

HANNA AHLGREN-LEINVUO, STINA HÖGNABBA, NETTA MÄKI, SANNA RANTO, JUHANI SULANDER

HYVINVOINNIN MONET ULOTTUVUUDET

Elinolojen ja -tapojen yhteyksiä helsinkiläisten terveyteen ja hyvinvointiin

3

TUTKIMUSKATSAUKSIA 2017

Helsinki

**TIEDUSTELUT
FÖRFRÅGNINGAR
INQUIRIES**

Hanna Ahlgren-Leinvuo, p. +358 9 310 69969
etunimi.sukunimi@hel.fi

**JULKAISIJA
UTGIVARE
PUBLISHER**

Helsingin kaupunki, kaupunginkanslia,
kaupunkitutkimus ja -tilastot
Helsingfors stad, stadskansliet,
stadsforskning och -statistik
City of Helsinki, Executive Office,
Urban Research and Statistics

**OSOITE
ADRESS
ADDRESS**

PL 550, 00099 Helsingin kaupunki
(Siltasaarenkatu 18–20 A)
PB 550, 00099 Helsingfors stad
(Broholmmsgatan 18–20 A)
P.O.Box 550, FI-00099 City of Helsinki
Finland (Siltasaarenkatu 18–20 A)

**PUHELIN
TELEFON
TELEPHONE**

09 310 1612

**INTERNET
WWW.HEL.FI/KAUPUNKITIETO**

**TILAUKSET, JAKELU
BESTÄLLNINGAR, DISTRIBUTION
ORDERS, DISTRIBUTION**

p. – tel. 09 310 36293
tietokeskus.tilaukset@hel.fi

Helsingin kaupunki, kaupunginkanslia, kaupunkitutkimus ja -tilastot
Helsingfors stad, stadskansliet, stadsforskning och -statistik
City of Helsinki, Executive Office, Urban Research and Statistics

HYVINVOINNIN MONET ULOTTUVUUDET

Elinolojen ja -tapojen yhteyksiä helsinkiläisten
terveyteen ja hyvinvointiin

HANNA AHLGREN-LEINVUO, STINA HÖGNABBA,
NETTA MÄKI, SANNA RANTO, JUHANI SULANDER

TUTKIMUSKATSAUKSIA
FORSKNINGSRAPPORTER
STUDY REPORTS

2017:3

KÄÄNNÖKSET
ÖVERSÄTTNING
TRANSLATIONS
Magnus Gräsbeck

TAITTO JA KUVIOT
LAYOUT OCH FIGURER
LAYOUT AND GRAPHS
Lotta Haglund

KANSI
OMSLAG
COVER
Tarja Sundström-Alku

VERKOSSA
ISSN 2489-4095
ISBN 978-952-331-353-8

SISÄLLYS

Esipuhe	4
Förord	5
Preface	6
Johdanto	7
Sairauksien yleisyys ja koulutuksen mukaiset erot sairastavuudessa	12
Helsingiläisten koettu yksinäisyys	24
Luottamus yhteiskuntaan ja osallistuminen.....	34
Alkoholinkäyttö ja heikentynyt työkyky	48
Kokemus lähiympäristöstä ja liikunta-aktiivisuus.....	60
Ikääntyneiden osallisuus järjestö- ja yhdistystoimintaan ja muiden auttamiseen.....	74
Palvelujen käyttö ja riittävyys	90
Yhteenveto	104
Sammandrag	107
Summary	110

ESIPUHE

Terveys ja hyvinvointi ovat moniulotteisia ilmiöitä, ja koettu hyvinvointi on yksi keskeisistä niihin liittyvistä ulottuvuuksista. Aiempien tutkimusten perusteella tiedetään, että helsinkiläiset voivat yleisesti varsin hyvin ja kokevat terveytensä keskimäärin muita suomalaisia paremmaksi. Terveyden ja hyvinvoinnin kokemuksissa on kuitenkin selviä väestöryhmien välisiä eroja, jotka näkyvät erityisen selkeinä muun muassa sukupuolten, ikäryhmien ja eri koulutustaustaan kuuluvien välillä.

Tässä tutkimuksessa helsinkiläisten terveyttä ja hyvinvointia tarkastellaan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen keräämän Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen aineiston kautta. Laajaan väestökyselyyn perustuva aineisto tavoittaa monia sellaisia kysymyksiä, joita perinteisellä rekisteripohjaisella tilastoaineistolla ei havaita. Helsinkiläisten elinoloja, terveyttä ja hyvinvointia lähestytään muun muassa sairastavuuden, työkyvyn, liikunta-aktiivisuuden, yhteiskunnallisten ja sosiaalisten suhteiden sekä palvelujen käytön ja saatavuuden näkökulmista.

Tulokset osoittavat, että elintavoilla on suuri vaikutus terveyteen ja hyvinvointiin. Erittäin lihavuus, vähäinen liikunnan harrastaminen, tupakointi sekä alkoholin liikakäyttö ovat yhteydessä sairastavuuteen ja työkyvyn heikentymiseen. Sosioekonomisten ryhmien väliset erot elintavoissa ja terveystyytymisessä selittävät siten osittain myös terveydessä ja hyvinvoinnissa havaittavia eroja väestöryhmien välillä. Yhteys on tulosten perusteella kuitenkin myös toisen suuntainen. Koettu terveys ja hyvinvointi vaikuttavat elintapoihin. Yksilön kokemus omasta terveydestä ja hyvinvoinnista vaikuttaa hänen voimavaroihinsa ja heijastuu muun muassa sosiaalisiin suhteisiin, yhteiskunnalliseen aktiivisuuteen, arjessa pärjäämiseen ja kokemukseen elämänlaadusta. Terveys- ja hyvinvointierojen taustalla on siis varsin monisyinen vyyhti erilaisia toisiinsa kytköksissä olevia asioita.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä väestöryhmien välisten hyvinvointierojen kaventaminen ovat Helsingin kaupunkistrategian keskeisiä tavoitteita. Käsillä olevan tutkimuksen artikkelit tarjoavat tavoitteeseen pääsemisen tueksi ajankohtaista ja tärkeää uutta tietoa.

Helsingissä marraskuussa 2017

Katja Vilkkama
tutkimuspäällikkö

FÖRORD

Hälsa och välfärd har många dimensioner, och upplevt välbefinnande är en av centralaste. På grundval av tidigare forskning vet vi att helsingforsborna allmänt taget mår bra och att den upplevda hälsan i genomsnitt är bättre i Helsingfors än i övriga Finland. Men det finns klara skillnader i upplevd hälsa och välfärd befolkningsgrupper emellan, tydligast mellan bland annat kön, åldersgrupper och folk med olika slags utbildningsbakgrund.

I föreliggande undersökning analyseras helsingforsbors hälsa och välfärd utgående från ATH, ett material om regional hälsa och välfärd insamlat av Institutet för hälsa och välfärd THL. Materialet, som bygger på en omfattande enkät bland befolkningen, innehåller många sådana frågor som traditionella registerbaserade statistikmaterial inte når. Helsingforsbornas levnadsförhållanden, hälsa och välfärd sonderas med avseende å bland annat sjuklighet, arbetsförmåga, motionering, samhällseliga och sociala relationer, nyttjandet av service samt servicens tillgänglighet.

Resultaten visar att levnadsvanorna har stor betydelse för folks hälsa och välbefinnande. I synnerhet övervikt, bristande motion, rökning och överdriven alkoholkonsumtion har samband med sjuklighet och nedsatt arbetsförmåga. Skillnader i levnadsvanor och hälso-beteende mellan socioekonomiska grupper förklarar sålunda även, till en del, skillnaderna i hälsa och välbefinnande mellan grupperna. Men resultaten ger också vid handen att sambandet går även i motsatt riktning. Upplevd hälsa och välfärd inverkar på levnadsvanorna. Individens upplevelser av sin egen hälsa och välfärd inverkar på deras personliga resurser, och återspeglas bland annat på deras sociala relationer och samhällseliga aktivitet och hur de klarar vardagslivet och upplever sin livskvalitet. I bakgrunden till hälso- och välfärds-skillnaderna finns alltså en invecklad väv av olika sinsemellan sammankopplade faktorer.

Att främja hälsa och välfärd och minska välfärdsskillnaderna befolkningsgrupper emellan är ett av de centrala målen i Helsingfors stadsstrategi. Artiklarna i föreliggande undersökning kommer med aktuell och viktig ny kunskap som stöd för att kunna nå detta mål.

I Helsingfors i november 2017

Katja Vilkama
forskningschef

PREFACE

Health and welfare have many dimensions, among which self-perceived wellbeing is one of the most important. From earlier research we know that Helsinki residents at large feel well and that self-rated health is better in Helsinki than in Finland on average. Yet there are clear differences in self-rated health and wellbeing between population groups, most visibly between – among others – genders, age groups and people of different educational backgrounds.

In the present study, health and wellbeing among Helsinki residents are analysed using data from the Finnish Regional Health and Wellbeing Study (ATH) collected by the National Institute for Health and Welfare (THL). The data, which are based on a large-scale questionnaire survey among residents, address many issues unnoticed by traditional register-based materials. Helsinki residents' living conditions, health and wellbeing are surveyed in terms of such indicators as morbidity, work ability, physical activity, societal and social relations, use of public services and availability of these services.

Findings show that life style is very significant for people's health and wellbeing. Particularly obesity, physical inactivity, smoking and problem drinking are linked with morbidity and reduced work ability. Differences in life style and health behaviour between socioeconomic groups thus partly explain the differences in health and wellbeing between these groups. However, findings show that the linkage works the other way around, too: self-rated health and wellbeing influence people's life style. Individuals' perception of their own health and wellbeing influences their own resources and is reflected on, among other things, their social relations and social activities, and on how they cope in everyday life and feel about their quality of life. Thus, behind differences in health and wellbeing there is an intricate fabric of interrelated factors.

Promoting health and wellbeing and reducing these wellbeing differences between population groups is one of the crucial goals of the Helsinki City Strategy. The articles in the present study provide fresh and important knowledge to help achieve this goal.

Helsinki, November 2017

Katja Vilmama
Research Director

JOHDANTO

Helsinki muodostaa muusta Suomesta poikkeavan asuin ympäristön niin kaupunki-, elinkeino- kuin väestörakenteen suhteen. Helsinkiläiset ovat usein korkeasti koulutettuja, nuoria aikuisia on paljon ja moni on syntynyt muualla tai muuttanut Helsinkiin muualta Suomesta tai ulkomailta. Helsingissä asuvien väestöryhmien välillä on myös huomattavia eroja terveyden ja hyvinvoinnin, koulutus- ja tulotason, ja työllisyyden suhteen. Paljon helsinkiläisten elinoloista voidaan tulkita erilaisista rekistereistä saatavista tiedoista, mutta myös kyselytutkimuksina toteutettavia väestötutkimuksia tarvitaan muun muassa kaupunkilaisten terveyden, hyvinvoinnin, aktiivisuuden ja palveluiden käytön kartoittamiseen. Kyselytutkimuksilla kerätyllä tiedolla on suuri merkitys kuntien ja kaupunkien asukkaiden hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä.

Tässä julkaisussa tarkastellaan helsinkiläisten elinoloja, terveyttä ja hyvinvointia Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttaman Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) aineistolla. ATH-tutkimus käynnistyi vuonna 2010, ja kahden ensimmäisen vuoden se kattoi vain pilottialueita, mutta vuodesta 2012 aineiston keruu muuttui valtakunnalliseksi, jatkuvaksi tutkimukseksi¹. ATH-tutkimuksen tulokset ovat THL:n sivuilla² vapaasti hyödynnettävissä muun muassa valmiina indikaattoreina. Tämän julkaisun artikkeleissa on käytetty pääasiassa THL:ltä erikseen tilattua Helsinkiä koskevaa aineistoa vuosilta 2013–2015, joka sisältää kaikkiaan lähes 10 000 helsinkiläisen vastaukset. (Haapamäki & Alshail 2016, 3; Murto ym. 2017.)

ATH-tutkimuksessa kerätään tietoa erityisesti sellaisista väestön hyvinvointiin liittyvistä tekijöistä, joista rekisterit eivät kerro. Useimmissa tämän julkaisun artikkeleissa ollaan kiinnostuneita väestöryhmien välisistä eroista. Jotta aineisto riittäisi paremmin osaryhmien tarkasteluun, analysoidaan vuosien 2013–2015 kyselyjä yhdessä. Tämä tarkoittaa toisaalta sitä, että aineistoa käsitellään ikään kuin poikkileikkausaineistona, eikä tietoa muutoksesta saada. Toisaalta on hyvä huomata, että monen ilmiön osalta kolmen vuoden seuranta on niin lyhyt, että mahdolliset muutokset eivät edes olisi nähtävissä. ATH-aineisto ei myöskään ole seuranta-aineisto, jossa samoja vastaajia seurattaisiin ajassa. Tästä syystä analyseissä ei pystytä arvioimaan toisiinsa yhteydessä olevien tekijöiden ajallista ja kausaalista järjestystä, vaan se joudutaan olettamaan aikaisemman tutkimuksen pohjalta.

ATH aineisto on tärkeä osa työikäisten ja ikääntyneiden hyvinvointiseurantaa kunnissa. Helsingissä aineistoa hyödynnetään muun muassa osana kunnan laajaa hyvinvointikertomusta (Helsingin kaupunki 2017). Helsinkiläisten aikuisten koetusta terveydestä ja elintavoista on jo aiemmin julkaistu ATH-tutkimukseen perustuvaa kuvailevaa tietoa (mm. Haapamäki & Alshail 2016; Malander 2016). Nyt käsillä olevassa julkaisussa esitellään laajemmin, miten moninaisia aihepiirejä ATH-aineistolla on mahdollista tutkia ja käydään valittuja teemoja hieman syvemmin läpi. Artikkelit kattavat helsinkiläisten sairastavuutta, yksinäisyyden kokemista, yhteiskunnallisia suhteita, alkoholin käytön ja työkyvyn väliseen yhteyteen liittyviä asioita, liikunta-aktiivisuuteen liittyviä tekijöitä, ikääntyneiden aktiivisuutta sekä kaupunkilaisten palvelujen käyttöä. ATH-aineiston analyseissä on käytetty

1 Vuosina 2010–2015 tutkimusta toteutettiin nimellä Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus (ATH) ja vuosina 2016–2017 nimellä Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus (ATH). Syksystä 2017 alkaen tutkimus jatkuu nimellä Kansallinen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus (FinSote). Ks. <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/finsote-tutkimus>

2 <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/aikuisten-terveys-hyvinvointi-ja-palvelututkimus-ath>

painokerrointa, joka mahdollistaa tulosten yleistämisen väestötasolle. Tuloksia tarkastellaan 95 prosentin luottamusväleillä.

Ensimmäisessä artikkelissa tarkastellaan *sairauksien yleisyyttä ja koulutuksen mukaisia eroja sairastavuudessa*. Terveyserojen kaventuminen on ollut yksi keskeisistä strategisista tavoitteista Helsingissä. ATH-tutkimus sisältää kysymyksen lääkärin toteamista tai hoitamista sairauksista, joiden yleisyyttä tämän julkaisun artikkelissa kuvataan. Lisäksi siinä katsotaan koulutuksen mukaisia eroja sairastavuudessa sekä sitä, missä määrin erot elintavoissa koulutusryhmien välillä selittävät eroja sairastavuudessa.

Tämän jälkeen käsitellään *helsinkiäisten koettua yksinäisyyttä*. Viime vuosina media on nostanut yksinäisyyden näkyvästi keskusteluun. ATH-aineiston perusteella on mahdollista tarkastella, miten ilmiö näkyy helsinkiläisen aikuisväestön keskuudessa. Artikkelissa tarkastellaan yleisellä tasolla, miten helsinkiläisten koettu yksinäisyys on yhteydessä koettuun terveyteen ja elintapoihin, elämänlaatuun ja onnellisuuteen sekä ketkä kokevat eniten yksinäisyyttä.

Seuraavaksi on huomion kohteena *luottamus yhteiskuntaan ja osallistuminen*. Artikkelissa katsotaan miten helsinkiläisten luottavat oman kuntansa päätöksentekoon sekä julkiseen terveys- ja sosiaalihuoltoon. Luottamus instituutioihin on toimivan yhteiskunnan perusta, ja äänestäminen on yksi tapa vaikuttaa yhteiskunnallisesti, joten helsinkiläisten äänestämistä kuntavaaleissa tarkastellaan eri väestöryhmissä ja erilaisissa elämäntilanteissa. Lopuksi tarkastellaan, miten helsinkiläiset osallistuvat järjestötoimintaan, ja miten osallistuminen vaihtelee eri väestöryhmissä.

Yksinäisyyden kokemuksesta siirrytään tarkastelemaan *alkoholinkäyttöä ja heikentyneitä työkykyä*. Alkoholin käytön on todettu olevan yhteydessä moniin työkykyä indikoiviin tekijöihin. Helsinkiläisten osalta ei kuitenkaan ole erikseen tietoa alkoholin käytön ja heikentyneen työkyvyn yhteydestä, vaikka tiedetään, että alkoholinongelmat ovat Helsingissä muuta maata yleisemmät. Artikkelissa vakioitiin useita sellaisia tekijöitä, joiden tiedetään olevan yhteydessä sekä alkoholin ongelmakäyttöön että työkykyyn, mutta yhteys selittyi vain osin, ja se vaikuttaakin olevan osin todellinen.

Seuraava artikkeli pureutuu *kokemukseen lähiympäristöstä ja liikunta-aktiivisuudesta*. Liikunnalla on huomattavia terveysvaikutuksia, ja se on yksi tehokkaimmista keinoista edistää terveyttä ja ylläpitää toimintakykyä. Artikkelissa tarkastellaan lähiympäristön piirteiden ja liikunta-aktiivisuuden välistä yhteyttä. Tulosten perusteella näyttäisi, että parhaat mahdollisuudet vähentää kaupunkilaisten liikunnan harrastamattomuutta ja lisätä liikunta-aktiivisuutta muuttamalla lähiympäristön piirteitä, on huolehtia erityisesti kulkuväylien riittävästä valaistuksesta ja ehkäistä jalankulkuväylien liukkaita.

Liikunta-aktiivisuuden jälkeen selvitetään *ikäntyneiden osallisuutta järjestö- ja yhdistystoimintaan ja muiden auttamiseen*. Ikääntyneet elävät aiempaa pidempään ja toimintakykyisiä elinvuosia on aiempaa enemmän. Artikkelissa tarkastellaan ATH-aineiston pohjalta ikääntyneiden aktiivisuutta katsomalla, kuinka paljon ikääntyneet helsinkiläiset osallistuvat yhdistysten ja järjestöjen toimintaan sekä minkä verran he auttavat muita. Iän myötä sairaudet yleistyvät, mikä vaikuttaa muun muassa alentuneen toimintakyvyn vuoksi jokapäiväiseen elämään. Tästä syystä artikkelissa käydään myös läpi iäkkäiden kokemusta omasta terveydestään, ja tarkastellaan sitä, missä määrin koettu terveys ja tyytyväisyys omaan terveyteen vaikuttavat järjestö- ja yhdistystoimintaan osallistumiseen ja toisen auttamiseen.

Lopuksi tarkastellaan *helsinkiläisten palvelujen käyttöä ja riittävyyttä*. ATH-tutkimuksessa on kysytty sekä sosiaali- ja terveyspalvelujen että kulttuuri- ja liikuntapalvelujen käyttämisestä: kuinka paljon ja usein palveluja on käytetty ja onko palvelu ollut riittävää. Palvelujen käyttöä tarkastellaan pääasiassa kuvailevin tunnusluvuin sosiodemografisten taustamuuttujien mukaan. Koska tyytyväisyys palveluiden saantiin ja niiden riittävyyteen on tärkeä kysymys, katsauksessa tarkastellaan myös, mitkä tekijät ovat yhteydessä palvelujen saatavuuteen ja riittävyyteen liittyvään tyytymättömyyteen.

Lähteet

Haapamäki E. & Alshail F. (2016): *Helsinkiläisten aikuisten koettu terveys ja elintavat.*

Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen tuloksia Helsingissä. Helsingin kaupungin tietokeskus: Tilastoja 2016:9.

Helsingin kaupunki (2017). *Helsingin tila ja kehitys 2016.* Osoitteessa <http://tilajakehitys.hel.fi/> [viitattu 30.10.2017]

Malander J. (2016): *Helsinkiläisten lapsiperheiden koettu hyvinvointi.* Helsingin kaupungin tietokeskus: Työpapereita 2016:4.

Murto J., Kaikkonen R., Pentala-Nikulainen O., Koskela T., Virtala E., Härkänen T., Koskeniemi T., Jussmäki T., Vartiainen E. & Koskinen S. (2017): *Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus ATH:n perustulokset 2010–2017.* Verkkojulkaisu: www.thl.fi/ath [Ladattu 27.9.2017]



Netta Mäki

SAIRAUKSIEN YLEISYYS JA KOULUTUKSEN MUKAISET EROT SAIRASTAVUUDESSA



SAIRAUKSIEN YLEISYYS JA KOULUTUKSEN MUKAISET EROT SAIRASTAVUUDESSA

Väestöryhmien välisiin terveys- ja kuolleisuuseroihin on Suomessa kiinnitetty huomiota jo pitkään. Myös Helsingissä tavoite kaupunkilaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi ja terveyserojen kaventumisesta on ollut yksi keskeisistä strategisista tavoitteista. Terveyden ja hyvinvoinnin kehitystä voidaan tarkastella eri näkökulmista. Usein sitä kuvataan kuolleisuuden avulla. Kuolleisuus on paitsi luotettava rekistereihin perustuva mittari, niin se myös tavoittaa suuren osan terveyseroista, sillä väestöryhmien erot kuolleisuudessa heijastavat pitkälti vastaavia eroja myös terveydessä ja jopa hyvinvoinnissa. Lisäksi kuolleisuudesta on usein paremmin saatavana tietoa kuin terveydestä tai sairastavuudesta.

Helsingiläisten kuolleisuudesta ja elinajanodotteesta on suhteellisen paljon tietoa. Helsingiläisten elinajanodote on hieman muuta maata lyhempi, alueelliset erot kuolleisuudessa ovat Helsingissä suuret, ja alkoholinkäyttöön ja tupakointiin liittyvät kuolemansyyt ovat Helsingissä muuta maata yleisempiä, iskeemiset sydänsairaudet, kuten sydäninfarkti, puolestaan harvinaisempia (Mäki ja Martikainen 2016, Mäki 2015a, Mäki 2015b). Lisäksi koulutuksen mukaiset erot elinajanodotteessa ovat todella suuret Helsingissä: 2010-luvulla ero 30-vuotiaiden jäljellä olevassa elinajanodotteessa perusasteen ja korkeakoulututkinnon suorittaneiden miesten välillä oli peräti 8,3 vuotta, ja naisillakin eroa oli 5,4 vuotta (Mäki 2017a).

Sen sijaan väestön sairastavuudesta ei ole kovin helppo saada tietoa. Epäsuorasti sairastavuutta voidaan kartoittaa rekisteritietojen avulla tutkimalla esimerkiksi erikoiskorvattuun lääkkeisiin oikeutettuja tai myönnettyjä työkyvyttömyyseläkkeitä (esim. Mäki 2015a, 48). Myös Kelan ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sairastavuusindeksit pohjaavat osin tällaisiin epäsuoriin tietoihin, ja ne tuottavatkin luotettavaa tietoa tavanomaisimpien kansantautien yleisyydestä.

Terveyden ja sairauden määrittely ei kuitenkaan ole yksiselitteistä, ja sairastavuusindeksiin liittykin omat ongelmansa. Helsingin osalta on pohdittu, kattavatko sairastavuusindeksit sellaisia mittareita ja sairauksia, jotka ovat koko maan kannalta keskeisiä, mutta jotka osin eivät ole Helsingin kannalta kaikkein relevanteimpia. Ne sairaudet, joista osa helsinkiläisistä kärsii, eivät välttämättä näy sairastavuuden mittareissa, vaikka näkyvätkin kohonneena kuolleisuutena. (Mäki 2017b.)

Rekisteriaineistojen lisäksi sairastavuudesta saadaan tietoa myös kyselytutkimuksista, vaikkakin melko usein niissä tarkastellaan yksittäisten sairauksien sijaan koettua terveyttä tai toimintakykyä. Kyselyjen perusteella voidaan saada myös käsitystä koulutusryhmien välisestä erosta sairastavuudessa. Esimerkiksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttamassa Terveys 2011 -väestötutkimuksessa pitkäaikaissairaksi määriteltiin ne, jotka ilmoittivat ainakin yhden pysyvän tai pitkäaikaisen sairauden, tai sellaisen vamman, joka heikentää työ- tai toimintakykyä. Keski- ja perusasteen koulutuksen saaneista 30–74-vuotiaista naisista ja miehistä noin 40 prosenttia ilmoitti ainakin yhdestä pitkäaikaissairaudesta, mutta korkea-asteen tutkinnon suorittaneista naisista vajaa 10 prosenttiyksikköä harvempi. Miehillä ero koulutusryhmien välillä oli vielä hieman isompi (Talala ym. 2014.) Varhaisemman Terveys 2000 -väestötutkimuksen mukaan koulutusryhmien välisiä eroja

oli miehillä sydäninfarktin, keuhkoputken ahtauman ja selkäoireyhtymän ja naisilla puolestaan diabeteksen ja polven nivelrikon osalta. Sen sijaan esimerkiksi astma, lonkan nivelrikko tai vakava masennus eivät näyttäneet eroavan koulutusryhmittäin. (Aromaa ja Koskinen 2002.)

Edellä kuvatut tulokset koskevat kaikkia suomalaisia, eikä helsinkiläisten sairastavuutta tai sen koulutuksen mukaisia eroja ole niissä eriteltävissä. Alueellisessa terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa kuitenkin kysytään sairastavuudesta. Siinä sairaudet on tarkennettu kattamaan vain lääkärin toteamia tai viimeisen 12 kuukauden aikana hoitamia sairauksia. Etuna tässä muotoilussa on se, että vastausten luotettavuus yleensä paranee, mitä tarkemmin asia käsitteellistetään.

Monet elintavat, kuten tupakointi ja alkoholin käyttö, ovat yhteydessä terveyteen ja sairastavuuteen. Lisäksi ne usein eroavat koulutuksen mukaan niin, että vaikkapa tupakointi on harvinaisinta korkeimmin koulutetuilla. Erot elintavoissa voivat näin ollen selittää osan koulutusryhmien välisistä eroista sairastavuudessa. Tässä tutkimuksessa katsotaankin myös tätä selitysmallia.

Aineisto ja menetelmät

Alueellisessa terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa pyydettiin vastaajia valitsemaan listalta sellaiset sairaudet, jotka lääkäri on todennut tai joita on hoidettu viimeisen 12 kuukauden aikana. Mukana oli sekä kroonisia kansantauteja että keskeisiä sairauksien riskitekijöitä: esimerkiksi kohonnut veren kolesteroli ja kohonnut verenpaine tai verenpainetauti, syöpä, sepelvaltimotauti ja aivohalvaus, masennus sekä diabetes. Sairauksista kysyttiin tutkimuksessa kaiken ikäisiltä sillä poikkeuksella, että polven tai lonkan kulumavian eli nivelrikon esiintyvyydestä kysyttiin vain 75 vuotta täyttäneiltä.

Koulutus-muuttujana tutkimuksessa käytetään Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen muodostamaa koulutustasomuuttujaa, jossa kyselyyn vastanneet on jaettu matalaan, keskitason ja korkeaan koulutustasoon sen mukaan, kuinka monta vuotta he ilmoittivat opiskelleensa. Jako on tehty ikäryhmittäin miehille ja naisille erikseen. Tämän koulutustasomuuttuja mukaan 20 vuotta täyttäneistä helsinkiläisistä 39 prosenttia kuului korkeasti koulutettuihin ja 30 prosentilla oli matala koulutustaso.

Elintavoista tässä tarkasteltiin alkoholin ongelmakäyttöä (AUDIT-C)³, nykyistä päivittäis-
tupakointia, lihavuutta (painoindeksi eli BMI vähintään 30) ja liikunnan harrastamatto-
muutta (muuttuja esitellään tarkemmin tämän julkaisun artikkelissa ”Kokemus lähiym-
päröstä ja liikunta-aktiivisuus”). Näiden elintapatekijöiden yleisyyttä Helsingissä sekä
koulutuksen mukaisia eroja niissä on kuvattu jo aiemmin (Haapamäki ja Alshail 2016).

Koulutustason ja sairastavuuden välistä yhteyttä analysoidaan logistisella regressio-
mallilla ja tulokset esitetään ristitulosuhteina eli odds ratioina. Malleissa merkitään aina
luvulla 1,00 korkeasti koulutettujen sairastavuus, ja muiden koulutus-muuttujan luokkien
sairastavuus lasketaan suhteessa siihen. Mallinnukset tehtiin SAS EG 7.1-ohjelman koo-
dipohjalla.

Sairauksien yleisyys

Tutkimuksen kattamien sairauksien yleisyys vaihtelee voimakkaasti. Jos tarkastellaan kai-
ken ikäisiä helsinkiläisiä, kohonneet veren kolesteroli ja verenpaine olivat tässä tutkimuk-
sessa kartoitetuista sairauksista yleisimmät, ja yli viidesosa 20 vuotta täyttäneistä helsinki-
läisistä kärsi niistä. Niiden yleisyys kuitenkin vaihteli voimakkaasti iän mukaan: 20–54-vuo-
tiaista noin 10 prosenttia ilmoitti sairastavansa näitä, mutta 75 vuotta täyttäneistä jopa 60
prosenttia. Selkäsairaudet olivat lähes yhtä yleisiä, ja työikäisillä selkäsairaus oli yleisin
sairaus. Masennus oli diagnosoitu joka kymmenennellä vastaajalla, ja se oli yhtä yleinen
kaikissa ikäryhmissä. Niin ikään nivelreumaa sairasti 10 prosenttia vastaajista, mutta se
vaihteli iän mukaan voimakkaasti, niin että 20–54-vuotiaista sitä sairasti 6 prosenttia, mut-
ta 75 vuotta täyttäneistä neljännes.

Loput sairauksista oli harvinaisempia, ja alle kymmenen prosenttia vastaajista ilmoit-
ti sairastavansa jotain niistä. Astmaa sairasti 8 prosenttia helsinkiläisistä. Diabetesta tiesi
kaiken ikäisistä helsinkiläisistä sairastavansa kuusi prosenttia vastaajista, mutta 75 vuotta
täyttäneistä joka viides. Niin ikään hieman yli joka viidennellä tämä ikäisistä oli diagnosoitu
sepelvaltimotauti tai angina pectoris eli rintakipu rasituksessa, mutta kaiken ikäisistä vain
3 prosentilla. Myös syöpä sekä pitkäaikainen keuhkoputkentulehdus ja keuhkolaajentuma-
tauti olivat voimakkaasti ikään liittyviä sairauksia. Polven tai lonkan kulumaviasta eli nivel-
rikosta kysyttiin vain 75 vuotta täyttäneiltä, ja noin puolet ikäryhmän vastaajista sairasti sitä.

3 Indikaattori perustuu AUDIT-C:n kolmeen kysymykseen: ”Kuinka usein juotte olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Ottakaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautitte vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä. Valitkaa se vaihtoehto, joka lähinnä vastaa omaa tilannettanne.” Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) en koskaan, 2) noin kerran kuukaudessa tai harvemmin, 3) 2–4 kertaa kuukaudessa, 4) 2–3 kertaa viikossa ja 5) 4 kertaa viikossa tai useammin. ”Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olette ottanut niinä päivinä, jolloin käytitte alkoholia? Katsokaa oheista laatikkoa.” Vastausvaihtoehtoina olivat 1) 1–2 annosta, 2) 3–4 annosta, 3) 5–6 annosta, 4) 7–9 annosta ja 5) 10 tai enemmän. ”Kuinka usein olette juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?” Vastausvaihtoehtoina olivat 1) en koskaan, 2) harvemmin kuin kerran kuukaudessa, 3) kerran kuukaudessa, 4) kerran viikossa ja 5) päivittäin tai lähes päivittäin. Kukin kysymys pisteytettiin 0–4 ja pisteet laskettiin yhteen, jolloin kokonaispistemääräksi voi saada 0–12. Tarkaste-
lussa liikakäytön pisterajoina on miehillä vähintään 6 pistettä ja naisilla vähintään 5 pistettä saaneiden osuus. (Murto ym. 2017).

Taulukko 1. Niiden helsinkiläisten osuus (%), joilla on lääkärin toteama tai viimeisen 12 kuukauden aikana hoitama sairaus, 20 vuotta täyttäneet (n=9 717) paitsi polven tai lonkan kulumavika, joka on kysytty vain 75 vuotta täyttäneiltä (n=1 889) 2013–2015

	Ikä, vuotta			Yhteensä, prosenttia
	20–54	55–74	75+	
Kohonnut veren kolesteroli	12,0	42,5	45,7	22,1
Kohonnut verenpaine, verenpainetauti	9,8	42,1	62,6	22,0
Selän kulumavika, iskias tai muu selkäsairaus	13,1	26,5	45,0	18,8
Masennus	10,4	10,5	11,4	10,5
Nivelreuma, muu niveltulehdus	5,9	18,1	26,0	10,3
Astma	6,7	9,9	15,0	8,1
Diabetes	2,3	13,3	19,8	6,3
Muu mielenterveysongelma	5,7	3,4	3,6	5,0
Pitkäaikainen keuhkoputkentulehdus, keuhkolaajentuma	1,9	6,7	9,4	3,6
Sepelvaltimotauti, angina pectoris	0,8	4,5	22,9	3,3
Syöpä	0,7	5,5	11,9	2,7
Sydänveritulppa, sydäninfarkti	0,3	1,3	5,4	0,9
Aivohalvaus	0,3	1,2	3,7	0,8
Polven tai lonkan kulumavika*			50,0	

*Kysytty vain 75 vuotta täyttäneiltä.

Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto

Sairaudet myös kasaantuivat voimakkaasti samoille henkilöille. Vaikka kohonneita veren kolesterolia ja verenpainetta esiintyi joka viidennellä, niin niistä vastaajista, jotka ilmoittivat kolesterolin olevan koholla, yli puolella myös verenpaine oli koholla, ja kohonneesta verenpaineesta kärsivistä vastaavasti yli puolella oli myös kohonnut veren kolesteroli. Myös diabetesta sairastavilla oli yleisemmin kohonnutta veren kolesterolia ja verenpainetta sekä myös sepelvaltimotautia. Niin ikään niille suhteellisen harvoille vastaajille, joilla oli diagnosoitu sepelvaltimotauti, sydäninfarkti tai aivohalvaus, kasaantui useita sairauksia ja riskitekijöitä.

Masennus ja muu mielenterveyden ongelma kasaantuivat samoille henkilöille, mutta sen sijaan erityisesti muusta mielenterveysongelmasta kärsineillä oli jopa vähemmän muita sairauksia kuin kaikilla vastaajilla. Tämä selittyi ikärakenteella: muu mielenterveyden ongelma oli yleisempi nuoremmilla työikäisillä kuin 55 vuotta täyttäneillä, kun taas masennusta lukuun ottamatta kaikki muut sairaudet yleistyivät iän myötä.

Koko Suomen osalta on julkaistu tuloksia vain osasta näitä sairauksia. Kohonneet veren kolesteroli ja verenpaine olivat harvinaisempia Helsingissä samoin kuin niihin liittyvä sepelvaltimotauti ja angina pectoris. Myös selän kulumavika ja nivelreuma olivat muualla maassa yleisempiä. Sen sijaan itse raportoitu, lääkärin diagnosoima masennus on Helsingissä hieman yleisempi kuin muualla maassa. (Murto ym. 2017)

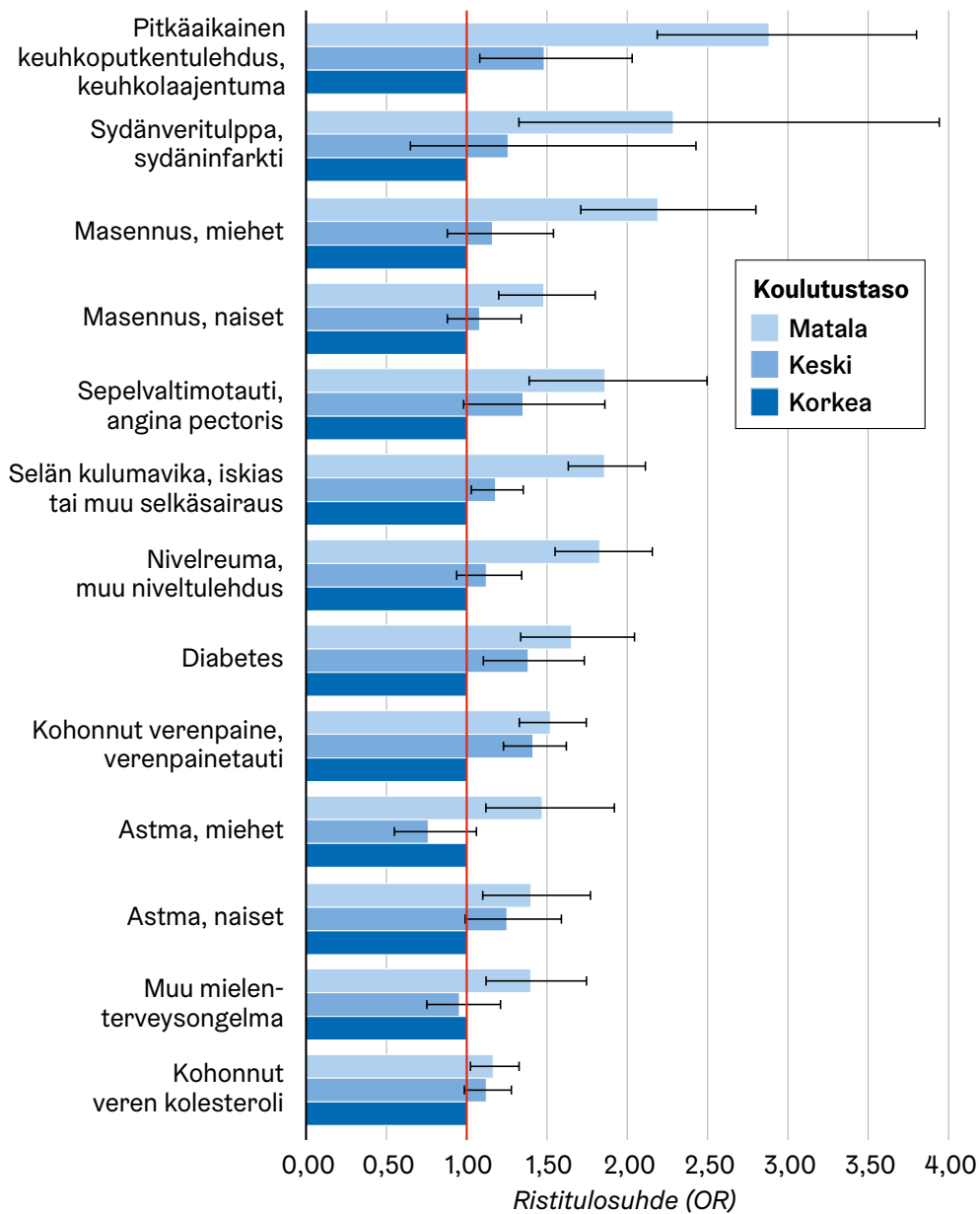
Koulutuksen mukaiset erot sairastavuudessa

Sairastavuudessa oli enimmäkseen hyvin selkeät erot koulutustason mukaan. Sukupuolella ja koulutuksella ei pääsääntöisesti ollut yhdysvaikutusta (niin sanottua interaktiovaikutusta) sairastavuuteen, joten koulutuksen yhteyttä katsottiin miehillä ja naisilla yhdessä. Masennuksen ja astman kohdalla yhdysvaikutus kuitenkin oli tilastollisesti merkitsevä, joten niiden osalta koulutuksen yhteyttä tarkasteltiin erikseen miehillä ja naisilla. Tulokset esitetään ristitulosuhteina (odds ratio eli OR). Korkeimmin koulutettujen sairastavuutta merkitään luvulla 1,00 ja muiden koulutusryhmien sairastavuutta suhteessa siihen. Malleissa on vakioitu sukupuoli ja ikä yksivuotisikäryhmittäin.

Vähän koulutettujen sairastavuus erosi korkeimmin koulutettujen sairastavuudesta kaikkien muiden tautien osalta paitsi syövän ja aivohalvauksen sekä 75 vuotta täyttäneillä nivelrikon osalta. Näiden kolmen sairauden kohdalla ei koulutusryhmien välisiä eroja siis ollut. Suurimmat suhteelliset erot sairastavuudessa oli pitkäaikaisen keuhkoputkentulehduksen ja keuhkolaajentuman osalta (Kuvio 1), ja vähiten koulutettujen sairastavuus siihen oli lähes kolminkertainen (OR=2,88) ja keskitason koulutuksen saaneidenkin 50 prosenttia suurempi korkeimmin koulutettuihin verrattuna. Niin ikään suhteelliset erot olivat suuret sepelvaltimotaudin ja sydäninfarktin kohdalla, sillä sairastavuus näihin oli noin kaksinkertainen vähiten koulutetuilla. Toisaalta on hyvä muistaa, että nämä sairaudet olivat harvinaisia.

Matalan koulutustason suorittaneiden miesten sairastavuus masennukseen oli yli kaksinkertainen ja naistenkin 50 prosenttia suurempi verrattuna korkeimmin koulutettuihin. Huomattavat koulutuksen mukaiset erot sairastavuudessa olivat myös selkäsairauksien, diabeteksen sekä kohonneen verenpaineen osalta, ja kaikissa näissä sairauksissa myös keskitason koulutuksen saaneiden sairastavuus oli suurempaa kuin korkeimmin koulutettujen. Niin ikään nivelreumaa, astmaa, muuta mielenterveys sairautta sekä kohonnutta veren kolesterolia sairastettiin enemmän matalan koulutuksen ryhmässä.

Kuvio 1. Koulutuksen ja sairastavuuden yhteys (ristitulosuhde OR)¹ Helsingissä, 20 vuotta täyttäneet 2013–2015



¹ Ikä ja sukupuoli vakioitu.
Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Missä määrin elintavat selittävät koulutuksen mukaisia eroja sairastavuudessa?

Monet elintavat ovat yhteydessä sairastavuuteen. Ne voivat myös olla tärkeitä terveystekijöiden syytä, sillä useimmat elintavat eroavat koulutuksen mukaan. Erot elintavoissa voivatkin näin ollen selittää osan koulutusryhmien välisistä eroista sairastavuudessa. Seuraavaksi katsottiinkin, miten elintapojen vakiointi muutti koulutusryhmien välisiä eroja sairauksien yleisyydessä. Elintavoista tässä tarkasteltiin alkoholin ongelmakäyttöä (AUDIT-C), päivittäistupakointia, lihavuutta (painoindeksi eli BMI vähintään 30) ja liikunnan harrastamattomuutta. Malleja kokeiltiin myös niin, että alkoholin ongelmakäytön sijaan vakioitiin humalahakuinen juominen, mutta tulokset eivät juurikaan muuttuneet.

Selkein koulutusryhmien välinen ero koski siis pitkäaikaista keuhkoputkentulehdusta ja keuhkolaajentumaa. Elintapojen mallintamisen idea esitelläänkin tässä sen avulla (Taulukko 2). Mallissa 1 nähdään koulutuksen yhteys sairastavuuteen niin että ikä ja sukupuoli on vakioitu. Mallissa 2 on tähän edelliseen malliin lisätty myös alkoholin ongelmakäyttö. Mallissa 3 puolestaan malliin 2 lisättiin vielä päivittäistupakoiti. Näin jatkettiin loppujenkin mallien osalta.

Edellä jo nähtiin, että kun ikä ja sukupuoli on vakioitu, matalasti koulutettujen sairastavuus pitkäaikaiseen keuhkoputkentulehdukseen ja keuhkolaajentumaan oli melkein kolminkertainen korkeasti koulutettuihin verrattuna. Alkoholin ongelmakäytön vakioiminen näyttäisi hieman suurentavan koulutusryhmien eroja entisestään, mutta muutos on niin pieni, että se voi johtua sattumastakin. Tupakoinnin vakioiminen tämän jälkeen pienensi matalan koulutusryhmän suhteellista todennäköisyyttä sairastaa tätä tautia lähes neljäsosan, ja koulutusryhmien ero lihavuudessa puolestaan selitti reilun viidenneksen keskitason koulutusryhmän suuremmasta sairastavuudesta. Liikunnan harrastamattomuuden vakioiminen oli kuitenkin merkittävin tekijä selitettäessä koulutusryhmien eroja pitkäaikaisessa keuhkoputkentulehduksessa ja keuhkolaajentumassa. Keskitason koulutuksen suorittaneilla hieman yli 30 ja matalan koulutuksen saaneilla hieman alle 30 prosenttia eroista selittyi liikunnan harrastamattomuudella. Keskitason koulutuksen saaneiden sairastavuus tähän tautiin ei elintapojen vakioinnin jälkeen enää eronnutkaan korkeasti koulutettujen sairastavuudesta, ja matalan koulutustason ryhmän korkeammasta sairastavuudesta melkein puolet selittyi elintapojen eroilla koulutusryhmien välillä.

Taulukko 2. Koulutuksen ja pitkäaikaisen keuhkoputkentulehduksen ja keuhkolaajentuman sairastavuuden yhteys selittävien muuttujien vakioinnin mukaan. Yhteydet esitetty riskitulosuhteina (OR). Helsinkiläiset 20 vuotta täyttäneet miehet ja naiset vuosina 2013–2015

Koulutustaso	Malli 1: Ikä ja sukupuoli vakioitu	Malli 2: Malli 1 + Alkoholin ongelmakäyttö vakioitu	Malli 3: Malli 2 + Päivittäistupakoiti vakioitu	Malli 4: Malli 3 + Lihavuus vakioitu	Malli 5: Malli 4 + Liikunnan harrastamattomuus vakioitu
Korkea	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Keskitaso	1,48	1,59	1,51	1,39	1,26
Matala	2,88	2,94	2,47	2,37	1,98

Lihavoituna ristitulosuhteet, jotka luottamusvälin mukaan eroavat vertailuryhmästä.

Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Koulutusryhmien välisiä eroja ja elintapojen merkitystä näihin eroihin tarkasteltiin vastaavalla tavalla muidenkin sairauksien osalta. Yleisemmistä sairauksista kohonneen verenpaineen, selkäsairauksien, nivelreuman ja diabeteksen sairastavuus erosi koulutusryhmien välillä. Koulutusryhmien väliset erot lihavuudessa selittivät eroja diabeteksessa huomattavasti (jopa yli 40 prosenttia erosta keskitason ja korkean koulutuksen välillä) ja kohonneessa verenpaineessa jossain määrin. Erot liikunnan harrastamattomuudessa puolestaan selittivät eroja nivelreumassa. Sen sijaan elintapojen vakioiminen ei juurikaan vaikuttanut koulutusryhmien välisiin eroihin selkäsairauksien osalta. Masennuksen ja muun mielenterveysongelman osalta päivittäistupakoinnin vakioiminen pienensi selvästi koulutusryhmien eroja sairastavuudessa. Tupakoinnin lisäksi miehillä liikunnan harrastamattomuus ja naisilla lihavuus selittivät koulutusryhmien eroja masennuksen sairastavuudessa.

