

Lasten ja nuorten ennaltaehkäisevien sosiaali- ja terveys- palvelujen tarveperus- teisen rahoituksen kohdentaminen

Esimerkki myönteisen erityiskohtelun
mallin laskemisesta

Netta Mäki, Oskari Harjunen ja Katja Vilkama

Tiedustelut

Netta Mäki, p. 09 310 36373
etunimi.sukunimi(at)hel.fi

Julkaisija

Helsingin kaupunki, kaupunginkanslia,
kaupunkitutkimus ja -tilastot

Osoite

PL 550, 00099 Helsingin kaupunki
(Siltasaarenkatu 18–20 A)

Puhelin

09 310 36377

Internet

www.hel.fi/kaupunkitieto

Tilaukset, jakelu

p. 09 310 36293
kaupunkitieto.tilaukset@hel.fi

Käännökset

Magnus Gräsbeck

Kartat

Mathew Page

Taitto

Lotta Haglund

Verkossa

ISSN 2489-477X

Sisältö

Tiivistelmä	4
Sammandrag	5
Synopsis	6
1. Johdanto	7
Myönteisen erityiskohtelun määrärahan taustaa	7
Myönteisen erityiskohtelun määrärahan käyttö ei ole uusi toimintatapa Helsingissä.....	8
Myönteisen erityiskohtelun määrärahan jaon kehittäminen sosiaali- ja terveystoimialalla.....	9
2. Väestön sosioekonomisen taustan vaikutus hyvinvointiin ja terveyteen	11
Sosiaaliset ja alueelliset terveyserot suuria	11
Sosioekonominen asema on selkeästi yhteydessä hyvinvointiin ja terveyteen	12
Työttömillä hyvinvointiin ja terveyteen liittyviä haasteita.....	13
Sosioekonomisia eroja myös lasten hyvinvoinnissa ja terveydessä	14
Ulkomaalaistaustaisten terveydestä melko vähän tutkimuksia, sote-palveluihin kohdistuu silti haasteita	17
Hyvinvointi- ja terveyseroihin vaikuttaminen yksi suomalaisen yhteiskunnan suurimpia haasteita.....	19
3. Esimerkkimalli lasten ja nuorten sote-palveluiden alueellisen tarpeen arvioimisesta	20
4. Lopuksi.....	24
5. Lähteet	25
Liite 1. Sosioekonomisen indeksin laskennassa käytettyjen taustamuuttujien alueelliset jakaumat.....	29

Tiivistelmä

Helsingin kaupungin tuoreimmassa strategiassa vuosille 2017–2021 eriarvoisuuden väheneminen on voimakkaasti esillä. Yhtenä eriarvoisuuden vähentämisen keinona Helsingin kaupunki on jo pitkään käyttänyt tarveperustaista rahoitusta. Tämä niin sanottu positiivinen diskriminaatio (PD) eli myönteinen erityiskohtelu on perustunut hie-
man erilaisiin laskentamalleihin eri toimialoilla, mutta niiden kehittäminen on yhtenä tavoitteena kaupungin nykyisessä hyvinvointisuunnitelmassa. Tutkimusten perusteel-
la on nähtävissä, että kohdennettu määrärahan käyttö voi vähentää eriarvoisuutta.

Helsingin sosiaali- ja terveystoimialan (sote) tavoitteena on kaupungin strategian mu-
kaisesti vähentää kaupunkilaisten eriarvoisuutta ja terveyseroja jakamalla myönteisen
erityiskohtelun määrärahaa lasten ja nuorten matalan kynnyksen mielenterveystyön ke-
hittämiseen, neuvoloiden ja koulujen oppilasterveydenhuollon mitoitusten vahvistami-
seen sekä lastensuojeluun ja perheneuvoloiden jonojen purkamiseen. Tarveperusteinen
resursointi haluttiin kohdistaa sellaisille alueille, joilla lasten ja nuorten ennaltaehkäise-
vien sote-palveluiden tarve on suurta. Samalla koettiin tarpeelliseksi päivittää myönteis-
en erityiskohtelun ja tarveperustaisen rahoituksen pohjana käytettävää laskentamallia.

Tässä työpaperissa kuvataan, miten uusi malli rakentui. Alueiden eroja lasten ja nuorten
sote-palveluiden tarpeessa päädyttiin arvioimaan alueellisten sosioekonomisten muut-
tujen avulla, koska koko väestön tai varsinkaan lasten ja nuorten hyvinvoinnin tasosta
tai terveydellisestä tilasta ei ole saatavilla luotettavia tilastoja tarpeeksi pienellä aluetas-
olla. Palveluiden tarvetta kuvaava indeksi laskettiin seuraavien osa-alueita kuvaavien
muuttujien perusteella: pienituloisissa perheissä asuvien alle 18-vuotiaiden lasten osuus,
alhaisen koulutustaustan omaavien osuus 25 vuotta täyttäneistä, työttömyysaste, yksin-
huoltajakotitalouksien osuus sekä muista kuin OECD-maista tulevien ulkomaalaistaus-
taisten osuus. Vaikuttaa siltä, että tässä työpaperissa kuvattu sosioekonominen indeksi
tunnistaa sote-palveluiden näkökulmasta alueelliset erot huono-osaisuudessa ja niiden
pohjalta syntyvät tarpeet varsin hyvin.

Sammandrag

Helsingfors stads färskaste strategi, för åren 2017–2021, tar starkt upp temat minskad ojämlikhet. Som ett sätt att minska ojämlikhet har Helsingfors stad redan länge använt behovsprövad finansiering. Det kallas också positiv diskriminering (PD), alltså positiv särbehandling, men har byggt på lite olika beräkningsmodeller beroende på förvaltningssektor. Nu är ett av målen i stadens nuvarande Velfärdsplan att utveckla modellerna. Att döma av olika utredningar kan vi idag konstatera att inriktad anslagsfördelning verkligen kan bidra till minskad ojämlikhet.

En av målsättningarna för Helsingfors stads social- och hälsovårdssektor är, i Stadsstrategin, att minska ojämlikhet och skillnader i hälsa invånare emellan genom att med positiv diskriminering bevilja anslag för att utveckla mentalhälsoarbetet med låg tröskel för barn och unga, stärka dimensioneringen av elevhälsovården vid rådgivningar och skolor samt, ytterligare, för barnskydd och för att kapa köerna till familjerådgivningarna. Den behovsprövade resursfördelningen ville man inrikta på sådana delar av staden där det fanns ett stort behov av förebyggande hälso- och socialvård för barn och unga. Samtidigt såg man ett behov av att uppdatera den modell som används för att beräkna anslagen för positiv diskriminering och behovsprövad finansiering.

Detta arbetspapper ger en beskrivning av hur den nya modellen byggdes upp. Man kom fram till att de lokala skillnaderna i barns och ungas behov av social- och hälsovårdstjänster skulle mätas med socioekonomiska variabler på lokal nivå, eftersom det inte finns tillförlitlig statistik för tillräckligt små områden om befolkningens och i synnerhet barns och ungas välmåga eller hälsotillstånd. Ett index för servicebehovet beräknades på delområdesnivå utgående från följande variabler: andelen under 18-åriga barn som hör till låginkomstfamiljer, andelen 25-åringar eller äldre som har låg utbildningsbakgrund, arbetslöshetsgraden, andelen ensamförsörjarkushåll, samt andelen invånare som kommit från länder som inte hör till OECD. Nu tycks det socioekonomiska index som beskrivs i detta arbetspapper verkligen ganska bra, ur social- och hälsoservicens synvinkel, påvisa lokala skillnader i social utsatthet och de behov dessa medför.

Synopsis

Reducing inequality is an important theme in the latest City Strategy, for the years 2017–2021, of the City of Helsinki. As a means to achieve this objective, the City has for many years been applying needs-based financing. Such so-called positive discrimination (PD), in other words positive special treatment, has been based on slightly different calculating models depending on the administrative divisions, but developing these models is one of the goals in the City's current Welfare Plan. Studies now show that targeted use of funds can, in fact, reduce inequality.

In accordance with the City Strategy, the objective of the City's Social Services and Health Care Division is to reduce inequality and differences in health between residents by applying positive discrimination to allocate funds for developing the low-threshold mental health care work for children and adolescents, to strengthen the dimensioning of student health care in health counselling and schools, as well as for child protection and to cut the queues to family health counselling. The ambition was to apply needs-based funds allocation on neighbourhoods where the need for preventive social services and health care is strong. At the same time it was felt urgent to update the calculation model for financing positive discrimination and needs-based funds allocation.

This working paper describes how the new model was built. A conclusion was that, since reliable statistics on people's and, especially, children's wellbeing and health were not available for small-enough areas, local differences in children's and adolescents' need for social and health care services should be measured using socioeconomic variables at local level. An index of the service need was calculated at sub-district level using the following variables: proportion of under 18 year-old children belonging to low-income families, proportion of 25 year olds or older with a low-education background, unemployment rate, proportion of lone-parent households, and the proportion of local residents with a background in non-OECD countries. Now, it appears the socioeconomic index described in this working paper really does, from a social and health care angle, show local differences in social deprivation – and the needs these create – quite well.

1. Johdanto

Myönteisen erityiskohtelun määrärahan taustaa

Segregaatiosta eli alueellisesta eriytymisestä Helsingissä ja pääkaupunkiseudulla on kannettu huolta jo pitkään. Myös Helsingin kaupungin tuoreimmassa strategiassa syksyllä 2017 segregaatio nostettiin jälleen näkyvästi esiin. Strategiassa todetaan, että ”Väestöryhmien ja alueiden välisen eriytymisen hillitseminen on korkealla kaupungin agendalla” (Maailman toimivin... 2018, 20). Segregaatiolla eli alueellisen eriytymisen käsitteellä tarkoitetaan erilaisten väestöryhmien epätasaista alueellista sijoittumista sekä niitä prosesseja, joiden seurauksena eriytymistä tapahtuu. Alueellista eriytymistä syntyy tilanteissa, jossa saman tyyppiset ihmiset keskittyvät omille asuinalueilleen joko tietoisien valinnan tai asumismahdollisuuksien rajallisuuden seurauksena.

Alueellisten erojen kasvamista tai vähentymistä ei voi kategorisesti tulkita epätoivottavaa alueellista kehitystä lisääväksi tai vähentäväksi piirteeksi, eikä eriytyminen välttämättä ole vain negatiivinen ilmiö. Alueellinen eriytyminen voidaan nähdä ihmisten valinnanvapauden, yksilöllisyyden ja samankaltaisten arvostusten ilmentymänä. Eriytyminen voi myös merkitä paikallisen identiteetin syntymistä, mikä parhaimmillaan voi vahvistaa turvallisuuden, viihtymisen ja yhteenkuuluvuuden tunnetta.

Voimakasta alueellista eriytymistä pidetään kuitenkin pääsääntöisesti huonona asiana, ja asukkaiden todellisuuden eriytyminen nähdäänkin maailmalla yhtenä suurimmista kaupunkien haasteista. Eriyksen huolestuttavana asuinalueiden eriytymistä pidetään tilanteissa, joissa siihen liittyy voimakasta eriarvoistumista. Eriytyminen voidaan nähdä ongelmallisena yksilöille, kotitalouksille ja yhteiskunnille, jos se ei ole vapaaehtoista ja jos se tuottaa lisääntyvää huono-osaisuutta ja sen kasautumista. Huono-osaisuuden alueellisesta kasautumisesta saattaa seurata myös se, että alueet leimautuvat kielteisesti, mikä osaltaan puolestaan saattaa edistää eriytymistä. Tilanteissa, jossa alueen houkuttavuus on alhainen, ei alueeseen yleensä haluta investoida taloudellisesti, mikä voi näkyä parempiosaisten haluna muuttaa alueelta pois ja vain heikompi-osaisten tai etnisten vähemmistöjen valmiutena jäädä tai muuttaa alueelle.

Vaikka erilaisuus kuuluu kaupunkiin ja erilaiset kaupunginosat ja ihmisryhmät ovat luonteva osa sitä, negatiivinen eriytyminen tuottaa ongelmia niin yksilöiden kuin yhteiskunnan näkökulmasta. Alueelliset erot haastavat julkisten palvelujen toiminnan tasa-arvoisuuden, jos palvelutarve vaihtelee paljon niin määrällisesti kuin sisällöllisestikin alueittain. Näiden syiden takia kaupunginosien eriytyminen tulotason ja hyvinvoinnin osalta otetaan Helsingissä vakavasti. Helsinki onkin kansainvälisessä vertailussa onnistunut hillitsemään eriytymistä paremmin kuin useimmat verrokkikaupunkinsa.

Sosioekonomisia ja alueellisia terveys- ja hyvinvointieroja pyritään kaventamaan tietoon ja vaikuttavuuteen perustuvilla menetelmillä. Helsinki onkin luonut kaupunkiin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen yhteistyörakenteet eli Stadin HYTEN. Kaupunki pyrkii tunnistamaan syrjäytymisen ehkäisyn kannalta keskeisiä ryhmiä ja räätälöimään heille yksilöllisiä ja parempia palvelukokonaisuuksia. Päämääränä on tavoittaa aikaisemmin apua tarvitsevat kaupunkilaiset – erityisesti heidät, jotka tarvitsevat paljon tukea tai hoitoa. Hyvinvointieroja ja eriytymiskehitystä sekä niihin kohdistuvia kaupungin toimenpiteitä toteutetaan ja seurataan Stadin HYTEN myötä kaupunkitasoisena kokonaisuutena. Lisäksi Helsingissä tarvittaessa käytetään myönteisen erityiskohtelun rahoitusta eli heikommassa asemassa oleville ryhmille tai alueille suunnattua erityistukea siellä, missä resurssien ja palveluiden tarvetta on enemmän.

Myönteisen erityiskohtelun määrärahan käyttö ei ole uusi toimintatapa Helsingissä

Tarveperusteinen määrärahojen jako ei ole uusi ilmiö Helsingin peruspalveluissa, sillä Helsingin virastot ja toimialat ovat jo lähes 20 vuoden ajan pyrkineet vähentämään eriarvoisuutta jakamalla enemmän resursseja niitä eniten tarvitseville alueille. Useat varhaisimmista positiivisen diskriminaation (PD) hankkeista saivat alkunsa kaupungin hallituksen asettaman työryhmän vuonna 1998 ilmestyneen mietinnön ”Ohjelma syrjäytymisen ja sosiaalisen segregaaation ehkäisemiseksi” innoittamina (Lankinen 2001). Toiset puolestaan olivat osa 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen aikana toteutettua EU-rahoitteista Urban II -ohjelmaa sekä vuosina 1996–2017 käynnissä ollutta Lähiöprojekti-hanketta (Ala-Outinen 2010).

Helsingissä Opetusvirasto oli ensimmäisiä hallintokuntia, joka tarttui kaupungin hallituksen kehoitukseen ryhtyä jakamaan kouluille lisärahaa positiivisen diskriminaation toteuttamiseksi (Lankinen 2001). Helsingin kaupungin silloisessa Tietokeskuksessa kehitettiin laskentamalli, jonka avulla Opetusvirasto pystyi valitsemaan rahoituksen kannalta oikeat koulut sekä määrittelemään kullekin koululle tarkoitetun määrärahan suuruuden. Tämä laskentamalli on kuvattu Helsingin kaupungin Tietokeskuksen julkaisemassa Markku Lankisen tekemässä raportissa vuonna 2001.

