



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

Jalava J, Borodulin K, Husu P, Härkönen J, Karvonen S, Kaskela T, Koiso-Kanttila S, Koskela T, Koskinen S, Manderbacka K, Murto J, Mäki-Opas T, Nurmi-Koikkalainen P, Pentala O, Pitkänen T, Rinne H, Saares A, SHEMEIKKA R, Sievänen H, Suni J, Suvisaari J, Teittinen A, Toikka S, Tokola K, Tourunen J, Wahlbeck K, Valkonen J, Vartiainen E, Vasankari T, Vesala H, Kaikkonen R.

ATH-tutkimuksen tuloksia - Järjestökentän tutkimusohjelma

TYÖPAPERI

TYÖPAPERI 37/2014

Jalava J, Borodulin K, Husu P, Härkönen J, Karvonen S, Koiso-Kanttila S, Koskela T, Koskinen S, Manderbacka K, Murto J, Mäki-Opas T, Nurmi-Koikkalainen P, Pentala O, Pitkänen T, Rinne H, Saares A, Shemeikka R, Sievänen H, Suni J, Suvisaari J, Teittinen A, Toikka S, Tokola K, Tourunen J, Wahlbeck K, Valkonen J, Vartiainen E, Vasankari T, Vesala H, Kaikkonen R.

ATH-tutkimuksen tuloksia

- Järjestökentän tutkimusohjelma



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-302-392-5 (painettu)
ISBN 978-952-302-393-2 (verkkojulkaisu)
ISSN 2323-363X (verkkojulkaisu)
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-393-2>

Tikkurilan kopiopalvelu Oy
Helsinki, 2014

Sisällysluettelo

Saatesanat	5
Raha-automaattiyhdistys: Osallistuminen sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan maakunnissa ja suurissa kaupungeissa – Miten RAY:n jakamat avustukset heijastuvat osallistumiseen?.....	7-14
Raha-automaattiyhdistys: Mikä saa suomalaiset osallistumaan? Motiivit ja tietolähteet sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan osallistumisen taustalla – ATH-tutkimuksen tuloksia.....	15-19
A-klinikkasäätiö ja Suomen Mielenterveysseura: Järjestö- ja harrastustoimintaan osallistuminen ja päihde- ja mielenterveysongelmat – ATH-tutkimuksen tuloksia.....	21-28
Kuntoutussäätiö: Terveyspalveluiden saatavuuden alue-erot Suomessa – ATH-tutkimuksen tuloksia erityisvastuualueittain (suunnitellut sote-alueet).....	29-36
Kuntoutussäätiö: Nuorten aikuisten terveyden ja elintapojen alue-erot – ATH-tutkimuksen tuloksia erityisvastuualueittain (suunnitellut sote-alueet).....	37-44
Kehitysvammaliitto: Vammaispalveluja tarvitsevien kotitalouksien koettu taloudellinen tilanne vuonna 2013 – ATH-tutkimuksen tuloksia.....	45-48
UKK-instituutti: Istumisen yhteydet terveyteen ja hyvinvointiin poikkileikkaustutkimuksessa – tuloksia Alueellisesta terveys- ja hyvinvointitutkimuksesta.....	49-56

Saatesanat

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) ja Raha-automaattiyhdistys (RAY) ovat tehneet vuodesta 2012 lähtien tiivistä yhteistyötä Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) ympärillä. THL:n koordinoima ATH-tutkimus käynnistyi vuosina 2010–2011 ja vastasi pilottivaiheessaan tietoperustaisen päätöksenteon haasteisiin mittavalla 34 000 suomalaisen tutkimuskokonaisuudella. ATH-tutkimus on laajentunut kansalliseksi vuosina 2012–2014 käsittäen jopa yli 150 000 suomalaista. Lisäksi tietosisällön peittävyttä lisätään etnisiin ryhmiin. Tutkimuksessa havaittiin alueellisia ja sosioekonomisen aseman mukaisia eroja muun muassa kulttuuri- ja terveyspalveluiden, hyvinvoinnin osatekijöiden ja elintapojen suhteen. Näihin eroihin voidaan vaikuttaa päätöksenteolla ja toiminnalla yhteiskunnan eri lohkoilla. Vastaavasti ATH-tutkimus luo erittäin hyvän pohjan myös RAY:n avustustoiminnan tarvitseman toimintaympäristötiedon keräämiseen. Eriytyinen lisäarvo RAY:n kannalta yhteistyössä saavutettiin, kun keskeisten järjestötoimintaa koskevat kysymykset sisällytettiin tähän laajaan tutkimuskokonaisuuteen. RAY:n näkökulmasta on nähtävissä myös monipuolisten eri tietolähteistä koostuvien alueraporttien kehittäminen avustustoiminnan seurannan kehittämiseksi. THL:n näkökulmasta aineiston monipuolinen hyödyntäminen tulee myös näin taattua. Tuoreita tuloksia on raportoitu nopealla aikataululla kansallisille, kunta- ja aluepäätäjille verkkopalvelussa sekä erilaisissa tilaisuuksissa.

ATH-tutkimuksen tulokset väestön hyvinvoinnista, terveydestä ja toimintakyvystä sekä niihin vaikuttavista tekijöistä raportoidaan välittömästi asiantuntijoiden käyttöön. ATH on merkittävä uusi kansallinen avaus ja suuri apu kunnille ja alueille hyvinvointikertomusten tekemisessä sekä uuden terveydenhuoltolain mukaisen väestöryhmittäisen seurannan toteuttamisessa. Kuntien ja alueiden lisäksi tutkimusaineistoa hyödynnetään lukuisissa tutkimushankkeissa.

Yksi esimerkki tutkimusaineiston hyödyntämisestä on RAY:n ja THL:n koordinoima järjestöjen ATH-tutkimusverkosto ja -ohjelma, jossa on toistaiseksi ollut mukana seitsemän järjestöä. Ensimmäiset järjestön ATH-tutkimusverkoston tulokset julkaistiin keväällä 2014 THL:n "Tutkimuksesta tiiviisti" -sarjassa. RAY on kannustanut järjestöjä hyödyntämään tutkimusaineistoa sekä levittämään ja hyödyntämään tuloksia laajasti järjestökentässä. Tutkittu tieto luo pohjan niin julkisten palveluiden kuin järjestötoiminnankin kehittämiselle ja suuntaamiselle sosiaali- ja terveysalalla. RAY hyödyntää ATH-aineistoa ja tutkimustuloksia kehittäessään avustustoimintaansa sekä kohdentaessaan rahoitusta sosiaali- ja terveysalan järjestöjen yleishyödylliseen toimintaan.

Nyt käsillä olevaan julkaisuun on koottu seitsemän artikkelia, joiden kirjoittamiseen on osallistunut ATH-tutkimusverkoston 28 kirjoittajaa järjestöistä, RAY:stä sekä THL:sta. Nyt julkaistavat tiiviisti kirjoitetut osatyöt koottiin yksiin kansiin, jotta niitä on helpompi jakaa kootusti eri tilaisuuksissa. Julkaisuksi valittiin tällä kertaa THL:n Työpapereita-sarja. Tässä tutkimusohjelmassa on vuonna 2014 julkaistu yhteensä 13 osatyötä sekä lukuisa määrä verkkomateriaalia tulosportaaleihin yhteensä 37 verkostoon osallistuneen henkilön toimesta. Tutkimusohjelmaa on tehty hyvässä yhteistyössä matkalla monia asioita toisiltamme oppien. Kiitos kaikille työhön osallistuneille vuodesta 2014.

Helsingissä 27.11.2014

Risto Kaikkonen, THL
Kehittämispäällikkö
ATH:n vastaava tutkija

Tuomas Koskela, RAY
Kehittämispäällikkö
Avustusosasto

Janne Jalava, RAY
Seurantapäällikkö
Avustusosasto

Osallistuminen sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan maakunnissa ja suurissa kaupungeissa

– Miten RAY:n jakamat avustukset heijastuvat osallistumiseen?

Ydinviestit

- Eteläpohjalaiset aktiivisimpia sosiaali- ja terveysalan järjestötoimintaan osallistujia.
- Kainuussa vain joka kymmenes 20 vuotta täyttänyt osallistuu sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan.
- Turkulaiset suurkaupunkien aktiivisimpia sosiaali- ja terveysalan järjestötoiminnan osallistujia.
- Vaikka Pohjois-Karjalaan ja Pirkanmaalle myönnetään paljon RAY-avustuksia, ovat alueiden asukkaat passiivisia osallistumaan sote-järjestöjen toimintaan.
- Ray-avustusten suurempi määrä ei yleensä lisää maakunnallista osallistumisaktiivisuutta

Kirjoittajat:

Janne Jalava
seurantapäällikkö, RAY
Samuli Koiso-Kanttila
seurantavastaava, RAY
Oona Pentala
tilastotutkija, THL
Jukka Murto
tutkija, THL
Risto Kaikkonen
kehittämispäällikkö, THL

Johdanto

Suomessa on noin 135 000 kpl rekisteröityjä yhdistyksiä, joista liki joka kymmenes on sosiaali- ja terveysalan järjestö (n. 13 000). Raha-automaattiyhdistys (RAY) on merkittävin yksittäinen sosiaali- ja terveysalan järjestötoiminnan rahoittaja Suomessa. Vuonna 2014 RAY:n voittovaroista myönnettiin avustuksia 308 milj. euroa 797 sosiaali- ja terveysalan järjestölle yhteensä 1 676 eri kohteeseen. Vuonna 2015 avustuksia tullaan myöntämään hieman enemmän, 309,3 miljoonaa euroa. Avustusten jaosta päättää vuosittain sosiaali- ja terveysministeriö (STM) RAY:n esityksestä.

Yhtenä RAY:n lakisäateisenä tehtävänä on avustetun toiminnan tuloksellisuuden ja laadun seuranta. Tiedot järjestötoimintaan osallistuneiden ihmisten lukumääristä ja taustoista luovat perustan seurannalle ja Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) tutkimusaineisto täydentää RAY:n omaa tiedonkeruuta. ATH-tutkimusaineiston perusteella on tätä seurantavelvoitetta varten tutkittu mm. suomalaisväestön osallistumista sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan ja osallistumisen säännöllisyyttä.

ATH:n perusteella sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan osallistuu n. 17 % vähintään 20 vuotta täytäneistä suomalaisista. Tämä tarkoittaa väestötasolla hieman yli 720 000 ihmistä. Säännöllisesti osallistuvia on yli 460 000 henkilöä. Naiset osallistuvat toimintaan selkeästi miehiä aktiivisemmin ja säännöllisemmin. Sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toiminta näyttää houkuttelevan erityisesti lapsiperheiden edustajia ja eläkeläisiä. Kaikkein aktiivisimpia osallistujia ovat yli 80-vuotiaat miehet ja 70–79 -vuotiaat naiset. (Jalava ym., 2014.)

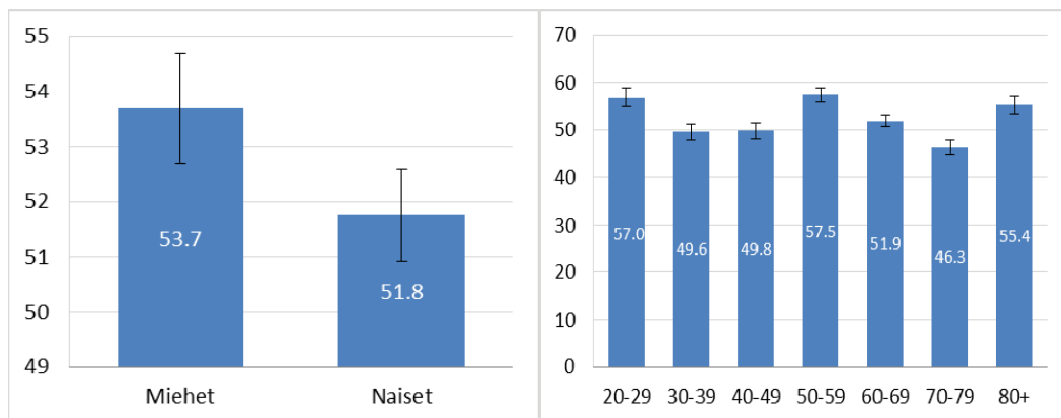
Koulutuksella ja työelämästatuksella on yhteys suomalaisten osallistumiseen sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan. Matalan koulutustason suorittaneista sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan osallistuu noin 15 % väestöstä, kun taas korkeasti koulutetut naiset (23 % osallistuu) osallistuvat selkeästi aktiivisemmin ja myös miehet (17 %) hieman aktiivisemmin. Työelämästatusta tarkasteltaessa aktiivisimpia ryhmiä ovat vanhuuseläkkeellä olevat (28 % osallistuu) ja perhevapaalla (30 %) olevat kotiäidit ja -isät. Sen sijaan työttömistä tai lomautetuista (13 % osallistuu), kokopäivätyötä tekevistä (11 %) tai opiskelijoista (12 %) sosiaali- ja terveysalan järjestötoimintaan on osallistunut vain joka kymmenes. (Jalava ym., 2014.)

Tässä julkaisussa tarkastelemme ensin sitä osaa suomalaisväestöstä, joka ei osallistu mihinkään järjestötoimintaan. Julkaisun painopisteenä on analysoida yleistä järjestöosallistumista ja sen suhdetta kansalaisten aktiivisuuteen osallistua sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan. Erityisesti tarkastelemme

väestön osallistumisaktiivisuutta yleiseen järjestötoimintaan ja sosiaali- ja terveysalan järjestöihin maakuntatasolla ja suurimmissa kaupungeissa. Hahmotamme täten alueita, joissa sekä yleinen järjestötoimintaan osallistuminen että sosiaali- ja terveysalan järjestötoimintaan osallistuminen on kaikkein aktiivisinta tai passiivisinta. Aineistona käytämme THL:n ATH-tutkimuksen vuoden 2013 kahden ensimmäisen otoksen aineistoa (n=28 625). Ikäryhminä tarkastellaan 20 vuotta täyttäneitä suomalaisia. Tutkimuksesta ja sen kysymyksistä tarkempaa tietoa www.thl.fi/ath. Lopuksi pohdimme sosiaali- ja terveysalan järjestöjen osallistumisaktiivisuuden suhdetta RAY:n myöntämiin avustuksiin.

Suomalaisista passiivisimpia järjestöosallistujia juuri 50 vuotta täyttäneet ja vähän opiskelleet

Yli puolet 20 vuotta täyttäneistä suomalaista (lähes 53 %) ei osallistu lainkaan järjestötoimintaan (Kuvio 1.). Tämä tarkoittaa väestötasolla 2 248 633 ihmistä. Kaikkein passiivisimpia osallistujia ovat 50–59 -vuotiaat (57,5 % kyseisestä ikäryhmästä) ja 20–29 -vuotiaat (noin 57 % kyseisestä ikäryhmästä). Koulutustasolla havaittiin olevan selkeä yhteys järjestötoimintaan osallistumiseen. Vähän opiskelleista yli 60 prosenttia ei osallistu lainkaan järjestötoimintaan. Korkean koulutustason omaavista henkilöistä passiivisia on suhteellisesti lähes 20 prosenttiyksikköä vähemmän (41 % enemmän opiskelleista ei osallistu).

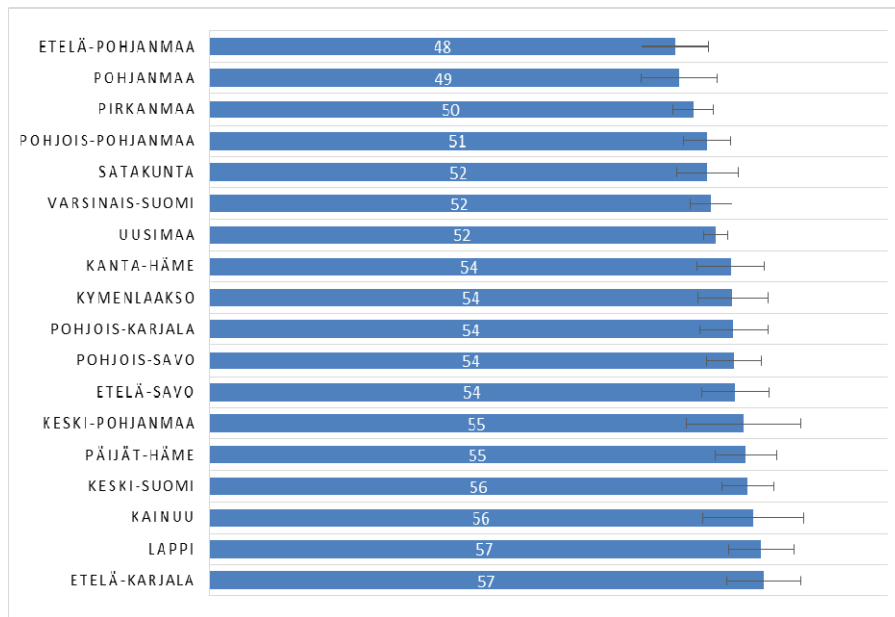


Kuvio 1. Järjestötoimintaan osallistumattomien osuus sukupuolittain ja ikäryhmittäin (%) sekä 95 % luottamusvälit.

Nuorten osallistuminen järjestötoimintaan ylipäätään on harvinaisempaa kuin vanhemmissa ikäryhmissä. Samanlainen suuntaus oli osallistumisessa sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan. Yleinen osallistuminen järjestötoimintaan verrattuna sosiaali- ja terveysalan järjestöihin osallistumiseen on myös yhteydessä koulutuksen määrään. Korkeammin koulutetut osallistuvat enemmän kuin matalasti koulutetut. (Vrt. Jalava ym., 2014.)

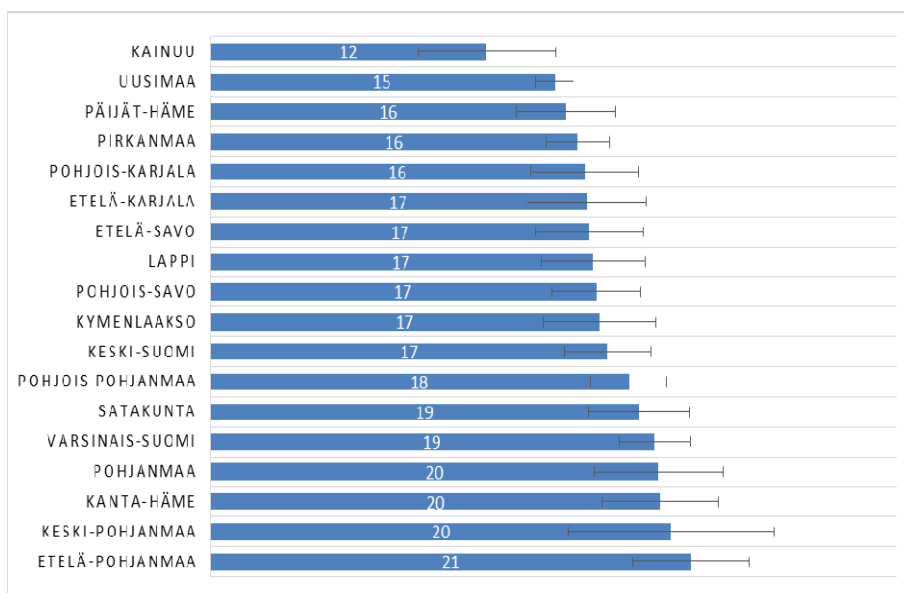
Maakunnista Kainuussa osallistuminen vähäisintä ja Etelä-Pohjanmaalla aktiivisinta

Maakuntatasolla passiivisinta osallistuminen järjestötoimintaan (Kuvio 2.) on Lapissa ja Etelä-Karjalassa (kummassakin maakunnassa 57 % ei osallistu) ja Kainuussa (56 %). Lähes yhtä passiivista osallistuminen on Keski-Pohjanmaalla, Keski-Suomessa ja Päijät-Hämeessä (noin 55 % ei osallistu). Selkeästi eniten järjestötoimintaan osallistutaan Etelä-Pohjanmaalla ja Pohjanmaalla, jossa joka toinen (52 %) 20 vuotta täyttäneestä väestöstä osallistuu järjestötoimintaan.



Kuvio 2. Järjestötoimintaan osallistumattomien osuus maakunnittain (%) ja 95 % luottamusvälit.

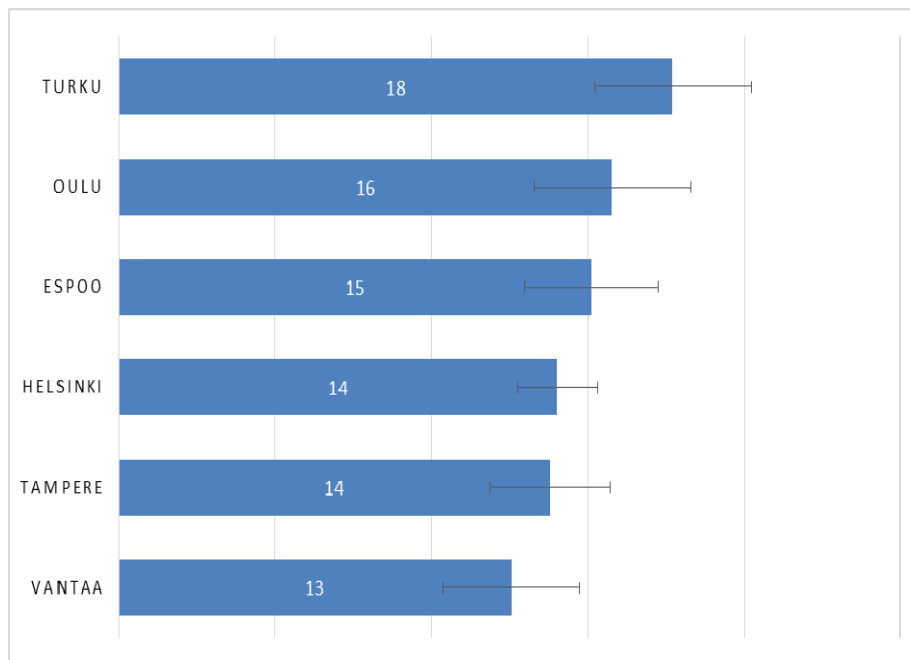
Tarkasteltaessa maakuntien välisiä eroja osallistumisessa sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan (kuvio 3.) näyttää siltä, että Etelä-Pohjanmaa on kaikkein aktiivisin alue (21 % osallistuu). Myös Keski-Pohjanmaalla, Pohjanmaalla, Kanta-Hämeessä ja Varsinais-Suomessa joka viides aikuisväestöstä osallistuu sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan. Passiivisin maakunta on Kainuu, jossa vain noin joka kymmenes aikuinen on osallistunut sosiaali- ja terveysalan järjestöjen tilaisuuksiin tai toimintaan. Kainuu näyttää olevan suhteessa passiivisin maakunta osallistumisen suhteen niin yleisessä järjestötoiminnassa kuin sosiaali- ja terveysjärjestöjen toiminnassa. Kainuun jälkeen Uudellamaalla ja Päijät-Hämeessä osallistuminen sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan on kaikkein passiivisinta (hieman yli 15 % osallistuu). Päijät-Häme on toinen alue Kainuun lisäksi, missä ihmisten aktiivisuus on vähäistä suhteessa muihin alueisiin sekä yleisessä järjestötoiminnassa että sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toiminnassa.



Kuvio 3. Sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan 12 viime kuukauden aikana osallistuneiden osuus maakunnittain (%) ja 95 % luottamusvälit.

Suurista kaupungeista vantaalaiset ja tamperelaiset passiivisia sote-sektorin osallistujia

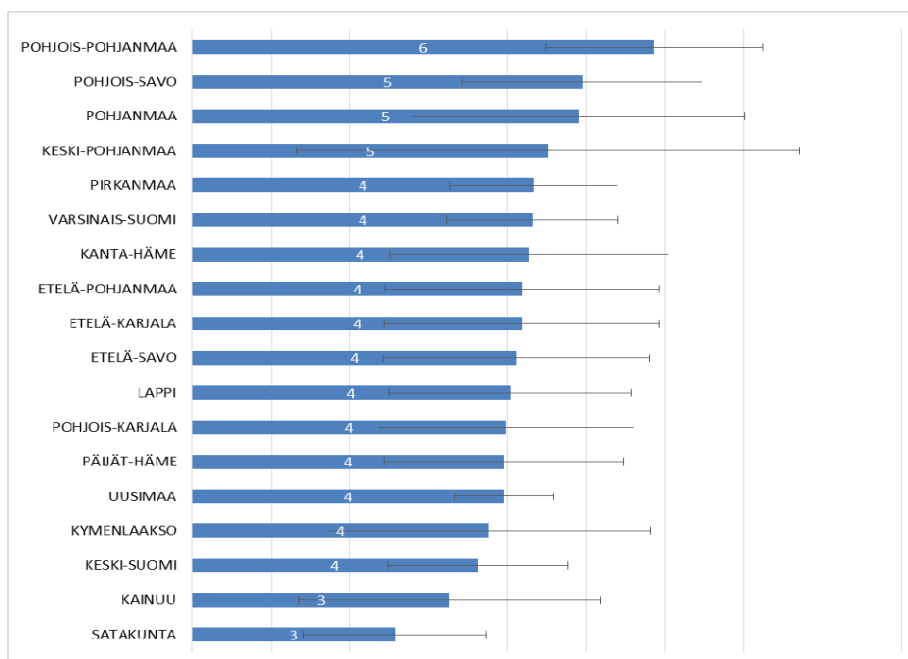
Suurten kaupunkien kohdalla aktiivisinta osallistuminen kaikkeen järjestötoimintaan on Tampereella, jossa yli puolet 20 vuotta täyttäneistä kaupunkilaisista (51,5 %) osallistuu järjestöjen toimintaan. Vertailtaessa muihin suuriin kaupunkeihin tamperelaiset eivät sen sijaan ole kovin aktiivisia osallistujia sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toiminnassa (Kuvio 4.). Tamperelaisista sote-järjestöjen toimintaan osallistuu hieman alle 14 %. Suurten kaupunkien kohdalla tamperelaisia passiivisempia osallistujia ovat vantaalaiset, joista 12,5 % osallistuu sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan. Aktiivisimmin sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan osallistutaan Turussa, jossa tiensä näiden järjestöjen toimintaan on löytänyt lähes 18 % kaupunkilaisista. Turun aktiivinen osallistumisaktiivisuus näkyy varmasti osittain myös koko Varsinais-Suomen luvuissa (ks. Kuvio 3). Turussa taas osallistuminen ylipäättään järjestötoimintaan (noin 45 % kaupunkilaisista osallistuu) on selkeästi passiivisempaa kuin Tampereella, mutta aktiivisempaa kuin Vantaalla (noin 42 % kaupunkilaisista osallistuu). Vantaalla osallistuminen on täten passiivisinta sekä ylipäättään järjestötoiminnan että sosiaali- ja terveysalan järjestötoiminnan sektoreilla.



Kuvio 4. Sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan osallistuvien osuudet kuudessa Suomen suurimmassa kaupungissa (%) ja 95 % luottamusvälit.

Erittäin harva suomalainen osallistuu sote-järjestöjen toimintaan viikoittain, alue-erot pieniä

ATH-tutkimusaineiston perusteella vähintään kerran viikossa sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan osallistuu vain noin 4 % prosenttia 20 vuotta täyttäneistä suomalaisista. Viikoittainen osallistuminen näyttäisi olevan maakunnallisella tasolla kaikkein aktiivisinta Pohjois-Pohjanmaalla (lähes 6 % osallistuu viikoittain) (Kuvio 5.). Alueen suurin kaupunki Oulu saa liikkeelle viikoittain saman osuuden väestöstään. Passiivisimpia viikoittain osallistujia puolestaan ovat satakuntalaiset (vain noin 2,6 % osallistuu) ja kainuulaiset (3,3 %). Täten kainuulaiset myös kaikkein aktiivisimpien osallistujien suhteen ovat luettelon häntäpäässä. Erot ovat viikoittain osallistuvien kohdalla kuitenkin maakunnallisella tasolla niin pieniä, että vertailu olisi tässä suhteessa tilastollisesti merkityksetöntä.



Kuvio 5. Sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan 12 viime kuukauden aikana viikoittain osallistuvien osuudet maakunnittain (%) ja 95 % luottamusvälit.

Suurista kaupungeista Helsingissä on suhteessa vähiten niitä, jotka osallistuvat sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan viikoittain. Turku on suurista kaupungeista kaikkein aktiivisimpien kohdalla toisena, joten ylipäätään aktiivinen osallistuminen sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan näkyy myös kaikkein aktiivisimpien osallistujien suhteellisen määrän korkeampana tasona. Myös kaupunkien vertailu on ATH-aineiston perusteella kuitenkin tilastollisesti vaikeaa johtuen pienistä eroista.

RAY:n myöntämien avustusten ja osallistumisen välinen tarkastelu

Sosiaali- ja terveysalan järjestöjen osallistumisaktiivisuuden suhteen erityisesti koko Pohjanmaan alue, Kanta-Häme ja Varsinais-Suomi nousevat positiivisesti esiin. Tarkasteltaessa aktiivisuutta siihen, kuinka paljon RAY on myöntänyt näille alueille avustusta (taulukko 1.), voidaan sanoa, että Pohjanmaan alue (lukuun ottamatta Pohjois-Pohjanmaata) ja Kanta-Häme ovat tässäkin tarkastelussa varsin korkealla. Etelä-Pohjanmaa sai vuonna 2014 avustusta 2 959 583 euroa eli 19,89 euroa 20 vuotta tai sitä vanhempaa asukasta kohden ja Pohjanmaa 15,98 euroa. Kanta-Häme puolestaan sai avustusta 2 401 650 euroa eli 17,62 euroa 20 vuotta tai tätä vanhempaa asukasta kohden.

Tässä vertailussa emme pysty analysoimaan sitä, kuinka moni alle 20-vuotias on osallistunut sote-järjestötoimintaan, koska ATH-aineisto kattaa 20 vuotta täyttäneet suomalaiset. Emme myöskään pysty analysoimaan sitä, kuinka moni on osallistunut juuri RAY-rahoitteiseen toimintaan. Tämä siksi, että ATH-aineistossa otetaan huomioon kaikkien sote-järjestötoimintaan osallistuminen. Maakunnissa on myös paljon järjestöjä, jotka eivät saa RAY-avustuksia. Näiden syiden takia maakunnan saama avustumäärä suhteessa osallistumisaktiivisuuteen on vain suuntaan antava.

Avustustason suhteen voidaan siis todeta, että Etelä-Pohjanmaalla, Pohjanmaalla ja Kanta-Hämeessä sosiaali- ja terveysalan järjestöt ovat tavoittaneet kansalaiset varsin hyvin. Tästä herää monia jatkokysymyksiä. Miksi ihmiset löytävät tiensä sosiaali- ja terveysjärjestöihin näillä alueilla muita alueita useammin? Ovatko järjestöt osanneet markkinoida hyvin toimintaansa? Onko alueiden järjestöillä suhteessa muita alueita enemmän niin sanottuja massatilaisuuksia? Onko osallistumisen kulttuureissa eroja eri alueiden välillä? Miten eri alueilla välimatkat vaikuttavat osallistumiseen (esim. kaupunki vs. maaseutu)?

Heikointa osallistuminen sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan on Kainuussa, Uudellamaalla ja Päijät-Hämeessä. Vuonna 2014 RAY myönsi avustuksia Kainuuseen 1 455 917 euroa eli 22,85 euroa vähintään 20 vuotta täyttäneitä asukasta kohden. Asukasta kohden myönnetty avustusmäärä on hieman alle keskitason, eli alhaisempaa osallistumisaktiiviteettia ei voi selittää ainakaan pelkkää avustusmäärää tarkastelemalla. siitä, että välimatkat ovat suhteellisen pitkiä, joten toimintaa ei saada levitettyä maakunnan eri kuntiin? Lisäksi toiminnot voivat olla enemmän yksilöille, kuin ryhmille tai massoille suunnattuja. Alueellisia erityispiirteitä tässä analyysissä ei ole myöskään otettu huomioon.