Sepelvaltimotaudin ja astman kohdalla kaikki elintavat ja niissä olevat erot selittivät osaltaan hieman koulutusryhmien eroja sairastavuudessa. Sydäninfarktin osalta koulutusryhmien väliset suhteelliset erot sairastavuudessa olivat isot, ja elintapojen vakioiminen pienensi näitä eroja jopa 60 prosenttia, mutta samalla tulee muistaa, että sairaus on melko harvinainen. Alkoholin ongelmakäytön ja tupakoinnin vakioiminen pienensivät eroja hieman, mutta suurempi merkitys oli lihavuuden ja liikunnan harrastamattomuuden vakioimisella.

Kaiken kaikkiaan erot alkoholin ongelmakäytössä koulutusryhmien välillä selittivät eroja sairastavuudessa vähiten. Tupakoinnin vakioiminen pienensi eroja selvästi muutaman sairauden – erityisesti keuhkoputkentulehduksen ja keuhkolaajentuman sekä masennuksen – osalta, mutta vaikutus oli melko pieni useiden muiden sairauksien kohdalla. Sen sijaan erot lihavuudessa ja liikunnan harrastamattomuudessa selittivät koulutusryhmien välisiä eroja useiden sairauksien osalta, mutta vaikutuksen suuruus vaihteli melko paljon.

Pohdinta

Tässä tutkimuksessa kartoitettiin sairastavuuden yleisyyttä Helsingissä, koulutustason mukaisia eroja sairastavuudessa sekä sitä, missä määrin elintavat mahdollisesti selittävät näitä eroja. Terveiden ja sairauden käsitteellistäminen ei ole kovin yksinkertaista, ja siksi sairastavuutta on rekisteriaineistoilla tutkittu epäsuorasti esimerkiksi reseptilääkkeiden korvaustietojen avulla, myönnettyjen työkyvyttömyyseläkkeiden osuudella tai kuolleisuutta tarkastelemalla. Sairastavuudesta saadaan tietoa myös kyselytutkimuksista, ja alueellisessa terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa vastaajia pyydettiin valikoimaan listalta lääkärin toteamat tai viimeisen 12 kuukauden aikana hoitamat sairaudet.

Tämän tutkimuksen kattamien sairauksien yleisyys vaihtelee voimakkaasti. Osa sairauksista on yksinkertaisesti harvinaisia, osa puolestaan hyvin ikäsidonnoisia. Kohonneet veren kolesteroli ja verenpaine olivat tässä tutkimuksessa kartoitetuista sairauksista yleisimmät, ja yli viidesosa 20 vuotta täyttäneistä helsinkiläisistä kärsi niistä. Selkäsairaudet olivat lähes yhtä yleisiä, ja työikäisillä selkäsairaus oli yleisin sairaus. Masennus oli diagnosoitu joka kymmenennellä vastaajalla, ja se oli yhtä yleinen kaikissa ikäryhmissä. Niin ikään nivelreumaa sairasti 10 prosenttia vastaajista, mutta se puolestaan vaihteli iän mukaan voimakkaasti.

Kaikkien sairauksien yleisyyttä ei ole raportoitu koko Suomen osalta, mutta sepelvaltimotauti samoin kuin siihen liittyvät riskitekijät – kohonneet veren kolesteroli ja verenpaine – ovat muualla Suomessa yleisempiä kuin Helsingissä. Ero sairastavuudessa nähdään myös erona kuolleisuudessa: Helsingissä sekä miehillä että naisilla on huomattavasti pienempi kuolleisuus iskeemisiin sydänsairauksiin, joista juuri sepelvaltimotauti on yleisin ja joihin myös angina pectoris kuuluu (Mäki & Martikainen 2016). Niin ikään selkäsairaudet ja nivelreuma olivat helsinkiläisillä harvinaisempia kuin muualla maassa asuvilla.

Sairastavuudessa oli pääsääntöisesti hyvin selkeät erot koulutustason mukaan. Suurimmat suhteelliset erot sairastavuudessa olivat pitkäaikaisen keuhkoputkentulehduksen ja keuhkolaajentuman osalta. Vähiten koulutettujen sairastavuus siihen oli lähes kolminkertainen ja keskitason koulutuksen saaneidenkin 50 prosenttia suurempi korkeimmin koulutettuihin verrattuna. Niin ikään sepelvaltimotaudin ja sydäninfarktin kohdalla suhteelliset erot olivat suuret, ja sairastavuus näihin oli noin kaksinkertainen vähiten koulutetuilla. Toisaalta on hyvä muistaa, että nämä sairaudet olivat harvinaisia. Myös melko yleisten sairauksien, kuten kohonneen verenpaineen, selkäsairauksien sekä diabeteksen kohdalla oli huomattavat koulutuksen mukaiset erot sairastavuudessa.

Koulutusryhmien väliset erot elintavoissa selittivät osan eroista sairastavuudessa. Eniten selittyivät erot masennuksessa, muussa mielenterveysongelmassa, sydäninfarktissa ja keuhkolaajentumataudissa. Masennuksen ja muun mielenterveysongelman osalta tupakoinnin vakioiminen pienensi selvästi koulutusryhmien eroja sairastavuudessa. Tupakoinnin tiedetään olevan yhteydessä masennukseen, ja osittain kyse on nimenomaan siitä, että tupakointi lisää masennusoireita (Boden ja Fergusson 2010). Todennäköisesti masennus myös vaikeuttaa tupakoinnin lopettamista.

Yllättävää oli ehkä se, että erot alkoholin ongelmakäytössä selittivät melko vähän koulutusryhmien eroja sairastavuudessa. Sekä alkoholia liikaa käyttävien että humalahakuisesti juovien osuus on Helsingissä kaikissa koulutusryhmissä suurempi kuin koko Suomessa keskimäärin, minkä lisäksi suhteellinen ero alkoholin käytössä ja humalahakuisuudessa matalan ja korkean koulutustason välillä on Helsingissä suurempi. Kuolleisuuden osalta aikaisempi tutkimus onkin osoittanut muun muassa, että alkoholiin liittyvät kuolemansyyt selittävät huomattavan osan helsinkiläisten muuta maata hieman lyhemmästä elinajanedotteesta ja että nämä kuolemansyyt liittyvät erityisesti vähemmän koulutettujen korkeampaan kuolleisuuteen (Mäki & Martikainen 2016). Tästä huolimatta alkoholin käytön vakioiminen pienensi koulutusryhmien eroja sairastavuudessa melko vähän. Tämä liittyy todennäköisesti siihen, että tutkimuksessa mukana olevat sairaudet eivät ole voimakkaasti alkoholinkäyttöön liittyviä ja siis sellaisia, joissa alkoholi muodostaisi erityisen riskitekijän. Sairastavuuden ja kuolleisuuden yleisyyttä Helsingissä sekä eri lähteiden antamien tietojen merkitystä on pohdittu laajemmin aiemminkin (Mäki 2017b). Toisaalta kyse voi osittain olla myös siitä, että ihmisten tiedetään kyselytutkimuksissa aliarvioivan omaa alkoholinkäyttöään – ja sitä enemmän, mitä suuremmasta ongelmasta on kyse (Mäkelä ym. 2009, Salaspuro 1994). Jos tämä aliarviointi on tyypillisempää alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevilla, ei yhteys koulutuksen ja sairastavuuden välillä silloin voikaan kunnolla selittyä alkoholin ongelmakäytöllä.

Tämän tutkimuksen tulokset vahvistivat joka tapauksessa aikaisempaa käsitystä siitä, että elintavoilla on merkitystä koulutusryhmien välisen sairastavuuden kannalta – ja todennäköisesti myös muiden väestöryhmien välisten terveyserojen osalta. Kaventamalla alkoholin käytössä, tupakoinnissa, lihavuudessa ja liikkumattomuudessa nähtäviä eroja väestöryhmien välillä saavutettaisiin luultavimmin myös terveys- ja kuolleisuuserojen kaventamisen tavoitteita.

Elintapaerojen kaventaminen on haasteellista. Tulee muistaa, että monet ihmisen oman vaikutusvallan ulkopuolella olevat seikat voivat altistaa hänet valitsemaan terveyttä vaarantavia elämäntapoja. Tuoreet tutkimukset antavat viitteitä siitä, että hyvinvoinnin ja terveyden eriarvoisuus eivät ratkea ilman että puututaan eriarvoisuuden juurisyihin kuten työttömyyteen, köyhyyteen, yksinäisyyteen ja sairauteen (Mäki-Opas ja Vaarama 2017, Mäki & Martikainen 2016). Tässäkin julkaisussa käydään läpi joitain näistä teemoista sekä katsotaan muun muassa, miten elintapoja voitaisiin parantaa puuttamalla lähiympäristön piirteisiin.

Kirjallisuus

- Aromaa A. ja Koskinen S. (toim):** *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset.* KTL:Helsinki
- Boden J.M., Fergusson D.M. & Horwood L.J. (2010):** *Cigarette smoking and depression: tests of causal linkages using a longitudinal birth cohort.* The British Journal of Psychiatry 196 (6) 440–446.
- Haapamäki E. & Alshail F. (2016):** *Helsingiläisten aikuisten koettu terveys ja elintavat. Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen tuloksia Helsingissä.* Helsingin kaupungin tietokeskus: Tilastoja 2016:9.
- Murto J., Kaikkonen R., Pentala-Nikulainen O., Koskela T., Virtala E., Härkönen T., Koskeniemi T., Jussmäki T., Vartiainen E. & Koskinen S. (2017):** *Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus ATH:n perustulokset 2010–2017.* Verkkojulkaisu: www.thl.fi/ath [Ladattu 27.9.2017]
- Mäkelä P., Mustonen H. & Huhtanen P. (2009):** *Suomalaisten alkoholinkäyttötapojen muutokset 2000-luvun alussa.* Yhteiskuntapolitiikka 74(3):268–289.
- Mäki N. (2017a):** *Elinajanodote Helsingissä koulutuksen mukaan.* Julkaisematon käsikirjoitus.
- Mäki N. (2017b):** *Helsingiläisten kuolleisuus muuta maata korkeammalla tasolla. Miksi sairastavuus silti vaikuttaa vähäisemmältä? Kvartti, 2017(2):18–31.*
- Mäki N. (2015a):** *Elinajanodotteen kehitys Helsingissä alueittain 1996–2014.* Kvartti, 2015(2):42–58.
- Mäki N. (2015b):** *New Yorkissa elinajanodote voimakkaasti yhteydessä alueen tulotasoon – entä Helsingissä? Kaupunkitieto-blogi 12.11.2015 <http://www.kvartti.fi/fi/blogit/new-yorkissa-elinajanodote-voimakkaasti-yhteydessa-alueen-tulotasoon-enta-helsingissa>.*
- Mäki N. & Martikainen P. (2016):** *Kuolleisuus Helsingissä ja muualla Suomessa.* Helsingin kaupungin Tietokeskus: Tutkimuksia 2016:5.
- Mäki-Opas, T. & Vaarama M. (2017):** *Hyvinvoinnin ja terveyden tila ja alueelliset erot.* Esitys Promeq-tutkimushankkeen seminaarissa 18.9.2017. <http://www.promeq.fi/loader.aspx?id=b96097bb-9f04-4131-ad0c-fc278382bb90> [Ladattu 27.9.2017]
- Salaspuro, M. (1994):** *Kenellä on alkoholimaksasairaus? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 110(20):1895*
- Talala K., Härkönen T., Martelin T. ym. (2014):** *Koulutusryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat edelleen suuria.* Suomen lääkärilehti 2014;69(36):2185–2192.



Stina Högnabba

HELSINKILÄISTEN KOETTU YKSINÄISYYS



HELSINKILÄISTEN KOETTU YKSIÄISYYS

”En muista koska olisin viimeksi koskettanut ketään. Edes kätellyt. Viikkokausiin ei ole mitään juteltavaa paitsi kaupan kassalle moi ja kiitos.”

(Yle; A2 yksinäisyys-ilta)

Toisin kuin yleisesti oletetaan, yksinäisyys ei ole mitenkään räjähdysmäisesti lisääntynyt vaan pikimmiten pysynyt suurin piirtein samalla tasolla 1990-luvun alusta 2010-luvulle. Yksi selitys sille, että yksinäisyys on pysynyt kutakuinkin samalla tasolla, on ihmisten sopeutuminen yksinäisyyteen. Samoin voi olla niin, että ihmiset kokevat yksinäisyyden häpeänä, syyllisyytenä, vihana tai ahdistuksena eivätkä halua tuoda sitä julki. Tutkimustulosten valossa yksinäisyys on kuitenkin merkittävä suomalaisten koettua hyvinvointia ja terveyttä alentava tekijä. (Saari, 2016.) Yksinäisyyden taustalla voi olla eri elämäntilanteista ja ikävaiheista peräisin olevia kokemuksia.

Viime vuosina media on nostanut yksinäisyyden näkyvästi keskusteluun ja esim. Juhon Saaren tutkimusryhmän tuloksia on käsitelty valtakunnallisessa mediassa. Vuosina 2015–2017 toteutettu Suomalaisten yksinäisyys-hankkeen myötä tutkijat ja aihepiiristä kiinnostuneet verkostoituivat ja tuotoksena oli useita julkaisuja, työpajoja ja verkkosivua (Suomalaisten yksinäisyys 2015–2017).

Tässä katsauksessa kuvataan, miten helsinkiläisten koettu yksinäisyys on yhteydessä koettuun terveyteen ja elintapoihin, elämänlaatuun ja onnellisuuteen. Katsauksessa vertaillaan ATH-aineiston avulla yksinäisyyttä kokevien ja muiden helsinkiläisten hyvinvointia muutamilla valituilla indikaattoreilla. ATH-aineisto on poikkileikkaustutkimus ja asioiden syy-seurauspäätelmät ovat tästä syystä haastavia, joten katsaus on lähinnä aihepiiriä kuvaileva. Analyysissä on käytetty SAS EG-valikkokäyttöliittymää (versio 7.1) ja tarkasteltu muuttujien välistä yhteyttä ristiintaulukointien avulla. Lisäksi tausta-aineistona on käytetty Helsingin sanomien 2015–2017 julkaisemia kirjoituksia yksinäisyydestä sekä Facebook-ryhmän ”Yksinäisyys ei leviä” keskustelua.

Yksinäisyys tutkimuskohteena

Yksinäisyys on subjektiivisesti koettu tila, joka voi olla positiivinen tai negatiivinen. Ihminen voi olla yksin olematta yksinäinen. Yksinäisyyttä on tutkimuskirjallisuudessa lähestytty pääosin kahdesta näkökulmasta; ihmisten koettu yksinäisyys tai sosiaalisten suhteiden vähäisyyttä mittaavana sosiaalisena eristäytymisenä. Koetussa yksinäisyydessä on kyse sosioemotionaalisesta tilasta, jossa yksinäisyyden tunne muokkaa ihmisen minäkuvaa ja pitkään jatkuvana todennäköisesti alentaa ihmisen hyvinvointia ja terveyttä. Jälkimmäisessä on kyse ihmisten olemassa olevista vuorovaikutussuhteista, niiden laadusta ja määrästä sekä vaikutuksesta hyvinvointiin. Sosiaalisten suhteiden lukumäärä tai laatu eivät yksiselitteisesti liity koettuun yksinäisyyteen mutta vuorovaikutussuhteet saattavat toimia yksinäisyyttä lisäävänä mekanismina. (Saari, 2016.) Yksinäisyyttä kokeva ihminen ei siis

välttämättä ole vaille seuraa tai ihmiskontakteja mutta ihmissuhteiden määrä tai laatu eivät ole sellaisia kuin ihminen toivoisi.

Pekka Borg (2016) on tutkinut yksinasuvien helsinkiläisten sosiaalisia suhteita ATH-aineistoa käyttäen. Tutkimustulokset osoittavat, että hyvä suhde yhteenkin läheisen ihmisen lisää henkilön luottamusta yhteiskuntaan ja muihin ihmisiin. Yksinasuvat, jotka pitivät harvemmin kuin kuukausittain jollain tavalla yhteyttä ystävien ja sukulaisten kanssa, tunsivat huomattavasti useammin jatkuvaa yksinäisyyttä kuin tiiviimmin yhteyttä pitävät. Yllättävä tulos oli, että harvemmin kuin kerran kuukaudessa yhteyttä läheisiinsä pitävistä viidesosa ei tuntenut koskaan yksinäisyyttä, kun viikoittain yhteyttä pitävillä osuus oli 12 prosenttia.

Helsinkiläisistä aikuisista joka neljäs asuu yksin. Yksinasuvien terveys ja sairastavuus vaihtelevat paljon, mutta verrattuna saman ikäisiin etenkin parisuhteessa eläviin yksinasuvien terveys on pääsääntöisesti heikompi. Yksinasuvista pienempi osa kokee terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kuin parisuhteessa asuvista, ja pitkäaikaissairauksia on yksinasuvilla enemmän. Niin ikään esimerkiksi oma arvio työkyvystä on yksinasuvilla heikompi, ja psyykinen kuormittuneisuus sekä vakava masennus ovat huomattavasti yleisempiä yksin asuvilla. (Kauppinen ym. 2014.) Myös yksinasuvien kuolleisuus on korkeampaa. Helsinkiläisten osalta tiedetään, että työikäisillä yksinasuvien miesten kuolleisuus on jopa kaksinkertainen verrattuna parisuhteessa eläviin, ja erityisen suuret nämä erot ovat alkolihisairauksien ja itsemurhien osalta. (Mäki 2017.)

Yksin oleminen ja yksinäisyyden kokeminen ovat eri asioita. Ulospäin ja sosiaalisesti suuntautunut ihminen voi kokea yksinäisyyttä, vaikka olisikin ystäviä, kun taas erakkoiluonteinen ihminen ei välttämättä koe yksinäisyyttä lainkaan. Työpaikalla voi olla paljon ihmissuhteita ja silti ihminen voi kokea itsensä yksinäiseksi. Yksin asuminen ei myöskään automaattisesti tarkoita, että kokisi itsensä yksinäiseksi. Ihminen voi tuntea itsensä yksinäiseksi myös parisuhteessa ja vastaavasti yksin asuva ei tunne yksinäisyyttä laisinkaan. (Helsingin sanomat, yksinäisyysartikkelit.) Yksinäisyyden tutkiminen ATH-aineiston avulla on haastavaa, koska yksinäisyydellä on erilaisia merkityksiä eri ihmisille ja erilaiset elämäntilanteet ja olosuhteet voivat vaikuttaa hetkellisiin tunnekokemuksiin. ATH-aineiston avulla ei voida osoittaa, miksi ihmiset tuntevat itsensä yksinäiseksi ja tämän vuoksi katsauksessa tarkastellaan yleisluontoisesti yksinäisyyden yhteyttä hyvinvoinnin eri osatekijöihin.

Joka kymmenes helsinkiläinen kokee yksinäisyyttä

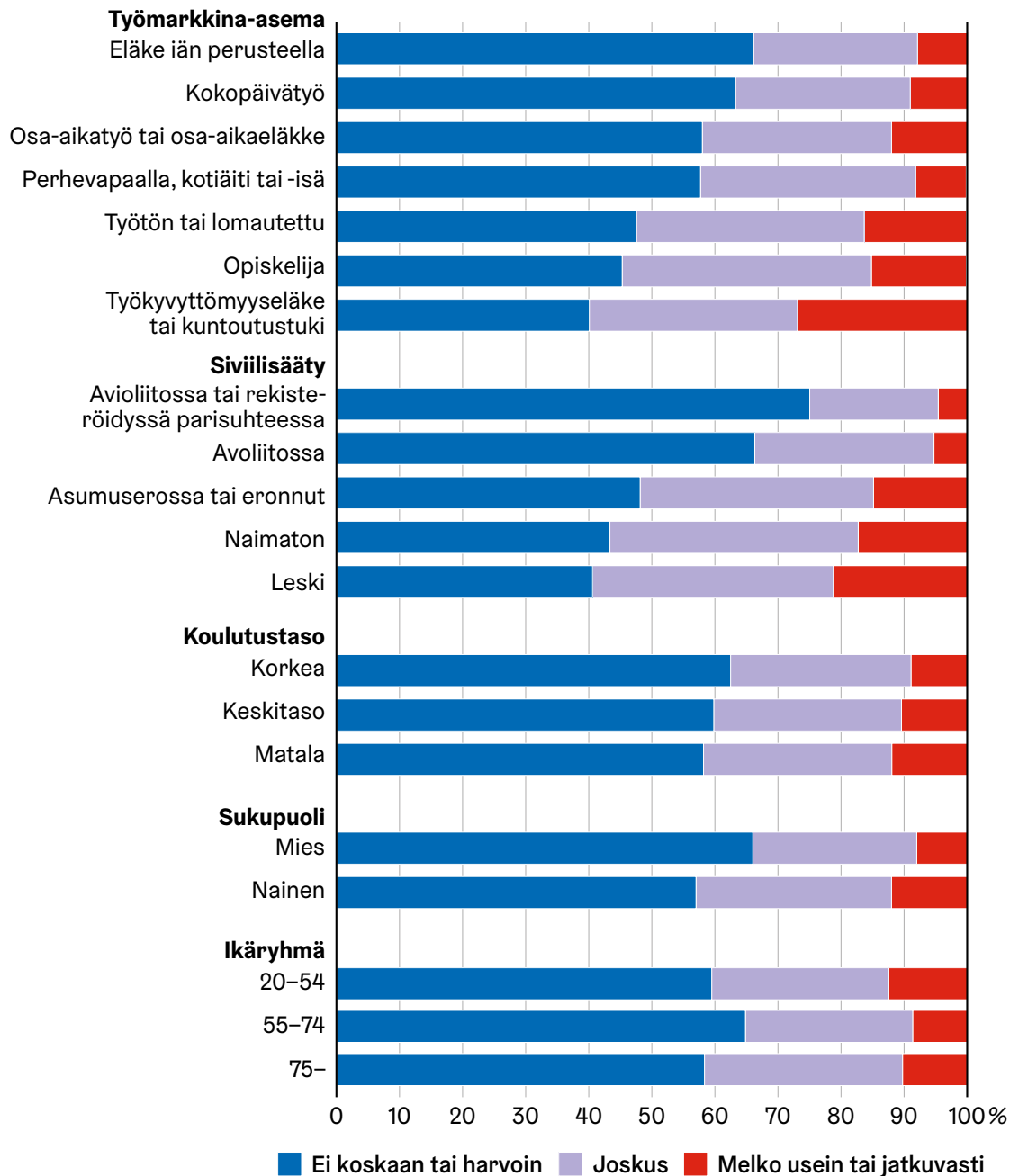
Aiempien tutkimusten sekä muun tausta-aineiston perusteella näyttäisi siltä, että yksinäisyyttä kokevilla on keskimääräistä huonommat elintavat sekä eri syistä enemmän masennusoireilua. Miltä sitten tilanne ATH-aineiston perusteella näyttää helsinkiläisten osalta?

ATH-tutkimuksessa selvitettiin yksinäisyyden kokemuksia kysymällä vastaajilta ”*Tunnetteko itsenne yksinäiseksi*” ja vastausvaihtoehtoina olivat: en koskaan, hyvin harvoin, joskus, melko usein tai jatkuvasti. Kysymyksestä on muodostettu indikaattori ”*yksinäiseksi itsensä tuntevat*”, johon on yhdistetty melko usein tai jatkuvasti vastaukset. ”*Ei yksinäiseksi itsensä tuntevat*” muodostuu vastauksista: en koskaan, hyvin harvoin tai joskus. Tämän kysymyksen analyysi on katsauksen pääfokuksessa ja esimerkiksi vuorovaikutussuhteiden laatua ja lukumääriä ei ole tässä katsauksessa tarkemmin selvitetty.

Käytössä olevan aineiston pohjalta noin joka kymmenes helsinkiläinen kokee yksinäisyyttä melko usein tai jatkuvasti. Helsinkiläisten koettu yksinäisyys on suurin piirtein samalla tasolla kuin koko maan aikuisväestön. *Kaikista helsinkiläisistä vastaajista 10,5 prosenttia (N=1 097) kokee itsensä yksinäiseksi ja 89,5 prosenttia (N=9 290) ei tunne itsensä yksinäiseksi.*

Helsingissä yksinäisyyden kokemukset olivat hieman yleisempiä naisilla kuin miehillä sekä hieman yleisempiä nuorimmissa ja vanhimmissa ikäluokissa. Helsinkiläisten koulutustaustalla ei ollut suurta merkitystä yksinäisyyden kokemuksiin, matalasti koulutetut kokivat vain hieman muita koulutusryhmiä enemmän yksinäisyyttä. Naimattomat, lesket ja eronneet kokivat useammin yksinäisyyttä kuin parisuhteessa elävät. Työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuella olevat, työttömät sekä opiskelijat kokivat eniten yksinäisyyttä.

Kuvio 1. Helsinkiläisten koettu yksinäisyys työmarkkina-aseman, siviilisäädyn, koulutuksen, sukupuolen ja ikäryhmän mukaan 2013–2015



Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Yksinäisten koettu terveys ja elintavat muita heikompia

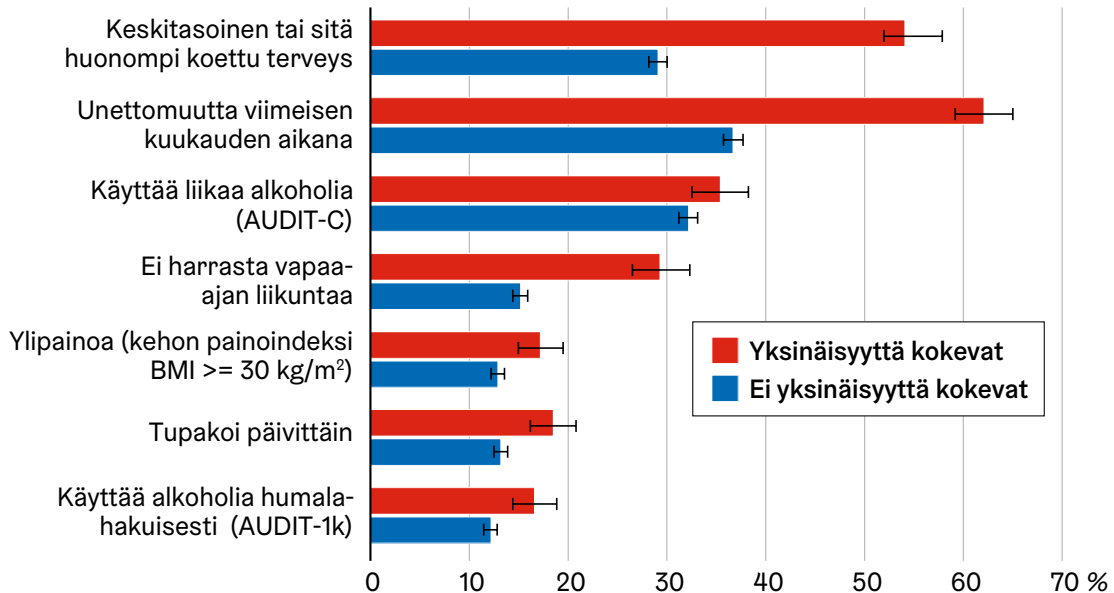
Tutkimusten mukaan yksinäiset ihmiset kokevat usein oman terveydentilansa keskimääräistä heikommaksi. Vaikka heikoksi koettu terveys on subjektiivinen tunne, epidemiologisten tutkimusten perusteella se voi ennustaa lisääntyneitä kuolemanriskiä tulevaisuudessa. Yksinäiselle ihmiselle näyttäisi kertyvän keskimääräistä enemmän terveyskäyttäytymiseen liittyviä riskitekijöitä. Elintapatekijät selittävät osan yksinäisten ihmisten suuremmasta sairastavuudesta ja lisääntyneestä kuolleisuudesta, mutta koko kuva ei näin vielä hahmotu. (Saari, 2016.)

Yksinäisyyttä kokevien helsinkiläisten joukossa 54 prosenttia arvioi terveydentilansa keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi. Niistä, jotka eivät kokeneet itseään yksinäisiksi, kolmannes arvioi terveydentilansa keskitasoiseksi tai sitä heikommaksi. Terveysteen ja yleiseen hyvinvointiin vaikuttavia riskitekijöitä kuten unettomuutta, ylipainoa, liikkumattomuutta ja tupakointia esiintyi enemmän yksinäisyyttä kokevien joukossa. Suurin ero ryhmien välillä on vapaa-ajan liikunnassa ja unettomuudessa, ero yksinäisyyttä kokevien ja ei yksinäisyyttä kokevien on lähes kaksinkertainen.

Tutkimusten mukaan esimerkiksi unen laatu ja määrä voivat vaikuttaa merkittävästi ihmisen toimintakykyyn. Väsymys voi puolestaan lisätä subjektiivista eristäytyneisyyden tunnetta ja sitä kautta yhä lisätä yksinäisyyden tunnetta. (Saari, 2016.)

Helsinkiläisten elintavat ovat keskimäärin parempia kuin koko maan osalta, mutta sekä alkoholin liikakäyttö, että humalahakuinen juominen korostuu helsinkiläisten osalta (Haapamäki & Alshail, 2016). Sekä alkoholin liikakäyttö, että humalahakuinen juominen oli hieman yleisempää yksinäisyyttä kokevien joukossa.

Kuvio 2. Koettu terveys ja elintavat yksinäisyyttä kokevien ja ei yksinäisyyttä kokevien arvioimana 2013–2015



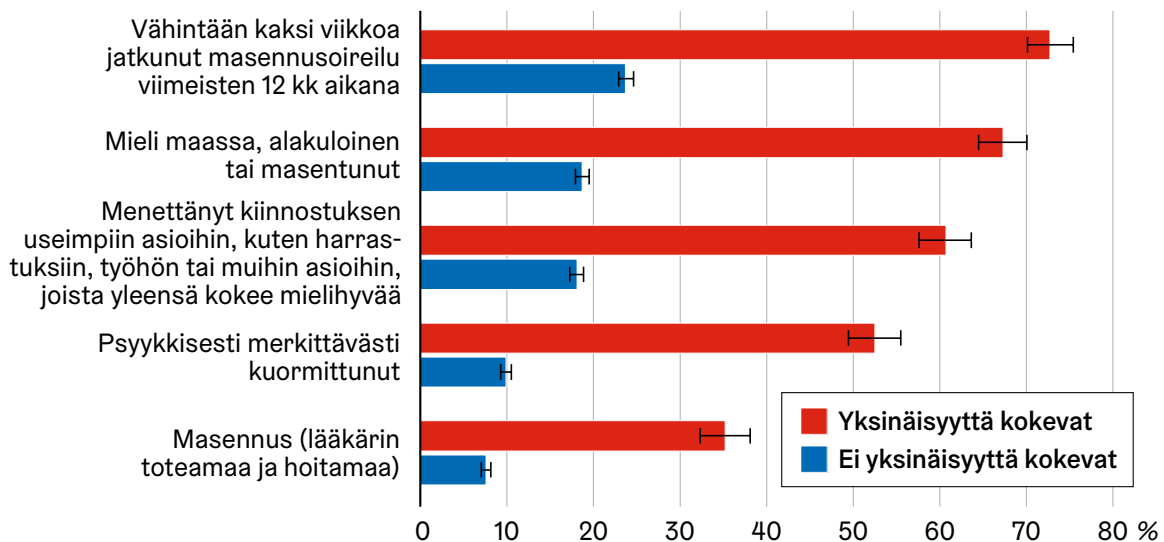
Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Yksinäisillä on muita useammin masennusoireilua

Helsinkiläisillä oli koko maata useammin vähintään kaksi viikkoa jatkunutta masennusoireilua viimeisen vuoden aikana. Joka kolmannella helsinkiläisellä on ollut masennusoireilua viimeisen vuoden aikana ja koko maassa joka neljännellä. (Haapamäki & Alshail, 2016.)

Masennuksella ja yleensäkin mielen hyvinvoinnilla näyttäisi ATH-aineiston perusteella olevan yhteyttä koettuun yksinäisyyteen. Itsensä yksinäiseksi tuntevista 70 prosentilla oli ollut masennusoireilua viimeisen vuoden ajan, kun taas niistä jotka eivät tunteneet itsensä yksinäiseksi masennusoireilua oli ollut vain joka viidennellä. Yksinäisyyttä kokevilla oli huomattavan usein sekä alakuloinen että masentunut olo ja kiinnostuksen menettäminen elämän eri asioihin oli huomattavan yleistä. Kolmanneksella yksinäisyyttä kokeneista oli lääkärin toteamaa ja hoitamaa masennusta.

Kuvio 3. Koettu mielen hyvinvointi yksinäisyyttä kokevien ja ei yksinäisyyttä kokevien arvioimana 2013–2015



Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

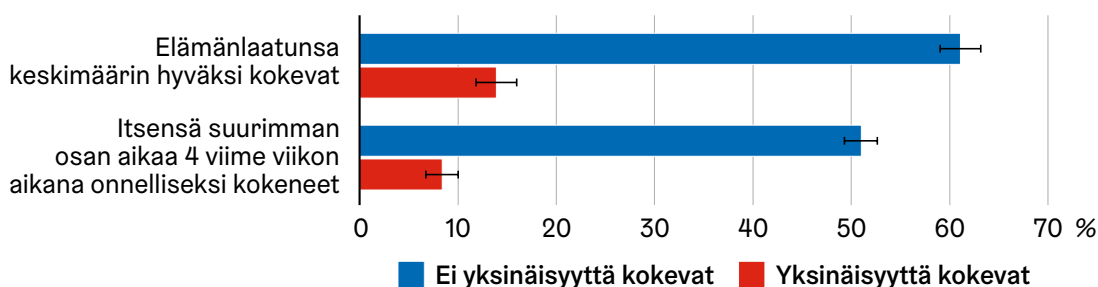
Koettu yksinäisyys heikentää elämänlaatua ja onnellisuutta

Helsingiläisistä 61 prosenttia arvioi elämänlaatunsa keskimäärin hyväksi ja 51 prosenttia oli kokenut itsensä onnelliseksi suurimman osan ajasta viimeisen kuukauden aikana. Tutkimusten mukaan yksinäisyyden tunteen voimistuessa elämänlaatu heikkenee ja usein yksinäisyys ja elämänlaatu ovat toistensa peilikuvia, kun toinen nousee, toinen laskee (Kainulainen, 2016).

ATH-aineiston elämänlaatumittari⁴ (WHO8-EUROHIS) osoittaa, että yksinäisyys ja heikot elämänlaadun kokemukset ovat yhteydessä toisiinsa. Elämänlaadussa on kyse henkilön omasta arviosta elämästään siinä ympäristössä, jossa hän elää, ja suhteessa hänen omiin päämääriinsä, odotuksiinsa, arvoihinsa ja muihin hänelle merkityksellisiin asioihin.

Yksinäisyyttä kokevista vain 14 prosenttia arvioi elämänlaatunsa keskimäärin hyväksi. Sama trendi näkyy onnellisuuden⁵ kokemuksissa, yksinäisistä vain 9 prosenttia koki onnellisuutta kun taas yli puolet ei yksinäisistä oli kokenut onnellisuuden tunteita viimeisen kuukauden aikana.

Kuvio 4. Koettu elämänlaatu ja onnellisuus yksinäisyyttä kokevien ja ei yksinäisyyttä kokevien arvioimana 2013–2015



Lähde: ATH-aineisto, Helsinki-aineisto.

Koettu tyytyväisyys elämän eri osa-alueisiin voi vaikuttaa monin eri tavoin hyvinvoinnin kokemuksiin. Tarkastellessa vastaajien tyytyväisyyttä omaan terveyteen, kykyynsä selviytyä päivittäisistä toiminnoista sekä itseensä voidaan nähdä, että yksinäisyyttä kokevat ovat moninkertaisesti tyytymättömämpiä mainittuihin osa-alueisiin verrattuna niihin, joilla ei ole yksinäisyyden kokemuksia. Erityisesti yksinäisten tyytymättömyys omiin ihmissuhteisiinsa korostuu. Tässä kysymyksessä selvitetään vastaajan tyytyväisyyttä ihmissuhteisiin ja tarkastelu ei ulotu sosiaalisten suhteiden määrään. Kainulaisen (2016) mukaan sosiaalisten suhteiden puuttumisesta aiheutuva (koettu) yksinäisyys voi heikentää elämänlaatua.

4 Elämänlaatuindikaattori on muodostettu WHO8-EUROHIS- mittarin sisältämien kahdeksan kysymyksen pohjalta. Ensimmäisenä oli yleiskysymys "Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?" Vastausvaihtoehdoiksi esitettiin 1) erittäin huono, 2) huono, 3) ei hyvä eikä huono 4) hyvä 5) erittäin hyvä. "Miten tyytyväinen olette" -kysymyssarja jakaantui viiteen alakysymykseen: 'terveyteenne', 'kykyynne selviytyä päivittäisistä toimistanne', 'itseenne', 'ihmissuhteisiinne' ja 'asuinalueen olosuhteisiin'. Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) erittäin tyytymätön, 2) tyytymätön, 3) en tyytyväinen enkä tyytymätön, 4) tyytyväinen, 5) erittäin tyytyväinen. "Onko teillä:" -kysymyssarja sisältää kaksi alakysymystä: 'riittävästi tarmoa arkipäivän elämään varten' ja 'tarpeeksi rahaa tarpeisiinne nähdessä'. Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) ei lainkaan 2) vähän 3) kohtuullisesti 4) lähes riittävästi 5) täysin riittävästi. Kysymykset mittaavat elämänlaatua psyykkisellä, fyysisellä, sosiaalisella ja ympäristöolotuvuudella. Elämänlaatunsa keskimäärin hyväksi tunteviksi määriteltiin ne henkilöt, joiden WHO8-EUROHIS -mittarin kahdeksan kysymyksen keskiarvo on vähintään neljä. http://www.terveytemme.fi/ath/2013-2015/notes/ath_whoqol8_di_cr.htm

5 Onnellisuudindikaattori perustuu kysymykseen: "Kuinka suuren osan ajasta olette 4 viime viikon aikana ollut onnellinen. Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) koko ajan, 2) suurimman osan aikaa, 3) huomattavan osan aikaa, 4) jonkin aikaa, 5) vähän aikaa ja 6) en lainkaan. Tarkastelussa ovat kysymykseen 'ollut onnellinen' vaihtoehdon 1) koko ajan tai 2) suurimman osan aikaa vastanneiden osuus. http://www.terveytemme.fi/ath/2013-2015/notes/ath_mentalht_happiness_cr.htm

Sellaiset läheiset ihmissuhteet, jotka kannattelevat vaikeissakin elämänvaiheissa voivat puolestaan taas kohentaa elämänlaatua. Kiinnostava jatkotutkimusaihe olisi tarkastella helsinkiläisten koettua yksinäisyyttä ja vuorovaikutussuhteita sekä niiden mahdollisia yhteisvaikutuksia hyvinvointiin.

Taulukko 1. Koettu tyytyväisyys elämän eri osa-alueisiin yksinäisyyttä kokevien ja ei yksinäisyyttä kokevien arvioimana 2013–2015

TYTYVÄISYYS	Melko tai erittäin tyytyväinen, %	En tyytyväinen enkä tyytymätön, %	Melko tai erittäin tyytymätön, %
Terveyteen			
Ei yksinäinen	74,7	13,2	12,2
Yksinäinen	42,2	22,2	35,6
Kykyn selviytyä päivittäisistä toiminnoista			
Ei yksinäinen	87,3	6,6	6,1
Yksinäinen	58,9	18,5	22,7
Itseensä			
Ei yksinäinen	79,3	13,2	7,5
Yksinäinen	34,6	28,6	36,8
Ihmissuhteisiin			
Ei yksinäinen	81,2	12,4	6,4
Yksinäinen	26,6	26,2	47,2

Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Yksinäisyys mediassa

Helsingin Sanomat teki vuonna 2014 yksinäisyyskyselyn Juho Saaren tutkimusryhmän avustamana. Kyselyyn vastasi yli 30 000 ihmistä ja tuloksia on tuotu näkyväksi laajasti mediassa viimeisten vuosien aikana. Helsingin sanomien artikkelit kertovat tarinaa yksinäisyydestä kaikissa ihmisryhmissä ja monenlaisissa elämäntilanteissa. Vanhuksilla yksinäisyys on yleistä ja esimerkiksi puolison kuolema tai fyysiset oireet voivat aiheuttaa ikääntyville yhä enemmän yksinäisyyttä. Lapset ja nuoret kokevat myös yksinäisyyttä. Esimerkiksi yksin kesälomalla olevat lapset voivat tuntea yksinäisyyttä, jos kaverit lomailevat muualla ja vanhemmat ovat töissä. Lapsilla ja nuorilla erityisesti joukkoon kuulumattomuus voi hyvinkin nopeasti aiheuttaa yksinäisyyden tunteita. Yksinäisyyttä esiintyy myös vanhemmillä, esimerkiksi lapsiperheiden ystävien ja tuttavien kanssa vietetty aika vähenee ja yksinäisyys voi kasvaa. Myös työpaikolla voi esiintyä yksinäisyyttä, vaikka ihmisillä on vuorovaikutussuhteita työpäivän aikana, monet eivät koe työyhteisöä innostavaksi ja läheiseksi ja yksinäisyyden ja eristäytymisen tunteet voivat lisääntyä. (Helsingin sanomat & Facebook-ryhmä "Yksinäisyys ei leviä")

Mediassa esillä olleet ihmisten tarinat yksinäisyyden kokemuksista tukevat ATH-aineiston tuloksia siitä, että yksinäisyys on vahvasti koettu tunnetila. Sosiaalisia suhteita voi olla, mutta silti koetaan yksinäisyyttä. Median esittämistä tarinoista käy ilmi, että pitkään jatkunut yksinäisyys vaikuttaa ihmisten oman kokemuksen mukaan elämänlaatuun, toimintakykyyn ja mielen hyvinvointiin.

Lopuksi

Erilaiset sosioekonomisten taustatekijöiden tiedetään olevan yhteydessä hyvinvointi- ja terveyseroihin, mutta myös yksinäisyys saattaa olla yksi tekijä joka lisää eriarvoisuutta. Tämän kuvailevan katsauksen tulokset osoittavat, että yksinäisyydellä näyttäisi olevan yhteyttä koettuun hyvinvointiin ja elintapoihin. Yksinäisyyttä kokevilla helsinkiläisillä on oman kokemuksensa mukaan heikompi terveys kuin niillä, jotka eivät koe yksinäisyyttä. Yksinäisten joukossa korostuu unettomuus, vähäinen liikunta, alkoholin liikkakäyttö ja yli-paino-ongelmat. Lisäksi yksinäisyyttä kokevat oireilevat henkisesti enemmän ja kokevat arjesta selviytymisen vaikeammaksi. Myös tyytymättömyys itseensä ja omiin ihmissuhteisiin korostuu itsensä yksinäiseksi kokevilla.

Yksinäisyydellä näyttäisi olevan tilastollista yhteyttä erilaisiin hyvinvointi- ja terveysvajeisiin, ja monesti lapsuudessa koettu yksinäisyys voi kulkea mukana aikuisuuteen ja jopa läpi koko elämän. Tästä syystä yksinäisyyden kokemuksiin tulisi kiinnittää huomiota terveys- ja hyvinvointierojen seurannassa muiden hyvinvointitulottuvuuksien rinnalla.

Lähteet

Borg P. (2016): Yksinasuvien helsinkiläisten sosiaaliset suhteet. Teoksessa *Yksin kaupungissa*, toim. Väliniemi-Laurson J., Borg P. ja Keskinen V. Helsingin kaupunki, Tietokeskus 2016.

Facebook "Yksinäisyys ei leviä" –ryhmä. Luettu 3.7–15.9.2017.

Haapamäki E. & Alsuhail F. (2016): *Helsinkiläisten aikuisten koettu terveys ja elintavat.*

Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen tuloksia Helsingissä. Helsingin kaupunki, Tietokeskus, Tilastoja 2016:9.

Helsingin sanomat (2014–2017): Yksinäisyyteen liittyvät artikkelit.

Junttila N. (2016): Lasten ja nuorten yksinäisyys. Teoksessa: *Yksinäisten Suomi*, toim. Saari J. Gaudeamus.

Kainulainen S. (2016): Yksinäisen elämänlaatu. Teoksessa: *Yksinäisten Suomi*, toim. Saari J. Gaudeamus.

Kauppinen T.M., Martelin T., Hannikainen-Ingman K., Virtala E. (2014): *Yksin asuvien hyvinvointi. Mitä tällä hetkellä tiedetään?* Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 27/2014.

Mäki N. (2017): *Yksinasuvien kuolleisuus Helsingissä.* Julkaisematon käsikirjoitus.

Saari J. toim. (2016): *Yksinäisten Suomi.* Gaudeamus.

Suomalaisten yksinäisyys <http://www.uef.fi/web/suomalaistenyksinaisyys/suomalaisten-yksinaisyys>. Luettu 3.7–15.9.2017.

Yle.fi: A2 Yksinäisyys-ilta kysyy, miksi yksinäisyys tappaa, 16.11.2016 <https://yle.fi/uutiset/3-9293580>. Luettu 13.7.2017.



Sanna Ranto

LUOTTAMUS YHTEISKUNTAAN JA OSALLISTUMINEN



LUOTTAMUS YHTEISKUNTAAN JA OSALLISTUMINEN

Luottamus yhteiskuntaan ja äänestäminen

Luottamus on keskeinen sosiaalinen käsite. Se jaetaan usein ihmisten väliseen luottamukseen ja toisaalta luottamukseen instituutiota tai poliittista järjestelmää kohtaan. Yhteiskunnan toimivuus perustuu ihmisten luottamukseen julkisiin instituutioihin. Luottamus edistää yhteiskuntaa koossa pitävän sosiaalisen pääoman muodostumista, yhteiskunnan ja talouden vakautta sekä kansalaisten terveyttä ja elämään tyytyväisyyttä (Kaikkonen ym.). Äänestysaktiivisuus vaaleissa on yksi mittari, joka kertoo ihmisten yhteiskunnallisesta aktiivisuudesta, halusta osallistua yhteiskuntaa ja myös luottamuksesta yhteiskunnan järjestelmiin. Äänestäminen on tapa vaikuttaa yhteisiin asioihin.

Tässä katsauksessa tarkastellaan Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) kautta helsinkiläisten luottamusta kunnalliseen päätöksentekoon, julkisiin palveluihin sekä äänestysaktiivisuutta kuntavaaleissa. Lisäksi lopussa tarkastellaan erikseen myös helsinkiläisten osallistumisaktiivisuutta järjestötoimintaan, sekä heidän ilmoittamiaan syitä toimintaan osallistumiseen.

Mukana tarkastelussa ovat kaikki vuosina 2013–2015 ATH-tutkimukseen vastanneet yli 20-vuotiaat helsinkiläiset eli yhteensä 9 717 henkilöä. Luottamusta, äänestämistä ja järjestöaktiivisuutta katsotaan iän, sukupuolen, asuinalueen ja koulutuksen kautta sekä muutamilla indikaattoreilla, jotka mittaavat koettua terveyttä, sosiaalista aktiivisuutta sekä koettuja toimeentulovaikeuksia. Koulutustason mittauksessa käytetään THL:n tekemään koulutusvuosiin perustuvaa koulutusasteluokittelua, joka luokittelee vastaajat kolmeen luokkaan. Aineistoa tarkastellaan ristiintaulukoinnilla SAS EG -ohjelmalla valikkopohjaisesti.

