

Sosioekonomisesti heikommassa asemassa olevien kiinnostus ja mahdollisuudet digitaalisten terveystalveluiden käyttöön

TANJA TILLES-TIRKKONEN & JENNI LAPPI & LEILA KARHUNEN & MARJA HARJUMAA & PILVIKKI ABSETZ & JUSSI PIHLAJAMÄKI

Johdanto

Julkisten palveluiden digitalisoinnin tavoitteena on kehittää helppokäyttöisiä asiakaslähtöisiä palveluita, jotka toimivat turvallisesti ja tehokkaasti. Sosiaali- ja terveydenhuollossa suoraan kansalaisille suunnattujen digitaalisten palveluiden osuus on kasvamassa. Sujuvamman asioinnin lisäksi niiden odotetaan tuovan uusia mahdollisuuksia terveyden edistämiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn. Digitaalisista palveluista puhuttaessa herää kuitenkin usein huoli kansalaisten eriarvoisuudesta.

Digitaalisten palvelujen käyttö edellyttää kognitiivista ja fyysistä toimintakykyä, tietoteknistä perusosaamista, motivaatiota ja tietoteknisiä valmiuksia, kuten päätelaitetta ja internet-yhteyttä. Suomessa tietotekniset valmiudet ovat keskimäärin hyvät: 77 prosentilla suomalaisista on älypuhelin omassa käytössään, 87 prosentilla kotitalouksista on tietokone ja 88 prosentilla kotitalouksista on internet-yhteys. Tietotekniset valmiudet ovat kuitenkin yhteydessä kotitalouden tuloihin. Alle 2 100 euroa kuukaudessa ansaitsevilla kotitalouksilla luvut ovat pienemmät: 75 prosentilla on tietokone ja 77 prosentilla internet-yhteys. (Suomen virallinen tilasto 2017.)

Tutkimus on osa Suomen Akatemian strategisen tutkimusneuvoston rahoittamaa StopDia-tutkimushanketta (303537). Kiitokset kaikille tutkimukseen osallistuneille ja ruoka-aputoimijoille, jotka mahdollistivat osaltaan tämän tutkimuksen aineiston keräämisen. Kiitämme myös Itä-Suomen yliopiston ravitsemustieteen opiskelijoita, jotka osallistuivat tutkimusaineiston keräämiseen.

Yleisimmin verkossa hoidetaan pankkiasioita: vuonna 2017 verkkopankkia oli viimeisen kolmen kuukauden aikana käyttänyt 82 prosenttia 16–89-vuotiaista. 64 prosenttia oli käyttänyt internetiä sairauksiin, ravitsemukseen tai terveyteen liittyvän tiedon etsintään ja 36 prosenttia oli varannut ajan lääkärille. Verkkooasiointi on vähäisempää vanhemmissa ikäryhmissä: 75–89-vuotiaista 30 prosenttia on käyttänyt internetiä pankkiasioiden hoitoon, 21 prosenttia sairauksiin, ravitsemukseen tai terveyteen liittyvän tiedon etsintään ja 9 prosenttia oli varannut ajan lääkärille. (Suomen virallinen tilasto 2017.) Sähköisen asioinnin esteiksi on koettu vaikeakäyttöisyys, riittämättömät välineet ja taidot, kiinnostuksen puute ja henkilökohtaisen palvelun tarkeys (Hyppönen & Ilmarinen 2016). Aiempien tutkimusten mukaan terveydentilansa huonoksi kokevista lähes puolella ei ole verkkopankkitunnuksia, ja henkilöt, joilla ei ole internetiä tai verkkopankkitunnuksia, kiinnittävät vähemmän huomiota ruokavalioonsa ja harrastavat muita vähemmän liikuntaa (Hyppönen & al. 2014).

Tutkimusten mukaan terveyttä heikentävät elintavat kasaantuvat heikommassa sosioekonomisessa asemassa oleville. Kehittyneissä maissa myös elintapoihin vahvasti liittyvät tyyppin 2 diabetes sekä sydän- ja verisuonitaudit ovat yleisimpiä tässä väestöryhmässä (Whiting & al. 2010; Mendis & Benerjee 2010). Suomessa tulotason mukaan matalimman ja korkeimman sosioekonomisen väestöryhmän väliset terveyserot ovat suuria (OECD/EU 2016). Sosioekonomisen aseman

mukaisia terveyseroja on pyritty kaventamaan laajoilla väestöön kohdistuvilla toimenpiteillä (Rotko & al. 2012). Toimista huolimatta terveyserot eivät ole havaittavasti kaventuneet tai ne ovat jopa kasvaneet (Rotko & al. 2012). Sosioekonomisesti heikommassa asemassa oleviin kuuluu pitkäikäistyöttömiä, pienituloisia eläkeläisiä, päihteiden käyttäjiä, mielenterveysongelmaisia ja työttömiä maahanmuuttajia. Muun muassa ryhmän monimuotoisuuden takia terveyden edistämiseen suunnatut toimet eivät saavuta heitä kovin tehokkaasti.

