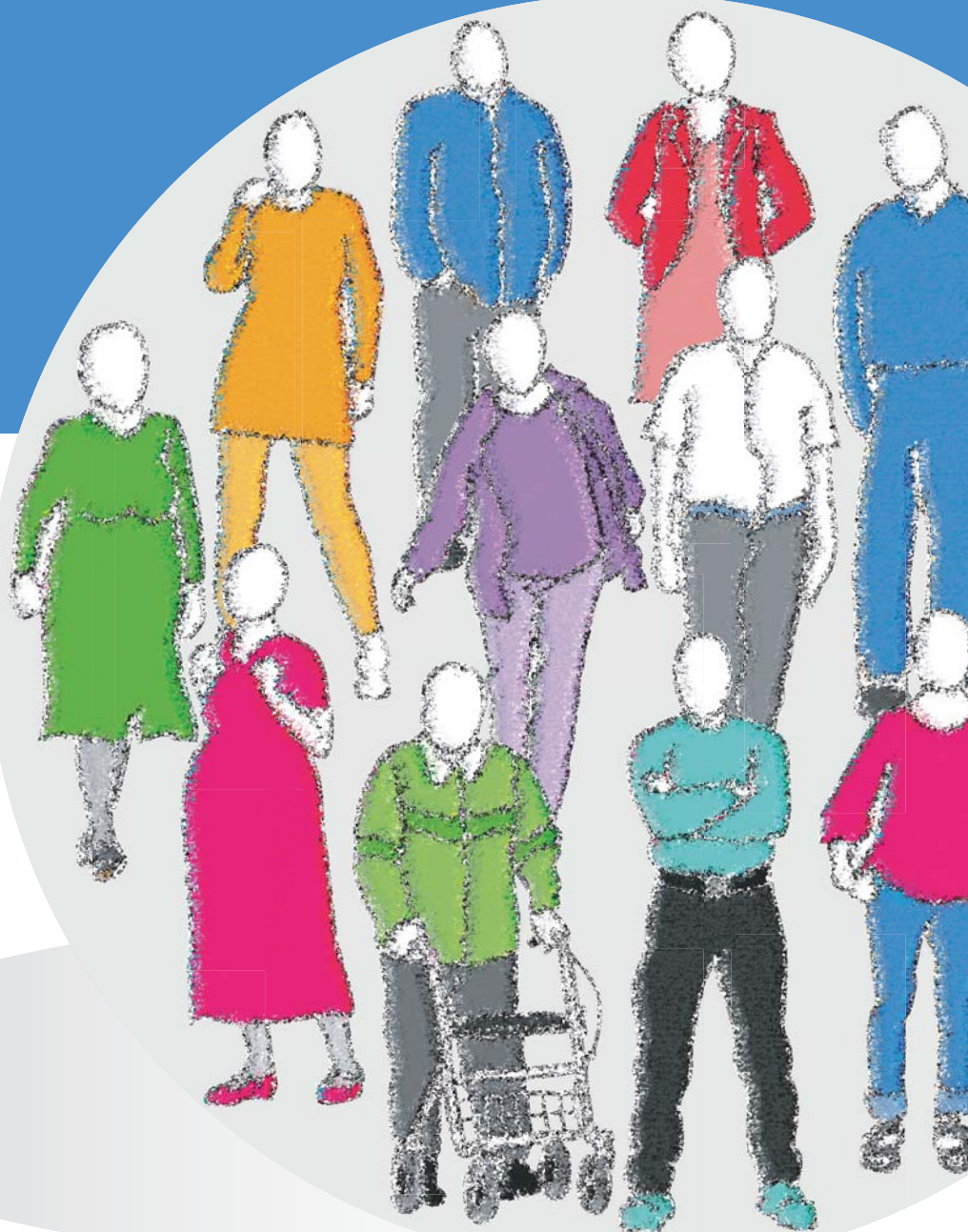


Seppo Koskinen  
Annamari Lundqvist  
Noora Ristiluoma  
(toim.)

# Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011

RAPORTTI



RAPORTTI 68/2012

Seppo Koskinen, Annamari Lundqvist ja Noora Ristiluoma (toim.)

# Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011



TERVEYDEN JA  
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja THL

*Taitto:* Riitta Nieminen

*Kannen kuva:* Riitta Nieminen

ISBN 978-952-245-768-4 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-245-769-1 (verkko)

ISSN 1798-0089 (verkko)

URN:ISBN:978-952-245-769-1

<http://urn.fi/> URN:ISBN:978-952-245-769-1

Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy  
Tampere 2012

Seppo Koskinen, Annamari Lundqvist ja Noora Ristiluoma, toim. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveystietokeskus (THL), Raportti 68/2012, 290 sivua. Helsinki 2012. ISBN 978-952-245-768-4 (painettu), ISBN 978-952-245-769-1 (verkkojulkaisu)

Terveys 2011 -tutkimukseen kutsuttiin elossa olevat Terveys 2000 -tutkimukseen 11 vuotta aiemmin kutsutut, väestöä edustavat henkilöt. Vuonna 2011 he olivat vähintään 29-vuotiaita. Lisäksi tutkittiin uusi satunnaisotos 18–28-vuotiaita. Tässä raportissa esitetään 30 vuotta täyttäneitä koskevia ensimmäisiä tutkimustuloksia. 30 vuotta täyttäneiden otoksesta (n = 7 964) 72,9 prosenttia osallistui ainakin yhteen tiedonkeruun vaiheeseen, terveystarkastukseen osallistui 58,6 prosenttia. Tutkimuksen suunnittelua ja toteutusta koordinoi Terveystietokeskus ja hyvinvoinnin laitos (THL) yhteistyössä laajan asiantuntijaverkoston kanssa.

Ensimmäisten tulosten mukaan suomalaisten terveys, toimintakyky ja hyvinvointi näyttävät monelta osin kohentuneen vuodesta 2000 eli 1970-luvulla alkanut myönteinen kehitys jatkui. Koettu terveys parani ja pitkäaikaissairaiden osuus pieneni. Monet kansansairaudet vähenivät. Myönteistä kehitystä havaittiin mm. verenkiertoelinten sairauksien, psyykkisen kuormittuneisuuden, alkoholihäiriöiden, työuupumuksen ja tapaturman aiheuttamien vammojen yleisyydessä sekä suun terveydessä. Masennuksen ja astman yleisyydessä ei näytä tapahtuneen muutoksia. Tuki- ja liikuntaelinten oireet yleistyivät etenkin nuorimmissa ikäryhmissä. Keuhkoputkien ahtauma yleistyi naisilla ja diabetes kummallakin sukupuolella, vaikka väestön keskimääräinen glukoositaso hieman pieneni. Myös väestön liikkumiskyky, kognitiivinen toimintakyky, työkyky ja iäkkäiden suoriutuminen arkitoimista paranivat. Sosiaalisen toimintakyvyn ongelmista osa väheni ja osa yleistyi. Toimintakykynsä rajoitusten takia apua tarvitsevien ja saavien osuus pieneni. Myös terveyteen liittyvä elämänlaatu koheni keski-ikäisessä ja iäkkäässä väestössä. Muillakin hyvinvoinnin ulottuvuuksilla havaittiin pääosin myönteistä kehitystä: lähiympäristö koettiin turvallisemmaksi, ja 55 vuotta täyttäneillä koetut toimeentulon vaikeudet vähenivät. Työympäristön ulkoiset haittatekijät näyttivät hieman vähentyneen, mutta epävarmuus omasta työpaikasta ja naisilla myös henkisen väkivallan tai kiusaamisen uhka yleistyi.

Myönteisen kehityksen jatkuminen tulevaisuudessa näyttää kuitenkin epävarmalta. Ensinnäkin monet suotuisat muutokset ilmenivät selvimmin iäkkäässä ja keski-ikäisessä väestössä, ja nuorimmissa 30–44-vuotiaiden ikäryhmässä myönteiset muutokset olivat usein vähäisempiä tai niitä ei havaittu lainkaan. Toiseksi terveyteen vaikuttavissa elintavoissa ilmeni kielteisiä kehityskulkuja: jotkut ravintotottumukset muuttuivat terveyden kannalta epäedulliseen suuntaan, liikunnan harrastaminen näyttää vähentyneen ja alkoholinkäyttö yleistyi 45 vuotta täyttäneiden naisten keskuudessa. Tupakointi kuitenkin jatkoi vähenemistään. Verenpaine- ja veren rasva-arvot kohenivat edel-

leen keski-ikäisten ja iäkkäiden ryhmissä, mutta alle 45-vuotiailla myönteinen kehitys näyttää hidastuneen tai pysähtyneen. Lihavuus ei näytä entisestään yleistyneen, mutta se on edelleen vakava kansanterveyden uhka. Suomalaisista naisista ainoastaan 30 prosenttia ja miehistä 40 prosenttia on normaalipainoisia. Alueelliset ja etenkin koulutusryhmien väliset terveyserot olivat edelleen suuria.

Osa havaituista myönteisistä muutoksista voi myös johtua matalammasta osallistumisaktiivisuudesta ja tutkittavien valikoitumisesta. Tämän raportin antamaa kuvaa suomalaisten terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin muutoksista on tärkeää tarkentaa analysoimalla Terveys 2011 -aineistoa perusteellisesti.

Asiasanat: Terveys 2011 -tutkimus, terveys, toimintakyky, hyvinvointi

## Resumé

Seppo Koskinen, Annamari Lundqvist och Noora Ristiluoma, red. Hälsa, funktionsförmåga och välfärd i Finland 2011. Institutet för hälsa och välfärd (THL), Rapport 68/2012, 290 sidor. Helsingfors 2012. ISBN 978-952-245-768-4 (tryckt), ISBN 978-952-245-769-1 (nätpublikation)

Till undersökningen Hälsa 2011 kallades de ännu levande personer som 11 år tidigare hade inbjudits till undersökningen Hälsa 2000, och var representativa för befolkningen. År 2011 var dessa personer minst 29 år gamla. Därtill undersöktes ett antal slumpmässigt utvalda 18–28-åringar. I denna rapport presenteras de första undersökningsresultaten rörande de personer som fyllt 30 år. Av dessa (n = 7 964) deltog 72,9 procent i minst en uppgiftsinsamlingsfas, medan 58,6 procent deltog i en hälsokontroll. Planeringen och realiseringen av undersökningen koordinerades av Institutet för hälsa och välfärd (THL) i samarbete med ett omfattande expertnätverk.

De första resultaten ger vid handen att finländarnas hälsa, funktionsförmåga och välfärd i flera avseenden har förbättrats sedan år 2000, dvs. att den positiva utveckling som började på 1970-talet fortgått. Den självskattade hälsan förbättrades och andelen långtidssjuka minskade. Förekomsten av flera folksjukdomar minskade. En positiv utveckling observerades bland annat för förekomsten av hjärt- och kärlsjukdomar, psykisk belastning, alkoholstörningar, burnout och skador förorsakade av olycksfall samt för munhälsa. Förekomsten av depression och astma tycks inte ha förändrats. Symtom i stöd- och rörelseorgan blev vanligare, framförallt i de yngsta åldersklasserna. Bland kvinnorna ökade förekomsten av obstruktiv lungsjukdom. Förekomsten av diabetes ökade både bland män och kvinnor, trots att befolkningens genomsnittliga glukosnivå sjönk något. Befolkningens rörelseförmåga, kognitiva funktionsförmåga och arbetsförmåga och äldre personers förmåga att klara sina vardagssysslor förbättrades. Ifråga om den sociala funktionsförmågan minskade vissa problem medan andra blev vanligare. Andelen personer som behövde och fick hjälp på grund av begränsad funktionsförmåga minskade. Den hälsorelaterade livskvaliteten steg bland medelålders och äldre personer. Den positiva utvecklingen gällde även andra dimensioner av välfärden: närmiljön upplevdes som tryggare och de utkomstrelaterade svårigheterna bland 55 år fyllda personer minskade. De externa olägenheterna i anslutning till arbetsmiljön minskade något, men osäkerheten gällande den egna arbetsplatsen ökade. Bland kvinnorna ökade rädslan för psykiskt våld och mobbning.

Den positiva utvecklingens fortsättning verkar osäker. För det första, gäller många av de positiva förändringarna medelålders och äldre personer medan de positiva förändringarna i den yngsta åldersgruppen 30–44-åringar i regel var mindre tydliga eller obefintliga. För det andra var utvecklingen för hälsorelaterade levnadsvanorna negativ: vissa kostvanor förändrades i en ogynnsam riktning, motioneringen minskade och alkoholkonsumtionen ökade bland 45 år fyllda kvinnor. Tobaksrökningen fortsatte

emellertid att minska. Blodtrycket och blodfetthalten fortsatte att sjunka hos medelålders och äldre personer, men i gruppen under 45 år verkar den positiva utvecklingen ha bromsats upp eller avstannat. Fetman verkar inte ha ökat bland finländarna, men den är fortfarande ett allvarligt hot mot folkhälsan. Endast 30 procent av de finländska kvinnorna och 40 procent av de finländska männen har normal vikt. De regionala och utbildningsrelaterade hälsoskillnaderna är fortfarande stora.

En del av de positiva förändringar som observerats kan bero på den lägre deltagaraktiviteten och deltagarurvalet. Den förändring i finländarnas hälsa, funktionsförmåga och välfärd som framgår ur rapporten bör preciseras genom grundlig analys av materialet i undersökningen Hälsa 2011.

Ämnesord: Undersökningen Hälsa 2011, hälsa, funktionsförmåga, välfärd

## Abstract

Seppo Koskinen, Annamari Lundqvist and Noora Ristiluoma, eds. Health, functional capacity and welfare in Finland in 2011. National Institute for Health and Welfare (THL), Report 68/2012. 290 pages. Helsinki 2012. Helsinki 2012. ISBN 978-952-245-768-4 (printed), ISBN 978-952-245-769-1 (online publication).

The invitation to take part in the Health 2011 survey was sent to all persons who had been included in the representative sample of the national Health 2000 survey 11 years ago. In 2011, they were at least 29 years old. The survey also included a new random sample of persons aged 18–28. This report presents the first research results for persons aged 30 and over. 72.9 per cent of the sample of persons aged 30 and over ( $n = 7\,964$ ) took part in at least one of the phases of the data collection, while 58.6 per cent took part in the health examination. The National Institute for Health and Welfare, in collaboration with a broad-based network of experts, co-ordinated the planning and implementation of the survey.

The first results indicate that health, functioning and welfare have been improving among Finns since year 2000, which means that the positive development that started in the 1970s continued. Self-rated health improved and the share of chronically ill decreased. The prevalence of many chronic diseases fell. Positive trends were detected in, for example, diseases of the circulatory system, mental distress, alcohol-related disorders, burnout, accidental injuries as well as oral health. The prevalence of depression and asthma appears to be unchanged. Musculoskeletal symptoms became more common especially in the younger age groups. Chronic obstructive pulmonary disease became more common among women and diabetes among both women and men although the average level of glucose in the population fell. Improvements were detected also in physical and cognitive functioning, work ability as well as in older people's independent coping. Some problems relating to social functioning became rarer while others became more common. The share of people who need and receive help because their disability decreased. Also, health-related quality of life improved among the middle-aged and older people. Even for other welfare dimensions the trends were mostly positive: there was an increase in the perceived safety of neighbourhoods and a decrease in the perceived subsistence difficulties among persons aged 55 and over. There appeared to be some decline in the prevalence of adverse external factors at work, while uncertainty about one's employment and, among women, also the threat of mental violence or bullying became more common.

It seems, however, uncertain that the positive development should continue in future. First, many positive changes were most pronounced among the middle-aged and older people and often less pronounced or even undetected among the younger age group of 30–44. Secondly, negative trends appeared in health-related lifestyles: some dietary habits became less healthy, physical activity declined, and alcohol consumption



increased among women aged 45 and over. Smoking continued to decrease. Blood pressure and blood lipid levels improved among the middle-aged and older people, but the positive trend seems to have slowed down or even stagnated among persons under 45. The prevalence of obesity appears not to have increased further, although it continues to be a serious public health risk. Only around 30 per cent of Finnish women and 40 per cent of Finnish men are of normal weight. Regional and especially educational differences in health continue to be significant.

Some of the observed positive changes may be due to a lower survey response rate and the selection of persons for the health examinations. It is important that the changes in the health, functioning and welfare of Finns outlined in this report are further examined by analysing in depth the Health 2011 survey data.

Keywords: Health 2011 survey, health, functional capacity, welfare

# 1 ESIPUHE

Kahden tulevan vuosikymmenen aikana Suomen 16–64-vuotiaan väestön määrä pienenee. Samanaikaisesti 65 vuotta täyttäneiden määrä kasvaa yli puolitoistakertaiseksi ja 80 vuotta täyttäneiden määrä kaksinkertaistuu. Väestörakenteen ohella isoja muutoksia voidaan olettaa tapahtuvan myös työelämässä, elinoloissa ja elintavoissa sekä terveydentilassa ja toimintakyvyssä. Näiden muutosten keskellä yhteiskuntapolitiikan keskeisiä kysymyksiä ovat mm., kuinka paljon kasvavan iäkkään väestön palvelutarve suurenee, miten palvelutarpeen kasvua voidaan vähentää, miten ikääntyvän työvoiman työkyky muuttuu, miten ikääntyvien työkykyä ja työhön osallistumista voidaan tukea, mitkä tekijät edistävät nuorten työelämään siirtymistä ja miten voidaan kaventaa väestöryhmien terveys- ja hyvinvointieroja ja samalla oleellisesti kohentaa koko väestön hyvinvointia? Näihin yhteiskuntapolitiikan haasteisiin vastaaminen edellyttää päteviä ja ajantasaisia tietoja hyvinvoinnin eri ulottuvuuksien ja niitä muovaavien tekijöiden kehityksestä sekä mahdollisuuksista vaikuttaa niihin.

Terveys 2011 on Suomessa ja kansainvälisesti tärkeä väestön hyvinvointitutkimus, joka tarjoaa välttämätöntä ja merkittävää tietoa hyvinvointipolitiikan, palvelujärjestelmän, työelämän ja sosiaaliturvan suunnitteluun, arviointiin ja kehittämiseen. Tämä suomalaista aikuisväestöä edustava seuranta- ja poikittaistutkimus tarjoaa samalla kertaa sekä ajankohtaisen kuvan väestön terveydestä, toimintakyvystä ja hyvinvoinnista että seuranta-asetelmaan perustuvaa tietoa näiden määrittäjistä. Nyt koottua aineistoa analysoimalla on mahdollista saada ainutlaatuiset tiedot muun muassa siitä, mihin tekijöihin puuttumalla voidaan parantaa väestön työ- ja toimintakykyä, pidentää työuria ja vähentää hoidon ja hoivan tarvetta. Yhdessä edeltävien Terveys 2000- ja Mini-Suomi-aineistojen kanssa Terveys 2011 tarjoaa myös hyvän lähtökohdan tietoon perustuville terveyden ja toimintakyvyn ennusteille.

Käsillä oleva raportti ja sen lähtökohtana oleva aineisto ovat laajan kansallisen yhteistyön tulos. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen koordinoiman hankkeen suunnitteluun, rahoitukseen ja toimeenpanoon ovat osallistuneet monet tutkimuslaitokset, yliopistot, eläkelaitokset, järjestöt ja muut tahot. Sosiaali- ja terveysministeriö on eritavoin tukenut hanketta. Monet tutkimuspaikkakunnat ovat luovuttaneet tilojaan tutkimuksen käyttöön ja muutenkin myötävaikuttaneet hankkeen toteuttamiseen. Terveyden ja hyvinvoinnin huippuasiantuntijat sekä edellä mainituista laitoksista että niiden ulkopuolelta ovat osallistuneet tutkimuksen sisällön ja toteutuksen suunnitteluun, kenttätutkijoiden koulutukseen, tiedonkeruun seurantaan ja ohjaamiseen sekä tutkimusaineiston viimeistelyyn ja tämän perustulosraportin kirjoittamiseen. Kiitämme lämpimästi kaikkia hankkeeseen tähän mennessä osallistuneita ja toivomme, että yhteistyö jatkuu yhtä hedelmällisenä tämän ainutlaatuisen aineiston hyödyntämisessä.

*Pekka Puska*  
pääjohtaja, THL

*Marja Vaarama*  
ylijohtaja, THL

# SISÄLLYS

|   |           |
|---|-----------|
| Tiivistelmä.....  | 3         |
| Resumé.....   | 5         |
| Abstract.....   | 7         |
| <b>1 ESIPUHE.....</b>   | <b>9</b>  |
| <b>2 JOHDANTO .....</b>                                       | <b>13</b> |
| <b>3 AINEISTO JA MENETELMÄT .....</b>                         | <b>16</b> |
| 3.1 Otos.....   | 16        |
| 3.2 Kenttätoiminta.....                                       | 18        |
| 3.3 Mittausmenetelmät .....                                   | 20        |
| 3.4 Aineisto .....  | 25        |
| 3.5 Tilastolliset menetelmät .....                            | 28        |
| <b>4 SOSIODEMOGRAFISET TEKIJÄT, ELINOLOT JA TYÖOLOT .....</b> | <b>30</b> |
| 4.1 Sosiodemografiset taustatekijät.....                      | 30        |
| 4.2 Asuinolot.....  | 34        |
| 4.3 Työ ja toimeentulo .....                                  | 37        |
| 4.4 Työolot.....  | 41        |
| <b>5 ELINTAVAT .....</b>                                      | <b>44</b> |
| 5.1 Tupakointi .....  | 44        |
| 5.2 Alkoholin käyttö .....                                    | 47        |
| 5.3 Ruokatottumukset.....                                     | 51        |
| 5.4 Fyysinen aktiivisuus .....                                | 55        |
| 5.5 Uni.....  | 59        |
| <b>6 BIOLOGISET VAARATEKIJÄT.....</b>                         | <b>62</b> |
| 6.1 Lihavuus .....  | 62        |
| 6.2 Verenpaine .....  | 66        |
| 6.3 Lipidit .....   | 70        |
| 6.4 Metabolinen oireyhtymä .....                              | 75        |
| <b>7 KOETTU TERVEYS JA PITKÄAIKAISSAIRASTAVUUS.....</b>       | <b>77</b> |
| 7.1 Koettu terveys.....                                       | 77        |
| 7.2 Pitkäaikaissairastavuus.....                              | 80        |

|  |     |
|--|-----|
| <b>8 SAIRAUDET JA OIREET</b> .....   | 82  |
| 8.1. Verenkierroelinten sairaudet ja diabetes .....                            | 82  |
| 8.2 Hengityselinten ja ihon sairaudet ja allergiat .....                       | 88  |
| 8.3 Tuki- ja liikuntaelinsairaudet.....  | 92  |
| 8.4 Psykkiset oireet ja mielenterveyden häiriöt .....                          | 96  |
| 8.5 Suunterveys.....   | 102 |
| <b>9 TAPATURMIEN AIHEUTTAMAT PYSYVÄT VAMMAT</b> .....                          | 108 |
| <b>10 LISÄÄNTYMISTERVEYS</b> .....   | 111 |
| 10.1 Raskauden ehkäisy, raskaudet ja lasten hankinta .....                     | 111 |
| 10.2 Vaihdevuodet ja hormonikorvaushoito .....                                 | 116 |
| <b>11 TOIMINTA- JA TYÖKYKY</b> .....   | 119 |
| 11.1 Fyysinen toimintakyky.....  | 120 |
| 11.2 Mitattu fyysinen kunto.....   | 125 |
| 11.3 Näkö ja kuulo.....  | 128 |
| 11.3.1 Näöntarkkuus .....  | 128 |
| 11.3.2 Kuulo.....  | 132 |
| 11.4 Kognitiivinen toimintakyky.....   | 134 |
| 11.5 Sosiaalinen toimintakyky.....   | 137 |
| 11.6 Työkyky .....   | 141 |
| 11.7 Arkitoimista suoriutuminen .....  | 145 |
| 11.8 Toimintakykyä rajoittavat ja edistävät asuinympäristön ominaisuudet ..... | 149 |
| 11.9 Apuvälineiden käyttö.....   | 152 |
| <b>12 SOSIAALINEN PÄÄOMA</b> .....   | 155 |
| <b>13 ELÄMÄNLAATU</b> .....  | 159 |
| <b>14 TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ JA HOIDON TARVE</b> .....                       | 163 |
| 14.1 Terveyttä ja työkykyä edistävät toimet .....                              | 163 |
| 14.2 Käynnit lääkärin ja terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla .....    | 170 |
| 14.3 Fysioterapian käyttö .....  | 176 |
| 14.4 Terveyspalvelujen käyttö mielenterveysongelmien vuoksi .....              | 179 |
| 14.5 Suun terveydenhoito .....   | 181 |
| 14.6 Vuodeosastohoito sairaalassa .....  | 184 |
| 14.7 Lääkkeiden käyttö .....   | 186 |
| 14.8 Hoidontarve ja sen tyydyttyminen .....                                    | 189 |
| 14.9 Koettu kuntoutuksen tarve .....   | 192 |

|   |     |
|---|-----|
| <b>15 AVUN TARVE, SAAMINEN JA ANTAMINEN</b> .....   | 195 |
| 15.1 Avun tarve ja saaminen .....   | 195 |
| 15.2 Avun antaminen.....  | 199 |
| <br>  |     |
| <b>16 TERVEYDEN, TOIMINTAKYVYN JA NIIHIN VAIKUTTAVIEN<br/>TEKIJÖIDEN VAIHTELU KOULUTUKSEN JA ASUINALUEEN<br/>MUKAAN</b> ..... | 202 |
| 16.1 Koulutusryhmien väliset erot .....   | 204 |
| 16.2 Alue-erot .....  | 207 |
| 16.3 Pohdinta .....   | 210 |
| <br>  |     |
| <b>17 YHTEENVETO JA PÄÄTELMÄT</b> .....   | 211 |
| 17.1 Tutkimuksen valmistelu ja toteutus.....  | 211 |
| 17.2 Päätulokset ja niiden merkitys .....   | 216 |
| 17.3 Päätelmät .....  | 218 |
| <br>  |     |
| <b>18 KIRJALLISUUS</b> .....  | 219 |
| <br>  |     |
| <b>Liitteet</b> .....   | 232 |
| Liite 1. Haastattelut ja kyselyt .....  | 233 |
| Liite 2. Terveys 2011 -organisaatio.....  | 237 |
| Liite 3. Tutkimuspaikkakunnat ja -ajat kenttäryhmittäin .....   | 242 |
| Liite 4. Kenttäryhmien työntekijät .....  | 245 |
| <br>  |     |
| <b>Liitetaulukot</b> .....  | 246 |

## 2 JOHDANTO

*Seppo Koskinen, Sebastián Peña, Annamari Lundqvist, Tomi Mäkinen ja Arpo Aromaa*

Väestön terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin sekä niihin vaikuttavien tekijöiden tunteminen, seuranta ja ennakointi ovat näyttöön perustuvan terveys- ja yhteiskuntapolitiikan sekä palvelujärjestelmän ja sosiaaliturvan suunnittelun, arvioinnin ja kehittämisen edellytys. Näiden tietojen hankkimiseksi tarvitaan sekä tilastojen ja rekistereiden hyödyntämistä että toistuvia väestötasoisia tutkimuksia.

Kuolleisuuden kehitystä ja väestöryhmittäistä vaihtelua seurataan Tilastokeskuksen rekisteriaineistojen avulla. Myös joidenkin sairauksien esiintymisestä saadaan tietoja valtakunnallisista rekistereistä, jotka kuvaavat sairauksien ilmaantumista (esim. syöpärekisteri ja tartuntatautirekisteri), niiden hoitoa (hoitoilmoitusrekisteri) tai sairauksien perusteella myönnettyjä etuuksia (esim. Kelan rekisterit lääkkeiden erityiskorvauksiin oikeutetuista). Useimpien sairauksien yleisyydestä, sen paremmin kuin koetusta terveydestäkään, ei saada päteviä tietoja rekistereistä, vaan tarvitaan väestöä edustaville otoksille tehtyjä kysely-, haastattelu- ja kliinisiä tutkimuksia. Vaikka työ- ja toimintakyvyn rajoitusten perusteella myönnettyjä etuuksia koskevat rekisterit sisältävät joitakin toimintakykyä kuvaavia tietoja, ovat edustavia väestötutkimuksia koskevat tutkimukset tärkein väestön toimintakykyä koskevan tiedon lähde. Monien palvelujen käyttöä voidaan seurata rekisterien avulla, mutta väestötutkimuksia tarvitaan avohoidon, etenkin perusterveydenhuollon ja hammashuollon, käyttöä sekä palvelujen käytön ja terveyden välisiä yhteyksiä selvittäessä. Väestötutkimukset ovat ainoa tapa hankkia luotettavia tietoja terveyteen vaikuttavista biologisista tekijöistä, elintavoista ja monista elinympäristön piirteistä sekä niiden ja terveyden välisistä yhteyksistä. Samoin hyvinvoinnin eri ulottuvuuksia ja elämänlaatua koskevaa kokemuksellista tietoa saadaan ainoastaan väestötutkimusten avulla.

Suomessa Kela on tehnyt koko väestöä edustaville otoksille terveysturvan haastattelututkimuksia vuodesta 1964 alkaen (Purola ym. 1967; Arinen ym. 1998). Tätä perinnettä jatkaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Hyvinvointi ja palvelut -tutkimusten sarja (Vaarama ym. 2010a). Lisäksi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on koontanut vuodesta 1978 alkaen tietoja työikäisen väestön terveydestä ja terveystäytymisestä vuosittaisilla AVTK-postikyselyillä (Helakorpi ym. 2012), vuodesta 1985 alkaen vastaavia tietoja eläkeikäisistä (Laitalainen ym. 2010a) sekä vuodesta 1972 alkaen viiden vuoden välein 25–64-vuotiaille tehdyillä FINRISKI-tutkimuksilla (Vartiainen ym. 2012). Työterveyslaitos (TTL) on kolmen vuoden välein tehdyissä Työ ja terveys -haastattelututkimuksissa (Kauppinen ym. 2010) koontanut tietoja 25 vuotta täyttäneiden terveydestä, työstä ja niiden välisistä yhteyksistä.

Ensimmäinen monipuolinen haastattelu ja terveystarkastuksen yhdistelmänä toteutettu kansallinen tutkimus oli vuosina 1978–80 tehty Mini-Suomi-terveystutkimus (Aromaa ym. 1989), joka kohdistettiin 30 vuotta täyttäneisiin. Vuosina 2000–01 to-

teutettiin Kansanterveyslaitoksen johdolla vastaava laaja Terveys 2000 -tutkimus (Aromaa & Koskinen 2002a). Nämä kaksi tutkimusta tuottivat runsaasti uutta tietoa mm. monista kansansairauksista, toiminta- ja työkyvystä sekä avun ja hoidon tarpeesta ja niiden tyydyttymisestä. Koska näitä hyvinvointipolitiikan suunnittelun ja arvioinnin kannalta tärkeitä tietoja voidaan koota ainoastaan laajan terveystarkastuksen sisältävien väestötutkimusten avulla, tarvittiin uusi kansallinen tutkimus ajankohtaisen tilanteen ja viimeaikaisten muutosten kuvaamiseksi.

Suomalaisia aikuisia edustavan Terveys 2011 -tutkimuksen tavoitteena on tuottaa uusia luotettavia tietoja väestön terveydestä, toimintakyvystä ja hyvinvoinnista sekä niissä tapahtuneista muutoksista menneen vuosikymmenen aikana. Tutkimuksessa tietoja kerättiin samoista henkilöistä vuosina 2000 ja 2011, ja tämän seuranta-asetelman ansiosta voidaan tutkia myös terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin muutoksia ennustavia tekijöitä. Tiedot ovatkin tarpeen arvioitaessa ja ennakoitaessa terveyden ja toimintakyvyn kehitystä. Näihin tekijöihin vaikuttamalla voidaan parantaa väestön hyvinvointia, edistää työkykyä ja pidentää työuria, tukea iäkkäiden itsenäistä selviytymistä ja hyvän elämänlaadun edellytyksiä sekä pidentää toimintakykyistä elinaikaa. Aineiston avulla selvitetään myös väestöryhmien välisiä terveys- ja hyvinvointieroja ja niiden syitä. Palvelujen ja sosiaaliturvan käyttöä, tarvetta ja tyydyttymistä tutkimalla luodaan perustaa koko sosiaaliturvan kehittämiseksi. Koska käytettävissä on vertailukelpoiset tiedot vuosilta 1978–80, 2000–01 ja 2011, voidaan Terveys 2011 -tutkimuksen perusteella tehdä päteviä ennusteita väestön terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin sekä hoidon- ja avuntarpeen tulevasta kehityksestä ja suunnata terveyden, toimintakyvyn ja hyvinvoinnin edistämiseen tähtäävät toimet mahdollisimman oikein.

Terveys 2011 -tutkimusta varten koottiin hankeorganisaatio, johon kuuluu tutkimuksen rahoittajia ja toteuttajia. Hankkeen suunnittelua ja toteutusta koordinoi Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL), käyttäen mallina menestyksellisen Terveys 2000 -tutkimuksen toimintatapaa, yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön ja Kelan sekä muiden väestön terveyteen liittyvien kysymysten parissa työskenteleviä tahojen, kuten Eläketurvakeskuksen ja Työterveyslaitoksen kanssa. Hankkeen suunnitteluun ja toteuttamiseen osallistui myös muiden tutkimuslaitosten ja yliopistojen sekä useiden järjestöjen asiantuntijoita. Hankkeen suurimpia rahoittajia olivat THL, Kela, TTL, sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Akatemia, Työsuojelurahasto, Suomen Hammaslääkäriseura ja Suomen Hammaslääkäriliitto, UKK-instituutti, Finanssialan keskusliitto, GlaxoSmithKline, Normomedical Oy ja Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Terveys 2011 -tutkimus perustuu vuosina 2000–01 toteutettuun Terveys 2000 -tutkimukseen. Terveys 2011 -tutkimukseen kutsuttiin kaikki elossa olevat Terveys 2000 -tutkimukseen 11 vuotta aiemmin kutsutut henkilöt, jotka eivät olleet kieltäytyneet osallistumasta mihinkään jatkotutkimuksiin (n = 8 135). Vuonna 2011 he olivat kaikki vähintään 29-vuotiaita. Lisäksi tutkittiin uusi satunnaisotos 18–28-vuotiaita nuoria aikuisia (n = 1 994, joista 415 kutsuttiin terveystarkastukseen). Otos edustaa Suomen koko aikuisväestöä. Lisäksi Terveys 2000 -tutkimuksen yhteydessä vuonna 2001 toteutettuun Mini-Suomi-tutkimuksen seurantaan kutsutut henkilöt tutkittiin Terveys 2011

-tutkimuksessa nyt kolmannen kerran (n = 922). Tutkimus toteutettiin pääpiirteissään samalla tavoin kun Terveys 2000 -tutkimus, ja se sisälsi mm. monipuolisen haastattelun, kyselylomakkeita ja laajan terveystarkastuksen. Voimavarojen niukkuuden takia haastattelut tehtiin kenttätutkimuksen tiloissa eikä tutkittavan kotona eikä kliinisiä lääkärintutkimuksia tehty. Pääpaino oli nytkin sellaisten tietojen keräämisessä, joita ei muista lähteistä saada. Esitutkimus tehtiin toukokuussa 2011, ja touko-kesäkuussa rekrytoitiin 80 kenttätutkijaa viiteen eri puolilla maata toimivaan kenttäryhmään. Kahden viikon koulutusjakson jälkeen tiedonkeruu alkoi elokuussa 2011 ja päättyi keväällä 2012.

Tämän teoksen tarkoitus on saattaa Terveys 2011 -tutkimuksen 30 vuotta täyttäneitä koskevia keskeisiä havaintoja mahdollisimman varhain niitä tarvitsevien henkilöiden ja organisaatioiden käyttöön. Alle 30-vuotiaita koskevat tulokset raportoidaan myöhemmin. Lisäksi lähivuosien aikana analyysyjä syvennetään ja tuotetaan aineistoon perustuvia yksityiskohtaisia tietoja.



# 3 AINEISTO JA MENETELMÄT

Tässä luvussa kuvataan Terveys 2011 -tutkimuksen otos, kenttätoiminnan suunnittelu ja toteutus sekä tiedonkeruun mittausmenetelmät. Lisäksi esitellään Terveys 2011 -aineisto ja tässä perustulosraportissa esitettyjen tulosten tuottamiseen käytetyt tilastolliset menetelmät.

## 3.1 Otos

*Tommi Härkänen ja Seppo Koskinen*

Terveys 2011 -aineisto perustuu Terveys 2000 -tutkimusta varten vuonna 2000 poimituun Manner-Suomen aikuisväestöä edustavaan otokseen (Aromaa & Koskinen 2002a). Tämän otoksen nuorimmat olivat vuonna 2011 29-vuotiaita, joten vuonna 2011 poimitiin uusi otos 18–28-vuotiaita, jolloin saatiin koko suomalaista aikuisväestöä edustava otos. Lisäksi Terveys 2011 -tutkimukseen pyydettiin osallistumaan elossa olevat niistä 1 278:sta Mini-Suomi-terveys tutkimukseen vuosina 1978–80 osallistuneista henkilöistä, jotka kutsuttiin uusintatutkimukseen Terveys 2000 -tutkimuksen yhteydessä seitsemällä paikkakunnalla (Heistaro & Koskinen 2005). Nyt käsillä olevassa raportissa tarkastellaan ainoastaan ensiksi kuvattuun perusotokseen kuuluvia 30 vuotta täyttäneitä henkilöitä. Alle 30-vuotiaiden tulokset tullaan raportoimaan myöhemmin.

Terveys 2000 -otos perustui kaksiasetiseen ositettuun ryväotantaan (Laiho ym. 2005), jossa Manner-Suomi oli jaettu 20 ositteeseen, joista 15 muodostui suurimmista kaupungeista ja muut 5 ositetta jakoivat muun Manner-Suomen osiin yliopistosairaalapiirien rajojen mukaan. Edellä mainituista 15 suurimmasta kaupungista poimittiin systemaattisella otannalla yksilöotokset ja muista ositteista poimittiin 65 terveyskeskuspiiriä systemaattisella PPS-otannalla. Näistä terveyskeskuspiireistä poimittiin yksilöotokset systemaattisella otannalla. 80 vuotta täyttäneitä poimittiin kaksinkertaisella poimintatodennäköisyydellä.

Alkuperäinen otos edusti Manner-Suomen aikuisväestöä vuonna 2000. Koska Terveys 2000 -tutkimus ei ollut interventiotutkimus, otosyksilöiden kuolleisuus vastaa koko väestön kuolleisuutta, joten vuonna 2011 elossa olevat yksilöt edustavat elossa olevaa väestöä vuonna 2011. Vastaavalla perustelulla myös maasta muuttaneet otokseen kuuluneet edustavat koko väestössä tapahtunutta maastamuuttoa. Otos ei kuitenkaan edusta vuoden 2000 jälkeen tapahtunutta maahanmuuttoa, joka kuitenkin painottuu nuoriin aikuisiin eikä siten vaikuta merkittävästi tämän tutkimuksen tuloksiin. Maahanmuuttajaväestöstä on tehty erillinen väestötutkimus (Castaneda ym. 2012).

Alkuperäisen otoksen vanhenemisen takia sitä täydennettiin uudella 18–28 -vuotiaiden nuorten aikuisten otoksella. Nuorten aikuisten otoksen poiminta-alueina käytettiin mahdollisimman tarkasti alkuperäisiä otospoiminta-alueita, mutta kuntaliitosten

takia tarkka aluerajaus ei ollut kaikissa tapauksissa mahdollinen. Otospoiminnassa hyödynnettiin Väestörekisterikeskuksen koordinaattitietoja sekä kuntarajoja vuodelta 2000.

Terveys 2011 -tutkimuksessa tehtiin tarkentavia tutkimuksia osalle tutkittavista. Collaborative Research on Ageing in Europe (Courage) -tutkimuksessa kerättiin vertailukelpoista lisätietoa vertailujen tekemiseksi Espanjan ja Puolan vastaaviin väestöihin (<http://www.courageproject.eu/>). Courage-osaotokseen poimittiin satunnaisesti 3 967 Terveys 2011 -tutkimuksen otokseen kuuluvaa henkilöä. Vastaavasti UKK-instituutin kanssa yhteistyössä toteutetussa liikuntaosiossa tehtiin lisätutkimuksia tutkittavien fyysisessä kunnosta ja liikunnasta. Tähän osaotokseen poimittiin 4 916 henkilöä.

## 3.2 Kenttätoiminta

*Tomi Mäkinen, Sebastián Peña ja Seppo Koskinen*

Tässä luvussa kuvataan lyhyesti kenttätoiminnan suunnittelu ja toteutus. Myöhemmin julkaistavassa Terveys 2011 -menetelmäraportissa nämä kuvataan yksityiskohtaisemmin.

Kenttätoiminnan suunnittelu alkoi vuonna 2009, jonka aikana suunniteltiin luonnos tutkimuksen sisällöstä haastatteluineen, terveystarkastuksineen ja kyselylomakkeineen. Suunnittelutyö tehtiin yhteistyössä Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen, Työterveyslaitoksen, Helsingin yliopiston ja monien muiden laitosten eri alojen asiantuntijoiden kanssa. Kun tutkimuksen toteuttamiseen tarvittava rahoitus varmistui vuoden 2010 lopulla, aloitettiin kenttätoiminnan toteutuksen viimeistely. Kevään ja kesän 2011 aikana viimeisteltiin haastattelujen, terveystarkastusten ja kyselylomakkeiden sisällöt sekä tietokoneavusteiset tiedonkeruumenetelmät. Lisäksi hankittiin tarvittavat tutkimustarvikkeet ja -laitteet. Kevään ja kesän 2011 aikana oltiin myös yhteydessä kunnissa oleviin yhteyshenkilöihin tutkimustilojen hankkimiseksi. Tutkimusta edelsi toukokuussa 2011 toteutettu esitutkimus, jossa testattiin tutkimuksen kokonaisuuden toimimista ja ajankäyttöä. Lisäksi testattiin tietokoneavusteisia tiedonkeruumenetelmiä. Esitutkimuksen perusteella tarkennettiin varsinaisten tutkimussisältöjen järjestys, ohjeet ja aikataulut.

Terveys 2011 -tutkimuksen ja sen yhteydessä toteutetun Courage-tutkimuksen kenttätutkimusta varten rekrytoitiin yhteensä sata kenttätutkijaa kevään ja kesän 2011 aikana. Kenttähenkilöstölle järjestettiin kahden viikon koulutus Helsingissä 25.7.–5.8. 2011. Koulutus oli eriytetty niin, että kukin kenttätutkija sai sekä yleisen koulutuksen väestötutkimuksista että yksityiskohtaisen koulutuksen kahdessa tutkimuspisteessä toimimisesta. Courage-osatutkimuksen tutkimushoitajat saivat viikon erillisen koulutuksen, joka järjestettiin ensimmäisellä koulutusviikolla.

Varsinainen kenttätutkimus toteutettiin 8.8.–21.12.2011 välisenä aikana 60 paikkakunnalla eri puolilla Suomea viiden kenttäryhmän voimin. Kenttäryhmien keskuspaikkakuntina toimivat Helsinki, Turku, Tampere, Kuopio ja Oulu. Yhteen kenttäryhmään kuului 15–18 tutkimushoitajaa, joista 2–3 toimi kotikäyntihoitajina. Kenttätutkimuksen sisältöön kuului terveystarkastus erilaisine mittauksineen, haastatteluineen ja kyselylomakkeineen. Niille, jotka eivät kyenneet tulemaan varsinaiseen terveystarkastukseen, pyrittiin tekemään hieman suppeampi kotikäyntiterveystarkastus. Jos henkilö ei halunnut tai pystynyt osallistumaan terveystarkastukseen tai kotikäyntiterveystarkastukseen, tarjottiin hänelle mahdollisuutta osallistua puhelinhaastatteluun. Courage-alaotokseen kuuluville tehtiin erillinen haastattelu kotona ennen terveystarkastusta. Liikunta-alaotokseen kuuluville tehtiin fyysisen kunnon testit terveystarkastuksen lopussa, ja heille annettiin kotiin liikuntamittari viikon ajaksi. Helsingin ja Oulun ryhmissä terveystarkastukseen kuului myös suun kliininen tutkimus. Kenttähenkilökunta

liikkui tutkimuspaikkakunnilta toisille henkilöautoilla. Tutkimustarvikkeet siirrettiin pakettiautoilla. Kenttätutkimuksen käynnistymisestä tiedotettiin laajalti niin kansallisessa kuin paikallisissa tiedotusvälineissä. Tiedotusta jatkettiin koko kenttävaiheen ajan.

Kenttätutkimuksen aikana tutkimusvälineitä ja -tarvikkeita toimitettiin tarpeen mukaan Helsingistä Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta (THL) keskuspaikkakunnilla sijaitseviin varastotiloihin sekä tutkimuspaikkoihin. Tutkimuspaikoilla kerätyt näytteet kuljetettiin analysoitaviksi THL:n tautiriskiyksikköön kirjattuina lähetyksinä hiilihappojäissä. Terveystarkastuksen kaikkiin mittauspisteisiin järjestettiin USB-moдемien avulla Internet-yhteydet, joita käytettiin sekä tutkimustulosten lähettämiseen THL:n keskustietokantaan että tiedonkeruunohjelmistojen päivittämiseen ja viestintään kentälle. Lisäksi tutkimuksessa kerätyistä tiedoista tehtiin päivittäin varakopio tietokoneessa kiinni olleeseen muistitikkuun, joka vaihdettiin ja postitettiin säännöllisesti kirjattuna THL:ään. Tavoitteena oli, että tiedon laatua pystyttiin tarkemmin seuraamaan kenttävaiheen aikana ja tietojen tarkistukset sekä korjaukset perusraportointia varten saatiin käyntiin jo syksyn 2011 aikana.

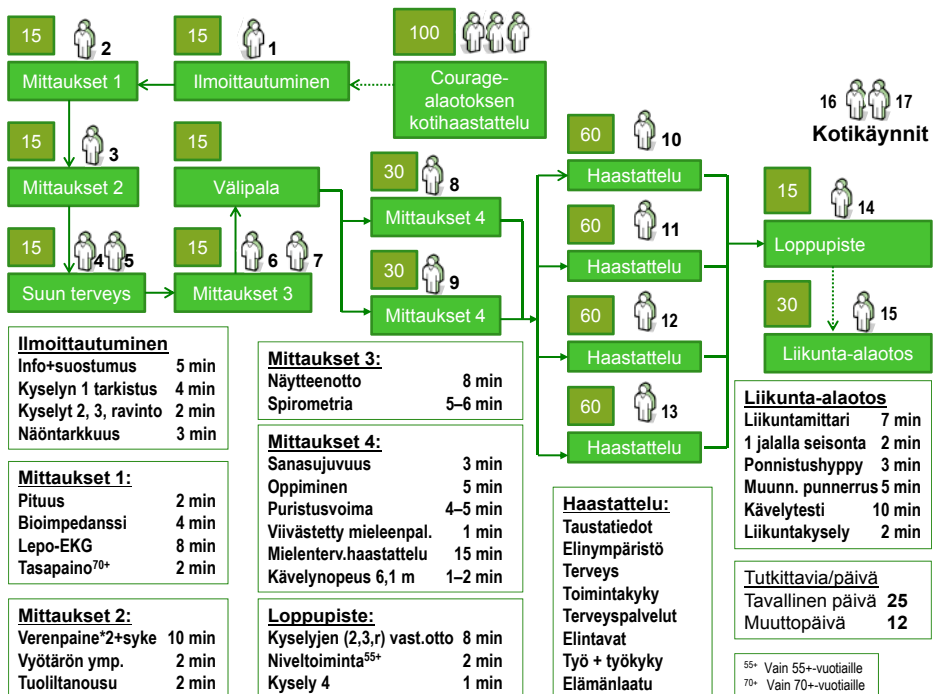
Keväällä 2012 toteutettiin nuorille aikuisille (alle 29-vuotiaille) suunnattu terveyskysely sekä posti- että nettikysely. Kaikille jonkin kyselylomakkeen palauttamatta jättäneille lähetettiin tarvittaessa kaksi muistutuskirjettä, joissa pyydettiin palauttamaan täytetyt lomakkeet. Varsinaisen kenttätutkimuksen jälkeen tiedonkeruuta jatkettiin keväällä 2012 täydentävällä tiedonkeruulla, jonka toteutti kuusi tutkimushoitajaa. Heistä kaksi toimi Helsingin alueella ja yksi Turussa, yksi Tampereella, yksi Oulussa ja yksi Kuopiossa. Täydentävä tiedonkeruu toteutettiin 2.1.–30.6.2012 välisenä aikana. Täydentävän tiedonkeruun tutkimusvaihtoehdot olivat 1) supistettu terveystarkastus keskuspaikkakunnalla, 2) kotiterveystarkastus ja 3) puhelinhaastattelu. Supistetun terveystarkastuksen sisältö oli sama kuin kotiterveystarkastuksenkin, minkä lisäksi tiedonkeruuta laajennettiin muutamilla lisämittauksilla. Jos henkilö ei ollut osallistunut mihinkään tutkimukseen osaan, hänelle lähetettiin postikysely, jonka sisältö oli sama kuin puhelinhaastattelussa. Myös tämän ”katokyselyn” palauttamatta jättäneille lähetettiin kahdesti muistutuskirje.

### 3.3 Mittausmenetelmät

*Tomi Mäkinen, Noora Ristiluoma ja Seppo Koskinen*

Tässä luvussa kuvataan kenttävaiheen menetelmät kokonaisuutena. Tiedonkeruumenetelmät ja kenttähenkilökunnalle annetut ohjeet kuvataan yksityiskohtaisemmin myöhemmin ilmestyvässä Terveys 2011 -menetelmäraportissa.

Kuvio 3.3.1. Kenttätutkimuksen sisältö.



Kenttätutkimuksen sisältö ja vaiheet sekä kestot on kuvattu kuviossa 3.3.1. Tutkittaville lähetettiin kutsukirje terveystarkastukseen noin kaksi viikkoa ennen varsinaista tutkimuspäivää. Kirjeessä oli 1) tiedote, 2) saate, johon oli merkitty terveystarkastusaika ja -paikka sekä saapumisohjeet (liitteenä kartta), 3) kotona täytettävä kyselylomake (kysely 1), 4) yleisesite tutkimuksesta ja 5) kaksi kappaletta suostumusasiakirjoja. Liikunta-alaotukseen kuuluville lähetettiin myös valmistautumisohje liikuntapisteen mittauksiin.

Courage-alaotukseen kuuluville tutkittaville tehtiin kotikäynti yleensä noin 1-2 viikkoa ennen terveystarkastusta. Kotikäynnillä tehtiin haastattelu, jossa tiedusteltiin henkilön taustatietoja, terveyttä, sairauksia, elämänlaatua, palveluiden käyttöä ja hy-

vinvointia sekä näiden taustatekijöitä. Haastattelun yhteydessä tehtiin myös muutamia mittauksia: verenpaineen ja puristusvoiman mittaaminen, kognitiivinen testi (numerojen toistaminen samassa ja käänteisessä järjestyksessä) sekä karkea lähi- ja kaukonäöntarkkuuden mittaaminen. Lisäksi tutkittavien elinympäristöä havainnoitiin. Kaikki Courage-alaotokseen kuuluvat tutkittavat kutsuttiin myös varsinaiseen terveystarkastukseen.

## Terveystarkastus

Kaikkia tutkittavia pyydettiin osallistumaan seitsemään eri tutkimuspisteeseen terveystarkastuksessa (kuvio 3.3.1). Helsingin ja Oulun kenttäryhmissä tehtiin näiden lisäksi suun kliininen tutkimus kaikille terveystarkastukseen osallistuneille. Henkilöille, jotka kuuluivat liikunta-alaotokseen, tehtiin fyysisen kunnan mittaukset tutkimuskäynnin lopussa. Tutkittavat kutsuttiin terveystarkastukseen pääsääntöisesti 15 minuutin välein. Lisäksi oli jätetty vara-aikoja mahdollisten muutoksien ja peruutuksien varalle. Kokonaisuudessaan terveystarkastukseen kului aikaa 3,5 tunnista 6 tuntiin. Jokaisessa tutkimuspisteessä oli oma kannettava tietokone, jolla mittaustulokset ja muut tiedot tallennettiin. Tutkittaville mittaustulokset annettiin erillisellä palaute-lomakkeella (näkö tutkimuksen tulokset, pituus, paino, painoindeksi, rasvaprosentti, vyötärönympärysmitta, ekg-tutkimuksen tulos, verenpaine-arvot, tuoliltanousu-, kävelynopeus- ja puristusvoima-testien tulokset sekä spirometriatutkimuksen tulos) sekä selostettiin suullisesti. Tutkittavat saivat palaute-lomakkeen lisäksi EKG- ja spirometriatulosten sekä bioimpedanssilaitteesta tulostuneet tiedot itselleen.

Varsinainen terveystarkastus alkoi ilmoittautumisella, jossa varmistettiin tutkittavan henkilöllisyys ja kirjattiin henkilötietojen mahdolliset muutokset. Tutkittavalle selvitettiin tutkimuksen kulku ja annettiin suullinen ja kirjallinen informaatio tutkimuksesta sekä selvitettiin hänen oikeutensa kieltäytyä tutkimuksesta. Tutustuttuaan tutkimuksen sisältöön ja tietojen käyttötarkoitukseen tutkittava allekirjoitti suostumuslomakkeen. Tutkimuksessa käytettiin tunnistetarroja (viisi tarra-arkkia/tutkittava), jotka yhdistettiin tässä pisteessä tutkittavalle kuuluvaksi liimaamalla tarra-arkin ensimmäinen tarra päiväkohtaiseen käyntilistaan ko. tutkittavan kohdalle. Jokainen tutkittavalle annettu ja häneltä vastaanotettu lomake tarroitettiin. Kotona täytetty kysely 1 -lomake otettiin vastaan ja tarkistettiin. Kyselyssä 1 tiedusteltiin mm. toimintakykyä, sosiaalista ympäristöä, lähiympäristön turvallisuutta, psyykkisiä kokemuksia, painoa, pituutta, elintapoja, harrastuksia, seksuaalielämää, terveyden edistämistä, elämänlaatua, työoloja, yksinäisyyttä, toimeentuloa ja lapsuusajan olosuhteita. Ilmoittautumisen yhteydessä tutkittiin lähi- ja kaukonäöntarkkuus. Lopuksi tutkittavalle annettiin henkilökohtainen tutkimusohjelma, tutkittavan kappale suostumusasiakirjasta ja kolme kyselylomaketta (kysely 2, kysely 3 ja ravinnonkäyttökysely), joista mahdollisimman moni pyydettiin täyttämään terveystarkastuksen aikana. Kyselyssä 2 tiedusteltiin mm. hengityselinten ja verenkiertoelinten oireita, atopia- ja allergiaoireita, tuki- ja liikuntaelinoireita, mielialaa sekä arkielämän kokemuksia. Kysely 3 -lomakkeessa esitettiin kysymyksiä unesta ja nukkumisesta, oireilusta, elämänlaadusta, suun terveydestä, ihmis-

suhteista, tunteiden kokemisesta ja palveluiden rahoittamiseen liittyvistä mielipiteistä. Ravintolomakkeen avulla pyrittiin selvittämään ravintoaineiden ja energian saantia esittämällä kysymyksiä suomalaiselle ruokavaliolle tyypillisten elintarvikkeiden käytöstä.

Toisessa tutkimuspisteessä (Mittaukset 1) mitattiin pituus seinään kiinnitetyllä pituusmitalla (Seca 123) ja tehtiin kehonkoostumusmittaus (Seca 514), jossa tutkittava ensin punnittiin. Kehonkoostumusmittauksella saatiin tietoja mm. tutkittavan rasvaprosentista ja lihasmassan määrästä. Tutkittavalle tehtiin myös 12-kytkentäinen lepo-EKG-mittaus. Poikkeuksellisten EKG-löydösten merkityksestä tutkimushoitajat tiedustelivat THL:n asiantuntijalääkäreiltä, jotka antoivat tarvittavat toimintaohjeet. 70 vuotta täyttäneille ja sitä vanhemmille tutkittaville tehtiin myös tasapainotesti.

Kolmannessa tutkimuspisteessä (Mittaukset 2) mitattiin verenpaine oikeasta olkavarresta elohopeamittarilla kahdesti tutkittavan istuessa. Mittausten välissä mitattiin sekuntikelloa käyttäen ranteesta syke 60 sekunnin ajalta. Tämän jälkeen mitattiin tutkittavan vyötärön ympärysmitta. Lopuksi tutkittavalle tehtiin tuoliltanousutesti, jonka jälkeen hänet ohjattiin joko suun terveys -pisteeseen (Helsingin ja Oulun kenttäryhmissä) tai laboratoriopisteeseen (Tampereen, Turun ja Kuopion kenttäryhmissä).

Suun terveys -pisteessä hammaslääkäri ja hammashoitaja toteuttivat vakioimuotoisen suun kliinisen tutkimuksen. Lisäksi Helsingissä tutkittavista otettiin hammasröntgenkuva. Tarpeen mukaan tutkittavat ohjattiin erillisellä läheteellä omalle hammaslääkärilleen. Tämän jälkeen tutkittava ohjattiin seuraavaan tutkimuspisteeseen.

Laboratoriopisteessä (Mittaukset 3) tutkittavalta otettiin verinäyte ja tehtiin hengitystoimintaa mittaava spirometriatutkimus. Tutkittavia oli kehoitettu olemaan syömättä ja juomatta 4 tuntia ennen terveystarkastusta. Laboratoriopisteessä kirjattiin, miten ohjeita oli noudatettu ennen verinäytteiden ottamista. Verinäytteitä otettiin sekä seerumista että plasmasta ja kokoverestä tehtäviä analyysejä varten. Näytteet sentrifugoitiin tutkimuspaikalla ja sijoitettiin  $-20\text{ }^{\circ}\text{C}$  pakkaseen, kunnes ne lähetettiin kirjattuna hiihappojäähän pakattuna THL:n  $-70\text{ }^{\circ}\text{C}$  pakastimeen. Tämän pisteen jälkeen tutkittava ohjattiin välipalalle, jonka aikana häntä pyydettiin täyttämään tutkimuksen alussa annettuja kyselylomakkeita.

Mittaukset 4 -pisteessä tutkittavalle tehtiin toimintakykyyn liittyviä mittauksia. Kognitiivisesta toimintakyvystä koottiin tietoa kielellistä sujuvuutta sekä oppimista ja muistia mittaavilla testeillä. Fyysisen toimintakyvyn mittauksia olivat puristusvoima ja kävelynopeustesti. Tässä pisteessä tehtiin myös tietokoneavusteinen mielen terveys-haastattelu (CIDI). Tämän jälkeen tutkittava ohjattiin haastattelupisteeseen.

Haastattelupisteessä tutkittavalle tehtiin laaja haastattelu, jossa tiedusteltiin tutkittavan taustatietoja, ja esitettiin kysymyksiä terveydentilasta, sairauksista, terveyspalveluiden saatavuudesta ja käytöstä, suun terveydestä, elintavoista, elinympäristöstä, toimintakyvystä, työoloista ja työkyvystä sekä kuntoutuksesta. Haastattelun jälkeen tutkittava ohjattiin loppupisteeseen.

Loppupisteessä varmistettiin, että tutkittava oli käynyt kaikissa niissä mittauksissa, joissa hänen oli henkilökohtaisen tutkimusohjelmansa mukaan kuulunut käydä. Lisäk-

si vastaanotettiin terveystarkastuksen aikana täytetyt kyselylomakkeet (kysely 2, kysely 3 ja ravinnonkäyttökysely) ja tarvittaessa autettiin niiden täyttämässä. Tutkittavalle annettiin kotiin täytettäväksi kysely 4 -toistokyselylomake palautuskuoren kanssa. Liikunta-alaotokseen kuuluville tutkittaville annettiin liikuntakysely kotiin täytettäväksi. Lisäksi 55 vuotta täyttäneille tutkittaville tehtiin niveltoimintatesti, jossa tutkittiin kyykistymistä, olkavarsien kohottamista ylös sekä olkavarsien ulko- ja sisäkiertoa. Tutkittaville, jotka kuuluivat kotiverenpaine-alaotokseen, annettiin automaattinen verenpainemittari (Omron M6) kotimittauksia varten viikon ajaksi. Tutkimushoitaja vastasi myös mahdollisiin tutkimustuloksiin ja tutkimuksen sisältöä koskeviin kysymyksiin. Tutkittavilla, jotka eivät kuuluneet liikunta-alaotokseen, tutkimus päättyi tähän ja liikunta-alaotokseen kuuluvat ohjattiin liikuntapisteeseen.

Liikunta-alaotoksen kuuluville tutkittaville tehtiin fyysiseen kuntoon liittyviä mittauksia: yhdellä jalalla seisonta, ponnistushyppy, muunneltu punnerrus tai istumaan nousu ja kuuden minuutin kävelytesti. Tämän lisäksi tutkittaville annettiin kotiin liikuntamittari 7 päivän ajaksi ja tämän rinnalla täytettävä liikuntapäiväkirja.

### Kotiterveystarkastus

Kotikäyntiterveystarkastus tehtiin niille tutkittaville, jotka eivät syystä tai toisesta voineet saapua terveystarkastukseen. Kotikäyntiterveystarkastukseen sisältyi verenpaineen, pituuden ja painon sekä vyötärön ympäryksen mittaukset, lyhyt suun tutkimus Helsingin ja Oulun kenttäryhmien alueilla, verinäytteiden otto, lyhyt haastattelu, lähi- ja kaukonäöntarkkuuden tutkimus, tuoliltanousu- ja puristusvoimatestit, kävelynopeustesti, kognitiivisen toimintakyvyn testit, tasapainotesti 70 vuotta täyttäneille, niveltoimintatestit 55 vuotta täyttäneille sekä mielenterveyshaastattelu.

### Puhelinhaastattelu

Puhelinhaastattelu pyrittiin tekemään kaikille niille tutkittaville, jotka eivät osallistuneet varsinaiseen tai kotiterveystarkastukseen. Puhelinhaastattelu oli supistettu versio terveystarkastuksessa tehdystä pitkästä haastattelusta ja kyselystä 1. Puhelinhaastattelun keskimääräinen kesto oli 15–20 minuuttia. Puhelinhaastatteluun sisältyi kysymyksiä henkilön taustatiedoista, terveydentilasta, sairauksista, terveystalvasta, suun terveydestä, elintavoista, toimintakyvystä ja työkyvystä.

### Täydentävä tiedonkeruu

Täydentävä tiedonkeruu tehtiin varsinaisen kenttätutkimuksen jälkeen vuoden 2012 alussa, ja sitä tarjottiin niille, jotka eivät olleet osallistuneet aiempiin tiedonkeruun vaiheisiin. Täydentävään tiedonkeruuseen kuuluivat yllä mainituista tiedonkeruumenetelmistä kotikäyntiterveystarkastus ja puhelinhaastattelu. Lisäksi tutkittaville tarjottiin mahdollisuutta supistettuun terveystarkastukseen, joka koostui kotikäyntiterveys-



tarkastuksesta, johon oli lisätty bioimpedanssimittaus ja spirometrimittaus. Tämän lisäksi liikunta-alaotokseen kuuluville tehtiin fyysisen kunnon mittaus ja annettiin kotiin liikuntamittari sekä päiväkirja. Myös kotiverenpainemittaukseen kuuluville tutkittaville luovutettiin verenpainemittari kotimittauksia varten. Kaikki varsinaisen terveystarkastuksen kyselylomakkeet (kyselyt 1–4, liikuntakysely, ravintokysely) olivat käytössä myös supistetussa terveystarkastuksessa.

### 3.4 Aineisto

*Esa Virtala, Tommi Härkänen, Harri Rissanen, Sirkka Rinne, Pirkko Alha, Sebastián Peña ja Paul Knekt*

Terveys 2000-tutkimuksen otokseen kuului 9 922 18 vuotta täyttäneitä henkilöä, joista 9 125 (92,0 %) osallistui tutkimukseen. Yhdentoista vuoden seurannan aikana Terveys 2000 -tutkimuksen otokseen kuuluvista 1 573 henkilöä kuoli, 96 muutti ulkomaille ja 109 kielsi yhteydenotot. Kun lisäksi vähennetään alkuperäisestä otoksesta ne 180 henkilöä, jotka olivat alle 30-vuotiaita vuonna 2011, tämän 30 vuotta täyttäneisiin rajatun raportin analyysien kohteeksi jää 7 964 henkilöstä koostuva otos. Näistä 30 vuotta täyttäneistä henkilöistä yhteensä 5 806 (72,9 %), osallistui vähintään yhteen tiedonkeruun vaiheeseen; 4 218 osallistui terveystarkastukseen, 453 kotiterveystarkastukseen, 441 puhelinhaastatteluun ja 763 jälkikyselyyn (taulukko 3.4.1). Yleisin tutkimuksesta pois jäämisen syy oli kieltäytyminen.

Naiset (76 %) osallistuivat ainakin johonkin tutkimuksen osaan aktiivisemmin kuin miehet (69 %). Naisilla osallistumisaktiivisuus oli suurin (79–83 %) 45–74-vuotiailla. Miehistä puolestaan aktiivisimmin osallistuivat 45–84-vuotiaat (71–80 %) (taulukko 3.4.2). Erityisvastuualueiden (miljoonapiirien) välillä ei havaittu mainittavia eroja (taulukko 3.4.3).

Edellä kuvatun otoksen lisäksi 415 henkilön otos 18–28-vuotiaita kutsuttiin terveystarkastukseen ja lisäksi 1 579 nuorelle aikuiselle lähetettiin kysely. Terveystarkastukseen kutsutuista nuorista aikuisista 214 (51,6 %) henkilöä osallistui ja kyselyn saaneista 623 (39,5 %) täytti kyselyn.

Mini-Suomi -terveystutkimukseen vuosina 1978–80 osallistuneita tutkittavia kutsuttiin 1 278 henkilöä osallistumaan Terveys 2000 -tutkimukseen ja heistä 1130 osallistui. Yhdentoista vuoden seurannan jälkeen 356 henkilöä ei voitu enää kutsua Terveys 2011 -tutkimukseen ja näin ollen 922 61 vuotta täyttäneitä henkilöä kutsuttiin. Heistä 750 osallistui ja osallistuneista 723 on osallistunut kaikkiin kolmeen tutkimukseen (Mini-Suomi-tutkimus, Terveys 2000- ja Terveys 2011 -tutkimus).

Taulukko 3.4.1. Otos, osallistuminen tiedonkeruun eri vaiheisiin ja kato.

|                                   | Lukumäärä | %    |
|-----------------------------------|-----------|------|
| <b>Otos</b>                       | 7 964     | 100  |
| <b>Osallistuneet<sup>1</sup></b>  |           |      |
| Terveystarkastus                  | 4 218     | 53,0 |
| Kotiterveystarkastus              | 453       | 5,7  |
| Terveystarkastukset yhteensä      | 4 664     | 58,6 |
| Puhelinhaastattelu                | 441       | 5,5  |
| Jälkikysely                       | 763       | 9,6  |
| Ainakin yhteen edellä mainituista | 5 806     | 72,9 |
| <b>Kato</b>                       |           |      |
| Kieltäytyneet                     | 1 297     |      |
| Ulkomailla                        | 34        |      |
| Kuolleet                          | 79        |      |
| Ei tavoitettu                     | 748       |      |

<sup>1</sup> Terveystarkastus-tieto perustuu logistiikkaan kirjattuun tutkimusprotokollaan, puhelinhaastattelu tehtyyn puhelinhaastatteluun ja jälkikysely täytettynä palautuneeseen kyselylomakkeeseen.

Taulukko 3.4.2. Otos ja eri vaiheissa tutkitut ikäryhmittäin.

| Sukupuoli/<br>ikä | Otos         |              | Terveys-<br>tarkastus |            | Kotiterveys-<br>tarkastus |            | Puhelin-<br>haastattelu |            | Jälkikysely |              | Ainakin<br>johonkin<br>edellisistä |  |
|-------------------|--------------|--------------|-----------------------|------------|---------------------------|------------|-------------------------|------------|-------------|--------------|------------------------------------|--|
|                   | N            | N            | %                     | N          | %                         | N          | %                       | N          | %           | N            | %                                  |  |
| <b>Miehet</b>     |              |              |                       |            |                           |            |                         |            |             |              |                                    |  |
| 30–44             | 1 156        | 412          | 36                    | 32         | 3                         | 82         | 7                       | 147        | 13          | 663          | 57                                 |  |
| 45–54             | 826          | 450          | 55                    | 32         | 4                         | 41         | 5                       | 73         | 9           | 588          | 71                                 |  |
| 55–64             | 872          | 506          | 58                    | 44         | 5                         | 33         | 4                       | 76         | 8           | 653          | 75                                 |  |
| 65–74             | 552          | 351          | 64                    | 30         | 5                         | 30         | 5                       | 33         | 6           | 441          | 80                                 |  |
| 75–84             | 270          | 151          | 56                    | 28         | 10                        | 6          | 2                       | 20         | 7           | 204          | 76                                 |  |
| 85 +              | 71           | 21           | 30                    | 19         | 27                        | 2          | 3                       | 3          | 4           | 45           | 63                                 |  |
| <b>Yhteensä</b>   | <b>3 747</b> | <b>1 891</b> | <b>51</b>             | <b>185</b> | <b>5</b>                  | <b>194</b> | <b>5</b>                | <b>352</b> | <b>9</b>    | <b>2 594</b> | <b>69</b>                          |  |
| <b>Naiset</b>     |              |              |                       |            |                           |            |                         |            |             |              |                                    |  |
| 30–44             | 1 130        | 547          | 48                    | 51         | 5                         | 84         | 7                       | 157        | 14          | 823          | 73                                 |  |
| 45–54             | 885          | 557          | 63                    | 27         | 3                         | 43         | 5                       | 88         | 10          | 703          | 79                                 |  |
| 55–64             | 890          | 579          | 65                    | 39         | 4                         | 61         | 7                       | 67         | 8           | 739          | 83                                 |  |
| 65–74             | 664          | 442          | 67                    | 33         | 5                         | 30         | 5                       | 52         | 8           | 554          | 83                                 |  |
| 75–84             | 422          | 168          | 40                    | 67         | 16                        | 26         | 6                       | 32         | 8           | 290          | 69                                 |  |
| 85 +              | 226          | 34           | 15                    | 51         | 23                        | 3          | 1                       | 15         | 7           | 103          | 46                                 |  |
| <b>Yhteensä</b>   | <b>4 217</b> | <b>2 327</b> | <b>55</b>             | <b>268</b> | <b>6</b>                  | <b>247</b> | <b>6</b>                | <b>441</b> | <b>10</b>   | <b>3 212</b> | <b>76</b>                          |  |

Taulukko 3.4.3. Otos ja eri vaiheissa tutkitut erityisvastuualueittain

| Miljoona-<br>piiri <sup>1</sup> | Otos         |              | Terveys-<br>tarkastus |            | Kotiterveys-<br>tarkastus |            | Puhelin-<br>haastattelu |            | Jälkikysely |              | Ainakin<br>johonkin<br>edellisistä |  |
|---------------------------------|--------------|--------------|-----------------------|------------|---------------------------|------------|-------------------------|------------|-------------|--------------|------------------------------------|--|
|                                 | N            | N            | %                     | N          | %                         | N          | %                       | N          | %           | N            | %                                  |  |
| HYKS                            | 2 633        | 1 421        | 54                    | 85         | 3                         | 134        | 5                       | 253        | 10          | 1 865        | 71                                 |  |
| KYS                             | 1 329        | 702          | 53                    | 110        | 8                         | 100        | 8                       | 112        | 8           | 1 016        | 76                                 |  |
| OYS                             | 1 080        | 584          | 54                    | 94         | 9                         | 63         | 6                       | 89         | 8           | 820          | 76                                 |  |
| TAYS                            | 1 832        | 915          | 50                    | 101        | 6                         | 82         | 5                       | 210        | 12          | 1 301        | 71                                 |  |
| TYKS                            | 1 090        | 596          | 55                    | 63         | 6                         | 62         | 6                       | 99         | 9           | 804          | 74                                 |  |
| <b>Yhteensä</b>                 | <b>7 964</b> | <b>4 218</b> | <b>53</b>             | <b>453</b> | <b>6</b>                  | <b>441</b> | <b>6</b>                | <b>763</b> | <b>10</b>   | <b>5 806</b> | <b>73</b>                          |  |

<sup>1</sup> HYKS (Helsinki), KYS (Kuopio), OYS (Oulu), TAYS (Tampere) ja TYKS (Turku)

### 3.5 Tilastolliset menetelmät

*Tommi Härkönen*

Alkuperäisen Terveys 2000 -poikkileikkaustutkimuksen tilastollisissa analyyseissä otanta-asetelman ositus ja ryvästys huomioitiin asetelmaperusteisilla menetelmillä (Lehtonen & Pahkinen 1995). Terveys 2011 -tutkimuksen lisähaasteena oli toistomittausasetelma, jossa samoja yksilöitä on tutkittu uudelleen. Mittaukset samasta yksilöstä ovat yleensä vahvasti assosioituneita, vaikka mittausten välillä on kulunut 11 vuotta, ja näiden assosiaatioiden huomioiminen oli välttämätöntä muutosten arvioinnissa. Toistomittausasetelma huomioitiin käsittelemällä rypäinä yksilöön liittyviä mittauksia, koska sisäkorrelaatiot terveyskeskuspiirien sisällä olivat huomattavasti heikompia kuin yksilöiden sisällä.

Tutkimuksesta pois jääneiden osuus vaihteli merkittävästi väestöryhmittäin (luku 3.4). Alkuperäisessä Terveys 2000 -tutkimuksessa kadon (ja myös 80 vuotta täyttäneiden ylipoiminnan) vaikutuksia korjattiin jälkiositukseen perustuvilla painokertoimilla, jotka kalibroitiin iän, sukupuolen, alueen ja äidinkielen mukaan (Laiho 2004). Terveys 2011 -tutkimuksessa uuden nuorten otoksen painokertoimet kalibroitiin käänteistodennäköisyys- (IPW-) menetelmällä (Molenberghs & Kenward 2007) käyttämällä ikää, sukupuolta ja aluetta. Uusintatutkittujen osalta käytettiin alkuperäiseen tutkimukseen osallistumisen perusteella kalibroituja painokertoimia, joita päivitettiin käyttämällä Terveys 2000 -tutkimuksessa kerättyjä tietoja ja IPW-menetelmää. Iän ja sukupuolen lisäksi koulutus, aktiivinen harrastaminen, alkoholin käyttö, vapaa-ajan liikunta, tuoreiden kasvien käyttäminen, asuntokunnan koko ja painoindeksi olivat merkittäviä jatkotutkimukseen osallistumista ennustavia tekijöitä. Painokertoimet laskettiin käyttämällä R-ohjelmistoa (R Core Team 2012). Edellä mainitut tekijät ennustavat monia sairauksia ja toimintakyvyn rajoituksia tai ovat suoraan yhteydessä osallistumisaktiivisuuteen. Painotusmenetelmässä oletetaan, että lähtötilanteessa katoon jäävät yksilöt ja tutkimukseen osallistuneet yksilöt ovat samankaltaisia edellä mainittujen taustatekijöiden määrittämässä osajoukoissa.

Tunnettujen taustatekijöiden lisäksi katoon jäämiseen vaikuttavat myös monet havaitsematta jäävät tekijät kuten terveydentila ja toimintakyky, jotka ovat usein parempia tutkimukseen osallistuvilla.

Perusraporttia varten tulokset taulukoitiin keskiarvoina tai esiintyvyyssluukuina käyttäen SAS 9.2:n (SAS Institute Inc. 2010) proseduureja SurveyMeans ja SurveyFreq, jotka ottavat käytetyn otanta-asetelman huomioon. Regressioanalyysit ja niihin liittyvät testit suoritettiin käyttämällä SAS:n SurveyReg- ja SurveyLogistic-proseduureja.

Sekoittavien tekijöiden suhteen mallivakioidut tunnusluvut estimoitiin logistisen tai lineaarisen mallin avulla käyttäen Sudaanin (Research Triangle Institute 2008) Regress-, Logistic- ja Multilog-proseduureja. Vakioinneissa laskettiin prediktiiiset marginaalit (Lee 1981; Graubard & Korn 1999) kiinnittämällä sekoittavien tekijöiden arvot.

Poikkileikkausanalyysit suoritettiin vastaavalla tavalla kuin Terveys 2000 -tutkimuksessa (Djerf ym. 2005) rajaamalla tutkimusaineisto joko Terveys 2000- tai Terveys 2011 -tutkimuksen havaintoihin. Vuoden 2000 poikkileikkaustuloksien estimoinnissa käytettiin alkuperäisiä painokertoimia. Vuoden 2011 poikkileikkausanalyysissä käytettiin edellä kuvattuja päivitettyjä painokertoimia alkuperäisen otoksen tapauksessa. Regressioanalyysissä käytettiin lähtökohtaisesti malleja, joissa on luokiteltu ikä, sukupuoli ja näiden yhdysvaikutus. Lisäksi käytettiin alueiden välisiin vertailuihin malleja, joissa on edellä mainittujen termien lisäksi yliopistosairaalaapiiriin (vuosi 2000) tai erityisvastuualueeseen (vuosi 2011) perustuva 5-luokkainen aluemuuttuja sekä tämän yhdysvaikutukset sukupuolen ja luokitellun iän kanssa. Näiden kahden alueluokituksen rajat ovat lähes täsmälleen samat, joten käytimme näitä alueluokituksia olettaen ne identtisiksi. Koulutusryhmien vertailussa käytettiin vastaavaa mallia kuin edellä kuvattu aluemalli. Jos yhdysvaikutustermit eivät olleet tilastollisesti merkitseviä, käytettiin vastaavia päävaikutusmalleja.

Väestössä tapahtuneiden muutosten testaaminen perustui malliin, jossa oli sukupuolen, luokitellun iän ja näiden yhdysvaikutuksen lisäksi sukupuolen ja tutkimusvuosimuuttujan yhdysvaikutus. Viimeksi mainittuun termiin liittyvällä Waldin testillä arvioitiin eroa 30 vuotta täyttäneessä väestössä vuonna 2000 ja vuonna 2011. Absoluuttisten erojen havainnollistamiseksi erityisesti binääristen ja moniluokkaisten vastemuuttujien tapauksissa laskettiin mallivakioinnin avulla ikävakioidut keskiarvot tai esiintyvyydet sekä miehille että naisille tutkimusvuosina 2000 ja 2011. Mallivakioitujen tunnuslukujen standardiväestönä toimii yhdistetty Terveys 2000- ja Terveys 2011-aineisto, jolloin sekoittavien tekijöiden jakaumissa tapahtuneet muutokset eivät sekoita muutostulosten tulkintaa. Tällöin mallivakioidut tulokset eroavat edellä mainittujen poikkileikkausanalyysien mallivakioiduista tuloksista, koska niissä standardiväestönä käytettiin kyseisen tutkimusvuoden väestöä edustavaa aineistoa.

# 4 SOSIODEMOGRAFISET TEKIJÄT, ELINOLOT JA TYÖOLOT

## 4.1 Sosiodemografiset taustatekijät

*Sakari Karvonen, Tuija Martelin ja Seppo Koskinen*

### Päätulokset

- Sosiodemografiset taustatekijät vaihtelevat iän ja sukupuolen mukaan paljon.
- Nuorimmissa ikäryhmissä naimattomuus ja avoliitto, mutta toisaalta myös suurissa kotitalouksissa asuminen, oli yleisempää kuin vanhemmissa ikäryhmissä.
- Yksinasuminen oli yleisintä vanhimpien, 75 vuotta täyttäneiden naisten ryhmässä.
- Korkea-asteen koulutus oli yleisintä nuorimmassa ikäryhmässä.

### Menetelmät

Äidinkieltä, siviilisäätystä, kotitalouden kokoa ja koulutusta koskevat tiedot kerättiin haastattelussa. Virallisten siviilisäätyluokkien rinnalla siviilisäätystä koskevassa kysymyksessä valittavana oli vaihtoehto ”avoliitossa”, joka haastattelijoiden tuli valita myös niiden henkilöiden kohdalla, jotka ilmoittivat jonkin virallisen siviilisäädyn ohella olevansa avoliitossa. Kotitalouden kokoa koskevassa kysymyksessä vastaajaa kehoitettiin laskemaan mukaan myös omasta tai puolison aiemmasta liitosta olevat lapset, jotka asuvat kotitaloudessa vain osan aikaa – riippumatta siitä, missä he olivat kirjoilla.

Perus- ja ammattikoulutusta koskeviin kysymyksiin saatujen vastausten perusteella muodostettiin koulutusastetta kuvaava muuttuja, jota käytetään tässä raportissa myös kuvattaessa koulutusryhmien välisiä eroja. Perusasteen koulutuksen saaneiksi luokiteltiin henkilöt, jotka olivat suorittaneet enintään ammattikurssin tai saaneet työpaikkakoulutuksen mutta joilla ei ollut ylioppilastutkintoa. Keskiasteen koulutukseksi määriteltiin ammattikoulun, oppisopimuskoulutuksen, näyttötutkinnon, ammatillisen koulun tai erikoisammattitutkinnon suorittaneet peruskoulutuksesta riippumatta; tähän ryhmään luokiteltiin myös ne ylioppilastutkinnon suorittaneet, joiden ammatillinen koulutus rajoittui enintään ammattikurssiin tai työpaikkakoulutukseen. Korkea-asteen koulutukseksi luettiin tässä ammatilliset opistotutkinnot sekä ammatti- tai muut korkeakoulututkinnot.

## Tulokset

Tutkituista 95 prosenttia ilmoitti äidinkielekseen suomen. Ruotsinkielisten osuus oli suurin (6 %) vanhimpien, yli 75-vuotiaiden miesten keskuudessa. Muunkielisten osuus oli yhden prosentin luokkaa hieman iän mukaan vaihdellen. Terveys 2000 -tutkimukseen verrattuna suomea äidinkielenään puhuvien osuus oli kasvanut (Martelin ym. 2002).

Taulukko 4.1.1. Siviilisäätö (%)

|  | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Miehet</b>                                |       |       |       |       |      |                   |
| Naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa | 51,9  | 59,9  | 66,0  | 70,6  | 67,8 | 61,8              |
| Avoliitossa                                  | 26,0  | 16,3  | 11,8  | 8,9   | 3,6  | 15,2              |
| Eronnut tai asumuserossa                     | 5,1   | 11,2  | 10,2  | 7,0   | 3,8  | 7,7               |
| Leski  | 0,2   | 0,4   | 2,4   | 4,9   | 20,9 | 4,1               |
| Naimaton                                     | 16,8  | 12,1  | 9,5   | 8,5   | 3,9  | 11,2              |
| <b>Naiset</b>                                |       |       |       |       |      |                   |
| Naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa | 59,4  | 60,6  | 62,3  | 53,5  | 27,7 | 55,4              |
| Avoliitossa                                  | 20,7  | 15,1  | 10,3  | 5,0   | 1,3  | 12,2              |
| Eronnut tai asumuserossa                     | 5,0   | 12,5  | 13,8  | 14,5  | 8,6  | 10,6              |
| Leski  | 0,3   | 1,9   | 6,8   | 20,2  | 58,9 | 12,6              |
| Naimaton                                     | 14,6  | 9,9   | 6,8   | 6,7   | 3,5  | 9,2               |
| p <sup>2</sup>                               |       |       |       |       |      | 0,002             |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Siviilisäätö vaihteli iän mukaan siten, että naimattomien osuus oli pienin ja leskien osuus suurin vanhemmissa ikäryhmissä: 75-vuotiaista tai sitä vanhemmista naisista 59 prosenttia ja miehistäkin 21 prosenttia oli leskiä (taulukko 4.1.1). Naimisissa tai rekisteröidyssä parisuhteessa olevien osuus oli miehillä suurimmillaan 65–74-vuotiailla (71 %), naisilla 55–64-vuotiailla (62 %). Avoliitot vähenivät iän myötä. Kokonaisuutena ne olivat vuonna 2011 muutaman prosenttiyksikön yleisempiä kuin vuonna 2000 (Martelin ym. 2002).



Taulukko 4.1.2. Kotitalouden koko (%).

|                        | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Miehet</b>          |       |       |       |       |      |                   |
| 1 henkilö              | 17,2  | 20,3  | 20,6  | 19,6  | 28,7 | 20,4              |
| 2 henkilöä             | 18,4  | 29,5  | 63,5  | 76,2  | 67,4 | 46,4              |
| 3–4 henkilöä           | 46,4  | 37,6  | 14,4  | 4,0   | 3,4  | 25,1              |
| 5 henkilöä tai enemmän | 18,1  | 12,6  | 1,5   | 0,3   | 0,5  | 8,1               |
| <b>Naiset</b>          |       |       |       |       |      |                   |
| 1 henkilö              | 13,3  | 17,2  | 26,9  | 39,8  | 68,4 | 28,3              |
| 2 henkilöä             | 17,1  | 37,4  | 63,3  | 58,3  | 29,1 | 40,1              |
| 3–4 henkilöä           | 47,9  | 38,4  | 9,0   | 1,5   | 2,5  | 23,9              |
| 5 henkilöä tai enemmän | 21,6  | 6,9   | 0,8   | 0,4   | 0,0  | 7,7               |
| p <sup>2</sup>         |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Myös kotitalouden koko vaihteli iän ja sukupuolen mukaan (taulukko 4.1.2). Suuret kotitaloudet olivat yleisimpiä nuorimmassa ikäryhmässä: noin viidennes 30–44-vuotiaista asui kotitaloudessa, jossa oli vähintään viisi henkilöä, ja lähes puolet 3–4 hengen kotitalouksissa. Kotitalouden koko pieneni nopeasti iän myötä niin, että vanhimmat naiset asuivat yleisimmin yksin. Yli 74-vuotiaista naisista yli kaksi kolmasosaa asui yksin. Tämänikäisistä miehistä sen sijaan kaksi kolmesta asui kahden hengen taloudessa ja vain runsas neljäsosa yksin. Kotitalouden koon jakaumassa ei ollut tapahtunut merkittäviä muutoksia Terveys 2000 -tutkimukseen verrattuna (Martelin ym. 2002).

Taulukko 4.1.3. Koulutusaste (%).

|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Miehet</b>  |       |       |       |       |      |                   |
| Perusaste      | 5,7   | 14,7  | 33,0  | 47,4  | 59,0 | 27,1              |
| Keskiaste      | 47,9  | 48,5  | 39,7  | 31,5  | 25,9 | 40,8              |
| Korkea-aste    | 46,4  | 36,9  | 27,3  | 21,2  | 15,1 | 32,1              |
| <b>Naiset</b>  |       |       |       |       |      |                   |
| Perusaste      | 4,7   | 11,3  | 28,2  | 50,5  | 73,0 | 27,2              |
| Keskiaste      | 28,1  | 35,9  | 32,0  | 25,1  | 14,4 | 28,5              |
| Korkea-aste    | 67,2  | 52,8  | 39,8  | 24,4  | 12,6 | 44,3              |
| p <sup>2</sup> |       |       |       |       |      | 0,002             |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Koulutusaste oli voimakkaasti yhteydessä ikään (taulukko 4.1.3). Kun vanhimmassa ikäryhmässä vain noin 14 prosenttia oli suorittanut korkea-asteen tutkinnon, nuorimmista vastaava osuus oli peräti 57 prosenttia. Koulutusaste oli eri ikäryhmissä eri tavoin yhteydessä sukupuoleen. Nuorimmassa ikäryhmässä naisista kaksi kolmasosaa oli suorittanut korkea-asteen tutkinnon, mutta miehistä alle puolet. Vanhimmassa ikäryhmässä puolestaan miesten koulutustaso oli korkeampi kuin naisten. Koulutustaso oli selvästi kohonnut verrattuna vuoteen 2000 (Martelin ym. 2002).

## Pohdinta

Väestön sosiodemografinen rakenne vaihtelee suuresti iän ja sukupuolen mukaan. Elämäntulon suuret linjat ilmenevät siinä, miten siviilisäätö ja kotitalouden koko eroavat nuorten ja vanhojen sekä miesten ja naisten välillä. Kieliryhmien ja koulutusasteen muutokset sen sijaan kuvaavat suuremmin yhteiskunnallista muutosta.

Terveys 2011 -otoksessa muuta kuin suomea tai ruotsia äidinkielenään puhuvien osuus on pienempi kuin koko väestössä vuonna 2011. Tämä johtuu siitä, että vuonna 2000 poimittu otos edustaa Suomen väestöä vuonna 2000, jonka jälkeen maahanmuuttajien osuus väestöstä on kasvanut (ks. luku 3.1). Terveys 2000 -otoksen poiminnan jälkeisten 11 vuoden aikana Suomeen muutti 25 vuotta täyttäneitä ulkomaan kansalaisia noin 95 000 (Maahan- ja maastamuuttaneet lähtö- ja määrämaan iän, sukupuolen ja kansalaisuuden mukaan 1987–2011). Heistä valtaosa puhui äidinkielenään muuta kuin suomea tai ruotsia. Samana 11 vuoden jaksona Suomesta muutti pois 25 vuotta täyttäneitä ulkomaan kansalaisia runsaat 25 000, joista osa oli tullut Suomeen vuoden 2000 jälkeen. Voidaan karkeasti arvioida, että Terveys 2011 -tutkimuksen otoksen perusjoukosta puuttui noin 50 000–70 000 Suomessa vuonna 2011 asunutta 30 vuotta täyttänyttä vieraskielistä henkilöä, jotka olivat muuttaneet Suomeen Terveys 2000 -tutkimuksen otoksen poiminnan jälkeen. Vuonna 2011 Suomessa asui 30 vuotta täyttäneitä vieraskielisiä henkilöitä yhteensä noin 136 000, joista näin ollen noin 35–50 prosenttia jäi alipeittoon. Vieraskielisten vähäistä osuutta Terveys 2011 -aineistossa selittänee myös se, että Terveys 2000 -tutkimuksen tavoin vieraskielisten osallistumisaktiivisuus jäi todennäköisesti tuntuvasti suomen- ja ruotsinkielisiä alhaisemmaksi (Laiho 2004; Koskinen ym. 2005). Ruotsinkielistenkin osallistumisaktiivisuus lienee vuonna 2011 jäänyt pienemmäksi kuin suomenkielisten, koska heidän osuutensa koko 30 vuotta täyttäneestä väestöstä (Väestörakenne 2011) on jonkin verran suurempi kuin Terveys 2011 -tutkimukseen osallistuneista.

## 4.2 Asuinolot

*Katri Hannikainen-Ingman ja Sakari Karvonen*

### Päätulokset

- Naiset kokivat lähiympäristönsä turvattomammaksi kuin miehet.
- Sekä miehistä että naisista iäkkäimmät pitivät asuinalueitaan turvattomampana kuin nuoremmat.
- Naiset, etenkin nuoremmat pelkäsivät liikkua asuinalueellaan yksin iltaisin huomattavasti yleisemmin kuin miehet.
- Suurin osa sekä miehistä että naisista oli tyytyväisiä asuinalueensa olosuhteisiin.

### Menetelmät

Kyselylomakkeessa vastaajia pyydettiin arvioimaan tyytyväisyyttään tai tyytymättömyyttään asuinympäristöönsä. Lisäksi tiedusteltiin, kokivatko he turvattomuuden tunnetta liikkeessaan asuinalueellaan ja pelkäsivätkö he liikkua ulkona yksin iltaisin klo 22:n jälkeen. Asumista ja asunnon ulkopuolella liikkumista haittaavia tekijöitä käsitellään luvussa 11.8.

### Tulokset

Naisista 9 prosenttia ja miehistä vain 3 prosenttia ilmoitti pitävänsä lähiympäristöönsä turvattomana (taulukko 4.2.1). Lähiympäristönsä turvattomammaksi kokeminen oli kaikissa ikäryhmissä yleisempää naisten kuin miesten keskuudessa. Sekä miehistä että naisista vanhimpaan ikäluokkaan kuuluvat pitivät asuinalueitaan turvattomampana kuin nuoremmat.

Naisista yli 30 prosenttia pelkäsi liikkua asuinalueellaan yksin iltaisin, mutta miehistä vain 10 prosenttia. Naisilla yksin iltaisin liikkumista pelkäävien osuus pieneni iän mukana, mutta miehillä iän ei havaittu olevan yhteydessä ulkona iltaisin liikkumisen pelkoon.

Asuinalueensa olosuhteisiin erittäin tai melko tyytymättömiä oli naisista vain neljä prosenttia ja miehistä viisi prosenttia. Lähes 90 prosenttia sekä naisista että miehistä oli melko tai erittäin tyytyväisiä asuinalueensa olosuhteisiin.

Terveys 2000 -tutkimukseen verrattuna sekä miehet että naiset kokivat lähiympäristönsä hieman turvallisemmaksi. Myös pelko liikkua asuinalueellaan yksin iltaisin oli muuttunut harvinaisemmaksi.

Taulukko 4.2.1. Eräitä asuinympäristöön liittyviä haittoja kokeneiden osuudet (%).

|  | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Lähiympäristön kokeminen turvattomaksi <sup>2</sup></b>     |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 2,2   | 3,5   | 2,6   | 3,4   | 6,3  | 3,3               |
| Naiset   | 9,3   | 8,0   | 7,4   | 7,6   | 15,2 | 8,9               |
| p <sup>3</sup>   |       |       |       |       |      | < 0,001           |
| <b>Pelko liikkua asuinalueella yksin iltaisin <sup>4</sup></b> |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 8,5   | 9,5   | 9,1   | 12,1  | 9,2  | 9,6               |
| Naiset   | 38,6  | 36,6  | 28,2  | 25,6  | 19,1 | 31,0              |
| p <sup>5</sup>   |       |       |       |       |      | 0,001             |
| <b>Tyytymättömyys asuinalueen olosuhteisiin <sup>6</sup></b>   |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 4,4   | 5,3   | 4,6   | 5,1   | 5,1  | 4,8               |
| Naiset   | 3,2   | 3,5   | 3,6   | 4,6   | 3,6  | 3,7               |
| p <sup>3</sup>   |       |       |       |       |      | 0,057             |

<sup>1</sup> ikävakiointu

<sup>2</sup> melko harvoin, melko tai erittäin usein (vs. erittäin harvoin tai ei koskaan)

<sup>3</sup> sukupuolten välinen tasoero

<sup>4</sup> silloin tällöin tai usein tai ei liiku yksin iltaisin ulkona, koska pelkää (vs. ei koskaan tai ei liiku yksin tai ei osaa sanoa)

<sup>5</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

<sup>6</sup> erittäin tai melko tyytymätön (vs. ei tyytyväinen eikä tyytymätön tai melko tai erittäin tyytyväinen)

## Pohdinta

Hyvinvointi ja palvelut -kyselytutkimuksessa vuodelta 2006 keski-ikäisten suomalaisten arvio asuinalueensa turvallisuudesta osui varsin hyvin yksin edellä esitettyjen Terveys 2011 -tutkimuksen tulosten kanssa. Tyytymättömyyden asuinalueen turvallisuuteen todettiin olevan yhteydessä yksinasumiseen ja pienituloisuuteen miehillä ja vähäiseen koulutukseen naisilla. (Karvonen 2008.)

Vuoden 2010 Asukasbarometrinkin mukaan yksin iltaisin liikkumista pelkäävien osuus oli pienempi kuin tässä tutkimuksessa (Strandell 2011). Asukasbarometriin vastanneista naisista noin neljännes ja miehistä vain neljä prosenttia ilmoitti pelkäävänsä illalla yksin liikkumista. Tulosten ero voi johtua siitä, että näissä vastausvaihtoehdot eivät olleet tarkalleen samanlaiset ja Asukasbarometri-tutkimuksen kohteena olivat 15–74-vuotiaat.

Alueiden eriytymistä on Suomessa pyritty torjumaan asuinalueiden suunnittelulla sekä yleisemmin aluepolitiikalla. Erityisesti pääkaupunkiseudulla on kuitenkin nähtävissä asukkaiden sosioekonomisten tekijöiden suhteen eriytymistä huono-osaisiin ja hyväosaisiin alueisiin. Huono-osaisuuden keskittymisellä on kielteisiä seurauksia asumisviihtyvyyteen ja asukkaiden hyvinvointiin ja terveyteen (Julkisesti tuetun asunto-

kannan tarkoituksenmukainen käyttö 2011). Toisaalta turvattomuutta ja pelkoa näyttävät selittävän voimakkaimmin ikä ja sukupuoli, ei niinkään asuinalue toistaiseksi.

### Johtopäätökset

Asuinalueiden segregoitumisen hidastaminen on ensiarvoisen tärkeää ja se on kirjattu myös valtioneuvoston asuntopoliittiseen toimenpideohjelmaan vuosille 2012–2015.

### 4.3 Työ ja toimeentulo

*Tiina Pensola, Jenni Blomgren ja Laura Kestilä*

#### Päätulokset

- 30 vuotta täyttäneistä työssä oli joka toinen.
- Työllisyys oli vuodesta 2000 lisääntynyt 55–64-vuotiaiden ryhmässä, muissa ikäryhmissä muutokset olivat pieniä.
- Työttömistä suuri osa oli ollut työttömänä jo pitkään.
- 30–54-vuotiailla toimeentulovaikkeudet olivat yhtä yleisiä kuin vuonna 2000, mutta 55 vuotta täyttäneiden toimeentulo oli parantunut.