Laskentamalli perustui alueiden erilaisiin ominaisuuksiin. Helsingissä onkin läpi 2000-luvun ollut koulujen osalta käytössä PD-määrärahan laskentamalli, jonka avulla haastavimmiksi arvioiduissa toimintaympäristöissä toimivat koulut ovat saaneet lisärahoitusta suoraan kunnalta. Tämä toimintaympäristön haastavuuden arviointimalli perustui aiempaan tutkimusnäyttöön alueellisten hyvinvointierojen tilastollisista taustatekijöistä, mutta sen ennustevoimaa – eli esimerkiksi mukaan otettujen alueellisten taustatekijöiden yhteyttä oppimistuloksiin – ei ollut testattu empiirisesti. Uuden mallin kehittämistä pidettiin tärkeänä, jotta rahoituksen kohdentuminen koulutyön näkökulmasta vaikeimpien toimintaympäristöjen kouluille olisi mahdollisimman tehokasta (Bernelius 2013). Vuonna 2009 koulujen laskentamalli uudistettiin esikuvanaan Tukholmassa käytössä ollut laskenta, mutta suomalaisen tutkimustietoon perustuen (Bernelius 2009). Laskenta päivitettiin ensimmäisen kerran vuonna 2012.

Edellisen kerran koulujen tarvetta kuvaavat indeksit on päivitetty vuonna 2016 käyttämällä alkuperäistä laskentamallia yhdessä uusimpien saatavilla olevien alueiden sosiaalista tilannetta ja koulujen oppimistuloksia kuvaavien aineistojen avulla. Analyysien ensimmäisessä vaiheessa oppimistuloksia selitetään lineaarisessa regressiomallissa kyseisillä taustamuuttujilla, jolloin muuttujien regressiokertoimet paljastavat näiden yhteyden oppimistuloksiin. Toisessa vaiheessa kouluille ennustetaan taustamuuttujien regressiokertoimien avulla oppimistulosten standardoidut ennustearvot, joita käytetään varsinaisena PD-indeksinä. (Harjunen 2016.) Tutkimuksen mukaan tällä tarveperustaisella rahoituksella on ollut positiivinen vaikutus tukea saaneissa kouluissa esimerkiksi toisen asteen koulutukseen hakeutumisen lisääntymisenä etenkin maahanmuuttajataustaisten ja poikien keskuudessa (Silliman 2017).

Myös sosiaali- ja terveystoimessa myönteinen erityiskohtelu on osin ohjannut toimintaa jo 2000-luvun alusta. Esimerkiksi terveysasemien vakansseja on jaettu PD-indeksin mukaan vaativimmille alueille, ja kouluterveydenhuoltoa on kehitetty vastaavasti lisäämällä psykiatristen sairaanhoitajien vakansseja tarvealueilla. Niin ikään hammashuollossa on ollut oma PD-hankkeensa, jossa on keskitytty erityisesti maahanmuuttajien terveyden edistämiseen muun muassa kouluttamalla henkilökuntaa ja lisäämällä hammashoitoaikoja. Myös yliopistoyhteistyötä on tehty erityisesti vaativilla alueilla. (Ala-Outinen 2010.)

Sosiaalitoimessa puolestaan PD-indeksien pohjalta toimia on tehty muun muassa lasten- ja perheiden palveluissa suuntaamalla resursseja niille alueille, joilla tarvetta on

paljon muun muassa vieraskielisen väestön osuuden johdosta (Lankinen 2001). Varhaiskasvatusta kuului sosiaaliviraston vastuualueeseen vuoteen 2013 asti. Kymmenellä helsinkiläisellä asuinalueella toimikin vuosina 2001–2004 sosiaaliviraston positiivisen diskriminaation hankkeita, joiden kohderyhmänä olivat alle kouluikäiset lapset ja pikkulapsiperheet. Hankkeissa kehitettiin varhaisen tuen työkäytäntöjä lasten ja perheiden kanssa työskentelyyn, ja erityistä huomiota kiinnitettiin maahanmuuttajataustaisten lasten ja perheiden kotoutumiseen. (Tapola-Tuohikumpu 2005.) Sosiaaliviraston PD-määrärahoilla on vahvistettu lastentarhanopettajien osuutta päiväkodin henkilökunnassa sekä sijoitettu erityislastentarhanopettajia ja sosiaaliohjaajia suuren tarpeen alueille. Myös esimerkiksi pienten koululaisten iltapäivätoimintaa on kehitetty. Niin ikään sosiaalitoimessa on lisätty korkeakoulu- ja yliopistoyhteistyötä alueellisesti. (Ala-Outinen 2010.)

Vuosiksi 2017–2021 laaditussa Helsingin strategiassa ja sen kärkihankkeissa eriarvoisuuden vähentäminen sekä erityisesti lasten ja nuorten syrjäytymisen ehkäiseminen nostettiin agendalla korkealle. Tämän myötä onkin noussut paitsi tarve jatkaa niin myös uudistaa myönteistä erityiskohtelua ja tarveperustaisen rahoituksen laskentamalleja.

Strategian mukaisesti Helsingissä pyritään muun muassa vahvistamaan lasten ja nuorten palveluketjua perustasolla, kuten lähineuvolassa, päiväkodissa, perheneuvolassa, kouluterveydenhuollossa, koulussa, nuorisotyössä, terveyspalveluissa ja lastensuojelussa. Lisäksi osana Helsingin kaupunginvaltuuston hyväksymää hyvinvointisuunnitelman toteuttamista esimerkiksi lapsiperheiden palveluiden tuottamista ohjaavat myönteisen erityiskohtelun (PD) -indikaattorit, ja niiden nojalla tehdään palvelujen ja voimavarojen kohdentamista terveys- ja hyvinvointierojen kaventamiseksi. Lisäresursointi edesauttaa myös eriarvoisuuden vähentämisen ja nuorten syrjäytymisen ehkäisyn kaupunkistrategiahankkeen eli Mukana-ohjelman toteutumista.

Myönteisen erityiskohtelun määrärahan jaon kehittäminen sosiaali- ja terveystoimialalla

Linjassa edellä kuvatun kanssa Helsingin sosiaali- ja terveystoimiala (jatkossa sote) käynnisti vuonna 2019 yhteistyöhankkeen, jonka tavoitteena oli kehittää myönteisen erityiskohtelun rahoituksen kohdentamisen mallia. Tavoitteena oli jakaa myönteisen erityiskohtelun määrärahaa lasten ja nuorten matalan kynnyksen mielenterveystyön kehittämiseen, neuvoloiden ja koulujen oppilasterveydenhuollon mitoitusten vahvistamiseen sekä lastensuojeluun ja perheneuvoloiden jonojen purkamiseen. Tarveperusteinen resursointi haluttiin kohdistaa sellaisille alueille, joilla lasten ja nuorten ennaltaehkäisevien sote-palveluiden tarve on suurta.

Soten asiantuntijat toivoivat, että kaupungilla jo käytössä ollut PD-indeksin laskentamenetelmä otettaisiin uudelleen käyttöön ja sitä kehitettäisiin erityisesti lasten ja nuorten ja lapsiperhepalveluiden näkökulmasta, niin että malli perustuisi tutkittuun tietoon alueellisesta palvelujen tarpeesta. Määrärahan jakamisperusteita lähdettiin kehittämään Helsingin kaupunginkanslian kaupunkitutkimus ja -tilastot -yksikössä yhteistyössä soten asiantuntijoiden kanssa. Tarveperusteisen rahoituksen mallin toteutuksessa lähdettiin siitä, että rahoituksen jakoperusteiden tulisi olla tarpeeksi yksinkertaisia ja käytetyn mallin tulisi olla läpinäkyvä. Mallin tulisi myös olla helposti toistettavissa, jotta sitä voidaan päivittää toimialalla.

Lasten ja nuorten sote-palveluiden alueellisen tarpeen arviointi on monista syistä haastavaa. Suurin vaikeus on siinä, että tietoa terveyden- tai sosiaalihuollon tarpeiden alueellisista eroista ei välttämättä ole saatavilla tarpeeksi tarkalla aluetasolla. Haasteeksi nousi siis sosiaalihuollon tarvetta ennustavien indikaattorien määrittely.

Koska koko väestön tai varsinkaan lasten ja nuorten hyvinvoinnin tasosta tai terveydelisestä tilasta ei ole saatavilla luotettavia tilastoja tarpeeksi pienellä aluetasolla, alueiden

eroja lasten ja nuorten sote-palveluiden tarpeessa päädyttiin arvioimaan alueellisten sosioekonomisten muuttujien avulla. Tutkimustulokset osoittavat, että väestöryhmien välillä on suuria terveyteen, toimintakykyyn ja hyvinvointiin liittyviä eroja, jotka heijastavat sosiaalisten olosuhteiden vaikutusta: heikoimpien sosioekonomisten ryhmien hyvinvointi laajalti ajateltuna on keskimäärin alhaisempi kuin paremman sosioekonomisen taustan omaavien ryhmien¹. Näin ollen alueellisten sosioekonomisten muuttujien käyttäminen sote-palveluiden kysynnän approksimaationa on perusteltua.

Tutkimustulokset pääkaupunkiseudun eriytymisestä osoittavat, että alueelliset erot väestön sosioekonomisissa tekijöissä kuten esimerkiksi tulo- ja koulutustasossa, työttömyysasteessa ja etnisyydessä ovat kasvaneet Helsingissä (ks. esim. Vilkama ym. 2014; Vilkama & Lönnqvist 2013; Lönnqvist & Tuominen 2013; Vaattovaara & Kortteinen 2012; Vilkama 2012). Sairastavuuden ja kuolleisuuden osalta muutos on epäselvempi, mutta näyttäisi, että naisten osalta elinajanodotteen alue-erot olisivat kasvaneet (Mäki 2015a). Alueellinen sosioekonominen eriytyminen todennäköisesti aiheuttaa alueellista eriytmistä myös väestön terveydentilassa ja hyvinvoinnissa, mikä vaikuttaa suoraan sote-palvelujen resurssien tarpeeseen.

Tämän työpaperin toisessa luvussa käydään läpi tutkimuskirjallisuutta väestön sosioekonomisen aseman sekä terveyden ja hyvinvoinnin välisestä suhteesta. Sosiaalihuollon palveluiden indikaattoreista monet on jo lähtökohtaisesti sidottu alhaisempaan sosioekonominen asemaan kuten tulotasoon. Koska sosiaalipalveluiden käytön sosioekonomisista eroista on huomattavasti vähemmän tutkimustietoa kuin terveyden vastaavista eroista, painotutaan tässä katsauksessa eroihin terveysindikaattoreissa. Kolmannessa luvussa esitellään menetelmä, jonka avulla lasten- ja nuorten sote-palveluiden tarvetta voidaan arvioida alueiden sosioekonomisten tekijöiden perusteella. Viimeisessä yhteenvetoluvussa kootaan työpaperin havainnot yhteen sekä kuvataan lyhyesti myönteisen erityiskohtelun käyttöä osana kaupungin hyvinvoinnin ja terveyden koordinaatiotyötä.

¹ Väestön sosioekonomisen aseman sekä terveyden ja sosiaalipalveluiden välisen vuorovaikutuksen tutkimuskirjallisuutta on esitelty laajasti luvussa 2.

2. Väestön sosioekonomisen taustan vaikutus hyvinvointiin ja terveyteen

Sosiaaliset ja alueelliset terveyserot suuria

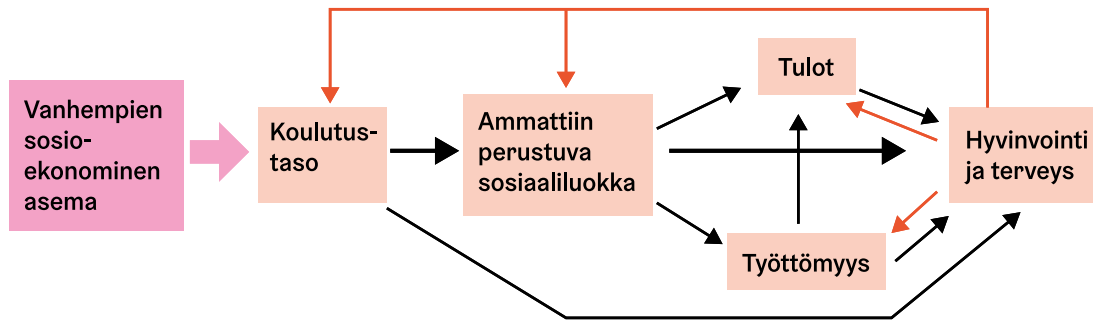
Väestöryhmien välillä on suuria ja pysyvästi vaikuttavia terveyteen, toimintakykyyn, hyvinvointiin ja elintapoihin liittyviä eroja, jotka heijastavat sosiaalisten olosuhteiden vaikutusta. Eroja nähdään muun muassa sukupuolen, siviilisäädyn, äidinkielen, sosioekonomisen aseman sekä asuinalueen perusteella muodostettujen väestöryhmien välillä. Erot ovat erityisen suuret sosioekonomisten ryhmien välillä: korkeammin koulutettujen ja parempituloisten terveys ja toimintakyky ovat keskimäärin paremmat ja kuolleisuus pienempää kuin heikommassa sosiaalisessa asemassa olevilla.

Ilmiö ei koske vain nykypäivää: varhaisimmat kuvaukset ammattiin perustuvan sosiaaliluokan mukaisista kuolleisuuseroista ovat peräisin Kööpenhaminasta 1860–1870-luvulta. Vaikka kuolleisuus on pienentynyt vuosikymmenten aikana huomattavasti ja pitkäaikaisesti, ja kuolemansyyjakauma on muuttunut epidemiologisen transition myötä perusteellisesti, sosiaalisen aseman mukaiset erot terveydessä ja kuolleisuudessa ovat säilyneet. Tätä käänteistä yhteyttä sosioekonomisen aseman ja terveyden ja kuolleisuuden välillä onkin kutsuttu yhdeksi epidemiologisen tutkimuksen johdonmukaisimmista löydöksistä (Townsend & Davidson 1982).

Sosioekonomisella asemalla viitataan yleensä koulutustasoon, ammattiasemaan ja tuloihin. Lisäksi pääasiallisen toiminnan eli esimerkiksi työttömyyden tai opiskelijana olon katsotaan olevan läheisesti yhteydessä näihin tekijöihin. Näistä tekijöistä koulutus hankitaan tyypillisimmin elämänkaaren varhaisimmassa vaiheessa, ja se osin vaikuttaa siihen, mihin ammattiin perustuvaan sosiaaliluokkaan päädytään. Se puolestaan osin määrittää tulotason. Lisäksi oman, aikuisuudessa saavutetun sosioekonomisen aseman taustalla vaikuttaa vanhempien vastaava asema.

Sosioekonomisen aseman indikaattorit ovat siis osin yhteydessä toisiinsa, mutta niillä on jokaisella myös oma merkityksensä (kuvio 1). Koulutuksen katsotaan indikoivan sosioekonomista asemaa laajalti. Se kattaa erityisesti ei-aineellisia resursseja, kuten tietoja, taitoja sekä asenteita ja valmiuksia, jotka voivat muovata hyvinvointia ja terveyttä monella keskeisellä tavalla. Työhön tai ammattiin perustuva sosiaaliluokka puolestaan kiinnittää yksilöt ja ryhmät yhteiskunnan perusrakenteisiin, ja se kuvaa elinoloja ja voimavaroja. Tulot puolestaan ilmentävät muita ulottuvuuksia selvemmin aineellisia voimavaroja, jotka mahdollistavat muun muassa terveyden ylläpidon. (Rahkonen & Lahelma 2018; Lahelma & Rahkonen 2011.)