Taulukko 1. RAY:n myöntämät avustukset maakunnittain / kansalainen (a), sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan osallistuminen maakunnittain % (b).

MAAKUNTA	RAY 2014* MYÖNTÄMÄT €/ KANSALAINEN**	% KANSALAISISTA OSALLISTUU SOTE JÄRJESTÖTOIMINTAAN
UUSIMAA	50,35	15,09
POHJOIS-KARJALA	41,28	16,40
KESKI-SUOMI	39,17	17,40
PIRKANMAA	36,92	16,09
LAPPI	36,64	16,74
ETELÄ-SAVO	35,53	16,62
POHJOIS-SAVO	29,58	16,90
POHJOIS-POHJANMAA	26,05	18,33
VARSINAIS-SUOMI	24,54	19,45
KYMENLAAKSO	23,29	17,05
KAINUU	22,85	12,10
PÄIJÄT-HÄME	22,08	15,58
KESKI-POHJANMAA	20,52	20,17
ETELÄ-POHJANMAA	19,89	21,05
KANTA-HÄME	17,62	19,71
ETELÄ-KARJALA	16,87	16,48
POHJANMAA	15,98	19,63
SATAKUNTA	12,78	18,76

* Eurot RAY:n jakopäätöksestä vuodelta 2014

** Maakuntien väestö tilastokeskuksen tilastosta vuodelta 2013

Vastaavasti Päijät-Hämeeseen avustuksia myönnettiin 3 532 125 euroa eli 22,08 euroa 20 vuotta täyttäneitä asukasta kohden. Tämä on siis lähes neljä euroa enemmän kuin naapurimaakuntaan Kanta-Hämeeseen, jossa osallistumisaktiivisuus oli yli neljä prosenttia korkeampi. Mikä selittää näinkin suuren eron osallistumisaktiivisuuden suhteen naapurimaakuntien välillä?

Uudenmaan avustussummat ovat suuria, mutta niiden suhdetta osallistumisaktiivisuuteen on hankala määrittää, koska Uudellamaalla sijaitsevat suuret keskusjärjestöt, joiden toiminta on valtakunnallista. Näiden valtakunnallisten keskusjärjestöjen kautta kulkeutuu avustuksia jäsenjärjestöille ympäri Suomen. Kaikki avustukset eivät siis suinkaan jää Uudellemaalle. Lisäksi keskusjärjestöt vetävät laajoja hankkeita, jotka saattavat toimia usealla paikkakunnalla.

Selkeästi eniten - Uuttamaata lukuun ottamatta - asukasta kohden avustuksia myönnettiin Pohjois-Karjalaan 41,28 euroa (koko maakuntaan 5 431 492 euroa). Osallistumisaktiivisuudessa pohjoiskarjalaiset eivät ole kärkipäässä, vaan listan neljänneksi passiivisimpia, jos ei oteta Uuttamaata huomioon (16,4 % osallistuu sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan). Alustavan tarkastelun mukaan suurin osa Pohjois-Karjalan avustuksista keskittyy Joensuuhun. Lisäksi maakuntaan on myönnetty pari investointiavustusta rakentamiseen. Investointiavustukset eivät luonnollisestikaan nosta osallistumisastetta kovin paljon. Pohjois-Karjalan kautta avustuksia ei kuitenkaan kulkeudu muualle maahan merkittävästi. Täten herää pari selkeää jatkoanalyysin aihetta: Miksi Pohjois-Karjalassa osallistuminen on suhteellisen passiivista myönnettyyn avustussummaan nähden? Onko toiminta keskittynyt konkreettisesti Joensuun alueelle? Onko toiminta suunnattu osallistumisen suhteen aktiivisempiin maakuntiin verrattuna enemmän rakenteelliseen vaikuttamistyöhön kuin vapaaehtois- ja auttamistyöhön tai massatilaisuuksiin? Miten alueelliset erityispiirteet kuten etäisyydet toimintaan vaikuttavat maakunnassa?

Myös Pirkanmaalla on osallistuminen sote-järjestötoimintaan suhteellisen passiivista (vain noin 16 % 20 vuotta täyttäneistä kansalaisista osallistuu). Sen sijaan Pirkanmaalle menee paljon avustuksia. Se on neljäntenä tilastossa, 36,92 euroa 20 vuotta täyttäneitä asukasta kohden. Pirkanmaan passiivinen osallistumistrendi näkyy myös Tampereen tilastoissa. Miksi järjestötoiminta on Pirkanmaalla ja Tampereella suosittua mutta sote-järjestötoiminta ei syystä tai toisesta vedä niin hyvin puoleensa?

Satakunnan tilanne sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan osallistumisen suhteen on mielenkiintoinen. Satakuntalaisista näiden järjestöjen toimintaan osallistuu noin 19 % 20 vuotta täyttäneistä, eli se on kuudenneksi aktiivisin maakunta osallistumisen suhteen. Sen sijaan viikoittaisten osallistumiskertojen suhteen satakuntalaiset ovat listan aktiivisuuslistauksen viimeisenä. Vuonna 2014 RAY:n avustuksia Satakuntaan myönnettiin 2 269 783 euroa, mikä on vain 12,78 euroa asukasta kohden. Mainittakoon myös, että Satakunta haki kaikkein vähiten avustuksia. Satakunnassa tiensä sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan suhteessa myönnettyyn avustussummaan on löytänyt moni asukas. Kääntöpuolena toki on erittäin aktiivisten osallistujien puute. Ehkä RAY-avusteinen toiminta onkin tällä alueella suunnattu enemmän koko kansalle tai suuria ihmismääriä vetäviin toimintoihin kuin säännöllistä tukea tarvitseville erityisryhmille?

Vaikka kaikissa suurissa kaupungeissa on vielä parannettavaa sote-järjestöjen osallistumisaktiivisuuden kohentamisessa, näyttää ATH-tulosten valossa selkeästi siltä, että eniten tehtävää on Vantaalla ja Tampereella. Kummatkin kaupungit saavat paljon tukea, joten rahoittajan ja järjestöjen aktiivista vuoropuhelua on jatkettava. Turussa sen sijaan on osattu tehdä aktivoitumisen suhteen asioita selkeästi paremmin. Onko sieltä järjestöillä jotain opittavissa? Oulussa on pitkään tuettu RAY-avustuksilla vahvasti järjestöjen verkostoitumista toistensa sekä alueellisten ja paikallisten virkamiesten kanssa. Tämä osaltaan on ehkä vaikuttanut myös oululaisten suhteellisen aktiiviseen osallistumiseen sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan.

Raha-automaattiyhdistys (RAY) Raha-automaattiyhdistys (RAY) on merkittävin yksittäinen sosiaali- ja terveysalan järjestötoiminnan rahoittaja Suomessa. 2014 RAY:n voittovaroista myönnettiin avustuksia 308 milj. euroa 797 sosiaali- ja terveysalan järjestölle yhteensä 1 676 eri kohteeseen.

RAY:ltä avustuksia voivat hakea yleishyödylliset yhteisöt, järjestöt ja säätiöt terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen.

Yhtenä RAY:n lakisääteisenä tehtävänä on avustetun toiminnan tuloksellisuuden ja laadun seuranta.

Tiedot järjestötoimintaan osallistuneiden ihmisten lukumääristä ja taustoista luovat perustan seurannalle, ja ATH-tutkimusaineisto täydentää RAY:n omaa tiedonkeruuta.

Näin tutkimus tehtiin

Tässä artikkelissa lähteenä käytetty Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen aineisto kerättiin kyselymuotoisena alkuvuonna 2013 Manner-Suomen alueelta. Yhteensä otokseen kuului 57 000 20 vuotta täyttäneitä suomalaista, joista kyselyyn vastasi 53 %. Sosiaali- ja terveysalan järjestötoimintaan osallistumista kartoitettiin kysymyksellä ”Osallistuteko jonkin kerhon, järjestön, yhdistyksen, harrastusryhmän tai hengellisen tai henkisen yhteisön toimintaan?” ja ”Kuinka usein olette osallistunut seuraavien järjestöjen, yhdistysten, seurojen yms. toimintaan 12 viime kuukauden aikana?”. Sosiaali- ja terveysjärjestöistä vaihtoehtoina esitettiin ”työttömien järjestö”, ”ikääntyneiden järjestö”, ”lapsi-, nuoriso, tai perhetyön järjestö”, ”kansanterveys- tai potilasjärjestö”, ”mielenterveys- tai päihdetyön järjestö”, ”vammaisjärjestö” ja ”omaisjärjestö”. Sote-järjestötoimintaan osallistumisella tarkoitetaan johonkin näistä mainituista järjestötoimintaan osallistumista. Esitetyt osuudet ovat painotettuja osuuksia, joissa vastauskato ja erilaiset poimintatodennäköisyydet ovat huomioituna ja osuuksille on laskettu 95 % luottamusväliä.

Pohdintaa

Yli puolet suomalaisista ei osallistu lainkaan järjestötoimintaan. Sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan oli 12 viime kuukauden aikana osallistunut noin 17 % vähintään 20 vuotiaista suomalaisista. Maakuntatasolla sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan aktiivisimpia osallistujia ovat etelä- ja keskipohjalaiset sekä Kanta-Hämeessä ja Pohjanmaalla asuvat kansalaiset. Passiivisimmat osallistujat löytyvät Kainuusta, Uudeltamaalta ja Päijät-Hämeestä. Tarkemman jatkoanalyysin kohteena tulisi maakuntatasolla olla Kainuu. Siellä osallistutaan selkeästi kaikkein passiivisimmin (noin 12 % osallistuu) ja verrattuna aktiivisimpaan maakuntaan eli Etelä-Karjalaan (noin 21 % osallistuu) osallistumisen ero on peräti yhdeksän prosenttiyksikköä. Osallistumispassiivisuuden syistä osaan saada vastauksia ATH-aineiston perusteella.

Suurten kaupunkien osalta aktiivisimmat sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan osallistuvat asukkaat löytyvät Turusta, passiivisimpia ovat vantaalaiset ja tamperelaiset. Sotejärjestöjen toimintaan osallistumisen suhteen kaupunkien erot eivät ole niin suuria kuin maakuntien väliset erot.

Tampereella sen sijaan yli puolet asukkaista kyllä osallistuu yleisellä tasolla järjestötoimintaan, joten suhteessa sote-sektorin järjestöjen toiminta ei syystä tai toisesta siellä houkuttele samalla tavoin kuin muut järjestöt. Toki sama trendi on havaittavissa myös muissa suurissa kaupungeissa.

RAY:n myöntämät avustukset maakuntatasolla eivät itsessään näytä lisäävän suhteellista osallistumista sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan. Pelkkä avustustason lisääminen ei tämän analyysin valossa itsessään riitä nostamaan maakunnallista osallistumisen tasoa. On muistettava, että jokaisessa maakunnassa on valtava määrä niitä sote-sektorin järjestöjä, jotka eivät saa mitään RAY-avustusta. On olemassa myös niitä järjestöjä, jotka eivät saa myöskään rahaa rakennerahastoista tai kunnilta.

Tulevien tutkimusten kohteena tulee kuitenkin olla se, millaiset toimintamuodot vetävät kansalaisia puoleensa sote-järjestösektorilla? Alueellisia erityispiirteitä sekä osallistumisen syitä ja osallistumattomuuden syitä olisi tärkeää tarkastella jatkoanalyseissä. Miten paljon alle 20-vuotiaat osallistuvat sote-järjestöjen toimintaan? Ovatko sotejärjestötoiminnan vakiintuneet toimintatavat enää riittävän houkuttelevia? Lisäksi on syytä selvittää, kuinka matalalla osallistumisen kynnys pystytään pitämään. Miten järjestöt markkinoivat toimintaansa ja mistä kansalaiset saavat järjestöjen toiminnasta tietoa? Rahoittajan näkökulmasta suotavaa olisi, että mahdollisimman moni kansalainen löytäisi tiensä sote-järjestöjen toimintaan ja toimintaan olisi suunnattu mahdollisimman monelle tuen, tiedon tai avun tarvitsijalle.

Tämän julkaisun viite: Jalava J, Koiso-Kanttila S, Pentala O, Murto J, Kaikkonen R. Osallistuminen sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan maakunnissa ja suurissa kaupungeissa – Miten RAY:n jakamat avustukset heijastuvat osallistumiseen? Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpapereita 37/2014, s.7–14

KIRJALLISUUTTA

Jalava ym. 2014. Osallistuminen sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan Suomessa 2013 - ATH-tutkimuksen tuloksia. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksesta tiiviisti 6.

Raha-automaattiyhdistys, avustukset vuonna 2014. <http://avustukset.ray.fi/fi-fi/yleiskatsaus/2014/avustukset-maakunnittain>

Mikä saa suomalaiset osallistumaan

Motiivit ja tietolähteet sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan osallistumisen taustalla –ATH-tutkimuksen tuloksia

Ydinviestit

- ATH-tutkimusaineiston perusteella suomalaisen aikuisväestön tärkein syy osallistua sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan on mielekäs ja kehittävä tekeminen.
- Naisilla osallistumisen motiiveissa korostuu miehiä enemmän toiminnan sosiaalinen merkitys.
- Tieto sosiaali- ja terveysjärjestöjen toiminnasta saadaan useimmiten sukulaisilta ja ystävilta tai lehtien ja perinteisen median kautta.
- Internetin merkitys tietolähteenä korostuu alle 30-vuotiaiden ikäryhmässä sekä Uudellamaalla.

Kirjoittajat:

Tuomas Koskela
kehittämispäällikkö, Raha-
automaattiyhdistys, RAY
Sini Toikka
erityisasiantuntija, Raha-
automaattiyhdistys, RAY
Oona Pentala
tilastotutkija, Terveyden ja
hyvinvoinnin laitos, THL
Risto Kaikkonen
kehittämispäällikkö, Tervey-
den ja hyvinvoinnin laitos,
THL

Johdanto

Suomessa toimii noin 13 000 rekisteröityä sosiaali- ja terveysalan järjestöä. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen tehtävänä on luoda hyvinvoinnin ja terveyden edellytyksiä, ne kokoavat ihmisiä tarjoamalla osallistumisen ja vaikuttamisen kanavia sekä tarjoavat erilaista arjen apua ja tukea. Järjestöt tarjoavat monille ihmisille heiltä puuttuvan lähiyhteisön. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen toiminnalla on keskeinen rooli ongelmien syntymisen ehkäisyssä, niissä pidetään yllä ihmisten toimintakykyä ja vähennetään yksinäisyyden tunnetta.

Sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan osallistuu Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perusteella säännöllisesti noin joka kymmenes 20 vuotta täyttäneistä suomalaisista eli väestötasolla hieman yli 720 000 ihmistä, mutta osallistumisaktiivisuus vaihtelee runsaasti eri väestöryhmien välillä. Naiset osallistuvat toimintaan miehiä aktiivisemmin, ja osallistumisaktiivisuus kasvaa merkittävästi 60 vuotta täyttäneiden keskuudessa verrattuna nuorimpiin ikäluokkiin. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen toiminta näyttää houkuttelevan erityisesti lapsiperheiden edustajia ja eläkeläisiä, kun taas heikoimmin se tavoittaa nuoria miehiä. Koulutustasolla näyttää olevan selkeä yhteys osallistumiseen. Matalan koulutuksen saaneista sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan osallistuu 15 % väestöstä, kun taas korkeammin koulutetut naiset (23 % osallistuu) ovat aktiivisimpia osallistujia.

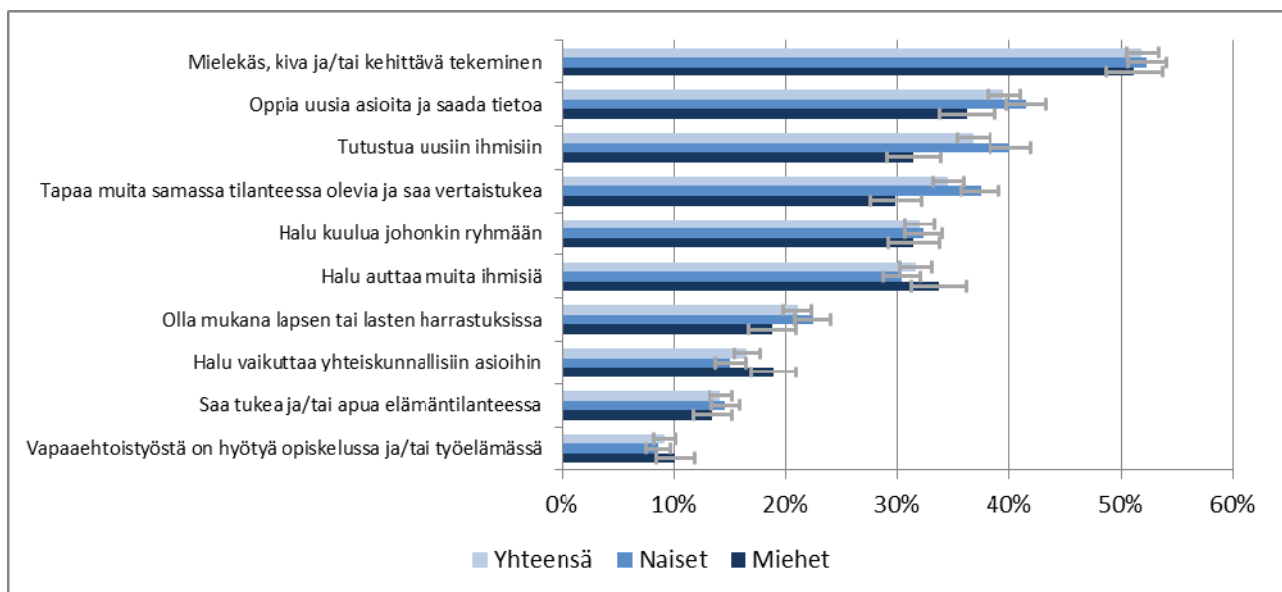
Toimintaympäristössä tapahtuvat muutokset haastavat sosiaali- ja terveysjärjestöt kehittämään toimintojaan sekä tarjoamaan ihmisille mielekkäitä ja uusia osallistumisen muotoja. Uusia toimintamuotoja kehitettäessä on olennaista selvittää, minkä vuoksi ihmiset haluavat olla mukana sosiaali- ja terveysjärjestöjen toiminnassa. Myös toiminnasta tiedottamisen tavat ovat huomionarvioita: tavoittaako tieto juuri sen kohderyhmän, jolle toiminta on suunniteltu.

Tässä julkaisussa tarkastelemme suomalaisen aikuisväestön syitä ja motiiveja osallistua sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan sekä eri tiedonsaantikanavien merkitystä osallistumisen taustalla. Aineistona käytämme THL:n Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) vuoden 2013 kansallista otosta (n=20 033.)

Mielekäs tekeminen tärkein syy osallistua

ATH-tutkimuksen aineiston perusteella tärkeimpiä syitä olla mukana sosiaali- ja terveysjärjestöjen toiminnassa ovat mielekäs tekeminen, mahdollisuus oppia uutta, mahdollisuus tutustua uusiin ihmisiin, vertaistuen saaminen, kokemus ryhmään kuulumisesta sekä halu auttaa muita. Naisilla korostuvat osallistumisen syinä miehiä useammin muiden samassa tilanteessa olevien tapaaminen ja vertaistuen saaminen, uusiin ihmisiin tutustuminen sekä uusien asioiden oppiminen ja tiedonsaanti. Miehillä vastaavasti halu vaikuttaa yhteiskunnallisiin asioihin korostuu hieman voimakkaammin kuin naisilla.

Osallistumisen syissä ja motiiveissa löytyy eroja myös ikäryhmien välillä. Alle 50-vuotiaista noin joka viides ilmoittaa sosiaali- ja järjestötoimintaan osallistumisensa syyksi kuulumisen johonkin ryhmään, kun taas 50 ikävuoden jälkeen tämä on osallistumisen syynä vähintään joka kolmannelle vastaajalle. Nuorimmassa ikäryhmässä (20–29 -vuotiaat) tärkeimmäksi syyksi osallistua sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan nousee selkeästi mielekäs, kiva ja kehittävä tekeminen (71 %), kun kaikista vastaajista keskimäärin joka toinen mainitsee tämän osallistumisen syyksi. Halu auttaa muita ihmisiä näyttää vähenevän iän myötä. Lähes puolet 50–59 -vuotiaista, noin joka neljäs 70–79 -vuotiaista ja joka kymmenes 80 vuotta täyttäneistä on mukana sosiaali- ja terveysjärjestöjen toiminnassa auttaakseen muita. Ikääntymisen myötä tapahtuu luontaista siirtymistä avunantajasta avunsaajaksi.

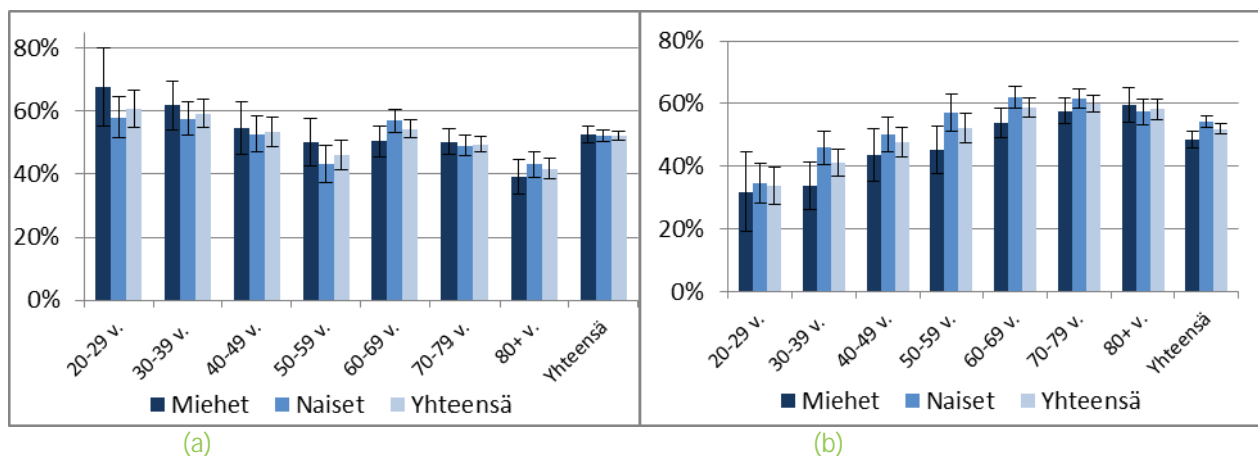


Kuvio 1. Sosiaali- ja terveysalan järjestötoimintaan osallistuneiden keskeisimmät osallistumisen syyt miehillä ja naisilla (%).

Sosiaaliset kontaktit ja lehdet tärkeimpiä tietolähteitä

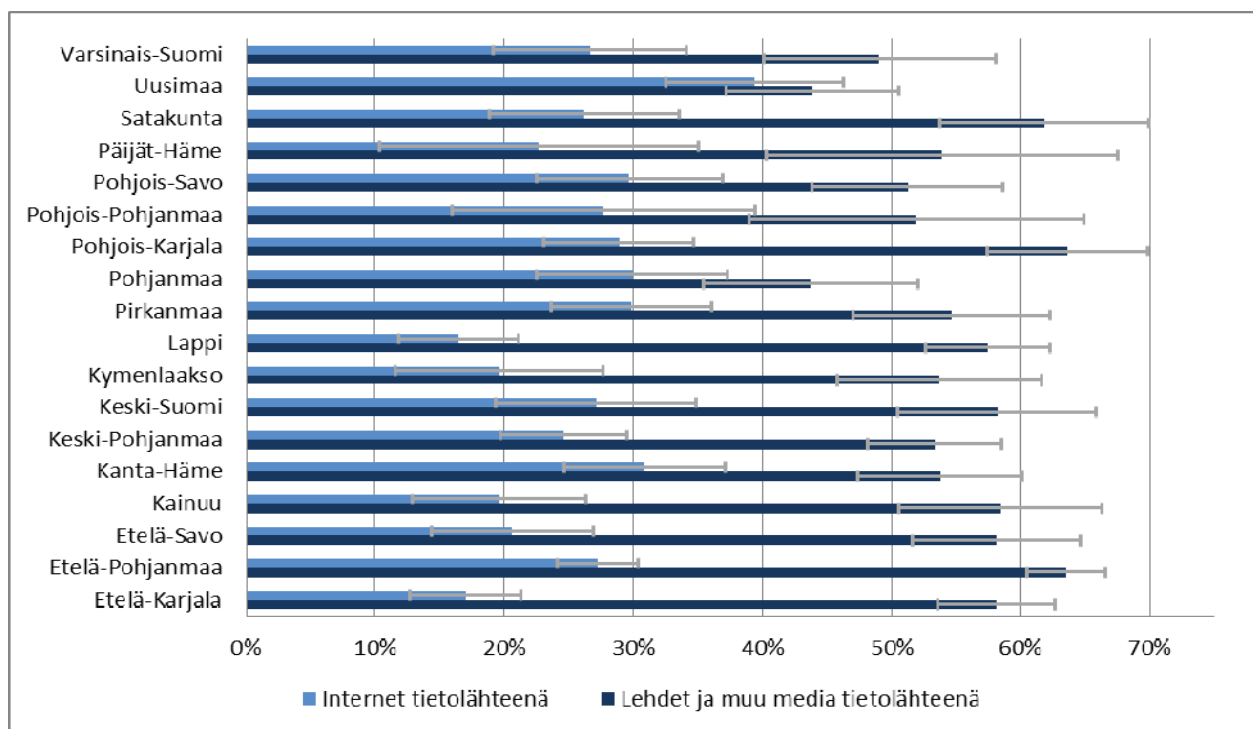
Mistä suomalaiset sitten saavat tietoa sosiaali- ja terveysalan järjestötoiminnasta? Tulosten perusteella 1) sukulaiset, ystävät ja tutut sekä 2) lehdet ja muu media ovat keskeisimmät järjestötoimintaa koskevat tietolähteet sosiaali- ja terveysalan järjestötoimintaan osallistuneiden keskuudessa. Tulokset kuitenkin vaihtelevat iän ja sukupuolen mukaan. Internetin tai julkisten palveluiden osuus järjestötoimintaa koskevana tietolähteenä on kokonaisuutena selvästi alhaisempi. Yli puolet sosiaali- ja terveysalan järjestötoimintaan vuoden 2013 aikana osallistuneista ilmoitti alun perin saaneensa toiminnasta tietoa joko sukulaisiltaan/ystäviltään/tuttaviltaan tai lehdistä/muusta mediasta. Sukulaisten, ystävien ja tuttujen merkitys

tietolähteenä on tulosten perusteella kaikkein suurin alle 30-vuotiaille miehille. Naisilla sukulaiset, ystävät ja tutut korostuvat tässä yhteydessä alle 40-vuotiaiden lisäksi erityisesti 60–69-vuotiailla. Suomen kuudesta suurimmasta kaupungista Oulussa (38 %) sukulaisten, ystävien ja tuttujen merkitys järjestötoimintaa koskevana tietolähteenä on selvästi muita kaupunkeja (49–56 %) vähäisempi. Lehdet ja muu media korostuvat tietolähteinä yli 60-vuotiaiden keskuudessa, merkittävimpinä tietolähteinä ne näyttäytyvät 60–69-vuotialle naisille.



Kuvio 2. Sosiaali- ja terveysalan järjestötoimintaan osallistuneiden osuudet, joilla tietolähteinä toiminnasta sukulaiset, ystävät tai tutut (a) sukupuolittain ja ikäryhmittäin (%) ja vastaavat osuudet (%), joilla tietolähteinä toiminnasta lehdet ja muu media (b).

Suurimmista kaupungeista vain Tampereella (52 %) ja Oulussa (48 %) lehtien ja muun median osuus järjestötoimintaa koskevana tietolähteinä ylsi koko maan tasolle tai lähelle sitä. Espoossa, Helsingissä, Turussa ja Vantaalla vastaavat luvut vaihtelivat välillä 39–43 %. Maakunnittain tarkasteltuna lehtien ja muun median osuus järjestötoimintaa koskevana tietolähteinä korostui Etelä-Pohjanmaalla, Pohjois-Karjalassa sekä Satakunnassa suhteessa verrattuna muihin maakuntiin. Uudellamaalla ja Pohjanmaalla lehtien ja muun median osuus oli selvästi muita maakuntia alhaisempi. Sen sijaan internetin osuus sote-järjestöjen toimintaan osallistuneiden tietolähteenä korostuu erityisesti Uudellamaalla.



Kuvio 3. Sosiaali- ja terveysalan järjestötoimintaan osallistuneiden osuudet (%) maakunnittain, joilla tietolähteinä Internet sekä lehdet ja muu media.

Alle kolmannes (29,6 %) sosiaali- ja terveysalan järjestötoimintaan vuoden 2013 aikana osallistuneista ilmoitti alun perin saaneensa toiminnasta tietoa internetin kautta. Alle 30-vuotiaille internet näyttäytyy merkittävämpänä tietolähteenä (63,9 %) ja vastaavasti sen merkitys näyttää vähenevän, mitä vanhempien ikäluokkien edustajista on kyse. Naisille (31,2 %) internetin merkitys järjestötoimintaa koskevana tietolähteenä on vanhimpia ikäluokkia lukuun ottamatta suurempi kuin miehille (26,9 %). Isoimmissa kaupungeissa, erityisesti Espoossa (49,7 %) ja Helsingissä (45,1 %), internetin merkitys järjestötoiminnan tietolähteenä on muuta maata oleellisesti suurempi.

Reilu kymmenes (12 %) sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan osallistuneista ilmoitti julkiset palvelut (terveydenhuolto, sosiaalitoimi, TE-toimisto) järjestötoimintaa koskevaksi tietolähteekseen. Etelä-Savo (17,7 %) ja Kymenlaakso (17,4 %) erottuvat tässä kohden muista maakunnista, samoin Oulu (20,2 %) muista suurimmista kaupungeista (11–17 %).

Johtopäätöksiä

Tulosten perusteella suomalaisen aikuisväestön syyt ja motiivit osallistua sosiaali- ja terveysalan järjestöjen toimintaan vaihtelevat sukupuolen ja iän mukaan. Naisilla korostuu toiminnan sosiaalinen merkitys, kun taas miehillä halu vaikuttaa yhteiskunnallisiin asioihin on hie-man naisia yleisempää. Vanhemmissa ikäryhmissä korostuu nuorempia ikäryhmiä enemmän ryhmään kuulumisen tunne, kun taas nuorimmissa ikäryhmissä mielekäs, kiva ja kehittävä tekeminen on yleisin syy olla mukana sosiaali- ja terveysjärjestöjen toiminnassa.

Sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaa koskevana tiedonsaantikanavana sukulaiset, ystävät ja tutut sekä lehdet ja muu media ovat internetiä ja julkisia palveluja yleisempiä. Alle 30-vuotiaille miehillä sukulaisten, ystävien ja tuttujen merkitys tiedonsaantikanavana suurin, kun taas lehdistä ja muusta mediasta tiedon saavat yli 60-vuotiaat. Internetin merkitys tietolähteenä on tärkeämpi naisille kuin miehille. Uudellamaalla tieto järjestötoiminnasta on saatu useammin internetin kautta kuin muualla Suomessa. Vain keskimäärin noin joka kymmenes vastaaja on saanut tiedon sosiaali- ja terveysjärjestöjen toiminnasta julkisten palveluiden kautta. Etelä-Savossa ja Kymenlaaksossa noin joka kuudes ja Oulun kaupungissa noin joka viides vastaajista on saanut tiedon terveydenhuollon, sosiaalitoimen tai TE-toimiston kautta.