Helsinkiläisten luottamus samalla tasolla kuin muissa suurissa kaupungeissa

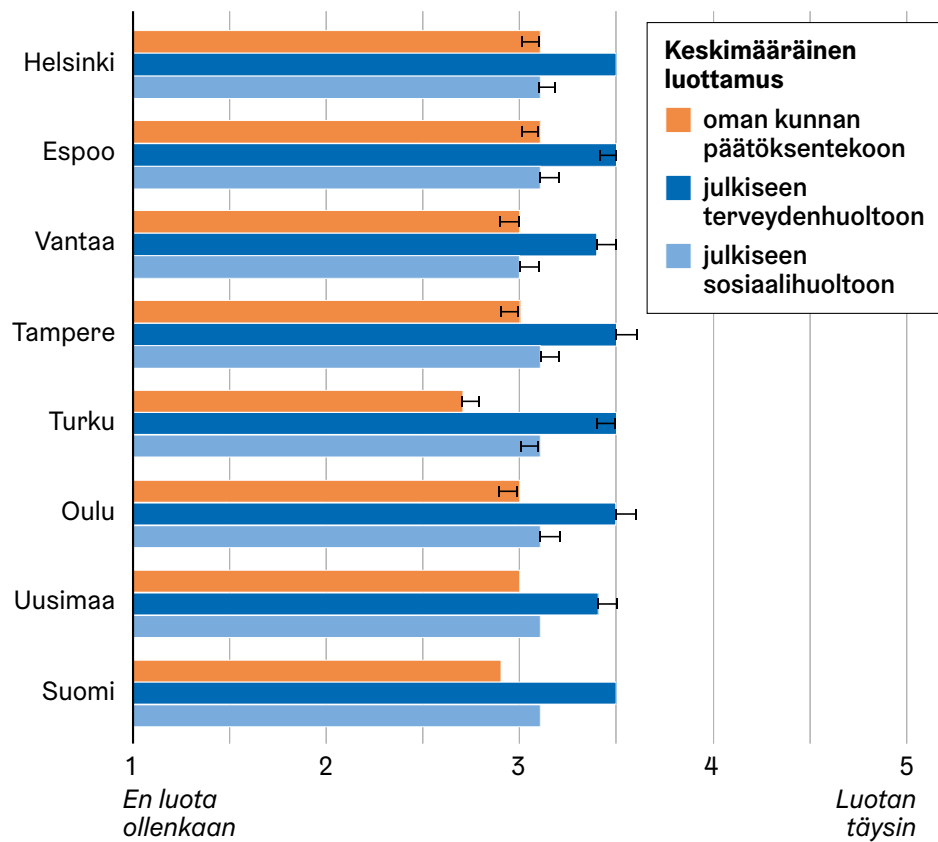
Helsinkiläisten luottamus oman kuntansa päätöksentekoon on hieman koko maan tasoa korkeampi, mutta hyvin samoissa lukemissa kuin muissakin suurissa kaupungeissa⁶. Eniten päätöksentekoon luottavat vanhemmat ikäluokat, mutta erot ikäluokkien välillä ovat hyvin pieniä. Myöskään Helsingin eri alueiden välillä ei ole juurikaan eroja luottamuksessa kunnan päätöksentekoon.

6 Perustuu kysymykseen: ”Kuinka paljon luotatte:” ”Julkiseen terveydenhuoltoon, julkiseen sosiaalihuoltoon (esim. sosiaalipalvelut, toimeentulotuki), oikeuslaitokseen, poliisiin, kuntanne päätöksentekoon, ihmisiin yleensä” Vastausvaihtoehtoina oli viisiluokkainen asteikko välillä ”en luota ollenkaan – luotan täysin”

Julkiseen terveydenhuoltoon luotetaan päätöksentekoa ja julkista sosiaalihuoltoa enemmän. Myös luottamus sosiaalihuoltoon ja terveydenhuoltoon on Helsingissä hyvin samalla tasolla kuin muissa suurissa kaupungeissa. Ikäryhmien välillä ei ole suuria eroja luottamuksen suhteen, yleisesti keski-ikäisten luottamus on hieman nuorempia ja vanhempia ikäluokkia heikompaa.

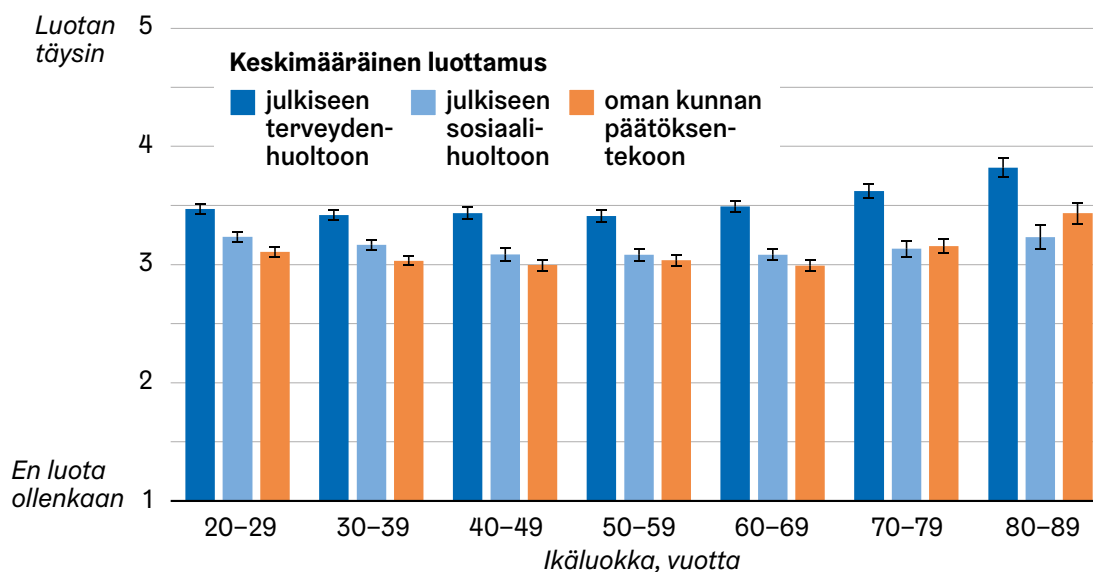
Matalan koulutustason suorittaneiden luottamus kunnan päätöksentekoon ja palveluihin on hieman muita heikempi. Nuoremmissa ikäluokissa eli alle 40-vuotiaissa ero on suurin matalan ja korkean koulutuksen välillä.

Kuvio 1. Keskimääräinen luottamus kunnalliseen päätöksentekoon ja palveluihin suurimmassa kuudessa kunnassa vuosina 2013–2015, Asteikolla 1–5 (1=en luota ollenkaan, 5=luotan täysin)



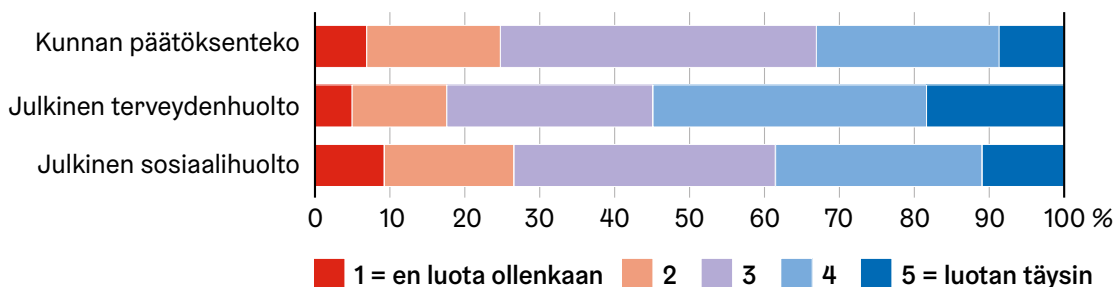
Lähde: ATH-tutkimus (Kaikkonen ym.).

Kuvio 2. Helsingiläisten luottamus kunnan päätöksentekoon ja julkisiin palveluihin vuosina 2013–2015



Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Kuvio 3. Keskimääräinen luottamus kunnalliseen päätöksentekoon ja palveluihin iän mukaan Helsingissä vuosina 2013–2015



Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Taloudellisesti heikoilla olevat ja sosiaalisesti epäaktiiviset tuntevat enemmän epäluottamusta päätöksentekoon

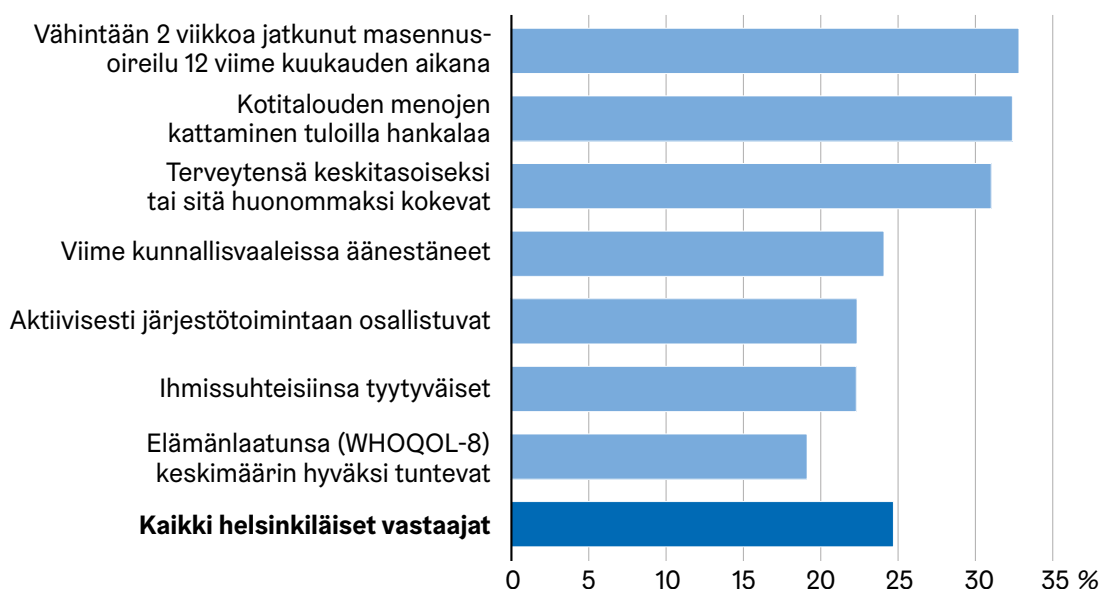
Helsingiläisistä neljännes koki epäluottamusta kunnan päätöksentekoa kohtaan ja kolmannes luottamusta. Taloudellisista ongelmista kärsivistä kolmannes koki epäluottamusta. Samoin terveytensä heikoksi kokevilla, masennusoireilevilla ja yleensä elämänlaatunsa heikoksi kokevilla oli muita enemmän epäluottamusta kunnan päätöksentekoa kohtaan. Ihmissuhteensa hyväksi tuntevat, aktiivisesti muihin ihmisiin yhteyttä pitävät ja järjestötoimintaan aktiivisesti osallistuvat kokivat taas enemmän luottamusta päätöksentekoon.

Taloudellisesti vaikealla tilanteella on yhteys etenkin matalan ja keskitason koulutuksen suorittaneiden sekä iäkkäämpien, 80 vuotta täyttäneiden henkilöiden luottamukseen kunnan päätöksentekoon. Työikäisillä aina 50-ikävuoteen asti taloustilanteella ei juuri ole yhteyttä luottamukseen. Samoin heikko terveys vaikuttaa eniten iäkkäämmillä luottamukseen.

Kunnan päätöksentekoon luottamusta tuntevat myös äänestivät useammin kuntavaaleissa, mutta yhteys ei ole suora. Ääripäät eli ne, jotka ilmoittivat, etteivät luota ollenkaan kunnan päätöksentekoon sekä ne, jotka luottivat täysin päätöksentekoon, äänestivät harvemmin kuin muut.

Julkiseen terveydenhuoltoon luotetaan enemmän eri lähtötilanteista huolimatta. Terveytensä tai taloudellisen tilanteensa heikoksi kokevat tunsivat selvästi useammin luottamusta julkista terveydenhuoltoa kuin päätöksentekoa kohtaan. Kaikkiaan yli puolet helsinkiläisistä luotti julkiseen terveydenhuoltoon, ja myös terveytensä tai taloustilanteensa heikoksi tuntevista lähes puolet luotti terveydenhuoltoon. Julkiseen sosiaaliinhuoltoon luottavia on yli kolmannes helsinkiläisistä. Sosiaaliinhuoltoon oli eniten epäluottamusta tuntevia, noin kymmenesosa helsinkiläisistä ei luottanut palveluun ollenkaan.

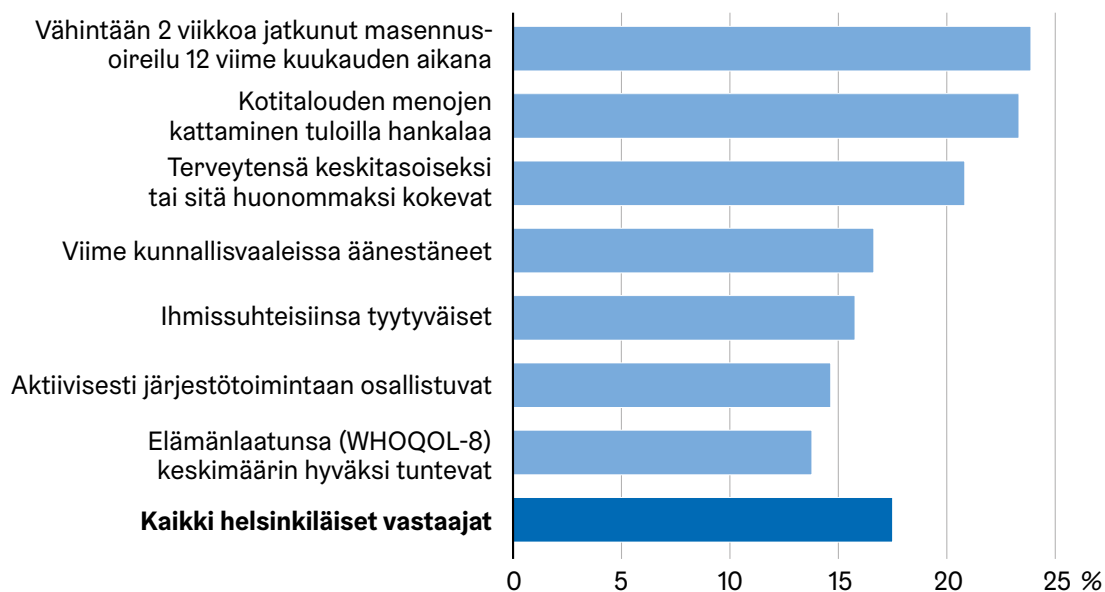
Kuvio 4. Helsinkiläisten epäluottamus kunnan päätöksentekoon koetun terveyden ja elinoloindikaattorien mukaan vuosina 2013–2015



Kohdat 1 = en luota ollenkaan tai 2 kysymyksessä valinneet.

Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

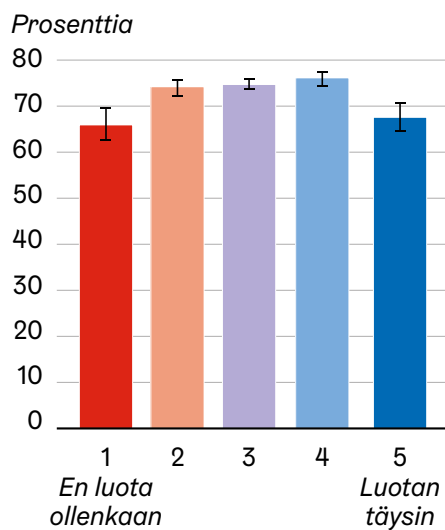
Kuvio 5. Helsinkiläisten epäluottamus julkiseen terveydenhuoltoon koetun terveyden ja elinolo-indikaattorien mukaan vuosina 2013–2015



Kohdat 1= en luota ollenkaan tai 2 kysymyksessä valinneet.

Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Kuvio 6. Helsinkiläisten äänestysaktiivisuus kuntavaaleissa sen mukaan tunteeko luottamusta kunnan päätöksentekoon vuosina 2013–2015



Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Kuntavaaleissa äänestäminen jakaa helsinkiläisiä

Helsingin viime kuntavaalien äänestysprosentti oli 62 prosenttia ja sitä edellisen kuntavaalin, johon ATH-tutkimus viittaa, äänestysprosentti oli 57 prosenttia (Tilastokeskus). ATH-tutkimuksessa 74 prosenttia helsinkiläisistä ilmoitti äänestäneensä viime kuntavaaleissa. Haastattelututkimuksiin osallistuvat usein aktiivisimmat henkilöt, ja usein vastaajilla on myös kiusaus hieman parannella vastauksiaan.

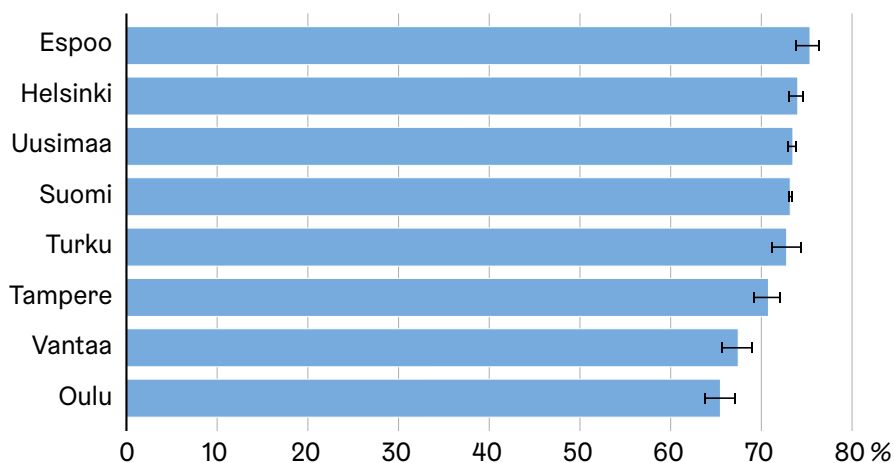
ATH-tulosten mukaan Helsingissä äänestäneiden osuus oli Espoota lukuun ottamatta muita suuria kaupunkeja hieman suurempi. Äänestysaktiivisuudessa on isot erot iän mukaan – 20–29-vuotiaista vain 59 prosenttia oli äänestänyt, kun 60–79-vuotiailla osuus oli yli 86 prosenttia. Nuorten äänestäminen on passiivista sekä miehillä että naisilla.

Myös koulutustason mukaan äänestämässä on isoja eroja. Matalasti koulutetuista 59 prosenttia oli äänestänyt viime kuntavaaleissa, keskitason koulutuksen suorittaneista 74 prosenttia ja korkeasti koulutetuista 84 prosenttia. Matalasti koulutetuista 20–29-vuotiaista oli äänestänyt vain 44 prosenttia, kun korkeasti koulutetuista yli 60-vuotiaista äänesti yli 90 prosenttia.

Samoin työssäkäyvät äänestävät useammin, kokopäivätoissa olevista 74 prosenttia ilmoitti äänestäneensä, kun työttömistä tai lomautetuista äänestysprosentti oli heikoin, 55. Eniten äänestivät iän perusteella eläkkeellä olevat, heistä 89 prosenttia ilmoitti äänestäneensä viime vaaleissa. Koulutus merkitsee kuitenkin pääasiallista toimintaa enemmän, esimerkiksi työttömistä tai lomautetuista äänesti 73 prosenttia, jos koulutus oli korkea.

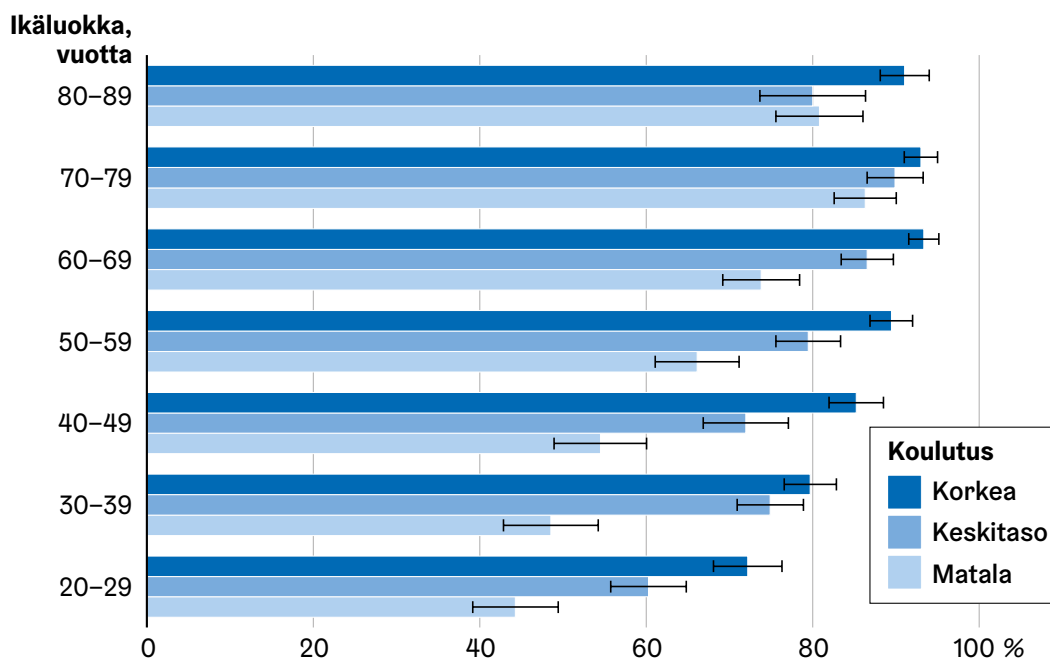
Nuorten, vähän koulutettujen ja sosioekonomisesti heikossa asemassa olevien heikko äänestysaktiivisuus on ollut jo kauan demokratia- ja osallisuustutkimuksen tiedossa. Suomalaisen demokratian suurimpana haasteena voidaankin pitää nimenomaan äänestämiseen osallistumisen eriarvoistumista (Idström 2016).

Kuvio 7. Niiden osuus, jotka ilmoittivat äänestäneensä viime kuntavaaleissa, vuodet 2013–2015



Lähde: ATH-tutkimus (Kaikkonen ym.).

Kuvio 8. Viime kuntavaaleissa äänestäneiden osuus iän ja koulutustason mukaan Helsingissä, vuodet 2013–2015



Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Taloudellisesti heikoilla olevat äänestävät vähemmän

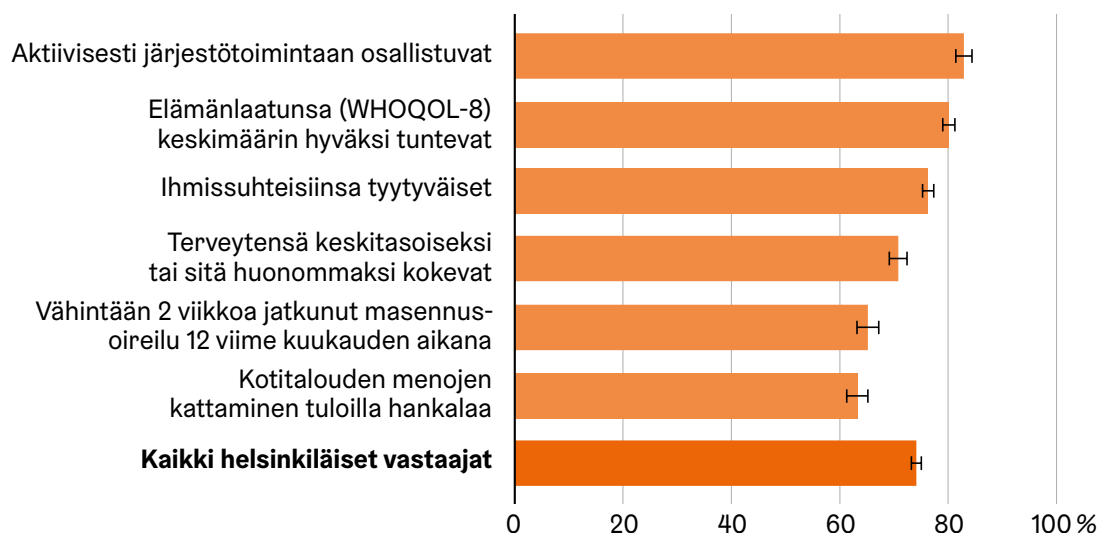
Taloudellisia vaikeuksia kokeneista 63 prosenttia kertoi äänestäneensä kuntavaaleissa, samoin masennusoireita kokeneista äänestäneiden osuus on alhainen, 65 prosenttia. Myös terveytensä heikommaksi kokevat äänestävät keskimääräistä vähemmän (71 %). Ihmissuhteisiin tyytyväisyys kasvattaa taas äänestysaktiivisuutta, kuten myös järjestöaktiivisuus ja yleinen tyytyväisyys elämäänsä.

Masennusoireilu vähentää äänestysaktiivisuutta etenkin työikäisillä, 30–69-vuotiailla sekä matalan koulutuksen suorittaneilla. 30–39-vuotiaista matalan koulutuksen suorittaneista oli äänestänyt vain 38 prosenttia, jos heillä oli ollut masennusoireita. Ilman masennusoireita äänestäneiden osuus oli 55 prosenttia.

Myös taloudelliset vaikeudet ovat yhteydessä työikäisten äänestämiseen, etenkin 30–49-vuotiailla sekä vähän kouluttautuneilla. 40–49-vuotiaista matalan koulutuksen suorittaneista oli äänestänyt 40 prosenttia, jos taloudellisia vaikeuksia oli koettu ja 68 prosenttia, jos vaikeuksia ei ollut.

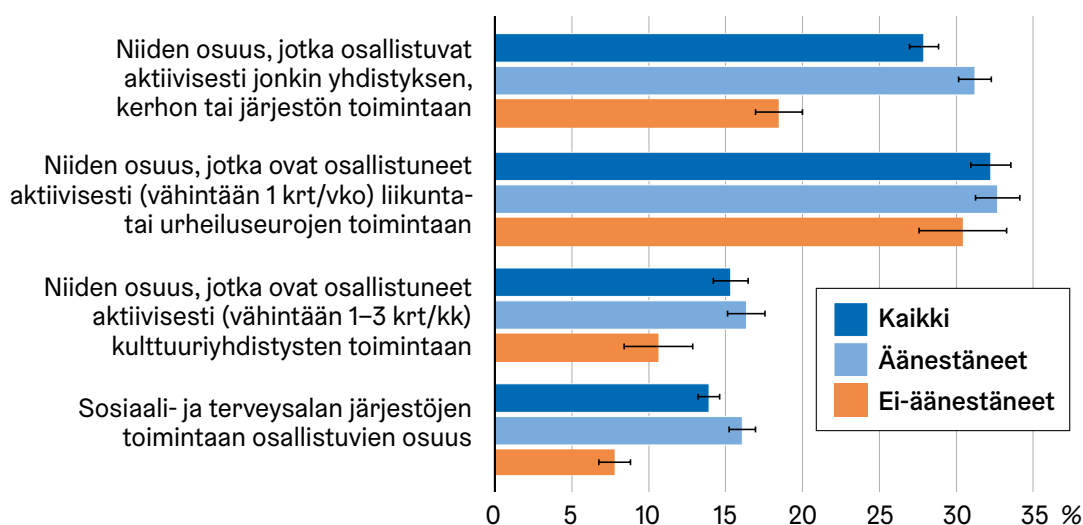
Vaaleissa äänestämättömyyttä selitetään usein myös sillä, että haluaa vaikuttaa ja osallistua yhteiskunnallisesti toisella tavalla. ATH-tutkimustulosten mukaan kuitenkin esimerkiksi järjestötoimintaan osallistui enemmän niitä, jotka myös äänestivät vaaleissa. Kuntavaaleissa äänestäneistä 31 prosenttia osallistui aktiivisesti johonkin kerho-, järjestö- tai harrastustoimintaan, sen sijaan äänestämättömistä vain 18 prosenttia osallistui järjestötoimintaan. Poliittiseen tai ammattiyhdistystoimintaan osallistuneita oli 14 prosenttia kaikista helsinkiläisistä, (tosin kuukausittain toimintaan osallistui vain nelisen prosenttia). Kuntavaaleissa äänestäneistä 16 prosenttia osallistui poliittiseen tai ammattiyhdistystoimintaan, äänestämättömistä 7 prosenttia.

Kuvio 9. Kuntavaaleissa äänestäneet helsinkiläiset koetun terveyden ja elinolo-indikaattorien mukaan vuosina 2013–2015



Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Kuvio 10. Aktiivisesti järjestötoimintaan osallistuneiden osuus kuntavaaleissa äänestäneistä ja ei-äänestäneistä vuosina 2013–2015



Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Osallistuminen järjestötoimintaan

Yhteiskunnallista osallistumista ja sosiaalista aktiivisuutta voidaan tarkastella myös järjestötoimintaan osallistumisen kautta. Kolmannen sektorin toiminnan kautta voidaan vaikuttaa yhteiskunnallisesti edistämällä itselle tärkeitä asioita. Toisaalta järjestö- ja yhdistystoiminta voi olla vain rentoutumistapa tai harrastus, jonka merkitys on enemmän mielekäs tekeminen ja kokemusten saanti. Järjestötoiminnan kautta voi myös pitää yllä sosiaalisia suhteita, saada vertaistukea ja kokea yhteenkuuluvuutta.

ATH-tutkimuksessa tarkasteltavat järjestöt on jaoteltu 13 teemaan kuten liikunnan, kulttuurin, poliittisen toiminnan tai vastaavan alle. Näihin järjestöihin, seuroihin, ryhmiin ja muihin vastaaviin osallistumisesta kysytään osallistumistiheyttä viikoittain ja kuukausit-

tain. Erillisenä kysymyksenä kysyttiin, onko vastaaja osallistunut mihin tahansa kerhon, järjestön, yhdistyksen, seurakunnan tai harrasteryhmän toimintaan silloin tällöin tai aktiivisesti. Seuraavassa tarkastellaan niitä, jotka osallistuivat aktiivisesti.

Korkeasti koulutetut useammin aktiivisia järjestötoiminnassa

Helsingiläisistä 28 prosenttia osallistui aktiivisesti jonkin kerhon, järjestön, yhdistyksen, harrastusryhmän tai hengellisen tai henkisen yhteisön toimintaan. Järjestötoimintaan osallistuminen on Helsingissä yhtä yleistä kuin muissa suurissa kaupungeissa.

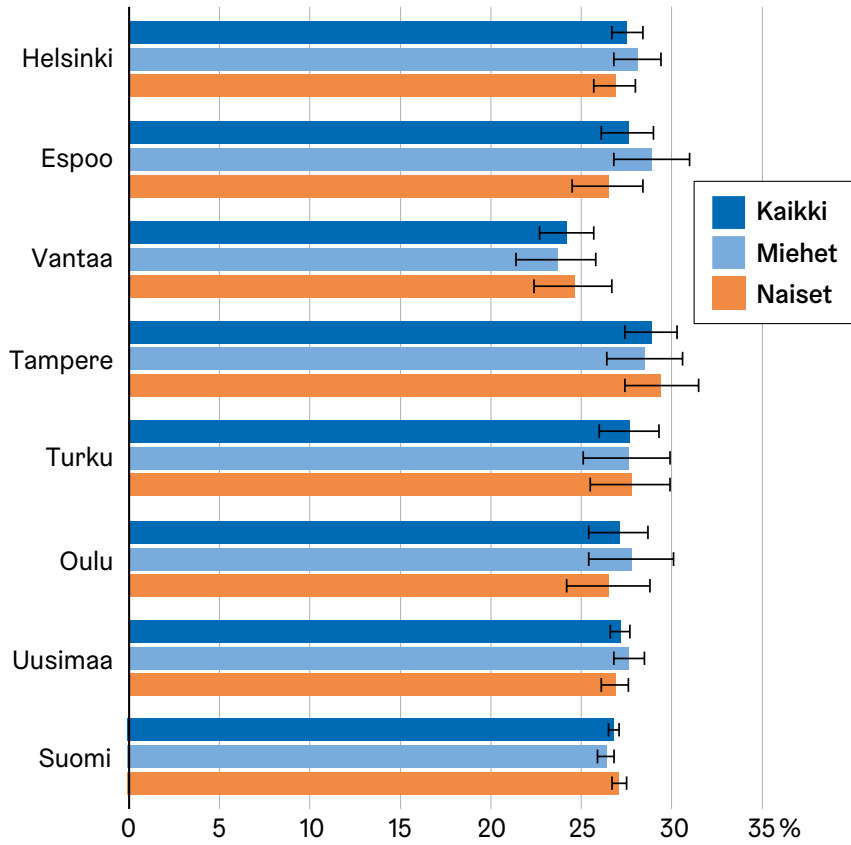
Koko maahan verrattuna helsinkiläiset miehet ovat aktiivisempia järjestötoiminnassa, aktiivisuus näkyy sekä työikäisillä että eläkeikäisillä miehillä. Helsinkiläismiehet osallistuvat alle 40-vuotiaina selvästi helsinkiläisnaisia enemmän järjestötoimintaan.

Järjestötoimintaan osallistuminen on ylipäätään melko tasaista koko aikuisväestöllä, aktiivisimpia toimijoita ovat 70–79-vuotiaat, joista kolmannes oli aktiivisesti mukana jossain järjestötoiminnassa. Eläkeläiset ja perhevapaalla olevat ovatkin aktiivisimpia järjestötoiminnassa. Ikääntyneiden osallistumista järjestötoimintaa tarkastellaan tarkemmin artikkelissa ”Ikääntyneiden osallisuus järjestö- ja yhdistystoimintaan ja muiden auttamiseen”. Vähiten osallistuivat työkyvyttömyyseläkkeellä, kuntoutustuella ja työttömänä olevat. Osuudet ovat vastaavia koko maassakin (Jalava ym. 2014).

Koulutus jaottelee osallistumisaktiivisuutta. Matalasti koulutetuista noin viidennes osallistuu järjestötoimintaan aktiivisesti, korkeasti koulutetuista reilu kolmannes. Osuudet ovat varsin samat koko maassakin (Murto ym. 2017). Korkean koulutuksen suorittaneet osallistuvat kaikissa ikäluokissa aktiivisimmin järjestötoimintaan, matalasti koulutetuista heikosti osallistuvat etenkin nuoret.

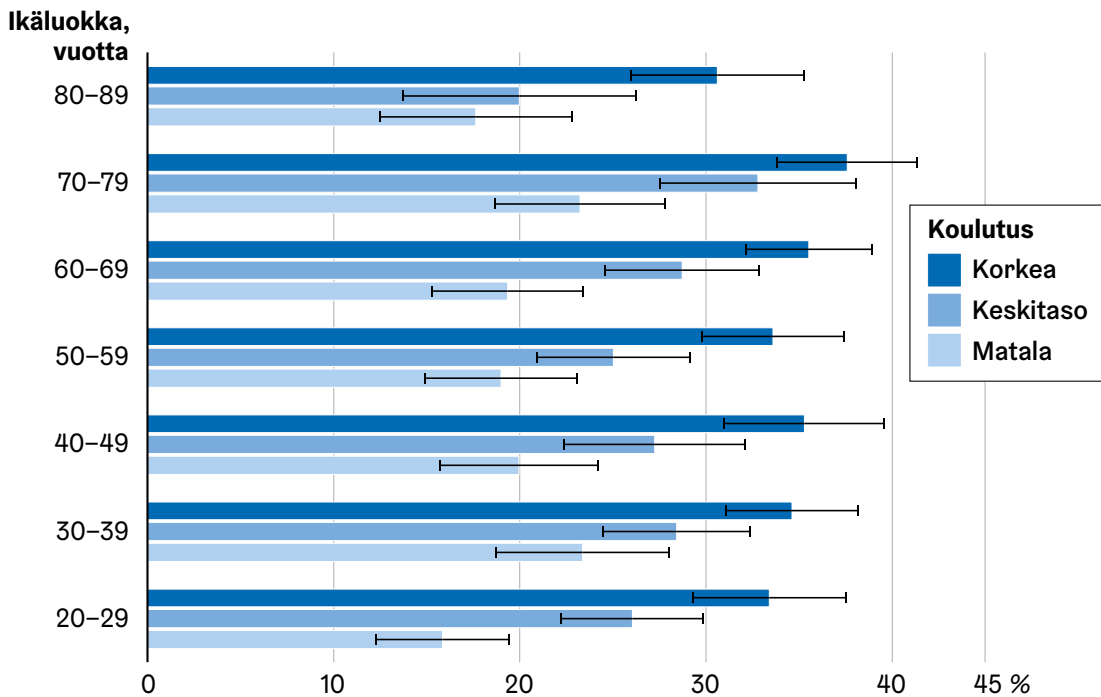
Alueittain osallistumisaktiivisuus eroaa Itäisen suurpiirin 23 prosentista Pohjoisen suurpiirin 32 prosenttiin. Itäisen suurpiirin alueella myös korkeasti koulutettujen osallistumisaktiivisuus on selvästi muita alueita alhaisempi.

Kuvio 11. Järjestötoimintaan aktiivisesti osallistuvien osuus suurimmissa kaupungeissa vuosina 2013–2015



Lähde: ATH-tutkimus (Kaikkonen ym.).

Kuvio 12. Järjestötoimintaan aktiivisesti osallistuvien osuus iän ja koulutuksen mukaan vuosina 2013–2015



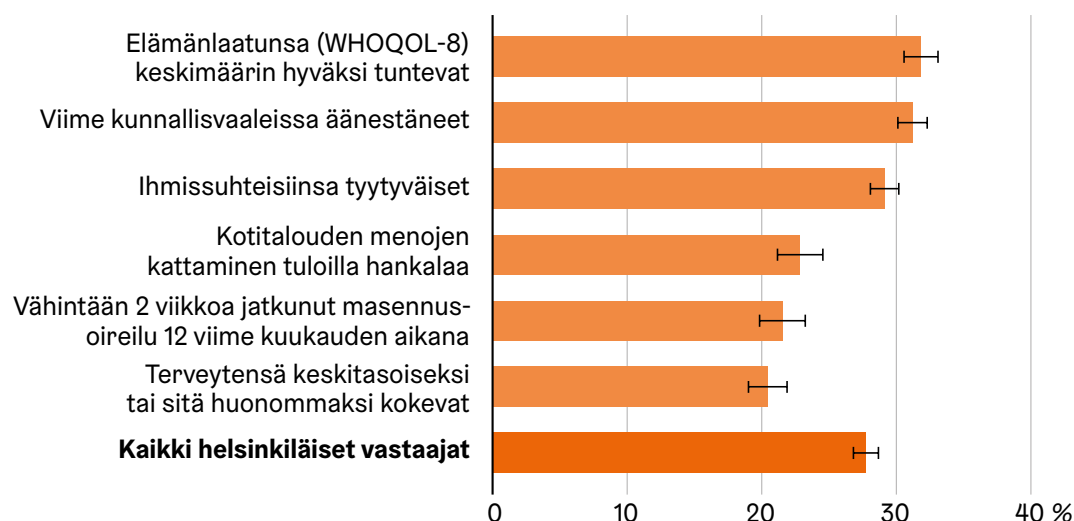
Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Heikoksi koettu terveys vähentää järjestötoimintaa

Koetut taloudelliset vaikeudet vähentävät osallistumisaktiivisuutta. Vain 22 prosenttia osallistui järjestötoimintaan niistä, jotka kokivat taloudellisia vaikeuksia. Samoin terveytensä heikoksi tai masennusoireita kokeneet olivat muita epäaktiivisempia järjestötoiminnassa. Sen sijaan ne, jotka olivat tyytyväisiä ihmissuhteisiinsa ja elämänlaatuunsa yleensäkin sekä kuntavaaleissa äänestäneet osallistuivat myös järjestötoimintaan enemmän.

Taloudelliset vaikeudet vähensivät etenkin keskitason koulutuksen suorittaneiden järjestöosallistumista, esimerkiksi 40–49-vuotiaista keskitasoisen koulutuksen suorittaneista ja ilman talousvaikeuksia olevista 33 prosenttia osallistui järjestötoimintaan, mutta vain 18 prosenttia jos heillä oli taloudellisia vaikeuksia. Myös terveysongelmat vähensivät etenkin keskitason koulutuksen suorittaneiden osallistumista, mutta nuorilla työikäisillä terveysongelmat vähensivät aktiivisuutta kaikilla koulutusasteilla.

Kuvio 13. Järjestötoimintaan aktiivisesti osallistuvat helsinkiläiset koetun terveyden ja elinoloindikaattorien mukaan vuosina 2013–2015



Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

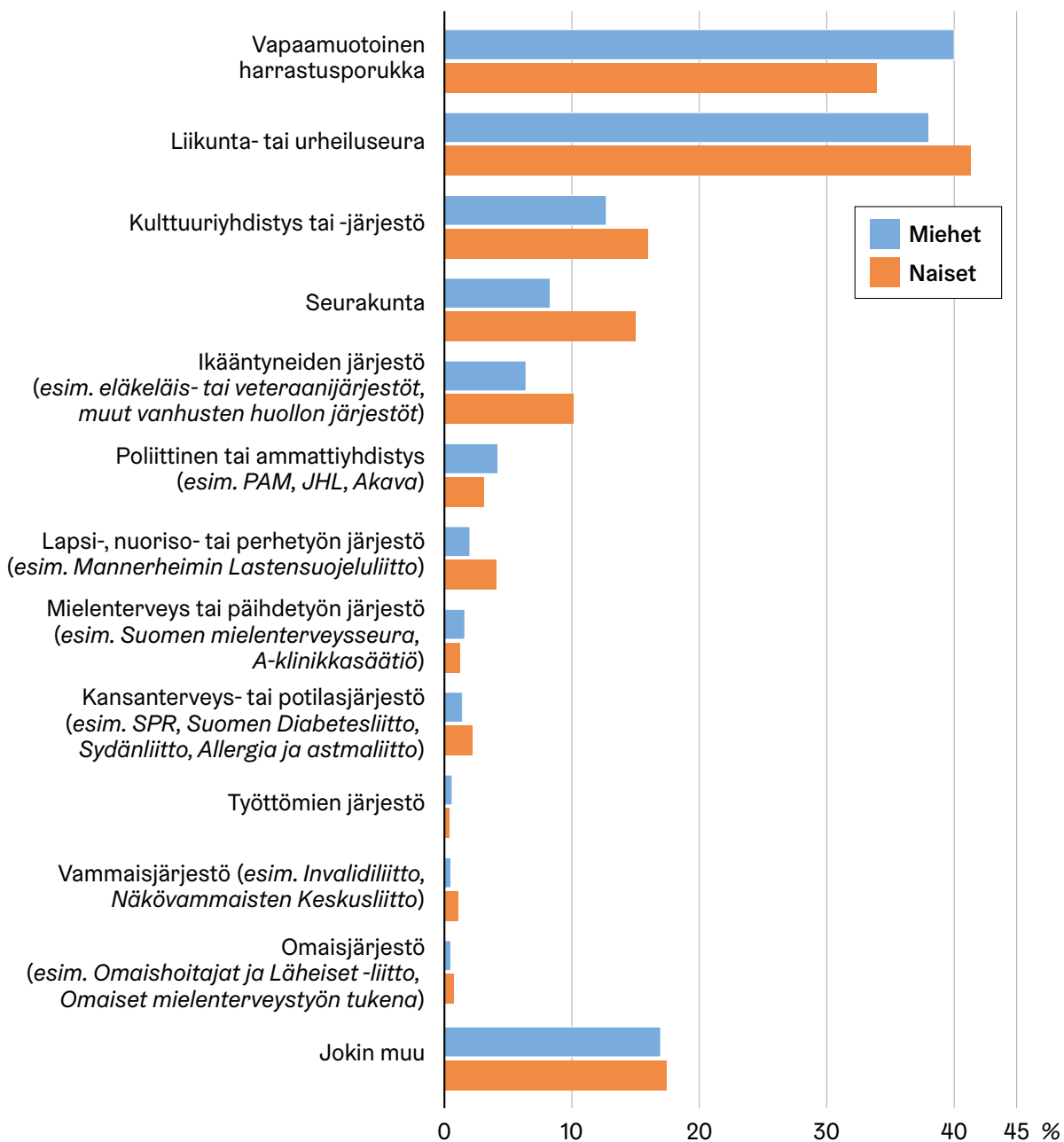
Liikuntaseurat ja vapaamuotoiset harrastusporukat yleisempiä

Järjestöihin osallistumista on kysytty niiden osallistumistiheyden mukaan ja tässä on suuria vaihteluita eri järjestömuotojen välillä. Tämä johtuu pitkälti järjestöjen erilaisesta luonteesta, osassa harrastustyyppisessä toiminnassa käydään säännöllisesti ja usein viikoittain, toiset järjestöt saattavat taas kokoontua vain pari kertaa vuodessa. Jotain suuntaa antavaa tietoa helsinkiläisten osallistumisesta järjestökenttään kuitenkin ATH-tutkimustiedot antavat.

Yleisimmin helsinkiläisten osallistuvat liikunta tai urheiluseurojen toimintaan sekä vapaamuotoiseen harrastusporukan toimintaan. Vapaamuotoinen harrastusporukan kanssa tekeminen on selvästi yleisempää miehillä. Seurakunnan ja ikääntyneiden toimintaan sekä lapsi-, nuoriso- ja perhetyön järjestöihin ottavat osaa enemmän naiset. Vapaamuotoinen harrastaminen sekä lapsi-, nuoriso- ja perhetyö painottuvat alle 40-vuotiaisiin. Mielenterveys- ja päihdetyö, poliittinen ja ammattiliittotoiminta sekä liikuntaseurat vetävät myös keski-ikäisiä mukaan toimintaan. Iäkkäämpiin painottuvat kulttuuriyhdistykset,

seurakunnat, kansanterveys-, vammais-, sekä omaisjärjestöt kuten myös luonnollisesti ikääntyneiden järjestöt.

Kuvio 14. Helsingiläisten osallistuminen eri järjestöihin, viimeisen 12 kuukauden aikana vähintään kerran kuukaudessa osallistuneet vuosina 2013–2015



Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Helsinkiläiset haluavat kehittää itseään järjestötoiminnassa

Jos perheessä on alle 18-vuotiaita lapsia, vanhempien osallistumisaktiivisuus järjestöissä kasvaa, etenkin miehillä lapset kasvattavat aktiivisuutta. Kuitenkin helsinkiläiset ovat koko maahan verrattuna harvemmin lasten harrastusten vuoksi järjestötoiminnassa. Helsinkiläiset myös osallistuvat muuta maata harvemmin järjestötoimintaan sen vuoksi, että haluavat auttaa muita ihmisiä. Sen sijaan halu oppia uusia asioita, yhteiskunnallinen vaikuttaminen ja uusiin ihmisiin tutustuminen olivat useammin helsinkiläisillä järjestössä toimimisen takana. Helsinkiläiset kokivat muuta maata useammin, että vapaaehtoistyöstä on hyötyä muuallakin. Yleisin järjestötoiminnan taustalla oleva ajatus oli sekä Helsingissä että muuallakin maassa yksinkertaisesti mielekäs ja kehittävä tekeminen.

Ne henkilöt, jotka eivät osallistuneet järjestötoimintaan, kertoivat suurimmaksi syyksi osallistumattomuuteensa ajanpuutteen. Etenkin pääkaupunkiseudulla ajanpuute korostui. Suurista kaupungeista helsinkiläiset kokivat eniten, ettei heillä ollut tarpeeksi tietoa lähiympäristön järjestötoiminnasta. Sekä miehet että naiset eri ikäryhmissä ja koulutustasoilla kokivat Helsingissä koko maata enemmän tiedon puutetta toiminnasta. Oma tai läheisen huono toimintakyky tai kulkuyhteydet olivat taas helsinkiläisillä selvästi pienempi syy olla osallistumatta järjestötoimintaan kuin muualla maassa.

