



Mielenterveys- ja päihdejärjestöjen toimintaan osallistuvien hyvinvointi, toimeentulo ja palveluiden käyttö

MIPA 2.0 -tutkimusohjelman kyselytutkimuksen perusraportti

Taina Heinonen, Sari Jurvansuu ja Jouni Tourunen

Mielenterveys- ja päihdejärjestöjen toimintaan osallistuvien hyvinvointi, toimeentulo ja palveluiden käyttö

MIPA 2.0 -tutkimusohjelman kyselytutkimuksen perusraportti

Taina Heinonen, Sari Jurvansuu ja Jouni Tourunen

Sisällys

1. Johdanto	1
2. Vastaajien taustatiedot ja tuen tarpeen syyt	2
3. Hyvinvointi	5
3.1. Positiivinen mielenterveys (SWEMWBS)	5
3.2. Psyykkinen kuormittuneisuus (MHI-5)	6
3.3. Sosiaalinen status – mihin asemaan sijoitut suomalaisessa yhteiskunnassa	8
3.4. Yksinäisyyden kokemus ja sen muutos	9
3.5. Arvio elämäntilanteesta ja sen muutoksesta viimeisen vuoden aikana	10
3.6. Hyvinvoinnin muutos järjestön toimintaan osallistumisen myötä	11
4. Toimeentulo	13
4.1. Kokemukset toimeentulosta ja sen muutoksesta	13
4.2. Sosiaaliturvaan ja etuuksiin tehtyjen muutosten vaikutukset	15
5. Palveluiden käyttö	18
5.1. Palveluiden käyttö ja niiden riittävyys	18
5.2. Muutokset palvelujen saannissa	19
6. Yhteenveto ja pohdinta	22
Lähteet	24

1. Johdanto

Toteutimme A-klinikkasäätiön koordinoimassa Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimusohjelmassa (MIPA 2.0) keväällä 2025 kyselyn mielenterveys- ja päihdejärjestöjen toimintaan osallistuvien ihmisten hyvinvoinnista, toimeentulosta ja palveluiden käytöstä. Tutkimuksella keräsimme ajankohtaistietoa järjestöjen toimintaan osallistuvien ihmisten elämäntilanteista. Järjestöjen toimintaan osallistuvien ihmisten taloudellisen tilanteen tiedetään olevan heikompi ja palvelujen tarpeen suurempi kuin väestöllä keskimäärin (Pitkänen & Tourunen 2016). He myös tarvitsevat arjessaan usein yhteiskuntamme palveluja ja etuuksia ja saattavat toisaalta jäädä niiden ulkopuolelle.

Tutkimuksen taustalla ovat sosiaaliturvaan ja sosiaali- ja terveystalouteen vuosina 2023–2024 tehdyt muutokset, jotka ovat kohdistuneet esimerkiksi asumistukeen, työttömyysturvaan, kuntoutusetuuksiin, sote-asiakasmaksuihin ja toimeentulotukeen (Kela 2024). Lisäksi viime vuosina yleiset elinkustannukset kuten ruoka-, energia- ja lääkekulut ovat nousseet tuntuvasti. Näiden ja tulevien lisämuutosten on ennakoitu vaikuttavan välittömästi ja välillisesti erityisesti haavoittuvassa asemassa olevien, paljon yhteiskunnan palveluja ja tukia tarvitsevien arkeen ja hyvinvointiin vuosien 2025 ja 2026 aikana (mm. Hiilamo ym. 2023; Saari 2024; SOSTE ry 2023).

Heikoimmassa asemassa oleville ihmisille, kuten mielenterveys- ja päihdejärjestöjen toimintaan osallistuville, tämä tarkoittaa usein sitä, että useat sosiaaliturvaan tehdyt leikkaukset voivat vaikuttaa heidän toimeentuloonsa samanaikaisesti. Asumistuen leikkaukset, työttömyysturvan lapsikorotusten ja suojaosan poisto sekä nuorten kuntoutusrahan aleneminen pienentävät nettotuloja, jolloin pysyvät kulut (vuokra, ruoka, lääkkeet) painavat suhteessa enemmän (Kela 2024).

Kyselyn kohderyhmä oli laajasti ihmiset, jotka hakevat itselleen apua ja tukea mielenterveys- ja päihdejärjestöjen toiminnasta. Tuoreimman Sosiaalibarometrin (2025) mukaan joka viides sosiaalialueen asukas on lisännyt kahden viime vuoden aikana asiakkaidensa ohjausta järjestöihin, esimerkiksi niiden vertais- ja ryhmätoimintoihin. Syynä mainittiin hyvinvointialueiden säästötoimien aiheuttamat vähennykset palvelutarjontaan ja ostopalveluihin (SOSTE ry 2025).

Kyselyyn kerättiin vastauksia MIPA 2.0 -hankkeeseen osallistuvien järjestöjen toiminnoista, kuten ryhmätoiminnoista, työpajatoiminnasta ja matalan kynnyksen kohtaamispaikoista. Kyselyssä kartoitettiin järjestöjen toimintaan osallistuvien elämäntilanteita ja hyvinvointia, toimeentuloa ja sosiaaliturvaan tehtyjen muutosten vaikutusta siihen sekä palvelutarpeita ja palvelujen saantia. Lisäksi siinä selvitettiin näissä tapahtuneita muutoksia kyselyä edeltävän vuoden aikana. Kyselyaineisto kerättiin 1.3.–31.5.2025 välisenä aikana. Kyselyyn saatiin yhteensä 518 vastausta.

Helsingissä 10.11.2025

Taina Heinonen, Sari Jurvansuu & Jouni Tourunen
A-klinikkasäätiö / Päihde- ja mielenterveysjärjestöjen tutkimusohjelma (MIPA 2.0)

2. Vastaajien taustatiedot ja tuen tarpeen syyt

Vastaajista (taulukko 1) reilu kaksi kolmannesta oli naisia, reilu neljännes miehiä, loput vastaajat valitsivat sukupuolekseen muun, eivät halunnet kertoa tai jättivät vastaamatta. Vastaajien ikä oli keskimäärin (keskiarvo) 50 vuotta. Ikä vaihteli 16 ja 88 vuoden välillä siten, että neljännes vastaajista oli alle 40-vuotiaita, puolet 40–59-vuotiaita ja neljännes 60-vuotiaita tai vanhempia. Lähes puolella vastaajista korkein suoritettu koulutusaste oli toisen asteen tutkinto, reilulla viidenneksellä alempi korkeakoulututkinto, joka seitsemällä perus-/kansakoulu-, useammalla kuin joka kymmenellä ylempi korkeakoulututkinto ja loppuilla muu tutkinto tai ei lainkaan perusasteen koulutusta.

Vajaa kolmannes vastaajista oli eläkkeellä, neljännes koko- tai osa-aikatyössä, 15 prosenttia työttömiä tai lomautettuna, 13 prosenttia kuntouttavassa työtoiminnassa, työkokeilussa tai palkkatuetussa työssä ja neljä prosenttia sairauspäivärahalla. Loput vastaajat muodostavat ryhmän muu, joka koostuu muunlaisessa elämäntilanteessa kuten opiskelijana, kuntoutustuella (määräaikaisella työkyvyttömyyseläkkeellä), yrittäjänä, oppisopimuskoulutuksessa, omaishoitajana tai opintovapaalla olevista.

Eläkeläisten keski-ikä oli 60 vuotta nuorimman vastaajan ollessa 24-vuotias ja vanhimman 88-vuotias. Koko väestöä tarkasteltaessa vuonna 2024 eläkkeelle siirryttiin keskimäärin 63-vuotiaana (ETK 2025), kun taas aineistossamme reilu puolet eläkkeellä olevista oli alle 63-vuotiaita. Kyselyn avoimista vastauksista selviää monen vastaajan olevan psyykkisistä tai somaattisista syistä työkyvyttömyyseläkkeellä.

Puolet vastaajista asui yksin, vajaa neljännes puolison tai kumppanin kanssa, 15 prosenttia puolison tai kumppanin ja lasten kanssa, seitsemän prosenttia lasten kanssa ja loput viisi prosenttia ilmoitti asumistilanteekseen muun kuten asuminen yhdessä vanhemman, sukulaisen tai kämppäkaverin kanssa. Reilu kolmannes asui omistusasunnossa, yli puolet vuokra-asunnossa ja kuusi prosenttia tukiasunnossa tai muissa asumisjärjestelyissä. Kolme vastaajaa kertoi olevansa asunnottomia.

Kyselyyn vastanneet tavoitimme laajasti hankkeeseen osallistuvien järjestöjen toimintojen kautta. Järjestöjen työntekijät osallistuivat aineistonkeruuseen välittämällä toimintaan osallistuville paperisen kyselylomakkeen tai linkin sähköiseen kyselyyn. Lisäksi tutkijat keräsivät vastauksia jalkautumalla osaan toiminnoista.

Tutkimusaineisto koostuu muun muassa päiväkeskusten ja kohtaamispaikkojen kävijöistä sekä työpajatoimintaan ja verkkokursseille osallistuneista. Tutkimukseen osallistuneet päihdetyön kohtaamispaikat ja päiväkeskukset tarjoavat arjen tukea, palveluja, seuraa ja tekemistä sekä päihdetoipujille että aktiivisesti päihteitä käyttäville. Osa heille suunnatuista kohtaamispaikoista on päihteettömiä ja osassa voi asioida myös päihtyneenä. Tutkimuksessa mukana olleet työpajat puolestaan tarjoavat pääasiassa palveluja työllisyyden, osaamisen ja kuntoutumisen edistämiseksi sekä hyvinvoinnin ja osallisuuden tukemiseksi. Suuri osa vastauksista saatiin mielenterveysjärjestön tarjoamien verkkokurssien kautta (n=224), joihin osallistujat olivat pääosin mielenterveyden ongelmia (77 %) kokevia ja työelämän ulkopuolella (63 %) olevia naisia (90 %).

Vastauksia saimme kaikilta 21 hyvinvointialueelta ja Helsingin kaupungilta. Eniten vastauksia kertyi Varsinais-Suomesta (70), Pirkanmaalta (67), Pohjois-Pohjanmaalta (61) ja Helsingistä (52).

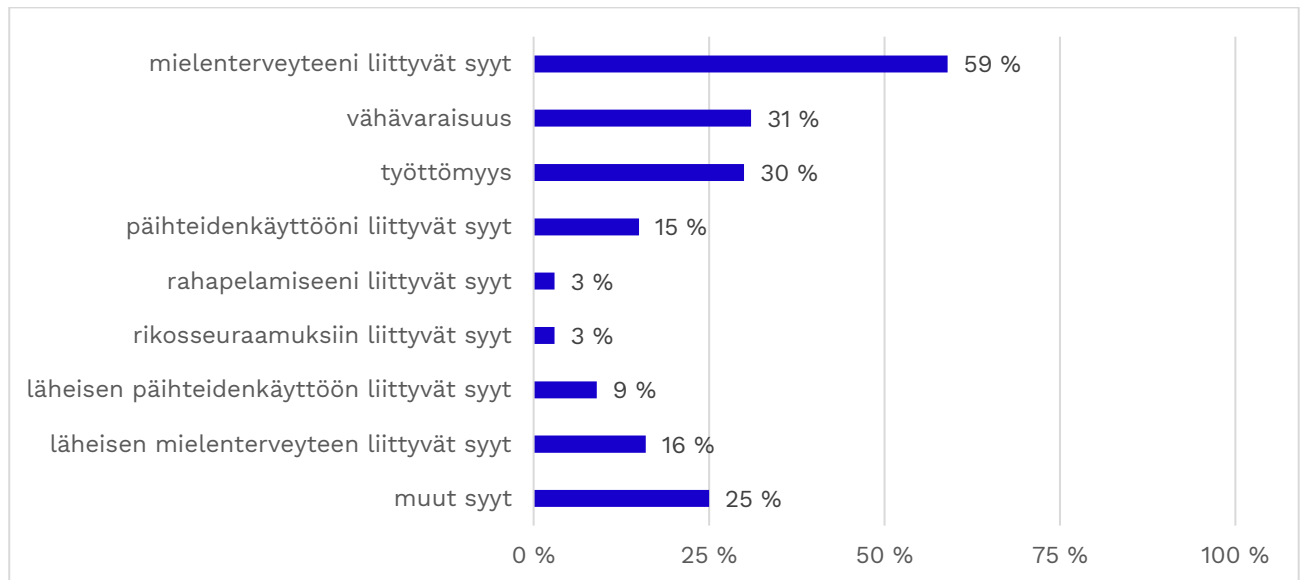
Taulukko 1. Vastanneiden (N=518) taustatiedot.