Suomessa järjestöt ja seurakunnat järjestävät useilla paikkakunnilla ilmaista ruoan jakelua, johon voi kuulua lisäksi yhteisruokailua (Ohisalo 2013). Vaikka näiden palvelujen käyttöä ei ole pyritty rajoittamaan, käytännössä suurin osa palvelujen käyttäjistä lukeutuu heikommassa sosioekonomisessa asemassa oleviin: kolmannes on suorittanut korkeintaan peruskoulun, puolet on työttömiä tai lomautettuja ja työelämässä mukana olevia on vain noin joka kahdeksas (Ohisalo & al. 2015a). Ruoka-avun saajien tarkkaa määrää ei tiedetä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen selvityksen mukaan vuonna 2014 yli 80 000 ihmistä oli saanut ruoka-apua (Lehtelä & Kestilä 2014). EU-elintarviketuen jakelua toteuttavan Kirkkopalvelut ry:n kautta ruoka-avun piirissä oli vuonna 2016 noin 106 000 ihmistä (Kirkon tiedotuskeskus 2017). Paitsi taloudellisesti, ruoka-apua vastaanottavat ovat muuta väestöä heikommassa asemassa myös sosiaalisesti ja terveydellisesti (Ohisalo & al. 2015b). He edustavat kuitenkin ryhmää, jota perinteiset terveyden edistämisen toimet eivät tavoita.

Heikommassa asemassa olevien kiinnostusta ja mahdollisuuksia käyttää digitaalisia terveyden edistämisen palveluita ei ole aiemmin tutkittu Suomessa. Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää tietoteknisten päätelaitteiden käyttöä ruoka-avussa käyvien henkilöiden keskuudessa sekä heidän kiinnostustaan digitaalisia palveluja kohtaan terveellisten elintapojen tukemisessa. Selvitys tehtiin osana Stop Diabetes -tutkimushanketta, joka kuuluu Suomen Akatemian strategisen tutkimuksen neuvoston Terveys, hyvinvointi ja elämäntavat -ohjelmaan.

Menetelmät

Kartoitimme tietoteknisten päätelaitteiden käyttöä sekä kiinnostusta digitaalisia terveyttä edistäviä elintapoja tukevia palveluja kohtaan kyselylomakkeella. Kysely tehtiin vuoden 2017 aikana Pohjois-Savossa, Päijät-Hämeessä ja Etelä-Karjalassa järjestöjen ja seurakuntien ilmaista ruokajakelua toteuttavissa toimipisteissä. Yhteensä aineiston keräämiseen osallistui kahdeksan toimipistettä. Tutkijat jalkautuivat ruoka-avun jakelupisteisiin ja kutsuivat henkilökohtaisesti asiakkaita vastaamaan paperimuotoiseen tai tabletin kautta esitettyyn sähköiseen kyselyyn ruoan jakelun yhteydessä. Arviolta noin 70–80 prosenttia paikalla olleista vastasi kyselyyn kussakin jakelupisteessä.

Kyselylomake sisälsi kahdeksan kysymystä: taustatiedot (syntymävuosi, sukupuoli, ylin suoritettu koulutus), päätelaitteiden käyttö, internetin käyttöuseus, sähköpostin käyttö, elintapoja mittaamaan tarkoitettujen digitaalisten sovellusten käyttö viimeisten kolmen kuukauden aikana sekä kiinnostus digitaalisia terveellisiä elintapoja tukevia palveluja kohtaan (taulukko 1). Raportoimme tässä artikkelissa tarkemmin päätelaitteiden käyttöä sekä kiinnostusta digitaalisia terveellisiä elintapoja tukevia palveluja kohtaan koskevat tulokset. Päätelaitteiden käytöstä selvitettiin erikseen älypuhelimien, tablettitietokoneen ja tietokoneen käyttö, jotka yhdistettiin analyysissä yhdeksi muuttujaksi ”Vastaajalla on käytössään jokin päätelaitteista” (kyllä/ei). Internetin käyttöuseutta selvitettiin neliportaisen asteikon avulla, jossa vastausvaihtoehdot olivat ”useita kertoja päivässä”, ”päivittäin tai lähes päivittäin”, ”viikoittain mutta en päivittäin” ja ”harvemmin kuin viikoittain”. Analyysivaiheessa näistä vastausvaihtoehdoista kaksi ensimmäistä yhdistettiin yhdeksi muuttujaksi (”päivittäin tai lähes päivittäin”) ja kaksi jälkimmäistä yhdeksi muuttujaksi (”viikoittain tai harvemmin kuin viikoittain”). Elintapoja mittaamaan tarkoitettujen digitaalisten sovellusten käyttöä viimeisten kolmen kuukauden aikana sekä kiinnostusta digitaalisia terveellisiä elintapoja tukevia palveluja kohtaan selvitettiin vastausvaihtoehdoilla ”kyllä”, ”en” ja ”en osaa sanoa”, joista ”en” ja ”en osaa sanoa” yhdistettiin analyysivaiheessa luokkaan ”en”. Ylin suoritettu koulutus -kysymyksen vastausvaihtoehdot olivat: kansakoulu tai peruskoulu; keskikoulu; ammattikoulu tai vastaava; lukio; opistotutkinto; alempi korkeakoulututkinto (ammattikorkeakoulu tai vastaava); ylempi korkeakoulu-

