

Netta Mäki ja Hanna Ahlgren-Leinvuo

Helsinkiläisten terveys, sairastavuus ja elintavat

Tilastoja

ISSN 2489-4311

Lisätietoja:

Netta Mäki

Puh. 09 310 36373

Hanna Ahlgren-Leinvuo

Puh. 09 310 69969

etunimi.sukunimi@hel.fi

Helsingin kaupunki,
kaupunginkanslia,
kaupunkitutkimus ja -tilastot

www.hel.fi/kaupunkitieto

The logo of the City of Helsinki, featuring the word "Helsinki" in a bold, sans-serif font, enclosed within a stylized speech bubble or map outline.

Terveydentila hyvä, erot suuret

Terveydellä tarkoitetaan fyysisen, sosiaalisen ja henkisen hyvinvoinnin tilaa. Sillä on siis jonkin vaivan tai sairauden puutetta huomattavasti laajempi merkitys. Terveys on voimavara, jonka avulla myös monet muut hyvinvoinnin osatekijät ja hyvä elämä ylipäänsä voivat toteutua. Pitkällä aikavälillä suomalaisten ja helsinkiläisten terveydentila on kohentunut huomattavasti, ja huomattavaa muutosta on tapahtunut myös aivan viime aikoina: esimerkiksi 2010-luvun aikana helsinkiläisten elinajanodote on kasvanut yli kaksi vuotta.

Väestöryhmien välillä on kuitenkin suuria ja melko pysyviä vaikuttavia terveyteen, toimintakykyyn, hyvinvointiin ja elintapoihin liittyviä eroja, joita nähdään muun muassa sukupuolen, siviilisäädyn, äidinkielen ja sosioekonomisen aseman mukaan. Erot ovat erityisen suuret sosioekonomisten ryhmien välillä: paremmassa asemassa olevien terveys ja toimintakyky ovat keskimäärin paremmat ja kuolleisuus pienempää kuin heikommissa sosiaalisessa asemassa olevilla. Myös alueiden välillä on Helsingissä huomattavia terveys- ja kuolleisuuseroja, mutta nämä alue-erot johtuvat pääsääntöisesti siitä, että eri alueilla asuu edellä mainittujen tekijöiden suhteen erilaisia ihmisiä (Mäki 2017a).

Helsingissä nämä väestöryhmien väliset erot ovat vielä muuta maata suurempaa: iso osa helsinkiläisistä voi todella hyvin ja on terveitä, mutta osa kuntalaisista on erittäin haavoittuvassa asemassa (Mäki & Martikainen 2016). Helsinki on monessa suhteessa varsin polarisoitunut kaupunki, ja terveyden tason lisäksi onkin syytä tarkastella myös terveyseroja ja sairastavuuden jakautumista.

Helsingin kaupunki on tuoreimmassa strategiassaan tarttunut selkeästi kaupunkilaisten hyvinvoinnin lisäämiseen. Kaupunki pyrkii uuden terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen yhteistyörakenteen eli Stadin HYTEN avulla osaltaan lisäämään hyvinvointia ja terveyttä sosiaalisen hyvinvoinnin, terveyden, hyvän elämänlaadun ja onnellisuuden sekä turvallisuuden ja osallisuuden saroilla. Muun muassa tämän työn pohjaksi tarvitaan ajankohtaista tietoa kaupunkilaisten terveydentilasta ja elämänlaadusta.

Tässä julkaisussa tarkastellaan helsinkiläisten terveyttä, elintapoja ja sairastavuuden riskitekijöitä Kansallisen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus FinSoten tulosten valossa. Terveyttä kuvataan paitsi koetun terveyden ja elämänlaadun kautta, niin myös keskeisten sairauksien ja niiden riskitekijöiden osuuksia tarkastelemalla. Elintavoista mukana ovat neljä keskeisintä, eli ravitsemus, liikunta, tupakointi ja alkoholinkäyttö. Huomiota kiinnitetään ensinnäkin näiden tekijöiden yleisyyteen ja ajalliseen muutokseen, mutta lisäksi vertailuja tehdään niin koko maahan kuin pääkaupunkiseudun muihin kuntiin sekä väestöryhmien välillä. Niin ikään pyritään avaamaan eri tavalla mitattujen erojen taustatekijöitä, kuten vaikkapa sitä, mitkä tekijät yksitään tai yhdessä ovat yhteydessä heikkoon terveydentilaan.

Tämän julkaisun tiedot helsinkiläisten terveydestä, sairastavuudesta ja elintavoista tulevat vuosien 2017 ja 2018 aikana kerätystä kyselystä. Tutkimuksen julkaisun aikaan – keväällä 2020 – Suomessa ja Helsingissä kärsitään muun maailman tapaan koronaviruksen aiheuttamasta pandemiasta, jonka seurauksena ihmisten välisiä kontakteja pyritään välttämään ja ihmisiä on kehoitettu pysymään mahdollisuuksien mukaan kotonaan. Poikkeustilalla ja eristäytymisellä voi olla terveysvaikutuksia – esimerkiksi arkiliikunnan väheneminen tai alkoholinkäytön lisääntyminen – mutta niitä on tässä vaiheessa mahdoton arvioida. Eristäytymisen seurausten lisäksi epidemialla on taloudellisia vaikutuksia, ja mikäli nämä esimerkiksi lomautusten tai työttömyyden seurauksena muodostuvat pitkäaikaisiksi, voi niillä olla vaikutusta myös ihmisten terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen. Paljon riippuu siitä, miten pitkäksi epidemia Suomen osalta muodostuu. Joka tapauksessa tämä tutkimus voi myöhemmin toimia taustamateriaalina jatkotarkasteluille, joiden kautta voidaan yrittää arvioida koronaviruksen mahdollisia pitkäaikaisempia vaikutuksia.

FinSote 2018 -väestötutkimus Helsingissä

FinSote-tutkimus on Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toteuttama kyselytutkimus, jossa selvitetään Suomen aikuisväestön koettua hyvinvointia, terveydentilaa ja palvelukokemuksia. Tätä tietoa tarvitaan, kun halutaan rakentaa kokonaiskuvaa väestön terveyden ja hyvinvoinnin tilasta. Esimerkiksi elintavat selittävät

väestössä havaittuja sosioekonomisia terveyseroja, mutta niitä suoraan mittaavia rekisteritietoja ei ole, vaan tieto saadaan kysely- ja haastattelututkimuksista.

FinSote-tutkimusta on tehty vuodesta 2017 alkaen, ja se on jatkoa vuosien 2010–2016 Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimukselle (ATH). FinSote- ja ATH-tutkimusten kyselylomakkeet eivät ole täysin samanlaiset, mutta useat terveyttä ja hyvinvointia koskevat keskeiset teemat löytyvät vertailukelpoisina molemmista tutkimuksista. FinSote-tutkimus toteutetaan vuosittain kansallisena, jolloin tutkimuksen tuloksia voidaan tarkastella vain koko maan tasolla. Vähintään joka neljäs vuosi tutkimuksen otoskoko kasvatetaan sen verran, että maakuntien välinen vertailu on mahdollista. Kuntatasoista tietoa FinSote-tutkimus tuottaa vain erikseen tilattavan lisäotoksen kautta. Vuoden 2018 osalta lisäotoksen ovat tilanneet muun muassa Helsinki, muut pääkaupunkiseudun kaupungit ja Turku. Loput lisäotoksen tilanneista kunnista on lueteltu THL:n Terveystemme-portaalissa (<http://www.terveytemme.fi/finsote/alueet2018/index.html>).

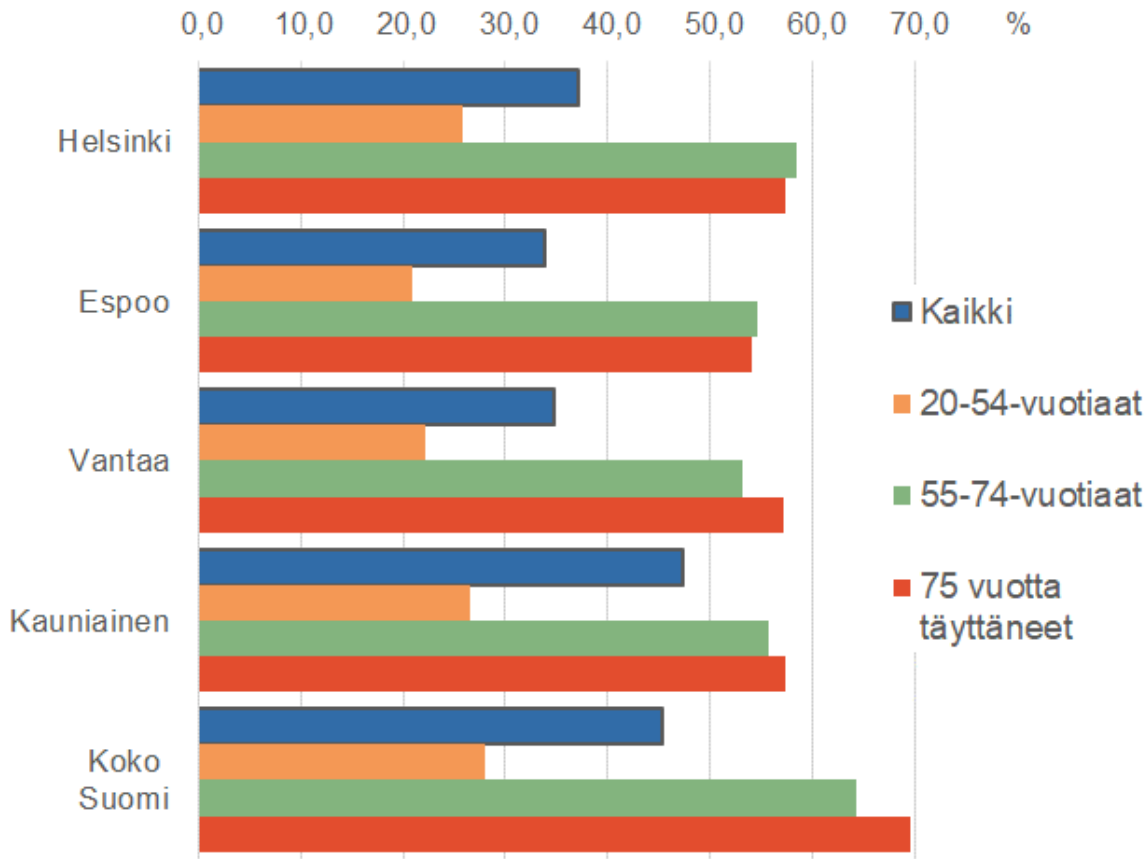
Tämän julkaisun tiedot perustuvat THL:ltä tilattuun yksilötasoiseen FinSote-aineistoon, jonka muodostavat vuosina 2017–2018 tehtyyn maakuntatasoiseen otokseen saadut pääkaupunkiseudun vastaukset sekä pääkaupunkiseudun kaupunkien THL:ltä tilaamien lisäotosten vastaukset. Aineistossa on yhteensä 8 171 pääkaupunkiseutulaisen vastaukset, joista helsinkiläisiä on 3 646, espoolaisia 2 362, vantaalaisia 1 215 ja kunnialaisia 948. Päähuomion kohteena tässä julkaisussa ovat helsinkiläiset, mutta vertailun vuoksi esitetään myös naapurikuntien tuloksia sekä vertailua koko maahan. Koko maata koskevat tiedot perustuvat maakuntatasoisen otoksen tietoihin, jotka on poimittu THL:n Terveystemme-portaalissa olevista tulosraporteista¹ (Pärikka ym. 2017–2018).

ATH-tutkimuksen tapaan FinSote kattaa 20 vuotta täyttäneet. Kyselylomakkeet on räätälöity kolmelle ikäryhmälle, 20–54-vuotiaat, 55–74-vuotiaat ja 75 vuotta täyttäneet. Vaikka suurin osa kysymyksistä koskee kaikenikäisiä, on lomakkeilla esimerkiksi ikääntyneiltä kysytty laajemmin heidän toimintakyvystään ja sairauksiinsa, kun taas nuoremmilla ikäryhmillä mukana oli muun muassa kysymyksiä työkyvystä.

FinSote-tutkimuksen vastausaktiivisuus oli koko maassa keskimäärin 45 prosenttia. Helsingissä (37 %) ja muissa lisäotoksen tilanneissa kaupungeissa vastausaktiivisuus jäi alle koko maan keskiarvon. Kaiken kaikkiaan vastausaktiivisuus on hiipunut sitten FinSotea edeltäneen ATH-tutkimuksen, jolloin niin koko Suomessa kuin Helsingissä vastausprosentti oli 50. Kuviossa 1 on esitetty vastausaktiivisuus FinSote-tutkimuksessa ikäryhmittäin pääkaupunkiseudun kunnissa sekä koko maassa. 55 vuotta täyttäneet vastasivat kyselyyn huomattavasti aktiivisemmin kuin 20–54-vuotiaat – myös ATH-tutkimuksessa aktiivisimpia vastaajia olivat 55 vuotta täyttäneet (Murto ym. 2010–2016). Kadon vaikutusta korjataan painottamalla tuloksia vastaamaan väestön ikä-, sukupuoli-, siviilisääty-, koulutusaste- sekä kielijakaumaa.

¹ Terveystemme-portaalissa tuloksia on mahdollista tarkastella sukupuolen ja koulutustason lisäksi lomakeikäryhmittäin (20–54-vuotiaat, 55–74-vuotiaat ja 75 vuotta täyttäneet). Koko Suomen osalta ei siis ole mahdollista tarkastella tuloksia tarkemmilla ikäryhmillä (esim. alle 65-vuotiaat ja 65 vuotta täyttäneet).

Kuvio 1. FinSote 2018 -tutkimuksen vastausaktiivisuus ikäryhmittäin Helsingissä, Espoossa, Vantaalla, Kauniiaisissa ja koko Suomessa



Lähde: FinSote-tutkimus 2017–2018, THL

Tässä julkaisussa käydään alueellisten tarkastelujen lisäksi läpi myös ilmiöiden ajallista muutosta siltä osin kuin ATH-aineiston Helsinki-otos vuosilta 2013–2015 sisältää vertailukelpoisia tietoja. Taustamuuttujina analyysissä käytetään iän ja sukupuolen lisäksi muun muassa vastaajien koulutustasoa. Koulutusta kuvaavana indikaattorina tutkimuksessa käytetään THL:n 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 koulutustasomuuttujan mukaan 20 vuotta täyttäneistä helsinkiiläisistä 34 prosentilla oli joko korkea tai matala koulutustaso ja 32 prosentilla keskitason koulutus.

Sosioekonomisista tekijöistä – koulutus, ammattiin perustuva sosiaaliluokka ja tulot – FinSote-kyselyn koulutustieto on selkein. Aineistossa ei ole tietoa ammattiasemasta, mutta sen sijaan lomakkeella on kysytty pääasiallisesta toiminnasta, joka kuvaa vastaajan taloudellisen toiminnan laatua. Myöskään euromääräistä tulotietoa aineisto ei sisällä, mutta vastaajilta on kysytty kokemuseräistä tietoa taloudellisista haasteista eli sitä, miten helpoksi tai vaikeaksi he kokevat menojensa kattamisen saaduilla tuloilla. Niin ikään muutaman muun hyvinvoinnin ja terveyden kannalta keskeisen tekijän yhteyttä ja vaikutusta tutkitaan.

Terveyden, sairastavuuden ja elintapojen yleisyyttä tarkasteltiin taustamuuttujien mukaan ristiintaulukoimalla niin, että muun muassa ikärakenteen erojen mahdollinen vaikutus näiden yhteyksien taustalla vakioitiin pois. Pääkaupunkiseudun kuntien välisissä vertailuissa ikävakiointissa vertailuväestönä käytettiin Eurostatin väkiväestöä (Eurostat 2013). Tuloksille esitetään myös 95 prosentin luottamusvälit.

Ristiintaulukoinnin lisäksi sosiodemografisten ja sosioekonomisten tekijöiden ja kiinnostuksen kohteena olevien terveysindikaattoreiden välistä yhteyttä analysoitiin logistisella regressiomallilla, ja tulokset esitetään riskitulosuhteina eli niin sanottuina odds ratioina. Malleissa merkitään aina luvulla 1,00 tietyn muuttujan – vaikkapa koulutustason – vertailuluokan todennäköisyys kiinnostuksen kohteena olevan tekijän – esimerkiksi sairastavuuden – suhteen. Muiden muuttujan luokkien sairastavuus lasketaan suhteessa tähän vertailuryhmään. Kaikki analyysit tehtiin SAS EG 8.1-ohjelman koodipohjalla.

Terveys ja elämänlaatu

Hyvä terveys on olennainen osa hyvinvointia. Helsinkiläisten terveydentila on monen mittarin mukaan koko maan keskiarvoa parempi. Vaikka suurin osa helsinkiläisistä voi hyvin, osalle kasautuu terveyteen ja elämänlaatuun liittyviä ongelmia. Helsingin haaste onkin väestön muuta maata suurempi polarisoituminen monen tekijän suhteen.

Koettu terveys parempi kuin koko maassa, elämänlaadussa ei eroa

Itse koettu ja raportoitu terveys on useissa tutkimuksissa osoittautunut hyväksi mittariksi subjektiiviselle terveydentilalle, minkä lisäksi se ennustaa objektiivisin indikaattorein mitattua terveyttä ja jopa kuolleisuutta (Heistaro 2001). Helsinkiläisistä 30 prosenttia kokee terveydentilansa keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi (Taulukko 1). Osuus on hieman pienempi kuin koko maassa keskimäärin. Sen sijaan elämänlaatunsa keskimäärin hyväksi² kokevien osuudessa ei eroa ole helsinkiläisten ja kaikkien suomalaisten välillä, sillä osuus on noin 60 prosenttia molemmissa ryhmissä.

Taulukko 1. Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien ja elämänlaatunsa (WHOQOL-8) keskimäärin hyväksi tuntevien osuudet (%) koko maassa 2017–2018 ja Helsingissä 2018, 20 vuotta täyttäneet

Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus (%)						
	Yhteensä	Luottamusväli	Miehet	Luottamusväli	Naiset	Luottamusväli
Suomi 2017-2018	33,2	32,6-33,8	33,1	32,3-33,9	33,3	32,5-34,1
Helsinki 2018	30,1	28,6-31,6	29,4	27,2-31,6	30,7	28,6-32,8

Elämänlaatunsa keskimäärin hyväksi tuntevien osuus (%)						
	Yhteensä	Luottamusväli	Miehet	Luottamusväli	Naiset	Luottamusväli
Suomi 2017-2018	60,1	59,5-60,7	58,3	57,4-59,2	61,8	60,9-62,6
Helsinki 2018	60,8	59,2-62,4	58,1	55,7-60,5	63,0	60,9-65,2

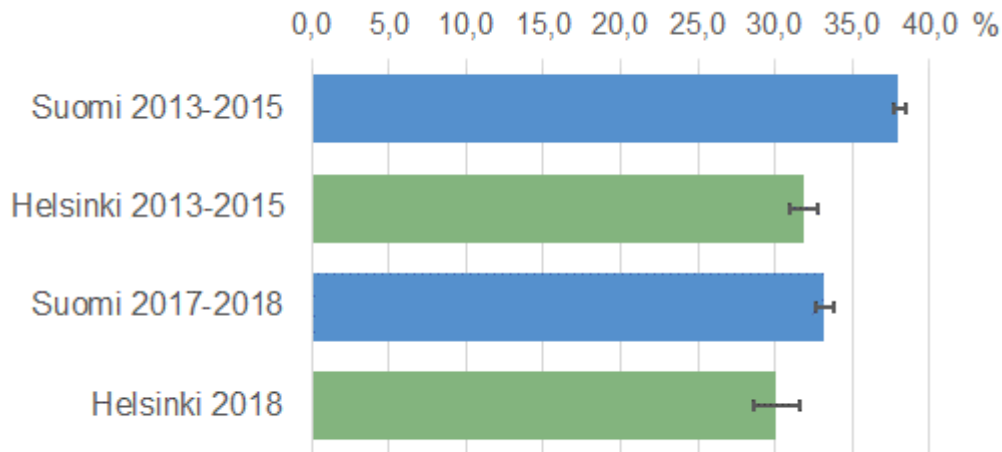
Lähde: FinSote-tutkimus 2017–2018, THL.

Terveytensä heikoksi kokevien osuus on pienentynyt ajanjaksojen 2013–2015 ja 2018 välillä, mutta kaikkien suomalaisten kohdalla muutos on keskimäärin ollut hieman suurempi (Kuvio 2). Kun helsinkiläisten osalta osuus on pienentynyt hieman yli 5 prosenttia, on muutos yli 12 prosenttia koko Suomen osalta. Myös elämänlaatunsa keskimäärin hyväksi tuntevien osalta muutos on ollut myönteinen, ja näin kokevien osuus on

² Perustuu kysymyksiin: "Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?" Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) erittäin hyvä, 2) hyvä, 3) ei hyvä eikä huono, 4) huono ja 5) erittäin huono. "Miten tyytyväinen olette:" kysymyspatterin alakysymyksinä esitettiin 'terveyteenne', 'kykyynne selviytyä päivittäisistä toimistanne', 'itseenne', 'ihmissuhteisiinne' ja 'asuinalueen olosuhteisiin'. Vastausvaihtoehtoina olivat 1) erittäin tyytyväinen, 2) tyytyväinen, 3) en tyytyväinen enkä tyytymätön, 4) tyytymätön, 5) erittäin tyytymätön. "Onko teillä:" kysymyspatterin alakysymyksinä esitettiin 'riittävästi tarmoa arkipäivän elämäänne varten' ja 'tarpeeksi rahaa tarpeisiinne nähden'. Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) ei lainkaan 2) vähän 3) kohtuullisesti 4) lähes riittävästi 5) täysin riittävästi. Elämänlaatunsa keskimäärin hyväksi tunteviksi määriteltiin ne henkilöt, joilla näiden kahdeksan kysymyksen vastausten pisteiden keskiarvo on vähintään neljä.

kasvanut, mutta hieman vähemmän: Helsingissä kasvu oli vajaa 5 prosenttia ja koko maassa noin 6 prosenttia.

