

NELJÄNNESVUOSIJULKAISU
KVARTALSPUBLIKATION

Kvartti

02
2022

Kaupunkitieto ● Stadsforskning och -statistik ● Urban Research and Statistics

**Julkisten ja yksityisten
terveyspalvelujen käyttö Helsingissä
– alue-erot tarkastelussa**

**Asuinalueen
negatiivinen maine
voi tarttua alueen
koulujen maineisiin**

**Rahapelaaminen
väheni
korona-aikana
– pelaaminen koetaan
yhä useammin
ongelmana**

Helsinki
Helsingfors

Kvartti



NELJÄNNESVUOSIJULKAISU • KVARTALSPUBLIKATION

Helsingin kaupunki • kaupunkitieto
Helsingfors stad • stadsforskning och -statistik
City of Helsinki • Urban Research and Statistics

Päätoimittaja • Ansvarig redaktör • Editor in Chief ▶ **TIMO CANTELL**

Toimitus • Redaktör • Editor ▶ **TEEMU VASS**

Käännökset • Översättning • Translations ▶ **MAGNUS GRÄSBECK, LINGONEER** (s. 76–83)

Kuviot • Figurer • Graphs ▶ **LOTTA HAGLUND**

Visuaalinen ilme • Formgivning • General Layout ▶ **PEKKA KAIKKONEN**

Kansikuva • Pärmbild • Cover Photo ▶ **JULIA KIVELÄ / HELSINKI PARTNERS**

Kansi • Pärm • Cover ▶ **PEKKA KAIKKONEN**

Painoyhteydet • Tryckerikontaktperson • Printing Contact ▶ **LOTTA HAGLUND**

Paino • Tryckeri • Print ▶ **LIBRIS OY, HELSINKI 2022**

Julkaisija ▶ **HELSINGIN KAUPUNKI, KAUPUNGINKANSLIA, KAUPUNKITIETO**

PL 550, 00099 Helsingin kaupunki

puh. (09) 310 36377

Utgivare ▶ **HELSINGFORS STAD, STADSKANSLIET, STADSFORSKNING OCH -STATISTIK**

PB 550, 00099 Helsingfors stad

tel. (09) 310 36377

Publisher ▶ **CITY OF HELSINKI, EXECUTIVE OFFICE, URBAN RESEARCH AND STATISTICS**

P.O.BOX 550, FI – 00099 City of Helsinki, Finland

telephone +358 9 310 36377

Tilaukset, jakelu | Beställningar, distribution | Subscriptions, distribution ▶ kaupunkitieto.tilaukset@hel.fi

ISSN 0788-1576 (painettu)

ISSN 1796-7279 (verkossa)



Kvartti

SISÄLLYS

- 4** Pääkirjoitus:
Timo Cantell
- 6** **Tommi Sulander, Hanna Ahlgren-Leinvuo & Juha Nyman**
Helsingin eriarvoisuus näkyy myös yksityisten ja julkisten terveyspalvelujen käytössä
- 18** **Venla Bernelius & Heidi Huilla**
Maineen vangit? Kaupunkikoulujen maineiden yhteys naapurustoihin segregaation riskinä ja kehittämisen mahdollisuutena
- 26** **Netta Mäki**
Rahapelaaminen ja peliongelmat yleisimpiä vähän koulutetuilla ja talousvaikeuksia kokevilla
- 40** **Tommi Sulander, Saara Lehtiniemi, Katja Kokko, Päivi Koikkalainen, Marja-Liisa Lommi & Timo Lukkarinen**
Raskausdiabeteksen esiintyvyys Helsingin peruspiireissä – kohti proaktiivista ennaltaehkäisyä
- 48** **Suvi Määttä**
Aktiivit, passiivit, omatoimiset, epäsäännölliset ja ohjatut – Helsingin nuorten liikunnan harrastamisesta on tunnistettavissa viisi harrastajaprofiilia
- 58** **Uutinen:**
Pääkaupunkiseudun kaupungit analysoivat yhdessä asukkaidensa hyvinvointia ja terveyttä

Helsinki
Helsingfors



Asukkaiden hyvinvoinnin seuranta ja tukeminen ovat kaupungin tehtäviä myös jatkossa

Helsinki on jo yli vuosisadan ajan tarkastellut kaupungin väestörakenteen ohella väestön hyvinvointia ja terveyttä, tuottaen näistä teemoista monenlaista tilasto- ja tutkimustietoa. Kaupunginlääkäri Wilhelm Sucksdorffin aikoinaan mittaamat erot asukkaiden terveydessä (”kuolleisuudessa ja kivullosuudessa”) eri kaupunginosien välillä saivat Helsingin kaupungin perustamaan vuonna 1911 oman tilastokonttorin, jonka tehtävänä oli muun muassa perehtyä systemaattisesti elinolojen ja terveyden kysymyksiin. Tämän toimiston työ jatkuu edelleen kaupungin tilasto- ja tutkimustoiminnassa.

TÄTÄ NYKYÄ Helsingissä kerätään ja analysoidaan tietoja erilaisista rekistereistä, tekemällä haastattelututkimuksia ja hyödyntämällä erilaisten palveluiden asiakkaiden tuottamia tietoja. Virallisiin tietoihin voidaan usein yhdistää yksityiseltä sektorilta peräisin olevia aineistoja, kuten ostoksista kertyvää dataa. Erityyppisten tietojen avulla voidaan muodostaa vertailuasetelmia ja indeksejä ja hahmottaa kehityskaaria, joiden avulla ymmärrämme kaupunkikehitystä ja väestön tilannetta entistä paremmin.

HELSINGIN VÄESTÖ voi verraten hyvin ja monilla mittareilla sijoitummekin suomalaisittain korkealle. Pelkän yleistilanteen kokoaminen ei kuitenkaan riitä, vaan tarvitsemme yksityiskohtaista tietoa koko kaupungin lisäksi myös eri kaupunginosista ja eri väestöryhmistä.

HELSINGILLE – ja suurille kaupungeille ylipäätään – on tyypillistä, että väestöryhmien ja asuinalueiden välillä on suuria eroja. Siten meillä korostuvat hyvinvoinnin laaja skaala, niin ääripäät kuin niiden väliin jäävä kirjo. Polarisaatio-termin sijaan voitaisiin myös puhua Helsingin mosaiikkimaisesta kokonaisuudesta. Tähän perehtyminen tuottaa jatkuvasti kiinnostavaa ja arvokasta tietoa päätöksenteon ja suunnittelun tueksi.

NÄITÄ TIETOJA hyödynnetään samalla osana Helsingin kaupunkistrategian seurantakokonaisuutta. Tiedot tulevat siten monella tavalla hallinnon ja päätöksentekijöiden käyttöön. Tietotuotannon tarve säilyy sote-uudistukseen liittyvien muutosten tullessa voimaan, sillä väestön hyvinvoinnin seuranta ja tukeminen säilyvät kaupungin tehtävinä myös tulevaisuudessa.

TIMO CANTELL
kaupunkitietopäällikkö



JUSSI HELLSTEN / HELSINKI PARTNERS

Helsingin

näky myös yksityisten ja

eriarvoisuus

julkisten terveyspalvelujen käytössä

● TOMMI SULANDER & HANNA AHLGREN-LEINVUO & JUHA NYMAN



Helsingissä asuu koko Suomen mittapuulla mitaten niin parhaiten pärjääviä kuin huono-osaisimpia ihmisiä, ja kaupungin asuinalueiden välillä on suuria eroja sairastavuudessa ja terveyspalveluiden käytössä. Tässä artikkelissa tarkastellaan yksityisten ja julkisten terveyspalveluiden käytön yleisyyttä Helsingin peruspiireissä vuonna 2019. Yksityisiä palveluita käytetään enemmän ja julkisia vähemmän eteläisissä peruspiireissä, missä tulotaso on kaupungin keskimääräistä korkeampi ja sairastavuutta vähemmän. Vastaavasti niissä peruspiireissä, missä sairastavuutta on enemmän ja tulotaso matalampi, asukkaat käyttävät enemmän julkisia palveluita ja yksityisten palveluiden käyttö on vähäisempää.

Suomalainen terveydenhuolto on rakennettu universaaliuden periaatteen varaan. Sen mukaan kaikille Suomessa asuville tulee taa-ta tasavertaiset palvelut siitä riippumatta, mikä on ihmisen sosioekonominen asema tai asuinpaikka. Terveystuotojärjestelmämme jakaantuu kolmeen osaan. Ensimmäinen osa on avoin julkinen terveydenhuolto, joka pitää sisällään kuntien järjestämistä olevan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon. Toisena on työterveyshuolto, jonka piirissä on noin 86 prosenttia työtä tekevästä kansalaisista (Tarvainen ja Turunen 2021). Kolmannen osan muodostavat Kelan tukemat yksityiset terveyspalvelut.



TERVEYSPALVELUJEN KATTAVUUS on Suomessa hyvällä tasolla. Jormanaisen ja Keskimäen (2019) mukaan erityisen hyvin toimii erikoissairaanhoito, jossa hoidon saatavuus on hyvä. Terveyspalvelujärjestelmämme keskeisiksi pulmiksi he nostavat eriarvoisuuden perusterveydenhuollon hoitoon pääsyssä sekä alueellisen vaihtelun sosiaali- ja terveydenhuollon kustannuksissa. Suomen "kolmijakomalli" on poikkeuksellinen koko EU:n tasolla (Kivimäki 2017). Samalla, kun osa kansalaisista voi valita näiden kolmen järjestelmän välillä terveydenhoitoon liittyvät palvelunsa, isolla osalla ihmisiä vaihtoehtoja on vain yksi: julkinen terveydenhuolto.

HELSINGIN TAVOITTEENA on, että asuinalueet eivät eriydy. Tavoite on tärkeä, sillä useiden tutkimusten mukaan huonosaisuus kasautuu kaupunkiseuduilla aiempaa vahvemmin samoille alueille (Vilkama ja Hirvonen 2018). Helsingissä asuinalueiden välillä on sosioekonomisia eroja, jotka näkyvät myös alueen väestön sairastavuudessa ja kuolleisuudessa. Hyvätulolisilla alueilla ollaan keskimäärin terveempiä ja pienituloisilla sairaampia (Mäki 2021). Vastaavasta ilmiöstä on raportoitu muun muassa Yhdysvalloissa (mm. Acevedo-Garcia 2000, Gibbons ym. 2020).

TÄSSÄ ARTIKKELISSA tarkastelemme sitä, minkä verran Helsingin eri alueilla käytetään yksityisiä terveyspalveluita ja minkä verran julkisia. Artikkelissa tarkastellaan myös sairastavuusindeksin ja tulojen yhteyttä palveluiden käyttöön.

Tarkastelussa Kelan ja Helsingin kaupungin järjestelmien tiedot

Tutkimuksessa käytettävät aineistot perustuvat vuoden 2019 tietoihin, joihin koronaepidemia ei vielä vaikuttanut. Tutkimuksen yksityistä terveydenhuoltoa koskeva aineisto perustuu Kelan sairaanhoitokorvausten etuusjärjestelmästä muodostettuihin tilastoihin. Tarkastelussa ovat helsinkiläisten saamat korvaukset yksityisen sektorin lääkärin, hammaslääkärin tai suuhygienistin perimistä palkkioista ja lääkärin määräämän tutkimuksen ja hoidon kustannuksista. Sairaanhoitokorvauksia tarkastelemalla saadaan hyvä käsitys siitä, kuinka suuri osuus helsinkiläisistä käyttää yksityisen terveydenhuollon palveluita. Sairaanhoitokorvauksia koskevassa aineistossa eivät ole mukana työ- tai opiskeluterveydenhuoltoon liittyvät käynnit tai julkisen terveyden huollon määräämät käynnit (esim. palvelusetelillä hankittu yksityinen hoito). Aineistosta ei myöskään voida eritellä sitä, kuinka monella on yksityinen sairauskuluvakuutus.

JULKISIA TERVEYSPALVELUJA ovat Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen tuottamat ja järjestämät terveyspalvelut mukaan lukien Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin terveyspalvelut. Perusterveydenhuollon avohoidon palveluja käyttäneet helsinkiläiset ovat käyneet terveysasemien avosairaanhoidossa tai heillä on käyntiä korvaava hoitopuhelu. Erikoissairaanhoito sisältää somaattisen ja psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon käynnit.

ARTIKKELIN ALUETARKASTELUT on tehty Helsingin piirijakojärjestelmän peruspiiritasolla. Julkisia palveluita koskevaan aineistoon peruspiiritieto on saatu suoraan Helsingin tietojärjestelmästä, mutta yksityistä terveydenhuoltoa koskevaan aineistoon peruspiirit muodostettiin postinumeroalueita ryhmittelemällä. Postinumeroalueista muodostettujen alueiden rajat poikkeavat jonkin verran virallisten peruspiirien rajoista. Tästä syystä palvelujen käyttäjien määrä on yksityisten palveluiden kohdalla suhteutettu virallisen peruspiirin väestön sijaan niiden postinumeroalueiden väestömäärään, joista kukin peruspiiri tarkastelua varten muodostettiin.

TARKASTELUSSA HALUTTIIN nostaa esiin myös peruspiirien väestön sairastavuus ja tulotaso. Sairastavuutta on tässä tarkasteltu ikävakioidulla sairastavuusindeksillä, joka perustuu tietoihin siitä, kuinka yleisiä työkyvyttömyys, kuolleisuus ja Kelan lääkekorvausoikeudet alueella ovat. Indeksi kuvaa sairastavuutta suhteessa koko maan keskiarvoon, joka on 100 (Mäki 2021). Jos sairastavuusindeksi on alueella yli 100, se tarkoittaa, että alueen sairastavuus on suurempi kuin koko maassa keskimäärin. Tulotasoa puolestaan kuvattiin 15 vuotta täyttäneen väestön valtionveronalaisten tulojen keskiarvolla (Tilastokeskus). Sairastavuusindeksin ja tulotason yhteyttä palveluiden käyttöön peruspiireittäin tarkasteltiin Pearsonin korrelaatiokertoimella.

Yksityisiä terveyspalveluita käyttävät eniten hyvätuloiset

Aiempi tutkimustieto tukee käsitystä siitä, että tulotasolla on yhteys yksityisten terveyspalveluiden käyttöön. Esimerkiksi Jenni Blomgrenin ja kollegoiden (2015) selvityksen mukaan yksityisen sairaanhoidon korvauksia maksettiin sitä enemmän, mitä suuremmat olivat tulot. Yksityisen sairaanhoidon korvauksia (lääkärinpalkkiot, hammashoito sekä tutkimus ja hoito) maksettiin keskimäärin 63 euroa jokaista 25 vuotta täyttäneestä kohden. Pienituloisimmat saivat korvauksia keskimäärin 33 euroa vuodessa ja suurituloisimmat lähes 100 euroa. Eniten korvauksia maksettiin suurituloisille eläkeikäisille: naisten suurituloisimmassa ryhmässä korvauksia maksettiin vuodessa lähes 200 euroa henkeä kohden. Pienimmät korvaukset havaittiin pienituloisten työikäisten miesten ryhmässä, jossa näitä korvauksia maksettiin vain 21 euroa henkeä kohden (Sosiaalivakuutus 2015).

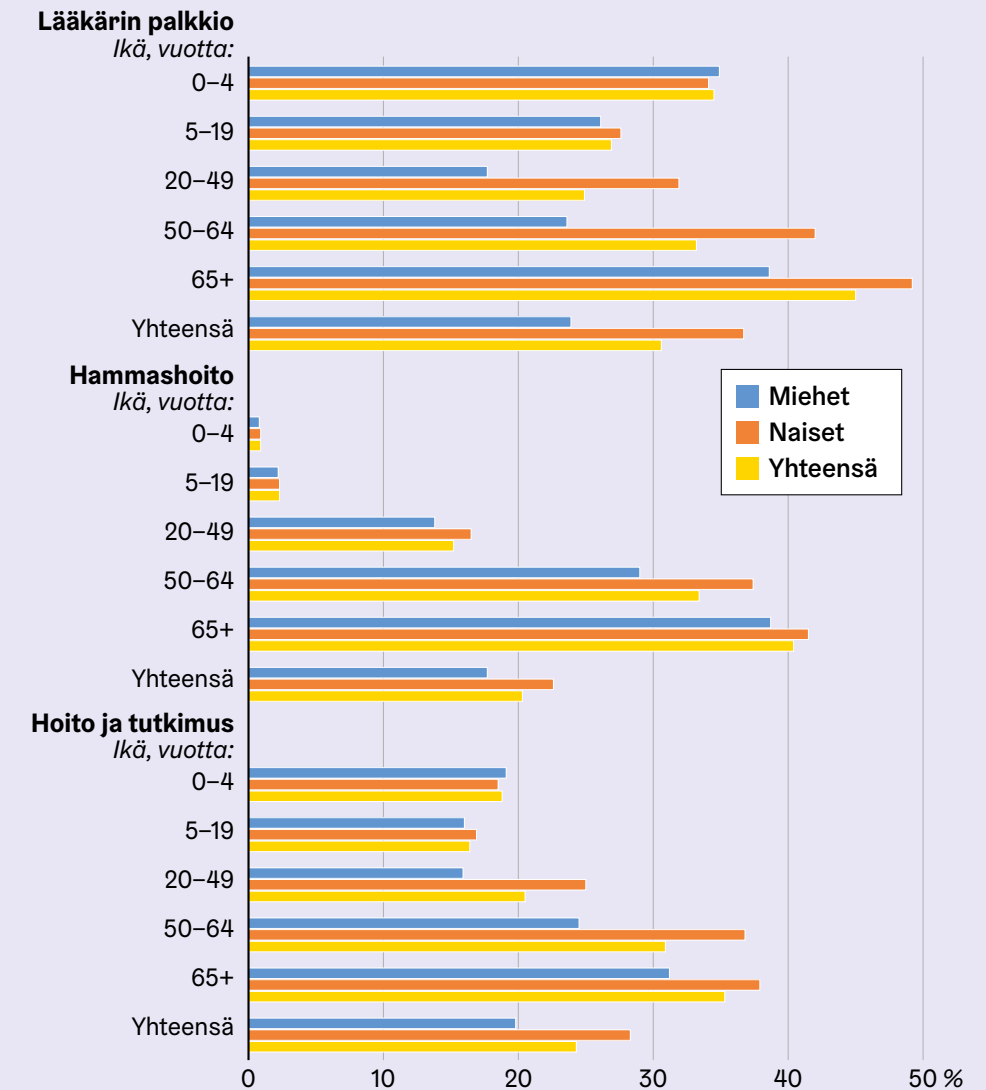
YHÄ USEAMMAT ihmiset ovat hankineet vakuutusyhtiöiden tarjoamia yksityisiä sairauskuluvakuutuksia. Vuoden 2019 lopussa jo 1 239 000 suomalaisella oli vakuutus, mikä vastaa reilua 22 prosenttia väestöstä. Vakuutusten ottajien määrä on lisääntynyt vuodesta 2009 vuoteen 2019 noin 50 prosenttia (Sairauskuluvakuutustilastot 2021). Yksityinen sairauskuluvakuutus mahdollistaa nopean hoitoon pääsyn yksityiseen terveydenhuoltoon. Se korvaa vakuutuksen kattavuudesta riippuen tutkimus- ja hoitokuluja sekä lääkkeitä määrätyn vuosittaisen omavastuun ylittävältä osalta.

OSAA ERIKOISLÄÄKÄRIPALVELUISTA, kuten silmälääkäripalveluita, ei ole tarjolla perusterveydenhuollossa, vaan palvelun saaminen edellyttää lähetettä erikoissairaanhoitoon, mikä voi pahimmillaan tarkoittaa jopa kuukausien jonotusaikaa. Yksityisellä puolella erikoislääkäreille pääsy on huomattavasti nopeampaa. Tämä osaltaan lisää yksityisten palvelui-

den käyttöä myös muilla kuin korkeampiin tuloluokkiin kuuluvilla.

Lähes joka kolmas helsinkiläinen on saanut Kela-korvauksia yksityislääkärin kustannuksista

Vuoden 2019 aikana helsinkiläisistä 31 prosenttia sai sairaanhoitokorvauksia yksityislääkärin palkkioista, 20 prosenttia hammashoidon kustannuksista ja 24 prosenttia tutkimukseen ja hoitoon liittyvistä kustannuksista. Kaiken kaikkiaan sairaanhoitokorvaukset niin lääkärinpalkkioista kuin hammashoidosta ja tutkimuksesta ja hoidosta olivat yleisimpiä 50 vuotta täyttäneiden joukossa ja erityisesti ikääntyneillä. 65 vuotta täyttäneistä 45 prosenttia sai korvauksia lääkärinpalkkioista, 40 prosenttia hammashoidosta ja 35 prosenttia tutkimuksesta ja hoidosta (Kuvio 1).



Kaupunkitieto/Helsingin kaupunki. Aineistolähde: Kela, Kelasto-tilastotietokanta.

KUVIO 1.

Sairaanhoitokorvausten saajien väestöosuudet sairaanhoitopalveluittain ikäryhmän ja sukupuolen mukaan Helsingissä vuonna 2019.

NAISET SAIVAT korvauksia enemmän kuin miehet kaikkien kolmen palvelun osalta. Naiset käyttävät myös julkisen terveydenhuollon palveluita yleisemmin ja enemmän. Lääkäripalkkioiden osalta naisten osuus nousee miehiä selvästi suuremmaksi jo 15–19-vuotiaiden ikäryhmässä ja on korkeimmillaan 50–59-vuotiden joukossa. Hammashoidon osalta sukupuolten väliset erot ovat maltillisempia, mutta naisten osuus on siinäkin miehiä suurempi.

NIIN LÄÄKÄRI- kuin hammaslääkärikäynnit sekä tutkimus ja hoito ovat kallistuneet 2000-luvulla merkittävästi. Tilastokeskuksen selvityksen mukaan esimerkiksi erikoislääkärikäynnit maksavat (vuoden 2020 rahassa) 2020-luvulla yli kaksi kertaa enemmän kuin vuonna 2000 (Lehtinen 2020). Samaan aikaan lääkäripalkkioiden sairausvakuutuskor-

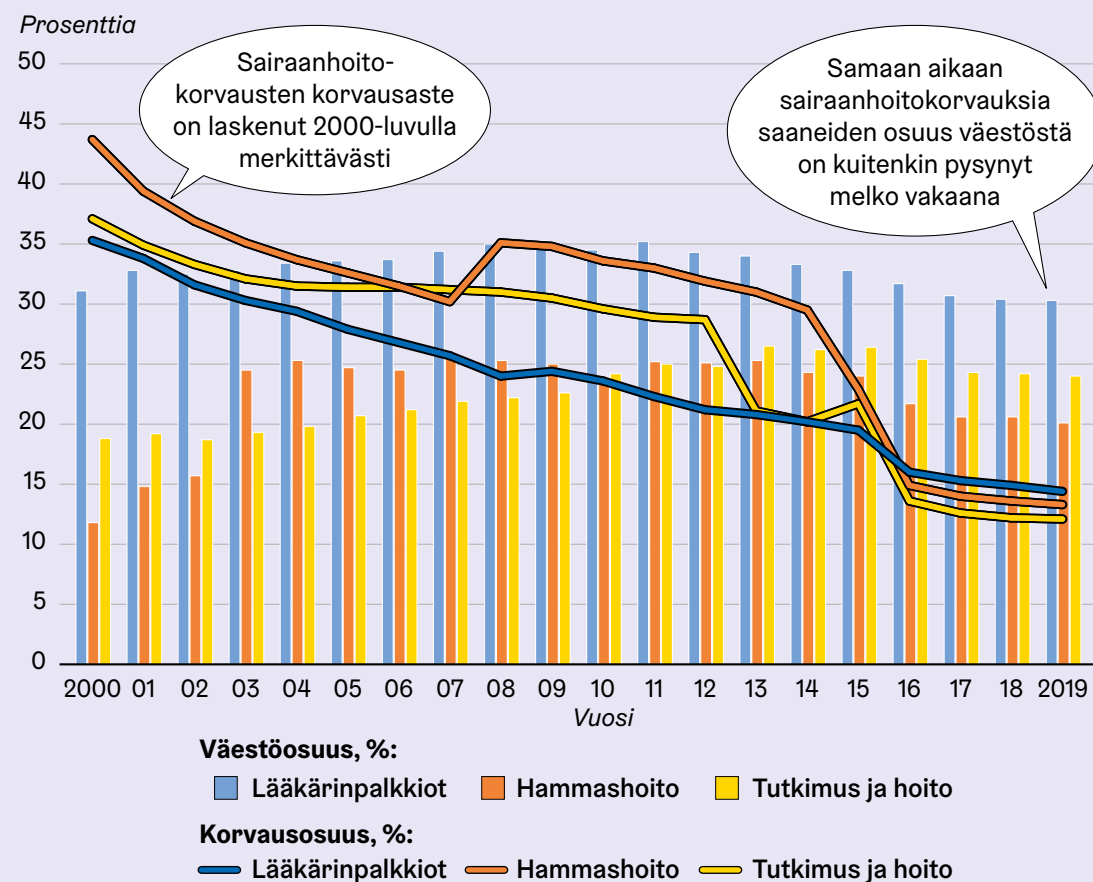
vauksia ei ole korotettu, joten potilaiden itsensä maksettavaksi jäävä osuus lääkäripalkkioista on kasvanut (Mikkola ja Räsänen 2021). Kuviosta 2 nähdäänkin Helsingin osalta, että toteutunut keskimääräinen korvausaste on aikavälillä 2000–2019 laskenut reilusti: lääkäripalkkioiden osalta 35 prosentista 14 prosenttiin, hammashoidon osalta 44 prosentista 13 prosenttiin ja tutkimuksen ja hoidon osalta 37 prosentista 12 prosenttiin. Korvauksia saaneiden väestöosuus on sen sijaan hammashoitoa lukuun ottamatta säilynyt melko vakaana vastaavana aikana. Koko väestö on ollut sairausvakuutuksen hammashuollon piirissä vasta joulukuusta 2002 alkaen, mistä johtuen yksityisen hammashuollon käyttäjien väestöosuus kasvoi vuoden 2002 jälkeen (Blomgren ym. 2015).



Potilaiden itsensä maksettavaksi jäävä osuus lääkäripalkkioista on kasvanut 2000-luvun aikana.

KUVIO 2.

Sairaanhoidokorvausten saajien väestöosuus (%) ja sairaanhoidokustannusten korvausaste (%) palveluittain Helsingissä vuosina 2000–2019.



Kaupunkitieto/Helsingin kaupunki. Aineistolähde: Kela, Kelasto-tilastotietokanta.

Suurta vaihtelua yksityisten ja julkisten terveyspalvelujen käytössä peruspiirien välillä

Seuraavaksi esitellään kolmella kuviolla yksityisten ja julkisten palveluiden käytön väestöosuudet sekä sairastavuusindeksi ja valtionveronalaisten tulojen keskiarvo peruspiireittäin. Sairastavuusindeksi ja tulot esitetään eri kuvioissa, koska niiden erilainen asteikko ei mahdollista niiden esittämistä samassa yhteydessä palveluiden käytön kanssa.

HELSINKILÄISISTÄ 31 prosenttia on siis käyttänyt yksityisiä lääkäripalveluita ja noin 50 prosenttia Helsingin kaupungin tuottamia tai järjestämiä perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon palveluja. Niin yksityisten lääkäripalveluiden kuin perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon palvelujen käytössä on merkittäviä asuinaluekohtaisia eroja.

SUhteellisesti yleisintä yksityisten lääkäripalveluiden käyttö on eteläisen Helsingin peruspiireissä ja vähäisintä itäisissä ja koillisissa peruspiireissä. Näiden palveluiden käyttäjien väestöosuudet peruspiireittäin vaihtelevat 17 ja 43 prosentin välillä. Ääripäissä ovat Jakomäki ja Kulosaa-ri. Yksityisiä lääkäripalveluita käyttäneiden osuus oli kolmessa peruspiirissä suurempi kuin julkisia palveluita käyttäneiden. (Kuvio 3).

JULKISTEN PERUSTERVEYDENHUOLLON avopalvelujen käyttö näyttyy varsin päinvastaisena verrattuna yksityisten palveluiden käyttöön. Suhteellisesti vähäistä julkisten palveluiden käyttö on eteläisen Helsingin peruspiireissä ja yleisintä itäisissä, koillisissa ja pohjoisissa peruspiireissä. Peruspiireittäin julkisia terveyspalveluita käyttäneiden osuudet väestöstä vaihtelivat Kulosaa-riin 41 prosentin ja Jakomäen 66 prosentin välillä.

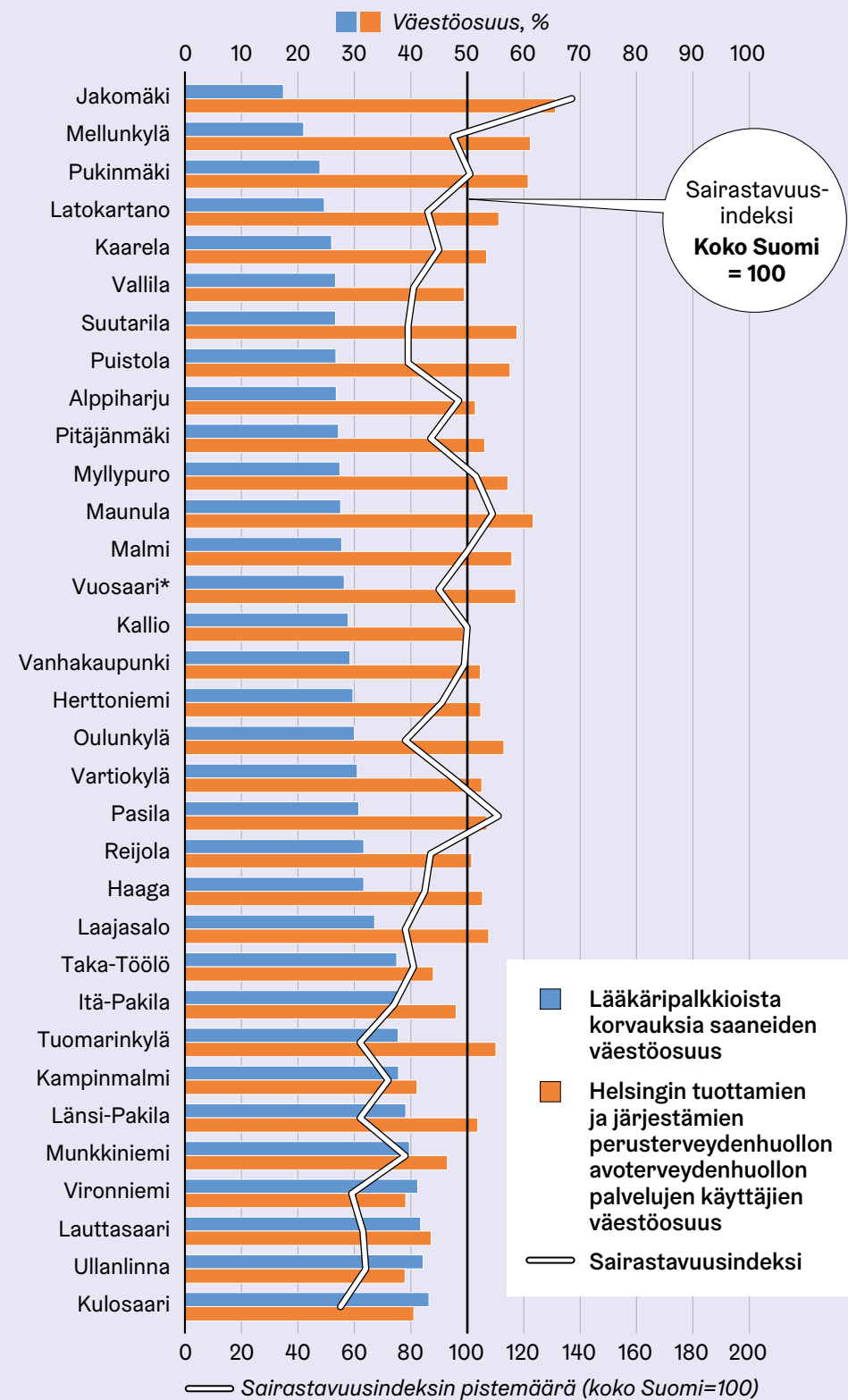
ENITEN YKSITYISIÄ lääkäripalveluita käytetään peruspiireissä, joissa myös asukkaiden keskimääräinen tulotaso on korkein. Peruspiirien sisällä voi lisäksi olla suuriakin tulotason liittyviä eroja. Tällaisia peruspiirejä ovat esimerkiksi Herttoniemi, johon kuuluu myös korkean tulotason alue Tammisalo. Tammisaloon väestöstä lähes 46 prosenttia sai korvauksia yksityisistä lääkärikäynneistä, kun koko Herttoniemen peruspiirissä osuus on 30 prosenttia. Samoin Laajasalon peruspiiriin kuuluu korkean tulotason Jollas, jossa korvausten saajien väestöosuus on koko peruspiiriä selvästi korkeampi. Nämä alueet osaltaan nostavat koko peruspiirin keskiarvoa.

SAIRASTAVUUSINDEKSISSÄ ON suurta alueellista vaihtelua. Kuviosta 3 voidaan havaita silmämääräisesti, että sairastavuusindeksi on keskimäärin suurempi alueilla, joilla yksityisten lääkäripalveluiden käyttö on vähäisempää ja julkisten palveluiden käyttö yleisempää. Sairastavuusindeksi vaihtelee Kulosaa-riin 55:stä Jakomäen 137:ään.

TYÖKYVYTTÖMYTTÄ, KUOLLEISUUTTA ja lääkekorvausten määrää osoittavan sairastavuusindeksin kohotessa perusterveydenhuollon palveluja käyttäneiden osuus lisääntyi (Pearson-korrelaatio = 0,69, p = <0,01). Sen sijaan peruspiirin sairastavuusindeksin noustessa yksityisistä lääkäripalkkioista KELA-korvausta saaneiden väestöosuus väheni (Pearson-korrelaatio = -0,48, p = <0,05). Tulosten mukaan tarkasteltuna perusterveydenhuollon palvelujen käyttö oli yleisempää alemman tulotason peruspiireissä (Pearson-korrelaatio = -0,84, p = <0,01) ja yksityisten lääkäripalveluiden käyttö yleisempää korkeamman tulotason peruspiireissä (Pearson-korrelaatio = 0,81, p = <0,01).

KUVIO 3.

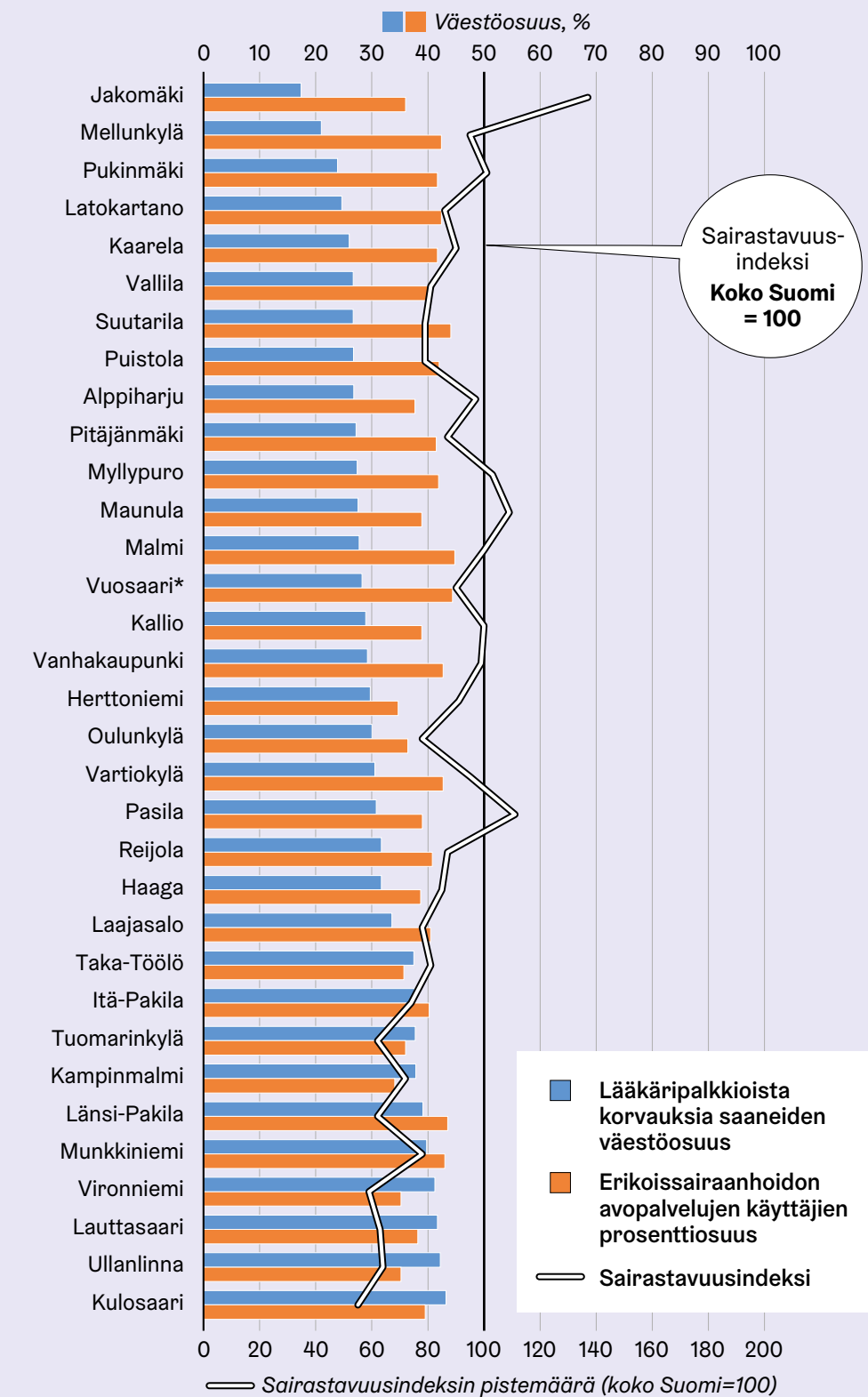
Julkisten perusterveydenhuollon avohuollon palvelujen käyttäjien ja yksityisistä lääkärinpalkkioista Kela-korvauksia saaneiden väestöosuudet sekä sairastavuusindeksi Helsingissä peruspiireittäin vuonna 2019.



* Vuosaari pitää sisällään lääkäripalkkioista korvauksia saaneiden osalta myös Östersundomin alueen.
Kaupunkitieto/Helsingin kaupunki. Aineistolähde: Kelan analytiikka- ja tilastoryhmä, Helsingin sosiaali- ja terveystoimiala ja Mäki 2021.

KUVIO 4.

Julkisten erikoissairaanhoidon avohuollon palvelujen käyttäjien ja yksityisistä lääkärinpalkkioista Kela-korvauksia saaneiden väestöosuudet sekä sairastavuusindeksi Helsingissä peruspiireittäin vuonna 2019.



* Vuosaari pitää sisällään lääkäripalkkioista korvauksia saaneiden osalta myös Östersundomin alueen.
Kaupunkitieto/Helsingin kaupunki. Aineistolähde: Kelan analytiikka- ja tilastoryhmä, Helsingin sosiaali- ja terveystoimiala ja Mäki 2021.

HELSINKILÄISISTÄ NOIN 39 prosenttia on käyttänyt vuoden 2019 aikana Helsingin kaupungin järjestämiä erikoissairaanhoidon avoterveydenhuollon palveluja. Erikoissairaanhoidon avoterveydenhuollon käyttäjien väestöosuudet vaihtelivat peruspiireittäin 35–45 prosentin välillä. Suhteellisesti yleisintä kaupungin tuottamien ja järjestämien avoterveydenhuollon palvelujen käyttö oli eräissä pohjoisissa ja itäisissä peruspiireissä (Kuvio 4). Peruspiirin sairastavuusindeksillä ja kaupungin järjestämien erikoissairaanhoidon palveluja käyttäjien osuudella ei ollut tilastollisesti merkittävää yhteyttä (Pearson-korrelaatio = 0,16, p = 0,378. Alhaisemmalla peruspiirin tulotasolla oli puolestaan tilastollisesti merkitsevä yhteys erikoissairaanhoidon yleisempään käyttöön (Pearson-korrelaatio = -0,38, p = <0,05)

HELSINKILÄISISTÄ 21 prosenttia oli saanut korvauksia yksityisestä hammashoidosta ja 28 prosenttia oli käyttänyt kaupungin järjestämiä suun terveydenhuollon palveluita. Yksityisiä hammashoidon palveluita käyttäjien osuus oli seitsemässä peruspiirissä suurempi kuin julkisia palveluita käyttäjien. Peruspiirien väliset erot olivat hammashoidon osalta varsin samankaltaiset kuin yksityisten lääkäripalveluiden ja perusterveydenhuollon avoterveydenhuollon palvelujen käytössä (Kuvio 5).

SAMOIN KUIN yksityisten lääkärikorvausten osalta, myös yksityisen hammashoidon korvauksissa peruspiirien väliset erot ovat suuret. Ääripäissä ovat Ullanlinna ja Jakomäki. Näissä peruspiireissä korvauksia saaneiden osuudet ovat 30 prosenttia Ullanlinnassa ja noin 10 prosenttia Jakomäessä. Kuvioista 5 voidaan havaita, että peruspiirien järjestys on hyvin samankaltainen kuin yksityisiä lääkäripalveluita käyttävien osalta. Korkeamman tulotason alueilla siis käytetään enemmän myös yksityistä hammashoitoa.

SAIRASTAVUUSINDEKSIEN KOHOTESSA julkisia suun terveydenhuollon palveluja käyttäjien osuus lisääntyi (Pearson-korrelaatio = 0,42, p = <0,05). Sen sijaan peruspiirin sairastavuusindeksi noustessa yksityisistä hammashoidon palveluista Kela-korvausta saaneiden väestöosuus väheni (Pearson-korrelaatio = -0,49, p = <0,01). Tulojen mukaan tarkasteltuna julkisen suun terveydenhuollon palvelujen käyttö oli yleisempää alemman tulotason peruspiireissä (Pearson-korrelaatio = -0,59, p = <0,01) ja yksityisten hammashoidon käyttö yleisempää korkeamman tulotason peruspiireissä (Pearson-korrelaatio = 0,81, p = <0,01)

Osa helsinkiläisistä pääsee lääkäriin heti, osa ehkä ensi kuussa

Tämä tutkimuksen antama yleiskuva Helsingin peruspiirien välisistä eroista palveluiden käytössä on varsin selkeä. Yksityisiä palveluita käytetään enemmän ja julkisia vähemmän korkeamman tulotason alueilla, joissa myös sairastavuutta on vähemmän. Erikoissairaanhoidon osalta ei ha-

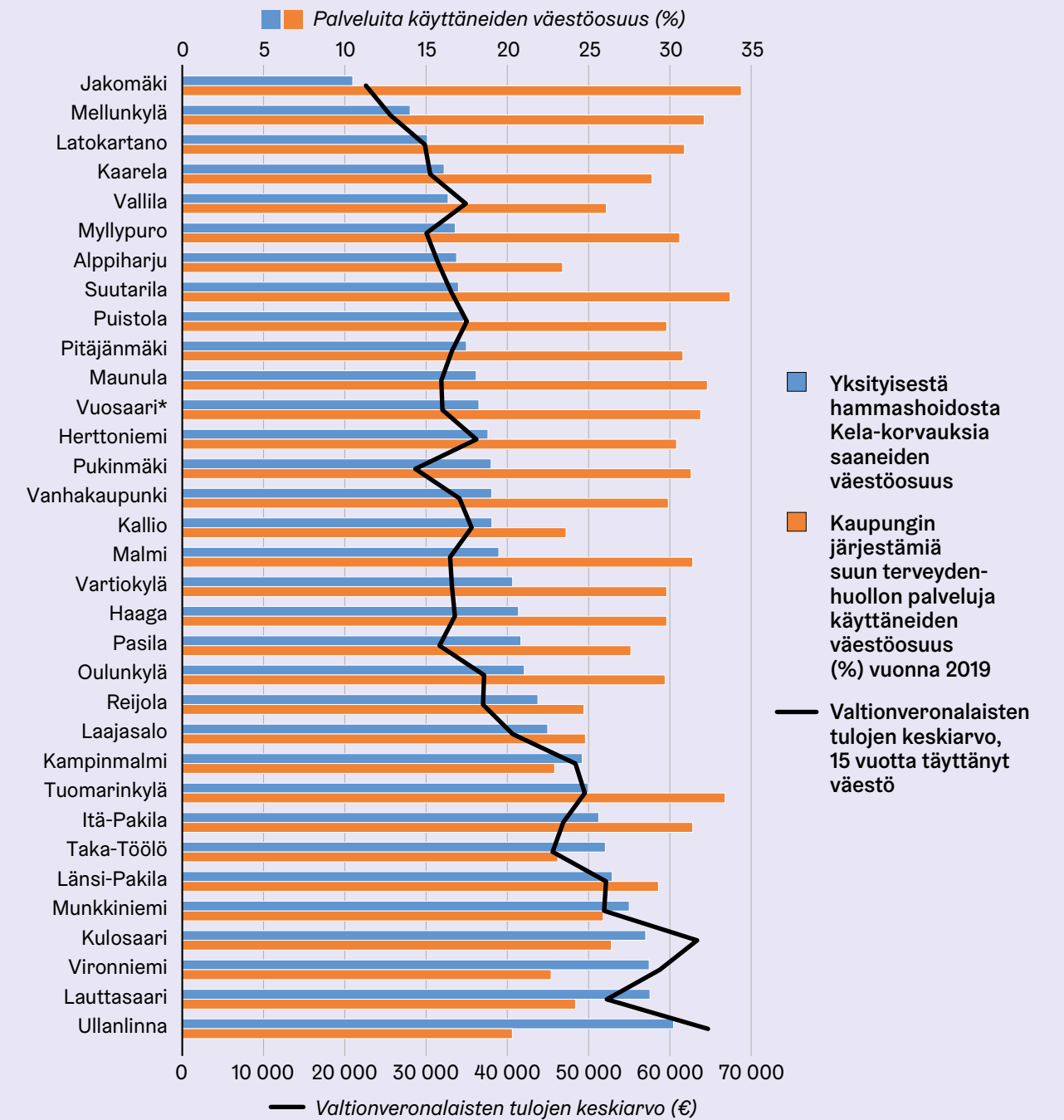
vaittu vastaavaa eroa. Tätä tulosta tukee Jormanaisen ja Keskimäen havainto erikoissairaanhoidon hyvästä toivuudesta ja palvelujen saatavuudesta (Jormanainen ja Keskimäki 2019).

TUTKIMUKSESSA HAVAITUT alueelliset erot yksityisten ja julkisten terveyspalveluiden käytössä ovat varsin odotettu tulos, etenkin jos sitä peilaa olemassa olevaan tietoon terveyspalveluiden käytön sosioekonomisista eroista (Manderbacka ym. 2019, Blomgren ja Virta 2020). Alemman sosioekonomisen aseman omaavista suurempi osa käyttää pelkästään julkista terveydenhuoltoa verrattuna ylemmän aseman omaaviin. Helsingin alueellinen eriarvoisuus muodostuu pitkälti eri alueiden asukkaiden erilaisesta sosiodemografisesta ja sosioekonomisesta profiilista. Esimerkiksi Helsingin työttömyysaste vaihtelee peruspiireittäin. Nymanin ym. (2017) mukaan niissä Helsingin peruspiireissä, joissa on korkea työttömyysaste ja toimeentuloasiakkaiden suuri määrä, myös julkisten terveyspalvelujen käyttö on yleistä. Vastaavaan havaintoon ovat päätyneet Blomgren ym. (2022) Oulun työikäistä väestöä koskevassa tuoreessa tutkimuksessa, jossa julkista avoterveydenhuolto käyttivät yleisimmin työelämän ulkopuolella olevat ja työttömät. Heidän havaintojensa mukaan eri työmarkkina-asemissa olevien palvelukäyttö painottui vahvasti eri palveluihin julkisella ja yksityisellä sektorilla. Kun tutkimuksessa tarkastellut käynnit eri terveydenhuollon sektoreilla laitettiin yhteen, palveluja käyttäjien osuudet olivat hyvin tasaisia työmarkkina-aseman mukaan jaetuissa ryhmissä.

NÄHTÄVÄKSI JÄÄ, kasvaako yksityisten sairauskuluvakuutusten ottajien määrä jatkossa. Vakuutusyhtiöillä ei ole laissa säädettyä velvollisuutta myöntää sairauskuluvakuutusta kaikille sitä hakeville. Vakuutuksen hakijan terveydentila voi estää vakuutuksen saamisen, tai ainakin se voi merkittävästi rajoittaa vakuutuksen sisältöä. Koska Helsingin peruspiirien välillä on isoja eroja sairastavuudessa, joillain alueilla on näin myös enemmän ihmisiä, joilla ei ole mahdollisuutta saada sairauskuluvakuutusta. Näin ollen vakuutuksen ottajat ovat keskimäärin terveempiä. Mikäli vakuutusten hankkiminen lisääntyy aiempien vuosien tavoin, ihmisten välinen terveyspalveluiden saatavuuteen liittyvä eriarvoisuus kasvaa.

YKSITYINEN SAIRAUSSKULUVAKUUTUS voi myös lisätä terveyspalvelujen käyttöä, koska se pienentää asiakkaan maksettavaksi jäävää käyntimaksua. Yksityisistä lääkäripalkkioista sekä hoidosta ja tutkimuksesta Kela-korvauksia saaneiden osuus asukkaista on säilynyt suurin piirtein ennallaan useita vuosia, vaikka yksityisten terveyspalvelujen sairausvakuutuskorvauksia ei ole korotettu maksuja vastaavasti. Onkin mahdollista, että sujuva pääsy yksityisiin terveyspalveluihin on yhä useammalla syynä yksityisten terveyspalvelujen käyttöön.

KUVIO 5. Julkisia suun terveydenhuollon palveluita käyttäjien ja yksityisistä hammashoidon palveluista Kela-korvauksia saaneiden väestöosuudet sekä valtionveronalaisten tulojen keskiarvo peruspiireittäin vuonna 2019.



*Vuosaari pitää yksityisestä hammashoidosta saatujen korvausten osalta sisällään myös Östersundomin alueen. Kaupunkitieto/Helsingin kaupunki. Aineistolähde: Kelan analytiikka- ja tilastoryhmä, Helsingin sosiaali- ja terveystoimiala ja Mäki 2021.

OSASSA ITÄISEN, Koillisen ja Keskimäen suurpiirin peruspiirejä sairastavuutta on muita kaupunginosia enemmän ja väestö käyttää eteläisen ja läntisen Helsingin asukkaita enemmän julkisen terveydenhuollon palveluja. Perusterveydenhuollon avohoidon käynnit ovat maksuttomia, mut-

ta pääsyä näihin terveyspalveluihin vaikeuttavat pitkät jonotusajat. Vuonna 2019 jonotusaikojen mediaani Helsingin terveysasemille oli keskimäärin 26,5 päivää. Lyhyimmät odotusajat vuoden aikana olivat Paloheinän terveysasemalla, keskimäärin 13,8 päivää, ja kauimmin joutui odot-

tamaan Myllypuron terveysasemalle pääsyä, keskimäärin 41,4 päivää. Helsingissä hammaslääkärin kiireettömän käynnin odotusaika oli yli 21 päivää noin puolella asiakkaista. (Helsingin sosiaali- ja terveystoimi 2022).

JULKINEN TERVEYDENHUOLTO pyrkii parantamaan väestön terveyttä ja osallistumista työhön ja yhteiskunnan toimintaan. Julkinen terveydenhuolto pyrkii myös terveyden tsaaisempaan jakautumiseen eri alueiden väestössä, koska jonkin alueen huono terveys vähentää sen alueen asukkaiden osallistumista työhön ja yhteiskunnan toimintaan ja heikentää siten Helsingin kokonaistuottavuutta.

Sote-uudistus lähestyy – tietojohdamisen merkitys korostuu

Tämä tutkimus pohjautuu Kelan ja Helsingin sosiaali- ja terveystoimialan kattaviin rekisteriaineistoihin. Nämä aineistot sisältävät kaikki julkisen perus- ja erikoissairaanhoidon avohoidon käynnit sekä sairaudenhoitoon liittyvät yksityisen sektorin käynnit. Näin ollen tutkimuksen tuloksia voidaan pitää luotettavina. Lisäksi alueittainen tulojen ja sairastavuusindeksin tarkastelu laajentaa näkökulmaa vertailtaessa Helsingin peruspiirejä toisiinsa. Vaikka näiden tekijöiden mukaan on havaittavissa osittaista vaihtelua ilmiöiden yhtäaikaisessa tarkastelussa, perusnäkökulma on hyvin selkeä. Hyväosaisilla alueilla ollaan keskimäärin terveempiä ja käytetään enemmän yksityistä terveydenhuoltoa.

SITÄ, MINKÄ verran julkisia ja yksityisiä palveluita on käytetty päällekkäin, ei tämän tutkimusaineiston perusteella saada selville. Yksityisten ja julkisten terveyspalveluiden päällekkäiskäytön tutkiminen on hankalaa yksityisten palvelukäyttötietojen vaikean saatavuuden vuoksi. Tutkimusta hankaloittavat myös yksityisen ja julkisen terveydenhuollon erilaiset tietojärjestelmät ja tämän myötä tietojen yhteensovittamisen vaikeus. Julkisten palveluiden osalta eri palveluiden käyttöä voidaan kuitenkin tarkastella. Tämä mahdollistaa julkisten sosiaali- ja terveyspalveluiden päällekkäisen käytön tutkimisen. Tällaisia tarkasteluja on yleisellä tasolla jo tehty. Esimerkiksi julkisia terveystoimen palveluita käyttäneistä helsinkiläisistä noin 17 prosenttia käytti vuonna 2019 myös sosiaalitoimen palveluja. Mielenkiintoista olisi jatkossa porautua yksityiskohtaisemmin eri palveluiden päällekkäiskäyttöön koko Helsingin osalta ja myös alueellisesta näkökulmasta.

TÄSSÄ TUTKIMUKSESSA ei ollut mahdollista hyödyntää työterveys- ja opiskelijaterveydenhuollon tietoja. Näiden palvelujen käytön voidaan olettaa vähentävän etenkin julkisten terveyspalveluiden käyttöä alueilla, joissa asuu enemmän työ- ja opiskeluelämän piirissä olevia helsinkiläisiä. Esimerkiksi Vallilassa, Kalliossa ja Alppiharjussa, joissa yksityisten palveluiden käyttö on suhteellisen vähäistä, työssäkäyvien osuus peruspiirien väestöstä on kaupungin keskiarvoa

korkeammalla tasolla. Olettavaa siis on, että näillä alueilla on myös keskimääräistä enemmän työterveyshuollon palveluiden käyttöä.