Kuvio 1. Sosioekonomisen aseman ja hyvinvoinnin ja terveyden välistä yhteyttä kuvaava viitekehys (Mukaiilu Lahelma & Rahkonen 2011)



Tässä kirjallisuuskatsauksessa käydään läpi ennen kaikkea suomalaisia ja – siltä osin kuin tutkimusta on olemassa – helsinkiläisiä koskevia tutkimustuloksia. Vaikka suomalaisten hyvinvointi ja terveydentila kokonaisuudessaan on monen mittarin mukaan kohentunut viimeisten parinkymmenen vuoden aikana (esim. Koskinen ym. 2012), niin terveyden ja kuolleisuuden väestöryhmittäiset (Valkonen ym. 2007) ja alueelliset (Mäki 2015a) erot ovat pysyneet ennallaan tai jopa kasvaneet. Väestöryhmien väliset terveyserot ovat Suomessa hyvin selviä ja kansainvälisestäkin katsottuna suuria (Murtin ym. 2017; Mäki ym. 2013) huolimatta siitä, että esimerkiksi tuloerot ovat melko pienet. Tämä kertoo siitä, että hyvinvoinnin eriarvoisuus ei Suomessa ole seurausta yksin rahasta tai muista materiaalisista tekijöistä, vaan asiassa vaikuttavat vahvoina myös kulttuuriset, sosiaaliset ja psykologiset tekijät (Maunu 2014).

Sosioekonominen asema on selkeästi yhteydessä hyvinvointiin ja terveyteen

Yksilön sosiaalinen asema on yhteydessä hyvinvointiin ja terveyteen, ja erityisesti sosioekonomisista terveyseroista on runsaasti tutkimusta. Korkeammassa sosioekonomisessa asemassa olevat elävät keskimäärin pidempään ja viettävät lisäksi elinvuotensa terveimpinä ja toimintakykyisempinä kuin heikompien resurssien varassa olevat. Suhteelliset erot ovat suurimmat työikäisillä, mutta myös iäkkäämpien osalta esimerkiksi koetussa terveydessä (Rahkonen ym. 2009), kroonisissa sairauksissa (Koskinen ym. 2009) sekä toimintakyvyn eri ulottuvuuksissa (Laitalainen ym. 2010; Martelin ym. 2009) on selkeitä koulutuksen mukaisia eroja. Yhteys sosioekonomisen aseman sekä terveyden ja kuolleisuuden välillä on näyttäytynyt hyvin johdonmukaisena riippumatta sosioekonomisen aseman indikaattorista tai käytetystä vastemuuttujasta.

Jos katsotaan esimerkiksi elinajanodotteen eroja, niin korkea-asteen koulutuksen suorittaneiden 25-vuotiaiden suomalaisten miesten jäljellä oleva elinajanodote on yli 7 vuotta pidempi kuin perusasteen koulutuksen suorittaneiden. Naisilla vastaava ero on 5 vuotta. (Tarkiainen ym. 2017.) Myös ammattiasema on yhteydessä kuolleisuuteen: 35-vuotiaiden ylempien toimihenkilömiesten elinajanodote oli 6 vuotta työntekijämiesten elinajanodotetta pidempi ja naisilla vastaavasti ero oli 3,3 vuotta (Valkonen ym. 2007). Niin ikään suuret erot kuolleisuudessa on nähtävissä myös tulojen osalta, sillä alimpaan ja ylimpään tuloviidennekseen kuuluvien ero elinajanodotteessa on miehillä 9,9 ja naisilla 4,9 vuotta (Tarkiainen ym. 2017).

Myös helsinkiläisten elinajanodote vaihtelee huomattavasti koulutustason mukaan. Ajanjaksolla 2013–2015 30-vuotiaiden jäljellä oleva elinajanodote oli korkea-asteen koulutuksen suorittaneilla helsinkiläismiehillä 52,8 ja -naisilla 56,6 vuotta. Vain perusasteen koulutuksen suorittaneiden miesten elinajanodote oli peräti 7,8 ja naistenkin 5,4 vuotta lyhyempi. (Mäki 2019a.)

Kuolleisuuden lisäksi myös sairastavuudessa nähdään selkeät erot sosioekonomisen aseman mukaan. Työikäisessä väestössä niiden osuus, joilla on ainakin yksi pitkäaikais-sairaus, on perusasteen koulutuksen suorittaneilla miehillä 40 prosenttia ja naisilla 30 prosenttia suurempi kuin vähintään keskiasteen tutkinnon suorittaneilla (Koskinen 2009). Tuoreessa tarkastelussa (Mäki 2017a) vähän koulutettujen helsinkiläisten sairastavuus erosi korkeimmin koulutettujen sairastavuudesta useiden tautien osalta, ja suurimmat suhteelliset erot sairastavuudessa olivat pitkäaikaisen keuhkoputkentulehduksen ja keuhkolaajentuman osalta sekä sepelvaltimotaudin ja sydäninfarktin kohdalla.

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). Sosioekonominen asema on yhteydessä niin ikään koettuun terveydentilaan. Esimerkiksi alimpaan tuloviidennekseen kuuluvien todennäköisyys kokea terveytensä huonoksi on 1,7-kertainen verrattuna ylimpään tuloviidennekseen kuuluviin (Karvonen 2017). Terveys 2011 -väestötutkimuksen mukaan korkea-asteen tutkinnon suorittaneista suomalaisista noin neljännes arvioi terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi, kun perusasteen koulutuksen varassa olevista reilu 40 prosenttia teki näin (Talala ym. 2014).

Myös alueiden välillä on suuria eroja niin huono-osaisuudessa (Vilkama ym. 2014) kuin terveydessä ja kuolleisuudessa (Mäki 2015a). Esimerkiksi elinajanodotteen erot Helsingin suurpiirien välillä olivat ajanjaksolla 2011–2014 enimmillään 5,3 vuotta miehillä ja 3,0 vuotta naisilla. Tarkemmalla aluejaolla eli peruspiiritasolla elinajanodotteen ero oli miehillä peräti 10,5 ja naisillakin 6,5 vuotta. Terveyttä ja sairastavuutta voidaan tarkastella myös niin, että elinajanodote jaetaan terveiden ja sairaiden elinvuosien odotteeseen. Helsinkiläismiehillä terveiden elinvuosien ero suurpiirien välillä oli peräti seitsemän vuotta. Naisilla tulokset olivat hyvin samansuuntaiset, mutta erot ääripäiden välillä olivat pienemmät. Joidenkin suurpiirien alueilla elinajanodote on siis keskimäärin lyhempi kuin koko Helsingissä, mutta väestö näillä alueilla myös elää sairaampana tämän lyhyemmän elinaikansa. Alueilla, joissa elinajanodote on keskimääräistä lyhempi, on suhteellisesti enemmän kuolleisuutta erityisesti alkoholikuolemansyihin sekä tapaturmiin ja väkivaltaan. (Mäki 2015a.)

Alue-erot johtuvat pääsääntöisesti siitä, että eri alueilla asuu huono-osaisuuteen ja terveyteen yhteydessä olevien sosiaalisten ja sosioekonomisten tekijöiden suhteen erilaisia asukkaita. Suurin osa sairastavuuden alue-eroista johtuukin tällaisista rakenteellisesti tekijöistä eli siitä, että ne, joilla on sosiaalisen taustan mukaisesti pienempi riski syrjäytyä tai sairastua asuvat usein samoilla alueilla ja ne, joilla on suurempi riski, toisilla alueilla. Myös alueen ominaisuuksilla tai piirteillä voi olla oma vaikutuksensa terveyteen ja kuolleisuuteen, jolloin puhutaan naapurustovaikutuksista. Tutkimusten mukaan tällaisten kontekstuaalisten vaikutusten merkitys on kuitenkin huomattavasti vähäisempi kuin edellä kuvatun kompositiovaikutuksen (Mäki 2017b).

Työttömillä hyvinvointiin ja terveyteen liittyviä haasteita

Koulutuksen, ammattiaseman ja tulojen ohella myös niihin läheisesti liittyvä pääasiallinen toiminta ja erityisesti työttömyys on yhteydessä terveyteen ja kuolleisuuteen. Työttömyys on pienituloisuuden, köyhyyden ja syrjäytymisen merkittävä aiheuttaja, ja erityisesti työttömyyden pitkittyessä ja tulojen pienentyessä sen vaikutukset voivat pahentua. Työttömyys merkitsee usein myös tärkeän sosiaalisen instituution ulkopuolelle jäämistä ja työpaikalla vallitsevien sosiaalisten suhteiden katkeamista sekä arjen ajallisen rakentumisen puuttumista ja toimeentuloa. Työn menettämistä on jo pitkään pidetty yhtenä stressaavimmista tapahtumista yksilön elämässä puolison tai läheisen perheenjäsenen kuolemaan ja perheen hajoamiseen liittyvien elämäntapahtumien jälkeen (Holmes & Rahe 1967). Työttömät ja työttömyyttä kokeneet kärsivät työssäkäy-

viä useammin sekä mielenterveysoireilusta ja diagnosoiduista mielenterveyshäiriöistä että fyysisten sairauksien oireista ja pitkäaikaissairauksista, ja heillä on myös suurempi kuolleisuus useisiin kuolemansyihin. (Mäki ym. 2018.)

Työttömyyden yhteydestä mielenterveyden eri osa-alueisiin – itse raportoidusta oireilusta diagnosoituihin sairauksiin – on nykyään vahvaa näyttöä. Tutkimusten mukaan suomalaisilla työttömällä on työssäkäyviin verrattuna huomattavasti useammin erilaisia ei-psykoottisia mielenterveyteen liittyviä oireita, kuten keskittymis- ja nukkumisvaikeuksia, itsetunto-ongelmia (Böckerman & Ilmakunnas 2009) sekä itseraportoitua masennusta (Virtanen ym. 2003). Myös lääketieteellisesti diagnosoitua masennusta, ahdistuneisuushäiriötä ja alkoholi riippuvuutta esiintyy työttömällä 2–3 kertaa useammin kuin työssä olevilla (Honkonen ym. 2007; Pirkola ym. 2005).

Fyysisen terveyden indikaattoreista työttömällä suomalaismiehillä näyttäisi olevan huonompi koettu terveydentila kuin työssäkäyvillä, ja työttömällä naisilla puolestaan on huomattavasti useammin toimintaa rajoittava pitkäaikaissairaus (Roos ym. 2005). Niin ikään työttömät arvioivat työkykynsä rajoittuneeksi huomattavasti useammin verrattuna työssä oleviin sekä niihin työssä oleviin, joilla on myös työttömyyskokemuksia (Martelin ym. 2006).

Työttömien elintavoista on saatu tietoa kyselytutkimuksista. Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan työttömät suomalaismiehet käyttivät alkoholia keskimäärin enemmän kuin työssä olevat miehet, ja alkoholin suurkuluttajien osuus oli työttömällä huomattavasti suurempi kuin työssäkäyvillä. Työttömistä naisista suurempi osa oli kokonaan raittiita, mutta toisaalta alkoholin keskimääräisessä kulutuksessa ei ollut eroa, ja alkoholin suurkuluttajia oli myös työttömissä naisissa enemmän kuin työssäkäyvissä. Myös tupakointi oli työttömällä, ja erityisesti pitkäaikaistyöttömällä, huomattavasti yleisempää kuin työssäkäyvillä. Niin ikään ruokailutottumukset näyttäisivät olevan työttömällä harvemmin suositusten mukaiset, mutta liikunnan ja painoindeksin suhteen ei eroja Terveys 2000 -tutkimuksessa ollut. (Prättälä & Paalanen 2007.)

Yhtenäisin näyttö työttömyyden vaikutuksista fyysiseen terveyteen tulee tutkimuksista, joissa on tarkasteltu kuolleisuutta. Työttömien ikävakioitu kuolleisuus vaihtelee huomattavasti tutkimusastelemasta ja tutkimuksen kontekstista riippuen, mutta hyvin yleisesti työttömien kuolleisuus on jopa kaksi tai kolme kertaa niin suurta kuin työllisillä. Kuolleisuusriski näyttää kasvavan työttömyyden pitkittyessä ja voi pysyä korkealla tasolla uudelleentyöllistymisestä huolimatta. (Mäki & Martikainen 2012; Martikainen ym. 2007; Martikainen & Valkonen 1996.)

Työttömyyden yhteys ylikuolleisuuteen on vahvin alkoholiin liittyvissä sekä tapaturmaisissa ja väkivaltaisissa kuolemansyissä, ja näissä kuolemansyissä riski lisäksi kasvaa huomattavasti työttömyyden pitkittyessä. Verrattuna työllisiin esimerkiksi tapaturma- ja väkivaltakuolleisuus on Suomessa yli kuusikertainen niillä työttömällä, joiden työttömyys on kestänyt yli kaksi vuotta ja vastaavasti alkoholiin liittyvä kuolleisuus on noin kymmenkertainen (Pensola ym. 2012).

Sosioekonomisia eroja myös lasten hyvinvoinnissa ja terveydessä

Alueiden ja väestöryhmien sosioekonomisen erot vaikuttavat suuresti myös lasten ja nuorten sosiaalipalveluiden tarpeeseen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimuksessa (Heino ym. 2016) selvitettiin kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten perhetaustaa. Vanhempien koulutustasosta saatiin huonosti tietoa, mutta vaikuttaa siltä, että se oli koko väestön vanhempien koulutustasoa matalampi. Niin ikään verrattuna kaikkiin lapsiperheisiin, niistä perheistä, joiden lapsia oli sijoitettu kodin ulkopuolelle, huomattavasti suurempi osa oli saanut toimeentulotukea ja perheiden taloudellista tilannetta kuvattiin huonoksi. Lisäksi esimerkiksi työssäkäynnin yleisyydessä oli iso ero koko vä-

estön vanhempiin verrattuna: kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten äideistä työssäkäyviä tutkimushetkellä oli 39 prosenttia ja isistä 48 prosenttia. Koko väestössä vastaavat osuudet ovat äideillä 75 prosenttia ja isillä 90 prosenttia (SVT 2016).

Perheissä, joiden lapsia sijoitettiin kodin ulkopuolelle, oli taloudellisten vaikeuksien lisäksi paljon myös muita ongelmia. Lapsista lähes 60 prosenttia asui ennen sijoitusta perheessä, jossa vanhemmalla oli ollut mielenterveysongelmia, ja alkoholia käytettiin runsaasti joka neljännen lapsen perheessä. Kolmanneksella vanhemmista oli avuttomuutta ja osaamattomuutta. (Heino ym. 2016.)

