



Väestön koettu hyvinvointi hyvinvointialueilla — mistä se muodostuu?

Hyvinvoinnin kuvaaminen kokonaisvaltaisesti vaatii monia erilaisia indikaattoreita. On hyvä ymmärtää, mitä lisäarvoa indikaattorit tuovat suhteessa toisiinsa, ja mitä eroja mittareilla on hyvinvoinnista muodostuvan kuvan kannalta. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella: 1) miten koetun hyvinvoinnin eri mittarit kattavat hyvinvoinnin eri ulottuvuuksia ja miten ne suhtautuvat toisiinsa, 2) tarkastella näiden mittareiden avulla sitä, mitä eroja väestön hyvinvoinnissa on hyvinvointialueilla, ja 3) tutkia sosiodemografisten ja -ekonomisten tekijöiden yhteyksiä koettuun hyvinvointiin eri mittareiden avulla.

Tutkimusta varten kerättiin suomenkielistä aikuisväestöä (18–79-v.) edustava kyselyaineisto (n=2187), joka sisältää tiedot koetusta hyvinvoinnista, terveydestä ja elämänlaadusta useilla mittareilla, koetusta toimijuudesta ja taustatekijöistä (ikä, sukupuoli, siviilisäätö, sosioekonominen asema, pitkäaikaissairaudet). Aineistoa analysoitiin hyödyntäen kuvailevia tilastollisia menetelmiä, pääkomponenttianalyysiä ja monimuuttujaregressioanalyysiä.

Mittareista tunnistettiin kuusi faktoria, joista koetut mahdollisuudet ja taloudellinen tilanne tuovat lisätietoa suhteessa terveyteen liittyvän elämälaadun mittareihin. Korkea ikä, korkea koulutus ja korkeat kotitalouden tulot olivat yhteydessä parempaan koettuun hyvinvointiin.

On tärkeää, että hyvinvoinnin tilan arvioinnissa otetaan huomioon hyvinvoinnin moniulotteisuus — erityisesti mittareiden valinnassa, joka muuten voi vaikuttaa lopputuloksiin ja niiden tulkintaan. Mahdollisuuksien huomioiminen täydentää terveyteen painottuvia elämänlaatumittareita pitäen sisällään myös sosiaalisen hyvinvoinnin näkökulmia. Hyvinvoinnin moniulotteisuuden ja taustatekijöiden laaja-alainen huomioiminen tukevat hyvinvointialueita suuntaamaan palveluita ja ehkäisevää toimintaa vaikuttavammin asukkaidensa moninaiset hyvinvointitarpeet ja eri elämäntilanteet huomioiden.

ASIASANAT: Elämänlaatu, terveys, hyvinvointi, hyvinvointialue

LAURA J. PITKÄNEN, PAULUS TORKKI, JANNE MARTIKAINEN, MIKKO NUUTINEN, KRISTA KAUPPI, PIIA LAVIKAINEN, TOMI MÄKI-OPAS

YDINASIAT

- Terveyden ja hyvinvoinnin käsitteet ovat moniulotteisia, väestön hyvinvointia mitataan usein terveyteen liittyvän elämänlaadun mittareilla.
- Tämän tutkimuksen perusteella tuloilla ja työllisyysstatuksella on tärkeä rooli yksilön hyvinvoinnissa. Lisäksi koetut mahdollisuudet osoittautuivat tärkeäksi hyvinvoinnin edellytykseksi.
- Tuloksia voidaan hyödyntää valittaessa koetun hyvinvoinnin mittareita johtamisen tueksi ja kansallista vertailua varten.

JOHDANTO

Vuoden 2023 alusta aloittaneille hyvinvointialueille keskeistä on pystyä mittaamaan ja seuraamaan asukkaitensa hyvinvointia, terveydentilaa ja toimintakykyä. Tämä tieto on tärkeää niin hyvinvointialueen johdolle kuin kansalliselle ohjaukselle, jotta alueiden palvelut ja ehkäisevä toiminta voidaan kohdentaa vaikuttavasti vastaamaan asukkaiden tarpeisiin. Lisäksi hyvinvoinnin, terveyden ja toimintakyvyn (sisältäen työkyvyn) mittaaminen mahdollistaa palveluiden kokonais-

valtaisen vaikuttavuuden arvioinnin. Hyvinvointialueilla tarvitaan spesifien ehkäisevien toimenpiteiden ja palveluketjujen vaikuttavuuden arvioinnin ohella kuva väestön yleisestä terveydentilasta ja hyvinvoinnista.

Terveys (eng. Health) on pitkään ymmärretty Maailman terveysjärjestön (WHO) määritelmän (1) mukaisesti: täydellisenä fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena terveytenä. Määritelmä ei ole täysin ongelmaton – voidaan mm. kysyä, onko tällainen täydellinen terveydentila mahdollinen. Myöhemmin Huber ja tutkimusryhmä (2) ovat päätyneet määrittelemään terveyden kyvyksi sopeutua, selvitä tai pärjätä (“the ability to adapt and to self-manage”).

Hyvinvoinnin (eng. Wellbeing) määrittelyssä ei ole saavutettu samanlaista konsensusta kuin terveyden määrittelyssä. Yksimielisiä ollaan kuitenkin siitä, että hyvinvointi on muutakin kuin sairauden poissaoloa, se on moniulotteista ja dynaamista, ja sitä voi jatkuvasti kehittää (3). Sen mittaamisessa erotetaan usein subjektiivinen (koettu) ja objektiivinen hyvinvointi (4). WHO:n hyvinvoinnin määritelmässä korostuu positiivinen visio yksilön ja myös yhteiskunnan hyvinvoinnista (5). Hyvinvoinnin kohdalla WHO:n määritelmä erottuu selkeästi siitä perinteisestä näkökulmasta, jossa terveys nähdään vain sairauden puutteena. Tässä WHO:n määritelmässä terveys on osa hyvinvointia ja koostuu fyysisestä, psyykkisestä, sosiaalisesta ja hengellisestä ulottuvuudesta. Yhteiskunnan hyvinvointi on kiinni sen asukkaiden hyvinvoinnista, mutta toisaalta yhteiskunta pystyy tavoitteellisesti investoimaan (vrt. hyvinvointitalous-ajattelu) sen asukkaiden hyvinvointia edistäviin edellytyksiin, kuten esimerkiksi toimintamahdollisuuksiin ja taitoihin ja mahdollisuuksiin näiden avulla ylläpitää ja edistää omaan hyvinvointia (6-11). Hyvinvointitutkimuksen näkökulmasta keskeistä on siten mitata ja tarkastella hyvinvointia ja sen edellytyksiä moniulotteisesti sekä huomioida myös siihen liittyvä eriarvoisuus esim. väestöryhmien ja alueiden välillä (12, 13).

Yksi tapa tarkastella hyvinvointia on elämänlaadun (eng. Quality of Life, QoL) käsite, joka kattaa terveyden lisäksi ympäristötekijöitä: elämänlaatua mitataan tavallisesti terveyttä, elinoloja sekä erilaisia subjektiivista hyvinvointia kuvaavia tekijöitä eri tavoin painottaen (6, 14-17). Subjektiivisen hyvinvoinnin tutkimusperin-

teessä elämänlaatua lähestytään yksilöiden omien arvioiden perusteella. Tällöin oletetaan, että hyvinvointi voidaan määritellä ihmisten kokemusten avulla, ja että kokemuksia on mahdollista verrata toisiinsa (6, 16). Tässä tutkimuksessa nojaututaan WHO:n määritelmään elämänlaadusta tyytyväisyytenä terveyteen ja yleiseen elämänlaatuun, sekä yksilöidymmin fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin sekä elinympäristön terveellisyyteen ja keskeisten palvelujen saatavuuteen. (18).

Terveyteen liittyvä elämänlaatu (eng. Health-Related Quality of Life, HRQoL) puolestaan kuvastaa terveyden fyysisistä, psyykkistä ja sosiaalista ulottuvuutta (19). Terveyteen liittyvää elämänlaatua mitattaessa on ensiarvoisen tärkeä ymmärtää, mitä ulottuvuuksia kukin mittari ottaa huomioon ja millaisia painoarvoja eri ulottuvuudet saavat kussakin mittarissa. Jos halutaan mitata yleisesti väestön terveyteen liittyvää elämänlaatua, saattavat eri osa-alueet olla merkityksellisiä kuin silloin, kun halutaan arvioida jonkin intervention vaikutusta terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Eri ulottuvuuksien painoarvoihin vaikuttaa myös se, millaisella preferenssianalyysillä painotukset on tehty (20). Eri mittarit antavat erilaisia tuloksia – esimerkiksi ohitusleikkauspotilailla on havaittu, että EQ-5D-mittarilla saavutettiin laatupainotettuja elinvuosia yli kaksi kertaa useammin kuin 15D-mittarilla, kun taas kliinisesti merkittäviä yleisen elämänlaadun muutoksia saavutettiin helpommin 15D-mittarilla (21).