ATH-tutkimusaineisto tarjoaa monipuolista tietoa sosiaali- ja terveysjärjestöjen toiminnan kehittämisen tueksi. Mikäli tavoitteena on esimerkiksi saada sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan mukaan lisää nuoria aikuisia, korostuvat toiminnan sisältöjen ja keinojen suunnittelussa mielekkäät ja kehittävät tekemisen tavat. Jos toiminnan piiriin toivotaan erityisesti enemmän nuoria miehiä, on sosiaalisten verkostojen merkitys toiminnasta tiedottamisessa lehti-ilmoittelua olennaisempaa. Mahdollisuus oppia uusia asioita ja tutustua uusiin ihmisiin näyttävät motivoivan osallistumaan järjestötoimintaan useammin kuin halu vaikuttaa yhteiskunnallisiin asioihin tai tuen saaminen omaan elämäntilanteeseen, joita ehkä perinteisesti on totuttu pitämään merkittävänä syinä olla mukana järjestötoiminnassa. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen sekä julkisen sektorin yhteistyötä muun muassa järjestötoiminnasta tiedottamisessa on tarkoituksenmukaista lisätä. Esimerkiksi Oulun kaupungissa tässä on tulosten perusteella onnistuttu keskimääräistä paremmin.

Raha-automaattiyhdistys (RAY)
Raha-automaattiyhdistys (RAY) on merkittävin yksittäinen sosiaali- ja terveysalan järjestötoiminnan rahoittaja Suomessa. 2014 RAY:n voittovaroista myönnettiin avustuksia 308 milj. euroa 797 sosiaali- ja terveysalan järjestölle yhteensä 1 676 eri kohteeseen.

RAY:Itä avustuksia voivat hakea yleishyödylliset yhteisöt, järjestöt ja säätiöt terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen.

Yhtenä RAY:n lakisäateisenä tehtävänä on avustetun toiminnan tuloksellisuuden ja laadun seuranta.

Tiedot järjestötoimintaan osallistuneiden ihmisten lukumäärästä ja taustoista luovat perustan seurannalle, ja ATH-tutkimusaineisto täydentää RAY:n omaa tiedonkeruuta.

Näin tutkimus tehtiin

Tässä artikkelissa lähteenä käytetty Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen aineisto kerättiin kyselymuotoisena alkuvuonna 2013 Manner-Suomen alueelta. Yhteensä otoksiin kuului 57 000 20 vuotta täyttäneitä suomalaista, joista kyselyyn vastasi 53 %. Sosiaali- ja terveysalan järjestötoimintaan osallistumista kartoitettiin kysymyksellä ”Osallistuttko jonkin kerhon, järjestön, yhdistyksen, harrastusryhmän tai hengellisen tai henkisen yhteisön toimintaan?” ja ”Kuinka usein olette osallistunut seuraavien järjestöjen, yhdistysten, seurojen yms. toimintaan 12 viime kuukauden aikana?”. Sosiaali- ja terveysjärjestöistä vaihtoehtoina esitettiin ”työttömien järjestö”, ”ikääntyneiden järjestö”, ”lapsi-, nuoriso, tai perhetyön järjestö”, ”kansanterveys- tai potilasjärjestö”, ”mielenterveys- tai päihdetyön järjestö”, ”vammaisjärjestö” ja ”omaisjärjestö”. Sote-järjestötoimintaan osallistumisella tarkoitetaan johonkin näistä mainituista järjestötoimintaan osallistumista. Esitetyt osuudet ovat painotettuja osuuksia, joissa vastauskato ja erilaiset poimintatodennäköisyydet ovat huomioituna ja osuuksille on laskettu 95 % luottamusväliä.

Pelkkä toiminnasta tiedottaminen ei kuitenkaan riitä silloin, kun halutaan vaikuttaa ihmisten käyttäytymiseen. Kohderyhmän tarpeet on tunnettava hyvin. Mikäli kohderyhmään kuuluvien ihmisten osallistumista järjestötoimintaan halutaan lisätä, on ensin hankittava syvälinen ymmärrys siitä, mitkä asiat kilpailevat ihmisten ajasta ja huomiosta ja mitkä ovat syitä osallistumattomuuden taustalla. Vastaavatko tarjolla olevat toimintamahdollisuudet kohderyhmän tarpeita, vai vaativatko toiminnan sisällöt ja osallistumismuodot päivittämistä?

Tässä tutkimuksessa tarkastelemme sosiaali- ja terveysjärjestöjen toiminnassa mukana olevien ihmisten osallistumisen syitä sekä eri tiedonsaantikanavien merkitystä. Yhtä olennaista on kuitenkin selvittää, minkä vuoksi ihmiset eivät osallistu sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan. ATH-tutkimusaineiston avulla on mahdollista tarkastella myös osallistumattomuuden syitä.

Tämän julkaisun viite: Koskela T, Toikka S, Pentala O, Kaikkonen R. Mikä saa suomalaiset osallistumaan – Motiivit ja tietolähteet sosiaali- ja terveysjärjestöjen toimintaan osallistumisessa. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpapereita 37/2014*, s.15–19

Järjestö- ja harrastustoimintaan osallistuminen ja päihde- ja mielenterveysongelmat – ATH-tutkimuksen tuloksia

Ydinviestit

- Joka viides vastaaja oli päihde- tai mielenterveyshoidossa tai sen kynnyksellä.
- Päihdehoidon kynnyksellä olevat osallistuivat muita harvemmin harrastustoimintaan.
- Mielenterveyshoidon kynnyksellä olevien osallistuminen painottui järjestötoimintaan.
- Mielenterveyshoidon kynnyksellä olevien osallistuminen kohdistui muita vähemmän liikuntaharrastuksiin.
- Järjestöjen toimintaan osallistumisesta etsittiin apua ja vertaistukea.
- Terveysongelmat ja tiedonpuute olivat osallistumisen esteitä.

Kirjoittajat:

Teemu Kaskela
Tutkija, A-klinikkasäätiö

Tuuli Pitkänen
Vanhempi tutkija,
A-klinikkasäätiö

Jouni Tourunen
Tutkimuspäällikkö,
A-klinikkasäätiö

Jukka Valkonen
Kehittämispäällikkö,
Suomen Mielenterveysseura

Janne Härkönen
Erikoistutkija, THL

Jaana Suvisaari
Tutkimusprofessori, THL

Kristian Wahlbeck
Kehitysjohtaja,
Suomen Mielenterveysseura

Risto Kaikkonen
Kehittämispäällikkö, THL

Johdanto

Järjestö- ja harrastustoimintaan osallistuminen voi auttaa päihde- ja mielenterveysongelmien ehkäisemisessä ja kuntoutuksessa. Esimerkiksi liikunnalla on todettu myönteinen vaikutus sekä masennuksen että päihdeongelmien hoidossa. On kuitenkin verrattain vähän tietoa siitä, kuinka paljon liikunta- ja järjestötoimintaan sekä vapaamuotoiseen harrastustoimintaan osallistuvat henkilöt, jotka ovat lähiaikoina käyttäneet päihde- tai mielenterveyspalveluja tai olleet niiden tarpeessa.

Yhteiskunnallisiin toimintoihin osallistuminen kasautuu usein samoille henkilöille ja suuri osa ei osallistu mihinkään toimintaan. Siksi on tärkeää selvittää myös, onko päihde- ja mielenterveysongelmia kokeneilla joitain erityisiä syitä osallistua tai olla osallistumatta liikunta-, järjestö- ja harrastustoimintaan.

Tässä julkaisussa verrataan päihde- tai mielenterveyspalveluja käyttäneiden tai niiden tarpeessa olleiden osallistumista liikunta-, järjestö- ja harrastusporukoitten toimintaan muiden 20–63-vuotiaiden osallistumiseen. Erityisesti tutkittiin osallistumisaktiivisuutta ja osallistumisen motiiveja sekä toisaalta osallistumattomuuden syitä. Aineistona käytettiin THL:n Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen kansallisia otoksia vuodelta 2012 ja alkuvuodelta 2013.

Joka viides päihde- tai mielenterveyshoidon kynnyksellä

Päihde- tai mielenterveyshoidon kynnyksellä oleviksi määriteltiin ne vastaajat, jotka olivat olleet hoidossa viimeisen 12 kuukauden aikana tai olivat hoidon tarpeessa. Ryhmittelyssä käytettiin kysymyksiä, jotka kuvasivat palveluiden käyttöä tai niiden tarvetta sekä kysymyksiä, jotka kuvasivat tilanteen olevan vakava, kuten päihteen osalta lähes päivittäinen humalajuominen ja mielenterveysongelmien osalta itsemurha-ajatukset. Ryhmittelyssä käytetyt kysymykset ovat taulukossa 1.

Mielenterveyshoidon kynnyksellä oli hieman suurempi osuus naisista (17 %) kuin miehistä (14 %). Päihdehoidon kynnyksellä oli lähes joka kymmenes mies ja naisista noin 3 prosenttia. Päihdehoidon kynnyksellä olevista naisista yli puolet kuului myös mielenterveyshoidon kynnyksellä-ryhmään, miehistä kolmannes. Tätä sekä päihde- että mielenterveyshoidon kynnyksellä olleiden ryhmää kutsumme nimellä ”molempien hoitojen kynnyksellä”.

Tutkimuksessa tarkasteltiin vastaajia, joiden päihteyteen tai mielenterveyteen liittyvät ongelmat olivat vakavia. Esimerkiksi alkoholin riskikäyttöä seulovassa AUDIT-C-testissä käytettiin päihderiippuvuutta ennustavaa 10 pisteen rajaa yleisesti käytetyn riskikäytön alimman rajan sijaan (4-6 pistettä). Aikaisemman tutkimuskirjallisuuden perusteella voidaan arvioida, että 10 pisteen rajan ylittävien joukossa valtaosa (75–88 %) täyttää alkoholiriippuvuuden kriteerit.

Hoidon kynnyksellä olleiden ryhmät olivat pieniä suhteessa muihin vastaajiin eli vertailuryhmään. Hieman yli 80 % sekä naisista että miehistä eivät olleet päihde-, eivätkä mielenterveyshoidon kynnyksellä (kuvio 1).

Näin tutkimus tehtiin

Artikkeli perustuu Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) aineistoon vuodelta 2012 sekä keväältä ja kesältä 2013. Tänä aikana kyselyyn vastasi yhteensä 19072 20–63-vuotiaista henkilöä. Tutkimuksessa eivät ole mukana ahvenanmaalaiset ja laitoksissa asuvat. Vastausprosentti oli 20–55-vuotiailla noin 40 prosenttia ja 55–74-vuotiailla hieman yli 65 prosenttia.

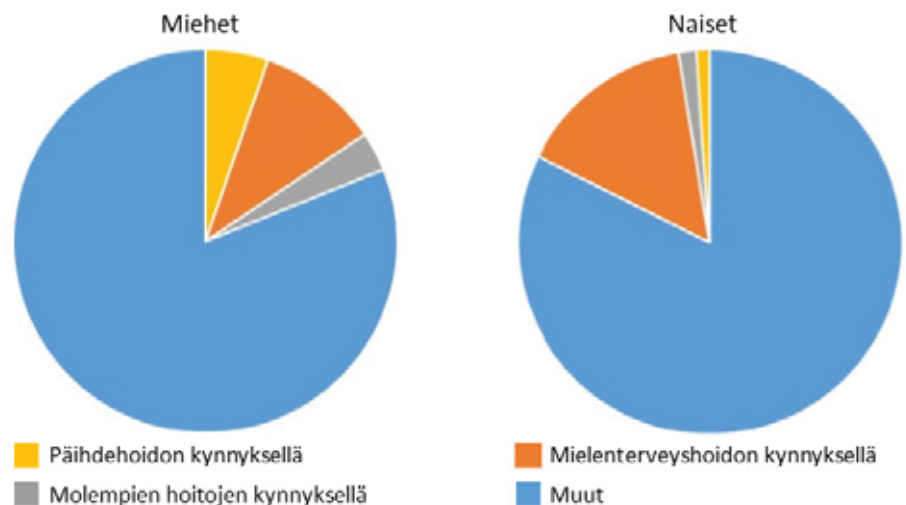
Tarkastelun kohteena ovat päihde- ja mielenterveyshoidossa tai hoidon kynnyksellä olevat 20–63-vuotiaat henkilöt. Artikkelissa on verrattu näihin ryhmiin kuuluvien liikunta-, järjestö- ja vapaamuotoiseen harrastustoimintaan osallistumista suhteessa muista saman ikäisistä vastaajista muodostettuun vertailuryhmään.

Artikkelissa aineistoa on analysoitu yksisuuntaisella varianssianalyysilla ja logistisella regressioanalyysilla. Artikkelissa on raportoitu vain tulokset, jotka ovat tilastollisesti merkitseviä.

Taulukko 1. Päihde- ja mielenterveyshoidon kynnyksellä olevat vastaajat ATH-aineistossa vuosina 2012-2013.

	Päihdehoidossa tai sen kynnyksellä		Miehet n=8207		Naiset n=10865	
	n	%	n	%	n	%
Edeltävän 12 kuukauden aikana... käyttänyt jotain sosiaali- tai terveyspalvelua päihdeidenkäyttöön liittyvistä syistä	122	2	56	1	56	1
ollut tarvetta päihdepalveluille	133	2	68	1	68	1
ollut AA/NA ryhmissä	76	1	47	0	47	0
lääkäri tai hammaslääkäri kehottanut vähentämään alkoholin käyttöä	194	2	58	1	58	1
terveyden-/sairaanhoitaja kehottanut vähentämään alkoholin käyttöä	217	3	75	1	75	1
juonut lähes päivittäin vähintään 6 annosta alkoholia	155	2	35	0	35	0
AUDIT-C:n pistemäärä yli 10 pistettä	299	4	57	1	57	1
Jokin yllä olevista (Päihdehoidon kynnyksellä)	707	9	274	3	274	3
	Mielenterveyshoidossa tai sen kynnyksellä		Miehet		Naiset	
	n	%	n	%	n	%
Edeltävän 12 kuukauden aikana... ollut lääkärin toteama masennus	615	8	992	9	992	9
ollut lääkärin toteama muu mielenterveysongelma	316	4	445	4	445	4
ollut itsemurha-ajatuksia	456	6	622	6	622	6
käynyt jossain terveydenhuollon palvelussa mielenterveydellisten ongelmien takia?	440	5	953	9	953	9
käyttänyt tai ollut mielenterveyspalveluiden tarpeessa	449	6	878	8	878	8
Jokin ylläolevista (Mielenterveyshoidon kynnyksellä)	1116	14	1793	17	1793	17

Tutkimusta edeltäneellä viikolla alkoholinkäytön riskiraja (miehillä 280 g ja naisilla 190 g puhdasta alkoholia viikossa) oli ylittynyt päihdehoidon kynnyksellä olevista miehistä kolmanneksella ja naisista joka viidennellä; vertailuryhmässä ja mielenterveyshoidon kynnyksellä riskiraja oli ylittynyt 5 % miehistä ja 2 % naisista. Psykkisesti kuormittuneita (MHI-5, alle 52 pistettä) oli mielenterveyshoidon kynnyksellä olevista miehistä ja naisista noin puolet, kun päihdehoidon kynnyksellä olleista noin 15 prosenttia ja muista 5-10 prosenttia olivat psykkisesti kuormittuneita. Alkoholin käyttöä ja psykkistä kuormitusta koskevat vastaukset kuvaavat hyvin sitä, että hoidon kynnyksellä olevat henkilöt ovat erilaisia, eikä heitä voida erotella yksittäisen seulontakysymyksen avulla.



Kuvio 1. Päihde- ja mielenterveyshoidon kynnyksellä olevien osuus naisista (n= 10 865) ja miehistä (n = 8207).

Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus (ATH):

Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus (ATH) on kansallinen kyselytutkimukseen perustuva aineisto. Sen tarkoituksena on tuottaa tietoa hyvinvoinnista, elinoloista ja palveluiden tarpeesta.

ATH-tutkimuksen avulla kerätään väestöryhmittäistä seurantatietoa keskeisistä ilmiöistä, joista ei saada tietoa rekistereistä. Näitä ovat esimerkiksi asukkaiden elintavat ja kokemukset.

Lisää tietoa ATH-aineistosta ja muita tuloksia:

www.thl.fi/ath/

Ryhmien taustat olivat erilaiset

Mielenterveyshoidon kynnyksellä olevat vastaajat olivat keskimäärin nuorempia kuin muut (taulukko 2). Mielenterveyshoidon kynnyksellä olevista suurempi osuus oli alle 35-vuotiaita ja pienempi osuus yli 50-vuotiaita, kun taas päihdehoidon kynnyksellä oli paljon yli 50-vuotiaita ja vähiten alle 35-vuotiaita.

Vertailuryhmästä suurin osa oli naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa, mutta molempien hoitojen kynnyksellä olevista ainoastaan kolmannes. Hoidon kynnyksellä olleet olivat harvemmin kokopäivätyössä tai opiskelijoita kuin muut, poikkeuksena päihdehoidon kynnyksellä olleet naiset, jotka kävivät yhtä usein töissä tai opiskelivat kuin vertailuryhmä. Päihdehoidon sekä molempien hoitojen kynnyksellä olleet olivat vähemmän koulutettuja kuin vertailuryhmä tai mielenterveyshoidon kynnyksellä olleet.

Erityisesti mielenterveyshoidon kynnyksellä olleet kokivat itsensä muita useammin yksinäisiksi: kaksi kolmesta mielenterveyshoidon tai molempien hoitojen kynnyksellä olleista tunsi itsensä vähintään joskus yksinäiseksi.

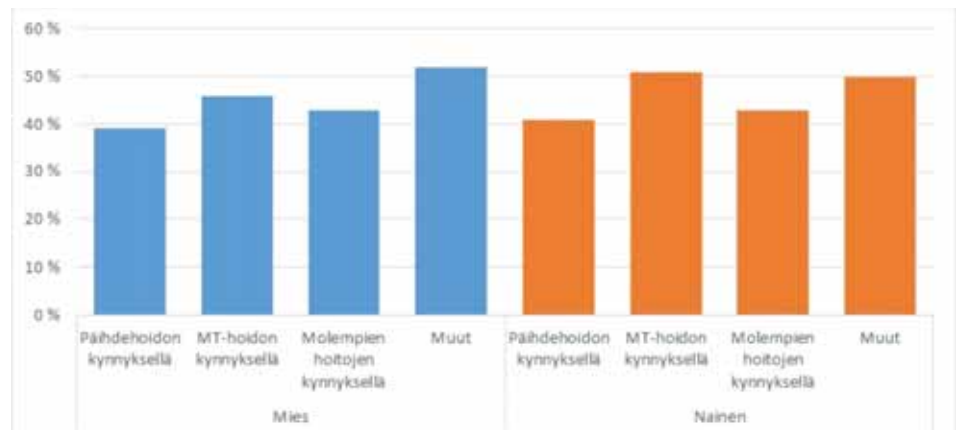
Taulukko 2. Päihde- ja mielenterveyshoidon kynnyksellä olevat vastaajat ATH-aineistossa vuosina 2012-2013.

	Miehet				Naiset				
	Päihdehoidon kynnyksellä	Mielenterveyshoidon kynnyksellä	Molempien hoitojen kynnyksellä	Muut	Päihdehoidon kynnyksellä	Mielenterveyshoidon kynnyksellä	Molempien hoitojen kynnyksellä	Muut	
	n	437	846	270	6654	116	1635	158	895
Ikä poimintahetkellä	ka.	49	43	47	45	48	42	43	45
Virallistetussa parisuhteessa	%	46	38	33	57	46	41	33	56
Kokopäivätyössä tai opiskelijana	%	63	52	37	76	72	55	43	69
Talouteen kuuluu alle 18-vuotiaita henkilöitä	%	64	69	69	68	61	73	67	69
Kokenut yksinäisyyttä joskus, melko usein tai jatkuvasti	%	39	68	69	27	46	67	70	33
Koulutuksen kesto vähintään 12 v.	%	43	58	45	59	64	72	63	71

Päihdehoidon kynnyksellä olevat osallistuvat harvemmin järjestö- ja harrastustoimintaan

Yhteisölliseen toimintaan osallistujiksi luokiteltiin ne, jotka olivat vastanneet myönteisesti kyselylomakkeen kysymykseen: "oletko osallistunut jonkin kerhon, yhdistyksen, harrastusryhmän tai hengellisen tai henkisen yhteisön toimintaan (esimerkiksi urheiluseura, asukastoiminta, puolue, kuoro, seurakunta)?" Lisäksi osallistujiksi luokiteltiin ne, jotka eivät olleet vastanneet äskeiseen kysymykseen, mutta olivat jatkokysymyksissä kirjanneet osallistuneensa jonkun järjestön toimintaan.

Päihdehoidon kynnyksellä olevat vastaajat olivat osallistuneet vertailuryhmää vähemmän järjestöjen, yhdistysten, harrasteryhmien tai hengellisten tai henkisten yhteisöjen toimintaan (kuvio 2). Mielenterveyshoidon kynnyksellä olleiden ja vertailuryhmän välillä ei ollut merkitseviä eroja.



Kuvio 2. Liikunta-, järjestö- ja harrastustoimintaan osallistuvien osuudet sukupuolittain.

Hoidon kynnyksellä olevien sekä vertailuryhmän välillä oli eroja iän, koulutuksen, parisuhteen ja yksinäisyyden kokemisen osalta (taulukko 2). Logistinen regressioanalyysi vahvisti, että taustamuuttujista riippumatta päihdehoidon kynnyksellä olevat vastaajat osallistuivat vertailuryhmää vähemmän liikunta-, järjestö- ja harrastustoimintaan. Mielenterveyshoidon kynnyksellä olevista naisista hieman vertailuryhmää useampi osallistui, mutta miesten kohdalla ryhmien välillä ei ollut eroja. Lisäksi suurempaan osallistumiseen oli yhteydessä nuorempi ikä, pitempi koulutus, virallistettu parisuhde sekä miehillä se, ettei kokenut yksinäisyyttä.

Mielenterveyshoidon kynnyksellä olevien osallistuminen suuntautuu järjestötoimintaan

Selvitimme minkälaiseen toimintaan ja kuinka aktiivisesti osallistuivat ne, jotka olivat vastanneet osallistuvansa johonkin toimintaan. Toimintamuodot luokiteltiin kolmeen ryhmään: liikunta- ja urheiluseurat, järjestötoiminta sekä vapaamuotoiset harrasteporukat. Järjestötoimintaan luettiin kuuluvaksi kulttuuri-, poliittinen ja uskonnollinen toiminta sekä erilaisten etu-, lapsi-, nuoriso-, perhe- ja eläkeläis- ja terveysjärjestöjen toimintaan osallistuminen. Osallistumisen aktiivisuutta tarkasteltiin seuraavasti: 1) vähintään viikoittain osallistuvat, 2) vähintään kuukausittain osallistuvat ja 3) vuoden aikana osallistuneet.

Liikunta- ja urheiluseurojen toimintaan osallistuttiin viikoittain useammin kuin järjestöjen ja vapaamuotoisten harrasteporukoiden toimintaan. Mielenterveyshoidon kynnyksellä olleista liikuntaan osallistui kuitenkin selvästi pienempi osuus kuin vertailuryhmästä. Myös kuukausittaisessa ja vuosittaisessa tarkastelussa mielenterveyshoidon kynnyksellä olleet osallistuivat liikunta- ja urheilujärjestöjen toimintaan vertailuryhmää harvemmin. Vähiten liikuntatoimintaan osallistuivat miehet, jotka olivat molempien hoitojen kynnyksellä. Vain päihdehoidon kynnyksellä olleet miehet ja naiset osallistuivat liikuntatoimintaan lähes yhtä aktiivisesti kuin vertailuryhmä. (kuvio 3)

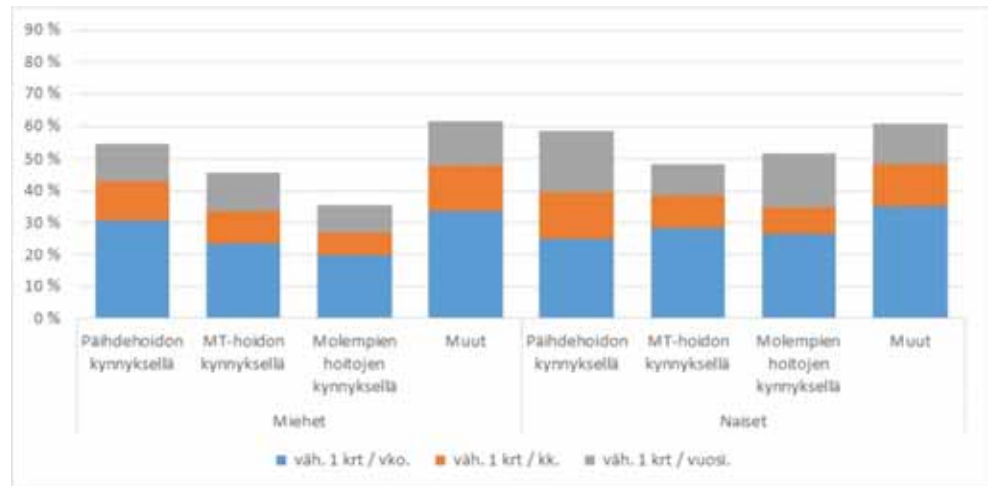
A-klinikkasäätiö

A-klinikkasäätiö on vahva päihdealan kehittäjä, vaikuttaja ja palveluntuottaja. Se kehittää päihde- ja mielenterveystyötä, harjoittaa tutkimusta, järjestää koulutusta ja tiedottaa.

A-klinikkasäätiö toimii alueellisesti, valtakunnallisesti ja kansainvälisesti. Se tekee ehkäisevää ja korjaavaa päihdetyötä sekä tukee erityisosaamisellaan kuntien peruspalveluja. Yhteiskuntapoliittinen vaikuttaminen ja asiantuntijatoiminta kuuluvat säätiön perustehtävään.

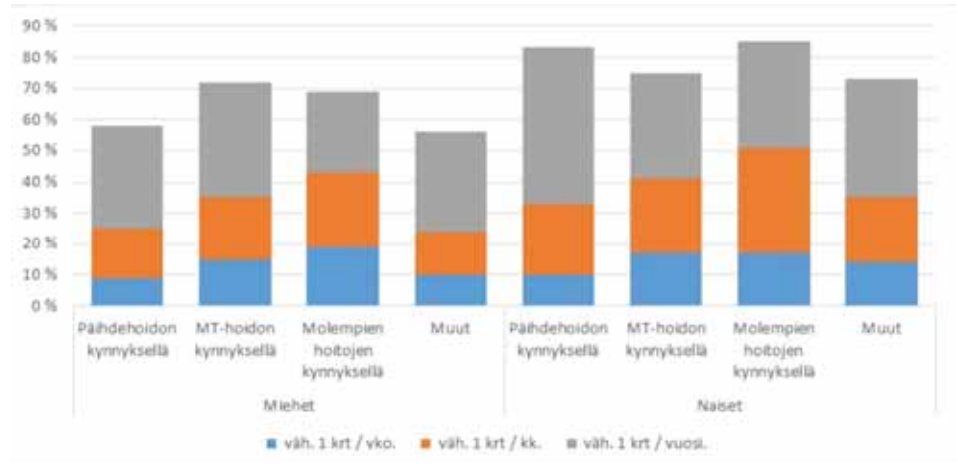
A-klinikkasäätiön hoito- ja kuntoutuspalveluiden, ehkäisevän päihdetyön ja asiantuntijapalvelujen tavoitteena on vähentää päihdehaittoja ja muita psykososiaalisia ongelmia sekä parantaa päihdeongelmaisten ja heidän läheistensä asemaa.

A-klinikkasäätiöllä on noin 800 työntekijää. Hoitopalveluissa vuosittainen asiakasmäärä on noin 30 000. Säätiön sähköiset palvelut tavoittavat yli 120 000 kävijää kuukausittain.



Kuvio 3. Liikunta- tai urheiluseuran toimintaan osallistuminen niillä 20 - 63-vuotiailla, jotka olivat aktiivisia jossain järjestö- tai harrastustoiminnassa.

Molempien hoitojen sekä mielenterveyshoidon kynnyksellä olevien viikoittainen ja kuukausittainen osallistuminen kohdistui vertailuryhmää useammin järjestötoimintaan. Kun tarkasteluun otettiin mukaan myös harvemmin osallistuvat, mielenterveyshoidon kynnyksellä olevat miehet sekä päihdehoidon ja molempien hoitojen kynnyksellä olevat naiset suuntautuivat muita enemmän järjestötoimintaan. Järjestötoimintaan sisältyi myös toimiminen mielenterveysjärjestöissä, mutta tämä ei selittänyt eroja. Päihdehoidon kynnyksellä olevat miehet osallistuivat mielenterveyshoidon kynnyksellä olevia harvemmin järjestötoimintaan. (kuvio 4)



Kuvio 4. Järjestötoimintaan osallistuminen niillä 20 - 63-vuotiailla, jotka olivat aktiivisia jossain järjestö- tai harrastustoiminnassa.

Vapaamuotoiseen harrastetoimintaan osallistuminen oli yleisempää miehillä kuin naisilla. Osallistuneista miehistä mielenterveyshoidon sekä molempien hoitojen kynnyksellä olevat osallistuivat muita miehiä harvemmin vapaamuotoiseen toimintaan. Naisilla ryhmien välillä ei ollut eroja. (kuvio 5)

Suomen Mielenterveysseura

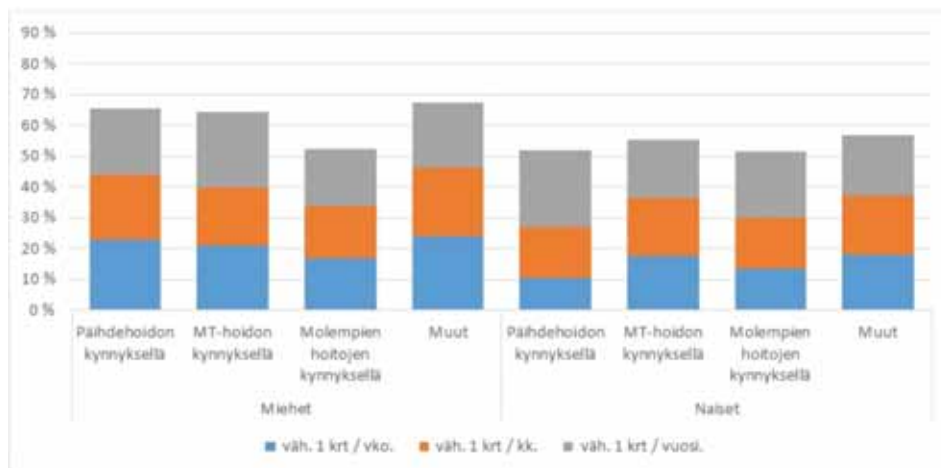
Suomen Mielenterveysseura on kansanterveys- ja kansalaisjärjestö. Seura edistää Suomessa asuvien mielenterveyttä, tekee ehkäisevää mielenterveystyötä ja rakentaa vapaaehtoisen kansalais-toiminnan edellytyksiä mielenterveyden alalla.

Mielenterveysseuran toiminta pohjautuu mielenterveyden ymmärtämiseen yksilön ja yhteiskunnan voimavarana, jota voidaan kehittää ja lisätä. Mielenterveyden suojatekijöitä voidaan vahvistaa ja riskitekijöiden vaikutusta vähentää tai poistaa.

Mielenterveysseura järjestää mielenterveyden alan koulutusta ja tilaisuuksia, julkaisee aiheeseen liittyvää kirjallisuutta ja lehtiä, sekä koordinoi mielenterveyttä ja mielen hyvinvointia lisääviä hankkeita.

Mielenterveysseuran katon alla toimii 20 kriisikeskuksen kriisiapua antava verkosto eri puolilla Suomea. Seuraan kuuluu 54 paikallista mielenterveysseuraa, viitisen tuhatta henkilöjäsentä sekä 30 yhdistysjäsentä.

Mielenterveysseuran toimintaa rahoitetaan Raha-automaattiyhdistykseltä saaduilla avustuksilla. Muu rahoitus muodostuu lähinnä koulutustuotoista, Kelan, ministeriöiden, kuntien ja seurakuntien avustuksista, EU-rahoituksesta, Kansanterveysyhdistyksen avustuksista sekä varainhankinnan tuotoista ja lahjoituksista.