Perheiden tulotasolla on vaikutusta lasten hyvinvointiin myös esimerkiksi sitä kautta, että lasten harrastusmahdollisuudet voivat olla taloudellisten tekijöiden takia vähäisemmät. Kouluterveyskysely 2017 -aineiston helsinkiläisiä alakoululaisia kartoittavan otoksen mukaan lapsilla oli tilastollisesti merkitsevästi harvemmin viikoittainen harrastus, jos perheen koettu taloudellinen tilanne oli kohtalainen tai heikko tai vanhemmat ilmoittivat joutuneensa tinkimään ruuasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä rahan puutteen vuoksi. Myöskään toimeentulotuki ei riittänyt tasaamaan eroja, vaan sitä saaneiden perheiden lapsilla oli selvästi harvemmin viikoittainen harrastus. Vaikka pienituloisen asutokuntaväestön osuus koko väestöstä on Helsingissä pienempi kuin koko maassa, niin lapsiköyhyysriski on Helsingissä koko maata korkeampi. Lapsiköyhyyttä on erityisesti Itäisen suurpiirin alueella, jossa asuu joka kolmas kaikista köyhyysriskin alaisista lapsista Helsingissä. Lisäksi lähes puolet Helsingin ulkomaalaistaustaisista lapsista asuu pienitulosisessa asutokunnassa. (Hietaniemi 2015.)

Lapsiperheissä pienituloisuuden ja huono-osaisuuden taustalla on usein yksinhuoltajuutta. Yksinhuoltajaperheissä asuvista henkilöistä 20 prosenttia asui pienituloisissa asutokunnissa, kun pariskuntien muodostamissa lapsiperheissä asuvilla osuus oli 10 prosenttia. Köyhyys kohdistuu etenkin alle kouluikäisten perheisiin, joista pienituloisia oli 12 prosenttia, yksinhuoltajien perheistä jopa 28 prosenttia. Pienituloisuus on myös yleisempää ulkomaalaistaustaisilla perheillä, ja etenkin ensimmäisen polven maahanmuuttajaperheissä. (Högnabba & Ranto 2017.) Toisaalta kohortti 1987 -aineiston perusteella näyttäisi, että yksinhuoltajuuden merkitys syrjäytymisen indikaattorina on Helsingissä huomattavasti pienempi kuin koko maassa keskimäärin. Koska avioeronneisuus on Helsingissä koko maata suurempaa (Mäki & Vuori 2018), saattavat yksinhuoltajaperheet olla vähemmän valikoituneita, mikä näkyy vähäisempänä syrjäytymistä aiheuttavana riskinä. Kouluterveyskyselyn (Mäki 2019b) mukaan perhetilanne kuitenkin näkyy joidenkin hyvinvointia mittaavien indikaattoreiden sekä hyvinvointierojen taustalla. Yksinhuoltajaperheiden nuorista sekä niistä nuorista, jotka eivät asu kummankaan vanhemman kanssa, pienempi osa on tyytyväinen elämäänsä.

Kansallinen syntymäkohortti 1987 -tutkimuksessa löytyi myös erityisen selkeä yhteys koulunkäyntiongelmia kuvaavaan indikaattoriin, ja useiden vakiointien jälkeenkin työn tekijä-äitien lapsilla oli noin kolminkertainen todennäköisyys kokea näitä ongelmia verrattuna ylempien toimihenkilöäitien lapsiin (Gissler ym. 1998). Myös Kouluterveyskysely 2017 -aineiston mukaan ne yläkoulussa olevat helsinkiläisnuoret, joiden vanhemmat olivat työttömänä tai joiden kotona oli toimeentulovaikeuksia, kokivat oppimisvaikeuksia muun muassa lukemisen, kirjoittamisen ja laskemisen osalta muita nuoria useammin. Alakoululaisilla tilastollisesti merkitseviä eroja sen sijaan ei ollut nähtävissä.

Osallisuutta pidetään laajana hyvinvoinnin käsitteenä. Yhteiskunnassa osallisena oleminen tarkoittaa jokaisen mahdollisuutta terveyteen, koulutukseen, työhön, toimeentuloon, asuntoon ja sosiaalisiin suhteisiin. Osallisuus onkin nostettu yhdeksi keskeiseksi keinoksi köyhyyden torjumiseksi ja syrjäytymisen ehkäisemiseksi, ja sitä edistämällä vähennetään myös eriarvoisuutta. Osallistumisaktiivisuudella ja sosioekonomisella asemalla on selkeä yhteys, riippumatta miten osallisuutta on mitattu. (THL 2019.) Lasten ja nuorten kohdalla osallisuuden mittarina pidetään esimerkiksi kokemusta kuulumisesta

lähiyhteisöön, ja sosioekonominen tausta on siihenkin yhteydessä. Kouluterveys 2017 -kyselyn mukaan niistä helsinkiläisnuorista, joiden vanhemmilla oli korkea-asteen tutkinto, tilastollisesti merkitsevästi suurempi osuus koki olevansa tärkeä osa perhettä kuin niistä nuorista, joiden vanhemmilla oli korkeintaan peruskoulu suoritettuna. Vastaavalla tavalla ne nuoret, jotka kokivat perheen taloudellisen tilanteen huonoksi tai korkeintaan kohtalaiseksi, kokivat huomattavasti harvemmin olevansa tärkeä osa perhettä. (Mäki 2019b.)

Lasten sosioekonomisista terveyseroista ei ole kovin paljon tutkimusta. Varsinkaan pienten lasten hyvinvoinnista on vain vähän rekisteripohjaista tietoa saatavilla. Tulokset kuitenkin viittaavat siihen, että myös lasten terveydessä ja kuolleisuudessa on eroja vanhempien sosioekonomisen aseman mukaan. Erot ovat kuitenkin huomattavasti pienemmät kuin aikuisilla, mutta vastaavasti kuin aikuisilla, osa eroista selittyy muilla sosiaalisilla ja perheisiin liittyvillä tekijöillä. Ylipäänsä vanhempien taloudelliset ja terveydelliset vaikeudet näyttäisivät lisäävän lasten riskiä mielenterveyden ongelmiin, koulunkäyntivaikeuksiin sekä lisäävät huostaanoton riskiä (Mustonen ym. 2013).

Rekisteritutkimusten perusteella suomalaislasten kuolleisuudessa on sosioekonomisia eroja. Esimerkiksi enintään perusasteen koulutuksen suorittaneiden vanhempien pienten lasten kuolleisuus oli noin 2,4-kertainen verrattuna korkea-asteen koulutuksen suorittaneiden vanhempien lasten kuolleisuuteen (Remes ym. 2010a). Osan tästä erosta selittää erilainen perherakenne ja tulotaso eri koulutusryhmissä. Myös kotitalouden tulot ovat vastaavalla tavalla yhteydessä lasten kuolleisuuteen, mutta tästäkin yhteydestä osa selittyy muilla perheeseen liittyvillä tekijöillä. Erilaisten vakiointien jälkeenkin alle viisivuotiaiden lasten kuolleisuus oli kuitenkin noin kaksinkertainen, jos kotitalous kuului tulojen osalta alimpaan viidennekseen verrattuna ylimmän tulotason kotitalouksien lapsiin. Sosioekonomiset erot eivät olleet yhtä suuria 5–14-vuotiailla lapsilla, mutta 15 ikävuoden jälkeen teini-ikäisillä ja nuorilla aikuisilla erot jälleen suurenevät (Remes ym. 2010b).

Lasten terveyseroja on tutkittu esimerkiksi Kansallinen syntymäkohortti 1987 -tutkimushankkeessa, joka on rekisteritietoa hyödyntävä pitkäaikainen tutkimus. Aineiston muodostavat kaikki Suomessa vuonna 1987 syntyneet henkilöt ja heidän vanhempansa. Gisslerin ja kumppaneiden (1998) tutkimuksen mukaan äidin ammattiasema oli yhteydessä sekä perinataalikauden että lapsuuden ajan terveyttä ja sairastavuutta laajasti kuvaaviin indikaattoreihin. Samalla aineistolla tehdyn toisen tutkimuksen mukaan vanhempien koulutustaso oli yhteydessä lasten mielenterveyshäiriöihin (Paananen ym. 2013a). Niin ikään psykiatrisen erikoissairaanhoidon käytön todennäköisyys vaihteli vanhempien koulutuksen ja ammattiaseman mukaan, ja työntekevien vanhempien lapsilla oli 60 prosenttia suurempi hoidon todennäköisyys verrattuna ylempiin toimihenkilövanhempiin. Tulos kertoo hoidon suuremmasta tarpeesta alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevien perheiden lapsilla eikä siitä, että korkeammassa sosioekonomisessa asemassa olevat perheet hakeutuisivat hoitoon harvemmin. (Paananen ym. 2013b). Kohortti 1987 -tutkimuksen Helsinki-aineiston perusteella psykiatrisessa hoidossa olleiden nuorten vanhemmat ovat saaneet useammin toimeentulotukea sekä useammin käyttäneet psykiatrisia palveluja verrattuna nuoriin, jotka eivät ole olleet psykiatrisessa hoidossa (Högnabba 2014).

Myös kyselytutkimuksista saadaan jonkin verran tietoa lasten ja nuorten terveydestä sekä terveyden taustatekijöistä. Esimerkiksi Kouluterveyskysely 2017 -aineiston Helsinki-otoksen mukaan äidin ja isän matala koulutus sekä jommankumman työttömyys ovat yhteydessä siihen, että nuori kokee terveydentilansa keskinkertaiseksi tai heikoksi. Vielä näitäkin tekijöitä selkeämmin heikkoon terveydentilaan ovat yhteydessä perheen taloudelliset vaikeudet. Niistä yläkoulussa ja toisella asteella opiskelevista nuorista, joiden käsityksen mukaan perheen taloudellinen tilanne on erittäin hyvä, 12 prosenttia kokee terveydentilansa keskinkertaiseksi tai huonoksi, mutta niistä nuorista, joiden mielestä perheen taloudellinen tila on huono tai erittäin huono, peräti 40 prosenttia arvioi terveydentilansa vastaavanlaiseksi. (Mäki 2019b.)

Ulkomaalaistaustaisten terveydestä melko vähän tutkimuksia, sote-palveluihin kohdistuu silti haasteita

Ulkomaalaistaustaisten terveydentilasta ylipäätään on vielä melko vähän tutkimuksia. Maahanmuuttajien terveys ja elintavat vaihtelevat paljon kieliryhmän mukaan. Erityisesti somalitaustaisilla miehillä on pitkäaikaissairauksia ja kansantautien riskitekijöitä huomattavasti vähemmän kuin koko väestössä, ja niin ikään heidän elintapansa vaikuttavat koko väestöä terveemmiltä, mutta somalinaisilla sen sijaan ylipaino on yleinen ongelma. Venäläis- ja kurditaustaisilla riskitekijöiden yleisyys puolestaan oli melko samanlaista kuin koko väestössä, mutta vaikka venäläistaustaiset naiset raportoivat enemmän pitkäaikaissairauksia, mitattu toimintakyky vaikutti paremmalta kuin koko väestössä. (Castaneda ym. 2012.)

Myös maahanmuuttajien kuolleisuudesta Suomessa on vielä hyvin vähän tutkimuksia. Aihetta on tutkittu jonkin verran niissä maissa, jotka ovat vastaanottaneet muuttajia jo pidemmän ajan. Tulokset vaihtelevat paljon maittain ja maahanmuuttajien lähtömaiden mukaan. Useissa tutkimuksissa on kuitenkin tullut esille maahanmuuttajien kantaväestöä pienempi kuolleisuus. Ilmiö on merkittävä erityisesti sen takia, että maahanmuuttajien sosioekonominen asema on yleensä syntyperäisiä asukkaita matalampi. Ja kuten edellä on nähty, sosioekonominen asema on yleensä käänteisessä yhteydessä sairastavuuteen ja kuolleisuuteen: mitä korkeampi asema, sitä vähäisempi sairastavuus ja kuolleisuus. Maahanmuuttajien matalamman sosiaalisen aseman yhdistymistä alhaisempaan kuolleisuuteen kutsutaan epidemiologiseksi paradoksiksi.

Helsingin vieraskielisten kuolleisuudesta on tehty melko tuore tarkastelu (Mäki 2015b). Sen mukaan vieraskielisten kuolleisuus on huomattavasti suomenkielisten kuolleisuutta alhaisempi. Venäjänkielisten kuolleisuus on noin 20 prosenttia pienempää ja muun muassa viron-, englannin- ja somalinkielisten kuolleisuus yli 30 prosenttia pienempää. Epidemiologinen paradoksi eli maahanmuuttajien alhainen kuolleisuus riippumatta heidän sosioekonomisesta asemastaan, joka usein on matala, näyttäytyy Helsingissä hyvin selkeänä. Alhainen kuolleisuus näkyi lähes kaikissa äidinkieliyhdyksissä, vaikka voidaan olettaa, että syyt maahantuloon vaihtelevat kielen mukaan. Vieraskielisten erilainen siviilisäätyjakauma verrattuna kantaväestöön selitti miehillä vain pienen osan kuolleisuuserosta, naisilla ei lainkaan.

Paradoksin kahdesta selitysmallista todennäköisempi on healthy migrant -hypoteesi: kuolleisuuserot johtunevat pääosin siitä, että maahanmuuttajat ovat terveyden perusteella valikoitunut osa lähtömaan väestöä. Työn perässä muuttavat ovatkin usein terveitä. Pakolaisten terveydentila puolestaan voi olla hyvinkin heikko verrattuna kohdemaan väestöön, mutta kohtalainen tai jopa hyvä verrattuna lähtömaan keskimääräiseen tilanteeseen. Toisaalta esimerkiksi kiintiöpakolaisten osalta Suomen politiikkana on ollut huolehtia haavoittuvimpien ryhmien, kuten leskien, sijoittamisesta, mutta näiden heikossa asemassa olevien osuus kaikista maahanmuuttajista on kuitenkin hyvin pieni. Healthy migrant -vaikutus voi näin olleen selittää epidemiologista paradoksia Helsingissäkin. Maahanmuuttajien kuolleisuustilannetta tulee kuitenkin seurata, sillä muiden maiden kokemuksen perusteella tyypillistä on, että ajan myötä maahanmuuttajien terveys ja kuolleisuuden taso lähenevät alkuperäisen väestön tilannetta.

Toisaalta on mahdollista, että maahanmuuttajien parempaa terveydentilaa edesauttavat tekijät eivät ainakaan täysin periydy jälkipolvelle. Esimerkiksi Kouluterveyskysely 2017 -aineiston Helsinki-otoksen mukaan näin näyttäisikin olevan yläkoulun, lukion tai ammatillisen oppilaitoksen tytöillä: ensimmäisen polven ulkomaalaistaustaisista pienempi osuus kokee terveydentilansa keskinkertaiseksi tai huonoksi kuin suomalaistaustaisista, mutta toisen polven ulkomaalaistaustaisilla ei eroa ole. Pojilla tilanne on erilainen. Iän vakioimisen jälkeen ensimmäisen polven ulkomaalaistaustaiset eivät eroa suomalaistaustais-

ta, mutta toisen polven ulkomaalaistaustaisista suurempi osuus kokee terveydentilansa keskinkertaiseksi tai huonoksi kuin suomalaistaustaisista. Niin ikään erilaisia kiputiloja (niska- tai hartiakiput, vatsakiput ja päänsärky) vaikuttaa olevan yläkoulussa, lukiossa tai ammatillisessa oppilaitoksessa opiskelevista ensimmäisen polven ulkomaalaistaustaisilla vähemmän kuin kantasuomalaisilla, mutta toisen polven ulkomaalaistaustaisilla yhtä paljon tai enemmän kuin kantasuomalaisilla.