#### Menetelmät

Työssäkäyntiä koskevat tiedot kerättiin haastattelussa. Toimeentuloa kysyttiin kyselylomakkeessa arviona tulojen riittävydestä kotitalouden tarpeisiin.

#### Tulokset

Haastatteluhetkellä työssä oli kaikista 30–64-vuotiaista miehistä 75 prosenttia ja naisista 71 prosenttia (taulukko 4.3.1). Työllisyys oli yleisintä miehillä 30–44-vuotiaana ja naisilla 45–54-vuotiaana. Nuorimmassa ikäryhmässä työllisten osuus oli säilynyt suunnilleen ennallaan, mutta 45–54-vuotiaista muutama prosentti enemmän kävi työssä vuonna 2011 kuin vuonna 2000, ja 55–64-vuotiaiden ikäryhmässä työssäkäyvien osuus oli kasvanut huomattavasti: työssä oli 55–64-vuotiaista 40 prosenttia vuonna 2000 ja 53 prosenttia vuonna 2011. Sen sijaan 65–74-vuotiaista työssä oli vain muutama prosentti.

Naisten ja miesten työllisyys oli lähes yhtä yleistä, sen sijaan eroja oli työaikamuodossa, työsuhteen tyyppissä, työnantajasektorissa sekä ammattiasemassa. Osa-aikatyötä työllisistä tekivät useimmin 30–44- (12 %) ja 55–64-vuotiaat (23 %) naiset. Suurin osa (70 %) työllisistä miehistä oli yksityissektorilla, jolla toimi naisista lähes yhtä suuri osuus (44 %) kuin kuntasektorilla (40 %). Määräaikainen työsuhde oli palkkatyössä olevista naisista 20 prosentilla ja miehistä 15 prosentilla. Yrittäjinä (ml. maatalousyrittäjät ja oman toiminnan harjoittajat) miehet (19 %) toimivat naisia (9 %) useammin.

Työttömiä 30–64-vuotiaista miehistä ja naisista oli 6 %. Yli vuoden työttömänä oli ollut 3 % miehistä ja 2 % naisista. Työttömyys oli sitä yleisempää ja pitkäkestoisempaa, mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse. Kun 30–44-vuotiaista alle 5 % oli työttömänä ja heidän työttömyytensä oli kestänyt keskimäärin 13 kuukautta, 55–64-vuotiaista työttömiä oli 7 % jakson keskipituuden ollessa 23 kuukautta.

Taulukko 4.3.1. Pääasiallinen toiminta (%).

|  | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 30–64 <sup>1</sup> | 65–74 | 30–74 <sup>1</sup> |
|--|-------|-------|-------|--------------------|-------|--------------------|
| <b>Miehet</b>                                      |       |       |       |                    |       |                    |
| Työssä   | 87,0  | 82,5  | 53,1  | 74,8               | 3,9   | 61,9               |
| Työtön   | 4,9   | 8,6   | 6,1   | 6,4                | 0,0   | 5,2                |
| Opiskelija tai varusmies-<br>tai siviilipalvelussa | 2,8   | 0,9   | 0,3   | 1,5                | 0,0   | 1,2                |
| Eläkeläinen  | 3,1   | 5,9   | 38,1  | 15,1               | 95,8  | 29,9               |
| Muu  | 2,2   | 2,1   | 2,5   | 2,3                | 0,2   | 1,9                |
| <b>Naiset</b>                                      |       |       |       |                    |       |                    |
| Työssä   | 75,7  | 84,6  | 52,6  | 70,9               | 3,2   | 58,3               |
| Työtön   | 4,1   | 5,3   | 7,5   | 5,6                | 0,0   | 4,5                |
| Opiskelija tai varusmies-<br>tai siviilipalvelussa | 4,1   | 3,1   | 0,4   | 2,6                | 0,0   | 2,1                |
| Eläkeläinen  | 2,0   | 3,8   | 36,5  | 13,7               | 96,7  | 29,1               |
| Muu  | 14,0  | 3,2   | 3,0   | 7,3                | 0,2   | 6,0                |
| p <sup>2</sup>                                     |       |       |       | < 0,001            |       | < 0,001            |

<sup>1</sup> ikävakioitu, ikä jatkuvana muuttujana

<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

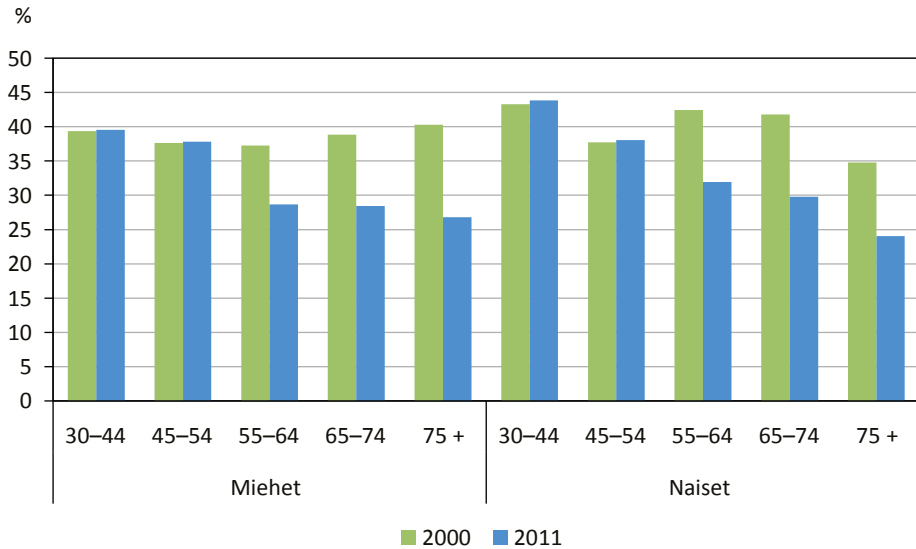
Alle 55-vuotiaat joutuivat tinkimään kulutuksestaan useammin kuin 55 vuotta täyttäneet, ja nuoremmissa ikäryhmissä näin tekivät useammin naiset kuin miehet (taulukko 4.3.2). Rahojen riittävyyden suhteen tilanne oli parantunut vuodesta 2000 yli 54-vuotiailla, mutta ei 30–54-vuotiailla (kuvio 4.3.1 ja liitetaulukko 4.3.1). Vuonna 2000 kaikissa ikäryhmissä noin 40 prosenttia ilmoitti joutuvansa tinkimään kulutuksesta ainakin jonkin verran. Vuonna 2011 vain joka kolmas tai joka neljäs 55 vuotta täyttäneistä joutui tinkimään kulutuksestaan.

Taulukko 4.3.2. Toimeentulon riittävyys (%).

|                                 | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30+ <sup>1</sup> |
|---------------------------------|-------|-------|-------|-------|------|------------------|
| <b>Miehet</b>                   |       |       |       |       |      |                  |
| Rahat riittävät                 | 59,7  | 61,1  | 69,9  | 70,1  | 70,4 | 65,6             |
| Joutuu tinkimään kulutuksesta   | 39,6  | 37,8  | 28,7  | 28,5  | 26,8 | 33,0             |
| Ei osaa sanoa / vaikea arvioida | 0,8   | 1,1   | 1,5   | 1,5   | 2,8  | 1,4              |
| <b>Naiset</b>                   |       |       |       |       |      |                  |
| Rahat riittävät                 | 54,9  | 60,3  | 67,6  | 68,4  | 72,4 | 63,7             |
| Joutuu tinkimään kulutuksesta   | 43,9  | 38,1  | 31,9  | 29,8  | 24,0 | 34,8             |
| Ei osaa sanoa / vaikea arvioida | 1,3   | 1,6   | 0,5   | 1,8   | 3,5  | 1,5              |
| p <sup>2</sup>                  |       |       |       |       |      | 0,402            |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

Kuvio 4.3.1. Toimeentulon riittämättömyys vuosina 2000 ja 2011 (%).



## Pohdinta

Ikääntyneiden työssäkäyntikehitystä voi havaitusta edelleen parantaa nouseva koulutustaso ja tähän liittyvä parempi terveys. On kuitenkin muistettava, että erityisesti 63 vuotta täyttäneiden työllisyyteen vaikuttavat oman terveyden ja motivaation lisäksi myös työnantajien strategiset valinnat liittyen työntekijöiden ikään (Pärnänen 2012). Työttömyysjaksojen pitkittyminen ja toistuminen voi vaikuttaa pitkäaikaisesti terveyteen ja pysyvään työllistymiseen (Bartley & Ferrie 2010). Työttömyys voi osaltaan vai-



kuttaa toimeentulovaikkeuksien kokemiseen, ja kulutuksestaan tinkimään joutumisella voi olla vaikutusta terveyteen (Halim ym. 2000; Laaksonen ym. 2007).

### Johtopäätökset

Työttömyysjaksojen lyhentäminen ja toistumisen estäminen kaikilla työikäisillä ja taloudellisen tilanteen parantaminen 30–54-vuotiailla ovat tärkeitä keinoja, kun tavoitteena on terveyden, työssä jaksamisen ja perheiden hyvinvoinnin parantaminen.

## 4.4 Työolot

*Timo Kauppinen*

### Päätulokset

- Lähes kahta kolmasosaa työssä käyvistä haittaa jokin työympäristön ulkoinen tekijä, yleisimmin melu, kylmyys, kuumuus tai pöly.
- Työsuhteensa kokee epävarmaksi noin 40 prosenttia työssä käyvistä.
- Henkisen väkivallan uhkaa kokee joka kuudes työssä käyvä nainen ja joka neljästoista mies.
- Miehillä työympäristön ulkoisten tekijöiden haittaavuus näyttää hieman vähentyneen vuodesta 2000, mutta epävarmuus omasta työpaikasta on yleistynyt.
- Naisilla henkisen väkivallan tai kiusaamisen uhka on yleistynyt.

### Menetelmät

Terveys 2011 -tutkimuksen haastattelussa ja kyselylomakkeella selvitettiin suomalaisen työoloja kysymyksillä, jotka koskivat koettuja työympäristön haittatekijöitä, työn ruumiillista rasittavuutta sekä henkisiä ja sosiaalisia uhkia työssä.

### Tulokset

Monet työympäristön tekijät koetaan edelleen yleisesti haitallisiksi (taulukko 4.4.1). Tutkimushetkellä tai viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana töissä olleista 30–64-vuotiaista miehistä lähes kaksi kolmasosaa (62 %) ilmoitti, että heidän työhönsä liittyy jokin ainakin jonkin verran haittaava ulkoinen tekijä, kuten melu (39 %), pöly (35 %), kylmyys (36 %), kuumuus (35 %), veto (33 %), riittämätön valaistus (28 %), tärinä (21 %), haitalliset kemikaalit (20 %), kaasut (13 %) tai tupakansavu (6 %). Naisista haittoja ilmoitti hieman pienempi osuus vastanneista kuin miehillä (61 %). Haittoja aiheuttivat naisilla melu (33 %), pöly (22 %), kylmyys (21 %), kuumuus (26 %), veto (25 %), riittämätön valaistus (13 %), tärinä (4 %), haitalliset kemikaalit (12 %), kaasut (3 %) ja tupakansavu (5 %).

Taulukko 4.4.1. Eräitä työhön liittyviä haittoja tai uhkia kokeneiden osuus tutkimushetkellä työssä olevista tai 12 kuukauden aikana työssä olleista 30–64-vuotiaista (%).

|  | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 30–64 <sup>1</sup> |
|--|-------|-------|-------|--------------------|
| <b>Ulkoinen häiritsevä tekijä työssä<sup>2</sup></b> |       |       |       |                    |
| Miehet   | 62,6  | 60,3  | 64,5  | 62,3               |
| Naiset   | 57,0  | 62,2  | 64,4  | 60,8               |
| p <sup>3</sup>                                       |       |       |       | 0,500              |
| <b>Töiden loppumisen uhka<sup>4</sup></b>            |       |       |       |                    |
| Miehet   | 47,5  | 45,1  | 37,4  | 44,0               |
| Naiset   | 39,0  | 36,1  | 32,4  | 36,2               |
| p <sup>3</sup>                                       |       |       |       | < 0,001            |
| <b>Henkisen väkivallan tai kiusaamisen uhka</b>      |       |       |       |                    |
| Miehet   | 6,9   | 7,0   | 6,9   | 7,0                |
| Naiset   | 16,9  | 18,3  | 14,6  | 16,8               |
| p <sup>3</sup>                                       |       |       |       | < 0,001            |

<sup>1</sup> ikävakiointu

<sup>2</sup> melu, pöly, tärinä, kemikaalit, kaasut, tupakansavu, kylmyys, kuumuus, veto, riittämätön valaistus

<sup>3</sup> sukupuolten välinen tasoero

<sup>4</sup> työtehtävien lakkautuksen, toisiin tehtäviin siirron, lomautuksen, irtisanomisen tai pitkäaikaisen työttömyyden uhka

Miehillä samanaikainen altistuminen usealle häiritseväksi tekijälle oli yleisempää kuin naisilla. Vähiten haittoja kokivat nuorimmat naiset, mutta ikäryhmien väliset erot olivat pieniä kummallakin sukupuolella. Tulosten perusteella voidaan arvioida, että vuonna 2011 työympäristön altisteista koki häiritseväksi kaikkiaan 1,5–1,6 miljoonaa suomalaista. Tavallisimmat häiritsevät tekijät olivat melu (noin 900 000 häiritseväksi kokenutta), kuumuus (800 000), pöly (700 000), kylmyys (700 000), veto (700 000), riittämätön valaistus (500 000), haitalliset kemikaalit (400 000), tärinä (300 000), kaasut (200 000) ja tupakansavu (100 000). Häiritseväksi kokeneiden osuus ei ole juurikaan vähentynyt naisilla verrattuna Terveystutkimuksen tuloksiin mutta miehillä laskua on kuusi prosenttiyksikköä (liitetaulukko 4.4.1). Yksittäisistä tekijöistä vähemmän häiritseväksi aiheuttivat pölyt, kemikaalit, kaasut ja veto. Kylmyyteen, kuumuuteen ja riittämättömään valaistukseen liittyvät häiritsevät tekijät ovat sen sijaan jonkin verran lisääntyneet vuodesta 2000. Melusta ja tupakansavusta koettu häiritsevyys on lähes ennallaan.

Työn kokeminen ruumiillisesti rasittavaksi on myös yleistä. Pääasiassa istumatyötä teki 30–64-vuotiaista miehistä 53 % ja naisista 56 %. Loput työssäkäyvistä kokivat työnsä ainakin jossain määrin ruumiillisesti rasittavaksi, koska työhön sisältyi melko paljon tai hyvin paljon kävelemistä, nostamista tai kantamista. Miehistä 11 % ja naisista 3 % luonnehti työtään raskaaksi ruumiilliseksi työksi, jossa joutuu nostamaan tai kantamaan raskaita esineitä, lapioidaan, hakkaamaan tai tekemään muita raskaita töitä. Henkilömääränä tämä vastaa noin 150 000 työntekijää (120 000 miestä ja 30 000 nais-

ta). Jossain määrin ruumiillisesti rasittavaa työtä koki tekevänsä 1,1 miljoonaa suomalaisista (600 000 miestä ja 500 000 naista).

Työtehtävien lakkautuksen, toisiin tehtäviin siirron, lomautuksen, irtisanomisen tai pitkäaikaisen työttömyyden uhkaa ainakin jonkin verran koki työssä olleista 30–64-vuotiaista miehistä 44 prosenttia (560 000) ja naisista 36 prosenttia (430 000) (taulukko 4.4.1). Työsuhteiden kokeminen epävarmaksi oli yleisempää miehillä kuin naisilla: pakkoloman uhka (miehet 22 %, naiset 10 %), irtisanomisen uhka (miehet 20 %, naiset 13 %) ja pitkäaikaisen työttömyyden uhka (miehet 19 %, naiset 13 %). Näiden uhkien kokeminen on lähes yhtä yleistä kaikissa ikäryhmissä. Työn jatkuvuuteen kohdistuvien uhkien kokeminen on pysynyt naisilla samalla tasolla kuin Terveys 2000 -tutkimuksessa, mutta miehillä uhat ovat lisääntyneet (liitetaulukko 4.4.1). Jossain määrin, melko paljon tai erittäin paljon pakkoloman uhkaa koki miehistä vuonna 2000 14 prosenttia mutta vuonna 2011 jo 22 prosenttia. Vastaavat luvut irtisanomisen uhalle olivat 15 prosenttia ja 20 prosenttia, ja pitkäaikaisen työttömyyden uhalle 15 prosenttia ja 19 prosenttia.

Naiset kokivat selvästi useammin henkisen väkivallan tai kiusaamisen uhkaa työssään kuin miehet. Naisista 17 prosenttia (noin 200 000), mutta miehistä vain 7 prosenttia (noin 90 000) ilmoitti, että heidän työhönsä liittyy ainakin jonkin verran tällaista uhkaa. Terveys 2000 -tutkimuksessa tätä uhkaa koki naisista 13 % ja miehistä 7 %, eli tilanne näyttää naisilla muuttuneen huonompaan suuntaan (liitetaulukko 4.4.1).

## Pohdinta

Työterveyslaitoksen Työ ja terveys Suomessa 2009 -kirjan ja siihen liittyvän haastattelututkimuksen mukaan työympäristön haittatekijöitä esiintyy ja ne koetaan haitalliseksi erityisesti teollisuus-, maatalous- ja rakennustöissä (Kauppinen ym. 2010). Työn ruumiillista rasitusta ja fyysisiä kuormitustekijöitä esiintyy eniten maataloudessa, rakentamisessa sekä majoitus ja ravitsemusalalla. Kohtalaisen paljon niitä esiintyy myös teollisuudessa, kuljetusalalla ja terveydenhuollossa. Työ- ja elinkeinoministeriön Työolobarometrin 2011 mukaan työpaikan varmuudelle annettu kouluarvosana oli keskimääräistä (8,5) huonompi teollisuudessa (8,1) ja valtion työpaikoilla (8,2) (Aho & Mäki-aho 2012). Henkinen väkivalta ja kiusatuksi tuleminen olivat keskimääräistä yleisempiä koulutuslalla sekä sosiaali- ja terveydenhuollossa (Kauppinen ym. 2010).

Työoloilla on vaikutusta työssä jatkamiseen ja siten myös työurien pituuteen. Työkyyttömyyseläkkeelle joutuu erityisesti tuki- ja liikuntaelinsairauksien takia selvästi keskimääräistä useammin henkilö, joka on toiminut ruumiillisesti raskaassa ammatissa (Pensola ym. 2010). Työkykyisillä henkilöillä työssä jatkamiseen vaikuttavat sekä työolot että työn ulkopuoliset tekijät. Työssä jatkamishalukkuus 63 ikävuoden jälkeen on keskimäärin selvästi vähäisempää työntekijöillä kuin alemmilla ja ylempillä toimihenkilöillä. Työntekijöillä tärkein työssä jatkamishaluun vaikuttava tekijä on huoli oman terveyden säilymisestä (Perkiö-Mäkelä & Kauppinen 2012).

# 5 ELINTAVAT

## 5.1 Tupakointi

*Antero Heloma, Satu Helakorpi, Markku Heliövaara ja Otto Ruokolainen*

### Päätulokset

- Miesten tupakointi on kaikissa ikäryhmissä yleisempää kuin naisten tupakointi.
- 30–64-vuotiaista noin joka viides tupakoi päivittäin, 65–74-vuotiaista noin joka kymmenes, ja 75 vuotta täyttäneistä enää ani harva tupakoi päivittäin.
- Päivittäin tupakoivien osuus on pienentynyt vuodesta 2000 vuoteen 2011, satunnainen tupakointi on pysynyt suunnilleen ennallaan ja tupakoimattomuus on yleistynyt.
- Tupakoinnin väheneminen on ollut nopeampaa miehillä kuin naisilla.

### Menetelmät

Terveys 2011 -haastatteluun sisältyi useita tupakointia koskevia kysymyksiä. Tähän raporttiin valittiin kaksi haastattelun lähtökohtamuuttujaa: kaksiluokkainen tupakointia yleisesti kuvaava kysymys ”Oletteko tupakoineet kertaakaan elämänne aikana?” ja 3-luokkainen (päivittäin, satunnaisesti, ette lainkaan) kysymys ”Tupakoitteko nykyisin (savukkeita, sikareita tai piippua)?”.

### Tulokset

Vuonna 2011 suomalaisista 30 vuotta täyttäneistä miehistä 17 prosenttia tupakoi päivittäin. Naisilla vastaava osuus oli 14 prosenttia. Miehistä tupakoi satunnaisesti seitsemän prosenttia ja naisista neljä prosenttia. Kokonaan tupakoimattomien osuus on miehistä 76 prosenttia, kun naisista 82 prosenttia ei tupakoi lainkaan. Sekä päivittäinen että satunnainen tupakointi oli yleisempää työikäisillä (30–64-vuotiaat) kuin vähintään 65-vuotiailla. 75 vuotta täyttäneistä vain hyvin pieni osuus tupakoi lainkaan. Miesten sekä päivittäinen että satunnainen tupakointi on naisten tupakointia yleisempää. (Taulukko 5.1.1.)

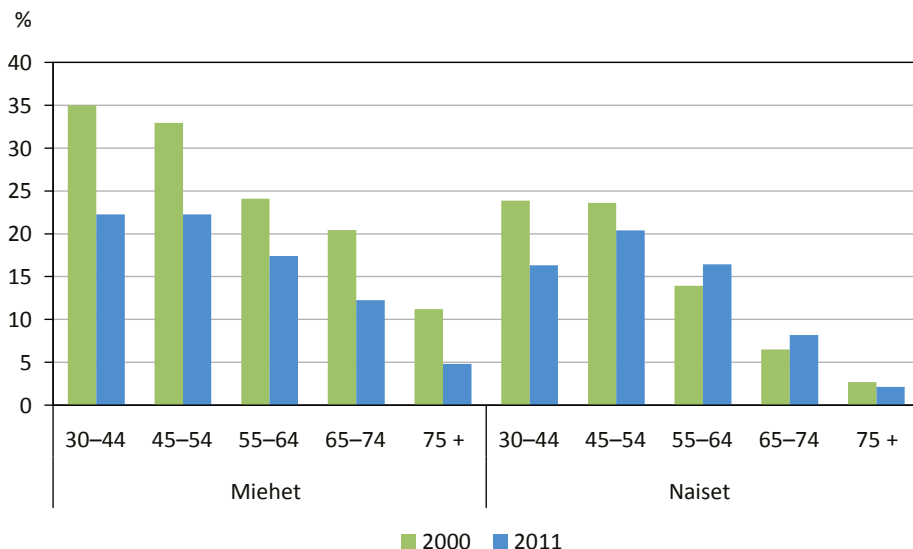
Taulukko 5.1.1. Tupakointi (%).

|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Miehet</b>  |       |       |       |       |      |                   |
| Päivittäin     | 22,3  | 22,3  | 17,4  | 12,3  | 4,8  | 17,4              |
| Satunnaisesti  | 11,2  | 8,9   | 4,4   | 3,1   | 0,8  | 6,6               |
| Ei lainkaan    | 66,5  | 68,8  | 78,2  | 84,6  | 94,4 | 76,1              |
| <b>Naiset</b>  |       |       |       |       |      |                   |
| Päivittäin     | 16,3  | 20,4  | 16,4  | 8,2   | 2,1  | 14,1              |
| Satunnaisesti  | 5,8   | 5,3   | 3,1   | 2,4   | 1,1  | 4,0               |
| Ei lainkaan    | 77,9  | 74,4  | 80,5  | 89,5  | 96,8 | 81,9              |
| p <sup>2</sup> |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

Vuoteen 2000 verrattuna tupakoivien osuus on pienentynyt voimakkaasti kaikissa ikäryhmissä miehillä sekä useimmissa ikäryhmissä naisilla (kuvio 5.1.1 ja liitetaulukko 5.1.1). Tupakointi on vähentynyt eniten 65–74-vuotiailla miehillä, joiden päivittäinen tupakointi on puolittunut aikaisemmasta 20 prosentin tasosta ja 75 vuotta täyttäneillä miehillä, joiden tupakoinnin yleisyys on laskenut viiteen prosenttiin. Työikäisten miesten päivittäinen tupakointi on vähentynyt noin 11 prosenttiyksikköä. Naisilla muutos on samansuuntainen, mutta pienempi, noin neljä prosenttiyksikköä. Ainoastaan 55–74-vuotiaiden naisten tupakointi näyttää hieman yleistyneen vuoteen 2000 verrattuna. Satunnaisesti tupakoivien osuus on säilynyt suunnilleen ennallaan sekä naisilla että miehillä.

Kuvio 5.1.1. Päivittäin tupakoivien osuus (%) vuosina 2000 ja 2011.



## Pohdinta

Tupakointi on 2000-luvulla selvästi vähentynyt sekä miehillä että naisilla lukuun ottamatta 55–74-vuotiaita naisia, joiden tupakoinnin yleistyminen 2000-luvun alussa heijastaa sitä, että 1940- ja 1950-luvuilla syntyneet naiset, jotka omaksuivat tupakoinnin paljon yleisemmin kuin aiemmat sukupolvet (Martelin 1984), ovat ikääntyneet 55–74-vuotiaiksi. Kansanterveyden kannalta myönteisen kehityksen selittänee ainakin osittain tupakkalainsäädännön uudistaminen, ja erityisesti siihen liittyneet tupakointikiellot ravintoloissa ja työpaikoilla (Heloma ym. 2012). Samalla väestön suhtautuminen tupakointiin on muuttunut kielteisemmäksi (Danielsson ym. 2012). Suomessa on otettu tavoitteeksi savuttomuus vuoteen 2040 mennessä. Tätä tavoitetta tukee 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä toteutunut tupakoinnin väheneminen. Jos tupakointi edelleen vähenee samalla tavoin, tavoite voitaneen saavuttaa.

## Johtopäätökset

Tupakointi vähentyi vuosina 2000–2011 selvästi miehillä kaikissa ikäryhmissä ja naisilla alle 55-vuotiaiden ikäryhmissä. Jatkossa tulisi erityisesti parantaa tupakasta vieroituspalveluja ja niiden saatavuutta kaikenikäisissä väestöryhmissä. Nuorten tupakoinnin aloittamista voidaan vähentää muun muassa korottamalla tupakan hintaa. Jo tupakoivien nuorten tupakoinnin lopettamiseen tähtäviä palveluja ja toimenpiteitä tulisi kohdistaa etenkin ammatillisissa oppilaitoksissa opiskeleviin, joista erityisen moni tupakoi (Luopa ym. 2010).

## 5.2 Alkoholin käyttö

*Pia Mäkelä, Hannu Alho, Paul Knekt, Satu Männistö ja Sebastian Peña*

### Päätulokset

- Keski-ikäisistä miehistä suuri osa käyttää usein alkoholia suurehkoja määriä kerralla tai on riskikäyttäjiä.
- 45 vuotta täyttäneistä naisista aiempaa suurempi osa käytti alkoholia.

### Menetelmät

Alkoholin käyttöä koskevat kysymykset esitettiin itse täytettävässä kyselylomakkeessa. Lomakkeessa kerrottiin yhden alkoholiannoksen vastaavan suunnilleen pientä (1/3 l) pullollista keskiolutta, lasillista viiniä tai ravintola-annosta väkeviä alkoholijuomia. Riskikulutusta arvioitiin AUDIT-C-mittarilla, joka sisältää kysymykset käytön useudesta, kerralla käytetyistä määristä ja vähintään 6 alkoholiannoksen kerralla juomisen useudesta. Kustakin näistä kolmesta kysymyksestä voi saada 0–4 pistettä eli muuttujan vaihteluväli oli 0–12 pistettä. Alkoholin riskikäyttäjiksi luokiteltiin suomalaisen suosituksen mukaisesti ne miehet, jotka saivat vähintään 6 pistettä ja ne naiset, jotka saivat vähintään 5 pistettä (Alkoholiongelman hoito: Käypä hoito -suositus, 2011). Raittiiksi määriteltiin ne, jotka ilmoittivat olleensa koko elämänsä raittiita tai lopettaneensa alkoholin käytön.

### Tulokset

Alkoholia käyttämättömien osuus oli eläkeikäisillä ja erityisesti vanhoilla (75 +) huomattavan paljon muuta aikuisväestöä suurempi (taulukko 5.2.1). Myös raittiutta kysyttäessä saatiin samanlaisia tuloksia. Vastaavasti useammin kuin kerran viikossa alkoholia käyttävien osuus oli suurin alle 65-vuotiaiden ikäryhmissä, joissa miehistä 35–40 prosenttia ja naisista 20–25 prosenttia ilmoitti käyttävänsä alkoholia vähintään kahdesti viikossa.



Taulukko 5.2.1. Alkoholin käytön useus (%).

|                               | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Miehet</b>                 |       |       |       |       |      |                   |
| Ei koskaan                    | 8,1   | 8,6   | 10,6  | 18,8  | 31,3 | 13,1              |
| Enintään 4 kertaa kuukaudessa | 56,5  | 54,4  | 50,3  | 52,6  | 48,3 | 53,0              |
| 2–3 kertaa viikossa           | 28,6  | 27,9  | 27,0  | 19,1  | 13,0 | 24,9              |
| Vähintään 4 kertaa viikossa   | 6,7   | 9,2   | 12,2  | 9,5   | 7,4  | 9,0               |
| <b>Naiset</b>                 |       |       |       |       |      |                   |
| Ei koskaan                    | 10,6  | 8,5   | 15,2  | 25,6  | 49,3 | 17,8              |
| Enintään 4 kertaa kuukaudessa | 70,8  | 66,7  | 63,7  | 62,8  | 43,8 | 64,1              |
| 2–3 kertaa viikossa           | 16,4  | 20,1  | 17,7  | 9,9   | 5,5  | 15,3              |
| Vähintään 4 kertaa viikossa   | 2,2   | 4,7   | 3,4   | 1,7   | 1,3  | 2,9               |
| p <sup>2</sup>                |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

Vähintään kuuden alkoholiannoksen kerralla juomisessa ja alkoholin riskikäytössä ero ikäryhmien välillä oli vielä voimakkaampi (taulukko 5.2.2). Alle 65-vuotiaista miehistä noin 40 prosenttia joi ainakin kuukausittain kerralla vähintään kuusi annosta, 65–74-vuotiaista vain 16 prosenttia ja 75 vuotta täyttäneistä enää neljä prosenttia. Naisista jo eläkeikää lähestyvät 55–64-vuotiaat joivat alkoholia nuorempiin verrattuna selvästi harvemmin suuria määriä kerralla.

Taulukko 5.2.2. Kerralla vähintään kuusi alkoholiannosta (%).

|                                   | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|-----------------------------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Miehet</b>                     |       |       |       |       |      |                   |
| Ei koskaan                        | 15,6  | 17,0  | 22,0  | 42,1  | 69,3 | 27,9              |
| Harvemmin kuin kerran kuukaudessa | 44,6  | 40,4  | 41,3  | 42,0  | 27,0 | 40,5              |
| Kerran kuukaudessa                | 23,1  | 21,5  | 20,8  | 10,7  | 3,1  | 17,8              |
| Kerran viikossa tai useammin      | 16,7  | 21,1  | 15,9  | 5,3   | 0,7  | 13,8              |
| <b>Naiset</b>                     |       |       |       |       |      |                   |
| Ei koskaan                        | 30,7  | 38,5  | 57,6  | 80,7  | 94,7 | 54,6              |
| Harvemmin kuin kerran kuukaudessa | 55,4  | 46,2  | 34,6  | 17,5  | 4,9  | 36,2              |
| Kerran kuukaudessa                | 10,8  | 8,9   | 5,3   | 0,9   | 0,0  | 6,2               |
| Kerran viikossa tai useammin      | 3,0   | 6,4   | 2,5   | 1,0   | 0,3  | 3,0               |
| p <sup>2</sup>                    |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Miehet käyttivät alkoholia useammin kuin naiset. Miesten ja naisten ero oli erityisen selkeä vähintään 6 annoksen kerralla juomisen useudessa sekä AUDIT-C mittarin mukaisessa alkoholin riskikulutuksessa. Noin joka kolmas 45–64-vuotias mies oli alkoholin riskikäyttäjä, ja myös 30–44-vuotiaiden miesten ja 30–54-vuotiaiden naisten ryhmissä alkoholin riskikäyttö oli verrattain yleistä (taulukko 5.2.3).

Taulukko 5.2.3. Alkoholin riskikäyttäjien osuus AUDIT-C mittarin mukaan (%).

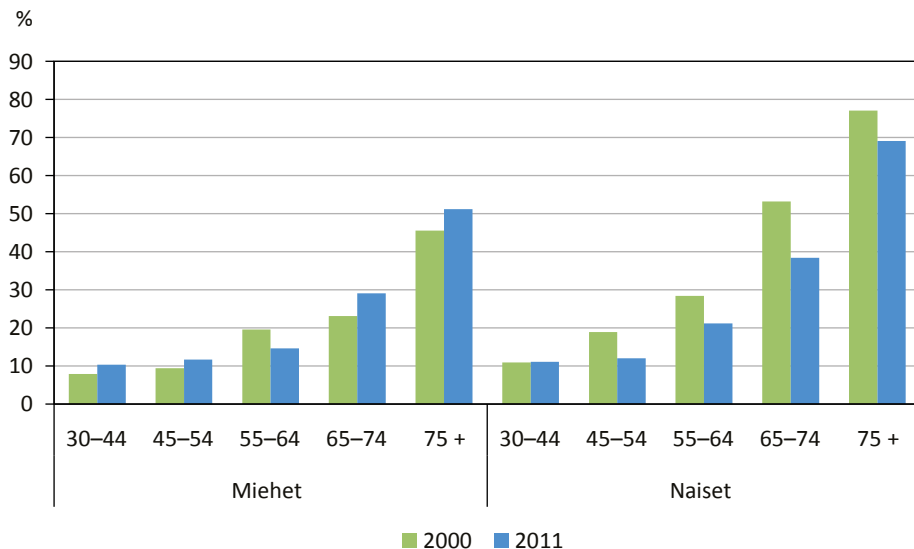
|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| Miehet         | 23,9  | 33,1  | 30,0  | 12,0  | 1,8  | 23,1              |
| Naiset         | 15,5  | 18,9  | 10,9  | 4,1   | 0,6  | 11,8              |
| p <sup>2</sup> |       |       |       |       |      | 0,012             |

<sup>1</sup> ikävakiointu

<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Vuoteen 2000 verrattuna raittiiden osuus säilyi ennallaan miesten keskuudessa, mutta väheni huomattavasti naisten kaikissa yli 45-vuotiaiden ikäryhmissä (kuvio 5.2.1 ja liitetaulukko 5.2.1).

Kuvio 5.2.1. Raittiiden osuus (%) vuosina 2000 ja 2011.



## Pohdinta

Alkoholin riskikulutus ja suurten alkoholimäärien kerralla juominen on erityisesti keski-ikäisillä miehillä yleistä. Vanhempien ikäryhmien vähäisemmässä alkoholinkäytössä on todennäköisesti kyse sekä todellisesta ikävaikutuksesta suomalaisten vähentäessä alkoholinkäyttöään vanhetessaan että sukupolvien erosta, kun nykyisten vanhojen ikä-

ryhmien jäsenet ovat myös nuorempina juoneet vähemmän kuin nykyiset nuoremmat ikäluokat samassa iässä (Mäkelä & Härkönen 2010). Sukupolvien välinen ero on todettu erityisen voimakkaaksi naisilla, ja tämä selittää ainakin osin vuosien 2000 ja 2011 välisen muutoksen: kun enemmän alkoholia käyttävät sukupolvet vanhenevat, he korvaavat tässä ikäryhmässä vähemmän alkoholia käyttäneitä sukupolvia. Tulevaisuuden kannalta tämä tarkoittaa, että yhteiskunnan tulee valmistautua siihen, että iäkkäiden suomalaisten alkoholiongelmat tulevat lisääntymään erityisesti naisilla.

### Johtopäätökset

Kansanterveyden ja hyvinvoinnin kannalta olisi tärkeää, että väestön korkeaa alkoholinkulutuksen tasoa ja sen mukanaan tuomaa alkoholin riskikäyttöä saataisiin vähennettyä. Kun nykyiset paljon alkoholia käyttävät ikäluokat vanhenevat, palvelujärjestelmät tulevat entisestään kuormittumaan, jollei alkoholin riskikäyttöä saada vähentämään.

### 5.3 Ruokatottumukset

*Satu Männistö, Annamari Lundqvist, Ritva Prättälä, Tuija Jääskeläinen, Eva Roos, Minna Similä ja Paul Knekt*

#### Päätulokset

- Nuorimmat ikäryhmät, 30–54-vuotiaat, syövät huolestuttavan vähän hedelmiä.
- Suomalaisten ruisleivän kulutus on vähentynyt 25 prosenttia viime vuosikymmenen aikana.
- Kolmannes miehistä ja naisista levittää leivälle voita tai voi-kasviöljylevitettä. Voin tai voi-kasviöljylevitteen käyttö on yleistynyt vuoden 2000 jälkeen miehillä lähes 20 prosenttia ja naisilla 30 prosenttia.

#### Menetelmät

Kansalliset ravitsemussuositukset kannustavat pitämään huolta terveyttä edistävästä päivittäisistä ruokavalinnoista (Suomalaiset ravitsemussuositukset: VRN, 2005). Tällaisia valintoja ovat muun muassa runsas kasvien, hedelmien ja marjojen, täysjyväleivän ja -puurojen kulutus sekä suositus levittää leivälle pelkästään kasvirasvoja sisältävää levitettä ja käyttää ruoanlaitossa kasviöljyjä. Tässä luvussa käsitellään näitä ravitsemussuositusten mukaisia tottumuksia, jotka kysyttiin haastattelussa terveystarkastuksen yhteydessä.

#### Tulokset

Miehistä puolet ja naisista runsaat 60 prosenttia söi kasviksia (ei sisällä perunaa) päivittäin (taulukko 5.3.1). Kasvien kulutuksessa ei ollut eroa ikäryhmittäin. Hedelmien tai marjojen päivittäinen kulutus oli koko 30 vuotta täyttäneessä väestössä yhtä yleistä kuin kasvien kulutus. Eläkeikäiset miehet ja naiset söivät kuitenkin huomattavasti useammin hedelmiä tai marjoja päivittäin kuin 30–54-vuotiaat. Kolmannes miehistä ja puolet naisista söi sekä kasviksia että hedelmiä tai marjoja päivittäin.

Miehet söivät keskimäärin 3 ja naiset 2,5 ruisleipiä päivässä. Nuorimmat, 30–44-vuotiaat, söivät ruisleipää vähemmän kuin muut.

Taulukko 5.3.1. Kasvien, hedelmien, marjojen ja ruisleivän syöminen.

|  | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Tuoreita vihanneksia tai juureksia päivittäin syövien osuus (%)</b> |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 50,1  | 48,4  | 53,6  | 53,7  | 50,1 | 51,0              |
| Naiset   | 64,4  | 65,8  | 63,6  | 62,5  | 54,7 | 62,9              |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |       |      | < 0,001           |
| <b>Hedelmiä tai marjoja päivittäin syövien osuus (%)</b>               |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 32,5  | 37,0  | 54,6  | 67,5  | 62,9 | 48,7              |
| Naiset   | 52,3  | 58,3  | 72,4  | 79,6  | 72,2 | 65,7              |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |       |      | < 0,001           |
| <b>Syötyjen ruisleipäviipaleiden lukumäärä päivässä (keskiarvo)</b>    |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 2,7   | 3,4   | 3,2   | 3,3   | 3,2  | 3,1               |
| Naiset   | 2,1   | 2,5   | 2,7   | 2,7   | 2,4  | 2,5               |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

Sekä miehistä että naisista 60 prosenttia käytti leivän päällä pelkästään kasvirasvoja sisältävää margariinia ja kolmannes levitti leivälleen voita tai voi-kasviöljylevitettä (taulukko 5.3.2). Vajaa 10 prosenttia suomalaisista ei käytä lainkaan rasvaa leivällä. Naisten ja miesten leipärasvavalinnat eivät olennaisesti poikenneet toisistaan.

Taulukko 5.3.2. Leipärasva (%).

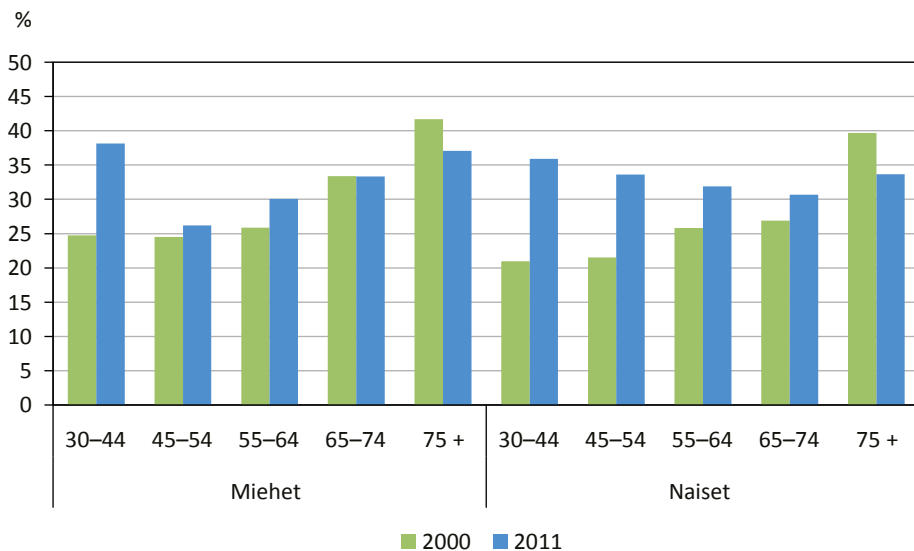
|                           | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|---------------------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Miehet</b>             |       |       |       |       |      |                   |
| ei mitään                 | 8,7   | 8,1   | 9,6   | 6,8   | 6,4  | 8,2               |
| margariini/kasvirasvavete | 53,1  | 65,7  | 60,3  | 59,9  | 56,6 | 59,3              |
| voi/voi-kasviöljyseos     | 38,2  | 26,2  | 30,1  | 33,3  | 37,1 | 32,5              |
| <b>Naiset</b>             |       |       |       |       |      |                   |
| ei mitään                 | 8,2   | 8,9   | 7,5   | 5,7   | 5,5  | 7,4               |
| margariini/kasvirasvavete | 55,9  | 57,5  | 60,6  | 63,6  | 60,9 | 59,4              |
| voi/voi-kasviöljyseos     | 35,9  | 33,6  | 31,9  | 30,7  | 33,7 | 33,2              |
| p <sup>2</sup>            |       |       |       |       |      | 0,616             |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

Kasvien kulutuksessa ei ole tapahtunut juuri mitään muutoksia 11 viime vuoden aikana (liitetaulukko 5.3.1). Sen sijaan ruisleivän syönti on vähentynyt noin neljänneksellä, yhden viipaleen verran päivässä, lukuun ottamatta 75 vuotta täyttäneiden ikäryhmää, jossa ruisleivän syönti on pysynyt ennallaan.

Voita tai voi-kasviöljylevitettä käyttävien osuus miehistä on kasvanut 28 prosentista 32 prosenttiin, ja naisilla vastaava kasvu on 25 prosentista 33 prosenttiin. Samaan aikaan niiden osuus, jotka eivät käytä rasvaa leivällä, puolittui molemmilla sukupuolilla. Voin tai voi-kasviöljyseoksen käyttö yleistyi eniten nuorimmissa ikäryhmissä, ja 75 vuotta täyttäneiden ryhmässä muutos oli suunnaltaan päinvastainen. (Kuvio 5.3.1 ja liitetaulukko 5.3.1.)

Kuvio 5.3.1. Voita tai voi-kasviöljylevitettä leipärasvana käyttävien osuus (%) vuosina 2000 ja 2011.



### Pohdinta ja johtopäätökset

Suomalaisten ruokatottumukset ovat muuttuneet suositeltavaan suuntaan viime vuosikymmenien aikana samaan aikaan kun väestön terveydessä on tapahtunut myönteistä kehitystä. Esimerkiksi suomalaisten sepelvaltimotautikuolleisuus on vähentynyt 80 prosenttia 1970-luvulta. Nyt esitettävien tulosten perusteella näyttää kuitenkin siltä, että joissakin keskeisissä terveelliseen ravitsemukseen liittyvissä tekijöissä, kuten ruisleivän ja leivällä käytettävien levitteiden kulutuksessa, suuntaus on kääntynyt suosituksia vastaan. Ravintokuidun suositeltava saanti on 25–35 grammaa päivässä. Suositusta on käytännössä vaikea saavuttaa, jos ruokavalio ei sisällä runsaskuituista leipää ja muita täysjyvävalmisteita. Finravinto 2007 -tutkimuksen mukaan suomalaiset työikäiset miehet saivat ruokavaliostaan keskimäärin 24 grammaa ja naiset 21 grammaa ravintokuitua päivässä (Paturi ym. 2008). Tilanne on todennäköisesti tällä hetkellä huonompi.

Viime vuosien kulutustilastot osoittavat myös voinin, kerman ja lihan kulutuksen kasvaneen (Ravintotase 2011, ennakkotiedot). Tämä näkyy suomalaisten kolesterolitasossa, joka vuosikymmenien laskun jälkeen on kääntynyt nousuun (Vartiainen ym. 2012). Erityisesti nuorten ja työikäisten aikuisten hedelmien tai marjojen käyttöä pitää edistää. Terveys 2011 -tutkimus tukee aikaisempia havaintoja, joiden mukaan hedelmät ja marjat eivät maistu nuoremmille ikäryhmille (Paturi ym. 2008; Helakorpi ym. 2012). Tulokset osoittavat, että suomalaisten pitäisi edelleen lisätä ruokavalionsa täysjyväviljatuotteita, vihanneksia, hedelmiä, marjoja sekä pehmeitä hyvänlaatuisia rasvoja.

## 5.4 Fyysinen aktiivisuus

*Tomi Mäkinen, Heli Valkeinen, Katja Borodulin ja Tommi Vasankari*

### Päätulokset

- Vain yksi kymmenestä suomalaisesta liikkuu terveystieteiden suositusten mukaisesti.
- Naiset liikkuvat miehiä useammin niin vapaa-ajalla kuin työmatkoilla.
- Miehet ovat vähentäneet liikkumistaan vapaa-ajalla ja naiset liikkumista työmatkoilla.

### Menetelmät

Fyysisellä aktiivisuudella tarkoitetaan kaikkea lihastyötä, joka lisää energiankulutusta lepotasosta. Tässä luvussa tarkastellaan kolmea fyysisen aktiivisuuden osa-aluetta: vapaa-ajan liikunnan kuormittavuutta (niiden osuus, jotka eivät rasita itseään ruumiillisesti) ja työmatkaliikunnan määrää (vähintään 15 minuuttia päivässä liikkuvien osuus) sekä terveystieteiden riittävyttä. Näitä koskevat kysymykset esitettiin kyselylomakkeella. Vapaa-ajan liikuntaa ja työmatkaliikuntaa koskevat kysymykset on havaittu hyviksi aikaisemmissa tutkimuksissa (Welin ym. 2003; Hu ym. 2005; Mäkinen 2010). Terveystieteiden riittävyttä arvioidaan UKK-instituutin kehittämällä menetelmällä, jonka tavoitteena on mitata terveystieteiden suositusten toteutumista väestössä (Husu ym. 2011). Terveystieteiden suositusten mukaan tarvitaan viikoittaista kestävyysliikuntaa, jonka voi toteuttaa joko reippaasti (2 tuntia 30 minuuttia) tai rasittavasti (1 tunti 15 minuuttia) vähintään 10 minuutin jaksoissa. Tämän lisäksi tarvitaan lihaskuntoa ja tasapainoa kohentavaa liikuntaa (kahdesti viikossa 8–10 liikettä suurilla lihasryhmillä, 8–12 toistoa kutakin liikettä kohden). Liikuntakertoja tulisi olla viikossa vähintään kolme, jotta fyysisen aktiivisuuden myönteiset terveysvaikutukset säilyvät ja kumuloiduvat.

### Tulokset

Suomalaisista aikuisista lähes joka kolmas ei harrasta lainkaan vapaa-ajan liikuntaa (taulukko 5.4.1). 75 vuotta täyttäneistä naisista yli puolet ja miehistäkin runsaat 40 prosenttia ei harrasta liikuntaa. Myös alle 65-vuotiaista miehistä ja 45–54-vuotiaista naisista melko suuri osa (29–34 %) on liikunnallisesti passiivisia vapaa-ajallaan.



Taulukko 5.4.1. Vapaa-ajan liikuntaa harrastamattomien osuus (%).

|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + <sup>1</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|-------------------|
| Miehet         | 29,2  | 34,1  | 32,9  | 24,1  | 41,7              |
| Naiset         | 23,3  | 28,5  | 23,6  | 23,7  | 55,2              |
| p <sup>2</sup> |       |       |       |       | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Taulukko 5.4.2. Työmatkoilla vähintään 15 minuuttia päivässä kävelevien tai pyöräilevien osuus (%) 30–64-vuotiaista.

|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 30–64 <sup>1</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|--------------------|
| Miehet         | 20,5  | 16,0  | 13,5  | 16,7               |
| Naiset         | 26,7  | 29,0  | 23,8  | 26,4               |
| p <sup>2</sup> |       |       |       | < 0,001            |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

30–64-vuotiaista naisista yli neljäsosa ilmoitti liikkuvansa työmatkat kävellen tai pyöräillen, mutta miehistä vain joka kuudes (taulukko 5.4.2). Työmatkaliikunnan yleisyys väheni miehillä iän mukana mutta naisilla ikäryhmien välillä ei ollut eroa.

Vain yksi kymmenestä 30 vuotta täyttäneestä täytti terveysliikuntasuosituksen eli harrasti riittävästi kestävyysliikuntaa sekä lihaskunto- ja tasapainoharjoittelua (taulukko 5.4.3). Lisäksi kestävyysliikunnan osalta suositukset saavutti hieman yli viidennes ja lihaskunto- ja tasapainoharjoittelun osalta joka kymmenes. Yli puolet 30 vuotta täytäneistä alittaa suositukset sekä kestävyysliikunnan että lihaskunto- ja tasapainoharjoittelun osalta, ja suositukset alittavien osuus suurenee iän mukana.

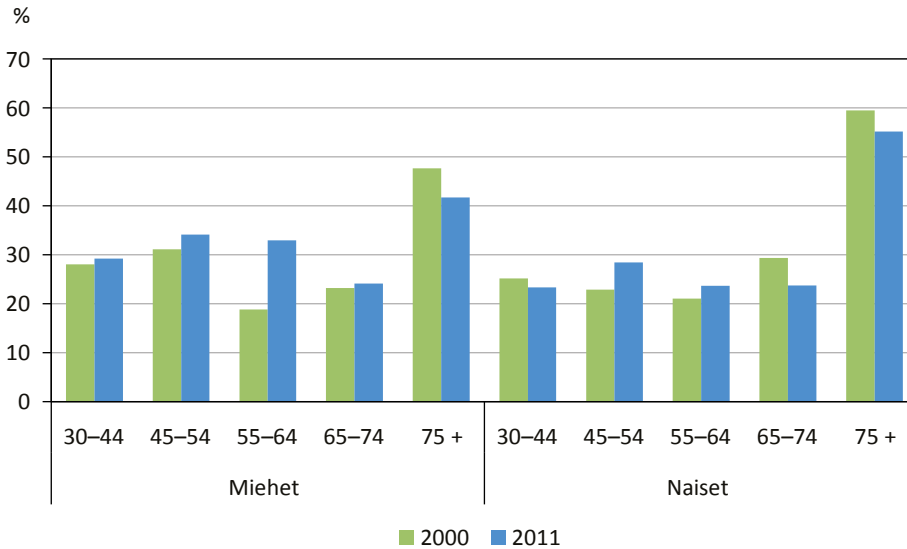
Taulukko 5.4.3. Terveysliikunnan riittävyys (%).

|  | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Miehet</b>  |       |       |       |       |      |                   |
| Riittämättömästi sekä kestävyysliikuntaa että lihaskunto- ja tasapainoharjoittelua | 47,1  | 52,9  | 58,6  | 56,2  | 78,3 | 56,5              |
| Riittävästi kestävyysliikuntaa, mutta ei lihaskunto- ja tasapainoharjoittelua      | 23,5  | 24,9  | 30,0  | 28,3  | 8,7  | 24,4              |
| Riittävästi lihaskunto- ja tasapainoharjoittelua, mutta ei kestävyysliikuntaa      | 15,1  | 12,0  | 4,9   | 7,9   | 6,7  | 9,7               |
| Riittävästi kestävyysliikuntaa sekä lihaskunto- ja tasapainoharjoittelua           | 14,4  | 10,2  | 6,6   | 7,6   | 6,3  | 9,4               |
| <b>Naiset</b>  |       |       |       |       |      |                   |
| Riittämättömästi sekä kestävyysliikuntaa että lihaskunto- ja tasapainoharjoittelua | 41,7  | 47,8  | 52,9  | 59,3  | 83,3 | 53,9              |
| Riittävästi kestävyysliikuntaa, mutta ei lihaskunto- ja tasapainoharjoittelua      | 27,0  | 27,2  | 27,9  | 22,9  | 10,8 | 24,6              |
| Riittävästi lihaskunto- ja tasapainoharjoittelua, mutta ei kestävyysliikuntaa      | 18,0  | 13,3  | 10,8  | 8,6   | 4,3  | 11,9              |
| Riittävästi kestävyysliikuntaa sekä lihaskunto- ja tasapainoharjoittelua           | 13,2  | 11,7  | 8,4   | 9,2   | 1,6  | 9,6               |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |       |      | 0,013             |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Vuoteen 2000 verrattuna miehistä aiempaa pienempi osuus harrasti liikuntaa vapaa-ajalla (kuvio 5.4.1 ja liitetaulukko 5.4.1). Kielteinen muutos oli suurin 55–64-vuotiaiden ryhmässä, mutta eläkeikäisten naisten keskuudessa liikunnan harrastaminen näyttää yleistyneen. 30–54-vuotiaista naisista aiempaa harvempi käveli tai pyöräili työmatkoilla (liitetaulukko 5.4.2).

Kuvio 5.4.1. Vapaa-ajan liikuntaa harrastamattomien osuus (%) vuosina 2000 ja 2011.



### Pohdinta

Vähäinen liikunta on yksi merkittävimmistä kansanterveydellisistä ja yhteiskunnallisista haasteista (WHO 2009; Mäkinen 2010; Husu ym. 2011). Aikaisempien väestötutkimusten (Husu ym. 2011) mukaan iäkkäiden fyysinen aktiivisuus on vähentynyt ja työikäisten tulisi harrastaa enemmän lihaskuntoharjoittelua. Terveys 2011 -tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaiset. Erityisen huolestuttavaa on, että 90 prosenttia suomalaisista ei täytä terveystuoksituksia (Liikuntapiirakka: UKK-instituutti, 2009). 75 vuotta täyttäneiden fyysinen aktiivisuus oli vähäisintä, mutta myös 30-64-vuotiaista miehistä ja 45-54-vuotiaista naisista lähes kolmasosa ei harrastanut vapaa-ajan liikuntaa. Etenkään miehet eivät liiku myöskään työmatkoillaan riittävästi ja siten heillä ei täyty terveystuoksituksien mukainen määrä monipuolista ja säännöllistä liikuntaa. Kaiken kaikkiaan suomalaiset harrastavat liikuntaa liian yksipuolisesti eli pääasiassa kestävyysliikuntaa ja laiminlyövät lihaskunto- ja tasapainoharjoittelun.

### Johtopäätökset

Suomalaisten fyysinen aktiivisuus on liian vähäistä terveyden näkökulmasta. Suomalaisen fyysistä aktiivisuutta tulee edistää entistä tehokkaammin mm. kannustamalla ihmisiä liikkumaan vapaa-ajallaan sekä muovaamalla fyysistä ympäristöä ja asenteita työmatka- ja vapaa-ajan liikuntaa suosiviksi.

## 5.5 Uni

*Tea Lallukka, Erkki Kronholm, Timo Partonen ja Annamari Lundqvist*

### Päätulokset

- Noin viidennes suomalaisista nukkuu enintään kuusi tuntia vuorokaudessa. Lyhytunisten osuus oli pysynyt samana jaksolla 2000–2011.
- Nukahtamisvaikeudet ja unen katkonaisuus olivat yleisempiä naisilla kuin miehillä ja vanhemmissa kuin nuoremmassa ikäryhmässä.
- Suurin osa suomalaisista aikuisista koki nukkuvansa tarpeeksi. Osuus oli hieman suurempi miehillä kuin naisilla.

### Menetelmät

Unta koskevat kysymykset sisältyivät itse täytettävään kyselylomakkeeseen, jossa tiedusteltiin mm. vaikeuksista nukahtaa tai unen katkonaisuudesta viimeksi kuluneiden seitsemän päivän aikana (ei lainkaan, jonkin verran, melko paljon, erittäin paljon). Lisäksi vastaajilta kysyttiin, nukkuvatko he mielestään tarpeeksi (lähes aina, usein, harvoin tai tuskin koskaan ja en osaa sanoa) ja kuinka monta tuntia vuorokaudessa he nukkuvat. Terveys 2000 -tutkimuksesta vertailukelpoista tietoa on käytettävissä vain unen kestosta.

### Tulokset

Nukahtamisvaikeudet ja unen katkonaisuus olivat yleisempiä naisilla (15 %) kuin miehillä (11 %) (taulukko 5.5.1). Nukahtamisvaikeudet ja unen katkonaisuus olivat sekä naisilla että miehillä yleisimpiä vanhimmissa ikäryhmissä. Suurin osa suomalaisista aikuisista koki nukkuvansa tarpeeksi (taulukko 5.5.2). Mielestään tarpeeksi nukkuvien osuus oli hieman suurempi miehillä (84 %) kuin naisilla (81 %). Eläkeikäiset vaikuttivat olevan tyytyväisempiä unensa riittävyteen kuin työikäiset.

Taulukko 5.5.1. Nukahtamisvaikeuksia tai unen katkonaisuutta seitsemän viime päivän aikana kokeneiden osuus (%).

|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| Miehet         | 9,0   | 9,8   | 12,4  | 8,4   | 16,5 | 10,8              |
| Naiset         | 11,4  | 15,0  | 13,6  | 18,6  | 19,5 | 15,0              |
| p <sup>2</sup> |       |       |       |       |      | 0,049             |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

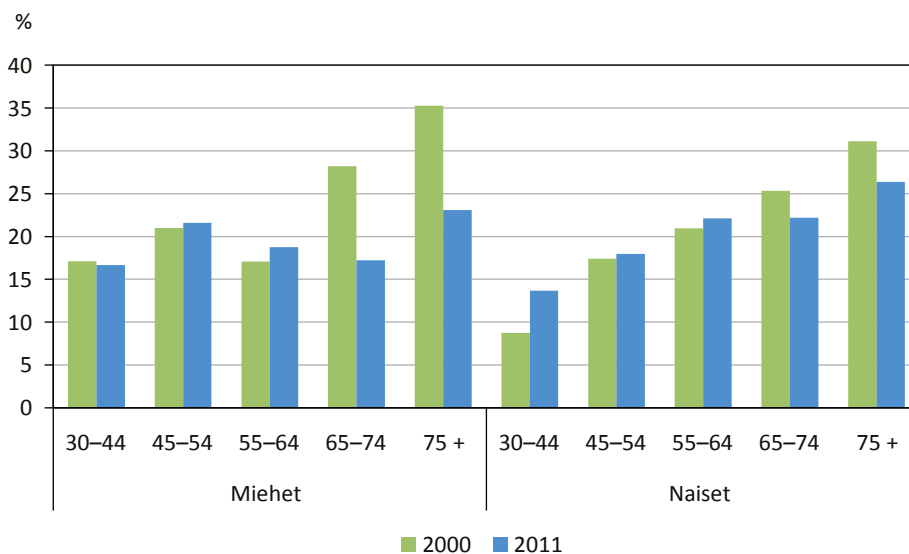
Taulukko 5.5.2. Mielestään tarpeeksi nukkuvien osuus (%).

|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| Miehet         | 78,2  | 82,4  | 84,8  | 90,4  | 88,3 | 84,0              |
| Naiset         | 73,9  | 80,5  | 83,5  | 85,9  | 82,3 | 80,8              |
| p <sup>2</sup> |       |       |       |       |      | 0,007             |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksiin verrattuna enintään kuusi tuntia nukkuvien osuus oli pysynyt samana miehillä ja naisilla (kuvio 5.5.1 ja liitetaulukko 5.5.1). Vuonna 2000 kaikista 30 vuotta täyttäneistä ja sitä vanhemmista miehistä 21 prosenttia ilmoitti nukkuvansa enintään kuusi tuntia ja vuonna 2011 vastaava osuus oli 19 prosenttia. Ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä, vaikka erityisesti vanhemmissa ikäryhmissä lyhytunisten osuus vaikutti pienentyneen. Naisilla vastaavat luvut olivat 18 prosenttia vuonna 2000 ja 19 prosenttia vuonna 2011.

Kuvio 5.5.1. Enintään kuusi tuntia vuorokaudessa nukkuvien osuus (%) vuosina 2000 ja 2011.



## Pohdinta ja johtopäätökset

Riittävästi nukkuvien osuus oli Terveys 2011 -aineistossa suunnilleen yhtä suuri kuin aiemmissa tutkimuksissa (Kronholm ym. 2011; Merikanto ym. 2012). Lyhytunisten osuus oli samoin yhdenmukainen muiden väestötutkimusten tulosten kanssa (Kronholm ym. 2006). Koska lyhytunisten osuus ei vaikuta kasvaneen, lyhytunisuuden liittyvät tunnetut terveysriskit ja kohonnut kuolleisuus (Ferrie 2010) eivät todennäköisesti ole yleistymässä. Lyhytunisten sekä nukahtamisvaikeuksista ja katkonaisesta

unesta kärsivien osuudet suomalaisessa aikuisväestössä kuitenkin ovat melko korkeita, joten on tärkeää edelleen kiinnittää huomiota unen keston ja univaikeuksiin ja seurata unen kestossa ja muissa unen riittävyyden ja laadun osoittimissa tapahtuvia muutoksia väestössä.

# 6 BIOLOGISET VAARATEKIJÄT

## 6.1 Lihavuus

*Annamari Lundqvist, Marjaana Lahti-Koski, Aila Rissanen, Sari Stenholm, Katja Borodulin ja Satu Männistö*

### Päätulokset

- Joka neljäs suomalainen aikuinen on lihava ja 40 prosentilla väestöstä on merkittävää vyötärölihavuutta.
- Vain 30 prosenttia miehistä ja 40 prosenttia naisista on normaalipainoisia.
- Väestötasolla lihavuuden esiintyvyydessä ei ole tapahtunut suuria muutoksia yhdentoista viime vuoden aikana.
- Kansainvälisessä vertailussa lihavuus on Suomessa erittäin yleistä.

### Menetelmät

Tutkittavien pituus mitattiin seinään kiinnitetyllä Seca 123 -pituusmitalla ja paino osana kehonkoostumusta arvioivaa bioimpedanssitutkimusta (Seca 514). Tutkittavat, joille ei tehty bioimpedanssitutkimusta (esimerkiksi kotiterveystarkastukseen osallistuneet), punnittiin jousivaa'alla (Seca tai Salter). Myös kyselylomakkeella ja puhelinhaastattelussa tiedusteltiin painoa ja pituutta, mutta näitä itse ilmoitettuja tietoja ei seuraavissa tuloksissa ole käytetty. Painoindeksi (BMI) laskettiin jakamalla paino pituuden neliöllä ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ). Vyötärön ympäryys mitattiin paljaalta iholta suoliluun harjanteen ja alimman kylkiluun puolivälistä kevyen uloshengityksen aikana tutkittavan seistessä.

Miesten keskimääräinen painoindeksi oli  $27,3 \text{ kg}/\text{m}^2$  ja naisten  $27,1 \text{ kg}/\text{m}^2$  (taulukko 6.1.1). Normaalipainoisia (BMI 18,5–24,9) oli kaikista 30 vuotta täyttäneistä miehistä vajaa kolmasosa ja naisista 40 prosenttia (taulukko 6.1.2). Yli viidennes miehistä (22,9 %) ja neljännes naisista (26,3 %) oli Maailman terveysjärjestön määritelmän mukaan lihavia (BMI vähintään  $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ ) (WHO 2000; Lihavuus (aikuiset): Käypä hoito-suositus, 2011). Vaikeasti lihavia (BMI vähintään  $35 \text{ kg}/\text{m}^2$ ) oli 5,2 prosenttia miehistä ja 8,1 prosenttia naisista. Keskimääräinen painoindeksi oli sitä suurempi ja lihavuus sitä yleisempää, mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kysymys, miehillä 55–64-vuotiaisiin ja naisilla 65–74-vuotiaisiin asti.

Taulukko 6.1.1. Painoindeksin keskiarvo (kg/m<sup>2</sup>).

|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| Miehet         | 26,8  | 27,5  | 27,8  | 27,5  | 27,0 | 27,3              |
| Naiset         | 25,4  | 27,0  | 27,6  | 28,3  | 28,2 | 27,1              |
| p <sup>2</sup> |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakiointu<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Taulukko 6.1.2. Painoindeksin jakauma (%).

|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Miehet</b>  |       |       |       |       |      |                   |
| < 18,5         | 0,3   | 0,5   | 0,2   | 0,3   | 0,5  | 0,3               |
| 18,5–24,9      | 39,1  | 29,7  | 25,9  | 27,8  | 32,2 | 31,0              |
| 25,0–29,9      | 40,4  | 44,8  | 47,3  | 47,1  | 53,2 | 45,8              |
| 30,0–34,9      | 15,4  | 19,6  | 20,4  | 20,0  | 9,8  | 17,7              |
| 35,0–39,9      | 3,9   | 3,9   | 3,5   | 4,5   | 2,9  | 3,8               |
| ≥ 40,0         | 0,9   | 1,5   | 2,7   | 0,4   | 1,4  | 1,4               |
| <b>Naiset</b>  |       |       |       |       |      |                   |
| < 18,5         | 1,4   | 0,7   | 0,7   | 0,7   | 1,4  | 0,9               |
| 18,5–24,9      | 55,5  | 41,9  | 34,3  | 30,3  | 26,2 | 39,4              |
| 25,0–29,9      | 28,1  | 33,0  | 35,3  | 33,6  | 40,7 | 33,4              |
| 30,0–34,9      | 10,6  | 16,2  | 20,3  | 24,4  | 24,2 | 18,2              |
| 35,0–39,9      | 2,9   | 4,9   | 7,0   | 8,0   | 4,8  | 5,5               |
| ≥ 40,0         | 1,6   | 3,2   | 2,4   | 3,0   | 2,8  | 2,6               |
| p <sup>2</sup> |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakiointu<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Keskimääräinen vyötärönympäryys oli miehillä 99 cm ja naisilla 89 cm (taulukko 6.1.3). Yli 40 prosenttia sekä miehistä että naisista oli merkittävästi vyötärölihavia (vyötärönympäryys miehillä yli 100 cm ja naisilla yli 90 cm) (Lihavuus (aikuiset): Käypä hoito-suositus, 2011). Miehillä vyötärölihavuuden esiintyvyys oli nuorimmassa, 30–44-vuotiaiden ikäluokassa 27 prosenttia ja tätä vanhemmissa ikäluokissa 42–48 prosenttia. Naisilla vyötärölihavuus oli puolestaan sitä yleisempää mitä vanhemmasta ikäryhmästä oli kyse: nuorimmista naisista vyötärölihavia oli 24 prosenttia, mutta 75 vuotta täytäneistä jo 56 prosenttia.

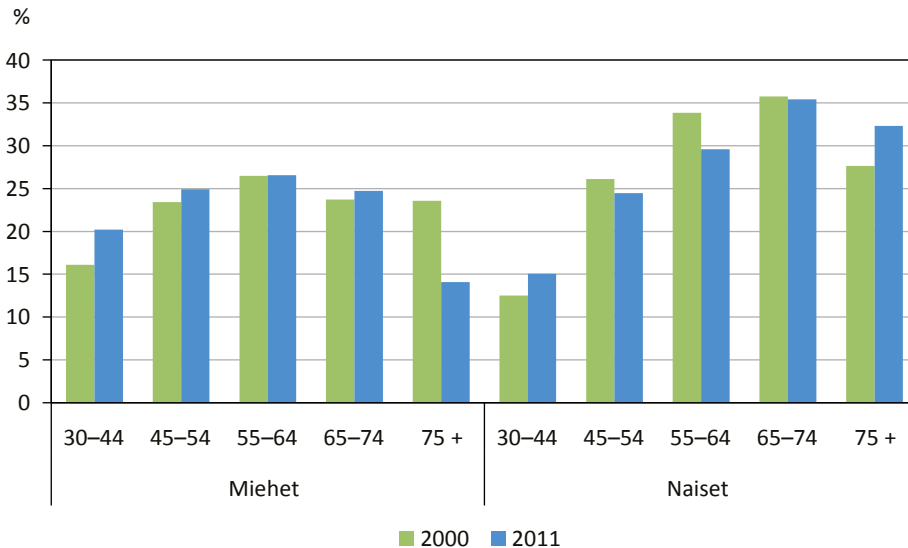


Taulukko 6.1.3. Vyötärönympäryksen keskiarvo (cm).

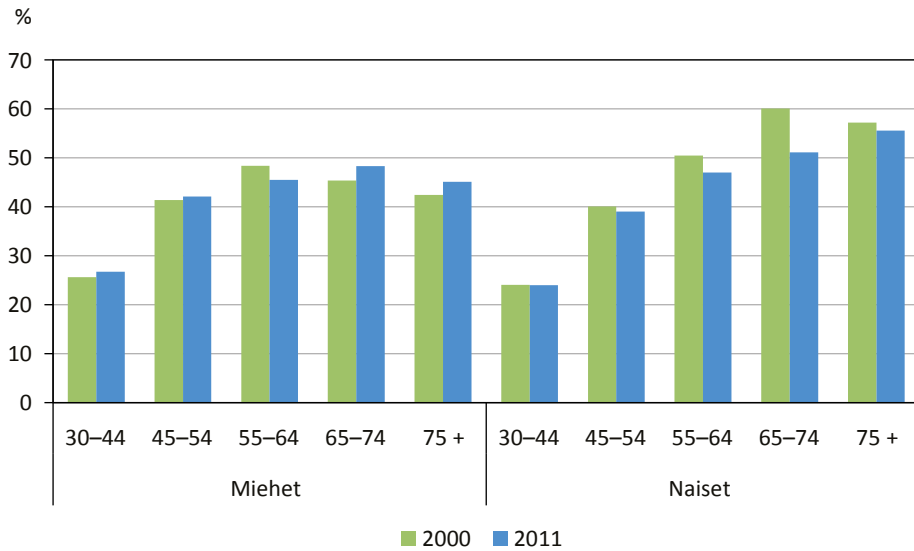
|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| Miehet         | 94,5  | 98,6  | 100,6 | 100,8 | 99,4 | 98,6              |
| Naiset         | 82,8  | 88,0  | 90,3  | 91,8  | 92,4 | 88,5              |
| p <sup>2</sup> |       |       |       |       |      | 0,011             |

<sup>1</sup> ikävakiointu<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Vuoteen 2000 verrattuna suomalaisten aikuisten keskimääräinen painoindeksi ja lihavuuden yleisyys eivät ole muuttuneet (kuvio 6.1.1 ja liitetaulukko 6.1.1). Keskimääräinen paino on kuitenkin lisääntynyt sekä miehillä (+ 1,7 kg) että naisilla (+ 0,9 kg). Miehillä keskimääräinen vyötärönympäryys ja vyötärölihavuuden yleisyys eivät muuttuneet 11 vuoden aikana (kuvio 6.1.2 ja liitetaulukko 6.1.1). Sen sijaan naisten keskimääräinen vyötärönympäryys on pienentynyt vajaan senttimetrin ja vastaavasti vyötärölihavuuden esiintyvyys on pienentynyt 42 prosentista 39 prosenttiin.

Kuvio 6.1.1. Lihavuuden (painoindeksi vähintään 30 kg/m<sup>2</sup>) esiintyvyys (%) vuosina 2000 ja 2011.

Kuvio 6.1.2. Vyötärolihavuuden (miehet yli 100 cm, naiset yli 90 cm) esiintyvyys (%) vuosina 2000 ja 2011.



### Pohdinta

Tulosten perusteella joka neljäs suomalainen aikuinen on lihava. Jopa 40 prosentilla väestöstä on merkittävää vyötärolihavuutta, joka on terveyden kannalta erityisen haitallista. Suomalaisten lihomiskehitys näyttää 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen aikana tasaantuneen, mutta kansainvälisessä vertailussa (Rokholm ym. 2010; Finucane ym. 2011) lihavuus on Suomessa edelleen varsin yleistä.

### Johtopäätökset

Lihavuus on edelleen yleinen ja vakava kansanterveydellinen ja -taloudellinen ongelma. Se on keskeinen toimintakykyä heikentävien pitkäaikaissairauksien ja erityisesti tyyppi 2 diabetesepidemian taustatekijä. Tulevaisuuden haasteet ovat ehkäistä normaali-painoisen väestön lihominen ja kannustaa ylipainoisia sekä lihavia painonhallintaan.

## 6.2 Verenpaine

*Antti Jula, Veikko Salomaa, Arpo Aromaa ja verenkiertoelinsairauksien ryhmä*

*Verenkiertoelinsairauksien asiantuntijaryhmä: Antti Jula (pj.), Matti Jauhiainen, Risto Kaaja, Antero Kesäniemi, Johanna Kuusisto, Mika Kähönen, Markku S. Nieminen, Teemu Niiranen, Lasse Oikarinen, Janne Rapola, Veikko Salomaa ja Olavi Ukkola*

### Päätulokset

- Suomalaisen verenpainetaso on jatkanut alenemistaan 2000-luvulla, mutta alle 45-vuotiaiden keskuudessa myönteinen kehitys näyttää hidastuneen tai pysähtyneen.
- Kohonnut verenpaine on erittäin yleinen: 30 vuotta täyttäneistä suomalaisista noin joka toisella on kohonnut verenpaine.
- Kohonneen verenpaineen lääkehoidon tuloksellisuus näyttää olennaisesti parantuneen, mutta edelleen yli puolet lääkehoidossa olevista ei saavuta verenpaineen tavoitetasoa.

Kohonnut verenpaine on useiden verenkiertoelinten sairauksien keskeinen vaaratekijä. Verenpaineen kohoamisen ehkäisy ja kohonneen verenpaineen madaltaminen ovat sydän- ja verisuonitautien ehkäisyn kulmakiviä.

### Menetelmät

Verenpaine mitattiin terveystarkastuksessa kaksi kertaa Riester diplomat presameter-merkkisellä elohopeamittarilla oikeasta olkavarresta tutkittavan istuessa. Seuraavassa käytetään näiden kahden mittauksen keskiarvoa. Myös kahden mittauksen keskiarvo yliarvioi kohonneen verenpaineen pysyvän yleisyyden.

### Tulokset

Väestön valtaosalla verenpaine nousee iän mukana. Systolinen verenpaine suurenee 65–74 vuoden ikään asti ja diastolinen verenpaine miehillä 45–54 vuoden ja naisilla 55–64 vuoden ikään asti (taulukko 6.2.1).

Taulukko 6.2.1. Verenpaine.

|  | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 +  | 30 + <sup>1</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------------------|
| <b>Systolisen verenpaineen (mmHg) keskiarvo</b>  |       |       |       |       |       |                   |
| Miehet   | 126,7 | 132,0 | 136,2 | 137,2 | 136,3 | 133,2             |
| Naiset   | 118,5 | 126,6 | 134,7 | 143,3 | 142,4 | 131,6             |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |       |       | < 0,001           |
| <b>Diastolisen verenpaineen (mmHg) keskiarvo</b>   |       |       |       |       |       |                   |
| Miehet   | 82,1  | 85,9  | 83,3  | 79,0  | 74,0  | 81,6              |
| Naiset   | 75,4  | 80,4  | 80,4  | 78,6  | 72,6  | 77,9              |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |       |       | < 0,001           |
| <b>Kohonneen verenpaineen (systolinen verenpaine vähintään 140 mmHg tai diastolinen verenpaine vähintään 90 mmHg tai lääkehoidossa kohonneen verenpaineen takia) esiintyvyys (%)</b> |       |       |       |       |       |                   |
| Miehet   | 29,9  | 53,2  | 59,2  | 67,6  | 65,9  | 53,0              |
| Naiset   | 13,5  | 34,6  | 54,3  | 74,6  | 71,3  | 45,6              |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |       |       | < 0,001           |
| <b>Korkeiden verenpaine- arvojen (systolinen verenpaine vähintään 160 mmHg tai diastolinen verenpaine vähintään 95 mmHg ) esiintyvyys (%)</b>  |       |       |       |       |       |                   |
| Miehet   | 9,1   | 19,2  | 17,4  | 14,3  | 12,4  | 14,6              |
| Naiset   | 3,3   | 8,1   | 12,5  | 21,5  | 20,6  | 11,9              |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |       |       | < 0,001           |
| <b>Kohonneen verenpaineen lääkehoidossa olevista verenpainetason 140/85 mmHg alittavien osuus (%)</b>  |       |       |       |       |       |                   |
| Miehet   | 51,9  | 24,8  | 40,8  | 49,1  | 48,5  | 43,3              |
| Naiset   | 53,2  | 39,2  | 42,8  | 34,8  | 25,9  | 37,0              |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |       |       | 0,002             |

<sup>1</sup> ikävakiointu<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

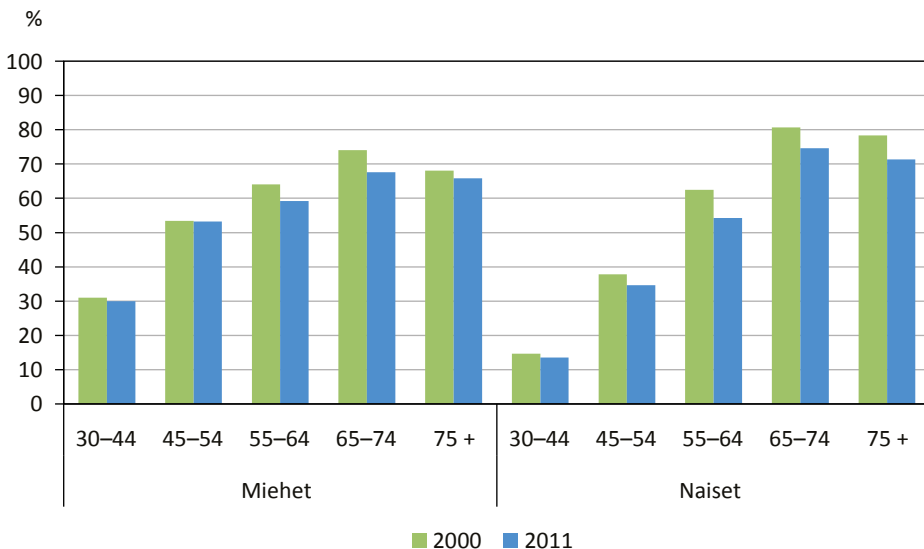
Kohonneen verenpaineen esiintyvyys lisääntyy iän mukana. 30–44 –vuotiaista miehistä 30 prosentilla oli kohonnut verenpaine (systolinen verenpaine vähintään 140 mmHg tai diastolinen verenpaine vähintään 90 mmHg tai lääkehoidossa kohonneen verenpaineen takia). 75 vuotta täyttäneistä miehistä kahdella kolmasosalla oli kohonnut verenpaine. Naisilla kohonneen verenpaineen yleisyys suureni iän mukana vielä jyrkemmin: 30–44-vuotiaista naisista 14 prosentilla, mutta 75 vuotta täyttäneistä peräti 71 prosentilla oli kohonnut verenpaine. Korkeiden verenpaine- arvojen (systolinen verenpaine vähintään 160 mmHg tai diastolinen verenpaine vähintään 95 mmHg) esiintyvyys oli miehillä pienimmillään 30–44-vuotiaiden ikäryhmässä (9 %) ja suurimmillaan 45–54-vuotiaiden keskuudessa (19 %). Naisilla korkeiden verenpaine- arvojen esiintyvyys suureni nopeasti iän mukana 30–44-vuotiaiden kolmesta prosentista 65 vuotta

täyttäneiden 21 prosenttiin. Lääkehoidossa olevista miehistä 43 % ja naisista 37 % alitti systolisen/diastolisen painetason 140/85 mmHg, mutta noin 60 prosentilla tätä hoitotavoitetta ei saavutettu.

Väestön verenpainetaso alentui vuoden 2000 tuloksiin verrattuna kaikkien osoittimien valossa (liitetaulukko 6.2.1). Systolisen verenpaineen keskiarvo pieneni miehillä 4,4 mmHg ja naisilla 4,7 mmHg, ja diastolisen verenpaineen keskiarvo vastaavasti 2,1 mmHg ja 2,6 mmHg. Myönteinen muutos korostui vanhemmissa ikäryhmissä, ja verenpaineen iänmukainen nousu loiveni vuoden 2000 tuloksiin verrattuna. 30–44-vuotiailla sekä systolisen että diastolisen verenpaineen keskiarvo oli lähes sama vuosina 2000 ja 2011, mutta tätä vanhemmissa ikäryhmissä verenpaine oli alentunut tuntuvasti.

Väestön verenpainetason tuntuvasta alenemisesta huolimatta kohonneen verenpaineen esiintyvyys pieneni melko vähän (kuvio 6.2.1). Vuonna 2011 kaikista 30 vuotta täyttäneistä suomalaisista lähes joka toisella oli kohonnut verenpaine. Korkeiden verenpainearvojen (systolinen verenpaine vähintään 160 mmHg tai diastolinen verenpaine vähintään 95 mmHg) esiintyvyys vähentyi kuitenkin huomattavasti: miehillä 24 prosentista 14 prosenttiin ja naisilla 19 prosentista 11 prosenttiin verrattaessa vuosien 2011 ja 2000 tuloksia. Kohonneen verenpaineen lääkehoidon tuloksellisuus näyttää olennaisesti parantuneen. Vuonna 2000 verenpainelääkitystä käyttävistä miehistä vain noin joka viidennellä verenpaine oli tavoitetasolla, mutta vuonna 2011 tavoitetason saavuttaneiden osuus oli kaksinkertainen.

Kuvio 6.2.1. Kohonneen verenpaineen (systolinen verenpaine vähintään 140 mmHg tai diastolinen verenpaine vähintään 90 mmHg tai lääkehoidossa kohonneen verenpaineen takia) esiintyvyys (%) vuosina 2000 ja 2011.



## Pohdinta

Verenkiertoelinten sairauksien vaaratekiöiden taso on jatkanut jo 1970-luvulla alkannutta laskua. Kohonnut verenpaine oli vuonna 2011 paljon harvinaisempi kuin Kelan autoklinikkatutkimuksessa 1970-luvun alkaessa ja vuosien 1978–80 Mini-Suomi-tutkimuksessa (Aromaa 1981; Aromaa ym. 1989). Edullisesta kehityksestä huolimatta väestön verenpainetaso on edelleen korkea. Puolella miehistä ja 40 %:lla naisista on kohonnut verenpaine. Vain harvan verenpaine on optimaalisella alle 120/80 mmHg:n tasolla. 2000-luvulla verenpaineen lasku on hidastunut ja nuorimmissa ikäryhmissä pysähtynyt. Keski-ikäisten ja iäkkäiden verenpainetasot ovat kuitenkin edelleen laskeneet, mikä heijastaa sekä ravinnossa pitkällä aikavälillä tapahtuneita muutoksia että lääkehoidossa viimeksi kuluneiden 11 vuoden aikana tapahtuneita muutoksia. Korkeiden verenpaine-ervojen esiintyvyys vähentyi vuodesta 2000 noin 40 prosenttia, mikä heijastaa erityisesti lisääntyntä ja tehostunutta kohonneen verenpaineen lääkehoitoa.

## Päätelmät

Väestön verenpainetaso on laskenut, mutta alle 45-vuotiailla myönteinen kehitys näyttää pysähtyneen. Ravitsemussuositusten mukainen ruokavalio, riittävä liikunta ja painonhallinta ovat keskeiset keinot, joilla väestön verenpainetasoa voidaan edelleen alen-  
taa. Myös kohonneen verenpaineen lääkehoitoa on syytä entisestään tehostaa.

## 6.3 Lipidit

*Antti Jula, Veikko Salomaa, Jouko Sundvall, Arpo Aromaa ja verenkiertoelinsairauksien asiantuntijaryhmä*

*Verenkiertoelinsairauksien asiantuntijaryhmä: Antti Jula (pj.), Matti Jauhiainen, Risto Kaaja, Antero Kesäniemi, Johanna Kuusisto, Mika Kähönen, Markku S. Nieminen, Teemu Niiranen, Lasse Oikarinen, Janne Rapola, Veikko Salomaa ja Olavi Ukkola*

### Päätulokset

- Yli 60 prosentilla 30 vuotta täyttäneistä suomalaisista seerumin kokonaiskolesterolipitoisuus oli vähintään 5 mmol/l eli ylitti suositellun enimmäispitoisuuden.
- Jokin poikkeava veren rasva-arvo, eli dyslipidemia, oli noin kahdella kolmasosalla 30 vuotta täyttäneistä, miehillä (72 %) hieman yleisemmin kuin naisilla (63 %).
- Kokonaiskolesterolin, LDL-kolesterolin ja triglyseridien keskimääräiset pitoisuudet jatkoivat jo 40 vuotta sitten alkanutta pienenemistä, mutta 30–44-vuotiailla myönteinen kehitys näyttää pysähtyneen.

### Menetelmät

Verinäytteet otettiin 4 tunnin paastoverinäytteenä kyynärtaipeesta terveystarkastuksessa tutkittavan istuessa. Näytteet sentrifugoitiin tutkimuspaikalla, sijoitettiin pakastimeen (−20 °C) ja lähetettiin kerran viikossa hiilihappojäähän pakattuina THL:n −70 °C pakastimeen. Terveys 2000 -tutkimuksen lipidimääritykset tehtiin Kansaneläkelaitoksen (Kela) tutkimus- ja kehitysyksikössä (Olympus, AU400, Germany) ja Terveys 2011 -tutkimuksen lipidimääritykset Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tautiriskiyksikössä (Architect ci8200, USA). Lipiditulosten vertailtavuuden parantamiseksi suoritettiin vertailututkimus. Vertailututkimus toteutettiin analysoimalla lipidit uudestaan molemmissa laboratorioissa 250 tutkittavasta, jotka osallistuivat sekä Terveys 2000 - että Terveys 2011 -tutkimukseen. Terveys 2000- tutkimuksen lipiditulokset korjattiin vastaamaan Terveys 2011 -tutkimuksen tulostasoa vertailututkimuksen perusteella lasketuilla regressiosuoran yhtälöillä. Regressiosuoran yhtälöt on kuvattu menetelmäraportissa.

### Tulokset

Yli 60 prosentilla 30 vuotta täyttäneistä suomalaisista seerumin kokonaiskolesterolipitoisuus oli vähintään 5 mmol/l eli ylitti suositellun enimmäispitoisuuden. Miehistä 11 prosentilla ja naisista 14 prosentilla kolesterolipitoisuus oli vähintään 6,5 mmol/l,

ja lievemmin kohonnut kolesterolipitoisuus (5–6,49 mmol/l) oli joka toisella (taulukko 6.3.1). Seerumin kokonaiskolesterolipitoisuuden keskiarvo ja kohonneiden kolesteroli-arvojen esiintyvyys suurenivat miehillä 45–54 vuoden ja naisilla 55–64 vuoden ikään asti, minkä jälkeen ne alkoivat molemmilla sukupuolilla laskea. Naisilla kohonneen kokonaiskolesterolipitoisuuden esiintyvyys oli pienempi kuin miehillä 45–54 vuoden ikään saakka, minkä jälkeen kohonnut kolesterolipitoisuus oli naisilla yleisempi kuin miehillä. Vastaava sukupuolten välisen eron kääntyminen 50. ikävuoden tienoilla näkyi myös keskimääräisissä kolesterolipitoisuuksissa. 65 vuotta täyttäneiden naisten kokonaiskolesteroli oli keskimäärin 0,45 mmol/l samanikäisten miesten tasoa korkeampi.

Taulukko 6.3.1. Seerumin poikkeavien rasva-arvojen esiintyvyys (%).

|  | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Lievästi kohonnut kolesteroli (5–6,49 mmol/l)</b>                                       |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 48,6  | 58,7  | 49,8  | 45,2  | 36,0 | 49,1              |
| Naiset   | 41,2  | 53,6  | 56,3  | 56,9  | 42,8 | 50,6              |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |       |      | < 0,001           |
| <b>Selvästi kohonnut kolesteroli (vähintään 6,5 mmol/l)</b>                                |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 10,9  | 14,5  | 13,2  | 6,2   | 5,3  | 10,8              |
| Naiset   | 5,3   | 15,8  | 23,2  | 13,8  | 12,2 | 14,3              |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |       |      | < 0,001           |
| <b>Kohonnut LDL-kolesteroli (vähintään 3 mmol/l)</b>                                       |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 57,9  | 69,2  | 63,6  | 52,1  | 42,7 | 59,0              |
| Naiset   | 45,1  | 62,5  | 72,6  | 60,4  | 49,6 | 58,9              |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |       |      | < 0,001           |
| <b>Matala HDL-kolesteroli (alle 1 mmol/l)</b>  |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 14,0  | 7,8   | 9,1   | 12,1  | 14,7 | 11,1              |
| Naiset   | 2,5   | 2,4   | 1,6   | 2,8   | 2,4  | 2,3               |
| p <sup>3</sup>   |       |       |       |       |      | < 0,001           |
| <b>Kohonnut triglyseridipitoisuus (vähintään 2 mmol/l)</b>                                 |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 21,6  | 21,5  | 19,0  | 17,2  | 12,4 | 19,1              |
| Naiset   | 6,5   | 8,8   | 8,4   | 9,8   | 11,9 | 8,7               |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |       |      | 0,007             |
| <b>Dyslipidemia (kohonnut LDL ja/tai matala HDL ja/tai kohonnut triglyseridipitoisuus)</b> |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 71,7  | 79,4  | 75,4  | 69,0  | 56,1 | 72,0              |
| Naiset   | 49,3  | 65,5  | 75,5  | 66,7  | 55,6 | 63,1              |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

<sup>3</sup> sukupuolten välinen tasoero



Myös sydän- ja verisuoniterveyden kannalta haitallisen LDL-kolesterolin pitoisuus ylitti raja-arvona pidetyn 3 mmol/l tason noin 60 prosentilla 30 vuotta täyttäneistä. Kohonneen LDL-kolesterolin yleisyys ja LDL-kolesterolin keskimääräinen pitoisuus vaihtelivat väestössä iän ja sukupuolen mukaan muutenkin varsin samalla tavoin kuin kokonaiskolesterolin. 65 vuotta täyttäneiden naisten keskimääräinen LDL-kolesteroli-pitoisuus oli 0,22 mmol/l korkeampi kuin samanikäisten miesten.

Sen sijaan terveyden kannalta suotuisan HDL-kolesterolin taso oli iästä riippumaton ja naisilla keskimäärin 0,27 mmol/l korkeampi kuin miehillä. Matala HDL-kolesteroli-taso (alle 1 mmol/l) oli 11 prosentilla miehistä mutta vain kahdella prosentilla naisista.

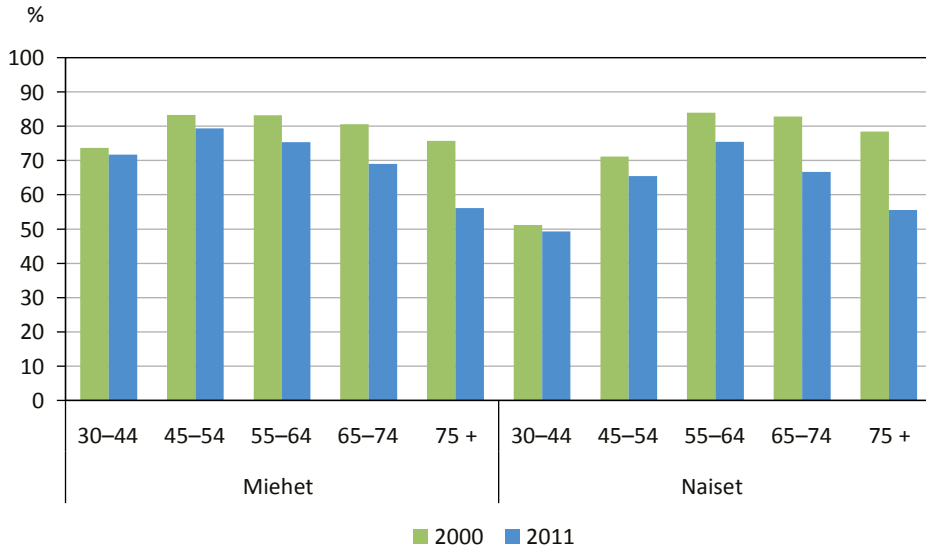
Kohonnut triglyseridipitoisuus oli 19 prosentilla miehistä ja yhdeksällä prosentilla naisista. Miehillä kohonnut triglyseridipitoisuus oli yleisin alle 55-vuotiailla ja muuttui sen jälkeen iän myötä harvinaisemmaksi. Sen sijaan naisilla kohonnut triglyseridipitoisuus yleistyi ja triglyseridipitoisuuden keskiarvo suureni yli 75 vuoden ikään asti. Työikäisten miesten triglyseriditaso oli 0,37 mmol/l ja eläkeikäisten 0,10 mmol/l korkeampi kuin samanikäisten naisten.

Poikkeava LDL-kolesteroli, HDL-kolesterolin ja/tai triglyseridien pitoisuus, eli dyslipidemia, oli noin kahdella kolmasosalla 30 vuotta täyttäneistä, miehillä (72 %) hieman yleisemmin kuin naisilla (63 %). Dyslipidemian esiintyvyys oli miehillä suurimmillaan 45–54-vuotiailla (79 %), naisilla 55–64-vuotiailla (56 %).

Suomalaisten miesten ja naisten seerumin HDL-kolesterolin pitoisuus ei muuttunut olennaisesti vuodesta 2000 vuoteen 2011, mutta sekä kokonaiskolesterolin ja triglyseridien pitoisuudet että Friedewaldin kaavalla laskettu LDL-kolesterolipitoisuus ja vastaavasti poikkeavien arvojen esiintyvyys pienenevät (liitetaulukko 6.3.1). Kokonaiskolesterolipitoisuus pienentyi miehillä keskimäärin 0,32 mmol/l ja naisilla 0,23 mmol/l. Miesten triglyseriditaso laski keskimäärin 0,20 mmol/L ja naisten 0,17 mmol/l. LDL-kolesterolipitoisuus pienentyi miehillä keskimäärin 0,14 mmol/l ja naisilla 0,21 mmol/l. LDL-kolesterolin aleneminen näkyi lähinnä 55 vuotta täyttäneiden keskuudessa.

Myönteisistä muutoksista huolimatta suomalaisten veren rasva-arvot ovat edelleen kaukana tavoitteesta. Jonkin poikkeavan lipidiarvon, dyslipidemian, esiintyvyys pieneni vuodesta 2000 noin yhdellä kymmeneksellä, mutta myönteinen muutos koski lähinnä varttuneempia ikäryhmiä (kuvio 6.3.1).

Kuvio 6.3.1. Dyslipidemian (kohonnut LDL ja/tai matala HDL ja/tai kohonnut triglyseridipitoisuus) esiintyvyys (%) vuosina 2000 ja 2011.



## Pohdinta

LDL-kolesterolin aleneminen näkyy lähinnä 55 vuotta täyttäneiden keskuudessa ja heijastanee lisääntyneitä kolesterolia alentavien lääkkeiden käyttöä.

Verenkiertoelinten sairauksien vaaratekijöiden taso on jatkanut jo 1970-luvulla alkanutta laskua. Väestön kolesterolitaso oli vuonna 2011 paljon matalampi kuin Kelan autoklinikkatutkimuksessa 1970-luvun alkaessa ja vuosien 1978–80 Mini-Suomi-tutkimuksessa. Vuonna 2011 kymmenellä prosentilla väestöstä kolesterolipitoisuus oli 6,5 mmol tai enemmän, mutta vuonna 1970 yli puolella (Aromaa ym. 1973). Edullisesta kehityksestä huolimatta poikkeavat veren rasva-arvot ovat edelleen yleisiä. 70 prosentilla miehistä ja 60 prosentilla naisista oli vähintään yksi poikkeava lipidiarvo.

Kokonaiskolesterolin lasku näyttää pysähtyneen alle 55-vuotiailla naisilla. Uusimassa FINRISKI-tutkimuksessa saatiin jo viitteitä kolesterolitason kohoamisesta vuosina 2007–2012 (Vartiainen ym. 2012).

Veren rasva-arvojen myönteinen muutos 1900-luvun kolmena viimeisenä vuosikymmenenä johtui suurelta osin suomalaisten muuttuneesta ruokavaliosta, erityisesti vähentyneestä kovien rasvojen ja lisääntyneestä pehmeiden rasvojen käytöstä. Lisääntynyt ja tehostunut lääkehoito selittää puolestaan suuren osan viimeisen kymmenen vuoden aikana tapahtuneista muutoksista.