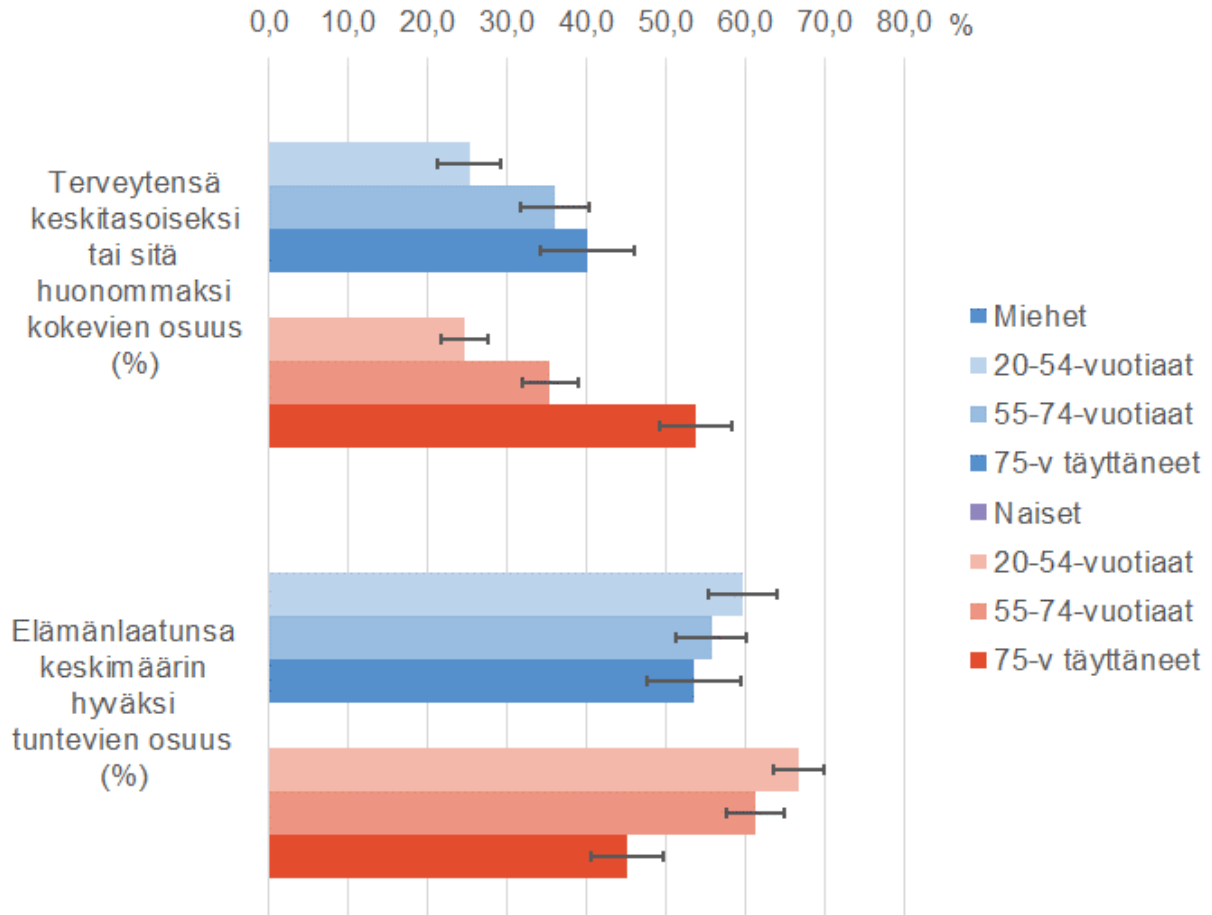
Kuvio 2. Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus (%) sekä 95 prosentin luottamusvälit koko maassa ja Helsingissä, 20 vuotta täyttäneet



Lähde: ATH- ja FinSote-tutkimukset 2013–2018, THL.

Kokemus omasta terveydentilasta on selkeästi yhteydessä ikään ja 75 vuotta täyttäneillä myös sukupuoleen (Kuvio 3). Kun 20–54-vuotiaista miehistä ja naisista terveytensä heikoksi koki joka neljäs, niin 75 vuotta täyttäneillä vastaava osuus oli miehillä 40 ja naisilla 54 prosenttia. Myös kokemus elämänlaadusta oli yhteydessä ikään, vaikkakaan miehillä erot eivät olleet tilastollisesti merkitsevät, ja ikäryhmästä riippuen 54–60 prosenttia koki elämänlaatunsa keskimäärin hyväksi. Naisilla sen sijaan 75 vuotta täyttäneistä vain 45 prosenttia koki näin, kun alle 55-vuotialla osuus oli 67 prosenttia.

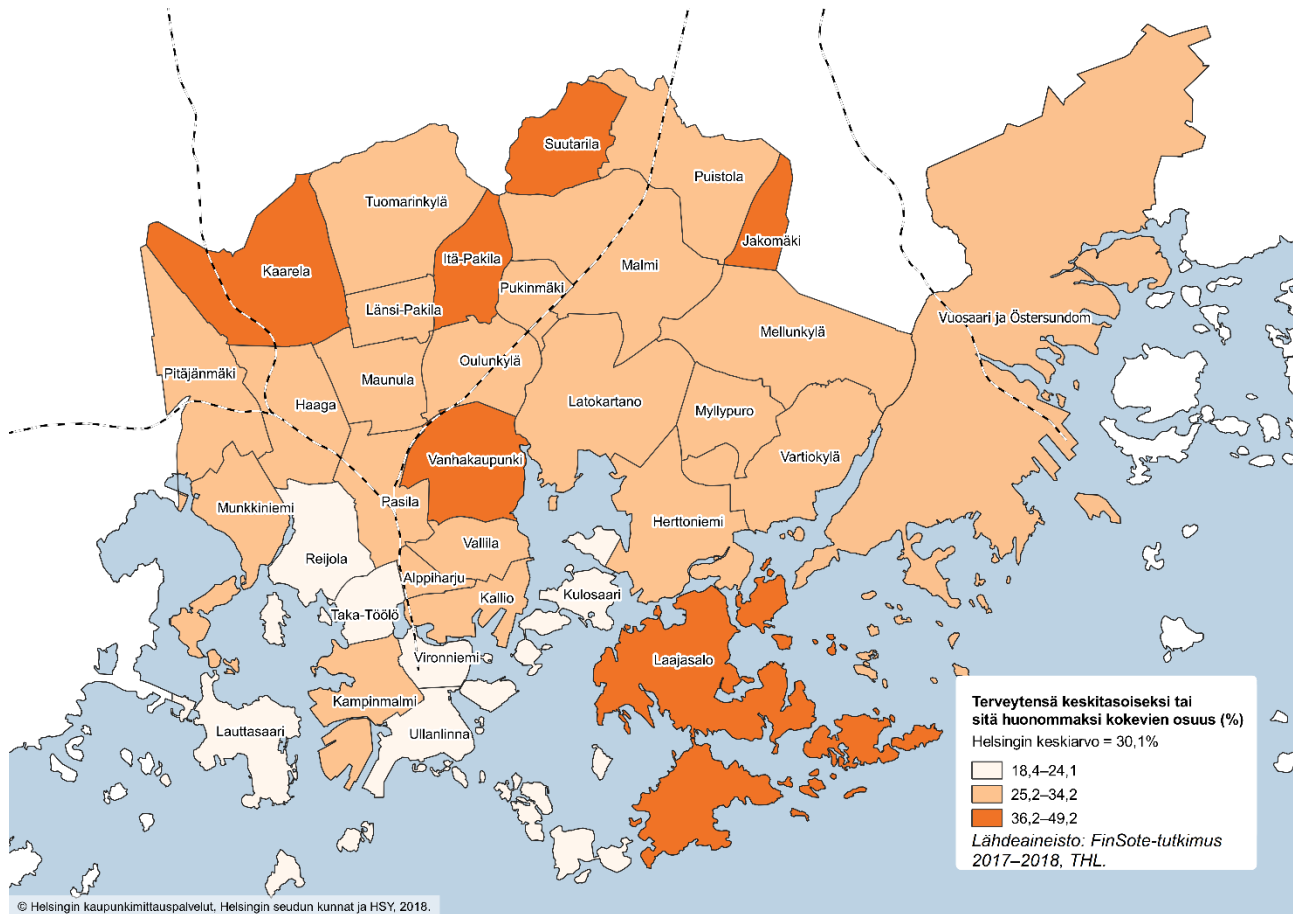
Kuvio 3. Terveytensä keskitasoisiksi tai sitä huonommaksi kokevien ja elämänlaatunsa (WHOQOL-8) keskimäärin hyväksi tuntevien osuudet (%) sekä 95 prosentin luottamusvälit Helsingissä vuonna 2018 ikäryhmittäin



Lähdeaineisto: FinSote-tutkimus 2017–2018, THL.

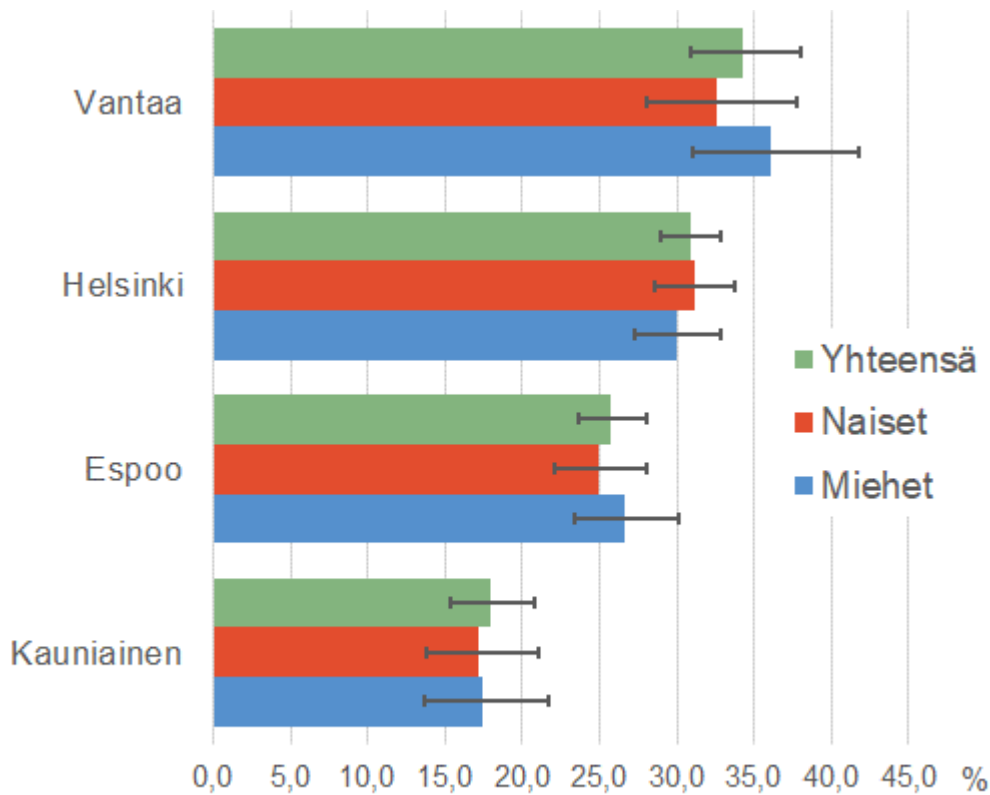
Koettu terveys vaihtelee myös alueittain (Kuvio 4). Pääsääntöisesti niillä Helsingin peruspiirialueilla, joilla esimerkiksi koulutus- ja tulotaso ovat korkeimmat, on vähiten terveytensä keskitasoisiksi tai sitä huonommaksi kokevia – ja päinvastoin. Tulos on hyvin samankaltainen kuin mitä vaikkapa elinajanodotteen tai sairastavuusindeksin alueelliset erot osoittavat.

Kuvio 4. Terveytensä keskitasoisiksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus (%) Helsingissä peruspil-reittäin vuonna 2018



Kokemus terveydentilasta vaihtelee pääkaupunkiseudun kuntien välillä (Kuvio 5). Senkin jälkeen, kun ikä-
kenteiden erot on vakioitu, Kauniaisissa on selvästi muita kuntia vähemmän terveytensä heikoksi tuntevia.
Niin ikään Espoon naisten sekä yhteensä luvut ovat Helsinkiä pienemmät, mutta miesten kohdalla eroa ei
ole. Vantaalla osuudet ovat hieman Helsinkiä suuremmat, mutta erot eivät kuitenkaan ole tilastollisesti mer-
kitseviä.

Kuvio 5. Terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien ikävakioitu osuus (%) sekä 95 prosentin luottamusvälit pääkaupunkiseudulla kunnittain vuonna 2018



Lähdeaineisto: FinSote-tutkimus 2017–2018, THL.

Matala koulutus, taloudelliset haasteet sekä sosiaalinen passiivisuus yhteydessä huonoksi koettuun terveyteen

Sukupuolen ja iän lisäksi monet muut sosiodemografiset tekijät ovat yhteydessä koettuun terveyteen ja elämänlaatuun. Osin nämä tekijät ovat kuitenkin yhteydessä myös toisiinsa ja välittävät tai selittävät toistensa vaikutuksia. Taulukossa 2 näytetään joidenkin tekijöiden osalta ensinnäkin niiden yhteys koettuun terveyteen ja elämänlaatuun ikä ja sukupuoli vakioituna sekä toiseksi niin, että iän ja sukupuolen lisäksi kaikki tässä tarkastellut muuttujat on vakioitu.

Esimerkiksi koulutuksen osalta näemme, että matalasti koulutettujen todennäköisyys kokea terveytensä keskitasoiseksi tai huonommaksi oli lähes kaksinkertainen korkeasti koulutettuihin verrattuna, mutta kun huomiioon otetaan myös muita tekijöitä, pieneni todennäköisyys 40 prosenttiin. Tarkempi analyysi osoitti, että taloudelliset haasteet, joita mitattiin menojen kattamisen vaikeudella sekä se, osallistuiko jonkin yhteisön toimintaan, selittivät eniten koulutuksen ja terveyden välistä yhteyttä. Matalasti koulutetut kokivat korkeasti koulutettuja enemmän taloudellisia haasteita, ja nämä haasteet olivat varsinaisesti heikkoon terveydentilaan yhteydessä. Vastaavasti matalasti koulutettujen todennäköisyys kokea elämänlaatunsa keskimäärin huonoksi oli noin 1,7-kertainen verrattuna korkeasti koulutettuihin, mutta muut tarkastellut tekijät selittivät pääosin tämän yhteyden.

Siviilisäätty oli yhteydessä molempiin vasteisiin senkin jälkeen, kun ikä ja sukupuoli oli vakioitu, ja eronneilla, leskillä ja naimattomilla oli suurempi todennäköisyys kokea heikompa terveyttä ja/tai elämänlaatua kuin liitossa olevilla. Muut tarkastellut tekijät kuitenkin selittivät pitkälti tämän yhteyden. Leskillä kyse oli siitä, että heidän koulutustasonsa oli liitossa olevia alhaisempi (myös ikä vakioituna), eronneilla ja naimattomilla ero liitossa oleviin puolestaan selittyi etenkin taloudellisilla haasteilla.

Pääasiallinen toiminta ja taloudelliset haasteet puolestaan ovat jossain määrin yhteydessä toisiinsa. Eniten taloudellisia haasteita kokivat työttömät tai lomautetut sekä työkyvyttömyyseläkkeellä olevat. Näiden muuttujen vakioiminen keskenään pienensikin kummankin yhteyttä terveyteen ja elämänlaatuun, mutta kaikkien vakiointien jälkeenkin työkyvyttömyyseläkkeellä olevien todennäköisyys kokea terveytensä heikoksi oli peräti seitsemänkertainen kokopäivätyössä oleviin verrattuna. Tämä tulos ei sinänsä ole yllättävä, sillä työkyvyttömyyseläkkeen edellytyksenä on heikentynyt terveydentila tai sairaus. Myös osa-aikatyöntekijät kokivat kokopäivätyössä olevia todennäköisemmin terveytensä heikoksi. Niin ikään elämänlaatuun työkyvyttömyyseläkkeellä oleminen vaikutti.

Taloudelliset haasteet olivat voimakkaasti yhteydessä sekä koettuun terveyteen että elämänlaatuun. Jos menojen kattaminen tuloilla tuntui erittäin hankalalta, oli todennäköisyys kokea terveytensä heikoksi viisinkertainen verrattuna niihin, joilla taloudellisia haasteita ei ollut. Yhteys heikkoon elämänlaatuun oli vielä voimakkaampi, sillä todennäköisyys oli peräti 16-kertainen vakiointien jälkeenkin.

Aktiivinen osallistuminen jonkin yhteisön toimintaan pienensi heikon terveyden ja elämänlaadun todennäköisyyttä. Tässä tarkastellut muut tekijät eivät juurikaan vaikuttaneet tähän yhteyteen. Humalahakuinen juominen oli yhteydessä heikkoon terveydentilaan, mutta muiden tekijöiden vakioimisen jälkeen yhteys ei enää ollut tilastollisesti merkitsevä.

Kaiken kaikkiaan taloudellisten haasteiden kokeminen on siis voimakkaasti yhteydessä heikentyneeseen koettuun terveydentilaan ja elämänlaatuun. Ilmiöiden välinen korrelaatio pelkästään ei tietenkään osoita kausaalisuutta niiden välille, mutta tehdyissä malleissa vakioitiin useita keskeisiä mahdollisesti selittäviä tai välittäviä tekijöitä, ja yhteys näyttäytyi edelleen hyvin selkeänä. Poikkileikkausaineiston perusteella on lisäksi mahdoton arvioida, kumpi – heikko terveydentila vai taloudelliset haasteet – on vallinnut ensin ja mahdollisesti aiheuttanut toisen. Joka tapauksessa taloudellisten haasteiden merkitys terveyden ja elämänlaadun kannalta tulee pitää mielessä. Vaikka hyvä taloustilanne ei näitä välttämättä vielä yksin lisää, niin talousvaikeuksilla näyttää olevan oma selkeä, negatiivinen vaikutuksensa.

Taulukko 2. Koettuun terveyteen ja elämänlaatuun yhteydessä olevia sosiodemografisia ja sosioekonomisia tekijöitä Helsingissä vuonna 2018

	Terveystensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokeminen				Elämänlaatusa keskimäärin huonoksi tunteminen			
	OR ¹	Luottamusväli	OR ²	Luottamusväli	OR ¹	Luottamusväli	OR ²	Luottamusväli
Koulutus								
Korkea	1,00		1,00		1,00		1,00	
Keskitaso	1,06	0,86-1,32	1,00	0,74-1,34	1,10	0,86-1,41	1,06	0,81-1,38
Matala	1,97	1,59-2,43	1,41	1,05-1,89	1,71	1,33-2,21	1,19	0,90-1,58
Siviilisäät								
Avo- tai avioliitossa	1,00		1,00		1,00		1,00	
Asumuserossa tai eronnut	1,67	1,27-2,20	1,39	0,94-2,06	2,11	1,50-2,97	1,37	0,94-2,00
Leski	1,69	1,26-2,26	0,92	0,45-1,85	1,23	0,61-2,46	1,04	0,51-2,11
Naimaton	1,74	1,39-2,18	1,20	0,88-1,63	2,00	1,54-2,60	1,54	1,16-2,05
Pääasiallinen toiminta								
Kokopäivätyö	1,00		1,00		1,00		1,00	
Osa-aikatyö	2,36	1,45-3,85	2,02	1,15-3,56	1,57	0,91-2,71	1,43	0,84-2,43
Eläkkeellä iän perusteella tai osa-aikaeläkkeellä	1,32	0,98-1,79	1,45	0,99-2,11	0,97	0,70-1,33	1,04	0,71-1,52
Työkyvyttömyyseläkkeellä	10,94	5,91-20,25	6,96	3,04-15,94	6,93	3,04-15,78	4,08	1,61-10,37
Työtön tai lomautettu	3,67	2,41-5,57	1,56	0,88-2,76	3,28	1,93-5,59	1,40	0,79-2,49
Perhevapaalla, opiskelija, muu	1,58	1,14-2,18	1,13	0,76-1,67	1,69	1,20-2,38	1,14	0,78-1,65
Taloudelliset haasteet: Menojen kattaminen tuloilla on...								
Hyvin helppoa	1,00		1,00		1,00		1,00	
Helppoa tai melko helppoa	1,45	1,03-2,04	1,24	0,84-1,83	1,50	1,07-2,11	1,42	1,01-1,99
Melko hankalaa tai hankalaa	4,88	3,35-7,11	3,62	2,33-5,60	5,98	4,06-8,80	4,87	3,24-7,32
Erittäin hankalaa	9,43	5,31-16,8	5,54	2,71-11,32	21,31	10,15-44,87	16,35	7,51-35,56
Jonkin yhteisön toimintaan osallistuminen								
Aktiivisesti	1,00		1,00		1,00		1,00	
Silloin tällöin	1,60	1,70-2,58	1,47	1,04-2,07	1,80	1,34-2,41	1,65	1,21-2,25
Ei	2,09	1,25-2,05	1,78	1,32-2,39	1,76	1,37-2,25	1,59	1,21-2,09
Humalahakuinen juominen								
Ei	1,00		1,00		1,00		1,00	
Kyllä	1,65	1,18-2,31	1,53	1,00-2,34	1,16	0,85-1,60	0,98	0,65-1,48

¹Ikä ja sukupuoli vakioitu

²Ikä, sukupuoli ja kaikki muut tarkastellut muuttujat vakioitu

Lähdeaineisto: FinSote-tutkimus 2017–2018, THL.

Sairastavuus ja sairastavuuden riskitekijät

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

Rekisteriaineistojen lisäksi sairastavuudesta saadaan tietoa myös kyselytutkimuksista, vaikkakin melko usein niissä tarkastellaan yksittäisten sairauksien sijaan koettua terveyttä tai toimintakykyä. FinSote-tutkimuksessa kuitenkin kysyttiin vastaajilta muutaman sairauden osalta, onko lääkäri sairauden todennut tai onko sairautta hoidettu viimeisen 12 kuukauden aikana. Mukana oli kroonisia kansantauteja sekä keskeisiä sairauksien riskitekijöitä.

Joka neljännellä verenpainetauti tai kohonnut verenpaine

Helsingiläisten sairastavuutta kuvataan Taulukoissa 3 ja 4. Joka neljäs helsingiläinen ilmoitti sairastavansa verenpainetauti tai kärsivänsä kohonneesta verenpaineesta, ja lähes joka viidennellä oli kohonnut veren kolesterolipitoisuus. Selän kulumavika, iskias tai muu selkäsairaus oli 14 prosentilla, masennus puolestaan 10 prosentilla.

Helsingin tilannetta voidaan verrata koko maan keskiarvoon viiden sairauden tai oireen osalta. Sairastavuus on hyvin ikäsidonainen ilmiö, mutta Taulukossa 3 esitettävistä osuuksista ei valitettavasti pystytty ikävakioimaan, sillä käytössämme ei ole koko maan osalta osuuksia ikäryhmittäin. Tämä tulee ottaa tulosten tulkinnassa huomioon. Niin verenpainetaudin, sepelvaltimotaudin kuin selän kulumavian esiintyvyys on Helsingissä koko maata huomattavasti pienempää. Myös kohonnut veren kolesterolipitoisuus vaikuttaa olevan vähäisempää Helsingissä. Osa näistä eroista saattaa kuitenkin siis selittyä vertailualueiden erilaisella ikärakenteella. Tähän viittaa myös tulos itseraportoidusta masennuksesta: masennus on tyypillisempää nuoremmilla, ja Helsingissä se on koko maata yleisempää, mutta Helsingin nuorempi ikärakenne saattaa osin selittää tätä.

Vaikka tulosta sydän- ja verisuonitautien ja niiden riskitekijöiden vähäisemmästä esiintyvyydestä Helsingissä on tulkittava varoen, antavat aiemmat tutkimukset tukea sille. Verenkiertoelinten sairauksien merkitys kuolemansyynä on Helsingissä huomattavasti pienempi kuin muualla Suomessa (Mäki & Martikainen 2016).

