henkilöiden tutkimus venyi kuitenkin selvästi pidemmäksi, ja työkäisiltä saatiin tästä jonkun verran kielteistä palautetta. Muutamassa tapauksessa tutkimus jäi tästä syystä kesken. Iäkkäät puolestaan pitivät perusteellista selvitystä hyvänä, monille heistä se toi tervetullutta vaihtelua arkeen.

Terveystarkastuksen kenttäolosuhteet pyrittiin vakioimaan. Tutkittavia kehoitettiin paastomaan ennen kenttätutkimukseen tuloa, jotta verinäytteet voitiin ottaa vakio-oloissa. Kuitenkin tutkimukset aloitettiin klo 8 ja 14 välillä, joskus myöhemminkin, joten vuorokaudenajasta ja paaston pituudesta riippuvat mittaustulokset saattavat vaihdella myös ulkoisten olosuhteiden vaihtelun takia.

Mittaajat koulutettiin ja mittauslaitteet kalibroitiin. Mittaajien väliset mittaustapojen erot saattoivat vaikuttaa erityisesti verenpaineen mittaukseen, spirometrian onnistumiseen, eräisiin toimintakykymittauksiin ja klinisiin tutkimuksiin. Eroja pyrittiin pienentämään ohjeiden ja yhteisen koulutuksen avulla. Vakiotuloksiin pyrittiin myös valvomalla mittauksia toistuvasti kenttäoloissa ja ohjaamalla niiden oikeaan suoritukseen.

Verinäytteet otettiin ja käsiteltiin vakiotekniikalla ja kuljetettiin pakastettuina kylmäkuljetuksena Kansanterveyslaitokseen. Osaksi Kansanterveyslaitoksen, osaksi Kelan laboratoriossa saadut tulokset ovat sekä olosuhteiden ja näytteiden käsittelyn että määritysmenetelmien ansiosta luotettavia.

Terveystarkastukseen tuodun peruskyselyn (kysely 1), siellä täytetyn infektiokyselyn (kysely 2) ja sen jälkeen täytettyjen ravintokyselyn ja jälkikyselyn (kysely 3) tulokset eivät riippuneet mittaajista. Sen sijaan vastaamisalttius vaihteli ja kaikkein heikoimmin palautuivat terveystarkastuksen jälkeen täytettävät kyselyt. Kyselyihin sisältyi sekä Suomessa vakiintuneita ja kansainvälisesti suositeltuja osioita että erikseen tätä hanketta varten kehitettyjä osioita. Eräissä tapauksissa niihin sisältyi sekä Mini-Suomi-tutkimuksessa käytetty että uusi osa (alkoholin käyttö, liikunta). Ratkaisu pidensi lomaketta mutta se toimi ja osoittautui hyödylliseksi, koska eräät uudet kansainvälisesti suositellut osiot olivat vielä kehitysvaiheessa.

Kotiterveystarkastuksen suorittivat kenttäryhmissä työskennelleet hoitajat, joten heidän edellytyksensä työskennellä kuten kenttätutkimuksessa olivat hyvät. Heidän koulutuksensa ja kokemuksensa oli kuitenkin erilainen kuin Tilastokeskuksen haastattelijoiden, joten jotkut tulokset saattoivat haastattelun yhteydessä olla erilaisia.

16.2 Väestön terveys, toimintakyky ja niihin vaikuttavat tekijät 2000-luvun alussa

Elin- ja työolot

Koulutusta ja elinoloja koskevat tiedot kertovat suomalaisen yhteiskunnan muutoksesta. Koulutustason kohoaminen vaikuttaa suotuisasti myös elintapoihin ja terveyteen.

Valtaenemmistö työikäisistä oli ansiotyössä, mutta työkyvyttömyys- ja varhaiseläkkeiden runsauden takia 55–64-vuotiaista vain alle 40 % oli työssä. Vaikka joka viides työikäinen koki lomautuksen, irtisanomisen tai työttömyyden uhkaa ja 10 % henkisen väkivallan uhkaa, olivat yleisimmin ilmoitetut työympäristön haitat perinteisiä fysikaalisia haittoja kuten pöly ja melu. Tämä on työelämän suurten muutosten takia melko odottamatonta .

Elintavat

Päivittäin tupakoi lähes 30 % alle 55-vuotiaista, miehistä suurempi osa kuin naisista. Tupakoivien osuus oli hieman suurempi kuin postikyselyyn perustuvassa aikuisväestön terveyskäyttäytymisseurannassa vuonna 2000 (Helakorpi ym. 2000), mikä voi johtua Terveys 2000 – tutkimuksen pienestä kadosta.

Alkoholin kertakäytön määrää ja useutta mitattiin epäsuorasti kysymällä vuoden aikana koettuja krapuloita. Krapulaa kokemattomia oli lähes 40 % miehistä ja yli 60 % naisista mutta alle 45-vuotiaista miehistä vain viidennes ja naisista lähes puolet. Alkoholin runsaan käytön yleistymisen ja runsaan kertakäytön useus näkyi siis selvästi krapuloiden yleisyytenä työikäisten joukossa. Runsasta kertakäyttöä pidetään suomalaisille ominaisena piirteenä, vaikka alkoholin kokonaiskulutus on vielä eurooppalaisittain kohtuullista (Simpura & Karlsson 2001).

Terveyden kannalta edullisista tottumuksista kypsentämättömien vihannesten päivittäisten käyttäjien osuus oli suuri (50–60 %), vaikka edelleen pienempi kuin monissa Etelä-Euroopan maissa. Terveysliikunta on varsin yleistä, yleisempää kuin monissa Euroopan maissa.

Suomalaisten elintavat ovat siis varsin edulliset lukuun ottamatta alkoholinkäytön yleistymistä, jonka haitat näkyvät jo nyt mutta entistä selvemmin tulevaisuudessa. Tupakoivien osuus on kuitenkin edelleen kansanterveyden kannalta kovin suuri, ja naisten 1980-luvulla lisääntynyt tupakointi johtaa lähitulevaisuudessa sairastuvuuden suurenemiseen.

Vaara- ja suojatekijät

Suomalaiset lihoivat 1980- ja 1990-luvuilla (Vartiainen ym. 1998b; Helakorpi ym. 2000) ja nyt ainakin lievästi liikapainoisia on runsas viidesosa väestöstä. Ravitsemusmuutosten johdosta puolestaan seerumin kolesterolipitoisuus on ollut laskusuunnassa ja HDL-kolesterolipitoisuus noususuunnassa. Silti lähes kolmasosalla väestöstä kokonaiskolesterolipitoisuus oli edelleen nykyisen mittapuun mukaan kohonnut ($\geq 6,5$ mmol/l). Ns. hyvä HDL-kolesteroli oli liian matala suuremmalla osalla miehistä kuin naisista. Runsasta alkoholinkäyttöä kuvastava kohonnut gammaglutamyylitransferaasipitoisuus oli kohonnut 13 %:lla miehistä ja 3 %:lla naisista, mikä noudattelee alkoholinkäytön ja krapuloiden yleisyyden vaihtelua sukupuolen mukaan.

Kohonneen verenpaineen tehostettua torjuntaa on jatkettu yli neljännesvuosisadan ajan ja lääkehoito onkin voimakkaasti yleistynyt. On aikaisempia viitteitä siitä, että väestön verenpaine-taso olisi alentunut (Vartiainen ym. 1998b). Kuitenkin miehistä neljäsosalla ja naisista viidesosalla oli kohonnut verenpaine kertamittauksessa.

Tulokset osoittavat, että huomattavalla osalla suomalaisista on vaaratekijöiden perusteella arvioiden edelleen suurentunut riski sairastua moniin verenkiertoelinten sairauksiin ja diabetekseen. Lihavuus voi altistaa myös muille sairauksille, mm. nivelrikolle.

Koettu terveys ja pitkäaikainen sairastavuus

Noin 60 % haastatelluista ilmoitti terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi, mikä on hieman suurempi osuus kuin muissa viime aikaisissa Suomessa tehdyissä tutkimuksissa (Arinen ym. 1998; Helakorpi ym. 2000; Sulander ym. 2000). Runsaalla 50 %:lla oli tiedossaan pitkäaikaissairauksia, ja tämä osuus puolestaan oli hieman pienempi kuin 1990-luvun puolivälissä tehdyissä tutkimuksissa (Arinen ym. 1998; Huuhka ym. 1996).

Verenkiertoelinten sairaudet

Sydäninfarktin sairastaneiden osuus työikäisistä oli melko pieni mutta 65 ikävuotta vanhemmista sen oli kokenut 15 % miehistä ja 7 % naisista. Angina pectoriksesta kärsi iäkkäistä miehistä 28 % ja naisista joka viides. Lukujen oikeellisuus riippuu lähinnä kliinisen diagnostiikan osuvuudesta. Maassamme on aiheellisesti pidetty ongelmana sepelvaltimotaudin tutkimus- ja operatiivisten hoitoresurssien niukkuutta. Tässä valossa merkittävä ja odottamaton havainto on, että sydäninfarktin tai sepelvaltimotaudin ilmoittaneista 45–74-vuotiaista miehistä yli 40 %:lle on tehty ohitusleikkaus tai pallolaajennus.

Hengityselinten sairaudet

Joka kymmenennellä miehellä ja naisella oli kroonisen bronkiitin yskösoire, mikä johtuu pääasiassa tupakoinnista. Keuhkoputken ahtaumaksi kehittynyt sairaus puolestaan oli edelleen yleisempi miehillä kuin naisilla. Tupakointitottumusten säilyminen ja muuttuminen ratkaisee näiden sairauksien tulevan yleisyyden.

Astma oli todettu 6 %:lla tutkituista, mikä osoittaa sen suuren merkityksen. Sen yleisyys johtuu hoidetun astman yleistymisestä, mihin on vaikuttanut diagnostiikan ja lääkehoidon kehittyminen.

Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet

Kroonista selkäoireyhtymää sairasti kliinisen tutkimuksen mukaan 10 % tutkituista eli suuri mutta odotettua pienempi osa väestöstä. Lonkkanivelrikon yleisyys vastasi odotuksia ja oli noin 5 % tutkituista, mutta polvinivelrikko näyttää odotettua harvinaisemmalta, ja nyt sitä sairasti 5 % miehistä ja 7 % naisista. Nämä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ovat edelleen keskeisiä kansanterveysongelmia, joiden torjuntaan on syytä kiinnittää lisää huomiota.

Psyykinen oireilu ja mielenterveyden häiriöt

Tutkituista 20–25 % ilmaisi vointiaan heikentäviä psyykkisiä oireita, mikä vastaa odotuksia. Työuupumusta arvioitiin henkilöillä, jotka olivat olleet ansiotyössä edeltäneiden 12 kuukauden aikana. Työuupumuksen merkitystä hyvinvoinnin heikentäjänä on 1990-luvulla toistuvasti korostettu. Vakava työuupumus oli varsin harvinainen (2,5 %) mutta lieväksi luokiteltu työuupumus hyvin yleinen (25 %) tila. Se oli kuitenkin selvästi harvinaisempi kuin 1990-luvun lopulla jonkin verran erilaisessa tutkimuksessa (Kalimo & Toppinen 1997). Mielenterveyden häiriöistä vakava masennus oli viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana ollut 5 %:lla ja alkoholiriippuvuus miehistä 6 %:lla ja naisista 1,5 %:lla. Hyvinvointia heikentävät psyykkiset oireet ovat yleisiä, mutta vakavat mielenterveysongelmat ovat niitä selvästi harvinaisempia. Tulokset eivät ole odottamattomia ja niiden voi tulkita viittaavan siihen, että hälyttävää mielenterveyden heikkenemistä ei ole tapahtumassa. Ne osoittavat silti kiistatta, että mielenterveyden häiriöt ovat suuri kansanterveysongelma, jonka torjuminen on terveystieteiden tärkeimpiä haasteita.

Suun terveydentila

Enemmistö tutkituista piti suunsa terveydentilaa hyvänä tai melko hyvänä. Kariesta oli hampaallisista miehistä kolmanneksella ja naisista viidenneksellä, tosin iäkkäistä selvästi suu-

remmalla osalla kuin keski-ikäisistä. Hampaattomuutta oli runsaassa määrin vasta eläkeikäisillä. Aikuisten hampaisto on siis paljon entistä terveempää. Tiedostettu hoidon tarve on suuri ja palvelujen käyttö on runsasta.

Infektiotaudit

Hengitystietulehdukset ovat tunnetusti yleisiä ja tärkeimpiä lyhytaikaisten työstä poissaolojen syitä. Tutkituista 19 % ilmoitti sairastaneensa hengitystietulehduksen kahden kuukauden aikana, työikäisistä paljon suurempi osa kuin eläkeikäisistä. Terveyspalveluja oli puolestaan sairastuneista käyttänyt noin 40 % mutta iäkkäimmistä paljon suurempi osa. Tulokset kertovat näiden tulehdusten suuresta yleisyydestä ja siitä, että ne kuormittavat merkittävästi terveydenhuoltoa.

Hengitystietulehdusten torjumisen kannalta kiinnostava oli lähinnä influenssa- ja pneumokokkirokotusten nykytila ryhmissä, jotka sairautensa perusteella on määritelty rokotuksen kohderyhmiksi. Influenssarokotuksen kohderyhmästä alle 30 % oli saanut influenssarokotuksen edeltävän vuoden aikana ja pneumokokkirokotuksen kohderyhmästä vain 3 % koko elämän aikana. Torjunnan tehostamiseksi molempien rokotusten kattavuutta on parannettava.