Hyvinvointi on siis näistä käsitteistä laajin, ja sisältää paljon enemmän ulottuvuuksia kuin terveys (joka puolestaan on muutakin kuin terveyteen liittyvää elämänlaatua). Terveys kuitenkin sisältyy hyvinvointiin, ja siten terveyden kolme perusulottuvuutta sisältyvät myös hyvinvointiin, vaikka eivät olekaan yksinään riittävän kattavat.

Tuoreimman alueellisen tarkastelun perusteella valtaosa suomalaisesta väestöstä kokee terveytensä ja hyvinvointinsa keskimäärin hyväksi (22). Kuitenkin hyvinvointi ja huono-osaisuus kasautuvat epäoikeudenmukaisesti tietyille alueille ja väestöryhmille esim. matalan koulutuksen tai tulotason mukaisesti (13). Nämä hyvinvointitutkimuksen peruseräaatteet (ibid.) on hyvä huomioida, kun arvioidaan kansallisen terveys- ja hyvinvointipolitiikan vaikuttavuutta ja seurataan hyvinvointialueiden toimintaa. Hyvinvointialueiden vastuulla on kokonaisvaltaisen

hyvinvoinnin ja terveyden sekä turvallisuuden edistäminen, toki yhteistyössä kuntien kanssa. Hyvinvointialueiden käynnistyminen tarjoaa paitsi uusia mahdollisuuksia (ns. tiedolla johtamisen ja vaikuttavien toimintatapojen omaksumisen näkökulmasta), myös paljon haasteita: miten palvelut ja toimenpiteet kohdistetaan paitsi taloudellisesti, myös sosiaalinen (esim. tulevien sukupolvien tarpeet, yhdenvertaisuus) ja ekologinen kestävyys (esim. ilmastonmuutos) huomioiden. Tämän perusteella on ilmeistä, etteivät hyvinvointialueiden onnistumista mittaavat ja päätöksentekoa ohjaavat mittarit voi perustua talouden tunnuslukuihin, vaan niiden tulee huomioida myös ihmisten kokemus hyvinvoinnista, elämän merkityksellisyys ja kokemus yhteiskunnan sosiaalisesta laadusta sekä laajemmin planeaarinen hyvinvointi (5, 7, 9).

Hyvinvointialueiden kansallisen ohjauksen ja oman johtamisen pohjaksi tarkoitettussa KUVA-mittaristossa (KUstannukset ja VAikuttavuus) 12 ulottuvuudesta yksi on Hyvinvointi ja terveys, joka sisältää 72 indikaattoria (23). Tietolähteenä on pääosin Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) toteuttaman Kansallinen terveys, hyvinvointi ja palvelut (FinSote) -tutkimus, mitta-reina WHO:n lyhennetty elämänlaatumittari (EuroHIS-8) sekä yksittäiset kysymykset mm. yksinäisyyden kokemuksesta, järjestötoimintaan osallistumisesta ja fyysisestä toimintakyvystä. Lisäksi hyvinvoinnin ja terveyden indikaattoreina on käytetty mm. ahtaasti asuvien osuutta lapsiperheistä (Tilastokeskus), alkoholin kulutusta (THL), sekä menetettyjä elinvuosia (Potential Years of Life Lost, PYLL). Terveyttä ja hyvinvointia kuvataan siis monilla indikaattoreilla, joista osa on perinteisiä terveyteen liittyvän elämänlaadun mittareita, ja osa on sosioekonomisen aseman indikaattoreita. Koska mahdollisia hyvinvointia kuvaavia indikaattoreita on niin monia, on hyvä ymmärtää, mitkä tiedot tuovat lisäarvoa suhteessa toisiinsa. Kansalaisia ei voida rasittaa kohtuuttomasti erilaisilla kyselyillä ja on tärkeä ymmärtää, miten hyvin eri mittarit ottavat huomioon eri hyvinvoinnin näkökulmat ja millaisia vaikutuksia sillä on mittaustulosten tulkinnan kannalta.

Hyvinvointialueet muodostuivat liikkeenluovutuksilla, joissa luovuttajina toimivat kunnat ja kuntayhtymät (24). Pääsääntöisesti suurin liikkeenluovuttaja oli kullakin alueella sairaan-

hoitopiiri. Kun lisäksi terveydenhuollossa on pidempi historia vaikuttavuuden mittaamiselle kuin sosiaalihuollossa (25), lienee todennäköistä, että terveyden ja hyvinvoinnin (ja näiden kautta vaikuttavuuden) mittaaminen tulee rakentumaan alkuvaiheessa vahvasti terveydenhuollon näkökulmasta. Toistaiseksi terveyden ja hyvinvoinnin mittaaminen hyvinvointialueilla näyttääkin painottuvan vahvasti terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Siksi pyrimme tässä tutkimuksessa rakentamaan tämän pohjan päälle ja laajentamaan näkökulmaa hyvinvointiin. Tutkimuksen lähtökohtana on koetun hyvinvoinnin – ja sen osana terveyteen liittyvän elämänlaadun – mittaaminen.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli:

- 1) Tarkastella, miten koetun hyvinvoinnin eri mittarit kattavat hyvinvoinnin eri ulottuvuuksia ja miten ne suhtautuvat toisiinsa.
- 2) Tarkastella koetun hyvinvoinnin eri mittareiden avulla eroja väestön hyvinvoinnin tilassa hyvinvointialueilla.
- 3) Tutkia sosiodemografisten ja -ekonomisten tekijöiden yhteyttä koettuun hyvinvointiin eri mittareilla mitattuna.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Kyselyaineiston keräsi Taloustutkimus Oy alkuvuodesta 2022. Tutkimusryhmä laati kyselylomakkeen, ja Taloustutkimus Oy kutsui vastaajat sähköpostitse osallistumaan tutkimukseen Taloustutkimuksen nettipaneelista, jonka osallistujat on värvätty monikanavaisesti sekä offline- että online-ympäristöissä. Aineisto kuvaa siis hyvinvointialueiden väestön tilannetta ennen järjestämisvastuun siirtoa hyvinvointialueille. Jaottelu on tässä tutkimuksessa tehty tuolloisten sairaanhoitopiirien mukaan, mikä ei yksi yhteen vastaa hyvinvointialuejakoa (mm. Uudenmaan alueita ei voida tässä aineistossa erotella).

Vastaaajajoukon rakenne kiintiöitiin siten, että otos on edustava otos suomenkielisestä, 18–79-vuotiaasta aikuisväestöstä ikäryhmien, sukupuolen ja sairaanhoitopiirien mukaan. Alueellisissa analyyseissä käytettävät painokertoimet laskettiin alueiden väestömäärien perusteella. Tavoitteena oli saada kyselyyn 2000 kiintiöihin sopivaa vastaajaa. Toteutunut vastaajamäärä oli 2196, josta poistettiin 4 alaikäistä ja 5 sellaista vastaajaa, joiden vastaukset vaikuttivat vahvasti toistensa kopioilta. Lopullinen käyttökelpoisten vastausten määrä oli siis 2187.

Kyselylomake sisälsi standardeitua PROM-kyselyitä (Patient-Reported Outcome Measures) sekä muita monivalintakysymyksiä. Aineisto sisältää tietoa vastanneiden terveyteen liittyvästä elämänlaadusta (EQ-5D, PROMIS-10), tyytyväisyydestä elämään (yksi kysymys SWB-10-kyselystä (Subjective Well-Being, SWB)), koetusta toimijuudesta (Self-Reported Capabilities, SRC), terveystyöskäytymisestä, kroonisista sairauksista, työssäkäynnistä ja koetusta työkyvystä sekä taustatekijöistä (mm. ikä, sukupuoli, asuinalue, koulutus, ammattiasema, kotitalouden tulot, median käyttötavat). Kyselylomake löytyy lisämateriaaleista. Kyselyn taustatekijät tulevat Talous-

tutkimuksen paneelin perustiedoista eikä niitä ole siis erikseen tätä tutkimusta varten valikoitu. Käytettävissä olevista taustatekijöistä on tämän tutkimuksen analyyseihin valittu aiemman kirjallisuuden perusteella keskeiset tekijät.

Tutkimuksessa käytetyt standardoidut kyselyt ja niiden kattamat ulottuvuudet on kuvattu Taulukossa 1. Analyyseiden päätulosmuuttujat olivat EQ-5D-5L:n valuaatio, PROMIS-10 fyysinen T-arvo, PROMIS-10 psyykkinen T-arvo, SRC, yleinen elämänlaatu (yksi kysymys PROMIS-10-kyselystä) sekä yleinen tyytyväisyys elämään (yksi kysymys SWB-10-kyselystä).