Taulukko 3. Sairastavuus (%) koko maassa 2017–2018 ja Helsingissä, 20 vuotta täyttäneet

	Verenpainetauti tai kohonnut verenpaine		Kohonnut veren kolesterolipitoisuus		Sepelvaltimotauti		Selän kulumavika, iskias tai muu selkäsairaus		Itse raportoitu masennusta	
	%	Luottamusväli	%	Luottamusväli	%	Luottamusväli	%	Luottamusväli	%	Luottamusväli
Suomi 2017-2018	28,3	27,7-28,8	20,5	20,0-21,1	8,3	7,8-8,8	19,7	19,2-20,2	7,9	7,5-8,2
Helsinki 2018	24,8	23,3-26,3	18,8	17,4-20,1	5,7	4,5-7,1	13,9	12,8-15,2	10,6	9,6-11,7

Lähde: FinSote-tutkimus 2017–2018, THL.

Helsingin ja muun pääkaupunkiseudun yksilötason aineisto sisälsi tietoja myös joidenkin muiden sairauksien esiintyvyydestä. ATH-aineistossa sairauksista kysyttiin kaiken ikäisiltä, sillä poikkeuksella, että polven tai lonkan kulumavian eli nivelrikon esiintyvyydestä kysyttiin vain 75 vuotta täyttäneiltä, mutta FinSote-aineistossa

osasta sairauksia kysyttiin vain vanhemmilla ikäryhmiltä. Tämä tekee sairauksien yleisyyden ajallisen vertailun hieman haastavaksi. Taulukon 4 yhteensä sarake laskettiin näiden sairauksien osalta vuosille 2013–2015 samalla ikärajauskella kuin vuonna 2018.

Verenpainetauti tai kohonnut verenpaine näyttäisi yleistyneen ajanjaksojen välillä, ja erityisesti alle 75 vuotta täyttäneillä. Muiden tarkasteltujen sairauksien osalta tilastollisesti merkitsevää yleistymistä ei ole tapahtunut. Sen sijaan kohonnut veren kolesteroli, selkäsairaudet, sepelvaltimotauti sekä keuhkolaajentumatauti näyttivät hieman harvinaistuneen. Ikärakenteen ero näiden kahden aineiston välillä ei selitä tätä muutosta. Niin ikään 75 vuotta täyttäneiltä kysytty polven tai lonkan kulumavika on vähentynyt. Masennusta lukuun ottamatta kaikki sairaudet ovat iäkkäillä yleisempiä. Masennusta ilmoitti sairastavansa 13 prosenttia 20–54-vuotista, mutta 7–8 prosenttia sitä vanhemmista.

Taulukko 4. Helsingiläisten sairastavuus (%) ikäryhmittäin 2013–2015 ja 2018

	20-54-vuotiaat		55-74-vuotiaat		75 vuotta täyttäneet		Yhteensä	
	2013-2015	2018	2013-2015	2018	2013-2015	2018	2013-2015	2018
Kohonnut verenpaine, verenpainetauti	9,8	10,2	42,1	43,3	62,6	62,4	22,0	*24,8
Kohonnut veren kolesteroli	12,0	*7,8	42,5	*35,4	45,7	*38,3	22,1	*18,8
Selän kulumavika, iskias tai muu selkäsairaus	13,1	*9,5	26,5	*18,7	45,0	*27,9	18,8	*13,9
Masennus	10,4	12,8	10,5	7,0	11,4	7,8	10,5	10,6
Astma	6,7	6,7	9,9	9,5	15,0	*9,9	8,1	7,8
Diabetes	2,3	3,7	13,3	12,9	19,8	16,7	6,3	7,6
Muu mielenterveysongelma	5,7	7,5	3,4	2,7	3,6	*1,3	5,0	5,0
Sepelvaltimotauti, angina pectoris ¹	0,8		4,5	3,3	22,9	*12,8	8,8	*5,7
Pitkäaikainen keuhkoputkentulehdus, keuhkolaajentuma ¹	1,9		6,7	*2,9	9,4	*4,4	7,3	*3,3
Aivohalvaus ¹	0,3		1,2	2,0	3,7	3,0	1,8	2,2
Sydänveritulppa, sydäninfarkti ¹	0,3		1,3	0,9	5,4	4,1	2,2	1,7
Polven tai lonkan kulumavika ²					50,0	*39,3		

¹Kysytty FinSotessa vuonna 2018 vain 55 vuotta täyttäneiltä.

Huom! Yhteensä sarake on laskettu näiden sairauksien osalta vastaavalla tavalla ATH-aineistosta 2013-2015

²Kysytty vain 75 vuotta täyttäneiltä

*Ajallinen muutos on tilastollisesti merkitsevä

Lähdeaineisto: ATH- ja FinSote-tutkimukset 2013–2018, THL.

Sairastavuus Helsingissä ei juurikaan eroa sairastavuudesta muualla pääkaupunkiseudulla (Taulukko 5). Ai-noastaan masennusta sairastetaan Helsingissä selvästi enemmän, ja myös muita mielenterveysongelmia näyttäisi olevan enemmän – vaikkakaan ero ei aivan ole tilastollisesti merkitsevä.

Taulukko 5. Ikävakioitu sairastavuus Helsingissä ja muissa pääkaupunkiseudun kunnissa yhteensä vuonna 2018

	Helsinki		Muut PKS-kunnat yhteensä	
	%	Luottamusväli	%	Luottamusväli
Kohonnut verenpaine, verenpainetauti	26,2	24,1-28,1	25,4	23,8-27,0
Kohonnut veren kolesteroli	19,7	18,1-21,3	20,9	19,5-22,4
Selän kulumavika, iskias tai muu selkäsairaus	14,7	13,3-16,1	14,2	13,1-15,5
Masennus	10,3	9,2-11,4	6,7	6,0-7,6
Muistisairaus ¹	6,6	4,1-10,1	5,4	3,2-8,5
Astma	8,0	7,0-9,0	7,6	6,8-8,5
Diabetes	7,9	6,9-9,0	7,0	6,2-7,9
Muu mielenterveysongelma	5,3	4,5-6,1	3,9	3,3-4,5

¹Kysytty vain 75 vuotta täyttäneiltä

Lähdeaineisto: FinSote-tutkimus 2017–2018, THL.

Useiden muiden tässä julkaisussa käsiteltyjen ilmiöiden ja vasteiden tapaan sosioekonominen asema on voimakkaasti yhteydessä myös sairastavuuteen. Koulutuksen mukaisia eroja helsinkiläisten sairastavuudessa on tarkasteltu aiemmin ATH-aineiston valossa (Mäki 2017b). Koska tämäntapaiset yhteydet muuttuvat hitaasti, ei käsillä olevassa julkaisussa tarkastella sairastavuuden sosioekonomisia eroja erikseen FinSote-aineistolla.

Edellä mainitun tutkimuksen mukaan helsinkiläisten 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 sepelvaltimotautien 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. Tutkimuksessa selvisi myös, että koulutusryhmien väliset erot elintavoissa selittivät osan eroista sairastavuudessa. Eniten selittyivät erot masennuksessa, muussa mielenterveysongelmassa, sydäninfarktissa ja keuhkolaajentumataudissa. (Mäki 2017b.)

Painoindeksi noussut, mutta edelleen koko Suomea matalampi

Ylipaino ja lihavuus lisäävät sairastavuutta useisiin tauteihin (esim. Lihavuus: Käypä hoito -suositus, 2013). Mutta vaikka useimpien sairauksien kohdalla jo ylipainolla (BMI 25–29,9) on vaikutusta, niin selkeämmin yhteys näkyy lihavien (BMI 30–34,9) ja vaikeasti lihavien (BMI 35 tai enemmän) kohdalla (Mäki ym. 2019).

Helsinkiläisten painoindeksi on huomattavasti koko maan keskiarvoa pienempi (Taulukko 6). Helsinkiläisistä aikuisista noin puolet on ylipainoisia ja 16 prosenttia lihavia. Ylipainoisia on näin ollen 12 prosenttia vähemmän kuin koko maassa keskimäärin, ja lihavien osuus peräti neljänneksen pienempi. Viisi prosenttia helsinkiläisistä on vähintään vaikeasti lihavia. Helsinkiläisten painoindeksi on kuitenkin hieman suurentunut ajanjaksosta 2013–2015. Kun painoindeksi keskiarvo tuolloin oli 25,4 (ja 95 prosentin luottamusväli 25,3–25,5), oli vastaava luku 26,0 (25,8–26,1) vuonna 2018.

Painoindeksi vaihtelee sukupuolen ja iän mukaan (Kuvio 6). Kaikissa ikäryhmissä naisista miehiä suurempi osa on normaalipainoisia, ja 20–54- ja 55–74-vuotiailla ero sukupuolten välillä on tilastollisesti merkitsevä. Vastaavasti miehistä naisia suurempi osa puolestaan on ylipainoisia, mutta lihavien kohdalla ei eroa sukupuolilla ole. Nuorimmista, 20–54-vuotiaista, helsinkiläisnaisista yli 60 prosenttia on normaalipainoisia, 55–74-

vuotiailla osuus on reilu 40 prosenttia ja 75 vuotta täyttäneillä noin puolet on normaalipainoisia. Miehillä ikä on samalla tavalla yhteydessä normaalipainoisten osuuteen, mutta osuudet ovat kaikissa ikäryhmissä pienemmät. Lihavia on eniten 55–74-vuotiaissa: osuus on sekä miehillä että naisilla reilun viidenneksen.

Taulukko 6. Ylipainoisten (kehon painoindeksi BMI ≥ 25 kg/m²) ja lihavien (kehon painoindeksi BMI ≥ 30 kg/m²) osuus (%) koko maassa 2017–2018 ja Helsingissä 2018, 20 vuotta täyttäneet

Ylipainoisten osuus

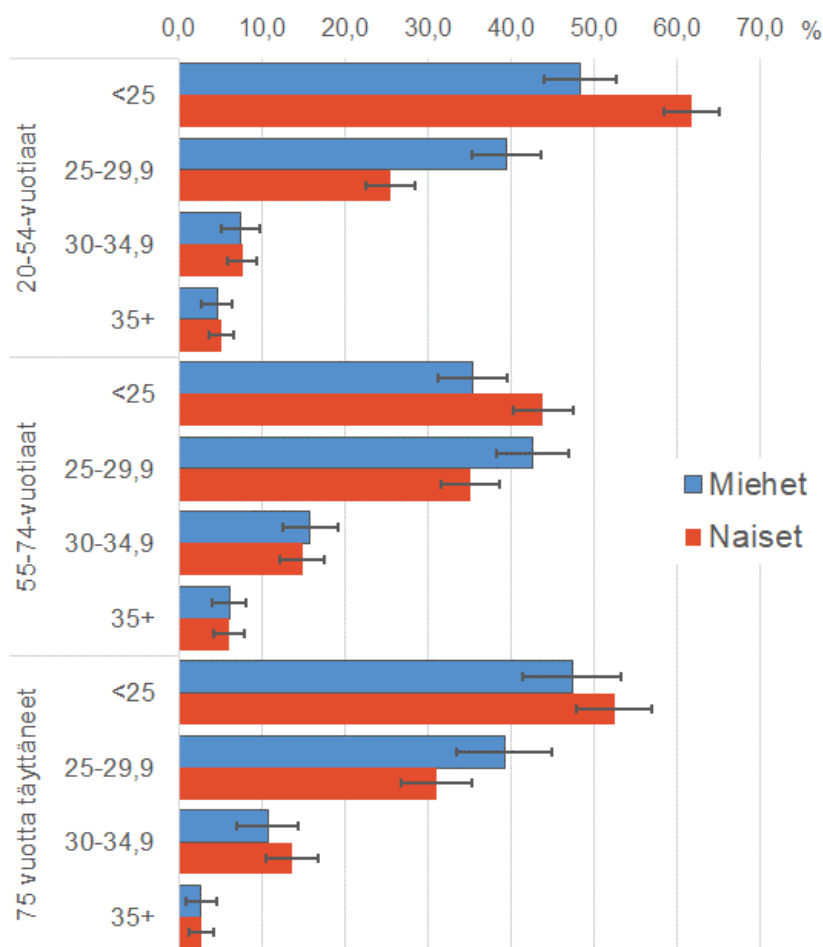
	Yhteensä	Luottamusväli	Miehet	Luottamusväli	Naiset	Luottamusväli
Suomi 2017-2018	57,5	56,9-58,1	62,9	62,1-63,8	52,4	51,5-53,3
Helsinki 2018	50,7	49,0-52,3	56,9	54,4-59,3	45,5	43,3-47,8

Lihavien osuus

	Yhteensä	Luottamusväli	Miehet	Luottamusväli	Naiset	Luottamusväli
Suomi 2017-2018	20,6	20,1-21,1	20,3	19,6-21,1	20,8	20,1-21,5
Helsinki 2018	15,7	14,5-16,9	15,4	13,7-17,3	15,9	14,3-17,6

Lähde: FinSote-tutkimus 2017–2018, THL.

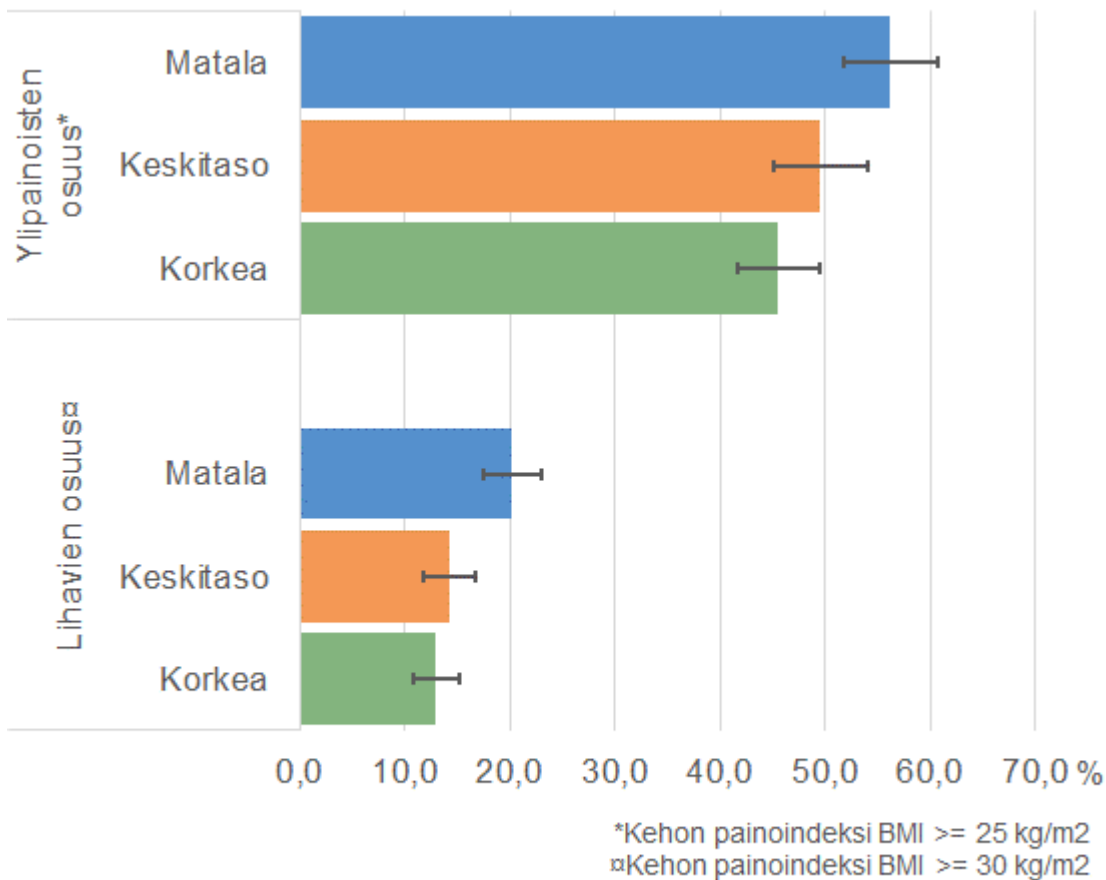
Kuvio 6. Luokiteltu painoindeksi sekä 95 prosentin luottamusvälit sukupuolen mukaan ikäryhmittäin Helsingissä 2018



Lähdeaineisto: FinSote-tutkimus 2017–2018, THL.

Myös koulutustaso on yhteydessä painoindeksiin. Iän vakioiminen selitti kuitenkin osan koulutusryhmien välisistä eroista, ja Kuviossa 7 esitetäänkin ikävakioidut osuudet. Matalan koulutustason suorittaneissa helsinkiläisissä ylipainoisia on 56 prosenttia, kun korkeasti koulutetuilla vastaava osuus on 45 prosenttia. Lihavia puolestaan on joka viides matalasti koulutetuista, mutta 13 prosenttia korkeakoulutuksen saaneista. Lihavuuden osalta matalasti koulutettujen ero keskitason ja korkean koulutuksen ryhmiin on tilastollisesti merkitsevä. Matalan ja korkean koulutuksen ryhmissä lihavuus on yleistynyt ajanjaksosta 2013–2015, mutta keskitason koulutuksen suorittaneilla osuus on pysynyt ennallaan.

Kuvio 7. Ylipainoisten ja lihavien ikävakioitu osuus (%) sekä 95 prosentin luottamusvälit koulutusryhmittäin Helsingissä 2018

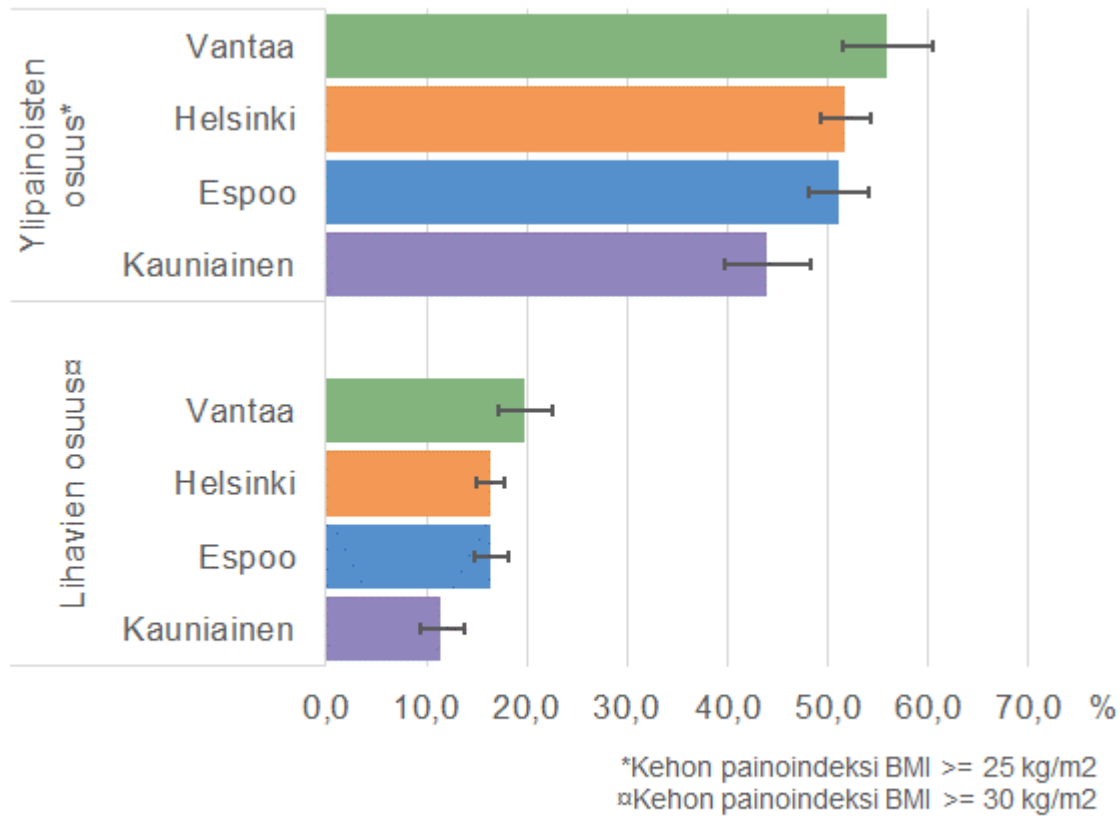


Lähdeaineisto: FinSote-tutkimus 2017–2018, THL.

Iän lisäksi taloudellisten haasteiden kokeminen selitti osan koulutusryhmien välisestä erosta painoindeksissä, ja kun liikunnan harrastamisen erot vakioitiin, ei koulutusryhmien välille jäänyt enää eroja lihavuudessa. Niillä, jotka kokivat menojen kattamisen tuloillaan erittäin hankalaksi oli kolminkertainen todennäköisyys olla lihavia, ja yhtä suuri lihavuuden riski oli myös vapaa-ajan liikuntaa harrastamattomilla. Vähemmän koulutetut puolestaan kokevat useammin taloudellisia haasteita ja harrastavat harvemmin vapaa-ajan liikuntaa kuin korkeakoulutetut, jolloin näiden tekijöiden vakiominen selitti eron painoindeksissä. Taloudellisten haasteiden kokeminen oli näiden vakiointien jälkeenkin vielä yhteydessä lihavuuteen. Liikunnan harrastamattomuus sekä niukka kasvisten käyttö selitti pienen osan tästä yhteydestä.

Pääkaupunkiseudun kunnissa ylipainoisten ja lihavien ikävakioitu osuus eroaa melko vähän, sillä poikkeuksella, että osuudet ovat Kauniaisissa selvästi pienemmät (Kuvio 8).

Kuvio 8. Ylipainoisten ja lihavien ikävakioitu osuus (%) sekä 95 prosentin luottamusvälit pääkaupunkiseudun kunnissa 2018



Lähdeaineisto: FinSote-tutkimus 2017–2018, THL.

Elintavat

Kansallisen ja kansainvälisen tutkimuksen perusteella tiedetään, että terveellinen ravinto ja liikunta sekä tupakoinnin ja runsaan alkoholin käytön välttäminen lisäävät terveitä elinvuosia ja vähentävät vuosikymmenien aikana ilmaantuvien kalliiden kansantautien ja niiden riskitekijöiden, kuten lihavuuden, riskiä. Usein pelkkä elintapojen muutos riittää terveysriskien vähentämiseen.

Näitä neljää edellä mainittua keskeistä terveyskäyttäytymistekijää on kutsuttu termillä "the holy four" (McQueen 1987), ja sosioekonomiset erot niissä selittävät osin myös sairastavuudessa ja kuolleisuudessa havaittavia sosioekonomisia eroja (Mäki 2020). Elintapojen kohdalla voidaan tutkimusten mukaan puhua kaasaantumislmiöstä, jossa samoilla ihmisillä esiintyy samanaikaisesti epäterveellinen ruokavalio, vähäinen liikunta, liian vähäinen nukkuminen, tupakointi ja runsas alkoholin käyttö. (Borodulin 2016, 8-10.)