++ Kiinnostuneet käyttäjät	-+ Ei-kiinnostuneet käyttäjät
+- Kiinnostuneet ei-käyttäjät	-- Ei-kiinnostuneet ei-käyttäjät

Kuvio 1. Aineiston jako ryhmiin päätelaitteiden käytön ja digitaalisia terveellisiä elintapoja tukevia palveluja kohtaan osoitetun kiinnostuksen perusteella.

tutkinto (maisteri tai vastaava). Analyysivaiheessa vastausvaihtoehdot ”kansakoulu”, ”peruskoulu” ja ”keskikoulu” yhdistettiin keskenään, samoin vastausvaihtoehdot ”opistotutkinto” ja ”alempi korkeakoulututkinto”.

Aineisto jaettiin neljään ryhmään sen mukaan, oliko vastaajilla käytössään päätelaitetta ja olivatko he kiinnostuneita digitaalisia terveellisiä elintapoja tukevista palveluista (kuvio 1). Tarkastelimme, selittävätkö ikä, sukupuoli ja koulutustaso ryhmien välisiä eroja.

Tulosten analysoinnissa käytettiin SPSS 21.0 -ohjelmaa (SPSS Statistics for Windows, versio 21.0, Armonk, NY, IBM Corp.). Ryhmien välisiä eroja testattiin khiin neliö -testillä, jossa käytettiin Fisherin exactia testiä silloin, kun testin alkuperäisoletukset eivät olleet voimassa. Erot iän ja koulutusasteen suhteen testattiin Kruskal–Wallis-testillä. Kruskal–Wallis-testissä koulutusaste muutettiin jatkuvaksi muuttujaksi. Tilastollisen merkitsevyyden rajana käytettiin p-arvoa < 0,05.

Tulokset

Kyselyyn vastasi 293 ilmaisen ruokajakelun asiakasta. Vastaajien keski-ikä oli 57 vuotta (taulukko 1). Nuorin vastaaja oli 18- ja vanhin 92-vuotias. Vastaajissa oli hieman enemmän naisia (56 %) kuin miehiä (44 %). Suurimmalla osalla (73 %) ylin suoritettu koulutus oli peruskoulutason koulutus tai ammattikoulu. Jotain päätelaitetta (älypuhelin, tablettitietokonetta tai tietokonetta) käytti 77 prosenttia kysymykseen vastanneista (n = 223/288). Internetiä päivittäin tai lähes päivittäin käyttäviä oli 62 prosenttia. Hieman useammalla (67 %) oli käytössä oleva sähköposti. Noin viidesosa (19 %) oli käyttänyt viimeisten kolmen kuukauden aikana digitaalisia

Taulukko 1. Kyselyyn vastanneiden taustatiedot ja vastausten suhteelliset osuudet.

Muuttuja	
Ikä (v, ka ± SD) (n = 287)	57 ± 17
Sukupuoli (%) (n = 289)	
• Miehiä	43,6
• Naisia	56,4
Ylin suoritettu koulutus (%) (n = 289)	
• Kansakoulu, peruskoulu tai keski-koulu	38,1
• Ammattikoulu tai vastaava	34,6
• Lukio	5,9
• Opistotutkinto tai alempi korkea-koulututkinto	18
• Ylempi korkeakoulututkinto	3,5
Käytössä tietotekninen päätelaite (älypuhelin, tablettitietokone, tietokone) (%) (n = 288)	
• Kyllä	77,4
• Ei	22,6
Internetin käyttöuseus (%) (n = 283)	
• päivittäin tai lähes päivittäin	62,2
• viikoittain tai harvemmin kuin viikoittain	37,8
Käytössä oleva sähköposti (%) (n=292)	
• Kyllä	67,1
• Ei	32,9
Elintapoja mittaamaan tarkoitettujen digitaalisten sovellusten käyttö viimeisten 3 kk aikana (%) (n = 290)	
• Kyllä	19,3
• Ei	80,7
Kiinnostus digitaalisia terveellisiä elintapoja tukevia palveluja kohtaan (%) (n = 290)	
• Kyllä	40
• Ei	60

sovelluksia mittaamaan elintapojaan. Digitaalisista terveellisiä elintapoja tukevista palveluista kiinnostuneita oli vajaa puolet vastaajista (40 %). Heistä, joilla ei ollut tietotekniikkaa käytössään, 81 prosenttia ei ollut kiinnostunut digitaalisista palveluista.