IÄN JA sukupuolen puuttuminen tästä tutkimuksesta jättää hieman kysymyksiä peruspiirien osin epäjohdonmukaisista tuloksista. On oletettavaa, että ainakin osin näitä selittävät alueiden erilaiset ikäjakauumat, työllisten määrät ja mahdollisesti perherakenteet. Sekä yksityisten että julkisten avoterveydenhuollon palvelujen käyttö on yhteydessä paitsi asiakkaan käytettävissä oleviin tuloihin, myös peruspiirin ikärakenteeseen ja naisten osuuteen. Vuonna 2019 Helsingissä asui 65 vuotta täyttäneitä ja sitä vanhempia suhteellisesti eniten Maunulan peruspiirissä (22,5 % asukkaista) ja vähiten Vallilan peruspiirissä (11,7 % asukkaista) (Vuori ym. 2020). Naisia oli suhteellisesti eniten Reijolan peruspiirissä (56,2 % asukkaista) ja vähiten Itä-Pakilassa (49,6 % asukkaista) (Helsingin kaupunginkanslia 2021). Tälle artikkelille on suunnitteilla jatkoartikkeli, jossa paneudutaan muun muassa näiden tekijöiden ja terveyspalvelujen käytön yhteyksiin.

TÄMÄ TUTKIMUS on osoittanut varsin suuret peruspiirien väliset erot yksityisten ja julkisten terveyspalveluiden käytössä. Sote-uudistuksen toivotaan tuovan helpotusta julkisten palveluiden saatavuudelle ja kiireettömään hoitoon pääsyn nopeutumiselle. Mikäli kiireettömään hoitoon pääsyn odotusaikaa ei saada merkittävästi lyhennettyä, peruspiirien välillä tulee jatkossakin esiintymään suurta eriarvoisuutta palveluihin pääsystä, koska osalla kaupunkilaisista on parempi mahdollisuus valita nopea lääkäriin pääsy yksityiselle sektorille.

JULKISILLA SOSIAALI- ja terveydenhuollon palveluilla on edessään haastavat ajat. Vaikka sote-rahoituksen ennustetaan kokonaisuudessaan kasvavan, niin valtakunnallisesti kuin Helsingissä, rahoitus suhteessa kustannuksiin uhkaa heikentyä Helsingissä (Aalto 2022). Nyt, jos koskaan, tarvitaan entistä enemmän tietojohdamisen hyödyntämistä etenkin ennaltaehkäisyn ja ennakoinnin näkökulmasta. Vuoden 2023 alussa Helsingin sosiaali- ja terveyspalvelut sekä ensihoito siirtyvät osaksi Helsingin hyvinvointialueen toimintaa. Muutoksen jälkeen sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksesta vastaa Helsingin kaupungin sijasta valtio. Valtiovetoista rahoitusmallia ja siihen liittyviä laskelmia ollaan tällä hetkellä tarkentamassa, joten vielä on epävarmaa, riittääkö se kattamaan Helsingin sosiaali- ja terveydenhuollon tulevat palvelutarpeet. ■

Tommi Sulander toimii hyvinvointi- ja terveys -teeman johtavana asiantuntijana ja Hanna Ahlgren-Leinvo o erikoistutkijana Helsingin kaupunginkanslian kaupunkitietoyksikössä. Juha Nyman toimii erityissuunnittelijana Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimialan tietojohdaminen ja tilastopalvelut-yksikössä.

Kirjallisuus:

Aalto, E (2022). Maakunnista hyvinvointialueiksi. Arvio sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen rahoitusmallista ja palvelutarpeen vakioinnista. Tutkimuskatsauksia 2022:2. Helsinki: Helsingin kaupunginkanslia: Kaupunkitutkimus ja -tilastot. https://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/22_03_14_Tutkimuskatsauksia_2_Aalto.pdf

Acevedo-Garcia D (2000). Residential segregation and the epidemiology of infectious diseases. Soc. Sci. Med. 2000;51:1143–1161.

Blomgren, J; Aaltonen, K; Tervola, J & Virta L (2015). Kelan sairaanhoitokorvaukset tuloryhmittäin. Kenelle korvauksia maksetaan ja kuinka paljon? Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 2015:93. Helsinki: KELA. ISBN 978-951-669-974-8 (nid.), 978-951-669-975-5 (pdf).

Blomgren, J; Jäppinen, S & Lahdensuo K (2022). Avosairaanhoidon palvelujen käyttö on vahvasti eriytynyt työmarkkina-aseman mukaan. Suomen Lääkäreilehti 2022; 77 (7–8): 314

Blomgren, J & Virta L, (2020). Socioeconomic differences in use of public, occupational and private health care: A register-linkage study of a working-age population in Finland. PLoS ONE 2020;15:e0231792.

Gibbons J, Yang TC, Brault E, Barton M (2020). Evaluating Residential Segregation’s Relation to the Clustering of Poor Health across American Cities. Int J Environ Res Public Health. 2020 Jun 1;17(11):3910. doi: 10.3390/ijerph17113910.

Helsingin kaupunginkanslia (2021). Helsingin väestö iän ja sukupuolen mukaan sekä naisten osuus piireittäin ja osaluueittain 2004 alkaen. 19.8.2021. <https://hri.fi/data/dataset/helsingin-vtn-ja-sukupuolen-mukaan-sekaisten-osuus-piireitt-ja-osa-alueittain-2004-alkaen>. Viitattu 3.2.2022.

Helsingin sosiaali- ja terveystoimi (2022). Johdon tietojärjestelmä 2022.

Helsingin tilastollinen vuosikirja (2020). Kaupungin järjestämiä (itse tuotetut ja ostetut) avoterveydenhoidon palveluja käyttäneet helsinkiläiset asuinalueen mukaan. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu 2020. S. 122–123.

Jormanainen, V & Keskimäki, I (2019). Suomen terveydenhuoltojärjestelmän toimivuus kansainvälisessä vertailussa. T&Y 3/2019. 10.10.2019. <https://labore.fi/t&y/suomen-terveydenhuoltojarjestelman-toimivuus-kansainvalisessa-vertailussa/>

Kela (2022). Kelan sairausvakuutusetuudet. Kuviot-sarja. Kela, s. 10. Osoitteessa <https://beta.kela.fi/documents/20124/1048086/kelan-sairausvakuutusetuudet-kuviot.pdf/bd86fd84-8546-65f1-b45d-9e17ea4fe758?t=1635938735873>. Viitattu 2.2.2022.

Kelan pikaopas (2022). Sairaanhoitokorvaukset. Osoitteessa <https://www.kela.fi/sairaanhoito>. Viitattu 2.2.2022.

Kivimäki, T (2017). Suomen terveydenhoitojärjestelmä on EU:n epätasa-arvoisimpia. Tutkittua tietoa 16.5.2017. <https://sosiaalivakuutus.fi/suomen-terveydenhoitojarjestelma-eun-epatasa-arvoisimpia/>

Lehtinen, I (2020). Terveydenhoito on 2000-luvulla kallistunut ja käynyt varsinkin kansaneläkeläisten kukkarolle. Tieto&Trendit 2.3.2020, Tilastokeskus. Osoitteessa <https://www.stat.fi/tietotrendit/artikkelit/2020/terveydenhoito-on-2000-luvulla-kallistunut-ja-kaynyt-varsinkin-kansanelakelaisten-kukkarolle/>. Viitattu 2.2.2022.

Manderbacka, K; Arffman, M; Aalto, A; Muuri, A; Kestilä, L & Häkkinen, U (2019). Eriarvoisuus somaattisten terveyspalvelujen saatavuudessa. Teoksessa: Kestilä, L & Karvonen, S (toim). Suomalaisten hyvinvointi 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2019;207–15. Helsinki.

Mikkola, H & Räsänen T (2021). Kela-korvausten pienentyminen näkyy erityisesti pienituloisten korvauksissa – onko sairaanhoitovakuutusjärjestelmä reilu? Kelan tutkimusblogi 22.11.2021. Osoitteessa <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/6258>. Viitattu 2.2.2022.

Mäki, N (2021). Sairastavuus ja kansantauti-indeksit koko Helsingissä ja peruspiireittäin 2019. Tilastoja 2021:4. Helsinki: Helsingin kaupunginkanslia: Kaupunkitutkimus ja -tilastot. https://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/21_03_02_Tilastoja_4_Maki.pdf. Viitattu 3.2.2022

Nyman, J, Arffman, M & Keskimäki, I (2017). Toimeentulotuen asiakkaiden terveyspalvelujen käyttö Helsingissä vuonna 2014. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2017:54(4). <https://doi.org/10.23990/sa.67761>

Pernu, M & Nemlander, A (2020). Suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset v. 2019. Suomen kuntaliitto 2020: s. 24 ja 54. <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2020/2061-suurten-kaupunkien-terveydenhuollon-kustannukset-vuonna-2019>

Sairauskuluvakuutustilastot (2021). Sairauskuluvakuutuksia otetaan yhä enemmän – jo yli 1,26 miljoonaa vakuutettua. Finanssiala ry. Julkaistu 16.4.2021.

<https://www.finanssiala.fi/uutiset/sairauskuluvakuutuksia-otetaan-yha-enemman-jo-yli-126-miljoonaa-vakuutettua/>

Sosiaalivakuutus (2015). Pienituloiset saavat eniten sairaanhoidon Kela-korvauksia. Tutkittua tietoa 1.5.2015. <https://sosiaalivakuutus.fi/pienituloiset-saavat-eniten-sairaanhoidon-kela-korvauksia/>

Tarvainen, K & Turunen, J (2021). Työterveyshuollon rahoitus ja kustannukset. Työelämätiето: Analyysit 15.3.2021. Työterveyslaitos. <https://www.tyoelamatiето.fi/fi/articles/analysisOhsCosts>

Tilastotietokanta Kelasto (2022). Sairaanhoitokorvaustilastot. Osoitteessa <https://www.kela.fi/kelasto#Sairastaminen>. Viitattu 2.2.2022.

Vilkama, K & Hirvonen, J (2018). Helsingin alueellinen eriytyminen: kaksi lähestymistapaa segregaaion seurantaan. Kvartti 1/2018. Helsinki: Helsingin kaupunginkanslia, kaupunkitutkimus ja -tilastot. Osoitteessa <https://www.kvartti.fi/fi/artikkelit/helsingin-alueellinen-eriytyminen-kaksi-lahestymistapaa-segregaaion-seurantaan>. Viitattu 25.3.2022.

Vuori, P, Mäki, N & Bergroth, C (2020). Helsingin väestö vuodenvaihteessa 2019/2020 ja väestömuutokset vuonna 2019. Tilastoja 2020:10. Helsinki: Helsingin kaupunginkanslia: Kaupunkitutkimus ja -tilastot. Viitattu 3.2.2022. https://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/20_09_17_Tilastoja_10_Vuori_Maki_Bergroth.pdf

Maineen vangit?

Kaupunkikoulujen maineiden yhteys naapurustoihin segregaation riskinä ja kehittämisen mahdollisuutena

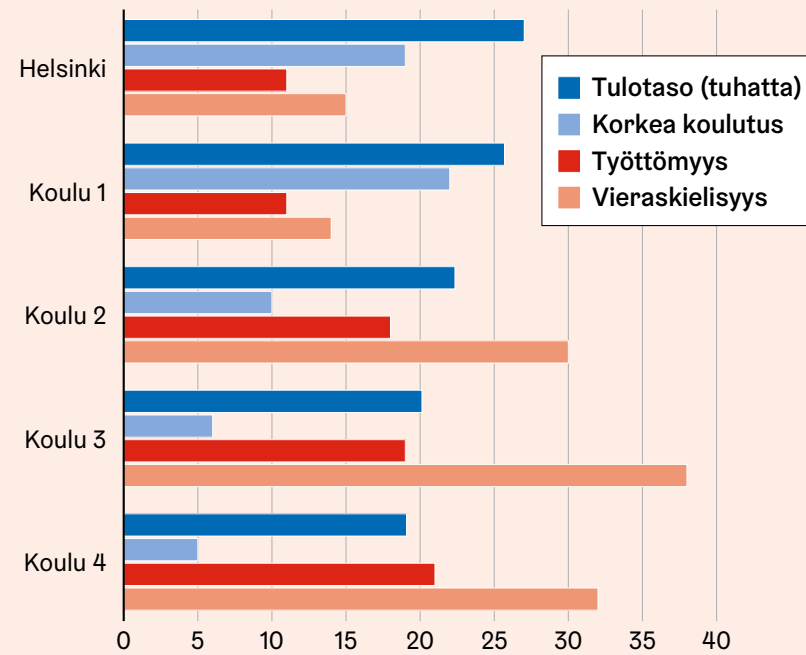
● VENLA BERNELIUS & HEIDI HUILLA



Koulun maineella on vaikutusta perheiden kouluvalintoihin ja oppilaiden itsetuntoon. Tutkimuksemme osoittaa, että maine ei kuitenkaan riipu yksin koulun laadusta tai toiminnasta, vaan asuinalueiden maine tihkuu osaksi koulua koskevaa julkista keskustelua ja osaksi alueen ulkopuolisten oletuksia koulun laadusta. Ilmiö on ongelmallinen erityisesti huono-osaisuusriskin leimaamalla alueilla, joilla kouluunkin liitetty negatiivinen maine voi synnyttää leimautumisen kokemuksia. Negatiivinen maine voi myös käynnistää ja ylläpitää heikkenevän alueellisen kehityksen ja lisääntyvän koulusegregaation kierteitä. Toisaalta koulujen maine on myös kehittämisen mahdollisuus: jos koulun toimiva yhteisö ja laadukas opetus saadaan tehtyä näkyväksi, vetovoimainen koulu voi tukea alueiden positiivista kehitystä.

Miten maine ja mielikuvat syntyvät?

Artikkelissaan *Notorious Places*, Pahamaineiset paikat (2013), tutkijat Ade Kearns, Oliver Kearns ja Louise Lawson kuvaavat, miten mediakeskustelu voi ruokkia kaupunkinaapuruston negatiivista mainetta ja tuottaa paikallisia leimautumisen kokemuksia. Julkisessa keskustelussa muotoutuva maine ammentaa negatiivisia leimoja usein jopa yksittäisistä paikallisista tapahtumista. Maine on tyypillisesti myös vahva ja sitkeä, vaikka alueet muuttuisivat. Tutkijat toteavatkin, että julkinen maine ei useinkaan vastaa ihmisten omia kokemuksia ja mielikuvia asuinalueestaan: asukkaan katse naapurustoonsa on tyypillisesti hyvin erilainen kuin ulkopuolisen katse. Monet huonomaineiksi miellettyistä asuinalueista ovat asukkaiden kokemuksissa hyviä paikkoja asua.



KUVIO 1.

Tutkimuskoulujen sijaintinaapurustojen eli oppilasalueiden tilastolliset piirteet verrattuna kaupungin keskiarvoon (Helsinki): keskimääräiset vuositulot (tuhatta euroa / asukas), korkeakoulutettujen osuus aikuisväestöstä (%), työttömien osuus aikuisväestöstä (%) sekä vieraskielisten osuus alueen väestöstä (%).

Omista positiivisista aluemielikuvista huolimatta sekä naapuruston että sen asukkaiden leimautumisen kokemus eli stigmatisaatio voi syntyä herkästi nimenomaan julkisen maineen perusteella. Kun asukkaat ovat tietoisia ulkopuolisten näkökulmista alueeseensa, tästä tulee osa heidänkin kokemusmaailmaansa. Vuonna 2015 julkaistussa opinnäytetyössään maantieteilijä Aino Hiekkavuo kuvasi, miten sosiaalisesti huono-osaisemilla ja julkisuudessa huonomaineisemmaksi mielletyillä alueilla asuvat eivät mielellään kerro, missä asuvat. Negatiivinen maine voi vaikuttaa myös naapuruston välteilyyn muuttoliikkeessä ja ruokkia siten paikallisia segregaatoin eli väestörakenteen yksipuolistumisen kierteitä.

LAINAAMME TÄSSÄ artikkelissa Kearnsin tutkimusryhmän tarkastelulinssiä sekä julkisen maineen, omien aluemielikuvien ja stigmatisaation käsitteitä, mutta käänämme katseen kaupunkikouluihin:

Vaikuttaako naapuruston koettu maine myös käsityksiin koulujen maineesta, ja näkykö tämä oppilaiden leimautumisen kokemuksissa? Millä tavoin maine liittyy naapuruston sosioekonomiseen hyväntai huono-osaisuuteen? Voiko tietoisuus heikosta maineesta tuottaa perheille huolta lapsen koulunkäynnistä tai koulun ja alueen tulevista kehityskuluista? Artikkelimme perustuu Social Inclusion -lehdessä yhdessä Isabel Ramos Lobaton kanssa julkaisemaamme tutkimukseen (Bernelius ym. 2021) sekä Heidi Huillan (2022) tuoreeseen Kaupunkikoulut ja huono-osaisuus -väitöstutkimukseen.

Tutkimusaineistona havainnointi ja haastattelut

Artikkelimme perustuu laajoihin havainnointitutkimuksiin ja haastatteluihin helsinkiläisissä kaupunkikouluissa sekä tilastoaineistoon kouluja ympäröivistä naapurustoista. Etnografisen havainnoinnin lisäksi henkilöstöä, oppilaita ja huoltajia haastateltiin (yhteensä 125) neljässä eri kaupunginosassa sijaitsevassa alakoulussa. Tutkimuskouluistamme kolme neljästä sijaitsi naapurustoissa, joissa asukkaiden koulutus- ja tulotaso olivat selvästi kaupungin keskiarvoa matalammat, ja joissa asui myös koko kaupungin keskiarvoa enemmän muuta kuin suomea tai ruotsia ensimmäisenä kielenään puhuvia (Kuvio 1). Näitä alueita voidaan pitää kaupun-

gin mittakaavassa selvästi kohonneen huono-osaisuusriskin naapurustoina, ja kaikkiin on liittynyt myös negatiivista julkista keskustelua, jonka voi olettaa vaikuttavan ihmisten käsityksiin alueen maineesta. Yksi kouluista sijaitsi puolestaan alueella, joka noudatteli kaupungin keskiarvoa asukkaiden tulo-, koulutus- ja kielikriteereillä tarkasteltuna, mutta joka oli naapurustona ympäröiviin alueisiin nähden selvästi huono-osaisempi, ja koettu myös paikallisissa mainehierarkioissa suhteessa ”huono-osaisempana” (Kuvio 1).

KAIKKI TUTKIMUSKOULUT onnistuivat –alueellisista haasteista huolimatta – tuottamaan hyviä oppimistuloksia, ja koulujen laatu arvioitiin erinomaiseksi esimerkiksi opettajien osaamisen, resurssien sekä koulu yhteisön toimivuuden osalta (vrt. Bernelius 2013). Tutkimuksen asetelmalla päästäänkin näin tarkastelemaan tilannetta, jossa koulut itessään ovat kaikilla mittareilla hyvin toimivia lähikouluja, mutta sijaitsevat alueella, joka voi kärsiä heikommasta maineesta suhteessa kaupunkiin tai naapurikaupunkiin. Näin voidaan arvioida alueiden maineen välittymistä tai tihkumista osaksi koulun mainetta ja tämän vaikutuksia oppilaiden ja perheiden kokemuksiin.

Alueiden maineet vaikuttavat kouluihin – ja päinvastoin

Koulu yhteisöissä kaikkia tutkimuksemme kouluja pidettiin erityisen toimivina ja hyvinä. Tarkastellessamme huono-osaisilla alueilla sijaitsevien koulujen henkilöstön, oppilaiden ja huoltajien puhetta kouluistaan ja alueistaan, kouluista puhuttiin erittäin myönteisesti. Oppilaat ja huoltajat olivat tyytyväisiä kouluihin ja niiden opettajiin. Samalla henkilöstö piti työtään merkityksellisenä ja koki työyhteisön työpaikkaan kiinnittävänä voimavarana.

KOULUYHTEISÖJEN SUHDE kaupunginosaan oli sen sijaan vaihtelevampi. Yhdellä kouluista (koulu 2) oli selvästi myönteinen suhde kaupunginosaan, mutta muiden koulujen kohdalla alueesta puhuttiin selvästi enemmän sosiaalisten ongelmien kautta. Jälkimmäiset alueet eivät myöskään näyttäneet haastateltavien puheissa erityisen viihtyisinä. Havaitimme, että siinä missä koulun 2 kohdalla myönteistä omakuvaa rakennettiin alueen avulla, muissa kouluissa myönteistä kuvaa rakennettiin alueesta huolimatta. Havainto osoittaa myös, että tutkimusaineistossamme asuinalueen maine oli vahvasti yhteydessä kaupunginosien segregaatioon: keskeisenä elementtinä naapurustojen maineen rakentumisessa näkyi oletus sosiaalisesta huono-osaisuudesta ja siihen liitetystä levottomasta sosiaalisesta ympäristöstä. Maineen yhteys segregaatioon ei kuitenkaan ollut tässäkin aineistossa suoraviivainen. Koulun 2 tapauksessa sosioekonomisesti heikko-osaisemman alueen mainetta pidettiin monelta osin myös positiivisena, ja asukkaat korostivat usein alueen joka tapauksessa olevan omasta mielestään mainettaan parempi.

Leimautumisen seurauksia kouluille ja oppilaille

Haastateltavien puheessa ja koulu yhteisöjen toiminnassa tulivat näkyviin alueiden kielteisen maineen varsin konkreettiset seuraukset. Kouluissa koettiin, että naapuruston kielteinen maine aiheutti pulmia tai vähintään lisätöitä henkilöstön rekrytoinneissa. Useissa haastatteluissa todettiin, että koulua jouduttiin suorastaan ”myymään” rekrytoitaville. Negatiiviset mielikuvat liitettiin näissä haastatteluissa nimenomaan alueisiin eikä itse kouluihin, ja ulkopuolisten koettiin vahvasti suhtautuvan kouluihin epäillen niiden sijaintialueen vuoksi, riippumatta itse koulujen institutionaalista laadusta. Eräs oppilaan vanhempi kuvasi ihmisten ajattelevan heti koulun nimen kuullessaan ”Lähinnä että se sijaitsee aseman vieressä [tiettyllä asuinalueella], sit ihmiset alkaa jo miettiä että onkohan se hyvä koulu..”

TOISENA NEGATIIVISENA seurauksena aineistossa näkyi koulujen riski tulla torjutuksi perheiden kouluvalinnoissa. Osalla alueista paikallinen yläkoulu oli niin stigmatisoitunut, että alakouluikäisten oppilaiden perheiden haastatteluissa pohdittiin keinoja välttää kyseisiä lähikouluja yläkouluun siirtäessä. Ne, joilla välttämisen mahdollisuutta ei ollut, olivat myös tietoisia koulun heikosta maineesta, ja pyrkivät usein puolustamaan koulua näitä mielikuvia vastaan eli tuottamaan tietoista vastapuhetta kielteisille näkemyksille. Joissakin alakouluissa jopa henkilökunta oli huolissaan paikallisesta yläkoulusta ja kannusti itse oppilaiden perheitä valitsemaan muun koulun oppilaiden siirtyessä alakoulusta eteenpäin. Väyläksi muilla alueilla sijaitseviin kouluihin ehdotettiin esimerkiksi painotettua opetusta muualla kaupungissa. Negatiiviset leimat eivät näissäkään puheenvuoroissa liittyneet oletuksiin yläkoulujen heikosta opetuksen laadusta, vaan ennen muuta käsityksiin niihin keskittyvästä heikko-osaisuudesta ja sosiaalisten ongelmien vaikutuksista oppimisympäristöön.

KOLMAS SELVÄ kouluihin tihkuvan leimautumisen seuraus tuli näkyviin tavassa, jolla oppilaat ja opettajat ilmaisivat huolensa stigmatisaation haitoista nuorten käsityksille itsestään ja mahdollisuuksistaan. Kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa on kuvattu stigmatisaation vaikutuksia tilanteessa, jossa koulun tai naapuruston vahva leimaaminen voi johtaa niin kutsuttuun huonouden sisäistymiseen, eli erityisesti nuorten oman itsetunnon laskuun ja haurastuvaan uskoon omiin mahdollisuuksiinsa (Kearns ym. 2013; Wacquant ym. 2014). Riski koskee varsinkin valmiiksi heikommassa asemassa olevia ihmisiä, jotka voivat olla suojattomampia ulkopuolelta tulevia leimoja kohtaan (Pinkster 2014). Tutkimuskouluilla tämä näkyi siten, että henkilökunta kertoi joutuvansa tukemaan oppilaidensa uskoa omiin mahdollisuuksiinsa hyvin aktiivisesti. Oppilaiden omissa haastatteluissa tuli näkyviin, miten alueen huono-osaisuus vaikutti heidän itsetuntoonsa ja uskoon siitä, että he voisivat osata jotain. Äärimmäisenä esimerkkinä tästä on esi-



Kouluun liitetyt negatiiviset mielikuvat ja koulun torjunta valinnoissa heikensivät koulun henkilökunnan uskoa omiin mahdollisuuksiinsa työssään.



merkiksi haastattelu, jossa oppilas kuvasi oman alueensa yläkoulu: ”*Mun siskon kaveri (...) sano, et eiks [lähin yläkoulu] oo aika surkee koulu, et eihän siit saa hyvää koulust sen jälkeen, tai työtä.*”

Koulun maine heijastuu takaisin alueelle

Vaikka koulujen maine rakentui tutkimusaineistossamme osin alueen maineesta käsin, maine myös heijastui takaisin asuinalueelle. Koulun vaikutus asuinalueella koskeviin käsityksiin oli erityisen selvä alueella, joka oli sosioekonomisesti hyvin lähellä kaupungin keskiarvoa, mutta jossaakin määrin huono-osaisempi erittäin hyvämaineisiin, suosittuihin naapurialueisiin verrattuna. Tämän alueen koulu (koulu 1) oli paikallisesti erityisen leimautunut suhteessa kaupunginosan muihin kouluihin nimenomaan siihen liitetyn suhteellisen huono-osaisuuden kautta. Vaikka koulu tai etenkin sen sijaintinaapurusto eivät näin tilastollisesti tarkastellen olleet erityisen huono-osaisia, niiden asema muotoutui vertailuasetelman kautta symbolisesti huono-osaiseksi.

KUN YMPÄRÖIVIEN asuinalueiden perheille tuli vastaan tilanne, jossa heidän lapsensa olisi saattanut ”joutua” huonompiosaisen alueen kouluun, perheet pyrkivät torjumaan tilanteen erilaisin tavoin ja löytämään reittejä muiden alueiden koulujen valintaan. Koulun torjuminen vaikutti sekä ulkopuolisten että alueen omien asukkaiden näkemysiin myös asuinalueesta haasteellisena. Vanhemmat olivat tietoisia sekä kouluun että alueeseen liitetystä käsityksestä ja pohtivat suoraan niiden yhteyttä. He erittelivät myös maineen liittymistä alueen väestöön ja erityisesti maahanmuuttajataustaisiin oppilaisiin kohdistuviin ennakkoluuloihin. Eräs asuinalueella hyvin aktiivinen vanhempi kuvasi negatiivisen maineen syitä näin: ”*Kiusaaminen ja, no, maahanmuuttajat... En tiedä, ihmisten ennakkoluulot vaikuttaa niin paljon siihen, miten he tulkitsevat asioita... olen minä tietysti itsekin miettinyt, että ovatko he oikeassa [väittäessään koulua huonoksi].*”

SAMALLA KOULUUN liitetyt mielikuvat saivat koulutusmotivoituneet perheet pohtimaan erityisen kriittisesti asumista koulun oppilasalueella. Kouluun liitetyt negatiiviset mielikuvat ja koulun torjunta valinnoissa heikensivät selvästi myös koulun henkilökunnan uskoa omiin mahdollisuuksiinsa työssään. Samalla maine ja puhettavat stigmatisoivat erityisesti maahanmuuttajataustaisia asukkaita ja oppilaita, joiden oletettu merkitys negatiivisten leimojen taustalla nostettiin esiin useissa haastatteluissa.

Toimiva koulu ja alueen yhteys tukee koulun mainetta sekä kodin ja koulun yhteistyötä

Yhdessä heikko-osaisemmillä alueilla sijaitsevista kouluista, koulussa 2, henkilöstön, oppilaiden ja perheiden näkemykset olivat myönteisiä koulun lisäksi myös alueesta. Alueen maineen tiedettiin olevan jossakin määrin heikompi kuin arvostetuimpien naapurustojen, mutta aluetta puolustettiin puheessa selvästi ”mainettaan parempana”. Tämän koulun tapauksessa alue, siihen liitetyt positiiviset omat mielikuvat ja koulu kietoutuivatkin yhteen tavalla, joka tuotti yhteishenkeä koko alueelle ja integroi huoltajia osaksi koulua voimakkaammin kuin niissä kouluissa, joissa suhde alueeseen oli kielteisempi.

KAIKISSA KOLMESSA huono-osaisella alueella sijaitsevista kouluista henkilöstöllä oli varsin voimakas näkemys siitä, että kouluilla oli erityinen tehtävä heikommista asemista ponnistavien oppilaiden tukemiseksi. Oppilaita kohdattiin kunnioittavasti ja arvostavasti, eikä aineistossa näy luovuttamista oppilaiden suhteen, vaikka näiden huono-osaisuus aiheuttikin kouluille lisätyötä (ks. myös Huilla 2022). Perheiden suhteen ei kuitenkaan aina oltu yhtä sensitiivisiä. Perheiden huono-osaisuuden vaikutuksista vanhemmuuteen sekä kodin ja koulun yhteistyöhön puhuttiin usein yksilö- ja ongelmakeskeisesti. Näin ei kuitenkaan ollut koulussa 2, jossa suhde alueeseenkin oli myönteisempi.

NÄYTTÄÄKIN SILTÄ, että koulu ja alueen myönteinen yhteys tuki sekä kodin ja koulun tärkeää yhteistyötä että monelle muulle yhteisön ja koulutyön osa-alueelle säteilevää positiivista kierrettä. Kouluille kotien osallistuminen koulutyöhön on voimavara, joten positiivinen henki vuorovaikutuksessa hyödytti myös koulua. Myönteinen suhde alueeseen vaikutti tukevan koulussa 2 myös oppilaiden myönteistä näkemystä asuinpaikastaan ja itsestään. Oppilaiden kohdalla voidaan näin puhua vaikutuksesta sisäistyneen huono-osaisuuden torjumiseen, eli oppilaiden vahvistamisesta vastustamaan ulkopuolelta tulevaa stigmatisaatiota. Jos alueen ihmisten näkemys alueesta on selvän myönteinen, se näyttää ainakin tämän tutkimuksen aineistossa jossain määrin torjuvan ulkopuolisten kielteisten näkemysten vaikutuksia.

KOULUN 2 ja sen alueen myönteisesti yhteen kietoutuva suhde näkyi lisäksi koulun juhlien ja tapahtumien järjestämisenä osana kaupunginosan tapahtumia, alueeseen kietoutuvan yhteishengen korostamisena, yhteistyönä alueen eri toimijoiden kanssa sekä koulun toiminnan näkemisenä osana myönteistä historiallista jatkumoa alueella. Haastatteluissa henkilöstö, huoltajat ja myös oppilaat puhuivat alueesta käytännössä yksinomaan myönteisesti.

ERITYISEN KIINNOSTAVAA oli verrata oppilaiden puhetta eri alueilla ja suhteessa aikuisten haastatteluihin. Koulussa 2, jossa alue näyttäytyi myönteisenä, oppilaiden puheessa toistuivat samat myönteiset asiat kuin aikuisten haastatteluissa. Alueen eri-ikäisillä asukkailla oli toisin sanoen jaettuja puhetapoja, joissa hyvää kuvaa alueesta tuotettiin ja ylläpidettiin. Muiden koulujen oppilashaastatteluissa näkyi vaikeus esimerkiksi omaista kaupunginosasta mukavia paikkoja, joihin ulkopuolisen voisi viedä. Oppilaat eivät myöskään nähneet tulevaisuudessaan myönteisenä vaihtoehtona asettua alueelle pysyvämmin. Sen sijaan myönteisesti aluetta hyödyntäneen koulun haastatteluissa oppilaat keksivät useita mukavia kohteita kaupunginosastaan ja useimmat pitivät mahdollisena asettua sinne aikuisina.

Koulujen maine, naapurustot ja hyvän kierre

Tutkimuksemme vahvistaa havaintoa siitä, että asuinalueiden maine kiinnittyy osaltaan segregaatioon – toisin sanoen näyttää siltä, että myös meidän oloissamme sosioekonomisesti hauraammat alueet altistuvat herkemmin julkisuudessa rakentuvalle heikolle maineelle ja siitä seuraavalle stigmalle. Samalla negatiivinen maine on riski, joka vaikuttaa sekä oppilaiden minäkäsityksiin että koulujen maineeseen ja toimintaan. Koulujen leimautuminen voi edelleen heikentää asuinalueiden kehitystä, jos koulutusmotivoituneet perheet väistävät aluetta asumisen valinnoissaan (ks. myös Vilka ja Bernelius 2019). Negatiivinen maine voikin olla keskeinen mekanismi, jolla naapurustojen ja koulujen kehityskulut välittyvät toisiinsa, aikaansaaden heikkenevän kehityksen kierteitä.

TUTKIMUKSEMME OSOITTA myös, että negatiivinen leima voi rakentua hyvin keskimääräisilläkin alueilla, esimerkiksi vuorovaikutussuhteessa erityisen hyväosaisiin naapureihin, kuten koulussa 1. Tällöin symboliset hierarkiat ja paikalliset prosessit naapurustoissa ja niiden kouluissa ovat merkittävä tekijä maineen syntymisessä. Tämä alleviivaa osaltaan havaintoa siitä, että naapurustojen ja koulujen maine ei ole suoraan yhteydessä tilastoista osoitettavaan hyvä- tai huono-osaisuuteen, vaan maine rakentuu vahvasti myös paikallisesti ja operoi osin tilastoluvuista välittämättä.

PÄÄTULOKSIA KOOSTAEN havaintomme korostavat maineen huomioinnin ottamisen ja koulujen positiivisen maineen tukemisen suurta merkitystä kaupungin kehittämistyössä. Mainella on konkreettisia vaikutuksia koulujen ja alueiden kehitykseen sekä nuorten käsityksiin tulevaisuudesta. Tutkimusesimerkit korostavat rohkaisevasti mahdollisuuksia positiiviseen maineyöhön myös suhteessa heikko-osaisemmillä alueilla. Vaikka alueellinen heikko-osaisuus näyttää altistavan heikommalle maineelle, koulun 2 esimerkki osoittaa, miten paikallisesti rakentuvat myönteiset mielikuvat koulusta ja asuinalueesta voivat tukea kouluun liit-

tyvien myönteisten mielikuvien syntymistä ja yhdessä tuotettua myönteistä mainetta. Tämä näyttää myös suojaavan oppilaita ja alueen yhteisöjä ulkopuolelta tulevan stigmatisaation negatiivisilta vaikutuksilta: paikallinen mainetyö ja luottamus omaan yhteisöön lisäävät uskoa itseän ja tulevaisuuteen.

TUTKIMUKSESTAMME NOUSEE myös kaksi konkreettista havaintoa toimintamalleista, jotka näyttivät tukevan paikallisesti myönteisten mielikuvien ja vahvan ”sisäisen maineen” syntyä. Tärkein näistä on vahva ja tietoinen asuinalueen ja sen verkostojen hyödyntäminen koulun työssä, sekä koulun monipuolinen integroituminen naapurustoon. Myönteisenä esimerkkinä näyttäytyvän koulun 2 yhteys alueeseen oli vahva, ja henkilöstö tunsu alueen hyvin. He rakensivat tietoisesti oppilaiden ylpeyttä asuinalueestaan ja sen historiasta, ja edistivät koulun näkyvyyttä ja osallisuutta alueen tapahtumissa. Monet opettajat myös asuivat itse alueella tai olivat tekemisissä työnsä puolesta alueen eri toimijoiden kanssa. Koska koulu oli laaja-alaisesti yhteistyössä alueen toimijoiden kanssa, alue tuli sitä kautta tutuksi niillekin, jota eivät itse asuneet alueella tai sen lähettyvillä.

TOISENA TEKIJÄNÄ nousi esiin kaupunkisuunnittelun mahdollistama turvallisuuden kokemus lasten ja nuorten arjessa ja sen reiteillä. Oppilaiden ja perheiden haastatteluissa näyttäytyi erityisen tärkeänä, että oppilaiden oli mahdollista arjessa välttää niin sanottuja hot-spotteja. Hot-spotteilla viitataan paikkoihin, joissa on mahdollista törmätä huono-osaisuuteen liittyviin kielteisiin ilmiöihin, kuten päihteiden väärinkäyttöön (Visser ym. 2015). Oppilashaastatteluissa päihtyneiden ja arvaamattomasti käyttäytyneiden aikuisten kohtaamiset piirtyivät varsin ahdistavina kokemuksina, ja vanhemmat korostivat turvallista koulumatkaa ja oppilaiden keskeisten arjen solmukohtien rauhallisuuden merkitystä. Oleellinen ero tutkimuskohteiden välillä olikin, pystyivätkö oppilaat välttämään *hot-spotteja* koulu- ja harrastusmatkoillaan tai muissa arjen siirtymissä, kuten matkalla julkisen liikenteen pysäkeille. Tämä havainto korostaa oppilaiden turvallisten tilojen ja reittien merkitystä kaupunkisuunnittelussa etenkin niillä alueilla, joilla huono-osaisuusriski korostuu. ■

Venla Bernelius toimii kaupunkimaantieteen apulaisprofessorina ja **Heidi Huilla** tutkijatohtorina Helsingin yliopistossa.



Kirjallisuus:

- Bernelius, V. 2013. Eriytyvät kaupunkikoulut: Helsingin peruskoulujen oppilaspuhjan erot, perheiden kouluvalinnat ja oppimistuloksiin liittyvät aluevaikutukset osana kaupungin eriytymiskehitystä. Tutkimuksia 1/2013. Helsinki: Helsingin kaupungin tietokeskus.
- Bernelius, V., Huilla, H. & Ramos Lobato, I. 2021. 'Notorious Schools' in 'Notorious Places'? Exploring the Connectedness of Urban and Educational Segregation. *Social inclusion*, 9(2), 154–165.
- Hiekkavuo, A. 2015. ”En mielelläni kerro muille, missä asun.” Asuinalueiden stigmatisoituminen pääkaupunkiseudulla. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Huilla, H. 2022. Kaupunkikoulut ja huono-osaisuus. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Kearns, A., Kearns, O., & Lawson, L. 2013. Notorious places: Image, reputation, stigma. The role of newspapers in area reputations for social housing estates. *Housing Studies*, 28(4), 579–598.
- Pinkster, F. 2014. 'I Just Live Here': Everyday Practices of Disaffiliation of Middle-class Households in Disadvantaged Neighbourhoods. *Urban studies*, 51(4), 810–826.
- Vilkama, K. & Bernelius, V. (2019). Pikkulapsiperheiden muuttoliike muovaa koulujen oppilaspuhjaa Helsingissä. *Kvartti* 3/2019, 9–14. <<https://www.kvartti.fi/fi/artikkelit/pikkulapsiperheiden-muuttoliike-muo...>>
- Visser, K., Bolt, G. & van Kempen, R. 2015. 'Come and live here and you'll experience it': youths talk about their deprived neighbourhood. *Journal of Youth Studies*, 18(1), 36–52. DOI: 10.1080/13676261.2014.933196.
- Wacquant, L., Slater, T., & Pereira, V. B. 2014. Territorial stigmatization in action. *Environment and Planning A: Economy and Space*, 46(6), 1270–1280.



”

Koulun henkilöstö rakensi tietoisesti oppilaiden ylpeyttä asuinalueestaan ja sen historiasta, edistäen koulun näkyvyyttä ja osallisuutta alueen tapahtumissa.



Rahapelaaminen ja peliongelmat

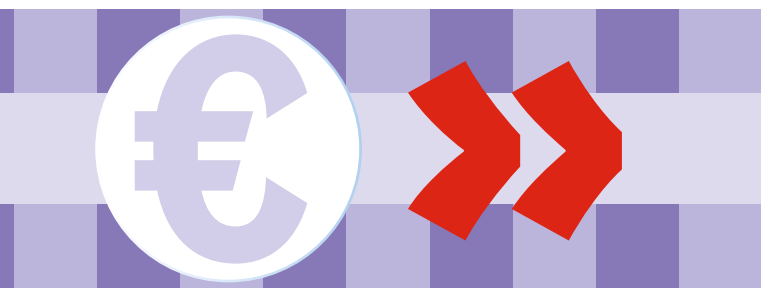
yleisimpiä vähän koulutetuilla
ja talousvaikeuksia kokevilla

• NETTA MÄKI

Yli puolet pääkaupunkiseudulla asuvista miehistä ja lähes 40 prosenttia naisista pelaa rahapelejä. Rahapelaaminen on vähentynyt korona-aikana, kun osa rahapelipaikoista on ollut suljettuna. Samalla kuitenkin rahapelaamisen kokeminen ongelmalliseksi on yleistynyt selvästi. Tässä artikkelissa tarkastellaan keväällä 2021 kerätyn aineiston valossa rahapelaamisen yleisyyttä eri väestöryhmissä pääkaupunkiseudulla sekä etenkin ongelmalliseen rahapelaamiseen yhteydessä olevia tekijöitä.

Johdanto

Rahapelaaminen on hyvin yleistä. Vuonna 2019 Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toteuttaman Suomalaisen rahapelaamisen -väestötutkimuksen mukaan 15–74-vuotiaista suomalaismiehistä 82 prosenttia ja -naisista 75 prosenttia oli pelannut vähintään yhtä rahapelityyppiä 12 viime kuukauden aikana. Eniten pelasivat 25–44-vuotiaat, työssäkäyvät ja parempituloiset. (Salonen ym. 2020.)



Suurin osa ihmisistä pelaa kohtuudella, mutta joidenkin rahapelaamiseen sisältyy riskejä tai pelitapa aiheuttaa haittoja, jolloin pelaamisella on vaikutuksia esimerkiksi ihmissuhteisiin tai talouteen. Edellä mainitun tutkimuksen mukaan kolmella prosentilla vastaajista oli ollut varsinainen rahapeli-ongelma edeltävien 12 kuukauden aikana, eli heillä oli riippuvuuteen liittyviä käyttäytymisen oireita sekä peliongelman psyykkisiä, sosiaalisia ja taloudellisia seurauksia. Heidän lisäksi riskitasolla oli pelannut noin joka kymmenes vastaaja. Riskitason rahapelaaminen tarkoittaa pelamista, joka aiheuttaa yksittäisiä haittoja ja joka usein edeltää peliongelman kehittymistä. (Emt.)

HELSINKILÄISTEN RAHAPELAAMISESTA ja etenkin rahapelaamisen ongelmalliseksi kokemisesta tiedetään melko vähän. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2018 keräämä FinSote-aineisto sisälsi helsinkiläisten osalta kysymyksen rahapelaamisesta ja sen kokemisesta ongelmalliseksi. Rahapelejä pelasi tutkimuksen mukaan 76 prosenttia 20 vuotta täyttäneistä helsinkiläisistä miehistä ja 67 prosenttia naisista. Vain neljäsosa miehistä ja kolmasosa naisista ei siis harrastanut rahapelaamista. Rahapelaamisen yleisyys Helsingissä vaikuttaa kuitenkin pidemmällä ajanjaksolla vähentyneen, sillä FinSote-kyselyä vastaavan Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen mukaan ajanjaksolla 2013–2015 helsinkiläisistä miehistä peräti 86 prosenttia ja naisista 80 prosenttia pelasi rahapelejä.

TÄSSÄ ARTIKKELISSA tarkastellaan tuoreemman, vuoden 2021 keväällä kerätyn väestökyselyn pohjalta helsinkiläisten ja osin koko pääkaupunkiseudun asukkaiden rahapelaamista sekä etenkin ongelmalliseksi koettua pelaamista ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä. Rahapelaamisesta kysyttiin edeltävien 12 kuukauden osalta. Koska kysely ajoitui korona-aikaan, jolloin Veikkauksen hajasijoitetut rahapeliautomaatit ja pelisalit olivat osin suljettuina, ei saatuja tuloksia suoraan voida verrata aiempiin osuuksiin. Artikkelin keskeisin fokus onkin ongelmalliseen rahapelaamiseen yhteydessä olevissa taustatekijöissä.

Aineisto kuvaa tilannetta korona-aikana keväällä 2021

Pääkaupunkiseudun hyvinvointikysely on Helsingin, Espoon, Vantaan ja Kauniaisten keväällä 2021 toteuttama asukkaiden elinoloja, terveyttä ja hyvinvointia kartoittava kyselytutkimus. Tutkimukseen valittiin väestörekisterijärjestelmästä satunnaisesti 25 000 pääkaupunkiseudun 20 vuotta täyttäneitä asukasta.

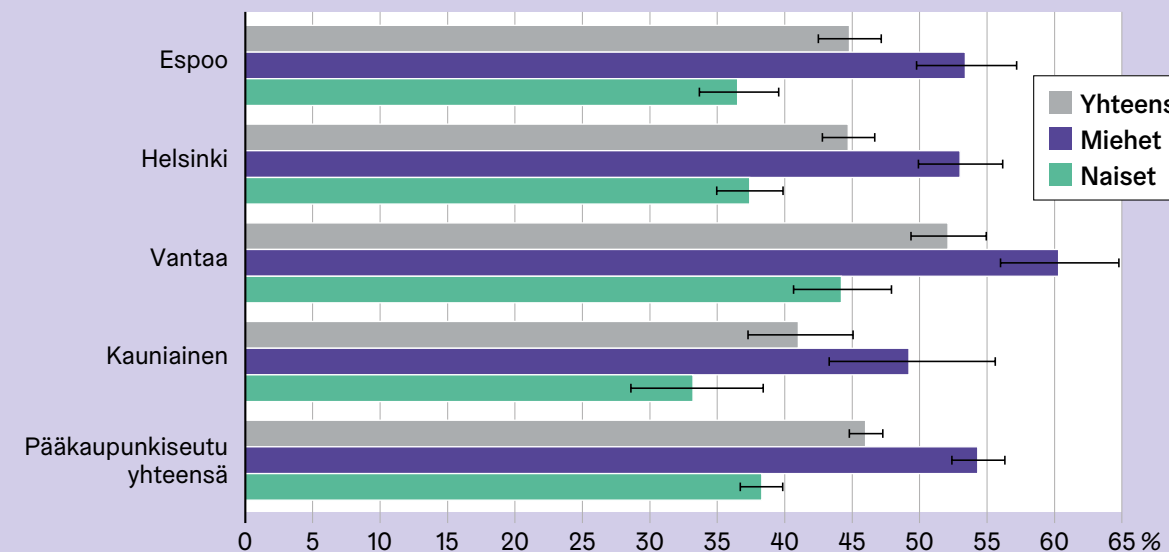
VASTAUKSIA KERTYI lähes 12 000, joista 4 800 oli Helsingistä, 3 300 Espoosta, 2 600 Vantaalta ja 1 100 Kauniaisista. Kyselyn vastausprosentti oli 47. Vastaukset on korjattu painokertoimen avulla. Kaupunkien välisissä vertailuissa niiden ikärakenteen erojen mahdollinen vaikutus on huomioitu. Ikävakiointin vakioväestönä käytettiin Eurostatin vakioväestöä (Eurostat 2013). Tuloksille esitetään myös 95 prosentin luottamusvälit. Tässä artikkelissa käytetyt muutokset ja niiden jakaumat pääkaupunkiseudulla on kuvattu laajasti tulosraportissa, joka on julkaistu hankkeen kotisivulla (Pääkaupunkiseudun hyvinvointikysely 2021, <https://pkskysely.kaupunkitieto.fi>).

TÄSSÄ ARTIKKELISSA esitetään aluksi ikävakiointuja jakaumia ja ristiintaulukoita. Lisäksi tarkastellaan sosiodemografisten ja sosioekonomisten tekijöiden ja kiinnostuksen kohteena olevien rahapelaamista kuvaavien indikaattoreiden välistä yhteyttä logistisella regressiomallilla, ja tulokset esitetään ristitulosuhteina eli niin sanottuina odds ratioina. Malleissa merkitään aina luvulla 1,00 tietyn muuttujan – vaikkapa koulutustason – vertailuluokan todennäköisyys kiinnostuksen kohteena olevan tekijän – esimerkiksi rahapelaamisen yleisyyden – suhteen. Muiden muuttujan luokien rahapelaaminen lasketaan suhteessa tähän vertailuryhmään. Kaikki analyysit tehtiin SAS EG 8.1-ohjelman koodipohjalla.

Rahapelaaminen on ollut yleistä korona-aikanakin

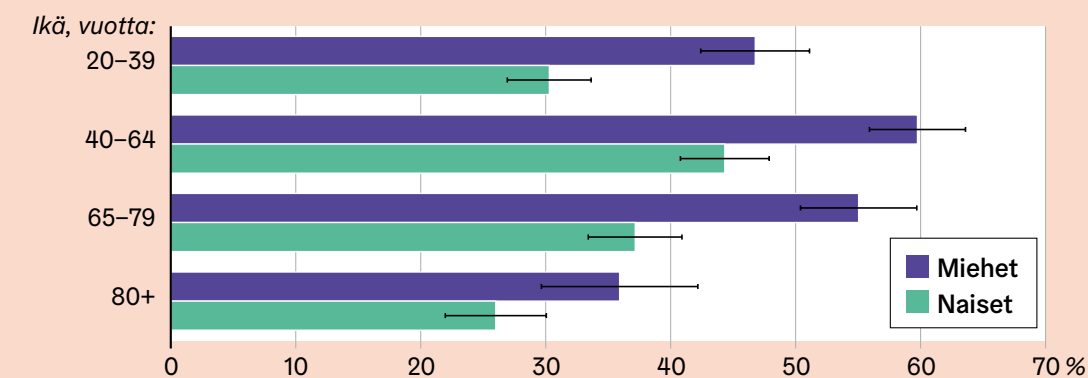
Keväällä 2021 pääkaupunkiseudulla asuvista 20 vuotta täyttäneistä miehistä lähes 55 prosenttia ilmoitti pelaavansa rahapelejä. Naisilla vastaava osuus on 38 prosenttia. Vaikka osuudet ovat selvästi pienemmät kuin ennen korona-aikaa kerätyssä aineistossa, on rahapelaaminen ollut myös korona-aikana hyvin yleistä. Helsinkiläisten osuudet ovat samaa luokkaa pääkaupunkiseudun tulosten kanssa, eli miehistä 53 prosenttia ja naisista 37 prosenttia pelaa rahapelejä. (Kuvio 1.)

RAHAPELAAMISEN YLEISYYS vaihtelee ikäryhmittäin. Helsingissä eniten pelataan 40–64-vuotiaiden ja 65–79-vuotiaiden ikäryhmissä, ja vähiten pelaavat 80 vuotta täyttäneet (Kuvio 2). Rahapelaamisessa on eroja myös koulutusryhmittäin. Korkeasti koulutetut helsinkiläiset pelaavat selvästi vähiten ja heillä osuus jää alle 40 prosenttiin, kun muissa koulutusryhmissä rahapelaavien osuus on vähintään puolet (Kuvio 3).



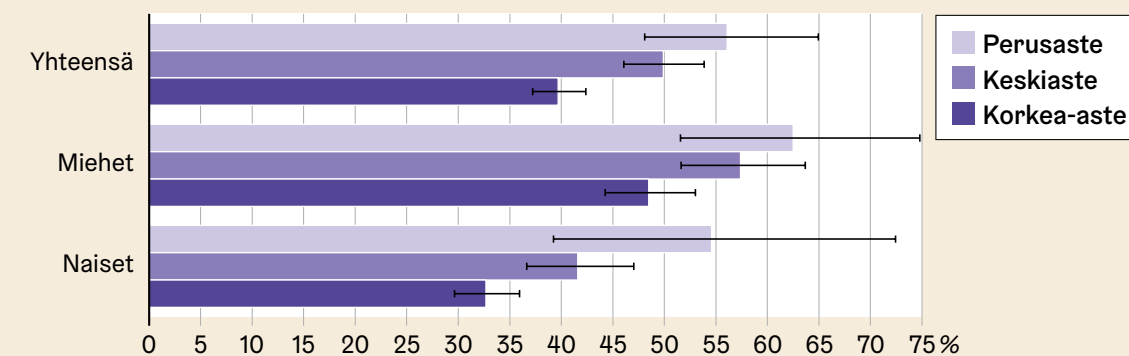
Lähde: Pääkaupunkiseudun hyvinvointikysely 2021.

KUVIO 1. Rahapelaamista harrastavien ikävakiointu osuus pääkaupunkiseudulla vuonna 2021.



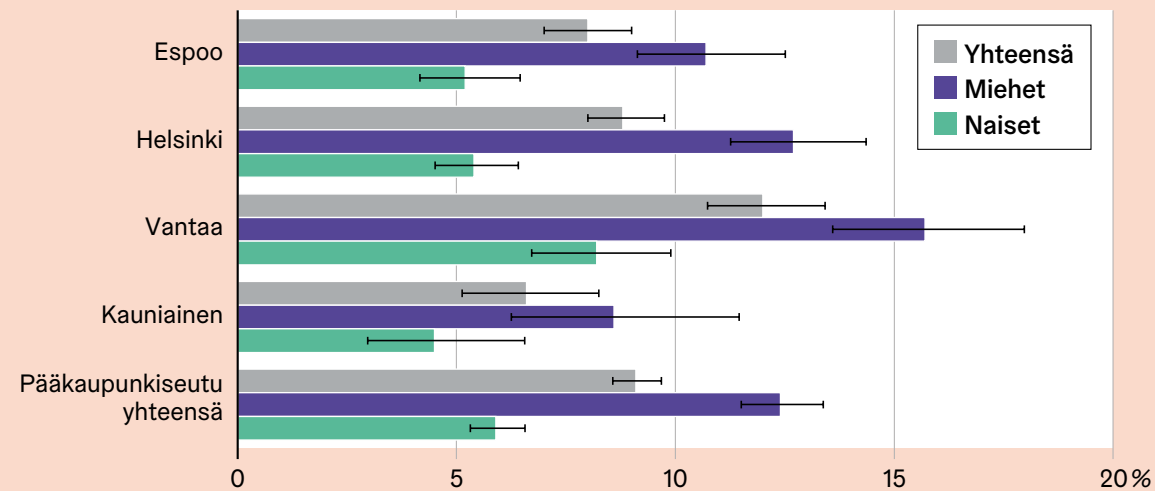
Lähde: Pääkaupunkiseudun hyvinvointikysely 2021.