Lähteet

Idström, A. *Katsaus demokratiaa ja osallisuutta käsittelevän keskustelun nykytilaan,* tutkimuskatsauksia 13/2016.

Jalava J., Koiso-Kanttila S., Pentala O., Murto J., Kaikkonen R. *Osallistuminen sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan maakunnissa ja suurissa kaupungeissa – Miten RAY:n jakamat avustukset heijastuvat osallistumiseen?* Julkaisussa ATH-tutkimuksen tuloksia – Järjestökentän tutkimusohjelma, työpaperi 37/2014, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Kaikkonen R., Murto J., Pentala-Nikulainen O., Koskela T., Virtala E., Härkänen T., Koskenniemi T., Ahonen J., Vartiainen E. & Koskinen S. *Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010-2015.* Verkkojulkaisu: www.thl.fi/ath

Murto J., Pentala O., Koskela T., Jussmäki T. *Poimintoja aikuisväestön terveydestä, hyvinvoinnista ja elinoloista Suomessa 2013–2016 – ATH-tutkimuksen tuloksia.* Tutkimuksesta tiiviisti 7/2017, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Tilastokeskus, vaalitulokset, StatFin, <http://pxnet2.stat.fi/>

Netta Mäki

ALKOHOLINKÄYTTÖ JA HEIKENTYNYT TYÖKYKY



ALKOHOLINKÄYTTÖ JA HEIKENTYNYT TYÖKYKY

Johdanto

Väestön hyvä työ- ja toimintakyky on paitsi itseisarvo myös tärkeä terveys- ja yhteiskuntapoliittinen tavoite. Hyvä työkyky on yhteydessä hyvinvointiin ja tukee yhteiskunnan toimivuutta. Alkoholin riskikäyttö puolestaan on yhteydessä paitsi sairastavuuteen ja kuolleisuuteen niin myös pitkiin sairauspoissaoloihin, työkyvyttömyyseläkkeisiin ja työttömyyteen (Kaila-Kangas ym. 2016). Jos työuria halutaan pidentää ja sairauspoissaoloja vähentää, on alkoholin ongelmakäytön haittoihin kiinnitettävä entistä enemmän huomiota. Tämä on tärkeää etenkin väestön ikääntyessä ja työvoiman saatavuuden muodostuessa haastavammaksi. Alkoholin ongelmakäytön ja heikentyneen työkyvyn yhteyttä ei kuitenkaan ole tutkittu kovin paljoa, eikä helsinkiläisten tilannetta ole aiemmin tarkasteltu erikseen.

Työkyvyn keskeisiksi määrittäjäksi voidaan nähdä terveys, toimintakyky, elintavat, osaminen, arvot ja asenteet, työn monet eri piirteet sekä yksilön lähiyhteisö ja elämäntilanne. Lääketieteellisesti painottuvasta työkyvyn määrittelystä onkin siirrytty työn vaatimusten ja yksilön voimavarojen tasapainon tarkasteluun. (Ilmarinen ym. 2006.) Työkykyä voidaan mitata eri tavoilla. Yleisesti kyselytutkimuksissa käytetty työkyvyn osoitin on vastaajien nollasta kymmeneen pisteyttämä arvio nykyisestä työkyvystään eli niin sanottu työkykypistemäärä. Tutkittavan tulee siinä suhteuttaa nykyinen työkykynsä omaan elinaikaiseen parhaimpaan työkykyynsä. Nolla pistettä vastaa täysin työkyvyttöntä ja kymmenen pistettä työkykyä parhaimmillaan. Toinen usein käytetty mittari kartoittaa sitä, uskooko vastaaja terveytensä puolesta pystyvänsä työskentelemään vanhuuseläkeikänsä saakka. Tässä tutkimuksessa käytetään heikentyneen työkyvyn indikaattoreina kumpaakin näistä.

Alkoholinkäytön ja heikentyneen työkyvyn välistä yhteyttä on tutkittu vähän. Työterveyslaitoksen Työ ja terveys -haastattelututkimuksessa katsottiin, miten hyvä koettu työkyky (9–10 pistettä työkykypistemäärällä mitattuna) ja alkoholin ongelmakäyttöä kuvaavan AUDIT-C-mittarin pistemäärä olivat yhteydessä. Yhteys oli melko heikko ja vain miehillä ongelmakäyttö yhdistyi hieman pienempään osuuteen vastaajia, jotka arvioivat työkykynsä hyväksi. Heikkoa työkykyä ei tässä tutkimuksessa kuitenkaan tarkasteltu. Tutkimuksessa kysyttiin myös, uskooko vastaaja jaksavansa työssä vanhuuseläkeikänsä saakka. Niiden osuus, jotka uskoivat jaksavansa, oli sekä miehillä että naisilla pienin riskikuluttajilla, mutta erot eivät olleet suuret. (Kaila-Kangas ym. 2016.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Terveys 2000 -väestötutkimuksessa tutkittiin työkykynsä työkykypistemäärällä rajoittuneeksi kokeneiden osuutta alkoholin käytön mukaan (Koskinen ym. 2006). Alkoholinmittarina tässä tutkimuksessa käytettiin nautitun alkoholin määrää viikossa. Muuttujasta muodostettiin viisiluokkainen, ja viimeisen luokan rajana käytettiin alkoholinkäytön riskirajaa. Koko väestöä tarkasteltaessa eniten työkykynsä rajoittuneeksi kokevia oli täysin raittiiden ryhmässä. Vähiten työkykyongelmia oli niillä, jotka käyttivät alkoholia, mutta alle riskirajan. Täysin raittiiden muita huonompi työkyky

selittyy ainakin osittain sillä, että raittiita on suhteellisesti eniten työkyvyttömyyseläkeläisten joukossa. Lisäksi alkoholinkäytöstä kokonaan tai lähes kokonaan pidättyvistä osa lie-nee rajoittanut alkoholikäyttöään terveyssyiden tai aikaisempien alkoholiongelmien takia. Työssä käyvien osalta alkoholin käyttömäärä ja työkyky eivät liittyneet toisiinsa.

Helsingin kaupungin työntekijöiden terveyttä, työ- ja elinoloja tutkineessa *Helsinki Health Studyssa* työkyvyn mittareina käytettiin muun muassa psyykkistä ja fyysistä toimintakykyä. Tulosten mukaan sekä alkoholin ongelmakäyttö että humalahakuinen juominen olivat yhteydessä heikentyneeseen psyykkiseen toimintakykyyn (Salonsalmi ym. 2017). Alkoholin ongelmakäyttö oli yhteydessä myös huonoon fyysisen toimintakykyyn, mutta humalahakuinen juominen ei. Tutkimuksessa lisäksi vakioitiin useita tekijöitä, jotka ovat yhteydessä sekä alkoholinkäyttöön että toimintakykyyn, mutta yhteys ongelmakäytön ja molempien toimintakykymittarien välillä jäi selittymättä. Humalahakuinen juominen sen sijaan ei ollut enää yhteydessä psyykkiseen toimintakykyyn näiden vakiointien jälkeen. Tässä tutkimuksessa katsottiin lisäksi viikoittaisen nautitun alkoholimäärän yhteyttä toimintakykyyn, ja tulos oli samantapainen kuin Terveys 2000 -tutkimuksessa: ainoastaan raittiiden toimintakyky oli heikompi kuin muiden. Pelkästään alkoholin käyttömäärää mittaava muuttuja ei ehkä olekaan paras mahdollinen työkykyä tarkasteltaessa, vaan parempi olisi käyttää mittareita, jotka kattavat etenkin alkoholinkäyttöön liittyviä ongelmia.

Helsingiläisten aikuisten elintavat ovat monen tekijän osalta parempia kuin suomalaisten elintavat keskimäärin, mutta poikkeuksen tästä muodostaa alkoholinkäyttö. Sekä alkoholin ongelmakäyttö (AUDIT-C)⁷ että humalahakuinen juominen⁸ ovat selkeästi yleisempiä Helsingissä kuin koko maassa. Alkoholin ongelmakäytön pistemäärä ylittyi 20–54-vuotiaista helsinkiläisistä 41 prosentilla ja 55–74-vuotiaista 30 prosentilla, kun vastaavat luvut koko maassa olivat 36 ja 24 prosenttia (Murto ym. 2017). Vastaavasti humalahakuisesti ilmoitti juovansa nuoremmassa ikäryhmässä 16 prosenttia helsinkiläisistä ja 14 prosenttia koko maan tämän ikäisistä, ja vanhemmassa ikäryhmässä 12 prosenttia helsinkiläisistä, kun koko maan osuus oli kymmenesosa. Alkoholin ongelmakäyttö ja humalahakuinen juominen eroavat iän lisäksi muidenkin tekijöiden, kuten sukupuolen ja koulutuksen mukaan.

Työkykynsä heikentyneeksi kokevien osuus on Helsingissä muuta maata vähäisempää. Ikäryhmässä 20–54-vuotta vajaa 17 prosenttia helsinkiläismiehistä ja 15 prosenttia -naisista koki työkykynsä alentuneeksi, kun koko Suomessa osuus oli 20 prosenttia miehillä ja hie-man yli 17 prosenttia naisilla. (Murto 2017.) Tämä ero Helsingin ja koko maan välillä voi osin selittyä tämän ikäryhmän sisälläkin ikärakenteen erolla, sillä Helsingin ikärakenne on nuorempi kuin muualla maassa keskimäärin (Mäki & Vuori 2017). Vaikka työkykynsä heikentyneeksi kokeneita on Helsingissä muuta maata vähemmän, alkoholin ongelmakäyttö ja humalahakuinen juominen ovat Helsingissä huomattavasti yleisempiä. Tästä syystä on peruteltua tarkastella erityisesti helsinkiläisten osalta, miten alkoholinkäyttö ja heikentynyt työkyky ovat yhteydessä toisiinsa.

7 Indikaattori perustuu AUDIT-C:n kolmeen kysymykseen: "Kuinka usein juotte olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Ottakaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautitte vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä. Valitkaa se vaihtoehto, joka lähinnä vastaa omaa tilannettanne." Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) en koskaan, 2) noin kerran kuukaudessa tai harvemmin, 3) 2–4 kertaa kuukaudessa, 4) 2–3 kertaa viikossa ja 5) 4 kertaa viikossa tai useammin. "Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olette ottanut niinä päivinä, jolloin käytitte alkoholia? Katsokaa oheista laatikkoa." Vastausvaihtoehtoina olivat 1) 1–2 annosta, 2) 3–4 annosta, 3) 5–6 annosta, 4) 7–9 annosta ja 5) 10 tai enemmän. "Kuinka usein olette juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?" Vastausvaihtoehtoina olivat 1) en koskaan, 2) harvemmin kuin kerran kuukaudessa, 3) kerran kuukaudessa, 4) kerran viikossa ja 5) päivittäin tai lähes päivittäin. Kukin kysymys pisteytettiin 0–4 ja pisteet laskettiin yhteen, jolloin kokonaispistemääräksi voi saada 0–12. Tarkastelussa liikakäytön pisterajoina on miehillä vähintään 6 pistettä ja naisilla vähintään 5 pistettä saaneiden osuus. (Murto ym. 2017).

8 Indikaattori perustuu kysymykseen: "Kuinka usein olette juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?" Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) en koskaan, 2) harvemmin kuin kerran kuukaudessa, 3) kerran kuukaudessa, 4) kerran viikossa ja 5) päivittäin tai lähes päivittäin. Tarkastelussa ovat vaihtoehdon 4) kerran viikossa tai 5) päivittäin tai lähes päivittäin vastanneiden osuus. (Murto ym. 2017).

Aineisto ja menetelmät

Tässä artikkelissa selvitetään alkoholin käytön yhteyttä koettuun työkykyyn. Työkyvyn mittareiksi on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen alueellisesta terveys- ja hyvinvointitutkimuksesta valittu kaksi muuttujaa. Ensinnäkin edellä kuvattu työkykypistemäärä, jossa alentuneen työkyvyn rajana on enintään 7 pistettä, ja toiseksi vastaajan arviot siitä, uskooko hän terveytensä puolesta pystyvänsä työskentelemään vanhuuseläkeikään saakka. Vastausvaihtoehdot kysymykseen olivat ”en”, ”todennäköisesti en”, ”todennäköisesti kyllä” ja ”kyllä”. Kaksi ensimmäistä ja kaksi jälkimmäistä luokkaa yhdistettiin.

Tämän artikkelin analyysiin on otettu mukaan alle 60-vuotiaat henkilöt. Heitä kutsutaan jatkossa myös työikäisiksi, vaikka todellisuudessa työikäisiin kuuluu myös moni tätä iäkkäämpi. Aineistosta jätettiin pois eläkkeellä tai työkyvyttömyyseläkkeellä olevat, kuntoutustuen saajat sekä ne, joiden pääasiallisesta toiminnasta ei ollut tietoa.

Vastaajien työkykyä tarkasteltiin useiden sosiodemografisten taustamuuttujien mukaan ristiintaulukolla sekä logistisella regressiomallilla niin, että ikärakenteen erojen mahdollinen vaikutus näiden yhteyksien taustalla vakioitiin pois (Taulukko 1). Sukupuolen, iän, koulutustason ja siviilisäädyn lisäksi taustatekijöistä katsottiin taloudellisten vaikeuksien ja pääasiallisen toiminnan yhteyttä työkykyyn. Taloudellisia vaikeuksia kartoitettiin kysymyksellä, jossa pyydettiin arvioimaan kotitalouden tulojen riittävyttä menojen kattamiseen. Vastausvaihtoehtoja oli kuusi erittäin hankalasta hyvin helppoon, joista aina kaksi äärimmäistä vastausta yhdistettiin. Pääasiallinen toiminta kuvaa vastaajan taloudellisen toiminnan laatua. Osa pääasiallisen toiminnan luokista jätettiin siis pois tämän artikkelin analyseistä, joten mukaan jäivät seuraavat viisi vaihtoehtoa: kokopäivätyössä, osa-aikatyössä tai osa-aikaeläkkeellä, työtön tai lomautettu, perhevapaalla, kotiäiti tai koti-isä ja opiskelija.

Logistisen regressioanalyysin tulokset esitetään ristitulosuhteina eli niin sanottuina odds ratioina. Käytännössä siis malleissa merkitään aina luvulla 1,00 tietyn muuttujan vertailuluokan heikentynyttä työkykyä ja muiden saman muuttujan luokkien työkyky lasketaan suhteessa siihen. Varsinainen kiinnostuksen kohde oli alkoholin käytön ja heikentyneen työkyvyn yhteys, jonka osalta mallinnusstrategia kuvataan alla tarkemmin. Kun eri tekijöiden (esimerkiksi iän) vaikutusta vakioidaan, otetaan ikään kuin huomioon se, että alkoholin käytön ja työkyvyn indikaattoreiden eri luokissa näiden tekijöiden jakaumat ovat erilaiset. Analyysiä tehtiin SAS EG 7.1-ohjelman koodipohjalla.

Tulokset

Heikentyneen työkyvyn yleisyys

Taulukossa 1 esitetään työkykynsä heikentyneeksi kokevien osuudet työkykypistemäärän osalta sekä sen mukaan, uskooko vastaaja jaksavansa työssä eläkeikään saakka Helsingissä muutaman taustamuuttujan mukaan. Kaiken kaikkiaan **työkykypistemäärällä** mitattuna työkykynsä heikentyneeksi koki 14 prosenttia. Tästä osuudesta puolet sai työkykypistemäärän 7 ja puolet vielä pienemmän pistemäärän. Naiset kokivat työkykynsä miehiä harvemmin heikentyneeksi, samoin nuoret harvemmin kuin vanhemmat ikäryhmät. Myös koulutus oli yhteydessä työkykypistemäärään, niin että matalan koulutuksen saaneilla oli huomattavasti useammin heikentynyt työkyky. Iän vakioiminen logistisissa malleissa ei muuttanut sukupuolen ja koulutuksen yhteyttä.

Eronneilla oli huomattavasti useammin heikentynyt työkyky kuin avioliitossa olevilla, mutta osin tämä johtui siitä, että eronneet olivat hieman vanhempia. Toisaalta naimattomien suurempi työkyvyn heikentyminen tuli esiin, kun ikä vakioitiin. Heillä siis nuorempi ikä peitti osin yhteyden heikentyneeseen työkykyyn. Niin ikään taloudelliset vaikeudet olivat yhteydessä työkykypistemäärään. Niillä, joille kotitalouden menojen kattaminen tuloilla oli hankalaa tai erittäin hankalaa, oli peräti kuusinkertainen todennäköisyys alentuneeseen työkykypistemäärään verrattuna niihin, joille menojen kattaminen tuloilla oli helppoa. Myös pääasiallinen toiminta oli yhteydessä työkykypistemäärään, ja työttömillä oli yli kolminkertainen heikentyneen työkyvyn todennäköisyys kokopäivätyössä oleviin verrattuna.

Sekä alkoholin ongelmakäyttö että humalahakuinen juominen olivat selkeästi yhteydessä heikentyneeseen työkykyyn. Alentuneen työkykypistemäärän todennäköisyys oli 50 prosenttia suurempi (OR 1,53) alkoholin ongelmakäyttäjillä kuin niillä, joilla ongelmakäyttöä ei ollut. Humalahakuinen juominen lisäsi heikentynyttä työkykyä vielä voimakkaammin, sillä todennäköisyys oli lähes kaksinkertainen (OR 1,94).

Tulokset olivat osin samanlaiset, osin erilaiset toisen käytetyn työkykymittarin mukaan. Kaiken kaikkiaan lähes 19 prosenttia vastaajista **ei uskonut jaksavansa työssä vanhuuseläkeikään** asti. Sukupuolten välillä ei eroa ollut, ja iänkin mukaan vain ikäryhmässä 50–59 oli nuoria ikäryhmiä enemmän niitä, jotka eivät uskoneet jaksavansa vanhuuseläkeikään saakka. Sen sijaan koulutuksen mukaiset erot olivat suuret, ja myös keskitason koulutuksen saaneet erosivat korkeasti koulutetuista. Heillä oli 1,7-kertainen todennäköisyys siihen, että eivät usko jaksavansa vanhuuseläkeikään saakka verrattuna korkeasti koulutettuihin. Matalan koulutustason vastaajille todennäköisyys oli peräti yli kolminkertainen. Siviilisäädyn osalta yhteys oli samanlainen kuin työkykypistemäärällä, ja naimattomilla ja eronneilla oli suurempi todennäköisyys siihen, että ei usko jaksavansa vanhuuseläkeikään asti töissä. Taloudellisten vaikeuksien ja pääasiallisen toiminnan kohdalla tulokset olivat samanlaiset kuin työkykypistemäärällä tosin niin, että yhteydet olivat hieman heikommat eläkkeelle jaksamisen osalta.

Alkoholin ongelmakäyttö ja erityisesti humalahakuinen juominen olivat hieman lievemmin yhteydessä tähän työkykymittariin. Silti todennäköisyys uskoa, ettei jaksaa töissä vanhuuseläkeikään, oli lähes 50 prosenttia suurempi niillä, joilla oli alkoholin kanssa ongelmia tai jotka joiivat humalahakuisesti.

Taulukko 1. Heikentynyt työkyky (% ja OR) taustamuuttujien ja alkoholin käytön mukaan, 20–59 vuotiaat helsinkiläiset vuosina 2013–2015

	Heikentynyt työkyky työkypypistemäärällä (%)	OR ¹	(95 % Iv)	Ei usko jaksavansa töissä vanhuuseläkeikään (%)	OR ¹	(95 % Iv)
Sukupuoli						
Nainen	13,1	1,00		18,5	1,00	
Mies	15,4	1,20	(1,01–1,43)	18,9	1,02	(0,88–1,18)
Ikäryhmä, vuotta						
20–29	9,1	1,00		17,1	1,00	
30–39	12,5	1,42	(1,09–1,85)	17,6	1,01	(0,83–1,23)
40–49	17,1	2,06	(1,58–2,70)	19,6	1,12	(0,91–1,38)
50–59	22,0	2,81	(2,20–3,60)	22,0	1,23	(1,01–1,50)
Koulutustaso						
Korkea	12,0	1,00		11,3	1,00	
Keski	11,5	0,98	(0,79–1,22)	16,9	1,69	(1,40–2,04)
Matala	19,3	1,73	(1,40–2,13)	30,1	3,33	(2,77–4,01)
Siviilisäät						
Avoliitossa	13,3	1,00		16,7	1,00	
Avoliitossa	12,5	1,28	(1,00–1,64)	17,7	1,10	(0,90–1,35)
Naimaton	14,0	1,51	(1,19–1,91)	20,2	1,29	(1,06–1,57)
Eronnut	24,4	1,87	(1,40–2,51)	24,3	1,47	(1,12–1,92)
Leski	14,2	0,85	(0,2–2,99)	18,6	0,94	(0,32–2,82)
Kotitalouden menojen kattaminen tuloilla						
Helppoa tai hyvin helppoa	6,2	1,00		11,0	1,00	
Melko helppoa	12,1	2,17	(1,67–2,82)	19,9	2,02	(1,64–2,48)
Melko hankalaa	21,2	4,56	(3,47–6,00)	27,7	3,18	(2,53–3,99)
Hankalaa tai erittäin hankalaa	28,7	6,49	(4,84–8,70)	37,9	4,86	(3,80–6,23)
Pääasiallinen toiminta						
Kokopäivätyössä	12,0	1,00		19,4	1,00	
Osa-aikatyössä tai osa-aikaeläkkeellä	19,7	2,17	(1,53–3,06)	26,8	1,53	(1,13–2,06)
Työtön tai lomautettu	33,1	3,82	(2,83–5,15)	35,0	2,26	(1,71–2,98)
Perhevapaalla, kotiäiti tai -isä	13,8	1,67	(1,08–2,60)	19,9	1,02	(0,70–1,48)
Opiskelija	12,1	1,89	(1,38–2,59)	19,2	1,03	(0,80–1,33)
Alkoholin ongelmakäyttö						
Ei	11,7	1,00		15,8	1,00	
Kyllä	16,8	1,53	(1,27–1,84)	22,3	1,43	(1,22–1,68)
Humalahakuinen juominen						
Ei	12,3	1,00		17,2	1,00	
Kyllä	21,3	1,94	(1,54–2,44)	24,3	1,47	(1,18–1,82)
Kaikki (N = 4 950)	14,2			18,7		

¹Ikä vakioitu paitsi ikäryhmän kohdalla.

Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Mitkä tekijät selittävät alkoholin käytön ja heikentyneen työkyvyn yhteyttä

Seuraavaksi katsottiin, mitkä tekijät selittivät alkoholin ongelmakäytön ja humalahakuisen juomisen sekä heikentyneen työkyvyn yhteyttä. Yhteyttä mallinnettiin logistisilla regressiomalleilla, joihin lisättiin vähitellen eri tekijöitä kuvaavia muuttujia eli vakioitiin niiden erojen merkitys. Kuvassa 1 kuvataan käytettyä mallinnusstrategiaa. Ensimmäisessä vaiheessa vakioitiin sellaisia sosiodemografisia taustatekijöitä, joiden tiedetään olevan yhteydessä sekä alkoholinkäyttöön että työkykyyn. Nämä muuttujat on kuvattu taulukossa 1.

Toisessa vaiheessa malliin lisättiin mahdollisena selittävänä tekijänä ensin työtyytyväisyys⁹, sitten terveyttä ja elintapoja indikoivina muuttujina lääkärin diagnosoima tai hoitama masennus sekä liikunnan harrastamattomuus (muuttuja on kuvattu tarkemmin tämän julkaisun artikkelissa ”Kokemus lähiympäristöstä ja liikunta-aktiivisuus”). Viimeisenä malliin lisättiin vielä elämänlaatua kuvaavina tekijöinä yksinäisyys sekä kysymys elämän kokemisesta merkitykselliseksi¹⁰.

Sukupuolta ja ikää lukuun ottamatta nämä tekijät voivat olla joko sellaisia, että alkoholin ongelmakäyttö lisää niiden todennäköisyyttä, mikä sitten osaltaan heikentää työkykyä, tai sellaisia, että ne lisäävät sekä alkoholin ongelmakäytön että heikentyneen työkyvyn todennäköisyyttä. Koska käytössä on poikkileikkausaineisto, ei tekijöiden ajalliseen tai kausaaliseen järjestykseen päästä tässä pureutumaan. Periaatteessa on myös mahdollista, että yhteys alkoholin käytön ja heikentyneen työkyvyn välillä menee toiseen suuntaan kuin mitä kuvassa 1 ajatellaan, eli niin että heikentynyt työkyky aiheuttaakin alkoholin käytön ongelmia. Tässä tutkimuksessa lähdetään kuitenkin perinteisemmästä tavasta hahmottaa yhteyttä, millä tosin ei ole kovin suurta merkitystä, koska aineisto ja asetelma eivät kuitenkaan mahdollista kausaalisuhteiden testaamista.

Kuva 1. Mallinnusstrategia ja selittävät muuttujat



9 Kysymys kuului ATH-lomakkeella: Kuinka tyytyväinen olette nykyiseen / olitte viimeisimpään työhönne? Vastausvaihtoehtona oli viisi luokkaa erittäin tyytyväisestä erittäin tyytymättömään.

10 Kysymys kuului ATH-lomakkeella: Missä määrin tunnette, että elämäne on merkityksellistä? Vastausvaihtoehtoja oli viisi, joiden ääripäät olivat ”en lainkaan” ja ”erittäin paljon”.

Taulukosta 1 nähtiin ikävakioiden ristitulosuhteiden osalta, että alkoholin ongelmakäyttäjillä oli 50 prosenttia suurempi todennäköisyys alentuneeseen työkykypistemäärään ja hieman yli 40 prosenttia suurempi todennäköisyys kokea, ettei usko jaksavansa työssä vanhuuseläkeikään kuin niillä, joilla ei ollut alkoholin ongelmakäyttöä. Kun iän lisäksi muitakin sosiodemografisia taustatekijöitä vakioitiin, nähtiin, että erot alkoholinkäyttöluokkien välillä pienenevät hieman (Taulukko 2, Malli 1). Muut taustatekijät selittivät työkykypistemäärällä mitatun heikentyneen työkyvyn erosta viidenneksen ja vanhuuseläkeikään jaksamisen erosta kuudesosan. Taustatekijöistä ainoastaan sukupuoli ja koulutus pienensivät eroja jonkin verran, mutta muiden merkitys jäi vähäiseksi.

Vastaavasti iän vakioimisen jälkeen humalahakuinen juominen oli yhteydessä molempiin työkykymittareihin, niin että humalahakuisesti juovilla oli jopa kaksinkertainen todennäköisyys alentuneeseen työkykypistemäärään verrattuna niihin, jotka eivät juoneet humalahakuisesti. Muut sosiodemografiset taustatekijät selittivät noin 30 prosenttia humalahakuisen juomisen ja kummankin heikentyneen työkyvyn mittarin yhteydestä. Erot koulutustasossa sekä taloudelliset vaikeudet selittivät yhteyttä eniten.

Tämän jälkeen Mallissa 2 lisättiin analyysiin työtyytyväisyyttä mittaava indikaattori, mutta se pienensi ainoastaan humalahakuisen juomisen ja vanhuuseläkeikään jaksamisen yhteyttä, eikä yhteys ollut enää tämän jälkeen tilastollisesti merkitsevä. Mallissa 3 lisättiin terveyttä ja elintapoja kuvaavat tekijät. Ne pienensivät eroja jossain määrin samoin kuin elämänlaatua mittaavat muuttujat (Malli 4). Sosiodemografisten taustatekijöiden vakioimisen jälkeen malleissa 2–4 mukaan otetut tekijät pienensivät kaiken kaikkiaan alkoholin ongelmakäytön ja molemmilla indikaattoreilla mitatun heikentyneen työkyvyn välistä yhteyttä noin neljänneksellä. Vastaavan suuruinen osa selittyi humalahakuisen juomisen ja eläkkeelle jaksamisen yhteydestä. Humalahakuisen juomisen ja työkykypistemäärän yhteydestä, joka oli alun perin kaikkein voimakkain, selittyi sen sijaan hieman suurempi osa (36 prosenttia).

Taulukko 2. Alkoholin ongelmakäytön ja humalahakuisen juomisen sekä heikentyneen työkyvyn yhteys selittävien muuttujien vakioinnin mukaan. Yhteydet esitetty ristitulosuhteina (OR), 20–59 vuotiaat helsinkiläiset vuosina 2013–2015

	Malli 1: Taustamuuttujat ¹ vakioitu		Malli 2: Malli 1 + Työtyyty- väisyys vakioitu		Malli 3: Malli 2 + Terveyttä ja elintapoja kuvaavat tekijät ² vakioitu		Malli 4: Malli 3 + Elämän- laatua kuvaavat tekijät ³ vakioitu	
	OR	(95 % lv)	OR	(95 % lv)	OR	(95 % lv)	OR	(95 % lv)

Heikentynyt työkyky työkykypistemäärällä

Alkoholin ongelmakäyttö	Ei	1,00		1,00		1,00		1,00	
	Kyllä	1,42	(1,16–1,74)	1,46	(1,18–1,79)	1,36	(1,09–1,70)	1,31	(1,05–1,65)
Humalahakuinen juominen	Ei	1,00		1,00		1,00		1,00	
	Kyllä	1,66	(1,29–2,13)	1,66	(1,27–2,15)	1,53	(1,15–2,04)	1,42	(1,07–1,91)

Jaksaminen vanhuuseläkeikään saakka

Alkoholin ongelmakäyttö	Ei	1,00		1,00		1,00		1,00	
	Kyllä	1,36	(1,14–1,61)	1,36	(1,14–1,63)	1,30	(1,07–1,57)	1,27	(1,04–1,54)
Humalahakuinen juominen	Ei	1,00		1,00		1,00		1,00	
	Kyllä	1,30	(1,03–1,65)	1,27	(0,99–1,63)	1,28	(0,98–1,66)	1,23	(0,94–1,62)

¹ Ikä, sukupuoli, siviilisääty, koulutus, pääasiallinen toiminta ja kokemus taloudellisista vaikeuksista.

² Lääkärin diagnosoima masennus ja liikunnan harrastamattomuus.

³ Yksinäisyys ja elämän kokeminen merkitykselliseksi.

Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Jos lasketaan yhteen sosiodemografisten muuttujien ja muiden tekijöiden vakioimisen vaikutus, niin alkoholin ongelmakäytön ja molemmilla mittareilla mitatun heikentyneen työkyvyn yhteydestä saatiin selitettyä noin 40 prosenttia, ja humalahakuisuuden ja heikentyneen työkyvyn yhteydestä vastaavasti noin puolet. Hyvin paljon alkoholin käytön ja työkyvyn yhteydestä jäi siis myös selittämättä.

Pohdinta

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin helsinkiläisten osalta, miten alkoholinkäyttö ja heikentynyt työkyky ovat yhteydessä. Vaikka heikentynyt työkyky on Helsingissä vähäisempää kuin koko Suomessa keskimäärin, alkoholin ongelmakäyttö ja humalahakuinen juominen ovat selvästi yleisempiä, joten ilmiötä on perusteltua katsoa helsinkiläisten osalta.

Kaiken kaikkiaan itse arvioidulla työkykypistemäärällä mitattuna työkykynsä heikentyneeksi kokee 14 prosenttia helsinkiläisistä ja peräti lähes 19 prosenttia ei usko jaksavansa töissä vanhuuseläkeikään asti. Sekä alkoholin ongelmakäyttö että humalahakuinen juominen ovat selkeästi yhteydessä heikentyneeseen työkykyyn. Alentuneen työkykypistemäärän todennäköisyys oli 50 prosenttia suurempi alkoholin ongelmakäyttäjillä kuin niillä, joilla ongelmakäyttöä ei ollut. Humalahakuinen juominen lisäsi heikentynyttä työkykyä vielä voimakkaammin, sillä todennäköisyys oli lähes kaksinkertainen. Toiseen työkykymittariin, eli siihen, uskooko jaksavansa töissä vanhuuseläkeikään saakka, alkoholin ongelmakäyttö ja erityisesti humalahakuinen juominen olivat hieman lievemmin yhteydessä. Silti todennäköisyys uskoa, ettei jaksata töissä vanhuuseläkeikään, oli lähes 50 prosenttia suurempi niillä, joilla oli alkoholin kanssa ongelmia tai jotka joivat humalahakuisesti.

Tässä tutkimuksessa vakioitiin useiden sellaisten tekijöiden vaikutus, joiden tiedetään olevan yhteydessä sekä alkoholinkäyttöön että työkykyyn. Alkoholin ongelmakäytön ja heikentyneen työkyvyn yhteydestä saatiin selitettyä noin 40 prosenttia kaikkien näiden tekijöiden vakioimisella, ja humalahakuisuuden ja heikentyneen työkyvyn yhteydestä vastaavasti noin puolet. Hyvin paljon alkoholin käytön ja työkyvyn yhteydestä jäi selittymättä, ja alkoholin käytön ja heikentyneen työkyvyn välinen yhteys vaikuttaakin siis todelliselta. Itsearvioitua terveydentilaa ei malleissa vakioitu, sillä se mittaa käytännössä katsoen samaa asiaa kuin heikentynyt työkyky. Niistä, jotka arvioivat terveydentilansa hyväksi, alle kahdella prosentilla oli heikentynyt työkyky työkykypistemäärällä mitattuna ja vajaa 12 prosenttia ajatteli, ettei jaksata työssä vanhuuseläkeikään. Vastaavat osuudet niillä, jotka arvioivat terveydentilansa huonoksi, olivat 57 ja 83 prosenttia.

Tämän tutkimuksen kanssa samantapainen tulos on aikaisemmin saatu Helsingin kaupungin työntekijöiden toimintakykyä arvioivassa tutkimuksessa (Salonsalmi 2017). Myös siinä alkoholinkäyttö oli yhteydessä heikentyneeseen toimintakykyyn silloin, kun käyttöä mitattiin alkoholiongelmiä tarkastelevalla mittarilla. Sen sijaan viikoittaista alkoholimäärää kuvaava muuttuja ei ollut yhteydessä toimintakyvyn alenemiseen. Myös Terveys 2000 -väestötutkimuksessa tutkittiin työkykynsä työkykypistemäärällä rajoittuneeksi kokeneiden osuutta viikossa nautitun alkoholin määrän mukaan, eikä yhteyttä ollut (Koskinen ym. 2006). Olennaista vaikuttaa olevan nimenomaan alkoholinkäyttöön liittyvien ongelmien kattaminen kyselyissä pelkästään alkoholin käyttömäärää mittaavan muuttujan sijaan.

Toisin kuin yleensä ehkä ajatellaan, valtaosa työikäisistä alkoholin riskikuluttajista ja jopa alkoholiriippuvaisistakin on mukana työelämässä (Halme ym. 2008). Työterveyslaitoksen Työ ja terveys -tutkimuksen mukaan vuonna 2012 työssä käyvistä miehistä 39 prosenttia ja naisista 14 prosenttia olikin alkoholin riskikäyttäjiä (Kauppinen ym. 2013). Alkoholin käytön ja heikentyneen työkyvyn välinen yhteys vaikuttaa todelliselta, eikä ole selitettävissä ainakaan tässä tutkimuksessa mukana olleilla tekijöillä. Jos väestön ikääntyessä heikentynyttä työkykyä halutaan ehkäistä, työn laatua ja tuottavuutta pitää yllä ja työuria pidentää, on alkoholin ongelmakäytön haittoihin kiinnitettävä entistä enemmän huomiota.

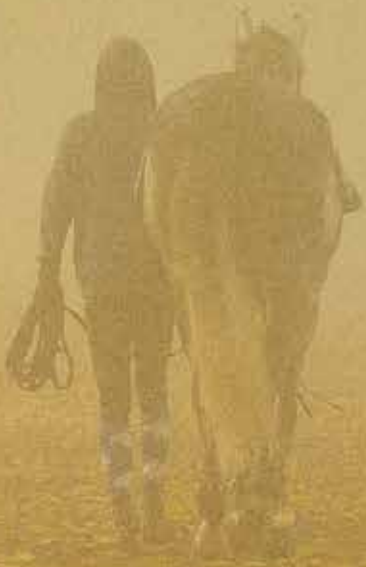
Kirjallisuus

- Halme J.T., Seppä K., Alho H., Pirkola S., Poikolainen K., Lönnqvist J. & Aalto M. (2008):** *Hazardous drinking: Prevalence and associations in the Finnish general population.* Alcoholism, Clinical and Experimental Research 28:1615-22
- Ilmarinen J., Gould R., Järvikoski A. & Järvisalo J. (2006):** Työkyvyn moninaisuus. Teoksessa Gould R., Ilmarinen J., Järvisalo J. & Koskinen S. (toim.): *Työkyvyn ulottuvuudet.* Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. KTL: Helsinki.
- Kaila-Kangas L., Hirvonen L., Hirvonen M., Kivekäs T., Koskinen A., Laitinen J., Leino-Arjas P., Perkiö-Mäkelä M., Remes J., Härkänen T. & Ala-Mursula L. (2016):** *Alkoholi ja työkyky suomalaisten väestöaineistojen valossa.* Työterveyslaitos: Helsinki.
- Kauppinen T., Mattila-Holappa P., Perkiö-Mäkelä M., Saalo A., Toikkanen J., Tuomivaara S., Uuksulainen S., Viluksela M. & Virtanen S. (2013):** *Työ ja terveys Suomessa 2012. Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista.* Työterveyslaitos: Helsinki.
- Koskinen S., Martelin T., Sainio P. & Gould R. (2006):** Elintavat. Teoksessa Gould R., Ilmarinen J., Järvisalo J. & Koskinen S. (toim.): *Työkyvyn ulottuvuudet.* Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. KTL: Helsinki.
- Murto J., Kaikkonen R., Pentala-Nikulainen O., Koskela T., Virtala E., Härkänen T., Koskenniemi T., Jussmäki T., Vartiainen E. & Koskinen S. (2017).** *Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus ATH:n perustulokset 2010-2017.* Verkojulkaisu: www.thl.fi/ath
- Mäki N. & Vuori P. (2017):** *Helsingin väestö vuodenvaihteessa 2016/2017 ja väestönmuutokset vuonna 2016.* Kaupunkitutkimus ja -tilastot, Tilastoja 2017:1.
- Salonsalmi A., Rahkonen O., Lahelma E. & Laaksonen M. (2017):** *The association between alcohol drinking and self-reported mental and physical functioning: a prospective cohort study among City of Helsinki employees.* BMJ Open 7(4). DOI: 10.1136/bmjopen-2016-014368.



Netta Mäki

KOKEMUS LÄHIYMPÄRISTÖSTÄ JA LIIKUNTA- AKTIIVISUUS



KOKEMUS LÄHIYMPÄRISTÖSTÄ JA LIIKUNTA-AKTIIVISUUS

Liikunnalla on huomattavia terveysvaikutuksia, ja se on yksi tehokkaimmista keinoista edistää terveyttä ja ylläpitää toimintakykyä. Vähäinen liikunta-aktiivisuus on keskeinen useiden kroonisten sairauksien riskitekijä. Tutkimusten mukaan liikunta vähentää muun muassa verenkiertoelinten sairauksien, syöpien ja diabeteksen riskiä. Fyysinen aktiivisuus myös vähentää sairauksien muiden riskitekijöiden, esimerkiksi korkean verenpaineen ja metabolisen oireyhtymän yleisyyttä. (Lee ym. 2012.) Säännöllisellä liikunnalla on suotuisia vaikutuksia laajemminkin niin fyysiseen kuin henkiseen hyvinvointiin ja jopa elämänlaatuun (esim. Rutanen 2017). Suomalaiset kuitenkin liikkuvat keskimäärin liian vähän tai liian yksipuolisesti (Husu ym. 2011). Lisäksi kun kansainvälisissä ja kansallisissa liikuntasuosituksissa on alettu korostaa entistä enemmän myös rasiustasoltaan raskaamman liikunnan harrastamisen sekä lihaskunnan harjoittamisen merkitystä, yhä harvempi suomalainen liikkuu suositusten mukaisesti riittävän paljon tai tarpeeksi monipuolisesti.

Tässä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita erityisesti siitä, miten lähiympäristön koetut ominaisuudet, kuten esimerkiksi julkiset liikenneyhteydet, kulkuväylien valaistus ja liukkaus sekä vaaralliset risteykset, ovat yhteydessä liikunta-aktiivisuuteen. Nämä ovat siis tekijöitä tai mekanismeja, jotka saattavat vähentää liikunta-aktiivisuutta tai jopa estää liikkumista ja joihin puuttamalla voidaan parantaa ihmisten mahdollisuuksia ja haluja liikkua. Lähiympäristön ja liikunnan yhteyttä on tutkittu jonkin verran, ja näyttäisi siltä, että Suomessa kokemus asuinalueen turvallisuudesta, ilkalta ja rikollisuus sekä huono valaistus samoin kuin mahdollisesti vaaralliset risteykset ja liikenteen melu ovat yhteydessä vapaaajan liikunta-aktiivisuuteen (Mäki-Opas 2013). Lisäksi iäkkäiden kohdalla näyttäisi, että ainakin pitkät etäisyyden palveluihin sekä levähdysmahdollisuuksien puute matkalla vähentävät liikunnan määrää. Sen sijaan liikenteen melua tai isoja risteyksiä ikäihmiset eivät koe ongelmaksi liikunta-aktiivisuuden näkökulmasta. (Rantakokko ym. 2012.)

Kansainvälisissä tutkimuksissa ne lähiympäristön piirteet, joista ollaan kiinnostuttu, vaihtelevat suuresti alueittain ja tutkimusten välillä. Luultavasti tähän liittyen tulokset ovat olleet osin epäjohdonmukaisia. Yleisimmin liikunta-aktiivisuutta näyttäisi kuitenkin lisäävän palvelujen läheisyys, määränpään saavuttaminen kätevästi liikkumalla sekä kävelyteiden ja pururatojen tai polkujen olemassaolo (Bauman ja Bull 2007). Sen sijaan katujen valaistus, koettu turvallisuus tai rikollisuuden määrä alueella eivät pääsääntöisesti ole muualla maailmassa tehdyissä tutkimuksissa yhteydessä liikunta-aktiivisuuteen. Tämä päinvastainen tulos verrattuna suomalaistutkimuksiin viittaa ilmiön jonkinasteiseen kontekstisidonnaisuuteen. Vaikka turvallisuuden tunnetta sinänsä on helsinkiläisten osalta tutkittu paljonkin (esim. Keskinen & Laihin 2017), niin Helsingin – ja käsittääkseni minkään muunkaan suomalaiskaupungin – osalta sen ja liikunta-aktiivisuuden yhteyksiä ei ole aikaisemmin tutkittu.

Liikunnan hyvinvointia ja terveyttä edistävät vaikutukset on tunnettu hyvin jo pitkään. Viime aikoina on lisääntynyt myös tietämys liikkumattomuuden seurauksista. Tässä katsauksessa ollaankin kiinnostuttu helsinkiläisten osalta fyysisen aktiivisuuden molemmista päistä. Alkuun tarkastellaan vapaa-ajan liikuntaa harrastamattomia helsinkiläisiä ja sen

jälkeen asiaa tarkennetaan tutkimalla toisaalta terveysliikuntaa ja toisaalta kuntoliikuntaa harrastavia. Kaikkien liikunta-aktiivisuuden muotojen osalta ollaan siis kiinnostuneita erityisesti siitä, miten kokemus lähiympäristön piirteistä on yhteydessä niihin.

Aineisto ja menetelmät

Alueellisessa terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa on liikunta-aktiivisuuden osalta kolme mittaria, jotka kattavat 20 vuotta täyttäneet. Näistä tarkastellaan tässä ensin liikuntaa harrastamattomia eli niitä vastaajia, jotka eivät liiku säännöllisesti juuri ollenkaan viikoittain. Sen jälkeen liikunnan harrastamista tarkennetaan katsomalla vapaa-ajan liikunta-aktiivisuutta erikseen terveys- ja kuntoliikunnan osalta. Terveysliikuntaa ovat kaikki sellaiset osin arkisetkin toimet, joissa ihminen liikkuu. Se kattaa esimerkiksi kävellen tai pyörällä tehdyt kauppamatkat, siivoamista, pihatöitä ja marjastusta. Kunto ei välttämättä terveysliikunnan myötä kohoa, mutta nämä toimet vaikuttavat silti suotuisasti terveyteen. Kuntoliikunta eli liikunta, joka kuormittaa fyysisesti sekä aiheuttaa hikoilua ja hengästymistä, sen sijaan pitää yllä terveyttä ja kohottaa lisäksi kuntoa. (UKK-instituutti 2017)

Tutkimuslomakkeella kysyttiin ensinnäkin: ”Kuinka paljon kaikkiaan liikutte viikoittain?”. Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) ei juuri mitään säännöllistä liikuntaa joka viikko 2) verkkaista ja rauhallista kestävyysliikuntaa 3) ripeää ja reipasta kestävyysliikuntaa 4) voimaperäistä ja rasittavaa kestävyysliikuntaa 5) lihaskuntoharjoittelua 6) tasapainoharjoittelua tai muuta liikehallintaa kehittävästä liikuntaa, joista oli mahdollista valita useampi vaihtoehto. Liikuntaa harrastamattomiksi katsottiin ne, jotka ovat vastanneet ainoastaan vastausvaihtoehdon ”1) ei juuri mitään säännöllistä liikuntaa joka viikko”.

Vapaa-ajan liikunta-aktiivisuuden luonnetta kartoitettiin kysymyksellä: ”Kuinka paljon liikutte ja rasitate itseänne ruumiillisesti vapaa-aikana?”. Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) luen, katselen televisiota ja teen askareita, jotka eivät juuri rasita ruumiillisesti 2) kävellen, pyöräillen tai teen kevyttä koti- ja pihatyötä yms. useita tunteja viikossa 3) harrastan varsinaista kuntoliikuntaa tai urheilua kuten juoksua, hiihtoa, uintia tai pallopelejä useita tunteja viikossa. Keskimmäisen vastausvaihtoehdon voidaan tulkita kuvaavan vastaajan terveysliikunta-aktiivisuutta ja kolmannen vastausvaihtoehdon kuntoliikuntaharrastusta.