Tapaturmien aiheuttamat vammat

Miehistä 19 % ja naisista 9 % ilmoitti jonkun pysyvän vamman, joka johtui tapaturmasta. Vammojen laatu ja merkitys selviävät jatkotutkimuksissa. Tapaturmat ovat merkittävä terveyttä pysyvästi heikentävien vammautumisten syy.

Terveydenhoito

Terveydenhoidoksi katsottavat ryhmätoiminnat tai yksilöllinen neuvonta ovat terveydenhuollon keskeinen keino terveyden edistämiseksi. Johonkin terveyden edistämisen ryhmään edellisten 12 kuukauden aikana ilmoitti osallistuneensa lähes 30 % tutkituista. Pääosa näistä oli ollut fyysistä kuntoa tai tuki- ja liikuntaelimestön kuntoa edistäviä ryhmiä. Muihin ryhmiin oli osallistunut varsin harva – ainoana poikkeuksena laihtumista tavoittelevat ryhmät, joihin oli työikäisistä naisista osallistunut 6 %. Ryhmäohjausta ilmeisesti käytetään paljon vähemmän kuin pitäisi. Valitettavasti muuhun hoitoon liittyvästä yksilöllisestä neuvonnasta ei tässä ole tietoja. Yksilöllinen terveyden edistäminen kuuluu usein osana esimerkiksi diabetesta tai kohonnutta verenpainetta sairastavien seurantaan. Siksi nyt hankitut tiedot antavat vain osittaisen kuvan kaikesta terveyden edistämisestä ja sairauksien ehkäisystä.

Sairaanhoidtopalvelujen käyttö

Avohoidon lääkarillä oli käyty viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana keskimäärin 3,1 kertaa ja käynneistä 40 % suuntautui terveyskeskuslääkäreille. Yli puolet tutkituista ilmoitti itsellään olevan nimetyn omalääkärin. Tulokset vastaavat muiden äskettäisten tutkimuksien havaintoja. Tosin lääkärikäyntien määrä on hieman aikaisempia 1990-luvun arvioita (Arinen ym. 1998) pienempi, mutta se liittyyneen erilaiseen muistijaksoon.

Hoidontarve ja sen tyydyttyminen

Oman ilmoituksensa mukaan 36 % miehistä ja 43 % naisista koki tarvitsevansa lääkärinhoitoa kun taas 15 % tutkituista katsoi saavansa ainakin johonkin sairauteensa liian vähän lääkärinhoitoa. Tämä vastaa runsasta kolmasosaa hoitoa tarvitsevista, mikä on vähemmän kuin Mini-Suomi-tutkimuksessa, mutta osoittaa, että edelleen on runsaasti tyydyttämätöntä hoidontarvetta.

Toimintakyky ja avuntarve

Elinajan jatkuvasti pidentyessä iäkkäiden ja etenkin kaikkein iäkkäimpien ihmisten toimintakyky on yhä tärkeämpi palvelutarpeiden määrääjä. Tulosten mukaan 65–74-vuotiaista yli 90 % selviytyi vaikeuksista pukeutumisesta ja riisuutumisesta mutta 85 vuotta täyttäneistä vain puolet. Puolen kilometrin kävelystä suoriutuivat vaikeuksista lähes kaikki työkäiset mutta vain vajaat kaksi kolmasosaa 65 vuotta täyttäneistä. Yli 40 %:lla oli vaikeuksia kaupassa asiomisessa 75. ikävuoden jälkeen ja valtaenemmistö tämänikäisistä koki vaikeuksia raskaassa siivoustyössä.

Terveys 2000 -tutkimus tuotti ensimmäiset koko maan aikuisväestöä edustavat toimintakykyä kuvaavat mittaustulokset. Näön heikkeneminen yleistyi 65. ja erityisesti 75. ikävuoden jälkeen, ja myös kuulo heikkeni vastaavasti. Sokeus, heikkonäköisyys, kuurous tai selvästi heikentynyt kuulo olivat 74. ikävuoteen saakka varsin harvinaisia. Myös suoriutuminen kognitiivisista testeistä (kielellinen sujuvuus, sanojen oppiminen ja viivästetty mieleenpalauttaminen) heikkeni selvästi 65. ikävuoden jälkeen. Fyysistä suorituskykyä arvioitiin mm. kävelynopeuden perusteella. Nyt käytetyt raja-arvot 1,2 m/s ja 0,8 m/s ovat samoja kuin liikennevalojen ajoituksessa käytetyt kävelynopeuden mitoitusohjeet. Neljäsosa 65–74-vuotiaista, yli puolet 75 vuotta täyttäneistä ja noin 90 % 85-vuotiaista ja sitä vanhemmista ei kyennyt kävelemään 1,2 m/s nopeudella. Nyt dokumentoitu aistien toiminnan ja kognitiivisen sekä fyysisen suorituskyvyn heikentyminen etenkin 75. ikävuoden jälkeen on tärkeää ottaa huomioon mm. yhteiskuntapolitiikassa, yhdyskunta- ja liikennesuunnittelussa, väline- ja viihdetuotannossa kehittettäessä ikääntyvän väestön palveluja ja elinympäristöä.

Avun tarve ja saaminen olivat alle 45-vuotiailla harvinaisia. Iän karttuessa avun tarve yleistyi nopeasti niin, että 55–64-vuotiaista miehistä 4 % ja naisista 12 %, 65–74-vuotiaista miehistä 15 % ja naisista 27 % ja 75–84-vuotiaista miehistä 38 % ja naisista 58 % arvioi tarvitsevansa apua. 85. ikävuoden jälkeen avun tarvetta oli neljällä viidestä tutkitusta. Valtaosa apua tarvitsevista katsoi saavansa sitä riittävästi, mutta vanhimmissa ikäryhmissä joka kymmenes kaikista haastatelluista olisi tarvinnut sellaista apua, jota sai riittämättömästi tai ei lainkaan. Vaikka tilanne tulosten valossa vaikuttaa melko hyvältä, on vanhimpiin ikäluokkiin kuuluvien määrän kasvaessa voitava vastata kasvaviin avuntarpeisiin juuri niissä ikäryhmissä, joissa jo nyt katsottiin saatavan apua liian vähän.

Työkyky ja kuntoutustarve

Valtaosa työikäisistä ja etenkin 30–54-vuotiaista suoriutui hyvin edellä mainituista toimintakykyä koskevista arvioista ja mittauksista. 55–64-vuotiaiden ikäryhmässä näkyi kuitenkin jo aistien ja toimintojen heikkenemistä. Työikäisistä 80 % piti itseään työkykyisenä, 13 % osittain työkyvyttömänä ja 6 % täysin työkyvyttömänä, mutta 55–64-vuotiaista vain hieman yli puolet piti itseään työkykyisenä. Lähes kaikki 30–44-vuotiaat mutta enää kolme neljästä 55–64-vuotiaasta arvioi pystyvänsä työskentelemään nykyisessä ammatissaan vielä kahden vuoden kuluttua. Alle 55-vuotiaiden työikäisten toimintakyky on siis hyvä ja he itse pitävät myös työkykyään hyvänä. Sen sijaan 55–64-vuotiaiden ikäryhmässä alkaa esiintyä sekä sairauksien ja vammojen aiheuttamaa että muista syistä johtuvaa työkykyä heikentävää toimintakyvyn rajoittumista. Sen vaikutusten olennainen vähentäminen vaatii nykyistä tehokkaampaa sairauksien ehkäisyä sekä hyvää hoitoa ja kuntoutusta, jotta terveyden ja toimintakyvyn parantuessa myös työkyky paranisi. Hyvien työolojen turvaaminen on tärkeää myös siksi, että työssä olevien joukossa on paljon henkilöitä, joiden työkyky on heikentynyt. Tässä suhteessa nykytilanne muistuttaa 20 vuoden takaista.

Noin 4 % työvoimaan kuuluvista kertoi saaneensa ammatissa suoriutumista edistävää kuntoutusta edeltäneiden 12 kuukauden aikana. Tällaista kuntoutusta arvioi kuitenkin tarvitsevansa alle 45-vuotiaista 15 % ja sitä vanhemmista yli 20 %, selvästi suurempi osa naisista kuin miehistä. Vaikka kuntoutustarpeen arvioiden täsmällisyyttä epäilemättä heikentävät ihmisten niukat tiedot kuntoutuksen sisällöstä ja mahdollisuuksista, on merkittävää, että keski-ikäisestä työvoimasta näin suuri osa toivoo kuntoutuksesta apua työkykynsä ylläpitämiseen.

Maan eri osissa asuvien väliset terveyserot

Eri alueiden (miljoonapiirien) välillä oli selviä eroja, mutta huono terveys ja epäedullinen terveyskäyttäytyminen eivät yksioikoisesti kasautuneet tietyille alueille. HUS-miljoonapiirissä

terveys oli maan keskitasoa tai sitä parempi, mutta naisten tupakointi ja molempien sukupuolten alkoholinkäyttö olivat maan keskitasoa runsaampia. Myös TYKS- ja TaYS-miljoonapiireissä väestön terveys oli keskitasoinen tai sitä parempi. TYKS:n alueelle ominaista oli myös miesten lihavuus ja runsas alkoholinkäyttö. Itä-Suomen KYS-miljoonapiirissä terveys oli edelleen maan keskitasoa huonompi kuten jo 1960- ja 1970-luvuilla, mutta terveystyminen vastasi maan keskitasoa. OYS:n alueelle ominaista oli tuki- ja liikuntaelinten sairauksien niukkuus mutta selvästi muuta maata huonompi suun terveys. Lisäksi Pohjois-Suomessa naisten tupakointi ja lihavuus olivat yleisiä, miesten taas harvinaisia. Näin ollen eri miljoonapiirien väestöjen terveys ja terveystyminen poikkesivat jonkun verran toisistaan ja tulokset antavat viitteitä seikoista, joihin terveydenhuollon kannattaa maan eri alueilla erityisesti kiinnittää huomiota.

Koulutus- ja siviilisäätiryhmien väliset terveyserot

Pitkän koulutuksen saaneet olivat yleensä selvästi terveempiä ja heidän elintapansa olivat terveyden kannalta edullisempia kuin vain perusasteen koulutuksen saaneiden. Havaintojen suunta vastaa muiden viimeaikaisten koti- ja ulkomaisten tutkimusten tuloksia (esim. Lahelma & Koskinen 2002). Terveys 2000 –tutkimuksessa saatiin kuitenkin ainutlaatuisen monipuolinen kuva sekä koulutusasteen että muiden sosioekonomisen aseman osoittimien yhteydestä eri kansanterveysongelmiin ja niiden tunnettuihin syihin. Näitä tietoja on syytä hyödyntää kehitettäessä keinoja terveyserojen kaventamiseksi. Koulutustason paraneminen on osaltaan myötävaikuttanut kansanterveyden kohenemiseen ja kehitys saattaa jatkua.

Naimisissa olevat naiset ja miehet olivat useimmissa suhteissa terveimpiä ja myös heidän elintapansa olivat terveellisimmät. Eronneet ja naimattomat miehet kokivat terveytensä huonommaksi kuin muut miehet, ja monien muidenkin osoittimien mukaan heidän terveytensä oli poikkeuksellisen huono. Mielenterveysongelmat ja alkoholiriippuvuus olivat etenkin eronneilla miehillä yleisiä. Miesten keskuudessa avoliitossa elävien ja leskien terveys oli parempi kuin naimattomien ja eronneiden, mutta kuitenkin huonompi kuin naimisissa olevien. Naisilla siviilisäätiryhmien väliset terveyserot eivät olleet yhtä jyrkkiä kuin miehillä, ja siviilisäätiryhmien järjestys terveyden suhteen poikkesi jonkin verran miehillä havaitusta. Naisista eronneet, lesket ja avoliitossa elävät sijoittuivat heikoimmin, mutta naimattomien naisten terveys oli monessa suhteessa yhtä hyvä kuin naimisissa olevien. Mielenterveysongelmat olivat leskeksi jääneillä naisilla yleisempiä kuin muilla. Naimisissa olevien hyvä terveys vastaa aikaisempia havaintoja (Koskinen ym. 1999). Siviilisäätiryhmien jakautuman tulevat muutokset saattavat heijastua koko väestön terveyden muutoksina.

16.3 Terveyden, toimintakyvyn ja niihin vaikuttavien tekijöiden kehitys 1980 – 2000

Tässä verrataan Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia vuosina 1978–80 toteutetun Mini-Suomi-terveystutkimuksen tuloksiin olettaen, että aineisto ja menetelmät ovat vertailukelpoiset. Itse asiassa nykyistä parempaa vertailuasetelmaa on käytännössä mahdoton saavuttaa. Jos melko vähäisillä osallistumisen ja eräiden menettelytapojen eroilla on tämän vertailun kannalta merkitystä, ne ilmeisesti yleensä aiheuttavat todellisten muutosten jonkinasteista aliarviointia.

Elintavat, vaara- ja suojatekijät

Iäkkäiden miesten vapaa-ajan liikunta näyttää lisääntyneen, miesten päivittäinen tupakointi on vähentynyt ja alle 65-vuotiaiden naisten lisääntynyt. Lihavuus on lisääntynyt kaikissa ikäryhmissä. Kohonnut kokonaiskolesterolipitoisuus on harvinaistunut. Tiedossa oleva kohonnut verenpaine on hoidon yleistymisen mukana selvästi lisääntynyt ja samalla väestön verenpaine on olennaisesti alentunut.