KUVIO 2. Rahapelaamista harrastavien osuus ikäryhmittäin Helsingissä vuonna 2021.



Lähde: Pääkaupunkiseudun hyvinvointikysely 2021.

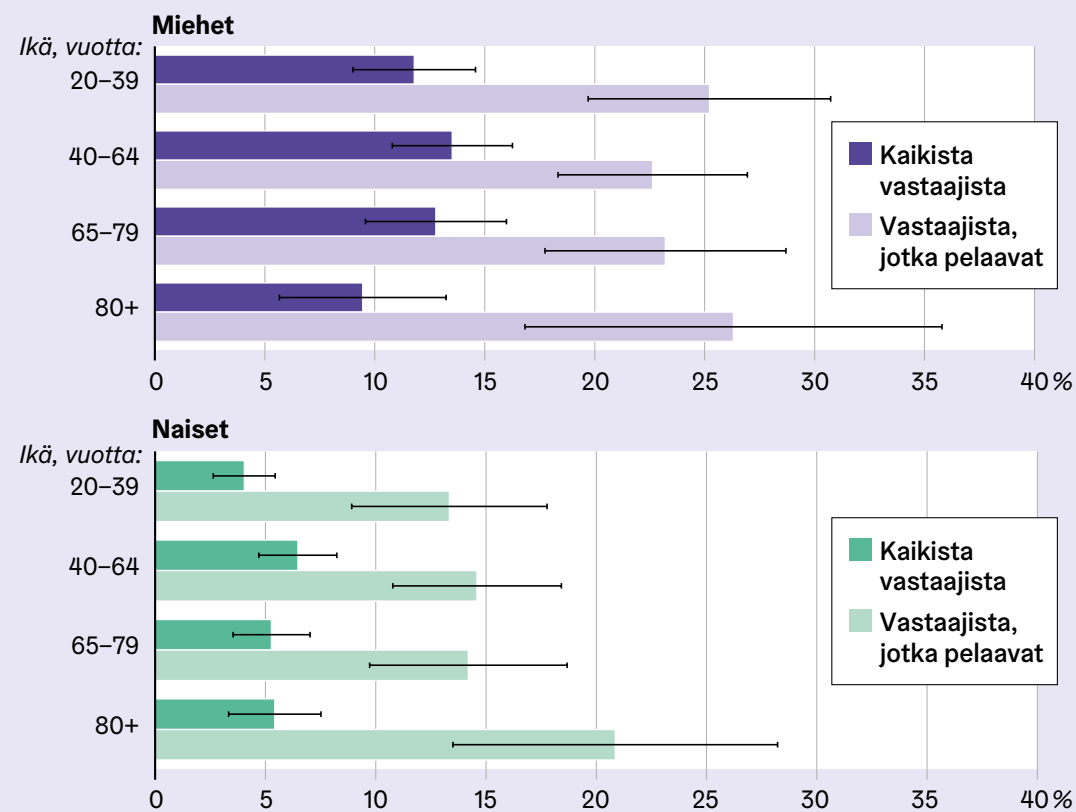
KUVIO 3. Rahapelaamista harrastavien ikävakiointu osuus koulutusryhmittäin Helsingissä vuonna 2021.



Lähde: Pääkaupunkiseudun hyvinvointikysely 2021.

KUVIO 4.

Rahapelaamisensa ongelmaksi kokevien ikävakioitu osuus pääkaupunkiseudulla vuonna 2021.



Lähde: Pääkaupunkiseudun hyvinvointikysely 2021.

KUVIO 5.

Rahapelaamisensa ongelmalliseksi kokevien osuus kaikista vastaajista ja niistä vastaajista, jotka pelaavat rahapelejä, ikäryhmittäin Helsingissä 2021.

Rahapelaaminen on vähentynyt korona-aikana, mutta rahapelaamisen kokeminen ongelmalliseksi on yleistynyt

Miehistä siis naisia huomattavasti suurempi osa pelaa rahapelejä, mutta heistä myös suurempi osa kokee pelaamisestaan koituvan ongelmia: pääkaupunkiseudulla näin kokee miehistä 12 prosenttia, kun naisilla vastaava osuus on 6 prosenttia. Helsingissä osuudet ovat samat (Kuvio 4). Sen sijaan Vantaalla rahapeliongelmaa kokee peräti 15 prosenttia miehistä ja 8 prosenttia naisistakin. Pienin sekä rahapelejä pelaavien osuus että rahapelaamisesta ongelmia kokevien osuus on Kauniiaisissa.

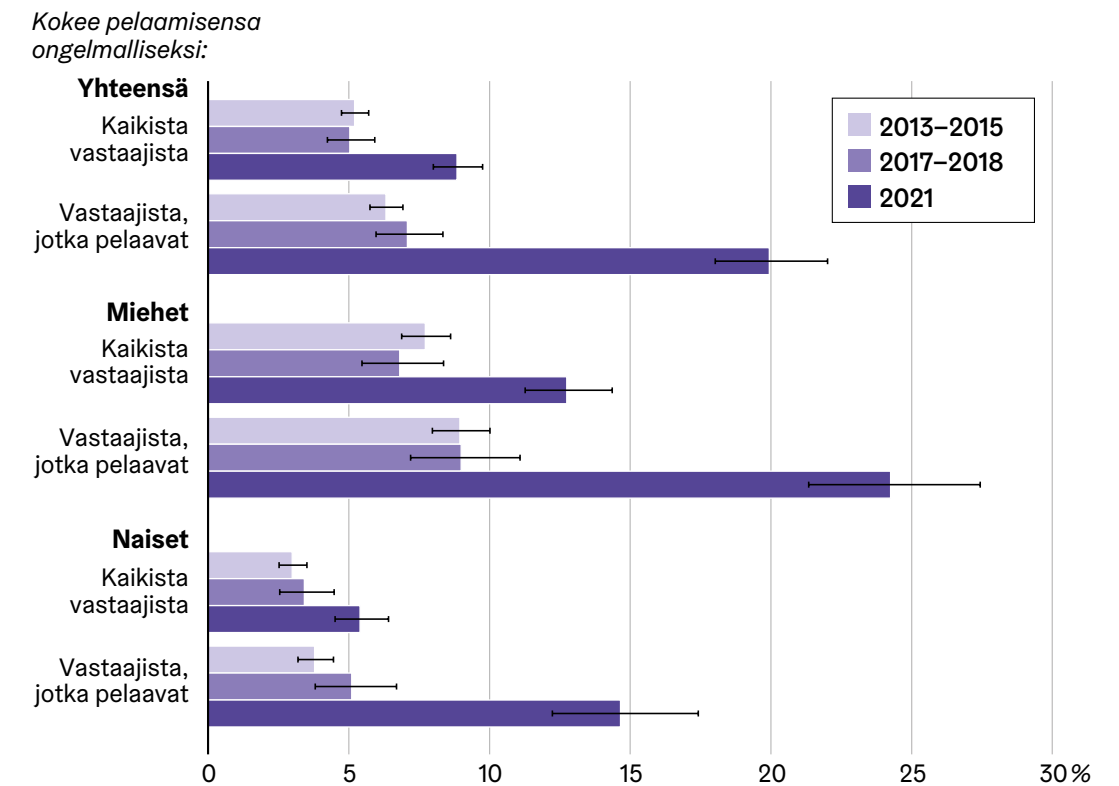
SEN LISÄKSI, että katsotaan rahapelaamisensa ongelmalliseksi kokevien osuutta koko väestössä, kannattaa ilmiötä tarkastella myös niiden kohdalla, jotka ylipäätään pelaavat rahapelejä. Niistä helsinkiläismiehistä, jotka pelaavat rahapelejä, 24 prosenttia kokee pelaamisensa ongelmalliseksi ja helsinkiläisnaisilla vastaava osuus on 15 prosenttia. Kuviossa 5 näytetään osuudet sukupuolittain ja ikäryhmittäin. Kun otetaan huomioon luottamusvälit, niin rahapelaamisen ongelmallisuus ei juurikaan vaihtelee ikäryhmittäin. Vaikka 80 vuotta täyttäneissä on hieman vähemmän niitä, jotka kokevat rahapelaamisensa ongelmalliseksi, niin tämä johtuu siitä, että rahapelaaminen on hieman harvinaisempaa tässä ikäryh-

mässä. Kun katsotaan osuutta vain niistä, jotka ylipäätään pelaavat rahapelejä, nähdään, että myös 80 vuotta täyttäneistä huomattava osa kokee pelaamisensa ongelmalliseksi.

SAMAAN AIKAAN, kun rahapelaamisen yleisyys on pienentynyt korona-aikana, rahapelaamisen kokeminen ongelmalliseksi on yleistynyt selvästi (Kuvio 6). Korona-aikana rahapelaamisen ovatkin luultavimmin lopettaneet ne pelaajat, joilla pelaaminen aiheuttaa vain harvoin ongelmia. Korona-aikana niistä miehistä, jotka ylipäätään ovat pelanneet, peräti joka neljäs on kokenut rahapelaamisensa ongelmalliseksi. Naisillakin osuus on 15 prosenttia.

Rahapelaaminen yleisintä niillä matalasti koulutetuilla, joiden tulotaso on korkea

Seuraavaksi tarkastellaan rahapelaamisen ja ongelmallisen rahapelaamisen taustatekijöitä sekä ongelmallisen pelaamisen yhteyttä mielen hyvinvointiin. Ongelmallista pelaamista katsotaan seuraavassa niiden osalta, jotka ylipäätään pelaavat rahapelejä. Koska yhteydet näiden tekijöiden välillä ovat helsinkiläisillä samanlaiset kuin kaikilla pääkaupunkiseudun asukkailla, tehdään analyysit satunnaisuuden vähentämiseksi koko aineistolla eli mukana ovat kaikkien pääkaupunkiseudun kaupunkien asukkaat.



Aineistolähteet: THL / ATH 2013-2015 ja FinSote 2017-2018 Helsingin erillistilaus sekä Pääkaupunkiseudun hyvinvointikysely 2021.

KUVIO 6.

Rahapelaamisensa ongelmalliseksi kokevien ikävakioitu osuus (%) kolmena eri ajankohtana 20 vuotta täyttäneillä helsinkiläisillä.

TAULUKOSSA 1 esitetään sosioekonomisten ja sosiodemografisten tekijöiden (koulutustaso, työmarkkina-asema, tulotaso ja taloudelliset vaikeudet sekä siviilisääty) yhteys rahapelaamisen todennäköisyyteen. Mallissa 1 on vakioitu ikä ja sukupuoli eli muuttujien luokkien väliset erot näissä tekijöissä eivät siis vaikuta tarkasteltavaan yhteyteen. Mallissa 2 on lisäksi vakioitu kaikki muut taulukossa esitetyt tekijät.

KOULUTUSTASO ON voimakkaasti yhteydessä rahapelaamisen todennäköisyyteen. Kun kaikkien tarkasteltujen tekijöiden yhteys on otettu huomioon (Malli 2), perusasteen koulutuksen suorittaneet pelaavat rahapelejä 1,6 kertaa ja keskiasteen tutkinnon suorittaneet 1,4 kertaa todennäköisemmin kuin korkea-asteen tutkinnon suorittaneet. Se, että yhteys on vielä voimakkaampi, kun kaikkien muidenkin tekijöiden yhteys on huomioitu, johtuu tarkemman analyysin mukaan työmarkkina-asemasta ja tuloista. Etenkin matalasti koulutetuista nimittäin rahapelejä pelaavat erityisen paljon ne, jotka joko ovat työssä tai joiden tulotaso on korkea. Perusasteen koulutuksen saaneista hyvätuloisista 64 prosenttia pelaa, kun osuus kaikilla matalasti koulutetuilla on 51 prosenttia. Sen sijaan korkeasti koulutetuilla rahapelaamisen yleisyys ei riipu esimerkiksi tulotasosta (osuus noin 43 prosenttia kaikissa tuloryhmissä).

MYÖS USEIMMAT muut tarkastellut tekijät ovat yhteydessä rahapelaamiseen, ja muiden tekijöiden vakioiminen (Malli 2) vaikutti tähän yhteyteen vain vähän. Työssä käyvät pelaavat rahapelejä selvästi enemmän kuin eläkkeellä olevat, työkyvyttömyyseläkettä tai kuntoutustukea saavat, työttömät tai lomautetut tai muut, kuten opiskelijat ja perhevaapailla olevat. Myös suuremmat kotitalouden tulot ovat yhteydessä rahapelaamisen todennäköisyyteen.

VAIKKA PAREMPITULOISET pelaavat rahapelejä pienituloisia todennäköisemmin, niin kokemus taloudellisista haasteista on käänteisessä yhteydessä rahapelaamiseen: ne pääkaupunkiseudun asukkaat, jotka kokevat, että heidän on vaikea kattaa menonsa saaduilla tuloilla, pelaavat todennäköisemmin kuin ne, joilla taloudellisia haasteita ei ole. Niin ikään ne, jotka ovat joutuneet tinkimään ruuasta, lääkkeitä tai lääkärikäynneistä rahanpuutteen vuoksi, pelaavat todennäköisemmin kuin ne, joilla näitä kokemuksia ei ole.

KUN IKÄ- ja sukupuolirakenteen ero on huomioitu, on siviilisääty yhteydessä rahapelaamiseen. Lesket ja naimattomat pelaavat rahapelejä epätodennäköisemmin kuin parisuhhteissa olevat, ja tämä yhteys säilyy myös muiden tekijöiden vakioimisen jälkeen.



TAULUKKO 1.

Rahapelaamisen todennäköisyys sosioekonomisten ja sosiodemografisten tekijöiden mukaan, 20 vuotta täyttäneet pääkaupunkiseudun asukkaat vuonna 2021.

		MALLI 1: Rahapelaaminen OR (95 % luottamusväli)	MALLI 2: Rahapelaaminen OR (95 % luottamusväli)
Koulutustaso	Korkea-aste	1,00	1,00
	Keskiaste	1,25 (1,13–1,38)	1,43 (1,29–1,60)
	Perusaste	1,24 (1,07–1,43)	1,64 (1,39–1,93)
Työmarkkina-asema	Työssä	1,00	1,00
	Eläkkeellä	0,54 (0,47–0,63)	0,56 (0,47–0,66)
	Työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuen saaja	0,53 (0,39–0,72)	0,46 (0,33–0,64)
	Työtön tai lomautettu	0,95 (0,78–1,15)	0,82 (0,67–1,01)
	Muu	0,65 (0,55–0,75)	0,62 (0,53–0,73)
Kotitalouden tulot kuukaudessa	Alle 2500 euroa	0,79 (0,69–0,90)	0,82 (0,70–0,95)
	2500–3699 euroa	1,00	1,00
	3700 euroa tai enemmän	0,95 (0,85–1,07)	0,99 (0,87–1,13)
	Ei osaa sanoa	0,73 (0,57–0,92)	0,73 (0,56–0,95)
Menojen kattaminen kotitalouden tuloilla	Helppoa	1,00	1,00
	Melko helppoa	1,27 (1,15–1,41)	1,28 (1,15–1,43)
	Hankalaa	1,19 (1,07–1,34)	1,17 (1,01–1,37)
Joutunut tinkimään ruuasta, lääkkeitä tai lääkärikäynneistä rahanpuutteen vuoksi	Ei	1,00	1,00
	Kyllä	1,19 (1,06–1,35)	1,17 (1,01–1,37)
Siviilisääty	Avo- tai avioliitossa	1,00	1,00
	Eronnut	1,19 (1,01–1,40)	1,19 (0,99–1,43)
	Leski	0,75 (0,62–0,89)	0,78 (0,64–0,95)
	Naimaton	0,77 (0,68–0,86)	0,84 (0,73–0,97)

Malli 1:
Ikä ja sukupuoli vakioitu

Malli 2:
Ikä ja sukupuoli sekä kaikki taulukon muuttujat vakioitu

OR = Odds ratio
n=10 444

Lähde: Pääkaupunkiseudun hyvinvointikysely 2021



Parempituloiset pelaavat rahapelejä todennäköisemmin kuin pienituloiset. Samalla kuitenkin ne, jotka kokevat vaikeaksi kattaa menonsa saamallaan tuloilla, pelaavat todennäköisemmin kuin ne, jotka eivät koe taloudellisia haasteita.

Rahapelaamisen kokeminen ongelmaksi vaihtelee taustatekijöiden mukaan

Taulukossa 2 tarkastellaan rahapelaamisen ongelmalliseksi kokemisen todennäköisyyttä samojen taustamuuttujien osalta kuin edellä rahapelaamisen todennäköisyyden kohdalla. Mukana näissä malleissa ovat vain ne henkilöt, jotka ylittää pelaaavat rahapelejä. Näin nähdään, mitkä tekijät lisäävät nimenomaan rahapeliongelmiin todennäköisyyttä.

ALHAINEN KOULUTUSTASO siis lisää rahapelaamisen todennäköisyyttä, kuten edellä nähtiin, mutta on selvästi yhteydessä myös rahapeliongelmiin. Perusasteen koulutuksen suorittaneiden todennäköisyys kokea peliongelmiä on lähes kaksinkertainen korkea-asteen tutkinnon suorittaneisiin verrattuna.

TYÖKYVYTTÖMYSELÄKKEELLÄ OLEVAT ja kuntoutustuen saajat kokevat peliongelmiä huomattavasti todennäköisemmin kuin työssäkäyvät, kun tarkastellaan mallia, jossa vain iän ja sukupuolen vaikutus on otettu huomioon. Kun myös muiden sosioekonomisten tekijöiden yhteys otetaan huomioon, katoaa ryhmien välinen ero. Tarkempi analyysi osoitti, että tämä johtuu etenkin erilaisesta koulutustasosta työmarkkina-aseman ryhmissä, sillä työkyvyttömyys-

eläkkeellä olevat ja kuntoutustuen saajat ovat keskimäärin matalammin koulutettuja. Kun koulutustaso on selkeästi yhteydessä rahapeliongelmiin, niin se siis selittää työmarkkina-aseman yhteyttä peliongelmiin. Vastaavasti työmarkkina-asemaltaan muu-ryhmään luokitellut eli esimerkiksi opiskelijat ja perhevapaalla olevat kokevat peliongelmiä työssäkäyviä harvemmin.

KOTITALOUDEN TULOT eivät ole yhteydessä peliongelmiin kokemiseen. Sen sijaan taloudelliset vaikeudet nostavat rahapeliongelmiin kokemisen todennäköisyyttä. Kokemus siitä, että menojen kattaminen tuloilla on hankalaa, on yhteydessä rahapeliongelmiin, mutta yhteys selittyy suurelta osin, kun otetaan huomioon koulutustaso sekä se, onko vastaaja joutunut tinkimään ruuasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä rahan puutteen vuoksi. Sen sijaan ruuasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä tinkiminen rahan puutteen vuoksi on muiden tekijöiden vakioinnin jälkeenkin voimakkaasti yhteydessä rahapeliongelmiin: näistä tinkineillä on lähes kaksinkertainen todennäköisyys kokea rahapeliongelmiä verrattuna niihin, joilla näitä kokemuksia ei ole.

SIVIILISÄÄTY EI ole yhteydessä rahapeliongelmiin kokemisen todennäköisyyteen.

TAULUKKO 2.

Rahapelaamisen ongelmalliseksi kokemisen todennäköisyys sosioekonomisten ja sosiodemografisten tekijöiden mukaan, 20 vuotta täyttäneet pääkaupunkiseudun asukkaat vuonna 2021.

		MALLI 1: Rahapelaamisen kokeminen ongelmalliseksi niillä, jotka pelaavat OR (95 % luottamusväli)	MALLI 2: Rahapelaamisen kokeminen ongelmalliseksi niillä, jotka pelaavat OR (95 % luottamusväli)
Koulutustaso	Korkea-aste	1,00	1,00
	Keskiaste	1,51 (1,26–1,82)	1,41 (1,15–1,72)
	Perusaste	2,07 (1,62–2,64)	1,91 (1,45–2,51)
Työmarkkina-asema	Työssä	1,00	1,00
	Eläkkeellä	1,10 (0,83–1,45)	0,96 (0,71–1,29)
	Työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuen saaja	2,20 (1,32–3,69)	1,28 (0,72–2,27)
	Työtön tai lomautettu	1,26 (0,91–1,75)	0,91 (0,63–1,31)
	Muu	0,79 (0,57–1,09)	0,70 (0,50–0,99)
Kotitalouden tulot kuukaudessa	Alle 2500 euroa	1,25 (0,98–1,59)	0,99 (0,75–1,30)
	2500–3699 euroa	1,00	1,00
	3700 euroa tai enemmän	0,98 (0,78–1,22)	1,22 (0,94–1,59)
	Ei osaa sanoa	1,23 (0,79–1,92)	1,08 (0,67–1,74)
Menojen kattaminen kotitalouden tuloilla	Helppoa	1,00	1,00
	Melko helppoa	1,37 (1,13–1,67)	1,25 (1,01–1,54)
	Hankalaa	1,78 (1,44–2,19)	1,25 (0,91–1,72)
Joutunut tinkimään ruuasta, lääkkeistä tai lääkärikäynneistä rahan puutteen vuoksi	Ei	1,00	1,00
	Kyllä	2,11 (1,72–2,58)	1,93 (1,46–2,54)
Siviilisääty	Avo- tai avioliitossa	1,00	1,00
	Eronnut	1,07 (0,80–1,45)	0,96 (0,69–1,34)
	Leski	1,23 (0,90–1,70)	1,10 (0,75–1,61)
	Naimaton	1,11 (0,89–1,39)	1,05 (0,81–1,36)

Malli 1:
Ikä ja sukupuoli vakioitu

Malli 2:
Ikä ja sukupuoli sekä kaikki taulukon muuttajat vakioitu

OR = Odds ratio
n=4 850

Lähde: Pääkaupunkiseudun hyvinvointikysely 2021

TAULUKKO 3.

Rahapelaamisen ongelmalliseksi kokemisen todennäköisyys mielen hyvinvointiin ja terveyskäyttäytymiseen liittyvien tekijöiden mukaan, 20 vuotta täyttäneet pääkaupunkiseudun asukkaat vuonna 2021.

		MALLI 1: Rahapelaamisen kokeminen ongelmalliseksi niillä, jotka pelaavat OR (95 % luottamusväli)	MALLI 2: Rahapelaamisen kokeminen ongelmalliseksi niillä, jotka pelaavat OR (95 % luottamusväli)
Masennus	Ei	1,00	1,00
	Kyllä	1,18 (0,85-1,63)	0,88 (0,61-1,27)
Ahdistuneisuushäiriö	Ei	1,00	1,00
	Kyllä	0,97 (0,67-1,42)	0,75 (0,50-1,13)
Itsetuhoisia ajatuksia	Ei	1,00	1,00
	Kyllä	1,29 (0,92-1,80)	1,06 (0,75-1,51)
Psyykinen kuormittuneisuus	Ei	1,00	1,00
	Kyllä	1,28 (1,01-1,63)	1,00 (0,77-1,31)
Hyvä elämälaatu	Kyllä	1,00	1,00
	Ei	1,53 (1,30-1,80)	1,14 (0,93-1,40)
Tuntee itsensä onnelliseksi	Kyllä	1,00	1,00
	Ei	1,44 (1,22-1,70)	1,28 (1,07-1,53)
Alkoholin liikkäyttö	Ei	1,00	1,00
	Kyllä	1,35 (1,11-1,63)	1,26 (1,04-1,53)
Humalahakuinen juominen	Ei	1,00	1,00
	Kyllä	1,25 (0,95-1,64)	1,13 (0,86-1,48)
Päivittäistupakointi	Ei	1,00	1,00
	Kyllä	1,95 (1,53-2,47)	1,55 (1,19-2,01)
Päivittäinen tai satunnainen kannabiksen käyttö	Ei	1,00	1,00
	Kyllä	1,66 (1,01-2,73)	1,28 (0,77-2,12)

Malli 1:
Ikä ja sukupuoli vakioitu

Malli 2:
Ikä, sukupuoli, koulutustaso, taloudelliset vaikeudet sekä ruuasta, lääkkeistä tai lääkkärinkäynneistä tinkiminen rahanpuutteen vuoksi vakioitu.

OR = Odds ratio
n=4 850

Lähde: Pääkaupunkiseudun hyvinvointikysely 2021

TAULUKOSSA 3 puolestaan tarkastellaan mielen hyvinvointia ja terveyskäyttäytymistä kuvaavien tekijöiden yhteyttä rahapeliongelmiin. Edellisen analyysin tapaan mukana mal-leissa ovat vain ne, jotka ylipäättään rahapelejä pelaavat. Masennus, ahdistuneisuushäiriö tai itsetuhoiset ajatukset eivät ole yhteydessä rahapeliongelmiin. Sen sijaan psyykinen kuormittuneisuus on niihin yhteydessä silloin, kun vain ikä ja sukupuoli on vakioitu (Malli 1). Tämän yhteys kuitenkin selittyi muilla tarkastelluilla muuttujilla – etenkin elämälaadulla ja onnellisuudella.

HYVÄ ELÄMÄNLAATU ja onnellisuus ovat yhteydessä vähäisempään todennäköisyyteen kokea rahapeliongelmiä. Tekijät mittaavat kuitenkin osin samaa asiaa, ja näistä hyvän elämälaadun yhteys selittyikin pääsääntöisesti onnellisuuden kokemisella. Onnellisuus sen sijaan on yhteydessä rahapeliongelmiin vielä kaikkien muiden muuttujien vakioinnin jälkeen, ja niillä, jotka eivät tunne itseään onnelliseksi, on 1,3-kertainen todennäköisyys kokea rahapeliongelmiä.

TERVEYSKÄYTTÄYTYMISTÄ KUVAAVISTA muuttujista alkoholin liikkäyttö ja päivittäistupakointi ovat yhteydessä rahapeliongelmiin kaikkien muiden muuttujien vakioimisen jälkeen. Alkoholia liikaa käytävillä on lähes 1,3-kertainen todennäköisyys kokea rahapeliongelmiä, ja päivittäin tupakoivilla todennäköisyys on lähes 60 prosenttia suurempi kuin niillä, jotka eivät tupakoi. Humalahakuinen juominen ei ole tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä rahapeliongelmiin, ja kannabiksen päivittäisen tai satunnaisen käytön yhteys selittyi muilla tekijöillä.

Lopuksi

Tässä artikkelissa tarkasteltiin helsinkiläisten ja muiden pääkaupunkiseudun kaupunkien asukkaiden rahapelaamisen yleisyyttä sekä rahapeliongelmiä kokemista eri taustatekijöiden mukaan. Vaikka rahapelaaminen on vähentynyt korona-aikana, kun osa rahapelipaikoista on ollut suljettuna, on rahapelaaminen ollut edelleen yleistä. Rahapelihaitat koskettavatkin suoraan tai välillisesti satoja tuhansia suomalaisia (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2016), ja vastaavasti kymmeniä tuhansia pääkaupunkiseudun asukkaita. Haittoihin on mahdollista vaikuttaa vastuullisella rahapelipolitiikalla, muilla ehkäisevän työn keinoilla sekä riittäväillä tuki- ja hoitopalveluilla.

RAHAPELAAMISEN KOKEMINEN ongelmalliseksi on yleistynyt selvästi samaan aikaan, kun pelaamisen yleisyys on pienentynyt. Korona-aikana rahapelaamisen ovatkin luultavimmin lopettaneet ne pelaajat, joilla pelaaminen aiheuttaa vain harvoin ongelmia, ja esimerkiksi peliriippuvaiset todennäköisemmin ovat jatkaneet pelaamista. Vaikuttakin siltä, että koronaepidemia on polarisoinut suomalaisten rahapelikäyttäytymistä entisestään. Osa on vähentänyt ra-

hapelaamista korona-aikana, mutta osalla rahapelihaitat ja -ongelmat ovat alkaneet syventyä, kun aikaa on ollut enemmän esimerkiksi työttömyyden, lomautusten ja erilaisten rajoitusten vuoksi (Ehyt ry 2021). Polarisaatiokehitys on samankaltainen kuin alkoholinkäytön muutos korona-aikana (Mäki 2020).

KORKEASTI KOULUTETUT pelaavat selvästi vähiten ja heillä osuus jää alle 40 prosenttiin, kun muissa koulutusryhmissä rahapelaavien osuus on vähintään puolet. Tämä koulutuksen mukainen ero näkyy itse asiassa jo nuorilla, sillä ammatillisessa oppilaitoksessa opiskelevat pelaavat luokitellaisissa enemmän (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2021). Korkeasti koulutetuilla rahapelaamisen yleisyys ei myöskään ole yhteydessä tulotasoon, kun taas matalasti koulutetuista rahapelejä pelaavat erityisen paljon ne, jotka joko ovat mukana työelämässä tai joiden tulotaso on korkea. Taloudellisten resurssien mahdollistaessa vähemmän koulutetut siis todennäköisemmin pelaavat.

MATALASTI KOULUTETTujen suurempi viehtymys rahapelejä kohtaan on tulosten valossa ilmeinen. Se, että tässä ryhmässä parempituloiset pelaavat enemmän, saattaa hyvinkin selittyä silloilla resurssieroilla: pienituloiset matalasti koulutetut joutuvat mahdollisesti priorisoimaan muita taloudellisia menojaan ja pystyvät pelaamaan vähemmän kuin ehkä haluaisivat. Vastaava ilmiö on nähtävissä myös alkoholiinkäytössä: perusasteen koulutuksen saaneista hyväituloiset myös käyttävät alkoholia liikaa ja juovat humalahakuisesti useammin kuin saman koulutusryhmän pienempituloiset. Keskiasteen ja korkea-asteen tutkinnon suorittaneilla ei vastaava vaihtelua tulotason mukaan ole näissäkään indikaattoreissa.

TÄMÄN TUTKIMUKSEN tulosten mukaan parempituloiset pelaavat rahapelejä pienituloisia todennäköisemmin. Jos yhteyttä kuitenkin tarkastellaan erityisesti toimeentulohaasteiden näkökulmasta, saadaan erilainen tulos. Taloudellisista haasteiden kokeminen ja se, että on joutunut tinkimään esimerkiksi ruuasta tai lääkkeistä, ovat nimittäin yhteydessä rahapelaamisen todennäköisyyteen. Nämä samat taloudelliset vaikeudet nostavat myös rahapeliongelmiä kokemisen todennäköisyyttä, vaikka kotitalouden tulotaso sinänsä ei ole yhteydessä peliongelmiä kokemiseen. Tuoreen tutkimuksen mukaan myös haitallinen rahapelaaminen ja sosiaalietuuksien saaminen, kuten toimeentulotuki, ovat yhteydessä toisiinsa (Latvala ym. 2021).

TÄSSÄ TUTKIMUKSESSA katsottiin myös mielen hyvinvointia ja terveyskäyttäytymistä kuvaavien tekijöiden yhteyttä rahapeliongelmiin. Vähäinen psyykinen kuormittuneisuus, hyvä elämälaatu ja onnellisuuden kokemus ovat kukin yhteydessä vähäisempään todennäköisyyteen kokea rahapelaamista ongelmalliseksi. Näiden tekijöiden keskinäisen vakioimisen jälkeen kuitenkin vain onnellisuus on yhteydessä rahapeliongelmiin, ja niillä, jotka eivät tunne itseään onnel-

liseksi, on lähes 30 prosenttia suurempi todennäköisyys kokea rahapeliongelmia. Syy-seuraussuhde voi toki mennä niin päin, että rahapeliongelmat vähentävät onnellisuutta.

TERVEYSKÄYTTÄYTYMISTÄ KUVAAVISTA muuttujista alkoholin liikkäyttö ja päivittäistupakointi ovat yhteydessä rahapeliongelmiin vielä senkin jälkeen, kun useiden muiden tekijöiden yhteys on otettu huomioon. Samanlainen tulos on nähty myös nuorten kohdalla, sillä paljon pelaavat nuoret juovat humalahakuisesti useammin, polttavat säännöllisemmin tupakkaa ja käyttävät enemmän nuuskaa (Koskenlahti 2013).

RAHAPELEJÄ PALJON pelaaville voikin siis kasaantua myös muunlaista terveydelle haitallista käyttäytymistä. Ehkäisevä päihdetyö sisältääkin muiden riippuvuuksien ehkäisyyn lisäksi myös pelaamisen vähentämiseen tähtäviä toimia sekä pelihaittojen ehkäisyä. Hyvin toimivan ehkäisevän päihdetyön tuleekin olla kokonaisvaltaista ja monimuotoista. Yhteisenä tavoitteena näille toimille on, että ne päihdeidenkäytön vähentämisen ohella parantavat ihmisten elämänlaatua, terveyttä ja hyvinvointia. Ehkäisevää päihdetyötä tarvitaan niin ikään kaikkialla: oppilaitoksissa, työpaikoilla ja perheissä, sillä päihdehaitat koskevat laaja-alaisesti myös läheisiä. ■

*VTT, dosentti **Netta Mäki** toimii erikoistutkijana Helsingin kaupunginkanslian kaupunkitietoyksikössä.*

Kirjallisuus:

EHYT ry (2021): Korona-ajan rahapelaamisessa viitteitä kahtiajakautumisesta: Koronaväsymys syventää rahapelihaittoja ja -ongelmia. EHYT ry 14.4.2021: <https://ehyt.fi/uutishuone/tiedotteet/korona-ajan-rahapelaamisessa-viitteita-kahtiajakautumisesta-koronaväsymys-syventaa-rahapelihaittoja-ja-ongelmia/>

Koskenlahti J (2013): Rahapelaaminen ja siihen liittyvä terveyskäyttäytyminen lukion ja ammattioppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijoilla. Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos.

Latvala TA, Lintonen TP, Browne M, Rockloff M & Salonen AH (2021): Social disadvantage and gambling severity: a population-based study with register-linkage. *European Journal of Public Health* 31 (6):1217–1223.

Mäki N (2020): Helsingkiläisten alkoholinkäytön muutos polarisoitunut korona-aikana. Kvartti-blogi 13.11.2020. <https://www.kvartti.fi/fi/blogit/helsingkiläisten-alkoholinkäytön-muutos-polarisoitunut-korona-aikana>

Pääkaupunkiseudun hyvinvointikysely (2021): Tuloraportti. <https://pkskysely.kaupunkitieto.fi/>

Salonen A, Lind K, Hagfors H, Castrén S ja Kontto J (2020): Rahapelaaminen, peliongelmat ja rahapelaamiseen liittyvät asenteet ja mielipiteet vuosina 2007–2019. Suomalaisen rahapelaaminen 2019. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 18/2020.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (2016): Rahapelihaitat haltuun, Toimet rahapelihaittojen vähentämiseksi. THL 3/2016.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (2021): Kouluterveyskysely, Toimet rahapelihaittojen vähentämiseksi. THL 3/2016.

Rahapelaamisella tarkoitetaan pelaamista, jossa pelin voitto tai tappio on rahaa tai rahan arvoista vastiketta. Suomessa rahapelaamista säätelee arpajaislaki. Arpajaislaki määrittelee rahapelit toiminnaksi, johon osallistutaan vastiketta vastaan ja jossa osallistuja voi saada kokonaan tai osittain sattumaan perustuvan rahavoiton.

Sosiaali- ja terveysministeriön tehtävänä on arpajaislain 52. pykälän mukaan seurata väestön rahapelaamista, ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on ministeriön toimeksiannosta toteuttanut säännöllisesti Suomalaisen rahapelaaminen -väestötutkimusta. Vuonna 2003 käynnistynyt ja neljän vuoden välein toteutettava tutkimus on keskeisin ja monipuolisin väestön rahapelaamista koskeva tiedon lähde Suomessa.

Rahapelaamisesta kysyttiin Alueellisessa terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa, FinSoten Helsingin otoksessa ja Pääkaupunkiseudun hyvinvointikyselyssä seuraavasti:

Seuraavaksi kysymme sinulta rahapelaamisesta. **Rahapelejä** ovat muun muassa arvontapelit kuten Lotto tai Keno, rahapeliautomaatit kuten hedelmäpeli, raaputusarvat, urheilu- ja raviveikkaus, Veikkauksen pelit, vedonlyönti, kasinopelit sekä Internetissä pelattavat rahapelit kuten nettipokeri.

Onko sinusta 12 viime kuukauden aikana tuntunut, että rahapelaaminen saattaa olla sinulle ongelma?

Vastausvaihtoehtoina annettiin:

● En pelaa rahapelejä ● Ei koskaan ● Joskus ● Usein ● Lähes aina





Raskausdiabeteksen esiintyvyys Helsingin peruspiireissä – kohti proaktiivista ennaltaehkäisyä

TOMMI SULANDER • SAARA LEHTINIEMI • KATJA KOKKO • PÄIVI KOIKKALAINEN • MARJA-LIISA LOMMI • TIMO LUKKARINEN

Raskausdiabetes on yleistynyt vuosien saatossa, ja se on voimakas riskitekijä tyypin 2 diabeteksen puhkeamiselle. Tätä riskiä voidaan alentaa merkittävästi elintapamuutoksilla. Tässä artikkelissa tarkastellaan raskausdiabeteksen esiintyvyyttä Helsingin peruspiireissä ja esitellään diabeteksen ennaltaehkäisyn malli. Mallia voidaan jatkossa hyödyntää kehitettäessä muiden kansansairauksien ehkäisyä ja seurantaa. Artikkelin tulosten mukaan raskausdiabeteksen ja diabeteksen riskitekijöiden esiintyvyys oli vähäisintä eteläisen Helsingin peruspiireissä ja yleisintä osassa itäisiä, koillisia ja pohjoisia peruspiirejä.

Raskausdiabetes yleistyy – elintapojen merkitys korostuu

Diabetes on yksi yleisimmistä kansansairauksista Suomessa, ja sitä sairastaa noin puoli miljoonaa ihmistä (Käypä hoito -suositus 2020). Diabetestyyppinä on useita, joista yleisin on tyypin 2 diabetes (T2D). Kaikkia diabeteksen alatyyppejä yhdistää sokeriaineenvaihdunnan häiriö, jonka ilmenemismuoto on kohonnut veren sokeripitoisuus.

RASKAUSDIABETES ON diabeteksen tyyppi, jossa ilmenee poikkeavia verensokereita tai jopa puhkeaa varsinainen diabetes raskauden aikana. Tyypillisesti raskausdiabeetikolla verensokeriarvot palaavat joko osin tai kokonaan normaaleiksi raskauden päätyttyä, mutta riski sairastua myöhemmin diabetekseen on selkeästi koholla.

RASKAUSDIABETES ON yleistynyt Suomessa viime vuosien aikana, ja sitä esiintyy lähes neljänneksellä suomalaisista synnyttäjistä. Esimerkiksi vuonna 2018 tämä tarkoitti, että raskausdiabetes todettiin noin 11 000 henkilöllä koko maan tasolla (THL 2021). Raskausdiabeteksen yleinen riskitekijä on ylipaino. Ylipainoisten synnyttäjien (painoindeksi eli BMI ≥ 25) osuus on kasvanut seitsemän prosenttiyksikköä vuodesta 2006 (30,9 %) vuoteen 2018 (38,3 %) (THL 2021). Vuonna 2020 ennen raskauden alkua vajaalla 18 prosentilla kaikista synnyttäjistä ilmeni lihavuutta (BMI ≥ 30) (Tiitinen 2021).



Osa kansainvälisistä tutkimuksista osoittaa, että alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevilla ja huonompiosaisilla alueilla asuvilla äideillä esiintyy enemmän raskausdiabetesta, mutta osa ei tue havaintoa.

Raskausdiabeteksen riskiä vähentävät ehkäisevät toimet ovat tärkeitä sekä raskauden aikana että etenkin jo todetun raskausdiabeteksen jälkeen, koska raskausdiabeetikolla on lähes kymmenkertainen riski sairastua myöhemmin elämässään tyyppin 2 diabetekseen (Vounzoulaki ym. 2020). Ylipainon lisäksi diabeteksen riksitekijöitä ovat muun muassa tupakointi, kohonnut verenpaine ja kohonnut niin sanottu ”huono” LDL-kolesteroli (Käypä hoito -suositus 2020). Diabeteksen riskiä voi pienentää elintapamuutoksien: laihduttamalla normaalipainoon, lisäämällä liikuntaa ja noudattamalla terveellistä ruokavaliota (Tiitinen 2021).

TYYPIN 2 diabeteksen ehkäisystä on alkanut kertyä vaikuttavaa näyttöä, joka antaa vahvan pohjan sellaisten interventioiden toteutukselle, joilla voitaisiin vahvistaa ihmisten hyvinvointia ja hillitä julkisten menojen kasvupainetta. Englannissa on viime vuosina tehty korkeatasoista tutkimusta, joissa on osoitettu elintapamuutosten ja etenkin painon pudotuksen mahdollistavan tyyppin 2 diabeteksen muuntumisen remissioon (Dambha-Miller ym. 2020, Lean ym. 2019). Remissiolla tarkoitetaan sokeriaineenvaihdunnan normalisoitumista. Myös suomalaisessa T2D-ehkäisy tutkimushankkeessa (DPS) on havaittu muun muassa painonpudotuksen ehkäisevän tehokkaasti diabeteksen puhkeamista. DPS-tutkimuksen mukaan tehostettu elintapaohjaus puolittaa sairastumisriskin henkilöillä, joilla on jo todettu diabeteksen esiaste. Riski pienenee sitä enemmän, mitä paremmin elintapaohjeita noudattaa. Nämä tulokset heijastelevat mahdollisuuksia säästää terveydenhuollon kustannuksissa ja pienentää ihmisten tautitaakkaa (Lindström ym. 2021).

ALUEELLISTA ERIYTYMISTÄ on tutkittu paljon viimeisten parin vuosikymmenen aikana niin Helsingissä kuin muiden maiden suurissa kaupungeissa useiden eri ilmiöiden kautta. Yhtenä keskeisenä tutkittavana ilmiönä on ollut terveys. Helsinki on Suomen mittapuulla iso kaupunki, joka jakautuu 34 peruspiiriin. Helsingin peruspiirien väestörakenteet eroavat toisistaan muun muassa sosioekonomisten tekijöiden kuten koulutuksen ja tulotason osalta. Osalle kaupunkilaisista kasautuu hyvinvointiin liittyviä ongelmia ja nii-

den riskitekijöitä. Tämän myötä sekä sairastavuuden että kansantautien yleisyydessä on merkittävää vaihtelua Helsingin peruspiirien välillä (Mäki 2021). Myös kansainväliset tutkimukset kertovat vastaavasta ilmiöstä muissa suurissa kaupungeissa (mm. Acevedo-Garcia 2000, Kramer ja Hogue 2009, Gibbons ym. 2020).

RASKAUSDIABETEKSEN ESIINTYVYYTTÄ eriarvoistuneiden alueiden tai eri sosioekonomisessa asemassa olevien äitien välillä on tarkasteltu muutamissa kansainvälisissä tutkimuksissa. Osa tutkimuksista osoittaa, että alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevilla ja huonompiosaisilla alueilla asuvilla äideillä esiintyy enemmän raskausdiabetesta, mutta osa tutkimuksista ei kuitenkaan tue tätä havaintoa (Janghorhanbani ym. 2006, Al-Rubeaan ym. 2014, Bouthoorn ym. 2016, Collier ym. 2017). Senja Masalinin (2021) vantaalaisia äitejä koskevassa väitöskirjassa tulotason todettiin olevan käänteisesti yhteydessä raskausdiabeteksen esiintyvyyteen. Vastaavasti korkeampi koulutustaso oli yhteydessä alhaisempaan raskausdiabeteksen esiintyvyyteen.

TÄMÄN ARTIKKELIN päätarkoitus on kuvata raskausdiabeteksen esiintyvyyttä Helsingissä ja sen peruspiireissä. Lisäksi tarkastellaan diabeteksen riskitekijöitä raskausdiabeetikoilla. Artikkelin on osa Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimialan Preventio jyrää -tutkimus- ja kehittämishanketta, jossa kehitetään diabeteksen proaktiivista ennaltaehkäisyn mallia. Artikkelin lopussa kuvataan mallin pääpiirteitä sekä vuonna 2022 toteutettavaa pilottia, joka koskee 2 tyyppin diabeteksen ehkäisyä raskausdiabeteksen sairastaneilla. Proaktiivisen mallin kehittäminen vastaa osaltaan Helsingin kaupunkistrategiaan uusien ennakoivien ja ongelmia ennaltaehkäisevien palveluiden kehittämisen vauhdittamisen näkökulmasta.

Aineisto kerättiin Terveystieteiden tutkimuskeskuksesta

Terveystieteiden tutkimuskeskus (THA) on Kustannus Oy Duodecimin tuottama sovelluskokonaisuus, jonka avulla potilastietoja voidaan analysoida sekä yksilö- että väestötasolla. THA:ssa yhdistetään potilastietojärjestelmästä saatavat rakenteiset

tiedot sekä Käypä hoito -suosituksiin ja muihin parhaisiin tutkimustiedon lähteisiin perustuvat EBMEDS (Evidence-Based Medicine Electronic Decision Support) -päättöksentuen sisällöt. Tämä mahdollistaa monipuolisten väestön tai väestöryhmän terveydentilaa kuvaavien näkymien sekä hoitovajausten ja kliinisten laatu mittarien määrittämisen. THA-työkalujen avulla tietoja voidaan raportoida ja suodattaa hyödynnettäväksi niin tietojohdattamisessa kuin yksittäisten potilaiden hoitamisessa (esim. interventioista hyötyvien tai seurannan piiristä pudonneiden henkilöiden tunnistaminen) ottaen huomioon tietosuojalainsäädännön vaatimukset.

HELSINGISSÄ ON toteutettu neljä koko väestön kattavaa THA-analyysiä vuosina 2019–2021. Tietoja on hyödynnetty esimerkiksi lääkehoidon tehostamisessa (verenohennus- ja kolesterolilääkkeet, keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden käytön seuranta), koronarokotusten ja palvelujen kohdentamisessa (diabeteskeskuksen sijoittaminen, hoitovajausten tunnistaminen), ikäihmisten liikuntasairauksia koskevassa selvityksessä sekä erilaisissa piloteissa.

VUONNA 2015–2020 THA:han oli kirjattu 37 972 raskaana ollutta äitiä. Peruspiiritarkastelun ulkopuolelle jäi 3 176 raskaana ollutta, koska heihin ei voitu kohdistaa postinumeroa. Raskaana olleista raskausdiabetes -diagnoosin oli saanut 6 844 henkilöä joista 469:llä ei ollut postinumeroa. Peruspiireistä Östersundom jätettiin tarkastelusta pois alhaisen raskausdiabetesdiagnoosin saaneiden määrän vuoksi.

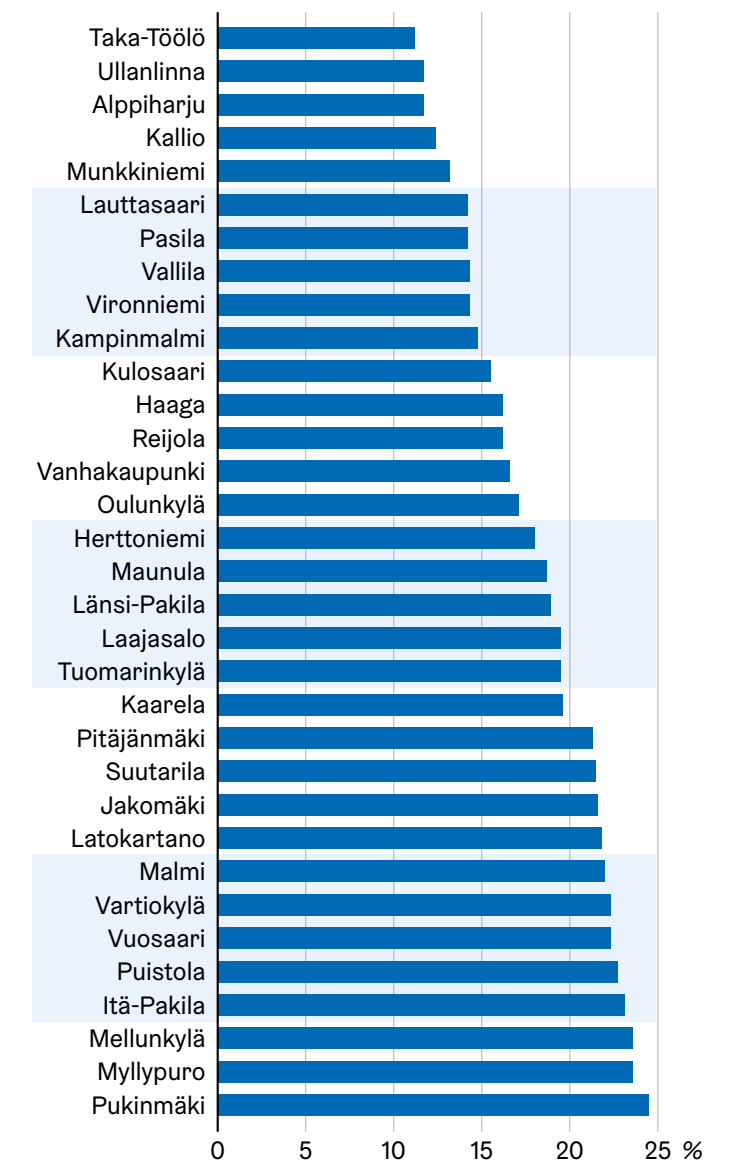
RASKAUSDIABEETIKOIDEN DIABETEKSEN riskitekijät ajettiin THA:sta vuosilta 2016–2020. Riskitekijöiksi valittiin 1) painoindeksi (BMI) ≥ 30 , 2) tupakointi, 3) LDL kolesteroli ≥ 2.8 , ja 4) verenpaine $\geq 140/90$. Näistä laskettiin summamuuttuja, joka vaihteli nollan ja neljän riskitekijän välillä. Riskitekijöitä ei tarkasteltu erillisinä, koska peruspiirien välillä esiintyy kohtuullisen suuria kirjaamiskattavuuseroja. Erot alueellisissa kirjaamiskattavuuksissa eivät eri riskitekijöiden osalta ole systemaattiset. Toisin sanoen, jos jollain peruspiirillä on alhainen kirjaamiskattavuus esimerkiksi BMI:n osalta, se ei tarkoita, että kaikkien riskitekijöiden osalta tilanne olisi sama. Jotta näitä eroja saatiin hieman tasoitettua, tarkasteluun otettiin nolla ja yhden riskitekijän saaneiden lisäksi vähintään kaksi riskitekijää saaneet raskausdiabeetikot.

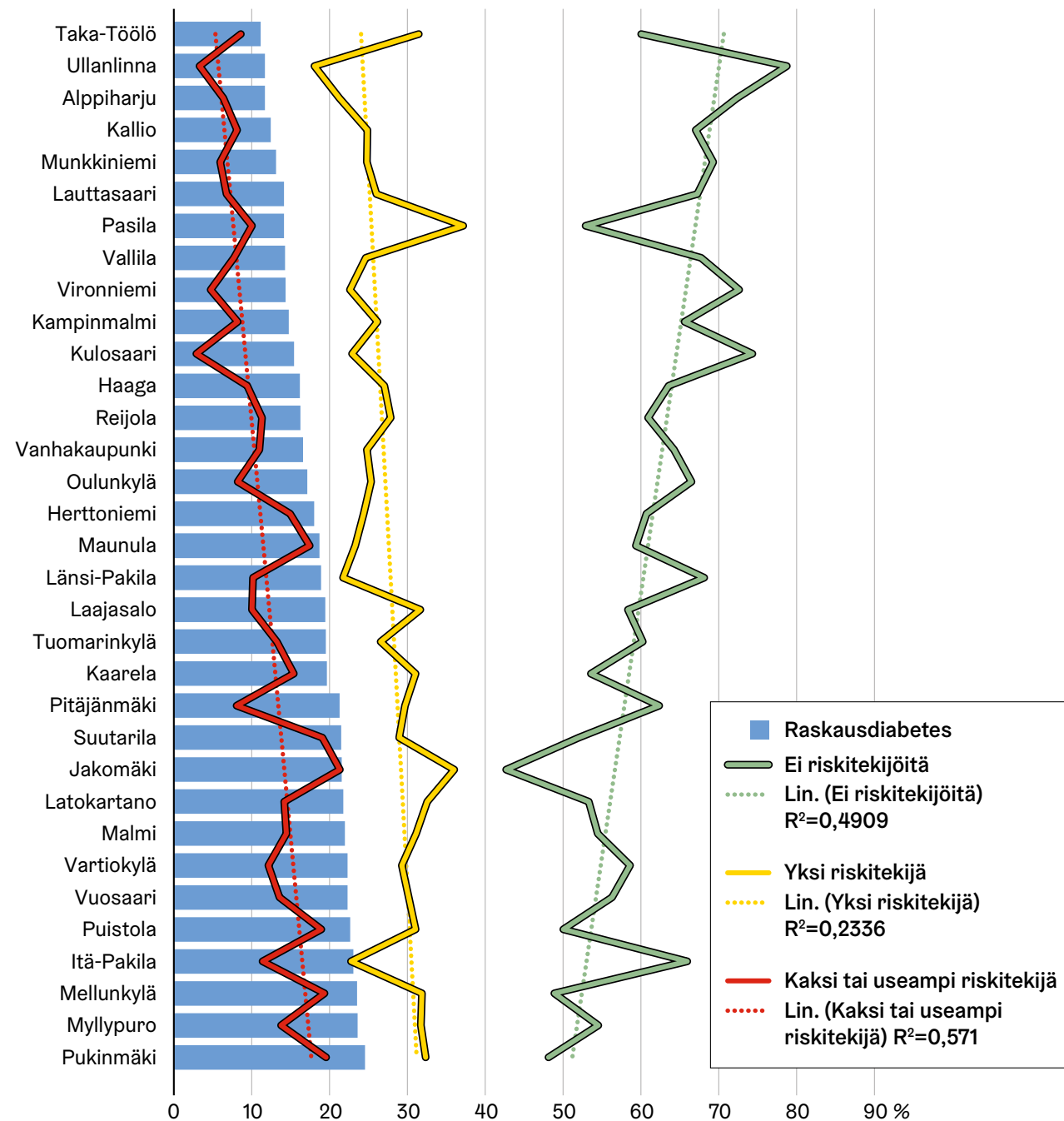
Raskausdiabeteksen esiintyvyys vaihtelee peruspiireittäin

Raskaana olleista äideistä 18 prosentilla todettiin raskausdiabetes vuosina 2015–2020. Kuviosta 1 voidaan havaita raskausdiabetesdiagnoosin saaneiden osuus raskaana olleista peruspiireittäin edellä mainittuina vuosina. Raskausdiabeteksen esiintyvyys vaihteli Taka-Töölön 11,2 prosentista Pukinmäen 24,5 prosenttiin. Raskausdiabeteksen esiintyvyys oli vähäisintä eteläisen Helsingin peruspiireissä ja yleisintä osassa itäisiä, koillisia ja pohjoisia peruspiirejä.