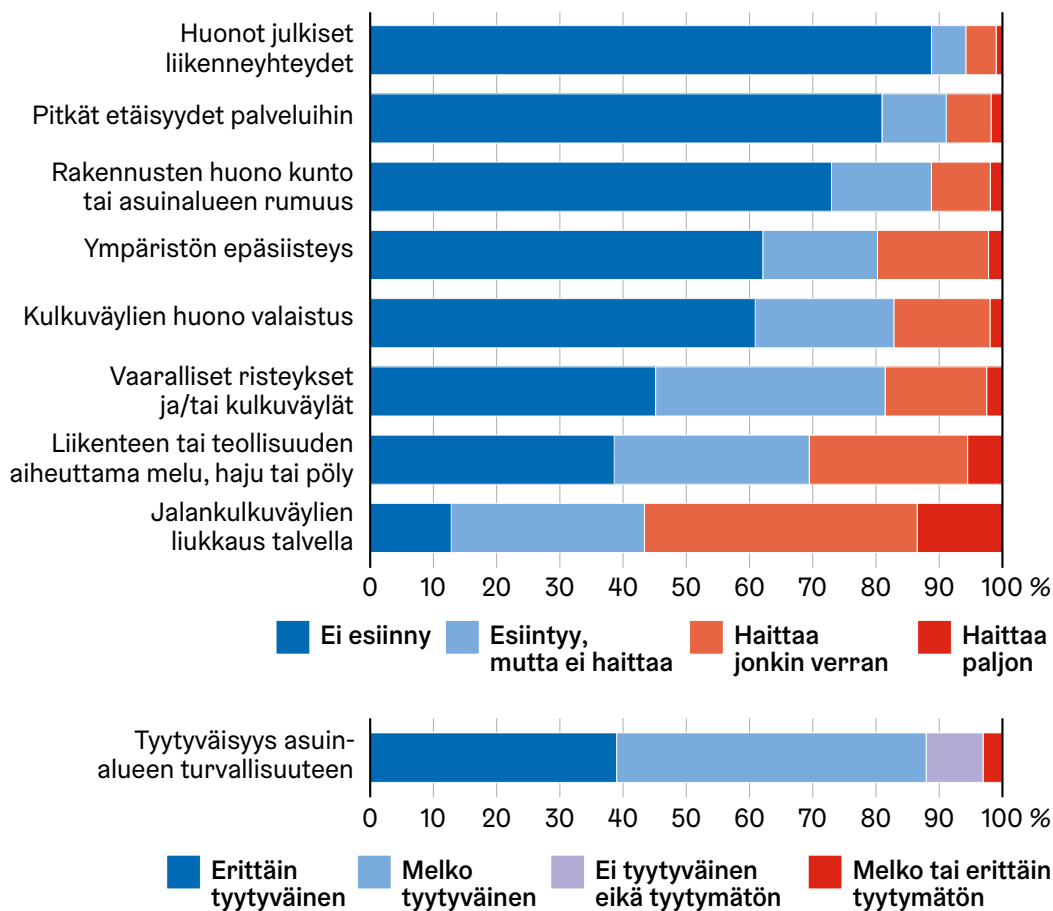
Lähiympäristön koettuja ominaisuuksia kartoitettiin kysymyspatteristolla, jossa vastaajia pyydettiin kertomaan ”Esiintyykö asuntonne lähiympäristössä seuraavia tekijöitä, ja missä määrin ne haittaavat Teitä?": vaaralliset risteykset ja/tai kulkuväylät, jalankulkuväylien liukkaus talvella, kulkuväylien huono valaistus, liikenteen tai teollisuuden aiheuttama melu, haju tai pöly, pitkät etäisyyden palveluihin (esimerkiksi kaupat), huonot julkiset liikenneyhteydet, ympäristön epäsiisteys sekä rakennusten huono kunto tai asuinalueen rumuus. Lomakkeella kysyttiin myös petoeläinten aiheuttamasta uhasta, mutta se jätettiin tästä helsinkiläisiä koskevasta tarkastelusta pois. Jokaisen tekijän kohdalla vastaajaa pyydettiin arvioimaan neljäloukkaisella asteikolla, miten paljon mainittu tekijä haittaa. Vaihtoehtoja oli neljä¹¹ ja analyyseissä skaalan kaksi ensimmäistä vaihtoehtoa yhdistettiin. Lisäksi tutkimukseen osallistuneilta on erikseen kysytty, miten tyytyväisiä he ovat asuinalueen turvallisuuteen. Vastausvaihtoehtoja oli viisi¹², joista kaksi ensimmäistä – erittäin tai melko tyytyväinen – yhdistettiin.

11 Mainittua tekijää ei esiinny asunnon lähiympäristössä, tekijää esiintyy, mutta se ei haittaa, tekijä haittaa jonkin tai tekijä haittaa paljon.

12 Erittäin tyytyväinen, melko tyytyväinen, en tyytyväinen enkä tyytymätön, melko tyytymätön sekä erittäin tyytymätön.

Selvästi eniten haittaa kaupunkilaiset kokivat jalankulkuväylien liukkaudesta talvella, sillä useamman kuin joka toisen mielestä liukkaus haittaa ainakin jonkin verran (Kuvio 1). Kolmasosan mielestä haittaa aiheuttaa liikenteen tai teollisuuden aiheuttama melu, haju tai pöly, ja joka viidennen mielestä ympäristön epäsiisteys. Myös vaaralliset risteykset ja kulkuväylät sekä kulkuväylien huonon valaistuksen koki haittaavaksi lähes joka viides helsinkiläinen. Sen sijaan pitkät etäisyydet palveluihin ja huonot julkiset liikenneyhteydet eivät olleet kovin monen helsinkiläisen mielestä ongelma. Suurin osa – 88 prosenttia – kaupunkilaisista oli myös tyytyväinen oman asuinalueensa turvallisuuteen. Joka kymmenes ilmoitti, ettei ole sen enempää tyytyväinen kuin tyytymätönkään, ja vain kolme prosenttia kertoi olevansa melko tai erittäin tyytymätön.

Kuvio 1. Kokemus lähiympäristön piirteistä (%) Helsingissä, 20 vuotta täyttäneet miehet ja naiset 2013–2015



Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Perusjakaumat liikkumattomuudesta sekä terveys- ja kuntoliikunnasta on Helsingin osalta esitetty jo aiemmin (Haapamäki ja Alshail 2016). Niiden mukaan liikunnan harrastamattomuus on yleisempää iäkkäillä sekä vähemmän koulutetuilla. Miehet harrastavat kuntoliikuntaa naisia enemmän, naiset puolestaan terveysliikuntaa enemmän kuin miehet. Koulutusryhmittäiset erot ovat nähtävillä myös kuntoliikunnan osalta, mutta terveysliikunnassa vastaavia eroja ei ole. Näiden erojen merkitystä tämän raportin tuloksien osalta tarkasteltiin myös, ja niistä tarkemmin alla.

Seuraavassa tuloksista esitellään ensin helsinkiläisten liikunta-aktiivisuutta kuvaavia jakaumia. Osassa analyysejä liikunta-aktiivisuus on ikävakioitu, jolloin vakioväestö on

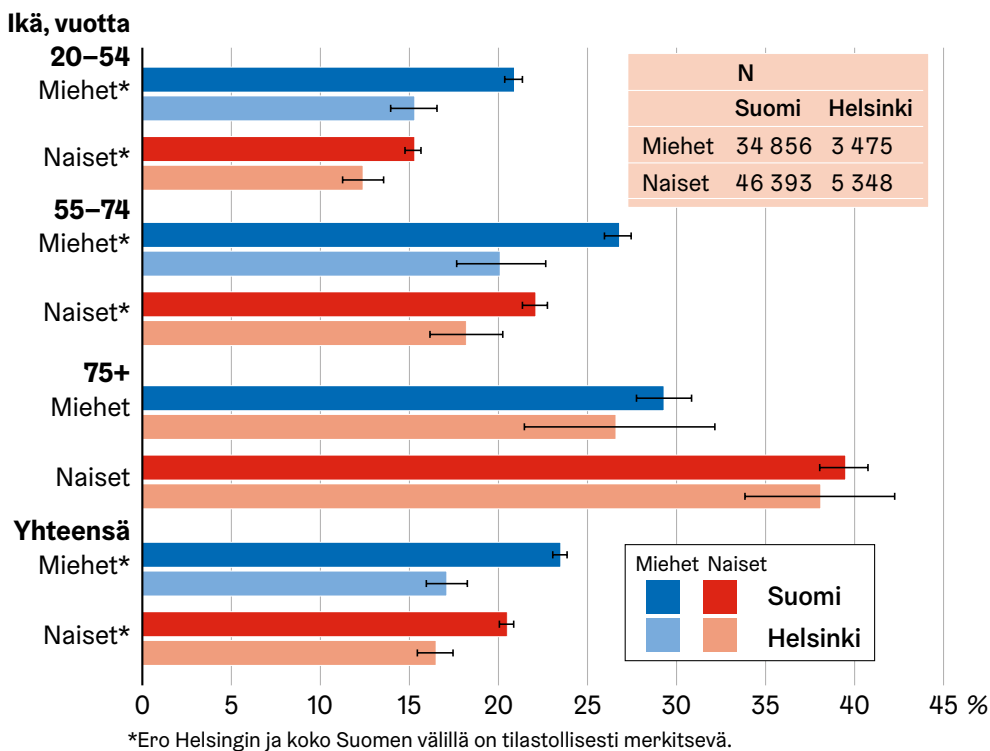
laskettu niin kutsutusta Euroopan vakioväestöstä (Eurostat 2013). Liikuntasuosituksset ovat hyvin samanlaiset alle ja yli 65-vuotiaille aikuisille (UKK-instituutti 2017), joten koska tässä tutkimuksessa tarkastellaan liikunta-aktiivisuuden suuria linjoja (liikuntaa harrastamattomat / terveysliikunta / kuntoliikunta), analyysit sisältävät kaikki 20 vuotta täyttäneet. Lähiympäristön piirteiden ja liikunta-aktiivisuuden välistä yhteyttä analysoidaan logistisella regressiomallilla ja tulokset esitetään odds ratioina eli ristitulosuhteina. Malleissa merkitään aina luvulla 1,00 selittävän muuttujan (eli tässä tapauksessa lähiympäristön piirteitä kuvaan muuttujan) yhden luokan liikunta-aktiivisuus, ja muiden selittävän muuttujan luokkien liikunta-aktiivisuus lasketaan suhteessa siihen. Mallinnukset tehtiin SAS EG 7.1-ohjelman koodipohjalla.

Iän ja lähiympäristön ominaisuuksilla ei ollut yhdysvaikutusta liikunta-aktiivisuuteen, vaan yhteys oli samanlainen kolmessa laajassa ikäryhmässä, joten malleissa (Taulukot 2 ja 3) kaikenikäiset voitiin pitää samassa aineistossa niin että ikä vakioitiin sukupuolen lisäksi. Myös koulutuksen vakioimista testattiin, mutta tulokset eivät juuri muuttuneet, joten se jätettiin pois lopullisista malleista.

Tulokset

Helsingiläiset liikkuvat enemmän kuin suomalaiset keskimäärin, sillä kun kaikista 20–55-vuotiaista suomalaisista 16 prosenttia harrasti suosituksen mukaisesti kestävyysliikuntaa ja lihaskuntoharjoittelua¹³, niin helsinkiläisistä vastaava osuus oli reilu viidennes. Vastaavasti vapaa-ajan liikuntaa harrastamattomien osuus on Helsingissä pienempi kuin muualla maassa etenkin alle 75-vuotiaiden ikäryhmissä (Kuvio 2).

Kuvio 2. Liikuntaa harrastamattomien osuus (%) iän ja sukupuolen mukaan sekä 95 prosentin luottamusväli koko maassa ja Helsingissä vuosina 2013–2015

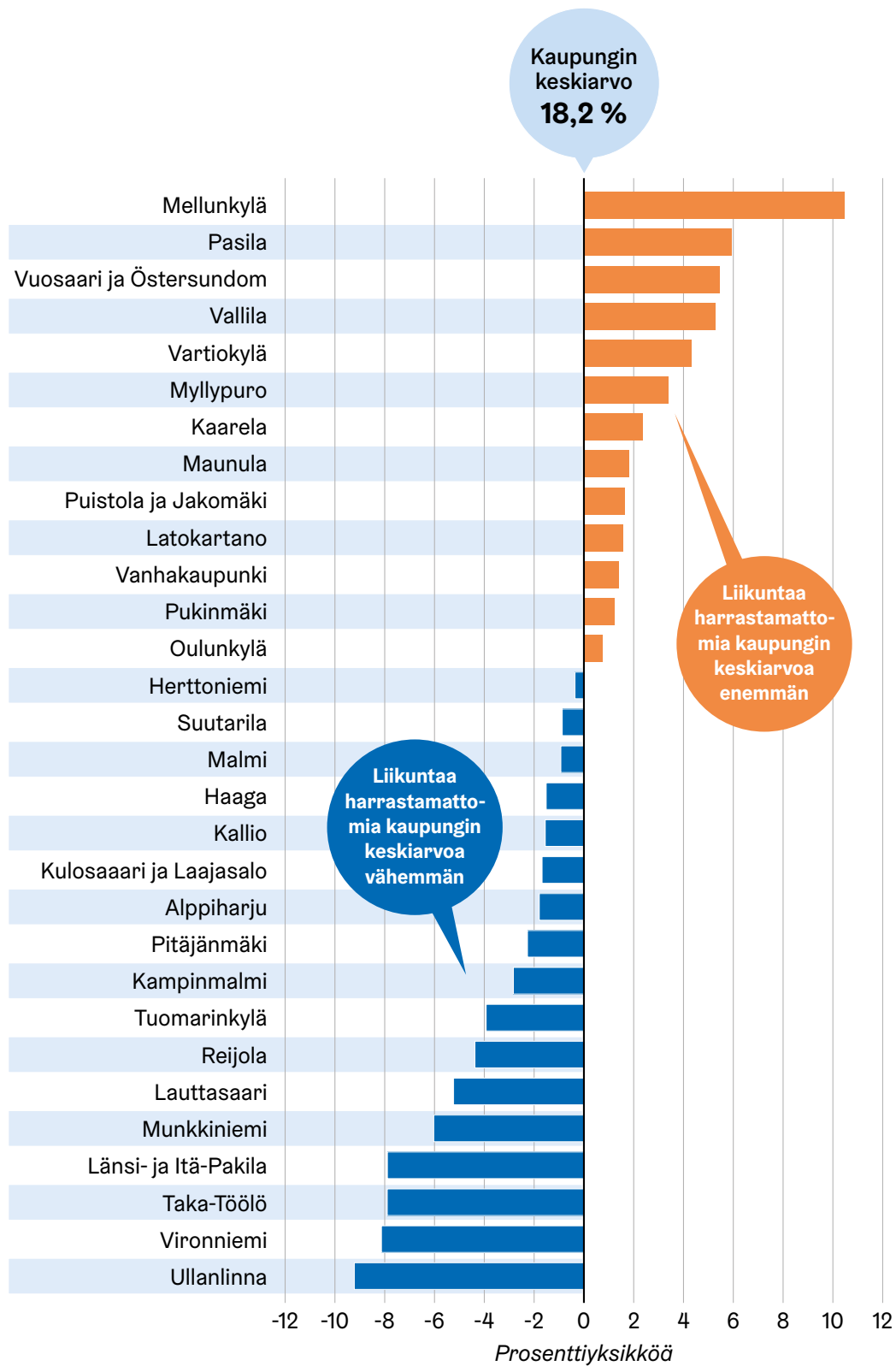


Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Mutta myös Helsingissä on runsaasti liikuntaa harrastamattomia, ja alueelliset erot ovat suuret. Kun koko kaupungin tasolla liikuntaa harrastamattomien ikävakioitu osuus oli 18 prosenttia, niin osuus vaihteli Ullanlinnan yhdeksästä prosentista Mellunkylän yli 28 prosenttiin. Kuviossa 3 liikuntaa harrastamattomien ikävakioitu osuus peruspiireittäin esitetään suhteessa kaupungin keskiarvoon. Mellunkylässä on näin ollen yli 10 prosenttiyksikköä enemmän liikuntaa harrastamattomia kuin kaupungissa keskimäärin, Ullanlinnassa sen sijaan lähes 10 prosenttiyksikköä vähemmän. Yli viisi prosenttiyksikköä kaupungin keskiarvoa enemmän liikuntaa harrastamattomia löytyy myös Pasilasta, Vuosaaren ja Östersundomin yhdistetyltä alueelta sekä Vallilasta. Vähiten liikuntaa harrastamattomia oli puolestaan Ullanlinnan lisäksi Vironniemellä, Taka-Töölössä sekä Pakilassa.

¹³ Perustuu samaan kysymykseen, josta liikuntaa harrastamattomien osuus on laskettu. Suositusten mukaisesti liikkuvat ne, joiden kohdalla UKK-instituutin liikuntapiirakan mukaiset suositukset täytyvät viikoittaisessa liikunnassa.

Kuvio 3. Liikuntaa harrastamattomien ikävakioidun osuuden ero suhteessa kaupungin keskiarvoon peruspiireittäin 2013–2015



Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Tässä tarkastelussa ei kuitenkaan olla kiinnostuneita varsinaisista aluevaikutuksista, vaan katsotaan yleisellä tasolla, miten vastaajien kokemus erilaisista lähiympäristöä kuvaavista tekijöistä on yhteydessä liikunnan harrastamiseen. Kokemusta lähiympäristöstä on kysytty edellä kuvatulla tavalla kysymyspatteristolla, josta mukaan valittiin kahdeksan kysymystä. Näiden lisäksi tarkasteltiin sitä, miten tyytyväisyys asuinalueen turvallisuuteen on yhteydessä liikkumiseen.

Taulukossa 2 esitetään tulokset liikunnan harrastamattomuuden osalta. Malleissa merkitään luvulla 1,00 niiden liikunnan harrastamattomuus, jotka kokevat, että heidän lähiympäristössään ei joko ole kysytyjä tekijöitä tai niistä ei ole haittaa. Tämä ryhmä muodostaa siis vertailuryhmän, ja tähän lukuun verrataan niiden liikunnan harrastamattomuutta, jotka kokevat, että näitä tekijöitä on, ja niistä on haittaa joko jonkin verran tai paljon.

Esimerkiksi niiden, jotka kokevat, että rakennusten huonosta kunnosta tai asuinalueen rumuudesta on haittaa jonkin verran, liikunnan harrastamattomuuden ristitulosuhde on 1,17-kertainen eli 17 prosenttia suurempi kuin niiden, joiden mielestä lähiympäristössä joko ei ole huonokuntoisia rakennuksia tai asuinalue ei ole ruma tai jotka eivät koe tällaisesta haittaa. Vastaavasti jos tästä lähiympäristön piirteestä on paljon haittaa, on liikunnan harrastamattomuus 1,24-kertainen eli neljänneksen suurempi kuin vertailuryhmässä. Näin ollen kokemus lähiympäristön rumuudesta lisää liikkumattomuuden todennäköisyyttä jonkin verran, vaikkakin täytyy huomata, että nämä yhteydet eivät ole tilastollisesti merkitseviä, vaan voivat periaatteessa johtua satunnaisuudesta.

Muiden lähiympäristön piirteiden yhteys liikunnan harrastamattomuuteen on tulkittavissa samalla tavalla. Tilastollisesti merkitsevä yhteys löytyi muutaman muuttujan osalta. Pitkät etäisyyden palveluihin lisäsivät selvästi liikunnan harrastamattomuuden todennäköisyyttä: jos pitkästä etäisyydestä koettiin paljon haittaa, liikkumattomuuden todennäköisyys oli jopa kaksinkertainen. Kulkuväylien huono valaistus myös lisäsi liikunnan harrastamattomuutta, mutta ryhmä, jossa haittaa koettiin paljon, oli melko pieni, eikä yhteys tämän muuttujan luokan osalta ole tilastollisesti merkitsevä. Jos kuitenkin tarkastellaan valaistuksen osalta haittaa kokevien ryhmiä yhdessä, lisäsi tämä ympäristön piirre liikkumattomuutta tilastollisesti merkitsevästi 25 prosentilla (tulosta ei näytetä). Jalankulkuväylien liukkaus talvella lisäsi selkeästi liikunnan harrastamattomuutta silloin, kun tästä koettiin olevan paljon haittaa. Niin ikään tyytyväisyys asuinalueen turvallisuuteen oli yhteydessä liikkumattomuuteen: niillä, jotka kokivat olevansa melko tai erittäin tyytymättömiä turvallisuuteen, oli noin kaksinkertainen todennäköisyys liikunnan harrastamattomuuteen.

Myös joidenkin muiden piirteiden osalta yhteys lähiympäristön piirteen ja liikuntaaktiivisuuden välillä on nähtävissä – erityisesti silloin kuin piirteestä on paljon haittaa – vaikkakaan tulokset eivät ole tilastollisesti merkitseviä. Esimerkiksi huonot julkiset liikenneyhteydet näyttävät lisäävän liikkumattomuutta ja jos haittaa kokevat ryhmät yhdistetään, liikkumattomuuden ristitulosuhde on 1,35-kertainen ja yhteys on tilastollisesti merkitsevä (tulosta ei näytetä).

Sen sijaan näyttää siltä, että liikenteen tai teollisuuden aiheuttama melu, haju tai pöly ei selitä liikunnan harrastamattomuutta niin kuin ei myöskään ympäristön epäsiisteys ja vaaralliset risteykset tai kulkuväylät etenkin silloin kuin niistä koetaan vain jonkin verran haittaa.

Taulukko 2. Liikunnan harrastamattomuus (odds ratio eli OR sekä 95 prosentin luottamusväli) sen mukaan, miten haittaavaksi lähiympäristön eri ominaisuudet koetaan, 20 vuotta täyttäneet helsinkiläiset miehet ja naiset 2013–2015

Kokemus lähiympäristöstä		OR ¹	(95 % Iv)
Rakennusten huono kunto tai asuinalueen rumuus	Ei ole tai ei haittaa	1,00	
	Haittaa jonkin verran	1,17	(0,93–1,49)
	Haittaa paljon	1,24	(0,71–2,15)
Vaaralliset risteykset ja/tai kulkuväylät	Ei ole tai ei haittaa	1,00	
	Haittaa jonkin verran	0,97	(0,81–1,16)
	Haittaa paljon	1,27	(0,85–1,90)
Pitkät etäisyydet palveluihin	Ei ole tai ei haittaa	1,00	
	Haittaa jonkin verran	1,55	(1,27–1,88)
	Haittaa paljon	2,30	(1,64–3,23)
Kulkuväylien huono valaistus	Ei ole tai ei haittaa	1,00	
	Haittaa jonkin verran	1,23	(1,03–1,47)
	Haittaa paljon	1,43	(0,90–2,28)
Huonot julkiset liikenneyhteydet	Ei ole tai ei haittaa	1,00	
	Haittaa jonkin verran	1,30	(0,99–1,71)
	Haittaa paljon	1,58	(0,97–2,57)
Jalankulkuväylien liukkaus talvella	Ei ole tai ei haittaa	1,00	
	Haittaa jonkin verran	0,96	(0,82–1,12)
	Haittaa paljon	1,70	(1,41–2,05)
Liikenteen tai teollisuuden aiheuttama melu, haju tai pöly	Ei ole tai ei haittaa	1,00	
	Haittaa jonkin verran	0,95	(0,81–1,12)
	Haittaa paljon	1,12	(0,84–1,50)
Ympäristön epäsiisteys	Ei ole tai ei haittaa	1,00	
	Haittaa jonkin verran	1,05	(0,88–1,25)
	Haittaa paljon	1,45	(0,95–2,22)
Tyytyväisyys asuinalueen turvallisuuteen	Erittäin tyytyväinen	1,00	
	Melko tyytyväinen	1,31	(1,13–1,51)
	Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	1,85	(1,47–2,32)
	Melko tai erittäin tyytymätön	2,18	(1,52–3,14)

¹Ikä ja sukupuoli vakioitu.

Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Seuraavaksi tarkasteltiin liikunta-aktiivisuuden toista puolta, kun katsottiin vapaa-ajan terveys- ja kuntoliikunnan osalta, olivatko lähiympäristön piirteet samalla tavalla yhteydessä liikkumiseen kuin liikkumattomuuteen. Helsingiläisistä miehistä 40 prosenttia harrasti terveysliikuntaa ja 30 prosenttia kuntoliikuntaa. Naisista hieman useampi (46 %) kuin miehistä harrasti terveysliikuntaa, mutta kuntoliikuntaa puolestaan hieman harvempi eli neljännes naisista.

Taulukossa 3 näytetään, miten kokemus lähiympäristön piirteistä on yhteydessä terveys- ja kuntoliikuntaan. Malleissa vertailuryhmän muodostavat jälleen ne, joiden mukaan näitä lähiympäristön piirteitä joko heidän asuinalueellaan ei esiinny tai niistä ei ole haittaa. Tämä ryhmän ristitulosuhde liikkumisen harrastamiselle on siten 1,00. Jos katsotaan ensimmäistä lähiympäristön piirrettä eli rakennusten huonoa kuntoa tai asuinalueen rumuutta, niin nähdään, että niiden, joita tämä piirre haittaa joko jonkin verran tai paljon, terveysliikunnan ristitulosuhde oli 0,94 eli 6 prosenttia pienempi. He siis harrastivat terveysliikuntaa vähemmän. Tämä ero on kuitenkin hyvin pieni, eikä yhteys ollutkaan tilastollisesti merkitsevä.

Pitkät etäisyydet palveluihin olivat yhteydessä sekä terveys- että kuntoliikuntaan: silloin kun niistä koettiin paljon haittaa, oli terveysliikunnan harrastamisen todennäköisyys yli 50 prosenttia pienempi kuin jos pitkiä etäisyyksiä ei ollut tai ne eivät haitanneet. Kuntoliikunnan osalta ristitulosuhde on noin 0,6 eli 40 prosenttia pienempi molempien haittakokemusten osalta ("haittaa paljon"-luokka tosin ei ihan saavuttanut tilastollista merkitsevyyttä). Myös kulkuväylien huono valaistus sekä huonot julkiset liikenneyhteydet olivat yhteydessä terveysliikuntaan sitä vähentäen, silloin kun niistä koettiin paljon haittaa. Jalkakäytävien liukkaus talvella puolestaan oli yhteydessä kuntoliikunnan vähäisempään harrastamiseen, ja yhteys oli nähtävissä jo vähäisemmälläkin koetulla haitalla. Myös ympäristön lievä epäsiisteys vähensi kuntoliikunnan harrastamisen todennäköisyyttä. Tyytyväisyys asuinalueen turvallisuuteen ei ollut yhteydessä terveysliikunnan harrastamiseen, mutta tyytymättömyys turvallisuuteen vähensi selvästi kuntoliikunnan harrastamista verrattuna niihin, jotka olivat tyytyväisiä asuinalueen turvallisuuteen.

Rakennusten huonon kunnon ja asuinalueen rumuuden lisäksi vaaralliset risteykset ja kulkuväylät sekä liikenteen tai teollisuuden aiheuttama melu, haju tai pöly eivät olleet yhteydessä liikunnan harrastamiseen.

Taulukko 3. Terveys- ja kuntoliikunta-aktiivisuus (odds ratio eli OR sekä 95 prosentin luottamusväli) sen mukaan, miten haittaavaksi lähiympäristön eri ominaisuudet koetaan, 20 vuotta täyttäneet helsinkiläiset miehet ja naiset 2013–2015

Kokemus lähiympäristöstä		Terveysliikunta		Kuntoliikunta	
		OR ¹	(95 % Iv)	OR ¹	(95 % Iv)
Rakennusten huono kunto tai asuinalueen rumuus	Ei ole tai ei haittaa	1,00		1,00	
	Haittaa jonkin verran	0,94	(0,79–1,11)	0,87	(0,72–1,05)
	Haittaa paljon	0,94	(0,63–1,41)	1,26	(0,84–1,89)
Vaaralliset risteykset ja/tai kulkuväylät	Ei ole tai ei haittaa	1,00		1,00	
	Haittaa jonkin verran	1,11	(0,97–1,26)	0,98	(0,85–1,13)
	Haittaa paljon	0,85	(0,61–1,17)	0,98	(0,69–1,40)
Pitkät etäisyydet palveluihin	Ei ole tai ei haittaa	1,00		1,00	
	Haittaa jonkin verran	0,88	(0,74–1,06)	0,62	(0,49–0,79)
	Haittaa paljon	0,47	(0,32–0,69)	0,64	(0,40–1,03)
Kulkuväylien huono valaistus	Ei ole tai ei haittaa	1,00		1,00	
	Haittaa jonkin verran	1,04	(,92–1,19)	0,87	(0,75–1,01)
	Haittaa paljon	0,61	(0,44–0,87)	0,86	(0,57–1,29)
Huonot julkiset liikenneyhteydet	Ei ole tai ei haittaa	1,00		1,00	
	Haittaa jonkin verran	0,96	(0,77–1,20)	0,80	(0,62–1,05)
	Haittaa paljon	0,52	(0,32–0,82)	0,88	(0,52–1,50)
Jalankulkuväylien liukkaus talvella	Ei ole tai ei haittaa	1,00		1,00	
	Haittaa jonkin verran	1,09	(0,99–1,21)	0,85	(0,76–0,96)
	Haittaa paljon	0,92	(0,80–1,07)	0,56	(0,4–0,68)
Liikenteen tai teollisuuden aiheuttama melu, haju tai pöly	Ei ole tai ei haittaa	1,00		1,00	
	Haittaa jonkin verran	1,12	(1,00–1,24)	0,94	(0,83–1,07)
	Haittaa paljon	0,97	(0,78–1,20)	0,92	(0,72–1,17)
Ympäristön epäsiisteys	Ei ole tai ei haittaa	1,00		1,00	
	Haittaa jonkin verran	1,13	(1,00–1,28)	0,82	(0,71–0,95)
	Haittaa paljon	0,99	(0,71–1,38)	0,92	(0,64–1,34)
Tyytyväisyys asuinalueen turvallisuuteen	Erittäin tyytyväinen	1,00		1,00	
	Melko tyytyväinen	1,06	(0,96–1,17)	0,82	(0,73–0,92)
	Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	1,02	(0,84–1,22)	0,46	(0,36–0,58)
	Melko tai erittäin tyytymätön	0,81	(0,61–1,07)	0,72	(0,52–0,98)

¹Ikä ja sukupuoli vakioitu.

Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Pohdinta

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin, miten kokemus lähiympäristön erilaisista piirteistä on yhteydessä liikunnan harrastamattomuuteen ja toisaalta vapaa-ajan terveys- ja kuntoliikuntaan 20 vuotta täyttäneillä helsinkiläisillä. Lähiympäristön haittaavat piirteet voivat pahimmillaan vähentää liikunta-aktiivisuutta tai jopa estää liikkumista, mutta toisaalta niihin puuttumalla voidaan parantaa ihmisten mahdollisuuksia ja haluja liikkua. Suomalaiskaupunkien osalta näitä yhteyksiä ei kuitenkaan ole aikaisemmin tutkittu.

Muutamia lähiympäristön piirteitä – rakennusten huono kunto tai asuinalueen rumuus, vaaralliset risteykset ja/tai kulkuväylät sekä liikenteen tai teollisuuden aiheuttama melu, haju tai pöly – eivät olleet yhteydessä mihinkään tässä tarkasteltuun liikunta-aktiivisuuden muotoon. Niin ikään se, että ympäristön epäsiisteys haittasi jossain määrin, laski vain kuntoliikunta-aktiivisuutta.

Sen sijaan **pitkät etäisyydet palveluihin** ja sen aiheuttama haitta olivat selkeimmin yhteydessä niin liikunnan harrastamattomuuteen kuin vapaa-ajan liikunta-aktiivisuuden molempiin mittareihin. Jos haittaa koettiin paljon, liikunnan harrastamattomuuden todennäköisyys kasvoi jopa kaksinkertaiseksi verrattuna niihin, jotka eivät haittaa kokee, ja terveysliikunnan harrastamisen todennäköisyys pieneni 50 prosenttia. Kyselylomakkeella ei rajattu palveluja koskemaan vain liikuntapalveluja, ja tulokset aikaisemmista tutkimuksista ovat niiden osalta ristiriitaiset. Tuoreen kotimaisen tutkimuksen mukaan sisäliikuntakohteiden tai kevyenliikenteenväylien sijaitseminen lähellä kotia ei lisännyt vapaa-ajanliikuntaa (Borodulin, Jallinoja ja Koivusalo 2016), mutta useita kansainvälisiä tutkimuksia arvioineen katsausartikkelin (Bauman ja Bull 2007) mukaan kävelyteiden ja pururatojen tai polkujen läheisyys lisäsi liikunta-aktiivisuutta.

Huonot julkiset liikenneyhteydet olivat samaan tapaan yhteydessä kuin pitkät etäisyydet: liikkumattomuus kasvoi (vaikkakin yhteys oli tilastollisesti merkitsevä vain, kun katsottiin haitta-luokkia yhdistettynä) ja terveysliikunta-aktiivisuus väheni. Koska pitkien etäisyyksien ja huonojen julkisten liikenneyhteyksien voisi ajatella vaikuttavan osin päällekkäin liikunta-aktiivisuuteen, katsottiin vielä mallit niin, että nämä tekijät vakioitiin keskenään. Yhteydet muuttuivat kuitenkin hyvin vähän eli näillä tekijöillä vaikuttaa olevan itsenäinen vaikutus liikuntaan. Sen sijaan kannattaa ottaa huomioon se, että melko harva helsinkiläinen piti näitä kahta ympäristön piirrettä haittaavana, vaikkakin 75 vuotta täyttäneistä peräti joka neljäs koki pitkän etäisyyden palveluihin haittaavana. Näihin tekijöihin puuttuminen ei siis välttämättä näkyisi kovin suurena liikunta-aktiivisuuden lisääntymisenä.

Se, miten **tyytyväinen vastaaja oli asuinalueensa turvallisuuteen**, oli voimakkaasti yhteydessä liikunnan harrastamattomuuteen: niiden, jotka olivat turvallisuuteen erittäin tyytymättömiä, liikunnan harrastamattomuuden todennäköisyys oli yli kaksinkertainen verrattuna niihin, jotka olivat turvallisuuteen tyytyväisiä. Yhteys näkyi vain kuntoliikunnan kohdalla, mutta sen sijaan terveysliikuntaan turvallisuuden tunne ei ollut yhteydessä. Tämä saattaa liittyä siihen, että terveysliikunta on usein hyötyliikuntaa, jota osin toteutetaan päiväsaikaan. Kuntoliikuntaa harrastetaan todennäköisesti useammin työajan jälkeen, mahdollisesti iltaisin, jolloin turvallisuuteen liittyvät asiat saattavat painaa enemmän. Koska kulkuväylien **huono valaistus** oli myös yhteydessä liikunta-aktiivisuuteen ja sen voisi ajatella liittyvän myös turvallisuuden tunteeseen, katsottiin myös mallit, joissa se ja kokemus asuinalueen turvallisuudesta vakioitiin keskenään. Ristituloisuudet kuitenkin muuttuivat jälleen vain hyvin vähän: kulkuväylien valaistus ja tyytyväisyys asuinalueen turvallisuuteen ovatkin itsenäisesti yhteydessä liikunta-aktiivisuuteen. Lähes joka viides vastaaja koki huonon valaistuksen haittaavana.

Vastaavasti myös **jalankulkuväylien liukkaus talvella** oli yhteydessä sekä liikunnan harrastamattomuuteen (kun haitta koettiin suureksi) että kuntoliikunta-aktiivisuuteen. Verrottuna niiden kuntoliikunta-aktiivisuuteen, jotka eivät liukkautta kokeneet, niiden joille liukkaus aiheutti suurta haittaa, kuntoliikunnan harrastamisen todennäköisyys jäi puolet pienemmäksi. Tärkeää on myös se, että jalankulkuväylien liukkaus haittasi isoa osaa vastaajista, sillä 57 prosenttia ilmoitti kokevansa haittaa ainakin jonkin verran. Lisäksi liukkaus koettiin ongelmaksi kaikissa ikäryhmissä, sillä 20–54-vuotiaiden ikäisistäkin puolet koki haittaa. Kahdessa vanhemmassa ikäryhmässä joka viides koki liukkauden haittaavan paljon. Jalankulkuväylien liukkautta vähentämällä saatettaisiinkin pystyä lisäämään kaupunkilaisten liikunta-aktiivisuutta.

Kyselyssä pyydettiin vastaajia myös arvioimaan terveydentilaansa viisiasteikollisella mittarilla. Itsearvioitu terveydentila oli hyvin selkeästi ja suoraan yhteydessä liikunnan harrastamattomuuteen ja kuntoliikunta-aktiivisuuteen. Terveysliikunnan harrastajia sen sijaan oli eniten niissä, jotka kokivat terveytensä melko hyväksi ja toiseksi eniten niissä, jotka kokivat terveytensä keskitasoiseksi. Voidaan myös ajatella, että terveydentila selittäisi ainakin osan yhteydestä, joka nähdään lähiympäristön piirteiden ja liikunta-aktiivisuuden välillä. Myös tätä testattiin ja osin yhteydet muuttuivatkin. Esimerkiksi pitkät etäisyydet palveluihin selittivät heikommin liikkumattomuutta sen jälkeen, kun terveydentila oli vakioitu. Niin ikään kulkuväylien huonon valaistuksen ja liukkauden yhteys liikunnan harrastamattomuuteen ja kuntoliikuntaan selittyi terveydentilan vakioimisella.

Tässä tutkimuksessa päädyttiin kuitenkin esittämään mallit, joissa terveydentilaa ei ole vakioitu. Tähän on kaksi syytä. Terveydentilalla vakioidut mallit selittävät ja auttavat ymmärtämään pikemminkin teoreettisesti, mistä mekanismeista on kyse tässä tutkimuksessa tarkastellussa ilmiössä. Tällainen ymmärrys ei kuitenkaan ollut tämän tutkimuksen keskeisin tavoite, vaan tarkoitus oli kartoittaa niitä konkreettisia asioita, joita muuttamalla mahdollisesti kaupunkilaisten liikunta-aktiivisuutta saataisiin kasvatettua. Toki terveyttä parantamalla myös liikunta todennäköisesti yleistyisi, mutta kaikesta sairastavuudesta tuskin pääsemme ikinä eroon. Sen takia tärkeää on löytää niitä ihmisten toimintaympäristön tekijöitä, joita muuttamalla voimme saavuttaa tavoitteita – tässä tapauksessa siis lisätä helsinkiläisten liikunta-aktiivisuutta. Terveydentilan ja liikunnan välisen yhteyden tutkimiseen liittyy myös toinen haaste. Poikkileikkausaineisto vaikeuttaa ajallista tulkintaa, emmekä voi tietää varmasti, kumpi vaikuttaa kumpaan. Heikko terveydentila luultavasti vähentää liikunta-aktiivisuutta, mutta vähäinen liikkuminen puolestaan huonontanee osaltaan terveydentilaa.

Lähes kaikki liikunta on terveyden kannalta suotuisaa ja liikunta-aktiivisuutta onkin hyvä pyrkiä edistämään useilla eri keinoilla. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin lähiympäristön piirteiden yhteyttä liikuntaan. Pitkät etäisyydet palveluihin, huonot julkiset liikenneyhteydet ja asuinalueen turvattuus olivat voimakkaasti yhteydessä liikunnan harrastamattomuuteen ja liikunta-aktiivisuuteen, mutta toisaalta melko harva kaupunkilainen koki nämä piirteet haittaavana. Kun otetaan huomioon myös muuttajien jakaumat, tulosten perusteella näyttäisi, että parhaat mahdollisuudet vähentää kaupunkilaisten liikunnan harrastamattomuutta ja lisätä liikunta-aktiivisuutta muuttamalla lähiympäristön piirteitä, on huolehtia erityisesti kulkuväylien riittävästä valaistuksesta ja ehkäistä jalankulkuväylien liukkautta.

Kirjallisuus

- Bauman A.E. & Bull F.C. (2007):** *Environmental Correlates of Physical Activity And Walking in Adults and Children: A Review of Reviews*. Review undertaken for National Institute of Health and Clinical Excellence.
- Borodulin K., Jallinoja P. ja Koivusalo M. (toim) (2016):** *Epäterveellinen ruokavalio, vähäinen liikunta ja polarisaatio – syyt, kustannukset ja ohjaustoimet*. Valtioneuvoston selvitys ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 24.
- Eurostat (2013):** *Revision of the European Standard Population*. Report of Eurostat's task force. Luxembourg: Publications Office of the European Union
- Husu P., Paronen O., Suni J. & Vasankari T. (2011):** *Suomalaisten fyysinen aktiivisuus ja kunto 2010 Terveyttä edistävän liikunnan nykytila ja muutokset*. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2011:15
- Keskinen V. & Laihin E. (2017):** *Kaikesta huolimatta turvallista. Helsingin turvallisuustutkimus 2015*. Helsingin kaupungin tietokeskus, tutkimuksia 2017:2.
- Lee I-M., Shiroma E.J., Lobelo F., Puska P., Blair S.N. & Katzmarzyk P.T., for the Lancet Physical Activity Series Working Group (2012):** *Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy*. Lancet 380: 219–29.
- Mäki-Opas T. (2013):** *Lähiympäristön merkitys liikkumiselle*. <https://www.slideshare.net/THLfi/makiopas-tomi-lhiympiristn-merkitys-liikkumiselle>. Ladattu 31.8.2017.
- Rantakokko M., Iwarsson S., Mänty M., Leinonen R. & Rantanen T. (2012):** *Perceived barriers in the outdoor environment and development of walking difficulties in older people*. Age and Ageing 41(1):118-21.
- Rutanen R. (2017):** *Physical Exercise, Work Ability and Quality of Life in Middle-aged Women: short- and long-term effects of a randomized controlled intervention*. Tampere: Tampere University Press
- UKK-instituutti:** *Viikoittainen liikuntapiirakka*. <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>
Ladattu 11.9.2017.

Hanna Ahlgren-Leinvuo

IKÄÄNTYNEIDEN OSALLISUUS JÄRJESTÖ- JA YHDISTYSTOIMIN- TAAN JA MUIDEN AUTTAMISEEN

IKÄÄNTYNEIDEN OSALLISUUS JÄRJESTÖ- JA YHDISTYSTOIMINTAAN JA MUIDEN AUTTAMISEEN

Kuten kaikenikäisten suomalaisten myös ikääntyneiden elinajanodote on kasvanut. Sillä, miten toimintakykyisiä ja aktiivisia toimijoita ikääntyneet ovat, on suurta yhteiskunnallista merkitystä. Tässä artikkelissa tarkastellaan ATH-aineiston pohjalta ikääntyneiden aktiivisuutta katsomalla, kuinka paljon ikääntyneet helsinkiläiset osallistuvat yhdistysten ja järjestöjen toimintaan sekä minkä verran he auttavat muita. Myös sitä kuvaillaan, minkälaiseen järjestö- ja yhdistystoimintaan ikääntyneet osallistuvat sekä millä tavoin ja keitä he auttavat. Tarkastelun painopiste on ikääntyneissä, mutta vertailun vuoksi mukana ovat omana ikäryhmänään myös muut kuin ikääntyneet. Artikkelin analyysit on tehty SAS EG 7.1-ohjelman koodipohjalla.

Iän myötä sairaudet yleistyvät, mikä vaikuttaa muun muassa alentuneen toimintakyvyn vuoksi jokapäiväiseen elämään monella eri tavalla. Pahimmillaan sairaudet ja heikentynyt toimintakyky ovat este itsenäiseen elämään. Tästä syystä artikkelissa käydäänkin ensin läpi iäkkäiden koettua terveyttä, ja tarkastellaan myöhemmin myös sitä, missä määrin koettu terveys ja tyytyväisyys omaan terveyteen vaikuttavat järjestö- ja yhdistystoimintaan osallistumiseen ja toisen auttamiseen. Tarkastelussa ei pystytä vertaamaan terveydentilan, toimintakyvyn tai aktiivisuuden muutosta ajassa. Poikkileikkaustilanteen kartoittaminen on kuitenkin paikallaan, sillä iäkkäiden lukumäärä kasvaa Helsingissäkin nopeasti (Mäki ja Vuori 2017, 7; Vuori & Laakso 2016, 20). Samalla kun iäkkäiden määrä nousee, toimintatarjoitteiden määrä tulee kasvamaan. Tämä kasvu on kuitenkin suhteellisesti vähäisempää, jos aiempi pääosin myönteinen toimintakyvyn kasvun kehitys jatkuu.

Ikääntyneellä tarkoitetaan vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa henkilöä. Näin ikääntynyt määritellään lainsäädännössä (980/2012, 3 §). Tilastotarkasteluissa melko vakiintunut käytäntö on laskea ikääntyneeseen väestöön 65 vuotta täyttäneet, vaikka käytännössä vanhuuseläkkeeseen oikeuttava ikä vaihtelee riippuen muun muassa henkilön syntymävuodesta. Käsitteenä ikääntynyt viittaa kirjaimellisesti ikään eikä itsessään sisällä oletuksia ikääntyneen terveydentilasta tai toimintakyvystä. Koska terveydentila ja toimintakyky ovat kuitenkin voimakkaasti yhteydessä ikään – molemmat heikkenevät iän myötä – huomion kohteena ovat usein ne ikääntyneet¹⁴, joiden toimintakyky ja terveys on heikentynyt korkean iän myötä. Ikääntyneiden joukko on kuitenkin hyvin heterogeeninen. Yhä useampi vanhuuseläkeläinen voi hyvin ja viettää aktiivista elämää.

14 Laissa ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista tehdään ero käsitteiden *ikääntynyt* ja *iäkäs* välille. Ensimmäinen viittaa, kuten edellä jo todettiin, vanhuuseläkeikäiseen ja jälkimmäinen tarkoittaa "henkilöä, jonka fyysinen, kognitiivinen, psyykkinen tai sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt korkean iän myötä alkaneiden, lisääntyneiden tai pahentuneiden sairauksien tai vammojen vuoksi taikka korkeaan ikään liittyvän rappeutumisen johdosta" (980/2012, 3 §).

Ikääntyneillä aiempaa enemmän toimintakykyisiä elinvuosia

Suomalaisten kuolleisuus on pienentynyt jo pitkään. Myös iäkkäiden keskimääräinen jäljellä olevan elinajan odote on kasvanut selvästi. Vuosien 1976 ja 2016 välillä 65-vuotiaiden helsinkiläisten miesten jäljellä oleva keskimääräinen elinajanodote on kasvanut 6 vuotta ja naisten yli 5 vuotta. Samassa ajassa on 75 vuotta täyttäneiden osalta molemmille sukupuolille tullut 3,7 lisävuotta ja vielä 85-vuotiaillekin reilusti toista vuotta lisää. (Mäki 2016.)

Sosiaali- ja terveystalouden kustannukset ovat voimakkaasti sidoksissa henkilön ikään, ja menot alkavat kasvaa voimakkaasti 70 ikävuoden jälkeen (Stakes 2006). Sillä, missä kunnossa ikääntyvät suomalaiset ovat, onkin suurta yhteiskunnallista kiinnostusta sekä merkitystä palvelujen järjestämisen näkökulmasta. Lisäksi tärkeä kysymys on se, minkälaisia elinajanodotteen kasvun myötä tulevat lisävuodet ovat – toisin sanoen, lisääntykö toimintakykyinen elinaika samaa vauhtia kuin elinajanodotekin.