Vastaava ero ensimmäisen ja toisen polven ulkomaalaistaustaisten välillä näkyy osin suun terveydenhuollossa. Kouluterveyskysely 2017 helsinkiläisiä nuoria kattavan aineiston mukaan kantasuomalaisiin nuoriin verrattuna ensimmäisen polven ulkomaalaistaustaisissa nuorissa oli enemmän riittävän usein hampaansa harjaavia, mutta toisen polven ulkomaalaistaustaisissa vähemmän. Toisaalta alakoululaisten kohdalla eroja ei ollut ja myös hammashuollon tai suun terveydenhuollon palveluja oli edellä mainituissa ryhmissä käyttänyt yhtä suuri osuus. Myös aikuisilla hampaiden riittävä harjaus näyttäisi kyselytutkimusten mukaan olevan ulkomaalaistaustaisilla yleisempää kuin kantasuomalaisilla (Nieminen ym. 2015).

Kliiniset tutkimukset antavat aiheesta kuitenkin hieman toisen kuvan kuin kyselytutkimusten vastaukset. Alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevien perheiden lasten hampaat reikiintyvät keskimäärin enemmän kuin muiden lasten, ja riskiryhmään kuuluvat myös maahanmuuttajaperheissä asuvat lapset, joiden hampaiden reikiintyminen on kantaväestöä tavallisempaa (mm. Meurman & Pienihäkkinen 2010). Myös alue-erot helsinkiläislästen suun terveydessä ovat huomattavat. Alle kouluikäisillä ja peruskouluikäisillä eniten kariesta esiintyy lapsilla, jotka asuvat Itäisessä suurpiirissä, jossa myös maahanmuuttajataustaisten osuus on suurin, ja vähiten Eteläisessä ja Pohjoisessa suurpiireissä asuvilla (Högnabba & Ranto 2017). Niin ikään käytännön kokemus suun terveydenhuollon yksiköissä vaikuttaa olevan hieman erilainen kuin kyselytutkimuksista saatu kuva (esim. Keskinen 2015). Niemelä (2011) korostaa, että hoitokulttuuri voi olla hyvin erilainen maahanmuuttajan kotimaassa eikä ehkäisevän terveydenhuollon merkitys välttämättä ole tuttu. Länsimaissa normaalit säännölliset suun terveydenhuoltotarkastuskäynnit voivat olla outo käytäntö, ja hammaslääkäriin saatetaan ottaa yhteyttä vasta kovan kivun myötä. Myös suuhygieniassa voi olla puutteita, eikä kaikkialla aloiteta lasten hampaiden harjausta ensimmäisinä ikävuosina, vaan se voi tapahtua vasta kouluiässä. Niin ikään lääkkeiden käyttötavat vaihtelevat eri maissa. Myös sokeripitoisten tuotteiden helppo ja runsas saatavuus voi edesauttaa niiden käytön ottamista jokapäiväiseksi tavaksi. Niin suun terveydenhuollossa kuin muissakin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa maahanmuuttajataustaisten asiakkaiden määrän kasvu joka tapauksessa tulee ottaa huomioon.

Palveluiden kannalta alueiden maahanmuuttajaväestön määrän lisääntyminen voikin olla haastavaa, sillä tyypillistä on, että vieraskielisten osalta palveluihin on varattava huomattavastikin enemmän aikaa. Tämä kävi ilmi myös Anniina Ala-Outisen tutkimuksesta (2010), jossa tarkasteltiin palveluiden kannalta keskeisten Helsingin kaupungin virastojen kohtaamia alueelliseen eriytymiseen liittyviä haasteita. Maahanmuuttajien lisääntyminen virastojen asiakaskunnassa nousi ehkä yllättävänkin merkittäväksi työhön vaikuttavaksi tekijäksi kaikkien ammattiryhmien vastauksissa. Helsingin virastot eivät olleet vielä pystyneet kehittämään toimintaansa siten, että palvelu sujuisi hankaluuksitta kaikkien asukasryhmien kanssa.

Työn haasteellisuutta sekä työmäärää lisäsi vastaajien mielestä alueen monietnisyys yhdistettynä lasten ja perheiden sosiaalisiin ongelmiin. Kyse ei siis esimerkiksi koulumaa-ilmassa ole pelkästään maahanmuuttajataustaisten oppilaiden määrän lisääntymisestä, vaan erityyppisten haasteiden kasautumisesta samoihin kouluihin. Niin ikään perhekeskusten työntekijöiden vastauksissa korostui erityisesti matalan statuksen alueryhmäs-

sä monietnisyyden tuoma lisähaaste työhön: vastauksissa nousi esille riittämättömäksi koettu osaaminen maahanmuuttaja-asiakkaiden auttamisessa. (Emt.)

Myös terveysasemilla heikomman sosioekonomisen statuksen alueilla vieraskielisen väestön määrän lisääntymisen koettiin vaikuttavan omaan työhön ja erityisesti ajankäytön hallintaan. Näillä terveysasemilla tosin päällimmäisenä ongelmana oli lääkäripula, ja maahanmuuttajien lisääntyminen asiakaskunnassa oli vain yksi haaste muiden joukossa. Toisaalta yhteisen kielen puutteen koettiin aiheuttavan välillä myös todellisia vaikeuksia normaalin terveysasemakäynnin hoitamisessa. (Emt.) Vieraskielisten osuus väestössä onkin keskeinen huomioon otettava tekijä palveluiden laajuuden tarvetta mietittäessä.

Hyvinvointi- ja terveyseroihin vaikuttaminen yksi suomalaisen yhteiskunnan suurimpia haasteita

Vaikka yhteys monien sosiaalisten ja esimerkiksi sosioekonomisten tekijöiden ja hyvinvoinnin ja terveyden välillä on hyvin selvä, ei vielä täysin ymmärretä, mistä tämä johtuu ja mitkä mekanismit sitä selittävät. Vaikutusmekanismit ovat monimuotoisia eikä mikään yksittäinen selitysmalli kata kaikkia syitä. Pääasialliset syytekijät voidaan jakaa toisaalta eroihin kausaalisissa tekijöissä, toisaalta eroihin yksilöitä eri sosiaaliryhmiin ohjaavissa valikoitumisprosesseissa. Kausaalsiin tekijöihin kuuluu muun muassa rakenteelliset ja aineelliset olosuhteet sekä niihin mahdollisesti liittyvät erot psykososiaalisissa voimavaroissa, terveyskäyttäytymisessä ja terveyspalveluiden käytössä.

Nämä tekijät eivät kuitenkaan ole toisistaan riippumattomia, vaan esimerkiksi terveyskäyttäytyminen voi välittää rakenteellisten tekijöiden yhteyttä terveyteen: terveyden kannalta epäedullinen toiminta voi vaikkapa olla keino sopeutua työttömyyden tai pienituloisuuden aiheuttamaan stressiin.

Edellä mainittujen mallien lisäksi usein tarkastellaan myös elämäntapaan liittyviä tekijöitä ja elämäntapahtumien kasautumisen vaikutuksia (esim. Rahkonen & Lahelma 2018). Niin ikään keskeinen, mutta hieman vähemmän tutkittu tematiikka liittyy siihen, miten varhaiset elämäkokemukset ja lapsuuden elinolot vaikuttavat toisaalta aikuisena saavutettuun sosioekonomiseen asemaan, toisaalta aikuisuuden terveyteen ja kuolemanriskiin (Kestilä & Rahkonen 2011).

Terveys- ja hyvinvointieroihin vaikuttaminen on yksi suomalaisen yhteiskunnan suurimpia haasteita. Lasten ja nuorten sote-palveluiden alueellisten resurssien tarpeen tarkastelu ja tarpeisiin vastaaminen ovatkin keskeisiä eriarvoisuutta ja syrjäytymistä ehkäiseviä käytännön tekoja. Tällöin tarpeeseen voidaan vastata siellä, missä haasteita on eniten ja siten myös ennaltaehkäistä ongelmien syvenemistä ja kasautumista.

3. Esimerkkimalli lasten ja nuorten sote-palveluiden alueellisen tarpeen arvioimisesta

Lasten ja nuorten sote-palveluiden alueellista tarvetta voidaan arvioida monella eri tavalla. Kuten edellä mainittiin, koko väestön tai varsinkaan lasten ja nuorten terveydellisestä tilasta ja hyvinvoinnista ei ole saatavilla luotettavia tilastoja tarpeeksi pienellä alueetasolla. Alueiden välisiä eroja lasten ja nuorten sote-palveluiden tarpeessa päädyttiinkin tässä esimerkissä arvioimaan erilaisten sosioekonomisten tunnuslukujen avulla. Nämä ovat lasten ja nuorten syrjäytymisriskiä arvioitaessa hyvin merkityksellisiä tekijöitä.

Työssä haluttiin tunnistaa ne Helsingin osa-alueet, joilla on eriasteista huono-osaisuutta useamman sosioekonomisen muuttujan perusteella. Useamman muuttujan käyttäminen on perusteltua, koska laajempaa huono-osaisuutta ei välttämättä voida tunnistaa yhden sosioekonomista asemaa kuvaavan muuttujan perusteella, ja näin vältetään yhden indikaattorin käytöstä aiheutuvat virhepäätelmät todellisesta resurssien tarpeesta.

Esimerkkilaskelmassa päädyttiin tuottamaan alueille sosioekonominen indeksi, joka kuvaa epäsuorasti lasten ja nuorten sote-palveluiden tarvetta Helsingin osa-alueilla. Lopulliseen indeksiin valikoitui viisi väestön sosioekonomista asemaa kuvaavaa muuttujaa, jotka ovat soten asiantuntijoiden ja edellä esitettyjen tutkimustulosten mukaan todennäköisesti kytköksissä suurempaan resurssien tarpeeseen²:

1. Pienituloisissa perheissä asuvien alle 18-vuotiaiden lasten osuus vuonna 2015
2. Alhaisen koulutustaustan omaavien osuus 25 vuotta täyttäneistä vuonna 2017
3. Työttömyysaste vuonna 2015
4. Yksinhuoltajakotitalouksien osuus vuonna 2017
5. Muista kuin OECD-maista tulevien ulkomaalaistaustaisten osuus vuonna 2017

Pienituloisten lasten osuutta kuvataan kahteen alimpaan tulodesiiliin kuuluvien alle 18-vuotiaiden osuudella 1.1.2015³. Alhaisen koulutustaustan omaavien osuutta mitataan vain perusasteen koulutuksen suorittaneiden osuudella Suomessa syntyneistä yli 24-vuotiaista 1.1.2017. Työttömyys kertoo työttömien osuuden työvoimasta 31.12.2015. Yksinhuoltajakotitalouksien osuus kertoo näiden osuuden kaikista kotitalouksista 1.1.2017. Ulkomaalaistaustaisten osuutta mitataan muista kuin OECD-maista tulevien ulkomaalaistaustaisten osuudella alueen väestöstä 1.1.2017.⁴

Valitut muuttujat kuvaavat siis sellaisia sosioekonomisia taustatekijöitä, jotka voivat tutkimuskirjallisuuden perusteella heijastua lasten ja nuorten terveyteen ja hyvinvointiin sekä nostaa alueiden sote-palveluiden tarvetta. Varsinkin lapsiköyhyyden, vanhempien heikon koulutustaustan, korkean työttömyyden ja yksinhuoltajuuden on havaittu väestötasolla olevan yhteydessä hyvinvointi- ja terveysvajaisiin. Ulkomaalaistaustaisuus puolestaan voi nostaa sote-palveluiden resurssien tarvetta huolimatta terveys- ja hyvinvointieroista, mikäli palveluihin joudutaan tarjoamaan tulkkauspalvelua tai palveluajat pitkityvät yhteisen kielen puuttumisen takia.

² Valittujen muuttujien selitysvoimaa ei ole tilastollisen mallinnuksen avulla testattu, sillä sopivaa vastemuuttujaa ei ollut käytössä.

³ Tulomääräenä on käytetty asuntokuntien kulutusyksikkökohtaisia käytettävissä olevia rahatuloja. Desiililuokkien määrittelyperusteena ovat kaikki Helsingin asuntokunnat.

⁴ Alueiden sosioekonomista asemaa kuvaavien muuttujien lähdeaineistot ovat peräisin Tilastokeskuksesta.

Taulukossa 1. on kuvattu käytettyjen muuttujien välinen korrelaatiomatriisi. Taulukosta voidaan havaita, että valittujen alueellisten muuttujien välinen korrelaatio on kaikkiaan kohtalaisen voimakasta. Varsinkin ulkomaalaistaustaisuus, pienituloisten lasten osuus ja työttömyys näyttäisivät kulkevan käsi kädessä Helsingin osa-alueilla. Toisaalta valitut muuttujat korreloivat todennäköisesti voimakkaasti myös muiden sosioekonomista asemaa kuvaavien muuttujien kanssa, joten indeksin voidaan tulkita kertovan alueellisista eroista lasten ja nuorten hyvinvoinnissa ja sosiaalisessa asemassa laajemminkin kuin pelkästään valittujen muuttujien osalta.

Taulukko 1. Sosioekonomisessa indeksissä käytettyjen muuttujien välinen korrelaatiomatriisi

	Pienituloisten lasten osuus	Alhainen koulutustaso	Työttömyysaste	Ulkomaalais-taustaisten osuus	Yksinhooltaja-talouksien osuus
Pienituloisten lasten osuus	1				
Alhainen koulutustaso	0,798	1			
Työttömyysaste	0,877	0,846	1		
Ulkomaalaistaustaisten osuus	0,904	0,777	0,828	1	
Yksinhooltaja-talouksien osuus	0,805	0,757	0,788	0,769	1

Lähdeaineistot: Tilastokeskus

Lopullinen palvelujen tarvetta kuvaava sosioekonominen indeksi laskettiin siten, että alueet jaettiin ensin desiileihin yksitellen kunkin valitun muuttujan suhteen. Desiilit pisteytettiin niin, että korkeimmassa desiilissä olevat alueet – eli alueet, joissa on eniten pienituloisia lapsia, alhaisen koulutustaustan omaavia, työttömiä, ulkomaalaistaustaisia sekä yksinhooltajatalouksia – saivat arvon 10 ja matalimmassa desiilissä olevat alueet saivat arvon 1. Sosioekonominen indeksi muodostettiin yksittäisten muuttujien perusteella määriteltyjen pisteiden summana, jolloin se saa arvoja väliltä 5–50. Kaikkien muuttujien suhteen heikoimmassa asemassa olevat alueet saavat indeksin arvon 50. Vastaavasti kaikkien muuttujien suhteen parhaassa asemassa olevat alueet saavat arvon 5.⁵ Lopuksi alueet jaettiin vielä desiileihin sosioekonomisen indeksin piste-määrän perusteella.