KUVIO 1.

Raskausdiabeetikoiden osuus raskaana olleista Helsingin peruspiireissä vuosina 2015–2020.





KUVIO 2.

Raskausdiabeetikoiden osuus raskaana olleista 2015–2020 ja heidän riskitekijänsä peruspiireittäin.

DIABETEKSEN RISKITEKIJÖIDEN esiintyvyys raskausdiabeetikoilla on esitetty kuviossa 2. Mukana on myös kuvion 1 raskausdiabeetikoiden osuudet raskaana olleista peruspiireittäin samassa järjestyksessä. Peruspiirien välillä esiintyy jonkin verran vaihtelua, mutta keskimääräisesti katsottuna riskitekiijöiden osuudet peruspiireittäin noudattelevat raskausdiabeetikoiden määrän esiintyvyyttä. Peruspiireissä, joissa on vähiten raskausdiabeetikoita, on suurem-

pi suhteellinen osuus sellaisia raskaana olevia, joilla ei ole yhtään riskitekiijää. Ullanlinnassa heitä on 79 prosenttia ja Jakomäessä 43 prosenttia. Vähintään kahden riskitekiäjän omaavia on keskimäärin enemmän peruspiireissä, joissa myös raskausdiabeetikoiden suhteellinen osuus raskaana olleista on suurempi. Tässäkin ääripäinä ovat Jakomäki (21 %) ja Ullanlinna (3 %). Yhden riskitekiäjän omaavissa peruspiirien väliset erot ovat maltillisempia.

Raskausdiabeteksenkin mukaan Helsingissä isot alueelliset hyvinvointierot

Tämä kuvaileva tutkimus osoitti selkeät erot raskausdiabeteksen ja riskitekiijöiden esiintyvyydessä peruspiirien välillä. Niitä raskausdiabeetikoita, joilla ei ollut yhtään riskitekiijää, oli keskimäärin eniten eteläisissä peruspiireissä ja vähiten osassa itäisiä, koillisia ja pohjoisia peruspiirejä.

KESKIMÄÄRIN RASKAUSDIABETESTA ja diabeteksen riskitekijöitä esiintyi enemmän peruspiireissä, joissa on alempi tulotas ja heikompi keskimääräinen terveydentila. Tämä on linjassa aiempien peruspiirihavaintojen kanssa, joissa on todettu selkeät samansuuntaiset erot useiden hyvinvoinnin ulottuvuuksien suhteen (mm. Mäki 2021).

HELSINGIN KORKEASTA koulutus- ja tulotasosta huolimatta erilaisissa sosioekonomisessa asemassa olevien asukkaiden ja kaupungin eri alueiden välillä on suuria ja pysyviä vaikuttavia eroja hyvinvoinnissa ja terveydessä. Osalle kaupunkilaisista kasautuu hyvinvointiin liittyviä ongelmia ja niiden riskitekijöitä, mikä heijastuu myös alueiden välisissä eroissa. Tämän myötä sekä sairastavuuden että kansantautien yleisyydessä on merkittävää vaihtelua Helsingin peruspiirien välillä.

TUORESSA VÄITÖSKIRJASSA Senja Masalin (2021) toteaa alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevilla äideillä esiintyvän enemmän raskausdiabetesta verrattuna ylempään asemaan omaaviin. Osa kansainvälisistä tutkimuksista tukee tätä tulosta ja myös tässä tutkimuksessa havaittua

huonompiosaisen alueiden yleisempää raskausdiabeteksen esiintyvyyttä (mm. Bouthoorn ym. 2016, Collier ym. 2017), mutta myös poikkeavia havaintoja on tehty (Janghorhanbani ym. 2006, Al-Rubeaan ym. 2014). Tässä artikkelissa esitelty tutkimus on ensimmäinen, joka on kiinnittänyt huomiota raskausdiabeteksen ja riskitekiijöiden esiintyvyyteen Helsingin peruspiireissä. Vaikka tässä tutkimuksessa ei ollut käytettävissä raskaana olleiden sosioekonomista asemaa kuvaavia muuttujia, tutkimuksen päätulos on linjassa Masalinin (2021) sosioekonomisiin eroihin liittyvän havainnon kanssa, koska peruspiireissä, joissa on keskimäärin alempi sosioekonominen asema, esiintyi enemmän raskausdiabetesta.

TUTKIMUKSEN VAHVUUTENA on kattava aineisto vuosilta 2015–2020, joka sisältää kaikki Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimialan asiakas- ja potilastietojärjestelmään merkityt raskaudet ja raskausdiabetesdiagnoosit. Riskitekiijöiden osalta tieto ei ole yhtä kattava, koska eri terveysasemien välillä esiintyy eroja kirjaamiskäytännöissä. Osa riskitekijöistä, kuten kolesteroliarvo, perustuu laboratorionäytteisiin ja osa, kuten tupakointi ja BMI, siihen onko niitä kysytty tai mitattu terveyskeskuskäynnillä. Lisäksi osa vuosina 2015–2020 raskaana olleista ei ole käynyt terveyskeskuksessa tai laboratorioissa. Tämä osaltaan heikentää tietojen kattavuutta. Tätä kirjaamiskattavuuden vaihtelua pyrittiin kuitenkin paikkaamaan laskemalla riskitekijöistä summamuuttuja ja tarkastelemalla vähintään kahden riskin omaavien lisäksi yhden riskin omaavia ja niitä, joilla ei ollut yhtään riskitekiijää.



Niitä raskausdiabeetikoita, joilla ei ollut yhtään riskitekiijää, oli keskimäärin eniten eteläisissä peruspiireissä ja vähiten osassa itäisiä, koillisia ja pohjoisia peruspiirejä.

HELSINGIN KAUPUNKISTRATEGIASSA tuodaan esille vahva pyrkimys pysäyttää kaupunginosien eriarvoistumiskehitys ja löytää keinoja erojen tasaantumiseen. Yksi keino tämän tavoitteen saavuttamiseksi on ennakoivien ja ennaltaehkäisevien palveluiden ja toimenpiteiden vauhdittaminen. Vauhdittaminen tarvitsee rinnalleen tutkittua tietoa ilmiöistä. Tiedon avulla voidaan löytää ne helsinkiläiset ja myös jo olemassa olevat palvelut, joihin panostamalla saadaan

pienimmällä panostuksella suurin hyöty. Lisäksi tiedon avulla voidaan löytää eniten palveluita kuluttavat asiakasryhmät. Tärkeänä osana tiedon hyödyntämisestä on arvioida tehtyjen päätösten toteutuminen ja niiden vaikutus kaupunkilaisten hyvinvointiin. Yksi proaktiivinen ennaltaehkäisy malli on jo Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimialalla pilotointivaiheessa ja siitä kerrotaan lyhyesti oheisessa tietolaatikossa. ■

Preventio jyrää – diabeteksen proaktiivinen ennaltaehkäisy malli

Preventio jyrää -hankkeessa on suunniteltu systemaattinen digitalisaatiota hyödyntävä proaktiivinen toimintamalli. Mallin tavoitteena on raskausdiabeteksen jatko seurannan toteuttaminen Käypä hoito -suosituksen mukaisesti hyödyntäen digitaalisia ratkaisuja. Käypä hoito -suosituksessa määritellään, että henkilöllä, jolla on joskus diagnosoitu raskausdiabetes, tulisi aina jatkossa seurata painoa, BMI:tä, verenpainetta, vyötärönympärystä sekä veren lipidi- ja sokeriarvoja 1–3 vuoden välein. (Käypä hoito -suositus 2013.) Hankkeessa tehdään yhteistyötä Oy Apotti Ab:n kanssa.

Aluksi kohderyhmäksi on määritelty ne asiakkaat, joilla on historiassa raskausdiabetesdiagnoosi, ja jotka ovat sittemmin Helsingin potilastietojärjestelmän tietojen mukaan pudonneet Käypä hoito -suosituksen mukaisesta seurannasta. Kohderyhmäläiset on tarkoitettu löytää Terveystyöryhmä -työkalulla. Pilotointivaiheessa asiakkaalle tarjotaan uuteen seurantamalliin osallistumista, joka on asiakkaan lupaan perustuvaa. Alussa asiakkaat käyvät verikokeissa ja täyttävät Omaolo-palvelun hyvinvointitarkastuksen. Omaolon hyvinvointitarkastus lääkintälaitteena arvioi asiakkaan vastausten perusteella eliniän odotteen

laskun. Tämä yhdistettynä otettuihin verikokeisiin mahdollistaa sairastumisen riskitason määrittelyn asiakkaille. Lievän riskin asiakkaat saavat seuraavan kerran kolmen vuoden kuluttua automaattikohotteen käydä verikokeissa ja täyttää diabeteksriskin seurantaan liittyvän kyselyn. Kohonneen riskin asiakkaille seuranta tulee vuoden päästä. Näille asiakkaille on tarkoitus myös tehdä digitaalista väli-seurantaa kuuden kuukauden kohdalla tai asiakkaan tarpeisiin yksilöllisesti pohjautuen. Korkean riskin asiakkaille ei automaatiota tehdä, vaan heille tarjotaan hoito ja seuranta normaalien ydinprosessien mukaisesti. Automaattikohotteet toteutetaan Apotin Care Companion-toiminnallisuuden avulla.

Raskausdiabeteksen jatko seurantaa pilotoidaan keväällä 2022 yhdellä terveysasemalla. Jatkossa tarkoitetaan laajentaa mallia koko Helsingin kaupungin alueelle pilotista saatujen kokemusten perusteella. Preventio jyrää -hankkeessa tehty raskausdiabeteksen jatko seurannan mallia ja siitä saatuja kokemuksia voidaan myöhemmin hyödyntää kehitettäessä mallia muiden kansansairauksien ehkäisyyn ja seurantaan.

● Kirjoittajat:

Tommi Sulander toimii hyvinvointi- ja terveys -teeman johtavana asiantuntijana Helsingin kaupunginkanslian kaupunkitietoyksikössä.

Saara Lehtiniemi toimii data-analytikkona Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimialan tietojohdaminen ja tilastopalvelut-yksikössä.

Katja Kokko toimii projektipäällikkönä Preventio Jyrää-hankkeessa Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimialalla.

Päivi Koikkalainen toimii Terveystyöryhmä-projektipäällikkönä Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimialalla.

Marja-Liisa Lommi toimii johtavana ylläkkärinä digitaalisella terveysasemalla Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimialalla.

Timo Lukkarinen toimii terveysasemat ja sisätautien poliklinikka -palvelun johtajalääkärinä Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystoimialalla.

Kirjallisuus

Acevedo-Garcia D (2000). Residential segregation and the epidemiology of infectious diseases. Soc. Sci. Med. 2000;51:1143–1161.

Al-Rubeaan K, Al-Manaa HA, Khoja TA, Youssef AM, Al-Sharqawi AH, Siddiqui K ym. (2014). A community-based survey for different abnormal glucose metabolism among pregnant women in a random household study (SAUDI-DM). BMJ open. 2014;4(8):e005906.

Arffman M, Ilanne-Parikka P, Keskimäki I, Kurkela O, Lindström J, Sund R ja Winell K (2020). Tyypin 1 ja 2 diabeteksen ja niiden lisäsairauksien ilmaantuvuus ja esiintyvyys Suomessa vuosina 2000–2017. Tutkimuksesta tiiviisti 8/2020. Terveystyöryhmä ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Bouthoorn S, Silva L, Murray S, Steegers E, Jaddoe V, Moll H, ym. (2015). Low-educated women have an increased risk of gestational diabetes mellitus: the Generation R Study. Acta Diabetol. 2015;52(3):445-52.

Collier A, Abraham EC, Armstrong J, Godwin J, Monteath K, Lindsay R (2017). Reported prevalence of gestational diabetes in Scotland: The relationship with obesity, age, socioeconomic status, smoking and macrosomia, and how many are we missing? J Diabetes Investig. 2017;8(2):161-7.

Dambha-Miller H, Day A J, Strelitz J, Irving G ja Griffin S J (2020). Behaviour change, weight loss and remission of Type 2 diabetes: a community-based prospective cohort study Diabet Med. 2020 Apr;37(4):681-688. doi: 10.1111/dme.14122. Epub 2019 Sep 26.

Gibbons J, Yang TC, Brault E, Barton M (2020). Evaluating Residential Segregation's Relation to the Clustering of Poor Health across American Cities. Int J Environ Res Public Health. 2020 Jun 1;17(11):3910. doi: 10.3390/ijerph17113910.

Janghorbani M, Stenhouse EA, Jones RB, Millward BA (2006). Is neighbourhood deprivation a risk factor for gestational diabetes mellitus? Diabet Med. 2006;23(3):313-7.

Kramer MR, Hogue CR (2009). Is Segregation Bad for Your Health? Epidemiol. Rev. 2009;31:178–194.

Käypä hoito -suositus (2020). Tyypin 2 diabetes. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkärin yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim (18.05.2020). <https://www.kaypahoito.fi/hoi50056>

Käypä hoito -suositus (2013). Raskausdiabetes. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Diabetesliiton lääkäri neuvoston ja Suomen Gynekologiyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2013 (26.6.2013). <https://www.kaypahoito.fi/hoi50068>

Lean MEJ, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, Peters C, Zhyzhneuskaya S, Al-Mrabeh A, Hollingsworth KG, Rodrigues AM, Rehackova L, Adamson AJ, Snihotta FF, Mathers JC, Ross HM, McIlvenna Y, Welsh P, Kean S, Ford I, McConnachie A, Messow CM, Sattar N, Taylor R (2019). Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2019 May;7(5):344-355. doi: 10.1016/S2213-8587(19)30068-3. Epub 2019 Mar 6.

Lindström J, Uusitupa M, Eriksson J, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukaanniemi S ja Tuomilehto J (2021). Mitä suomalainen tyypin 2 diabeteksen ehkäisy tutkimus DPS on opettanut? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2021;137(22):2399-406.

Masalin S (2021). Non-traditional risk factors for gestational diabetes mellitus : impact on prevalence and offspring birthweight. Väitöskirja: Helsingin yliopisto.

Mäki N (2021). Sairastavuus ja kansantauti-indeksit kokoHelsingissä ja peruspiireittäin 2019. Tilastoja 2021:4. Helsingin kaupunginkanslia Kaupunkitutkimus ja -Tilastot. https://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/21_03_02_Tilastoja_4_Maki.pdf.

Suhonen L, Hiilesmaa V, Kaaja R ym. (2008). Detection of pregnancies with high risk of fetal macrosomia among women with gestational diabetes mellitus. Acta Obstet Gynecol Scand 2008;87:940-5.

THL (2021). Raskausdiabetes yleistyy voimakkaasti – merkittävän seuraus on sikiön liiallinen kasvu. 21.4.2021. <https://thl.fi/fi/-/raskausdiabetes-yleistyy-voimakkaasti-merkittävän-seuraus-on-sikiön-liiallinen-kasvu>

Tiitinen, A (2021). Raskausdiabetes. Duodecim lääkärikirja (4.10.2021). Duodecim Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00168>

Vounzoulaki E, Khunti K, Abner S, Tan Bee K, Davies Melanie J, Gillies Clare L ym. (2020). Progression to type 2 diabetes in women with a known history of gestational diabetes: systematic review and meta-analysis BMJ 2020;369:m1361

Aktiivit, passiivit, oma-toimiset, epäsäännölliset ja ohjatut – Helsinkiläisnuorten joukosta voidaan tunnistaa viisi liikunnan harrastajaprofiilia

● SUVI MÄÄTTÄ

Helsinkiläiset nuoret jakautuvat viiteen liikunnan harrastajaprofiiliin. Suuri osa nuorista on aktiivisia tai omatoimisia liikunnan harrastajia, mutta runsas kymmenes on passiiviliikkuja. Sukupuoli ja perhetaustaan liittyvät tekijät määrittävät, mihin profiiliin nuori kuuluu. Liikunnan harrastajaprofiilit heijastuvat myös koettuihin harrastusmahdollisuuksiin; aktiivit kokevat ne paremmaksi kuin muut.

LIIKUNNAN HARRASTAMINEN on lasten ja nuorten suosituin vapaa-ajan viettotapa ja harrastus. Viimeisimmän Kouluterveyskyselyn mukaan helsinkiläisistä nuorista 80 prosenttia harrastaa liikuntaa tai urheilee jossain muodossa viikoittain, 46 prosenttia harrastaa liikuntaa ohjastusti ja 75 prosenttia omatoimisesti (THL 2021).





Nuorten tapoja liikkua ja harrastaa liikuntaa on useita. Vuoden 2020 Koululaiskyselyn perusteella helsinkiläisten kiinnostavimpien harrastusten joukossa esiintyi usein parkour tai kiipeily perinteisempien ohjattujen lajien, kuten jalkapallon, futsalin ja koripallon lisäksi (OKM 2021). Liikuntaa voikin harrastaa omatoimisesti tai ohjatuksi sekä molempia yhdistäen. Omatoimisella liikunnalla tarkoitetaan ilman ohjausta tapahtuvaa liikkumista tai leikkimistä, jota voi harrastaa yksin, kavereiden tai perheiden kanssa vapaa-ajalla (esimerkiksi pyöräily, trampoliinilla hyppiminen tai skeittaus). Ohjattu liikunta tarkoittaa puolestaan ulkopuolisen valvonnassa ja ohjauksessa tapahtuvaa liikuntaa, jota toteutetaan pääsääntöisesti urheiluseuroissa, liikuntakerhoissa tai kouluissa, joissa nuorten taidot karttavat osaavan ohjaajan opastuksessa. (Tuloskortti 2022) Toisaalta osa nuorista ei harrasta juuri ollenkaan liikuntaa tai he liikkuvat epäsäännöllisesti.

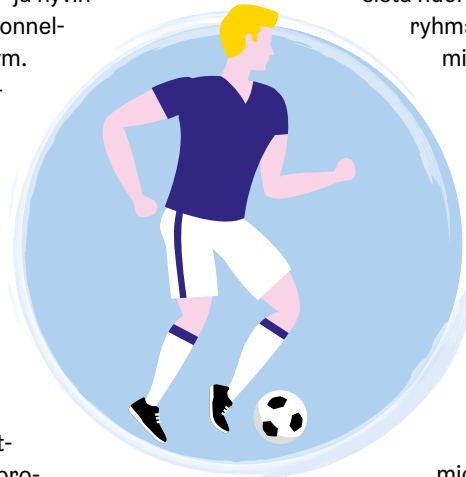
YLIPÄÄTÄNSÄ SÄÄNNÖLLISELLÄ liikunnan harrastamisella ja liikkumisella, tapahtuipa se ohjatuksi tai omatoimisesti, on todettu olevan monenlaisia myönteisiä terveys- ja hyvinvointivaikutuksia (esim. Biddle & Asare 2011; Donnelly ym. 2016; Janssen & LeBlanc 2010; Poitras ym. 2016). Näin olisikin olennaista tunnistaa ja erottaa erilaisia liikunnan harrastamisen tapoja ja löytää yhteisiä selittäviä tekijöitä varsinkin niiden nuorten harrastamiselle, jotka liikkuvat epäsäännöllisesti tai harvoin.

TÄSSÄ KIRJOITUKSESSA on tavoitteena tutkia, millaisia liikunnan harrastajia helsinkiläiset nuoret ovat. Kirjoituksessa jaotellaan näitä liikkumisen tapoja harrastajaprofiileihin sekä tarkastellaan, ovatko yksilöön tai perhe-taustaan liittyvät tekijät yhteydessä muodostettuihin profiileihin. Lisäksi tutkitaan, esiintyykö profiilien välillä eroja nuorten käsityksissä tarjolla olevista harrastusmahdollisuuksista. Kirjoituksessa käytetään aineistona Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toteuttamaa Kouluterveyskyselyä ja siihen vuonna 2021 vastanneiden Helsingissä koulua käyvien 8.- ja 9.- luokkalaisten ja toisen asteen opiskelijoiden vastauksia (n=14 837). Myös vuosien 2017 ja 2019 aineistoja hyödynnetään, kun raportoidaan profiileissa tapahtunutta muutosta.

Perhetausta ja yksilöön liittyvät tekijät määrittävät liikunnan harrastamista

Liikunnan harrastamisen profilointi pohjautuu seuraavaan kysymykseen: ”Kuinka usein harrastat liikuntaa tai urheilut vapaa-ajalla? a) ohjatusti b) omatoimisesti”. Molempiin vaihtoehtoihin oli seuraavat vastausvaihtoehdot: 1) lähes päivittäin, 2) joka viikko, 3) joka kuukausi, 4) harvemmin tai 5) en koskaan. Molempien kysymyksiä vastausvaihtoehdot ristiintaulukoitettiin ja yhdistettiin uudeksi muuttujaksi, jotta voitiin erotella paljon liikuntaa harrastavat, liikuntaa harvoin harrastavat, omatoimisesti harrastavat, ohjatuksi harrastavat ja mahdolliset välimuodot. Luokittelun pohjalta muodostui viisi ryhmää, jotka esitellään tarkemmin seuraavaksi. Tämän vaiheen jälkeen tarkasteltiin, miten sukupuoli, syntyperä, perheen koettu taloudellinen tilanne, asumismuoto ja asuinalue olivat yhteydessä kyseisiin profiileihin. Jos tietyn taustatekijän (esimerkiksi sukupuoli) vaihtoehtoisissa (esimerkiksi tytöt ja pojat) esiintyy tilastollisesti merkitsevä ero kuulumisessa tiettyyn profiiliin, se kuvataan seuraavaksi tekstissä. Asuinalueen osalta eroa tarkasteltiin suhteessa Helsingin keskiarvoon. Tilastollisesti merkitsevä ero pohjautuu 95 prosentin luottamusvälin tarkasteluun. Taulukossa 1 on tarkempi yhteenveto, jossa on nähtävillä jokainen tarkasteltu taustatekijä ja sen vaihtoehdot, kyseisten vaihtoehtojen prosenttiosuudet ja tilastollisesti merkitsevät erot.

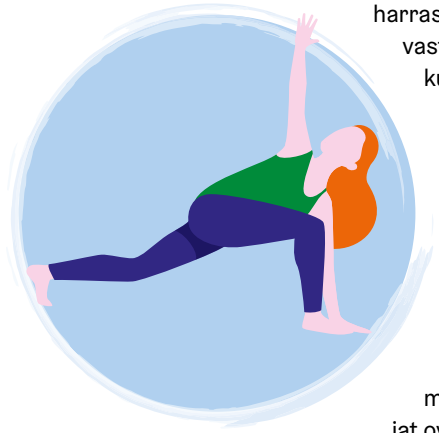
AKTIIVILIKKUJAT (jatkossa myös ”aktiivit”) ovat nuoria, jotka harrastavat sekä ohjattua että omatoimista liikuntaa lähes päivittäin tai joka viikko. Helsinkiläisistä nuorista 37 prosenttia kuuluu tähän ryhmään. Muita nuoria tyypillisemmin tähän ryhmään kuuluvat pojat, suomalaistaustaiset, molempien vanhempien kanssa asuvat tai perheen taloudellisen tilanteen erittäin hyväksi arvioivat. Aktiiviliikkujia on Helsingin keskiarvoa enemmän Eteläisessä ja Pohjoisessa suurpiirissä, kun taas Itäisessä ja Koillisessa suurpiirissä heitä on keskiarvoa vähemmän. On kuitenkin huomioitava, että vaikka tilastollisesti merkitsevä ero esiintyy sukupuolen ja syntyperän mukaan, myös tytöistä ja ulkomaalaistaustaisista suurin osa on aktiiviliikkujia. Vaikka aktiiviliikkujat ovat edelleen yleisin liikunnan harrastamisprofiili, heidän osuutensa on laskenut vuosien 2017 ja 2021 välisenä aikana. Aktiiviliikkujia oli noin kuusi prosenttiosuutta vähemmän vuonna 2021 kuin vuonna 2017.



OMATOIMISET LIKKUJAT

ovat nuoria, jotka harrastavat omatoimista liikuntaa lähes päivittäin tai joka viikko, mutta ohjattua liikuntaa harvemmin tai ei koskaan. Tähän ryhmään kuuluu noin 30 prosenttia helsinkiläisistä nuorista. Kuten aktiiviliikkujissa, pojat tai suomalaistaustaiset kuuluvat yleisemmin tähän ryhmään. Perhetaustaan liittyvät tekijät ovat kuitenkin käänteisesti yhteydessä tähän profiiliin verrattuna aktiiviliikkujiin. Nimittäin perheen taloudellisen tilanteen korkeintaan kohtalaiseksi tai melko hyväksi arvioivat nuoret kuuluvat tyypillisemmin tähän ryhmään kuin sen erittäin hyväksi arvioivat. Lisäksi omatoimisia liikkujia on eniten yksinhuoltajaperheissä tai erilaisissa vuororatkaisuissa asuvissa perheissä. Omatoimisia liikkujia on Helsingin keskiarvoa vähemmän Eteläisessä suurpiirissä. Omatoimisten liikkujien osuus on pysynyt samalla tasolla vuosien 2017 ja 2021 välisenä aikana.

EPÄSÄÄNNÖLLISET LIKKUJAT ovat nuoria, jotka harrastavat omatoimista tai ohjattua liikuntaa epäsäännöllisesti. Toisin sanoen kyseessä on esimerkiksi nuori, joka harrastaa ohjattua liikuntaa keskimäärin kerran kuussa ja omatoiminen liikunta vaihtelee lähes päivittäisestä ei koskaan harrastamiseen, tai päinvastoin, omatoimista liikuntaa kuukausittain harrastava nuori, jonka ohjattu liikuntaharrastaminen vaihtelee eri vastausvaihtoehtojen välillä. Yhteensä 18 prosenttia helsinkiläisistä kuuluu tähän ryhmään. Tämän profiilin edustajat ovat tyypillisemmin tytöjä, ulkomaalaistaustaisia tai nuoria, jotka arvioivat perheen taloudellisen tilanteen korkeintaan kohtalaiseksi tai melko hyväksi. Epäsäännöllisiä liikkujia asuu kaupungin keskiarvoa enemmän Kaakkoisessa suurpiirissä, ja keskiarvoa vähemmän Pohjoisessa suurpiirissä. Epäsäännöllisten liikkujien osuus on kasvanut runsaalla seitsemällä prosenttiosuudella viime vuosien aikana.



OHJATUT LIKKUJAT

ovat nuoria, jotka harrastavat ohjattua liikuntaa lähes päivittäin tai viikoittain, mutta omatoimista liikuntaa harvemmin tai ei koskaan. Tähän ryhmään kuuluu runsas kolme prosenttia nuorista. Ryhmän edustajia on siis selkeästi vähiten. Kyseisen profiilin edustajat ovat tyypillisesti tyttöjä, mutta muut tarkastellut taustatekijät eivät ole yhteydessä tähän profiiliin.



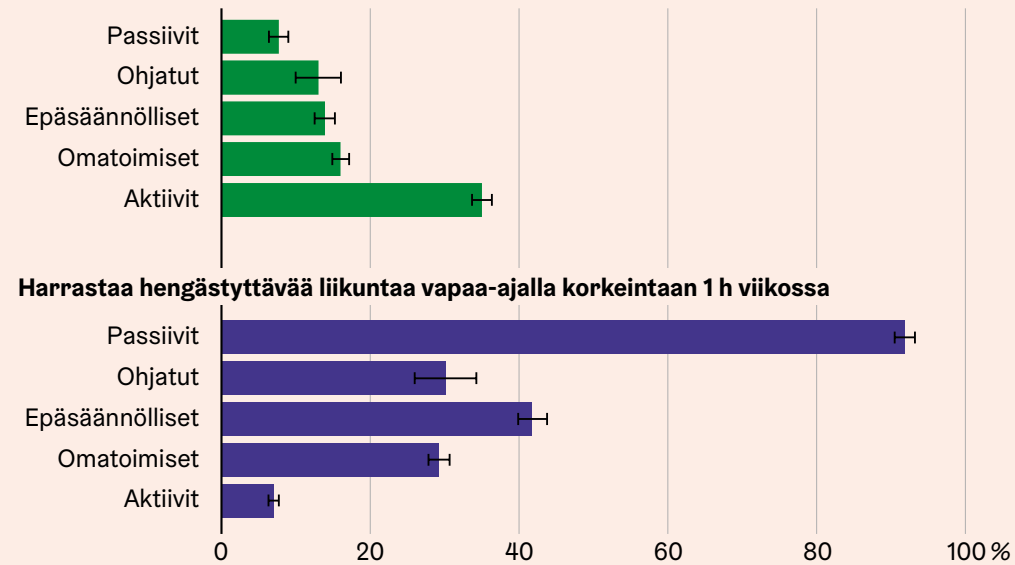
PASSIIVILIKKUJAT (jatkossa myös ”passiivit”) ovat nuoria, jotka harrastavat liikuntaa ohjatuksi ja omatoimisesti harvemmin kuin kerran kuussa tai eivät koskaan. Helsinkiläisistä nuorista noin 12 prosenttia kuuluu tähän ryhmään. Tämän profiilin edustajat ovat tyypillisemmin tyttöjä tai ulkomaalaistaustaisia. Mitä heikomaksi nuori kokee perheen taloudellisen tilanteen, sitä todennäköisemmin hän kuuluu tähän ryhmään. Yksinhuoltajaperheissä tai muissa asumisratkaisuissa (esim. lastenkodit, isovanhemmat) asuvissa esiintyy muita enemmän passiiveja. Passiiveja on Itäisessä suurpiirissä keskimääräistä enemmän, Eteläisessä ja Pohjoisessa suurpiirissä vähemmän. Passiivien osuus on pysynyt noin 12 prosentissa viimeisen parin vuoden aikana.



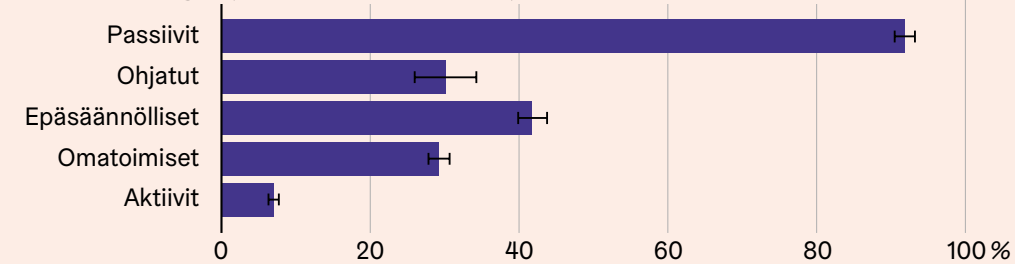
NÄIDEN PROFIILIIEN luokittelun onnistumista voidaan perustella sillä, että kyseiset profiilit eroavat toisistaan selkeästi 1) vähintään tunnin päivässä liikkumisessa ja toisaalta 2) hengästyttävää liikuntaa vain korkeintaan tunnin viikossa harrastamisessa (Kuvio 1). Toisin sanoen aktiiviliikkujista selkeästi suurempi osa liikkuu vähintään tunnin ajan päivässä verrattuna muihin profiileihin. Lisäksi heistä harva harrastaa hengästyttävää liikuntaa vapaa-ajalla korkeintaan tunnin viikossa. Toisessa ääripäässä passiiviliikkujista melkein kaikki harrastavat hengästyttävää liikuntaa vapaa-ajalla korkeintaan tunnin viikossa ja heistä harva liikkuu vähintään tunnin päivässä.

KUVIO 1. Liikkumisen yleisyys viiden harrastajaprofiilin mukaan.

Liikkuu vähintään tunnin päivässä



Harrastaa hengästyttävää liikuntaa vapaa-ajalla korkeintaan 1 h viikossa



Kaupunkitieto / Helsingin kaupunki. Aineistolähde: THL/Kouluterveyskysely, Helsingin aineisto.

Vähintään tunnin päivässä liikkuvat-indikaattori perustuu kysymykseen:

"Mieti kaikkea liikkumistasi viimeksi kuluneen 7 päivän aikana. Kuinka monena päivänä olet liikkunut ainakin tunnin päivässä?". Vastausvaihtoehdot: 1) 0 päivänä, 2) 1 päivänä, 3) 2 päivänä, 4) 3 päivänä, 5) 4 päivänä, 6) 5 päivänä, 7) 6 päivänä ja 8) 7 päivänä. Tarkastelussa vaihtoehdon 8 valinneet. Harrastaa hengästyttävää liikuntaa vapaa-ajalla korkeintaan 1 h viikossa-indikaattori perustuu kysymykseen: "Kuinka monta tuntia viikossa tavallisesti harrastat liikuntaa vapaa-aikanasi niin, että hengästyit ja hikoilet?". Vastausvaihtoehdot: 1) en yhtään, 2) noin ½ tuntia, 3) noin 1 tunnin, 4) noin 2-3 tuntia, 5) noin 4-6 tuntia, 6) noin 7 tuntia tai enemmän. Tarkastelussa ovat vastaajat, jotka ovat ilmoittaneet vaihtoehdon 1, 2 tai 3.

KUN KATSOTAAN vähintään tunnin päivässä liikkuvia, oma-toimiliikkujissa heitä on viiden profiilin joukossa toiseksi suurin osuus, mutta kyseinen ryhmä ei poikkea tilastollisesti merkittävästi ohjatuista ja epäsäännöllisistä liikkujista. Samoin omatoimisten liikkujien profiilissa korkeintaan tunnin viikossa hengästyttävää liikuntaa harrastavien osuus on toiseksi matalin ja eroaa tilastollisesti merkittävästi kaikista muista ryhmistä paitsi ohjatuista liikkujista.

Aktiivit kokevat harrastusmahdollisuutensa paremmaksi kuin muut

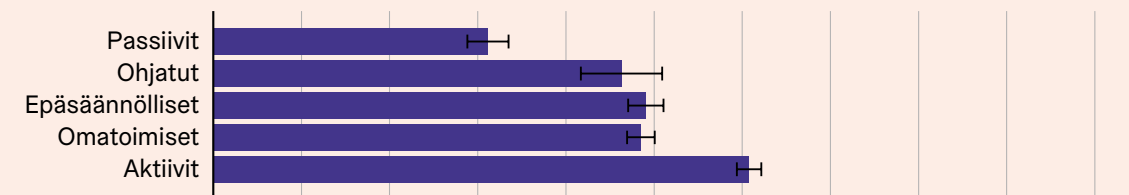
Edellä esitetyt liikunnan harrastamisen profiilit poikkeavat toisistaan selkeästi siinä, miten he kokevat harrastusmahdollisuutensa (Kuvio 2). Selkeimmin erot ovat nähtävillä, kun verrataan aktiiviliikkujia muihin ja varsinkin, kun vertaillaan aktiiveja ja passiiveja. Aktiivit kokevat harrastusmahdollisuudet myönteisemmin kuin muihin profiileihin kuuluvat. Aktiivit tietävät muita useammin asuinalueensa harrastusmahdollisuuksista sekä kokevat useammin, että asuinalueella järjestetään kiinnostavaa vapaa-ajan toimintaa. Vastaavasti aktiivit kokevat muita harvemmin, että asuinalueella ei ole tarpeeksi oleskelutiloja. Lisäksi aktiivit

kokevat kiinnostavat harrastukset liian kalliina harvemmin kuin passiiviliikkujat, omatoimiset liikkujat ja epäsäännölliset liikkujat.

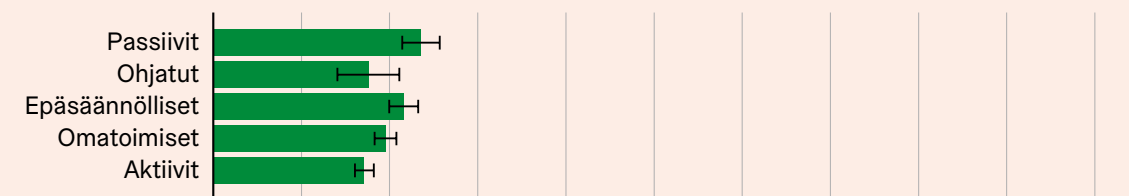
OMATOIMISTEN LIKKUJIEN, epäsäännöllisten liikkujien ja ohjattujen liikkujien välillä ei esiinny pääsääntöisesti tilastollisesti merkitseviä eroja harrastusmahdollisuuksia kuvaavissa väittämässä. Ainoastaan yhdessä väittämässä eli harrastuspaikkojen sijainnissa omatoimiset liikkujat poikkeavat muista (ja tilastollisesti merkitsevästi) epäsäännöllisistä liikkujista ja aktiiveista. Nimittäin omatoimiset liikkujat kokevat muita profiileja harvemmin, että harrastuspaikat sijaitsevat liian kaukana.

PASSIIVIT ARVIOIVAT pääsääntöisesti harrastusmahdollisuudet heikommaksi kuin muihin profiileihin kuuluvat. Huomiota on varsinkin se, että passiivit kokevat eniten, että asuinalueella ei ole tarpeeksi oleskelutiloja nuorille. Tilastollisesti merkitsevä ero kyseisessä väittämässä havaitaan, kun vertaillaan passiiveja epäsäännöllisiin, omatoimisiin tai aktiiveihin. Tämän väittämän lisäksi passiivit tietävät selkeästi muita harvemmin asuinalueensa harrastusmahdollisuuksista ja kokevat muita harvemmin, että asuinalueella järjestetään kiinnostavaa vapaa-ajan toimintaa.

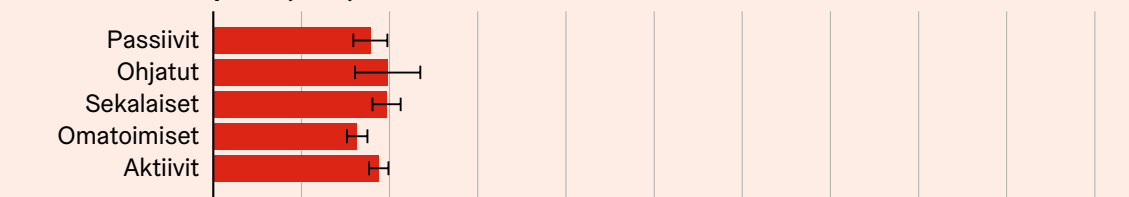
Tietää oman asuinalueensa harrastusmahdollisuuksista



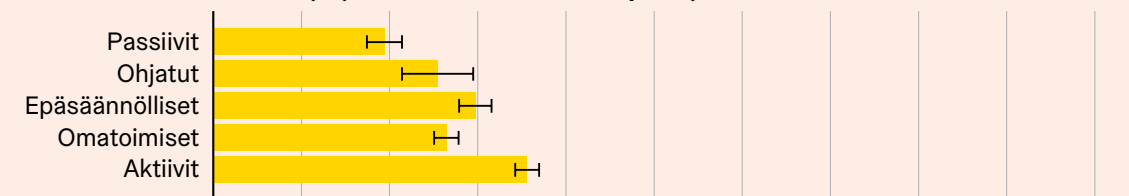
Kokee kiinnostavat harrastukset liian kalliiksi



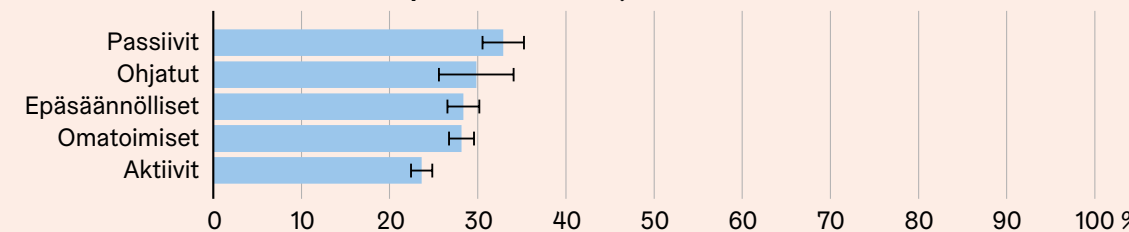
Kokee harrastuspaikkojen sijaitsevan liian kaukana



Kokee, että asuinalueella järjestetään kiinnostavaa vapaa-ajan toimintaa nuorille



Kokee, että asuinalueella ei ole tarpeeksi oleskelutiloja nuorille



Kaupunkitieto / Helsingin kaupunki. Aineistolähde: THL/Kouluterveyskysely, Helsingin aineisto.

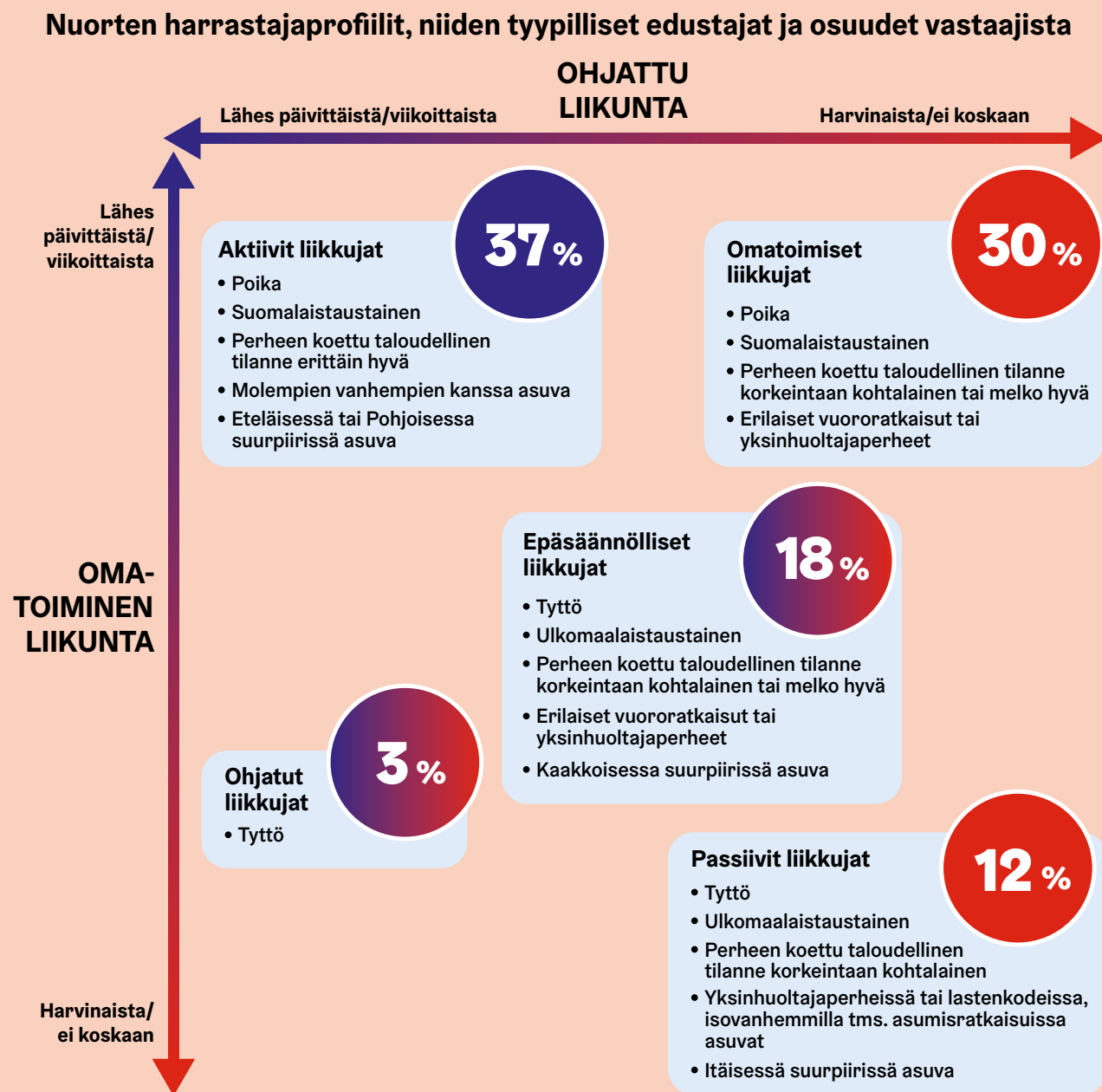
KUVIO 2.

Kokemus harrastusmahdollisuuksista liikunnan harrastajaprofiilien mukaan.

Voitaisiinko muut kuin aktiiviliikkuajat huomioida paremmin nuorten harrastusmahdollisuuksia suunniteltaessa?

Suuri osa helsinkiläisistä nuorista on aktiivisia liikkuja, eli he harrastavat liikuntaa ohjastusti ja omatoimisesti säännöllisesti viikoittain. Aktiivisia liikkuja löytyy sekä tytöis-

tä että pojista, suomalaistaustaisista ja ulkomaalaistaustaisista sekä eri perhetaustoista tai asuinalueilta tulevista. Silti sukupuoli, syntyperä ja eri perhe- tai asuintaustaan liittyvät tekijät määrittävät liikunnan harrastamisen säännöllisyyttä (Kuva 1). Myös harrastusmahdollisuudet koetaan erilaisina riippuen siitä, millainen liikunnan harrastaja nuori on.



KUVA 1. Yhteenveto liikunnan harrastajaprofiileista helsinkiläisnuorten keskuudessa.

YKSI KESKEINEN harrastusprofiileja erotteleva tekijä on perhetausta. Suomalaistaustaiset, molempien vanhempien kanssa asuvat tai perheen taloudellisen tilanteen erittäin hyväksi kokevat ovat muita useammin aktiiviliikkuja. Toisaalta perheen taloudellisen tilanteen heikommaksi kokevat tai yksinhuoltajaperheissä asuvat nuoret näyttävät jakautuvan eri profiileihin eli he ovat muita useammin joko omatoimisia liikkuja tai passiivieja. Myös epäsäännöllisissä liikkuujissa on useammin perheen taloudellisen tilanteen heikommaksi kokevia. Keskeisenä selittävänä tekijänä taustalla voivat olla varsinkin ohjattuun liikuntaan liittyvät harrastusmaksut ja muut kustannukset (esimerkiksi välineisiin ja harrastuspaikkoihin kulkemiseen liittyvät), minkä takia liikuntalajeiksi voi valikoitua halvemmaksi koetut omatoimisesti harrastettavat lajit, tai liikuntaa harrastetaan epäsäännöllisesti tai ei koskaan. Tätä päätelmää vahvistaa myös se, että passiivit, omatoimiset ja epäsäännölliset liikkuajat kokevat muita useammin kiinnostavat harrastukset liian kalliina. Tosin lisätutkimusta tarvitaan sen ymmärtämiseksi, miksi osa samanlaisista perhetaustoista tulevista – eli yksinhuoltajaperheissä asuvista tai perheen taloudellisen tilanteen heikommaksi kokevista nuorista – päättyy omatoimiseksi liikkuujiksi ja osa taas passiivieiksi. Onko esimerkiksi ohjatun harrastuksen koettu kalleus johtanut omatoimisten harrastusten pariin, vai ovatko oma mielenkiinto tai sosiaaliset suhteet (perhe, kaverit) innostaneet enemmän omatoimisen liikunnan pariin tai liikunnan harrastamattomuuteen?

AKTIIVIEN OSUUS on laskenut vuosien 2017 ja 2021 välisenä aikana. Vaikka vuoden 2021 aineisto kerättiin osin harrastuksiin kohdistuneiden rajoitustoimien aikana, laskua aktiivien osuudessa oli tapahtunut jo vuosien 2017 ja 2019 välillä. Vastaavasti epäsäännöllisten liikkuujien osuus on kasvanut saman aikajakson aikana ja omatoimisten liikkuujien osuus on puolestaan pysynyt samana. Tämä tarkoittanee sitä, että aiempaa harvempi nuori osallistuu nykyään ohjattuun liikuntaan, tai he osallistuvat epäsäännöllisemmin ohjattuun toimintaan. Tähän pohdintaan saadaankin tukea, kun tarkastellaan alkuperäisten kysymysvaihtoehtojen vastauksia. Esimerkiksi 36 prosenttia nuorista ei harrastanut koskaan ohjattua liikuntaa vuonna 2017, kun vastaava osuus oli jopa 43 prosenttia vuonna 2021. Silti omatoimisen liikunnan harrastaminen on pysynyt samalla tasolla vastaavalla ajanjaksolla. Aineisto ei salli muutoksen syiden tarkempaa tarkastelua, mutta mahdollisia selityksiä voivat olla ohjatun toiminnan koettu kalleus, mielenkiintoisten ohjattujen harrastusten puute, korona-ajan rajoitustoimet, tai se, että omatoiminen liikunta koetaan mielenkiintoisempaan. Aktiivien osuuden lasku on kuitenkin huolestuttavaa siinä valossa, että muihin profiileihin verrattuna suurempi osa aktii-

veista liikkuu vähintään tunnin päivittäin. Heille siis kertynee liikkumista säännöllisesti ja ajallisesti enemmän kuin muilla nuorilla, joilla liikkuminen on epäsäännöllisempää tai ei välttämättä yhtä pitkäkestoista.

ERÄS TÄMÄN artikkelin keskeinen tulos on se, että aktiiviliikkuajat kokevat harrastusmahdollisuutensa paremmiksi kuin muut. Varsinkin tietoisuus oman asuinalueen harrastusmahdollisuuksista ja kokemus, että asuinalueella järjestetään kiinnostavaa vapaa-ajan toimintaa, on huomattavasti parempaa aktiivien liikkuujien keskuudessa. Tämän perusteella voidaankin kysyä, tunnisteetanko parhaiten kyseisen profiilin tarpeet liikunta- ja harrastuspalveluiden osalta. On esimerkiksi havaittu, että vähän tai epäsäännöllisesti liikkuva nuori kokee muita useammin, että jokin liikkumisen paikka on tarkoitettu toisille, liikuntaa paremmin osaaville tai oikeaan joukkoon kuuluville. Nuori saattaa ajatella esimerkiksi, että palloiluhalli on suunniteltu häntä taitavammiille liikkuujille, kuntosalit tyyppillisesti tietyn sukupuolen edustajille, tai vaikkapa pulkkamäki tai leikkipuisto pienemmille lapsille. Eri liikumispaikoilla voi siis olla nuorille fyysisen merkityksen lisäksi myös sosiaalisia ja kulttuurisia merkityksiä, jotka aiheuttavat esteitä liikunnan harrastamiselle. (Hasanen 2017; Paju & Berg 2013).

TOISAALTA OSA nuorista ei välttämättä koe ohjattua liikuntaa mielenkiintoisena, vaan omat mielenkiinnon kohteet löytyvät muualta: joko omatoimisesta liikunnasta tai sitten muista ei-liikunnallisista harrastuksista. Esimerkiksi tässä kirjoituksessa profiloituilla passiivieilla voi olla muita säännöllisiä harrastuksia, jotka eivät ole liikunnallisia, mikä voi selittää sen, että passiivit kaipaavat muita nuoria enemmän lisää oleskelutiloja asuinalueelle. Aiemmasta tutkimuksesta tiedetään myös, että nuoren omatoimisen liikkuajan liikkumiseen vaikuttaa sopeutuminen lähiympäristöön ja sen tarjoamiin mahdollisuuksiin (Hasanen, 2017). Tämä sopeutumiskyky lähiympäristöön voi selittää tässä kirjoituksessa löydettyä tulosta omatoimisista liikkuujista, jotka muita harvemmin kokivat harrastuspaikkojen sijaitsevan liian kaukana. Heidän harrastuspaikkansa löytynevät asuinalueen lähiympäristöistä. Tämän artikkelin tutkimustulokset kannustavat kuitenkin pohtimaan, voisiko lisäämällä tietoisuutta asuinalueen harrastusmahdollisuuksista – tai tunnistamalla paremmin myös muille profiileille kuin aktiivieille sopivia kiinnostavia vapaa-ajantoimintoja – edistää nuorten liikunnallisuutta ja harrastusmahdollisuuksia. ■

Suvi Määttä toimii tutkijana Helsingin kaupunginkanslian kaupunkitietoyksikössä.

Helsinkiläisnuorten harrastamista on tarkasteltu myös kahdessa muussa kirjoituksessa viime vuonna (ks. Määttä 2021a ja Määttä 2021b).

TAULUKKO 1.
Helsingkiläisnuorten liikunnan harrastajaprofiilit taustatekijöiden mukaan, %

		Aktiivit liikkujat	Omatomiset liikkujat	Epäsäännölliset liikkujat	Ohjatut liikkujat	Passiivit liikkujat
Helsinki (n=14 837)		37,0 (n= 5 051)	29,6 (n=4 041)	18,3 (n=2 501)	3,4 (n= 469)	11,7 (n= 1 600)
Sukupuoli (% vastaajista)	Tyttö (55 %)	34,4*	28,0*	20,1*	4,1*	13,5*
	Poika (45 %)	40,2	31,6	16,1	2,6	9,4
Syntyperä (% vastaajista)	Suomalaistaustainen (84,5 %)	37,9*	30,8*	17,9*	3,3	10,1*
	Ulkomaalaistaustainen (15,5 %)	29,9	24,4	20,8	4,0	20,8
Koettu perheen taloudellinen tilanne (% vastaajista)	Korkeintaan kohtalainen (25 %)	26,6*	31,6	19,7	3,8	18,3*
	Melko hyvä (45 %)	35,9*	31,2	18,9	3,5	10,5*
	Erittäin hyvä (30 %)	46,7*	26,1*a	16,3*a	3,2	7,7*
Asumismuoto (% vastaajista)	Molempien vanhempien kanssa (68 %)	40,4*	28,0*c	17,8	3,6	10,1*b
	Erilaiset vuororatkaisut (20 %)	34,0*	32,4	19,5	3,1	11,1*b
	Yksinhuoltajaperheet (11 %)	25,9*d	32,5	20,2	4,1	17,2
	Muut asumisratkaisut (1 %)	22,5	28,4	17,2	3,6	28,4
Asuinalue (% vastaajista)	Eteläinen (11 %)	41,8*e	26,6*e	18,7	4,3	8,6*e
	Itäinen (18 %)	33,1*e	29,2	18,2	3,7	15,9*e
	Kaakkoinen (7,5 %)	38,2	26,7	21,7*e	3,5	10,0
	Keskinen (7 %)	33,6	32,7	19,1	3,7	10,9
	Koillinen (14,5 %)	33,2*e	30,6	18,9	3,6	13,7
	Läntinen (13 %)	39,9	28,9	17,0	3,7	10,6
	Pohjoinen (10 %)	45,8*e	29,0	15,0*e	3,1	7,0*e
Vertailu vuosien välillä	vuosi 2017	42,8	29,1	11,2	3,1	13,7
	vuosi 2019 (muutos v. 2017)	41,0 (-1,8 %-yks.)	28,6 (-0,5 %-yks.)	12,6 (+1,4 %-yks.)	5,7 (+2,6 %-yks.)	12,1 (-1,6 %-yks.)
	vuosi 2021 (muutos vuosiin 2019 ja 2017)	37,0 (-4,0 %-yks. vrt. 2019 ja -5,9 %-yks. vrt. 2017)	29,6 (1,0 %-yks. vrt. 2019 ja 0,5 %-yks. vrt. 2017)	18,3 (5,7 %-yks. vrt. 2019 ja 7,1 %-yks. vrt. 2017)	3,4 (-2,3 %-yks. vrt. 2019 ja 0,3 %-yks. vrt. 2017)	11,7 (-0,4 %-yks. vrt. 2019 ja -2,0 %-yks. vrt. 2017)

*) Tilastollisesti merkitsevä ero verrattuna muihin vaihtoehtoihin.