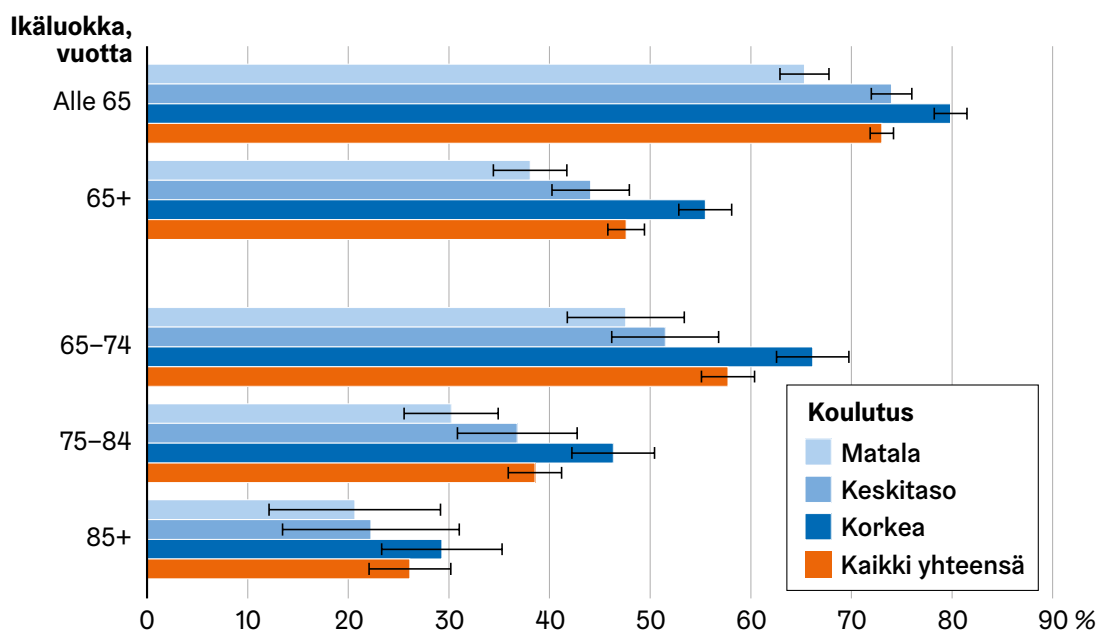
Tulokset pitkäikäisyyden ja terveiden elinvuosien välisestä yhteydestä vaihtelevat jonkin verran sen mukaan, minkä ikäisiä tarkastellaan. Suomessa 65- ja 75-vuotiaiden toimintakykyinen elinaika on lisääntynyt suunnilleen samaa vauhtia tai nopeammin kuin koko elinajanodotekin (Sihvonen ym. 2013; Koskinen ym. 2012). Tämän ikäisillä lisääntyneet elinvuodet ovat siis olleet toimintakykyisiä, ja tämä väestön toimintakyvyn paraneminen kompensoi ainakin osan väestön vanhenemisen aiheuttamasta avun- ja hoidontarpeen lisääntymisestä. Sen sijaan näyttäisi siltä, että 90-vuotiaiden ja sitä vanhempien toimintakyky ei ole parantunut (mm. Jylhä ym. 2009). Tämä saattaa liittyä siihen, että aikaisemmin tämä erittäin iäkkäiden ryhmä on ollut erittäin valikoitunut, sillä vain pieni osa väestöstä on selvinnyt tähän ikään saakka. Kuolleisuuden pienentyttyä yhä heikommassa kunnossa olevat vanhukset pysyvät hengissä yhä vanhemmiksi (Robine, Saito & Jagger 2009).

Lähes puolet ikääntyneistä kokee terveydentilansa hyväksi

Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen tulosten mukaan lähes puolet 65 vuotta täyttäneistä helsinkiläisistä koki terveydentilansa hyväksi. Terveytensä hyväksi kokevien osuus laskee iän myötä, mutta 85 vuotta täyttäneistäkin vielä joka neljäs koki terveytensä vähintään melko hyväksi. Kokemus omasta terveydestä vaihteli paitsi iän niin myös koulutustaustan mukaan.

ATH-tutkimuksessa koulutustaustaa selvitettiin kysymyksellä ”Kuinka monta vuotta olette yhteensä käynyt koulua tai opiskellut päätoimisesti”. Korkean koulutuksen omaavien ryhmässä terveytensä hyväksi kokevien osuus oli suurempi kuin keskitason tai matalan koulutuksen ryhmässä. Koulutustaustan mukaisia eroja koetussa terveydessä oli kaikilla ikäryhmillä, mutta vanhimpien ikäryhmien kohdalla virhemarginaali kasvaa tässä aineistossa suureksi vastaajajoukon pienen lukumäärän vuoksi. Suomalaisissa väestön terveyttä tarkastelevissa tutkimuksissa on kuitenkin havaittu, että vaikka terveyteen liittyvät sosioekonomiset erot hieman tasoittuvat eläkeiässä, niin vielä yli 90-vuotiaidenkin kohdalla on eroja (Martelin 2008, ref. Pohjolainen 2015, 148).

Kuvio 1. Terveytensä hyväksi kokevien osuus ikäryhmittäin koulutuksen pituuden mukaan 2013–2015



Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

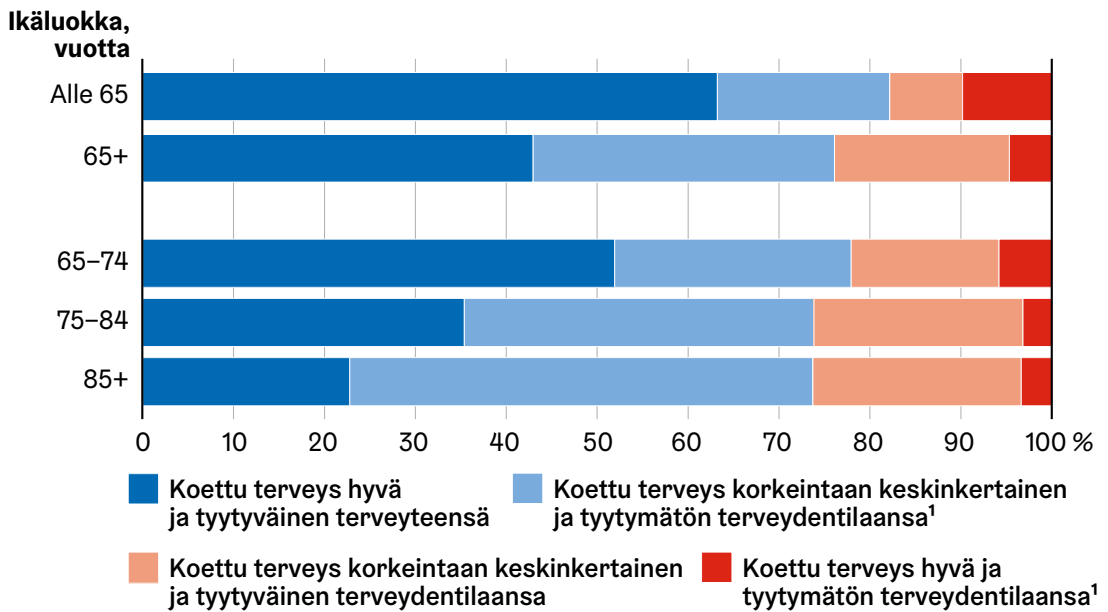
ATH-tutkimuksessa terveydentilaa kartoitettiin myös kysymyksellä ”Miten tyytyväinen olette terveyteenne”. Myös tämän mittarin mukaan terveydentilassa tapahtuu iän myötä muutoksia huonompaan suuntaan. Kuitenkin omaan terveydentilaansa tyytyväisten osuus pienenee iän karttuessa vähemmän kuin terveydentilansa hyväksi kokevien osuus. Alle 65 vuotta täyttäneiden kohdalla terveytensä hyväksi kokevien ja terveydentilaansa tyytyväisten osuus on lähes yhtä suuri, noin 70 prosenttia. 65 vuotta täyttäneistä terveytensä koki hyväksi 48 prosenttia, mutta terveyteensä tyytyväisiä oli 62 prosenttia.

Kuviossa 2 on tarkasteltu ikäryhmittäin sitä, kuinka vastaajat ovat arvioineet terveytensä ja kuinka tyytyväisiä he toisaalta ovat terveydentilaansa. Kaksiluokkaisten muuttujien¹⁵ vastaukset ryhmiteltiin neljään ryhmään: 1) terveytensä hyväksi kokevat ja terveydentilaansa tyytyväiset, 2) terveytensä korkeintaan keskinkertaiseksi arvioivat ja terveydentilaansa tyytymättömät (sisältäen ne, jotka eivät olleet terveydentilaansa tyytyväisiä eivätkä tyytymättömiä), 3) terveydentilansa korkeintaan keskinkertaiseksi arvioivat, mutta terveydentilaansa tyytyväiset, ja 4) terveytensä hyväksi kokevat, mutta terveydentilaansa tyytymättömät (sisältäen ne, jotka eivät olleet terveydentilaansa tyytyväisiä eivätkä tyytymättömiä).

Voisi olettaa, että jos arvioi terveytensä hyväksi, on myös tyytyväinen terveydentilaansa tai että jos arvioi terveytensä korkeintaan keskinkertaiseksi, on vastaavasti tyytymätön terveydentilaansa. Tällä tavalla kokikin valtaosa vastaajista kaikissa ikäryhmissä. Sen sijaan 65 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä kaikkiaan lähes joka viides vastaaja arvioi terveytensä korkeintaan keskinkertaiseksi mutta oli silti terveydentilaansa tyytyväinen, 85 vuotta täyttäneistä näin vastasi useampi kuin joka viides.

15 Muuttujat perustuvat kysymyksiin ”Onko terveydentilanne mielestänne nykyisin: 1) hyvä, 2) melko hyvä, 3) keskitasoinen, 4) melko huono ja 5) huono” ja ”Miten tyytyväinen olette: terveydentilaanne 1) erittäin tyytymätön, 2) tyytymätön, 3) en tyytyväinen enkä tyytymätön, 4) tyytyväinen ja 5) erittäin tyytyväinen”. Molemmista muodostettiin kaksiluokkainen muuttuja, jossa toinen luokka oli terveytensä korkeintaan keskinkertaiseksi kokeneet tai terveyteensä tyytymättömät sisältäen ne, jotka eivät olleet terveyteensä ”tyytyväisiä eivätkä tyytymättömiä”.

Kuvio 2. Koettu terveys ja tyytyväisyys omaan terveyteen 2013–2015



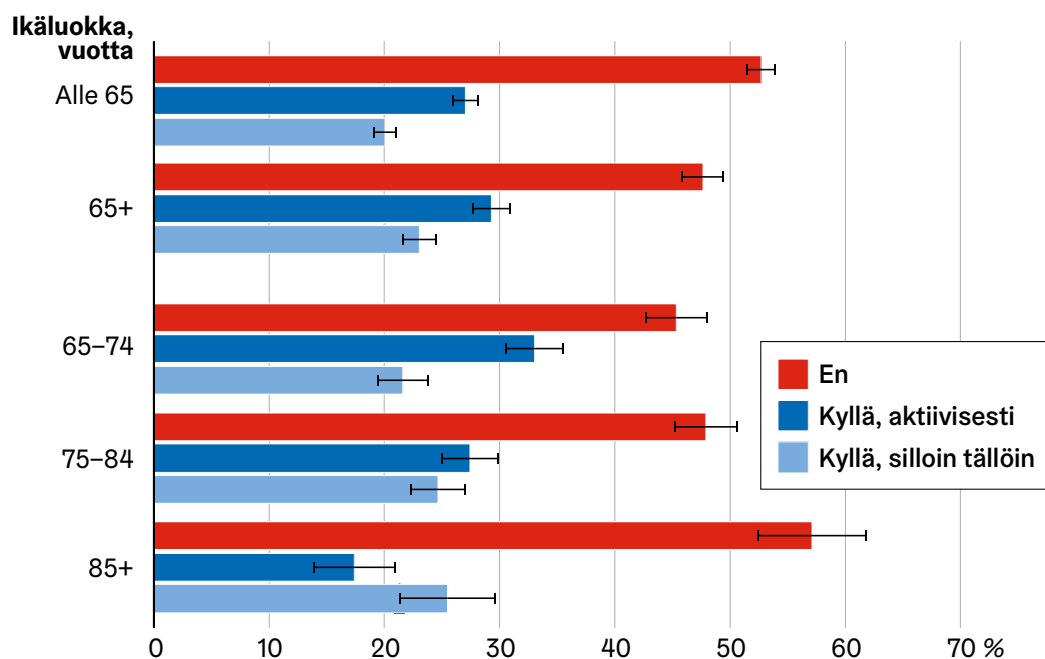
¹ Sisältää myös vastausvaihtoehdon "ei tyytyväinen eikä tyytymätön".

Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Ikääntyneet osallistuvat aktiivisesti järjestö- ja yhdistystoimintaan

Järjestö- ja yhdistystoimintaan osallistumisaste oli korkeampi ikääntyneillä kuin alle 65-vuotiailla. Ikääntyneistä yli puolet oli osallistunut joko aktiivisesti tai silloin tällöin jonkin kerhon, järjestön, yhdistyksen, harrastusryhmän tai hengellisen yhteisön toimintaan. Osallistumisaktiivisuus oli suurin 65–74-vuotiaiden ikäryhmässä. Heistä 55 prosenttia osallistui järjestö- tai yhdistystoimintaan, ja joka kolmas aktiivisesti. 85 vuotta täyttäneistäkin joka neljäs osallistui toimintaan ainakin silloin tällöin ja 17 prosenttia aktiivisesti.

Kuvio 3. Järjestön tai yhdistyksen toimintaan osallistuneiden osuus ikäryhmittäin vuosina 2013–2015



Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Kyselylomakkeessa järjestö- ja yhdistystoiminta oli jaoteltu valmiiksi 13 vaihtoehtoon¹⁶. Ikäryhmien välillä oli eroja siinä, minkä tyyliseen järjestö- ja yhdistystoimintaan eniten osallistuttiin, mutta kaikissa ikäryhmissä nousivat eniten esiin vapaaehtoinen harrastusporukka, liikunta- tai urheiluseuratoiminta, kulttuuriin liittyvä toiminta ja seurakunnat. Iän myötä tärkeäksi nousi osallistuminen ikääntyneiden järjestöjen toimintaan.

Vapaaehtoisen harrastusporukan toimintaan osallistuminen oli siis yleistä kaikissa ikäryhmissä. Ikääntyneistä 60 prosenttia ilmoitti osallistuneensa siihen. Suosittua oli myös liikunta- tai urheiluseuratoiminta, johon ikääntyneistä osallistui noin puolet. Kulttuuriin liittyvään toimintaan osallistuminen oli yleisempää ikääntyneillä kuin alle 65-vuotiailla. Yli 40 prosenttia ikääntyneistä osallistui kulttuurijärjestön tai -yhdistyksen toimintaan, alle 65 vuotiaista noin joka kolmas. Myös seurakunnan toiminta oli melko yleistä kaikissa ikäryhmissä, mutta osallistumisaste nousi iän myötä: alle 65-vuotiaista osallistui vajaat 30 prosenttia, 65 vuotta täyttäneistä yli 40 prosenttia. 85 vuotta täyttäneistä seurakunnan toimintaan osallistui puolet. Poliittiseen tai ammattiyhdistystoimintaan osallistui ikäryhmästä riippuen 7–16 prosenttia, ja osallistuminen väheni iän myötä. Kansanterveys- tai potilasjärjestöjen toimintaan osallistui 8–13 prosenttia vastaajista, ikääntyneet useammin kuin alle 65-vuotiaat. Muuhun järjestö- ja yhdistystoimintaan osallistuminen oli harvinaisempaa.

Kyselylomakkeessa esitetyt toiminnan kohteet eivät kattaneet koko järjestö- ja yhdistystoiminnan laajaa kenttää tai vastaajat eivät muista syistä pystyneet sijoittamaan omaa osallistumistaan annettuihin vaihtoehtoihin. Tästä syystä myös vaihtoehto ”jokin muu” oli yleinen, noin 40 prosenttia sekä ikääntyneistä että alle 65-vuotiaista oli valinnut tämän vastausvaihtoehdon.

16 Liikunta- tai urheiluseura, kulttuuriyhdistys- tai järjestö, poliittinen tai ammattiyhdistys, työttömien järjestö, seurakunta, ikääntyneiden järjestö, lapsi-/nuoriso-/perhetyön järjestö, kansanterveys- tai potilasjärjestö, mielenterveys- tai päihdetyön järjestö, vammaisjärjestö, omaisjärjestö, vapaamuotoinen harrastusporukka sekä vaihtoehto ”jokin muu”.

Mielekäs tekeminen ja halu oppia uutta vetivät mukaan järjestö- ja yhdistystoimintaan

Kyselylomakkeessa vastaajia pyydettiin myös perustelemaan, miksi he ovat tai eivät ole osallistuneet järjestö- ja yhdistystoimintaan. Vastaajat valitsivat syyn valmiiden vastausvaihtoehtojen joukosta¹⁷.

Järjestö- ja yhdistystoimintaan osallistumista perusteltiin ennen kaikkea halulla saada mielekästä tekemistä. Myös halu oppia jotain uutta toimi motiivina useille ikäryhmästä riippumatta. Ikääntyneitä toimintaan houkutteli myös halu kuulua johonkin ryhmään ja iän karttuessa yhä tärkeämmäksi motiiviksi nousi myös vertaistuki eli halu saada tavata samassa elämäntilanteessa olevia ihmisiä sekä mahdollisuus saada apua tai tukea. Alle 65-vuotiaita motivoi ikääntyneitä useammin mahdollisuus tutustua uusiin ihmisiin. Halu auttaa muita ihmisiä ei noussut missään ikäryhmässä yleisimpien syiden joukkoon. Alle 65-vuotiaista joka viides ilmoitti muiden auttamisen syyksi osallistua, ikääntyneiden keskuudessa syy oli harvinaisempi.

Yleisin syy olla osallistumatta järjestöjen tai yhdistysten toimintaan oli ikäluokasta riippumatta se, että ei kokenut tarvetta osallistua tämän tyyppiseen toimintaan. Noin joka kolmas, joka ei ollut osallistunut järjestö- tai yhdistystoimintaan, perusteli asiaa näin. Ikääntyneiden joukossa oman tai läheisen terveydentila tai toimintakyky olin yhä useamman ongelmana. 85-vuotiaiden kohdalla tämän vuoksi järjestö- ja yhdistystoiminnan jätti väliin jo 27 prosenttia.

Ikääntyneistä, jotka olivat jättäneet osallistumatta ”oman tai läheisen huonon terveyden tai toimintakyvyn” vuoksi, 75 prosenttia koki oman terveytensä korkeintaan keskinkertaiseksi ja 80 prosenttia raportoi sairastavansa ainakin yhtä lääkärin diagnosoimaan sairautta. Samasta joukosta noin 30 prosenttia ilmoitti toimineensa joko virallisena omahoitajana tai auttaneensa säännöllisesti kotitaloudessaan asuvaa toimintakyvyltään heikentynyttä tai sairasta henkilöä. Järjestö- tai yhdistystoiminta jätettiin todennäköisesti useammin väliin oman kuin läheisen huonon terveydentilan tai toimintakyvyn vuoksi.

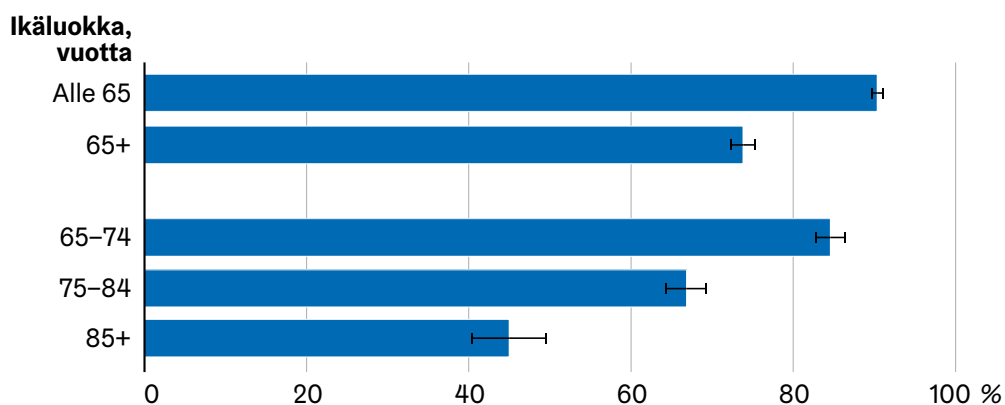
Ajanpuute ei ikääntyneiden osalta ollut kovin yleinen peruste jättää osallistumatta toisin kuin alle 65-vuotiaiden kohdalla. Muut syyt (kiinnostavan toiminnan puute, tiedon puute tai huonot kulkuyhteydet) eivät nousseet minkään ikäryhmän osalta yleisiksi syiksi olla osallistumatta. Huonot kulkuyhteydet eivät edes 85 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä olleet esteenä kuin noin kolmelle prosentille. Riittävän tiedon puute lähiympäristössä tapahtuvasta toiminnasta oli alle 65-vuotiaiden ryhmässä hieman muita useammin syytä toiminnan ulkopuolelle jäämiselle (7 % vastaajista), mutta muutoin osuudet jäivät alle viiteen prosenttiin.

17 Esitetyt vaihtoehdot osallistumisen syyille: muiden auttaminen, uuden oppiminen/tiedonsaanti, uusiin ihmisiin tutustuminen, ryhmään kuuluminen, lapsen harrastus, vertaistuki, yhteiskunnallisiin asioihin vaikuttaminen, osallistumisesta hyötyä opiskelussa/työelämässä, apu/tuki elämäntilanteeseen, mielekäs tekeminen, jokin muu. Esitetyt vaihtoehdot sille, ettei osallistu: ei tarvetta, lähiympäristössä ei kiinnostavaa toimintaa, ei riittävästi tietoa lähiympäristössä olevasta toiminnasta, ajanpuute, huonot kulkuyhteydet, oma tai läheisen huono terveydentila/toimintakyky, jokin muu syy.

Kodin ulkopuolella asuvan auttaminen on yleistä

Toisen auttaminen ainakin silloin tällöin on normaalia ihmisten välistä toimintaa. ATH-tutkimuksen kyselylomakkeessa tiedusteltiin vastaajilta avun antamisesta oman kotitalouden ulkopuolella asuville ja omassa kotitaloudessa asuville. Oman kotitalouden ulkopuolella asuvien osalta kysyttiin, ovatko vastaajat viimeisten 12 kuukauden aikana auttaneet ketään oman kotitalouden ulkopuolella asuvaa henkilöä lastenhoidossa, koti- tai piha-töissä, kauppa-, pankki- yms. asioiden hoidossa, tukemalla tai kuuntelemalla heitä vaikeuksissa tai antamalla taloudellista tukea. Ikääntyneistä yli 70 prosenttia oli antanut apua oman kodin ulkopuolalla asuvalle, alle 65-vuotiaista jopa 90 prosenttia. Osuus kuitenkin laski iän myötä ollen 85 vuotta täyttäneiden kohdalla 45 prosenttia. Jos tarkastellaan ainoastaan terveytensä hyväksi kokeneita, myös ikääntyneiden prosenttiosuudet nousevat, ja 85 vuotta täyttäneistäkin muita auttaneita oli 56 prosenttia.

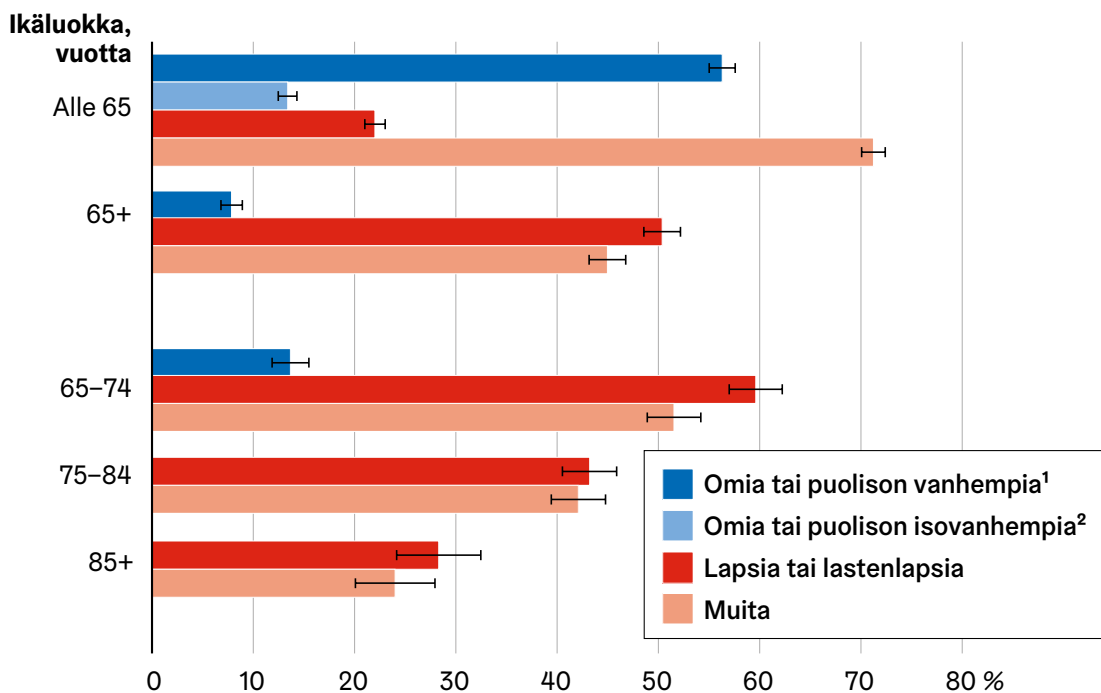
Kuvio 4. Onko auttanut kotitalouden ulkopuolella olevaa henkilöä 12 viime kuukauden aikana



Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Vastaajia pyydettiin myös kertomaan, keitä oman kotitalouden ulkopuolella asuvia he olivat auttaneet. Lomakkeessa annettuja vaihtoehtoja olivat omat tai puolison vanhemmat tai isovanhemmat sekä lapset tai lapsenlapset sekä vaihtoehto ”muu henkilö”. Se, ketä oman kotitalouden ulkopuolista henkilöä autetaan ja kuinka paljon, riippuu vastaajan elämäntilanteesta. Kun asiaa tarkastelee ikäryhmittäin, nousee omien tai puolison vanhempien auttaminen esiin alle 65-vuotiaiden kohdalla, mutta ikääntymisen myötä yhä harvemalla ovat enää vanhemmat elossa. Tässä vaiheessa korostuu omien lasten tai lastenlasten auttaminen. Kaikkiaan yli puolet ikääntyneistä auttoi omia lapsiaan tai lastenlapsiaan. 65–74-vuotiaiden kohdalla osuus nousi 60 prosenttiin. Vielä 85 vuotta täyttäneistäkin 28 prosenttia oli auttanut omia lapsiaan tai lapsen lapsiaan. Suurin osa vastaajista auttoi myös oman lähipiirin (lapset, lapsenlapset, vanhemmat ja isovanhemmat) ulkopuolisia. Alle 65-vuotiaista yli 70 prosenttia, 65 vuotta täyttäneistäkin 45 prosenttia.

Kuvio 5. Keitä oman kotitalouden ulkopuolella asuneita autettiin



¹ Vaihtoehto oli 20-54- ja 55-74-vuotiaiden kyselylomakkeessa.

² Vaihtoehto oli ainoastaan 20-54-vuotiaiden kyselylomakkeessa.

Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Kaikissa ikäryhmissä henkisen tuen antaminen (toisen kuunteleminen ja vaikeuksissa tukeminen) oli yleisintä ja päivittäisissä toiminnoissa tukeminen (pukeutuminen, peseytyminen, lääkkeiden otto ym.) oli vähäisintä. Muiden lomakkeessa esitettyjen auttamismuotojen osalta (taloudellinen tuki, lastenhoito, koti- ja pihatyöt ja kauppa-, pankki- ym. asioiden hoitaminen) tilanne vaihteli ikäryhmittäin. Lastenhoito oli muita ikäryhmiä yleisempää 65-74-vuotiailla. Alle 65-vuotiaiden kohdalla koti- ja pihatöissä, kuten ruoanlaitossa, siivouksessa ja lumitöissä auttaminen, oli yleisempää kuin ikääntyneiden joukossa.

Avun antaminen vaihteli myös sen mukaan, kuinka usein sitä annettiin: kerran tai muutamana kerran vuodessa, kerran pari kuukaudessa vaiko säännöllisemmin kuten kerran tai pari viikossa tai useampina päivinä viikossa. Kun tarkasteltiin sitä, minkälaista apua oli annettu vähintään kerran tai pari viikossa, nousi avunantomuodoista esiin kaikkien ikäryhmien osalta lastenhoito. Vähintään kerran viikossa hoidettiin ennen kaikkea omien lasten ja lastenlasten lapsia, mutta lisäksi myös muiden henkilöiden lapsia (alle 65-vuotiaiden kohdalla myös omien vanhempien lapsia). Alle 65-vuotiaiden kohdalla esiin nousi lastenhoidon lisäksi myös omien vanhempien tai muiden ihmisten auttaminen kauppa- ja pankkiasioissa.

Avunantomuodoista henkinen tuki, taloudellinen tuki ja koti- ja pihatöissä auttaminen olivat yleisiä, mutta tällä tavoin apua harvemmin annettiin päivittäin tai viikoittain.

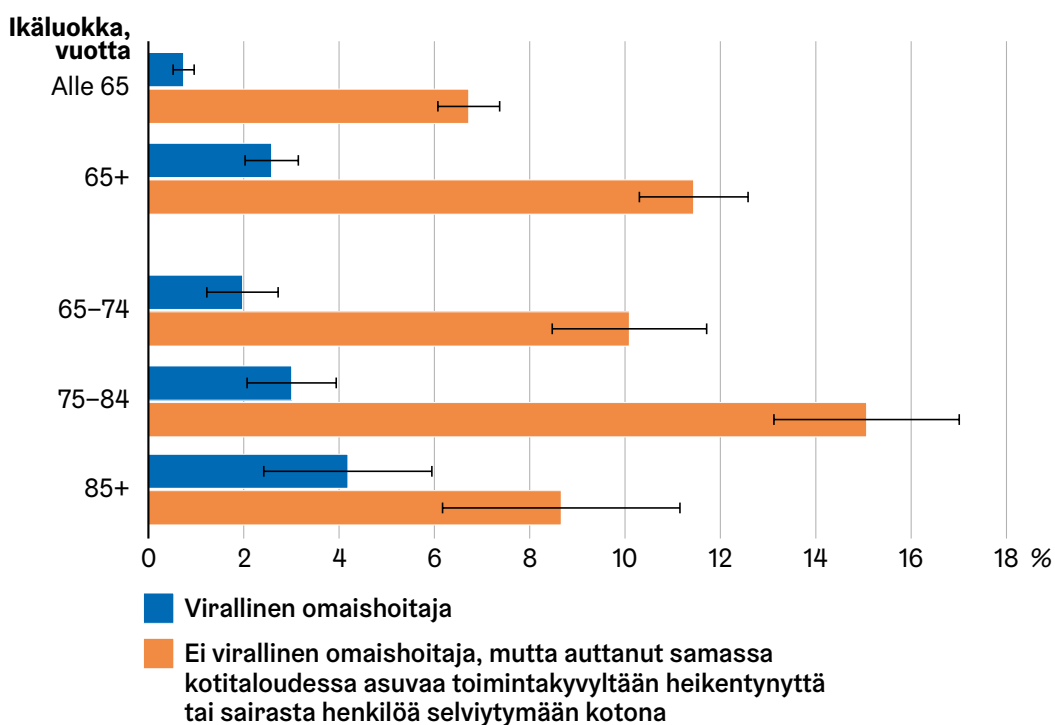
Samassa kotitaloudessa asuvan auttaminen yleisempää ikääntyneillä kuin muilla

Edellä tarkasteltiin sitä, minkä verran ja millä tavoin ikääntyneet ja muut auttavat oman kotitalouden ulkopuolella asuvia henkilöitä. Seuraavaksi tarkastellaan sitä, minkä verran autetaan samassa kotitaloudessa asuvia henkilöitä. Omaisten antama hoiva on aikaisempien tutkimusten mukaan muun muassa tärkein ikääntyneiden hoivan muoto, vaikka vain murto-osa hoivaajista saa omaishoidon tukea (Blomgren ym, 344). Omaisten antamalla hoivalla on huomattava merkitys paitsi yksilötasolla, jossa sen on muun muassa todettu vähentävän iäkkäiden laitoshoidon joutumisen riskiä, niin myös yhteiskuntatasolla. Kun ikääntyneiden palvelunkäyttöä ja siitä aiheutuvia kustannuksia on tutkittu, on pystytty osoittamaan, että omaishoidolla saavutetaan Suomessa vuosittain noin 2,8 miljardin euron säästöt, ja että myös omaisten antama epävirallinen apu vähentää menoja merkittävästi. (Kehusmaa 2014, 76 ja 80). Omaisten antamasta hoivasta on hankalaa saada tarkkaa kokonaiskuvaa, sillä ainoastaan viralliset omaishoitajat (ts. ne, joiden kanssa kunta on solminut omaishoidon sopimuksen) on tilastoitu. Epävirallisen hoivan osalta tilastotietoa ei ole. Asiaa on kuitenkin mahdollista kartoittaa muun muassa kyselytutkimuksilla.

ATH-tutkimuksessa kysyttiin vastaajilta, auttavatko he säännöllisesti jota kuta omassa kotitaloudessa asuvaa toimintakyvyltään heikentyneitä tai sairasta henkilöä selviytymään kotona. Lisäksi kysyttiin erikseen, onko vastaaja virallinen omaishoitaja. Kuviossa 13 on tarkasteltu virallisten ja ns. epävirallisten hoivan antamisen osuutta ikäryhmästä. Molempien osuus on huomattavasti korkeampi ikääntyneillä kuin alle 65-vuotiailla. Kun jaetaan 65 vuotta täyttäneet pienempiin ikäryhmiin, luottamusvälit kasvavat vastaajajoukon pienen lukumäärän vuoksi melko suuriksi. Näyttää kuitenkin siltä, että epävirallisen hoivan antaminen on yleisintä 75–85-vuotiaiden ryhmässä.

Epävirallisen hoivan kohteena oli useimmiten oma puoliso. 65–74-vuotiaista toimintakyvyltään heikentyneitä tai sairasta puolisoaan oli auttanut lähes 60 prosenttia ja 75 vuotta täyttäneistä noin 85 prosenttia. Alle 65-vuotiaista omaa puolisoa oli auttanut 46 prosenttia. Avun kohteena olivat myös omat lapset tai lapsenlapset: 65–74-vuotiaista 17 prosenttia ja 75 vuotta täyttäneistä vajaat 10 prosenttia. Alle 65-vuotiaista lastaan tai lastenlastaan oli auttanut 19 prosenttia. Alle 65-vuotiaiden joukossa noin viidennes oli auttanut omia vanhempiaan. Muiden kuin lähisukulaisten auttaminen oli harvinaista, kun tarkastelun kohteena olivat samassa kotitaloudessa asuvat henkilöt.

Kuvio 6. Virallisten omaishoitajien ja epävirallisen hoivan osuus (%) vastaajista ikäryhmittäin



Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Virallisten omaishoitajien lukumäärästä on saatavilla myös tilastotietoa. Helsingissä toimi vuonna 2016 kaikkiaan 3 800 omaishoitajaa, joista lähes puolet oli 65 vuotta täyttäneitä (Taulukko 1). 65 vuotta täyttäneistä helsinkiläisistä 1,8 prosenttia oli virallinen omaishoitaja. ATH-tutkimuksen vastaajien keskuudessa omaishoitajuus näyttäisi olevan hieman tätä yleisempää (2,6 prosenttia), mutta kun tutkimuksen virhemarginaalit huomioidaan, osuus on samaa luokkaa kuin virallisten tilastojenkin mukainen osuus.

Omaishoitajista osa hoitaa kehitysvammais- ja vammaispalvelujen asiakkaana olevaa omaista, osa vanhuspalvelujen asiakkaana olevaa. Vanhuspalvelujen asiakkaiden omaishoitajista lähes 80 prosenttia oli 65 vuotta täyttäneitä. Omaishoitaja on useammin nainen kuin mies, mikä selittyneen osin sillä, että naiset ovat parisuhteessa usein miehiä hieman nuorempia ja naisten elinajanodote on pidempi. Kaikista vuoden 2016 aikana allekirjoitetuista vanhuspalveluiden asiakkaisiin liittyvistä omaishoidon hyväksytyistä päätöksistä, joissa omaishoitaja oli täyttänyt 65 vuotta, 97 prosenttia liittyi joko fyysisiin tai hermostollisiin syihin. 57 prosentissa syyksi oli kirjattu fyysiset syyt. Fyysisistä syistä 26 prosenttia liittyi itsestään huolehtimisen (hygienian) ongelmiin ja 19 prosenttia liikkumiskyvyn vajaavuuteen. 40 prosentissa päätöksistä syynä olivat hermostolliset syyt, ja niistä 90 prosenttia liittyi muistamattomuuteen.

Taulukko 1. 65 vuotta täyttäneiden omaishoitajien lukumäärä Helsingissä vuonna 2016. Luvut ovat tehtyjä päätöksiä.

	Kehitysvammais- ja vammaispalvelut	Vanhuspalvelut	Yhteensä
Kaikki yhteensä (lkm)	1 741	2 158	3 899
Alle 65-vuotiaat omaishoitajat (lkm)	1 518	470	1 988
65 vuotta täyttäneet omaishoitajat (lkm)	223	1 688	1 911
<i>joista 65–74-vuotiaat (%)</i>	<i>78</i>	<i>41</i>	<i>44</i>
<i>joista 75–80-vuotiaat (%)</i>	<i>15</i>	<i>43</i>	<i>39</i>
<i>joista 85+ (%)</i>	<i>6</i>	<i>17</i>	<i>15</i>
<i>joista naisia (%)</i>	<i>68</i>	<i>65</i>	<i>65</i>
65+ omaishoitajien osuus kaikista omaishoitajista (%)	13	78	49
Omaishoitajia 18–64-vuotiaista ¹ (%)	0,4	0,1	0,5
Omaishoitajia 65-vuotta täyttäneistä (%)	0,2	1,6	1,8

¹ Omaishoitajan tulee pääsääntöisesti olla 18 vuotta täyttänyt.

16–18-vuotiaan kanssa sopimus solmitaan vain erityistapauksissa. Alle 16-vuotias ei voi olla omaishoitaja.

Lähde: Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen tilastopalvelut.

Koettu terveys ja terveydentilaan tyytyväisyys osallistumisen ja muiden auttamisen selittäjinä

Seuraavaksi tarkastellaan sitä, missä määrin kokemus omasta terveydentilasta ja tyytyväisyys omaan terveyden tilaan on yhteydessä siihen, osallistuuko järjestö- ja yhdistystoimintaan, auttaako oman kodin ulkopuolella asuvaa tai omassa kodissaan asuvaa toimintakyvyltään heikentynyttä. Koska koulutuksen ja terveydentilan tai sairastavuuden välillä on havaittu olevan yhteys monissa eri tutkimuksissa, tarkastelussa koulutus on vakioitu. Lisäksi tarkastelussa vakioitiin syntymävuosi ja sukupuoli.

Yhteyttä tarkasteltiin logistisen regressiomallin avulla, ja tulokset esitetään ristitulosuhteina eli odds ratioina (OR). Vertailuryhmän muodostivat ensinnäkin ne, jotka olivat kokeneet oman terveytensä huonoksi. Näiden ryhmien osallistumista ja auttamista merkitään luvulla 1,00, ja muiden koettu terveys -muuttujan luokkien osallistuminen ja auttaminen laskettiin suhteessa siihen. Vastaavasti ne, jotka olivat olleet omaan terveyteensä tyytymättömiä, muodostivat vertailuryhmän, ja saman muuttujan muiden luokkien osalta laskettiin osallistuminen ja auttaminen suhteessa siihen. Näiden ryhmien osallistumista tai muiden auttamista merkitään luvulla 1,00, ja muiden koetun terveyden ja tyytyväisyys terveyteen -muuttujien luokkien osallistumista ja auttamista suhteessa siihen.

Taulukossa 2 esitetään, miten koettu terveys ja tyytyväisyys omaan terveyteen ovat yhteydessä osallistumiseen ja muiden auttamiseen. Sekä osallistumisen että oman kodin ulkopuolella annetun avun osalta ristitulosuhde koetun terveyden kanssa oli selvästi suurempi kuin 1,00 eli yhdistystoimintaan osallistuminen ja kotitalouden ulkopuolella asuvien auttaminen oli todennäköisempää, jos oma terveys koettiin keskinkertaiseksi tai hyväksi kuin silloin, jos terveys koettiin huonoksi. Jos terveys koettiin hyväksi, järjestö- ja yhdistystoimintaan osallistuminen 75 prosenttia todennäköisempää kuin silloin, jos terveys koettiin huonoksi. Myös oman kotitalouden ulkopuolella asuvan auttaminen oli puolet todennäköisempää silloin, jos terveys koettiin hyväksi.

Myös se, että oli tyytyväinen omaan terveyteensä, näytti lisäävän todennäköisyyttä osallistua järjestö- ja yhdistystoimintaan ja auttaa oman kotitalouden ulkopuolella asuvia. Omaan terveyteensä tyytyväiset osallistuivat järjestö- ja yhdistystoimintaan yli puolet to-

dennäköisemmin kuin terveyteensä tyytymättömät. Oman kotitaloutensa ulkopuolella asuvia auttamisen todennäköisyys terveyteensä tyytyväisillä oli vielä suurempi, yli 80 prosenttia.

Sen sijaan hyväksi koettu terveys tai tyytyväisyys omaan terveydentilaan ei nostanut samassa määrin todennäköisyyttä auttaa samassa kotitaloudessa asuvaa toimintakyvyltään heikentynyttä tai sairasta henkilöä hoitavien osalta. Ainoastaan terveytensä keskinkertaiseksi kokeneiden kohdalla todennäköisyys auttaa oli selvästi suurempi suhteessa terveytensä huonoksi kokeviin.

Taulukko 2. Toisten auttaminen ja osallistuminen järjestö- ja yhdistystoimintaan (odds ratio OR) koetun terveyden ja terveyteen tyytyväisyyden mukaan, 65 vuotta täyttäneet helsinkiläiset 2013–2015

Arvio omasta terveydestä	Osallistunut järjestöjen, yhdistysten ym. toimintaan		Auttanut kotitaloutensa ulkopuolella asuvaa henkilöä		Auttanut samassa kotitaloudessa asuvaa toimintakyvyltään heikentynyttä tai sairasta	
	OR ¹	(95 % lv)	OR ¹	(95 % lv)	OR ¹	(95 % lv)
Koettu terveys						
Melko huono tai huono	1,00		1,00		1,00	
Keskinkertainen	1,51	(1,19–1,91)	1,46	(1,14–1,87)	1,41	(1,02–1,95)
Hyvä tai melko hyvä	1,77	(1,40–2,23)	1,60	(1,24–2,06)	1,07	(0,77–1,50)
Tyytyväisyys omaan terveyteen						
Erittäin tai melko tyytymätön	1,00		1,00		1,00	
Ei tyytyväinen eikä tyytymätön	1,17	(0,91–1,52)	1,44	(1,09–1,90)	1,10	(0,77–1,57)
Erittäin tai melko tyytyväinen	1,57	(1,27–1,93)	1,84	(1,46–2,33)	0,99	(0,73–1,34)

¹ Ikä, sukupuoli ja koulutus vakioitu.

Yhteenveto

Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen tulosten mukaan lähes puolet 65 vuotta täyttäneistä helsinkiläisistä koki terveydentilansa hyväksi. Terveytensä hyväksi kokevien osuus laskee iän myötä, mutta 85 vuotta täyttäneistäkin vielä joka neljäs koki terveytensä vähintään melko hyväksi. Kokemus omasta terveydestä vaihteli paitsi iän niin myös koulustaustan mukaan. Niin ikään omaan terveydentilaansa tyytyväisten osuus pienenee iän karttuessa, mutta vähemmän kuin terveytensä hyväksi kokevien osuus.

Järjestö- ja yhdistystoimintaan osallistumisaste oli korkeampi ikääntyneillä kuin alle 65-vuotiailla. Kaikissa ikäryhmissä suosituinta oli osallistuminen vapaaehtoiseen harrastusporukkaan, liikunta- tai urheiluseuratoimintaan, kulttuuriin liittyvään toimintaan ja seurakuntien toimintaan. Iän myötä monet osallistuivat myös ikääntyneiden järjestöjen toimintaan. Osallistumista perusteltiin eniten halulla saada mielekästä tekemistä ja halulla oppia jotain uutta, mutta iän karttuessa yhä tärkeämmäksi motiiviksi nousi vertaistuki. Yleisin syy olla osallistumatta oli puolestaan se, ettei kokenut siihen tarvetta. 75 vuotta täyttäneiden joukossa oman tai läheisen terveydentila tai toimintakyky esti usein osallistumisen.

Oman kotitalouden ulkopuolella asuvaa auttoi alle 65-vuotiaista 90 prosenttia ja 65-74-vuotiaista 85 prosenttia. Tämän jälkeen osuus pieneni ollen 85 vuotta täyttäneidenkin kohdallakin 45 prosenttia. Oman kodin ulkopuolella auttaminen kattaa ATH-tutkimuksessa hyvinkin erityyppistä toimintaa: lastenhoitoapua, apua koti- ja pihatöissä, henkistä tukea, taloudellista tukea, apua päivittäisestä elämästä selviytymisestä ja henkistä tukea. Lisäksi avunantaminen vaihteli muutamasta kerrasta vuodessa lähes päivittäiseen auttamiseen. Kaiken kaikkiaan oman kotitalouden ulkopuolella asuvaa autettiin harvoin useammin kuin kerran tai pari kertaa kuukaudessa. Lastenhoito ja kauppa- ja pankkiasioissa auttaminen olivat ainoat avunantomuodot, joissa apua viikoittain tai päivittäin antavien osuus nousi korkeammaksi. Vähintään kerran viikossa hoidettiin ennen kaikkea omien lasten ja lastenlasten lapsia.

Samassa kotitaloudessa asuvaa toimintakyvyltään heikentynyttä tai sairasta henkilöä auttavien ja virallisten omaishoitajien osuus on huomattavasti korkeampi ikääntyneillä kuin alle 65-vuotiailla. Useimmiten autettiin omaa puolisoa. Alle 65-vuotiaista 46 prosenttia oli hoitanut toimintakyvyltään heikentynyttä tai sairasta puolisoaan ja 65-74-vuotiaista lähes 60 prosenttia. 75 vuotta täyttäneistä omaa puolisoa oli auttanut noin 85 prosenttia.

Vastaajan kokemus omasta terveydestä oli yhteydessä osallistumiseen ja muiden auttamiseen oli kahdella eri tavalla. Ensinnäkin, järjestötoimintaan osallistuminen ja kotitalouden ulkopuolella asuvan auttaminen oli todennäköisempää silloin, kun terveys koettiin hyväksi tai oltiin tyytyväisiä omaan terveyteen kuin silloin, jos terveys koettiin huonoksi tai terveydentilaan oltiin tyytymättömiä. Sen sijaan samassa kotitaloudessa asuvaa toimintakyvyltään heikentynyttä tai sairasta henkilöä hoitavien kohdalla hyväksi koetulla terveydellä tai tyytyväisyydellä omaan terveydentilaan ei ollut vastaavaa vaikutusta.

Oman kotitalouden ulkopuolella olevien auttaminen tai järjestö- ja vapaaehtoistoimintaan osallistuminen ovat vapaaehtoista toimintaa. Sen sijaan samanlaista valinnanvapautta harvoin on, jos oma läheinen on toimintakyvyltään heikentynyt tai sairastunut. Suurin osa kyselyyn vastanneista samassa kotitaloudessa asuvaa auttava hoiti omaa puolisoaan tai lastaan (tai lastenlastaan). Kyse saattaa olla olosuhteiden pakosta tai velvollisuuden tunteesta ja varmasti usein myös lähimmäisen rakkaudesta. Apu voi olla myös vastavuoroista ja puoliso auttavat toinen toisiaan myös siinä tilanteessa, että kummankaan terveys ei enää ole paras mahdollinen. Tässä mielessä se, että koettu terveys tai tyytyväisyys terveydentilaan eivät ole samalla tavalla yhteydessä samassa kotitaloudessa auttamisen kanssa kuin

järjestötoimintaan osallistumisen tai oman kotitalouden ulkopuolella auttamisen kanssa, ei ole yllättävää. Samassa taloudessa asuvaa puolisoa tai lasta autetaan, vaikka ei tuntisi omaa terveyttään hyväksi, mutta sen sijaan naapuria harvemmin autetaan lumitöissä tai osallistutaan liikuntaseuran toimintaan, jos oma terveys on huono.