Väestön elintapoihin pyritään vaikuttamaan muun muassa ravitsemukseen ja liikkumiseen liittyvillä suosituksilla sekä tupakoinnin ja päihteiden käytön vähenemiseen pyrkivillä ohjelmilla. Seuraavaksi tarkastellaan ravitsemukseen ja liikkumiseen liittyvien suositusten valossa helsinkiläisten kasvisten, hedelmien ja marjojen syöntiä sekä liikkumisen määrää sekä tupakointia ja alkoholinkäyttöä.

Kasviksia käyttäen suositusten mukaan reilusti alle puolet helsinkiläisistä

Ruokavaliolla on suuri merkitys terveydelle. Ravitsemussuosituksilla pyritään vaikuttamaan ruokailutottumuksiin. Suomalaiset ravitsemussuositukset korostavat kasvisten, marjojen ja hedelmien sekä täysjyväviljan runsasta päivittäistä käyttöä, vähärasvaisen lihan kohtuullista käyttöä, kalan käytön lisäämistä nykyisestä, kasviöljyn suosimista, ja vähärasvaisten tai rasvattomien maitovalmisteiden valintaa (Raulio ym. 2016, 4; VRN 2014).

Suomalaisten ruokatottumukset ja ravintoaineiden saanti eivät monelta osin ole ravitsemussuositusten mukaisia. Väestötutkimusten mukaan esimerkiksi kasviksia, hedelmiä ja marjoja syödään liian vähän ja punaista ja prosessoitua lihaa taas liian paljon. Tutkimuksissa on myös havaittu, että miesten ja naisten ruokavaliot eroavat yhä enemmän toisistaan, ja että erityisesti koulutuksella ja tulotasolla on yhteys väestöryhmien välisiin ravitsemuseroihin. Erot ovat suuret erityisesti kasvisten syönnin osalta. (Valsta ym. 2018; Borodulin ym. 2016)

Helsingiläisistä³ 38 prosenttia käytti kasviksia ravitsemussuositusten mukaan eli söi kasviksia, marjoja ja hedelmiä ainakin 500 grammaa päivässä⁴. Helsingissä ravitsemussuositukset täyttyivät selvästi useammin kuin Suomessa keskimäärin (Kuvio 9), mutta pääkaupunkiseudun muista kunnista Helsinki ei merkittävästi eronnut (Kuvio 10). Miesten ja naisten väliset erot kasvisten käytön osalta ovat suuria niin pääkaupunkiseudulla kuin koko maassa keskimäärin. Esimerkiksi helsinkiläisistä 46 prosenttia käytti kasviksia suositusten mukaan, kun miesten kohdalla osuus jäi 28 prosenttiin.

³ Tietosisällöltään kattavimmat ravitsemustutkimukset (esim. FinRavinto-tutkimus) eivät tuota tietoa yksittäisten kuntien tilanteesta. Tässä tarkastellun FinSote-aineiston perusteella voidaan puolestaan tarkastella ainoastaan kasvisten, marjojen ja hedelmien sekä voin ja voi-kasviöljyseoksen käyttöä. FinSote-tutkimuksen ravitsemukseen liittyvät tiedot eivät ole vertailukelpoisia sitä edeltäneen ATH-tutkimuksen kanssa, joten ajallista vertailua ei ole mahdollista tehdä.

⁴ Suositusten mukaisesti kasviksia käyttäviksi on tässä tulkittu tässä THL:n käytännön mukaisesti kysymykseen: "Kuinka usein olette syönyt seuraavia ruokia 7 viime päivän aikana?". Kysymyspatterin alakohtina esitettiin mm. a) tuoreita kasviksia tai kasvissalaattia, b) kypsennettyjä kasviksia (ei perunaa), c) hedelmiä tai marjoja. Vastausvaihtoehdot olivat 1) kerran viikossa tai harvemmin, 2) 1–6 kertaa viikossa, 3) 1–2 kertaa päivässä, 4) 3 kertaa päivässä tai useammin. Tarkastelussa ovat ne, jotka ovat vastanneet molempiin tai toiseen kysymyksestä a) ja b) vaihtoehdon 3) tai 4) ja lisäksi vastanneet kysymykseen c) vaihtoehdon 3) tai 4).

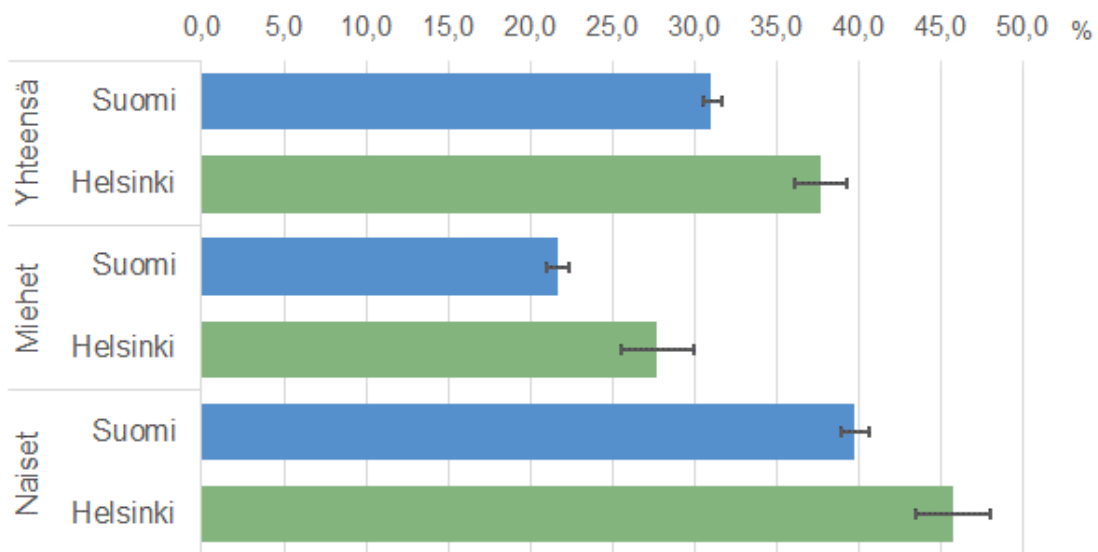
38 prosenttia 20 vuotta täyttäneistä helsinkiläisistä käyttää riittävästi kasviksia, hedelmiä ja marjoja. Heistä:

54 % söi päivittäin tuoreita, keitettyjä kasviksia sekä marjoja ja hedelmiä

43 % söi päivittäin tuoreita kasviksia sekä marjoja ja hedelmiä ja

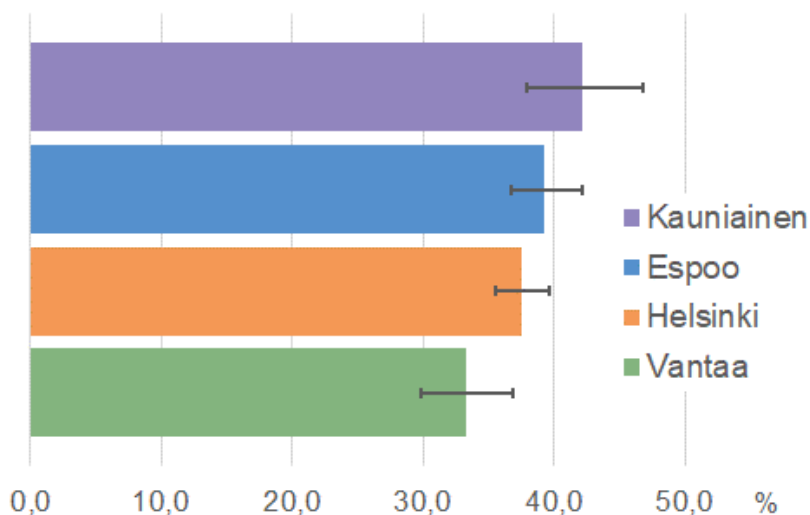
4 % keitettyjä kasviksia sekä marjoja ja hedelmiä

Kuvio 9. Kasviksia ja hedelmiä ravitsemussuositusten mukaisesti käyttävien osuus (%) sekä 95 prosentin luottamusvälit Helsingissä ja koko Suomessa sukupuolen mukaan vuonna 2018



Lähde: FinSote-tutkimus 2017–2018, THL.

Kuvio 10. Kasviksia ja hedelmiä ravitsemussuositusten mukaisesti käyttävien ikävakioitu osuus (%) sekä 95 prosentin luottamusvälit Helsingissä, Espoossa, Vantaalla ja Kauniaisissa vuonna 2018, 20 vuotta täyttäneet

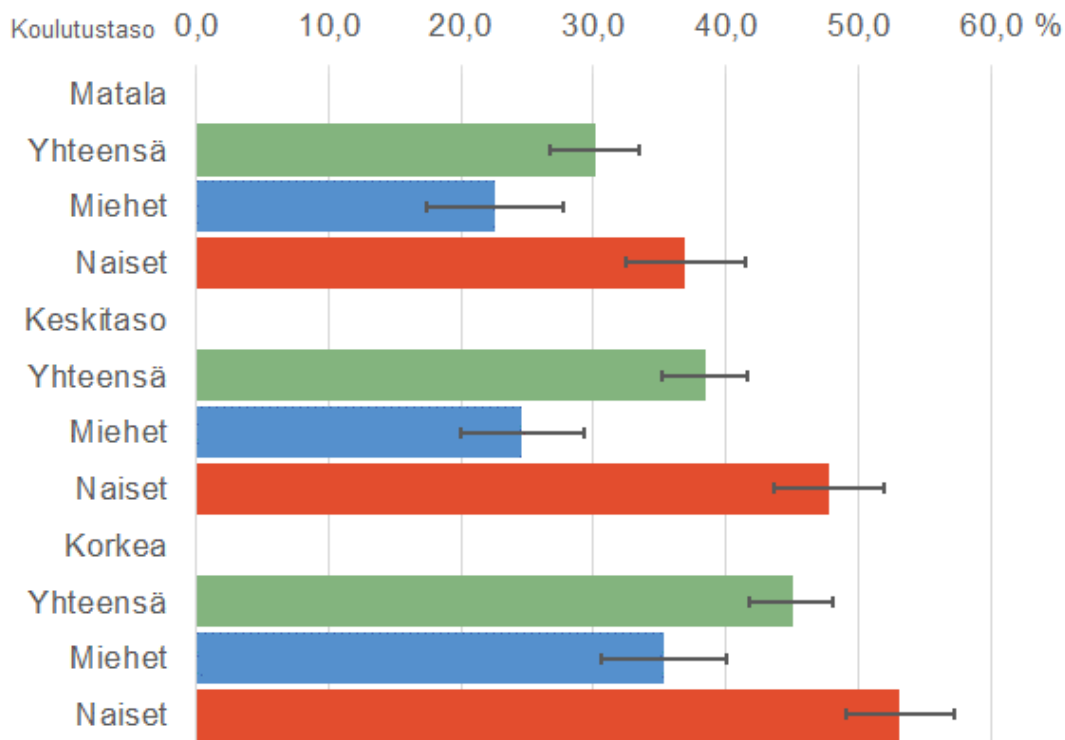


Lähdeaineisto: FinSote-tutkimus 2017–2018, THL.

Sukupuolella ja koulutuksella selvä yhteys kasvisten käyttöön, mutta ikäryhmien välillä ei juurikaan eroja

Koulutustasolla oli yhteys kasvisten käyttöön (Kuvio 11). Suositusten mukaan kasviksia käyttävien osuus oli korkeasti koulutetuilla selvästi suurempi kuin matalasti koulutetuilla ja hieman suurempi kuin keskitason koulutuksen omaavilla. Keskitason ja matalan koulutuksen välillä ei juurikaan ollut eroa. Kun tarkasteluun lisätään sukupuoli, miesten osalta asetelma säilyy samana ja naistenkin kohdalla matalasti koulutettujen joukossa suositukset täyttyivät muita koulutusryhmiä harvemmin. Kaiken kaikkiaan naiset käyttivät kasviksia kuitenkin siinä määrin miehiä yleisemmin, että matalastikin koulutettujen naisten kohdalla suositukset täyttyivät niin matalasti koulutettuja kuin keskitason koulutuksen omaavia miehiä yleisemmin, eikä matalasti koulutettujen naisten ja korkeasti koulutettujen miesten välillä ollut tilastollisesti merkitsevää eroa.

Kuvio 11. Kasviksia ja hedelmiä ravitsemussuosituksen mukaisesti käyttävien osuus (%) sekä 95 prosentin luottamusväliit koulutustason ja sukupuolen mukaan Helsingissä vuonna 2018, 20 vuotta täyttäneet



Lähdeaineisto: FinSote-tutkimus 2017–2018, THL.

Ikäryhmien välillä ei juurikaan ollut eroja suositusten mukaisen kasvisten käytön suhteen. Jos tarkastellaan erikseen kasvisten ja hedelmien sekä marjojen käyttöä, pieniä eroja ikäryhmien väliltä löytyy. Koko suomen väestön osalta on havaittu, että nuoremmat ikäryhmät käyttävät vanhempia ikäryhmiä vähemmän hedelmiä ja marjoja (Valsta ym. 2018, 57), ja tulokset ovat saman suuntaisia myös tämän tutkimusaineiston valossa. Helsingiläisistä alle 30-vuotiaista marjoja ja hedelmiä käytti päivittäin 41 prosenttia ja 30–54-vuotiaista 45 prosenttia, kun osuudet olivat 55 vuotta täyttäneiden osalta reilusti yli 50 prosenttia. Tuoreiden kasvisten käyttö on sen sijaan 75 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä nuorempia ikäryhmiä vähäisempää (Taulukko 7).

Taulukko 7. Tuoreiden ja kypsennettyjen kasvien sekä marjojen ja hedelmien päivittäinen käyttö (%) ikäryhmittäin Helsingissä vuonna 2018

	Luottamus- väli		Luottamus- väli		Luottamus- väli		Luottamus- väli		Luottamus- väli	
Käyttänyt päivittäin	Alle 30-v	30–54-v	30–54-v	55–74-v	55–74-v	75+	75+	Kaikki	Kaikki	
Tuoreita kasviksia	56,5	50,9-62,0	56,7	53,4-59,9	53,9	51,0-56,8	39,5	36,0-43,0	54,2	52,3-56,2
Keitettyjä kasviksia	33,1	27,9-38,3	34,7	31,7-37,8	26,0	23,5-28,5	23,0	18,8-26,2	30,9	29,1-32,7
Marjoja ja hedelmiä	41,4	36,0-46,9	44,5	41,3-47,7	57,1	54,2-59,9	53,2	49,5-56,9	48,4	46,5-50,4

Lähdeaineisto: FinSote-tutkimus 2017–2018, THL.

Myös siviilisäät, pääasiallinen toiminta ja koettu toimeentulo yhteydessä kasvien käyttöön

Terveellistä syömistä edistävät korkean koulutuksen lisäksi usein myös elämäntilanteeseen liittyvät seikat kuten työssä käyminen ja parisuhde. Työssä käyminen tuo monen elämään säännöllisen ruokarytmin sekä tarjoaa osalla mahdollisuuden nauttia terveellisen lounaan henkilöstöravintolassa. Parisuhdekin auttaa monesti ylläpitämään säännöllistä ruokarytmiä ja monipuolisempaa ruokavaliota. On lisäksi havaittu, että psykologisilla tekijöillä on merkitystä – esimerkiksi sillä, uskooko ihminen pystyvänsä vaikuttamaan omaan elämänsä ja selviytymään arjestaan. Lisäksi taustalla vaikuttavat taloudelliset resurssit – jos rahat ovat tiukoilla, voi joutua valitsemaan ruokakaupassa huonompia vaihtoehtoja. (Borodulin ym. 2016.)

Taulukkoon 8 on koottu edellä mainittuja aiemman tutkimusnäytön perusteella ravitsemukseen yhteydessä olevia tekijöitä, ja tarkasteltu niitä suhteessa tuoreita kasviksia, hedelmiä ja marjoja *niukasti* ruokavaliossaan käyttäviin helsinkiläisiin eli heihin, joiden päivittäiseen ruokavalioon ne *eivät* kuulu. Koulutuksen, siviilisäädyn ja pääasiallisen toiminnan lisäksi tarkastellaan yksin asumisen, elämänlaadun ja taloudellisten vaikeuksien yhteyttä vasteisiin.

Kuten jo aiemmin on todettu, koulutusryhmien välillä on eroja kasvien käytön suhteen. Kun iän ja sukupuolen lisäksi vakioitiin muutkin tarkastellut tekijät, erot koulutusryhmien välillä kaventuivat erityisesti korkean ja matalan koulutuksen välillä. Eniten koulutuksen ja niukan kasvien käytön välistä yhteyttä selittivät koettu elämänlaatu ja taloudellisten vaikeuksien kokeminen. Muiden tekijöiden vakiointi ei juurikaan yhteyteen vaikuttanut. Hedelmien ja marjojen kohdalla sen sijaan tilastollisesti merkitseviä eroja ei jäänyt, kun kaikki tekijät oli vakioitu.

Avio- ja avoliitossa olevat käyttävät kasviksia todennäköisemmin kuin muut siviilisäädyn, mutta kun kaikki tarkastellut tekijät vakioitiin, tilastollisesti merkitseviä eroja jäi ainoastaan leskien kohdalle. Leskillä todennäköisyys käyttää niukasti kasviksia oli kolminkertainen avio- tai avoliitossa oleviin nähden. Leskien kohdalla kaikkien koulutusryhmien kasvien käyttö oli merkittävästi vähäisempää kuin muilla siviilisäädyn. Esimerkiksi korkean koulutuksen omaavista leskistä peräti 61 prosenttia käytti ruokavaliossaan niukasti kasviksia, kun vastaavan koulutuksen omaavista avio- tai avoliitossa olevista niukasti kasviksia käytti vain 32 prosenttia. Marjojen ja hedelmien osalta tilastollisesti merkitseviä eroja siviilisäädyn välille sen sijaan ei vakiointien jälkeen jäänyt.

Sekä kokopäivä- että osa-aikatyössä olevien joukossa niukasti kasviksia käyttäviä oli vähemmän kuin työelämän ulkopuolella olevien joukossa. Työkyvyttömyyseläkkeellä olevat käyttivät kasviksia niukasti lähes neljä kertaa ja työttömät kolme kertaa todennäköisemmin kuin kokopäivätyössä olevat. Iän perusteella eläkkeellä olevatkin käyttivät kasviksia työelämässä olevia vähemmän, mutta ero oli selvästi pienempi ja jäi kaikkien muiden tekijöiden vakioinnin jälkeen hyvin pieneksi, kun taas työkyvyttömyyseläkeläisten ja työttömien kohdalla ero jäi edelleen lähes kaksinkertaiseksi. Työkyvyttömyyseläkeläisten kohdalla selkein selittävä tekijä oli elämän laatu ja myös parisuhteella (siviilisäät ja yksinasuminen) oli merkitystä. Elämänlaatunsa hyväksi kokeminen, avio- tai avoliitossa oleminen ja se, että ei asunut yksin, lisäsivät työkyvyttömyyseläkkeelläkin kasvien käyttöä. Työttömien kohdalla elämänlaadun lisäksi taloudellisilla vaikeuksilla oli vaikutusta. Myös työkyvyttömyyseläkeläisten kohdalla hyvin vaikeaksi taloudellisen tilanteensa kokeneiden joukossa niukasti kasviksia käyttäviä oli eniten.

Marjojen ja hedelmien käytön osalta pääasiallisella toiminnalla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä käytön niukkuutta lukuun ottamatta iän puolesta eläkkeellä olevia, joiden marjojen ja hedelmien käyttö oli itse asiassa työelämässä oleviakin yleisempää. Aiemmin jo todettiin, että marjojen ja hedelmien päivittäinen käyttö on vanhemmilla ikäryhmillä nuoria yleisempää.

Kaiken kaikkiaan taloudellisilla vaikeuksilla oli kuitenkin selvä yhteys niukkaan kasvisten käyttöön. Taloudellisen tilanteensa erittäin hankalaksi kokeneilla oli reilusti yli nelinkertainen todennäköisyys käyttää kasviksia niukasti verrattuna taloudellisen tilanteensa hyvin helpoksi kokeneisiin. Senkin jälkeen, kun kaikki muut tekijät vakioitiin, erittäin hankalaksi tilanteen kokeneet käyttivät kasviksia niukasti yli 2,5 kertaa todennäköisemmin kuin taloudellisen selviytymisensä hyvin helpoksi kokeneet.

Taulukko 8. Tuoreiden kasvisten sekä hedelmien ja marjojen niukkaan käyttöön yhteydessä olevia tekijöitä Helsingissä vuonna 2018, 20 vuotta täyttäneet

	Niukasti tuoreita kasviksia käyttävät				Niukasti marjoja ja hedelmiä käyttävät			
	OR ¹	Luottamusväli	OR ²	Luottamusväli	OR ¹	Luottamusväli	OR ²	Luottamusväli
Koulutus								
Korkea	1,00		1,00		1,00		1,00	
Keskitaso	1,50	1,23-1,81	1,45	1,06-2,00	1,29	1,07-1,56	1,34	1,07-1,68
Matala	2,34	1,90-2,88	1,86	1,33-2,58	1,57	1,28-1,93	1,39	1,08-1,78
Siviilisääty								
Avio- tai avoliitossa	1,00		1,00		1,00		1,00	
Asumuserossa tai eronnut	1,5	1,14-1,96	0,99	0,63-1,54	1,24	0,96-1,61	1,12	0,81-1,54
Leski	3,04	2,23-4,15	2,94	1,45-5,93	1,71	1,27-2,31	1,62	0,90-2,94
Naimaton	1,90	1,50-2,36	1,32	0,86-2,04	1,11	0,90-1,37	0,94	0,73-1,21
Asuuko yksin								
Ei	1,00		1,00		1,00		1,00	
Kyllä	1,70	1,43-2,02	1,06	0,73-1,54	1,36	1,14-1,61	1,48	1,03-2,12
Pääasiallinen toiminta								
Kokopäivätyössä	1,00		1,00		1,00			
Osa-aikatyössä	1,32	0,82-2,11	1,17	0,66-2,07	0,90	0,58-1,41	0,84	0,52-1,36
Eläkkeellä iän perusteella (ml. osa-aikaeläke)	1,48	1,11-1,97	1,45	1,02-2,05	0,65	0,49-0,86	0,64	0,48-0,88
Työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuen saajana	3,74	2,18-6,39	2,53	1,36-4,72	1,44	0,85-2,44	1,21	0,67-2,19
Työtön tai lomautettu	2,99	1,93-4,63	2,08	1,20-3,59	1,49	0,96-2,31	1,03	0,62-1,69
Jokin muu	1,39	1,04-1,85	1,27	0,86-1,87	1,21	0,91-1,61	1,09	0,79-1,51
Elämänlaatunsa (WHOQOL-8) keskimäärin hyväksi tuntevat								
Kyllä	1,00		1,00		1,00		1,00	
Ei	2,03	1,72-2,70	1,75	1,41-2,18	1,57	1,33-1,86	1,40	1,22-1,74
Taloudelliset vaikeudet: menojen kattaminen tuloilla on...								
Hyvin helppoa	1,00		1,00		1,00		1,00	
Helppoa tai melko helppoa	1,52	1,57-2,00	1,33	1,00-1,77	1,25	0,97-1,60	1,18	0,90-1,54
Melko hankalaa tai hankalaa	2,42	1,78-3,29	1,51	1,06-2,16	1,49	1,10-2,01	1,21	0,85-1,70
Erittäin hankalaa	4,65	2,63-8,23	2,63	1,35-5,15	3,68	1,98-6,84	2,94	1,45-5,95

¹ Ikä ja sukupuoli vakioitu

² Ikä, sukupuoli ja muut tarkastellut muuttujat vakioitu

Lähdeaineisto: FinSote-tutkimus 2017–2018, THL.