## Johtopäätökset

Veren rasva-arvojen myönteisen kehityksen hidastuminen tai kääntyminen nousuun uhkaa hidastaa tai pysäyttää valtimotaudin ilmaantuvuuden pitkään jatkuneen vähenemisen. Terveellisten ruokailutottumusten edistämässä on onnistuttava, jotta kansanterveyden suotuisa kehitys jatkuu.

## 6.4 Metabolinen oireyhtymä

*Antti Jula, Veikko Salomaa, Jouko Sundvall, Arpo Aromaa ja verenkiertoelinsairauksien asiantuntijaryhmä*

*Verenkiertoelinsairauksien asiantuntijaryhmä: Antti Jula (pj.), Matti Jauhiainen, Risto Kaaja, Antero Kesäniemi, Johanna Kuusisto, Mika Kähönen, Markku S. Nieminen, Teemu Niiranen, Lasse Oikarinen, Janne Rapola, Veikko Salomaa ja Olavi Ukkola*

### Päätulokset

- Metabolisen oireyhtymän esiintyvyys oli miehillä kaikissa ikäryhmissä noin 60 prosenttia ja 45 vuotta täyttäneillä naisilla noin 50 prosenttia.
- Metabolisen oireyhtymän ikävakioitu esiintyvyys pysyi ennallaan miehillä ja alle 65-vuotiailla naisilla verrattuna Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksiin.

Metabolinen oireyhtymä tarkoittaa tilaa, jossa henkilöllä on samanaikaisesti useampia valtimotaudin ja diabeteksen riskitekijöitä (esim. Laakso 2005; Alberti ym. 2009).

### Menetelmät

Metabolisen oireyhtymän kriteerejä (vähintään 3 seuraavista: vyötärön ympärysmitta miehet/naiset  $\geq 94/\geq 80$  cm, HDL-kolesteroli miehet/naiset  $< 1,03/< 1,29$  mmol/l, triglyseridit  $\geq 1,7$  mmol/l, glukoosi  $\geq 5,6$  mmol/l, verenpaine  $\geq 130/85$  mmHg tai verenpaineen lääkehoito) koskevat tiedot kerättiin muilta osin terveystarkastuksessa, mutta verenpainelääkitystä koskeva tieto saatiin haastattelusta.

### Tulokset

Metabolisen oireyhtymän esiintyvyys oli miehillä kaikissa ikäryhmissä noin 60 prosenttia ja 45 vuotta täyttäneillä naisilla noin 50 prosenttia (taulukko 6.4.1). 30–44-vuotiaista naisista runsaalla neljäsosalla oli metabolinen oireyhtymä.

Taulukko 6.4.1. Metabolisen oireyhtymän<sup>1</sup> esiintyvyys (%).

|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>2</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| Miehet         | 61,6  | 54,9  | 57,6  | 55,8  | 63,2 | 57,8              |
| Naiset         | 26,9  | 46,4  | 54,2  | 49,4  | 51,5 | 49,2              |
| p <sup>3</sup> |       |       |       |       |      | 0,004             |

<sup>1</sup> vähintään 3 seuraavista: vyötärön ympärysmitta miehet/naiset  $\geq 94/\geq 80$  cm, HDL-kolesteroli miehet/naiset  $< 1,03/< 1,29$  mmol/l, triglyseridit  $\geq 1,7$  mmol/l, glukoosi  $\geq 5,6$  mmol/l, verenpaine  $\geq 130/85$  mmHg tai lääkehoito

<sup>2</sup> ikävakioitu

<sup>3</sup> sukupuolten välinen tasoero

Metabolisen oireyhtymän ikävakioitu esiintyvyys pysyi miehillä ennallaan verrattuna Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksiin, mutta 30–44-vuotiailla miehillä oireyhtymä näyttää yleistyneen (liitetaulukko 6.4.1). Alle 65-vuotiailla naisilla muutoksia ei havaita, mutta 65 vuotta täyttäneiden naisten keskuudessa metabolinen oireyhtymä on harvinaistunut (liitetaulukko 6.4.1). Naisilla havaittava metabolisen oireyhtymän esiintyvyyden lievä väheneminen johtuu lähinnä seerumin triglyseridi- ja glukoosipitoisuuksien laskusta.

### Pohdinta ja päätelmät

Metabolisen oireyhtymän yleisyys on pysynyt 2000-luvun alussa ennallaan miehillä ja alle 65-vuotiailla naisilla. Koska oireyhtymä kuvaa valtimotautien tärkeimpien vaaratekijöiden kasautumista, uhkana on, että sydän- ja verisuonitautien väheneminen pysähtyy.

# 7 KOETTU TERVEYS JA PITKÄAIKAISSAIRASTAVUUS

## 7.1 Koettu terveys

*Seppo Koskinen, Kristiina Manderbacka ja Arpo Aromaa*

### Päätulokset

- Koettu terveys heikkenee iän mukana, mutta iäkkäistäkin huomattava osa arvioi terveytensä hyväksi.
- Naiset ja miehet kokevat terveytensä yhtä hyväksi.
- Viime vuosikymmenen aikana 1970-luvulla alkanut väestön koetun terveyden koheneminen näyttää edelleen jatkuneen, mutta tuloksen varmistaminen edellyttää syventävää tutkimusta.

### Menetelmät

Haastattelussa pyydettiin tutkittavia arvioimaan omaa terveyttään viisiluokkaisen asteikon mukaan (hyvä, melko hyvä, keskitasoinen, melko huono, huono). Täsmälleen sama kysymys vastausvaihtoehtoineen on ollut käytössä lukuisissa aiemmissa tutkimuksissa. Se antaa vastaajan terveydentilasta hyvän yleiskuvan, joka on varsin yhdenmukainen lääkärin tekemän yleisarvion kanssa (esim. Aromaa ym. 1989). Koetulla terveydellä on myös vahva yhteys tuleviin terveysongelmiin ja kuolemanvaaraan (esim. Manderbacka 1998).

### Tulokset

Koettu terveys heikkeni johdonmukaisesti iän mukana (taulukko 7.1.1). 30–44-vuotiaista lähes 90 % luokitteli oman terveytensä hyväksi tai melko hyväksi, ja 55–64-vuotiaistakin vielä runsaat kaksi kolmasosaa piti terveyttään vähintään melko hyvänä, mutta 75 vuotta täyttäneistä alle puolet arvioi terveytensä hyväksi tai melko hyväksi. Naisten ja miesten välillä ei ollut merkitseviä eroja.

Taulukko 7.1.1. Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus (%).

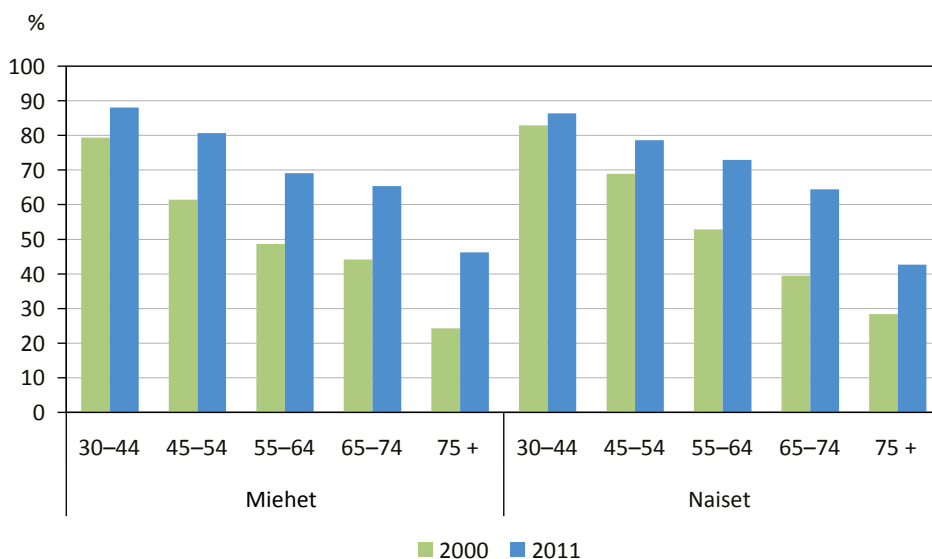
|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| Miehet         | 88,1  | 80,7  | 69,1  | 65,4  | 46,3 | 73,3              |
| Naiset         | 86,4  | 78,6  | 72,9  | 64,5  | 42,6 | 72,7              |
| p <sup>2</sup> |       |       |       |       |      | 0,612             |

<sup>1</sup> ikävakiointu<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

Vastaavasti oman terveyden kokeminen huonoksi tai melko huonoksi yleistyi jyrkästi iän karttuessa. Terveytensä arvioi huonoksi tai melko huonoksi 30–44-vuotiaista noin 4 %, 55–64-vuotiaistakin vain 9 %, mutta 75 vuotta täyttäneistä jo 21 %.

Suomalaisten aikuisten koettu terveys näyttää parantuneen tuntuvasti kaikissa ikäryhmissä jaksolla 2000–2011 (kuvio 7.1.1 ja liitetaulukko 7.1.1). Terveytensä hyväksi arvioineiden ikävakiointu osuus kasvoi jyrkästi sekä miesten (30 % vuonna 2000 ja 41 % vuonna 2011) että naisten keskuudessa (31 % vuonna 2000 ja 41 % vuonna 2011). Terveytensä melko hyväksi arvioivien osuus kasvoi vain hieman. Terveyttään keskitasoisena, melko huonona tai huonona pitävien osuus puolestaan pieneni huomattavasti: melko huonoksi tai huonoksi terveytensä kokevien ikävakiointu osuus pieneni miehillä 14 %:sta 8 %:iin ja naisilla 12 %:sta 7 %:iin.

Kuvio 7.1.1. Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus (%) vuosina 2000 ja 2011.



## Pohdinta

Terveys 2011 -tutkimuksen mukaan suomalaisten koettu terveys oli parempi verrattuna täsmälleen samaa kysymystä käyttäneiden vuosina 2011 ja 2009 toteutettujen terveyskäyttäytymiskyselyjen (Laitalainen ym. 2010a; Helakorpi ym. 2012) tuloksiin. Tähän voi vaikuttaa mm. se, että Terveys 2011 -tutkimuksen haastattelussa koettua terveyttä tiedusteltiin sairauksia ja toimintakykyä koskevien kysymysten edellä, kun taas em. terveyskäyttäytymiskyselyissä kysymysten järjestys on päinvastainen. Myös tiedonkeruumenetelmä (Terveys 2011 -tutkimuksessa haastattelu, terveyskäyttäytymiskyselyissä postikysely) ja erilainen osallistumisalttius voivat olla syynä tulosten eroihin.

Suomalaisten aikuisten koettu terveys näyttää parantuneen huomattavan paljon 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen aikana, kun verrataan Terveys 2000- ja Terveys 2011 -tutkimuksen tuloksia. Eläkeikäisen väestön osalta suunnilleen samanlainen kehitys näkyy myös THL:n terveyskäyttäytymiskyselyjen aineistoissa (Laitalainen ym. 2010a). Sen sijaan työikäisessä väestössä Terveys 2000- ja Terveys 2011 -tutkimusten tulokset viittaavat selvästi myönteisempään kehitykseen kuin THL:n kyselytutkimukset, joiden mukaan myönteinen kehitys on ollut selvästi hitaampaa (Helakorpi ym. 2012).

## Johtopäätökset

Koetun terveyden koheneminen on sopusoinnussa sen kanssa, että 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen aikana myös toiminta- ja työkyky ja elämänlaatu näyttävät parantuneen (luvut 11 ja 13) samalla kun pitkäaikaissairastavuus ja koettu avun tarve ovat vähentyneet (luvut 7.2 ja 15.1). Myönteinen muutos on kuitenkin niin jyrkkä, että sen varmistaminen edellyttää seikkaperäisempiä tutkimuksia mm. menetelmäerojen huomioonottamiseksi.



## 7.2 Pitkäaikaissairastavuus

Seppo Koskinen, Kristiina Manderbacka ja Arpo Aromaa

### Päätulokset

- Pitkäaikaissairaudet yleistyvät nopeasti iän mukana.
- Pitkäaikaissairaiden osuus väestöstä näyttää vähentyneen huomattavasti, mutta on epäselvää, miltä osin havaittu muutos johtuu todellisesta sairastavuuden vähenemisestä ja missä määrin muista syistä.

### Menetelmät

Haastatteluun sisältyi kysymys ”Onko Teillä jokin pysyvä tai pitkäaikainen sairaus, tai jokin sellainen vika, vaiva tai vamma, joka vähentää työ- tai toimintakykyänne?”. Myönteisesti tähän kysymykseen vastanneita kutsutaan tässä pitkäaikaissairauksi. Tätä kysymystä on suunnilleen samassa muodossa käytetty hyvin yleisesti jo 1960-luvulta alkaen, jolloin se oli mukana Kelan ensimmäisissä terveyshaastatteluissa (esim. Purola ym. 1967).

### Tulokset

Niiden henkilöiden osuus, jotka sairastavat ainakin yhtä pitkäaikaissairautta, kasvaa aikuisväestössä jyrkästi nuoremmista vanhempiin ikäryhmiin. 30–44-vuotiaista noin joka neljäs ilmoitti sairastavansa jotain pitkäaikaista sairautta, mutta 75 vuotta täyttäneistä noin 70 % oli pitkäaikaissairaita. Kaikissa ikäryhmissä pitkäaikaissairaiden osuus väestöstä oli suunnilleen yhtä suuri naisten ja miesten keskuudessa. (Taulukko 7.2.1.)

Taulukko 7.2.1. Ainakin yhden pitkäaikaissairauden ilmoittaneiden osuus (%).

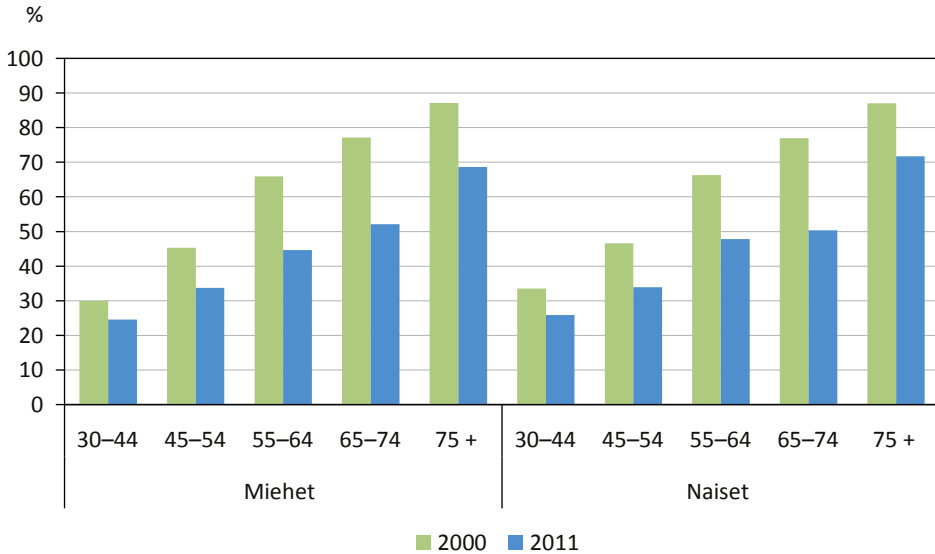
|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| Miehet         | 24,6  | 33,7  | 44,6  | 52,1  | 68,7 | 41,0              |
| Naiset         | 25,9  | 33,9  | 47,8  | 50,3  | 71,7 | 42,2              |
| p <sup>2</sup> |       |       |       |       |      | 0,330             |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

Pitkäaikaissairauksien yleisyys näyttää selvästi vähentyneen kaikissa ikäryhmissä jaksolla 2000–2011, koko 30 vuotta täyttäneessä väestössä runsaasta 50 %:sta noin 40 %:iin (kuvio 7.2.1 ja liitetaulukko 7.2.1).

Kuvio 7.2.1. Ainakin yhden pitkäaikaissairauden ilmoittaneiden osuus (%) vuosina 2000 ja 2011.



### Pohdinta

Työikäisen väestön terveystietymiskyselyjen mukaan 35–54-vuotiaiden suomalaisten pitkäaikaissairastavuus näyttää hieman vähentyneen viime vuosikymmenen aikana, mutta 25–34-vuotiailla ja 55–64-vuotiailla pitkäaikaissairaudet näyttävät puolestaan hieman yleistyneen (Helakorpi ym. 2012). Monien yleisten kroonisten sairauksien esiintyvyys on tällä jaksolla joko säilynyt suunnilleen ennallaan tai muuttunut melko vähän (ks. esim. tämän raportin luku 8). Näiden tietojen valossa on ilmeistä, että edellä kuviossa 7.2.1 esitetty tutkittujen omaan ilmoitukseen perustuva kuva pitkäaikaissairastavuuden jyrkästä vähenemisestä johtunee monista muistakin syistä kuin kroonisten sairauksien todellisesta harvinaistumisesta. Ensinnäkin on mahdollista, että vuonna 2011 haastattelussa on aiempaa korostuneemmin painottunut pitkäaikaissairastavuutta koskevan kysymyksen loppuosa ”joka vähentää työ- tai toimintakykyä”. Tällöin haastateltavat olisivat vuonna 2011 jättäneet ilmoittamatta sellaisia sairauksia, jotka eivät merkittävästi vaikuta heidän toimintakykynsä. Toiseksi tuloksiin voi vaikuttaa se, että Terveys 2000 -tutkimuksessa osallistumisaktiivisuus oli selvästi suurempi (92,9 %) kuin Terveys 2011 -tutkimuksessa (72,9 %), ja katoon on voinut vaikuttaa merkittävä osa pitkäaikaissairaista. Painokertoimilla on pyritty vähentämään kadon vaikutusta tuloksiin (ks. luku 3.5), mutta emme tiedä, kuinka hyvin tässä on onnistuttu eri ilmiöalueilla.

### Johtopäätökset

Pitkäaikaissairastavuus näyttää edellä esitettyjen tulosten valossa vähentyneen huomattavasti menneen vuosikymmenen aikana, mutta on ilmeistä, että tulokseen vaikuttavat muutkin seikat kuin kroonisten sairauksien todellinen väheneminen.

# 8 SAIRAUDET JA OIREET

## 8.1. Verenkierroelinten sairaudet ja diabetes

*Antti Jula, Veikko Salomaa, Arpo Aromaa ja verenkierroelinsairauksien asiantuntijaryhmä*

*Verenkierroelinsairauksien asiantuntijaryhmä: Antti Jula (pj.), Matti Jauhiainen, Risto Kaaja, Antero Kesäniemi, Johanna Kuusisto, Mika Kähönen, Markku S. Nieminen, Teemu Niiranen, Lasse Oikarinen, Janne Rapola, Veikko Salomaa ja Olavi Ukkola*

### Päätulokset

- Verenkierroelinten sairauksien esiintyvyys pieneni 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä.
- Verenkierroelinten sairaudet ovat kuitenkin edelleen erittäin yleisiä eläkeikäisessä väestössä. 75 vuotta täyttäneistä suomalaisista joka kolmannella miehellä ja joka neljännellä naisella oli sepelvaltimotauti.
- Sepelvaltimotautia sairastavista miehistä joka toiselle ja naisista runsaalle neljännekselle oli tehty sepelvaltimoiden ohitusleikkaus tai pallolaajennus.
- Diabetes on edelleen yleistynyt, vaikka keskimääräinen seerumin glukoositaso on väestössä hieman pienentynyt. Tämä ristiriita johtunee diabeteksen määrittelyn muuttumisesta ja aiempaa aktiivisemmasta lääkehoidosta.

### Menetelmät

Tässä luvussa esitettävät tulokset perustuvat pääasiassa tutkittavien haastattelussa antamiin tietoihin lääkärin toteamista sairauksista ja niihin saadusta hoidosta. Diabeteksen osalta käytetään myös terveystarkastuksessa mitattua seerumin glukoosipitoisuutta.

### Tulokset

Sydäninfarktin ilmoitti sairastaneensa 18 prosenttia 75 vuotta täyttäneistä miehistä ja kymmenen prosenttia samanikäisistä naisista samoin kuin 65–74-vuotiaista miehistä (taulukko 8.1.1). 75 vuotta täyttäneistä suomalaisista joka kolmannella miehellä ja joka neljännellä naisella oli sepelvaltimotauti. Iäkkäimmillä naisilla itse ilmoitettu lääkärin toteama sydämen vajaatoiminta oli lähes yhtä yleinen (22 %) kuin sepelvaltimotauti, mutta iäkkäimmillä miehillä selvästi harvinaisempi (17 %). 75 vuotta täyttäneistä joka kymmenes mies ja joka kahdestoista nainen ilmoitti sairastaneensa aivohalvauksen.

65–74-vuotiaiden ikäryhmässä aivohalvauksen oli sairastanut seitsemän prosenttia miehistä ja neljä prosenttia naisista. Työikäisillä edellä mainitut verenkiertoelinten sairaudet olivat hyvin harvinaisia lukuun ottamatta sepelvaltimotautia, joka oli kahdeksalla prosentilla 55–64-vuotiaista miehistä.

Taulukko 8.1.1. Eräiden itse ilmoitettujen lääkärin toteamien verenkiertoelinten sairauksien esiintyvyyys (%).

|  | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Sydäninfarkti</b>                       |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet                                     | 0,3   | 1,8   | 4,7   | 9,3   | 17,5 | 5,3               |
| Naiset                                     | 0,0   | 0,0   | 0,7   | 2,4   | 9,7  | 1,7               |
| p <sup>2</sup>                             |       |       |       |       |      | < 0,001           |
| <b>Sepelvaltimotauti</b>                   |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet                                     | 0,8   | 2,5   | 6,9   | 19,8  | 26,6 | 9,1               |
| Naiset                                     | 0,0   | 0,7   | 2,0   | 6,3   | 20,5 | 4,1               |
| p <sup>2</sup>                             |       |       |       |       |      | 0,008             |
| <b>Sydäninfarkti tai sepelvaltimotauti</b> |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet                                     | 1,0   | 3,3   | 8,0   | 20,5  | 32,0 | 10,3              |
| Naiset                                     | 0,0   | 0,7   | 2,2   | 7,4   | 23,6 | 4,7               |
| p <sup>2</sup>                             |       |       |       |       |      | 0,001             |
| <b>Sydämen vajaatoiminta</b>               |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet                                     | 0,7   | 0,6   | 2,7   | 4,4   | 16,7 | 3,7               |
| Naiset                                     | 0,2   | 0,3   | 0,9   | 2,4   | 21,9 | 3,4               |
| p <sup>2</sup>                             |       |       |       |       |      | 0,048             |
| <b>Aivohalvaus</b>                         |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet                                     | 0,7   | 1,7   | 2,1   | 7,3   | 10,0 | 3,5               |
| Naiset                                     | 0,1   | 0,5   | 1,7   | 4,3   | 8,5  | 2,3               |
| p <sup>3</sup>                             |       |       |       |       |      | 0,011             |

<sup>1</sup> ikävakioitu (sydäninfarktin, sepelvaltimotaudin ja niiden yhdistelmän osalta ikä vakioitu jatkuvana muuttujana)

<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

<sup>3</sup> sukupuolten välinen tasoero

Sepelvaltimotautia sairastavista miehistä joka toiselle oli tehty sepelvaltimoiden ohitusleikkaus tai pallolaajennus; 55–74-vuotiaiden miesten ryhmässä peräti 60 prosentille (taulukko 8.1.2). Sepelvaltimotautia sairastavista naisista selvästi pienemmälle osalle (28 %) oli tehty ohitusleikkaus tai pallolaajennus. Naistenkin keskuudessa sepelvaltimokirurgisen toimenpiteen ilmoittivat yleisimmin 55–74-vuotiaat (36–38 %).

Taulukko 8.1.2. Sepelvaltimoiden ohitusleikkauksen tai pallolaajennuksen esiintyvyys (%) sepelvaltimotautia sairastavilla (itse ilmoitettu sydäninfarkti tai sepelvaltimotauti).

|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| Miehet         | 33,8  | 48,3  | 59,5  | 60,7  | 46,8 | 52,8              |
| Naiset         | 0,0   | 31,8  | 37,9  | 35,8  | 19,5 | 27,5              |
| p <sup>2</sup> |       |       |       |       |      | < 0,001           |

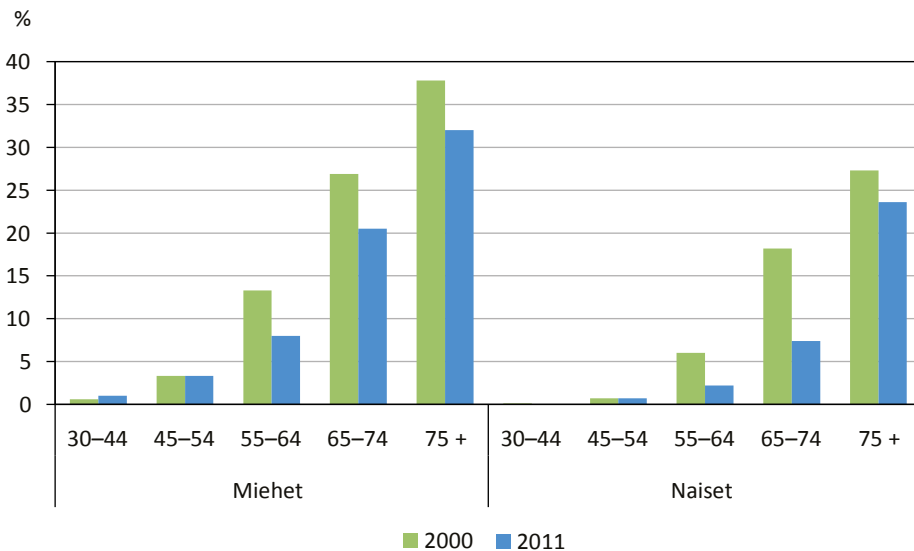
<sup>1</sup> ikävakioitu (ikä jatkuvana muuttujana)

<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

Vuoteen 2000 verrattuna sydäninfarktin ikävakioitu esiintyvyys pienentyi noin kolmanneksella (liitetaulukko 8.1.1). Sydäninfarktin tai sepelvaltimotaudin ilmoittavien ikävakioitu osuus 30 vuotta täyttäneistä pieneni miehillä noin viidenneksellä, 12 prosentista 9 prosenttiin, ja naisilla yli kolmanneksella, seitsemästä prosentista neljään prosenttiin (kuvio 8.1.1). Myös itse ilmoitetun sydämen vajaatoiminnan esiintyvyys pieneni, mutta aivohalvauksen ikävakioidussa esiintyvyydessä ei tapahtunut merkittävää muutosta. Aivohalvauksikin näyttää kuitenkin vähentyneen 75 vuotta täyttäneillä miehillä.

Sepelvaltimotoimenpiteiden ikävakioitu esiintyvyys kasvoi 11 vuodessa erittäin paljon, miehillä runsaat 60 prosenttia ja naisilla lähes 190 prosenttia (liitetaulukko 8.1.2). Sukupuolten välinen ero sepelvaltimotautikirurgian esiintyvyydessä pieneni selvästi: vuonna 2000 sepelvaltimotautia sairastaville miehille oli tehty ohitusleikkaus tai pallolaajennus lähes kolme kertaa niin yleisesti kuin naisille, mutta vuonna 2011 vastaava ero oli vain 60 prosenttia.

Kuvio 8.1.1. Itse ilmoitetun lääkärin toteaman sydäninfarktin tai sepelvaltimotaudin esiintyvyys (%) vuosina 2000 ja 2011.



Seerumin glukoositaso kohosi iän mukana ja oli miehillä keskimäärin 0,4 mmol/l naisten tasoa korkeampi. 30–44-vuotiaista miehistä noin seitsemällä prosentilla ja naisista kahdella prosentilla oli kohonnut (vähintään 6 mmol/l) glukoosiarvo, 65 vuotta täyttäneistä miehistä joka neljännellä ja naisista joka kahdeksannella. Itse ilmoitetun lääkärin toteaman diabeteksen esiintyvyys lisääntyi iän mukana 30–44-vuotiaiden kolmesta prosentista 75 vuotta täyttäneiden 17 prosenttiin (taulukko 8.1.3). Miehillä esiintyvyys oli suurimmillaan jo 65–74-vuotiaiden ikäryhmässä (20 %). Itse ilmoitetun diabeteksen ikävakioitu esiintyvyys 30 vuotta täyttäneessä väestössä oli miehillä 11 prosenttia ja naisilla kahdeksan prosenttia. Kun mukaan laskettiin ne tutkitut, joiden paastoverensokeri oli vähintään 7 mmol/l, diabeteksen esiintyvyyssluvut kasvoivat noin puolella, miehillä 16 prosenttiin ja naisilla 11 prosenttiin. Noin kymmenen prosenttia diabeetikoista käytti hoitoon pelkkää insuliinia, noin 60 prosenttia käytti muita diabeteslääkkeitä joko ilman insuliinia tai sen kanssa, ja runsas neljäsosa diabeteksen ilmoittavista ei käyttänyt tautiin lääkehoitoa (taulukko 8.1.4).

Taulukko 8.1.3. Diabeteksen esiintyvyys (%).

|   | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|---|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Itse ilmoitettu diabetes</b>   |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet  | 3,0   | 6,6   | 13,8  | 19,5  | 17,3 | 10,8              |
| Naiset  | 2,5   | 3,5   | 7,2   | 14,4  | 16,5 | 7,5               |
| p <sup>2</sup>  |       |       |       |       |      | < 0,001           |
| <b>Itse ilmoitettu diabetes ja/tai seerumin glukoosi vähintään 7 mmol/l</b> |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet  | 5,6   | 10,1  | 19,5  | 24,9  | 26,1 | 15,9              |
| Naiset  | 4,1   | 4,7   | 10,3  | 17,8  | 29,1 | 11,1              |
| p <sup>3</sup>  |       |       |       |       |      | 0,017             |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

<sup>3</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Taulukko 8.1.4. Diabeteslääkityksen esiintyvyys (%) henkilöillä, jotka ilmoittivat sairastavansa diabetesta.

|   | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|---|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Miehet</b>                           |       |       |       |       |      |                   |
| Insuliinia                              | 25,6  | 13,8  | 9,3   | 10,1  | 4,5  | 11,0              |
| Tabletteja tai insuliinia ja tabletteja | 29,7  | 55,4  | 74,0  | 69,3  | 59,8 | 63,5              |
| Ei lääkitystä                           | 44,8  | 30,9  | 16,7  | 20,6  | 35,8 | 25,6              |
| <b>Naiset</b>                           |       |       |       |       |      |                   |
| Insuliinia                              | 11,0  | 17,2  | 5,6   | 5,3   | 18,3 | 10,8              |
| Tabletteja tai insuliinia ja tabletteja | 12,5  | 61,4  | 63,8  | 73,7  | 55,2 | 60,4              |
| Ei lääkitystä                           | 76,5  | 21,4  | 30,6  | 21,0  | 26,5 | 28,8              |
| p <sup>2</sup>                          |       |       |       |       |      | 0,766             |

<sup>1</sup> ikävakiointu<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

Suomalaisten glukoositasot pienenevät 11 vuodessa miehillä keskimäärin 0,1 mmol/l (5,65:stä 5,56:een) ja naisilla keskimäärin 0,2 mmol/l (5,36:sta 5,15:een). Muutos oli suurin 75 vuotta täyttäneillä miehillä (0,35 mmol/l) ja naisilla (0,45 mmol/l). Vaikka glukoositasot alentuivat, itse ilmoitettu lääkärin toteama diabetes yleistyi (liitetaulukko 8.1.3). Miehillä itse ilmoitetun diabeteksen esiintyvyys kasvoi seitsemästä kymmeneen prosenttiin ja naisilla kuudesta seitsemään prosenttiin. Kun itse ilmoitetun diabeteksen ohella diabeetikoiksi luetaan ne henkilöt, joiden paastoverensokeri oli vähintään 7 mmol/l, diabeteksen ikävakiointu esiintyvyys kasvoi 30 vuotta täyttäneessä väestössä vuodesta 2000 vuoteen 2011 miehillä 9,6:sta 14,5 prosenttiin ja naisilla 7,7:stä 10,0 prosenttiin.

## Pohdinta ja päätelmät

Verenkiertoelinten sairauksien vaaratekijöiden väheneminen selittää merkittävän osan sepelvaltimotauti- ja aivohalvauskuolleisuuden vähenemisestä Suomessa (Vartiainen ym. 1995; Laatikainen ym. 2005). Myös sepelvaltimoimienpitemien yleistymisen ja muu hoidon kehitys on vähentänyt kuolleisuutta (Kuukasjärvi ym. 2005; Laatikainen ym. 2005), mutta sepelvaltimotaudin esiintyvyyttä hoidon kehittyminen päinvastoin lisää, kun sairauden ennuste paranee. Vaaratekijätasojen laskun hidastuminen tai kääntymisen nousuun uhkaa hidastaa tai pysäyttää valtimotaudin ilmaantuvuuden pitkään jatkuneen vähenemisen.

Diabeteksen yleistyminen on siinä mielessä yllättävää, että keskimääräinen seerumin glukoositaso on väestössä hieman pienentynyt. Ristiriita johtunee ainakin osin siitä, että diabetes-diagnosiin johtavan seerumin paastoglukoosin raja-arvona pidettiin 7,8 mmol/l vuoteen 1999 saakka, jolloin otettiin käyttöön nykyinen matalampi raja-arvo 7,0 mmol/l. Muuttunut diabeteksen määritelmä ja aiempaa aktiivisempi lääkehoito selittävät, miksi diabetes näyttää lisääntyvän, vaikka väestön glukoositasot alenevat.



## 8.2 Hengityselinten ja ihon sairaudet ja allergiat

*Tuula Vasankari, Merja Kanervisto, Tarja Laitinen, Pekka Jousilahti  
ja Markku Heliövaara*

### Päätulokset

- Spirometrialla todettu keuhkoputkien ahtauma oli 13 prosentilla miehistä ja yhdeksällä prosentilla naisista.
- Lääkärin toteama henkilön itsensä ilmoittama astma oli kahdeksalla prosentilla miehistä ja 12 prosentilla naisista.
- Lääkärin toteama henkilön itsensä ilmoittama allerginen silmätulehdus oli viidellä prosentilla miehistä ja kahdeksalla prosentilla naisista, allerginen nuha 15 prosentilla miehistä ja 21 prosentilla naisista.

### Menetelmät

Hengityselinten ja ihon sairauksista kuvataan tässä spirometrialla mitatun keuhkoputkien ahtauman, tutkittavan itse ilmoittaman lääkärin toteaman astman sekä tutkittavan itse ilmoittaman lääkärin toteaman allergisen nuhan, silmätulehduksen ja tutkitavan itsensä ilmoittaman maitoruveksi, taiveihottumaksi tai atooppiseksi ihottumaksi kutsutun kutiavan ihottuman esiintyvyyttä.

Tieto keuhkoputkien ahtaumasta saatiin terveystarkastuksen osana tehdyn spirometriatutkimuksen avulla. Mikäli FEV1/FVC-suhde oli alle 70 prosenttia, pidettiin tulosta poikkeavana eli keuhkoahataumatautiin viittaavana (GOLD 2011). Tieto astmasta saatiin haastattelusta. Allergiaoireita koskevat kysymykset esitettiin terveystarkastuksen aikana täytettäväksi annetussa kyselylomakkeessa (kysely 2). Allergista silmätulehdusta ja allergista nuhaa koskevassa kysymyksessä edellytettiin lääkärin todenneen oireen. Sen sijaan ei edellytetty lääkärin todenneen kutiavaa ihottumaa, jota kuitenkin edellytettiin kutsutun maitoruveksi, taiveihottumaksi tai atooppiseksi ihottumaksi.

### Tulokset

Keuhkoputkien ahtaumaan viittaava spirometrialöydös (FEV1/FVC alle 70 %) todettiin 13 prosentilla miehistä ja yhdeksällä prosentilla naisista (taulukko 8.2.1). Keuhkoputkien ahtauman esiintyvyyttä lisäntyi iän myötä ollen korkeimmillaan yli 75-vuotiailla.

Taulukko 8.2.1. Keuhkoputkien ahtauman (spirometriassa FEV1/FVC alle 70 %) esiintyvyys (%).

|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| Miehet         | 4,5   | 8,2   | 14,5  | 20,5  | 28,9 | 13,0              |
| Naiset         | 2,9   | 6,8   | 7,9   | 11,8  | 22,6 | 8,5               |
| p <sup>2</sup> |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

Astmaa ilmoitti sairastavansa kahdeksan prosenttia miehistä ja 12 prosenttia naisista (taulukko 8.2.2). Sekä miehillä että naisilla astman esiintyvyys lisääntyi iän myötä 45–54-vuotiaista alkaen. Allergista silmätulehdusta sairastivat naiset (14 %) useammin kuin miehet (6 %). Allergista nuhaa oli potent 15 prosenttia miehistä ja 21 prosenttia naisista. Kutiavaa, maitoruveksi, taiveihottumaksi tai atooppiseksi ihottumaksi kutsuttua ihottumaa oli jossakin elämänvaiheessa ollut 24 prosentilla miehistä ja 29 prosentilla naisista. Allergisen silmätulehduksen, allergisen nuhan ja maitoruveksi, taiveihottumaksi tai atooppiseksi ihottumaksi sanotun kutiavan ihottuman yleisyys väheni iän mukana.

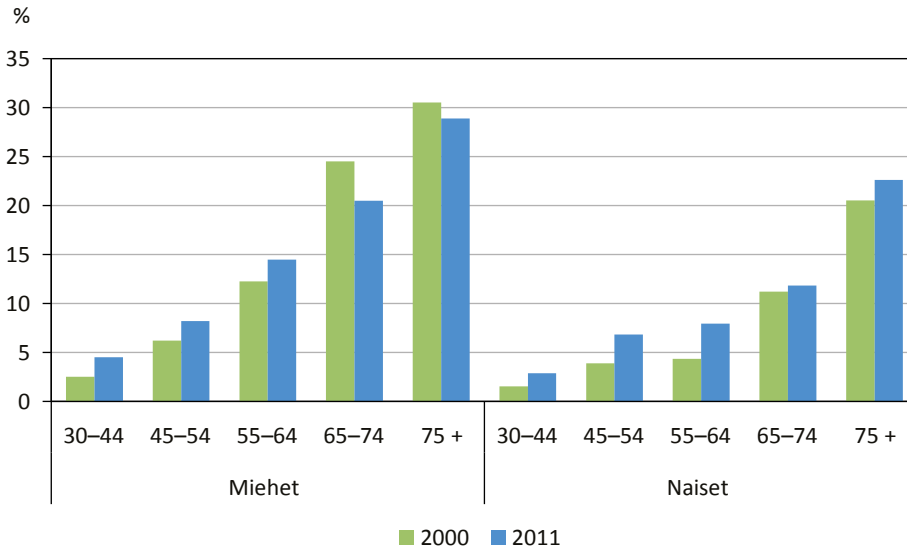
Taulukko 8.2.2. Eräiden itse ilmoitettujen sairauksien esiintyvyys (%).

|   | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|---|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Astma (lääkärin toteama)</b>   |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet  | 7,4   | 6,2   | 7,7   | 8,8   | 15,0 | 8,3               |
| Naiset  | 10,1  | 9,8   | 12,8  | 12,3  | 15,2 | 11,6              |
| p <sup>2</sup>  |       |       |       |       |      | < 0,001           |
| <b>Allerginen silmätulehdus (lääkärin toteama)</b>  |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet  | 10,3  | 7,0   | 3,1   | 2,8   | 4,7  | 5,8               |
| Naiset  | 19,3  | 15,1  | 11,6  | 10,5  | 7,8  | 13,6              |
| p <sup>2</sup>  |       |       |       |       |      | < 0,001           |
| <b>Allerginen nuha (lääkärin toteama)</b>   |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet  | 25,7  | 16,0  | 11,2  | 9,4   | 6,7  | 15,0              |
| Naiset  | 29,5  | 23,1  | 17,1  | 17,8  | 10,5 | 20,9              |
| p <sup>2</sup>  |       |       |       |       |      | < 0,001           |
| <b>Kutiava ihottuma, jota sanottu maitoruveksi, taiveihottumaksi tai atooppiseksi ihottumaksi</b> |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet  | 29,8  | 24,2  | 20,1  | 21,1  | 24,2 | 23,9              |
| Naiset  | 39,6  | 30,5  | 25,4  | 23,8  | 18,0 | 28,8              |
| p <sup>2</sup>  |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

Vuoteen 2000 verrattuna naisilla keuhkoputkien ahtauman esiintyvyys kasvoi kaikissa ikäryhmissä (kuvio 8.2.1 ja liitetaulukko 8.2.1). Miehillä esiintyvyys hieman kasvoi alle 65-vuotiailla ja väheni tätä vanhemmissa ikäryhmissä. Keuhkoputkien ahtauman ikävakioitu esiintyvyys pysyi lähes ennallaan 30 vuotta täyttäneiden miesten keskuudessa, mutta lisääntyi kuudesta prosentista kahdeksaan prosenttiin naisilla.

Kuvio 8.2.1. Keuhkoputkien ahtauman (spirometriassa FEV1/FVC alle 70 %) vuosina 2000 ja 2011.



Vuodesta 2000 vuoteen 2011 astman esiintyvyys ei muuttunut kummallakaan sukupuolella (liitetaulukko 8.2.2). Myös allergisen silmätulehduksen esiintyvyys oli pysynyt ennallaan. Sen sijaan allerginen nuha ja etenkin maitoruveksi, taiveihottumaksi tai atooppiseksi ihottumaksi sanottu kutiava ihottuma olivat yleistyneet molemmilla sukupuolilla vuodesta 2000.

### Pohdinta

Keuhkoputkien ahtauman esiintyvyys lisääntyy maailmanlaajuisesti, mutta seuranta-tutkimuksia aiheesta ei juuri ole. Suomessa on tarkasteltu keuhkoahtaumataudin esiintyvyyttä 1970-luvun lopulta vuoteen 2000 Mini-Suomi- ja Terveys 2000 -tutkimusaineistojen avulla, eikä tällä jaksolla havaittu merkittävää lisääntymistä keuhkoputkien ahtaumassa 30–74-vuotiailla (Vasankari ym. 2010). Keuhkoputkien ahtauman sukupuoliero liittyy siihen, että miehet ovat tupakoineet yleisemmin kuin naiset (Vartiainen ym. 2009). Toisaalta miesten tupakointi on vähentynyt ja naisten lisääntynyt viime vuosikymmeninä, ja tämä selittää keuhkoputkien ahtauman yleistymisen naisilla.

Astman esiintyvyys pysyi suunnilleen samana kuin vuonna 2000. Astma on tämän tutkimuksen valossa yleinen kansantauti. Kyseessä on tutkittavan henkilön itsensä il-

moittama tieto lääkärin toteamasta astmasta, eivätkä tulokset välttämättä kuvaa hyvin diagnostiset kriteerit täyttävän astman yleisyyttä ja sen muutoksia.

Allergisen silmätulehduksen ja allergisen nuhan sekä kutiavan ihottuman esiintyminen väestössä oli tutkimuksen perusteella yleistä. Sukupuolten välinen ero lääkärin toteamien allergisten oireiden esiintyvyydessä voi selittyä ainakin osin miesten ja naisten erilaisilla terveyspalvelujen käyttötottumuksilla. Tiedossa on, että allergiaoireilu on väestössä erittäin yleistä ja tähän on Suomessa vastattu tekemällä Kansallinen allergiaohjelma 2008–2018. Ohjelman vaikutukset tulevat todennäköisesti näkymään tulevaisuudessa.

### Johtopäätökset

Keuhkoputkien ahtauma ja astma ovat erittäin yleisiä kansansairauksia ja aiheuttavat runsaasti terveyspalvelujen tarvetta. Allergiaoireet ovat myös hyvin yleisiä. Niiden aiheuttamien haittojen rajaamiseen keskitytään käynnissä olevalla allergiaohjelmalla.

## 8.3 Tuki- ja liikuntaelinsairaudet

*Eira Viikari-Juntura, Markku Heliövaara, Svetlana Solovieva ja Rahman Shiri*

### Päätulokset

- Tuki- ja liikuntaelinten kivut ja toiminnanvajavuudet ovat edelleen yleisiä. Esimerkiksi kyykistymisessä on vaikeuksia lähes 40 prosentilla 55 vuotta täyttäneistä naisista ja yli viidenneksellä samanikäisistä miehistä.
- Selkäkipu, niskakipu ja polvikipu näyttävät yleistyneen erityisesti nuorimmissa ikäryhmissä; miehillä myös olkapääkipu kaikissa ikäryhmissä.
- Sen sijaan vanhimmissa ikäryhmissä vaikeudet kyykistymisessä ja yläraajan nostamisessa näyttävät harvinaistuneen erityisesti naisilla.

### Menetelmät

Tässä raportissa esitettävät tiedot tuki- ja liikuntaelimestön oireista kerättiin pääosin terveystarkastuksen tulopisteessä kaikille tutkittaville annetulla kyselylomakkeella (kysely 2). Lomake pyydettiin palauttamaan täytettynä terveystarkastuksen loppupisteen tutkimushoitajalle, joka tarvittaessa auttoi tutkittavaa täyttämään puuttuvat kohdat. Kysymykset perustuivat Terveys 2000 -tutkimuksen oirehaastattelussa (Reunanen & Heliövaara 2005) esitettyihin kysymyksiin. Kysymyksillä kartoitettiin tuki- ja liikuntaelimestön oireiden esiintymistä koko elämän, viimeksi kuluneen vuoden ja viimeksi kuluneen kuukauden aikana. Tässä perustulosraportissa esitetään tuloksia ainoastaan viimeksi kuluneen kuukauden aikana esiintyneistä oireista.

Kyykistymistä ja olkavarsien nostoa kartoitettiin terveystarkastuksen loppupisteessä vakioiduilla niveltoimintatesteillä, jotka olivat käytössä jo Mini-Suomi-tutkimuksessa (Sievers ym. 1985) ja Terveys 2000 -tutkimuksessa (Sainio & Malmberg 2005).

### Tulokset

Selkäkipua viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana oli ollut 41 prosentilla naisista ja 35 prosentilla miehistä (taulukko 8.3.1). Miehillä ikä ei ollut yhteydessä selkäkipuun, kun taas naisilla selkäkipu yleistyi iän mukana. Niskakipua viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana oli ollut naisilla (41 %) yhtä yleisesti kuin selkäkipuakin, mutta miehillä (27 %) niskakipu oli harvinaisempaa kuin selkäkipu. Miehillä ikä ei ollut yhteydessä niskakipuun, kun taas naisilla niskakipu hieman harvinaistui iän myötä. Olkapääkipua viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana oli ollut miehillä (29 %) hieman yleisemmin kuin naisilla (26 %). Molemmilla sukupuolilla – naisilla selvemmin kuin miehillä – olkapääkipu yleistyi iän myötä. Polvikipua viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana oli ollut

naisilla (33 %) hieman useammin kuin miehillä (29 %), mutta polvivaivan aiheuttamat kävelyvaikeudet olivat yhtä yleisiä kummallakin sukupuolella (21–22 %). Polvikipu yleistyi iän myötä erityisesti naisilla, ja kävelyvaikeus polvivaivan takia yleistyi jyrkästi iän myötä molemmilla sukupuolilla.

Taulukko 8.3.1. Tuki- ja liikuntaelimestön oireiden esiintyminen viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana (%).

|   | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|---|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Selkäkipu</b>                            |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet                                      | 34,9  | 36,1  | 34,2  | 33,9  | 32,2 | 34,6              |
| Naiset                                      | 36,9  | 39,7  | 41,6  | 45,6  | 47,5 | 41,4              |
| p <sup>2</sup>                              |       |       |       |       |      | <0,001            |
| <b>Niskakipu</b>                            |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet                                      | 27,0  | 25,3  | 28,9  | 27,6  | 27,5 | 27,2              |
| Naiset                                      | 45,8  | 46,6  | 38,6  | 33,2  | 38,8 | 41,2              |
| p <sup>3</sup>                              |       |       |       |       |      | 0,008             |
| <b>Olkapääkipu</b>                          |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet                                      | 20,3  | 25,5  | 33,9  | 30,8  | 36,9 | 28,5              |
| Naiset                                      | 12,5  | 25,3  | 29,5  | 30,1  | 39,7 | 25,7              |
| p <sup>2</sup>                              |       |       |       |       |      | 0,029             |
| <b>Polvikipu</b>                            |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet                                      | 23,6  | 29,6  | 27,4  | 34,4  | 32,8 | 28,8              |
| Naiset                                      | 21,5  | 30,7  | 36,8  | 38,4  | 43,5 | 32,7              |
| p <sup>2</sup>                              |       |       |       |       |      | 0,009             |
| <b>Kävelyvaikeus/ontuminen polven takia</b> |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet                                      | 12,6  | 18,5  | 19,2  | 28,4  | 34,6 | 20,7              |
| Naiset                                      | 10,4  | 17,0  | 25,5  | 27,3  | 38,6 | 21,6              |
| p <sup>2</sup>                              |       |       |       |       |      | 0,511             |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

<sup>3</sup> sukupuoli-ikä yhdysvaikutus

Yläraajan nosto sivukautta oli vaikeutunut yleisemmin miehillä (12 %) kuin naisilla (8 %), ja vaikeudet yleistyivät molemmilla sukupuolilla voimakkaasti iän myötä (taulukko 8.3.2). Kyykistymisvaikeus oli puolestaan yleisempää naisilla (38 %) kuin miehillä (23 %). Sekin yleistyi molemmilla sukupuolilla voimakkaasti iän myötä.

Taulukko 8.3.2. Eräiden niveltoimintojen rajoitusten yleisyys (%).

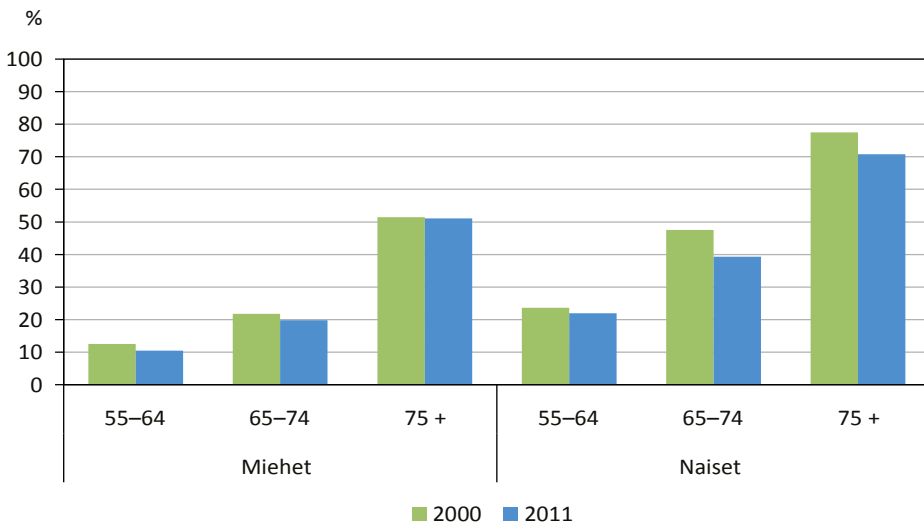
|   | 55–64 | 65–74 | 75 + | 55 + <sup>1</sup> |
|---|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Yläraajan nosto sivukautta vaikeutunut</b> |       |       |      |                   |
| Miehet  | 5,9   | 11,9  | 24,3 | 11,6              |
| Naiset  | 4,8   | 5,3   | 21,8 | 8,3               |
| p <sup>2</sup>                                |       |       |      | 0,008             |
| <b>Kyykistys vaikeutunut</b>                  |       |       |      |                   |
| Miehet  | 10,4  | 19,8  | 51,1 | 22,5              |
| Naiset  | 21,9  | 39,3  | 70,8 | 38,4              |
| p <sup>2</sup>                                |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

Vuodesta 2000 selkäkipu yleistyi hieman sekä miehillä (30 % → 35 %) että naisilla (37 % → 41 %), eniten 30–54-vuotiailla (liitetaulukko 8.3.1). Sen sijaan niskakivun vallitsevuus pysyi koko väestössä samalla tasolla, mutta kasvoi alle 45-vuotiailla miehillä ja alle 55-vuotiailla naisilla ja pieneni useimmissa vanhemmissa ikäryhmissä. Vuoden 2000 tuloksiin verrattuna olkapääkipu yleistyi miehillä kaikissa ikäryhmissä ja harvinaistui alle 75-vuotiailla naisilla. Polvikipu ja kävelyvaikeus polvivaivan takia yleistyivät vuoden 2000 tuloksiin verrattuna sekä miehillä että naisilla, jyrkimmin nuorimmissa ikäryhmissä.

Verrattuna Terveys 2000 -tutkimukseen yläraajan nostamisvaikeus harvinaistui erityisesti 75-vuotiailla ja sitä vanhemmilla (liitetaulukko 8.3.2). Naisilla myös kyykistymisvaikeus harvinaistui, mutta miehillä kyykistymisen vaikeudet olivat yhtä yleisiä kuin vuonna 2000 (kuvio 8.3.1).

Kuvio 8.3.1. Kyykistymisvaikeuksien yleisyys (%) 55 vuotta täyttäneessä väestössä vuosina 2000 ja 2011.



## Pohdinta ja johtopäätökset

Tuki- ja liikuntaelinten kivut ja toiminnanvajavuudet ovat edelleen yleisiä suomalaisessa väestössä. Selkä-, niska- ja polvivaivojen yleistyminen alle 45-vuotiailla on huolestuttavaa. Toisaalta niveltoimintatestien tulokset viittaavat parantuneeseen toimintakykyyn erityisesti vanhimmissa ikäryhmissä.

Mini-Suomi-tutkimuksessa (Heliövaara ym. 1993) ja Terveys 2000 -tutkimuksessa (Kaila-Kangas 2007) keskeiset tuki- ja liikuntaelimestön terveyttä koskevat tiedot koottiin kliinisessä lääkärintutkimuksessa, jota ei voitu sisällyttää Terveys 2011 -tutkimukseen lähinnä taloudellisista syistä. Kliinisen tutkimuksen ohella objektiivisia tietoja tuki- ja liikuntaelimestön tilasta pyrittiin keräämään vakioiduilla toimintakykytesteillä. Kyykistymistä ja yläraajan nostamista mittaavissa testeissä todettiin melko vähäisiä muutoksia Terveys 2000 -tutkimuksen ja Terveys 2011 -tutkimuksen tuloksia verrattaessa, minkä voi tulkita heijastavan myös tutkimusmenetelmien hyvää toistettavuutta. Niveltoimintatestien ohella tiedot tuki- ja liikuntaelinten terveydestä kerättiin Terveys 2011 -tutkimuksessa oirekyselyn avulla. Lomakkeen kysymykset olivat pääasiassa samoja kuin Terveys 2000 -tutkimuksessa, mutta kysymyksiä ei esitetty tutkimushoitajan tekemässä haastattelussa kuten vuonna 2000, vaan tutkittavat täyttivät itse oirekyselylomakkeen.

Itse ilmoitettujen oireiden yleisyydessä nähdyt muutokset voivat johtua monista syistä: todellisista muutoksista tuki- ja liikuntaelinten terveydentilassa, aikaisempaa suuremmasta tai eri tavalla valikoituneesta kadosta ja siirtymisestä haastattelusta kyselymenetelmään. Selkä-, niska- ja polvioireilun yleistymiseen erityisesti nuorilla viittaavat havainnot edellyttävät sekä kyselyn luotettavuuden arviointia että katoon vaikuttavien tekijöiden selvittämistä. Mikäli vaivojen yleistyminen voidaan varmistaa, taustalla olevien syiden tutkiminen on tärkeää.

Lonkkaoireiden yleisyyden ja niiden muutosten arvioimiseksi tarvitaan syventäviä tutkimuksia. Lonkkanivelen terveyden monitorointi edellyttää toistettuja terveystarkastustutkimuksia.



## 8.4 Psykkiset oireet ja mielenterveyden häiriöt

*Jaana Suvisaari, Kirsi Ahola, Olli Kiviruusu, Jyrki Korkeila, Olavi Lindfors, Aino Mattila, Niina Markkula, Mauri Marttunen, Timo Partonen, Sebastian Peña, Sami Pirkola, Samuli Saarni, Suoma Saarni ja Satu Viertiö*

### Päätulokset

- Naisista 17 prosenttia ja miehistä 14 prosenttia oli kärsinyt merkittävästä psyykkisestä kuormittuneisuudesta viimeksi kuluneen kuukauden aikana. Verrattuna vuoteen 2000 psyykkinen kuormittuneisuus oli vähentynyt sekä miehillä että naisilla.
- Naisista seitsemän prosenttia ja miehistä neljä prosenttia oli sairastanut masennushäiriöjakson viimeksi kuluneen vuoden aikana. Masennushäiriöiden yleisyys ei ollut muuttunut vuoteen 2000 verrattuna.
- Viime kuukauden aikana esiintynyt psyykkinen kuormittuneisuus ja masennus- ja ahdistuneisuusoireet olivat yleisimpiä yli 75-vuotiailla, mutta he saivat harvoin masennushäiriödiagnoosin.
- Naisista yhdellä ja miehistä kolmella prosentilla todettiin alkoholin väärinkäyttö tai alkoholiriippuvuus viimeksi kuluneen vuoden aikana. Alkoholihäiriöt olivat vähentyneet vuoteen 2000 verrattuna.
- Naisista 24 prosentilla esiintyi lievää ja kolmella prosentilla vakavaa työuupumusta. Miehistä 23 prosentilla esiintyi lievää ja kahdella prosentilla vakavaa työuupumusta. Työuupumuksen yleisyys näytti hieman vähentyneen vuodesta 2000.
- Naisista 20 prosentilla ja miehistä 12 prosentilla esiintyi runsasta vuoden-aikaisvaihtelua mielialassa ja käyttäytymisessä. Mielialan ja käyttäytymisen runsas vuodenaikaisvaihtelu oli vähentynyt sekä naisilla että miehillä vuoteen 2000 verrattuna.

### Menetelmät

Väestön psyykkistä oireilua ja mielenterveyden häiriöitä arvioitiin usealla eri menetelmällä. Kyselylomakkeissa oli useita psyykkisiin oireisiin liittyviä kysymyssarjoja. General Health Questionnaire -kyselyn (GHQ-12) avulla selvitettiin tutkittavien arviota ajankohtaisesta psyykkisestä kuormittuneisuudestaan (Goldberg 1972; Pevalin 2000). Masennus- ja ahdistusoireita mittaavana kyselynä käytettiin Hopkins Symptom Checklistin 25 kysymyksen versiota (HSCL-25). Merkittävän psyykkisen kuormittuneisuuden osoittimena käytettiin GHQ-12-kyselyssä summapistemäärää, joka on suu-

rempi kuin kolme, ja vakavien masennus- ja ahdistusoireiden osalta käytettiin osoittimenä yli 1,75 keskiarvopistemäärää HSCL-25-kyselyssä (Nettelbladt ym. 1993; Strand ym. 2003). Työuupumusta mitattiin kyselylomakkeessa Maslachin yleisellä työuupumuksen arviointimenetelmällä (MBI-GS) (Kalimo ym. 2006). Työuupumus raportoidaan vain niiden osalta, jotka olivat olleet ansiotyössä edeltävien 12 kuukauden aikana. Lievässä työuupumuksessa oireita esiintyy keskimäärin kuukausittain ja vakavassa työuupumuksessa keskimäärin viikoittain tai useammin. Mielialan ja käyttäytymisen vuodenaikaisvaihtelua mitattiin 6 kysymyksellä, jotka oli muokattu Seasonal Pattern Assessment Questionnaire (SPAQ) lomakkeesta (Rosenthal ym. 1984).

Terveystarkastuksessa tutkittaville tehtiin kansainvälisissä mielenterveyden väestötutkimuksissa yleisesti käytetty CIDI-haastattelu (Wittchen ym. 1998), jonka avulla tunnistettiin viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana esiintyneet masennus-, ahdistus- ja alkoholihäiriöt. Tässä raportissa esitetään tiedot 12 viime kuukauden aikana esiintyneistä masennushäiriöistä (vakava masennusjakso tai pitkäkestoinen masennus) ja alkoholihäiriöistä (alkoholin väärinkäyttö tai alkoholi riippuvuus). Alkoholihäiriöistä esitetään myös tiedot elämänaikaisesta esiintyvyydestä.

## Tulokset

Merkittävä psyykinen kuormittuneisuus viimeksi kuluneen kuukauden aikana oli naisilla yleisempää kuin miehillä. Naisista 17 prosenttia ja miehistä 14 prosenttia oli kokenut merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta. Psyykkistä kuormittuneisuutta oli eniten 75 vuotta täyttäneillä ja vähiten 55–64-vuotiailla. (Taulukko 8.4.1.)

Vakavat masennus- ja ahdistusoireet viimeksi kuluneen kuukauden aikana olivat naisilla yleisempiä kuin miehillä. Naisista seitsemällä prosentilla ja miehistä kuudella prosentilla oli vakavia masennus- ja ahdistusoireita. Erot eri ikäryhmien välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. (Taulukko 8.4.1.)

Taulukko 8.4.1. Psyykkisen oireilun esiintyvyys (%).

|  | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Psyykinen kuormittuneisuus (GHQ-12 yli 3 pistettä)</b>  |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 14,6  | 12,1  | 11,4  | 11,9  | 23,0 | 13,7              |
| Naiset   | 17,3  | 17,8  | 15,1  | 15,7  | 22,8 | 17,2              |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |       |      | 0,001             |
| <b>Vakavat masennus- ja ahdistusoireet (HSCL-25 oirekyselyssä vastausten keskiarvo yli 1,75)</b> |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 6,3   | 4,9   | 6,1   | 3,6   | 7,3  | 5,6               |
| Naiset   | 7,4   | 8,9   | 5,8   | 6,2   | 9,1  | 7,3               |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |       |      | 0,029             |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

Vakavaa työuupumusta todettiin kolmella prosentilla naisista ja kahdella prosentilla miehistä. Lievää työuupumusta todettiin 24 prosentilla naisista ja 23 prosentilla miehistä. Sukupuolten tai ikäryhmien välillä ei todettu tilastollisesti merkitsevää eroa työuupumuksen esiintymisessä. (Taulukko 8.4.2.)

Taulukko 8.4.2. Työuupumuksen esiintyvyys (%) MBI-GS-mittarin mukaan viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana ansiotyössä olleilla.

|                                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 30–64 <sup>1</sup> |
|--------------------------------|-------|-------|-------|--------------------|
| <b>Miehet</b>                  |       |       |       |                    |
| lievä työuupumus <sup>2</sup>  | 25,0  | 19,3  | 24,3  | 22,8               |
| vakava työuupumus <sup>3</sup> | 1,8   | 3,3   | 1,6   | 2,3                |
| <b>Naiset</b>                  |       |       |       |                    |
| lievä työuupumus <sup>2</sup>  | 21,0  | 24,4  | 29,0  | 24,3               |
| vakava työuupumus <sup>3</sup> | 2,2   | 2,9   | 2,8   | 2,6                |
| p <sup>4</sup>                 |       |       |       | 0,615              |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> MBI 1,5–3,49

<sup>3</sup> MBI ≥ 3,5

<sup>4</sup> sukupuolten välinen tasoero

Runsasta vuodenaikaisvaihtelua mielialassa ja käyttäytymisessä esiintyi 20 prosentilla naisista ja 12 prosentilla miehistä. 75 vuotta täyttäneillä naisilla ja miehillä runsas vuodenaikaisvaihtelu oli suunnilleen yhtä yleistä. (Taulukko 8.4.3.)

Taulukko 8.4.3. Runsaan vuodenaikaisvaihtelun (GSS summapistemäärä yli 7) esiintyvyys (%).

|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| Miehet         | 12,4  | 16,9  | 11,3  | 6,9   | 14,6 | 12,4              |
| Naiset         | 20,7  | 23,6  | 21,3  | 16,2  | 12,5 | 19,9              |
| p <sup>2</sup> |       |       |       |       |      | 0,043             |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Masennushäiriöt olivat yleisempiä naisilla kuin miehillä. Naisista seitsemän prosenttia ja miehistä neljä prosenttia oli sairastanut masennushäiriöjakson viimeksi kuluneen vuoden aikana. Masennushäiriöt olivat yleisimpiä 30–44-vuotiailla ja harvinaisimpia 75 vuotta täyttäneillä. (Taulukko 8.4.4.)

Taulukko 8.4.4. Masennushäiriöjakson esiintyvyys viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana (%).

|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| Miehet         | 5,3   | 3,9   | 4,9   | 0,6   | 0,7  | 3,6               |
| Naiset         | 10,7  | 10,2  | 4,7   | 4,5   | 1,3  | 7,0               |
| p <sup>2</sup> |       |       |       |       |      | 0,024             |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Alkoholihäiriöt olivat yleisempiä miehillä kuin naisilla. Alkoholihäiriö viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana todettiin kolmella prosentilla miehistä ja yhdellä prosentilla naisista ja jossain elämän vaiheessa 12 prosentilla miehistä ja kahdella prosentilla naisista. Alkoholihäiriöt olivat yleisimpiä 30–44-vuotiailla ja harvinaisia 75 vuotta täyttäneillä. (Taulukko 8.4.5.)

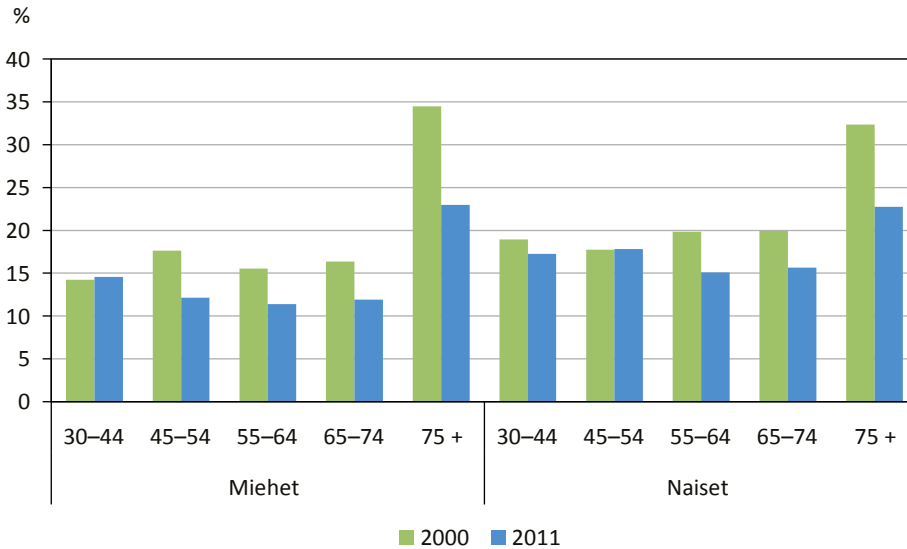
Taulukko 8.4.5. Alkoholihäiriön esiintyvyys viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana (%).

|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| Miehet         | 3,7   | 4,7   | 2,6   | 1,4   | 1,1  | 3,0               |
| Naiset         | 2,1   | 0,8   | 0,9   | 0,2   | 0,0  | 0,9               |
| p <sup>2</sup> |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakioitu (ikä jatkuvana muuttujana)<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

Verrattuna vuoteen 2000 psyykinen kuormittuneisuus oli vähentynyt sekä miehillä että naisilla (liitetaulukko 8.4.1 ja kuvio 8.4.1), mutta masennushäiriöjaksojen esiintyvyydessä ei ollut merkitsevää muutosta. Viimeksi kuluneen vuoden aikana esiintynyt alkoholihäiriö oli vähentynyt miehillä mutta ei naisilla, kun taas elämänaikaiset alkoholihäiriöt olivat vähentyneet sekä miehillä että naisilla. Lievän ja vakavan työuupumuksen yhteenlaskettu esiintyvyys näyttää hieman vähentyneen vuodesta 2000 (liitetaulukko 8.4.2). Muutos oli tilastollisesti merkitsevää naisilla ja suuntaa-antava miehillä. Mielialan ja käyttäytymisen runsas vuodenaikaisvaihtelu oli vähentynyt sekä naisilla että miehillä (liitetaulukko 8.4.1).

Kuvio 8.4.1. Psykkisen kuormittuneisuuden (GHQ-12 yli 3 pistettä) yleisyys (%) vuosina 2000 ja 2011.



### Pohdinta

Väestön mielenterveys vaikuttaa kehittyneen myönteiseen suuntaan: koettu psyykinen kuormittuneisuus ja alkoholihäiriöt olivat vähentyneet. Myös työuupumusta näytti esiintyvän nyt hieman harvemmin kuin vuonna 2000. Sen sijaan masennushäiriön yleisyydessä ei havaittu eroja vuoteen 2000 verrattuna. On kuitenkin huomioitava, että vastausaktiivisuus oli vuonna 2011 alhaisempi kuin vuonna 2000, mikä saattaa selittää osan havaituista muutoksista. Vastausaktiivisuuden heikkeneminen on saattanut vaikuttaa erityisesti alkoholihäiriöiden esiintyvyyss lukuihin. Aikaisemmista tutkimuksista tiedetään, että päihdeongelmat heikentävät merkittävästi osallistumisaktiivisuutta väestötutkimuksiin (Haapea ym. 2008). Terveys 2000 -tutkimuksessa alkoholi-diagnoosin saaneiden kuolleisuus oli myös muita osallistuneita suurempi (Markkula ym. 2012). Tilastollisessa analyysissä käytettyjen painokertoimien avulla on pyritty korjaamaan kasvaneen kadon mahdollisesti aiheuttamaa vääristymää tuloksissa, mutta vielä ei voida luotettavasti arvioida, miten hyvin painokertoimien avulla on saatu korjattua kadon aiheuttamaa harhaa. Toisaalta kuormittuneisuuden osalta tulokset ovat samansuuntaisia kuin laajoissa suomalaisissa Kunta 10- ja sairaalahenkilöstön hyvinvointitutkimuksissa (Oksanen 2012), joissa työstressin on havaittu vähentyneen.

Vanhukset raportoivat paljon ajankohtaisia masennus- ja ahdistuneisuusoireita, mutta saivat harvoin masennushäiriödiagnoosin. Kansainvälisissä tutkimuksissa on myös havaittu sama ristiriita kyselylomakkeessa raportoitujen oireiden ja haastattelututkimukseen perustuvien diagnoosien välillä (O'Connor & Parslow 2009). Psykkisen kuormittuneisuuden ja ajankohtaisen masennus- ja ahdistusoireilun mittarit saattavatkin antaa luotettavamman kuvan vanhusten mielenterveydestä kuin CIDI-diagnoosit (O'Connor & Parslow 2009; O'Connor & Parslow 2010). Palvelujen käyttöä koskevassa

kysymyksessä todettiin vanhusten käyttävän vähän palveluja mielenterveysongelmien takia, kun taas nuorissa ikäryhmissä avun hakeminen oli yleisempää. Myönteinen vanhusten mielenterveyttä koskeva havainto oli, että vaikka psyykinen kuormittuneisuus oli vanhuksilla yleisintä, merkittävästä psyykkisestä kuormittuneisuudesta kärsivien osuus oli pienentynyt eniten vanhimmassa ikäryhmässä vuoteen 2000 verrattuna. Tämä tulos on sopusoinnussa luvussa 13 esiteltävien elämänlaatua koskevien havaintojen kanssa.

### Johtopäätökset

Väestön mielenterveys vaikuttaa kehittyneen suotuisaan suuntaan. Masennushäiriöiden esiintyvyys on kuitenkin pysynyt samalla tasolla. Vanhukset oireilevat runsaasti mutta saavat mahdollisesti monimutkaiseksi koetussa haastattelussa harvoin masennusdiagnoosin. Vanhusten kohdalla tilanteen tekee huolestuttavaksi se, että he hakevat oireiluun apua harvoin. Viimeaikaisen tutkimuksen mukaan yksinäisyys sekä läheisten ihmisten ja lähiympäristön tuen puute altistavat masennukselle ja psyykkiselle kuormitukselle (Forsman ym. 2011a), ja toisaalta sosiaalisen aktiivisuuden lisäämiseen tähtäävät toimenpiteet vähentävät vanhusten masennusoireita (Forsman ym. 2011b). Vanhusten kohdalla mielenterveyttä edistävään ja mielenterveyshäiriöitä ennaltaehkäisevään työhön pitää panostaa nykyistä enemmän.

## 8.5 Suunterveys

*Liisa Suominen, Miira Vehkalahti ja Matti Knuuttila*

### Päätulokset

- Neljä viidesosaa naisista ja yli puolet miehistä harjasi hampaansa kahdesti päivässä tai useammin. Verrattuna vuoteen 2000 aiempaa useampi harjasi hampaansa vähintään kahdesti päivässä.
- Kolme neljäsosaa suomalaisista arvioi suunsa terveyden hyväksi. Vuoteen 2000 verrattuna koettu suunterveys oli parantunut.
- Joka kymmenennellä 30 vuotta täyttäneellä suomalaisella ei ole lainkaan omia hampaita. Hampaattomuuden yleisyys on vähentynyt selvästi.
- Kariesta oli noin joka viidennellä pohjois- ja eteläsuomalaisista, miehillä yleisemmin (28 %) kuin naisilla (14 %).
- Iensairauksia oli lähes kahdella kolmasosalla pohjois- ja eteläsuomalaisista miehistä ja yli puolella naisista. Jo 30–44-vuotiaiden keskuudessa iensairaudet olivat huolestuttavan yleisiä niin naisilla (43 %) kuin miehilläkin (57 %).

### Menetelmät

Suunterveyttä ja omahoitoa sekä hammashoitopalvelujen käyttöä koskevat tiedot kerättiin koko maan osalta haastattelussa ja kyselyissä. Suun kliininen tutkimus tehtiin vain Helsingin seudulla ja Pohjois-Suomessa (Helsingin ja Oulun kenttäryhmien tutkimuspaikkakunnilla, ks. liite 3). Tässä luvussa kuvataan haastatteluun perustuvia tietoja hampaiden harjaamisesta, hammashoidossa käynnistä ja suunterveydestä. Kliinisen tutkimuksen havaintoina esitetään tiedot hampaiden lukumäärästä sekä kariksen ja iensairauksien yleisyydestä Helsingin seudulla ja Pohjois-Suomessa. Tiedot hammashoidossa käymisestä esitetään luvussa 14.5. Koko maata koskevia tuloksia verrataan Terveys 2000 -tutkimuksessa 11 vuotta aiemmin kerättyihin vastaaviin tietoihin (Nordblad ym. 2002; Suominen-Taipale ym. 2004).

### Tulokset

Naisista 81 prosenttia ja miehistä 53 prosenttia sanoi harjaavansa hampaansa vähintään kahdesti päivässä (taulukko 8.5.1). Työikäisillä nämä luvut olivat 83 ja 55 prosenttia ja 65 vuotta täyttäneillä 75 ja 47 prosenttia.

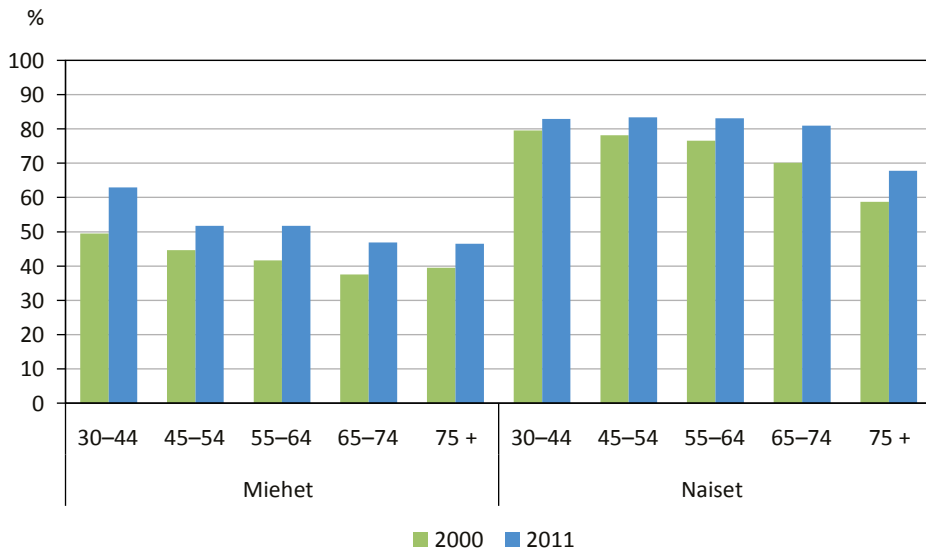
Taulukko 8.5.1. Hampaansa kahdesti päivässä tai useammin harjaavien osuus (%).

|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| Miehet         | 63,0  | 51,8  | 51,7  | 46,8  | 46,5 | 52,9              |
| Naiset         | 82,9  | 83,4  | 83,1  | 81,0  | 67,8 | 80,8              |
| p <sup>2</sup> |       |       |       |       |      | 0,005             |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Hampaiden harjaaminen vähintään kaksi kertaa päivässä oli vuonna 2011 yleisempää kuin 11 vuotta aiemmin (kuvio 8.5.1 ja liitetaulukko 8.5.1). Naisilla kasvua oli kuusi ja miehillä kymmenen prosenttiyksikköä. Suurin muutos havaittiin 30–44-vuotialla miehillä. Heistä 63 prosenttia harjasi hampaansa vähintään kahdesti päivässä, kun 11 vuotta aiemmin luku oli 50 prosenttia.

Kuvio 8.5.1. Hampaansa kahdesti päivässä tai useammin harjaavien osuus (%) vuosina 2000 ja 2011.



Naisista 79 prosenttia ja miehistä 71 prosenttia arvioi suunterveytensä tutkimushetkellä hyväksi tai melko hyväksi (taulukko 8.5.2). Vastaavat luvut työikäisillä naisilla ja miehillä olivat 81 ja 73 prosenttia sekä 65 vuotta täyttäneillä 74 ja 66 prosenttia.



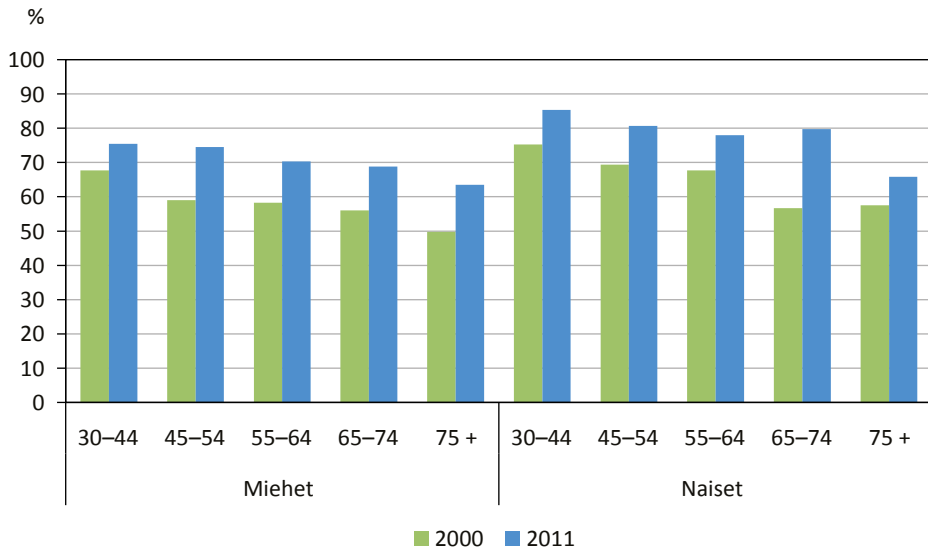
Taulukko 8.5.2. Suunsa terveyden hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus (%).

|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| Miehet         | 75,5  | 74,5  | 70,3  | 68,8  | 63,5 | 71,2              |
| Naiset         | 85,4  | 80,7  | 78,0  | 79,8  | 65,9 | 79,1              |
| p <sup>2</sup> |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

Hyväksi tai melko hyväksi suunterveytensä kokevien osuus oli vuonna 2011 selvästi suurempi kuin Terveys 2000 -tutkimuksen aikaan, jolloin se oli naisilla 68 prosenttia ja miehillä 60 prosenttia (kuvio 8.5.2 ja liitetaulukko 8.5.1).

Kuvio 8.5.2. Suunsa terveyden hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus (%) vuosina 2000 ja 2011.



Haastattelussa kerättyjen tietojen mukaan joka kymmenennellä 30 vuotta täyttäneellä ei ollut lainkaan omia hampaita, ero naisten (10 %) ja miesten (9 %) välillä oli pieni (taulukko 8.5.3). Sen sijaan ikäryhmien väliset erot olivat hyvin suuret. Alle 55-vuotiaista hampaattomia oli vähemmän kuin yksi prosentti, 55–64-vuotiaista noin seitsemän prosenttia ja 65–74-vuotiaista joka kuudes. 75 vuotta täyttäneistä miehistä hampaattomia oli 29 prosenttia ja naisista lähes puolet.

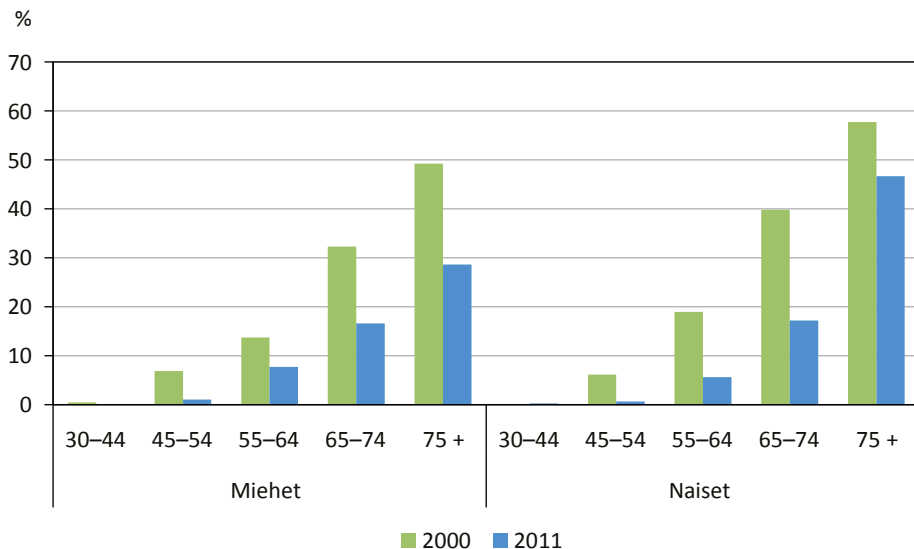
Taulukko 8.5.3. Haastattelussa ilmoitetun hampaattomuuden yleisyys (%).

|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| Miehet         | 0,0   | 1,0   | 7,7   | 16,6  | 28,7 | 8,9               |
| Naiset         | 0,2   | 0,6   | 5,6   | 17,2  | 46,7 | 10,4              |
| p <sup>2</sup> |       |       |       |       |      | 0,001             |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Hampaattomuus oli 11 vuoden aikana vähentynyt selvästi sekä naisten että miesten keskuudessa (kuvio 8.5.3 ja liitetaulukko 8.5.1). Vuonna 2011 hampaattomien osuus oli esimerkiksi 55–64-vuotiaiden keskuudessa käytännöllisesti katsoen sama kuin se oli vuonna 2000 kymmenen vuotta nuoremmissa 45–54-vuotiaiden ikäryhmässä. Tulokset osoittavat, että hampaiden poistaminen on 2000-luvulla ollut erittäin harvinaista.

Kuvio 8.5.3. Haastattelussa ilmoitetun hampaattomuuden yleisyys (%) vuosina 2000 ja 2011.



Joka neljäs haastateltu sanoi, että hänellä oli irrotettava koko- tai osaproteesi (taulukko 8.5.4). Alle 45-vuotiaista juuri kenelläkään ei ollut irrotettavia hammasproteeseja, 45–54-vuotiaistakin vain muutamalla prosentilla, mutta 55–64-vuotiaista joka neljänellä, 65–74-vuotiaista joka toisella ja 75 vuotta täyttäneistä kahdella kolmasosalla.

Taulukko 8.5.4. Irrotettavia hammasproteeseja käyttävien osuus (%) haastattelun mukaan.

|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| Miehet         | 1,5   | 5,7   | 26,5  | 48,0  | 60,2 | 24,1              |
| Naiset         | 0,4   | 3,2   | 26,7  | 47,4  | 69,9 | 24,5              |
| p <sup>2</sup> |       |       |       |       |      | 0,016             |

<sup>1</sup> ikävakiointu<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Irrotettavia hammasproteeseja oli nyt selvästi vähemmän kuin 11 vuotta sitten (liitetaulukko 8.5.1). Kokoproteeseja käyttäviä oli vuonna 2011 8–9 prosenttia ja Terveys 2000 -tutkimuksessa 15–17 prosenttia. Osaproteesia käyttäviä naisia oli 12 ja miehiä 14 prosenttia, kun vuonna 2000 heitä oli 19 ja 20 prosenttia. Osaproteesien yleisyys kasvoi 65 vuotta täyttäneillä miehillä hieman ja oli 31 prosenttia vuonna 2011, kun vuoden 2000 luku oli 28 prosenttia. Samanikäisillä naisilla luvut pysyivät lähes ennallaan (27 % vuonna 2011 ja 26 % vuonna 2000).

Noin 90 prosenttia Pohjois-Suomessa ja Helsingin seudulla kliinisesti tutkituista täytti Maailman Terveysjärjestön (WHO) asettaman toimivan hampaiston kriteerin, 20 hammasta. Vajaa puolet 65 vuotta täyttäneistä täytti tuon kriteerin. Naisten (46 %) ja miesten (48 %) välillä ei ollut merkittävää eroa.

Pohjois-Suomessa ja Helsingin seudulla kliinisesti tutkituilla, hampaattomat mukaan lukien, oli keskimäärin 22,7 hammasta, nuorimmilla muita enemmän. Ikäryhmästä riippumatta hampaiden määrä oli naisilla ja miehillä jokseenkin sama. Vain vanhimmassa, 75 vuotta täyttäneiden ryhmässä sukupuolten välillä oli eroa, kun naisilla oli keskimäärin 10 ja miehillä 12 hammasta. (Taulukko 8.5.5).

Taulukko 8.5.5. Hampaiden lukumäärä etelä- ja pohjois-suomalaisilla<sup>1</sup> suun kliinisen tutkimuksen mukaan.

|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>2</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| Miehet         | 28,1  | 26,7  | 20,6  | 17,0  | 12,3 | 22,7              |
| Naiset         | 28,0  | 26,5  | 21,4  | 17,4  | 9,9  | 22,7              |
| p <sup>3</sup> |       |       |       |       |      | 0,911             |

<sup>1</sup> Helsinki, Iisalmi, Kajaani, Kemi, Kokkola, Kuusamo, Nivala, Oulu, Porvoo, Pyhäjärvi, Raaha, Rovaniemi, Sodankylä, Taivalkoski, Utsjoki, Uusikaarlepyy, Vaasa ja Ylivieska<sup>2</sup> ikävakiointu<sup>3</sup> sukupuolten välinen tasoero

Kariesta sairastaviksi katsottiin tutkitut, joilla oli ainakin yhdessä hampaassa kariesta (reikä). Kariesta sairasti Pohjois-Suomessa ja Helsingin seudulla joka viides hampaallinen, naiset (14 %) harvemmin kuin miehet (28 %). Ikäryhmien välinen vertailu osoitti, että karies oli yleisintä 75 vuotta täyttäneillä, niin naisilla (23 %) kuin miehillä (51 %) ja vähäisintä 55–64-vuotiailla (13 % ja 23 %). (Taulukko 8.5.6.)

Taulukko 8.5.6. Kariesen ja iensairauksien esiintyvyys (%) etelä- ja pohjois-suomalaisilla<sup>1</sup> suun kliinisen tutkimuksen mukaan.

|   | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>2</sup> |
|---|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Karies</b>                                       |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet  | 29,2  | 31,6  | 23,0  | 19,3  | 50,6 | 28,2              |
| Naiset  | 14,8  | 14,2  | 12,6  | 10,7  | 23,3 | 14,1              |
| p <sup>3</sup>                                      |       |       |       |       |      | < 0,001           |
| <b>Iensairaus (ientaskun syvyys vähintään 4 mm)</b> |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet  | 56,5  | 70,9  | 76,2  | 79,2  | 85,3 | 70,0              |
| Naiset  | 42,8  | 58,7  | 62,8  | 58,9  | 70,5 | 55,6              |
| p <sup>3</sup>                                      |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> Helsinki, Iisalmi, Kajaani, Kemi, Kokkola, Kuusamo, Nivala, Oulu, Porvoo, Pyhäjärvi, Raahе, Rovaniemi, Sodankylä, Taivalkoski, Utsjoki, Uusikaarlepyy, Vaasa ja Ylivieska

<sup>2</sup> ikävakioitu

<sup>3</sup> sukupuolten välinen tasoero

Karieshampaiden lukumäärä oli naisilla keskimäärin 0,3 ja miehillä 0,7 hammasta. Naisilla keskiarvot eri ikäryhmissä vaihtelivat välillä 0,2–0,3. Miehillä pienin keskiarvo oli 0,6 ja suurin 1,2. Se havaittiin 75 vuotta täyttäneillä.

Iensairauksia katsottiin olevan niillä hampaallisilla, joilla oli syventynyt (vähintään 4 mm) ientasku ainakin yhdessä hampaassa. Iensairauksia oli Pohjois-Suomessa ja Helsingin seudulla kahdella kolmasosalla, naisilla (56 %) harvemmin kuin miehillä (70 %). Iensairaudet olivat alle 45-vuotiailla hieman harvinaisempia ja 75 vuotta täyttäneillä puolestaan yleisempiä kuin 45–74-vuotiailla. Syventyneitä ientaskuja oli keskimäärin 4,4 hampaassa, miehillä 5,4 ja naisilla 3,4 hampaassa.

## Johtopäätökset

Myönteisiä muutoksia voitiin todeta niin hampaiden harjaamisen kuin itse arvioidun suunterveyden ja hampaattomuuden yleisyyden suhteen. Iensairaudet ovat edelleenkin hyvin yleisiä. Erityinen huolenaihe on iensairauksien runsas esiintyminen jo varhaisessa keski-ikässä, 30–44-vuotiaiden ikäryhmässä.

# 9 TAPATURMIEN AIHEUTTAMAT PYSYVÄT VAMMAT

Anne Lounamaa ja Markku Heliövaara

## Päätulokset

- Joka kymmenes tutkimukseen osallistuneista ilmoitti lääkärin toteaman pysyvän vamman.
- Vammojen yleisyys oli 75 vuotta täyttäneiden ryhmässä kaksinkertainen 30–44-vuotiaisiin verrattuna.
- Vammat olivat miehillä kaksi kertaa niin yleisiä kuin naisilla.
- Vuonna 2011 haastateltavilla oli merkittävästi vähemmän tapaturmien aiheuttamia pysyviä vammoja kuin vuonna 2000.

## Menetelmät

Tutkittavilta kysyttiin haastattelussa, onko heillä lääkärin toteamaa tapaturman aiheuttamaa pysyvää vammaa. Niiltä, jotka ilmoittivat jonkin vamman, tiedusteltiin tarkemmin vamman sijaintia.

## Tulokset

Tutkimukseen osallistuneista 30 vuotta täyttäneistä suomalaisista kymmenen prosenttia ilmoitti, että heillä on lääkärin toteama tapaturmasta johtuva pysyvä vamma. Kaikissa ikäryhmissä vammat olivat huomattavasti yleisempiä miehillä kuin naisilla (taulukko 9.1). Yleisimpiä tapaturman aiheuttamat vammat olivat 75 vuotta täyttäneillä miehillä, joista joka viides ilmoitti pysyvästä vammasta, jonka he määrittelevät tapaturman jälkitilaksi. Vammautuneiden osuus suureni iän myötä. Ainoan poikkeuksen muodostivat 30–44-vuotiaat naiset, jotka ilmoittivat pysyvästä vammasta useammin kuin heitä vanhemmat 45–64-vuotiaat naiset.

Taulukko 9.1. Lääkärin toteaman tapaturmasta johtuvan pysyvän vamman yleisyys (%) tutkittavan oman ilmoituksen perusteella.

|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| Miehet         | 9,0   | 11,9  | 13,6  | 15,4  | 20,2 | 13,2              |
| Naiset         | 6,2   | 3,9   | 5,6   | 9,4   | 13,1 | 7,0               |
| p <sup>2</sup> |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

Pysyvät vammat olivat yleisimmin ylä- tai alaraajavammoja. Nekin olivat – lonkkamurtumaa lukuun ottamatta – yleisempiä miehillä kuin naisilla (taulukko 9.2). Pysyvät yläraajan ja alaraajan vammat olivat yhtä yleisiä: lähes viisi prosenttia miehistä ja runsaat kaksi prosenttia naisista ilmoitti pysyvän yläraajavamman ja yhtä suuri osa pysyvän alaraajavamman.

Taulukko 9.2. Lääkärin toteaman tapaturmasta johtuvan pysyvän ylä- tai alaraajavamman yleisyys (%) tutkittavan oman ilmoituksen perusteella.

|                                     | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|-------------------------------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Pysyvä yläraajavamma</b>         |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet                              | 3,6   | 4,8   | 5,4   | 4,5   | 6,6  | 4,8               |
| Naiset                              | 1,7   | 0,9   | 2,3   | 3,7   | 5,3  | 2,5               |
| p <sup>2</sup>                      |       |       |       |       |      | 0,024             |
| <b>Lonkkamurtuman jälkitila</b>     |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet                              | 0,0   | 0,4   | 0,4   | 0,5   | 1,0  | 0,4               |
| Naiset                              | 0,0   | 0,1   | 0,4   | 0,2   | 1,2  | 0,3               |
| p <sup>3</sup>                      |       |       |       |       |      | 0,549             |
| <b>Muu pysyvä vamma alaraajassa</b> |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet                              | 2,3   | 3,8   | 4,5   | 6,6   | 5,8  | 4,2               |
| Naiset                              | 2,3   | 2,3   | 1,6   | 3,8   | 2,8  | 2,4               |
| p <sup>3</sup>                      |       |       |       |       |      | 0,001             |

<sup>1</sup> ikävakioitu (lonkkamurtuman jälkitilan osalta ikä jatkuvana muuttujana)<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus<sup>3</sup> sukupuolten välinen tasoero

Verrattuna vuonna 2000 toteutettuun tutkimukseen tapaturmasta johtuvan pysyvän vamman yleisyys oli pienentynyt miehillä 19 prosentista 13 prosenttiin ja naisilla yhdeksästä prosentista seitsemään prosenttiin (liitetaulukko 9.1). Vammat vähenivät kai-

kissa ikäryhmissä lukuun ottamatta nuorinta naisten ikäryhmää, jossa lääkärin toteamia pysyviä tapaturmasta johtuvia vammoja ilmoitettiin vuonna 2011 (6,2 %) hieman enemmän kuin vuonna 2000 (5,3 %).

### Pohdinta

Tässä tutkimuksessa tapaturmien aiheuttamia terveyden menetyksiä mitattiin kysymällä pysyvistä tapaturmien aiheuttamista vammoista. Kehityssuunta on myönteinen, kun vuonna 2011 kerättyjä tietoja verrataan 11 vuotta aiemmin vastaavalla tavalla kerättyihin tietoihin. Tutkimus vahvistaa rekisteriaineistoihin ja Kansallinen UHRI -tutkimukseen perustuvia tuloksia. Kuolemansyytilaston mukaan tapaturmakuolleisuus lisääntyi vuodesta 1980 lähtien, mutta muutossuunta tasaantui ja kääntyi laskuun 2000 luvulla (Kuolemansyyt 2010; Piste tapaturmille -sivusto 2012). Kansallisia UHRI-tutkimuksia on toteutettu vuodesta 1988 lähtien. Tutkimuksissa kysytään 15 vuotta täytäneiltä suomalaisilta tapaturman tai väkivallan uhriksi joutumisesta. Ensimmäisestä tutkimuksesta lähtien jokaisessa uudessa tutkimuksessa erityisesti liikunnan yhteydessä ja kotona sattuneet tapaturmat ovat lisääntyneet. Vuonna 2009 toteutetun Kansallisen UHRI-tutkimuksen mukaan kotona ja vapaa-ajalla sattuvien tapaturmien (noin 80 prosenttia kaikista tapaturmista), kasvusuunta näyttää taittuneen (Haikonen & Lounamaa 2010).

Tässä tutkimuksessa saatu viite nuorten naisten pysyvien tapaturmista johtuvien vammojen mahdollisesta lisääntymisestä on kiinnostava. Myös vuonna 2009 toteutetun Kansallisen UHRI-tutkimuksen mukaan suomalaisten miesten ja naisten välinen ero vammojen yleisyydessä saattaa nuoremmissa ikäryhmissä olla kaventumassa (Haikonen & Lounamaa 2010), mikä johtunee ainakin osittain naisten liikuntatapaturmien yleistymisestä.

### Johtopäätökset

Myönteisestä kehityksestä huolimatta tapaturmien aiheuttamat pysyvät vammat olivat sängen yleisiä vuonna 2011. Jatkotutkimuksissa on tarkemmin selvitettävä pysyvien vammojen ilmaantuvuudessa tapahtunutta muutosta eri väestöryhmissä. Tapaturmien pitkäaikaisista seuraamuksista on Suomessa niukalti tietoa, joten jatkotutkimuksissa on syytä selvittää tapaturmien aiheuttamien pysyvien vammojen vaikutusta toimintakykyyn ja erityisesti iäkkäillä apuvälineiden ja palvelujen käyttöön.