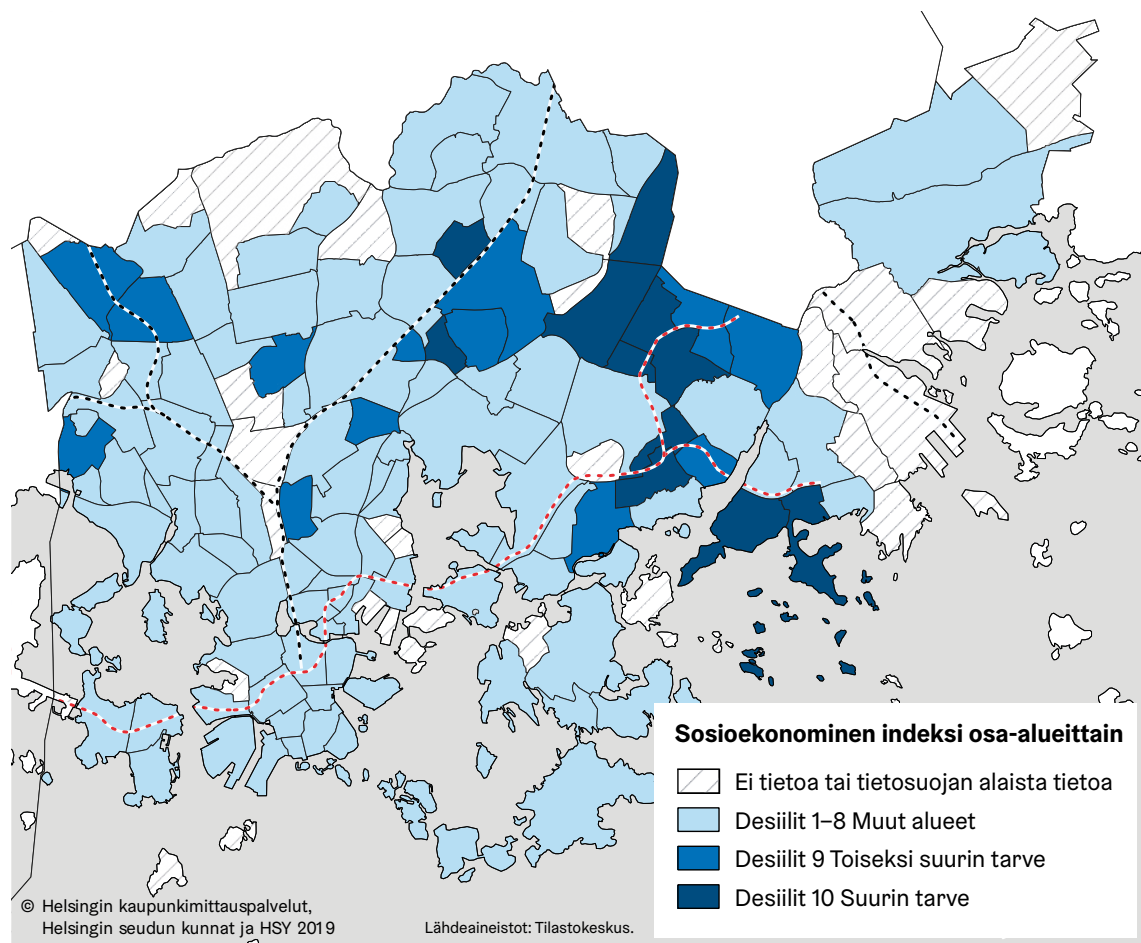
Sosioekonomisen indeksin avulla alueet voidaan jakaa järjestykseen, mutta sen avulla ei voida tarkastella alueiden välisiä suhteellisia eroja, eli esimerkiksi sitä kuinka paljon suurempi tarve arvon 40 alueella on suhteessa arvon 35 alueeseen.

Kuvio 2 esittää lasten ja nuorten sote-palveluiden tarveperusteisuutta kuvaavan sosioekonomisen indeksin kartalla. Indeksillä on kartassa jaettu desiileihin⁶. Heikoimman desiilin alueet on kuvattu tummansinisellä ja toiseksi heikoimmat alueet vaaleansinisellä. Muodostetun sosioekonomisen indeksin perusteella piirtyvä kuva Helsingin osa-alueiden hyvinvointieroista on linjassa aikaisempien tutkimustulosten kanssa Helsingin alueellisesta eriytymisestä (Kortteinen & Vaattovaara 1999; Vilkkama ym. 2014). Suurimman resurssitarpeen alueet sijaitsevat kerrostalovaltaisilla alueilla juna- ja metroratojen läheisyydessä etenkin koillisessa ja itäisessä Helsingissä.

5 Vastaavanlaista menetelmää on käytetty aikaisemmin mm. Berliinin ja pääkaupunkiseudun alueellisten erojen kuvaamiseen (ks. Vilkkama & Lönnqvist 2013).

6 Alueelliset erot käytetyissä sosioekonomisissa muuttujissa on esitetty liitteessä 1.

Kuvio 2. Sosioekonominen indeksi Helsingissä osa-alueittain



Taulukko 2 kuvaa alueellisia eroja indeksissä käytettyjen taustamuuttujien osuuksissa sosioekonomisen indeksin desiilliluokissa. Heikoimman sosioekonomisen indeksin alueet sijoittuvat siis desiiliin 10. Taulukosta voidaan havaita, että nämä alueet ovat selvästi heikoimmassa asemassa kaikkien käytettyjen sosioekonomisten muuttujien perusteella. Tämän lisäksi ero toiseksi heikoimpaan desiiliin (desiili 9) kuuluvien alueiden keskimääräisiin osuuksiin on verrattain suuri. Desiiliin 10 alueet erottuvat tässä mielessä etenkin pienituloisten lasten, alhaisen koulutustason sekä ulkomaalaistaustaisten korkean osuuden suhteen. Näin ollen vaikuttaisi siltä, että muodostettu sosioekonominen indeksi tunnistaa alueelliset erot huono-osaisuudessa ja palveluiden resurssitarpeessa varsin hyvin.

Taulukko 2. Käytettyjen muuttujien osuudet (%) sosioekonomisen indeksin desiililuokissa

Sosioekonomisen indeksin desiili	Osaalueiden lukumäärä	Pienituloisten lasten osuus	Ero (prosentti-yksikköä) edelliseen desiiliin	Alhainen koulutustaso	Ero (prosentti-yksikköä) edelliseen desiiliin
1 Pienin tarve	12	5,9		9,0	
2	12	7,9	2,0	10,0	1,0
3	12	8,7	0,8	11,3	1,3
4	12	12,3	3,6	10,3	-1,0
5	11	14,5	2,2	16,2	5,9
6	15	16,2	1,7	19,9	3,7
7	8	19,1	2,9	21,2	1,3
8	12	22,9	3,8	24,6	3,4
9	13	29,8	6,9	31,3	6,7
10 Suurin tarve	10	37,1	7,3	40,7	9,4

Sosioekonomisen indeksin desiili	Työttömyysaste	Ero (prosentti-yksikköä) edelliseen desiiliin	Ulko-maalais-taustaisen osuus	Ero (prosentti-yksikköä) edelliseen desiiliin	Yksin-huoltaja-talouksien osuus	Ero (prosentti-yksikköä) edelliseen desiiliin
1 Pienin tarve	6,4		3,0		9,0	
2	7,3	0,9	4,4	1,4	10,5	1,5
3	8,9	1,6	4,0	-0,4	12,4	1,9
4	8,0	-0,9	6,8	2,8	11,9	-0,5
5	11,0	3,0	5,5	-1,3	11,5	-0,4
6	11,5	0,5	7,1	1,6	15,0	3,5
7	11,4	-0,1	9,9	2,8	18,0	3,0
8	13,8	2,4	13,7	3,8	18,8	0,8
9	15,7	1,9	15,9	2,2	22,0	3,2
10 Suurin tarve	19,6	3,9	24,0	8,1	24,0	2,0

4. Lopuksi

Sosioekonomiset tekijät ja huono-osaisuuden kasautuminen ovat tutkimusten mukaan yhteydessä hyvinvointi- ja terveyseroihin. Ne alkavat syntyä jo lapsuudessa, mikä vuoksi lasten ja nuorten eriarvoisuuteen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Lasten ja nuorten hyvinvointi eriytyy voimakkaasti vanhempien koulutuksen, sosioekonomisen aseman ja taloudellisen tilanteen mukaan. Tutkimustulokset kertovat niin ikään ongelmien – kuten kouluttamattomuuden, mielenterveys- ja toimeentulo-ongelmien – kasautumisesta ja periytymisestä sukupolvelta toiselle. Syrjäytymisen ehkäisy tulee aloittaa mahdollisimman varhain perheiden arjen kehitysympäristöissä, kuten päivähoiton, koulun ja harrastusten piirissä. Helsingin kaupunki pyrkiikin toiminnoissaan kiinnittämään huomiota ennaltaehkäisevien toimien lisäämiseen.

Tässä raportissa kuvattu esimerkki myönteisen erityiskohtelun käyttöönotosta lasten ja nuorten sote-palveluissa on osa kaupungin hyvinvoinnin ja terveyden koordinaatiotyötä eli Stadin HYTEä ja yksi eriarvoisuuden vähentämisen painopisteen toimenpiteistä. Kaupungin hyvinvointityössä tavoitteena on saada aikaan systeeminen muutos, jonka myötä lasten ja nuorten syrjäytyminen, ylisukupolvisen syrjäytymisen periytyminen ja alueellinen eriytyminen vähenevät Helsingissä. Perimmäisenä keinona on juurisyihin – köyhyyteen, turvattomuuteen, syrjään jäämiseen – puuttuminen etenkin siellä, missä tarve on suurin.

Perhe- ja sosiaalipalvelujen myönteisen erityiskohtelun rahoituksen kohdennuksessa on hyödynnetty tässä työpaperissa kuvattua mallia. Kaiken kaikkiaan sote-toimiala jakoi rahaa tarveperustaisesti 625 000 euroa vuonna 2018 ja 500 000 euroa vuonna 2019. Niin ikään vuodelle 2020 on varauduttu kohdentamaan 500 000 euroa. Kohdenukset on tehty perhe- ja sosiaalipalvelujen varhaisen tuen palveluihin. Rahoituksella on vahvistettu edellä mainittuina vuosina henkilöstöresursseja neuvola- ja perhetyössä (+7 vakanssia), kouluterveydenhuollossa (+7 vakanssia), perheiden erityispalveluissa (+4 vakanssia) ja opiskeluterveydenhuollossa (+4 vakanssia), sekä mahdollistettu paperittomien ja turvapaikanhakijoiden neuvolaan resurssi (+1 vakanssi) (Sosiaali- ja terveyslautakunnan lausunto 2019).

Myönteisen erityiskohtelun rahoitus on Helsingissä tällä hetkellä käytössä kasvatuksen ja koulutuksen toimialalla sekä sosiaali- ja terveystoimialalla. Myös kulttuuri- ja vapaa-ajan toimialalla myönteisen erityiskohtelun rahoitus on otettu vuonna 2020 käyttöön kirjasto- ja nuorisopalvelukokonaisuuksissa palvelujen vahvistamiseksi myönteisen erityiskohtelun kohdealueilla. Lisäksi Kaupunginkansliassa kaupungin asuntopolitiikan suunnittelusta ja aluerakentamisesta vastaavat yksiköt koordinoivat laajaa kaupunkiuudistushanketta, jolla pyritään vähentämään alueiden välistä eriytymistä ja kohentamaan heikoimmassa asemassa olevien alueiden elinvoimaisuutta. Kaupunkiympäristön toimiala osallistuu kaupunkiuudistusalueiden kehittämistoimien suunnitteluun ja toteutukseen esimerkiksi täydennysrakentamisen ja kaupunkiympäristön uudistamisen avulla.

Tässä työpaperissa on tarkasteltu alueellisia eroja lasten ja nuorten ennaltaehkäisevien sosiaali- ja terveyspalveluiden tarveperusteisen kohdentamisen näkökulmasta. Myönteisen erityiskohtelun rahoituksen jakokriteerejä ja indikaattoreita on järkevää tarkastella kaupunkitason sijaan palveluittain, koska kunkin palvelun kannalta olennaiset mittarit voivat vaihdella. Alueellisia tarve-eroja osoittavat mallit eivät siis ole suoraan monistetavissa, vaan niitä tulee kehittää ilmiöalueittain.

5. Lähteet

- Ala-Outinen A (2010):** *Hyvinvoinnin tukiverkko koetuksella*. Helsingin kaupungin tietokeskus, Tutkimuksia 2010: 3.
- Bernelius, Venla (2013):** *Eriytyvät kaupunkikoulut: Helsingin peruskoulujen oppilaspohjan erot, perheiden kouluvalinnat ja oppimistuloksiin liittyvät aluevaikutukset osana kaupungin eriytymiskehitystä*. Helsingin kaupunki Tietokeskus, Tutkimuksia 2013:1.
- Bernelius, Venla (2009).** Helsingin positiivisen diskriminaation (PD) malli suomen- ja ruotsinkielisille peruskouluille. *Raportti opetusvirastolle*. Helsinki.
- Böckerman P & Ilmakunnas P (2009):** Unemployment and self-assessed health: evidence from panel data. *Health Economics* 18:2, 161–179.
- Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M & Koskinen S (toim.):** Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. *Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 61/2012*.
- Gissler M, Rahkonen O, Järvelin M-R & Hemminki E (1998):** Social class differences in health until the age of seven years among the finnish birth cohort. *Social Science & Medicine* 46(12): 1543–1552.
- Harjunen, Oskari (2016):** PD-indeksin päivitysraportti. *Raportti opetusvirastolle*. Helsinki.
- Heino T, Hyry S, Ikäheimo S, Kuronen M & Rajala R (2016):** Lasten kodin ulkopuolelle sijoittamisen syyt, taustat, palvelut ja kustannukset. HuosTa-hankkeen (2014–2015) päätulokset. *Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 3/2016*.
- Heistaro S, Jousilahti P, Lahelma E, Vartiainen E & Puska P (2001):** Self rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:227–232.
- Hietaniemi L (2015):** Lapsiköyhyysriski Helsingissä koko maata korkeampi. *Kvartti 4/2015*.
- Holmes T & Rahe R (1967):** The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research* 11(2):213–218.
- Honkonen T, Virtanen M, Ahola K, Kivimäki M, Pirkola S, Isometsä E, Aromaa A & Lönnqvist J (2007):** Employment status, mental disorders and service use in the working age population. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 33(1): 29 - 36.
- Högnabba S (2014):** Fyysinen terveys ja mielenterveys. Julkaisussa Haapamäki E, Borg P, Högnabba S, Ranto S, Törmäkangas L, Paananen R ja Gissler M (toim.): *Vuonna 1987 syntyneiden helsinkiläisnuorten hyvinvointi*. Helsingin kaupungin tietokeskus, Tilastoja 2014:33.
- Högnabba S & Ranto S (2017):** *Lasten hyvinvointikertomus. Katsaus helsinkiläislästen hyvinvointiin 2017*. Helsingin kaupungin tietokeskus, Työpapereita 2017:4.
- Karvonen S, Martelin T, Kestilä L & Junna L (2017):** Tulotason mukaiset terveyserot ovat edelleen suuria. *Suomen sosiaalinen tila 3/2017*. Tutkimuksesta tiiviisti 16/2017. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Keskinen H (2015):** Maahanmuuttajien suun terveydenhoito. *Duodecim Terveyskirjasto*. Luettu 29.1.2018
- Kestilä L & Rahkonen O (2011):** Lapsuuden elinolot ja aikuisuuden terveys. Teoksessa Laaksonen M & Silventoinen K (toim.): *Sosiaaliepideologia*. Helsinki: Gaudeamus; 226–243.
- Kortteinen M & Vaattovaara M (1999):** Huono-osaisuus pääkaupunkiseudulla 1980- ja 1990-luvuilla – käännekohta kaupunkiseudun kehityksessä? *Terra* 111(3): 133–145.