Kasvien sekä marjojen ja hedelmien päivittäinen käyttö on osa ravitsemussuositusten mukaista terveellistä ruokavaliota. Vaikka kasvien, marjojen ja hedelmien käyttö ei kaikkea terveellisestä ruokavaliosta kerro, niiden käytössä on tutkimusten mukaan suurimmat erot sosioekonomisten ryhmien välillä. Tässä tehdyn tarkastelun perusteella suurimmat väestöryhmien väliset erot paikantuvat koulutusryhmien ja sukupuolten välille, ja muita selittäviä tekijöitä ovat siviilisääty, pääasiallinen toiminta ja koettu toimeentulo. Sosioekonomisten tekijöiden lisäksi myös elämänlaadun kokemuksella on yhteys kasvien, marjojen ja hedelmien käyttöön: elämänlaatunsa hyväksi kokevien joukossa niukasti kasviksia, marjoja ja hedelmiä käyttäviä on vähemmän. Selkeitä riskitekijöitä ovat yksinasuminen, työkyvyttömyyseläkkeellä oleminen, työttömyys sekä taloudelliset vaikeudet.

Helsinkiläiset harrastavat kuntoliikuntaa aktiivisemmin kuin suomalaiset keskimäärin

Liikunnalla on tärkeä rooli terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä ja sairauksien ehkäisyssä. Vahvaa tieteellistä näyttöä liikunnan terveyshyödyistä on saatu paitsi sydän- ja verisuoniterveydessä, myös esimerkiksi painonhallinnassa, tyypin 2 diabeteksessa, mielenhyvinvoinnissa ja ikääntyneiden toimintakyvyssä. Liikunta vahvistaa myös sosiaalista hyvinvointia esimerkiksi tarjoamalla mahdollisuuksia muiden ihmisten tapaamiseen. Tutkimustietoon perustuvissa liikuntasuosituksissa onkin vuosien saatossa nostettu hengitys- ja verenkiertoelimistön terveyteen liittyvien hyvien vaikutusten rinnalle terveysvaikutukset laajemminkin. Painopiste on samalla siirtynyt kuntoliikunnasta terveysliikuntaan, ja lopulta liikunnasta *liikkumiseen*. Tänä vuonna julkaistun uuden suosituksen myötä terveysliikunnan suositus vaihtui muotoon *liikkumisen suositus*. (THL, elintavat ja ravitsemus; UKK-instituutti, liikkumisen suositusten lyhyt historia.)

Liikkumisen suositus

Aikuisten (18-64-vuotiaat) liikkumisen suosituksen mukaan jokaisen tulisi

- liikkua reippaasti 2 tuntia 30 minuuttia viikossa tai 1 tunti 15 minuuttia siten, että lisää liikkumisen tehoa (rasittava liikkuminen)
- harjoittaa lihaskuntoa ja liikehallintaa 2 kertaa viikossa

Yi 65 vuotiaiden liikkumisen suosituksen keskiössä ovat samat asiat kuin aikuisten kohdalla:

- liikkua reippaasti 2 tuntia 30 minuuttia viikossa tai 1 tunti 15 minuuttia siten, että lisää liikkumisen tehoa (rasittava liikkuminen)
- harjoittaa lihasvoimaa, tasapainoa ja notkeutta vähintään 2 kertaa viikossa

Reipas liikkuminen tarkoittaa, että pystyy puhumaan hengästymisestä huolimatta.

Rasittava liikkuminen tarkoittaa, että puhuminen on hankalaa hengästymisen vuoksi.

Liikkumisen suositus kannustaa myös liikuskelemaan kevyesti mahdollisimman usein ja tauottamaan paikallaoloa aina kun mahdollista. Myös riittävän unen merkitys on otettu suositukseen mukaan: riittävällä unella ja liikkumisella on yhdessä merkittäviä terveysvaikutuksia.

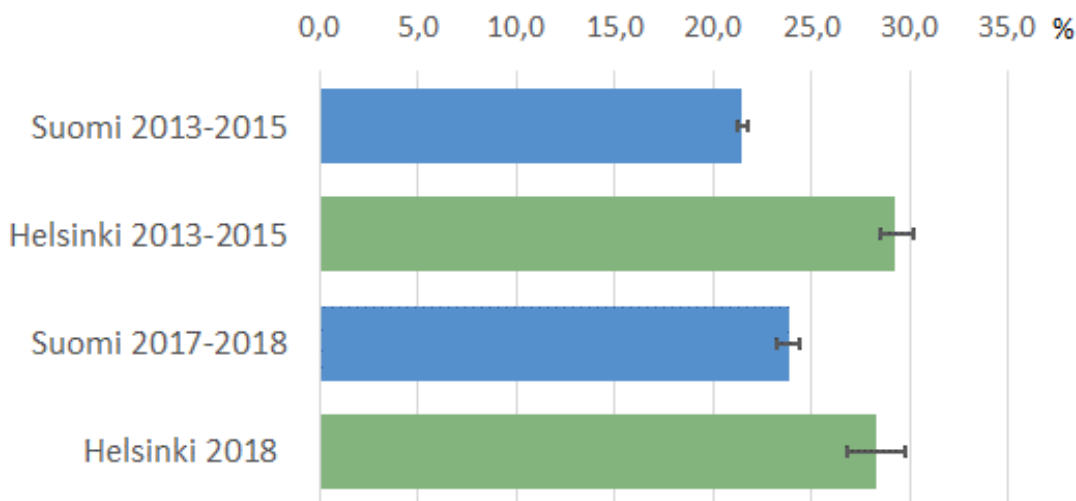
Lähde: UKK-instituutti

Vain harva suomalainen liikkuu tarpeeksi (THL, Elintavat ja ravitsemus -verkkosivut). Helsingissä kuntoliikunnan harrastaminen on selvästi yleisempää kuin Suomessa keskimäärin. Vuonna 2018 helsinkiläisistä 20 vuotta täyttäneistä hieman alle 30 prosenttia harrasti varsinaista kuntoliikuntaa tai urheilua (esim. juoksu, uinti tai pallopelit) useita tunteja viikossa (Kuvio 12). Tämän joukon kohdalla liikkumisen suositukset täyttyvät reippaasti liikkumisen osalta (ks. edellä kuvatut liikuntasuositukset). Sen sijaan FinSote-tutkimuksen tulokset

eivät anna tietoa lihaskunnon ja liikehallinnan harjoittamisesta, mikä on riittävän liikkumisen toinen keskeinen kriteeri.

Kuntoliikuntaa harrastavien helsinkiläisten osuus ei juurikaan ole muuttunut ajanjaksosta 2013–2015. Positiivista on kuitenkin se, että niiden osuus, jotka eivät harrasta vapaa-ajan liikuntaa⁵ lainkaan, on pienentynyt. Kun vuosina 2013–2015 vapaa-ajan liikuntaa harrastamattomia 20–64-vuotiaita oli 26 prosenttia, osuus oli pienentynyt 23 prosenttiin, ja muutosta parempaan oli nähtävissä kaikkien koulutusryhmien osalta.

Kuvio 12. Säännöllisesti useita tunteja viikossa vähintään kuntoliikuntaa harrastavien 20 vuotta täyttäneiden osuus (%) sekä 95 prosentin luottamusvälit Helsingissä ja koko Suomessa vuosina 2013–2015 ja 2017–2018, 20 vuotta täyttäneet

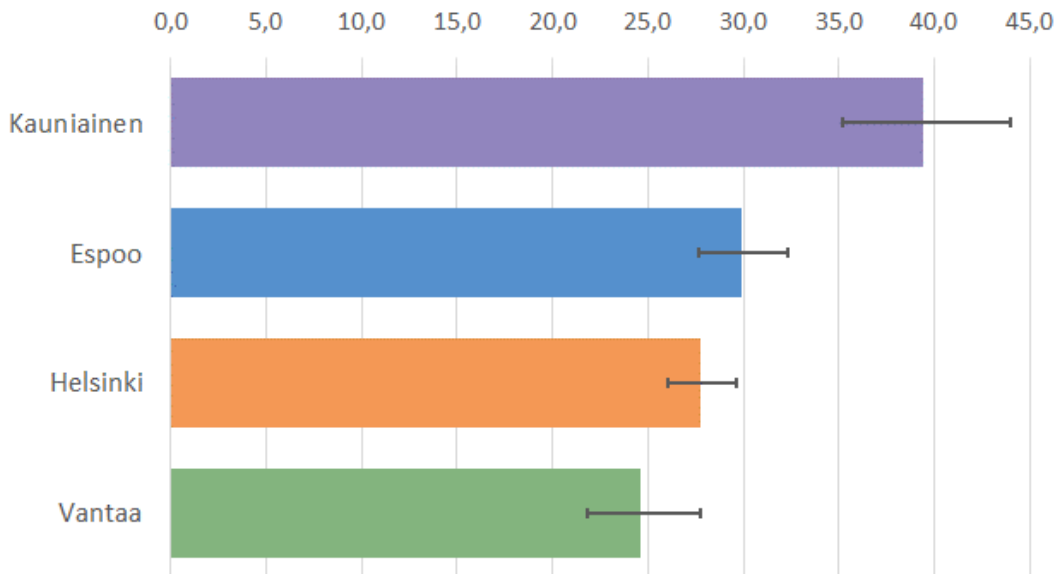


Lähde: ATH- ja FinSote-tutkimukset 2013–2018, THL.

Pääkaupunkiseudulla kuntoliikuntaa harrastavia on selvästi eniten Kauniaisissa. Pienin kuntoliikuntaa harrastavien osuus on Vantaalla. Helsinki ei juurikaan eroa Espoosta eikä Vantaasta kuntoliikunnan harrastamisen osalta, ero Kauniaisissa on sen sijaan selkeä (Kuvio 13).

⁵ Perustuu kysymykseen "Kuinka paljon liikutte ja rasitate itseänne ruumiillisesti vapaa-aikana? Älkää laskeko mukaan työmatkaliikuntaa." Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) luen, katselen televisiota ja teen askareita, jotka eivät juuri rasita ruumiillisesti, 2) kävelen, pyöräilen, tai teen kevyttä koti- ja pihatyötä yms. useita tunteja viikossa ja 3) harrastan varsinaista kuntoliikuntaa tai urheilua kuten juoksua, hiihtoa, uintia, tai pallopelejä useita tunteja viikossa. Tarkastelussa ovat vastausvaihtoehdon 1) luen, katselen televisiota ja teen askareita, jotka eivät juuri rasita ruumiillisesti vastanneiden osuus.

Kuvio 13. Säännöllisesti useita tunteja viikossa vähintään kuntoliikuntaa harrastavien 20 vuotta täytäneiden ikävakioitu osuus (%) sekä 95 prosentin luottamusvälit Helsingissä, Espoossa, Vantaalla ja Kauniaisissa vuonna 2018, 20 vuotta täyttäneet



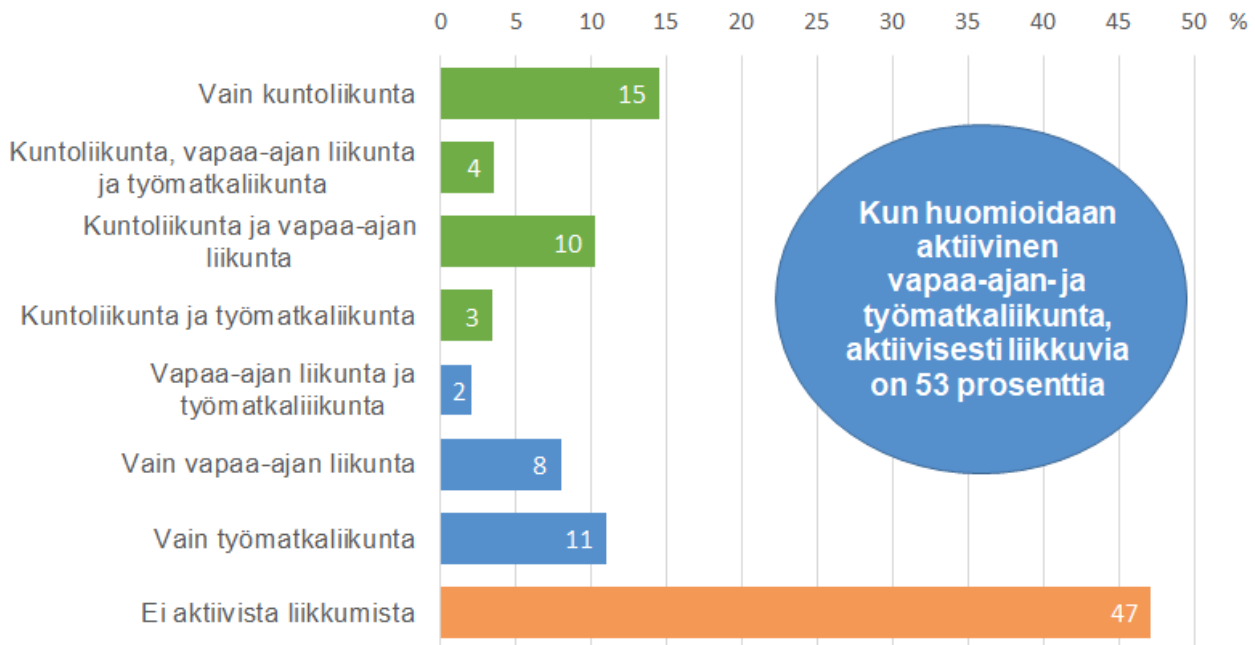
Lähdeaineisto: FinSote-tutkimus 2017–2018, THL.

Kun huomioidaan kuntoliikunnan lisäksi työmatka- ja vapaa-ajan liikunta, aktiivisesti liikkuu joka toinen helsinkiläinen

Niistä alle 65-vuotiaista, jotka eivät harrasta varsinaista kuntoliikuntaa, noin 15 prosenttia ilmoitti harrastavansa vähintään neljänä päivänä viikossa puoli tuntia lievästi hengästyttävää ja hikoiluttavaa vapaa-ajan liikuntaa ja lähes 20 prosenttia käyttävänsä työmatkoihin joko kävellen tai pyöräillen vähintään 30 minuuttia päivässä.

Kuviossa 14 on otettu huomioon varsinaisen kuntoliikunnan harrastamisen lisäksi myös lievästi hengästyttävää vapaa-ajan liikuntaa vähintään neljänä päivänä viikossa harrastavat, sekä ne, jotka kulkevat työmatkoja kävellen tai pyöräillen 30–60 minuuttia päivässä. Näin tarkastellen aktiivisesti liikkuvien helsinkiläisten osuus nousee 32 prosentista lähes 53 prosenttiin.

Kuvio 14. Aktiivisesti liikkuneet helsinkiläiset kuntoliikunnan, vapaa-ajanliikunnan ja/tai työmatkaliikunnan mukaan¹, 20–64-vuotiaat



¹**Aktiiviseksi liikkumiseksi** on tässä tarkastelussa tulkittu:

- varsinaisen kuntoliikunnan harrastaminen useita tunteja viikossa
- ainakin lievästi hengästyttävän ja hikoiluttavan vapaa-ajan liikunnan harrastaminen vähintään 4 kertaa viikossa puoli tuntia kerrallaan
- työmatkoja kävelty tai pyöräilty vähintään 30 minuuttia päivässä

Lähdeaineisto: FinSote-tutkimus 2017–2018, THL.

Taloudelliset vaikeudet ja lihavuus vähentävät selvästi kuntoliikunnan harrastamista

Kuntoliikunnan harrastamisessa on selkeitä eroja iän ja sukupuolen mukaan. Miehet ovat keskimäärin aktiivisempia kuntoliikunnan harrastajia kuin naiset ja nuoret aktiivisempia kuin vanhemmat ikäryhmät. Alle 65-vuotiaista helsinkiläismiehistä 37 prosenttia harrasti varsinaista kuntoliikuntaa, naisista 27 prosenttia. Ikäryhmittäin tarkasteltuna aktiivisimpia olivat 20–29-vuotiaat (42 prosenttia), jonka jälkeen tulivat 30–49-vuotiaat (noin joka kolmas). 50 vuotta täyttäneistä kuntoliikuntaa harrasti noin joka viides.

Iän ja sukupuolen lisäksi yhteys liikunnan harrastamiseen on esimerkiksi terveyteen ja sosioekonomiseen asemaan liittyvillä asioilla. Taulukossa 9 on tarkasteltu koulutuksen, pääasiallisen toiminnan, toimintarajoitteiden, painon, päivittäisen tupakoinnin ja taloudellisten vaikeuksien yhteyttä varsinaisen kuntoliikunnan *harrastamattomuuteen*. Tarkastelussa on ensin vakioitu iän ja sukupuolen vaikutukset, ja sen jälkeen jokaisen tarkastellun muuttujan kohdalla on vakioitu iän ja sukupuolen lisäksi muutkin taulukossa esitetyt muuttujat.

Korkeasti koulutettujen joukossa heitä, jotka *eivät* harrasta varsinaista kuntoliikuntaa, oli suhteellisesti vähiten. Todennäköisyys kuntoliikunnan harrastamattomuuteen kasvoi koulutustason laskiessa. Matalasti koulutettujen kohdalla kuntoliikunnan harrastamattomuus oli yli kaksi kertaa todennäköisempää kuin korkeasti koulutetuilla. Kaikkien vakiointien jälkeenkin matalasti koulutettujen joukossa oli 75 prosenttia korkeasti koulutettuja todennäköisempää, että kuntoliikuntaa ei harrastettu. Korkean ja matalan koulutuksen välistä eroa selittivät eniten tupakointi sekä taloudelliset vaikeudet.

Pääasiallisen toiminnan osalta tilastollisesti merkitseviä eroja syntyi kokopäivätyössä olevien ja työttömien, työkyvyttömyyseläkkeellä olevien sekä ryhmän ”jokin muu” välille. Näistä eroista mikään ei kuitenkaan ollut enää tilastollisesti merkitsevä sen jälkeen, kun kaikki muut tekijät vakioitiin. Eniten pääasiallisen toiminnan yhteyttä kuntoliikunnan harrastamattomuuteen selittivät toimintarajoitteet, paino sekä taloudelliset vaikeudet. Työkyvyttömyyseläkkeellä olevista lähes puolella oli toimintarajoite, joka rajoitti *vakavasti* arjessa toimintaa. Kaikkiaan toimintarajoite oli tässä ryhmässä lähes 80 prosentilla. Vakava toimintarajoite nosti todennäköisyyttä kuntoliikunnan harrastamattomuuteen kaikkien vakiointien jälkeenkin kuusinkertaiseksi niihin nähden, joilla rajoitetta ei ollut. Myös toinen selkeä kuntoliikunnan harrastamattomuutta lisäävä tekijä eli lihavuus oli työkyvyttömyyseläkkeellä olevien joukossa selvästi keskimääräistä yleisempää. Työttömien kohdalla selittäväksi tekijäksi nousivat selkeimmin päivittäinen tupakointi sekä taloudelliset vaikeudet. Molemmat ovat työttömien ryhmässä selvästi yleisempiä kuin 65 vuotta täyttäneiden joukossa keskimäärin.

Vakavan toimintarajoitteen tai lihavuuden yhteys kuntoliikunnan harrastamattomuuteen ei ole yllättävää. Molempien tekijöiden kohdalla todennäköisyys harrastamattomuuteen jäi kaikkien muiden tekijöiden vakioinnin jälkeen edelleen suureksi niihin nähden, joilla kyseistä riskitekijää ei ole: vakavan toimintarajoitteen osalta yli kuusinkertaiseksi ja lihavuuden osalta lähes nelinkertaiseksi. Myös päivittäinen tupakointi lisää kuntoliikunnan harrastamattomuuden todennäköisyyttä selvästi, ja ero niihin, jotka eivät tupakoi päivittäin, on 2,6 kertainen kaikkien vakiointien jälkeenkin.

Liikunta-aktiivisuutta voivat vähentää myös taloudelliset vaikeudet. Tässä tarkastelussa kuntoliikunnan harrastamattomuus oli iän ja sukupuolen vakioinnin jälkeen paljon taloudellisia vaikeuksia kokevilla lähes 3,7 kertainen. Taloudellisen tilanteen yhteys kuntoliikunnan harrastamattomuuteen selittyi kuitenkin muilla tarkastelussa olleilla tekijöillä.

Taloudelliset vaikeudet yhdistyvät kuitenkin moneen liikunta-aktiivisuutta vähentävään tekijään. Taloudelliset vaikeudet selittivät eniten koulutuksen ja kuntoliikunnan harrastamattomuuden välistä yhteyttä. Myös toimintarajoitteen, painon ja päivittäisen tupakoinnin kohdalla taloudelliset vaikeudet selittivät yhteyttä muita tekijöitä enemmän. Tässä tarkastelussa esiin nousseista kuntoliikunnan harrastamattomuuteen selvästi yhteydessä olevista tekijöistä kaikki olivat itsessään yhteydessä taloudellisten haasteiden kokemiseen. Kun keskimäärin taloudellisen selviytymisen hankalaksi koki alle 65-vuotiaista noin 30 prosenttia, niin matalasti koulutetuista näin koki 41 prosenttia, vakavan toimintarajoitteen kanssa elävistä 64 prosenttia, lihavista 45 prosenttia ja päivittäin tupakoivista 48 prosenttia. Tarkempi analyysi osoitti myös, että niin matalasti koulutettujen, lihaviin kuin päivittäin tupakoivien ryhmässä kuntoliikunnan harrastaminen oli selvästi vähäisempää niiden joukossa, jotka kokivat taloudellisen selviytymisensä hankalaksi. Esimerkiksi matalasti koulutetuista taloudellisia haasteita kokevista vain 16 prosenttia ilmoitti harrastavansa kuntoliikuntaa, mutta niistä matalasti koulutetuista, jotka kokivat taloudellisen selviytymisen helpoksi, kuntoliikuntaa ilmoitti harrastavansa lähes 30 prosenttia.