Muutosten pääasiassa edullinen suunta vastaa aikaisempien tutkimuksien havaintoja (Helakorpi ym. 2000; Vartiainen ym. 1998b). Sekä naisten että miesten tupakointia olisi edelleen voitava vähentää, lihavuuden torjuntaan, terveelliseen ravitsemukseen ja liikunnan edistämiseen olisi edelleen kiinnitettävä huomiota ja voimavaroja. Verenpaineen aleneminen liittyy sekä lääkehoidon yleistymiseen että ravitsemusmuutoksiin. Molempia on edelleen tehostettava.

Koettu terveys ja pitkäaikainen sairastavuus

Koettu terveys parani selvästi 20 vuodessa, eniten 55–64-vuotiaalla. Myös tiedossa oleva pitkäaikainen sairastavuus väheni 45–64-vuotiailla, mikä johtuu lähinnä sydän- ja verisuonitautien sekä eräiden muiden pitkäaikaissairauksien vähenemisestä keski-ikässä.

Sairaudet ja oireyhtymät

Sepelvaltimotauti, selkäoireyhtymä ja naisten polvinivelrikko ovat jyrkästi vähentyneet. Vaikka muuttuneet diagnostiset käytännöt voivat selittää ainakin osan selkäoireyhtymän vähenemisestä, johtuu sepelvaltimotaudin ja polvinivelriikon väheneminen niiden syiden vähenemisestä. Sepelvaltimotaudin yleisyyden väheneminen vastaa tunnettua kuolleisuuden vähenemistä, ja sitä selittävät taudin laajamittainen torjuntatyö ja sen tunnettujen vaaratekijöiden väheneminen. Sepelvaltimotaudin yleisyys on vähentynyt myös iäkkäillä, mikä vähentää ikärakenteen

muutoksesta muuten aiheutuvaa terveydenhuollon kuormitusta. Polvinivelrikon väheneminen johtuu todennäköisesti fyysisesti kuormittavan työn vähenemisestä ja viittaa jopa työkyvyttömyyden, sairastavuuden ja palvelutarpeiden vähenemiseen tulevaisuudessa.

Hengityselinten sairauksista kroonisen keuhkoputkentulehduksen yskösoireiden yleisyys on muuttunut tupakointimuutosten mukaisesti, joten ne olivat harvinaistuneet miehillä ja yleistyneet naisilla. Vaikea-asteisten keuhkosairauksien esiintyvyys muuttuneen tulevaisuudessa vastaavasti. Astma on yleistynyt huomattavasti. Tämä liittyy suurelta osin lisääntyneeseen taudin toteamiseen ja hoitoon, eikä näiden tietojen perusteella voidakaan arvioida olisiko astma lisääntynyt myös samoin diagnostisin kriteerein määriteltynä.

Mielenterveysongelmien, erityisesti mielialahäiriöiden, työuupumuksen ja riippuvuusongelmien katsotaan yleisesti olevan nykyisin yleisempiä kuin ennen. Tulosten valossa vaikuttaa kuitenkin siltä, että alkoholiriippuvuutta lukuun ottamatta mielenterveysongelmat ovat suunnilleen yhtä yleisiä kuin 20 vuotta sitten. Erityisesti psyykkisten oireiden määrä ja vaikeusaste vaikuttavat muuttumattomilta. Työuupumuksesta vertailukelpoisia tietoja ei ole, mutta Terveys 2000 -tutkimuksen yleisyysluvut ovat pienempiä kuin 1990-luvulla tehtyjen aikaisempien tutkimuksien. Myöskään mielialahäiriöiden yleisyydelle ei ole sopivaa vertailukohdetta aiemmilta vuosikymmeniltä. Psykkisen oireilun säilyminen ennallaan viittaa kuitenkin siihen, että väestön mielenterveys ei olisi olennaisesti muuttunut. Vaikka mielenterveysongelmien perusteella myönnetyt työkyvyttömyyseläkkeet ovat 1990-luvulla yleistyneet, on tulos lupaava siksin, että ei ole syytä olettaa eläkkeelle siirtymisen enää lisääntyvän ainakaan sairastavuuden kasvun takia. Epäedullisen poikkeuksen muodostanevat yleistyvät riippuvuusongelmat seuruksineen.

Suun terveys

Suun terveys parani jyrkästi kaikissa aikuisten ikäryhmissä mitattiinpa asiaa hampaattomuudella, puuttuvien hampaiden lukumäärällä tai kariksen yleisyydellä. Eniten suun terveys parani nuorimmassa 30–44-vuotiaiden ikäryhmässä, jossa myönteisen kehityksen yksi syy on nuorten parantunut hammashuolto. Muilla aikuisilla edullista kehitystä selittänevät omahoito ja hammashoidon lisääntynyt käyttö, vaikka hoitokustannuksia ei vielä ollut tasattu. Karies ja kiinnityskudossairaudet olivat edullisesta kehityksestä huolimatta erittäin yleisiä, joten hoidon tarve on suuri. Hintojen tasauksen ulottaminen kaikkiin ikäryhmiin on merkittävä uudistus, jonka ansiosta suun terveyden voidaan odottaa nopeasti kohenevan.

Toimintakyky

Suomalaisten toimintakyvyn kehittymisestä on viime vuosina esitetty erilaisia arvioita. Terveys 2000 -tutkimuksen ja Mini-Suomi-tutkimuksen tulosten vertailu osoittaa, että kahden vuosikymmenen takaiseen tilanteeseen verrattuna erilaisista toiminnoista suoriutuu nykyisin huomattavasti aikaisempaa suurempi osa sekä alle että yli 65-vuotiaista. Suomalaisten toimintakyky on siis 20:n viime vuoden aikana oleellisesti parantunut. Näin voisi odottaakin tapahtuneen, kun etenkin sydänsairaudet ja monet muut vammauttavat sairaudet ovat vähentyneet. Samalla sairauksien hoito on parantunut. Tosin myös elinolot ja suoriutumisen vaatimukset ovat muuttuneet. Arviot olisivat vielä varmemmalla pohjalla, jos käytettävissä olisi molemmista tutkimuksista myös muulla tavoin kuin kyselyin ja haastatteluin hankittuja tietoja toimintakyvystä. Niitä saadaan vasta kun Terveys 2000 -tutkimuksen kaltainen hanke uusia. Toimintakyvyn muutoksen täsmällinen arviointi ja sen syiden selvittäminen on tärkeä käynnissä olevien jatkotutkimusten aihe.

Työkyky

Itse ilmoitetun työkyvyttömyyden valossa miesten työkyky on huomattavasti parantunut, mikä sopii yhteen sekä sairastavuuden että toimintakyvyn muutosten kanssa. Naisten työkyky on parantunut hieman. Tulokset sopivat yhteen työkyvyttömyyseläkkeellä olevien henkilöiden määrän vähenemisen kanssa. Mm. työelämän ja eläkejärjestelmien kannalta on tärkeää selvittää tarkemmin työkykyä ja sen määreitä sekä muutossuuntia, mihin Terveys 2000 -aineisto antaa erinomaiset lähtökohdat.

16.4 Sosiaali- ja terveyspalvelut ja sosiaalivakuutus

Suomen väestön ikärakenteen vanheneminen ja suurten ikäluokkien tulo eläkeikään merkitsee ensin terveyspalvelujen ja myöhemmin niitä tukevien sosiaalipalvelujen tarpeen kasvua, joka jatkuu ainakin 2020-luvulle saakka. Terveiden ja toimintakyvyn monissa suhteissa edullinen kehitys hidastaa mutta ei jatkuessaankaan riittä estämään palvelutarpeiden lisääntymistä.

Sairauskirjo ja hoidon mahdollisuudet ovat muuttumassa niin, että isoista kansansairauksista sepelvaltimotaudin ja nivelrikon vähentyessä muut sairaudet kuten esimerkiksi astma ja allergiat, krooninen keuhkohtaumatauti, kohonnut verenpaine, mielialahäiriöt, alkoholiriippuvuus ja lonkkamurtumat aiheuttavat tulevaisuudessa jatkuvan suuren hoidontarpeen. Samanaikaisesti monien eri sairauksien leikkaushoidolla voidaan auttaa yhä useampia. Eräät syöpämuodot yleistyvät nopeasti ja niitä sairastavien hoitoa tarvitaan entistä enemmän. Suun terveyden paraneminen muuttaa hoidon sisältöä ja todennäköisesti lisää sen käyttöä. Lisäksi suuri osa väestöstä katsoo edelleen saavansa liian vähän hoitoa.

Kaikkein iäkkäimpien ihmisten määrä kasvaa suhteellisesti eniten emmekä tiedä, onko heidän hoivantarpeensa tulevina vuosikymmeninä nykyisen kaltainen vai vähäisempi. On mahdollista, että laitoshoidon tai erittäin paljon työvoimaa vaativan avohoidon tarve kasvaa paljonkin nykyisestä, vaikka iäkkäimpien toimintakyvyn paranemisen ansiosta laitoshoidon tarpeen kasvu voi hidastua.

Alkoholin ja huumeiden käytön lisääntyminen, naisten tupakoinnin lisääntyminen ja koko väestön lihominen uhkaavat heikentää kansanterveyttä. On käytettävä kaikki keinot käynnissä olevien myönteisten kehityssuuntien tukemiseen ja kielteisten torjumiseen. Siksi ehkäisevää työtä on lisättävä. Sen toivotuista vaikutuksista huolimatta palvelutarpeiden määrä kasvaa niiden kirjon samalla muuttuessa. Terveystieteiden huollossa sekä perus- että erikoistason hoidon ja iäkkäimpien ihmisten hoivan tarve saattavat huomattavasti kasvaa ja lisätarpeiden kirjo on laaja leikkaushoidosta riippuvuuksien avohoitoon, työikäisten ja iäkkäiden terveysneuvonnasta kotipalveluihin ja laitoshoidon.

Julkisten ja yksityisten palvelujen kyky yhdessä huolehtia palvelutarpeiden tyydyttämisestä riippuu lähinnä neljästä seikasta: 1) riittävätkö henkilövoimavarat, 2) toimiiko julkinen palvelujärjestelmä hyvin, 3) ovatko yksityisten palvelujen käytön taloudelliset edellytykset riittävän hyvät ja 4) onko eri sektoreiden ja perus- ja erikoistason välinen yhteistoiminta nykyistä parempaa. Jatkotutkimuksissa selvitetään tarkemmin tulevaa terveyskehitystä ja sen

vaikutuksia palvelutarpeeseen käyttäen tukena myös Uudenmaan väestön hoidontarve -tutkimuksen (UHOTA) yhteydessä kehitettyjä menettelytapoja (Luoto ym. 2000).

Sosiaalivakuutuksessa terveyskehitys vaikuttaa sairausvakuutukseen, eläkevakuutukseen ja kuntoutukseen. Entistä terveempi työikäinen aikuisväestö saattaa tarvita nykyistä vähemmän lääkehoitoja ja pitkäaikaisia hoitokontakteja. Terveyden kohentuessa pitkien sairauslomien tarve vähentyy. Toisaalta entistä varakkaampi ja vaativampi työikäinen väestö saattaa kysyä nykyistä enemmän sekä julkisia että yksityisiä palveluja. Työn koetun kuormittavuuden muutokset, mielenterveysongelmien hoito ja riippuvuusongelmat voivat vaatia työterveyshuollon ja erikoistason palveluja ja erilaisia kuntouttavia toimia ja lääkehoitoja siinä määrin, että lääkkeiden ja yksityisten palvelujen tarve kasvaa. Niiden kysyntä ja kustannukset saattavatkin riippua lähinnä suhdannetekijöistä ja tarjonnan muutoksista.

Myös määrältään kasvava ja entistä vauraampi iäkäs väestö odottaa saavansa yhä parempia lääkkeitä ja terveyspalveluja, joita haetaan myös yksityiseltä sektorilta. Eräiden yleisten sairauksien odotetaan vähenevän asteittain myös iäkkäässä väestössä. Silti niiden takia hoidossa olevien henkilöiden määrä kasvaa vielä ainakin kymmenen – viidentoista vuoden ajan. Näin ollen etenkin lääkekustannusten kasvun voi odottaa jatkuvan myös valmistekirjon muutoksista riippumatta. Samaten palvelujen käyttö lisääntyy. Myös monet kirurgiset toimenpiteet lisääntyvät iäkkäiden ryhmässä ja osa niistä toteutuu yksityisellä sektorilla. Hampaattomuuden häviäminen merkitsee ehkäisevän ja korjaavan hammashoidon käytön tuntuvaa lisäystä ja vastaavaa kustannusten kasvua.