# 10 LISÄÄNTYMISTERVEYS

## 10.1 Raskauden ehkäisy, raskaudet ja lasten hankinta

*Päivikki Koponen, Reija Klemetti, Riitta Luoto, Pirkko Alha ja Heljä-Marja Surcel*

### Päätulokset

- Tahatonta lapsettomuutta raportoi kokeneensa jossain elämänsä vaiheessa lähes viidennes 30–69-vuotiaista naisista ja noin joka kymmenes mies. Vuoteen 2000 verrattuna tahaton lapsettomuus oli yleistynyt sekä naisilla että miehillä.
- Kolmasosalla ainakin kerran raskaana olleista naisista oli vähintään yhden raskauden aikana todettu jokin raskauskomplikaatio (kohonnut verenpaine, toksemia, valkuaista virtsassa tai kohonneet verensokeriarvot).

Raskauden ehkäisymenetelmien käytöstä, etenkin miesten käyttämästä ehkäisystä on Suomessa vähän väestötason tietoa, vaikka ehkäisymenetelmien valinnalla voi olla useita terveys- ja hyvinvointivaikutuksia (esim. infektioitautien ehkäisy, lasten hankinnan ajoitus). Myös tahattoman lapsettomuuden yleisyydestä etenkin miesten osalta on vain vähän aiempaa väestötutkimustietoa.

Raskausaikaisiin komplikaatioihin kuuluvat kohonnut verenpaine, kohonneet verensokeriarvot, raskausdiabetes sekä toksemia (raskausmyrkytys), jossa verenpaine on koholla 20 raskausviikon jälkeen ja tilaan liittyy myös valkuaisvirtsaaisuus. Raskausajan komplikaatiot lisäävät lähes kolmenkymmenen prosentin verran myöhempää sydän- ja verisuonitautien riskiä (Fraser ym. 2012).

### Menetelmät

Haastattelussa esitettiin miehille kysymykset lasten lukumäärästä, lapsettomuuskokemuksesta ja raskauden ehkäisymenetelmien käytöstä. Naisille esitettiin näiden lisäksi kysymyksiä synnytyksistä, imetyksestä, raskauskomplikaatioista, keskenmenoista ja raskaudenkeskeytyksistä. Raskauksia koskevat kysymykset esitettiin alle 55-vuotiaille naisille.

Ehkäisymenetelmien käytöstä kysyttiin kaikilta alle 55-vuotiailta miehiltä ja naisilta. Menetelmät tarkennettiin vastaajan itsensä tai hänen kumppaninsa nykyisin tai viime aikoina käyttämiin raskauden ehkäisymenetelmiin, joita voitiin ilmoittaa useita.

Lapsettomuuskokemusta ja hedelmöityshoitoihin hakeutumista koskevat kysymykset esitettiin alle 70-vuotiaille miehille ja naisille. Lapsettomuuskokemus määriteltiin ajanjaksoksi, jolloin henkilö on yrittänyt saada lasta, mutta ei ole onnistunut tai onnistumiseen on kulunut aikaa yli 12 kuukautta.



## Tulokset

Noin viidennes 30–44-vuotiaista miehistä (21 %) ja naisista (22 %) ilmoitti käytössä olleen hormonaalisen ehkäisymenetelmän (naisten ehkäisytabletti, -rengas tai -laastari) (taulukko 10.1.1). Kierukan käyttö oli tässä ikäryhmässä hieman hormonaalista ehkäisyä yleisempää erityisesti naisten raportoimana (21 % miehistä ja 25 % naisista), sen sijaan miehet (27 %) raportoivat naisia (21 %) useammin kondomin käytöstä ehkäisymenetelmänä. Hormonaalisen ehkäisyn ja kondomin käyttö oli 45–54-vuotiaiden keskuudessa selvästi harvinaisempaa kuin 30–44-vuotiaiden ryhmässä, etenkin naisilla. Sen sijaan kierukkaa käytettiin kummassakin ikäryhmässä yhtä yleisesti.

Taulukko 10.1.1. Eri ehkäisymenetelmiä käyttävien osuus (%).

|  | 30–44 | 45–54 | 30–54 <sup>1</sup> |
|--|-------|-------|--------------------|
| <b>Ehkäisytabletti, -rengas tai -laastari</b>    |       |       |                    |
| Miehet   | 20,6  | 10,7  | 15,8               |
| Naiset   | 21,8  | 3,3   | 12,8               |
| p <sup>2</sup>                                   |       |       | < 0,001            |
| <b>Kierukka (tavallinen tai hormonikierukka)</b> |       |       |                    |
| Miehet   | 21,2  | 22,4  | 21,8               |
| Naiset   | 25,3  | 26,6  | 25,9               |
| p <sup>3</sup>                                   |       |       | 0,031              |
| <b>Kondomi</b>                                   |       |       |                    |
| Miehet   | 26,9  | 16,5  | 21,8               |
| Naiset   | 20,7  | 6,8   | 13,9               |
| p <sup>2</sup>                                   |       |       | 0,018              |

<sup>1</sup> ikäväkioitu

<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

<sup>3</sup> sukupuolten välinen tasoero

Ehkäisytablettien keskimääräinen käyttöaika (nykyinen ja aiemmat käyttöjaksot yhteensä) oli naisilla 8 vuotta. Hormonikierukan keskimääräinen käyttöaika naisilla oli 2,6 vuotta.

Tahatonta lapsettomuutta raportoitiin jossain elämänsä vaiheessa 19 prosenttia naisista ja 11 prosenttia miehistä (taulukko 10.1.2). Vuoteen 2000 verrattuna tahaton lapsettomuus oli yleistynyt sekä naisilla että miehillä, mutta naisilla yleistyminen ilmeni 55 vuotta täyttäneiden ryhmässä ja miehillä puolestaan alle 55-vuotiaiden ryhmässä (kuva 10.1.1 ja liitetaulukko 10.1.1). Sekä vuonna 2000 että vuonna 2011 tahaton lapsettomuus oli naisten raportoimana selvästi yleisempää kuin miesten. Tahaton lapsettomuus oli naisilla kumpanakin ajankohtana ja miehillä vuonna 2011 sitä yleisempää, mitä nuoremasta ikäryhmästä oli kyse.

Taulukko 10.1.2. Tahattoman lapsettomuuden<sup>1</sup> yleisyys (%).

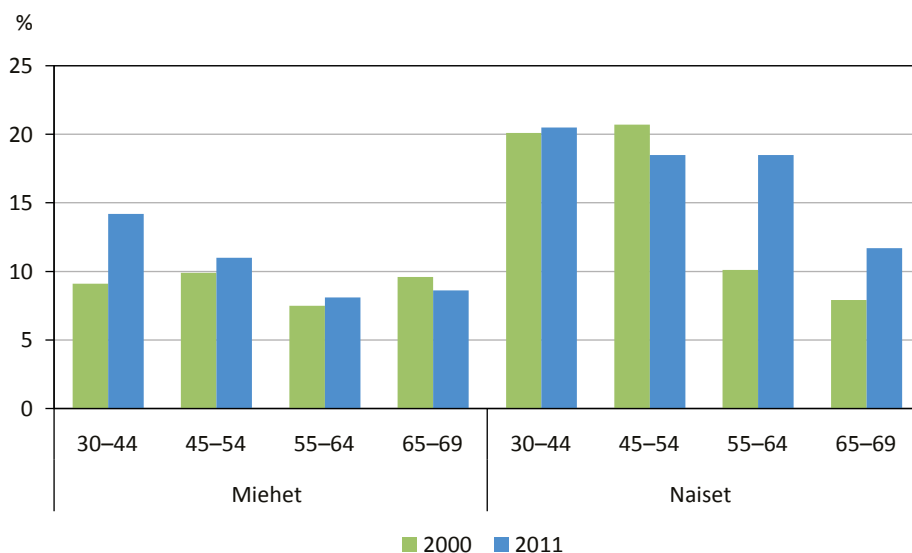
|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–69 | 30–69 <sup>2</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|--------------------|
| Miehet         | 14,2  | 11,0  | 8,1   | 8,6   | 10,9               |
| Naiset         | 20,5  | 18,5  | 18,5  | 11,7  | 18,4               |
| p <sup>3</sup> |       |       |       |       | < 0,001            |

<sup>1</sup> vähintään yksi vuosi tuloksetonta raskauden yrittämistä jossakin vaiheessa elämää

<sup>2</sup> ikävakioitu

<sup>3</sup> sukupuolten välinen tasoero

Kuvio 10.1.1. Tahattoman lapsettomuuden yleisyys (%) vuosina 2000 ja 2011.



Kaikista 30–54-vuotiaista naisista 18 prosenttia kertoi, että heille oli tehty ainakin yksi raskauden keskeytys (taulukko 10.1.3). Ainakin yhden spontaanin raskauden keskenmenon oli kokenut 23 prosenttia naisista ja ainakin yksi synnytys oli 79 prosentilla. Raskaudenkeskeytysten ja keskenmenojen yleisyys ei ollut muuttunut vuodesta 2000, mutta synnyttäneiden osuus oli pienentynyt 30–44-vuotiaiden ryhmässä 80 prosentista 73 prosenttiin (liitetaulukko 10.1.2).

Taulukko 10.1.3. Raskauden keskeytyksen, keskenmenon ja synnytyksen kokoneiden osuudet kaikista naisista (%).

|                     | 30–44 | 45–54 | 30–54 <sup>1</sup> |
|---------------------|-------|-------|--------------------|
| Raskauden keskeytys | 17,9  | 18,6  | 18,2               |
| Keskenmeno          | 19,8  | 25,8  | 22,7               |
| Synnytys            | 72,8  | 86,0  | 79,2               |

<sup>1</sup> ikävakioitu

Kolmasosalla ainakin kerran raskaana olleista naisista oli vähintään yhden raskauden aikana todettu jokin raskauskomplikaatio (kohonnut verenpaine, toksemia, valkuaista virtsassa tai kohonneet verensokeriarvot) (taulukko 10.1.4). Yleisin raportoitu raskauskomplikaatio oli verensokeriarvojen kohoaminen, joka oli todettu 17 prosentilla. Kohonnut verenpaine oli todettu 16 prosentilla ja valkuaista virtsassa 15 prosentilla raskaana olleista naisista. Toksemia (raskausmyrkytys) oli todettu kuudella prosentilla raskaana olleista 30–54-vuotiaista naisista. Raskauskomplikaatioiden yleisyys ei ollut muuttunut vuodesta 2000 (liitetaulukko 10.1.3).

Taulukko 10.1.4. Raskauskomplikaation<sup>1</sup> ainakin yhden raskauden aikana kokeneiden osuus kaikista raskaana olleista naisista (%).

| 30–44 | 45–54 | 30–54 <sup>2</sup> |
|-------|-------|--------------------|
| 35,8  | 29,7  | 32,7               |

<sup>1</sup> raskausmyrkytys (toksemia), kohonnut verenpaine, valkuaista virtsassa ja/tai kohonneet verensokeriarvot

<sup>2</sup> ikävakioitu

Alle 55-vuotiailla naisilla oli keskimäärin 1,8 synnytystä. Alle 70-vuotiailla miehillä oli keskimäärin 1,8 ja naisilla 1,9 elossa olevaa lasta, mukaan lukien adoptiolapset, sijaisvanhemmuus ja muut ”ei-biologiset” lapset. Ensimmäistä lastaan olivat 30–44-vuotiaat naiset imettäneet keskimäärin 8,1 ja 45–54-vuotiaat 7,7 kuukautta, kun mukaan luetaan myös osittainen imetys lapsen muun ruokinnan ohella.

## Pohdinta

Syntymärekisterin mukaan raskauden keskeytysten lukumäärä on pysynyt vakaana 2000-luvulla (Raskaudenkeskeytykset 2011). Tämä on sopusoinnussa edellä esitettyjen tulosten kanssa, joiden mukaan raskauden keskeytyksen kokeneiden naisten osuus on pysynyt samalla tasolla. Ensisynnyttäjien keski-ikä oli 27,6 vuonna 2001 ja 28,4 vuonna 2011 (Perinataaltilasto 2011). Ensisynnytyksiän nousu näkyy myös Terveys 2000 ja 2011 -tutkimusten synnyttäneiden osuudessa.

Tahattoman lapsettomuuden yleisyydestä ei saada tietoa mistään rekisteristä, sillä hoitoihin hakeutuu vain osa tahattomasti lapsettomista (Koponen & Luoto 2004). Tässä tutkimuksessa havaitut miesten ja naisten väliset erot tahattoman lapsettomuuden yleisyydessä voivat johtua siitä, kuinka avoimesti lapsettomuuskokemuksesta halutaan kertoa tai kuinka suuri merkitys tahattomalla lapsettomuudella on naiselle ja miehelle. Jo Terveys 2000 -tutkimus antoi viitteitä tahattoman lapsettomuuden yleistymisestä (Koponen & Luoto 2004; Klemetti ym. 2010). Vuoden 2011 aineisto vahvistaa tätä käsitystä. Tahattoman lapsettomuuden yleistyminen voi johtua suurelta osin siitä, että lapsen hankkimista lykätään myöhemmälle iälle, jolloin raskauden alkamistodennäköisyys on pienempi kuin nuorempana. Tämä näkyy myös siinä, että vähintään kerran synnyttäneiden osuus 30–44-vuotiaista väheni vuodesta 2000 vuoteen 2011. Synnytys-

iän nousuun voi liittyä myös joidenkin raskausaikaisten komplikaatioiden (kohonnut verenokeriarvot ja toksemia) lievä yleistyminen (Koponen & Luoto 2004). Synnytysian nousun vaikutusten arvioiminen edellyttää jatkotutkimuksia myös muiden riskitekijöiden, kuten ylipainon ja lihavuuden, ja komplikaatioiden yhteyksistä.

### Johtopäätökset

Lisääntymisterveys on keskeinen osa sekä miesten että naisten terveyttä. Terveys 2000 aineistoon pohjautuvissa tutkimuksissa on todettu mm. lapsettomuuden, raskauden keskeytysten ja keskenmenojen yhteys mielenterveyteen, erityisesti pitkään jatkuneeseen masentuneisuuteen (Klemetti ym. 2010; Toffol ym. 2011). Lisäksi on tutkittu lisääntymisterveyden ja sydän- ja verisuonitautien sekä näiden riskitekijöiden yhteyksiä (Kharazmi ym. 2007; Luoto ym. 2008; Haukkamaa ym. 2009). Seurantatutkimusaineisto vuosien 2000 ja 2011 tilanteesta mahdollistaa syventäviä analyysejä näistä yhteyksistä.

## 10.2 Vaihdevuodet ja hormonikorvaushoito

*Riitta Luoto, Elina Hemminki ja Päivikki Koponen*

### Päätulokset

- Kohdunpoistoleikkaus oli tehty yli kolmannekselle 65–69-vuotiaista naisista.
- Hieman alle viidennes 30–69-vuotiaista naisista käytti hormonikorvaushoitoa joko tabletteina tai paikallisvalmisteena ja 55–64-vuotiaista kolmannes.
- Noin 60 prosenttia 55–69-vuotiaista naisista oli joko käyttänyt aiemmin hormonikorvaushoitoa tai käytti sitä tutkimushetkellä

Keski-ikä on naisten terveyden kannalta kriittinen vaihe. Vaihdevuodet tuovat mukanaan hormoniitoiminnan muutoksia, ja niillä voi olla erilaisia vaikutuksia terveyteen ja elämänlaatuun.

### Menetelmät

Haastattelussa esitettiin alle 70-vuotiaille naisille kysymyksiä kuukautisten päättymisestä, kohdun poistoista ja hormonikorvaushoidoista. Naisilta kysyttiin, olivatko he viimeksi kuluneiden kuuden kuukauden aikana käyttäneet esimerkiksi vaihdevuosien tai kuukautishäiriöiden takia hormonikorvaushoitoa tabletteina, geelinä tai laastarina. Heiltä kysyttiin myös näiden valmisteiden aiempaa käyttöä ja sitä, kuinka monen vuoden ajan yhteensä he olivat käyttäneet hormonikorvaushoitoa huomioiden myös kaikki aiemmat käyttäjaksot.

### Tulokset

Puolella niistä 30–69-vuotiaista naisista, joilla ei enää ollut kuukautisia, kuukautiset olivat loppuneet luonnollisesti, neljäsosalle oli tehty kohdunpoistoleikkaus ja neljäsosa käytti hormonikorvaushoitoa (taulukko 10.2.1). Kuukautisten loppumisikää ei voida määrittää tarkkaan, jos hormonikorvauslääkitys on aloitettu ennen kuukautisten luonnollista loppumista. Kohdunpoistoleikkaus, jossa myös molemmat munasarjat oli poistettu, oli suoritettu harvalla 30–54-vuotiaalle naiselle, mutta 15 prosentille 60–69-vuotiaista (taulukko 10.2.2). Leikkauksessa, jossa oli poistettu enintään yksi munasarja, oli ollut yksi prosentti 30–44-vuotiaista naisista mutta joka yhdeksäs 45–54-vuotiaista, joka kuudes 55–64-vuotiaista ja useampi kuin joka viides 65–69-vuotiaista naisista. Yli kolmasosalta 65–69-vuotiaista naisista oli poistettu kohtu.

Taulukko 10.2.1. Kuukautisten loppumisen syy (%).

|                                    | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–69 | 30–69 <sup>1</sup> |
|------------------------------------|-------|-------|-------|-------|--------------------|
| Luonnollisesti vaihdevuosien myötä | 3,9   | 38,9  | 61,7  | 59,3  | 51,0               |
| Leikkauksen tai sädehoidon jälkeen | 10,0  | 22,5  | 22,3  | 28,8  | 22,8               |
| Muu syy (esim. hormonilääkitys)    | 86,1  | 38,6  | 16,0  | 11,9  | 26,2               |

<sup>1</sup> ikävakioitu

Taulukko 10.2.2. Kohdunpoistoleikkauksessa olleiden osuus kaikista naisista (%).

|  | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–69 | 30–69 <sup>1</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|--------------------|
| Kohtu ja molemmat munasarjat poistettu       | 0,3   | 1,4   | 8,0   | 14,5  | 4,8                |
| Kohtu ja enintään toinen munasarja poistettu | 1,3   | 10,9  | 15,7  | 21,6  | 10,9               |

<sup>1</sup> ikävakioitu

Joka viides 30–69-vuotias nainen käytti vuonna 2011 hormonikorvaushoitoa; käyttäjien osuus oli suurin 55–64-vuotiaiden ryhmässä (33 %). Hormonikorvaushoitoa aiemmin käyttäneitä oli 65–69-vuotiaiden joukossa eniten, 37 prosenttia, ja 55–64-vuotiaiden ikäryhmässäkin joka neljäs (taulukko 10.2.3). Noin 60 prosenttia 55–69-vuotiaista naisista oli joko käyttänyt aiemmin hormonikorvaushoitoa tai käytti sitä tutkimushetkellä. 45–54-vuotiailla vastaava osuus oli 26 prosenttia ja 30–44-vuotiailla yhdeksän prosenttia. Hormonikorvaushoidon keskimääräinen käyttöaika oli 7,6 vuotta, 65–69-vuotiailla 9,5 vuotta (taulukko 10.2.4).

Taulukko 10.2.3. Hormonikorvaushoidon<sup>1</sup> yleisyys (%).

|  | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–69 | 30–69 <sup>2</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|--------------------|
| Käyttää nykyisin                           | 2,3   | 19,2  | 32,8  | 24,4  | 19,0               |
| Ei käytä nykyisin, mutta käyttänyt aiemmin | 6,3   | 6,7   | 25,8  | 36,7  | 16,3               |

<sup>1</sup> hormonikorvaushoito esim. vaihdevuosien tai kuukautishäiriöiden takia, tabletteina, geelinä tai laastarina<sup>2</sup> ikävakioitu

Taulukko 10.2.4. Hormonikorvaushoidon kesto vuosina niillä naisilla, jotka käyttävät tai ovat käyttäneet hormonikorvaushoitoa.

| 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–69 | 30–69 <sup>1</sup> |
|-------|-------|-------|-------|--------------------|
| 4,0   | 4,0   | 7,6   | 9,5   | 7,3                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

## Pohdinta

Kohdunpoistoleikkaukset ja hormonikorvaushoidon käyttö ovat edelleen yleisiä vaihdevuosi-ikäisillä naisilla. Molempien hyödyistä ja haitoista on keskusteltu vilkkaasti 2000-luvulla. Verrattuna vuoden 2000 tutkimustuloksiin kohdunpoistoleikkauksessa olleiden osuus näyttää pysyneen ennallaan vuonna 2011. Tässä raportissa on esitetty alustavia tuloksia hormonikorvaushoidon yleisyydestä ja kestosta. Koska käytettyjen valmisteiden valikoima ja niiden määrittely haastattelussa ovat hieman muuttuneet vuodesta 2000, on luotettavia muutostietoja mahdollista esittää vasta syventävien analyysien perusteella.

## Johtopäätökset

Kohdunpoistoleikkausten ja hormonikorvaushoitojen yhteyksistä vaihdevuosi-ikäisten naisten koettuun terveyteen ja hyvinvointiin, samoin kuin terveydentilaan tarvitaan syventäviä tutkimuksia. Terveys 2000- ja Terveys 2011 -tutkimusaineistot sekä vuonna 2008 kerätty keski-ikäisten naisten terveyteen syventävä postikyselyaineisto (Luoto ym. 2011) mahdollistavat tähän liittyvän monipuolisen tutkimuksen.

# 11 TOIMINTA- JA TYÖKYKY

Toimintakyky tarkoittaa ihmisen kykyä selviytyä päivittäisen elämänsä tehtävistä itseään tyydyttävällä tavalla omassa elinympäristössään. Kansainvälinen toimintakykyluokitus ICF kuvaa toimintakykyä elinjärjestelmien toimintoina, niihin perustuvina suorituksina ja näiden toimintojen ja suoritusten mahdollistamana osallistumisena yhteisön elämään. Toimintakyky on siten esimerkiksi sydän- ja verenkiertoelimistön tai aistien toimintaa, oppimista tai liikkumista, itsestä ja kodista huolehtimista, opiskelua tai työskentelyä. Yksilön toimintakyky näissä eri tehtävissä määräytyy hänen terveydentilansa, muiden yksilöllisten ominaisuuksiensa ja ympäristön vuorovaikutuksen tuloksena. (ICF 2004.)

Tietoja väestön toimintakyvystä tarvitaan terveys- ja hyvinvointipolitiikan päätöksenteon tueksi, terveyden- ja sosiaalihuollon voimavarojen ja toimenpiteiden suuntaamiseen ja väestön toiminta- ja työkyvyn kehityksen seurantaan (Toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen väestötutkimuksissa: TOIMIA-tietokanta, 2011). Terveys 2000- ja Terveys 2011 -tutkimukset tarjoavat monipuolisen ja ajantasaisen kuvan väestön toimintakyvystä ja sen muutoksista.

Tässä luvussa väestön toimintakykyä tarkastellaan fyysisen, psyykkisen, kognitiivisen ja sosiaalisen ulottuvuuden sekä siihen vaikuttavien ympäristötekijöiden kannalta. Laajasta aineistosta on nostettu esille joitakin keskeisiä tuloksia. Lisäksi joitain toimintakykytuloksia esitellään myös muiden lukujen yhteydessä.

Fyysistä toimintakykyä kuvataan luvuissa 11.1 ja 11.2, joissa tarkastellaan liikkumiskykyä, lihasvoimaa, tasapainoa, hengitys- ja verenkiertoelimistön kuntoa testeillä mitattuna sekä ihmisten omia arvioita liikkumiskyvystään. Aistitoiminnoista näköä ja kuuloa koskevia tuloksia tarkastellaan luvussa 11.3.

Luku 11.4 esittelee tuloksia kielellisestä sujuvuudesta, muistista ja oppimiskyvystä eli kognitiivisesta toimintakyvystä. Psyykkisen toimintakyvyn emotionaalista ulottuvuutta käsitellään luvussa 8.5 Psyykkiset oireet ja mielenterveyden häiriöt.

Sosiaalisen toimintakyvyn moniulotteisella käsitteellä viitataan kykyyn toimia läheisissä suhteissa ja eri yhteisöissä. Luvussa 11.5 kuvataan vuorovaikutusta, yksinäisyyttä ja tuen saamista. Sosiaalista osallistumista ja verkostoja sekä luottamusta ja vastavuoroisuutta koskevia tuloksia esitetään luvussa 12. Myös työssä selviytyminen edellyttää sosiaalista toimintakykyä (luku 11.6), samoin monista arkitoiminnoista suoriutuminen (luku 11.7). Avun saanti ja avun antaminen (luku 15) ovat vuorovaikutuksellisia prosesseja, joita voidaan tarkastella myös sosiaalisen toimintakyvyn näkökulmasta.

Työkykyä tarkastellaan luvussa 11.6. vastaajien omiin arvioihin perustuen. Luku 11.7 sisältää kuvauksen suoriutumista itsestä ja kodista huolehtimiseen liittyvistä toimista, jotka vaikeutuessaan aiheuttavat ulkopuolisen avun tarvetta (lisää luvussa 15).

Toimintakyky ei ole vain ihmisen ominaisuus, vaan se riippuu myös ympäristön myönteisistä tai kielteisistä vaikutuksista sekä apuvälinein aikaansaaduista parannuksista. Asuinympäristön toimintakykyä tukevia tai rajoittavia tekijöitä käsitellään luvussa 11.8. Apuvälineiden käytön yleisyyttä kuvataan luvussa 11.9.



## 11.1 Fyysinen toimintakyky

*Päivi Sainio, Sari Stenholm, Mariitta Vaara, Shadia Rask, Heli Valkeinen ja Taina Rantanen*

### Päätulokset

- Fyysisen toimintakyvyn ongelmat yleistyvät iän myötä, naisilla jyrkemmin kuin miehillä.
- 75 vuotta täyttäneistä naisista noin puolella ja miehistä kolmanneksella oli vaikeuksia puolen kilometrin kävelyssä ja heidän kävelynopeutensa oli hitaampi kuin liikennevalojen mitoituksessa käytetty 1,2 m/s.
- Väestön liikkumiskyky on parantunut 11 vuoden aikana. Muutos on erityisen selvä eläkeikäisillä henkilöillä.

### Menetelmät

Fyysistä toimintakykyä selvitettiin monipuolisesti erilaisilla haastattelukysymyksillä sekä lihasvoimaa, kävelynopeutta, tasapainoa ja nivelten liikkuvuutta mittaavilla testeillä. Useimmat mittaukset ja kysymykset toteutettiin samalla tavoin kuin 11 vuotta aiemmin tehdyssä Terveys 2000 -tutkimuksessa (Heistaro 2005). Omaa arviota liikkumiskyvystä kartoitettiin useilla kysymyksillä (McWhinnie 1981; Aromaa ym. 1989), joista tässä raportoidaan asunnossa liikkumista, kävelyä, portaiden nousua ja kantamista koskevat tulokset. Terveystarkastuksessa kävelynopeus mitattiin 6,1 metrin matkalla (kotona tehdyssä terveystarkastuksessa neljän metrin matkalla), joka tutkittavan tuli kävellä mahdollisimman nopeasti (Fiatarone ym. 1994; Guralnik ym. 1995a). Tuolilta nousu -testissä tutkittavan tuli nousta tuolilta 10 kertaa niin nopeasti kuin pystyi (Csuka & McCarty 1985; Guralnik ym. 1994). Tässä esitellään tulokset viiteen nousuun kuluneesta ajasta, joka on vertailukelpoinen vuonna 2000 tehdyn viiden nousun testin kanssa. Maksimaalinen puristusvoima mitattiin kahdesti dominoivasta kädestä puristusvoimamittarilla (Jamar/Saehan). Jos kahden ensimmäisen suorituksen ero oli yli 10 prosenttia, tehtiin myös kolmas mittaus. Tässä yhteydessä raportoidaan parhaan tuloksen keskiarvot. Fyysistä toimintakykyä kuvataan myös luvussa 11.2, jossa ns. liikunta-alaotokseen kuuluville tehtiin sarja terveystutkimuksia, jotka mittaavat mm. nopeusvoimaa, tasapainoa ja aerobista kestävyyttä. Lisäksi luvussa 8.3 kuvataan yläraajojen liikkuvuutta ja kyykistystä.

## Tulokset

Noin joka kymmenes 30 vuotta täyttänyt suomalainen koki vaikeuksia puolen kilometrin kävelyssä tai yhden kerrosvälin portaiden nousussa. 75 vuotta täyttäneistä naisista lähes puolet ja miehistä noin kolmannes koki, etteivät he suoriudu näistä tehtävistä ilman vaikeuksia. Noin 15 prosentille 75 vuotta täyttäneistä lyhyemmätkin matkat, esimerkiksi asunnossa liikkuminen, tuottivat hankaluuksia. Miesten ja naisten välinen ero käsien voimaa edellyttävässä viiden kilon painoisen ostokassin kantamisessa 100 metriä on selkeä, sillä vain kymmenesosa 55–64-vuotiaista miehistä ilmoitti siinä vaikeuksia, kun samanikäisistä naisista sen koki vaikeaksi joka kuudes. Vastaavasti vanhimman ikäryhmän miehistä kolmannes mutta naisista selvästi yli puolet koki ostokassin kantamisessa ainakin lieviä vaikeuksia tai ei pystynyt siihen lainkaan. Kaikkien edellä mainittujen osoittimien mukaan liikkumisrajoitteet yleistyvät iän myötä, naisilla miehiä jyrkemmin niin, että eläkeiässä naisten ja miesten välinen ero oli suurempi kuin nuoremmissa ikäryhmissä. (Taulukko 11.1.1.)

Taulukko 11.1.1. Liikkumiskykyä edellyttävistä toiminnoista vaikeuksista suoriutuvien osuus (%).

|  | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Puolen kilometrin kävely</b>              |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet                                       | 96,8  | 97,0  | 90,9  | 87,5  | 65,1 | 90,1              |
| Naiset                                       | 98,4  | 96,4  | 92,1  | 84,6  | 51,3 | 88,5              |
| p <sup>2</sup>                               |       |       |       |       |      | 0,008             |
| <b>Asunnossa liikkuminen</b>                 |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet                                       | 98,4  | 99,8  | 96,7  | 97,4  | 89,1 | 97,0              |
| Naiset                                       | 99,7  | 99,2  | 97,8  | 97,6  | 82,0 | 96,7              |
| p <sup>2</sup>                               |       |       |       |       |      | 0,015             |
| <b>Yhden kerrosvälin nouseminen portaita</b> |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet                                       | 98,0  | 98,8  | 92,8  | 92,9  | 75,4 | 93,4              |
| Naiset                                       | 99,0  | 98,2  | 92,1  | 87,3  | 55,1 | 90,0              |
| p <sup>2</sup>                               |       |       |       |       |      | 0,003             |
| <b>Ostokassin kantaminen</b>                 |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet                                       | 97,4  | 96,9  | 91,4  | 92,1  | 68,8 | 91,2              |
| Naiset                                       | 94,7  | 91,4  | 85,2  | 76,6  | 44,0 | 82,0              |
| p <sup>3</sup>                               |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

<sup>3</sup> sukupuolten välinen tasoero

Liikennevalojen mitoitusnopeutta (1,2 m/s) (Liikennevalojen suunnittelu 2005) hitaammin käveli 30–64-vuotiaista alle viisi prosenttia, mutta 75 vuotta täyttäneistä miehistä jo kolmannes ja naisista yli puolet. Jalkojen lihasvoimaa kuvaavassa tuolitestissä sekä puristusvoimatestissä 75 vuotta täyttäneiden tulokset olivat noin 60 prosenttia alle 45-vuotiaiden tuloksista. (Taulukko 11.1.2.)

Taulukko 11.1.2. Mitattu fyysinen toimintakyky.

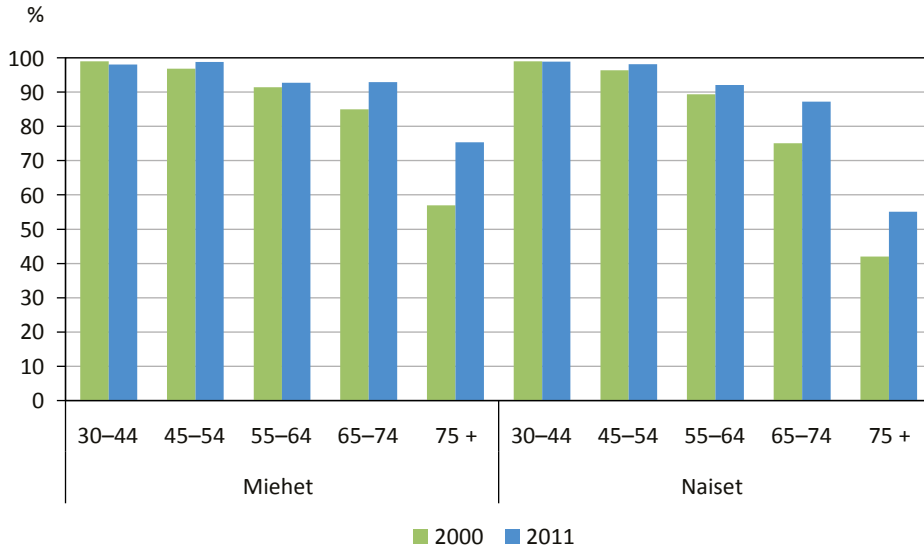
|  | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Maksimaalinen kävelynopeus (m/s)</b>            |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 2,0   | 2,0   | 1,9   | 1,7   | 1,3  | 1,8               |
| Naiset   | 1,9   | 1,8   | 1,7   | 1,5   | 1,1  | 1,7               |
| p <sup>2</sup>                                     |       |       |       |       |      | < 0,001           |
| <b>Hitaammin kuin 1,2 m/s kävelevien osuus (%)</b> |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 1,2   | 2,0   | 5,6   | 7,5   | 33,0 | 7,4               |
| Naiset   | 1,2   | 2,5   | 4,5   | 14,2  | 57,4 | 11,3              |
| p <sup>2</sup>                                     |       |       |       |       |      | 0,001             |
| <b>Viiteen tuolilta nousuun kulunut aika (s)</b>   |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 9,0   | 9,6   | 10,7  | 11,8  | 14,2 | 10,6              |
| Naiset   | 9,2   | 10,2  | 11,7  | 12,7  | 16,1 | 11,4              |
| p <sup>2</sup>                                     |       |       |       |       |      | < 0,001           |
| <b>Maksimaalinen puristusvoima (kp)</b>            |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 52,7  | 51,1  | 47,0  | 42,2  | 33,5 | 46,7              |
| Naiset   | 33,3  | 31,8  | 28,8  | 26,5  | 20,3 | 29,1              |
| p <sup>2</sup>                                     |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakiointu

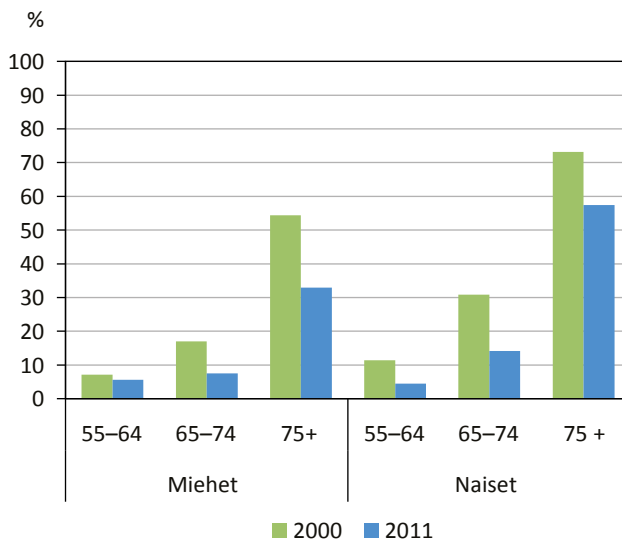
<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Väestön liikkumiskyky on parantunut vuodesta 2000 vuoteen 2011. Se käy ilmi sekä koettujen vaikeuksien vähenemisenä että parempana suoriutumisenä testeistä. Erityisen selvä myönteinen kehitys on iäkkäämmässä väestössä. Sen sijaan 30–44-vuotiailla ei havaita tätä myönteistä kehitystä itseraportoiduissa toiminnoissa. (Kuviot 11.1.1 ja 11.1.2 sekä liitetaulukot 11.1.1 ja 11.1.2.)

Kuvio 11.1.1. Portaiden noususta (1 kerrosväli) vaikeuksista suoriutuvien osuus (%) vuosina 2000 ja 2011.



Kuvio 11.1.2. Hitaammin kuin 1,2 m/s kävelvien osuus (%) 55 vuotta täyttäneistä vuosina 2000 ja 2011.



## Pohdinta

Liikkumisongelmat lisääntyvät iän myötä, ja ne ovat melko yleisiä vanhusväestössä. Vaikeudet liikkumisessa rajoittavat iäkkään henkilön osallistumisen mahdollisuuksia ja heikentävät elämänlaatua. Tutkimuksissa on osoitettu, että heikentynyt liikkumiskyky ja puristusvoima ennustavat vakavampien toimintarajoitteiden ilmaantumista, laitoshoidon joutumista ja ennen aikaista kuolemaa (Guralnik ym. 1994; Guralnik ym.

1995b; Rantanen ym. 1999). Asuin- ja toimintaympäristöön vaikuttamalla sekä muilla vastaavilla yhteiskuntapoliittisilla päätöksillä voidaan ratkaisevasti vähentää liikkumiskyvyn heikentymisen negatiivisia vaikutuksia iäkkäiden elämään. Turvallista liikkumista voidaan parantaa esimerkiksi asunnon muutostöillä, pidentämällä vihreän valon keston pituutta ja huolehtimalla katujen ja teiden kunnosta talviaikaan. Ensiarvoisen tärkeää on myös rohkaista väestöä huolehtimaan fyysisestä kunnostaan läpi koko elämän. Erityisesti lihasvoiman ja tasapainon harjoittaminen ovat osoittautuneet tehokkaiksi keinoiksi ylläpitää liikkumiskykyä myöhäiseen ikään saakka (Latham ym. 2004; Liu & Latham 2009).

Suomalaisten liikkumiskyvyn jo 1970-luvulta alkanut paraneminen on edelleen jatkunut. Myönteinen muutos näkyy selvimmin vanhemmissa ikäryhmissä. Kehityksen taustalla voi olla monia selityksiä. Tulokset voivat johtua fyysisen kunnan paranemisesta verenkiertoelinten ja tuki- ja liikuntaelinten sairauksien vaikutusten vähentyessä. Väestön lihominen näyttää taittuneen ja tupakointikin on vähentynyt; myös nämä tekijät tukevat liikkumiskyvyn paranemista. Osa toimintakyvyn kohentumisesta voi liittyä väestön koulutustason kohoamiseen, sillä monet toimintarajoitteet sekä toimintakykyä rajoittavat sairaudet ja elintavat ovat yleisempiä vähemmän koulutetuilla (luku 16).

Havainnot siitä, että liikkumisvaikeudet olisivat lievästi yleistymässä 30–44-vuotiailla, ovat huolestuttavia tulevan kehityksen kannalta: varhain alkava kunnan rapistuminen johtaa suurempaan avun- ja palveluiden tarpeeseen iäkkäänä. Samansuuntaista kehitystä on nähtävissä polvioireissa ja niiden aiheuttamissa kävelyvaikeuksissa, jotka myös näyttävät yleistyneen tässä ikäryhmässä (luku 8.3). Havainnon todenperäisyyden varmistamiseksi on kuitenkin ensin huolellisesti tarkasteltava myös muita toimintakyvyn ja terveyden osoittimia sekä tehtävä tarkempia analyysejä siitä, voiko havaittujen muutosten taustalla olla aikaisempaa suurempi tai eri tavalla valikoitunut kato.

## Johtopäätökset

Väestö ikääntyy nopeasti, joten myös erilaisista toimintarajoitteista kärsivien määrä lisääntyy (Koskinen ym. 2006; Laine ym. 2009). Toimintakyvyn ylläpitäminen sekä mahdollisuus osallistua kunkin tärkeänä pitämiin aktiviteetteihin toimintarajoitteista riippumatta ovat laadukkaan elämän rakennusaineita vanhuudessa. Tässä tutkimuksessa havaittu väestön toimintakyvyn paraneminen kompensoi ainakin osan väestön vanhenemisen aiheuttamasta avun- ja hoidontarpeen lisääntymisestä. On kuitenkin kaikin keinoin pyrittävä takaamaan myönteisen kehityksen jatkuminen; se edellyttää voimakasta panostusta väestön toimintakyvyn ylläpitämiseksi ja parantamiseksi. Hyvä toimintakyky myös iäkkäänä on keskeinen osa hyvinvointia.

## 11.2 Mitattu fyysinen kunto

*Jaana Suni, Pauliina Husu, Heli Valkeinen ja Tommi Vasankari*

### Päätulokset

- Miehillä oli keskimäärin parempi kunto kuin naisilla.
- Sekä miehillä että naisilla vanhempien ikäryhmien kunto oli keskimäärin huonompi kuin nuorempien ikäryhmien.
- Ikäryhmien välinen suhteellinen ero testituloksissa oli suurin tasapainotestissä ja pienin kävelytestissä.

Huono fyysinen kunto on merkittävä kansanterveyden haaste, kun pyritään pidentämään suomalaisten työuria ja parantamaan iäkkäiden itsenäistä selviytymistä kotona. Terveys 2011 -tutkimuksen liikunta-alaotoksessa mitattiin ensimmäistä kertaa monipuolisesti 18–74-vuotiaiden fyysistä kuntoa koko väestöä edustavassa isossa otoksessa. Mittaukset tehtiin UKK-instituutin kehittämällä terveystestitesteillä, joiden tulokset antavat objektiivista tietoa yksilön fyysisen toimintakyvyn edellytyksistä ja ennustavat tulevaa terveyttä ja toimintakykyä. Terveyskunto on osa fyysistä kuntoa, mutta hyvään terveyteen/toimintakykyyn ei yleensä vaadita yhtä hyvää kuntoa kuin urheilusuorituksiin. Terveyskunto koostuu monesta eri osa-alueesta, joita voidaan harjoittaa liikunnalla. Fyysiseen kuntoon vaikuttavat mm. sukupuoli, ikä, perimä, terveydentila sekä fyysinen aktiivisuus.

### Menetelmät

Liikunta-alaotokseen kutsutuista 30–74-vuotiaista (n = 3 888) 73,7 % (n = 2 865) osallistui Terveys 2011 -tutkimukseen. Kutsutuista 66,8 % (n = 1 913) täytti terveystarkastuksen yhteydessä terveysseulakyselyn ennen kuntotestausta. Kukin henkilö osallistui vain niihin testeihin, jotka terveysseulonnan jälkeen katsottiin turvallisiksi (Suni ym. 1998a). Vähintään yksi terveystesti tehtiin onnistuneesti 95 prosentille terveysseulakyselyn täyttäneistä liikunta-alaotokseen kuuluvista henkilöistä (809 miestä ja 1 009 naista).

Tutkimukseen kuului viisi erilaista testiä, joista yksi oli vaihtoehtoinen kuntotasosta riippuen. Liikeshallintakykyä mitattiin yhden jalan seisontatestillä. Tämä testi kuvaa tasapainoa normaalia seisoma-asentoa pienemmällä tukipinnalla. Huono tasapaino on yksi kaatumisten riskitekijä etenkin ikääntyvillä (Karinkanta ym. 2010). Ponnistus-hyppy-testillä mitattiin alaraajojen ojentajalihasten kykyä tuottaa voimaa mahdollisimman nopeasti. Huono alaraajojen nopeusvoima ennakoii liikkumisvaikeuksia (Marsh ym. 2006; Raj ym. 2010). Muunnellun punnerrustestin tulos kuvaa ylävartalon lihasvoi-

maa sekä selän tukemista ja asennon hallintaa (Suni ym. 1996), joilla on todettu olevan yhteyttä niskän, hartiaseudun ja selän vaivoihin ja haittoihin (Suni ym. 1998b). Punnerrustestille vaihtoehtoisella, kuormitukseltaan kevyemmällä, testillä mitattiin vartalon koukistajalihasten voimaa istumaan nousuissa. Tähän testiin osallistui 109 miestä ja 297 naista (tuloksia ei esitetä). Hengitys- ja verenkiertoelimestön kuntoa mitattiin 6 minuutin kävelytestillä. Huono kunto ennakoi mm. sydänsairauksien (Kodama ym. 2009) ja tyyppin 2 diabeteksen (Sawada ym. 2003) ja hidas kävelyaika liikkumisvaikeuksien ilmaantumisesta (Husu ym. 2007).

## Tulokset

Miesten tulokset olivat kaikissa terveystuteteissa keskimäärin parempia kuin naisten tulokset. Miehet suoriutuivat naisia paremmin erityisesti ponnistushypystä ja kävelytestistä. (Taulukko 11.2.1.)

Taulukko 11.2.1. Terveystutetien tulokset (keskiarvo).

|   | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 30–74 <sup>1</sup> |
|---|-------|-------|-------|-------|--------------------|
| <b>Tasapaino: yhden jalan seisonta (aika, 0–60 s)</b> |       |       |       |       |                    |
| Miehet  | 56,4  | 52,3  | 42,1  | 30,0  | 47,4               |
| Naiset  | 56,1  | 49,8  | 40,4  | 27,1  | 45,8               |
| p <sup>2</sup>  |       |       |       |       | 0,046              |
| <b>Ponnistushyppy (korkeus, cm)</b>                   |       |       |       |       |                    |
| Miehet  | 43,0  | 40,2  | 33,6  | 26,9  | 37,8               |
| Naiset  | 29,1  | 25,8  | 21,4  | 16,1  | 24,5               |
| p <sup>3</sup>  |       |       |       |       | 0,005              |
| <b>Muunneltu punnerrus (toistojen lukumäärä)</b>      |       |       |       |       |                    |
| Miehet  | 13,8  | 12,9  | 10,9  | 8,9   | 12,4               |
| Naiset  | 10,9  | 10,1  | 8,6   | 6,6   | 9,8                |
| p <sup>2</sup>  |       |       |       |       | < 0,001            |
| <b>6 minuutin kävelytesti (kuljettu matka, m)</b>     |       |       |       |       |                    |
| Miehet  | 661   | 648   | 602   | 559   | 626                |
| Naiset  | 622   | 599   | 557   | 506   | 581                |
| p <sup>2</sup>  |       |       |       |       | < 0,001            |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

<sup>3</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Vanhemmissa ikäryhmissä kuntotulokset olivat keskimäärin heikompia kuin nuoremmissa ikäryhmissä. Terveyskunto huononi kiihtyvällä nopeudella iän mukana: keskimääräiset testitulokset heikkenivät nuoremasta ikäryhmästä vanhempaan siirryttäessä sitä enemmän, mitä vanhempia ikäryhmiä vertailtiin. Ikäryhmien väliset erot olivat suurimmat tasapainotestissä. Ikäryhmässä 45–54 vuotta tasapainotestitulokset olivat miehillä keskimäärin 7 % ja naisilla keskimäärin 11 % huonompia kuin 30–44-vuotiaiden tulokset. Vastaavasti 55–64-vuotiaiden tulokset olivat keskimäärin 20 % ja 19 % heikompia kuin 45–54-vuotiaiden tulokset ja 65–74-vuotiaiden tulokset 29 % ja 33 % heikompia kuin 55–64-vuotiaiden tulokset. Myös lihasvoimaa kuvaavissa testeissä (muunneltu punnerrus, ponnistushyppy) tulokset huononivat iän myötä, mutta vähemmän kuin tasapainotestissä. Ikäryhmien väliset suhteelliset erot olivat pienimmät kävelytestissä (miehillä 2–7 % ja naisilla 4–9 %).

## Pohdinta

Kuntotesteihin osallistuneet henkilöt olivat jonkin verran terveempiä kuin suomalainen väestö keskimäärin. Tämä johtuu tutkimukseen valikoitumisesta ja testaukseen liittyneestä terveysseulonasta. Tästä huolimatta tuloksista saadaan ensikertaa monipuolinen näkemys aikuisväestön fyysisen kunnan tilasta eri ikäryhmissä miehillä ja naisilla. Ryhmätasolla tulokset osoittavat, minkä ikäisenä eri kuntotekijät heikkenevät merkittävästi, ja ovatko muutokset samanlaisia miehillä ja naisilla. Iän aiheuttamat kuntomuutokset vaihtelevat paljon yksilötasolla aiemmin mainituista tekijöistä johtuen, eivätkä esitetyt tulokset ennakoivat yksittäisen henkilön kuntotason kehitystä iän karttuessa.

Luotettavinta tietoa iän aiheuttamista kuntomuutoksista yksilötasolla saadaan seurantatutkimuksista. Edellä kuvatut poikkileikkaustulokset antavat kuitenkin viitteitä siitä, että ikääntymiseen liittyvät kuntomuutokset eri kuntotekijöissä eivät tapahdu yhtäaikaaisesti. Ikääntymiseen liittyvät fysiologiset muutokset selittävät osan näistä eroista. Yksi selittävä tekijä saattaa olla suomalaisten yksipuolinen kestävyysliikunnan harrastaminen. Suomalaisten fyysinen aktiivisuus ja kunto 2010 -katsauksen (Husu ym. 2011) perusteella tiedetään, että vain 7 % 55–64-vuotiaista ja noin 10 % 65–74-vuotiaista liikkuu tasapainon ja lihaskunnan osalta riittävästi. Kestävyysliikunnan osalta riittävästi liikkuvia oli noin 40 % 55–69-vuotiaista ja noin 30 % 70–74-vuotiaista.

## Johtopäätökset

Edellä esitettyjen tulosten perusteella on erityisen tärkeää kiinnittää huomiota yli 50-vuotiaiden tasapaino- ja lihaskuntoharjoitteluun. Näin voidaan hidastaa fyysisen kunnan heikkenemistä ja ylläpitää työ- ja toimintakykyä väestön ikääntyessä. Luotettavinta tietoa iän vaikutuksesta eri kuntotekijöihin saadaan seurantatutkimuksista edustavissa väestötöksissä. Tällaista tietoa on toistaiseksi erittäin vähän.



## 11.3 Näkö ja kuulo

### 11.3.1 Näöntarkkuus

*Seppo Koskinen, Arja Laitinen ja Arpo Aromaa*

#### Päätulokset

- Noin viidellä prosentilla aikuisista on omia silmälaseja käyttäessään heikentynyt näöntarkkuus, mutta tuhannesta suomalaisesta vain muutama on sokea tai vaikeasti heikkonäköinen.
- 75 vuotta täyttäneistä kaukonäön tarkkuus on heikentynyt joka neljännellä ja lähinäön tarkkuus lähes joka seitsemännellä.
- Suomalaisten näkökyky näyttää parantuneen menneen vuosikymmenen aikana.

#### Menetelmät

Silmien yhteisnäön tarkkuutta tutkittiin käyttämällä hyvin valaistuja Oriolan lähi- ja kaukonäkötauluja (Precision Vision). Näöntarkkuus tutkittiin silmälasein, joita tutkittava yleensä käytti katsoessaan lähelle ja/tai kauas. Tutkimusmenetelmät on kuvattu seikkaperäisemmin Terveys 2000 -tutkimuksen menetelmäraportissa (Rudanko & Koskinen 2005).

Lähinäkö tutkimuksessa tutkittava piti taulua sillä etäisyydellä, jolta mielestään näki parhaiten. Lähinäön tarkkuus luokiteltiin kirjainten koon perusteella: normaali = erottaa 1 mm ja sitä pienemmät kirjaimet (vastaa lähinäöntarkkuutta yli 0,4 testietäisyyden ollessa 40 cm); heikentynyt = erottaa 1,5–1,8 mm kirjaimet (näöntarkkuus 0,32–0,4); heikkonäköinen = erottaa 2,4–11,5 mm kirjaimet (näöntarkkuus 0,05–0,25); sokea tai lähes sokea = erottaa korkeintaan 11,6 mm kirjaimet (näöntarkkuus alle 0,05).

Kaukonäkö tutkimuksessa tutkittavan etäisyys taulusta oli 4 metriä. Kaukonäön tarkkuus luokiteltiin näöntarkkuusarvojen perusteella seuraavasti: normaali = yli 0,5; heikentynyt = 0,32–0,5; heikkonäköinen = 0,25–0,1; vaikeasti heikkonäköinen tai sokea = alle 0,1.

## Tulokset

Nuorimmassa 30–44-vuotiaiden ikäryhmässä lähes kaikkien lähinään tarkkuus oli normaali. 45–74-vuotiaista naisista vain 1–2 prosentilla ja samanikäisistä miehistä 3–6 prosentilla lähinäkö oli heikentynyt. Vasta 75 vuotta täyttäneiden ryhmässä lähinään heikentyminen oli tätä yleisempää, etenkin naisilla. Sokeita tai lähes sokeita oli kuitenkin vanhimmassakin ikäryhmässä erittäin vähän. (Taulukko 11.3.1.1.)

Taulukko 11.3.1.1. Normaalin ja heikentyneen lähinään yleisyys (%).

|   | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|---|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Miehet</b>                                     |       |       |       |       |      |                   |
| normaali ( $V > 0,4$ )                            | 99,8  | 96,8  | 93,5  | 95,4  | 88,1 | 95,2              |
| heikentynyt ( $V 0,32–0,4$ )                      | 0,2   | 2,8   | 3,0   | 3,0   | 7,7  | 2,9               |
| heikkonäköinen ( $V 0,05–0,25$ )                  | 0,0   | 0,4   | 3,1   | 1,3   | 4,2  | 1,7               |
| vaikeasti heikkonäköinen tai sokea ( $V < 0,05$ ) | 0,0   | 0,0   | 0,5   | 0,3   | 0,0  | 0,2               |
| <b>Naiset</b>                                     |       |       |       |       |      |                   |
| normaali ( $V > 0,4$ )                            | 99,8  | 99,1  | 99,0  | 98,0  | 85,3 | 97,4              |
| heikentynyt ( $V 0,32–0,4$ )                      | 0,2   | 0,7   | 0,5   | 1,1   | 7,9  | 1,5               |
| heikkonäköinen ( $V 0,05–0,25$ )                  | 0,0   | 0,2   | 0,5   | 0,7   | 5,9  | 1,0               |
| vaikeasti heikkonäköinen tai sokea ( $V < 0,05$ ) | 0,0   | 0,0   | 0,0   | 0,2   | 0,8  | 0,1               |
| $p^2$   |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Kaukonäkö oli heikentynyt vain muutamalla prosentilla 30–74-vuotiaista, mutta 75. ikävuoden jälkeen näkövaikeuksia oli jo neljänneksellä (taulukko 11.3.1.2). Alle 75-vuotiailla sekä lievät että vakava-asteiset näkövaikeudet olivat melko harvinaisia, mutta vanhimmassa ikäryhmässä erityisesti lievät vaikeudet olivat melko yleisiä. Vaikeasti heikkonäköisten tai sokeiden osuus oli kaikissa ikäryhmissä alle prosentin. Miesten ja naisten välillä ei kaukonäön tarkkuudessa ollut eroa.

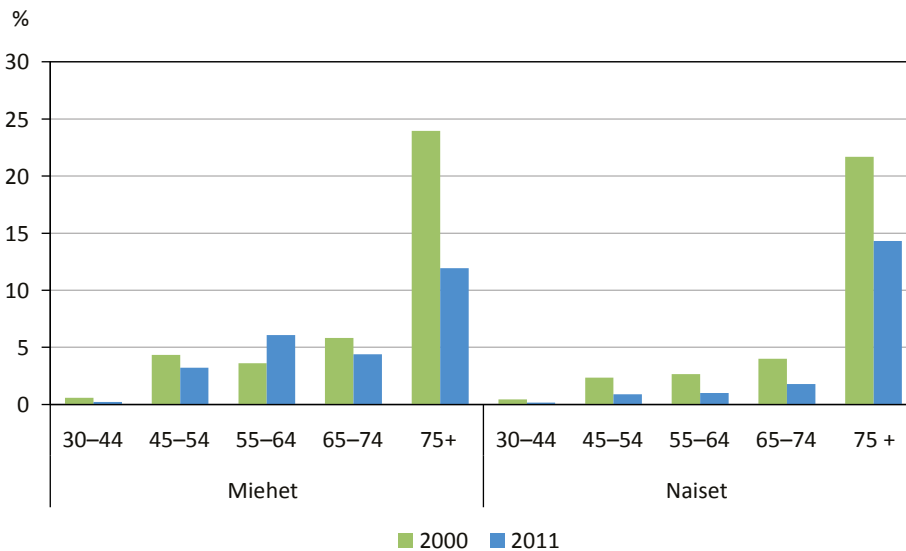
Taulukko 11.3.1.2. Normaalin ja heikentyneen kaukonäön yleisyys (%).

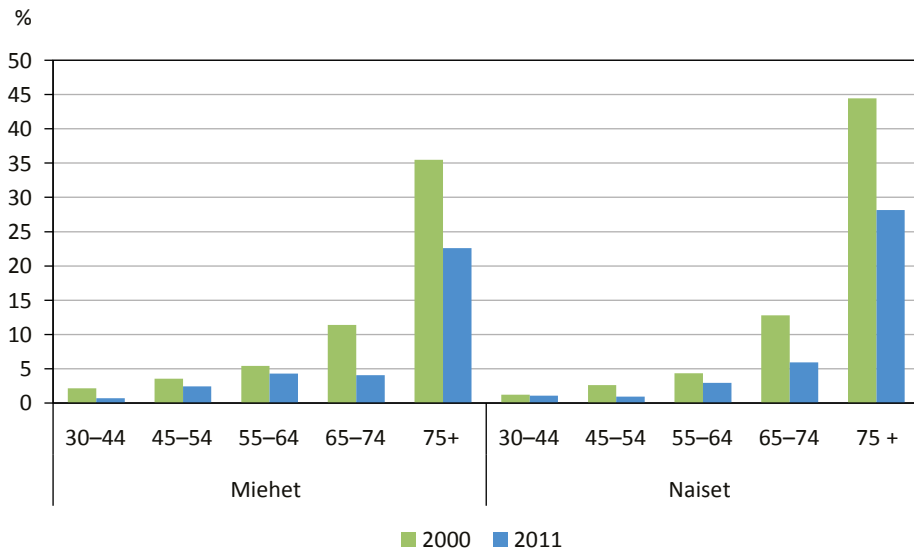
|  | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Miehet</b>                                |       |       |       |       |      |                   |
| normaali (V > 0,5)                           | 99,3  | 97,6  | 95,3  | 95,7  | 77,4 | 95,0              |
| heikentynyt (V 0,32–0,5)                     | 0,7   | 2,2   | 3,5   | 3,2   | 19,1 | 4,1               |
| heikkonäköinen (V 0,1–0,25)                  | 0,0   | 0,2   | 0,8   | 0,8   | 3,5  | 0,8               |
| vaikeasti heikkonäköinen tai sokea (V < 0,1) | 0,0   | 0,0   | 0,5   | 0,3   | 0,0  | 0,2               |
| <b>Naiset</b>                                |       |       |       |       |      |                   |
| normaali (V > 0,5)                           | 98,9  | 99,1  | 97,1  | 93,9  | 71,6 | 93,6              |
| heikentynyt (V 0,32 – 0,5)                   | 0,6   | 0,8   | 2,7   | 4,9   | 22,0 | 5,0               |
| heikkonäköinen (V 0,1 – 0,25)                | 0,5   | 0,2   | 0,2   | 1,1   | 5,6  | 1,2               |
| vaikeasti heikkonäköinen tai sokea (V < 0,1) | 0,0   | 0,0   | 0,0   | 0,2   | 0,8  | 0,2               |
| p <sup>2</sup>                               |       |       |       |       |      | 0,914             |

<sup>1</sup> ikävakioitu, ikä jatkuvana muuttujana<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

Suomalaisten aikuisten näöntarkkuus vaikuttaa parantuneen huomattavasti (kuviot 11.3.1.1 ja 11.3.1.2 ja liitetaulukot 11.3.1.1 ja 11.3.1.2). Kummallakin sukupuolella heikentynyt kaukonäön tarkkuus oli vuonna 2011 noin 40 prosenttia harvinaisempaa kuin 11 vuotta aiemmin. Naisilla myös heikentynyt lähinäön tarkkuus oli vähentynyt yhtä paljon. Miehillä muutos on samansuuntainen mutta ei tilastollisesti merkitsevä.

Kuvio 11.3.1.1. Heikentyneen lähinäön (V ≤ 0,4) yleisyys (%) vuosina 2000 ja 2011.



Kuvio 11.3.1.2. Heikentyneen kaukonäön ( $V \leq 0,5$ ) yleisyys (%) vuosina 2000 ja 2011.

### Pohdinta

Terveys 2000- ja Terveys 2011-tutkimusten tuloksien vertaaminen viittaa siihen, että suomalaisten aikuisten kaukonäön ongelmat olisivat selvästi vähentyneet. Naisilla myös heikentynyt lähinäön tarkkuus on muuttunut harvinaisemmaksi. Lähinäön tarkkuuden paranemisesta on samansuuntaista tietoa eläkeikäisen väestön terveystarkastusaineistoissa (Laitalainen ym. 2010a), joiden mukaan aiempaa suurempi osa etenkin naisista kykenee vaikeuksista lukemaan sanomalehteä.

### Johtopäätökset

Havaittu näköongelmien väheneminen voi johtua useista syistä. Ensinnäkin väestön näkökykyä heikentävät silmäsairaudet ovat saattaneet harvinaistua tai niiden hoito on voinut kohentua. On myös mahdollista, että aiempaa suuremmalla osalla on vuonna 2011 ollut asianmukaiset silmälasit mukanaan tutkimustilanteessa. Lisäksi vuodesta 2000 vuoteen 2011 selvästi heikentynyt osallistumisaktiivisuus voi selittää havaittua myönteistä muutosta. Vuonna 2000 havaittiin, että varsinaiseen terveystarkastukseen osallistuneiden näöntarkkuus oli parempi kuin terveystarkastuksesta pois jääneiden (Laitinen ym. 2005). Havaitun myönteisen kehityksen syiden selvittämiseksi tarvitaan Terveys 2000- ja Terveys 2011 -aineistoihin perustuvia syventäviä tutkimuksia.

### 11.3.2 Kuulo

Seppo Koskinen, Päivi Sainio ja Arpo Aromaa

#### Päätulokset

- Viidesosalla 30 vuotta täyttäneistä on vaikeuksia kuulla usean henkilön välistä keskustelua.
- 75 vuotta täyttäneistä joka toisella on kuulovaikeuksia.
- Kaikissa ikäryhmissä huonokuuloisuus on miehillä jonkin verran yleisempää kuin naisilla.
- Kuulovaikeuksien torjunnassa tärkeintä on meluallistuksen vähentäminen työ- ja vapaa-ajan ympäristöissä.

#### Menetelmät

Haastatteluun sisältyi kysymys ”Pystyttekö vaikeuksitta kuulemaan, mitä usean henkilön välisessä keskustelussa sanotaan (kuulokojeen kanssa tai ilman)?”. Vastausvaihtoehdot olivat ”pystyn vaikeuksitta”, ”pystyn, mutta kuulemisessa on vaikeuksia” ja ”en pysty”.

#### Tulokset

Noin joka viides 30 vuotta täyttäneistä ilmoitti vaikeuksia kuulla usean henkilön välistä keskustelua. Kuulovaikeuksien yleisyys suureni huomattavasti iän mukana: 30–44-vuotiaista vain viitisen prosenttia arvioi, ettei kuule vaikeuksitta usean henkilön välistä keskustelua, mutta 75 vuotta täyttäneiden ryhmässä noin joka toisella oli vaikeuksia kuulla usean henkilön välistä keskustelua (taulukko 11.3.2.1). Itse ilmoitettujen kuulovaikeuksien yleisyys ei näytä olennaisesti muuttuneen vuodesta 2000 (kuvio 11.3.2.1 ja liitetaulukko 11.3.2.1).

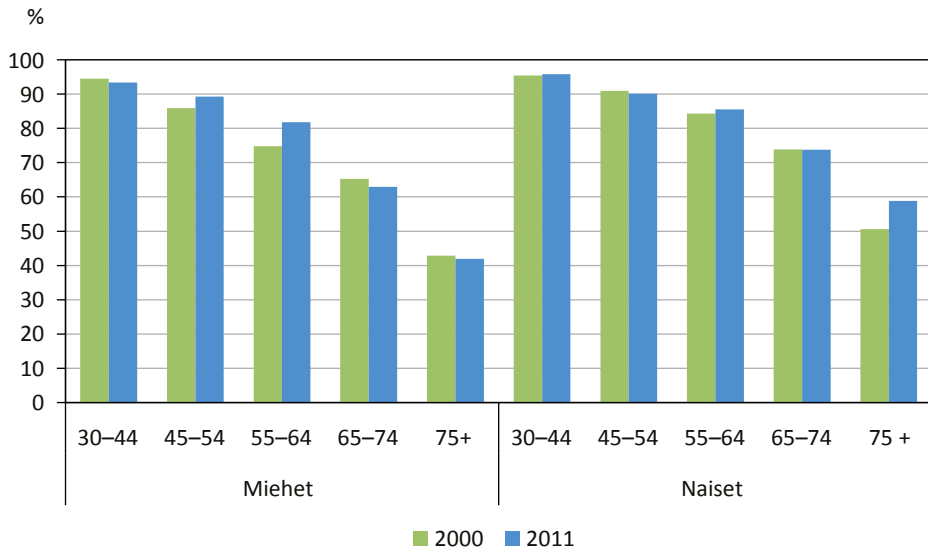
Taulukko 11.3.2.1. Usean henkilön välisen keskustelun vaikeuksitta kuulevien osuus (%).

|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| Miehet         | 93,4  | 89,3  | 81,8  | 62,9  | 41,9 | 78,8              |
| Naiset         | 95,9  | 90,1  | 85,6  | 73,8  | 58,9 | 84,3              |
| p <sup>2</sup> |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

Kuvio 11.3.2.1. Usean henkilön välisen keskustelun vaikeuksista kuulevien osuus (%) vuosina 2000 ja 2011.



### Pohdinta

Vuonna 2011 kuulovaikeudet olivat suunnilleen yhtä yleisiä kuin vuonna 2000. Itse ilmoitetut kuulovaikeudet olivat Terveys 2000 -tutkimuksessa vuonna 2000 selvästi yleisempiä kuin audiometriassa havaittu alentunut (> 25 dB) paremmin kuulevan korvan kuulokynnyksen puheäänitaajuuksilla (Koskinen ym. 2002). Keskustelun kuuleminen voi tuottaa vaikeuksia etenkin meluisassa tai kaikuisassa ympäristössä, vaikka kuulokynnyksen olisikin normaalin rajoissa.

Eläkeikäisen väestön terveystutkimuskyselyjen mukaan 65–84-vuotiaista miehistä noin 60 % ja naisista noin 70 % ilmoittaa kuulevansa vaikeuksista, mitä usean henkilön välisessä keskustelussa sanotaan. Näiden kyselytutkimusten mukaan kuulovaikeuksien yleisyydessä ei ole tapahtunut selviä muutoksia jaksolla 1999–2009. Terveys 2011 -tutkimuksen tulokset ovatkin yhtäpitäviä näiden tulosten kanssa.

### Johtopäätökset

Kuulovaikeudet yleistyvät nopeasti iän mukana, ja miehillä ne ovat yleisempiä kuin naisilla. Melu on tärkein vaikutettavissa oleva kuulovaikeuksien syy (Marttila 2005). Kuulovaikeuksien ehkäisyssä tärkeintä onkin vähentää altistumista melulle työ- ja vapaa-ajan ympäristöissä.

## 11.4 Kognitiivinen toimintakyky

*Annamari Tuulio-Henriksson, Päivi Sainio ja Raimo Sulkava*

### Päätulokset

- Naiset menestyvät miehiä paremmin kielellisen sujuvuuden ja kielellisen muistin tehtävissä.
- Kognitiivisista tehtävistä suoriutuminen heikkenee iän mukana.
- 75-vuotiaatkin pärjäävät kuitenkin varsin hyvin muistitehtävissä.
- Sekä naisten että miesten suoriutuminen kaikista kognitiivisista tehtävistä oli parempi vuonna 2011 verrattuna vuoteen 2000 kaikissa ikäryhmissä

### Menetelmät

Kognitiivista toimintakykyä tutkittiin muistisairauksien, erityisesti Alzheimerin taudin varhaisvaiheiden arviointiin kehitetyn CERAD-tehtäväsarjan osatehtävien avulla (Morris ym. 1989; Hänninen ym. 2010). Kielellistä sujuvuutta arvioitiin Eläinten luettelaminen -osatehtävällä, mieleenpainamista Opitut sanat -osatehtävällä ja muistissa säilyttämistä Viivästetty mieleenpalautus -osatehtävällä. Lisäksi 55 vuotta täyttäneille tehtiin karkea yleisarvio kognitiivisesta suoriutumisesta Mini-Mental State Examination -testin (MMSE) (Folstein ym. 1975) lyhennetyin version avulla, jonka tulokset raportoidaan myöhemmin.

### Tulokset

Kielellisen sujuvuuden tehtävässä tutkittavaa pyydettiin luettelemaan minuutin aikana mahdollisimman monta eri eläintä. Kielellinen toimintakyky, semanttiset muistiprosessit sekä toiminnanohjauksen tehokkuus vaikuttavat suoriutumiseen tässä tehtävässä (Pulliainen ym. 2007; Hänninen ym. 2010). Myös ikä vaikuttaa menestymiseen. Parhaiten suoriutuivat 30–44-vuotiaat ja huonoiten 75 vuotta täyttäneet, ja heikkeneminen nopeutui iän lisääntyessä (taulukko 11.4.1). Naiset menestyivät kaikissa ikäryhmissä hieman miehiä paremmin.

Oppimista ja muistin toimintaa arvioivassa osatehtävässä tutkittavien tuli opetella kymmenen sanan lista lukemalla itse ensin ääneen sanat ja sen jälkeen luetella lukemansa sanat. Tehtävä toistettiin kolme kertaa. Oppimista tapahtuu, kun sanojen määrä eri toistokerroilla kasvaa. Jo alkavassa muistisairaudessa havaitaan oppimiskyvyn heikkoutta, mutta myös testaushetken vireystila, motivaatio, mieliala ja ikä voivat vaikuttaa tulokseen. Tässä tutkimuksessa kolmannella mieleenpainamiskerralla muistettujen sanojen määrä väheni suoraviivaisesti nuoremmista vanhempiin ikäryhmiin siirryttäessä

(taulukko 11.4.1). Myös tässä tehtävässä naiset menestyivät kaikissa ikäryhmissä miehiä paremmin.

Muistissa säilyminen arvioitiin kysymällä sanalista uudelleen noin 5 minuutin kulluttua sen opettelusta. Kolmannella opettelukerralla ja viivästetyksi muistettujen sanojen määrästä laskettiin säilymisprosentti. Uusittujen suomalaisten CERAD-normien perusteella alle 55-vuotiaat muistavat normaalisti yli 75 prosenttia opituista sanoista myös pienen viiveen jälkeen, ja tätä huonompi suoritus voi viitata muistiongelmiiin (Hänninen ym. 2010). Tässä aineistossa alle 55-vuotiaiden miesten ja naisten suorituksen säilymisprosentti oli keskimäärin yli 90. Vasta 75 vuotta täyttäneiden ikäryhmissä sekä miehet että naiset jäivät alle 75 prosentin tulokseen. Naisilla säilymisprosentti oli kaikissa ikäryhmissä hieman miehiä korkeampi. (Taulukko 11.4.1.)

Taulukko 11.4.1. Eräiden kognitiivisten tehtävien tulokset.

|  | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Kielellinen sujuvuus, lueteltujen sanojen lukumäärä</b> |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 26,2  | 25,9  | 24,0  | 22,5  | 17,9 | 23,9              |
| Naiset   | 27,3  | 26,7  | 24,7  | 23,0  | 18,2 | 24,6              |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |       |      | 0,001             |
| <b>Opittujen sanojen lukumäärä 3. esityskerralla</b>       |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 8,7   | 8,5   | 7,9   | 7,3   | 6,4  | 7,9               |
| Naiset   | 9,2   | 9,0   | 8,6   | 8,1   | 6,8  | 8,5               |
| p <sup>3</sup>   |       |       |       |       |      | 0,039             |
| <b>Viivästetty mieleenpalautus, säilymisprosentti</b>      |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 92,8  | 91,3  | 86,2  | 82,4  | 73,0 | 86,6              |
| Naiset   | 94,5  | 92,8  | 90,1  | 85,7  | 73,5 | 89,0              |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |       |      | <0,001            |

<sup>1</sup> ikävakioitu

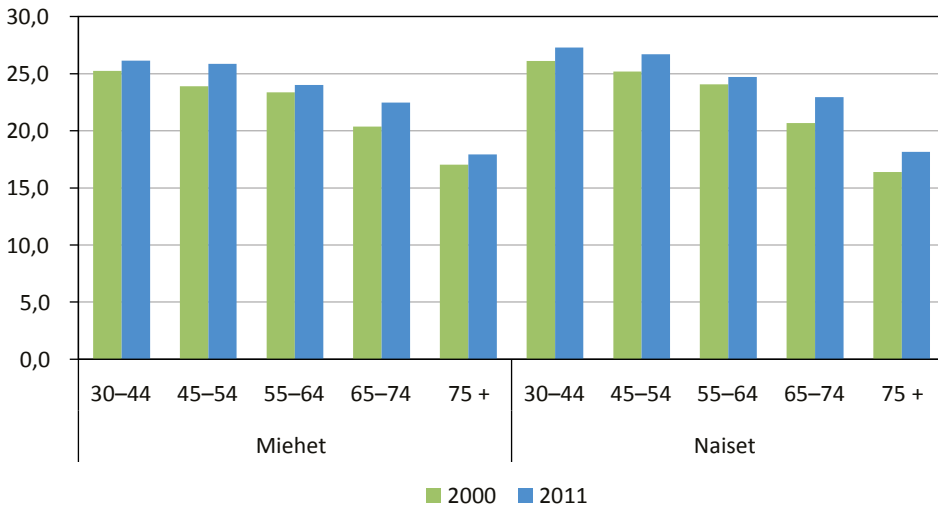
<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

<sup>3</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Vuonna 2000 kerättyyn aineistoon verrattuna sekä naisten että miesten tulokset näyttävät merkittävästi parantuneen kaikissa ikäryhmissä (kuvio 11.4.1 ja liitetaulukko 11.4.1). On mahdollista, että vastausaktiivisuuden aleneminen vuonna 2011 verrattuna vuoteen 2000 vaikuttaa tähän tulokseen. Viivästetyksi muistettujen sanojen säilymisprosentti oli vuonna 2000 lähellä kliinisesti merkittävää rajaa (75 prosenttia) jo 65–74-vuotiaiden ikäryhmässä mutta vuonna 2011 vasta 75 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä. Eri ikäryhmien väliset suhteelliset erot olivat kuitenkin samansuuruisia vuonna 2000 kuin vuonna 2011.



Kuvio 11.4.1. Kielellinen sujuvuus, lueteltujen sanojen lukumäärä vuosina 2000 ja 2011.



### Pohdinta

Tässä raportoitujen kolmen CERADin osatehtävän tulosten perusteella väestön kognitiivinen toimintakyky on keskimäärin melko hyvällä tasolla. On kuitenkin otettava huomioon, että CERAD on tarkoitettu yli 55-vuotiaiden muistisairauksien seulontaan. Jaksolla 2000–2011 tapahtuneita muutoksia tarkasteltaessa on otettava huomioon osallistumisaktiivisuuden heikkeneminen. Tulokset ovat suuntaa antavia eikä niiden perusteella voida suoraan vetää johtopäätöksiä mahdollisista muistihäiriöiden muutoksista väestössä. Tässä raportissa ei ole vielä mukana oppimistehtävän kolmen oppimiskerran summaa, jonka on uusien suomalaisten CERADin normien mukaan todettu seulovan hyvin yli 63-vuotiaiden muistisairauksia, erityisesti Alzheimerin tautia (Hänninen ym. 2010). Tästä ja muista kerätyistä kognitiivisen toimintakyvyn muuttujista raportoidaan tuloksia myöhemmin.

### Johtopäätökset

Väestön kognitiivinen toimintakyky on käytettyjen menetelmien perusteella melko hyvällä tasolla, ja vaikka iän mukana tapahtuu tason alenemista, myös ikääntynyt väestö pärjää kognitiivisissa tehtävissä kohtuullisen hyvin.

## 11.5 Sosiaalinen toimintakyky

*Seppo Koskinen, Päivi Sainio, Pirjo Tiikkainen ja Marja Vaarama*

### Päätulokset

- Sosiaalinen toimintakyky on monitahoinen käsite, joka viittaa henkilön suoriutumiseen yhteisössä ja yhteiskunnassa. Sosiaaliseen toimintakykyyn liittyviä tuloksia esitellään tämän raportin muissakin luvuissa (mm. luvut 11.6, 11.7 ja 12).
- 75 vuotta täyttäneillä henkilöillä yksinäisyys ja erityisesti vuorovaikutusongelmat olivat selvästi yleisempiä (10–25 %) kuin nuoremmilla (4–7 %).
- Työiässä vuorovaikutusongelmat ovat harvinaisia, mutta ne näyttävät yleistyneen.
- Läheisen ihmissuhteen puutteesta tai puuttuvista mahdollisuuksista saada käytännön apua raportoiti aiempaa harvempi, vuonna 2011 vain 1–2 prosenttia aikuisista.

Sosiaaliselle toimintakyvyille ei ole yhtä yleisesti hyväksyttyä määritelmää, mutta se viittaa henkilön suoriutumiseen yhteisössä, niin yhteiskunnan jäsenenä kuin omassa lähiyhteisössään. Sosiaalinen toimintakyky ilmenee mm. vuorovaikutuksena sosiaalisessa verkostossa, rooleista suoriutumisena, sosiaalisena aktiivisuutena ja osallistumisena sekä yhteisyyden ja osallisuuden kokemuksina (Suositus sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnista ja mittaamisesta väestötutkimuksissa: TOIMIA-tietokanta, 2011). Sosiaalinen toimintakyky rakentuu osittain fyysisen, kognitiivisen ja psyykkisen toimintakyvyn varaan ja siihen vaikuttavat olennaisesti myös ympäristön ominaisuudet.

Työikäisten ikäryhmässä työelämässä suoriutumista voidaan pitää yhtenä sosiaalisen toimintakyvyn osa-alueena, ja vastaavasti iäkkäillä itsenäinen selviytyminen arkitoimista on myös sosiaalista toimintakykyä. Nämä tulokset raportoidaan tässä teoksessa luvuissa 11.6 Työkyky ja 11.7 Arkitoimista suoriutuminen. Sosiaalisen toimintakyvyn kannalta olennaisia ovat myös sosiaalista osallistumista ja vuorovaikutusta sekä luottamusta ja vastavuoroisuutta koskevat tulokset, jotka esitetään sosiaalista pääomaa tarkastelevassa luvussa 12.

### Menetelmät

Terveys 2011 -tutkimuksen haastatteluun ja kyselyihin sisältyi useita sosiaalista toimintakykyä kuvaavia kysymyksiä. Tässä luvussa tarkastellaan sosiaalista toimintakykyä viiden kysymyksen valossa. Ne koskivat yksinäisyyttä (”Tunneteko itsenne yksinäiseksi?”), vuorovaikutusongelmia (”Miten selviyditte asioiden hoitamisesta yhdessä muiden kanssa?” ja ”Miten selviyditte asioiden esittämisestä vieraille ihmisille?”), läheisen ihmissuhteen olemassaoloa (”Kenen voitte todella uskoa välittävän Teistä, tapahtuipa Teille mitä tahansa?”) ja käytännön avun saamista (”Keneltä saatte käytännön apua, kun sitä tarvitsette?”).

## Tulokset

Noin viisi prosenttia 30–74-vuotiaista naisista ja miehistä kokee itsensä melko usein tai jatkuvasti yksinäiseksi. Tällä ikävälillä yksinäisyyden kokeminen on yhtä yleistä kaikissa ikäryhmissä, mutta 75 vuotta täyttäneiden ryhmässä yksinäisyys on selvästi yleisempää: noin 10 % iäkkäistä miehistä ja noin 12 % iäkkäistä naisista kokee itsensä melko usein tai jatkuvasti yksinäiseksi. Vuorovaikutusongelmat ovat alle 75-vuotiailla yhtä harvinaisia kuin yksinäisyyden kokeminenkin: vain hieman yli viisi prosenttia naisista ja miehistä ilmoittaa ainakin jonkin verran vaikeuksia asioiden hoitamisessa yhdessä muiden kanssa ja/tai asioiden esittämisessä vieraille ihmisille. Sen sijaan 75 vuotta täyttäneistä naisista joka neljäs ja miehistä joka viides raportoi tällaisia vuorovaikutusongelmia. Läheisen ihmissuhteen puuttuminen ja vakava käytännön avun puute ovat sen sijaan kaikissa ikäryhmissä erittäin harvinaisia sekä naisilla että miehillä (taulukko 11.5.1).

Taulukko 11.5.1. Sosiaalisen toimintakyvyn ongelmia kokevien osuus (%).

|  | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Kokee itsensä yksinäiseksi melko usein tai jatkuvasti</b> |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 4,9   | 5,5   | 6,2   | 3,8   | 10,0 | 5,8               |
| Naiset   | 5,2   | 6,4   | 6,2   | 6,1   | 11,8 | 6,7               |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |       |      | 0,226             |
| <b>Vuorovaikutusongelmia<sup>3</sup></b>                     |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 5,6   | 6,9   | 6,7   | 7,5   | 20,0 | 8,3               |
| Naiset   | 4,7   | 5,9   | 5,1   | 5,0   | 26,2 | 7,7               |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |       |      | 0,444             |
| <b>Läheisen ihmissuhteen puute<sup>4</sup></b>               |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 0,2   | 0,8   | 1,8   | 0,6   | 1,0  | 0,9               |
| Naiset   | 0,3   | 0,8   | 0,5   | 0,9   | 0,4  | 0,6               |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |       |      | 0,163             |
| <b>Käytännön avun puute<sup>5</sup></b>                      |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 0,2   | 1,2   | 1,8   | 0,3   | 0,5  | 0,9               |
| Naiset   | 1,1   | 1,3   | 0,9   | 1,5   | 2,8  | 1,4               |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |       |      | 0,141             |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

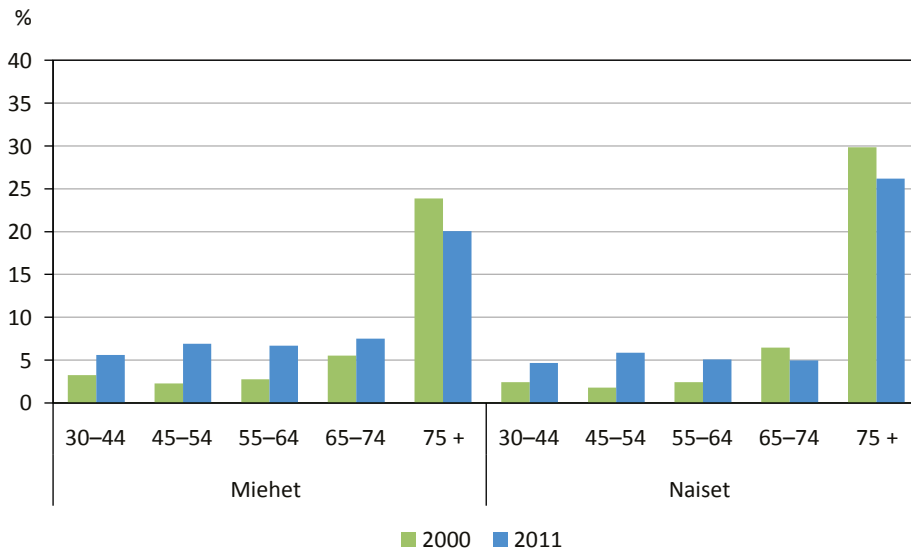
<sup>3</sup> ainakin jonkin verran vaikeuksia asioiden hoitamisessa yhdessä muiden kanssa tai asioiden esittämisessä vieraille ihmisille

<sup>4</sup> arvioi, ettei kukaan välitä minusta, tapahtuipa minulle mitä tahansa

<sup>5</sup> arvioi, ettei saa keneltäkään käytännön apua, kun sitä tarvitsee

Yksinäisyyden kokemista koskeva kysymys ei sisällynyt Terveys 2000 -tutkimukseen, joten tämän aineiston valossa yksinäisyyden muutoksia ei kyetä arvioimaan. Läheisen ihmissuhteen puuttuminen ja puuttuva mahdollisuus saada tarvittaessa käytännön apua ovat muuttuneet harvinaisemmiksi jakson 2000–2011 aikana (liitetaulukko 11.5.1). Sen sijaan vuorovaikutusongelmien kokeminen näyttää yleistyneen huomattavasti alle 65-vuotiaiden keskuudessa ja jonkin verran myös 65–74-vuotiaiden ryhmässä, mutta 75 vuotta täyttäneillä vuorovaikutusongelmat näyttävät hieman vähentyneen (kuvio 11.5.1 ja liitetaulukko 11.5.1).

Kuvio 11.5.1. Vuorovaikutusongelmia ilmoittavien osuus (%) vuosina 2000 ja 2011.



## Pohdinta

Eläkeikäisen väestön terveystutkimuskyselyn aineistossa vuodelta 2009 itsensä yksinäiseksi melko usein tai jatkuvasti kokevien osuus 65–84-vuotiaista miehistä oli vain noin neljä prosenttia, ja samanikäisistä naisista noin kuusi prosenttia oli saman mittapuun mukaan yksinäisiä (Laitalainen ym. 2010a). Vastaavasti vuonna 2006 30–79-vuotiaista noin 4 % koki yksinäisyyttä jatkuvasti tai melko usein (Moisio & Rämö 2007). Vuonna 2003 yli 75-vuotiaiden yksinäisyyttä selvittävässä tutkimuksessa yksinäiseksi itsensä usein tai aina kokevia oli 5 % (Routasalo ym. 2003). Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -kyselyn vuoden 2009 aineistossa (Vaarama ym. 2010b) 80 vuotta täyttäneistä jatkuvasti tai melko usein yksinäisyyttä koki joka kymmenes, ja tämä osuus suureni hieman 85. ikävuoden jälkeen. Useiden tutkimusten mukaan naisilla ja iäkkäillä yksinäisyyden kokeminen on yleisempää kuin muilla ryhmillä.

Aiempiin tutkimustuloksiin verrattuna yksinäisyys vaikuttaa olevan Terveys 2011 -aineistossa suunnilleen yhtä yleistä. Sekä yksinäisyyttä että vuorovaikutusongelmia

esiintyy iäkkäillä enemmän kuin nuoremmilla. Varsinkin iäkkäiden yksinäisyyttä selittää aiempien tutkimusten mukaan huono terveys ja toimintakyky, mikä selittää tässä tutkimuksessa myös vuorovaikutukseen liittyviä koettuja ongelmia; muun muassa heikentynyt kuulo vaikeuttaa kanssakäymistä toisten ihmisten kanssa. Sosiaalinen toimintakyky ei ole ainoastaan yksilön sisäinen ominaisuus, vaan myös ihmisten välinen prosessi. Ikäihmisten kokemiin vuorovaikutusongelmiin voivat johtaa myös ympäröivän yhteisön asenteet ja sukupolvien väliset erot.

Tässä luvussa esitettyjen läheisen ihmissuhteen olemassaoloa ja käytännön avun saamismahdollisuutta koskevat tulokset – ja luvussa 12 esitettävät tulokset sosiaalisen osallistumisen, luottamuksen ja vastavuoroisuuden yleistymisestä – viittaavat siihen, että suomalaisten aikuisten sosiaalinen toimintakyky on parantunut. Sosiaalinen toimintakyky on kuitenkin monitahoinen käsite, ja sen komponenteista vuorovaikutusongelmat näyttävät yleistyneen alle 75-vuotiaassa väestössä.

### Johtopäätökset

Sosiaalisessa toimintakyvyssä näyttää tapahtuneen sekä myönteisiä että kielteisiä muutoksia yhdentoista vuoden aikana. Lähes jokaisella on läheinen ihminen, joka välittää heistä ja joku, jolta saa käytännön apua sitä tarvitessaan. Toisaalta vuorovaikutusongelmiin liittyvät vaikeudet asioiden hoitamisessa ja asioiden esittämisessä vieraille ihmisille ovat lisääntyneet työikäisillä. Vaikka yli 75-vuotiailla vuorovaikutusongelmat näyttäisivät hieman vähentyneen, niin tässä ikäryhmässä kokonaisuutena sosiaalisen toimintakyvyn ongelmista yksinäisyyttä sekä vuorovaikutukseen liittyviä vaikeuksia esiintyy enemmän kuin muilla ikäryhmillä.

Sosiaalista toimintakykyä koskevaa tutkimusta on tehty aiheen tärkeyteen nähden aivan liian vähän. Tarvitaan sekä teoreettista sosiaalisen toimintakyvyn ja siihen liittyvän käsitteistön tutkimusta ja jäsenystä että systemaattista empiiristä tutkimusta sosiaalisen toimintakyvyn eri komponenttien tasosta, muutoksista, väestöryhmittäisistä eroista, keskinäisistä yhteyksistä ja näihin kaikkiin vaikuttavista tekijöistä. Terveys 2000- ja Terveys 2011 -aineistot tarjoavat jatkotutkimuksille erinomaisen lähtökohdan.

## 11.6 Työkyky

*Raija Gould, Seppo Koskinen, Päivi Sainio, Jenni Blomgren, Jukka Kivekäs, Juhani Ilmarinen, Päivi Husman ja Jorma Seitsamo*

### Päätulokset

- Valtaosa 30–64-vuotiaasta väestöstä arvioi itsensä täysin työkykyiseksi.
- Työkykyisenä itseään pitävien osuus on kasvanut huomattavasti vuoden 2000 jälkeen. Kasvu näkyi kuitenkin vain 45 vuotta täyttäneiden ryhmissä.
- Luottamus tulevaan työssä jaksamiseen on vahvistunut erityisesti ikäryhmässä 55–64.

### Menetelmät

Vastaajien itse raportoimaa työkykyä koskevat tiedot perustuvat haastattelussa esitettyihin kysymyksiin. Nykyistä työkykyä koskeva kolmiportainen arvio on peräisin Mini-Suomi-tutkimuksesta (Aromaa ym. 1989) ja muut tässä tarkasteltavat työkyvyn osoittimet ovat Työterveyslaitoksessa kehitetyn työkykyindeksin osioita (Gould ym. 2006; Tuomi ym. 2006).

### Tulokset

Suomalaisesta työikäisestä väestöstä suurin osa piti itseään työkykyisenä. Useampi kuin neljä viidestä 30–64-vuotiaasta arvioi itsensä täysin työkykyiseksi ja jo pääosin eläkeikäisistä, 65–74-vuotiaista näin arvioi yli puolet. Työkyvyltään rajoittuneista useimmat katsoivat osan työkyvystään olevan vielä jäljellä. Etenkin vanhemmissa ikäryhmissä osittainen työkykyisyys oli yleistä. Täysin työhön kykenemättömäksi arvioi itsensä noin joka kahdeskymmenes 30–64-vuotias. (Taulukko 11.6.1.)

Vastaajat arvioivat nykyistä työkykyään myös suhteessa parhaimpaan työkykyynsä. Työkyvylle annettiin pisteitä asteikolla 0–10, jossa 10 tarkoitti työkykyä parhaimmillaan. Ikäryhmässä 30–74 nuorimmat antoivat nykyiselle työkyvylleen keskimäärin vajaan yhdeksän pistettä ja vanhimmat vajaan seitsemän (taulukko 11.6.1).

Tutkimusta edeltäneen vuoden aikana työssä olleista 30–64-vuotiaista noin 90 prosenttia arvioi työkykynsä hyväksi työn ruumiillisten vaatimusten kannalta. Suunnilleen saman verran oli niitä, jotka pitivät työkykyään hyvänä suhteessa työn henkisiin vaatimuksiin. Nuorimmassa ikäryhmässä ruumiillisen ja henkisen työkyvyn välillä ei ollut eroa, mutta lähellä eläkeikää henkisen työkykynsä hyväksi arvioivia oli enemmän kuin ruumiillista työkykyään hyvänä pitäviä. (Taulukko 11.6.1.)

Vastaajat arvioivat myös tulevaa työkykyään. Viimeksi kuluneen vuoden aikana työssä olleista valtaosa uskoi pystyvänsä terveytensä puolesta jatkamaan omassa työssään vielä kahden vuoden kuluttua. Alle 45-vuotiaista näin arvelivat lähes kaikki, mutta 55–64-vuotiaat, etenkin naiset, olivat jo epäilevämpiä jaksamisensa suhteen. (Taulukko 11.6.1.)

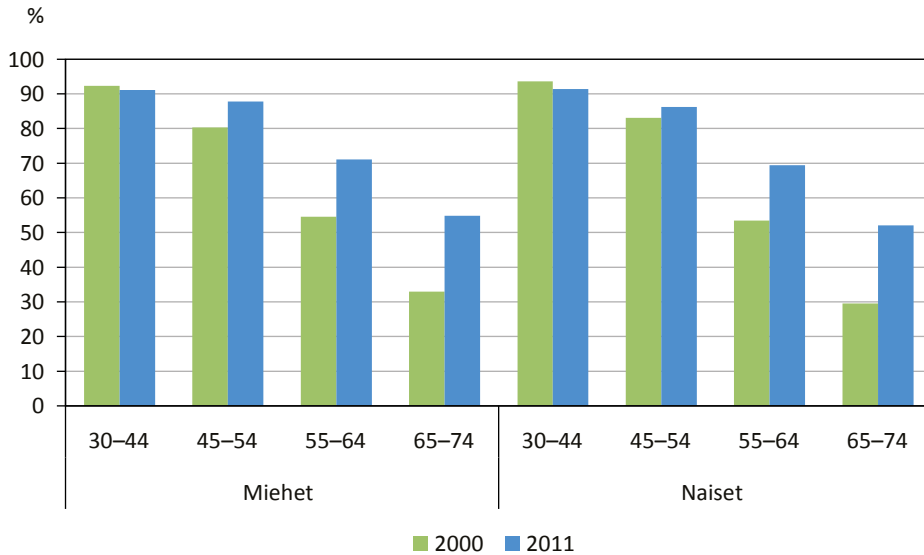
Taulukko 11.6.1. Itse raportoitu työkyky eri osoittimien perusteella.

|  | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74          | 30–64 <sup>1</sup> |
|--|-------|-------|-------|----------------|--------------------|
| <b>Oma arvio nykyisestä työkyvystä (%)</b>   |       |       |       |                |                    |
| <b>Miehet</b>  |       |       |       |                |                    |
| täysin työkykyinen   | 91,1  | 87,8  | 71,0  | 54,8           | 83,7               |
| osittain työkyvytön  | 6,2   | 9,3   | 19,5  | 35,1           | 11,4               |
| täysin työkyvytön  | 2,7   | 2,9   | 9,5   | 10,1           | 4,9                |
| <b>Naiset</b>  |       |       |       |                |                    |
| täysin työkykyinen   | 91,4  | 86,2  | 69,4  | 52,1           | 82,8               |
| osittain työkyvytön  | 7,0   | 9,8   | 22,3  | 38,7           | 12,7               |
| täysin työkyvytön  | 1,6   | 4,0   | 8,3   | 9,2            | 4,5                |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |                | 0,350              |
| <b>Keskimääräinen työkykypistemäärä (0–10 pistettä, 10 =työkyky parhaimmillaan)</b>  |       |       |       |                |                    |
| Miehet   | 8,8   | 8,4   | 7,3   | 6,7            | 8,2                |
| Naiset   | 8,9   | 8,5   | 7,5   | 6,8            | 8,3                |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |                | 0,099              |
| <b>Ruumiillisen tai henkisen työkykynsä hyväksi arvioineiden osuus (%) viimeksi kuluneen vuoden aikana työssä olleista</b>                               |       |       |       |                |                    |
| <b>Hyvä ruumiillinen työkyky</b>   |       |       |       |                |                    |
| Miehet   | 94,0  | 88,1  | 81,5  | – <sup>3</sup> | 88,7               |
| Naiset   | 95,3  | 87,5  | 79,5  | – <sup>3</sup> | 88,5               |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |                | 0,872              |
| <b>Hyvä henkinen työkyky</b>   |       |       |       |                |                    |
| Miehet   | 94,3  | 92,8  | 88,8  | – <sup>3</sup> | 92,4               |
| Naiset   | 94,0  | 90,0  | 85,8  | – <sup>3</sup> | 90,5               |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |                | 0,126              |
| <b>Oman arvionsa mukaan kahden vuoden kuluttua samassa ammatissa työskentelemään pystyvien osuus (%) viimeksi kuluneen vuoden aikana työssä olleista</b> |       |       |       |                |                    |
| Miehet   | 97,8  | 94,9  | 89,7  | – <sup>3</sup> | 94,6               |
| Naiset   | 97,4  | 94,0  | 82,0  | – <sup>3</sup> | 92,1               |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |                | 0,017              |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero<sup>3</sup> riskiväestön lukumäärä < 17

Työikäisistä 45 vuotta täyttäneet arvioivat työkykynsä paremmaksi vuonna 2011 kuin vuonna 2000. Varsinkin 55 vuotta täyttäneessä väestössä muutos oli suuri. Esimerkiksi täysin työkykyisenä itseään pitävien osuus kasvoi vuosikymmenen aikana ikäryhmässä 55–64 vuotta 1,3-kertaiseksi ja ikäryhmässä 65–74 vuotta peräti 1,7-kertaiseksi. Sen sijaan 30–44-vuotiailla muutosta ei havaittu: molempina ajankohtina lähes kaikki pitivät työkykyään hyvänä. (Kuvio 11.6.1 ja liitetaulukko 11.6.1.)