Taulukko 9. Varsinaisen kuntoliikunnan harrastamattomuuteen yhteydessä olevia tekijöitä alle 65-vuotiailla Helsingissä vuonna 2018

	Ei harrasta varsinaista kuntoliikuntaa			
	OR ¹	Luottamusväli	OR ²	Luottamusväli
Koulutus				
Korkea	1,00		1,00	
Keskitaso	1,32	1,03-1,68	1,14	0,86-1,52
Matala	2,17	1,65-2,86	1,75	1,26-2,41
Pääasiallinen toiminta				
Kokopäivätyössä	1,00		1,00	
Osa-aikatyössä	1,53	0,91-2,58	1,68	0,85-3,32
Eläkkeellä iän perusteella (ml. osa-aikaeläke)	1,31	0,75-2,31	1,13	0,63-2,04
Työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuen saajana	3,96	1,75-8,98	2,30	0,86-6,16
Työtön tai lomautettu	2,59	1,45-4,59	1,68	0,81-3,51
Jokin muu	1,35	1,00-1,84	1,41	0,97-2,06
Toimintarajoite terveysongelman vuoksi väh. kuuden viime kuukauden ajan				
Ei	1,00		1,00	
Kyllä, mutta ei rajoittanut vakavasti	1,87	1,44-2,47	1,62	1,17-2,25
Kyllä, rajoittanut vakavasti	7,88	3,45-18,02	6,22	2,30-16,82
Painoindeksi				
Ei ylipainoa (BMI < 25)	1,00		1,00	
Lievä ylipaino (BMI 25-29,99)	1,61	1,26-2,05	1,61	1,22-2,13
Lihavuus (BMI vähintään 30)	4,61	2,30-7,10	3,78	2,25-6,33
Päivittäinen tupakointi				
Ei	1,00		1,00	
Kyllä	3,74	2,21-6,33	2,62	1,45-4,76
Taloudelliset vaikeudet: menojen kattaminen tuloilla on...				
Hyvin helppoa	1,00		1,00	
Helppoa tai melko helppoa	1,33	0,98-1,81	1,14	0,82-1,58
Melko hankalaa tai hankalaa	2,31	1,57-3,39	1,51	0,97-2,34
Erittäin hankalaa	3,68	1,71-7,95	2,23	0,92-5,39

¹ Ikä ja sukupuoli vakioitu

² Ikä, sukupuoli ja muut tarkastellut muuttujat vakioitu

Lähdeaineisto: FinSote-tutkimus 2017–2018, THL.

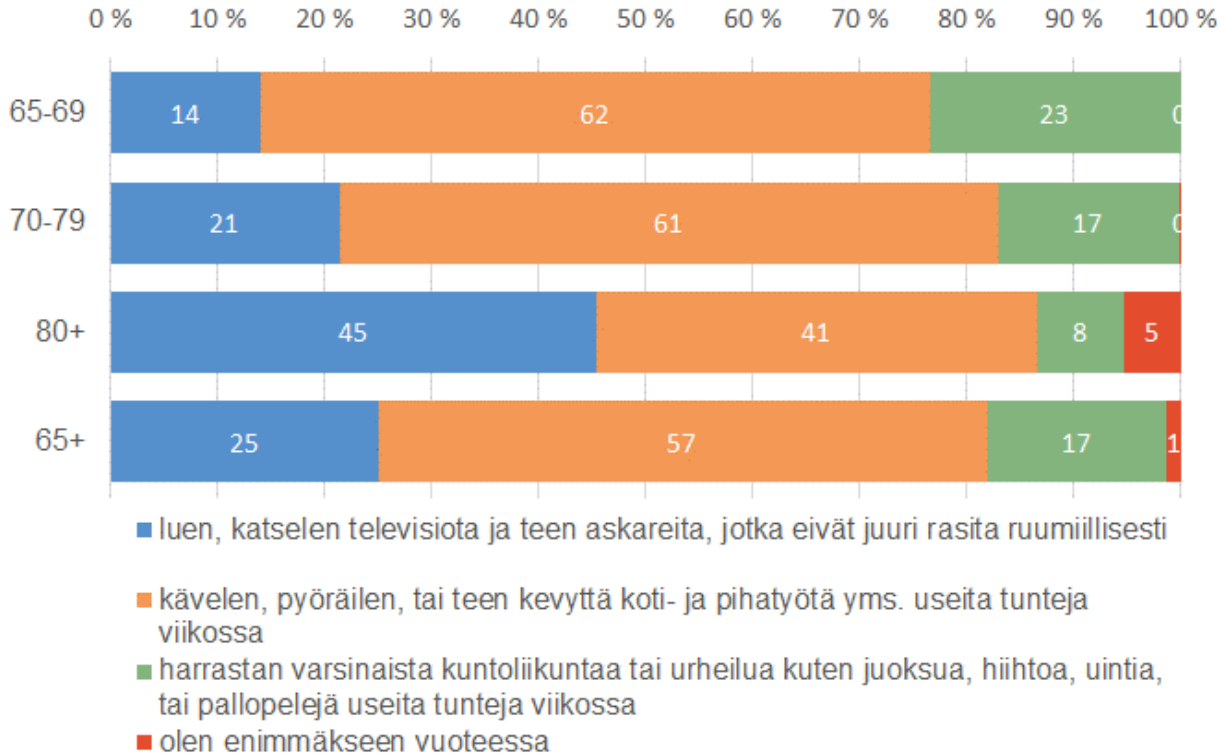
Kuntoliikuntaa harrasti lähes joka neljäs 65–69-vuotias

Kevyt liikkuminen kävellen, pyöräillen tai koti- ja pihatöitä tehden oli yleisin vapaa-ajan liikkumisen muoto 65 vuotta täyttäneiden joukossa (Kuvio 15). Kevyesti liikkuvia oli 65–79-vuotiaista reilu 60 prosenttia ja 80 vuotta täyttäneistä noin 40 prosenttia. Varsinaista kuntoliikuntaa harrastavia oli kaikkiaan 17 prosenttia osuuden laskiessa iän myötä: 65–69-vuotiaista kuntoliikuntaa harrasti lähes joka neljäs, 80 vuotta täyttäneistä

harvempi kuin joka kymmenes. 80 vuotta täyttäneistä 45 prosenttia ilmoitti tekevänsä vapaa-aikanaan lähinnä sellaisia askareita, jotka eivät rasita ruumiillisesti.

Myös ikääntyneissä matalasti koulutetuilla kuntoliikunnan harrastaminen oli vähäisempää kuin korkeasti koulutetuilla senkin jälkeen, kun iän ja sukupuolen vaikutukset on vakioitu. Koulutusryhmien välillä ei kuitenkaan ollut eroja enää sen jälkeen, kun tarkastelussa vakioitiin toimintakykyä mittaava IADL-mittari (arkitoimissa vähintään suuria vaikeuksia kokevien osuus).

Kuvio 15. 65 vuotta täyttäneiden helsinkiläisten vapaa-ajan liikkuminen ikäryhmittäin vuonna 2018



Lähdeaineisto: FinSote-tutkimus 2017–2018, THL.

75 vuotta täyttäneiden osalta FinSote-tutkimuksessa selvitettiin myös sitä, kuinka usein kävelee ulkona vähintään 20 minuuttia kerrallaan. Ikääntyneistä 47 prosenttia ilmoitti kävelevänsä 20 minuutin ajan ulkona vähintään 5 kertaa viikossa, ja kaikkiaan lähes 80 prosenttia käveli vähintäänkin kolmena päivänä viikossa.

Tupakointi vähentynyt etenkin alle 55-vuotiailla

Tupakoinnin terveyshaitat ovat ilmeiset. Tupakointi lisää riskiä sairastua muun muassa useisiin eri syöpiin. Näistä keskeisin on keuhkosityöpä, ja peräti 90 prosenttia keuhkosityöpään sairastumisista johtuu tupakoinnista. Niin ikään keuhkohtaumatauti johtuu lähes yksinomaan tupakasta. Tupakointi altistaa myös muille keuhkosairauksille, sepelvaltimotaudille, tyypin 2 diabetekselle ja aivohalvaukselle. Tupakoinnilla on haitallisia vaikutuksia myös suun ja hampaiden terveyteen, ja se vähentää elimistön puolustuskykyä ja lisää herkkyyttä sairastua infektioihin.

Helsingin kaupunki onkin jo pitkään tavoitellut sekä asukkaidensa että työntekijöidensä tupakoinnin vähentymistä. Esimerkiksi Savuton Helsinki -ohjelma toteutettiin vuosina 2007–2015 yhteistyössä kaupungin silloisten hallintokuntien ja kansanterveysjärjestöjen kanssa. Kaupunki julistautui kaupunginvaltuuston päätöksellä savuttomaksi vuoden 2007 alussa ja on toiminut siitä lähtien järjestelmällisesti tupakoinnin vähentämiseksi ja toteuttanut tupakkalain mukaisia toimenpiteitä. Ohjelman aikana luotiin pysyviä savuttomuutta tukevia rakenteita ja toimintamalleja, ja sen päättymisen jälkeen perustettiin Savuton Helsinki -verkosto, jonka tehtävänä on jatkaa savuttomuustyön kehittämistä Helsingissä.

Vuonna 2018 helsinkiläisistä hieman yli 10 prosenttia poltti savukkeita päivittäin⁶. Osuus on tilastollisesti merkitsevästi pienempi kuin koko maassa, jossa se oli 12 prosenttia (Taulukko 10). Sekä helsinkiläismiehet että -naiset tupakoivat koko maan keskiarvoa harvemmin.

Nuuskan ja nikotiinipitoisten sähkösavukkeiden käyttö sen sijaan on Helsingissä hieman koko maata yleisempää. Jos kuitenkin tarkastelemme kaikkia 20 vuotta täyttäneitä, jää nuuskaa ja sähkösavukkeita käyttävien osuus vielä vähäiseksi. Näin ollen kaikkia tupakkatuotteita yhteensä käyttävien osuus on Helsingissä 13,4 prosenttia, mikä on noin 2 prosenttiyksikköä vähemmän kuin koko maassa (ero on tilastollisesti merkitsevä).

Taulukko 10. Päivittäin tupakoivien osuus (%) koko maassa 2017–2018 ja Helsingissä 2018, 20 vuotta täyttäneet

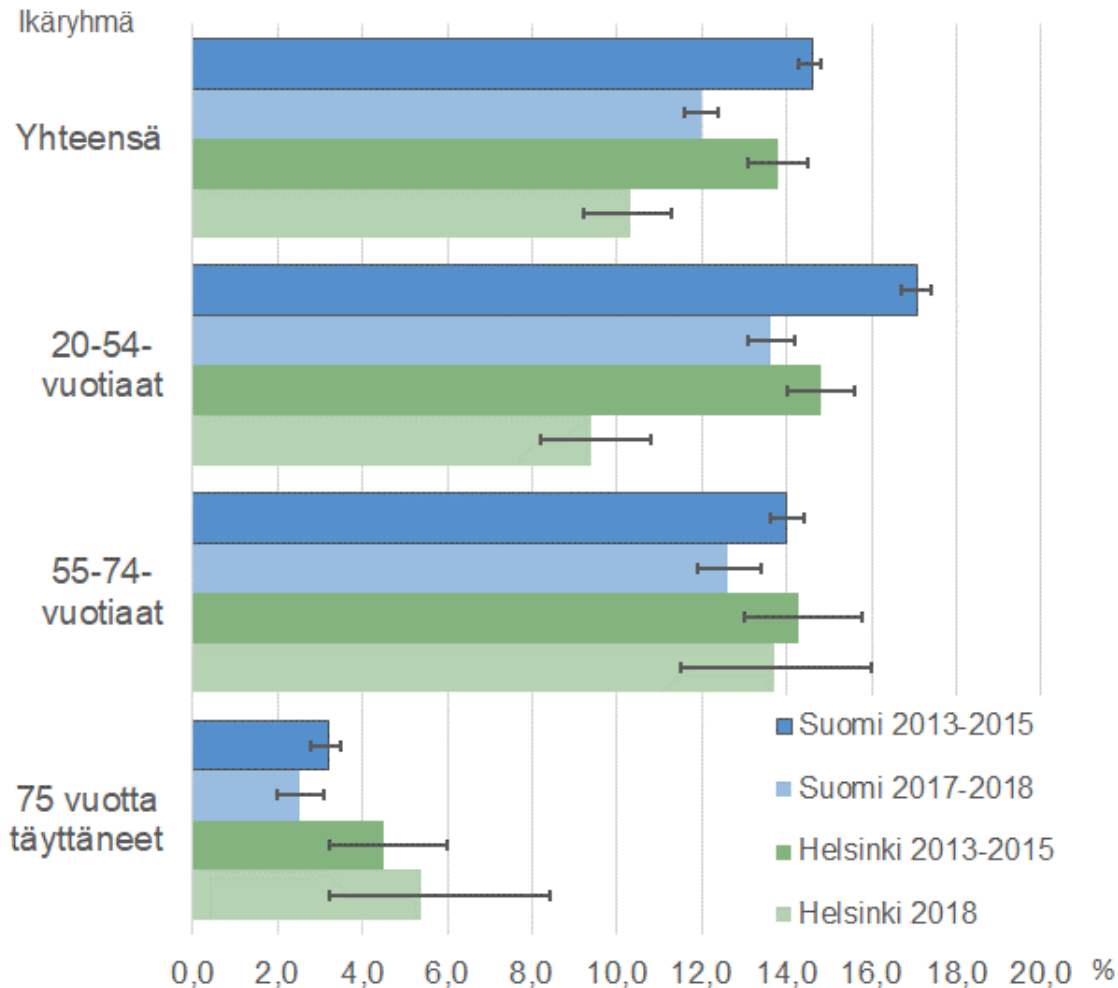
	Yhteensä	Luottamusväli	Miehet	Luottamusväli	Naiset	Luottamusväli
Suomi 2017-2018	12,0	11,6-12,4	13,6	13,0-14,2	10,5	9,9-11,0
Helsinki 2018	10,3	9,2-11,3	11,4	9,8-13,1	9,4	8,1-10,8

Lähde: FinSote-tutkimus 2017–2018, THL.

Vuosina 2013–2015 päivittäistupakoinnin yleisyydessä ei ollut eroa Helsingin ja koko maan välillä, mutta sen jälkeen tupakointi on vähentynyt Helsingissä koko maata nopeammin: tupakointi vähentyi ajanjaksojen 2013–2015 ja 2018 välillä Helsingissä noin 25 prosenttia, kun koko maassa väheneminen oli vajaan viidenneksen luokkaa (Kuvio 16). Tupakointi on vähentynyt selkeimmin 20–54-vuotiaiden ikäryhmässä – Helsingissä jopa kolmanneksen. Koko maassa keskimäärin tupakointi on vähentynyt myös 55–74-vuotiailla, mutta sitä iäkkäämpien kohdalla muutosta juurikaan ei ole tai sen suunnasta on vaikea sanoa mitään satunnaisuuden takia.

⁶ Perustuu kysymykseen: "Tupakoitko nykyisin (savukkeita, sikareita tai piippua)?" Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) kyllä, päivittäin, 2) satunnaisesti, 3) en lainkaan, 4) en ole koskaan tupakoinut. Tarkastelussa ovat vastausvaihtoehdon 1) kyllä, päivittäin vastanneiden osuus.

Kuvio 16. Päivittäin tupakoivien osuus (%) sekä 95 prosentin luottamusvälit koko maassa ja Helsingissä ikäryhmittäin



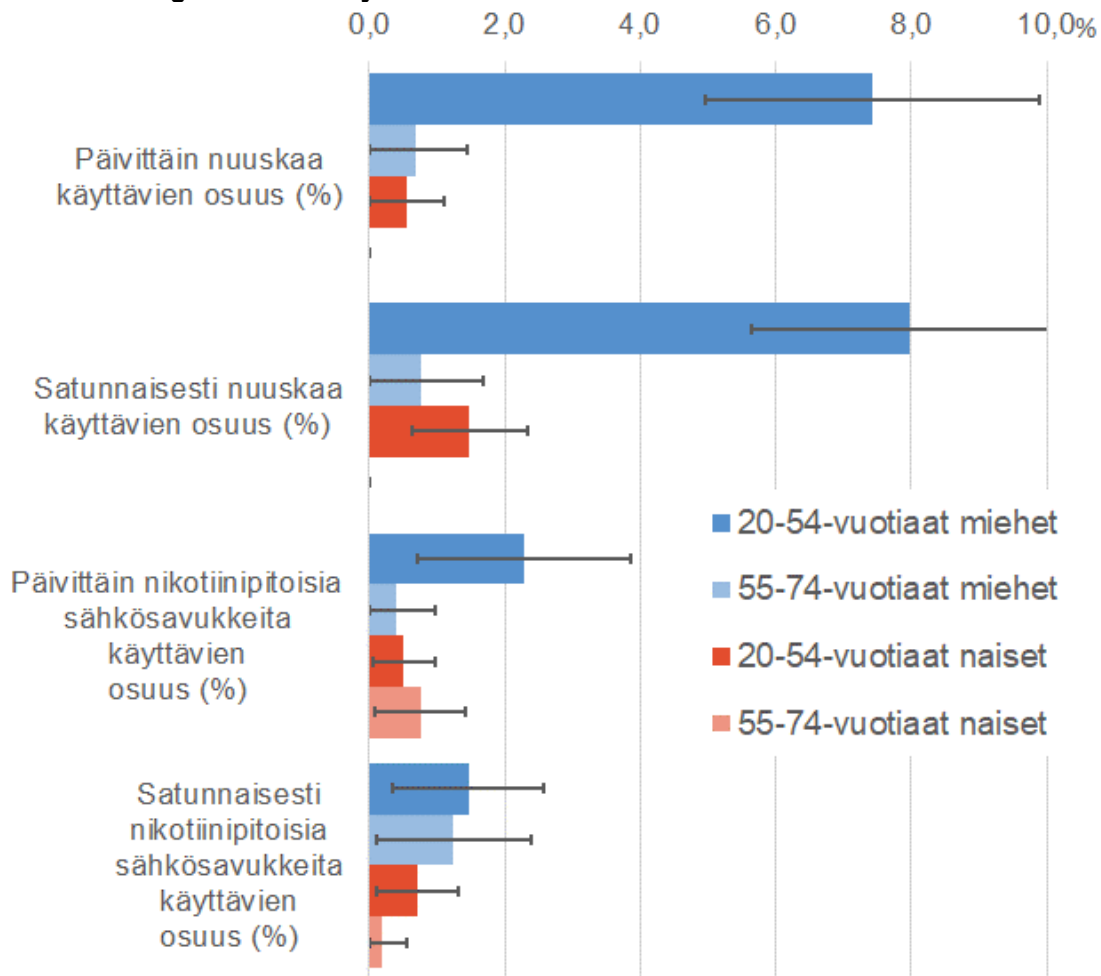
Lähde: ATH- ja FinSote-tutkimukset 2013–2018, THL.

Nuuskan ja sähkösavukkeiden käytöstä FinSote-aineistossa on kysytty 20–74-vuotailta. Koko tämän ikäisen väestön keskuudessa niiden käyttö on vielä vähäistä. Päivittäin tai satunnaisesti nuuskaa käytti yhteensä tämän ikäisistä 6 prosenttia ja sähkösavukkeita 2 prosenttia (Kuvio 17). Molempien tuotteiden käyttö on Helsingissä hieman koko maata yleisempää, mutta ero ei ole tilastollisesti merkitsevää.

Näiden tupakkatuotteiden käytössä on kuitenkin suuret erot iän ja sukupuolen mukaan. 20–39-vuotiaista miehistä 9 prosenttia nuuskasi päivittäin ja lisäksi 10 prosenttia satunnaisesti. Naisilla sen sijaan nuuskaaminen oli harvinaista, ja vastaavassa ikäryhmässä päivittäin tai satunnaisesti nuuskaavien osuus jäi yhteensä pariin prosenttiin.

Myös sähkösavukkeiden käyttö oli nuorilla yleisempää, mutta yhteys ikään ei ollut ihan niin voimakas kuin nuuskan kohdalla. Alle 50-vuotiaista miehistä 4–5 prosenttia käytti sähkösavukkeita vähintään satunnaisesti. Naisilla osuudet olivat hyvin pienet kaikissa ikäryhmissä.

Kuvio 17. Nuuskaa ja nikotiinipitoisia sähkösavukkeita käyttävien osuus (%) sekä 95 prosentin luottamusvälit Helsingissä 2018 ikäryhmittäin

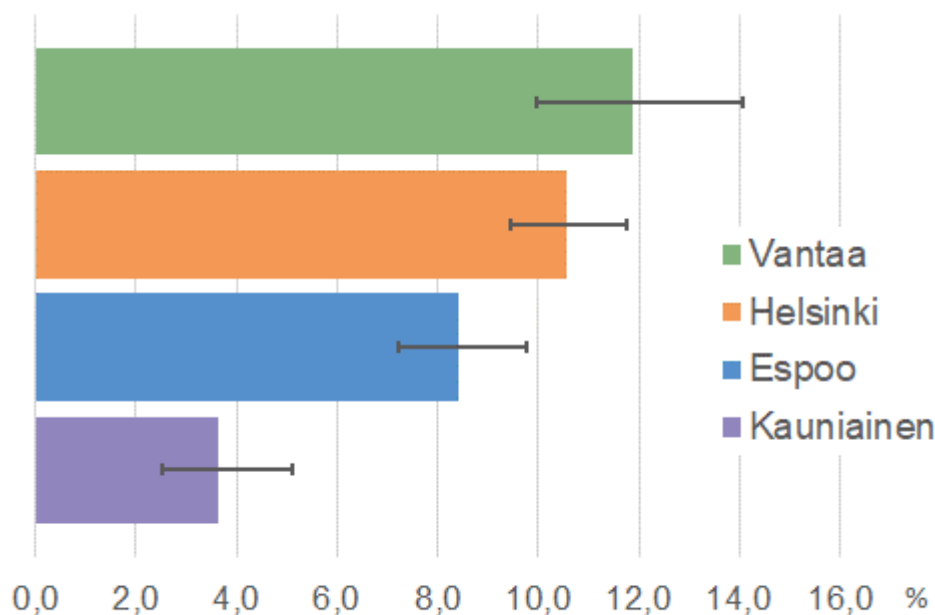


Lähdeaineisto: FinSote-tutkimus 2017–2018, THL.

FinSote 2018-aineistossa on 20–79-vuotiaiden osalta tietoa myös kannabiksen käytöstä. Kannabiksen päivittäiskäyttö oli kaikissa ikäryhmissä hyvin harvinaista, mutta satunnaisesti sitä ilmoitti käyttävänsä 4 prosenttia koko ikäryhmästä. Myös tämän päihteen kohdalla ikä- ja sukupuolierot olivat selkeät. 20–39-vuotiaista miehistä vajaa 11 prosenttia kertoi käyttävänsä kannabista satunnaisesti, kun vastaavan ikäisillä naisilla osuus oli 4 prosenttia.

Helsingissä ja Vantaalla tupakoidaan Espoota ja Kauniaisia useammin (Kuvio 18). Kauniaisissa päivittäin tupakoivia on huomattavasti muita pääkaupunkiseudun kuntia vähemmän.