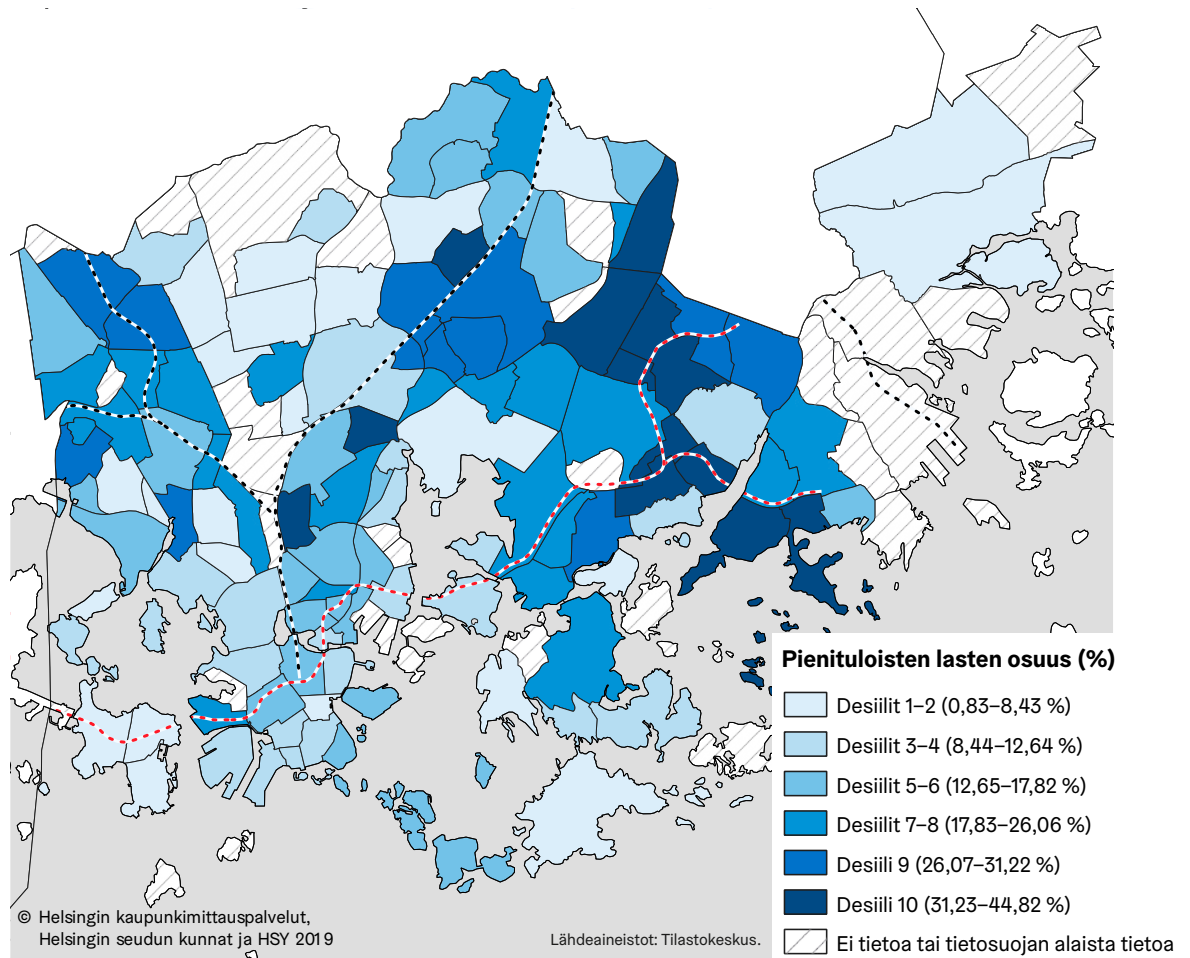
- Koskinen S, Lundqvist A & Ristiluoma N (toim.) (2012):** Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Helsinki: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, *Raportti* 68/2012.
- Koskinen S, Martelin T, Sainio P, Heliövaara M, Reunanen A ja Lahelma E (2009):** Chronic morbidity. Teoksessa Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Kostainen E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M & Linnanmäki E (toim.): *Health inequalities in Finland. Trends in socioeconomic health differences 1980–2005*. Ministry of Social Affairs and Health Publications 2009:9, 70–82.
- Lahelma E & Rahkonen O (2011):** Sosioekonominen asema. Teoksessa Laaksonen M & Silventoinen K (toim.): *Sosiaalieupeidemiologia*. Helsinki: Gaudeamus; 41–59.
- Laitalainen E, Helakorpi S, Martelin T & Uutela A (2010):** Eläkeikäisten toimintakyky on parantunut, mutta ei kaikissa väestöryhmissä. *Suomen Lääkärilehti* 41/2010 vsk 65:3295–3301.
- Lankinen M (2001):** *Positiivinen diskriminaatio – mitä se on?* Helsingin kaupungin tietokeskus. Keskustelualoitteita, ISSN 1455-7258; 2001:2.
- Lönnqvist H & Tuominen M (2013):** Asuinalueiden sosiaalinen kehitys. Teoksessa *Helsingin tila ja kehitys 2013*, 171–175. Helsingin kaupungin tietokeskus, Helsinki.
- Maailman toimivin kaupunki: Helsingin kaupunkistrategia 2017–2021.** Helsingin kaupunki 2018.
- Martelin T, Sainio P, Sulander T, Helakorpi S, Tuomi K & Koskinen S (2009):** Functional capacity. Teoksessa Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Kostainen E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M & Linnanmäki E (toim.): *Health inequalities in Finland. Trends in socioeconomic health differences 1980–2005*. Ministry of Social Affairs and Health Publications 2009:9, 100–118.
- Martelin T, Sainio P, Koskinen S & Gould R (2006):** Työkyvyn vaihtelu pääasiallisen toiminnan ja ammattiaseman mukaan. Teoksessa Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J & Koskinen S (toim.): *Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia*. KTL: Helsinki.
- Maunu A (2014):** Kuinka terveyttä tehdään? Sosioekonomiset terveyserot ja ammatilliset oppilaitokset niiden kaventajina. *EHYT Katsauksia* 1/2014.
- Martikainen P, Mäki N & Jäntti M (2007):** The Effects of Unemployment on Mortality following Workplace Downsizing and Workplace Closure: A Register-based Follow-up Study of Finnish Men and Women during Economic Boom and Recession. *American Journal of Epidemiology* 165(9): 1070–75.
- Martikainen P & Valkonen T (1996):** Excess mortality of unemployed men and women during a period of rapidly increasing unemployment. *Lancet* 348(9032): 909–12.
- Meurman PK & Pienihäkkinen K (2010):** Factors associated with caries increment: a longitudinal study from 18 months to 5 years of age. *Caries Research* 44:519–24.
- Mukana-ohjelma.** Eriarvoisuuden vähentämisen ja nuorten syrjäytymisen ehkäisyn kaupunkistrategiahanke Helsingissä. <https://www.hel.fi/helsinki/fi/kaupunki-ja-hallinto/strategia-ja-talous/kaupunkistrategia/eriarvoisuuden-vahentaminen/>
- Murtin F, Mackenbach J, Jasilionis D & Mira d’Ercole M (2017):** Inequalities in longevity by education in OECD countries: Insights from new OECD estimates. *OECD Statistics Working Papers*, 2017/02, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/6b64d9cf-en>
- Mustonen U, Huurre T, Kiviruusu O, Berg N, Aro H & Marttunen M (2013):** Elämäntilanne, mielenterveys ja hyvinvointi. Seurantatutkimus 16-vuotiaista tamperelaisnuorista 22-, 32- ja 42-vuotiaana (TAM-projekti). *Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, raportteja* 17/2013.
- Mäki N (2019a):** Terveyskäyttäytymiserojen vaikutus koulutusryhmittäisiin elinajanodoteroihin. *Skenaariolaskelma PAF-ylimääräosuus –menetelmällä*. Julkaisematon käsikirjoitus.

- Mäki N (2019b):** *Helsinkiäisnuorten hyvinvointi ja koettu terveys Kouluterveyskysely 2017 -aineiston valossa*. Julkaisematon käsikirjoitus.
- Mäki N (2017a):** 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 2017:3, 11–21.
- Mäki N (2017b):** Segregaation ja alueiden ominaisuuksien vaikutukset yksilöiden terveyteen. *Kvartti*, 2017(4): 22–35.
- Mäki N (2015a):** Elinajanodotteen kehitys Helsingissä alueittain 1996–2014. *Kvartti*, 2015(2):42–58.
- Mäki N (2015b):** Vieraskielisten kuolleisuus Helsingissä 2000–2014 ja siviilisäädyn merkitys kieliryhmien erojen selittäjänä. *Yhteiskuntapolitiikka* 80(6): 617–624.
- Mäki N, Leinonen T & Martikainen P (2018):** Työttömyys ja sairastavuus. Teoksessa Michelsen T, Reijula K, Ala-Mursula L, Räsänen K & Uitti J (toim.): *Työelämän perustietoa*, 403–416.
- Mäki N & Vuori P (2018):** *Väestömuutokset Helsingissä 2012–2016*. Helsingin kaupunginkanslia, Tilastoja 2018:8.
- Mäki N, Martikainen P, Eikemo T, Menvielle G, Lundberg O, Östergren O, Jasilionis D, Mackenbach J & the EURO-GBD-SE consortium (2013):** Educational differences in disability-free life expectancy: a comparative study of long-standing activity limitation in eight European countries. *Social Science & Medicine* 2013;94:1–8.
- Mäki N & Martikainen P (2012):** A register-based study on excess suicide mortality among unemployed men and women on different levels of unemployment in Finland. *Journal of Epidemiology & Community health* 2012;66:302–307.
- Niemelä R (2011):** *Maahanmuuttaja suun terveydenhuollon asiakkaana*. Metropolia Ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala. Opinnäytetyö 25.4.2011
- Nieminen T, Sutela H & Hannula U (2015):** *Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014*. Helsinki: Tilastokeskus.
- Paananen R, Ristikari T, Merikukka M & Gissler M. (2013a):** Social determinants of mental health: a Finnish nationwide follow-up study on mental disorders. *J Epidemiol Community Health*. 2013 12;67(12):1025–31.
- Paananen R, Santalahti P, Merikukka M, Ramo A, Wahlbeck K & Gissler M. (2013b):** Socioeconomic and regional aspects in the use of specialized psychiatric care--a Finnish nationwide follow-up study. *Eur J Public Health*. 2013 Jun;23(3):372–7.
- Pensola T, Shemeikka R, Kesseli K, Laihiala T, Rinne H & Notkola V (2012):** *Palkansaaja, yrittäjä, työtön. Kuolleisuus Suomessa 2001–2007*. Helsinki: Kuntoutussäätiö.
- Pirkola SP, Isometsä E, Suvisaari J, Aro H, Joukamaa M, Poikolainen K, Koskinen S, Aromaa A & Lönnqvist JK (2005):** DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population Results from the Health 2000 Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40(1): 1–10.
- Prättälä R & Paalanen L (toim.) (2007):** Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000-tutkimus. *Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2007*.
- Rahkonen O & Lahelma E (2018):** Lääketieteellinen sosiologia ja sosiaalisten tekijöiden terveysmerkitys. Teoksessa Michelsen T, Reijula K, Ala-Mursula L, Räsänen K & Uitti J (toim.): *Työelämän perustietoa*, 385–390.
- Rahkonen O, Talala K, Sulander T, Laaksonen M, Lahelma E, Uutela A & Prättälä R (2009):** Self-rated health. Teoksessa Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Kostianen E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M & Linnanmäki E (toim): *Health inequalities in Finland. Trends in socioeconomic health differences 1980–2005*. Ministry of Social Affairs and Health Publications 2009:9, 61–69.