Kyselyyn vastanneet jaettiin neljään ryhmään päätelaitteiden käytön ja digitaalisia, terveellisiä elintapoja tukevia palveluja kohtaan osoittamansa kiinnostuksen mukaan (taulukko 2). Suurimman vastaajaryhmän (41 %) muodostivat ”ei-kiinnostuneet käyttäjät” eli he, joilla oli käytössään tie-

Taulukko 2. Vastaajien lukumäärä, ikä, sukupuoli ja ylin suoritettu koulutus ryhmittäin (n = 285).

	Käyttäjät		Ei-käyttäjät		p-arvo
	Kiinnostuneet	Ei-kiinnostuneet	Kiinnostuneet	Ei-kiinnostuneet	
% (n)	35 (102)	41 (119)	4 (12)	18 (52)	
Ikä (v) ± SD	51 ± 16	55 ± 16	64 ± 13	70 ± 12	< 0,001 ⁵
Sukupuoli					0,009 ⁶
• Miehet (%) (n=122)	36 ¹	51 ²	67	31	
• Naiset (%) (n=160)	63 ¹	47 ²	33	69	
Koulutus					< 0,001 ⁵
• Kansa-, perus- tai keskikoulu (%)	22,5 ³	40,3 ⁴	58,3	55,8	
• Ammatti-koulu (%)	37,3 ³	34,5 ⁴	16,7	32,7	
• Lukio (%)	8,8 ³	5,9 ⁴	0	1,9	
• Opisto- tai alempi korkeakoulututkinto (%)	23,5 ³	16,0 ⁴	16,7	9,6	
• Ylempi korkea-koulututkinto (%)	5,9 ³	1,7 ⁴	8,3	0	

¹n = 101; ²n = 117; ³n = 100; ⁴n = 117; ⁵Kruskal-Wallis-testi; ⁶khiin neliö -testi. Kiinnostuneet käyttäjät = vastaaja käyttää päätelaitetta ja on kiinnostunut digitaalisista terveellisiä elintapoja tukevista palveluista; Ei-kiinnostuneet käyttäjät = vastaaja käyttää päätelaitetta, mutta ei ole kiinnostunut digitaalisista terveellisiä elintapoja tukevista palveluista; Kiinnostuneet ei-käyttäjät = vastaaja ei käytä päätelaitetta, mutta on kiinnostunut digitaalisista terveellisiä elintapoja tukevista palveluista; Ei-kiinnostuneet ei-käyttäjät = vastaaja ei käytä päätelaitetta eikä ole kiinnostunut digitaalisista terveellisiä elintapoja tukevista palveluista.

totekninen päätelaite, mutta ei kiinnostusta digitaalisten terveellisiä elintapoja tukevien palvelujen käyttöön. Noin kolmasosa (35 %) vastaajista oli ”kiinnostuneita käyttäjiä” eli heillä oli paitsi käytössään tietotekninen päätelaite myös kiinnostusta digitaalisia terveellisiä elintapoja tukevia palveluja kohtaan. Lähes viidesosalla (18 %) ilmaisen ruoanjakelun asiakkaista ei ollut käytössään tietoteknistä päätelaitetta eikä kiinnostusta kyseisiä digitaalisia palveluja kohtaan (”ei kiinnostuneet ei-käyttäjät”). Pienimmän ryhmän, neljä prosenttia vastaajista, muodostivat he, jotka olivat kiinnostuneita digitaalisista terveellisiä elintapoja tukevista palveluista, vaikkei heillä ollut käytössään tietoteknistä päätelaitetta.

Päätelaitteen käytön ja digitaalisia terveellisiä elintapoja tukevia palveluita kohtaan osoitetun kiinnostuksen perusteella jaettujen ryhmien välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero iän (p < 0,001), sukupuolen (p = 0,009) ja koulutusasteen (p < 0,001) suhteen (taulukko 2). ”Ei-kiinnostuneet ei-käyttäjät” olivat vanhempia kuin ”kiinnostuneet käyttäjät” (p < 0,001) sekä ”ei-kiinnostuneet käyttäjät” (p < 0,001). ”Kiinnostuneista käyttäjistä” suurin osa oli naisia (63 %).