Taulukko havainnollistaa sen, että EQ-5D-5L

Taulukko 1: Tutkimuksessa käytettyjen kyselyiden ominaisuudet

		Tyytyväisyys elämään (SWB-10-kyselystä)	Self-Reported Capabilities (SRC)	EQ-5D-5L	PROMIS Yleinen terveys (PROMIS-10)
Mittarin kuvaus		1 kysymys	7 kysymystä + yhteenvetokysymys	5 kysymystä	10 kysymystä
Mittarin antamat vertailuluvut	Yleinen tyytyväisyys elämään / elämänlaatu	x (single-item)			x (single-item)
	Yleinen terveys			x	
	Fyysinen				x
	Psyykkinen				x
	Sosiaalinen				
Vertailuluvun vaihteluväli ja tulkinta		0-10; isompi arvo kuvastaa parempaa tilannetta	7-49; isompi arvo kuvastaa parempaa tilannetta	0-1; isompi arvo kuvastaa parempaa tilannetta	0-100; isompi arvo kuvastaa parempaa tilannetta

antaa vain yhden vertailuluvun, vaikka kysymykset kattavat sekä fyysisen että psyykkisen terveyden; viiden kysymyksen kattamat ulottuvuudet muodostavat profiilin. Näistä kullekin ulottuvuudelle on saatavissa maakohtaisesta aineistosta preferenssipainotukset, joiden kautta on mahdollista määrittää terveyteen liittyvä elämänlaatu (HRQoL) asteikolla 0-1, jota yhdistettynä kuolleisuustietoon voidaan käyttää laatu-painotettujen elinvuosien (Quality-Adjusted Life Years, QALY) laskennassa. Suomessa väestön EQ-5D-5L preferenssipainoja ei ole tällä hetkellä saatavissa, minkä vuoksi tässä tutkimuksessa hyödynnettiin Iso-Britannian väestön preferenssipainoja. PROMIS-10 (PROMIS Yleinen terveys)

ei nimestään huolimatta anna yleisen terveyden vertailulukua, vaan erilliset vertailuluvut (T-score) fyysisestä ja psyykkisestä terveydestä. PROMIS-10 sisältää kysymyksen yleisestä elämänlaadusta, ja sitä on tässä tutkimuksessa käytetty yhtenä päätemuuttujana. SRC:n vertailuluvun laskeamiseen ei ole virallista kaavaa, joten tässä tutkimuksessa on käytetty seitsemän ensimmäisen kysymyksen pistemäärien summaa, kuten myös joissakin aiemmissa tutkimuksissa (26). PROMIS-10:n T-arvojen laskemisessa on hyödynnetty TOIMIA-tietokannan ohjeistusta (27), joka perustuu yhdysvaltalaiseen aineistoon.

Tilastollisissa analyyseissä hyödynnettiin kuvaavia tilastollisia tunnuslukuja, pääkompo-

nenttialyysiä ja monimuuttujaregressioanalyysiä. Pääkomponenttianalyysi (PCA, Principal Component Analysis) etsi kysymyskombinaatioita, faktoreita (28). Yksittäinen faktori koostui kyselyn yhteenkuuluvista kysymyksistä eli kysymyksistä, jotka mittasivat samaa asiaa. PCA lasketaan usein perustuen muuttujien Pearsonin lineaariseen korrelaatiomatriisiin. Pearsonin lineaarinen korrelaatio olettaa jatkuvia ja normaali-jakautuneita muuttujia. Tässä tutkimuksessa PCA sovelsi polykorista korrelaatiomatriisia, koska kerätty kyselyaineisto pohjautuu binääriin ja järjestysasteikkokategorioihin. Polykorinen korrelaatio voidaan laskea ilman normaalisuusolettamusta ja se soveltuu järjestysasteikollisen aineiston käsittelyyn (29). Rotaatiomenetelmä oli varimax eli akseleiden välinen suora kulma säilytettiin. Pääkomponenttianalyysiin sisällytettiin standardoitujen kyselyiden (EQ-5D, PROMIS-10, SRC, SWB:n yleisen elämäntyytyväisyyden kysymys) lisäksi taloudellisen tilanteen kysymyksiä sekä pitkäaikaissairauksiin liittyviä kysymyksiä. Lopuksi tarkasteltiin vielä lineaarisen monimuuttujaregressioanalyysin avulla keskeisten sosiodemografisten (ikä, sukupuoli, perhemuoto) ja sosioekonomisten (koulutus, kotitalouden tulot ja ammattiasema) tekijöiden yhteyksiä päätulosmuuttujiin.

Pääkomponenttianalyysi tehtiin R-ohjelmointikielellä (versio 4.1.1). Alueittaiset vertailut tehtiin Microsoft Excelillä (versio 2016). Regressioanalyysi tehtiin IBM SPSS 27-versiolla.

TULOKSET

Tutkimuksessa hyödynnettyä aineistoa kuvailevat tilastolliset tunnusluvut esitellään Taulukossa 2. Näissä ei ole hyödynnetty painoarvoja. Kuvailvien tunnuslukujen perusteella PROMIS-10:n T-arvot (fyysinen ja psyykinen) saavat odotetusti lähellä 50:ä olevat keskiarvot – PROMIS-10:n T-arvot ovat normaalijakautuneita saaden Yhdysvaltain väestössä keskiarvon 50 (30). EQ-5D-5L:n valuaatio on keskimäärin 0,81, ja täydellisen terveyteen liittyvän elämänlaadun raporttoineiden (HRQoL = 1,0) osuus oli 24 %. Vastanneiden iän keskiarvo oli noin 50 ja noin puolet vastanneista oli naisia sekä reilusti puolet olivat yksineläviä tai elivät parisuhteessa ilman lapsia. Enemmistöllä vastaajista oli keskitason tai korkea koulutus sekä puolet heistä oli myös työelämässä. Vastanneiden kotitalouden tulojen (ennen veroja) jakauma oli hyvin tasainen.

Taulukko 2. Kuvailevat tilastolliset tunnusluvut mittareista (n=2187)

Muuttujat	Keskiarvo (keskihajonta) tai n (%)
Tyytyväisyys elämään (SWB-10-kyselystä)	7,31 (0,04)
SRC	38,95 (0,16)
EQ-5D-5L	0,81 (0,004)
PROMIS-10 fyysinen	49,67 (0,17)
PROMIS-10 psyykinen	48,25 (0,19)
PROMIS-10 yleinen elämänlaatu	3,47 (0,02)
Ikä	50,8 (0,34)
Naiset, n (%)	1190 (54,4)
Perhemuoto, n (%)	
Yksinelävä	667 (30,5)
Parisuhteessa, ei lapsia	672 (30,7)
Perhe, vain aikuisia	392 (17,9)
Lapsiperhe	456 (20,9)
Koulutus, n (%)	
Matala	131 (6,0)
Keskitaso	1078 (49,3)
Korkea	978 (44,7)
Kotitalouden tulot (ennen veroja), €	
≤10,000	129 (5,9)
10,001–20,000	214 (9,8)
20,001–30,000	213 (9,7)
30,001–40,000	266 (12,2)
40,001–50,000	234 (10,7)
50,001–60,000	222 (10,2)
60,001–70,000	171 (7,8)
70,001–80,000	136 (6,2)
80,001–90,000	130 (5,9)
>90,000	225 (10,3)
Ei halua kertoa	247 (11,3)
Ammattiasema	
Toissä	1280 (58,5)
Työtön	135 (6,2)
Eläkkeellä	523 (23,9)
Opiskelija ja muut	249 (11,4)

Seuraavaksi tarkastelimme käytettyjen PROMIS-kyselyiden kattamia ulottuvuuksia (Taulukko 3). Tulosten perusteella PROMIS-10 ja EQ-5D eroavat toisistaan kattamiensa terveyden dimensioiden suhteen. EQ-5D ei huomioi sosiaalista dimensiota lainkaan. PROMIS-10 sisältää kaksi kysymystä sosiaalisesta dimensiosta, mutta sosiaalisen hyvinvoinnin vertailuarvoa PROMIS-10 ei anna (ks. Taulukko 1) – sen sijaan sosiaalisen ulottuvuuden kysymyksistä toista hyödynnetään psyykkisen T-arvon laskemisessa, toista ei hyö-

dynnetä lainkaan. Käytetty kysymys SWB-10-kyselystä ei asetu näihin ulottuvuuksiin, vaan kuvaa yleistä tyytyväisyyttä elämään (kysymys: ”Miten

tyytyväinen olet tällä hetkellä elämääsi kaiken kaikkiaan?”). SRC puolestaan ainoana kattaa mahdollisuudet (toimijuuden).