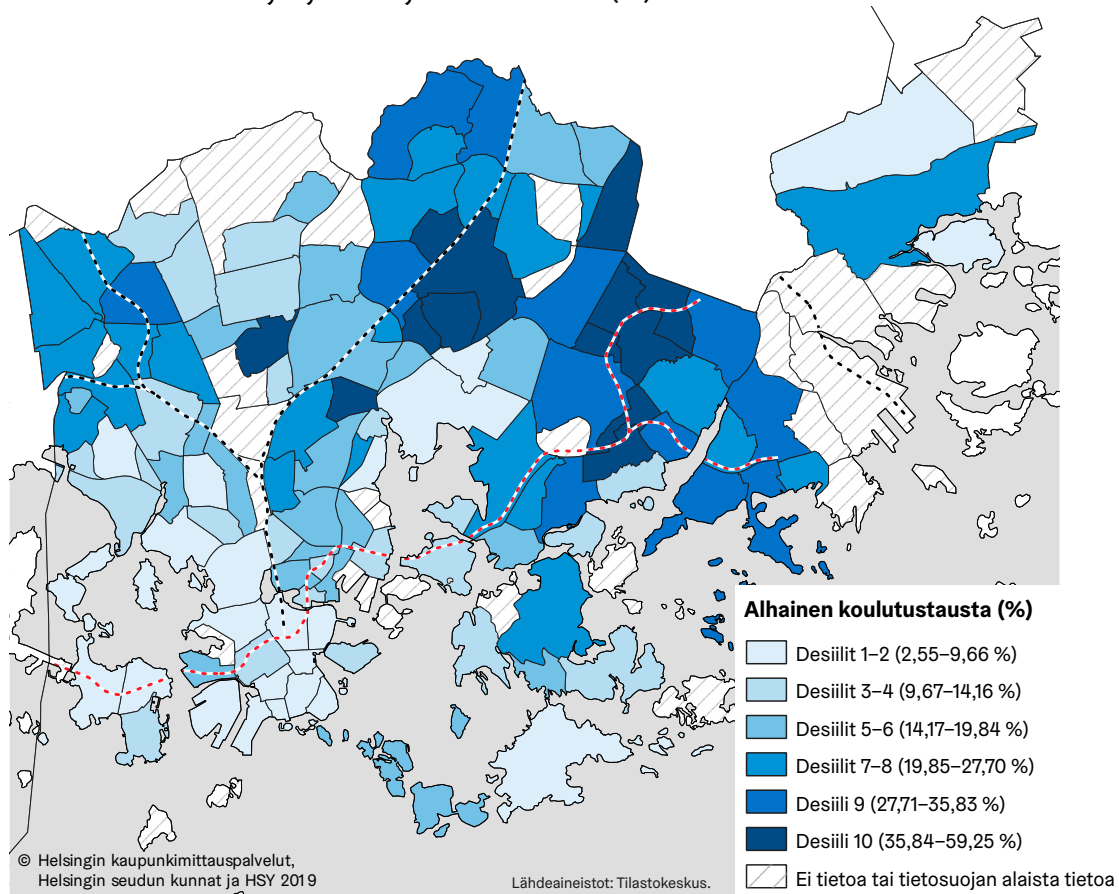
- Remes H, Martikainen P & Valkonen T (2010a):** The effects of family type on child mortality. *European Journal of Public Health* 21(6):688–693.
- Remes H, Martikainen P & Valkonen T (2010b):** Mortality inequalities by parental education among children and young adults in Finland 1990–2004. *Journal of Epidemiology & Community Health* 64:136–141.
- Roos E, Lahelma E, Saastamoinen P & Elstad J-I (2005):** The association of employment status and family status with health among women and men in four Nordic countries. *Scandinavian Journal of Public Health* 33(4): 250–260.
- Silliman MI (2017):** Targeted Funding, Immigrant Background, and Educational Outcomes: Evidence from Helsinki’s “Positive Discrimination” Policy. *VATT Working Papers* 91.
- Sosiaali- ja terveyslautakunnan lausunto (2019):** Sosiaali- ja terveyslautakunnan lausunto kaupunginhallitukselle SDP:n ryhmäaloitteeseen myönteisen erityiskohtelun rahoituksen laajentamisesta Helsingissä. HEL 2019-009097 T 00 00 03. https://www.hel.fi/static/public/hela/Sosiaali-ja_terveyslautakunta/Suomi/Paatos/2019/Sote_2019-12-03_Sotelk_21_Pk/2C51EC66-E36C-CCEC-B53A-6EE985500000/Sosiaali-ja_terveyslautakunnan_lausunto_kaupungin.html
- Stadin HYTE.** Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen Helsingissä. <https://www.hel.fi/helsinki/fi/kaupunki-ja-hallinto/strategia-ja-talous/kaupunkistrategia/hyvinvointi-terveysjohtamisrakenne/>
- SVT (2016):** Suomen virallinen tilasto: *Työvoimatutkimus* [verkkojulkaisu]. ISSN=1798-7830. Perheet Ja Työ 2016, 4. Entistä suurempi osa pienten lasten äideistä töissä. Helsinki: Tilastokeskus [viitattu: 24.1.2019]. Saantitapa: http://www.stat.fi/til/tyti/2016/14/tyti_2016_14_2017-10-10_kat_004_fi.html
- Talala K, Härkänen T, Martelin T, Karvonen S, Mäki-Opas T, Manderbacka K, Suvisaari J, Sainio P, Rissanen H, Ruokolainen O, Heloma A & Koskinen S (2014):** Koulutusryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat edelleen suuria. *Suomen Lääkärilehti* 36(69):2185–2192.
- Tarkiainen L, Martikainen P, Peltonen R & Remes H (2017):** Sosiaaliryhmien elinajanodote-erojen kasvu on pääosin pysähtynyt. *Suomen lääkäri* 72(9): 588–593.
- THL (2019):** Osallisuus. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi-osallisuus>. Luettu 20.2.2019.
- Townsend P & Davidson N (1982):** Inequalities in Health. *The Black Report*. London: Penguin Books.
- Vaattovaara M & Kortteinen M (2012):** Segregaatiosta ja sen inhimillisestä ja yhteiskunnallisesta merkityksestä. *Talous & yhteiskunta* 2012: 3, 60–66
- Valkonen T, Martikainen P ja Remes H (2007):** Sosiaaliryhmien väliset elinajanodote-erot ovat pysyneet suurina 2000-luvulla. *Suomen Lääkärilehti* 62, 3891–3896.
- Vilkama K (2012):** Socio-economic and ethnic differentiation of neighbourhoods in Helsinki. *Helsinki Quarterly* 4/2012, 24–31.
- Vilkama K, Lönnqvist H, Väliniemi-Laurson J & Tuominen M (2014).** *Erilaistuva pääkaupunkiseutu. Sosioekonomiset erot alueittain 2002–2012*. Helsingin kaupungin tietokeskus, Tutkimuksia 2014:1.
- Vilkama K & Lönnqvist H (2013).** Ovatko alueelliset erot betoniin valettuja. *Kvartti* 4/2013, 42–47.
- Virtanen P, Liukkonen V, Vahtera J, Kivimäki M & Koskenvuo M (2003):** Health inequalities in the workforce: the labour market core-periphery structure. *International Journal of Epidemiology* 32(6): 1015–21.

Liite 1. Sosioekonomisen indeksin laskennassa käytettyjen taustamuuttujien alueelliset jakaumat

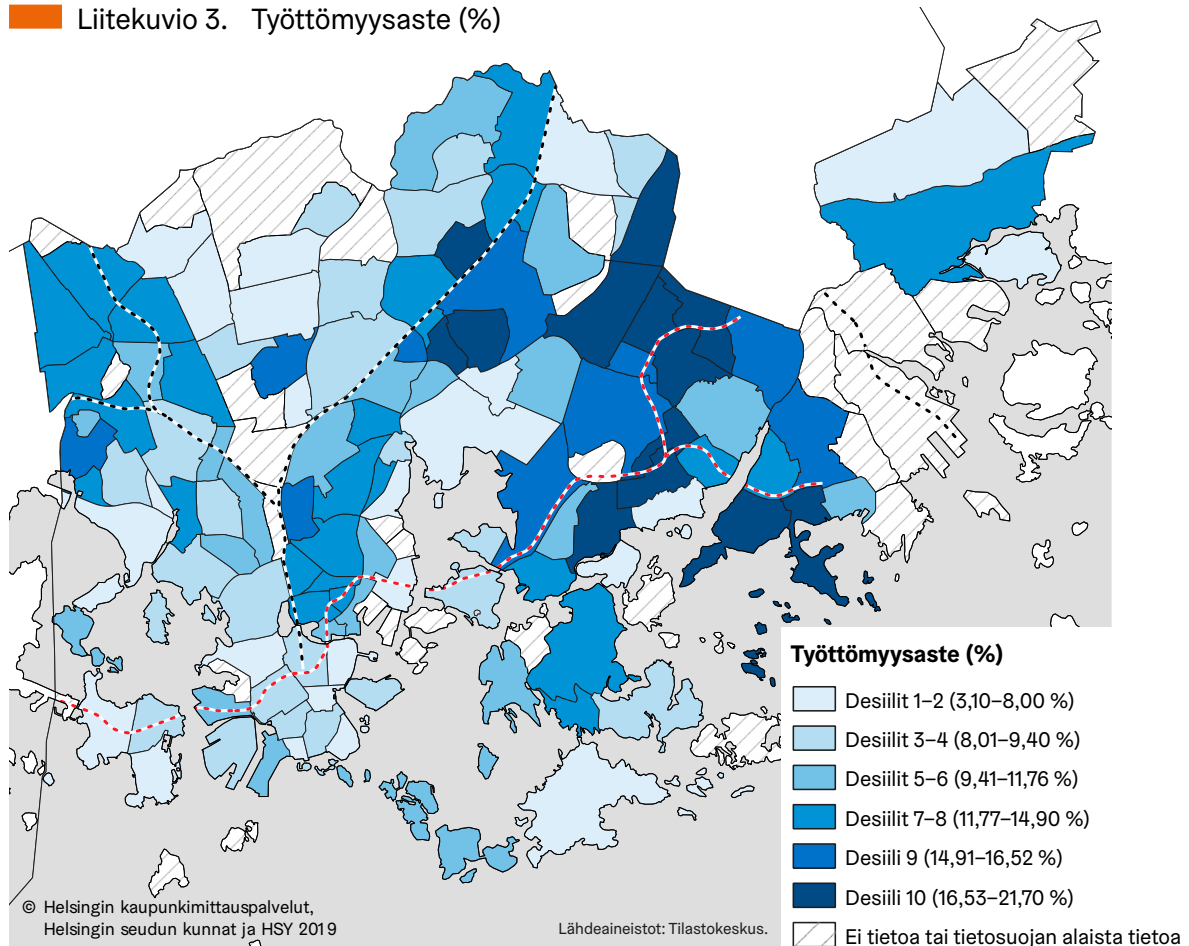
Liitekuvio 1. Pienituloisissa perheissä asuvien lasten osuus (%)



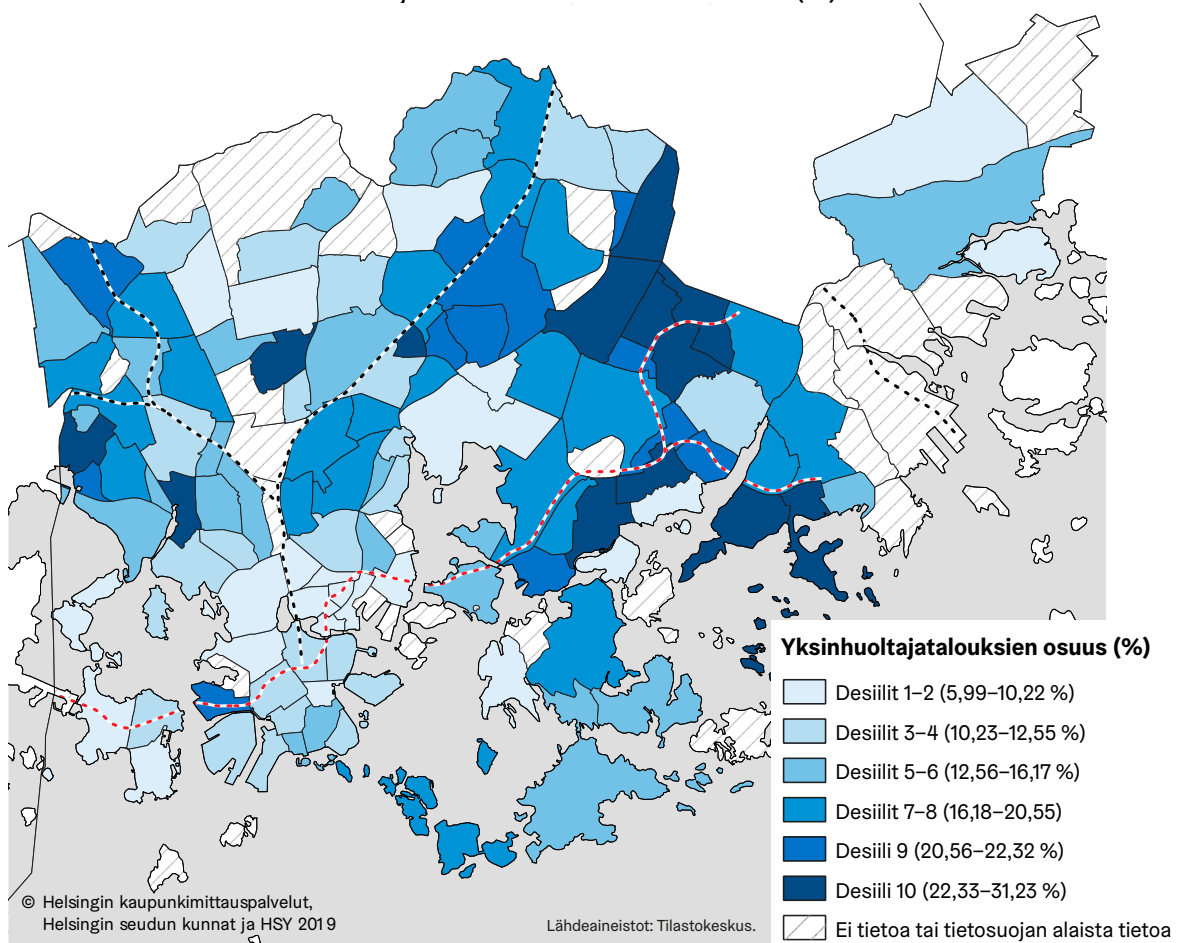
Liitekuvio 2. Alhaisen koulutustaustan omaavien osuus Suomessa syntyneistä yli 24-vuotiaista (%)



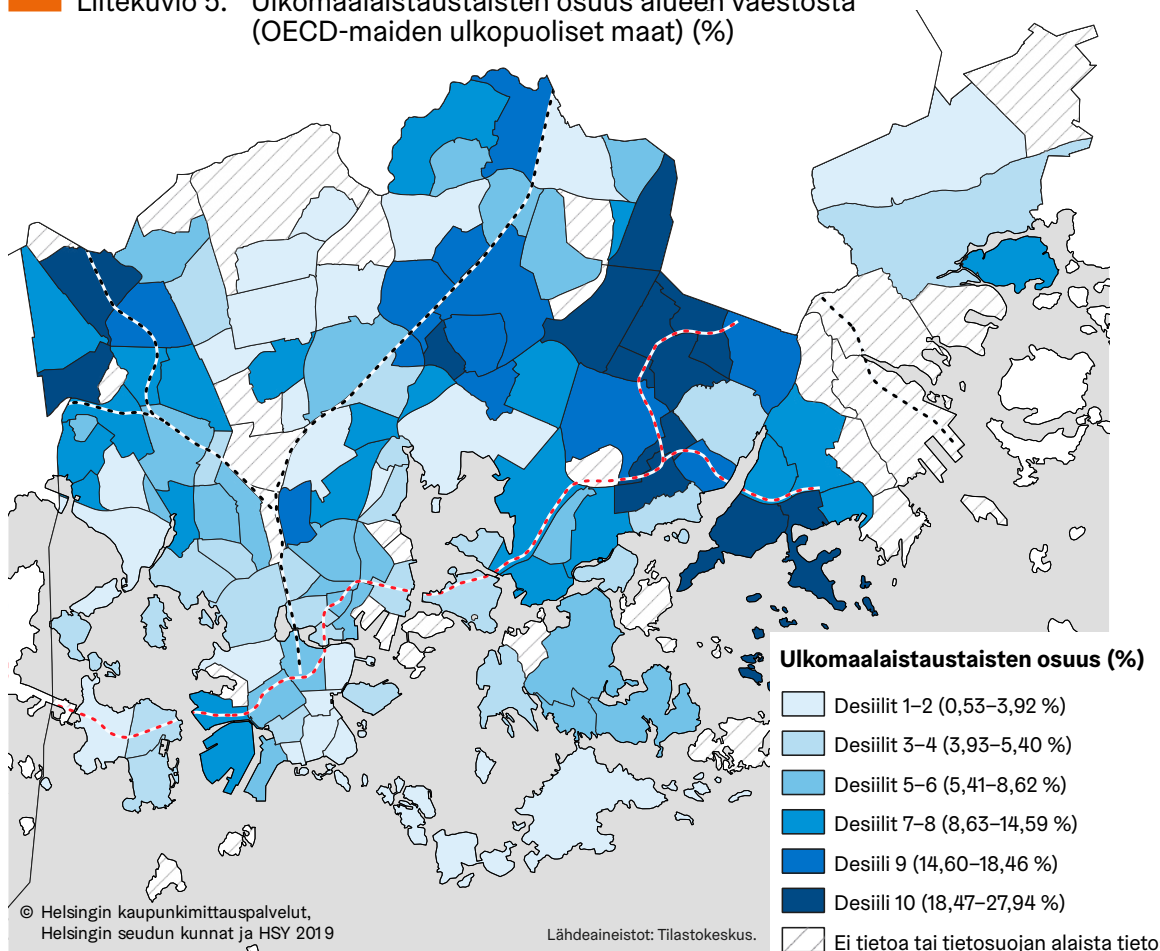
Liitekuvio 3. Työttömyysaste (%)



Liitekuvio 4. Yksinhuoltajakotitalouksien osuus alueella (%)



Liitekuvio 5. Ulkomaalaistaustaisten osuus alueen väestöstä (OECD-maiden ulkopuoliset maat) (%)



Helsingin kaupunki, kaupunginkanslia
kaupunkitutkimus ja -tilastot

Julkaisutilaukset
p. 09 310 36293

Internet
www.hel.fi/kaupunkitieto