*a) Tilastollisesti merkitsevä ero erittäin hyväksi perheen taloudellisen tilanteen kokevien ja muiden vaihtoehtojen välillä.

*b) Tilastollisesti merkitsevä ero verrattuna yksinhuoltajaperheissä asuviin ja muissa asumisratkaisuisissa asuviin nuoriin.

*c) Tilastollisesti merkitsevä ero suhteessa erilaisissa vuororatkaisuisissa asuviin ja yksinhuoltajaperheisiin.

*d) Yksinhuoltajaperheissä asuvien ja muissa asumisratkaisuisissa asuvien välillä ei esiinny tilastollisesti merkitsevää eroa.

*e) Tilastollisesti merkitsevä ero verrattuna koko Helsingin arvoon.

Aineistolähde: THL/Kouluterveyskysely, Helsingin aineisto

Lähteet:

Biddle, S.J.H. & Asare, M. 2011. Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *British Journal of Sports Medicine* 45(11), 886–895.

Donnelly, J.E., Hillman, C.H., Castelli, D., Etnier, J.L., Lee, S., Tomporowski, P., Lambourne, K. & Szabo-Reed, A.N. 2016. Physical activity, fitness, cognitive function, and academic achievement in children: A systematic review. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 48(6), 1197–1222.

Hasanen, Elina. (2017). "Me ollaan koko ajan liikkeessä": tutkimus nuorten omaehtoisen liikkumisen muodoista ja merkityksistä tilan kehityksissä. Jyväskylän yliopisto. <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/55883>

Hasanen, Elina. (2017). Nuorten omaehtoinen liikkuminen: Arkeen sopivia, merkityksellisiä palasia. *Liikunta & Tiede*, 6/2017, 54 9-12, https://www.lts.fi/media/liikunta-tiede-lehden-artikkelit/6_2017/lt-617_9-12_lowres.pdf

Janssen, I. & LeBlanc, A.G. 2010. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in schooled children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 7(1), 40.

Määttä, S (2021a) Mitä Kouluterveyskysely kertoo lasten ja nuorten harrastuksista ja harrastusmahdollisuuksista Helsingissä? Verkkoartikkeli, Kvartti.fi. <https://www.kvartti.fi/fi/artikkelit/mita-kouluterveyskysely-kertoo-lasten-ja-nuorten-harrastuksista-ja>

Määttä, S (2021b) Viikoittainen harrastus on helsingkiläislapsilla yhteydessä parempaan mielen hyvinvointiin. Verkkoartikkeli, Kvartti.fi. <https://www.kvartti.fi/fi/artikkelit/viikoittainen-harrastus-helsingkiläislapsilla-yhteydessa-parempaan-mielen-hyvinvointiin>

Opetus- ja kulttuuriministeriö. (2021). Koululaiskyselyn 2020 tulokset. <https://minedu.fi/suomen-malli>

Paju, E. & Berg, P. 2013. Liikkumatilaa lapsille ja nuorille! Julkaisussa: P. Harinen & A. Rannikko (toim.) Tässä seison enkä muuta voi? Nuorisotutkijoiden ajatuksia nuorten liikunnasta ja sen kipupisteistä. *Nuorisotutkimusverkosto/ Nuorisotutkimusseura Verkkojulkaisu* 65,65–68.

Poitras, V.J., Gray, C.E., Borghese, M.M., Carson, V., Chaput, J.P., Janssen, I., Katzmarzyk, P.T., Pate, R.R., Connor Gorber, S., Kho, M.E., Sampson, M. & Tremblay, M.S. 2016. Systematic review of the relationships between objectively measured physical activity and health indicators in schooled children and youth. *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism* 41(6), S197–S239.

THL, Kouluterveyskysely 2021, tietokanta: <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/kouluterveyskysely/kouluterveyskyselyn-tulokset>

Tuloskortti 2022. Lasten ja nuorten liikunta Suomessa. 2022. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisu 401. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. https://www.liikes.fi/wp-content/uploads/2022/03/Tuloskortti_2022.pdf



Pääkaupunkiseudun kaupungit analysoivat yhdessä asukkaidensa hyvinvointia ja terveyttä – eroja on niin kaupunkien välillä kuin niiden sisällä

Helsinki, Espoo, Vantaa ja Kauniainen ovat toteuttaneet ensimmäistä kertaa yhdessä asukkaidensa hyvinvointia, elinoloja ja terveyttä kartoittaneen kyselytutkimuksen. Vaikka pääkaupunkiseudun asukkaat kokevat tutkimuksen mukaan esimerkiksi terveydentilansa paremmaksi kuin suomalaiset keskimäärin, tuloksista näkyy myös huono-osaisuuden keskittymistä ja suuria väestöryhmien välisiä eroja hyvinvoinnissa ja terveydessä. Ensimmäiset kuvailevat tulokset julkaistiin viime syksynä, ja nyt on valmistunut hyvinvointia ja terveyttä syvemmin kartoittava analyysi.

Pääkaupunkiseudun asukkaiden elinoloista saadaan paljon tietoa erilaisista rekistereistä. Monet hyvinvoinnin ja terveyden kannalta olennaiset tekijät ovat kuitenkin sellaisia, joista rekisteritietoa ei kerry. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen joka tapauksessa on kunnan tehtävä, ja hyvinvointi- ja terveysnäkökohdat täytyy huomioida kaikissa kunnan toiminnoissa, kaikilla toimialoilla. Kyse on siis tietoon perustuvasta ja suunnitelmallisesta vaikuttamisesta hyvinvointiin ja sen osatekijöihin.

Tämän tehtävän toteuttaminen edellyttää riittävää tietopohjaa kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden tilasta. Tästä syystä pääkaupunkiseudun kunnat päättivät toteuttaa yhdessä kyselytutkimuksen, jossa kerättiin tietoa väestön elinoloista, elämänlaadusta, osallisuudesta, terveydentilasta, toimintakyvystä ja elintavoista. Tutkimusaineiston avulla voidaan tarkastella paitsi väestön hyvinvoinnin ja terveyden tilaa ja siinä tapahtuneita muutoksia, myös sitä, minkälaiset tekijät ylipäätään vaikuttavat väestön hyvinvointiin ja terveyteen. Julkaisu, jossa raportoidaan Pääkaupunkiseudun hyvinvointikyselyn keskeisimmät tulokset, on syntynyt neljän kaupungin välisenä yhteistyönä (Ahlgren-Leinvuo ym. 2022).

Pääosa väestöstä voi hyvin – mielen hyvinvoinnissa kuitenkin haasteita ja elintavoissa osin parannettavaa

Pääkaupunkiseudun asukkaista useampi kokee terveydentilansa hyväksi kuin kaikista suomalaisista. Myös pitkäikäisiä toimintarajoituksia terveysongelmien vuoksi esiintyy harvemmin, ja kaksi kolmesta alle 65-vuotiaasta arvioi työkykynsä erinomaiseksi tai hyväksi. Kolme viidestä pääkaupunkiseudun asukkaasta myös kokee elämänlaatunsa keskimäärin hyväksi.

Mielen hyvinvoinnin haasteet ovat kuitenkin yleisiä etenkin nuorissa ikäryhmissä. Puolet pääkaupunkiseudun asukkaista kokee lisäksi koronaepidemian lisänneen uupumuksen tunnetta. Ja vaikka pääosa väestöstä voi hyvin, myös terveytensä keskitasoisiksi tai sitä huonommaksi kokevien osuus on kasvanut. Tämä liittyy ainakin osin koronaepidemiaan, jonka vaikutukset pääkaupunkiseudun asukkaiden hyvinvointiin ovat olleet moninaisia.

Osalle asukkaista kasautuu sosiaalista osattomuutta ja yksinäisyyttä. Hyvin harva osattomuutta kokeva vastaa ja kokee myöskään elämänlaatuansa hyväksi tai osallistuu aktiivisesti jonkin yhteisön toimintaan, ja lähes puolet heistä kokee itsensä yksinäiseksi. Vaikka suhteellisen harva pääkaupunkiseudun asukkaista tuntee itsensä yksinäiseksi melko usein tai jatkuvasti, niin taloudellisten vaikeuksien kokeminen, masennus, huono koettu terveys ja vakava toiminnanrajoite lisäävät yksinäisyyden kokemisen riskin moninkertaiseksi.

Ainoastaan joka kolmas pääkaupunkiseudun asukas liikkuu terveyden kannalta riittävästi ja käyttää kasviksia ja hedelmiä suosittelun mukaisesti. Kaksi viidestä arvioi päivittäisen liikunnan vähentyneen koronaepidemian aikana, yksi viidestä puolestaan arvioi päivittäisen liikunnan lisääntyneen tänä aikana. Pääkaupunkiseudun asukkaista suurempi osa on vähentänyt alkoholinkäyttöään korona-aikana kuin lisännyt sitä. Alkoholien liikakäyttö on yleisintä 65–79-vuotiaiden ikäryhmässä.

Kolme neljästä pääkaupunkiseutulaisesta kokee menojen kattamisen tuloilla vähintään melko helpoksi. Työttömyys ja työkyvyttömyyseläkkeellä tai kuntoutustuella oleminen kuitenkin lisäävät toimeentulovaikeuksia. Joidenkin

kohdalla toimeentulovaikeudet johtavat tilanteisiin, joissa on pakko rahan puutteen vuoksi jättää ostamatta lääkkeitä tai käymättä lääkärissä. Terveysongelmia kokeneiden joukossa heidän osuutensa on keskimääräistä suurempi.

Kaupunkien välillä on hyvinvointi- ja terveyseroja

Hyvinvoinnissa ja terveydentilassa on jonkin verran eroja pääkaupunkiseudun kaupunkien välillä. Osan eroista selittävät kuntien ikärakenteiden erot, ja tutkimustuloksissamme esitetäänkin pitkälti joko ikäryhmittäisiä tai ikävaki-oituja lukuja. Monen indikaattorin kohdalla Kauniaisissa voidaan selvästi muita kaupungeja paremmin, mutta erot muiden kaupunkien välillä riippuvat tarkasteltavasta indikaattorista.

Vaikka hyväosaisuus keskittyy pääkaupunkiseudulle, myös huono-osaisuus on yleistä ja sosioekonomisten ryhmien väliset hyvinvointi- ja terveyserot suuria. Pääkaupunkiseudulla esimerkiksi korkeasti koulutetut voivat muita koulutusryhmiä paremmin monen indikaattorin mukaan. Koulutustaso on yhteydessä esimerkiksi itsearvioituun terveydentilaan, ja osallisuuden kokemus on sitä parempi, mitä korkeampi vastaajan koulutustaso on. Taloudellisten vaikeuksien kokeminen puolestaan on vakavan toimintarajoitteen riskitekijä. Mielen hyvinvointia kuvaavat indikaattorit ja yksinäisyyden kokeminen taas ovat voimakkaasti yhteydessä työmarkkina-asemaan. Esimerkiksi työttömät kokevat työssäkäyviä useammin niin masennusta kuin ahdistuneisuutta, ja työkyvyttömyys- tai osa-aikaeläkkeellä olevat, kuntoutustuen saajat, työttömät ja lomautetut kokevat paljon useammin olevansa yksinäisiä kokopäivätyössä oleviin verrattuna.

Pääkaupunkiseudun asukkailla on huomattavia koulutusryhmittäisiä eroja myös elintavoissa. Korkea-asteen koulutuksen saaneet käyttävät muita koulutusryhmiä harvemmin alkoholia liikaa tai juovat humalahakuisesti. Koulutusryhmien väliset erot tupakkatuotteiden ja nikotiinipitoisten sähkösavukkeiden käytössä ovat todella suuret, ja eroja on myös kannabiksen käytössä. Päivittäistupakointi on kokonaisuudessaan vähentynyt, mutta tupakoinnin erittäin suuret koulutusryhmittäiset erot eivät ole kaventuneet. Koulutustaso on niin ikään selvästi yhteydessä liikunnan määrään sekä kasvisten ja hedelmien käyttöön.

Helsinki, Espoo, Vantaa ja Kauniainen toteuttivat keväällä 2021 asukkaiden elinoloja, terveyttä ja hyvinvointia kartoittavan kyselytutkimuksen. Tutkimukseen valittiin väestörekisterijärjestelmästä satunnaisesti noin 25 000 pääkaupunkiseudun 20 vuotta täyttäneitä asukasta. Vastauksia kertyi lähes 12 000 ja kyselyn vastausprosentti oli 47.

Huomio sellaisten hyvinvoinnin ja terveyden erojen tunnistamiseen, joiden syihin voidaan vaikuttaa

Kokonaisuutena tutkimus antaa näkymän pääkaupunkiseudun kaupunkien asukkaiden koettuun terveyteen ja hyvinvointiin. Se pyrkii osaltaan vastaamaan kysymykseen siitä, millainen on pääkaupunkiseudun asukkaiden hyvinvoinnin tila 2020-luvun alussa. Kaupunkinäkökulmasta erityisesti sellaisten hyvinvoinnin ja terveyden erojen tunnistaminen, joiden syihin voidaan vaikuttaa joko muokkaamalla käyttäytymisen edellytyksiä, olosuhteita tai eroihin johtavia mekanismeja, olisi yhteiskuntapoliittisesti tärkeää.

Vaikka väestön hyvinvointi ja terveydentila ovat yleisesti parantuneet pitkällä aikavälillä, ei kehitys ole ollut yhtä suotuisaa kaikissa väestöryhmissä. Lisäksi koronaepidemian aikana väestöryhmien väliset hyvinvoinnin ja terveyden erot ovat todennäköisesti syventyneet vielä entisestään. Niinpä hyvinvoinnin ja terveyden edistämistyössä kannattaa kiinnittää huomiota sekä heikoimmassa asemassa oleviin että niihin suuriin väestöryhmiin, joissa terveysongelmia on eniten. Yhtenä keskeisenä tavoitteena tuleekin olla väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. ■

Teksti: Netta Mäki • Hanna Ahlgren-Leinvuo

Julkaisut:

Hanna Ahlgren-Leinvuo, Jenni Erjansola, Minna Joensuu, Netta Mäki, Minna Mänty ja Ari-Pekka Sihvonen (2022). Pääkaupunkiseudun asukkaiden hyvinvointi ja terveys. Pääkaupunkiseudun hyvinvointikyselyn 2021 tuloksia. Tutkimuksia 2022: 1. Helsinki: Helsingin kaupunginkanslia.

Pääkaupunkiseudun hyvinvointikysely. Tulosraportti. <https://pkskysely.kaupunkitieto.fi/>



Kvartti

Innehåll

- 62** Ledare:
Timo Cantell
- 64** **Tommi Sulander, Hanna Ahlgren-Leinvuo & Juha Nyman**
I Helsingfors märks social ojämlikhet också på anlitandet av privata vs. offentliga hälsovårdstjänster
- 76** **Venla Bernelius & Heidi Huilla**
Ryktets fångar? Sambandet mellan stadsskolornas rykte och grannskapen som en risk för segregation och en möjlighet för utveckling
- 84** **Netta Mäki**
Penningspel och problemspelande vanligast bland lågutbildade och folk med ekonomiska problem
- 98** **Tommi Sulander, Saara Lehtiniemi, Katja Kokko, Päivi Koikkalainen, Marja-Liisa Lommi & Timo Lukkarinen**
Förekomsten av graviditetsdiabetes i distrikten i Helsingfors – målet är proaktivt förebyggande
- 106** **Suvi Määttä**
Aktiva, passiva, självständiga, sporadiska och ledda – de unga i Helsingfors uppvisar fem slags motioneringsprofiler
- 116** **Nyheter:**
Huvudstadsregionens städer gör en gemensam analys av sina invånares välfärd och hälsa: det finns skillnader både mellan städerna och inom dem



Att följa och stöda invånarnas välfärd hör till stadens åligganden även framgent

Över hundra år har Helsingfors stad hållit sig à jour med invånarnas befolkningsstruktur och deras välfärd och hälsa, och kring dessa teman tagit fram många slags statistik och forskning. De skillnader stadsdelar emellan i invånarnas hälsa (dödlighet och sjuklighet) som stadsläkare Wilhelm Sucksdorff i tiden mätte fick Helsingfors stad att år 1911 inrätta ett eget statistikkontor, vars uppgift bland annat var att systematiskt sätta sig in i olika frågor kring levnadsförhållanden och hälsa. Det arbetet fortgår ännu idag inom stadens statistik- och forskningsväsende.

DET HANDLAR bland annat om att samla in och analysera faktauppgifter ur olika register, göra intervjuenkäter, och att tillgodogöra sig sådan information som olika serviceformers klienter producerar. Officiell data kan ofta kombineras med faktamaterial från den privata sektorn, såsom data om konsumentbeteende. Med hjälp av olika slags faktauppgifter kan man göra upp jämförelser och index, och urskilja trender som gör det lättare att förstå stadens utveckling och befolkningens situation.

INVÅNARNA I Helsingfors mår förhållandevis bra, och med många mått mätt placeras vi oss högt bland finländska kommuner. Ändå räcker det inte att bara beskriva ett allmänläge, utan vi behöver detaljerad kunskap om inte bara staden som helhet utan även om stadsdelarna och befolkningsgrupperna.

TYPISKT FÖR Helsingfors – och för stora städer överlag – är att det råder stora skillnader mellan olika befolkningsgrupper och bostadsområden. Välfärdens hela skala finns representerad, allt mellan ytterligheterna och ett brokigt mellanskikt. Snarare än om polarisering kunde man kanske tala om en mosaikartad helhet i Helsingfors. Arbetet med att beskriva och analysera den alstrar ständigt intressant och värdefull kunskap till stöd för beslutsfattande och planering.

DENNA KUNSKAP används också för att följa hur Helsingfors stadsstrategi efterlevs. Således kommer kunskapen till nytta för förvaltningen och beslutsfattarna på många olika sätt. Behovet av att ta fram fakta kommer att bestå också vartefter den nu aktuella vårdreformen förorsakar förändringar, i och med att ett av stadens åligganden även i framtiden blir att följa och stöda invånarnas välfärd.

TIMO CANTELL
stadsfaktachef

I Helsingfors

märks social ojämlikhet

också på anlitandet av privata vs. offentliga hälsovårdstjänster

● TOMMI SULANDER & HANNA AHLGREN-LEINVUO & JUHA NYMAN

Såväl de mest som de minst framgångsrika finländarna finns representerade i Helsingfors, och det finns stora skillnader bostadsområden emellan i sjuklighet och nyttjande av hälsotjänster. Föreliggande artikel tittar på hur vanligt det år 2019 var att anlita dels privata, dels offentliga hälsovårdstjänster i stadsdistrikten i Helsingfors. Privat service använde man i högre grad och offentlig service i lägre i de sydliga distrikten där inkomstnivån är högre och sjukligheten mindre än stadsgenomsnittet. På motsvarande sätt anlitas offentliga hälsovårdstjänster mera och privata mindre i de distrikt där folk är mera sjuka och inkomsterna lägre.

Finland är hälsovården uppbyggd enligt principen om universalitet. Enligt den skall alla som bor i Finland tryggas likvärdig service oberoende av socioekonomisk ställning eller bostadsort. Vårt hälsovårdssystem är uppdelat i tre delar, varav den första är den öppna, offentliga hälsovården, som år 2019 inbegrep den kommunalt ordnade primärvården och specialiserade sjukvården. Den andra består av företagshälsovården, som betjänar ca. 85 procent av den arbetande befolkningen (Tarvainen & Turunen 2021). Den tredje delen består av de privata hälsovårdstjänster för vilka man kan få ersättning från Folkpensionsanstalten FPA.





HÄLSOVÅRDEN ÄR ganska heltäckande i Finland. Särskilt bra fungerar enligt Jormanainen och Keskimäki (2019) i synnerhet den specialiserade sjukvården, där tillgängligheten på vård är god. Det som dessa forskare ser som de största problemen i vårt hälsovårdssystem är dels olikvärdigheten i hur lätt man får primärvård, dels olikheten områden emellan i kostnaderna för social- och hälsovården. Finland "tredelningsmodell" är exceptionell i hela EU (Kivimäki 2017). Samtidigt som en del av invånarna kan välja mellan dessa tre system för sin hälsovårdsservice, är det en stor del som i praktiken har bara ett alternativ: den offentliga hälso- och sjukvården.

EN MÅLSÄTTNING för Helsingfors stad är att bostadsområdena inte differentieras. Den är viktig i och med att social resurssvagheter i stadsregioner enligt många studier allt starkare anhopas i vissa områden (Vilkama & Hirvonen 2018). Mellan bostadsområdena i Helsingfors finns socioekonomiska skillnader, som tar sig uttryck bland annat i invånarnas sjuklighet och dödlighet. Där inkomsterna är högre är man i medeltal friskare, där de är lägre är man sjukare (Mäki 2021). Motsvarande rön har erhållits i bland annat Förenta Staterna (t.ex. Acevedo-Garcia 2000, Gibbons et al. 2020).

VÅR ARTIKEL handlar om i vilken mån man i olika delar av Helsingfors anlitar dels privat, dels offentlig hälso- och sjukvård. Vi analyserar också sjuklighetsindexets och inkomsternas samband med anlittandet av servicen.

Analysen bygger på uppgifter från FPAs och Helsingfors stads dataregister

De utgångsdata vi använder är från år 2019, före coronapandemin inföll i Finland. Uppgifterna om den privata hälso- och sjukvården bygger på FPAs statistik om utbetalda ersättningar. Det vi analyserar är de ersättningar som helsingforsborna fått för arvoden de inom den privata sektorn betalat åt läkare, tandläkare eller munhygienister eller för kostnader för undersökning och vård ordinerad av läkare. Genom att granska sjukvårdsersättningarna får vi en god uppfattning om hur stor del av helsingforsborna som anlitar den privata hälso- och sjukvårdens tjänster. Våra data om sjukvårdsersättningarna upptar inte besök inom företags- eller studenthälsan, ej heller privata tjänster som ordinerats av den offentliga hälsovården (t.ex. privat vård betald med servicesedel). Vårt material specificerar inte heller hur många det är som har en privat försäkring för sjukvårdskostnader.

DEN OFFENTLIGA hälso- och sjukvården bestod år 2019 av den service som producerats av antingen Helsingfors stads social- och hälsoväsende eller av Helsingfors och Nylands sjukvårdsdistrikt. De helsingforsbor som anlitar öppen service inom primärvården har antingen besökt den öppna vården vid hälsostationerna eller fått ett vårdssamtal i stället. Den specialiserade sjukvården inbegriper besöken inom den öppna somatiska och psykiatriska specialsjukvården.

DEN GEOGRAFISKA uppdelningen i artikeln utgår i princip från distrikten i Helsingfors stads distriktsindelning. De data som gäller den offentliga hälso- och sjukvården i distrikten fick vi direkt från Helsingfors stads olika data-system, men för den privata hälso- och sjukvårdens del bildade vi en konstgjord distriktsnivå utgående från postnummerområdena, vars gränser i någon mån avviker från de officiella distrikten. Vi räknade alltså ut den andel invånare som anlitar den privata servicen utgående från folkmängden i de postnummerområden som vi använde som distrikt.

I ANALYSEN ville vi också lyfta fram sjukligheten och inkomstnivån bland invånarna i distrikten. Sjukligheten analyserade vi med hjälp av ett åldersstandardiserat sjuklighetsindex baserat på data om förtidspensionering, dödlighet och rätt till FPA-ersättningar för läkemedel. Indexet beskriver sjuklighetens nivå jämfört med landsmedeltalet, som är 100 (Mäki 2021). Om sjuklighetsindexet för ett distrikt är över 100 betyder det att sjukligheten är högre där än i Finland i medeltal. Inkomstnivån angav vi i form av den statsskattepliktiga medelinkomsten bland 15-åringar eller äldre i distriktet (Statistikcentralen). Sjuklighetsindexets och inkomstnivåns samband med servicenyttjandet i distrikten analyserade vi med hjälp av Pearsons korrelationskoefficient.

Privat hälso- och sjukvård anlitas mest av höginkomsttagare

Tidigare forskning stöder uppfattningen att folks inkomstnivå har samband med deras anlittande av privat hälso- eller sjukvård. Enligt till exempel Jenni Blomgren med kollegor (2015) utbetalade FPA desto mer ersättningar för privat sjukvård ju högre inkomsterna var. I medeltal 63 euro per 25-åring eller äldre utbetalades som ersättning för privat hälso- och sjukvård (läkararvoden, tandvård samt undersökning och vård). För dem som hade lägsta inkomsterna uppgick ersättningarna i medeltal till 33 euro per år, för dem med högsta till nästan 100 euro. Mest ersättningar utbetalades åt pensionärer med höga inkomster: bland kvinnor i den högsta inkomstgruppen nästan 200 euro per person. Minst ersättningar utbetalade FPA åt män i arbetsför ålder, bara 21 euro per person och år (Socialförsäkringen 2015).

ALLT FLER invånare har för sina sjukvårdskostnader skaffat privata försäkringar, som säljs av försäkringsbolagen. I slutet av år 2019 hade 1 239 000, alltså drygt 22 procent, av finländarna en sådan försäkring. Mellan åren 2009 och 2019 växte antalet tagare av försäkringen med ca. 50 procent (statistiken om sjukvårdskostnader 2021). En privat försäkring för sjukvårdskostnader gör det möjligt att snabbt få vård inom den privata hälso- och sjukvården. Den ersätter – beroende på hur omfattande den är – kostnader för undersökning, vård och läkemedel till den del som övergår ett visst årligt självriskbelopp.

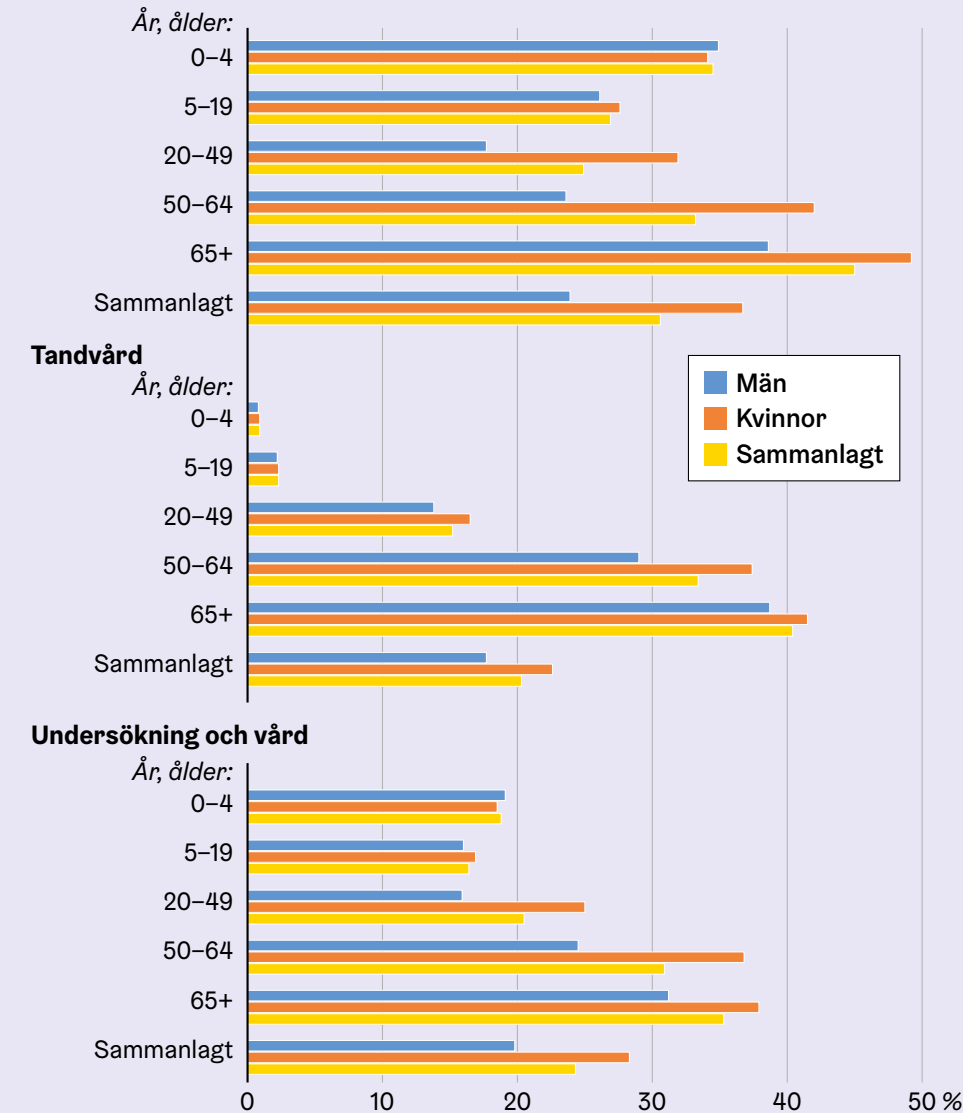
EN DEL av specialistläkarservicen, såsom ögonläkarvård, finns inte alls att få inom den offentliga primärhälsovården. För att få sådan vård behövs en remiss till den specialiserade sjukvården, och det kan ibland innebära att man får köa i månader. På den privata sidan går det betydligt snabbt

att komma till en specialistläkare. Detta bidrar till att öka antalet icke-höginkomsttagare som anlitar privata hälso- och sjukvårdstjänster.

Nästan var tredje helsingforsbo har fått FPA-ersättningar för privatläkararvoden

Året 2019 fick 31 procent av helsingforsborna sjukvårdersättningar för privatläkararvoden, 20 procent för tandvård och 24 procent för undersökning och vård. Som helhet var sjukvårdsersättningarna för såväl läkararvoden, tandvård och undersökning och vård vanligast bland folk som fyllt 50 år, och i synnerhet bland 65-åringar eller äldre. Bland sista nämnda hade 45 procent fått ersättningar för läkararvoden, 40 procent för tandvård och 35 procent för undersökning eller vård (Figur 1).

Privatläkararvoden



FIGUR 1.

Andel invånare av olika ålder och kön som fått sjukvårdsersättningar av FPA för kostnader av olika slag, i Helsingfors 2019.

Källa: FPA, statistikdatabasen Kelasto.

KVINNER FICK mer ersättningar än män för alla dessa tre former av vård. Likaså var det vanligare bland kvinnor än män att anlita den offentliga hälso- och sjukvården. Redan bland 15–19-åringarna är det en större andel kvinnor än män som får ersättning för läkararvoden, och som störst är kvinnornas andel i detta avseende bland 50–59-åringarna. För tandvårdens del är skillnaderna könen emellan mindre, man även där är kvinnornas andel större.

UNDER 2000-TALET har såväl läkar- och tandläkarbesök som undersökning och vård blivit märkbart dyrare. Enligt en utredning gjord av Statistikcentralen kostar exempelvis besök hos specialister (enligt penningvärdet 2000) på 2020-talet över dubbelt så mycket som de kostade år 2000 (Lehtinen 2020). Men FPA:s ersättningar för läkarar-

voden har inte höjts, vilket innebär att den andel av läkararvodena som de försäkrade själva måste betala har vuxit (Mikkola & Räsänen 2021).

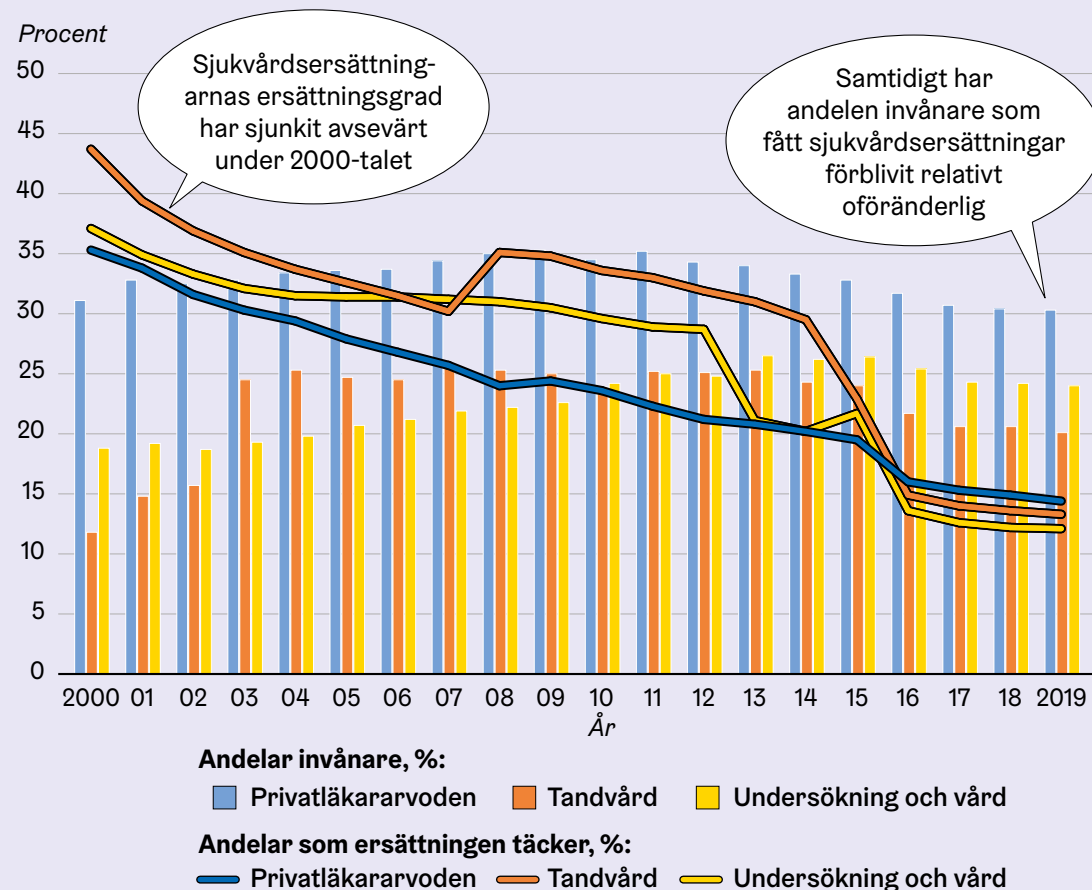
FIGUR 2 åskådliggör för Helsingfors del hur den andel som försäkringen i medeltal täcker minskat rejält mellan åren 2000 och 2019: för läkararvodena från 35 procent till 14 procent, för tandvården från 44 till 13 procent och för undersökning och vård från 37 till 12 procent. Däremot har andelen invånare som fått ersättningarna hållits ganska oförändrad under tiden, utom då det gällt tandvården. Det är ju först sedan december 2002 som sjukförsäkringens tandvård omfattat hela befolkningen, och därefter har andelen invånare som anlitat privat tandvård vuxit (Blomgren et al. 2015).



Under 2000-talet har såväl läkar- och tandläkarbesök som undersökning och vård blivit märkbart dyrare.

FIGUR 2.

Andel (%) invånare som fått sjukvårdsersättning för kostnader av olika slag, samt den andel (%) som ersättningen täcker av dessa sjukvårdskostnader, i Helsingfors 2000–2019.



Källa: FPA, statistikdatabasen Kelasto.

Stor variation distriktet emellan i anlitandet av privat resp. offentlig hälso- och sjukvård

Härnäst visar vi med hjälp av tre skilda figurer dels hur stor del av distriktens invånare som anlitar privat respektive offentlig service, dels sjuklighetsindexet och dels den statsskattepliktiga medelinkomsten i distriktet. De visas i skilda figurer därför att sjuklighetsindexet och inkomsterna mäts på andra skalor än serviceanlitandet.

I HESINGFORS har 31 procent av invånarna alltså anlitat privata läkartjänster och ca. 50 procent de tjänster inom öppen primärvård som Helsingfors stad producerar eller ordnar. Det finns betydande lokala skillnader i anlitandet av såväl privata läkartjänster som den öppna primärvården (dvs. den kommunala allmänna hälsovården).

ANLITANDET AV privatläkare är förhållandevis vanligast i distriktet i södra Helsingfors och ovanligast i de östra och nordöstra distriktet. Andelen invånare som anlitat privatläkare varierar distriktsvis mellan 17 procent (i Jakobacka) och 43 procent (i Brändö). Större än den andel som anlitat den offentliga hälso- och sjukvården var andelen i tre distrikt (Figur 3).

ANLITANDET AV den offentliga öppna primärvården, alltså den kommunala servicen, framstår som en motsats till anlitandet av privata tjänster. Förhållandevis lite anlitas den offentliga servicen i distriktet i södra Helsingfors, och mest i de östra, nordöstra och norra distriktet. Distriktsvis varierade den andel som anlitat offentlig hälso- och sjukvård mellan 41 procent i Brändö och 66 procent i Jakobacka.

MEST PRIVAT läkarservice anlitas det i sådana distrikt där invånarnas genomsnittliga inkomstnivå är högst. Och även inom distriktet kan det förekomma stora skillnader i inkomstnivå. Ett sådant distrikt är till exempel Hertons, som också omfattar området Tammelund, där inkomster-

na i snitt är höga. Medan nästan 46 procent av invånarna i sistnämnda fick ersättningar för besök hos privatläkare, var denna andel i Hertons som helhet 30 procent. På samma vis är inkomsterna klart högre i Jollas än i distriktet Degerö överlag. Till saken hör att höginkomstgrannskapen höjer medeltalet för hela distriktet.

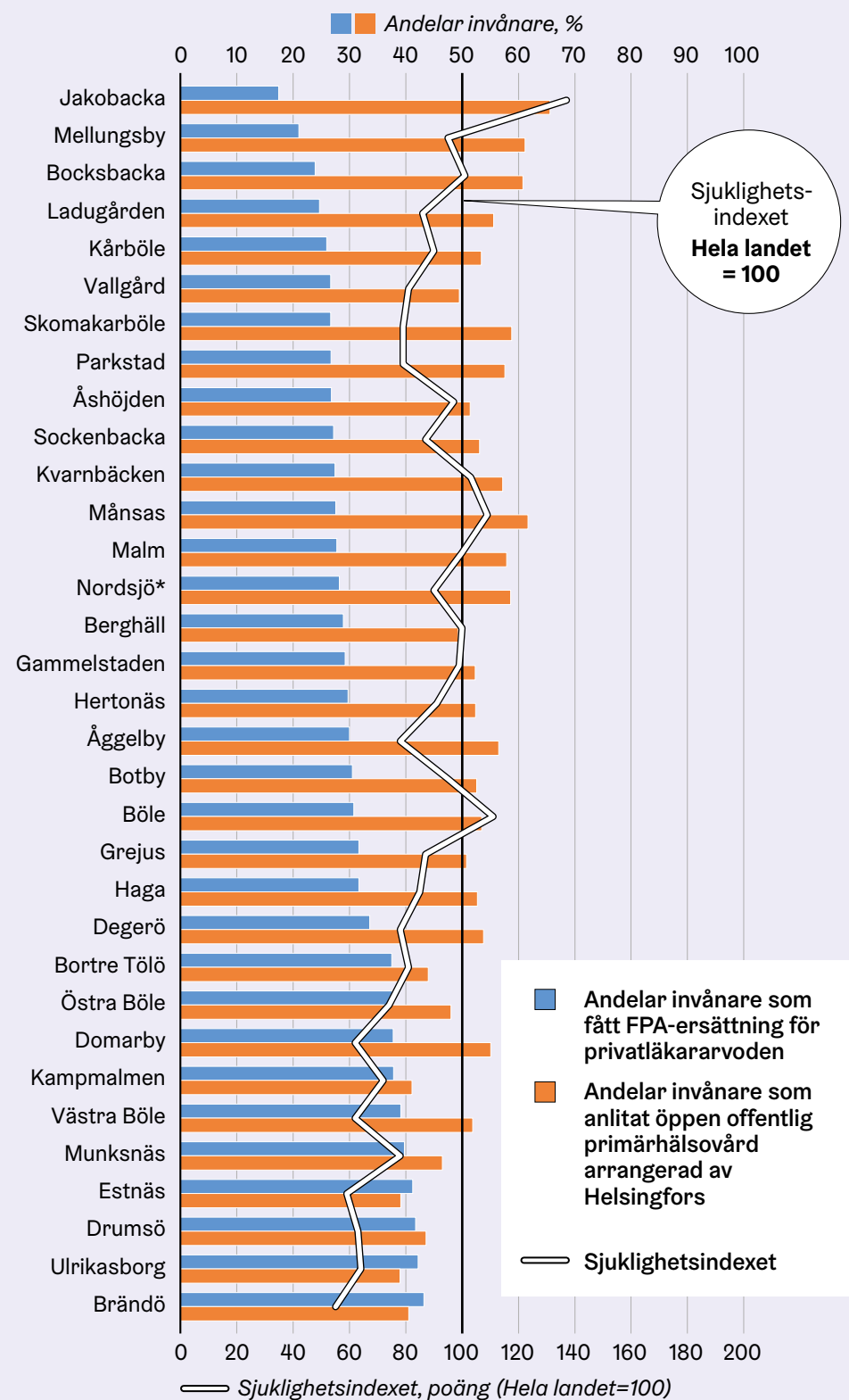
DEN LOKALA variationen är stor då det gäller sjuklighetsindexet. Figur 3 visar tydligt att det i snitt har högre värden i områden där privatläkare anlitas mindre och den kommunala hälso- och sjukvården mera. Sjuklighetsindexet varierar mellan 55 i Brändö och 137 i Jakobacka.

VARTEFTER SJUKLIGHETSINDEXET, som alltså beräknas utifrån förtidspensionering, dödlighet och läkemedelsersättningar, stiger så växer också andelen invånare som anlitat den offentliga hälso- och sjukvården (Pearson-korrelationen = 0,69, $p < 0,01$). På motsvarande sätt tenderar andelen invånare som fått FPA-ersättningar för privat läkarvård minska med stigande sjuklighetsindex för distriktet (Pearson-korrelationen = -0,48, $p < 0,05$). Sett efter inkomst var anlitande av läkartjänster inom offentliga sektorn vanligare i distrikt med låg inkomstnivå (Pearson-korrelationen = -0,84, $p < 0,01$), och anlitandet av privata läkartjänster vanligare i distrikt med hög inkomstnivå (Pearson-korrelationen = 0,81, $p < 0,01$).

ÅR 2019 anlidade ca. 39 procent av Helsingfors invånare öppen specialiserad sjukvård föranställd av Helsingfors stad. Denna andel varierade distriktsvis mellan 35 och 45 procent. Förhållandevis vanligast var det att anlita stadens tjänster i vissa nordliga och östliga distrikt (Figur 4). Något statistiskt signifikant samband förelåg inte mellan sjuklighetsindexet för ett distrikt och den andel av dess invånare som anlitat stadens specialiserade sjukvård (Pearson-korrelationen = 0,16, $p = 0,378$). Ett sådant förelåg däremot mellan lägre inkomstnivå i distriktet och flitigare anlitande av specialsjukvården (Pearson-korrelationen = -0,38, $p < 0,05$).

FIGUR 3.

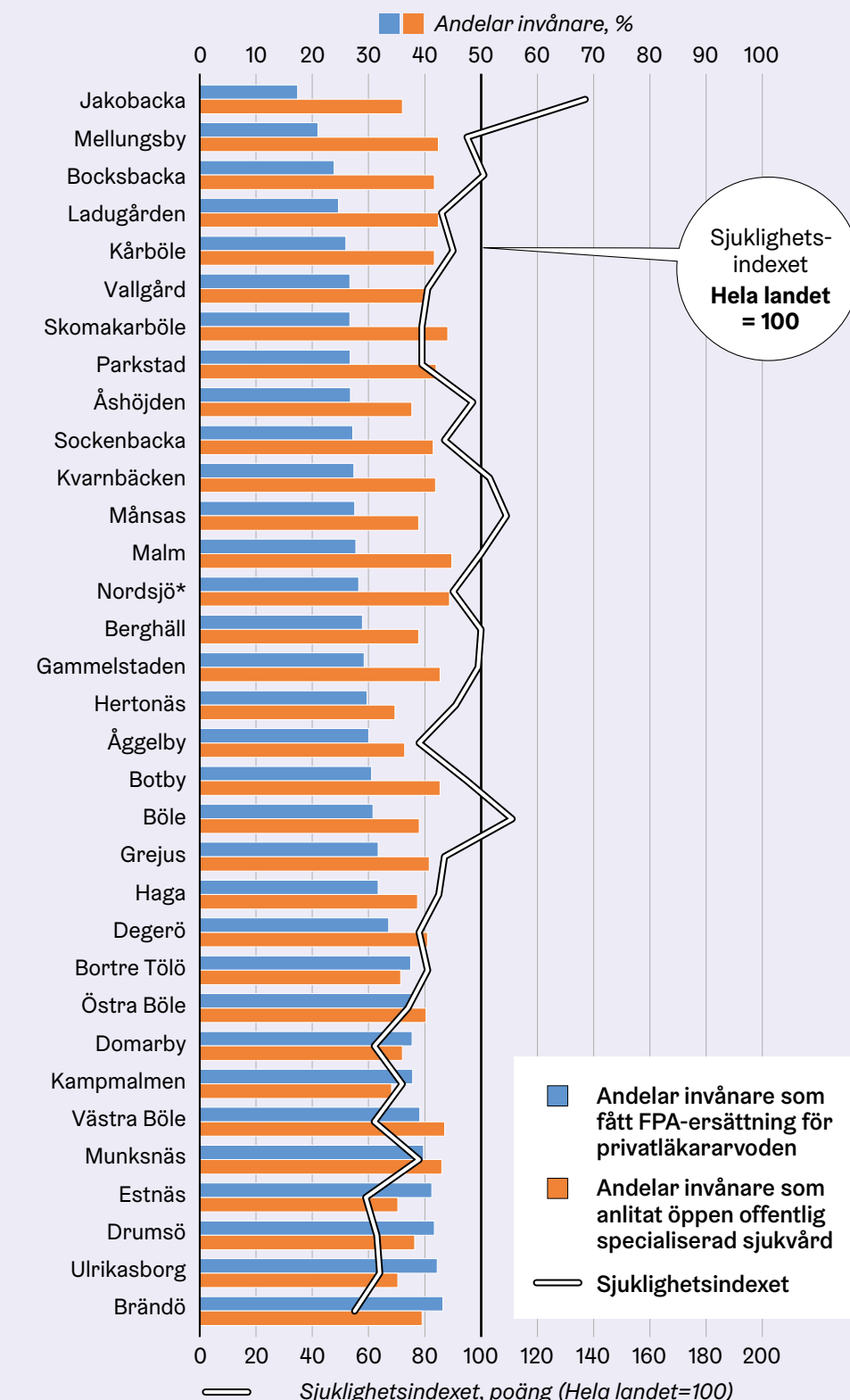
Andelar invånare som anlitat öppen offentlig primärhälsovård resp. fått FPA-ersättningar för privatläkararvoden, samt sjuklighetsindexet i distrikten i Helsingfors år 2019.



* Inkl. Östersundom vad beträffar privatläkararvodena.
Källa: FPAs analytik- och statistikgrupp, Helsingfors stads social- och hälsovårdssektor, och Mäki 2021.

FIGUR 4.

Andelar invånare som anlitat öppen offentlig specialiserad sjukvård resp. andelar som fått FPA-ersättningar för privatläkararvoden, samt sjuklighetsindexet i distrikten i Helsingfors år 2019.



* Inkl. Östersundom vad beträffar privatläkararvodena.
Källa: FPAs analytik- och statistikgrupp, Helsingfors stads social- och hälsovårdssektor, och Mäki 2021.

FÖR PRIVAT tandvård hade 21 procent av Helsingfors invånare fått ersättningar, och 28 procent hade anlitat den mun- och tandvård som staden ordnat. Andelen invånare som anlitat privat tandvård var i sju distrikt större än den andel som anlitat offentlig tandvård. Skillnaderna distrikten emellan var för tandvårdens del mycket likadana som då det gällde anlitan av privata versus offentliga läkartjänster (Figur 5).

PÅ SAMMA sätt som med ersättningarna för privatläkararvoden är skillnaderna distrikten emellan stora då det gäller andelen invånare som fått ersättningar för privat tandvård. Ytterligheterna är Ulrikasborg och Jakobacka, med 30 resp. 10 procent. Figur 5 visar att den inbördes ordningen mellan distrikten är mycket lik den som gällde för privata läkartjänster. Man anlitar således också mera privat tandvård i områden där inkomstnivån är högre.

MED STIGANDE sjuklighetsindex växte andelen invånare som anlitate offentlig mun- och tandvård (Pearson-korrelationen = 0,42, p = <0,05). På motsvarande sätt minskade andelen invånare som fått FPA-ersättningar för privat tandvård vartefter distriktets sjuklighetsindex steg (Pearson-korrelationen = -0,49, p = <0,01). Om vi utgår från inkomsterna var anlitan av offentlig mun- och tandvård vanligare i distrikt med lägre allmän inkomstnivå (Pearson-korrelationen = -0,59, p = <0,01) och anlitan av privat tandvård vanligare i distrikt med högre allmän inkomstnivå (Pearson-korrelationen = 0,81, p = <0,01).

En del av helsingforsborna får läkartid direkt, andra kanske om en månad

Den allmänbild som vår studie ger av skillnaderna mellan distrikten i Helsingfors i anlitan av hälso- och sjukvård är mycket klar. Privat service anlitas mera och offentlig mindre i områden där inkomstnivån är högre, och där sjukligheten är lägre. Men då det gällde specialiserad sjukvård kunde vi inte skönja någon liknande skillnad. Detta rön stöds av Jormanainens och Keskimäkis iakttagelser om god funktionalitet och tillgänglighet inom specialsjukvården (Jormanainen & Keskimäki 2019).

DE LOKALA skillnader vi i vår studie sett mellan anlitan av privata vs. offentliga hälsotjänster är helt väntade, i synnerhet med tanke på det man tidigare kunnat erfara om socioekonomiska skillnader i anlitan av hälsotjänster (Manderbacka et al. 2019, Blomgren & Virta 2020). Bland dem som har lägre socioekonomisk ställning är det en större andel som anlitar enbart den offentliga hälsoservicen än bland dem som har en högre socioekonomisk ställning. Den lokala obalansen i likvärdighet i Helsingfors kommer sig i stor utsträckning av att olika områden har olika sociodemografisk och socioekonomisk profil. Som

exempel varierar arbetslöshetsgraden lokalt i Helsingfors. Enligt Nyman et al. (2017) är anlitan av offentlig hälsoservice utbredd i de distrikt i Helsingfors där arbetslöshetsgraden är hög och antalet utkomststödsklienter stort. En motsvarande slutsats drar Blomgren et al. (2022) i en färsk studie bland uleåborgsbor i arbetsför ålder. Enligt den anlitas den offentliga sektorns hälsotjänster mest av dem som stod utanför arbetslivet och av arbetslösa. Enligt Blomgren et al.:s iakttagelser använde personer i olika marknadsställning (sysselsatt/arbetslös/permitterad) väldigt olika serviceformer inom den offentliga och privata sektorn. Om man utgick från marknadsställningen blev, som helhet, andelarna personer som anlitate de olika former av hälsovård som analyserats (kommunal vs. privat) mycket likartade.