Taulukko 3: Tutkimuksessa käytettyjen mittarien kattamat ulottuvuudet

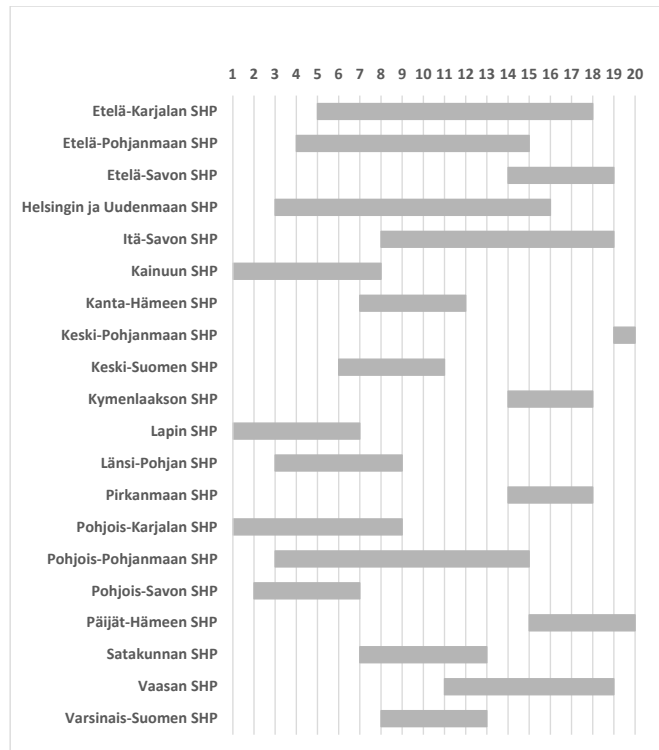
Ulottuvuus	Tyytyväisyys elämään (SWB-10-kyselystä)	Self-Reported Capabilities (SRC)	EQ-5D-5L	PROMIS Yleinen terveys (PROMIS-10)
Fyysinen			x	x
Psyykkinen			x	x
Sosiaalinen				x
Mahdollisuudet / toimijuus		x		

Tämän jälkeen tarkastelimme pääkomponenttianalyysin avulla tarkemmin, millaisia hyvinvoinnin ulottuvuuksia käytettyjen kyselyiden eri kysymykset muodostavat (Taulukko 4). Pääkomponenttianalyysin tulosten perusteella keskeisimmiksi faktoreiksi havaittiin 1) mahdollisuudet, 2) mielenterveys, 3) päivittäiset toimet, 4) taloudellinen tilanne, 5) yleinen terveys sekä 6) sosiaaliset suhteet ja ympäristö. Tarkemmin faktorit on esitetty liitteessä (ml. lataukset). Taulukossa ”SPH” tarkoittaa ”Self-Perceived Health”; ”Muu” tarkoittaa, ettei kysymys perustu mihinkään standardoituun PROM-kyselyyn vaan kyseessä on taloudelliseen tilanteeseen tai pitkäaikaisairauksiin liittyvä taustakysymys.

Nämä 6 faktoria selittivät 66,1 % kokonaisvarianssista tutkimuksen aineistossa. Kuuteen faktoriin päädyttiin laittamalla kysymykset latausarvon mukaan laskevaan järjestykseen ja niputtamalla viiden ryhmiin (5 suurinta arvoa per pääkomponentti). Kuuden faktorin jälkeen mielekkäitä faktoreita ei enää muodostunut. Mahdollisuudet muodostavat selkeän oman faktorinsa (viisi kahdeksasta SRC-kyselyn kysymyksestä), jonka kanssa muiden PROM-kyselyiden kysymykset eivät korreloi. Vastaavasti taloudellisen tilanteen kysymykset muodostavat oman faktorinsa, johon mitkään PROM-kyselyiden kysymykset eivät korreloi.

Seuraavaksi tarkastelimme eri mittareiden tuloksia sairaanhoitopiireittäin ja yhteistyöalueittain. Tulosten keskiarvot sairaanhoitopiireittäin ja yhteistyöalueittain on esitetty lisämateriaaleissa (taulukko 8), samoin mittarien keskinäiset korrelaatiokertoimet (taulukko 9), kun vertaillaan mittaustulosten painotettuja keskiarvoja sairaanhoitopiireittäin.

Kuvio 1 esittää kunkin alueen sijalukujen vaihteluvälin, kun alueet on laitettu paremmuusjärjestykseen kunkin mittarin arvon mukaan.



Kuvio 1: Sairaanhoitopiirien sijaluku (1-20) eri mittareilla mitattuna.

Taulukko 4: Tutkimuksessa tunnistetut faktorit, niihin kuuluvat kysymykset sekä mistä kyselystä kysymys on peräisin.

Kysely Kysymys

Faktori 1: Mahdollisuudet

SRC Mielestäni mahdollisuuteni... tavoitella onnellisuutta elämässäni ovat

SRC Mielestäni mahdollisuuteni... saavuttaa asioita elämässäni ovat

SRC Mielestäni mahdollisuuteni... kaikki edellä mainitut asiat huomioon ottaen, uskon, että mahdollisuuteni ovat

SRC Mielestäni mahdollisuuteni... älyllisiin virikkeisiin elämässäni ovat

SRC Mielestäni mahdollisuuteni... elää terveellistä elämää, ikäni huomioon ottaen, ovat

Faktori 2: Mielenterveys

PROMIS-10 Viimeisten 7 päivän aikana... Miten usein sinua ovat vaivanneet tunne-elämän ongelmat, kuten ahdistuksen, masentuneisuuden tai ärtymyksen tunteet?

EQ-5D AHDISTUNEISUUS / MASENNUS

(muu) Onko sinulla yksi tai useampia seuraavista pitkäaikaissairauksista? Masennus

(muu) Onko sinulla yksi tai useampia seuraavista pitkäaikaissairauksista? Muu mielenterveysongelma

PROMIS-10 Miten arvioit uupumustasi keskimäärin?

Faktori 3: Päivittäiset toimet

EQ-5D ITSESTÄÄN HUOLEHTIMINEN

PROMIS-10 Missä määrin suoriudut päivittäisistä fyysisistä toimistasi, kuten kävelystä, portaissa kulkemisesta, ruokakassien kantamisesta tai tuolin siirtämisestä?

EQ-5D Valitse jokaisen otsikon alta YKSI vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa terveyttäsi TÄNÄÄN.

LIKKUMINEN

EQ-5D TAVANOMAISET TOIMINNOT (esim. ansiotyö, opiskelu, kotityö, vapaa-ajan toiminnot)

EQ-5D KIVUT / VAIVAT

Faktori 4: Taloudellinen tilanne

(muu) Oletko joskus viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana: Jättänyt taloudellisista syistä osallistumasta

ystävien tapaamiseen, harrastuksiin tai muuhun vapaa-ajan toimintaan?

(muu) Oletko joskus viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana: Joutunut tilanteeseen, että ruokarahat lisivät loppuneet?

(muu) Oletko joskus viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana: Hakenut ruoka-apua sukulaiselta tai tuttavalta?

(muu) Oletko joskus viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana: Hakenut ruoka-apua leipäjonosta tai ruokapankista?

(muu) Kotitaloudella voi olla erilaisia tulonlähteitä ja useammalla jäsenellä tuloja. Kun kotitaloutenne kaikki tulot otetaan huomioon, onko menojen kattaminen näillä tuloilla:

Faktori 5: Yleinen terveys

SPH Onko terveydentilasi mielestäsi nykyisin:

PROMIS-10 YLEINEN TERVEYS Sanoisitko että terveytesi on yleensä:

PROMIS-10 YLEINEN TERVEYS Sanoisitko että fyysinen terveytesi on yleensä:

PROMIS-10 YLEINEN TERVEYS Sanoisitko että elämänlaatusi on yleensä:

PROMIS-10 YLEINEN TERVEYS Millaiseksi arvioisit psyykkisen terveytesi, kuten mielialasi ja ajattelukykyisi, yleensä:

Faktori 6: Sosiaaliset suhteet ja ympäristö

PROMIS-10 YLEINEN TERVEYS Millaiseksi arvioisit tyytyväisyytesi sosiaaliseen elämääsi ja ihmissuhteisiisi yleensä?

SRC Mielestäni mahdollisuuteni... tyydyttävien sosiaalisten suhteiden solmimiseen elämässäni ovat

PROMIS-10 YLEINEN TERVEYS Millaiseksi arvioisit suoriutumistasi tavallisista sosiaalisista toimistasi ja rooleistasi yleensä? (Tämä sisältää toimet kotona, työssä ja yhteisössäsi sekä vastuut vanhempana, lapsena, puolisona, työntekijänä, ystävänä jne.)

SRC Mielestäni mahdollisuuteni... elää miellyttävässä elinympäristössä (ottaen huomioon koti, työ ja vapaa-aika) elämässäni ovat

SRC Mielestäni mahdollisuuteni... toimia omatuntoni mukaisesti ovat

Taulukko 5: Eri mittarien variaatiokertoimet verrattaessa sairaanhoitopiirejä ja yhteistyöalueita keskenään.

Vertailualueet	Tyytyväisyys elämään (SWB-10:stä)	Mahdollisuudet (SRC)	EQ-5D-5L valuaatio (UK)	PROMIS-10 fyysinen T-arvo	PROMIS-10 psyykinen T-arvo	Yleinen elämänlaatu (PROMIS-10:stä)
sairaanhoitopiirit	6 %	3 %	4 %	3 %	4 %	4 %
yhteistyöalueet	2 %	2 %	1 %	1 %	2 %	2 %

Ensimmäinen sija edustaa vertailujoukon parasta hyvinvoinnin tasoa, 20. huonointa.