Sukupuoli (N=508)	n	%
Nainen	351	69
Mies	143	28
Muu/en halua sanoa	14	3
Ikä (N=518)		
Alle 40	123	24
40–59	271	52
60 tai yli	124	24
Koulutus (N=513)		
Ylempi korkeakoulu	62	12
Alempi korkeakoulututkinto	117	23
Toisen asteen koulutus	241	47
Peruskoulu	72	14
Ei perusasteen koulutusta	13	2,5
Muu	8	1,5
Työllisyystilanne (N=512)		
Koko- tai osa-aikatyössä	125	24
Työtön/lomautettu	79	15
Palkkatuetussa työssä	6	1
Kuntouttavassa työtoiminnassa tai työkokeilussa	58	12
Sairauspäivärahalla	21	4
Eläkkeellä	156	30
Muu	67	14
Asumistilanne (N=512)		
Yksin	256	50
Avio-/avoliitossa	119	23
Puolison ja lasten kanssa	75	15
Yksinhuoltaja	36	7
Muu tilanne	26	5
Osallistumisen syy (N=510)		
Päihdeongelma (mutta ei mielenterveysongelmaa)	36	7
Mielenterveysongelma (mutta ei päihdeongelmaa)	264	52
Sekä päihde- että mielenterveysongelma	38	7
Työttömyys tai vähävaraisuus (mutta ei päihde- tai mielenterveysongelmaa)	69	14
Muut (läheisen ongelmat, rahapeli, rikosseuraamus, seura ym.)	103	20

Kysyimme vastaajien syitä osallistua järjestön toimintaan (kuvio 1). Heillä oli mahdollisuus valita kaikki sopivat vaihtoehdot valmiista listasta. Yleisimmät syyt liittyivät omaan mielenterveyteen (59 %), vähävaraisuuteen (31 %), työttömyyteen (30 %) ja omaan päihdeidenkäyttöön (15 %) sekä läheisen mielenterveyteen (16 %) tai päihdeiden käyttöön (9 %). Muutama vastaaja ilmoitti syyksi rahapelaamisen, rikosseuraamuksen tai läheisen rahapelaamisen. Lisäksi neljännes vastaajista perusteli osallistumistaan muulla syyllä, kuten ajankulu, yksinäisyys, ihmisten kohtaaminen, yhteisöön kuuluminen, ammatillinen kiinnostus, opinnot, vapaaehtoistyö, uuden oppiminen, muiden auttaminen, vertaistuen antaminen ja saaminen sekä taloudelliset vaikeudet.

Luokittelimme vastaajat toimintaan osallistumisen syiden perusteella viiteen toisensa poissulkevaan ryhmään (taulukko 1). *Päihdeongelma*-ryhmän muodostimme vastaajista, jotka ilmoittivat osallistumisensa syyksi päihdeongelman mutta eivät mielenterveysongelmaa (mahdolliset muut vastausvaihtoehdot eivät siten rajautuneet pois). *Mielenterveysongelma*-ryhmään sisällytimme samoin vastaajat, joilla oli mielenterveysongelma mutta ei päihdeongelmaa. *Sekä päihde- että*

mielenterveysongelma -ryhmään erottelimme vastaajat, jotka olivat valinneet molemmat osallistumisen syyt. *Työttömyys tai vähävaraisuus* -ryhmän muodostimme vastaajista, joilla oli jompikumpi tai molemmat näistä, mutta ei päihde- tai mielenterveysongelmaa. *Muut*-ryhmän muodostavat vastaajat, joilla ei ollut edellä mainittuja ongelmia vaan he olivat valinneet listasta jonkin muun syyn (esim. läheisen ongelmat, rahapeli, rikosseuraamus, seura ym.).



Kuvio 1. Järjestötoimintaan osallistumisen syyt, % (n=515; vastaaja voi valita kaikki sopivat vaihtoehdot).

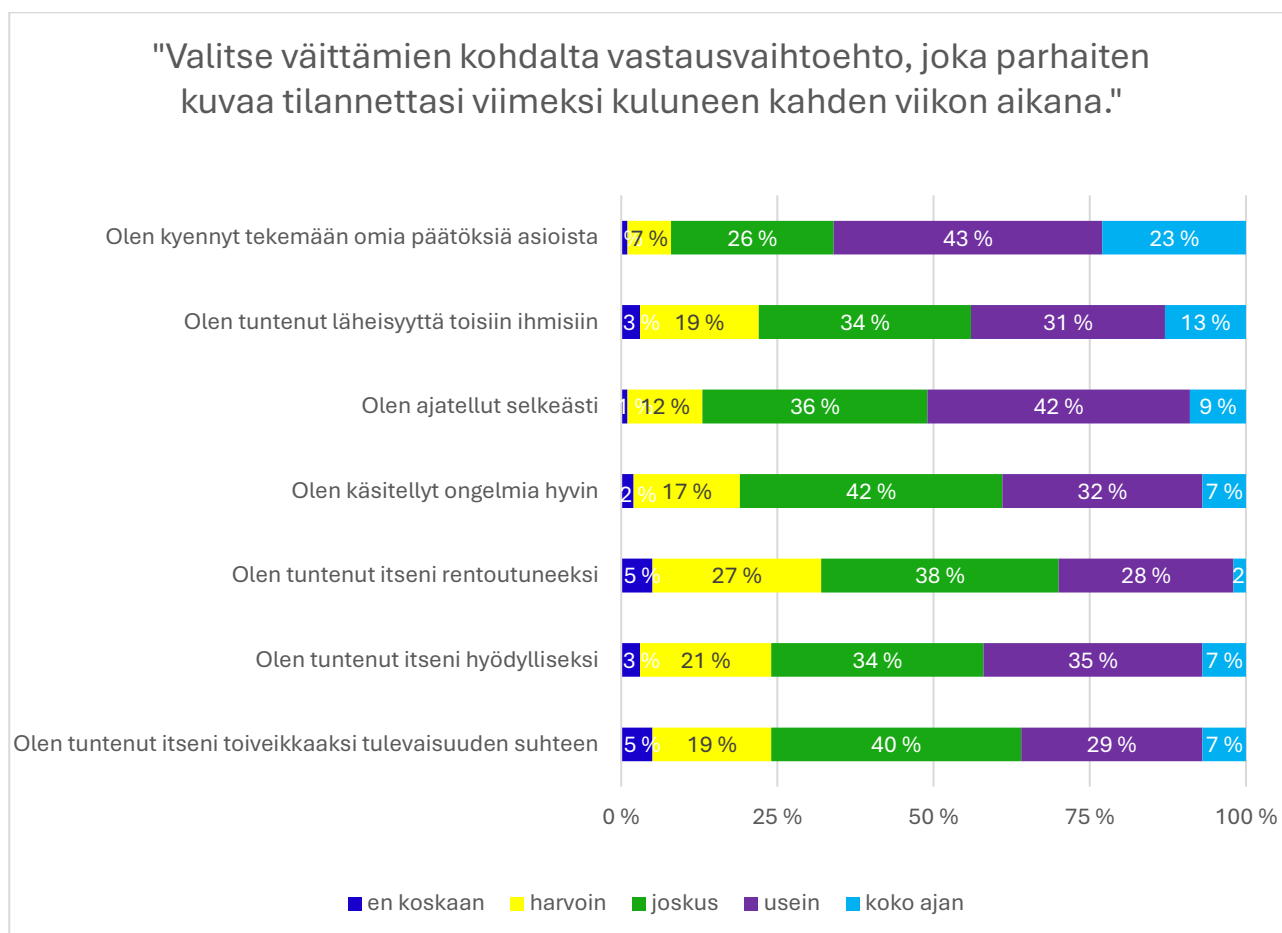
3. Hyvinvointi

Kartoitimme kyselyssä järjestöjen toimintaan osallistuvien hyvinvointia seuraavilla mittareilla: positiivinen mielenterveys, psyykkinen kuormittuneisuus, sosiaalinen status, yksinäisyyden kokemus ja arvio elämäntilanteesta eri osa-alueilla. Lisäksi kysyimme järjestötoiminnan vaikutuksista itse koettuun hyvinvointiin.

3.1. Positiivinen mielenterveys (SWEMWBS)

Mielen hyvinvointia kartoitti kyselyssä lyhyt positiivisen mielenterveyden mittari (Short Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale; [SWEMWBS](#)). Se on seitsemän väittämän mittari, joka arvioi myönteistä mielenterveyttä ja psyykkistä hyvinvointia. Se perustuu teoriaan, jossa mielen hyvinvointi nähdään eriasteisena emotionaalisenä (positiiviset tunteet) ja psykologisena (hyvä toimintakyky) hyvinvointina. Positiivisen mielenterveyden on todettu tarjoavan suojaa sairauksia vastaan sekä edistävän niistä toipumista ja niiden kanssa selviämistä (Appelqvist-Schmidlechner ym. 2016).

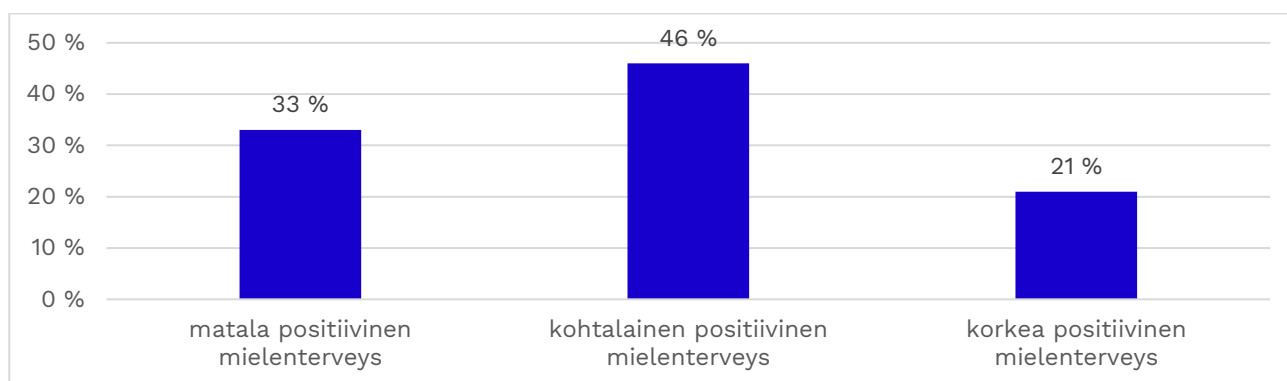
Vastaajat arvioivat kokemuksiaan eri osa-alueilla viimeisten kahden viikon ajalta 5-portaisella asteikolla (asteikko 1 = en koskaan – 5 = koko ajan). Osa-alueittain tarkasteltuna positiivinen mielenterveys oli korkeinta toimintakykyyn liittyvillä eli päätöksentekokykyä ja ajattelun selkeyttä kuvaavilla alueilla (kuvio 2). Vähäisintä se oli positiivisten tunteiden alueella eli kyvyssä rentoutua ja nähdä tulevaisuus toiveikkaassa valossa.



Kuvio 2. Positiivisen mielenterveyden osa-alueet, % (n=512–516).

Osa-alueista voidaan muodostaa positiivista mielenterveyttä kuvaava summamuuttuja (asteikko 7–35). Korkeammat pisteet viittaavat parempaan psyykkiseen hyvinvointiin. Summamuuttuja sai vastanneiden keskuudessa keskiarvon 23,1, joka on pienempi kuin Suomalaisen väestön keskiarvo esimerkiksi [FinSote 2020 -aineistossa](#) (24,0) (keskiarvot eivät ole täysin vertailtavissa, sillä väestön keskiarvo on laskettu painotetuilla arvoilla).

Pistemäärästä voidaan muodostaa luokat kuvaamaan matalaa (0–20 pistettä), kohtalaista (21–27 pistettä) ja korkeaa (28–35 pistettä) positiivista mielenterveyttä. Luokittelun mukaan lähes puolella vastaajista positiivinen mielenterveys oli kohtalainen. Kolmanneksella positiivinen mielenterveys oli matala ja noin joka viidennellä korkea (kuvio 3).



Kuvio 3. Positiivinen mielenterveys luokiteltuna kolmeen luokkaan, % (n=503).

Vastaajaryhmittäisessä tarkastelussa (taulukko 2) eniten positiivista mielenterveyttä oli järjestön toimintaan muun syyn vuoksi osallistuvilla ja yli 60-vuotiailla, joista jälkimmäinen vastaa myös FinSote 2020 -tutkimuksen tuloksia (Suvisaari ym. 2021a). Vähiten positiivista mielenterveyttä oli puolestaan alle 40-vuotiailla, työttömänä tai epätyypillisessä työllisyystilanteessa olevilla, muussa työllisyystilanteessa olevilla sekä mielenterveyssyistä järjestön toimintaan osallistuvilla. Ammattikoulun ja lukion suorittaneilla oli enemmän positiivista mielenterveyttä kuin korkeammin koulutetuilla. Tämä poikkeaa väestötutkimusten tuloksista, joiden mukaan positiivinen mielenterveys kasvaa koulutuksen myötä.