Kuvio 11.6.1. Täysin työkykyisenä itseään pitävien osuus (%) vuosina 2000 ja 2011.



Myös työssä käyvässä väestössä työkykyään hyvänä pitävien osuus oli 2000-luvulla kasvanut erityisesti vanhimmissa ikäryhmässä. Työssä olleiden 55–64-vuotiaiden ikäryhmässä niiden osuus, jotka luottivat selviytyvänsä entisessä ammatissaan vielä kahden vuoden kuluttua, oli runsaan kymmenen vuoden aikana kasvanut sekä naisilla että miehillä runsaat 10 prosenttiyksikköä. (Liitetaulukko 11.6.1.)

## Pohdinta

Tulokset antavat myönteisen kuvan työikäisen ja myös vähän vanhemman väestön koetusta työkyvystä vuonna 2011 ja työkyvyn kehityksestä viime vuosikymmenellä.

Tämän tutkimuksen työssä käyvä 30–64-vuotias väestö arvioi työkykynsä jonkin verran paremmaksi kuin vastaavan ikäiset vuonna 2009 toteutetussa Työ ja terveys-haastattelututkimuksessa (Perkiö-Mäkelä ym. 2010) tai vuoden 2011 Työolobarometrissa (Aho & Mäkiäho 2012). Lisäksi Työ ja terveys -tutkimuksessa työssä käyvän väestön työkyky pysyi vuosina 1997–2009 melko muuttumattomana (Kauppinen ym. 2010), kun taas tässä tutkimuksessa sekä työssä käyvän että koko väestön koetun työkyvyn



muutos vuodesta 2000 on ollut suuri etenkin työikäisten vanhemmissa ryhmissä.

Terveys 2011 -tutkimuksen myönteiset tulokset työkyvyn paranemisesta voivat osin johtua siitä, että vuonna 2011 tutkimukseen jätti osallistumatta selvästi suurempi osa otoksesta kuin vuonna 2000. Myös esimerkiksi koulutustason paranemisella voi olla merkitystä. Muutoskehitystä ja sen ikäryhmittäisiä eroja koskevat tulokset saavat kuitenkin tukea työkyvyttömyyseläkelastoista. Ikäryhmässä 30–44 itse arvioitu työkyky ei muuttunut ja tilastojen mukaan myös työkyvyttömyyseläkeläisten osuus väestöstä oli tässä ikäryhmässä täsmälleen yhtä suuri vuosina 2000 ja 2011 (julkaisematon tieto ETK:n ja Kelan yhteistilastosta). Sen sijaan ikäryhmässä 45–64, jossa itsensä työkykyiseksi arvioivien osuus on kasvanut, työkyvyttömyyseläkeläisten osuus väestöstä on vastaavasti pienentynyt. Myös Työolobarometrissa näkyy vastaava myönteinen muutos: erityisesti 55 vuotta täyttäneissä tulevaan työssä jaksamiseen uskovien osuus on 2000-luvulla kasvanut (Ylöstalo & Jukka 2011).

### Johtopäätökset

Koetun työkyvyn tarkastelu nostaa esille ajankohtaisia teemoja. Vanhimpien työikäisten ja nuorimpien eläkeikäisten työkyky näyttää parantuneen, mikä lisää näiden väestöryhmien hyvinvointia ja samalla tukee myös työurien pidentämistavoitteita. Myönteisen kehityksen jatkuminen edellyttää kuitenkin työkyvyn heikkenemisen tehokasta ehkäisemistä sekä ikääntyneemmillä että myös nuoremmilla, joille työkyvyttömyys voi merkitä monien kymmenien vuosien ongelmia.

Toinen keskeinen teema koskee osittaista työkykyä, jonka hyödyntäminen työmarkkinoilla on usein haasteellista. Erityisesti eläkeiän kummankin puolen on tulosten mukaan runsaasti niitä, jotka arvioivat itsensä osittain työkyvyttömäksi. Heidän jäljellä olevan työkykynsä ylläpitäminen ja työssä jatkamisen mahdollisuuksien luominen on tärkeää.

## 11.7 Arkitoimista suoriutuminen

*Päivi Sainio, Matti Mäkelä, Seppo Koskinen, Anja Noro ja Arpo Aromaa*

### Päätulokset

- Arkitoimista suoriutuminen on parantunut 11 vuoden aikana erityisesti iäkkäässä väestössä. 1980-luvun alusta paraneminen on ollut huomattava.
- Vaikeudet selviytyä päivittäisistä toimista ja muista arjen askareista ovat edelleen yleisiä 75 vuotta täyttäneillä suomalaisilla. Vaikeuksia on tässä ikäryhmässä toiminnasta riippuen viidesosalla tai yli puolella.

### Menetelmät

Tutkimukseen osallistuneiden suoriutumista perustoiminnoista selvitettiin haastattelulla.

Perustoiminnoista tarkastellaan pukeutumista ja varpaankynsien leikkaamista. Niistä suoriutumista kysyttiin 55 vuotta täyttäneiltä henkilöiltä. Kaikenikäisiltä tiedusteltiin selviytymistä muista arkitoimista, mistä esimerkkejä ovat kysymykset kaupassa käynnistä ja raskaasta siivoustyöstä, kuten mattojen kantamisesta tai piiskaamisesta tai ikkunoiden pesusta (Katz ym. 1963; Lawton & Brody 1969; McWhinnie 1981; Aromaa ym. 1989; Aromaa & Koskinen 2002a).

### Tulokset

55 vuotta täyttäneistä naisista ja miehistä 90 % selviytyi vaikeuksista pukeutumisesta ja riisuutumisesta. Vanhimmassa, 75 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä 20–25 % koki vaikeuksia tai ei pystynyt siihen lainkaan (taulukko 11.7.1).

Varpaankynsien leikkaamisesta suoriutui vaikeuksista suurempi osa miehistä (80 %) kuin naisista (75 %). Naisilla suoriutuminen heikkeni iän mukana enemmän kuin miehillä: 75 vuotta täyttäneistä yli puolet naisista (58 %), mutta vain runsas kolmannes miehistä (37 %) piti kynsien leikkaamista hankalana.

Taulukko 11.7.1. Pukeutumisesta ja varpaankynsien leikkaamisesta vaikeuksista suoriutuvien osuus (%) 55 vuotta täyttäneistä.

|                                     | 55-64 | 65-74 | 75 + | 55 + <sup>1</sup> |
|-------------------------------------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Pukeutuminen</b>                 |       |       |      |                   |
| Miehet                              | 93,9  | 93,4  | 78,6 | 90,0              |
| Naiset                              | 93,3  | 93,6  | 75,4 | 89,1              |
| p <sup>2</sup>                      |       |       |      | 0,448             |
| <b>Varpaan kynsien leikkaaminen</b> |       |       |      |                   |
| Miehet                              | 88,7  | 81,4  | 62,5 | 80,3              |
| Naiset                              | 88,6  | 78,2  | 42,4 | 74,5              |
| p <sup>3</sup>                      |       |       |      | 0,007             |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero<sup>3</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Kaupassa asiointi sujui vaikeuksista yhtä suurelta osalta työikäisiä naisia kuin miehiäkin (96 %), mutta 65. ikävuoden jälkeen suurempi osa miehistä (87 %) kuin naisista (79 %) selviytyi kaupassa asioinnista vaikeuksista (taulukko 11.7.2).

Raskas siivoustyö sujui vaikeuksista suuremmalta osalta miehistä (84 %) kuin naisista (72 %) ja iso ero näkyi kaikissa ikäryhmissä. Vanhimman ikäryhmän naisista kolme neljänestä ja miehistä puolet oli sitä mieltä, ettei kykene raskaaseen siivoustyöhön tai että se tuottaa ainakin jonkin verran vaikeuksia.

Taulukko 11.7.2. Kaupassa asioinnista ja raskaasta siivoustyöstä vaikeuksista suoriutuvien osuus (%).

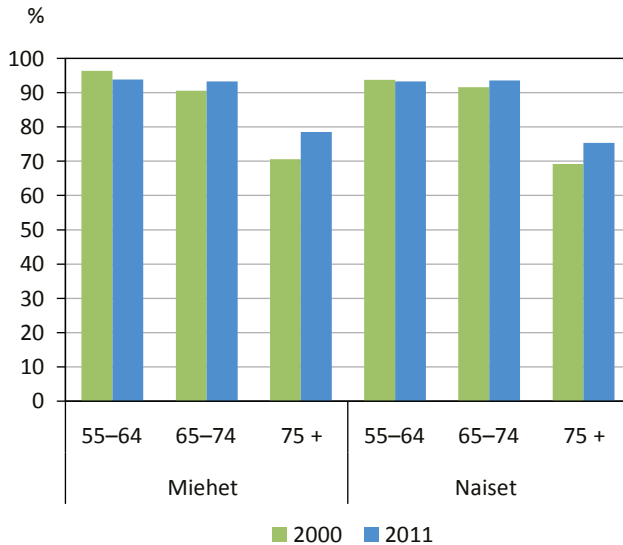
|                          | 30-44 | 45-54 | 55-64 | 65-74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|--------------------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Kaupassa asiointi</b> |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet                   | 97,7  | 97,4  | 94,9  | 94,8  | 77,7 | 94,0              |
| Naiset                   | 97,3  | 95,9  | 94,5  | 91,8  | 62,7 | 91,2              |
| p <sup>2</sup>           |       |       |       |       |      | <0,001            |
| <b>Raskas siivoustyö</b> |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet                   | 94,6  | 91,6  | 86,3  | 78,9  | 51,6 | 84,1              |
| Naiset                   | 89,3  | 82,5  | 75,6  | 61,9  | 25,4 | 72,4              |
| p <sup>2</sup>           |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

Perustoiminnoista selviytyminen (pukeutuminen, varpaankynsien leikkaaminen) ei juuri ollut muuttunut verrattuna 11 vuoden takaiseen tasoon tarkasteltaessa koko 55 vuotta täyttäneitä väestöä. Ikäryhmittäin tarkastellen näkee kuitenkin, että 65 vuot-

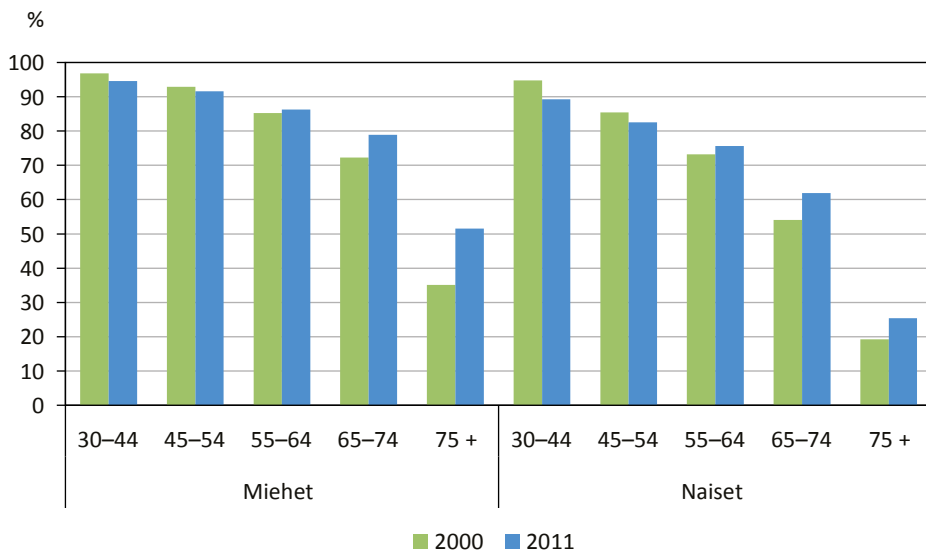
ta täyttäneillä vaikeudet pukeutumisessa ovat harvinaistuneet ja muutos on suurin 75 vuotta täyttäneillä (kuvio 11.7.1). Vaikeudet varpaankynsien leikkaamisessa näyttävät harvinaistuneen selvästi iäkkäillä miehillä, mutta naisilla ja muissa miesten ikäryhmissä ei havaita muutoksia (liitetaulukko 11.7.1).

Kuvio 11.7.1. Pukeutumisesta vaikeuksista suoriutuvien osuus (%) 55 vuotta täyttäneistä vuosina 2000 ja 2011.



Työikäisten keskuudessa suoriutuminen kaupassa asioinnista ja raskaasta siivoustyöstä näyttää säilyneen suunnilleen ennallaan, mutta 65 vuotta täyttäneistä entistä suurempi osa selviytyy vaikeuksista näistä toiminnoista (kuvio 11.7.2 ja liitetaulukko 11.7.2).

Kuvio 11.7.2. Raskaasta siivoustyöstä vaikeuksista suoriutuvien osuus (%) vuosina 2000 ja 2011.



## Pohdinta

Mini-Suomi- ja Terveys 2000 -tutkimusten vertailu osoittaa, että jaksolla 1978–2000 tapahtui merkittävää paranemista arkitoiminnoissa selviytymisessä sekä työikäisessä että ikääntyneessä väestössä (Aromaa & Koskinen 2002a). Tämä kehitys näyttää edelleen jatkuneen vuoteen 2011 asti, ja se koskee nyt lähinnä väestön iäkkäintä osaa. Samansuuntainen tulos eläkeikäisten toimintakyvyn muutoksista vuosina 1993–2009 on havaittu myös Laitalaisen ym. (Laitalainen ym. 2010a; Laitalainen ym. 2010b) tutkimuksissa. Kaikkein vanhimpien, 90 vuotta täyttäneiden henkilöiden osalta ei vastaavaa myönteistä kehitystä ole todettu (Jylhä ym. 2009). Valitettavasti näin vanhoja on Terveys 2000- ja 2011 -tutkimuksissa niin vähän, että heidän toimintakykynsä kehitystä ei voida arvioida luotettavasti.

Vaikka apua saavien henkilöiden osuus on pienentynyt (luku 15.1.) toimintakyvyn parantuksessa, huomattava osa 75 vuotta täyttäneistä tarvitsee tukea päivittäisissä toimitaan. Kun lisäksi muistisairaiden määrä kasvaa tulevaisuudessa väestön ikääntyessä, hoivan ja palveluiden tarve entisestään kasvaa (Kansallinen muistiohjelma 2012–2020). Parhaillaan valmisteltavana olevan ns. vanhuspalvelulain (STM 2012) toimilla tuetaan toivottavasti merkittäväällä tavalla iäkkäiden mahdollisuuksia saada tarvitsemiaan palveluja ja kuntoutusta.

## Johtopäätökset

Väestön vanhetessa toimintarajoitteisten ja apua tarvitsevien henkilöiden määrä kasvaa. Nyt havaittu jo 1980-luvun alussa alkanut iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn myönteinen kehitys kompensoi osan vanhenemisen palvelujärjestelmää ja kansantaloutta kuormittavista vaikutuksista. Toimintakyvyn koheneminen luo myös edellytyksiä sille, että yhä suurempi osa eläkeikäisistä pystyy asumaan kotonaan itsenäisesti sekä osallistumaan monenlaiseen vapaaehtoistoimintaan ja omaistensa huolenpitoon.

## 11.8 Toimintakykyä rajoittavat ja edistävät asuinympäristön ominaisuudet

*Tuula Hurnasti, Päivi Sainio, Arpo Aromaa ja Seppo Koskinen*

### Päätulokset

- Liikkumista haittaavat tekijät ovat verrattain yleisiä iäkkäiden ihmisten asuinympäristössä.
- Puutteita asunnon varustetasossa koki suurempi osa naisista kuin miehistä: useimmiten mainittiin liian korkealla sijaitsevat kaapit tai työtasot.
- Turvapuהלinta tai -ranneketta käytti naisista suurempi osa kuin miehistä, 75 vuotta täyttäneistä naisista joka viides.

### Menetelmät

Haastattelussa kysyttiin 70-vuotiailta ja sitä vanhemmilta tutkittavilta asumista tai liikkumista haittaavista ja helpottavista tekijöistä asunnossa ja asumisympäristössä. Heiltä tiedusteltiin myös turvavälineiden käyttöä.

### Tulokset

Viidennes naisista ja 13 prosenttia miehistä ilmoitti asunnossaan tai asuintalossaan olevan liikkumista haittaavia tekijöitä, kuten portaat, hissin puute, kynnykset, kapeat oviaukot tai tukikahvojen puute (taulukko 11.8.1). Joka kymmenes ilmoitti liikkumista haittaavaksi tekijäksi portaat, yhtä suuri osuus kuin 11 vuotta aiemmin Terveys 2000 -tutkimuksessa. Liikkumista helpottava luiska oli noin joka kuudennella vastaajalla ja, valot automaattisesti sytyttävä liiketunnistin runsaalla kolmanneksella 70 vuotta täyttäneistä.

Asunnon varustetason puutteita ilmoitti neljännes naisista ja joka kymmenes miehistä (taulukko 11.8.1). Naisista 19 prosenttia mutta miehistä vain 7 prosenttia koki kaappien tai työtasojen sijaitsevan väärällä korkeudella. Heikko valaistus haittasi muutamaa prosenttia vastaajista. Valaistusongelmia ilmoittaneiden osuus oli selvästi kasvanut 11 vuoden takaisesta tilanteesta, etenkin naisilla.

Taulukko 11.8.1. Eräitä asumista haittaavia tekijöitä asunnossa tai asuintalossa ilmoittaneiden osuus 70 vuotta täyttäneistä (%).

|   | Miehet <sup>1</sup> | Naiset <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|---|---------------------|---------------------|----------------|
| Liikkumista vaikeuttavat tekijät <sup>3</sup> | 13,0                | 20,5                | 0,006          |
| Varustetason puutteet <sup>4</sup>            | 10,8                | 24,3                | < 0,001        |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero<sup>3</sup> haittaavat portaat, hissien puute, kynnykset, kapeat oviaukot tai tukikahvojen puute<sup>4</sup> keittiökaappien tai työtasojen korkeus, huono valaistus, puutteelliset peseytymismahdollisuudet tai ruoanvalmistusmahdollisuudet tai pyykinpesumahdollisuudet, juoksevan lämpimän veden puute tai muu varustetason puute

Asuinympäristössä liikkumista haittaavista fyysisen ympäristön ongelmista ilmoitti lähes joka neljäs vastaaja (taulukko 11.8.2). Yleisimmin haittaa aiheuttivat liukkaat kadut ja vilkas liikenne. Vain muutama prosentti vastaajista piti asuinalueen levottomuutta tai väkivallan uhkaa liikkumistaan haittaavina tekijöinä.

Taulukko 11.8.2. Eräitä asunnon ulkopuolella liikkumista haittaavia tekijöitä ilmoittaneiden osuus 70 vuotta täyttäneistä (%).

|   | Miehet <sup>1</sup> | Naiset <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|---|---------------------|---------------------|----------------|
| Fyysisen ympäristön ongelmat <sup>3</sup> | 23,6                | 25,8                | 0,425          |
| Levottomuus tai väkivallan uhka           | 1,8                 | 2,8                 | 0,411          |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero<sup>3</sup> huonosti hoidetut pihat ja kadut, vilkas liikenne, vaikeakulkuiset portaat tai huono valaistus

Asumisen turvallisuutta lisäävistä laitteista yleisin oli palovaroitin (98 prosentilla vastaajista) ja toiseksi yleisin oli turvaliesi tai muu automaattinen virran katkaiseva laite (15 prosentilla). Turvapuhelimia tai -rannekeita oli naisilla enemmän kuin miehillä: naisista 13 prosentilla ja miehistä vain neljällä prosentilla oli tällainen laite (taulukko 11.8.3).

Taulukko 11.8.3. Turvapuhelinta tai -ranneketta käyttävien osuus (%) 70 vuotta täyttäneistä.

|                              | 70–74 | 75 + | 70 + <sup>1</sup> |
|------------------------------|-------|------|-------------------|
| <b>Turvapuhelin/-ranneke</b> |       |      |                   |
| Miehet                       | 0,6   | 5,6  | 3,7               |
| Naiset                       | 1,0   | 20,3 | 12,8              |
| p <sup>2</sup>               |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

## Pohdinta

Liikkumista haittaavat tekijät ovat verrattain yleisiä iäkkäiden ihmisten asuinympäristössä. Hyvinvointi ja palvelut -tutkimuksen aineistossa vuodelta 2009 liikkumista haittaavia tekijöitä asunnossaan ilmoitti noin 15 prosenttia 80 vuotta täyttäneistä naisista ja miehistä (Vaarama ym. 2010b). Osuus on hieman pienempi kuin Terveys 2011 -aineistossa, jossa kysymys kattoi oman asunnon ohella koko asuintalon ominaisuudet kuten hissien puuttumisen. Asunnon puutteellinen varustetaso haittasi monen iäkkään, etenkin naisen, asumista.

## Johtopäätökset

Kaatuminen ja kaatumisen pelko johtavat usein sairaalaan tai palveluasumisen piiriin. Asunnon portaat, korkealla sijaitsevat kaapit ja huono valaistus ovat esimerkkejä kaatumisen riskitekijöistä, joihin tulisi kiinnittää huomiota esimerkiksi iäkkäille tehtävien hyvinvointia edistävien kotikäyntien tai palvelutarpeen arvioinnin yhteydessä (Häkkinen & Holma 2004).

Viime vuosina on rakennettu yhä enemmän iäkkäille tarkoitettuja esteettömiä asuntoja. Hissien rakentaminen vanhoihin taloihin on helpottunut. Voidaankin olettaa, että yksinkertaisesti korjattavat fyysisen ympäristön puutteet vähenevät.



## 11.9 Apuvälineiden käyttö

*Tuula Hurnasti, Päivi Sainio, Arpo Aromaa ja Seppo Koskinen*

### Päätulokset

- Apuvälineiden käyttö yleisty nopeasti iän mukana.
- Liikkumisen apuvälineitä käytti 75 vuotta täyttäneistä miehistä joka kolmas ja naisista joka toinen.
- Muita näön apuvälineitä kuin silmälaseja käytti noin joka kuudes 75 vuotta täyttänyt, naisista suurempi osa kuin miehistä.
- Kuulemisen apuvälineitä käytti 75 vuotta täyttäneiden ryhmässä viidesosa miehistä ja kuudesosa naisista.

### Menetelmät

Apuvälineiden käyttöä tiedusteltiin haastattelussa kaikenikäisiltä. Kysymykset olivat muotoa ”Käytättekö ... apuvälineitä”, koska tavoitteena oli selvittää juuri apuvälineiden käyttöä eikä niiden pelkkää olemassaoloa.

### Tulokset

Eläkeikäiset käyttivät selvästi yleisemmin apuvälineitä kuin työikäiset: 65 vuotta täyttäneistä liikkumisen apuvälinettä käytti lähes joka kolmas nainen ja joka kuudes mies, näön apuvälineitä ja kuulemisen apuvälineitä käytti noin joka kymmenes (taulukko 11.9.1). 75 vuotta täyttäneistä naisista joka toinen ja miehistä joka kolmas käytti liikkumisen apuvälinettä.

Naisista hieman suurempi osa kuin miehistä käytti näön apuvälineitä (muita kuin silmä- tai piilolasit) ja liikkumisen apuvälineitä. Miehistä hieman suurempi osa kuin naisista käytti kuulemisen apuvälineitä. Nämä sukupuolten väliset erot ilmenivät lähinnä 65 vuotta täyttäneillä.

Taulukko 11.9.1. Näön, kuulemisen tai liikkumisen apuvälineitä käyttävien osuus (%).

|   | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|---|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Näön apuväline (muu kuin silmälasit)</b> |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet                                      | 1,7   | 4,2   | 6,1   | 7,7   | 12,5 | 5,6               |
| Naiset                                      | 1,0   | 2,5   | 6,8   | 12,5  | 17,4 | 6,5               |
| p <sup>2</sup>                              |       |       |       |       |      | 0,022             |
| <b>Kuulemisen apuväline</b>                 |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet                                      | 0,3   | 0,7   | 2,3   | 6,7   | 20,5 | 4,3               |
| Naiset                                      | 0,5   | 1,0   | 1,5   | 3,4   | 16,0 | 3,2               |
| p <sup>3</sup>                              |       |       |       |       |      | 0,019             |
| <b>Liikkumisen apuväline</b>                |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet                                      | 1,3   | 1,1   | 4,8   | 6,2   | 30,9 | 6,5               |
| Naiset                                      | 0,7   | 2,2   | 4,8   | 10,3  | 52,2 | 9,8               |
| p <sup>2</sup>                              |       |       |       |       |      | 0,008             |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus<sup>3</sup> sukupuolten välinen tasoero

Apuvälineiden käytön yleisyyden muutoksista menneen vuosikymmenen aikana on vertailukelpoista tietoa kuulemisen ja liikkumisen apuvälineistä: niitä käyttävien osuudet kaikista 30 vuotta täyttäneistä eivät ole muuttuneet vuodesta 2000 (liitetaulukko 11.9.1). Kuulonhuoltoliiton tekemässä tutkimuksessa (Onnistuva ikääntyminen -tutkimus 2005) 70 vuotta täyttäneistä kuulokojetta käytti 16 prosenttia ja muita kuulemisen apuvälineitä 6 prosenttia. Kuulemisen apuvälineiden käyttö yleistyi jonkin verran 75 vuotta täyttäneiden miesten keskuudessa. Sen sijaan liikkumisen apuvälineitä käytti tämän ikäryhmän miehistä harvempi kuin 11 vuotta aiemmin. Iäkkäimmillä naisilla puolestaan liikkumisen apuvälineiden käyttö näyttää hieman lisääntyneen.

## Pohdinta

Kuulemisen apuvälineiden käyttö on pysynyt vuoden 2000 tasolla, vaikka huonokuuloisuuden ja kuulon apuvälineiden tarpeen on ennustettu lisääntyvän (Hearing Impairment Among Adults 2001; Onnistuva ikääntyminen -tutkimus 2005). Terveys 2000- ja Terveys 2011 -aineistojen analyysi kuitenkin viittaa siihen, että huonokuuloisuuden yleisyys on säilynyt ennallaan (ks. tämän raportin luku 11.3.2). Myös liikkumisen apuvälineitä käyttävien osuus on pysynyt ennallaan, vaikka sen olisi voinut olettaa kasvaneen, kun ikäpolitiikan tavoitteena on tukea omatoimisuutta, itsenäistä selviytymistä ja kotona asumista (Ikäihmisten palveluiden laatusuositus 2008), jota liikkumisen apuvälineiden käyttö tukee (Salminen ym. 2009). Väestön liikkumiskyky on kui-

tenkin selvästi parantunut vuodesta 2000, etenkin eläkeikäisillä henkilöillä (ks. tämän raportin luku 11.1), joten liikkumisen apuvälineiden tarve on ilmeisesti vähentynyt.

### Johtopäätökset

Näkemisen, kuulemisen ja liikkumisen apuvälineet ovat osa 75 vuotta täyttäneiden arkielämää. Terveys 2000/2011 -aineiston avulla on seuraavaksi tärkeää selvittää, kuinka yleistä apuvälineiden käyttö on niiden henkilöiden keskuudessa, joiden voidaan olettaa hyötyvän apuvälineistä, miten tämä osuus on muuttunut 11 vuodessa ja miten se vaihtelee väestöryhmittäin.

# 12 SOSIAALINEN PÄÄOMA

*Tarja Nieminen, Tuija Martelin ja Marja Vaarama*

## Päätulokset

- Useampi kuin joka neljäs osallistui säännöllisesti kerho- tai yhdistystoimintaan. Edelliseen tutkimusvuoteen 2000 verrattuna miehet olivat lisänneet osallistumistaan ja osallistuivat nyt yhtä aktiivisesti kuin naiset.
- Noin kolmannes miehistä ja lähes puolet naisista tapasi tuttaviaan vähintään kerran viikossa. Tapaamiset ovat harventuneet viimeksi kuluneiden 11 vuoden aikana.
- Luottamus toisiin ihmisiin oli yleisempää naisilla kuin miehillä. Molemmilla sukupuolilla toisiin ihmisiin luottavien osuus oli suurentunut voimakkaasti vuodesta 2000 vuoteen 2001.
- Vastavuoroisuuteen uskoi noin kolmannes nuorimmasta ikäryhmästä, mutta enää vajaa viidennes eläkeikäisistä. Luottamus vastavuoroisuuteen oli kuitenkin lisääntynyt huomattavasti molemmilla sukupuolilla ja kaikissa ikäryhmissä.

Sosiaalisella pääomalla tarkoitetaan yleensä ihmisten välisiä sosiaalisia verkostoja, joille on ominaista osallistuminen, luottamus ja vastavuoroisuus sekä yhteiset normit ja arvot. Nämä sosiaalisen rakenteen piirteet edistävät vuorovaikutusta ja toimintojen koordinaatiota sekä tehostavat yhteisöjen ja yksilöiden tavoitteiden toteutumista. (Iisakka 2006.) Sosiaalisen pääoman on useissa tutkimuksissa todettu olevan yhteydessä hyvään terveyteen (Hyypä 2010). Sosiaalista pääomaa voidaan tarkastella yhteisön tai yksilöiden kautta. Tässä tarkastelemme yksilötason sosiaalista pääomaa.

## Menetelmät

Sosiaalista pääomaa mitattiin Terveys 2000- ja Terveys 2011 -tutkimuksissa samalla tavalla useilla eri kysymyksillä. Tässä raportissa sosiaalisen pääoman eri ulottuvuuksia tarkastellaan neljän kysymyksen avulla. Ne kuvaavat sosiaalista osallistumista ja verkostoja sekä luottamusta ja vastavuoroisuutta. Tämänäyttöisiä kysymyksiä on käytetty paljon eri maissa mitattaessa sosiaalista pääomaa, ja näitä ulottuvuuksia pidetään keskeisinä sosiaalisen pääoman osa-alueina (Iisakka 2006; Hyypä 2010).

Sosiaalista pääomaa koskevat kysymykset esitettiin itse täytettävissä kyselyissä. Sosiaalista osallistumista tarkastellaan säännöllisenä, vähintään kerran kuussa tapahtuvana osallistumisena kerho- tai yhdistystoimintaan. Sosiaalisia verkostoja kuvataan

vähintään kerran viikossa tuttaviaan tapaavien osuutena. Nämä kysymykset sisältyivät kyselyyn 1. Luottamus perustuu väittämään ”On parasta olla luottamatta kehenkään”. Vastaajat jaettiin niihin, jotka luottavat toisiin (ei pidä lainkaan paikkaansa) ja niihin, jotka eivät luota toisiin ihmisiin (pitää täysin/melko lailla paikkansa tai ei juuri pidä paikkaansa). Vastavuoroisuutta mitattiin väittämällä ”Useimmat ihmiset eivät oikeastaan haluaisi nähdä vaivaa auttaakseen toisia”, ja se luokiteltiin kahteen luokkaan samalla tavoin kuin luottamuskin. Viimeksi mainitut kysymykset esitettiin kyselyssä 3.

## Tulokset

### *Sosiaalinen osallistuminen*

Säännöllisesti vähintään kerran kuussa kerho- tai yhdistystoimintaan osallistuvia oli 27 % sekä miehistä että naisista. Eläkeikäiset osallistuivat kaikista aktiivisimmin. Vähiten tällaiseen toimintaan osallistuttiin 45–54-vuotiaiden ikäryhmässä (taulukko 12.1). Naisilla osallistuminen oli pysynyt keskimäärin samanlaisena vuodesta 2000 vuoteen 2011, mutta kerho- ja yhdistystoimintaan osallistuvien miesten osuus on sen sijaan kasvanut (liitetaulukko 12.1).

### *Sosiaaliset verkostot*

Oman kotitalouden ulkopuolisia sukulaisia, ystäviä ja naapureita tapasi vähintään viikoittain noin kolmannes miehistä ja lähes puolet naisista. Miehillä tapaamisaktiivisuus oli huipussaan nuorimassa ja vanhimmassa ikäryhmässä. Naisilla tuttujen tapaaminen oli vähäisempää alle 55-vuotiaiden joukossa kuin vanhemmilla, joskin miehiin verrattuna se oli yleisempää kaikissa ikäryhmissä (taulukko 12.1). Sosiaalisten verkostojen ylläpito oli molemmilla sukupuolilla harvinaisempaa vuonna 2011 verrattuna vuoteen 2000. Suurin muutos on tapahtunut 65–74-vuotiailla. (Liitetaulukko 12.1.)

### *Luottamus ja vastavuoroisuus*

Toisiin ihmisiin luotti noin 40 % ja vastavuoroisuuteen uskoi useampi kuin joka viides vastaajista, naiset hieman useammin kuin miehet. Luottamus ja vastavuoroisuus vähenivät iän myötä (taulukko 12.1). Luottamus ja vastavuoroisuus ovat lisääntyneet voimakkaasti vuodesta 2000 vuoteen 2011 sekä miehillä että naisilla (liitetaulukko 12.1).

Taulukko 12.1. Sosiaalisen pääoman eri ulottuvuuksien osoittimia.

|   | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|---|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Vähintään kerran kuukaudessa kerho- tai yhdistystoimintaan osallistuvien osuus (%)</b> |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet  | 26,9  | 22,5  | 27,2  | 30,4  | 33,2 | 27,3              |
| Naiset  | 25,3  | 19,4  | 24,7  | 36,6  | 38,8 | 27,2              |
| p <sup>2</sup>  |       |       |       |       |      | 0,921             |
| <b>Sukulaisia, ystäviä tai naapureita vähintään kerran viikossa tapaavien osuus (%)</b>   |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet  | 37,0  | 27,0  | 31,4  | 33,6  | 39,9 | 33,2              |
| Naiset  | 46,2  | 42,1  | 53,5  | 49,2  | 54,4 | 48,5              |
| p <sup>3</sup>  |       |       |       |       |      | 0,042             |
| <b>Toisiin ihmisiin luottavien osuus (%)</b>  |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet  | 50,0  | 42,0  | 33,1  | 30,4  | 24,9 | 37,7              |
| Naiset  | 57,4  | 49,8  | 37,0  | 32,7  | 29,3 | 43,0              |
| p <sup>2</sup>  |       |       |       |       |      | < 0,001           |
| <b>Vastavuoroisuuteen luottavien osuus (%)</b>  |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet  | 29,1  | 21,1  | 18,5  | 14,4  | 19,2 | 20,9              |
| Naiset  | 35,0  | 26,5  | 22,9  | 18,9  | 18,2 | 25,3              |
| p <sup>2</sup>  |       |       |       |       |      | 0,001             |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

<sup>3</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

## Pohdinta

Vuonna 2011 yhtä suuri osa naisista ja miehistä osallistui kerho- ja yhdistystoimintaan vähintään kerran kuussa. Toisessa suomalaisessa tutkimuksessa (Liikkanen ym. 2005) ei myöskään havaittu eroa miesten ja naisten yhdistysaktiivisuuden välillä, mutta ikäryhmittäisestä osallistumisaktiivisuudesta saadut tulokset olivat erilaisia: Liikkasen ym. aineistossa vanhemmat ikäryhmät osallistuivat vähiten yhdistystoimintaan kun taas Terveys 2011 -tutkimuksessa suurempi osa eläkeikäisistä kuin nuoremmista ikäryhmistä osallistui kerho- tai yhdistystoimintaan. Tulosten poikkeavuus saattaa johtua käytettyjen kysymysten eroista ja ehkä myös erilaisista ikäryhmäjaioista.

Samantapaiseen yleistyneen luottamuksen kysymykseen perustuvat Tilastokeskuksen ajankäyttötutkimuksen tulokset antavat samansuuntaisen kuvan luottamuksen vähenemisestä iän myötä kuin tämä tutkimus (Iisakka 2006). Sukupuolen mukaan tulokset ovat olleet hieman ristiriitaisia (Iisakka 2006; Nieminen ym. 2008; Komu & Hellsten 2010). Aikaisemman tutkimuksen mukaan luottamus on pysynyt vuosina 1999–2008 Suomessa lähes ennallaan (Komu & Hellsten 2010). Niinpä luottamuksen voimakas lisääntyminen tämän tutkimuksen valossa vaikuttaa yllättävältä. Osin tulokset voisivat

selittyä sillä, että luottamus on monitahoinen ja vaikeasti mitattava asia. Kysymykset ovat monitulkintaisia ja erilaiset kysymykset voivat tuottaa erilaisia tuloksia. Lisäksi tutkimuksen ajankohta ja vastauskato voivat vaikuttaa havaintoihin.

### Johtopäätökset

Koska sosiaalisen pääoman on todettu olevan yhteydessä parempaan koettuun terveyteen riippumatta kroonisista sairauksista ja toimintakyvyn vajeista (Nieminen ym. 2010), osallistumisen, luottamuksen ja vastavuoroisuuden lisääntymisen voisi odottaa näkyvän pidemmällä aikavälillä myös hyvinvoinnissa. Tämä kuitenkin edellyttää, että muut terveyteen vaikuttavat tekijät eivät muutu epäsuotuisaan suuntaan eikä sosiaalisten verkostojen määrä vähene ja rapauta sitä kautta luottamusta.

# 13 ELÄMÄNLAATU

*Samuli Saarni, Minna-Liisa Luoma, Seppo Koskinen ja Marja Vaarama*

## Päätulokset

- Naiset arvioivat oman elämänlaatunsa paremmaksi kuin miehet, mutta miesten terveyteen liittyvä elämänlaatu oli parempi.
- Terveyteen liittyvä elämänlaatu on parantunut keski-ikäisillä ja vanhemmilla, mutta ei nuoremmissa ikäryhmissä.

Elämänlaadulle ei ole yhtä yleisesti hyväksyttyä määritelmää. Laajasti ymmärrettynä elämänlaadulla tarkoitetaan yksilön omaa käsitystä elämäntilanteestaan suhteessa hänen omaan arvomaailmaansa, tavoitteisiinsa, odotuksiinsa ja kulttuuriseen ympäristöönsä. Terveyteen liittyvällä elämänlaadulla tarkoitetaan niitä elämänlaadun alueita, joilla on selkein yhteys terveyteen; erityisesti psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista toimintakykyä sekä oireita ja vaivoja.

## Menetelmät

*Oma arvio elämänlaadusta* mitattiin kysymällä kahden viime viikon ajalta ”millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?”. Viisi vastausvaihtoehtoa olivat ”erittäin huono, huono, ei hyvä eikä huono, hyvä tai erittäin hyvä”. Nämä yhdistettiin kolmeksi luokaksi.

*Elämänlaatua* mitattiin WHOQOL-mittarista lyhennetyllä EUROHIS-QOL-8 elämänlaatuasteikolla (Power 2003; Schmidt ym. 2006; da Rocha ym. 2012). Vastauksista laskettiin keskiarvo asteikolla 1–5.

*Terveyteen liittyvää elämänlaatua* mitattiin kansainvälisesti laajasti käytetyllä, viisi kysymystä kattavalla EQ-5D:llä (EuroQol 1990) sekä 15 kysymystä kattavalla suomalaisella 15D:llä (Sintonen 1994). EQ-5D:n ja 15D:n summapistemäärät laskettiin suomalaisen väestön arvostuksiin perustuvilla painokertoimilla (Sintonen 1995; Ohinmaa & Sintonen 1999).

Terveys 2000 -tutkimuksessa vuonna 2000 näistä mittareista käytössä olivat 15D ja EQ-5D.



## Tulokset

Miehet arvioivat oman elämänlaatunsa hieman huonommaksi kuin naiset erityisesti 55 vuotta täyttäneiden ikäryhmissä (taulukko 13.1). EUROHIS-QOL-8 -mittarin mukaan merkitsevää eroa sukupuolten välillä ei ollut. 15D- ja EQ-5D-mittarien mukaan sukupuolten välinen ero oli päinvastainen, eli miesten elämänlaatu oli hieman parempi kuin naisten. Sukupuolten väliset erot olivat kuitenkin varsin pieniä. Elämänlaatu heikkeni iän myötä kaikilla mittareilla tarkasteltuna, mutta heikentyminen jyrkkenei vasta vanhimmassa, 75 vuotta täyttäneiden ryhmässä.

Taulukko 13.1. Elämänlaatu eri osoittimien mukaan.

|   | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|---|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Oma arvio elämänlaadusta (%)</b>   |       |       |       |       |      |                   |
| <b>Miehet</b>   |       |       |       |       |      |                   |
| huono   | 3,7   | 4,6   | 5,1   | 5,0   | 8,7  | 5,1               |
| kohtalainen   | 11,2  | 18,1  | 25,4  | 29,2  | 41,6 | 22,9              |
| hyvä  | 85,0  | 77,3  | 69,5  | 65,8  | 49,7 | 72,0              |
| <b>Naiset</b>   |       |       |       |       |      |                   |
| huono   | 3,3   | 3,4   | 3,2   | 2,1   | 5,7  | 3,4               |
| kohtalainen   | 11,3  | 17,6  | 21,6  | 28,9  | 39,2 | 21,5              |
| hyvä  | 85,4  | 79,1  | 75,3  | 69,0  | 55,0 | 75,1              |
| p <sup>2</sup>  |       |       |       |       |      | 0,013             |
| <b>Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittari (EUROHIS-QOL-8), keskiarvo (asteikko 1–5)</b> |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet  | 4,0   | 4,0   | 4,0   | 3,9   | 3,8  | 3,9               |
| Naiset  | 4,1   | 4,0   | 4,0   | 3,9   | 3,8  | 4,0               |
| p <sup>2</sup>  |       |       |       |       |      | 0,078             |
| <b>15D-elämänlaatumittari, keskiarvo (asteikko 0–1)</b>                                       |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet  | 0,95  | 0,94  | 0,92  | 0,90  | 0,83 | 0,92              |
| Naiset  | 0,94  | 0,93  | 0,92  | 0,90  | 0,84 | 0,91              |
| p <sup>3</sup>  |       |       |       |       |      | 0,035             |
| <b>EuroQol elämänlaatumittari, keskiarvo (asteikko 0–1)<sup>4</sup></b>                       |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet  | 0,89  | 0,86  | 0,81  | 0,81  | 0,70 | 0,83              |
| Naiset  | 0,87  | 0,83  | 0,81  | 0,77  | 0,66 | 0,81              |
| p <sup>2</sup>  |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakioitu

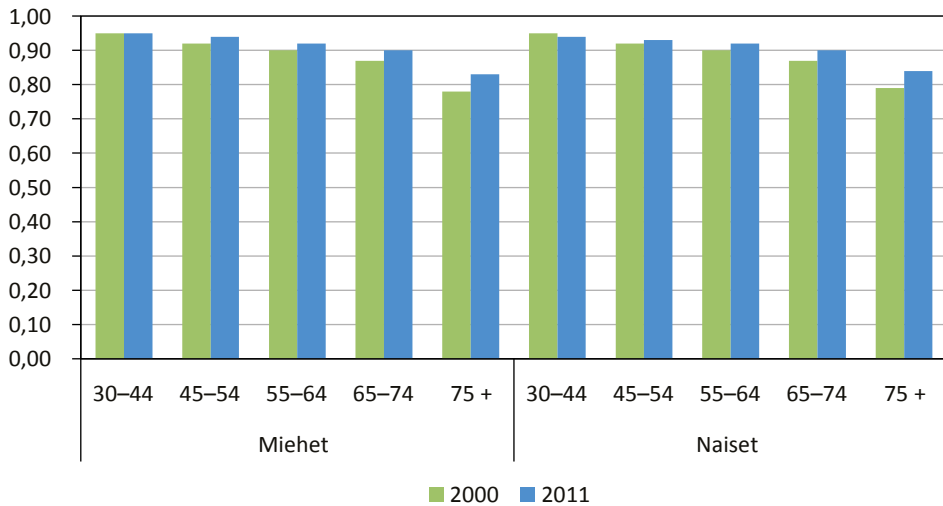
<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

<sup>3</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

<sup>4</sup> suomalaisilla VAS-preferenssikertoimilla painotettu

30 vuotta täyttäneiden suomalaisten terveyteen liittyvä elämänlaatu näyttää parantuneen vuodesta 2000 vuoteen 2011. Paranemista ei kuitenkaan havaittu alle 45-vuotiailla, 45–64-vuotiaillakin muutos oli hyvin pieni. Sen sijaan eläkeikäisten osalta kohentamista voi pitää merkittävänä (15D:n muutos yli 0,03, EQ-5D:n muutos yli 0,05). (Kuvio 13.1 ja liitetaulukko 13.1.)

Kuvio 13.1. 15D-elämänlaatumittarin keskiarvo vuosina 2000 ja 2011.



### Pohdinta

Naiset arvioivat elämänlaatunsa paremmaksi kuin miehet, mutta ero oli päinvastainen tarkasteltaessa toimintakykyä painottavia 15D- ja EQ-5D-mittareita. Miesten naisia alempi arvio elämänlaadustaan ei siis todennäköisesti selity terveydellisillä syillä.

Elämänlaatu heikkenee iän myötä. Muiden edellä tarkasteltujen mittarien valossa elämänlaadun heikentyminen iän mukana ilmenee jo työiässä, mutta käytettäessä mm. sosiaalisen ja ympäristöulottuvuuden sisältävää EUROHIS-QOL-8 -mittaria, alkaa elämänlaatu heikentyä vasta eläkeikäisistä alkaen. Elämänlaadun lasku jyrkkenee vanhimmassa, yli 75-vuotiaiden ikäryhmässä. Löydökset vastaavat aiempien tutkimusten tuloksia (Vaarama ym. 2010c).

Terveyteen liittyvä elämänlaatu on parantunut seuranta-aikana, mutta merkittävästi vain vanhimmissa ikäryhmissä, eikä alle 45-vuotiailla havaittu paranemista. Erityisesti yli 75-vuotiaiden terveyteen liittyvä elämänlaatu on kohonnut merkittävästi 2000-luvulla, mikä vastaa aiempia arvioita (Seppälä & Häkkinen 2010). Väestöä edustavia tuloksia 15D-mittarilla on käytettävissä jo vuosilta 1992 ja 1995 (Sintonen 1995; Arinen ym. 1998). Näiden mukaan elämänlaatu parani vanhemmissa ikäluokissa jo 1990-luvulla. Yli 80-vuotiaiden elämänlaadun on todettu kohentuneen myös EUROHIS-QOL-8 -mittarilla vuosien 2004 ja 2009 välillä (Vaarama ym. 2010b).

## Johtopäätökset

Keski-ikäisten ja vanhempien suomalaisten terveyteen liittyvä elämänlaatu on merkittävästi parantunut viimeisten kahdenkymmenen vuoden aikana. Nuoremmilla paranevista ei ole tapahtunut.

# 14 TERVEYSPALVELUJEN KÄYTTÖ JA HOIDON TARVE

## 14.1 Terveyttä ja työkykyä edistävät toimet

*Päivikki Koponen, Pirkko Alha ja Riitta Sauni*

### Päätulokset

- Lähes kolme neljäsosaa 30 vuotta täyttäneistä suomalaisista oli osallistunut johonkin terveystarkastukseen viiden viime vuoden aikana, ensisijassa tietyn todistustarpeen tai kansantautien tai työperäisten riskien seurannan vuoksi.
- Naiset osallistuivat sekä liikuntaryhmiin että muihin terveyttä edistäviin ryhmiin useammin kuin miehet.
- Työpaikalla toteutettuja työkykyä ja työssä jaksamista edistäviä toimia raportoitiin yleisemmin kuin vuonna 2000.

Tässä luvussa kuvataan osallistumista terveystarkastuksiin ja käyntejä terveydentilaa kuvaavissa tutkimuksissa. Muina terveyttä ja työkykyä edistävinä toimina kuvataan osallistumista terveyttä edistävään ryhmätoimintaan sekä työpaikalla toteutettuja muutoksia, joilla voidaan edistää työssä jaksamista. Terveystarkastuksia, tutkimuksia ja ryhmätoimintaa ei eritellä palveluntuottajan mukaan vaan niitä on voitu toteuttaa esimerkiksi yksityisessä tai julkisessa terveydenhuollossa, optikkoliikkeissä, apteekkeissa, järjestöjen tilaisuuksissa ja kuntosaleilla.

Kansantautien riskitekijöiden tunnistamisessa keskeisistä mittauksista tässä raportissa kuvattaviksi on valittu verensokeriarvojen ja kolesteroliarvojen tutkimukset. Näön ja kuulon tutkimukset ovat toimintakyvyn kannalta keskeisiä. Ne liittyvät usein ajokortin hankintaan tai uusimiseen tai työperäisten riskien seurantaan. Mammografia (rintojen röntgentutkimus) ja kohdunkaulan irtosolunäyte kuuluvat asetuksen perusteella kaikille naisille tarjottaviin syöpäseulontoihin. Kohdunkaulan syöpää ehkäiseviin seulontoihin kutsutaan kaikki 30–60-vuotiaat naiset viiden vuoden välein. Joissakin kunnissa näihin kutsutaan myös 20-, 25- ja 65-vuotiaita. Rintasyövän seulontaohjelma kattaa 50–69-vuotiaat naiset, jotka kutsutaan mammografiaan joka toinen vuosi. Näihin tutkimuksiin voi saada lähetteen myös muiden vastaanottokäyntien yhteydessä sekä julkisessa että yksityisessä terveydenhuollossa. Eturauhassyövän seulontaan liittyvän PSA-laboratorionäytteen hyödyistä ja vaikuttavuudesta ei olla

yksimielisiä eikä se kuulu mihinkään seulontaohjelmaan. PSA-näyte on tässä valittu kuvastamaan tutkittavan itsensä ja hänen hoidostaan vastaavan lääkärin aktiivisuutta ehdottaa ja toteuttaa seulontaa.

Syöpärekisterin tilastojen mukaan kohdunkaulan syövän seulontatutkimuksiin osallistui vuonna 2009 kutsutuista 30–60-vuotiaista naisista 70 prosenttia. Rintasyövän seulontoihin osallistui samana vuonna kutsutuista 50–59-vuotiaista naisista 86 prosenttia. Rekisteritietojen perusteella seulontoihin osallistuminen on vuoden 2000 jälkeen pysynyt melko vakaana vaikka osallistumisaktiivisuudessa on hieman vuosittaista vaihtelua.

## Menetelmät

Terveystarkastuksia ja seulontatutkimuksia koskevat kysymykset esitettiin haastattelussa. Haastattelijoita pyydettiin tarvittaessa tarkentamaan, että terveystarkastuksella tarkoitetaan sellaisia lääkärin tai terveydenhoitajan vastaanotolla käyntejä, jotka liittyvät sairauden varhaiseen toteamiseen, terveyden yleiseen tutkimiseen tai lääkärintodistuksen hankkimiseen.

Tässä raportissa kuvataan jossain seuraavista terveystarkastuksista viiden viime vuoden aikana käyneiden osuutta: ajokorttitarkastus, työhöntulotarkastus tai muu työterveyshuollon terveystarkastus, opiskeluterveydenhuollon terveystarkastus, työttömille tehtävä tai tietyille ikäryhmille tehtävä tai muu terveystarkastus. Naisilla terveystarkastuksiin kuuluivat myös raskauden ehkäisyyn sekä raskauteen, lapsen odotukseen tai synnytykseen liittyvät tarkastukset.

Seulontatutkimuksiin kuuluivat näön ja kuulon tutkimukset, verensokeriarvojen tutkimus ja veren kolesteroliarvojen määrittäminen sekä HIV-testi. Lisäksi naisilta kysyttiin mammografiaa (rintojen röntgentutkimus), kohdunkaulan irtosolunäytettä (PAPAKOE) ja gynekologisessa tarkastuksessa tai tutkimuksessa käyntiä, miehiltä PSA-tutkimuksessa käyntiä. Näistä kysyttiin ensin viiden viime vuoden aikana tehtyjä tutkimuksia, sitten tarkennettiin oliko niitä tehty viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana.

Työn ruumiillista kuormitusta vähentävinä toimina haastattelussa mainittiin esimerkiksi hankalien työasentojen tai raskaiden työvaiheiden vähentäminen sekä kantamisen, nostamisen, kannattelun tai paikallaan seisomisen vähentäminen. Työn henkistä rasittavuutta vähentävinä toimenpiteinä mainittiin esimerkiksi johtamisen ja esimiestyön kehittäminen, kiireen ja aikapaineen vähentäminen sekä työaikojen ja työtehtävien joustavuuden lisääminen.

Itse täytetyssä kyselylomakkeessa (kysely 1) kysyttiin terveyttä edistävään ryhmätoimintaan osallistumista viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Liikuntaryhmiin osallistuneiksi on sisällytetty niskan tai selän kuntoryhmään, jooga-, pilates- ja/tai johonkin muuhun liikunta- tai kuntoryhmään osallistuneet. Muihin ryhmiin osallistuneiksi puolestaan luokiteltiin ainakin yhteen seuraavista ryhmistä osallistuneet: laihdutusryhmä, tupakoinnin lopettamisryhmä, alkoholin käytön lopettamiseen tähtäävä ryhmä (esim. AA), jostakin riippuvuudesta (esim. peliriippuvuus) eroon tähtäävä ryh-

mä, sairauden omahoitoryhmä ja henkisen hyvinvoinnin ryhmä (esim. suru-, ero- tai muu keskusteluryhmä). Ryhmiin osallistumisen määriteltiin edellyttävän ainakin jonkin aikaa säännöllistä osallistumista eli yksittäisiä luentoja tai keskustelutilaisuuksia ei otettu huomioon.

## Tulokset

Johonkin terveystarkastukseen oli viimeksi kuluneen viiden vuoden aikana osallistunut 77 prosenttia miehistä ja 72 prosenttia naisista (taulukko 14.1.1). Yleisimpiä olivat työterveyshuollon terveystarkastukset sekä miehillä ajokorttitarkastukset, jotka liisäävät terveystarkastusten yleisyyttä keski-ikäisillä ja iäkkäämmillä miehillä. Naisilla yleisimpiä olivat tietyille ikäryhmille tehtävät ja raskauden ehkäisyyn liittyvät tarkastukset, joissa käydään yleisimmin nuorena ja keski-ikässä. Naiset ovat saattaneet ottaa vastauksissaan huomioon myös syöpäseulonnat.

Taulukko 14.1.1. Terveystarkastuksessa<sup>1</sup> viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana käyneiden osuus (%).

|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>2</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| Miehet         | 69,7  | 85,2  | 74,3  | 77,6  | 77,5 | 76,6              |
| Naiset         | 89,8  | 85,2  | 70,0  | 53,5  | 39,7 | 72,2              |
| p <sup>3</sup> |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ajokortti-, työhöntulo-, muu työ- tai opiskeluterveyshuollon tarkastus, työttömille tai tietyille ikäryhmälle tehtävä tai raskauden ehkäisyyn, raskauteen tai synnytykseen liittyvä tarkastus tai muu terveystarkastus

<sup>2</sup> ikävakioitu

<sup>3</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Näön tutkimukset olivat yleisiä sekä miehillä että naisilla kaikissa ikäryhmissä (taulukko 14.1.2). Kuulon tutkimukset olivat miehillä yleisempiä, mikä liittyy työtehtäviin meluisissa ympäristöissä ja kuulon seurantaan työterveyshuollossa. Osa kuulon tutkimuksista voi olla myös ajokortin tai muiden todistusten hankintaan liittyviä. Veren-sokeriarvojen ja kolesteroliarvojen tutkimukset yleistyivät iän myötä, mikä kuvastaa näiden seurantaan kansantautien riskitekijöinä ja iän myötä yleistyvien pitkäaikaissairauksien seurannan yhteydessä. HIV-testejä oli tehty useimmin nuorimmille naisille, mikä liittyy raskauden aikaiseen seulontaan neuvoloissa. Mammografia ja kohdunkaulan irtosolunäytteet olivat yleisimpiä seulonta-asetuksen mukaisiin ikäryhmiin kuuluvilla. Koska seulontoja tehdään 2–5 vuoden välein, ovat yhden vuoden aikana tutkimuksissa käyneiden osuudet alhaisia. Säännöllinen, vuosittainen gynekologin vastaanotolla käyminen oli hedelmällisyys- ja vaihdevuosi-ikäisten naisten keskuudessa yleistä. Eturauhassyövän seulonta (PSA-tutkimus) kohdentui lähinnä 55 vuotta täyttäneisiin miehiin.

Taulukko 14.1.2. Seulontatutkimuksissa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyneiden osuus (%).

|  | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Näön tutkimus</b>                         |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet                                       | 30,2  | 43,4  | 39,7  | 41,9  | 38,3 | 38,5              |
| Naiset                                       | 34,0  | 45,0  | 42,4  | 44,2  | 46,8 | 41,9              |
| p <sup>2</sup>                               |       |       |       |       |      | 0,029             |
| <b>Kuulon tutkimus</b>                       |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet                                       | 16,7  | 20,2  | 16,9  | 14,4  | 15,2 | 16,9              |
| Naiset                                       | 9,0   | 12,0  | 11,9  | 7,9   | 10,8 | 10,4              |
| p <sup>2</sup>                               |       |       |       |       |      | < 0,001           |
| <b>Verensokeriarvon tutkimus</b>             |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet                                       | 28,9  | 35,6  | 48,7  | 57,2  | 60,4 | 44,1              |
| Naiset                                       | 33,3  | 37,8  | 49,3  | 55,5  | 61,6 | 45,6              |
| p <sup>2</sup>                               |       |       |       |       |      | 0,317             |
| <b>Kolesteroliarvon tutkimus</b>             |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet                                       | 30,6  | 35,1  | 51,0  | 59,3  | 54,9 | 44,7              |
| Naiset                                       | 24,5  | 40,1  | 52,3  | 61,3  | 58,7 | 45,4              |
| p <sup>2</sup>                               |       |       |       |       |      | 0,629             |
| <b>HIV-testi</b>                             |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet                                       | 3,9   | 3,6   | 1,7   | 1,1   | 0,4  | 2,4               |
| Naiset                                       | 11,4  | 4,3   | 1,0   | 0,4   | 0,0  | 3,9               |
| p <sup>3</sup>                               |       |       |       |       |      | <0,001            |
| <b>Mammografia</b>                           |       |       |       |       |      |                   |
| Naiset                                       | 5,5   | 39,5  | 58,2  | 29,9  | 8,1  | 29,4              |
| <b>Kohdunkaulan irtosolunäyte (Papa-koe)</b> |       |       |       |       |      |                   |
| Naiset                                       | 44,6  | 41,5  | 28,8  | 14,4  | 4,2  | 29,0              |
| <b>Gynekologin tutkimus</b>                  |       |       |       |       |      |                   |
| Naiset                                       | 49,5  | 44,0  | 36,9  | 22,4  | 9,0  | 34,7              |
| <b>PSA-tutkimus</b>                          |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet                                       | 3,6   | 11,2  | 29,9  | 43,2  | 38,4 | 22,4              |

<sup>1</sup> ikävakioitu, HIV-testin kohdalla ikä jatkuvana muuttujana

<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

<sup>3</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Naiset olivat osallistuneet sekä liikuntaryhmiin että muihin terveyttä edistäviin ryhmiin miehiä useammin (taulukko 14.1.3).

Taulukko 14.1.3. Viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana terveyttä edistäviin ryhmiin osallistuneiden osuus (%).

|   | 30–64 | 65 + | 30 + <sup>1</sup> |
|---|-------|------|-------------------|
| <b>Liikuntaryhmä<sup>2</sup></b>                |       |      |                   |
| Miehet  | 20,1  | 21,3 | 20,6              |
| Naiset  | 46,2  | 38,7 | 44,1              |
| p <sup>3</sup>                                  |       |      | 0,004             |
| <b>Muu terveyttä edistävä ryhmä<sup>4</sup></b> |       |      |                   |
| Miehet  | 4,9   | 8,5  | 6,0               |
| Naiset  | 9,1   | 9,4  | 9,2               |
| p <sup>3</sup>                                  |       |      | 0,004             |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> niskan tai selän kuntoryhmä, jooga, pilates, ohjattu meditaatio tai rentoutus, muu liikunta-, tai kuntoryhmä

<sup>3</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

<sup>4</sup> laihdutusryhmä tai -kurssi, tupakoinnin lopettamiseen tähtäävä ryhmä tai kurssi, alkoholin käytön lopettamiseen tai hallitsemiseen tähtäävä ryhmä, muusta riippuvuudesta irtipääsyä tavoitteleva ryhmä, sairauden omahoitoryhmä tai henkisen hyvinvoinnin ryhmä

30–64-vuotiaista työssä edeltäneen vuoden aikana olleista miehistä 50 prosenttia ja naisista 39 prosenttia ilmoitti, että työpaikan työturvallisuutta oli parannettu viimeksi kuluneen vuoden aikana (taulukko 14.1.4). Työn ruumiillista kuormittavuutta vähentäviä toimenpiteitä oli toteutettu hieman yli joka neljännen vastaajan työpaikalla. Työn henkistä rasittavuutta vähentäviä toimenpiteitä raportoitiin yhtä yleisesti. Toimenpiteet olivat yhtä yleisiä miehillä ja naisilla ja eri ikäluokissa. Sekä naiset että miehet raportoivat työpaikallaan tehdyn työturvallisuutta parantavia tai työn ruumiillista kuormitusta tai henkistä rasittavuutta vähentäviä toimenpiteitä yleisemmin kuin vuonna 2000 (liitetaulukko 14.1.1).



Taulukko 14.1.4. Viimeksi kuluneen vuoden aikana työssä olleiden 30–64-vuotiaiden työpaikoilla 12 viime kuukauden aikana toteutettujen työterveyttä edistävien toimenpiteiden yleisyys (%).

|  | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 30–64 <sup>1</sup> |
|--|-------|-------|-------|--------------------|
| <b>Työturvallisuutta parantavat toimenpiteet</b>             |       |       |       |                    |
| Miehet   | 50,2  | 49,5  | 50,8  | 50,1               |
| Naiset   | 41,5  | 38,4  | 36,4  | 39,0               |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       | <0,001             |
| <b>Työn ruumiillista kuormitusta vähentävät toimenpiteet</b> |       |       |       |                    |
| Miehet   | 26,5  | 25,8  | 29,9  | 27,2               |
| Naiset   | 26,6  | 25,8  | 24,3  | 25,7               |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       | 0,409              |
| <b>Työn henkistä rasittavuutta vähentävät toimenpiteet</b>   |       |       |       |                    |
| Miehet   | 27,4  | 27,4  | 27,1  | 27,3               |
| Naiset   | 30,2  | 31,3  | 26,1  | 29,5               |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       | 0,234              |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

## Pohdinta

Terveystarkastuksissa ja seulontatutkimuksissa käyminen näyttää yleistyneen kaikissa ikäryhmissä ja lähes kaikissa tarkastuksissa ja tutkimuksissa verrattuna vuoteen 2000 (Koponen & Alha 2006). Muutosta ei ole tässä analysoitu tarkemmin koska lomakkeilla oli pieniä eroja kysymysten sanamuodoissa. Tarkastuksissa ja seulonnoissa käymisen yleistymisen voi osin johtua siitä, että monia mittauksia ja tutkimuksia oli vuonna 2011 tarjolla monipuolisemmin kuin 11 vuotta aiemmin myös muualla kuin julkisessa terveydenhuollossa. Yleistymisen voi johtua myös kadosta, jos terveystarkastustutkimukseen on valikoitunut erityisesti sellaisia henkilöitä, jotka ovat muutenkin aktiivisimpia osallistumaan terveystarkastuksiin ja seulontatutkimuksiin, ja jos analyysissä käyetyt painokertoimet eivät ota tätä valikoitumista riittävästi huomioon.

Liikuntaryhmiksi mainittiin vuoden 2011 lomakkeessa myös jooga-, pilates- ja rentoutusryhmät, joita ei ollut vuoden 2000 lomakkeella, ja ne nostavat ryhmiin osallistumisaktiivisuutta. Liikuntaryhmiin osallistumisen yleistymiseen vaikuttanee ainakin suurimmissa kaupungeissa myös kuntosalitarjonnan lisääntyminen. Osa ryhmätoimintaan osallistumisen yleistymisestä selittyy myös tutkittavien valikoitumisella. Työssä jaksamista edistävien toimenpiteiden yleistymisen voi liittyä siihen, että näiden toimien merkitys työssä jaksamisen kannalta on ollut aiempaa enemmän esillä sekä julkisessa keskustelussa että työpaikoilla, jolloin tällaisia toimia sekä toteutetaan että tunnustetaan aiempaa useammin.

Eläkeikäisten ja erityisesti 75-vuotiaiden ja tätä vanhempien terveydentilan kartoittamista palvelutarpeen ennakoimiseksi ja kotona pärjäämisen edistämiseksi on viime vuosina pidetty tarpeellisena ja niiden vaikuttavuudesta on myös tutkimusnäyttöä. Tässä aineistossa terveystarkastukset ovat kuitenkin harvinaisimpia iäkkäillä naisilla. Suurin osa kaikista terveystarkastuksista oli erityistarpeisiin liittyviä (mm. ajokortti, raskauden ehkäisy, syöpäseulonnat). Kansantautien riskien seulonnan merkitys tautien ehkäisyssä on 2000-luvulla korostunut mm. kehitettäessä tyyppi 2 diabetekseen sairastumisvaarassa olevien seulontajärjestelmää (Saaristo ym. 2009). Muissakin hankkeissa (esim. Haapola ym. 2009) on kehitetty toimintamalleja, joilla pyritään tunnistamaan ja ohjaamaan henkilöitä, joiden vaara sairastua kroonisiin valtimosairauksiin on kohonnut. Näiden hankkeiden vaikutukset voivat näkyä myös väestötasolla seulonta-tutkimuksiin osallistumisen yleistymisenä.

Vuoden 2000 aineistossa todettiin selkeitä sosioekonomisia eroja seulonta-tutkimuksiin ja terveyttä edistäviin toimiin osallistumisessa (Koponen & Alha 2006). Tästä tarvitaan lisää tutkimuksia, sillä erot voivat kasvaa yksityisten palvelujen markkinoinnin ja tarjonnan laajentuessa ja toisaalta kuntien säästötoimien myötä.

### Johtopäätökset

Syventävissä tutkimuksissa on syytä selvittää kadon vaikutusta ennaltaehkäisevien ja terveyttä edistävien palvelujen käytön yleistymiseen. Lisää tutkimuksia tarvitaan myös muiden terveystarkastusten ja terveydentilaa kuvaavien tekijöiden yhteydestä ennaltaehkäisevien ja terveyttä edistävien palvelujen käyttöön.

## 14.2 Käynnit lääkärin ja terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla

*Lien Nguyen, Riitta Sauni, Päivikki Koponen, Pirkko Alha ja Unto Häkkinen*

### Päätulokset

- Iäkkäät käyttivät pääasiassa terveyskeskuksen ja sairaaloiden poliklinikoiden palveluja, kun taas työikäisillä käynnit kohdentuivat enemmän työterveyshuoltoon.
- Naiset kävivät lääkärin vastaanotolla useammin kuin miehet.
- Terveyskeskuslääkärikäyntien määrä on vähentynyt ja työterveyslääkärikäyntien määrä on kasvanut.

### Menetelmät

Haastattelussa kysyttiin käyntejä lääkärin- ja terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla oman sairauden (naisilla myös raskauden tai synnytyksen) vuoksi viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Lisäksi vastaajilta kysyttiin, oliko heillä joku tietty lääkäri, jonka luona he yleensä kävivät, sekä oliko heillä joku tietty terveyden- tai sairaanhoitaja, johon he ottivat ensisijaisesti yhteyttä tarvitessaan apua ja neuvoja terveysasioissa ja missä nämä työskentelivät.

### Tulokset

Naisista 74 prosenttia ja miehistä 65 prosenttia kertoi käyneensä lääkärissä sairauden vuoksi viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana (taulukko 14.2.1). Terveyskeskuslääkärillä oli käynyt vähintään kerran noin kolmannes miehistä ja 42 prosenttia naisista. Yleisintä terveyskeskuslääkäripalvelujen käyttö oli eläkeikäisillä. Työikäisistä miehistä kolmannes ja naisista 37 prosenttia oli käynyt vähintään kerran työterveyslääkärin vastaanotolla. Naisilla myös yksityislääkärin vastaanotolla käyminen oli miehiä yleisempää, mikä selittyyneen yksityisen gynekologin vastaanotolla käynneillä (vrt. luku 14.1). Noin viidennes tutkimukseen osallistuneista kertoi käyneensä sairaalan poliklinikalla vähintään kerran. Yksityislääkäriä käyttävien osuus oli pienempi alle 55-vuotiailla (18 %) kuin 55 vuotta täyttäneillä (22 %). Sen sijaan työterveyslääkärin vastaanotolla viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana oli käynyt suurempi osuus alle 55-vuotiaista (39 %) kuin 55–64-vuotiaista (27 %) (taulukko 14.2.2). Opiskeluterveydenhuollossa, kotikäynnillä tai muualla lääkärin tavanneiden osuus oli alhainen kaikissa ikäryhmissä ja sekä miehillä että naisilla (1–6 %).

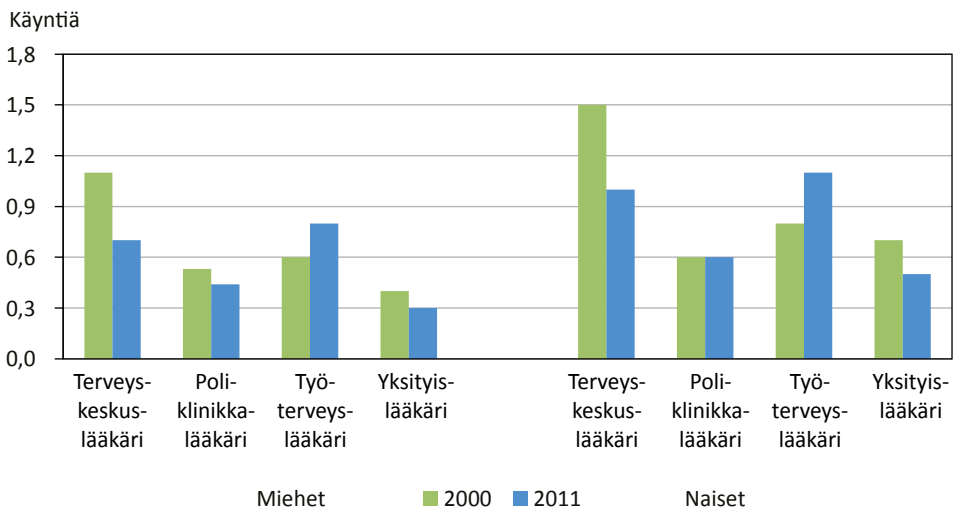
Taulukko 14.2.1. Sairaanhoidopalveluja viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyttäneiden osuus (%).

|  | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Käynyt lääkärissä</b>   |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 62,6  | 60,2  | 67,4  | 69,5  | 72,8 | 65,4              |
| Naiset   | 73,2  | 74,0  | 73,7  | 77,4  | 73,3 | 74,1              |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |       |      | < 0,001           |
| <b>Käynyt terveyskeskuslääkärin vastaanotolla</b>                                    |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 20,7  | 20,8  | 37,2  | 55,5  | 58,3 | 34,4              |
| Naiset   | 34,0  | 32,8  | 36,4  | 63,4  | 64,6 | 42,4              |
| p <sup>3</sup>   |       |       |       |       |      | < 0,001           |
| <b>Käynyt sairaalan poliklinikalla</b>   |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 13,1  | 13,1  | 21,6  | 24,6  | 38,2 | 19,6              |
| Naiset   | 21,2  | 18,2  | 24,8  | 27,5  | 32,0 | 23,5              |
| p <sup>3</sup>   |       |       |       |       |      | 0,001             |
| <b>Käynyt yksityislääkärin vastaanotolla</b>   |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 12,6  | 12,8  | 16,8  | 18,2  | 21,7 | 15,4              |
| Naiset   | 24,5  | 22,4  | 28,0  | 26,3  | 22,5 | 24,9              |
| p <sup>3</sup>   |       |       |       |       |      | 0,006             |
| <b>Käynyt terveyden- tai sairaanhoidajan vastaanotolla tai tavannut tämän kotona</b> |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 40,8  | 40,3  | 36,3  | 31,9  | 42,0 | 38,2              |
| Naiset   | 47,5  | 41,6  | 39,4  | 31,8  | 42,5 | 41,1              |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakiointu<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero<sup>3</sup> sukupuoli-ikä yhdysvaikutus

Tutkimukseen osallistuneet ilmoittivat käyneensä sairauden vuoksi lääkärissä edeltäneiden 12 kuukauden aikana keskimäärin 2,5 kertaa. Naisilla oli vuoden aikana lääkärikäyntejä keskimäärin 2,9 ja miehillä 2. Sukupuolten välinen ero lääkärikäyntien määrässä korostui alle 65-vuotiaiden ikäryhmässä. Vuoden 2000 tutkimukseen verrattuna lääkärikäyntien määrät olivat Terveys 2011 -aineistossa selvästi pienempiä lukuun ottamatta työterveyshuollon käyntejä (kuvio 14.2.1 ja liitetaulukko 14.2.1). Lääkärikäynneistä 34 prosenttia toteutui terveyskeskuksessa, 21 prosenttia sairaalan poliklinikalla, 26 prosenttia työterveyshuollossa ja 16 prosenttia yksityisvastaanotolla. Terveyskeskuslääkärikäyntien määrä oli vähentynyt sekä työikäisillä että yli 64-vuotiailla työterveyslääkärikäyntien määrän lisääntyessä työikäisten keskuudessa. Vuonna 2000 oli edeltäneiden 12 kuukauden aikana käyty terveyskeskuslääkärillä keskimäärin 1,3 kertaa, mutta vuonna 2011 vain 0,9 kertaa; työikäisten keskuudessa vastaavat luvut olivat 1,1 ja 0,7. Työikäiset raportoivat vuonna 2000 keskimäärin 0,7 käyntiä työterveyslääkärille ja 0,9 käyntiä vuonna 2011.

Kuvio 14.2.1. Lääkärikäyntien määrä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana vuosina 2000 ja 2011.



Miehistä 38 % ja naisista 41 % oli käynyt viimeksi kuluneen vuoden aikana vähintään kerran terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla työterveyshuollossa tai muualla tai oli tavannut hoitajan kotonaan (taulukko 14.2.1). Eniten hoitajan luona käyneitä oli 30–44-vuotiaiden naisten ryhmässä, mikä selittyy neuvolakäynneillä. Muista ikäryhmistä eniten hoitajan vastaanotolla käyneitä tai hoitajan kotona tavanneita oli yli 74-vuotiaissa, joilla käyntien yleisyyttä selittänee myös kotisairaanhoidon piirissä olevien osuus.

Työterveyshoitajan vastaanotolla viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana vähintään kerran oli käynyt 28 prosenttia kaikista 30–64-vuotiaista, joista 55–64-vuotiaat kävivät harvimminkin työterveyshoitajalla todennäköisesti sen takia, että suuri osa tästä ikäryhmästä on jo siirtynyt pois työelämästä (taulukko 14.2.2). Samoin kuin työterveyshuollon lääkärikäynnit, myös työterveyshoitajalla käyneiden osuus näytti lisääntyneen vuosina 2000–2011 (liitetaulukko 14.2.2, ks. myös taulukko 4.3.1). Vuonna 2000 22 prosenttia 30–64-vuotiaista ilmoitti käyneensä työterveyshoitajalla, kun vuonna 2011 vastaava osuus oli 28 prosenttia. Muun terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla (esimerkiksi terveyskeskuksessa) oli käynyt 22 prosenttia kaikista 30 vuotta täyttäneistä, mutta lähes kolmannes yli 64-vuotiaista. Kotonaan terveyden- tai sairaanhoitajan oli tavannut kaikista vastaajista vain neljä prosenttia, mutta yli 74-vuotiaista 18 prosenttia. Yli 74-vuotiaat raportoivat eniten hoitajan kotikäyntejä, naiset (4,3 käyntiä/12 kk) enemmän kuin miehet (2,3 käyntiä/12 kk).

Taulukko 14.2.2. Työterveyspalveluja viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyttäneiden osuus (%).

|  | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 30–64 <sup>1</sup> |
|--|-------|-------|-------|--------------------|
| <b>Käynyt työterveyslääkärin vastaanotolla</b> |       |       |       |                    |
| Miehet   | 36,6  | 38,3  | 23,3  | 32,7               |
| Naiset   | 41,1  | 39,1  | 31,1  | 37,2               |
| p <sup>2</sup>                                 |       |       |       | < 0,001            |
| <b>Käynyt työterveyshoitajan vastaanotolla</b> |       |       |       |                    |
| Miehet   | 34,2  | 31,2  | 19,2  | 28,3               |
| Naiset   | 27,0  | 31,8  | 23,0  | 27,1               |
| p <sup>3</sup>                                 |       |       |       | 0,007              |

<sup>1</sup> ikävakiointu

<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

<sup>3</sup> sukupuoli-ikä yhdysvaikutus

Tietty lääkäri, jonka luona yleensä käy, oli noin puolella tutkimukseen osallistuneista (taulukko 14.2.3). Kaikista vastaajista 43 prosenttia ja yli 64-vuotiaista 76 prosenttia ilmoitti käyvänsä yleensä terveyskeskuslääkärin luona. Työterveyslääkärin ilmoitti ensisijaiseksi lääkärikseen 56 prosenttia työkäisistä miehistä ja 46 prosenttia naisista, ja yksityissektorilla toimivan lääkärin ilmoitti ensisijaiseksi lääkärikseen kymmenen prosenttia työkäisistä miehistä ja 19 prosenttia naisista. Tuttava- tai sukulais- tai muun tyyppisen lääkärin ilmoitti ensisijaiseksi lääkärikseen kaksi prosenttia.

Vastaajista 36 prosenttia ilmoitti, että heillä on joku tietty terveyden- tai sairaanhoidaja, johon he ottavat ensisijaisesti yhteyttä tarvitessaan apua ja neuvoja terveysasioissa. Naisista tällaisen ensisijaisen hoitajan ilmoitti suurempi osuus (38 %) kuin miehistä (33 %). Työkäisillä ensisijainen hoitaja oli useimmiten työterveyshuollossa (74 %) mutta melko harvoin terveyskeskuksessa (17 %). Yli 64-vuotiailla ensisijainen hoitaja työskenteli lähes aina terveyskeskuksessa (84 %). Muualla (esimerkiksi sairaalassa) työskentelevä ensisijainen hoitaja oli kaikista vastaajista vajaalla kolmella prosentilla. Eläkeikäisistä yhdeksän prosenttia ilmoitti ensisijaiseksi hoitajaksi tuttava- tai sukulaishoitajan.

Taulukko 14.2.3. Tietyn lääkärin luona yleensä käyvien ja tiettyyn hoitajaan ensisijaisesti yhteydessä olevien osuus (%).

|  | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Tietty lääkäri, jonka luona yleensä käy</b>             |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 40,2  | 47,8  | 48,7  | 52,2  | 58,7 | 48,4              |
| Naiset   | 35,5  | 52,4  | 56,2  | 55,4  | 46,8 | 49,1              |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |       |      | 0,001             |
| <b>Tietty hoitaja, johon ottaa ensisijaisesti yhteyttä</b> |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 36,5  | 40,6  | 31,4  | 20,2  | 32,1 | 32,7              |
| Naiset   | 38,1  | 47,3  | 38,5  | 28,2  | 35,6 | 38,2              |
| p <sup>3</sup>   |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakiointu<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus<sup>3</sup> sukupuolten välinen tasoero

## Pohdinta

Lääkärikäyntien määrä näytti vähentyneen vuosien 2000–2011 aikana. Lääkärikäyntien määrän vähentyminen johtunee ainakin osittain väestön toimintakyvyn paranemisesta (vrt. tämän raportin luvut 11 ja 15). Lääkärikäyntien määrän vähentyminen voi liittyä myös erityisesti terveyskeskusten lääkärivajeeseen sekä pitkäaikaisten sairauksien hoitokäytäntöjen muutokseen. Potilaan oman sekä sairaan- tai terveydenhoitajien toteuttaman seurannan ja omahoidon lisääntyminen voi vähentää palvelujen tarvetta ja siten lääkärikäyntien määrää. On myös mahdollista, että huonokuntoisimmista suuri osa jäi katoon, ja siksi tutkimukseen osallistuneet olivat terveempiä ja käyttivät vähemmän lääkäripalveluja kuin vuonna 2000, jolloin osallistumisaktiivisuus oli parempi. Painokertoimien käytöllä (ks. luku 3.5) pyrittiin korjaamaan kadosta aiheutuvia tulosten vääristymiä, mutta vielä ei ole mahdollista arvioida, kuinka hyvin tässä eri ilmiöiden kohdalla onnistuttiin.

Terveyskeskuslääkärikäyntien vähentyminen voi liittyä myös palvelujen järjestämistavan muutokseen. Potilaille voi olla vaikeuksia luokitella käyntejä terveyskeskusten ja sairaaloiden yhteisessä päivystyksessä. Tässä tutkimuksessa havaittu terveyskeskuslääkärikäyntien määrän väheneminen vastaa terveyskeskusten avohoitokäyntejä koskevia tilastotietoja, joiden mukaan lääkärikäyntien määrä on tasaisesti vähentynyt koko 2000-luvun muiden ammattihenkilöiden (esimerkiksi sairaan- ja terveydenhoitajien) käyntimäärien kasvaessa (Perusterveydenhuollon avohoitokäynnit terveyskeskuksissa 2010).

Terveyskeskuslääkärikäyntien väheneminen ja työterveyslääkärikäyntien lisääntyminen viittaavat siihen, että ainakin osittain työikäiset ja työssä käyvä väestö ovat siirtyneet käyttämään enemmän työterveydenhuoltoa. Virtasen ja Mattilan (Virtanen & Mattila 2011) tutkimus osoitti, että kolme neljästä työterveyslääkärin vastaanotolla käyneestä potilaasta vastasi asioivansa ensisijaisesti työterveyshuollossa. Työikäisten lääkä-

ripalvelujen käytön painopisteen siirtyminen terveyskeskuksista työterveyshuoltoon on aiempien tutkimusten mukaan tapahtunut vähitellen 2000-luvun aikana (Klavus 2010). Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -tutkimuksen vuosien 2006 ja 2009 vertailussa työterveyslääkärikäyntien määrä lisääntyi (Klavus 2010). Myös Työterveyslaitoksen Työ ja terveys Suomessa -haastattelututkimusten mukaan työssäkäyvien työterveyslääkärikäyntien määrä lisääntyi 2000-luvulla. Vuonna 2000 työterveyslääkärikäyntejä oli puolen vuoden aikana ollut keskimäärin 0,7, kun vuonna 2012 niitä oli 0,9. (Perkiö-Mäkelä ym. 2012.) Kelan työterveyshuoltotilastot (Kelan työterveyshuoltotilasto 2009) vahvistavat näkemystä työterveyshuollon palvelujen kasvusta. Kelan tilastojen mukaan työterveyshuollon piiriin kuuluvien määrä on 2000-luvulla kasvanut ja vastaavasti myös työterveyshuollon keskimääräiset korvaukset työterveyshuollon piiriin kuuluvaa kohti ja työterveyshuollon sairaanhoitokäynnit ovat lisääntyneet 2000-luvulla.

Kelan sairausvakuutusilastojen mukaan korvauksia yksityissektorin lääkärikäynteistä oli vuonna 2011 maksettu ikäryhmittäin vaihdellen 27–44 prosentille yli 34-vuotiaasta väestöstä, useammin naisille (Kelan sairausvakuutusilasto 2011). Korvattujen yksityislääkärikäyntien määrä on kasvanut 2000-luvulla. Tämä ei vastaa tutkimuksemme tulosta, jonka mukaan yksityislääkärikäyntien määrä vähentyi vuodesta 2000 vuoteen 2011. Terveys 2000 ja 2011 -aineistojen vertailuun perustuvat tulokset voivat osittain heijastaa kadon valikoitumista ja lisääntymistä. Myös tutkittavien itseraportoidut käyntimäärät voivat olla epätarkkoja, mikä omalta osaltaan haittaa tutkimuksesta saatujen tulosten vertailemista.

2000-luvun aikana hoitokäytäntöjen muutokset ja hoitotakuun voimaantulo ovat muokanneet myös somaattisen erikoissairaanhoidon palvelujen käyttöä. Erikoissairaanhoidon avohoidon käyntien määrä on lisääntynyt lähes kaikilla erikoisaloilla vuosittain (Somaattinen erikoissairaanhoito 2010). Tämä muutos ei kuitenkaan näy Terveys 2000 ja Terveys 2011 -aineistojen vertailussa sairaalan poliklinikkakäyntien määrässä.

## Johtopäätökset

Terveyskeskuslääkärikäyntien määrän väheneminen yli 64-vuotiailla on todennäköisesti yhteydessä väestön toimintakyvyn paranemiseen. Työikäisten lääkäripalvelujen käytön painopiste on siirtynyt terveyskeskuksista työterveyshuoltoon ja työssä käyvät käyttivät ainakin jossain määrin myös mahdollisuuttaan valita työterveyshuollon tai terveyskeskusten palveluja. Suurien ikäluokkien siirtyessä eläkkeelle he samalla siirtyvät työterveyshuollon piiristä terveyskeskusten asiakkaisiksi. Tutkimustulokset eivät viitanneet eläkeikäisten yksityislääkäripalvelujen käytön lisääntymiseen. Tarkemmat analyysit palvelujen käytön kohdentumisesta terveyskeskuksiin, työterveyshuoltoon ja yksityissektorille edellyttävät katoanalyysijä, tarkempia analyysijä lääkärikäynteistä pitkäaikaissairailta ja muuten terveydentilaan suhteutettuna sekä rekisteritietojen hyödyntämistä tutkittavien itse raportoiman tiedon lisäksi.



## 14.3 Fysioterapian käyttö

*Monica Röberg ja Päivi Sainio*

### Päätulokset

- Fysioterapiassa lääkärin lähettämänä oli edeltäneen vuoden aikana käynyt 15 prosenttia 30 vuotta täyttäneistä suomalaisista. Yleisimmin fysioterapiaa käyttivät 45–64-vuotiaat naiset.
- Ilman lähetettä fysioterapiassa oli käynyt noin kuusi prosenttia väestöstä.
- Fysioterapiassa käyneiden osuus lisääntyi 11 vuoden aikana: muutos näkyy työikäisten keskuudessa ja 75 vuotta täyttäneillä naisilla.
- Fysioterapiaa saaneiden osuus 75 vuotta täyttäneistä miehistä on sen sijaan pienentynyt, sillä veteraanikuntoutuksena annettavaan fysioterapiaan oikeutettujen määrä on pienentynyt.

### Menetelmät

Haastattelussa tiedusteltiin, oliko vastaaja ollut fysioterapiassa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Kysymys esitettiin erikseen sekä lääkärin läheteellä että ilman lähetettä saadusta fysioterapiasta. Kysymys oli rajattu koskemaan vain avofysioterapiapalveluita.

### Tulokset

Haastattelua edeltäneen vuoden aikana fysioterapiassa lääkärin läheteellä ilmoitti käyneensä 17 prosenttia naisista ja 12 prosenttia miehistä (taulukko 14.3.1). Työikäisistä miehistä joka kahdeksas oli käynyt fysioterapiassa ja eläkeikäisistä joka yhdestoista. Fysioterapiassa käynti oli yleisintä 45–64-vuotiailla naisilla, joista joka viides oli käynyt fysioterapiassa. Eläkeikäisistä naisista 15 prosenttia ilmoitti saaneensa fysioterapiaa edeltäneen vuoden aikana. Fysioterapiassa ilman lääkärin lähetettä käyneiden osuus oli pienhkö sekä naisilla (7 %) että miehillä (5 %).

Taulukko 14.3.1. Fysioterapiassa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana lääkärin lähettämänä käyneiden osuus (%).

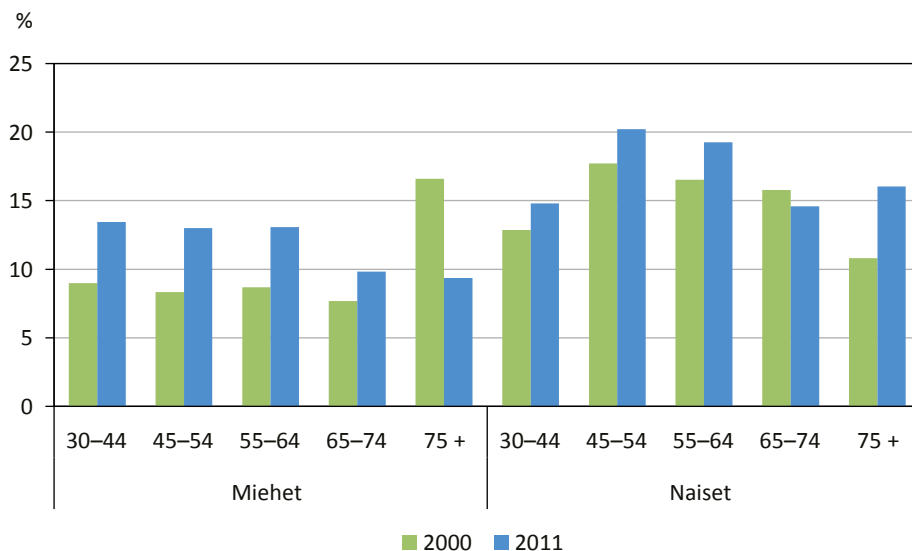
|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| Miehet         | 13,4  | 13,0  | 13,1  | 9,8   | 9,4  | 12,1              |
| Naiset         | 14,8  | 20,2  | 19,3  | 14,6  | 16,0 | 17,2              |
| p <sup>2</sup> |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

Fysioterapiassa käyneiden osuus kasvoi vuosina 2000–2011 työikäisten keskuudessa, etenkin miehillä, joilla lisäys oli lähes viisi prosenttiyksikköä (kuvio 14.3.1, liitetaulukko 14.3.1). Työikäisillä naisilla kasvu oli hiukan vähäisempää. Fysioterapiaa saaneiden osuus ei muuttunut 65–74-vuotiaiden naisten keskuudessa, mutta 75 vuotta täyttäneillä naisilla fysioterapiassa lääkärin lähettämänä käyneiden osuus suureni 11 prosentista 16 prosenttiin. Vanhimman ikäryhmän miehistä fysioterapiaa saaneiden osuus puolestaan vähentyi selvästi.

Kuvio 14.3.1. Fysioterapiassa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana lääkärin lähettämänä käyneiden osuus (%) vuosina 2000 ja 2011.



## Pohdinta

Tulokset osoittavat, että fysioterapian käyttö on yleisintä keski-ikäisillä naisilla. Tulos vastaa aiempia tutkimuksia (Arinen ym. 1998; Alha & Hakulinen 2006; Hakulinen ym. 2006). 45–64-vuotiaiden naisten muita yleisempää fysioterapian käyttöä voi selittää palveluiden hyvä saatavuus työterveyshuollossa. Useimmat tuki- ja liikuntaelimestön vaivat ja oireet ovat naisilla yleisempiä kuin miehillä (ks. luku 8.3), ja nämä ovat usein myös fysioterapiaan hakeutumisen syinä.

Fysioterapiassa lääkärin lähettämänä käyneiden osuus suureni noin viidenneksellä jaksolla 2000–2011. Samana aikana fysioterapiakäyntien määrä terveyskeskuksissa lisääntyi noin 13 prosenttia (Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2011). 75 vuotta täyttäneiden miesten keskuudessa fysioterapiassa käyneiden osuus puolestaan pieneni viimeksi kuluneen vuosikymmenen aikana. Vähenemistä saattaa selittää se, että se sukupolvi, joka on oikeutettu Valtiokonttorin kustantamaan sotainvalideille ja -veteraaneille tarkoitettuun fysioterapiaan, oli vuonna 2011 huomattavasti pienempi kuin 11 vuotta aiemmin.

## Johtopäätökset

Väestön ikääntyessä toimintarajoitteet ja sairauksien määrä kasvavat, mikä lisää myös fysioterapian ja muun kuntoutuksen tarvetta. Fysioterapia on yksi merkittävä keino auttaa ihmisiä kohentamaan työ- ja toimintakykyään. Fysioterapialla on tärkeä rooli myös ikääntyvän työväestön työkyvyn ylläpitämisessä ja työurien pidentämisessä.

Terveys 2011 -aineiston perusteella on mahdollisuus selvittää tarkemmin, mitä sairauksia tai oireita vastaajat ilmoittivat fysioterapiassa käymisensä syiksi sekä sitä, eroaako sairauskirjo naisten ja miesten välillä. Terveys 2011 -tutkimuksen aineisto tarjoaa myös mielenkiintoisen mahdollisuuden selvittää asiakkaiden kokemuksia saadun fysioterapian laadusta ja hyödyistä.

## 14.4 Terveyspalvelujen käyttö mielenterveysongelmien vuoksi

Jaana Suvisaari ja Olavi Lindfors

### Päätulokset

- Naisista seitsemän prosenttia ja miehistä neljä prosenttia oli käyttänyt terveyspalveluja mielenterveysongelmien vuoksi.
- Palvelujen käyttö oli yleisintä 30–44-vuotiaiden ikäryhmässä ja harvinaisinta yli 64-vuotiailla.
- Terveyspalveluiden käyttö mielenterveysongelmien vuoksi ei ollut muuttunut vuosien 2000 ja 2011 välillä.

### Menetelmät

Haastattelussa tiedusteltiin, oliko vastaaja käyttänyt terveyspalveluja mielenterveydelisten ongelmien vuoksi viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Palveluita käyttäneiltä kysyttiin tarkemmin, mitä palveluja he olivat käyttäneet ja mitä hoitomuotoja oli käytetty. Tässä esitellään terveyspalvelujen käyttöä mielenterveysongelmien vuoksi, mutta käytettyjen palvelujen sisältöä ei kuvata tarkemmin.

### Tulokset

Terveyspalvelujen käyttö mielenterveysongelmien vuoksi oli naisilla yleisempää kuin miehillä (taulukko 14.4.1). Naisista seitsemän prosenttia ja miehistä neljä prosenttia oli käyttänyt viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana terveyspalveluita mielenterveysongelmien takia. Palveluja käyttivät yleisimmin 30–44-vuotiaat ja vähiten yli 64-vuotiaat. Palvelujen käyttö mielenterveysongelmien vuoksi ei ollut muuttunut vuoteen 2000 verrattuna (liitetaulukko 14.4.1).

Taulukko 14.4.1. Mielenterveysongelmien takia terveyspalveluja viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyttäneiden osuus (%).

|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| Miehet         | 5,5   | 3,3   | 4,0   | 0,5   | 3,1  | 3,5               |
| Naiset         | 11,3  | 10,5  | 6,6   | 2,4   | 2,2  | 7,2               |
| p <sup>2</sup> |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakiointu

<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

## Pohdinta

Terveyspalveluita mielenterveysongelmien vuoksi käyttävistä lähes kaksi kolmasosaa oli naisia. Iäkkäät käyttivät palveluita muita vähemmän, vaikka psyykinen kuormittuneisuus ja masennus- ja ahdistusoireet olivat heillä yleisiä (ks. luku 8.4). Palvelujen käytön yleisyys ei vastaa tässä tutkimuksessa havaittua mielenterveysongelmien ja vakavien ahdistus- ja masennusoireiden yleisyyttä, joten merkittävä osa psyykkisesti oireilevista ei ilmeisesti hae apua oireisiinsa tai ei eri syistä saa tarvitsemaansa mielenterveyspalvelua.

## Johtopäätökset

Terveyspalveluiden käyttö mielenterveysongelmien vuoksi ei muuttunut merkittävästi vuodesta 2000. Tulosten valossa palveluiden piiriin hakeudutaan yleensä vasta silloin, kun kyseessä on jo selvästi todettavissa oleva mielenterveyden häiriö. Erityisesti iäkkäiden ja miesten kohdalla merkittävä osa psyykkistä kuormittuneisuutta kokevista ei ole palveluiden piirissä. Jatkossa on tärkeä selvittää, millaisia palveluja eri ikäryhmät ovat käyttäneet ja analysoida palvelujen käyttöä suhteessa todettuihin mielenterveysongelmiin, jotta voitaisiin arvioida, mitä palveluja tehostamalla nykyistä useampi oireilevista saataisiin hoidon piiriin.

## 14.5 Suun terveydenhuolto

*Liisa Suominen, Miira Vehkalahti ja Lien Nguyen*

### Päätulokset

- Neljä viidesosaa oli käynyt hammashoidossa haastattelua edeltävien kahden vuoden aikana, useimmat heistä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana.
- Terveyskeskushammaslääkärin vastaanotolla viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyneiden osuus kasvoi vuodesta 2000 yli kolmanneksella, mutta yksityishammaslääkärillä käyneiden osuus pysyi ennallaan.
- Joka kymmenes oli käynyt suuhygienistillä terveyskeskuksessa tai yksityisellä sektorilla.

### Menetelmät

Tutkittavilta kysyttiin haastattelussa, milloin he olivat käyneet viimeksi hammashoidossa. Vastausvaihtoehtoina oli: 1) edellisen 12 kuukauden aikana, 2) 1–2 vuotta sitten, 3) 3–5 vuotta sitten sekä 4) yli 5 vuotta sitten. Tämän jälkeen tutkittavilta kysyttiin, kuinka monta kertaa he olivat viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyneet 1) terveyskeskuksen hammaslääkärillä, 2) yksityisellä hammaslääkärillä, 3) muulla hammaslääkärillä, 4) hammasteknikolla, 5) terveyskeskuksen suuhygienistillä, 6) yksityisellä suuhygienistillä tai 7) muussa hammashoidossa.