Kuvio 5. Vapaaehtoisen harrasteporukan toimintaan osallistuminen 20 - 63-vuotiailla, jotka olivat aktiivisia jossain järjestö- tai harrastustoiminnassa.

Osallistumisesta haetaan apua ja vertaistukea

Osallistuneiden keskuudessa yleisin kanava saada tietoa järjestöjen toiminnasta olivat sukulaiset ja tuttavat. Molempien hoitojen kynnyksellä olleet olivat saaneet tietoa sukulaisten ja tuttavien kautta harvemmin (42 %) kuin vertailuryhmä (52 %). Kolmannes oli löytänyt tietoa internetistä. Päihdehoidon kynnyksellä olevat olivat muita harvemmin saaneet tietoa lehtien ja muun median kautta. Hoidon kynnyksellä olleet vastaajat olivat saaneet vertailuryhmää useammin tietoa harrastustoiminnasta sosiaalitoimesta, terveys- tai TE-keskuksesta. Tiedonsaanti viranomaisien kautta oli yleisintä molempien hoitojen kynnyksellä olleilla, joista noin 15 prosenttia oli saanut tietoa harrastuksista sitä kautta.

Osallistumisen syitä kysyttiin yksitoista vastausvaihtoehtoa sisältäneen kysymyspatterin avulla. Mielenterveyshoidon kynnyksellä olevat merkitsivät useampia syitä kuin vertailuryhmä. Hoidon kynnyksellä olevat valitsivat vertailuryhmää useammin osallistumisen syyksi "halun saada apua ja tukea omaan elämäntilanteeseen" ja "halun tavata muita samassa tilanteessa olevia ihmisiä ja saada vertaistukea" (Kuvio 6). Lisäksi mielenterveyshoidon kynnyksellä olevilla korostuivat halu "auttaa muita ihmisiä" ja "kuulua johonkin ryhmään".



Kuvio 6. Osuus osallistuneista henkilöistä, jotka ilmoittivat osallistumisen syyksi vertaistuen tai tuen/avun saamisen elämäntilanteeseensa.

Raha-automaattiyhdistys (RAY)

Raha-automaattiyhdistys (RAY) on merkittävin yksittäinen sosiaali- ja terveysalan järjestötoiminnan rahoittaja Suomessa.

Vuonna 2014 RAY:n voittovaroista myönnettiin avustuksia 308 milj. euroa 797 sosiaali- ja terveysalan järjestölle yhteensä 1 676 eri kohteeseen.

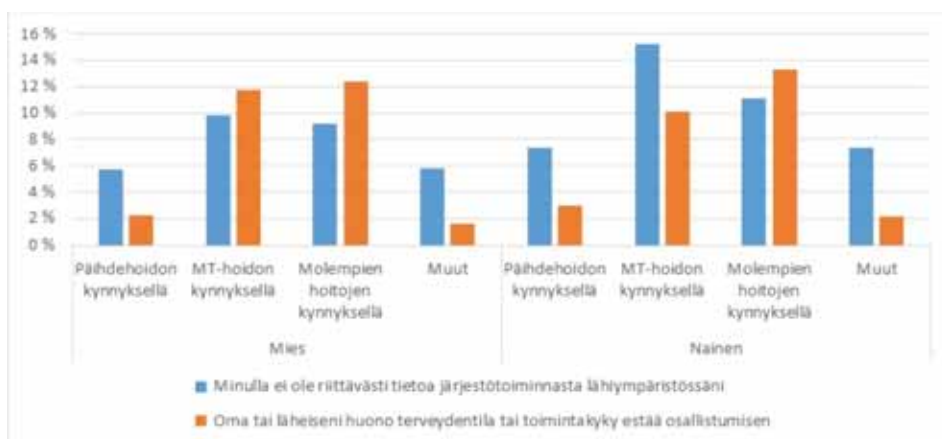
RAY:ltä avustuksia voivat hakea yleishyödylliset yhteisöt, järjestöt ja säätiöt, terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen. Yhtenä RAY:n lakisääteisenä tehtävänä on avustetun toiminnan tuloksellisuuden ja laadun seuranta.

Tiedot järjestötoimintaan osallistuneiden ihmisten lukumäärästä ja taustoista luovat perustan seurannalle ja ATH-tutkimusaineisto täydentää RAY:n omaa tiedonkeruuta.

Miksi ei osallistuta?

Toimintoihin osallistumattomista yli puolet merkitsi syyksi, ettei kokenut osallistumiseen tarvetta ja kolmannes ilmoitti syyksi ajanpuutteen. Osallistuminen toimintoihin oli vähäisintä päihdehoidon kynnyksellä olevien joukossa (kuvio 2), mutta heidän merkitsemänsä syyt osallistumattomuuteen eivät poikenneet vertailuryhmästä.

Mielenterveyshoidon kynnyksellä olevien syyt olla osallistumatta olivat moninaisempia. Mielenterveyshoidon kynnyksellä olevat merkitsivät syyksi harvemmin sen, etteivät koe siihen tarvetta ja muita useammin tiedonpuutteen lähiympäristön järjestötoiminnasta, huonot kulkuyhteydet ja oman tai läheisen terveydentilan tai toimintakyvyn (Kuvio 7). Molempien hoitojen kynnyksellä olleet poikkesivat muista siten, että he olivat harvemmin ilmoittaneet osallistumattomuuden syyksi ajanpuutteen.



Kuvio 7. Osuus osallistumattomista henkilöistä, jotka ilmoittivat syyksi joko tiedon puutteen tai oman/läheisen huonon terveydentilan tai toimintakyvyn.

YHTEENVETO

Tiukoiksi asetuista kriteereistä huolimatta päihde- tai mielenterveyshoidon kynnyksellä oli lähes joka viides kyselyyn vastanneista. Miesten osuus päihdehoidon kynnyksellä olevista oli selvästi suurempi kuin naisten osuus, mutta naiset olivat miehiä yleisemmin mielenterveyshoidon kynnyksellä. Puolet päihdehoidon kynnyksellä olleista naisista oli myös mielenterveyshoidon kynnyksellä. Miehistä molempiin ryhmiin kuului kolmasosa päihdehoidon kynnyksellä olleista. Tulokset naisten ja miesten välisistä eroista sekä päihde- ja mielenterveysongelmien päällekkäisyydestä ovat samansuuntaisia kuin aiemmissä tutkimuksissa.

Päihdehoidon kynnyksellä olleista huomattavasti suurempi osuus jäi kokonaan liikunta-, harrastusporukka- ja järjestötoiminnan ulkopuolelle. Heidän mainitsemansa osallistumattomuuden syyt olivat kuitenkin samoja kuin vertailuryhmässä. Ne päihdehoidon kynnyksellä olevat, jotka osallistuivat toimintoihin, eivät poikenneet muista osallistujista. Heidän syynsä osallistua toimintaan olivat paljolti samoja kuin vertailuryhmällä lukuun ottamatta sitä, että avun ja vertaistuen saaminen oli mainittu useammin.

Mielenterveyshoidon kynnyksellä olevien aktiivisuus kohdistui keskimääräistä vähemmän liikuntaan. Liikunnan on todettu ehkäisevän mielenterveysongelmia ja toisaalta auttavan mielenterveyskuntoutumisessa. Liikunnalla on myös

KIRJALLISUUTTA

Chi Chiao, C., Weng, L.-J., Botticello, A.L. (2011). Social participation reduces depressive symptoms among older adults: An 18-year longitudinal analysis in Taiwan. *BMC Public Health* 11, 292.

Cooney, G.M., Dwan, K., Greig, C.A., Lawlor, D.A., Rimer, J., Waugh, F.R., McMurdo, M. & Mead, G.E. (2013). Exercise for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013 (9).

Levola, J., Holopainen, A., Kaskela, T., Sabariego, C., Tourunen, J., Cieza, A. & Pitkänen, T. (2013). Psychosocial difficulties in alcohol dependence: a systematic review of activity limitations and participation restrictions. *Disability and Rehabilitation. Rehabil. Sep* 30. (Published online)

Mäkelä, P., Raitasalo, K. & Wahlbeck, K. (2014): Mental health and alcohol use: a cross-sectional study of the Finnish general population. *European Journal of Public Health*, doi:10.1093/eurpub/cku133 (5.9.2014)

Rubinsky, A.D., Kivlahan, D.R., Volk, R.J., Maynard, C., Bradley, K.A. (2010). Estimating risk of alcohol dependence using alcohol screening scores. *Drug and Alcohol Dependence* 108(1-2):29-36.

Suvisaari, J. (2013). Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyden sukupuolierot. *Lääkärilehti* 20, 1487-1492.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos
PI 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki
Puhelin: 029 524 6000

www.thl.fi/ath

suuri merkitys mielenterveysongelmiin usein liittyvien terveysongelmien, kuten ylipainon, ehkäisyssä. Olisikin tärkeä etsiä keinoja motivoida mielenterveysongelmia kohdanneita mukaan liikuntatoimintaan

Myönteistä oli, että mielenterveyshoidon kynnyksellä olleet osallistuivat harrastuksiin ja järjestöihin yhtä usein kuin muut. Heitä kiinnosti erityisesti osallistuminen järjestötoimintaan. Sosiaalisen osallistumisen ja toimintakyvyn kohe-
neminen on yksi keskeisiä kuntoutuksen tavoitteita. Sosiaalisella osallistumisella on todettu olevan myönteistä vaikutusta mielenterveydelle, joten mielen-
terveysongelmia kokeneiden osallistumismahdollisuuksia tulisi parantaa.

Hoidon kynnyksellä olevat hakivat harrastuksista ja järjestötoiminnasta vertais-
tukea sekä apua ja tukea omaan elämäntilanteeseensa. Monet halusivat myös
auttaa ja tukea muita samassa tilanteessa olevia. Mielenterveyshoidon kyn-
nyksellä olleet tunsivat itsensä usein yksinäiseksi. Heistä muita useampi ilmoitti
osallistuvansa harrastus- ja järjestötoimintaan, koska he halusivat kuulua jo-
honkin ryhmään tai auttaa muita. On mahdollista, että osallistumalla pystyttiin
lievittämään omia yksinäisyyden kokemuksia. Vastavuoroisuus – saada apua
itselle ja auttaa toisia – onkin yksi järjestötoiminnan keskeinen piirre.

Järjestöillä on merkittävä vastuu vertaistuen organisoimisesta. Vertaistuen
muotoja kehitetään jatkuvasti niin päihde- kuin mielenterveysjärjestöissäkin.
Vertaisten, eli samankaltaisia ongelmia kohdanneiden, tarjoamaa tukea on
nykyisin saatavilla myös verkossa. Tämä lisää myös niiden ihmisten osallistu-
mismahdollisuuksia järjestöjen toimintaan, jotka eivät syystä tai toisesta pysty
osallistumaan tiettyyn aikaan ja paikkaan sidottuun toimintaan. Oma tai lähei-
sen terveys nostettiin yhdeksi osallistumisen esteeksi. Järjestöjen tulisi poh-
tia miten voitaisiin edelleen lisätä matalamman kynnyksen toimintaa, johon
toimintakyvyltään heikoimmatkin pääsisivät osallistumaan.

Terveys-, sosiaali- ja työvoimaviranomaiset olivat välittäneet tietoa ja ohjan-
neet onnistuneesti järjestö- ja harrastustoimintaan. Tätä kanavaa on kuitenkin
syytä edelleen vahvistaa, etenkin kun tiedonpuute mainittiin usein syyksi osal-
listumattomuudelle. Tiedonkulkua järjestöjen toiminnasta terveyskeskuksiin,
TE-toimistoihin ja sosiaalipalveluihin tulee parantaa entisestään.

Järjestö- ja harrastetoiminta täydentää palveluverkostoa merkittävällä tavalla.
Järjestöjen toiminnasta ja toimintakentästä ei kuitenkaan ole riittävästi tutki-
mustietoa. Tarvitaan tietoa päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tavoittamien
kansalaisten elämäntilanteesta, tarpeista ja osallistumisen lisäämisen mahdol-
lisuuksista.

Tämän julkaisun viite: Kaskela T, Pitkänen T, Tourunen J, Valkonen J, Härkönen J, Suvi-
saari J, Wahlbeck K ja Kaikkonen R. Järjestö- ja harrastustoimintaan osallistuminen ja
päihde- ja mielenterveysongelmat –ATH-tutkimuksen tuloksia. Terveiden ja hyvin-
voinnin laitoksen työpaperi 37/2014, s. 21–28.

Terveyspalveluiden saatavuuden alue-erot Suomessa – ATH-tutkimuksen tuloksia erityisvastuualueittain (suunnitellut sote-alueet)

Ydinviestit

- Terveyskeskuslääkärillä käyntiä oli tarvinnut vuoden sisällä 20–59-vuotiaista naisista puolet ja miehistä 40 %. 60–74-vuotiaista terveyskeskuslääkärinä oli tarvinnut kaksi kolmesta. Tarve oli yleisintä Itäisellä ja harvinaisinta Eteläisellä sote-alueella.
- Tyydyttämätöntä vastaanottokäyntien tarvetta koki 20–59-vuotiaista kolmannes ja 60–74-vuotiaista harvempi. Tyydyttämätön tarve oli yleisintä Eteläisellä, miehillä myös Läntisellä sote-alueella.
- Sekä vastaanottokäyntien tarve, toteutuneet käynnit että tyydyttämätön tarve olivat yleisimpiä matalan koulutuksen omaavilla ja toimeentulovaikeuksia kokeineilla.
- Alueiden väliset erot väestörakenteessa ja terveydessä eivät selittäneet alue-eroja terveyskeskuslääkärillä käynnin tarpeessa, käynneissä tai tyydyttämätömässä tarpeessa.
- Tyydyttämätön työterveyshuollon palvelujen tarve oli työssäkäyvillä naisilla 17 % ja miehillä 12 %. Se oli yleisintä Itäisellä, Pohjoisella ja Eteläisellä sote-alueella. Miehillä alue-erot olivat pieniä.
- Kun sekä terveyskeskuslääkärien ja -sairaanhoitajien että työterveyshuollon palvelut otettiin huomioon, työssäkäyvillä miehillä tyydyttämätön palvelujen tarve oli yleisintä Pohjoisella ja naisilla Eteläisellä ja Itäisellä sote-alueella.

Kirjoittajat:

Riikka Shemeikka
erikoistutkija, Kuntoutussäätiö
Hanna Rinne
tutkija, Kuntoutussäätiö
Kristiina Manderbacka
tutkimuspäällikkö
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos
Jukka Murto
tutkija,
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos
Risto Kaikkonen
kehittämispäällikkö,
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Tausta

Käynnissä oleva sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus siirtää palvelujen järjestämistä kunnilta viidelle sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämialueelle eli sote-alueelle. Lakiesityksen mukaan sote-alueet vastaisivat nykyisiä yliopistosairaaloitten erityisvastuualueita (erva) muutamaa poikkeuksen tekevää kuntaa lukuun ottamatta. Suunnitellut sote-alueet ovat Eteläinen (perustana HYKS erva), Läntinen (TYKS erva), Keskinen (TAYS erva), Itäinen (KYS erva) ja Pohjoinen (OYS erva). Tässä julkaisussa tarkastellaan näiden suunniteltujen sote-alueiden välisiä eroja terveyspalvelujen saatavuudessa. Suunnitelluista, lähinnä erityisvastuualueita vastaavista sote-alueista käytetään julkaisussa yksinkertaisuuden vuoksi nimitystä sote-alue, vaikka lainsäätöprosessi on yhä kesken.

Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen keskeisenä tavoitteena on turvata yhdenvertaiset, asiakaslähtöiset ja laadukkaat sosiaali- ja terveyspalvelut koko maassa. Palveluja suunniteltaessa on siksi tärkeää tunnistaa terveyspalvelujen tarpeenmukaisen saatavuuden mahdolliset alue-erot nykyisin. Aiempien tutkimusten mukaan sosioekonominen asema on yhteydessä sekä sairastavuuteen että palvelujen käyttöön, ja molemmat on tarpeen huomioida palvelujen saatavuuden eroja arvioitaessa. Palveluiden eriarvoisuudesta on kyse, jos palveluiden käytössä on eroja sosiaaliryhmien välillä myös silloin, kun palveluiden tarve on otettu huomioon. Pelkän palvelujen käytön tarkastelun on kuitenkin havaittu aliarvioivan sosiaaliryhmittäisiä eroja palvelujen saatavuudessa. Sen vuoksi on tarpeellista tarkastella myös tyydyttämätöntä palvelun tarvetta.

Suomessa eriarvoisuus lääkäripalveluiden käytössä on suurta. Yhtenä syynä tähän on palvelujen jakautuminen julkiseen, työterveyshuoltoon ja yksityiseen. Työterveyshuolto koskee hyvässä työmarkkina-asemassa olevia. Yksityinen terveydenhuolto ja sen erikoislääkäripalvelut ovat parhaiten hyvätuloisten saatavilla ja niitä on tarjolla pääosin kaupungeissa ja kuntakeskuksissa. Terveyskeskuspalvelut ovat ainoa kaikille avoin kanava. Heikommassa asemassa olevat käyttävät muita yleisemmin terveyskeskuspalveluja. Tyydyttämättömän palvelun tarpeen on havaittu liittyvän toimeentulovaikeuksiin, työttömyyteen ja huonoon koettuun terveyteen. Terveyspalveluiden käytön eriarvoisuutta voitaisiin vähentää julkiseen terveydenhuoltoon pääsyä helpottamalla.

Joka kolmannella taloudellisia vaikeuksia

Alueelliseen Terveys- ja Hyvinvointitutkimukseen vuosina 2012 ja 2013 osallistuneista 20–74-vuotiaista miehiä oli 18 005 ja naisia 23 124. Suunniteltujen sote-alueiden vastaajamäärä vaihteli 5 618 ja 15 297 henkilön välillä.

Toteutus

Aineistona oli kyselytutkimuksena toteutetun Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) aineisto vuosilta 2012 ja 2013. Tarkastelussa olivat mukana kyselyyn vastanneet 20–74-vuotiaat, joita oli 41 129 (vastausprosentti 51). Tarkastelut tehtiin erikseen ikäryhmille 20–44, 45–59 ja 60–74. Ahvenanmaalaiset ja laitoksissa asuva väestö eivät olleet mukana analyyseissa. Aluejakona olivat suunnitellut sote-alueet, jotka vastaavat, muutamia kuntia lukuun ottamatta, nykyisiä Helsingin, Turun, Tampereen, Kuopion ja Oulun yliopistosairaaloiden erityisvastuualueita. Aineistoon yhdistettiin Tilastokeskuksen rekistereistä tieto vastaajan koulutuksesta. Taloudellisen tilanteen tarkastelussa käytettiin kyselyn tietoa siitä, oliko kotitalouden menojen kattaminen tuloilla vähintään melko hankalaa.

Palveluiden saatavuutta tiedusteltiin kysymyksellä ”Oletteko mielestänne saanut riittävästi seuraavia sosiaali- ja terveyspalveluita 12 viime kuukauden aikana?” Vastausvaihtoehdot olivat: 1) ei ole tarvittu, 2) olisi tarvittu, mutta palvelua ei saatu, 3) on käytetty, palvelu ei ollut riittävää ja 4) on käytetty, palvelu oli riittävää. Tarkasteltaviksi palveluiksi valittiin terveyskeskuslääkärin vastaanotto, yhdistetty terveyskeskuslääkärin ja terveyskeskussairaanhoidajan vastaanotto sekä työterveyshuolto. Palveluista muodostettiin kolme dikotomista muuttujaa. Palvelun tarvetta arvioitiin olevan, jos vastausvaihtoehdoista oli valittu 2, 3 tai 4. Palvelua käyttäneiksi määriteltiin ne, jotka olivat valinneet vaihtoehdot 3 tai 4. Tyydyttämätöntä tarvetta arvioitiin olevan, jos vastausvaihtoehdoista oli valittu 2 tai 3. Tällöin analyyseista jätettiin pois ne, jotka arvioivat, ettei palvelun tarvetta ollut.

Menetelminä käytettiin ristiintaulukointia, luottamusvälejä ja logistista regressioanalyysiä. Osuudet ikävakioitiin käyttäen vakioväestönä Suomen väestöä 2012 (Tilastokeskus 2014). Analyyseissa otettiin huomioon ATH-tutkimuksen otanta-asetelma.

Tutkimuskysymykset olivat:

- 1) Onko palvelun saatavuudessa (palvelun tarve, käyttö ja tyydyttämätön tarve) eroja suunniteltujen sote-alueiden välillä?
- 2) Selittävätkö yksilön sosioekonomiset taustatekijät (koulutus, taloudellinen tilanne, työmarkkina-asema) tai terveydentila mahdollisia alue-eroja?

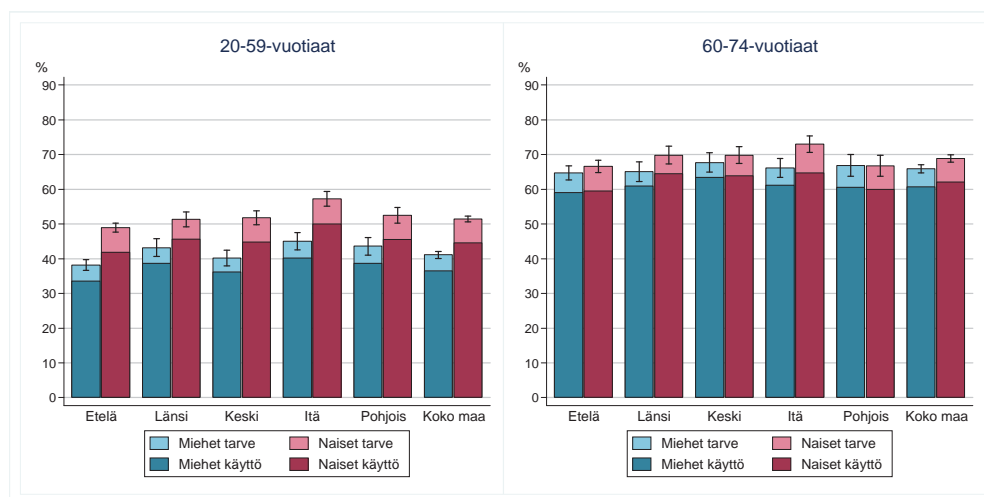
Vastaajien koulutustieto saatiin Tilastokeskuksen rekisteristä. Miehistä 23 %:lla ja naisista 19 %:lla oli vain perusasteen koulutus, keskiasteen koulutus oli miehistä 48 %:lla ja naisista 43 %:lla ja korkea-asteen koulutus oli miehistä 29 %:lla ja naisista 39 %:lla. Koulutustaso oli korkein Eteläisellä sote-alueella. 60–74-vuotiailla oli nuorempia matalampi koulutustaso.

20–59-vuotiaista miehistä 71 % ja naisista 68 % oli töissä, opiskelijoita oli miehistä 9 ja naisista 10 %. Miehistä 8 % ja naisista 5 % oli työttömänä. Naisista 7 % oli perhevapaalla tai kotiäiti. Miehistä 5 % ja naisista 4 % oli työkyvyttömyyseläkkeellä. Menojen kattaminen tuloilla oli vähintään melko hankalaa useammalla kuin joka kolmannella 20–59-vuotiaalla ja joka neljännellä 60–74-vuotiaalla.

Terveyskeskuslääkärille pääsyn tarve suurin Itäisellä sote-alueella

Terveyskeskuslääkärillä käynnin tarvetta tutkittiin kysymällä, onko vastaaja tarvinnut terveyskeskuslääkärin vastaanottokäyntiä 12 viime kuukauden aikana. Naiset raportoivat miehiä useammin tarvinneensa terveyskeskuslääkärin vastaanottokäyntiä. Ero sukupuolten välillä oli suurin 20–44-vuotiailla, mikä liittyy ainakin osaksi raskauksiin ja synnytyksiin naisilla. Tarkasteltaessa tarvetta ikäryhmittäin (20–44-, 45–59- ja 60–74-vuotiailla), miehillä tarve kasvoi iän myötä, naisilla tarve väheni 45–59-vuotiailla ja kasvoi taas tätä vanhemmilla.

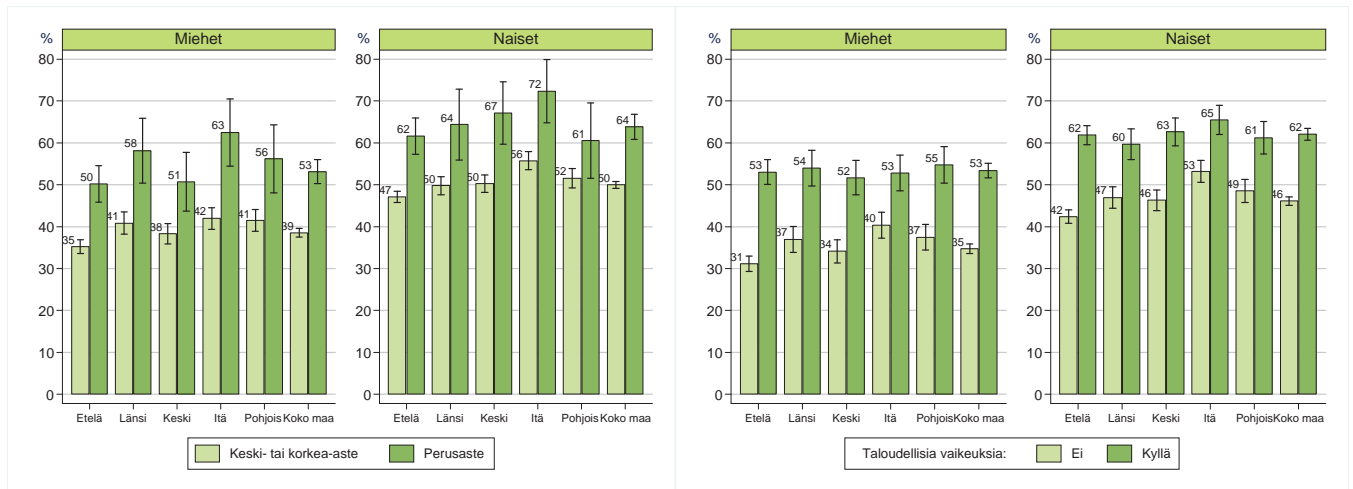
Kaikissa ikäryhmissä tarve päästä terveyskeskuslääkärin vastaanotolle sekä toteutuneet käynnit olivat yleisimpiä Itäisen sote-alueen naisilla (kuvio 1). Miehillä alueiden väliset erot olivat vähäisempiä ja vaihtelivat eri ikäryhmissä. Tarve ja lääkäriä käynnit olivat 20–44-vuotiailla miehillä yleisimpiä Läntisellä sote-alueella ja 45–59-vuotiailla Itäisellä sote-alueella. 60–74-vuotiailla ei ollut selkeitä alue-eroja. 20–59-vuotiailla terveyskeskuslääkärin vastaanotolle pääsyn tarve ja palvelun käyttö vaikuttaisi olevan Eteläisellä sote-alueella muita alueita vähäisempää.



Kuvio 1.

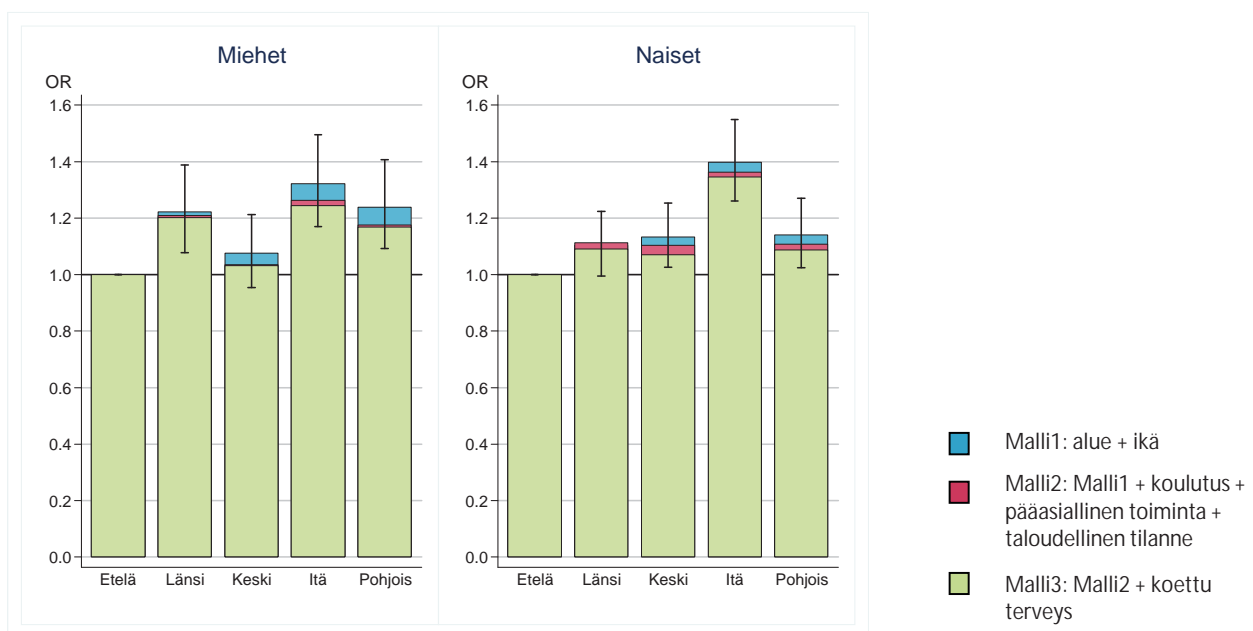
Terveyskeskuslääkärillä käynnin tarvetta kokeneiden ja palveluja 12 viime kuukauden aikana käyttäneiden ikävakioitujen osuudet (%) ja 95 %:n luottamusvälit sote-alueittain 20–59-vuotiailla ja 60–74-vuotiailla miehillä ja naisilla.

Terveyskeskuslääkärille pääsyn tarve, samoin kuin toteutuneet käynnit, vaihtelivat taustatekijöiden mukaan. Sekä vastaanottokäyntien tarve että toteutuneet käynnit olivat yleisimpiä matalan koulutuksen omaavilla (kuvio 2). Taloudellisen toimeentulonsa hankalaksi kokevat tarvitsivat muita useammin terveyskeskuslääkärin vastaanottokäyntiä, työssä käyvät tarvitsivat muita vähemmän. Toteutuneet terveyskeskuslääkärin vastaanotolla käynnit vaihtelivat samalla tavalla taustatekijöiden mukaan kuin vastaanottokäyntien tarve



Kuvio 2. Terveyskeskuslääkärin vastaanottokäynnin tarvetta 12 viime kuukauden aikana kokeneiden ikävakioidu osuus (%) ja 95 %:n luottamusvälit koulutuksen ja taloudellisen tilanteen mukaan sote-alueittain, 20–59-vuotiailla miehillä ja naisilla.