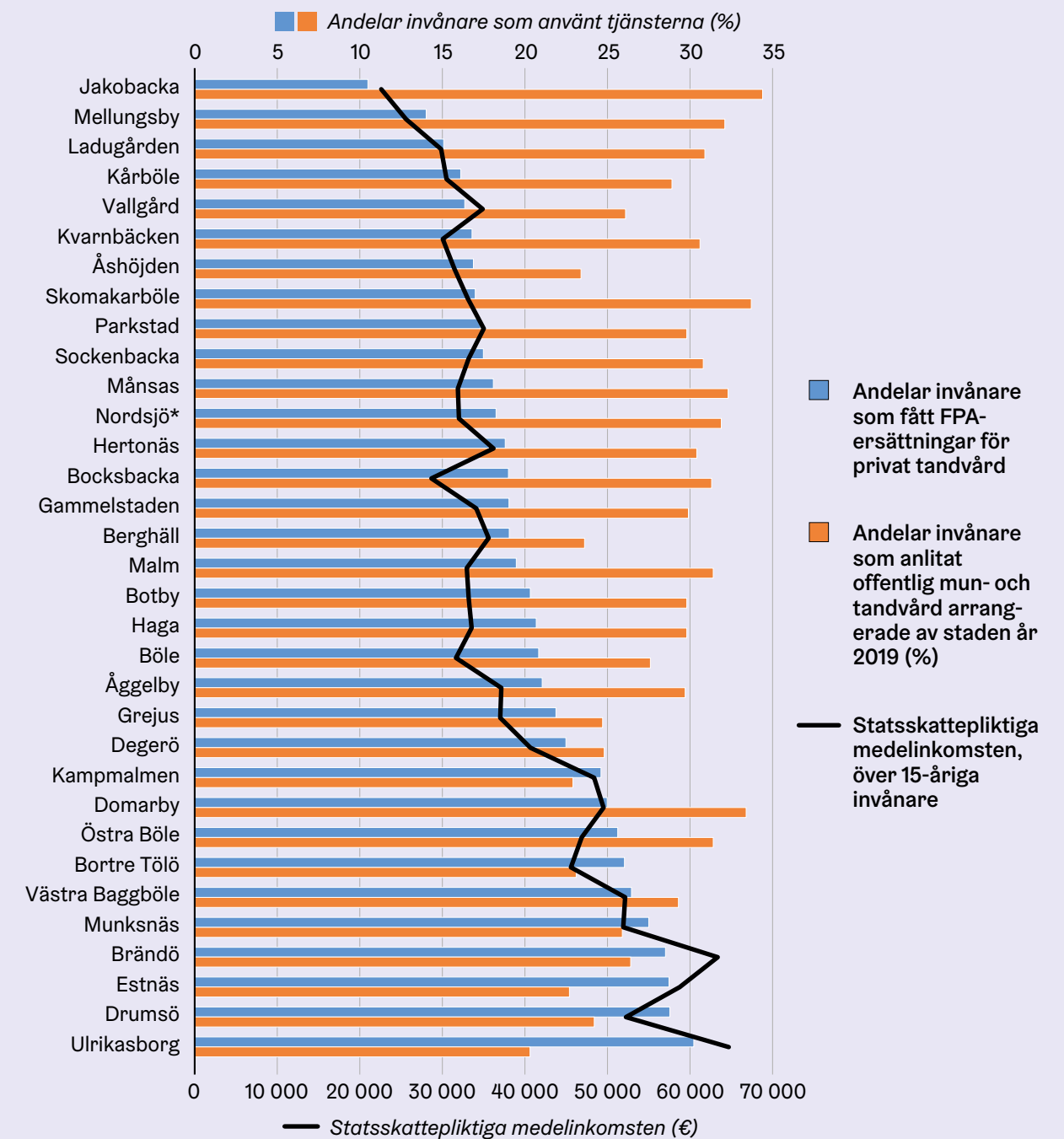
DET ÅTERSTÅR att se huruvida folk i högre grad börjar ta privata sjukvårdskostnadsförsäkringar. Försäkringsbolagen har ingen lagstadgad skyldighet att bevilja privata sjukförsäkring år alla som vill. Sökandes hälsotillstånd kan vara ett hinder för att få teckna försäkringen, eller åtminstone kan det märkbart begränsa försäkringens innehåll. I och med att det finns stora skillnader i befolkningens sjuklighet mellan distrikten i Helsingfors finns det i vissa områden mera sådana invånare som inte har möjlighet att få teckna en privat sjukförsäkring. Därav följer att de som tar privat sjukförsäkring friskare än genomsnittet. Om tecknandet av privata försäkringar fortsätter öka växer olikvärdigheten i folks möjligheter att få hälsoservice.

EN PRIVAT sjukvårdskostnadsförsäkring kan också öka anlitan av hälsotjänster i och med att den minskar på den besöksavgift som klienten betalar. Andelen invånare som fått ersättning av FPA för privatläkararvoden och vård och undersökning har varit ungefär lika stor i många år, trots att sjukförsäkringsersättningarna för privat hälsoservice inte höjts så att det skulle motsvara avgifterna. Tanken är inte långsökt att det är för att lättare få service som allt fler börjar ta privata sjukförsäkringar.

I EN del av distrikten i Östra, Nordöstra resp. Mellerta stordistriktet är sjukligheten högre än i andra delar av staden, och befolkningen anlitar i högre grad än invånarna i södra och västra Helsingfors den offentliga hälso- och sjukvården. Besöken vid den öppna primärvården är avgiftsfria, men man kan få köa länge för att få tid. År 2019 var mediantiden för köandet till hälsostationerna i Helsingfors 26,5 dagar. Kortast var kötiden då till Svedängens hälsostation, i medeltal 13,8 dagar, och längst måste man köa till Kvarnbäckens hälsostation, i snitt 41,4 dagar. I Helsingfors var kötiden till icke-akut tandläkarbesök över 21 dagar för ca. hälften av klienterna (Helsingfors stads social- och hälsovårdsväsende 2022).

FIGUR 5.

Andelar invånare som anlitate offentlig mun- och tandvård, och andelar som fått FPA-ersättningar för privat tandvård, samt den statsskattepliktiga medelinkomsten i distrikten år 2019.



*Inkl. Östersundom vad beträffar arvoden för privat tandläkarvård.

Källa: FPAs analytik- och statistikgrupp, Helsingfors stads social- och hälsovårdsväsende, och Statistikcentralen.

DEN OFFENTLIGA hälsovårdens strävan är att förkovra befolkningens hälsa och deltagande i arbets- och samhällslivet. Den vill också främja en jämnare fördelning av god hälsa mellan olika områden, i och med att sämre allmän hälsa i ett område minskar invånarnas deltagande i arbete och samhälle, och att detta försämrar totalproduktiviteten i Helsingfors.

Vårdreformen nalkas – faktabaserad styrning blir allt viktigare

Vår studie byggde på omfattande registerdata från FPA och Helsingfors stads social- och hälsovårdssektor. Datan omfattar alla öppenvårdsbesök vid den offentliga primär- resp. specialistsjukvården samt alla de besök inom den privata sektorn som har med vård av sjukdom att göra. Vi kan alltså utgå från att vi byggt på tillförlitliga uppgifter. Dessutom breddas perspektivet av att vi tog med inkomsterna och sjuklighetsindexet då vi jämförde distriktet med varandra. Trots att vi för dessa faktorer till en del kan skönja variation (vid en samtidig analys av flera fenomen) är bilden mycket klar: i områden där det bor folk som har det bra är man i medeltal friskare, och man anlitar privat hälsovård mera.

I **VILKEN** mån offentliga och privata tjänster anlitas av samma personer går inte att utredas med vårt forskningsupplägg och våra data. Det är svårare att få tag på data om nyttjandet av privata tjänster, och därför är det svårare att forska i överlappande anlitage av privata och offentliga tjänster. En annan komplicerande faktor är att den privata och den offentliga hälsovården har olika slags datasystem, och att jämförelser därmed blir svårare. Men att analysera anlitage av olika serviceformer inom enbart den offentlig hälso- och sjukvården är fullt möjligt. Därmed kan man forska i överlappande anlitage av olika offentliga social- och hälsovårdstjänster. Sådana analyser har redan gjorts på ett allmänt plan. Som exempel vet man att 17 procent av de helsingforsbor som år 2019 anlitar offentliga hälsotjänster också anlitate socialväsandets tjänster. I framtiden vore det intressant att gå närmare in på överlappande anlitage av olika serviceformer i Helsingfors överlag, och även ur lokal synvinkel.

I **VÅR** studie var det inte möjligt att också använda data från företagshälsovården och studenthälsovården. Vi kan anta att dessa serviceformer minskar på nyttjandet av i synnerhet den offentliga hälsovårdsservicen i sådana områden där det bor mera folk som arbetar eller studerar. Exempelvis i Vallgård, Berghäll och Åshöjden, där privat vård anlitas förhållandevis lite, är andelen invånare som förvärvsarbetar större än medeltalet för distriktet. Vi kan alltså anta att företagshälsovården anlitas mer än genomsnittligt i dessa områden.

ATT VI varken tog med ålder eller kön i studien lämnar en del frågetecken. Vi kan anta att de delvis inkonsekventa rönen om distriktet åtminstone delvis förklaras av att distriktens befolkning har olika åldersfördelning, antal sysselsatta och kanske också familjestruktur. Anlitandet av både privat och offentlig vård har samband med inte bara invånarnas disponibla inkomster utan också med befolkningens åldersstruktur och andel kvinnor. År 2019 var andelen 65 år gamla eller äldre störst i distriktet Månsas (22,5 % av invånarna) och minst i Vallgårds distrikt (11,7 %) (Vuori et al. 2020). Andelen kvinnor var störst i Grejus distrikt (56,2% av invånarna) och minst i Östra Baggböle (49,6 %) (Helsingfors stadskansli 2021). En uppföljning på föreliggande artikel planeras, och den ska gå in på sambanden mellan bland annat dessa faktorer och nyttjandet av hälsotjänster.

VÅR STUDIE har påvisat rejäla skillnader mellan distriktet i nyttjandet av privata resp. offentliga hälsovårdstjänster. Vårdreformen förväntas innebära förbättrad tillgång till offentlig service och kortare köer till icke-brådskande vård. Om man inte lyckas förkorta kötiderna märkbart kommer det även framöver att råda stor olikvärdighet mellan distriktet då det gäller tillgång till service, i och med att invånarna i vissa distrikt har bättre möjlighet än i andra att anlita den snabbare privata sektorn.

DEN OFFENTLIGA social- och hälsovården står inför stora utmaningar. Trots att vårdreformsfinansieringen förutspås växa som helhet både i hela landet och i Helsingfors, hotar balansen mellan finansiering och kostnader försämrars i Helsingfors (Aalto 2022). Nu, om någonsin, behövs det mera faktabaserad styrning i synnerhet med tanke på att förutse och förebygga tänkbara felsteg. I början av år 2023 blir social- och hälsoväsandet samt akutvården i Helsingfors en del av Helsingfors välfärdsområdes service. Efter reformen är det inte längre Helsingfors stad utan finländska staten som svarar för finansieringen av social- och hälsovården. Den statsstyrda finansieringsmodellen och kalkylerna kring den håller som bäst på att finslipas, så man vet inte ännu om finansieringen kommer att räcka till för social- och hälsovårdens behov i framtidens Helsingfors. ■

***Tommi Sulander** är ledande sakkunnig i temat välfärd och hälsa, och **Hanna Ahlgren-Leinvuo** specialforskare vid enheten stadsforskning och statistik vid Helsingfors stadskansli. **Juha Nyman** är specialplanerare vid en enhet för faktabaserad styrning och statistiktjänst vid Helsingfors stads social- och hälsovårdssektor.*

Litteratur:

- Aalto, E (2022). Maakunnista hyvinvointialueiksi. Arvio sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen rahoitusmallista ja palvelutarpeen vakioinnista. Forskningsrapporter 2022:2. Helsingfors: Helsingfors stadskansli, stadsforskning och -statistik. https://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/22_03_14_Tutkimuskatsauksia_2_Aalto.pdf
- Acevedo-Garcia D (2000). Residential segregation and the epidemiology of infectious diseases. Soc. Sci. Med. 2000;51:1143–1161.
- Blomgren, J; Aaltonen, K; Tervola, J & Virta L (2015). Kelan sairaanhoitokorvaukset tuloryhmittäin. Kenelle korvauksia maksetaan ja kuinka paljon? Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 2015:93. Helsingfors: FPA. ISBN 978-951-669-974-8 (nid.), 978-951-669-975-5 (pdf).
- Blomgren, J; Jäppinen, S & Lahdensuo K (2022). Avosairaanhoidon palvelujen käyttö on vahvasti eriytynyt työmarkkina-aseman mukaan. Finlands läkartidning 2022; 77 (7–8): 314.
- Blomgren, J & Virta L, (2020). Socioeconomic differences in use of public, occupational and private health care: A register-linkage study of a working-age population in Finland. PLoS ONE 2020;15:e0231792.
- Gibbons J, Yang TC, Brault E, Barton M (2020). Evaluating Residential Segregation's Relation to the Clustering of Poor Health across American Cities. Int J Environ Res Public Health. 2020 Jun 1;17(11):3910. doi: 10.3390/ijerph17113910.
- Helsingfors stadskansli (2021). Helsingin väestö iän ja sukupuolen mukaan sekä naisten osuus piireittäin ja osa-alueittain 2004 alkaen. 19.8.2021. <https://hri.fi/data/dataset/helsingin-vtn-ja-sukupuolen-mukaan-sekaisten-osuus-piireitt-ja-osa-alueittain-2004-alkaen>. Läst 3.2.2022.
- Helsingfors stads social- och hälsovårdsväsende. (2022). Johdon tietojärjestelmä 2022.
- Helsingfors statistiska årsbok (2020). Kaupungin järjestämiä (itse tuotetut ja ostetut) avoterveydenhoidon palveluja käyttäneet helsinkiläiset asuinalueen mukaan. Otavan kirjapaino Oy. Keuruu 2020. S. 122–123.
- Jormanainen, V & Keskimäki, I (2019). Suomen terveydenhuoltojärjestelmän toimivuus kansainvälisessä vertailussa. T&Y 3/2019. 10.10.2019. <https://labore.fi/t&y/suomen-terveydenhuoltojarjestelman-toimivuus-kansainvalisessa-vertailussa/>
- Kela [FPA] (2022). Kelan sairausvakuutusasetukset. Kuviot-sarja. FPA, s. 10. <https://beta.kela.fi/documents/20124/1048086/kelan-sairausvakuutusasetukset-kuviot.pdf/bd86fd84-8546-65f1-b45d-9e17ea4fe758?t=1635938735873>. Läst 2.2.2022.
- Kelan pikaopas (2022). Sairaanhoitokorvaukset. <https://www.kela.fi/sairaanhoito>. FPA. Läst 2.2.2022.
- Kivimäki, T (2017). Suomen terveydenhoitojärjestelmä on EU:n epätasa-arvoisimpia. Tutkittua tietoa 16.5.2017. <https://sosiaalivakuutus.fi/suomen-terveydenhoitojarjestelma-eun-epatasa-arvoisimpia/>

- Lehtinen, I (2020). Terveystieteiden tutkimuskeskus on 2000-luvulla kallistunut ja käynyt varsinkin kansaneläkeläisten kukkarolle. Tieto& Trendit 2.3.2020, Statistikcentralen. <https://www.stat.fi/tietotrendit/artikkelit/2020/terveydenhoito-on-2000-luvulla-kallistunut-ja-kaynyt-varsinkin-kansanelakelaisten-kukkarolle/>. Läst 2.2.2022.
- Manderbacka, K; Arffman, M; Aalto, A; Muuri, A; Kestilä, L & Häkkinen, U (2019). Eriarvoisuus somaattisten terveystieteiden saatavuudessa. I verk: Kestilä, L & Karvonen, S (red.). Suomalaisten hyvinvointi 2018. Institutet för hälsa och välfärd THL 2019;207–15. Helsingfors.
- Mikkola, H & Räsänen T (2021). Kela-korvausten pienentyminen näkyy erityisesti pienituloisten korvauksissa – onko sairaanhoitovakuutusjärjestelmä reilu? Kelan tutkimusblogi 22.11.2021. <https://tutkimusblogi.kela.fi/arkisto/6258>. Läst 2.2.2022.
- Mäki, N (2021). Sairastavuus ja kansantauti-indeksit koko Helsingissä ja peruspiireittäin 2019. Statistik 2021:4. Helsingfors: Helsingfors stadskansli, stadsforskning och -statistik. https://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/21_03_02_Tilastoja_4_Maki.pdf. Läst 3.2.2022
- Nyman, J, Arffman, M & Keskimäki, I (2017). Toimeentulotuen asiakkaiden terveystieteiden käyttö Helsingissä vuonna 2014. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2017:54(4). <https://doi.org/10.23990/sa.67761>
- Pernu, M & Nemlander, A (2020). Suurten kaupunkien terveydenhuollon kustannukset v. 2019. Kommunförbundet 2020: s. 24 ja 54. <https://www.kuntaliitto.fi/julkaisut/2020/2061-suurten-kaupunkien-terveydenhuollon-kustannukset-vuonna-2019>
- Sairauskuluvakuutuslaitokset (2021). Sairauskuluvakuutuksia otetaan yhä enemmän – jo yli 1,26 miljoonaa vakuutettua. Finanssiala ry. Publicerad 16.4.2021. <https://www.finanssiala.fi/uutiset/sairauskuluvakuutuksia-otetaan-yha-enemman-joyly-126-miljoonaa-vakuutettua/>
- Sosiaalivakuutus [Socialförsäkringen] (2015). Pienituloiset saavat eniten sairaanhoidon Kela-korvauksia. Tutkittua tietoa 1.5.2015. <https://sosiaalivakuutus.fi/pienituloiset-saavat-eniten-sairaanhoidon-kela-korvauksia/>
- Tarvainen, K & Turunen, J (2021). Työterveyshuollon rahoitus ja kustannukset. Työelämä-tieto: Analyysit 15.3.2021. Arbetshälsöinstitutet. <https://www.tyoelamatietao.fi/fi/articles/analysisOhsCosts>
- Tilastotietokanta Kelasto [Statistikdatabasen Kelasto] (2022). Sairaanhoitokorvaustilastot. <https://www.kela.fi/kelasto#Sairastaminen>. Läst 2.2.2022.
- Vilkama, K & Hirvonen, J (2018). Helsingin alueellinen eriytyminen: kaksi lähestymistapaa segregaatoin seurantaan. Kvartti 1/2018. Helsingfors: Helsingfors stadskansli, stadsforskning och -statistik. <https://www.kvartti.fi/fi/artikkelit/helsingin-alueellinen-eriytyminen-kaksi-lahestymistapaa-segregaatoin-seurantaan>. Läst 25.3.2022.
- Vuori, P, Mäki, N & Bergroth, C (2020). Helsingin väestövuodenvaihteessa 2019/2020 ja väestömuutokset vuonna 2019. Statistik 2020:10. Helsingfors: Helsingfors stadskansli, stadsforskning och -statistik. Läst 3.2.2022. https://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/20_09_17_Tilastoja_10_Vuori_Maki_Bergroth.pdf



JUSSI TIAINEN / HELSINGIN KAUPUNKI

Ryktets fångar?

Sambandet mellan stadsskolornas rykte och grannskapen som en risk för segregation och en möjlighet för utveckling

● VENLA BERNELIUS & HEIDI HUILLA

Skolans rykte påverkar familjernas val av skola och elevernas självförtroende. Vår undersökning visar att ryktet inte enbart beror på skolans kvalitet eller verksamhet utan att stadsdelarnas rykte sipprar ut i den offentliga debatten om skolan och i utomståendes antaganden om skolans kvalitet. Detta fenomen är särskilt problematiskt i områden som kännetecknas av en risk för att vara underprivilegerade, där även det negativa rykte som är förknippat med skolan kan ge upphov till stigmatiseringsupplevelser. Ett negativt rykte kan också sätta i gång och upprätthålla cirklar av försämrad regional utveckling och ökad skolsegregering. Samtidigt är skolornas rykte också en möjlighet till utveckling: om skolans fungerande gemenskap och utbildning av hög kvalitet kan synliggöras, kan en attraktiv skola stödja en positiv utveckling i områdena.

Hur uppstår rykte och uppfattningar?

I sin artikel *Notorious Places* (2013) beskriver forskarna Ade Kearns, Oliver Kearns och Louise Lawson hur medialogen kan underblåsa ett urbant grannskaps negativa rykte och skapa lokala stigmatiseringsupplevelser. Det rykte som utvecklas i den offentliga debatten får ofta negativa stämplingar även från enskilda lokala evenemang. Ryktet är också typiskt starkt och segt, även om områdena förändras. Forskare påpekar att det offentliga ryktet ofta inte återspeglar människors egna erfarenheter och uppfattningar om sitt grannskap: en invånares åsikt om sitt grannskap är vanligtvis mycket annorlunda än en utomståendes. Många av de bostadsområden som anses vara beryktade är enligt invånarnas erfarenheter bra platser att bo på.





Trots sina egna positiva uppfattningar om områdena kan både grannskap och dess invånare uppleva stigmatiseringen som lätt kan uppstå på basis av det offentliga ryktet. När invånarna är medvetna om utomstående perspektiv på sitt område blir detta också en del av deras upplevelsevärld. I sitt lärdomsprov, som publicerades 2015, beskrev geografen Aino Hiekkavuo hur människor som bor i socialt underprivilegierade områden som i offentligheten uppfattas som beryktade inte gärna berättar var de bor. Det negativa ryktet kan också påverka undvikande av migration till grannskapet, vilket ger näring åt lokala cirklar av segregation, det vill säga befolkningsstrukturen blir ensidigare.

I DEN här artikeln citerar vi Kearns forskargrups undersökningssynvinkel och begreppen det offentliga ryktet, egna uppfattningar av området och stigmatisering, men vi riktar vår uppmärksamhet mot stadsskolor: Påverkar grannskapets upplevda rykte också uppfattningen om skolans rykte, och återspeglas detta i elevernas stigmatiseringsupplevelser? På vilket sätt hör ryktet ihop med det om grannskapet är socioekonomiskt privilegierat eller underprivilegierat? Kan medvetenheten om det svaga ryk-

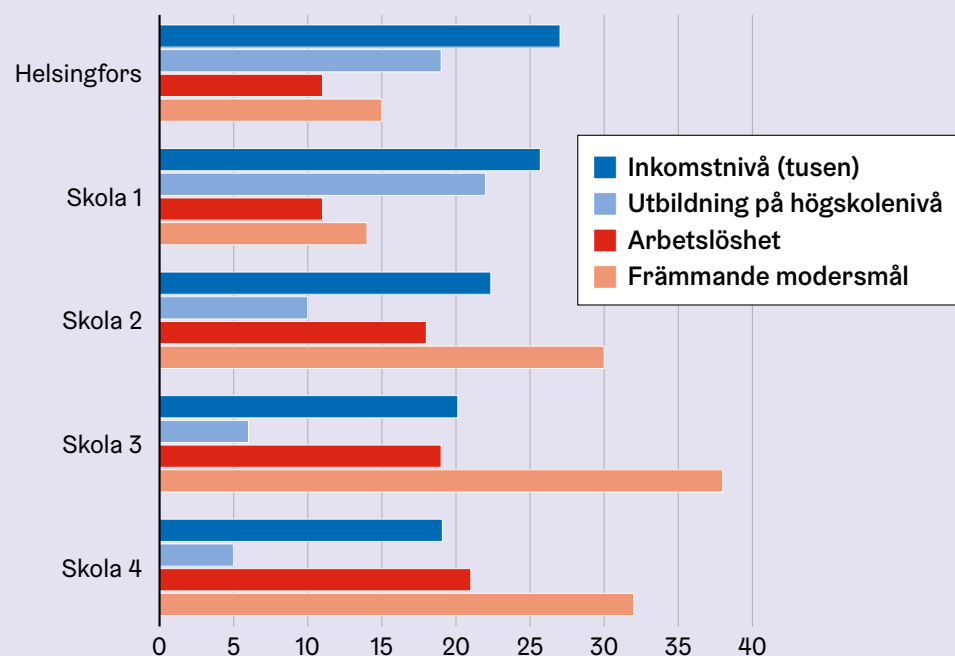
tet vara ett bekymmer för familjerna när det gäller barnets skolgång eller skolans och områdets framtida utveckling? Vår artikel bygger på en studie vi publicerade i tidskriften Social Inclusion tillsammans med Isabel Ramos Lobato (Bernelius et al. 2021) och på Heidi Huillas (2022) aktuella doktorsavhandling Kaupunkikoulu ja huono-osaisuus (Disadvantaged Urban Schools).

Observationer och intervjuer som undersökningsmaterial

Vår artikel är baserad på omfattande observationer och intervjuer i Helsingfors stadsskolor, samt statistiskt material om grannskapen omkring skolorna. Förutom etnografisk observation intervjuades personal, elever och vårdnadshavare (sammanlagt 125) i fyra grundskolor i olika stadsdelar. Av de skolor vi undersökte låg tre av fyra i områden där utbildningsnivån och invånarnas inkomster var klart lägre än genomsnittet i staden och där det också fanns fler personer med något annat modersmål än finska eller svenska än i staden i medeltal (Figur 1). På hela stadens skala kan dessa områden betraktas som grannskap med en klart ökad risk för att vara underprivilegierade, och alla har haft anknytningar till negativa offentliga debatter som kan förväntas påverka människors uppfattningar om områdets rykte. En av skolorna låg i ett område som följde stadens genomsnitt när det gäller inkomst, utbildning och språkkriterier för invånarna, men var klart underprivilegierat som grannskap i förhållande till de omgivande områdena, och uppfattades också av lokala rykteshierarkier som "underprivilegierat" (Figur 1).

FIGUR 1.

Statistiska uppgifter om de grannskap och de elevområden vi undersökte i förhållande till stadens genomsnitt (Helsingfors): genomsnittlig årsinkomst (i tusen euro/invånare), andel av högt utbildade vuxna i befolkningen (i procent), andel av arbetslösa vuxna i befolkningen (i procent) och andel av befolkningen som talar främmande språk som modersmål (i procent).



TROTS DE utmaningar som områdena hade lyckades alla skolor vi undersökte leverera goda inlärningsresultat, och skolornas kvalitet bedömdes som utmärkt, till exempel när det gällde lärarnas färdigheter, resurser och skolgemenskapens funktion (jfr Bernelius 2013). Genom uppställningen av denna undersökning är det möjligt att visa en situation där skolorna själva är närskolor som fungerar bra enligt alla mått, men ligger i ett område som kan lida av ett sämre rykte i förhållande till staden eller grannområdena. Med hjälp av detta kan det utvärderas om områdets rykte överförs eller sipprar ut till skolans rykte och vilken inverkan detta kan ha på elevernas och familjernas erfarenheter.

Skolor påverkas av områdets rykte – och vice versa

I skolgemenskapen ansågs det att alla skolor i vår undersökning var särskilt funktionella och bra. När vi granskade hur personal, elever och vårdnadshavare för skolor i underprivilegierade områden talade om sina skolor och områden, talades det mycket positivt om skolorna. Eleverna och vårdnadshavarna var nöjda med skolorna och deras lärare. Samtidigt ansåg personalen att deras arbete var betydande och såg arbetsgemenskapen som en resurs som fäster stor vikt vid arbetsplatsen.

DÄREMOT VAR förhållandet mellan skolgemenskapen och stadsdelen mer varierat. En av skolorna (skola 2) hade ett klart positivt förhållande till sin stadsdel, men i fråga om de andra skolorna var det tydligt att det talades mer om området genom sociala problem. De senare områdena föreföll inte heller särskilt trivsamma i de intervjuades anföranden. Vi observerade att medan man i skola 2 byggde en positiv självbild med hjälp av området, byggdes andra skolor en positiv självbild trots området. Observationen visar också att bostadsområdets rykte i vårt undersökningsmaterial var starkt kopplat till stadsdelarnas segregation: ett centralt inslag i formningen av grannskapets rykte var antagandet om att det var socialt underprivilegierat och förknippat med en orolig social miljö. Sambandet mellan rykte och segregation var dock inte heller rätlinjigt i materialet. När det gäller skola 2 uppfattades det område som hade ett mer socioekonomiskt underprivilegierat rykte också som positivt i många avseenden, och invånarna betonade ofta att området ändå var bättre än sitt rykte.

Konsekvenser av stigmatiseringen för skolor och elever

De mycket konkreta konsekvenserna av områdets negativa rykte framkom av det som de intervjuade sade och av skolgemenskapernas verksamhet. Skolorna ansåg att grannskapets negativa rykte orsakade problem eller åtminstone ytterligare arbete med personalrekryteringar. Flera intervjuer visade att skolan måste "säljas" till dem

som ska rekryteras. I dessa intervjuer associerades negativa uppfattningar specifikt med områdena och inte med skolorna själva, och utomstående uppfattades ha ett starkt tvivel om skolorna på grund av det område där de ligger, oavsett den institutionella kvaliteten på själva skolorna. En elevs förälder beskrev att människor genast när de hör skolans namn tänker följande: "Mestadels att den ligger intill stationen [i ett visst bostadsområde], sedan börjar människor undra om den är en bra skola."

EN ANNAN negativ konsekvens som syns i materialet var risken för att skolorna kan avvisas av familjerna i sina skolor. I vissa områden var det lokala högstadiet så stigmatiserat att man i intervjuerna med familjerna som har barn i lågstadium funderade på olika sätt att undvika ifrågavarande närskolor vid övergången till högstadiet. De som inte hade möjlighet att undvika en skola var också medvetna om skolans dåliga rykte och försökte ofta försvara skolan mot dessa föreställningar, med andra ord att producera ett medvetet motbevis mot negativa åsikter. I vissa lågstadier var till och med personalen bekymrad över det lokala högstadiet och uppmuntrade själva elevernas familjer att välja en annan skola när eleverna gick vidare från lågstadiet. Som en stig till skolor i andra områden föreslogs till exempel intensifierad undervisning på andra ställen i staden. De negativa stämplarna var inte heller i dessa anföranden kopplade till antaganden om den dåliga kvaliteten på högstadiundervisningen, utan framför allt till uppfattningar om den underprivilegiering som är förknippad med dem och de sociala problemens inverkan på inlärmingsmiljön.

DEN TREDJE uppenbara konsekvensen av stigmatiseringen i skolorna var det sätt på vilket elever och lärare uttryckte sin oro över nackdelarna med stigmatisering för ungdomars uppfattning om sig själva och sina möjligheter. I internationell forskningslitteratur har effekterna av stigmatisering beskrivits i en situation där den starka stigmatiseringen av en skola eller ett grannskap kan leda till en så kallad internalisering av det dåliga, det vill säga en minskningen av i synnerhet ungdomars självkänsla och en svag tro på sina egna möjligheter (Kearns et al. 2013; Wacquant et al. 2014). Risken gäller särskilt underprivilegierade personer som kan vara mer oskyddade mot utomstående stämplor (Pinkster 2014). I de skolor vi undersökte avspeglades detta i att personalen berättade att de mycket aktivt måste stödja sina elevers tro på sina egna möjligheter. Elevernas egna intervjuer visade hur ett underprivilegierat område påverkade deras självkänsla och deras tro på att de kunde göra något. Ett extremt exempel på detta är en intervju där en elev beskrev en högstadieskola i sitt eget område: "Min systers vän (...) säger att [närmaste högstadiet] är en dålig skola eller hur, du kommer inte att få en bra utbildning efter det, eller jobb."

”



Det rykte som utvecklas i den offentliga debatten får ofta negativa stämplat även från enskilda lokala evenemang. Ryktet är också typiskt starkt och segt, även om områdena förändras.

Skolans rykte återspeglas tillbaka på området

Även om skolornas rykte delvis byggdes på områdets rykte i vår undersökning, återspeglades ryktet även tillbaka till bostadsområdet. Skolans inverkan på uppfattningarna om bostadsområdet var särskilt klart i ett område som ligger socioekonomiskt mycket nära stadens genomsnitt, men i viss mån har det sämre ställt i jämförelse med dess mycket välrenommerade, populära grannområden. Skolan i detta område (skola 1) var särskilt stigmatiserat lokalt i förhållande till andra skolor i stadsdelen, just på grund av den relativa underprivilegering som den förknippas med. Även om skolan eller i synnerhet dess grannskap inte var särskilt underprivilegerade ur statistisk synvinkel, blev deras ställning symboliskt underprivilegerad genom en jämförande uppställning.

NÄR FAMILJER i de omgivande områdena befann sig i en situation där deras barn kunde ha "hamnat" i en skola i ett underprivilegerat område försökte de avvisa situationen på olika sätt och hitta en utväg för att kunna välja skolor i andra områden. Avvisande av skolan hade en utmanande inverkan även på åsikterna om området hos både utomstående och invånarna i området. Föräldrarna var medvetna om de uppfattningar som var förknippade med både skolan och området och funderade direkt på deras samband. De specificerade också att ryktet är förknippat med befolkningen i området och särskilt med fördomar mot elever med invandrarbakgrund. En mycket aktiv förälder i ett bostadsområde beskrev orsakerna till det negativa ryktet enligt följande: "Mobbning och, nå, invandrare... Jag vet inte, människors fördomar påverkar så mycket hur de tolkar saker... Jag har förstås också undrat själv om de har rätt [när de säger att skolan är dålig]."

DE FÖRESTÄLLNINGAR som var knutna till skolan fick de utbildningsmotiverade familjerna att särskilt kritiskt tänka på att bo i skolans elevområde. De negativa uppfattningar som var knutna till skolan och avvisande av skolan vid val försvagade också tydligt tron på de egna möjligheterna i

arbetet hos skolans personal. Samtidigt har rykte och sättet att tala särskilt stigmatiserat invånare och elever med invandrarbakgrund, vars antagna betydelse bakom den negativa stämpeln belystes i flera intervjuer.

En fungerande förbindelse mellan skolan och området stödjer skolans rykte och samarbetet mellan hem och skola

I en av skolorna i de underprivilegerade områdena, skola 2, var synpunkterna från personalen, eleverna och familjerna positiva inte bara för skolan utan också för området. Områdets rykte var känt för att vara i viss mån underlägset de mest välrenommerade grannskapen, men i talet försvarades området tydligt som "bättre än sitt rykte". I fallet med denna skola var området, de positiva uppfattningarna om det och skolan sammanflätade på ett sätt som producerade en anda av gemenskap i hela området och integrerade vårdnadshavare med skolan starkare än i de skolor där relationen med området var mer negativ.

I ALLA tre skolorna i underprivilegerade områden hade personalen en mycket stark syn på att skolorna hade en särskild roll i att stödja elever som försökte ta sig upp från en mer utsatt ställning. Eleverna möttes med respekt och uppskattning, och materialet visar inte att personalen skulle ha gett upp angående eleverna, även om det att de var underprivilegerade orsakade mer arbete för skolorna. (se även Huilla 2022). Angående familjer var man dock inte alltid lika sensitiv. Att familjerna var underprivilegerade och hur det påverkade föräldraskapet och samarbetet mellan hem och skola diskuterades ofta på ett individuellt och probleminriktat sätt. Detta var dock inte fallet i skola 2 där förhållandet till området också var mer positivt.

DET VERKAR som om den positiva kopplingen mellan skolan och området stödde både det viktiga samarbetet mellan hem och skola och den positiva cirkel som strålade ut till många andra delområden av gemenskapen och skolarbe-

tet. För skolorna är hemmens deltagande i skolarbetet en resurs, varför en positiv anda i samspelet var till nytta också för skolan. Ett positivt förhållande till området tycktes också stödja elevernas positiva syn på sin bostadsort och sig själva i skola 2. När det gäller elever kan vi alltså tala om effekterna på kampen mot en internaliserad känsla av att vara underprivilegerad, det vill säga att eleverna stärks så att de kan motstå stigmatisering utifrån. Om invånarna i området har en tydlig positiv syn på området förefaller det, åtminstone i materialet i denna undersökning, i viss mån motverka effekterna av externa negativa åsikter.

DESSUTOM ÅTERSPEGLADES det positiva samspelet mellan skola 2 och dess område i ordnandet av skolans fester och evenemang som en del av stadsdelens evenemang, betoningen av den sammanhållning som omfattar området, samarbetet med de olika aktörerna i området och synen på skolans verksamhet som en del av ett positivt historiskt kontinuum i området. I praktiken pratade personal, vårdnadshavare och elever enbart positivt om området i intervjuerna.

DET VAR särskilt intressant att jämföra elevernas uttalanden inom olika områden och i relation till de vuxnas intervjuer. I skola 2, där området ansågs positivt, upprepade elevernas uttalanden samma positiva saker som framkom i intervjuerna med vuxna. Med andra ord hade invånare i olika åldrar i området gemensamma sätt att tala, där en bra bild av området producerades och upprätthölls. Intervjuer med elever i andra skolor visade att det var svårt att till exempel hitta trivsamma platser i det egna området dit man kunde ta en utomstående. Dessutom såg eleverna det inte som ett positivt alternativ att bosätta sig permanent i

området i framtiden. I intervjuer angående skolan som utnyttjade området positivt kom eleverna däremot på ett antal trivsamma platser i sitt område, och de flesta tyckte att det var möjligt att bosätta sig där som vuxna.

Skolans rykte, grannskapet och den goda cirkeln

Vår undersökning bekräftar att bostadsområdenas rykte är förknippat med segregering – med andra ord verkar det vara så att även i våra förhållanden blir socioekonomiskt mer sårbara områden lättare utsatta av ett svagt rykte i offentligheten och det stigma som följer av det. Samtidigt är det negativa ryktet en risk som påverkar både elevernas uppfattningar om sig själva och skolornas rykte och verksamhet. Stigmatiseringen av skolorna kan ytterligare försvaga utvecklingen av bostadsområdena om de högt utbildade familjerna undviker området i sina bostadsval (se även Viikama och Bernelius 2019). Det negativa ryktet kan vara en central mekanism i hur grannskapens och skolornas utveckling påverkar varandra och skapar en spiral av en allt svagare utveckling.

VÅR UNDERSÖKNING visar också att en negativ stämpel kan byggas upp i mycket medelmåttiga områden, till exempel i samspel med särskilt välstuerade grannar, liksom i skola 1. I detta fall är symboliska hierarkier och lokala processer i grannskapen och deras skolor en viktig faktor för att skapa ryktet. Detta understryker observationen att stadsdelarnas och skolornas rykten inte är direkt kopplade till statistikens privilegerade eller underprivilegerade karaktär, utan att ryktet även starkt byggs upp lokalt och delvis fungerar utan hänsyn till statistiken.

”



Trots de utmaningar som områdena hade lyckades alla skolor vi undersökte leverera goda inlärningsresultat, och skolornas kvalitet bedömdes som utmärkt, till exempel när det gällde lärarnas färdigheter, resurser och skolgemenskapens funktion.

FÖR ATT sammanställa de viktigaste resultaten framhäver våra observationer den stora betydelsen av att ta hänsyn till ryktet och att stödja de positiva ryktena om skolorna i utvecklingen av staden. Ryktet har en konkret inverkan på skolornas och områdenas utveckling och på ungdomarnas syn på framtiden. Undersökningsexemplen betonar även uppmuntrande att det finns möjligheter till positivt ryktesarbete i relation till de underprivilegierade områdena. Även om det att området är underprivilegierat förefaller vara en källa till ett sämre rykte visar exemplet med skola 2 hur lokalt uppbyggda positiva uppfattningar om skolan och grannskapet kan stödja framväxten av positiva uppfattningar om skolan och en positiv bild som produceras tillsammans. Detta verkar också skydda elever och gemenskaper i området från de negativa effekterna av stigmatiseringen utifrån: lokalt ryktesarbete och tillit till den egna gemenskapen ökar en tro på sig själv och på framtiden.

VÅR UNDERSÖKNING ger också två konkreta observationer av verksamhetsmodeller som verkade stödja framväxten av lokalt positiva föreställningar och uppkomsten av ett starkt "internt rykte". Den viktigaste av dessa är den starka och medvetna användningen av bostadsområdet och dess nätverk i skolarbetet samt skolans mångsidiga integration i grannskapet. Som ett positivt exempel var skola 2 starkt kopplad till området och personalen kände till området väl. De byggde medvetet upp elevernas stolthet över sitt bostadsområde och dess historia och främjade skolans synlighet och engagemang i evenemangen i området. Många lärare bodde också själva i området eller hade något att göra med olika aktörer i området i sitt arbete. Eftersom skolan hade ett omfattande samarbete med aktörerna i området, blev området därigenom bekant för dem som inte bodde i området eller i dess närhet.

EN ANNAN faktor som framkom var den upplevelse av säkerhet som stadsplaneringen möjliggjorde i barns och ungdomars vardag och på dess vägar. I intervjuer med eleverna och familjerna var det särskilt viktigt att eleverna kunde undvika så kallade hot spots i vardagen. Med hot spots avses platser, där det är möjligt att stöta på negativa fenomen relaterade till det underprivilegierade såsom drogmissbruk (Visser et al. 2015). Under intervjuerna med eleverna framkom det att möten mellan berusade och oförutsägbara vuxna gav ganska ångestfyllda upplevelser, och föräldrarna betonade vikten av en säker skolresa och lugnet i elevernas centrala knutpunkter i vardagen. Den väsentliga skillnaden mellan undersökningsobjekten var om eleverna kunde undvika hot spots på sina skolresor, hobbyresor eller annan rörlighet i vardagen, till exempel på väg till kollektivtrafikens hållplatser. Denna observation belyser betydelsen av säkra platser och vägar för eleverna i stadsplaneringen, särskilt i områden där risken för det underprivilegierade betonas.

Venla Bernelius är biträdande professor i stadsgeografi och Heidi Huilla är forskardoktor vid Helsingfors universitet.

Litteratur:

- Bernelius, V. 2013. Eriytyvät kaupunkikoulut: Helsingin peruskoulujen oppilaspohjan erot, perheiden kouluvalinnat ja oppimistuloksiin liittyvät aluevaikutukset osana kaupungin eriytymiskehitystä. *Undersökningar 2013:1*. Helsingfors: Helsingfors stads faktacentral.
- Bernelius, V., Huilla, H. & Ramos Lobato, I. 2021. 'Notorious Schools' in 'Notorious Places'? Exploring the Connectedness of Urban and Educational Segregation. *Social Inclusion*, 9(2), 154–165.
- Hiekkavuo, A. 2015. "En mielelläni kerro muille, missä asun." *Asuinalueiden stigmatisoituminen pääkaupunkiseudulla*. Helsingfors: Helsingfors universitet.
- Huilla, H. 2022. *Kaupunkikoulut ja huono-osaisuus*. Helsingfors: Helsingfors universitet.
- Kearns, A., Kearns, O., & Lawson, L. 2013. Notorious places: Image, reputation, stigma. The role of newspapers in area reputations for social housing estates. *Housing Studies*, 28(4), 579–598.
- Pinkster, F. 2014. 'I Just Live Here': Everyday Practices of Disaffiliation of Middle-class Households in Disadvantaged Neighbourhoods. *Urban Studies*, 51(4), 810–826.
- Vilkama, K. & Bernelius, V. (2019). Pikkulapsiperheiden muuttoliike muovaa koulujen oppilaspohjaa Helsingissä. *Kvartti 3/2019*, 9–14. Helsingfors: Helsingfors stadskansli.
- Visser, K., Bolt, G. & van Kempen, R. 2015. 'Come and live here and you'll experience it': youths talk about their deprived neighbourhood. *Journal of Youth Studies*, 18(1), 36–52. DOI: 10.1080/13676261.2014.933196.
- Wacquant, L., Slater, T., & Pereira, V. B. 2014. Territorial stigmatization in action. *Environment and Planning A: Economy and Space*, 46(6), 1270–1280.

”



I alla tre skolorna i underprivilegierade områden hade personalen en mycket stark syn på att skolorna hade en särskild roll i att stödja elever som försökte ta sig upp från en mer utsatt ställning.



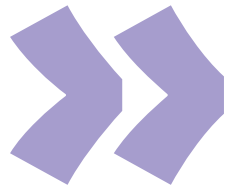
Penningsp€l

och problemspelande
vanligast bland lågutbildade och
folk med ekonomiska problem

• NETTA MÄKI

Över hälften av männen och nästan 40 procent av kvinnorna i Helsingfors med omnejd spelar penningspel. Under coronapandemin har penningspelandet minskat, då en del spelställen varit stängda. Men trots det har det blivit vanligare att folk upplever sitt penningspelande som ett problem. Föreliggande artikel synar i ljuset av ett forskningsmaterial insamlat våren 2021 hur vanligt det bland olika befolkningsgrupper i helsingforsnejden är att spela penningspel. I synnerhet synar den faktorer med samband till problemspelande.





Inledning

Att spela penningspel är mycket vanligt. Enligt folkundersökningen Finländarnas penningspelande gjord 2019 av Institutet för hälsa och välfärd THL hade 82 procent av männen och 75 procent av kvinnorna i åldern 15-74 år spelat åtminstone någon typ av penningspel något tag under de senaste 12 månaderna. Allra mest spelade 25-44-åringarna, de som förvärvsarbetade, och de som hade högre inkomster (Salonen et al. 2020.)

DE FLESTA spelar måttligt, men för somliga innebär penningspelandet risker – det kan rentav förorsaka skada till exempel genom att det inverkar på deras människorelationer och ekonomi. Enligt ovan nämnda undersökning hade tre procent av svararna haft ett egentligt spelproblem under de senaste 12 månaderna. De hade med andra ord beroenderelaterade beteendesymptom och psykiska, sociala och ekonomiska följder av sitt spelande. Förutom dessa människor hade ytterligare omkring tio procent spelat på risknivå. Spelande på risknivå avser sådant spelande som förorsakar enstaka skador och som ofta föregår förvärrade spelproblem (idem).

IDAG VET vi fortfarande ganska lite om penningspelandet bland Helsingfors befolkning, än mindre om i vilken mån och hur det upplevs som ett problem. THLs forskningsmaterial FinSote från år 2018 innehöll för helsingforsbornas del en fråga om penningspelande och huruvida det upplevdes som ett problem. Enligt FinSote spelade 76 procent av männen och 67 procent av kvinnorna i åldern 20 år eller äldre i Helsingfors penningspel. Bara en fjärdedel av männen och en tredjedel av kvinnorna sysslade alltså inte alls med penningspel. Men i ett längre perspektiv tycks penningspelandet ha minskat i Helsingfors, i och med att den andel som spelat varit hela 86 procent bland männen och 80 procent bland kvinnorna vid FinSotes föregångare ATH från år 2013-15.

FÖRELIGGANDE ARTIKEL granskar utgående från ovan nämnda enkät anno 2021 penningspelande bland invånarna i Helsingfors och delvis också dess omnejd, samt i synnerhet spelande som upplevts som ett problem, jämte därtill anknytande faktorer. Frågorna om penningspel gällde de 12 månaderna strax före enkäten. Men eftersom enkäten inträffade mitt under coronan, då tipsbolaget Veikkaus spelautomater och spelsalar på olika håll i landet var stängda, kan de erhållna rönen inte direkt jämföras med tidigare rön. Därför fokuserar artikeln i huvudsak på olika bakgrundsfaktorer till problemspelande.

Materialet beskriver läget våren 2021, mitt under coronapandemin

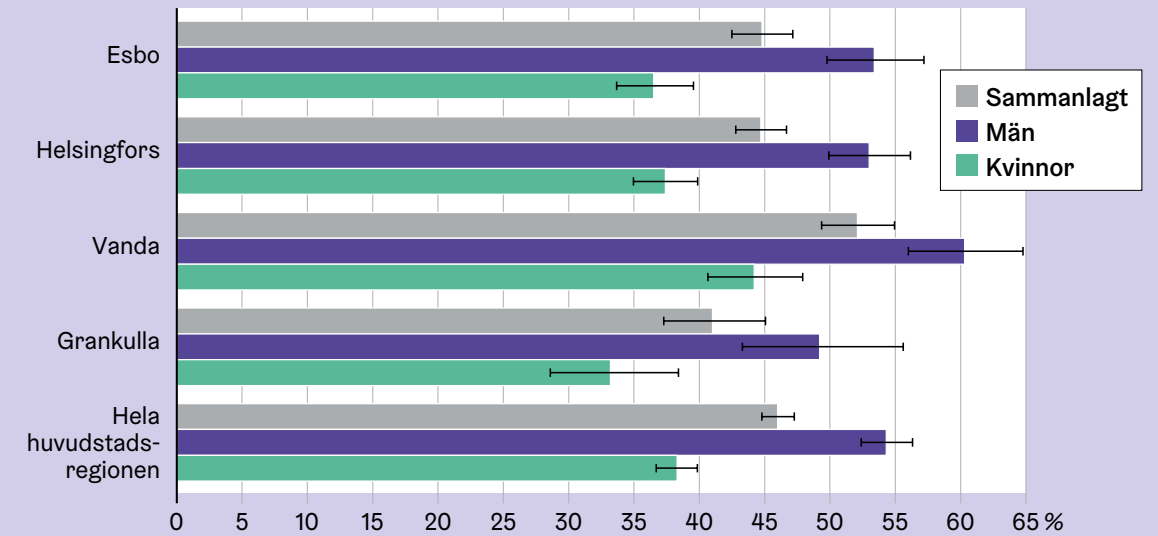
Huvudstadsregionens välfärdsenkät, som gjordes våren 2021 i Esbo, Grankulla, Helsingfors och Vanda, sonderade invånarnas levnadsförhållanden, hälsa och välfärd. Den utgick från svaren givna av ett ur Befolkningsdatasystemet slumpmässigt plockat 25 000 personers urval 20-åriga eller äldre invånare i huvudstadsregionen.

NÄSTAN 12 000 svar inkom, varav 4 800 från Helsingfors, 3 300 från Esbo, 2 600 från Vanda och 1 100 från Grankulla. Som helhet var svarsprocenten 47. Svartsbortfallet har kompenseras med ett vägningstal. Den tänkbara inverkan av skillnader städer emellan i befolkningens åldersstruktur har beaktats. Som standardpopulation för åldersstandardiseringen använde vi Eurostats ESP, alltså European Standard Population (Eurostat 2013). För resultaten ges också ett 95 procents konfidensintervall. De variabler vi använder i denna artikel och deras fördelning i huvudstadsregionen beskrivs ingående i slutrapporten, som finns på projektets webbplats <https://pkkskysely.kaupunkitieto.fi> (Huvudstadsregionens välfärdsenkät 2021.)

VÅR ARTIKEL presenterar till en början åldersstandardiserade fördelningar och korstabeller. Dessutom analyseras med hjälp av en logistisk regressionsmodell sambandet mellan, å ena sidan, olika sociodemografiska och socioekonomiska faktorer och, å andra, de indikatorer vi vill studera som beskriver penningspel. Resultaten framläggs i form av sannolikhetskvoten odds ratio. I modellerna ges alltid värdet 1,00 för korrelationen mellan en given variabel – till exempel utbildningsnivån – och dess jämförelsegrupp då det gäller till exempel penningspel. Penningspelande i de övriga klasserna uträknas i förhållande till denna jämförelsegrupp. Alla analyser gjordes med koderna i programmet SAS EG 8.1.

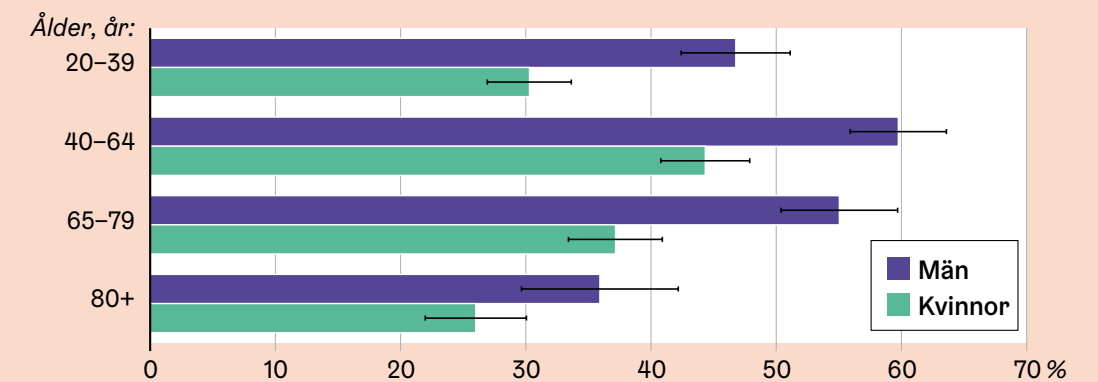
ÄVEN UNDER coronan har penningspelande varit vanligt **AV 20** år gamla eller äldre männen i huvudstadsregionen uppgav våren 2021 nästan 55 procent att de sysslade med penningspel. Denna andel var 38 procent bland kvinnor. Även om andelarna är klart mindre än i det material som insamlades före coronapandemin kan man säga att penningspel varit mycket vanligt även under coronan. I Helsingfors var andelarna ungefär som i huvudstadsregionen som helhet, nämligen 53 procent för männen och 37 för kvinnorna (Figur 1).

ANDELEN INVÅNARE som spelar penningspel varierar åldersgruppsvis. I Helsingfors är det 40-64- samt 65-79-åringarna som spelar mest, och 80-åringarna eller äldre minst (Figur 2). Också beroende på utbildning varierar spelandet. I Helsingfors är andelen penningspelare klart minst bland de högt utbildade, bara knappt 40 procent. I de övriga utbildningsbakgrundskategorierna spelar minst hälften penningspel (Figur 3).



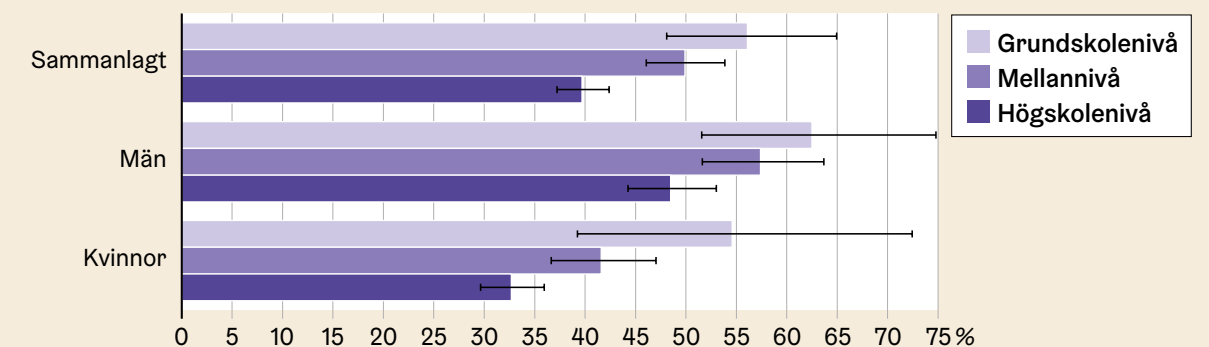
Källa: Huvudstadsregionens välfärdsenkät 2021.

FIGUR 1. Åldersstandardiserade andelar invånare som sysslar med penningspel i huvudstadsregionen 2021.



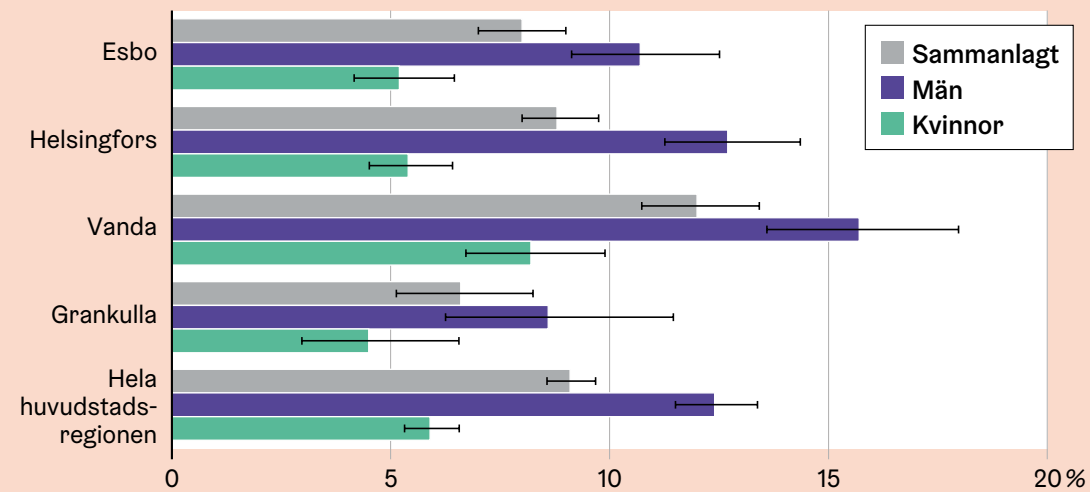
Källa: Huvudstadsregionens välfärdsenkät 2021.