”Kiinnostuneet käyttäjät” olivat keskimäärin pitemmälle koulutettuja kuin ”ei-kiinnostuneet ei-käyttäjät” (p < 0,001) tai ”ei-kiinnostuneet käyttäjät” (p = 0,012). Muille ryhmille tyypillisintä oli peruskoulutason koulutus.

Johtopäätökset ja pohdinta

Tämä on tietäksemme ensimmäinen Suomessa tehty tutkimus, jossa on selvitetty ilmaista ruoka-apua saavien henkilöiden tietoteknisten päätelaitteiden käyttöä sekä heidän kiinnostustaan terveellisiä elintapoja tukevia digitaalisia palveluja kohtaan. Kohderyhmää on vaikea tavoittaa tavanomaisiin kysely- ja muihin tutkimuksiin, mikä johtuu muun muassa siitä, että heiltä puuttuu tavoittamiseen soveltuvia tietoteknisiä päätelaitteita. Siksi tutkimus toteutettiin konkreettisesti jalkautumalla ilmaista ruoka-apua noutavien asiakkaiden pariin. Näin haluttiin myös varmistaa, että tutkimuksen kohderyhmän muodostavat aidosti yhteiskunnassa heikommassa asemassa olevat, joita perinteiset terveyden edistämisen keinot eivät tavoita kovinkaan hyvin.

Jopa kolmasosalla vastaajista ei ollut käytössä olevaa sähköpostia ja noin viidenneksellä ei ollut käytössään mitään tietoteknistä laitetta. Suurimmalla osalla vastaajista ei ollut myöskään kiinnostusta terveellisiä elintapoja tukevien digitaalisten palvelujen käyttöön. Sosiaali- ja terveydenhuollon digitaaliset palvelut eivät siten käytännössä tavoita heitä. Erityisesti tämä kosketti vanhimpia, keskimäärin 70-vuotiaita vastaajia, joilla päätelaitteiden käyttö ja kiinnostus niiden käyttöön oli vähäisintä. Heissä oli myös keskimäärin eniten korkeintaan ammattikoulutuksen suorittaneita. Tulokset ovat linjassa aiempien tutkimushavaintojen kanssa. Jo aiemmin on todettu, että sähköisen asioinnin ulkopuolelle jäämisen riskissä ovat etenkin iäkkäät ja alhaisen koulutuksen saaneet (Hyppönen & Ilmarinen 2016). Muita sähköisten palvelujen ulkopuolelle jääviä ryhmiä ovat terveydentilansa heikoksi tuntevat, työelämän ulkopuolella olevat ja maaseudulla asuvat (Hyppönen & Ilmarinen 2016). Iäkkäille on toki monella paikkakunnalla tarjolla yhdistysten ja järjestöjen järjestämää ilmaista tietokoneen ja muiden päätelaitteiden käyttöopastusta (Vanhustyön keskusliitto 2016). Tästä opastuksesta hyötyvät kuitenkin vain ne, joilla on motivaatiota, tietoteknisiä valmiuksia ja toimintakykyä. Vanhustyön keskusliiton (2016) mukaan Suomessa on lähes 500 000 yli 65-vuotiasta, jotka eivät käytä tietotekniikkaa. Lea Stenbergin ja kollegoiden (2014) selvityksen mukaan lähes puolet 75–89-vuotiaista ei pidä tietoteknisiä taitoja välttämättöminä ja 43 prosenttia on sitä mieltä, ettei tietokonetta tarvitse osata käyttää pärjätäkseen nyky-yhteiskunnassa. Heidän tavoittamiseen tarvitaan siis edelleen perinteisiä, matalan kynnyksen sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita, varsinkin kun näissä ryhmissä palvelujen tarve on usein suurin.

Toinen tutkimuksessa esille tullut, eriarvoisuuden kannalta huomioitava ryhmä ovat päätelaitetta käyttävät henkilöt, jotka eivät ole kiinnostuneita digitaalisista terveellisiä elintapoja tukevista palveluista. Tutkimuksen mukaan he olisivat periaatteessa terveyttä edistävien digitaalisten palveluiden tavoitettavissa, kunhan heillä olisi motivaatiota käyttää niitä. On mahdollista, että he jo käyttävätkin välttämättömiä digitaalisia sosiaali- ja terveyspalveluja, mutta eivät ole kiinnostuneita hyödyntämään niitä terveytensä edistämiseen. Tästä joukosta suurempi osa oli miehiä. Aiemman tutkimusnäytön perusteella pelkkä tieto ei motivoi miehiä terveyden edistämiseen, vaan he

tarvitsevat elintapojensa muuttamiseen konkreettisia syitä ja perusteluita (Kettunen 2010). Olisi-kin ensiarvoisen tärkeää lisätä terveyden edistämisen toimenpiteiden kiinnostavuutta nimenomaan miesten näkökulmasta.