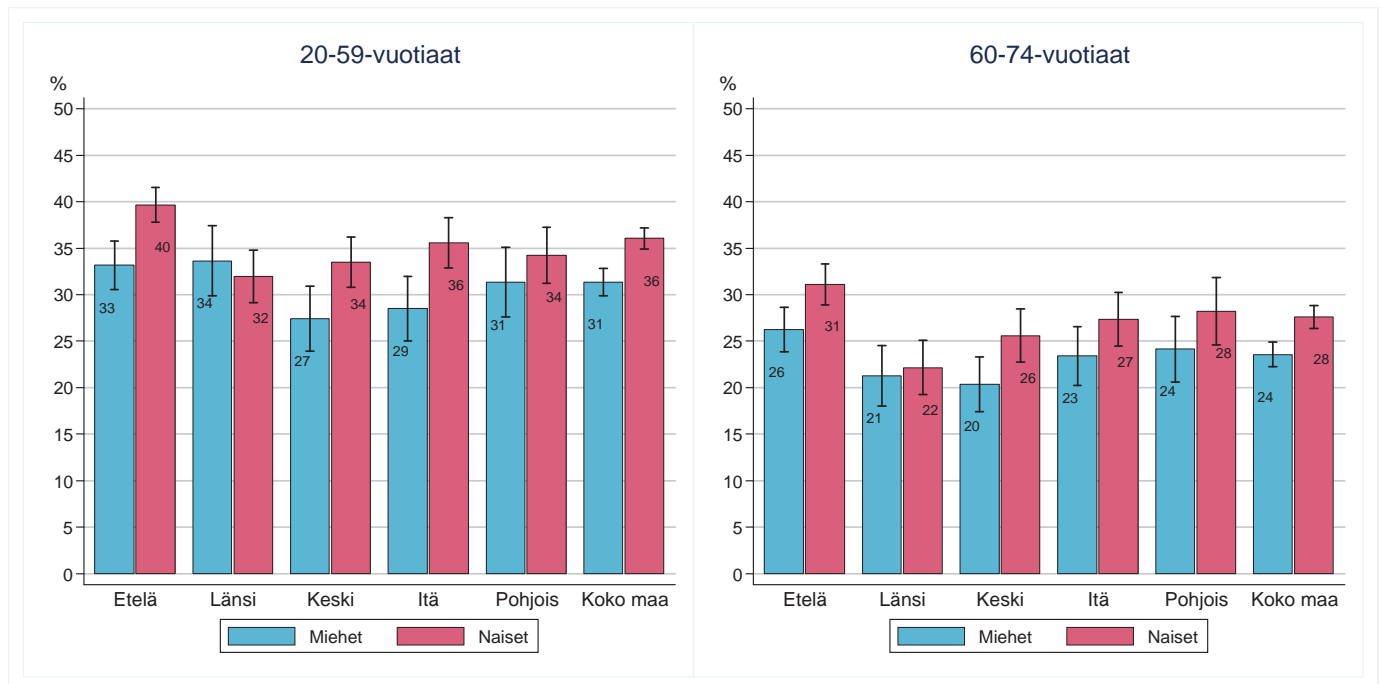
Alue-eroja mallinnettiin logistisella regressioanalyysillä, jossa ikävakioidut ristitulosuhteet (odds ratio) kuvaavat terveyskeskuslääkärille pääsyn tarvetta (kuvio 3). Sekä miehillä että naisilla tarve oli Itäisellä sote-alueella 1,4-kertaista Eteläiseen sote-alueeseen verrattuna (malli 1). Alue-erot väestön koulutuksessa, pääasiallisessa toiminnassa ja taloudellisessa tilanteessa eivät juuri selittäneet alue-eroja tarpeessa (malli 2). Koetun terveyden huomioon ottaminen ei juuri muuttanut tuloksia (malli 3). Vakiointien jälkeen tarve oli miehillä ja naisilla Itäisellä sote-alueella 1,3-kertaista ja miehillä Läntisellä ja Pohjoisella sote-alueella 1,2-kertaista Eteläiseen sote-alueeseen verrattuna.



Kuvio 3. Terveyskeskuslääkärin vastaanottokäynnin koettu tarve (OR) ja 95 %:n luottamusvälit (malli 1) sote-alueittain 20–59-vuotiailla miehillä ja naisilla

Taloudellisia vaikeuksia kokevat saivat puutteellisesti terveyskeskuslääkärin palveluja

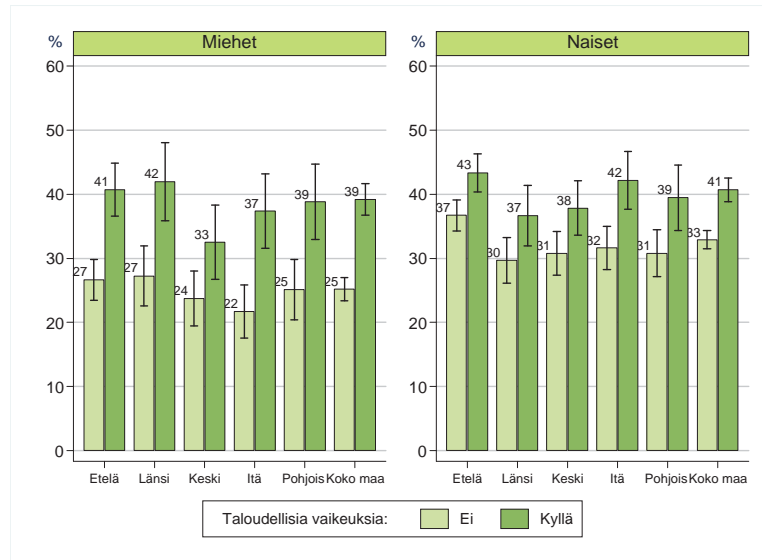
Tyydyttämätöntä terveyskeskuslääkärin vastaanotolle pääsyn tarvetta katsottiin olleen vastaajilla, jotka kertovat tarvinneensa tätä palvelua, mutta eivät olleet sitä saaneet tai olivat saaneet sitä riittämättömästi. 20–59-vuotiaista naisista tyydyttämätöntä palveluntarvetta koki 36 % ja miehistä 31 % (kuvio 4). Tyydyttämätön palvelun tarve oli naisilla yleisintä alle 45-vuotiailla ja harvinaisinta 60–74-vuotiailla. Tyydyttämätön terveyskeskuslääkärin vastaanotolle pääsyn tarve oli naisilla kaikissa ikäryhmissä yleisintä Eteläisellä sote-alueella, mutta vanhimmassa ikäryhmässä ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.



Kuvio 4. Tyydyttämätöntä terveyskeskuslääkärin vastaanotolle pääsyn tarvetta kokeneiden ikävaikeusosuus (%) ja 95 %:n luottamusvälit sote-alueittain 20–59-vuotiailla ja 60–74-vuotiailla miehillä ja naisilla.

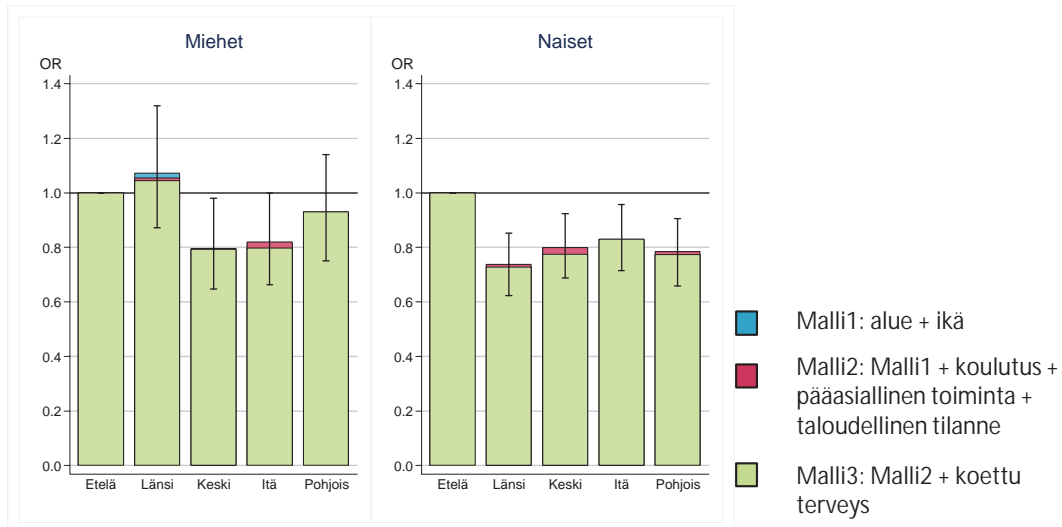
Myös miehillä tyydyttämätön palvelun tarve väheni iän kasvaessa. Alueelliset erot olivat 20–59-vuotiailla miehillä vähemmän selkeitä kuin naisilla, tyydyttämätön palvelun tarve vaikutti olevan suurinta Eteläisellä ja Läntisellä sote-alueella, mutta erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. 60–74-vuotiailla miehillä tyydyttämätön palvelun tarve oli yleisintä Eteläisellä sote-alueella ja harvinaisinta Läntisellä ja Keskisellä sote-alueella, mutta kaikki erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.

Tyydyttämätön tarve oli yleisintä niillä, joilla oli hankaluuksia kattaa kotitalouden menoja tuloilla (kuvio 5), sekä vain perusasteen koulutuksen saaneilla. Erot olivat selkeämmät taloudellisen tilanteen kuin koulutuksen mukaan. Pääasiallisen toiminnan mukaan tyydyttämätön tarve oli yleisintä työttömällä (naisilla 40 % ja miehillä 35 %).



Kuvio 5. Tyydyttämätöntä terveyskeskuslääkärin vastaanotolle pääsyn tarvetta kokeneiden ikävakioitu osuus (%) ja 95 %:n luottamusvälit taloudellisen toimeentulon mukaan sote-alueittain 20–59-vuotiailla miehillä ja naisilla.

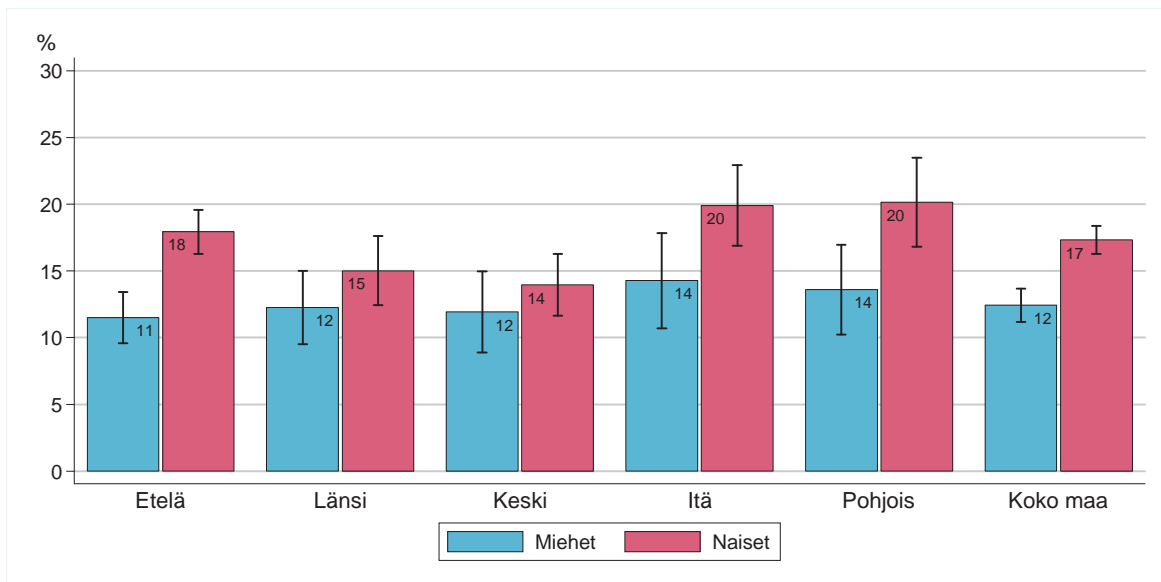
Tyydyttämättömän tarpeen alue-eroja mallinnettiin logistisella regressioanalyysillä vastaavilla malleilla kuin terveyskeskuslääkärille pääsyn tarvetta. Alueiden väliset erot pysyivät lähes muuttumattomina, vaikka alue-erot väestön iässä, koulutuksessa, pääasiallisessa toiminnassa, taloudellisessa tilanteessa ja koetussa terveydessä otettiin huomioon (kuvio 6). Kun kaikkien taustatekijöiden vaikutus vakioitiin (malli 3), naisilla tyydyttämätön tarve oli tilastollisesti merkitsevästi yleisempää Eteläisellä kuin muilla sote-alueilla ja miehillä ero oli tilastollisesti merkitsevä Eteläisen ja Itäisen sote-alueen välillä.



Kuvio 6. Tyydyttämätön terveyskeskuslääkärin vastaanotolle pääsyn tarve (OR) ja 95 %:n luottamusvälit (malli 1) sote-alueittain 20–59-vuotiailla miehillä ja naisilla.

Lähes joka viides työssäkäyvä nainen kaipasi lisää työterveyshuollon palveluja

Työterveyshuollon palvelujen saatavuutta tutkittiin 20–59-vuotiailla työssä käyvillä. Työllisiä 20–59-vuotiaita miehiä oli aineistossa 8 073 ja naisia 10 381. Työterveyshuollon palveluja oli 12 viime kuukauden aikana tarvinnut 56 % työllisistä miehistä ja 65 % työllisistä naisista. Palveluja oli käyttänyt miehistä 53 % ja naisista 61 %. Sekä tarve että käyttö vaihtelivat vain vähän suunniteltujen sote-alueiden välillä. Myös tyydyttämätön tarve oli naisilla yleisempää kuin miehillä. Tyydyttämätön tarve oli naisilla yleisintä Pohjoisella, Itäisellä ja Eteläisellä sote-alueella, mutta kaikki erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä (kuvio 7). Miehillä tyydyttämätön tarve vaikuttaisi olevan hieman muita alueita yleisempää Itäisellä ja Pohjoisella sote-alueella, mutta erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.



Kuvio 7. Tyydyttämätöntä työterveyshuollon palvelujen tarvetta kokeneiden ikävakioitu osuus (%) ja 95 %:n luottamusvälit sote-alueittain 20–59-vuotiaalla työllisillä miehillä ja naisilla.

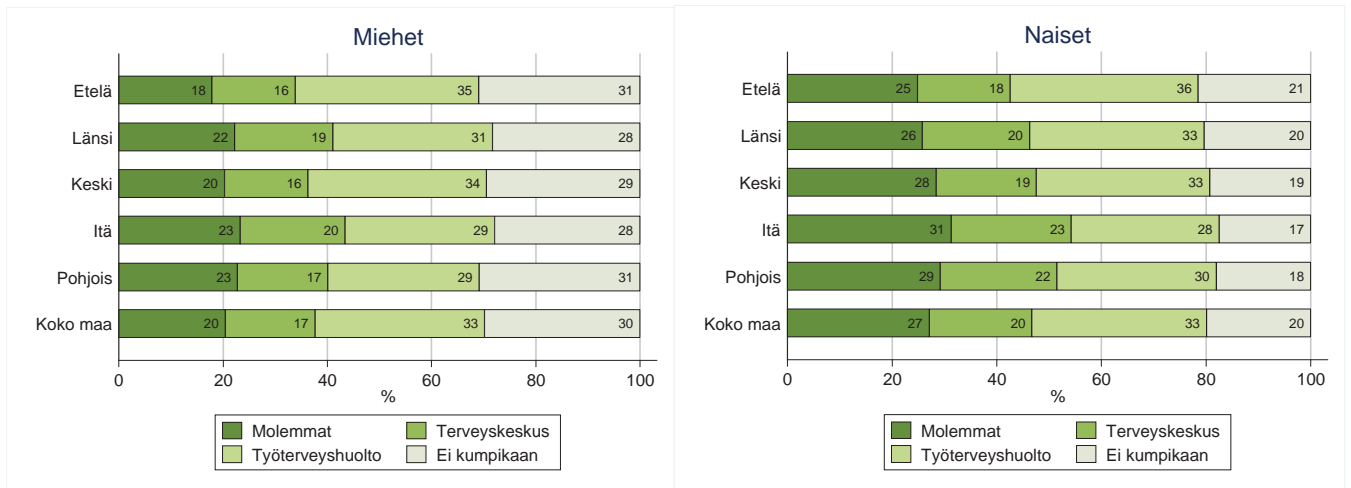
Joka neljäs työssäkäyvä koki terveyskeskuksen tai työterveyshuollon palveluissa puutteita

Työllisillä työterveyshuollon ja terveyskeskuksen palvelut täydentävät toisiaan. Tarkastelemme seuraavassa näitä palveluja yhdessä selvittäen, kuinka usea oli tarvinnut sekä terveyskeskuksen että työterveyshuollon palveluja tai näistä vain toista, sekä kuinka usea oli käyttänyt molempia tai vain toista näistä palveluista. Selvitämme myös, kuinka yleistä oli tyydyttämätön tarve sekä terveyskeskuspalvelujen että työterveyshuollon palvelujen saannissa tai vai toisessa näistä palveluista.

Kyselyssä ei jaoteltu työterveydenhuollon palveluita erikseen esimerkiksi työterveyslääkäriin pääsyyn ja muihin palveluihin, kuten työterveyshoitajan vastaanotolle pääsyyn. Vertailtavuuden parantamiseksi yhdistimme terveyskeskuksen osalta sekä terveyskeskuslääkäriin että sairaanhoitajan vastaanotolle pääsyä koskevat tiedot. Terveyskeskuksen palvelujen tarve tarkoittaa tässä, että henkilö on kokenut 12 viime kuukauden aikana joko tarvetta päästä terveyskeskuslääkäriin tai sairaanhoitajan vastaanotoille tai molemmille. Työterveyshuollon palvelujen tarve sisältää kaikkien työterveyshuollon palvelujen tarpeen tarkemmin niitä erittelemättä.

Työllisistä 20–59-vuotiaista naisista joka kolmas ja miehistä joka neljäs oli tarvinnut 12 viime kuukauden aikana sekä terveyskeskuksen että työterveyshuollon palveluja. Pelkästään terveyskeskuspalveluja oli tarvinnut sekä miehistä että naisista vajaa viidennes ja pelkästään työterveyshuollon palveluja joka kolmas.

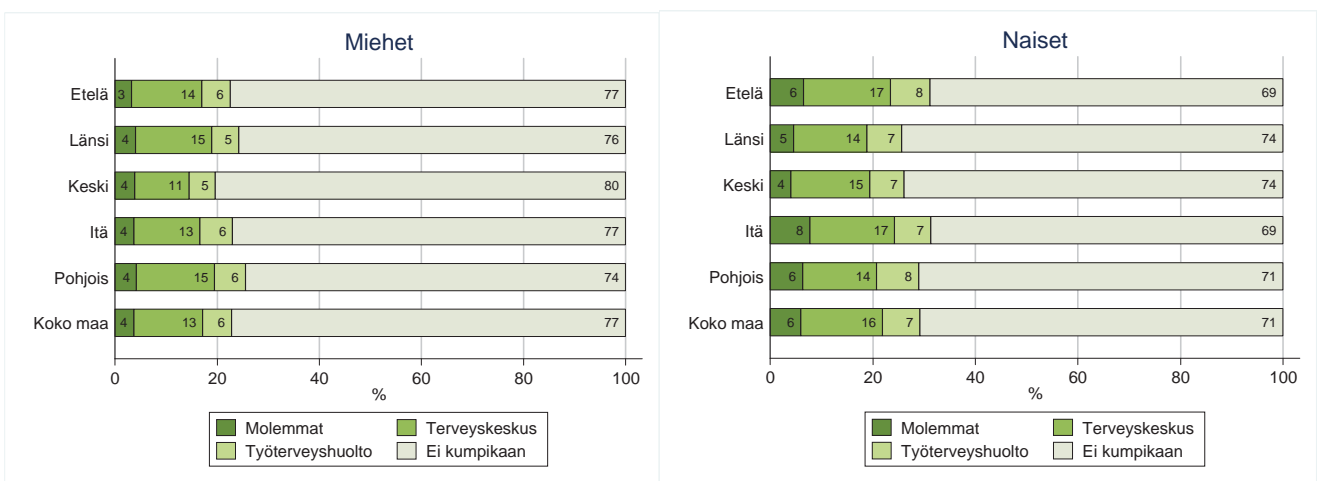
Kuten terveyskeskuspalvelujen tarve, myös niiden käyttö oli naisilla yleisempää kuin miehillä. Työllisistä 20–59-vuotiaista naisista joka neljäs ja miehistä joka viides ilmoitti käyttäneensä 12 viime kuukauden aikana sekä terveyskeskuksen että työterveyshuollon palveluja (kuvio 8). Joka viides nainen ja hieman harvempi mies oli käyttänyt vain terveyskeskuspalveluja ja pelkästään työterveyshuollon palveluja oli käyttänyt joka kolmas. Pelkän työterveyshuollon palvelujen käyttö oli molemmilla sukupuolilla yleisintä Eteläisellä sote-alueella. Vajaa kolmannes miehistä ja joka viides nainen ei ollut käyttänyt terveyskeskuksen eikä työterveyshuollon palveluja viimeisten 12 kuukauden aikana.



Kuvio 8. Terveyskeskuspalveluja (lääkärin tai terveydenhoitajan vastaanotto) ja työterveyshuollon palveluja 12 viime kuukauden aikana käyttäneiden ikävakioitu osuus sote-alueittain 20–59-vuotiailla työllisillä miehillä ja naisilla.

Tyydyttämätöntä palvelujen tarvetta tarkasteltiin niillä 20–59-vuotiailla työllisillä, jotka olivat tarvinneet joko terveyskeskuksen tai työterveyshuollon palveluja tai molempia. Tarkastelussa eivät olleet mukana ne, jotka eivät olleet tarvinneet kummankaan palveluja. Tyydyttämättömän palvelun tarpeen yleisyyttä tarkasteltiin pelkissä terveyskeskuspalveluissa, pelkissä työterveyshuollon palveluissa ja yhtä aikaa molemmissa palveluissa.

Tyydyttämätön palvelujen tarve oli naisilla yleisempää (29 %) kuin miehillä (23 %). Miehillä tyydyttämätön palvelujen tarve oli yleisintä Pohjoisella ja harvinaisinta Keskisellä sote-alueella (kuvio 9). Naisilla tyydyttämätön tarve oli yleisintä Eteläisellä ja Itäisellä sote-alueella ja harvinaisinta Läntisellä ja Keskisellä sote-alueella. Sekä naisilla että miehillä tyydyttämätön palvelujen tarve oli yleisintä terveyskeskuspalveluissa.



Kuvio 9. Tyydyttämätöntä terveyskeskuspalvelujen ja/tai työterveyshuollon palvelujen tarvetta 12 viime kuukauden aikana kokeneiden ikävakioitu osuus (%) sote-alueittain 20–59-vuotiailla työllisillä miehillä ja naisilla.

Raha-automaattiyhdistys (RAY)

Raha-automaattiyhdistys (RAY) on merkittävin yksittäinen sosiaali- ja terveysalan järjestötoiminnan rahoittaja Suomessa. 2014 RAY:n voitovaroista myönnettiin avustuksia 308 milj. euroa 797 sosiaali- ja terveysalan järjestölle yhteensä 1 676 eri kohteeseen.

RAY:ltä avustuksia voivat hakea yleishyödylliset yhteisöt, järjestöt ja säätiöt terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen.

Yhtenä RAY:n lakisäateisenä tehtävänä on avustetun toiminnan tuloksellisuuden ja laadun seuranta.

Tiedot järjestötoimintaan osallistuneiden ihmisten lukumääristä ja taustoista luovat perustan seurannalle, ja ATH-tutkimusaineisto täydentää RAY:n omaa tiedonkeruuta.

KIRJALLISUUTTA

Häkkinen U, Alha P (toim.) 2006. Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/2006, Helsinki.

Manderbacka K, Koponen P, Koskinen S 2012. Hoidontarve ja sen tyydyttyminen. Teoksessa Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.): Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012 Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Manderbacka K, Muuri A, Keskimäki I, Kaikkonen R, Elovainio M 2012. Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo terveyspalvelujen saatavuudesta? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2012: 49, 4–12.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Sote-uudistus. Järjestämislain keskeinen sisältö 25.11.2014.

THL 2014. SOTE viidelle alueelle – vaikutusten ennakoarviointi. Päätöksen tueksi 1/2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos
PI 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki
Puhelin: 029 524 6000
www.thl.fi/ath

Yhteenveto

Käynnissä oleva sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus siirtää palvelujen järjestämisvastuun viidelle sote-alueelle, jotka vastaavat muutamaa poikkeuksen tekevää kuntaa lukuun ottamatta nykyisiä yliopistosairaaloitten erityisvastuualueita. Terveyskeskuslääkärin vastaanottokäyntiä oli tarvinnut 12 viime kuukauden aikana 20–59-vuotiaista naisista puolet ja miehistä 40 prosenttia. 60–74-vuotiaista naisista ja miehistä kaksi kolmesta oli tarvinnut terveyskeskuslääkärikäyntiä. Suunniteltujen sote-alueiden välillä oli eroja terveyskeskuslääkärin vastaanoton tarpeessa. Tarve oli molemmilla sukupuolilla alhaisin Eteläisellä sote-alueella. Itäisellä sote-alueella tarve oli miehillä ja naisilla 1,4-kertainen Eteläiseen verrattuna. Toteutuneet terveyskeskuslääkärikäynnit olivat yleisimpiä samoilla alueilla kuin tarvekin.

Tyydyttämätöntä terveyskeskuslääkärin vastaanotolle pääsyn tarvetta koki 20–59-vuotiaista kolmannes, 60–74-vuotiaista harvempi. Tyydyttämätön tarve oli naisilla yleisintä Eteläisellä sote-alueella, miehillä Läntisellä ja Eteläisellä sote-alueella.

Sekä vastaanottokäyntien tarve, toteutuneet käynnit että tyydyttämätön tarve olivat yleisempiä matalasti koulutetuilla ja toimeentulovaikeuksia kokeneilla. Alueiden väliset erot väestön iässä, koulutuksessa, pääasiallisessa toiminnassa, taloudellisessa tilanteessa ja koetussa terveydessä eivät selittäneet alue-eroja terveyskeskuslääkärikäynnin tarpeessa, toteutuneissa käynneissä tai tyydyttämättömässä tarpeessa.

Työterveyshuollon koettu tarve ja palvelujen käyttö vaihtelivat työllisillä 20–59-vuotiailla vain vähän suunniteltujen sote-alueiden välillä. Naisista 17 % ja miehistä 12 % koki tyydyttämätöntä työterveyspalvelujen tarvetta. Työterveyshuollon palvelujen tyydyttämätön tarve oli naisilla yleisintä Itäisellä, Pohjoisella ja Eteläisellä sote-alueella. Miehillä alueerot olivat pieniä.

Kun sekä terveyskeskuslääkärien ja -sairaanhoitajien että työterveyshuollon palvelut otettiin huomioon, työssäkäyvistä miehistä 23 % ja naisista 29 % koki tyydyttämätöntä palvelujen tarvetta. Miehillä tyydyttämätön palvelujen tarve oli yleisintä Pohjoisella sote-alueella ja naisilla Eteläisellä ja Itäisellä sote-alueella.

Johtopäätökset

Huomattava osa terveyskeskuslääkärillä käyntiä tarvinneista oli kokenut saaneensa palvelua riittämättömästi, ja tyydyttämätön palvelun tarve oli yleisintä heikossa yhteiskunnallisessa asemassa olevilla. Vaikka työllisillä työterveyshuollon ja terveyskeskuksen palvelut täydentävät toisiaan, esiintyi tyydyttämätöntä palvelujen tarvetta silloinkin, kun näitä palveluja tarkasteltiin yhdessä. Tyydyttämätön terveyskeskus- ja työterveyshuollon palvelujen tarve oli osin kasautunut samoille alueille, Eteläisellä sote-alueella tilanne oli huono molempien suhteen. Yksityisten lääkäriasemien palveluita ei tällä aineistolla pystytty tarkastelemaan. Tulevien sote-alueiden suunnittelun kannalta on merkittävää, että terveyskeskuslääkärin vastaanotolle pääsy vaihteli suunniteltujen sote-alueiden välillä, eivätkä alueiden väliset erot johtuneet niiden väestörakenteesta, eli eroista alueiden ikä-, koulutus- tai pääasiallisen toiminnan rakenteissa. Myöskään koettu taloudellinen toimeentulo tai terveys ei selittänyt alue-eroja naisten tyydyttämättömässä terveyskeskuslääkäritarpeessa.

Terveyspalvelujen saatavuutta olisi tärkeää parantaa vähentämällä tyydyttämätöntä terveyskeskuslääkärien vastaanotolle pääsyn tarvetta ja palvelujen saatavuuden alueelliseen tasa-arvoon olisi kiinnitettävä huomiota tulevien sote-alueiden palveluja suunniteltaessa.

Tämän julkaisun viite: Shemeikka R, Rinne H, Manderbacka K, Murto J, Kaikkonen R. Terveyspalveluiden saatavuuden alue-erot Suomessa – ATH-tutkimuksen tuloksia erityisvastuualueittain (suunnitellut sote-alueet). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen työpaperieita 37/2014, s. 29–36.

Nuorten aikuisten terveyden ja elintapojen alue-erot

– ATH-tutkimuksen tuloksia erityisvastuualueittain (suunnitellut sote-alueet)

Ydinviestit

- Joka viides nuori aikuinen koki terveytensä huonoksi tai keskitasoiseksi. Miehillä koettu terveys oli huonompi Läntisellä kuin Keskisellä sote-alueella.
- Lähes joka kolmannella oli ollut 12 viime kuukauden aikana jokin lääkärin toteama sairaus. Itäisen sote-alueen naisista sairauksia oli ollut useammalla kuin joka kolmannella.
- Lähes joka kolmannella oli ollut vuoden aikana masennusoireita. Eteläisen sote-alueen naisista masennusoireita oli ollut useammalla kuin joka kolmannella.
- Miehistä tupakoi päivittäin 19 % ja naisista 15 %, päivittäinen tupakointi oli naisilla yleistä Pohjoisella ja Itäisellä sote-alueella.
- Miehistä 42 % ja naisista 30 % käytti liikaa alkoholia, liikkakäyttö oli miehillä yleisempää kuin naisilla, naisilla se oli yleisintä Eteläisellä sote-alueella.
- Erot taloudellisen toimeentulon tai koulutustason mukaan olivat terveydessä ja elintavoissa alue-eroja suurempia.
- Taloudelliset vaikeudet ja alhainen koulutus olivat yhteydessä terveysongelmiin ja haitallisiin elintapoihin.
- Alueiden väliset erot terveydessä ja elintavoissa eivät selittyneet pelkästään alueiden välisillä koulutus- ja toimeentuloeroilla.

Kirjoittajat:

Riikka Shemeikka
erikoistutkija, Kuntoutussäätiö
Hanna Rinne
tutkija, Kuntoutussäätiö
Aurora Saares
tutkimusavustaja,
Kuntoutussäätiö
Sakari Karvonen
tutkimusprofessori,
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos
Jukka Murto
tutkija,
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos
Risto Kaikkonen
kehittämispäällikkö,
Terveiden ja hyvinvoinnin laitos

Tausta

Käynnissä oleva sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus siirtää palvelujen järjestämistä kunnilta viidelle sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisalueelle eli sote-alueelle. Hallituksen 25.11.2014 eduskunnalle antaman lakiesityksen mukaan suunnitellut sote-alueet vastaisivat nykyisiä yliopistosairaaloiden erityisvastuualueita (erva) muutamaa poikkeuksen tekevää kuntaa lukuun ottamatta. Suurin poikkeus on Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän kuntien liittyminen Eteläiseen sote-alueeseen. Lisäksi viisi muuta kuntaa liittyisi lakiesityksen mukaan erityisvastuualueestaan poikkeavaan sote-alueeseen (ks. tarkemmin STM 2014). Suunnitellut sote-alueet ovat Eteläinen (perustana HYKS erva), Läntinen (TYKS erva), Keskinen (TAYS erva), Itäinen (KYS erva) ja Pohjoinen (OYS erva). Sote-alueiden on tarkoitus aloittaa toimintansa vuoden 2016 alussa. Näistä suunnitelluista, lähinnä erityisvastuualueita vastaavista sote-alueista käytetään tässä julkaisussa yksinkertaisuuden vuoksi nimitystä sote-alue, vaikka lainsäätöprosessi on yhä kesken.

Sekä terveyserojen kaventaminen että nuorten hyvinvoinnin tukeminen ovat keskeisiä kansallisia tavoitteita. Sote-uudistuksen suunnittelussa on tärkeää ottaa huomioon alueelliset erot nuorten aikuisten terveydessä ja terveyteen liittyvissä elintavoissa. Koska alue-erojen taustalla voivat olla muut rakenne-erot, tarkasteltiin myös terveyden ja elintapojen väestöryhmittäisiä eroja sekä sitä, selittävätkö nämä erot mahdollisia alue-eroja.