3.2. Psyykkinen kuormittuneisuus (MHI-5)

Psyykkistä kuormittuneisuutta mitattiin Mental Health Inventory (MHI-5) -mittarilla, jonka on todettu soveltuvan mielenterveyshäiriöiden seulontaan (esim. Cuijpers ym. 2009). Mittari muodostuu viidestä kysymyksestä, jotka kartoittavat koettua ahdistuneisuutta, masennusta ja onnellisuutta viimeisen neljän viikon aikana (kts. esim. Suvisaari ym. 2021b). Kuhunkin kysymykseen vastataan asteikolla 1–6 (1 = koko ajan, 2 = suurimman osan aikaa, 3 = huomattavan osan ajasta, 4 = jonkin aikaa, 5 = vähän aikaa, 6 = en lainkaan).

Psyykkisen kuormittuneisuuden osa-alueita tarkasteltaessa huomataan, että noin kolmannes vastaajista koki itsensä hermostuneeksi ja mielialansa alakuloiseksi ja apeaksi vähintään huomattavan osan ajasta viimeisen neljän viikon aikana (kuvio 4). Neljännes vastaajista oli kokenut tyyneyttä ja rauhallisuutta vain vähän aikaa tai ei lainkaan.



Kuvio 4. MHI-5-mittarin osa-alueet, % (n=500–502).

Lopullisen pistemäärän laskemiseksi pistemäärät tyyneyttä ja onnellisuutta koskeviin kysymyksiin muunnetaan käänteiseen järjestykseen, minkä jälkeen pisteet lasketaan yhteen (summapistemäärä välillä 5–30) ja muutetaan asteikolle 0–100. Psykkinen kuormittuneisuus voidaan raportoida jatkuvana muuttujana tai käyttää katkaisukohtana pistemäärää 52, jolloin 52 tai vähemmän pisteitä saavilla voidaan katsoa olevan kliinisesti merkittävää psykkinistä kuormittuneisuusoireilua. Edellä mainittu raja-arvo perustuu vuoden 2002 Euro barometer -kyselyyn (EORG 2003). Samaa raja-arvoa on käytetty myös THL:n toteuttamissa kansallisissa aikuisväestöä koskevilla kyselytutkimuksissa vuodesta 2010 alkaen (esim. Parikka ym. 2021).

MHI-5 –summamuuttuja (asteikko 0–100) sai vastaajien keskuudessa keskiarvon 55,2. Se on varsin alhainen, sillä esimerkiksi väestötasoisissa (esim. EORG 2003) ja suomalaisia ikääntyneitä (Kaskela ym. 2017) koskevilla tutkimuksissa keskiarvo on vaihdellut välillä 75–80. Lähes puolella vastaajista (47 %) pistemäärä oli 52 tai sen alle, mikä viittaa kliinisesti merkittävään psykkiniseen kuormittuneisuuteen. Suomessa kliinisesti merkittävää psykkinistä kuormittuneisuutta on raportoitu esiintyvän noin kymmenesosalla väestöstä (esim. EORG 2003; Viertiö ym. 2017).

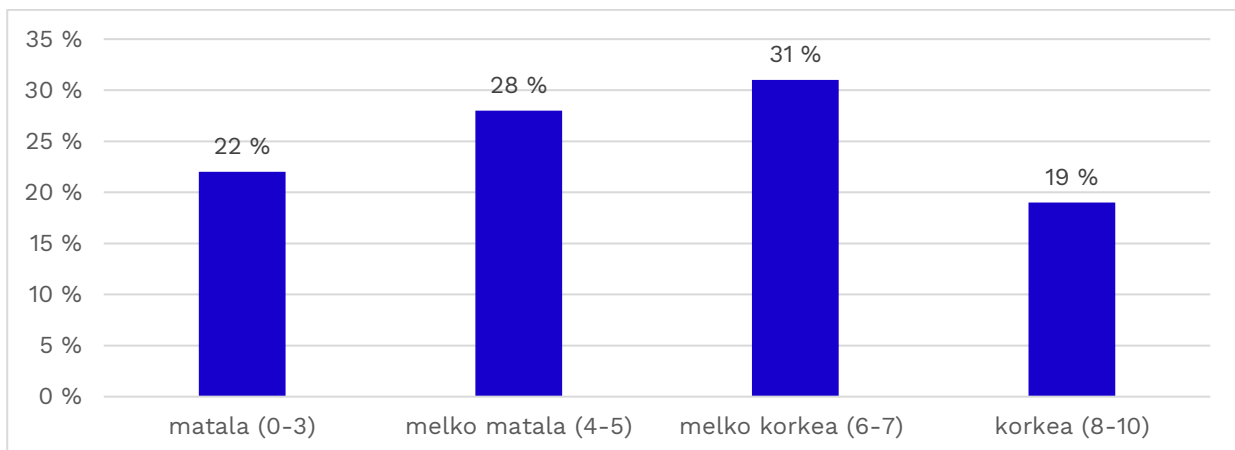
Vastaajaryhmittäinen tarkastelu paljastaa, että psykkinistä kuormittuneisuutta oli keskimääräistä useammin ilman peruskoulun päättötodistusta olevilla, työttömillä tai epätyypillisessä työllisyystilanteessa olevilla, muussa työllisyystilanteessa olevilla sekä mielenterveyssyistä järjestön toimintaan osallistuvilla (taulukko 2).

3.3. Sosiaalinen status – mihin asemaan sijoitut suomalaisessa yhteiskunnassa

McArthurin sosiaalisen statuksen mittari ([McArthur Scale of Subjective Social Status](#)) on itsearviointimenetelmä, jolla kartoitetaan henkilön kokemusta omasta asemastaan yhteiskunnassa. Subjektiiivinen sosiaalinen status on osoittautunut tutkimuksissa merkittäväksi hyvinvoinnin ja terveyden selittäjäksi. Sen on todettu ennustavan monenlaisia terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä tekijöitä (Galvan ym. 2023) sekä mielenterveyden häiriöitä (Scott ym. 2014) ja päihdehäiriötä (Langlois ym. 2020) usein paremmin kuin objektiiviset sosioekonomiset mittarit (esim. koulutus, tulot, työllisyysstatus).

Vastaajalle esitettiin kysymys ”Mihin asemaan sijoitut suomalaisessa yhteiskunnassa?”. Vastaus pyydettiin sijoittamaan asteikolle 0–10 (0 = kaikkein huono-osaisimmat – 10 = kaikkein hyväosaisimmat). Vastaajien keskuudessa sosiaalisen statuksen mittari sai keskiarvon 5,7. Väestötasolla keskiarvo on eri tutkimuksissa sijoittunut hieman yli kuuden ja hieman yli seitsemän välille (Saari 2025).

Sosiaalinen status voidaan luokitella seuraavasti: matala sosiaalinen status (pistemäärä 0–3), melko matala (4–5), melko korkea (6–7) ja korkea (8–10) sosiaalinen status. Vastaajista reilu viides sijoitti itsensä matalan, vajaa kolmannes melko matalan, lähes kolmannes melko korkean ja viidennes korkean sosiaalisen statuksen ryhmään (kuvio 5). Suomalaisesta väestöstä reilu kymmenesosa on viime vuosina sijoittanut itsensä matalan ja reilu 20 prosenttia melko matalan statuksen ryhmään (kts. Saari 2025, 77). Vastaajat kokivat siis asemansa suomalaisessa yhteiskunnassa useammin matalaksi kuin väestö keskimäärin.



Kuvio 5. Sosiaalinen status luokittain, % (n=441).

Vastaajaryhmittäinen tarkastelu osoittaa, että sosiaalisen statuksen kokemus oli merkittävästi heikompi nuorimmassa vastaajaryhmässä (alle 40-vuotiaat), matalan koulutustason omaavilla, työttömillä tai muussa epätyypillisessä työllisyystilanteessa olevilla sekä järjestön toimintaan sekä mielenterveys- että päihdeongelman vuoksi osallistuvilla (Taulukko 2).

Taulukko 2: Hyvinvointia kuvaavien muuttujien keskiarvot vastaajaryhmittäin sekä vastaajaryhmien välisten erojen tilastollinen merkitsevyys (p).

Vastaajaryhmä	Positiivinen mielenterveys (7–35) (N=503)		Psyykkinen kuormittu- neisuus (0–100) (N=497)		Sosiaalinen status (1–10) (N=441)	
		p*		p*		p*
Kaikki vastaajat	23,1		55,2		5,7	
Sukupuoli						
Nainen	22,8	0,278	53,4	0,581	5,4	0,491
Mies	23,8		59,5		5,4	
Muut	23,2		55,0		4,5	
Ikä						
alle 40	22,1	0,013	51,6	0,066	4,7	<0,001
40–59	22,7		54,4		5,3	
60–	25,1		60,9		6,4	
Työllisyystilanne						
Koko-/osa-aikatyö	24,0	0,015	57,6	<0,001	6,4	<0,001
Työtön ym.**	22,1		51,2		4,5	
Eläkkeellä	24,1		59,9		5,7	
Muut	21,8		50,3		5,0	
Koulutus						
Ei peruskoulutusta	22,5	0,008	48,4	<0,001	4,2	<0,001
Perus-/kansakoulu	22,9		53,3		4,9	
Ammattikoulu/lukio	23,5		57,2		5,2	
Alempi korkeakoulu	22,8		54,0		5,8	
Ylempi korkeakoulu	22,7		54,2		6,0	
Asumistilanne						
Yksin	22,7	0,104	54,2	0,410	5,2	0,208
Avio-/avoliitossa	24,2		59,3		5,9	
Puolison ja lasten kanssa	23,0		52,8		5,8	
Yksinhuoltaja	22,4		54,3		4,6	
Muu tilanne	22,6		52,6		5,2	
Osallistumisen syy						
Päihdeongelma	24,3	<0,001	61,6	<0,001	4,8	<0,001
Mt-ongelma	21,7		49,9		5,2	
Sekä päihde- että mt- ongelma	20,9		50,9		4,2	
Työttömyys tai vähävaraisuus	23,8		56,4		5,3	
Muu syy	26,6		68,0		6,6	

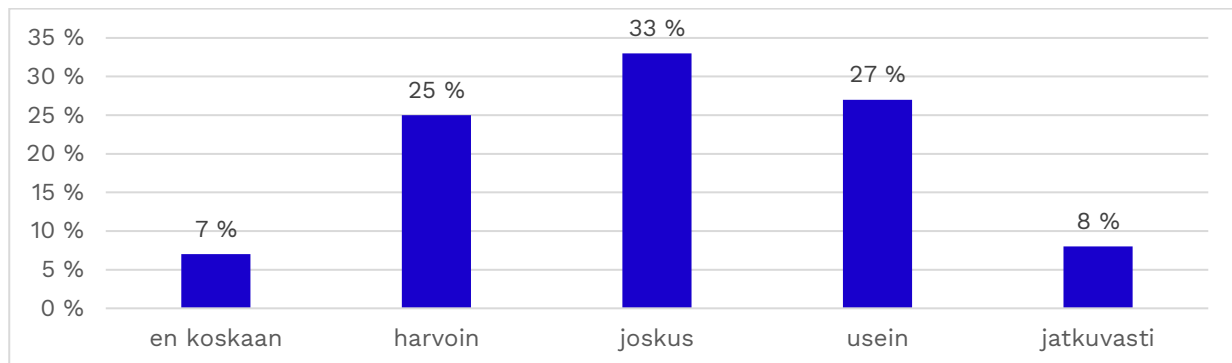
* $p < 0,05$ = lähes merkitsevä, $p < 0,01$ = merkitsevä $p < 0,001$ = erittäin merkitsevä

** työttömänä, lomautettuna, kuntouttavassa työtoiminnassa, tukityöllistettynä tai sairauspäivärahalla olevat

3.4. Yksinäisyyden kokemus ja sen muutos

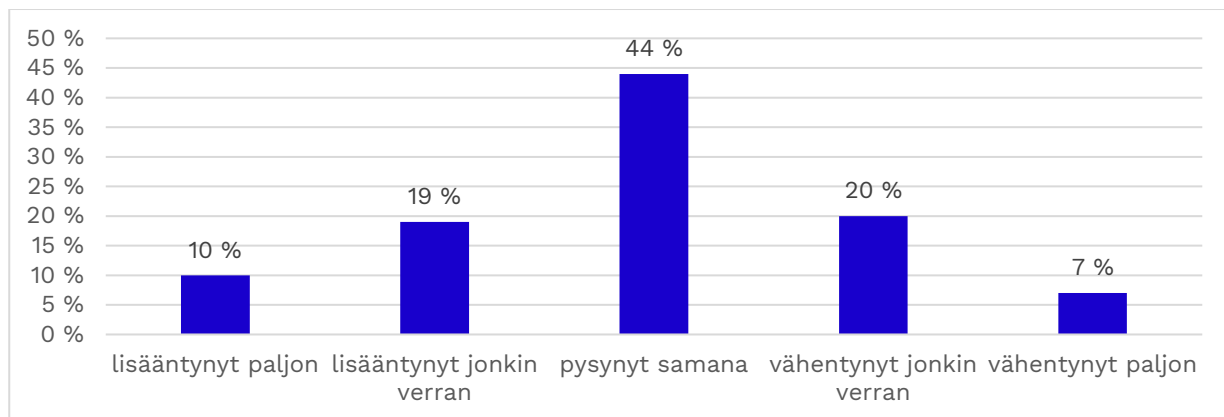
Ihmiset, joilla on vakavia mielenterveyden ongelmia, raportoivat yksinäisyyden tunteita ja sosiaalista eristäytyneisyyttä huomattavasti yleisemmin kuin väestö keskimäärin (Hajek ym. 2025). Myös ongelmalliseen päihteidenkäyttöön (Ingram ym. 2020), työttömyyteen (Morrish & Medina-Lara 2021) ja toimeentulon vaikeuksiin (d’Hombres ym. 2021) liittyy usein yksinäisyyden tunteita. Yksinäisyys nähdään tutkimuksissa sekä mielenterveyden häiriöiden syynä (Mann ym. 2022) että niiden seurauksena (Giacco 2023; Luo 2023).