Kirjallisuus

- Blomgren J. & Einiö E. (2015).** *Laitoshoidon vähenemisen yhteys ikääntyneiden muihin pitkäaikaishoivan palveluihin ja sairausvakuutuksen korvaamien lääkkeiden kustannuksiin 2000–2013.* Yhteiskuntapolitiikka 60 (2015):4.
- Jylhä ym. (2009):** *Elinikä pitenee nopeammin kuin toimintakyky paranee 90-vuotiaiden ja sitä vanhempien toimintakyvyn muutokset vuosina 1996–2007.* Suomen lääkirilehti 2009:25, 2285–2290.
- Kehusmaa S. (2014).** *Hoidon menoja hillitsemässä. Heikkokuntoisten kotona asuvien ikäihmisten palvelujen käyttö, omaishoito ja kuntoutus.* Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 2014: 131.
- Koskinen S., Lundqvist A. & Ristiluoma N. (toim.) (2012):** *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011.* Raportti 68/2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mäkelä M., Vilkkö A., Blomgren J., Sainio P., Koskinen S. & Noro A. (2012).** *Avun antaminen.* Teoksessa *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011.* Raportti 68/2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mäki, N. (2016):** *Iäkkäiden elinajanodote kasvanut selvästi.* Kvartti-blogi <http://www.kvartti.fi/fi/blogit/iakkaiden-elinajanodote-kasvanut-selvasti>
- Mäki & Vuori (2017):** *Helsingin väestö vuodenvaihteessa 2016/2017 ja väestönmuutokset vuonna 2016.* Tilastoja 2017:1. Helsingin kaupunki, kaupunginkanslia, kaupunkitutkimus ja -tilastot.
- Robine, Saito & Jagger (2009):** *The relationship between longevity and healthy life expectancy.* Quality in Ageing 10(2):5–14.
- Sihvonen A-P, Martelin T., Koskinen S., Sainio P. & Aromaa A. (2013):** *Terveet ja toimintakykyiset elinvuodet.* Teoksessa: Heikkinen E., Jyrkämä J. & Rantanen T. (toim). *Gerontologia.* Kustannus Oy Duodecim: Helsinki, s. 66–71.
- Stakes (2006):** *Hoivan ja hoidon taloudellinen kestävyys. Arvioita sosiaali- ja terveyspalveluiden kustannusten kehityksestä.* Helsinki: Stakes.
- STM (2014).** *Kansallinen omaishoidon kehittämissuunnitelma. Työryhmän loppuraportti.* Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2014:2
- Talala K., Härkönen T., Martelin T., Karvonen S., Mäki-Opas T., Manderbacka K., Suvisaara J., Sainio P., Rissanen H., Ruokolainen O., Heloma A. ja Koskinen S. (2014).** *Koulutusryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat edelleen suuria.* Suomen lääkirilehti 36/2014.
- Vuori & Laakso (2016).** *Helsingin ja Helsingin seudun väestöennuste 2016–2050. Ennuste alueittain 2016–2026.* Tilastoja 2016:30. Helsingin kaupungin tietokeskus.
- 980/2012 Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta sekä iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista.** Finlex Ajantasainen lainsäädäntö osoitteessa <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2012/20120980>. Luettu 25.9.2017.



Juhani Sulander

PALVELUJEN KÄYTTÖ JA RIITTÄVYYS



PALVELUJEN KÄYTTÖ JA RIITTÄVYYS

Johdanto

Tässä katsauksessa kuvataan helsinkiläisten sosiaali- ja terveyspalvelujen sekä kulttuuri- ja liikuntapalvelujen käyttöä Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen valossa. Palveluiden käytöstä sekä tyytyväisyydestä palvelujen saatavuuteen ja riittävyyteen on ollut vähän tietoa.

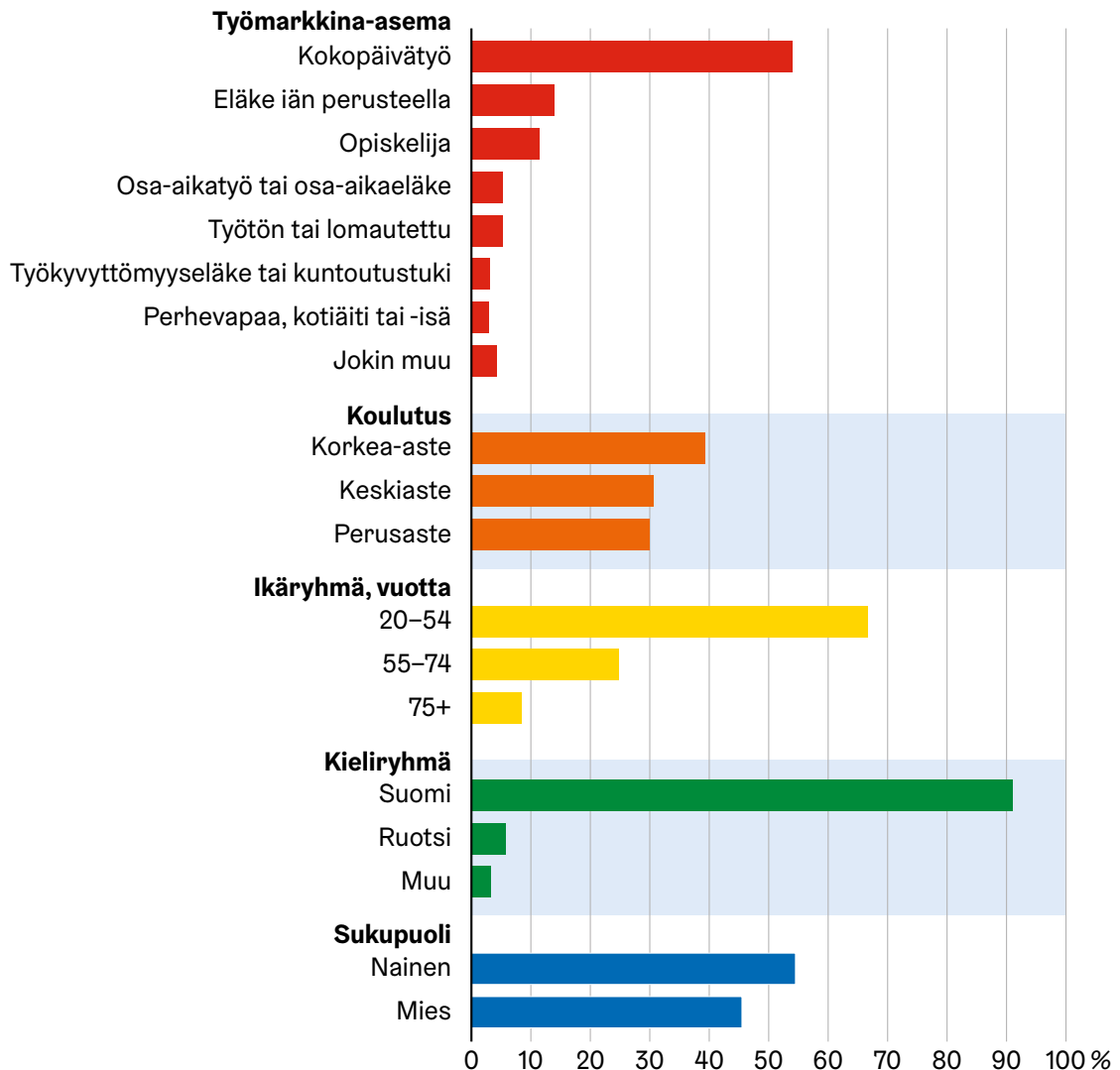
ATH-tutkimuksessa sosiaali- ja terveyspalveluihin sisällytettiin kunnalliset ja yksityiset palvelut sekä työterveyshuolto. Terveyspalveluiden käyttämisestä kysyttiin käyntikertoja kunnallisten, yksityisten ja työterveyshuollon lääkärin ja terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotoilla 12 viime kuukauden aikana, suun terveydenhoidon käytöstä, oliko mielenterveydellisten syiden tai päihteiden käytön takia käyty hoidossa ja oliko osallistuttu jonkin terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarkoitetun ryhmän toimintaan. Keskeinen kysymys käyttömäärien lisäksi oli palvelujen tarve ja palvelujen riittävyys. Sosiaali- ja terveyspalvelujen riittävyydestä kysyttiin hyvin kattavasti mukaan lukien erityisryhmien sosiaalipalvelut.

Kysymykset kulttuuri- ja liikuntapalveluista koskevat vain kunnallisia palveluita. Kuten sosiaali- ja terveyspalveluista myös kulttuuri- ja liikuntapalveluista kysyttiin palvelujen käyttöä 12 viime kuukauden aikana, palvelujen käyttötarvetta ja saadun palvelun riittävyyttä. Lisäksi kysyttiin tiedottamisesta kaikkien palvelukokonaisuuksien osalta, oliko tiedottamista tarvittu ja oliko se ollut riittävää.

ATH-tutkimuksen ohella helsinkiläisten tyytyväisyyttä julkisiin palveluihin on selvitetty kaupunki- ja kuntapalvelututkimuksella (KAPA 2016). Keskisen (2013) mukaan 2000-luvulla suurin tyytyväisyys on kohdistunut seuraaviin asioihin: juomaveden laatu (96 % tyytyväisiä), kirjastopalvelut (92 %), kulttuuripalvelut (89 %), asuinalueen turvallisuus (87 %) ja julkinen liikenne (87 %). Keväällä 2016 tehdyssä kyselyssä (KAPA 2016; Keskinen 2017) havaittiin yleisen tyytyväisyyden Helsingissä edelleen kasvaneen ja tyytyväisyys kohdistui samoihin asioihin kuin aikaisemmissa KAPA-tutkimuksissa.

Katsauksessa tarkastellaan palvelujen käyttämistä pääasiassa kuvailevin tunnusluvuin ja ristiintaulukoimalla muuttujat tavanomaisten taustamuuttujien mukaan: ikä, sukupuoli, koulutus, pääasiallinen toiminta ja kieliryhmä. Nuoria ja työikäisiä (20–54 v.) oli vastanneista kaksi kolmasosaa. Kokopäivätyössä olleet muodostivat yli puolet kaikista vastanneista. Vähemmän käytettyjen erityisryhmille suunnattujen palvelujen käyttäjämäärät jäivät osassa taustamuuttujien luokkia niin pieniksi, ettei tilastollisia vertailuja voitu tehdä. Kaikissa analyyseissä käytettiin painokerrointa, joka korjaa vastaajakunnan vinoutunutta jakaumaa suhteessa väestöön. Kuvailevien tunnuslukujen laskemisessa ja ristiintaulukoinneissa käytettiin SPSS 24 -ohjelmaversiota. Muuttujien välisiä tilastollisia yhteyksiä tarkasteltiin SAS EG 7.1-ohjelman koodipohjalla. (Kuvio 1)

Kuvio 1. Vastaajat taustamuuttujien mukaan (työmarkkina-asema, koulutus, ikä- ja kieliryhmä, sukupuoli, n=10 666) 2013–2015



Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

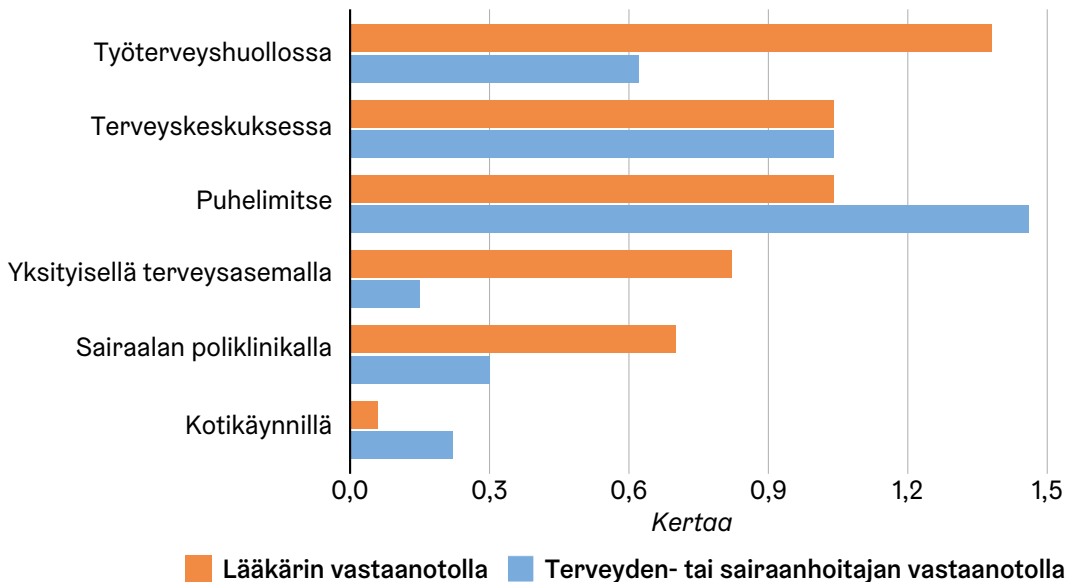
Terveyspalveluita käytettiin monipuolisesti

Lääkärin vastaanotolla terveyskeskuksessa oli kaikista vastaajista vähintään kerran 12 kuukauden aikana käynyt 46 prosenttia, joista 20 prosenttia oli käynyt yhden kerran ja 26 prosenttia kaksi kertaa tai useammin. Työterveyslääkärin vastaanotolla kaikista vastaajista oli käynyt 47 prosenttia, joista 17 prosenttia yhden kerran ja 30 prosenttia kaksi kertaa tai useammin. Työterveyslääkärillä oli käyty vielä enemmän, jos mukaan lasketaan vain koko- ja osa-aikaisessa työssä olleet vastaajat, joista 62 prosenttia oli käynyt työterveyslääkärillä vähintään kerran. Yksityisen terveysaseman lääkärin vastaanotolla oli käyty hieman vähemmän, 36 prosenttia vähintään kerran.

Tarkasteltaessa käyntikertojen keskiarvoja (kaikki, myös ei kertaakaan palveluja käyttäneet vastaajat) lääkärin vastaanotolla terveyskeskuksessa oli käyty keskimäärin yhden kerran ja yksityisellä terveysasemalla hieman harvemmin, 0,8 kertaa. Työterveysshuollossa oli käyty 1,4 kertaa, koko- ja osa-aikaisessa työssä olleet 1,8 kertaa. Puhelimitse oli oltu yhteydessä enemmän terveyden- tai sairaanhoitajaan kuin lääkäriin. Terveyskeskuses-

sa käytiin yhtä paljon lääkärin ja terveyden tai sairaanhoitajan vastaanotoilla mutta yksityisillä terveysasemilla terveyden tai sairaanhoitajan vastaanotolla käytiin huomattavasti vähemmän (Kuvio 2)

Kuvio 2. Lääkärin tai hoitajan vastaanotolla käyntikertojen keskiarvo 12 viime kuukauden aikana, 20 vuotta täyttäneet helsinkiläiset miehet ja naiset 2013–2015



Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Perusasteen koulutuksen suorittaneilla oli keskimäärin enemmän käyntikertoja terveyskeskuksessa sekä lääkärin että hoitajan vastaanotolla kuin keskiasteen ja korkea-asteen koulutetuilla. Matalasti koulutetuilla oli myös keskimäärin enemmän työterveyshuollon lääkärin vastaanotolla käyntejä kuin korkeasti koulutetuilla. Yksityisellä terveysasemalla oli käyty suunnilleen yhtä paljon koulutuksesta riippumatta.

Naisilla oli miehiä enemmän käyntikertoja lääkärin vastaanotolla terveyskeskuksessa, työterveyshuollossa ja yksityisellä terveysasemalla. Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla oli naisista vähintään kerran käynyt 12 viime kuukauden aikana 52 prosenttia, miehistä 39 prosenttia. Työkyvyttömyyseläkkeellä olleilla tai kuntoutustuen saajilla oli lääkärikäyntejä enemmän terveyskeskuksessa, yksityisellä terveysasemalla ja sairaalan poliklinikalla kuin muilla pääasiallisen toiminnan mukaan verratuilla ryhmillä. Perhevapaalla olleilla oli muita enemmän käyntikertoja terveyskeskuksessa terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla, mikä selittynee suomalaisen neuvolajärjestelmän laajalla kattavuudella.

Helsingissä käytiin hieman vähemmän (46 %) terveyskeskuslääkärin vastaanotolla kuin koko Suomessa, jossa joka toinen oli käyttänyt terveyskeskuslääkäripalveluita 12 viime kuukauden aikana ATH-tutkimuksen 2013–2015 tulosten mukaan. Sen sijaan helsinkiläisistä useampi oli käynyt yksityisellä terveysasemalla (36 %) verrattuna koko maahan (31 %). Helsingin tulos poikkeaa jonkin verran koko Suomen tuloksista myös siinä, että Helsingissä matalasti koulutetut kävivät muita koulutusryhmiä enemmän terveyskeskuksessa ja korkeasti koulutettuja enemmän myös työterveysasemilla.

Helsinkiläiset käyttivät terveystalvijoja monipuolisesti. Keskinen (2013) puhuu terveystalvijojen rinnakkaiskäytöstä, mikä liittyy vuonna 2005 tulleeseen hoitotakuuseen. Hoitoon pääsy (hoitotakuu) tarkoittaa, että hoitoon on terveyskeskuksessa päästävää vii-

meistään kolmessa kuukaudessa, mutta suun terveydenhuollossa tämä aika voidaan ylittää kolmella kuukaudella potilaan terveydentilan vaarantumatta (ks. Hoitoon pääsy 2017). Vaikka hoitotakuu koskee periaatteessa kaikkia ja ensisijaisesti hoito pitää järjestää omassa terveyskeskuksessa, esimerkiksi hammashoidossa hoitotakuu on käytännössä tarkoittanut, että Helsingissä on purettu pitkiä hammashoitojonoja kilpailuttamalla yksityisiä lääkäriasemia. Helsinki ostaa siis osan hammashoidon palveluista yksityisiltä hammaslääkäreiltä ostopalveluina. (Keskinen 2017)

Suun terveydenhuollossa käytetään yksityisiä palveluita eniten

Suun terveydenhuollon palveluista käytettiin eniten yksityisen hammaslääkärin palveluita (43 %, n=9 861). Hammashoitajan tai suuhygienistin vastaanotolla käytiin seuraavaksi eniten, mutta huomattavasti vähemmän, 28 prosenttia. Viidesosa oli käynyt terveyskeskuksen hammaslääkärillä. Naiset käyttivät kaikkia suun terveydenhuollon palveluita jonkin verran miehiä enemmän. Nuorimmissa ikäryhmissä käytettiin vähemmän yksityisen hammaslääkärin palveluita mutta käytiin enemmän terveyskeskushammaslääkärillä kuin vanhimmissa ikäryhmissä.

Viidesosa opiskelijoista oli käynyt muulla hammaslääkärillä, johon lukeutuu mm. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön hammashoito. Iän perusteella eläkkeellä olleista 61 prosenttia oli käyttänyt yksityistä hammaslääkärää. He käyttivät myös muita enemmän hammasteknikon palveluita, mikä todennäköisesti selittyy ikään liittyvillä palvelutarpeilla. Työttömät olivat käyneet lähes yhtä paljon terveyskeskuksen ja yksityisellä hammaslääkärillä, samoin kuin työkyvyttömyyseläkkeellä olleet ja kuntoutustuen saajat.

Matalasti koulutetut käyttivät eniten terveyskeskuksen hammaslääkärin palveluita (25 %) mutta vähemmän yksityisiä hammaslääkäripalveluita (36 %) verrattuna korkeasteen koulutuksen saaneisiin, joista vain 18 prosenttia oli käynyt terveyskeskuksen hammaslääkärissä ja noin puolet yksityisellä hammaslääkärillä. Hammashoitajan tai suuhygienistin palveluja korkeasti koulutetut käyttivät jonkin verran muita enemmän ja matalasti koulutetut puolestaan vähemmän.

Helsingin aineiston tuloksia koko Suomen tuloksiin (Husu ym. 2014) verrattaessa helsinkiläiset käyttivät selvästi enemmän yksityisen hammaslääkärin palveluita (43 %) kuin suomalaiset keskimäärin (35 %). Koko Suomen vastanneista terveyskeskushammaslääkärin palveluita oli käyttänyt vajaa kolmasosa mutta helsinkiläisistä vain viidesosa.

Mielenterveys- ja päihdepalvelujen käyttö vähäistä

Palvelujen käyttö mielenterveydellisten syiden tai päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien takia oli vähäistä. Mielenterveydellisten ongelmien takia kaikista vastanneista oli kolme prosenttia käynyt lääkärin tai psykologin yksityisvastaanotolla ja kaksi prosenttia työterveyshuollossa, mielenterveystoimistossa tai psykiatrian poliklinikalla ja terveyskeskuksessa. Päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien takia oli käyty lähinnä terveyskeskuksessa ja A-klinikalla.

Kulttuuri- ja liikuntapalveluista elokuvat ja kirjastot kiinnostavat eniten

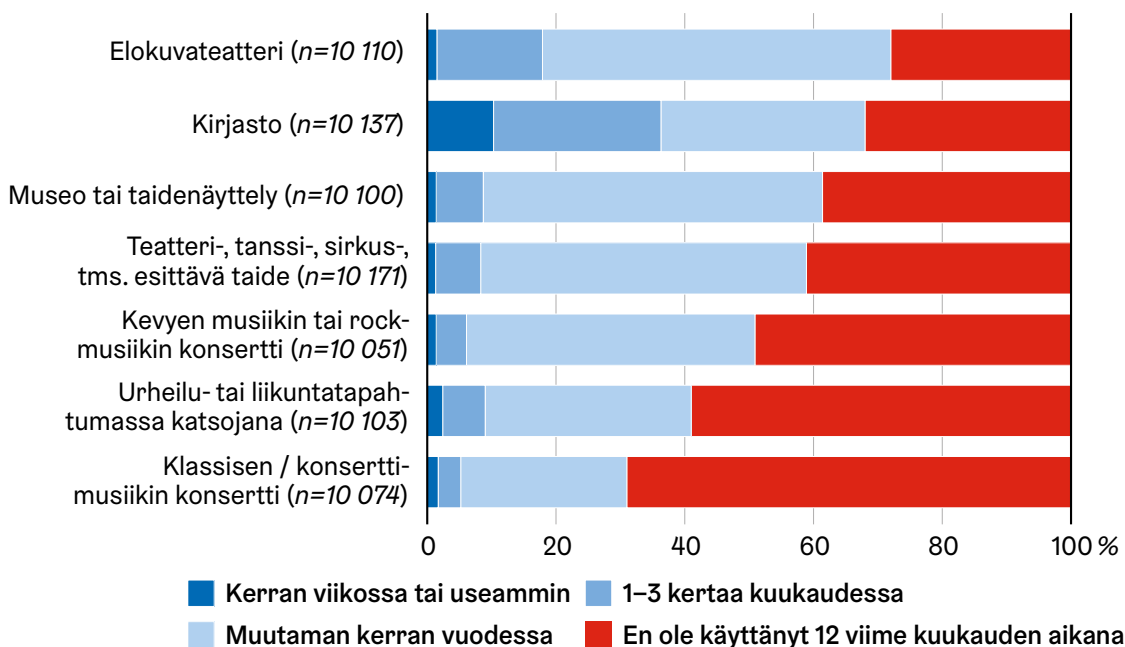
Kulttuuri- ja liikuntapalveluista elokuvateattereissa ja kirjastoissa oli käyty eniten. (Kuvio 3) Tyypillinen elokuvissa kävijä oli nuori, iältään 20–29-vuotias ja opiskelija. Opiskelijat käyttivät paljon kirjastopalveluja, kuten myös perhevapaalla olleet.

Naiset kävivät miehiä enemmän esittävän taiteen (teatteri-, tanssi- yms. esittävä taide) tilaisuuksissa, klassisen ja konserttimusiikin konserteissa, museoissa tai taidenäyttelyissä ja kirjastoissa. Esittävän taiteen tilaisuuksissa vähintään muutaman kerran vuodessa oli käynyt kaksi kolmasosaa naisista, miehistä puolet. Miehet sen sijaan kävivät urheilu- tai liikuntatapahtumissa naisia useammin. Miehistä joka toinen ja naisista kolmannes oli ollut katsojana urheilutapahtumassa.

Nuorimpien ikäluokkien vastaajat kävivät useimmissa kulttuuri- ja urheilutilaisuuksissa vanhimpia ikäluokkia useammin. Vanhimmissa ikäluokissa käytiin kuitenkin nuoria hie- man useammin esittävän taiteen tilaisuuksissa, klassisen ja konserttimusiikin konserteis- sa ja museoissa tai taidenäyttelyissä. Vanhuuseläkkeellä olleet kävivät eniten klassisen ja konserttimusiikin konserteissa, osa-aikatyössä tai -eläkkeellä olleet eniten museoissa tai taidenäyttelyissä. Vähiten kulttuuri- ja urheilutilaisuuksissa kävivät työkyvyttömyyseläk- keellä olleet tai kuntoutustuen saajat.

Matalasti koulutetut kävivät harvemmin kulttuuri- ja urheilutilaisuuksissa. Elokuvate- attereissa perusasteen koulutetuista oli käynyt 63 prosenttia mutta keskiasteen ja korkea- asteen koulutetuista 77 prosenttia. Vieraskieliset vastaajat olivat käyneet suomen- ja ruot- sinkielisiä vähemmän esittävän taiteen tilaisuuksissa, kevyen musiikin tai rock-musiikin konserteissa ja elokuvateattereissa.

Kuvio 3. Kulttuuri- ja liikuntapalveluiden käyttäminen 12 viime kuukauden aikana, 20 vuotta täyttäneet helsinkiläiset miehet ja naiset 2013–2015



Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Enemmistö tyytyväisiä saamiinsa terveyspalveluihin

Terveyskeskuslääkärin palveluihin matalasti ja korkeasti koulutetut olivat yhtä tyytyväisiä. Miehet olivat jonkin verran naisia tyytyväisempiä. Terveyskeskuslääkärin palveluja tarvinneista työttömistä ja osa-aikatyössä tai osa-aikaeläkkeellä olleista vain hieman yli puolet oli tyytyväisiä. Opiskelijoista ja eläkeläisistä kaksi kolmasosaa oli tyytyväisiä. Ikääntyneet (75+) olivat myös nuoria (20–54-vuotiaat) tyytyväisempiä. (Kuvio 4)

Työterveyshuollon palveluihin oltiin kokonaisuutena erittäin tyytyväisiä. Miehet olivat hieman naisia tyytyväisempiä. Ruotsin kielisissä oli myös jonkin verran enemmän tyytyväisiä kuin suomen kielisissä.

Sairaanhoitajan palveluihin tyytyväisimpiä olivat eläkeläiset ja perhevapaalla olleet. Tyytymättömmimpiä olivat työttömät. Nuorimmassa (20–54-vuotiaat) ikäryhmässä oli enemmän tyytymättömiä kuin vanhimmassa ikäryhmässä (75+).

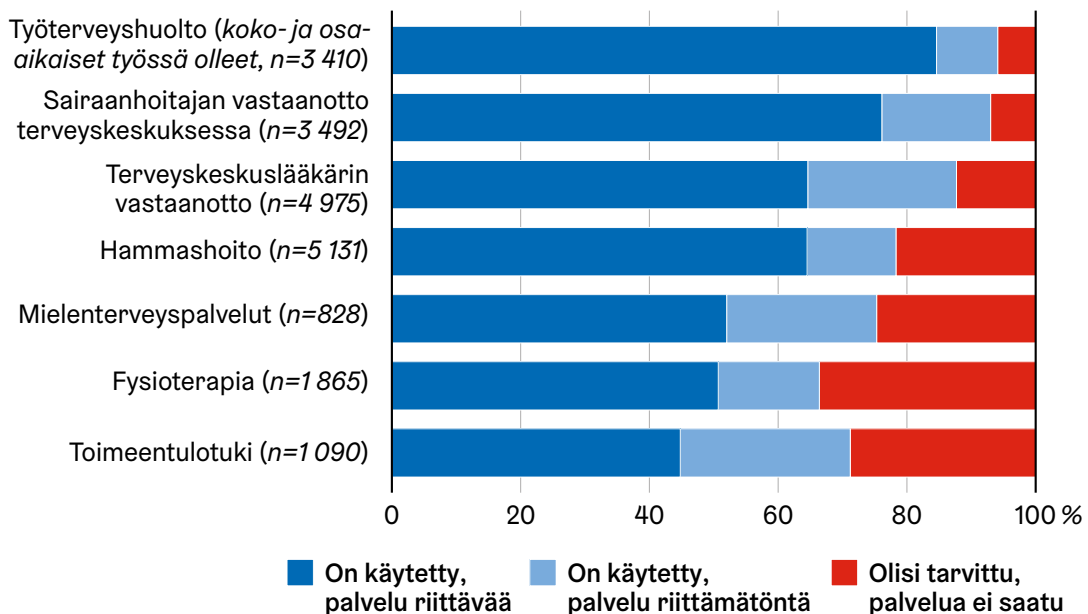
Hammashoitoon tyytyväisimpiä oltiin vanhimmassa ikäryhmässä. Miehet olivat hieman naisia tyytyväisempiä. Vieraskielisissä muita suurempi osuus ei ollut saanut palvelua, vaikka olisi tarvinnut. Työttömistä vain noin puolet oli saanut riittävää hammashoitoa mutta eläkeläisistä 71 prosenttia. Matalasti koulutetut olivat jonkin verran tyytymättömmempiä kuin keskiasteen ja korkea-asteen koulutetut.

Fysioterapiapalveluita piti puolet vastanneista riittävinä. Miehet olivat naisia jonkin verran tyytyväisempiä. Työttömissä ja vanhimmassa ikäryhmässä oltiin muita tyytymättömmempiä.

Mielenterveyspalveluita piti hieman runsas puolet niitä käyttäneistä riittävinä. Perusasteen koulutetuissa oli korkeammin koulutettuja enemmän niitä, jotka eivät olleet saaneet riittävästi mielenterveyspalveluita. Työttömät olivat muita tyytymättömmempiä.

Toimeentulotukeen tyytyväisiä oli hieman alle puolet palvelua tarvinneista. Naisista suurempi osuus kuin miehistä ei ollut saanut palvelua, vaikka olisi tarvinnut. Vieraskieliset vastaajat olivat suomen ja ruotsin kielisiä tyytyväisempiä.

Kuvio 4. Tyytyväisyys käytetyimpiin sosiaali- ja terveyspalveluihin, 20 vuotta täyttäneet helsinkiläiset miehet ja naiset 2013–2015

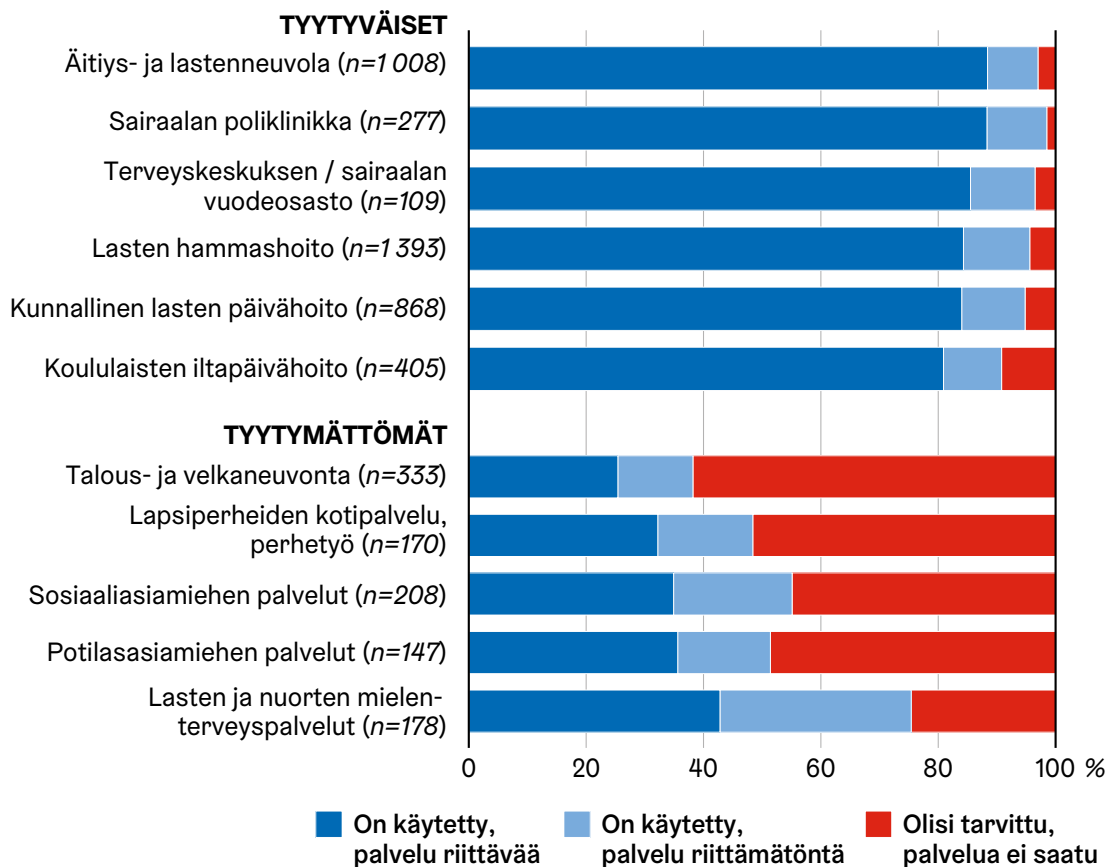


Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Lapsiperheille suunnattuihin palveluihin, kuten äitiys- ja lastenneuvoloihin, lasten päivähoitoon ja hammashoitoon sekä koululaisten iltapäivähoitoon, oltiin tyytyväisimpiä. Vähemmän käytettyihin sosiaalipalveluihin oltiin tyytymättömiä. Talous- ja velkaneuvontaa käyttäneistä vain neljäsosa ja perhetyöhön sekä potilas- että sosiaaliasiamiehen palveluihin kolmasosa oli tyytyväisiä. Malander (2016) on todennut, että universaalit palvelut, kuten äitiys- ja lastenneuvolat koetaan keskimäärin kohtalaisen hyvin saataviksi, mutta harkinnanvaraiset palvelut (perhetyö sekä kotitalous- ja velkaneuvonta) vaikeammin saataviksi.

Neuvolatyö on keskeinen osa perusterveydenhuollon ehkäisevää ja terveyttä edistävää toimintaa. Kunnat on velvoitettu tarjoamaan kaikille perheille suunnitelmalliset äitiys- ja lastenneuvolapalvelut, mistä johtuen kunnat huolehtivat tämän palvelun toteutumisesta hyvin. Talous- ja velkaneuvonta on sitä vastoin asiakkaille räätälöidymppää palvelua, joka saattaa vielä jossain määrin hakea muotoaan suhteellisen uutena palveluna. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017.) (Kuvio 5)

Kuvio 5. Sosiaali- ja terveyspalveluihin tyytyväisimmät ja tyytymättömimmät vastaajat, 20 vuotta täyttäneet helsinkiläiset miehet ja naiset 2013–2015



Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Tyytymättömiksi tässä tarkastelussa katsottiin ne, jotka eivät olleet saaneet tarpeeseensa nähden palvelua joko lainkaan tai eivät olleet saaneet sitä riittävästi. Helsinkiläiset olivat terveyskeskuslääkärin palveluihin hieman muita suomalaisia tyytymättömiä, runsas kolmannes, kun tyytymättömien osuus koko Suomen aineistossa oli vajaa kolmannes. Hammashoidon saatavuuden osalta koko Suomen aineistossa 15 prosenttia koki, ettei hammashoitoa ollut saatavilla, helsinkiläisistä 22 prosenttia. (Kaikkonen ym. 2015; Husu ym. 2014)

Kaupunki- ja kuntapalvelututkimuksen (KAPA 2016; Keskinen 2017) mukaan eniten tyytymättömyyttä kohdistui kunnan hammaslääkäripalveluihin, vanhusten kotihoitoon (kotipalvelu ja kotisairaanhoidon), vanhusten asumis- ja laitospalveluihin sekä vammaispalveluihin. ATH-tutkimuksessa tyytyväisyyttä sosiaali- ja terveystieteiden palveluihin kysyttäessä pyydettiin huomioimaan sekä kunnalliset että yksityiset palvelut, joten ATH-tutkimuksen tuloksia ei voi suoraan verrata Kaupunki- ja kuntapalvelututkimukseen. Hammashoitoa (sekä kunnallinen että yksityinen) piti riittävänä ATH-tutkimuksessa vajaa kaksi kolmasosaa. Vanhuspalveluista kysyttiin kotipalvelun ja kotisairaanhoidon riittävyttä, joita molempia oli tarvittu vähän. Kotipalvelua tarvinneista (n=113) 57 prosenttia ja kotisairaanhoidon tarvinneista (n=93) 64 prosenttia piti palveluja riittävinä. Vammaispalveluita sitä vastoin piti vastaajista (n=261) riittävinä vain 47 prosenttia.

Sosiaali- ja terveystieteiden palveluihin tyytyväisyyden yhteydessä olevia tekijöitä

Seuraavaksi tarkasteltiin käytetyimpien terveystieteiden – terveyskeskuslääkärin vastaanoton ja hammashoidon – osalta, mitkä tekijät ovat yhteydessä niiden saatavuuteen tai palvelun riittävyteen liittyvään tyytymättömyyteen. Tyytymättömyyttä analysoidiin logistisella regressiomallilla ja tyytymättömyyden yhteydessä oleviksi tekijöiksi valittiin vastaajan itse arvioima terveydentila ja kotitalouden taloudellinen tilanne (miten hyvin menot pystytään kattamaan kotitalouden tuloilla) sekä taustamuuttujista koulutus ja sukupuoli. Tässä haluttiin katsoa nimenomaan, miten palvelujen tarve ja ainakin jonkinlaiset taloudelliset vaikutukset ovat yhteydessä tyytymättömyyden palvelujen saannissa. Kaikissa malleissa ikä vakioitiin jatkuvana muuttujana.

Logistisessa regressiomallissa mallinnettiin, mitkä tekijät ovat yhteydessä tyytymättömyyteen. Kysymys palvelujen riittävydestä on kyselylomakkeessa neliluokkainen ja se muutettiin kaksiluokkaiseksi. Siitä jätettiin ensin pois vastaajat, jotka eivät olleet tarvinneet palvelua lainkaan. Sen jälkeen vaihtoehdot ”olisi tarvittu, mutta palvelua ei saatu” ja ”on käytetty, palvelu ei ollut riittävää” yhdistettiin tyytymättömyyttä kuvaavaksi luokaksi. Muuttujan neljäs vaihtoehto ”on käytetty, palvelu oli riittävää” säilytettiin.

Logistisessa regressiomallissa tulokset esitetään odds ratioina eli ristitulosuhteina. Sellittävän muuttujan yhdelle luokalle annetaan arvo 1,00 ja muuttujan muiden luokkien tyytymättömyys lasketaan suhteessa siihen. Mallinnuksessa arvioitiin tyytymättömyyttä (joko palvelua ei saatu tai palvelu ei ollut riittävää).

Mallinnukset tehtiin SAS EG 7.1-ohjelman koodipohjalla. Taulukossa 1 on kuvattu sellittävien tekijöiden itsenäiset yhteydet terveyskeskuslääkärin vastaanoton ja hammashoidon saatavuuteen ja palvelun riittävyteen sekä mallien luottamusvälit.

Taulukko 1. Tyytymättömyys terveyskeskuslääkärin vastaanoton ja hammashoidon saatavuuteen tai riittävyyteen, 20 vuotta täyttäneet helsinkiläiset miehet ja naiset 2013–2015

	Terveyskeskuslääkärin vastaanotto		Hammashoito (kunta ja/ tai yksityinen)	
	Ikä vakioitu			
	OR	(95 % lv)	OR	(95 % lv)
Sukupuoli				
Nainen	1,00		1,00	
Mies	0,76	(0,66–0,88)	0,74	(0,64–0,85)
Koulutus				
Korkea	1,00		1,00	
Keskitaso	0,87	(0,74–1,02)	0,95	(0,81–1,12)
Matala	0,94	(0,80–1,11)	1,28	(1,08–1,52)
Itse arvioitu terveydentila				
Hyvä	1,00		1,00	
Melko hyvä	1,40	(1,15–1,70)	1,10	0,92–1,31
Keskitasoinen	2,12	(1,72–2,62)	1,64	1,35–1,99
Melko huono tai huono	3,10	(2,42–3,98)	2,33	
Menojen kattaminen kotitalouden tuloilla				
Helppoa tai hyvin helppoa	1,00		1,00	
Melko helppoa	1,01	(0,85–1,20)	1,34	(1,13–1,59)
Melko hankalaa	1,41	(1,16–1,71)	1,77	(1,45–2,15)
Erittäin hankalaa tai hankalaa	1,68	(1,34–2,09)	2,24	(1,78–2,81)

Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Naiset olivat miehiä tyytymättömämpiä sekä terveyskeskuslääkärin että hammashoidon saatavuuteen ja palvelun riittävyyteen. Koulutuksen mukaan ei eroa tyytymättömyydessä terveyskeskuslääkärin vastaanoton saatavuuteen tai riittämättömyyteen ollut, mutta matalan koulutuksen vastaajat olivat korkeasti ja keskitason koulutettuja tyytymättömämpiä hammashoittoon. Terveydentilansa melko huonoksi tai huonoksi arvioineilla vastaajilla oli kolminkertainen todennäköisyys tyytymättömyyteen terveyskeskuslääkärin vastaanoton ja kaksinkertainen todennäköisyys tyytymättömyyteen hammashoidon saatavuuteen tai palvelun riittävyyteen verrattuna niihin, jotka pitivät terveydentilaansa hyvänä. Taloudelliset vaikeudet (menojen kattaminen kotitalouden tuloilla hankalaa) olivat yhteydessä suurempaan tyytymättömyyteen sekä terveyskeskuslääkärinvastaanottoa että hammashoitoa kohtaan.

Analyysit tehtiin vielä niin, että itsearvioitu terveydentila ja taloudelliset vaikeudet vakioitiin keskenään. Terveyskeskuslääkärin vastaanoton osalta taloudellisten vaikeuksien yhteys tyytymättömyyteen näytti selittyvän koetulla terveydentilalla. Mitä enemmän taloudellisia vaikeuksia, sitä heikompi terveys, ja sitä todennäköisemmin kokee, ettei saa palveluja tai ne eivät ole riittävät. Sen sijaan hammashoidon osalta molempien muuttujien yhteys heikkeni, mutta ne olivat edelleen tilastollisesti merkitsevät. Eli heikoksi arvioidun terveydentilan lisäksi taloudelliset vaikeudet lisäsivät tyytymättömyyttä hammashoidon saatavuuteen ja riittävyyteen.

Tulokset olivat samantapaisia mutta yhteydet vielä vahvempia työterveyshuoltoa käyttäneiden koko- ja osa-aikaisten työntekijöiden ja toimeentulotuen osalta. Jälkimmäisen tekijän osalta tyytymättömiä oli paljon. Terveystilansa huonoksi arvioineilla oli lähes kuusinkertainen todennäköisyys olla tyytymättömiä työterveyshuollon ja kolminkertainen todennäköisyys olla tyytymättömiä toimeentulotuen saatavuuteen ja riittävyteen. Taloudelliset vaikeudet lisäsivät tyytymättömyyden todennäköisyyttä viisi ja puolikertaiseksi työterveyshuollon ja lähes viisinkertaiseksi toimeentulotuen saatavuuteen ja riittävyteen.

Sosiaalipalveluista tiedottaminen riittämätöntä

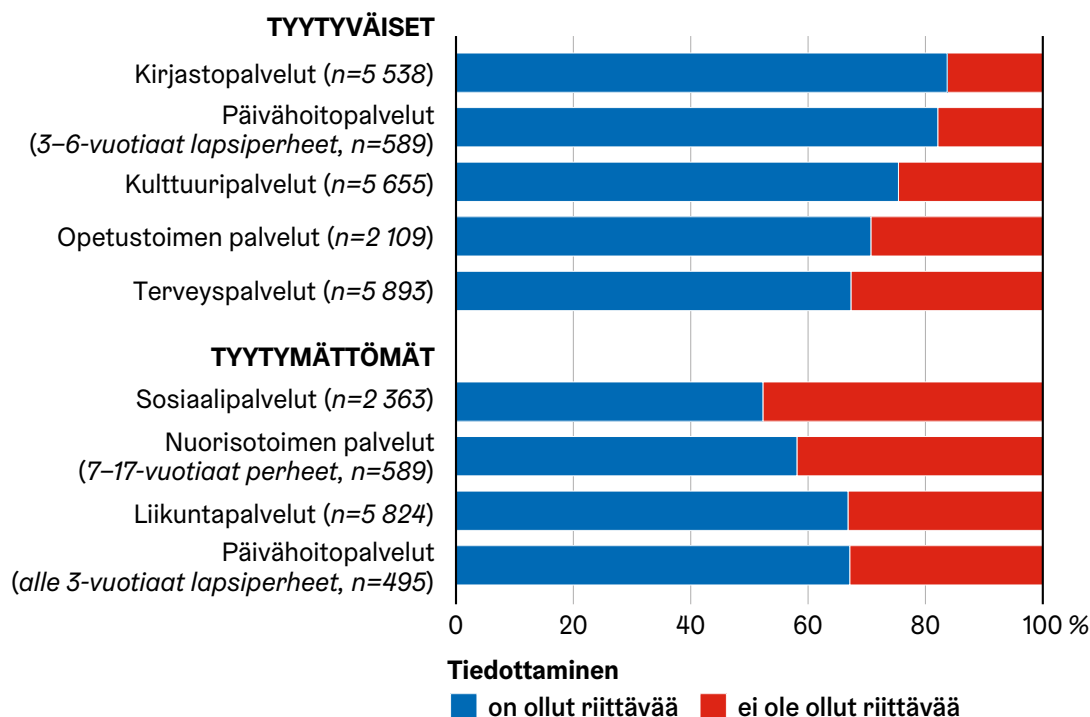
Tiedottamista arvioineet vastaajat olivat tyytyväisimpiä kirjasto- ja kulttuuripalveluista tiedottamiseen. Tyytymättömyyttä kohdistui eniten sosiaalipalveluista ja nuorisotoimen palveluista tiedottamiseen. Tiedottamiseen tyytymättömimmät ryhmät olivat työttömät ja vieraskieliset, tyytyväisimpiä eläkeläiset ja vanhimmat vastaajat. (Kuvio 6)

Nuoret olivat tyytymättömämpiä kirjasto- ja kulttuuripalveluista tiedottamiseen kuin vanhimmat ikäryhmät. Nuorimmista, 20–29-vuotiaista viidesosa mutta 70–79-vuotiaista vain kymmenesosa oli kirjastopalveluista tiedottamiseen tyytymättömiä. Perusasteen koulutuksen saaneet olivat tyytymättömämpiä kuin keski- ja korkea-asteen koulutetut kulttuuripalveluista ja opetustoimen palveluista tiedottamiseen.