Joka kolmas kokee toimeentulonsa vähintään melko hankalaksi

ATH-tutkimukseen vastanneista 20–34-vuotiaista miehiä oli 3 291 ja naisia 4 779. Suunnitteilla olevien sote-alueiden vastaajamäärä vaihteli 3 174 ja 1 112 henkilön välillä.

Vastaajien koulutustieto saatiin Tilastokeskuksen rekistereistä. Kyselyyn vastanneista miehistä 15 prosentilla ja naisista 10 prosentilla oli vain perusasteen koulutus, keskiasteen koulutus oli miehistä 62 prosentilla ja naisista 54 prosentilla ja korkea-asteen koulutus miehistä 23 prosentilla ja naisista 35 prosentilla. Eteläisellä sote-alueella koulutustaso oli muita alueita korkeampi. Joka neljäs oli opiskelija, eli monen koulutustaso muuttuu vielä. Miehistä oli töissä 60 prosenttia ja naisista 51 prosenttia, työttömänä oli miehistä 6 prosenttia ja naisista 5 prosenttia. Naisista 14 prosenttia ja miehistä prosentti hoiti päätoimisesti lapsia kotona ja työkyvyttömyyseläkkeellä molemmista sukupuolista oli kaksi prosenttia. Miehistä 19 prosenttia ja naisista 27 prosenttia oli naimisissa. Avoliitossa oli miehistä 34 prosenttia ja naisista 36 prosenttia.

Toteutus

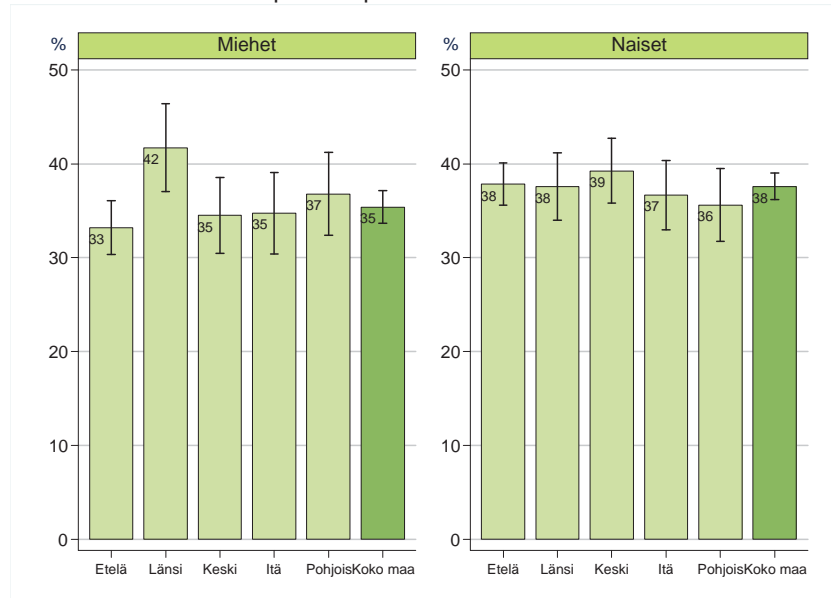
Tutkimuksen aineistona oli kyselytutkimuksena toteutetun Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) aineisto vuosilta 2012 ja 2013. Tarkastelussa olivat mukana kyselyyn vastanneet 20–34-vuotiaat nuoret aikuiset, joita oli 8 070 (vastausprosentti 37). Ahvenanmaalaiset ja laitoksissa asuva väestö eivät olleet mukana analyyseissa. Aluejakona olivat suunnitellut sote-alueet, jotka vastaavat muutamaa poikkeuksen tekevää kuntaa lukuun ottamatta nykyisiä Helsingin, Turun, Tampereen, Kuopion ja Oulun yliopistosairaaloiden erityisvastuualueita. Aineistoon yhdistettiin Tilastokeskuksen rekistereistä tieto vastaajan koulutuksesta.

Alueellisia eroja nuorten aikuisten terveydessä ja terveyteen liittyvissä elintavoissa tarkasteltiin ristiintaulukoimalla ja logistisella regressioanalyysillä. Osuuksille ja ristitulosuhteille laskettiin luottamusvälit. Osuudet ikävakiointiin käyttäen vakioväestönä Suomen väestöä 2012 (Tilastokeskus 2014). Analyysissa otettiin huomioon ATH-tutkimuksen otanta-asetelma.

Tarkastelimme sitä, millaiseksi nuoret aikuiset itse kokivat terveytensä sekä oliko heillä ollut 12 viime kuukauden aikana tiettyjä lääkärin toteamia sairauksia tai kaksi viikkoa tai kauemmin kestäneitä masennusoireita. Lääkärin toteamien tai hoitamien sairauksien vastausvaihtoehdot olivat kohonnut verenpaine, verenpainetauti, aivohalvaus, kohonnut veren kolesterolit, sydänveritulppa, sydäninfarkti, sepelvaltimotauti, angina pectoris, syöpä, nivelreuma, muu niveltulehdus, selän kulumavika, iskiäs, muu selkäsairaus, pitkäaikainen keuhkoputkentulehdus, keuhkolaajentuma, masennus, muu mielenterveysongelma, astma ja diabetes.

Elintavoista tarkastelimme päivittäistä tupakointia ja alkoholin liikakäyttöä (AUDIT-C). Alueellisia eroja tarkastelimme suunnitelluilla sote-alueilla ja väestöryhmittäisiä eroja tarkastelimme vastaajien koulutusasteen ja itse arvioitun taloudellisen tilanteen mukaan.

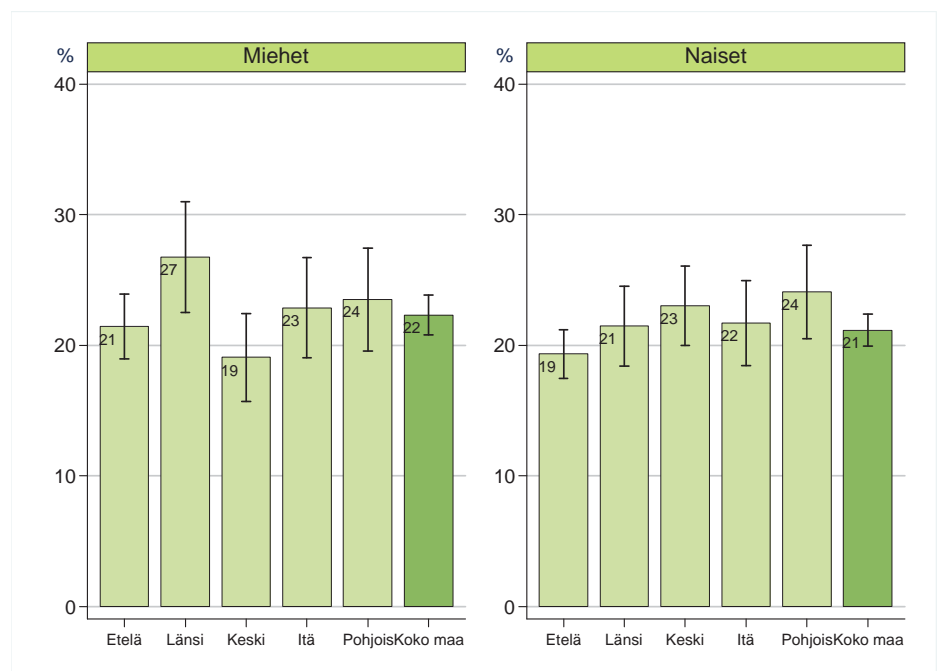
Useammalla kuin joka kolmannelle menojen kattaminen tuloilla oli vähintään melko hankalaa (kuvio 1). Toimeentulovaikkeudet olivat miehillä Läntisellä sote-alueella yleisempiä kuin Eteläisellä sote-alueella. Naisilla suunniteltujen sote-alueiden väliset erot olivat pienempiä, eivätkä tilastollisesti merkitseviä.



Kuvio 1. Menojen kattamisen tuloilla vähintään melko hankalaksi kokeneiden ikävakiointu osuus (%) sote-alueittain 20–34-vuotiailla miehillä ja naisilla, 95 %:n luottamusvälit.

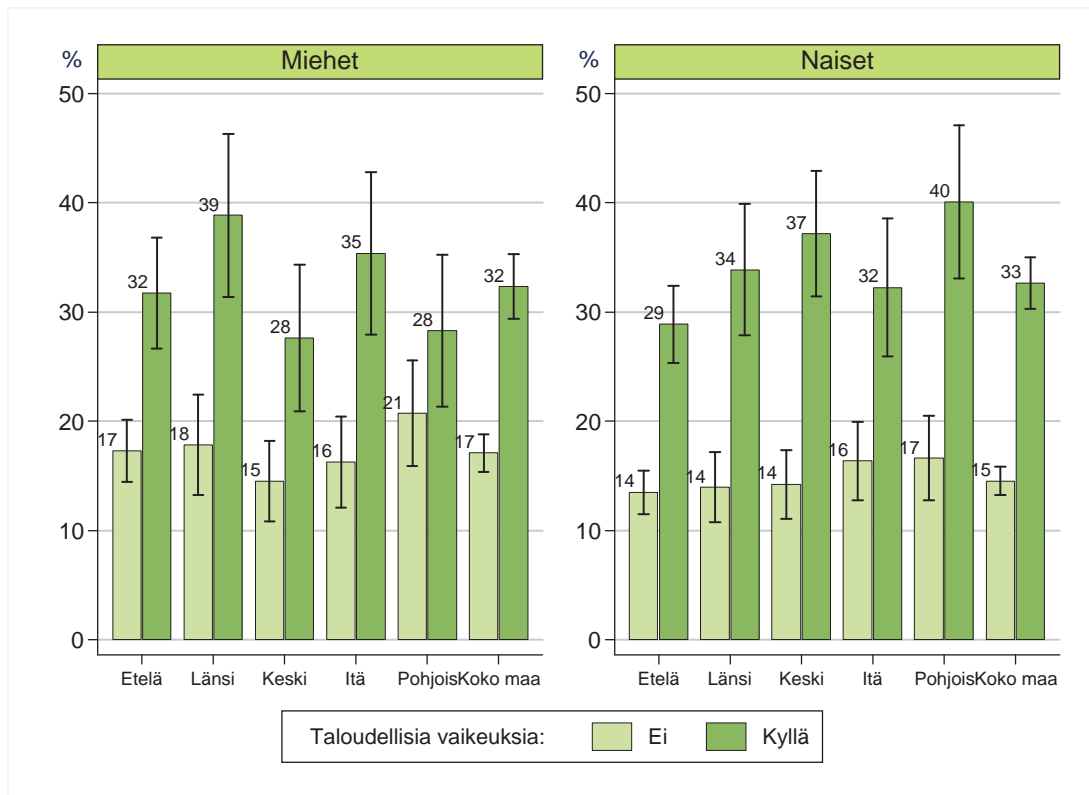
Koettu terveys heikoin miehillä Läntisellä ja naisilla Pohjoisella sote-alueella

Joka viides nuori aikuinen koki terveytensä keskitasoisiksi tai sitä huonommaksi (kuvio 2). Miehillä huono koettu terveys oli Läntisellä sote-alueella yleisempää kuin Keskisellä. Joka neljäs Pohjoisella sote-alueella asuva nainen koki terveytensä keskitasoisiksi tai huonoksi. Naisilla koetun terveyden alue-erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.



Kuvio 2. Terveytensä enintään keskitasoisiksi kokeneiden ikävakiointu osuus (%) sote-alueittain 20–34-vuotiailla miehillä ja naisilla, 95 %:n luottamusvälit.

Koettu terveys oli joka alueella selvästi heikompi niillä, joilla oli taloudellisia vaikeuksia. Heistä joka kolmas kuvasi terveydentilansa enintään keskitasoiseksi. Koettu terveys oli korkeintaan keskitasoinen 40 prosentilla taloudellisia vaikeuksia kokeneista miehistä Läntisellä ja naisista Pohjoisella sote-alueella (kuvio 3).

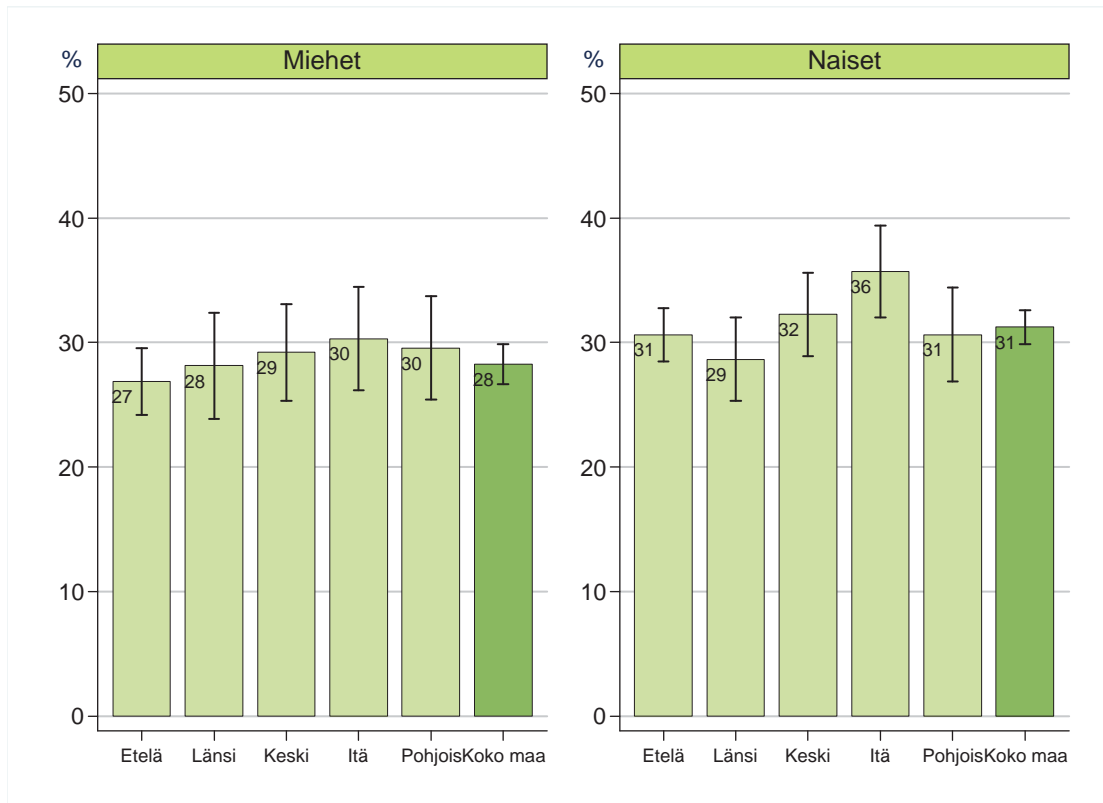


Kuvio 3. Terveytensä enintään keskitasoiseksi kokeneiden ikävakioitu osuus (%) taloudellisen tilanteen mukaan sote-alueittain 20–34-vuotiailla miehillä ja naisilla, 95 %:n luottamusvälit.

Samantyyppinen oli koetun terveyden vaihtelu koulutuksen mukaan: pelkän perusasteen suorittaneista kolmannes koki terveytensä keskitasoiseksi tai huonommaksi, keski- tai korkea-asteen suorittaneista viidennes. Pelkän perusasteen suorittaneista koettu terveys oli miehillä erityisen heikko Läntisellä sote-alueella asuvilla, joista puolet koki terveytensä keskitasoiseksi tai huonommaksi, naisilla taas Pohjoisella (55 %) ja Itäisellä (48 %) sote-alueella asuvilla. Koulutuksen ja taloudellisen tilanteen yhtäaikainen tilastollinen vakiointi kavensi alueellisia terveyseroja miehillä hiukan, naisilla ei lainkaan.

Sairaudet yleisimpiä Itäisen sote-alueen naisilla

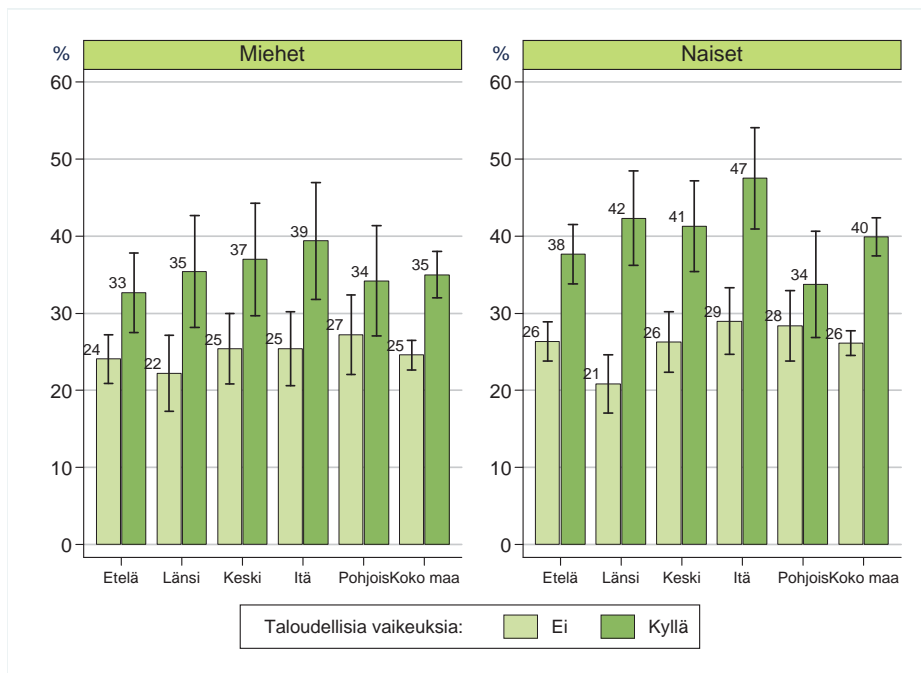
Lähes joka kolmas nuorista aikuisista oli sairastanut jotain lääkärin toteamaa sairautta 12 viime kuukauden aikana. Itäisellä sote-alueella lääkärin toteamia sairauksia oli useammalla kuin joka kolmannella naisella ja sairaudet olivat siellä tilastollisesti merkitsevästi yleisempiä kuin Läntisen sote-alueen naisilla (kuvio 4). Miehillä suunniteltujen sote-alueiden väliset erot olivat pienempiä kuin naisilla, eivätkä ne olleet tilastollisesti merkitseviä.



Kuvio 4.

Niiden 20–34-vuotiaiden miesten ja naisten ikävakioitu osuus (%), jolla oli ollut lääkärin 12 viime kuukauden aikana toteama tai hoitama sairaus, sote-alueittain, 95 %:n luottamusvälit.

Lääkärin toteamat sairaudet olivat joka alueella yleisempiä niillä, joilla oli taloudellisia vaikeuksia (kuvio 5). Itäisellä sote-alueella taloudellisia vaikeuksia kokeneista naisista lähes puolella oli vuoden sisällä ollut jokin lääkärin toteama sairaus.



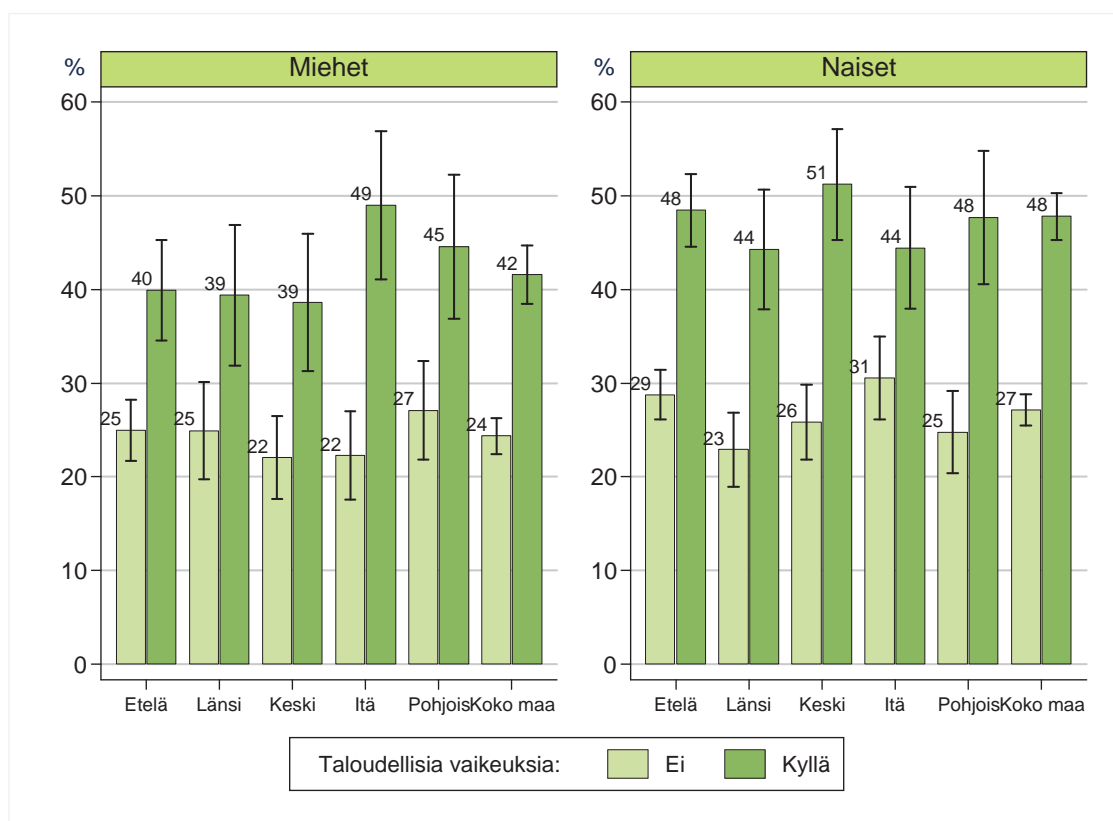
Kuvio 5.

Niiden 20–34-vuotiaiden miesten ja naisten ikävakioitu osuus (%), joilla oli ollut lääkärin 12 viime kuukauden aikana toteama tai hoitama sairaus taloudellisen tilanteen mukaan, sote-alueittain, 95 %:n luottamusvälit.

Mycs koulutus oli yhteydessä l  k  rin toteamien sairauksien yleisyyteen. Vain perusasteen koulutuksen saaneista miehistä 39 prosentilla ja naisista 46 prosentilla oli ollut l  k  rin toteama sairaus, kun korkeammin koulutetuilla miehillä sairauksia oli ollut 26 prosentilla ja naisilla 30 prosentilla. Itäisellä sote-alueella vain perusasteen suorittaneista naisista peräti 55 prosentilla oli ollut joku l  k  rin toteama sairaus 12 viime kuukauden aikana. Alue-erot eivät selittyneet koulutuksen ja taloudellisen tilanteen yhtäaikaisella vakioinnilla.

Joka kolmannella masennusoireita, yleisintä taloudellisia vaikeuksia kokeneilla

Miehistä 30 prosentilla ja naisista 35 prosentilla oli ollut v  hint  n kaksi viikkoa kestävä masennusoireilua 12 viime kuukauden aikana. Eteläisen sote-alueen naisilla itseraportoidut masennusoireet olivat tilastollisesti merkitsevästi yleisempiä (36 %) kuin Läntisen sote-alueen naisilla (30 %). Miehillä alueiden väliset erot olivat tilastollisesti merkitseviä. Masennusoireet olivat joka alueella yleisempiä vain perusasteen suorittaneilla (keskim  arin miehet 42 %, naiset 46 %) kuin korkeammin koulutetuilla (miehet 28 %, naiset 33 %). Taloudellisia vaikeuksia kokeneilla oli muita useammin masennusoireita (kuvio 6). Masennusoireet olivat kaikilla sote-alueilla yleisempiä taloudellisia vaikeuksia kokeneilla kuin niillä, joilla ei ollut taloudellisia vaikeuksia. Erot taloudellisen tilanteen mukaan olivat selkeämpiä kuin koulutuksen mukaan. Eteläisen ja Läntisen sote-alueen välinen ero naisten masennusoireiden yleisyydessä säilyi, vaikka alueiden väliset erot väestön koulutus- ja toimeentulorakenteessa otettiin huomioon.



Kuvio 6.

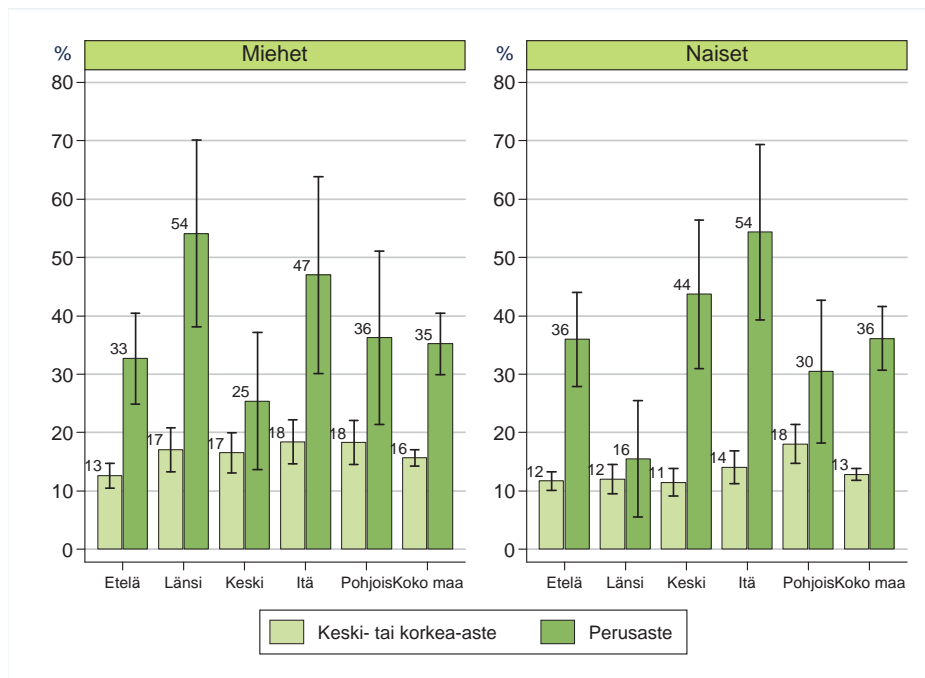
Niiden 20–34-vuotiaiden miesten ja naisten ikävakioitu osuus (%), joilla oli ollut v  hint  n kaksi viikkoa kestävä masennusoireilua 12 viime kuukauden aikana taloudellisen tilanteen mukaan, sote-alueittain, 95 %:n luottamusvälit.

Päivittäinen tupakointi naisilla yleistä Pohjoisella ja Itäisellä sote-alueella

Päivittäin tupakoivia oli miehistä 19 prosenttia ja naisista 15 prosenttia. Miehillä päivittäinen tupakointi oli yleisempää Läntisellä (22 %) kuin Eteläisellä (16 %) sote-alueella. Pohjoisen sote-alueen naisista tupakoi päivittäin 19 % ja Itäisen sote-alueen naisista 18 %, kun taas Läntisellä, Eteläisellä ja Keskisellä sote-alueella päivittäin tupakoivia oli 13–14 %. Kaikilla alueilla päivittäinen tupakointi oli miehillä yleisempää kuin naisilla.

Päivittaisen tupakoinnin yleisyys vaihteli sekä taloudellisen tilanteen että koulutuksen mukaan. Taloudellisia vaikeuksia kokeneet tupakoivat yleisemmin (miehet 26 %, naiset 22 %) kuin ne, joiden taloudellinen toimeentulo oli helppoa (miehet 15 %, naiset 11 %).

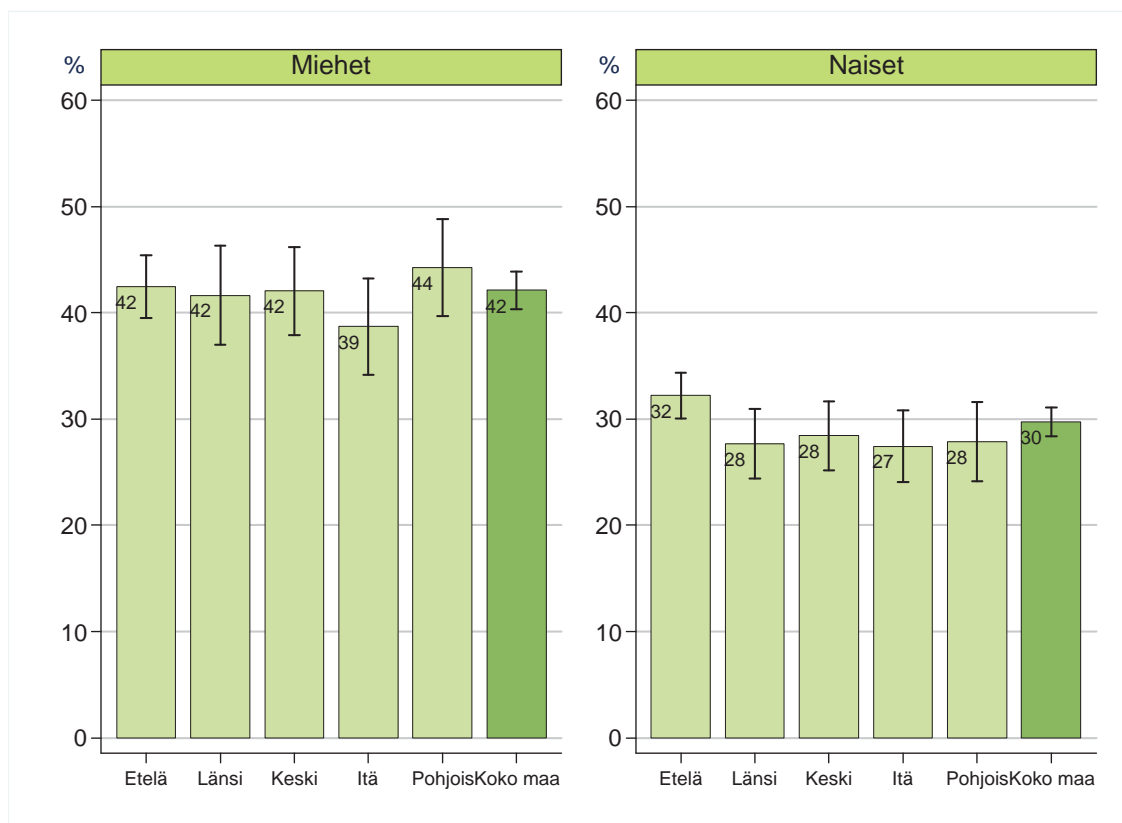
Erot koulutusryhmien välillä olivat suurempia kuin taloudellisen tilanteen mukaan. Pelkän perusasteen suorittaneet tupakoivat muita yleisemmin. Useampi kuin joka kolmas pelkän perusasteen suorittaneista miehistä ja naisista tupakoi päivittäin (kuviot 7). Pelkän perusasteen suorittaneista Läntisen sote-alueen miehistä ja Itäisen sote-alueen naisista yli puolet tupakoi päivittäin. Koulutuksen ja taloudellisen tilanteen yhtäaikainen vakiointi kavensi hiukan tupakoinnin alue-eroja miehillä, muttei naisilla.



Kuvio 7. Päivittäin tupakoivien 20–34-vuotiaiden miesten ja naisten ikävakioiden osuus (%) koulutuksen mukaan sote-alueittain, 95 %:n luottamusvälit.

Alkoholin liikkakäyttö yleistä nuorilla miehillä, nuorilla naisilla yleisintä Eteläisellä sote-alueella

Miehistä 42 prosenttia ja naisista 30 prosenttia käytti liikaa alkoholia. Alkoholin liikkakäyttöä arvioitiin AUDIT-C-lomakkeella, jossa kysyttiin alkoholin käytön tiheyttä, kerralla juotujen annosten määrää sekä sitä, kuinka usein vastaaja juo kuusi annosta tai enemmän. Alkoholin liikkakäytön rajana (vähintään lievästi kasvaneet alkoholihaittojen riskit) oli miehillä vähintään 6 ja naisilla vähintään 5 pistettä. Alkoholin liikkakäyttö oli kaikilla suunnitelluilla sote-alueilla miehillä yleisempää kuin naisilla (kuvio 8). Naisilla alkoholin liikkakäyttö on yleisintä Eteläisellä sote-alueella. Miehillä alkoholin liikkakäytön alueelliset erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä.