Aineistossamme reilu kolmannes vastaajista tunsi itsensä yksinäiseksi jatkuvasti tai usein. Kolmannes koki yksinäisyyden tunnetta joskus ja loppu kolmannes enintään harvoin (kuvio 6). Yksinäisyyden tunteet olivat yleisimpiä yksin asuvilla ($p=0,001$), työttömillä tai epätyypillisessä työllisyystilanteessa olevilla ($p=0,072$) sekä 40-vuotiailla ja sitä vanhemmilla ($p=0,064$).



Kuvio 6. Kuinka usein tuntee itsensä yksinäiseksi, % (n=503).

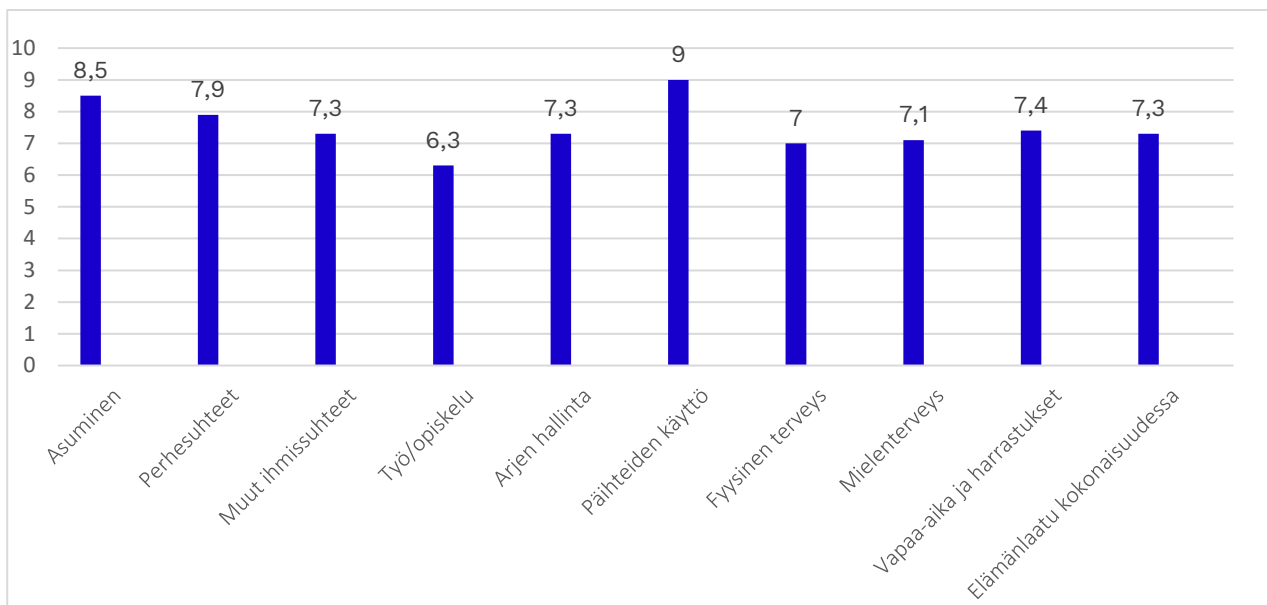
Lähes yhtä moni arvioi yksinäisyyden kokemuksensa lisääntyneen (29 %) kuin vähentyneen (27 %) viimeisen vuoden aikana (kuvio 7). Lähes puolella yksinäisyyden kokemus ei ollut muuttunut. Yksinäisyyden kokemus oli lisääntynyt naisilla useammin kuin miehillä ($p=0,019$) ja työssä olevilla useammin kuin muilla ryhmillä ($p=0,021$).



Kuvio 7. Yksinäisyyden kokemuksen muutos viimeisen vuoden aikana, % (n=499).

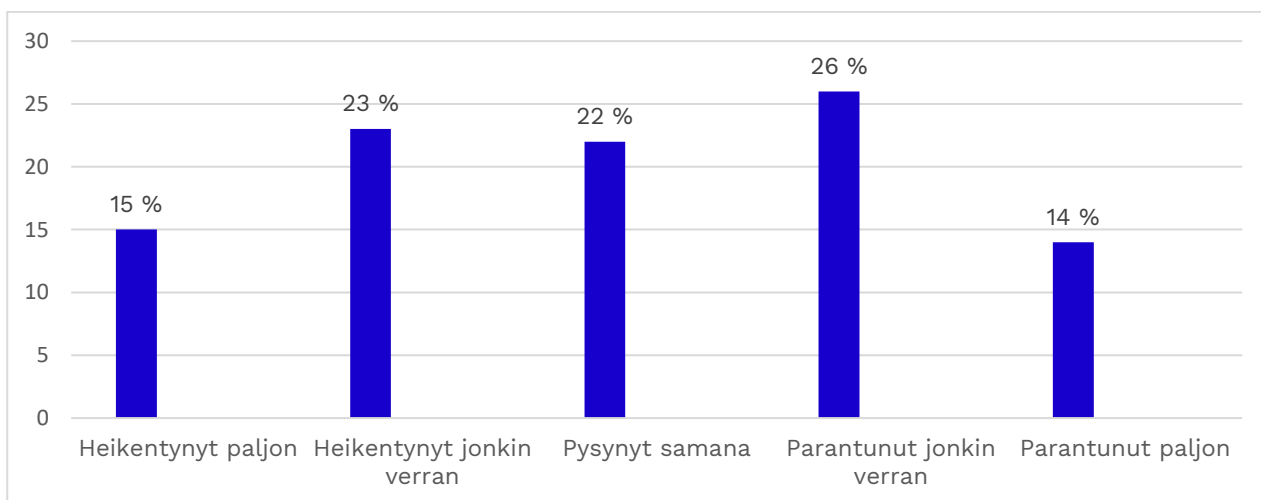
3.5. Arvio elämäntilanteesta ja sen muutoksesta viimeisen vuoden aikana

Pyysimme vastaajia arvioimaan elämäntilannettaan kymmenellä osa-alueella asteikolla 4–10. Työn tai opiskelun (6,3), fyysisen terveyden (7,0), mielenterveyden (7,1), arjen hallinnan (7,3) ja ihmissuhteiden (7,3) vastausten keskiarvot olivat alhaisimmat (kuvio 8). Parhaimmaksi arvioitiin tilanne päihteidenkäytön (9,0), asumisen (8,5) ja perhesuhteiden (7,9) osalta. Elämänlaatu kokonaisuudessaan sai arvosanan 7,3.



Kuvio 8: Arvio elämäntilanteesta eri osa-alueilla (asteikolla 4–10), keskiarvo (n=449–513).

Pyysimme vastaajia arvioimaan myös elämäntilanteensa muutosta viimeksi kuluneen vuoden aikana (kuvio 9). Vastaajien kokonaiselämäntilanteissa oli tapahtunut sekä myönteistä että kielteistä kehitystä. 40 prosenttia vastaajista kertoi elämäntilanteensa muuttuneen parempaan suuntaan, hieman harvempi (38 %) heikentyneen ja noin viidennes pysyneen ennallaan. Elämäntilanne oli heikentynyt useammin naisilla kuin miehillä ($p < 0,001$).



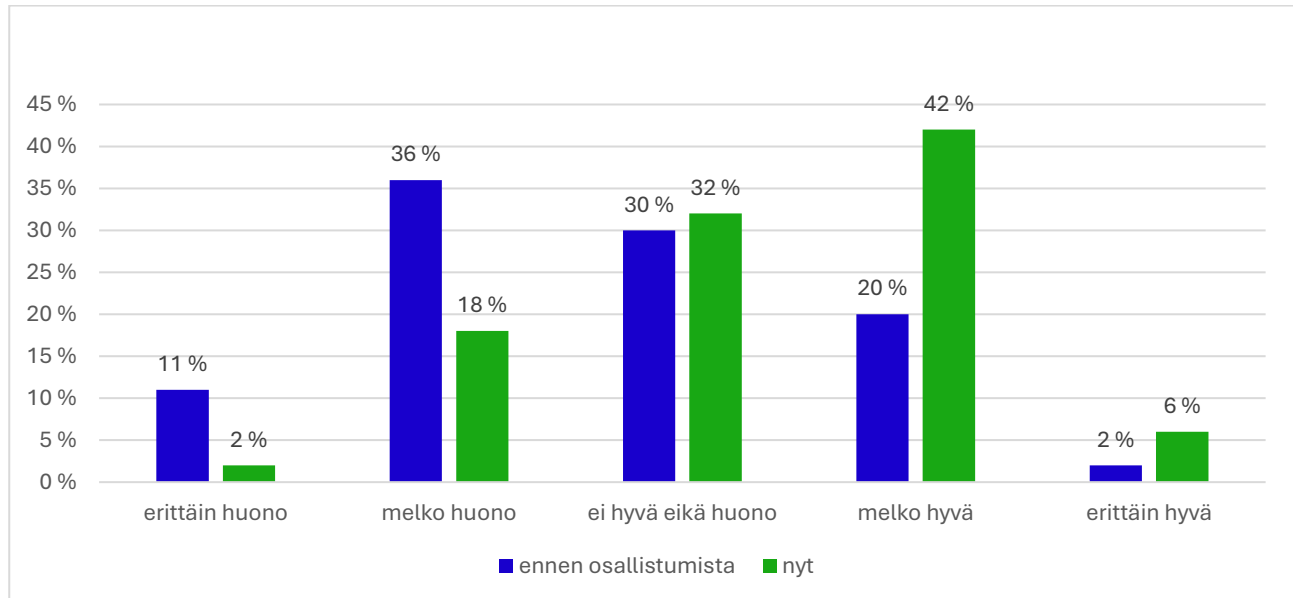
Kuvio 9. Elämäntilanteen muutos viimeisen vuoden aikana, % (n=512).

3.6. Hyvinvoinnin muutos järjestön toimintaan osallistumisen myötä

Hyvinvointia tarkasteltiin kyselyssä retrospektiivisellä ennen–jälkeen-asetelmalla, eli vastaajia pyydettiin arvioimaan sekä nykyistä hyvinvointiaan että hyvinvointiaan ennen järjestön toimintaan osallistumista.

Lähes puolet vastaajista arvioi hyvinvointinsa olleen erittäin tai melko huono ennen järjestön toimintaan osallistumista (kuvio 10). Vastaamishetkellä selvästi harvempi

vastaaja arvioi hyvinvointinsa huonoksi. Noin viidennes vastaajista arvioi hyvinvointinsa olleen erittäin tai melko hyvä ennen järjestön toimintaan osallistumista. Vastaamishetkellä näiden arvioiden määrä oli yli kaksinkertaistunut 48 prosenttiin. Ero alku- ja vastaushetken arvioiden välillä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < 0,001$).



Kuvio 10. Arvio hyvinvoinnista ennen järjestön toimintaan osallistumista ja vastaamishetkellä, % (n=504–505).