Sairaanhoitovakuutuksen kannalta todennäköisin kehitys siis on merkittävä kustannusten kasvu, mikä johtuu sekä palvelujen käytön että lääkkeiden korvausmenoista. Mahdollisuudet hillitä korvauskustannusten kohoamista ilman väestölle aiheutuvia merkittäviä terveyshaittoja ovat pienet ellei kunnallinen järjestelmä pysty huolehtimaan ainakin nykyisen suuruudesta osasta ihmisten tarvitsemia palveluja. Pitkät sairauspoissaolot ja päivärahat tuskin enää lisääntyvät merkittävästi, jos kunnallisten palvelujen toimivuus säilyy edes nykytasolla ja työikäisten terveys edelleen kohentuu eikä tilalle tule uusia pitkien poissaolojen syitä (riippuvuudet, mielenterveysongelmat). Päinvastoin, pitkät sairauspoissaolot kääntynevät ikäluokkien pienentyessä laskuun. Osa niistä kuitenkin johtuu siitä, että asianomainen on sairauslomalla odottamassa pääsyä korjaavaan tai kuntouttavaan hoitoon ja osa siitä, että tutkimukset ja hoidot eivät toteudu kyllin tehokkaina, vaan sairauslomat pitkittyvät. Paitsi ihmisten terveyden myös sairauslomien ja niistä aiheutuvien kustannusten pienentämiseksi olisi terveydenhuollon toiminnan tehostuttava ja hoitokäytäntöjen kehityttävä. Tähän pääseminen edellyttää riittävää palvelutarjontaa, henkilöstön koulutusta ja sektoreiden yhteistyötä.

Eläkevakuutuksen kannalta myönteinen terveyskehitys antaa syyn uskoa, että työkyvyttömyys- ja muiden varhaiseläkkeiden tarve asteittain pienenee ja työelämästä poistutaan tähänastista korkeammassa iässä. Kehitys on jo alkanut kuten työkyvyttömyyseläkkeiden viimeaikainen kehitys osoittaa. Merkittävä osa työssä olevista kuitenkin arvioi olevansa osittain työkyvytön, ja 55–64-vuotiaista suuri osa epäili, ettei ole enää kahden vuoden kuluttua työssä. Työolosuhteiden muuttuminen nykyistä kuormittavammiksi tai itsenäisyyden ja vapaa-ajan arvostuksen lisääntyminen voisivat johtaa siihen, että suuri joukko pyrkii pois työelämästä. Jo 20 vuotta sitten todettiin, että itseään työkyvyttöminä pitäneet siirtyivät muutamassa vuodessa eläkkeelle (Takala 1984), eikä tämä asia varmaankaan ole muuttunut. Avainasemassa on työelämän kehittäminen niin, että ihmisten halu tehdä työtään ja viihtyvyys työssään ei ainakaan nykyisestä heikkene.

Ihmisten tervehtyminen ja toimintakyvyn paraneminen voivat merkitä kuntoutustarpeen vähentämistä. Kun nykyisestä tarpeesta vain pieni osa on asianmukaisesti tyydytetty, kuntoutuksen kysyntä tuskin vähenee. Sen sijaan kuntoutustarpeen painopisteet todennäköisesti muuttuvat, ja työikäisten rinnalle on nostettava iäkkäät, ja perinteisen kuntoutuksen rinnalla on korostettava monialaista sekä psyykkisiin että sosiaalisiin seikkoihin ja vuorovaikutustaitoihin painottuvaa kuntoutusta. Viimeksi mainittu on erityisen tärkeää kun työssä ja arkielämässä korostuu psyykkisten kykyjen ja sosiaalisten taitojen merkitys ja ongelmakirjossa lisääntyvät mielenterveys- ja riippuvuusongelmat. Sosiaalivakuutuksen on varauduttava huolehtimaan nykyistä paljon runsaammasta kuntoutuksen rahoituksesta. Varoja ei kuitenkaan kannata käyttää vaikuttamattomaan näennäistoimintaan. Siksi sosiaalivakuutuksen toimijoiden on yhdessä huolehdittava kuntoutuksen järjestämistä, toimintatapoja ja menetelmiä koskevan tieteellisesti ja käytännöllisesti korkeatasoisen tutkimus- ja kehittämistoiminnan merkittävästä laajentamisesta. Tutkimusta toimeenpantaessa tarvitaan läheistä yhteistyötä kunnallisen terveydenhuollon ja järjestöjen kokeilu- ja kehittämishankkeiden kanssa.

17 PÄÄTELMÄT

Arpo Aromaa

- Terveys 2000 -tutkimus onnistui erittäin hyvin ja tulokset voidaan yleistää koskemaan koko maan väestöä.
- Suomalaisten elintavoista osa on muuttunut myönteiseen ja osa kielteiseen suuntaan.
- Seerumin kolesterolipitoisuus on pienentynyt mutta väestöstä kolmasosalla se on edelleen liian korkea.
- 1980-luvulla alkanut liikapainoisuuden lisääntyminen on jatkunut.
- Väestön verenpaine on huomattavasti alentunut.
- Suurella osalla suomalaisista aikuisista on edelleen suurentunut riski sairastua verenkiertoelinten sairauksiin ja diabetekseen.
- Koettu terveys on selvästi parempi kuin 20 vuotta sitten.
- Sepelvaltimotauti on selvästi harvinaistunut, ja sen ilmoittaneista 45–74-vuotiaista miehistä peräti 40 %:lle on tehty ohitusleikkaus tai pallolaajennus.
- Diabetesta sairastaa 6 % aikuisista, astmaa samoin 6 %, kroonisen bronkiitin yskösoire on joka kymmenennellä ja tapaturman aiheuttaman pysyvän vamman ilmoitti viidesosa miehistä ja 9 % naisista. Diabetes, astma ja naisten krooninen keuhkoputken tulehdus ovat selvästi entistä yleisempiä.
- Sekä selkäoireyhtymä että naisten polvinivelrikko ovat nyt harvinaisempia kuin 20 vuotta aikaisemmin.
- Mielenterveysongelmat, psyykkiset oireet, vakava masennus, alkoholiriippuvuus ja työuupumus ovat yleisiä ja hyvinvointia heikentävät oireet vielä yleisempiä. Mielenterveysongelmien yleistymisestä kuluneiden 20 vuoden aikana ei ole viitteitä.
- Aikuisten hampaat ovat nyt paljon terveempiä kuin 20 vuotta sitten ja hampaattomuus on siirtynyt eläkeikäisten ryhmään.
- Riskiryhmiin kuuluvien henkilöiden hengitystietulehdusten torjumiseksi tarpeellisen influenssarokotuksen on saanut kohderyhmästä 40 %.
- Runsas kolmasosa mielestään lääkärinhoitoa tarvitsevista katsoo, että olisi tarvinnut sitä lisää, joten tyydyttämätöntä hoidontarvetta on edelleen, vaikka vähemmän kuin 20 vuotta sitten.

- Ihmisten selviytyminen perustoiminnoista heikkenee jyrkästi 80–85. ikävuoden jälkeen, ja vaikeuksia tavanomaisista päivittäisistä askareista selviytymisessä on varsin suurella osalla jo 75. ikävuoden jälkeen. 65. ja erityisesti 75. ikävuoden jälkeen myös aistien toiminta heikkenee ja kognitiivinen suoriutuminen huononee. Toimintakyky on kuitenkin parantunut kahdenkymmenen vuoden kuluessa, joten kehityksen jatkuessa myös iäkkäiden omatoimisuuden edellytykset parantuvat.
- Työikäisistä joka viides pitää itseään kokonaan tai osittain työkyvyttömänä mutta 55-64 –vuotiaista puolet. Etenkin miesten työkyky on nyt parempi kuin kaksikymmentä vuotta sitten. Myönteisen kehityksen jatkuessa pienenevistä ikäluokista nykyistä suurempi osa voi terveytensä puolesta jatkaa entistä pidempään työssä.
- Ammatissa suoriutumista edistävää kuntoutusta arvioi alle 45-vuotiaista tarvitsevana 15 % ja sitä vanhemmista 20 %, mikä on paljon enemmän kuin kuntoutusta saaneiden osuus.
- Pitkän koulutuksen saaneet ja naimisissa olevat ovat selvästi terveempiä kuin vain perusasteen koulutuksen saaneet ja naimattomat, eronneet, lesket ja avoliitossa elävät.
- Kokonaisuutena suomalaisten aikuisten terveys ja toimintakyky on 20 vuodessa merkittävästi parantunut, vaikka eräät sairaudet ja terveyttä uhkaavat tekijät ovatkin yleistyneet.
- Terveystieteiden kannalta palvelutarpeet kuitenkin lisääntyvät sekä ikärakenteen muutosten että palvelutarpeiden kirjon muutoksen takia. Kaikkein iäkkäimpien laitoshoidon tai erittäin paljon työvoimaa sitovan avohoidon tarve saattaa kasvaa.
- Sosiaalivakuutuksessa sairaanhoidon ja lääkkeiden kustannukset lisääntyvät, sairauspäivärahamenot saattavat pienentyä ja varhaiseläkekustannuksetkin voivat pienentyä. Viimeksi mainittu toteutuu vain elleivät muut tekijät aiheutua pakoa työelämästä – niin suuri oli työssä osittain työkyvyttöminä olleiden osuus. Kuntoutusta pitää kehittää ja sen painopistettä on siirrettävä iäkkäisiin samalla kun nykyistä suurempi osa työikäisten kuntoutustarpeesta tyydytetään. Myös kuntoutuksen sisältöä ja palvelujen kirjoa on kehitettävä vastaamaan tuleviin monipuolisiin tarpeisiin.

KIRJALLISUUS

Arinen S, Häkkinen U, Klaukka T, Klavus J, Lehtonen R, Aro S. Suomalaisen terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Terveystutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. SVT Terveys 5, Stakes ja Kansaneläkelaitos, Helsinki, 1998.

Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O, Knekt P, Maatela J, Joukamaa M, Klaukka T, Lehtinen V, Melkas T, Mälkiä E, Nyman K, Paunio I, Reunanen A, Sievers K, Kalimo E, Kallio V. Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveystutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32, Helsinki, 1989.

Aromaa A, Koskinen S, Huttunen J. Suomalaisien terveys 1996. Kansanterveyslaitos, Sosiaali- ja terveysministeriö, Edita, Helsinki, 1997.

Aromaa A, Koskinen S, Huttunen J (toim.). Health in Finland. Edita, Helsinki, 1999.

Drury TE, Winn DM, Snowden CB, Kingman A, Kleinman DV, Lewis B. An Overview of the Oral Health Component of the 1988-1991 National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III-Phase 1). J Dent Res, 1996;75 (Spec Iss): 620-630.

Fiatarone M, O'Neill E, Ryan N, Clements K, Solares G, Nelson M, Roberts S, Kehayias J, Lipsitz L, Evans W. Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. N Engl J Med, 1994;330: 1769-1775.

Folstein M, Folstein S, McHugh P. 'Mini-Mental State': a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res, 1975;12: 189-198.

Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. Maudsley Monograph No 22. Oxford University Press, Oxford, 1972.

Heinonen OP. Autoklinikka. Duodecim, 1966;82: 1161-1164.

Heistaro S, Vartiainen E, Heliövaara M, Puska P. Trends of back pain in eastern Finland, 1972-1992, in relation to socioeconomic status and behavioral risk factors. Am J Epidemiol, 1998;148: 671-682.

Helakorpi S, Uutela A, Prättälä R, Puska P. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2000. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B:8, Helsinki, 2000.

Heliövaara M, Mäkelä M, Sievers K, Melkas T, Aromaa A, Knekt P, Impivaara O, Aho K, Isomäki H. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet Suomessa. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:35, Helsinki, 1993.

Huuhka M, Lahelma E, Manderbacka K, Mattila V, Karisto A, Rahkonen O. Terveydentila ja sosiaalinen murros. Vuosien 1986 ja 1994 elinolutkimukset. Tilastokeskus, SVT Elinolot 1996:2, Helsinki, 1996.

Hytti H, Gould R, Aromaa A. Toimintakyky, työkyky ja sairauden sosiaaliset seuraukset, *Teoksessa*: Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J (toim.), Suomalaisten terveys 2002. Helsinki, Kustannus Oy Duodecim, 2002.

Hänninen T, Pulliainen V, Salo J, Hokkanen L, Erkinjuntti T, Koivisto K, Viramo P, Soininen H, ja Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijaryhmä. Kognitiiviset testit muistihäiriöiden ja alkavan dementian varhaisdiagnostiikassa: CERAD-tehtäväsarja. Suomen Lääkärilehti, 1999:15: 1967-1975.

Kalimo R, Toppinen S. Työuupumus Suomen työikäisellä väestöllä. Työterveyslaitos, Helsinki, 1997.

Kansallisen Ikäohjelman seurantaraportti 2001. Työryhmämuistio 2001:17. Sosiaali- ja terveysministeriö ja työministeriö, Helsinki, 2001.

Katz S, Downs TD, Cash HR, Grotz RC. Progress in development of the index of ADL. Gerontologist, 1970:10: 20-30.

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychological function. JAMA, 1963:185: 914-919.

Kelly M, Steele J, Nuttall N, et al. Adult Dental Health Survey: Oral Health in the United Kingdom 1998. Her Majesty's Stationery Office, London, 2000.

Koponen P, Aromaa A. Health Examination Surveys (HES). Review of literature and inventory of surveys in the EU/EFTA Member States. National Public Health Institute (KTL), Helsinki, 2000.

Koskinen S, Aromaa A, Kattainen A, Martelin T, Sainio P, Salo S, Alha P, Heliövaara M, Jousilahti P, Knekt P, Korpela K, Mäkelä M, Reunanen A, Rinne S, Virtala E. Terveys, toimintakyky ja niihin vaikuttavat tekijät 65-74-vuotiailla Pohjois-Karjalassa ja pääkaupunkiseudulla: FINRISKI-97-senioritutkimuksen toteutus ja perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja Bxx/2002 (käsikirjoitus), Helsinki, 2002.

Koskinen S, Martelin T. Viina tappaa keski-ikäisiä pääkaupunkiseudulla. Kuolleisuuden alueerot 1990-luvulla. Kuntapuntari, 1998:2: 66-71.