Vastaajista noin kolmannes oli ”kiinnostuneita käyttäjiä”. He ovat siis henkilöitä, joiden voidaan olettaa olevan jo nykyisellään digitaalisten terveyspalvelujen tavoitettavissa. He voisivat siten hyötyä myös terveellisiä elintapoja tukevista sähköisistä palveluista. On jo varsin vakuuttavaa tutkimusnäyttöä siitä, että digitaalisesti toteutetut interventiot voivat parantaa muun muassa sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä sekä edistää terveellisiä elintapoja liikuntaan ja ravitsemukseen liittyen (Beishuizen & al. 2016; Aalbers & al. 2011). Koska monet terveyden riskitekijät ovat koholla juuri heikommassa asemassa olevien ryhmässä, olisi tärkeää hyödyntää näiden sovellusten tarjoamia mahdollisuuksia juuri heillä.

Pieni osa (4 %) kyselyyn vastanneista oli heitä, jotka voisivat kiinnostuksensa perusteella olla potentiaalisia digitaalisten sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjiä, jos heillä vain olisi käytettävissään siihen soveltuva päätelaite. Vaikka ryhmä oli pieni ja kirjastoissa, asukastuvissa ja muissa julkisissa tiloissa on jo nykyisellään päätelaitteita, joita voi käyttää ilmaiseksi, olisi tärkeää edelleen parantaa tämän ryhmän tietoteknisiä valmiuksia mahdollistamalla päätelaitteiden ja internetyhteyden saatavuutta myös henkilökohtaiseen käyttöön.

Tutkimuksella on joitain rajoituksia. Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista, joten emme voi tietää, edustivatko vastaajat kattavasti ilmaisen ruokajakelun asiakkaita. Suurin osa ruokajakelussa paikalla olleista kuitenkin vastasi kyselyyn. Koska emme selvittäneet tutkimuksessa kiinnostusta terveyden edistämiseen ylipäänsä, vaan keskityimme digitaalisten palveluiden käyttöön, emme voi tämän tutkimuksen perusteella tietää ruoka-avun asiakkaiden yleisemmästä kiinnostuksesta terveytensä edistämiseen ja sitä tukevien palvelujen käyttöön.

Lopuksi

Suomessa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen suurin tarve keskittyy pienelle osalle väestöstä; noin 10 prosenttia joko palveluiden asiakkaita tai palvelun piirissä olevasta väestöstä aiheuttaa noin 70–80 prosenttia kuntien sosiaali- ja tervey-

denhuollon kustannuksista. Asiaa tarkastellut Valtiontalouden tarkastusvirasto onkin suositannut, että paljon palveluita tarvitsevat asiakkaat ja heidän tarpeensa tulee tunnistaa, palveluiden käyttöä tulee seurata ja asiakkaita tulee kohdella yhdenvertaisesti. Tiedon tulisi liikkua eri toimijoiden välillä, asiakas tulisi ottaa mukaan hoitosuunnitelmansa tekemiseen ja hoito tulisi suunnitella, toteuttaa ja seurata koordinoitusti. (Valtiontalouden tarkastusvirasto 2017.) Ratkaisuksi esitetään siten aidosti asiakaslähtöisiä sosiaali- ja terveyspalveluita.

Ilmaista ruoka-apua saavat henkilöt eivät automaattisesti ole paljon sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita tarvitsevia asiakkaita. Mutta jos heidän asiointiaan pystytään sujuvoittamaan ja heille pystytään tarjoamaan uusia mahdollisuuksia terveyden edistämiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn, samat keinot voivat toimia muidenkin erityistä tukea vaativien ihmisryhmien kanssa. Asia-

kaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämisessä on pohjimmiltaan kyse siitä, että jalkaudutaan ihmisten pariin, kokeillaan ja opitaan mikä toimii ja mikä ei. Sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittäjille yhteistyö ruoka-aputoimijoiden kanssa voisi olla siten silmiä avaava kokemus.

Tässä selvityksessä havaittiin, että ilmaista ruoka-apua saavien henkilöiden joukossa on mahdollista lisätä terveyttä edistävien digitaalisten palveluiden käyttöä sekä suoraan että tietoteknisten valmiuksien parantamisen kautta. Havaittiin myös, että on joukko ihmisiä, jotka eivät ole kiinnostuneita käyttämään digitaalisia palveluita terveytensä edistämiseen. Tätä ryhmää tulisi tulevaisuudessa tutkia tarkemmin. Ovatko he kiinnostuneita terveyden edistämisestä ylipäänsä, kuinka paljon he käyttävät sosiaali- ja terveyspalveluita ja kuinka hyvin nykyiset sosiaali- ja terveyspalvelut vastaavat heidän tarpeisiinsa? Selvää on, että tällä hetkellä digitaaliset palvelut eivät tavoita tätä ryhmää.