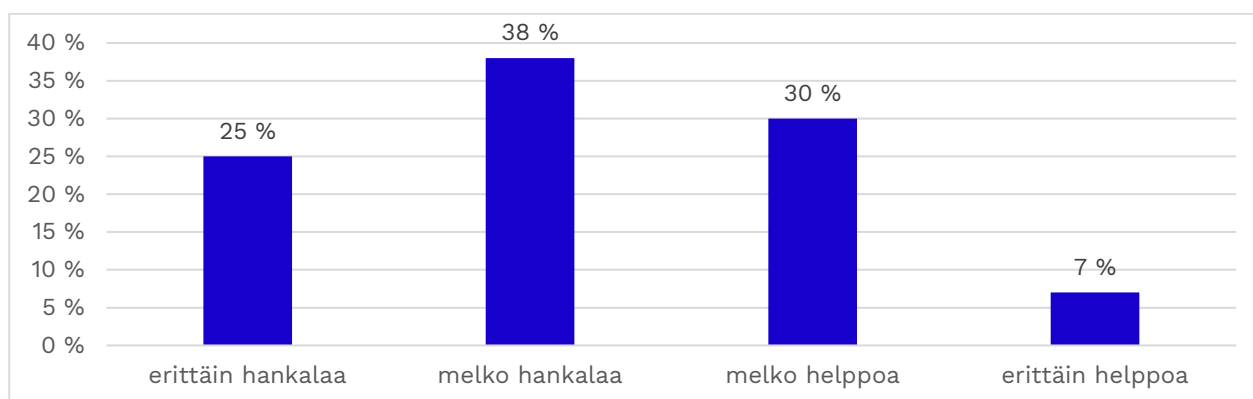
51 prosenttia vastaajista arvioi hyvinvointinsa vastaushetkellä paremmaksi kuin ennen järjestön toimintaan osallistumista. 41 prosentilla vastaajista arvio oli pysynyt samana ja 8 prosenttia vastaajista arvioi hyvinvointinsa vastaamishetkellä huonommaksi kuin ennen järjestön toimintaan osallistumista. Järjestön toimintaan osallistumisella näyttää siis olleen jälkikäteen arvioituna merkittävä myönteinen vaikutus hyvinvointiin.

4. Toimeentulo

Taloudellinen tilanne vaikuttaa yksilöiden arkeen monin tavoin. Kyselyssä kartoitimme vastaajien näkemyksiä omasta toimeentulosta ja sen muutoksesta kyselyä edeltäneen vuoden aikana. Lisäksi kysyimme sosiaaliturvaan ja erilaisiin etuuksiin tehtyjen muutosten vaikutuksista toimeentuloon.

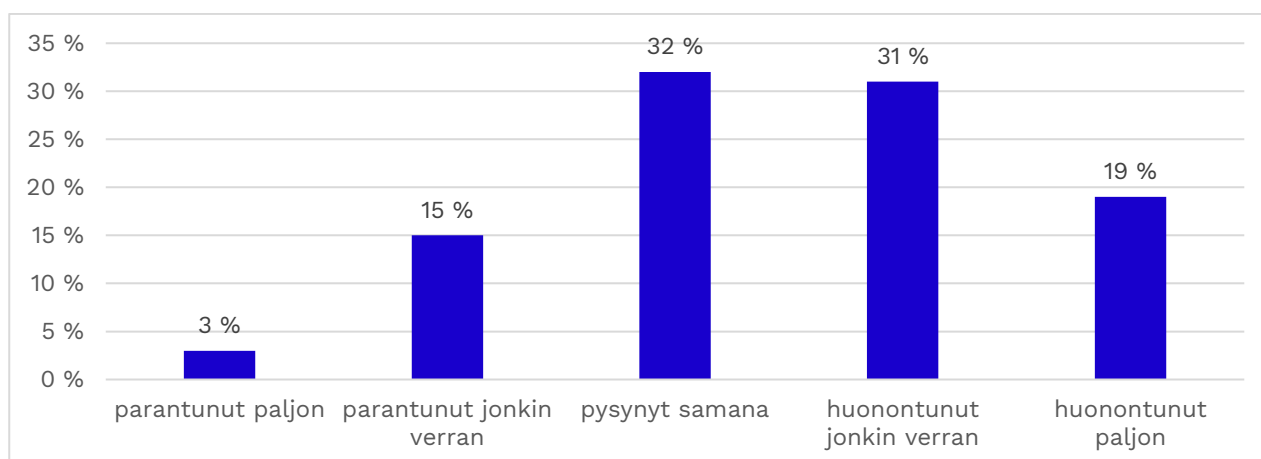
4.1. Kokemukset toimeentulosta ja sen muutoksesta

Kartoitimme vastaajien taloudellista tilannetta kysymällä, kuinka helppoa tai vaikeaa heidän oli kattaa menonsa nykyisillä tuloilla. Vastaajista 63 prosenttia koki menojen kattamisen olevan melko tai erittäin hankalaa. (kuvio 11).



Kuvio 11. Kuinka helppoa/vaikeaa on kattaa menot tuloilla, % (n=504).

Vastaajia pyydettiin arvioimaan taloudellisen tilanteensa muutosta viimeisen vuoden aikana. Puolet vastaajista koki taloudellisen tilanteensa huonontuneen (kuvio 12). Kolmanneksella tilanne oli pysynyt samana ja 18 prosentilla parantunut.



Kuvio 12. Taloudellisen tilanteen muutos viimeisen vuoden aikana, % (n=507).

Vastaajaryhmittäinen tarkastelu näyttää, että toimeentulo oli keskimääräistä hankalampaa järjestön toimintaan päihdeongelman tai vähävaraisuuden vuoksi

osallistuvilla, alle 60-vuotiailla, pelkän peruskoulun suorittaneilla, työttömänä tai muussa epätyypillisessä työllisyystilanteessa olevilla sekä yksin asuvilla ja muun asumistilanteen omaavilla (taulukko 3). Vähiten toimeentulon vaikeuksia oli vanhimpaan ikäryhmään kuuluvilla, toisen asteen (lukio/ammattikoulu) tai ylemmän korkeakoulututkinnon suorittaneilla, työssäkäyvillä sekä parisuhteessa olevilla. Päihdeongelma, alle 60 vuoden ikä, työttömyys ja muu työllisyystilanne olivat yhteydessä toimeentulon heikkenemiseen viimeisen vuoden aikana.

Taulukko 3. Niiden kuntoutujien osuudet, jotka kokivat menojen kattamisen tuloilla melko tai erittäin hankalaksi sekä taloudellisen tilanteen muutos viimeisen vuoden aikana, %.

Vastaajaryhmä	Toimeen- tulo hankalaa (N=504)	p*	Taloudellisen tilanteen kehitys viimeisen vuoden aikana (N=507)			p*
			huonontunut	pysynyt samana	parantunut	
Kaikki vastaajat	63 %		53 %	36 %	11 %	
Sukupuoli						
Naiset	63 %	0,724	53 %	30 %	17 %	0,200
Miehet	63 %		43 %	36 %	21 %	
Ikä						
alle 40	65 %	0,009	51 %	28 %	21 %	0,004
40–59	67 %		54 %	26 %	20 %	
60 tai yli	51 %		41 %	59 %	10 %	
Koulutus						
Peruskoulu	75 %	0,014	49 %	34 %	17 %	0,724
Toinen aste	48 %		50 %	32 %	18 %	
Alempi kk-tutkinto	61 %		48 %	31 %	21 %	
Ylempi kk-tutkinto	49 %		48 %	34 %	18 %	
Työllisyystilanne						
Koko-/osa-aikatyö	38 %	<0,001	36 %	34 %	30 %	<0,001
Työtön ym.**	81 %		67 %	20 %	13 %	
Eläkkeellä	58 %		38 %	47 %	15 %	
Muu	71 %		59 %	24 %	17 %	
Asumistilanne						
yksin	72 %	<0,001	49 %	34 %	17 %	0,832
avio-/avoliitossa	49 %		47 %	34 %	19 %	
puolison ja lasten kanssa	49 %		52 %	32 %	16 %	
yksinhuoltaja	67 %		61 %	14 %	25 %	
muu tilanne	80 %		52 %	24 %	24 %	
Osallistumisen syy						
päihdeongelma	90 %	<0,001	67 %	18 %	15 %	0,009
mt-ongelma	50 %		42 %	39 %	19 %	
sekä p että mt	67 %		53 %	34 %	23 %	
työttömyys tai vähävaraisuus	87 %		53 %	29 %	18 %	
muut	78 %		61 %	24 %	15 %	

* $p < 0,05$ = lähes merkitsevä, $p < 0,01$ = merkitsevä $p < 0,001$ = erittäin merkitsevä

** työttömänä, lomautettuna, kuntouttavassa työtoiminnassa, tukityöllistettynä tai sairauspäivärahalla olevat

Aineiston avoimet vastaukset osoittavat, että viimeisen vuoden aikana huonontunut taloudellinen tilanne kytkeytyy usein työn ja/tai työkyvyn äkilliseen menetykseen tai

muihin odottamattomiin vastoinkäymisiin jo entuudestaan niukassa taloudellisessa tilanteessa.

Teen tänä vuonna enemmän töitä, mutta puolisoni ei saa enää mistään rahaa (Kela hylkäsi kuntoutustuen hakemuksen).

Sairastuminen. Lonkkani ei ollut edes kipeä. Sitten se petti. Olin ihan hyvätuloinen. Keikkatyöntekijänä putosin heti Kelan rahalle, mikä loppui, kun vuosi tuli täyteen.

Jäin työttömäksi osa-aikatyöstä ja ansiosidonnainen on huono. Lisäksi porrastukset vähentävät sitä. Olen sote-alan ihminen, mutta en saa töitä. Työtilanne on huono. On toivoton olo.

Muutimme joulukuussa puolison kanssa uuteen asuntoon. Muutossa oli paljon ongelmia ja muuttokustannukset paisuivat 2000 euroon asti. Siitä asti meillä ei ole ollut varaa maksaa vuokraa ajallaan, vaan maksamme sen vasta kuun lopussa, kun saan seuraavalle kuukaudelle tarkoitetun kuntoutusrahan.

Työkyky mennyt, osasairauspäiväraha ei riitä laskuihin, puoliso elättää ainakin toistaiseksi.

Jouduin ottamaan lisää lainaa kattovuodon vuoksi. Lisäksi asumistukea loppui kokonaan. Olen myös joutunut olemaan paljon pois töistä lasten asioiden hoitamisen vuoksi mikä on pienentänyt palkkaani. Olen totaali yh.

Parantunut taloudellinen tilanne selittyi esimerkiksi työpaikan tai palkkatukipaikan saannilla, saatujen etuuksien muutoksilla, elatusvelvollisuuden poistumisella tai muilla elämäntilanteiden muutoksilla.

Olin pitkään työttömänä, sain vuoden alusta töitä mutta palkka on pieni. Taloudellinen tilanne on siis hieman parantunut, mutta silti joudumme taloudessamme harkitsemaan kulutustamme tarkkaan.

Siirryin sairaspäivärahalta työttömyystuelle ja pääsin opiskelemaan työttömyystuella. Onneksi ehdin aloittamaan opinnot ennen suurempia tukimuutoksia, niin saan työllisyyttä edistävään toimintaan lisätukea, eikä työttömyyskorvausta ole sen vuoksi myöskään leikattu. En kuitenkaan voi ottaa keikkatyötä vastaan opintojen aikana, koska pelkään menettäväni tuet, joita minulla nyt on ja ne huonontuisivat joka tapauksessa siinä kohtaa.

Olen tajunnut, että olen oikeutettu soviteltuun työttömyystukeen, joten taloudellinen tilanteeni on parantunut.

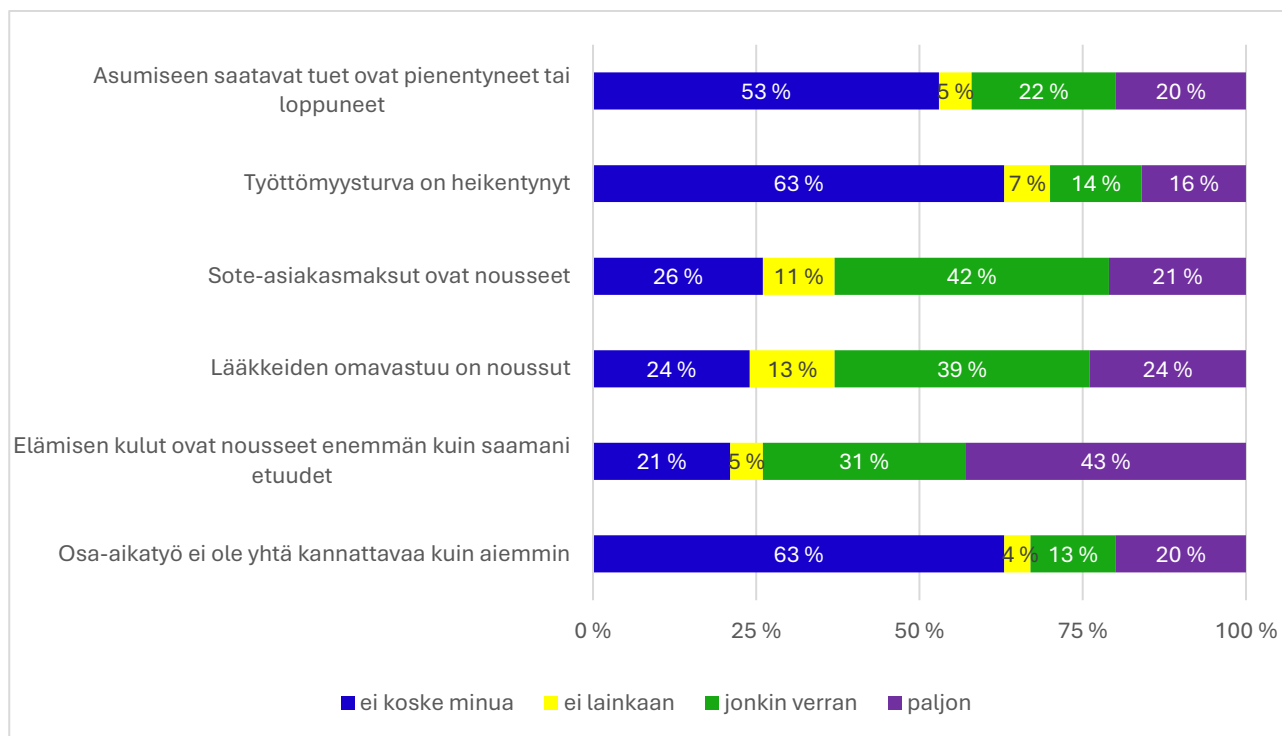
Täysi-ikäinen, alkoholia paljon käyttänyt mt-poikani muutti pois minun luota. Nyt palkka riittää vuokraan ja normaali menoihin.