Kuviosta 1 nähdään, että Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri on systemaattisesti huonoimmassa päässä (sijoitus eri mittareilla 19.-20.), kun taas mm. Kainuu, Lappi ja Pohjois-Karjala ovat parhaassa päässä. Osalla alueista sijoitus vaihtelee mittarista riippuen suuresti, mm. HUS, Etelä-Karjala ja Pohjois-Pohjanmaa ovat mittarista riippuen hyvin eri sijoilla.

Taulukko 5 kuvaa alueittaista vaihtelua variaatiokertoimen (Coefficient of Variation; keskihajonta per keskiarvo) kautta. Sairaanhoitopiirit eroavat toisistaan variaatiokertoimissa johdonmukaisesti enemmän kuin yhteistyöalueet. Sairaanhoitopiirien välillä eroja on erityisesti elämään tyytyväisyyden (Subjective Well-Being) osalta (variaatiokerroin 6 %), muiden mittarien osalta alueellinen vaihtelu on keskenään hyvin samaa kokoluokkaa (3–4 %). Yhteistyöalueittain tarkasteltuna variaatiokertoimet ovat 1–2 %.

Lopuksi tarkastelimme lineaarisen regressiomallinnuksen avulla sosiodemografisten ja sosioekonomisten tekijöiden yhteyksiä koettuun hyvinvointiin. Esittelemme Taulukossa 6 ns. lopullisen malli, jossa kaikki tekijät on laitettu samanaikaisesti malliin selittävinä tekijöinä. Vertailemme näiden tekijöiden suhteellisia merkityksiä eri koetun hyvinvoinnin ulottuvuuksiin eri mittareiden välillä (SRC, EQ-5D, PROMIS, SWB-10), menetelmänä lineaarinen monimuuttajaregressiomallinnus. Taulukossa on esitetty lopullisen mallin regressiokertoimet (B) ja niiden keskivirheet (SE) sekä tilastollinen merkitsevyys (p-arvo). Kertoimien vertailuluokat on merkitty ”ref.” lyhenteellä. Tulosten perusteella havaitsemme sekä yhdenmukaisuuksia että eroavaisuuksia koetun hyvinvoinnin taustalla olevista sosiodemografisista ja sosioekonomisista tekijöistä eri mittareiden välillä.

Naisilla oli miehiä parempi toimijuuden kokemus (SRC) ja yleinen elämänlaatu (PROMIS-10, yleinen elämänlaatu -kysymys) ja he

olivat myös tyytyväisempiä elämäänsä kuin miehet (SWB-10:n kysymys). Naisilla oli kuitenkin matalammat arvot elämänlaadussa (EQ-5D) ja fyysisessä terveydessä (PROMIS-10 fyysinen ulottuvuus). Korkeampi ikä oli johdonmukaisesti yhteydessä parempaan koettuun hyvinvointiin lähes kaikilla mittareilla mitattuna. Perhemuoto ei näyttänyt olevan johdonmukaisesti yhteydessä koettuun hyvinvointiin. Ainoastaan lapsettomassa parisuhteessa oleminen oli myönteisesti yhteydessä psyykkiseen terveyteen (PROMIS-10 psyykinen ulottuvuus) ja parempaan yleiseen elämänlaatuun (PROMIS-10 yleinen elämänlaatu) verrattuna yksineläviin. Myös perhe, joka koostui vain aikuisista, oli yhteydessä parempaan yleiseen elämänlaatuun (PROMIS-10:n yhdellä kysymyksellä mitattuna).

Sosioekonomisten tekijöiden yhteydet koettuun hyvinvointiin olivat sosiodemografisiin tekijöihin verrattuna paljon johdonmukaisempia. Korkea koulutus oli johdonmukaisesti yhteydessä parempaan koettuun hyvinvointiin lähes kaikilla mittareilla mitattuna verrattuna matalaan koulutukseen; vaikka joillakin mittareilla yhteys ei ollut tilastollisesti merkitsevä, oli suunta sama. Samoin mitä korkeammat kotitalouden tulot (ennen veroja) vastaajalla oli, sitä paremmaksi arvioitiin koettu hyvinvointi, joskaan yhteys ei ollut tilastollisesti merkitsevä matalan tulotason ryhmillä. Johdonmukaisesti myös työttömät kokivat hyvinvointinsa heikommaksi ja opiskelijat paremmaksi verrattuna työssäkäyviin.

POHDINTA

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli tarkastella sitä, miten hyvin yleisimmin käytetyt terveyteen liittyvän elämänlaadun ja laajemmin koetun hyvinvoinnin mittarit kattavat hyvinvoinnin eri ulottuvuuksia, ja miten ne suhtautuvat toisiinsa. Lisäksi tarkastelimme näiden mittareiden avulla hyvinvointialueiden väestöjen koetun hyvinvoinnin tilannetta ja tarpeita sekä tutkimme koetun hyvinvoinnin taustalla olevia sosiodemografisia

Taulukko 6. Sosiodemografisten ja sosioekonomisten tekijöiden yhteydet koettuun hyvinvointiin.

	Tyytyväisyys elämään		Koettu toimijuus		Elämälaatu		Fyysinen terveys		Psykykinen terveys		Yleinen elämälaatu	
	β (SE)	P arvo	β (SE)	P arvo	β (SE)	P arvo	β (SE)	P arvo	β (SE)	P arvo	β (SE)	P arvo
Vakio	4,846 (0,272)	<0,001	32,719 (1,103)	<0,001	0,745 (0,026)	<0,001	47,557 (1,216)	<0,001	39,142 (1,373)	<0,001	2,770 (0,143)	<0,001
Sukupuoli (naiset)	0,267 (0,075)	<0,001	1,462 (0,304)	<0,001	-0,021 (0,007)	0,003	-1,117 (0,335)	0,001	-0,486 (0,378)	0,199	0,128 (0,039)	0,001
Ikä (jatk.)	0,027 (0,003)	<0,001	0,026 (0,013)	0,044	0,001 (<0,001)	<0,001	0,009 (0,014)	0,51	0,119 (0,016)	<0,001	0,003 (0,002)	0,044
Perhemuoto												
Sinkku	ref.		ref.		ref.		ref.		ref.		ref.	
Parisuhteessa, ei lapsia	0,119 (0,106)	0,263	0,393 (0,431)	0,361	-0,013 (0,010)	0,196	-0,638 (0,475)	0,18	1,199 (0,537)	0,026	0,169 (0,056)	0,003
Perhe, vain aikuisia	0,102 (0,120)	0,397	0,079 (0,487)	0,871	-0,013 (0,011)	0,267	-0,880 (0,537)	0,101	0,739 (0,606)	0,223	0,133 (0,063)	0,036
Lapsiperhe	0,064 (0,120)	0,596	-0,343 (0,487)	0,482	-0,012 (0,011)	0,297	-0,858 (0,537)	0,11	0,397 (0,606)	0,513	0,046 (0,063)	0,471
Koulutus												
Matala	ref.		ref.		ref.		ref.		ref.		ref.	
Keskitaso	0,195 (0,160)	0,225	0,854 (0,650)	0,189	-0,006 (0,015)	0,675	0,532 (0,717)	0,458	0,581 (0,809)	0,473	0,072 (0,084)	0,395
Korkea	0,310 (0,164)	0,059	1,818 (0,666)	0,006	0,016 (0,015)	0,301	1,817 (0,734)	0,013	1,192 (0,829)	0,151	0,206 (0,087)	0,018
Kotilouden tulot (ennen veroja), €												
≤10,000	ref.		ref.		ref.		ref.		ref.		ref.	
10,001–20,000	0,163 (0,196)	0,408	0,423 (0,797)	0,596	-0,021 (0,019)	0,26	-1,317 (0,878)	0,134	-0,258 (0,992)	0,795	0,007 (0,104)	0,948
20,001–30,000	0,425 (0,208)	0,041	1,126 (0,845)	0,183	0,027 (0,020)	0,166	1,149 (0,931)	0,217	0,923 (1,052)	0,380	0,145 (0,110)	0,185
30,001–40,000	0,617 (0,206)	0,003	1,904 (0,838)	0,023	0,030 (0,019)	0,125	1,419 (0,923)	0,124	1,280 (1,043)	0,220	0,181 (0,109)	0,096
40,001–50,000	0,808 (0,213)	<0,001	2,971 (0,863)	0,001	0,031 (0,020)	0,116	1,925 (0,951)	0,043	3,290 (1,074)	0,002	0,350 (0,112)	0,002
50,001–60,000	0,936 (0,217)	<0,001	3,748 (0,882)	<0,001	0,037 (0,021)	0,071	2,234 (0,973)	0,022	2,983 (1,098)	0,007	0,334 (0,115)	0,004
60,001–70,000	1,140 (0,230)	<0,001	4,742 (0,932)	<0,001	0,065 (0,022)	0,003	3,670 (1,027)	<0,001	4,054 (1,159)	<0,001	0,436 (0,121)	<0,001
70,001–80,000	0,763 (0,243)	0,002	3,583 (0,987)	<0,001	0,033 (0,023)	0,153	1,393 (1,088)	0,200	2,504 (1,228)	0,042	0,315 (0,128)	0,014
80,001–90,000	1,055 (0,246)	<0,001	5,264 (1,000)	<0,001	0,082 (0,023)	0,000	3,797 (1,102)	0,001	4,600 (1,245)	<0,001	0,555 (0,130)	<0,001
>90,000	1,216 (0,229)	<0,001	6,214 (0,931)	<0,001	0,080 (0,022)	0,000	5,146 (1,026)	<0,001	5,353 (1,159)	<0,001	0,674 (0,121)	<0,001
Ei halua kertoa	0,754 (0,206)	<0,001	3,036 (0,834)	<0,001	0,040 (0,019)	0,039	1,828 (0,919)	0,047	2,357 (1,038)	0,023	0,246 (0,108)	0,023
Ammattiasema												
Työssä	ref.		ref.		ref.		ref.		ref.		ref.	
Työtön	-0,916 (0,167)	<0,001	-3,146 (0,678)	<0,001	-0,054 (0,016)	0,001	-2,024 (0,747)	0,007	-3,580 (0,844)	<0,001	-0,422 (0,088)	<0,001
Eläkkeellä	-0,277 (0,110)	0,012	-0,825 (0,446)	0,064	-0,057 (0,010)	<0,001	-1,491 (0,491)	0,002	-1,543 (0,555)	0,005	-0,175 (0,058)	0,003
Opiskelijat ja muut	0,295 (0,139)	0,033	2,119 (0,562)	<0,001	0,012 (0,013)	0,347	2,283 (0,620)	<0,001	0,648 (0,700)	0,354	0,161 (0,073)	0,028