FIGUR 2. Andelen invånare som spelar penningspel åldersgruppsvis i Helsingfors år 2021.



Källa: Huvudstadsregionens välfärdsenkät 2021.

FIGUR 3. Åldersstandardiserade andelar invånare som spelar penningspel, enligt utbildningsbakgrund, i Helsingfors år 2021.



Källa: Huvudstadsregionens välfärdsenkät 2021.

FIGUR 4. Åldersstandardiserad andel invånare som tyckte deras penningsspelande var ett problem, i huvudstadsregionen år 2021.

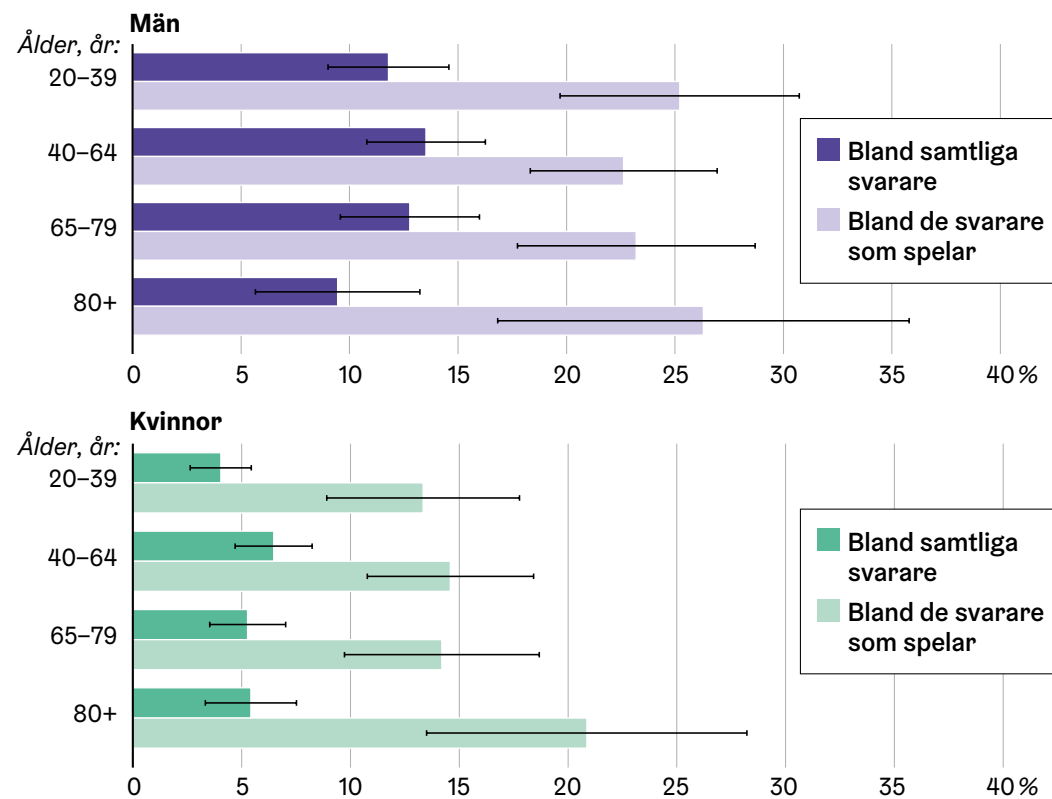
Penningspelandet har minskat under coronan, men istället har det blivit vanligare att se spelandet som ett problem

Det är alltså en klart större andel män än kvinnor som sysslar med penningsspel, och det är också en större andel män än kvinnor som tycker spelandet leder till problem: i huvudstadsregionen tycker 12 procent av de spelande männen, 6 procent av kvinnorna så. I Helsingfors är andelarna lika stora (Figur 4). I Vanda upplever 15 procent av de spelande männen och 8 procent av dito kvinnorna att spelandet ger problem. Minst är andelen penningsspelare, liksom också problemspelare, i Grankulla.

FÖRUTOM ATT bara se på andelen invånare som tycker det egna spelandet är ett problem är det skäl att se på fenomenet också för alla dem som överhuvudtaget spelar penningsspel. Av de män i Helsingfors som spelar penningsspel är det 24 procent som tycker det egna spelandet är ett problem. Bland kvinnorna i Helsingfors är denna andel 15

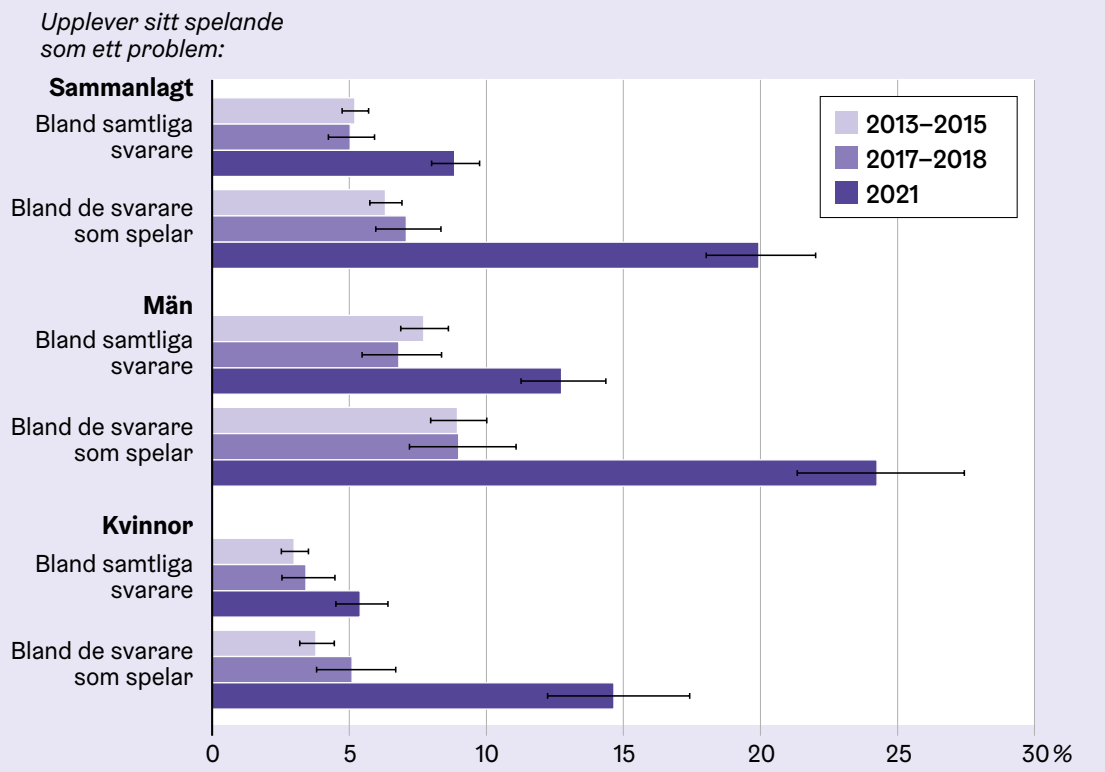
procent. Figur 5 visar andelarna könsvis och åldersgruppvis. Åldersgruppvis varierar upplevda problem med det egna spelandet inte nämnvärt om vi beaktar konfidensintervallen. Att det bland 80-åringarna eller äldre är lite färre som upplever sitt spelande som problematiskt beror på att penningsspel är lite ovanligare i denna åldersgrupp än i andra. Om vi ser på andelen bland alla dem som överhuvudtaget spelar penningsspel märker vi att en betydande del av också dem som fyllt 80 upplever sitt spelande som ett problem.

SAMTIDIGT SOM det blivit mindre vanligt att spela penningsspel under coronatiden har det blivit klart vanligare att se sitt spelande som ett problem (Figur 6). Troligen är det så, att de spelare som bara sällan har problem med spelandet har slutat spela i högre grad än de andra. Av de män som överhuvudtaget spelat har under coronatiden inte mindre än var fjärde upplevt sitt spelande som ett problem. Även bland kvinnor är denna andel 15 procent.



Källa: Huvudstadsregionens välfärdsenkät 2021.

FIGUR 5. Andel som upplevt sitt penningsspelande som ett problem bland dels samtliga svarare, dels dem som spelar penningsspel, åldersgruppvis i Helsingfors 2021.



Materialkällor: Specialurval för Helsingfors i THL / ATH 2013-2015, FinSote, Huvudstadsregionens välfärdsenkät 2021.

FIGUR 6. Åldersstandardiserade procentandelar 20-åringar eller äldre som upplevt sitt spelande som ett problem, under tre olika referentstider.



Penningspelande vanligast bland sådana lågutbildade som har höga inkomster

Härnäst tittar vi på dels bakgrundsfaktorerna till penning-spelande och problematiskt spelande, dels sambandet mellan problematiskt spelande och mental hälsa. Eftersom vi kan anta att sambandet är likartat bland invånarna i alla huvudstadsregionens fyra kommuner gör vi, för att minska slumpens roll, analyserna utgående från materialet för hela huvudstadsregionen – och bland alla dem som överhuvudtaget spelar penningspel.

TABELL 1 visar sambandet mellan å ena sidan sannolikheten att spela penningspel och, å andra sidan, olika socioekonomiska och sociodemografiska faktorer (utbildningsnivå, arbetsmarknadsstatus, inkomstnivå och ekonomiska svårigheter, samt civilståndet). I Modell 1 har åldern och könet standardiserats bort. I Modell 2 har dessutom alla de övriga faktorerna i tabellen standardiserats.

UTBILDNINGSNIVÅN HAR ett starkt samband med sannolikheten att spela penningspel. Om vi beaktar sambandet med alla de bakgrundsfaktorer vi har med i analysen (Modell 2) är, jämfört med högutbildade, sannolikheten att spela penningspel 1,6 gånger så stor bland dem med enbart grundskoleutbildning och 1,4 gånger så stor bland dem med utbildning på mellannivå. Den omständighet att sambandet är ännu starkare när alla de övriga bakgrundsfaktorerna har beaktats beror vid en noggrannare granskning på arbetsmarknadsstatusen och inkomsterna. Penningspelande är nämligen särskilt vanligt bland sådana lågutbildade som åtminstone förvärvsarbetar eller som rentav har höga inkomster. Bland sådana lågutbildade som har

höga inkomster spelar 64 procent penningspel – att jämföra med 51 procent bland lågutbildade överlag. Bland de högutbildade däremot beror penningspelandets utbredning inte på till exempel inkomstnivån (andelen som spelar är 43 procent oavsett inkomstklass).

ÄVEN MED de flesta andra bakgrundsfaktorer har penningspelandet ett samband, och standardisering av de övriga bakgrundsfaktorerna (Modell 2) inverkar bara lite på det. De förvärvsarbetande spelar penningspel klart mera än pensionärer, förtidspensionärer, rehabiliteringsstöds-tagare, arbetslösa eller permitterade, eller andra, till exempel studerande eller familjelediga. Likaså har högre inkomster i hushållet ett samband med sannolikheten för att spela penningspel.

MEDAN DE som har bättre inkomster mera sannolikt än låginkomsttagarna spelar penningspel finns det paradoxalt nog ett liknande samband bland dem som upplevt ekonomiska svårigheter: de invånare i huvudstadsregionen som tyckte det varit svårt att täcka sina utgifter med sina inkomster spelar med större sannolikhet än de som inte haft sådana svårigheter. På samma sätt är spelandet sannolikare bland dem som varit tvungna att på grund av penningbrist ge avkall på mat, mediciner eller läkarbesök.

DÅ VI beaktat skillnaderna i ålders- resp. könsstruktur har civilståndet ett samband med penningspelande. Änklingar, änkor och ogifta har lägre sannolikhet än dem som bor i parförhållande att spela penningspel, och sambandet består även då vi standardiserat bort de övriga faktorerna.

TABELL 1.

Sannolikhet att spela penningspel, enligt vissa socioekonomiska och sociodemografiska bakgrundsfaktorer bland 20 år gamla eller äldre invånare i huvudstadsregionen år 2021.

		Modell 1: ålder och kön standardiserade	Modell 2: ålder, kön och alla andra variabler i tabellen standardiserade
		MODELL 1: Penningspelande Oddsquot (95 % konfidens- intervall)	MODELL 2: Penningspelande Oddsquot (95 % konfidens- intervall)
Utbildningsnivå	Högskolenivå	1,00	1,00
	Mellannivå	1,25 (1,13–1,38)	1,43 (1,29–1,60)
	Grundskolenivå	1,24 (1,07–1,43)	1,64 (1,39–1,93)
Arbetsmarknadsstatus	Förvärvsarbetande	1,00	1,00
	Pensionär	0,54 (0,47–0,63)	0,56 (0,47–0,66)
	Mottagare av förtidspension eller rehabiliteringsstöd	0,53 (0,39–0,72)	0,46 (0,33–0,64)
	Arbetslös eller permitterad	0,95 (0,78–1,15)	0,82 (0,67–1,01)
	Övrig	0,65 (0,55–0,75)	0,62 (0,53–0,73)
Att täcka utgifterna med inkomsterna är	Under 2500 euro	0,79 (0,69–0,90)	0,82 (0,70–0,95)
	2500–3699 euro	1,00	1,00
	3700 euro eller mer	0,95 (0,85–1,07)	0,99 (0,87–1,13)
	Svårt att säga	0,73 (0,57–0,92)	0,73 (0,56–0,95)
Att täcka utgifterna med inkomsterna är	lätt	1,00	1,00
	ganska lätt	1,27 (1,15–1,41)	1,28 (1,15–1,43)
	svårt	1,19 (1,07–1,34)	1,17 (1,01–1,37)
Varit tvungen att ge avkall på mat, mediciner och/eller läkarbesök p.g.a. penningbrist	Nej	1,00	1,00
	Ja	1,19 (1,06–1,35)	1,17 (1,01–1,37)
Civilstånd	Sambo eller gift	1,00	1,00
	Frånskild	1,19 (1,01–1,40)	1,19 (0,99–1,43)
	Änka/änkling	0,75 (0,62–0,89)	0,78 (0,64–0,95)
	Ogift	0,77 (0,68–0,86)	0,84 (0,73–0,97)

OR = Odds ratio
n = 10 444

– Källa: Huvudstadsregionens välfärdskät 2021

TABELL 2.

Sannolikhet att uppleva sitt penningsspelande som ett problem, enligt vissa socioekonomiska och sociodemografiska bakgrundsfaktorer bland 20 år gamla eller äldre invånare i huvudstadsregionen 2021.

		Modell 1: ålder och kön standardiserade	Modell 2: ålder, kön och alla andra variabler i tabellen standardiserade
		MODELL 1: Att uppleva sitt penning- spelande som ett problem bland dem som spelar, OR (95 % konfidensintervall)	MODELL 2: Att uppleva sitt penning- spelande som ett problem bland dem som spelar, OR (95 % konfidensintervall)
Utbildningsnivå	Högskolenivå	1,00	1,00
	Mellannivå	1,51 (1,26–1,82)	1,41 (1,15–1,72)
	Grundskolenivå	2,07 (1,62–2,64)	1,91 (1,45–2,51)
Arbetsmarknadsstatus	Förvärvsarbetande	1,00	1,00
	Pensionär	1,10 (0,83–1,45)	0,96 (0,71–1,29)
	Mottagare av förtidspension eller rehabiliteringsstöd	2,20 (1,32–3,69)	1,28 (0,72–2,27)
	Arbetslös eller permitterad	1,26 (0,91–1,75)	0,91 (0,63–1,31)
	Övrig	0,79 (0,57–1,09)	0,70 (0,50–0,99)
Att täcka utgifterna med inkomsterna är	Under 2500 euro	1,25 (0,98–1,59)	0,99 (0,75–1,30)
	2500–3699 euro	1,00	1,00
	3700 euro eller mer	0,98 (0,78–1,22)	1,22 (0,94–1,59)
	Svårt att säga	1,23 (0,79–1,92)	1,08 (0,67–1,74)
Att täcka utgifterna med inkomsterna är	Lätt	1,00	1,00
	Ganska lätt	1,37 (1,13–1,67)	1,25 (1,01–1,54)
	Svårt	1,78 (1,44–2,19)	1,25 (0,91–1,72)
Varit tvungen att ge avkall på mat, mediciner och/eller läkarbesök p.g.a. penningbrist	Nej	1,00	1,00
	Ja	2,11 (1,72–2,58)	1,93 (1,46–2,54)
Civilstånd	Sambo eller gift	1,00	1,00
	Frånskild	1,07 (0,80–1,45)	0,96 (0,69–1,34)
	Änka/änkling	1,23 (0,90–1,70)	1,10 (0,75–1,61)
	Ogift	1,11 (0,89–1,39)	1,05 (0,81–1,36)

OR = Odds ratio
n=4 850

– Källa: Huvudstadsregionens välfärdsenkät 2021

Upplevt problemspelande varierar med olika bakgrundsfaktorer

Tabell 2 visar hur sannolikt det är att se sitt spelande som ett problem. Samma bakgrundsfaktorer beaktas som i Tabell 1 om sannolikhet att överhuvudtaget spela penningsspel. Med i dessa modeller är alla de svarande som spelar penningsspel. På så vis ser vi vilka faktorer som ökar sannolikheten för att spelandet ska upplevas som ett problem.

LÅG INKOMSTNIVÅ ökar alltså, som vi sett, sannolikheten för att spela penningsspel, men den korrelerar också klart med problemspelande. Att uppleva sitt spelande som ett problem är nästan dubbelt så sannolikt bland folk med bara grundskoleutbildning som bland folk med utbildning på högskolenivå.

FÖRTIDSPENSIONERADE OCH rehabiliteringsstödstagare har klart större sannolikhet än förvärvsarbetande att uppleva sitt spelande som problematiskt, om vi ser på den modell som bara beaktar ålderns och könets inverkan. Då de övriga socioekonomiska bakgrundsfaktorerna beaktas försvinner skillnaden mellan grupperna. En noggrannare analys visade att detta beror i synnerhet på olika utbildningsnivå inom arbetsmarknadsstatusgrupperna, eftersom de som är förtidspensionerade eller får rehabiliteringsstöd i medeltal har lägre utbildning. Eftersom utbildningsnivån har ett klart samband med problemspelande förklarar den indirekt arbetsmarknadsstatusens samband med spelproblemen. På motsvarande sätt är upplevda spelproblem ovanligare bland de 'övriga' i kategorin arbetsmarknadsstatus, till exempel bland studerande och familjelediga, än bland förvärvsarbetande.

HUSHÄLLET'S INKOMSTER korrelerar inte med upplevda spelproblem. Det gör däremot ekonomiska svårigheter i hushållet: de ökar sannolikheten för att uppleva spelproblem. Att känslan av att det inte går att täcka sina utgifter med sina inkomster har samband med spelproblem får till stor del sin förklaring i hurvida svararen, då man beaktat utbildningsnivån, varit tvungen att ge avkall på mat, mediciner eller läkarbesök på grund av penningbrist. Sistnämnda faktor har – även då de övriga faktorerna standardiserats – ett starkt samband med spelproblem: de som varit tvungna att ge avkall på grundbehoven har en nästan dubbelt större sannolikhet att uppleva penningsspelproblem än de som inte behövt pruta på välfärden.

CIVILSTÄNDET HAR inget samband med sannolikheten för att uppleva spelproblem.

TABELL 3.

Sannolikhet att uppleva sitt penningsspelande som ett problem bland 20 år gamla eller äldre invånare i huvudstadsregionen, enligt vissa bakgrundsfaktorer som anknyter till mental hälsa och hälsobeteende.

		<p>Modell 1: Ålder och kön standardiserade</p>	
		<p>MODELL 1: Att uppleva sitt penningsspelande som ett problem bland dem som spelar, OR (95 % konfidensintervall)</p>	<p>MODELL 2: Att uppleva sitt penningsspelande som ett problem bland dem som spelar, OR (95 % konfidensintervall)</p>
Depression	Ei	1,00	1,00
	Kyllä	1,18 (0,85–1,63)	0,88 (0,61–1,27)
Ångeststörning	Ei	1,00	1,00
	Kyllä	0,97 (0,67–1,42)	0,75 (0,50–1,13)
Självdestruktiva tankar	Ei	1,00	1,00
	Kyllä	1,29 (0,92–1,80)	1,06 (0,75–1,51)
Psykisk stress	Ei	1,00	1,00
	Kyllä	1,28 (1,01–1,63)	1,00 (0,77–1,31)
God livskvalitet	Kyllä	1,00	1,00
	Ei	1,53 (1,30–1,80)	1,14 (0,93–1,40)
Upplever sig lycklig	Kyllä	1,00	1,00
	Ei	1,44 (1,22–1,70)	1,28 (1,07–1,53)
Överdrivet alkoholbruk	Ei	1,00	1,00
	Kyllä	1,35 (1,11–1,63)	1,26 (1,04–1,53)
Fylledrickande	Ei	1,00	1,00
	Kyllä	1,25 (0,95–1,64)	1,13 (0,86–1,48)
Daglig tobaksrökning	Ei	1,00	1,00
	Kyllä	1,95 (1,53–2,47)	1,55 (1,19–2,01)
Dagligt eller sporadiskt cannabisbruk	Ei	1,00	1,00
	Kyllä	1,66 (1,01–2,73)	1,28 (0,77–2,12)

Modell 2:
Ålder, kön, utbildningsnivå, ekonomiska svårigheter (bl.a. varit tvungen att ge avkall på mat, mediciner och/eller läkarbesök p.g.a. penningbrist) standardiserade.



TABELL 3 visar i sin tur sambandet mellan problemspelande och olika faktorer som beskriver mental hälsa och hälsobeteende. Som vid föregående analys tar modellen fasta på alla dem som spelar penningsspel. Depression, ångeststörning eller självdestruktiva tankar korrelerar inte med penningsspelproblem. Det gör däremot psykisk belastning, om vi standardiserar bort ålder och kön. Men sambandet fick sin förklaring i andra variabler – i synnerhet livskvalitet och lycka.

GOD LIVSKVALITET och lycka korrelerar med lägre sannolikhet att ha problem med sitt penningsspelande. Men samtidigt mäter dessa faktorer delvis samma sak, och korrelationen med god livskvalitet förklarades i regel av att man känt sig lycklig. Och även då alla andra variabler standardiserats bort korrelerar lyckovariabeln med spelproblem på så sätt att de som inte känner sig lyckliga har en 1,3 gånger större sannolikhet att tycka att deras spelande är ett problem.

AV DE variabler som beskriver hälsobeteende korrelerar överdrivet alkoholbruk och daglig tobaksrökning med spelproblem, då alla övriga variabler standardiserats. De som dricker för mycket har en nästan 1,3 gånger så stor sannolikhet att se sitt spelande som ett problem, och för rökarna är denna sannolikhet nästan 60 procent större än för icke-rökarna. Drickande i berusningssyfte har inget statistiskt signifikant samband med penningsspelproblem, och daglig eller sporadisk användning av cannabis förklarades av andra faktorer.

OR = Odds ratio
n=4 850

– Källa: Huvudstadsregionens välfärdsenkät 2021

Slutkläm

Vår artikel analyserade utifrån ett antal bakgrundsfaktorer hur vanligt det bland invånarna i Helsingfors och huvudstadsregionen var att spela penningsspel och att uppleva sitt spelande som ett problem. Trots att penningsspelandet minskat under coronatiden, då en del spelställen varit stängda, har det fortfarande varit vanligt att spela penningsspel. Faktum är ju att spelproblem är verklighet, direkt eller indirekt, för hundratusentals finländare (THL 2016), och därmed tiotusentals invånare i huvudstadsregionen. Det går att inverka på dessa problem genom ansvarsfull penningsspelspolitik, andra förebyggande åtgärder och tillräckliga stöd- och vårdtjänster.

ATT UPPLEVA sitt spelande som ett problem har blivit klart vanligare samtidigt som spelandet överlag minskat. Troliken är det så att de som under coronan slutat spela penningsspel främst är de som bara sällan haft men av sitt spelande, medan de som till exempel är spelberoende sannolikast fortsatt spela. Det verkar alltså som om coronapandemin ytterligare polariserat finländarnas penningsspelbeteende. Medan en del har minskat sitt penningsspelande under coronan, har andra fått allt större spelproblem, då de som följt av till exempel arbetslöshet, permitteringar och olika slag restriktioner haft mer tid att spela (Ehyt ry 2021). Denna polarisering liknar den som inträffat i alkoholbruket under coronatiden (Mäki 2020).

ANDELEN INVÅNARE som spelar penningsspel är klart minst bland de högt utbildade, knappt 40 procent. Bland mellan- eller lågutbildade är andelen minst hälften. Denna utbildningsrelaterade skillnad syns redan bland de unga: vid yrkesläroanstalterna är det en större andel som penningsspelar än vid gymnasier (THL 2021). Bland de högutbildade korrelerar penningsspelandet inte heller med inkomstnivån, medan penningsspel bland lågutbildade är särskilt vanligt bland dem som är med i arbetslivet eller rentav har höga inkomster. Så om man har gott om pengar är det sannolikare att de lägre utbildade spelar än de högre utbildade.

VÅRA RÖN ger klart vid handen att lågutbildade är mera lockade av penningsspel än högutbildade. Att det bland de lågutbildade är de som har bättre inkomster som spelar mer kan mycket väl handla helt enkelt om just skillnader i vad man har råd med: med låg inkomst får man lov att prioritera, och kanske spela mindre än man skulle vilja. Ett liknande fenomen kan skönjas också i folks alkoholbruk: bland dem med utbildning på högst grundskolenivå dricker höginkomsttagarna för mycket och i fyllesyfte i högre grad än låginkomsttagarna. De med examen på mellan- eller hög nivå uppvisar inte motsvarande variation för dessa indikatorer heller.

ATT DÖMA av rönen av vår undersökning spelar de som har bättre inkomster penningsspel med större sannolikhet än de som har lägre inkomster. Men om vi ser på saken utifrån i synnerhet utkomstsvårigheter, blir bilden en annan. Att ha penningsspel och måsta vända på slantarna för att ha råd med mat eller mediciner korrelerar nämligen med sannolikheten för att spela penningsspel. Och även för att ha spelproblem höjer dessa ekonomiska bekymmer sannolikheten, trots att hushållets inkomstnivå i sig inte har något samband med spelproblem. Enligt färsk forskning finns det nämligen ett samband mellan skadligt penningsspelande och erhållande av sociala förmåner, såsom utkomststödet (Latvala et al. 2021).

I VÅR undersökning tittade vi också på vilket samband det kunde finnas mellan spelproblem och mental hälsa och hälsobeteende. Låg psykisk belastning, god livskvalitet och lyckoupplevelser har alla sitt samband med mindre sannolikhet att se sitt penningsspelande som ett problem. Men efter inbördes standardisering av dessa faktorer är det ändå bara känslan av att vara lycklig som har samband med problemspelande, såtillvida att de som inte känner sig lyckliga löper nästan 30 procent större risk att se sitt spelande som ett problem. Kausaliteten kan för all del gå också i motsatt riktning så, att spelproblemen minskar lyckan.

AV DE variabler som beskriver hälsobeteende står överdrivet alkoholbruk och daglig tobaksrökning i samband med spelproblem också efter att sambandet med flera andra faktorer beaktats. Ett liknande resultat har kunnat skönjas också bland unga människor: de som spelar mycket dricker också oftare i fyllesyfte, röker mera regelbundet och använder mera snus (Koskenlahti 2013).

PÅ DEM som spelar penningsspel ofta kan det alltså anhopas också andra slags hälsovådligt beteende. Det förebyggande arbetet mot rusmedelsmissbruk handlar därför också om att minska och förebygga penningsspelande och spelproblem. För att vara framgångsrikt behöver det förebyggande arbetet vara omgripande och mångsidigt. Det gemensamma målet för dessa åtgärder är att inte bara minska på rusmedelsmissbruket utan också förbättra folks livskvalitet, hälsa och välmåga. Som känt behövs ju det förebyggande arbetet mot missbruk lite överallt: vid läroinrättningar, på arbetsplatser, i familjer – då ju missbruksproblemen i stor utsträckning berör också de anhöriga. ■

*Pol.dr, docent **Netta Mäki** är specialforskare vid enheten stadsforskning och -statistik vid Helsingfors stadskansli.*

Med penningsspel avses spelande där vinst eller förlust består av pengar eller motsvarande nyttigheter. I Finland regleras penningsspel av Lotterilagen. Den fastslår som penningsspel ”sådan verksamhet, där deltagandet sker mot vederlag och deltagarna har möjlighet att få en vinst med penningvärde som helt eller delvis beror på slumpen.”

Social- och hälsovårdsministeriet har enligt Lotterilagens 52 paragraf i uppdrag att hålla ett öga på (”följa”) befolkningens penningsspelande, och därför har Institutet för hälsa och välfärd THL på uppdrag av ministeriet regelbundet utfört folkundersökningen Finländarnas penningsspelande. Den har sedan år 2003 återkommit vart fjärde år, och är den viktigaste och mångsidigaste källan för kunskap om befolkningens spelbeteende.

Om penningsspel frågades i THLs regionala undersökning om hälsa, välfärd och service (ATH), i helsingforsurvalet i enkäten FinSote, och i Huvudstadsregionens välfärdsenkät enligt följande:

”Härnäst frågar vi om penningsspel. **Peningsspel** är bland andra lotterier såsom Lotto eller Keno, spelautomater såsom fruktspel, skraplotter, trav- och speltips, Veikkaus spel, vadslagning, casinospel samt penningsspel på internet, såsom nätpoker.”

”*Har du under de senaste 12 månaderna misstänkt att penningsspel kan vara ett problem för dig?*”

De svarsalternativ som gavs var:

”Jag spelar inte penningsspel ● Aldrig ● Ibland ● Ofta ● Nästan jämt”

Litteratur:

- EHYT ry (2021): Korona-ajan rahapelaamisessa viitteitä kahtiajakautumisesta: Koronaväsämys syventää rahapelihaittoja ja -ongelmia. EHYT ry 14.4.2021: <https://ehyt.fi/uutishuone/tiedotteet/korona-ajan-rahapelaamisessa-viitteita-kahtiajakautumisesta-koronaväsämys-syventää-rahapelihaittoja-ja-ongelmia/>
- Huvudstadsregionens välfärdsenkät (2021) [Pääkaupunkiseudun hyvinvointikysely 2021]. Resultatrapport. <https://pkkysely.kaupunkitieto.fi/>
- Koskenlahti J (2013): Rahapelaaminen ja siihen liittyvä terveystietämyksen lukion ja ammattioppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijoilla. Pro gradu-avhandling. Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos.
- Latvala TA, Lintonen TP, Browne M, Rockloff M & Salonen AH (2021): Social disadvantage and gambling severity: a population-based study with register-linkage. European Journal of Public Health 31 (6):1217–1223.

- Mäki N (2020): Helsingkiläisten alkoholinkäytön muutos polarisoitunut korona-aikana. Kvartti.fi, blogginlägg. 13.11.2020. <https://www.kvartti.fi/fi/blogit/helsingkiläisten-alkoholinkäytön-muutos-polarisoitunut-korona-aikana>
- Salonen A, Lind K, Hagfors H, Castrén S ja Kontto J (2020): Rahapelaaminen, peliongelmat ja rahapelaamiseen liittyvät asenteet ja mielipiteet vuosina 2007–2019. Suomalaisten rahapelaaminen 2019. Institutet för hälsa och välfärd THL, Rapport 18/2020.
- THL (2016): Rahapelihaitat haltuun, Toimet rahapelihaittojen vähentämiseksi. Institutet för hälsa och välfärd THL 3/2016.
- THL (2021): Kouluterveyskysely, Toimet rahapelihaittojen vähentämiseksi. Institutet för hälsa och välfärd THL 3/2016.



Förekomsten av gravitetsdiabetes

i distrikten i Helsingfors
– målet är proaktivt förebyggande

TOMMI SULANDER ● SAARA LEHTINIEMI ● KATJA KOKKO ● PÄIVI KOIKKALAINEN ● MARJA-LIISA LOMMI ● TIMO LUKKARINEN

Graviditetsdiabetes har med åren blivit allt vanligare, och idag är åkomsten en stark riskfaktor för att få diabetes typ 2. Den risken kan minskas betydligt genom ändrade levnadsvanor. Föreliggande artikel granskar förekomsten (prevalensen) av havandeskapsdiabetes, som den också kallas, i stadsdistrikten i Helsingfors, och presenterar en modell för förebyggande av diabetes. Modellen kan i framtiden användas för att förebygga och göra observationer om andra folksjukdomar. Enligt artikelns rön var förekomsten av graviditetsdiabetes och riskfaktorer för diabetes minst i distrikten i södra Helsingfors och störst i en del av de östra, nordöstra och nordliga distrikten.

Graviditetsdiabetes blir allt vanligare – och levnadsvanorna allt viktigare

Idag är diabetes en av de vanligaste folksjukdomarna i Finland: omkring en halv miljon finländare lider av den (rekommendationen God medicinsk praxis 2020). Det finns ett antal typer av diabetes, och den vanligaste är typ 2, betecknad T2D. Gemensamt för alla undertyper av diabetes är en störning i sockerämnesomsättningen som tar sig uttryck i höjd blodsockerhalt.

GRAVIDITETSDIABETES ÄR en diabetesform som ger avvikande blodsockerhalter eller rentav utlöser regelrätt diabetes under havandeskapet. Vanligen blir blodsockerhalten delvis eller helt normal igen efter nedkomsten, men risken för att senare få diabetes är klart höjd.





Sådana graviditetsdiabetiker som inte drogs med någon alls av de fyra riskfaktorerna var i snitt vanligast i de södra distrikten och ovanligast i de östra, nordöstra och nordliga distrikten.

DE SENASTE åren har graviditetsdiabetes blivit allt vanligare i Finland: den drabbar nästan var fjärde havande kvinna idag. Till exempel år 2018 innebar detta att 11 000 personer i landet som helhet diagnosticerades för åkomman (THL 2021). Den vanligaste riskfaktorn är övervikt. Andelen överviktiga föderskor (kroppsviktsindexet BMI \geq 25) växte mellan åren 2006 och 2018 från 30,9 procent till 38,3 procent, alltså med drygt sju procentenheter (THL 2021). År 2020 noterades fetma (BMI \geq 30) hos nästan 18 procent av alla föderskor innan graviditetens början (Tiitinen 2021).

DET ÄR viktigt att under graviditeten – i synnerhet om graviditetsdiabetes redan konstaterats – vidta åtgärder för att minska risken för diabetes. De som har graviditetsdiabetes har nämligen en nästan tiofaldig risk att senare i livet få diabetes av typ 2 (Vounzoulaki et al. 2020). Till riskfaktorerna hör förutom övervikt även bland annat rökning, höjt blodtryck och höjda halter av så kallad ”dålig” LDL-kolesterol (rekommendationen God medicinsk praxis 2020). Risken för diabetes kan minskas genom förändrade levnadsvanor: banta ner till normalvikt, börja motionera mera och äta hälsosammare (Tiitinen 2021).

DET BÖRJAR redan finnas starka belägg för att diabetes 2 kan förebyggas, vilket ger ett starkt stöd för den typ av interventioner som kan stärka folks hälsa och minska ökningen i de offentliga utgifterna. De senaste åren har man i England genom högklassig forskning kunnat påvisa att förändrade levnadsvanor och i synnerhet minskad kroppsvikt gör det möjligt för diabetes 2 att gå tillbaka (Dambha-Miller et al. 2020, Lean et al. 2019), alltså att sockerämnesomsättningen återgår till det normala. Även inom ett finländskt projekt, benämnt DPS, för förebyggande av T2D (”diabetes 2”) har man kunnat konstatera bland annat att minskning av kroppsvikten effektivt förebygger diabetes. Enligt DPS halverar effektiverad livsstilscoaching risken för diabetes hos personer som redan diagnosticerats för förstadiet av sjukdomen. Risken minskar desto mer ju bättre man iaktar livsstilsråden. Dessa rön vittnar om möjligheter att spara kostnader inom hälsovården och minska folks sjukdomsburden (Lindström et al. 2021).

LOKAL DIFFERENTIERING av olika slag har man de senaste ca. 20 åren forskat mycket i både i Helsingfors och i stors-täder i andra länder. Ett av de centrala forskningstema-na har varit folks hälsa. Med finländska mått mätt är Helsingfors en stor stad, och den uppdelas i inte mindre än 34 distrikt. Befolkningen i dem avviker från varandra beträffande bland annat socioekonomiska faktorer såsom utbildning och inkomster. Olika hälsoproblem och riskfaktorer anhopas hos en del av invånarna, och därmed finns det betydande lokala skillnader i sjuklighet och förekomst av folksjukdomar mellan distrikten i Helsingfors (Mäki 2021). Internationella studier vittnar om motsvarande fenomen i andra stora städer (bl.a. Acevedo-Garcia 2000, Kramer & Hogue 2009, Gibbons et al. 2020).

SKILLNADEN i förekomst av graviditetsdiabetes bland mödrar i olika delar av staden och i olika socioekonomisk ställning har undersökts i en handfull internationella studier. Medan en del av dem påvisar att det bland mödrar i socioekonomiskt mera utsatt ställning och dito områden förekommer mera graviditetsdiabetes, finns det andra studier som inte stöder den iakttagelsen (Janghorhanbani et al. 2006, Al-Rubeaan et al. 2014, Bouthoorn et al. 2016, Collier et al. 2017). I sin doktorsavhandling om mödrar i Vanda konstaterar Senja Masalin (2021) att inkomstnivån står i omvänd relation till förekomsten av graviditetsdiabetes. På motsvarande sätt hade högre utbildning samband med lägre förekomst av graviditetsdiabetes.

DET HUVUDSAKLIGA syftet med vår artikel är att beskriva förekomsten av graviditetsdiabetes i Helsingfors och dess distrikt. Dessutom tittar vi på riskfaktorer för diabetes bland dem som har graviditetsdiabetes. Artikeln är ett led i social- och hälsovårdssektorns forsknings- och utvecklingsprojekt Preventio jyrää (Prevention är bäst), som utvecklar en proaktiv, förutseende, modell för förebyggande av diabetes. I slutet av artikeln beskriver vi modellen i huvuddrag, liksom också ett pilotprojekt som genomförs år 2002 och som gäller förebyggande av diabetes 2 bland mödrar som haft graviditetsdiabetes. Den proaktiva modellen är samtidigt ett svar på Helsingfors stads senaste

stadsstrategi genom att den påskyndar utvecklandet av nya förutseende och problemförebyggande serviceformer.

Datamaterialet från THA (Bedömningen av hälsonyttan)

THA (Terveyshyötyarvio – Bedömningen av hälsonyttan) är en apphelhet utgiven av förlaget Kustannus Oy Duodecim, med vars hjälp patientdata kan analyseras både på individ- och befolkningsnivå. I syfte att ge beslutsfattare fakta baserad kunskap kombinerar THA strukturell data ur klientdatasystem med innehållen i EBMEDS (Evidence-Based Medicine Electronic Decision Support), av vilka de senare bygger på rekommendationerna i God medicinsk praxis och andra källor för god medicinsk praxis. Detta gör det möjligt att fastställa dels mångsidiga beskrivningar av befolkningars eller befolkningsdelars hälsa, dels vårdunderskott och kliniska kvalitetsmätare. Med hjälp av THA-verktyg kan data rapporteras och filtreras för användning både inom faktastyrtd ledarskap och inom vården av enskilda patienter (t.ex. för att identifiera personer som har nytta av interventioner eller som fallit utanför följningen), under beaktande av bestämmelserna i dataskyddslagstiftningen.

ÅREN 2019–2021 gjordes fyra THA-analyser, bedömningar av hälsonyttan, bland hela befolkningen i Helsingfors. Rönen har använts bland annat för att effektivisera den läkemedelsbaserade vården (blodförtunnings- och kolesterolmedicinering, följning av medicinering som påverkar centrala nervsystemet), för inriktning av coronavaccinering och service (placering av ett diabetiscenter, identifiering av vårdunderskott), i en utredning om äldre människors rörlighetsåkommor och vid olika pilotprojekt.

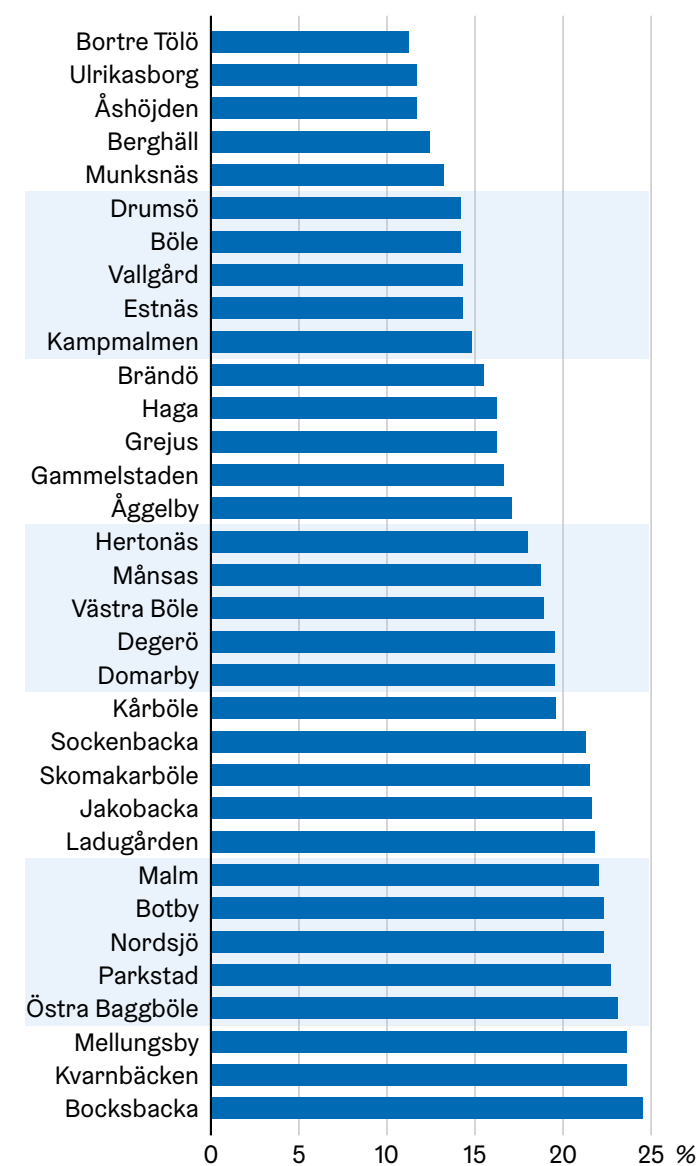
ÅREN 2015–2020 hade det i THA införts – registrerats – data om 37 972 gravida mödrar. Utanför analysen distriktsvis föll 3 176 blivande mammor, för vilka postnummeruppgift saknades. Diagnos för graviditetsdiabetes hade 6 844 av mammorna fått, varav 469 var utan postnummer. Av distrikten lämnades Östersundom utanför analysen på grund av sitt ringa antal mammor med graviditetsdiabetesdiagnos.

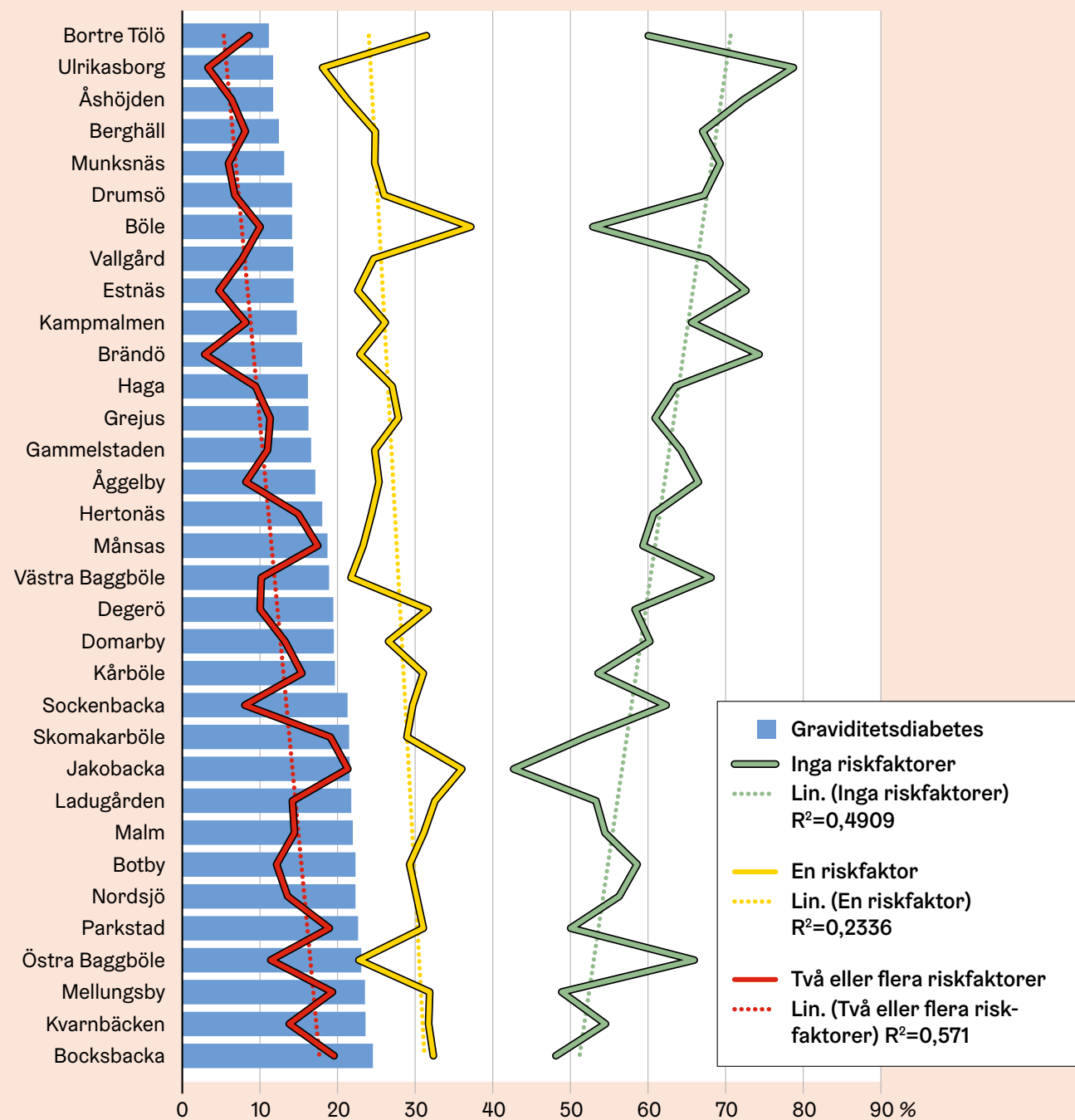
DATAN FÖR graviditetsdiabetikernas riskfaktorer för diabetes togs ur THA för åren 2016–20. Som riskfaktorer utvaldes 1) kroppsviktsindex (BMI) \geq 30, 2) rökning, 3) LDL-kolesterol \geq 2,8, och 4) blodtrycket \geq 140/90. Av dem beräknades en sum-mavariabel som varierade mellan noll och fyra riskfaktorer. Riskfaktorerna analyserades inte var för sig, av den orsaken att det mellan distrikten

finns rätt stora skillnader i hur stor del av datan som registrerats, och att skillnaderna inte är systematiska för de olika riskfaktorerna. Med andra ord betyder en låg registreringsgrad av till exempel MBI-data i ett distrikt inte att registreringsgraden är lika låg för de andra riskfaktorerna. För att lite jämna ut dessa skillnader tog man med i analysen inte bara de graviditetsdiabetiker som dragits med noll eller en riskfaktor utan också dem som haft åtminstone två riskfaktorer.

FIGUR 1.

Andelen graviditetsdiabetiker bland de väntande mödrarna i distrikten i Helsingfors 2015–2020.





FIGUR 2.

Graviditetsdiabetikernas andel av de väntande mödrarna åren 2015–2020, samt deras riskfaktorer distriktsvis.

Förekomsten av graviditetsdiabetes varierar distriktsvis

Av de väntande mammorna åren 2015–2020 diagnosticerades 18 procent för graviditetsdiabetes. Figur 1 visar distriktsvis andelen mammor som fått diagnosen under denna tidsperiod. Förekomsten (prevalensen) av graviditetsdiabetes varierade mellan 11,2 procent i Bortre Tölö och 24,5 procent i Bocksbacka. Bland distrikten var den lägst i södra Helsingfors och högst i en del av de östra, nordöstra och nordliga distrikten.

FÖREKOMSTEN AV riskfaktorer för diabetes hos graviditetsdiabetikerna visas i Figur 2. Med finns också de andelar graviditetsdiabetiker distriktsvis som visas i Figur 1, i samma ordning. En viss variation förekommer mellan distrikten, men i genomsnitt går riskfaktorernas andelar distriktsvis hand i hand med förekomsten av graviditetsdiabetiker. De distrikt där det finns minst graviditetsdiabetiker har en större andel sådana gravida som inte dras med någon av de fyra riskfaktorerna. I Ulrikasborg utgör dessa riskfaktorlösa 79 procent, i Jakobacka 43 procent av de väntande mödrarna. Mer än genomsnittligt av sådana gravida som dras med minst två riskfaktorer finns det i de distrikt där andelen graviditetsdiabetiker bland de väntande mödrarna är större. Även i detta avseende är det Jakobacka (21 %) och Ulrikasborg (3 %) som är ytterliggerna. Skillnaderna distrikt emellan i andel gravida med bara en riskfaktor är måttligare.

Stora lokala välfärdsskillnader i Helsingfors också beträffande graviditetsdiabetes

Denna beskrivande undersökning påvisade klara skillnader distrikten emellan i förekomsten av graviditetsdiabetes och dess riskfaktorer. Sådana graviditetsdiabetiker som inte drogs med någon av de fyra riskfaktorerna var i snitt vanligast i de södra distrikten och ovanligast i de östra, nordöstra och nordliga distrikten.

MER ÄN genomsnittligt förekom det graviditetsdiabetes och riskfaktorer för diabetes i sådana distrikt där inkomstnivån är lägre och det genomsnittliga hälsotillståndet sämre. Detta är i linje med tidigare iakttagelser av klart liknande skillnader mellan distrikten för flera välfärdsdimensioners del (bl.a. Mäki 2021).

TROTS DEN allmänt taget höga utbildnings- och inkomstnivån i Helsingfors finns det stora och uppenbarligen varaktiga skillnader i hälsa och välfärd mellan invånare och områden i olika socioekonomisk ställning. Hos en del invånare anhopas välfärdsrelaterade problem och riskfaktorer, vilket gör att det blir skillnader olika områden emellan. Det har lett till betydande skillnader distrikten emellan i förekomsten av både sjuklighet överlag och av folksjukdomar i Helsingfors.

I SIN färskas doktorsavhandling konstaterar Senja Masalin (2021) att det förekommer mera graviditetsdiabetes bland mödrar i lägre än i högre socioekonomisk ställning. En del internationell forskning stöder både detta rön och vår refererade undersökningens iakttagelse om högre förekomst av graviditetsdiabetes i socialt mera utsatta områden (bl.a. Bouthoorn et al. 2016, Collier et al. 2017). Men även avvikande iakttagelser har gjorts (Janghorhanbani et al. 2006, Al-Rubeaan et al. 2014). Den undersökning vi refererat här är den första som riktat in sig på förekomsten av graviditetsdiabetes och riskfaktorer för diabetes i distrikten i Helsingfors. Trots att undersökningen inte tog med några variabler som närmare skulle ha beskrivit de väntande mödrarnas socioekonomiska ställning är dess huvudsakliga rön i linje med Masalins (2021) socioekonomiskt relaterade iakttagelser: i distrikt där den socioekonomiska ställningen i medeltal är lägre förekom det mera graviditetsdiabetes.

UNDERSÖKNINGENS STYRKA är det heltäckande materialet om åren 2015–2020, som innehåller alla graviditeter och graviditetsdiabetesdiagnoser som registrerats i Helsingfors stads social- och hälsovårdsväsendes klient- och patientdatasystem. Datan är inte fullt så täckande för riskfaktorernas del, eftersom det förekommer skillnader hälsostationer emellan i hur man får fram och registrerar data. Medan en del av riskfaktorerna, såsom kolesterolhalten, mäts med laboratorieprov, är det andra, såsom rökning och MBI, som man registrerar utgående från svar och mätningar vid hälsostationen. Dessutom var det en del väntande mödrar som åren 2015–2020 aldrig besökte hälsostation eller laboratorium. Och detta tunnar ju ut datan. Men ändå försökte man vid undersökningen kompensera bristerna genom att bygga upp en summavariabel av riskfaktorerna och genom att analysera inte bara dem som drogs med minst två riskfaktorer utan även dem som hade bara en eller rentav ingen riskfaktor.

HELSINGFORS STADS stadsstrategi ger uttryck för en stark ambition att hejda den trend som går mot allt större olikvärdighet mellan stadsdelar och att hitta medel för att utjämna skillnaderna. Ett sätt att efterleva ambitionen är att påskynda de proaktiva (företsande) och förebyggande serviceformerna och åtgärderna. För att kunna göra det behövs det också faktabaserad – läs forskningsbaserad – kunskap. Då kan man hitta de helsingforsbor och den redan befintliga service som det lönar sig att satsa på för att med så liten insats som möjligt få ut så stor nytta som möjligt. Den faktabaserade kunskapen kan också hjälpa hitta de klientgrupper som använder mest service. Det är också viktigt att utvärdera vad tidigare beslut fört med sig och hur de påverkat invånarnas välfärd. En modell för proaktivt förebyggande är redan i sitt pilotskede vid Helsingfors stads social- och hälsovårdssektor. Den presenteras i korthet i vidstående faktaruta.

Prevention är bäst – proaktiv modell för förbyggande av diabetes

Projektet Preventio jyrää (Prevention är bäst) har utarbetat en förutseende modell som systematiskt nyttjar digital kunskap i syfte att i enlighet med rekommendationerna i projektet God medicinsk praxis följa graviditetsdiabetesläget. Rekommendationerna fastställer att personer som någon gång diagnostiserats för graviditetsdiabetes alltid i framtiden, med 1–3 års mellanrum, borde följa sitt kroppsviktindex MBI, sitt blodtryck, sitt midjemått samt sitt lipid- resp. blodsockervärde (God medicinsk praxis 2013). Projektet samarbetar med Oy Apotti Ab.