Sain (sukulaisen) kuoltua toissijaisena perillisenä perintörahaa, jolla olen saanut maksettua pois luottokorttivelkani, ostettua uudet silmälasit, hankittua jkv vaatteita ja muita tarpeellisia tavaroita, ja minulla on jäänyt vielä säästöön jkv rahaa puskuriksi.

4.2. Sosiaaliturvaan ja etuuksiin tehtyjen muutosten vaikutukset

Kartoitimme myös, missä määrin erilaiset sosiaaliturvaan tehdyt muutokset sekä yleinen elinkustannusten nousu olivat vaikuttaneet vastaajien toimeentuloon. Eniten toimeentuloon olivat vaikuttaneet elinkustannusten kasvu suhteessa saatuihin etuuksiin

sekä lääkkeiden omavastuuosuuden ja terveydenhuollon asiakasmaksujen nousu (kuvio 13). Lähes kolme neljästä vastaajasta katsoi näiden vaikuttaneen toimeentuloonsa vähintään jonkin verran. Asumisen tukiin, osa-aikatyön kannattavuuteen ja työttömyysturvaan liittyvät muutokset olivat heikentäneet vähintään joka kolmannen vastaajan toimeentuloa.



Kuvio 13. Viimeaikaisten muutosten vaikutus toimeentuloon, % (n=500–504).

Terveydenhuoltomenot ovat kasvaneet ja hinnat nousseet huimasti, enkä pysty maksamaan enää kaikkea. Osa menee väkisin ulosottoon.

Rahat riittävät juuri ja juuri välttämättömiin menoihin: vuokra, sähkö, näppäinpuhelin ja nettiliittymä sekä ruoka. Hammaslääkärissä kävin viime kuukauden aikana ja kirpasi maksaa noin 60 euroa. Ruokaan jäi vähemmän rahaa.

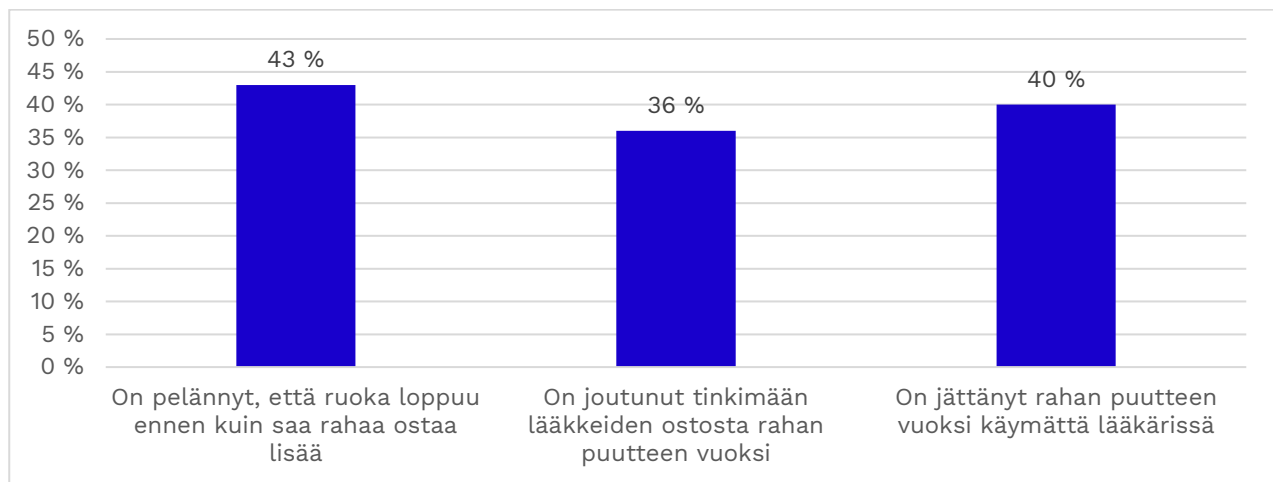
Kaksi kertaa jo pitänyt odottaa seuraavaa eläkepäivää, jotta voin ostaa lääkkeitäni. Muitakin asioita pitänyt siirtää, kun tili tyhjentyy nopeasti.

Sairaanhoitokulujen lisääntyminen ja se, että ne ovat suurempia. Ei kelakorvattavia lääkkeitä, tärkeitä vitamiineja ym. ja tarvikkeita on kulunut enemmän. Ruoka on kallistunut. Sähkö, puhelut, vesi samoin. Oikeastaan kaiken hinta on hinautunut ylöspäin ja pienistä puroista syntyy iso potti menoja kuukaudessa, kun on pienet tulot.

Yleinen asumistuki loppui, koska omistusasunto, vanhimman lapsen lapsilisä loppui, ruoan hinta on noussut.

Taloudellista niukkuutta ja ruoka-apuasiakkuutta kartoittavat kysymykset osoittivat konkreettisesti vastaajien kokemat taloudelliset vaikeudet. Tässä kyselyssä käytimme Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Terve Suomi -kyselytutkimuksissa käytettyä

indikaattoria¹ (esim. THL 2023). Vuoden 2023 väestötutkimukseen verrattuna vastaajien taloudellinen tilanne oli huomattavasti heikompi. Terve Suomi -tutkimuksessa (2023) noin kymmenes vastaajista oli pelännyt ruoan loppuvan ja naisista seitsemännes jättäneensä käymättä lääkäriissä rahanpuutteen vuoksi (THL 2023). Aineistossamme puolestaan useampi kuin kaksi viidestä vastaajasta kertoi pelänneensä ruoan loppuvan ennen kuin saa rahaa ostaa sitä lisää. Lisäksi reilu kolmannes vastaajista oli joutunut tinkimään lääkkeiden ostosta ja 40 prosenttia jättäneensä käymättä lääkäriissä rahan puutteen takia. (kuvio 14.) Useampi kuin joka kymmenes vastaaja (12 %) kertoi lisäksi hakevansa ruokaa ruoka-avusta muutaman kerran vuodessa ja lähes viidennes (18 %) kerran kuussa tai viikoittain.



Kuvio 14. Arvio tilanteesta viimeisen vuoden aikana (kyllä/ei), % (n=501–503).

¹ Indikaattori perustuu kysymyksiin: "Oletko joskus 12 viime kuukauden aikana:" Kysymyspatterin alakysymyksinä esitettiin a) pelännyt, että sinulta loppuu ruoka, ennen kuin saat rahaa ostaaksesi lisää? b) joutunut tinkimään lääkkeiden ostosta rahan puutteen vuoksi? ja c) jättänyt rahan puutteen vuoksi käymättä lääkäriissä? Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) en ja 2) kyllä.

5. Palveluiden käyttö

5.1. Palveluiden käyttö ja niiden riittävyys

Kyselyssä selvitimme vastaajien palvelujen käyttöä viimeisen vuoden ajalta ja sitä, oliko palvelut koettu riittäviksi. Eniten palvelujen käyttöä ja palvelutarvetta liittyi mielenterveys- ja muihin terveydenhuollon palveluihin. 85 prosenttia vastaajista oli käyttänyt tai koki tarvitseensa muita terveyspalveluja kyselyä edeltäneen vuoden aikana. Mielenterveyspalvelujen kohdalla osuus oli 62 prosenttia, jota selittää se, että suurin osa vastaajista osallistui tutkimukseen mielenterveysjärjestöjen toimintojen kautta ja osallistui järjestön toimintaan mielenterveyteensä liittyvistä syistä.

Pelkkä palveluiden käyttö ei kerro, kohtaavatko palvelujen tarjonta ja käyttäjien tarpeet. On tärkeää selvittää myös, koetaanko palvelut riittäviksi. Riittävyyden arviointi on olennainen tutkimusaihe, sillä perustuslain 19 § velvoittaa julkisen vallan takaamaan jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Myös muu lainsäädäntö, kuten hallintolain palveluperiaate, korostaa palvelujen saatavuuden ja riittävyyden turvaamista sekä yksilön valinnanvapauden kunnioittamista. Palveluperiaate suojaa erityisesti heikommassa asemassa olevia (Sosiaalihuoltolaki).

Mielenterveyspalvelujen kohdalla neljännes ja muiden terveydenhuollon palvelujen kohdalla peräti kolmannes vastaajista oli kokenut, ettei saatu palvelu ollut riittävää (taulukko 4). Mielenterveys- ja päihdepalveluiden kohdalla palvelua käyttäneistä puolet oli kokenut palvelun riittäväksi ja puolet riittämättömäksi. Muiden terveydenhuollon palvelujen kohdalla palvelua käyttäneistä noin 45 prosenttia vastaajista oli kokenut, ettei palvelu ollut riittävää, mutta vielä useampi (55 %) oli kokenut saaneensa niistä riittävästi apua itselleen. Toimeentulotukea saaneet arvoivat tuen riittämättömäksi useammin kuin riittäväksi. Työllisyyspalveluja oli käyttänyt noin kolmannes vastaajista, joista yli puolet (57 %) piti palvelua riittävänä.

Taulukko 4. Palvelujen käyttö ja riittävyys, % (n=500–502).

Palvelu	En ole tarvinnut	Olisin tarvinnut, mutta en saanut	Olen käyttänyt, palvelu ei ollut riittävää	Olen käyttänyt, palvelu oli riittävää
mielenterveyspalvelut	37,6 %	15,1 %	23,5 %	23,7 %
päihdepalvelut	85,4 %	1,2 %	6,6 %	6,8 %
muut terveydenhuollon palvelut	14,6 %	12,8 %	32,5 %	40,1 %
asumispalvelut	83,2 %	4,6 %	5,2 %	7,0 %
talous- ja velkaneuvonta	78,4 %	11,2 %	3,6 %	6,8 %
toimeentulotuki	61,6 %	15,9 %	12,7 %	9,8 %
työllisyyspalvelut	64,5 %	3,6 %	13,8 %	18,2 %

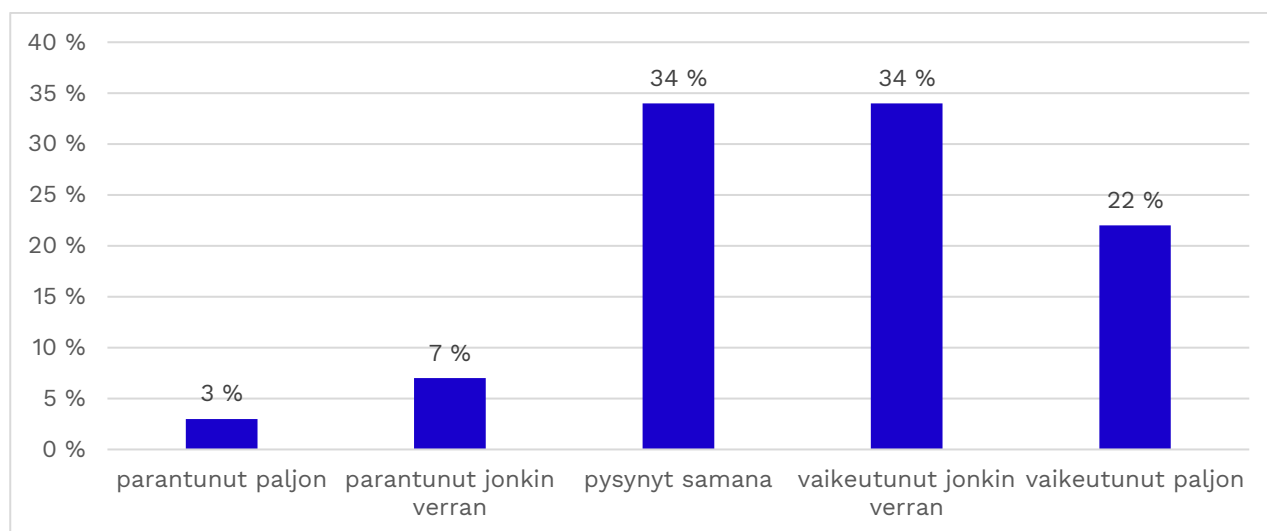
Talous- ja velkaneuvonnan suhteen noin 11 prosenttia vastaajista oli kokenut tarvetta, johon ei ollut saanut apua. Tämä tarkoittaa sitä, että palvelua tarvitsevia, mutta sitä saamatta jääneitä oli niukasti enemmän kuin palvelun käyttäjiä. Mielenterveyspalvelujen

ja toimeentulotuen osalta useampi kuin joka kuudes koki jääneensä ilman tarvitsemaansa palvelua. Kyselyn perusteella ei voida kuitenkaan sanoa, johtuiko tämä palveluihin liittyvistä syistä vai siitä, ettei vastaaja ollut hakeutunut palveluun.