ja sosioekonomisia tekijöitä eri mittareilla mitattuna. Tutkimuksen päätulokset voidaan vetää yhteen seuraavasti: tarkastellut mittarit kattavat hyvin eri tavalla hyvinvoinnin eri ulottuvuudet, toiset suppeammin ja toiset laajemmin. Aineistosta havaitsimme hyvinvoinnin keskeisimmiksi komponenteiksi kuusi faktoria, jotka olivat mahdollisuudet, mielenterveys, päivittäiset toimet, taloudellinen tilanne, yleinen terveys sekä sosiaaliset suhteet ja ympäristö. Tulosten perusteella sairaanhoitopiirien väliset erot eri koetun hyvinvoinnin mittareilla olivat suurempia kuin niistä koostuvien yhteistyöalueiden erot. Lisäksi hyvää koettua hyvinvointia näyttäisi aineistomme perusteella ennustavan korkea ikä, koulutus ja kotitalouden tulotaso sekä hyvät toimintamahdollisuudet. Tarkastelemme seuraavaksi näitä päätuloksia tarkemmin ja vertailemme niitä hyvinvoinnin määritelmään ja aikaisempaan tutkimukseen, sekä vedämme yhteen tuloksiin perustuvat suositukset ja jatkotutkimustarpeet.

Tarkastellut terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarit kattoivat hyvin eri tavalla hyvinvoinnin moniulotteisuuden, edes perinteistä terveyden kolmijakoa ajatellen (fyysinen, psyykinen, sosiaalinen). EQ-5D ei huomioi sosiaalista ulottuvuutta lainkaan, kun PROMIS-10 taas sisältää kaksi kysymystä sosiaalisesta dimensioista. Tämän perusteella PROMIS-10 on terveyden dimensioiden kannalta kattavampi. Haasteena väestön terveyden seurannan ja arvioinnin kannalta on kuitenkin se, ettei PROMIS-10 anna yleisen terveyden vertailulukua. Tällainen olisi mahdollista kehittää preferenssitutkimuksen avulla, mutta tällöinkin kunkin mittarin kattamat dimensiot on huomioitava. Aikaisemmassa tutkimuksessa on todettu, että eri mittarien antamat utiliteettiarvot poikkeavat toisistaan, mikä selittyy mm. mittarien kattamilla eri dimensioilla (21, 31). Tutkimuksemme tuloksien perusteella EQ-5D:n valuaation keskiarvo koko aineistossa oli 0,81, mikä on varsin korkea huomioiden mittarin vaihteluvälin 0-1. Aineistossa täydellisen koetun terveyteen liittyvän elämänlaadun raportoi 24 % vastanneista. Aiemmissä tutkimuksissa on todettu EQ-5D-5L:llä olevan terveessä populaatiossa tai koko väestössä käytettynä (31, 32) merkittävä kattoefekti, eli suhteellisen suuri osa väestöstä saa suurimman mahdollisen valuaation. Tämä näyttää pitävän paikkansa tässäkin aineistossa.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltujen mittarien kysymyksistä ja käytettävissä olleista taustatiedoista voitiin aineiston perusteella koostaa kuusi selkeää faktoria: mahdollisuudet, mielenterveys, päivittäiset toimet, taloudellinen tilanne, yleinen terveys sekä sosiaaliset suhteet ja ympäristö. Näistä aineistosta havaituista faktoreista vahvimmin keskenään korreloivat terveyden ja hyvinvoinnin mahdollisuuksiin liittyvät kysymykset, kun taas muiden kyselyiden kysymykset eivät latautuneet samaan faktoriin. Tämä tarkoittaa tulosten valossa sitä, että emme voi arvioida vastanneiden kokemia toimintamahdollisuuksia terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarien avulla. Aikaisemman tutkimuksen perusteella toimintamahdollisuuksille on ehdotettu keskeistä rooli hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannalta (7-11), erityisesti heikommassa asemassa olevissa ryhmissä. Analyysien perusteella myös taloudellinen tilanne jää näissä käytetyissä koetun hyvinvoinnin kyselyissä huomiotta. Toisaalta mallinnuksemme perusteella juuri korkeilla kotitalouden tuloilla oli merkittävä myönteinen yhteys koettuun hyvinvointiin, useilla eri kyselyillä mitattuna. Näiden tulosten valossa onkin harkittava, onko taloudellinen tilanne koetun hyvinvoinnin kannalta keskeinen taustatekijä vai itse asiassa lopputulosmuuttuja tai molempia: absoluuttinen tulotaso ja koettu taloudellinen hyvinvointi. Analyysimme joka tapauksessa viittaavat siihen, että toimintamahdollisuuksia mittaava SRC-kysely täydentää hyvin terveyteen liittyvän elämänlaadun kyselyitä ja ottaa huomioon näitä paremmin myös sosiaalisen hyvinvoinnin ja mahdollisuuksien dimensiot yleisen terveyden, mielenterveyden ja päivittäisen toimintakyvyn rinnalla.

Aiemmissä tutkimuksissa hyvinvointiin on havaittu kuuluvan valtavasti erilaisia osa-alueita (7-11). Tässä tutkimuksessa olemme vertailleet mittareita varsin ylätasoisten dimensioiden suhteen (sosiaalinen, fyysinen, psyykinen). Hyvinvointi on määritelmällisesti kuitenkin tätä laajempi (esim. WHO). Voi olla, että tunnistettujen kuuden faktorin lisäksi mittareiden olisi hyvä ottaa vielä muitakin hyvinvoinnin osa-alueita huomioon. Kuitenkin on huomioitava myös se, että mitä enemmän asioita yritetään mitata, sitä enemmän se vaatii työpanosta ja toisaalta esimerkiksi kyselyiden vastausprosentit laskevat. Joka tapauksessa pelkkä fyysiseen ja psyykkiseen

dimensioon rajautuminen hyvinvoinnin arvioissa näyttää tämän tutkimuksen perusteella jäävän kapeaksi.

On huomattava, että tämän tutkimuksen aineistonkeruu toteutettiin ennen hyvinvointialueiden aloitusta. Tulokset eivät siis kuvaa hyvinvointialueiden toimintaa vaan väestön tilannetta alueilla, jotka sittemmin muodostivat kunkin hyvinvointialueen. Odotetusti sairaanhoitopiirien väliset erot ovat suurempia kuin niistä koostuvien yhteistyöalueiden. Tämä on johdonmukaista aikaisemman tutkimuksen kanssa, jossa havaittiin, että hyvinvointi (esim. Helsinki ja muu Uusimaa) ja huono-osaisuus (esim. Kymenlaakso, Kainuu) kasautuvat epäoikeudenmukaisesti tietyille alueille, minkä taustalla voi olla väestöprofiiliin (esim. ikääntyneiden, matalasti koulutettujen, työttömien määrä) tai palvelurakenteeseen liittyviä tekijöitä, mutta myös huono-osaisuuden ylisukupolvista kasautumista (13, 22). Toisaalta alueellisen vertailun tulokset tässä tutkimuksessa ovat osin ristiriidassa aiempien tulosten kanssa (mm. Kainuu sijoittui tässä aineistossa kärkipäähän). Tulokset selittynevät osin sillä, että tutkimuksessa tehtiin otanta ja lukumäärät sairaanhoitopiiriä kohti jäivät pieniksi – niinpä tämän tutkimuksen valossa ei voida tehdä voimakkaita johtopäätöksiä hyvinvoinnin tasosta eri alueilla. Sen sijaan alueellisten tulosten osalta olennaista on huomata, että tulokset riippuvat osin käytetystä mittarista: osa alueista on systemaattisesti parhaassa tai huonoimmassa päässä kaikilla mittareilla, toisilla taas sijoitus vaihtelee suuresti mittarista riippuen. Hyvinvointialueita vertailtaessa on pidettävä mielessä, että tulokset voivat riippua käytetystä mittarista.