Kuvio 8. Niiden 20–34-vuotiaiden miesten ja naisten ikävakioitu osuus (%), joilla oli vähintään lievästi kasvanut alkoholihaittojen riski (AUDIT-C), sote-alueittain, 95 %:n luottamuskäytöt.

Alkoholin liikkakäyttö oli yleisempää taloudellisia vaikeuksia kokeneilla (miehet 46 %, naiset 33 %) kuin niillä, joiden toimeentulo oli helppoa (miehet 40 %, naiset 28 %). Ero oli samansuuntainen lähes kaikilla suunnitelluilla sote-alueilla. Koulutusryhmien väliset erot alkoholin liikkakäytössä eivät olleet selkeitä ja vaihtelivat eri sote-alueilla. Eteläisen sote-alueen naisten alkoholin liikkakäyttö säilyi muita alueita yleisempänä, vaikka alueiden väliset erot koulutuksessa ja taloudellisessa tilanteessa vakioitiin.

Raha-automaattiyhdistys (RAY)
Raha-automaattiyhdistys (RAY) on merkittävin yksittäinen sosiaali- ja terveysalan järjestötoiminnan rahoittaja Suomessa

2014 RAY:n voittovaroista myönnettiin avustuksia 308 milj. euroa 797 sosiaali- ja terveysalan järjestölle yhteensä 1 676 eri kohteeseen.

RAY:itä avustuksia voivat hakea yleishyödylliset yhteisöt, järjestöt ja säätiöt terveyden ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen.

Yhtenä RAY:n lakisääteisenä tehtävänä on avustetun toiminnan tuloksellisuuden ja laadun seuranta.

Tiedot järjestötoimintaan osallistuneiden ihmisten lukumääristä ja taustoista luovat perustan seurannalle, ja ATH-tutkimusaineisto täydentää RAY:n omaa tiedonkeruuta.

KIRJALLISUUTTA

Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi. Luonnos 18.6.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2014). Sote-uudistus. Järjestämislain keskeinen sisältö 25.11.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2011). Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011/1.

Tilastokeskus (2014). Stat.fin-tietokanta. Väestötillastot ja koulutustillastot.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
PI 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki
Puhelin: 029 524 6000
www.thl.fi/ath

Tämän julkaisun viite: Shemeikka R, Rinne H, Saares A, Karvonen S, Murto J, Kaikkonen R. Nuorten aikuisten terveyden ja elintapojen alue-erot – ATH-tutkimuksen tuloksia erityisvastuualueittain (suunnitellut sote-alueet). Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpapereita 37/2014, s. 37–44.

Yhteenvedo

Käynnissä oleva sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus siirtää palvelujen järjestämisvastuun viidelle sote-alueelle, jotka vastaavat muutamaa poikkeuksen tekevää kuntaa lukuun ottamatta nykyisiä yliopistosairaaloiden erityisvastuualueita. Nuorten aikuisten koettu terveys, lääkärin toteamat sairaudet, masennusoireet sekä päivittäinen tupakointi ja liiallinen alkoholinkäyttö vaihtelivat jonkin verran suunniteltujen sote-alueiden välillä. Keskeisimpinä tuloksina nousevat esiin Läntisen sote-alueen miesten heikko koettu terveys, Itäisen sote-alueen naisten sairastavuus sekä kaikilla alueilla yleinen nuorten aikuisten masennusoireilu.

Päivittäinen tupakointi oli miehillä yleisempää kuin naisilla, mutta naisilla erityisen huolestuttavaa oli tupakoinnin yleisyys Pohjoisella ja Itäisellä sote-alueella. Alkoholiliikakäyttö oli nuorilla miehillä yleistä kaikilla suunnitelluilla sote-alueilla. Naisilla alkoholiliikakäyttö oli hieman vähäisempää, mutta silti huomattavaa, erityisesti Eteläisellä sote-alueella.

Erot taloudellisen toimeentulon tai koulutustason mukaan olivat yleensä alue-eroja suurempia. Huono koettu terveys, lääkärin toteamat sairaudet, masennusoireilu, päivittäinen tupakointi ja liiallinen alkoholinkäyttö olivat voimakkaasti yhteydessä taloudellisiin ongelmiin sekä pelkkään perusasteen koulutukseen. Yhteys terveyden ja toimeentulon välillä voi olla kaksisuuntainen, sillä mikäli huonosta terveydestä aiheutuu ylimääräisiä kuluja tai tulojen menetyksiä, on taloudellinen toimeentulo hankalampaa. Alueiden väliset erot terveydessä ja terveyteen liittyvissä elintavoissa eivät selittyneet pelkästään alueiden välisillä eroilla nuorten aikuisten koulutuksessa ja taloudellisessa tilanteessa.

Johtopäätökset

Terveyserojen kaventaminen edellyttää, että alueelliset ja väestöryhmittäiset erot terveydessä ja elintavoissa otetaan huomioon tulevien sote-alueiden palvelujen suunnittelussa. Tulokset tulisi ottaa huomioon sosiaali- ja terveyspalvelujen ja niitä täydentävän järjestötoiminnan suuntaamisessa alueiden erityistarpeiden mukaisesti.

Esimerkiksi Läntisellä sote-alueella tulisi kiinnittää erityistä huomiota nuorten miesten terveyden edistämiseen. Lääkärin toteamat sairaudet ovat puolestaan yleisimpiä Itäisen suunnitellun sote-alueen nuorilla naisilla. Nuorten aikuisten masennusoireiden yleisyyteen tulisi kiinnittää huomiota kaikilla alueilla.

Terveyttä edistäviä elintapoja tukevassa toiminnassa kannattaisi kiinnittää huomiota nuorten aikuisten, erityisesti nuorten miesten, alkoholin liikakäyttöön, joka on yleistä kaikilla alueilla. Nuorten naisten alkoholinkäytön osalta erityistä huomiota kannattaa kiinnittää Eteläisen sote-alueen naisiin. Nuorten naisten tupakointiin olisi tärkeä kiinnittää erityistä huomiota Pohjoisella ja Itäisellä sote-alueella.

Alueellisten erojen lisäksi olisi keskeistä kiinnittää huomiota terveyden väestöryhmittäisiin eroihin. Taloudellisia vaikeuksia kokevat ja pelkän perusasteen koulutuksen varassa olevat nuoret aikuiset ovat muita heikommassa asemassa terveyden ja terveyteen liittyvien elintapojen suhteen. Terveyserojen kaventamiseksi tulisi kaikilla sote-alueilla panostaa heikossa taloudellisessa asemassa olevien terveyden edistämiseen sekä terveyspalvelujen saantiin. Taloudellisia vaikeuksia kokevilla on usein muita heikommat mahdollisuudet käyttää työterveyshuollon tai yksityislääkärien palveluja. Koska he ovat usein julkisen terveydenhuollon palvelujen varassa, sote-uudistuksen linjaukset vaikuttavat erityisesti heihin. Järjestötoiminnan suunnittelussa ja kohdentamisessa tulisi myös huomioida heikommassa asemassa olevien ryhmien erityistarpeet.

Vammaispalveluja tarvitsevien kotitalouksien koettu taloudellinen tilanne vuonna 2013 – ATH-tutkimuksen tuloksia

Ydinviestit

- Vammaispalveluita oli tarvinnut 3.5 % kotitalouksista.
- Vammaispalveluja tarvinneista vastaajista 45 % koki että menojen kattaminen on vähintäänkin melko hankalaa.
- Vammaispalveluja tarvinneiden kotitalouksien taloudellinen tilanne oli muita kotitalouksia heikompi.
- Vammaispalveluja tarvitsevilla kotitalouksissa joudutaan useammin tinkimään perustarpeista, kuten ruuasta, lääkkeistä tai lääkärissä käynnistä.
- Lähes kolmannes vammaispalveluja tarvinneista kotitalouksista ilmoitti tarvinneensa toimeentulotukea viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana

Kirjoittajat:

Hannu T. Vesala
tutkija, Kehitysvammaliitto
Antti Teittinen
tutkimuspäällikkö, Kehitysvammaliitto
Risto Kaikkonen
kehittämispäällikkö, Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, THL

Johdanto

Tässä tutkimuksessa tarkastelemme vammaispalveluja tarvitsevien kotitalouksien taloudellista toimeentuloa niiden tietojen valossa, joita ATH-aineisto mahdollistaa. Lähtökohtana on vammaispalvelujen käyttöä viimeisten 12 kuukauden aikana koskeva kysymys, jonka avulla voimme identifioida niiden vastaajien joukon, jotka ovat ilmoittaneet tarvinneensa vammaispalveluja. Kysymys esitettiin muodossa: "Oletteko mielestänne saanut riittävästi seuraavia sosiaali- ja terveyspalveluja 12 viime kuukauden aikana?" ja vastausvaihtoehdot olivat: "1) ei ole tarvittu; 2) olisi tarvittu, mutta palvelua ei saatu; 3) on käytetty, palvelu ei ollut riittävää" ja 4) on käytetty, palvelu oli riittävää". Vammaispalveluja tarvinneiden ryhmä muodostettiin yhdistämällä vaihtoehdot 2, 3 ja 4. Kaikkiaan tähän kysymykseen vastanneita oli 29789, joista vammaispalveluja tarvinneita oli 1044 (3.5 %).

Tilasto- ja indikaattoripankki Sotkanetissä vammaispalvelut on ryhmitelty viiteen kokonaisuuteen: 1) Vammaisten laitospalvelut; 2) Vammaisten asumispalvelut; 3) Vammaisten työllistämistoiminta; 4) Vammaispalvelulain mukaiset palvelut ja tukitoimet (vaikeavammaisten kuljetuspalvelut, tulkkipalvelut, vaikeavammaisten palveluasuminen, henkilökohtainen avustajatoiminta ja asunnon muutostyöt) sekä 5) Muut vammaispalvelut ja -etuudet (omaishoidon tuki, perhehoito, kodinhoitoapu ja Kelan vammaisasetuudet). ATH-tutkimuksessa tätä useasta erilaisesta palvelusta koostuvaa kokonaisuutta, siis sen tarvetta ja riittävyttä, on kysytty yhdellä kysymyksellä.

Eri vammaispalvelujen käyttäjien kokonaismäärää on hankala arvioida pelkästään Sotkanetissä esitettyjen tilastojen avulla, sillä monet henkilöt käyttävät samanaikaisesti useampaa kuin yhtä vammaispalvelua. Erilaisia Kelan myöntämiä vammaisasetuksia saa Suomessa kuitenkin yli 300 000 henkilöä (Kelan tilastollinen vuosikirja 2012). Lisäksi on huomioitava, että läheskään kaikki vammaiseksi luokiteltavat ihmiset eivät käytä vammaispalveluja (esim. Ruoppila ym. 2011). Kyse on siis varsin suuresta joukosta suomalaisia, joilla tarve erilaisten sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöön on keskimääräisesti huomattavasti suurempaa kuin muulla väestöllä.

ATH-aineistossa käytettävissä olevien tietojen perusteella ei kuitenkaan ole mahdollista tietää, onko vastaaja itse vammainen henkilö, vai onko hän tarvinnut vammaispalveluja siksi, että joku toinen henkilö hänen kotitaloudessaan tai hänen omaisensa on vammaispalvelujen käyttäjä. Siksi käytämme ilmaisua "vammaispalveluja tarvitsevat kotitaloudet"; emme voi puhua vammaisista henkilöistä. Tarkastelussa vertaillaan vammaispalveluja tarvinneita kotitalouksia niitä ei-tarvinneisiin. Kyselyyn vastasi 32 633 vähintään 20 vuotta täyttänyt henkilöä. Aineiston analyysit toteutettiin käyttäen THL:n määrittämiä painokertoimia.



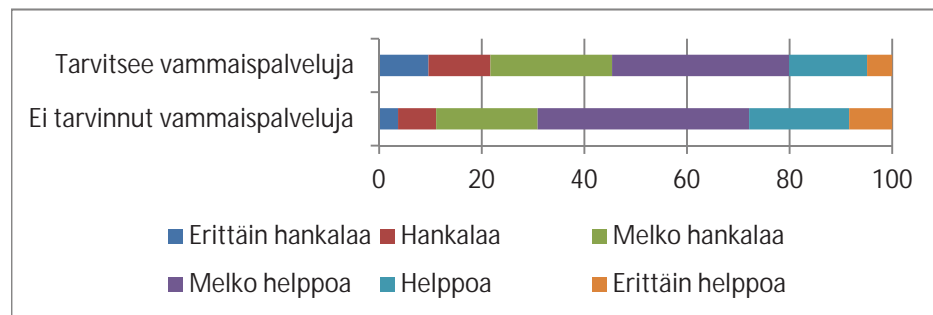
Kehitysvammaliitto edistää kehitysvammaisten ja muiden oppimisessa, ymmärtämisessä ja kommunikoinnissa tukea tarvitsevien ihmisten tasa-arvoa ja osallistumista yhteiskunnassa, kehittää palveluja sekä edistää alan tutkimusta. Perustehtäviämme ovat

- tutkimus
- kehittämistoiminta
- henkilöstön koulutus
- materiaalin tuotanto
- selkokielisen tiedonvälityksen ja kulttuurin edistäminen
- esteettömän ja osallistavan kommunikoinnin ja tietotekniikan käytön edistäminen
- tiedotus- ja vaikuttamistoiminta.

Kehitysvammaliitto on yhteiskunnallinen vaikuttaja, tieto-taitokeskus ja yhteistyöfoorumi. Toimimme monipuolisesti yhteistyössä vammaisten henkilöiden ja heidän läheistensä, alan työntekijöiden, palveluntuottajien, järjestöjen, yritysten ja viranomaisten kanssa. Toimintamme merkittävin rahoittaja on Raha-automaattiyhdistys.

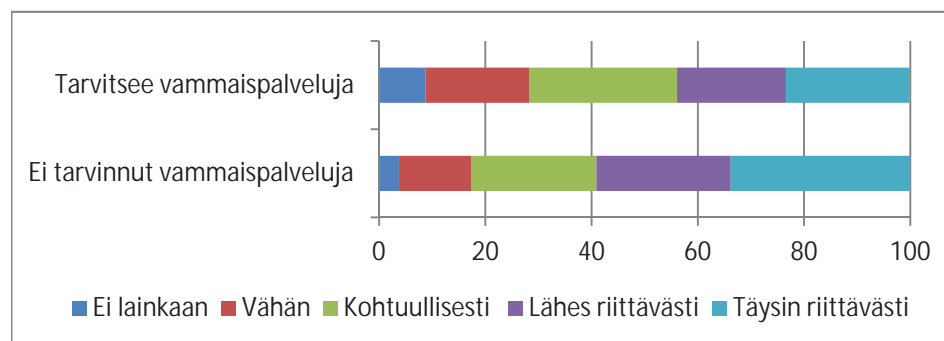
Vammaispalveluja tarvitsevilla kotitalouksissa taloudellinen tilanne koettiin muita heikompana

Vammaispalveluja vastasi tarvinneensa hieman yli 1000 vastaajaa (3.1%). Kotitalouksissa, joissa tarvittiin vammaispalveluja, koettiin huomattavasti useammin, että tulot eivät riitä kattamaan menoja (kuvio 1 ja 2). Peräti 45 % vammaispalveluja tarvinneista vastaajista koki, että menojen kattaminen on vähintäänkin melko hankalaa. Vastaava osuus ei-vammaispalveluja tarvinneista oli hieman yli 30 %.



Kuvio 1. "Kotitaloudella voi olla erilaisia tulonlähteitä ja useammalla jäsenellä tuloja. Kun kotitaloutenne kaikki tulot otetaan huomioon, onko menojen kattaminen näillä tuloilla (hankalaa - helppoa)?" Vastausten prosentuaaliset jakaumat.

Vastaavasti hieman vajaa 30 % vammaispalveluja tarvinneista koki, että heillä ei ole lainkaan tai on vähän rahaa tarpeisiin nähden; ei vammaispalveluja tarvinneista vastaava osuus oli noin 17–18 % (katso kuvio 2).



Kuvio 2. "Onko teillä tarpeeksi rahaa tarpeisiin nähden?" Vastausten prosentuaaliset jakaumat.

Vammaispalveluja tarvitsevilla kotitalouksissa joudutaan useammin tinkimään perustarpeista

Noin 17–18 % vammaispalveluja tarvinneista koki pelänneensä, että ruoka loppuu ennen kuin saa rahaa ostaakseen lisää; vastaava osuus ei-vammaispalveluja tarvinneista oli 12–13 %. Vammaispalveluja tarvinneista myös huomattavasti suurempi osa ilmoitti joutuneensa tinkimään lääkkeiden ostosta tai joutuneensa jättämään lääkäriin käynnin väliin rahan puutteen vuoksi, kuin ei vammaispalveluja tarvinneista (kuvio 3).

Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus (ATH):

Vuosina 2013–2014 tutkittava 150 000 suomalaisen otos muodostuu kahdeksasta noin kolmen kuukauden välein poimittavasta edustavasta osasta, joista kukin koostuu noin 19 000 tutkittavasta. Tämä jatkuva tiedonkeruu mahdollistaa päätösten vaikutavuuden seurannan ja arvioinnin kansallisella ja aluetasolla. Alueilla on mahdollisuus täydentää omia otoksiaan tarpeidensa mukaan.

ATH:ssa tutkitaan suomalaista aikuisväestöä 20:sta ikävuodesta ylöspäin. 75 vuotta täyttäneitä poimitaan otokseen kaksinkertainen otos, jotta iäkkäistäkin saadaan luotettavat tiedot.

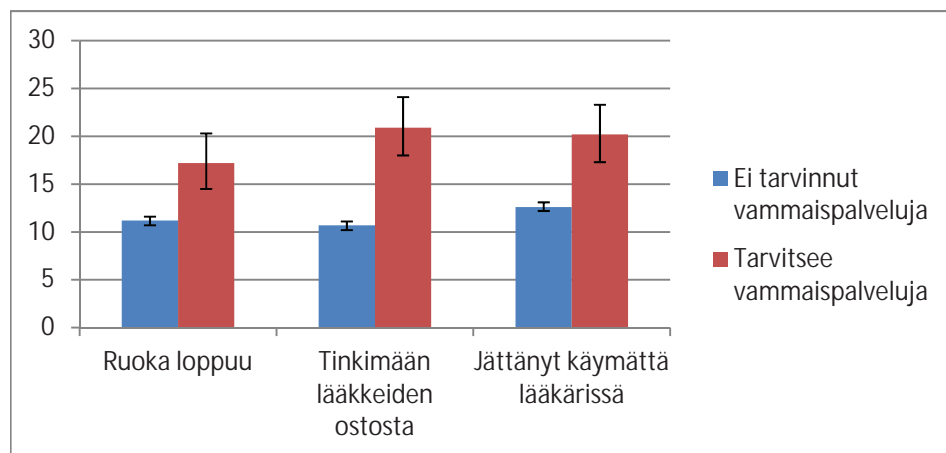
Tämän julkaisun tulokset perustuvat 2013 keväällä ja kesällä kerätyn ATH-aineiston 20 vuotta täyttäneitä suomalaisia edustavaan otokseen.

ATH:ta käytetään moneen tarkoitukseen, mm. vanhuspalvelulain vaikutusten arviointiin:

<http://www.terveytemme.fi/ath/vanhuspalvelulaki/>

Lisää tietoa ja tuloksia:
www.thl.fi/ath/

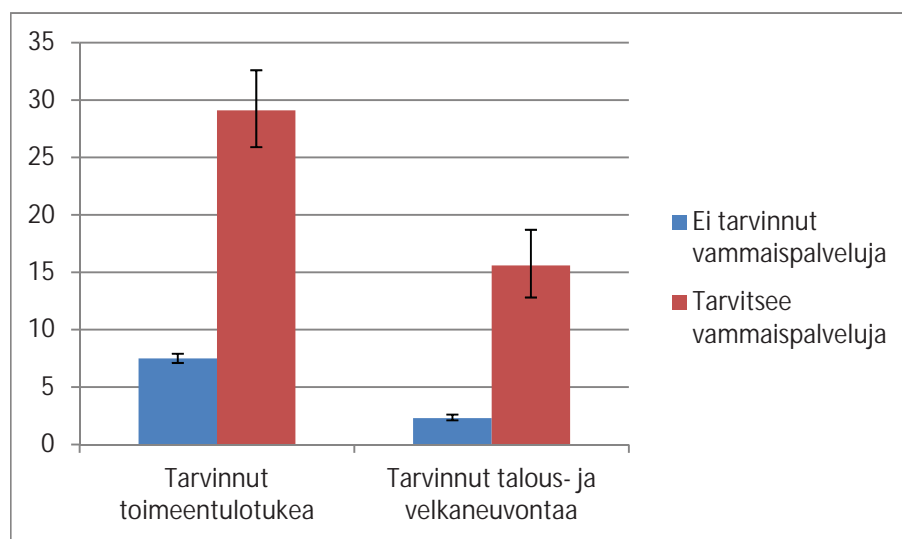
Nykypäivänä palveluja käytetään entistä enemmän internetissä, ja, osa kotitalouksien käytettävissä olevista rahoista menee tietotekniikkaan ja tietoliikenteeseen. Vammaispalveluja tarvinneista joka kolmas oli ilman internet-yhteyttä, kun muissa kotitalouksissa se puuttui vain 13 %:lta.



Kuvio 3. "Oletteko pelännyt, että ruoka loppuu ennen kuin saatte rahaa ostaaksenne lisää?" / "Oletteko joutunut tinkimään lääkkeiden ostosta rahan puutteen vuoksi?" / "Oletteko jättänyt rahan puutteen vuoksi käymättä lääkärissä?" "Kyllä" -vastanneiden prosentuaaliset osuudet ja 95%:n luottamusvälit.

Vammaispalveluja tarvitsevat kotitaloudet joutuvat useammin turvautumaan toimeentulotukeen ja talous- ja velkaneuvontaan

Lähes 30 % vammaispalveluja tarvinneista kotitalouksista ilmoitti tarvinneensa myös toimeentulotukea 12 viime kuukauden aikana (kuvio 4). Vastaava osuus ei vammaispalveluja käyttäneiden joukossa oli vain noin 7–8 %. Myös talous- ja velkaneuvontaa oli tarvinnut huomattavasti useampi vammaispalveluja tarvinneista kuin ei-vammaispalveluja tarvinneista.



Kuvio 4. Prosentuaaliset osuudet ja 95%:n luottamusvälit toimeentulotukeen ja talous- ja velkaneuvontaan tarvinneista kotitalouksista

KIRJALLISUUTTA

Anon. (2013) Osatyökykyisten työllistymisen edistämisen toimintaohjelmaa valmistelevalta työryhmältä välämietintö. STM 6/2013.

Gissler, M (2014): Näkymättömät lapset tilastoilla näkyviksi. <https://blogi.thl.fi/>

Grammenos S. (2013) European Comparative Data on Europe 2020 & Housing Conditions. <http://www.disability-europe.net>

Greve, B. (2009) The labour market situation of disabled people in European countries and implementation of employment policies. <http://www.disability-europe.net>.

Linnakangas, R. ym. (2006) Uuden alussa vai umpikujassa? Vammaiset matkalla yhdenvertaiseen kansalaisuuteen. Raportteja 15. Stakes.

Parrukoski, S & Karjalainen, J (2009) Tietoja vammaisten työllisyydestä ja toimeentulosta. Köyhyyskirjoituksia. THL.

Ruoppila & Iivanainen (2011): Life Course of Finnish Persons with Intellectual Disabilities Born 1898–1960. A 35-Year Follow-up Study. University of Jyväskylä.

Shima, I, et al. (2008) The labour market situation of people with disabilities in EU25. *European Centre for Social Welfare Policy and Research*. Policy Brief February (1), 1–18.

Suomen virallinen tilasto (SVT) (2009) Kelan tilastollinen vuosikirja 2009 <http://uudistuva.kela.fi>

Suomen virallinen tilasto (SVT) (2012) Kelan vammaisetuudet ja -palvelut <http://www.stat.fi>

Vogt, E (2009) Raamit viidakolle. Palvelujärjestelmämme kokonaiskuva. Esitys VATES-säätiön Panteri tukiviidakossa-seminaarissa. <http://www.vates.fi>

Terveystieteiden tutkimuskeskus ja hyvinvoinnin laitos
PI 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki
Puhelin: 029 524 6000

www.thl.fi/ath

Lopuksi

Kotitaloudet, joihin kuuluu vammaisia jäseniä, ovat taloudellisesti keskimääräistä heikommassa tilanteessa. Vaikka julkiset palvelut, tukitoimet ja tulonsiirrot pyrkivät kohentamaan näiden kotitalouksien asemaa, niin epäsuhta on silti suuri. Keskeinen köyhyyttä, syrjäytymistä ja sosiaalista osallisuutta rajoittava tekijä on vammaisten ihmisten heikko työmarkkina-asema. Toisaalta tällä hetkellä tutkimukseen pohjautuvia perusteltuja argumentteja vammaisten ihmisten asemasta ei juurikaan voida perustaa tilastollisen seurannan varaan, kuin vain osittain (esim. Näkövammarekisterin tietoihin pohjautuen).

Vammaisten ihmisten osallistuminen työelämään ja sitä kautta kohtuullisen toimeentulon hankkimiseen on huomattavasti muuta väestöä hankalampaa. Monesti ainoana pääasiallisena tulonlähteenä on vammaisuuden perusteella myönnetty työkyvyttömyyseläke. Arvioiden mukaan Suomessa työikäisten vammaisten työllistymisaste on vajaat 20 % (Parrukoski & Karjalainen 2009; Vogt 2009). Vammaisten köyhyysaste vuonna 2005 oli 22 % (Parrukoski & Karjalainen 2009) ja 25 % vuonna 2010 (Grammenos 2013). Edellä esitetty vammaisten työllisyysaste ja Linnakangas et al. (2006) tutkimus osoittavat, että vammaisten tulotaso jää alle koko väestön tulotason, vaikka tulotaso on määrällisesti lisääntynyt. Tämä tarkoittaa vammaisten ja vammattomien tuloerojen kasvua. Toisaalta palkkatyössä olevien vammaisten tuloeroja koko väestöön verrattuna kompensoi hiukan verottomat tulonsiirrot, kuten vammaistuki. Kokonaan työvoiman ulkopuolella työikäisistä vammaisista oli Suomessa lähes 2/3 eli noin 170 000 vammaista henkilöä vuonna 2008 (Kelan tilastollinen vuosikirja 2009). EU- ja ETA-maiden prosentuaalinen keskiarvo oli suunnilleen sama (Shima et al. 2008; ks. myös Greve 2009). Vammaisten työnhakijoiden lukumäärä on myös pysynyt hyvin alhaisena, kun se esimerkiksi vuonna 2011 oli vajaat 3000 henkilöä (Anon. 2013).

Tässä tutkimuksessa olemme painottaneet kotitalouksia, jonka jäsenenä oletettavasti on vammaisen ihminen. Varsinaisesti emme ole pystyneet identifioimaan vastaajien asemaa kotitalouksissa. Kyseisen tiedon perusteella olisi kuitenkin mahdollista tarkastella vammaisten ihmisten yhteiskunnallista asemaa mm. osallisuuden ja yleisemmin hyvinvoinnin ulottuvuuksilla. Kaikkiaan tutkimuksellisenä tavoitteena YK:n yleissopimuksen vammaisten oikeuksista perusteella on, että vammaisia ihmisiä ja muita marginaalissa olevia eri vammaaryhmiin kuuluvia ihmisiä sisällytettäisiin valtakunnallisiin terveys-, elinolo- ja vastaaviin tutkimuksiin. Tutkimuksiin valituista otoksista on yleensä poistettu tällaiset ryhmät, esim. laitoksissa tai palveluasumisessa olevat henkilöt. (Katso myös Gissler 2014.) Eri vammaaryhmien elinoloja, elämänlaatua ja monia muita asioita on tutkittu ensisijaisesti – ja lähes pelkästään – näiden ryhmien sisällä (esim. Kehitysvammaliiton tutkimukset) ja vielä käyttäen ”vammaspesifejä” mittareita, jolloin vertailu muuhun väestöön on ollut mahdotonta.

Tämän julkaisun viite: Vesala H, Teittinen A ja Kaikkonen R. Vammaispalveluja tarvitsevien kotitalouksien koettu taloudellinen tilanne vuonna 2013 –ATH-tutkimuksen tuloksia. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ja hyvinvoinnin laitoksen työpapereita 37/2014, s.45–48.

Istumisen yhteydet terveyteen ja hyvinvointiin poikkileikkaustutkimuksessa

- tuloksia Alueellisesta terveys- ja hyvinvointitutkimuksesta

Ydinviestit

- Mitä enemmän aikuiset istuivat, sitä huonommaksi he kokivat terveydentilansa.
- Rungas istuminen (yli 9 tuntia) oli yhteydessä myös lihavuuteen, unen riittämättömyyteen ja suurempaan lääkärin vastaanotolla käyntien lukumäärään.
- Työssä ja vapaa-ajalla istumisen yhteydet terveyden ja hyvinvoinnin osoittimiin olivat jonkin verran erilaisia.
- Vapaa-ajan istuminen osoittautui työssä istumista useammin merkittäväksi tekijäksi terveyden ja hyvinvoinnin kannalta.

Kirjoittajat:

Pauliina Husu, erikoistutkija, UKK-instituutti

Kari Tokola, tilastotieteilijä, UKK-instituutti

Jaana Suni, tutkimus- ja kehittämispäällikkö, UKK-instituutti

Harri Sievänen, tutkimusjohtaja, UKK-instituutti

Katja Borodulin, erikoistutkija, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL)

Tomi Mäki-Opas, erikoistutkija, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL)

Risto Kaikkonen, kehittämisspäällikkö, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL)

Tommi Vasankari, johtaja, UKK-instituutti

Johdanto

Viimeaikaiset tutkimukset ovat osoittaneet, että rungas istuminen lisää monien terveysongelmien riskiä (mm. de Rezende ym. 2014a ja 2014b). Tämä tutkimustiivistelmä keskittyy selvittämään istumisen mahdollista haitallista yhteyttä verenpaineeseen, selkäkipuun, kehon painoaindeksiin, unen riittävyys, koettuun terveyteen, koettuun työkykyyn sekä lääkärin ja sairaanhoitajan vastaanotolla käyntien lukumäärään. Valitut terveyden ja hyvinvoinnin osoittimet kuvaavat keskeisiä suomalaisen aikuisväestön terveysongelmia. Runsaan istumisen mahdolliset yhteydet työkykyyn ja terveyspalveluiden käyttöön ovat merkittäviä myös kansantalouden näkökulmasta.

Tutkimustiivistelmän tulokset perustuvat laajan Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) aineistoon (n=53470), joka kerättiin vuosina 2012 ja 2013. ATH-kyselytutkimuksen yleisenä tavoitteena on selvittää monipuolisesti aikuisväestön terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksesta vastaa Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

Poikkileikkaustutkimuksena toteutetussa kyselyssä vastaajia pyydettiin arvioimaan, kuinka monta tuntia he keskimäärin istuivat arkipäivänä työssään ja vapaa-ajallaan. Työssä istumista (ja työkykyä) selvitettiin vain 20–74-vuotiailla, mutta muihin kysymyksiin vastasivat myös yli 75-vuotiaat. Työssä istumista selvittäneeseen kysymykseen vastasi 31 074 henkilöä ja vapaa-ajan istumista arvioivaan kysymykseen 46 152 henkilöä. Tarkasteltujen tausta- ja tulosmuutosten kuvaus on esitetty liitteessä.