### Tulokset

Terveys 2011 -tutkimukseen osallistuneista miehistä kolmella neljäsosalla oli viimeisimmästä hammashoidosta kulunut enintään 2 vuotta; naisilla vastaava luku oli 85 prosenttia (taulukko 14.5.1). Suurin osa oli käynyt hoidossa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana (naisista 62 % ja miehistä 55 %).

Taulukko 14.5.1. Viimeisimmän hammashoitokäynnin ajankohta (%).

|                           | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|---------------------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Miehet</b>             |       |       |       |       |      |                   |
| 12 viime kuukauden aikana | 48,7  | 58,4  | 59,4  | 58,8  | 48,7 | 54,8              |
| 1–2 vuotta sitten         | 25,1  | 22,5  | 16,8  | 13,6  | 21,5 | 20,3              |
| vähintään 3 vuotta sitten | 26,2  | 19,2  | 23,9  | 27,6  | 29,8 | 24,9              |
| <b>Naiset</b>             |       |       |       |       |      |                   |
| 12 viime kuukauden aikana | 57,9  | 68,9  | 68,6  | 64,5  | 44,4 | 62,1              |
| 1–2 vuotta sitten         | 31,0  | 23,4  | 19,1  | 15,8  | 17,3 | 22,5              |
| vähintään 3 vuotta sitten | 11,1  | 7,8   | 12,3  | 19,7  | 38,3 | 15,3              |
| p <sup>2</sup>            |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Taulukko 14.5.2. Hammaslääkärin vastaanotolla viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyneiden osuus (%).

|  | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Käynyt terveystieteidenhammaslääkärillä</b> |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 24,1  | 27,0  | 18,8  | 23,4  | 20,9 | 22,9              |
| Naiset   | 29,4  | 28,7  | 24,3  | 22,9  | 15,7 | 25,4              |
| p <sup>2</sup>                                 |       |       |       |       |      | < 0,001           |
| <b>Käynyt yksityisellä hammaslääkärillä</b>    |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 21,8  | 32,1  | 41,7  | 37,5  | 27,2 | 32,6              |
| Naiset   | 25,8  | 40,9  | 46,0  | 41,8  | 27,8 | 37,4              |
| p <sup>2</sup>                                 |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Haastattelua edeltävien 12 kuukauden aikana 25 prosenttia naisista ja 23 prosenttia miehistä oli käynyt terveystieteidenhammaslääkärin vastaanotolla, ja yksityishammaslääkärin vastaanotolla oli käynyt 37 prosenttia naisista ja 33 prosenttia miehistä (taulukko 14.5.2). Työkäiset naiset käyttivät sekä yksityisiä että terveystieteidenhammaslääkärin palveluja yleisemmin kuin miehet. Eläkeiässä sukupuolten välillä oli eroa lähinnä 75 vuotta täyttäneiden ryhmässä, jossa miehet käyttivät terveystieteidenhammaslääkärin palveluja yleisemmin kuin naiset.

30–44-vuotiaiden keskuudessa terveystieteidenhammaslääkärin vastaanotolla viimeksi kuluneen vuoden aikana käyneiden osuus oli vuonna 2011 sama kuin 11 vuotta aiemmin, mutta kaikissa 45 vuotta täyttäneiden ikäryhmissä terveystieteidenhammas-

lääkärillä käyneiden osuus suureni huomattavasti niin naisten kuin miestenkin keskuudessa (liitetaulukko 14.5.1). Yksityishammaslääkärin vastaanotolla käyneiden osuus pieneni alle 55-vuotiaiden joukossa, mutta suureni eläkeikäisten keskuudessa. Käyntien vuotuinen määrä terveystieteidenhammaslääkärillä kaksinkertaistui vuosien 2000 ja 2011 välillä: naisilla 0,5:sta 0,8:aan ja miehillä 0,4:stä 0,9:ään. Yksityishammaslääkärillä käyntien määrä pysyi naisilla lähes ennallaan (1,0 ja 1,1) mutta kasvoi miehillä 0,8:sta 1,1:een.

Terveystieteidenhammaslääkärillä oli edeltävien 12 kuukauden aikana käynyt 12 prosenttia naisista ja 9 prosenttia miehistä ja yksityisellä suuhygienistillä samoin 12 prosenttia naisista ja 9 prosenttia miehistä. Työikäisten keskuudessa sekä yksityisen että terveystieteidenhammaslääkärin vastaanotolla käyneiden osuus oli hieman suurempi kuin eläkeikäisessä väestössä.

## Pohdinta

Hammashoidossa käyneiden osuudessa on tapahtunut myönteistä kehitystä vuosikymmenen aikana. Hoidossa käyneiden osuutta voidaan pitää jo suurena, kun noin 80 prosenttia aikuisväestöstä oli käynyt hammashoidossa kahden edeltäneen vuoden aikana. Sekä kahden viime vuoden aikana hoidossa käyneiden osuus että viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana hoidossa olleiden osuus oli vuonna 2011 selvästi suurempi kuin 11 vuotta aiemmin (Suominen-Taipale ym. 2004). Myönteistä kehitystä selittää hampaattoman väestön väheneminen, sillä hampaattomat käyttävät hammaslääkäripalveluja hyvin vähän. Myönteisen kehityksen taustalla voivat myös olla edellisen vuosikymmenen aikana toteutetut suuret lainsäädännölliset uudistukset, joiden avulla hoitoon pääsyä on pyritty parantamaan. Kansanterveyslain ja sairausvakuutuslain muutoksilla sekä hoitotakuulainsäädännöllä pyrittiin poistamaan ikärajoitukset sekä vähentämään julkiseen suun terveydenhuoltoon hakeutumista estäviä taloudellisia ja asuinpaikasta johtuvia esteitä. Muutos on ollut uudistuksille ennalta asetettujen tavoitteiden suuntainen, kun aikuisten käyntien määrä erityisesti terveystieteidenhammaslääkärissä oli kasvanut. Tässä tutkimuksessa saadut tulokset suun terveydenhoidon palvelujen käytöstä ja sen yleistymisestä verrattuna vuoteen 2000 voivat myös olla yliarvioita, sillä osallistumisaktiivisuuden laskiessa vuoden 2011 tutkimukseen on voinut valikoitua enemmän henkilöitä, jotka aktiivisesti hakeutuvat myös hammashoittoon. Kasvaneen kadon vaikutus on pyritty korjaamaan painokertoimilla (luku 3.5), mutta tarvitaan jatkotutkimuksia, jotta voidaan arvioida, kuinka hyvin kadosta aiheutuva tulosten vääristymä saatiin korjattua painokertoimien avulla.

## Johtopäätökset

Väestöryhmien välisiä eroja palvelujen käytössä on tarpeen selvittää jatkotutkimuksissa.



## 14.6 Vuodeosastohoito sairaalassa

*Kristiina Manderbacka ja Ilmo Keskimäki*

### Päätulokset

- Sairaalan vuodeosastohoidossa oli viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana ollut 13 prosenttia 30 vuotta täyttäneistä suomalaisista.
- Sairaalan vuodeosastohoidon hoidon käyttö oli suunnilleen yhtä yleistä kuin vuonna 2000.

### Menetelmät

Haastattelussa tiedusteltiin oliko tutkittava ollut viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana sisään otettuna potilaana vuodeosastolla sairaalahoidossa. Sairaalahoitoja tarkastellaan pelkästään kokonaisuutena. Vuosien 2000 ja 2011 kysymykset toimenpiteistä poikkesivat toisistaan. Vuoden 2011 tutkimuksessa kysyttiin edellisen 10 vuoden aikana eli vuoden 2000 tutkimuksen jälkeen suoritettuja toimenpiteitä. Tutkimusten toimenpidetiedot eivät näin ollen ole vertailukelpoisia ja niitä koskeva raportointi jää tehtäväksi syventävissä tutkimuksissa.

### Tulokset

Verrattuna avohoitopalveluihin sairaalahoidon käyttö on väestötasolla melko harvinaista. Vuodeosastolla hoidossa oli viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana ollut miehistä 12 prosenttia ja naisista 13 prosenttia (taulukko 14.6.1). 30–44-vuotiaista naiset olivat olleet vuodeosastohoidossa selvästi yleisemmin kuin miehet, mikä selittynee ainakin osin raskauksiin ja synnytysten hoitoon liittyvillä hoitajaksoilla. Keski-ikäiset ja vanhemmat miehet puolestaan olivat olleet hieman naisia useammin sairaalahoidossa 12 viime kuukauden aikana, mutta vanhimmassa ikäryhmässä ero oli melko pieni. Verrattuna vuoteen 2000 vuodeosastohoidossa olleiden osuus oli pysynyt ennallaan miehillä, mutta naisilla vuodeosastohoidossa olleiden osuus pienentyi 55 vuotta täyttäneiden keskuudessa (liitetaulukko 14.6.1).

Taulukko 14.6.1. Sairaalan vuodeosastolla viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana olleiden osuus (%).

|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| Miehet         | 5,8   | 7,7   | 12,0  | 16,8  | 30,2 | 12,4              |
| Naiset         | 12,0  | 9,9   | 9,3   | 13,2  | 28,0 | 13,1              |
| p <sup>2</sup> |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

## Pohdinta

Sairaalahoidossa vuodeosastolla olleiden osuuksien vähäiset muutokset vastaavat tilastoja (Somaattinen erikoissairaanhoido 2010), joiden mukaan somaattisen erikoissairaanhoidon hoitajaksojen määrässä ei ole tapahtunut muutoksia 2000-luvulla. Vaikka väestön pitkäaikainen sairastavuus on tässä raportissa esitettyjen tulosten mukaan vähentynyt ja koettu terveys parantunut, tämä muutos näyttää heijastuneen sairaalapalvelujen käyttöön vain vähän.

## Johtopäätökset

Vuodeosastohoito on väestötasolla melko harvinaista. Siksi sairaalahoidon kohdentumisen ja käytön selvittämiseen tarvitaan myös laajempia, rekisteripohjaisia aineistoja.

## 14.7 Lääkkeiden käyttö

*Jaana Martikainen, Pirkko Alha ja Sinikka Rajaniemi*

### Päätulokset

- Noin 60 prosenttia miehistä ja 70 prosenttia naisista ilmoitti käyttävänsä jotain lääkärin määräämää reseptilääkettä. Ilman reseptiä saatavien valmisteiden käyttö oli lähes yhtä yleistä.
- Vuonna 2011 nuoret miehet käyttivät reseptilääkkeitä yleisemmin ja työikäiset naiset harvemmin kuin vuonna 2000.

### Menetelmät

Haastattelussa tiedusteltiin, käyttikö vastaaja tutkimushetkellä mitään lääkärin määräämää reseptilääkettä. Reseptilääkkeiden nimet kirjattiin ja niiden käyttöä tullaan syventävissä tutkimuksissa analysoimaan lääkeryhmittäin. Tässä raportoidaan tietoja reseptilääkkeiden käytöstä yleisesti. Lisäksi haastattelussa kysyttiin käyttikö vastaaja nykyisin jotain ilman lääkärin reseptiä apteekista saatavaa lääkettä, vitamiini- tai kivennäisainevalmistetta, luontaistuotetta, luonnonlääkettä, yrtti- tai rohdosvalmistetta tai homeopaattista tai antroposofista valmistetta.

### Tulokset

Lääkkeiden käyttö oli yleistä. Haastatteluhetkellä 61 prosenttia miehistä ja 71 prosenttia naisista käytti jotakin lääkärin määräämää lääkettä (taulukko 14.7.1). Käyttö yleistyi selvästi iän myötä, ja kaikissa ikäryhmissä naiset käyttivät lääkkeitä useammin kuin miehet. Sukupuolten välinen ero oli suurimmillaan nuorimmissa ikäryhmissä ja pieneni siirryttäessä vanhempiin ikäryhmiin. 30–44-vuotiaista miehistä 36 prosenttia ja naisista 51 prosenttia käytti lääkärin määräämää lääkettä, kun 75 vuotta täyttäneillä vastaavat osuudet olivat 92 prosenttia ja 96 prosenttia.

Taulukko 14.7.1. Reseptilääkettä tutkimushetkellä käyttävien osuus (%).

|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| Miehet         | 36,4  | 48,4  | 68,5  | 81,7  | 91,7 | 60,5              |
| Naiset         | 51,3  | 63,7  | 77,5  | 87,5  | 95,6 | 71,3              |
| p <sup>2</sup> |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakiointu<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

Miehillä reseptilääkkeiden käyttö oli Terveys 2011 -aineistossa jonkin verran yleisempää kuin vuonna 2000. Näin oli erityisesti nuorimpien miesten keskuudessa. Vuoden 2000 tutkimuksessa 30–44-vuotiaista miehistä 31 prosenttia käytti tutkimushetkellä jotakin reseptilääkettä, kun nyt osuus oli 5 prosenttiyksikköä suurempi (liitetaulukko 14.7.1). Muissa ikäluokissa muutos oli pienempi, ja kaikkien 30 vuotta täyttäneiden miesten keskuudessa reseptilääkkeitä käyttävien osuus oli noussut 2 prosenttiyksikköä vuodesta 2000 vuoteen 2011. Naisilla reseptilääkkeiden käyttö oli yhtä yleistä vuonna 2011 kuin vuonna 2000.

Erilaisten ilman reseptiä saatavien valmisteiden, kuten itsehoitolääkkeiden, vitamiinivalmisteiden, luontaistuotteiden, rohdosvalmisteiden ja homeopaattisten valmisteiden käyttö oli vuonna 2011 lähes yhtä yleistä kuin lääkärin määräämien lääkkeiden käyttö. Naiset käyttivät myös näitä valmisteita useammin kuin miehet: miehistä 58 prosentilla ja naisista 73 prosentilla oli haastatteluhetkellä käytössään jokin ilman reseptiä saatava valmiste. Miehillä ilman reseptiä saatavien valmisteiden käyttö oli yleisintä 30–44-vuotiaiden ryhmässä, jossa 60 prosenttia ilmoitti käyttävänsä jotakin tällaista valmistetta. Naisilla suurin käyttäjäosuus, 76 prosenttia, oli 45–54-vuotiaiden ryhmässä. 75 vuotta täyttäneiden keskuudessa vastaavat osuudet olivat 55 prosenttia ja 66 prosenttia. Vuoden 2000 tutkimuksessa ilman reseptiä saatavien valmisteiden käyttöä koskeva kysymys oli muotoiltu eri tavalla, ja sen vuoksi nyt saatuja tuloksia ei voi verrata vuoden 2000 tuloksiin.

## Pohdinta

Sekä reseptilääkkeiden että ilman reseptiä saatavien valmisteiden käyttö on yleisempää naisten kuin miesten keskuudessa, mutta ikäluokittain tarkasteltuna niiden käyttötrendit ovat hyvin erilaiset. Reseptilääkkeiden käyttö yleistyy nopeasti iän myötä, kun taas ilman reseptiä saatavien valmisteiden käytön yleisyys vaihtelee iän mukaan suhteellisen vähän ja on vanhimmissa ikäryhmissä kaikkein alhaisin. On todennäköistä, että itsehoitoon tarkoitettuja valmisteita käytetään paljon muihin tarkoituksiin kuin varsinaisten sairauksien hoitoon. Erilaisten itsehoitovalmisteiden käytön yleisyydestä samoin kuin syistä, jotka ovat tutkimuksessa havaittujen reseptilääkkeiden käytössä tapahtuneiden muutosten takana, saadaan lisää selvyyttä jatkossa tehtävistä tarkemmista analyyseistä.

## Johtopäätökset

Sekä reseptilääkkeiden että erilaisten ilman reseptiä saatavien valmisteiden käyttö on yleistä. Naiset käyttävät molempien ryhmien valmisteita useammin kuin miehet. Reseptilääkkeiden käyttö näyttää kuitenkin lisääntyneen nuorten miesten ja vähentyneen työikäisten naisten keskuudessa. Jatkoanalyseissä on tarkoitus selvittää, mitkä seikat ovat näiden muutosten taustalla ja minkälaisen lääkkeiden käyttöön muutokset liittyvät.

## 14.8 Hoidontarve ja sen tyydyttyminen

*Kristiina Manderbacka, Päiviikki Koponen ja Seppo Koskinen*

### Päätulokset

- Jatkuvaa tai toistuvaa lääkärinhoitoa ilmoitti tarvitsevansa melkein kolmannes väestöstä ja yli puolet 75 vuotta täyttäneistä.
- Miehistä kuusi prosenttia ja naisista seitsemän prosenttia arvioi, että ei ollut saanut tarvitsemiaan palveluja.

Tässä luvussa tarkastellaan tutkittavien kokemaa jatkuvan tai toistuvan lääkärin hoidon tarvetta ja sitä, katsoivatko vastaajat saaneensa riittävästi tarvitsemaansa hoitoa. Itse arvioidun hoidontarpeen ja sen väestöryhmittäisten erojen kuvaaminen täydentää palvelujen käytöstä saatavia tietoja, koska palvelujen käytölle voi olla sekä asiakkaasta että palvelujärjestelmästä johtuvia esteitä, eikä pelkästään palvelujen käytön tarkastelu anna riittävää kuvaa palvelujen saatavuudesta. Koettu jatkuvan tai toistuvan lääkärin hoidon tarve liittyy myös mm. kokemuksiin pitkäaikaissairauksista aiheutuvasta haitasta ja niihin liittyviin itsehoitovalmiuksiin ja mahdollisuuksiin saada hoitoa ja tukea muualta, esimerkiksi terveyden- tai sairaanhoitajilta tai omaisilta. Asiakkaaseen liittyviä lääkäripalvelujen käytön esteitä voivat olla esimerkiksi taloudelliset seikat, ikä, aiemmat kokemukset palveluista ja asenteet. Tällöin asiakas ei ehkä hakeudu tarvitsemiinsa palveluihin. Esteet voivat liittyä myös palvelurakenteeseen, kuten palvelujen järjestämisen tapoihin, etäisyyteen, niiden kustannuksiin ja asiakas- tai potilasjonoihin. Yksityiskohtaisemmat tulokset muun muassa tyydyttymättömän lääkärin hoidon tarpeen syistä tullaan raportoimaan syventävissä tutkimuksissa.

### Menetelmät

Jatkuvaa lääkärinhoitoa tarvitseviksi katsottiin ne, jotka vastasivat myönteisesti kysymykseen ”Tarvitsetteko jatkuvasti tai toistuvasti lääkärinhoitoa jonkun äsken mainitsemanne pitkäaikaisen sairauden, vian tai vamman takia?” Tyydyttämätöntä palvelutarvetta taas katsottiin olevan vastaajilla, jotka arvioivat että yksi tai useampi heidän pitkäaikaisista sairauksistaan oli sellainen, johon vastaaja ei saanut jatkuvaa tai toistuvaa lääkärinhoitoa, mutta haluaisi saada.

### Tulokset

Jatkuvaa lääkärinhoitoa arvioi tarvitsevansa koko väestössä miehistä 29 prosenttia ja naisista 36 prosenttia (taulukko 14.8.1). Jatkuvaa lääkärinhoitoa tarvitsevien osuus kas-

voi portaittaisesti nuoremmista vanhempiin ikäryhmiin molemmilla sukupuolilla. Yli puolet 75 vuotta täyttäneistä ilmoitti tarvitsevansa jatkuvaa lääkärinhoitoa. Niistä miehistä, joilla oli jokin pysyvä tai pitkäaikainen sairaus tai jokin työ- ja toimintakykyä vähentävä vaiva tai vamma 44 prosenttia ja vastaavasti naisista 54 prosenttia ilmoitti tarvitsevansa jatkuvaa tai toistuvaa lääkärin hoitoa.

Taulukko 14.8.1. Lääkärinhoidon tarpeen esiintyvyys (%) tutkittavien oman ilmoituksen perusteella.

|  | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Tarvitsee jatkuvaa tai toistuvaa lääkärinhoitoa</b>               |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 15,1  | 18,1  | 29,9  | 42,6  | 51,6 | 29,0              |
| Naiset   | 22,0  | 31,2  | 37,6  | 44,5  | 54,0 | 35,9              |
| p <sup>2</sup>   |       |       |       |       |      | 0,024             |
| <b>Tarvitsee, mutta ei saa jatkuvaa tai toistuvaa lääkärinhoitoa</b> |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 3,8   | 5,5   | 6,6   | 6,0   | 6,9  | 5,6               |
| Naiset   | 5,3   | 6,4   | 8,2   | 8,9   | 8,2  | 7,2               |
| p <sup>3</sup>   |       |       |       |       |      | 0,040             |

<sup>1</sup> ikävakiointu

<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

<sup>3</sup> sukupuolten välinen tasoero

Verrattuna vuoden 2000 tuloksiin toistuvan tai jatkuvan lääkärinhoidon tarvetta ilmoittaneiden osuus pieneni selvästi kaikissa 45 vuotta täyttäneiden ikäryhmissä, mutta pysyi suunnilleen ennallaan 30–44-vuotiaiden keskuudessa (liitetaulukko 14.8.1).

Kuusi prosenttia miehistä ja seitsemän prosenttia naisista katsoi tarvitsevansa lääkäripalveluja, mutta ei ollut saanut niitä, eli noin joka viides jatkuvaa lääkärinhoidon tarvetta ilmoittaneista katsoi hoitonsa jääneen puutteelliseksi. Tyydyttämätön palvelutarve kasvoi hieman nuoremmista vanhempiin ikäryhmiin, mutta osuus jatkuvaa lääkärinhoidon tarvetta ilmoittaneista sen sijaan pieneni jonkin verran. Niistä miehistä, joilla oli jokin pysyvä tai pitkäaikainen sairaus tai jokin työ- ja toimintakykyä vähentävä vaiva tai vamma 9 prosenttia ja vastaavasti naisista 12 prosenttia arvioi, ettei ole saanut haluamaansa jatkuvaa tai toistuvaa lääkärin hoitoa.

## Pohdinta

Tyydyttämätöntä lääkärinhoidon tarvetta oli joka viidennellä jatkuvaa tai toistuvaa lääkärinhoidon tarvetta ilmoittaneista. Verrattuna vuoden 2000 tuloksiin tyydyttämätön palvelutarve oli vuonna 2011 selvästi vähäisempää sekä miehillä että naisilla. Tulos viittaa siihen, että avohoidon lääkäripalvelujen saatavuudessa on edelleen jonkin verran ongelmia, mutta mm. omahoidon merkityksen korostaminen on voinut vähentää koettua jatkuvan tai toistuvan lääkärin hoidon tarvetta. Pitkäaikaissairaista niiden osuus,

jotka ilmoittivat tarvitsevansa jatkuvaa tai toistuvaa lääkärin hoitoa oli selvästi vähentynyt vuodesta 2000 vuoteen 2011. Vuonna 2000 heitä oli pitkäaikaissairaista miehistä 70 prosenttia ja naisista 80 prosenttia (Aromaa & Koskinen 2002b). Terveyspalvelujen saatavuutta on usein mitattu pelkästään palvelujen käytöllä, mutta aiempien tyydyttämätöntä palvelutarvetta koskevien tutkimusten (Allin & Masseria 2009; Manderbacka ym. 2012) tavoin tämäkin tulos kertoo, että arviot jäävät tällöin puutteellisiksi. Edellä esitetyt tulokset hoidontarpeen ja sen tyydyttymisen muutoksista voivat antaa liian valoisian kuvan, sillä osallistumisaktiivisuuden laskiessa katoon on vuonna 2011 voinut valikoitua erityisesti sellaisia henkilöitä, joilla on toistuvan tai jatkuvan lääkärin hoidon tarve ja joilla tämä tarve ei tyydyty. Kasvaneen kadon vaikutus on pyritty korjaamaan painokertoimilla (luku 3.5), mutta tarvitaan jatkotutkimuksia, jotta voidaan arvioida, kuinka hyvin kadosta aiheutuva tulosten vääristymä saatiin korjattua painokertoimien avulla.

### Johtopäätökset

Tyydyttymätön palveluntarve täydentää palvelujen käyttöluvuista saatavia tietoja palvelujen saatavuudesta. Jatkotutkimuksissa on tarpeen eritellä mitkä väestöryhmät ja millaisia pitkäaikaissairauksia sairastavat ovat suurimmassa riskissä kokea saamansa lääkärin hoito puutteellisiksi ja selvittää, millaisia tekijöitä on puutteelliseksi koettujen palvelujen taustalla.



## 14.9 Koettu kuntoutuksen tarve

*Tiina Pensola, Raija Gould, Ilona Autti-Rämö, Jukka Kivekäs ja Minna-Liisa Luoma*

### Päätulokset

- Joka neljäs 30 vuotta täyttänyt koki tarvitsevansa kuntoutusta.
- Työikäisillä ammatillista suoriutumista edistävän kuntoutuksen tarve oli suurempi kuin muun kuntoutuksen.
- Muun kuin ammatillisen kuntoutuksen tarve oli suurin 65 vuotta täyttäneillä.
- Kuntoutustarvetta kokevien osuus 30 vuotta täyttäneestä väestöstä oli vuonna 2011 pienempi kuin vuosituhannen alussa.

### Menetelmät

Kuntoutustarvetta koskevat tiedot perustuvat haastattelussa esitettyihin kysymyksiin. Vastaajalta kysyttiin, kokiko hän tarvitsevansa kuntoutusta, jolla pyritään parantamaan hänen työ- tai toimintakykyään. Tämän jälkeen kysyttiin, kokiko vastaaja tarvitsevansa nykyisessä ammatissa suoriutumista edistävää ammatillista kuntoutusta (esim. TYK, ASLAK), uudelleenkoulutusta sairauden tai vamman takia tai muuta kuntoutusta sairauden tai vamman aiheuttamien oireiden ja haittojen lievittämiseksi.

### Tulokset

Kuntoutusta koki tarvitsevansa 30 vuotta täyttäneistä miehistä 23 prosenttia ja naisista 28 prosenttia (taulukko 14.9.1). Kaikissa 45–74-vuotiaiden ikäryhmissä kuntoutusta ilmoitti tarvitsevansa noin neljännes miehistä ja lähes kolmannes naisista. 30–44-vuotiaiden keskuudessa kuntoutusta tarvitsevien osuus oli puolet pienempi ja 75 vuotta täyttäneiden ryhmässä kolmanneksen suurempi kuin 45–74-vuotiailla. Kaikissa ikäryhmissä naiset kokivat miehiä yleisemmin kuntoutuksen tarvetta.

Taulukko 14.9.1. Kuntoutusta tarvitsevien osuus (%) tutkittavien oman ilmoituksen perusteella.

|  | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Tarvitsee jotakin kuntoutusta</b>                 |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 13,1  | 23,0  | 25,0  | 27,9  | 36,7 | 23,3              |
| Naiset   | 15,4  | 29,6  | 30,2  | 30,2  | 41,2 | 27,6              |
| p <sup>2</sup>                                       |       |       |       |       |      | 0,002             |
| <b>Tarvitsee muuta kuin ammatillista kuntoutusta</b> |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet   | 5,0   | 8,7   | 13,6  | 20,1  | 20,1 | 12,2              |
| Naiset   | 6,0   | 14,6  | 17,0  | 21,3  | 26,3 | 15,5              |
| p <sup>2</sup>                                       |       |       |       |       |      | 0,004             |

<sup>1</sup> ikävakiointu<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

Alle 55-vuotiaat kokivat yleisemmin tarvitsevansa ammatillista kuin muuta kuntoutusta. Sekä ammatillisen että toimintakykyä parantavan kuntoutuksen tarve lisääntyi 45 vuotta täyttäneillä. Sen sijaan tarve saada uudelleen koulutusta sairauden tai vamman takia oli kaikissa ikäryhmissä pieni ja väheni edelleen iän mukana. Ikäryhmässä 55–64 naisista ei kukaan ja miehistäkin alle prosentti koki tarvitsevansa uudelleen koulutusta.

Kuntoutustarvetta kokevien osuus vähentyi vuodesta 2000 noin kolmanneksella (liitetaulukko 14.9.1). 75 vuotta täyttäneet naiset olivat ainoa ryhmä, jossa useampi koki tarvitsevansa kuntoutusta vuonna 2011 kuin 2000. Myös ammatillista suoriutumista parantavan kuntoutuksen tarve vähentyi muutamalla prosenttiyksiköllä vuoteen 2000 verrattuna. Uudelleen koulutustarvetta koki yhtä harva, pari prosenttia, molempina vuosina.

## Pohdinta

Näiden tulosten mukaan kuntoutustarve oli vuosikymmenen aikana vähentynyt muilla kuin 75 vuotta täyttäneillä naisilla. Terveys 2011 -tutkimuksen tulos vähentyneestä kuntoutustarpeesta voi osin selittyä vastaajakadolla; vuonna 2011 osallistumisaktiivisuus oli huomattavasti pienempi kuin vuonna 2000. On kuitenkin syytä muistaa, että vuoden 2000 tulosta erityisesti työikäisten kuntoutustarpeesta pidettiin odottamattoman suurena (Aromaa & Koskinen 2002a). Tulokseen kuntoutustarpeen vähenemisestä on voinut vaikuttaa myös kuntoutuskysymyksiin liittynyt tarkempi ohjeistus vuonna 2011, mikä on voinut rajata täsmällisemmin vastaajien käsitystä kuntoutuksesta. Lisäksi kuntoutusta koskevissa kysymyksissä ei lainkaan mainittu työkokeilua, jonka käyttö kuitenkin on seurantakautena merkittävästi lisääntynyt (Saarnio 2012). Toisaalta kuntoutustarpeen vähenemisestä on viitteitä myös muista lähteistä. Esimerkiksi Tilastokeskuksen Työolotutkimuksessa työ- ja toimintakykyä parantavan kuntoutuksen tarvitsijoiden osuus pieneni vuosien 2003 ja 2008 välillä yli 10 prosenttia (Lehto & Sutela 2008).

Toisaalla Terveys 2011 -tutkimuksessa esitetyt tulokset väestön työkyvyn paranemisesta ovat samansuuntaisia kuntoutustarpeen vähenemisen kanssa.

Hyvin harva koki tässä tutkimuksessa tarvetta uudelleenkoulutukseen. Ammatillista suoriutumista parantavaa kuntoutusta ja uudelleenkoulutusta on pyritty kohdentamaan vajaakuntoistumisen varhaiseen vaiheeseen, jolloin henkilö ei vielä saa kuntoutustukea tai työkyvyttömyyseläkettä. Uudelleenkoulutuksen mahdollisuudet riippuvat terveysongelmien lisäksi henkilön koulutusedellytyksistä ja koulutuksen jälkeisen työllistymisen todennäköisyydestä.

### Johtopäätökset

Tutkittavien raportoiman kuntoutustarpeen väheneminen voi olla merkki väestön työ- ja toimintakyvyn myönteisestä kehityksestä, mutta se voi liittyä myös kasvaneeseen katoon, joka voi painottua kuntoutustarpeessa oleviin. Toisaalta kuntoutustarpeen väheneminen voi myös kertoa siitä, että kuntoutusta ei edelleenkään tunneta riittävästi, eikä sitä osata aina nähdä keinona edistää työssä jaksamista tai lievittää sairauden haittoja. Kuntoutuksen mahdollisuuksien esille tuominen sekä työikäisille että vanhemmille on tärkeää.

# 15 AVUN TARVE, SAAMINEN JA ANTAMINEN

## 15.1 Avun tarve ja saaminen

*Jenni Blomgren, Seppo Koskinen, Anja Noro, Harriet Finne-Soveri ja Päivi Sainio*

### Päätulokset

- Säännöllistä apua toimintakykynsä heikkenemisen takia sai 75 vuotta täyttäneistä naisista yli 40 prosenttia ja miehistä yli neljäsosa. Nuoremmissa ikäryhmissä avun tarve on vähäistä.
- Apua saavien ja tarvitsevien osuudet ovat huomattavasti pienentyneet vuodesta 2000 vuoteen 2011. Sen sijaan tyydyttymätön avun tarve ei ole vähentynyt, ja aiempaa suurempi osa tarvittavasta avusta näyttää jäävän tyydyttymättä.

Vuonna 2011 suomalaisista 263 000 oli täyttänyt 80 vuotta. Tilastokeskuksen tuoreimman väestöennusteen mukaan kahden seuraavan vuosikymmenen aikana 80 vuotta täyttäneiden suomalaisten määrä kaksinkertaistuu 525 000:een (Väestöennuste 2012). Iäkkäiden määrän ennustetaan kasvavan tulevina kahtena vuosikymmenenä vielä nopeammin kuin viimeksi kuluneiden 20 vuoden aikana, jolloin vastaava kasvu oli 76 % (Väestörakenne 2011). Väestön ikärakenteen nopeasti vanhentuessa on sekä palvelujärjestelmän kehittämisen että iäkkäiden henkilöiden hyvinvoinnin kannalta äärimmäisen tärkeää tietää, kuinka suuri osa eri-ikäisistä tarvitsee apua, kuinka suuri osa saa tarvitsemansa avun, miten avun tarve ja tarpeen tyydyttyminen ovat muuttumassa ja miten niihin voidaan vaikuttaa.

### Menetelmät

Avun saamista kysyttiin haastattelussa seuraavalla kysymyksellä: ”Saatteko toimintakykynne heikkenemisen takia toistuvaa apua tavallisissa toimissanne, esim. kodinhoitotoissa, peseytymisessä, kaupassa käynnissä?” Lisäksi tiedusteltiin avun tarvetta sekä saadun avun useutta. Avun saamista koskevat tiedot raportoidaan vain niiden osalta, jotka eivät asu laitoksissa eivätkä ympärivuorokautista hoivaa tarjoavissa palvelutalouksissa.

### Tulokset

Säännöllinen apu keskittyy 75 vuotta täyttäneisiin: tämänikäisistä naisista yli 40 prosenttia ja miehistä yli neljännes oli avunsaajia (taulukko 15.1.1), ja ikäryhmästä lähes viidennes sai apua päivittäin (taulukko 15.1.2). Tyydyttymätön avun tarve oli yleisem-

pää naisilla kuin miehillä. Vanhimmassa ikäryhmässä apu oli liian vähäistä (ei saa lainkaan tarvitsemaansa apua, tai saa apua mutta liian vähän) useammalla kuin joka kymmenennellä naisella ja noin viidellä prosentilla miehistä.

Taulukko 15.1.1. Avun tarve ja saanti (%).

|                              | 30-44 | 45-54 | 55-64 | 65-74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|------------------------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Miehet</b>                |       |       |       |       |      |                   |
| ei tarvitse eikä saa apua    | 97,1  | 97,9  | 94,2  | 93,9  | 69,6 | 92,9              |
| saa riittävästi apua         | 2,3   | 1,2   | 3,1   | 4,0   | 25,3 | 5,2               |
| tarvitsee, mutta ei saa apua | 0,5   | 0,8   | 1,9   | 1,3   | 4,0  | 1,4               |
| saa apua, muttei riittävästi | 0,0   | 0,0   | 0,9   | 0,8   | 1,1  | 0,5               |
| <b>Naiset</b>                |       |       |       |       |      |                   |
| ei tarvitse eikä saa apua    | 98,4  | 96,3  | 92,6  | 86,1  | 48,6 | 88,9              |
| saa riittävästi apua         | 1,2   | 2,1   | 4,2   | 8,0   | 38,4 | 7,5               |
| tarvitsee, mutta ei saa apua | 0,1   | 1,2   | 2,4   | 5,3   | 8,7  | 2,7               |
| saa apua, muttei riittävästi | 0,3   | 0,3   | 0,9   | 0,6   | 4,4  | 1,0               |
| p <sup>2</sup>               |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Taulukko 15.1.2. Avun saannin taajuus (%).

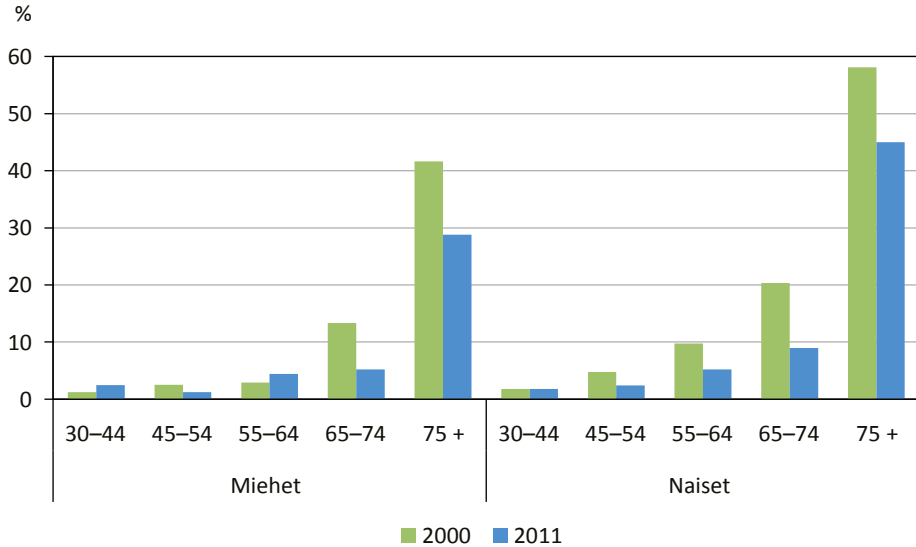
|                           | 30-44 | 45-54 | 55-64 | 65-74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|---------------------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Miehet</b>             |       |       |       |       |      |                   |
| ei koskaan                | 97,7  | 99,0  | 95,6  | 95,0  | 72,9 | 94,2              |
| enintään kerran viikossa  | 0,4   | 0,2   | 0,3   | 1,4   | 8,0  | 1,4               |
| muutaman kerran viikossa  | 0,4   | 0,0   | 1,1   | 0,8   | 2,0  | 0,7               |
| vähintään kerran päivässä | 1,5   | 0,8   | 3,0   | 2,8   | 17,2 | 3,7               |
| <b>Naiset</b>             |       |       |       |       |      |                   |
| ei koskaan                | 98,5  | 97,6  | 95,2  | 91,2  | 57,1 | 91,6              |
| enintään kerran viikossa  | 0,4   | 0,8   | 1,0   | 2,5   | 15,0 | 2,7               |
| muutaman kerran viikossa  | 0,5   | 0,6   | 0,4   | 1,9   | 8,9  | 1,7               |
| vähintään kerran päivässä | 0,6   | 0,9   | 3,3   | 4,4   | 19,1 | 4,1               |
| p <sup>2</sup>            |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakioitu

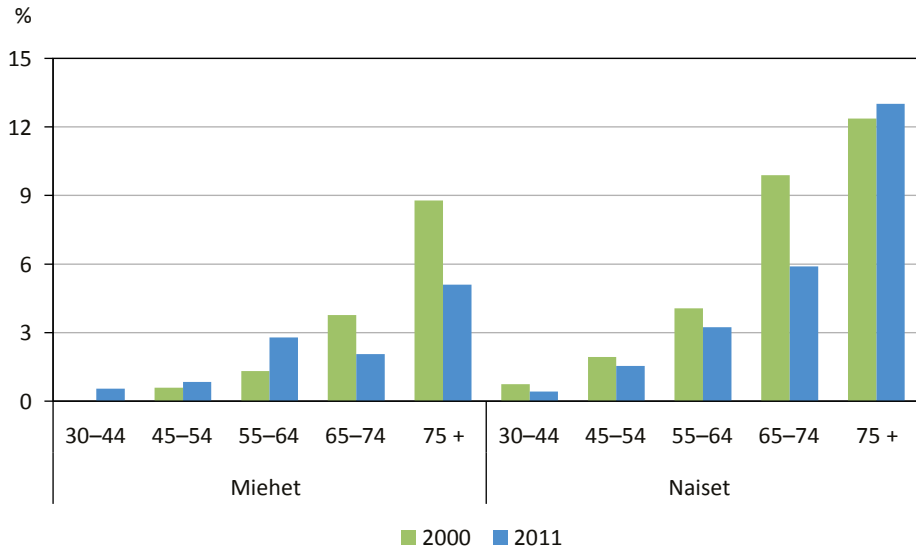
<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus

Apua saavien ja tarvitsevien osuus vähentyi selvästi aikavälillä 2000–2011 (kuvio 15.1.1 ja liitetaulukko 15.1.1). Miehillä avun tarve ja saanti vähenivät noin viidenneksen, naisilla peräti kolmanneksen. Myös päivittäistä apua saavien osuus pieneni. Sen sijaan tyydyttymättömän avun tarpeen yleisyys säilyi ennallaan (kuvio 15.1.2).

Kuvio 15.1.1. Säännöllistä apua toimintakyönsä heikkenemisen takia saavien osuus (%) vuosina 2000 ja 2011.



Kuvio 15.1.2. Tyydyttymättömän avuntarpeen yleisyys (%) vuosina 2000 ja 2011.



## Pohdinta

Väestön toimintakyky on monen eri mittapuun mukaan parantunut sekä jaksolla 1980–2000 (Aromaa & Koskinen 2002a) että 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä (ks. tämän raportin luku 11). Tämä kehitys näkyy myös edellä esitellyissä tuloksissa, joiden mukaan apua tarvitsevien ja apua saavien osuudet ovat pienentyneet. Apua saavien osuuden pienenemiseen lienee vaikuttanut myös se, että julkisen sektorin järjestämän avun saamisen ehtoja on kiristetty eikä tätä apua siten enää saa kovin vähäisellä avuntarpeella (Kröger & Leinonen 2012). Tyydyttymätön avun tarve ei olekaan vähentynyt, ja aiempaa isompi osa avun tarpeesta näyttää näin ollen jäävän tyydyttymättä. Tässä luvussa esitetyt tulokset avun saannista sisältävät sekä sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmän antaman avun että omaisilta, sukulaisilta, tuttavilta ja muilta vastaavilta tahoilta saadun avun. Vaikka omaiset auttavat läheisiään yhä useammin (vrt. luku 15.2), näiden analyysien perusteella ei tiedetä, missä määrin ja kuinka suureen avun tarpeeseen kohdentuen omaisten ja muiden epävirallisten tahojen antama apu on mahdollisesti kompensoinut virallisen avun vähenemistä. Avun tarpeen ja saannin havaittu väheneminen vuodesta 2000 voi osittain johtua siitäkin, että Terveys 2000 -tutkimuksessa osallistumisaktiivisuus oli selvästi suurempi (92,9 %) kuin Terveys 2011 -tutkimuksessa (72,9 %), ja katoon on voinut valikoitua merkittävä osa huonokuntoisista ihmisistä. Painokertoimilla on pyritty vähentämään kadon vaikutusta tuloksiin (ks. luku 3.5), mutta emme tiedä, kuinka hyvin tässä on onnistuttu eri ilmiöalueilla.

## Johtopäätökset

Avun tarpeen väheneminen on merkki siitä, että ikääntyneiden toimintakyky ja edellytykset asua omassa kodissaan ovat edelleen parantuneet. Tämä on tärkeää, sillä vanhimpien ikäryhmien koon kasvu luo tulevaisuudessa kasvavia paineita avun ja hoivan tarkoituksenmukaiselle järjestämiselle. Ikääntyneiden naisten avunsaannin turvaamiseen olisi kiinnitettävä erityistä huomiota.

## 15.2 Avun antaminen

*Matti Mäkelä, Anni Vilkko, Jenni Blomgren, Päivi Sainio, Seppo Koskinen ja Anja Noro*

### Päätulokset

- Viidennes 30 vuotta täyttäneistä suomalaisista auttaa säännöllisesti toista henkilöä kotona selviytymisessä. Osuus lisääntyi vuodesta 2000 vuoteen 2011.
- Eniten auttajia, lähes 30 prosenttia, oli 45–64-vuotiaiden naisten joukossa. Myös 45–74-vuotiaista miehistä yli 20 prosenttia auttoi toista henkilöä kotona selviytymisessä.
- Yleisin autettava oli auttajan tai tämän puolison vanhempi, toiseksi yleisin naapuri tai ystävä. Myös puoliso ja muu sukulainen olivat yleisiä autettavia.
- Vain pieni osa avun antajista sai omaishoidon tukea.

### Menetelmät

Avun antamista kysyttiin haastattelussa kysymyksellä ”Autatteko jotain henkilöä (sukulaista, ystävää, naapurua) säännöllisesti sellaisissa tehtävissä, jotka auttavat häntä selviytymään kotona?” Vastajille, jotka kertoivat auttavansa jotain henkilöä, esitettiin täsmentäviä kysymyksiä avun saajasta ja auttamisesta.

### Tulokset

Avun antajia oli runsas viidennes sekä miehistä että naisista (taulukko 15.2.1). Ikäryhmistä vähiten avun antajia oli nuorimmassa (30–44-vuotiaat) ja vanhimmassa (75-vuotiaat ja sitä vanhemmat) ikäryhmässä. Kaikkein yleisintä toisen henkilön auttaminen oli 45–64-vuotiaiden naisten joukossa. 75 vuotta täyttäneistä miehistä auttajia oli paljon suurempi osuus kuin naisista – ero johtuu pitkälti siitä, että tässä ikäryhmässä naisilla on miehiä harvemmin puoliso elossa.

Taulukko 15.2.1. Toista henkilöä kotona selviytymisessä auttavien osuus (%).

|                | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|----------------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| Miehet         | 16,0  | 23,5  | 21,6  | 19,3  | 22,3 | 20,2              |
| Naiset         | 14,7  | 26,7  | 28,6  | 24,2  | 10,7 | 21,5              |
| p <sup>2</sup> |       |       |       |       |      | < 0,001           |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> sukupuoli-ikä-yhdysvaikutus



Avun antajat nimesivät avun saajaksi kaikkein useimmin oman tai puolisonsa vanhemman, toiseksi useimmin naapurin tai ystävän (taulukko 15.2.2). Puoliso ja muu sukulainen olivat myös usein mainittuja autettavia. Omaishoidon tukea sai vain pieni osa (noin 1 %) avunantajista.

Taulukko 15.2.2. Avunannon kohde: kenelle toista henkilöä auttavat antavat apua (%).

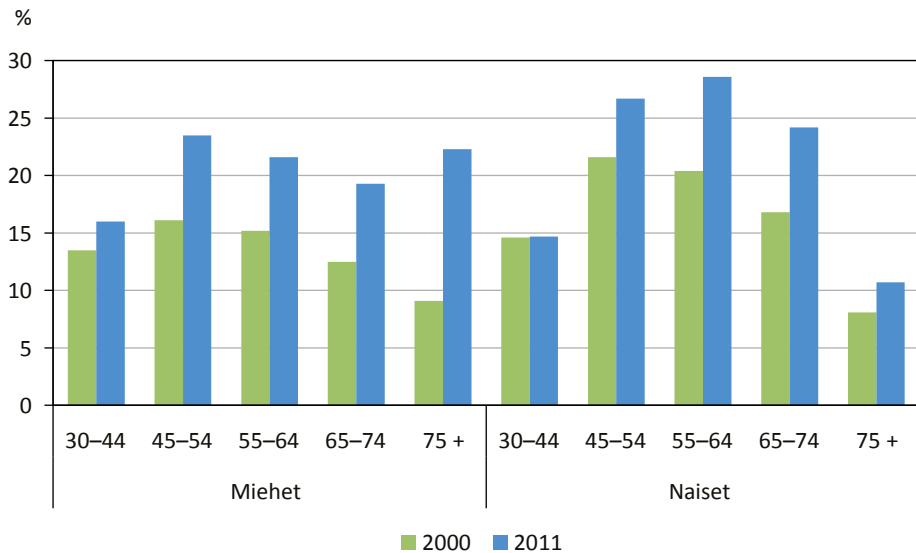
|   | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> |
|---|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|
| <b>Isovanhemmat tai puolison isovanhemmat</b> |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet  | 8,4   | 5,7   | 2,8   | 0,0   | 0,0  | 3,8               |
| Naiset  | 21,9  | 5,9   | 3,4   | 0,9   | 0,0  | 6,6               |
| p <sup>2</sup>                                |       |       |       |       |      | 0,062             |
| <b>Vanhemmat tai puolison vanhemmat</b>       |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet  | 62,6  | 72,7  | 54,8  | 13,4  | 0,0  | 48,4              |
| Naiset  | 48,1  | 75,8  | 57,8  | 10,3  | 0,0  | 47,7              |
| p <sup>2</sup>                                |       |       |       |       |      | 0,828             |
| <b>Puoliso</b>                                |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet  | 16,8  | 4,2   | 19,4  | 35,2  | 65,7 | 21,9              |
| Naiset  | 6,2   | 4,2   | 11,3  | 33,6  | 44,9 | 15,6              |
| p <sup>2</sup>                                |       |       |       |       |      | 0,004             |
| <b>Lapsi</b>                                  |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet  | 13,0  | 10,2  | 1,9   | 7,6   | 4,6  | 7,4               |
| Naiset  | 10,8  | 7,4   | 10,0  | 3,6   | 10,6 | 8,3               |
| p <sup>2</sup>                                |       |       |       |       |      | 0,644             |
| <b>Muu sukulainen</b>                         |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet  | 10,9  | 12,6  | 8,2   | 21,0  | 9,9  | 12,5              |
| Naiset  | 11,2  | 15,4  | 20,8  | 19,6  | 6,5  | 16,4              |
| p <sup>2</sup>                                |       |       |       |       |      | 0,109             |
| <b>Ystävä tai naapuri</b>                     |       |       |       |       |      |                   |
| Miehet  | 10,7  | 10,0  | 23,9  | 35,1  | 29,8 | 20,2              |
| Naiset  | 21,5  | 12,0  | 15,3  | 41,5  | 45,0 | 22,6              |
| p <sup>2</sup>                                |       |       |       |       |      | 0,388             |

<sup>1</sup> ikävakiointu, isovanhempien ja vanhempien auttamista koskevissa analyyseissä ikä jatkuvana muuttujana

<sup>2</sup> sukupuolten välinen tasoero

Vuodesta 2000 vuoteen 2011 avun antaminen lisääntyi selvästi, vielä enemmän miesten kuin naisten keskuudessa (kuvio 15.2.1 ja liitetaulukko 15.2.1). Apua antavien osuus kasvoi kaikissa ikäryhmissä, kaikkein eniten 75 vuotta täyttäneiden miesten ryhmässä.

Kuvio 15.2.1. Toista henkilöä kotona selviytymisessä auttavien osuus (%) vuosina 2000 ja 2011.



### Pohdinta

Läheisten ihmisten auttaminen on merkittävä osa suomalaisten arkea, eikä se näytä olevan vähenemässä. Erityisesti keski-ikäisistä naisista suuri osa käyttää aikaansa toisen henkilön auttamiseen. Vastaavia tuloksia avun antamisen ikäryhmittäisistä eroista on raportoitu myös Hyvinvointi ja palvelut -tutkimusaineistosta vuodelta 2009 (Vilkkonen ym. 2010). Omaishoidon tukea saa vain hyvin pieni osa läheistään auttavista. Merkittävää on myös, että suomalaiset auttavat usein myös muita kuin oman perheensä jäseniä.

### Johtopäätökset

Ammattimainen ja läheisten antama apu muodostavat yhdessä sen turvaverkon, johon suomalaiset luottavat toimintakykynsä heikentyessä. Epävirallisen avun määrän odotetaan entisestään nousevan väestön ikääntyessä ja julkisten palveluiden saamisen ehtojen kiristyessä. Tällöin työikäisten mahdollisuuksia osallistua läheistensä auttamiseen tulee pohtia mm. työstä poissaolojen ja eläkkeiden kertymisen näkökulmista. Vastaavalla tavalla eläkeikäisten osallistumisessa läheistensä ja omaistensa auttamiseen on sekä voimaantumisen mahdollisuuksia että rasittumisen riskejä.

# 16 TERVEYDEN, TOIMINTAKYVYN JA NIIHIN VAIKUTTAVIEN TEKIJÖIDEN VAIHTELU KOULUTUKSEN JA ASUINALUEEN MUKAAN

*Tuija Martelin, Sakari Karvonen, Eila Linnanmäki, Ritva Prättälä ja Seppo Koskinen*

## Päätulokset

- Useimmissa tähän lukuun valituissa mittareissa koulutusryhmien välinen ero oli selvä: tilanne oli edullisin korkea-asteen koulutuksen saaneilla ja heikoin perusasteen koulutuksen saaneilla.
- Alue-erot eivät olleet yhtä johdonmukaisia: osassa mittareita niitä ei ollut lainkaan, ja alueiden järjestys vaihteli ilmiöstä riippuen. Monessa tapauksessa kuitenkin tilanne oli keskimääräistä edullisempi Etelä-Suomea edustavalla HYKS-erityisvastuualueella ja epäedullisin Itä-Suomea edustavalla KYS-erityisvastuualueella.

Väestöryhmien välillä tiedetään olevan suuria eroja useiden terveydentilan ja toimintakyvyn osoittimien mukaan. Esimerkiksi ikä, sukupuoli, äidinkieli, asuinalue, perhetilanne ja siviilisääty sekä monet sosioekonomisen aseman mittarit ovat yhteydessä terveyteen. Eroja pidetään eriarvoisuuden ilmentyminä silloin, kun voidaan perustellusti olettaa, että niitä voitaisiin erilaisin toimenpitein kaventaa. Terveyden eriarvoisuuden vähentäminen on ollut jo pitkään terveystalouden tärkeä tavoite Suomessa, mutta tois-  
taiseksi tavoitteen saavuttamisessa on onnistuttu vain osittain.

Seuraavassa kuvataan terveyden, toimintakyvyn ja niihin vaikuttavien tekijöiden eroja koulutusryhmien ja asuinalueiden välillä Terveys 2011 -tutkimuksen valossa. Terveys 2000 -tutkimuksen tapaan koulutustasoa mitataan kolmiluokkaisella, perus- ja ammatilliseen koulutukseen perustuvalla muuttujalla (ks. luku 4.1), ja aluejakona käytetään jakoa viiteen erityisvastuualueeseen. Tähän lukuun on tarkastelun kohteeksi valittu vain joitakin esimerkkejä eri aihealueilta. Vertailun mahdollistamiseksi on soveltuvin osin poimittu sellaisia mittareita, joiden väestöryhmittäistä vaihtelua kuvattiin Terveys 2000 -perusraportissa (Aromaa & Koskinen 2002a).

Koulutusryhmien väliset erot on koottu liitetauluksoon 16.1.1 ja alue-eroja kuvaavat tiedot liitetauluksoon 16.2.1. Taulukoissa käytetyt muuttujat on kuvattu liitetaulukossa 16.2.2. Tulosten raportoinnissa keskitytään lähinnä sellaisiin osoittimiin, joissa vertailtavien ryhmien ero oli tilastollisen testin valossa vähintään viitteellinen ( $p < 0,10$ ).

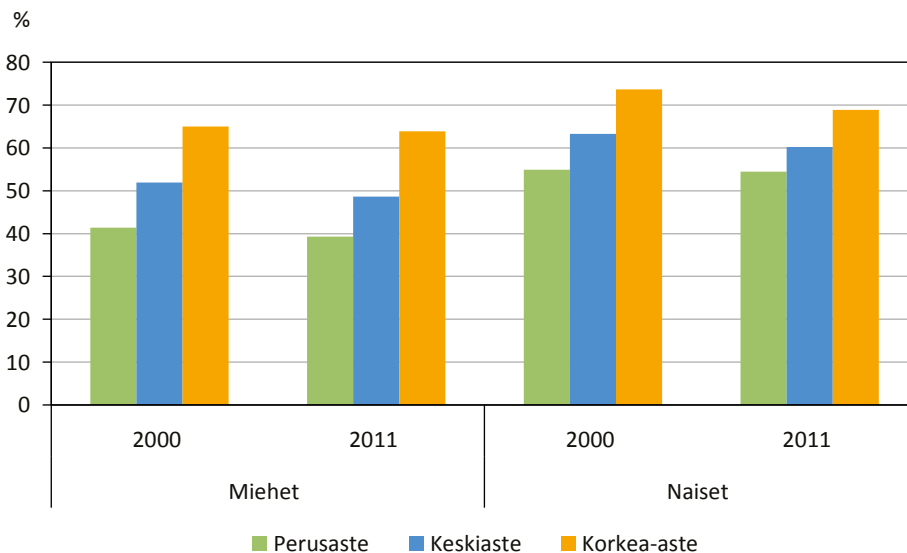
Monissa tapauksissa ryhmien välinen ero vaihteli eri ikäryhmissä, jolloin tällaista kokonaistestiä ei voitu tehdä. Liitetaulukoista käy ilmi, milloin iän ja tarkasteltavan taustamuuttujan välillä oli tilastollisesti merkitsevä yhdysvaikutus, mutta niiden sisältö ja merkitys jäävät jatkotutkimusten selvitettäväksi. Väestöryhmien välisten erojen muutoksia Terveys 2000 -tutkimukseen verrattuna ei ole tässä perustulosraportissa varmistettu tilastollisesti, joten myös johtopäätökset erojen kasvusta tai kaventumisesta jäävät jatkotutkimusten tehtäväksi.

## 16.1 Koulutusryhmien väliset erot

Koulutusryhmien välillä oli selviä eroja useimpien tarkasteltujen mittareiden valossa. Myös erojen suunta oli enimmäkseen samanlainen: useimmat ongelmat olivat yleisimpiä perusasteen koulutuksen saaneilla ja harvinaisimpia korkea-asteen koulutuksen saaneilla.

Korkea-asteen koulutuksen saaneet joutuivat tinkimään kulutuksestaan harvemmin kuin vähemmän koulutusta saaneet. Myös ulkoiset häiritteijät työssä olivat korkeasti koulutetuilla harvinaisempia. Asunnossa liikkumista häiritseviä tekijöitä oli 70 vuotta täyttäneillä korkea-asteen koulutuksen saaneilla vähemmän kuin muilla koulutusryhmillä; ero ei ollut kuitenkaan merkitsevä, mikä saattaa johtua lähinnä tämän ryhmän pienestä koosta. Tupakoimattomuus, päivittäinen kasvisten syönti (kuvio 16.1.1) sekä liikunnan harrastaminen vapaa-aikana olivat sitä yleisempiä, mitä enemmän koulutusta saaneesta ryhmästä oli kyse. Myös riittävä unen määrä oli ylimmässä koulutusryhmässä yleisempää kuin perus- tai keski-asteen koulutuksen saaneilla. Lihavuus oli molemmilla sukupuolilla harvinaisinta korkea-asteen koulutuksen saaneilla. Naisilla lisäksi kohonnut verenpaine sekä hyperkolesterolemia olivat harvinaisimpia korkea-asteen koulutuksen saaneilla.

Kuvio 16.1.1. Päivittäin kasviksia syövien osuus (%) koulutuksen ja sukupuolen mukaan vuosina 2000<sup>1</sup> ja 2011<sup>2</sup>.

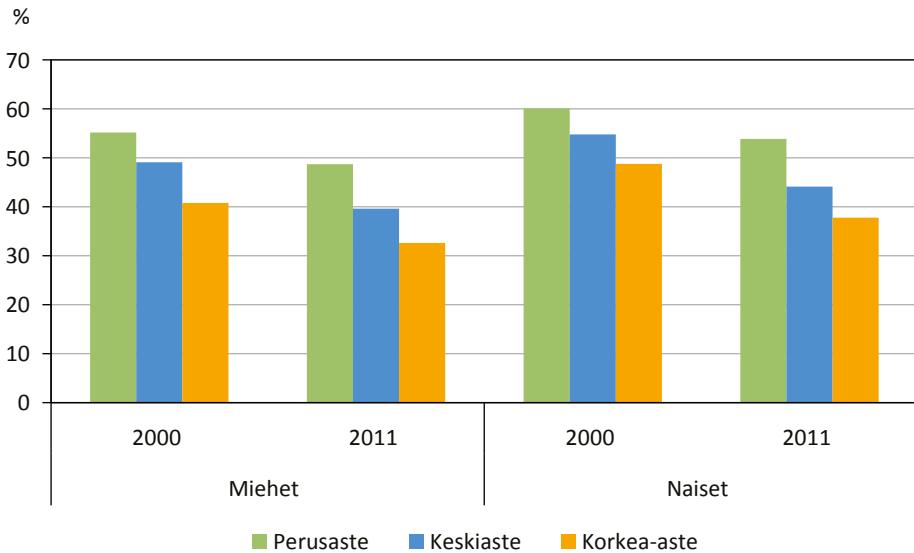


<sup>1</sup> Aromaa ja Koskinen 2002, liitetaulukko 2

<sup>2</sup> liitetaulukko 16.1.1

Terveytensä hyväksi kokeminen oli sitä yleisempää ja ainakin yhden pitkäaikaissairauden ilmoittaminen sitä harvinaisempaa, mitä enemmän koulutusta saaneesta ryhmästä oli kyse (kuvio 16.1.2). Erot olivat samansuuntaisia myös monien muiden tarkastelun kohteeksi valittujen somaattisten sairauksien, kuten sydäninfarktin ja diabeteksen yleisyydessä, sekä kyykistyksessä tai yläraajan nostossa koettujen vaikeuksien esiintymisessä ainakin jommallakummalla sukupuolella.

Kuvio 16.1.2. Pitkäaikaissairaiden osuus (%) koulutuksen ja sukupuolen mukaan vuosina 2000<sup>1</sup> ja 2011<sup>2</sup>.



<sup>1</sup> Aromaa ja Koskinen 2002, liitetaulukko 2

<sup>2</sup> liitetaulukko 16.1.1

Mielenterveyden ongelmia kuvaava psyykkinen oireilu oli GHQ-12-mittarin valossa naisilla jonkin verran yleisempää perusasteen koulutuksen saaneilla kuin enemmän koulutetuilla. Sekä vakavan masennuksen viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana kokeneiden että alkoholihäiriöstä (eli alkoholin väärinkäytöstä tai alkoholiriippuvuudesta) viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana kärsineiden osuus oli 30–54-vuotiaille naisilla suurempi perusasteen koulutuksen saaneilla kuin enemmän koulutusta saaneilla.

Suun terveys oli sekä koetun suun terveyden että hampaattomuuden valossa selvästi sitä parempi, mitä pidemmälle koulutetusta ryhmästä oli kyse. Pysyviä vammoja oli molemmilla sukupuolilla jonkin verran vähemmän korkea-asteen ryhmässä kuin muilla, joskin ero oli tilastollisesti merkitsevä vain naisilla. Raskaudenkeskeytyksiä ja raskauskomplikaatioita oli naisilla ollut sitä harvemmin, mitä koulutetummasta ryhmästä oli kyse.

Lähes kaikkien tarkasteltaviksi valittujen mittareiden valossa myös toiminta- ja työkyky oli sitä parempi, mitä koulutetummasta ryhmästä oli kyse. Puolen kilometrin kävelystä vaikeuksitta selviytyvien osuus oli korkea-asteen koulutuksen saaneilla suurempi, samoin keskimääräinen käden puristusvoima, kognitiivinen toimintakyky (kielellinen sujuvuus ja muisti) ja oma arvio työkyvystä. Myös yksinäisyyden kokemukset olivat keski- tai korkea-asteen koulutuksen saaneilla harvinaisempia kuin perusasteen koulutuksen saaneilla. Luottamus toisiin ihmisiin oli yleisempää ja keskimääräinen elämänlaatu parempi korkea-asteen koulutuksen ryhmässä vähemmän koulutettuihin verrattuna.

Myös terveystarkastusten käytössä oli selviä eroja koulutusryhmien välillä. Korkea-asteen koulutuksen saaneet naiset olivat käyneet terveystarkastuksessa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana yleisemmin kuin muut, mutta miehillä ei ollut tässä eroa. Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla korkea-asteen koulutuksen saaneet olivat käyneet harvemmin kuin muut ryhmät, sen sijaan työterveyslääkärin ja yksityislääkärin vastaanotolla useammin. Tyydyttymätöntä hoidon tarvetta kokivat alle 65-vuotiaiden ikäryhmässä perusasteen koulutuksen saaneet naiset useammin kuin muut naiset, kun taas miehillä ei ollut merkitsevää eroa koulutusryhmien välillä.

Vain kahdessa tarkastelun kohteeksi valituista mittareista löytyi tilastollisesti merkitsevä, edellä kuvatusista yleisestä suunnasta poikkeava koulutusryhmien välinen ero. Molemmilla sukupuolilla raittiiden osuus oli pienin korkea-asteen koulutuksen saaneilla ja tahaton lapsettomuus sitä yleisempää, mitä pidemmälle koulutetusta ryhmästä oli kyse. Joissakin mittareissa ei koulutusryhmien välillä ollut eroja. Irtisanomisen tai lomautuksen uhka oli molemmilla sukupuolilla yhtä yleistä koulutuksesta riippumatta, eikä miehillä havaittu eroa koulutusryhmien välillä kohonneen verenpaineen tai hyperkolesterolemian yleisyydessä. Somaattisista sairauksista keuhkoputkien ahtaumatautiin viittaava spirometrialöydös oli miehillä suunnilleen yhtä yleinen koulutuksesta riippumatta, ja naisilla sydäninfarkti, astma ja yläraajan nostovaikeudet eivät myöskään erotelleet koulutusryhmiä. Psykkisessä oireilussa ei GHQ-12-mittarin mittarin valossa ollut miehillä koulutuksen mukaisia eroja, kuten ei myöskään masennuksen viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana kokeneiden osuudessa. Sairaaloiden poliklinikalla käymisessä ei ollut johdonmukaisia koulutusryhmien välisiä eroja kummallakaan sukupuolella, ei myöskään jossakin terveystarkastuksessa viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana käyneiden osuudessa miehillä.

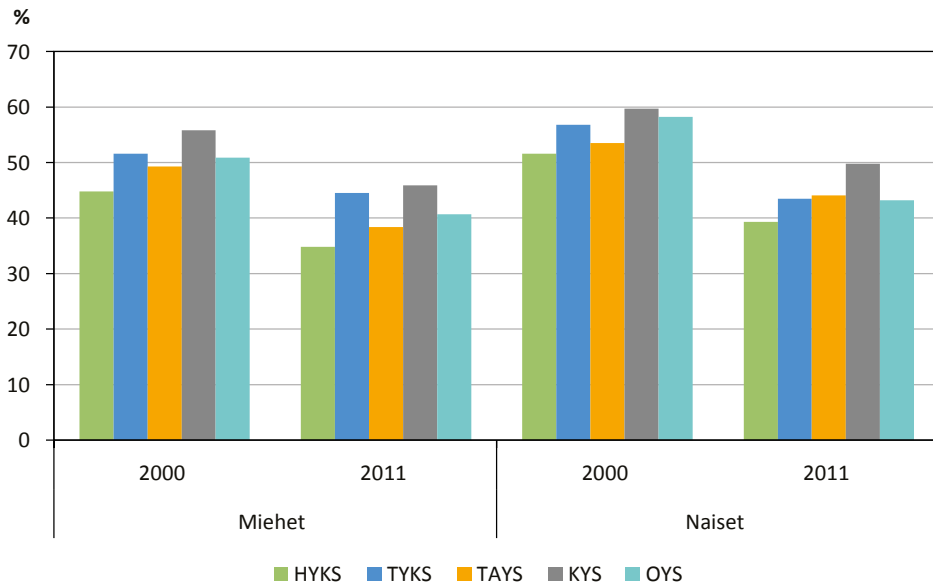
## 16.2 Alue-erot

Alue-erot eivät olleet tarkastelun kohteiksi valituissa osoittimissa kovin johdonmukaisia. Monissa ilmiöissä ei merkitseviä eroja havaittu lainkaan, ja alueiden järjestys vaihteli niissäkin ilmiöissä, joissa alue-eroja löytyi.

Kokonaisuutena Etelä-Suomea edustavan HYKS-alueen (Helsingin ja Uudenmaan, Kymenlaakson ja Etelä-Karjalan sairaanhoitopiirit) tilanne oli usean osoittimen mukaan paras. Esimerkiksi sekä miehistä että naisista pitkäaikaissairaiden (kuvio 16.2.1), hampaattomien ja pysyviä vammoja raportoineiden osuus oli pienin. Miesten toimintakyky oli keskimääräistä parempi, kun osoittimena oli puolen kilometrin kävely ja oma arvio työkyvystä. Eteläsuomalaiset miehet myös raportoivat muita vähemmän työhönsä liittyviä ulkoisia haittatekijöitä, ja päivittäin kasviksia syövien osuus oli suurempi kuin muilla alueilla (kuvio 16.2.2). HYKS-alueella naisista suurempi osuus kuin muilla alueilla luotti toisiin ihmisiin. Muuta maata suurempi osuus naisista oli lisäksi käynyt työterveyslääkärillä.

Muuta maata heikompi tilanne Etelä-Suomessa oli alkoholin käytössä, oirehtimisessa ja puristusvoimassa. Raittiiden osuus oli pienin, psyykinen oireilu oli yleisintä ja keskimääräinen puristusvoima oli heikoin molemmilla sukupuolilla.

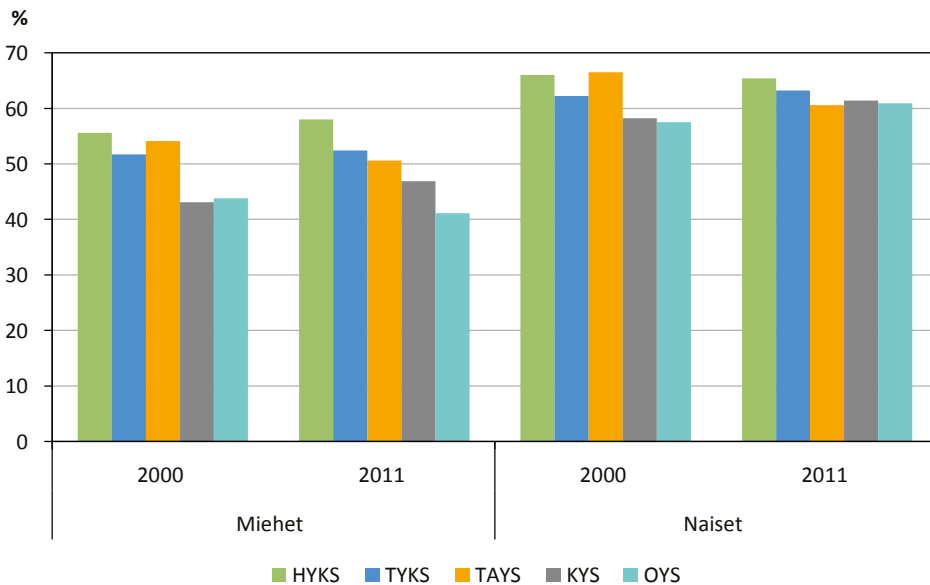
Kuvio 16.2.1. Pitkäaikaissairaiden osuus (%) asuinalueen ja sukupuolen mukaan vuosina 2000<sup>1</sup> ja 2011<sup>2</sup>.



<sup>1</sup> Aromaa ja Koskinen 2002, liitetaulukko 1

<sup>2</sup> liitetaulukko 16.2.1



Kuvio 16.2.2. Päivittäin kasviksia syövien osuus (%) asuinalueen ja sukupuolen mukaan vuosina 2000<sup>1</sup> ja 2011<sup>2</sup>.<sup>1</sup> Aromaa ja Koskinen 2002, liitetaulukko 1<sup>2</sup> liitetaulukko 16.2.1

Itä-Suomea edustava KYSin erityisvastuualue (Etelä-, Itä- ja Pohjois-Savon sekä Keski-Suomen ja Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirit) oli kokonaisuutena heikoimmassa tilanteessa usean terveystta ja toimintakykyä kuvaavan osoittimen mukaan. Vain itäsuomalaisen naisten puristusvoima oli keskimäärin parempi kuin muualla. Sen sijaan pitkäaikaissairauksia raportoivat molemmat sukupuolet useimmin ja naisilla oli pysyviä vammoja, kyykistysvaikeuksia ja diabetesta useammin sekä lääkärikäyntejä (työterveyslääkärillä ja yksityislääkärillä) harvemmin kuin koko maan naisilla keskimäärin. Miehet puolestaan arvioivat työkykynsä huonoimmaksi, ja myös puolen kilometrin kävelystä vaikeuksista selviytyvien osuus oli pieni. Edelleen heidän työssään ilmeni ulkoisia häirittejä usein. Naisilla puolestaan oli liikkumista häiritteviä tekijöitä asunnossaan muita useammin.

Länsi-Suomessa TYKSin erityisvastuualueella (Varsinais-Suomen ja Satakunnan sairaanhoitopiirit) useimmat osoittimet eivät poikenneet koko maan keskitasosta. Naisilla oli kuitenkin vähiten kohonnutta verenpainetta, eniten diabetesta, yläraajan nostovaikeuksia ja yksityislääkärikäyntejä. Länsisuomalaiset miehet puolestaan liikkuvat vapaa-ajallaan keskimääräistä vähemmän. Lisäksi länsisuomalaiset naiset luottivat muita vähemmän toisiin ihmisiin.

Myös Keski-Suomea edustava TAYSin erityisvastuualue (Pirkanmaan, Kanta-Hämeen, Päijät-Hämeen, Etelä-Pohjanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirit) poikkesi vain harvoin maan keskitasosta. Nämä poikkeamat olivat positiiviseen suuntaan. Esimerkiksi liikunnallinen passiivisuus oli vähäisintä Keski-Suomen miehillä, samoin psyyk-

kinen oirehtiminen. Naiset puolestaan raportoivat diabetesta vähemmän kuin muilla alueilla.

Pohjois-Suomen kattavalla OYSin erityisvastuualueella (Keski- ja Pohjois-Pohjanmaan, Länsi-Pohjan, Kainuun ja Lapin sairaanhoitopiirit) asuvat olivat muita raittiimpia ja naisilla oli lisäksi muita vähemmän kyykistys- ja yläraajan nostovaikeuksia. Pohjoisen iäkkäät naiset myös asuivat muita laadukkaammin sikäli, että liikkumista haittaavia tekijöitä he ilmoittivat vähiten. Hampaattomuus sen sijaan oli muuta maata yleisempää molemmilla sukupuolilla. Naisten verenpaine oli keskimääräistä useammin kohonnut ja miehet puolestaan söivät vihanneksia vähemmän kuin muiden alueiden miehet. Myös työympäristön ulkoisia haittatekijöitä pohjoisen miehillä oli useammin kuin maassa keskimäärin, käytännössä yhtä usein kuin Itä-Suomen miehillä.

Vaikka erilaisia alue-eroja havaittiinkin verraten paljon, noin puolessa osoittimista näitä eroja ei ollut. Esimerkiksi elämänlaatu koettiin yhtä hyväksi kaikilla alueilla, lukuun ottamatta länsisuomalaisia miehiä, joiden elämänlaatu oli keskitasoa huonompi. Vastaavasti lihavien osuus oli yhtä suuri, samoin kuin vähän nukkuvien ja sydäninfarktin kokeneiden osuudet. Joidenkin osoittimien osalta havaittiin eroja vain osassa ikäryhmistä, mutta niiden lähempi tarkastelu siis jää jatkotutkimusten varaan.

## 16.3 Pohdinta

Koulutusryhmien ja alueiden välisiä eroja tarkasteltiin tässä luvussa esimerkinomaisesti joidenkin eri aihepiirejä kuvaavien muuttujien valossa. Koulutusryhmien väliset erot olivat varsin selkeitä: useimmat ongelmat olivat yleisimpiä perusasteen koulutuksen saaneilla ja vähäisimpiä korkea-asteen koulutettujen ryhmässä. Tämä havainto on yhdenmukainen aiempien tietojen kanssa (esim. Palosuo ym. 2007), ja se vastaa myös Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia (Aromaa & Koskinen 2002a). Kuten Terveys 2000 -tutkimuksessa, myös alue-eroja havaittiin nytkin, mutta ne eivät olleet yhtä johdonmukaisia kuin koulutusryhmien väliset erot. Useiden mittareiden valossa kuitenkin Etelä-Suomea edustava HYKSin erityisvastuualue oli edullisimmassa asemassa, kun taas Itä-Suomea edustavalla KYSin erityisvastuualueella tilanne oli monessa tapauksessa epäedullisin. Luotettavat johtopäätökset koulutusryhmien ja asuinalueiden välisten erojen mahdollisista muutoksista verrattuna Terveys 2000 -tutkimuksen tilanteeseen vaativat tarkemmat analyysit, ja ne jäävät jatkotutkimusten tehtäväksi.

Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen on ollut jo pitkään suomalaisen terveyspolitiikan keskeisiä tavoitteita (Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011), mutta siinä on onnistuttu vain osittain. Joissakin tapauksissa erot ovat jopa kasvaneet parin viime vuosikymmenen aikana, kuten esimerkiksi tuloluokkien väliset erot elinajanodotteessa (Tarkiainen ym. 2011). Terveys 2000- ja Terveys 2011 -tutkimusten aineistot tarjoavat jatkossa erinomaiset mahdollisuudet terveyden, toimintakyvyn, elintapojen ja palveluiden käytön väestöryhmittäisten erojen muutosten sekä niiden syiden selvittämiseen. Jo nyt saadut tulokset kuitenkin osoittavat, että terveyserojen kaventamisen on jatkossakin syytä pysyä niin terveys- kuin sosiaalipolitiikan toimenpiteiden kohteena.

# 17 YHTEENVETO JA PÄATELMÄT

*Seppo Koskinen, Arpo Aromaa, Markku Heliövaara, Päivikki Koponen, Tuija Martelin, Tomi Mäkinen ja Päivi Sainio*

Suomalaisia aikuisia edustavan Terveys 2011 -tutkimuksen tavoitteena on tuottaa terveys- ja sosiaalipolitiikan suunnittelua ja arviointia varten 1) luotettavia tietoja väestön terveydestä, toimintakyvystä ja hyvinvoinnista sekä niiden määrittäjistä vuonna 2011 sekä 2) em. tekijöiden muutoksista vuodesta 2000 vuoteen 2011 ja 3) yksilöseuranta-asetelmaan perustuvaa tietoa muutettavissa olevista terveyden ja hyvinvoinnin määrittäjistä, joihin pitäisi vaikuttaa. Tässä luvussa arvioidaan, miten tavoite on tähän mennessä saavutettu, mitkä olivat perustulokset ja mitä päätelmiä niiden pohjalta voidaan tehdä.

## 17.1 Tutkimuksen valmistelu ja toteutus

### Tutkimusasetelma

Suomessa väestöä edustavat terveys- ja hyvinvointitutkimukset on lähes poikkeuksetta tehty erillisille satunnaisotoksille. Kun kerätään toistuvasti vertailukelpoisia tietoja väestöä edustavista riippumattomista otoksista, saadaan hyvä kuva siitä, miten väestön terveys ja hyvinvointi sekä niihin liittyvät tekijät muuttuvat ajassa. Poikittaistutkimusten avulla ei sen sijaan ole mahdollista luotettavasti arvioida, mitkä vaikutettavissa olevat tekijät ja millä painolla ennakoivat terveyden ja hyvinvoinnin myönteisiä ja kielteisiä muutoksia. Tietoon perustuva hyvinvointipolitiikka edellyttää kuitenkin juuri tällaisia yksilötason seuranta-asetelmaan perustuvia tuloksia, joiden nojalla voidaan suunnata voimavarat hyvinvoinnin määrittäjien kohentamiseen niin, että tulokset ovat mahdollisimman hyvät. Yksilötason seuranta-asetelma on suuri etu myös laadittaessa vaihtoehtoisia ennusteita väestön terveyden ja hyvinvoinnin kehityksestä erilaisten terveyden ja hyvinvoinnin määrittäjiä ja niihin kohdentuvan politiikan vaihtoehtoja koskevien oletusten pohjalta.

Terveys 2011 -tutkimuksen asetelmaa voidaan pitää poikkeuksellisen onnistuneena. Nyt tutkittiin uudelleen Terveys 2000 -tutkimukseen vuonna 2000 poimittu väestöä edustava iso otos, johon kuuluvat henkilöt olivat vuonna 2000 vähintään 18-vuotiaita ja vuonna 2011 vähintään 29-vuotiaita. Osallistuminen Terveys 2000 -tutkimukseen ei ole voinut vaikuttaa otoksen edustavuuteen. Alun pitäen Terveys 2000 -tutkimusta varten poimittu edustava otos ei perustutkimuksen jälkeen poikennut sen paremmin kuolleisuuden kuin maastamuutonkaan osalta muusta väestöstä, ja ainoa edustavuuden ongelma oli vuoden 2000 jälkeen Suomeen muuttaneiden puuttuminen otoksesta. Tämän raportin kohteena olevassa 30 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä 11 viime vuoden

aikana Suomeen muuttaneiden osuus on vajaa yksi prosentti 30 vuotta täyttäneistä Suomen asukkaista vuonna 2011, joten heidän puuttumisensa ei ole merkittävästi vaikuttanut otoksen edustavuuteen.

Myös tulevissa toistuvissa väestötutkimuksissa olisi syytä vakavasti harkita otoksen muodostamista siten, että mukana on sekä jo edellisillä kerroilla tutkittuja että uusi edustava alaotos. Näin menetellään mm. THL:n Hyvinvointi ja palvelut -tutkimussarjassa (Vaarama ym. 2010a).

## Tutkimussisältö

Terveys 2011 -tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa monipuolinen ja riittävän perusteellinen kuva aikuisväestön terveydestä ja hyvinvoinnista kiinnittäen erityistä huomiota sellaisiin ilmiöihin, joista ei saada luotettavia tietoja rekistereistä tai kyselytutkimuksilla vaan tarvitaan terveystarkastusmenetelmiä. Keskeisiä aihealueita olivat toiminta- ja työkyky, mielenterveys, tuki- ja liikuntaelämistön terveys, suun terveys, palvelujen ja etuuksien tarve ja sen tyydyttyminen sekä hyvinvoinnin objektiiviset ja kokemukselliset ulottuvuudet. Tutkimussisällön suunnittelun lähtökohtana olivat vuosina 1978–80 toteutettu Mini-Suomi-tutkimus (Aromaa ym. 1989) ja vuosina 2000–01 toteutettu Terveys 2000 -tutkimus (Aromaa & Koskinen 2002a), joiden tuloksiin vuoden 2011 tilannetta haluttiin verrata.

Eri aihealueiden huippuasiantuntijoista kootut työryhmät arvioivat, mistä ilmiöistä tietoa oli tarpeen koota, kuinka yksityiskohtaisesti, ja mitä menetelmiä tiedonkeruussa oli viisainta käyttää – ottaen huomioon sekä vertailukelpoisuuden vaatimukset että tarpeet tuottaa tietoa uusista aiheista tai aiempaa olennaisesti pätevämmillä menetelmillä. Nämä asiantuntijaryhmät oli koottu jo Terveys 2000 -tutkimuksen suunnittelua ja aineiston hyödyntämistä varten, ja niitä täydennettiin vuosikymmenen kuluessa. Asiantuntijaryhmät tekivät huolellista työtä ja perusteltuja esityksiä, joista hankkeen johto kokosi lopullisen tutkimussisällön. Monia tärkeitä aiheita ja mittauksia jouduttiin jättämään pois, jotta tutkimussisältö ei paisunut toteuttamiskelvottomaksi.

Laajan asiantuntijaverkoston käyttäminen tutkimussisällön suunnitteluun oli hyvä ratkaisu, jota voi suositella muihinkin tutkimuksiin. Sisällön suunnitteluun saatiin mukaan parhaat asiantuntijat, jotka osallistuivat tarpeen mukaan myös kenttätutkijoiden koulutukseen ja kenttätöiden seurantaan. Erityisen arvokasta on, että em. asiantuntijat ja heidän opiskelijansa ja tutkimusryhmiensä jäsenet ovat mukana hyödyntämässä kootua aineistoa.

## Rahoitus

Terveys 2011 -tutkimus oli yksittäisenä tiedonkeruuna kallis, koska otos oli iso ja työhön tarvittiin paljon kenttätutkijoita. Tutkimuksen suunnittelu ja toteutus, aineiston tarkistaminen ja muokkaaminen ja tässä perustulosraportissa esitettävien tulosten tuottaminen maksoivat yhteensä noin neljä miljoonaa euroa, mikä ei sisällä virkatyönä

tehtyä isoa panosta. Tarvittavan rahoituksen kerääminen kesti pitkään, mutta onnistui, kun varoja sitkeän ponnistelun tuloksena saatiin kaikkiaan yli kahdeltakymmeneltä taholta. Kelan ja THL:n huomattavan osarahoituksen varmistuminen oli tärkeä viesti muille rahoittajille siitä, että hanke toteutetaan ja rahoittamalla sitä on mahdollista jossakin määrin vaikuttaa tutkimussisältöön. Hankkeen suurimpia rahoittajia olivat THL, Kela, sosiaali- ja terveysministeriö, Suomen Akatemia, Työsuojelurahasto, Suomen Hammaslääkäriseura ja Suomen Hammaslääkäriliitto, UKK-instituutti, Työterveyslaitos ja Finanssialan keskusliitto.

Voimavarat eivät kuitenkaan riittäneet haastatteluosuuden toteuttamiseen terveystarkastusta edeltävällä kotikäynnillä, vaan haastattelua jouduttiin merkittävästi tiivistämään niin, että se voitiin toteuttaa terveystarkastuksen osana. Samalla menetettiin Terveys 2000 -tutkimuksessa erinomaiseksi osoittautunut mahdollisuus käyttää Tilastokeskuksen laajaa, kokenutta, koko maan kattavaa haastattelijaverkostoa tutkittavien tavoittelussa ja motivoinnissa. Voimavarojen rajallisuuden takia tutkimussisällöstä jouduttiin muutoinkin jossakin määrin tinkimään jättäen pois mm. lääkärintutkimus, kuulontutkimus ja joitakin muita mittauksia ja toteuttamalla suun kliininen tutkimus ainoastaan kahdessa viidestä kenttäryhmästä.

Terveys 2011 -tutkimuksen kaltainen hanke tuottaa hyvinvointipolitiikan sekä palvelu- ja etuusjärjestelmän arvioinnin ja kehittämisen kannalta ainutlaatuisen arvokasta tietoa. Siksi olisi toivottavaa, että tällaisen poikkeuksellisen laajan ja harvoin toteutettavan tiedonkeruun valmisteluun ja toteutukseen varataan valtionhallinnossa riittävät voimavarat. Vakaa rahoituspohja turvaa hankkeen toteutumisen ja sen, että asiantuntijoiden panos voidaan suunnata hyvissä ajoin tutkimuksen sisällön ja toteutuksen suunnitteluun ja ohjaamiseen sekä tulosten hyödyntämiseen.

### Kenttätutkijoiden rekrytointi ja koulutus

Vuonna 2000 Terveys 2000-tutkimuksen kenttätutkijoiksi haki – pääasiassa yhden valtakunnallisen lehti-ilmoituksen perusteella – noin tuhat henkilöä eli yli kymmenkertainen määrä tarjolla oleviin työpaikkoihin verrattuna. Vuonna 2011 tilanne oli tyystin erilainen. Kenttätutkijoita oli haettava lukuisilla lehti-ilmoituksilla, yhteydenotoilla sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksiin ja muilla keinoin, jotta kaikkiin tehtäviin saatiin riittävät valmiudet omaava työntekijä. Tämä muutos johtui pääasiassa hoitoalan työllisyystilanteen kohenemisesta vuoteen 2000 verrattuna. Rekrytointi olisi kuitenkin oletettavasti ollut helpompaa, jos lyhyehkön, puolen vuoden työsuhteen ohella olisi ollut mahdollisuus tarjota kilpailukykyisempi palkka ja muita etuja.

Kenttätutkijoiden koulutukseen oli tutkimusaikataulun ja taloudellisten voimavarojen puitteissa mahdollista varata kaksi viikkoa, joka osoittautui varsin lyhyeksi ajaksi. Valtaosa kenttätutkijoista haluttiin kouluttaa päteviksi toimimaan kahdessa eri tutkimuspisteessä, mikä edellytti melko laaja-alaista koulutusta. Lisäksi kaikki kenttätutkijat piti perehdyttää varsin monipuoliseen IT-ympäristöön ja moniin hallinnollisiin kysymyksiin. Kahdessa viikossa ehdittiin käydä läpi lähes kaikki asiat, mutta ohjatulle

harjoittelulle jäi liian vähän aikaa. Kahden eri tutkimuspisteen tehtäviin kouluttaminen oli kuitenkin perusteltu ratkaisu. Tehtävien vaihtelevuuden ja monipuolisuuden ansiosta kenttätutkijoiden työmotivaatio säilyi parempana ja oli mahdollista korvata sairastunut työntekijä tilapäisesti toisella työntekijällä. Lisäksi kun kaikkia mittauksia tekivät useat saman koulutuksen saaneet mittaajat, yksittäisten poikkeamien vaikutus tuloksiin väheni.

## Kenttätoiminta

Pääsääntöisesti kenttäryhmien toiminta oli sujuvaa, joskin kenttätoiminta ajoittain ruuhkautui esimerkiksi usean työntekijän sairastuessa samanaikaisesti tai kun tutkittavaksi saapui perättäin useita monisairaita tai huomattavan toimintarajoitteisia henkilöitä tai kun mittauslaitteissa oli toimintahäiriöitä. Myös IT-ympäristön haasteet ja joidenkin tiedonkeruu- ja hallintaohjelmien viimeistelemättömyys tuottivat vaikeuksia etenkin kenttätöiden alkuvaiheissa. Näiden tekijöiden vaikutuksia olisi voitu oleellisesti vähentää, mikäli hankkeen toteutumisen varmistuttua sen suunnitteluun olisi voitu varata enemmän aikaa.

Tutkimuspisteiden vastuuasiantuntijoiden vierailut kenttäryhmissä olivat erittäin tarpeellisia useaan otteeseen kenttätutkimuksen aikana. Näin kyettiin varmistamaan, että mittaukset tehtiin suunnitellulla tavalla, ja voitiin tukea kenttätutkijoita heidän työssään ja ratkaista esille tulleita ongelmia yhdessä heidän kanssaan. Kenttätutkijat itsekkin vaikuttivat arvostavan näitä käyntejä. He olivat muutoinkin pääsääntöisesti tyytyväisiä tehtäviinsä ja työoloihinsa, mutta mm. kiireestä, matkatyöstä ja työnjaon haasteista aiheutuvia ajoittaisia ongelmia ja ristiriitajakin ilmeni. Myös tutkittujen antama palaute oli pääosin myönteistä. Kenttätoiminnan sujumista sekä tutkimuksen vastuuhenkilöiden että kenttätutkijoiden ja tutkittavien näkökulmasta tarkastellaan seikkaperäisemmin Terveys 2011 -tutkimuksen menetelmäraportissa.

## Osallistumisaktiivisuus

Terveys 2000 -tutkimuksessa pyrittiin monin eri keinoin mahdollisimman suureen osallistumisaktiivisuuteen, ja siinä onnistuttiin erinomaisesti: noin 93 prosentilta otokseen kuuluvista saatiin ainakin osa tiedoista, ja 85 prosenttia osallistui joko varsinaiseen terveystarkastukseen tai kotiterveystarkastukseen (Koskinen ym. 2005). Myös Terveys 2011 -tutkimuksessa käytettiin valtaosin samoja keinoja (valtakunnallinen ja paikallinen viestintä, tutkimukseen osallistumisesta tutkittavalle itselleen ja muille koituvien hyötyjen esiin nostaminen, pois jääneiden tutkittavien tavoittelu mm. puhelimitse, täydentävä tiedonkeruu eri muodoissaan varsinaisen kenttätutkimuksen rinnalla ja jälkeen ym.), mutta tulos oli olennaisesti heikompi: 73 prosenttia otokseen kuuluvista osallistui johonkin tutkimusvaiheeseen ja terveystarkastukseen tutkimustiloissa tai kotona osallistui 59 prosenttia (ks. luku 3.4).

Osallistumisaktiivisuus väestötutkimuksiin on jo pitempään pienentynyt niin Suo-

messa kuin muuallakin. Siihen lienee useita syitä. Kansalaisiin otetaan lisääntyvästi yhteyttä tutkimusten, markkinaselvitysten ja kaupallisten pyrkimysten merkeissä, ja se aiheuttanee vastareaktion yleisen kielteisen suhtautumisen erilaisiin tuntemattomilta tahoilta tuleviin yhteydenottoihin. Myöskään omaa terveyttä ja siihen vaikuttavia tekijöitä koskevan tiedon saaminen osallistumalla terveystarkastustutkimukseen ei ilmeisesti entisessä määrin houkuttele, kun terveystarkastuspalveluja ja erilaisia mittauksia on aiempaa paremmin tarjolla.

Osallistumisaktiivisuuden pieneneminen 11 vuodessa 93 prosentista 73 prosenttiin johtunee edellä mainittujen yleisten tekijöiden lisäksi joistakin Terveys 2000- ja Terveys 2011 -tutkimusten toteuttamiseen liittyvistä eroista. Näistä keskeisimmäksi voidaan olettaa sitä, että vuonna 2011 ei ollut taloudellisista syistä mahdollista käyttää ensikontaktin luomisessa Tilastokeskuksen laajaa haastatteluorganisaatiota, jossa haastattelijat jakautuvat maan eri puolille samaan tapaan kuin väestökin. Tutkittavan lähistöllä asuvan haastattelijan on helpompi tavoittaa tutkittava ja perustella vakuuttavalla tavalla osallistumisen hyötyjä verrattuna tutkimuspaikkakunnalla muutaman päivän vierailevaan kenttäryhmään, joka ei tunne läheskään yhtä hyvin paikallista väestöä. Toinen keskeinen ero on lääkärintutkimuksen puuttuminen Terveys 2011 -tutkimuksesta. Voi olla, että mahdollisuus keskustella omaan terveyteen ja siitä saatuihin tutkimustuloksiin liittyvistä asioista lääkärin kanssa houkutteli vuonna 2000 merkittävän osan tutkittavista osallistumaan. Osallistumisaktiivisuuden väheneminen on vakava ongelma väestön hyvinvoinnin seurannalle ja tutkimukselle ja tietoon perustuvan politiikan ja kehittämistyön edellytysten heikentyessä kielteiset vaikutukset ulottuvat myös väestön hyvinvointiin. On välttämätöntä tähänastista paljon pontevammin tutkia ja kehittää keinoja, joilla osallistumisaktiivisuutta voidaan lisätä.

### Aineiston hyödyntäminen

Käsillä oleva raportti esittelee Terveys 2011 -tutkimuksen ensimmäiset tulokset, joita on syytä tarkentaa ja täydentää analysoimalla aineistoa ja siihen liitettyjä rekisteritietoja perusteellisemmin kuin tätä raporttia valmisteltaessa on ollut mahdollista. Yksi keskeinen jatkotutkimuksen suunta on yksilötason seuranta-asetelman hyödyntäminen terveyden ja toimintakyvyn muutoksia ennustavien tekijöiden tunnistamiseksi. Tiedonkeruun päättymisestä tämän raportin valmistumiseen ulottuva monipuolinen ja vaativa prosessi on monien asiantuntijoiden uutteran työn ansiosta toteutunut puolessa vuodessa. Tätä raporttia varten tarkistettu ja muokattu aineisto saatetaan viipymättä myös muiden tutkijoiden käyttöön. Tarkistukset ja muokkaukset jatkuvat niiden aineiston osien osalta, joita ei ole käytetty tämän raportin tuottamisessa. Koko aineisto pyritään saamaan tutkijoiden käyttöön vuoden 2013 kuluessa, valtaosin jo keväällä. Huomattavin ponnistuksin kerätty Terveys 2011 -aineisto tarjoaa ainutlaatuisia mahdollisuuksia vastata moniin tieteellisesti ja yhteiskuntapoliittisesti keskeisiin kysymyksiin, joten on tärkeää edistää sen tehokasta käyttöä kansallisessa ja kansainvälisessä tiedeyhteisössä.



## 17.2 Päätulokset ja niiden merkitys

Tämän raportin aiemmissa osissa esitettyjen tulosten mukaan suomalaisten terveys, toimintakyky ja hyvinvointi näyttävät monin tavoin kohentuneen vuodesta 2000. Tulosten valossa 1970-luvulla alkanut myönteinen kehitys on jatkunut. Koettu terveys parani ja pitkäaikaissairaiden osuus pieneni. Verenkiertoelinten sairauksien esiintyvyys pieneni ja poikkeavien veren rasva-arvojen yleisyys väheni. Myönteistä kehitystä havaittiin lisäksi psyykkisen kuormittuneisuuden, alkoholihäiriöiden, työuupumuksen ja tapaturman aiheuttamien vammojen yleisyydessä sekä suun terveydessä. Myös väestön liikkumiskyky, kognitiivinen toimintakyky, työkyky ja iäkkäiden suoriutuminen arkitöistä paranivat. Samalla apua saavien ja tarvitsevien osuudet pienentyivät huomattavasti vuodesta 2000 vuoteen 2011. Terveysteen liittyvä elämänlaatu koheni keski-ikäisessä ja iäkkäässä väestössä, ja muillakin hyvinvoinnin ulottuvuuksilla havaittiin pääosin myönteistä kehitystä. Toisiin ihmisiin luottavien osuus oli suurentunut voimakkaasti. Läheisen ihmissuhteen puutteesta tai puuttuvista mahdollisuuksista saada käytännön apua raportoi aiempaa harvempi. Lähiympäristö koettiin turvallisemmaksi, ja 55 vuotta täyttäneillä koetut toimeentulon vaikeudet vähenivät. Myös työympäristön ulkoiset häirttekijät näyttivät hieman vähentyneen.