KIRJALLISUUS

- Aalbers, Teun & Baars, Maria & Rikkert, Marcel Olde: Characteristics of effective Internet-mediated interventions to change lifestyle in people aged 50 and older: a systematic review. *Ageing Res Rev.* 10 (2011): 4, 487–497. doi: 10.1016/j.arr.2011.05.001
- Beishuizen, Cathrien & Stephan, Blossom & van Gool, Willem & Brayne, Carol & Peters, Ron & Andrieu, Sandrine & Kivipelto, Miia & Soininen, Hillka & Busschers, Wim & Moll van Charante, Eric & Richard, Edo. Web-based interventions targeting cardiovascular risk factors in middle-aged and older people: a systematic review and meta-analysis. *J Med Internet Res* 18 (2016): 3, e55. doi:10.2196/jmir.5218.
- Hyppönen, Hannele & Hyry, Jaakko & Valta, Kati & Ahlgren, Saija: Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi. Kansalaisten kokemukset ja kehittämistarpeet. Raportti 33/2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2014.
- Hyppönen, Hannele & Ilmarinen, Katja: Sosiaali- ja terveydenhuollon digitalisaatio. Suomen sosiaalinen tila 2/2016. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2016.
- Kettunen, Tiina: Maskuliinisuus miesten terveyspuheessa. Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos, 2010.
- Kirkon tiedotuskeskus: Suomi-kuvan himmeämpi puoli – ruoka-apua yli 100 000 ihmiselle, 2017. <https://www.epressi.com/tiedotteet/uskonto/suomi-kuvan-himmeampi-puoli-ruoka-apua-yli-100-000-ihmiselle.html> (luettu 4.1. 2018).
- Lehtelä, Kirsi-Marja & Kestilä, Laura: Kaksi vuosikymmentä ruoka-apua. S. 270–281. Teoksessa Vaarama, Marja & Karvonen, Sakari & Kestilä, Laura & Moisio, Pasi & Muuri, Anu (toim.): Suomalaisen hyvinvointi 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2014.
- Mendis, Shanthi & Banerjee, A: Cardiovascular disease: equity and social determinants. S. 32–36. Teoksessa Blas, Erik & Sivasankara Kurup, Anand (toim.): Equity, social determinants and public health programmes. World Health Organization, 2010.
- OECD/EU: Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle, Paris: OECD Publishing, 2016.
- Ohisalo, Maria: EU:n ruoka-apuohjelman vaikutus ruoka-avun vakiintumiseen Suomessa. S. 146–170. Teoksessa Niemelä, Mikko & Saari, Juho (toim.): Huono-osaisten hyvinvointi Suomessa. Helsinki: Kela, 2013.
- Ohisalo, Maria: Murusia hyvinvointivaltion pohjalla. Leipäjonot, koettu hyvinvointi ja huono-osaisuus. Väitöskirja. Itä-Suomen yliopisto, 2017.
- Ohisalo, Maria & Laihiala, Tuomo & Saari, Juho: Huono-osaiset hyvinvoinnin keskellä: ruoka-avussa ja terveysneuvontapisteissä käyvien elämässä pärjääminen ja hyvinvointikokemukset. Teologinen Aikakauskirja 120 (2015): 4, 291–309.

- Ohisalo, Maria & Laihiala, Tuomo & Saari, Juhon: Huono-osaisuuden ulottuvuudet ja huono-osaisuuden kasautuminen leipäjonoissa. *Yhteiskuntapolitiikka* 80 (2015): 5, 435–446.
- Rotko, Tuulia & Kauppinen, Tapani & Mustonen, Niina & Linnanmäki, Eila: Kuilun kaventajat. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011 –loppuraportti. Raportti 41/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2012.
- Stenberg, Lea & Nordlund, Marika & Alastalo, Kirsi & Forsberg, Kristina & Intosalmi, Hennariikka & Nykänen, Jaana & Pesola, Kirsti & Ranta, Paula & Virkkunen, Anne: Näkemyksiä ikätieteologiasta – KÄKÄTE-kyselyt yksissä kansissa. KÄKÄTE-raportteja 6/2014. Helsinki: Vanhus- ja lähimmäispalvelun liitto ry / Vanhustyön keskusliitto ry, 2014.
- Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestön tieto- ja viestintäteknikan käyttö 2017 [verkkojulkaisu]. ISSN=2341-8699. Helsinki: Tilastokeskus, 2017.
- Valtiontalouden tarkastusvirasto 2017: Tuloksellisuus-tarkastuskertomus. Paljon palveluja tarvitsevat ja käyttävät asiakkaat perusterveydenhuollossa. Valtiontalouden tarkastusviraston tarkastuskertomukset 11/2017. Helsinki, 2017.
- Vanhustyön keskusliitto: SeniorSurf, 2016. <http://www.vtkl.fi/fin/kampanjat/seniorsurf/> (luettu 4.1.2018).
- Whiting, David & Unwin, Nigel & Roglic, Gojka: Diabetes: equity and social determinants. Teoksessa Blas, Erik & Sivasankara Kurup, Anand (toim.): Equity, social determinants and public health programmes. World Health Organisation 2010, s. 78–80.