Tuloksia

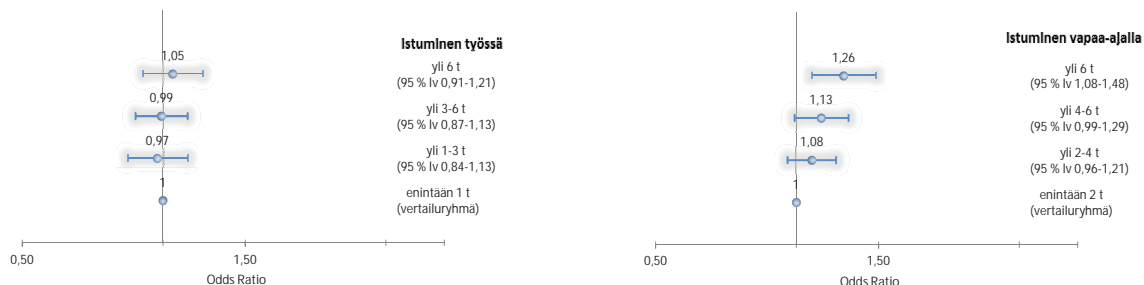
Miehet istuivat keskimäärin enemmän kuin naiset. Rungas päivittäinen kokonaisistuminen (yli 11 t) ja vapaa-ajan rungas istuminen (yli 6 t) olivat miehillä yleisempiä kuin naisilla. Työpäivän aikaisessa istumisessa sukupuolten välillä ei ollut juurikaan eroa, mutta 55–74-vuotiaat työssä istumiskysymykseen vastanneet naiset istuivat työssään yli kuusi tuntia hieman useammin kuin samanikäiset miehet. Vapaa-ajan istuminen on yleistä erityisesti yksinasuvilla ja vähemmän koulutetuilla henkilöillä. Korkeammin koulutetut (yli 15 vuotta) puolestaan istuivat enemmän työssään. Heistä 31 % istui työssään yli kuusi tuntia päivässä, kun vastaava osuus enintään yhdeksän vuotta opiskelleilla oli 10 %. Kun istumista työssä ja vapaa-ajalla tarkasteltiin kokonaisuutena, rungas istuminen (yli 11 t) oli yleisintä opiskelijoilla (19 %), korkeasti koulutetuilla (14 %) ja naimattomilla henkilöillä (14 %).

Verenpaine

Kun vastaajia pyydettiin ilmoittamaan, onko heillä ollut kyselyyn vastaamista edeltäneiden 12 kuukauden aikana lääkärin toteamaa tai hoitamaa kohonnutta verenpainetta tai verenpainetautiä, reilu neljäsosa (26 %) vastasi kyllä. Kohonnut verenpaine oli selvästi yleisempää 75-vuotiailla tai sitä vanhemmilla (62 %) kuin 55–74-vuotiailla (44 %) tai alle 55-vuotiailla (13 %).

Vapaa-ajan istuminen oli yhteydessä kohonneeseen verenpaineeseen. Yli kuusi tuntia vapaa-ajallaan istuvista 39 % ilmoitti verenpaineensa olevan kohonnut, kun vastaava osuus enintään kaksi tuntia istuvilla oli 17 %. Työpäivän aikaisella istumisella ei ollut selvää yhteyttä verenpaineeseen. Eniten kohonnutta verenpainetta oli työssään enintään tunnin istuvilla (23 %), kun vastaava osuus työssään 1–3 tuntia istuvilla oli 18 % ja yli kolme tuntia istuvilla 17 %.

Kun kokonaisistumisen ja kohonneen verenpaineen yhteyttä tarkasteltiin logistisella regressioanalyysillä, jossa oli huomioitu vastaajien ikä, sukupuoli, koulutustausta, ammattiryhmä, työtilanne, siviilisääty, kehon painoindeksi, alkoholin käyttö, tupakointi ja terveystoiminta (liite: taustamuuttujat), havaittiin, että 9–11 tunnin istuminen oli yhteydessä kohonneeseen verenpaineeseen verrattuna enintään kuusi tuntia istuvien ryhmään. Työssä istuminen ei ollut tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä verenpaineeseen. Yli kuusi tuntia vapaa-ajalla istuvat sen sijaan raportoivat enemmän kohonnutta verenpainetta kuin enintään kaksi tuntia istuvat (kuvio 1).



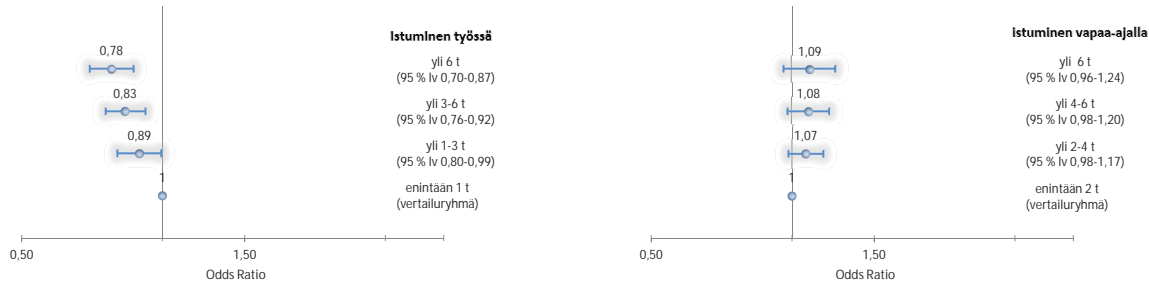
Kuvio 1. Työssä ja vapaa-ajalla istumisen yhteys kohonneeseen verenpaineeseen, logistinen regressioanalyysi.

Selkäkipu

Kun kyselyyn vastaajia pyydettiin ilmoittamaan, oliko heillä ollut kyselyyn vastaamista edeltäneen kuukauden aikana selkäkipua tai -särkyä, lähes puolet vastaajista (47 %) vastasi kyllä. Ikäryhmien välillä ei ollut suurta eroa selkäkipun kokemisessa.

Työpäivän aikana enintään tunnin istuvat ilmoittivat selkäkipua hieman enemmän kuin yli kuusi tuntia istuvat (49 % vs. 43 %). Vapaa-ajan istumisen yhteys selkäkipuun oli käänteinen: enintään kaksi tuntia vapaa-ajallaan istuvat ilmoittivat vähemmän selkäkipua kuin yli kuusi tuntia istuvat (44 % vs. 50 %).

Kun kokonaisistumisen ja selkävivun yhteyttä tarkasteltiin logistisella regressioanalyysillä, jossa oli huomioitu liitteessä mainittujen mahdollisten sekoittavien tekijöiden vaikutus, havaittiin, että 6–9 tunnin istuminen oli yhteydessä vähäisempään selkävivun kokemiseen, mutta tätä suuremmalla istumisen määrällä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä. Kun istumisympäristöjä tarkasteltiin erikseen em. mahdolliset sekoittavat tekijät vakioiden, työssään alle tunnin istuvat ilmoittivat enemmän selkäkipuja kuin runsaammin istuvat. Vapaa-ajan istumisella sen sijaan ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä selkävivun kokemiseen (kuvio 2).



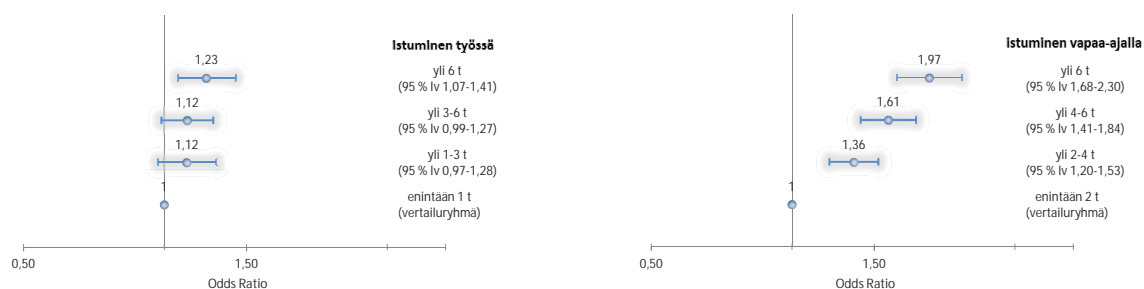
Kuvio 2. Työssä ja vapaa-ajalla istumisen yhteys selkäkipuun, logistinen regressioanalyysi.

Kehon painoindeksi

Kehon painoindeksi laskettiin vastaajien itse ilmoittamien paino- ja pituustietojen perusteella jakamalla paino (kg) pituuden neliöllä (m²). Noin 44 % vastaajista oli normaalipainoisia eli heidän painoindeksinsä oli alle 25. Ylipainoisia (painoindeksi 25–29.9) oli 38 % ja lihavia (painoindeksi 30 tai enemmän) oli 18 %. Lihavien osuus oli suurin (22 %) 55–74-vuotiailla vastaajilla ja pienin (16 %) tätä nuoremmilla. Yli 75-vuotiasta lihavia oli 19 %.

Kokonaisistumista tarkasteltaessa yli 11 tuntia istuvissa oli jonkin verran enemmän (24 %) lihavia ja vähemmän normaalipainoisia (41 %) kuin vastaajissa keskimäärin. Vapaa-ajallaan runsaasti istuvista (yli 6 t) 26 % oli lihavia, kun vastaava osuus enintään kaksi tuntia istuvilla oli 12 %. Työssä istumisryhmien välillä ei juuri ollut eroa lihaviuden osuuksissa.

Logistisen regressioanalyysin mukaan jo vähintään yhdeksän tunnin kokonaisistuminen oli tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä lihavuuteen enintään kuuden tunnin istumiseen verrattuna, kun liitetaulukossa mainitut mahdolliset sekoittavat tekijät oli huomioitu. Yli 11 tuntia istuvilla yhteys oli vielä voimakkaampi. Sekä työssä että vapaa-ajalla istuminen olivat yhteydessä lihavuuteen (kuvio 3). Yli kuuden tunnin istuminen työssä oli yhteydessä lihavuuteen enintään tunnin istumiseen verrattuna. Vapaa-ajalla jo kaksi tuntia ylittävällä istumisella oli yhteys lihavuuteen tätä pienempään istumismäärään verrattuna.



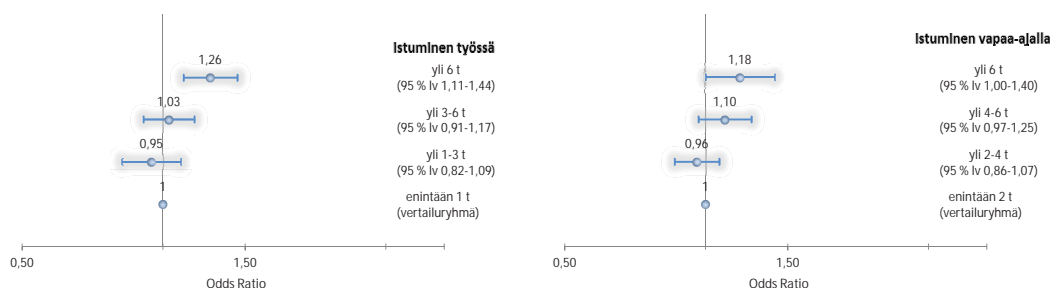
Kuvio 3. Työssä ja vapaa-ajalla istumisen yhteys lihavuuteen (painoindeksi ≥30), logistinen regressioanalyysi.

Koettu unen riittävyys

Kun vastaajia pyydettiin arvioimaan, nukkuivatko he mielestään tarpeeksi, reilu kolmasosa (35 %) koki nukkuvansa lähes aina tarpeeksi. Unensa usein riittäväksi kokevia oli 42 %. Vajaa viidennes (18 %) vastaajista koki, että nukkui tarpeeksi vain harvoin. Muutama prosentti vastaajista ei osannut sanoa, nukkuivatko tarpeeksi vai eivät. Jos vastaaja ilmoitti nukkuvansa tarpeeksi vain harvoin tai tuskin koskaan, hänen unensa tulkittiin riittämättömäksi. Riittämätön uni oli yleisempää alle 55-vuotiailla vanhimpaan ikäryhmään (75+) verrattuna (22 % vs. 11 %).

Työssä istuminen oli yhteydessä riittämättömään uneen: Yli kuusi tuntia istuvista 25 % koki nukkuvansa vain harvoin tarpeeksi, kun vastaava osuus enintään tunnin istuvilla oli 18 %. Vapaa-ajan istumisella ei ollut yhteyttä unen koettuun riittävyyteen.

Logistisen regressioanalyysin mukaan vähintään yhdeksän tunnin kokonaisistuminen oli tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä riittämättömään uneen enintään kuuden tunnin istumiseen verrattuna, kun liitetaulukossa mainitut mahdolliset sekoittavat tekijät oli huomioitu. Vastaavasti yli kuuden tunnin istuminen pelkästään työssä tai vapaa-ajalla oli yhteydessä riittämättömään uneen, kun vertailuryhmänä käytettiin enintään tunnin istumista työssä ja enintään kahden tunnin istumista vapaa-ajalla (kuvio 4).



Kuvio 4. Työssä ja vapaa-ajalla istumisen yhteys riittämättömään uneen, logistinen regressioanalyysi.

Koettu terveys

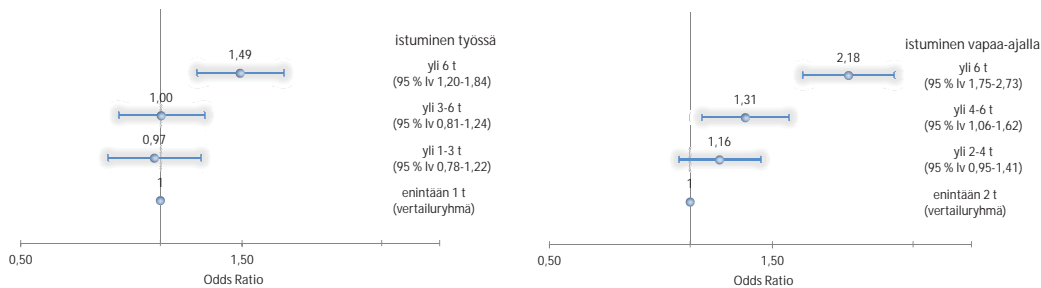
Vastaajia pyydettiin arvioimaan, millainen heidän terveydentilansa on nykyisin. Reilu neljäsosa (26 %) vastaajista koki terveydentilansa hyväksi. Melko hyväksi terveytensä koki 37 %, keskitasoiseksi 27 % ja huonoksi tai melko huonoksi 10 %. Nuoremmat vastaajat kokivat terveytensä keskimäärin paremmaksi kuin vanhemmat. Alle 55-vuotiaista 34 % koki terveytensä hyväksi, kun vastaava osuus yli 75-vuotiailla oli 6 %. Huonoksi tai melko huonoksi terveytensä koki 6 % alle 55-vuotiaista ja 26 % yli 75-vuotiaista.

Kun työssä ja vapaa-ajalla istumista tarkasteltiin yhdessä (kokonaisistuminen), suurempi osa 6–9 tuntia istuvista koki terveytensä hyväksi kuin enintään kuusi tuntia tai yli yhdeksän tuntia istuvista. Huono tai melko huono koettu terveys oli yleisintä (15 %) yli 11 tuntia istuvilla.

Ne vastaajat, jotka istuivat työssään enintään tunnin päivässä, kokivat terveytensä keskimäärin huonommaksi kuin enemmän istuvat. Erityisesti tämä oli havaittavissa 55–74-vuotiaissa, joiden keskuudessa 13 % enintään tunnin työpäivän aikana istuvista koki terveytensä huonoksi tai melko

huonoksi. Hyvä terveys oli yleisintä (36 %) yli kolme tuntia työssään istuvilla. Vapaa-ajan istumista tarkasteltaessa eniten terveytensä huonoksi tai melko huonoksi kokevia (24 %) oli yli kuusi tuntia istuvissa. Hyvä koettu terveys oli yleisintä (37 %) enintään kaksi tuntia vapaa-ajallaan istuvilla.

Liitetaulukossa mainituilla mahdollisilla sekoittavilla tekijöillä vakioidun logistisen regressioanalyysin mukaan päivittäinen kokonaisistuminen oli tilastollisesti merkitsevässä yhteydessä huonoon tai melko huonoon koettuun terveyteen. Mitä enemmän vastaajat istuivat, sitä todennäköisemmin he kokivat terveytensä huonoksi tai melko huonoksi. Kun istumista tarkasteltiin erikseen työssä ja vapaa-ajalla, havaittiin, että yli kuuden tunnin istuminen työssä ja yli neljän tunnin istuminen vapaa-ajalla olivat yhteydessä huonoon tai melko huonoon koettuun terveyteen verrattuna työssään alle tunnin ja vapaa-ajallaan alle kaksi tuntia istuviin. (kuvio 5)



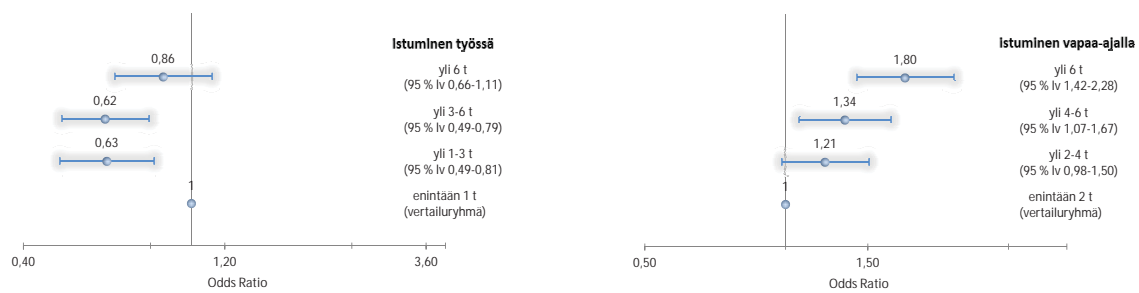
Kuvio 5. Työssä ja vapaa-ajalla istumisen yhteys huonoon koettuun terveyteen, logistinen regressioanalyysi.

Koettu fyysinen ja henkinen työkyky

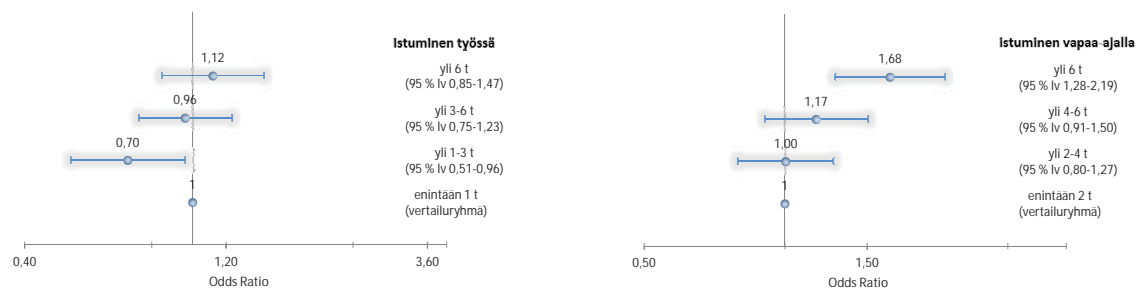
Kun vastaajia pyydettiin arvioimaan omaa työkykyään työn ruumiillisten (fyysinen) ja henkisten vaatimusten kannalta, suurin osa heistä koki työkykynsä hyväksi tai erittäin hyväksi sekä työn fyysisten (76 %) että henkisten (78 %) vaatimusten kannalta. Alle 55-vuotiaat vastaajat kokivat työkykynsä keskimäärin paremmaksi kuin tätä vanhemmat.

Työssään enintään tunnin istuvat kokivat sekä fyysisen että henkisen työkykynsä keskimäärin huonommaksi kuin tätä enemmän istuvat. Vapaa-ajan istumisen yhteys työkykyyn oli päinvastainen kuin työssä istumisen; enemmän istuvissa oli enemmän työkykynsä huonoksi kokevia.

Logistisen regressioanalyysin mukaan yli 11 tunnin istuminen oli yhteydessä huonoon fyysiseen työkykyyn ja yli yhdeksän tunnin istuminen huonoon henkiseen työkykyyn enintään kuuden tunnin istumiseen verrattuna, kun liitetaulukossa mainitut mahdolliset sekoittavat tekijät oli huomioitu. Kun työssä ja vapaa-ajalla istumista tarkasteltiin erikseen, yli tunnin, mutta alle kuusi tuntia työssään istuvat kokivat fyysisen työkykynsä paremmaksi kuin enintään tunnin istuvat. Yli neljän tunnin istuminen vapaa-ajalla sen sijaan oli yhteydessä huonoon fyysiseen työkykyyn enintään kaksi tuntia istuviin verrattuna (kuvio 6). Vastaavasti yli tunnin, mutta enintään kolme tuntia työssään istuvat kokivat henkisen työkykynsä paremmaksi kuin enintään tunnin istuvat. Yli kuuden tunnin istuminen vapaa-ajalla oli yhteydessä huonoon henkiseen työkykyyn enintään kaksi tuntia istuviin verrattuna (kuvio 7).



Kuvio 6. Työssä ja vapaa-ajalla istumisen yhteys huonoon fyysiseen työkykyyn, logistinen regressioanalyysi.



Kuvio 7. Työssä ja vapaa-ajalla istumisen yhteys huonoon henkiseen työkykyyn, logistinen regressioanalyysi.

Vastaanottokäynnit

Vastaajien terveystaluiden käyttöä kuvattiin itse ilmoitettuna lääkärin ja terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla käyntien lukumääränä. Puolet (49 %) vastaajista oli käynyt lääkärin ja 42 % hoitajan vastaanotolla 1–3 kertaa kyselyä edeltäneen vuoden aikana. Iäkkäämmät vastaajat olivat käyneet sekä lääkärin että hoitajan vastaanotolla useammin kuin nuoremmat.

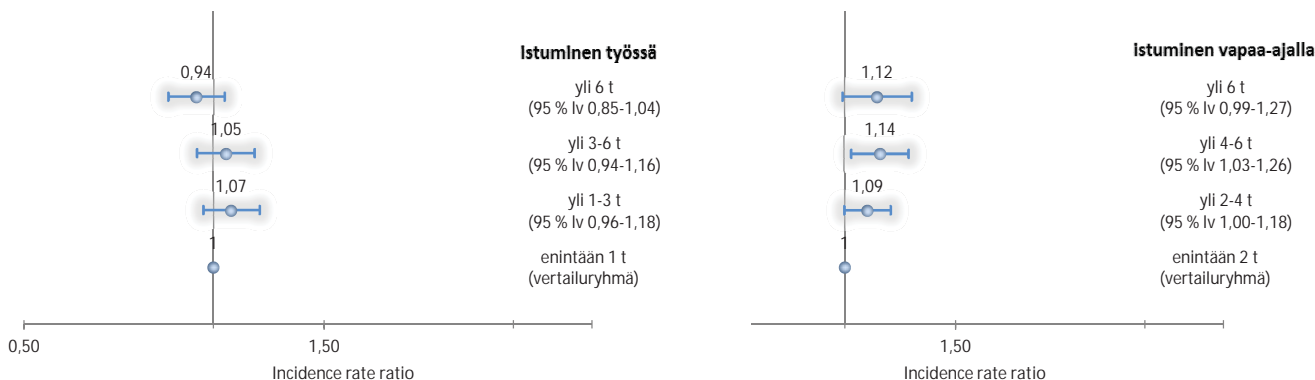
Työssä istuminen ei ollut yhteydessä lääkärin vastaanotolla käyntien lukumäärään, mutta hoitajakäyntejä oli työssään enintään kolme tuntia istuvilla hieman enemmän kuin muilla. Vapaa-ajan istuminen sen sijaan oli yhteydessä sekä lääkärin että hoitajan vastaanotolla käyntien lukumäärään, enemmän istuvat ilmoittivat enemmän vastaanottokäyntejä

Liitetaulukossa mainitut mahdolliset sekoittavat tekijät huomioivan Poisson regressioanalyysin mukaan kokonaisistumis aika oli yhteydessä suurempaan lääkärikäyntien määrään: yli yhdeksän tuntia päivässä istuvat kävivät lääkärin vastaanotolla keskimäärin useammin kuin enintään kuusi tuntia istuvat. Yli tunnin istuminen työssä oli yhteydessä suurempaan lääkärin vastaanottokäyntien lukumäärään enintään tunnin istumiseen verrattuna. Vastaavasti yli kahden tunnin istuminen vapaa-ajalla oli yhteydessä suurempaan vastaanottokäyntien määrään enintään kahden tunnin istumiseen verrattuna. (kuvio 8)



Kuvio 8. Työssä ja vapaa-ajalla istumisen yhteys lääkärin vastaanotolla käyntien lukumäärään, Poisson regressioanalyysi.

Istumisella oli vain heikko yhteys terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla käyntien lukumäärään. Kokonaisistumisella tai työssä istumisella ei havaittu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä vastaanottokäyntien lukumäärään. Yli neljän, mutta enintään kuuden tunnin vapaa-ajan istuminen sen sijaan oli yhteydessä jonkin verran suurempaan hoitajan vastaanotolla käyntien määrään enintään kahden tunnin istumiseen verrattuna (kuvio 9).



Kuvio 9. Työssä ja vapaa-ajalla istumisen yhteys sairaanhoitajapalveluiden käyttöön, Poisson regressioanalyysi.

Yhteenveto

Kyselytulosten perusteella suomalaiset miehet istuivat keskimäärin enemmän kuin naiset, erityisesti vapaa-ajallaan. Istuminen oli yhteydessä useisiin terveydentilan ja hyvinvoinnin osoittimiin. Kokonaisistumisella oli voimakkain yhteys huonoon tai melko huonoon koettuun terveyteen. Lisäksi yli yhdeksän tunnin päivittäinen istuminen oli yhteydessä lihavuuteen, unen riittämättömyyteen ja suurempaan lääkärin vastaanotolla käyntien lukumäärään.

Työssä ja vapaa-ajalla istumisen yhteydet terveyden ja hyvinvoinnin osoittimiin poikkesivat jonkin verran toisistaan. Vapaa-ajan istuminen osoittautui työssä istumista useammin merkitseväksi tekijäksi. Yli kuuden tunnin istuminen työssä oli yhteydessä lihavuuteen, unen riittämättömyyteen ja huonoon tai melko huonoon koettuun terveyteen enintään tunnin istumiseen verrattuna. Vapaa-ajalla jo yli kahden tunnin istuminen oli yhteydessä lihavuuteen ja yli neljän tunnin istuminen unen riittämättömyyteen, huonoon tai melko huonoon koettuun terveyteen ja huonoon koettuun fyysiseen työkykyyn. Lisäksi yli kuuden tunnin vapaa-ajan istuminen oli yhteydessä kohonneeseen verenpaineeseen ja huonoon koettuun henkiseen työkykyyn enintään kahden tunnin istumiseen verrattuna.

Johtopäätöksiä

Tutkimus antaa arvokasta tietoa suomalaisten aikuisten itse arvioidusta istumisesta ja sen yhteyksistä itse ilmoitettuihin terveyden ja hyvinvoinnin osoittimiin. Työssä ja vapaa-ajalla istumisen yhteydet em. osoittimiin näyttäisivät olevan jonkin verran erilaisia, joten tulosten perusteella on tärkeää erottaa työssä ja vapaa-ajalla istuminen toisistaan. Väestön terveyden edistämässä on oleellista kiinnittää huomiota erityisesti vapaa-ajan istumisen kokonaismäärän vähentämiseen. Päivittäisen istumisen vähentäminen ja kevyen liikuskulun lisääminen ovat terveyden edistämisen kannalta helpommin saavutettavia tavoitteita kuin reippaan ja rasittavan liikkumisen lisääminen (Dempsey ym. 2014).

Tämän poikkileikkaustutkimuksen perusteella ei voida tehdä syy-seurauspäätelmiä istumisen yhteyksistä terveyden ja hyvinvoinnin osoittimiin, joten jatkossa tarvitaan seuranta-asetelmissä toteutettuja väestötutkimuksia. Itse arviointien rinnalle tarvitaan myös objektiivisempia mittausmenetelmiä sekä rekisteritietoja terveyden ja hyvinvoinnin osoittimista.

KIRJALLISUUTTA

de Rezende LF, Rey-Lopez JP, Matsudo VK, do Carmo Luiz O. Sedentary behavior and health outcomes among older adults: a systematic review. *BMC Public Health* 2014;14:333.

de Rezende LF, Rodrigues Lopes M, Rey-Lopez JP, Matsudo VK, Luiz Odo C. Sedentary behavior and health outcomes: an overview of systematic reviews. *PLoS One* 2014;9(8):e105620.

Dempsey PC, Owen N, Biddle SJ, Dunstan DW. Managing sedentary behavior to reduce the risk of diabetes and cardiovascular disease. *Curr Diab Rep* 2014;14(9):522.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
PI 30 (Mannerheimintie 166)
00271 Helsinki
Puhelin: 029 524 6000

www.thl.fi/ath

Tämän julkaisun viite: Husu P, Tokola K, Suni J, Sievänen H, Borodulin K, Mäki-opas T, Kaikkonen R, Vasankari T. Istumisen yhteydet terveyteen ja hyvinvointiin poikkileikkaustutkimuksessa - tuloksia Alueellisesta terveys- ja hyvinvointitutkimuksesta. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpapereita* 37/2014, s. 49–56.

- Terveysliikuntasuosituksen toteutuminen

ei täytä suositusta
täyttää kestävyysliikunnan osalta
täyttää lihaskuntoharjoittelun osalta
täyttää koko suosituksen

Tulosmuuttujat

- Verenpaine; lääkärin toteama tai hoitama kohonnut verenpaine tai verenpainetauti 12 viime kuukauden aikana
kyllä
ei
- Selkäkipu / selkäsärky viimeisen kuukauden aikana
kyllä
ei
- Kehon painoindeksi itse ilmoitettu paino (kg)
itse ilmoitettu pituus (cm)
=kg/m²
- Koettu unen riittävyys; nukkuuko tarpeeksi
kyllä, lähes aina tai kyllä, usein
harvoin tai tuskin koskaan
- Koettu terveys hyvä tai melko hyvä tai keskitasoinen
melko huono tai huono
- Työkyky työn henkisten vaatimusten kannalta (henkinen työkyky)
- Työkyky työn ruumiillisten vaatimusten kannalta (fyysinen työkyky)
erittäin hyvä tai melko hyvä tai kohtalainen
melko huono tai huono
- Vastaanottokäynnit; kuinka monta kertaa viimeisen 12 kuukauden aikana käynyt oman sairauden (tai raskauden tai synnytyksen) vuoksi lääkärin ja terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla

ATH-tutkimuksen tuloksia

-Järjestökentän tutkimusohjelma

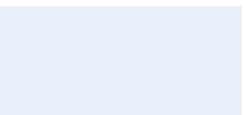
Tähän julkaisuun on koottu 7 artikkelia, joiden kirjoittamiseen on osallistunut ATH-tutkimusverkoston 28 kirjoittajaa järjestöistä, RAY:stä sekä THL:sta. Tiiviisti kirjoitetut osatyöt koottiin yksiin kansiin, jotta niitä on helpompi jakaa kootusti eri tilaisuuksissa. Julkaisuksi valittiin tällä kertaa THL:n Työpapereita-sarja.

Tässä THL:n ja RAY:n tutkimusohjelmassa on vuonna 2014 julkaistu yhteensä 13 osatyötä sekä lukuisa määrä verkkomateriaalia tulosportaaleihin yhteensä 37 verkostoon osallistuneen henkilön toimesta. Tutkimusohjelmaa on tehty hyvässä yhteistyössä, matkalla monia asioita toisiltamme oppien.

Osa-artikkelit käsittelevät järjestötoimintaan osallistumista sen väestöryhmä- ja alue-eroja, osallistumisen ja osallistumattomuuden syitä erilaisissa elämäntilanteissa, terveyttä ja elintapoja sekä palvelujen tarpeenmukaista saatavuutta eri väestöryhmissä ja liikkumattomuudesta istumisen määrää.



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS



ISBN 978-952-302-392-5

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos
PL 30 (Mannerheimintie 166), 00271 Helsinki
Puhelin: 029 524 6000
www.thl.fi