Havainnot väestön terveyden ja hyvinvoinnin suotuisasta kehityksestä eivät kuitenkaan anna kattavaa kuvaa tilanteesta ja kehitysnäkymistä. Ensinnäkin terveys- ja hyvinvointiongelmista nähdään myös kielteisiä kehityskulkuja. Diabetes on edelleen yleistynyt, joskin se johtunee pääosin diabeteksen määritelmän muuttumisesta ja aiempaa aktiivisemmasta hoidosta. Tuki- ja liikuntaelinten oireet yleistyivät etenkin nuorimmissa ikäryhmissä. Keuhkoputkien ahtauma yleistyi naisilla. Ravintotottumuksissa tapahtui kielteistä kehitystä: ruisleivän kulutus vähentyi 25 prosenttia, ja voini tai voi-kasviöljylevitteen käyttö yleistyi 20–30 prosenttia. Miehet vähensivät liikkumistaan vapaa-ajalla ja naiset liikkumista työmatkoilla. 45 vuotta täyttäneistä naisista aiempaa suurempi osa käytti alkoholia. Epävarmuus omasta työpaikasta ja naisilla myös henkisen väkivallan tai kiusaamisen uhka yleistyi.

Toiseksi monet niistäkin ongelmista, jotka vähenivät, ovat edelleen erittäin yleisiä ja heikentävät väestön hyvinvointia merkittävästi. Verenkiertoelinten sairaudet ovat edelleen erittäin yleisiä eläkeikäisessä väestössä. 75 vuotta täyttäneistä suomalaisista joka kolmannella miehellä ja joka neljännellä naisella oli sepelvaltimotauti. Tuki- ja liikuntaelinten kivut ja toiminnanvajavuudet ovat edelleen yleisiä. Esimerkiksi kyykistymisessä on vaikeuksia lähes 40 prosentilla 55 vuotta täyttäneistä naisista ja yli viidenneksellä samanikäisistä miehistä. Työuupumuksen merkkejä on noin joka neljännellä työssäkäyvällä. Iensairauksia oli lähes kahdella kolmasosalla miehistä ja yli puolella naisista. 75 vuotta täyttäneistä naisista noin puolella ja miehistä kolmanneksella oli vaikeuksia puolen kilometrin kävelyssä ja heidän kävelynopeutensa oli hitaampi kuin liikennevalojen mitoituksessa käytetty 1,2 m/s. Vaikeudet selviytyä päivittäisistä toiminnoista ja muista arjen askareista ovat edelleen yleisiä 75 vuotta täyttäneillä suomalaisilla. Vaikeuksia on tässä ikäryhmässä toiminnasta riippuen viidesosalla tai yli puolella. Miehistä kuusi

prosenttia ja naisista seitsemän prosenttia arvioi, että ei ollut saanut tarvitsemiaan terveyspalveluja. Joka neljäs 30 vuotta täyttänyt koki tarvitsevansa kuntoutusta. Koulutusryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot säilyivät jyrkkinä. Lihavuus ei näytä entistään yleistyneen, mutta se on edelleen vakava kansanterveyden uhka. Suomalaisista naisista ainoastaan 30 prosenttia ja miehistä 40 prosenttia on normaalipainoisia. Verenpaineen ja veren rasva-arvojen myönteinen kehitys näyttää hidastuneen tai pysähtyneen alle 45-vuotiailla. Ylipäätäänkin monet suotuisat muutokset ilmenivät selvimmin iäkkäissä ja keski-ikäisessä väestössä, ja nuorimmassa 30–44-vuotiaiden ikäryhmässä myönteiset muutokset olivat usein vähäisempiä ja havaittiin myös kielteisiä muutoksia.

Kolmanneksi väestön terveyden ja hyvinvoinnin kohenemiseen viittaavat havainnot voivat osin johtua osallistumisaktiivisuuden pienenemisestä. On mahdollista, että sairaimmista ja huonokuntoisimmista suuri osa jäi katoon, ja siksi tutkimukseen osallistuneet olivat terveempiä kuin vuonna 2000, jolloin osallistumisaktiivisuus oli parempi. Tällöin myös havainnot kielteisistä kehityskuluista saattavat aliarvioida todellista kehitystä. Painokertoimien käytöllä (ks. luku 3.5) pyrittiin korjaamaan kadosta aiheutuvia tulosten vääristymiä, mutta vielä ei ole mahdollista arvioida, kuinka hyvin tässä eri ilmiöiden kohdalla onnistuttiin. Alustavat tulokset painokertoimien kyvystä korjata kadosta johtuvia harhoja ovat kuitenkin lupaavia. Esimerkiksi työkyvyttömyyseläkeläisiä oli koko otoksesta rekisteritietojen mukaan 9,5 prosenttia, mutta tutkimukseen osallistuneista vain 8,8 prosenttia, kun laskennassa ei käytetty painokertoimia. Kun osallistuneita koskevissa analyyseissä otettiin käyttöön tämän perustulosraportin analyyseissä käytetyt painokertoimet, työkyvyttömyyseläkeläisten osuus kohosi 9,4 prosenttiin eli lähes samalle tasolle, jolla se on koko otoksessa. Myös rekistereihin perustuvat tiedot työkyvyttömyyseläkkeiden esiintyvyyden vähenemisestä ovat sopusuunnassa tässä raportissa esitettyjen työkyvyn rajoitusten vähenemiseen viittaavien tulosten kanssa. Kadon vaikutuksia tuloksiin on kuitenkin tulevaisuuden analyyseissä syytä arvioida syvällisemmin hyödyntäen myös rekisteritietoja ja vuonna Terveys 2000 -tutkimuksessa kerättyjä tietoja.

### 17.3 Päätelmät

Yhteiskuntapolitiikan keskeisiä haasteita ovat mm. seuraavat kysymykset: Kuinka paljon kasvavan iäkkään väestön palvelutarve suurenee? Miten palvelutarpeen kasvua voidaan vähentää? Miten ikääntyvän työvoiman työkyky muuttuu? Miten ikääntyvien työkykyä ja työhön osallistumista voidaan tukea? Mitkä tekijät edistävät nuorten työelämään siirtymistä? Miten voidaan kaventaa väestöryhmien terveys- ja hyvinvointieroja ja samalla oleellisesti kohentaa koko väestön hyvinvointia? Millä keinoin voidaan hillitä terveys- ja sosiaaliturvan menojen kasvua tinkimättä väestön hyvinvoinnista?

Terveys 2011- ja Terveys 2000 -aineistojen analyysi yhdessä niihin liitettyjen rekisteritietojen kanssa antaa erinomaiset mahdollisuudet hankkia edellä oleviin kysymyksiin mahdollisimman pätevät vastaukset. Näin voidaan turvata yhteiskunnan voimavarojen suuntaaminen väestön hyvinvoinnin sekä taloudellisen ja sosiaalisen kestävyyskannalta parhaalla tavalla. Jos yhteiskuntapoliittisia päätöksiä ei voida tehdä tällaiseen tietopohjaan perustuen, on todennäköistä, että käytettävissä olevilla voimavaroilla saadaan paljon vähemmän aikaan.

# 18 KIRJALLISUUS

Aho S, Mäkiäho A. Työolobarometri lokakuu 2011. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja, Työ ja yrittäjyys 29/2012, 2012. Saatavilla Internetissä: [http://www.tem.fi/files/33535/TEMjul\\_29\\_2012\\_web.pdf.pdf](http://www.tem.fi/files/33535/TEMjul_29_2012_web.pdf.pdf)

Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, Fruchart JC, James WP, Loria CM, Smith SC, Jr. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation* 2009;120:1640-1645.

Alha P, Hakulinen K. Fysioterapiapalvelujen käyttö. Teoksessa: Häkkinen U, Alha P (toim.), Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot, *Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/2006*, Helsinki 2006, s. 80-82. Saatavilla Internetissä: <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/2006b10.pdf>

Alkoholiongelmaisen hoito (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2011 (viitattu 12.10.2012). Saatavilla Internetissä: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028>

Allin S, Masseria C. Unmet need as an indicator of health care access. *Eurohealth* 2009;15(3):7-9.

Arinen S, Häkkinen U, Klaukka T, Klavus J, Lehtonen R, Aro S. Suomalaisten terveys ja terveyspalvelujen käyttö. Terveystutkimuksen 1995/1996 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987. Stakes ja Kansaneläkelaitos, SVT: *Terveys 1998:5*, Jyväskylä 1998. Saatavilla Internetissä: <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/muut/Terva.pdf>

Aromaa A. Kohonnut verenpaine ja sen kansanterveydellinen merkitys Suomessa. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:17, Helsinki 1981.

Aromaa A, Björkstén F, Maatela J, Tamminen M. Seerumin kolesteroli ja triglyseridit kuudessa suomalaisessa väestöryhmässä. *Kelan julkaisuja ML:1*, Helsinki 1973.

Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O, Knekt P, Maatela J, Joukamaa M, Klaukka T, Lehtinen V, Melkas T, Mälkiä E, Nyman K, Paunio I, Reunanen A, Sievers K, Kalimo E, Kallio V. Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveystutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32, Helsinki 1989.

Aromaa A, Koskinen S. Hoidontarve ja sen tyydyttyminen. Teoksessa: Aromaa A, Koskinen S (toim.), *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002*, Helsinki 2002b, s. 70. Saatavilla Internetissä: <http://www.terveys2000.fi/perusraportti/index.html>

Aromaa A, Koskinen S (toim.). *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002*, Helsinki 2002a. Saatavilla Internetissä: <http://www.terveys2000.fi/perusraportti/index.html>

Bartley M, Ferrie J. Do we need to worry about the health effects of unemployment? *J Epidemiol Community Health* 2010;64(1):5-6.

Castaneda AE, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S (toim.). Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi: tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 61/2012, Helsinki 2012.

Csuka M, McCarty D. Simple method for measurement of lower extremity muscle strength. *Am J Med* 1985;78:77-81.

Danielsson P, Ollila H, Korhonen T, Broms U, Laatikainen T, Patja K. Tupakkapolitiikka kansalaisasenteissa ja päivänpolitiikassa. *Teoksessa*: Heloma A, Ollila H, Danielsson P, Sandström P, Vakkuri J (toim.), Kohti savutonta Suomea – Tupakoinnin ja tupakkapolitiikan muutokset. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Teema 16, Tampere 2012, s. 36-51. Saatavilla Internetissä: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-640-3>

da Rocha NS, Power MJ, Bushnell DM, Fleck MP. The EUROHIS-QOL 8-item index: comparative psychometric properties to its parent WHOQOL-BREF. *Value Health* 2012;15(3):449-457.

Djerf K, Laiho J, Härkänen T, Knekt P. Painokertoimien muodostus ja käyttö. *Teoksessa*: Heistaro S (toim.), Menetelmäraportti. Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B6/2005, Helsinki 2005, s. 180-183. Saatavilla Internetissä: <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/2005b6.pdf>

EuroQol. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. The EuroQol Group. *Health Policy* 1990;16(3):199-208.

Ferrie J. Sleep and mortality. *Teoksessa*: Cappuccio FP, Miller MA, Lockley SW (toim.), Sleep, Health, and Society. From Aetiology to Public Health. Oxford University Press, 2010, s. 50-82.

Fiatarone MA, O'Neill EF, Ryan ND, Clements KM, Solares GR, Nelson ME, Roberts SB, Kehayias JJ, Lipsitz LA, Evans WJ. Exercise training and nutritional supplementation for physical frailty in very elderly people. *N Engl J Med* 1994;330:1769-1775.

Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin JK, Paciorek CJ, Singh GM, Gutierrez HR, Lu Y, Bahalim AN, Farzadfar F, Riley LM, Ezzati M. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet* 2011;377:557-567.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975;12:189-198.

Forsman AK, Nyqvist F, Wahlbeck K. Cognitive components of social capital and mental health status among older adults: a population-based cross-sectional study. *Scand J Public Health* 2011a;39(7):757-765.

Forsman AK, Schierenbeck I, Wahlbeck K. Psychosocial interventions for the prevention of depression in older adults: systematic review and meta-analysis. *J Aging Health* 2011b;23(3):387-416.

Fraser A, Nelson SM, Macdonald-Wallis C, Cherry L, Butler E, Sattar N, Lawlor DA. Associations of pregnancy complications with calculated cardiovascular disease risk and cardiovascular risk factors in middle age: the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Circulation* 2012;125(11):1367-1380.

GOLD (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Revised 2011. GOLD 2011. (viitattu 15.10.2012). Saatavilla Internetissä: [http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD\\_Report\\_2011\\_Feb21.pdf](http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2011_Feb21.pdf)

Goldberg DP. The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. Oxford University Press, London 1972.

Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S (toim.). Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Eläketurvakeskus, Kansaneläkelaitos, Kansanterveyslaitos ja Työterveyslaitos, Helsinki 2006. Saatavilla Internetissä: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193412>

Graubard BI, Korn EL. Predictive margins with survey data. *Biometrics* 1999;55:652-659.

Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick EM, Salive ME, Wallace RB. Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. *N Engl J Med* 1995b;332:556-561.

Guralnik JM, Fried LP, Simonsick EM, Kasper JD, Lafferty ME (toim.). The Women's Health and Aging Study: Health and Social Characteristics of Older Women with Disability. National Institute on Aging, NIH Pub. No. 95-4009, Bethesda (MD) 1995a.

Guralnik JM, Simonsick EM, Ferrucci L, Glynn RJ, Berkman LF, Blazer DG, Scherr PA, Wallace RB. A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *J Gerontol* 1994;49:M85-M94.

Haapea M, Miettunen J, Läärä E, Joukamaa MI, Järvelin MR, Isohanni MK, Veijola JM. Non-participation in a field survey with respect to psychiatric disorders. *Scand J Public Health* 2008;36:728-736.

Haapola I, Fogelholm M, Heinonen H, Karisto A, Kullaa A, Mäkelä T, Niiranen T, Nummela O, Pajunen E, Ritsilä M, Seppänen M, Töyli P, Uutela A, Valve R, Väänänen I. Ikihyvä Päijät-Häme -tutkimus, perusraportti 2008. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveysyhtymän julkaisuja 70, Lahti 2009. Saatavilla Internetissä: [http://www.palmenia.helsinki.fi/ikihyva/Ikihyva\\_perusraportti\\_2008\\_70.pdf](http://www.palmenia.helsinki.fi/ikihyva/Ikihyva_perusraportti_2008_70.pdf)

Haikonen K, Lounamaa A (toim.). Suomalaiset tapaturmien uhreina 2009. Kansallinen uhritutkimuksen tuloksia. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 13, Helsinki 2010. Saatavilla Internetissä: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085395>

Hakulinen K, Koskinen S, Martelin T, Sainio P, Aromaa A. Ketkä käyttävät fysioterapiaa Suomessa? Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2006;43(1):13-23.

Halim S, Kaplan HB, Pollack MS. Moderating effects of gender and vulnerability on the relationships between financial hardship, low education and immune response. *Stress Medicine* 2000;16(3):167-177.

Haukkamaa L, Moilanen L, Kattainen A, Luoto R, Kahonen M, Leinonen M, Jula A, Kesäniemi YA, Kaaja R. Pre-eclampsia is a risk factor of carotid artery atherosclerosis. *Cerebrovasc Dis* 2009;27(6):599-607.

Hearing Impairment Among Adults (HIA). Report of a joint (Nordic - British) project. DACEHTA, FinOHTA, SBU, SMM, MRC, Helsinki 2001. Saatavilla Internetissä: <http://finohta.stakes.fi/NR/rdonlyres/3D5A1B45-5CB4-45C2-9D56-98D530FF155F/0/HIA2001.pdf>

Heistaro S (toim.). Menetelmäraportti. Terveys2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B6/2005, Helsinki 2005. Saatavilla Internetissä: <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/2005b6.pdf>

Heistaro S, Koskinen S. Mini-Suomi-tutkimukseen osallistuneiden uusintatutkimus. *Teoksessa:* Heistaro S (toim.), Menetelmäraportti. Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B6/2005, Helsinki 2005, s. 149. Saatavilla Internetissä: <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/2005b6.pdf>

Helakorpi S, Holstila A-L, Virtanen S, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 45/2012, Helsinki 2012. Saatavilla Internetissä: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-566-6>

Heliövaara M, Mäkelä M, Sievers K, Melkas T, Aromaa A, Knekt P, Impivaara O, Aho K, Isomäki H. Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet Suomessa. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL 35, Helsinki 1993.

Heloma A, Helakorpi S, Danielsson P, Vartiainen E, Puska P. Suomen tupakkapolitiikka ja –lainsäädäntö – kehitys vuodesta 1976 nykypäivään. *Teoksessa:* Heloma A, Ollila H, Danielsson P, Sandström P, Vakkuri J (toim.), Kohti savutonta Suomea – Tupakoinnin ja tupakkapolitiikan muutokset. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Teema 16, Tampere 2012, s. 24-35. Saatavilla Internetissä: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-640-3>

Hu G, Tuomilehto J, Silventoinen K, Barengo NC, Peltonen M, Jousilahti P. The effects of physical activity and body mass index on cardiovascular, cancer and all-cause mortality among 47 212 middle-aged Finnish men and women. *Int J Obes (Lond)* 2005;29:894-902.

Husu P, Paronen O, Suni J, Vasankari T. Suomalaisten fyysinen aktiivisuus ja kunto 2010. Terveyttä edistävän liikunnan nykytila ja muutokset. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2011:15, 2011. Saatavilla Internetissä: <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2011/liitteet/OKM15.pdf?lang=fi>

Husu P, Suni J, Pasanen M, Miilunpalo S. Health-related fitness tests as predictors of difficulties in long-distance walking among high-functioning older adults. *Aging Clin Exp Res* 2007;19:444-450.

Hyppä MT. Healthy ties. Social capital, population health and survival. Springer, 2010.

Häkkinen H, Holma T. Ehkäisevä kotikäynti – tuki vanhuksen kotona selviytymiselle. Valtakunnallisen kehittämishankkeen tulokset ja kokemukset. Suomen Kuntaliitto, Helsinki 2004.

Hänninen T, Pulliainen V, Sotaniemi M, Hokkanen L, Salo J, Hietanen M, Pirttilä T, Pöyhönen M, Juva K, Remes A, Erkinjuntti T. Muistisairauksien tiedonkasittelymuutosten varhainen toteaminen uudistetulla CERAD-tehtavasarfalla. *Duodecim* 2010;126:2013-2021.

ICF. Toimintakyvyn, toimintarajoitteiden ja terveyden kansainvälinen luokitus. Stakes, WHO. Stakes, Ohjeita ja luokituksia 2004:4, 2004.

Iisakka L (toim.). Sosiaalinen pääoma Suomessa. Tilastokeskus, Helsinki 2006.

Ikäihmisten palveluiden laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3, Helsinki 2008. Saatavilla Internetissä: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikaihmissen\\_palvelujen\\_laatusuositus\\_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3672.pdf&title=Ikaihmissen_palvelujen_laatusuositus_fi.pdf)

Julkisesti tuetun asuntokannan tarkoituksenmukainen käyttö. TARMO-työryhmä. Valtiovarainministeriön julkaisuja 30/2011, Tampere 2011. Saatavilla Internetissä: [http://www.vm.fi/vm/fi/04\\_julkaisut\\_ja\\_asiakirjat/01\\_julkaisut/02\\_taloudelliset\\_katsaukset/20110617Julkis/tarmo\\_tyoryhmae.pdf](http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/02_taloudelliset_katsaukset/20110617Julkis/tarmo_tyoryhmae.pdf)

Jylhä M, Vuorisalmi M, Luukkaala T, Sarkeala T, Hervonen A. Elinikä pitenee nopeammin kuin toimintakyky paranee 90-vuotiaiden ja sitä vanhempien toimintakyvyn muutokset vuosina 1996-2007. *Suomen Lääkärilehti* 2009;25:2285-2290.

Kaila-Kangas L (toim.). Musculoskeletal disorders and diseases in Finland. Results of the Health 2000 Survey. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B25/2007, Helsinki 2007. Saatavilla Internetissä: <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/2007b25.pdf>

Kalimo R, Hakanen J, Toppinen-Tanner S. Maslachin yleinen työuupumuksen arviointimenetelmä MBI-GS. Työterveyslaitos, Helsinki 2006.

Kansallinen muistiohjelma 2012–2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10, Helsinki 2012. Saatavilla Internetissä: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5065240&name=DLFE-20011.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-20011.pdf)

Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008—2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16, Helsinki 2008. Saatavilla Internetissä: [http://www.teroka.fi/teroka/uploadfiles/tervero\\_ohjelma.pdf](http://www.teroka.fi/teroka/uploadfiles/tervero_ohjelma.pdf)

Karinkanta S, Piirtola M, Sievänen H, Uusi-Rasi K, Kannus P. Physical therapy approaches to reduce fall and fracture risk among older adults. *Nat Rev Endocrinol* 2010;6:396-407.

Karvonen S. Hyvinvointi työikäisten kokemana. *Teoksessa*: Moisio P, Karvonen S, Simpura J, Heikkilä M (toim.), Suomalaisten hyvinvointi 2008. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, Helsinki 2008, s. 96-115.

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of Illness in the Aged. The Index of Adl: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *JAMA* 1963;185:914-919.

Kauppinen T, Hanhela R, Kandolin I, Karjalainen A, Kasvio A, Perkiö-Mäkelä M, Priha E, Toikkanen J, Viluksela M (toim.). Työ ja terveys Suomessa 2009. Työterveyslaitos, Helsinki 2010. Saatavilla Internetissä: [http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo\\_ja\\_terveys\\_suomessa/Documents/Tyo\\_ja\\_terveys\\_2009.pdf](http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Documents/Tyo_ja_terveys_2009.pdf)

Kelan sairausvakuutus tilasto 2011. Kansaneläkelaitos (KELA), Tilastoryhmä, Suomen virallinen tilasto (SVT), Helsinki 2012. Saatavilla Internetissä: [http://kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/NET/310812151721TL/\\$File/Sava\\_11.pdf?OpenElement](http://kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/NET/310812151721TL/$File/Sava_11.pdf?OpenElement)

Kelan työterveyshuoltotilasto 2009. Kansaneläkelaitos (KELA), Tilastoryhmä, Suomen virallinen tilasto (SVT), Helsinki 2011. Saatavilla Internetissä: [http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Tth\\_09/\\$File/Tth\\_09.pdf?OpenElement](http://www.kela.fi/it/kelasto/kelasto.nsf/alias/Tth_09/$File/Tth_09.pdf?OpenElement)

Kharazmi E, Fallah M, Luoto R. Cardiovascular diseases attributable to hysterectomy: a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86:1476-1483.

Klavus J. Suomalaisten terveys, terveyspalvelujen käyttö ja kokemukset palveluista. *Teoksessa*: Vaarama M, Moisio P, Karvonen S (toim.), Suomalainen hyvinvointi 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Teema 11, Helsinki 2010, Saatavilla Internetissä: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085398>

Klemetti R, Raitanen J, Sihvo S, Saarni S, Koponen P. Infertility, mental disorders and well-being--a nationwide survey. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010;89(5):677-682.

Kodama S, Saito K, Tanaka S, Maki M, Yachi Y, Asumi M, Sugawara A, Totsuka K, Shimano H, Ohashi Y, Yamada N, Sone H. Cardiorespiratory fitness as a quantitative predictor of all-cause mortality and cardiovascular events in healthy men and women: A meta-analysis. *JAMA* 2009;301:2024-2035.

Komu M, Hellsten K. Luottamus ihmisiin ja luottamus instituutioihin Euroopassa. Kela, nettityöpapereita 12/2010, Helsinki 2010. Saatavilla Internetissä: <http://hdl.handle.net/10138/16514>

Koponen P, Alha P. Terveystarkastukset, seurantatutkimukset ja terveyden edistäminen. *Teoksessa*: Häkkinen U, Alha P (toim.), Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot, *Terveys 2000* -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/2006, Helsinki 2006, s. 22-31. Saatavilla Internetissä: <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/2006b10.pdf>

Koponen P, Luoto R (toim.). Lisääntymisterveys Suomessa, *Terveys 2000* -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B5/2004, Helsinki 2004. Saatavilla Internetissä: <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/lister.pdf>

Koskinen S, Laiho J, Rinne S, Kuosmanen N, Alha P, Rissanen H. Osallistuminen sekä täydentävä tietojenkeruu ja muut keinot osallistumisaktiivisuuden lisäämiseksi. *Teoksessa*: Heistarö S (toim.), Menetelmäraportti. *Terveys 2000* -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B6/2005, Helsinki 2005, s. 133-148. Saatavilla Internetissä: <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/2005b6.pdf>



Koskinen S, Martelin T, Sainio P. Iäkkäiden toimintakyvyn kohentaminen välttämätöntä. Pääkirjoitus. *Duodecim* 2006;122:255-257.

Koskinen S, Sainio P, Gould R, Suutama T, Aromaa A, toimintakykyryhmä. Toimintakyky ja työkyky. *Teoksessa*: Aromaa A, Koskinen S (toim.), *Terveys ja toimintakyky Suomessa*. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki 2002, s. 71–87. Saatavilla Internetissä: <http://www.terveys2000.fi/perusraportti/index.html>

Kronholm E, Härmä M, Hublin C, Aro AR, Partonen T. Self-reported sleep duration in Finnish general population. *J Sleep Res* 2006;15:276-290.

Kronholm E, Laatikainen T, Peltonen M, Sippola R, Partonen T. Self-reported sleep duration, all-cause mortality, cardiovascular mortality and morbidity in Finland. *Sleep Med* 2011;12:215-221.

Kröger T, Leinonen A. Transformation by stealth: the retargeting of home care services in Finland. *Health & Social Care in the Community* 2012;20(3):319-327.

Kuolemansyyt [verkkojulkaisu]. Tapaturmakuolleisuus 1936–2010. Suomen virallinen tilasto (SVT), Tilastokeskus 2010 (viitattu 14.10.2012). Saatavilla Internetissä: [http://www.stat.fi/til/ksyyt/2010/ksyyt\\_2010\\_2011-12-16\\_kat\\_005\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2010/ksyyt_2010_2011-12-16_kat_005_fi.html)

Kuukasjärvi P, Malmivaara A, Mäkelä M, asiantuntijaryhmä. Sepelvaltimotaudin kajoavan hoidon vaikuttavuus. Yhteenveto järjestelmällisistä kirjallisuuskatsauksista. *Stakes, FinOHTAn raportti 25/2005, Saarijärvi 2005*.

Laakso M. Metabolisen oireyhtymän uudet kriteerit ja hoito. *Duodecim* 2005;121(14):1521-1530.

Laaksonen E, Martikainen P, Lahelma E, Lallukka T, Rahkonen O, Head J, Marmot M. Socioeconomic circumstances and common mental disorders among Finnish and British public sector employees: evidence from the Helsinki Health Study and the Whitehall II Study. *Int J Epidemiol* 2007;36:776-786.

Laatikainen T, Critchley J, Vartiainen E, Salomaa V, Ketonen M, Capewell S. Explaining the decline in coronary heart disease mortality in Finland between 1982 and 1997. *Am J Epidemiol* 2005;162(8):764-773.

Laiho J. Katoanalyysi. *Teoksessa*: Laiho J, Nieminen T (toim.), *Terveys 2000 -tutkimus: Aikuisväestön haastatteluaineiston tilastollinen laatu*. Otanta-asetelma, tiedonkeruu, vastauskato ja estimointi- ja analyysiasetelma. Tilastokeskus, Tutkimuksia 239, Helsinki 2004, s. 28–47.

Laiho J, Djerf K, Lehtonen R. Otanta-asetelma. *Teoksessa*: Heistaro S (toim.), *Menetelmäraportti*. Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B6/2005, Helsinki 2005, 15-17. Saatavilla Internetissä: <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/2005b6.pdf>

Laine V, Sinko P, Vihriälä V. Ikääntymisraportti. Kokonaisarvio ikääntymisen vaikutuksista ja varautumisen riittävydestä. Valtioneuvoston kanslian julkaisusarja 1/2009, Helsinki 2009. Saatavilla Internetissä: <http://vnk.fi/julkaisukansio/2009/j01-ikaantymisraportti-j04-ageing-report/pdf/fi.pdf>

Laitalainen E, Helakorpi S, Martelin T, Uutela A. Eläkeikäisten toimintakyky on parantunut, mutta ei kaikissa väestöryhmissä. *Suomen Lääkärilehti* 2010b;41:3295–3301.

Laitalainen E, Helakorpi S, Uutela A. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys keväällä 2009 ja niiden muutokset 1993–2009. Terveys ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 30/2010, Helsinki 2010a. Saatavilla Internetissä: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085008>

Laitinen A, Koskinen S, Härkänen T, Reunanen A, Laatikainen L, Aromaa A. A nationwide population-based survey on visual acuity, near vision, and self-reported visual function in the adult population in Finland. *Ophthalmology* 2005;112:2227-2237.

- Latham NK, Bennett DA, Stretton CM, Anderson CS. Systematic review of progressive resistance strength training in older adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2004;59:48-61.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9:179-186.
- Lee J. Covariance adjustment of rates based on the multiple logistic regression model. *J Chronic Dis* 1981;34:415-426.
- Lehto A-M, Sutela H. Työolojen kolme vuosikymmentä. Työolotutkimusten tuloksia 1977-2008. Tilastokeskus, Helsinki 2008. Saatavilla Internetissä: [http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/isbn\\_978-952-467-930-5.pdf](http://www.stat.fi/tup/julkaisut/tiedostot/isbn_978-952-467-930-5.pdf)
- Lehtonen R, Pahkinen E. Practical methods for design and analysis of complex surveys. John Wiley and Sons Ltd, Chichester, UK 1995.
- Lihavuus (aikuiset) (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2011 (viitattu 25.10.2012). Saatavilla Internetissä: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentaytaartikkeli/tunnus/hoi24010>
- Liikennevalojen suunnittelu (LIVASU). Suunnitteluvaiheen ohjaus. Tiehallinto, Helsinki 2005. Saatavilla Internetissä: [http://alk.tiehallinto.fi/thohje/pdf/2100040-v-05liik\\_valoj\\_suunn\\_liva.pdf](http://alk.tiehallinto.fi/thohje/pdf/2100040-v-05liik_valoj_suunn_liva.pdf)
- Liikkanen M, Hanifi R, Hannula U (toim.). Yksilöllisiä valintoja, kulttuurien pysyvyyttä. Vapaa-ajan muutokset 1981–2002. Tilastokeskus, Helsinki 2005.
- Liikuntapiirakka. Terveysliikuntasuositukset. UKK-instituutti 2009 (viitattu 9.10.2012). Saatavilla Internetissä: <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>
- Liu CJ, Latham NK. Progressive resistance strength training for improving physical function in older adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(3):CD002759.
- Luopa P, Lommi A, Kinnunen T, Jokela J. Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-luvulla. Kouluterveyskysely 2000–2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 20/2010, Helsinki 2010. Saatavilla Internetissä: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/91431fe2-cfa6-4909-9363-75eda1839dc3>
- Luoto R, Kharazmi E, Whitley E, Raitanen J, Gissler M, Hemminki E. Systolic hypertension in pregnancy and cardiovascular mortality: a 44-year follow-up study. *Hypertens Pregnancy* 2008;27(1):87-94.
- Luoto R, Moilanen J, Alha P, Aalto A-M, Koponen P, Hemminki E. Naisten terveys keski-ikässä. Terveys 2000- tutkimus. Tuloksia vuoden 2008 seurantatutkimuksesta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 67/2011, Helsinki 2011. Saatavilla Internetissä: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085212>
- Maahan- ja maastamuuttaneet lähtö- ja määrään iän, sukupuolen ja kansalaisuuden mukaan 1987–2011. Tilastokeskuksen tilastotietokannat, Helsinki 2012.
- Manderbacka K. Questions on survey questions on health. Swedish Institute for Social Research, Dissertation Series 30, Stockholm 1998.
- Manderbacka K, Muuri A, Keskimäki I, Kaikkonen R, Elovainio M. Mitä tyydyttämätön palvelutarve kertoo terveyspalvelujen saatavuudesta? *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 2012;49(1):4-12.
- Markkula N, Härkänen T, Perälä J, Partti K, Peña S, Koskinen S, Lönnqvist J, Suvisaari J, Saarni SI. Mortality in people with depressive, anxiety and alcohol use disorders in Finland. *Br J Psychiatry* 2012;200(2):143-149.

Marsh AP, Miller ME, Saikin AM, Rejeski WJ, Hu N, Lauretani F, Bandinelli S, Guralnik JM, Ferrucci L. Lower extremity strength and power are associated with 400-meter walk time in older adults: The InCHIANTI study. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006;61:1186-1193.

Martelin T. Tupakointitapojen kehitys Suomessa haastattelu- ja kyselytutkimusten valossa. Lääkintöhallituksen julkaisuja, Terveyskasvatus, Tutkimukset 1/1984, Helsinki 1984.

Martelin T, Nieminen T, elinolotyöryhmä. Sosiodemografiset tekijät ja elinolot. *Teoksessa: Aromaa A, Koskinen S (toim.), Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset.* Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki 2002, s. 16-24. Saatavilla Internetissä: <http://www.terveys2000.fi/perusraportti/index.html>

Marttila T. Kuulovammat. *Teoksessa: Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S, Teperi J (toim.), Suomalaisten terveys.* Kustannus Oy Duodecim, Helsinki 2005, s. 232-235.

McWhinnie JR. Disability assessment in population surveys: results of the O.E.C.D. Common Development Effort. *Rev Epidemiol Sante Publique* 1981;29:413-419.

Merikanto I, Kronholm E, Peltonen M, Laatikainen T, Lahti T, Partonen T. Relation of chronotype to sleep complaints in the general Finnish population. *Chronobiol Int* 2012;29:311-317.

Moisio P, Rämö T. Koettu yksinäisyys demografisten ja sosioekonomisten taustatekijöiden mukaan Suomessa vuosina 1994 ja 2006. *Yhteiskuntapolitiikka* 2007;72(4):392-401.

Molenberghs G, Kenward MG. Missing Data in Clinical Studies. John Wiley and Sons Ltd, Chichester, UK 2007.

Morris JC, Heyman A, Mohs RC, Hughes JP, van Belle G, Fillenbaum G, Mellits ED, Clark C. The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD). Part I. Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer's disease. *Neurology* 1989;39:1159-1165.

Mäkelä P, Härkönen J. Miten juominen muuttuu iän myötä? *Teoksessa: Mäkelä P, Mustonen H, Tigerstedt C (toim.), Suomi Juo. Suomalaisten alkoholinkäyttö ja sen muutokset 1968-2008.* Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki 2010, s. 115-128. Saatavilla Internetissä: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085402>

Mäkinen T. Liikunta-aktiivisuuden sosioekonomisten erojen trendit ja selitykset. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Tutkimus 41, Helsinki 2010. Saatavilla Internetissä: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-352-5>

Nettelbladt P, Hansson L, Stefansson CG, Borgquist L, Nordström G. Test characteristics of the Hopkins Symptom Check List-25 (HSCL-25) in Sweden, using the Present State Examination (PSE-9) as a caseness criterion. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1993;28:130-133.

Nieminen T, Martelin T, Koskinen S, Aro H, Alanen E, Hyypä MT. Social capital as a determinant of self-rated health and psychological well-being. *Int J Public Health* 2010;55(6):531-542.

Nieminen T, Martelin T, Koskinen S, Simpura J, Alanen E, Härkönen T, Aromaa A. Measurement and socio-demographic variation of social capital in a large population-based survey. *Soc Indic Res* 2008;85(3):405-423.

Nordblad A, Vehkalahti M, suunterveydentöryhmä. Suun terveydentila. *Teoksessa: Aromaa A, Koskinen S (toim.), Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset.* Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Helsinki 2002, s. 55-59. Saatavilla Internetissä: <http://www.terveys2000.fi/perusraportti/index.html>

O'Connor DW, Parslow RA. Differences in older people's responses to CIDI's depression screening and diagnostic questions may point to age-related bias. *J Affect Disord* 2010;125:361-364.

O'Connor DW, Parslow RA. Different responses to K-10 and CIDI suggest that complex structured psychiatric interviews underestimate rates of mental disorder in old people. *Psychol Med* 2009;39:1527-1531.

Ohinmaa A, Sintonen H. Inconsistencies and modelling of the Finnish EuroQol (EQ-5D) preference values. *Teoksessa: Greiner W, Graf V, Schulenburg J-M, Piercy J (toim.), Plenary Meeting Hannover 1-2 October 1998. Discussion papers. Uni-Verlag Witte, Hannover 1999, 57-74.*

Oksanen T (toim.). Hyvinvointihavaintoja - tutkimustietoa kunta-alalta. Työterveyslaitos, Helsinki 2012.

Onnistuva ikääntyminen -tutkimus. Yli 70-vuotiaiden suomalaisten kuulo, kuulemisen apuvälineet sekä tiedon- ja palvelujensaanti – kyselytutkimuksen tulokset. Kuulonhuolto liitto ry, 2005. Saatavilla Internetissä: [http://www.kuuloliitto.fi/fin/kuuloliitto/materiaalipankki/julkaisut\\_ja\\_raportit/](http://www.kuuloliitto.fi/fin/kuuloliitto/materiaalipankki/julkaisut_ja_raportit/)

Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E (toim.). Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980—2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23, Helsinki 2007. Saatavilla Internetissä: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-8726.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8726.pdf)

Paturi M, Tapanainen H, Reinivuo H, Pietinen P (toim.). Finravinto 2007 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B23/2008, Helsinki 2008. Saatavilla Internetissä: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193270>

Pensola T, Gould R, Polvinen A. Ammatit ja työkyvyttömyyseläkkeet. Masennukseen, muihin mielenterveyden häiriöihin sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin perustuvat eläkkeet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:16, Helsinki 2010. Saatavilla Internetissä: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=1082856&name=DLFE-11710.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1082856&name=DLFE-11710.pdf)

Perinataalitalasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Tilastoraportti 20/2012, Suomen virallinen tilasto (SVT), Helsinki 2012. Saatavilla Internetissä: [http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr20\\_12.pdf](http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr20_12.pdf)

Perkiö-Mäkelä M, Hirvonen M, Elo A-L, Kandolin I, Kauppinen K, Kauppinen T, Ketola R, Leino T, Manninen P, Miettinen S, Reijula K, Salminen S, Toivanen M, Tuomivaara S, Vartiala M, Venäläinen S, Viluksela M. Työ ja terveys -haastattelututkimus 2009. Työterveyslaitos, Helsinki 2010. Saatavilla Internetissä: [http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo\\_ja\\_terveys\\_suomessa/Documents/tyo\\_ja\\_terveys\\_haastattelututkimus\\_2009.pdf](http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Documents/tyo_ja_terveys_haastattelututkimus_2009.pdf)

Perkiö-Mäkelä M, Hirvonen M, Viluksela M. Työ ja terveys -haastattelututkimus 2012 (painossa). Työterveyslaitos, Helsinki 2012.

Perkiö-Mäkelä M, Kauppinen T (toim.). Työ, terveys ja työssä jatkamisajatukset. Työ ja ihminen, Tutkimusraportti 41. Työterveyslaitos, Helsinki 2012. Saatavilla Internetissä: [http://www.ttl.fi/fi/tyo\\_ja\\_ihminen/Documents/Tutkimusraportti\\_41.pdf](http://www.ttl.fi/fi/tyo_ja_ihminen/Documents/Tutkimusraportti_41.pdf)

Perusterveydenhuollon avohoitokäynnit terveyskeskuksissa 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Tilastoraportti 30/2011, Suomen virallinen tilasto (SVT), Helsinki 2011. Saatavilla Internetissä: [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr30\\_11.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr30_11.pdf)

Pevalin DJ. Multiple applications of the GHQ-12 in a general population sample: an investigation of long-term retest effects. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000;35:508-512.

Piste tapaturmille -sivusto. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), 2012 (viitattu 14.10.2012). Saatavilla Internetissä: [www.thl.fi/tapaturmat](http://www.thl.fi/tapaturmat)

Power M. Development of a common instrument for quality of life. *Teoksessa*: Nosikov A, Gudex C (toim.), EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys. World Health Organization / IOS Press, Biomedical and Health Research, Volume 57, Amsterdam 2003, s. 145-163. Saatavilla Internetissä: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0015/101193/WA9502003EU.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0015/101193/WA9502003EU.pdf)

Pulliainen V, Hänninen T, Hokkanen L, Tervo S, Vanhanen M, Pirttilä T, Soininen H. Muistihäiriöiden seulpta- suomalaiset normit CERAD-tehtäväsarjalle. *Suomen lääkirilehti* 2007;12:1235-1241.

Purola T, Kalimo E, Sievers K, Nyman K. Sairastavuus ja lääkintäpalvelusten käyttö Suomessa ennen sairausvakuutusta. *Kansaneläkelaitoksen julkaisuja A:1*, Helsinki 1967.

Pärnänen A. Does Age Matter in HR Decision Making? *Nordic J Working Life S* 2012;2(3):67-88.

Raj IS, Bird SR, Shield AJ. Aging and the force-velocity relationship of muscles. *Exp Gerontol* 2010;45:81-90.

Rantanen T, Guralnik JM, Foley D, Masaki K, Leveille S, Curb JD, White L. Midlife hand grip strength as a predictor of old age disability. *JAMA* 1999;281(6):558-560.

Raskauden keskeytykset 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Tilastoraportti 21/2012, Suomen virallinen tilasto (SVT), Helsinki 2012. Saatavilla Internetissä: [http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr21\\_12.pdf](http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2012/Tr21_12.pdf)

Ravintotase 2011, ennakkotiedot. Maa- ja metsätalousministeriön tietopalvelukeskus (TIKE), 2012. Saatavilla Internetissä: [http://www.maataloustilastot.fi/ravintotase-2011-ennakko-ja-2010-lopulliset-tiedot\\_fi](http://www.maataloustilastot.fi/ravintotase-2011-ennakko-ja-2010-lopulliset-tiedot_fi)

R Core Team. R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria 2012. URL: <http://www.R-project.org/>

Research Triangle Institute. SUDAAN Language Manual, Release 10.0. Research Triangle Institute, Research Triangle Park, NC 2008.

Reunanen A, Heliövaara M. Oirehaastattelu. *Teoksessa*: Heistaro S (toim.), Menetelmäraportti. Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B6/2005, Helsinki 2005, s. 56-59. Saatavilla Internetissä: <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/2005b6.pdf>

Rokholm B, Baker JL, Sorensen TI. The levelling off of the obesity epidemic since the year 1999--a review of evidence and perspectives. *Obes Rev* 2010;11:835-846.

Rosenthal NE, Bradt GH, Wehr TA. Seasonal Pattern Assessment Questionnaire. National Institute of Mental Health, Bethesda (MD) 1984.

Routasalo P, Pitkälä K, Savikko N, Tilvis R. Ikääntyneiden yksinäisyys. Kyselytutkimuksen tuloksia. Vanhustyön keskusliitto, Saarijärvi 2003.

Rudanko S-L, Koskinen S. Näöntarkkuuden tutkimus. *Teoksessa*: Heistaro S (toim.), Menetelmäraportti. Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B6/2005, Helsinki 2005, s. 93-94. Saatavilla Internetissä: <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/2005b6.pdf>

Saaristo T, Oksa H, Peltonen M, Etu-Seppälä L. Loppuraportti. Dehkon 2D -hanke (D2D) 2003-2007. Suomen Diabetesliitto ry, 2009.

Saarnio L. Työeläkekuntoutus vuonna 2011. Eläketurvakeskuksen tilastoraportteja 3/2012, Helsinki 2012. Saatavilla Internetissä: [http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS\\_0\\_2712\\_459\\_440\\_3034\\_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tilastojulkaisut/tilastoraportit/tyoeläkekuntoutus\\_vuonna\\_2011\\_7.pdf](http://www.etk.fi/fi/gateway/PTARGS_0_2712_459_440_3034_43/http%3B/content.etk.fi%3B7087/publishedcontent/publish/etkfi/fi/julkaisut/tilastojulkaisut/tilastoraportit/tyoeläkekuntoutus_vuonna_2011_7.pdf)

- Sainio P, Malmberg J. 55 vuotta täyttäneille tehdyt fyysisen toimintakyvyn testit. *Teoksessa:* Heistaro S (toim.), Menetelmäraportti. Terveys 2000 -tutkimuksen toteutus, aineisto ja menetelmät. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B6/2005, Helsinki 2005, s. 99-100. Saatavilla Internetissä: <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/2005b6.pdf>
- Salminen AL, Brandt A, Samuelsson K, Töytäri O, Malmivaara A. Mobility devices to promote activity and participation: a systematic review. *J Rehabil Med* 2009;41(9):697-706.
- SAS Institute Inc. SAS/STAT® 9.22 User's Guide. SAS Institute Inc, Cary, NC 2010.
- Sawada SS, Lee IM, Muto T, Matuszaki K, Blair SN. Cardiorespiratory fitness and the incidence of type 2 diabetes: prospective study of Japanese men. *Diabetes Care* 2003;26:2918-2922.
- Schmidt S, Muhlan H, Power M. The EUROHIS-QOL 8-item index: psychometric results of a cross-cultural field study. *Eur J Public Health* 2006;16(4):420-428.
- Seppälä T, Häkkinen U. Laatuopinotettujen elinvuosien kehitys Suomessa 1996–2009. *Teoksessa:* Vaarama M, Moisio P, Karvonen S (toim.), Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Teema 11, Helsinki 2010, s. 168–179. Saatavilla Internetissä: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085398>
- Sievers K, Melkas T, Heliövaara M. Mini-Suomi -terveystutkimuksen toteutus. Osa 3. Tuki- ja liikuntaelinten sairauksien tutkimusmenetelmät. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja ML:50, Helsinki ja Turku 1985.
- Sintonen H. The 15D Measure of Health Related Quality of Life: Reliability, Validity and Sensitivity of its Health State Descriptive System. National Centre for Health Program Evaluation, Working Paper 41, Melbourne 1994. Saatavilla Internetissä: <http://www.buseco.monash.edu.au/centres/che/pubs/wp41.pdf>
- Sintonen H. The 15D Measure of Health Related Quality of Life. II Feasibility, Reliability and Validity of its Valuation System. National Centre for Health Program Evaluation, Working Paper 42, Melbourne 1995. Saatavilla Internetissä: <http://www.buseco.monash.edu.au/centres/che/pubs/wp42.pdf>
- Somaattinen erikoissairaanhoito 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Tilastoraportti 45/2011, Suomen virallinen tilasto (SVT), Helsinki 2011. Saatavilla Internetissä: [http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr45\\_11.pdf](http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr45_11.pdf)
- Sosiaali- ja terveysalan tilastollinen vuosikirja 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), SVT Sosiaaliturva, 2011. Saatavilla Internetissä: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/aab19516-a923-42e9-9430-fa2564c504d0>
- STM. Ohjausryhmän muistio: Laki ikääntyneen väestön toimintakyvyn tukemisesta ja iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalveluista. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 2012:12, Helsinki 2012b. Saatavilla Internetissä: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5065240&name=DLFE-19627.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-19627.pdf)
- Strand BH, Dalgard OS, Tambs K, Rognerud M. Measuring the mental health status of the Norwegian population: a comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nord J Psychiatry* 2003;57:113-118.
- Strandell A. Asukasbarometri 2010. Asukaskysely suomalaisista asuin ympäristöistä. Suomen ympäristö 31/2011, Suomen ympäristökeskus, Helsinki 2011.
- Suni JH, Miilunpalo SI, Asikainen TM, Laukkanen RT, Oja P, Pasanen ME, Bös K, Vuori IM. Safety and feasibility of a health-related fitness test battery for adults. *Phys Ther* 1998a;78:134-148.

Suni JH, Oja P, Laukkanen RT, Miilunpalo SI, Pasanen ME, Vuori IM, Vartiainen TM, Bös K. Health-related fitness test battery for adults: aspects of reliability. *Arch Phys Med Rehabil* 1996;77:399-405.

Suni JH, Oja P, Miilunpalo SI, Pasanen ME, Vuori IM, Bös K. Health-related fitness test battery for adults: associations with perceived health, mobility, and back function and symptoms. *Arch Phys Med Rehabil* 1998b;79:559-569.

Suomalaiset ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon. Valtion ravitsemusneuvottelu20 kunta (VRN). Helsinki 2005. Saatavilla Internetissä: <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ravitsemussuositus2005.fin.pdf>

Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A (toim.). Suomalaisten aikuisten suunterveys. Terveys 2000 – tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B16/2004, Helsinki 2004. Saatavilla Internetissä <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/2004b16.pdf>

Suositus sosiaalisen toimintakyvyn arvioinnista ja mittaamisesta väestötutkimuksissa. TOIMIA-tietokanta. Työryhmä: Tiikkainen P, Heikkinen R-L. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2011 (viitattu 15.10.2012). Saatavilla Internetissä: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/18/>

Tarkiainen L, Martikainen P, Laaksonen M, Valkonen T. Tuloluokkien väliset erot elinajanodotteessa ovat kasvaneet vuosina 1988-2007. *Suomen Lääkärilehti* 2011;66:3651-3657.

Toffol E, Heikinheimo O, Koponen P, Luoto R, Partonen T. Hormonal contraception and mental health: results of a population-based study. *Hum Reprod* 2011;26(11):3085-3093.

Toimintakyvyn arviointi ja mittaaminen väestötutkimuksissa. TOIMIA-tietokanta. Työryhmä: Koskinen S, Sainio P, Stenholm S, Vaara M. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2011 (viitattu 11.11.2012). Saatavilla Internetissä: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/22/>

Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A. Työkykyindeksin kyselylomake. Uudistettu painos. Työterveyslaitos, Helsinki 2006.

Vaarama M, Luoma M-L, Siljander E, Meriläinen S. 80 vuotta täyttäneiden koettu elämänlaatu. *Teoksessa:* Vaarama M, Moisio P, Karvonen S (toim.), Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Teema 11, Helsinki 2010b, s. 150-166. Saatavilla Internetissä: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085398>

Vaarama M, Moisio P, Karvonen S (toim.). Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Teema 11, Helsinki 2010a. Saatavilla Internetissä: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085398>

Vaarama M, Siljander E, Luoma M-L, Meriläinen S. Suomalaisten kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen. *Teoksessa:* Vaarama M, Moisio P, Karvonen S (toim.), Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Teema 11, Helsinki 2010c, s. 126–149. Saatavilla Internetissä: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085398>

Vartiainen E, Borodulin K, Sundvall J, Laatikainen T, Peltonen M, Harald K, Salomaa V, Puska P. FINRISKI-tutkimus: Väestön kolesterolitaso on vuosikymmenien laskun jälkeen kääntynyt nousuun. *Suomen Lääkärilehti* 2012;67:2364–2368.

Vartiainen E, Laatikainen T, Peltonen M, Juolevi A, Mannisto S, Sundvall J, Jousilahti P, Salomaa V, Valsta L, Puska P. Thirty-five-year trends in cardiovascular risk factors in Finland. *Int J Epidemiol* 2009;39(2):504-518.

Vartiainen E, Sarti C, Tuomilehto J, Kuulasmaa K. Do changes in cardiovascular risk factors explain changes in mortality from stroke in Finland? *BMJ* 1995;310:901-904.

Vasankari T, Impivaara O, Heliövaara M, Heistaro S, Liippo K, Puukka P, Saarelainen S, Kanervisto M, Jousilahti P. No increase in the prevalence of COPD in two decades. *Eur Respir J* 2010;36:766-773.

Welin L, Bresater LE, Eriksson H, Hansson PO, Welin C, Rosengren A. Insulin resistance and other risk factors for coronary heart disease in elderly men. The Study of Men Born in 1913 and 1923. *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil* 2003;10:283-288.

WHO. Global health risks: Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. World Health Organization, Geneva 2009. Saatavilla Internetissä: [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf)

WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech Rep Ser 2000;894:i-xii:1-253.

Vilkko A, Muuri A, Finne-Soveri A. Läheisapu iäkkään ihmisen arjessa. *Teoksessa*: Vaarama M, Moisio P, Karvonen S (toim.), Suomalaisen hyvinvointi 2010. Terveystieteiden tutkimuskeskus, Teema 11, Helsinki 2010, s. 60–77. Saatavilla Internetissä: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085398>

Virtanen P, Mattila K. Työterveyslääkärin potilas käy myös terveyskeskuksessa, tosin harvoin. *Suomen Lääkärilehti* 2011;66:3583–3588.

Wittchen HU, Lachner G, Wunderlich U, Pfister H. Test-retest reliability of the computerized DSM-IV version of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1998;33:568-578.

Väestöennuste 2012 [verkkojulkaisu]. Suomen virallinen tilasto (SVT), Tilastokeskus 2012b (viitattu 8.10.2012). Saatavilla Internetissä: [http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn\\_2012\\_2012-09-28\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/vaenn/2012/vaenn_2012_2012-09-28_tie_001_fi.html)

Väestörakenne 2011 [verkkojulkaisu]. Suomen virallinen tilasto (SVT), Tilastokeskus 2012a (viitattu 8.10.2012). Saatavilla Internetissä: [http://www.stat.fi/til/vaerak/2011/vaerak\\_2011\\_2012-03-16\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/vaerak/2011/vaerak_2011_2012-03-16_tie_001_fi.html)

Ylöstalo P, Jukka P. Työolobarometri lokakuu 2010. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja, Työ ja riittävyys 25, 2011. Saatavilla Internetissä: [http://www.tem.fi/files/30098/TEM\\_25\\_2011\\_nettti.pdf](http://www.tem.fi/files/30098/TEM_25_2011_nettti.pdf)



# Liitteet

## Liite 1. Haastattelut ja kyselyt

Kaikki lomakkeet ovat sähköisessä muodossa osoitteessa  
<http://www.terveys2011.info/forms.html>

### Haastattelu

#### A. Taustatiedot

Äidinkieli, siviilisääty ja parisuhde  
Kotitalous  
Koulutus  
Pääasiallinen toiminta, ammatti  
Nykyinen/entinen ammatti (päätyö)  
Työaika ja palkkaus (päätyö)  
Työttömyys  
Puolison tiedot

#### B. Terveystila ja sairaudet

Koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus  
Yksittäiset taudit, tapaturmat ja vammat  
Sairauksien hoito  
Sairaalahoidot  
Leikkaukset  
Miesten kysymykset  
Lapsettomuus  
Naisten kysymykset  
Kuukautiset  
Raskaudet ja synnytykset  
Lapsettomuus ja lapsettomuushoidot  
Ehkäisy  
Hormonikorvaushoidot

#### D. Terveyspalvelut

Palvelujen saatavuus ja saavutettavuus  
Käynnit avohoidossa sairauksien ja oireiden vuoksi  
Mielenterveyspalvelut  
Terveystarkastukset ja ehkäisevät terveyspalvelut  
Fysioterapia  
Muut hoidot  
Lääkkeet

## **E. Suun terveys**

Suun terveydentila  
Suun omahoito  
Palvelujen käyttö  
Hammashoidon asiakas

## **F. Elintavat**

Ruokailu  
Tupakka

## **G. Elinympäristö**

Asunto ja asuinympäristö  
Asumisen haitat  
Lähiympäristön palvelut

## **H. Toimintakyky**

Tavanomaiset toiminnot  
Liikkumiskyky  
Aistitoiminnot  
Avun tarve ja saanti  
Apuvälineet  
Kognitiivinen toimintakyky

## **I. Työ ja työkyky**

Työolot  
Työkyky  
Osaaminen  
Eläkeasenteet  
Työhistoria

## **J. Kuntoutus**

Palveluiden käyttö  
Kuntoutuksen tarve

## **K. Haastattelijan arviot**

## **Lyhyt haastattelu** (supistettu versio yllä esitetyn haastattelun sisällöstä)

### **Kysely 1**

Toimintakyky (mm. EuroQol)  
Sosiaalinen tuki (Sarason ym., 4 kysymystä)  
Lähiympäristön turvallisuus  
Psyykkiset kokemukset (GHQ 12)  
Paino ja pituus  
Liikunta  
Ajankäyttö ja harrastukset  
Alkoholinkäyttö (mm. Audit-C)  
Alkoholiongelmien hoito  
Makean syöminen tai juominen  
Terveystiedon edistäminen  
Elämänlaatu (WHOQoL-8)  
Työn kokeminen ja kuormittavuus (MBI-GS)  
Työolot  
Vireys  
Yksinäisyys  
Toimeentulo

## **Puhelinhaastattelu** (supistettu versio yllä esitetyn haastattelun ja kyselyn 1 sisällöstä)

### **Katokysely** (supistettu versio yllä esitetyn haastattelun ja kyselyn 1 sisällöstä)

### **Kysely 2**

Hengenahdistus  
Rintakipu  
Allergiaoireet  
Tuki- ja liikuntaelimestön oireet  
Kaatumiset  
Mieliala ja tunteet (BDI-13)  
Arkielämän kokeminen (Antonovsky SOC)

### **Kysely 3**

Uni ja nukkuminen  
Vuodenaikavaihtelut  
Oireilu (SCL-25)  
Terveysteen liittyvä elämänlaatu (15D, OHIP)  
Ihmissuhteet (Kyyminen epäluottamus)  
Tunteiden kokeminen (TAS-20)  
Hoiva- ja terveystalvelujen rahoitus

## Kysely 4 (lyhyt toistokysely)

Terveydentila

Elintavat

Elämänlaatu

## Ravintokysely

Ateriointikerrat

Erityisruokavalion noudattaminen

Maitovalmisteet

Viljavalmisteet

Leivän päällä käytettävät rasvat

Kasvikset

Peruna, riisi ja pasta

Liharuoat

Kalaruoat

Broileri, kalkkuna ja kananmuna

Hedelmät ja marjat

Jälkiruoat

Makeiset ja muut naposteltavat

Juomat

Ravintoainevalmisteet

## Liikuntakysely

Kysely annettiin liikuntaotokseen kuuluville henkilöille.

## Migreenikysely

Kysely annettiin niille henkilöille, jotka haastattelussa ilmoittivat, että heillä on vaikea päänsärky.

## Liite 2. Terveys 2011 -organisaatio

### Neuvottelukunta

Pekka Puska (pj.), Marja Vaarama (vpj.), Tomi Mäkinen (siht.), Olli Kangas, Mikko Kautto, Arto Koho, Seppo Koskinen, Riitta-Liisa Lappeteläinen, Vesa Pohjola, Timo Silvola, Tommi Vasankari ja Eira Viikari-Juntura

### Ohjausryhmä

Marja Vaarama (pj.), Seppo Koskinen (vpj.), Tomi Mäkinen (siht.), Marina Erhola, Juhani Eskola, Elina Kestilä-Kekkonen/Matti Sarjakoski, Marja Lampola, Annamari Lundqvist, Mikko Nissinen, Ritva Prättälä/Eila Linnanmäki ja Erkki Vartiainen

### Johtoryhmä (entinen projektiryhmä)

Seppo Koskinen (pj.), Pirkko Alha / Ulla Laitinen (siht.), asiantuntijaryhmien puheenjohtajat ja varapuheenjohtajat

### Suppea johtoryhmä

Seppo Koskinen (pj.), Ulla Laitinen (siht.), Pirkko Alha, Paul Knekt, Päivikki Koponen, Annamari Lundqvist, Tomi Mäkinen ja Noora Ristiluoma

### Tutkimussuunnitelmien arviointiryhmä (TAR)

Seppo Koskinen (pj.), Pirkko Alha / Noora Ristiluoma (siht.), Markku Heliövaara, Tommi Härkänen, Paul Knekt, Päivikki Koponen, Maarit Laaksonen, Annamari Lundqvist ja Tomi Mäkinen

### Asiantuntijaryhmät:

#### Elinolot ja terveys

Sakari Karvonen (pj.), Katri Hannikainen-Ingman (siht.), Jenni Blomgren, Timo Kauppinen, Laura Kestilä, Eero Lahelma, Tuija Martelin, Pasi Moisio ja Tiina Pensola

#### Elintavat

Alaryhmät: R=ravitsemus, L=liikunta, P=päihteet, U=uni

Ritva Prättälä (pj.), Tomi Mäkinen (siht.), Hannu Alho, Katja Borodulin, Iris Erlund, Ari Haukkala, Antero Heloma, Pauliina Husu, Mikko Härmä, Tuija Jääskeläinen (R siht.), Niina Kaartinen, Noora Kanerva, Erkki Kronholm (U pj.), Marjaana Lahti-Koski, Annamari Lundqvist, Pia Mäkelä (P pj.), Satu Männistö (R pj.), Laura Paalanen, Susanna Raulio, Eva Roos, Päivi Sainio, Laura Sares-Jäske, Harri Sievänen, Sari Stenholm, Jaana Suni, Sakari Suominen, Katri Sääksjärvi, Heli Valkeinen, Tommi Vasankari (L pj.) ja Miira Vehkalahti

## Lihavuus ja kehon koostumus

Annamari Lundqvist (pj.), Satu Männistö (vpj.), Laura Sares-Jäske (siht.), Markku Heliövaara, Antti Jula, Paul Knekt, Seppo Koskinen, Marjaana Lahti-Koski, Susanna Raulio, Aila Rissanen, Suoma Saarni, Veikko Salomaa ja Sari Stenholm

## Sydän- ja verisuonitaudit sekä diabetes

Antti Jula (pj.), Veikko Salomaa (vpj.), Eija Viholainen (siht.), Matti Jauhiainen, Risto Kaaja, Antero Kesäniemi, Johanna Kuusisto, Mika Kähönen, Markku Laakso, Jaana Leiviskä, Markku Nieminen, Teemu Niiranen, Lasse Oikarinen, Janne Rapola, Jaakko Tuomilehto ja Olavi Ukkola

## Hengityselimistön sairaudet ja allergiat

Tuula Vasankari (pj.), Merja Kanervisto (siht.), Markku Heliövaara, Pekka Jousilahti, Tarja Laitinen, Tiina Mattila ja Seppo Saarelainen

## Tuki- ja liikuntaelinsairaudet

Eira Viikari-Juntura (pj.), Markku Heliövaara (vpj.), Leena Kaila-Kangas (siht.), Jari Arokoski, Kirsti Husgafvel-Pursiainen, Jaro Karppinen, Heikki Kröger, Päivi Leino-Arjas, Rahman Shiri, Svetlana Solovieva ja Esa-Pekka Takala

## Mielenterveys

Jaana Suvisaari (pj.), Satu Viertiö (siht.), Mauri Aalto, Kirsi Ahola, Olli Kiviruusu, Olavi Lindfors, Aino Mattila, Niina Markkula, Timo Partonen, Sebastián Peña Fajuri, Jonna Perälä, Sami Pirkola, Samuli Saarni, Suoma Saarni ja Annamari Tuulio-Henriksson

## Suun terveys

Liisa Suominen (pj.), Sinikka Varsio (vpj.), Sari Helminen, Matti Knuuttila, Satu Lahti, Anne Nordblad, Ulla Tyyni ja Miira Vehkalahti

## Lisääntymisterveys

Riitta Luoto (pj.), Päivikki Koponen (vpj.), Pirkko Alha (siht.), Elina Hemminki, Risto Kaaja, Reija Klemetti ja Heljä-Maria Surcel

## Syöpätaudit

Eero Pukkala (pj.), Paul Knekt (vpj.), Katri Sääksjärvi (siht.), Lauri Aaltonen, Mika Gissler, Markku Heliövaara, Tommi Härkänen, Jaakko Kaprio, Timo Kauppinen, Ilmo Keskimäki, Matti Lehtinen, Esa Läärä, Nea Malila, Jukka Marniemi, Pekka Martikainen, Satu Männistö, Suoma Saarni, Risto Sankila, Harri Vainio ja Jarmo Virtamo

## Infektiotaudit

Petri Ruutu (pj.), Henriikki Brummer-Korvenkontio, Irja Davidkin, Eija Hiltunen-Back, Pia Kivelä, Markku Kuusi, Kirsi Liitsola, Mulki Mölsä, Hanna Nohynek, Matti Ristola, Mika Salminen, Anja Siitonen, Heljä-Marja Surcel ja Paula Tiittala

## Toiminta- ja työkyky sekä avun ja kuntoutuksen tarve

Päivi Sainio (pj.), Shadia Rask (siht.), Jenni Blomgren, Pertti Era, Raija Gould, Tuula Hurnasti, Pauliina Husu, Seppo Koskinen, Erkki Kronholm, Arja Laitinen, Minna-Liisa Luoma, Matti Mäkelä, Tiina Pensola, Taina Rantanen, Noora Ristiluoma, Sari Stenholm, Raimo Sulkava, Jaana Suni, Pirjo Tiikkainen, Annamari Tuulio-Henriksson, Mariitta Vaara ja Heli Valkeinen

## Terveyspalvelujen käyttö ja hoidon tarve

Ilmo Keskimäki (pj.), Kristiina Manderbacka (vpj.), Pirkko Alha (siht.), Unto Häkkinen, Sari Kehusmaa, Päivikki Koponen, Olavi Lindfors, Jaana Martikainen, Lien Nguyen, Monica Röberg ja Riitta Sauni

## Genetiikka

Veikko Salomaa (pj.), Markku Heliövaara, Kirsti Husgafvel-Pursiainen, Antti Jula, Seppo Koskinen, Markus Perola, Samuli Ripatti ja Jaana Suvisaari

## Laboratorio

Jouko Sundvall (pj.), Jaana Leiviskä (siht.), Pirkko Alha, Päivi Laiho, Jukka Lauronen, Britt-Marie Loo ja Laura Lund

## Tilastanalyysi

Tommi Härkänen (pj.), Kari Djerf, Paul Knekt, Risto Lehtonen ja Esa Virtala

## Aineiston laatu

Esa Virtala (pj.), Pirkko Alha (vpj.), Harri Rissanen (vpj.), Tuija Jääskeläinen (siht.), Paul Knekt, Sirkka Rinne, Noora Ristiluoma ja Laura Sares-Jäske

## Kenttätöiminnan valmisteluryhmä

Tomi Mäkinen (pj.), Ulla Laitinen (siht.), Pirkko Alha, Minna Kuurne-Koivisto, Hannele Lehtonen, Laura Lund, Annamari Lundqvist, Satu Meriläinen-Porras, Sirkka Rinne, Noora Ristiluoma, Tarja Rätty ja Ulla Tyyni

## Tutkimuksen eri vaiheiden vastuuhenkilöt

Tutkimuksen sisällön ja toteutuksen suunnittelusta vastasivat asiantuntijaryhmien tekemien ehdotusten pohjalta Seppo Koskinen, Arpo Aromaa, Sebastián Peña Fajuri, Päivikki Koponen, Annamari Lundqvist ja Pirkko Alha.

Tutkimuksen alkaessa toimintaa suunnitteli, koordinoi ja ohjasi hankkeen ydinryhmä: Seppo Koskinen (pj.), Tomi Mäkinen (vpj.), Ulla Laitinen (siht.), Arpo Aromaa, Pirkko Alha, Markku Heliövaara, Paul Knekt, Päivikki Koponen ja Tarja Rätty.



Otoksen määrittelyn ja muodostuksen suorittivat Tommi Härkänen ja Sirkka Rinne. Painokertoimet muodosti Tommi Härkänen.

Kenttätutkijoiden rekrytoinnista vastasivat Pirkko Alha, Tarja Rätty ja Ulla Tyyni. Pirkko Alha ja Tarja Rätty haastattelivat Helsingin ja Tampereen kenttäryhmiin hakijat. Ulla Tyyni ja Helena Holopainen haastattelivat Kuopion ja Oulun kenttäryhmiin hakijat. Turun kenttäryhmään hakijoiden haastatteluun Pirkko Alhan kanssa osallistuivat Päivikki Koponen ja Satu Meriläinen-Porras. Courage-tutkimushoitajat rekrytointiin samalla kuin muut hoitajat, ja heidän rekrytointiinsa osallistui Satu Meriläinen-Porras. Hammaslääkäreiden rekrytoinnin toteuttivat Liisa Suominen ja Anne Nordblad. Koulutussuunnittelusta vastasivat Tomi Mäkinen, Pirkko Alha ja Päivikki Koponen. Lisäksi koulutuksen suunnitteluun ja toteutukseen osallistuivat kunkin mittapisteen vastuuhenkilöt. Kenttätutkijoiden koulutuksen koordinoivat Helmi Koskinen ja Ulla Laitinen.

Kerättävän aineiston laadunvarmistuksen suunnittelusta huolehtivat Paul Knekt, Arpo Aromaa, Päivikki Koponen, Markku Heliövaara ja Sirkka Rinne.

Viestinnästä vastasivat Tomi Mäkinen, Eeva-Liisa Kallonen, Tarja Rätty, Mikko Pekkarinen, Lea Kurki, Elisa Kostiainen, Satu Meriläinen-Porras ja Eeva Parviainen.

Tutkimustilojen hankkimisesta vastasivat Tomi Mäkinen, Ulla Tyyni ja Seppo Koskinen. Ulla Tyyni ja Tomi Mäkinen suunnittelivat myös kenttäryhmien ja tutkimusvälineistön paikkakunnalta toiselle siirtymiseen liittyvät ratkaisut.

Terveystarkastukset tekivät THL:n kenttäryhmät: 87 henkilöä viidessä kenttäryhmässä, joista kukin toimi vastaavan tutkimushoitajan johdolla. Kenttäryhmien vastaavat hoitajat olivat Kimmo Porras (Helsinki), Elina Poutanen (Tampere), Marjatta Harkas (Turku), Ulla Tyyni (Kuopio) ja Liisa Moilanen (Oulu). Kenttäpäällikkönä toimi Tomi Mäkinen.

Kunkin kenttäryhmän koko henkilöstö luetellaan liitteessä 4.

Courage-tutkimus, jonka suunnittelua, koulutusta ja toteutusta koordinoivat Satu Meriläinen-Porras ja Minna Kuurne-Koivisto, toteutettiin samaan aikaan ja sen otokseen kuului osa Terveys 2011 -tutkittavista. Tutkimuksen toteutti kotikäynteinä 14 tutkimushoitajaa.

Terveystarkastuksen vastuuhenkilöinä toimivat Noora Ristiluoma (ajanvaraus), Sirkka Rinne (ilmoittautuminen), Ulla Laitinen (mittaukset), Liisa Suominen (suun terveys), Laura Lund (laboratorio), Päivi Sainio (toimintakykymittaukset), Jaana Suvisaari (mielenterveyshaastattelu), Päivikki Koponen ja Seppo Koskinen (haastattelu), Pirkko Alha (loppupiste), Heli Valkeinen ja Jaana Suni (liikuntapiste), Ulla Laitinen, Päivi Sainio

ja Seppo Koskinen (kotikäynnit), Satu Meriläinen-Porras ja Minna Kuurne-Koivisto (Courage-tutkimus) ja Annamari Lundqvist (täydentävä tiedonkeruu).

Ajanvarausta hoitivat keskustoimistolla mm. Veera Jussila, Varpu Mäkelä, Satu Suihko ja Sari Ullgren-Lajunen. Tutkimuksen avustaviin tehtäviin osallistuivat myös Ritva Topp ja Juho Sipilä.

Laboratorioanalyysit tehtiin THL:n TLAB-yksikössä Jouko Sundvallin johdolla. Kenttäryhmien näytteenoton ja käsittelyn koulutuksesta ja laboratoriotoiminnan ohjauksesta ja laadun tarkkailusta vastasi Laura Lund.

Tammikuun 2012 alusta kesäkuun loppuun toteutetun täydentävän tiedonkeruun suunnittelua, koulutusta ja toteutusta johti Annamari Lundqvist.

Hankkeen tietojenkäsittelyn ja tietoliikenteen sekä logistiikkaohjelmansuunnitteluun ja toteuttamiseen osallistui hankkeen oma henkilöstö, erityisesti Teijo Kalliomäki, Tarja Rätty, Ulla Tyyni, Mikko Pekkarinen, Marko Grönholm, Jaason Haapakoski, Talvikki Leinonen, Tuomas Karhu ja Timo Lamminjoki. Sähköisten tiedonkeruulomakkeiden toteutuksesta vastasivat Vesa Tanskanen ja Juhani Mäki. Hankkeen nettisivuista vastasi Mikko Pekkarinen.

Työsuhdeasioista huolehti Virpi Killström, laskutusasioista Terttu Malkamäki ja matka-asioista mm. Jaana Lindh sekä Merja Martenson.

Keskustoimistossa aineiston viimeistelyyn ja tämän raportin edellyttämiin tehtäviin osallistuivat organisaation asianomaisten ryhmien jäsenten lisäksi erityisesti: Pirkko Alha, Tuija Jääskeläinen, Helmi Koskinen, Ulla Laitinen, Annamari Lundqvist, Tomi Mäkinen, Sirkka Rinne, Harri Rissanen, Noora Ristiluoma, Laura Sares-Jäske ja Esa Virtala.

Tilastollisten analyysien suunnittelusta ja menetelmien valinnasta ja kehittämisestä huolehtivat Tommi Härkänen, Esa Virtala ja Paul Knekt. Tiedostojen muodostamisesta, taulukkotulosten ohjelmoinnista ja ulkoasusta vastasi Esa Virtala.

Tutkimuksen suunnittelun ja toteutuksen eri vaiheissa korvaamatonta apua antoivat lisäksi erittäin monet THL:n eri osastojen työntekijät, muiden asiantuntijalaitosten työntekijät sekä tutkimuspaikkakuntien hallinto ja sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö.

### Liite 3. Tutkimuspaikkakunnat ja -ajat kenttäryhmittäin

| Tutkimuspaikkakunta  | Otoskunnat  | Tutkimusaika           |
|----------------------|---|------------------------|
| <b>Kenttäryhmä 1</b> |   |                        |
| Helsinki             | Helsinki, Espoo, Vantaa, Nurmijärvi, Kirkkonummi, Kauniainen  | 10.8.2011.–8.12.2011   |
| Porvoo               | Porvoo, Askola, Pornainen   | 9.12.2011–15.12.2011   |
| Loviisa              | Loviisa, Lapinjärvi   | 16.12.2011.–21.12.2011 |
| <b>Kenttäryhmä 2</b> |   |                        |
| Tampere              | Tampere, Nokia, Ylöjärvi, Kangasala, Lempäälä, Pirkkala, Orivesi, Sastamala, Hämeenkyrö, Ikaalinen, Parkano, Ruokovesi, Juupajoki | 10.8.2011–14.9.2011    |
| Seinäjoki            | Seinäjoki, Ilmajoki, Kauhajoki, Kurikka, Alavus, Jalasjärvi, Kihniö   | 15.9.2011–29.9.2011    |
| Lapua                | Lapua, Kauhava, Alajärvi, Lappajärvi, Vimpeli   | 30.9.2011–6.10.2011    |
| Keuruu               | Keuruu, Multia, Virrat, Mänttä-Vilppula   | 7.10.2011–12.10.2011   |
| Valkeakoski          | Valkeakoski, Akaa, Pälkäne, Urjala, Vesilahti   | 13.10.2011–20.10.2011  |
| Hämeenlinna          | Hämeenlinna, Janakkala, Hattula   | 21.10.2011–28.10.2011  |
| Heinola              | Heinola, Hartola, Sysmä   | 31.10.2011–4.11.2011   |
| Lahti                | Lahti, Hollola, Nastola, Asikkala, Padasjoki, Hämeenkoski, Kärkölä  | 7.11.2011–21.11.2011   |
| Orimattila           | Orimattila, Pukkila, Myrskylä   | 22.11.2011–28.11.2011  |
| Riihimäki            | Riihimäki, Hausjärvi, Loppi   | 29.11.2011–8.12.2011   |
| Hyvinkää             | Hyvinkää, Mäntsälä  | 9.12.2011–15.12.2011   |
| <b>Kenttäryhmä 3</b> |   |                        |
| Kuopio               | Kuopio, Karttula, Leppävirta, Varkaus, Suonenjoki, Tervo, Kaavi, Tuusniemi  | 10.8.2011–22.8.2011    |
| Siilinjärvi          | Siilinjärvi, Maaninka, Juankoski, Nilsä   | 23.8.2011–29.8.2011    |
| Juuka                | Juuka   | 30.8.2011–2.9.2011     |
| Polvijärvi           | Polvijärvi, Outokumpu   | 5.9.2011–7.9.2011      |
| Joensuu              | Joensuu, Kontiolahti, Liperi, Ilomantsi, Kitee, Rääkkylä, Heinävesi   | 8.9.2011–19.9.2011     |
| Lieksa               | Lieksa  | 20.9.2011–23.9.2011    |
| Savonlinna           | Savonlinna, Kerimäki, Enonkoski, Punkaharju, Rantasalmi, Sulkava, Parikkala   | 26.9.2011–5.10.2011    |

| Tutkimuspaikkakunta | Otoskunnat   | Tutkimusaika          |
|---------------------|--|-----------------------|
| Mikkeli             | Mikkeli, Ristiina, Hirvensalmi, Kangasniemi, Pertunmaa, Mäntyharju, Pieksämäki, Puumala                                | 6.10.2011–12.10.2011  |
| Jyväskylä           | Jyväskylä, Muurame, Laukaa, Petäjavesi, Viitasaari, Luhanka, Äänekoski, Joutsa, Karstula, Kyyjärvi, Toivakka, Uurainen | 13.10.2011–27.10.2011 |
| Jämsä               | Jämsä, Kuhmoinen   | 28.10.2011–2.11.2011  |
| Imatra              | Imatra, Ruokolahti   | 3.11.2011–11.11.2011  |
| Luumäki             | Luumäki  | 14.11.2011–17.11.2011 |
| Lappeenranta        | Lappeenranta, Taipalsaari, Savitaipale, Lemi   | 18.11.2011–25.11.2011 |
| Kouvola             | Kouvola, Iitti   | 28.11.2011–2.12.2011  |
| Hamina              | Hamina, Virolahti  | 7.12.2011–13.12.2011  |
| Kotka               | Kotka, Pyhtää  | 14.12.2011–20.12.2011 |

#### Kenttäryhmä 4

|               |   |                       |
|---------------|---|-----------------------|
| Oulu          | Oulu, Haukipudas, Kiiminki, Ii, Kempele, Liminka, Muhos, Oulunsalo, Tyrnävä, Lumijoki, Siikalatva, Utajärvi, Yli-Ii | 10.8.2011–6.9.2011    |
| Raahe         | Raahe, Siikajoki, Pyhäjoki  | 7.9.2011–12.9.2011    |
| Kokkola       | Kokkola, Kaustinen, Toholampi, Luoto, Kruunupyö   | 13.9.2011–16.9.2011   |
| Uusikaarlepyy | Uusikaarlepyy, Pietarsaari, Pedersören kunta  | 19.9.2011–29.9.2011   |
| Vaasa         | Vaasa, Mustasaari, Isokyrö, Maalahti, Vähäkyrö, Vöyri   | 3.10.2011–10.10.2011  |
| Ylivieska     | Ylivieska, Alavieska, Kalajoki, Oulainen, Sievi   | 11.10.2011–14.10.2011 |
| Nivala        | Nivala, Haapajärvi, Reisjärvi   | 17.10.2011–19.10.2011 |
| Pyhäjärvi     | Pyhäjärvi   | 20.10.2011–24.10.2011 |
| Iisalmi       | Iisalmi, Lapinlahti, Vieremä, Sonkajärvi, Rautavaara  | 25.10.2011–2.11.2011  |
| Kajaani       | Kajaani, Puolanka, Ristijärvi, Kuhmo, Vaala   | 3.11.2011–8.11.2011   |
| Kuusamo       | Kuusamo, Posio  | 9.11.2011–11.11.2011  |
| Taivalkoski   | Taivalkoski, Pudasjärvi   | 14.11.2011–17.11.2011 |
| Utsjoki       | Utsjoki, Inari  | 21.11.2011–23.11.2011 |
| Sodankylä     | Sodankylä, Kittilä, Pelkosenniemi, Kolari   | 24.11.2011–26.11.2011 |
| Rovaniemi     | Rovaniemi, Pello, Ranua, Kemijärvi  | 29.11.2011–2.12.2011  |
| Kemi          | Kemi, Simo, Tornio, Keminmaa, Tervola   | 7.12.2011–13.12.2011  |

| Tutkimuspaikkakunta       | Otoskunnat   | Tutkimusaika          |
|---------------------------|--|-----------------------|
| <b>Kenttäryhmä 5</b>      |  |                       |
| <b>Turku</b>              | Turku, Kaarina, Naantali, Masku, Nousiainen, Raisio, Rusko, Lieto, Paimio, Sauvo, Mynämäki, Maarianhamina, Eckerö, Länsi-Turunmaa/Parainen | 10.8.2011–20.9.2011   |
| <b>Uusikaupunki</b>       | Uusikaupunki, Vehmaa, Taivassalo, Kustavi, Laitila   | 21.9.2011–27.9.2011   |
| <b>Rauma</b>              | Rauma, Eurajoki  | 28.9.2011–30.9.2011   |
| <b>Harjavalta</b>         | Harjavalta, Nakkila, Eura, Huittinen, Kokemäki   | 3.10.2011–7.10.2011   |
| <b>Kristiinankaupunki</b> | Kristiinankaupunki, Kaskinen, Karvia, Isojoki, Karijoki, Teuva   | 10.10.2011–14.10.2011 |
| <b>Pori</b>               | Pori, Ulvila, Merikarvia, Kankaanpää   | 17.10.2011–27.10.2011 |
| <b>Loimaa</b>             | Loimaa, Pöytyä, Oripää, Aura, Ypäjä  | 28.10.2011–1.11.2011  |
| <b>Somero</b>             | Somero   | 2.11.2011–4.11.2011   |
| <b>Forssa</b>             | Forssa, Tammela, Jokioinen, Humppila   | 7.11.2011–11.11.2011  |
| <b>Karkkila</b>           | Karkkila, Vihti  | 14.11.2011–18.11.2011 |
| <b>Salo</b>               | Salo, Kemiönsaari  | 21.11.2011–30.11.2011 |
| <b>Lohja</b>              | Lohja, Nummi-Pusula, Raasepori, Siuntio, Inkoo, Hanko, Karjalohja  | 1.12.2011–12.12.2011  |
| <b>Tuusula</b>            | Tuusula, Järvenpää, Kerava, Sipoo  | 13.12.2011–20.12.2011 |

## Liite 4. Kenttäryhmien työntekijät

### Helsinki

Tutkimushoitajat: \*Kimmo Porras (vastaava tutkimushoitaja), Helena Andersson, Minna-Liisa Collins-Cona, Valentina Daderchenkova, Emma Dufva, Susanna Helenius, Kati Immonen, Sonja Jatuli, Merja Joutsenlahti, Eini Oinonen, Pirjo Rähmönen, Suvipäivikki Salo, Anna Sarpio, Tiina Saukkonen, Sirpa Sillanpää-Savolainen, Heli Sipari, Leena Uotila ja Riitta Velin

Suun terveys: Kirsi Ihanus (hammaslääkäri), Ulla Palotie (hammaslääkäri) ja Sari Salminen (tutkimushoitaja)

Courage-tutkimushoitajat: Mira Kokko, Hannele Lehtonen ja \*Anne Lunkka

### Tampere

Tutkimushoitajat: Elina Poutanen (vastaava tutkimushoitaja), Jaana Haapanen, Anneli Hellström, Johannes Hietala, Päivi Hyvärinen, Jonna Järvitalo, Leena Kangas-Viri, Krista Karjalainen, Marjaana Leinonen, Hanna-Mari Lyömälä, \*Liisa Olkkonen, Anneli Peltonen, Minna Putkisaari, Anne Silen ja Marja Sipola

Courage-tutkimushoitajat: Marja Ala-Lahti, Anna Kupila ja Eeva-Maria Niemelä

### Kuopio

Tutkimushoitajat: Ulla Tyyni (vastaava tutkimushoitaja), Minna Haapalainen, Liisa Heiskanen, \*Helena Holopainen, Anna-Kaarina Ikonen, Raija-Leena Juntunen, Laura Karvonen, Johanna Kempainen, Päivi Kettunen, Anna Sofia Kuoppa, Anri Leppänen, Virpi Putkonen, Marita Ronkainen, Päivi Viiliäinen ja Leila Väänänen

Courage-tutkimushoitajat: Titta Luomanmäki-Rantala, Carita Röpelin-Pitkänen ja Santtu-Pekka Turunen

### Oulu

Tutkimushoitajat: Liisa Moilanen (vastaava tutkimushoitaja), Arja Halmetoja, Riitta Höyhtyä, Lea Jämsä, \*Kirsi Kariniemi, Marika Kiviniemi, Katrianna Kyllönen, Minna Mattlar, Jaana Pakanen, Seija Riekkö, Anu Räisänen, Anne Sarajärvi, Marjut Savuoja, Anna-Maria Silenius, Marja Suorsa, Arja Tapio ja Riitta Tervo

Suun terveys: Jenni Myöhänen (hammaslääkäri), Petra Timonen (hammaslääkäri) ja Arja Alaviuhkola (tutkimushoitaja)

Courage-tutkimushoitajat: Saija Glader, Tiina Hanhikorpi ja Maija Norman

### Turku

Tutkimushoitajat: Marjatta Harkas (vastaava tutkimushoitaja), Aniitta Entonen, Tuija Heinonen, Viljami Hätönen, Mia Hörkkö, Ari Järvensivu, \*Ritva Kivi, Pihla Laakso, Ulla Paassilta, Arja Parkkonen, Henna-Riikka Ratola, Matias Raunio, Paula Ronkainen, Minna Suominen, Eija Tervola ja Kaija Varjonen

Courage-tutkimushoitajat: Salla Miesvirta ja Maarit Seitz

\* lisäksi täydentävän tiedonkeruun tutkimushoitajana

# Liitetaulukot

## LUKU 4

Liitetaulukko 4.3.1. Toimeentulon riittämättömyys (%).

|        | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| Miehet | 2000  | 39,4  | 37,6  | 37,3  | 38,9  | 40,3 | 38,0              | 0,001          |
|        | 2011  | 39,6  | 37,8  | 28,7  | 28,5  | 26,8 | 33,6              |                |
| Naiset | 2000  | 43,3  | 37,8  | 42,4  | 41,8  | 34,8 | 40,6              | < 0,001        |
|        | 2011  | 43,9  | 38,1  | 31,9  | 29,8  | 24,0 | 35,3              |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

Liitetaulukko 4.4.1. Eräitä työhön liittyviä haittoja tai uhkia kokeneiden osuus tutkimushetkellä työssä olevista tai 12 kuukauden aikana työssä olleista 30–64-vuotiaista (%).

|   | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 30–64 <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|---|-------|-------|-------|-------|--------------------|----------------|
| <b>Ulkoisen häirtatekijä työssä<sup>3</sup></b> |       |       |       |       |                    |                |
| Miehet  | 2000  | 69,8  | 67,9  | 65,9  | 68,6               | < 0,001        |
|   | 2011  | 62,6  | 60,3  | 64,5  | 62,3               |                |
| Naiset  | 2000  | 56,8  | 62,2  | 62,1  | 59,7               | 0,735          |
|   | 2011  | 57,0  | 62,2  | 64,4  | 60,3               |                |
| <b>Töiden loppumisen uhka<sup>4</sup></b>       |       |       |       |       |                    |                |
| Miehet  | 2000  | 36,3  | 39,7  | 33,8  | 36,9               | < 0,001        |
|   | 2011  | 47,5  | 45,1  | 37,4  | 44,5               |                |
| Naiset  | 2000  | 37,0  | 38,1  | 27,8  | 35,8               | 0,536          |
|   | 2011  | 39,0  | 36,1  | 32,4  | 36,8               |                |
| <b>Henkisen väkivallan tai kiusaamisen uhka</b> |       |       |       |       |                    |                |
| Miehet  | 2000  | 7,4   | 7,6   | 6,3   | 7,3                | 0,751          |
|   | 2011  | 6,9   | 7,0   | 6,9   | 7,0                |                |
| Naiset  | 2000  | 12,8  | 14,3  | 13,4  | 13,4               | 0,004          |
|   | 2011  | 16,9  | 18,3  | 14,6  | 16,9               |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30–64 sukupuolittain

<sup>3</sup> melu, pöly, tärinä, kemikaalit, kaasut, tupakansavu, kylmyys, kuumuus, veto, riittämätön valaistus

<sup>4</sup> työtehtävien lakkautuksen, toisiin tehtäviin siirron, lomautuksen, irtisanomisen tai pitkäaikaisen työttömyyden uhka



## LUKU 5

Liitetaulukko 5.1.1. Päivittäin tupakoivien osuus (%).

|        | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| Miehet | 2000  | 35,0  | 32,9  | 24,1  | 20,4  | 11,2 | 27,6              | < 0,001        |
|        | 2011  | 22,3  | 22,3  | 17,4  | 12,3  | 4,8  | 18,0              |                |
| Naiset | 2000  | 23,9  | 23,6  | 13,9  | 6,5   | 2,7  | 17,1              | 0,001          |
|        | 2011  | 16,3  | 20,4  | 16,4  | 8,2   | 2,1  | 14,8              |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

Liitetaulukko 5.2.1. Raittiiden osuus (%).

|        | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| Miehet | 2000  | 7,9   | 9,4   | 19,6  | 23,1  | 45,5 | 16,3              | 0,098          |
|        | 2011  | 10,3  | 11,6  | 14,6  | 29,0  | 51,2 | 17,8              |                |
| Naiset | 2000  | 10,9  | 18,9  | 28,4  | 53,2  | 77,1 | 28,7              | < 0,001        |
|        | 2011  | 11,1  | 12,0  | 21,1  | 38,4  | 69,1 | 22,5              |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

Liitetaulukko 5.3.1. Kasvien, ruisleivän ja voin tai voi-kasviöljyseoksen käyttö vuosina 2000 ja 2011.

|   | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| <b>Tuoreita vihanneksia tai juureksia päivittäin syövien osuus (%)</b>    |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet  | 2000  | 47,0  | 52,9  | 57,8  | 48,4  | 51,4 | 51,2              | 0,760          |
|   | 2011  | 50,1  | 48,4  | 53,6  | 53,7  | 50,1 | 50,8              |                |
| Naiset  | 2000  | 62,9  | 67,8  | 67,0  | 59,2  | 54,8 | 63,4              | 0,887          |
|   | 2011  | 64,4  | 65,8  | 63,6  | 62,5  | 54,7 | 63,3              |                |
| <b>Syötyjen ruisleipäviipaleiden lukumäärä päivässä (keskiarvo)</b>       |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet  | 2000  | 3,9   | 4,4   | 4,3   | 4,1   | 3,1  | 4,1               | < 0,001        |
|   | 2011  | 2,7   | 3,4   | 3,2   | 3,3   | 3,2  | 3,1               |                |
| Naiset  | 2000  | 3,2   | 3,5   | 3,6   | 3,2   | 2,5  | 3,3               | < 0,001        |
|   | 2011  | 2,1   | 2,5   | 2,7   | 2,7   | 2,4  | 2,5               |                |
| <b>Voita tai voi-kasviöljylevitettä leipärasvana käyttävien osuus (%)</b> |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet  | 2000  | 24,7  | 24,5  | 25,9  | 33,4  | 41,7 | 27,6              | < 0,001        |
|   | 2011  | 38,2  | 26,2  | 30,1  | 33,3  | 37,1 | 32,4              |                |
| Naiset  | 2000  | 21,0  | 21,5  | 25,8  | 26,9  | 39,7 | 25,0              | < 0,001        |
|   | 2011  | 35,9  | 33,6  | 31,9  | 30,7  | 33,7 | 32,6              |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30+ sukupuolittain

Liitetaulukko 5.4.1. Vapaa-ajan liikuntaa harrastamattomien osuus (%).

|        | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| Miehet | 2000  | 28,0  | 31,1  | 18,8  | 23,2  | 47,6 | 28,1              | 0,001          |
|        | 2011  | 29,2  | 34,1  | 32,9  | 24,1  | 41,7 | 32,0              |                |
| Naiset | 2000  | 25,2  | 22,9  | 21,0  | 29,4  | 59,5 | 27,7              | 0,867          |
|        | 2011  | 23,3  | 28,5  | 23,6  | 23,7  | 55,2 | 27,6              |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

Liitetaulukko 5.4.2. Työmatkoilla vähintään 15 minuuttia päivässä kävelevien tai pyöräilevien osuus (%) 30–64-vuotiaista.

|        | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 30–64 <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--------|-------|-------|-------|-------|--------------------|----------------|
| Miehet | 2000  | 19,6  | 17,9  | 12,0  | 17,1               | 0,918          |
|        | 2011  | 20,5  | 16,0  | 13,5  | 17,2               |                |
| Naiset | 2000  | 29,5  | 36,4  | 21,7  | 29,8               | 0,028          |
|        | 2011  | 26,7  | 29,0  | 23,8  | 26,9               |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30–64 sukupuolittain

Liitetaulukko 5.5.1. Enintään kuusi tuntia vuorokaudessa nukkuvien osuus (%).

|        | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| Miehet | 2000  | 17,1  | 21,0  | 17,1  | 28,2  | 35,3 | 21,1              | 0,060          |
|        | 2011  | 16,6  | 21,6  | 18,7  | 17,2  | 23,1 | 18,9              |                |
| Naiset | 2000  | 8,7   | 17,4  | 21,0  | 25,3  | 31,1 | 18,0              | 0,505          |
|        | 2011  | 13,7  | 18,0  | 22,1  | 22,2  | 26,4 | 18,6              |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

LUKU 6

Liitetaulukko 6.1.1. Painoindeksin keskiarvo sekä lihavuuden ja vyötärölihavuuden esiintyvyys (%).

|  | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| <b>Painoindeksin (BMI) keskiarvo (kg/m<sup>2</sup>)</b>                        |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 26,5  | 27,5  | 28,0  | 27,6  | 27,0 | 27,3              |                |
|  | 2011  | 26,8  | 27,5  | 27,8  | 27,5  | 27,0 | 27,3              | 0,941          |
| Naiset   | 2000  | 25,1  | 27,0  | 28,2  | 28,9  | 28,0 | 27,0              |                |
|  | 2011  | 25,4  | 27,0  | 27,6  | 28,3  | 28,2 | 26,9              | 0,323          |
| <b>Lihavuuden (painoindeksi vähintään 30 kg/m<sup>2</sup>) esiintyvyys (%)</b> |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 16,1  | 23,4  | 26,5  | 23,7  | 23,6 | 21,6              |                |
|  | 2011  | 20,2  | 24,9  | 26,6  | 24,7  | 14,1 | 22,7              | 0,333          |
| Naiset   | 2000  | 12,5  | 26,1  | 33,9  | 35,8  | 27,7 | 25,3              |                |
|  | 2011  | 15,0  | 24,5  | 29,6  | 35,4  | 32,3 | 25,2              | 0,900          |
| <b>Vyötärölihavuuden (miehet yli 100 cm, naiset yli 90 cm) esiintyvyys (%)</b> |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 25,6  | 41,4  | 48,4  | 45,4  | 42,5 | 38,8              |                |
|  | 2011  | 26,7  | 42,1  | 45,5  | 48,3  | 45,1 | 39,3              | 0,659          |
| Naiset   | 2000  | 24,1  | 40,1  | 50,5  | 60,1  | 57,2 | 42,1              |                |
|  | 2011  | 24,0  | 39,0  | 47,0  | 51,1  | 55,6 | 39,4              | 0,007          |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30+ sukupuolittain

Liitetaulukko 6.2.1. Verenpaine.

|   | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 +  | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------------|----------------|
| <b>Systolisen verenpaineen (mmHg) keskiarvo</b>   |       |       |       |       |       |       |                   |                |
| Miehet  | 2000  | 126,9 | 135,6 | 141,1 | 147,2 | 146,3 | 136,7             | < 0,001        |
|   | 2011  | 126,7 | 132,0 | 136,2 | 137,2 | 136,3 | 132,3             |                |
| Naiset  | 2000  | 119,1 | 130,2 | 141,5 | 150,2 | 151,1 | 134,4             | < 0,001        |
|   | 2011  | 118,5 | 126,6 | 134,7 | 143,3 | 142,4 | 129,7             |                |
| <b>Diastolisen verenpaineen (mmHg) keskiarvo</b>  |       |       |       |       |       |       |                   |                |
| Miehet  | 2000  | 82,4  | 86,8  | 86,2  | 84,3  | 77,9  | 83,9              | < 0,001        |
|   | 2011  | 82,1  | 85,9  | 83,3  | 79,0  | 74,0  | 81,8              |                |
| Naiset  | 2000  | 76,2  | 81,8  | 83,6  | 81,8  | 77,8  | 80,1              | < 0,001        |
|   | 2011  | 75,4  | 80,4  | 80,4  | 78,6  | 72,6  | 77,6              |                |
| <b>Kohonneen verenpaineen (systolinen verenpaine vähintään 140 mmHg tai diastolinen verenpaine vähintään 90 mmHg tai lääkeshoidossa kohonneen verenpaineen takia) esiintyvyys (%)</b> |       |       |       |       |       |       |                   |                |
| Miehet  | 2000  | 31,0  | 53,4  | 64,1  | 74,0  | 68,1  | 53,4              | 0,033          |
|   | 2011  | 29,9  | 53,2  | 59,2  | 67,6  | 65,9  | 50,8              |                |
| Naiset  | 2000  | 14,7  | 37,8  | 62,5  | 80,7  | 78,3  | 46,5              | < 0,001        |
|   | 2011  | 13,5  | 34,6  | 54,3  | 74,6  | 71,3  | 41,8              |                |
| <b>Korkeiden verenpaineen (systolinen verenpaine vähintään 160 mmHg tai diastolinen verenpaine vähintään 95 mmHg) esiintyvyys (%)</b>   |       |       |       |       |       |       |                   |                |
| Miehet  | 2000  | 13,6  | 24,7  | 28,7  | 29,3  | 34,1  | 23,5              | < 0,001        |
|   | 2011  | 9,1   | 19,2  | 17,4  | 14,3  | 12,4  | 14,2              |                |
| Naiset  | 2000  | 5,0   | 14,5  | 25,0  | 35,2  | 37,0  | 19,3              | < 0,001        |
|   | 2011  | 3,3   | 8,1   | 12,5  | 21,5  | 20,6  | 10,8              |                |
| <b>Kohonneen verenpaineen lääkehoidossa olevista verenpaineen tason 140/85 mmHg alittavien osuus (%)</b>  |       |       |       |       |       |       |                   |                |
| Miehet  | 2000  | 31,9  | 16,2  | 19,1  | 16,1  | 26,1  | 20,0              | < 0,001        |
|   | 2011  | 51,9  | 24,8  | 40,8  | 49,1  | 48,5  | 42,7              |                |
| Naiset  | 2000  | 39,8  | 24,5  | 21,2  | 24,1  | 20,5  | 23,8              | < 0,001        |
|   | 2011  | 53,2  | 39,2  | 42,8  | 34,8  | 25,9  | 36,9              |                |