Vastaajaryhmittäin tarkasteltuna yksin asuvat kokivat jääneensä ilman tarvitsemiaan mielenterveyspalveluja tai he kokivat saamansa palvelun riittämättömiksi useammin kuin muunlaisissa asumistilanteissa olevat ($p=0,027$). Työttömänä tai epätyypillisessä työllisyystilanteessa olevat puolestaan kokivat jääneensä ilman tarvitsemiaan työllisyyspalveluja tai pitivät niitä riittämättöminä useammin kuin muunlaisessa työllisyystilanteessa olevat ($p=0,022$). Päihdeongelman vuoksi järjestön toimintaan osallistuvat näkivät erityisesti muun terveydenhuollon palvelut ($p=0,013$), toimeentulotuen ($p=0,054$) ja päihdepalvelut ($p=0,022$) saavuttamattomina tai riittämättöminä useammin kuin toisenlaisen syyn vuoksi järjestön toimintaan osallistuvat.

5.2. Muutokset palvelujen saannissa

Vastaajat arvioivat kriittisesti palvelujen saannissa kyselyä edeltäneen vuoden aikana tapahtuneita muutoksia. Yli puolet heistä näki palvelujen saamisen vaikeutuneen, viidennes näki sen vaikeutuneen paljon (kuvio 16). Reilu kolmannes ei nähnyt merkittävää muutosta. Vain 10 prosenttia vastanneista koki palvelujen saamisen parantuneen. Vastaajaryhmittäin tarkasteltuna (taulukko 5) palvelujen saannin koki huonontuneen erityisesti päihdeongelman takia toimintaan osallistuvat, toisen asteen tai korkea-asteen opinnot suorittaneet sekä työllisyystilanteen suhteen kaikki muut vastaajaryhmät paitsi työssä olevat.



Kuvio 16. Näkemykset palvelujen saamisen muutoksesta viimeisen vuoden aikana, % (n=496).

Taulukko 5. Palvelujen saamisen muutos viimeisen vuoden aikana, (%).

Vastaajaryhmä	Palvelujen saamisen muutos viimeisen vuoden aikana			p*
	huonontunut	pysynyt samana	parantunut	
Kaikki vastaajat (N=518)	53 %	36 %	11 %	
Sukupuoli (N=487)				
Naiset	61 %	31 %	8 %	0,041
Miehet	46 %	38 %	16 %	
Ikä (N=496)				
Alle 40	58 %	33 %	9 %	0,839
40–59	54 %	34 %	12 %	
60 tai yli	58 %	33 %	9 %	
Koulutus (N=493)				
Peruskoulu	39 %	37 %	24 %	0,007
Toinen aste	61 %	29 %	10 %	
Alempi kk-tutkinto	54 %	40 %	6 %	
Ylempi kk-tutkinto	57 %	38 %	5 %	
Työllisyystilanne (N=496)				
Koko-/osa-aikatyö	51 %	47 %	2 %	<0,001
Työtön ym.**	57 %	25 %	18 %	
Eläkkeellä	58 %	34 %	8 %	
Muu	61 %	23 %	16 %	
Asuminen (N=492)				
Yksin	55 %	30 %	15 %	0,124
Avio-/avoliitossa	58 %	33 %	9 %	
Puolison ja lasten kanssa	49 %	46 %	5 %	
Yksinhuoltaja	66 %	31 %	3 %	
Muu tilanne	65 %	30 %	25 %	
Osallistumisen syy (N=493)				
Päihdeongelma	72 %	10 %	18 %	<0,001
Mielenterveysongelma	49 %	42 %	9 %	
Sekä päihde- että mt-ongelma	74 %	10 %	16 %	
Työttömyys tai vähävaraisuus	63 %	30 %	7 %	
Muut	58 %	30 %	12 %	

* p < 0,05 = lähes merkitsevä, p < 0,01 = merkitsevä p < 0,001 = erittäin merkitsevä

** työttömänä, lomautettuna, kuntouttavassa työtoiminnassa, tukityöllistettynä tai sairauspäivärahalla olevat

Avoimella kysymyksellä kartoitimme tarkemmin sitä, missä palveluissa ja miten muutos oli näkynyt. Mielenterveyspalveluihin, muuhun terveydenhuoltoon ja yleiseen palvelujen saantiin liittyvät kielteiset maininnat olivat aineistossa yleisimpiä. Perusterveydenhuollon kiireettömään hoitoon pääsyn enimmäisajat ovat pidentyneet vuoden 2025 alusta lähtien. Edellinen hallitus lyhensi perusterveydenhuollon hoitotakuun 14 päivään, kun uusi hallitus taas pidensi yli 23-vuotiaiden kiireettömän hoidon enimmäisodotusaikaa kolmeen kuukauteen (SOSTE ry 2025).

Kun jäin töistä kotiin omaishoitajaksi, menetin mahdollisuuteni työterveyspalveluihin (jotka palvelivat tarpeitani hyvin) enkä ole saanut sen jälkeen (terveyskeskuksesta) lainkaan terveyspalveluja.

Vaikeampi saada terveyskeskus- ja varsinkin erikoislääkärille aika. Kelan kuntoutuskurssit ovat täydempiä ja pääsin vasta puolen vuoden kuluttua alkavalle

kurssille. Eli palveluita joutuu odottamaan entistä pidempään, jolloin oma vaikea tilanne pitkittyy ja kroonistuu ja korjaaminen myöhemmin voi olla vaikeampaa. Hammaslääkäreita on omassa kunnassa ollut lähes mahdoton saada. Kun toukokuussa yrität saada ajan niin sanotaan, että seuraavat vapaat ajat ovat elokuussa.

Mielenterveyspalvelut takkuavat, hoitajat epäystävällisiä eikä useisiin soittoyrityksiin tule vastausta.

Näin avohoidon lääkärin puolen vuoden aikana kerran. Edellisenä vuonna useita itsemurhayrityksiä vainon kohteeksi joutumisen takia. Diagnoosini on ollut väärä vuosikymmeniä, ja siksi lääkeresistentti. Lääkäri myöntää sen, mutta ei halua selvittää paremmin. Suora lainaus: ”Järjestelmä ei ole sinua varten.”

Mielenterveyden avohoito on niin surkeaa, ettei se ole käytännössä hoitoa enää ollenkaan. Terapiaa ei millään saa, joten laitосkierteestä ei pääse irti.

Ajanvarauspalvelut sirpaloituneet: saa hakea apua vähän sieltä sun täältä ja ajan saa vasta pitkän ajan päähän. Jaksoina kun oma hyvinvointi on huono, voimavarat eivät riitä tähän ja lääkäri- mielenterveyspalvelut tms. jäävät varaamatta, vaikka niitä tarvitsisi.

6. Yhteenveto ja pohdinta

Toteutimme mielenterveys- ja päihdejärjestöjen toimintaan osallistuville hyvinvointiin, toimeentuloon ja palvelujen käyttöön liittyvän kyselyn, johon vastasi yhteensä 518 vastaajaa. He edustavat laajasti päihde- ja mielenterveysjärjestöjen asiakaskuntaa niin sosioekonomisen aseman, iän kuin alueellisen sijainnin suhteen.

Osallistujilla paljon psyykkistä kuormittuneisuutta — järjestötoiminta tukee hyvinvointia

Tulosten mukaan mielenterveys- ja päihdejärjestöjen toimintaan osallistuvien hyvinvointi oli alhaisempi kuin väestöllä keskimäärin. Joka kolmannella vastaajalla positiivinen mielenterveys oli matala ja noin viidenneksellä korkea. Matala positiivinen mielenterveys viittaa kielteiseen tunne-elämään ja puutteisiin psyykkisessä ja sosiaalisessa hyvinvoinnissa, jolloin esimerkiksi taito kohdata vastoinkäymisiä on alentunut (esim. Keyes 2007). Lähes puolella vastaajista oli kliinisesti merkittävää psyykkistä kuormittuneisuutta, joka viittaa siihen, että henkilöllä on vakavaa mieliala- tai ahdistuneisuushäiriötasoista oireilua (esim. Cuipers ym. 2009). Sosiaalista statusta mitattaessa vastaajista puolet sijoitti itsensä joko matalan tai melko matalan statuksen ryhmään, kun suomalaisesta väestöstä näin tekee keskimäärin joka kolmas (Saari 2025).

Tulosten mukaan järjestötoimintaan osallistumisen koetaan vahvistavan hyvinvointia. Vastaajista useampi kuin puolet arvioi hyvinvointinsa vastaushetkellä paremmaksi kuin ennen järjestön toimintaan osallistumista. Järjestöjen toimintaan osallistumisen hyvinvointivaikutukset on tunnistettu myös muissa tutkimuksissa (Jurvansuu ym. 2023; Pitkänen ym. 2016). Järjestöjen, sosiaalihuollon ja diakoniatyön ammattilaiset arvioivat, että ihmiset ovat pakotettuja hakemaan yhä useammin apua järjestöistä ja kirkon diakoniatyöstä, koska julkisten etuuksien ja palveluiden saanti on heikentynyt (myös Soste ry 2024a ja 2025). Ammattilaisten mielestä asiakkailla on monimuotoisia ongelmia, joissa taloudelliset vaikeudet, sosiaaliturvan puutteet ja henkinen pahoinvointi kietoutuvat yhteen. Tuloksemme tukevat ammattilaisten näkemyksiä.

Sosiaaliturvaleikkaukset ja kasvavat elinkustannukset heikentävät toimeentuloa ja arjen hallintaa

Tutkimuksemme osoittaa, että sosiaaliturvaan ja muihin etuuksiin kuluva hallituskauden aikana tehdyt leikkaukset ovat heikentäneet päihde- ja mielenterveysjärjestöjen toimintaan osallistuvien ihmisten toimeentuloa, sillä moni saa useita päällekkäisiä tukia ja etuuksia. Lääkkeiden omavastuuosuuksien ja maksukattojen nousu sekä kasvaneet sosiaali- ja terveyspalvelujen asiakasmaksut ovat osuneet kipeästi osallistujien arkeen ja johtaneet esimerkiksi terveyspalvelujen alikäyttöön ja lääkekuluista säästämiseen, mikä kasvattaa riskiä terveysongelmien pahenemiseen ja väestöryhmien välisten terveyserojen kasvamiseen. Yhteisvaikutukset kasautuvat paljon palveluja tarvitseville. Myös yleisten elinkustannusten kuten ruoan, energian ja lääkkeiden hinnan nousu vaikeuttivat merkittävästi vastaajien toimeentuloa.

Vuonna 2024 Kela arvioi osan asumistuen ja työttömyysturvan muutoksista siirtävän asiakkaita toimeentulotuen piiriin. Taloudellinen stressi näkyy tilastoissa myös ruoka-avun käytön sekä ulosottojen ja häätöjen kasvuna (Kela 2024). Nämä indikaattorit viittaavat arjen kiristymiseen ja kasautuvaan huono-osaisuuteen. Tuloksemme vahvistavat toimeentuloon liittyvien huolien lisääntyneen ja heikentävän hyvinvointia.

Taloudellisten resurssien väheneminen (asumistuen ja työttömyysturvan leikkaukset, sote-maksujen nousu) vähentää ihmisten mahdollisuuksia osallistua mielekkääseen tekemiseen, ylläpitää sosiaalisia suhteita ja panostaa hyvinvointia tukeviin asioihin (liikunta, harrastukset).