Till en början har som målgrupp utvalts de klienter som har en graviditetsdiagnos bakom sig och som sedermera enligt Helsingfors patientdatasystem trillat ur den följ-

ning som utgår från rekommendationerna i God medicinsk praxis. För att hitta dessa personer ska redskapet Bedömningen av hälsonytan THA användas. I pilotskedet erbjuds klienterna möjlighet att delta i den nya följningsmodellen, som bygger på samtycke från klienten. Först tas blodprov på klienterna, som i tjänsten Omaolo fyller i en välfärdsinventering. Utifrån klientens svar bedöms hur den återstående livslängden förväntas minska. Detta kombinerat med blodproven gör det möjligt att bedöma klientens risk att bli sjuk. Klienter med liten risk får tre år senare en automatisk påminnelse om att gå och ta blodprov och fylla i en enkät om sitt läge. De som har höjd risk får påminnelsen redan efter ett år. För dem har man också tänkt göra digital mellan-

bedömning efter sex månader – eller beroende på klientens personliga behov. De som redan har hög risk får ingen påminnelse, utan de erbjuds genast vård och uppföljning enligt normal hälsovårdspraxis. De automatiska påminnelserna görs med hjälp av funktionen Apotti Care Companion.

Ett pilotprojekt för fortsatt följning av graviditetsdiabetesläget körs våren 2022 vid en av stadens hälsostationer. I framtiden är det tänkt att modellen ska utvidgas till hela Helsingfors utgående från erfarenheterna vid pilotprojektet. Den modell för följning av graviditetsdiabetes som projektet Prevention är bäst tagit fram kan, liksom de erfarenheter den givit, utnyttjas för framtida modeller för förebyggande och följning av andra folksjukdomar. ■

● FÖRFATTARNA:

Tommi Sulander är ledande sakkunnig vid enheten stadsforskning och statistik vid Helsingfors stadskansli. Hans tema är hälsa och välfärd.

Saara Lehtiniemi är dataanalytiker vid en enhet för faktabaserat ledarskap och statistiktjänst vid Helsingfors stads social- och hälsovårdssektor.

Katja Kokko är projektchef inom projektet Prevention är bäst vid Helsingfors stads social- och hälsovårdssektor.

Päivi Koikkalainen är projektchef vid Bedömningen av hälsonytan vid Helsingfors stads social- och hälsovårdssektor.

Marja-Liisa Lommi är ledande överläkare vid en digital hälsostation inom Helsingfors stads social- och hälsovårdssektor.

Timo Lukkarinen är ledande läkare vid tjänsten för hälsostationer och medicinsk poliklinik inom Helsingfors stads social- och hälsovårdssektor.



Litteratur:

- Acevedo-Garcia D (2000). Residential segregation and the epidemiology of infectious diseases. Soc. Sci. Med. 2000;51:1143–1161.
- Al-Rubeaan K, Al-Manaa HA, Khoja TA, Youssef AM, Al-Sharqawi AH, Siddiqui K ym. (2014). A community-based survey for different abnormal glucose metabolism among pregnant women in a random household study (SAUDI-DM). BMJ open. 2014;4(8):e005906.
- Arffman M, Ilanne-Parikka P, Keskimäki I, Kurkela O, Lindström J, Sund R ja Winell K (2020). Tyypin 1 ja 2 diabeteksen ja niiden lisäsairauksien ilmaantuvuus ja esiintyvyyden Suomessa vuosina 2000–2017. Tutkimuksesta tiiviisti 8/2020. Institutet för hälsa och välfärd, Helsingfors.
- Bouthoorn S, Silva L, Murray S, Steegers E, Jaddoe V, Moll H, ym. (2015). Low-educated women have an increased risk of gestational diabetes mellitus: the Generation R Study. Acta Diabetol. 2015;52(3):445–52.
- Collier A, Abraham EC, Armstrong J, Godwin J, Monteath K, Lindsay R (2017). Reported prevalence of gestational diabetes in Scotland: The relationship with obesity, age, socioeconomic status, smoking and macrosomia, and how many are we missing? J Diabetes Investig. 2017;8(2):161–7.
- Dambha-Miller H, Day A J, Strelitz J, Irving G ja Griffin S J (2020). Behaviour change, weight loss and remission of Type 2 diabetes: a community-based prospective cohort study Diabet Med. 2020 Apr;37(4):681–688. doi: 10.1111/dme.14122. Epub 2019 Sep 26.
- Gibbons J, Yang TC, Brault E, Barton M (2020). Evaluating Residential Segregation's Relation to the Clustering of Poor Health across American Cities. Int J Environ Res Public Health. 2020 Jun 1;17(11):3910. doi: 10.3390/ijerph17113910.
- God medicinsk praxis (2020). Tyypin 2 diabetes [Diabetes typ 2]. Arbetsgrupp tillsatt av Finska Läkarförbundet Duodecim, Föreningen för Invärtes Medicin i Finland och Diabetesförbundets läkarråd. Helsingfors: Finska Läkarförbundet Duodecim. (18.05.2020). <https://www.kaypahoito.fi/hoi50056>
- God medicinsk praxis (2013). Raskausdiabetes [Graviditetsdiabetes]. Arbetsgrupp tillsatt av Finska Läkarförbundet Duodecim, Diabetesförbundets läkarråd och Suomen Gynekologiyhdistys [Finlands Gynekologförbundet] ry. Helsingfors: Finska Läkarförbundet Duodecim. (26.6.2013). <https://www.kaypahoito.fi/hoi50068>
- Janghorbani M, Stenhouse EA, Jones RB, Millward BA (2006). Is neighbourhood deprivation a risk factor for gestational diabetes mellitus? Diabet Med. 2006;23(3):313–7.
- Kramer MR, Hogue CR (2009). Is Segregation Bad for Your Health? Epidemiol. Rev. 2009;31:178–194.
- Lean MEJ, Leslie WS, Barnes AC, Brosnahan N, Thom G, McCombie L, Peters C, Zhyzhneuskaya S, Al-Mrabeh A, Hollingsworth KG, Rodrigues AM, Rehackova L, Adamson AJ, Sniehotta FF, Mathers JC, Ross HM, McIlvenna Y, Welsh P, Kean S, Ford I, McConnachie A, Messow CM, Sattar N, Taylor R (2019). Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DIRECT open-label, cluster-randomised trial. Lancet Diabetes Endocrinol. 2019 May;7(5):344–355. doi: 10.1016/S2213-8587(19)30068-3. Epub 2019 Mar 6.
- Lindström J, Uusitupa M, Eriksson J, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukaanniemi S ja Tuomilehto J (2021). Mitä suomalainen tyypin 2 diabeteksen ehkäisytytötkä DPS on opettanut? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2021 [Tidskriften Duodecim];137(22):2399–406.
- Masalin S (2021). Non-traditional risk factors for gestational diabetes mellitus: impact on prevalence and offspring birthweight. Doktorsavhandling, Helsingfors universitet.
- Mäki N (2021). Sairastavuus ja kansantauti-indeksit koko Helsingissä ja peruspiireittäin 2019. Statistik 2021:4. Helsingfors stadskansli, enheten stadsforskning och -statistik. https://www.hel.fi/hel2/tietokeskus/julkaisut/pdf/21_03_02_Tilastoja_4_Maki.pdf.
- Suhonen L, Hiilesmaa V, Kaaja R ym. (2008). Detection of pregnancies with high risk of fetal macrosomia among women with gestational diabetes mellitus. Acta Obstet Gynecol Scand 2008;87:940–5.
- THL (2021). Raskausdiabetes yleistyy voimakkaasti – merkittävin seuraus on sikiön liiallinen kasvu. 21.4.2021. <https://thl.fi/fi/-/raskausdiabetes-yleistyy-voimakkaasti-merkittavin-seuraus-on-sikiön-liiallinen-kasvu>
- Tiitinen, A (2021). Raskausdiabetes. Duodecim Lääkärikirja (4.10.2021). Duodecim Terveyskirjasto. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00168>
- Vounzoulaki E, Khunti K, Abner S, Tan Bee K, Davies Melanie J, Gillies Clare L ym. (2020). Progression to type 2 diabetes in women with a known history of gestational diabetes: systematic review and meta-analysis BMJ 2020;369:m1361

Aktiva, passiva, självständiga, sporadiska och leddda – de unga i Helsingfors uppvisar fem slags motioneringsprofiler

● SUVI MÄÄTTÄ

Grovt sett kunde man säga att det finns fem slags idkare av motion och idrott bland de unga i Helsingfors. En stor del är aktiva och självständiga, men en dryg tiondel är passiva. Könet och familjebakgrunden ser ut att avgöra vilken motionsprofil man har. Profilen avspeglar sig också på hur bra möjligheter till motion och idrott de unga upplever sig ha: de aktivare tycker möjligheterna är bättre.

IDROTT OCH motion i en eller annan form är den populäraste fritidssysselsättningen och hobbyn bland barn och unga. Enligt senaste rundan av enkäten Hälsa i skolan, populärt kallad Skolhälsoenkäten, sysslar 80 procent av de unga i Helsingfors med motion eller idrott i någon form åtminstone en gång i veckan. 46 procent gör det under handledning, 75 procent på egen hand (THL 2021).





Det finns många sätt för unga att röra på sig och idrotta. Vid Skolhälsoenkäten 2021 framkom ofta, bland de intressantaste fritidssysslorna i Helsingfors, både parcour och klättring, vid sidan om traditionellare coachade grenar såsom fotboll, futsal och basket (UKM 2021). Man kan idrotta och motionera på egen hand eller under ledning – eller kombinera bägge två. Självständig motion avser idrott eller lekar som sker utan coaching, dvs. ledning, antingen på egen hand eller med kompisar eller familjemedlemmar på fritiden (t.ex. cykling, trampolin hoppning eller skateboard). Ledd motion avser sådant idrottande eller motionerande som sker under ledning och övervakning av en utomstående ledare ("coach") vanligen i idrottsföreningars, motionsklubbar eller skolors regi – där de unga lär sig av ledaren (Tuloskortti 2022). Men en del unga utövar knappt någon motion alls, eller bara sporadiskt.

ÖVERLAG HAR man kunnat konstatera att regelbunden motion och kroppsutövning, oavsett i egen eller andras regi, har gynnsamma verkningar på folks hälsa och välfärd (t.ex. Biddle & Asare 2011; Donnelly et al. 2016; Janssen & LeBlanc 2010; Poitras et al. 2016). Det skulle alltså vara viktigt att dels kunna identifiera och hålla skillnad på olika sätt att idka motion, dels finna gemensamma förklarande faktorer i synnerhet beträffande sådana unga som får motion oregelbundet eller sällan.

SYFTET MED föreliggande skrivelse är att klarlägga hurdana de unga i Helsingfors är i motionshänseende. Vi grupperar de olika mönstren för motionering i så kallade motionsprofiler, och analyserar huruvida olika individ- och familjerelaterade faktorer har samband med profilerna. Dessutom undersöker vi om det mellan ungdomar som placerar sig i olika profiler finns skillnader i vad de tycker om möjligheterna att kunna motionera och idrotta. Vi utgår från svaren (n=14 837) avgivna av dels åttonde- och niondeklassare, dels andra stadiets studerande i Helsingfors vid Skolhälsoenkäten 2021 (Institutet för hälsa och välfärd THL 2021). Även rön från enkätens rundor åren 2017 och 2019 utnyttjas, för att kunna rapportera om förändringar med tiden.

Familjebakgrund och individuella faktorer betydande för hur man motionerar

Indelningen i motionsprofiler utgår från svaren på följande fråga: "Hur ofta motionerar eller idrottar du på fritiden? a) i ledd verksamhet b) på eget initiativ." För både a) och b) gavs följande svarsalternativ: 1) Nästan varje dag, 2) Varje vecka, 3) Varje månad, 4) Mer sällan eller 5) Aldrig. Svarsalternativen för a) och b) uppställdes i en kors-tabell och kombinerades till en ny variabel. Syftet var att kunna göra skillnad på dem som idkade idrott eller motion antingen mycket eller sällan, på eget initiativ eller under ledning, eller någonting däremellan. Utifrån denna klassificering uppstod fem kategorier, som vi strax ska ta en närmare titt på.

MEN FÖRE det tillägger vi ännu att vi efter detta skede analyserade vilket samband dessa profiler hade med kön, härkomst, familjens subjektivt upplevda ekonomiska situation, boendesituation och bostadsområde. Och att, i de fall det föreligger statistiskt signifikanta skillnader profilerna emellan beträffande någon bakgrundsfaktor (t.ex. kön), vi också tittar på dem. Skillnaderna bostadsområden emellan analyserade vi i relation till medeltalet för Helsingfors. Den statistiska signifikansen utgick från konfidensintervallet 95 procent. Tabell 1 ger ett noggrannare sammandrag av de analyserade bakgrundsfaktorerna jämte svarsalternativ, de olika profilernas andelar av svaren, och de statistiskt signifikanta skillnaderna.

AKTIVA IDROTTARE eller motionärer (i fortsättningen "de Aktiva") är sådana unga som

idkar både ledd och självständig motion eller idrott nästan varje dag eller åtminstone varje vecka.

37 procent av de unga i Helsingfors hör till denna kategori. I den ingår (mer typiskt än i de andra) pojkar, unga med finländsk bakgrund, unga som bor med bägge föräldrarna och unga som tycker deras familjs ekonomiska läge är "mycket bra". De Aktiva är vanligare än stadsmedeltalet i Södra resp. Norra stordistriktet, medan de är ovanligare än stadsmedeltalet i Östra resp. Nordöstra stordistriktet. Vi bör dock beakta att – trots att en statistiskt signifikant skillnad föreligger beroende på kön och härkomst – De Aktiva är den största kategorin även bland flickor och unga med utländsk bakgrund. Och även att andelen Aktiva, trots att profilen fortfarande är störst, hade minskat mellan 2017 och 2021, med ca. sex procentenheter.



SJÄLVSTÄNDIGA IDROTTARE eller motionärer ("de Självständiga") är sådana unga som nästan varje dag eller åtminstone varje vecka motionerar eller idrottar på eget initiativ, men mera sällan eller aldrig under andras ledning. Denna kategori omfattar ca. 30 procent av de unga i Helsingfors. Precis som bland de Aktiva är pojkar och unga med finländsk bakgrund mer än genomsnittligt representerade i denna kategori. Men då det gäller familjebakgrunden är sambandet det motsatta till det som gällde för de Aktiva. De som bedömde sin familjs ekonomi som på sin höjd "måttlig" eller "ganska bra" hörde nämligen mera än de som tyckte den var "mycket bra" till de Självständiga. Dessutom var de Självständiga vanligast i ensamföräldrarfamiljer eller i familjer där barnen bodde turvis. Mindre än stadsgenomsnittet bodde de Självständiga i Södra stordistriktet. Mellan åren 2017 och 2021 hade ingen större förändring skett i andelen Självständiga.

SPORADISKA IDROTTARE eller motionärer ("de Sporadiska") är sådana unga som oregelbundet idkar självständig ("på eget initiativ") eller ledd motion eller idrott. Det handlar alltså till exempel om unga som idkar ledd motion i snitt en gång i månaden och vars självständiga sportande varierar allt mellan "nästan varje dag" och "aldrig" – eller tvärtom, som sportar på eget initiativ en gång i månaden och under ledning beroende på svarsalternativ. Sammanlagt hör 18 procent av de unga i Helsingfors till de Sporadiska. Mest typiskt handlar det om flickor, unga med utländsk bakgrund eller unga som bedömer sin familjs ekonomi som på sin höjd "måttlig" eller "ganska bra". Mer än stadsmedeltalet bor det Sporadiska i Sydöstra stordistriktet, och mindre än stadsmedeltalet i Norra stordistriktet. Mellan åren 2017 och 2021 växte de Sporadiskas andel med sju procentenheter.



LEDDA IDROTTARE eller motionärer ("de Ledda") är sådana ungdomar som idkar ledd verksamhet nästan dagligen eller varje vecka, men sällan eller aldrig självständigt. Till denna kategori hör drygt tre procent av de unga. Det är alltså den klart minsta profilgruppen. Den består typiskt av flickor, men de övriga bakgrundsfaktorerna hade ingen korrelation med den.

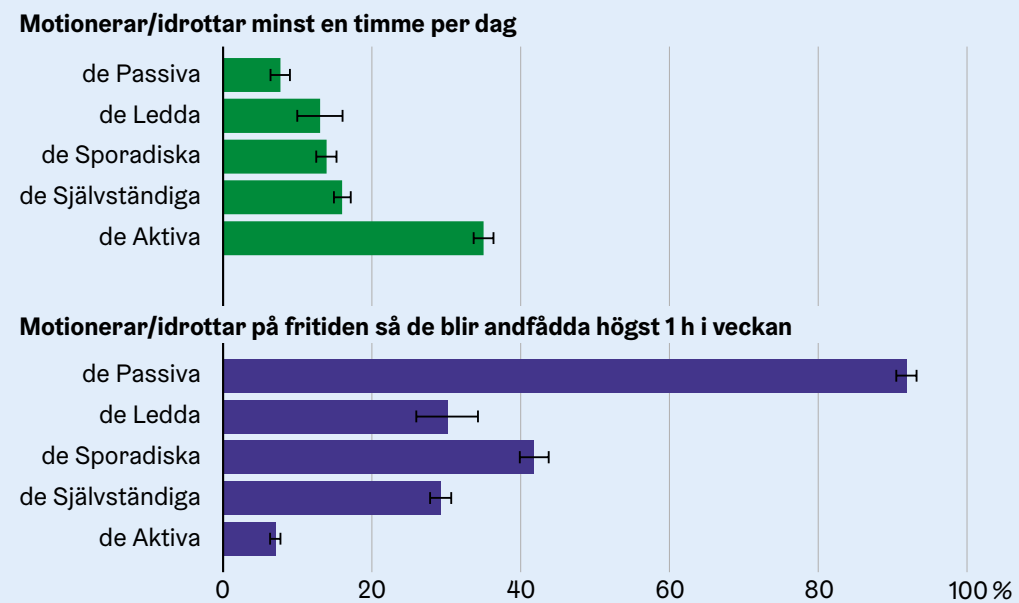


PASSIVA IDROTTARE eller motionärer ("de Passiva") är unga som idkar ledd eller självständig motion mindre än en gång i månaden eller aldrig. 12 procent av de unga i Helsingfors tillhör denna profilkategori, och det handlar mest typiskt om flickor eller unga med utländsk bakgrund. Ju sämre man upplever familjens ekonomiska situation, desto sannolikare hör man till denna kategori. De Passiva är vanligare bland ensamföräldrarfamiljer och övriga boendeformer (t.ex. på barnhem, hos far- eller morföräldrar), och i Östra stordistriktet, och ovanligare i Södra resp. Norra stordistriktet. De Passivas andel av de unga har hållits kring 12 procent de senaste åren.



ATT VÅRA fem profiler är en adekvat klassificering kan motiveras med att de klart avviker från varandra beträffande 1) motion eller idrott i minst en timme per dag, 2) motion eller idrott som gör en andfådd bara högst en gång i veckan (Figur 1). Med andra ord är den andel unga som rör sig minst en timme per dag klart större bland de Aktiva än de övriga profilkategorierna. Dessutom är det inte många Aktiva som bara högst en timme i veckan motionerar eller idrottar så de blir andfådda. Bland den andra ytterligheten, alltså de Passiva, uppgår motionerandet till högst en timme i veckan för nästan alla, och bara ett fåtal rör sig minst en timme per dag.

FIGUR 1. Motion och idrott bland de fem profilkategorierna.



Enheten stadsforskning och -statistik / Helsingfors stadskansli. Data: THL/Enkäten Hälsa i skolan, Helsingforsmaterialelet.

Indikatorn "motioner/idrottar minst en timme per dag" bygger på svaren på frågan: "Tänk på hur du rör dig under de senaste sju dagarna. Under hur många dagar har du rört dig åtminstone i en timme per dag?". Svartalternativ: 1) 0 dag, 2) 1 dag, 3) 2 dagar, 4) 3 dagar, 5) 4 dagar, 6) 5 dagar, 7) 6 dagar ja 8) 7 dagar. De som valt alternativ 8, dvs. tränar på sin fritid så de blir andfädda högst en gång i veckan bygger på svaren på frågan: "Hur många timmar i veckan brukar du i vanliga fall träna på din fritid så att du blir andfädd och svettig?". Svartalternativ: 1) Inte alls, 2) cirka ½ timme, 3) cirka 1 timme, 4) cirka 2-3 timmar, 5) cirka 4-6 timmar, 6) cirka 7 timmar eller mera. Analysen upptar de svarare som uppgivit svartalternativ 1,2 eller 3.

OM VI ser på dem som rör sig minst en timme per dag, uppvisar de Självständiga näst största andelen, men kategorin avviker i detta hänseende inte statistiskt signifikant från de Ledda eller de Sporadiska. Likaså uppvisar de Självständiga näst minsta andelen unga som rör sig så de blir andfädda bara högst en timme i veckan, och i det avseendet avviker kategorin statistiskt signifikant från alla andra kategorier utom de Ledda.

De Aktiva upplever mera än de andra att de har goda möjligheter till hobbyer

De fem profilkategorierna avviker klart från varandra beträffande hur goda möjligheter de tycker att de har att idka fritidssysselsättningar (Figur 2). Klarast märks skillnaderna då man jämför de Aktiva med de övriga, i synnerhet de Passiva. De Aktiva har en positivare uppfattning än de andra profilerna om möjligheterna till hobbyer. De känner också bättre än andra till möjligheterna till hobbyer i det egna grannskapet och tycker i högre grad att där ordnas intressanta fritidsaktiviteter. Samtidigt tycker de Aktiva i lägre grad än de andra att det finns för lite ställen att vistas på i det egna grannskapet. Dessutom är det en mindre andel av de Aktiva än av de Passiva, de Självständiga och

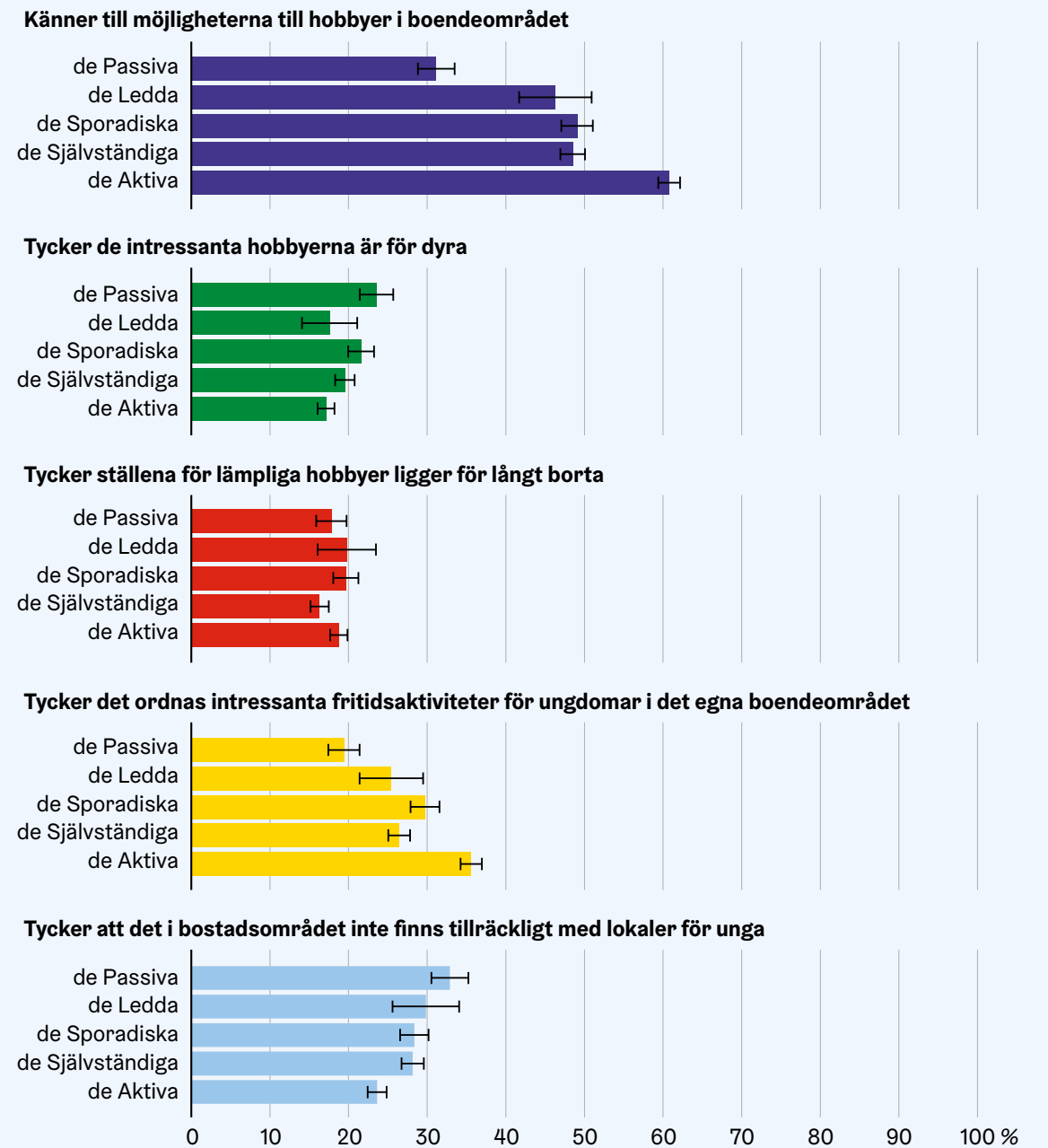
de Sporadiska som tycker att de hobbyer som intresserar dem är alltför dyra.

FÖR DET mesta föreligger inga statistiskt signifikanta skillnader mellan de Självständiga, de Sporadiska och de Ledda i svaren på de påståenden som beskriver möjligheterna till hobbyer. Bara beträffande ett påstående, nämligen om lämpliga hobbyställens läge, avviker de Självständiga (också statistiskt signifikant) från de övriga, dvs. de Sporadiska och de Aktiva. De Självständiga upplever nämligen i lägre grad än de övriga profilerna att de lämpliga hobbyerna ligger alltför långt borta.

DE PASSIVA bedömer i huvudsak sina möjligheter till hobbyer som sämre än vad de andra gör. Noteras bör i synnerhet att det är de Passiva som mest upplever att det i det egna grannskapet inte finns tillräckligt med lokaler för unga att vistas i. Statistiskt signifikant är denna skillnad jämfört med de Sporadiska, de Självständiga eller de Aktiva. Likaså känner de Passiva i klart lägre grad än de andra till möjligheterna till hobbyer i det egna grannskapet, och de tycker mindre än de andra att det ordnas intressanta fritidsaktiviteter i området.

FIGUR 2.

Uppfattningar om möjligheterna till fritidssysselsättningar bland de olika profilkategorierna.



Enheten stadsforskning och -statistik / Helsingfors stadskansli. Data: THL/Enkäten Hälsa i skolan, Helsingforsmaterialelet.

Kunde de som inte är aktiva idrottare/motionärer beaktas bättre då fritidssysselsättningar för unga planeras?

EN STOR del av de unga i Helsingfors rör sig aktivt, alltså idkar ledd eller självständig motion eller idrott varje vecka. Aktiva idrottare/motionärer finns det bland såväl pojkar som flickor, unga med såväl inhemsk som utländsk bakgrund, och unga med olika slags familjebakgrund och bo-

stadsområde. Ändå är det könet, härkomsten och olika familje- eller boenderelaterade faktorer som avgör hur regelbundet man motionerar eller idrottar (Figur 1). Även möjligheterna till hobbyer upplevs annorlunda beroende på hurdana motionärer/idrottare de unga är.

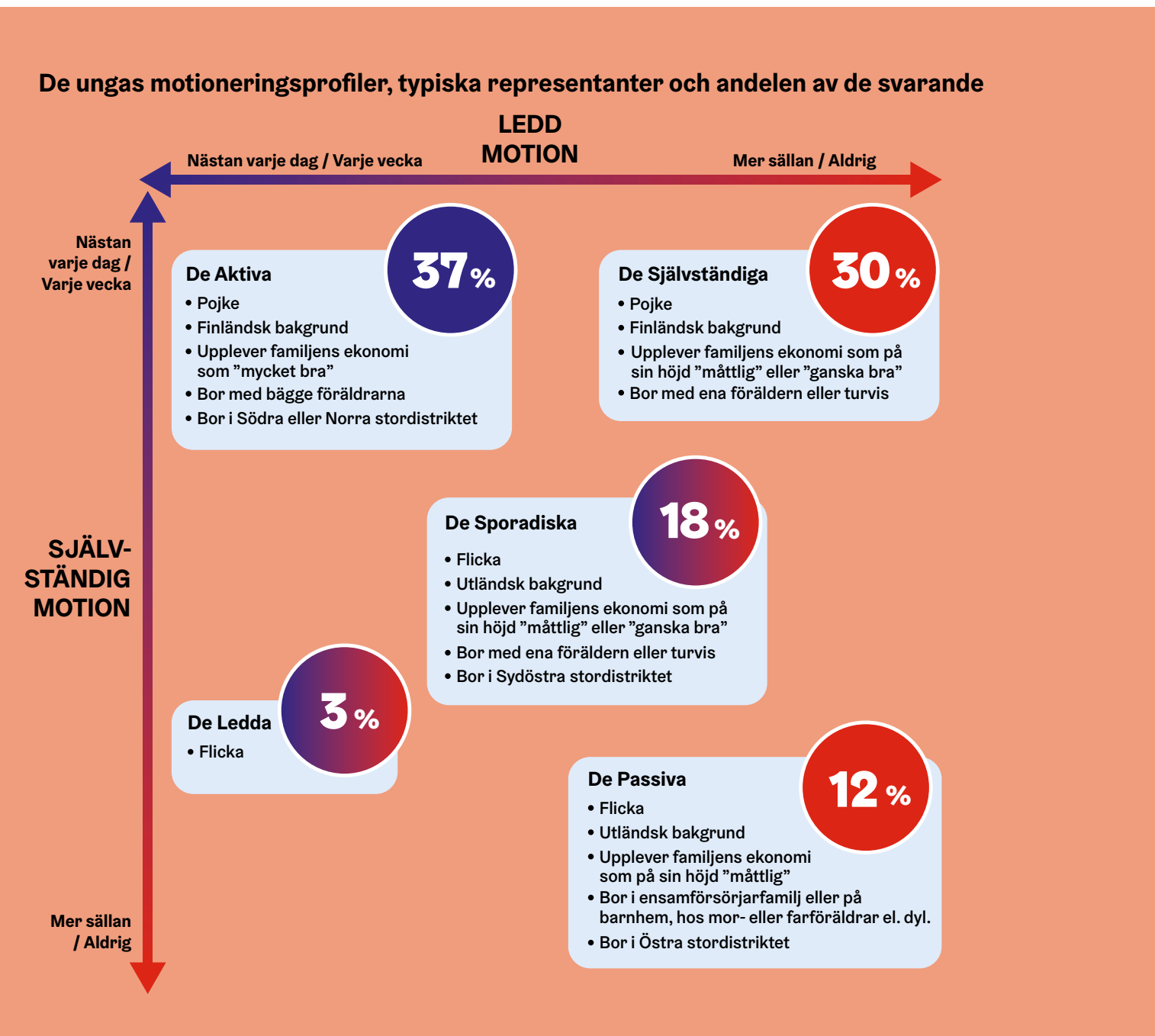


BILD 1. Sammandrag av de fem motioneringsprofilerna bland de unga i Helsingfors.

EN AV de faktorer som väsentligt åtskiljer de fem profilkategorierna är familjebakgrunden. De som har finländsk bakgrund, som bor med bägge föräldrarna eller tycker deras familjs ekonomi är mycket god hör sannolikare än andra till profilen de Aktiva. De unga däremot som upplever familjens ekonomi som sämre eller bor i ensamförsörjarfamilj ser ut att kunna ha olika profiler och oftare än andra tillhöra antingen de Självständiga eller de Passiva. Även bland de Sporadiska är det vanligare med unga som ser sin familjs ekonomi som sämre. En avgörande bakgrundsfaktor kan vara avgifterna och kostnaderna för i synnerhet ledd motion (t.ex. redskap, transport till hobbyerna). Man väljer troligen motionsformer som blir billigare och kan idkas på egen hand, eller så motionerar man bara sporadiskt eller aldrig.

DEN TOLKNINGEN bestyrks också av att de Passiva, de Självständiga och de Sporadiska mera än de andra tyckte att de intressanta fritidsaktiviteterna var för dyra. Men det behövs mera forskning för att få reda på varför – bland dem som har en liknande familjebakgrund, nämligen de som bor i ensamförsörjarfamilj eller ser sin familjs ekonomi som svagare – en del tillhör profilen de Självständiga och en del de Passiva. Är det kostnaderna för ledd motion som fått somliga att börja motionera självständigt, eller är det ens egna intressen eller sociala band (familjen, kompisar) som fört in en på självständig motionering eller på passivitet i motionshänseende?

DE AKTIVAS andel bland de unga hade minskat redan mellan åren 2017 och 2019, och år 2021, när restriktionerna på grund av coronapandemin hade satts in, tycks minskningen ha fortsatt. Under tiden hade de Sporadiskas andel vuxit, och de Självständigas hållits oförändrad. Detta torde betyda att färre unga idag än förr deltar i ledd motion, eller så deltar de mera oregelbundet än förut. Den tolkningen ser ut att få stöd om vi tittar på svaren på de ursprungliga frågealternativen. Som exempel deltog 36 procent av de unga aldrig i ledd motion år 2017, men år 2021 var denna andel uppe i 43 procent.

SAMTIDIGT HADE de Självständiga en ungefär lika stor andel vid dessa tidpunkter. Vårt material gav inte möjlighet att noggrannare syna orsakerna, men det kan bero på att ledd motion kostade pengar, på brist på intressanta ledda hobbyer, på restriktionerna under coronatiden eller på att motion på egen hand känns intressantare för en själv. Ändå är de Aktivas minskande andel oroväckande, mot bakgrund av att en större del av dem än av de övriga profilerna rör sig minst en timme om dagen. De torde alltså få mer motion och mera regelbundet än de övriga unga, som motionerar mindre regelbundet och kanske kortare tider.

ETT CENTRALT rön av denna artikel är att de som idrottar eller motionerar aktivt tyckte mera än de andra att möjligheterna till hobbyer var bra. I synnerhet kännedomen om hobbymöjligheter i det egna grannskapet och åsikten att det ordnas intressanta fritidsaktiviteter i området är klart starkare bland dem som motionerar aktivt. Utgående från det kan vi ställa frågan om samhället kanske bäst identifierar just denna profils behov av idrotts-, motions- och hobbyservice. Man har som exempel kunnat märka att sådana unga som motionerar bara lite eller oregelbundet mera än andra tycker att vissa motionsställen är till för sådana som kan bättre eller som tillhör rätt "gäng". Till exempel att bollhallarna är planerade för sådana som är bättre på bollspel, gymmen typiskt för ett visst kön, eller pulkbackar och lek-parker för mindre barn än en själv. Olika slags motionsställen kan alltså för de unga ha dels fysiska, dels sociala och kulturella innebörder, som utgör hinder för utövande av motion och idrott (Hasanen 2017; Paju & Berg 2013).

MEN DET kan också vara så att en del av de unga helt enkelt inte är intresserade av det som den ledda motionen har att bjuda på, och att deras intressens ligger annanstans: antingen i självständig motion eller i hobbyer som inte har med motion och idrott att göra. Kanske de som i vår undersökning profileras som Passiva har andra regelbundna hobbyer än idrott och motion, och det kan förklara varför de Passiva mer än de andra önskade mera lokaler att vistas i. Från tidigare forskning vet vi också att unga självständiga motionärer motionering försvåras av anpassningen till närmiljön och de möjligheter den erbjuder (Hasanen, 2017). Förmågan att anpassa sig till närmiljön kan kanske också förklara en annan sak som vi märkte i vår studie, nämligen att de Självständiga i lägre grad än de andra tyckte hobbyställena låg alltför långt borta. De torde idka sina hobbyer i sitt eget grannskaps näromgivning. Ändå ger våra rön anledning att begrunda huruvida vi genom att öka de ungas medvetenhet om möjligheterna till hobbyer i det egna bostadsområdet – eller genom att bättre identifiera fritidsaktiviteter som är intressanta för även andra än de Aktiva – kunde främja motion och hobbyer bland de unga. ■

Suvi Määttä är forskare vid enheten stadsforskning och statistik vid Helsingfors stadskansli.

TABELL 1.

Andelar (%) idrottare/motionärer av olika profil bland de unga i Helsingfors, utifrån olika bakgrundsfaktorer.

		de Aktiva	de Självständiga	de Sporadiska	de Ledda	de Passiva
Helsingfors (n=14 837)		37,0 (n= 5 051)	29,6 (n=4 041)	18,3 (n=2 501)	3,4 (n= 469)	11,7 (n= 1 600)
Kön (% av svararna)	Flicka (55 %)	34,4 ^a	28,0 ^a	20,1 ^a	4,1 ^a	13,5 ^a
	Pojke (45 %)	40,2	31,6	16,1	2,6	9,4
Härkomst (% av svararna)	Finländsk bakgrund (84,5 %)	37,9 ^a	30,8 ^a	17,9 ^a	3,3	10,1 ^a
	Utländsk bakgrund (15,5 %)	29,9	24,4	20,8	4,0	20,8
Uppfattning om familjens ekonomiska situation (% av svararna)	på sin höjd "måttlig" (25 %)	26,6 ^a	31,6	19,7	3,8	18,3 ^a
	"ganska bra" (45 %)	35,9 ^a	31,2	18,9	3,5	10,5 ^a
	"mycket bra" (30 %)	46,7 ^a	26,1 ^a	16,3 ^a	3,2	7,7 ^a
Boendeform (% av svararna)	med bägge föräldrarna (68 %)	40,4 ^a	28,0 ^a	17,8	3,6	10,1 ^{ab}
	olika turvisarrangemang (20 %)	34,0 ^a	32,4	19,5	3,1	11,1 ^{ab}
	ensamförsörjarfamiljer (11 %)	25,9 ^{cd}	32,5	20,2	4,1	17,2
	övriga boendelösningar (1 %)	22,5	28,4	17,2	3,6	28,4
Boendestor-distrikt (% av svararna)	Södra (11 %)	41,8 ^{ae}	26,6 ^{ae}	18,7	4,3	8,6 ^{ae}
	Östra (18 %)	33,1 ^{ae}	29,2	18,2	3,7	15,9 ^{ae}
	Sydöstra (7,5 %)	38,2	26,7	21,7 ^{ae}	3,5	10,0
	Mellersta (7 %)	33,6	32,7	19,1	3,7	10,9
	Nordöstra (14,5 %)	33,2 ^{ae}	30,6	18,9	3,6	13,7
	Västra (13 %)	39,9	28,9	17,0	3,7	10,6
Jämförelse mellan åren	Norra (10 %)	45,8 ^{ae}	29,0	15,0 ^{ae}	3,1	7,0 ^{ae}
	år 2017	42,8	29,1	11,2	3,1	13,7
	år 2019 (förändring sedan 2017)	41,0 (-1,8 %-enh.)	28,6 (-0,5 %-enh.)	12,6 (+1,4 %-enh.)	5,7 (+2,6 %-enh.)	12,1 (-1,6 %-enh.)
	år 2021 (förändring sedan 2017 och 2019)	37,0 (-4,0 %-enh. sedan 2019 och -5,9 %-enh. sedan 2017)	29,6 (1,0 %-enh. sedan 2019 och 0,5 %-enh. sedan 2017)	18,3 (5,7 %-enh. sedan 2019 och 7,1 %-enh. sedan 2017)	3,4 (-2,3 %-enh. sedan 2019 och 0,3 %-enh. sedan 2017)	11,7 (-0,4 %-enh. sedan 2019 och -2,0 %-enh. sedan 2017)

*) Statistiskt signifikant skillnad gentemot de övriga alternativen.

*a) Statistiskt signifikant skillnad mellan dem som tycker deras familjs ekonomi är mycket god och de andra alternativen.

*b) Statistiskt signifikant skillnad gentemot dem som bor i ensamförsörjarfamiljer resp. andra former av boende.

*c) Statistiskt signifikant skillnad gentemot dem som bor i olika slags turvislösningar resp. ensamförsörjarfamiljer.

*d) Ingen statistiskt signifikant skillnad föreligger mellan dem som bor i ensamförsörjarfamilj och dem som bor i övriga boendelösningar.

*e) Statistiskt signifikant skillnad gentemot värdet för hela Helsingfors. Materialkälla: THL/Skolhälsoenkäten, materialet för Helsingfors.

Källor:

Biddle, S.J.H. & Asare, M. 2011. Physical activity and mental health in children and adolescents: a review of reviews. *British Journal of Sports Medicine* 45(11), 886–895.

Donnelly, J.E., Hillman, C.H., Castelli, D., Etnier, J.L., Lee, S., Tomporowski, P., Lambourne, K. & Szabo-Reed, A.N. 2016. Physical activity, fitness, cognitive function, and academic achievement in children: A systematic review. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 48(6), 1197–1222.

Hasanen, Elina. (2017). "Me ollaan koko ajan liikkeessä": tutkimus nuorten omaehtoisen liikkumisen muodoista ja merkityksistä tilan kehityksissä. Jyväskylän yliopisto. <https://jyx.jyu.fi/handle/123456789/55883>

Hasanen, Elina. (2017). Nuorten omaehtoinen liikkuminen: Arkeen sopivia, merkityksellisiä palasia. *Liikunta & Tiede*, 6/2017, 54–62. https://www.lts.fi/media/liikunta-tiede-lehden-artikkelit/6_2017/lt-617_9-12_lowres.pdf

Janssen, I. & LeBlanc, A.G. 2010. Systematic review of the health benefits of physical activity and fitness in schoolaged children and youth. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 7(1), 40.

Opetus- ja kulttuuriministeriö [Undervisnings- och kulturministeriet] (2021). Koululaiskyselyn 2020 tulokset <https://minedu.fi/suomenmalli>

Paju, E. & Berg, P. 2013. Liikkumatilaa lapsille ja nuorille! I publikationen: P. Harinen & A. Rannikko (red.) Tässä seison enkä muuta voi? Nuorisotutkijoiden ajatuksia nuorten liikunnasta ja sen kipupisteistä. Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura Verkkojulkaisuja 65,65–68.

Poitras, V.J., Gray, C.E., Borghese, M.M., Carson, V., Chaput, J.P., Janssen, I., Katzmarzyk, P.T., Pate, R.R., Connor Gorber, S., Kho, M.E., Sampson, M. & Tremblay, M.S. 2016. Systematic review of the relationships between objectively measured physical activity and health indicators in schoolaged children and youth. *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism* 41(6), S197–S239.

THL, enkatens Hälsa i skolan 2021, databas: <https://thl.fi/sv/web/thlfsv/forskning-och-utveckling/undersokningar-och-projekt/enkatenhalsa-i-skolan/resultat-av-enkaten-halsa-i-skolan>

Tuloskortti 2022. Lasten ja nuorten liikunta Suomessa. 2022. Liikunnan ja kansanterveyden julkaisuja 401. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. https://www.likes.fi/wp-content/uploads/2022/03/Tuloskortti_2022.pdf

Huvudstadsregionens städer gör en gemensam analys av sina invånares välfärd och hälsa: *det finns skillnader både mellan städerna och inom dem*

År 2021 gjorde Helsingfors, Esbo, Vanda och Grankulla städer för första gången en gemensam inventering sina invånares välfärd, levnadsförhållanden och hälsa. Trots att invånarna i huvudstadsregionen av enkätsvaren att döma har en bättre uppfattning om till exempel sin hälsa än vad finländarna har överlag, visar svaren också på anhopningar av social utsatthet och på stora skillnader befolkningsgrupper emellan i välfärd och hälsa. De första beskrivande rönen av enkäten utgavs hösten 2021, och nu har en mera djuplodande analys av folks hälsa och välfärd i regionen blivit färdig.

Olika offentliga register innehåller en hel del data om invånarnas levnadsförhållanden i huvudstadsregionen. Men många av de väsentliga faktorerna kring välfärd och hälsa berättar registren ingenting om. Det ingår i kommunernas åligganden att främja sina invånares hälsa och välfärd, och denna aspekt behöver beaktas i kommunens samtliga funktioner, inom alla förvaltningssektorer. Det handlar alltså om faktastyrkt och planmässigt påverkande av välfärden och dess delfaktorer.

För att den uppgiften ska kunna skötas behövs tillräcklig faktakunskap om invånarnas välfärd och hälsa. Detta var orsaken till att huvudstadsregionens kommuner tillsammans beslöt utföra en enkät för att samla in kunskap om invånarnas levnadsförhållanden, livskvalitet, delaktighet, hälsotillstånd, funktionsförmåga och levnadsvanor. Utifrån svaren kan man nu analysera såväl befolkningens välfärd och hälsa – och förändringar i dem med tiden – som också vilka slags faktorer som inverkar på folks välfärd och hälsa. En publikation innehållande de mest centrala resultaten av Huvudstadsregionens välfärdsenkät har uppgjorts i samarbete mellan de fyra städerna (Ahlgrén-Leinuo et al. 2022).

De flesta mår bra – men inom mental hälsa finns det problem, och i levnadsvanorna en del att förbättra

Överlag tycker invånarna i huvudstadsregionen – i större andel än bland finländare i gemen – att de mår bra. Likaså uppvisar de en mindre andel som har långvariga funktionella begränsningar på grund av hälsoproblem, och två av tre under 65-åringar bedömde sin arbetsförmåga som utmärkt eller god. Tre av fem invånare i huvudstadsregionen tycker deras livskvalitet i genomsnitt är god.

Däremot är svårigheter med den mentala hälsan vanliga, i synnerhet i unga åldersgrupper. Dessutom tycker hälften av huvudstadsregionens invånare att coronapandemin ökat deras känsla av utmattning. Och trots att flertalet invånare mår bra har den andel som upplever sin hälsa som på sin höjd medelmåttig vuxit. Detta torde åtminstone delvis ha att göra med coronapandemin, som på många sätt påverkat folks välbefinnande i huvudstadsregionen.

Social utsatthet och ensamhet anhopas på en del av invånarna. Mycket få av de svarare som känt sig utanför tycker att deras livskvalitet är god, eller deltar aktivt i någon gemenskaps verksamhet. Nästan hälften av dem känner sig ensamma. Trots att det ändå är förhållandevis få av huvudstadsregionens invånare som ganska ofta eller hela tiden känner sig ensamma, höjs risken för upplevd ensamhet mångfald av ekonomiska svårigheter, depression, dålig självupplevd hälsa och grava funktionsbegränsningar.

Bara var tredje invånare i huvudstadsregionen rör på sig tillräckligt med tanke på hälsan, och äter frukt och grönsaker enligt rekommendationerna. Två svarare av fem bedömde att deras dagliga motion minskat på grund av coronapandemin, medan en av fem tvärtom tyckte att den ökat. Minskat på alkoholkonsumtionen under coronan hade en större del av huvudstadsregionens invånare gjort än de som ökat den. Överstor konsumtion av alkohol var vanligast i åldersgruppen 65–79-år.

Tre av fyra invånare i huvudstadsregionen upplever det åtminstone ganska lätt att täcka sina utgifter med sina inkomster. Är man arbetslös eller på förtidspension eller re-

habiliteringsstöd blir det ju besvärligare. För en del leder utkomstsvårigheterna till situationer där man blir tvungen att göra avkall på mediciner eller läkarbesök. Deras andel är större än genomsnittligt bland de invånare som haft problem med hälsan.

Skillnader i hälsa och välfärd mellan städerna

Då det gäller invånarnas hälsa och välfärd finns det vissa skillnader mellan städerna i huvudstadsregionen. En del av skillnaderna förklaras av olikheter i befolkningens åldersstruktur, och därför presenterar vi till stor del våra rön antingen enligt åldersgrupp eller åldersstandardiserat. Av många indikatorer att döma mår folk bättre i Grankulla än i de andra städerna, men skillnaderna städerna emellan varierar beroende på indikator.

Trots att huvudstadsregionen utgör en koncentration av bättre lottade finns här också en hel del sämre lottade, och skillnaderna i hälsa och välfärd mellan socioekonomiska grupper är stora. De högt utbildade mår enligt många indikatorer bättre än andra utbildningskategorier. Det finns ett klart samband mellan utbildning och till exempel folks uppfattning om sin egen hälsa, och delaktighet känner svararna desto mer ju högre utbildning de har. Att däremot ha ekonomiska svårigheter är en riskfaktor för grav funktionsnedsättning. Indikatorerna för mental välfärd och upplevd ensamhet har för sin del ett starkt samband med folks arbetsmarknadsstatus. Som exempel är andelen som upplever depression eller ångestkänslor större bland de arbetslösa än bland dem som förvärvsarbetar, och andelen som känner sig ensamma större bland förtids- eller deltidspensionerade, mottagare av rehabiliteringsstöd, arbetslösa eller permitterade än bland heltidsarbetande.

Också i levnadsvanorna finns det betydande skillnader enligt utbildning mellan invånarna i huvudstadsregionen. Bland dem som har hög utbildning är andelen som dricker för mycket eller i fyllesyfte mindre än bland andra. Då det gäller tobaksprodukter och nikotinhaltiga e-cigarett är skillnaderna enligt utbildning verkligt stora, och även i cannabisbruk finns skillnader. Daglig tobaksrökning har som helhet minskat, men de kraftiga skillnaderna beroende på utbildning har inte minskat. Även med mängden motion och förtäring av frukt och grönsaker har utbildningsnivån ett klart samband.

Fokus på sådana skillnader i hälsa och välfärd vars orsaker kan påverkas

Som helhet ger enkäten en överblick av den upplevda hälsan och välfärden bland invånarna i huvudstadsregionen. Den ger en del svar på hurdant deras välfärds- läge

Helsingfors, Esbo, Vanda och Grankulla städer gjorde våren 2021 en gemensam enkät om sina invånares levnadsförhållanden, hälsa och välfärd. Utskicket gick till ca. 25 000 invånare i huvudstadsregionen i åldern 20 år eller äldre som slumpmässigt plockats ur Befolkningsdatasystemet. Nästan 12 000 svarade, så svarsprocenten blev 47.

var i början av 2020-talet. Av samhällspolitisk vikt för städerna vore nu att identifiera sådana skillnader i hälsa och välfärd som man kan påverka orsakerna till genom att ändra antingen förutsättningarna för olika slags beteende eller de mekanismer som leder till skillnader.

Trots att befolkningens hälsa och välfärd allmänt taget blivit bättre i ett längre perspektiv har utvecklingen inte varit lika gynnsam i alla befolkningsgrupper. Dessutom har coronapandemin sannolikt gjort att hälso- och välfärds-skillnaderna befolkningsgrupper emellan har vuxit ytterligare. Därför borde man i främjandet av hälsa och välfärd fokusera på dels dem som är socialt sårbarast, dels de stora befolkningsgrupper som har mest hälsoproblem. En central målsättning framöver kommer att vara utjämnade hälsoskillnader mellan olika befolkningsgrupper. ■

Text: Netta Mäki ● Hanna Ahlgren-Leinuo

Publikationer:

Hanna Ahlgren-Leinuo, Jenni Erjansola, Minna Joensuu, Netta Mäki, Minna Mänty ja Ari-Pekka Sihvonen (2022). Pääkaupunkiseudun asukkaiden hyvinvointi ja terveys. Pääkaupunkiseudun hyvinvointikysely 2021 tuloksia. Undersökningar 2022: 1. Helsingfors: Helsingfors stadskansli.

Huvudstadsregionens välfärdsenkät [Pääkaupunkiseudun hyvinvointikysely] <https://www.hel.fi/static/liitteet-2019/Kaupunginkanslia/Rekisteriselosteet/Keha/Huvudstadsregionens%20valfardsenkät.pdf>. Resultatrapport (på finska). <https://pkskysely.kaupunkitieto.fi/>



Kvartti on Helsingin kaupunginkanslian julkaisema lehti, joka esittelee Helsinkiä ja Helsingin seutua koskevaa ajankohtaista tutkimus- ja tilastotietoa. Kvartti on suunnattu paitsi päätöksenteon tueksi Helsingin päättäjäille ja suunnittelijoille, myös kaikille muille, jotka haluavat tarkemmin perehtyä kaupunki-ilmiöitä koskevaan tietoon. Lehti on suomen- ja ruotsinkielinen, ja kerran vuodessa ilmestyy lisäksi englanninkielinen numero **Helsinki Quarterly**. Quarterly pyrkii palvelemaan lukijoita ja yhteistyökumppaneita kansainvälisesti.

Kvartti

NELJÄNNESVUOSIJULKAISU • KVARTALSPUBLIKATION



PÄÄTOIMITTAJA
Timo Cantell
puh. 09 310 73362
timo.cantell@hel.fi

TOIMITUS
Teemu Vass
puh. 09 310 64806
teemu.vass@hel.fi

OSOITE
Kaupunginkanslia
Kaupunkitieto
PL 550, 00099 Helsingin kaupunki

KÄYNTIOSOITE
Ympyrätalo,
Siltasaarenkatu 18–20 A, 5. krs.

INTERNET
www.hel.fi/kaupunkitieto

www.kvartti.fi



SISÄLLYS

- **Pääkirjoitus**
- **Tommi Sulander, Hanna Ahlgren-Leinvuo & Juha Nyman**
Helsingin eriarvoisuus näkyy myös yksityisten ja julkisten terveyspalvelujen käytössä
- **Venla Bernelius & Heidi Huilla**
Maineen vangit? Kaupunkikoulujen maineiden yhteys naapurustoihin segregaation riskinä ja kehittämisen mahdollisuutena
- **Netta Mäki**
Rahapelaaminen ja peliongelmat yleisimpiä vähän koulutetuilla ja talousvaikeuksia kokevilla
- **Tommi Sulander, Saara Lehtiniemi, Katja Kokko, Päivi Koikkalainen, Marja-Liisa Lommi & Timo Lukkarinen**
Raskausdiabeteksen esiintyvyys Helsingin peruspiireissä – kohti proaktiivista ennaltaehkäisyä
- **Suvi Määttä**
Aktiivit, passiivit, omatoimiset, epäsäännölliset ja ohjatut – Helsingiläisnuorten liikunnan harrastamisesta on tunnistettavissa viisi harrastajaprofilia
- **Uutinen:** Pääkaupunkiseudun kaupungit analysoivat yhdessä asukkaidensa hyvinvointia ja terveyttä