<sup>1</sup> ikäväkioitu<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

Liitetaulukko 6.3.1. Seerumin poikkeavien rasva-arvojen esiintyvyys (%).

|  | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| <b>Lievästi kohonnut kolesteroli (5–6,49 mmol/l)</b>                                       |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 53,9  | 60,1  | 59,8  | 53,1  | 54,3 | 56,2              | < 0,001        |
|  | 2011  | 48,6  | 58,7  | 49,8  | 45,2  | 36,0 | 49,4              |                |
| Naiset   | 2000  | 45,1  | 59,9  | 56,8  | 51,1  | 54,9 | 53,1              | 0,014          |
|  | 2011  | 41,2  | 53,6  | 56,3  | 56,9  | 42,8 | 50,0              |                |
| <b>Selvästi kohonnut kolesteroli (vähintään 6,5 mmol/l)</b>                                |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 14,3  | 19,9  | 17,0  | 17,8  | 9,3  | 16,1              | < 0,001        |
|  | 2011  | 10,9  | 14,5  | 13,2  | 6,2   | 5,3  | 10,9              |                |
| Naiset   | 2000  | 6,2   | 15,2  | 29,0  | 30,5  | 21,0 | 18,2              | < 0,001        |
|  | 2011  | 5,3   | 15,8  | 23,2  | 13,8  | 12,2 | 13,1              |                |
| <b>Kohonnut LDL-kolesteroli (vähintään 3 mmol/l)</b>                                       |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 63,1  | 73,0  | 70,5  | 69,8  | 64,4 | 67,8              | < 0,001        |
|  | 2011  | 57,9  | 69,2  | 63,6  | 52,1  | 42,7 | 59,2              |                |
| Naiset   | 2000  | 47,8  | 68,3  | 80,4  | 76,8  | 69,6 | 66,0              | < 0,001        |
|  | 2011  | 45,1  | 62,5  | 72,6  | 60,4  | 49,6 | 57,0              |                |
| <b>Matala HDL-kolesteroli (alle 1 mmol/l)</b>  |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 7,8   | 6,8   | 11,3  | 11,3  | 13,7 | 9,2               | 0,047          |
|  | 2011  | 14,0  | 7,8   | 9,1   | 12,1  | 14,7 | 10,9              |                |
| Naiset   | 2000  | 1,2   | 1,6   | 2,4   | 3,2   | 7,6  | 2,5               | 0,312          |
|  | 2011  | 2,5   | 2,4   | 1,6   | 2,8   | 2,4  | 2,1               |                |
| <b>Kohonnut triglyseridipitoisuus (vähintään 2 mmol/l)</b>                                 |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 25,0  | 27,5  | 26,0  | 22,9  | 22,2 | 25,1              | < 0,001        |
|  | 2011  | 21,6  | 21,5  | 19,0  | 17,2  | 12,4 | 19,3              |                |
| Naiset   | 2000  | 7,4   | 10,0  | 14,8  | 20,8  | 23,8 | 13,2              | < 0,001        |
|  | 2011  | 6,5   | 8,8   | 8,4   | 9,8   | 11,9 | 8,1               |                |
| <b>Dyslipidemia (kohonnut LDL ja/tai matala HDL ja/tai kohonnut triglyseridipitoisuus)</b> |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 73,7  | 83,3  | 83,2  | 80,6  | 75,7 | 78,9              | < 0,001        |
|  | 2011  | 71,7  | 79,4  | 75,4  | 69,0  | 56,1 | 72,1              |                |
| Naiset   | 2000  | 51,2  | 71,2  | 84,0  | 82,8  | 78,5 | 70,2              | < 0,001        |
|  | 2011  | 49,3  | 65,5  | 75,5  | 66,7  | 55,6 | 61,0              |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30+ sukupuolittain

Liitetaulukko 6.4.1. Metabolisen oireyhtymän<sup>1</sup> esiintyvyys (%) vuosina 2000 ja 2011.

|        | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>2</sup> | p <sup>3</sup> |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| Miehet | 2000  | 42,8  | 60,2  | 61,8  | 60,3  | 51,9 | 57,5              | 0,828          |
|        | 2011  | 61,6  | 54,9  | 57,6  | 55,8  | 63,2 | 56,9              |                |
| Naiset | 2000  | 27,2  | 44,0  | 55,5  | 62,0  | 65,4 | 52,5              | 0,006          |
|        | 2011  | 26,9  | 46,4  | 54,2  | 49,4  | 51,5 | 46,3              |                |

<sup>1</sup> vähintään 3 seuraavista: vyötärön ympärysmitta miehet/naiset  $\geq 94/\geq 80$  cm, HDL-kolesteroli miehet/naiset  $< 1,03/< 1,29$  mmol/l, triglyseridit  $\geq 1,7$  mmol/l, glukoosi  $\geq 5,6$  mmol/l, verenpaine  $\geq 130/85$  mmHg tai lääkehoito

<sup>2</sup> ikävakioitu

<sup>3</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

## LUKU 7

Liitetaulukko 7.1.1. Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus (%).

|        | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| Miehet | 2000  | 79,4  | 61,5  | 48,7  | 44,1  | 24,3 | 58,0              | < 0,001        |
|        | 2011  | 88,1  | 80,7  | 69,1  | 65,4  | 46,3 | 74,7              |                |
| Naiset | 2000  | 82,9  | 69,0  | 52,9  | 39,5  | 28,3 | 61,5              | < 0,001        |
|        | 2011  | 86,4  | 78,6  | 72,9  | 64,5  | 42,6 | 74,3              |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

Liitetaulukko 7.2.1. Ainakin yhden pitkäaikaissairauden ilmoittaneiden osuus (%).

|        | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| Miehet | 2000  | 29,9  | 45,3  | 66,0  | 77,2  | 87,1 | 53,3              | < 0,001        |
|        | 2011  | 24,6  | 33,7  | 44,6  | 52,1  | 68,7 | 39,3              |                |
| Naiset | 2000  | 33,5  | 46,6  | 66,4  | 77,0  | 87,1 | 55,3              | < 0,001        |
|        | 2011  | 25,9  | 33,9  | 47,8  | 50,3  | 71,7 | 40,2              |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain



## LUKU 8

Liitetaulukko 8.1.1. Eräiden itse ilmoitettujen lääkärin toteamien verenkiertoelinten sairauksien esiintyvyys (%).

|  | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| <b>Sydäninfarkti</b>                       |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet                                     | 2000  | 0,6   | 2,4   | 7,7   | 15,4  | 24,2 | 7,4               | < 0,001        |
|  | 2011  | 0,3   | 1,8   | 4,7   | 9,3   | 17,5 | 4,9               |                |
| Naiset                                     | 2000  | 0,1   | 0,4   | 1,6   | 6,8   | 10,5 | 2,5               | 0,003          |
|  | 2011  | 0,0   | 0,0   | 0,7   | 2,4   | 9,7  | 1,6               |                |
| <b>Sepelvaltimotauti</b>                   |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet                                     | 2000  | 0,1   | 2,5   | 10,2  | 21,6  | 25,9 | 8,9               | 0,285          |
|  | 2011  | 0,8   | 2,5   | 6,9   | 19,8  | 26,6 | 8,3               |                |
| Naiset                                     | 2000  | 0,0   | 0,6   | 4,9   | 16,1  | 22,2 | 5,7               | < 0,001        |
|  | 2011  | 0,0   | 0,7   | 2,0   | 6,3   | 20,5 | 3,8               |                |
| <b>Sydäninfarkti tai sepelvaltimotauti</b> |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet                                     | 2000  | 0,6   | 3,3   | 13,3  | 26,9  | 37,8 | 12,0              | < 0,001        |
|  | 2011  | 1,0   | 3,3   | 8,0   | 20,5  | 32,0 | 9,4               |                |
| Naiset                                     | 2000  | 0,1   | 0,7   | 6,0   | 18,2  | 27,3 | 6,8               | < 0,001        |
|  | 2011  | 0,0   | 0,7   | 2,2   | 7,4   | 23,6 | 4,3               |                |
| <b>Sydämen vajaatoiminta</b>               |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet                                     | 2000  | 0,2   | 1,5   | 3,6   | 9,9   | 18,9 | 4,7               | 0,006          |
|  | 2011  | 0,7   | 0,6   | 2,7   | 4,4   | 16,7 | 3,3               |                |
| Naiset                                     | 2000  | 0,3   | 0,8   | 3,2   | 10,2  | 23,7 | 4,9               | < 0,001        |
|  | 2011  | 0,2   | 0,3   | 0,9   | 2,4   | 21,9 | 3,2               |                |
| <b>Aivohalvaus</b>                         |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet                                     | 2000  | 0,4   | 1,5   | 4,0   | 6,0   | 15,5 | 3,8               | 0,182          |
|  | 2011  | 0,7   | 1,7   | 2,1   | 7,3   | 10,0 | 3,2               |                |
| Naiset                                     | 2000  | 0,2   | 0,4   | 2,5   | 4,9   | 9,5  | 2,4               | 0,249          |
|  | 2011  | 0,1   | 0,5   | 1,7   | 4,3   | 8,5  | 2,1               |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

Liitetaulukko 8.1.2. Sepelvaltimoiden ohitusleikkauksen tai pallolaajennuksen esiintyvyys (%) sepelvaltimotautia sairastavilla (itse ilmoitettu sydäninfarkti tai sepelvaltimotauti).

|        | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| Miehet | 2000  | 13,3  | 40,2  | 44,7  | 40,6  | 16,7 | 32,6              | < 0,001        |
|        | 2011  | 33,8  | 48,3  | 59,5  | 60,7  | 46,8 | 53,5              |                |
| Naiset | 2000  | 0,0   | 48,2  | 16,4  | 12,9  | 3,8  | 11,7              | < 0,001        |
|        | 2011  | 0,0   | 31,8  | 37,9  | 35,8  | 19,5 | 33,6              |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

Liitetaulukko 8.1.3. Diabeteksen esiintyvyys (%).

|   | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75+  | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| <b>Itse ilmoitettu diabetes</b>   |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet  | 2000  | 1,7   | 4,2   | 10,5  | 9,1   | 16,3 | 6,6               | < 0,001        |
|   | 2011  | 3,0   | 6,6   | 13,8  | 19,5  | 17,3 | 10,0              |                |
| Naiset  | 2000  | 1,7   | 3,1   | 5,7   | 11,1  | 15,6 | 5,8               | 0,014          |
|   | 2011  | 2,5   | 3,5   | 7,2   | 14,4  | 16,5 | 6,9               |                |
| <b>Itse ilmoitettu diabetes ja/tai seerumin glukoosi vähintään 7 mmol/l</b> |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet  | 2000  | 2,7   | 7,2   | 12,9  | 14,6  | 22,6 | 9,6               | < 0,001        |
|   | 2011  | 5,6   | 10,1  | 19,5  | 24,9  | 26,1 | 14,5              |                |
| Naiset  | 2000  | 2,2   | 4,2   | 7,8   | 13,8  | 23,2 | 7,7               | < 0,001        |
|   | 2011  | 4,1   | 4,7   | 10,3  | 17,8  | 29,1 | 10,0              |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

Liitetaulukko 8.2.1. Keuhkoputkien ahtauman (spirometriassa FEV1/FVC alle 70 %) esiintyvyys (%).

|        | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| Miehet | 2000  | 2,5   | 6,2   | 12,2  | 24,5  | 30,5 | 10,8              | 0,296          |
|        | 2011  | 4,5   | 8,2   | 14,5  | 20,5  | 28,9 | 11,7              |                |
| Naiset | 2000  | 1,5   | 3,9   | 4,3   | 11,2  | 20,5 | 5,6               | 0,001          |
|        | 2011  | 2,9   | 6,8   | 7,9   | 11,8  | 22,6 | 7,7               |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

Liitetaulukko 8.2.2. Eräiden itse ilmoitettujen sairauksien esiintyvyys (%).

|   | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| <b>Astma (lääkärin toteama)</b>   |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet  | 2000  | 5,0   | 5,9   | 7,4   | 12,1  | 12,4 | 7,5               | 0,249          |
|   | 2011  | 7,4   | 6,2   | 7,7   | 8,8   | 15,0 | 8,2               |                |
| Naiset  | 2000  | 7,8   | 9,0   | 11,3  | 16,8  | 10,7 | 10,4              | 0,061          |
|   | 2011  | 10,1  | 9,8   | 12,8  | 12,3  | 15,2 | 11,4              |                |
| <b>Allerginen silmätulehdus (lääkärin toteama)</b>  |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet  | 2000  | 8,7   | 4,2   | 4,8   | 5,9   | 5,6  | 5,9               | 0,703          |
|   | 2011  | 10,3  | 7,0   | 3,1   | 2,8   | 4,7  | 6,2               |                |
| Naiset  | 2000  | 15,5  | 13,2  | 13,4  | 11,4  | 8,0  | 13,2              | 0,256          |
|   | 2011  | 19,3  | 15,1  | 11,6  | 10,5  | 7,8  | 14,1              |                |
| <b>Allerginen nuha (lääkärin toteama)</b>   |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet  | 2000  | 19,4  | 12,4  | 11,3  | 7,7   | 7,7  | 13,1              | 0,001          |
|   | 2011  | 25,7  | 16,0  | 11,2  | 9,4   | 6,7  | 16,0              |                |
| Naiset  | 2000  | 23,1  | 19,7  | 22,8  | 15,5  | 10,7 | 19,9              | 0,056          |
|   | 2011  | 29,5  | 23,1  | 17,1  | 17,8  | 10,5 | 21,5              |                |
| <b>Kutiava ihottuma, jota sanottu maitoruveksi, taiveihottumaksi tai atooppiseksi ihottumaksi</b> |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet  | 2000  | 21,9  | 16,9  | 18,6  | 14,6  | 13,6 | 18,1              | < 0,001        |
|   | 2011  | 29,8  | 24,2  | 20,1  | 21,1  | 24,2 | 24,4              |                |
| Naiset  | 2000  | 27,3  | 22,1  | 19,2  | 16,2  | 15,0 | 21,6              | < 0,001        |
|   | 2011  | 39,6  | 30,5  | 25,4  | 23,8  | 18,0 | 30,0              |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

Liitetaulukko 8.3.1. Tuki- ja liikuntaelämistön oireiden esiintyminen viimeksi kuluneiden 30 päivän aikana (%).

|   | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| <b>Selkäkipu</b>                            |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet                                      | 2000  | 27,4  | 30,0  | 29,1  | 32,8  | 38,7 | 30,0              | < 0,001        |
|   | 2011  | 34,9  | 36,1  | 34,2  | 33,9  | 32,2 | 34,5              |                |
| Naiset                                      | 2000  | 30,6  | 35,4  | 40,3  | 42,5  | 41,4 | 36,5              | < 0,001        |
|   | 2011  | 36,9  | 39,7  | 41,6  | 45,6  | 47,5 | 40,7              |                |
| <b>Niskakipu</b>                            |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet                                      | 2000  | 21,5  | 26,7  | 28,5  | 30,6  | 31,4 | 26,4              | 0,685          |
|   | 2011  | 27,0  | 25,3  | 28,9  | 27,6  | 27,5 | 26,9              |                |
| Naiset                                      | 2000  | 38,1  | 40,8  | 43,9  | 40,9  | 35,3 | 39,9              | 0,238          |
|   | 2011  | 45,8  | 46,6  | 38,6  | 33,2  | 38,8 | 41,4              |                |
| <b>Olkapäähkipu</b>                         |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet                                      | 2000  | 12,8  | 22,4  | 27,7  | 27,7  | 29,4 | 22,0              | < 0,001        |
|   | 2011  | 20,3  | 25,5  | 33,9  | 30,8  | 36,9 | 27,4              |                |
| Naiset                                      | 2000  | 17,1  | 28,4  | 33,6  | 38,0  | 35,9 | 28,2              | 0,001          |
|   | 2011  | 12,5  | 25,3  | 29,5  | 30,1  | 39,7 | 24,5              |                |
| <b>Polvikipu</b>                            |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet                                      | 2000  | 14,3  | 17,4  | 27,8  | 25,3  | 29,4 | 20,6              | < 0,001        |
|   | 2011  | 23,6  | 29,6  | 27,4  | 34,4  | 32,8 | 27,9              |                |
| Naiset                                      | 2000  | 15,0  | 22,2  | 32,1  | 31,7  | 39,3 | 25,1              | < 0,001        |
|   | 2011  | 21,5  | 30,7  | 36,8  | 38,4  | 43,5 | 31,3              |                |
| <b>Kävelyvaikeus/ontuminen polven takia</b> |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet                                      | 2000  | 8,0   | 11,3  | 18,7  | 17,3  | 28,6 | 14,3              | < 0,001        |
|   | 2011  | 12,6  | 18,5  | 19,2  | 28,4  | 34,6 | 19,7              |                |
| Naiset                                      | 2000  | 7,5   | 13,3  | 20,1  | 26,6  | 33,0 | 16,8              | < 0,001        |
|   | 2011  | 10,4  | 17,0  | 25,5  | 27,3  | 38,6 | 20,3              |                |

<sup>1</sup> ikävakiointu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30+ sukupuolittain

Liitetaulukko 8.3.2. Eräiden niveltoimintojen rajoitusten esiintyvyys (%).

|   | Vuosi | 55–64 | 65–74 | 75 + | 55 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|---|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| <b>Yläraajan nosto sivukautta vaikeutunut</b> |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet  | 2000  | 6,2   | 13,1  | 32,7 | 14,1              | 0,135          |
|   | 2011  | 5,9   | 11,9  | 24,3 | 12,0              |                |
| Naiset  | 2000  | 4,2   | 8,6   | 30,8 | 11,5              | 0,007          |
|   | 2011  | 4,8   | 5,3   | 21,8 | 8,6               |                |
| <b>Kyykistyminen vaikeutunut</b>              |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet  | 2000  | 12,5  | 21,7  | 51,5 | 24,5              | 0,286          |
|   | 2011  | 10,4  | 19,8  | 51,1 | 22,7              |                |
| Naiset  | 2000  | 23,6  | 47,6  | 77,5 | 43,8              | 0,001          |
|   | 2011  | 21,9  | 39,3  | 70,8 | 38,7              |                |

<sup>1</sup> ikävakiointu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 55 + sukupuolittain

Liitetaulukko 8.4.1. Eräiden mielenterveyshäiriöiden ja -oireiden esiintyvyys (%).

|   | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| <b>Psyykinen kuormittuneisuus (GHQ-12 yli 3 pistettä)</b>         |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet  | 2000  | 14,2  | 17,6  | 15,5  | 16,4  | 34,5 | 17,4              | < 0,001        |
|   | 2011  | 14,6  | 12,1  | 11,4  | 11,9  | 23,0 | 13,5              |                |
| Naiset  | 2000  | 19,0  | 17,8  | 19,9  | 20,0  | 32,3 | 20,2              | 0,001          |
|   | 2011  | 17,3  | 17,8  | 15,1  | 15,7  | 22,8 | 17,0              |                |
| <b>Masennushäiriöjako viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana</b> |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet  | 2000  | 5,2   | 6,1   | 3,7   | 0,9   | 3,3  | 4,3               | 0,403          |
|   | 2011  | 5,3   | 3,9   | 4,9   | 0,6   | 0,7  | 3,8               |                |
| Naiset  | 2000  | 9,7   | 9,5   | 7,9   | 5,3   | 4,5  | 8,1               | 0,287          |
|   | 2011  | 10,7  | 10,2  | 4,7   | 4,5   | 1,3  | 7,4               |                |
| <b>Alkoholihäiriö viimeksi kuluneiden 12 kk aikana</b>            |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet  | 2000  | 9,4   | 7,9   | 8,0   | 1,8   | 0,0  | 6,8               | < 0,001        |
|   | 2011  | 3,7   | 4,7   | 2,6   | 1,4   | 1,1  | 3,2               |                |
| Naiset  | 2000  | 2,8   | 1,3   | 0,7   | 0,3   | 0,4  | 1,4               | 0,323          |
|   | 2011  | 2,1   | 0,8   | 0,9   | 0,2   | 0,0  | 1,1               |                |
| <b>Elämänaikainen alkoholihäiriö</b>                              |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet  | 2000  | 21,6  | 19,8  | 18,3  | 9,0   | 3,0  | 17,2              | < 0,001        |
|   | 2011  | 13,5  | 14,9  | 13,0  | 10,0  | 4,5  | 12,8              |                |
| Naiset  | 2000  | 6,0   | 3,7   | 2,4   | 0,7   | 0,4  | 3,4               | 0,036          |
|   | 2011  | 4,7   | 2,4   | 1,2   | 0,9   | 0,0  | 2,4               |                |
| <b>Runsas vuodenaikaisvaihtelu (GSS summapistemäärä yli 7)</b>    |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet  | 2000  | 14,8  | 16,5  | 17,3  | 12,4  | 11,2 | 15,1              | 0,013          |
|   | 2011  | 12,4  | 16,9  | 11,3  | 6,9   | 14,6 | 12,5              |                |
| Naiset  | 2000  | 25,5  | 27,0  | 26,0  | 21,9  | 15,1 | 24,6              | < 0,001        |
|   | 2011  | 20,7  | 23,6  | 21,3  | 16,2  | 12,5 | 20,2              |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

Liitetaulukko 8.4.2. Lievän tai vakavan työuupumuksen<sup>1</sup> esiintyvyys (%).

|        | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 30–64 <sup>2</sup> | p <sup>3</sup> |
|--------|-------|-------|-------|-------|--------------------|----------------|
| Miehet | 2000  | 25,2  | 29,4  | 32,4  | 27,9               | 0,054          |
|        | 2011  | 26,9  | 22,6  | 25,8  | 24,8               |                |
| Naiset | 2000  | 24,3  | 28,5  | 43,0  | 29,0               | 0,039          |
|        | 2011  | 23,2  | 27,3  | 31,7  | 25,9               |                |

<sup>1</sup> MBI-GS vähintään 1,5

<sup>2</sup> ikävakioitu

<sup>3</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30–64 sukupuolittain

Liitetaulukko 8.5.1. Eräiden suunterveyden osoittimien yleisyys (%) haastattelun mukaan.

|  | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| <b>Hampaansa kahdesti päivässä tai useammin harjaavien osuus</b> |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 49,5  | 44,6  | 41,6  | 37,5  | 39,5 | 44,2              | < 0,001        |
|  | 2011  | 63,0  | 51,8  | 51,7  | 46,8  | 46,5 | 54,2              |                |
| Naiset   | 2000  | 79,6  | 78,2  | 76,6  | 70,2  | 58,8 | 75,9              | < 0,001        |
|  | 2011  | 82,9  | 83,4  | 83,1  | 81,0  | 67,8 | 81,9              |                |
| <b>Suunsa terveyden hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus</b> |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 67,7  | 59,1  | 58,3  | 56,0  | 49,8 | 60,1              | < 0,001        |
|  | 2011  | 75,5  | 74,5  | 70,3  | 68,8  | 63,5 | 72,0              |                |
| Naiset   | 2000  | 75,3  | 69,4  | 67,7  | 56,7  | 57,5 | 67,7              | < 0,001        |
|  | 2011  | 85,4  | 80,7  | 78,0  | 79,8  | 65,9 | 79,8              |                |
| <b>Hampaattomien osuus</b>                                       |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 0,4   | 6,8   | 13,7  | 32,3  | 49,2 | 14,8              | < 0,001        |
|  | 2011  | 0,0   | 1,0   | 7,7   | 16,6  | 28,7 | 7,5               |                |
| Naiset   | 2000  | 0,1   | 6,1   | 19,0  | 39,8  | 57,7 | 17,4              | < 0,001        |
|  | 2011  | 0,2   | 0,6   | 5,6   | 17,2  | 46,7 | 9,2               |                |
| <b>Irrrottavia hammasproteeseja käyttävien osuus</b>             |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 4,2   | 27,7  | 45,6  | 61,3  | 74,1 | 34,7              | < 0,001        |
|  | 2011  | 1,5   | 5,7   | 26,5  | 48,0  | 60,2 | 21,1              |                |
| Naiset   | 2000  | 3,2   | 26,2  | 49,5  | 69,5  | 78,8 | 36,1              | < 0,001        |
|  | 2011  | 0,4   | 3,2   | 26,7  | 47,4  | 69,9 | 21,6              |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

## LUKU 9

Liitetaulukko 9.1. Lääkärin toteaman tapaturman aiheuttaman pysyvän vamman yleisyys (%) tutkittavien oman ilmoituksen perusteella.

|        | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75+  | 30+ <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------------------|----------------|
| Miehet | 2000  | 13,5  | 17,4  | 20,7  | 22,1  | 34,4 | 19,3             | < 0,001        |
|        | 2011  | 9,0   | 11,9  | 13,6  | 15,4  | 20,2 | 12,8             |                |
| Naiset | 2000  | 5,3   | 7,8   | 12,5  | 11,4  | 14,6 | 9,2              | < 0,001        |
|        | 2011  | 6,2   | 3,9   | 5,6   | 9,4   | 13,1 | 6,8              |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30+ sukupuolittain



## LUKU 10

Liitetaulukko 10.1.1. Tahattoman lapsettomuuden<sup>1</sup> yleisyys (%).

|        | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–69 | 30–69 <sup>2</sup> | p <sup>3</sup> |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|--------------------|----------------|
| Miehet | 2000  | 9,1   | 9,9   | 7,5   | 9,6   | 8,9                | 0,006          |
|        | 2011  | 14,2  | 11,0  | 8,1   | 8,6   | 11,1               |                |
| Naiset | 2000  | 20,1  | 20,7  | 10,1  | 7,9   | 16,8               | 0,012          |
|        | 2011  | 20,5  | 18,5  | 18,5  | 11,7  | 19,0               |                |

<sup>1</sup> vähintään yksi vuosi tuloksetonta raskauden yrittämistä jossakin vaiheessa elämää

<sup>2</sup> ikävakioitu

<sup>3</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30–69 sukupuolittain

Liitetaulukko 10.1.2. Raskaudenkeskeytyksen, keskenmenon ja synnytyksen kokeneiden osuudet kaikista naisista (%).

| Vuosi                      | 30–44 | 45–54 | 30–54 <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|----------------------------|-------|-------|--------------------|----------------|
| <b>Raskauden keskeytys</b> |       |       |                    |                |
| 2000                       | 19,0  | 16,7  | 17,9               | 0,789          |
| 2011                       | 17,9  | 18,6  | 18,3               |                |
| <b>Keskenmeno</b>          |       |       |                    |                |
| 2000                       | 19,5  | 20,7  | 20,1               | 0,060          |
| 2011                       | 19,8  | 25,8  | 22,6               |                |
| <b>Synnytys</b>            |       |       |                    |                |
| 2000                       | 79,7  | 84,9  | 82,0               | 0,017          |
| 2011                       | 72,8  | 86,0  | 78,9               |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30–54

Liitetaulukko 10.1.3. Raskauskomplikaation<sup>1</sup> ainakin yhden raskauden aikana kokeneiden osuus kaikista raskaana olleista naisista (%).

| Vuosi | 30–44 | 45–54 | 30–54 <sup>2</sup> | p <sup>3</sup> |
|-------|-------|-------|--------------------|----------------|
| 2000  | 36,2  | 33,7  | 35,0               | 0,218          |
| 2011  | 35,8  | 29,7  | 32,8               |                |

<sup>1</sup> raskauseräily (toksemia), kohonnut verenpaine, valkuaista virtsassa ja/tai kohonneet verensokeriarvot

<sup>2</sup> ikävakioitu

<sup>3</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30–54

## LUKU 11

Liitetaulukko 11.1.1. Liikkumiskykyä edellyttävistä toiminnoista vaikeuksitta suoriutuvien osuus (%).

|  | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| <b>Puolen kilometrin kävely</b>              |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet                                       | 2000  | 99,0  | 95,1  | 91,7  | 81,6  | 52,1 | 89,2              | 0,037          |
|  | 2011  | 96,8  | 97,0  | 90,9  | 87,5  | 65,1 | 90,8              |                |
| Naiset                                       | 2000  | 99,4  | 96,0  | 91,9  | 76,9  | 39,9 | 87,3              | < 0,001        |
|  | 2011  | 98,4  | 96,4  | 92,1  | 84,6  | 51,3 | 89,7              |                |
| <b>Yhden kerrosvälin nouseminen portaita</b> |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet                                       | 2000  | 99,0  | 96,9  | 91,4  | 85,0  | 56,9 | 90,6              | < 0,001        |
|  | 2011  | 98,0  | 98,8  | 92,8  | 92,9  | 75,4 | 93,9              |                |
| Naiset                                       | 2000  | 99,0  | 96,4  | 89,3  | 75,1  | 42,0 | 86,8              | < 0,001        |
|  | 2011  | 99,0  | 98,2  | 92,1  | 87,3  | 55,1 | 91,0              |                |
| <b>Ostokassin kantaminen</b>                 |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet                                       | 2000  | 98,7  | 96,2  | 91,9  | 83,4  | 52,4 | 89,6              | 0,001          |
|  | 2011  | 97,4  | 96,9  | 91,4  | 92,1  | 68,8 | 92,2              |                |
| Naiset                                       | 2000  | 96,6  | 89,9  | 79,1  | 64,8  | 26,5 | 79,0              | < 0,001        |
|  | 2011  | 94,7  | 91,4  | 85,2  | 76,6  | 44,0 | 84,1              |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

Liitetaulukko 11.1.2. Mitattu fyysinen toimintakyky.

|  | Vuosi | 55–64 | 65–74 | 75 + | 55 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| <b>Hitaammin kuin 1,2 m/s kävelevien osuus (%)</b> |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 7,1   | 17,0  | 54,4 | 21,0              | < 0,001        |
|  | 2011  | 5,6   | 7,5   | 33,0 | 12,6              |                |
| Naiset   | 2000  | 11,4  | 30,9  | 73,2 | 31,8              | < 0,001        |
|  | 2011  | 4,5   | 14,2  | 57,4 | 19,8              |                |
| <b>Viiteen tuulilta nousuun kulunut aika (s)</b>   |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 12,1  | 13,5  | 15,3 | 13,2              | < 0,001        |
|  | 2011  | 10,7  | 11,8  | 14,2 | 11,7              |                |
| Naiset   | 2000  | 13,3  | 15,0  | 16,9 | 14,6              | < 0,001        |
|  | 2011  | 11,7  | 12,7  | 16,1 | 12,9              |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 55 + sukupuolittain

Liitetaulukko 11.3.1.1. Heikentyneen lähinäön ( $V \leq 0,4$ ) yleisyys (%).

|        | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| Miehet | 2000  | 0,6   | 4,3   | 3,6   | 5,8   | 24,0 | 5,2               | 0,062          |
|        | 2011  | 0,2   | 3,2   | 6,1   | 4,4   | 11,9 | 4,1               |                |
| Naiset | 2000  | 0,5   | 2,3   | 2,6   | 4,0   | 21,7 | 4,1               | < 0,001        |
|        | 2011  | 0,2   | 0,9   | 1,0   | 1,8   | 14,3 | 2,3               |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

Liitetaulukko 11.3.1.2. Heikentyneen kaukonäön ( $V \leq 0,5$ ) yleisyys (%).

|        | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| Miehet | 2000  | 2,1   | 3,5   | 5,4   | 11,4  | 35,5 | 8,0               | < 0,001        |
|        | 2011  | 0,7   | 2,4   | 4,3   | 4,0   | 22,6 | 4,6               |                |
| Naiset | 2000  | 1,2   | 2,6   | 4,4   | 12,8  | 44,5 | 8,4               | < 0,001        |
|        | 2011  | 1,1   | 0,9   | 2,9   | 5,9   | 28,2 | 4,9               |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

Liitetaulukko 11.3.2.1. Usean henkilön välisen keskustelun vaikeuksista kuulevien osuus (%).

|        | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| Miehet | 2000  | 94,5  | 85,9  | 74,8  | 65,3  | 42,9 | 78,6              | 0,077          |
|        | 2011  | 93,4  | 89,3  | 81,8  | 62,9  | 41,9 | 80,2              |                |
| Naiset | 2000  | 95,5  | 91,0  | 84,3  | 73,9  | 50,6 | 84,1              | 0,090          |
|        | 2011  | 95,9  | 90,1  | 85,6  | 73,8  | 58,9 | 85,4              |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

Liitetaulukko 11.4.1. Eräiden kognitiivisten tehtävien tulokset (keskiarvo).

|  | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| <b>Kielellinen sujuvuus, lueteltujen sanojen lukumäärä</b> |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 25,3  | 23,9  | 23,4  | 20,4  | 17,0 | 23,0              | < 0,001        |
|  | 2011  | 26,2  | 25,9  | 24,0  | 22,5  | 17,9 | 24,3              |                |
| Naiset   | 2000  | 26,1  | 25,2  | 24,1  | 20,7  | 16,4 | 23,7              | < 0,001        |
|  | 2011  | 27,3  | 26,7  | 24,7  | 23,0  | 18,2 | 25,1              |                |
| <b>Opittujen sanojen lukumäärä 3. esityskerralla</b>       |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 8,5   | 8,0   | 7,6   | 6,8   | 5,7  | 7,7               | < 0,001        |
|  | 2011  | 8,7   | 8,5   | 7,9   | 7,3   | 6,4  | 8,1               |                |
| Naiset   | 2000  | 9,0   | 8,7   | 8,2   | 7,5   | 6,2  | 8,3               | < 0,001        |
|  | 2011  | 9,2   | 9,0   | 8,6   | 8,1   | 6,8  | 8,6               |                |
| <b>Viivästetty mieleenpalautus, säilymisprosentti</b>      |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 89,0  | 85,8  | 82,3  | 75,9  | 67,5 | 82,8              | < 0,001        |
|  | 2011  | 90,7  | 89,5  | 84,4  | 80,7  | 70,1 | 85,6              |                |
| Naiset   | 2000  | 90,5  | 86,9  | 85,3  | 77,8  | 66,7 | 84,3              | < 0,001        |
|  | 2011  | 93,1  | 91,2  | 88,1  | 84,6  | 72,0 | 88,3              |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

Liitetaulukko 11.5.1. Sosiaalisen toimintakyvyn ongelmia kokevien osuus (%).

|  | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| <b>Vuorovaikutusongelmia<sup>3</sup></b>       |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 3,2   | 2,3   | 2,8   | 5,5   | 23,9 | 5,2               | < 0,001        |
|  | 2011  | 5,6   | 6,9   | 6,7   | 7,5   | 20,0 | 8,1               |                |
| Naiset   | 2000  | 2,4   | 1,8   | 2,4   | 6,5   | 29,9 | 5,9               | 0,029          |
|  | 2011  | 4,7   | 5,9   | 5,1   | 5,0   | 26,2 | 7,1               |                |
| <b>Läheisen ihmissuhteen puute<sup>4</sup></b> |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 1,6   | 2,2   | 3,6   | 2,1   | 2,8  | 2,3               | < 0,001        |
|  | 2011  | 0,2   | 0,8   | 1,8   | 0,6   | 1,0  | 0,9               |                |
| Naiset   | 2000  | 0,8   | 1,6   | 1,2   | 2,4   | 2,6  | 1,5               | 0,001          |
|  | 2011  | 0,3   | 0,8   | 0,5   | 0,9   | 0,4  | 0,5               |                |
| <b>Käytännön avun puute<sup>5</sup></b>        |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 3,1   | 4,4   | 5,3   | 2,3   | 3,3  | 3,8               | < 0,001        |
|  | 2011  | 0,2   | 1,2   | 1,8   | 0,3   | 0,5  | 0,9               |                |
| Naiset   | 2000  | 1,4   | 1,5   | 2,5   | 3,2   | 3,4  | 2,1               | 0,023          |
|  | 2011  | 1,1   | 1,3   | 0,9   | 1,5   | 2,8  | 1,3               |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

<sup>3</sup> ainakin jonkin verran vaikeuksia asioiden hoitamisessa yhdessä muiden kanssa tai asioiden esittämisessä vieraille ihmisille

<sup>4</sup> arvioi, ettei kukaan välitä minusta, tapahtuipa minulle mitä tahansa

<sup>5</sup> arvioi, ettei saa keneltäkään käytännön apua, kun sitä tarvitsee

Liitetaulukko 11.6.1. Koettu työkyky vuosina 2000 ja 2011 eräiden työkyvyn osoittimien mukaan.

|  | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74          | 30–64 <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|----------------|--------------------|----------------|
| <b>Täysin työkykyisenä itseään pitävien osuus (%)</b>  |       |       |       |       |                |                    |                |
| Miehet   | 2000  | 92,3  | 80,3  | 54,6  | 32,9           | 78,7               | < 0,001        |
|  | 2011  | 91,1  | 87,8  | 71,0  | 54,8           | 85,0               |                |
| Naiset   | 2000  | 93,6  | 83,0  | 53,5  | 29,6           | 79,7               | < 0,001        |
|  | 2011  | 91,4  | 86,2  | 69,4  | 52,1           | 84,3               |                |
| <b>Keskimääräinen työkykypistemäärä (0–10 pistettä, 10 = työkyky parhaimmillaan)</b>   |       |       |       |       |                |                    |                |
| Miehet   | 2000  | 8,7   | 7,8   | 6,5   | 5,7            | 7,9                | < 0,001        |
|  | 2011  | 8,8   | 8,4   | 7,3   | 6,7            | 8,3                |                |
| Naiset   | 2000  | 8,9   | 8,2   | 6,8   | 5,9            | 8,1                | < 0,001        |
|  | 2011  | 8,9   | 8,5   | 7,5   | 6,8            | 8,4                |                |
| <b>Oman arvionsa mukaan kahden vuoden kuluttua samassa ammatissa työskentelemään pystyvien osuus (%) viimeksi kuluneen vuoden aikana työssä olleista</b> |       |       |       |       |                |                    |                |
| Miehet   | 2000  | 96,4  | 90,8  | 78,9  | – <sup>3</sup> | 91,4               | < 0,001        |
|  | 2011  | 97,8  | 94,9  | 89,7  | – <sup>3</sup> | 95,4               |                |
| Naiset   | 2000  | 97,0  | 90,8  | 69,3  | – <sup>3</sup> | 90,0               | < 0,001        |
|  | 2011  | 97,4  | 94,0  | 82,0  | – <sup>3</sup> | 93,7               |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30–64 sukupuolittain

<sup>3</sup> riskiväestön lukumäärä < 17

Liitetaulukko 11.7.1. Pukeutumisesta ja varpaankynsien leikkaamisesta vaikeuksista suorituvien osuus (%) 55 vuotta täyttäneistä.

|                                     | Vuosi | 55–64 | 65–74 | 75 + | 55 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|-------------------------------------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| <b>Pukeutuminen</b>                 |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet                              | 2000  | 96,4  | 90,6  | 70,6 | 88,5              | 0,313          |
|                                     | 2011  | 93,9  | 93,4  | 78,6 | 89,8              |                |
| Naiset                              | 2000  | 93,8  | 91,7  | 69,3 | 87,1              | 0,051          |
|                                     | 2011  | 93,3  | 93,6  | 75,4 | 89,1              |                |
| <b>Varpaan kynsien leikkaaminen</b> |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet                              | 2000  | 92,1  | 80,1  | 44,6 | 77,3              | 0,158          |
|                                     | 2011  | 88,7  | 81,4  | 62,5 | 79,6              |                |
| Naiset                              | 2000  | 89,6  | 77,9  | 40,8 | 74,0              | 0,923          |
|                                     | 2011  | 88,6  | 78,2  | 42,4 | 74,2              |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 55 + sukupuolittain

Liitetaulukko 11.7.2. Kaupassa asioinnista ja raskaasta siivoustyöstä vaikeuksista suorituvien osuus (%).

|                          | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| <b>Kaupassa asiointi</b> |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet                   | 2000  | 98,5  | 97,6  | 97,3  | 91,2  | 65,1 | 93,6              | 0,219          |
|                          | 2011  | 97,7  | 97,4  | 94,9  | 94,8  | 77,7 | 94,4              |                |
| Naiset                   | 2000  | 99,0  | 97,5  | 94,5  | 87,4  | 52,0 | 90,9              | 0,034          |
|                          | 2011  | 97,3  | 95,9  | 94,5  | 91,8  | 62,7 | 92,1              |                |
| <b>Raskas siivoustyö</b> |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet                   | 2000  | 96,9  | 92,9  | 85,3  | 72,3  | 35,1 | 83,7              | 0,093          |
|                          | 2011  | 94,6  | 91,6  | 86,3  | 78,9  | 51,6 | 85,2              |                |
| Naiset                   | 2000  | 94,8  | 85,4  | 73,2  | 54,1  | 19,2 | 74,1              | 0,650          |
|                          | 2011  | 89,3  | 82,5  | 75,6  | 61,9  | 25,4 | 74,5              |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

Liitetaulukko 11.9.1. Kuulemisen tai liikkumisen apuvälineitä käyttävien osuus (%).

|                                | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| <b>Kuulemisen apuvälineet</b>  |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet                         | 2000  | 0,3   | 0,6   | 1,5   | 6,6   | 15,9 | 3,2               | 0,132          |
|                                | 2011  | 0,3   | 0,7   | 2,3   | 6,7   | 20,5 | 3,9               |                |
| Naiset                         | 2000  | 0,4   | 0,1   | 1,7   | 3,2   | 14,9 | 2,6               | 0,289          |
|                                | 2011  | 0,5   | 1,0   | 1,5   | 3,4   | 16,0 | 2,9               |                |
| <b>Liikkumisen apuvälineet</b> |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet                         | 2000  | 0,6   | 2,3   | 3,5   | 7,8   | 40,6 | 6,9               | 0,123          |
|                                | 2011  | 1,3   | 1,1   | 4,8   | 6,2   | 30,9 | 6,0               |                |
| Naiset                         | 2000  | 0,6   | 0,7   | 3,6   | 11,9  | 47,6 | 8,0               | 0,099          |
|                                | 2011  | 0,7   | 2,2   | 4,8   | 10,3  | 52,2 | 8,8               |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30+ sukupuolittain



## LUKU 12

Liitetaulukko 12.1. Sosiaalisen pääoman eri ulottuvuuksien osoittimia.

|   | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| <b>Vähintään kerran kuukaudessa kerho- tai yhdistystoimintaan osallistuvien osuus (%)</b> |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet  | 2000  | 23,4  | 24,6  | 21,6  | 25,4  | 24,6 | 23,9              | 0,005          |
|   | 2011  | 26,9  | 22,5  | 27,2  | 30,4  | 33,2 | 27,0              |                |
| Naiset  | 2000  | 22,8  | 22,1  | 28,8  | 35,4  | 27,3 | 25,9              | 0,443          |
|   | 2011  | 25,3  | 19,4  | 24,7  | 36,6  | 38,8 | 26,7              |                |
| <b>Sukulaisia, ystäviä tai naapureita vähintään kerran viikossa tapaavien osuus (%)</b>   |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet  | 2000  | 40,9  | 34,0  | 36,9  | 42,7  | 43,0 | 38,9              | < 0,001        |
|   | 2011  | 37,0  | 27,0  | 31,4  | 33,6  | 39,9 | 33,1              |                |
| Naiset  | 2000  | 51,0  | 42,8  | 52,4  | 61,9  | 57,0 | 51,5              | 0,002          |
|   | 2011  | 46,2  | 42,1  | 53,5  | 49,2  | 54,4 | 47,8              |                |
| <b>Toisiin ihmisiin luottavien osuus (%)</b>  |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet  | 2000  | 33,0  | 24,2  | 20,5  | 20,0  | 18,2 | 24,8              | < 0,001        |
|   | 2011  | 50,0  | 42,0  | 33,1  | 30,4  | 24,9 | 39,3              |                |
| Naiset  | 2000  | 40,6  | 29,0  | 25,6  | 21,8  | 19,6 | 29,9              | < 0,001        |
|   | 2011  | 57,4  | 49,8  | 37,0  | 32,7  | 29,3 | 44,9              |                |
| <b>Vastavuoroisuuteen luottavien osuus (%)</b>  |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet  | 2000  | 15,1  | 11,5  | 8,5   | 9,7   | 12,8 | 11,7              | < 0,001        |
|   | 2011  | 29,1  | 21,1  | 18,5  | 14,4  | 19,2 | 21,8              |                |
| Naiset  | 2000  | 21,4  | 15,7  | 12,6  | 15,4  | 13,4 | 16,5              | < 0,001        |
|   | 2011  | 35,0  | 26,5  | 22,9  | 18,9  | 18,2 | 26,3              |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

LUKU 13

Liitetaulukko 13.1. Elämänlaatu kahden osoittimen mukaan.

|   | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| <b>15D-elämänlaatumittarin tulos (asteikko 0–1)</b>                         |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet  | 2000  | 0,95  | 0,92  | 0,90  | 0,87  | 0,78 | 0,91              | < 0,001        |
|   | 2011  | 0,95  | 0,94  | 0,92  | 0,90  | 0,83 | 0,92              |                |
| Naiset  | 2000  | 0,95  | 0,92  | 0,90  | 0,87  | 0,79 | 0,90              | < 0,001        |
|   | 2011  | 0,94  | 0,93  | 0,92  | 0,90  | 0,84 | 0,92              |                |
| <b>EuroQol-elämänlaatumittarin (EQ-5D) tulos (asteikko 0–1)<sup>3</sup></b> |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet  | 2000  | 0,89  | 0,84  | 0,80  | 0,76  | 0,62 | 0,82              | < 0,001        |
|   | 2011  | 0,89  | 0,86  | 0,81  | 0,81  | 0,70 | 0,84              |                |
| Naiset  | 2000  | 0,88  | 0,83  | 0,77  | 0,72  | 0,59 | 0,79              | < 0,001        |
|   | 2011  | 0,87  | 0,83  | 0,81  | 0,77  | 0,66 | 0,82              |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30+ sukupuolittain

<sup>3</sup> suomalaisilla VAS-preferenssikertoimilla painotettu

## LUKU 14

Liitetaulukko 14.1.1. Viimeksi kuluneen vuoden aikana työssä olleiden 30–64-vuotiaiden työpaikoilla toteutettujen työterveyttä edistävien toimenpiteiden yleisyys 12 viime kuukauden aikana (%).

|  | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 30–64 <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|--------------------|----------------|
| <b>Työn ruumiillista kuormitusta vähentävät toimenpiteet</b> |       |       |       |       |                    |                |
| Miehet   | 2000  | 22,7  | 22,8  | 20,4  | 22,5               | 0,005          |
|  | 2011  | 26,5  | 25,8  | 29,9  | 27,1               |                |
| Naiset   | 2000  | 20,6  | 23,7  | 16,8  | 21,2               | 0,002          |
|  | 2011  | 26,6  | 25,8  | 24,3  | 26,0               |                |
| <b>Työn henkistä rasittavuutta vähentävät toimenpiteet</b>   |       |       |       |       |                    |                |
| Miehet   | 2000  | 20,2  | 19,3  | 18,8  | 19,6               | < 0,001        |
|  | 2011  | 27,4  | 27,4  | 27,1  | 27,4               |                |
| Naiset   | 2000  | 28,0  | 26,6  | 17,5  | 25,7               | 0,004          |
|  | 2011  | 30,2  | 31,3  | 26,1  | 30,3               |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30-64 sukupuolittain

Liitetaulukko 14.2.1. Sairaanhoidopalveluja viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana vähintään kerran käyttäneiden osuus (%).

|  | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| <b>Käynyt terveyskeskuslääkärin vastaanotolla</b>                                    |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 32,5  | 31,9  | 48,0  | 61,3  | 60,1 | 42,6              | < 0,001        |
|  | 2011  | 20,7  | 20,8  | 37,2  | 55,5  | 58,3 | 32,9              |                |
| Naiset   | 2000  | 49,8  | 43,9  | 55,5  | 71,4  | 63,8 | 53,9              | < 0,001        |
|  | 2011  | 34,0  | 32,8  | 36,4  | 63,4  | 64,6 | 41,7              |                |
| <b>Käynyt sairaalan poliklinikalla</b>   |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 15,8  | 20,2  | 22,4  | 29,2  | 25,4 | 21,4              | 0,027          |
|  | 2011  | 13,1  | 13,1  | 21,6  | 24,6  | 38,2 | 18,9              |                |
| Naiset   | 2000  | 22,9  | 23,8  | 28,1  | 28,3  | 24,8 | 25,1              | 0,105          |
|  | 2011  | 21,2  | 18,2  | 24,8  | 27,5  | 32,0 | 23,3              |                |
| <b>Käynyt yksityislääkärin vastaanotolla</b>   |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 13,8  | 16,8  | 20,9  | 21,4  | 22,6 | 17,9              | 0,009          |
|  | 2011  | 12,6  | 12,8  | 16,8  | 18,2  | 21,7 | 15,2              |                |
| Naiset   | 2000  | 27,3  | 38,3  | 35,5  | 30,7  | 28,2 | 32,2              | < 0,001        |
|  | 2011  | 24,5  | 22,4  | 28,0  | 26,3  | 22,5 | 24,8              |                |
| <b>Käynyt terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla tai tavannut tämän kotona</b> |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 31,4  | 35,6  | 39,1  | 42,6  | 40,5 | 36,3              | 0,133          |
|  | 2011  | 40,8  | 40,3  | 36,3  | 31,9  | 42,0 | 38,2              |                |
| Naiset   | 2000  | 40,8  | 39,6  | 42,7  | 46,1  | 45,8 | 42,2              | 0,336          |
|  | 2011  | 47,5  | 41,6  | 39,4  | 31,8  | 42,5 | 41,0              |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

Liitetaulukko 14.2.2. Työterveyspalveluja viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyttäneiden osuus (%).

|  | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 30–64 <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|--------------------|----------------|
| <b>Käynyt työterveyslääkärin vastaanotolla</b> |       |       |       |       |                    |                |
| Miehet   | 2000  | 27,5  | 27,3  | 16,1  | 24,5               | < 0,001        |
|  | 2011  | 36,6  | 38,3  | 23,3  | 33,6               |                |
| Naiset   | 2000  | 30,2  | 31,8  | 18,8  | 27,8               | < 0,001        |
|  | 2011  | 41,1  | 39,1  | 31,1  | 38,0               |                |
| <b>Käynyt työterveyshoitajan vastaanotolla</b> |       |       |       |       |                    |                |
| Miehet   | 2000  | 22,9  | 25,0  | 12,4  | 20,8               | < 0,001        |
|  | 2011  | 34,2  | 31,2  | 19,2  | 29,2               |                |
| Naiset   | 2000  | 23,1  | 25,7  | 14,6  | 21,7               | < 0,001        |
|  | 2011  | 27,0  | 31,8  | 23,0  | 27,7               |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

Liitetaulukko 14.3.1. Fysioterapiassa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana lääkärin lähettämänä käyneiden osuus (%).

|        | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| Miehet | 2000  | 9,0   | 8,3   | 8,7   | 7,7   | 16,6 | 9,1               | < 0,001        |
|        | 2011  | 13,4  | 13,0  | 13,1  | 9,8   | 9,4  | 12,3              |                |
| Naiset | 2000  | 12,9  | 17,7  | 16,5  | 15,8  | 10,8 | 15,0              | 0,016          |
|        | 2011  | 14,8  | 20,2  | 19,3  | 14,6  | 16,0 | 17,1              |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30+ sukupuolittain

Liitetaulukko 14.4.1. Mielenterveysongelmien takia terveyspalveluja viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana käyttäneiden osuus (%).

|        | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| Miehet | 2000  | 4,2   | 6,7   | 3,5   | 1,3   | 2,9  | 4,1               | 0,420          |
|        | 2011  | 5,5   | 3,3   | 4,0   | 0,5   | 3,1  | 3,7               |                |
| Naiset | 2000  | 8,0   | 9,8   | 6,4   | 3,3   | 1,7  | 6,7               | 0,101          |
|        | 2011  | 11,3  | 10,5  | 6,6   | 2,4   | 2,2  | 7,7               |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

Liitetaulukko 14.5.1. Terveyskeskus- ja yksityishammaslääkärillä 12 kuukauden aikana käyneiden osuus (%).

|  | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| <b>Käynyt terveystieteidenhammaslääkärillä</b> |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 24,4  | 12,1  | 14,1  | 12,0  | 13,1 | 16,5              | < 0,001        |
|  | 2011  | 24,1  | 27,0  | 18,8  | 23,4  | 20,9 | 23,7              |                |
| Naiset   | 2000  | 32,9  | 16,8  | 14,9  | 12,6  | 8,8  | 20,0              | < 0,001        |
|  | 2011  | 29,4  | 28,7  | 24,3  | 22,9  | 15,7 | 26,5              |                |
| <b>Käynyt yksityisellä hammaslääkärillä</b>    |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 27,1  | 37,8  | 39,9  | 26,1  | 19,8 | 31,7              | 0,933          |
|  | 2011  | 21,8  | 32,1  | 41,7  | 37,5  | 27,2 | 31,7              |                |
| Naiset   | 2000  | 33,2  | 48,2  | 45,8  | 28,8  | 18,1 | 37,1              | 0,856          |
|  | 2011  | 25,8  | 40,9  | 46,0  | 41,8  | 27,8 | 37,0              |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

Liitetaulukko 14.6.1. Sairaalan vuodeosastolla viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana olleiden osuus (%).

|        | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| Miehet | 2000  | 7,2   | 8,8   | 12,1  | 19,1  | 28,5 | 12,7              | 0,269          |
|        | 2011  | 5,8   | 7,7   | 12,0  | 16,8  | 30,2 | 11,8              |                |
| Naiset | 2000  | 10,3  | 9,1   | 13,4  | 20,4  | 33,1 | 14,6              | 0,019          |
|        | 2011  | 12,0  | 9,9   | 9,3   | 13,2  | 28,0 | 12,6              |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

Liitetaulukko 14.7.1. Reseptilääkettä tutkimushetkellä käyttävien osuus (%).

|        | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| Miehet | 2000  | 30,9  | 48,6  | 66,9  | 78,8  | 90,9 | 55,8              | 0,026          |
|        | 2011  | 36,4  | 48,4  | 68,5  | 81,7  | 91,7 | 58,2              |                |
| Naiset | 2000  | 52,1  | 68,0  | 80,2  | 86,2  | 91,4 | 70,7              | 0,328          |
|        | 2011  | 51,3  | 63,7  | 77,5  | 87,5  | 95,6 | 69,7              |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

Liitetaulukko 14.8.1. Lääkärinhuion tarpeen esiintyvyys (%) tutkittavien oman ilmoituksen perusteella.

|  | Vuosi | 30-44 | 45-54 | 55-64 | 65-74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| <b>Tarvitsee jatkuvaa tai toistuvaa lääkärihuionta</b>               |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 16,2  | 28,8  | 45,1  | 61,0  | 68,4 | 37,8              | < 0,001        |
|  | 2011  | 15,1  | 18,1  | 29,9  | 42,6  | 51,6 | 27,1              |                |
| Naiset   | 2000  | 25,0  | 40,0  | 52,1  | 61,5  | 72,3 | 45,2              | < 0,001        |
|  | 2011  | 22,0  | 31,2  | 37,6  | 44,5  | 54,0 | 34,0              |                |
| <b>Tarvitsee, mutta ei saa jatkuvaa tai toistuvaa lääkärihuionta</b> |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 11,5  | 14,1  | 14,6  | 16,4  | 16,6 | 14,1              | < 0,001        |
|  | 2011  | 3,8   | 5,5   | 6,6   | 6,0   | 6,9  | 5,5               |                |
| Naiset   | 2000  | 10,9  | 15,2  | 17,3  | 20,5  | 16,9 | 15,4              | < 0,001        |
|  | 2011  | 5,3   | 6,4   | 8,2   | 8,9   | 8,2  | 7,0               |                |

<sup>1</sup> ikäväkioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

Liitetaulukko 14.9.1. Jotakin kuntoutusta tarvitsevien osuus (%) tutkittavien oman ilmoituksen perusteella.

|        | Vuosi | 30-44 | 45-54 | 55-64 | 65-74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| Miehet | 2000  | 20,4  | 34,9  | 37,7  | 42,1  | 57,2 | 34,2              | < 0,001        |
|        | 2011  | 13,1  | 23,0  | 25,0  | 27,9  | 36,7 | 22,4              |                |
| Naiset | 2000  | 22,6  | 42,3  | 46,4  | 43,5  | 34,9 | 36,4              | < 0,001        |
|        | 2011  | 15,4  | 29,6  | 30,2  | 30,2  | 41,2 | 26,6              |                |

<sup>1</sup> ikäväkioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

LUKU 15

Liitetaulukko 15.1.1. Avun tarve, saanti, päivittäisen avun saanti ja tyydyttymätön avun tarve (%).

|  | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| <b>Apua tarvitsevien osuus (%)</b>                           |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 1,0   | 3,0   | 3,9   | 15,3  | 45,0 | 8,3               | 0,010          |
|  | 2011  | 2,9   | 2,1   | 5,9   | 6,1   | 30,4 | 6,6               |                |
| Naiset   | 2000  | 2,3   | 6,1   | 12,3  | 27,0  | 62,5 | 14,8              | < 0,001        |
|  | 2011  | 1,6   | 3,7   | 7,4   | 13,9  | 51,4 | 10,0              |                |
| <b>Apua saavien osuus (%)</b>                                |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 1,2   | 2,5   | 2,9   | 13,3  | 41,6 | 7,7               | 0,003          |
|  | 2011  | 2,4   | 1,2   | 4,4   | 5,2   | 28,8 | 5,7               |                |
| Naiset   | 2000  | 1,8   | 4,7   | 9,7   | 20,3  | 58,1 | 12,6              | < 0,001        |
|  | 2011  | 1,8   | 2,4   | 5,2   | 9,0   | 45,0 | 8,1               |                |
| <b>Vähintään kerran päivässä apua saavien osuus (%)</b>      |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 0,6   | 1,1   | 2,2   | 7,3   | 23,5 | 4,2               | 0,128          |
|  | 2011  | 1,5   | 0,8   | 3,0   | 2,8   | 17,2 | 3,4               |                |
| Naiset   | 2000  | 1,0   | 2,7   | 3,7   | 6,7   | 24,6 | 5,2               | 0,002          |
|  | 2011  | 0,6   | 0,9   | 3,3   | 4,4   | 19,1 | 3,7               |                |
| <b>Tyydyttymättömän<sup>1</sup> avuntarpeen yleisyys (%)</b> |       |       |       |       |       |      |                   |                |
| Miehet   | 2000  | 0,0   | 0,6   | 1,3   | 3,8   | 8,8  | 1,7               | 0,941          |
|  | 2011  | 0,5   | 0,8   | 2,8   | 2,1   | 5,1  | 1,8               |                |
| Naiset   | 2000  | 0,7   | 1,9   | 4,1   | 9,9   | 12,4 | 4,2               | 0,061          |
|  | 2011  | 0,4   | 1,5   | 3,2   | 5,9   | 13,0 | 3,4               |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain

<sup>3</sup> niiden osuus, jotka tarvitsevat apua, mutta saavat sitä liian vähän tai eivät lainkaan

Liitetaulukko 15.2.1. Toista henkilöä kotona selviytymisessä auttavien osuus (%).

|        | Vuosi | 30–44 | 45–54 | 55–64 | 65–74 | 75 + | 30 + <sup>1</sup> | p <sup>2</sup> |
|--------|-------|-------|-------|-------|-------|------|-------------------|----------------|
| Miehet | 2000  | 13,5  | 16,1  | 15,2  | 12,5  | 9,1  | 14,1              | < 0,001        |
|        | 2011  | 16,0  | 23,5  | 21,6  | 19,3  | 22,3 | 20,1              |                |
| Naiset | 2000  | 14,6  | 21,6  | 20,4  | 16,8  | 8,1  | 17,1              | < 0,001        |
|        | 2011  | 14,7  | 26,7  | 28,6  | 24,2  | 10,7 | 21,5              |                |

<sup>1</sup> ikävakioitu

<sup>2</sup> vuosien 2000 ja 2011 välinen ero ikäryhmässä 30 + sukupuolittain



## LUKU 16

Liitetaulukko 16.1.1. Eräiden terveyden ja toimintakyvyn osoittimien sekä vaara- ja suojatekijöiden ikävakioidu<sup>1</sup> yleisyys (%) tai keskiarvo koulutusryhmittäin sukupuolen mukaan (ikäryhmä 30 +, ellei toisin mainita).

| Muuttuja <sup>2</sup>   | Perusaste | Keskiaste | Korkea-aste | Yht. | p <sup>3</sup> |
|---|-----------|-----------|-------------|------|----------------|
| <b>Miehet</b>   |           |           |             |      |                |
| Liikkumista haittaavat tekijät asunnossa  | 14,9      | 13,5      | 4,5         | 12,7 | 0,126          |
| Kulutuksesta tinkiminen   | 34,8      | 37,9      | 22,2        | 33,2 | <sup>4</sup>   |
| Ulkoinen häirittejä työssä  | 78,4      | 78,2      | 39,6        | 62,2 | < 0,001        |
| Irtisanominen/lomautus uhkaa  | 47,1      | 44,4      | 42,4        | 43,9 | 0,556          |
| Päivittäin tupakoivien osuus  | 30,0      | 19,9      | 11,8        | 17,9 | <sup>4</sup>   |
| Raittiiden osuus  | 25,1      | 18,2      | 12,3        | 18,4 | < 0,001        |
| Vihanneksia päivittäin  | 39,3      | 48,6      | 63,9        | 51,3 | < 0,001        |
| Vapaa-ajalla liikkumattomien osuus  | 43,7      | 32,0      | 21,8        | 31,4 | < 0,001        |
| Enintään 6 tuntia vuorokaudessa nukkuvien osuus   | 22,3      | 19,3      | 16,4        | 19,1 | 0,116          |
| Lihavien osuus  | 25,6      | 24,3      | 16,8        | 22,2 | < 0,001        |
| Kohonneen verenpaineen esiintyvyys  | 15,4      | 15,4      | 13,8        | 14,9 | 0,694          |
| Hyperkolesterolemia   | 11,8      | 11,7      | 9,6         | 11,0 | 0,397          |
| Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus  | 64,6      | 75,6      | 82,9        | 74,6 | < 0,001        |
| Ainakin yhden pitkäaikaissairauden ilmoittaneiden osuus                                       | 48,7      | 39,6      | 32,6        | 39,7 | < 0,001        |
| Sydäninfarkti   | 5,4       | 4,6       | 3,2         | 4,6  | 0,083          |
| Diabetes (itse ilmoitettu)  | 14,2      | 10,8      | 8,1         | 10,2 | <sup>4</sup>   |
| Astma   | 11,1      | 7,2       | 8,6         | 8,1  | <sup>4</sup>   |
| Keuhkoputkien ahtauman (spirometriassa FEV1/FVC alle 70 %) esiintyvyys                        | 12,9      | 11,7      | 13,9        | 12,7 | 0,401          |
| Kyykistys vaikeutunut   | 25,5      | 17,6      | 16,8        | 20,9 | 0,015          |
| Yläraajan nosto sivukautta vaikeutunut  | 14,0      | 10,1      | 6,4         | 10,9 | 0,018          |
| GHQ-12 summapistemäärä yli 3 pistettä   | 14,1      | 14,5      | 11,8        | 13,5 | 0,355          |
| Viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana koetun vakavan masennustilan esiintyvyys <sup>5</sup> | 3,9       | 3,8       | 3,4         | 3,7  | 0,913          |

| Muuttuja <sup>2</sup>  | Perusaste | Keskiaste | Korkea-aste | Yht. | p <sup>3</sup> |
|--|-----------|-----------|-------------|------|----------------|
| Viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana ilmenneen alkoholihäiriön esiintyvyys                        | 5,7       | 3,2       | 2,8         | 3,1  | <sup>4</sup>   |
| Hampaattomat <sup>5</sup>  | 11,9      | 6,5       | 3,2         | 8,0  | < 0,001        |
| Suunsa terveyden hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus  | 67,7      | 69,0      | 78,2        | 71,6 | < 0,001        |
| Jokin pysyvä vamma   | 13,4      | 13,6      | 11,0        | 12,7 | 0,182          |
| Tahattoman lapsettomuuden yleisyys   | 4,6       | 10,7      | 14,2        | 10,9 | < 0,001        |
| Puolen kilometrin kävely   | 85,4      | 93,3      | 95,8        | 91,2 | < 0,001        |
| Keskimääräinen puristusvoima   | 46,2      | 47,4      | 47,9        | 47,2 | 0,018          |
| Heikentyneen kaukonäön ( $V \leq 0,5$ ) yleisyys (%).  | 7,2       | 16,5      | 6,3         | 4,7  | <sup>4</sup>   |
| Kielellinen sujuvuus, lueteltujen sanojen lukumäärä  | 21,3      | 23,5      | 27,0        | 24,1 | < 0,001        |
| Opittujen sanojen lukumäärä 3. esityskerralla  | 7,5       | 8,0       | 8,5         | 8,0  | < 0,001        |
| Kokee itsensä yksinäiseksi melko usein tai jatkuvasti  | 17,1      | 5,5       | 6,5         | 5,7  | <sup>4</sup>   |
| Oma arvio nykyisestä työkyvystä suhteessa siihen, kuinka hyvä työkyky on parhaimmillaan ollut (=10). | 7,3       | 7,9       | 8,5         | 8,0  | < 0,001        |
| Toisiin ihmisiin luottavien osuus  | 31,6      | 33,8      | 47,0        | 37,7 | < 0,001        |
| Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittari (WHO-QOL-8) keskiarvo, (asteikko 1–5)                   | 3,9       | 3,9       | 4,2         | 4,0  | <sup>4</sup>   |
| Terveystarkastuksessa viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana käyneiden osuus                       | 76,6      | 77,2      | 76,4        | 76,6 | <sup>4</sup>   |
| Käynyt terveyskeskuslääkärin vastaanotolla   | 40,1      | 34,2      | 26,0        | 31,4 | <sup>4</sup>   |
| Käynyt sairaalan poliklinikalla  | 16,2      | 19,5      | 17,6        | 17,9 | 0,258          |
| Käynyt työterveyslääkärin vastaanotolla  | 23,0      | 28,8      | 35,4        | 30,4 | < 0,001        |
| Käynyt yksityislääkärin vastaanotolla  | 11,0      | 13,3      | 19,7        | 14,4 | <sup>4</sup>   |
| Tarvitsee, mutta ei saa jatkuvaa tai toistuvaa lääkärihoitoa   | 6,3       | 6,1       | 4,2         | 5,6  | 0,202          |

| Muuttuja <sup>2</sup>   | Perusaste | Keskiaste | Korkea-aste | Yht. | p <sup>3</sup> |
|---|-----------|-----------|-------------|------|----------------|
| <b>Naiset</b>   |           |           |             |      |                |
| Liikkumista haittaavat tekijät asunnossa  | 22,6      | 21,8      | 11,9        | 20,9 | 0,128          |
| Kulutuksesta tinkiminen   | 43,4      | 38,9      | 29,0        | 34,5 | <sup>4</sup>   |
| Ulkoiset haittatekijät työssä   | 65,7      | 70,0      | 55,4        | 60,8 | < 0,001        |
| Irtisanominen/lomautus uhkaa  | 37,7      | 37,7      | 34,9        | 36,0 | 0,593          |
| Päivittäin tupakoivien osuus  | 27,9      | 18,8      | 8,2         | 13,7 | <sup>4</sup>   |
| Raittiiden osuus  | 32,7      | 27,1      | 16,0        | 25,3 | <sup>4</sup>   |
| Vihanneksia päivittäin  | 54,5      | 60,2      | 68,9        | 62,9 | <sup>4</sup>   |
| Vapaa-ajalla liikkumattomien osuus  | 34,3      | 30,4      | 23,7        | 28,6 | < 0,001        |
| Enintään 6 tuntia vuorokaudessa nukkuvien osuus   | 22,6      | 22,3      | 16,0        | 19,7 | 0,001          |
| Lihavien osuus  | 27,4      | 28,4      | 21,0        | 25,1 | < 0,001        |
| Kohonneen verenpaineen esiintyvyys  | 12,7      | 14,1      | 10,6        | 12,3 | 0,076          |
| Hyperkolesterolemia   | 14,8      | 16,3      | 12,2        | 14,1 | 0,042          |
| Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus  | 57,6      | 71,8      | 78,4        | 72,0 | <sup>4</sup>   |
| Ainakin yhden pitkäaikaissairauden ilmoittaneiden osuus                                       | 53,9      | 44,1      | 37,8        | 43,1 | <sup>4</sup>   |
| Sydäninfarkti   | 2,2       | 1,4       | 1,8         | 2,0  | 0,365          |
| Diabetes (itse ilmoitettu)  | 10,6      | 7,2       | 5,5         | 7,9  | <sup>4</sup>   |
| Astma   | 13,1      | 11,4      | 10,6        | 11,6 | 0,296          |
| Keuhkoputkien ahtauman (spirometriassa FEV1/FVC alle 70 %) esiintyvyys                        | 10,8      | 7,8       | 9,9         | 8,7  | <sup>4</sup>   |
| Kyykistys vaikeutunut   | 45,7      | 38,4      | 30,5        | 39,6 | < 0,001        |
| Yläraajan nosto sivukautta vaikeutunut  | 8,5       | 9,2       | 7,2         | 8,3  | 0,586          |
| GHQ-12 summapistemäärä yli 3 pistettä   | 21,4      | 15,8      | 15,6        | 17,2 | 0,050          |
| Viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana koetun vakavan masennustilan esiintyvyys <sup>5</sup> | 13,1      | 6,2       | 7,4         | 6,9  | <sup>4</sup>   |
| Viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana ilmenneen alkoholihäiriön esiintyvyys                 | 13,1      | 0,8       | 0,7         | 0,9  | <sup>4</sup>   |
| Hampaattomat <sup>5</sup>   | 16,1      | 8,9       | 3,4         | 11,5 | < 0,001        |
| Suunsa terveyden hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus                                     | 74,7      | 75,1      | 84,5        | 78,8 | < 0,001        |

| Muuttuja <sup>2</sup>  | Perusaste | Keskiaste | Korkea-aste | Yht. | p <sup>3</sup> |
|--|-----------|-----------|-------------|------|----------------|
| Jokin pysyvä vamma   | 7,7       | 8,8       | 5,2         | 7,0  | 0,011          |
| Raskauden keskeytys  | 31,9      | 25,9      | 12,7        | 18,2 | < 0,001        |
| Raskauskomplikaation ainakin yhden raskauden aikana kokeneiden osuus kaikista raskaana olleista naisista | 42,4      | 35,4      | 30,0        | 32,7 | 0,107          |
| Tahattoman lapsettomuuden yleisyys   | 12,2      | 17,0      | 21,1        | 18,3 | 0,001          |
| Puolen kilometrin kävely   | 84,2      | 90,0      | 91,4        | 87,6 | < 0,001        |
| Keskimääräinen puristusvoima   | 28,0      | 28,8      | 29,5        | 28,9 | < 0,001        |
| Heikentyneen kaukonäön (V ≤ 0,5) yleisyys (%).   | 9,3       | 14,0      | 4,6         | 6,3  | <sup>4</sup>   |
| Kielellinen sujuvuus, lueteltujen sanojen lukumäärä  | 22,3      | 23,8      | 26,5        | 24,5 | < 0,001        |
| Opittujen sanojen lukumäärä 3. esityskerralla  | 8,0       | 8,4       | 8,8         | 8,5  | < 0,001        |
| Kokee itsensä yksinäiseksi melko usein tai jatkuvasti  | 9,0       | 6,4       | 5,2         | 6,7  | 0,059          |
| Oma arvio nykyisestä työkyvystä suhteessa siihen, kuinka hyvä työkyky on parhaimmillaan ollut (=10).     | 7,3       | 8,0       | 8,4         | 8,1  | < 0,001        |
| Toisiin ihmisiin luottavien osuus  | 30,8      | 40,5      | 51,4        | 43,0 | < 0,001        |
| Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittari (WHO-QOL-8) keskiarvo, (asteikko 1–5)                       | 3,7       | 4,0       | 4,1         | 4,0  | <sup>4</sup>   |
| Terveystarkastuksessa viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana käyneiden osuus                           | 63,9      | 72,4      | 77,4        | 71,7 | < 0,001        |
| Käynyt terveyskeskuslääkärin vastaanotolla   | 45,0      | 46,1      | 38,3        | 40,1 | <sup>4</sup>   |
| Käynyt sairaalan poliklinikalla  | 24,6      | 25,2      | 22,8        | 22,0 | <sup>4</sup>   |
| Käynyt työterveyslääkärin vastaanotolla  | 26,3      | 31,0      | 40,4        | 35,5 | < 0,001        |
| Käynyt yksityislääkärin vastaanotolla  | 18,6      | 20,8      | 28,4        | 23,5 | < 0,001        |
| Tarvitsee, mutta ei saa jatkuvaa tai toistuvaa lääkärihoitoa   | 15,1      | 7,6       | 5,7         | 7,3  | <sup>4</sup>   |

<sup>1</sup> luvut on ikävakiointu mallin avulla erikseen molemmille sukupuolille. Yhteensä-sarakkeen luvut ovat ikävakiointu-mallia, joten ne saattavat poiketa jonkin verran raportin muissa osissa esitetyistä sukupuolittaisista luvuista

<sup>2</sup> kuvaus käytetyistä muuttujista ja muuttujakohtaisista aineistorajauksista liitetäulukossa 16.2.2

<sup>3</sup> koulutusryhmien välinen tasoero

<sup>4</sup> tilastollisesti merkitsevä (p < 0,05) ikä-koulutus-yhdysvaikutus

<sup>5</sup> ikä jatkuvana

Liitetaulukko 16.2.1. Eräiden terveyden ja toimintakyvyn osoittimien sekä vaara- ja suojatekijöiden ikävakioidu<sup>1</sup> yleisyys (%) tai keskiarvo erityisvastuualueittain sukupuolen mukaan (ikäryhmä 30 +, ellei toisin mainita).

| Muuttuja <sup>2</sup>   | HYKS | TYKS | TAYS | KYS  | OYS  | yht. | p <sup>3</sup> |
|---|------|------|------|------|------|------|----------------|
| <b>Miehet</b>   |      |      |      |      |      |      |                |
| Liikkumista haittaavat tekijät asunnossa  | 9,7  | 34,1 | 18,5 | 13,7 | 6,7  | 12,7 | <sup>4</sup>   |
| Kulutuksesta tinkiminen   | 31,9 | 31,5 | 36,5 | 31,9 | 34,6 | 33,2 | <sup>4</sup>   |
| Ulkoinen haittatekijä työssä  | 53,2 | 63,5 | 63,3 | 70,6 | 69,6 | 62,2 | 0,001          |
| Irtisanominen tai lomautus uhkaa  | 44,9 | 45,4 | 38,1 | 43,1 | 49,4 | 43,9 | 0,244          |
| Päivittäin tupakoivien osuus <sup>5</sup>   | 16,6 | 18,7 | 18,0 | 18,2 | 19,7 | 17,9 | 0,782          |
| Raittiiden osuus  | 14,6 | 21,0 | 15,6 | 22,1 | 24,8 | 18,6 | 0,001          |
| Vihanneksia päivittäin  | 58,0 | 52,4 | 50,6 | 46,9 | 41,4 | 51,2 | < 0,001        |
| Vapaa-ajalla liikkumattomien osuus  | 30,2 | 37,6 | 28,3 | 34,0 | 31,3 | 31,6 | 0,071          |
| Enintään 6 tuntia vuorokaudessa nukkuvien osuus   | 20,1 | 20,5 | 19,9 | 16,8 | 17,0 | 19,1 | 0,596          |
| Lihavien osuus  | 20,7 | 22,9 | 25,1 | 22,8 | 20,2 | 22,3 | 0,352          |
| Kohonneen verenpaineen esiintyvyys  | 13,2 | 13,8 | 16,7 | 15,0 | 15,8 | 14,8 | 0,527          |
| Hyperkolesterolemia   | 10,1 | 9,8  | 13,4 | 9,7  | 11,8 | 11,0 | 0,415          |
| Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus  | 76,9 | 69,3 | 74,7 | 73,6 | 74,2 | 74,5 | <sup>4</sup>   |
| Ainakin yhden pitkäaikaissairauden ilmoittaneiden osuus                                       | 34,8 | 44,5 | 38,4 | 45,9 | 40,7 | 39,8 | < 0,001        |
| Sydäninfarkti   | 3,9  | 4,2  | 4,7  | 5,2  | 6,6  | 4,7  | 0,423          |
| Diabetes (itse ilmoitettu)  | 10,2 | 9,9  | 9,5  | 12,1 | 9,9  | 10,3 | 0,678          |
| Astma   | 6,9  | 8,0  | 7,0  | 10,7 | 9,7  | 8,2  | 0,141          |
| Keuhkoputkien ahtauman (spirometriassa FEV1/FVC alle 70 %) esiintyvyys                        | 15,2 | 13,1 | 11,0 | 10,1 | 13,1 | 12,8 | 0,153          |
| Kyykistys vaikeutunut   | 19,8 | 21,6 | 20,9 | 24,7 | 18,8 | 21,1 | 0,588          |
| Yläraajan nosto sivukautta vaikeutunut  | 11,6 | 11,7 | 13,5 | 9,3  | 7,0  | 11,0 | 0,455          |
| GHQ-12 summapistemäärä yli 3 pistettä   | 15,6 | 19,7 | 9,6  | 12,4 | 10,8 | 13,5 | 0,001          |
| Viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana koetun vakavan masennustilan esiintyvyys <sup>5</sup> | 4,2  | 6,9  | 2,3  | 3,6  | 2,2  | 3,7  | <sup>4</sup>   |

| Muuttuja <sup>2</sup>   | HYKS | TYKS | TAYS | KYS  | OYS  | yht. | p <sup>3</sup> |
|---|------|------|------|------|------|------|----------------|
| Viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana ilmenneen alkoholihäiriön esiintyvyys                       | 4,0  | 4,1  | 2,2  | 2,2  | 2,4  | 3,0  | <sup>4</sup>   |
| Hampaattomat <sup>5</sup>   | 4,5  | 4,9  | 10,2 | 8,2  | 15,3 | 8,0  | < 0,001        |
| Suunsa terveyden hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus   | 74,3 | 68,9 | 71,8 | 67,9 | 71,7 | 71,6 | <sup>4</sup>   |
| Jokin pysyvä vamma  | 11,7 | 16,9 | 11,4 | 12,6 | 13,8 | 12,8 | 0,056          |
| Tahattoman lapsettomuuden yleisyys  | 11,5 | 7,8  | 11,8 | 9,6  | 12,4 | 10,9 | 0,502          |
| Puolen kilometrin kävely  | 93,1 | 88,4 | 91,8 | 87,8 | 92,2 | 91,0 | 0,007          |
| Keskimääräinen puristusvoima  | 45,9 | 47,1 | 48,5 | 47,0 | 48,0 | 47,2 | < 0,001        |
| Heikentyneen kaukonäön (V ≤ 0,5) yleisyys (%).  | 17,0 | 27,6 | 3,8  | 5,7  | 17,5 | 4,8  | <sup>4</sup>   |
| Kielellinen sujuvuus, lueteltujen sanojen lukumäärä   | 24,7 | 24,1 | 23,5 | 23,2 | 24,7 | 24,1 | <sup>4</sup>   |
| Opittujen sanojen lukumäärä 3. esityskerralla   | 8,1  | 7,9  | 8,0  | 7,9  | 7,9  | 8,0  | <sup>4</sup>   |
| Kokee itsensä yksinäiseksi melko usein tai jatkuvasti   | 6,1  | 8,0  | 4,8  | 4,5  | 5,7  | 5,7  | 0,397          |
| Oma arvio nykyisestä työkyvystä suhteessa siihen, kuinka hyvä työkyky on parhaimmillaan ollut (=10) | 8,2  | 7,7  | 8,1  | 7,6  | 8,1  | 8,0  | < 0,001        |
| Toisiin ihmisiin luottavien osuus   | 39,1 | 34,3 | 39,5 | 40,3 | 33,0 | 37,8 | 0,165          |
| Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittari (WHO-QOL-8) keskiarvo, (asteikko 1–5)                  | 4,0  | 3,8  | 4,0  | 4,0  | 4,0  | 4,0  | 0,004          |
| Terveystarkastuksessa viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana käyneiden osuus                      | 76,5 | 76,1 | 76,5 | 79,9 | 73,6 | 76,6 | 0,599          |
| Käynyt terveyskeskuslääkärin vastaanotolla  | 29,5 | 31,4 | 33,8 | 33,7 | 29,5 | 31,5 | 0,573          |
| Käynyt sairaalan poliklinikalla   | 17,2 | 21,8 | 16,6 | 20,3 | 16,8 | 18,0 | <sup>4</sup>   |
| Käynyt työterveyslääkärin vastaanotolla   | 33,3 | 29,0 | 31,8 | 29,1 | 25,4 | 30,5 | 0,202          |
| Käynyt yksityislääkärin vastaanotolla   | 19,1 | 14,8 | 13,0 | 11,8 | 9,2  | 14,4 | <sup>4</sup>   |
| Tarvitsee mutta ei saa jatkuvaa tai toistuvaa lääkärihoitoa   | 5,7  | 6,0  | 4,2  | 9,3  | 10,8 | 5,6  | <sup>4</sup>   |

| Muuttuja <sup>2</sup>   | HYKS | TYKS | TAYS | KYS  | OYS  | yht. | p <sup>3</sup> |
|---|------|------|------|------|------|------|----------------|
| <b>Naiset</b>   |      |      |      |      |      |      |                |
| Liikkumista haittaavat tekijät asunnossa  | 20,6 | 17,8 | 20,3 | 29,7 | 13,2 | 20,8 | 0,030          |
| Kulutuksesta tinkiminen   | 33,0 | 35,5 | 36,1 | 34,5 | 36,1 | 34,6 | <sup>4</sup>   |
| Ulkoisen haittatekijä työssä  | 56,8 | 62,5 | 61,4 | 65,7 | 64,3 | 60,8 | 0,145          |
| Irtisanominen tai lomautus uhkaa  | 36,6 | 32,8 | 35,2 | 38,3 | 38,1 | 36,2 | 0,765          |
| Päivittäin tupakoivien osuus <sup>5</sup>   | 14,3 | 11,4 | 13,6 | 13,4 | 16,2 | 13,7 | <sup>4</sup>   |
| Raittiiden osuus  | 19,4 | 24,7 | 25,1 | 30,6 | 37,0 | 25,5 | < 0,001        |
| Vihanneksia päivittäin  | 65,4 | 63,2 | 60,6 | 61,4 | 60,9 | 62,8 | 0,395          |
| Vapaa-ajalla liikkumattomien osuus  | 30,2 | 31,0 | 25,9 | 28,3 | 28,0 | 28,7 | <sup>4</sup>   |
| Enintään 6 tuntia vuorokaudessa nukkuvien osuus   | 19,1 | 20,7 | 18,3 | 19,7 | 22,2 | 19,7 | 0,784          |
| Lihavien osuus  | 24,3 | 27,0 | 24,2 | 22,6 | 29,6 | 25,0 | 0,172          |
| Kohonneen verenpaineen esiintyvyys  | 12,3 | 8,3  | 11,1 | 12,5 | 17,6 | 12,2 | 0,013          |
| Hyperkolesterolemia   | 14,3 | 13,9 | 12,9 | 13,7 | 16,8 | 14,2 | 0,576          |
| Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus  | 72,5 | 68,0 | 73,2 | 71,9 | 70,5 | 71,7 | 0,215          |
| Ainakin yhden pitkäaikaissairauden ilmoittaneiden osuus                                       | 39,3 | 43,5 | 44,1 | 49,8 | 43,2 | 43,3 | 0,011          |
| Sydäninfarkti   | 1,5  | 1,6  | 1,9  | 2,9  | 2,4  | 2,0  | 0,360          |
| Diabetes (itse ilmoitettu)  | 6,4  | 10,4 | 6,3  | 10,4 | 8,1  | 7,9  | 0,007          |
| Astma   | 11,4 | 11,3 | 10,1 | 14,0 | 13,2 | 11,8 | 0,330          |
| Keuhkoputkien ahtauman (spirometriassa FEV1/FVC alle 70 %) esiintyvyys                        | 11,1 | 8,5  | 5,9  | 19,7 | 7,7  | 8,7  | <sup>4</sup>   |
| Kyykistys vaikeutunut   | 39,2 | 37,3 | 40,8 | 47,5 | 33,0 | 39,9 | 0,014          |
| Yläraajan nosto sivukautta vaikeutunut  | 9,8  | 13,5 | 8,3  | 6,6  | 5,2  | 8,7  | 0,058          |
| GHQ-12 summapistemäärä yli 3 pistettä   | 19,7 | 18,1 | 16,2 | 16,0 | 13,8 | 17,3 | 0,101          |
| Viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana koetun vakavan masennustilan esiintyvyys <sup>5</sup> | 7,8  | 7,5  | 5,7  | 6,9  | 5,2  | 6,9  | 0,410          |
| Viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana ilmenneen alkoholihäiriön esiintyvyys                 | 0,9  | 0,5  | 1,4  | 1,2  | 0,4  | 0,9  | <sup>4</sup>   |
| Hampaattomat <sup>5</sup>   | 7,0  | 10,2 | 12,3 | 14,0 | 17,9 | 11,5 | < 0,001        |
| Suunsa terveyden hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus                                     | 79,6 | 77,5 | 80,4 | 76,4 | 79,0 | 78,8 | 0,599          |

| Muuttuja <sup>2</sup>   | HYKS | TYKS | TAYS | KYS  | OYS  | yht. | p <sup>3</sup> |
|---|------|------|------|------|------|------|----------------|
| Jokin pysyvä vamma  | 5,8  | 7,8  | 6,8  | 10,0 | 7,3  | 7,2  | 0,055          |
| Raskauden keskeytys   | 16,3 | 20,5 | 18,3 | 21,3 | 17,5 | 18,2 | 0,618          |
| Raskauskomplikaation ainakin yhden raskauden aikana kokeneiden osuus kaikista raskaana olleista naisista (%). | 30,5 | 30,6 | 31,9 | 38,4 | 34,3 | 32,7 | 0,445          |
| Tahattoman lapsettomuuden yleisyys  | 21,0 | 17,7 | 16,4 | 16,9 | 16,2 | 18,3 | 0,243          |
| Puolen kilometrin kävely  | 86,5 | 87,0 | 88,7 | 87,2 | 86,9 | 87,3 | 0,604          |
| Keskimääräinen puristusvoima  | 28,3 | 29,0 | 29,0 | 29,4 | 29,1 | 28,8 | 0,015          |
| Heikentyneen kaukonäön ( $V \leq 0,5$ ) yleisyys (%).   | 6,7  | 6,4  | 16,6 | 17,3 | 6,6  | 6,3  | <sup>4</sup>   |
| Kielellinen sujuvuus, lueltujen sanojen lukumäärä   | 24,9 | 24,1 | 24,2 | 24,7 | 23,9 | 24,5 | 0,195          |
| Opittujen sanojen lukumäärä 3. esityskerralla   | 8,5  | 8,4  | 8,5  | 8,5  | 8,5  | 8,5  | 0,609          |
| Kokee itsensä yksinäiseksi melko usein tai jatkuvasti   | 6,4  | 9,2  | 6,4  | 5,7  | 7,4  | 6,8  | 0,371          |
| Oma arvio nykyisestä työkyvystä suhteessa siihen, kuinka hyvä työkyky on parhaimmillaan ollut (=10).          | 8,1  | 7,8  | 8,0  | 8,0  | 8,1  | 8,0  | 0,183          |
| Toisiin ihmisiin luottavien osuus   | 45,8 | 36,1 | 41,7 | 44,7 | 42,4 | 42,9 | 0,024          |
| Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittari (WHO-QOL-8) keskiarvo, (asteikko 1–5)                            | 4,0  | 3,9  | 4,0  | 4,0  | 4,1  | 4,0  | <sup>4</sup>   |
| Terveystarkastuksessa viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana käyneiden osuus                                | 70,5 | 72,1 | 71,2 | 74,2 | 72,0 | 71,7 | 0,741          |
| Käynyt terveyskeskuslääkärin vastaanotolla  | 38,8 | 41,1 | 41,1 | 44,1 | 38,5 | 40,5 | 0,259          |
| Käynyt sairaalan poliklinikalla   | 23,5 | 23,9 | 19,4 | 24,1 | 20,0 | 22,3 | 0,242          |
| Käynyt työterveyslääkärin vastaanotolla   | 41,0 | 33,4 | 35,3 | 28,9 | 29,8 | 35,4 | 0,002          |
| Käynyt yksityislääkärin vastaanotolla   | 26,5 | 27,0 | 20,3 | 20,1 | 20,8 | 23,4 | 0,009          |
| Tarvitsee, mutta ei saa jatkuvaa tai toistuvaa lääkärihoitoa  | 8,0  | 7,1  | 5,4  | 9,8  | 5,4  | 7,3  | 0,110          |

<sup>1</sup> luvut on ikävakioitu mallin avulla erikseen molemmille sukupuolille. Yhteensä-sarakkeen luvut ovat ikävakioimattomia, joten ne saattavat poiketa jonkin verran raportin muissa osissa esitetystä sukupuolittaisista luvuista

<sup>2</sup> kuvaus käytetyistä muuttujista ja muuttujakohtaisista aineistorajauksista liitetaulukossa 16.2.2

<sup>3</sup> alueiden välinen tasoero

<sup>4</sup> tilastollisesti merkitsevä ( $p < 0,05$ ) ikä - alue-yhdysvaikutus

<sup>5</sup> Ikä jatkuvana



Liitetaulukko 16.2.2. Liitetaulukoissa 16.1.1. ja 16.2.1. tarkasteltavat muuttujat ja muuttujakohtaiset aineiston rajaukset.

| Nimi   | Kuvaus  | Rajaukset ym.  |
|--|---|----------------|
| Liikkumista haittaavat tekijät asunnossa                               | Haittaavat portaat, hissien puute, kynnykset, kapeat oviaukot tai tukikahvojen puute (luku 11.8)                                | Ikäryhmä 70 +  |
| Kulutuksesta tinkiminen: joutuu tinkimään kulutuksesta (luku 4.3)      | Joutuu tinkimään kulutuksesta (luku 4.3)  |                |
| Ulkoinen häiritteijä työssä  | Melu, pöly, värinä, kemikaalit, kaasut, tupakansavu, kylmyys, kuumuus, veto, riittämätön valaistus (luku 4.4)                   | Ikäryhmät < 65 |
| Irtisanominen tai lomautus uhkaa                                       | Työtehtävien lakkautuksen, toisiin tehtäviin siirron, lomautuksen, irtisanomisen tai pitkäaikaisen työttömyyden uhka (luku 4.4) | Ikäryhmät < 65 |
| Päivittäin tupakoivien osuus   | Luku 5.1  |                |
| Raittiiden osuus   | Ei käytä tällä hetkellä alkoholia (luku 5.2)  |                |
| Vihanneksia päivittäin   | Tuoreita vihanneksia tai juureksia päivittäin käyttävien osuus (luku 5.3)   |                |
| Vapaa-ajalla liikkumattomien osuus                                     | Vapaa-ajan liikuntaa harrastamattomien osuus (luku 5.4)   |                |
| Enintään 6 tuntia vuorokaudessa nukkuvien osuus                        |   |                |
| Lihavien osuus   | BMI vähintään 30 kg/m <sup>2</sup> (luku 6.1)   |                |
| Kohonneen verenpaineen esiintyvyys                                     | Systolinen verenpaine vähintään 160 mmHg tai diastolinen verenpaine vähintään 95 mmHg (luku 6.2)                                |                |
| Hyperkolesterolemia  | Selvästi kohonnut kolesteroli (vähintään 6,5 mmol/l) (luku 6.3)   |                |
| Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus                   | Luku 7.1  |                |
| Ainakin yhden pitkäaikaissairauden ilmoittaneiden osuus                | Luku 7.2  |                |
| Sydäninfarkti  | Luku 8.1  |                |
| Diabetes (itse ilmoitettu)   | Luku 8.1  |                |
| Astma  | Lääkärin toteama astma (Luku 8.2)   |                |
| Keuhkoputkien ahtauman (spirometriassa FEV1/FVC alle 70 %) esiintyvyys | Spirometriassa FEV1/FVC alle 70 % (luku 8.2)  |                |
| Kyykistys vaikeutunut  | Luku 8.3  | Ikäryhmät 55 + |

| Nimi   | Kuvaus   | Rajaukset ym.                             |
|--|--|---|
| Yläraajan nosto sivukautta vaikeutunut   | Luku 8.3   | Ikäryhmät 55 +                            |
| GHQ-12 summapistemäärä yli 3 pistettä  | GHQ-12 yli 3 pistettä (luku 8.4)   |   |
| Viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana koetun vakavan masennustilajakson esiintyvyys                                      | Luku 8.4   | Ikä mallissa jatkuvana (alue ja koulutus) |
| Viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana ilmenneen alkoholihäiriön esiintyvyys  | Luku 8.4   |   |
| Hampaattomat   | Haastattelussa ilmoitetun hampaattomuuden yleisyys (%) (luku 8.5)  | Ikä mallissa jatkuvana (alue ja koulutus) |
| Suunsa terveyden hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus  | Luku 8.5   |   |
| Jokin pysyvä vamma   | Lääkärin toteaman tapaturmasta johtuvan pysyvän vamman yleisyys (%) tutkittavien oman ilmoituksen perusteella (luku 9) |   |
| Raskauden keskeytys  | Luku 10.1  | Ikäryhmät < 55-vuotiaat                   |
| Raskauskomplikaation <sup>1</sup> ainakin yhden raskauden aikana kokeneiden osuus kaikista raskaana olleista naisista (%). | Raskausmyrkytys (toksemia), kohonnut verenpaine, valkuaista virtsassa ja/tai kohonneet verensokeriarvot (luku 10.1)    | Ikäryhmät < 55-vuotiaat                   |
| Tahattoman lapsettomuuden yleisyys   | Vähintään yksi vuosi tuloksetonta raskauden yrittämistä jossakin vaiheessa elämää (luku 10.1)                          | Ikäryhmät < 70-vuotiaat                   |
| Puolen kilometrin kävely   | Puolen kilometrin kävely vaikeuksitta (luku 11.1)  |   |
| Keskimääräinen puristusvoima   | Maksimaalinen puristusvoima (kp) (luku 11.1)   |   |
| Heikentyneen kaukonäön ( $V \leq 0,5$ ) yleisyys (%).  | Luku 11.3  |   |
| Kielellinen sujuvuus, lueteltujen sanojen lukumäärä  | Luku 11.4  |   |
| Opittujen sanojen lukumäärä 3. esityskerralla  | Luku 11.4  |   |
| Kokee itsensä yksinäiseksi melko usein tai jatkuvasti  | Luku 11.5  |   |

| Nimi   | Kuvaus   | Rajaukset ym.           |
|--|--|-------------------------|
| Oma arvio nykyisestä työkyvystä suhteessa siihen, kuinka hyvä työkyky on parhaimmillaan ollut (=10). | Keskimääräinen työkykypistemäärä (0–10 pistettä, 10 = työkyky parhaimmillaan) (luku 11.6)  | Ikäryhmät < 75-vuotiaat |
| Toisiin ihmisiin luottavien osuus  | Luku 12  |                         |
| Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittari (WHO-QOL-8) keskiarvo, (asteikko 1-5)                   | Luku 13  |                         |
| Terveystarkastuksessa viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana käyneiden osuus                       | Ajokortti-, työhöntulo-, muu työ- tai opiskeluterveyshuollon tarkastus, työttömille tai tietyille ikäryhmälle tehtävä tai raskauden ehkäisyyn, raskauteen tai synnytykseen liittyvä tarkastus tai muu terveystarkastus (luku 14.1) |                         |
| Käynyt terveyskeskuslääkärin vastaanotolla   | Käynyt terveyskeskuslääkärin vastaanotolla viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana (luku 14.2)   |                         |
| Käynyt sairaalan poliklinikalla  | Käynyt sairaalan poliklinikalla viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana (luku 14.2)  |                         |
| Käynyt työterveyslääkärin vastaanotolla  | Käynyt työterveyslääkärin vastaanotolla viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana (luku 14.2)  | Ikäryhmät < 65-vuotiaat |
| Käynyt yksityislääkärin vastaanotolla  | Käynyt yksityislääkärin vastaanotolla viimeksi kuluneen 12 kuukauden aikana (luku 14.2)  |                         |
| Tarvitsee, mutta ei saa jatkuvaa tai toistuvaa lääkärinhoitoa  | Luku 14.4  |                         |