Tutkimusnäyttö osoittaa, että toimeentulovaikeudet ovat vahvasti yhteydessä heikompaan psyykkiseen hyvinvointiin ja suurempaan masennus- ja ahdistusoireiden riskiin (esim. THL 2024). Kun yksilön huomio keskittyy jatkuvaan taloushuoleen, on vaikeampi ylläpitää psykologista joustavuutta ja myönteisiä tunnekokemuksia, jotka ovat positiivisen mielenterveyden ytimessä (Suvisaari ym. 2021).

Mielenterveys- ja päihdepalvelut sekä toimeentulotuki koetaan usein riittämättömiksi

Mielenterveys- ja päihdejärjestöjen toimintaan osallistuvat ihmiset käyttävät ja tarvitsevat paljon palveluja, mutta kokevat palvelut usein vaikeasti saavutettaviksi ja riittämättömiksi. Aineistossamme mielenterveyspalveluita käyttäneistä puolet ja muun terveydenhuollon osalta useampi kuin kaksi viidestä koki palvelun riittämättömänä. THL:n Terve Suomi -tutkimuksessa joka neljäs oli kokenut, ettei saa tarpeeseensa riittävästi lääkäripalveluja ja että luottamus sote-järjestelmän toimintaan on heikentynyt 2018–2024. Myös pitkät jonot ja asiakasmaksut koetaan esteiksi yhä useammin. (THL 2025.) Pelkkä asiakaskontakti ei takaa vaikuttavaa hoitoa. Aineistossamme vastaajat kokivat eniten palvelun riittämättömyyttä toimeentulotuen, mielenterveys- ja päihdepalvelujen osalta. Vain reilu neljännes kertoo saaneensa tarvitsemaansa toimeentulotukea, talous- ja velkaneuvonnassa tarvitsijoita oli jopa hieman enemmän kuin käyttäjiä. Tämä kertoo talouspaineiden kasautumisesta ja palvelujen kuormittumisesta (mm. jonot, valitusasteiden ruuhkautuminen). Havainto haastaa kysymään, toteutuuko perustuslain 19 §:n lupaus välttämättömästä toimeentulosta ja huolenpidosta enää kaikille.

Tutkimuksemme osoittaa, että palvelujärjestelmän muutokset ja sosiaaliturvan heikennykset näkyvät tällä hetkellä hyvin konkreettisesti mielenterveys- ja päihdejärjestöjen toimintaan osallistuvien ihmisten arjessa. Heidän kohdallaan palvelujen riittämättömyys ei tarkoita vain pitkiä jonoja tai asiointin vaikeuksia, vaan usein myös elämänhallinnan horjumista: lääkkeet jäävät ostamatta, velat kasaantuvat ja hoitosuhteet katkeavat juuri silloin, kun tukea eniten tarvittaisiin.

Tulokset vahvistavat kuvaa siitä, että mielenterveyden ongelmat, toimeentulovaikeudet ja yksinäisyyden kokemukset heikentävät yksilön elämänlaatua ja toimintakykyä. Kun taloudelliset ja sosiaaliset resurssit vähenevät samanaikaisesti, myös psyykkinen joustavuus ja toivo tulevasta heikkenevät. Tämä näkyy psyykkisenä kuormittuneisuutena ja myönteisten voimavarojen eli positiivisen mielenterveyden puutteena. Siinä missä palveluiden riittämättömyys lisää kuormitusta, järjestöjen toimintaan osallistuminen näyttäytyy monelle tärkeänä turvaverkkona. Tulokset haastavat kysymään, miten hyvinvointivaltion lupaus ihmisarvoisesta elämästä ja riittävästä palveluista toteutuu tänään. Jos yhteiskunnan rakenteet pettävät siellä, missä ihmisen oma jaksaminen on jo äärirajoilla, vastuu siirtyy järjestöille, läheisille ja yksilöille itselleen.

Lähteet

- Appelqvist-Schmidlechner, K., Tuisku, K., Tamminen, N., Nordling, E. & Solin, P. (2016): Mitä on positiivinen mielenterveys ja kuinka sitä mitataan? Suomen lääkärilehti 71(24): 1759–1764. <http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2016/SLL242016-1759.pdf>
- Cuijpers, P., Smits, N. & Donker, T., ten Have, M. & de Graaf, R. (2009). Screening for mood and anxiety disorders with the five-item, the three-item, and the two-item Mental Health Inventory. *Psychiatry Res* 168 (3): 250–255. DOI: [10.1016/j.psychres.2008.05.012](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2008.05.012)
- d’Hombres, B., Barjaková, M. & Schnepf, S.V. (2021): Loneliness and Social Isolation: An Unequally Shared Burden in Europe. Institute of Labor Economics. IZA DP No. 14245. <https://www.iza.org/publications/dp/14245/loneliness-and-social-isolation-an-unequally-shared-burden-in-europe>
- EORG (2023). [The mental health status of the European population](#). Directorate-General Press and Communication “Opinion Polls, Press Reviews, Europe Direct”. Eurobarometer 58.2.
- Galvan, M.J., Payne, B.K., Hannay, J., Georgeson, A.R., Muscatell, K.A. (2023): What Does the MacArthur Scale of Subjective Social Status Measure? Separating Economic Circumstances and Social Status to Predict Health, *Annals of Behavioral Medicine* 57(11):929–941. <https://doi.org/10.1093/abm/kaad054>
- Giacco D. (2023): Loneliness and mood disorders: consequence, cause and/or unholy alliance? *Curr Opin Psychiatry*. 36(1):47–53. doi: 10.1097/YCO.0000000000000832. Epub 2022 Oct 20. PMID: 36449731.
- ETK (2025). [Eläkkeellesiirtymisikä työeläkejärjestelmässä](#). Eläketurvakeskuksen tilastot.
- Hajek, A., Gyasi, R.M., Pengpid, S., Peltzer, K., Kostev, K., Soysal, P., Smith, L., Jacob, L., Veronese, N. & König, H.H. (2025): Prevalence of loneliness and social isolation amongst individuals with severe mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 34:e25. doi: 10.1017/S2045796025000228. PMID: 40230259; PMCID: PMC12037343.
- Hiilamo, H., Kivipelto, M., Moisio, P. ym. (2023). [Hallitusohjelman mukaisten sosiaaliturvan leikkausten vaikutukset vuoteen 2027](#). THL, Työpaperi 45/2023.
- Ingram, I., Kelly, P.J., Deane, F.P., Baker, A.L., Goh, M.C.W., Raftery, D.K. & Dingle, G.A. (2020): Loneliness among people with substance use problems: A narrative systematic review. *Drug Alcohol Rev*. 39(5):447–483. doi: 10.1111/dar.13064. Epub 2020 Apr 20. PMID: 32314504.
- Jurvansuu, S., Takala, J. & Tourunen, J. (2023): [Ryhmästä osallisuutta? Mielenterveys- ja päihdekuntoutujien osallisuuden sekä toiminta- ja työkyvyn muutokset ryhmätoiminnan aikana](#). A-klinikkasäätiö: Katsauksia ja näkökulmia 1/2023.
- Kaskela, T., Pitkänen, T., Solin, P., Tamminen, N., Valkonen, J., Kaikkonen, R. (2017). [Psykykinen kuormittuneisuus ja elämänlaatu 60–85-vuotiailla](#). Tietopuu: Tutkimussarja 2/2017: 1–15.
- Kela (2024). [Sosiaaliturvaan valmistellaan monia muutoksia](#). Ajankohtaista 18.9.2024.
- Keyes CL. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *Am Psychol*. 62 (2): 95–108. DOI: [10.1037/0003-066X.62.2.95](https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95)

Langlois, S., Zern, A., Anderson, S., Ashekun, O., Ellis, S., Graves, J., Compton, M.T. (2020): Subjective social status, objective social status, and substance use among individuals with serious mental illnesses. *Psychiatry Research* 293, 113352, ISSN 0165-1781, <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113352>.

Luo, M. (2023): Social Isolation, Loneliness, and Depressive Symptoms: A Twelve-Year Population Study of Temporal Dynamics. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 78(2):280-290. doi: 10.1093/geronb/gbac174. PMID: 36315577; PMCID: PMC9938924.

Mann, F., Wang, J., Pearce, E., Ma, R., Schlieff, M., Lloyd-Evans, B., Ikhtabi, S. & Johnson, S. (2022): Loneliness and the onset of new mental health problems in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 57(11):2161-2178. doi: 10.1007/s00127-022-02261-7. Epub 2022 May 18. Erratum in: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2022 Nov;57(11):2179. doi: 10.1007/s00127-022-02337-4. PMID: 35583561; PMCID: PMC9636084.

Morrish, N. & Medina-Lara, A. (2021): Does unemployment lead to greater levels of loneliness? A systematic review. *Soc Sci Med.* 287:114339. doi: 10.1016/j.socscimed.2021.114339. Epub 2021 Aug 24. PMID: 34455335; PMCID: PMC8505794.

Parikka S, Koskela T, Ikonen J ym. (2021). [Aikuisväestön hyvinvointi, terveys ja palvelut – Fin-Sote 2020. Aikuisten palvelukokemuksissa ja hyvinvoinnissa alueellisia eroja.](#) Tilastoraportti 6/2021. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos: Helsinki.

Pitkänen, T., Elovainio, M., Jokelainen, S. & Tourunen, J. (2016). Ihmisten äänellä: Järjestöjen tavoittamien kansalaisten hyvinvoinnin vajeet ja palvelun tarpeet. A-klinikkasäätiön raporttisarja 65. Helsinki.

Scott, K.M., Al-Hamzawi, A.O., Andrade, L.H., ym. (2014): Associations Between Subjective Social Status and DSM-IV Mental Disorders: Results From the World Mental Health Surveys. *JAMA Psychiatry* 71(12):1400–1408. doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.1337

Sosiaalihuoltolaki (17.9.1982/710)

Soste ry, Talentia ry & Suomen evankelisluterilainen kirkko (2024). [Sosiaali- ja terveysjärjestöjen, sosiaalialan työntekijöiden ja diakoniatyöntekijöiden kokemukset ihmisten ajankohtaisista toimeentulovaikkeuksista.](#) Tulosityhteenvetoraportti.

SOSTE ry (2023). [SOSTE selvitti hallituksen leikkausten vaikutukset maakunnittain – Lähes 17 000 uutta alaikäistä tippuu köyhyysrajan alapuolelle.](#) Uutinen 14.11.2023.

SOSTE ry (2024a) [Ihmisten toimeentulovaikkeudet lisäävät sote-järjestöjen toiminnan tarvetta.](#) Uutinen 6.11.2024.

SOSTE ry (2024b). [Kysely: Sosiaaliturvaleikkaukset näkyvät jo nyt ihmisten avuntarpeen kasvuna.](#) Uutinen 6.11.2024.

SOSTE ry (2025). [Sosiaalibarometri 2025: Useat hyvinvointialueet ovat kiristäneet täydentävän ja ehkäisevän toimeentulotuen myöntämistä.](#) Uutinen 8.5.2025.

Suvisaari, J., Appelqvist-Schmidlechner, K. & Solin, P. ym. (2021a). [Aikuisväestön mielenterveys ja avun hakeminen mielenterveysongelmiin – Fin-Sote 2020.](#) Tutkimuksesta tiiviisti 42/2021. THL: Helsinki.

Suvisaari, J., Appelqvist-Schmidlechner, K. & Solin, P. ym. (2021b). [Psyykkisen kuormittuneisuuden ja positiivisen mielenterveyden muutokset suomalaisessa aikuisväestössä vuosina 2017–2021 – FinTerveys 2017 seurantatutkimuksen tuloksia.](#) Tutkimuksesta tiiviisti 36/2021. THL: Helsinki.

THL (2023). [Toimeentulon vaikeudet – Terve Suomi 2022–2023](#). Ilmiöraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

THL (2025). [Aikuisväestön hyvinvointi ja terveys – Terve Suomi 2024](#). Tilastoraportti 31/2025. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Viertiö, S., Partanen, A., Kaikkonen, R., Härkänen, T., Marttunen, M. & Suvisaari, J. (2017): [Palvelujen käyttö mielenterveyteen tai päihteiden käyttöön liittyvien ongelmien vuoksi Suomessa vuosina 2012–2015](#). Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 133 (3): 292–300.

Lisätietoja [MIPA 2.0 -tutkimusohjelmasta](#)

MIPA 2.0 -tutkimusohjelmaan osallistuvat organisaatiot:

A-Kiltojen Liitto ry

A-klinikkasäätiö

Diakonia-ammattikorkeakoulu

Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry

FinFami – Uusimaa ry

Irti Huumeista ry

RETS Rikoksettoman elämän tukisäätiö

Kuntoutussäätiö

Mielenterveyden keskusliitto

Sininauhaliitto

Suomen Klubitalot ry

Tampereen yliopisto, Yhteiskuntatieteiden tiedekunta, sosiaalityön tutkinto-ohjelma

Tukikohta ry