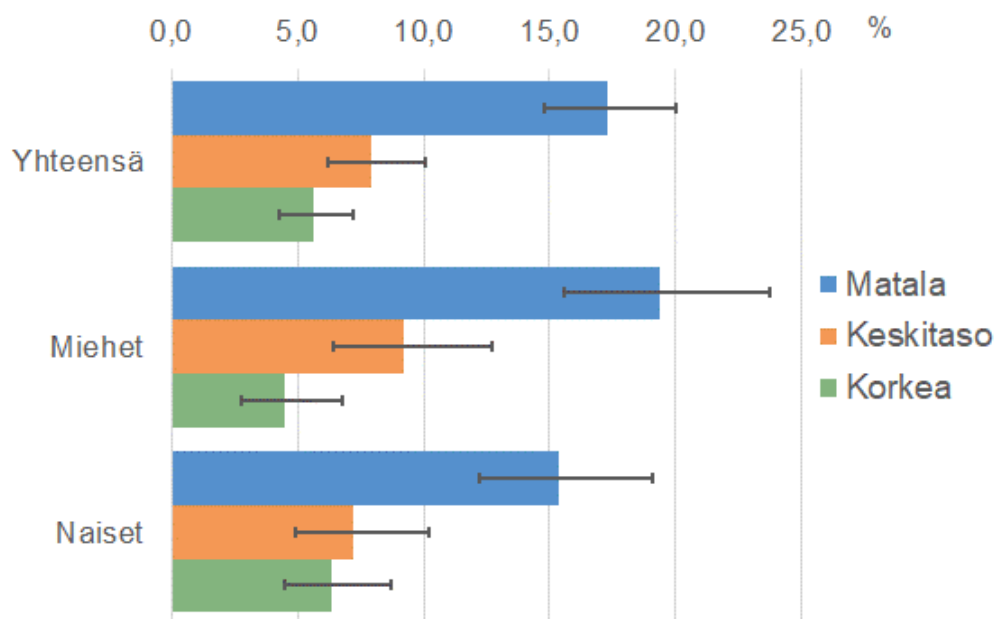
Kuvio 18. Päivittäin tupakoivien ikävakioitu osuus (%) sekä 95 prosentin luottamusvälit pääkaupunkiseudun kunnissa vuonna 2018, 20 vuotta täyttäneet



Lähdeaineisto: FinSote-tutkimus 2017–2018, THL.

Perusasteen koulutuksen suorittaneet tupakoivat huomattavasti muita koulutusryhmiä useammin. Kun korkea-asteen tutkinnon suorittaneista helsinkiläisistä vajaa 6 prosenttia tupakoi päivittäin, oli vastaava osuus pelkästään perusasteen koulutuksen suorittaneilla 17 prosenttia. Koulutusryhmien sisällä erot miesten ja naisten välillä ovat melko vähäiset. Päivittäin tupakoivien osuus koulutusryhmittäin oli hyvin samanlainen kaikissa pääkaupunkiseudun kunnissa.

Kuvio 19. Päivittäin tupakoivien ikävakioitu osuus (%) sekä 95 prosentin luottamusvälit Helsingissä koulutusryhmittäin vuonna 2018, 20 vuotta täyttäneet



Lähdeaineisto: FinSote-tutkimus 2017–2018, THL.

Myös alkoholin liikakäyttö ja humalahakuinen juominen vähentyneet alle 55-vuotiailla

Vaikka helsinkiläisten elintavat ja terveystietäytyminen ovat monilta osiltaan paremmat kuin suomalaisten keskimäärin, niin alkoholinkäytön osalta tilanne on ollut päinvastainen. Tämä on näkynyt paitsi alkoholia liikaa ja humalahakuisesti käyttävien korkeammassa osuudessa pääkaupungissa, niin myös helsinkiläisten suuremmassa kuolleisuudessa alkoholisairauksiin ja tapaturmaiseen alkoholimyrkytykseen (Mäki & Martikainen 2016).

Tämä on tiedostettu myös Helsingin kaupungin johdossa. Kaupungin strategiassa hyvinvointieroja ja eriytymiskehitystä seurataan sekä niihin kohdistuvia kaupungin toimenpiteitä toteutetaan kaupunkitasoisena kokonaisuutena. Strategiassa todetaan vielä tarkemmin, että Helsingin tavoitteena on edistää asukkaidensa mielenterveyttä, toimijuutta ja päihteettömyyttä. Humalahakuisen juomisen osuudet ovatkin osana niin sanottua huono-osaisuusindeksiä, jonka avulla muutosta ja hyvinvoinnin kehitystä kaupungissa seurataan.

Tuoreimmat tiedot helsinkiläisten alkoholinkäytöstä ja toisaalta sen seurauksista ovat kuitenkin osin ristiriitaiset. Toisaalta alkoholikuolleisuus on kasvanut vuodesta 2017 alkoholilain kokonaisuudistuksen jälkeen, ja näyttää siltä, että näin on nimenomaan tapahtunut Helsingissä (Mäki 2020). Toisaalta FinSote-aineiston tietojen mukaan helsinkiläisten alkoholinkäyttö ei kuitenkaan enää juurikaan eroa koko maan keskimääräisestä tilanteesta (Taulukko 11). Vuonna 2018 20 vuotta täyttäneistä helsinkiläisistä miehistä vajaa 40 prosenttia ja naisista joka neljäs käytti liikaa alkoholia. Humalahakuisten osuus puolestaan oli 15 prosenttia miehillä ja vajaa 4 prosenttia naisilla.

Alkoholia liikaa käyttävien osuudet ovat näin ollen Helsingissä hieman korkeammat kuin koko Suomessa, mutta vain naisilla ero on tilastollisesti merkitsevä. Alkoholia humalahakuisesti käyttävien osuus on helsinkiläismiehillä hieman suurempi kuin kaikilla suomalaismiehillä, mutta ero ei ole tilastollisesti merkitsevä, ja naisilla eroa ei humalajuomisessa ole. ATH-tutkimuksessa vuosina 2013–2015 helsinkiläisistä huomattavasti suurempi osa kuin kaikista suomalaisista käytti alkoholia liikaa ja humalahakuisesti, ja ero oli tilastollisesti merkitsevä.

Taulukko 11. Alkoholia liikaa (AUDIT-C) ja humalahakuisesti (AUDIT-1k) käyttävien osuus (%) koko maassa 2017-2018 ja Helsingissä 2018, 20 vuotta täyttäneet

Alkoholia liikaa käyttävien osuus

	Yhteensä	Luottamusväli	Miehet	Luottamusväli	Naiset	Luottamusväli
Suomi 2017-2018	29,9	29,3-30,5	37,7	36,8-38,6	22,2	21,4-23,0
Helsinki 2018	31,4	29,7-33,0	38,8	36,2-41,4	25,2	23,2-27,4

Alkoholia humalahakuisesti käyttävien osuus

	Yhteensä	Luottamusväli	Miehet	Luottamusväli	Naiset	Luottamusväli
Suomi 2017-2018	8,9	8,5-9,3	14,3	13,6-15,0	3,5	3,1-3,8
Helsinki 2018	8,8	7,9-9,9	15,2	13,3-17,2	3,5	2,7-4,6

Lähde: FinSote-tutkimus 2017–2018, THL.

Alkoholinkäytön mittaaminen

FinSote-tutkimuksessa alkoholinkäyttöä mitattiin paljon käytetyillä **AUDIT-C** kysymyksillä. AUDIT-C on WHO:n kehittämästä AUDIT-testistä johdettu lyhyt, kolmen kysymyksen sarja alkoholin ongelmakäytön tunnistamiseen. Kysymykset mittaavat juomisen määrää sekä sitä kuinka usein ja runsaasti henkilö juo.

Kysymykset ovat seuraavat:

1. *"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.

2. *"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.

3. *"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 liiakkäytön pisterajoina on 20-64-vuotiailla miehillä vähintään 6 pistettä, 20-64-vuotiailla naisilla vähintään 5 pistettä, ja yli 65-vuotiailla miehillä ja naisilla vähintään 4 pistettä saaneiden osuus.

Viimeistä edellä mainituista kysymyksistä tarkastellaan usein myös kuvaamaan humalahakuista juomista ja se tunnetaan nimellä **AUDIT-1k**.

Taulukossa 12 katsotaan samoja indikaattoreita ikäryhmittäin. Alkoholia liikaa käyttäviä on selkeästi eniten 55–74-vuotiaiden ikäryhmässä. Miehillä myös humalahakuinen juominen on tässä ikäryhmässä yleisintä.

Taulukko 12. Alkoholia liikaa (AUDIT-C) ja humalahakuisesti (AUDIT 1-K) käyttävien osuus (%) ikäryhmittäin Helsingissä 2018

Alkoholia liikaa käyttävien osuus				
	Miehet	Luottamusväli	Naiset	Luottamusväli
20-54-vuotiaat	33,2	28,8-37,6	25,1	21,9-28,3
55-74-vuotiaat	49,8	45,2-54,5	*29,4	25,9-33,0
75 vuotta täyttäneet	*43,2	36,7-49,6	13,1	9,7-16,5
<i>Yhteensä</i>	38,8		25,2	
Alkoholia humalahakuisesti käyttävien osuus				
	Miehet	Luottamusväli	Naiset	Luottamusväli
20-54-vuotiaat	14,8	11,5-18,1	3,8	2,4-5,2
55-74-vuotiaat	*18,6	14,9-22,3	3,7	2,1-5,2
75 vuotta täyttäneet	5,7	2,4-9,0	1,1	0,0-2,1
<i>Yhteensä</i>	15,2		3,5	

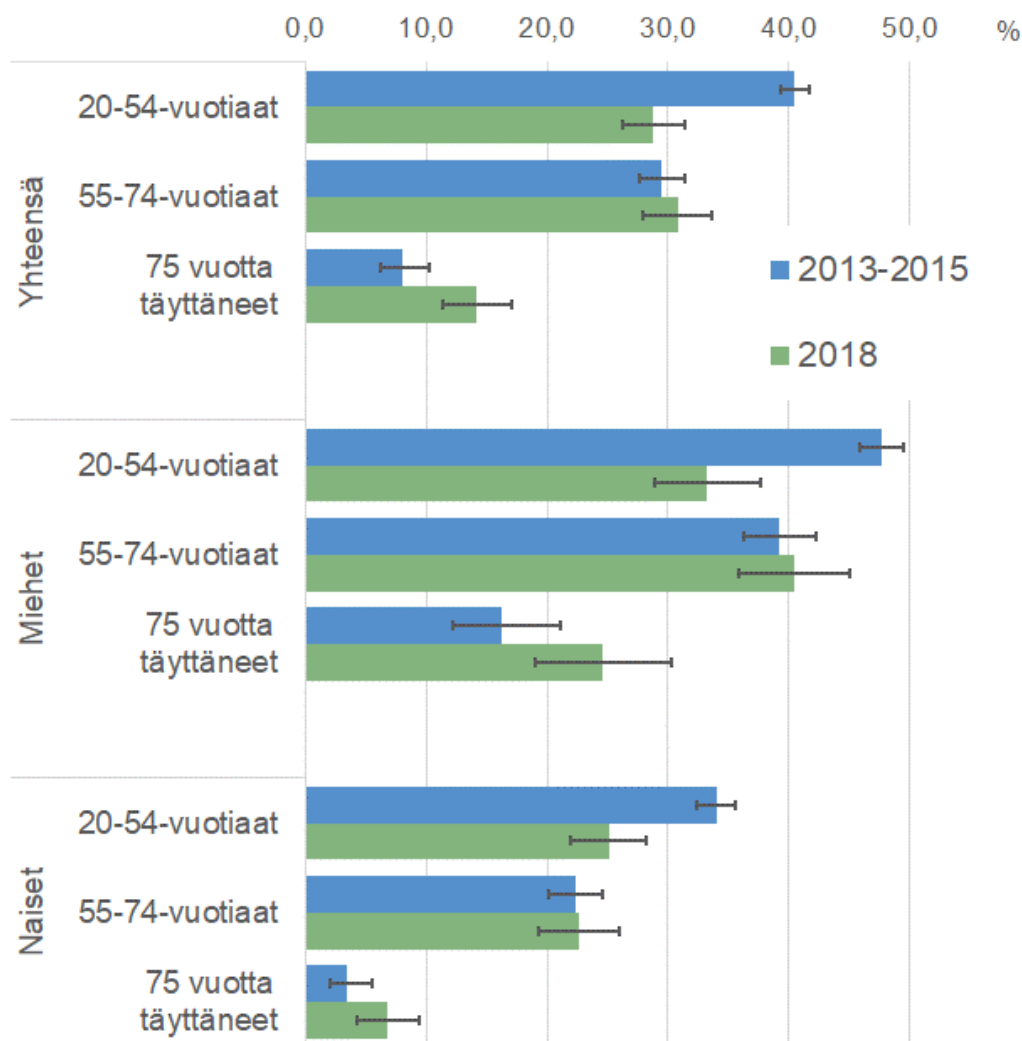
*Helsingissä osuus on koko maata suurempi ja ero on tilastollisesti merkitsevä

Lähde: FinSote-tutkimus 2017–2018, THL.

Alkoholia liikaa käyttävien määritelmä on 65 vuotta täyttäneiden osalta muuttunut ATH-tutkimuksen jälkeen. Helsinki-aineiston osalta on kuitenkin mahdollista laskea muuttuja vertailukelpoiseksi, jolloin ajallista muutosta voidaan tarkastella. Tästä syystä 55–74-vuotiaiden ja 75 vuotta täyttäneiden luvut eroavat Taulukossa 12 ja Kuviossa 20.

Sekä miehillä että naisilla alkoholin liikakäyttö on vähentynyt alle 55-vuotiaiden ikäryhmässä, ja tämä muutos on tilastollisesti merkitsevä (Kuvio 20). 75 vuotta täyttäneiden alkoholin liikakäyttö sen sijaan on lisääntynyt 8 prosentista 14 prosenttiin, ja myös tämä muutos on tilastollisesti merkitsevä. Kun vuosina 2013–2015 alkoholia liikaa käyttäviä oli miehillä eniten alle 55-vuotiaiden ikäryhmässä, niin vuonna 2018 näin oli 55–74-vuotiailla. Myös naisilla nuorimmassa ikäryhmässä oli eniten alkoholia liikaa käyttäviä, mutta vuonna 2018 ero ei enää tämän ja seuraavan ikäryhmän välillä ollut.

Kuvio 20. Alkoholia liikaa käyttävien (AUDIT-C)* helsinki-läisten miesten ja naisten osuus (%) sekä 95 prosentin luottamusvälit ikäryhmittäin vuosina 2013–2015 ja 2018

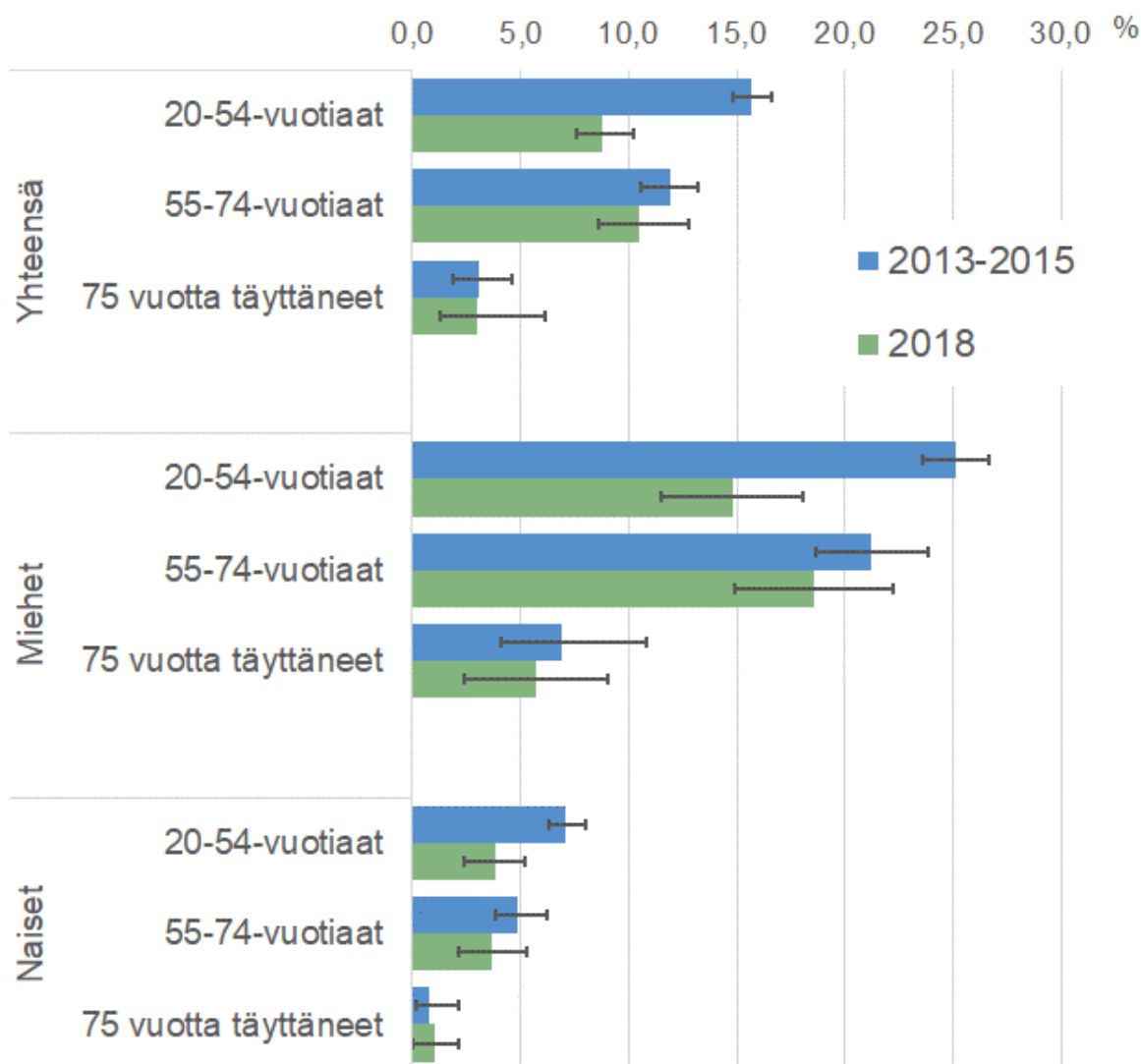


Lähdeaineisto: ATH- ja FinSote-tutkimukset 2013–2018, THL.

*FinSote 2018 -aineiston osalta AUDIT-C -muuttujasta on laskettu ATH-aineiston kanssa vertailukelpoinen muuttuja

Humalahakuinen juominen on vähentynyt 75 vuotta täyttäneitä lukuun ottamatta (Kuvio 21), mutta alle 55-vuotiaiden ikäryhmässä muutos on huomattavin ja tilastollisesti merkitsevä sekä miehillä että naisilla.

Kuvio 21. Alkoholia humalahakuisesti (AUDIT-1k) käyttävien helsinkiläisten miesten ja naisten osuus (%) sekä 95 prosentin luottamusvälit ikäryhmittäin vuosina 2013–2015 ja 2018



Lähdeaineisto: ATH- ja FinSote-tutkimukset 2013–2018, THL.

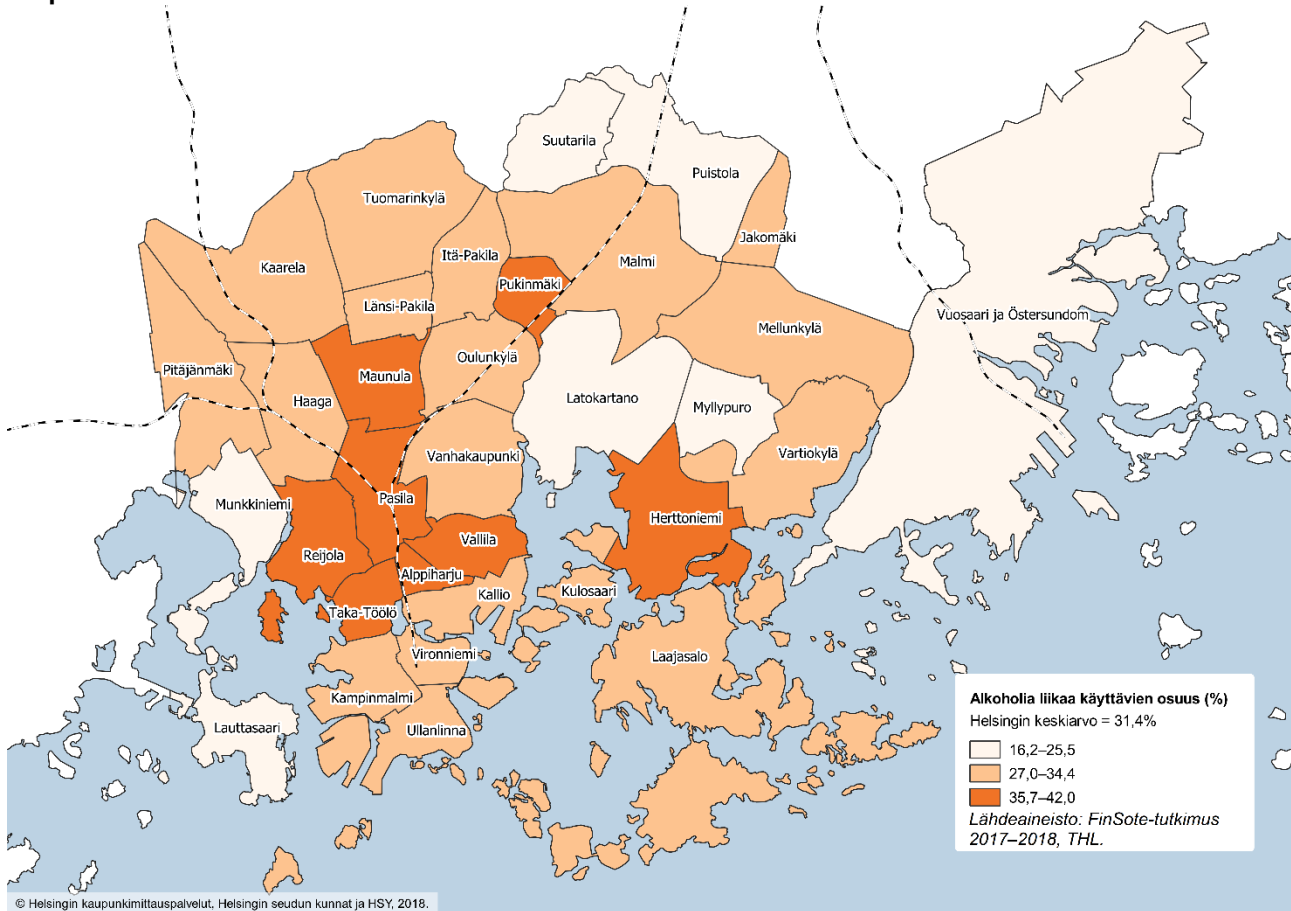
Myös raju juominen – vähintään viisi alkoholiannosta yleensä juomakerralla – on alle 55-vuotiailla vähentynyt. Vähintään viisi alkoholiannosta yleensä juomakerralla nauttineiden osuus oli tämän ikäryhmän miehillä 35 prosenttia vuosina 2013–2015, mutta 24 prosenttia tuoreimmassa kyselyssä. Vastaavan suuruinen eli kolmanneksen väheneminen on tapahtunut myös tämän ikäryhmän naisilla, sillä osuus on pienentynyt reilusta viidenneksestä 14 prosenttiin. Muissa ikäryhmissä muutos on samantapainen, mutta ei kuitenkaan tilastollisesti merkitsevä.