Koskinen S, Martelin T, Rissanen H. Siviilisäätyjen kuolleisuuserot - kasvava kansanterveysongelma. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 1999:36: 271-284.

Lahelma E, Koskinen S. Suomalaisten suuret sosioekonomiset terveyserot haaste terveys- ja yhteiskuntapolitiikalle, *Teoksessa*: Kangas I, Keskimäki I, Koskinen S, Lahelma E, Manderbacka K, Prättälä R, Sihto M (toim.), Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki, Edita, 2002.

Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 1969;9: 179-186.

Lehtonen R, Pahkinen EJ. Practical Methods for Design and Analysis of Complex Surveys. John Wiley & Sons Ltd, 1995.

Leino PI, Berg MA, Puska P. Is back pain increasing? Results from national surveys in Finland during 1978/9-1992. *Scand J Rheumatol*, 1994;23: 269-276.

Liikenteen valo-ohjauksen suunnittelu LIVASU-78. Pohjoismaiden Tietekillinen Liitto, Suomen osastojaos 51. Raportti 1:1978, 1978.

Luoto R, Laine M, Alha P, Koskinen S, Martelin T, Reunanen A, Virtala E, Aromaa A, ja projektiryhmä. Terveys ja hoidontarve alueittain Suomessa 1996-2010. Uudenmaan väestön hoidontarve (UHOTA)-projektin loppuraportti. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2, Helsinki, 2000.

Manninen P, Riihimäki H, Heliövaara M. Has musculoskeletal pain become less prevalent? *Scand J Rheumatol*, 1996;25: 37-41.

Martelin T, Koskinen S, Kattainen A, Sainio P, Reunanen A, Aromaa A. Changes and differentials in the prevalence of activity limitations among Finns aged 65-74: comparison of the Mini-Finland Health Examination Survey (1978-80) and the FINRISK-97 Senior Survey (1997). *Yearbook of Population Research in Finland*, 2002;38: 55-75.

McWhinnie JR. Disability assessment in population surveys: results of the O.E.C.D. Common Development Effort. *Rev Epidemiol Santé Publique*, 1981;29: 413-419.

Morris JC, Heyman A, Mohs RC, Hughes JP, van Belle G, Fillenbaum G, Mellits ED, Clark C. The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part I. Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. *Neurology*, 1989;39: 1159-1165.

Pevalin DJ. Multiple applications of the GHQ-12 in a general population sample: an investigation of long-term retest effects. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2000;35: 508-512.

Piirainen H, Elo A-L, Hirvonen M, Kauppinen K, Ketola R, Laitinen H, Lindström K, Reijula K, Riala R, Viluksela M, Virtanen S. Työ ja terveys -haastattelututkimus v. 2000. Taulukko-raportti. Työterveyslaitos, Helsinki, 2000.

- Pullianen V, Hokkanen L, Salo J, Hänninen T (toim.). CERAD, kognitiivinen tehtäväsarja, käsikirja, Kuopio, 1999.
- Purola T, Kalimo E, Sievers K, Nyman K. Sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö Suomessa ennen sairausvakuutusta. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:1, Helsinki, 1967.
- Puska P, Korhonen HJ, Uutela A, Helakorpi S, Piha T. Anti-smoking Policy in Finland, Smokefree Europe: Conference on Tobacco or Health. Helsinki, Finnish Centre for Health Promotion, 1997.
- Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A, Vartiainen E. The North Karelia Project, 20 year results and experiences. Kansanterveyslaitos, Helsinki, 1995.
- Rahkonen O, Lahelma E. Sosiaalinen rakenne ja väestön terveys, *Teoksessa: Piirainen T, Saari J (toim.), Yhteiskunnalliset jaot*. Helsinki, Gaudeamus, 2002.
- Research Triangle Institute. SUDAAN User's Manual, Release 8.0. Research Triangle Institute, Research Triangle Park, NC, 2001.
- Simpura J, Karlsson T. Trends in Drinking Patterns among Adult Population in 5 European Countries, 1950-2000. Nordisk Alkohol & Narkotikatidsskrift 18 (English Supplement), 2001: 31-48.
- Strandell A. Asukasbarometri 1998. Asukaskysely suomalaisista asuinympäristöistä. Suomen ympäristö 343, Ympäristöministeriö, Vantaa, 1999.
- Sulander T, Helakorpi S, Uutela A, Puska P. Eläkeikäisten suomalaisten terveystyytyminen keväällä 1999 ja sen muutokset 1993-1999. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 7, Helsinki, 2000.
- Suomen tilastollinen vuosikirja 2001. Tilastokeskus, Helsinki, 2001.
- Takala I. Työkyvyn rajoitukset ja kuntoutuksen tarve 30-64-vuotiailla lounais- ja itäsuomalaisilla. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:24, Turku, 1984.
- Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A. Työkykyindeksi. Työterveyslaitos, Helsinki, 1992.
- Työ ja terveys. Haastattelututkimus v. 2000, Taulukkoraportti. Työterveyslaitos, Helsinki, 2000.
- Valkonen T, Kauppinen T. Miesten kuolleisuuden alue-erot ja sosiaalinen segregatio pääkaupunkiseudulla. Kvartti, 2001:1: 7-21.

Vartiainen E, Jousilahti P, Alfthan G, Sundvall J, Pietinen P, Puska P. Sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden muutokset FINRISKI-tutkimuksessa 1972-1997. Suomen lääkärilehti, 1998a:53: 2013-2020.

Vartiainen E, Jousilahti P, Juolevi A, Sundvall J, Alfthan G, Salminen I, Puska P. FINRISKI 1997. Tutkimus kroonisten kansantautien riskitekijöistä, niihin liittyvistä elintavoista, oireista ja terveystalvelujen käytöstä. Tutkimuksen toteutus ja perustaulukot. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B1/1998, Helsinki, 1998b.

Vehkalahti M, Paunio I, Nyssönen V, Aromaa A (toim.). Suomalaisten aikuisten suunterveys ja siihen vaikuttavat tekijät. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:34, Helsinki ja Turku, 1991.

WHO. Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Version 1.1). World Health Organization, Geneva, 1990.

WHO. Grades of hearing impairment. Hearing network News, 1991:1.

WHO. Composite International Diagnostic Interview (CIDI, Version 2.1). World Health Organization, Geneva, 1997a.

WHO. Oral health surveys. Basic methods 4th Edition. WHO, Geneva, 1997b.

WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation on Obesity, Geneva, 3-5 June 1997, 1998.

Wittchen H-U, Lachner G, Wunderlich U, Pfister H. Test-retest reliability of the computerized DSM-IV version of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 1998:33: 568-578.

Väestörakenne 2000. Väestö 2001:6. Tilastokeskus, Helsinki, 2001.

Ylöstalo P. Työolobarometri. Lokakuu 2000. Työpoliittinen tutkimus 228. Työministeriö, Helsinki, 2001.

LIITTEET

Liite 1. Kotihaastattelun sisältö

A. Taustatiedot

Äidinkieli, siviilisääty ja parisuhde
Kotitalous ja lapset
Koulutus
Pääasiallinen toiminta, ammatti
Nykyinen/entinen ammatti, työnantaja ja työsuhde, eläke, työttömyys
Työaika ja palkkaus
Nykyinen sivutyö
Puolison tiedot
Tulot

B. Terveystila ja sairaudet

Koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus
Yksittäiset taudit, tapaturmat ja vammat
Sairauksien hoito
Sairaalahoidot
Leikkaukset
Kuukautiset
Raskaudet ja synnytykset
Lapsiluku, lapsettomuus ja lapsettomuushoidot
Ehkäisy
Hormonikorvaushoidot

C. Vanhempia ja sisarusia koskevat kysymykset

Vanhempien ja sisarusten sairaudet
Lapsuuden elinolot

D. Terveyspalvelut

Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus
Käynnit avohoidossa sairauksien ja oireiden takia
Mielenterveyspalvelut
Terveystarkastukset ja ehkäisevät terveyspalvelut
Fysikaalinen hoito ja vaihtoehtoiset hoidot
Lääkkeet

E. Suun terveys

Suun terveydentila
Suun omahoito
Palvelujen käyttö
Hammashoidon asiakas ja kustannukset

F. Elintavat

Ruokailu
Tupakointi

G. Elinympäristö

Asumishistoria

Asunto

Lähiympäristön palvelut

H. Toimintakyky

Tavanomaiset toiminnot

Liikkumiskyky

Aistitoiminnot

Avun tarve ja saanti, apuvälineet

Kognitiivinen toimintakyky

I. Työ ja työkyky

Työolot

Työkyky

Osaaminen

Eläkeasenteet

Työhistoria

J. Kuntoutus

Palvelujen käyttö

Kuntoutuksen tarve

K. Haastattelijan arviot

Liite 2. Kyselyjen 1-3, oirehaastattelun ja ravintokyselyn sisältö

Kysely 1

Toimintakyky ja elämänlaatu (mm. Euroqol)
Toimeentulo ja sairauskulut
Tavalliset oireet (mm. SCL-90)
Paino ja pituus
Ajankäyttö ja harrastukset
Tietokoneen käyttö
Terveyttä ja sairauksia koskeva tiedonhaku
Liikkuminen (vapaa-aikana, työssä, työmatkoilla, arkiliikunta IPAQ)
Alkoholinkäyttö, alkoholiongelmien hoito
Makelan syöminen ja juominen
Terveysten edistäminen
Elinympäristö
Sosiaalinen ympäristö
Psyykkiset kokemukset (mm. GHQ 12)
Mieliala ja tunteet (Beck)
Työn kokeminen ja kuormittavuus ml. työuupumus
Työolot

Kysely 2

Vatsasairaudet
Hengitystietulehdukset
Rokotukset

Oirehaastattelu

Hengityselinten ja verenkiertoelinten oireet (Rose, Fletcher)
 Yskä- ja krooninen bronkiitti
 Hengenahdistus
 Rasitukseen liittyvä rintakipu
 Mahdollinen infarkti
 Alaraajojen valtimoverenkierron häiriöt
Atopia- ja allergiaoireet
Käsi-ihottumat
Tuki- ja liikuntaelimestön vaivat ja oireet
 Selkä
 Niska, hartiat, olkapäät
 Raajojen nivelet
 Käden alueen oireet
 Tasapainovaikeudet
 Tules-oireisiin liittyvä yleinen haitta

Kysely 3

Uni ja nukkuminen
Asumisen haitat
Kotieläimet
Suhtautuminen terveyteen
Suun terveys ja elämänlaatu (OHIP)
Arkielämän kokeminen (Antonovsky, sense of coherence)
Vuodenaikavaihtelut
Terveyteen liittyvä elämänlaatu (15 D)
Kokemukset alkoholin vaikutuksesta
Tunteiden kokeminen
Sukupuolielinten taudit ja tulehdukset
Autoilu

Ravintokysely

Maitovalmisteet
Viljavalmisteet
Leivän päällä käytettävät rasvat
Kasvikset
Peruna, riisi ja pasta
Liharuoat
Kalaruoat
Broileri, kalkkuna ja kananmuna
Hedelmät ja marjat
Jälkiruoat
Makeiset ja muut naposteltavat
Juomat

Liite 3. Terveys 2000 -ohjausryhmä, -johtoryhmä ja -työryhmät suunnittelu- ja kenttävaiheessa

Ohjausryhmä

Markku Lehto (pj.), Seppo Koskinen (siht.), Arpo Aromaa, Jorma Back, Mikael Forss, Aino-Inkeri Hansson, Kaija Hasunen, Jussi Huttunen, Heli Jeskanen-Sundström, Satu Lahti, Simo Lämsä, Jorma Rantanen, Vappu Taipale, Matti Uimonen ja Jukka Wuolijoki (alkuvaiheessa Tilastokeskuksen edustaja oli Timo Relander ja Kelan Esko Kalimo)

Johtoryhmä

Jussi Huttunen (pj.), Seppo Koskinen (siht.), Arpo Aromaa, Sami Heistaro ja Antti Reunanen

Projektiryhmä

Arpo Aromaa (pj.), Terhi Saarinen (siht.), Sami Heistaro, Markku Heliövaara, Unto Häkkinen, Olli Impivaara, Pekka Jousilahti, Paul Knekt, Seppo Koskinen, Jouko Lönnqvist, Tuija Martelin, Anne Nordblad, Veijo Notkola, Antti Reunanen, Hilikka Riihimäki, Petri Ruutu, Jouko Sundvall, Antti Uutela ja Erkki Vartiainen

Työvaliokunta: Arpo Aromaa (pj.), Terhi Saarinen (siht.), Sami Heistaro, Seppo Koskinen ja Vesa Tanskanen

Elinolotyöryhmä

Tuija Martelin (pj.), Tarja Nieminen (siht.), Matti Heikkilä, Sakari Kainulainen, Timo Kauppinen, Eero Lahelma, Simo Mannila ja Veijo Notkola

Elintapojen ja psykososiaalisten tekijöiden työryhmä

Antti Uutela (pj.), Ritva Prättälä (siht.), Anna-Mari Aalto, Hannu Alho, Arja R. Aro, Markku Heliövaara, Sari Isotupa, Paul Knekt, Päivikki Koponen, Marjaana Lahti-Koski, Esko Mälkiä, Satu Männistö, Pekka Oja, Pirjo Pietinen, Raimo Raitasalo, Antti Reunanen, Sakari Suominen, Jussi Vahtera, Liisa Valsta, Miira Vehkalahti ja Eira Viikari-Juntura