Kun hyvinvointialueilla aletaan mitata terveyttä ja hyvinvointia, on kerättävä sen kokoisia otoksia, että satunnaisuuden aiheuttamat vaihtelut eivät aiheuta virhetulkintoja tuloksissa. Tulokset myös osoittavat, että keskiarvotasolla voidaan hahmottaa tiettyjä alueellisia eroavaisuuksia, mutta todennäköisesti hyödyllisempää on puretua nimenomaan hyvinvoinnin eroihin: etenkin hyvinvointia selittäviin tekijöihin ja toisaalta huonoksi koettuun hyvinvointiin. Näitä tunnistamalla voidaan paremmin suunnata toimenpiteitä hyvinvoinnin parantamiseksi.

Mallinnuksemme perusteella työmarkkina-asema ja kotitalouden tulotaso olivat keskeisimmät koettuun hyvinvointiin vaikuttavat

tekijät kaikilla eri mittareilla tarkasteltuna. Tämän lisäksi myös korkea koulutustaso oli melko johdonmukaisesti yhteydessä parempaan elämänlaatuun tai hyvinvointiin. Nämä ovat johdonmukaisia aikaisemman tutkimuksen kanssa, jossa on tarkasteltu sosioekonomisten tekijöiden, kuten koulutuksen, tulotason ja ammattiaseman, yhteyksiä terveyteen ja hyvinvointiin (7-11). Tuloksista vedettävien johtopäätösten näkökulmasta on kuitenkin hyvä huomioida, etteivät työllisyys, koulutus ja taloudellinen tilanne ole suoraan hyvinvointialueen järjestämien palveluiden vaikutuspiirissä. Nämä tekijät lienee syytä huomioida yksilöllistä palvelutarvetta arvioitaessa, koska niillä on tärkeä merkitys kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin määrittämisessä (ibid.). Jos näiden tekijöiden vaikutusta elämänlaadun mitaustuloksiin ei huomioida, päädytään helposti tuhlaamaan resursseja, kun terveydenhuollon keinoin pyritään paikkaamaan palvelutarvetta, jonka ytimessä on työllisyys ja toimeentulo. Näitä tietoja hyödyntämällä voidaan myös rakentaa yhteistä tavoitetilaa kuntien ja hyvinvointialueen välille, kun väestö on yhteinen.

Tulostemme perusteella korkea ikä korreloi paremman hyvinvoinnin kanssa. Tämä ei näytä sopivan yleisesti tunnettuun hyvinvoinnin U-käyrään (33), jonka mukaan hyvinvointi on matalimmillaan keski-ikässä ja korkeampi sitä ennen ja jälkeen. Löydöstä selittänee osaltaan tutkimuksen otannan ikähaarukka, joka oli 18-79 – lapset ja vanhimmat ikäryhmät siis puuttuvat tästä aineistosta.

TUTKIMUKSEN RAJOITUKSET JA VAHVUDET

Tutkimuksen tulosten tulkinnaissa on hyvä huomioida seuraavat rajoitukset. Ensinnäkin, tutkimuksen aineistossa hyödynnettiin useita erilaisia standardoituja kyselyitä, josta seurasi se, että kyselylomake oli varsin pitkä. Tämä on voinut vaikuttaa siihen, että osa vastaajista ei ole jaksanut keskittyä ohjeisiin loppuun asti. Tästä yhtenä esimerkkinä on kipuun liittyvä kysymys, johon on vastattu hieman eri tavalla eri osakyselyissä. PROMIS-10-kyselyssä kipua kysyttiin (kuten terveydenhuollossa on tapana) skaalalla 1-10, jossa 10 kuvaa äärimmäistä kipua. Useimmissa muissa kysymyksissä taas suurempi arvo kuvasi parempaa tilannetta, joten lienee mahdollista, että osa vastaajista on käsittänyt skaalan väärin päin. Näitä epäloogisia vastauksia löytyi varsin

monelta vastaajalta, mutta päädyimme ottamaan kaikki vastaukset mukaan analyyseihin, koska kullakin vastaajalla tyypillisesti oli enintään yksi tällainen epäloogisuus vastauksissaan. Toisin sanoen, vastaajien joukosta ei voitu erottaa kautta linjan epäjohdonmukaisesti vastanneita vastaajia, vaan epäjohdonmukaisuudet olivat yksittäisiä. Toiseksi, EQ-5D-5L-mittarista ei ole olemassa suomalaisella väestöllä toteutettua painotusta, joten oli käytettävä jonkin muun maan valuaatioita. Päädyimme käyttämään Iso-Britannian valuaatioita, koska suomalaisessa tutkimuksessa on usein käytetty niitä (mm. 21, 31). On huomioitava, että osan sairaanhoitopiireistä osalta otos on varsin pieni. Vaikkakin painokertoimien avulla tulokset saadaan alueittain edustaviksi, voivat mm. Keski-Pohjanmaan keskiarvoa huonommat tulokset johtua sattumasta, otoskoon ollessa vain 32.

Kaikesta huolimatta tämän tutkimuksen vahvuutena voidaan pitää laajaa ja alueellisesti edustavaa otantaa, sekä useiden koetun hyvinvoinnin kyselyiden käyttöä samassa otoksessa. Tämä mahdollistaa ainutlaatuisella tavalla eri mittarien vertailun keskenään ja niiden sisältämien kysymysten keskinäisten korrelaatioiden vertailun.

JOHTOPÄÄTÖKSET

Johtopäätöksenä, huomioiden tutkimuksen päätulokset ja niiden suhtautuminen edellä käsiteltyyn aikaisempaan tutkimukseen sekä hyvinvoinnin määritelmään, voidaan sanoa, että hyvinvoinnin arvioinnissa on tärkeä tunnistaa sen moniulotteisuus. Tarkasteltujen koetun hyvinvoinnin mittareiden välillä on merkittäviä eroja ja ne voivat vaikuttaa lopputuloksiin ja tulkintaan. Tämä on syytä ottaa huomioon, kun valitaan mittareita hyvinvoinnin seurantaan sekä arvioimiseen. Tutkimuksen tulosten perusteella toi-

mintamahdollisuuksien huomioiminen täydentää hyvin terveyteen liittyvän elämänlaadun mittareita ja lisää sosiaalisen hyvinvoinnin näkökulmaa. Tämän lisäksi hyvinvoinnin operationalisointi eri dimensioihin ja taustatekijöiden huomioiminen auttavat hyvinvointialueita suuntaamaan palveluita huomioiden hyvinvointialueiden rooli sekä niiden vaikutusmahdollisuudet hyvinvointia ylläpitävien ja edistävien toimenpiteiden suunnitteluun. Tulevissa tutkimuksissa on syytä aiempaa enemmän huomioida koetun hyvinvoinnin mittaamisen haasteet, tarkastella hyvinvointia sekä subjektiivisten että objektiivisten mittareiden avulla, unohtamatta hyvinvoinnin edellytysten tarkastelua (esim. sosiodemografiset ja sosioekonomiset tekijät, toimintamahdollisuudet sekä laajemmin yhteiskunnan rakenteisiin liittyvät tekijät). Tässä tutkimuksessa havaittujen yhteyksien kausaalisuus eri tekijöiden ja koetun hyvinvoinnin välillä tulisi myös varmistaa hyödyntäen esimerkiksi kokeellisia tutkimusasetelmia.

RAHOITTAJAT:

Mäki-Opasta rahoittavat artikkelin kirjoittamishetkellä Euroopan sosiaalirahasto (Mieliteko-ohjelma), STM (Kainuun Tulevaisuuden SOTE-hanke, Sostyö-Terva -hanke, SOLA 2.0 -hanke). Lisäksi aineiston keruuta rahoitti Sakari Alhopuron säätiö.

KIRJOITTAJIEN KONTRIBUUTIOT:

Torkki ja Mäki-Opas kehittivät tutkimuksen alkuperäisen idean. Torkki, Mäki-Opas ja Martikainen kehittivät kyselylomakkeen. Pitkänen teki aluevertailun. Lavikainen teki regressioanalyysin. Nuutinen teki pääkomponenttianalyysin. Kaikki kirjoittajat osallistuivat artikkelin kirjoittamiseen ja hyväksyivät lopullisen käsikirjoituksen.

Pitkänen, L. J., Torkki, P., Martikainen, J., Nuutinen, M., Kauppi, K. Lavikainen, P., Mäki-Opas, T. Subjective well-being of the population in wellbeing services counties – what does it consist of? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2024; 61: 47–60.