Alkoholia usein – vähintään neljä kertaa viikossa - käyttävien osuus on pienentynyt huomattavasti edellä kuvattuja indikaattoreita vähemmän. Tämä muuttuja ei välttämättä ole paras mahdollinen alkoholin ongelmakäytön mittarina, jos kerralla nautitut juomamäärät ovat vähäiset. Näin ei kuitenkaan näytä helsinkiläisten osalta olevan, vaan usein juomiseen yhdistyy selkeästi humalahakuinen juominen. Niistä miehistä, jotka ilmoittivat juovansa vähintään neljä kertaa viikossa, humalahakuisesti joi peräti 45 prosenttia, kun kaikilla miehillä humalahakuisesti juovien osuus oli siis 15 prosenttia. Vastaavasti usein juovista naisista 25 prosenttia joi humalahakuisesti, kun kaikkien naisten keskiarvo oli vain alle 4 prosenttia.

Kuviossa 22 näytetään alkoholia liikaa käyttävien osuudet peruspiireittäin. Koska luottamusvälit muodostuvat peruspiiritasoisessa tarkastelussa leveiksi, pyritään kuviossa näyttämään ne alueet, joilla osuus on koko

kaupungin keskiarvoon verrattuna pieni tai suuri. Nämä alueet, joilla alkoholia liikaa käyttäviä on siis joko paljon tai vähän, ovat pitkälti samoja kuin vuosina 2013–2015. Vähiten alkoholia liikaa käyttäviä on Latokartanossa ja Myllypurossa sekä Munkkiniemessä, eniten aiempaan tapaan Vallilassa ja Alppiharjussa sekä Pasilassa.

Kuvio 22. Alkoholia liikaa (AUDIT-C) käyttävien osuus (%) 20 vuotta täyttäneistä helsinkiläisistä peruspiireittäin vuonna 2018



Pääkaupunkiseudun kunnissa *alkoholia liikaa käyttävien* ikävakioitu osuus vaihteli Espoon 27 prosentista Vantaan lähes 32 prosenttiin. Helsingissä osuus oli 4 prosenttiyksikköä suurempi kuin Espoossa, ja ero oli tilastollisesti merkitsevä. *Humalahakuinen juominen* on vähäisintä Kauniaisissa (ikävakioitu osuus oli 6 prosenttia). Helsingissä ja Vantaalla osuus oli 3 prosenttiyksikköä suurempi, mutta vaikka suhteellinen ero oli suuri, niin se ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

län lisäksi useat muut sosiodemografiset tekijät ovat yhteydessä alkoholinkäyttöön. Taulukossa 13 esitetään koulutustason ja pääasiallisen toiminnan yhteyttä alkoholinkäyttöön. Matalasti koulutetuilla on suurempi todennäköisyys käyttää liikaa alkoholia kuin korkeasti koulutetuilla, mutta ero on erityisen suuri humalahakuisen juomisen osalta, jonka todennäköisyys on heillä yli 50 prosenttia suurempi kuin korkeasti koulutetuilla (Taulukko 13, Mallit 1).

Ehkä hieman yllättäen pääasiallinen toiminta ei paria poikkeusta lukuun ottamatta ole yhteydessä alkoholinkäyttöön. Työttömillä on noin 50 prosenttia enemmän alkoholin liikakäyttöä ja kaksinkertainen riski humalahakuisen juomiseen verrattuna kokopäivätyössä oleviin. Tulos työttömien runsaammasta alkoholinkäytöstä on linjassa aiempien tutkimustulosten kanssa, mutta se todennäköisesti johtuu alkoholin liikakäytöstä jo ennen työttömyyden alkua ja on mahdollisesti osasy työttömyyteen (Mäki ym. 2018). Perhevapaalla olevilla puolestaan on vähemmän alkoholinkäyttöä. Muut pääasiallisen toiminnan ryhmät sen sijaan eivät eroa kokopäivätyössä olevista, eikä esimerkiksi työkyvyttömyyseläkkeellä olevilla alkoholin liikakäyttö tai humalahakuisen juominen ollut yleisempää.

Pääasiallisen toiminnan vakioiminen muutti koulutusryhmien välisiä yhteyksiä vähän (Mallit 2). Ainoastaan alkoholin liikakäytön riski nousi matalasti koulutetuilla vakioinnin seurauksena. Tarkempi analyysi ei tuonut tähän yksiselitteistä selitystä, mutta eron kasvaminen suhteessa korkeasti koulutettuihin liittyi osin siihen, että matalammin koulutetuissa on enemmän perhevapaalla olevia, joilla alkoholin liikakäyttö on hyvin vähäistä. Osin kyse lienee sattumasta, sillä luottamusvälit ovat melko leveät.

Taulukko 13. Alkoholin liikakäyttö ja humalahakuinen juominen koulutuksen ja pääasiallisen toiminnan mukaan, 20-64-vuotiaat pääkaupunkiseudulla asuvat miehet ja naiset vuonna 2018

Koulutus	Alkoholin liikakäyttö (Audit-C)		Humalahakuinen juominen (Audit-1k)	
	Malli 1		Malli 1	
	OR	Luottamus- väli	OR	Luottamus- väli
Korkea koulutus	1,00		1,00	
Keskitason koulutus	1,11	(0,96-1,29)	1,17	(0,89-1,54)
Matala koulutus	1,20	(1,02-1,40)	1,56	(1,18-2,06)
Pääasiallinen toiminta				
Kokopäivätyössä	1,00		1,00	
Osa-aikatyössä	1,02	(0,69-1,51)	0,99	(0,66-1,47)
Osa-aikaeläkkeellä tai eläkkeellä iän perusteella	1,08	(0,76-1,52)	0,87	(0,49-1,53)
Työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuen saaja	1,19	(0,71-2,00)	1,07	(0,63-1,80)
Työtön tai lomautettu	1,59	(1,13-2,25)	2,21	(1,37-3,59)
Perhevapaalla	0,36	(0,15-0,84)	0,53	(0,07-3,93)

Malli 1: Sukupuoli ja ikä vakioitu

Malli 2: Sukupuoli, ikä ja koulutus/pääasiallinen toiminta vakioitu

Lähdeaineisto: FinSote-tutkimus 2017–2018, THL.

Riskitekijöiden kasautuminen on suuri haaste

Vaikka suurin osa helsinkiläisistä voi hyvin, osa kuntalaisista on erittäin haavoittuvassa asemassa ja heille kasautuu niin terveyteen ja elämänlaatuun liittyviä ongelmia kuin myös niiden riskitekijöitä. Helsinki on monen ilmiön suhteen varsin polarisoitunut kaupunki, josta löytyy koko Suomen mittapuulla mitaten niin parhaiten pärjääviä kuin huono-osaisimpia. Helsingissä esimerkiksi ylimmän korkeakoulututkinnon suorittaneiden osuus on koko maata selvästi suurempi, mutta samaan aikaan myös ilman perusasteen jälkeistä tutkintoa olevien osuus on koko maan keskiarvoa suurempi.

Aiempi tutkimus on osoittanut, että korkeasti koulutetuilla ja ylemmillä toimihenkilöillä kuolleisuudessa ei pääsääntöisesti ole eroa Helsingin ja muun maan välillä. Sen sijaan vähemmän koulutettujen ja työntekijäsemassa olevien kuolleisuus on etenkin työikäisillä huomattavasti suurempi Helsingissä kuin vastaavilla ryhmillä muualla maassa. Erityisen suurta on korkeintaan perusasteen koulutuksen saaneiden helsinkiläisten kuolleisuus alkoholisairauksiin ja keuhkosityöphän. (Mäki & Martikainen 2016.)

Tämän julkaisun artikkeleissa terveyden ja elintapojen riskitekijöitä on pääsääntöisesti tarkasteltu yksittäin, toisiaan vakioiden. Riskitekijät kuitenkin osittain kasautuvat samoille henkilöille. Sosiodemografisista ja sosioekonomista tekijöistä esimerkiksi matala koulutustaso, yksin asuminen ja taloudellisten haasteiden kokeminen nostavat kukin yksinään riskiä kokea terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi. Mutta jos henkilöllä on sekä matala koulutus että hän asuu yksin ja sen lisäksi kokee vielä taloudellisia haasteita, on heikon terveyden riski jopa 8-kertainen verrattuna korkeasti koulutettuun henkilöön, joka ei asu yksin ja jolle menojen kattaminen tuloilla ei tuota vaikeuksia. Vastaavalla tavalla työttömien riski kokea terveydentilansa heikoksi on 3,7-kertainen kokopäivätyössä olevaan henkilöön verrattuna, mutta jos työtön kokee myös taloudellisia haasteita, on riski 7-kertainen verrattuna työssä käyvään henkilöön, joka ei koe menojen kattamista haastavaksi.

Myös terveyskäyttäytymistä kuvaavat tekijät ovat terveydentilaan yhteydessä vastaavalla kasautuvalla tavalla. Päivittäistupakoitsija, joka ei liiku ja joka syö niukasti kasviksia ja hedelmiä, kokee terveydentilansa yli 7-kertaa todennäköisemmin heikoksi kuin liikkuva ja kasviksia runsaasti syövä ei-tupakoitsija.

Terveydentilan kokemisen lisäksi terveyskäyttäytymisriskit kasvavat vastaavalla tavalla. Esimerkiksi niillä työttömillä, joiden koulutustaso on matala, on 3,5-kertainen humalahakuisen juomisen riski verrattuna korkeasti koulutettuun kokopäivätyössä käyvään henkilöön.

Terveyskäyttäytymiserojen kaventaminen on kuitenkin haasteellista. Tulee muistaa, että monet ihmisen oman vaikutusvallan ulkopuolella olevat seikat voivat altistaa hänet terveyttä vaarantaville elämäntavoille, minkä lisäksi kyse voi niin sanotusta coping-mekanismista eli sopeutumisesta stressaavaan elämäntilanteeseen, joka puolestaan voi johtua esimerkiksi pienituloisuudesta tai työttömyydestä – ja etenkin näiden yhdistelmästä.

Yhteenveto

Terveys on moniulotteinen ilmiö, jolla tarkoitetaan fyysisen, sosiaalisen ja henkisen hyvinvoinnin tilaa. Terveys on voimavara, jonka avulla myös monet muut hyvinvoinnin osatekijät ja hyvä elämä ylipäänsä voivat toteutua. Terveellinen ravinto ja liikunta sekä tupakoinnin ja runsaan alkoholin käytön välttäminen lisäävät terveitä elinvuosia ja vähentävät vuosikymmenien aikana ilmaantuvien kalliiden kansantautien ja niiden riskitekijöiden, kuten lihavuuden, riskiä. Lisäksi sosioekonomiset erot näissä neljässä keskeisessä terveystekijässä selittävät osin myös sairastavuudessa ja kuolleisuudessa havaittavia sosioekonomisia eroja, jotka Helsingissä ovat erityisen suuret (Mäki 2020, Mäki & Martikainen 2016).

Suurin osa helsinkiläisistä näyttäytyy tässä tutkimuksessa tarkasteltujen, erilaisten terveyttä ja elämänlaatua mittaavien indikaattoreiden valossa pärjäävän hyvin ja voivan erinomaisesti. Monen tekijän kohdalla muutos on myös ollut myönteiseen suuntaan. Yhä useammat helsinkiläiset kokevat niin terveydentilansa kuin elämänlaatunsa paremmaksi kuin aiemmin. Monilta osin myös elintavat ovat parantuneet etenkin nuorten ja keski-ikäisten kohdalla. Tupakointi on vähentynyt selvästi näissä ikäryhmissä samoin kuin alkoholin ongelmakäyttö. Toisaalta parannettavaakin riittää, sillä esimerkiksi kasvien käyttö on liian vähäistä, liikkumista tulisi harrastaa enemmän, ja painoindeksi on noussut.

Ehkä suurin haaste helsinkiläisten terveyden ja laajemminkin hyvinvoinnin osalta on terveydentilan ja sitä määrittävien sosiodemografisten ja sosioekonomisten tekijöiden epätasainen jakautuminen ja asukkaiden polarisoituminen niiden suhteen. Aiempien tutkimustulosten perusteella tiedetään, että esimerkiksi tulot ovat hyvin voimakkaasti yhteydessä elinajanodotteeseen. Ajanjaksolla 2011–2014 ero elinajanodotteessa ylimmän ja alimman tuloviidenneksen välillä oli 9,9 vuotta suomalaismiehillä ja 4,9 vuotta -naisilla (Tarkiainen ym. 2017). Niin ikään terveys vaihtelee tulotason mukaan useimmilla terveysmittareilla tarkasteltuna, eivätkö tuloryhmien väliset terveyserot johdu vain koulutuksen tai ammattiaseman kaltaisten sosiaalisten taustatekijöiden eroista (Karvonen ym. 2017).

FinSote-aineisto ei sisältänyt tietoa vastaajien euromääräisistä tulosta, mutta vastaajilta oli kysytty kokemusperäistä tietoa taloudellisista haasteista eli sitä, miten vaikeaksi he kokevat menojensa kattamisen saaduilla tuloilla. Tämä taloudellisia haasteita kuvaava muuttuja olikin yhteydessä yllättävän voimakkaasti moneen tekijään, ja tulosten perusteella näyttää, että taloudellisten haasteiden merkitys terveyden ja elämänlaadun kannalta on merkittävä. Jos menojen kattaminen tuloilla tuntui erittäin hankalalta, niin oli myös huomattavan suuri riski kokea terveytensä keskitasoiseksi tai heikoksi sekä elämänlaatu huonoksi. Kokemus siitä, että saaduilla tuloilla on vaikea kattaa menoja, oli yhteydessä myös elintapoihin kuten kasvien käyttöön ja kuntoliikunnan harrastamiseen. Vaikka hyvä taloustilanne ei yksinään välttämättä terveydentilaa, elämänlaatua tai elintapoja paranna, niin talousvaikeuksilla näyttää olevan oma selkeä, negatiivinen vaikutuksensa.

Suurimmassa syrjäytymisriskissä ovat ne kaupunkilaiset, joiden kohdalla huono-osaisuus kasautuu, jolloin kasvaa riski syrjäytyä samaan aikaan usealta elämänareenalta. Terveyskäyttäytymiserojen kaventaminen on haasteellista, sillä monet ihmisen oman vaikutusvallan ulkopuolella olevat seikat voivat altistaa hänet terveyttä vaarantaville elämäntavoille. Vaikutusta on myös sillä, kuinka ihminen sopeutuu stressaavaan, esimerkiksi työttömyydestä tai pienituloisuudesta, johtuvaan elämäntilanteeseen. Eriarvoisuuden ehkäisemisessä tuleekin kiinnittää huomiota erojen sosiaalisiin taustatekijöihin ja niin sanottuihin juurisyihin kuten työttömyyteen, köyhyyteen ja yksinäisyyteen (Mäki-Opas ja Vaarama 2017, Mäki & Martikainen 2016).

Taulukko 14. Yhteenveto tutkimuksen keskeisimmistä tuloksista onnistumisten ja haasteiden näkökulmasta

	Myönteistä	Huolestuttavaa
Terveys ja elämänlaatu	Helsingiläiset kokevat terveydentilansa muita suomalaisia harvemmin heikoksi, ja terveytensä heikoksi kokevien osuus on myös vähentynyt ajassa. Myös elämänlaadun on koettu parantuneen. Aktiivinen toiminta yhteisöissä on yhteydessä parempaan koettuun terveyteen ja elämänlaatuun.	Heikon terveydentilan kokemisessa on suuret alueelliset erot Helsingissä Myös pääkaupunkiseudun kuntien välillä on suuret erot terveydentilan kokemisessa vielä senkin jälkeen, kun kuntien ikärakenteen erot on otettu huomioon: Espoossa ja Kauniaissa tilanne on parempi kuin Helsingissä ja Vantaalla. Taloudellisten haasteiden kokeminen on voimakkaasti yhteydessä siihen, että terveydentila koetaan heikoksi ja elämänlaatu huonoksi.
Sairastavuus ja sairauksien riskitekijät	Useiden kroonisten sairauksien sekä riskitekijöiden, kuten selkäsairauksien ja korkean kolesterolin esiintyvyys on vähentynyt. Helsingiläisillä on muita suomalaisia vähemmän yleisiä, kroonisia sairauksia. Myös painoindeksi on pääkaupungissa muuta maata pienempi, ja lihavien osuus on neljänneksen pienempi	Joka neljännellä helsingkiläisellä on verenpainetauti tai kohonnut verenpaine, ja nämä ovat yleistyneet. Helsingiläiset kärsivät masennuksesta muita suomalaisia enemmän Painoindeksi on noussut.
Elintavat	Kuntoliikuntaa harrastetaan Helsingissä aktiivisemmin kuin koko maassa keskimäärin, mutta vapaa-ajan liikuntaa harrastamattomia on aiempaa vähemmän. Helsingiläiset tupakoivat muuta maata vähemmän, ja tupakointi on vähentynyt selvästi. Alkoholin liikakäyttö ja humalahakuinen juominen ovat vähentyneet alle 55-vuotiailla	Kasvien käyttö ruokavaliossa liian vähäistä, erityisesti miehillä, ja helsingkiläiset myös liikkuvat suosituksiin nähden liian vähän. Taloudellisten haasteiden kokeminen on yhteydessä niukkaan kasvien käyttöön ja vähäisempään kuntoliikuntaan. Perusasteen koulutuksen suorittaneet tupakoivat huomattavasti muita koulutusryhmiä enemmän. Alkoholin liikakäyttö ja humalahakuinen juominen ovat yleisempiä matalasti koulutetuilla ja työttömillä. Vaikka helsingkiläisten alkoholin ongelmakäyttö ei näytä enää eroavan kaikista suomalaisista, heidän alkoholikuolleisuutensa on kasvanut vuosien 2017 ja 2018 välillä.

Lähteet

Borodulin K., Jallinoja P ja Koivusalo M: Epäterveellinen ruokavalio, vähäinen liikunta ja polarisaatio – syyt, kustannukset ja ohjaustoimet. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 24/2016, toukokuu 2016.

Eurostat: Revision of the European Standard Population. Report of Eurostat's task force. European Union, 2013.

Heistaro S, Jousilahti P, Lahelma E, Vartiainen E, Puska P: Self rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland. J Epidemiol Community Health 2001;5(2): 27–232.

Karvonen S, Martelin T, Kestilä L & Junna Liina: Tulotason mukaiset terveyserot ovat edelleen suuria. Suomen sosiaalinen tila 3/2017. Tutkimuksesta tiiviisti 16/2017. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Lihavuus. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013 (viitattu 12.12.2019). Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi

McQueen D: A research programme in lifestyle and health: methodological and theoretical considerations. Rev Epidemiol Sante Publique 1987;35: 28–35.

Murto J, Kaikkonen R, Pentala-Nikulainen O, Koskela T, Virtala E, Härkänen T, Koskenniemi T, Jussmäki T, Vartiainen E & Koskinen S: Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus ATH:n perustulokset 2010–2016. Verkkojulkaisu: www.thl.fi/ath

Mäki N: Terveyskäyttäytymiserojen vaikutus koulutusryhmittäisiin elinajanodote-eroihin: Skenaariolaskelma PAF-ylimääräosuus -menetelmällä. Tulossa Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2020;2.

Mäki N: Alkoholikuolleisuuden pieneneminen pysähtyi Helsingissä. <https://www.kvartti.fi/fi/blogit/alkoholikuolleisuuden-pieneneminen-pysahtyi-helsingissa>. Blogiteksti 21.1.2020.

Mäki N: Segregaation ja alueiden ominaisuuksien vaikutukset yksilöiden terveyteen. Kvartti, 2017a(4): 22–35.

Mäki N: Sairauksien yleisyys ja koulutuksen mukaiset erot sairastavuudessa. Teoksessa Ahlgren-Leinvuo H, Högnabba S, Mäki N, Ranto S & Sulander J: Hyvinvoinnin monet ulottuvuudet - Elinolojen ja -tapojen yhteyksiä helsinkiläisten terveyteen ja hyvinvointiin. Helsingin kaupunginkanslian Tutkimuskatsauksia 2017b:3, 11–21.

Mäki N: Elinajanodotteen kehitys Helsingissä alueittain 1996–2014. Kvartti 2015(2):42–58.

Mäki N, Leinonen T & Martikainen P: Työttömyys ja sairastavuus. Teoksessa Michelsen T, Reijula K, Ala-Mursula L, Räsänen K & Uitti J (toim.): Työelämän perustietoa. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2018; 403–416.

Mäki N & Martikainen P: Kuolleisuus Helsingissä ja muualla Suomessa. Helsingin kaupungin Tietokeskus: Tutkimuksia 2016:5.

Mäki P, Harald K, Lindström, J & Laatikainen T: Ylipainoon ja lihavuuteen liittyvä sairastavuus. Tutkimuksesta tiiviisti 14/2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

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]

Parikka S, Pentala-Nikulainen O, Koskela T, Kilpeläinen H, Ikonen J, Aalto A-M, Muuri A, Koskinen S & Lounamaa A. Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2017–2018. Verkojulkaisu: thl.fi/finnote

Raulio S, Tapanainen H, Männistö S, Valsta L, Kuusipalo H, Vartiainen E & Virtanen S: Ravitsemuksessa eroja koulutusryhmien välillä. Finravinto-tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 26, Joulukuu 2016. terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131792/URN_ISBN_978-952-302-754-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Tarkiainen L, Martikainen P, Peltonen R & Remes H: Sosiaaliryhmien elinajanodote-erojen kasvu on pääosin pysähtynyt. Suomen lääkärilehti 2017;72(9): 588–593.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, hyvinvointi- ja terveyserot-verkkosivuston ravitsemus osio.

<https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriavoisuus/elintavat/ravitsemus>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Elintavat ja ravitsemus, Liikunta. <https://thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/liikunta>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hyvinvointi- ja terveyserot, Liikunta. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriavoisuus/elintavat/liikunta>

UKK-instituutti. Liikkumisen suositusten lyhyt historia. <https://www.ukkinstituutti.fi/liikkumisensuositus/liikkumisen-suositusten-historia>

UKK-instituutti. Liikkumalla terveyttä – askel kerrallaan. Viikoittainen liikkumisen suositus 18–64-vuotiaille. UKK-instituutti, 2019. <https://www.ukkinstituutti.fi/liikkumisensuositus/aikuisten-liikkumisen-suositus>.

UKK-instituutti. Virkeyttä liikkumalla. Viikoittainen liikkumisen suositus yli 65-vuotiaille. UKK-instituutti, 2019. <https://www.ukkinstituutti.fi/liikkumisensuositus/yli-65-vuotiaiden-liikkumisen-suositus>.

Valsta L, Kaartinen N, Tapanainen H, Männistö S & Sääksjärvi K (toim.): Ravitsemus Suomessa – FinRa-vinto 2017 -tutkimus. Raportti 12/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-754-1>

VRN: Terveyttä ruoasta Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. Valtion ravitsemusneuvottelukunta (VRN), Helsinki. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-238-3>