Verenkiertoelinsairauksien työryhmä

Antti Reunanen (pj.), Anna Kattainen (siht.), Matti Jauhiainen, Antti Jula, Risto Kaaja, Antero Kesäniemi, Katriina Kukkonen-Harjula, Mika Kähönen, Markku Laakso, Riitta Luoto, Silja Majahalme, Leena Mykkänen, Markku S. Nieminen, Janne Rapola, Veikko Salomaa, Marja-Riitta Taskinen, Jaakko Tuomilehto, Marjut Varpula ja Erkki Vartiainen

Tuki- ja liikuntaelinsairauksien työryhmä

Hilikka Riihimäki (pj.), Markku Heliövaara (vpj.), Sami Heistaro, Olli Impivaara, Tuula Jokiniemi, Satu Luoto, Pirjo Manninen, Matti Mäkelä, Simo Taimela, Esa-Pekka Takala ja Eira Viikari-Juntura

Hengityselin- ja ihosairauksien työryhmä

Pekka Jousilahti (pj.), Tari Haahtela, Markku Heliövaara, Jussi Karjalainen, Kaj Koskela, Henrik Nordman, Timo Palosuo, Juha Pekkanen, Tuula Petäys, Kari Reijula ja Päivikki Susitaival

Mielenterveyden työryhmä

Jouko Lönnqvist (pj.), Sami Pirkola (siht.), Kirsi Ahola, Martti Heikkinen, Teija Honkonen, Erkki Isometsä, Matti Joukamaa, Raija Kalimo, Olli Kiviruusu, Teemu Kärnä, Eero Lahtinen, Ville Lehtinen, Kari Poikolainen, Raimo Raitasalo, Jouko Salminen ja Jaana Suvisaari

Suun terveyden työryhmä

Anne Nordblad (pj.), Sinikka Varsio (siht.), Sirkkasisko Arinen, Dorrit Hallikainen, Hannu Hausen, Matti Knuuttila, Liisa Suominen-Taipale, Anna-Lisa Söderholm ja Miira Vehkalahti

Infektiotautien työryhmä

Petri Ruutu (pj.), Markku Kuusi (siht.), Juhani Eskola, Pentti Huovinen, Hannele Jousimies-Somer, Ilkka Julkunen, Eija Könönen, Pauli Leinikki, Tuija Leino, Anja Siitonen ja Martti Vaara

Syöpätautien työryhmä

Paul Knekt (pj.), Lyly Teppo, Matti Rautalahti, Risto Sankila ja Jarmo Virtamo

Toimintakykytyöryhmä

Seppo Koskinen (pj.), Päivi Sainio (siht.), Arpo Aromaa, Pertti Era, Pauli Forma, Raija Gould, Päivi Haavisto, Jukka-Pekka Halonen, Kaj Husman, Juhani Ilmarinen, Jorma Järvisalo, Sirkka-Liisa Karppi, Jarmo Malmberg, Simo Mannila, Timo Marttila, Seppo Miilunpalo, Matti Ojamo, Sirkka-Liisa Rudanko, Sanna Rätty, Raimo Sulkava, Timo Suutama, Reijo Tilvis ja Mariitta Vaara

Terveyspalvelujen käyttö -työryhmä

Unto Häkkinen (pj.), Pirkko Alha (siht.), Ilmo Keskimäki, Timo Klaukka, Päivikki Koponen ja Kimmo Räsänen

Otanta, tiedonkeruu, tietojenkäsittely ja analyysi -työryhmä

Risto Lehtonen (pj.), Kari Djerf, Pirjo Hyytiäinen, Tommi Härkänen, Paul Knekt, Kari Kuulasmaa, Vesa Kuusela, Johanna Laiho, Marjo Laine, Paula Lamberg, Jouni Maatela, Tuija Martelin, Erkki Nenonen, Mikko Nenonen, Tarja Nieminen, Mikko Nissinen, Timo Peltomaa, Harri Rissanen, Pentti Salmela, Matti Sarjakoski, Eero Tanskanen, Vesa Tanskanen, Tuula Tiainen, Kai Vikki ja Esa Virtala

Laboratoriotyöryhmä

Jouko Sundvall (pj.), Marja Leena Kantanen (siht.), Georg Alfthan, Matti Jauhiainen, Kimmo Kuoppasalmi, Eija Könönen, Jaana Leiviskä, Jukka Marniemi, Kimmo Peltonen, Markus Perola, Irma Salminen, Vesa Tanskanen ja Isto Ulmanen

Kliinisen tutkimuksen suunnitteluryhmä

Antti Reunanen (pj.), Markku Heliövaara, Anna Kattainen, Satu Luoto, Tuula Petäys ja Esa-Pekka Takala

Kenttätöiminnan valmisteluryhmä

Sami Heistaro (pj.), Terhi Saarinen (siht.), Pirkko Alha, Arpo Aromaa, Jaason Haapakoski, Olli Impivaara, Pekka Jousilahti, Seppo Koskinen, Jaana Leiviskä, Jouni Maatela, Tarja Nieminen, Veijo Notkola, Panu Oksa, Marjatta Riisiö, Sirkka Rinne, Matti Sarjakoski, Jouko Sundvall, Vesa Tanskanen ja Kai Vikki

Toteuttajia osallistuvissa organisaatioissa

Otos määriteltiin ja muodostettiin Tilastokeskuksessa Risto Lehtosen johdolla, ja se poimittiin Kelan tietojenkäsittelyosastolla Erkki Nenosen johdolla. Painotuksen edellyttämät kertoimet muodostettiin Tilastokeskuksessa.

Haastattelut tekivät Tilastokeskuksen haastattelijat: noin 160 henkilöä.

Terveystarkastukset tekivät KTL:n kenttäryhmät: 80-85 henkilöä viidessä kenttäryhmässä, joista kukin toimi vastaavan hoitajan johdolla. Kenttäryhmien vastaavat hoitajat olivat Liisa Uusitalo (Helsinki), Päivi Sirén (Tampere), Riitta Sipilä (Turku), Kirsi Tiihonen (Kuopio), Kristiina Väisänen (Oulu). Kenttätoiminnan valmistelua ja toteutusta johti Sami Heistaro.

Laboratoriot: Kelan biokemian laboratorio Jukka Marniemen johdolla ja KTL:n analyttisen biokemian laboratorio Jouko Sundvallin johdolla tekivät pääosan määrityksistä. DNA-eristyksestä huolehdittiin KTL:n molekyyli lääketieteen osastossa Ismo Ulmasen johdolla. Kenttäryhmien laboratoriotoimintaa ohjasi Irma Salminen ja näytteiden siirrosta ja säilyttämisestä huolehti Jaana Leiviskä.

Hankkeen tietojenkäsittelyn ja tietoliikenteen suunnitteluun ja toteuttamiseen osallistuivat hankkeen oman henkilöstön ohella KTL:n atk-yksikkö Mikko Nissisen johdolla ja tietojärjestelmäyksikkö Jaason Haapakosken johdolla.

Keskustoimistossa Virpi Killström huolehti kenttätöiden aikana hyvin monista eri tehtävistä ja erityisesti henkilöstö-, työsuhde- ja matka-asioista.

Keskustoimistossa aineiston viimeistelyyn ja tämän raportin edellyttämiin tehtäviin osallistuivat organisaation asianomaisten ryhmien jäsenten lisäksi erityisesti: Heidi Alha, Pirkko Alha, Päivi Haavisto, Katri Hakulinen, Hannele Ikkala, Tarja Kiesi, Onni Koskinen, Noora Kuosmanen, Tomi Mäkinen, Marjatta Riisio, Saila Rinne, Sirkka Rinne, Harri Rissanen, Sanna Rätty, Terhi Saarinen ja Ulla Tyyni.

Tilastollisten analyysien suunnittelusta ja menetelmien valinnasta ja kehittämisestä huolehtivat KTL:ssa Tommi Härkänen, Paul Knekt ja Esa Virtala, tiedostojen muodostamisesta, taulukkotulosten ohjelmoinnista ja ulkoasusta Esa Virtala sekä niiden tulostamisesta monen edellisessä kappaleessa mainitun henkilön ohella Mikko Pekkarinen.

Liite 4. Tutkimuspaikkakunnat, -ajat ja otoskoko kenttäryhmittäin

Tutkimuspaikkakunta (otos)	Otoskunnat	Aika
<i>Kenttäryhmä 1</i>		
Helsinki (900)	Helsinki	11.09.2000 - 22.11.2000
Espoo (309)	Espoo	27.11.2000 - 15.12.2000
Hyvinkää (88)	Hyvinkää	02.01.2001 - 05.01.2001
Tuusula (88)	Tuusula	08.01.2001 - 12.01.2001
Loviisa (88)	Lapinjärvi, Liljendal, Loviisa, Pernaja, Ruotsinpyhtää	15.01.2001 - 19.01.2001
Vantaa (260)	Vantaa	22.01.2001 - 16.02.2001
Porvoo (88)	Porvoo	19.02.2001 - 23.02.2000
<i>Kenttäryhmä 2</i>		
Tampere (310)	Tampere	11.09.2000 - 13.10.2000
Hämeenlinna (101)	Hattula, Hauho, Hämeenlinna, Kalvola, Renko	16.10.2000 - 20.10.2000
Heinola (100)	Heinola	23.10.2000 - 27.10.2000
Nokia (100)	Nokia	30.10.2000 - 03.11.2000
Keuruu (80)	Keuruu, Multia	06.10.2000 - 10.10.2000
Orimattila (100)	Artjärvi, Myrskylä, Orimattila, Pukkila	13.11.2000 - 17.11.2000
Forssa (100)	Forssa, Humppila, Jokioinen, Tammela, Ypäjä	20.11.2000 - 24.11.2000
Somero (50)	Somero	27.11.2000 - 01.12.2000
Loimaa (50)	Alastaro, Loimaa, Loimaan kunta, Mellilä, Oripää	04.12.2000 - 08.12.2000
Valkeakoski (100)	Valkeakoski	11.12.2000 - 15.12.2000
Jämsä (80)	Jämsä, Jämsänkoski, Kuhmoinen	02.01.2001 - 05.01.2001
Riihimäki (100)	Hausjärvi, Loppi, Riihimäki	08.01.2001 - 12.01.2001
Karkkila (88)	Karkkila	15.01.2001 - 19.01.2001
Lahti (150)	Lahti	19.02.2001 - 25.02.2001
Muurame (80)	Korpilahti, Muurame	26.02.2001 - 02.03.2001

Kenttärühmä 3

Kuopio (140)	Kuopio	11.09.2000 - 29.09.2000
Lappeenranta (90)	Lappeenranta	02.10.2000 - 06.10.2000
Joensuu (80)	Joensuu	09.10.2000 - 12.10.2000
Juuka (80)	Juuka	13.10.2000 - 17.10.2000
Ruokolahti (88)	Ruokolahti	18.10.2000 - 23.10.2000
Luumäki (88)	Luumäki	24.10.2000 - 27.10.2000
Kotka (90)	Kotka	30.10.2000 - 03.11.2000
Siilinjärvi (80)	Maaninka, Siilinjärvi	06.11.2000 - 10.11.2000
Lieksa (80)	Lieksa	13.11.2000 - 16.11.2000
Pyhäselkä (80)	Kiihtelysvaara, Pyhäselkä	20.11.2000 - 24.11.2000
Imatra (88)	Imatra	27.11.2000 - 01.12.2000
Kerimäki (80)	Enonkoski, Kerimäki, Savonranta	04.12.2000 - 08.12.2000
Mikkeli (80)	Anttola, Hirvensalmi, Mikkeli, Mikkelin mlk, Ristiina	02.01.2001 - 05.01.2001
Polvijärvi (80)	Polvijärvi	13.01.2001 - 16.01.2001
Hamina (88)	Hamina, Vehkalahti, Virolahti	22.01.2001 - 26.01.2001
Jyväskylä (120)	Jyväskylä	10.02.2001 - 18.02. 2001
Savonlinna (80)	Punkaharju, Rantasalmi, Savonlinna	19.02.2001 - 23.02.2001
Kouvola (88)	Kouvola, Valkeala	26.02.2001 - 02.03.2001

Kenttärühmä 4

Oulu (180)	Oulu	11.09.2000 - 06.10.2000
Ilmajoki (100)	Ilmajoki	09.10.2000 - 13.10.2000
Kajaani (60)	Kajaani	16.10.2000 - 20.10.2000
Haukipudas (60)	Haukipudas	23.10.2000 - 26.10.2000
Utsjoki (60)	Utsjoki	27.10.2000 - 31.10.2000
Kemi (60)	Kemi	01.11.2000 - 03.11.2000
Nivala (60)	Nivala	06.11.2000 - 08.11.2000
Ylivieska (60)	Alavieska, Sievi, Ylivieska	09.11.2000 - 13.11.2000
Pyhäjärvi (60)	Pyhäjärvi	14.11.2000 - 17.11.2000
Seinäjoki (100)	Nurmo, Peräseinäjoki, Seinäjoki, Ylistaro	20.11.2000 - 27.11.2000
Sodankylä (60)	Sodankylä	28.11.2000 - 01.12.2000