Työttömät olivat muita tyytymättömämpiä niin kulttuuri- ja liikuntapalveluista kuin opetustoimen palveluista tiedottamiseen. Perhevapaalla olleet olivat muita tyytyväisempiä kirjastopalveluista sekä sosiaali- ja terveyspalveluista tiedottamiseen. Sen sijaan päivähoitopalveluista tiedottamisen suhteen alle 3-vuotiaiden lapsiperheistä perhevapaalla olleet olivat tyytymättömämpiä kuin kokopäivätyössä olleet. Vanhuuseläkkeellä olleet olivat tyytyväisimpiä kirjasto-, kulttuuri- ja liikuntapalveluista tiedottamiseen.

Vieraskieliset olivat suomen ja ruotsin kielisiä tyytymättömämpiä lähes kaikista palveluista (kirjasto- kulttuuri-, liikunta-, ja sosiaalipalvelut sekä opetustoimen palvelut) tiedottamiseen. Sosiaalipalveluista tiedottamiseen tyytymättömiä muun kielisiä oli 57 prosenttia (n=167). Vieraskielisten suurempi tyytymättömyys liittyy siihen, että palveluista tiedotetaan harvemmin muulla kuin suomen tai ruotsin kielellä.

Kuvio 6. Tyytyväisyys palveluista tiedottamiseen, 20 vuotta täyttäneet helsinkiläiset miehet ja naiset 2013–2015



Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Rentoutus- ja mielenhallintaryhmästä eniten hyötyä

Terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen tarkoitettuihin ryhmiin säännöllisesti osallistuneiden määrät olivat enimmillään hieman alle kolme prosenttia kaikista vastanneista. Hyödyllisimpinä ryhminä pidettiin rentoutus- ja mielenhallintaryhmää, niskan tai selän kuntoryhmää ja johonkin elämäntilanteeseen liittyvää keskusteluryhmää. Vähiten hyödyllisiksi koettiin tupakoinnin lopettamisen ja peliriippuvuuteen liittyvät ryhmät. (Taulukko 2)

Naiset osallistuivat ryhmiin miehiä enemmän. Ainoastaan alkoholin ja muun päihteen käytön lopettamiseen tähtääviin ryhmiin miehet osallistuivat naisia runsaslukuisemmin. Naiset kokivat ryhmiin osallistumisen pääsääntöisesti miehiä hyödyllisempänä. Rentoutus- ja mielenhallintaryhmään osallistuneista naisista (n=234) 91 prosenttia piti osallistumista hyödyllisenä.

Matalasti koulutetut kokivat hyötyneensä muita vähemmän rentoutus- ja mielenhallinta-, laihdutus- ja painonhallinta- sekä niskan tai selän kuntoryhmästä. Rentoutus- ja mielenhallintaryhmään osallistuneista korkea-asteen koulutetuista 97 prosenttia (n=153) koki hyötyneensä ryhmästä.

Taulukko 2. Terveiden ja hyvinvoinnin edistämiseksi tarkoitetun ryhmän toimintaan osallistuminen, 20 vuotta täyttäneet helsinkiläiset miehet ja naiset 2013–2015

Yhteensä	Kyllä, oli hyötyä		Ei ollut hyötyä		Osallistuneet yhteensä
	N	%	N	%	
Rentoutus- ja mielenhallintaryhmä	253	89,3	30	10,7	283
Laihdutus- ja painonhallintaryhmä	172	77,5	50	22,5	222
Niskan tai selän kuntoryhmä	144	80,5	35	19,5	179
Sairauden omahoitoryhmä	82	77,9	23	22,1	105
Elämänkriisiin liittyvä keskusteluryhmä	74	80,3	18	19,7	92
Alkoholin käytön lopettamisen ryhmä	64	76,9	19	23,1	83
Muun päihteenkäytön lopettamisen ryhmä	21	49,2	22	50,8	43
Tupakoinnin lopettamisen ryhmä	18	47,0	21	53,0	39
Peliriippuvuuteen liittyvä ryhmä	16	47,7	17	52,3	33

Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Kirjasto- ja kulttuuripalveluja saatu riittävästi

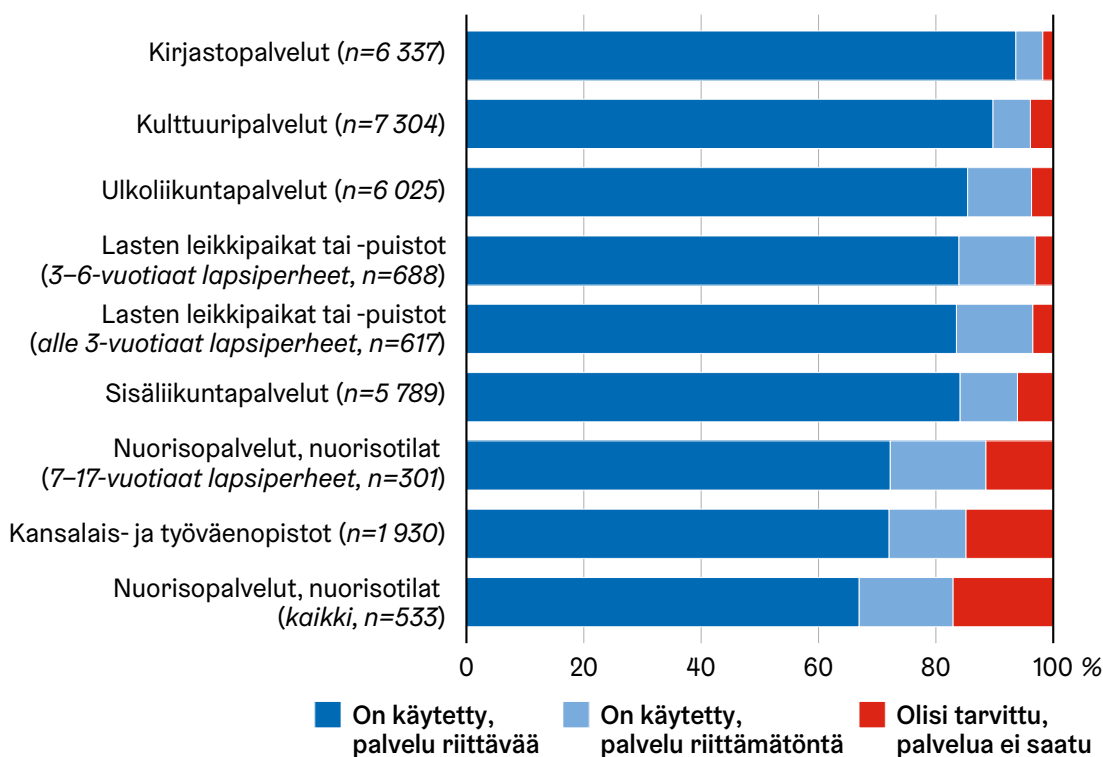
Kirjasto- ja kulttuuripalveluihin oltiin tyytyväisimpiä ja liikuntapalveluita pidettiin yleisesti riittävinä. Nuorisopalveluihin ja -tiloihin sekä kansalais- ja työväenopistoihin oltiin tyytymättömmimpiä. (Kuvio 7)

Vanhimmassa ikäryhmässä (75+) oli suhteellisesti eniten kulttuuripalveluihin tyytymättömiä ja niitä, jotka eivät olleet saaneet tarvittaessa sisäliikuntapalveluita. Vanhimmissa ikäluokissa (55+) oltiin selvästi nuorempia tyytyväisempiä kansalais- ja työväenopistoihin.

Työttömät olivat muita tyytymättömmämpiä kirjasto- ja kulttuuripalveluihin, kansalais- ja työväenopistoihin sekä sisäliikuntapalveluihin. Koko- ja osa-aikaisessa työssä olleet olivat tyytyväisimpiä sisäliikuntapalveluihin, perhevapaalla ja vanhuuseläkkeellä olleet puolestaan ulkoliikuntapalveluihin. Vanhuuseläkkeellä olleet olivat tyytyväisimpiä myös kansalais- ja työväenopistoihin. Alle 3-vuotiaiden lapsiperheissä kokopäivätyössä käyneet olivat jonkin verran tyytyväisempiä kuin perhevapaalla olleet lasten leikki paikkoihin tai -puistoihin.

Korkea-asteen koulutetut olivat perusasteen koulutettuja tyytymättömmämpiä lasten leikki paikkoihin tai -puistoihin sekä alle 3-vuotiaiden että 3–6-vuotiaiden lapsiperheissä. Korkeasti koulutetut olivat tyytyväisempiä kuin perusasteen koulutetut kuitenkin kansalais- ja työväenopistoihin. Matalasti koulutetuissa oli eniten niitä, jotka eivät olleet saaneet sisä- ja ulkoliikuntapalveluita niitä tarvitessaan.

Kuvio 7. Tyytyväisyys kulttuuri- ja liikuntapalveluihin, 20 vuotta täyttäneet helsinkiläiset miehet ja naiset 2013–2015



Lähde: ATH-tutkimus, Helsinki-aineisto.

Yhteenveto

Helsinkiläiset käyttivät paljon työterveyshuollon lääkäripalveluja, koska hieman runsas puolet ATH-tutkimukseen vastanneista oli pääasiallisen toiminnan mukaan koko- tai osa-aikatyössä olleita. Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käytiin suunnilleen yhtä paljon kuin työterveyslääkärillä mutta yksityisten terveysasemien lääkäriä käytiin jonkin verran vähemmän. Matalasti koulutetuilla oli keskimäärin enemmän käyntikertoja terveyskeskuksessa sekä lääkärin että hoitajan vastaanotolla kuin keski- ja korkea-asteen koulutetuilla ja enemmän lääkärin vastaanotolla käyntejä työterveyshuollossa verrattuna korkeasti koulutettuihin.

Terveyskeskuksessa käytiin yhtä paljon lääkärin ja hoitajan vastaanotoilla mutta työterveysasemilla ja yksityisillä terveysasemilla käytiin enemmän lääkärin vastaanotolla. Helsinkiläiset kävivät koko Suomeen verrattuna enemmän yksityisessä hammashoidossa mutta vähemmän terveyskeskuksen hammaslääkärillä.

Elokuvateattereissa ja kirjastoissa käytiin eniten. Nuorimmat vastaajat kävivät ahkerimmin elokuvateattereissa ja opiskelijat kirjastoissa. Naiset käyttivät kulttuuripalveluita miehiä enemmän, miehet puolestaan liikuntapalveluita enemmän. Ikääntyneet vastaajat ja vanhuuseläkkeellä olleet kävivät eniten klassisen ja konserttimusiikin konserteissa sekä museoissa tai taidenäyttelyissä.

Enemmistö vastaajista piti eniten käytettyjä terveystalveluja (terveyskeskuksen lääkärin vastaanotto, hammashoito ja työterveyshuolto) riittävinä. Työttömät olivat muita tyytymättömmämpiä terveyskeskuslääkärin ja hammashoidon palveluihin, eläkeläiset ja ikääntyneet vastaajat tyytyväisimpiä. Matalasti koulutetut olivat tyytymättömmimpiä hammashoitoon ja mielenterveyspalveluihin.

Käytetyimpien terveyspalvelujen (terveyskeskuslääkärin vastaanotto ja hammashoito) osalta tarkasteltiin, mitkä tekijät ovat yhteydessä niiden saatavuuteen ja riittävyteen liittyvään tyytymättömyyteen. Itsearvioitu huono terveydentila oli vahvimmin yhteydessä tyytymättömyyteen terveyskeskuslääkärin vastaanottoon. Tyytymättömyyttä hammashoidon (sekä kunnallinen että yksityinen) saatavuuteen ja riittävyteen lisäsivät heikoksi arvioidun terveydentilan lisäksi myös taloudelliset vaikeudet. Yhteydet olivat samantapaisia työterveyshuollon ja mielenterveyspalvelujen osalta. Sekä heikko terveydentila että taloudelliset vaikeudet lisäsivät tyytymättömyyden todennäköisyyttä.

Lapsiperheille suunnattuihin universaaleihin palveluihin, kuten äitiys- ja lastenneuvolaan oltiin hyvin tyytyväisiä. Sen sijaan vähemmän käytettyihin harkinnanvaraisiin sosiaalipalveluihin kuten talous- ja velkaneuvontaan sekä potilas- ja sosiaaliamiehen palveluihin oltiin tyytymättömiä.

Kirjasto-, kulttuuri- ja liikuntapalveluiden riittävyteen oltiin varsin tyytyväisiä. Selvästi vähemmän tyytyväisiä oltiin nuorisopalveluihin (kaikki vastanneet ja 7–17 nuorten lapsiperheet) sekä kansalais- ja työväenopistoihin. Työttömät olivat tyytymättömiä lähes kaikkiin kulttuuri- ja liikuntapalveluihin. Sosiaalipalveluista tiedottamiseen tyytymättömiä oli eniten, melkein puolet tiedottamista tarvinneista vastaajista. Vieraskieliset olivat suomen ja ruotsin kielisiä tyytymättömiä palveluista tiedottamiseen.

Lähteet

Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus ATH Helsinki-aineisto vuosilta 2013, 2014 ja 2015. Helsinki: Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos.

Hoitoon pääsy, hoitotakuu (2017): Sosiaali- ja terveysministeriön www-sivut. <<http://stm.fi/hoitotakuu>> Luettu 28.09.2017.

Husu P., Tokola K., Suni J., Luoto R., Sievänen H., Mäki-Opas T., Vasankari T. & Kaikkonen R. (2014): *Suomalaisten aikuisten palveluiden käyttö ja tyytyväisyys niihin Suomessa vuonna 2013.* ATH-tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos: Tutkimuksesta tiiviisti 10. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-211-9>>

Kaikkonen R., Murto J., Pentala O., Koskela T., Virtala E., Härkänen T., Koskenniemi T., Ahonen J., Vartiainen E. & Koskinen S.: *Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus* (aik. Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus) ATH perustulokset 2013–2015. Verkkojulkaisu: <www.thl.fi/ath>

KAPA Kaupunki- ja kuntapalvelututkimus (2016): Helsinki: FCG Konsultointi Oy. <https://www.fcg.fi/fin/palvelut/tutkimuspalvelut_ja_kyselyt/asukasmielipidekyselyt> Luettu 29.09.2017.

Keskinen V. (2013): *Tasaista menoa. Helsingiläisten tyytyväisyys kuntapalveluihin 2012 ja 2008.* Helsingin kaupungin tietokeskus: Tutkimuskatsauksia 2013:1.

Keskinen V. (2017): Asukkaiden tyytyväisyys palveluihin. Teoksessa Jaakola A. & Vilkkama K. (toim.), *Helsingin tila ja kehitys 2016*, 167–169. Helsingin kaupungin tietokeskus. <https://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/17_01_26_Helsingintilajakehitys2016.pdf>

Malander J. (2016): *Helsingiläisten lapsiperheiden koettu hyvinvointi.* Helsingin kaupungin tietokeskus: Työpapereita 2016:4.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (2017): *Äitiys- ja lastenneuvolat.* Osoitteessa <https://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/peruspalvelut/aitiys_ja_lastenneuvola> Luettu 26.09.2017.

YHTEENVETO

Väestöryhmien välisiin terveys- ja hyvinvointieroihin on Helsingissä kiinnitetty huomiota jo pitkään. Helsingin strategian yhtenä tavoitteena vuosille 2017–2021 on kaventaa sosioekonomisia ja alueellisia terveys- ja hyvinvointieroja tietoon ja vaikuttavuuteen perustuvilla menetelmillä. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kärjiksi strategiassa nousevat väestöryhmien ja alueiden hyvinvointierojen kaventamisen ohella muun muassa liikku-
misen ja yleisen arkiaktiivisuuden lisääminen, nuorten syrjäytymisen ehkäisy, maahanmuuttajien pääsy työelämään, palvelujen räätälöinti syrjäytymisriskissä oleville aikuisryhmille, laadukas koulutus, ikääntyneiden toimintakyky ja asunnottomuuden torjunta.

Monet terveyden ja hyvinvoinnin kannalta olennaiset tekijät ovat sellaisia, että niistä ei ole saatavilla kattavaa väestötasosta rekisteritietoa. Kyselytutkimuksilla kerätty kokemustieto onkin välttämätöntä, kun halutaan rakentaa kokonaiskuvaa väestön terveyteen ja hyvinvointiin liittyvistä seikoista. Esimerkiksi elintavat ovat yksi sosioekonomisia terveyseroja selittävä tekijä, josta rekisteritietoa ei ole saatavilla. Alueellisessa terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa aihetta on kartoitettu varsin laajasti. Tässä julkaisussa kuvatut ATH-tutkimuksen tulokset tuovat helsinkiläisten kokemustietoa rekisteri- ja tilastotiedon rinnalle hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamistyön pohjaksi.

Yksi useassa tutkimuksessa havaittu tekijä väestön terveys- ja hyvinvointierojen taustalla on koulutus: korkeasti koulutetut voivat keskimäärin paremmin kuin matalasti koulutetut. Tämän julkaisun artikkeleissakin koulutustaustan vaikutus nousi esiin muun muassa sairastavuuden, äänestyskäyttäytymisen ja palvelujen käytön osalta. Matalasti koulutetut helsinkiläiset sairastavat muita todennäköisemmin, äänestävät vähemmän, käyttävät muita enemmän työterveys- ja terveyskeskuslääkärin palveluja ja toisaalta muita vähemmän kulttuuri- ja urheilupalveluja. Myös sillä, minkälaiseksi oma terveys koetaan, on paljon vaikutusta. Huonoksi koettu terveys on yhteydessä osallistumisaktiivisuuteen ja yksinäisyyteen sekä tyytymättömyyteen palvelujen osalta.

Terveys- ja hyvinvointierojen taustalla on monimutkainen verkosto erilaisia toisiinsa kytköksissä olevia asioita. Koulutusryhmien väliset erot sairastavuudessa selittyvät osin elintavoilla: matalasti koulutetut käyttävät muita enemmän alkoholia, liikkuvat vähemmän ja syövät epäterveellisemmin. Elintavoilla onkin suuri merkitys terveyteen ja hyvinvointiin ja sitä kautta terveys- ja hyvinvointierojen kaventamiseen. Esimerkiksi alkoholin ongelmakäyttö on yhteydessä arvioituun työkykyyn ja työssä jaksamiseen sekä yksinäisyyden kokemuksiin. Helsingissä runsas alkoholinkäyttö on yleisempää kuin Suomessa keskimäärin, ja siihen tulisikin kiinnittää nykyistä enemmän huomiota.

Monet ihmisen oman vaikutusvallan ulkopuolella olevat seikat voivat kuitenkin altistaa tai jopa pakottaa hänet valitsemaan terveyttä vaarantavia elämäntapoja. Hyvinvoinnin ja terveyden eriarvoisuus tuskin ratkeakaan ilman että löydetään ratkaisu työttömyyteen, köyhyyteen ja yksinäisyyteen. Edellytyksenä tälle on laaja-alainen ja laadukas tieto hyvinvoinnin monista ulottuvuuksista.

Julkaisun artikkelit lyhyesti

Sairastavuuden osalta ATH-kysely kattoi toistakymmentä lääkärin diagnosoimaa tai hoitamaa sairautta. Osa näistä oli hyvin yleisiä Helsingissä, osa harvinaisia. Sairastavuudessa oli pääsääntöisesti hyvin selkeät erot koulutustason mukaan. Koulutusryhmien väliset erot elintavoissa selittivät osan eroista sairastavuudessa. Eniten selittyivät erot masennuksessa, muussa mielenterveysongelmassa, sydäninfarktissa ja keuhkolaajentumataudissa. Tulokset vahvistivat aikaisempaa käsitystä siitä, että elintavoilla on merkitystä koulutusryhmien välisen sairastavuuden kannalta – ja todennäköisesti myös muiden väestöryhmien välisen terveyserojen osalta. Kaventamalla alkoholin käytössä, tupakoinnissa, lihavuudessa ja liikkumattomuudessa nähtäviä eroja väestöryhmien välillä saavutettaisiin luultavimmin myös terveys- ja kuolleisuuserojen kaventamisen tavoitteita.

Noin joka kymmenes helsinkiläinen kokee **yksinäisyyttä**. Yksinäisyydellä näyttäisi olevan yhteyttä koettuun hyvinvointiin ja siihen, miten ihmiset elämäänsä elävät. Yksinäisyyttä kokevien helsinkiläisten joukossa noin puolet arvioi terveytensä keskitasoiseksi tai heikoksi. Yksinäisillä korostuu unettomuus, vähäinen liikunta, alkoholin liikakäyttö ja ylipaino-ongelmat. Lisäksi yksinäisyyttä kokevat oireilevat henkisesti enemmän ja kokevat arjesta selviytymisen vaikeammaksi. Yleistä oli kiinnostuksen menettäminen elämän eri asioihin. Yksinäisyyttä kokeneet olivat myös muita tyytymättömämpiä elämänlaatuun ja kokivat muita harvemmin itsensä onnelliseksi. Yksinäisyydellä näyttäisi olevan tilastollista yhteyttä erilaisiin hyvinvointi- ja terveysvajaisiin, ja monesti lapsuudessa koettu yksinäisyys voi kulkea mukana aikuisuuteen ja jopa läpi koko elämän. Tästä syystä yksinäisyyden kokemuksiin tulisi kiinnittää huomiota terveys- ja hyvinvointierojen seurannassa muiden hyvinvointitulottuvuuksien rinnalla.

Helsinkiläiset eivät juuri poikkeaa muista suurista kaupungeista **luottamuksessa** kunnan päätöksentekoon ja julkiseen terveyden- ja sosiaalihuoltoon. Luottamus on melko tasaista ikäluokkien, sukupuolen ja Helsingin alueiden välillä. Kuntavaaleissa äänestämässä helsinkiläiset ovat muita kaupungeja aktiivisempia, mutta väestöryhmien välillä äänestämässä on suuria eroja matalasti koulutettujen, nuorten ja heikossa työmarkkina-asemassa olevien äänestäessä vähemmän. Heikoksi koettu taloudellinen tilanne tai heikoksi koettu terveys heikensivät luottamusta yhteiskunnan instituutioihin ja vähensivät äänestysaktiivisuutta sekä osallistumista järjestötoimintaa. Sosiaalinen aktiivisuus ja osallistuminen järjestötoimintaan oli yhteydessä korkeampaan luottamukseen kunnan päätöksentekoa ja julkisia palveluita kohtaan sekä korkeampaan äänestysaktiivisuuteen.

Väestön hyvä työ- ja toimintakyky on paitsi itseisarvo myös tärkeä terveys- ja yhteiskuntapoliittinen tavoite. Hyvä **työkyky** on yhteydessä hyvinvointiin ja tukee yhteiskunnan toimivuutta. Alkoholin riskikäyttö puolestaan on yhteydessä paitsi sairastavuuteen ja kuolleisuuteen niin myös pitkiin sairauspoissaoloihin, työkyvyttömyyseläkkeisiin ja työttömyyteen. Tämän julkaisun tutkimuksen mukaan alkoholin käytön ja heikentyneen työkyvyn välinen yhteys vaikuttaa osin todelliselta, eikä ole kokonaan selitettävissä ainakaan analyyseissä mukana olleilla tekijöillä. Jos väestön ikääntyessä heikentyneitä työkykyä halutaan ehkäistä, työn laatua ja tuottavuutta pitää yllä ja työuria pidentää, on alkoholin ongelmakäytön haittoihin kiinnitettävä entistä enemmän huomiota.

Lähes kaikki **liikunta** on terveyden kannalta suotuisaa ja liikunta-aktiivisuutta onkin hyvä pyrkiä edistämään useilla eri keinoilla. Tämän julkaisun tutkimuksessa tarkasteltiin lähiympäristön piirteiden yhteyttä liikuntaan. Pitkät etäisyyden palveluihin, huonot julkiset liikenneyhteydet ja asuinalueen turvattomuus olivat voimakkaasti yhteydessä liikunnan harrastamattomuuteen ja liikunta-aktiivisuuteen, mutta toisaalta melko harva kaupunkilainen koki nämä piirteet haittaavana. Kun otetaan huomioon myös muuttujien jakaumat, tulosten perusteella näyttäisi, että parhaat mahdollisuudet vähentää kaupun-

kilaisten liikunnan harrastamattomuutta ja lisätä liikunta-aktiivisuutta muuttamalla lähiympäristön piirteitä, on huolehtia erityisesti kulkuväylien riittävästä valaistuksesta ja ehkäistä jalankulkuväylien liukkaita.

Ikääntyneet osallistuvat järjestö- ja yhdistystoimintaan alle 65-vuotiaita aktiivisemmin, mutta auttoivat oman kotitalouden ulkopuolella asuvia henkilöitä hieman muita harvemmin. Järjestötoimintaan osallistuttiin ja kotitalouden ulkopuolella asuvaa autettiin todennäköisemmin silloin, jos oma terveys koettiin hyväksi. Samassa kotitaloudessa asuvaa toimintakyvyltään heikentyneitä tai sairasta henkilöä auttavien ja virallisten omaishoitajien osuus on huomattavasti korkeampi ikääntyneillä kuin alle 65-vuotiailla. Useimmiten autettiin omaa puolisoa, eikä koetulla terveydellä ollut vastaavaa yhteyttä auttamiseen kuin järjestötoiminnan tai kotitalouden ulkopuolella asuvien auttamisen osalta. Samassa taloudessa asuvaa puolisoa tai lasta autetaan, vaikka ei tuntisi omaa terveyttään hyväksi.

Helsingiläisten eniten käyttämiä **palveluita** olivat työterveyshuollon ja terveyskeskuksen lääkäripalvelut. Matalasti koulutetut käyttivät palveluja hieman muita enemmän. Sen sijaan kulttuuri- ja urheilupalveluita matalasti koulutetut käyttivät muita vähemmän. Enemmistö vastaajista oli tyytyväisiä käytetyimpiin terveyspalveluihin: terveyskeskuslääkärin ja sairaanhoitajan vastaanottoon, työterveyshuoltoon ja hammashoittoon. Huonoksi koetulla terveydentilalla havaittiin tilastollinen yhteys tyytymättömyyteen terveyskeskuslääkärin palveluun. Tyytymättömyyttä hammashoidon saatavuuteen tai riittävyteen lisäsivät heikoksi arvioidun terveydentilan lisäksi myös taloudelliset vaikeudet.

SAMMANDRAG

I många år har man i Helsingfors fäst uppmärksamhet vid skillnader i hälsa och välfärd befolkningsgrupper emellan. Ett av målen i Helsingfors stads strategi för åren 2017–2021 är att minska socioekonomiska och lokala skillnader i hälsa och välfärd med hjälp av metoder baserade på kunskap och effektivitet. Som spetsar i främjandet av hälsa och välfärd lyfter strategin fram inte bara att minska välfärdsskillnaderna mellan befolkningsgrupper och områden utan även ökad kroppslig rörlighet och allmän aktivitet, förebyggande av marginalisering bland unga, invandrarintegration på arbetsmarknaden, skraddarsydda tjänster för vuxengrupper hotade av marginalisering, högklassig utbildning, äldres funktionsförmåga och arbete mot bostadslöshet.

Om många faktorer av väsentlig betydelse för hälsa och välfärd finns det inga heltäckande registerdata på befolkningsnivå. Därför är det av nöden att samla in folks erfarenheter med hjälp av enkäter – om man vill få en helhetsbild av faktorerna kring befolkningens hälsa och välfärd. Till exempel levnadsvanorna är en faktor som förklarar socioekonomiska hälsoskillnader och som det inte finns någon registerdata om. Inom Regionala hälso- och välfärdsforskningsprojektet ATH har ämnet lyckligtvis kartlagts med stor bredd. Den forskning som beskrivs i föreliggande publikation kommer med resultat om helsingforsbors erfarenheter som komplettering till register- och statistikdata.

En faktor bakom hälso- och välfärdsskillnaderna som observerats i många studier är utbildningen: högt utbildade mår i genomsnitt bättre än lågt utbildade. Även i artiklarna i denna publikation kom utbildningsbakgrundens inverkan fram då det gällde bland annat sjuklighet, röstningsbeteende och anlitan av service. Bland lågt utbildade helsingforsbor är det sannolikare att vara sjuk, rösta mindre, anlita mera företagshälsovårds- och hälsocentralläkarservice än bland andra invånare – och att använda mindre kultur- och idrottservice än de andra. Även den upplevda egna hälsan har stor inverkan. Upplevd dålig hälsa har samband med hur aktiv man är, hur ensam man känner sig och hur missnöjd man är med servicen.

I bakgrunden till hälso- och välfärdsskillnaderna finns ett invecklat nätverk av olika sinsemellan kopplade saker. Skillnader i sjuklighet mellan folk av olika utbildning förklaras delvis av levnadsvanorna: de lågutbildade dricker mera alkohol, motionerar mindre och äter ohälsosammare. Levnadsvanorna har stor betydelse för hälsa och välfärd och därmed för minskandet av hälso- och välfärdsskillnaderna. Som exempel har alkoholkonsumtion på problemlivnivå samband med bedömd arbetsförmåga och ork i arbetet – och med upplevd ensamhet. I Helsingfors är det vanligare än i Finland överlag att dricka mycket alkohol, och det är något som man borde uppmärksamma mera än hittills.

Ändå kan många faktorer som folk inte själva kan inverka på göra dem utsatta för eller rentav tvinga dem att välja levnadssätt som äventyrar deras hälsa. Och ojämlikheten inom välfärd och hälsa löses knappast utan att man kommer på en lösning på arbetslöshet, fattigdom och ensamhet. En förutsättning för det är vittgående och högklassig information om välfärdens många dimensioner.

Kort om artiklarna i publikationen

För **sjuklighetens** del täckte ATH-enkäten över tio sjukdomar som diagnosticerats eller vårdats av läkare. En del av dem var mycket vanliga i Helsingfors, en del ovanliga. Som regel förekom mycket klara skillnader enligt utbildningsnivå i sjukligheten. Skillnader i levnadsvanor enligt utbildningsnivån förklarar en del av dem. Mest förklaras skillnaderna vid depression, andra psykiska problem, hjärtinfarkt och lungemfysem. Resultaten bestyrker en tidigare uppfattning att levnadsvanorna spelar en roll i sjuklighetsskillnaderna enligt utbildningsnivå – och sannolikt också enligt andra folkgruppsindelningar. Genom att minska de skillnader befolkningsgrupper emellan som vi kan skönja i alkoholbruk, rökning, fetma och bristande motion skulle vi högst troligt nå en del av målen för minskning av skillnaderna i hälsa och dödlighet.

Omkring var tionde helsingforsbo upplever **ensamhet**. Mycket tyder på att ensamhet har samband med upplevd välfärd och på hur folk lever sitt liv. Av de helsingforsbor som upplever ensamhet bedömer cirka hälften att deras hälsa är medelmåttig eller dålig. Bland de ensamma framträder sömnlöshet, alltför lite motion, överstor alkoholkonsumtion samt övervikt. Dessutom har de oftare mentala symptom och upplever vardagen som svårare. Vanligt var att de som kände sig ensamma tappade intresset för saker och ting i livet. De var också missnöjdare än andra med sin livskvalitet och kände sig mera sällan lyckliga. Ensamheten ser ut att ha statistiskt samband med olika slag av bristande välfärd och hälsa, och många gånger kan ensamhet man upplevt i barndomen följa med en i vuxenlivet, kanske hela livet ut. Därför borde man också rikta uppmärksamhet på upplevd ensamhet som en välfärdsdimension bland andra.

Helsingforsborna avviker inte nämnvärt från övriga stora städers invånare då det gäller **tillit** till kommunens beslutsfattande och den offentliga hälso- och socialvården. Tilliten är ganska lika oavsett ålder, kön och bostadsområde. I kommunalval röstade helsingforsborna flitigare än övriga stadsbor, men det finns stora skillnader i valdeltagande. Lågt utbildade, unga och folk med dålig arbetsmarknadsställning röstar mindre än andra. Upplevd dålig ekonomisk situation eller upplevd dålig hälsa minskade dels tilliten till samhälleliga institutioner, dels benägenheten att rösta och delta i föreningsverksamhet. Social aktivitet och föreningsverksamhet hade samband med dels större tillit till kommunalt beslutsfattande och offentlig service, dels högre valdeltagande.

God arbets- och funktionsförmåga bland befolkningen är både ett egenvärde och ett viktigt hälso- och samhällspolitiskt mål. God **arbetsförmåga** hänger samman med välfärd och stöder samhällets funktionalitet. Riskabelt alkoholbruk har i sin tur samband såväl med sjuklighet och dödlighet som långa sjukskrivningar, förtidspensionering och arbetslöshet. Enligt forskningen i denna publikation verkar sambandet mellan alkoholbruk och nedsatt arbetsförmåga åtminstone delvis vara ett faktum som inte påverkas av de andra faktorerna som ingick i analysen. Om vi vill förebygga att arbetsförmågan försämras med stigande ålder, upprätthålla arbetets kvalitet och produktivitet, och förlänga arbetskarriärerna måste vi rikta mera uppmärksamhet på de skador som problematiskt alkoholbruk medför.

Nästan all **motion** är bra för hälsan, och det är klokt att försöka främja motionering på många olika sätt. I vår undersökning sökte vi ett samband mellan särdrag i folks närmiljö och hur de motionerade. Långa avstånd till servicen, dålig kollektivtrafik och otrygga bostadsområden hade starkt samband med huruvida folk idkade motion eller inte, men å andra sidan var det ganska få stadsbor som tyckte dessa tre särdrag var störande. Variablernas fördelning bör även beaktas. Resultaten tyder på att det är möjligt att minska nedsatt aktivitet och samtidigt få folk att motionera mera genom att förändra eller minska riskerna i närmiljön. I synnerhet skulle det gälla att ordna med tillräcklig belysning och halkbekämpning på de leder där folk rör sig till fots eller med cykel.

Äldre människor deltog aktivare i föreningsverksamhet än under 65-åringarna, men hjälpte i lite mindre utsträckningar andra människor som inte bodde i samma hushåll. Sannolikast deltog man i föreningsverksamhet och hjälpte andra utanför det egna hushållet om man upplevde den egna hälsan som god. Bland över 65-åringar är andelen personer som hjälper rörelsenedsatta eller sjuka i samma hushåll – liksom även andelen officiella anhörigvårdare – klart större än bland under 65-åringarna. Oftast hjälpte man den egna makan/maken, och den upplevda hälsan hade inte motsvarande samband med hjälpan-det som då det gällde deltagande i föreningsverksamhet eller hjälpan-de av andra utan-för det egna hushållet. Man hjälper sin egen maka/make eller sitt barn även om man inte upplever sig må bra själv.

Den **service** som helsingforsborna anlidade allra mest var läkartjänster inom företags-hälsovården eller vid hälsocentraler. Lågutbildade anlidade dessa tjänster lite mera än andra gjorde. Kultur- och idrottsservice anlidades däremot mindre av de lågutbildade än av andra. Flertalet svarare var nöjda med de mest anlidade hälsotjänsterna: hälsocentrallä-karens och sjukvårdarens mottagning, företagshälsovården och tandvården. Ett statistiskt samband kunde konstateras mellan upplevd skral hälsa och missnöje med hälsocentrall-äkarens tjänster. Missnöje med tillgången på tandvård eller dess tillräcklighet ökades av dels upplevd dålig hälsa, dels även ekonomiska svårigheter.

SUMMARY

For some time now, differences in health and wellbeing between population groups have been receiving growing attention in Helsinki. One of the goals of the Helsinki City Strategy for 2017–2021 is to reduce socio-economic and local health and wellbeing differences using methods based on knowledge and effectiveness. In the promotion of health and wellbeing, the strategy highlights – besides reducing such social differences – increased physical activity and exercise, prevention of social exclusion among young people, integration of immigrants into working life, tailored services for adults prone to social exclusion, quality education, functionality of elderly people, and fighting homelessness.

There are many important health and wellbeing factors not covered by register-based data at population level. Consequently, it is necessary to collect survey data on people's experiences to be able to draw an overall picture of matters pertaining to the population's health and wellbeing. Life style, for example, is a factor that explains socio-economic health differences but on which there are no register data available. Luckily, the subject has been explored extensively within the Finnish Regional Health and Wellbeing Study (ATH). To complement register and statistics data, the ATH findings described in the present publication provide data on Helsinki residents' experiences.

A factor behind health and wellbeing differences that has been noted in many studies is education: high-educated people overall feel in better health than do low-educated. The articles of this publication, too, show the significance of education for such things as morbidity, voting behaviour, and use of public services. Low-educated Helsinki residents are more likely than others to be in poorer health, to vote less at elections, to use more occupational and public health services and to use less cultural or sports services. People's self-perceived health, too, makes a big difference. People's self-rated poor health correlates with their proneness to civic participation, their self-perceived loneliness and how discontented they are with services received.

In the background of health and wellbeing difference there is an intricate fabric of interrelated factors. Differences in morbidity between people of different educational backgrounds are partly explained by their health behaviour: the low-educated drink more alcohol, exercise less and eat more unhealthily. People's life style is very significant for their health and wellbeing and for reducing health and wellbeing differences. For example, problem drinking is linked with self-assessed work ability and coping at work – and with perceived loneliness. In Helsinki, it is more common than in Finland at large to drink much alcohol, which is something that should be given more attention.

Yet many factors that people cannot influence may make them prone to – or even force them to choose – life styles that jeopardise their own health. Indeed, inequalities in health and wellbeing can hardly be solved unless solutions are found to unemployment, poverty and loneliness. That, in turn, requires extensive and high-quality knowledge of the many dimensions of wellbeing.

Briefly about the articles of the publication

In terms of **morbidity**, the ATH survey covered more than ten diseases diagnosed or treated by a doctor. Some were very common in Helsinki, others uncommon. Altogether, there were very clear differences in morbidity between people of different educational backgrounds. Education-related differences in life style explain some of them. Morbidity differences are best explained by health behaviour differences when we talk about depression, other mental disorders, myocardial infarction, and emphysema. The findings endorse an earlier understanding that life style plays a role in morbidity differences between people of different educations – and probably between other population categories, too. By reducing observed differences in alcohol consumption, smoking, obesity and lacking exercise between population groups, we would most probably achieve some of the goals set for reducing differences of health and mortality.

Roughly every tenth Helsinki resident experiences **loneliness**. It seems loneliness bears a relationship with perceived wellbeing and how people live their lives. Of those Helsinki residents experiencing loneliness, half feel their health is average or poor. Among these lonely people sleeplessness, insufficient exercise, problem drinking and overweight occur more than average. Furthermore, they more often have mental symptoms and find it harder to cope in everyday life. It was common for those feeling lonely to lose their interest in various things in life. They were also more discontented than others with their own quality of life and they more seldom felt happy. Loneliness seems to correlate statistically with health and wellbeing shortages of various kinds, and often self-perceived loneliness in childhood may extend throughout adulthood, maybe for the rest of your life. Thus, due attention should be paid to loneliness as one welfare dimension among others.

Helsinki residents do not notably differ from other big city residents in terms of **trust** in the decision-making of local authorities and in public health and social care. Trust is pretty similar regardless of age, gender and neighbourhood. At local (i.e. municipal) elections, Helsinki residents were more active voters than other city residents but, then again, there are large differences in turnouts between population sub-groups. Low-educated people, young people and people with a poor labour market position vote less than others. Perceived economic difficulties or poor health reduced both people's trust in society's institutions and their proneness to vote or to participate in clubs or associations. Social activities correlated with stronger confidence in local decision-making and public services as well as with more active voting behaviour.

Good work ability and functional capacity is both a value in itself and an important health and social policy goal. Good **work ability** correlates positively with wellbeing and supports society's functionality. Alcohol consumption at risk level, in turn, goes together with both morbidity and mortality as well as with long sick leaves, disability pension and unemployment. According to the research made for this publication, the association between alcohol and impaired work ability seems to be at least partly a factor that is not influenced by the other variables included in the analysis. If we want to prevent work ability from deteriorating with age, maintain the quality and productivity of work, and extend work careers, we must pay more attention to the harms caused by problem drinking.

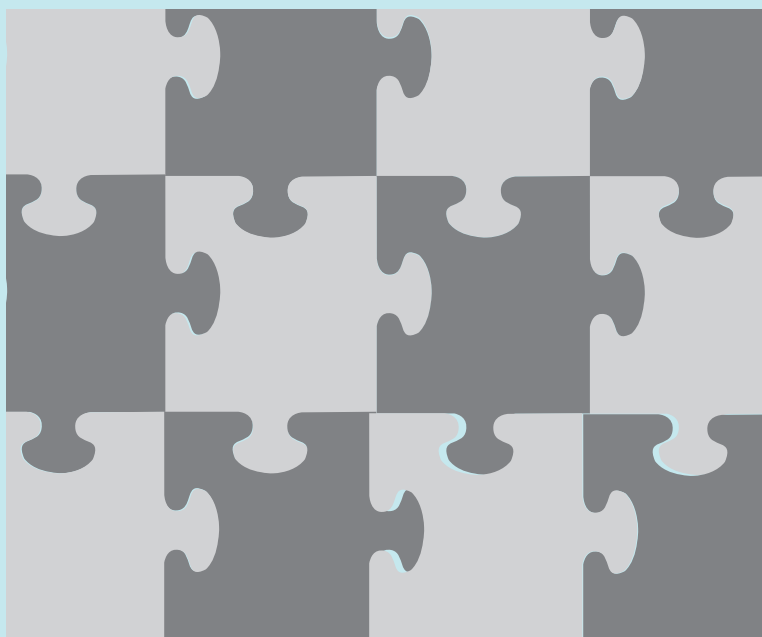
Almost all **physical exercise** is good for you, and it is wise to promote exercise in many ways. In our study, we analysed the association between features in people's near environment and their physical activity. Long distances to services, poor public transport and unsafe neighbourhoods strongly correlated with people's physical activity or inactivity. However, only a few city residents thought such features were a problem. We thus also need to take into account the distribution of the variables. Findings suggest that it is possible to reduce inactivity and encourage people to exercise more by tackling some of the harmful

elements in the near environment. We should, above all, provide sufficient street lightning and anti-skidding on paths and roads where people walk or cycle.

Elderly people participated more actively in associations and clubs than did under 65 year olds. In return, they slightly less helped other people not living in the same household. People were most likely to participate in social pursuits and help other people outside their own household if they felt their own health was good. The proportion helping functionally impaired or unwell persons in their own households – as indeed the proportion of appointed informal carers – was higher among over than under 65 year olds. Usually the person receiving help was a husband or wife, and carers' perceived health did not have the same linkage with helping as with participation in clubs or associations or helping other people outside your own household. Carers help their husband or wife or child even though they may not feel they are in good health themselves.

The public **service** most used by Helsinki residents was doctors' appointments in occupational or public health care. Low-educated people used these services slightly more than did other people. Cultural and sports services, in turn, were used slightly less by low-educated than others. The majority of respondents were satisfied with the most common health services: health centre doctors' and nurses' appointments, occupational health care and dental care. A statistical correlation could be seen between perceived poor health and discontentment with the work of health care centre doctors. Discontentment with the provision of dental care and with its sufficiency was increased by both perceived poor health and economic difficulties.

Tekijä(t) Hanna Ahlgren-Leinvuo & Stina Högnabba & Netta Mäki & Sanna Ranto & Juhani Sulander		
Nimike Hyvinvoinnin monet ulottuvuudet Elinolojen ja -tapojen yhteyksiä helsinkiläisten terveyteen ja hyvinvointiin		
Julkaisija (virasto tai laitos) Helsingin kaupunki, kaupunginkanslia, kaupunkitutkimus ja -tilastot	Julkaisu-aika 2017	Sivumäärä, liitteet 112
Sarjan nimike Tutkimuskatsauksia - Helsingin kaupunki, kaupunginkanslia, kaupunkitutkimus ja -tilastot		Osanumero 2017:3
ISSN(verkossa) 2489-4095	ISBN(verkossa) 978-952-331-353-8	Kieli fin, swe, eng
Tiivistelmä <p>Väestöryhmien välisiin terveys- ja hyvinvointieroihin on Helsingissä kiinnitetty huomiota jo pitkään. Osa terveyden ja hyvinvoinnin kannalta olennaisista tekijöistä ovat sellaisia, että niistä ei ole saatavilla kattavaa väestötasoisista rekisteritietoa. Tätä tietoaukkoa paikkaavat muun muassa kyselytutkimukset. Tämän julkaisun artikkelien aineistona on Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Alueellinen terveys ja hyvinvointitutkimus (ATH). Tutkimuksen tulokset tuovat helsinkiläisten kokemustietoa rekisteri- ja tilastotiedon rinnalle hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamistyön pohjaksi.</p> <p>Julkaisussa käsitellään monia aihepiirejä, jotka liittyvät terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Artikkelit kattavat helsinkiläisten sairastavuutta, yksinäisyyden kokemista, yhteiskunnallisia suhteita, alkoholin käytön ja työkyvyn väliseen yhteyteen liittyviä asioita, liikunta-aktiivisuuteen liittyviä tekijöitä, ikääntyneiden aktiivisuutta sekä kaupunkilaisten palvelujen käyttöä.</p> <p>Terveys- ja hyvinvointierojen taustalla on monimutkainen verkosto erilaisia toisiinsa kytköksissä olevia asioita. Edellytyksenä erojen kaventamiselle on laaja-alainen ja laadukas tieto hyvinvoinnin monista ulottuvuuksista. Osia tähän palapeliin tarjoavat myös tämän julkaisun seitsemän artikkelia.</p>		
Asiasanat terveys, hyvinvointi, alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus (ATH), sairastavuus, luottamus, osallistuminen, työkyky, liikunta-aktiivisuus, alkoholinkäyttö, koettu yksinäisyys, koettu terveys, koulutus, palvelujen käyttö		
Hinta	Jakelu puh. 09 310 36293	



HYVINVOINNIN MONET ULOTTUVUUDET

Elinolojen ja -tapojen yhteyksiä helsinkiläisten terveyteen ja hyvinvointiin

Väestöryhmien välisiin terveys- ja hyvinvointieroihin on Helsingissä kiinnitetty huomiota jo pitkään. Osa terveyden ja hyvinvoinnin kannalta olennaisista tekijöistä ovat sellaisia, että niistä ei ole saatavilla kattavaa väestötasoista rekisteritietoa. Tätä tietoaukkoa paikkaavat muun muassa kyselytutkimukset. Tämän julkaisun artikkelien aineistona on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Alueellinen terveys ja hyvinvointitutkimus (ATH). Tutkimuksen tulokset tuovat helsinkiläisten kokemustietoa rekisteri- ja tilastotiedon rinnalle hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamistyön pohjaksi.

Julkaisussa käsitellään monia aihepiirejä, jotka liittyvät terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Artikkelit kattavat helsinkiläisten sairastavuutta, yksinäisyyden kokemista, yhteiskunnallisia suhteita, alkoholin käytön ja työkyvyn väliseen yhteyteen liittyviä asioita, liikunta-aktiivisuuteen liittyviä tekijöitä, ikääntyneiden aktiivisuutta sekä kaupunkilaisten palvelujen käyttöä.

Terveys- ja hyvinvointierojen taustalla on monimutkainen verkosto erilaisia toisiinsa kytköksissä olevia asioita. Edellytyksenä erojen kaventamiselle on laaja-alainen ja laadukas tieto hyvinvoinnin monista ulottuvuuksista. Osia tähän palapeliin tarjoavat myös tämän julkaisun seitsemän artikkelia.