TIIVISTELMÄ

Tanja Tilles-Tirkkonen & Jenni Lappi & Leila Karhunen & Marja Harjumaa & Pilvikki Absetz & Jussi Pihlajamäki: Sosioekonomisesti heikommassa asemassa olevien kiinnostus ja mahdollisuudet digitaalisten terveyspalveluiden käyttöön

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää tietoteknisten päätelaitteiden käyttöä ruoka-avussa käyvien henkilöiden keskuudessa sekä heidän kiinnostustaan digitaalisten palveluja kohtaan terveellisten elintapojen tukemisessa. Selvitys tehtiin kyselylomakkeella kolmella paikkakunnalla järjestöjen ja seurakuntien ilmaista lounasruokailua ja ruokajakelua toteuttavissa toimipisteissä. Aineisto kerättiin jalkautumalla toimipisteisiin.

Kyselyyn vastasi 293 ilmaisen ruokajakelun asiakasta, joka on arviolta noin 70–80 prosenttia paikalla olleista. Vastaajien keski-ikä oli 57 vuotta (vaihteluväli 18–92 vuotta). Vastaajissa naisia oli 56 ja miehiä 44 prosenttia. Suurimmalla osalla (73 %) ylin suoritettu koulutus oli peruskoulutason koulutus tai ammattikoulu. Jotain päätelaitetta (älypuhelin, tablettitietokonetta tai tietokonetta) käytti 77 prosenttia kysymykseen vastanneista. Internetiä päivittäin tai lähes päivittäin käyttäviä oli 62 prosenttia ja käytössä oleva sähköposti oli 67 prosentilla. Noin viidesosa (19 %) oli käyttänyt viimeisten kolmen kuukauden aikana digitaalisia sovelluksia mittaamaan elintapojaan ja vajaa puolet vastaajista (40 %) oli kiinnostunut digitaalisista terveellisistä elintapojen tukevista palveluista.

Kyselyyn vastanneet jaettiin neljään ryhmään päätelaitteiden käytön ja digitaalisia, terveellisiä elintapojen tukevia palveluja kohtaan osoittamansa kiinnostuksen mukaan. Suurimman vastaajaryhmän (41 %) muodostivat henkilöt, joilla oli käytössään tietotekninen päätelaite, mutta he eivät olleet kiinnostuneita digitaalisten terveellisiä elintapojen tukevien palvelujen käytöstä. Noin kolmasosa (35 %) vastaajista oli henkilöitä, joilla oli käytössään tietotekninen päätelaite ja lisäksi kiinnostusta digitaalisia terveellisiä elintapojen tukevia palveluja kohtaan. Lähes viidesosalla (18 %) ei ollut käytössään tietoteknistä päätelaitetta eikä kiinnostusta kyseisiä digitaalisia palveluja kohtaan. Neljä prosenttia vastaajista oli henkilöitä, joilla oli kiinnostusta digitaalisista terveellisiä elintapojen tukevista palveluista, mutta heillä ei ollut käytössään tietoteknistä päätelaitetta. Päätelaitteen käytön ja digitaalisia terveellisiä elintapojen tukevia palveluita kohtaan osoitetun kiinnostuksen mukaan muodostetut ryhmät erosivat toisistaan iän, sukupuolen ja koulutusasteen suhteen.

Tutkimuksen mukaan kolmannen kyselyyn vastanneista olisi valmiita ottamaan käyttöön digitaalisen terveellisiä elintapojen tukevan palvelun. Toisaalta suuremmalla joukolla vastaajista ei suoraan ollut tähän valmiutta, joka puoltaa sitä, että jatkossakin tarvitaan myös kasvokkain tapahtuvaa matalan kynnyksen palvelua tukemaan terveellisiä elintapojen ja toisaalta opastamaan ja madaltamaan kynnystä digitaalisten palvelujen käyttöön.