Kiiminki (60)	Kiiminki	04.12.2000 - 08.12.2000
Lapua (100)	Lapua	11.12.2000 - 15.12.2000
Lapinlahti (80)	Lapinlahti	02.01.2001 - 05.01.2001
Iisalmi (80)	Iisalmi, Vieremä	08.01.2001 - 12.01.2001
Raahe (60)	Pattijoki, Pyhäjoki, Raahe, Ruukki, Siikajoki	15.01.2001 - 18.01.2001
Simo (60)	Kuivaniemi, Simo	19.01.2001 - 25.01.2001
Kuusamo (60)	Kuusamo	26.01.2001 - 28.01.2001
Rovaniemi (60)	Rovaniemi	29.01.2001 - 01.02.2001
Taivalkoski (60)	Taivalkoski	21.02.2001 - 26.02.2001
Kokkola (60)	Kokkola, Kälviä, Lohtaja, Ullava	27.02.2001 - 02.03.2001

Kenttäryhmä 5

Turku (330)	Piikkiö, Turku	11.09.2000 - 11.10.2000
Kaarina (50)	Kaarina	12.10.2000 - 13.10.2000
Pietarsaari (100)	Luoto, Pedersöre, Pietarsaari	16.10.2000 - 20.10.2000
Ulvila (50)	Kullaa, Ulvila	23.10.2000 - 25.10.2000
Harjavalta (50)	Harjavalta, Kiukainen, Nakkila	26.10.2000 - 27.10.2000
Masku (50)	Askainen, Lemu, Masku, Nousiainen, Vahto	30.10.2000 - 01.11.2000
Parainen (50)	Parainen	02.11.2000 - 03.11.2000
Rauma (50)	Eurajoki, Kodisjoki, Lappi, Rauma	06.11.2000 - 08.11.2000
Kristiinankaupunki (100)	Isojoki, Karijoki, Kristiinankaupunki	09.11.2000 - 17.11.2000
Vehmaa (50)	Kustavi, Taivassalo, Vehmaa	20.11.2000 - 22.11.2000
Salo (50)	Salo	23.11.2000 - 27.11.2000
Lohja (88)	Karjalohja, Lohja, Nummi-Pusula, Sammatti	28.11.2000 - 03.12.2000
Perniö (50)	Perniö, Särkisalo	07.12.2000 - 08.12.2000
Kokemäki (50)	Kokemäki	08.01.2001 - 10.01.2001
Uusikaupunki (50)	Uusikaupunki	11.01.2001 - 12.01.2001
Pori (120)	Pori	15.01.2001 - 24.01.2001
Uusikaarlepyy (100)	Uusikaarlepyy	13.02.2001 - 20.02.2001
Naantali (50)	Merimasku, Naantali, Rymättylä	21.02.2001 - 23.02.2001
Vaasa (90)	Vaasa	26.02.2001 - 02.03.2001

LIITETAULUKOT

Liitetaulukko 1. Eräiden terveyden ja toimintakyvyn osoittimien sekä vaara- ja suojatekijöiden ikävakioidu¹ yleisyys (%) miljoonapiireittäin (ikäryhmä 30+, ellei toisin mainita).

Muuttuja ²	MIEHET							NAISET						
	H U S	T Y K S	T a Y S	K Y S	O Y S	Y H T	p	H U S	T Y K S	T A Y S	K Y S	O Y S	Y H T	p
Koettu terveys hyvä	65,5	61,5	60,3	55,9	61,2	61,5	0,006	63,2	61,2	63,2	57,5	59,9	61,5	0,083
Pitkäaikaissairaus	44,8	51,6	49,3	55,8	50,9	49,5	0,004	51,6	56,8	53,5	59,7	58,2	55,0	0,017
Sydäninfarkti	4,4	5,0	5,8	7,9	5,4	5,6	0,087*	2,5	2,2	2,4	3,5	3,0	2,7	0,558
Diabetes	4,1	5,8	6,4	6,8	6,4	5,7	0,304	5,6	4,1	4,8	6,7	8,1	5,7	0,039
Keuhkoputk. ahtauma	8,4	10,9	9,4	7,5	11,3	9,3	0,252	4,9	5,8	5,3	5,1	8,2	5,6	0,210
Astma	4,0	3,8	3,7	4,6	3,5	4,0	0,895*	7,1	5,2	5,5	9,9	6,5	6,8	0,007*
Selkäreisähtymä	8,7	14,0	11,5	11,8	6,6	10,3	0,004*	9,9	14,7	11,9	11,1	8,0	11,0	0,024
Lonkan nivelrikko	3,7	6,2	3,4	6,4	1,7	4,2	<0,001	4,5	5,1	4,3	5,1	2,6	4,4	0,424
Polven nivelrikko	4,3	6,0	6,2	3,7	3,4	4,8	0,054	7,7	8,9	7,4	8,8	5,6	7,8	0,271
Psyykinen oireilu	21,3	23,4	23,4	20,8	23,4	22,3	0,672	27,4	26,0	25,0	24,6	26,7	26,1	0,687
Alkoholiriippuvuus	9,2	7,1	3,7	6,5	5,4	6,7	0,003	2,0	1,1	1,4	0,9	1,2	1,5	0,409
Vakava masennus	3,5	4,3	2,9	3,3	4,8	3,6	0,575	6,2	5,7	6,9	5,9	8,2	6,5	0,580
Suun terveys hyvä	62,2	66,5	57,6	58,1	59,3	60,7	0,086	68,0	70,1	69,6	66,5	67,1	68,4	0,795
Hampaattomuus	6,6	9,3	11,5	11,4	16,0	10,3	<0,001	11,0	12,0	16,2	18,4	25,9	15,7	<0,001*
Hengitystietulehdukset	17,5	22,1	15,7	14,1	14,1	16,6	0,022*	21,1	22,5	20,2	19,6	17,8	20,4	0,370
Sairaalahoito	11,2	12,0	9,8	11,1	13,3	11,2	0,443	13,8	15,6	12,4	16,8	18,3	14,8	0,036
Lääkärissäkäynnit ³	2,6	3,0	2,3	2,6	2,6	2,6	0,417	3,9	3,8	3,3	3,3	3,0	3,5	<0,001
Tyydyttymätön lääkehoitoon tarve	12,3	11,1	13,0	16,0	17,1	13,6	0,050	13,4	15,5	14,9	15,4	20,3	15,3	0,105

0,5 km:n kävely vaikeuksitta	92,1	90,8	92,1	91,3	91,1	91,7	0,813	87,7	85,6	87,7	85,1	85,9	86,7	0,191
Kaukonäkö heikentynyt	6,1	6,2	5,6	6,7	7,0	6,2	0,836	9,0	7,6	8,8	9,4	8,4	8,8	0,729
Kuulo heikentynyt	9,5	10,8	10,3	11,5	8,7	10,1	0,340	13,4	11,1	13,1	13,7	12,8	13,0	0,504
Kielellinen sujuvuus ³	24,2	22,8	22,4	23,4	23,9	23,4	<0,001	24,0	22,9	23,1	23,8	23,4	23,5	0,041
Muisti ³	7,9	7,9	7,8	7,6	8,1	7,8	<0,001	8,2	8,3	8,3	8,1	8,5	8,3	<0,001
Puristusvoima ³ (N)	474	492	483	485	467	479	<0,001	272	268	268	272	266	270	0,481*
Työkypistemäärä ³	8,2	7,8	7,9	7,7	8,0	8,0	0,020	8,3	8,1	8,1	8,0	8,2	8,2	0,097
Kulutuksesta tinkiminen	33,1	39,3	40,0	44,4	40,7	38,5	0,005	38,5	40,8	42,7	40,2	44,5	40,9	0,226*
Ahtaasti asuminen	10,6	10,8	9,2	11,5	14,1	10,9	0,117	9,6	8,9	7,5	11,9	12,8	9,8	0,031
Päivittäinen tupakointi	29,0	27,9	32,4	28,7	27,4	29,3	0,353*	19,7	14,1	16,4	13,8	18,9	17,1	0,008*
Vihanneksia päivittäin	55,6	51,7	54,1	43,1	43,8	50,9	<0,001	66,0	62,2	66,5	58,2	57,5	63,1	0,006
Riittävä liikunta	24,1	23,2	26,8	27,2	26,6	25,5	0,386	27,3	23,8	28,9	27,8	27,0	27,2	0,460
Alkoholia g/vko ³	136,2	149,1	116,0	112,0	117,5	126,5	0,083	37,1	34,4	33,8	28,7	24,4	32,9	0,017
Krapulakokemus	64,2	66,0	58,3	63,3	64,0	62,9	0,163	38,3	33,5	34,5	34,1	35,4	35,7	0,271
Lihavuus	18,8	24,1	21,7	22,5	18,7	20,7	0,186	21,6	25,9	23,8	24,0	28,4	23,9	0,067
Kohonnut verenpaine	24,1	23,0	25,6	27,5	16,7	23,9	0,028	17,5	19,0	20,5	22,0	20,9	19,6	0,315*
Kohonnut kolesteroli	30,3	29,1	30,5	30,7	31,1	30,4	0,984	28,0	33,6	29,3	27,1	32,5	29,5	0,140
Kohonnut gamma-gt	14,4	12,4	10,6	12,9	10,4	12,4	0,134	3,8	3,4	3,5	3,3	2,7	3,5	0,877

¹ Luvut on ikävakioitu mallin avulla erikseen molemmille sukupuolille. Yhteensä-sarakkeen luvut ovat ikävakioimattomia, joten ne saattavat poiketa jonkin verran raportin muissa osissa esitetyistä sukupuolittaisista luvuista.

² ks. selostus käytetyistä muuttujista ja muuttujakohtaisista aineistorajauksista liitetäulukoiden jälkeen;

³ keskiarvo

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä – alueyhdysoikutus

Liitetaulukko 2. Eräiden terveyden ja toimintakyvyn osoittimien sekä vaara- ja suojatekijöiden ikävakioidu¹ yleisyys (%) koulutusasteen mukaan (ikäryhmä 30+, ellei toisin mainita).

	MIEHET					NAISET				
Muuttuja ²	P E R U S	K E S K I	K O R K E A	Y H T	p	P E R U S	K E S K I	K O R K E A	Y H T	p
Koettu terveys hyvä	52,4	64,4	73,5	61,6	<0,001	55,0	62,1	71,4	61,6	<0,001
Pitkäaikaissairaus	55,2	49,1	40,8	49,4	<0,001*	60,1	54,8	48,8	54,9	<0,001
Sydäninfarkti	6,5	4,2	4,5	5,6	0,046	2,8	3,1	1,6	2,7	0,172*
Diabetes	6,5	5,1	4,2	5,6	0,102	6,9	4,6	3,5	5,7	0,004
Keuhkoputkien ahtauma	11,0	7,7	7,2	9,2	0,016	6,2	4,6	4,9	5,5	0,247
Astma	3,6	3,7	5,0	3,9	0,324	7,9	6,1	5,9	6,9	0,204
Selkäoireyhtymä	13,1	10,2	5,6	10,4	<0,001	11,8	11,8	9,1	11,1	0,139*
Lonkan nivelrikko	4,8	3,5	3,4	4,2	0,238	4,8	4,6	2,7	4,4	0,073
Polven nivelrikko	5,4	4,1	3,8	4,8	0,254*	8,8	7,5	4,2	7,8	0,001
Psykykinen oireilu	23,9	21,5	20,6	22,2	0,286	25,9	25,9	26,6	26,1	0,928*
Alkoholiriippuvuus	6,6	6,5	7,2	6,7	0,860*	1,6	1,5	1,4	1,5	0,970
Vakava masennus	3,5	3,6	3,8	3,6	0,955*	6,4	5,6	7,2	6,5	0,386*
Suun terveys hyvä	50,3	60,8	74,1	60,7	<0,001	62,5	67,8	74,6	68,4	<0,001
Hampaattomuus	14,6	7,0	2,0	10,3	<0,001	20,1	12,8	4,0	15,6	<0,001
Hengitystietulehdukset	16,3	14,4	20,4	16,6	0,002	16,8	19,9	25,0	20,5	<0,001
Sairaalahoito	12,1	10,8	9,8	11,2	0,293	14,1	15,5	15,3	14,7	0,566*
Lääkärissäkäynnit ³	2,7	2,6	2,4	2,6	0,531	3,4	3,7	3,7	3,5	0,278

Tyydyttymätön lääkärinhoidon tarve	12,9	15,4	12,3	13,6	0,191	17,8	14,4	12,1	15,2	0,004*
0,5 km:n kävely vaikeuksista	89,3	93,9	97,2	91,7	<0,001	85,6	87,3	92,2	86,9	<0,001
Kaukonäkö heikentynyt	6,7	6,0	4,9	6,2	0,382	8,9	9,0	7,1	8,7	0,357*
Kuulo heikentynyt	11,8	8,7	6,4	10,2	<0,001	13,3	12,1	12,3	13,0	0,514
Kielellinen sujuvuus ³	21,0	23,5	27,1	23,4	<0,001*	21,6	23,2	26,4	23,5	<0,001*
Muisti ³	7,4	7,8	8,4	7,8	<0,001*	7,9	8,3	8,6	8,3	<0,001*
Puristusvoima ³ (N)	476	484	477	479	0,126*	266	269	274	270	0,015*
Työkyypistemäärä ³	7,5	8,0	8,5	8,0	<0,001*	7,7	8,2	8,5	8,2	<0,001*
Kulutuksesta tinkiminen	46,7	39,8	24,0	38,4	<0,001	48,0	43,4	30,4	40,9	<0,001
Ahtaasti asuminen	12,7	11,3	8,7	10,9	0,030	12,7	10,7	7,7	9,8	<0,001
Päivittäinen tupakointi	38,2	29,1	17,6	29,3	<0,001*	25,4	18,5	9,7	17,1	<0,001*
Vihanneksia päivittäin	41,4	51,9	65,0	50,9	<0,001*	54,9	63,3	73,7	63,1	<0,001*
Riittävä liikunta	26,2	25,1	24,9	25,5	0,773	27,0	29,0	26,1	27,2	0,338
Alkoholia g/vko ³	113,7	136,1	132,1	126,6	0,041*	31,0	31,7	36,3	32,9	0,236*
Krapulakokemus	60,6	63,2	65,7	62,9	0,102	36,6	34,8	35,8	35,7	0,739
Lihavuus	25,3	19,6	15,2	20,7	<0,001	29,0	22,9	17,7	24,0	<0,001
Kohonnut verenpaine	27,0	22,8	19,4	23,7	0,003	21,3	20,1	15,9	19,6	0,014*
Kohonnut kolesteroli	32,3	30,8	26,2	30,3	0,017*	33,2	27,9	25,2	29,5	<0,001*
Kohonnut gamma-gt	12,9	12,4	11,8	12,4	0,839*	4,7	2,5	2,2	3,5	0,005*

¹ Luvut on ikävakioitu mallin avulla erikseen molemmille sukupuolille. Yhteensä-sarakkeen luvut ovat ikävakioimattomia, joten ne saattavat poiketa jonkin verran raportin muissa osissa esitetyistä sukupuolittaisista luvuista.