Many different kinds of measures are needed to describe well-being in a multidimensional way. It is useful to understand what added value each measure brings, and how the measures differ from each other. The objectives of this study were to examine: 1) which dimensions are included in each questionnaire and how they relate to each

other, 2) what kind of well-being differences there are between populations of wellbeing services counties, and 3) how sociodemographic and socioeconomic factors contribute to well-being.

A survey of 2187 Finnish adults was conducted, including data on their experienced well-being, health and quality of life, experienced capa-

bilities, and background data (age, sex, marital status, socioeconomic status, chronic illnesses etc.). The data was analyzed through descriptive statistical methods, principal component analysis and multivariate regression analysis.

Six factors were formed, two of which (capabilities and economic situation) are not covered by health-related quality of life questionnaires. High age, high education, and high household income correlated with better quality of life.

It is important to consider the many dimensions of well-being, especially when choosing metrics, which influences the results and their interpretation. Capabilities are a dimension

that complements health-related quality of life measurement, and also includes a social aspect. By embracing the multidimensional nature of well-being and factors affecting it, the wellbeing service counties can better allocate their resources in a way that accounts for the various needs and life situations of their population.

Keywords: Quality of life, health, wellbeing, well-being services county.

Saapunut (27.10.2022)

Hyväksytty (09.08.2023)

LÄHTEET

- (1) WHO, Constitution of the World Health Organization. 1948 / 2006. Viitattu 20.10.2022. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>
- (2) Huber M, Knottnerus JA, Green L, ym. How should we define health? *BMJ* 2011, Jul 26;343:d4163. doi: 10.1136/bmj.d4163.
- (3) Kauppi K, Vanhala A, Roos E, ym. Assessing the structures and domains of wellness models: A systematic review. *Int J wellbeing* 2023;13:2. DOI: <https://doi.org/10.5502/ijw.v13i2.2619>
- (4) Voukelatou V, Gabrielli L, Miliou I ym. Measuring objective and subjective well-being: dimensions and data sources. *Int J Data Sci Anal* 2021;11:279–309 DOI: <https://doi.org/10.1007/s41060-020-00224-2>
- (5) WHO, The Geneva Charter for Well-being. Viitattu 20.10.2022. <https://www.who.int/publications/m/item/the-geneva-charter-for-well-being>
- (6) Veenhoven R. The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. *J Happiness Stud* 2000;1:1–39. <https://doi.org/10.1023/A:1010072010360>
- (7) Van Der Maesen LJG, Walker A. *Social Quality. From Theory to Indicators*. New York: Palgrave Macmillan; 2012. <https://doi.org/10.1007/978-0-230-36109-6>
- (8) Marmot M. *The Health Gap: The Challenge of an Unequal World*. Bloomsbury: Bloomsbury; 2015. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00150-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00150-6)
- (9) Pieper R, Karvonen S, Vaarama M. The SOLA Model: A Theory-Based Approach to Social Quality and Social Sustainability. *Soc Indic Res*. 2019 <https://doi.org/10.1007/s11205-019-02127-7>
- (10) Vaarama M, Mäki-Opas T. Systemisellä ja osallistavalla otteella parempaan yhteiskunnan sosiaaliseen laatuun ja yksilöiden elämänlaatuun. *Focus Localis* 2020;4:65–85.
- (11) Mäki-Opas T, Pieper R, Vaarama M. Exploring the capability approach to quality of life in disadvantaged groups. *Scientific reports* 2022; 15248, <https://doi.org/10.1038/s41598-022-18877-3>
- (12) Uusitalo H, Simpura J, Saari J, ym. Hyvinvoinnin muutos ja pysyvyys. *Viro: INTO*; 2022.
- (13) Kestilä L, Karvonen S. Suomalaisen hyvinvointi 2018, Terveystien ja hyvinvoinnin laitos, Teema 31, 2019. <https://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-256-7>
- (14) Helne T. Edelläkävijä Erik Allardt: Miksi Allardtin hyvinvointiajattelu sopii nimenomaan kestäväen hyvinvoinnin tutkimukseen. *Yhteiskuntapolitiikka* 2022;88:2
- (15) Martela F. Hyvinvoinnin mittausta edellyttää hyvinvoinnin teoriaa – Erik Allardtin hyvinvoinnin oluuttudet päivitettyinä nykyaikaan. *Yhteiskuntapolitiikka* 2022;87:5–6
- (16) Diener E, Suh E, Lucas R, Smith H. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*. 1999;125:276–302. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.2.276>
- (17) Gregory D, Johnston R, Pratt G, Watss M, Whatmore S. *Quality of life*. Dictionary of Human Geography. 5th edn. Oxford: Wiley-Blackwell; 2009.
- (18) WHO. Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref QoL assessment. *The WHOQOL Group. Psychol Med*. 1998;28(3):551-8. <https://doi.org/10.1017/S0033291798006667>
- (19) Räsänen P. Routine Measurement of Health-Related Quality of Life in Assessing Cost-effectiveness in Secondary Health Care. *STAKES, Research Report* 163.
- (20) Drummond MF, Sculpher MJ, Claxton K, ym. *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford university press, 2015, 4. painos.
- (21) Heiskanen J. Hoitoilmoitusrekisterin ja

- sairaalassa kerätyn terveyteen liittyvän elämänlaatumiedon luotettavuus ja hyödynnettävyys sepelvaltimotaudin reaskularisaatiohoitojen arvioinnissa. Publications of the University of Eastern Finland – Dissertations in Health Sciences 713. 2022
- (22) Parikka S, Koskela T, Ikonen J, ym. Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2020. Verkkójulkaisu: thl.fi/finnote
- (23) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Sotekuva, viitattu 18.10.2022. www.sotekuva.fi,
- (24) Valtioneuvosto, Sote-uudistus, viitattu 20.5.2023. https://soteuudistus.fi/vaikutukset-henkilostoon
- (25) Hujala A & Taskinen H (toim.), Uudistuva sosiaali- ja terveysala. Tampere: Tampere University Press, 77–128, 2020. https://doi.org/10.61201/tup.736
- (26) Hofmann K, Schori D, Abel T. Self-Reported Capabilities Among Young Male Adults in Switzerland: Translation and Psychometric Evaluation of a German, French and Italian Version of a Closed Survey Instrument. Soc Indic Res 2012. DOI 10.1007/s11205-012-0170-1
- (27) TOIMIA-verkosto, PROMIS Yleinen terveys v1.2 (Global Health) / 10 kysymystä, Ohjeet raakatulosten muuntamiseksi standardoiduiksi T-tuloksiksi. viitattu 20.10.2022 https://www.terveysportti.fi/xmedia/tmm/tmm00195_PROMIS_Yleinen_terveys_Ohjeet_pisteiden_laskemiseen.pdf
- (28) Abdi H, Williams LJ. Principal component analysis. Wiley Interdisciplinary Reviews: Computational Statistics. 2010;2(4):433–459. https://doi.org/10.1002/wics.101
- (29) Kolenikov S, Angeles G. Socioeconomic status measurement with discrete proxy variables: Is principal component analysis a reliable answer? Review of Income and Wealth 2009, 3;55(1):128–165. https://doi.org/10.1111/j.1475-4991.2008.00309.x
- (30) TOIMIA-verkosto, PROMIS Yleinen terveys. viitattu 20.10.2022 https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/tmi/article/tmm00195/
- (31) Feng YS, Kohlmann T, Janssen MF, ym. Psychometric properties of the EQ-5D-5L: a systematic review of the literature. Quality of Life Research 2021; 30(3), 647-673. https://doi.org/10.1007/s11136-020-02688-y
- (32) Teni FS, Gerdtham UG, Leidl R, ym. Inequality and heterogeneity in health-related quality of life: findings based on a large sample of cross-sectional EQ-5D-5L data from the Swedish general population. Qual Life Res 2022, 31:697–712. https://doi.org/10.1007/s11136-021-02982-3
- (33) Steptoe A, Deaton A, Stone AA. Subjective wellbeing, health, and ageing. Lancet 2015; 385: 640–48. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0

Laura J. Pitkänen
LK, KTM, väitöskirjatutkija
Helsingin yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta
Kansanterveystieteen osasto

Paulus Torkki
TkT, apulaisprofessori
Helsingin yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta
Kansanterveystieteen osasto

Janne Martikainen
FT (terveystaloustiede), professori
(lääketaloustiede),
Itä-Suomen yliopisto
Terveystieteiden tiedekunta
Farmasian laitos

Mikko Nuutinen
TkT, Senior Data Scientist
Nordic Healthcare Group

Krista Kauppi
DI, terveystieteiden maisteri, väitöskirjatutkija
Helsingin yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta
Kansanterveystieteen osasto

Piia Lavikainen
FT, dosentti
Itä-Suomen yliopisto
Terveystieteiden tiedekunta
Farmasian laitos

Tomi Mäki-Opas
FT, professori
Itä-Suomen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta
Yhteiskuntatieteiden laitos