² ks. selostus käytetyistä muuttujista ja muuttujakohtaisista aineistorajauksista liitetaulukoiden jälkeen;

³ keskiarvo

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä – koulutusyhdysovaikutus

Liitetaulukko 3. Eräiden terveyden ja toimintakyvyn osoittimien sekä vaara- ja suojatekijöiden ikävakioitu¹ yleisyys (%) siviilisäädyn mukaan (ikäryhmä 30+, ellei toisin mainita).

Muuttuja ²	MIEHET							NAISET						
	N S S A	A V O L	E R O N N	L E S K I	N T O N	Y H T	p	N S S A	A V O L	E R O N N	L E S K I	N T O N	Y H T	p
Koettu terveys hyvä	63,5	63,2	54,5	62,4	55,5	61,5	0,003	62,3	60,4	59,2	62,3	59,7	61,5	0,658*
Pitkäaikaissairaus	47,1	48,1	53,3	53,1	57,7	49,5	<0,001*	54,7	52,7	54,2	60,3	54,4	55,0	0,334
Sydäninfarkti	6,0	3,0	6,3	5,0	4,4	5,6	0,356*	2,1	1,0	4,1	3,1	1,7	2,7	0,103*
Diabetes	5,9	4,3	4,8	2,4	7,9	5,7	0,059	5,0	7,9	7,2	6,7	2,7	5,7	0,012
Keuhkoputkien ahtauma	8,7	8,6	15,2	8,0	10,1	9,2	0,024	4,3	7,4	9,1	6,1	5,4	5,6	0,003
Astma	4,0	5,1	4,6	2,9	2,3	3,9	0,413	6,4	6,5	8,1	7,4	7,1	6,9	0,781
Selkäoireyhtymä	11,0	8,1	11,1	10,8	8,4	10,4	0,442	11,8	10,6	14,6	8,4	8,3	11,0	0,018*
Lonkan nivelrikko	4,2	5,0	5,2	3,4	4,3	4,2	0,840	4,1	3,5	5,5	4,6	4,7	4,4	0,775*
Polven nivelrikko	5,1	3,4	4,6	3,7	4,3	4,7	0,716	8,0	3,1	7,4	8,9	5,0	7,8	0,062*
Psykykinen oireilu	20,2	20,1	36,6	21,9	25,6	22,3	<0,001	24,8	25,8	28,6	28,4	27,1	26,1	0,422*
Alkoholiriippuvuus	4,7	8,7	14,8	0,0	10,9	6,7	<0,001	1,0	2,2	2,2	1,5	2,3	1,5	0,126
Vakava masennus	3,2	1,5	8,6	8,3	4,2	3,6	0,002	5,7	4,9	10,7	11,2	5,8	6,5	0,003*
Suun terveys hyvä	64,6	60,4	52,7	44,1	51,3	60,7	<0,001*	69,7	64,6	63,8	70,9	67,7	68,4	0,109
Hampaattomuus	9,8	11,4	11,8	11,7	11,0	10,3	0,660*	16,1	14,0	17,5	16,9	8,3	15,7	<0,001*
Hengitystietulehdukset	17,5	14,4	15,1	22,3	14,4	16,6	0,212	21,3	21,7	18,7	20,0	16,9	20,5	0,289
Sairalahoito	10,3	8,6	15,5	14,7	13,7	11,2	0,017	13,0	18,1	15,5	17,4	14,8	14,8	0,022
Lääkärissäkäynnit ³	2,6	2,6	3,0	2,5	2,2	2,6	0,245	3,5	3,6	3,8	3,4	3,4	3,5	0,692
Tyydyttymätön lääkärinhoidon tarve	12,3	15,4	17,9	14,5	15,8	13,6	0,045	16,8	15,8	17,0	11,7	11,2	15,3	0,012*

0,5 km:n kävely vaikeuksista	93,8	90,4	82,2	91,9	85,9	91,7	<0,001	89,1	85,2	85,6	83,9	88,0	86,7	<0,001
Kaukonäkö heikentynyt	4,6	5,2	9,3	10,3	12,8	6,2	<0,001*	6,9	10,1	10,6	9,5	11,5	8,8	0,010*
Kuulo heikentynyt	9,6	15,1	8,1	8,2	14,7	10,1	<0,001	12,7	13,4	15,3	12,6	13,3	13,0	0,506*
Kielellinen sujuvuus ³	24,0	23,4	22,6	22,5	21,4	23,4	<0,001	24,1	22,5	23,9	22,6	22,1	23,5	<0,001*
Muisti ³	8,0	7,7	7,7	7,6	7,3	7,8	<0,001	8,4	8,1	8,3	8,0	8,0	8,3	<0,001*
Puristusvoima ³ (N)	491	477	472	456	437	479	<0,001*	276	262	273	257	256	269	<0,001*
Työkykypistemäärä ³	8,1	8,1	7,4	7,9	7,5	8,0	<0,001	8,3	8,0	8,2	7,4	8,0	8,2	<0,001
Kulutuksesta tinkiminen	36,1	37,9	54,3	35,2	40,9	38,4	<0,001	37,5	40,1	60,9	39,8	38,9	40,9	<0,001*
Ahtaasti asuminen	14,7	12,7	2,9	7,0	1,1	10,9	<0,001*	11,7	12,9	4,7	8,5	1,8	9,8	<0,001*
Päivittäinen tupakointi	24,4	31,2	49,8	29,1	35,9	29,4	<0,001	12,8	23,5	30,5	15,0	19,6	17,1	<0,001*
Vihanneksia päivittäin	55,9	51,1	41,1	40,8	37,5	50,9	<0,001	66,6	57,2	60,6	57,9	61,0	63,1	<0,001
Riittävä liikunta	25,0	27,0	26,1	19,6	27,9	25,5	0,467	26,5	24,0	34,8	25,8	27,5	27,2	0,008*
Alkoholia g/vko ³	115,7	141,8	182,3	113,0	131,7	126,5	<0,001	30,1	44,0	38,5	27,8	37,5	32,9	0,009*
Krapulakokemus	61,1	71,3	68,5	62,4	60,4	62,9	0,001	31,5	43,1	46,1	26,3	42,9	35,7	<0,001
Lihavuus	20,8	24,2	18,9	11,4	21,0	20,7	0,108	24,3	22,7	24,6	24,1	22,0	23,9	0,882*
Kohonnut verenpaine	22,9	22,1	30,9	16,8	27,9	23,8	0,010*	20,4	20,5	20,5	17,7	18,0	19,6	0,561*
Kohonnut kolesteroli	30,7	28,0	34,2	23,3	29,7	30,3	0,278*	31,9	32,5	30,6	21,6	28,5	29,5	<0,001*
Kohonnut gamma-gt	11,6	13,6	14,0	11,1	14,4	12,4	0,471	3,6	3,3	3,4	3,3	2,8	3,4	0,941

¹ Luvut on ikävakioitu mallin avulla erikseen molemmille sukupuolille. Yhteensä-sarakkeen luvut ovat ikävakioimattomia, joten ne saattavat poiketa jonkin verran raportin muissa osissa esitetyistä sukupuolittaisista luvuista.

² ks. selostus käytetyistä muuttujista ja muuttujakohtaisista aineistorajauksista liitetaulukoiden jälkeen;

³ keskiarvo

* tilastollisesti merkitsevä (p<0,05) ikä – siviilisäätö-yhdysvaikutus

Liitetaulukoiissa 1 – 3 tarkasteltavat muuttujat ja muuttujakohtaiset aineiston rajaukset.

1. Koettu terveys hyvä: koettu terveys melko hyvä tai hyvä (luku 6)
2. Pitkäaikaissairaus: ainakin yksi pitkäaikaissairaus (luku 6)
3. Sydäninfarkti: itse ilmoitettu lääkärin toteama sydäninfarkti (luku 7.1)
4. Diabetes: itse ilmoitettu diabetes (luku 7.1)
5. Keuhkoputkien ahtauma: FEV% <70 spirometriatutkimuksessa (luku 7.2)
6. Astma: lääkärin toteama astma (luku 7.2)
7. Selkäoireyhtymä: kliinisessä tutkimuksessa todettu selkäoireyhtymä (luku 7.3)
8. Lonkan nivelrikko: kliinisessä tutkimuksessa todettu lonkan nivelrikko (luku 7.3)
9. Polven nivelrikko: kliinisessä tutkimuksessa todettu polven nivelrikko (luku 7.3)
10. Psykkinen oireilu: GHQ-12-pistemäärä ≥ 3 (luku 4)
11. Alkoholiriippuvuus: alkoholiriippuvuus viimeksi kuluneiden 12 kk:n aikana, CIDI-haastattelun perusteella (luku 7.4)
12. Vakava masennus: vakava masennus viimeksi kuluneiden 12 kk:n aikana, CIDI-haastattelun perusteella (luku 7.4)
13. Suun terveys hyvä: koettu suun terveys melko hyvä tai hyvä; vain ne, joilla omia hampaita (luku 7.5)
14. Hampaattomuus: ei yhtään omia hampaita (luku 7.5)
15. Hengitystietulehdukset: sairastettu hengitystietulehdus viimeksi kuluneiden 2 kuukauden aikana (luku 7.6)
16. Sairaalahoido: ollut hoidossa sairaalan vuodeosastolla viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana (luku 10)
17. Lääkärissäkäynnit: lääkärisäkäyntien lukumäärä (avohoidossa) viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana (luku 10)
18. Tyydyttymätön lääkärinhoidon tarve: ei saa oman arvionsa mukaan riittävästi lääkärinhoitoa sairauksiinsa (luku 11)
19. 0,5 km:n kävely vaikeuksitta: suoriutuu oman arvionsa mukaan vaikeuksitta 0,5 km:n kävelystä (luku 12.1)
20. Kaukonäkö heikentynyt: visus $\leq 0,5$ kaukonäkö tutkimuksessa (luku 12.2)
21. Kuulo heikentynyt: paremmin kuulevan korvan keskiarvokuulokynnys >25 dB (luku 12.2)
22. Kielellinen sujuvuus: lueteltujen eläinten lukumäärä minuutin aikana (luku 12.2)
23. Muisti: oikein muistettujen sanojen (max 10 sanaa) lukumäärä kolmannella toistokerralla (luku 12.2)
24. Puristusvoima: dominoivan käden puristusvoima, N (luku 12.2)
25. Työkykypistemäärä: oma arvio työkyvystä suhteessa siihen, kuinka hyvä työkyky on ollut (=10), 30-64-vuotiaat (luku 12.3)
26. Kulutuksesta tinkiminen: joutuu tinkimään kulutuksesta ainakin jossakin määrin (luku 3)
27. Ahtaasti asuminen: huoneita/asukas < 1, kun keittiötä ei lueta huoneeksi, laitospöytä ei mukana (luku 3)
28. Päivittäinen tupakointi: tupakoi nykyään päivittäin (luku 4)
29. Vihanneksia päivittäin: syö kypsentämättömiä vihanneksia tai juureksia päivittäin (luku 4)
30. Riittävä liikunta: vähintään 4 kertaa viikossa ainakin 1/2 tuntia vähintään lievään hengästymiseen ja hikoiluun johtavaa liikuntaa (luku 4)

31. Alkoholia g/vko: alkoholin kokonaiskulutus g/vko viimeisen kuukauden aikana, muodostettu eri alkoholilajeja koskevien kysymysten pohjalta
32. Krapulakokemus: viimeksi kuluneen vuoden aikana krapulan kokeneet (luku 4)
33. Lihavuus: BMI ≥ 30 kg/m² (luku 5)
34. Kohonnut verenpaine: systolinen verenpaine ≥ 160 mmHg ja/tai diastolinen verenpaine ≥ 95 mmHg (luku 5)
35. Kohonnut kolesteroli: kokonaiskolesteroli $\geq 6,5$ mmol/l (luku 5)
36. Kohonnut gamma-gt: gammaglutamyylitransferaasi ≥ 80 U/l (luku 5)